



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«ΑμεΑ και Παραολυμπιακοί Αγώνες.
Η γιορτή της Ανθρώπινης Θέλησης»**



*«Η Σημαία που σήκωσες κυματίζει
περήφανα στον άνεμο,
το κατόρθωμά σου γίνεται κραυγή
της θέλησης,
ηρωικό κατόρθωμα...»*

*(Ύμνος των Παραολυμπιακών
Αγώνων, στροφή 1^η)*



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Νομικού Αντωνία**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
Τούλα Αρετή
Τσολάκη Σοφία**

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική
Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής
Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Ανωτάτου
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.**

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2005

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας :

Υπογραφή:

Υπογραφή:

Υπογραφή:

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΑΥΤΗ ΜΑΣ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΜΑΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥΣ ΑΓΩΝΕΣ 2004, ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑΜΕ ΝΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΟΥΜΕ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΝΑ ΠΡΟΒΑΛΟΥΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΤΟΥΣ ΔΥΝΑΜΗ ΚΑΙ ΘΕΛΗΣΗ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΤΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΚΑΤΑΞΙΩΘΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ.

ΘΑ ΘΕΛΑΜΕ ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΟΥΜΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΣΥΝΕΒΑΛΑΝ ΣΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΤΗΝ ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΑΣ κ. ΝΟΜΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΕΡΙΣΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ, ΤΗΝ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΟΛΥΤΙΜΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΣΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

ΕΠΙΣΗΣ ΘΑ ΘΕΛΑΜΕ ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΟΥΜΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ «ΑΘΗΝΑ 2004» ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ. ΠΙΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ: ΤΟΝ κ. ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟ Τ., ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΤΟΜΕΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΩΝ ΑΓΩΝΩΝ, ΤΗΝ κ. ΣΠΑΡΤΑΛΗ Ι., ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΩΝ ΑΓΩΝΩΝ, ΤΗΝ κ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Κ., PROTOCOL MANAGER ΚΑΙ ΤΟΝ κ. ΤΣΙΤΡΟΥΛΗ Β., ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΩΝ ΑΓΩΝΩΝ.

ΜΕ ΝΟΣΤΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑ ΘΥΜΟΥΜΑΣΤΕ ΤΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥΣ ΑΓΩΝΕΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΜΑΣ ΕΔΩΣΑΝ ΝΑ ΤΟΥΣ ΓΝΩΡΙΣΟΥΜΕ ΚΑΙ ΝΑ ΑΝΤΑΛΛΑΞΟΥΜΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ, ΑΠΟΨΕΙΣ ΜΗΝΥΜΑΤΑ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΥΤΗ ΑΝ ΚΑΙ ΗΤΑΝ ΜΙΚΡΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ, ΗΤΑΝ ΠΟΛΥΤΙΜΗ.

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

*Ω, εκείνοι
που διάλεξαν να γνωρίσουν
μόνο τους ομοίους τους.
Αυτό που βρίσκεται μέσα τους
να γνωρίσουν.
Ω, τι χάνουν!
Χάνουν χωρίς ποτέ να μάθουν
τι είν' αυτό που έχασαν.
Αυτό που βρίσκεται μέσα τους.
Περιμένοντας να φανερωθεί:
αυτό χάνουν –
εκείνοι που διαλέγουν να γνωρίσουν
μόνο τους ομοίους τους.*

Doris Peel

(δημοσιευμένο στο Cristian Science Monitor)

Τα Άτομα με Αναπηρία αν μπορέσουν να καταλάβουν την πεποίθηση ότι οι γύρω τους, τους εκτιμούν θα αισθανθούν πιο ελεύθερα. Όχι βάρος στους υπόλοιπους, όχι ένα στοιχείο που εμποδίζει τις ζωές τους, αλλά ένα στοιχείο που τις προάγει. Αν καταλάβουν αυτό, τότε θα ξέρουν πως έχουν δώσει την ευκαιρία στους υπόλοιπους να αναπτυχθούν μαζί τους. Και η αναπτυξιακή αυτή διαδικασία θα συνεχιστεί. Οι δυνατότητες είναι ατελείωτες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Μέσα από τη μελέτη αυτή έγινε μια προσπάθεια να μελετηθεί κατά πόσο οι Παραολυμπιακοί Αγώνες του 2004 μπορούν να αποτελέσουν μια ευκαιρία για κοινωνική αλλαγή για τα Άτομα με Αναπηρία και κατά πόσο μπορούν να αποτελέσουν το σημείο αναφοράς για τη δημιουργία μιας ελληνικής κοινωνίας που θα αποδέχεται τη διαφορετικότητα, θα αρνείται τις άμεσες και έμμεσες διακρίσεις και θα υποστηρίζει ενεργά την ισότητα των ευκαιριών για όλους τους πολίτες της.

Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας έχει χρησιμοποιηθεί ένας μεγάλος αριθμός βιβλίων από όπου αντλήθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες.

Το πρώτο μέρος αναφέρεται στα Άτομα με Αναπηρία. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις κατηγορίες και στα χαρακτηριστικά αυτών. Χρήσιμη θα ήταν η γνώση στοιχείων βάσει των οποίων θα μπορούσαν να καταταχθούν τα άτομα αυτά σε κάποια κατηγορία. Επίσης, θα μελετηθούν οι τρόποι μέσω των οποίων τα άτομα αυτά θα χρησιμοποιήσουν τις «ιδιαιτερες ικανότητες» τους προκειμένου να καταστούν ικανά να αυτοεξυπηρετούνται και να παραχθεί όσο δυνατόν σε μεγαλύτερο βαθμό, το αίσθημα ισότητας με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στους Παραολυμπιακούς Αγώνες. Αρχικά, θα δοθούν πληροφορίες σχετικά με την ιστορία τους. Πιο συγκεκριμένα πότε καθιερώθηκαν, από ποιον, που, ποια ήταν η αρχική ιδέα και ποιος ο πρωταρχικός σκοπός.

Ο δρόμος προς τους Παραολυμπιακούς Αγώνες μπορεί να είναι μακρύς και σκληρός, αλλά είναι συναρπαστικός και προσφέρει ιδιαίτερη ικανοποίηση για όσους τον διανύσουν. Γι' αυτό θα ήταν χρήσιμο να εξεταστούν ορισμένοι από τους βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία μιας

αθλητικής σταδιοδρομίας. Πιο συγκεκριμένα, θα μελετηθούν, ποια είναι τα εμπόδια που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι υποψήφιοι αθλητές, ποια είναι τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ή να αναπτύξει ένας αθλητής ώστε να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας, ποιες ευκαιρίες προσφέρονται στον αθλητή. Στη συνέχεια θα μελετηθούν οι κατηγορίες των αθλητών με αναπηρία που μπορούν να λάβουν μέρος στους Παραολυμπιακούς Αγώνες και τα αθλήματα στα οποία λαμβάνουν μέρος. Τέλος, θα μελετηθεί η κοινωνική διάσταση συμμετοχής των αθλητών στους Παραολυμπιακούς Αγώνες μέσα από το πρίσμα του συναγωνισμού και της επιδίωξης υψηλών επιδόσεων.

Στο τρίτο μέρος περιγράφεται η ψυχολογία των Ατόμων με Αναπηρία, τα στάδια που περνάει από την εμφάνιση της αναπηρίας και πως αυτή διαμορφώνεται. Στη συνέχεια θα μελετηθεί πώς μπορεί ο αθλητισμός, η οικογένεια και το επιστημονικό προσωπικό να συμβάλλουν στην αποκατάσταση και κινητοποίηση των Ατόμων με Αναπηρία.

Στο τέταρτο και τελευταίο μέρος περιγράφεται η προσωπική μας εμπειρία από την εθελοντική μας προσφορά στους Παραολυμπιακούς Αγώνες του 2004 και τα συναισθήματά μας από αυτή τη μοναδική ευκαιρία που μας δόθηκε.

Στο Παράρτημα παρατίθενται συνεντεύξεις με αθλητές των Παραολυμπιακών Αγώνων και το νομοθετικό πλαίσιο για τα Άτομα με Αναπηρία.

Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτή την εργασία και οι προτάσεις μας βασιζόμενες σε αυτά.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<i>Σελίδα</i>
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	i
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	iii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
A. Εισαγωγή	1
B. Σκοπός της μελέτης	4
Γ. Ορισμοί Όρων	4
<u>ΜΕΡΟΣ Α</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	
A. Σωματικά ανάπηροι	9
B. Νοητική ανεπάρκεια	20
Γ. Αυτισμός	39
Δ. Αισθητηριακές δυσλειτουργίες	87
1. Παιδιά με διαταραχές όρασης	87
2. Διαταραχές ακοής	118
E. Διαταραχές λόγου	157
ΣΤ. Διαταραχές μάθησης	168
Z. Διαταραχές συμπεριφοράς	181
H. Εγκεφαλική παράλυση	192
Θ. Ψυχικές διαταραχές	199

Σελίδα

ΜΕΡΟΣ Β**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΟΙ ΑΓΩΝΕΣ**

A.	Εισαγωγή	293
B.	Ιστορική αναδρομή Σημασία Παραολυμπιακών Αγώνων	294
Γ.	Σημασία Παραολυμπιακών Αγώνων	301
Δ.	Έμβλημα – Αξίες – Μασκότ Παραολυμπιακών Αγώνων	302
E.	Ύμνος των Παραολυμπιακών Αγώνων	305
ΣΤ.	Παραολυμπιακός όρκος των αθλητών	306
Z.	Παραολυμπιακοί Αγώνες 2004	307
H.	Αθλήματα (θερινά – χειμερινά)	308

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV: ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑμεΑ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥΣ ΑΓΩΝΕΣ

A.	Εισαγωγή	342
B.	Προϋποθέσεις συμμετοχής	342
Γ.	Διαφύλαξη ατομικών διαφορών	347
Δ.	Κατηγορίες αναπηριών	350
E.	Κατάταξη αθλητών στους Παραολυμπιακούς Αγώνες	358
ΣΤ.	Λειτουργική κατηγοριοποίηση αθλητών με αναπηρία	361

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

A.	Ρατσισμός απέναντι στα ΑμεΑ	368
B.	Ρατσισμός μεταξύ των ΑμεΑ	371
Γ.	Ένταξη – ενσωμάτωση στο αθλητικό περιβάλλον	372
Δ.	Πλαίσιο ένταξης – ενσωμάτωσης στο αθλητικό περιβάλλον	373

Σελίδα

Ε.	Στάδια και προϋποθέσεις στη διαδικασία ένταξης/ενσωμάτωσης	376
ΣΤ.	Ρόλος αθλητικών παραγόντων	377
Ζ.	Ενδιάμεσοι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία ένταξης	378

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

A.	Δεοντολογία	380
B.	Στάσεις απέναντι στα ΑμεΑ	393

ΜΕΡΟΣ Γ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΑμεΑ

A.	Η ψυχολογία των ΑμεΑ	401
A1.	Εισαγωγή	401
A2.	Η αντιμετώπιση των ΑμεΑ από τον κοινωνικό περίγυρο	402
A3.	Το ψυχολογικό προφίλ των ΑμεΑ	405
B.	Η αποκατάσταση των ΑμεΑ	420
B1.	Εισαγωγή	420
B2.	Ιστορική αναδρομή	420
B3.	Ορισμός	424
B4.	Στόχοι	425
B5.	Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας	426
B6.	Ο ρόλος της οικογένειας	428
B7.	Ο ρόλος του αθλητισμού στην αποκατάσταση	431
B8.	Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	434

Σελίδα

ΜΕΡΟΣ Δ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII:	Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑ- ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥΣ ΑΓΩΝΕΣ	
Εθελοντική συμμετοχή		439
Τελετή έναρξης		439
Αγωνιστική περίοδος		442
Τελετή λήξης		445
Γενική εκτίμηση		447
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ:	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	
A. Συμπεράσματα		448
B. Προτάσεις		453
<i>Βιβλιογραφία</i>		454

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- Συνεντεύξεις
- Νομοθετικό Πλαίσιο για τα ΑμεΑ
- Αγωνιστικές κατηγορίες ΑμεΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A. Εισαγωγή

Μια φορά κι έναν παραολυμπιακό καιρό, η Αθήνα διοργανώνει για πρώτη φορά στην ιστορία του θεσμού της, αγώνες αθλητών με αναπηρία από όλο τον κόσμο, οι οποίοι συναντήθηκαν με σκοπό να πρωταγωνιστήσουν στο κορυφαίο αυτό αθλητικό γεγονός, τους Παραολυμπιακούς Αγώνες του 2004.

Οι Παραολυμπιακοί Αγώνες της Αθήνας, αναδεικνύοντας τον αθλητή και όχι την αναπηρία, προσέφεραν στους θεατές τη μοναδική ευκαιρία να βιώσουν από κοντά την επιδίωξη των αθλητών για μια εξαιρετική επίδοση και την κατάκτηση της μεγαλύτερης αθλητικής διάκρισης, ένα μετάλλιο Παραολυμπιακών Αγώνων. Η δύναμη και η ικανότητα αυτών αθλητών και το υψηλότατο επίπεδο συναγωνισμού τους, ενέπνευσε την ανθρωπότητα να ζήσει τη μοναδική αυτή γιορτή συμμετέχοντας στη διοργάνωση που αναδεικνύει το μέγεθος του ανθρώπινου μεγαλείου.

Οι Παραολυμπιακοί Αγώνες της Αθήνας, πλαισίωσαν την κορυφαία αυτή αθλητική διοργάνωση με την ιστορία, τον πολιτισμό, και το φυσικό περιβάλλον της Ελλάδας, αφήνοντας μια πολύτιμη κληρονομιά. Ως ένα αναμφισβήτητο μεγάλο κοινωνικό γεγονός, οι Αγώνες αυτοί μας έδωσαν την ευκαιρία για κοινωνική αλλαγή για τα Άτομα με Αναπηρία στη χώρα μας. Επιπλέον θα μελετηθεί κατά πόσο μπορούν να αποτελέσουν το σημείο αναφοράς για τη δημιουργία μιας ελληνικής πολιτείας που θα αποδέχεται τη διαφορετικότητα, θα αρνείται τις άμεσες και έμμεσες διακρίσεις και θα υποστηρίζει ενεργά την ισότητα των ευκαιριών για όλους τους πολίτες της.

Κλείνοντας, βασικό μέλημα αυτής της εργασίας, είναι να δοθεί η ικανότητα στους αναγνώστες μας να γνωρίσουν τον θαυμαστό κόσμο των Ατόμων με Αναπηρία προκειμένου να ευαισθητοποιηθεί το κοινό, να αρθεί η

ρατσιστική αντίληψη του προς τα άτομα αυτά και επιτέλους να τους αποδεχτούν και να τους αναγνωρίσουν ως ισότιμα και ενεργά μέλη της κοινωνίας μας! Εφαλτήριο για την προσπάθεια αυτή αποτέλεσε η ενασχόληση μας με το παρόν θέμα και φυσικά η διοργάνωση των Παραολυμπιακών Αγώνων του 2004 στην Αθήνα και η εθελοντική μας συμμετοχή στους Αγώνες αυτούς.

Για να επιτευχθεί η μεγάλη αυτή κοινωνική αλλαγή πρέπει να συμβάλλουν όλοι. Απλοί πολίτες και εξειδικευμένοι επαγγελματίες. Μια κατηγορία εξειδικευμένων επαγγελματιών που συμβάλλει στην πραγμάτωση αυτού του έργου είναι και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Η Κοινωνική Εργασία αποτελεί μια επιστήμη, η οποία παρεμβαίνει στην πορεία όπου το άτομο και η κοινωνία αναζητούν ο ένας τον άλλον για την αυτοπλήρωση τους. Είναι μια διεργασία επίλυσης και άμβλυσης κοινωνικών προβλημάτων και ζωτικών δυσκολιών ζωής όπου υλοποιείται η έννοια της μεσολάβησης ανάμεσα στον Κοινωνικό Λειτουργό και την οργανωμένη κοινωνία.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός προκειμένου να επιτύχει την κοινωνική ευημερία, την κοινωνική ανάπτυξη και αλλαγή και την βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών και της ποιότητας της ζωής των ατόμων δουλεύει με άτομα, ομάδες και κοινότητες.

Πιο αναλυτικά,

- **Κοινωνική Εργασία με Άτομα:** Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται για την προοδευτική εξομάλυνση της δυσκολίας του πελάτη με τη χρησιμοποίηση των εσωτερικών παραγόντων όπως συναισθήματα, αντιδράσεις, μέσα που διαθέτει για την αντιμετώπισή της ή και εξωτερικών παραγόντων, στοιχείων έξω από τον ίδιο, όπως φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, συγγενείς, εργασία, σχολείο, γειτονιά αλλά ακόμη και τα μέσα που διαθέτει αυτό το περιβάλλον και που μπορούμε

να χρησιμοποιήσουμε. Το «πρόβλημα» έχει ήδη προσβάλλει ή απειλεί την ομαλή και αποδοτική προσαρμογή του ατόμου στο χώρο του.

- **Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα:** Στόχος είναι η χειραφέτηση του ατόμου και για να είναι δυνατή η υλοποίησή της πρέπει πρώτα να βελτιωθούν οι κοινωνικές συνθήκες της Κοινότητας.

«Η χειραφέτηση» είναι μια διαδικασία «κριτικής συνειδητοποίησης». Η διαδικασία αυτή συμπεριλαμβάνει την ευαισθητοποίηση, ενεργοποίηση και κινητοποίηση των ενδιαφερομένων με στόχο την εξάλειψη των αιτιολογικών παραγόντων των προβλημάτων τους σε μια διαδικασία αξιολόγησης και δράσης με επίγνωση των συνεπειών των πράξεών τους. Στη διαδικασία αυτή ο ενδιαφερόμενος καθίσταται ικανός να αντιληφθεί τις «πραγματικές» του ανάγκες, όχι τις «λανθασμένες», οι οποίες είναι δυσλειτουργικές διότι δεν εξυπηρετούν αυτόν τον ίδιο αλλά τους δυνατούς. Με το να αλλάξουν την κοινωνική τους πραγματικότητα, αλλάζουν και οι ίδιοι.

- **Κοινωνική Εργασία με Ομάδα:** Γενικός σκοπός είναι η ανάπτυξη του ατόμου σε ενιαία οντότητα, κάνοντας μικρά βήματα ώστε να επιτευχθεί η μεγιστοποίηση υπαρχουσών δυνάμεων του ατόμου:

- 1. Κοινωνικοποίηση**

- 2. Προαγωγή**

- 3. Ανάπτυξη**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός προσπαθεί να αναπτύξει την λειτουργικότητα της ομάδας μέσω των καταστάσεων – παρεμβάσεων (που είναι σκόπιμες) που θα αντιμετωπίσει η ομάδα για να γίνει αποδοτικότερη.

Β. Σκοπός της μελέτης

Οι σύγχρονοι Παραολυμπιακοί Αγώνες είναι αναμφισβήτητα ένα μεγάλο αθλητικό αλλά και κοινωνικό γεγονός, που προσφέρει σε δισεκατομμύρια θεατές σε ολόκληρο τον κόσμο την αγωνία και τις συγκινήσεις μιας μεγάλης αθλητικής διοργάνωσης. Οι αθλητές με αναπηρία έχουν την ευκαιρία να αγωνιστούν, να διεκδικήσουν και να επιτύχουν όχι μόνο μια αθλητική διάκριση αλλά και μια μεγαλύτερη ζωή χωρίς κοινωνικές διακρίσεις.

Λαμβάνοντας υπόψη μας τα παραπάνω, ο σκοπός ενασχόλησής μας με το παρόν θέμα είναι να μελετηθεί κατά πόσο οι Παραολυμπιακοί Αγώνες του 2004 μπορούν να αποτελέσουν μια ευκαιρία για κοινωνική αλλαγή για τα άτομα με αναπηρία στη χώρα μας. Επιπλέον θα μελετήσουμε το κατά πόσο οι Παραολυμπιακοί Αγώνες μπορούν να αποτελέσουν το σημείο αναφοράς για τη δημιουργία μιας ελληνικής Πολιτείας και κοινωνίας που θα αποδέχεται τη διαφορετικότητα, θα αρνείται τις άμεσες και έμμεσες διακρίσεις και θα υποστηρίζει ενεργά την ισότητα των ευκαιριών για όλους τους πολίτες της.

Γ. Ορισμοί όρων

Αναπηρία

Κατά την Θ. Παπαφλέσσα (1984, σελ. 39), με τον όρο αναπηρία ονομάζουμε κάθε χρόνια αλλοίωση των σωματικών, ψυχικών, πνευματικών λειτουργιών ή των συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού. Αυτή η βλάβη ή αλλοίωση προκαλεί μείωση ή απώλεια της ικανότητας του ατόμου για πλήρη απόδοση μέσα στο κοινωνικό σύνολο χωρίς ιδιαίτερη φροντίδα.

Η αναπηρία μπορεί να είναι συγγενής ή επίκτητη. Δηλαδή μπορεί να προέρχεται από βλάβες με τις οποίες γεννήθηκε το βρέφος ή να προκληθεί από διάφορα αίτια αργότερα.

Σωματική Αναπηρία

Κατά τον Α. Κυπριωτάκη (1987, σελ. 40 – 41), σωματική αναπηρία είναι η πρόσκαιρη ή μόνιμη διαταραχή της ορθοπεδικής και κινητικής ικανότητας ή οργάνων του σώματος με σοβαρές επιπτώσεις στο γνωστικό, θυμικό και κοινωνικό τομέα του συνόλου.

Νοητική Ανεπάρκεια

Κατά την Υ. Ματινοπούλου (1987, σελ. 105), η νοητική καθυστέρηση χαρακτηρίζεται από γενική νοητική ανάπτυξη κάτω του μέσου όρου, με μεγάλη δυσκολία στην κοινωνική προσαρμογή τους, επειδή οι αντιληπτικές του ικανότητες βρίσκονται χαμηλότερα του φυσιολογικού.

Αυτισμός

Σύμφωνα με την Εκπαιδευτική Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια – Φιλοσοφία και Κοινωνικές Επιστήμες: «αυτισμός» είναι ο ψυχολογικός εγκλεισμός ολόκληρης της ψυχικής δραστηριότητας του ατόμου στον εσωτερικό του κόσμο και απώλεια της επαφής με τον εξωτερικό. Η εσωτερική πραγματικότητα (φαντασιώσεις, σκέψεις, συναισθήματα) αποβαίνει η μοναδική πραγματικότητα για το άτομο. Η κατάσταση αυτή κάνει την επικοινωνία αδύνατη και τη συμπεριφορά του ατόμου ακατανόητη» (Εκπαιδευτική Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια – Φιλοσοφία και Κοινωνικές Επιστήμες, 1997, σελ. 59).

Τύφλωση

Σύμφωνα με τον Α. Κυπριωτάκη (1987, σελ. 21) είναι η αδυναμία του οπτικού οργάνου να συλλάβει οπτικά ερεθίσματα καθώς και η έλλειψη οπτικών παραστάσεων.

Κώφωση

Κατά τον Α. Κυπριωτάκη (1987, σελ. 30), κώφωση είναι η ανικανότητα του ατόμου να συλλάβει ακουστικά ερεθίσματα. Συνεπάγεται σοβαρές ατέλειες στην κατανόηση της γλώσσας και την ικανότητα της ομιλίας.

Διαταραχές Λόγου

Οι διαταραχές λόγου, συνιστούν μόνιμη ή προσωρινή ανικανότητα του ατόμου, σε μικρή ή μεγάλη έκταση, να κατανοεί, να επεξεργάζεται τη γλώσσα που μιλούν οι συνάνθρωποι του και να εκφράζεται μέσω αυτής (Κυπριωτάκης 1989, Φ. Στάθης).

Διαταραχές Μάθησης

Σύμφωνα με τον Α. Κυπριωτάκη (1989), είναι η αδυναμία που παρουσιάζει ο μαθητής ώστε να καταφέρει να ανταποκριθεί στις σχολικές – διδακτικές απαιτήσεις, στο αναμενόμενο επίπεδο μάθησης και επίδοσης. Έτσι, με τον όρο διαταραχές στη μάθηση, εννοούμε, κάτω από τη στενή του έννοια, την πτώση της επίδοσης ενός μαθητή κάτω από το επίπεδο του σταδίου εξέλιξής του.

Διαταραχές Συμπεριφοράς

Σύμφωνα με τον Α. Κυπριωτάκη (1989), διαταραχή συμπεριφοράς αποτελεί «κάθε πράξη που συγκρίνεται με τα «αυτονόητα» του περίγυρου, κάθε μη «σωστή» αντίδραση. Στο σύνολο τους οι διαταραχές της συμπεριφοράς θεωρούνται σαν ανικανότητα του ατόμου να προσαρμοστεί στις νέες καταστάσεις. Άτομα με διαταραχές της συμπεριφοράς προβαίνουν ευσυνείδητα ή ασυνείδητα σε ενέργειες που εμποδίζουν την κοινωνική τους ενσωμάτωση, στη συναισθηματική τους και ψυχική τους ισορροπία και τη μορφωτική τους ανάπτυξη ή βλάπτουν πιθανώς με αυτές άλλους ανθρώπους».

Ψυχικές Διαταραχές

Θεωρούνται κλινικά σωματικές καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από αλλοίωση στη σκέψη, διάθεση ή συμπεριφορά και που συνδυάζονται με προσωπική δυσπραγία και/ή δυσλειτουργία.

Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι απλά διαφοροποιήσεις μέσα στο φάσμα του «ομαλού», αλλά είναι σαφώς ανώμαλα ή παθολογικά φαινόμενα (www.stress.gr).

Εγκεφαλική Παράλυση

Πρόκειται για ανωμαλία τόσο κινητική όσο και διανοητική, οφειλόμενη σε διάφορες βλάβες του εγκεφάλου που συμβαίνουν κατά τη περίοδο ωριμάνσεως του κεντρικού νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα τη κακή ωρίμανση αυτού (www.care.gr).

Ειδική Αγωγή

Η Ειδική Αγωγή είναι ένα εκπαιδευτικό σύστημα που παρέχει ιδιαίτερη εκπαιδευτική αντιμετώπιση και βοήθεια στα παιδιά με «ειδικές ανάγκες» είναι ένα εκπαιδευτικό σύστημα ειδικά σχεδιασμένο και προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ατόμων αυτών.

Η φιλοσοφία από την οποία διέπεται σήμερα, κατά τη διαμόρφωσή της επηρεάστηκε από τις εξελίξεις στις κοινωνικές αντιλήψεις και στους κοινωνικούς θεσμούς. Έτσι η Ειδική Αγωγή λειτουργεί με βάση τις εξής αρχές:

- 1)** Ένα παιδί μπορεί να έχει πρόβλημα αλλά δεν είναι προβληματικό. Είναι μια ξεχωριστή και μοναδική προσωπικότητα με τις δικές του ικανότητες και τα δικά του ενδιαφέροντα.
- 2)** Κανένα παιδί δεν είναι μη εκπαιδεύσιμο.
- 3)** Κάθε παιδί έχει δικαίωμα στην εκπαίδευση και στην επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση.

Παραολυμπιακοί Αγώνες

Η ονομασία (Paralympics) που δόθηκε στις αθλητικές αυτές διοργανώσεις δεν προέρχεται – όπως πολλοί πιθανόν πιστεύουν – από τις λέξεις παραπληγία και Ολυμπιακοί αλλά από τις λέξεις «Παράλληλα» και «Ολυμπιακοί» κάτι που δηλώνει την άμεση συγγένεια της διοργάνωσης με

τους Ολυμπιακούς Αγώνες και προΐδεάζει για το υψηλό επίπεδο αθλητικών επιδόσεων (Αθήνα 2004).

Ρατσισμός

Θεωρία που υποστηρίζει την ανωτερότητα μιας «φυλής» και αποβλέπει στη διατήρηση της «καθαρότητας» της και στην κυριαρχία της επί των άλλων (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1993).

Αποκατάσταση

Είναι η πλήρης επαναφορά του ανάπηρου ανθρώπου στο κοινωνικό σύνολο (Σιδηροπούλου – Δόκα Μ., 1985). Ειδικότερα, η φυσική αποκατάσταση είναι ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα που εφαρμόζεται σε ανάπηρους, χρόνιους ασθενείς ή βρισκόμενους σε ανάρρωση και κάνει τα άτομα αυτά ικανά να ζουν και να εργάζονται χρησιμοποιώντας το μέγιστο των ικανοτήτων τους (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου Εσθ., 1990).

ΜΕΡΟΣ Α



Κολύμβηση
Swimming



Επιτραπέζια
Αντισφαίριση
Table Tennis



Καλαθοσφαίριση
με αμαξίδιο
Wheelchair
Basketball



Ξιφασκία
με αμαξίδιο
Wheelchair
Fencing



Ράγκμπυ
με αμαξίδιο
Wheelchair
Rugby



Σκοποβολή
Shooting

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

A. Σωματικά ανάπηροι

Εισαγωγή

Τα άτομα με σωματική αναπηρία αποτελούν στο σύνολό τους ανομοιογενείς ομάδες με ποικίλες διαταραχές και δευτερογενή προβλήματα σε άλλους τομείς πέραν της γενικής κινητικότητας και της χειροτεχνικής δεξιότητας όπως προβλήματα γλωσσικής ανάπτυξης και επικοινωνίας, πνευματικής εξέλιξης, συναισθηματικής ωρίμανσης και αυτοεκτίμησης, προβλήματα κοινωνικής ανάπτυξης και κυρίως σχολικής ενσωμάτωσης και φοίτησης στη συνήθη σχολική τάξη (Κρουσταλάκης 2000, Κυπριωτάκης 1989).

Έτσι, σε ένα ειδικό σχολείο, στο οποίο φοιτούν σωματικά ανάπηρα παιδιά με εγκεφαλική πάρεση, με παράλυση, μη αρτιμελή, με διαταραχές στο μυϊκό σύστημα, στο σκελετό και άλλες παρεμφερείς αναπηρίες. Γι' αυτό θα μπορούσε να λεχθεί ότι η σωματική αναπηρία αποτελεί μια πρόσκαιρη ή μόνιμη διαταραχή της ορθοπεδικής και κινητικής ικανότητας ή οργάνων του σώματος με σοβαρές επιπτώσεις στο γνωστικό, θυμικό και κοινωνικό τομέα του ατόμου (Κυπριωτάκης, 1989).

Τα άτομα αυτά τα κατατάσσουμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες με τη γενεσιουργό αιτία της σωματικής τους δυσλειτουργίας: (1) Άτομα με κινητική μειονεξία, που οφείλεται σε εγκεφαλική παράλυση ή νευρολογικής φύσεως δυσλειτουργία (2) Άτομα με κινητικά προβλήματα ορθοπεδικής φύσεως, εκ γενετής ή επίκτητα, καταστάσεις οριστικές ή εξελισσόμενες (Κρουσταλάκης, 2000).

Παρόλη τη ποικιλία ανωμαλιών και το διαφορετικό βαθμό αναπηρίας που παρατηρείται υπάρχουν ανάμεσα σε αυτά τα άτομα κοινά σημεία. Η ίδια

περίπου κατάσταση εκκίνησης, δηλαδή η σωματική αναπηρία, οι ίδιες θέσεις και σκοποί ενώνουν τα άτομα αυτά στον ίδιο χώρο (Κυπριωτάκης, 1989).

Ιστορική Αναδρομή

Από την αρχαιότητα μέχρι ακόμα και τη δεκαετία του 30' χρησιμοποιούνταν για τους ανάπηρους ο όρος «σακάτης». Αυτός ο χαρακτηρισμός εμπεριείχε τόσο το σωματικό μειονέκτημα όσο και την απορριπτική στάση της κοινωνίας απέναντι στους ανάπηρους. Και ενώ οι ρατσιστικές και προκατειλημμένες απόψεις για τα άτομα αυτά εξακολουθούσαν, φαίνεται πως το πέρασμα μέσα από τις εποχές όπως της Ρωμαϊκής Κυριαρχίας, του Βυζαντίου, του Χριστιανισμού κ.λπ. συντέλεσε στην ευαισθητοποίηση και την ανάπτυξη ενδιαφέροντος για τα άτομα αυτά (Ζώνιου – Σιδέρη, 1996).

Οι πρώτες προσπάθειες για την εκπαίδευση και τη θεραπεία των σωματικά ανάπηρων ατόμων εμφανίστηκαν στις αρχές του προηγούμενου αιώνα σε φιλανθρωπικό και ιδιωτικό επίπεδο (Κυπριωτάκης, 1989).

Στην πόλη Wurzburg της Γερμανίας ιδρύθηκε το 1816 ειδικό σχολείο για παιδιά με ορθοπεδικές παθήσεις, που ήταν αναγκασμένα εξαιτίας της πάθησής τους να είναι κλινήρη. Λίγα χρόνια αργότερα ιδρύθηκαν παρόμοια σχολεία στο Βερολίνο («Θεραπευτήριο για φτωχά ανάπηρα παιδιά», 1823) με διευθυντή του γιατρό J.G. Blomer και στο Μοναχό («Θεραπευτήριο αγωγής και μόρφωσης για ανάπηρα αγόρια», 1832) με διευθυντή τον J. Neromuk von Kurz. Μερικές δεκαετίες αργότερα άρχισε η λειτουργία παρόμοιων σχολείων στην Κοπεγχάγη (1872) και Oberlinhaus (1886) με πρωτοβουλία κληρικών (Κυπριωτάκης, 1989).

Το ενδιαφέρον και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για την μόρφωση, αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη των σωματικά ανάπηρων παιδιών εκδηλώθηκε πιο έντονα από τις αρχές του αιώνα μας. Με νομοθετικές

ρυθμίσεις θεσμοθετήθηκαν μέτρα σε διάφορες χώρες για την προστασία και την εκπαίδευση των σωματικά ανάπηρων παιδιών (Κυπριωτάκης, 1989).

Στις Η.Π.Α., άρχισε να λειτουργεί στο Σικάγο το 1900 το πρώτο δημόσιο ειδικό σχολείο για σωματικά ανάπηρα παιδιά. Στη συνέχεια ιδρύθηκαν παρόμοια σχολεία τις πόλεις Νέα Υόρκη (1906), Ντιτρόιτ και Κλήβελαντ (1910), Φιλαδέλφεια και Βαλτιμόρη (1913) κ.λπ. (Κυπριωτάκης, 1989).

Στην Ευρώπη η άποψη του Γερμανού καθηγητή Karl Biesalski (1906): «Ο σωματικά ανάπηρος μπορεί και οφείλει να γίνει από ζητιάνος φορολογούμενος» βρίσκει ολοένα ευρύτερη απήχηση (Κυπριωτάκης, 1989).

Ο ίδιος ο Biesalski ίδρυσε στο Βερολίνο (1906) το «Κεντρικό Θεραπευτήριο για Έρευνα – Επιμόρφωση» και συντέλεσε να πραγματοποιηθεί απογραφή των σωματικών αναπήρων σε όλη τη Γερμανία (1906) (Κυπριωτάκης, 1989).

Στη Βιέννη Ιδρύθηκε σχολείο (1926) για σωματικά ανάπηρα παιδιά με πρόγραμμα ημερήσιας εκπαίδευσης.

Στη χώρα μας, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ανάπηρων παιδιών, ιδρύθηκε «το Ασκληπιείο Βούλας» (1920) με ιδιαίτερους χώρους για σωματικά ανάπηρα παιδιά, «Η Ελληνική Εταιρία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Παίδων» (1937) και το «Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων Παίδων Βούλας» (1954).

Μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο και ιδιαίτερα μετά το 1950, στα σωματικά ανάπηρα παιδιά προσφέρεται μια πιο συστηματική και ολοκληρωμένη μόρφωση, σε παγκόσμια κλίμακα, λειτουργούν σχολές για τη μόρφωση και επιμόρφωση του διδακτικού προσωπικού, ιδρύονται σχολεία και χρησιμοποιούνται σύγχρονα εποπτικά και αποθεραπευτικά όργανα (Κυπριωτάκης, 1989).

Σήμερα λειτουργούν στη χώρα μας για τις μορφωτικές και εκπαιδευτικές ανάγκες των σωματικά ανάπηρων παιδιών πέντε (5) Νηπιαγωγεία, εννέα (9) Δημοτικά Σχολεία, τρία (3) Γυμνάσια, δύο (2) Λύκεια και μια (1) ειδική επαγγελματική σχολή (Κυπριωτάκης, 1989).

Ορισμός

Για το φαινόμενο της αναπηρίας υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί που πηγάζουν από διαφορετικές ιδεολογικές – πολιτικές αντιλήψεις αλλά και από διαφορετικές οπτικές θεώρησης του προβλήματος. Η χρήση δε της έννοιας της αναπηρίας αποτελεί αντικείμενο ευρύτερων συζητήσεων (Ζώνιου – Σιδέρη, 1996).

Κατά την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Άτομα με Ειδικές Ανάγκες θεωρούνται όλα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή μειονεξία που προκύπτει από φυσική ή διανοητική βλάβη. Σε σχέση με αυτή τη θεώρηση υιοθετήθηκε η παρακάτω ταξινόμηση:

- ✓ **Μειονέκτημα**, σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. είναι, «κάθε απώλεια ουσίας ή αλλοίωσης μιας δομής ή μιας ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής λειτουργίας»
- ✓ **Ανικανότητα**, «αντιστοιχεί σε κάθε μερική ή ολική ελάττωση (αποτέλεσμα του μειονεκτήματος) της ικανότητας να επιτελούμε μια δραστηριότητα με ένα συγκεκριμένο τρόπο ή μέσα στα όρια που θεωρούνται ως φυσιολογικά για ένα ανθρώπινο ον» (Ζώνιου – Σιδέρη, 1996).
- ✓ **Ελάττωμα**, «έρχεται σε ένα δεδομένο άτομο ως αποτέλεσμα μιας ανεπάρκειας ή μιας ανικανότητας που περιορίζει ή απαγορεύει την εκπλήρωση ενός φυσιολογικού ρόλου που είναι ομαλός (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες) για το άτομο αυτό» (Ζώνιου – Σιδέρη, 1996).

Με δεδομένο ότι η νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης υιοθετείται και ως εθνική νομοθεσία από τα κράτη – μέλη, άρα και από την Ελλάδα, σύμφωνα με την πιο πάνω ορισθείσα έννοια, Άτομα με Ειδικές Ανάγκες θεωρούνται αυτά που έχουν κάποιο μειονέκτημα, κάποια ανικανότητα και κάποιο ελάττωμα (Ζώνιου – Σιδέρη, 1996).

Ένας σχετικά πρόσφατος ορισμός του Συμβουλίου των υπουργών της Ε.Ο.Κ. αναφέρει πως:

«Άτομα με Αναπηρία, είναι τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των βλαβών των αισθήσεων ή σε διανοητικές ή ψυχικές βλάβες, οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας ή λειτουργίας, η οποία θεωρείται κανονική για έναν άνθρωπο» (Ζώνιου – Σιδέρη, 1996).

Μορφές και αίτια της σωματικής αναπηρίας

Οι πιο συνηθισμένες μορφές της σωματικής αναπηρίας είναι οι εξής:

A. Εγκεφαλοκινητικές διαταραχές

Κινητικές διαταραχές που οφείλονται σε βλάβες του εγκεφάλου. Κινητικές διαταραχές ικανότητας όρθιας στάσης και κίνησης μπορεί να προκύψουν εξαιτίας βλάβης του εγκεφάλου προγεννητικά, περιγεννητικά ή νωρίς μετά τη γέννηση – μεταγεννητικά – προτού επιτευχθεί η πλήρης ανάπτυξη του εγκεφάλου (Κυπριωτάκης, 1989).

Μολυσματικές ασθένειες, τοξικές δηλητηριάσεις και τραυματισμοί της μητέρας κατά τη διάρκεια της κυοφορίας, πρόωρος τοκετός, έλλειψη οξυγόνου, κακή διατροφή κατά τη βρεφική ηλικία, μολυσματικές ασθένειες και τραυματισμοί κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, αποτελούν συνήθη αιτία που προκαλούν βλάβες στον εγκέφαλο, με συνέπεια την εμφάνιση κινητικών διαταραχών (Κυπριωτάκης, 1989).

B. Επιμέρους μορφές εγκεφαλικών κινητικών διαταραχών

1. Σπαστικότητα

Κύριο γνώρισμα της σπαστικότητας είναι η βίαιη, ακούσια και σύντομη συστολή των μυών που συμμετέχουν στην κίνηση καθώς και η υψηλή τάση, με συνέπεια ακανόνιστες και ασύγχρονες κινήσεις. Η πάθηση εκδηλώνεται στην αρχή σαν τονική (υπερτονία) και εξελίσσεται με το χρόνο σαν κλονική σπαστικότητα (τα μέλη τινάζονται βίαια) (Κυπριωτάκης, 1989).

2. Αταξία

Η αταξία εκδηλώνεται με υποτονικότητα, κινητική αστάθεια, έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού των μυϊκών κινήσεων (κινητική αταξία) και οφείλεται σε οργανική βλάβη της σπονδυλικής στήλης και των εγκεφαλικών κέντρων που καθορίζουν την κίνηση (Κυπριωτάκης, 1989).

3. Αθέτωση

Πρόκειται για κινητική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από άστατη τονικότητα των μυών με ακούσιες, ασυγχρόνιστες κινήσεις, ιδιαίτερα των άκρων.

Συχνά η κεφαλή κλίνει προς τα πίσω, ο λαιμός προεκτείνεται και είναι τεντωμένος, το στόμα μένει ανοιχτό και η γλώσσα προεξέχει (Κυπριωτάκης, 1989).

4. Υποτονικότητα

Παρουσιάζει ελάττωση της τονικότητας των μυών, δηλαδή μια γενική χαλαρότητα (Κυπριωτάκης, 1989).

5. Μικτές Μορφές

Οι μικτές μορφές των παραπάνω κινητικών διαταραχών είναι συνηθισμένες. Συχνά συνδυάζεται η σπαστικότητα με την αθέτωση.

Η αταξία ακολουθεί συχνά ως σύμπτωμα. Μερικές φορές αλλάζουν με το χρόνο, ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια (Κυπριωτάκης, 1989).

Γ. Επιμέρους μορφές της παιδικής εγκεφαλικής παράλυσης

1. Τετραπληγία

Η τετραπληγία είναι παράλυση που προσβάλλει και τα τέσσερα μέλη του σώματος (άνω και κάτω άκρα) συμπεριλαμβανομένου του κορμού και της κεφαλής (Κυπριωτάκης, 1989).

2. Ημιπληγία

Σε περιπτώσεις ημιπληγίας προσβάλλεται ολόκληρη μια πλευρά του σώματος (Κυπριωτάκης, 1989).

3. Διπληγία

Κατά τη διπληγία προσβάλλονται πιο πολύ τα κάτω άκρα (Κυπριωτάκης, 1989).

4. Παραπληγία

Πρόκειται για παράλυση των κάτω άκρων (Κυπριωτάκης, 1989).

5. Μονοπληγία

Προσβάλλεται μόνο ένα άκρο (σπάνια).

Όλα τα παιδιά με παιδική εγκεφαλική πάρεση και παράλυση παρουσιάζουν αισθησιο-κινητικές διαταραχές. Έτσι ανίκανα για ακριβή, συντονισμένη και συγχρονισμένη κίνηση (Κυπριωτάκης, 1989).

Τις εγκεφαλικές κινητικές διαταραχές συνοδεύουν συχνά άλλα σοβαρά σύνδρομα, όπως είναι διαταραχές της αντίληψης, νοητική ανεπάρκεια, γλωσσικές, ακουστικές και οπτικές διαταραχές, επιληψία κ.ά. (Κυπριωτάκης, 1989).

Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 2-3 παιδιά σε 1000 γεννήσεις ανήκουν σε κάποια από τις παραπάνω μορφές κινητικών διαταραχών. Παρατηρείται μάλιστα μεγαλύτερη συχνότητα στα παιδιά που γεννιούνται πρόωρα (Κυπριωτάκης, 1989).

Δ. Μη αρτιμελείς από τη γέννησή τους

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται διάφορες μορφές αναπηρίας, όπως είναι η έλλειψη (αμελία) και οι σοβαρές παραμορφώσεις των μελών του σώματος (Κυπριωτάκης, 1989).

Τρομερές υπήρξαν οι συνέπειες (διάφορες μορφές αναπηρίας) από τη χορήγηση θαλιδομίδης μεταξύ των ετών 1959 – 1962 σε έγκυες μητέρες. Άλλες σοβαρές διαταραχές συνοδεύουν συχνά τις καταστάσεις αυτές, όπως είναι διαταραχές των εσωτερικών οργάνων (καρδιοπάθειες), της όρασης, της ακοής, των αντιληπτικών λειτουργιών κ.ά. (Κυπριωτάκης, 1989).

Ε. Διατομική παράλυση

Πρόκειται για παραλύσεις και διαταραχές της ευαισθησίας, που συνοδεύονται συχνά από διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος, του παχέος εντέρου και των λειτουργιών των γεννητικών οργάνων, ως αποτέλεσμα ανωμαλιών ή βλάβης του νωτιαίου μυελού (προγεννητικά, περιγεννητικά ή μεταγεννητικά), ύστερα από τραυματισμούς της σπονδυλικής στήλης (Κυπριωτάκης, 1989).

Σοβαρή αιτία τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης αποτελούν σήμερα, μεταξύ άλλων, και τα πολλαπλά τροχαία ατυχήματα (Κυπριωτάκης, 1989).

ΣΤ. Άλλες μορφές σωματικών αναπηριών

1. Χονδροδυστροφία (έμβρυο – υποπλαστική δυστροφία)

Πρόκειται για εγγενή διαταραχή του χόνδρου, προτού σχηματιστεί ο σκελετός, με συνέπεια την παρουσία ανωμαλιών στα άκρα, ιδιαίτερα στα πόδια (νάνοι και λιλιπούτσιοι άνθρωποι) (Κυπριωτάκης, 1989).

2. Ατελής οστεογένεση

Είναι κληρονομική ασθένεια, εμφανίζεται κατά την ενδομήτρια περίοδο ή κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και εκδηλώνεται με διαταραχές διάφορου βαθμού στο σχηματισμό των οστών. Η αστάθεια των οστών, κύριο γνώρισμα

της πάθησης, προξενεί εύκολα κυρτότητα ή και κατάγματα (Κυπριωτάκης, 1989).

3. Αγκύλωση

Πρόκειται για εγγενή πάθηση με ελαττωματική κατασκευή των μυών μέλους ή μυών του σώματος. Εξαιτίας της πάθησης αυτής παρουσιάζονται δυσκολίες στην κίνηση των άνω και κάτω άκρων (Κυπριωτάκης, 1989).

4. Πολιομυελίτιδα

Η πολιομυελίτιδα είναι μεταδοτική αρρώστια και προκαλείται από ιό. Προσβάλλει το νωτιαίο μυελό και προκαλεί στη συνέχεια παράλυση, πιο συχνά, των κάτω άκρων (Κυπριωτάκης, 1989).

2. Αιμοφιλία

Η αιμοφιλία έχει κληρονομικό χαρακτήρα και προσβάλλει μόνο τους άνδρες. Οι γυναίκες μπορεί να είναι φορείς του παθογόνου γονιδίου και να τη μεταβιβάσουν στα παιδιά τους. Πρόκειται για την τυπικότερη αιμορραγική ασθένεια (Κυπριωτάκης, 1989).

Το αιμοφιλικό γονίδιο είναι υπολειπόμενου χαρακτήρα και βρίσκεται στο φυλετικό χρωμόσωμα. Στη γυναίκα (XX) το παθολογικό γονίδιο συγκαλύπτεται από το υγιές. Απεναντίας, εκδηλώνεται στον άνδρα (XΨ), γιατί δεν υπάρχει αντίστοιχο φυσιολογικό γονίδιο (Κυπριωτάκης, 1989).

Η αιμοφιλία δημιουργεί, με την πιο μικρή κάκωση, ακατάσχετη ή μεγάλης διάρκειας αιμορραγία. Η πάθηση εκδηλώνεται, όταν λείπουν από το πλάσμα ορισμένοι παράγοντες (Α, Β και Γ) (Κυπριωτάκης, 1989).

Η κλινική εικόνα του αιμοφιλικού χαρακτηρίζεται βασικά από αιμορραγίες που μπορεί, χωρίς σοβαρές αιτίες, να εκδηλωθούν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Για αυτό επιβάλλεται το αιμοφιλικό άτομο να ελέγχει όσο γίνεται τις δραστηριότητές του, ώστε να αποφεύγονται οι τραυματισμοί. Το αιμοφιλικό άτομο είναι δυνατό να ζει φυσιολογικά, αφού παίρνονται πάντα τα κατάλληλα μέτρα (μετάγγιση αίματος ή πλάσματος ή και

παράγοντα, ειδική διαπαιδαγώγηση, επιλογή παιχνιδιών κατά την παιδική ηλικία, ανάπτυξη αυτοσυναισθήματος, εξοικείωση με την αρρώστια κ.λπ.). Εδώ τονίζουμε ότι το αιμοφιλικό παιδί, εξαιτίας συχνών απουσιών του από το σχολείο, δεν είναι δυνατό να φοιτήσει στο κανονικό σχολείο (Κυπριωτάκης, 1989).

Συχνότητα

Δεν υπάρχουν σαφή στατιστικά στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των σωματικά ανάπηρων παιδιών και αυτό ίσως γιατί πρόκειται για μια κατηγορία ειδικών παιδιών με ποικίλες εκδηλώσεις. Ο Schonberger μας πληροφορεί ότι, σύμφωνα με εκτιμήσεις ειδικών, περίπου 0,2 με 0,3% από τα παιδιά σχολικής ηλικίας στη Γερμανία πάσχουν από κάποια μορφή σωματικής αναπηρίας και έχουν ανάγκη από κάποια ειδική μεταχείριση (Κυπριωτάκης, 1989).

Στις 1.000 γεννήσεις υπολογίζεται ότι 2–3 παιδιά πάσχουν από κάποια εγκεφαλο–κινητική διαταραχή. Περίπου 7–8% από τα παιδιά που γεννιούνται πρόωρα πάσχουν από εγκεφαλοκινητικές διαταραχές (Κυπριωτάκης, 1989).

Ειδική Αγωγή

Παραθέτοντας νωρίτερα ένα σχετικά μεγάλο αριθμό μορφών σωματικής αναπηρίας στοχεύσαμε στην ενίσχυση της άποψης ότι τα σωματικά ανάπηρα παιδιά αποτελούν στο σύνολό τους ποικίλες ανομοιογενείς ομάδες, καθεμιά από τις οποίες απαιτεί διαφοροποίηση σε οργάνωση της τάξης και σε αντιμετώπιση του μεθοδολογικού προβλήματος (μέθοδος διδασκαλίας) της αγωγής τους. Και τα προγράμματα διδασκαλίας (τρόποι διδασκαλίας, φυσικοθεραπεία και εργασιοθεραπεία) καθορίζονται από τη μορφή αναπηρίας (Κυπριωτάκης, 1989).

Έτσι τα διδακτήρια που πρόκειται να στεγάσουν σωματικά ανάπηρα παιδιά κατασκευάζονται ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες των παιδιών, ώστε να

μπορούν να εξυπηρετούνται άνετα οι μαθητές. Επίσης, ανάλογος είναι και ο εξοπλισμός των σχολείων. Ειδική επίπλωση (ειδικά καθίσματα, στηρίγματα βιβλίων κ.ά.), ειδικά όργανα και υλικά για φυσικοθεραπεία και εργασιοθεραπεία είναι απαραίτητα. Ό,τι χρειάζεται κάθε ειδική τάξη (εξοπλισμός) εξαρτάται από τα παιδιά που την αποτελούν γεγονός είναι ότι ο εξοπλισμός χρειάζεται για συγκεκριμένες ανάγκες και πρέπει να επιλεγεί με βάση το άτομο και όχι την ομάδα (Κυπριωτάκης, 1989).

Έχει αποδειχθεί ότι τα αποτελέσματα είναι καλύτερα, όσο πιο νωρίς αρχίσει η αντιμετώπιση – θεραπεία. Στις πιο ευνοϊκές περιπτώσεις η αγωγή αρχίζει εντατικά ήδη από την προσχολική ηλικία (Κυπριωτάκης, 1989).

Η καθοδήγηση των γονέων και η στενή συνεργασία ανάμεσα στον ψυχολόγο, γιατρό, δάσκαλο, κοινωνικό λειτουργό, φυσικοθεραπευτή και εργασιοθεραπευτή, επιβάλλεται και οδηγεί στη λήψη έγκαιρων θεραπευτικών και ψυχοπαιδαγωγικών μέτρων, ώστε να αντιμετωπίζεται σωστά κάθε περίπτωση αναπηρίας και να πραγματοποιείται ο σκοπός της ειδικής αγωγής (Κυπριωτάκης, 1989).

Συγκεκριμένα, με την εφαρμογή προσχολικών προγραμμάτων, επιδιώκεται η αισθητηριακή αγωγή, η ανάπτυξη των αντιληπτικών ικανοτήτων, η καλλιέργεια του γλωσσικού οργάνου, η ανάπτυξη κινητικής ικανότητας με ανάλογη φυσικοθεραπεία και εργασιοθεραπεία, η ανάπτυξη του κοινωνικού συναισθήματος κ.α., ώστε να δημιουργηθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εφαρμογή του προγράμματος της δημοτικής εκπαίδευσης (Κυπριωτάκης, 1989).

Η εργασία που γίνεται στις ειδικές αυτές τάξεις είναι κατά κύριο λόγο εξατομικευμένη (Κυπριωτάκης, 1989).

Όταν η σωματική αναπηρία συνοδεύεται και από άλλα σύνδρομα (νοητική ανεπάρκεια, διαταραχές των αισθητηρίων οργάνων, διαταραχές

μάθησης κ.λπ.) τότε συνεχίζεται σε ανώτερο επίπεδο το πρόγραμμα της προσχολικής αγωγής (Κυπριωτάκης, 1989).

Γενικά μπορεί να λεχθεί ότι όλες οι προσπάθειες αγωγής αποβλέπουν στο να καταστήσουν το σωματικά ανάπηρο παιδί ικανό να κινείται και να ζει αυτόνομα μέσα σε μια κοινωνία η οποία το αισθάνεται και το αποδέχεται σαν ένα αναπόσπαστο μέλος της (Κυπριωτάκης, 1989).

B. Νοητική ανεπάρκεια

Εισαγωγή

Η μέγιστη και σπουδαιότερη πνευματική λειτουργία, η καθοριστική για τη γνωστική ανάπτυξη του ατόμου, η δυνατότητα αξιοποίησης προηγούμενων εμπειριών για την αντιμετώπιση νέων καταστάσεων και την λύση προβλημάτων είναι αυτό που ονομάζουμε **νοημοσύνη**.

Είναι ένα μέσο, μια δύναμη για την προσαρμογή του ανθρώπου στις καταστάσεις της ζωής, είναι η επινοητικότητα, η λογική κρίση, η δημιουργική φαντασία.

Είναι η ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στα στοιχεία μιας κατάστασης ή ενός φαινομένου και η προσαρμογή του σε αυτά, προκειμένου να δημιουργήσει νέες καταστάσεις μέσα από τους δικούς του στόχους και επιδιώξεις.

Δεν πρέπει να λησμονούμε όμως ότι στην φύση υπάρχει ποικιλία και ανομοιογένεια. Μεταξύ των μελών του ίδιου είδους παρατηρούνται παραλλαγές που ονομάζονται *ατομικές διαφορές*. Παρά το γεγονός όμως ότι οι ατομικές αυτές διαφορές αποτελούν φυσικό νόμο, σε ορισμένα άτομα οι αποκλίσεις είναι τόσο σημαντικές ώστε να παρεμποδίζεται η ομαλή εξέλιξη και προσαρμογή τους (Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι σημαντικές αυτές αποκλίσεις παρατηρούνται κυρίως στην κατασκευή και λειτουργία των μελών του σώματος, στα αισθητήρια όργανα, στην εξέλιξη των νοητικών λειτουργιών, στη δομή της προσωπικότητας κ.ο.κ. Ανάλογα με το είδος και το βαθμό της αποκλίσεως καθορίζονται οι κατηγορίες των αποκλινόντων ατόμων μία από τις οποίες είναι και η Νοητική Ανεπάρκεια (Ι.Ν. Παρασκευόπουλος, 1980).

Στάση της κοινωνίας

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στα αποκλίνοντα άτομα διαφέρει από εποχή σε εποχή και από κοινωνία σε κοινωνία. Άλλοτε οι κοινωνίες τα αγνοούσαν, τα καταδίωκαν ή τα θανάτωναν. Ο Καιάδας της Αρχαίας Σπάρτης έχει μείνει χαρακτηριστικό παράδειγμα της σκληρότητας με την οποία οι κοινωνίες αντιμετώπιζαν τα ελαττωματικά άτομα. Στην ιστορία της ανθρωπότητας, όσον αφορά την στάση της κοινωνίας απέναντι στα ελαττωματικά άτομα, διακρίνουμε τρεις φάσεις:

- Α΄ Φάση – Προχριστιανική περίοδος: Τα ελαττωματικά άτομα είχαν κοινή μεταχείριση. Παραμελούνταν, καταδιώκονταν ή ακόμα και θανατώνονταν (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, 1980).
- Β΄ Φάση – Χριστιανισμός: Η εμφάνιση του Χριστιανισμού με τα κηρύγματα αγάπης και φιλανθρωπίας είχε ως επακόλουθο να δοθεί στα ελαττωματικά άτομα περίθαλψη και προστασία. Νωρίς στους Χριστιανικούς χρόνους, με τη φροντίδα της Εκκλησίας και της οργανωμένης κοινωνίας, ιδρύονταν άσυλα και οικοτροφεία, συνήθως στις παρυφές των πόλεων, μακριά από τους άλλους ανθρώπους, όπου τοποθετούνταν τα ελαττωματικά άτομα και παρέμεναν όσο χρόνο βρίσκονταν στη ζωή. Στα άσυλα αυτά κύρια φροντίδα ήταν να περιοριστεί ο σωματικός πόνος και οι κίνδυνοι από την αστία (Ι.Ν. Παρασκευόπουλος, 1980).

- Γ΄ Φάση – Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο: Παρατηρείται μια ζωνρή επιθυμία για μια πλήρη αποδοχή των αποκλινόντων ατόμων και έμπρακτο ενδιαφέρον για την παροχή συστηματικής βοήθειας, ώστε να μπορέσουν να *ενταχθούν* στο κοινωνικό σύνολο (I.N. Παρασκευόπουλος, 1980).

Σήμερα παρατηρείται διεθνώς μια προσπάθεια εκπαίδευσης των αποκλινόντων ατόμων και ανάπτυξης των ικανοτήτων τους με σκοπό την κοινωνική τους αποκατάσταση. Μετά από την μακρά περίοδο της απαισιοδοξίας, στην οποία ως καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των αποκλινόντων ατόμων θεωρείτο η ιδρυματική πρόνοια, διανύουμε σήμερα μια περίοδο αισιοδοξίας στην οποία επικρατεί η πεποίθηση ότι με κατάλληλη αγωγή και άσκηση μπορούν τα άτομα αυτά να γίνουν οικονομικά και κοινωνικά μερικά ή ολικά ανεξάρτητα. Έτσι, από την εξόντωση και τη θανάτωση σε παλιότερες εποχές, την απομόνωση και την ιδρυματική προστασία στη συνέχεια, φτάνουμε σήμερα στην εποχή που διεθνώς επιδιώκεται η *ομαλοποίηση* (normalization), όπως αποκαλείται, των αποκλινόντων ατόμων, δηλαδή η παροχή συστηματικής βοήθειας έτσι ώστε τα άτομα αυτά να ζήσουν, όσο βέβαια επιτρέπουν οι περιορισμένες ικανότητές τους, μέσα στη ανθρώπινη κοινωνία με τους συνανθρώπους τους (I.N. Παρασκευόπουλος, 1980).

Η νοητική ανεπάρκεια και η Διακήρυξη των Γενικών Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στα αποκλινόντα άτομα ποικίλει από εποχή σε εποχή και από κοινωνία σε κοινωνία. Στην ιστορία της όμως η ανθρωπότητα επηρεάζεται από τη θρησκεία και διάφορες θεωρίες και έτσι περνάμε από το στάδιο της άγνοιας, της καταδίωξης ή της θανάτωσης στο στάδιο της πλήρους αποδοχής και προσπάθειας για κοινωνική προσαρμογή.

Έτσι αποφασίστηκε η αναγνώριση των νοητικά καθυστερημένων ατόμων και ισότιμων μελών της κοινωνίας και η παροχή σε αυτή των ίδιων βασικών δικαιωμάτων.

Βέβαια, πρέπει να αναφερθεί, ότι παρά την αναγνώριση των νοητικά καθυστερημένων ατόμων και την κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους υπάρχουν ακόμα σημαντικά – πρακτικά ζητήματα, τα οποία δεν έχουν επιλυθεί.

Παρακάτω παρατίθενται τα άρθρα που κατοχυρώνουν τα δικαιώματα των νοητικά καθυστερημένων ατόμων.

A) Η «Universal Declaration of Human Rights» το 1948 κατοχύρωσε προσωπικά και κοινωνικά δικαιώματα, τα οποία έχουν αποκληθεί «φυσικά δικαιώματα».

Άρθρο 1 (Ελευθερία, Ισότητα, Αδελφικότητα). Όλοι οι άνθρωποι γεννήθηκαν ελεύθεροι και ίσοι ως προς την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα.

Άρθρο 2 (Δικαίωμα στη ζωή και την ελευθερία). Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα ζωής, ελευθερίας και προσωπικής ασφάλειας.

Άρθρο 26 (Πολιτιστική μέριμνα, γονικό δικαίωμα). /1. Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στη μόρφωση.../2. Η εκπαίδευση πρέπει να έχει ως στόχο... την πλήρη ανάπτυξη της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Άρθρο 29 (Βασικές υποχρεώσεις). /1. Κάθε άνθρωπος έχει υποχρεώσεις απέναντι στην κοινότητα, στην οποία και μόνο είναι δυνατή η ελεύθερη και πλήρης ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.

B) Όσον αφορά και την κατάσταση των νοητικά καθυστερημένων ατόμων στις 20.12.1971 η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών έκανε δεκτή τη «Διακήρυξη για τα δικαιώματα των νοητικά καθυστερημένων».

Άρθρο 1. Βασικά δικαιώματα. Ο νοητικά καθυστερημένος άνθρωπος, όσο αυτό είναι δυνατό, έχει τα ίδια δικαιώματα με τους άλλους ανθρώπους.

Άρθρο 2. Δικαίωμα στις παροχές (υγεία και εκπαίδευση). Ο νοητικά καθυστερημένος άνθρωπος έχει δικαίωμα να απολαμβάνει κατάλληλη ιατρική περίθαλψη και φυσιοθεραπεία, καθώς και τέτοια μόρφωση, ώστε να αναπτύσσονται οι ικανότητές του κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Άρθρο 3. Απασχόληση και οικονομική εξασφάλιση. Ο νοητικά καθυστερημένος άνθρωπος έχει δικαίωμα στην οικονομική εξασφάλιση σε ένα επαρκές επίπεδο ζωής. Έχει δικαίωμα στην παραγωγική εργασία ή σε μια ανάλογη και πλήρη νοήματος απασχόληση που κατά το δυνατόν θα ανταποκρίνεται στις ικανότητές του.

Άρθρο 4. Οικογενειακή και κοινοτική ζωή. Όπου είναι δυνατόν, ο νοητικά καθυστερημένος άνθρωπος θα έπρεπε να ζει με την οικογένειά του ή με μια θετή οικογένεια και να συμμετέχει στις διάφορες μορφές κοινοτικής ζωής. Η οικογένεια με την οποία ζει πρέπει να λαμβάνει ενίσχυση. Αν η περίθαλψή του σε ίδρυμα είναι αναγκαία, το περιβάλλον και οι προϋποθέσεις του ιδρύματος πρέπει να προσεγγίζουν κατά το δυνατόν τις συνθήκες της κανονικής ζωής.

Άρθρο 5. Κηδεμονία. Ο νοητικά καθυστερημένος άνθρωπος δικαιούται να έχει ένα διακεκριμένο κηδεμόνα, αν το απαιτούν η προσωπική του ευημερία και τα συμφέροντά του.

Άρθρο 6/1. Προστασία από κατάχρηση και παραμέληση. Ο νοητικά καθυστερημένος άνθρωπος δικαιούται να προστατεύεται από την εκμετάλλευση, την περιφρόνηση και κάθε εξευτελιστική μεταχείριση. /2. Ευθύνη για εγκλήματα και νομική διαδικασία... Αν κατηγορηθεί για αδίκημα, δικαιούται μια έντιμη εκδίκαση της υπόθεσης του ενώπιον του δικαστηρίου, το οποίο κρίνει την ευθύνη λαμβάνοντας υπόψη τη νοητική ανεπάρκεια.

Άρθρο 7. Ακολουθούμενη διαδικασία, όταν παραστεί ανάγκη περιορισμού των δικαιωμάτων. Αν ένας νοητικά καθυστερημένος άνθρωπος λόγω της βαρύτητας της καθυστέρησης του δεν είναι σε θέση να ασκεί πλήρως και με

έλλογο τρόπο τα δικαιώματά του ή αν κριθεί αναγκαίο να περιοριστούν ή να αφαιρεθούν με δικαστική απόφαση μερικά ή όλα αυτά τα δικαιώματα, η διαδικασία περιορισμού ή αφαίρεσης των δικαιωμάτων πρέπει να παρέχει επαρκή νομική ασφάλεια έναντι κάθε μορφής κατάχρησης. Αυτή η διαδικασία πρέπει να στηρίζεται σε μια γνωμοδότηση διακεκριμένων ειδικών για τις κοινωνικές ικανότητες των νοητικά καθυστερημένων ανθρώπων και να υπόκειται σε κανονική επανεξέταση καθώς και στο δικαίωμα προσφυγής σε ανώτερες αρχές (Christoph Anstotz, Επιμέλεια Ζώνιου – Σιδέρη, 1994).

Έννοια

Νοητική ανεπάρκεια ορίζεται: «Η κατάσταση ανεπαρκούς νοητικής ανάπτυξης σε τέτοιο βαθμό, ώστε το άτομο να μην είναι ικανό να προσαρμοστεί στο σύνηθες περιβάλλον και να διατηρηθεί χωρίς καθοδήγηση, προστασία και εξωτερική βοήθεια».

Ο K. Lewin θεωρεί τη νοητική ανεπάρκεια όχι μόνο σαν νοητικό πρόβλημα αλλά κυρίως σαν πρόβλημα της όλης προσωπικότητας (Παρασκευόπουλος, 1980).

Η σωματική διάπλαση, η πνευματική εξέλιξη, η συμπεριφορά και η προσαρμογή του ατόμου επηρεάζονται από την ανεπαρκή νοημοσύνη. Τα άτομα με ανεπαρκή νοημοσύνη δεν μπορούν να αποκτήσουν την προσαρμογή που αντιστοιχεί στην χρονολογική τους ηλικία (Καλούρη – Αντωνοπούλου, 2000).

Βαθμίδες

Η ταξινόμηση των νοητικά καθυστερημένων ατόμων σε βαθμίδες μπορεί να γίνει με βάση:

1. Το δείκτη νοημοσύνης.
2. Τα κλινικά σύνδρομα (σύνολα χαρακτηριστικών ή συμπτωμάτων), (σύνδρομο Down, υδροκεφαλία κ.λπ.).

3. Την αιτιολογία (όσον αφορά την πρόληψη και θεραπεία).
4. Τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς (προκειμένου να καθοριστεί τρόπος αγωγής, αποκατάστασης) και τέλος
5. Την ικανότητα προσαρμογής στο σχολικό χώρο και την ικανότητα εκπαίδευσής τους (εκπαιδευσιμοι, ασκήσιμοι, ιδιώτες) (Καλούρη-Αντωνοπούλου, 2000).

Οι νοητικώς καθυστερημένοι, για εκπαιδευτικούς σκοπούς, διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες – βαθμίδες:

A) Εκπαιδευόμενοι: Είναι η ελαφρότερη μορφή νοητικώς καθυστερημένων. Ο ρυθμός της νοητικής τους ανάπτυξης είναι μεταξύ του μισού ($1/2$) και των τριών τετάρτων ($3/4$) του μέσου – κανονικού (το νοητικό τους ηλικίο κυμαίνεται μεταξύ 50 και 70) (I.N. Παρασκευόπουλος, 1989).

Στο σχολικό τομέα, έχουν την ικανότητα να αφομοιώνουν σχολικές γνώσεις και δεξιότητες (ανάγνωση, γραφή, αριθμητική) σε βαθμό ώστε να μην θεωρούνται αναλφάβητοι (μπορούν να αφομοιώνουν σχολική ύλη ως την Δ' Τάξη Δημοτικού σχολείου) (I.N. Παρασκευόπουλος, 1988).

Στον κοινωνικό τομέα, μπορούν να ενταχθούν μέσα στο κοινωνικό σύνολο, ως ανειδίκευτοι ή ημειδίκευμένοι εργάτες, και να ζήσουν ως ανεξάρτητοι και αυτάρκεις πολίτες, μερικώς ή ολικώς. Ο όρος δηλαδή «εκπαιδευσιμοι» αναφέρεται σε επαρκή αγωγιμότητα για σχολικές, κοινωνικές και επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες (I.N. Παρασκευόπουλος, 1988).

B) Ασκήσιμοι. Είναι η μεσαία βαθμίδα νοητικώς καθυστερημένων. Ο ρυθμός της νοητικής τους ανάπτυξης είναι μεταξύ του ενός τετάρτου ($1/4$) και του μισού ($1/2$) του μέσου-κανονικού (το νοητικό τους ηλικίο κυμαίνεται περίπου μεταξύ 25 και 50). Δεν έχουν την ικανότητα να αποκτήσουν ούτε τις στοιχειώδεις σχολικές γνώσεις, εκτός μόνο από μεμονωμένες λέξεις, άλλες

φράσεις και άλλες αριθμητικές έννοιες. Μπορούν όμως να ασκηθούν και να αποκτήσουν τις βασικές δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης (ντύσιμο, καθαριότητα, περιποίηση σώματος, προετοιμασία και λήψη φαγητού κ.τ.λ.) και να απασχολούνται παραγωγικά στο πλαίσιο της οικογένειας ή σε ειδικά προστατευτικά εργαστήρια. Οι ασκήσιμοι για να διατηρηθούν στη ζωή, χρειάζονται συνεχή φροντίδα, άμεση εποπτεία στη ζωή, χρειάζονται συνεχή φροντίδα, άμεση εποπτεία και οικονομική βοήθεια (Παρασκευόπουλος, 1988).

Γ) Ιδιώτες: Είναι η βαρύτερη μορφή νοητικώς καθυστερημένων. Η ανεπάρκειά τους είναι τόσο μεγάλη (νοητικό ηλικό κάτω του 25) και τα ελαττώματα που την συνοδεύουν τόσο σημαντικά ώστε τους καθιστά ανίκανους να επωφεληθούν από οποιαδήποτε σχεδόν μορφή σχολικής μάθησης ή άσκησης. Δεν είναι σε θέση να μάθουν τις απαιτούμενες για αυτοεξυπηρέτηση ατομικές δεξιότητες. Οι ιδιώτες, για να διατηρηθούν στη ζωή, απαιτούν συνεχή ιατρική φροντίδα και προσωπική επίβλεψη. Οι περισσότεροι περιθάλπονται σε ιδρύματα – άσυλα όλη τους τη ζωή (είναι τα «ανθρώπινα χορτάρια») (I.N. Παρασκευόπουλος, 1988).

- Στις βαθμίδες νοητικής ανεπάρκειας περιλαμβάνονται επίσης:

Δ) Οριακή ανεπάρκεια με νοητικό ηλικό 68-85.

Ε) Βαριά ανεπάρκεια με νοητικό ηλικό 20-35 (Καλούρη – Αντωνοπούλου, 2000).

Αίτια

Η νοητική ανεπάρκεια οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες (το 25%) και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (25%) ενώ το υπόλοιπο 50% των περιπτώσεων οφείλεται σε άγνωστα αίτια. (Καλούρη – Αντωνοπούλου, 2000).

A. Γενετικά αίτια

1. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες

2. Ανώνυμη σύζευξη τρισωμία.

3. Ανωμαλίες μεταβολισμού, δηλαδή ανώμαλη βιοχημική σύσπαση των χρωμοσωμάτων, π.χ. φαινυλοπυροσιαφιλική ιδιοτεία ή PKU, γαλακτοξαιμία, κρετινισμός, υδροκεφαλία (Φ. Στάθης), (Καλούρη – Αντωνοπούλου, 2000).

B. Περιβαλλοντικά αίτια

1. Κατά την διάρκεια της κύησης

α. Μολυσματικές ασθένειες (παρωτίτιδα, ερυθρά κ.λπ.).

β. Χρήση φαρμάκων από τη μητέρα.

γ. Ακτινοβολίες.

δ. Διατροφή της εγκύου.

ε. Συναισθηματική ζωή της εγκύου.

στ. Δηλητηριάσεις.

ζ. Τραυματισμοί.

η. Ασύμβατότητα Rhesus (Φ. Στάθης), (Καλούρη – Αντωνοπούλου, 2000).

2. Κατά την διάρκεια του τοκετού

α. Ανοξαιμία, δηλαδή καθυστέρηση αναπνοής.

β. Τραύματα κρανιακά που προκαλούν βλάβη στα εγκεφαλικά κύτταρα και αιματώματα στον εγκέφαλο.

γ. Πρόωρος τοκετός (Φ. Στάθης), (Καλούρη – Αντωνοπούλου, 2000).

3. Κατά την παιδική ηλικία

α. Ασθένειες, όπως εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, πολιομυελίτιδα κ.λπ.

β. Τραύματα που προκαλούνται στην κρανιακή χώρα και κυρίως στον εγκέφαλο.

γ. Κακή διατροφή.

δ. Δηλητηριάσεις.

Πίνακας: Χαρακτηριστικά εξελίξεως των νοητικώς καθυστερημένων κατά βαθμίδα νοητικής καθυστέρησης

Βαθμίδες νοητικής καθυστέρησης	ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ Κάτω των 5 ετών ΩΡΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ 5-20 ΕΤΩΝ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΕΝΗΛΙΚΟΙ 21 ΕΤΩΝ και άνω ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ
Ελαφρά	Μπορούν ν' αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες και επικοινωνία· παρουσιάζουν μικρή καθυστέρηση οι κινητικές και αντιληπτικές ικανότητες· συχνά δεν διακρίνονται από τους κανονικούς παρά μόνον όταν γίνουν έφηβοι και ενήλικοι.	Μπορούν να μάθουν τα σχολικά μαθήματα ως και την Α' Τάξη Δημοτικού σχολείου όταν φθάσουν προς το τέλος της εφηβικής ηλικίας· μπορούν να πετύχουν ικανοποιητική κοινωνική προσαρμογή.	Μπορούν ν' αποκτήσουν κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες σε τέτοιο βαθμό επάρκειας ώστε ν' αυτοσυντηρούνται· αλλά πιθανό να έχουν ανάγκη από καθοδήγηση και βοήθεια, όταν βρεθούν κάτω από ασυνήθη κοινωνική ή οικονομική πίεση.
Μέτρια	Μπορούν να μιλούν και να επικοινωνούν· πτωχή κοινωνική ενημέρωση· επαρκής κινητική ανάπτυξη· επωφελούνται από την άσκηση σε αυτοσυντήρηση· μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν κάτω από άμεση εποπτεία.	Μπορούν να επωφεληθούν από την άσκηση σε κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες· μικρή δυνατότητα ν' αφομοιώσουν σχολικά μαθήματα πέρα από τη Β' Τάξη Δημοτικού σχολείου· είναι δυνατό να κινούνται ελεύθερα μόνοι τους σε γνωστά μέρη.	Μπορούν να προσαρμοστούν ικανοποιητικά ως ανειδίκευτοι και ημιειδίκευμένοι εργάτες σε προστατευτικό περιβάλλον και να αυτοσυντηρηθούν· έχουν ανάγκη από εποπτεία και καθοδήγηση όταν βρεθούν κάτω από κοινωνική και οικονομική πίεση.
Βαριά	Πτωχή κινητική ανάπτυξη· ομιλία ελάχιστη· γενικά είναι ανίκανοι να επωφεληθούν από την άσκηση σε αυτοεξυπηρετήρηση· ελάχιστες (ή τελείως ανύπαρκτες) δεξιότητες επικοινωνίας.	Μπορούν να μιλούν· μαθαίνουν να επικοινωνούν και ν' ασκηθούν σε βασικές συνήθειες υγιεινής· επωφελούνται από τη συστηματική άσκηση σε συνήθειες ζωής.	Μπορούν να συνεισφέρουν μερικώς στην αυτοσυντήρησή τους κάτω από πλήρη εποπτεία· μπορούν ν' αναπτύξουν δεξιότητες αυτοεξυπηρετήσεως σ' ελεγχόμενο περιβάλλον.
Βαρύτατη	Ολική καθυστέρηση· ελάχιστη δυνατότητα για λειτουργική απόδοση σε κινητικές και αντιληπτικές ικανότητες· έχουν ανάγκη για συνεχή φροντίδα.	Παρουσιάζουν κάποια κινητική ανάπτυξη· μπορούν να επωφεληθούν από άσκηση σε αυτοεξυπηρετήρηση αλλά σε ελάχιστο βαθμό.	Πολύ περιορισμένη κινητική και γλωσσική ανάπτυξη· δυνατό να επιτύχουν πολύ περιορισμένη αυτοεξυπηρετήρηση· έχουν ανάγκη από συνεχή φροντίδα για να επιζήσουν.

(Ι.Ν. Παρασκευόπουλος, 1980)

ε. Ελαττωματικά αισθητήρια όργανα.

στ. Ενδοκρινολογικές ανωμαλίες.

ζ. Ακατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον.

η. Είσοδος του παιδιού στο σχολείο (Φ. Στάθης), (Καλούρη – Αντωνοπούλου, 2000).

(*). Αξίζει ν' αναφερθεί ότι υπάρχει μεγάλη σχέση ανάμεσα στη νοητική ανεπάρκεια και στο κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο. Αυτό δεν συμβαίνει για κανένα άλλο λόγο, παρά γιατί με τον καθοριστικό ρόλο που έχει το περιβάλλον, στα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα τόσο οι πρόγεννητικοί όσο και οι μετέπειτα παράγοντες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να λειτουργήσουν αρνητικά (δίαιτα εγκύου, ιατρική περίθαλψη κ.λπ.) (Καλούρη – Αντωνοπούλου, 2000).

Κλινικές μορφές

Ορισμένες μορφές νοητικής καθυστέρησης έχουν ιδιαίτερα φυσιολογικά – κλινικά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι εμφανή ακόμα και σε μικρή ηλικία. Συνήθεις κλινικές μορφές – κλινικά σύνδρομα νοητικής καθυστέρησης είναι:

1. Μογγολοειδής ιδιωτεία (σύνδρομο Down).
2. Υδροκεφαλία.
3. Μικροκεφαλία.
4. Αυτισμός (αποτελεί κλινική μορφή της νοητικής ανεπάρκειας) (Καλούρη – Αντωνοπούλου, 2000).

1. Μογγολοειδής ιδιωτεία (σύνδρομο Down)

Μογγολοειδής ιδιωτεία ονομάζεται αυτή η κατάσταση νοητικής καθυστέρησης που οφείλει το όνομά της στη μορφολογική δυσμορφία που τη συνδέει και που δίνει στο πρόσωπο την ομοιότητα με τα χαρακτηριστικά

της φυλής των Μογγόλων. Είναι ένα από τα σύνδρομα με τη μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ των διανοητικών καθυστερήσεων (μία περίπτωση ανά 1.000 γεννήσεις, περίπου. Στη Γαλλία, την περασμένη δεκαετία, είχε εκτιμηθεί ο αριθμός των πασχόντων από μογγολισμό σε 20.000 άτομα περίπου (κατ' αναλογία στην Ελλάδα θα πρέπει να υπάρχουν σήμερα ίσως 3.500-4.000 άτομα). Η πάθηση περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1866 ως «σύνδρομο DOWN». Αντίθετα από ότι γενικά πιστεύεται, το 60% των περιπτώσεων πάσχει από ελαφρά ως μέτρια νοητική ανεπάρκεια ενώ οι βαριά καθυστερημένοι είναι οι λιγότεροι (BLESSING) (ΕΨΨΕΠ, 1993).

Από τους πρώτους μήνες, η έμπειρη μητέρα διαπιστώνει ότι το μωρό της δεν είναι φυσιολογικό: είναι απαθές, δεν εκδηλώνει εύκολα χαρά, πείνα, θυμό. Το χαμόγελό του μοιάζει περισσότερο με γκριμάτσα και δεν προσπαθεί να πιάσει ένα γυαλιστερό αντικείμενο. Καθυστερεί να καθίσει, να βαδίσει, να μιλήσει και αργότερα η βραχνάδα της φωνής, που είναι χαρακτηριστική, επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Πρόκειται για άτομα μικρού ύψους, το κεφάλι εμφανίζει μικρότερο μήκος, το πρόσωπο είναι στρογγυλό και πλατύ, τα μάτια έχουν σχήμα σχισμής (κινέζικα) και στην εσωτερική τους άκρη έχουν επίκανθο (ένα είδος τρίτου βλέφαρου κάθετα προς τα άλλα). Οι άκρες των βλεφάρων παρουσιάζουν συχνά ερεθισμούς και οι βλεφαρίδες είναι ελάχιστες. Ο προς τα έσω αμφοτερόπλευρος στραβισμός υπάρχει σχεδόν πάντα, συνοδευόμενος συχνά από τρομώδεις κινήσεις των ματιών (νυσταγμός) και κάποτε υπάρχει συγγενής καταρράκτης. Η μύτη είναι πεπλατυσμένη. Το στόμα είναι μικρό και μισάνοιχτο, αφήνοντας τη γλώσσα να προεξέχει και εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι αυτή είναι «κακοφτιαγμένη». Τα χέρια είναι επίσης χαρακτηριστικά γιατί είναι μικρά, χοντρά, με μικρά δάκτυλα, παχουλά και οι γραμμές της παλάμης δίνουν χαρακτηριστική εικόνα. Χωρίς να επιμείνουμε περισσότερο στις μορφολογικές ιδιομορφίες, που άλλωστε είναι γνωστές σε όλους, θα επιμείνουμε στον κλασικό χαρακτηρισμό

τους ως ατόμων υπάκουων, στοργικών, ευαίσθητων και με πάθος για την μουσική. Βέβαια συχνά υπάρχουν διαταραχές συμπεριφοράς: αστάθεια, επιθετικότητα, αρνητισμός, αντιδραστική συμπεριφορά κ.λπ., που αποτελούν μια σοβαρή δυσκολία επιπλέον για τη σχολική και κοινωνική εκπαίδευσή τους. Δυστυχώς η θνησιμότητα είναι εξαπλάσια από ότι σε άλλα άτομα με νοητικές καθυστερήσεις, λόγω κυρίως των σοβαρών συγγενών δυσπλασιών ζωτικών οργάνων του σώματος που συνυπάρχουν συχνά (ΕΨΨΕΠ, 1993).

Η **αιτιολογία του μογγολισμού** παραμένει αμφισβητούμενη σε μερικά σημεία. Πάντως οι παθήσεις και λοιμώξεις της μητέρας καθώς και το αλκοόλ ή το έντονο συναισθηματικό στρες κατά τη διάρκεια του τοκετού ή ενδοκρινικές παθήσεις κ.λπ., ενοχοποιούνται περισσότερο, αλλά το σοβαρότερο από όλα είναι η μεγάλη ηλικία της μητέρας κατά τον τοκετό (ο μέρος όρος ηλικίας των μητέρων παιδιών που πάσχουν από μογγολισμό είναι δέκα χρόνια μεγαλύτερος από τις άλλες μητέρες). Είναι παραδεκτό γενικά, ότι μετά τα 40 αυξάνει πολύ η πιθανότητα να γεννήσει η μητέρα «μογγολάκι», ενώ είναι συχνό το σύνδρομο και στις πρωτότοκες μητέρες. Είναι πασίγνωστο ότι η πάθηση οφείλεται σε ανωμαλία του αριθμού των χρωμοσωμάτων και συγκεκριμένα 3 χρωμοσώματα αντί για 2 στο ζεύγος 21 (τρισωμία 21) (ΕΨΨΕΠ, 1993).

Η **ανεύρεση της βλάβης** γίνεται με μια απλούστατη εξέταση που λέγεται καρυότυπος. Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι υπάρχουν και άλλες παραλλαγές μογγολισμού, με διαφορετική χρωμοσωματική ανωμαλία και κυρίως το λεγόμενο «μωσαϊκό» της πάθησης, δηλαδή δεν έχουν όλα τα κύτταρα του ατόμου τη βλάβη και επομένως τα συμπτώματα είναι ελαφρότερα (ΕΨΨΕΠ, 1003).

Όσον αφορά την **πρόγνωση**, είναι σαφές ότι η πιθανότητα και άλλου παιδιού με την ίδια πάθηση είναι απειροελάχιστη, εκτός κι αν υπάρχει

προδιάθεση στο καρυότυπο των γονέων, πράγμα που διαπιστώνεται ευκολότατα (ΕΨΨΕΠ, 1993).

Όσον αφορά τη θεραπεία, είναι γνωστό ότι δεν υπάρχει καμία βιολογική θεραπεία με ουσιαστικά αποτελέσματα. Έχουν δοκιμαστεί διάφορα σκευάσματα όπως ορμόνη θυρεοειδούς, θυρεοειδικά εκχυλίσματα, γλουταμινικό οξύ και ορμόνες κατά την εφηβεία, αλλά χωρίς να υπάρχει ουσιαστικό ή σταθερό αποτέλεσμα. Η βασικότερη θεραπεία αφορά τη βοήθεια σε σχολικό επίπεδο με τις διάφορες μορφές ειδικής αγωγής (ειδική μάθηση, λογοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, μουσικοθεραπεία κ.λπ.) και ψυχολογικής υποστήριξης (ψυχοθεραπεία παιδιού, γονιών, συμβουλές κ.λπ.). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σε καμία περίπτωση σήμερα δεν πρέπει να αφήνεται ένα τέτοιο άτομο στη μοίρα του. Έχει αποδειχθεί περίτρανα ότι όσα περισσότερα ερεθίσματα και φροντίδα δοθούν, τόσο ποιο ουσιαστικά θα είναι τα αποτελέσματα. Υπάρχουν πολλά «μογγολάκια» πλέον που τελειώνουν, έστω επιεικώς, τη σχολική ύλη του δημοτικού και η συντριπτική πλειοψηφία είναι σε θέση, εφόσον βοηθηθεί έγκαιρα και συστηματικά, να αποδώσει ικανοποιητικά κυρίως σε χειρωνακτικά επαγγέλματα και να ενταχθεί κοινωνικά χωρίς πρόβλημα (Ζώνιου – Σιδέρη, 1996).

Ευτυχώς σήμερα υπάρχουν πολλά κέντρα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης για τέτοια άτομα (χρηματοδοτούμενα από το κράτος και την ΕΟΚ) που βοηθούν άτομα αυτής της κατηγορίας, τα οποία βρίσκονται ακόμα και σήμερα σε ψυχιατρικά ιδρύματα για λόγους κοινωνικής απόρριψης περισσότερο παρά ουσιαστικής πάθησης (Ζώνιου-Σιδέρη, 1996).

Πίνακας: Κυριότερα χαρακτηριστικά ατόμων με μογγολοειδή ιδιότητα (σύνδρομο Down)

Μικρή στρογγυλή κεφαλή

Κλίση των ματιών προς τα πάνω και προς τα έξω

Επίκανθες διπλώσεις

Λευκά στίγματα στην ίριδα του ματιού

Πολλαπλά ελαττώματα οράσεως (στραβισμός, μυωπία, καταρράκτης)

Σχήμα μύτης σαν «σέλλα»

Βραχυκεφαλία (πλατύ, βραχύ κρανίο)

Παραμορφωμένοι λοβοί αυτιών, που φυτρώνουν χαμηλότερα από το συνηθισμένο

Μικρό στόμα με χαμηλωμένα άκρα

Γλώσσα που προεξέχει

Ουρανίσκος ασυνήθιστα αφιδωτός

Περιττό και χαλαρό δέρμα στο λαιμό

Πλατιά και χοντρά χέρια με κοντά και χοντρά δάχτυλα

Το μικρό δάχτυλο είναι κοντό και κάμπτεται

Βαθιές πτυχές στις παλάμες (πιθηκοειδείς γραμμές)

Οι αύλακες, που υπάρχουν στη βάση κάθε δαχτύλου και που έχουν σχήμα Y, βρίσκονται αραιά τοποθετημένες

Κοντά και χοντρά πόδια

Το μεγάλο δάχτυλο του ποδιού φυτρώνει σε απόσταση μεγαλύτερη από τη συνηθισμένη

Στο πέλμα υπάρχει βαθιά επιμήκης γραμμή

Ασθενής και χαλαρή αντανακλαστική κίνηση Moro

Υπερκινητικότητα των αρθρώσεων

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα και στα δύο φύλα έχουν μικρό μέγεθος

Εγγενή ελαττώματα της καρδιάς και των σπλάχνων σε μεγάλη συχνότητα

Προδιάθεση για ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος

(I.N. Παρασκευόπουλος, 1980)

Διάγνωση της νοητικής ανεπάρκειας

Η διάγνωση της νοητικής ανεπάρκειας δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά η αρχή για τον καταρτισμό και την εφαρμογή του κατάλληλου προγράμματος θεραπείας, αγωγής, επαγγελματικής κατάρτισης και κοινωνικής αποκατάστασης (Φ. Στάθης).

Για την πραγματική της διάγνωση απαιτείται κλινική αξιολόγηση, δηλαδή εκτίμηση των ειδικών ικανοτήτων και ανεπαρκειών του παιδιού (Φ. Στάθης).

Οι σκοποί της κλινικής αξιολόγησης είναι οι εξής:

- α.** Γενική διάγνωση της νοητικής ανεπάρκειας.
- β.** Πρόγνωση για την εξέλιξη του.
- γ.** Προγραμματισμός της σχολικής ζωής και της κοινωνικής αποκατάστασης του ατόμου με νοητική ανεπάρκεια (Φ. Στάθης).

Η ομάδα που θα αναλάβει την διάγνωση της νοητικής ανεπάρκειας του ατόμου αποτελείται από:

- α.** *Παιδοψυχίατρο*, ο οποίος αξιολογεί το ιατρικό ιστορικό.
- β.** *Ψυχολόγο*, ο οποίος αξιολογεί τη νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού καθώς και την κοινωνική του προσαρμογή.
- γ.** *Κοινωνικό Λειτουργό*, ο οποίος αξιολογεί το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού.
- δ.** *Ειδικό παιδαγωγό*, ο οποίος εφαρμόζει το τελικό πόρισμα της διάγνωσης στην πράξη (Φ. Στάθης).

Για να γίνει σωστή διάγνωση πρέπει να συγκεντρωθούν πληροφορίες σχετικά με:

- α.** Το οικογενειακό περιβάλλον.
- β.** Το εξελικτικό ιστορικό του παιδιού.
- γ.** Την παρούσα κατάσταση του παιδιού στους τομείς:
 - 1.** Σωματική ανάπτυξη.

2. Ψυχολογικός τομέας.
3. Κοινωνική προσαρμογή.
4. Σχολική επίδοση (Φ. Στάθης).

Η έγκαιρη διάγνωση της νοητικής ανεπάρκειας είναι το κλειδί της επιτυχίας του προγράμματος θεραπείας και αγωγής.

Ωστόσο, πρέπει να τονίσουμε ότι στον τομέα της διάγνωσης σημαντικό ρόλο έχουν και οι γονείς αφού μπορούν να επισημάνουν βασικά στοιχεία – ενδείξεις που μας οδηγούν στην διάγνωση της νοητικής ανεπάρκειας.

Οι ενδείξεις αυτές είναι:

- ❖ *Καθυστερημένη ομιλία*: π.χ. το παιδί δεν λέει καμία λέξη στον 18^ο μήνα, 3 ετών δεν σχηματίζει καμία απλή πρόταση κ.λπ.
- ❖ *Καθυστερημένη κινητική ανάπτυξη*: Σηκώνεται όρθιο μετά τον 1 χρόνο, βαδίζει για πρώτη φορά μετά τους 24 μήνες κ.λπ.
- ❖ *Καθυστερημένη ψυχοσωματική ανάπτυξη*: Δεν διστάσεται τον κίνδυνο σε ηλικία 4 ετών, δεν μπορεί να κυκλοφορεί στη γειτονιά του σε ηλικία 6 ετών.
- ❖ *Μειωμένη ικανότητα μάθησης*: Δεν κατανοεί την εικόνα των αντικειμένων στην ηλικία των 4 ετών κ.λπ. (Γκαλλάν – Γκαλλάν, Μετάφραση Έλενα Κοσμὰ, 1997).

Ειδική αγωγή

Η νοητική ανεπάρκεια είναι, όπως αναφέραμε, ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει ποικιλία περιπτώσεων. Τα νοητικά καθυστερημένα άτομα είναι μια ανομοιογενής ομάδα. Τα προβλήματά τους είναι πολύπλευρα και έχουν ποικίλες επιπτώσεις: ιατρικές, ψυχολογικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικές. Γι' αυτό, μια πλήρης αντιμετώπιση του προβλήματος της νοητικής ανεπάρκειας απαιτεί ποικιλία ιδρυμάτων και υπηρεσιών (I.N. Παρασκευόπουλος, 1980).

Βασικοί τομείς στους οποίους αναφέρονται οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση του προβλήματος της νοητικής ανεπάρκειας είναι η **πρόληψη** της νοητικής ανεπάρκειας, η **αγωγή** των νοητικά καθυστερημένων και η **κοινωνική περίθαλψη** τους. Επομένως, ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αντιμετώπισης του προβλήματος της νοητικής ανεπάρκειας πρέπει να περιλαμβάνει ιδρύματα και υπηρεσίες οι οποίες καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες και στους τρεις αυτούς τομείς. Τα ιδρύματα και οι υπηρεσίες αυτές είναι δυνατό να ταξινομηθούν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες:

1. Τα συμβουλευτικά – διαγνωστικά κέντρα.
2. Τα ιδρύματα προστασίας και ιατρικής περίθαλψης.
3. Τα κέντρα θεραπευτικού και διδακτικού τύπου, και
4. Τα ινστιτούτα εκπαίδευσης προσωπικού και διεξαγωγής ερευνών (I.N. Παρασκευόπουλος, 1980).

Τα συμβουλευτικά και διαγνωστικά κέντρα συνήθως περιλαμβάνουν τα εξής τμήματα:

- 1ο. Το Διαγνωστικό Τμήμα με αρμοδιότητα τη διάγνωση της νοητικής ανεπάρκειας και την κλινική αξιολόγηση των νοητικώς καθυστερημένων. Κάθε διαγνωστικό τμήμα διαθέτει τη διαγνωστική ομάδα που αποτελείται από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό και τον ειδικό παιδαγωγό.
- 2ο. Το συμβουλευτικό τμήμα με αρμοδιότητα την παροχή πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα της νοητικής καθυστέρησης, τη διαφώτιση της κοινής γνώμης, την καθοδήγηση των γονέων των νοητικά καθυστερημένων παιδιών, ατομικά και ομαδικά κ.τ.ό.
- 3ο. Το τμήμα κοινωνικής περίθαλψης με αρμοδιότητα την παροχή βοήθειας στα νοητικά καθυστερημένα άτομα για επαγγελματική αποκατάσταση, για εξεύρεση κατάλληλης εργασίας και για τη νομική κατοχύρωσή τους, κ.τ.ό.

- 4ο.** Το τμήμα οικογενειακού προγραμματισμού και γενετικής καθοδήγσεως με αρμοδιότητα την παροχή πληροφοριών στους μέλλοντες γονείς.
- 5ο.** Το τμήμα προστασίας της μητρότητας και του παιδιού με αρμοδιότητα την παρακολούθηση της εγκύου, την καθοδήγηση της μητέρας και του παιδιού σε θέματα υγείας, την υλική ακόμα βοήθεια των οικογενειών χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου για να αποφύγουν τις δυσμενείς επιδράσεις της πτωχής και κακής διατροφής στη νοητική και σωματική ανάπτυξη του εμβρύου και του βρέφους (Παρασκευόπουλος, 1980).

Τα ιδρύματα προστασίας και ιατρικής περίθαλψης παρέχουν στέγη, τροφή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε άτομα τα οποία, λόγω της βαριάς αναπηρίας τους, απαιτούν συνεχή φροντίδα για να διατηρηθούν στη ζωή. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται τα ειδικά άσυλα για τους ιδιώτες, καθώς και τα ειδικά κέντρα διαμονής για τους ενήλικους ασκησίμους.

Τα κέντρα θεραπευτικού και διδακτικού τύπου είναι υπεύθυνα ειδικότερα για την αγωγή του καθυστερημένου παιδιού και την εφαρμογή ειδικών διδακτικο-θεραπευτικών προγραμμάτων για την θεραπεία των δυσκολιών μαθήσεως και προσαρμογής. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι ειδικές εκπαιδευτικές μονάδες, όπως είναι τα ειδικά σχολεία, οι παράλληλες ειδικές τάξεις, τα ειδικά επαγγελματικά εργαστήρια μαθητείας, τα ημερήσια κέντρα για ασκησίμους, τα παιδοψυχιατρικά νοσοκομεία, τα προστατευτικά εργαστήρια κ.τ.ό.

Τα ινστιτούτα εκπαίδευσσεως προσωπικού και διεξαγωγής ερευνών αναλαμβάνουν την προετοιμασία ειδικών παιδαγωγών και σχολικών ψυχολόγων, καθώς και τη διεξαγωγή στατιστικών, παιδαγωγικών, κοινωνικών και βιολογικών ερευνών για τη μελέτη των προβλημάτων της νοητικής καθυστέρησης.

Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αγωγή των νοητικής καθυστερημένων και κυρίως των εκπαιδευσίμων. Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης και η πρόληψή της καθώς και η οργάνωση και λειτουργία ειδικών εκπαιδευτικών μονάδων για την παροχή κατάλληλης αγωγής στα νοητικά καθυστερημένα θα βοηθήσει ώστε να αποβούν οικονομικά και κοινωνικά ανεξάρτητα άτομα. Η επιστημονική έρευνα απέδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοητικής καθυστερημένων (πολλοί ερευνητές ανεβάζουν το ποσοστό αυτό στο 80% ως 85%), μπορούν, με κατάλληλη αγωγή και άσκηση, ν' αποβούν κοινωνικά επαρκείς και οικονομικά ανεξάρτητοι, μερικά ή ολικά. Το πρόβλημα δηλαδή της νοητικής καθυστέρησης, όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα, είναι κυρίως πρόβλημα εκπαιδευτικό και όχι ιδρυματικής περίθαλψης (Παρασκευόπουλος, 1980).

Γ. Αυτισμός

Εισαγωγή

Η βαθιά και ανθρώπινη σχέση που δημιουργείται με τα ειδικά παιδιά, που δίνουν τόσο άδοξα την αγάπη τους, η ικανοποίηση που παίρνεις από την προοδευτική βελτίωση τους και η αγωνία των γονέων για το μέλλον τους, μας κάνουν να προβληματιζόμαστε, να ψάχνουμε, να προσπαθούμε (Σταμάτης, 1987).

Ασχολούμενοι με τα ειδικά παιδιά, διαπιστώνουμε ότι όσον μεγάλο και αν είναι το πρόβλημα του παιδιού, οι προσπάθειες δεν μένουν χωρίς αποτέλεσμα. Αυτό ισχύει και για το αυτιστικό παιδί που, υπακούοντας στους αυτοερεθισμούς, «σιωπά» οχυρωμένο πίσω από την άρνηση του να δημιουργήσει επαφή με την πραγματικότητα. Οι μεθοδευμένες προσπάθειες, που στηρίζονται στην συναισθηματική επαφή, στο σεβασμό της ιδιόρρυθμης συμπεριφοράς, στη γνώση της κάθε μιας περίπτωσης και στη διάθεση για

βοήθεια δημιουργούν «γέφυρες επικοινωνίας» και βοηθούν το αυτιστικό παιδί να ενδιαφερθεί για τον κόσμο που ωθούν το αυτιστικό παιδί να ενδιαφερθεί για τον κόσμο που το περιβάλλει και να «βρει το εαυτό του» (Σταμάτης, 1989).

Ιστορική αναδρομή

Το έτος 1911 χρησιμοποιήθηκε ο όρος «αυτισμός» από τον Ελβετό ψυχίατρο Bleules, για να δηλώσει την απώλεια της επαφής του ψυχασθενούς με την πραγματικότητα. Το 1943 δημοσιεύτηκε η πρώτη συστηματική μελέτη για τον αυτισμό από τον Kanner, ο οποίος χρησιμοποίησε τον όρο «πρώιμος παιδικός αυτισμός» για να περιγράψει μια παιδική ψύχωση. Ο Kanner δεν δεδότησε τον αυτισμό ως απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα, αλλά ως ανικανότητα επαφής, γιατί στην πρώιμη παιδική ηλικία δεν έχει δημιουργηθεί πραγματικότητα. Το παιδί δεν μπορεί να χάσει κάτι, που ποτέ δεν έχει κατακτήσει. Η διαφορά των δύο επιστημόνων προέρχεται από το ότι ο πρώτος θεωρεί τον αυτισμό δευτερογενές σύμπτωμα της σχιζοφρένειας, ενώ ο δεύτερος τον θεωρεί εγγενή ανικανότητα που διαχωρίζεται από την σχιζοφρένεια (Σταμάτης, 1987, Κυπριωτάκης, 1995).

Μετά τον Kanner πολλοί ειδικοί ασχολήθηκαν με τον αυτισμό και παρά τις διαφωνίες τους ως προς τα αίτια που τον προκαλούν και τον τρόπο αντιμετώπισης, συμφωνούν σχεδόν όλοι στο χρόνο που εμφανίζεται και στα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται (Σταμάτης, 1987).

Ο αυτισμός εκδηλώνεται κατά την διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων της ζωής του παιδιού (υπάρχει με τη γέννηση ή δημιουργείται μέχρι την συμπλήρωση του δεύτερου έτους). Τα άτομα με σύνδρομο αυτισμού έρχονται στη ζωή με έλλειψη ή ανεπάρκεια της ικανότητας για ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών και επικοινωνίας με τους ανθρώπους. Πρόκειται για

εγγενή ανεπάρκεια όπως είναι και άλλες εγγενείς ανεπάρκειες (Σταμάτης, 1987, Κυπριωτάκης, 1995).

Με βάση όσα ισχύουν μέχρι σήμερα, ο αυτισμός οφείλεται σε ελαττωματική λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, εξαιτίας προ-περί και μεταγεννητικών αιτιών, με σοβαρές επιπτώσεις περισσότερο στην ανάπτυξη των σχέσεων, της επικοινωνίας και των γνωστικών λειτουργιών (Κυπριωτάκης, 1995).

Από έρευνες που έγιναν σε χώρες του εξωτερικού υπολογίζεται ότι στα 2.200 παιδιά που γεννιούνται, το ένα είναι αυτιστικό (περίπου 4-5 στα 10.000). Σε αναλογία αγοριών – κοριτσιών, τα πρώτα υπερέχουν, με μια σχέση 4:1 ή 3:1. Στη χώρα μας, όπου γεννιούνται περίπου 140.000 παιδιά το χρόνο, τα 60-70 από αυτά θα παρουσιάσουν τα συμπτώματα του αυτισμού (Σταμάτης, 1987).

Σήμερα, περισσότερο από πενήντα χρόνια ύστερα από τις πρώτες περιγραφές του παιδιού αυτισμού, ενώ σε άλλες χώρες έχουν σημειωθεί βήματα για επιτυχή αντιμετώπιση του φαινομένου, στη χώρα μας ισχύει ένας μύθος γύρω από τον αυτισμό, όπως εξάλλου διαπιστώνεται από τους τίτλους σχετικής βιβλιογραφίας, με συνέπεια τη σύγχυση των γονιών. Το ενδιαφέρον εστιάζεται σε τεχνικές διάγνωσης του αυτισμού και στον προσδιορισμό των αιτιών. Ουδόλως ή περιορισμένα γίνεται λόγος για μεθόδους θεραπείας και αποκατάστασης (Κυπριωτάκης, 1995).

Ορισμός

Έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί σχετικά με το τι είναι αυτισμός. Μεταξύ αυτών διακρίνουμε τους παρακάτω:

Σύμφωνα με τον Kanner (1943), ο παιδικός αυτισμός είναι μια σπάνια νοσογραφική οντότητα, που εμφανίζεται από το πρώτο έτος της ηλικίας και που εκδηλώνεται με την αδιαφορία του παιδιού για τον έμπυχο κόσμο,

ακόμη και για την εικόνα του στον καθρέφτη, με στερεότυπες χειρονομίες, παιχνίδια, αντικείμενα όπως το χαλίκι, ένα σπάγκος κ.τ.λ. Το αυτιστικό παιδί δεν ζητά να επικοινωνήσει με τους άλλους και την πραγματικότητα. Το αυτιστικό παιδί δείχνει ανίκανο να καλλιεργήσει και να διατηρήσει φυσιολογικές συναισθηματικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους (με αντίθεση με την σχιζοφρένεια του Bleuler, ή διαταραχή αυτή έμοιαζε να υφίσταται εκ γενετής). Οι μοναδικές εμμονές φροντίδες που εκδηλώνει είναι στην αναζήτηση της ταυτότητας και της ομοιότητας. Ο λόγος, όταν εκφέρεται, εμφανίζει πάντοτε διαταραχές και δεν αποσκοπεί στην επικοινωνία, το «εγώ» και το «ναι» λείπουν και όλα του τα χαρακτηριστικά φαίνονται στις κατασκευές που έχουν για σκοπό να αποφύγουν, να αγνοήσουν το εγώ (Κυπριωτάκης, 1995).

Αίτια

Μέχρι σήμερα τα αίτια του αυτισμού είναι, στην ουσία, άγνωστα. Οι ερευνητές ανακοίνωσαν θεωρίες, που καθεμιά αποδίδει σε διαφορετικούς παράγοντες τη δημιουργία του αυτιστικού συνδρόμου (Σταμάτης, 1987).

Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε οργανικούς, κληρονομικούς και ψυχογενετικούς (Σταμάτης, 1987).

1. Οργανικοί παράγοντες: Οι υποστηρικτές της βιολογικής θεωρίας αποδίδουν τον αυτισμό σε αλλοιώσεις του εγκεφάλου από οργανικές ή μεταβολικές αιτίες. Αναφέρουν μάλιστα περιπτώσεις αυτιστικών παιδιών που παρουσιάζουν εγκεφαλοπάθειες. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από την ύπαρξη πολλών αυτιστικών παιδιών που πάσχουν από κρίσεις επιληψίας. Παρ' ότι η θεωρία της ενοχοποίησης των οργανικών παραγόντων κερδίζει συνεχώς έδαφος, μέχρι σήμερα δεν μπορεί να γίνει πλήρως αποδεκτή, γιατί δεν έχει να παρουσιάσει σημαντικά στατιστικά δεδομένα και δεν μπορεί να δικαιολογήσει

τον αυτισμό των παιδιών, που δεν παρουσιάζουν εγκεφαλικές βλάβες (Σταμάτης, 1987).

Πιο συγκεκριμένα τα οργανικά αίτια συνοψίζονται στις εξής κατηγορίες:

A. Τραυματισμοί – ασθένειες

Σε πολλά αυτιστικά παιδιά τα συμπτώματα του αυτισμού συνδέονται στενά με ασθένειες ή επιπλοκές που παρουσιάζονται κατά την προγεννητική και την περιγεννητική και τη μεταγεννητική περίοδο της ζωής τους και τα οδηγούν σε διαταραχές των λειτουργιών του εγκεφάλου. Σε μερικά από αυτά τα περιστατικά, ο δεσμός με το σύνδρομο του αυτισμού είναι πολύ μεγαλύτερα από ότι αναμένεται τυχαία. Με άλλα λόγια, η πορεία εξέλιξης των αυτιστικών παιδιών γίνεται συνήθως κάτω από δύσκολες βιολογικές συνθήκες. Υπεισέρχονται παράμετροι – καταστάσεις που ενέχουν σοβαρούς κινδύνους βλάβης του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κυπριωτάκης, 1995).

B. Βιοχημικά αίτια

Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '70 πραγματοποιήθηκαν σχετικές έρευνες με σκοπό τη διαπίστωση της σχέσης ανάμεσα στον αυτισμό και τις βιοχημικές διαταραχές. Έτσι γνωρίζουμε σήμερα ότι περιγράφηκαν περιπτώσεις παιδιών με το σύνδρομο του αυτισμού σαν αποτέλεσμα διαταραχών στο μεταβολισμό ή στο ενδοκρινικό σύστημα (Κυπριωτάκης, 1995).

Γ. Φαινυλοκετονουρία

Πρόκειται για μια κληρονομική (υποτελή) βιοχημική ανωμαλία που οφείλεται στην έλλειψη ηπατικού ενζύμου και στη μετατροπή τη φαινυλανίνης σε τυροσίνη. Συνήθως η κύηση γίνεται χωρίς επιπλοκές. Η διαταραχή μεταβιβάζεται από τη μητέρα και εκδηλώνεται μετά τη γέννηση. Η φαινυλοκετονουρία αν δεν διαγνωστεί και δεν ληφθούν έγκαιρα

ιατροφαρμακευτικά μέτρα συνεπάγεται νοητική ανεπάρκεια ακόμα και αυτισμός (Κυπριωτάκης, 1995).

Δ. Ιστιδιναιμία

Η ιστοδιναιμία είναι, επίσης, μια σπάνια κληρονομική (υποτελής) διαταραχή της ιστοδίνης που οφείλεται σε έλλειψη της ιστοδάσης. Συχνά τη διαταραχή αυτήν ακολουθεί το αυτιστικό σύνδρομο (Κυπριωτάκης, 1995).

Ε. Υποθυρεοειδισμός

Σε περιπτώσεις υποθυρεοειδισμού παρουσιάζεται υπολειτουργία – διαταραχή του θυρεοειδούς αδένου. Η σχέση της διαταραχής αυτής με τη νοητική ανεπάρκεια και την καθυστέρηση στη σωματική εξέλιξη (μυζοίδημα) είναι γνωστή (Κυπριωτάκης, 1995).

Όσον αφορά, όμως, τη σχέση ανάμεσα στη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου και την παρουσία του αυτιστικού συνδρόμου, οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα δεν οδήγησαν σε θετικά συμπεράσματα (Κυπριωτάκης, 1995).

Δ. Ενδορφίνες

Οι ενδορφίνες είναι νευροπολυπεπίδια που σχηματίζονται στον εγκέφαλο ή στην υπόφυση και παίζουν ρόλο ενδογενούς μορφίνης (Κυπριωτάκης, 1995).

Η δυνορφίνη είναι μια μορφή ενδορφίνης, αυξάνεται σημαντικά δύο ώρες περίπου 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 (Κυπριωτάκης, 1995).

«Τα συμπτώματα του αυτιστικού συνδρόμου θα ήταν δυνατό να οφείλονται σε μια αυξημένη ενέργεια της ενδορφίνης στον εγκέφαλο» (Κυπριωτάκης, 1995).

Ζ. Μονοαμίνες

Οι μονοαμίνες είναι χημικές ουσίες, όπως και η σεροτονίνη, που ενεργούν ως νευροδιαβιβαστές. Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας (Σουηδία, 1984), διαπιστώθηκε ότι συνοδεύεται ασυνήθιστα στο αυτιστικό σύνδρομο με την παρουσία της νευροϊνωμάτωσης, πάθησης που εκδηλώνεται με το σχηματισμό ογκιδίων σε περιοχές του νευρικού συστήματος ποικίλης αιτιολογίας που ποικίλει αιτιολογίας και μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή στην ποσότητα της μονοαμίνης. Διαταραχή του δείκτη τιμών της μονοαμίνης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα συνεπάγεται διαταραχή στη μετάδοση των μηνυμάτων διαμέσου των συνάψεων ανάμεσα στα κύτταρα του εγκεφάλου (Κυπριωτάκης, 1995).

Η. Ντοπαμίνες

Ποσοστό 50% περίπου των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζουν δείκτη στις τιμές των ντοπαμινών και η παρουσία τους δεν συνδέεται με νοητική ανεπάρκεια. Η αντιμετώπιση της διαταραχής με αντίστοιχα φαρμακευτικά παρασκευάσματα υπήρξε επιτυχής (Κυπριωτάκης, 1995).

Θ. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα σε αυτιστικά παιδιά οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι το σύνδρομο του αυτισμού συνδέεται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες (Κυπριωτάκης, 1995).

Ι. Σωματικές παραμορφώσεις

Πολλές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο αυτισμός συνοδεύεται συνήθως και από μικρές σωματικές παραμορφώσεις –

ανωμαλίες. Έτσι, τα αυτιστικά παιδιά, σε σύγκριση με τα κανονικά, εμφανίζουν πιο συχνά τα παρακάτω σωματικά ελαττώματα: επίκανθο, υπερτελορισμό, ασυμμετρία αυτιών, συμφύσεις αυτιού, πτερυγίων, παραμορφωμένα αυτιά, προγναθία, πέμπτο δάκτυλο, επιμήκυνση του τρίτου δακτύλου του παιδιού, συμφύσεις δακτύλων του ποδιού, ηλεκτρισμένα μαλλιά κ.ά. (Κυπριωτάκης, 1995).

Η παρουσία μικρών σωματικών ανωμαλιών-παραμορφώσεων οφείλεται σε επιπλοκές (εμβρυοπάθεια) κατά την περίοδο της ενδομήτριας ζωής του εμβρύου, την περίοδο της βλαστογένεσης (σύλληψη μέχρι την τρίτη εβδομάδα) και της εμβρυογένεσης (τέταρτη εβδομάδα μέχρι τέταρτο μήνα) (Κυπριωτάκης, 1995).

Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι στα αυτιστικά παιδιά, σε σύγκριση με τα αδέρφια τους του ίδιου φύλου, παρατηρούνται συχνότερα επιπλοκές κατά την ενδομήτρια και την περιγεννητική περίοδο και έχουν μικρές σωματικές ανωμαλίες – παραμορφώσεις (Κυπριωτάκης, 1995).

Κ. Διαταραχή στη λήψη τροφής

Στα αυτιστικά παιδιά οι διαταραχές στη λήψη τροφής αποτελούν σύνηθες σύμπτωμα, για αυτό αναφέρεται συχνά ανάμεσα στα αίτια και η ανεπαρκής διατροφή. Είναι γεγονός ότι οι διαταραχές στην τροφή ασκούν αναμφίβολα στο σύνολό τους δευτερεύοντα ρόλο (Κυπριωτάκης, 1995).

Συναντούμε ενίοτε αυτιστικά παιδιά των οποίων η ζωή κινδυνεύει γιατί αρνούνται τη λήψη τροφής. Άλλα αυτιστικά παιδιά με ελαφρά ή βαριά μορφή νοητικής ανεπάρκειας, ακόμη και με τη συμπλήρωση του 10^{ου} έτους της ηλικίας τους, αδυνατούν να μασήσουν τροφές, με συνέπεια το διαιτολόγιό τους να περιορίζεται σε τροφές ρευστής μορφής (Κυπριωτάκης, 1995).

Για κάποιο χρονικό διάστημα προτιμούν ένα συγκεκριμένο φαγητό ή αρνούνται τη λήψη ορισμένων τροφών (αμεταβλητότητα και στο φαγητό). Έτσι πολλά αυτιστικά παιδιά τρέφονται μονομερώς, με συνέπεια ορισμένες

απαραίτητες ουσίες ή βιταμίνες για την υγεία να λείπουν από το διαιτολόγιό τους (Κυπριωτάκης, 1995).

2. Κληρονομικοί παράγοντες: Η ενοχή της κληρονομικότητας στη δημιουργία του αυτισμού βρίσκει υποστηρικτές, που αναφέρουν αυτιστικά παιδιά προερχόμενα από οικογένειες που βαρύνονται με ψυχοπαθολογικές διαταραχές. Η θεωρία αυτή αντικρούεται, γιατί η μεγάλη πλειοψηφία των αυτιστικών παιδιών προέρχεται από γονείς με υψηλό νοητικό επίπεδο, χωρίς ψυχοπαθολογικές διαταραχές, άσχετα αν αργότερα εμφάνισαν (κυρίως οι μητέρες) τα προβλήματα που έχουν οι περισσότεροι γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες. Μην ξεχνάμε το ότι σπανιότατα γεννιέται δεύτερο αυτιστικό παιδί στην ίδια οικογένεια (Σταμάτης, 1987).

3. Ψυχογενετικοί παράγοντες: Η πιο παλιά θεωρία είναι αυτή που αποδίδει τον αυτισμό στους ψυχογενετικούς παράγοντες. Σύμφωνα με αυτή, ο αυτισμός είναι μια αντίδραση του παιδιού στο εχθρικό και αφιλόξενο περιβάλλον, που δημιούργησαν οι αγχωτικοί και απορριπτικοί γονείς – κυρίως η μητέρα – και οι αρνητικές συνθήκες ζωής. Ενισχυτικό της άποψης αυτής είναι το ότι οι γονείς των παιδιών αυτών είναι ψυχροί και πολυάσχολοι, με αποτέλεσμα να διαθέτουν πολύ λίγο χρόνο για το παιδί τους ή και να το θεωρούν εμπόδιο στις επαγγελματικές τους δραστηριότητες (Κυπριωτάκης, 1995).

Σύμφωνα με τις απόψεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας «ο αυτισμός προκαλείται από ψυχοδυναμικές συγκρούσεις που δημιουργούνται μεταξύ της μητέρας και του παιδιού ή από κάποιο έντονο υπαρξιακό άγχος που βιώνεται από το παιδί και θεραπεύεται με την επίλυση της πρωταρχικής σύγκρουσης. Παρά την έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων, η λανθασμένη αυτή πεποίθηση υπάρχει όπως και η πεποίθηση ότι κάποιος μπορεί να πεθάνει από «κακό μάτι» ή «ερωτική απογοήτευση». Στην πραγματικότητα είναι αδύνατο να

γίνει ένα παιδί αυτιστικό εξαιτίας του αισθήματος ότι απειλείται η ζωή και η ταυτότητά του (Σταμάτης, 1987).

Γνωστό είναι ότι η εξέλιξη του παιδιού επηρεάζεται αναμφισβήτητα αρνητικά από τραυματικές εμπειρίες, παρόλα αυτά όμως υπάρχουν εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο με τραυματικά βιώματα, τα οποία δεν είναι αυτιστικά. Ακόμη δεν υπάρχουν εμπειρικές έρευνες που να θεμελιώνουν την παραπάνω άποψη, ότι δηλαδή οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, όπως η αποστέρηση της μητέρας, η έλλειψη στοργής κ.τ.λ., είναι η αιτία του αυτισμού. Διαπιστώνεται βέβαια ότι στην περίπτωση του αυτισμού τονίζεται ιδιαίτερα ο ρόλος των τραυματικών εμπειριών και ότι αυτές δεν έχουν τόση βαρύτητα όσο τους αποδίδεται στις επόμενες εξελικτικές βαθμίδες. Η παρουσία των τραυματικών εμπειριών επηρεάζει το στάδιο εξέλιξης στο οποίο βρίσκεται το παιδί ,με συνέπεια την εμφάνιση κάποιων διαταραχών σε επόμενα εξελικτικά στάδια (Κυπριωτάκης, 1995).

Χαρακτηριστικά των αυτιστικών παιδιών

Συνήθως, τα αυτιστικά παιδιά κατά τη γέννησή τους δεν παρουσιάζουν κάτι ανησυχητικό. Μετά από λίγους μήνες και ιδιαίτερα όταν υπάρχει μεγαλύτερο παιδί, οι γονείς αρχίζουν να αντιλαμβάνονται ότι κάτι συμβαίνει. Το παιδί δίνει την εντύπωση του κωφού, μένει αδιάφορο στο πλησίασμα της μητέρας, δεν απλώνει τα χέρια του, δεν χαμογελά, δεν κοιτάζει κ.τ.λ. Όσο περνάει δε ο καιρός, τα συμπτώματα ότι το παιδί είναι αυτιστικό, γίνονται εμφανέστερα (Σταμάτης, 1987).

Τα χαρακτηριστικά των αυτιστικών παιδιών χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α. γενικά και β. σε χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς (Σταμάτης, 1987).

Αξίζει μάλιστα να τονίσουμε το εξής: Για να είναι ένα παιδί αυτιστικό δεν είναι απαραίτητο να παρουσιάζει όλοι τα χαρακτηριστικά συμπτώματα

αλλά δεν είναι απαραίτητο να χαρακτηριστεί αυτιστικό ένα παιδί που έχει μερικά από τα συμπτώματα αυτά (Σταμάτης, 1987).

Τα αυτιστικά παιδιά αναπτύσσονται στη διατροφή υστερούν στο βάρος. Τα σισθητήρια όργανα δεν παρουσιάζουν προβλήματα άσχετα από το γεγονός ότι δεν γίνεται σωστή επεξεργασία των ερεθισμάτων. Το σώμα των περισσότερων παιδιών παρουσιάζει μια λειτουργική δυσκαμψία, και προβλήματα στο κινητικό συντονισμό.

Σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν παρουσιάζουν αυτισμό, έχουν επιληπτικές κρίσεις σε μεγαλύτερη συχνότητα (Σταμάτης, 1987).

Νοητικά χαρακτηριστικά

Η αδυναμία των αυτιστικών παιδιών για επικοινωνία εμποδίζει την εκτίμηση των νοητικών τους ικανοτήτων. Συνήθως φαίνονται ότι έχουν χαμηλότερη νοημοσύνη από αυτή που διαθέτουν. Υπολογίζεται ότι το 25% των αυτιστικών παιδιών έχουν σχεδόν κανονική νόηση. Τα περισσότερα παιδιά παρουσιάζουν ελαφρά ή μέτρια καθυστέρηση και ένα μικρό ποσοστό είναι βαριά καθυστερημένα. Ο αυτισμός και η νοητική καθυστέρηση δεν είναι ταυτόσημα, αλλά μπορούν να συνυπάρχουν (Σταμάτης, 1987).

Οι προσπάθειες μέτρησης της νοημοσύνης δείχνουν ότι η πρακτική νόηση των αυτιστικών υπερτερεί κατά πολύ της αφηρημένης. Το αυτιστικό παιδί είναι δέσμιο του πρακτικού και του συγκεκριμένου ενώ σχεδόν πάντα υπάρχει αδυναμία κατανόησης αφηρημένων εννοιών. Δεν μπορεί να κάνει γενικεύσεις και δεν κατανοεί συμβολισμούς. Η φαντασία του είναι πολύ περιορισμένη. Έχει μεγάλη αδυναμία συγκέντρωσης και δεν μπορεί να κατευθύνει την προσοχή του στα σκόπιμα ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Σταμάτης, 1987).

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της συμπεριφοράς

❖ Κλείσιμο στον εαυτό του

Το αυτιστικό παιδί φαίνεται να ζει στο δικό του κόσμο. Δεν ενδιαφέρεται για τα πρόσωπα και τα αντικείμενα του περιβάλλοντός του. Δείχνει να αγνοεί τελείως ακόμη και την παρουσία της μητέρας του και, πολλές φορές, την παραμερίζει από μπροστά του, όπως κάνει με τα αντικείμενα. Αναζητάει τη μοναξιά και παίζει μόνο του.

Όταν γίνεται προσπάθεια να επικοινωνήσουμε μαζί του, οι αντιδράσεις του είναι αγχώδεις και πολλές φορές έντονες. Τρέχει άσκοπα, δαγκώνεται, κραυγάζει, χτυπιέται κ.λπ. Όσο πιο επίμονες είναι οι προσπάθειες του περιβάλλοντός τους για επικοινωνία, τόσο πιο έντονες είναι και οι αντιδράσεις του. Μπορεί να επικοινωνήσει με τους ενήλικες, κυρίως, μέσω του παιχνιδιού. Πολλές φορές χρησιμοποιεί τα χέρια των άλλων σαν αντικείμενα ή εργαλεία. (Ο Σ. έπιανε το χέρι μου και το έσπρωχνε στη σακούλα με τα γαριδάκια, που του άρεσαν πολύ). 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 συνομηλικούς τους. Αποφεύγουν τα άλλα παιδιά και πολλές φορές γίνονται επιθετικά και επικίνδυνα, γιατί σπρώχνουν, χτυπούν, δαγκώνουν. Από τα πολλά παιδιά μάλλον ενοχλούνται, γιατί δεν μπορούν να ανεχτούν τις θορυβώδεις εκδηλώσεις και τις απόπειρες για επικοινωνία. Πολλές φορές παρακολουθούν ήσυχα τις ασχολίες των άλλων παιδιών, αν δεν τους απευθύνεται ο λόγος. (Ο Δ. παρακολουθεί το παιχνίδι του αδελφού του, αλλά αντιδρά με άγχος όταν εκείνος του ζητάει να πάρει μέρος στο παιχνίδι (Σταμάτης, 1987, Κρουσταλάκης, 2000).

❖ Ανάγκη αμεταβλητότητας

Η επιθυμία για αμεταβλητότητα του περιβάλλοντος υπάρχει και στο «φυσιολογικό» ενήλικα, αλλά ιδιαίτερα στο παιδί, γιατί αναζητάει

συναισθηματικά στηρίγματα για να μπορέσει να έρθει σε επαφή με την πραγματικότητα, που συνεχώς μεταβάλλεται. Η προσκόλληση, όμως, του αυτιστικού παιδιού στο μόνιμο, το αμετάβλητο, είναι παθολογική κατάσταση, που ξεπερνάει κάθε όριο και το εμποδίζει να κοινωνικοποιηθεί (Σταμάτης, 1987).

Το αυτιστικό παιδί αισθάνεται μεγάλη αγωνία μπροστά στις αλλαγές και αντιδρά έντονα. Στις αλλαγές των προσώπων, που ασχολούνται μαζί του, ή των αντικειμένων που του ανήκουν, κραυγάζει, γαντζώνεται, χτυπιέται. Αν οι αντιδράσεις του δε φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, αναδιπλώνεται στον εαυτό του και πολλές φορές παλινδρομεί (Κρουσταλάκης 2000).

Συνήθως νιώθει άγχος μπροστά στις αλλαγές των λεπτομερειών. Η αλλαγή της θέσης των αντικειμένων, του ωραρίου, της σειράς των ενεργειών, του συνηθισμένου δρομολογίου το επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό. (Ο Δ. άρχισε να κραυγάζει, όταν το σχολικό αυτοκίνητο σταμάτησε λόγω βλάβης. Ο Γ, προτιμάει να μείνει όρθιος μέσα στην τάξη, παρά να καθίσει σε άλλη θέση, Μάλιστα δίνει μεγάλη σημασία και στο θρανίο. Μια μέρα έψαξε και βρήκε το δικό του θρανίο, που είχε μια μικρή σχισμή, και το έβαλε στη θέση του). Όλα τα αυτιστικά παιδιά είναι άτομα ρουτίνας (Κρουσταλάκης 2000, Σταμάτης 1987).

Το κλείσιμο του αυτιστικού παιδιού στον εαυτό του και η επιμονή για αμεταβλητότητα του περιβάλλοντος είναι τα δύο βασικά πρωτογενή χαρακτηριστικά γνωρίσματά του. Στη συνέχεια θα περιγραφούν και άλλα γνωρίσματα, που σχεδόν πάντοτε υπάρχουν – σε διάφορο, βέβαια, βαθμό – και αποτελούν δευτερογενή συμπτώματα του συνδρόμου του αυτισμού (Σταμάτης 1987, Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Γλωσσική επικοινωνία*

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 τους εξέλιξη.

Από τα αυτιστικά παιδιά άλλα μιλούν και άλλα όχι. Αυτά που δε μιλούν, ή δε 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. Καθυστέρηση παρατηρείται στα βοηθητικά ρήματα *έχω* και *είμαι*. Λένε ευκολότερα και συχνότερα το *όχι* από το *ναι*. Συχνά κάνουν λάθη στη χρήση των λέξεων με παραπλήσιες έννοιες (λένε κουτάλι αντί πιρούνι, πρόβατο αντί κατσίκια, μπλούζα αντί πουκάμισο κ.λπ.). (Ο Σ., αν και είχε καλή γλωσσική επικοινωνία, έλεγε και το τετράδιο βιβλίο).

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, χωρίς να έχουν για το ίδιο νόημα. 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 (α' πρόσωπο). Μιλάει για τον εαυτό του σε δεύτερο και τρίτο 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 το συνομιλητή που τα κοιτάζει στα μάτια. Αντίθετα, προτιμούν τις χαμηλές φωνές και μπορούν να προσέξουν μια συνομιλία που δεν

απευθύνεται σ' 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, Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Συναισθήματα*

Το αυτιστικό παιδί δείχνει ψυχρό και ανέκφραστο στις εκδηλώσεις αγάπης των άλλων. Δεν εκδηλώνει την ευχαρίστησή του για ό,τι του αρέσει. Δέχεται απλώς το αρεστό αντικείμενο με παγερή έκφραση, χωρίς ούτε ένα χαμόγελο.

Η δυσαρέσκειά του εκδηλώνεται με κραυγές, χτυπήματα, άσκοπες κινήσεις ή και με 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 κ.λπ.

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.

Δε συμμετέχει στη συναισθηματική κατάσταση των άλλων, έστω και αν είναι οι γονείς του. Δε δείχνει συμπάθεια ή χαρά για τη λύπη ή τη χαρά των συνανθρώπων του. Δεν αποκλείεται να παρακολουθήσουμε αυτιστικό παιδί να γελάει, τη στιγμή που κάποιος υποφέρει (Σταμάτης, 1987).

❖ *Αισθήματα*

Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά, ενώ δεν παρουσιάζουν ελαττώματα στα αισθητήρια όργανα, 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 τον ψίθυρο. Μερικά κλείνουν τα μάτια 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 ανέχονται ούτε το παραμικρό άγγιγμα. Στη θερμοκρασία δεν είναι πολύ ευαίσθητα και γι' αυτό δε φαίνονται να δυσφορούν από το κρύο ή τη ζέστη. Δεν τα ενοχλούν τα βαριά ρούχα με τη ζέστη ή τα ελαφρά με το κρύο. Επίσης είναι ανθεκτικά στον πόνο, σε σημείο που να αυτοτραυματίζονται, χωρίς να δείχνουν ευαισθησία. Έχουν περίεργη συμπεριφορά στις οσμές και τις γεύσεις. Τους αρέσουν οι ωραίες γεύσεις, αλλά τα περισσότερα δε δείχνουν δυσφορία στις δυσσομίες και ορισμένα ανέχονται και κακές γεύσεις. Μερικά, μάλιστα, πολύ λίγα, τρώνε τα κόπρανά τους.

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

Αξιοπρόσεκτο είναι το χαρακτηριστικό βλέμμα των αυτιστικών παιδιών. Όταν δεν έχουν επαφή με την πραγματικότητα, συνήθως κοιτάζουν το κενό. Πολλές φορές μας κοιτάζουν χωρίς να μας βλέπουν, σαν να είμαστε διαφανή σώματα. Συνήθως αποφεύγουν να κοιτάζουν κατάματα. Ορισμένοι πιστεύουν ότι μ' αυτόν τον τρόπο αρνούνται να δημιουργήσουν επαφή με την πραγματικότητα - και κυρίως με τη μητέρα. Όμως τα παιδιά αυτά παρακολουθούν, χωρίς να καρφώνουν το βλέμμα τους, και δε χάνουν σχεδόν τίποτα απ' όσα συμβαίνουν γύρω τους. Παρακολουθούν τις συζητήσεις μας και τις κινήσεις μας, ακόμη και όταν μας έχουν γυρισμένη την πλάτη. Αυτό φαίνεται καθαρά από την αγωνία με την οποία αντιδρούν, όταν συζητάμε για

τα ίδια, ενώ νομίζουμε ότι δε μας προσέχουν. Τα πιο νοήμονα αυτιστικά παιδιά δεν μπορούν να υποφέρουν το βλέμμα των άλλων, όταν είναι στραμμένο πάνω τους. Όταν αρχίσουν να μας κοιτάζουν, έχουμε μια πρώτη ένδειξη επικοινωνίας με την πραγματικότητα (Σταμάτης 1987, Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Δέσιμο με ορισμένα αντικείμενα*

Φαίνεται ότι για τα αυτιστικά παιδιά έχουν μεγάλη σημασία ορισμένα αντικείμενα (ένα κάθε φορά), με τα οποία είναι πολύ δεμένα. Κρατούν σφιχτά ένα παιχνίδι - μπορεί και χαλασμένο -, ένα κομμάτι ύφασμα, μια κούκλα κ.λπ. Αν προσπαθήσουμε να τους το αποσπάσουμε, θα συναντήσουμε μεγάλη αντίσταση. Αν το κρύψουμε, το ψάχνουν με μανία και καταλαμβάνονται από άγχος και αγωνία. Πολλές φορές εγκαταλείπουν το αγαπημένο αντικείμενο, για να το αντικαταστήσουν με κάποιο άλλο.

Η εκδήλωση αυτή δεν είναι φυσιολογική, αλλά μπορούμε να την εκμεταλλευτούμε για να μάθει το παιδί να χειρίζεται σωστά τα αντικείμενα και να παίζει μαζί τους.

Το δέσιμο με τα αντικείμενα σταματάει, όταν το παιδί δείξει ενδιαφέρον για τα άλλα πράγματα και αρχίσει η κοινωνικοποίησή του (Σταμάτης 1987, Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Παραισθήσεις και παράξενοι φόβοι*

Το αυτιστικό παιδί δείχνει να έχει παραισθήσεις. Πολλές φορές δίνει την εντύπωση πως επικοινωνεί με κάτι που βρίσκεται μακριά. Παίρνει θέση σαν να ακούει ανύπαρκτες φωνές, σαν να ασχολείται με κάποιο φανταστικό αντικείμενο και μονολογεί με λίγες λέξεις. Αποτέλεσμα των παραισθήσεών του είναι συχνά και ο τρόπος με τον οποίο ασχολείται με τα παιχνίδια του και τα άλλα αντικείμενα. Τα χτυπάει, τους μιλάει (πότε με νεύρα και πότε ήρεμα), τα δαγκώνει, τα πετάει κ.λπ. Ίσως αποτέλεσμα των παραισθήσεων να είναι τα ανεξήγητα γέλια ή κλάματα. Είναι πιθανό, όταν γελάει χωρίς να υπάρχει

λόγος, να φαντάζεται ή να θυμάται κάτι που του προκαλεί ευχαρίστηση, ενώ μπορεί να συμβαίνει το αντίθετο με τα κλάματα χωρίς λόγο.

Αρκετά αυτιστικά παιδιά έχουν φόβους για πράγματα που κανονικά δεν προκαλούν φόβο. Δείχνουν τόσο φόβο και αποφεύγουν ορισμένα αντικείμενα, λες και συνδέονται με κάποια δυσάρεστη εμπειρία τους. Για κάθε παιδί υπάρχουν διαφορετικά «φοβερά» αντικείμενα. (Ο Γ. φοβάται τις γάτες και κλείνει τα μάτια του, ακόμη και όταν τις βλέπει σε εικόνες. Η Α., μέχρι τα 10 της χρόνια, ήταν αδύνατο να αντικρίσει το άνοιγμα της τουαλέτας ή άλλη τρύπα. Και σήμερα ακόμη φοβάται το πέταγμα της μύγας) (Σταμάτης 1987, Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Παιχνίδι*

Το αυτιστικό παιδί ή δεν παίζει ή παίζει μόνο του). Αλλά, και όταν παίζει μόνο του, δεν έχει την ικανότητα να ασχοληθεί με τα παιχνίδια του, όπως το φυσιολογικό παιδί. Τα κρατάει ή τα μετακινεί κατά τύχη - συνήθως κυκλικά - ή τα χτυπάει. Η επιδεξιότητα, με την οποία χειρίζεται ορισμένα αντικείμενα, δεν είναι παιχνίδι, αλλά μια έμφυτη εσωτερική ανάγκη (καταναγκαστική κίνηση).

Δεν ενδιαφέρεται και δε συμμετέχει στα παιχνίδια των άλλων, αλλά μπορεί να τα παρακολουθεί, στην αρχή από απόσταση «ασφαλείας» και αργότερα από κοντά. Μετά από αρκετή παρακολούθηση, προσπαθεί να μιμηθεί κάτι που είδε σε άλλο παιδί. Πολλές φορές δημιουργεί προβλήματα στα άλλα παιδιά, επειδή τους παίρνει ή τους καταστρέφει τα παιχνίδια. Δεν καταφέρνει να παίξει ρόλους και να πάρει μέρος σε δραματοποιήσεις.

Τα αυτιστικά παιδιά δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον στα παιχνίδια που δεν είναι θορυβώδη. Παίζουν με τον πηλό, την άμμο και το νερό. Ασχολούνται με τις απλές κατασκευές, χωρίς να αποβλέπουν σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Τους αρέσουν επίσης τα κουρδιστά παιχνίδια και γενικά όσα έχουν κίνηση, χωρίς να χρειάζεται να κάνουν τα ίδια ιδιαίτερη προσπάθεια.

Το παιχνίδι είναι το καλύτερο μέσο για να μπορέσει το αυτιστικό παιδί να επικοινωνήσει με τα πρόσωπα που το περιβάλλουν και να αρχίσει η κοινωνικοποίησή του (Σταμάτης 1987, Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Στερεότυπες κινήσεις*

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των αυτιστικών παιδιών είναι η στάση του σώματος και οι στερεότυπες κινήσεις. Και τα φυσιολογικά παιδιά κάνουν κάποτε αμφιταλαντευτικές κινήσεις, αλλά αυτές κρατούν το πολύ μέχρι το τέλος του πρώτου έτους. Στα αυτιστικά οι στερεότυπες κινήσεις είναι σταθερές και επαναλαμβάνονται ακούραστα. Πολλές φορές οι κινήσεις ενισχύονται και συγχρονίζονται από κάποια μελωδία, αλλά συνεχίζονται οι ίδιες, όταν αλλάξει η μελωδία.

Οι ψυχαναλυτές πιστεύουν ότι οι στερεότυπες κινήσεις υποκαθιστούν στερήσεις που έζησαν τα παιδιά στη βρεφική ηλικία, όπως στέρηση της μητρικής αγκαλιάς και του νανουρίσματος στα χέρια της μητέρας. Πάντως την ιδιομορφία αυτή πρέπει να τη δημιουργεί κάποια δυσφορία, που προσπαθούν να απομακρύνουν. Με τις κινήσεις βρίσκουν διέξοδο στην αμηχανία τους ή εξαφανίζουν κάτι που τα ενοχλεί.

Οι στερεότυπες κινήσεις εξαφανίζονται σταδιακά, όταν τα παιδιά αρχίσουν να ενδιαφέρονται για τα πρόσωπα και τα πράγματα που τα περιβάλλουν και απασχοληθούν μ' αυτά. (Η Γ. ποτέ δε «φτεροκοπά» αν είναι απασχολημένη).

Οι στερεότυπα επαναλαμβανόμενες κινήσεις δεν είναι οι ίδιες για όλα τα αυτιστικά παιδιά και συνήθως εμφανίζονται με τις ακόλουθες μορφές: (Σταμάτης 1987, Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Αμφιταλαντεύσεις*

Οι αμφιταλαντεύσεις είναι κινήσεις που χαρακτηρίζουν τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά. Καθισμένα, κινούν το σώμα τους δεξιά-αριστερά και κυρίως μπρος-πίσω. Όρθια, γέρνουν δεξιά-αριστερά, ανασηκώνοντας ανάλογα κάθε

φορά ένα πόδι, σαν να βρίσκονται σε πατητήρι σταφυλιών. Μερικά κάνουν πηδήματα προς τα μπρος. Ξαπλωμένα, στριφογυρίζουν γρήγορα, σαν να θέλουν να λικνιστούν, βάζοντας τα χέρια τους στο πρόσωπο ή κρατώντας τα πίσω, συνήθως τεντωμένα (Κρουσταλάκης, 2000).

❖ *Κινήσεις κεφαλιού*

Χαρακτηριστικές και επικίνδυνες είναι οι κινήσεις του κεφαλιού. Αρκετά αυτιστικά παιδιά, όρθια ή καθιστά, κινούν το κεφάλι σαν εκκρεμές μπρος-πίσω, έχοντας τεντωμένο το σώμα και τα χέρια. Είναι συνήθως κάπου ακουμπισμένα (τοιχος, έπιπλο) και με την κίνηση αυτή χτυπούν το κεφάλι με δύναμη, με αποτέλεσμα πολλές φορές να αυτοτραυματίζονται επικίνδυνα. Χτυπώντας το κεφάλι τους δείχνουν να μην πονούν και, μάλιστα, αντιδρούν έντονα στις προσπάθειες των δικών τους να τα προστατεύσουν από τα χτυπήματα. Άλλα κάνουν την κίνηση του κεφαλιού χωρίς να χτυπούν σε σταθερό αντικείμενο και δίνουν την εντύπωση ότι παίζουν με το κεφάλι τους (Σταμάτης 1987; Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Κινήσεις χεριών*

Πολλά αυτιστικά παιδιά κινούν τα χέρια τους παράξενα. Έχοντας τα χέρια τους προς τα μπρος ή σε έκταση, τα κινούν πάνω-κάτω, σαν να φτεροκοπούν. Τα περισσότερα αρέσκονται στις κυκλικές κινήσεις και στριφογυρίζουν τα αντικείμενα με μεγάλη επιδεξιότητα. Μερικά μάλιστα μπορούν να στριφογυρίσουν συγχρόνως πολλά αντικείμενα. Άλλα, με τεντωμένο το σώμα και τα χέρια σε ανάταση, κινούν με ευκινησία τα δάχτυλα σαν να χορεύουν. Μερικά δαγκώνουν ένα δάχτυλο (συνήθως το ίδιο, και κυρίως όταν αγχώνονται), σε σημείο που μένει μόνιμο σημάδι. (Ο Δ., μέχρι την ηλικία των επτά ετών, είχε το δείκτη του δεξιού χεριού παραμορφωμένο από ,τα δαγκώματα) (Σταμάτης 1987, Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Βάδισμα*

Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά έχουν ιδιόμορφο βάδισμα. Περπατούν

στις μύτες των ποδιών, με μικρή κάμψη του σώματος προς τα μπρος, σε σημείο που νομίζουμε ότι θα πέσουν. Περπατούν ασυντόνιστα και υποτονικά και δίνουν την εντύπωση ότι θέλουν να πέσουν, μπρούμυτα στο έδαφος, έχοντας σε κάμψη τα γόνατά τους. Μερικά βαδίζουν με πηδήματα (Κρουσταλάκης 2000, Σταμάτης 1987).

❖ *Μορφασμοί*

Οι μορφασμοί (γκριμάτσες) εμφανίζονται σε αρκετά παιδιά, με διάφορες μορφές. Μισοκλείνουν τα μάτια, σαν να τα ενοχλεί το φως, ζαρώνουν το μέτωπο, ανοιγοκλείνουν το στόμα ή τα μάτια, ανασηκώνουν το κεφάλι κ.λπ. Πολλές φορές σταματάει ένας μορφασμός για ν' αντικατασταθεί από κάποιον άλλο (Σταμάτης, 1987).

❖ *Αυτοεπιθετικότητα*

Ένα επικίνδυνο γνώρισμα της συμπεριφοράς μερικών αυτιστικών παιδιών είναι η επιθετικότητα προς τον εαυτό τους. Εκτός από τα χτυπήματα στο κεφάλι, το αυτιστικό παιδί, σε στιγμές κρίσης, μπορεί να κάνει πληγές στο σώμα του με τα νύχια του, να χτυπάει με τα χέρια το πρόσωπό του ή να ξεριζώνει τα μαλλιά του.

Η συμπεριφορά αυτή απελπίζει τους γονείς, που, πολλές φορές, δεν ξέρουν πώς να φερθούν. Τα παιδιά αυτά, εκτός του ότι διαταράσσουν την οικογενειακή ηρεμία, κινδυνεύουν από τις μολύνσεις των πληγών και τα χτυπήματα του κεφαλιού, που μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες.

Δεν μπόρεσαν να δοθούν επαρκείς εξηγήσεις γι' αυτή τη συμπεριφορά. Ίσως να οφείλεται σε δυσάρεστα συναισθήματα, που προσπαθεί να αντιμετωπίσει το παιδί, προκαλώντας πόνο στον εαυτό του.

Και αυτή η συμπεριφορά υποχωρεί σταδιακά, με τη βελτίωση της όλης κατάστασης του παιδιού (Σταμάτης, 1987).

❖ *Συμπεριφορά μπροστά στον καθρέφτη*

Παράξενη είναι η συμπεριφορά των αυτιστικών παιδιών μπροστά στον

καθρέφτη. Άλλα παρατηρούν επί ώρες τον εαυτό τους και άλλα δεν μπορούν να ανεχτούν τη βία του ειδώλου τους. Τα πρώτα, βλέποντας τον εαυτό τους, που μάλλον δεν αναγνωρίζουν, μονολογούν, απομακρύνονται για λίγο και επιστρέφουν, λες και κάτι τα τραβάει. Τα δεύτερα κοιτάζουν τον εαυτό τους μι ανησυχία και αγωνία και απομακρύνονται τρέχοντας ή αποστρέφουν το πρόσωπό τους από τον καθρέφτη. Δε λείπουν και οι περιπτώσεις παιδιών που χτυπούν τον καθρέφτη, επειδή δεν αντέχουν το βλέμμα του ειδώλου τους να είναι καρφωμένο πάνω τους (Σταμάτης, 1987)

❖ *Οργάνωση χώρου*

Ο τρόπος με τον οποίο «κατέχουν» το χώρο τα αυτιστικά παιδιά είναι αποτέλεσμα, κυρίως, της πρωτογενούς ανάγκης για αντίσταση στην αλλαγή.

Στο σπίτι αρέσκονται συνήθως να μένουν σε ένα δωμάτιο και σε ορισμένη θέση. Στο σχολείο βρίσκουν μια γωνιά και απομονώνονται. Θέλουν αρκετό χρόνο να προσαρμοστούν στο περιβάλλον της αίθουσας και των άλλων χώρων του σχολείου. Όταν μάθουν τη θέση τους, κανένας συμμαθητής τους δεν έχει το δικαίωμα να τους την καταλάβει, έστω και προσωρινά. Αρκετά έχουν κλειστοφοβία και αντιδρούν έντονα σε κλειστούς χώρους. Αντίθετα, στην εξοχή και στον ακάλυπτο χώρο δεν αισθάνονται κανένα φόβο και δραστηριοποιούνται με ποικίλους τρόπους. Τρέχουν και παίζουν με άνεση και ασφάλεια. Αλλά και στους ανοιχτούς χώρους, πολλά παιδιά βρίσκουν μια δική τους γωνιά, όπου κάθονται ή τη χρησιμοποιούν ως σημείο εκκίνησης. Πολλές φορές βρίσκουν ένα τοίχο ή ένα φράχτη και με την πλάτη ακουμπισμένη εκεί κάνουν παράλληλες διαδρομές. Ενώ δεν προσανατολίζονται εύκολα, θυμούνται αρκετά καλά τις γνωστές διαδρομές και μάλιστα δυσανασχετούν στις αλλαγές των δρομολογίων. Όταν παίζουν ή τρέχουν στην εξοχή, ξαναβρίσκουν με ευκολία το σημείο από το οποίο ξεκίνησαν.

Γενικά τα αυτιστικά παιδιά έχουν ένα δικό τους τρόπο να κατέχουν και

να διεκδικούν το χώρο, χωρίς να ενδιαφέρονται να τον οργανώσουν (Σταμάτης 1987, Κρουσταλάκης 2000).

❖ *Γενετήσια ορμή*

Τα αυτιστικά παιδιά και οι έφηβοι αυνανίζονται, και πολλές φορές παρουσία των άλλων. Στην αρχή παίζουν με τα γεννητικά τους όργανα, μέχρι που ανακαλύπτουν την απόλαυση της ηδονής. Στην περίοδο της εφηβείας δημιουργείται μεγάλη αναστάτωση, κυρίως στα αγόρια, λόγω της στύσης. Αν και παρουσιάζουν δειλία, είναι ικανά για σχέσεις με το άλλο φύλο, δημιουργούν τρυφερούς συναισθηματικούς δεσμούς και αναζητούν με αγωνία το σύντροφό τους, όταν απουσιάζει ή τον χάνουν. (Η Α. είναι πολύ δεμένη συναισθηματικά με ένα συμμαθητή της και αναστατώνεται όταν λείπει από το σχολείο) (Σταμάτης, 1987)

❖ *Ρυθμός ανάπτυξης (άλματα - παλινδρόμηση)*

Όπως είναι γνωστό, η ανάπτυξη των ικανοτήτων των φυσιολογικών παιδιών είναι σταδιακή και εξελικτική. Περνούν από το ένα στάδιο στο άλλο σιγά-σιγά και προοδευτικά. Και στα νοητικά καθυστερημένα παιδιά η ανάπτυξη των ικανοτήτων τους είναι αργή μεν, αλλά σταδιακά προοδευτική. Τα αυτιστικά παιδιά, όμως, παρουσιάζουν ιδιορρυθμίες στην ανάπτυξή τους. Αρκετές φορές αναπτύσσονται με άλματα ή, αντίθετα, παλινδρομούν σε προηγούμενα στάδια. Τα αντίθετα αυτά γνωρίσματα είναι δυνατό να εμφανίζονται, σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα, στο ίδιο παιδί.

Η ανάπτυξη με άλματα γίνεται κυρίως αντιληπτή στη γλωσσική εξέλιξη και τη δραστηριοποίηση. Ενώ το παιδί δεν έχει προφέρει λέξεις, ξαφνικά μπορεί να πει φράσεις. Πολλές φορές, από την πλήρη αδράνεια και την παθητικότητα, είναι δυνατό να περάσει σε κάποια δραστηριότητα αρκετά σωστή. Το κάθε άλμα στην ανάπτυξη του παιδιού επηρεάζει ευνοϊκά την κοινωνικοποίησή του και την όλη του κατάσταση.

Με την παλινδρόμηση, ενώ το παιδί έχει προοδεύσει στην επικοινωνία

και σε άλλους τομείς, ξανακλείνεται στον εαυτό του χωρίς να μιλάει, πέφτει σε πλήρη αδράνεια και εμφανίζει πάλι τις ιδιορρυθμίες της συμπεριφοράς, που είχε σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξής του (Σταμάτης, 1987).

❖ Ύπνος

Όπως στα φυσιολογικά παιδιά, έτσι και στα αυτιστικά, η συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια του ύπνου διαφέρει από παιδί σε παιδί. Άλλα είναι ιδιαίτερα ανήσυχα κατά τη διάρκεια του ύπνου, κυρίως κατά τους πρώτους μήνες. Άλλα είναι ανήσυχα όλη τη νύχτα και κοιμούνται ελάχιστες ώρες. Μερικά προτιμούν να μένουν άγρυπνα τη νύχτα και να κοιμούνται την ημέρα. Ορισμένα παραμένουν αρκετές ώρες ξαπλωμένα, με τα μάτια ανοιχτά, χωρίς να γκρινιάζουν.

Γενικά τα αυτιστικά παιδιά χρειάζονται περισσότερο χρόνο από τα φυσιολογικά για να αποκοιμηθούν. Φαίνεται ότι έχει μεγάλη σημασία γι' αυτά η «τελετουργία» πριν τον ύπνο. Κρατούν το χέρι ή το αυτί της μητέρας ή ένα παιχνίδι, πιπιλίζουν το δάχτυλο, κάνουν τη συνηθισμένη στερεότυπη κίνηση, αν την ευνοεί το ξάπλωμα κ.λπ. Ορισμένες από τις εκδηλώσεις αυτές υπάρχουν σε μικρότερη ένταση και στα φυσιολογικά παιδιά, αλλά εξαφανίζονται πολύ γρήγορα.

Πιθανές αιτίες διαταραχής του ύπνου των αυτιστικών παιδιών είναι:

α. Ο ιδιόμορφος τρόπος που δέχονται τα ακουστικά ερεθίσματα. Μια χαμηλόφωνη συζήτηση, που τα αφορά, μπορεί να τα κρατά ξάγρυπνα ή να τα ξυπνάει. Δεν τα ξυπνούν οι συνηθισμένοι θόρυβοι, ενώ τους ταραάζουν τον ύπνο ασυνήθιστοι θόρυβοι, ακόμα κι αν είναι πολύ χαμηλοί.

β. Η κόπωση της ημέρας, που δημιουργεί πολλές φορές υπερδιέγερση, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να κοιμηθούν εύκολα.

γ. Η αλλαγή στις καθημερινές συνήθειες και τελετουργίες, που προηγούνται του ύπνου (Σταμάτης, 1987).

❖ *Διατροφή*

Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά έχουν μια παθητική στάση προς την τροφή, που μπορεί να φανεί από τις πρώτες μέρες του θηλασμού. Ενώ θηλάζουν κανονικά και δέχονται ευχάριστα το μητρικό γάλα, δεν αναζητούν τη θηλή, όταν τους ξεφύγει. Το ίδιο συμβαίνει και σε μεγαλύτερη ηλικία. Τρώγουν με λαιμαργία τις λιχουδιές που τους προσφέρουν, αλλά δεν τις αναζητούν, ακόμη και όταν πεινούν.

Ο τρόπος που τρώγουν διαφέρει από παιδί σε παιδί. Άλλα είναι πολύ λαιμαργα και τρώγουν πολύ γρήγορα, καταπίνοντας αμάσητες τις τροφές, ενώ άλλα καθυστερούν υπερβολικά στο φαγητό. Μερικά δυσκολεύονται στη μάσηση και προτιμούν τις υγρές ή τις αλεσμένες τροφές.

Πολλά έχουν ιδιορρυθμίες κατά τη διάρκεια του φαγητού. Μερικά αρνούνται να πιουν υγρά, ενώ άλλα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες. Άλλα αρχίζουν το γεύμα ανάποδα, τρώγοντας πρώτα το φρούτο και μετά το φαγητό. Ορισμένα δίνουν σημασία στη σειρά που θα σερβιριστούν. Η χειρότερη ιδιοτροπία της διατροφής είναι αυτή, που τα παιδιά τρώγουν τα κόπρανά τους (Σταμάτης, 1987).

❖ *Ενδυμασία*

Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά νιώθουν ιδιαίτερη σιγουριά στα ενδύματά τους, αλλά δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που αντιδρούν να φορέσουν ένα καινούριο ρούχο. Η προσκόλληση στις λεπτομέρειες εκδηλώνεται και στην ενδυμασία, αφού πολλά παιδιά αντιδρούν με άγχος, όταν παρατηρήσουν κάποια ατέλεια στα ρούχα τους, όπως λέρωμα, έλλειψη κουμπιού, σχίσσιμο κ.λπ. (Ο μικρός Γ. γκρίνιαζε συνέχεια, επειδή κόπηκε το κουμπί που στήριζε την τιράντα του. Ησύχασε μόνο όταν βρέθηκε και στερεώθηκε το δικό του κουμπί). Μερικά παιδιά προτιμούν να μένουν γυμνά ή γυμνώνονται μόνα τους, χωρίς υστερόβουλη σκοπιμότητα και χωρίς να αισθάνονται ντροπή.

Γενικά τα αυτιστικά παιδιά προτιμούν τα ρούχα που είναι φτιαγμένα από μαλακά υφάσματα, όπως προτιμούν και τα μαλακά κλινοσκεπάσματα. Τους αρέσει να νιώθουν το απαλό στα γυμνά μέρη του σώματος και γι' αυτό πολλές φορές ξαπλώνουν πάνω σε μαλακές κουβέρτες ή χαλιά (Σταμάτης, 1987).

Κατάλογος των ικανοτήτων αυτιστικών παιδιών

I. Γενική κινητικότητα

Το παιδί μπορεί:

- 1.** Να κινήσει τα μέλη του εύκολα; Συχνά;
- 2.** Να γυρίσει δεξιά και αριστερά το κεφάλι του;
- 3.** Να σηκώσει το κεφάλι του όσο είναι μπρούμυτα;
- 4.** Να κρατήσει ίδια το κεφάλι του όταν σηκώνεται;
- 5.** Να καθίσει με ένα στήριγμα;
- 6.** Να περιστρέφεται γύρω από το σώμα του πλαγιασμένο;
- 7.** Να σηκώνει το πάνω μέρος του σώματος του όταν είναι μπρούμυτα;
- 8.** Να καθίσει χωρίς στήριγμα;
- 9.** Να προχωρήσει έρποντας;
- 10.** Να συρθεί όταν το βοηθούν;
- 11.** Να κάθεται μόνο του;
- 12.** Να σέρνεται χωρίς βοήθεια;
- 13.** Να σταθεί όρθιο;
- 14.** Να κάνει βήματα στηριζόμενο κάπου;
- 15.** Να σταθεί όρθιο χωρίς στήριγμα;
- 16.** Να κάνει ένα βήμα μπροστά όταν το βοηθούμε;
- 17.** Να περπατά με βοήθεια;
- 18.** Να περπατά χωρίς βοήθεια;
- 19.** Να ανέβει τις σκάλες με βοήθεια;

20. Να κατέβει τις σκάλες με βοήθεια;
21. Να κατέβει τις σκάλες χωρίς βοήθεια;
22. Να ανέβει τις σκάλες εναλλάσσονται τα πόδια του;
23. Να διαθέσει ικανοποιητικό συντονισμό στις κινήσεις και μυϊκή δύναμη (Σταμάτης, 1987).

II. Αυτοεξυπηρέτηση: τρώω

Το παιδί μπορεί:

1. Να κάνει την κίνηση του θηλασμού;
2. Να πιει από ένα φλυτζάνι;
3. Να φέρει το φαγητό στο στόμα του (με τα χέρια);
4. Να φέρει το φαγητό στο στόμα του (με το κουτάλι);
5. Να φάει μόνο του με το κουτάλι;
6. Να πιει από ποτήρι;
7. Να πιει με καλαμάκι;
8. Έχει καλή συμπεριφορά στο τραπέζι την ώρα του φαγητού; (Σταμάτης, 1987).

III. Αυτοεξυπηρέτηση: ντύνομαι

Το παιδί μπορεί:

1. Να φορέσει το εσώρουχό του;
2. Να βγάλει το εσώρουχό του;
3. Να φορέσει το κοντό παντελόνι;
4. Να βγάλει το κοντό παντελόνι;
5. Να βγάλει το μακρύ παντελόνι του;
6. Να βγάλει μια κλειστή μπλούζα;
7. Να φορέσει μια κλειστή μπλούζα;
8. Να βάλει τις κάλτσες του;

9. Να βγάλει τις κάλτσες του;
10. Να βάλει τα παπούτσια του;
11. Να βγάλει τα παπούτσια του;
12. Να βάλει ένα ανοιχτό πουκάμισο;
13. Να βγάλει ένα ανοιχτό πουκάμισο; (Σταμάτης, 1987).

IV. Αυτοεξυπηρέτηση: καθαριότητα στην ούρηση και αφόδευση

1. Το παιδί λερώνεται πάνω του;

V. Αυτοεξυπηρέτηση: προσωπική περιποίηση

Το παιδί μπορεί:

1. Να πλύνει και να σκουπίσει τα χέρια του;
2. Να χτενίσει τα μαλλιά του;
3. Να σκουπίσει τη μύτη του;
4. Να φυσήξει τη μύτη του;
5. Να πλύνει τα δόντια του; (Σταμάτης, 1987).

VI. Ομιλία: κατανόηση

Το παιδί μπορεί

1. Να αντιδράσει στον ήχο;
2. Να αντιδράσει στο όνομά του;
3. Να υπακούσει σε απλές υποδείξεις
4. Να κινήσει μέρη του σώματός του που φαίνονται, ακολουθώντας δικές μας υποδείξεις
5. Να κινήσει μέρη του σώματός του, ακολουθώντας δικές μας υποδείξεις;
6. Να δείξει ένα αντικείμενο ανάμεσα σε άλλα;
7. Να επεξεργαστεί αντικείμενα σύμφωνα με υποδείξεις

8. Να δείξει μέρη, που δεν βλέπει, του σώματός του;
9. Να υπακούσει στην υπόδειξη «πήγαινε στο...»;
10. Να ξεχωρίσει αντικείμενα που μοιάζουν μεταξύ τους;
11. Να υπακούσει μια διπλή υπόδειξη; (Σταμάτης, 1987).

VII. Ομιλία: προφορικός λόγος

Το παιδί μπορεί:

1. Να σχηματίσει μόνο του ήχους;
2. Να μιμείται χωρίς λάθος ένα ηχητικό και όχι λεκτικό πρότυπο;
3. Να μιμείται χωρίς λάθη ένα λεκτικό πρότυπο;
4. Να κάνει λεξούλες συνδυάζοντας ήχους;
5. Να χρησιμοποιεί λέξεις για να δείξει αντικείμενα;
6. Να απαντήσει στην ερώτηση τι είναι αυτό;
7. Να διαθέτει ένα λεξιλόγιο 25 έως 30 λέξεων;
8. Να χρησιμοποιεί τις λέξεις αυτές μέσα σε προτάσεις; (Σταμάτης, 1987).

VIII. Ομιλία: προφορικός λόγος

Το παιδί μπορεί:

1. Να απλώσει το χέρι του και να πιάσει αντικείμενα;
2. Να πιάσει και να περιεργαστεί αντικείμενα;
3. Να μετακινήσει αντικείμενα στο πάτωμα;
4. Να σπρώξει, να τραβήξει, να γυρίσει, να κάνει να γυρίσουν, να πιέσει, να κάνει να κυλήσουν στο πάτωμα αντικείμενα;
5. Να χρησιμοποιήσει τον αντίχειρα σε θέση με τα άλλα δάχτυλα.
6. να χρησιμοποιήσει ένα κουτάλι για να μεταφέρει υλικά;
7. Να περάσει αντικείμενα μέσα από ειδικά ανοίγματα;
8. Να βάζει το ένα αντικείμενο πάνω στο άλλο;
9. Να συντονίζει τα χέρια του;

10. Να χτυπά ένα αντικείμενο με ένα άλλο;
11. Να γυρίζει κουμπιά και να ανοίγει πόρτες;
12. Να βάζει το ένα αντικείμενο μέσα στο άλλο;
13. Να βάζει τα καπάκια σε μπουκάλια και κουτιά;
14. Να περνά χάντρες σε νήμα;
15. Να χρησιμοποιεί εργαλεία;
16. Να διαθέτει ικανοποιητική δεξιότητα στα χέρια και μυϊκή δύναμη;
(Σταμάτης, 1987).

ΙΧ. Ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών

Το παιδί μπορεί:

1. Να ομαδοποιήσει παρόμοια αντικείμενα;
2. Να ξεχωρίσει ομαδοποιημένα αντικείμενα;
3. Να κάνει συναρμολογήσεις (παζλ);
4. Να συνδυάζει αντικείμενα με αντικείμενα ή με εικόνες;
5. Να ξεχωρίζει και να ομαδοποιήσει παρόμοια αντικείμενα;
6. Να συνδυάζει παρόμοια σχήματα;
7. Να ξεχωρίζει αντικείμενα;
8. Να συνδυάζει χρώματα;
9. Να συνδυάζει εικόνες;
10. Να διαφοροποιεί τα αντικείμενα σύμφωνα με το μέγεθος;
11. Να συνδυάζει εικόνες ζώων με το χαρακτηριστικό ήχο της φωνής τους;
12. Να συνδυάζει μια κινητική δραστηριότητα με ηχητικά σήματα;
13. Να χαράζει γραμμές ανάμεσα στα αντικείμενα σύμφωνα με τις χαρακτηριστικές σχέσεις τους;
14. Να παίζει ένα παιχνίδι που συνοδεύεται με τραγούδι, που αναφέρονται όλα τα μέλη του σώματος;
15. Να ενώσει σωστά εικόνες που δείχνουν διάφορα μέρη του σώματος;

16. Να αναγνωρίζει ότι κάτι είναι «το ίδιο πράγμα με...»;
17. Να συναρμολογεί αντικείμενα σύμφωνα με ένα πρότυπο;
18. Να υπολογίσει ποσότητες;
19. Να καταλάβει τη λογική συνέπεια γεγονότων; (Σταμάτης, 1987).

Τα φυσιολογικά παιδιά έχουν τις ικανότητες που αναφέρονται στον κατάλογο αυτό μέχρι να φτάσουν στο δεύτερο έτος της ηλικίας τους ενώ αρκετά από τα αυτιστικά παιδιά σχολικής ηλικίας δεν τις έχουν αποκτήσει όλες. Άλλα έχουν αποκτήσει ικανότητες, που αντιστοιχούν στην νηπιακή ηλικία των φυσιολογικών και άλλα, ίσως ανώτερες, ανάλογα με την ηλικία και το μέγεθος του προβλήματος. Για τον καθορισμό των ικανοτήτων των αυτιστικών παιδιών, που έχουν ικανότητες φυσιολογικών νηπίων ή και μεγαλύτερων, πρέπει να επεκταθεί εξελικτικά ο πίνακας ικανοτήτων. Έτσι θα διαγνωστούν σωστά οι ικανότητες του παιδιού και δεν θα κινδυνεύουμε να το απασχολήσουμε με δραστηριότητες που αντιστοιχούν σε ήδη αποκτημένες ικανότητες και να καθυστερούμε τη μάθηση, ούτε θα υπάρχει περίπτωση να το απασχολήσουμε με δραστηριότητες για τις οποίες δεν είναι ακόμη έτοιμο (Σταμάτης, 1987).

Διαχωρισμός του αυτισμού από τη σχιζοφρένεια και την νοητική καθυστέρηση

Παλαιότερα ο αυτισμός ταυτιζόταν με άλλες ψυχοπαθολογικές και νοητικές διαταραχές και, κυρίως, με τη σχιζοφρένεια και τη νοητική καθυστέρηση (Σταμάτης, 1987).

Η σύγχυση με τη σχιζοφρένεια ξεκίνησε από το 1911, όταν πρωτοπαρατηρήθηκε ο αυτισμός και θεωρήθηκε σύμπτωμά της. Είναι γεγονός ότι οι δύο αυτές διαταραχές έχουν κοινά συμπτώματα, όπως έλλειψη επικοινωνίας, καταναγκασμό, ανεξήγητους φόβους, γύμνωμα κ.λπ. Υπάρχουν

όμως επιχειρήματα που δεν αφήνουν καμία αμφιβολία για το ότι ο αυτισμός δεν έχει καμία σχέση με τη σχιζοφρένεια. Τα σπουδαιότερα από τα επιχειρήματα αυτά είναι:

α. Η σχιζοφρένεια παρουσιάζει σταδιακή εξέλιξη, ενώ ο αυτισμός είναι απότομη διακοπή της επικοινωνίας με την πραγματικότητα, στα πρώτα δύο έτη της ζωής του παιδιού. Χαρακτηριστικά είναι η σταδιακή αποδιοργάνωση και κατάρρευση της προσωπικότητας του σχιζοφρενούς, κάτι που δεν παρατηρείται στον αυτισμό.

β. Όταν πρωτοεμφανίζεται ο αυτισμός λείπουν οι υπερβολικοί φόβοι, οι φαντασιώσεις και οι διάφορες μανίες, που αποτελούν κύρια συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

γ. Σε σύγκριση με τους σχιζοφρενείς είναι ελάχιστος ο αριθμός των αυτιστικών, που προέρχονται από οικογένειες με κληρονομικότητα σχιζοφρένειας (Σταμάτης, 1987).

Κατά κανόνα, οι γονείς των αυτιστικών ανήκουν σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα, όπου σπανίζουν οι σχιζοφρένεις.

Η σύγχυση με τη νοητική καθυστέρηση προέρχεται από τη συχνή συνύπαρξη αυτιστικών στοιχείων και νοητικής καθυστέρησης στο ίδιο άτομο. Αναφέρεται ότι στο σύνολο των νοητικά καθυστερημένων παιδιών περίπου το 10% είναι ψυχωσικά. Ορισμένα γνωρίσματα των αυτιστικών, όπως η ανικανότητα επίλυσης πρακτικών προβλημάτων, η καθυστέρηση στη ν ομιλία, η απομόνωση κ.λπ. υπάρχουν και στα νοητικά καθυστερημένα άτομα. Από την άλλη, η νοητική καθυστέρηση εμφανίζεται συχνά στα αυτιστικά παιδιά. Αλλά και όσα από αυτά τα παιδιά έχουν ικανοποιητική νόηση, συχνά δεν την φανερώνουν, λόγω της άρνησης τους για επικοινωνία. Παρόλα αυτά, υπάρχει σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στον αυτισμό και τη νοητική καθυστέρηση (Σταμάτης, 1987).

Οι σπουδαιότερες διαφορές είναι:

α. Το πρόβλημα στη νοητική καθυστέρηση εντοπίζεται κυρίως στην ανικανότητα για επίλυση πρακτικών προβλημάτων, ενώ στον αυτισμό εντοπίζεται στην αδυναμία για επικοινωνία και στις ιδιομορφίες της συμπεριφοράς. Για το καθυστερημένο παιδί επιδιώκεται κυρίως η ανάπτυξη των ικανοτήτων του, ενώ για το αυτιστικό η προσπάθεια επικεντρώνεται στη γεφύρωση του χάσματος ανάμεσα σε αυτό και το περιβάλλον καθώς και στη βελτίωση της συμπεριφοράς του (Σταμάτης, 1987).

β. Οι ιδιομορφίες που παρουσιάζονται στην συμπεριφορά του αυτιστικού ατόμου δεν παρουσιάζονται στο νοητικά καθυστερημένο άτομο του οποίου η συμπεριφορά είναι μεν ανάλογη με το νοητικό του επίπεδο αλλά προσαρμόζεται στους κοινωνικούς κανόνες (Σταμάτης, 1987).

γ. Σε αντίθεση με το αυτιστικό, το καθυστερημένο παιδί επιδιώκει την επαφή με την πραγματικότητα και κυρίως με τα πρόσωπα που το περιβάλλον (Σταμάτης, 1987).

δ. Το νοητικά καθυστερημένο άτομο δεν παρουσιάζει τις μεταπτώσεις του αυτιστικού στο ρυθμό ανάπτυξής του. Αναπτύσσεται αργά μεν, αλλά σταδιακά, χωρίς άλματα ή παλινδρομήσεις (Σταμάτης, 1987).

ε. Το νοητικά καθυστερημένο άτομο δεν έχει τις διαταραχές του αυτιστικού στην επεξεργασία των ερεθισμάτων, που δέχεται με τις αισθήσεις (Σταμάτης, 1987).

στ. Οι προβλέψεις για την εξέλιξη και την κοινωνική προσαρμογή των νοητικά καθυστερημένων ατόμων έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας από ότι οι αντίστοιχες των αυτιστικών παιδιών (Σταμάτης, 1987).

Συχνότητα

Καταρχήν μαθαίνουμε από τον Kanner (1958) ότι ο πρώιμος παιδικός αυτισμός αποτελεί σπάνιο φαινόμενο. Αυτό οφείλεται μάλλον στο γεγονός ότι ένας αριθμός αυτιστικών παιδιών μπορεί να έχει εισαχθεί και να μένει σε

ιδρύματα, άλλα να ζουν μέσα σε οικογένειες, άλλα να φοιτούν σε κανονικά ή ειδικά σχολεία ή σε ειδικά ιδρύματα για αυτιστικά παιδιά, με αποτέλεσμα την δυσκολία του εντοπισμού και της καταγραφής τους. Οι δυσκολίες γίνονται συχνά πιο δύσκολες λόγω της σύγχυσης και έλλειψης σαφούς διαχωρισμού ανάμεσα στον πρώιμο παιδικό αυτισμό και στις βαριές μορφές νοητικής ανεπάρκειας και στην παιδική σχιζοφρένεια. Επίσης, σε αρκετές περιπτώσεις έχουμε λανθασμένη διάγνωση και αυτό γιατί πολλά αυτιστικά παιδιά ουδέποτε εξετάστηκαν από ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο, ώστε να γίνει η σωστή διάγνωση και να δοθεί η κατάλληλη συμβουλευτική βοήθεια και συμβουλευτική (Κυπριωτάκης, 1995).

Βάσει εμπειρικών ερευνών του Lotter, πληροφορούμαστε ότι ανάμεσα σε 10.000 παιδιά ηλικίας 8-10 ετών βρίσκονται 4-5 παιδιά με το σύνδρομο του πρώιμου παιδικού αυτισμού, στοιχεία τα οποία επιβεβαιώνονται με νεότερες έρευνες. Ανησυχητικά είναι τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην πόλη Kyume της Ιαπωνίας και διαπιστώθηκε ότι ανάμεσα σε 16.934 αγόρια υπήρχαν 42 αυτιστικά και σε 15.900 κορίτσια 9 αυτιστικά παιδιά. Άλλοι ερευνητές μας πληροφορούν ότι το σύνδρομο του πρώιμου παιδικού αυτισμού εμφανίζεται με μικρότερη συχνότητα (Κυπριωτάκης, 1995).

Σχετικά με τη συχνότητα παρουσίας του αυτιστικού συνδρόμου στη χώρα μας, εκτιμούμε ότι βρίσκεται στα ίδια περίπου επίπεδα, εφόσον λείπουν παντελώς στατιστικά στοιχεία για το θέμα αυτό (Κυπριωτάκης, 1995).

Βάσει των παραπάνω στοιχείων διαπιστώνουμε ότι η συχνότητα του συνδρόμου του πρώιμου παιδικού αυτισμού παρουσιάζεται μεγαλύτερη από εκείνη της τύφλωσης και λίγο μικρότερη από τη συχνότητα της κώφωσης. Κατά συνέπεια δεν πρόκειται για κάτι σπάνιο αλλά για ένα σχετικά σύνθηες φαινόμενο η διάγνωση του οποίου εμπεριέχει δυσκολίες που συχνά οδηγούν σε λανθασμένες εκτιμήσεις (Κυπριωτάκης, 1995).

Τέλος, όσον αφορά την παρουσία του πρώιμου παιδικού αυτισμού ανάμεσα στα δύο φύλα, η συχνότητα στα αγόρια είναι μεγαλύτερη από τα κορίτσια, 4:1. Άλλες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι σε οικογένειες με δύο παιδιά το αυτιστικό παιδί είναι το μεγαλύτερο σε ηλικία ενώ όταν η οικογένεια έχει περισσότερα από δυο παιδιά το αυτιστικό παιδί ανήκει πιθανότατα στο δεύτερο μισό της σειράς των παιδιών (Κυπριωτάκης, 1995).

Ψυχοπαιδαγωγική και θεραπευτική αντιμετώπιση

Σύμφωνα με όσα έχουμε αναφέρει, ο αυτισμός είναι μια σύμφυτη αναπτυξιακή διαταραχή του νέου ανθρώπου, που εμφανίζεται στη νηπιακή ηλικία και διαρκεί όσο και η ζωή του. Συνεπώς, η κατάσταση αυτή απαιτεί μια συνεχή υποστήριξη και αντιμετώπιση από τη νηπιακή μέχρι την ενήλικη ζωή. Το αυτιστικό παιδί έχει ανάγκη από ένα σύνολο υπηρεσιών σε όλη τη διάρκεια της ζωής του (Κρουσταλάκης, 2000).

Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν:

1. Ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική του παιδιού και της οικογένειάς του

Η ψυχοθεραπεία και η συμβουλευτική έχουν ελάχιστη σημασία για τις μικρότερες ηλικίες. Μπορούν όμως να βοηθήσουν αποτελεσματικά τους εφήβους και ενήλικους αυτιστικούς να επιλύσουν ή έστω να αντιμετωπίσουν μερικώς σοβαρά προσωπικά προβλήματα που προκύπτουν καθημερινά σε επίπεδο επικοινωνίας, κοινωνικής ζωής και εργασίας, μάθησης και ιδιαίτερα σεξουαλικής ζωής και συμπεριφοράς (Κρουσταλάκης, 2000).

Η συμβουλευτική υποστήριξη έχει μεγάλη σημασία για τη συναισθηματική ζωή του νέου ανθρώπου, καθώς στην κρίσιμη περίοδο μεταξύ εφηβείας και ενηλικίωσης, η κλινική μας εμπειρία μας πληροφορεί ότι τα άτομα αυτά είτε κυριαρχούνται από καταθλιπτικές τάσεις είτε

προβληματίζονται έντονα για τις επερχόμενες δυσκολίες της ζωής (Κρουσταλάκης, 2000).

Η συμβουλευτική της οικογένειας μπορεί να βοηθήσει τους γονείς, αφού επιλύσουν τα προσωπικά τους προβλήματα, να συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητα και να κατανοήσουν τη λειτουργικότητα του βοηθητικού ψυχοπαιδαγωγικού τους ρόλου μέσα στην οικογένεια. Με αυτή την προοπτική είναι δυνατό η συμβουλευτική να τους παροτρύνει να αρχίσουν μια γόνιμη συνεργασία με την ομάδα ειδικών για θέματα ψυχοθεραπείας, αναπτυξιακής θεραπείας και ειδικής αγωγής του παιδιού. Με αυτόν τον τρόπο οι γονείς μπορούν να αποκτήσουν τις απαραίτητες ικανότητες ώστε να αντιμετωπίσουν με αισιοδοξία, υπομονή και επιμονή αλλά και με σταθερότητα συμπεριφοράς χωρίς υπερπροστατευτικές τάσεις, τα σημερινά προβλήματα του παιδιού ή τις ιδιαίτερες ανάγκες του εφήβου μελλοντικά (Κρουσταλάκης, 2000).

2. Ειδική Αγωγή του αυτιστικού παιδιού

Πρόκειται για εκπαιδευτικό σύστημα το οποίο βασίζεται σε ειδικό πρόγραμμα που διέπεται από ειδικές παιδαγωγικές αρχές, έχει ιδιαίτερους σκοπούς και στόχους και μπορεί να εφαρμοστεί με ειδική μεθοδολογία (Κρουσταλάκης, 2000).

Σκοπός της ειδικής αγωγής είναι η κοινωνική ανάπτυξη του αυτιστικού παιδιού, που μπορεί να επιτευχθεί μέσα σε ένα κατάλληλα οργανωμένο κοινωνικό πλαίσιο, και η σωματική και η ψυχοκινητική ανάπτυξη, η απόκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση. Έχει ακόμη ως σκοπό τη **πνευματική ανάπτυξη** του παιδιού καθώς και τη **γλωσσική του εξέλιξη** (Κρουσταλάκης, 2000).

Ιδιαίτερο τμήμα της ειδικής αγωγής για το αυτιστικό παιδί αποτελεί η μέριμνα για τη συστηματική οργάνωση και αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου

και για τη αντιμετώπιση των θεμάτων ψυχαγωγίας του παιδιού (Κρουσταλάκης, 2000).

Η αγωγή αυτή είναι δυνατό να ασκείται τόσο στην οικογένεια όσο και στην σχολική κοινότητα, με βασική προϋπόθεση, τη δυνατότητα του παιδιού να μπορεί να ενταχθεί σε κάποιας μορφής σχολική μονάδα (Κρουσταλάκης, 2000).

Στο πλαίσιο υλοποίησης της ειδικής αγωγής συμμετέχουν: ειδικοί παιδαγωγοί, οι γονείς του παιδιού, ψυχολόγος, λογοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, μουσικοθεραπευτής και ειδικός γυμναστής (Κρουσταλάκης, 2000).

Ιδιαίτερα κρίσιμη στιγμή για πολλά αυτιστικά παιδιά είναι η μετάβασή τους από τη σχολική στην εργασιακή κοινότητα. Απαιτείται ιδιαίτερη εκπαιδευτική υποστήριξη των παιδιών αυτών, ώστε να μπορέσουν να αποκτήσουν τις απαραίτητες για την εργασία δεξιότητες (Κρουσταλάκης, 2000).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Για την εκπαίδευση των αυτιστικών παιδιών δεν είναι δυνατό να καταρτιστεί αναλυτικό πρόγραμμα αντίστοιχο ή ανάλογο με εκείνο των κανονικών σχολείων, γιατί εμφανίζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά, που δε βοηθούν την αγωγή των αυτιστικών:

- α.** είναι προσαρμοσμένο στις δυνατότητες των φυσιολογικών παιδιών,
- β.** απευθύνεται στο σύνολο των μαθητών μιας τάξης,
- γ.** η ύλη του είναι χωρισμένη σε μαθήματα,
- δ.** προσδιορίζει με ακρίβεια το χρόνο που αναλογεί στο κάθε μάθημα,
- ε.** δεσμεύει το δάσκαλο, που είναι υποχρεωμένος να διδάξει όλη την προβλεπόμενη ύλη σ' όλους τους μαθητές και

στ. παρέχει, κυρίως, τις κλασικές σχολικές γνώσεις (ελληνικά, μαθηματικά, θρησκευτικά κ.λπ.) (Σταμάτης, 1987):

Τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν πλήθος ιδιομορφιών και επιπέδων και γι' αυτό δεν είναι δυνατό να υπάρχει ενιαίο πρόγραμμα. Αυτό θα είναι ανάλογο με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε παιδιού. Δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι για κάθε παιδί χρειάζεται ένα ξεχωριστό πρόγραμμα.

Για την κατάρτιση των προγραμμάτων εκπαίδευσης των αυτιστικών παιδιών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι αρχές και ο σκοπός της αγωγής των αυτιστικών παιδιών. Φυσικά, ο σκοπός της αγωγής των αυτιστικών παιδιών δε διαφέρει από το σκοπό της αγωγής των άλλων παιδιών. Υπάρχει, όμως, διαφορά τόσο στο βαθμό που θα πραγματοποιηθεί ο σκοπός, όσο και στους στόχους που μπαίνουν στην καθημερινή εκπαιδευτική προσπάθεια. Λόγω διαφοράς ικανοτήτων, είναι πολύ διαφορετικοί οι στόχοι για τα φυσιολογικά, από τους στόχους για τα αυτιστικά παιδιά. Αλλά διαφορετικοί είναι οι στόχοι και για το κάθε αυτιστικό παιδί, γιατί ο αυτισμός εμφανίζεται με πολλά συμπτώματα, που είναι διαφορετικά και ποικίλης σοβαρότητας, σε κάθε περίπτωση (Σταμάτης, 1987).

Για κάθε αυτιστικό παιδί, λοιπόν, χρειάζεται ιδιαίτερος προγραμματισμός των δραστηριοτήτων, προσαρμοσμένος στις δυνατότητες, τις αδυναμίες και τις ιδιαιτερότητές του. Τονίζουμε ότι η ύλη του προγράμματος του αυτιστικού παιδιού δεν έχει την έννοια της ύλης του «κανονικού» σχολείου. Για τα κανονικά παιδιά, το πρόγραμμα προβλέπει μαθηματικά, ιστορία, φυσιογνωστικά, γνώσεις που είναι ανάλογες με τις δυνατότητές τους. Για τα αυτιστικά προέχουν άλλες ανάγκες. Δεν μπορεί να προβλέπει το πρόγραμμα ανάγνωση, τη στιγμή που το παιδί δεν «αποφάσισε» ακόμη να μιλήσει. Ας ασχοληθεί πρώτα με δραστηριότητες, που θα βοηθήσουν στο «γκρέμισμα των τειχών» που το περιβάλλουν και, αργότερα, αν μπορεί, ας προσπαθήσει να μάθει να διαβάσει. Δεν μπορούμε να

ταλαιπωρούμε το παιδί με δραστηριότητες, που είναι ανώτερες από τις δυνατότητές του. Ο δάσκαλος πρέπει να πιστέψει ότι έχει μεγαλύτερη αξία να μάθει ένα αυτιστικό παιδί να πίνει μόνο του νερό, από το να μάθει ένα φυσιολογικό τον πολλαπλασιασμό (Σταμάτης, 1987).

• **Τομείς δραστηριοτήτων**

Αν και κάθε αυτιστικό παιδί θέλει δικό του πρόγραμμα, θα αναφέρουμε ένα γενικό πλαίσιο, με τομείς δραστηριοτήτων, που μπορούν να έχουν υπόψη τους όσοι ασχολούνται με την αγωγή των αυτιστικών παιδιών. Το πλαίσιο αυτό δεν έχει θέση αναλυτικού προγράμματος, αλλά καθορίζει γενικά τους τομείς, στους οποίους πρέπει να δραστηριοποιηθούν τα αυτιστικά παιδιά. Οι στόχοι και οι δραστηριότητες της καθημερινής εργασίας θα καθορίζονται από τον παιδαγωγό, ο οποίος πρέπει να γνωρίζει καλά το κάθε παιδί. Επίσης, ο παιδαγωγός θα καθορίζει το χρόνο που θα διατίθεται για κάθε απασχόληση (Σταμάτης, 1987).

Ο διαχωρισμός των δραστηριοτήτων σε τομείς είναι θεωρητικός. Στην πράξη, με μια δραστηριότητα, συνήθως επιτυγχάνονται πολλές επιδιώξεις. Προσπαθώντας, π.χ. να καλλιεργήσουμε την κινητική ικανότητα του παιδιού με το πέταγμα της μπάλας, συγχρόνως βελτιώνεται η επικοινωνία και περιορίζεται κάποια στερεότυπη κίνηση. Αυτό πρέπει να επιδιώκεται, γιατί ο χωρισμός της ύλης και η παρουσίαση πολλών αντικειμένων και καταστάσεων προσκρούει στην αντίσταση του αυτιστικού παιδιού στις αλλαγές, αυξάνει τη σύγχυσή του και δεν το βοηθάει να αντιλαμβάνεται ολότητες (Σταμάτης, 1987).

Το πλαίσιο δραστηριοτήτων δεν αναφέρεται στα νοήμονα παιδιά, που έχουν περιορισμένες αυτιστικές τάσεις, γιατί εκείνα μπορούν να εκπαιδευτούν με το πρόγραμμα του κανονικού σχολείου, αν γίνουν μικρές προσαρμογές ως προς την ποσότητα της ύλης και τη στάση του δασκάλου, ο οποίος πρέπει να ανεχτεί τις κάποιες ιδιορρυθμίες τους και να περιορίσει τις απαιτήσεις του,

ιδίως σε θέματα εκφραστικότητας και μαθηματικών επιδόσεων. Δεν αναφέρεται, επίσης, το πλαίσιο στα βαριά καθυστερημένα αυτιστικά, στα οποία η εκπαίδευση δεν μπορεί να προσφέρει τίποτα (Σταμάτης, 1987).

• **Βελτίωση της συμπεριφοράς (κοινωνική προσαρμογή)**

Είναι απαραίτητο ένα μεγάλο μέρος του προγράμματος να αφιερώνεται στη βελτίωση της επικοινωνίας και στον έλεγχο της συμπεριφοράς του παιδιού. Μόνο αν κατορθώσει το παιδί να επικοινωνήσει και να περιορίσει τις διαταραχές της συμπεριφοράς του, μπορούμε να μιλήσουμε για κοινωνική προσαρμογή και μάθηση (Σταμάτης, 1987).

Από το βαθμό και το είδος της διαταραχής της συμπεριφοράς θα εξαρτηθεί ο χρόνος που θα διατεθεί από το πρόγραμμα, καθώς και το είδος των δραστηριοτήτων, που θα εφαρμοστούν για την αγωγή. Δεν πρέπει, όμως, ν' αρκούμαστε μόνο στο χρόνο που προβλέπει το πρόγραμμα «κοινωνική προσαρμογή». Όλες οι δραστηριότητες και όλη η σχολική εργασία προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να είναι προσανατολισμένες, γιατί η απόκτηση δεξιοτήτων και γνώσεων εξαρτάται από το πόσο θα κατορθώσει το παιδί να «ανοιχτεί» προς τον κόσμο και να περιορίσει τις ιδιορρυθμίες του (Σταμάτης, 1987).

Οι στόχοι, που θα μπαίνουν για κάθε παιδί, θα είναι ανάλογοι με τη σοβαρότητα του προβλήματός του και με την πρόοδό του. Δεν μπορεί να γίνει πρόβλεψη με μεγάλες πιθανότητες επιτυχίας για την κοινωνική προσαρμογή του κάθε αυτιστικού παιδιού. Γενικά, μπορούμε να αναμένουμε αρκετά καλή ένταξη στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο από τα περισσότερα νοήμονα αυτιστικά παιδιά, καθώς και από μερικά ελαφρά καθυστερημένα. Για τα μέτρια νοητικά καθυστερημένα, η πιθανότητα κοινωνικής προσαρμογής περιορίζεται στα όρια του οικογενειακού περιβάλλοντος και στην κάποια στοιχειώδη επικοινωνία με τα γνωστά πρόσωπα (Σταμάτης, 1987).

- **Γλωσσική ανάπτυξη**

Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη γλωσσική ανάπτυξη, γιατί όλα τα αυτιστικά παιδιά έχουν προβλήματα λόγου. Είναι δύσκολο, αλήθεια, να κάνουμε τα παιδιά που δε μιλούν σωστά να διορθώσουν την ομιλία τους και πολύ πιο δύσκολο να κάνουμε αυτά που δε μιλούν καθόλου να μιλήσουν. Αξίζει, όμως, κάθε προσπάθεια στον τομέα αυτό, γιατί η γλωσσική επικοινωνία είναι βασική προϋπόθεση για κάθε άλλη αγωγή, καθώς και το κυριότερο μέσο επικοινωνίας. Σε όλες τις περιπτώσεις και για όλα τα επίπεδα των αυτιστικών παιδιών πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη γλωσσική επικοινωνία, αν και θα περιμένουμε διαφορετικά αποτελέσματα για το καθένα. Από το πρόγραμμα θα προβλέπονται ασκήσεις προφορικού λόγου, αλλά και όλες οι δραστηριότητες θα παρέχουν ευκαιρίες για να μάθει το παιδί να κατανοεί και να χρησιμοποιεί την ομιλία (Σταμάτης, 1987).

- **Ψυχοκινητική ανάπτυξη**

Για όλα τα αυτιστικά παιδιά είναι απαραίτητες οι δραστηριότητες που βοηθούν στη βελτίωση της στάσης του σώματος, της κινητικότητας, του συντονισμού και της ακρίβειας των κινήσεων. Η γυμναστική, ο χορός, το παιχνίδι, η μουσική και άλλες απασχολήσεις βοηθούν προς την κατεύθυνση αυτή. Ιδιαίτερη πρόβλεψη πρέπει να γίνει για δραστηριότητες που καλλιεργούν τις δεξιότητες του χεριού, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη μελλοντική απασχόληση των έξυπνων ή ελαφρά καθυστερημένων αυτιστικών παιδιών. Αλλά και για τα μέτρια καθυστερημένα είναι απαραίτητη η καλλιέργεια των δεξιοτήτων του χεριού, γιατί χωρίς αυτές δεν μπορεί να επιτευχθεί η στοιχειώδης αυτοεξυπηρέτηση (Σταμάτης, 1987).

- **Νοητική ανάπτυξη**

Το πρόγραμμα δραστηριοτήτων πρέπει να περιλαμβάνει ασκήσεις ανάπτυξης των νοητικών λειτουργιών και, κυρίως, της μνήμης, της προσοχής και της αντιληπτικότητας. Η νοητική ανάπτυξη μπορεί να επιδιώκεται κατά

την απασχόληση με τις γενικές δραστηριότητες ή με ειδική απασχόληση, όπως είναι η αγωγή των αισθήσεων, οι ταυτίσεις, οι ομαδοποιήσεις, οι διαχωρισμοί, οι συγκρίσεις κ.λπ. Η προσπάθεια για ανάπτυξη των νοητικών λειτουργιών πρέπει να συνδυάζεται με την προσπάθεια για επικοινωνία του παιδιού με την πραγματικότητα, γιατί έτσι θα βοηθηθεί να φανερώσει τις νοητικές του ικανότητες (Σταμάτης, 1987).

• **Αυτοεξυπηρέτηση**

Για τα νοήμονα αυτιστικά παιδιά επιδιώκεται η πλήρης αυτοεξυπηρέτηση, ως προς τις ατομικές ανάγκες, και η όσο το δυνατό πιο μεγάλη ανεξαρτητοποίηση από το οικογενειακό περιβάλλον. Το πρόγραμμα θα περιλαμβάνει δραστηριότητες, που θα βοηθήσουν το έξυπνο αυτιστικό παιδί να αποκτήσει τις ικανότητες και τις συνήθειες, που έχουν σχέση με τις ανάγκες της καθημερινής ζωής και την ένταξή του στο ευρύτερο περιβάλλον. Με μικρή, συνήθως, προσπάθεια μαθαίνει να εξυπηρετεί τις προσωπικές του ανάγκες (ένδυση, φαγητό, καθαριότητα κ.λπ.) και συνηθίζει το ρυθμό της καθημερινής ζωής (ορισμένη ώρα ύπνου και έγερσης, ώρα φαγητού, ώρα σχολείου κ.λπ.). Κάπως μεγαλύτερη προσπάθεια χρειάζεται για να μάθει να κυκλοφορεί στους δρόμους, να χρησιμοποιεί τα μέσα συγκοινωνίας, να ψωνίζει κ.λπ. Γενικά, δεν απαιτείται να διατεθεί μεγάλο μέρος του προγράμματος για να επιτευχθεί η αυτοεξυπηρέτηση των έξυπνων αυτιστικών παιδιών (Σταμάτης, 1987).

Για τα ελαφρά καθυστερημένα αυτιστικά παιδιά πρέπει να διατίθεται από το πρόγραμμα περισσότερος χρόνος, απ' αυτόν που διατίθεται για τα νοήμονα, για να μάθουν να τρώνε, να ντύνονται, να φροντίζουν για την ατομική τους καθαριότητα, να τακτοποιούν τα προσωπικά τους αντικείμενα, να συνηθίσουν το ρυθμό της ζωής και να κυκλοφορούν μόνα τους (Σταμάτης, 1987).

Για τα μέτρια νοητικά καθυστερημένα παιδιά το μεγαλύτερο μέρος του προγράμματος πρέπει να περιλαμβάνει δραστηριότητες, που βοηθούν στην αυτοεξυπηρέτησή τους. Αυτό είναι αναγκαίο, γιατί η αγωγή τους αποσκοπεί κυρίως στο να καταστούν όσο γίνεται πιο ικανά να εξυπηρετούν τις στοιχειώδεις προσωπικές τους ανάγκες και να κινούνται στο άμεσο περιβάλλον (Σταμάτης, 1987).

- **Μουσική**

Η μουσική θα καταλαμβάνει οπωσδήποτε, αρκετό μέρος στο πρόγραμμα αγωγής και εκπαίδευσης όλων των αυτιστικών παιδιών, ενώ, πολλές φορές, μπορεί να είναι η αφετηρία ή το επιστέγασμα των άλλων δραστηριοτήτων. Η μουσική έχει σκοπό να ψυχαγωγήσει, να ασκήσει τη φωνή και την ακοή, αλλά και να θεραπεύσει, να ηρεμήσει το παιδί και να προλάβει ή να σταματήσει άσχημες εκδηλώσεις του. Πολλά νοήμονα αυτιστικά παιδιά μπορούν και πρέπει να ασχοληθούν με την πρακτική εκμάθηση κάποιου μουσικού οργάνου (Σταμάτης, 1987).

- **Σχολικές γνώσεις**

Ο χρόνος που πρέπει να διατίθεται για την απόκτηση των σχολικών γνώσεων εξαρτάται από τη νόηση και τη γενική κατάσταση του κάθε παιδιού, αλλά και από το είδος της γνώσης (Σταμάτης, 1987).

Τα νοήμονα αυτιστικά παιδιά, και κυρίως αυτά που έχουν ικανοποιητική γλωσσική επικοινωνία, μπορούν να διδαχτούν αρκετές σχολικές γνώσεις και γι' αυτό το πρόγραμμα πρέπει να διαθέτει αρκετό χρόνο γι' αυτές (Σταμάτης, 1987).

Στα Ελληνικά πρέπει να διατεθεί χρόνος, για να μάθουν ό,τι είναι απαραίτητο για τις πρακτικές ανάγκες της ζωής. Μπορούν να μάθουν να διαβάζουν και να κατανοούν απλά κείμενα, αν και δεν έχουν την ικανότητα να αποδώσουν το νόημα. Μπορούν, επίσης, να μάθουν να γράφουν, αλλά η γραφή τους διακρίνεται από βιασύνη και αστάθεια. Πολλά γράφουν χωρίς

ορθογραφικά σφάλματα. (Ο Μ. και η Γ. γράφουν με υπαγόρευση χωρίς ορθογραφικά σφάλματα. Η Γ., μάλιστα, αρκεί να γράψει μια φορά μια λέξη ή να τη δει γραμμένη για να μην την ξεχάσει ποτέ. Ο Σ. έκανε σφάλματα μόνο στον τονισμό των λέξεων, εκεί που ο τόνος μεταφερόταν με την κλίση: άνθρωπου αντί ανθρώπου, μάθημα αντί μαθήματα, εβλέπαν αντί έβλεπαν) (Σταμάτης, 1987).

Ως προς τα Μαθηματικά, εκτός από τα ελάχιστα παιδιά που είναι αριθμομνήμονες ή εκτελούν δύσκολες πράξεις από μνήμης, τα άλλα δεν έχουν ικανοποιητικές επιδόσεις. Μετά από συστηματική εκπαίδευση μπορούν να κάνουν απλού λογαριασμούς και να μάθουν τις τέσσερις πράξεις, αλλά δυσκολεύονται να τις εφαρμόσουν. Δεν ξέρουν, δηλαδή, πότε θα κάνουν πρόσθεση και πότε αφαίρεση, κυρίως όταν για τη λύση κάποιου προβλήματος χρειάζονται δύο ή περισσότερες αριθμητικές πράξεις. Γι' αυτό οι αριθμητικές δραστηριότητες πρέπει να περιορίζονται σε ό,τι είναι απαραίτητο στη ζωή και μπορεί να έχει πρακτική εφαρμογή (Σταμάτης, 1987).

Αρκετό μέρος του προγράμματος πρέπει να κατέχουν οι δραστηριότητες που βοηθούν το παιδί να γνωρίσει το οικογενειακό, το σχολικό και το ευρύτερο περιβάλλον όπου ζει (σπουδή περιβάλλοντος), για να μπορέσει να κινηθεί και να ενταχθεί σ' αυτό. Οι ευρύτερες γεωγραφικές έννοιες και γνώσεις για πολύ λίγα αυτιστικά παιδιά είναι προσιτές (Σταμάτης, 1987).

Οι θρησκευτικές και ιστορικές γνώσεις πρέπει να καταλαμβάνουν πολύ λίγο χρόνο, γιατί, ενώ πολλά κατανοούν πολλές από τις γνώσεις αυτές, δεν μπορούν να τις αποδώσουν εκφραστικά. Από τις γνώσεις αυτές θα προσφέρονται ευκαιριακά λίγες και συνδεδεμένες με βιώματα. Για τα μεγαλύτερα παιδιά, καλό είναι να διατίθεται αρκετός χρόνος για ενασχόληση με τα φυτά και τα ζώα (Σταμάτης, 1987).

Για τα ελαφρά καθυστερημένα αυτιστικά παιδιά οι σχολικές γνώσεις πρέπει να περιορίζονται στην ανάγνωση, τη γραφή, την αριθμητική και τη σπουδή του περιβάλλοντος, αν, φυσικά, μπορούν να τις αποκτήσουν. Θα διατίθεται λιγότερος χρόνος, απ' αυτόν που διατίθεται για τα νοήμονα, για να μάθουν λίγο γράψιμο, διάβασμα και στοιχειώδη αριθμητική. Περισσότερος χρόνος πρέπει να δοθεί για να γνωρίσουν το οικογενειακό, σχολικό και γειτονικό περιβάλλον, καθώς και για να μάθουν να κινούνται μέσα σ' αυτό (Σταμάτης, 1987).

Τα μέτρια καθυστερημένα αυτιστικά παιδιά δεν έχουν δυνατότητες για σχολικές γνώσεις. Ίσως για ορισμένα πρέπει να διατεθεί λίγος χρόνος για αναγνώριση των πιο συνηθισμένων λέξεων. Δεν μπορούμε να μιλήσουμε για αριθμητική, παρά μόνο για δραστηριότητες που αναφέρονται σε μεγέθη, ποσότητες ή απομνημόνευση ελάχιστων χρήσιμων αριθμών (Σταμάτης, 1987).

Εκπαίδευση κατά ηλικίες

• Προσχολική ηλικία (μέχρι 6 ετών)

Τα αυτιστικά παιδιά προσχολικής ηλικίας βοηθούνται από την φοίτηση σε προσχολικά τμήματα, γιατί όσο πιο νωρίς δεχτούν βοήθεια, τόσο πιο θετικά είναι τα αποτελέσματα. Και οι γονείς βοηθούνται από την διακοπή της συνεχούς, καθημερινής φροντίδας του παιδιού, αποκτώντας το χρόνο να εργαστούν, να ξεκουραστούν ή να ασχοληθούν με τα άλλα παιδιά τους (Σταμάτης, 1987).

Στην προσχολική αγωγή δεν είναι απαραίτητο να διακρίνονται τα παιδιά ανάλογα με το είδος και τη μορφή του προβλήματος ή να διαχωρίζονται από τα φυσιολογικά. Μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχουν σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς ή σοβαρό νοητικό πρόβλημα είναι απαραίτητος ο διαχωρισμός. Το ήρεμο και με νόηση αυτιστικό παιδί μπορεί να συμπεριληφθεί στο

πρόγραμμα προσχολικής αγωγής των άλλων παιδιών, γιατί οι δραστηριότητες στο πρόγραμμα αυτό δεν έχουν χαρακτήρα σοβαρής σχολικής ζωής και είναι περισσότερο πρακτικές και λιγότερο λεκτικές. Απαιτείται, βέβαια, από τους νηπιαγωγούς κατανόηση και προθυμία να δεχτούν τη δύσκολη συμπεριφορά του αυτιστικού παιδιού, καθώς και ικανότητα να διευθετήσουν το πρόγραμμα έτσι, ώστε να δέχεται βοήθεια και αυτό (Σταμάτης, 1987).

Στην προσχολική αγωγή μπορεί να γίνει προσπάθεια να αυτοεξυπηρετείται το παιδί, να επικοινωνεί και να συναναστρέφεται τα άλλα παιδιά, να υπακούει σε κανόνες συμπεριφοράς και να συνηθίζει σταδιακά τη ρουτίνα της σχολικής εργασίας, ώστε να είναι όσο το δυνατό καλύτερα προετοιμασμένο για τη φοίτησή του σε σχολείο στοιχειώδους εκπαίδευσης (Σταμάτης, 1987).

• Σχολική ηλικία

Ξεκινώντας από την αρχή ότι όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από τις δυνατότητες που διαθέτουν, δέχονται βοήθεια από την εκπαίδευση, συμπεραίνεται ότι και τα αυτιστικά παιδιά μπορούν να εκπαιδευτούν. Γι' αυτά, μάλιστα, η εκπαίδευση είναι περισσότερο αναγκαία, επειδή ικανότητες, που για τα φυσιολογικά παιδιά είναι αυτονόητες ή μπορούν να τις αποκτήσουν μόνα τους, τα αυτιστικά θα τις αποκτήσουν, και ίσως όχι στον ίδιο βαθμό, μετά από μεγάλη εκπαιδευτική προσπάθεια. Όσο σοβαρότερο είναι το πρόβλημα, τόσο μεγαλύτερη, πιο προγραμματισμένη, μεθοδικότερη και πιο μακρόχρονη πρέπει να είναι η προσπάθεια (Σταμάτης, 1987).

Η στοιχειώδης εκπαίδευση είναι αναγκαία για όλα τα αυτιστικά παιδιά, ανεξάρτητα από τη νοητική τους ικανότητα και τη σοβαρότητα της κύριας διαταραχής. Δεν έχει, όμως, την έννοια της απόκτησης των σχολικών γνώσεων, όπως προσφέρονται κατά μάθημα στο κανονικό δημοτικό σχολείο. Ο παιδαγωγός, όπως προετοιμάζεται για να διδάξει τις σχολικές γνώσεις, έτσι

πρέπει να προετοιμαστεί και για να ασχοληθεί με την αγωγή για αυτοεξυπηρέτηση, επικοινωνία και σωστή συμπεριφορά (Σταμάτης, 1987).

Αν και ο σκοπός της εκπαίδευσης, σε γενικές γραμμές, είναι ο ίδιος για όλα τα αυτιστικά παιδιά, οι επιμέρους επιδιώξεις διαφέρουν για κάθε παιδί, ανάλογα με τις δυνατότητές του. Φυσικά, οι επιδιώξεις και οι προσδοκίες μας δεν πρέπει να είναι οριστικές και αμετάβλητες. Κατά τη διάρκεια της φοίτησης των παιδιών στα εκπαιδευτήρια πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, θα χρειαστεί, πολλές φορές, να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας και να αναπροσαρμόσουμε τις επιδιώξεις και το πρόγραμμα δραστηριοτήτων, γιατί η εξέλιξη των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζει συχνά εκπλήξεις, άλλοτε ευχάριστες κι άλλοτε δυσάρεστες (Σταμάτης, 1987).

Ο τύπος του εκπαιδευτηρίου, που ταιριάζει στα αυτιστικά παιδιά σχολικής ηλικίας, εξαρτάται από τις δυνατότητες του παιδιού, από τις συνθήκες που επικρατούν στην κάθε σχολική τάξη και από την ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών (Σταμάτης, 1987).

Επειδή τα αυτιστικά παιδιά έχουν καθυστερημένη ωρίμανση και μαθαίνουν με αργό ρυθμό, δεν πρέπει να τελειώνει η πρωτοβάθμια εκπαίδευσή τους πριν το δέκατο τέταρτο έτος της ηλικίας τους. Είναι απαράδεκτο να τελειώνουν τα αυτιστικά παιδιά το δημοτικό σχολείο, κανονικό ή ειδικό, σε ηλικία δώδεκα ετών και να αναγκάζονται να φοιτούν στο γυμνάσιο ή να παραμένουν στο σπίτι τους (Σταμάτης, 1987).

• **Εφηβεία**

Στην εφηβική ηλικία η εκπαίδευση των αυτιστικών θα εξαρτηθεί από τις νοητικές τους ικανότητες, από τις γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, από τη βελτίωση της συμπεριφοράς τους και από την ικανότητα για επικοινωνία του καθενός. Για όσους έχουν μόνο λίγες αυτιστικές τάσεις και φυσιολογική νοημοσύνη δε θα γίνει ιδιαίτερος λόγος, γιατί πρέπει να συνεχίσουν σπουδές στη μέση εκπαίδευση με τα φυσιολογικά

άτομα. Όσοι από τους νοήμονες αυτιστικούς έχουν αποκτήσει αρκετές γνώσεις από τη δημοτική εκπαίδευση, βελτίωσαν τη συμπεριφορά τους και επικοινωνούν ανεκτά, μπορούν να ωφεληθούν από τη φοίτησή τους σε σχολείο δευτεροβάθμιας κανονικής εκπαίδευσης, με την προϋπόθεση ότι η τάξη είναι ευαισθητοποιημένη και οι καθηγητές δείχνουν διακριτική επιείκεια κατά την αξιολόγηση. Για τους βαριά καθυστερημένους η εκπαίδευση δεν έχει να προσφέρει τίποτα αξιόλογο, αφού αυτοί χρειάζονται σ' όλη τους τη ζωή μεγάλη και συνεχή φροντίδα από την οικογένεια ή το ίδρυμα. Για τους μέτρια καθυστερημένους θα συνεχιστεί η εκπαίδευση σε ειδικές μονάδες, με σκοπό την απόκτηση συνηθειών για στοιχειώδη αυτοεξυπηρέτηση (Σταμάτης, 1987).

Για τους άλλους αυτιστικούς εφήβους, δηλαδή γι' αυτούς που έχουν ικανοποιητικό νοητικό επίπεδο, αλλά δε θα συνεχίσουν σπουδές στο γυμνάσιο, καθώς και γι' αυτούς που έχουν ελαφρά καθυστέρηση, θα γίνει ιδιαίτερος λόγος (Σταμάτης, 1987).

Οι αυτιστικοί έφηβοι, ενώ έχουν φυσιολογική σωματική ανάπτυξη, παρουσιάζουν αργοπορημένη ωρίμανση των ψυχικών λειτουργιών. Περίπου μέχρι την ηλικία των 16 ετών είναι ανέτοιμοι να ασκήσουν κάποιο επάγγελμα. Μέχρι την ηλικία αυτή πρέπει να συνεχίζεται η εκπαίδευση σε ειδικές μονάδες, όπου θα διευρύνεται η αγωγή για αυτοεξυπηρέτηση και θα αποκτούν συνήθειες για την αντιμετώπιση των αναγκών της καθημερινής ζωής. Θα μαθαίνουν να κυκλοφορούν, να ψωνίζουν, να πλένουν τα ρούχα τους και τα οικιακά σκεύη, να σιδερώνουν, να μαγειρεύουν, να χρησιμοποιούν το τηλέφωνο, να τρώνε σε εστιατόρια, να φέρονται σωστά σε οικογενειακές και φιλικές συγκεντρώσεις κ.λπ. Θα δέχονται επαγγελματική εκπαίδευση για να καλλιεργηθούν οι γενικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για να ασχοληθούν αργότερα με κάποια εργασία (Σταμάτης, 1987).

Από το 16^ο έτος της ηλικίας πρέπει να αρχίσει η επαγγελματική

εκπαίδευση, η οποία μπορεί να συνεχίζεται μέχρι την ηλικία των 25 ετών με σκοπό να εξειδικευτεί το αυτιστικό άτομο σε κάποια εργασία και κατά προτίμηση εργασία ρουτίνας (Σταμάτης, 1987).

Δ. ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

1. Παιδιά με διαταραχές στην όραση

Εισαγωγή

Καθώς τα χρόνια περνούν στο διηλεκές του χρόνου είναι δυνατό και στις μέρες μας να απομονώσει κανείς σπουδαίους ανθρώπους που η αναπηρία τους αποτέλεσε και ανασταλτικό παράγοντα στην καταξίωση και προσφορά τους στην τέχνη, τα γράμματα και τα κοινωνικοπολιτιστικά δρώμενα.

Η ιστορία αποδεικνύει ότι σε όλους τους τομείς και τα επίπεδα άνθρωποι που εμπιστεύτηκαν τις δυνατότητές τους, αποδέχτηκαν το πρόβλημά τους (τύφλωση) και διψούσαν για ζωή, κατάφεραν με επιμονή, υπομονή και πείσμα να διεκδικήσουν δικαιώματα να συμμετάσχουν με επιτυχία στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία της τυφλότητας είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του ανθρώπου καθώς, κοιτάζοντας το παρελθόν, οι ειδικοί διαπιστώνουν ίχνη πρωτόγονων χειρουργικών επεμβάσεων στα κρανία των προϊστορικών ανθρώπων.

Στους λαούς της Μεσοποταμίας ήταν γνωστές διάφορες οφθαλμικές θεραπείες, όπως μας πληροφορούν αρχαίοι αιγυπτιακοί πάπυροι και ο κώδικας του Χαμουραμπί (Τσίρου, 1988).

Οι αρχαίοι Έλληνες είχαν θεοποιήσει το φως και την όραση αποδίδοντας την ίδια αξία και στις δύο έννοιες με το ρητό «το ζην ισότιμον

του όραν». Έτσι, ασχολήθηκαν με τη μελέτη της οπτικής λειτουργίας, το φως, την όραση και τα ιδιαίτερα χρώματα.

Σύμφωνα με τον Ησίοδο, οι θεοί εκδικούνταν τους ανθρώπους που ήταν επίορκοι στέλνοντάς τους συμφορές και με αυτό τον τρόπο αιτιολογούσαν κάθε είδος αναπηρίας όπως και την τύφλωση.

Στην Ελληνική Μυθολογία, ο Κρόνος, ο Ήλιος, ο Απόλλωνας και ο Ποσειδώνας τιμωρούσαν με τύφλωση τους θνητούς που προσέβαλαν τη θεότητά τους. Η θεά Άρτεμη καθώς επίσης και ο Ασκληπιός είχαν τη δύναμη να θεραπεύσουν την τυφλότητα.

Στην Αρχαία Ελλάδα, ο Πλάτωνας στο διάλογό του «Δημοκρατίας» αναφέρει ως κύρια αιτία τύφλωσης την οφθαλμία και ο Ξενοφώντας στην «Κύρου Ανάβασις» ως αίτια τα πολεμικά τραύματα.

Ο Ευριπίδης επισημαίνει τον κίνδυνο της τυφλότητας σε προχωρημένη ηλικία και στην τραγωδία του «Εκάβη» περιγράφει την τύφλωση του Πολυμάστορα, ενώ ο Σοφοκλής στον «Οιδίποδα Τύραννο» περιγράφει την τραγωδία του ήρωα και την ηθική τελμάτωση από τα αμαρτήματά του.

Στην χριστιανική εποχή, διαπιστώνουμε ότι η διδασκαλία του Χριστού συντελεί στην αποδοχή και αγάπη προς τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα και της Αναγέννησης η στάση των ανθρώπων υπήρξε απορριπτική και αντιανθρώπινη. Τα τυφλά άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επιβίωση και οδηγούνται στην εξαθλίωση (Κεφάκης, 1987).

Στα χρόνια του Βυζαντίου, τον 11^ο αιώνα περίπου, όπως προκύπτει γίνεται χρήση ειδικής μεθόδου για τη διδασκαλία των τυφλών, χωρίς να έχουμε περισσότερες πληροφορίες σε ό,τι αφορά τη μέθοδο αυτή.

Οι πρώτες ανεπαρκείς μαρτυρίες για την πρόνοια των τυφλών αναφέρονται στο βασικά της Γαλλίας Λουδοβίκο, ο οποίος ίδρυσε το 1530

στο Παρίσι ίδρυμα για την περίθαλψη των τραυματιών που είχαν πάρει μέρος στις σταυροφορίες και είχαν τυφλωθεί στις μάχες.

Η πρώτη συστηματική προσπάθεια για την εκπαίδευση των τυφλών, με τεκμηρίωση, αποδίδεται στο Βενεδικτίνο μοναχό Petro Ponse De Leon (1510-1584).

Τα πρώτα ιδρύματα τυφλών εμφανίζονται στην Ευρώπη κατά το 12^ο αιώνα. Είναι κυρίως άσυλα που έχουν ως σκοπό την απλή περίθαλψη των τυφλών (Κρουσταλάκης, 2000).

Περί τα μέσα του 17^{ου} και κυρίως κατά τον 18^ο αιώνα συναντάμε τις πρώτες προσπάθειες για επαγγελματική μόρφωση, πρακτική εξάσκηση και επαγγελματική αποκατάσταση των τυφλών (Κρουσταλάκης, 2000).

Το 1600 ο Φραγκίσμος Λούκας καλλιέργησε περισσότερο την ιδέα του Leon και στη διάρκεια του 17^{ου} αιώνα, η εκπαίδευση του τυφλού συστηματοποιείται περισσότερο και επινοούνται οι μέθοδοι διδασκαλίας τις οποίες τελειοποίησαν αργότερα οι νεότεροι και κατέληξαν στο Braille (Χρηστάκης, 1995).

Τα θαυμαστά επιτεύγματα ορισμένων τυφλών στους τομείς της τέχνης, της επιστήμης και της τεχνικής άνοιξαν το δρόμο της συστηματικής εκπαίδευσης στο τυφλό παιδί. Το 1784 ιδρύθηκε στο Παρίσι από τον Valentin Hauy η πρώτη επίσημη Σχολή Τυφλών Παιδιών στην οποία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά η αίσθηση της αφής προς αναπλήρωση της όρασης στη διαδικασία της μάθησης και ειδικότερα στην απόκτηση νέων παραστάσεων και εμπειριών. Το 1971, ιδρύθηκε το δεύτερο Σχολείο Τυφλών στο Λίβερπουλ της Αγγλίας από τον Henry Pannett. Το 1892, ιδρύθηκε στις Η.Π.Α. το Ινστιτούτο Perkins το οποίο ήταν γνωστό αρχικά με την επωνυμία «Άσυλο Νέας Αγγλίας για Τυφλούς». Σήμερα είναι γνωστό με την επωνυμία «Ινστιτούτο Perkins» από το όνομα του ιδρυτή του ή «Σχολείο Τυφλών Μασαχουσέτης» (Κρουσταλάκης, 2000, Πολυδώρου – Μπενάκη, 1991).

Ο Francois Lesuer και Carl Barbier, ξεκινώντας από την ίδια επιστημονική αφετηρία, επινόησαν νέα συστήματα γραφής και ανάγνωσης των τυφλών, προάγοντας έτσι τον τομέα της ειδικής διδακτικής μεθοδολογίας. Οι διδακτικές αυτές εφαρμογές και όλο το σύστημα γραφής και ανάγνωσης των τυφλών πέρασαν από διάφορα πειραματικά και εξελικτικά στάδια και κατέληξαν στο απλουστευμένο σύστημα γραφής και ανάγνωσης που χρησιμοποιείται σήμερα στην εκπαίδευση των τυφλών. Πρόκειται για το σύστημα Braille, ένα σύστημα επικοινωνίας, που επινόησε ο Γάλλος καθηγητής στη σχολή τυφλών των Παρισίων Louis BRAILLE (1809-1852), τυφλός και ο ίδιος. Το σύστημα αυτό γραφής βασίζεται στο συνδυασμό έξι ανάγλυφων κουκίδων, απαρτίζεται δε από 63 συνολικά συνδυασμούς, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται:

1. Τα γραπτά γλωσσικά σύμβολα
2. οι αριθμοί
3. τα σημεία της στίξης
4. οι μουσικοί φθόγγοι.

Τα σημεία αυτά τυπώνονται σε ειδικό χαρτί από αριστερά προς τα δεξιά. Η εκμάθηση της ανάγνωσης της γραφής Braille γίνεται με ψηλάφηση της επιφάνειας του χαρτιού με τα δύο χέρια κατά τη φορά της εκτύπωσης, δηλαδή από αριστερά προς τα δεξιά (Κρουσταλάκης, 2000, Πολυδώρου – Μπενάκη, 1991).

Ο κώδικας BRAILLE επιτρέπει στους τυφλούς όλου του κόσμου να αποκτήσουν γνώσεις, να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας και να ζουν μια ανεξάρτητη ζωή. Τα βιβλία και περιοδικά που είναι γραμμένα στη γραφή BRAILLE κυκλοφορούν σήμερα σε όλο τον κόσμο κατά χιλιάδες.

Το παράδειγμα της Αμερικανίδας Έλεν Κέλερ (1880-1960), η οποία ήταν τυφλή και κωφάλαλη από 8 μηνών, κατάφερε να συγκινήσει την ανθρωπότητα με το απaráμιλλο ψυχικό σθένος της να μορφωθεί και να

αναπτύξει κοινωνικό έργο, μιλώντας για τη δίψα της για ζωή και να προσπαθεί με τη συγγραφή έργων και τις διαλέξεις να ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη, να εμφυσήσει πίστη και κουράγιο στα άτομα με ειδικές ανάγκες (Κοπίλας, 1969).

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, εκδηλώθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη συστηματική εκπαίδευση της τυφλών παιδιών αλλά και για τη μόρφωση και επαγγελματική αποκατάσταση των ενηλίκων (Κρουσταλάκης, 2000).

Στην Ελλάδα, η συστηματική εκπαίδευση των τυφλών άρχισε με την ίδρυση της «Φιλανθρωπικής Εταιρείας Οίκος Τυφλών» στην Καλλιθέα (1906) και τη λειτουργία του «Φάρου Τυφλών Καλλιθέας» (1946), όπου στεγάζεται σχολή τηλεφωνητών, τυπογραφείο και άλλες υπηρεσίες επαγγελματικής εξάσκησης. Το 1949 ιδρύθηκε στα Σεπόλια η «Αγροτική και Τεχνική Σχολή Τυφλών». Από το 1950 και μετά λειτουργούν στην πατρίδα μας:

- 6/θέσιο Ειδικό Σχολείο Κ.Ε.Α.Τ. Καλλιθέας.
- 3/θέσιο Ειδικό Σχολείο Τυφλών Βόρειας Ελλάδας στη Θεσσαλονίκη
- 2/θέσιο Ειδικό Νηπιαγωγείο στο Κ.Ε.Α.Τ.

Συνολικά λειτουργούν σήμερα 5 «Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής» (Σ.Μ.Ε.Α.) για τυφλά και μερικώς βλέποντα άτομα (Κρουσταλάκης, 2000).

Έννοια

Πρώτος ορισμός: Τύφλωση είναι η αδυναμία του οπτικού συστήματος του ανθρώπου να συλλάβει οπτικά ερεθίσματα, που καταλήγουν στη δημιουργία οπτικών παραστάσεων (Κρουσταλάκης, 2000).

Δεύτερος ορισμός: Τύφλωση είναι η αδυναμία του οπτικού οργάνου να συλλάβει οπτικά ερεθίσματα και η έλλειψη οπτικών παραστάσεων (Α. Κυπριωτάκης, 1985).

Τρίτος ορισμός: Τύφλωση είναι η κατάσταση δυσλειτουργίας της όρασης ενός ανθρώπου, εξαιτίας της οποίας δεν μπορεί αυτός μόνος του να

προσανατολιστεί σε άγνωστο σε αυτόν περιβάλλον ή ακόμη με τη βοήθεια της αίσθησης της όρασης δεν μπορεί να αποκτήσει εμπειρίες κατά τη διαδικασία της μάθησης ή να ασκήσει κάποιο βιοποριστικό επάγγελμα (Α. Κυπριωτάκης, 1985, σελ. 21).

Ορισμός Ελλήνων Ειδικών: Τύφλωση είναι η απώλεια της όρασης και από τους δύο οφθαλμούς σε τέτοιο βαθμό, που η οπτική οξύτητα να προσδιορίζεται κάτω από το 1/20 (Εμ. Τσέλικας, 1981).

Κλινική ταξινόμηση

Η κλινική ταξινόμηση των ατόμων με διαταραχές στην όραση – τύφλωση, γίνεται με βάση την οπτική οξύτητα ή την καθαρότητα της όρασης. Με αυτό το κριτήριο τυφλό θεωρείται το άτομο που με τον οφθαλμό του, που βρίσκεται στην καλύτερη λειτουργική κατάσταση, βλέπει σε απόσταση 20 μέτρων ή λιγότερο (π.χ. 10 μέτρα, 5 μέτρα) το αντικείμενο εκείνο, το οποίο βλέπει σε απόσταση 200 μέτρων ένας φυσιολογικός οφθαλμός. Επομένως, το άτομο αυτό έχει οπτική οξύτητα 20/200 (Κρουσταλάκης, 2000).

Σύμφωνα λοιπόν με την προαναφερθείσα άποψη, «νομικώς τυφλό» χαρακτηρίζεται ένα άτομο με όραση 20/200 και λιγότερο, ενώ ένα άτομο θεωρείται με «μερική όραση» όταν έχει οπτική οξύτητα από 20/70 ως 20/200 στον καλύτερο οφθαλμό, ο οποίος όμως έχει υποστεί την πιο αποτελεσματική διόρθωση (Κρουσταλάκης, 2000).

Κατηγορίες ατόμων με οπτικό μειονέκτημα

Η ορολογία που έχει επικρατήσει σήμερα στο χώρο της ειδικής παιδαγωγικής σχετίζεται με εκπαιδευτικούς κυρίως σκοπούς, διακρίνει δε δύο κατηγορίες ατόμων με οπτικό μειονέκτημα:

1. Το παιδί παρουσιάζει κάποια βλάβη της όρασης, η οποία δυσχεραίνει μεν αλλά δεν παρακωλύει τελείως την εκμάθηση της ανάγνωσης του έντυπου λόγου (περιπτώσεις περιορισμένης οπτικής βλάβης) (Κρουσταλάκης, 2000).
2. Το παιδί δεν είναι σε θέση να μάθει να διαβάζει τα έντυπα, μπορεί όμως δε δεχτεί μέσω του συστήματος Braille κάποια μορφή διδασκαλίας (περιπτώσεις βαριάς μορφής οπτικής βλάβης) (Κρουσταλάκης, 2000).

Πρέπει με μεγάλη προσοχή να κάνουμε τη διάκριση μεταξύ της τέλει τύφλωσης και της οπτικής εκείνης κατάστασης κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται το φως ή το σκοτάδι ή γενικά τη μορφή και το περίγραμμα των αντικειμένων, έστω και ασαφώς (Κρουσταλάκης, 2000).

Το πρόβλημα της διακριτικής ικανότητας, που είναι γνωστή ως οπτική οξύτητα, δεν σχετίζεται μόνο με το αν βλέπουμε ή δεν βλέπουμε κάτι. Η οξύτητα σημαίνει επίσης την ικανότητα να διακρίνουμε σε ένα αντικείμενο ή σε μια σκηνή τις μικρές λεπτομέρειες. Ένα γνωστό τεστ οπτικής οξύτητας είναι ο πίνακας των οφθαλμιάτρων (Θεοδοσιάδης, 1984).

Η **ταξινόμηση** για τους ενήλικες περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες:

1. Ολικά τυφλοί ή με αντίληψη μόνο του φωτός.
2. Ικανοί να διακρίνουν μορφές ή αντικείμενα, σταθερά ή κινητά, σκιές.
3. Ικανοί να κινούνται μέσα και έξω από το σπίτι, ανήμποροι όμως να διαβάσουν έντυπα.
4. Ικανοί να διαβάσουν τίτλους εφημερίδων όχι όμως και μικρά γράμματα.

Η πιο γνωστή ταξινόμηση που χρησιμοποιείται για εκπαιδευτικούς σκοπούς είναι: Τυφλά και Αμβλύωπα (Kirk and Gallagher, 1986).

Αίτια

Τα αίτια της τύφλωσης συχνά παραμένουν άγνωστα. Τα βασικότερα από αυτά ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες:

1. Κληρονομιά. Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται εκφυλιστικά φαινόμενα όπως η έλλειψη χρωστικής ουσίας στο χοριοειδή, στην ίριδα (αλπινισμός), στον αμφιβληστροειδή και η καταστροφή ή διαταραχή του οπτικού νεύρου (Κρουσταλάκης, 2000).

2. Επίκτητα. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται τρία σύνολα – προγεννητικά περιγεννητικά, μεταγεννητικά.

α. Προγεννητικά αίτια: Μολυσματικές ασθένειες από τις οποίες έχει προσβληθεί η μητέρα κατά την περίοδο της κύησης, όπως είναι η **ερυθρά**. Η προσβολή της κυοφορούσας μητέρας από την ασθένεια αυτή μέχρι το τρίτο μήνα της κύησης δημιουργεί το ενδεχόμενο εμφάνισης συγγενούς πάθησης στο παιδί, όπως είναι η τύφλωση, η ακουστική δυσλειτουργία ή η νοητική απόκλιση.

Τα αφροδίσια νοσήματα και μάλιστα η παλαιότερη γονόρροια της μητέρας και στη συνέχεια η βλεννόρροια του νεογέννητου και η σύφιλη θεωρούνται από τα κύρια αίτια της τυφλότητας κατά την εμβρυϊκή και βρεφική ηλικία (Χρηστάκης, 1993, Κρουσταλάκης, 2000).

β. Περιγεννητικά αίτια: Τραυματισμοί του κρανίου προερχόμενοι συνήθως από εμπιέσματα σε αυτό από εμβρυολογικά ή άλλα μαιευτικά εργαλεία κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι δυνατό να προξενήσουν αιμορραγία του εγκεφάλου και μεταξύ άλλων και τύφλωση. Διάφορες άλλες κακώσεις, ατυχήματα, δηλητηριάσεις αποτελούν συνήθως αίτια της τύφλωσης (Χρηστάκης, 1995, Κρουσταλάκης, 2000).

γ. Μεταγεννητικά αίτια: Εδώ υπάγονται μολυσματικές ασθένειες της παιδικής ηλικίας (π.χ. μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα) και άλλες μολυσματικές ασθένειες (ευλογιά, οστρακιά) που μπορεί να προκαλέσουν τύφλωση (Χρηστάκης, 1995).

Επίσης διαθλαστικές δυσλειτουργίες του οπτικού οργάνου, όπως είναι η μυωπία, ο αστιγματικός, η πρεσβυωπία, η υπερμετρωπία. Αν δεν

αντιμετωπίσουν θεραπευτικά εγκαίρως εγκυμονούν κινδύνους για ευρύτερες οπτικές δυσλειτουργίες ή και τέλεια τύφλωση ακόμη (Κρουσταλάκης, 2000).

Ακόμη, σημαντικές βλάβες στην όραση και πλήρης τύφλωση είναι δυνατόν να προκληθούν από το γλαύκωμα (αυξημένη πίεση στο μάτι), από τον καταρράκτη (ο κρυσταλλώδης φακός γίνεται αδιαφανής, μειώνεται η οπτική οξύτητα) και από την παρουσία κακοηθών όγκων και ινοπλασμάτων. Η ινοπλασία του αμφιβληστροειδούς (οπισθοφακινή ινοπλασία), είναι συχνά υπεύθυνη για τη δημιουργία της τύφλωσης. Η οπισθοφακική ινοπλασία παρουσιάζεται στα πρόωρα βρέφη που τοποθετούνται σε θερμοκοιτίδες. Οι μεγάλες δόσεις του οξυγόνου είναι δυνατό να προκαλέσουν σπασμούς στα αγγεία του αμφιβληστροειδούς δημιουργώντας οίδημα και διάταση στα περιφερειακά αγγεία με τελικό αποτέλεσμα τη μερική ή ολική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς δημιουργώντας οίδημα και διάταση στα περιφερειακά αγγεία με τελικό αποτέλεσμα τη μερική ή ολική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς και τελικά, σε μεγάλο ποσοστό του 33,3%, στην τύφλωση (Χρηστάκης, 1995).

Στην παιδική ηλικία το 60% των περιπτώσεων περίπου οφείλεται σε συγγενείς και κληρονομικές ανωμαλίες, το 15% σε νευρολογικές παθήσεις και το 10% σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Πάνω από 65 ετών, η τύφλωση οφείλεται κατά 30% στη γεροντική εκφύλιση της ώχρας και κατά 15% στο γλαύκωμα (Χρηστάκης, 1995).

Ταξινόμηση των τραυμάτων του οφθαλμού

1. Τραύματα που συμβαίνουν κατά την ενδομήτρια ζωή: το έμβρυο είναι καλά προστατευμένο μέσα στη μήτρα όμως μηχανικά τραύματα είναι δυνατόν να προκαλέσουν οφθαλμικές βλάβες κυρίως ως αποτέλεσμα αποτυχημένων εκτρωτικών προσπαθειών.

- 2. Τραύματα κατά τη γέννηση:** Τα τραύματα του οφθαλμού στη φάση της γέννησης είναι συχνότερα από ό,τι πιστεύεται. Στο 20-25% των φυσιολογικών τοκετών συμβαίνει κάποια βλάβη στον οφθαλμό και το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 40-45% των πρόωρων ή προχωρημένων τοκετών.
- 3. Οικιακά τραύματα:** Περιλαμβάνουν αυτά που συμβαίνουν κατά την καθημερινή ζωή τους χώρους διαβίωσης. Γενικά αποτελούν το 20-30% όλων των οφθαλμών τραυμάτων. Το 45% πρόκειται για αυτοτραυματισμούς (επικίνδυνα παιχνίδια) ενώ 55% το τραύμα προέρχεται από άλλο παιχνίδι.
- 4. Τραύματα από οδικά ατυχήματα ή αθλήματα:** Είναι συχνότατα και δυστυχώς αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της κυκλοφορίας.
Στα αθλήματα, πρόκειται για περιθλαστικά τραύματα ή βλάβες στον οφθαλμό, από υπεριώδεις ακτινοβολίες στα χειμερινά σπορ όταν δεν γίνεται χρήση προστατευτικών γυαλιών. Η πυγμαχία έχει επίσης αρκετούς τραυματισμούς όπως και η κολύμβηση, οι καταδύσεις και η σκοποβολή.
- 5. Γεωργικά τραύματα:** Η πρόοδος των εντομοκτόνων και παρασιτοκτόνων προκάλεσαν την εμφάνιση χημικών εγκαυμάτων του οφθαλμού σε αγροτικούς πληθυσμούς.
- 6. Βιομηχανικά τραύματα:** Από μεταλλωρυχεία, αλλά κυρίως σήμερα, από τη βλαβερή επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας.
- 7. Πολεμικά τραύματα:** Είναι περιστατικά και εμφανίζονται σε πολεμικές αναμετρήσεις.
- 8. Ιατρογενή τραύματα:** Είναι συχνότερα από ό,τι εμφανίζονται στη σχετική βιβλιογραφία. Βέβαια τα τελευταία χρόνια το ποσοστό των τυφλών παιδιών έχει αυξηθεί σημαντικά με την ανάπτυξη της τεχνολογίας

(θερμοκοιτίδες) (Ενημερωτικό φυλλάδιο του Πανελληνίου Συνδέσμου Τυφλών).

Πρόληψη τυφλότητας

Καθώς ο αριθμός των ατόμων με τυφλότητα διαρκώς αυξάνει η ανάγκη για πρόληψη γίνεται επιτακτική και επιτυγχάνεται με τη διάγνωση και θεραπεία πιθανών αιτίων που οδηγούν στην τύφλωση. Οπτικές εξετάσεις από έναν εξειδικευμένο οφθαλμίατρο πρέπει να αποτελούν μέρος μιας εξέτασης ρουτίνας ενός υγιούς ανθρώπου και να γίνονται νωρίς (Τσίρου, 1993).

Εν τούτοις, τραυματισμοί στα μάτια, πόνος ή ξαφνικές αλλαγές στην όραση (π.χ. αναλαμπές φωτός ή φωτοστέφανα γύρω από τα φώτα) πρέπει να οδηγούν αμέσως στον οφθαλμίατρο (Τσίρου, 1993).

Οι γονείς έχουν μεγάλο μερίδιο ευθύνης διότι πρέπει να παρακολουθούν τα παιδιά στη ψυχοσωματική τους εξέλιξη και σε οποιαδήποτε ανησυχητική κατάσταση να απευθύνονται στους γιατρούς. Η συνειδητή πολλές φορές αδιαφορία του τύπου: «δεν είναι κάτι σοβαρό, θα περάσει...», ίσως επιφέρει σημαντική ζημία στο μέλλον για το παιδί (Τσίρου, 1993).

Όλοι οι γονείς παιδιών με προβλήματα όρασης πρέπει να γνωρίζουν οι ίδιοι και συγχρόνως να ενημερώνουν τα παιδιά τους για τις προφυλάξεις που πρέπει να πάρουν ώστε να αποφευχθούν πιθανότητες επιδείνωσης της ήδη υπάρχουσας πάθησης των ματιών (Τσίρου, 1993).

Συχνότητα διαταραχών όρασης

Σήμερα, ο πληθυσμός της γης ξεπερνά τα 5 δισεκατομμύρια κατοίκους. Από αυτούς, ο ένας στους 10, δηλαδή 500 εκατομμύρια άτομα έχουν κάποια αναπηρία από ατυχήματα, χρόνιες παθήσεις, αναπηρίες πολέμου κ.λπ. Το 9% των αναπήρων είναι τυφλοί (περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι). Το 80% των τυφλών του πλανήτη μας ζουν στον κατ' ευφημισσμό αναπτυσσόμενο

κόσμο. Τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνουν οι πληθυσμοί ασιατικών και αφρικανικών χωρών, λαοί που ζουν σε φρικτές συνθήκες υγιεινής, έχουν ελλιπή καθαριότητα, ξηρασία, διατρέφονται λανθασμένα και υστερούν σε προληπτικά μέτρα για την τυφλότητα (Κρουσταλάκης, 2000).

Στις Η.Π.Α. 0,1% των παιδιών σχολικής ηλικίας παρουσιάζουν σοβαρές δυσλειτουργίες της όρασης και ως εκ τούτου χρειάζονται ειδική παιδαγωγική αντιμετώπιση.

Πολλές σύγχρονες έρευνες που διεξήχθησαν στη Γαλλία και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες έδειξαν ότι,, στην αρχή της σχολικής ηλικίας (5^ο-7^ο έτος) 10-20% των παιδιών είναι φορείς κάποιας οπτικής απόκλισης και δυσλειτουργίας. Ο στραβισμός φτάνει στο 304% και η αμβλυωπία στο 2—3% των παιδιών. Αντίθετα, η πλήρης τύφλωση είναι συνήθως σπάνια (2.000 περίπου τυφλά παιδιά στη Γαλλία) (Κρουσταλάκης, 2000).

Στην Ελλάδα οι τυφλοί είναι περίπου 9.000, δηλαδή 1% περίπου του συνολικού πληθυσμού (Κρουσταλάκης, 2000).

Στην Αίγυπτο οι τυφλοί είναι το 3% του πληθυσμού ενώ στην Κ. Αφρική υπάρχουν ολόκληρα χωριά τυφλών.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι τα άτομα με διαταραχές στην όραση – τυφλότητα προέρχονται από όλα τα κοινωνικά στρώματα (Κρουσταλάκης, 2000).

Ψυχολογικές διαστάσεις της οπτικής δυσλειτουργίας του παιδιού

Η μεγαλύτερη ή μικρότερη δυσχέρεια οπτικής επικοινωνίας του παιδιού με το περιβάλλον το αποξενώνει από ένα πλήθος ερεθισμάτων και πληροφοριών, που θα το παρακινούσαν κάτω από άλλες συνθήκες, κανονικές, να διερευνήσει αυτόν τον κόσμο που το περιβάλλει, και μέσα απ' αυτόν να δομήσει το προσωπικό του «σύμπαν» (Γ. Κρουσταλάκης, 2000,

σελ. 124).

Το παιδί ήλθε στον κόσμο με κάποια βασική δυσλειτουργία στον αρχικό γενετικό εξοπλισμό, που το διαφοροποιεί αισθητηριακά από τους άλλους ανθρώπους και του θέτει εμπόδια και περιορισμούς στην έμφυτη τάση για διερεύνηση του περιβάλλοντος και κυρίως για κυριαρχία μέσα στο χώρο και για αίσθηση του χρόνου (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 124).

Όταν η αισθητηριακή ανεπάρκεια, που παρουσιάζει το παιδί, είναι ολική και εκ γενετής ή πολύ πρόωρη, η δυσκολία του για επικοινωνία είναι μεγάλη. Αντίθετα, όταν η πάθηση εκδηλώνεται σε προχωρημένη ηλικία, οι δυσχέρειες είναι λιγότερες. Πάντως σε όλες αυτές τις περιπτώσεις το στοιχείο που κατέχει την κυρίαρχη θέση στη συνείδηση του παιδιού και κινητοποιεί τον όλο του ψυχισμό είναι η τραυματική εμπειρία, που προέρχεται από τη συγκεκριμένη μειονεκτική του κατάσταση, εφόσον βέβαια την έχει συνειδητοποιήσει, την έχει αποδεχθεί και προσπαθεί να ζει μ' αυτήν (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 124).

Για την ψυχική εξέλιξη του παιδιού με ασθενική όραση και κυρίως με τύφλωση προβάλλει ένας διπλός κίνδυνος:

(α) Το παιδί να μην αισθάνεται στην αρχή, πιθανόν λόγω ηλικίας, ότι μειονεκτεί έναντι των άλλων ανθρώπων ή για διάφορους λόγους να μην αποδέχεται την κατάστασή του αυτή. Η μη έγκαιρη αποδοχή αυτής της ιδιαίτερης κατάστασης μπορεί να συντελέσει στη δημιουργία σοβαρών συναισθηματικών προβλημάτων στα μετέπειτα αναπτυξιακά στάδια της ζωής του παιδιού.

(β) Άλλοτε πάλι μπορεί το παιδί να υπερτονίζει την οπτική του δυσλειτουργία (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 124).

Στην πρώτη περίπτωση οι γονείς του παιδιού, που δυσκολεύονται να επικοινωνούν μαζί του, ζουν συνήθως ένα έντονο συναίσθημα μειονεκτικότητας, το οποίο είναι δυνατό να το προβάλλουν στον ψυχισμό και

την όλη ζωή του παιδιού. Έτσι, είναι δυνατόν σταδιακά να οργανώσουν μια σχέση με το περιβάλλον τους με επίκεντρο το μειονέκτημα του παιδιού, το οποίο θα βιώνεται τόσο από την οικογένεια, όσο και από το ίδιο το παιδί σαν ένα ανυπέρβλητο εμπόδιο ή σαν ένα ανυπόφορο πλήγμα. Στην πρώτη αυτή περίπτωση το παιδί, μη αποδεχόμενο την αδυναμία του, μπορεί να βεβαιώνει το περιβάλλον του - το οικογενειακό, το σχολικό ή το περιβάλλον των ομηλικών του - ότι «βλέπει» και «επικοινωνεί άριστα» και ότι δεν υστερεί οπτικά από τους άλλους. Πρόκειται για μια τραγική συμπεριφορά του παιδιού, που υποδηλώνει μια κρίσιμη συνειδησιακή κατάσταση, την οποία πολλές φορές υποθάλπουν οι γονείς, φαλκιδεύοντας έτσι στο τέλμα της αδράνειας τον ψυχικό δυναμισμό του, που θα το ωθούσε ενδεχομένως προς φυσικές διεξόδους αναπλήρωσης (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 125).

Στη δεύτερη περίπτωση, τότε δηλαδή που κυριαρχεί η άλλη πλευρά της ψυχικής αντίδρασης, το παιδί, υπερτονίζοντας την οπτική του μειονεξία, μπορεί να εκμεταλλεύεται το ελάττωμά του αυτό. Έτσι, κάθε περίπτωση αμέλειας ή έλλειψης προσοχής, ενδιαφέροντος και εργατικότητας στο σχολείο μπορεί το παιδί να την αποδίδει στην ασθενική του όραση, προβάλλοντας διάφορες δικαιολογίες (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 125).

Όπως είδαμε λοιπόν, υπάρχει ένα ευρύτατο πεδίο ψυχολογικής διαφοροποίησης των παιδιών με οπτική δυσλειτουργία, εντός του οποίου είναι δυνατό να κατανοήσουμε τις παρατηρούμενες μερικές φορές ψυχοπαθολογικές τους εκδηλώσεις, που σχετίζονται άμεσα με την οπτική τους ανεπάρκεια (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 125).

Η ψυχική γενικά εξέλιξη του παιδιού με οπτική δυσλειτουργία στην πρώτη ηλικιακή του φάση χαρακτηρίζεται από μια ένδεια οπτικών εντυπώσεων και ταυτόχρονα από κάποια διεύρυνση και ισχυροποίηση των εντυπώσεων, που προέρχονται από τις υπόλοιπες αισθητηριακές του διόδους. Η εξισορροπητική όμως αυτή τάση, που αναπτύσσεται στον κατ' αίσθηση

αντιληπτικό μηχανισμό του παιδιού, δεν μπορεί να ισοσταθμίσει πλήρως την έλλειψη που παρατηρείται στην ερευνητική του δραστηριότητα. Πρόκειται κατ' ουσία για μια ελλιπή αντιληπτική λειτουργία, που κάτω από κανονικές συνθήκες θα ενεργοποιούσε ολόκληρο το φάσμα των αισθήσεων του παιδιού. Τώρα όμως το αντιληπτικό αυτό σύστημα υπολειτουργεί. Έτσι, το τυφλό παιδί προσπαθεί απεγνωσμένα κυρίως με την αφή και την ακοή να συλλέξει πληροφορίες, τις οποίες θα αξιοποιήσει, για να δομήσει το γνωστικό, και συναισθηματικό του κόσμο, να κυριαρχήσει στο περιβάλλον του και να βιώσει τις θεμελιακές γι' αυτό έννοιες του χώρου, του χρόνου και του προσανατολισμού. Αλλά μάταια. Το τυφλό παιδί, ως επί το πλείστον, δεν είναι σε θέση να συναισθανθεί την απέραντη αγαλλίαση, τη βαθιά ικανοποίηση και τη συγκίνηση, που δοκιμάζει κάθε παιδί από τις καθημερινές δραστηριότητες, τις ανακαλύψεις και τις δημιουργίες του. Πάντως, θα κατορθώσει κι αυτό κάποια στιγμή, μετά από μακροχρόνια εξάσκηση συστηματική παιδευτική προσπάθεια να φθάσει σε ένα υψηλό επίπεδο αντιληπτικότητας, που θα του επιτρέψει να δοκιμάζει ανάλογες συγκινήσεις. Τότε θα κατορθώσει να μιλάει για τους ανθρώπους που έχει μπροστά του, για τη συναισθηματική τους ποιότητα, για το ήθος τους, για το χαρακτήρα τους. Η κρίση αυτή θα βασίζεται στη διαίσθηση. Θα χαρακτηρίζει τον απέναντι από τον παλμό και τη χροιά της φωνής, από τη θαλπωρή των αισθημάτων του, από τη θετική ή αρνητική του στάση, από τη διαχυτική χειραψία. Θα φτάσει κάποια στιγμή σε ένα τέτοιο επίπεδο διαισθητικής τελειότητας, που θα μιλάει με άνεση για τα χρώματα, για το κόκκινο π.χ., το ζεστό χρώμα της φωτιάς, για το πράσινο, για το γαλάζιο, το χρώμα του ουρανού, της θάλασσας (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 126).

Έρευνες που διεξήχθησαν στις Η.Π.Α. οδηγούν στο συμπέρασμα πως η τύφλωση περιορίζει την αντιληπτικότητα και τη γνώση του παιδιού και επηρεάζει τη νοητική του ανάπτυξη, εξαιτίας των περιορισμένης εκτάσεως

εμπειριών του, της κινητικότητάς του και της αδυναμίας του να ελέγχει πλήρως το περιβάλλον του, όπως επίσης και τον ίδιο του τον εαυτό (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 126).

Από τα όσα είπαμε προηγουμένως, μπορεί κανείς να προσδιορίσει τα κύρια αίτια που συντελούν στη βραδύτητα της νοητικής ανάπτυξης του τυφλού παιδιού σε σχέση προς την αντίστοιχη ανάπτυξη του βλέποντος. Πάντως, μπορούμε να πούμε πως γενικά οι διανοητικές ικανότητες ενός παιδιού με περιορισμένη ή ανύπαρκτη όραση βρίσκονται στο αυτό φυσιολογικό επίπεδο με εκείνες των βλεπόντων, με εξαίρεση ορισμένες περιπτώσεις νοητικής απόκλισης, που οφείλονται σε προγεννητικές ή μεταγεννητικές εγκεφαλοπάθειες. Έτσι, παιδιά με οπτικές δυσλειτουργίες παρουσιάζουν την αυτή σχεδόν επίδοση σε πνευματικής φύσεως εργασίες με τα παιδιά με φυσιολογική όραση (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 126).

Παράλληλα προς τη νοητική πραγματώνεται και η γλωσσική ανάπτυξη του τυφλού παιδιού. Το παιδί με οπτικές αδυναμίες αναπτύσσει συνήθως το λόγο του κανονικά. Περί το 3^ο έτος της ηλικίας του, μετά από κάποια γλωσσική στασιμότητα ή παλινδρόμηση, η ομιλία του παιδιού προχωρεί κανονικά. Ο λόγος διευρύνεται και χαρακτηρίζεται από μακροσκελείς μονολόγους, επαναλήψεις λέξεων και δυσνόητες φράσεις. Το κύριο στοιχείο που χαρακτηρίζει τον αναπτυσσόμενο αυτό λόγο είναι μια «βερμπαλιστική τάση» (le verbalisme), η οποία μπορεί να εκληφθεί ως επαναλαμβανόμενη προσπάθεια του τυφλού παιδιού για πληρέστερη κατανόηση των θεμάτων, στα οποία αναφέρεται η ομιλία του. Ο «βερμπαλισμός» αυτός όμως, ο οποίος είναι μια υπερβολική χρήση λέξεων, που δεν στοιχούν. Η συμπεριφορά αυτή σχετίζεται επίσης με τη γλωσσική και αντιληπτική εξέλιξη του παιδιού και, όπως απέδειξαν ορισμένες έρευνες, αμβλύνεται και σταδιακά με την ηλικιακή πρόοδο και την αντίστοιχη πνευματική ανάπτυξη του παιδιού εξαφανίζεται (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 127).

Γενικά, θα λέγαμε πως η γλώσσα των τυφλών παιδιών δεν είναι ελαττωματική, εφόσον το μεγαλύτερο μέρος της είναι προϊόν διεργασιών ακουστικής μάθησης. Παρ' όλα αυτά η ομιλία τους παρουσιάζει κάποια φωνητική ιδιαιτερότητα. Περιορισμένη φωνητική ποικιλία, απουσία ευρυθμίας του φωνητικού τόνου, μεγαλύτερη από το κανονικό ένταση φωνής και περιορισμένο μη λεκτικό – σωματικό κώδικα (λιγότερες χειρονομίες, περιορισμένη κινητική έκφραση) (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 127).

Στον ψυχοκινητικό εξάλλου τομέα παρατηρείται η ίδια αναπτυξιακή βραδύτητα. Στον πρώτο χρόνο τα τυφλά παιδιά χαρακτηρίζονται ως «ήσυχια μωρά», που έχουν ως κύριο γνώρισμα της συμπεριφοράς τους κάποια παθητικότητα. Τα παιδιά αυτά, λόγω αδυναμίας πρόσληψης των οπτικών ερεθισμάτων του περιβάλλοντος παραμένουν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα σε «εμβρυακή στάση», δηλαδή με τους αγκώνες λυγισμένους και τις παλάμες στο ύψος των ώμων. Εντούτοις η κινητικότητα των κάτω άκρων είναι μεγαλύτερη. Η βάδιση όμως παρουσιάζεται και εξελίσσεται με κάποια σχετική βραδύτητα μεταξύ του 2^{ου} και 3^{ου} έτους. Έτσι, η λειτουργία αυτή τείνει να καταστεί ένας ανασχετικός παράγοντας της χειραφέτησης του τυφλού παιδιού για απτικές εμπειρίες και για προσανατολισμό μέσα στο χώρο χαρακτηρίζονται από κάποιο δισταγμό, ο οποίος εξαλείφεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 127).

Ιδιαιτερότητα, τέλος, παρατηρούμε και στον τομέα της συναισθηματικής ανάπτυξης του τυφλού παιδιού. Πρόκειται για μια μορφή ψυχικής εξέλιξης και ωρίμασης, που βασίζεται κυρίως στη σχέση εξάρτησης του παιδιού από το περιβάλλον του. Μέσα στο εξελικτικό αυτό πλαίσιο τα συναισθήματα του παιδιού αυτού, αποδεδειγμένα από κάθε οπτική εντύπωση και επηρεασμένα από τη λογική σκέψη, κατέχουν κυριαρχική θέση στην ψυχική του ζωή. Ποικίλα συναισθήματα, διαφορετικής έντασης και χροιάς, όμοια ή αντίθετα, συνθέτουν το συναισθηματικό του κόσμο. Την

πρώτη θέση, μεταξύ άλλων, κατέχουν το άγχος, ο βαθύς πόνος για τη στέρηση της όρασης, ο οποίος αυξάνει συνήθως κατά την εφηβεία, η άρνηση της άμιλλας, η έλλειψη της επιθετικότητας, η ευαισθησία στις στερήσεις, η συνεχής θλίψη και απογοήτευση, που εκπηγάζουν συνήθως από μια κατάσταση απραγμοσύνης του παιδιού, κάποια τάση τέλος φυγής και υποχωρητικότητας, που είναι αποτέλεσμα της αποτυχίας και της αδεξιότητάς του στα παιχνίδια ή της ειρωνείας των άλλων παιδιών. Όλη αυτή η συναισθηματική κατάσταση επιδεινώνεται συνήθως από τις έντονες αντιδράσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος στην αναπηρία ή τη δυσλειτουργία του παιδιού. Πρόκειται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών αντιδράσεων και στάσεων των γονέων, που ξεκινάει από τη συναισθηματική εγκατάλειψη, την κατάθλιψη, μια κατάσταση ασυνείδητης μνησικακίας και επιθετικότητας προς το περιβάλλον, συναισθημάτων ενοχής, καλυμμένης ή εμφανούς απόρριψης του παιδιού, και φθάνει μέχρι την υπερπροστασία και τον υπερβολικό οίκτο προς αυτό (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 127-128).

Σε πολλές περιπτώσεις, μετά την ενήβωση του τυφλού παιδιού, παρατηρείται μια τέλεια και αιφνίδια μεταβολή του ψυχισμού του, που συντελείται κατά ένα θαυμαστό και ανεξήγητο για τον παιδαγωγό τρόπο. Ο μέχρι προ ολίγου παραδομένος στη μοίρα του και απαισιόδοξος νέος ξαφνικά γίνεται ζωηρός, μαχητής, επιδιώκει να κερδίσει τη ζωή με όλη του τη δύναμη, συμπεριφέρεται σα να βλέπει, προσπαθεί να επιβληθεί στους άλλους (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 128).

Μερικές εκδηλώσεις της συμπεριφοράς του τυφλού παιδιού εντάσσονται σε ένα ιδιαίτερο ψυχοπαθολογικό πλαίσιο. Οι πιο χαρακτηριστικές απ' αυτές είναι οι λεγόμενοι «τυφλισμοί», δηλαδή αυτόματες επαναληπτικές και ρυθμικές κινήσεις, π.χ. στερεότυπες κινήσεις της κεφαλής, του ενός άκρου, τοποθέτηση του δακτύλου στο μάτι κ.ά. Πρόκειται για κινήσεις αυτοερεθισμού. Αναφέρουμε επίσης και ορισμένα άλλα προβλήματα

της συμπεριφοράς του τυφλού παιδιού, όπως είναι η υπερκινητικότητα, η επιθετικότητα, το πείσμα και κάποια στοιχεί συμπεριφοράς αυτιστικού τύπου (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 128).



Βασικές αρχές της αγωγής

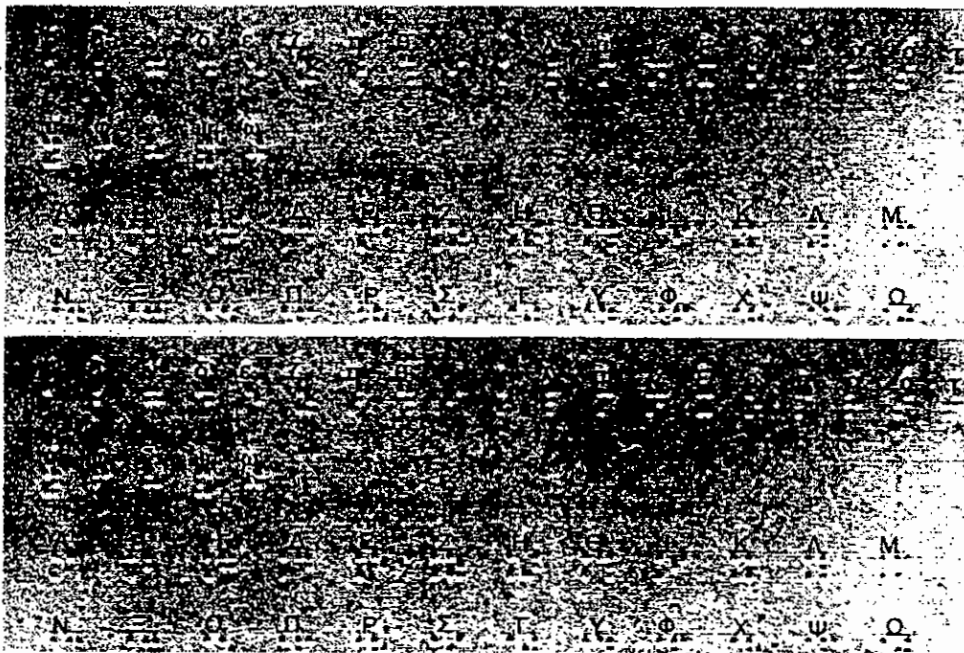
Η αγωγή του τυφλού παιδιού ή του παιδιού που παρουσιάζει κάποιου είδους οπτική δυσλειτουργία έχει ως αφετηρία την έγκαιρη διάγνωση της κατάστασης αυτής και συγχρόνως την επισήμανση των δυνατοτήτων κατανόησης του παιδιού και συνεργασίας μ' αυτό. Σκοπός των ενεργειών αυτών είναι να αποφευχθούν η ανωφελής ταραχή και η εκ των προτέρων απαισιόδοξες κρίσεις για την όλη εξελικτική πορεία του παιδιού (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 132).

Η διαγνωστική αυτή προσπάθεια πρέπει να συμπληρώνεται και να ολοκληρώνεται: α) Με απλές και σαφείς εξηγήσεις, σχετικές με το διαγνωστικό αποτέλεσμα, που θα δίδονται στο ίδιο το παιδί και τους γονείς του, οι οποίοι με τη σειρά τους θα μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες στον παιδαγωγό. β) Με πληροφορίες που θα αφορούν στις ανάγκες και τις δυνατότητες υποστήριξης και αγωγής του παιδιού σύμφωνα με την όλη ψυχοσωματική του κατάσταση (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 132).



Για να οργανώσουμε την αγωγή ενός παιδιού με οπτική δυσλειτουργία, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τρεις βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες:

την ηλικία του παιδιού, στην οποία εμφανίστηκε η δυσλειτουργία ή η καθολική μειονεξία, την πιθανή εξέλιξη της ασθένειας, την ύπαρξη υπολειμματικής όρασης, που είναι δυνατόν να αξιοποιηθεί για την εκπαίδευση του παιδιού (*vision residuelle utilisable*). Από τους παράγοντες αυτούς ο πρώτος επηρεάζει σημαντικά την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού και ακολούθως συντελεί στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του και κυρίως της συμπεριφοράς των παιδιών εκείνων που έχουν βαριάς μορφής οπτική δυσλειτουργία ή τέλεια τύφλωση (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 132).



Όποια όμως κι αν είναι η οπτική δυσλειτουργία του παιδιού, συγγενής ή σταδιακή τύφλωση, αμβλυωπία σταθερή ή εξελισσόμενη, δεν πρέπει να λησμονούμε ότι μπροστά μας έχουμε ένα παιδί. Γι' αυτό θα πρέπει οι διάφορες τεχνικές βοήθειες που θα του προσφέρουμε να οργανωθούν σύμφωνα με την προσωπική και οικογενειακή του ιδιαιτερότητα. Η αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων εξαρτάται από τη δυνατότητα που θα δώσουμε στο παιδί να εκφράζει τις ανάγκες και να περιγράφει τις επιλογές του. Αλλά και η όλη αγωγή, την οποία οργανώνουν και ασκούν οι διάφορες

ειδικές υπηρεσίες (services specialises) και το σχολείο, θα πρέπει να έχει ως αφετηρία τη γνώση της προσωπικότητας του παιδιού και της συγκρότησης του οικογενειακού και κοινωνικού του περιβάλλοντος (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 132).

Η γενική αγωγή του παιδιού

Η ανάπτυξη ενός κανονικού παιδιού χωρίς οπτικά προβλήματα, ιδιαίτερα δε η διανοητική και αντιληπτική του εξέλιξη και η αγωγή του βασίζονται κυρίως στο μηχανισμό της παρατήρησης και της μίμησης. Με αυτούς τους λειτουργικούς τρόπους το παιδί ζει, κινείται και αντιλαμβάνεται μέσα στον κόσμο των ποικίλης φύσεως ερεθισμάτων, των οπτικών, ακουστικών, απτικών, οσφρητικών και γευστικών διεγέρσεων. Μαθαίνει τα χρώματα, το σχήμα των αντικειμένων, προσανατολίζεται στο χώρο, εγγράφει τρόπους συμπεριφοράς. Αντίθετα, το τυφλό παιδί στερείται των βασικών για τις μαθήσεις αυτές οπτικών ερεθισμάτων, όπως επίσης και των άλλων συναφών δυνατοτήτων και λειτουργιών. Κατά συνέπεια, το τυφλό παιδί βρίσκεται σε δυσχερή θέση μέσα στον κόσμο των κοινωνικών του σχέσεων, μέσα στη διαδικασία της ψυχοκινητικής του ανάπτυξης, πάνω στην προσπάθειά του να διευρύνει το γνωστικό του ορίζοντα και να διαμορφώσει το αισθητήριο του χωρό-χρονου (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 133).

Το ουσιώδες λοιπόν της αγωγής του παιδιού αυτού βρίσκεται στην εντατική ενεργοποίηση των υπολοίπων αισθητηριακών του λειτουργιών, δηλαδή στην ανάπτυξη μιας γενικής αντιληπτικής εξισορροπητικής λειτουργίας (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 133).

Κάθε μάθηση, στα πρώτα κυρίως χρόνια της ζωής του παιδιού, απαιτεί μια ειδική διαδικασία παρατήρησης – μίμησης των γονεϊκών προτύπων, της οποίας η επιτυχία εξαρτάται κυρίως από την ποιότητα των σχέσεων, που αναπτύσσονται μεταξύ του παιδιού και των γονέων του και κυρίως της

μητέρας. Έτσι, ένα παιδί φυσιολογικό, παρατηρώντας και μιμούμενο τη μητέρα του, εγγράφει και μαθαίνει μια απλή καθημερινή της συμπεριφορά. Την αυτή απλή και χρήσιμη για τη ζωή ενέργεια μαθαίνει και το τυφλό παιδί, με άλλες όμως διαδικασίες, μέσα από μια άλλη μαθησιακή πορεία. Στην αρχή με τη βοήθεια της αφής (*Le toucher, les experiences tactiles*), που λίγο αργότερα θα υποβοηθείται και θα πλαισιώνεται από το λόγο (*le langage*). Στη μαθησιακή αυτή προσπάθεια του τυφλού παιδιού ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει η ευαίσθητη ακοή του και μερικές φορές και η όσφρηση. Κατ' αυτό τον τρόπο, το τυφλό παιδί, για να αποκτήσει συνείδηση του κόσμου, της ζωής και του εαυτού του, συνδέει δυναμικά όλες τις αισθήσεις του με το λόγο και επιχειρεί έτσι μια διερευνητική έξοδο από τον εαυτό του, η οποία το οδηγεί σε έναν κόσμο ποικίλων και συναισθηματικά έντονων βιωμάτων. Η ιδιαίτερη αυτή μαθησιακή αναζήτηση του τυφλού παιδιού, θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε συμπερασματικά, πως υποθάλπει την ανάπτυξη μεταξύ αυτού και του περιβάλλοντός του μιας σχέσης καθαρά απτικής και γλωσσικής (*relation verbale*) (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 133).

Παράγοντες και μορφής αγωγής

Οι βασικοί παράγοντες της αγωγής του τυφλού παιδιού είναι: η οικογένεια, το νηπιαγωγείο, το σχολείο της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 134).

Η οικογένεια μπορεί να συμβάλλει θετικά στην αγωγή του τυφλού παιδιού, εφόσον προηγουμένως κατανοήσει και αποδεχθεί τη μειονεξία ή την ασθένεια του παιδιού. Οι γονείς που περίμεναν ένα σωματικά και ψυχικά υγιές παιδί, δεν μπορούν τώρα να συνηθίσουν στην ιδέα της τυφλότητας. Πιεζόμενοι ενδεχομένως από προσωπικές ενοχές και κυρίως από τα συναισθήματα οίκτου και την όλη στάση του περιβάλλοντος, διαμορφώνουν συνήθως μια παράλογη στάση απέναντι στο παιδί. Άλλοι, όπως είπαμε

προηγουμένως, εξιδανικεύοντας την κατάσταση του παιδιού, αρνούνται τα αποτελέσματα της ασθένειάς του, άλλοι γίνονται υπερπροστατευτικοί, ενώ άλλοι καταλήγουν σε κάποια μορφή έκδηλης ή συγκεκαλυμμένης «απόρριψης» (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 134).

Όλοι οι γονείς, όπως είναι φυσικό, περιμένουν το παιδί τους που θα έλθει στον κόσμο να είναι τουλάχιστον σωματικά και ψυχικά υγιές. Και λέμε τουλάχιστον, διότι συνήθως οι γονείς, παρωθούμενοι από φυσικές εσωτερικές τάσεις, κοινωνικές, πνευματικές, συναισθηματικές επενδύουν στο πρόσωπο του νέου ανθρώπου, που έρχεται στην οικογένεια, και προσδοκούν απ' αυτό κάτι το ασυνήθιστο, κάτι το υψηλό. Γι' αυτό είναι φυσικό να απογοητεύονται, όταν πληροφορούνται την αναπηρία του παιδιού τους. Βασανίζονται και προσπαθούν να ανακαλύψουν μόνοι τους τα αίτια της συμφοράς τους:

«Γιατί το παιδί μας γεννήθηκε τυφλό; Μήπως έχουμε κάνει κάποιο κακό και τιμωρηθήκαμε; Δεν θα ήταν καλύτερα, εάν το παιδί μας είχε πεθάνει;» (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 134).

Πολλοί γονείς, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, αποφεύγουν να μιλήσουν στο παιδί τους για την ιδιαιτερότητα της κατάστασής του. Έτσι, αυτό, βυθισμένο στο προσωπικό του σκοτάδι, βιώνει την απομόνωσή του ως κανονική κατάσταση. Πιστεύει και εξακολουθεί για ένα μεγάλο διάστημα πως σαν κι αυτό είναι και οι άλλοι άνθρωποι. Έτσι ζουν, έτσι αισθάνονται, αυτός είναι ο κόσμος μας, ένα απέραντο σκοτάδι. Η συγκεχυμένη αυτή στιγμή για τη ζωή του παιδιού αρχίζει στην οικογένεια μια μυστική παιδευτική διεργασία, στην οποία εμπλέκονται το παιδί και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και αρχίζουν όλοι μαζί συνειδητά πλέον να μαθαίνουν να συμβιώνουν με την οδυνηρή πραγματικότητα (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 135).

Θα πρέπει επομένως να καθιερωθεί η συμβουλευτική της οικογένειας, για την οποία γίνεται λόγος στο τέλος της πραγματείας αυτής, ώστε οι γονείς να δεχθούν κατάλληλες από τους ειδικούς οδηγίες και να ενταχθούν σε

κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Έτσι, θα κατορθώσουν να διαμορφώσουν το ιδιαίτερο παιδαγωγικό τους προφίλ, που απαιτεί η περίπτωση, και να βοηθήσουν το παιδί τους να αναπτυχθεί μαζί με τα άλλα παιδιά σύμφωνα με τις ικανότητές του (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 135).

Το τυφλό παιδί μέσα σε ένα υγιές συναισθηματικό πλαίσιο που μπορεί να του προσφέρει η οικογένεια θα μάθει να αυτοϊπηρετείται, να τρώει, να κινείται και να προσανατολίζεται σωστά, θα εκμάθει το λόγο και θα αναπτύξει ευαίσθητη αφή (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 135).



*Επαγγελματική εκπαίδευση
στο Ίδρυμα Προστασίας Τυφλών Βορείου Ελλάδος «Ο Ήλιος»*

Σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις οι γονείς μπορεί να λειτουργήσουν προληπτικά. Στις περιπτώσεις αυτές είναι υπεύθυνοι για την οποιαδήποτε επιδείνωση κάποιας προϋπάρχουσας οπτικής δυσλειτουργίας ή ασθένειας του παιδιού, όπως είναι ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, η αμβλυωπία, η μεγάλου βαθμού εγκαταλειμμένη μυωπία κ.λπ. Οι γονείς θα πρέπει εγκαίρως να οδηγήσουν το παιδί τους στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή

(Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 136).

Μετά την οικογένεια ακολουθεί το νηπιαγωγείο, που αποτελεί σημαντικό παράγοντα αγωγής του τυφλού παιδιού. Το διδακτικό υλικό και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στο νηπιαγωγείο ευνοούν τη μαθησιακή προσπάθεια του παιδιού στα πρώτα του χρόνια. Τα διάφορα απλά διδακτικά μοντέλα (οικήματα, ζώα, δέντρα κ.λπ.), ο τρόπος κατασκευής τους, η χρήση και η συμβολή τους σε μια δραματοποιημένη ιστορία, η επεξεργασία τέλος και η χρησιμοποίηση διαφόρων υλικών (χαρτιού, χαρτονιού, υφασμάτων, ξύλων κ.λπ.) προσφέρουν πλούσιες εμπειρίες στο τυφλό παιδί και συντελούν έτσι στη συγκρότηση του γνωστικού του υπόβαθρου, αλλά και στην ανάπτυξη της όλης προσωπικότητάς του. Πράγματι, οι ποικίλες δραστηριότητες του νηπιαγωγείου αποτελούν ευνοϊκή προϋπόθεση για την έναρξη μιας δημιουργικής σχολικής ζωής του τυφλού παιδιού (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 136).



Μετά το νηπιαγωγείο το τυφλό παιδί, όπως και το φυσιολογικό, μπορεί να ενταχθεί και να φοιτήσει διαδοχικά στα σχολεία της πρωτοβάθμιας και της

δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τα σχετικά με την αγωγή του παιδιού σ' αυτές τις δύο βαθμίδες εκπαίδευσης διαλαμβάνει το πρόγραμμα εκπαίδευσης των βλεπόντων, αλλά και ένα ιδιαίτερο πρόγραμμα εκμάθησης των τεχνικών εξισορρόπησης της μειονεξίας του παιδιού. Οι δυο αυτές μορφές εκπαίδευσης είναι στενά δεμένες μεταξύ τους (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 136-137).



Η γενική αγωγή που ασκείται στο τυφλό παιδί στην οικογένεια, στο νηπιαγωγείο και τις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου είναι μια παιδευτική διαδικασία, που αποσκοπεί στην ενεργοποίηση των λοιπών αισθητηριακών του λειτουργιών (*education sensorielle*), κυρίως με τη βοήθεια διαφόρων ασκήσεων αυτοϋπηρέτησης. Αυτός άλλωστε είναι και ο σημαντικότερος σκοπός της γενικής αγωγής του παιδιού. Έτσι το τυφλό παιδί αποκτά με την πάροδο του χρόνου μια σύνθετη αντιληπτική λειτουργία, η οποία στηρίζεται στις άλλες αισθητηριακές του προσβάσεις και σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις συμπληρώνεται και από τυχόν εννοιακές ικανότητες. Με την αισθητηριακή αγωγή επιδιώκεται και η καλλιέργεια των διανοητικών δυνάμεων του παιδιού και μέσω αυτών και η ανάπτυξη τρόπων επικοινωνίας και μάλιστα η διαμόρφωση του γλωσσικού του οργάνου κυρίως με τη βοήθεια της ακοής. Η γλώσσα του τυφλού παιδιού πρέπει να είναι όμοια,

χωρίς καμιά εξαίρεση, με εκείνη των βλεπόντων ατόμων (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 137).

Ένας άλλος σημαντικός στόχος της αγωγής του τυφλού παιδιού είναι η ανάπτυξη της κινητικότητάς του. Με κατάλληλες ασκήσεις βάδισης, ελεύθερης κίνησης, συντονισμού σωματικών εκδηλώσεων με διαφόρους ήχους, επιδιώκεται ο έλεγχος των σωματικών κινήσεων, ο προσανατολισμός στο χώρο που πρέπει να ερευνήσει το παιδί με τη βοήθεια των ήχων και των θορύβων του περιβάλλοντος, η διόρθωση των στάσεων του σώματος κ.λπ. (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 137).



*Εκπαίδευση στο σύστημα γραφής «Braille» με μηχανές Perkins.
Ίδρυμα Προστασίας Τυφλών Βορείου Ελλάδος «Ο Ήλιος»*

Η αισθητική μόρφωση, η άσκηση των χειροτεχνικών δεξιοτήτων, η συναισθηματική ωρίμαση και η κοινωνική ενσωμάτωση του τυφλού παιδιού αποτελούν επίσης σημαντικούς σκοπούς της γενικής αγωγής, που ασκείται σ' αυτό στα πρώτα χρόνια της ζωής του (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 137).

Οι σκοποί της αγωγής, που αναφέραμε προηγουμένως, πραγματώνονται ως επί το πλείστον στο σχολείο στοιχειώδους εκπαίδευσης,

όπου εφαρμόζεται το ίδιο με τα κανονικά σχολεία διδακτικό πρόγραμμα, απλοποιημένο και προσαρμοσμένο όμως στην ιδιαιτερότητα του παιδιού. Για την υλοποίηση του προγράμματος αυτού χρησιμοποιείται ειδική διδακτική μεθοδολογία και ειδικά εποπτικά μέσα από παιδαγωγούς με ιδιαίτερη διδακτική και ψυχοπαιδαγωγική εμπειρία. Σήμερα χρησιμοποιείται κυρίως υλικό υψηλής εκπαιδευτικής τεχνολογίας, όπως είναι οι Η/Υ με τα απαραίτητα για κάθε περίπτωση παιδιού εξαρτήματα και τα «ομιλούντα βιβλία», δηλαδή οι δίσκοι, οι κασέτες, τα μηχανήματα μαγνητοφώνησης κ.λπ. (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 137).



Στο σχολείο στοιχειώδους εκπαίδευσεως το τυφλό παιδί διδάσκεται τη γραφή και την ανάγνωση με το διεθνές σύστημα Braille. Η πιο κατάλληλη περίοδος για την πραγματοποίηση της σχολικής αυτής μάθησης είναι η ηλικία των 5-7 ετών, μια ηλικιακή στιγμή που το παιδί αυτό διαθέτει αξιοπρόσεχτη επιδεξιότητα και ταχύτητα στα χέρια του (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 139).

Η αγωγή όμως, την οποία αναφέραμε, προϋποθέτει την εξάσκηση των αισθήσεων του παιδιού (*education sensorielle*), της ακοής, της αφής, της όσφρησης και της γεύσης, η οποία πραγματοποιείται κυρίως στις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου με τη βοήθεια ειδικών παιχνιδιών ασκήσεων και τη χρήση κατάλληλου υλικού. Το υλικό αυτό προέρχεται συνήθως από τα συστήματα Montessori, Decroly, Frobel, Descoeurdes και είναι μοναδικό για τη χειροτεχνική εξάσκηση. Προς την κατεύθυνση αυτή βοηθούν και ορισμένα άλλα προγράμματα, που πλαισιώνουν την όλη σχολική αγωγή του τυφλού παιδιού (*activites, creativity*), τα προγράμματα οικιακής οικονομίας και μουσικής (ενόργανης, φωνητικής, Ευρωπαϊκής και Βυζαντινής μουσικής) (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 139).

Μέσα από όλες αυτές τις μαθησιακές διαδικασίες το τυφλό παιδί αποκτά εμπειρίες ζωής, ασκεί χειροτεχνικές δεξιότητες και κυρίως μέσω της απτικής λειτουργίας διαμορφώνει το δημιουργικό του αισθητήριο, μηχανισμό απαραίτητο για την μετέπειτα επιβίωσή του. Αποκτά δύναμη, ακρίβεια κίνησης, επιδεξιότητα, ένα ευρύ φάσμα απτικών και ακουστικών εμπειριών μέσα στο χώρο (*perceptions tactiles, spatiales, auditives*), στοιχεία που θα βοηθήσουν το παιδί στη συνέχεια να συνθέσει νοητικές – φανταστικές εικόνες (*imagerie mentale*) ή να δημιουργήσει στοιχειώδη λογικά σχήματα (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 140).

Η αγωγή του τυφλού παιδιού μεθοδολογικά ακολουθεί δύο δρόμους:

(α) Ασκείται σε προσωπικό επίπεδο, ως εξατομικευμένη αγωγή. Ακολουθεί μια εξελικτική πορεία. Πραγματώνεται άλλοτε ως συμβουλευτική του παιδιού και άλλοτε ως θεραπευτική αγωγή (*child Guidance, Guidance Infantile*). Είναι μια μορφή προσωπικής αγωγής, η οποία βοηθά το τυφλό παιδί να αναπτύξει τις αισθητηριακές του λειτουργίες και να διευρύνει τον γνωστικό του ορίζοντα:

- Να συνειδητοποιήσει το σωματικό του σχήμα (schema corporel, σωματογνωσία),
- Να αποκτήσει την αίσθηση του χώρου (χωρογνωσία),
- Να βιώσει τη χρονική διάρκεια (χρονογνωσία),
- Να αποκτήσει σωστό προσανατολισμό στο χώρο,
- Να κατορθώσει να κινείται επιδέξια και σταθερά στο σπίτι, αργότερα στη γειτονιά, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας, στην πόλη και να μάθει επίσης να κινείται με άνεση με τα μέσα μαζικής κυκλοφορίας, χρησιμοποιώντας σωστά το ειδικό λευκό μπαστούνι (αγωγή κινητικότητας – προσανατολισμού, motricite – orientation).

Είναι επίσης μια μορφή συμβουλευτικής, που υποβοηθά το τυφλό παιδί να επιτύχει την κοινωνική και σχολική του ενσωμάτωση και να αντιμετωπίσει με επιτυχία τα προβλήματα της σχολικής του φοίτησης, τα οποία είναι συνήθως πολύπλοκα και δυσεπίλυτα κυρίως στο σχολείο της μέσης εκπαίδευσης. Η προσωπική αυτή αγωγή του παιδιού το υποβοηθά τέλος να ικανοποιήσει τις ιδιαίτερες ανάγκες του και να αντιμετωπίσει θετικά διάφορα προβλήματα συναισθηματικής φύσεως, όπως είναι συνήθως αυτιστικές τάσεις και διάφορες μορφές υπερκινητικότητας, που χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά του (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 140).

(β) Η αγωγή του τυφλού παιδιού παίρνει επίσης και τη μορφή ομαδικών παιδαγωγικών εκδηλώσεων. Στις περιπτώσεις αυτές το παιδί συμμετέχει άλλοτε σε ομαδικά παιχνίδια, τα οποία αναπτύσσουν την κινητικότητα, τη φαντασία, την πρωτοβουλία του, άλλοτε σε επισκέψεις σε κοινά ή ειδικά μουσεία, θέατρα, σε εργοστάσια και άλλοτε πάλι σε εκπαιδευτικές ή ψυχαγωγικές εκδρομές, σε θρησκευτικές ή καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, σε αθλητικές συναντήσεις (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 140).

2. Διαταραχές ακοής

Ιστορική αναδρομή: Αρχική αντιμετώπιση των κωφών και το ξεκίνημα της εκπαίδευσής τους

Οι πληροφορίες που διασώζονται μέχρι σήμερα αποδεικνύουν ότι η κώφωση αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας από πολύ νωρίς, τόσο στα χρόνια της αρχαιότητας όσο και στα μετέπειτα χρόνια.

Η πρώτη γνωστή αναφορά στην κώφωση βρίσκεται στον αιγυπτιακό πάπυρο το 1550 π.Χ. Η Αιγυπτιακή κοινωνία ήταν η πιο ανθρώπινη του αρχαίου κόσμου η οποία έδειξε πραγματικό ενδιαφέρον στα ανάπηρα άτομα. Κατά την Παλαιά Διαθήκη οι Εβραίοι το 500 π.Χ. ήταν αυτοί που πρώτοι έδειξαν προστατευτικό ενδιαφέρον απέναντι στους κωφούς της εποχής τους. Αντίθετα στην Ελληνική και Ρωμαϊκή κοινωνία συμπεριφέρονταν με σκληρότητα στους ανάπηρους γενικά. Ο Αριστοτέλης το 355 π. Χ. πίστευε ότι η ακοή συντείνει στην ανάπτυξη της ευφυΐας πράγμα που βοήθησε στο να αγνοηθούν οι κωφοί για 2000 χρόνια καθώς και στη θανάτωση των κωφών παιδιών από τους Σπαρτιάτες. (Ε. Ζαφειράτου-Κουλιούμπα, 1994).

Ο Αλεξανδρινός φιλόσοφος Αλέξανδρος Αφροδισιέας (200 π.Χ.) ασχολήθηκε με το πρόβλημα της κώφωσης από τη σκοπιά της φυσιολογίας και της εκπαίδευσης και διατύπωσε την παρακάτω άποψη: «οι μέντοι εκ πάθους κωφοί ου πάντως άλαλοι. Το γάρ νεύρον μόνον το ακουστικόν πέπονθε. Διατί λοιπόν, οι εκ γενετής κωφοί και άλαλοι. Διότι άπερ ούκ ήκουσαν. ου δύνανται λέγειν και εκφράζειν». Δηλαδή αυτοί που είναι κωφοί δεν είναι άλαλοι. Απλώς πάσχει το ακουστικό τους νεύρο, όχι το σύστημα ομιλίας. Ο λόγος που οι γεννημένοι κωφοί δεν μιλούνε είναι επειδή δεν είχαν ποτέ ακουστική αίσθηση της ομιλίας και γι' αυτό δεν μπορούν να την εκφράσουν.

Αναφορές σε προσπάθειες θεραπείας της κώφωσης κατά το Μεσαίωνα είναι ελλιπής και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η κοινωνία ήταν ισχυρά

επηρεασμένη από την Χριστιανική διδασκαλία. Η αγάπη προς τον πλησίον και η ευσπλαχνία που δίδασκε ο Χριστιανισμός απαιτούσε την υποστήριξη των πάσχοντων συνανθρώπων με αγαθοεργείς πράξεις. Αυτή η έκφραση αγαθοεργείας όμως προς τον συνάνθρωπο εκπορευέτο από εγωιστικά κίνητρα αφού το άτομο επιδίωκε να πετύχει τη σωτηρία της δικής του ψυχής και των εκλιπόντων του. Εκδήλωνε δηλαδή το άτομο φιλευσπλαχνία προσδοκώντας σε επωφελή γι' αυτόν ανταλλάγματα. Οι κωφοί και άλλα άτομα που παρουσίαζαν κάποια αναπηρία διαχωρίζονταν από την κοινωνία και υπάγονταν στην κατηγορία των ανθρώπων εκείνων που ήταν αποδεκτοί φιλανθρωπίας (Χ. Πατσάλης, 1998).

Καμία φροντίδα και ιδιαίτερη αγωγή δεν έγινε για το κωφό άτομο μέχρι τον 16^ο αιώνα όπου άρχισαν οι πρώτες προσπάθειες εκπαίδευσης κωφών στην Ισπανία από το μοναχό Pablo Ponce de Leon (1520-1584) (Β. Λαμπροπούλου, Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, 1990).

Ο Α. Κυπριωτάκης (1989), αναφέρει ότι ο Juan Pablo Bonet το 1620 επινόησε πρώτος ένα αλφάβητο (δακτυλικό αλφάβητο) για τους κωφούς με τη χρήση των κινήσεων των χεριών και των δακτύλων (dactylogogie) και αποτέλεσε βασικό μέσο επικοινωνίας και εκπαίδευσης των κωφών. Αργότερα ο Jacob Rodrigues Pereire συμπλήρωσε το αλφάβητο αυτό, προσθέτοντας τη γλώσσα των σημείων (la langue des signes) με τα χέρια και εισήγαγε, για εκπαιδευτικούς σκοπούς, την προφορική μέθοδο εκμάθησης της γλώσσας (χειλεανάγνωση).

Από το 18^ο αιώνα δημιουργούνται ειδικά σχολεία στην Ευρώπη για τη συστηματική εκπαίδευση των κωφών. Έτσι το 1770 ιδρύεται στο Παρίσι από τον Abbe Tharles Michael de l'Épee το πρώτο δημόσιο Ειδικό σχολείο για κωφούς.

Σύμφωνα με τον Χ. Πατσάλη (1998), κάτι παρόμοιο δημιουργείται το 1778 από τον Samuel Heinicke στη γερμανόφωνη περιοχή Λειψία. Ο S.

Heinicke καταργεί τη «μιμική» δηλαδή το σύστημα χειρονομιών και υιοθετεί την «προφορική μέθοδο» διδασκαλίας. Στην Αγγλία ιδρύθηκε το 1767 από τον Thomas Braidwood ένα ακόμη σχολείο με σκοπό τη διδασκαλία του δακτυλικού αλφαβήτου και των νευμάτων των χεριών.

Στις Η.Π.Α., στο Connecticut, ιδρύθηκε το 1817 από τον Thomas Hopkins Gallaudet το πρώτο Ειδικό Σχολείο για Ειδικά - κωφά παιδιά. Στο σχολείο αυτό χρησιμοποίησε τη μέθοδο των κινήσεων των χεριών. Σε κάποιες περιοχές της Ευρώπης καθιερώνεται υποχρεωτική φοίτηση σε ειδικά σχολεία κωφών και ιδρύονται ακόμη και νηπιαγωγεία. Στην Ουάσιγκτον το 1864 ιδρύεται Πανεπιστημιακή Σχολή για κωφούς (Goullaudet-College) (Α. Κυπριωτάκης, 1989).

Ο Laurent Clerk είναι ο πρώτος κωφός δάσκαλος στην Αμερική. Ένας επίσης από τους πιο φημισμένους παιδαγωγούς των κωφών στις Η.Π.Α. ήταν ο Alexander Graham Bell (1847-1922) καθηγητής στο Βοστόνη. Εργάστηκε κυρίως με τη μέθοδο της «ορατής ομιλίας» και συνέβαλε σημαντικά στην πρόοδο της ειδικής αγωγής στην Αμερική. Είχε ο ίδιος γυναίκα κωφή. Προσπαθώντας να βελτιώσει την ακουστική της κατάσταση ανακάλυψε και κατασκεύασε το τηλέφωνο (1876). Πρόκειται για μια εφεύρεση, που οδήγησε στην επινόηση με την χρήση των ακουστικών στην αγωγή του κωφού παιδιού. Έτσι μια νέα περίοδος ξεκίνησε στην εκπαίδευση των κωφών, κατά την οποία χρησιμοποιήθηκαν νέες μέθοδοι και νέα τεχνολογικά μέσα.

Περί τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και τις αρχές του αιώνα μας παρατηρούμε πως, τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη, επικράτησε στην αγωγή των κωφών η προφορική φωνητική μέθοδος διδασκαλίας.

Το 1919 ο Konstantin Malisch, βασιζόμενος στη μορφολογική ψυχολογία (Gestalt philologie) καθιέρωσε την «ολική μέθοδο» διδασκαλίας της γλώσσας στην αγωγή του κωφού παιδιού τη μέθοδο αυτή συμπλήρωσαν και διεύρυναν με τις απόψεις τους οι Arthur και Erwin Kern.

Κατά το χρονικό διάστημα, στο οποίο αναφερθήκαμε προηγουμένως, δηλαδή στα τέλη του 19^{ου} αιώνα και στις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, παρατηρούμε ένα ανταγωνισμό μεταξύ εκπροσώπων της Ειδικής Αγωγής της Παιδαγωγικής Γαλλικής Σχολής και της Σχολής των Η.Π.Α. Διατυπώνονται αντίθετες θεωρίες και γίνονται πειραματισμοί, που έχουν ως σκοπό να καταδείξουν την πιο αποτελεσματική μέθοδο διδασκαλίας του λόγου στον ευπαθή τομέα της Αγωγής των κωφών.

Στην πατρίδα μας η εκπαίδευση των κωφών και βαρήκοων αρχίζει το 1923 στη Σύρο, όπου ιδρύθηκε από Αμερικάνους Ειδικό σχολείο «Κωφαλάων» "Near East Relief", ορφανών παιδιών της Μικρασιατικής καταστροφής. Το πρώτο σχολείο-οικοτροφείο που ιδρύθηκε στην Αθήνα και άρχισε να λειτουργεί το 1923 ονομάστηκε «Εθνικός Οίκος Κωφαλάων».

Το 1937 ιδρύθηκε και λειτουργεί μέχρι σήμερα η σημαντικότερη μονάδα Ειδικής Αγωγής των κωφών παιδιών στην Αθήνα, οδός Ζαχάρωφ 1-Αμπελόκηποι, με την ονομασία «Εθνικόν Ίδρυμα Προστασίας Κωφαλάων». Το 1956 ιδρύθηκε παρόμοια εκπαιδευτική μονάδα στην Πάτρα, το 1958 στη Θεσσαλονίκη, το 1959 στις Σέρρες, το 1962 στο Βόλο και το 1969 στο Καστέλι Κισσάμου Κρήτης (Α. Κυπριωτάκης, 1989).

Πρώτη δασκάλα κωφών παιδιών στην Ελλάδα ήταν η Ελένη Παλατίδου. Το 1956 και το 1973 ιδρύθηκαν άλλα δύο σχολεία κωφών και βαρήκοων παιδιών στην Αττική, τα οποία ήταν ιδιωτικά. Επίσημα η Πολιτεία άρχισε να ενδιαφέρεται για την οργάνωση και την ανάπτυξη της εκπαίδευσης των παιδιών με ειδικές ανάγκες μετά το 1975. Ο πρώτος νόμος για την εκπαίδευση των παιδιών με ειδικές ανάγκες ψηφίστηκε το 1981 και αντικαταστάθηκε το 1985 με τον ισχύοντα Ν. 1566/85. Τα πρώτα δημόσια Ειδικά Σχολεία για κωφά και βαρήκοα παιδιά του Υπουργείου Παιδείας ιδρύθηκαν το 1982 (Β. Λαμπροπούλου, Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, 1989, σελ. 2832).

Από τις σχετικές στατιστικές της Διεύθυνσης Ειδικής Αγωγής του ΥΠ.ΕΘ.Π.Θ. πληροφορούμαστε ότι σήμερα στην πατρίδα μας λειτουργούν 34 Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (ΣΜΕΑ), Νηπιαγωγεία, Δημοτικά Σχολεία, Γυμνάσια και Λύκεια, για κωφά και βαρήκοα παιδιά, στις οποίες φοίτησαν κατά το σχολικό έτος 1990-1991 722 μαθητές όλων των ηλικιών.

Ορισμός

Κωφό είναι το άτομο εκείνο, του οποίου η ακουστική οξύτητα είναι ανεπαρκής για να του επιτρέψει να μάθει την ομιλουμένη γλώσσα του περιβάλλοντός του. Η συμμετοχή του στις δραστηριότητες της ηλικίας του είναι δύσκολη, αν όχι αδύνατη πολλές φορές, από δε τη γενική σχολική εκπαίδευση δεν μπορεί να ωφεληθεί (Office mondial de la Sante, 1974) (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Η κώφωση παρατηρούμε ότι θέτει περιορισμούς στο άτομο, όμως το κωφό παιδί είναι κατ' αρχάς «παιδί», που έχει την ιδιαιτερότητα να είναι κωφό, αλλά που παραμένει ένα ον που μπορεί να επικοινωνήσει. Έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται γλωσσικά σαν άτομο με αδυναμίες, αλλά και δυνατότητες και όχι σαν ελαττωματικό ον (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Η ακοή δεν παρέχει μόνο τη δυνατότητα απόκτησης γλώσσας, αλλά συγχρόνως και μια ιδέα ολοκληρωμένη του κόσμου που μας περιβάλλει (Lafon) (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Τα παιδιά με απώλεια ακοής, εν τούτοις, δεν είναι άτομα διανοητικά καθυστερημένα. Μια μελέτη που έδειξε ότι τα παιδιά με προβλήματα ακοής έχουν δείκτη νοημοσύνης ίσο με τα ακούοντα σε μη λεκτικά tests, είναι αυτή του Annual Survey of Hearing Impaired Children and Youth of Gallaudet College από τον Mc Connell το 1973 (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Αυτή η έρευνα έγινε σε 19.698 παιδιά με προβλήματα ακοής, η πλειονότητα των οποίων ήταν κωφά. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο μέσος δείκτης νοημοσύνης είναι 100,38 για τα παιδιά αυτά. Οι ακούοντες λοιπόν, ας τα δεχτούν με το πρόβλημά τους, σαν άτομα με προσωπικότητα και ας σταματήσουν να τα θεωρούν υποδεέστερα. Δεν έχουν μικρότερη διανοητική ικανότητα απ' αυτούς. Οι διανοητικές ικανότητες είναι οι ίδιες, κατά τη γέννηση, σε παιδιά ακούοντα και κωφά. Εξελίσσονται όμως από κει και πέρα ανάλογα με τις εμπειρίες, την εκπαίδευση που δέχεται κάθε παιδί και το ενδιαφέρον που οι γονείς θα του δείξουν έμπρακτα, με την πολύπλευρη παιδεία και τη σωστή αγωγή που θα του προσφέρουν (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Τα κωφά παιδιά είναι ίδια με τα ακούοντα της ηλικίας τους.

Παρουσιάζουν διαφορές προσωπικότητες όπως και τα ακούοντα. Δεν υπάρχει «τυπικό» κωφό παιδί. Άλλο είναι δραστήριο, άλλο είναι ήσυχο, άλλο ντροπαλό, όπως συμβαίνει και με τα ακούοντα. Σε κάποιο σημείο έχει βέβαια ιδιαιτερότητες, διότι ζει σε "χωριστό» κόσμο. Του λείπει η συνέχεια, γι' αυτό δυσκολεύεται να κατανοήσει τα συμβάντα. Δεν έχει επεξηγήσεις για ό,τι συμβαίνει γύρω του (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Ό,τι αντιλαμβάνεται το ακούον παιδί με τ' αυτιά, το κωφό το αντιλαμβάνει με τα μάτια και όταν καταλαβαίνει ότι στηρίζεται μόνο σε οπτική πληροφόρηση αισθάνεται εγκαταλειμμένο και απομονωμένο. Διότι, το να είναι κάποιος απομονωμένος από την ανθρώπινη φωνή συνεπάγεται ότι είναι επίσης απομονωμένος και από την ομιλούμενη γλώσσα. Η αντίληψή του για το τι συμβαίνει γύρω του, αν είναι ανεπαρκής, αυτόματα τον οδηγεί και σε καταστολή της δημιουργικότητάς του. Βέβαια πρέπει να δέχεται τις δυσκολίες που συναντά, χωρίς αγωνία και να προσπαθεί να τις ξεπεράσει με ωφέλιμο τρόπο, με θάρρος. Εξάλλου θαρραλέος είναι εκείνος που θεωρεί τον εαυτό του μέρος ενός συνόλου (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Και οι κωφοί είναι άνθρωποι όπως οι ακούοντες. Είναι μάλιστα περισσότερο όμοιοι, παρά διαφορετικοί από τους ακούοντες. Έχουν κι αυτοί οικογένεια, δουλεύουν, πηγαίνουν στην εκκλησία, βλέπουν τηλεόραση, έχουν τις ίδιες δραστηριότητες όπως όλοι μας. Η κώφωση είναι μόνο μια διάσταση των χαρακτηριστικών τους. Κάθε κωφό άτομο είναι μοναδικό, όπως κάθε ακούον και δεν επιθυμεί να είναι μια ακούουσα προσωπικότητα "μπολιασμένη" σ' ένα σώμα κωφού. Οι ακούοντες, όταν βρεθούν μπροστά σ' έναν κωφό, γίνονται αυτοί κατά κάποιο τρόπο κωφοί. Χάνουν την ικανότητα που έχουν, να καταλαβαίνουν το συνομιλητή τους, γιατί ο συνομιλητής τους είναι κωφός και η ομιλία του διαφορετική από αυτήν των ακουόντων (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Ο J. de Ajuriaguerra (1972) περιγράφει τη θέση του κωφού ατόμου μπροστά σ' ένα ακούον άτομο, με τα παρακάτω λόγια: «Το κωφό άτομο δεν είναι όπως το τυφλό, που οι άλλοι το βλέπουν, ενώ αυτό δε βλέπει. Το κωφό άτομο όχι μόνο δεν ακούει, αλλά και οι άλλοι δεν το ακούνε, δηλ. δεν καταλαβαίνουν αυτά που τους λέει» (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Αυτός που ακούει δεν είναι δυνατό να φανταστεί τη ζωή ενός κωφού. Το ακούον άτομο εξαρτάται από την ακοή του και σύμφωνα μ' αυτήν ζει, μιλά, επικοινωνεί. Αυτό το κάνει να νομίζει ότι ο κόσμος των κωφών είναι φτωχός και ότι πολλές πόρτες είναι κλειστές γι' αυτούς. Ο L. Jacobs, ο ίδιος καθηγητής μαθηματικών, κωφός, στο βιβλίο του «A deaf adult speaks out», λέει: «αισθάνθηκα περισσότερο ανάπηρος από τη μεταχείριση που είχαν από τους ακούοντες παρά από την ίδια την κώφωσή μου» (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Το να είναι κάποιος κωφός σημαίνει ότι αποκόβεται από το να παίρνει και να δίνει πληροφορίες με το συνήθη τρόπο επικοινωνίας, δηλ. την ομιλία. Ο κωφός δεν απολαμβάνει τις λεπτομέρειες μιας συζήτησης, δεν μπορεί να

μοιραστεί το γέλιο ενός ανεκδότη, ούτε καταλαβαίνει πλήρως μια εκπομπή της τηλεόρασης. Είναι γεγονός ότι ποτέ δε θα θεραπεύσει την αναπηρία του. Αλλά κάνει ό,τι μπορεί για να ξεπεράσει αυτό του το μειονέκτημα και ζητά από τους ακούοντες να τον δεχτούν σαν άτομο με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Και αυτό θα γίνει όταν οι ακούοντες αποκτήσουν γνώση γύρω από το κωφό άτομο. Τότε, πρώτα θα το καταλάβουν και μετά θα το καθοδηγήσουν μαθησιακά στο ανώτερο δυνατό σημείο των δυνατοτήτων του (Ελένη Ζαφειράτου – Κουλιούμπα, 1994).

Αίτια – βαθμοί και τύποι ακουστικής βλάβης

A. Αίτια ακουστικής βλάβης

Η βαρηκοΐα εμφανίζεται εξαιτίας οργανικών ή λειτουργικών διαταραχών του ακουστικού μηχανισμού. Τα αίτια των διαταραχών αυτών οφείλονται σε κληρονομικούς ή σε επίκτητους παράγοντες, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις παραμένουν άγνωστα (Κρουσταλάκης, 2000).

1. Κληρονομικά

Οι κληρονομικές βαρηκοΐες άλλοτε είναι παρούσες κατά την γέννηση και άλλοτε εμφανίζονται αργότερα. Η μεταβίβαση της ακουστικής ανεπάρκειας μπορεί να γίνει με τον επικρατούντα ή υπολειπόμενο χαρακτήρα καθώς και από φιλοσύνθετες κληρονομικές παθήσεις. Πολλές φορές οι κληρονομικές βαρηκοΐες που διακρίνονται στις βαρηκοΐες που εμφανίζονται μεμονωμένες και στις βαρηκοΐες που συνοδεύονται και από άλλες συγγενείς ανωμαλίες. Στην πρώτη περίπτωση, οι ανωμαλίες βρίσκονται στο έσω αυτί προκαλώντας αμφίπλευρη και συμμετρική βλάβη που συνήθως δεν εξελίσσεται. Στη δεύτερη περίπτωση, η κληρονομική βαρηκοΐα συνδυάζεται με άλλες ανωμαλίες των οργάνων και των λειτουργιών του οργανισμού όπως των ματιών, του σκελετού, των νεφρών, του μεταβολισμού κ.λπ. Εκτός από τις παραπάνω περιπτώσεις υπάρχει και ένας άλλος τύπος κληρονομικής

βαρηκοΐας που είναι γενετικά καθορισμένος, η ωτοσκλήρυνση (Κρουσταλάκης, 2000).

Η ωτοσκλήρυνση είναι η συνηθέστερη αιτία βαρηκοΐας από την ενηλικίωση ως τη μέση ηλικία, εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (συνδυάζεται συχνά με την κύηση ή την εμμηνόπαυση), έχει μεγαλύτερη επίπτωση στις λευκές από ότι στις μαύρες φυλές καθώς και στα ξανθά άτομα. Συχνά υπάρχει, όχι όμως πάντοτε, οικογενειακό ιστορικό κώφωσης) (Πτυχιική, Γεώργ. Κρουσταλάκης, 2000).

2. Επίκτητα

α) Προγεννητικά

Αν κατά τη διάρκεια της κύησης προσβληθεί η μητέρα, ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες, από προγεννητικές μολύνσεις ή διάφορες δικές της τοξικές συνθήκες και πιο συγκεκριμένα από ιώσεις όπως ερυθρά, ιλαρά, πολιομυελίτιδα, πνευμονία, έρπητα ζωστήρα, σακχαρώδη διαβήτη, σύφιλη, τοξόπλασμα, νεφρίτιδα, τοξιναιμία καθώς επίσης και άλλες ασθένειες που ενέχονται σε βλάβες ή ανωμαλίες της δομής του ακουστικού οργάνου. Ιδιαίτερα επίφοβοι είναι οι ιοί της παρωτίτιδας και της γρίπης που είναι δυνατό να προκαλέσουν εκφυλισμό σημαντικού αριθμού νευρικών κυττάρων με αποτέλεσμα την κώφωση (Πτυχιική, Γεώργ. Κρουσταλάκης, 2000).

Επίσης η ακουστική ανεπάρκεια στο έμβρυο κατά την κύηση μπορεί να οφείλεται σε επίδραση ακτινοβολίας, στη χρήση ορισμένων φαρμάκων, στο κάπνισμα, στη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών (Πτυχιική, Γεώργ. Κρουσταλάκης, 2000).

β) Περιγεννητικά

Κατά την ώρα του τοκετού, τραυματισμοί και κακώσεις, ενδοκρανιακές αιμορραγίες, βλάβες του νευρικού συστήματος, που ενδεχομένως προξένησε στο νεογνό η ιατρική παρέμβαση που αποσκοπούσε στην υποβοήθηση με διάφορα όργανα (π.χ. με εμβρυουλκό) της εξόδου του από το γεννητικό

σύστημα, είναι δυνατό να επηρεάσουν την ακουστική του λειτουργία (Κρουσταλάκης, 2000).

Η αδυναμία οξυγόνωσης των εγκεφαλικών κυττάρων (ανοξία ή υποξία) του νεογνού σε ένα εργώδη και παρατεταμένο τοκετό ή σε ένα πρόωρο τοκετό, η υπερβολική νάρκωση που μπορεί να επιφέρει εκφυλισμό των νευρικών μηχανισμών, είναι επικίνδυνες καταστάσεις που συνήθως προξενούν κώφωση ή αλλοιώσεις στην ακουστική οξύτητα (Κρουσταλάκης, 2000).

Ακόμα, βλαβερές μπορεί να είναι οι επιδράσεις στον τομέα της ακουστικής λειτουργικότητας του παιδιού του παράγοντα της ασυμβατότητας μεταξύ του αίματος της μητέρας και του βρέφους (παράγοντας Rhesus-αιμολυτική νόσος του νεογνού) (Κρουσταλάκης, 2000).

γ) Μεταγεννητικά

Οι επίκτητες μορφές βαρηκοΐας ή κώφωσης μετά την γέννηση οφείλονται στους εξής παράγοντες:

1. *Από λοιμώξεις:* Οστρακιά, παρωτίτιδα, διφθερίτιδα, ιλαρά, πνευμονία, γρίπη, μηνιγγίτιδα, μέσω ωτίτιδα κ.ά. Σήμερα οι ασθένειες αυτές αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά χάρη στα αντιβιοτικά και την προϋούσα ανοσοποίηση.
2. *Από κληρονομικές ασθένειες:* Ωτοσκλήρυνση, που επηρεάζει την ακοή σε οποιαδήποτε ηλικία και επιφέρει εκφυλισμό του ακουστικού νεύρου.
3. *Από χρήση φαρμάκων* όπως η στρεπτομυκίνη, η νεομυκίνη, άλλα φάρμακα κυτταροστατικά, διουρητικά κ.λπ.
4. *Από τραυματικές βλάβες:* Μηχανικές κακώσεις του κροταφικού, κατάγματα του λιθοειδούς, χειρουργικά λάθη, διασεισεις, έντονοι θόρυβοι από ήχους υψηλής συχνότητας.
5. *Από φλεγμονές του μέσου αυτού:* Ωτίτιδες, λαβυρινθίτιδα.

6. Από ψυχολογικούς, συναισθηματικούς παράγοντες: Ενεργοποιούνται συνήθως σε επίπεδο ασυνειδήτων διεργασιών και δημιουργούν καταστάσεις, όπως υστερική κώφωση (Κρουσταλάκης, 2000).

B. Βαθμοί ακουστικής βλάβης

Η απώλεια της ακοής και κατά συνέπεια ο βαθμός της μετρείται σε Decibel (db). Η βαρηκοΐα ανάλογα με το βαθμό απώλειας της ακοής στο τονικό ακουόγραμμα χωρίζεται στις εξής διαβαθμίσεις (Κρουσταλάκης, 2000).

1. *Η φυσιολογική Ακοή:* Εάν η ακουστική οξύτητα βρίσκεται μεταξύ 0-20 db κάτω από το κατώφλι του φυσιολογικού, η ακοή θεωρείται φυσιολογική. Ποσοστιαία απώλεια ακοής σύμφωνα με ακουόγραμμα 0-20 db: Μέση ακουστική απώλεια (perte auditive moyenne). Κατανόηση της ομιλουμένης γλώσσας από απόσταση άνω των 6 μέτρων (Κρουσταλάκης, 2000).
2. *Η ελαφρά βαρηκοΐα (deficiencie auditive Icgere):* Αν υπάρχει ελαφρά απώλεια ακοής 21-40 db ή 21-40% του ακουογράμματος, η εξασθένηση αυτή δεν έχει καμία επιβλαβή συνέπεια για ένα κανονικό από διανοητικής απόψεως άτομο. Δεν έχει επίσης σχεδόν καμία επίπτωση στη γλωσσική του ανάπτυξη. Επισημαίνεται ενδεχομένως κάποια δυσκολία ακοής της μακρινής ομιλίας. Κατανόηση της ομιλίας στα 4-6 μέτρα. Η περίπτωση αυτή ακουστικής δυσλειτουργίας πρέπει να επισημανθεί το ταχύτερο δυνατό μέσα από μια επιτυχή διάγνωση. Πιθανή βελτίωση της ακουστικής οξύτητας με χρήση ακουστικού, αν η απώλεια πλησιάζει τα 40 db. Η αγωγή θα πρέπει να αφορά κυρίως στη διεύρυνση του λεξιλογίου του παιδιού. Είναι απαραίτητο επίσης να ορισθεί στο παιδί ιδιαίτερη προνομιούχος θέση με τον κατάλληλο για την περίπτωση του φωτισμό. Θα υπάρξουν ενδεχομένως δυσκολίες στα γλωσσικά μαθήματα. Για το λόγο αυτό θα είναι αναγκαία μάλλον η

εφαρμογή κάποιου προγράμματος αγωγής λόγου και διδασκαλίας κυρίως με χειλεανάγνωση (Κρουσταλάκης, 2000).

- 3. Μέση βαρηκοΐα (*deficiencie auditive moyenne*), 41-70 db:** Στην περίπτωση αυτή μόνο η ισχυρή ένταση φωνής γίνεται αντιληπτή. Υπάρχει όμως δυνατότητα αυθόρμητης ανάπτυξης της γλώσσας. Επισημαίνεται ελαττωματική άρθρωση (δυσarthρία) (Κρουσταλάκης, 2000).

Τη μέση βαρηκοΐα την διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες:

- *Σε ήπια βαρηκοΐα (41-55 db).* Ένα παιδί με την ακουστική αυτή ανεπάρκεια αντιλαμβάνεται το συνομιλητή του αν αυτός δεν απέχει περισσότερο από 1-2 μέτρα. Σε περίπτωση διαλογικής συζήτησης, πρόσωπο με πρόσωπο, μέσα στη σχολική τάξη το βαρήκοο παιδί έχει απώλεια 50% των λεγομένων, αν οι φωνές των συνομηλίκων του είναι αμυδρές και οι ομιλητές βρίσκονται έξω από το πεδίο της ορατότητάς του. Το παιδί αυτό θα διαμορφώσει περιορισμένο λεξιλόγιο, η δε ομιλία του θα χαρακτηρίζεται από ορισμένες στέλειες. Από απόψεως εκπαιδευτικής απαιτείται ειδική παιδαγωγική μεθοδολογία, υποβοήθηση της υπολειμματικής ακοής του παιδιού με ακουστικό, ειδικά επιλεγμένη θέση στο χώρο της σχολικής τάξης. Με ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αντιμετωπιστεί το θέμα της εκμάθησης του προφορικού και του γραπτού λόγου από το βαρήκοο παιδί το πρόβλημα της ανάγνωσης, η χειλεανάγνωση, η διόρθωση της ομιλίας (ορθοφώνηση, αναπαιδαγώγηση) (Κρουσταλάκης, 2000).
- *Σε έντονη βαρηκοΐα (56 – 70 db):* Στην περίπτωση αυτή η προφορική επικοινωνία, η διδασκαλία αλλά και η κάθε μορφής συζήτηση θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερο τρόπο, εφόσον παρατηρούνται χαρακτηριστικές δυσκολίες σε όλες αυτές τις μορφές επικοινωνίας. Ένα νέο περιορισμένο λεξιλόγιο. Θα πρέπει επομένως να παρακολουθεί πρόγραμμα ειδικής

αγωγής, σε ειδική τάξη, υποβοηθούμενο με το κατάλληλο ακουστικό. Το πρόγραμμα αυτό επιδιώκει την αγωγή του λόγου και επιδιώκει κυρίως την διερεύνηση του λεξιλογίου, την εκμάθηση ανάγνωσης, γραφής και γραμματικής όπως και ορθοφωνικές ασκήσεις.

4. *Υψηλή βαρηκοΐα (deficiencia auditiva severa), 71-90 db*: Ένα άτομο με υψηλή βαρηκοΐα πιθανόν να ακούει μόνο δυνατή φωνή, που δεν απέχει περισσότερο από 0,25 μ. Μπορεί επίσης να αναγνωρίζει ήχους του περιβάλλοντος, να διακρίνει τα φωνήεντα όχι όμως και τα σύμφωνα. Στην περίπτωση αυτή επισημαίνουμε την ανικανότητα του ατόμου να δομήσει αυθόρμητα το λόγο. Η ειδική εκπαίδευση είναι δυνατό να επιφέρει μελλοντικά ορισμένες βελτιώσεις. Είναι απαραίτητη η εφαρμογή ενός πλήρους προγράμματος αγωγής λόγου για κωφά άτομα ενώ η εφαρμογή ακουστική είναι επιβεβλημένη.
5. *Κώφωση (deficiencia auditiva profunda), 91-100 db*: Το άτομο που παρουσιάζει αυτή τη μορφή ακουστικής ανεπάρκειας πιθανόν να ακούει μόνο μερικούς ήχους δυνατούς. Αισθάνεται μάλλον κάποιες ελαφριές ηχητικές δονήσεις. Χρησιμοποιεί ως κύριο μέσο επικοινωνίας τον οπτικό κώδικα. Ομιλία και γλώσσα στο κωφό άτομο είναι ατελείς. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζονται ειδικά προγράμματα αγωγής λόγου, ορθολογικά οργανωμένα (Κρουσταλάκης, 2000).

Γ. Τύποι ακουστικής βλάβης

Σύμφωνα με την Κ. Γκουτζαμάκη - Σωτηριάδη (1993), ανάλογα με την ανατομική θέση της βλάβης στον ακουστικό μηχανισμό υπάρχουν τρεις τύποι ακουστικής βλάβης α) βλάβη αγωγιμότητας, β) βλάβη νευροαισθητηριακή ή βλάβη αντιληπτικότητας και γ) βλάβη μεικτού τύπου (Κ. Γκουτζαμάκη - Σωτηριάδη, 1993).

Στην πρώτη περίπτωση, η θέση της βλάβης βρίσκεται στο έξω και μέσο αυτί και το πρόβλημα αφορά τη μεταφορά του ήχου, δηλαδή την αγωγιμότητα. Η βλάβη εμποδίζει ή περιορίζει την ένταση του ήχου που πρέπει να φθάσει από το περιβάλλον στο έσω αυτί από το οποίο ξεκινάει το ακουστικό νεύρο. Η απώλεια της ακοής που προκαλείται είναι συνήθως μονόπλευρη και σπάνια είναι πάνω από 60 ή 70 db. Η μεταφορά του ήχου στο έσω αυτί συνήθως γίνεται μέσω της οστέινης οδού και όχι μέσω του αέρος γι' αυτό και η ακοή είναι καλή σχεδόν σε όλες τις συχνότητες (Κ. Γκουτζιαμάκη – Σωτηριάδη, 1993).

Οι βλάβες του έξω αυτιού συνήθως δημιουργούνται από ορισμένες ασθένειες όπως είναι η κυψελίδα στο έξω αυτί, οι διάφορες καταρροές και φλεγμονές, η εξωτερική ωτίτις, ο όγκος στον έξω ακουστικό πόρο, η στρησία του έξω ακουστικού πόρου ή ακόμη και οι τραυματισμοί από αντικείμενα που συχνά βάζουν τα παιδιά στα αυτιά τους (Κ. Γκουτζιαμάκη – Σωτηριάδη, 1993).

Στο μέσο αυτί προκαλούνται βλάβες από ωτίτιδες, αλλεργικές καταστάσεις, διάφορες μολύνσεις, ωτοσκλήρυνση, όγκους και τραυματισμούς (Κ. Γκουτζιαμάκη – Σωτηριάδη, 1993).

Κατά τον Γ. Σ. Κρουσταλάκη, η μέση ωτίτις, μία ασθένεια που εκδηλώνεται με συσσώρευση υγρού στο μέσο αυτί (otitis media) μετά από κρύωμα, είναι δυνατό να επηρεάσει την ακουστική λειτουργικότητα του παιδιού. Η ασθένεια αυτή προσβάλλει συνήθως παιδιά με σύνδρομο Down ή με εγκεφαλική δυσλειτουργία. Η χρόνια μέση ωτίτις οδηγεί συνήθως σε διάτρηση της μεμβράνης του τυμπάνου ή σε διάβρωση οστέινης αλυσίδας. Στις περιπτώσεις αυτές, κυρίως τα μικρά παιδιά εκδηλώνουν ορισμένα συμπτώματα όπως είναι κάποια γενική τάση ονειροπόλησης, η έλλειψη προσοχής, η συνεχής διευκρινιστικές ερωτήσεις κατά την ώρα του μαθήματος, η αναπνοή του παιδιού από το στόμα κ.ά. Τόσο οι βλάβες του

έξω αυτιού όσο και του μέσο αυτιού αντιμετωπίζονται και σε πολλές περιπτώσεις η χειρουργική επέμβαση έχει άριστα αποτελέσματα (Κρουσταλάκης, 2000).

Οι διαταραχές νευροαισθητηριακής φύσης ή αντιληπτικότητας προκαλούνται όταν η βλάβη βρίσκεται στο έσω αυτί (όργανο του Corti) ή στο ακουστικό νεύρο. Οι βλάβες του έσω αυτιού προκαλούν απώλεια της ακοής (μερική ή ολική) ενώ οι συχνότητες που συνήθως επηρεάζονται είναι οι υψηλές. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζονται προβλήματα στην ισορροπία, στην αντίληψη του χώρου και της θέσης του σώματος στο χώρο (Κρουσταλάκης, 2000).

Οι ακουστικές βλάβες του έσω αυτιού οφείλονται σε κληρονομικούς και επίκτητους παράγοντες όπως είναι η κληρονομική δυσπλασία του κοχλιακού νεύρου ή του κορτιακού οργάνου. Μπορεί επίσης να οφείλονται σε βλάβη του κορτιακού οργάνου λόγω ερυθράς της μητέρας στους τρεις πρώτους μήνες της κύησης, σε βλάβη του ακουστικού νεύρου και του οργάνου του Corti λόγω μηνιγγίτιδας καθώς επίσης και σε άλλες βλάβες και αλλοιώσεις που είναι δυνατό να τις επιφέρουν στο ακουστικό σύστημα η ανοξαιμία ή ο ίκτερος κατά τον τοκετό, όπως επίσης και οι διάφορες εγκεφαλικές κακώσεις (Κρουσταλάκης, 2000).

Σύμφωνα με την Α. Οκαλίδου (1998), η συνύπαρξη διαταραχών αγωγιμότητας και διαταραχών νευροαισθητηριακής φύσης ή αντιληπτικότητας ονομάζεται μεικτή βαρηκοΐα. Στην περίπτωση αυτή η βλάβη αντιμετωπίζεται κυρίως με ακουστικά και λογοθεραπεία (Α. Οθαλίδου, 1998).

Σε περιπτώσεις μεγάλου βαθμού βαρηκοΐας όπου η χρήση ακουστικών δε βοηθάει στη βελτίωση της ακοής, μπορεί να γίνει κοχλιακή εμφύτευση. Η κοχλιακή εμφύτευση είναι μια χειρουργική επέμβαση με την οποία εμφυτεύεται μέσα στον κοχλία μια συσκευή, η οποία έχει τη δυνατότητα να μετατρέπει τον ήχο σε ηλεκτρικό ερέθισμα προκειμένου να διεγείρει το

υπόλοιπο της ακουστικής ικανότητας του ακουστικού νεύρου (Κ. Γκουτζιαμάκη- Σωτηριάδη, 1993).

Όπως αναφέρει ο Γ. Χριστόπουλος στην Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό (1989), υπάρχουν δύο επιπλέον τύποι ακουστικής βλάβης: **α)** Ψυχογενής δυσλειτουργία, **β)** Κεντρική ακουστική δυσλειτουργία. Στην περίπτωση της ψυχογενούς δυσλειτουργίας απουσιάζει η οργανική βλάβη και τα αίτια είναι ψυχογενή. Στην κεντρική ακουστική δυσλειτουργία, η διαταραχή δεν προέρχεται από βλάβη στα περιφερειακά όργανα ακοής και γι' αυτό δεν μειώνει την ακουστική ικανότητα αλλά δημιουργεί προβλήματα στην ακουστική κατανόηση του λόγου (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, 1989).

Ειδική αγωγή

Εισαγωγικά

Σε περιπτώσεις βαρηκοΐας και κώφωσης δεν επιχειρείται συνήθως χειρουργική επέμβαση. Μια τέτοια προσπάθεια θα ήταν ατελέσφορη. Παρ' όλα αυτά όμως χειρουργική επέμβαση γίνεται μόνο σε περιπτώσεις βαρηκοΐας τύπου αγωγιμότητας. Συνήθης μορφή εγχείρισης είναι η πλαστική του τυμπάνου. Τα τελευταία χρόνια, όπως είπαμε πιο πάνω, επιχειρείται και μια λεπτή επέμβαση στο εσωτερικό αυτί, η «προθετική του P. Banfai» (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 162).

Για τη βελτίωση όμως της ακουστικής οξύτητας του βαρήκοου παιδιού χρησιμοποιούνται κατάλληλα ακουστικά βαρηκοΐας. Τα ακουστικά αυτά χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις που διαπιστώνονται διαταραχές και αποκλίσεις στην εξέλιξη της ομιλίας. Δεν ενδείκνυται η χρήση ακουστικών, όταν αυτά δεν προσφέρουν κάποια εξέλιξη στην ομιλία του παιδιού ή δεν διευκολύνουν την επικοινωνία του με το περιβάλλον. Επίσης δεν θα πρέπει να

χρησιμοποιούνται ακουστικά σε περιπτώσεις σωματικών αναπηριών ή διανοητικής καθυστέρησης (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 162).

Τα ακουστικά (les aides electro-acoustiques) πρέπει να τοποθετούνται στο αυτί του βαρήκου παιδιού το αργότερο όταν αυτό συμπληρώσει το 20^ο έτος της ηλικίας του και όχι ενωρίτερα πάντως από τον 18^ο μήνα (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 162).

Σε περιπτώσεις βαρηκοΐας αντιληπτικού τύπου ή σε κώφωση το παιδί πρέπει να φέρει στο ένα χέρι δονητή, ο οποίος διοχετεύει τα ηχητικά κύματα στο ακουστικό κέντρο δια μέσου των οστών (la conduction osseuse par vibreur) (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 162).

Τα ακουστικά που μπορεί να χρησιμοποιεί ένα βαρήκοο παιδί είναι ορισμένου τύπου:

- 1. Ακουστικά στήθους** (Boitiers portatifs avec deux ecouteurs). Τοποθετούνται στο στήθος, απ' όπου απ' όπου ξεκινούν δύο καλώδια που συνδέονται με δύο μικρά μεγάφωνα, τα οποία τοποθετούνται σε κάθε αυτί. Ενισχύουν τον ήχο μέχρι 80 db, φθάνουν και μέχρι 140 db. Είναι υποστηρικτικοί μηχανισμοί για βαρηκοΐες μεγάλου βαθμού.
- 2. Ακουστικά οπισθοωτιαίου τύπου.** Τοποθετούνται πίσω από το αυτί και δεν φαίνονται (contours d'oreille). Επιτυγχάνουν ενίσχυση της ακουστικής οξύτητας μέχρι 75 db και τελική ενίσχυση εξόδου μέχρι 120 db.
- 3. Ακουστικά ενδοωτιαίου τύπου.** Είναι πολύ μικρά όργανα και τοποθετούνται μέσα στο αυτί. Είναι μηχανισμοί που ενισχύουν μορφές μέσης βαρηκοΐας (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 163).

Η αγωγή του κωφού παιδιού

Το σύστημα αγωγής του κωφού παιδιού περιλαμβάνει:

- Σε επίπεδο γενικής αγωγής: γενική αισθητηριακή αγωγή και αφύπνιση, εκμάθηση της μητρικής γλώσσας και κυρίως αγωγή για απόκτηση

ικανότητας έκφρασης και ορθοφωνική αναπαιδαγώγηση του βαρήκοου και κωφού παιδιού.

- Σε ένα άλλο διδακτικό-μαθησιακό επίπεδο εφαρμόζεται το κοινό πρόγραμμα εκπαίδευσης, που ισχύει στο κανονικό σχολείο για όλα τα παιδιά, με τις απαραίτητες φυσικά απλοποιήσεις και τις προσαρμογές στις ιδιαίτερες ανάγκες και αδυναμίες του κωφού παιδιού (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 163).

Η γλώσσα, όπως γνωρίζουμε, αποκτάται κυρίως με την ακοή, γι' αυτό τα κωφά εκ γενετής παιδιά ή εκείνα που η κώφωσή τους εκδηλώθηκε κατά τη βρεφική ηλικία, πριν δηλαδή αναπτυχθεί και παγιωθεί η λειτουργία του λόγου, παραμένουν και άλαλα. Μετά από τους πρώτους ψελλισμούς που είναι κοινοί για όλα τα παιδιά, η περαιτέρω εξέλιξη της γλώσσας ανακόπτεται στο κωφό παιδί. Παιδιά που έφθασαν στο στάδιο της γλωσσικής ανάπτυξης και απώλεσαν την ακοή τους, πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία της γλωσσικής εκμάθησης, χάνουν εντελώς την ικανότητα της ομιλίας, γίνονται άλαλοι. Τα λίγα γλωσσικά στοιχεία που κατείχαν βαθμιαία εξαφανίζονται. Αντίθετα, κώφωση που θα προκύψει στα τέλη της παιδικής ή στην εφηβική ηλικία δεν επηρεάζει τη γλωσσική ανάπτυξη του νέου ανθρώπου (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 163).

Το κωφό επομένως αλλά και άλαλο συγχρόνως παιδί δεν είναι σε θέση πια να διαμορφώσει εκ των υστέρων, μέσα από τις γνωστές επικοινωνιακές διαδικασίες την «πρώτη του γλώσσα» (protolanguage) και να εκμάθει σταδιακά τη «μητρική του γλώσσα» (la langue maternelle), τη γλώσσα της μητέρας του, της οικογένειάς του, του περιβάλλοντός του, μια γλώσσα δημιούργημα χιλιάδων γενεών, την οποία όμως ποτέ δεν είχε την ευτυχία να ακούσει (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 163-164).

Έτσι, το κωφό παιδί μόνο του αγωνίζεται να δημιουργήσει μια προσωπική γλώσσα, να οργανώσει ένα προσωπικό ενδιάθετο λόγο και να

μορφώσει έναν αντίστοιχο προσωπικό κώδικα και τρόπο επικοινωνίας με το περιβάλλον του. Σταδιακά λοιπόν καταλήγει στη δημιουργία ενός προσωπικού τρόπου έκφρασης με σύμβολα, μιμητικές κινήσεις (παντομίμα) και χειρονομίες, με συμμετοχή στην επικοινωνία του όλου αισθητηριακού και σωματικού του συστήματος. Πρόκειται για έναν ιδιόμορφο προσωπικό τρόπο «ομιλίας» και εξωτερίκευσης συναισθημάτων εσωτερικών καταστάσεων, υποδεέστερο πάντως κατά πολύ της συνήθους ομιλούμενης γλώσσας (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 164).

Με τη βοήθεια της ομιλούμενης γλώσσας επιτυγχάνεται η πνευματική ανάπτυξη και η συναισθηματική ωρίμαση του παιδιού. Η γλώσσα είναι κύριο μέσο έκφρασης, διεύρυνσης του γνωστικού ορίζοντα, μέσο πνευματικής ωρίμασης και ψυχικής ολοκλήρωσης, όργανο κοινωνικοποιητικό του νέου ανθρώπου. Γλώσσα και διάνοηση είναι αλληλένδετοι μηχανισμοί. Κατά συνέπεια, κώφωση και αλαλία αποτελούν παράγοντες ανασταλτικούς της πνευματικής ανάπτυξης, της συναισθηματικής ωρίμασης και της κοινωνικοποίησης του νέου ανθρώπου. Συνήθως κωφά παιδιά αναπτύσσουν συναισθήματα ανασφάλειας, απογοήτευσης και αποξένωσης (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 164).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε πως η απουσία γλωσσικής ανάπτυξης παρακωλύει τη διανοητική εξέλιξη του παιδιού. Με την ειδική λοιπόν αγωγή μπορούσε να υποβοηθήσουμε το κωφό παιδί να αναπτύξει λόγο, να χρησιμοποιεί τη γλώσσα και με αυτό τον τρόπο να προχωρεί στη μάθηση, να εξασφαλίζει την πνευματική του εξέλιξη και να επικοινωνεί με το περιβάλλον του. Με άλλα λόγια, με την ειδική αγωγή μπορούμε να βοηθήσουμε το βαρήκοο και το κωφό παιδί να επιτύχει τη σχολική και κοινωνική του ενσωμάτωση (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 164).

Η ειδική αγωγή στην περίπτωση της βαρηκοΐας και της κώφωσης, όπως και σε κάθε άλλη περίπτωση αισθητηριακής δυσλειτουργίας του παιδιού,

εξαρτάται από την έγκαιρη διαπίστωση και τη σωστή διάγνωση της ανεπάρκειας αυτής. Έγκαιρη όμως και ορθολογικά οργανωμένη θα πρέπει να είναι και η παιδαγωγική αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 164-165).

Η αγωγή των κωφών πρέπει να αρχίζει από την προνηπιακή ηλικία, μέσα στην οικογένεια. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η συμβουλευτική και η εκπαίδευση των γονέων, ιδιαίτερα δε της μητέρας, σε θέματα υποβοηθητικής αγωγής του παιδιού για την ανάπτυξη και βελτίωση του γλωσσικού του οργάνου (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 165).

Λίγο αργότερα, στο νηπιαγωγείο, παιδαγωγοί και γονείς, σε πνεύμα αγαστής συνεργασίας, θα υποβοηθήσουν το βαρήκοο παιδί στη γλωσσική και πνευματική του ανάπτυξη κυρίως με την κατάλληλη στην περίπτωση του αισθητηριακή και γλωσσική αγωγή. Έτσι το παιδί προφυλάσσεται από συναισθήματα μόνωσης, αποξένωσης και αποθάρρυνσης και αρχίζει, ψυχολογικά υποστηριζόμενο, να βιώνει καταστάσεις χαράς, επιτυχίας και επιδοκιμασίας (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 165).

Η αγωγή λόγου

Είναι μια παιδευτική διαδικασία δυσχερής. Το βαρήκοο ή το κωφό παιδί, επιχειρώντας να οργανώσει το λόγο του, διεξάγει έναν αγώνα πολυσχιδή. Πρέπει να μορφώσει γλώσσα και έκφραση χωρίς να ακούει, με σχεδόν ανύπαρκτη ή έστω υπολειπόμενη ακουστική μνήμη. Πρέπει τον περισσότερο χρόνο της αγωγής του να τον αφιερώνει σε ασκήσεις ομιλίας, δηλαδή στην εφαρμογή ενός μακροχρόνιου προγράμματος ορθοφωνικής αναπαιδewγησης. Και τούτο, διότι η ομιλία δεν είναι μόνο η άρθρωση του λόγου. Είναι επιπλέον ο τονισμός, η μουσικότητα της φώνησης των λέξεων, η χαρακτηριστική έκφραση των εννοιών, φωνητικές δηλαδή ιδιότητες, που προϋποθέτουν λεπτές ακουστικές ικανότητες του παιδιού, τις οποίες όμως

ένα κωφό παιδί δεν διαθέτει εξαιτίας της ακουστικής του δυσλειτουργίας ή ανεπάρκειας (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 165).

Η ομιλία όμως ενός φυσιολογικού παιδιού καλλιεργείται σταδιακά κυρίως σε επίπεδο άρθρωσης – έκφρασης - χροιάς ήχων - συναισθηματικού υπόβαθρου φώνησης από το ίδιο το παιδί κατά τη στιγμή της ομιλίας του, μέσα από μια διαδικασία αυτο- και ετεροπαρατήρησης και ακολούθως αυτοαξιολόγησης της ποιότητας της φωνής του, αλλά και του περιεχομένου του λόγου του. Το παιδί - κάθε φυσιολογικό παιδί - όταν ομιλεί, παρακολουθεί ακουστικά, άλλοτε συνειδητά και άλλοτε ασυνείδητα, τον τρόπο της προσωπικής του έκφρασης, την αλληλουχία των λέξεων και των νοημάτων του σε μια πρόταση. Αναλύει επίσης τον φωνούμενο λόγο του, παρακολουθώντας ταυτόχρονα την εκφραστικότητα του συνομιλητή του. Όλες όμως αυτές τις τόσο λεπτές αισθητηριακές, λογικές και συναισθηματικές διεργασίες δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσει με τον ίδιο αυθόρμητο τρόπο, υπακούοντας σε εσωτερικές παρορμήσεις, το κωφό παιδί. Θα ακολουθήσει πάντως κι αυτό, με κάποια σχετική βραδυπορία, τον ίδιο δρόμο. Στην επίπονη αυτή προσπάθεια το κωφό παιδί πρέπει να έχει συνεχώς συμπαραστάτες έναν ειδικό παιδαγωγό και έναν λογοπεδικό, που θα το βοηθούν να αξιοποιήσει προς την αυτή κατεύθυνση τα υπάρχοντα υπολείμματα της ακοής του (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 166).

Σήμερα οι παιδαγωγικές επιστήμες αναγνωρίζουν διεθνώς την ιδιαίτερη σημασία και την αποτελεσματικότητα τόσο της νοηματικής ή μιμικής γλώσσας όσο και του δακτυλικού αλφάβητου στον τομέα της γλωσσικής διδασκαλίας των κωφών παιδιών. Και οι δύο αυτές μέθοδοι θεωρούνται απαραίτητα υποβοηθητικά μέσα εκμάθησης της ζωντανής μητρικής γλώσσας. Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν όμως ότι τα κωφά παιδιά προτιμούν τη νοηματική και παραμελούν τη φωνητική ομιλία, η οποία είναι μια ιδιόμορφη προσωπικού τύπου ομιλία των κωφών και των βαρηκόνων παιδιών. Πρόκειται

για μια ομιλία, η οποία παρουσιάζει ορισμένα ιδιαίτερα μορφολογικά χαρακτηριστικά. Τα κυριότερα, όπως τα περιγράφουν οι ειδικοί, είναι:

- Ακανόνιστη αναπνοή και έλλειψη συγχρονισμού μεταξύ αναπνοής και ομιλίας.
- Κάποια ρινική χροιά της φωνής και μερικές φορές ένα χαρακτηριστικό «στρίγκλισμα» υψηλής συχνότητας.
- Άρθρωση που προέρχεται από ακατάλληλες κινήσεις των σιαγόνων και της γλώσσας και καταλήγει σε παραμόρφωση της ομιλίας.
- Αργός ρυθμός έκφρασης, διακοπές στην πρόταση, απουσία μελωδικότητας στον τόνο της φωνής (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 166).

Ενώ σε ένα κανονικό παιδί η διδασκαλία της μητρικής γλώσσας βασίζεται ως επί το πλείστον σε ακουστικά ερεθίσματα, στο κωφό παιδί βασίζεται κυρίως σε οπτικά και δονητικά ερεθίσματα. Τα ερεθίσματα αυτά οργανώνονται και αξιοποιούνται στο πλαίσιο ορισμένων μεθόδων της γλωσσικής διδασκαλίας του κωφού και βαρήκοου παιδιού. Θα αναφερθούμε στη συνέχεια με συντομία στις μεθόδους αυτές (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 166).

Μέθοδοι επικοινωνίας και γλωσσικής διδασκαλίας

Η επικοινωνία του κωφού παιδιού με το περιβάλλον του και ιδιαίτερα με το περιβάλλον της σχολικής τάξης και η γλωσσική του διδασκαλία γίνονται με τους επόμενους τρόπους:

- 1. Με τη νοηματική ή μιμική γλώσσα** (langage/ communication mimo – gestuelle). Είναι η γνωστή «γλώσσα των σημείων» (langue des signes), των μορφασμών, των χειρονομιών, των κινήσεων κυρίως των χεριών ή ολόκληρου του σώματος (παντομίμα). Πρόκειται για ένα αυθόρμητο και φυσικό μέσο επικοινωνίας. Ένα διεθνές μέσο επικοινωνίας και συνεννόησης. Το σύστημα όμως αυτό διαφέρει από λαό σε λαό.

Παρουσιάζει ορισμένες παραλλαγές ή διαφορές γραμματικού, συντακτικού ή λεξιλογικού και σημασιολογικού τύπου (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 167).

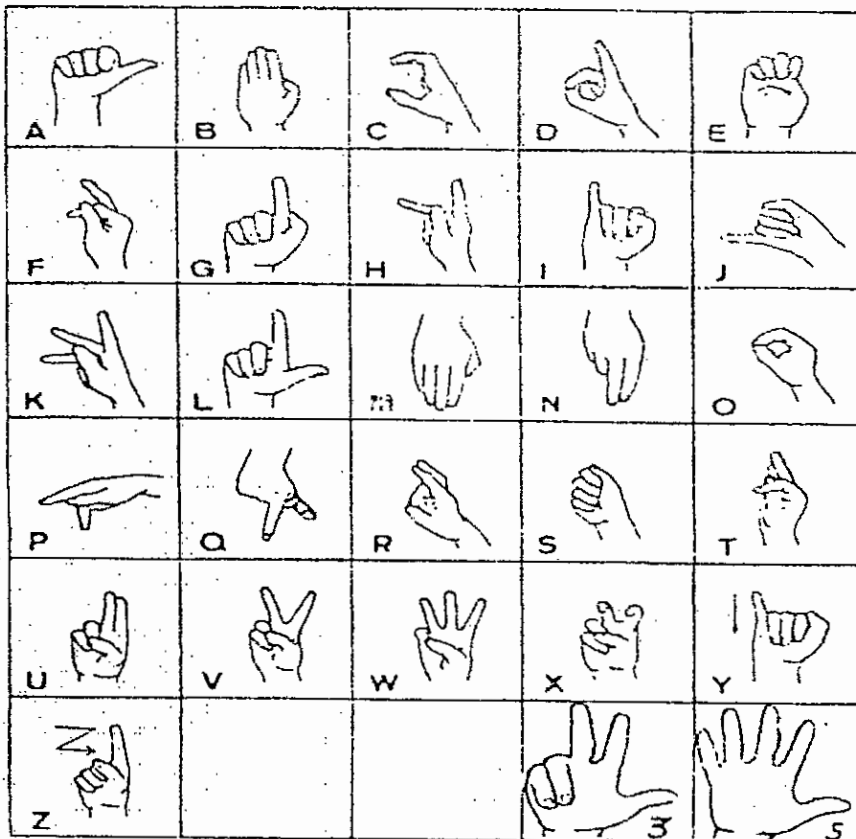
2. Με τη **δακτυλική μέθοδο** (dactylogogie). Με ένα σύστημα κινητικών συνδυασμών και κάμψεων των δακτύλων των χεριών επιχειρείται συλλαβισμός. Με το συνδυασμό των δακτυλικών κινήσεων επιτυγχάνεται ο συμβολισμός των γραμμάτων μιας έναρθρης γλώσσας (δακτυλικό αλφάβητο), μιας σκέψης, μιας ιδέας, ενός προσώπου, ενός αντικειμένου (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 167).
3. Με την **προφορική μέθοδο** επικοινωνίας (methode, langue orale – parole vocale). Είναι γνωστή κυρίως ως γερμανική μέθοδος ή ως μέθοδος Heinicke. Η προφορική μέθοδος προσιδιάζει στην ανθρώπινη φύση και κυρίως στην ανθρώπινη επικοινωνιακή λειτουργία. Σε κάποια χρονική περίοδο δεν χρησιμοποιούντο οι δύο προαναφερθείσες μέθοδοι, διότι πιστεύετο ότι δημιουργούν σύγχυση στο κωφό παιδί. Αντίθετα, εχρησιμοποιείτο μόνον η προφορική μέθοδος (προφορικός και γραπτός λόγος) (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 167).

Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στο συνδυασμό χρήσης των φωνητικών οργάνων με αξιοποίηση οπτικών ερεθισμάτων. Κατ' αυτήν χρησιμοποιείται η ομιλία του παιδαγωγού, η χειλεανάγνωση (labio – lecture, lecture labiale), το κυριότερο παιδευτικό μέσο της μεθόδου, η υπολειμματική ακοή του παιδιού, η ανάγνωση και η γραφή (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 167).

Ο μαθητής αρχίζει να ασκείται στη σωστή άρθρωση των λέξεων. Υποβοηθείται επίσης να αναγνωρίζει τους ήχους και να κατανοεί την ομιλία μέσω της ανάγνωσης των κινήσεων των χειλέων, του στόματος και των εκφράσεων του προσώπου. Έτσι, με την παιδευτική αυτή άσκηση (reeducation orthophonique) κατορθώνει σταδιακά να διαμορφώσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις για τη «σωστή» επικοινωνία του με τον

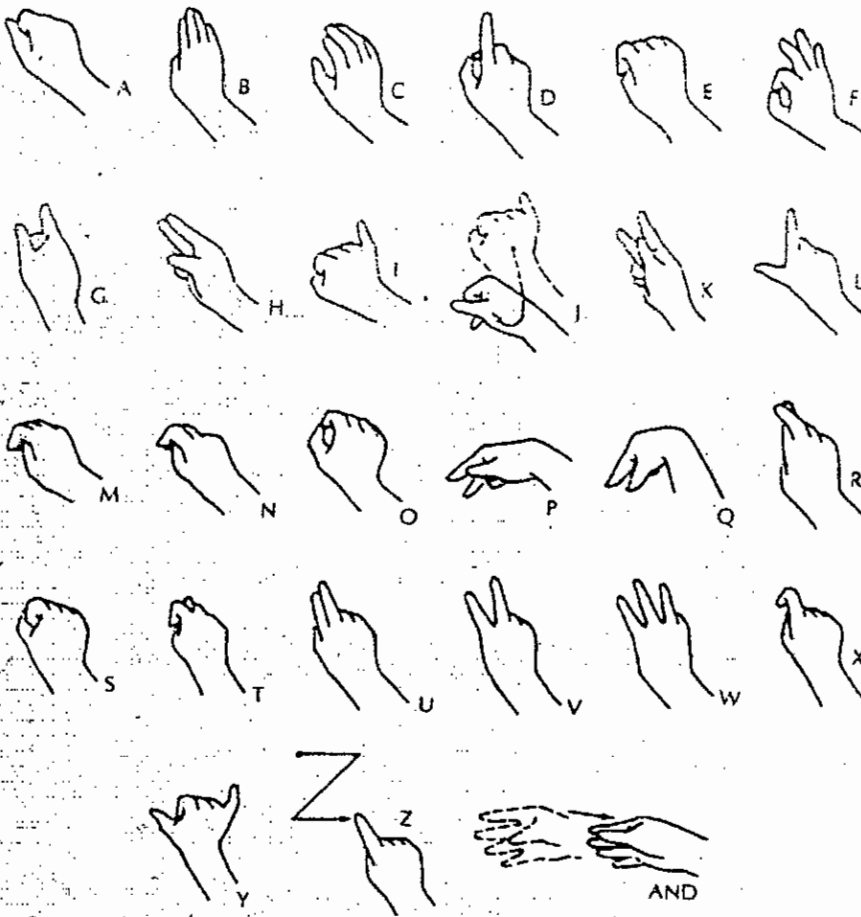
παιδαγωγό και τους συμμαθητές και την ενεργό συμμετοχή του στην υπόλοιπη σχολική εργασία (ανάγνωση, γραφή, λοιπές σχολικές μαθήσεις) (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 167).

Η προφορική μέθοδος, παρ' όλα τα θετικά στοιχεία και τα προτερήματα που την διακρίνουν, όπως απέδειξαν η καθημερινή κλινική και εκπαιδευτική εμπειρία αλλά και η σύγχρονη επιστημονική έρευνα, μόνη, ως παιδαγωγική και διδακτική μέθοδος στον τομέα αγωγής, λόγου του κωφού παιδιού είναι αναποτελεσματική. Δεν δημιουργεί δηλαδή στον γλωσσικό μηχανισμό του παιδιού τις προσδοκώμενες συνθήκες για ανάπτυξη και περαιτέρω βελτίωση. Σπάνιες εξάλλου είναι οι περιπτώσεις κωφών παιδιών, ηλικίας 5 ή ακόμη και 8 ετών, που είναι σε θέση να επικοινωνούν με κάποια σχετική άνεση με το περιβάλλον τους με μόνο τον προφορικό λόγο (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 167-170).



Το γαλλικό «δακτυλικό» αλφάβητο, D. Bouvet

Σύγχρονες επιστημονικές έρευνες, όπως εκείνη της Danielle Bournet, απέδειξαν πως ο προφορικός λόγος, όταν λειτουργεί σε συνδυασμό με τη νοηματική γλώσσα, σε μια μορφή δίγλωσσης αγωγής (education bilingue), είναι δυνατό να συμβάλλει αποφασιστικά στην ανάπτυξη της γλώσσας του κωφού παιδιού, αλλά και της προσωπικότητάς του γενικότερα (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 170).



Το Αμερικανικό «δακτυλικό αλφάβητο» S. Kirk

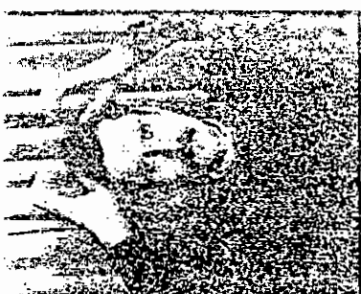
4. Με τη λεγόμενη «**συνδυασμένη μέθοδο**» διδασκαλίας. Είναι η γνωστή μέθοδος Rochester (New York, 1878). Συνδυάζει όλα τα μέσα προφορικής επικοινωνίας με παράλληλη χρήση της δακτυλικής μεθόδου. Με τη μέθοδο αυτή ο παιδαγωγός προφέρει κοντά στο πρόσωπό του παιδιού μια λέξη, ενώ ταυτόχρονα την συλλαβίζει με τα δάκτυλά του.
5. Με τη μέθοδο «**ολικής επικοινωνίας**» ή «**ταυτόχρονης επικοινωνίας**» (communication totale). Οι σύγχρονες εξελίξεις σε τομείς των επιστημών της αγωγής και ιδιαίτερα σε κλάδους, όπως η ψυχολογία, επηρέασαν κατά τις τελευταίες δεκαετίες την εκπαίδευση του κωφού παιδιού. Έτσι, στις ημέρες μας καθιερώθηκε διεθνώς η μέθοδος της «ολικής επικοινωνίας» στην αγωγή του κωφού παιδιού. Με αυτή επιδιώκεται η συστηματική ανάπτυξη του προφορικού λόγου, η εξέλιξη της ακουστικής λειτουργίας, η εκμάθηση και η ταυτόχρονη συνδυασμένη χρήση της χειλεανάγνωσης, της νοηματικής γλώσσας και του δακτυλικού αλφάβητου. Κατ' αυτόν τον διδακτικό τρόπο, το κωφό παιδί συνδυάζει και αξιοποιεί ταυτόχρονα όλα εκείνα τα φυσικά κανάλια που του επιτρέπουν να συγκροτήσει ένα σύστημα συμβόλων, δηλαδή να μορφώσει γλώσσα, με τη βοήθεια της οποίας θα μπορέσει να αποκτήσει γνώσεις, να επικοινωνήσει και έτσι να ανταλλάσσει ιδέες, πληροφορίες και συναισθηματικές καταστάσεις (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 170).



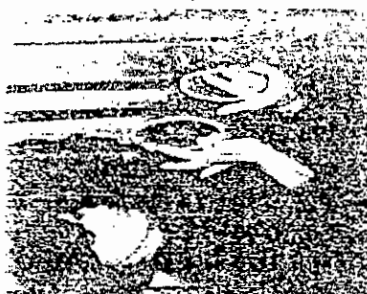
18.45



18.46



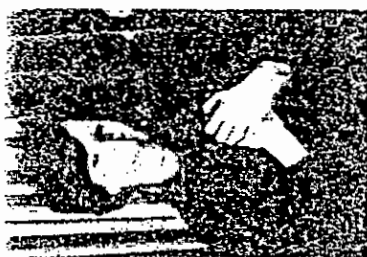
18.47 Προσθήκη



18.47 Ηεμφάνιση



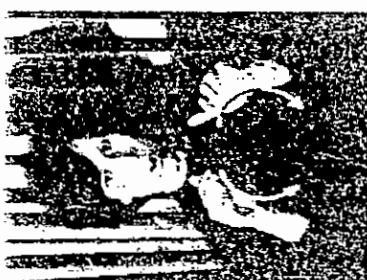
18.48 Προσέλαση



18.48 Άρση



18.49 16.15 Σημεία



18.49 Ολόκληρη

Η νοηματική των κωφών
(Ν. Λογιάδης, Μ. Λογιάδη, Λεξικό νοηματικής γλώσσας)

Η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού αρχίζει με τη γέννησή του και ολοκληρώνεται στην ηλικία των 4-5 περίπου ετών. Στο χρονικό αυτό διάστημα ένα κανονικό παιδί, που διαθέτει φυσιολογική ακοή, διανύει μια ολόκληρη πορεία εκμάθησης της ομιλίας, η οποία περιλαμβάνει διάφορα στάδια. Αρχικά το παιδί αυτό εσωτερικεύει, σωρεύει και ταξινομεί ένα πρωταρχικό ακουστικό υλικό, το οποίο στη συνέχεια αξιοποιεί φωνητικά. Παρακολουθεί με προσοχή τους διαφόρους γαργαρισμούς και τους άλλους προσωπικούς ήχους κατάποσης και τους μετουσιώνει σε ένα συνεχές «μουρμούρισμα». Παίζει με τους ήχους, ψιθυρίζει, δοκιμάζει τη φωνή του, ακούει τον ήχο της φωνής του και τον επαναλαμβάνει. Αργότερα αρχίζει να επαναλαμβάνει τους ήχους που περισυνέλεξε από το περιβάλλον του. Η περίοδος αυτή καλείται «στάδιο μιμητικής». Στη φάση αυτή το παιδί επαναλαμβάνει ή μιμείται τη φωνή του ή ήχους του περιβάλλοντός του, χωρίς όμως να προσδίδει σ' αυτούς κάποιο νόημα. Σταδιακά φθάνει σε ένα αναπτυξιακό γλωσσικό επίπεδο, στο οποίο έχει αποκτήσει την ικανότητα να ακούει ήχους, να τους εσωτερικεύει, να μετατρέπει το μουρμούρισμα σε λέξεις, να συσχετίζει τις έννοιες με τους ήχους, να ομιλεί κατανοώντας το σημασιολογικό περιεχόμενο των λέξεων (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 170, 172).

Το κωφό παιδί δεν είναι σε θέση να διανύσει αυτή την αναπτυξιακή πορεία. Δεν ακούει ήχους, δεν εσωτερικεύει λέξεις, δεν μπορεί να αντιληφθεί την ένταση και το ύψος των ήχων, πολύ δε περισσότερο την χροιά τους. Δεν είναι σε θέση επίσης να μιμηθεί τους ήχους και να τους αναπαράγει, ούτε να τους συνδέσει με το εννοιολογικό τους περιεχόμενο. Κατά συνέπεια το κωφό παιδί δεν μπορεί να μορφώσει λόγο, να εκμάθει κυρίως ομιλία μέσα από τις συνήθειες μαθησιακές διαδικασίες. Μπορεί όμως να μάθει να ομιλεί, διαμορφώνοντας μια προσωπικού ύφους ομιλία με τη βοήθεια κατάλληλης αγωγής. Με την παιδευτική αυτή άσκηση θα βελτιώνεται συνεχώς φωνητικά

και θα φθάσει σε ένα σημείο που θα γίνεται κατανοητή η ομιλία του από τους άλλους, θα επικοινωνεί μαζί τους, ο τονισμός όμως, η χροιά της φωνής του και γενικά η έκφρασή του δεν θα είναι όπως η έκφραση του παιδιού με φυσιολογική ακοή (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 172).

Ένα πρόγραμμα ανάπτυξης της ομιλίας του κωφού παιδιού στην εφαρμογή του ακολουθεί ορισμένα εξελικτικά στάδια, στα οποία χρησιμοποιείται κατάλληλη μεθοδολογία. Ο S. Kirk π.χ. αναλύει ένα τέτοιο παιδευτικό σχήμα, περιγράφοντας τις εφαρμοζόμενες μεθόδους (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 172).

- 1. Εξάσκηση της ομιλίας μέσω απτικών εμπειριών.** Πρόκειται για εφαρμογή μεθόδων σε κωφό και τυφλό παιδί ή απλώς κωφό με φυσιολογική όραση. Το παιδί οδηγείται στην εκμάθηση, τη μίμηση και την αναπαραγωγή των ήχων με τη βοήθεια της ιδιαίτερα ανεπτυγμένης απτικής του αντίληψης. Θέτει το χέρι του (το δάκτυλο, την παλάμη, την εξωτερική επιφάνεια της παλάμης) στην παρειά, στη μύτη, στο λαιμό, μπροστά στα χείλη του παιδαγωγού και ψηλαφίζει το λάρυγγα ή τις άλλες ευαίσθητες φωνητικές περιοχές τη στιγμή που προφέρεται ένας φθόγγος. Έτσι, το κωφό παιδί έχει εκείνη τη στιγμή μια προσωπική απτική κιναισθητική αντίληψη των κραδασμών του λάρυγγα του παιδαγωγού. Στη συνέχεια, προσπαθεί, μιμούμενος τους φωνητικούς κραδασμούς του παιδιού να αναπαραγάγει τους ίδιους φθόγγους (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 172-174).



Τυφλό και κωφό παιδί. Αγωγή λόγου

2. Διόρθωση-βελτίωση της φώνησης μέσω κιναισθητικών ερεθισμών. Όπως είπαμε, η αφή επηρεάζει σημαντικά τη γλωσσική ανάπτυξη του κωφού παιδιού. Ο απτικός δρόμος οδηγεί στην αίσθηση των φωνητικών κραδασμών και στην αναπαραγωγή των φθόγγων. Η λεπτή όμως αυτή μαθησιακή διεργασία συμπληρώνεται από την κιναισθητική λειτουργία του παιδιού. Πρόκειται για μια εξίσου λεπτή αντιληπτική λειτουργία, η οποία πραγματοποιείται μέσα στους μυς και διοχετεύει με τη βοήθεια νεύρων

ερεθίσματα στο κινητικό κέντρο της ομιλίας του εγκεφάλου. Έτσι το παιδί μπορεί να έχει αντίληψη της κίνησης των οργάνων της ομιλίας. Το κωφό παιδί με συνεχή εξάσκηση μπορεί μέσω της κιναισθητικής λειτουργίας να ελέγχει την ομιλία του, τη φωνή, την άρθρωσή του, φωνητικές εκδηλώσεις, τις οποίες βέβαια δεν ακούει, αλλά αισθάνεται εσωτερικά με την αίσθηση των μυϊκών κινήσεων του στόματος, της γλώσσας, των σιαγόνων, των χειλέων, του λάρυγγα κ.λπ. (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 174).

3. Ανάπτυξη της ομιλίας με τη βοήθεια οπτικών ερεθισμάτων. Για την εκμάθηση της γλώσσας το κωφό παιδί, εκτός των απτικών, των κιναισθητικών, χρησιμοποιεί συγχρόνως και οπτικούς ερεθισμούς. Παρατηρεί το πρόσωπο του παιδαγωγού και του λογοπεδικού και προσπαθεί με τη χειλεανάγνωση να αντιληφθεί και να κατανοήσει τη γλώσσα τους από την κίνηση των χειλέων και γενικά από τη συμμετοχή όλων των γλωσσικών οργάνων στη φώνηση, από την έκφραση του προσώπου, από το βλέμμα, από τον μη λεκτικό κώδικα. Καθοδηγούμενο στη συνέχεια, το παιδί επιχειρεί με τη βοήθεια ειδικού καθρέφτη να μιμηθεί και να αναπαραγάγει όσα παρατηρεί και αντιλαμβάνεται. Με αυτή τη μέθοδο βελτιώνεται η οπτική αντίληψη και μνήμη του κωφού παιδιού και διευρύνεται η αναγνωστική του ικανότητα (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 174).
4. Γλωσσική ανάπτυξη και βελτίωση της ομιλίας με τη χρήση ακουστικών και άλλων οπτικοακουστικών μέσων. Στις μέρες μας παρατηρείται, όπως όλοι γνωρίζουμε, μια τεράστια πρόοδος στον τομέα της «εκπαιδευτικής τεχνολογίας». Τα επιτεύγματα αυτής της αλματώδους εκπαιδευτικής – τεχνολογικής εξέλιξης έχουν μεταβάλει σήμερα ριζικά τη λειτουργικότητα του συνήθους επικοινωνιακού – παιδευτικού πλαισίου. Όπως ήταν φυσικό, τα σύγχρονα οπτικοακουστικά μέσα επηρέασαν κατά κύριο λόγο την

αγωγή των παιδιών με ιδιαίτερες ανάγκες και μάλιστα των παιδιών με αισθητηριακές δυσλειτουργίες (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 174).

Σήμερα έχει διαμορφωθεί ένα ειδικό οπτικοακουστικό σύστημα, που υποστηρίζει την αγωγή παιδιών με ακουστική ανεπάρκεια. Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει διάφορα είδη ακουστικών, για τα οποία ήδη μιλήσαμε, ειδικά όργανα διδασκαλίας και λογοθεραπείας, εργαστήρια ομιλίας (Sprachlabor), συστήματα video, ηλεκτρονικά όργανα «ορατής ομιλίας», δονητές επιδερμίδας κ.ά. Τα ειδικά αυτά ακουστικά και οπτικά μέσα, σε συνδυασμό και με κιναισθητικά μέσα υποβοηθούν από κοινού τον όλο αισθητηριακό μηχανισμό του παιδιού και διευκολύνουν έτσι την επικοινωνία μεταξύ παιδαγωγού και παιδιού, αλλά και την όλη διδακτική και μαθησιακή διαδικασία (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 176).

Το κωφό παιδί, που διαθέτει υπολειμματική ακοή, μπορεί να βοηθηθεί κατάλληλα με μεγάλης ισχύος ακουστικά, ώστε να κατορθώσει να διακρίνει την ένταση, το ρυθμό και τη χροιά των ήχων (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 176).

Με τη χρήση εξάλλου ηλεκτρονικού οργάνου, που ονομάζεται ταλαντωσιοσκόπιο, μπορεί το κωφό παιδί να παρατηρεί επί οθόνης με φωτεινά κύματα («ορατή ομιλία») την οπτική απεικόνιση της φωνής του παιδαγωγού αλλά και της δικής του. Έπειτα, μέσω του συστήματος επανατροφοδότησης και με τη βοήθεια κιναισθητικών μηχανισμών μαθαίνει να ελέγχει την ένταση, τον τόνο και το ρυθμό της φωνής του (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 176).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε πως ένα σύστημα αγωγής λόγου του κωφού παιδιού περιλαμβάνει:

- **Οπτικοκινητικές διεργασίες:** το παιδί παρατηρεί την οπτική και κινητική εικόνα του λόγου στα χείλη, το πρόσωπο, τα χέρια του παιδαγωγού (χειλεανάγνωση – νοηματική).
- **Απτικοκινητικούς μηχανισμούς:** το κωφό παιδί με απτικούς μηχανισμούς αντιλαμβάνεται τις ηχητικές ταλαντώσεις του προφερόμενου λόγου.
- **Κινησθητικές – απτικές λειτουργίες:** με αυτές το παιδί επιτυγχάνει μια άμεση εσώτερη αίσθηση της φώνησης του λόγου και της κινητικότητας των οργάνων της ομιλίας.
- **Οπτικές – ακουστικές- κινησθητικές και τεχνολογικές διεργασίες:** μέσω αυτών επιδιώκεται μια πιο αποτελεσματική ορθοφωνική αναπαιδαγώγηση του παιδιού (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 176).

Το σύστημα αυτό της γλωσσικής αγωγής ολοκληρώνεται με την ταυτόχρονη διδασκαλία στο παιδί της ανάγνωσης και της γραφής. Τώρα η όλη διδακτική λειτουργία αποκτά μια νέα διάσταση, την γραφική – οπτικοκινητική διάσταση (ανάγνωση – γραφή), η οποία δημιουργεί στη συνείδηση του κωφού παιδιού βαθιές και ανεξίτηλες εντυπώσεις (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 178).

Η αναγνωστική μέθοδος, που επιλέγεται σήμερα στην αγωγή του λόγου, είναι η ολική ή ιδεοοπτική (*ideovisuelle*), η οποία έχει ως διδακτική αφετηρία τη μικρή πρόταση, τις λέξεις και καταλήγει στην φθογγική ανάλυση (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 178).

Μουσική – φυσική αγωγή και θεατρική έκφραση

Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αγωγής του βαρήκου και του κωφού παιδιού περιλαμβάνει κατ' αρχήν το σύστημα γλωσσικής διδασκαλίας, που αποτελεί το κυριότερο μέρος του προγράμματος, για το οποίο μιλήσαμε προηγουμένως. Περιλαμβάνει ακόμη και όλες τις άλλες μαθήσεις, που

απαρτίζουν το κανονικό σχολικό πρόγραμμα, αλλά απλουστευμένες μεθοδολογικά και προσαρμοσμένες στην ιδιαιτερότητα του παιδιού με ακουστική ανεπάρκεια. Τέτοιες μαθήσεις είναι: η κοινωνική αγωγή, η αισθητική αγωγή, η εισαγωγή στην εργασία και την τεχνική, τα μαθηματικά, η φυσική, η μελέτη του περιβάλλοντος, τα θρησκευτικά κ.ά. (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 178).

Ιδιαίτερη όμως σημασία για το βαρήκοο και το κωφό παιδί έχει η μουσική και η φυσική αγωγή. Πρόκειται για δύο μαθησιακές περιοχές που συνδέονται άμεσα με την αισθητηριακή ευαισθησία του σώματος του κωφού παιδιού. Για το παιδί αυτό η μουσική, η ρυθμική κίνηση, ο χορός, η σωματική άσκηση και έκφραση και η ομιλία συγκροτούν μια μαθησιακή και λειτουργική ενότητα, μια ακολουθία αισθητηριακής αφύπνισης του παιδιού (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 178).

Όπως γνωρίζουμε, όλη η επιφάνεια του σώματος του ανθρώπου και ιδιαίτερα του κωφού ατόμου αποτελεί μια ευαίσθητη αισθητηριακή συνέχεια. Όλα τα πιο ευαίσθητα σημεία του σώματος, οι άκρες των δακτύλων, η εσωτερική επιφάνεια της παλάμης, το πέλμα των ποδιών, στο στήθος, η κοιλιακή περιοχή, όλο σχεδόν το δέρμα και ο οστέινος σκελετός του παιδιού μετατρέπονται σε ένα αισθητηριακό υποδοχέα, σε ένα ενιαίο απτικό και κιναισθητικό κέντρο, όπου καταλήγουν όλοι οι ηχητικοί ερεθισμοί του περιβάλλοντος. Έτσι, όταν π.χ. μια από τις παραπάνω ευαίσθητες περιοχές, όπως είναι οι άκρες των δακτύλων, έλθει σε επαφή με ένα ηχητικό σώμα,, που δημιουργεί ηχητικές – παλμικές ταλαντώσεις, τότε δημιουργείται στο παιδί ένα αίσθημα επαφής. Το κωφό παιδί, με τη βοήθεια μάλιστα των ακουστικών του, μπορεί να αντιληφθεί έναν ήχο. Δεν μπορεί όμως να προσδιορίσει τις διαφορές στην ένταση του ήχου και την απόσταση της ηχητικής πηγής. Εντούτοις, η αίσθηση αυτή, η απτική και κιναισθητική, μετά από ένα χρονικό διάστημα αισθητηριακής άσκησης, βοηθά το κωφό παιδί να

νοιώσει τη μουσική, να εσωτερικεύσει τους ήχους, να διακρίνει ακόμη τους μουσικούς τόνους και μετά από ειδική εκπαίδευση να μάθει τραγούδια με τη βοήθεια της ιδιαίτερης αντιληπτικής του ευαισθησίας. Η Helen Keller, στην «Ιστορία της ζωής της» αναφέρει πως, ακουμπώντας τα δάκτυλα στο μεγάφωνο εσωτερικευε τους ηχητικούς παλμούς και ταυτόχρονα το πάθος και το ρυθμό της μουσικής (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 178-179).

Παρόμοιες σωματικές λειτουργίες ενεργοποιούνται κατά την ομιλία. Στη φωνητική λειτουργία μετέχει ολόκληρο το είναι μας, δραστηριοποιείται από τη φωνή ο σωματικός οργανισμός, ενώ ταυτόχρονα ελέγχεται η φωνή μέσα από σωματικούς μηχανισμούς. Η τελειότερη φωνητική έκφραση είναι το τραγούδι. Σύμφωνα με τη θεωρία του Alfred Tomatis, οι πιο διάσημοι τραγουδιστές, όταν τραγουδούν χρησιμοποιούν μια έμφυτη μουσική τεχνική: επιστρατεύουν όλο το είναι τους, χρησιμοποιούν την ενδεδειγμένη σωματική σχέση, αξιοποιούν τη «σκελετική ακοή», με ιδιαίτερες τεχνικές διεγείρουν μουσικά το σκελετό τους, τον κάνουν να δονείται, να μετέχει στην τραγουδιστική μεταρσίωση. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνουν μουσική ποιότητα και ένταση (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 179).

Για να μπορέσει όμως ένα κωφό και τυφλό συγχρόνως παιδί να αμβλύνει και να περιορίσει την ακουστική του δυσλειτουργία και παράλληλα να αφυπνίσει και να καλλιεργήσει άλλες ευαίσθητες αισθητηριακές του πηγές, πρέπει να ενταχθεί σε ένα οργανωμένο πρόγραμμα συστηματικής ρυθμικής και μουσικής αγωγής. Με τη βοήθεια του προγράμματος αυτού θα επιτύχει μια γενική αισθητηριακή αφύπνιση, θα κατορθώσει δε κάποια στιγμή να προσπελάσει απόμακρες γι' αυτό περιοχές αισθητικής απόλαυσης. Τα κατάλληλα για το σκοπό αυτό ρυθμικά και μουσικά μοντέλα και οι απαραίτητες ασκήσεις είναι δυνατό να εφαρμόζονται διδακτικά μόνο μέσα σε ειδικά προετοιμασμένους χώρους (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 179).

Ένας τέτοιος χώρος, κατάλληλα διαρρυθμισμένος για ρυθμική και μουσική αγωγή, συνήθως περιλαμβάνει μια κεντρική μεγάλη σάλα χορού και ρυθμικών ασκήσεων με έναν μεγάλο καθρέπτη στον ένα τοίχο. Το πάτωμα είναι πάντοτε επικαλυμμένο με λάστιχο, ώστε οι ηχητικές δονήσεις να μη διαχέονται, αλλά να αξιοποιούνται αισθητηριακά, διεγείροντας τα γυμνά πέλματα των παιδιών. Στην αίθουσα υπάρχουν τοποθετημένα σε καίρια σημεία μικρόφωνα και μεγαφωνικές εγκαταστάσεις, ώστε οι υποδείξεις του παιδαγωγού να μετουσιώνονται σε ισχυρές ηχητικές δονήσεις, οι δε άλλοι μουσικοί ή ρυθμικοί ερεθισμοί να αξιοποιούνται δημιουργικά μέσα στην παιδευτική αυτή ατμόσφαιρα (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 179-180).

Για την υλοποίηση του διδακτικού αυτού μοντέλου χρησιμοποιούνται διάφορα οπτικοακουστικά μέσα, όργανα της εκπαιδευτικής τεχνολογίας κ.λπ. Βασικό όργανο για τη ρυθμική αγωγή είναι ένα μεγάλο τύμπανο διαμέτρου 2 μέτρων (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 180).

Το πρόγραμμα ρυθμικής και μουσικής αγωγής έχει ως σκοπό σε μια πρώτη φάση να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει αντίληψη του ρυθμού και αίσθηση της ρυθμικής διαδοχής. Τούτο επιτυγχάνεται με γενικές σωματικές ασκήσεις και χορούς, πλαισιωμένους από ενόργανα ρυθμικά και μουσικά «ακούσματα» (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 180).

Αφού το παιδί εσωτερικεύσει και βιώσει την έννοια του ρυθμού, η αγωγή επεκτείνεται σταδιακά σε άλλες περιοχές. Υποβοηθά το παιδί, υποστηρίζοντάς το και με τεχνολογικά όργανα, να προσεγγίσει μια δυσπρόσιτη σ' αυτό περιοχή, τον κόσμο της μελωδίας. Έτσι, βαθμιαία η ρυθμική αγωγή μεταβάλλεται σε μουσική διδασκαλία, σε ασκήσεις μελωδίας και αρμονίας (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 180).

Η μουσική αγωγή μπορεί να βοηθήσει το βαρήκοο και το κωφό παιδί να μειώσουν ή και να εξαφανίσουν τις άναρθρες και άρρυθμες κραυγές και να επενδύσουν τον φωνούμενο λόγο τους με έκφραση και μουσικότητα. Μπορεί

ακόμη να επηρεάσει τον ψυχικό τους κόσμο, να τον γαληνέψει και κατ' αυτό τον τρόπο να συμβάλλει στη διατήρηση ή την αποκατάσταση της ψυχικής τους υγείας και ισορροπίας (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 180).

Το παιδαγωγικό – θεραπευτικό πρόγραμμα της ρυθμικής και μουσικής έκφρασης ολοκληρώνεται με ένα παράλληλο πρόγραμμα φυσικής αγωγής, το οποίο έχει ως βασικό σκοπό την ψυχοκινητική ανάπτυξη του κωφού παιδιού. Με ένα σύνολο ψυχοκινητικών ασκήσεων και συγκεκριμένα με ασκήσεις ρυθμικής και ενόργανης γυμναστικής, με ορχηστικές εκφράσεις (*expression primitive – communication non verbale*), με παιγνιώδεις λειτουργίες και αθλητικές εκδηλώσεις επιδιώκει ο ειδικός γυμναστής να υποβοηθήσει το παιδί, αφού εμπεδώσει κατ' αρχήν τις κινητικές του δυνατότητες, να στρέψει λίγο αργότερα το ενδιαφέρον του σε ένα ευρύτερο πεδίο δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα, έχει ως κύριο σκοπό, με το πρόγραμμα αυτό της φυσικής αγωγής, να βοηθήσει το παιδί (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 180-181):

- να περιορίσει τις άσκοπες κινήσεις και να μειώσει έτσι την υπερκινητικότητά του, να επιτύχει επίσης συντονισμό κινήσεων και ψυχοκινητική ισορροπία, να αποκτήσει μέσω της άσκησης μια γενική σωματική αυτοκυριαρχία και με αυτό τον τρόπο να βελτιώσει γενικά τη βιολογική του εικόνα και να μορφώσει μια καλαίσθητη σωματική έκφραση.
- να θεραπεύσει μέσα από την άσκηση, τη ρυθμική και μουσική αγωγή τυχόν συναισθηματικής φύσεως αδυναμίες.
- να αναπτύξει την αντιληπτική ικανότητα του χώρου, του χρόνου, της σωματικής λειτουργίας.
- να βελτιώσει τις αισθητηριακές και πνευματικές του λειτουργίες και να διευρύνει τον επικοινωνιακό του κώδικα (γλωσσικό, μη λεκτικό –σωματικό κώδικα).

- να καλλιεργήσει το συνεργατικό πνεύμα και γενικά να αναπτύξει την κοινωνική του συμπεριφορά.
- να αφυπνίσει μέσα του τη χαρά της αισθητικής δημιουργίας και έκφρασης, τη χαρά της μίμησης και της αθλητικής άμιλλας (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 181).

Στο πλαίσιο της ιδιότυπης αυτής αισθητικής και παιδευτικής πανδαισίας, ξεχωριστή θέση κατέχει η μιμική ή νοηματική έκφραση των κωφών υπό τη μορφή του θεατρικού είδους της «παντομίμας». Πρόκειται για μια από τις πιο αποτελεσματικές παιδευτικές και θεραπευτικές μεθόδους στον τομέα της ειδικής αγωγής, που, όπως παρατηρούν οι σύγχρονοι θεατρολόγοι αλλά και ψυχοπαιδαγωγοί, περικλείει απεριόριστες εκφραστικές δυνατότητες και μπορεί να οδηγήσει σε καλλιτεχνικά επιτεύγματα υψηλής αισθητικής αξίας (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 181).



Σήμερα όμως, η παντομίμα, ένα θεατρικό είδος που στο παρελθόν παρουσίαζε μια ιδιαίτερη ανάπτυξη, βαθμιαία φθίνει. Εντούτοις η τέχνη αυτή (l'art de la pantomime) αναπτύσσεται στις ημέρες μας συνεχώς σε χώρους κλινικούς και ψυχοπαιδαγωγικούς (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 182).

Η παντομίμα στον τομέα της αγωγής του κωφού παιδιού μπορεί να διαδραματίσει έναν πρωταρχικής σημασίας ρόλο. Απ' την παιδευτική αυτή μέθοδο απορρέει ανεξάντλητη αισθητική δυναμικότητα. Η μιμική (la gestualite signifiante) αλλά και η όλη σωματική έκφραση (le corps parlant) του μίμου, ο οποίος μπορεί να είναι ηθοποιός, παιδαγωγός, θεραπευτής, το ίδιο το κωφό παιδί, δημιουργεί και μορφοποιεί συμβολισμούς της ζωής. Έτσι ο μίμος αναπαριστά φυσικά φαινόμενα, π.χ. τον άνεμο, την καταιγίδα, μεταμορφώνεται σε δέντρο, σε ζωντανή φύση. Μέσα από λεπτές διαδικασίες «εμψύχωσης» (animation) προβάλλει ανθρώπινα πάθη, μορφοποιεί συναισθήματα, αισθησιοποιεί καταστάσεις και ιδέες και με αυτό τον τρόπο διδάσκει, πληροφορεί, συγκινεί, παιδαγωγεί, «καθαίρει», θεραπεύει και θεραπεύεται» (Γ. Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 182).

E. Διαταραχές λόγου

Εισαγωγή

Οι διαταραχές λόγου, οι οποίες απλώνονται σε όλο το φάσμα της γλώσσας, συνιστούν μόνιμη ή προσωρινή ανικανότητα του ατόμου, σε μικρή ή μεγάλη έκταση, να κατανοεί, να επεξεργάζεται τη γλώσσα που μιλούν οι συνάνθρωποί του και να εκφράζεται μέσω αυτής (Κυπριωτάκης, 1989, Φ. Στάθης).

Οι διαταραχές του λόγου δεν πρέπει να συγχέονται με τις στέλειες του λόγου που παρουσιάζονται στα μικρά παιδιά και οι οποίες εξαφανίζονται με την πάροδο του χρόνου χωρίς να γίνει καμία απολύτως παρέμβαση (Φ. Στάθης).

Οι διαταραχές του λόγου δεν προέρχονται από αδιαφορία ή τεμπελιά. Είναι παθήσεις οι οποίες συνιστώνται και σε «ειδικά» και σε «κανονικά παιδιά» (Φ. Στάθης).

Οι διαταραχές του λόγου δεν δημιουργούν πνευματική καθυστέρηση σε ένα παιδί αλλά του ανακόπτουν την ομαλή εξέλιξη και του δημιουργούν ψυχολογικά προβλήματα (Φ. Στάθης).

Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακά προβλήματα στη γλωσσική έκφραση. Η αιτιολογία τους ποικίλει, αποδεικνύονται με ειδικές δοκιμασίες και εκδηλώνονται με διάφορες μορφές όπως, καθυστέρηση στην εξέλιξη της γλώσσας, ελαττωμένη ποσότητα λόγου, ανωμαλία στη σύνδεση της φωνής κατά την προφορά των φθόγγων, συλλαβών και λέξεων, λάθη στο χρόνο των ρημάτων ή στο να βρεθούν σωστές λέξεις, σταξία στην έκφραση των σκέψεων και στη δομή και ροή του λόγου, μικρές προτάσεις, απλοποιημένη γραμματική κ.ά. (Μάνου, 1997, Κυπριωτάκης, 1989).

Συμπτωματολογία – Κυριότερες μορφές διαταραχών του λόγου

Οι κυριότερες μορφές διαταραχών του λόγου εκδηλώνονται με τις παρακάτω μορφές:

1ο. Διαταραχές της φωνής

Οι διαταραχές της φωνής παρουσιάζονται κυρίως ως **αφωνία** και ως **δυσφωνία**.

- **Αφωνία:** Αφωνία, ονομάζεται η απώλεια του ήχου. Η φώνηση εξαφανίζεται ενώ η φωνή διατηρείται ελάχιστα (ψιθυριστή). Τα αίτια που προκαλούν την αφωνία είναι οργανικής ή ψυχολογικής προέλευσης (Φ. Στάθης, Κυπριωτάκης, 1989).

Ανάλογα με τη διαταραχή προκύπτουν μαθησιακά προβλήματα με αντίστοιχη μείωση της σχολικής επίδοσης. Η ασυνήθιστη κοινωνική συμπεριφορά και οι δυσκολίες κοινωνικής ενσωμάτωσης που παρατηρούνται στα άτομα που πάσχουν από διαταραχές του λόγου οφείλονται κυρίως στην έλλειψη γλωσσικής επικοινωνίας και στις αρνητικές αντιδράσεις του περιβάλλοντος. Εγωκεντρικός, επιθετικότητα, παλινδρόμηση, μόνωση και ανασφάλεια είναι μερικά από τα επακόλουθα των διαταραχών του λόγου (Φ. Στάθης, Κυπριωτάκης, 1989).

- **Δυσφωνία:** Δυσφωνία είναι η αδυναμία του ατόμου να χρησιμοποιήσει αναπτυξιακά αναμενόμενους ήχους και επομένως η δυσκολία εξαγωγής του λόγου. Έτσι, μπορεί να υποκαθιστά ήχους, να παραλείπει ήχους όπως τα τελικά σύμφωνα κ.ά. (Μάνου, 1997).

2ο. Διαταραχές του προφορικού λόγου

Οι διαταραχές του προφορικού λόγου κυρίως περιλαμβάνουν:

1. Απώλεια ή αναστολή των εξελίξεων του λόγου

Η απώλεια ή αναστολή των εξελίξεων του λόγου παρουσιάζεται ως εξής:

- **Αφασία:** Είναι η ολική ή μερική έλλειψη του λόγου και της κατανόησης των άλλων.
Στην αφασία προϋπήρχε σχηματισμένος λόγος και γίνεται επιστροφή και πάλι το προγλωσσικό στάδιο (Φ. Στάθης, Κυπριωτάκης, 1989).
- **Αλαλία:** Είναι η ολική ή μερική έλλειψη προφορικού λόγου που οφείλεται σε ανικανότητα σχηματισμού της έναρθρης ομιλίας.
Στην περίπτωση αυτή ο λόγος δεν πρόφτασε να σχηματιστεί και ανακόπηκε από κάποια αιτία (Φ. Στάθης, Κυπριωτάκης, 1989).
- **Αναρθρία ή παραλυτική αλαλία:** Κατ' αυτήν το άτομο αντιλαμβάνεται το λόγο, έχει φωνή, αλλά δεν έχει τη δυνατότητα να αρθρώσει λόγο γιατί τα όργανα της άρθρωσης είναι παράλυτα (Φ. Στάθης, Κυπριωτάκης, 1989).
- **Κωφλαλία:** Αυτή είναι αποτέλεσμα της κώφωσης, η οποία κληρονομήθηκε ή δημιουργήθηκε αργότερα (Φ. Στάθης, Κυπριωτάκης, 1989).

2. Διαταραχές στην άρθρωση και προφορά

Οι διαταραχές στην άρθρωση και προφορά παρουσιάζονται ως:

- **Ψευδισμός:** Πρόκειται για κακή (λαθεμένη) άρθρωση των φθόγγων, συνήθως συμφώνων, για ανικανότητα σωστής προφοράς ή ακόμη και για παντελή έλλειψη ορισμένων φθόγγων.
Κατά τα πρώτα στάδια της γλωσσικής εξέλιξης η παρουσία του ψευδισμού είναι μάλλον φυσιολογική. Αν όμως ο ψευδισμός διατηρείται και μετά την είσοδο του παιδιού στο σχολείο, τότε πρόκειται για παθολογική κατάσταση (Κυπριωτάκης, 1989, Φ. Στάθης).
- **Τραυλισμός:** Ο τραυλισμός είναι διαταραχή του ρυθμού της ομιλίας. Ο τραυλός επαναλαμβάνει ρυθμικά τους φθόγγους ή τις συλλαβές όταν ομιλεί. Η πάθηση δημιουργείται με τη διακοπή του λόγου ως συνέπεια ασυντόνιστων κινήσεων των μυών που ρυθμίζουν την αναπνοή, την φωνή και την άρθρωση (Κυπριωτάκης, 1989, Φ. Στάθης).

- **Βατταρισμός:** Το παιδί μιλάει ασυγκράτητα και πολύ βιαστικά. Οι απότομες και ακανόνιστες εισπνοές που κάνει του δημιουργούν ταχύτητα στο λόγο με αποτέλεσμα να λαχανιάζει (Κυπριωτάκης, 1989), Φ. Στάθης).
- **Αγραμματισμός:** Το παιδί αδυνατεί να μιλήσει τηρώντας τους γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες (Κυπριωτάκης 1989, Φ. Στάθης).

3ο. Διαταραχές στην ανάγνωση και γραφή

Οι διαταραχές στην ανάγνωση και γραφή παρουσιάζονται ως:

- **Αλεξία:** Παρουσιάζεται ως ολική αδυναμία του παιδιού να αποκτήσει αναγνωστική δεξιότητα. Αυτό οφείλεται σε παθογενή αίτια, νοητική καθυστέρηση, εγκεφαλικά τραύματα, βλάβες αισθητηρίων οργάνων κ.λπ. (Φ. Στάθης).
- **Δυσλεξία:** Η δυσλεξία παρουσιάζεται ως σημαντική δυσκολία του παιδιού να κατανοήσει τον γραπτό λόγο, την ανάγνωση και να αναπαράγει τα γραπτά σύμβολα (δυσκολίες στην εκμάθηση του γραπτού λόγου – ανάγνωσης και γραφής) (Κυπριωτάκης, 1989).

Το δυσλεξικό παιδί ενώ έχει υψηλή ή κανονική νοημοσύνη αδυνατεί να γράψει και να τηρήσει τους ορθογραφικούς κανόνες (Φ. Στάθης).

Η δυσλεξία μπορεί να περιγραφεί ως μια διαταραχή που σχετίζεται με την εκμάθηση ανάγνωσης και γραφής (Φ. Στάθης).

Ένα δυσλεκτικό παιδί κάνει χαρακτηριστικά λάθη όπως:

- 1) Αντιστρέφει τα γράμματα. Γράφει δηλαδή καθρεφτικά (π.χ. γράφει ανάποδο Ν αντί για Ν κ.λπ.)
- 2) Συγχέει τα γράμματα μέσα στη λέξη, π.χ. γράφει δ αντί σ.
- 3) Παραλείπει ή προσθέτει γράμματα, συλλαβές ή λέξεις.
- 4) Συγχέει λέξεις που μοιάζουν οπτικά ή ακουστικά, π.χ. ΜΟΝΟΣ και ΝΟΜΟΣ.
- 5) Επαναλαμβάνει συλλαβές και λέξεις.
- 6) Κάνει αλλόκοτα λάθη που δεν έχουν λογική εξήγηση.

Πολλά παιδιά με δυσλεξία έχουν πρόβλημα ακόμη και με τους αριθμούς (Φ. Στάθης, Κυπριωτάκης, 1989).

- Αγγραφία: Το παιδί αδυνατεί να αποκτήσει πλήρως τον γραπτό λόγο (Φ. Στάθης).
- Δυσγραφία: Είναι η μικρή αδυναμία του ατόμου να κατακτήσει τον γραπτό λόγο και μέσω αυτού να εκφράσει τις σκέψεις του σύμφωνα με τους γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες (Κυπριωτάκης, 1989, Φ. Στάθης).

Επίσης, οι διαταραχές του λόγου εκδηλώνονται και με τις τέσσερις παρακάτω μορφές:

1) *Επιβράδυνση της γλωσσικής εξέλιξης*

Η ομιλία καθυστερεί σε σύγκριση με τα κανονικά παιδιά. Οι πρώτες φράσεις σχηματίζονται μεταξύ του τρίτου και έκτου έτους. Η ομιλία συνοδεύεται από κακή άρθρωση και φωνητική ανωριμότητα (Κυπριωτάκης, 1989, Φ. Στάθης).

2) *Διαταραχές του λόγου που οφείλονται σε δυσλειτουργίες ή βλάβες του γλωσσικού κέντρου*

Ως επακόλουθο τυχόν προγεννητικών, περιγεννητικών ή πρωίμων, μεταγεννητικών βλαβών του εγκεφάλου (κωφαλαλία, ακουστική αγνωσία), είναι δυνατόν να παρουσιαστεί καθυστέρηση ή εμπόδιση εξέλιξης της γλώσσας του παιδιού. Ιδιαίτερα όμως βλάπτεται ο γραπτός λόγος.

Επίσης, σε μεταγενέστερο εξελικτικό στάδιο, εξαιτίας τραυματισμών, αιμορραγίας, μόλυνσης, όγκων κ.ά. του εγκεφάλου, μπορεί να επέλθει απώλεια της αποκτημένης γλώσσας (αφασία) (Φ. Στάθης, Κυπριωτάκης, 1989).

3) *Δυσarthρίες*

Οι δυσαρθρίες αποτελούν δυσκολίες στην άρθρωση, με αποτέλεσμα ο τρόπος παραγωγής των φθόγγων να είναι λαθεμένος. Πρόκειται, δηλαδή, για μερική απώλεια της ικανότητας παραγωγής των λεκτικών ήχων, που οφείλεται σε διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η παντελής απώλεια της άρθρωσης ονομάζεται αναρθρία (Κυπριωτάκης, 1989).

4) Δυσγλωσσίες

Οι διαταραχές της άρθρωσης που οφείλονται σε οργανικές αλλαγές των εξωτερικών γλωσσικών οργάνων, γνωστές ως δυσγλωσσίες (Κυπριωτάκης, 1989).

Αίτια

Τα αίτια των διαταραχών του λόγου είναι ετερογενή και δεν αποδεικνύεται εύκολα η ύπαρξή τους. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να οφείλονται σε λειτουργικά ή οργανικά αίτια εγγενούς ή επίκτητης προέλευσης (Κυπριωτάκης, 1989).

Τα αίτια χωρίζονται γενικά σε τρεις κατηγορίες:

A. Οργανικά αίτια

Σε αυτά ανήκουν παραμορφώσεις ή βλάβες του οπτικού οργάνου (πηγούνη, υπερώα, γλώσσα, μύτη, φάρυγγας, χείλη, φωνητικές χορδές, δόντια κ.ά.). Οι νευρολογικές βλάβες των κέντρων της γλώσσας, οι πυραμιδικές και εξωπυραμιδικές βλάβες που προκύπτουν από τραυματισμούς ή ασθένειες μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές διαταραχές του λόγου.

Ελαττώματα στην ακοή ή στην όραση, αποτελούν επίσης συχνή αιτία διαταραχών του λόγου. Συμβαίνει μάλιστα και να δημιουργήσουν ολική καθυστέρηση στην εξέλιξη της γλώσσας. Παιδιά με νοητική καθυστέρηση χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να μάθουν να προφέρουν τους διάφορους φθόγγους ή αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν σωστά τη γλώσσα ανάλογα με το βαθμό της νοητικής ανεπάρκειάς τους (Κυπριωτάκης, 1989).

Β. Κληρονομικά αίτια

Πολλές μορφές διαταραχής του λόγου συνδέονται στενά με τους κληρονομικούς παράγοντες. Επίσης σε κληρονομικά αίτια οφείλεται η καθυστέρηση της αισθησιοκινητικής ωρίμανσης και η προδιάθεση για διαταραχές του λόγου (Κυπριωτάκης, 1989).

Γ. Ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια

Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας, οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, ο μεγάλος αριθμός παιδιών μέσα στην οικογένεια, το φτωχό σε ερεθίσματα περιβάλλον, η έλλειψη κινήτρων, ενδιαφέροντος και ευκαιριών για διάβασμα και γλωσσική άσκηση, ασκούν ανασταλτική επίδραση στην εξέλιξη του γλωσσικού οργάνου ή και σοβαρές διαταραχές που έχουν μόνιμο ή προσωρινό χαρακτήρα (Κυπριωτάκης, 1989).

Διαταραχές του λόγου συναντούμε επίσης εξαιτίας «συναισθηματικών ή ψυχογενών αιτιών», κακών γλωσσικών προτύπων, κακής γλωσσικής στάσης και συμπεριφοράς (εχθρότητα), υπερπροστασίας, αυστηρότητας των γονέων, υπερβολικών απαιτήσεων, ιδρυματισμού, παλινδρόμησης, άγχους κ.λπ. (Κυπριωτάκης, 1989).

Συχνότητα

Οι διαταραχές του λόγου δεν κάνουν εξαιρέσεις και έτσι παρουσιάζονται σε όλα τα μήκη και πλάτη του πλανήτη μας. Βέβαια, έχει παρατηρηθεί ότι οι περισσότερες περιπτώσεις ατόμων με διαταραχές του λόγου εντοπίζονται στα κατώτερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα (Μάνου, 1997, Κυπριωτάκης 1989).

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότερες διαταραχές του λόγου εντοπίζονται στην προσχολική ηλικία. Ιδιαίτερα κατά την είσοδο του παιδιού στο σχολείο υπολογίζεται ότι το 3-5%

των παιδιών παρουσιάζουν κάποια διαταραχή λόγου και χρήζουν ειδικής θεραπευτικής αγωγής. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαταραχές αυτές παρουσιάζονται πιο συχνά στα αγόρια από ότι στα κορίτσια και συνήθως αναγνωρίζεται μέχρι την ηλικία των 3 ετών (Μάνου, 1997, Κυπριωτάκης, 1989).

Ειδική αγωγή διαταραχών του λόγου

Ιστορική αναδρομή

Η ύπαρξη ατόμων με διαταραχές του λόγου συντέλεσαν στην ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της κοινωνίας για την αντιμετώπιση τους μέσω της ειδικής αγωγής (Κυπριωτάκης, 1989).

Οι πρώτες προσπάθειες εφαρμογής της ειδικής αγωγής στα παιδιά με διαταραχές του λόγου έγιναν στα τέλη του προηγούμενου και στις αρχές του αιώνα μας. Γύρω στο 1880 επαναλειτούργησε ένα τμήμα γλωσσοθεραπείας για τραυλούς, το οποίο ίδρυσε ο Albert Gutzman (1837 – 1910) στο Βερολίνο (Κυπριωτάκης, 1989).

Το 1905 ο Gutzmann επιτυγχάνει με την εργασία του την αύξηση της ευαισθητοποίησης της περιοχής αυτής και έτσι καθιερώθηκε ως κανονικό το μάθημα της Λογοθεραπείας στο Πανεπιστήμιο του Βερολίνου. Το μάθημα της Λογοθεραπείας είχε σαν αντικείμενο την συζήτηση σχετικά με τις διάφορες τεχνικές θεραπείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα από τη μια μεριά να καθιερωθεί η ειδική εκπαίδευση δασκάλων και γιατρών που θα ασχοληθούν με το ειδικό πρόβλημα των διαταραχών του λόγου και από την άλλη μεριά να ιδρυθούν ειδικές τάξεις και σχολεία για τα παιδιά που χρειάζονται ειδική βοήθεια, ώστε να αντιμετωπίζονται υπεύθυνα οι γλωσσικές τους διαταραχές (Κυπριωτάκης, 1989).

Στο Αμβούργο ιδρύθηκε, επίσης, το 1912 μια τάξη για παιδιά με προβλήματα διαταραχών του λόγου, όπου εφαρμόστηκαν τεχνικές

λογοθεραπείας. Η τάξη αυτή αποτέλεσε τον πυρήνα για την ίδρυση του πρώτου ειδικού σχολείου λογοθεραπείας. Το πρόβλημα άρχισε να απασχολεί ευρύτερα τους ειδικούς και το 1924 ιδρύθηκε στη Βιέννη η «Διεθνής Ένωση για Λογοπαιδεία και Φωνιατρική».

Από το 1928 ύστερα από την ίδρυση Ειδικών Σχολών, καθιερώθηκε η ειδική εκπαίδευση των δασκάλων που πρόκειται να ασκήσουν το έργο του λογοθεραπευτή (Κυπριωτάκης, 1989).

Μετά το 1960 ιδρύονται ειδικά νηπιαγωγεία, σχολεία και ιδρύματα, δημιουργούνται ειδικά τμήματα για ιδιαίτερα ή ομαδικά μαθήματα λογοθεραπείας (Κυπριωτάκης, 1989).

Στην Ελλάδα δυστυχώς δεν λειτουργεί κάποιο ειδικό σχολείο που να ασχολείται με την λογοθεραπεία και την αντιμετώπιση διαταραχών του λόγου (Κυπριωτάκης, 1989).

Ειδική αγωγή

Πρώτο και βασικό μέλημα της θεραπευτικής παιδαγωγικής είναι η ορθή διάγνωση, δηλαδή ο ακριβής προσδιορισμός της μορφής της γλωσσικής διαταραχής και των αιτίων που τη δημιούργησαν. Είναι σήμερα παραδεκτό ότι, όσο πιο νωρίς γίνεται η διάγνωση της διαταραχής και ο εντοπισμός των αιτίων, τόσο πιο αποτελεσματική είναι η παιδαγωγική εκπαίδευση που ακολουθεί. Για τον λόγο αυτό οι ειδικές παιδαγωγικές προσπάθειες επικεντρώνονται στην προσχολική και στην πρώτη σχολική ηλικία γιατί μέχρι τότε εκδηλώνονται οι περισσότερες γλωσσικές διαταραχές (Κυπριωτάκης, 1989).

Παράλληλα με τις πρώτες παιδαγωγικές ενέργειες είναι πολύ σημαντική η απομάκρυνση, η αναστολή ή τουλάχιστον ο περιορισμός των αιτίων που επέδρασαν στην εμφάνιση της διαταραχής. Για την επίτευξη του στόχου αυτού είναι βασική η ενημέρωση των γονέων σχετικά με τη σοβαρότητα του

προβλήματος και να τους προσφέρεται από τους ειδικούς (ψυχολόγους, γιατρούς, λογοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς) η κατάλληλη για κάθε ειδική περίπτωση παιδαγωγική βοήθεια (Κυπριωτάκης, 1989).

Είναι βασικό, πριν προχωρήσουμε στην ειδική εκπαίδευση, να κατανοήσουμε ότι οι διαταραχές του λόγου εντείνονται όταν το άτομο συνειδητοποιεί ότι δεν εκφράζεται σωστά και επομένως οι άλλοι δεν το κατανοούν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της αδυναμίας του ατόμου όπως και την απόκτηση έντονου άγχους.

Έτσι, του δημιουργείται μια τέτοια ψυχική κατάσταση ώστε να γίνεται παντελώς αδύνατη η χρήση φθόγγων και λέξεων (τραυλοί). Για το λόγο αυτό χρειάζεται να καλλιεργηθεί ένα ανάλογο αυτοσυναίσθημα και να μεταδοθούν βιώματα επιτυχίας στις διάφορες περιοχές επίδοσης (Κυπριωτάκης, 1989).

Επομένως, πριν αρχίσει η ειδική θεραπευτική αγωγή το άτομο πρέπει να προετοιμαστεί ψυχικά και ψυχολογικά ώστε να καταστεί ικανό να δεχτεί τις παιδαγωγικές επιδράσεις (Κυπριωτάκης, 1989).

Στόχοι της ειδικής θεραπευτικής αγωγής είναι:

- Η ορθή κίνηση των γλωσσικών οργάνων, ο φωνητικός ρυθμός, η μουσική αγωγή.
- Η κατεύθυνση της προσοχής σε συγκεκριμένα οπτικά σήματα, μορφές, άσκηση παρατηρητικότητας, διαχωρισμοί χρωμάτων κ.ά.
- Η κατεύθυνση της προσοχής σε συγκεκριμένους θορύβους, ήχους, γλωσσικούς φθόγγους κ.ά.
- Η ανάπτυξη της ικανότητας του ατόμου να συγκρίνει, να αναλύει και να συνθέτει λέξεις και προτάσεις.
- Η ανάπτυξη της γλωσσικής κατανόησης και επέκτασης του λεξιλογίου.
- Η άσκηση εύρεσης λέξεων, ο σχηματισμός γλωσσικών κατηγοριών και αναλογιών, η ικανότητα κλίσης και σύνταξης των λέξεων μέσα στην πρόταση.

- Η ικανότητα χρησιμοποίησης της μητρικής γλώσσας σωστά και η εκμάθηση της γλωσσικής μελωδίας.
- Η επανάκτηση χαμένων γλωσσικών λειτουργιών και ικανοτήτων, λαμβανομένης υπόψη της στιγμής που επήλθε η γλωσσική απώλεια.
- Η μετάδοση αναπληρωματικών τεχνικών και μηχανισμών (π.χ. σε ορισμένες αφασίες) με την βοήθεια των οποίων μπορεί να γίνεται η γλωσσική επικοινωνία.
- Η προσφορά γνώσεων και εμπειριών σύμφωνα με τους στόχους της αγωγής και τις ικανότητες κάθε μαθητή (Κυπριωτάκης, 1989).

Τα σχολεία για παιδιά με διαταραχές του λόγου βρίσκονται σε στενή σχέση με τα κανονικά σχολεία γιατί οι μαθητές έρχονται στο ειδικό αυτό σχολείο για τόσο χρονικό διάστημα όσο απαιτείται μέχρι να ξεπεραστεί το πρόβλημά τους. Μετά, επιστρέφουν και πάλι στο κανονικό σχολείο (Κυπριωτάκης, 1989).

Μέσω αυτής της διαδικασίας παρατηρείται μια διαρκής αλλαγή των μαθητών, αφού η φοίτηση διαρκεί για λίγο και σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις λιγότερο ακόμη και από χρόνο. Η αλλαγή αυτή όμως όπως είναι κατανοητό, δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα, ιδιαίτερα στην εφαρμογή του προγράμματος των μαθημάτων αφού σχηματίζονται σχεδόν διαρκώς ανομοιογενείς ομάδες μαθητών με ποικίλες διαφορές στο γνωστικό, νοητικό και συναισθηματικό τομέα (Hellioscope, 1995, τεύχ. 3, Κυπριωτάκης, 1989).

Τα παιδιά με διαταραχές λόγου δεν παρουσιάζουν μόνο καθυστέρηση στην εξέλιξη της γλώσσας αλλά και ελλείψεις σχετικά με τις γνώσεις, τη συλλογή εμπειριών, τα μορφωτικά αγαθά κ.λπ. Αν και είναι γενικά παραδεκτό ότι η προετοιμασία είναι πολύ δύσκολη, το σχολείο δεν παύει να είναι παράλληλα ένας χώρος που παρέχει γνώσεις, μάθηση και αποβλέπει στην καλή επίδοση των μαθητών, όπως και κάθε σχολείο άλλωστε. Αν αυτά όμως

παραμελούνται τότε δυσκολεύεται ουσιαστικά η προσπάθεια εξέλιξης των παιδιών αυτών (Hellioscope, 1995, τεύχ. 3, Κυπριωτάκης, 1989).

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος δεν είναι η θεραπεία αλλά η πρόληψη για αυτό και απαιτείται η πλατειά ενημέρωση του κοινού σχετικά με τα αίτια των διαταραχών του λόγου και τις επιπτώσεις που έχουν στην ανάπτυξη της προσωπικότητας. Περισσότερο όμως πρέπει να είναι ενημερωμένοι οι εκπαιδευτικοί όλων των βαθμίδων, ιδιαίτερα οι νηπιαγωγοί και οι δάσκαλοι, γιατί στο Νηπιαγωγείο και στο Δημοτικό εκδηλώνονται πιο έντονα οι διαταραχές του λόγου ώστε να είναι σε θέση να εντοπίζουν τυχόν διαταραχές και να αρχίζει έγκαιρα η αντίστοιχη λογοθεραπεία (Hellioscope, 1995, τεύχ. 3, Κυπριωτάκης, 1989).

Αν και απαιτούνται τεράστιες ακόμα προσπάθειες για να φτάσουμε σε ένα καλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών και αντιμετώπισης των διαταραχών του λόγου το μέλλον χαρακτηρίζεται αισιόδοξο αφού η Ευρωπαϊκή Ένωση θέτει ήδη σε λειτουργία προγράμματα όπως το SOCRATES, LEONARDO da VINCI και Youth for Europe III που προωθούν την εκπαίδευση και κατάρτιση ατόμων με ειδικές ανάγκες τόσο στο χώρο του σχολείου, όσο και στο χώρο της αγοράς – εργασίας και της κοινωνίας γενικότερα (Κυπριωτάκης, 1989, Hellioscope, 1995, τεύχ. 3).

ΣΤ. Διαταραχές μάθησης

Εισαγωγή

Στην περίπτωση των διαταραχών στη μάθηση το άτομο παρουσιάζει ανικανότητα στην ανάγνωση, τα μαθηματικά ή την γραπτή έκφραση και συνεπώς αδυνατεί να ανταποκριθεί μερικά ή ολικά στις σχολικές απαιτήσεις και να επιτύχει το αναμενόμενο αποτέλεσμα (Μάνος, 1997).

Το άτομο αυτό έχει μεγάλη διάσπαση προσοχής. Για τον λόγο αυτό η συμπεριφορά του στην τάξη γίνεται προβληματική. Αξιοσημείωτο μάλιστα είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων αυτών έχουν κανονικό δείκτη νοημοσύνης (Μάνος, 1997).

Αν υπάρχει κάποιο αισθητηριακό έλλειμμα η διαταραχή της διάγνωσης μπορεί να γίνει σε περίπτωση που οι μαθησιακές δυσκολίες είναι μεγαλύτερες από αυτές που δικαιολογεί το έλλειμμα. Εκτός από αισθητηριακό έλλειμμα μπορεί να υπάρχει επίσης έλλειμμα στις γνωστικές διεργασίες, κάποια γενικά ιατρική κατάσταση (π.χ. νευρολογικής φύσεως) ή ψυχική διαταραχή (Μάνος, 1997).

Οι διαταραχές αυτές είναι πολύ σημαντικό να διαγνωσθούν έγκαιρα γιατί διαφορετικά οδηγούν σε απώλεια του ηθικού του παιδιού, σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχές στις κοινωνικές του δεξιότητες ακόμα και σε εγκατάλειψη του σχολείου ή σε κοινωνικές και επαγγελματικές δυσκολίες και μπορεί να επιμείνουν και στην ενήλικη ζωή (Μάνος, 1997).

Ορισμός

Οι διαταραχές της μάθησης εκδηλώνονται βαθμιαία ή και ξαφνικά και διαρκούν άλλοτε λίγο και άλλοτε πολύ. Οι μαθητές παρουσιάζουν δυσκολίες είτε σε ένα μάθημα (μερική διαταραχή) είτε σε περισσότερα ή και σε όλα τα μαθήματα (γενική ή ολική διαταραχή) (Κυπριωτάκης, 1989).

Έτσι, όταν η επίδοση ενός μαθητή βρίσκεται κάτω από τη νόρμα αναφοράς, τότε χαρακτηρίζεται σαν μαθητής με διαταραχές στη μάθηση (Κυπριωτάκης, 1989).

Για να γίνει η παραπάνω διαπίστωση πιο κατανοητή, οι νόρμες, είναι κριτήρια αναφοράς, κανόνες, μέσα σύγκρισης με τη βοήθεια των οποίων μπορεί να γίνει η αξιολόγηση. Γενικά ισχύουν σαν νόρμες (κριτήρια) τα εξής:

α) Ο μέσος όρος επίδοσης των μαθητών μας τάξης

β) Το επίπεδο επιτυχίας των στόχων της διδασκαλίας και

γ) Το επίπεδο (άνοδος ή πτώση) της επίδοσης του μαθητή (Κυπριωτάκης, 1989).

Συνοψίζοντας, λοιπόν, τα παραπάνω καταλήγουμε ότι Διαταραχές στη Μάθηση είναι: η αδυναμία που παρουσιάζει ο μαθητής ώστε να καταφέρει να ανταποκριθεί στις σχολικές – διδακτικές απαιτήσεις, στο αναμενόμενο επίπεδο μάθησης και επίδοσης. Έτσι, με τον όρο διαταραχές στη μάθηση, εννοούμε, κάτω από τη στενή του έννοια, την πτώση της επίδοσης ενός μαθητή κάτω από το επίπεδο του σταδίου εξέλιξής του (Κυπριωτάκης, 1989).

Ορίζοντας παραπάνω τι ακριβώς είναι οι διαταραχές μάθησης κρίνεται σκόπιμη η αναφορά στα είδη των διαταραχών που περιλαμβάνουν οι μαθησιακές διαταραχές.

Οι διαταραχές της μάθησης περιλαμβάνουν τα εξής είδη διαταραχών:

1. Διαταραχή της ανάγνωσης

Η διαταραχή της ανάγνωσης ονομάζεται επίσης και «δυσλεξία» και χαρακτηρίζεται από μειωμένη επίδοση του παιδιού στην ακρίβεια, την ταχύτητα ή την κατανόηση αυτού που διαβάζει. Είτε το παιδί διαβάζει φωναχτά είτε από μέσα του, η ανάγνωση παρουσιάζει παραμορφώσεις, υποκαταστάσεις ή παραλείψεις, είναι αργή και το παιδί κάνει λάθη στην κατανόηση (Μάνος, 1997).

2. Διαταραχή των μαθηματικών

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από την ελαττωμένη ικανότητα του παιδιού να κάνει μαθηματικούς υπολογισμούς και πράξεις (π.χ. κατανόηση μαθηματικών όρων, πράξεων, εννοιών ή συμβόλων, αναγνώριση συμβόλων και ομαδοποίησης τους, ορθή αντιγραφή αριθμού, εκτέλεση συνεχόμενων πράξεων, συγκράτηση στη μνήμη των «κρατούμενων», εκμάθηση πολλαπλασιασμών κλπ.) (Μάνος, 1997).

3. Διαταραχή της γραπτής έκφρασης

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από την ελαττωμένη ικανότητα του παιδιού να συνθέσει ένα γραπτό κείμενο. Η μειωμένη αυτή δεξιότητα του παιδιού εκφράζεται με λάθη γραμματικής ή τονισμού μέσα στις προτάσεις, κακή οργάνωση των παραγράφων, πολλά ορθογραφικά λάθη, πολύ κακό γράψιμο (Μάνος, 1997).

4. Διαταραχή της μάθησης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Η κατηγορία αυτή του DSM-ΙU είναι για διαταραχές της μάθησης που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη διαταραχή της μάθησης (π.χ. προβλήματα ανάγνωσης, μαθηματικών και γραπτής έκφρασης που όλα μαζί παρεμποδίζουν σημαντικά τη σχολική επίδοση, όμως η μετρούμενη μείωση της επίδοσης σε καμιά από αυτές τις συγκεκριμένες δεξιότητες δεν είναι σημαντικά κάτω από την αναμενόμενη (Μάνος, 1997).

Αίτια

Η μάθηση αποτελεί πολυσύνθετο φαινόμενο αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον άνθρωπο και στο περιβάλλον με αποτέλεσμα την αλλαγή της συμπεριφοράς του. Εξαρτάται από ποικίλες εσωτερικές και εξωτερικές προϋποθέσεις και είναι δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς τα αίτια των διαταραχών της και ειδικά για κάθε μια περίπτωση ξεχωριστά. Επίσης δεν είναι εύκολο να γνωρίσουμε αν τα αίτια των διαταραχών της μάθησης προϋπάρχουν κατά την είσοδο του παιδιού στο σχολείο ή εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της φοίτησής του. Οι διαταραχές της μάθησης οφείλονται σε ποικίλους εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες που αλληλοεπηρεάζονται και επενεργούν συγχρόνως (Κυπριωτάκης, 1989).

A. Αίτια οφειλόμενα σε ενδογενείς παράγοντες

Οι διαταραχές στη μάθηση, που μπορούν να ονομαστούν και ψυχικές διαταραχές, δεν σχετίζονται μόνο με το άτομο στο οποίο εμφανίζονται αλλά

σε πολλές περιπτώσεις σχετίζονται με όλη την οικογένεια του (Κυπριωτάκης, 1989, Μάνου 1997).

Μερικά από τα βασικά αίτια που οδηγούν στην εμφάνιση διαταραχών στη μάθηση και εκ των οποίων τα περισσότερα είναι ψυχολογικά είναι τα εξής:

- 1) Η στέρηση των γονέων (ορφανό παιδί)
- 2) Ο ιδρυματισμός
- 3) Το διαζύγιο
- 4) Οι αρρώστιες
- 5) Η έλλειψη δεσμού ανάμεσα στους γονείς και στα παιδιά και στα αδέρφια
- 6) Η καταπιεστική και αυταρχική αγωγή
- 7) Η εγκατάλειψη
- 8) Οι διαταραχές στις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας
- 9) Η υπερπροστασία
- 10) Η υποπολιτιστική επίδραση του περιγυρου
- 11) Η υπερπροσφορά ανασταλτικών ερεθισμάτων (Μάνος, 1997, Κυπριωτάκης 1989).

B. Αίτια οφειλόμενα σε εξωγενείς παράγοντες

Πλην ελάχιστων περιπτώσεων, συναντάμε σε σχολεία μαθητές που προέρχονται από όλα τα κοινωνικά – οικονομικά στρώματα. Επειδή όμως η σχολική επίδοση και γενικά η μάθηση επηρεάζονται σημαντικά από τις εξωσχολικές επιδράσεις και ιδιαίτερα από την κοινωνική και οικονομική κατάσταση της οικογένειας, το σχολείο επιβάλλεται να προσφέρει σε όλους τους μαθητές τις ίδιες δυνατότητες εκκίνησης. Αυτό μπορεί να ξεκινάει από την προσχολική αγωγή (νηπιαγωγείο) και να συνεχίζεται κατά την σχολική ηλικία. Το σχολείο όμως, στην προσπάθειά του να προσφέρει ίσες ευκαιρίες μάθησης, ξεκινώντας από την αρχή της τυπικής ισότητας, επιδρά με τον ίδιο

τρόπο (ίδια διδασκαλία για όλους τους μαθητές) σε διαφορετικούς μαθητές, με αποτέλεσμα να ωφελούνται πιο πολύ οι κοινωνικοί προνομιούχοι, οι ατομικές διαφορές να γίνονται πιο εμφανείς και να διατηρούνται οι κοινωνικές ανισότητες. Αν με τη σχολική διδασκαλία πρέπει να ωφελούνται οι μαθητές το ίδιο, τότε η προσφορά για μόρφωση πρέπει να είναι ανόμοια, εξατομικευμένη, διαφοροποιημένη ώστε να εμποδιστεί η σχολική αποτυχία εκείνων που είναι κοινωνικά υποβαθμισμένοι καθώς και η δημιουργία κοινωνικά προνομιούχων στρωμάτων (Κυπριωτάκης, 1989).

Έτσι ο δάσκαλος και γενικά η δομή του σχολείου αποτελούν βασικές παραμέτρους στις διαδικασίες μάθησης που πρέπει να ληφθούν ιδιαίτερα υπόψη (Κυπριωτάκης, 1989).

Πειράματα αποδεικνύουν ότι το σχολικό περιβάλλον και ιδιαίτερα ο δάσκαλος επιδρά αποφασιστικά στη μάθηση. Η φιλικότητα, η ευγένεια, η ενθάρρυνση, η αναγνώριση και η επιδοκιμασία και γενικότερα η παρότρυνση συντελούν στην άνοδο της επίδοσης. Αντιθέτως, η αποδοκιμασία, η αυταρχική συμπεριφορά, η καταπίεση και η ψυχική ένταση μέσα στην τάξη ευθύνονται για την εμφάνιση διαταραχών της μάθησης (Κυπριωτάκης, 1989).

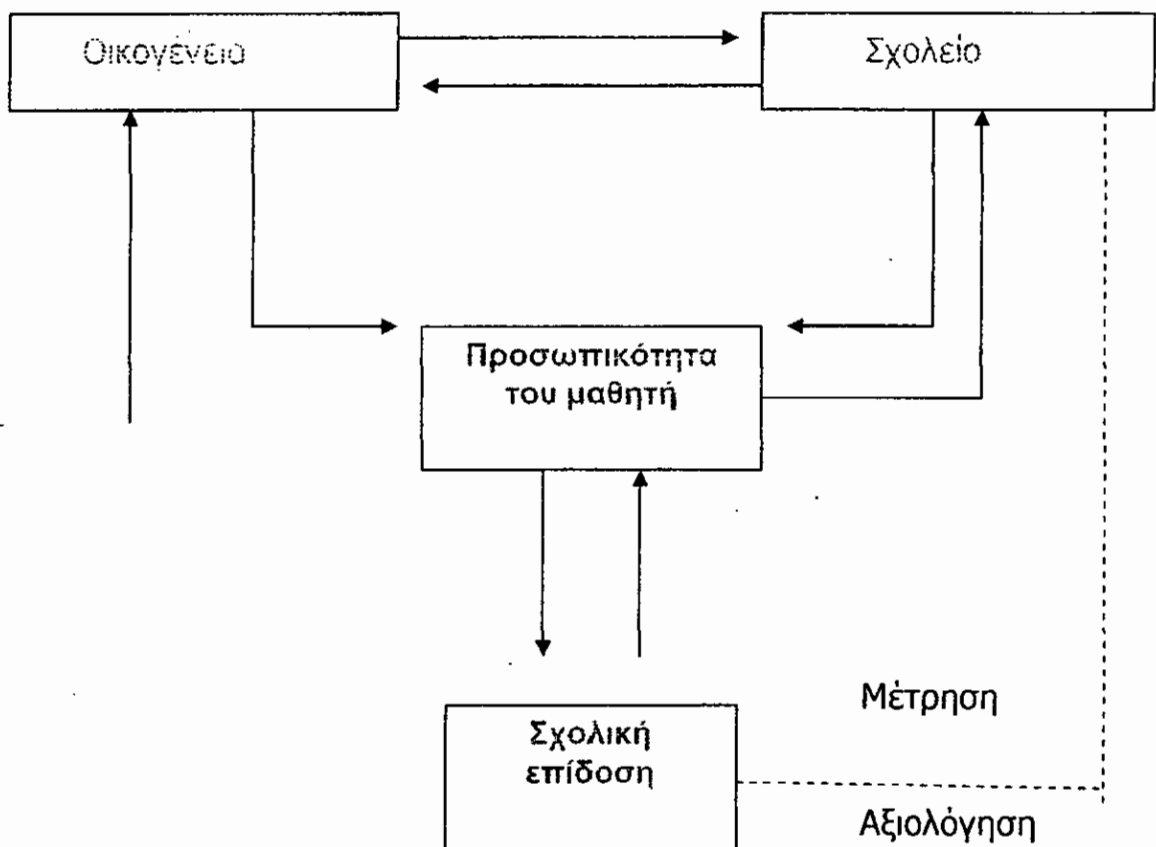
Γ. Αίτια οφειλόμενα σε ψυχικά αίτια

Στις διαδικασίες μάθησης ο μαθητής είναι αυτός που κατέχει την κεντρική θέση καθώς η μάθηση επηρεάζεται ή και εξαρτάται από τη σωματική, νευροφυσιολογική και ψυχολογική κατάσταση του (Κυπριωτάκης, 1989, Μάνος 1997).

Βάσει της εμπειρίας είναι βέβαιο πως η αδυναμία του ατόμου για συγκέντρωση της προσοχής του αποτελεί την πιο συχνή αιτία των σχολικών αποτυχιών. Αυτό είναι βέβαιο ευνόητο, αφού η σκέψη εξαρτάται από την ψυχική διάθεση και ισορροπία. Διαταραχή της προσοχής σημαίνει διάσπαση της σκέψης. Η διάσπαση της προσοχής οφείλεται περισσότερο σε εσωτερικά αίτια (ανησυχία) και λιγότερο σε εξωτερικά αίτια. Συχνά η διαταραχή της

προσοχής συνοδεύεται από την έλλειψη διάθεσης για δουλειά (Μάνος, 1997, Κυπριωτάκης, 1989)

Η ψυχική πίεση η οποία εκδηλώνεται με διάφορες μορφές, όπως άγχος, αγωνία, πίεση κ.λπ. επιδρά αρνητικά στην επίδοση των μαθητών και δημιουργεί βιώματα αποτυχίας και απογοήτευσης, ανησυχία και ανασφάλεια. Συνήθως παρατηρείται ότι η πίεση που ασκείται στο μαθητή από το σχολείο και την οικογένεια είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μεγαλύτερες είναι οι αδυναμίες του με αποτέλεσμα το πρόβλημα του να γίνεται πιο έντονο (Κυπριωτάκης, 1989).



της επίδοσης

Παράμετροι της σχολικής επιτυχίας ή αποτυχίας

Συμπτωματολογία

Βασικό γνώρισμα των παιδιών με διαταραχές μάθησης είναι η χαλάρωση σε ό,τι αφορά τις σχολικές ενασχολήσεις και δραστηριότητες και ουσιαστικά η γενικότερη πτώση των σχολικών επιδόσεων. Στο σχολικό μας μάλιστα σύστημα η ύπαρξη μαθησιακών διαταραχών επιβεβαιώνεται με τους χαμηλούς βαθμούς (Κυπριωτάκης, 1989).

Οι μαθητές με μαθησιακές διαταραχές αποστρέφονται στο σχολείο τους σε τέτοιο βαθμό ώστε συχνά να αποφεύγουν να περνούν ακόμα και έξω από το σχολείο (Κυπριωτάκης, 1989).

Συχνά πρόκειται για διαταραχές της παρώθησης, των κινήτρων για μάθηση. Λείπουν δηλαδή οι βασικές προϋποθέσεις για μάθηση. Λείπει η ετοιμότητα και η διάθεση για μάθηση. Οι μαθητές με διαταραχές μάθησης κατά την εκτέλεση των σχολικών εργασιών τους ζωγραφίζουν, μουτζουρώνουν βιβλία ή τετράδια, τρώνε, πίνουν, κοιτάζουν έξω, ονειροπολούν κ.λπ. (Κυπριωτάκης, 1989).

Η προσοχή διασπάται σε τέτοιο βαθμό ώστε ανακόπτεται η διαδικασία της μάθησης και παρουσιάζεται κατά συνέπεια η αποτυχία. Για να ετοιμάσουν στο σπίτι τις σχολικές εργασίες θέλουν να έχουν διαρκώς δίπλα τους κάποιο πρόσωπο και συνήθως το πρόσωπο αυτό είναι η μητέρα (Κυπριωτάκης, 1989).

Η συμπεριφορά τους μέσα στην τάξη γίνεται προβληματική. Προσπαθούν με κάθε τρόπο να επισύρουν την προσοχή των άλλων. Γίνονται επιθετικά, μουτζουρώνουν τα βιβλία και τα τετράδια των άλλων, μαλώνουν και προκαλούν ποικιλότροπα τα γένια των συμμαθητών τους. Επίσης τα ψέματα, οι μικροκλοπές, οι καυχησιολογίες αλλά και το ισχυρό κλείσιμο στον εαυτό τους, η απομόνωση, οι ονειροπολήσεις και το άγχος αποτελούν συνηθισμένα φαινόμενα (Κυπριωτάκης, 1989).

Το σύνδρομο των μαθησιακών διαταραχών συνοδεύεται συνήθως και από άλλα συμπτώματα, όπως είναι η ονυχοφαγία, το τράβηγμα των μαλλιών, τα τικ, η υπό και υπέρ κινητικότητα κ.ά. Επίσης εμφανίζονται συχνά διαταραχές στη λειτουργία διαφόρων οργάνων (επιτάχυνση ή μείωση των παλμών της καρδιάς, δυσκολίες στην αναπνοή, συχνή εφίδρωση, πόνοι στην κοιλιά και στο κεφάλι, πυρετός, διάρροια, δυσκοιλιότητα, ενούρηση ή και εγκόπριση κ.ά.). Ακόμη είναι δυνατόν να παρουσιαστούν αϋπνίες και υπερβολική κούραση (Κυπριωτάκης, 1989).

Συχνότητα

Το ποσοστό των μαθητών με μαθησιακές διαταραχές αυξάνει συνεχώς. Περίπου 10 μαθητές ανάμεσα στους 30 μιας τάξης παρουσιάζουν μαθησιακές διαταραχές οι οποίες ποικίλουν από 2% έως 10% (Κυπριωτάκης, 1989, Μάνος 1997).

Έρευνες της Strobe οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι το 1/3 των παιδιών με μαθησιακές διαταραχές έχει υψηλή νοημοσύνη (Δ.Ν.=120-129) και σχεδόν το 1/10 έχει πάρα πολύ ψηλή νοημοσύνη (Δ.Ν.=130-140). Μάλιστα η πλειονότητα (62,3%) των ατόμων με μαθησιακές διαταραχές σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, ανήκουν στο πάνω μέρος της κλίμακας νοημοσύνης (Κυπριωτάκης, 1989).

Με την ίδια έρευνα διαπιστώνεται ότι οι μαθησιακές διαταραχές εμφανίζονται πιο συχνά στις ηλικίες 9-11 ετών και κατά συνέπεια στο Δημοτικό Σχολείο (Κυπριωτάκης, 1989).

Επίσης οι μαθησιακές διαταραχές είναι πιο συχνές στα αγόρια και μάλιστα σε εκείνα των κατώτερων κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων (Κυπριωτάκης, 1989).

Πίνακας: Κατανομή των ατόμων με διαταραχές μάθησης ανάλογα με το νοητικό τους επίπεδο

Δείκτης νοημοσύνης	Ποσοστό επί τοις εκατό
Κάτω του 80	0,8%
80-89	0,0%
90-109	36,9%
110-119	20,5%
120-129	32,8%
130-139	9,0%

Πίνακας: Κατανομή των ατόμων με διαταραχές μάθησης ανάλογα με την ηλικία τους

Ηλικία σε έτη	Ποσοστό επί τοις εκατό
Κάτω των 6	5,1%
6-8	26,8%
9-11	37,7%
12-14	20,3%
15-17	8,7%
Πάνω των 17	1,4%

Αγωγή των διαταραχών της μάθησης

Διαταραχές στη μάθηση είναι δύσκολο να παρουσιαστούν σε παιδιά κάθε κατηγορίας (κανονικά – ειδικά παιδιά). Σε κάθε περίπτωση διαταραχής επιβάλλεται και διαφορετική αντιμετώπιση, που πρέπει οπωσδήποτε να είναι εξατομικευμένη. Απαραίτητες ενέργειες για την αντιμετώπιση του

προβλήματος σε όλες τις κατηγορίες παιδιών με μαθησιακές διαταραχές είναι η επισήμανση των πιθανών αιτιών, η απομάκρυνση ή τουλάχιστον η απομόνωση τους και στη συνέχεια η κάλυψη των κενών σε προηγούμενες γνώσεις. Στην αντίθετη περίπτωση εμποδίζονται ή και ανακόπτονται οι διαδικασίες μάθησης που ακολουθούν, με αποτέλεσμα το πρόβλημα να οξύνεται (Κυπριωτάκης, 1989).

Είναι λοιπόν κατανοητό ότι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών αυτών είναι απαραίτητες για να προστατέψουν το παιδί από την πτώση του ηθικού και της αυτοεκτίμησής του, από την απόρριψη που μπορεί να υποστεί από τους συνομήλικους του και τις επιπλοκές τους, που μπορεί να είναι απουσίες ή και εγκατάλειψη του σχολείου, δισπαστική συμπεριφορά, κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών (Μάνος, 1997).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των μαθησιακών διαταραχών είναι ειδική διορθωτική εκπαίδευση, που προσπαθεί να αποκαταστήσει την ελαττωματική δεξιότητα της ανάγνωσης, των μαθηματικών ή της γραπτής έκφρασης. Η θεραπευτική εκπαίδευση παρέχεται ατομικά ή σε ομάδες παιδιών με την ίδια διαταραχή μέσω της εξατομικευμένης, συμπληρωματικής ή της φροντιστηριακής διδασκαλίας, ενώ αυτά φοιτούν σε κανονικό σχολείο (Στάθης, Μάνος 1997).

Αν συνυπάρχουν συναισθηματικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς, μπορεί να χρειαστεί και ψυχοθεραπεία του παιδιού και συμβουλευτική παρέμβαση προς τους γονείς (Μάνος, 1997).

Η σχολική αγωγή αρχίζει με την είσοδο του παιδιού στο νηπιαγωγείο. Από τη στιγμή εκείνη το σχολείο μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση διαταραχών της μάθησης. Στο νηπιαγωγείο διαπιστώνονται συνήθως, για πρώτη φορά, ατομικές διαφορές στη νοημοσύνη, στην επίδοση, στην ικανότητα μάθησης κ.ά., που οφείλονται περισσότερο σε παράγοντες του περιβάλλοντος. Εδώ λοιπόν πρώτα με την εφαρμογή βοηθητικών

προγραμμάτων, όπου χρειάζεται, πρέπει να αντιμετωπίζονται οι διαφορές αυτές, ώστε να δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για μάθηση και για πρόληψη των διαταραχών της στις επόμενες σχολικές βαθμίδες (Κυπριωτάκης, 1989).

Στο Δημοτικό Σχολείο, όπου εκδηλώνονται πιο συχνά οι διαταραχές της μάθησης, πρέπει να επικρατεί πάντα ήρεμο ψυχολογικό κλίμα και να αναπτύσσονται κίνητρα για μάθηση. Στις περιπτώσεις εκδήλωσης διαταραχών, ο ειδικός δάσκαλος, με τη χρήση εποπτικών και βοηθητικών μέσων διδασκαλίας, με συμπληρωματική - φροντιστηριακή εργασία, συμπληρώνει τα κενά και προσφέρει βοήθεια στο μαθητή που την έχει ανάγκη, για να ξεπεράσει τις δυσκολίες του (Κυπριωτάκης, 1989).

Οι μαθητές χρησιμοποιούν ειδικά εποπτικά και βοηθητικά μέσα που ευνοούν την αυτενέργειά τους στις συμμετοχικές διαδικασίες της μάθησης. Η άσκηση κατέχει ιδιαίτερη θέση με σκοπό την ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών (Κυπριωτάκης, 1989).

Για να καρποφορήσει η εργασία μας στο βοηθητικό σχολείο - τάξη, πρέπει να στηρίζεται πάνω στις εξής αρχές:

- ❖ Η μάθηση να βασίζεται σε προηγούμενες μαθήσεις.
- ❖ Η εμπειρία είναι το καλύτερο ερέθισμα για την απόκτηση νέων γνώσεων.
- ❖ Να παρέχεται ευχέρεια χρόνου για επεξεργασία και εμπάθυνση του νέου.
- ❖ Η ύλη να ανταποκρίνεται στις ικανότητες του μαθητή και να του δίνεται η ευκαιρία επιτυχίας, ώστε να τυχαίνει της απαραίτητης επιδοκιμασίας.
- ❖ Η κινητοποίηση των πνευματικών δυνάμεων του μαθητή και η ετοιμότητά του για μάθηση γίνεται μόνο με τη χρησιμοποίηση αντίστοιχων κινήτρων και ερεθισμάτων.
- ❖ Η μάθηση είναι γόνιμη, όταν επικρατούν συνθήκες αμοιβαίας κατανόησης, ήρεμης και φιλικής ψυχικής ατμόσφαιρας και δημοκρατικών διαδικασιών (Κυπριωτάκης, 1989).

Για την ορθή αντιμετώπιση του προβλήματος των διαταραχών στη μάθηση πρέπει να έχουμε υπόψη μας και τα παρακάτω:

- 1)** Όταν ένας μαθητής αδυνατεί ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σχολείου, τότε πρέπει πρώτα να εντοπιστούν τα αίτια. Τα παιδιά υποφέρουν συχνά από ψυχικές διαταραχές, οι οποίες οφείλονται σε λαθεμένες βάσεις αγωγής.
- 2)** Όλα τα παιδιά έχουν ικανότητες και κάθε παιδί είναι ιδιαίτερα ικανό για κάτι. Πρέπει να βρούμε ποια είναι αυτή η ικανότητα και να το βοηθήσουμε να ζήσει τη χαρά της επιτυχίας στην περιοχή αυτή. Βιώματα χαράς που προέρχονται από τη μάθηση και την επιτυχία ενεργοποιούν τις γνωστικές λειτουργίες και οδηγούν στην πνευματική ανάπτυξη.
- 3)** Δεν υπάρχουν «οκνηροί» μαθητές. Αυτό που λέμε «οκνηρία» αποτελεί συχνά μια νευρωσική συμπεριφορά, από την οποία πρέπει να ελευθερώσουμε το μαθητή.
- 4)** Πρέπει να δούμε το σχολικό άγχος σαν ένα σύμπτωμα ψυχικής ανασφάλειας. Αγχώδη παιδιά πρέπει να αποκτήσουν θάρρος και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου.
- 5)** Η «αφηρημάδα» δεν διορθώνεται με «σκληρά μέτρα» και με «ασκήσεις θέλησης». Τα παιδιά που υποφέρουν από «αφηρημάδα» πρέπει να κρατηθούν μακριά από τους πολλούς θορύβους και τα πολλαπλά ερεθίσματα της σύγχρονης ζωής. Να τους χαρίσουμε τη χαρά, δίνοντας τους την ευκαιρία να κάνουν κάτι. Έτσι, μπορεί να αναπτυχθεί το ενδιαφέρον και η ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής πάνω σε ένα γνωστικό αντικείμενο για μεγάλο χρονικό διάστημα (επιμονή) (Κυπριωτάκης, 1989).

- 6) Η αποτυχία στη μάθηση οφείλεται συχνά σε λαθεμένες διαδικασίες μάθησης. Το παιδί πρέπει να μάθει την τεχνική της μάθησης (Κυπριωτάκης, 1989).
- 7) Για την απόρριψη (αποτυχία) του μαθητή δεν φταίει μόνο ο δάσκαλος. Ένοχοι είναι και οι γονείς. Οι γονείς πρέπει να συμμετέχουν και να διευκολύνουν τα παιδιά τους στη μάθηση. Σε πολλές περιπτώσεις η απόρριψη μπορεί να έχει θεραπευτικές δυνάμεις (Κυπριωτάκης, 1989).
- 8) Για να φοιτήσει ένα παιδί στο σχολείο πρέπει να είναι σχολικά ώριμο. Στην αντίθετη περίπτωση η σχολική αποτυχία είναι αναπόφευκτη (Κυπριωτάκης, 1989).

Z. Διαταραχές της συμπεριφοράς

Εισαγωγή

Ο κοινωνικός και πολιτιστικός περίγυρος ασκεί στο άτομο, κατά την διάρκεια της ανάπτυξής του, τεράστια επίδραση. Μορφοποιείται έτσι, ώστε να αναπτύσσονται τέτοιες μορφές συμπεριφοράς και αντίληψης, που να διευκολύνουν την προσαρμογή του. Πρόκειται για συμπλέγματα αλληλεπίδρασης, τα οποία βοηθούν το αναπτυσσόμενο άτομο να κοινωνικοποιηθεί. Η αναγνώριση των κανόνων που διέπουν την ομάδα και την κοινωνία γενικότερα, η γλώσσα που χρησιμοποιείται, ο τρόπος σκέψης και αίσθησης θεωρούνται για τα άτομα «αυτονόητα» και αποτελούν αλυσιδωτές διαδικασίες της μάθησης (Κυπριωτάκης, 1989).

Στην πλειονότητά τους οι διαταραχές της συμπεριφοράς οφείλονται σε δυσμενείς επιδράσεις του περιγυρου, σε ελλιπή ή λαθεμένη αγωγή, σε μη ευνοϊκές καταστάσεις ανάπτυξης (Κυπριωτάκης, 1989).

Θα μπορούσε, λοιπόν, να θεωρηθεί ότι κάθε πράξη που συγκρούεται με τα «αυτονόητα» του περιγυρου, κάθε μη «σωστή – αποδεκτή» αντίδραση

αποτελεί διαταραχή συμπεριφοράς. Άτομα με διαταραχές συμπεριφοράς θεωρούνται ανίκανα να προσαρμοστούν σε νέες καταστάσεις γιατί προβαίνουν είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα σε ενέργειες που εμποδίζουν την κοινωνική τους ενσωμάτωση, τη συναισθηματική και ψυχική τους ισορροπία, τη μορφωτική τους ανάπτυξη και κάποιες φορές βλάπτουν με την συμπεριφορά τους άλλους ανθρώπους (Κυπριωτάκης, 1989).

Γενικά, οι διαταραχές της συμπεριφοράς υποδηλώνουν την έλλειψη κοινωνικοποίησης και αποτελούν για το άτομο ένα σοβαρό και πολυδιάστατο πρόβλημα από παιδαγωγικής, ψυχολογικής και κοινωνιολογικής άποψης (Κυπριωτάκης, 1989).

Ιστορική αναδρομή

Οι πρώτες προσπάθειες για την αγωγή των ατόμων με διαταραχές συμπεριφοράς έγιναν κατά τον 18^ο με 19^ο αιώνα όπου μιλάμε για «παιδικά λάθη» και θεραπευτική αγωγή. Στη Γερμανία (Αμβούργο) ο Wichern J. H. (1808-1881) λειτούργησε ειδικό ίδρυμα – σχολείο για τα άτομα με διαταραχές συμπεριφοράς. Το έργο του Bosco (1815-1888), «Το προληπτικό σύστημα στην εκπαίδευση της νεολαίας (1877)», βασιζόμενο στην πρόληψη και όχι στην καταστολή, στην πλήρη απασχόληση του ατόμου, οδήγησε στην ίδρυση σχολείων – εργαστηρίων για τη μόρφωση των παιδιών με διαταραχές συμπεριφοράς (Κυπριωτάκης, 1989).

Από τα τέλη του προηγούμενου αιώνα θεσπίζονται νομοθετικά μέτρα από διάφορες κυβερνήσεις με σκοπό την προστασία, μόρφωση και κοινωνική έκταση των παιδιών και νέων με διαταραχές συμπεριφοράς (Κυπριωτάκης, 1989).

Στην Αυστρία, στην πόλη Oberhollabrunn, άρχισε το 1818 να λειτουργεί ένα ίδρυμα – σχολείο για απροστάτευτα παιδιά και στην Ελβετία

ειδικά οικοτροφεία – σχολεία για την παρατήρηση της συμπεριφοράς παιδιών και νέων που παρουσιάζουν προβλήματα αγωγής (Κυπριωτάκης, 1989).

Στη Ζυρίχη, η M. Sidler, το 1926 ίδρυσε την πρώτη τάξη παρατήρησης ψυχοπαθών. Ο Fuchs, το 1928 στο Βερολίνο, ίδρυσε τάξεις αγωγής δύσκολων παιδιών που φοιτούσαν στο Δημοτικό (Κυπριωτάκης, 1989).

Σοβαρές συνέπειες στην συμπεριφορά των ατόμων διαπιστώθηκαν μετά το πέρας του Β' Παγκοσμίου πολέμου λόγω της αλλαγής της νοοτροπίας και της αποξένωσης των ανθρώπων εξαιτίας της βιομηχανικής ανάπτυξης και της ραγδαίας ανόδου του τεχνικού πολιτισμού. Έτσι, οι κυβερνήσεις κινητοποιήθηκαν σχεδόν σε παγκόσμια κλίμακα, η κοινωνία ευαισθητοποιήθηκε και έστρεψε την προσοχή της στα άτομα αυτά (Κυπριωτάκης, 1989).

Σήμερα σε όλες σχεδόν τις πόλεις των αναπτυγμένων χωρών λειτουργούν ειδικά σχολεία ή ειδικές τάξεις με σκοπό την περίθαλψη και αγωγή των ατόμων με διαταραχές συμπεριφοράς. Στη χώρα μας λειτουργούν ένα (1) νηπιαγωγείο, έξι (6) ειδικά σχολεία και μία (1) ειδική επαγγελματική σχολή για κοινωνικά δυσπροσάρμοστα παιδιά (Κυπριωτάκης, 1989).

Λαμβάνοντας υπόψιν μας τις περιορισμένες δυνατότητες μάθησης που έχουν τα παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς λόγω προηγούμενων αποτυχιών, αποστροφής οποιασδήποτε δραστηριότητας σχετιζόμενης με το σχολείο κ.λπ., το σχολείο απαιτείται να δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες και ψυχική ατμόσφαιρα ώστε να εξασφαλίζεται η ενεργή συμμετοχή του μαθητή σε όλες τις δραστηριότητες (Κυπριωτάκης, 1989).

Η ύπαρξη σταθερού προγράμματος μαθημάτων και η καλή οργάνωση του ελεύθερου χρόνου του ατόμου συμβάλλουν στην επιτυχία της αγωγής (Κυπριωτάκης, 1989).

Έχει διαπιστωθεί ότι οι διαταραχές της συμπεριφοράς συνδέονται άμεσα με τα μέλη της οικογένειας και για αυτό για την επιτυχή αντιμετώπιση

του προβλήματος απαιτείται η συνεργασία με το παιδί, την οικογένεια, τους γονείς. Για τον λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητο το σχολείο να διατηρεί στενές επαφές και σχέσεις με την οικογένεια των ειδικών παιδιών ώστε να γίνεται γενική ή ειδική πληροφόρηση σχετικά με θέματα αγωγής σε επίπεδο είτε ατομικό είτε ομαδικό ανάλογα με την περίπτωση. Στους γονείς δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες προκειμένου να βοηθήσουν, στον βαθμό που μπορούν, στην αντιμετώπιση του προβλήματος του παιδιού (Κυπριωτάκης, 1989).

Σε περίπτωση που η συμπεριφορά του παιδιού οφείλεται σε ψυχικά προβλήματα των γονέων (π.χ. διάφορες νευρώσεις, λαθεμένες στάσεις και θέσεις κ.ά.) πρέπει να γίνει προσπάθεια από ψυχολόγο να βελτιώσει τη συμπεριφορά των γονέων με κατάλληλη ψυχοθεραπεία ώστε να αποδώσουν οι παιδαγωγικές επιδράσεις που εφαρμόζονται στον μαθητή (Κυπριωτάκης, 1989).

Ορισμός

Σύμφωνα με τον Α. Κυπριωτάκη (1989), διαταραχή της συμπεριφοράς αποτελεί «κάθε πράξη που συγκρούεται με τα «αυτονόητα» του περίγυρου, κάθε μη «σωστή» αντίδραση. Στο σύνολό τους οι διαταραχές της συμπεριφοράς θεωρούνται σαν ανικανότητα του ατόμου να προσαρμοστεί στις νέες καταστάσεις. Άτομα με διαταραχές της συμπεριφοράς προβαίνουν ενσυνείδητα ή ασυνείδητα σε ενέργειες που εμποδίζουν την κοινωνική τους ενσωμάτωση, στη συναισθηματική και ψυχική τους ισορροπία και τη μορφωτική τους ανάπτυξη ή βλάπτουν με αυτές άλλους ανθρώπους» (Κυπριωτάκης, 1989).

Συμπτωματολογία

Με την παρατήρηση μπορούμε να διαπιστώσουμε τις μορφές με τις οποίες εκδηλώνονται οι διαταραχές της συμπεριφοράς. Άλλοτε η παρατήρηση

στρέφεται σε αυτό που βλέπουμε, την επιφάνεια οπότε και μιλάμε για φαινομενολογική θεώρηση του προβλήματος και εξετάζουμε τις αντιδράσεις του ατόμου στο σωματικό τομέα, στην έκφραση, στη μάθηση και επίδοση του στο σχολείο, καθώς και στον κοινωνικό τομέα (Κυπριωτάκης, 1989, Δημήτρης Μαντές).

Άλλοτε βέβαια η προσοχή μας στρέφεται στην «εσωτερική» διάσταση του προβλήματος στις ψυχικές διαδικασίες, που «ευνοούνται» με αυτό που εκδηλώνεται, η συμπεριφορά, οπότε και μιλάμε για τη λειτουργική διάσταση του προβλήματος. Τα παιδιά αυτά υποφέρουν από χρόνιες ψυχικές συγκρούσεις και από χρόνια υπαρξιακά βιώματα. Δεν έχουν πάρει τον απαραίτητο ψυχικό και πνευματικό εξοπλισμό για να αντιμετωπίσουν τη ζωή και έτσι συναντούν καθημερινά και παντού ανυπέβλητες δυσκολίες (Δ. Μαντές).

1. Φαινομενολογική θεώρηση

Το άτομο με διαταραχές της συμπεριφοράς παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα στους εξής τομείς:

- **Σωματικός τομέας:** Το άτομο παρουσιάζει δυσλειτουργίες στο πεπτικό σύστημα, στο κυκλοφοριακό σύστημα, στην αναπνοή, στην κίνηση κ.λπ. (Κυπριωτάκης, 1989).

Όσον αφορά την ίδια την συμπεριφορά, εντοπίζουμε τα παρακάτω συμπτώματα:

- **Έκφραση:** Εντοπίζονται διαταραχές στην γλώσσα, δυσθυμίες, φρονιμάδα, αγωνία, κακή στάση, ορμητικότητα και καταστροφικές τάσεις (Κυπριωτάκης, 1989).
- **Μάθηση και επίδοση:** Παρατηρείται μειωμένη μάθηση και μερική ή ολική πτώση της επίδοσης λόγω της αδιαφορίας και της απέχθειας του ατόμου για το σχολείο και τις σχολικές εργασίες, λόγω της ελλιπούς

προσοχής και παρώθησης και τέλος λόγω των γλωσσικών, αντιληπτικών και κινητικών διαταραχών που παρουσιάζει (Κυπριωτάκης, 1989).

- **Κοινωνικός τομέας:** Στα άτομα αυτά αναφύονται σοβαρά προβλήματα κατά την διαδικασία της κοινωνικοποίησης τους με τα εξής συμπτώματα:
 - ο Έλλειψη συνεργασίας
 - ο Ελλιπής ή αδιαφοροποίητη ικανότητα για επαφές και ανάπτυξη σχέσεων
 - ο Μέτρια κοινωνική ενσωμάτωση
 - ο Αυτισμός
 - ο Δυσσάρεσκεια και καυγάδες με ανθρώπους που ανήκουν στον περίγυρό τους
 - ο Ψυχωσικές διαταραχές
 - ο Εξάρτηση από ουσίες (Κυπριωτάκης, 1989).
- **Αξίες:** Από την συμπεριφορά κάθε ανθρώπου διαφαίνεται κατά πόσο τηρούνται ή καταπατούνται οι κοινωνικοί και πολιτιστικοί κανόνες (αξίες).

Τα άτομα με διαταραχές της συμπεριφοράς καταπατούν ή και αρνούνται την παράδοση, τα ήθη και έθιμα, την ηθική, το δίκαιο, τη θρησκεία, τις αρχές του ανθρωπισμού κ.λπ. (Κυπριωτάκης, 1989).

2. Λειτουργική θεώρηση

Σε περίπτωση που το άτομο παρουσιάζει διαταραχές της συμπεριφοράς τι ο ερώτημα που συνήθως τίθεται είναι «ποιες ψυχικές διαδικασίες πραγματοποιούνται στο άτομο με διαταραχές της συμπεριφοράς;» (Κυπριωτάκης, 1989).

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι, εξαιτίας ελλιπούς ή λαθεμένης αγωγής, τα άτομα με διαταραχές συμπεριφοράς υποφέρουν από χρόνιες ψυχικές συγκρούσεις και από χρόνια υπαρξιακά βιώματα. Δεν πήραν τον απαραίτητο ψυχικό και πνευματικό εξοπλισμό ώστε να καταστούν ικανά να αντιμετωπίσουν τη ζωή. Συναντούν καθημερινά και παντού ανυπέρβλητες

δυσκολίες. Έτσι, διαταράσσεται η ψυχική τους ισορροπία και εκδηλώνεται μια «έντονη αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς», που συνεπάγεται εσωτερική σύγκρουση με έκδηλα συμπτώματα ανησυχίας (Κυπριωτάκης, 1989).

Αίτια

Τα αίτια που συντελούν στην εμφάνιση των διαταραχών της συμπεριφοράς είναι πολλά και ποικίλα και απαιτείται ειδική γνώση και πείρα για την εξιχνίαση και επισήμανσή τους καθώς η αναζήτηση και ο εντοπισμός τους αποτελούν τον θεμέλιο λίθο της θεραπευτικής παιδαγωγικής. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται πολλές τεχνικές μεταξύ των οποίων οι περισσότερο προτιμητέες είναι η «βιογραφική» και η «κλινική» μέθοδος (Κυπριωτάκης, 1989).

Αν δεχτούμε ότι η αγωγή αποτελεί φαινόμενο κοινωνικής αλληλεπίδρασης, η οποία βοηθάει το άτομο στα πρώτα χρόνια της ζωής του να ενσωματωθεί στην κοινωνία που ανήκει (κοινωνικοποίηση), να γίνει αυτόνομο μέλος που σκέπτεται ελεύθερα, τότε τα αίτια των διαταραχών της συμπεριφοράς προέρχονται από το ίδιο το άτομο (οργανικά αίτια) ή από δυσμενείς επιδράσεις του περιγύρου (Κυπριωτάκης, 1989).

A. Οργανικά αίτια

Από ιατρικής απόψεως, τα οργανικά αίτια που πιθανόν οφείλονται για την ύπαρξη διαταραχών της συμπεριφοράς είναι:

- 1.** Σωματική αναπηρία
- 2.** Ανωμαλίες και παθήσεις της καρδιάς
- 3.** Βλάβες του εγκεφάλου (μεγάλο ποσοστό ατόμων με διαταραχές της συμπεριφοράς παρουσιάζει βλάβες του εγκεφάλου).
- 4.** Λειτουργικές διαταραχές (διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος, του μεταβολισμού, νευροπάθειες, ψυχώσεις, νοητική ανεπάρκεια, ασθένειες,

χρήση ουσιών στις οποίες εθίζεται το άτομο) (Δ. Μαντές, Κυπριωτάκης, 1989).

B. Δυσμενείς επιδράσεις του περιγυρου

1. Η ελλιπής αγωγή (παιδαγωγική άποψη)

- i. **Εγκατάλειψη:** Το παιδί που αναπτύσσεται χωρίς να μαθαίνει «σωστές» μορφές συμπεριφοράς παρουσιάζει έλλειψη προτύπων, παρώθησης και ενδιαφερόντων. Επίσης, μπορεί να υιοθετήσει και αρνητικές μορφές συμπεριφοράς (αρνητικά πρότυπα) ικανοποιώντας εγωιστικές του ανάγκες (Κυπριωτάκης, 1989).
- ii. **Σφάλματα στον προσανατολισμό:** Το άτομο αναπτύσσει σχήματα συμπεριφοράς με τα οποία δεν έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει «σωστά» γεγονότα και καταστάσεις (δυσκολίες κοινωνικοποίησης, π.χ. σκόπιμη ή αθέλητη επιδοκιμασία λαθεμένης συμπεριφοράς, σκόπιμη ή αθέλητη αποδοκιμασία σωστής συμπεριφοράς, ελλιπής ή άσκοπη προσφορά προτύπων, έλλειψη παρώθησης κ.ά.) (Κυπριωτάκης, 1989).
- iii. **Ασυνέπεια.** Αλληλοσυγκρούονται οι μορφές συμπεριφοράς που προσφέρονται. Στη γλώσσα της κυβερνητικής και των ηλεκτρονικών εγκεφάλων θα λέγαμε ότι τα άτομα «προγραμματίζονται» αντιφατικά, όταν είναι δέκτες αντιμαχόμενων μορφών συμπεριφοράς. Κάτω από τέτοιες συνθήκες αναπτύσσουν συναισθήματα αβεβαιότητας, ανασφάλειας, καταστάσεις άγχους, στρες και γενικά ψυχικής πίεσης (Κυπριωτάκης, 1989).
- iv. **Εμπόδια:** Οι δυνατότητες του παιδιού για ανάπτυξη μειώνονται σημαντικά λόγω των μορφών συμπεριφοράς που υιοθετούνται. Ο αυθορμητισμός, η λήψη πρωτοβουλίας και η δημιουργική σκέψη, απαραίτητα για την κοινωνική προσαρμογή και ανέλιξη του ατόμου, περιορίζονται ουσιαστικά γιατί το άτομο ζει και κινείται μέσα σε

προκαθορισμένα πλαίσια – «καλούπια» και με αυτόν τον τρόπο δεν γίνεται τίποτα άλλο παρά ένας αυτόματος μηχανικός (Κυπριωτάκης, 1989).

2. Κοινωνικά – ψυχικά αίτια

Από κοινωνιολογική και ψυχολογική άποψη τα αίτια που ευθύνονται για τις διαταραχές της συμπεριφοράς, είναι τα εξής:

- i. Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό στρώμα (φτώχεια)
- ii. Η στενότητα χώρου στο σπίτι, στο σχολείο, στη θέση εργασίας
- iii. Η έλλειψη χώρου για παιχνίδι
- iv. Ο μεγάλος αριθμός ατόμων στην τάξη (απρόσωπη επικοινωνία)
- v. Η ηχορύπανση και οι θόρυβοι
- vi. Η φτώχεια ή η υπερπροσφορά ερεθισμάτων
- vii. Η συχνή αλλαγή ομάδας, δάσκαλου, κατοικίας
- viii. Η έλλειψη ή η απουσία γονέων ή αδελφών
- ix. Η έλλειψη ψυχικού δεσμού ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.
- x. Η ένταση της οικογενειακής ή και της σχολικής ατμόσφαιρας
- xi. Οι συχνές καταστάσεις ματαίωσης και στρες
- xii. Ο ιδρυματισμός
- xiii. Η έλλειψη προληπτικών μέτρων για την αποτροπή αρνητικών περιβαλλοντικών επιδράσεων (Κυπριωτάκης, 1989).

Συχνότητα

Εφόσον ο κάθε μαθητής διαφοροποιείται από τους άλλους μαθητές μέσα στην ομάδα, στην τάξη, πολλές φορές οι διαταραχές της συμπεριφοράς εντοπίζονται για πρώτη φορά στο σχολείο. Οι διαφορές δε και οι αποκλίσεις είναι εμφανείς μόνο με τη σύγκριση (Κυπριωτάκης, 1989).

Έτσι, μετά από παρατηρήσεις δασκάλων, οι μαθητές στις Η.Π.Α. που εμφανίζουν προβλήματα προσαρμογής αποτελούν το 8% του μαθητικού

πληθυσμού και η αναλογία ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια είναι 4:1. Το Γραφείο Εκπαίδευσης των Η.Π.Α. καταγράφει ότι 2% των παιδιών της σχολικής ηλικίας παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές (Κυπριωτάκης, 1989).

Αξιοσημείωτη είναι η πληροφορία ότι, τα άτομα με διαταραχές της συμπεριφοράς στην Ευρώπη, και πιο συγκεκριμένα στη Δυτική Γερμανία, είναι πολύ λιγότερα (Κυπριωτάκης, 1989).

Η έρευνα του Wagner (Αμβούργο 1957), έδειξε ότι, από τους 42.000 μαθητές που εξετάστηκαν, 1,5% παρουσίασαν βαριάς μορφής διαταραχές της συμπεριφοράς και 8,5% ήπιας μορφής. Από τις υπηρεσίες προγραμματισμού ανέγερσης διδακτηρίων της ίδιας περιοχής υπολογίζεται ότι κατά ανώτατο όριο 1% των μαθητών του Δημοτικού σχολείου παρουσιάζουν διαταραχές της συμπεριφοράς και χρειάζονται σχολική παιδαγωγική αντιμετώπιση (βοήθεια). Με άλλες έρευνες διαπιστώθηκε ότι οι διαταραχές της συμπεριφοράς είναι πιο συχνές σε παιδιά που ανήκουν σε οικογένειες κατώτερων κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων (27,9%), ενώ σε παιδιά οικογενειών ανώτερων στρωμάτων το ποσοστό είναι ασύγκριτα μικρότερο (11,8%) (Κυπριωτάκης, 1989).

Τα ποσοστά των παιδιών με διαταραχές της συμπεριφοράς είναι υπερβολικά υψηλά όταν προέρχονται από διαταραγμένες οικογένειες. Πιο συγκεκριμένα, παιδιά που ζουν με τις χωρισμένες μητέρες τους εμφανίζουν διαταραχές της συμπεριφοράς σε ποσοστό 42,1%, εξώγαμα παιδιά που ζουν με τις μητέρες τους 38,21% και σε παιδιά που ζουν σε άλλες οικογένειες και θετούς γονείς 28,6%. Το 16,9% των ατόμων με διαταραχές της συμπεριφοράς προέρχονται από μη πλήρεις οικογένειες και μόνο το 8,6% των ατόμων αυτών προέρχονται από πλήρεις οικογένειες (Κυπριωτάκης, 1989).

Έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε σε ειδικό σχολείο του Βερολίνου έδειξε ότι στο 80% των οικογενειών που είχαν παιδιά με διαταραχές της συμπεριφοράς υπήρχε έλλειψη εσωτερικής οικογενειακής ασφάλειας και συνοχή ανάμεσα στα μέλη τους (Κυπριωτάκης, 1989).

Ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων με διαταραχές της συμπεριφοράς οφείλεται συχνά σε εγκεφαλικές βλάβες ενώ ο Stutie (1958), διαπίστωσε ότι στην εμφάνιση των διαταραχών συμπεριφοράς συντελούν οι κακές περιβαλλοντικές συνθήκες στο 94% των περιπτώσεων (Κυπριωτάκης, 1989).

Ειδική αγωγή του παιδιού με διαταραχές της συμπεριφοράς

Σύμφωνα με τον Α. Κυπριωτάκη (1989), βασική προϋπόθεση αγωγής των παιδιών με διαταραχές της συμπεριφοράς είναι η σωστή διάγνωση, δηλαδή ο προσδιορισμός των αιτιών που προκάλεσαν τις διαταραχές και ο βαθμός έξαρσης των συμπτωμάτων τους. Τότε μόνο μπορεί να καθοριστεί η μορφή και τα πλαίσια των στόχων της αγωγής κάθε παιδιού αφού δεν υπάρχει ένας ενιαίος τύπος των παιδιών με διαταραχές της συμπεριφοράς. Για τον λόγο αυτόν σε κάθε περίπτωση προηγείται η διάγνωση και η νοοτροπία από όπου απορρέει η μορφή της αγωγής που θα εφαρμοστεί στην συνέχεια (Κυπριωτάκης, 1989).

Στις περιπτώσεις λαθεμένης αγωγής επιχειρείται η αλλαγή του τρόπου συμπεριφοράς με την εφαρμογή αντίστοιχων ψυχοπαιδαγωγικών μέσων. Όταν το παιδί έχει χάσει την ικανότητα μερικά ή ολικά να δεχτεί αγωγή, τότε πρέπει να εφαρμοστεί κατάλληλη ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία στις περιπτώσεις αυτές εντάσσεται φυσικά μέσα στα σχολικά πλαίσια και αποτελεί μια βασική ανάμεσα στις άλλες αγωγή (Κυπριωτάκης, 1989).

Κάθε μορφή αγωγής πρέπει να ξεκινά με βάση τη ψυχοσωματική ολότητα κάθε μαθητή, με όλες τις ιδιαιτερότητές του, για να έχει πιθανότητες επιτυχίας. Το να δεχτούμε το μαθητή όπως αυτός είναι και να του

προσφέρουμε τρόπους και μέσα εργασίας που οδηγούν στην επιτυχία είναι η καλύτερη παρώθηση (Κυπριωτάκης, 1989).

Απαραίτητο είναι να ληφθούν από πριν υπόψη οι μειωμένες δυνατότητες για μάθηση των παιδιών αυτών εξαιτίας προηγούμενων αποτυχιών, και το σχολείο να δημιουργήσει κατάλληλες συνθήκες ώστε να είναι εξασφαλισμένη η ενεργός συμμετοχή του μαθητή σε όλες τις διαδικασίες της μάθησης. Εξάλλου ένα σταθερό πρόγραμμα μαθημάτων και μια ορθή οργάνωση του ελεύθερου χρόνου συντελούν αποφασιστικά στην επιτυχία της αγωγής (Κυπριωτάκης, 1989).

Επίσης για ριζική αντιμετώπιση του προβλήματος απαιτείται να ληφθεί υπόψη και το πιο στενό περιβάλλον του παιδιού, η οικογένεια, οι γονείς του. Για το σκοπό αυτό το σχολείο θα πρέπει να διατηρεί σταθερές και συστηματικές επαφές με τους γονείς των παιδιών με διαταραχές της συμπεριφοράς με κατάλληλες συμβουλές και σχετικές υποδείξεις καθώς επίσης και με ειδική πληροφόρηση πάνω σε θέματα αγωγής με ομαδικό και ατομικό επίπεδο (Κυπριωτάκης, 1989).

Βέβαια υπάρχουν και περιπτώσεις που η συμπεριφορά του παιδιού οφείλεται σε ψυχικά προβλήματα των γονέων (νευρώσεις κ.λπ.) οπότε και είναι απαραίτητη η κατάλληλη ψυχοθεραπεία προς αυτούς από ειδικούς ψυχολόγους, με στόχο την ουσιαστική βοήθεια του παιδιού (Κυπριωτάκης, 1989).

H. Εγκεφαλική παράλυση

Η εγκεφαλική παράλυση, ονομαζόμενη μέχρι προ ολίγων ετών και «νόσος του Little», δεν είναι μια ασθένεια. Είναι μια πολύπλοκη κατάσταση διαταραχής της σωματικής κινητικότητας και των στάσεων του σώματος του παιδιού. Είναι μια μόνιμη κατάσταση σωματικής και κινητικής δυσλειτουργίας

που μπορεί όμως να μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου, λόγω της γενικής ωρίμανσης του παιδιού ή με τη βοήθεια θεραπείας και άσκησης. Η κινητική αυτή δυσλειτουργία, η παράλυση, η μυϊκή αδυναμία εμφανίζεται στα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου και οφείλεται στην παθολογία του εγκεφάλου. Δηλαδή είτε σε κακή εγκεφαλική ανάπτυξη, είτε σε βλάβη του κινητικού κέντρου, μια βλάβη που παραμένει σε όλη τη ζωή του ανθρώπου. Η εγκεφαλική παράλυση μπορεί να εκκολάπτεται από τη στιγμή της σύλληψης και σε όλη τη διάρκεια της ενδομήτριας ανάπτυξης. Μπορεί επίσης να επισυμβεί κατά τον τοκετό ή μετά από αυτόν (Κρουσταλάκης, 2000).

Η εγκεφαλική αυτή δυσλειτουργία είναι ένα σύνδρομο, το οποίο συνήθως εκτός από την κινητική μειονεξία, παρουσιάζει δευτερογενώς και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την εγκεφαλική βλάβη: διανοητική καθυστέρηση, αισθητηριακή και αντιληπτική δυσλειτουργία, διαταραχή λόγου, προβλήματα συναισθηματικής φύσεως (Κρουσταλάκης, 2000).

Τα παιδιά που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση τα ονομάζουν συνήθως «σπαστικά παιδιά». Ο όρος όμως αυτός είναι ελλιπής και γι' αυτό το λόγο δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιείται για όλες τις περιπτώσεις της εγκεφαλικής παράλυσης (Κρουσταλάκης, 2000).

Αίτια

Η νόσος περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Little, το 1853. Από τότε πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με την εγκεφαλική παράλυση (www.care.gr).

Έχει διαπιστωθεί ότι η παθολογοανατομική αλλοίωση συμβαίνει στον εγκέφαλο, ο δε βαθμός αυτής της αλλοίωσης εξαρτάται από τον χρόνο που επήλθε. Όπως είναι γνωστό από την εβρουολογία γύρω στον 3^ο με 4^ο μήνα της εμβρυϊκής ζωής τα εγκεφαλικά κύτταρα διαφοροποιούνται δηλαδή το κάθε κύτταρο λαμβάνει συγκεκριμένη θέση για τη μετέπειτα λειτουργία του. Συνεπώς κάποια βλάβη σε αυτό το χρονικό διάστημα θα έχει σαν αποτέλεσμα

την αλλαγή ενδεχομένως όλης της κατασκευής και λειτουργίας του εγκεφάλου. Ωστόσο η βλάβη του εγκεφάλου είναι δυνατόν να γίνει και κατά τον τοκετό ή και μετά τη γέννηση δηλαδή στη βρεφική ή πρώτη παιδική ηλικία. Τέλος υπάρχουν παράγοντες που δρουν αρνητικά στο έμβρυο και πριν τον τοκετό (www.care.gr).

Οι παράγοντες που δρουν αρνητικά στο έμβρυο πριν τον τοκετό είναι το κάπνισμα, ο αλκοολισμός, διάφορες μητρικές λοιμώξεις (ερυθρά, σύφιλη κ.λπ.), διάφορα τοξικά φάρμακα που πιθανόν χρησιμοποίησε η μητέρα, η επίδραση ακτινοβολίας καθώς και διάφορες καταστάσεις που πιέζουν το έμβρυο μέσα στην κοιλιά μητέρας και παρεμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο του εμβρύου (www.care.gr).

Οι παράγοντες που δρουν αρνητικά στο έμβρυο κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι η περιγεννητική ασφυξία, οι περιγεννητικές μηχανικές κακώσεις, η καισαρική τομή καθώς και η πρωιμότητα με ελλιπές βάρος. Αποτέλεσμα αυτών είναι η εκφύλιση του εγκεφάλου και η αναστολή της περαιτέρω ανάπτυξης του νευρικού συστήματος (www.care.gr).

Τέλος οι παράγοντες που δρουν αρνητικά στο έμβρυο μετά τον τοκετό είναι ο νεογνικός ίκτερος, τα αγγειακά επεισόδια, οι λοιμώξεις (μηνιγγίτιδες, εγκεφαλίτιδες μετά από ιλαρά, ανεμοβλογιά κ.λπ.) και τα ατυχήματα (www.care.gr).

Η εγκεφαλική παράλυση ανάλογα με τα κλινικά συμπτώματα διακρίνεται στη σπαστική μορφή, την αθροιστική, την αταξική, την ακαμψία, την τρομώδη τη δυστονία και τη μικτή μορφή. Η σπαστική μορφή είναι η πλέον συνηθισμένη και οφείλεται σε βλάβη της κινητικής περιοχής του εγκεφάλου. Σε αυτήν παρατηρείται υπερτονία(υπερβολική αύξηση του μυϊκού τόνου), ζωνρά έως και παθολογικά αντανακλαστικά (www.care.gr).

Η εξέλιξη της εγκεφαλικής παράλυσης ποικίλλει ανάλογα με τη μορφή. Σε βαριές μορφές το παιδί δεν ζει περισσότερο από 2-3 χρόνια, συνήθως

καταλήγει από κάποια βρογχοπνευμονική επιπλοκή, άλλοι ασθενείς ζουν με βαρεία σπαστικότητα και με σοβαρή κινητική και διανοητική αναπηρία για αρκετά χρόνια. Σε λιγότερο βαριές καταστάσεις παρατηρείται μικρός βαθμός βελτιώσεως της κινητικότητας του ασθενούς ενώ σε ελαφρές μέχρι μέσης βαρύτητας καταστάσεις υπάρχουν δυνατότητες σημαντικής βελτίωσης (www.care.gr).

Μορφές εγκεφαλικής παράλυσης

Σύμφωνα με τον ανατομικό εντοπισμό και τη διάδοση της κινητικής δυσλειτουργίας του παιδιού, οι ειδικοί διακρίνουν τις ακόλουθες μορφές εγκεφαλοπάθειας:

- ❖ **Μονοπληγία:** έχει προσβληθεί μόνο το ένα άκρο του παιδιού.
- ❖ **Διπληγία:** αδυναμία παρουσιάζουν και τα τέσσερα άκρα, ιδιαίτερη όμως βλάβη παρατηρείται συνήθως στα κάτω άκρα.
- ❖ **Τριπληγία:** παρουσιάζεται διαταραχή σε τρία άκρα στα πόδια και στο ένα χέρι.
- ❖ **Τετραπληγία:** παρουσιάζουν μειονεξία και τα τέσσερα άκρα, δηλαδή ολόκληρο το σώμα.
- ❖ **Ημιπληγία:** έχει προσβληθεί το ημιμόριο του σώματος.
- ❖ **Παραπληγία:** έχουν προσβληθεί μόνο τα κάτω άκρα (Κρουσταλάκης, 2000).

Διαταραχές που σχετίζονται με την εγκεφαλική παράλυση

Οι διάφορες μορφές δυσλειτουργίας του εγκεφάλου μπορούν να προκαλέσουν κι άλλες διαταραχές που συναρπάζουν το εγκεφαλικό σύνδρομο (Κρουσταλάκης, 2000).

Οι δυσλειτουργίες και διαταραχές αυτές μπορεί να συμβαίνουν σε επίπεδο διανοητικής ανάπτυξης και λειτουργίας, μπορεί να είναι ψυχολογικού

– συναισθηματικού τύπου, διαταραχές του λόφου ή ατέλειες οπτικοκινητικής αντίληψης κ.ά.

1. Δυσλειτουργίες διανοητικής φύσεως. Τα ίδια αίτια που προξενούν εγκεφαλική παράλυση επηρεάζουν και το επίπεδο διανοητικής ανάπτυξης του παιδιού. Πάντως γενικά υπάρχει μικρή άμεση σχέση μεταξύ κινητικής δυσλειτουργίας και πνευματικής ανάπτυξης του παιδιού (Κρουσταλάκης, 2000).
2. Ψυχολογικές διαταραχές. Οι διαταραχές που εμφανίζονται στον ψυχισμό ενός παιδιού με εγκεφαλική δυσλειτουργία αφορούν στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του. Ένα παιδί με ψυχοκινητικές διαταραχές διαθέτει συνήθως ένα πλούσιο συναισθηματικό κόσμο και μια έντονη τάση για προσήλωση σε πρόσωπα και περιβάλλοντα και για επικοινωνία. Παρόλα αυτά εκδηλώνει μια ιδιόμορφη συμπεριφορά με κύρια χαρακτηριστικά τη νωθρότητα και την τάση για εξάρτηση (Κρουσταλάκης, 2000).
3. Αισθητηριακές διαταραχές. Οι οπτικές δυσλειτουργίες είναι συχνές στις περιπτώσεις εγκεφαλικής παράλυσης. Επηρεάζουν αρνητικά την πνευματική ανάπτυξη αλλά και τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού. Δημιουργούν επίσης ανυπέρβλητα εμπόδια στον τομέα της εκπαίδευσής του και ιδιαίτερα στην ανάγνωση και τη γραφή (Κρουσταλάκης, 2000).
4. Αισθητικές και αντιληπτικές δυσλειτουργίες. Την εγκεφαλική παράλυση σε όλες τις μορφές της, συνοδεύουν συνήθως εκτός από τις οπτικές και ακουστικές δυσλειτουργίες, και ορισμένες άλλες διαταραχές, που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την «κινητικότητα» του παιδιού, υπό την ευρύτερη σημασία του όρου αυτού. Οι διαταραχές αυτές αφορούν στην «αισθητικότητα» ή την «αντιληπτότητα» του ασθενικού παιδιού (www.athens2004.gr).

α. Οι αισθητικές δυσλειτουργίες

Η αισθητικότητα αναπτύσσεται σταδιακά και φθάνει στο ύψιστο σημείο της ωριμάνσεως της περί το 10^ο έτος της ηλικίας του παιδιού. Η αδυναμία αυτή του παιδιού επηρεάζει την κινητικότητά του, του μειώνει τις κινητικές δεξιότητες και την ικανότητα ελέγχου και χειρισμού των κινήσεων. Συνήθως ένα παιδί που παρουσιάζει τέτοιες δυσλειτουργίες δεν ανταποκρίνεται θετικά στα αντίστοιχα προγράμματα θεραπείας και ειδικής αγωγής (Κρουσταλάκης, 2000).

β. Αντιληπτικές δυσλειτουργίες

Οι όροι αντίληψη και αντιληπτικότητα προσέλαβαν τις τελευταίες δεκαετίες μια ευρύτερη νοηματική διάσταση. Διαταραχές αντίληψης και διανόησης παρουσιάζονται συχνά σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση. Η αντιληπτική αδυναμία είναι δυνατό να παρατηρηθεί και να διερευνηθεί σε παιδιά ασθενικά, τη στιγμή που προσπαθούν να οργανώσουν ένα γεωμετρικό σχήμα ή ένα στερεομετρικό σύνολο με τα τμήματά του (Κρουσταλάκης, 2000).

Οι σημαντικότερες αντιληπτικές διαταραχές είναι:

- ✘ **Διαταραχές αντίληψης του χώρου, του χρόνου και της κατεύθυνσης**, δηλαδή αδυναμία οργάνωσης του χωρο-χρόνου και του προσανατολισμού.
- ✘ **Διαταραχές της εικόνας του σώματος**. Η έννοια της σωματικής εικόνας αναπτύσσεται σταδιακά στο φυσιολογικό παιδί από τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο με ένα παιδί, που παρουσιάζει εγκεφαλική δυσλειτουργία. Αυτό ξεκινά τη ζωή του με ένα μειονεκτικό – ανάπηρο σώμα. Αδυνατεί να συλλάβει την έννοια της σωματικής του μειονεξίας, να προσδιορίσει τα μέλη του σώματός του και να περιγράψει τις κινήσεις του (Κρουσταλάκης, 2000).

- ✘ **Οπτικοκινητικές δυσλειτουργίες.** Συνήθως τα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση παρουσιάζουν υστέρηση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που απαιτούν συντονισμό όρασης και λεπτής κίνησης, ματιού και χεριού (Κρουσταλάκης, 2000).
- ✘ **Διαταραχές της ομιλίας.** Τις περισσότερες διαταραχές παρουσιάζουν συνήθως τα αθետωσικά παιδιά. Στις διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται: η δυσαρθρία, η κακή δηλαδή άρθρωση, που συνήθως ονομάζεται «σπαστική» ή «αθետωσική ομιλία», η επιβραδυνόμενη ομιλία, ο τραυλισμός και ορισμένες μορφές αφασίας (Κρουσταλάκης, 2000).

Θεραπεία – ειδική αγωγή

Η θεραπεία απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, εκπροσώπων πολλών επιστημονικών κλάδων, που απαρτίζουν μια ειδική θεραπευτική και ψυχοπαιδαγωγική ομάδα, η οποία αντιμετωπίζει το σύνολο των προβλημάτων του παιδιού (θεραπευτικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, παιδαγωγικά προβλήματα) ισότιμα και από κοινού (www.specialeducation.gr).

Ειδικά εκπαιδευμένοι φυσιοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές και θεραπευτές λόγου συνεργάζονται με παιδίατρους, νευρολόγους, ορθοπεδικούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και εκπαιδευτικούς για να βοηθήσουν το παιδί με εγκεφαλική παράλυση να αξιοποιήσει όλες του τις δυνατότητες (www.specialeducation.gr).

Η εκπαιδευτική και θεραπευτική διαδικασία περιλαμβάνει:

- ✘ Τη φυσιατρική, χειρουργική διαγνωστική θεραπεία: ορθοπεδική, νευροχειρουργική θεραπεία, φυσιατρική παρακολούθηση της κινητικότητας του παιδιού (Κρουσταλάκης, 2000).
- ✘ Τη θεραπεία των συνοδών διαταραχών: θεραπεία όρασης, ακοής, επιληπτικών κρίσεων κ.λπ.

- ✘ Την αντιμετώπιση ενδεχομένως ψυχολογικών προβλημάτων (Κρουσταλάκης, 2000).
- ✘ Την αγωγή – θεραπεία του λόγου από τους λογοπεδικούς (Κρουσταλάκης, 2000).
- ✘ Τη φυσική εκπαίδευση: φυσικοθεραπεία, κινήσιοθεραπεία, εργοθεραπεία. Με σκοπό τη βελτίωση της στατικής κατάστασης και της κινητικής λειτουργικότητας του παιδιού. Ειδικότερα, η εργοθεραπεία ασχολείται με τη διάγνωση και θεραπεία διαφόρων μορφών σωματικής αδυναμίας με την εκμάθηση αυτοϋπηρέτησης και με την προεπαγγελματική εκπαίδευση (Κρουσταλάκης, 2000).
- ✘ Την κοινωνική εργασία. Μέσω αυτής ερευνώνται οι συνθήκες διαβίωσης του παιδιού στην οικογένεια, οι μέθοδοι οικογενειακής αγωγής και τα ποικίλα προβλήματα που σχετίζονται με τη θεραπεία και αγωγή του παιδιού (Κρουσταλάκης, 2000).
- ✘ Την ειδική αγωγή: εφαρμογή ειδικών παιδαγωγικών προγραμμάτων. Τα προγράμματα αυτά, εφαρμοζόμενα τόσο στο σχολείο, όσο και στην οικογένεια, έχουν ως σκοπό να βοηθήσουν τη γενική ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού και να συμβάλλουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του και την επίτευξη της σχολικής και κοινωνικής του ενσωμάτωσης. Υπάρχουν επίσης ειδικά προγράμματα που αποβλέπουν στην ειδική επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση των παιδιών με εγκεφαλική δυσλειτουργία (Κρουσταλάκης, 2000).

Θ. Ψυχικές διαταραχές

Εισαγωγή

Οι ψυχικές διαταραχές είναι κοινές και προσβάλλουν πάνω από το 25% των ανθρώπων κάποια στιγμή στην ζωή τους ενώ το 10% των ατόμων που υποφέρει από αυτές είναι ενήλικες. Προσβάλλουν τους πάντες, σε όλες τις

χώρες και κοινωνίες, άνδρες και γυναίκες όλων των ηλικιών, φτωχούς και πλούσιους σε αστικό ή αγροτικό περιβάλλον επηρεάζοντας οικονομικά τις κοινωνίες καθώς και την ποιότητα ζωής των ίδιων των πασχόντων αλλά και της οικογένειάς τους (www.stress.gr).

Οι ψυχικές διαταραχές αν και δεν συμμετέχουν στους Παραολυμπιακούς Αγώνες αποτελούν μια πολύ σημαντική κατηγορία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες στην οποία αξίζει να αναφερθούμε αφού δεν επηρεάζεται μόνο το άτομο και η ποιότητα ζωής του αλλά και το στενότερο και ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ανήκει (www.stress.gr).

Ορισμός

Οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται κλινικά σωματικές καταστάσεις (ανώμαλα ή παθολογικά φαινόμενα), οι οποίες χαρακτηρίζονται από αλλοίωση στην σκέψη, στην διάθεση, στην συμπεριφορά και συνδυάζονται με προσωπική δυσπραγία ή δυσλειτουργία του ατόμου (www.stress.gr).

Κατηγορίες ψυχικών διαταραχών

Στα επόμενα κεφάλαια θα αναλυθούν εκτενέστερα οι κατηγορίες διαταραχών που περιλαμβάνονται στις ψυχικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα:

- 1. Σχιζοφρένεια**
- 2. Διαταραχές Διάθεσης**
- 3. Διαταραχές Προσωπικότητας**
- 4. Αγχώδεις Διαταραχές**

1. Σχιζοφρένεια

Εισαγωγή

Σχιζοφρένεια (Σ.Χ.) ή αλλιώς «σχίσσιμο εγκεφάλου» είναι ο όρος που προτάθηκε από τον Eugene Bleuler (1911) και χρησιμοποιείται σήμερα στην Ιατρική, για να περιγράψει μια ιδιαίτερα περίπλοκη και όχι κατανοητή κατάσταση - την πιο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι στην πραγματικότητα μια ενιαία διαταραχή ή μια ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής, λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά με αυτή ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από σχιζοφρένεια (www.stress.gr).

Όταν σε ένα άτομο εμφανιστούν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα, τότε θεωρείται ότι το άτομο πάσχει από οξεία σχιζοφρένεια. Ο όρος «ψυχωτικός» σημαίνει ότι το άτομο έχει χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα ή ότι δεν μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του. Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν μόνο μια φορά ένα τέτοιο ψυχωτικό επεισόδιο. Άλλοι εμφανίζουν πολλά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής τους, αλλά τελικά κατορθώνουν να ζουν σχετικά σε καλό επίπεδο κατά τα μεσοδιαστήματα. Άλλα άτομα με χρόνια (συνεχή ή υποτροπιάζουσα) σχιζοφρένεια μπορεί να μην επανέρχονται πλήρως και έτσι να απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία, συνήθως με φάρμακα, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων τους. Μερικοί ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να μην είναι ποτέ ξανά σε θέση να ζήσουν χωρίς την βοήθεια ή την φροντίδα άλλων ανθρώπων (www.stress.gr).

Ορισμός

Η σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που επηρεάζει πολλές, σχεδόν όλες τις ψυχικές λειτουργίες και χαρακτηρίζεται από μια έντονη αλλοίωση στο

βίωμα της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο ανταποκρίνεται με τρόπους που βλάπτουν την ζωή του. Αυτή η παραμόρφωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διαταραχές στην σκέψη, στην αντίληψη, στην ομιλία, στο συναίσθημα, στην ψυχοκινητικότητα, στην προσοχή και στην συγκέντρωση (Μάνος, 1997).

Συμπτωματολογία ατόμων με σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες του ατόμου που πάσχει από αυτήν και περιλαμβάνει τους εξής τομείς:

1. Σκέψη

Οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης είναι συχνές στην σχιζοφρένεια και όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες είναι οι παραληρητικές ιδέες τόσο πιθανότερη είναι η σχιζοφρενική προέλευση (Μάνος, 1997).

Παραληρητικές ιδέες ή παραλήρημα είναι πεποιθήσεις ή πίστεις του ασθενή που είναι ψευδείς, δεν υπόκεινται στον έλεγχο της λογικής, παραμένουν παρά τις περί του αντιθέτου αποδείξεις και αποτελούν μέρος του πολιτισμικού περιβάλλοντος του ασθενή (www.stress.gr).

Οι παραληρητικές ιδέες είναι συχνές στη σχιζοφρένεια και μπορεί να έχουν διάφορα θέματα, όπως ιδέες μεγαλείου, ιδέες δίωξης (ότι οι άλλοι άνθρωποι θέλουν το κακό του ασθενή) κ.λπ. Μερικές φορές τα παραληρήματα στην σχιζοφρένεια είναι εξαιρετικά παράξενα - για παράδειγμα, η πεποίθηση ότι οι γείτονες ελέγχουν την συμπεριφορά του ασθενή με την βοήθεια μαγνητικών κυμάτων ή ότι οι παρουσιαστές της τηλεόρασης απευθύνουν ειδικά στον ασθενή ιδιαίτερα μηνύματα ή ότι η σκέψη του ασθενή εκπέμπεται και γίνεται γνωστή σε άλλους (www.stress.gr).

Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, που είναι συχνές στην παρανοειδή σχιζοφρένεια, είναι παράλογες και ψευδείς πεποιθήσεις των ασθενών που

πιστεύουν ότι οι άλλοι μπορεί να θέλουν το κακό τους, ότι τους κλέβουν, ότι προσπαθούν να τους δηλητηριάσουν ή ότι συνωμοτούν εναντίον τους. Ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι ο ίδιος ή ένα μέλος της οικογενείας του ή κάποιος άλλος είναι ο στόχος αυτής της φανταστικής καταδίωξης (www.stress.gr).

2. Αντίληψη

Οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα ακουστικές. Ο κόσμος του σχιζοφρενικού ατόμου μπορεί να κυριαρχείται από ψευδαισθήσεις, δηλαδή μπορεί να αντιλαμβάνεται πράγματα που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Για παράδειγμα, μπορεί να ακούει φωνές που να του λένε να κάνει συγκεκριμένα πράγματα, να βλέπει ανθρώπους ή πράγματα που στην πραγματικότητα δεν είναι μπροστά του ή να αισθάνεται αόρατα χέρια να αγγίζουν το σώμα τους. Οι ψευδαισθήσεις αυτές μπορεί να είναι αρκετά τρομακτικές. Το άκουσμα φωνών που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν είναι ο πιο συχνός τύπος ψευδαισθήσεως στην σχιζοφρένεια. Οι φωνές αυτές μπορεί να σχολιάζουν τις ενέργειες του ασθενή, να μιλούν μεταξύ τους για τον ασθενή, να τον προειδοποιούν για επερχόμενους κινδύνους ή να δίνουν εντολές στον ασθενή για το τι να κάνει (www.stress.gr).

3. Συναισθημα

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν το λεγόμενο «επίπεδο» ή «αμβλύ» συναισθημα. Ο όρος υποδηλώνει μια σοβαρή μείωση της συναισθηματικής εκφραστικότητας. Ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να μην δείχνει σημεία φυσιολογικής διακύμανσης του συναισθήματος, μιλώντας για παράδειγμα με μια μονότονη χροιά στην φωνή του ή παρουσιάζοντας κατάργηση των εκφράσεων του προσώπου (www.stress.gr).

Στην ύπαρξη σχιζοφρενικών συμπτωμάτων περιλαμβάνεται επίσης μεγάλη ευφορία ή κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό να καθορίζεται για αυτούς τους ασθενείς εάν πράγματι πάσχουν από σχιζοφρένεια ή μείζονα κατάθλιψη. Κάποιοι από τους ασθενείς δεν μπορούν να ενταχθούν σε καμιά από αυτές τις κατηγορίες και λέγεται ότι πάσχουν από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (www.stress.gr).

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μερικές φορές εμφανίζουν αυτό που έχει ονομαστεί «απρόσφορο συναίσθημα». Αυτό σημαίνει ότι το συναίσθημα του ασθενή δεν είναι συμβατό με αυτά που λέει ή σκέφτεται. Για παράδειγμα, ένας σχιζοφρενικός μπορεί να λέει ότι καταδιώκεται από δαίμονες και ταυτόχρονα να γελάει. Αυτή η συμπεριφορά δεν πρέπει να συγχέεται με εκείνη που παρουσιάζουν φυσιολογικά άτομα, π.χ. γελούν νευρικά ύστερα από κάποιο μικροατύχημα (www.stress.gr).

4. Αίσθηση του εαυτού

Κατά καιρούς, φυσιολογικά άτομα μπορεί να αισθάνονται, να σκέφτονται ή να ενεργούν με τρόπους που θυμίζουν σχιζοφρένεια. Κάποιες φορές φυσιολογικοί άνθρωποι δεν είναι σε θέση να σκεφτούν καθαρά. Μπορεί να γίνουν εξαιρετικά ανήσυχοι μιλώντας, για παράδειγμα, μπροστά σε πολλούς ανθρώπους έτσι ώστε να νιώσουν ότι βρίσκονται σε σύγχυση, ότι δεν μπορούν να σκεφτούν καθαρά ή ότι ξεχνούν αυτό που είχαν σκοπό να πουν (www.stress.gr).

Όπως ακριβώς οι φυσιολογικοί άνθρωποι μπορεί παροδικά να κάνουν παράξενα πράγματα, έτσι και οι σχιζοφρενικοί ασθενείς συχνά σκέφτονται, αισθάνονται, ενεργούν με τρόπο φυσιολογικό. Εκτός και αν βρίσκεται εν μέσω μιας εξαιρετικά αποδιοργανωμένης κατάστασης, ο ασθενής θα έχει κάποια αίσθηση της κοινής πραγματικότητας, για παράδειγμα, ότι οι άνθρωποι τρώνε τρεις φορές την ημέρα και ότι κοιμούνται το βράδυ. Το

γεγονός ότι κάποιος δεν έχει αίσθηση της πραγματικότητας (που είναι ένας τρόπος περιγραφής των ψυχωτικών συμπτωμάτων) δεν σημαίνει ότι ζει σε έναν εντελώς διαφορετικό κόσμο. Σημαίνει κυρίως, ότι κάποιες από τις πλευρές του κόσμου του δεν βιώνονται και από άλλους ανθρώπους και δεν φαίνονται να έχουν πραγματική βάση. Το άκουσμα μιας προειδοποιητικής φωνής που δεν μπορεί να ακούσει κανείς άλλος, είναι μια εμπειρία άγνωστη στους περισσότερους και αποτελεί καθαρά παραμόρφωση της πραγματικότητας, αλλά δεν είναι παρά παραμόρφωση ενός μόνο μέρους της πραγματικότητας. Ένας σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να εμφανίζεται φυσιολογικός αρκετά συχνά (www.stress.gr).

5. Βούληση

Η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάληξη. Η αυτόνομη βούληση, η πρωτοβουλία και η δραστηριότητα του ατόμου διαταράσσεται και συνεπώς παραβλάπτεται σε έντονο βαθμό η ικανότητα για εργασιακή και γενικότερα παραγωγική λειτουργία (Μάνος, 1997).

Η διαταραχή της βούλησης αποτελεί και αμφιβουλησία (αμφιθυμία) που παρατηρείται συχνά στη σχιζοφρένεια και που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης. Και η αμφιβουλησία μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (Μάνος, 1997).

6. Διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχέσεις με τον έξω κόσμο

Στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής πάσχει από σχιζοφρένεια αντιμετωπίζει δυσκολία στις διαπροσωπικές του σχέσεις και παρουσιάζει απόσυρση από τον έξω κόσμο με ταυτόχρονη υπέρμετρη προσήλωση και

ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες, όπου η αντικειμενικότητα έχει χαθεί Έτσι, ο ασθενής περιγράφεται από τους οικείους ή τους φίλους του σαν χαμένος στον κόσμο του και αποκομμένος συναισθηματικά από τους άλλους (Μάνος, 1997).

Η ψυχοκινητικότητα του βαριά χρόνιου ή σε έντονα οξεία φάση ασθενή χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία διαταραχών.

Εκτός από την έντονη διέγερση που μπορεί να χαρακτηρίζει τον ασθενή που βρίσκεται σε οξεία φάση (αρχική ή υποτροπής), η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας μπορεί να εμφανισθεί σαν αντίσταση σε εντολές ή προσπάθειες μετακίνησης - κατατονικός αρνητισμός, σαν κατατονικό stupor, σαν κατατονική διέγερση ή σαν ανάληψη απρόσφορων ή παράδοξων κατατονικών στάσεων (Μάνος, 1997).

Επίσης, είναι πιθανό να εμφανιστούν παράξενοι μαννερισμοί, ηχοπραξία ή κηρώδης ευκαμψία (Μάνος, 1997).

Αίτια

Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας, παρά το γεγονός ότι τον τελευταίο καιρό οι έρευνες έχουν εντατικοποιηθεί, δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Φαίνεται όμως ότι στην εκδήλωση της παίζουν ιδιαίτερο ρόλο παράγοντες όπως η κληρονομικότητα και οι διαταραχές στην χημεία του εγκεφάλου. Οι έρευνες μέχρι τώρα έχουν δείξει ότι οι εγκεφαλοι ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι διαφορετικοί από αυτών που δεν πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Μέχρι σήμερα οι πιθανοί παράγοντες που έχουν εμπλακεί στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν την γενετική προδιάθεση - κληρονομικότητα, τις λοιμώξεις κατά την εγκυμοσύνη, τις επιπλοκές γύρω από τον τοκετό και τις νευροαναπτυξιακές ανωμαλίες.

Επίσης μελετάται η πιθανότητα η ασθένεια να οφείλεται σε προβλήματα του ανοσολογικού συστήματος του οργανισμού, δηλαδή του συστήματος που είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού.

Το στρες και οι ψυχοπρεσβαστικοί παράγοντες δεν ευθύνονται άμεσα για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας, φαίνεται όμως να επηρεάζουν την εκδήλωση και την πορεία της και μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα.

Η οικογένεια, δεν ευθύνεται για την γένεση της σχιζοφρένειας, μπορεί όμως να παίξει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της.

Συχνότητα

Η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%. Προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες, ανεξάρτητα από την κοινωνική τάξη και ανευρίσκεται σε κάθε χώρα και πολιτισμό. Θεωρείται νόσος της νεότητας, μιας και τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται στο τέλος της εφηβείας και στην αρχή της ενήλικης ζωής.

Θεραπεία

Η σχιζοφρένεια σήμερα αντιμετωπίζεται, αρκεί να αναγνωρίζεται έγκαιρα, ο ασθενής να παίρνει τα φάρμακα του, να έχει ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη, η οικογένεια να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον να αποδεχθεί τον ασθενή ως άνθρωπο που έχει ανάγκη από συμπαράσταση και βοήθεια (www.medlook.gr).

Η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει τέσσερις βασικούς άξονες:

- *Αντιψυχωτικά φάρμακα*

Ορισμένα φάρμακα της οικογένειας των αντιψυχωτικών φαρμάκων βοηθούν πολλούς ασθενείς που πάσχουν με σχιζοφρένεια και επιτυγχάνεται ύφεση της ασθένειας με υποχώρηση των συμπτωμάτων(www.medlook.gr).

Είναι όμως απαραίτητο οι ασθενείς να παίρνουν τα φάρμακα συστηματικά σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού για να αποφεύγονται οι υποτροπές με επανεμφάνιση των συμπτωμάτων (www.medlook.gr).

- *Ψυχοθεραπεία*

Οι εξατομικευμένες ψυχοθεραπείες είτε με τον ασθενή μόνο του είτε μέσα στα πλαίσια μιας ομάδας μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά. Οι ασθενείς μπορούν με αυτό τον τρόπο να βοηθηθούν να καταλάβουν καλύτερα τους εαυτούς τους και την ασθένειά τους. Επίσης μπορούν με τις μεθόδους αυτές να βελτιώσουν τις κοινωνικές και επικοινωνιακές ικανότητες τους (www.medlook.gr).

- *Εκπαίδευση της οικογένειας*

Η εκπαίδευση της οικογένειας έχει πρωταρχική σημασία. Αυτό την βοηθά να καταλάβει καλύτερα την ασθένεια κάποιου από τα μέλη της, τη βοηθά να κατανοήσει καλύτερα τη θεραπεία και βελτιώνεται η ικανότητα των υπολοίπων μελών να αντεπεξέλθουν στα προβλήματα που προκύπτουν όταν ένας δικός τους πάσχει από σχιζοφρένεια (www.medlook.gr).

Η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να μειώνει τον αριθμό των υποτροπών που παρουσιάζει ένας ασθενής με σχιζοφρένεια και επίσης βελτιώσει την πρόγνωσή του (www.medlook.gr).

- *Ομάδες αυτοβοήθειας και υποστήριξης*

Σκοπός της ύπαρξης των ομάδων αυτοβοήθειας σχετικά με περιπτώσεις σχιζοφρένειας είναι να βοηθήσουν και να υποστηρίξουν ασθενείς και τις οικογένειές τους (www.medlook.gr).

Επίσης οι ομάδες αυτές μπορεί να είναι ένας οργανωμένος τρόπος για να γίνεται καλύτερη διαφώτιση του κοινού για το σχετικά συχνό αυτό πρόβλημα (1% του πληθυσμού) όπως επίσης και ένας αποτελεσματικός τρόπος για την συλλογή πόρων για την έρευνα και θεραπεία της σχιζοφρένειας (www.medlook.gr).

Συμπερασματικά θα πρέπει να τονίσουμε ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και ότι δεν πρέπει να υπάρχει φόβος ή αποφυγή για τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο αυτή (www.medlook.gr).

Είναι σημαντικό να φύγει το κοινωνικό στίγμα που πιθανόν να υπάρχει σε βάρος των ανθρώπων αυτών και πρέπει να επιδεικνύεται ενδιαφέρον και υποστήριξη για τα άτομα που πάσχουν από τη σοβαρή αυτή νόσο (www.medlook.gr).

2. Διαταραχές της διάθεσης

Εισαγωγή

Όλοι μας έχουμε βιώσει την ύπαρξη και την διαφορά μεταξύ της καταθλιπτικής και της ευφορικής διάθεσης. Όλοι μας έχουμε περάσει από περιόδους απογοήτευσης ή ικανοποίησης οι οποίες έχουν επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την διάθεσή μας (Μάνος, 1997).

Το να ξεχωρίσει, λοιπόν, κάποιος μια «φυσιολογική» διάθεση από μια «παθολογική» διάθεση είναι κατανοητό πως δεν είναι ούτε εύκολο ούτε απόλυτο. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποια συμπτώματα που υποδηλώνουν την ύπαρξη διαταραχής της διάθεσης. Όσο πιο έντονη και παρατεταμένη είναι η καταθλιπτική διάθεση, όσο αυξάνει η έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου και εφόσον υπάρχουν αυτοκτονικές τάσεις, τότε μπορούμε να διαγνώσουμε ότι η κατάσταση τείνει προς την παθολογική πλευρά (Μάνος, 1997).

Ορισμός

«Οι διαταραχές της διάθεσης (ή συναισθηματικές διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και

σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη που έχει το άτομο αυτό για τον κόσμο. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός» (Μάνος, σελ. 173, 1997).

Κατηγορίες διαταραχών διάθεσης

Οι Διαταραχές της διάθεσης περιλαμβάνουν δύο βασικές κατηγορίες:

1. Καταθλιπτικές Διαταραχές, οι οποίες περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες:

- A. Πρωτοπαθής κατάθλιψη*
- B. Δευτεροπαθής κατάθλιψη*
- Γ. Μείζονα κατάθλιψη*
- Δ. Ψυχωτική κατάθλιψη*
- E. Δυσθυμική κατάθλιψη*
- ΣΤ. Κατάθλιψη της λοχειάς*
- Z. Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς*

2. Διπολικές διαταραχές, οι οποίες περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες:

- A. Διπολική διαταραχή I*
- B. Διπολική διαταραχή II*
- Γ. Κυκλοθυμική διαταραχή*
- Δ. Διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς*

1. Καταθλιπτικές Διαταραχές

Ορισμοί

A. Πρωτοπαθής Κατάθλιψη

Ο όρος πρωτοπαθής κατάθλιψη αναφέρεται στην κατάθλιψη της οποίας δεν προηγείται και δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχιατρικά διαταραχή (Μάνος, 1997).

B. Δευτεροπαθής κατάθλιψη

Δευτεροπαθής κατάθλιψη θεωρείται η κατάθλιψη όπου από το ιστορικό ή την εξέταση αναγνωρίζεται η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής (ψύχωση, νεύρωση, αλκοολισμός) ή η ύπαρξη κάποιου άλλου νοσήματος (νόσος Parkinson) (www.stress.gr).

Γ. Μείζονα κατάθλιψη

Η μείζονα κατάθλιψη είναι η πιο συνηθισμένη σοβαρή μορφή κατάθλιψης που αντιμετωπίζουν οι ψυχίατροι. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η ύπαρξη μιας κλινικής πορείας που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (www.stress.gr).

Δ. Ψυχωτική κατάθλιψη

Ο όρος ψυχωτική κατάθλιψη χρησιμοποιείται εξειδικευμένα για την μορφή της κατάθλιψης στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, οπότε έχουμε παραληρητικές ιδέες (ψευδείς πεποιθήσεις που δεν στηρίζονται σε κανένα πραγματικό γεγονός π.χ. ο ασθενής είναι εντελώς πεπεισμένος ότι είναι ένοχος για πράξεις που έκανε στο παρελθόν και για αυτό αξίζει ακόμα και να πεθάνει), ψευδαισθήσεις (ακούει φωνές χωρίς όμως να υπάρχουν άνθρωποι στο περιβάλλον) ή βαθιά σύγχυση (Μάνος, 1997, www.stress.gr).

Στην καθημερινή πράξη όμως ο όρος χρησιμοποιείται πολύ πιο πλατιά για κάθε κατάθλιψη που παρουσιάζει έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης των βασικών

καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο – δηλαδή «βαριά» κατάθλιψη. Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι πάντα σοβαρής μορφής και χρήση νοσηλείας (Μάνος, 1997, www.stress.gr).

Ε. Δυσθυμική κατάθλιψη

Είναι μια μορφή χρόνιας κατάθλιψης, η οποία ναι μεν είναι μέτρια σε σοβαρότητα αλλά επειδή εκτείνεται στο χρόνο (διαρκεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον δύο χρόνια) δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ανεπάρκειας (www.stress.gr).

Ο ασθενής με δυσθυμία παρότι μπορεί και αντεπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες νιώθει ότι κάτι πάντα τον κρατάει από το να μπορεί να νιώσει καλά (www.stress.gr).

ΣΤ. Κατάθλιψη της λοχείας

Έτσι ονομάζεται η κατάθλιψη που αναπτύσσεται μετά τη γέννηση και κατά την περίοδο της λοχείας. Η περίοδος αυτή θεωρείται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη της κατάθλιψης στην γυναίκα πιθανότατα λόγω των μεγάλων ορμονικών αλλαγών που γίνονται μετά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας (www.stress.gr).

Ζ. Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Μερικές φορές οι ψυχίατροι αναφέρουν ότι στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται διαταραχές με καταθλιπτικά επεισόδια αλλά όχι κατάθλιψη με τα κλασικά συμπτώματα, π.χ. ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει υπερφαγία ή υπερυπνία αντί αϋπνία. Επίσης, μερικές φορές λέγεται ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται με πολλά σωματικά παρά ψυχικά συμπτώματα (www.stress.gr).

Συμπτωματολογία

Είναι πολύ πιθανό εξετάζοντας έναν ασθενή να μην μπορούμε να διαγνώσουμε την κατάθλιψη γιατί η διάθεσή του δεν δηλώνει κάτι τέτοιο. Για

αυτόν ακριβώς τον λόγο πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας κάποια συμπτώματα που βοηθούν στο να εντοπιστεί η ύπαρξη της κατάθλιψης.

1. Στο συναίσθημα

Καταθλιπτική διάθεση

Η καταθλιπτική διάθεση κυριαρχεί στην ζωή του ατόμου που παρουσιάζει κατάθλιψη. Έτσι, το άτομο, περιγράφει την διάθεση του σαν καταθλιπτική, λέει ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία. Ισχυρίζεται ότι δεν το νοιάζει τίποτα ενώ κλαίει συχνά και πολλές φορές η κατάσταση του αναγνωρίζεται και από το πρόσωπο του (Μάνος, 1997).

Ανηδονία

Το άτομο παύει να ευχαριστιέται δραστηριότητες που απολάμβανε πριν όπως είναι το φαγητό, τα χόμπι, τα σπορ, η σεξουαλική ζωή, οι κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις (Μάνος, 1997).

Άγχος

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν το άγχος με την μορφή εσωτερικής δυσφορίας, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή προσβολών πανικού με συνοδά συμπτώματα τον ιδρώτα, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κ.λπ. (Μάνος, 1997).

2. Στο φυτικό (αυτόνομο) νευρικό σύστημα

Διαταραχή του ύπνου

Οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο τους κυρίως με την μορφή της αϋπνίας και μερικές φορές με την μορφή της υπερυπνίας, αν και περισσότερο αφορά παιδιά, νεαρά άτομα ή διπολικούς ασθενείς (Μάνος, 1997).

Μιλώντας για αϋπνία, αναφερόμαστε στην δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), στην αφύπνιση του στην διάρκεια της νύχτας και

στην δυσκολία του να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και στην αφύπνιση του χωρίς το πρωί (τελική αϋπνία) που είναι και η πιο ενοχλητική μορφή καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε, ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί (Μάνος, 1997).

Διαταραχή της όρεξης

Συχνή είναι η ύπαρξη της ανορεξίας σε πολλούς καταθλιπτικούς ασθενείς. Η ανορεξία συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους η οποία μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή του ασθενούς (Μάνος, 1997).

Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Το αίσθημα της κόπωσης είναι πολύ συχνό για τους καταθλιπτικούς ασθενείς, όπως αναφέρουν οι ίδιοι, νιώθουν ότι χάνουν όλη την ζωτικότητα και την ενέργεια που έχουν μέσα τους. Πολλές φορές μάλιστα η κόπωση επηρεάζει τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης αφού το πρωί έχουμε μεγαλύτερη κόπωση - εξάντληση άρα και μεγαλύτερη κατάθλιψη, η οποία βελτιώνεται καθώς η ημέρα περνά (Μάνος, 1997).

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

Η ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης είναι συχνή, ιδιαίτερα στους άνδρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, γεγονός που τραυματίζει περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους (Μάνος, 1997).

Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Άλλο ένα σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι ο λόγος είναι μονότονος και βραδύς, οι απαντήσεις φτωχές ή μονολεκτικές, το βλέμμα απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η γενικότερη εικόνα τους μπορεί να φτάσει να μοιάζει κατατονική (Μάνος, 1997).

Ψυχοκινητική διέγερση

Σε κάποιους καταθλιπτικούς ασθενείς, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, αντί για επιβράδυνση παρουσιάζεται εκνευρισμός, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση με αποτέλεσμα να βηματίζουν πάνω κάτω, να στριφογυρνούν τα χέρια τους, να τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, να παραπονιούνται έντονα ή να φωνάζουν (Μάνος, 1997).

3. Στην κινητοποίηση

Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι ασθενείς με κατάθλιψη παρουσιάζουν απώλεια ευχαρίστησης αλλά και μια ελάττωση της κινητοποίησης σε όλες τις εκφράσεις της ζωής, όπως εργασία, σπορ, οικογενειακή ζωή (Μάνος, 1997).

Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας

Το καταθλιπτικό άτομο αισθάνεται πως είναι 1α/ριολεκτικά ανήμπορο να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις του, σε θέματα εμφάνισης και προσωπικής υγιεινής και γενικότερα νιώθει πως δεν έχει ελπίδες ούτε για το μέλλον ούτε για τον εαυτό του (Μάνος, 1997).

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών ατόμων είναι η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι υψηλή αφού το 1% των ασθενών πεθαίνει μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου (Μάνος, 1997).

4. Στη σκέψη - αντίληψη

Αισθήματα/σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη (Μάνος, 1997).

Το αίσθημα της ενοχής είναι αναπτυγμένο σε μεγάλο βαθμό αφού τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής και οι ευθύνες που αποδίδει στον εαυτό του είναι μηδαμινές (Μάνος, 1997).

Το αίσθημα της αναξιοσύνης κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου (Μάνος, 1997).

Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την καθημερινή τους απόδοση (Μάνος, 1997).

Δυσκολία στη συγκέντρωση

Επειδή οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι διαρκώς απασχολημένοι με το πρόβλημα τους δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να δουν τηλεόραση και να διαβάσουν και παραπονιούνται για «έκπτωση της μνήμης τους» (Μάνος, 1997).

Ψύχωση

Η κατάθλιψη, σε περιπτώσεις που εμφανίζεται βαριά, περιλαμβάνει και ψυχωτικά συμπτώματα κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων συνήθως σχετίζεται με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες σύμφωνες με την συναισθηματική διάθεση). Για παράδειγμα, το άτομο πιστεύει ότι καταδιώκεται επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για λάθη και αμαρτίες του (Μάνος, 1997).

Λιγότερο συχνά το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν αλλά δεν δύναται να εξηγήσει τον λόγο (Μάνος, 1997).

5. Στα σωματικά ενοχλήματα

Εκτός από τα κλασσικά συμπτώματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος οι ψυχίατροι έρχονται συχνά αντιμέτωποι με έναν μεγάλο αριθμό συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Τέτοια συμπτώματα είναι οι πονοκέφαλοι, οι κράμπες, πόνοι στην μέση, ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, υπερυπνία, πόνος στο στήθος κ.λπ. (Μάνος, 1997).

Έτσι μετά από μια μεγάλη σειρά εξετάσεων, ο γιατρός φτάνει στο συμπέρασμα ότι όλα αυτά είναι ψυχολογικά και συνεπώς μιλάμε για «καλυμμένη κατάθλιψη» (Μάνος, 1997).

Αίτια

Όπως για τις περισσότερες διαταραχές έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει απομονωθεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διαταραχών αυτών ομαδοποιούνται σε γενετικούς, ψυχοκοινωνικούς και νευροβιολογικούς.

1. Γενετικά αίτια

Καθώς περισσότερες περιπτώσεις διαταραχών της διάθεσης εκδηλώνονται μέσα στην οικογένεια, όπως αποδεικνύεται από το οικογενειακό ιστορικό, μέσω ερευνών που πραγματοποιήθηκαν αποδείχτηκε ότι υπάρχουν συγκεκριμένα γονίδια, τα οποία επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική λειτουργία του ατόμου (www.stress.gr).

Οι πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής είναι μεγαλύτερες όταν έχουμε να κάνουμε με συγγενείς πρώτου βαθμού (www.stress.gr).

Επίσης, μελέτες διδύμων έχουν δείξει σχέση μονοζυγωτών προς διζυγώτες κατά μέσο όρο 4:1, δηλαδή, αν ένας μονοζυγώτης δίδυμος έχει διαταραχή της διάθεσης είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να έχει και ο άλλος από ό,τι αν είναι διζυγώτης (www.stress.gr).

2. Ψυχοκοινωνικά αίτια

Στα ψυχοκοινωνικά αίτια ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες.

Στρεσογόνα γεγονότα της ζωής

Υπάρχουν πολλές καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου που μπορούν να προκαλέσουν στρες όπως είναι ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η απώλεια εργασίας, ο χωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο κ.λπ. και τελικά να προκαλέσουν διαταραχή της διάθεσης (www.stress.gr).

Ψυχολογικοί παράγοντες

Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη (www.stress.gr).

Σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες η κατάθλιψη οφείλεται στην χαμηλή, αρνητική και λαθεμένη αυτοεκτίμηση και στην έντονη αυτοκριτική που κάνει το άτομο στον εαυτό του. Κατά άλλους η κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού (www.stress.gr).

3. Νευροβιολογικά αίτια

Οι επιστήμονες θεωρούν πως η διερεύνηση της λειτουργίας, της δομής και της δραστηριότητας του εγκεφάλου μπορεί να συντελέσει στον εντοπισμό προέλευσης της κατάθλιψης. Εκκρίσεις χημικών ουσιών, ανωμαλίες στον ύπνο, βλάβες στο πρόσθιο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών (www.stress.gr).

Θεραπεία της κατάθλιψης

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων που χρησιμοποιείται είναι μεγάλο και περιλαμβάνει σωματικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, οι οποίες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της

κατάθλιψης. Βασικό μέλημα του κλινικού είναι να προσαρμόσει τη θεραπεία ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς (www.stress.gr).

Η θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνει συνήθως δύο στάδια:

- 1. Θεραπεία του οξέος σταδίου**
- 2. Συντήρηση του αποτελέσματος που επιτεύχθηκε στο πρώτο στάδιο.**

Αναλυτικότερα,

Αρχικά στόχος του κλινικού είναι να θεραπεύσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης έτσι ώστε ο ασθενής να αρχίσει να νιώθει πάλι καλά και να ξαναγυρίσει στις συνηθισμένες του δραστηριότητες. Συνήθως, σε αυτό το στάδιο, όταν χρησιμοποιείται φαρμακευτική θεραπεία, διαρκεί περίπου ένα μήνα. Έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς που σταματούν την θεραπεία στο πρώτο στάδιο έχουν μεγάλη πιθανότητα υποτροπής στους αμέσως επόμενους μήνες. Αντίθετα, αυτοί που συνεχίζουν τη θεραπεία τους και μπαίνουν στο δεύτερο στάδιο θεωρείται ότι θεραπεύονται από το παρόν επεισόδιο κατάθλιψης. Η συνέχιση της θεραπείας συνήθως εκτείνεται από 6 έως 16 μήνες. Μερικοί ασθενείς, που παθαίνουν συχνά επεισόδια κατάθλιψης στη ζωή τους μπορεί να ωφεληθούν από την συνεχή χορήγηση αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι αν κάποιος έχει ιστορικό τουλάχιστον τριών διαφορετικών επεισοδίων κατάθλιψης στη ζωή του, τότε μπορεί να ωφεληθεί από την χρόνια προληπτική θεραπεία, με μεγάλες πιθανότητες να μην ξαναπάθει επεισόδιο στη ζωή του (www.stress.gr).

Σωματικές Θεραπείες

Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής:

1. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων (www.stress.gr).

2. Ηλεκτροσόκ

Ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά ώστε να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η ταχεία βελτίωση κρίνεται αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (εγκυμοσύνη, καρδιαγγειακή νόσος) (www.stress.gr).

3. Λίθιο

Χρησιμοποιείται ως αντιμανιακό φάρμακο για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων. Πρόσφατα αποδείχτηκε ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο για την πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων αντί θεραπείας με άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (www.stress.gr).

4. Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωρικά ή νευροληπτικά)

Χρησιμοποιούνται στην περίπτωση που η κατάθλιψη συνοδεύεται από ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση ή υπερβολικό άγχος σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή (τρικυκλικά) ή ηλεκτροσόκ (www.stress.gr).

Ψυχοθεραπείες

1. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Είναι η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη και ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του.

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν την συμπεριφορά του. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία βοηθά έμμεσα την κατάθλιψη βελτιώνοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις, την εμπιστοσύνη προς τα άλλα άτομα, την συναισθηματική ευαισθησία, των αμυντικών μηχανισμών, την παραγωγικότητα και δημιουργικότητα.

Η βελτίωση έρχεται μέσα από την εξέταση επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στην σχέση μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή (Μάνος, 1997).

2. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Συντελεί αποτελεσματικά στην βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και στην ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση (Μάνος, 1997).

3. Γνωστική θεραπεία

Αποτελεί μια ειδική θεραπευτική τεχνική που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Πρόκειται ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία με δομημένες συνεδρίες που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή που σύμφωνα με την γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη (Μάνος, 1997).

3. Διπολικές διαταραχές

Εισαγωγή

Η διπολική διαταραχή, γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη, θεωρείται μια διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας, η οποία φέρει ασυνήθιστες εναλλαγές της συναισθηματικής διάθεσης, της δραστηριότητας και της

γενικότερης λειτουργικότητας του ατόμου. Σε αντίθεση με τη συνήθη μεταβλητότητα της διάθεσης, τα «πάνω» και τα «κάτω», στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής, οι εναλλαγές αυτές έχουν ιδιαίτερα σοβαρό χαρακτήρα. Συνοδεύεται από σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα της ζωής του ατόμου ή στη σχολική επίδοση, ακόμη και μερικές φορές και από αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ωστόσο, η διπολική διαταραχή είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, δίνοντας στο άτομο τη δυνατότητα να έχει μια παραγωγική ζωή (www.stress.gr).

Η μανιοκατάθλιψη επηρεάζει τόσο την συναισθηματική διάθεση όσο και τη λογική σκέψη. Κινητοποιεί ανεπιθύμητες ή ακραίες συμπεριφορές και συχνά περιορίζει την ίδια την επιθυμία, τη θέληση του ατόμου να ζήσει. Αν και θεωρείται ότι έχει κυρίως νευροβιολογική βάση, το άτομο βιώνει την ψυχολογική διάσταση του προβλήματος. Ακόμη και στις περιπτώσεις που το άτομο παρουσιάζει ευφορία, αυτή δεν είναι ευχάριστη και το άτομο πραγματικά υποφέρει (www.stress.gr).

Ορισμός

Μερικές φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια της λεγόμενης διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς με την διαταραχή αυτή παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης (ο ένας πόλος) και διαστήματα της αντίθετης κατάστασης η οποία ονομάζεται μανία, που μπορεί να την φανταστεί κάποιος σαν παθολογική ευφορία (ο άλλος πόλος). Οι δύο αυτοί κύκλοι εναλλάσσονται αλλά μεταξύ τους μεσολαβούν διαστήματα που ο ασθενής είναι απόλυτα φυσιολογικός. Η διπολική διαταραχή είναι διαφορετική από την κατάθλιψη που αναφέραμε μέχρι τώρα (και που μερικές φορές ονομάζεται μονοπολική ακριβώς για να μην συγχέεται με αυτήν) (www.stress.gr).

Κατηγορίες διπολικών διαταραχών

Οι διπολικές διαταραχές περιλαμβάνουν δύο κατηγορίες:

A. Διπολική διαταραχή I

«Είναι η διαταραχή (παλιότερα ονομαζόταν μανιοκαταθλιπτική νόσος) που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μανιακά ή μεικτά επεισόδια.

Όσον αφορά τα μεικτά επεισόδια, το άτομο βιώνει μια ταχεία εναλλαγή της διάθεσης (λύπη, ευερεθιστότητα, ευφορία) που συνοδεύεται από συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια για το μανιακό και για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Η διάρκεια ενός μεικτού επεισοδίου πρέπει να είναι τουλάχιστον ένα την εβδομάδα. Συχνά, η κλινική του εικόνα περιλαμβάνει διέγερση, αϋπνία, διαταραχή της όρεξης, ψυχωτικά στοιχεία και αυτοκτονικό ιδεασμό» (Μάνος, 1997, σελ. 220).

B. Διπολική διαταραχή II

«Είναι η διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα υπομανιακό επεισόδιο. Σε αντίθεση με το μανιακό επεισόδιο, ένα υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας ή νοσηλεία ή ψυχωτικά στοιχεία» (Μάνος, 1997, σελ. 130).

Γ. Κυκλοθυμική διαταραχή

«Είναι μια χρόνια διαταραχή της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για το χρονικό διάστημα των δύο ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περιόδους με υπομανιακά συμπτώματα καθώς και πολυάριθμες περιόδους με καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν φτάνουν, ποτέ να συμπληρώσουν τα κριτήρια για μανιακό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο» (Μάνος, 1997, σελ.235).

Δ. Διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

«Η διαταραχή αυτή περιλαμβάνει χαρακτηριστικά που δεν πληρούν τα κριτήρια για μία συγκεκριμένη διπολική διαταραχή» (Μάνος, 1997, σελ. 237).

Συμπτωματολογία

Η διπολική διαταραχή προκαλεί έντονες μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης, από ευφορία ή/και ευερεθιστότητα σε μελαγχολία και απελπισία. Πρόκειται για επεισόδια μανίας και κατάθλιψης αντίστοιχα, τα οποία έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται διαδοχικά, συχνά με μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης. Παράλληλα παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές στην ενεργητικότητα και τη συμπεριφορά (www.stress.gr).

Τα συμπτώματα του μανιακού επεισοδίου συμπεριλαμβάνουν:

- Αυξημένη δραστηριότητα και ανησυχία
- Υπερβολικά ευφορική διάθεση
- Ακραία ευερεθιστότητα
- Γρήγορη σκέψη, γρήγορος λόγος και εναλλαγές ιδεών
- Διάσπαση της προσοχής και αδυναμία συγκέντρωσης
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση
- Χαμηλή κριτική ικανότητα
- Άκριτη αύξηση των δαπανών για αγορές κ.λπ
- Ασυνήθιστη συμπεριφορά κατά την τελευταία περίοδο
- Αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα
- Κατάχρηση ουσιών (π.χ. κοκαΐνη, αλκοόλ, ηρεμιστικά)
- Παρορμητική ή επιθετική συμπεριφορά
- Άρνηση του ασυνήθιστου χαρακτήρα της διάθεσης και συμπεριφοράς

Προκειμένου να είναι δυνατή η διάγνωση της μανίας, 3 ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα και για διάστημα μεγαλύτερο της μιας εβδομάδας. Στην περίπτωση που η διάθεση χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα, 4 επιπλέον συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για τη διάγνωση.

Τα συμπτώματα του καταθλιπτικού επεισοδίου συμπεριλαμβάνουν:

- ❖ Καταθλιπτική διάθεση, άγχος, αίσθηση κενού
- ❖ Απελπισία ή απαισιοδοξία
- ❖ Αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, αβοηθητότητας
- ❖ Απώλεια ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που θεωρούνταν προηγουμένως ευχάριστες
- ❖ Απώλεια ενέργειας, κόπωση, αίσθηση "επιβράδυνσης"
- ❖ Δυσκολία στη συγκέντρωση και τη μνήμη, μειωμένη αποφασιστικότητα
- ❖ Ανησυχία ή ευερεθιστότητα
- ❖ Διαταραχές του ύπνου
- ❖ Διαταραχές της όρεξης
- ❖ Χρόνιος πόνος ή άλλα επίμονα σωματικά συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν παθολογικά
- ❖ Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας ή απόπειρες αυτοκτονίας

Προκειμένου να είναι δυνατή η διάγνωση της κατάθλιψης, 5 ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα και για διάστημα μεγαλύτερο των 2 εβδομάδων.

Ένα ήπιο ή μέτριας βαρύτητας επεισόδιο μανίας ονομάζεται υπομανία. Πρόκειται για μια αίσθηση ευφορίας, η οποία είναι δυνατό να συνδέεται με ικανοποιητική λειτουργικότητα και αυξημένη παραγωγικότητα. Έτσι, ακόμη κι αν το στενό περιβάλλον του ατόμου μάθει να αναγνωρίζει αυτή τη μεταβολή

της διάθεση ως πιθανή διπολική διαταραχή, το ίδιο το άτομο μπορεί να συνεχίσει να αρνείται αυτό το ενδεχόμενο. Ωστόσο, χωρίς τους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς, η υπομανία είναι πιθανό να εξελιχθεί σε σοβαρή μανία ή να μετατραπεί σε κατάθλιψη (www.stress.gr).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, βαριά επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης συνοδεύονται από ψυχωτικά συμπτώματα, όπως είναι οι ψευδαισθήσεις (ακουστικές, οπτικές ή γενικότερα η αντίληψη, μέσω των αισθήσεων, αντικειμένων που δεν είναι στην πραγματικότητα παρόντα) και οι παραληρητικές ιδέες (εσφαλμένες πεποιθήσεις που δεν είναι απόρροια λογικής σκέψης ή είναι ασυνήθιστες για το άτομο). Η παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων αποκαλύπτει τις πιο ακραίες μορφές της μεταβαλλόμενης διάθεσης στη διπολική διαταραχή. Για παράδειγμα, ιδέες μεγαλείου, όπως η πεποίθηση, ότι το άτομο είναι ένα σημαντικό πρόσωπο ή ότι διαθέτει ιδιαίτερες ικανότητες ή πλούτο, είναι δυνατό να υπάρξουν κατά τη μανία. Αντίθετα, ιδέες αναξιοτήτας ή ενοχής, όπως η πεποίθηση, ότι το άτομο είναι απένταρο ή έχει διαπράξει κάποιο σοβαρό αδίκημα, μπορούν να είναι παρούσες κατά την κατάθλιψη. Η διπολική διαταραχή παρουσία των ψυχωτικών συμπτωμάτων μπορεί να διαγνωστεί εσφαλμένα ως σχιζοφρένεια, μια άλλη σοβαρή ψυχική ασθένεια (www.stress.gr).

Θα ήταν ίσως χρήσιμο, να σκεφτούμε τις ποικίλες μεταβολές της διάθεσης στη διπολική διαταραχή ως ένα φάσμα ή ένα συνεχές, στο ένα άκρο του οποίου βρίσκεται η βαριά κατάθλιψη, κατόπιν η ήπια κατάθλιψη, κάπου στο μέσο η ισορροπημένη διάθεση, στη συνέχεια η υπομανία και, τέλος, στο άλλο άκρο, η μανία (www.stress.gr).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ωστόσο, συμπτώματα μανίας μπορεί να συνυπάρχουν με συμπτώματα κατάθλιψης, έχοντας ως αποτέλεσμα αυτό που καλείται μεικτό επεισόδιο. Τα συμπτώματα του μεικτού επεισοδίου συμπεριλαμβάνουν την ανησυχία, τις διαταραχές του ύπνου και της όρεξης,

την ψυχωτική συμπτωματολογία και σκέψεις αυτοκτονίας. Έτσι, η διάθεση του ατόμου μπορεί να χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη και απελπισία αλλά και από αυξημένη ενεργητικότητα την ίδια στιγμή (www.stress.gr).

Η διπολική διαταραχή είναι δυνατό να εκληφθεί ως ένα πρόβλημα άλλου τύπου πέραν της ψυχικής ασθένειας. Κάτι τέτοιο συμβαίνει, λόγω της τάσης του ατόμου να επιδίδεται σε συμπεριφορές που θεωρούνται δυσπροσαρμοστικές, όπως η χρήση ουσιών, ή να εκδηλώνει περιορισμένη σχολική επίδοση, επαγγελματική δραστηριότητα και διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Στην πραγματικότητα, όμως, προβλήματα, όπως τα παραπάνω, μπορεί να είναι οίκωνοι μιας υποβόσκουσας διαταραχής της διάθεσης (www.stress.gr).

Αίτια

Ποια είναι τα αίτια της διπολικής διαταραχής;

Στον επιστημονικό χώρο, η διερεύνηση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων για την εκδήλωση της διπολικής διαταραχής πραγματοποιείται με τη βοήθεια διαφόρων τύπων επιστημονικών μελετών. Επί του παρόντος, υπάρχει μια σχετική ομοφωνία μεταξύ των επιστημόνων ως προς το γεγονός, ότι δεν έχει απομονωθεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας αλλά, αντιθέτως, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων που βρέθηκε να συμβάλλει στην ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής (www.stress.gr).

Το γεγονός, ότι περισσότερες από μια περιπτώσεις διπολικής διαταραχής συχνά εκδηλώνονται στην ίδια οικογένεια, όπως αποδεικνύεται από το οικογενειακό ιστορικό, οδήγησε τους επιστήμονες στη διερεύνηση γενετικών παραγόντων και συγκεκριμένα ορισμένων γονιδίων, τα οποία επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική λειτουργία. Βεβαίως, σχετικές μελέτες σε δίδυμους έδειξαν, ότι τα γονίδια δε συνιστούν το μοναδικό αιτιολογικό παράγοντα, καθώς δεν εμφανίζουν όλοι οι δίδυμοι αδελφοί ατόμων με

διπολική διαταραχή τη νόσο, αν και η συχνότητα εμφάνισης, σε αυτή την περίπτωση, αυξάνει (www.stress.gr).

Επιπλέον, σχετικά ευρήματα έχουν δείξει, ότι δεν πρόκειται για ένα μεμονωμένο γονίδιο αλλά μάλλον για την αλληλεπίδραση πολλών, τα οποία, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο ή το οικογενειακό του περιβάλλον, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής. Η απομόνωση αυτών των συγκεκριμένων γονιδίων δεν έχει ακόμη επιτευχθεί, αν και η πρόοδος της επιστήμης θα επιτρέψει ίσως στο μέλλον αυτού του τύπου ανακαλύψεις, καθώς και την συνεπακόλουθη ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων (www.stress.gr).

Η διερεύνηση νευροβιολογικών παραγόντων, με τη βοήθεια των νευροαπεικονιστικών τεχνικών, έχει συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη κατανόηση των εγκεφαλικών εκείνων περιοχών που πιθανώς δυσλειτουργούν, έχοντας ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της μανιοκατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι τεχνικές αυτές επιτρέπουν στους επιστήμονες να έχουν μια απεικόνιση του ανθρώπινου εγκεφάλου σε λειτουργία και να εξετάσουν τη δομή και τη δραστηριότητά του, χωρίς την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης ή ανάλογων τεχνικών. Πρόκειται κυρίως για μια ειδική εφαρμογή της μαγνητικής τομογραφίας (functional MRI) και την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET). Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες που χρησιμοποιούν αυτές τις τεχνικές, ο εγκέφαλος ατόμων με διπολική διαταραχή συχνά διαφέρει από εκείνον υγιών ατόμων, εύρημα, το οποίο μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της νόσου και στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών μεθόδων. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται μόνο για την έρευνα και δεν εξυπηρετούν διαγνωστικούς σκοπούς. Η διάγνωση της νόσου είναι αποκλειστικά κλινική με βάση την συμπτωματολογία (www.stress.gr).

Θεραπεία

Στις περισσότερες περιπτώσεις διπολικής διαταραχής, ακόμη και στις πιο βαριές, μια ουσιώδης εξισορρόπηση των εναλλαγών της διάθεσης και μια ύφεση των σχετικών συμπτωμάτων είναι δυνατό να επιτευχθεί με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Το γεγονός, ότι η διπολική διαταραχή αφορά σε ένα κύκλο διαδοχικών επεισοδίων, απαιτεί, σχεδόν πάντα, μια χρόνια, προληπτική χορήγηση φαρμάκων. Ένα θεραπευτικό σχήμα, που συμπεριλαμβάνει τόσο τη φαρμακευτική αγωγή όσο και την ψυχοκοινωνική παρέμβαση, θεωρείται το βέλτιστο για τη αντιμετώπιση της νόσου στο χρόνο (www.stress.gr).

Η συνεχιζόμενη, χωρίς διακοπές, θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής είναι ιδιαίτερα σημαντική. Βεβαίως, ακόμη και σε αυτή την περίπτωση, είναι δυνατό να παρατηρηθούν αλλαγές στη διάθεση. Κάτι τέτοιο οφείλει να γίνεται άμεσα γνωστό στον θεράποντα ιατρό, προκειμένου να αποτραπεί πιθανή έξαρση της νόσου, με κατάλληλες τροποποιήσεις του θεραπευτικού σχήματος. Η στενή συνεργασία με το γιατρό, καθώς και η ανοιχτή επικοινωνία μαζί του, για τυχόν προβληματισμούς που αφορούν στη θεραπεία, είναι δυνατό να ενισχύσει την αποτελεσματικότητά της (www.stress.gr).

Επιπλέον, η καθημερινή καταγραφή των παρατηρούμενων συμπτωμάτων, του θεραπευτικού σχήματος, πιθανών διαταραχών του ύπνου και στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή του ατόμου είναι δυνατό να συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της νόσου τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και από το οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς και στην παροχή εξατομικευμένης και, συνεπώς, πιο αποτελεσματικής θεραπευτικής φροντίδας (www.stress.gr).

A. Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή για τη διπολική διαταραχή παρέχεται από ψυχιάτρους, οι οποίοι έχουν ειδικευτεί στη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Παρόλο που άλλοι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι δεν έχουν την ειδικότητα του ψυχιάτρου, είναι σε θέση να συνταγογραφήσουν τα συγκεκριμένα φάρμακα, συνιστάται η επίσκεψη σε ψυχίατρο για τον καθορισμό της θεραπείας (www.stress.gr).

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα φαρμάκων, γνωστών και ως "φάρμακα σταθεροποιητικά της διάθεσης", που ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για εκτεταμένα χρονικά διαστήματα (δηλ. χρόνια). Στην περίπτωση που θεωρηθεί αναγκαίο, επιπλέον φάρμακα προστίθενται για τυπικά μικρότερες χρονικές περιόδους, προκειμένου να ελέγξουν μια πιθανή έξαρση της νόσου παρά τη χρήση των "σταθεροποιητικών της διάθεσης" (www.stress.gr).

Για την φαρμακευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής αναφέρονται:

- ❖ Το λίθιο (π.χ. Milithin, Lithiofor) ήταν το πρώτο σταθεροποιητικό της διάθεσης σκεύασμα που κυκλοφόρησε και θεωρείται αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση της μανίας, καθώς και στην πρόληψη τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων.
- ❖ Τα αντιεπιληπτικά, όπως η καρβαμαζεπίνη (π.χ. Tegretol) και το βαλπροϊκό νάτριο (π.χ. Derakine), έχουν, επίσης, και σταθεροποιητικές ιδιότητες και μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα σε δύσκολα αντιμετωπίσιμα διπολικά επεισόδια. Η χρήση τους σε συνδυασμό με το λίθιο ενισχύει τα αντιμανιακά του αποτελέσματα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αυξανόμενη τάση τα αντιεπιληπτικά που αναφέρθηκαν αλλά και άλλα, να χρησιμοποιούνται ως

μονοθεραπεία στην διπολική διαταραχή, ιδιαίτερα εκεί που το λίθιο δεν μπόρεσε να ελέγξει με επιτυχία τα επεισόδια (www.stress.gr).

Στην περίπτωση παιδιών και εφήβων με διπολική διαταραχή, χρησιμοποιείται κυρίως το λίθιο αλλά και ορισμένα αντιεπιληπτικά, η ασφαλής και επαρκής χρήση των οποίων διερευνάται συστηματικά. Οι γυναίκες με διπολική διαταραχή, οι οποίες επιθυμούν να συλλάβουν, οφείλουν να συμβουλευθούν τον γιατρό τους σχετικά με τους κινδύνους που μπορεί να ενέχει, σε αυτή την περίπτωση, η φαρμακευτική αγωγή. Η μελέτη νέων, ασφαλέστερων φαρμάκων, που θα μπορούν να χορηγηθούν κατά τη διάρκεια τόσο της κύησης όσο και της γαλουχίας, πραγματοποιείται στις ημέρες μας (www.stress.gr).

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κρίνεται, επίσης, απαραίτητη σε οξεία καταθλιπτικά επεισόδια. Ωστόσο, σχετικές μελέτες στο χώρο έχουν δείξει, ότι άτομα με διπολική διαταραχή που βρίσκονται σε αντικαταθλιπτική αγωγή αντιμετωπίζουν διαρκώς τον κίνδυνο εκδήλωσης υπομανιακού / μανιακού επεισοδίου ή ταχείας εναλλαγής φάσεων. Για το λόγο αυτό, η χορήγηση "σταθεροποιητών της διάθεσης" είναι αναγκαία είτε μόνη είτε σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά (www.stress.gr).

Σε οξεία μανιακά επεισόδια, όπου η ταχεία θεραπεία κρίνεται αναγκαία, ή σε περιπτώσεις που το άτομο με διπολική διαταραχή δεν αντιδρά σε αγωγή με λίθιο και αντιεπιληπτικά, χορηγούνται αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως η αλοπεριδόλη (Aloperidine), η ρισπερισδόνη (Risperdal) και η ολανζαπίνη (Zyprexa). Σε περίπτωση που παρατηρείται αϋπνία, δηλαδή το άγχος του ατόμου δε μειώνεται, είναι δυνατό να χορηγηθούν βενζοδιαζεπίνες (π.χ. Tavor, Stedon) (www.stress.gr).

Πιθανές τροποποιήσεις της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να είναι αναγκαίες κατά την πορεία της νόσου, προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματική η αντιμετώπισή της. Για τις τροποποιήσεις αυτές,

αποκλειστικά υπεύθυνος είναι ο ψυχίατρος, ο οποίος πρέπει να ενημερώνεται και για τυχόν χρήση άλλων φαρμάκων ή φυσικών συμπληρωμάτων της διατροφής παράλληλα με την αγωγή για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής. Προκειμένου να περιοριστεί ο κίνδυνος της υποτροπής, είναι σημαντικό να ακολουθείται πιστά το προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα (www.stress.gr).

B. Ψυχοκοινωνική προσέγγιση

Επιπρόσθετα της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, η ψυχοκοινωνική προσέγγιση ατόμων με διπολική διαταραχή και των οικογενειών τους συμβάλλει σημαντικά στη στήριξη και την εκπαίδευσή τους αναφορικά με τα συμπτώματα των μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων. Σχετικές μελέτες στο χώρο έδειξαν, ότι η ψυχοκοινωνική παρέμβαση συνδέεται με αυξημένη σταθερότητα της διάθεσης, μειωμένη ανάγκη νοσηλείας και αυξημένη λειτουργικότητα σε ποικίλους τομείς. Ένας ψυχολόγος, ένας κοινωνικός λειτουργός ή ένας σύμβουλος τυπικά παρέχει αυτού του τύπου θεραπείες, συχνά σε συνεργασία με τον ψυχίατρο για τη στενή παρακολούθηση της προόδου του ατόμου με διπολική διαταραχή. Η διάρκεια, η συχνότητα εφαρμογής και ο τύπος της θεραπείας αποτελεί συνάρτηση των εξατομικευμένων αναγκών του ατόμου (www.stress.gr).

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση ατόμων με διπολική διαταραχή αναφέρεται κυρίως στην υποστηρικτική θεραπεία, τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, την οικογενειακή θεραπεία και την εκπαίδευση. Συγκεκριμένα,

- ❖ Η υποστηρικτική θεραπεία συμβάλλει στη διαχείριση των ανεπιθύμητων συνεπειών της νόσου στους διάφορους τομείς της ζωής, καθώς και στην ενίσχυση της εκδήλωσης συνέπειας στη θεραπευτική αγωγή.

- ❖ Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία βοηθάει στην εκμάθηση τεχνικών τροποποίησης των δυσλειτουργικών ή αρνητικών δομών σκέψης και συμπεριφοράς σε σχέση με τη νόσο.
- ❖ Η οικογενειακή θεραπεία κάνει χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών, προκειμένου να επιτύχει τη μείωση του άγχους που βιώνει η οικογένεια, το οποίο μπορεί να ενισχύει ή να απορρέει από τα συμπτώματα του μέλους με διπολική διαταραχή.
- ❖ Η εκπαίδευση του ατόμου με διπολική διαταραχή ή και της οικογένειάς του, σχετικά με τα σημεία και τα συμπτώματα της νόσου, καθώς και τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής, μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά ως προς την πιθανότητα υποτροπής με την αναγνώριση των συμπτωμάτων του αρχόμενου επεισοδίου.

Όπως και με την φαρμακευτική αντιμετώπιση, είναι σημαντικό να ακολουθείται πιστά ο θεραπευτικός σχεδιασμός οποιασδήποτε ψυχοκοινωνικής προσέγγισης, προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα (www.stress.gr).

Γ. Εναλλακτικές μέθοδοι αντιμετώπισης

Σε περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή μόνη ή σε συνδυασμό με την ψυχοκοινωνική προσέγγιση έχει αποδειχθεί ανεπαρκής ή αντενδείκνυται για την αντιμετώπιση ορισμένων οξέων περιστατικών (πχ. παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, κύηση, κλπ.), η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT) μπορεί να θεωρηθεί αναγκαία. Η εν λόγω τεχνική είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση της (πχ. βραχυπρόθεσμη απώλεια μνήμης) έχουν περιοριστεί στις ημέρες μας. Ωστόσο, τα οφέλη και οι κίνδυνοι που δυνητικά επιφυλάσσει η εφαρμογή της θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά

υπόψη και να συζητηθούν τόσο με το ίδιο το άτομο όσο και με το στενό του περιβάλλον (www.stress.gr).

Η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών παρατηρείται συχνά μεταξύ ατόμων με διπολική διαταραχή. Τα ερευνητικά δεδομένα στο χώρο προτείνουν τη συμβολή ποικίλων παραγόντων στην εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της προσπάθειας αυτοϊασης των συμπτωμάτων. Σε περίπτωση που συνυπάρχει πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ ή άλλων ουσιών, η αντιμετώπισή του θα πρέπει να συμπεριληφθεί στο γενικότερο θεραπευτικό σχεδιασμό (www.stress.gr).

Ορισμένες αγχώδεις διαταραχές, όπως η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, είναι δυνατό, επίσης, να εκδηλωθούν μεταξύ ατόμων με διπολική διαταραχή. Η υπάρχουσα θεραπευτική αγωγή συχνά καλύπτει και τις αγχώδεις διαταραχές. Σε αντίθετη περίπτωση, η αντιμετώπισή τους θα πρέπει να αποτελέσει μέρος του θεραπευτικού πλάνου (www.stress.gr).

Πώς μπορούν να βοηθούν τα άτομα με διπολική διαταραχή και οι οικογένειές τους;

Κάθε άτομο με διπολική διαταραχή πρέπει να λαμβάνει τη φροντίδα ενός ψυχιάτρου, ειδικευμένου στη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου. Παράλληλα, άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως οι ψυχολόγοι και οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές, συμβάλλουν στη διαχείριση της νόσου, με την εφαρμογή επιπρόσθετων τύπων θεραπείας (www.stress.gr).

Για την παροχή βοήθειας μπορεί κανείς να απευθυνθεί σε:

- ❖ Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές
- ❖ Ψυχιατρικούς Τομείς Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων
- ❖ Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- ❖ Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (στις περιοχές, όπου υπάρχουν)

- ❖ Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές
- ❖ Ιδιώτες Ψυχιάτρους

Τα άτομα με διπολική διαταραχή μπορεί να χρειάζονται βοήθεια, προκειμένου να αντιληφθούν, ότι έχουν πράγματι ανάγκη την παρέμβαση ενός ειδικού. Συγκεκριμένα,

- Συχνά δεν αντιλαμβάνονται το βαθμό της διαταραχής ή αποδίδουν την ευθύνη των προβλημάτων τους σε άλλους παράγοντες πέραν της νόσου.
- Συνήθως έχουν ανάγκη τη στήριξη της οικογένειας, προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια. Ο οικογενειακός γιατρός, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο, συστήνοντας συγκεκριμένους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, όπου μπορούν να απευθυνθούν.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις, κάποιο άλλο άτομο από το στενό περιβάλλον ίσως χρειαστεί να τους οδηγήσει στον ειδικό για διάγνωση και θεραπεία.
- Σε περίπτωση που ένα επεισόδιο βρίσκεται σε έξαρση, η νοσηλεία μπορεί να είναι αναγκαία, ακόμη κι αν κάτι τέτοιο είναι ενάντια στη θέλησή τους.
- Συνεχής ενθάρρυνση και στήριξη είναι αναγκαία, μέχρις ότου βρεθεί το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα.
- Ορισμένες φορές, μπορεί να συμφωνήσουν σε περιόδους ύφεσης της νόσου ως προς τον πιο κατάλληλο τρόπο παρέμβασης σε περίπτωση υποτροπής.

Όπως και με άλλες σοβαρές ψυχικές νόσους, η διπολική διαταραχή μπορεί να αποβεί δύσκολα αντιμετωπίσιμη από το σύντροφο, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, τους φίλους και τους εργοδότες. Η οικογένεια του ατόμου με διπολική διαταραχή έχει συχνά να αντιμετωπίσει σοβαρά

προβλήματα στη συμπεριφορά του, όπως την αλόγιστη διασκέδαση σε περιόδους μανίας ή την έντονη αίσθηση απόρριψης από τους άλλους σε περιόδους κατάθλιψης, καθώς και τις συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς (www.stress.gr).

3. Αγχώδεις διαταραχές

Εισαγωγή

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει νιώσει άγχος. Παρόλα αυτά ακριβής ορισμός του όρου είναι δύσκολος γιατί η έννοια αυτή χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων του ατόμου (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr, www.ideopolis.gr).

Καθώς το άγχος βιώνεται ψυχολογικά ως συναίσθημα, είναι χρήσιμο για την κατανόησή του να αναφερθούμε σ' ένα άλλο παρόμοιο συναίσθημα που είναι ο φόβος (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr, www.ideopolis.gr).

Ο **φόβος**, η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται αντιληπτός(ή) συνειδητά. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, τρόμος των μυών και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μυς (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Το **άγχος**, αντίθετα είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Όπως και ο φόβος, έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής

διάστασης της τάσης, φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του νευρικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Σε αντίθεση, όμως, με τον φόβο η πηγή του άγχους είτε είναι άγνωστη είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κ.τ.λ.). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί πρόβλημα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου - οπότε και έχουμε κάποια αγχώδη διαταραχή (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Κατηγορίες διαταραχών του άγχους

Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαταραχές:

- *Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία*
- *Ειδική φοβία*
- *Κοινωνική φοβία*
- *Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή*
- *Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες*
- *Διαταραχή από οξύ στρες*
- *Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή*
- *Διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση*
- *Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες*
- *Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).*

1. Διαταραχή πανικού

Ορισμός

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής πανικού είναι επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού, που συνοδεύονται για τουλάχιστον ένα μήνα ή περισσότερο από επίμονη ανησυχία (άγχος) του ατόμου μήπως του ξανασυμβεί κάποια προσβολή πανικού, από ανησυχία και στενοχώρια για τις επιπτώσεις ή της συνέπειες των προσβολών (π.χ. μήπως πεθάνει από καρδιά, μήπως τρελαθεί) ή από σημαντική αλλαγή συμπεριφοράς που σχετίζεται με τις προσβολές (π.χ. παραίτηση από τη δουλειά του) (Μάνος, 1997).

Συμπτωματολογία

Οι προσβολές πανικού χαρακτηρίζονται από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- αίσθημα παλμών, αίσθημα ότι η καρδιά πάει να σπάσει ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού
- εφίδρωση
- τρέμουλα ή έντονος τρόμος
- αίσθημα κατανασέματος (δύσπνοιας) ή πλακώματος στο στήθος
- αίσθημα πνιγμονής
- πόνος ή δυσφορία στο στήθος
- ναυτία ή επιγαστρία δυσφορία
- αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή λιποθυμίας
- αποπραγματοποίηση (αίσθημα μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση (αίσθημα απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης από τον εαυτό)
- φόβος απώλειας ελέγχου ή ότι τρελαίνεται
- φόβος ότι θα πεθάνει
- παραισθησίες (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα)

- ρίγη ή ξαφνικά αισθήματα ζέστης (www.psychologia.gr, www.ideopolis.gr).

Οι προσβολές πανικού εμφανίζονται ξαφνικά, κορυφώνονται σε λίγα λεπτά και διαρκούν 5'-30' (αν και οι ασθενείς μπορεί να νιώθουν ότι διαρκούν περισσότερο εκλαμβάνοντας ηπιότερα συνεχιζόμενα συμπτώματα ως πανικό ή μη αναγνωρίζοντας υποτροπές του πανικού). Η συχνότητα και η βαρύτητα των προσβολών πανικού ποικίλλει. Άλλα άτομα έχουν πανικούς μια φορά την εβδομάδα για μήνες, άλλα έχουν καθημερινά για κάποιες μέρες και μετά δεν έχουν καθόλου ή έχουν αραιούς πανικούς για μήνες κ.ο.κ. (www.psychologia.gr, www.ideopolis.gr).

Αυτό που έχει σημασία είναι ότι οι προσβολές πανικού της διαταραχής πανικού μιμούνται πολλές "οργανικές" διαταραχές, οπότε οι ασθενείς επισκέπτονται πολλούς γιατρούς και κάνουν πολυάριθμες εξετάσεις, έως ότου επιτέλους η ιδέα ότι πρόκειται για διαταραχή πανικού έρθει στο μυαλό του γιατρού ή του ασθενή. Τα άτομα που έχουν διαταραχή πανικού συνήθως αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα και ο φόβος ότι θα ξανασυμβεί η προσβολή με όλη την αίσθηση φοβερής δυσφορίας, ανημποριάς και απώλειας του ελέγχου που συνοδεύουν την προσβολή οδηγούν στην ανάπτυξη ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑΣ (www.psychologia.gr, www.ideopolis.gr).

Σήμερα, λοιπόν, γνωρίζουμε ότι στην κλινική πράξη η αγοραφοβία και η διαταραχή πανικού συμβαίνουν τόσο συχνά μαζί, που είναι λίγες οι περιπτώσεις που η κάθε μία διαταραχή συναντιέται μόνη της. Γι' αυτό και την αγοραφοβία την περιγράφουμε ξεχωριστά από τις άλλες φοβίες μαζί με τη διαταραχή πανικού (www.psychologia.gr, www.ideopolis.gr).

2. Αγοραφοβία

Ορισμός

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αγοραφοβίας τα φοβικά συμπτώματα είναι επιπλοκή της διαταραχής πανικού. Δηλαδή το άτομο πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει τον φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν' αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. Μολονότι, συχνά, τέτοιες καταστάσεις είναι επισκέψεις σε μαγαζιά ή την αγορά γενικότερα (από όπου και ο όρος αγοραφοβία), ο βασικός φόβος είναι να βρισκονται οι ασθενείς μακριά από την πηγή ασφάλειάς τους. Έτσι, φοβούνται μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο και έρθουν σε δύσκολη θέση ή αμηχανία ή μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού και δεν είναι κοντά στο γιατρό τους ή κοντά σε κάποιο νοσοκομείο. Αρχίζουν, λοιπόν, να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο (μαγαζιά, εστιατόρια, την εκκλησία, τα θέατρα, τους κινηματογράφους κ.τ.λ.), τις κάθε είδους απομακρύνσεις από τη βάση τους κ.ο.κ. Προοδευτικά, ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου συντρόφου (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Αιτιολογία

A. Βιολογικά αίτια

Η έρευνα για την αιτιολογία της διαταραχής πανικού είναι πολύ έντονη. Ιδιαίτερα δημοφιλείς τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει οι νευροβιολογικές θεωρίες γύρω από την παθοφυσιολογία του πανικού. Βιολογικές διαταραχές

που πιθανολογούνται ότι μπορεί να αποτελούν το υπόστρωμα του πανικού περιλαμβάνουν αύξηση των κατεχολαμινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα, κάποια ανωμαλία στον υπομέλανα τόπο, υπερευαισθησία στο CO₂, διαταραχές στον μεταβολισμό του γαλακτικού οξέος, διαταραχές στο νευροδιαβιβαστή σύστημα του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) κ.ά. και οι υποθέσεις γι' αυτές βασίζονται κυρίως στην ικανότητα διαφόρων ουσιών να προκαλούν προσβολές πανικού (π.χ. το CO₂, το γαλακτικό νάτριο, η ισοπροτερενόλη κ.ά.) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Β. Κληρονομικά αίτια

Μελέτες με διδύμους και οικογένειες προτείνουν ότι η διαταραχή πανικού μπορεί να είναι κληρονομική. Έτσι υπήρξαν μελέτες με διδύμους που έδειξαν μέχρι και πέντε φορές μεγαλύτερη συχνότητα της διαταραχής σε μονοζυγώτες απ' ότι σε διζυγώτες, ενώ στις οικογενειακές μελέτες οι βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με διαταραχή πανικού εμφανίζονται να έχουν τέσσερις ως επτά φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ν' αναπτύξουν διαταραχή πανικού απ' ότι η ομάδα ελέγχου (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Γ. Ψυχολογικά αίτια

Οι **ψυχολογικές θεωρίες** για την αιτιολογία του άγχους και του πανικού είναι πολλές. Η ψυχαναλυτική θεωρία, ακολουθώντας τη δεύτερη θεωρία του Freud για το άγχος, αποδίδει το άγχος σε ενδοψυχική σύγκρουση. Το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις που έρχονται σε σύγκρουση με το εγώ και το υπερεγώ ή την πραγματικότητα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή έχουμε δύο είδη άγχους: το προειδοποιητικό άγχος, που κινητοποιείται από το εγώ για να προειδοποιήσει το άτομο για την επαπειλούμενη εισβολή στο συνειδητό απαγορευμένων ενορμήσεων, οπότε και ενδυναμώνονται οι

αμυντικοί μηχανισμοί για τον έλεγχο τους και διατηρείται η ψυχική ισορροπία και το αυτόματο (τραυματικό άγχος), που όταν συμβεί, το άτομο το βιώνει σαν πανικό και που μπορεί να εμφανισθεί όταν οι απαγορευμένες ενορμήσεις (είτε επειδή αδυνάτισαν οι άμυνες του εγώ είτε επειδή δυνάμωσαν πολύ οι ενορμήσεις) εισβάλουν στην συνείδηση. Οι ενδοψυχικές συγκρούσεις στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι και συνειδητές, οπωσδήποτε όμως καθώς το παιδί μεγαλώνει απωθούνται στο ασυνείδητο. Στην ενήλικη ζωή, όμως, διάφορες συνθήκες μπορεί να επανενεργοποιήσουν μια ασυνείδητη σύγκρουση και να προκαλέσουν άγχος. Συμβολικά, οι συνθήκες αυτές προκαλούν άγχος γιατί κινητοποιούν παιδικούς φόβους, οι οποίοι ήταν η αναμενόμενη συνέπεια (συχνά με τη μορφή φαντασιωμένης τιμωρίας) της ύπαρξης της απαγορευμένης επιθυμίας (π.χ. αν το παιδάκι επιθυμεί να σκοτώσει τον μικρό αδελφό του, φοβάται ότι θα το τιμωρήσουν αυστηρά) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Οι πιο τυπικοί φόβοι που μπορούν να επανενεργοποιηθούν στην ενήλικη ζωή είναι:

- ❖ απώλεια γονιού ή άλλου σημαντικού ατόμου ή αποχωρισμός από γονιό ή άλλο σημαντικό άτομο
- ❖ απώλεια της αγάπης λόγω θυμού ή αποδοκιμασίας από κάποιο σημαντικό άτομο
- ❖ βλάβη ή απώλεια των γεννητικών οργάνων (άγχος ευνουχισμού)
- ❖ απώλεια της αυτοεκτίμησης, όταν το άτομο δεν καταφέρνει να ανταποκριθεί στις ηθικές και άλλες αξίες που υιοθέτησε από τους γονείς του και άλλες σημαντικές μορφές (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Μολονότι η δεύτερη θεωρία του Freud μπορεί να εξηγήσει αρκετές περιπτώσεις άγχους, υπάρχουν πολλές που δεν μπορεί να εξηγήσει. Έτσι, σχετικά πρόσφατα ο ψυχιατρικός κόσμος θυμήθηκε ξανά την πρώτη θεωρία του Freud για το άγχος, καθώς σε πολλές περιπτώσεις άγχους δεν

ανευρίσκονται οι παραπάνω ψυχοδυναμικές θεωρήσεις. Η πρώτη θεωρία του Freud για το άγχος πρέσβευε (χωρίς ψυχοδυναμικές πολυπλοκότητες που αποτέλεσαν τη δεύτερη θεωρία) ότι το άγχος προέρχεται από απωθημένες σεξουαλικές ενορμήσεις. Ότι δηλ. όταν η ψυχική ενέργεια που συνδέεται μ' αυτές τις μη αποδεκτές σεξουαλικές ενορμήσεις γίνεται πιο δυνατή από την απώθηση που τις συγκρατεί στο ασυνείδητο, τότε εισβάλλει μέσα στο συνείδητό με τη μορφή του άγχους (μεταμορφώνεται σε άγχος). Η πρώτη αυτή θεωρία μολονότι σήμερα δεν μπορεί να γίνει αυτούσια αποδεκτή, εντούτοις βρίσκεται πιο κοντά στις σημερινές βιολογικές θεωρήσεις, αφού θα μπορούσαμε να πούμε ότι μιλά γενικά για το άγχος με όρους φυσιολογίας ή βιολογικής μεταμόρφωσης (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Η **μαθησιακή θεωρία** πρεσβεύει ότι το άγχος είναι μια εξαρτημένη (conditioned) απάντηση σε κάποια περιβαλλοντική κατάσταση που προκάλεσε φόβο (π.χ. αυτοκινητιστικό δυστύχημα), οπότε αργότερα και μόνη η αίσθηση κάποιας σωματικής αντίδρασης π.χ. ταχυκαρδίας μπορεί να δημιουργήσει εξαρτημένα μια προσβολή πανικού ή κάποια αγχώδη κατάσταση (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Βασικά, βιολογικές και ψυχολογικές θεωρίες συμπληρώνουν αιτιολογικά η μία την άλλη (γι' αυτό και θεραπευτικά μπορεί να ακολουθηθεί η βιολογική (φαρμακευτική) ή η ψυχολογική (ψυχοθεραπευτική) προσέγγιση ή συνδυασμός τους ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητες του κάθε ασθενή) (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Όπως είδαμε, στο υποκεφάλαιο αυτό «Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία» περιλαμβάνονται τρεις διαταραχές: Η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, η διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία και η αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού (www.psychologia.gr).

Βασικά στοιχεία των διαταραχών είναι: 1) οι προσβολές πανικού 2) το ενδιάμεσο των προσβολών άγχος/φόβος αναμονής για άλλους πανικούς ή για τις συνέπειες τους ή η αλλαγή συμπεριφοράς εξαιτίας τους και 3) η αγοραφοβική αποφυγή. Η *διαταραχή πανικού με αγοραφοβία* έχει και τα τρία στοιχεία, η *διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία* έχει τα δύο πρώτα και η *αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού* έχει μόνο το τρίτο (www.psychologia.gr).

Κατά τη θεραπευτική προσέγγιση, κατ' αρχήν δημιουργείται ένα υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο αισιοδοξίας, συμπαράστασης και αγωνιστικότητας. Μέσα στο πλαίσιο αυτό της **υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας**, που ανεβάζει το ηθικό και την αυτοεκτίμηση του ασθενή, εφαρμόζεται κατόπιν η θεραπευτική αντιμετώπιση του κάθε στοιχείου ειδικά (www.psychologia.gr).

Οι προσβολές πανικού και το άγχος αναμονής — φόβος για τις συνέπειες αντιμετωπίζονται καλύτερα με **γνωστική** (άλλοι την ονομάζουν γνωστική-συμπεριφορική) **ψυχοθεραπεία**, όπου ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει ότι τα δύο αυτά στοιχεία και ιδιαίτερα ο πανικός συνδέονται με λαθεμένες καταστροφικές σκέψεις/πεποιθήσεις (π.χ. «θα πεθάνω», «θα τρελαθώ») με τις οποίες ο ασθενής ερμηνεύει τα ουσιαστικά ακίνδυνα σωματικά συμπτώματα του άγχους (www.psychologia.gr).

Η αγοραφοβία αντιμετωπίζεται με **θεραπεία συμπεριφοράς** και ειδικότερα με βαθμιαία και προοδευτική (κλιμακωτή) έκθεση in vivo του ατόμου σε συνεχώς και πιο δύσκολες αγοραφοβικές καταστάσεις (www.psychologia.gr).

Όσον αφορά τη δυναμική ψυχοθεραπεία, αυτή μπορεί να χρειασθεί για τις περιπτώσεις εκείνες που το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με συγκρούσεις (π.χ. για τον αποχωρισμό από σημαντικά άτομα) ή αντιδράσεις προς το περιβάλλον που πρέπει να διερευνηθούν πριν/και για να γίνει δυνατό να

υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Έτσι, π.χ., κάποια άτομα φοβούμενα ασυνείδητα τον αποχωρισμό μπορεί να μην τολμούν να εκτεθούν στη συμπεριφορική θεραπεία πριν λύσουν τις συγκρούσεις τους γύρω από τον «κίνδυνο» της αυτονομίας (www.psychologia.gr).

Φαρμακευτική αγωγή θα χρησιμοποιηθεί μόνη ή καλύτερα σε συνδυασμό με την *υποστηρικτική — γνωστική — συμπεριφορική* προσέγγιση, αν ο ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει μόνο την ψυχολογική θεραπεία (www.psychologia.gr).

3. Ειδική φοβία (πρώην απλή φοβία)

Κλινικά χαρακτηριστικά

1. Τύπος ζώων
2. Τύπος φυσικού περιβάλλοντος (π.χ. ύψη, καταιγίδες, νερό)
3. Τύπος αίματος — ένεσης — τραύματος
4. Τύπος καταστάσεων (π.χ. αεροπλάνα, ασανσέρ, κλειστά μέρη)
5. Άλλος τύπος (π.χ. φοβική αποφυγή καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό ή να κολλήσει μια αρρώστια στα παιδιά αποφυγή δυνατών ήχων ή μεταμφιεσμένων προσώπων) (www.ideopolis.gr).

Βασικά χαρακτηριστικά

Το βασικό χαρακτηριστικό της ειδικής φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων (www.ideopolis.gr).

Το άτομο με ειδική φοβία βιώνει έναν έντονο, επίμονο, υπερβολικό και παράλογο φόβο στην παρουσία ή σε αναμονή της συνάντησης με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Τέτοια αντικείμενα ή καταστάσεις μπορεί να είναι: ζώα (και έντομα), το φυσικό περιβάλλον (π.χ. καταιγίδες,

ύψος, νερό), το αίμα, οι ενέσεις ή τα τραύματα, διάφορες καταστάσεις (π.χ. δημόσιες συγκοινωνίες όπως λεωφορεία κ.τ.λ., τούνελ, γέφυρες, ανελκυστήρες, πτήσεις με αεροπλάνα, οδήγηση αυτοκινήτου, κλειστά μέρη), άλλες καταστάσεις που μπορεί π.χ. να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό, να κολλήσει μια αρρώστια ή που να φοβάται ν' απομακρυνθεί από τους τοίχους μήπως πέσει (στα παιδιά, φόβοι δυνατών ήχων ή μεταμφιεσμένων προσώπων) (www.ideopolis.gr).

Ο εστιασμός του φόβου μπορεί να είναι είτε σε κάποια σωματική βλάβη που μπορεί να προκληθεί από το αντικείμενο ή την κατάσταση (π.χ. να πέσει το αεροπλάνο, να τον δαγκώσει το σκυλί, να τον χτυπήσουν ή να χτυπήσει άλλα αυτοκίνητα ενώ οδηγεί) είτε στη δυνατότητα να χάσει το άτομο τον έλεγχο του, να πανικοβληθεί ή να λιποθυμήσει κατά την έκθεση στη φοβική κατάσταση (π.χ. να λιποθυμήσει στη θέα του αίματος, να ζαλιστεί και να πέσει από το ψηλό μέρος, να χάσει τον έλεγχο του και ν' αρχίσει να ουρλιάζει σ' ένα κλειστό μέρος) (www.ideopolis.gr).

Συμπτωματολογία

Το άγχος που νιώθει το άτομο κατά την έκθεση του στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση είναι τόσο μεγαλύτερο όσο πιο κοντά (στον χώρο ή στον χρόνο) είναι το φοβικό ερέθισμα και όσο πιο δύσκολη είναι η διαφυγή απ' αυτό. Μερικές φορές αναπτύσσονται πλήρεις προσβολές πανικού (www.ideopolis.gr).

Συνοπτικά, για να μιλήσουμε για κάποιο είδος φοβίας (π.χ. φοβία για τα αεροπλάνα), θα πρέπει να πληρούνται οι εξής πέντε προϋποθέσεις:

- 1.** Το άτομο νιώθει υπερβολικό άγχος στην παρουσία ή στην σκέψη πτήσης με αεροπλάνο

2. Η ξαφνική έκθεση στο φοβικό αντικείμενο προκαλεί άμεσα έντονο άγχος στο άτομο, άγχος που δύναται να φτάσει σε επίπεδο κρίσης πανικού
3. Το άτομο πρέπει να αποδεχτεί ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός κι αδικαιολόγητος
4. Το φοβικό αντικείμενο αποφεύγεται ή, όταν αυτό δεν είναι εφικτό, υπομένετε με δυσκολία
5. Τέλος, η κατάσταση αυτή προκαλεί δυσλειτουργία στη ζωή του ατόμου (www.ideopolis.gr).

Θεραπεία

Στόχος λοιπόν κάθε θεραπείας είναι να απαλλάξει τον ασθενή από τις φοβίες. Καθώς όμως η ψυχολογία είναι χωρισμένη σε σχολές, δεν υπάρχει ένα είδος θεραπείας αλλά πολλά, διαφορετικά για κάθε σχολή. Η συστηματική απευαισθητοποίηση, η οποία εντάσσεται στην συμπεριφορική σχολή, αποτελεί το δικό μας αντικείμενο εργασίας (www.ideopolis.gr).

Αποτελεί επινόημα ενός ψυχιάτρου, του Joseph Wolpe, ο οποίος, ενώ αρχικά ήταν ψυχαναλυτής, μετά από χρόνια πρακτικής εντυπωσιάστηκε από τα γραπτά των Pavlov και Hull κι έφτασε στο συμπέρασμα ότι η νεύρωση είναι μια δυσπροσαρμοστική αποκτημένη αντίδραση, που συνδέεται πάντα με το άγχος. Η θεραπεία, επομένως, περιλαμβάνει την αναστολή του άγχους μέσω της αντενεργούς (αμοιβαίας) εξάρτησης μιας προσαρμοστικής αντίδρασης. Πιο απλά, η θεραπεία έχει να κάνει με αντιδράσεις που είναι ανταγωνιστικές ή ανασταλτικές του άγχους (www.ideopolis.gr).

Πολλές αντιδράσεις λειτουργούν ανταγωνιστικά του άγχους (π.χ. η μετατόπιση της σκέψης από το αγχογόνο σε ένα άλλο, ευχάριστο, ερέθισμα), η βαθιά μυϊκή χαλάρωση όμως έχει τύχει της μεγαλύτερης προσοχής. Μέσω της συστηματικής απευαισθητοποίησης, ο ασθενής μαθαίνει να αντιδρά σε

ορισμένα ερεθίσματα, που προηγουμένως του προκαλούσαν άγχος, με τη νέα εξαρτημένη αντίδραση της χαλάρωσης (www.ideopolis.gr).

Στάδια της Θεραπείας

Η θεραπεία περιλαμβάνει μια σειρά από φάσεις.

A' Στάδιο: Μελέτη της περίπτωσης

Αρχικά, ο θεραπευτής μελετά ενδελεχώς την περίπτωση του πελάτη και αποφασίζει αν τα προβλήματα του μπορούν να θεραπευτούν με τη συστηματική απευαισθητοποίηση. Έπειτα εκπαιδεύει τον πελάτη να χαλαρώνει πλήρως. Είναι αρκετά δύσκολη διαδικασία και απαιτούνται 6, συνήθως, συνεδρίες μέχρι να μάθει κάποιος να χαλαρώνει ολόκληρο το σώμα του σε δευτερόλεπτα (www.ideopolis.gr).

B' Στάδιο: Ιεράρχηση των περιστάσεων του άγχους

Η επόμενη φάση περιλαμβάνει την ιεράρχηση των περιστάσεων άγχους. Ο θεραπευτής καταγράφει, λεπτομερώς, τα ερεθίσματα που προκαλούν άγχος στον πελάτη. Αν είναι πολλά τα ομαδοποιεί σε ομοειδής κατηγορίες (π.χ. υψοφοβία, κλειστοφοβία). Έπειτα τα διατάσσει, εντός της κάθε κατηγορίας, από το λιγότερο στο περισσότερο ενοχλητικό. Π.χ. στο θέμα της κλειστοφοβίας, μπορεί το λιγότερο ενοχλητικό να είναι η χρήση του ανελκυστήρα, το μεσαίο η χρήση τρένου και το πλέον ενοχλητικό η πιθανότητα να εγκλωβιστεί σε τούνελ κάτω από την επιφάνεια της γης (www.ideopolis.gr).

Γ' Στάδιο: Απευαισθητοποίηση

Όταν ολοκληρωθεί και αυτή η φάση ο πελάτης είναι έτοιμος να ξεκινήσει τη διαδικασία απευαισθητοποίησης, αυτής καθαυτής. Έχει αποκτήσει την ικανότητα χαλάρωσης ενώ ο θεραπευτής του έχει αποκτήσει

μια λίστα με τα αγχογόνα ερεθίσματα. Τώρα ο θεραπευτής καθοδηγεί τον πελάτη του να φτάσει σε μια κατάσταση βαθιάς χαλάρωσης. Μόλις αυτό επιτευχθεί τον ενθαρρύνει να φανταστεί το λιγότερο αγχογόνο ερέθισμα. Αν καταφέρει να παραμείνει χαλαρωμένος ενθαρρύνεται να φανταστεί το αμέσως επόμενο, ιεραρχικά, ερέθισμα, παραμένοντας χαλαρωμένος (www.ideopolis.gr).

Περίοδοι απόλυτης χαλάρωσης εναλλάσσονται με περιόδους όπου το άτομο φαντασιώνει ολοένα και πιο αγχογόνα ερεθίσματα. Αν κάποιο ερέθισμα του προκαλεί άγχος μεγαλύτερο από τη χαλάρωση τότε ο θεραπευτής τον προτρέπει να χαλαρώσει και να επιστρέψει στο προηγούμενο, λιγότερο αγχογόνο, ερέθισμα. Στο τέλος, ο ασθενής είναι ικανός να παραμείνει χαλαρωμένος σε όλα τα αγχογόνα ερεθίσματα, όχι μόνο σ' αυτά που φαντάστηκε στο γραφείο του θεραπευτή αλλά κι όταν τα συναντά στην πραγματική ζωή. «Έχει διαπιστωθεί κατ' επανάληψη ότι σε κάθε στάδιο ένα ερέθισμα που δεν προκαλεί καθόλου άγχος σε ένα άτομο όταν το φαντάζεται σε κατάσταση χαλάρωσης, δε θα προκαλέσει καθόλου άγχος κι όταν το συναντήσει στην πραγματικότητα» (Wolpe, 1961) (www.ideopolis.gr).

Η θεραπεία του Wolpe

Η θεραπεία του Wolpe επεκτάθηκε και από *in vitro* (εικονικές) επαφές με τα αγχογόνα ερεθίσματα, περάσαμε στα *in vivo* (ζωντανά) ερεθίσματα (Craske & Rowe, 1997; Marks, 1987; Ost, 1997). Πλέον ο πελάτης δε φαντασιώνονταν το αγχογόνο ερέθισμα αλλά το βίωνε (www.ideopolis.gr).

Οι in vivo θεραπείες χωρίζονται σε 3 κατηγορίες:

- ❖ ν Κατακλυσμική θεραπεία
- ❖ ν Κλιμακωτή έκθεση
- ❖ ν Κλιμακωτή έκθεση με συμμετοχή του θεραπευτή ως μοντέλου

Στην κατακλυσμική θεραπεία, ο πελάτης βρίσκεται απότομα ενώπιον του πλέον αγχογόνου ερεθίσματος. Π.χ. για τη θεραπεία της υψοφοβίας, ο θεραπευτής θα κλείσει τα μάτια του πελάτη και θα τον οδηγήσει σε ένα ψηλό σημείο και ξαφνικά θα του λύσει τα μάτια και θα απομακρυνθεί, αφήνοντας τον μόνο να τα βγάλει πέρα. Ο ίδιος θα σταθεί παράμερα και θα τον ενισχύει με φωνές και λόγια ενθαρρυντικά. Πρόκειται για «βίαιη» μέθοδο, με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας και αμφίβολα αποτελέσματα. Παράλληλα, δε δείχνει να βασίζεται σε κάποιο σταθερό θεωρητικό πλαίσιο, ενώ δεν ακολουθεί τα χνάρια, μεθοδολογικά, της συστηματικής απευαισθητοποίησης (www.ideopolis.gr).

Σ' αυτήν, αντίθετα, εντάσσονται οι άλλες δύο θεραπείες, της κλιμακωτής έκθεσης δηλαδή, με ή χωρίς τη συμμετοχή του θεραπευτή. Μόνη διαφορά με την *in vitro* μέθοδο είναι ότι ο πελάτης πλέον δε φαντασιώνεται τα αγχογόνα ερεθίσματα αλλά τα βιώνει πραγματικά κι έρχεται σταδιακά σε επαφή μαζί τους ενώ προσπαθεί να χαλαρώσει (www.ideopolis.gr).

Οι εξελίξεις στον τομέα της τεχνητής νοημοσύνης έρχονται να συνδράμουν στο έργο των ψυχολόγων μέσω της δημιουργίας εικονικών κόσμων. Η εικονική πραγματικότητα αποτελεί το σύνδεσμο ανάμεσα στις *in vivo* & *in vitro* μεθόδους (www.ideopolis.gr).

Τα πλεονεκτήματα της νέας μεθόδου

Τα πλεονεκτήματα της νέας μεθόδου, σε σχέση με τις παλαιότερες, είναι τα εξής:

- ❖ **Έλεγχος του φοβικού αντικειμένου.** Ας πάρουμε για παράδειγμα τις αράχνες. Σε σχέση με τις αληθινές, οι εικονικές μπορούν να δεχτούν εντολές, να κινηθούν σύμφωνα με τις επιθυμίες του θεραπευτή, να τοποθετηθούν σε συγκεκριμένα σημεία. Τέλος, μπορεί να ελέγξει το μέγεθος ή το είδος, κατά το δοκούν.

- ❖ **Πραγματοποίηση δύσκολων περιπτώσεων.** Για να θεραπεύσει in vivo τη φοβία για τα αεροπλάνα, ο θεραπευτής πρέπει να ξεκινήσει μια δύσκολη, χρονοβόρα και πολυέξοδη διαδικασία όπως η ενοικίαση αεροπλάνου και πιλότου, η μεταφορά προς και από το αεροδρόμιο, κ.ά. Με την εικονική πραγματικότητα τέτοια προβλήματα παύουν να υφίστανται.
- ❖ **Μείωση κόστους.** Τα έξοδα εξοπλισμού συσκευών εικονικής πραγματικότητας είναι ελάχιστα, και διαρκώς μειώνονται, ειδικά αν συγκριθούν με τα έξοδα που θα απαιτούσε μια αντίστοιχη in vivo θεραπεία.
- ❖ **Διακριτικότητα.** Πολλοί άνθρωποι αδυνατούν να θεραπεύσουν τις φοβίες τους γιατί ντρέπονται να μουν σε μια διαδικασία συστηματικής απευαισθητοποίησης η οποία, αναγκαστικά, θα τους οδηγήσει σε θεραπεία σε δημόσιο χώρο. Χάρη στην εικονική πραγματικότητα, θεραπευτής και θεραπευόμενος δεν είναι αναγκασμένοι να εγκαταλείψουν το γραφείο του πρώτου (www.ideopolis.gr).

Το ζήτημα λοιπόν που απομένει είναι να μελετηθεί η χρήση της εικονικής πραγματικότητας σε πραγματικές θεραπείες και να φανεί αν είναι ισάξια (ή καλύτερη) της παραδοσιακής in vivo μεθόδου. Κι αυτό έχει ήδη γίνει. Αναφέρουμε εδώ ενδεικτικά τις μελέτες των Garcia-Palacios, A., Hoffman, H. G., Carlin, C., Furness, Botella-Arbona (2002), που κατέδειξαν ότι η εικονική πραγματικότητα είναι εξίσου ικανή με τις παραδοσιακές μεθόδους στην πετυχημένη αντιμετώπιση ειδικών φοβιών (αράχνες), Rothbaum et al., (1995), υψοφοβία, Hodges, Rothbaum, Watson, Kessler, & Ordyke, (1996), υψοφοβία, Botella et al., 1998; Botella, Banos, Villa, Perpina & Garcia-Palacios, (2000) κλειστοφοβία, Carlin, Hoffman & Weghorst, (1997) αραχνοφοβία. Οι Garcia-Palacios, Hoffman, Kwong See, Tsai and Botella (υπό δημοσίευση) μέτρησαν τις στάσεις των ανθρώπων απέναντι στην εικονική

πραγματικότητα και παρουσίασαν προτίμηση στην εικονική πραγματικότητα έναντι των παραδοσιακών in vivo μεθόδων της τάξεως του 85%. Τέλος, οι Emmelkamp et al. (υπό δημοσίευση) απέδειξαν ότι τα σύγχρονα PC είναι αρκετά ισχυρά για να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις των εφαρμογών εικονικής πραγματικότητας, μειώνοντας ακόμη περισσότερο το κόστος (αφού οι περισσότεροι θεραπευτές έχουν ήδη PC) (www.ideopolis.gr).

4. Κοινωνική φοβία (διαταραχή κοινωνικού άγχους)

Βασικά χαρακτηριστικά

Το βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος ταπείνωσης και αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο (Μάνος 1997, www.psychologia.gr).

Ο φόβος στις καταστάσεις αυτές υφάινεται γύρω από την αίσθηση του ατόμου ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, την κριτική ή τον εξονυχιστικό έλεγχο των άλλων, ιδιαίτερα αν είναι άγνωστοι (γι' αυτό η διαταραχή ονομάζεται επίσης και *Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους*). Έτσι το άτομο φοβάται ότι οι άλλοι θα δουν ότι έχει άγχος ή θα το κρίνουν ως αδύνατο, "τρελό" ή ηλίθιο. Εάν το άτομο φοβάται να μιλήσει δημόσια, ο φόβος του είναι μήπως οι άλλοι δουν ότι τρέμουν τα χέρια του ή η φωνή του, μήπως λιποθυμήσει ή μήπως πανικοβληθεί αν φοβάται να συνομιλήσει με άλλους, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι δεν θα μπορέσει να μιλήσει αν φοβάται να φάει, να πιει ή να γράψει δημόσια, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι θα βρεθεί σε δύσκολη θέση καθώς οι άλλοι θα δουν τα χέρια του να τρέμουν κ.ο.κ. Συμπτώματα άγχους και μάλιστα σωματικά (π.χ. αίσθημα παλμών, τρόμος, ιδρώτες, γαστρεντερική δυσφορία, διάρροια, μυϊκή τάση, κοκκίνισμα κ.τ.λ.) είναι σχεδόν πάντα παρόντα και σε σοβαρές περιπτώσεις το άτομο φθάνει σε πανικό. Συχνό είναι το έντονο άγχος αναμονής όπως π.χ.

πριν από ένα προγραμματισμένο κοινωνικό ή δημόσιο γεγονός (Μάνος 1997, www.psychologia.gr).

Θεραπεία της ειδικής και κοινωνικής φοβίας

Όπως και στη θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας, έτσι και στη θεραπεία της ειδικής και της κοινωνικής φοβίας, κατ' αρχήν πρέπει να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο αισιοδοξίας, συμπαράστασης και αγωνιστικότητας. Μέσα στο πλαίσιο αυτό της **υποστηρικτικής** ψυχοθεραπείας, που ανεβάζει το ηθικό και την αυτοεκτίμηση του ασθενή, εφαρμόζεται κατόπιν η (ψυχο)θεραπεία συμπεριφοράς, που είναι η θεραπεία εκλογής για τις φοβίες με συνδυασμό ή όχι φαρμακευτικής αγωγής (Μάνος 1997, www.psychologia.gr).

Η **θεραπεία** συμπεριφοράς μπορεί να είναι βαθμιαία προοδευτική (κλιμακωτή) έκθεση in vivo στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση της Ειδικής ή Κοινωνικής Φοβίας ή συνδυασμός προοδευτικής συστηματικής απευαισθητοποίησης στη φαντασία και βαθμιαίας (κλιμακωτής) έκθεσης in vivo (π.χ. πρώτα βλέπει με τη φαντασία της ένα φίδι, μετά στη φωτογραφία, μετά βλέπει ένα ζωντανό φίδι). Η συσυμπεριφορική θεραπεία μπορεί να γίνει και σε ομάδα (π.χ. για φόβο αεροπορικών ταξιδιών) (Μάνος 1997, www.psychologia.gr).

Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να βοηθηθεί επίσης από τεχνικές της γνωστικής θεραπείας, που προσπαθούν να τροποποιήσουν δυσλειτουργικές σκέψεις του φοβικού ασθενή για τον φόβο αποτυχίας, ταπείνωσης ή αμηχανίας (π.χ. κοινωνικά φοβικοί ασθενείς τείνουν λαθεμένα να υπερεκτιμούν την έκταση της κριτικής και του εξονυχιστικού ελέγχου από τους άλλους) (Μάνος 1997, www.psychologia.gr).

Σε ορισμένες περιπτώσεις η δυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διερεύνηση και τη λύση παιδικών συγκρούσεων που

σχετίζονται με το συμβολικό νόημα των φοβιών (Μάνος 1997, www.psychologia.gr).

Όσον αφορά τη **φαρμακευτική αγωγή**, αυτή μπορεί να χρειασθεί για ορισμένους ασθενείς κατά προτίμηση σε συνδυασμό με την υποστηρικτική-συμπεριφορική-(γνωστική) ψυχοθεραπεία. Έτσι, ιδιαίτερα σε ασθενείς με Κοινωνική Φοβία μπορεί να χορηγηθούν αναστολείς της ΜΑΟ, αλπραζολάμη (με τις επιφυλάξεις που διατυπώσαμε και στη θεραπεία της Διαταραχής Πανικού και Αγοραφοβίας) ή εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) με κάποια επιτυχία. Μερικοί αναφέρουν βελτίωση του φόβου παράστασης με προ-πρανολόλη (20 mg από το στόμα χορηγούμενα 1 ώρα πριν την παράσταση). Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φαίνεται να είναι λιγότερο αποτελεσματικά στην Ειδική και Κοινωνική Φοβία και επίσης άτομα με Κοινωνική Φοβία συνήθως είναι υπερευαίσθητα στις παρενέργειες τους και μπορεί ν' αναπτύξουν ανησυχία, ευερεθιστότητα και αϋπνία σε σχετικά χαμηλές δόσεις (Μάνος 1997, www.psychologia.gr).

Πάντως, όταν η φαρμακευτική αγωγή διακοπεί, οι ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν (ίσως λιγότερο, αν πάλεψαν τη φοβία τους με συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

5. Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή

Ορισμός

Το βασικό χαρακτηριστικό της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής είναι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή/και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Οι *ψυχαναγκασμοί* είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία. Οι πιο κοινοί ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις μόλυνσης (π.χ. μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία), αμφιβολίας (π.χ. αν τραυμάτισε κάποιον σε τροχαίο ατύχημα ή αν κλείδωσε την πόρτα), τάξης/τακτοποίησης (π.χ. έντονη δυσφορία αν κάποια αντικείμενα είναι μη συμμετρικά τακτοποιημένα), παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας (π.χ. να σκοτώσει το παιδί του(της)) ή σεξουαλικές εικόνες/φαντασιώσεις (π.χ. επαναλαμβανόμενες πορνογραφικές εικόνες). Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τους ψυχαναγκασμούς ή να τους εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη (π.χ. με κάποιο καταναγκασμό) (Μάνος, 1997).

Οι *καταναγκασμοί* είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, μέτρηση, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τα εκτελέσει (αν προσπαθήσει να τις αντισταθεί νιώθει υπέρμετρο άγχος) ως απάντηση σ' ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται. Έτσι, π.χ. άτομα με ψυχαναγκασμούς μόλυνσης μπορεί να "γδάρουν" σχεδόν τα χέρια τους με το επανειλημμένο πλύσιμο μέχρι να ανακουφίσουν το άγχος των ψυχαναγκασμών τους, άλλα άτομα με ψυχαναγκασμούς αμφιβολίας για το αν κλείδωσαν την πόρτα μπορεί να ελέγχουν την κλειδαριά ξανά και ξανά, άλλα άτομα δημιουργούν ειδική τελετουργία ντυσίματος με ειδικούς κανόνες που αν δεν τηρηθούν αυστηρά φοβούνται ότι θα πάθει κάτι κάποιος από την οικογένειά τους κ.ο.κ. Οι πιο κοινοί καταναγκασμοί είναι πλυσίματος και καθαρισμού, μέτρησης, ελέγχου, αναζήτησης, διαβεβαιώσεων/

καθισχυασμού, επανάληψης πράξεων και τακτοποίησης/τάξης. Και υπάρχει και καταναγκαστική βραδύτητα (π.χ. στο να ντυθεί το άτομο) (Μάνος, 1997).

Ο βαθμός ευαισθησίας του ατόμου για τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς του ποικίλλει, αλλά σε κάποια στιγμή το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι υπερβολικοί ή παράλογοι (www.psychologia.gr).

Αιτιολογία

Και για την αιτιολογία της ΨΚΔ έχουν προταθεί πολλές θεωρίες - γενετικές, ψυχοδυναμικές, μαθησιακές (συμπεριφορικές), νευροβιολογικές, χωρίς καμιά από μόνη της να είναι αρκετή να την ερμηνεύσει. Και πάλι το πιθανότερο είναι ότι μόνο κάποιος συνδυασμός ερμηνειών θα μπορέσει να καλύψει όλα τα φαινόμενα της ΨΚΔ (www.psychologia.gr).

Μελέτες σε διδύμους έχουν δείξει μεγαλύτερη συχνότητα ΨΚΔ στους μονοζυγώτες απ' ότι στους διζυγώτες. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η συχνότητα της ΨΚΔ είναι μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με ΨΚΔ ή ατόμων με Διαταραχή Tourette, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

1. Αιτιολογία βασισμένη στην ψυχαναλυτική θεωρία

Για πολλά χρόνια **ψυχαναλυτικά** προσανατολισμένοι κλινικοί θεωρούσαν ότι η ΨΚΔ οφείλεται σε καθήλωση του ατόμου στη γεννητική του φάση και παλινδρόμηση στην προηγούμενη της πρωκτική φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη ενασχόληση με θυμό, βρωμιά, από μαγική σκέψη και από αμφιθυμία. Το αποτέλεσμα κατ' αυτούς ήταν η ανάπτυξη ενός έντονα αυστηρού υπερεγώ και μιας ποικιλίας νευρωτικών αμυντικών μηχανισμών - μόνωσης, αντισταθμιστικής συμπτωματολογίας, ματαιώσης, που στόχο είχαν να ελέγξουν το εσωτερικό άγχος του ατόμου. Αν και τόσο οι ψυχαναγκασμοί όσο και τελετουργικοί καταναγκασμοί συχνά φαίνονται πλούσιοι σε συμβολισμούς, η ψυχοδυναμική θεραπευτική προσέγγιση δεν μπόρεσε να

τους βοηθήσει και έτσι έχει πια μόνο ιστορικό ενδιαφέρον (αυτό, βέβαια, δεν ισχύει για την ψυχοδυναμική θεώρηση και θεραπεία της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

2. Αιτιολογία βασισμένη στη μαθησιακή θεωρία

Η **μαθησιακή θεωρία** πρεσβεύει ότι η ΨΚΔ αναπτύσσεται σε δύο στάδια. Πρώτα το άτομο συνδέει το άγχος με κάποιο ψυχικό γεγονός και κατόπιν εκτελεί κάποια τελετουργία για να μειώσει το άγχος. Αν ο χειρισμός αυτός λειτουργήσει, τότε ενισχύεται η επανάληψη της τελετουργίας και το αποτέλεσμα είναι μια καταναγκαστική συμπεριφορά. Αντίστοιχα κάποιες σκέψεις ή εικόνες μπορεί να συνδυασθούν με μείωση του άγχους, οπότε οδηγούν σε καταναγκαστικές νοητικές πράξεις. Αν και τα συμπεριφορικά αυτά μοντέλα της ΨΚΔ έχουν μικρή εμπειρική υποστήριξη, εντούτοις οι συμπεριφορικές θεραπευτικές τεχνικές έχουν γίνει η βάση της ψυχολογικής θεραπείας της ΨΚΔ (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

3. Αιτιολογία βασισμένη στη νευροβιολογία

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη νευροβιολογία της ΨΚΔ. Κατ' αρχήν, έχει ήδη παρατηρηθεί ότι ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα εμφανίζονται με ιδιαίτερη συχνότητα σε νευρολογικές διαταραχές όπως το τραύμα κεφαλής, η επιληψία, η χορεία του Huntington ή του Sydenham ή μετά από εγκεφαλίτιδα, ότι η ΨΚΔ ενδεχομένως συνδέεται με τραύμα κατά τη γέννηση, με ανώμαλα ΗΕΓ ή ακουστικά προκλητά δυναμικά ή ότι σε πειραματόζωα αμφοτερόπλευρες βλάβες του ιππόκαμπου οδηγούν σε στερεοτυπικές συμπεριφορές που μοιάζουν με καταναγκαστικές τελετουργίες - ευρήματα που όλα συνηγορούν για βιολογική προέλευση της ΨΚΔ (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Οι καινούριες νευροαπεικονιστικές τεχνικές, CT, MRI και η PET σιγά — σιγά με τα ευρήματα τους οδηγούν στην υπόθεση ότι στην ΨΚΔ υπάρχει δυσλειτουργία στο επίπεδο των βασικών γαγγλίων, που ευθύνεται ίσως για τους καταναγκασμούς και προμετωπιαία υπερδραστηριότητα, που ευθύνεται ίσως για τους ψυχαναγκασμούς (και είναι γνωστό ότι υπάρχουν σημαντικές διασυνδέσεις μεταξύ βασικών γαγγλίων και προμετωπιαίου φλοιού) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Επιπλέον, η νευροβιοχημική έρευνα της σεροτονίνης συνδέει τον νευροδιαβιβαστή αυτόν με την ΨΚΔ. Η σεροτονίνη θεωρείται ότι διαμεσολαβεί συμπεριφορές χαρακτηριζόμενες από παρορμητικότητα, αυτοκτονικότητα, επιθετικότητα και ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα. Η ικανότητα της χλωριμιπραμίνης και άλλων φαρμάκων όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, που εμποδίζουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, να μειώνουν τα ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα σίγουρα υποστηρίζει την ύπαρξη ενός σημαντικού (αλλά και πάλι όχι αποκλειστικού) ρόλου της σεροτονίνης στην ΨΚΔ (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Η θεραπεία της ΨΚΔ μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν δύσκολη και τα αποτελέσματα της απογοητευτικά. Με την εφαρμογή, όμως, τα τελευταία χρόνια της θεραπείας συμπεριφοράς και ορισμένων φαρμάκων με αντιΨΚ ιδιότητες η άποψη αυτή έχει αντικατασταθεί από δικαιολογημένη αισιοδοξία. Όσον αφορά την ψυχοδυναμική θεραπεία, αυτή δεν έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να βοηθήσει τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Η **θεραπεία συμπεριφοράς**, που γενικά είναι πιο αποτελεσματική στους τελετουργικούς καταναγκασμούς, κυρίως χρησιμοποιεί την έκθεση του

ατόμου και στη συνέχεια την παρεμπόδιση της απάντησης. Ο ασθενής δηλ. εκτίθεται στην επίφοβη κατάσταση, γεγονός ή ερέθισμα με διάφορες τεχνικές έκθεσης (κυρίως κλιμακωτή έκθεση *in vivo*, αλλά ακόμη και συστηματική απευαισθητοποίηση ή «πλημμυρισμός» ή συνδυασμός απευαισθητοποίησης και έκθεσης *in vivo*) και κατόπιν παρεμποδίζεται να εκτελέσει την καταναγκαστική συμπεριφορά που συνήθως ακολουθεί. Για παράδειγμα, σ' ένα άτομο με καταναγκαστικό πλύσιμο ζητείται να ακουμπήσει «μολυσμένα» αντικείμενα π.χ. βρώμικα χαρτομάντιλα και μετά δεν του επιτρέπεται να πλύνει τα χέρια του (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Οι ψυχαναγκασμοί μπορεί να βοηθηθούν με την τεχνική του σταματήματος της σκέψης (π.χ. ο θεραπευτής λέει δυνατά «στοπ» για να σταματήσει τον κύκλο της σκέψης του ασθενή και μετά του μαθαίνει να το κάνει μόνος του λέγοντας «στοπ» από μέσα του) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Η **φαρμακοθεραπεία** χρησιμοποιείται συνεχώς και περισσότερο για τη θεραπεία της ΨΚΔ μόνη ή σε συνδυασμό με τη θεραπεία συμπεριφοράς. Ορισμένα φάρμακα όπως το τρικυκλικό χλωριμιπραμίνη και οι ΕΑΕΣ (εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) έχει δειχθεί ότι έχουν σαφείς αντιΨΚ ιδιότητες και η χρήση τους έχει βοηθήσει μεγάλο αριθμό ατόμων με ΨΚΔ (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Η χλωριμιπραμίνη σε δόσεις 150-300 mg ημερησίως είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, αν και αντιχολινεργικές παρενέργειες (όπως ξηρότητα του στόματος, δυσκοιλιότητα, θόλωση της όρασης, κατακράτηση ούρων) και άλλες παρενέργειες (όπως καταστολή και ορθοστατική υπόταση) δημιουργούν προβλήματα στους ασθενείς. Οι ΕΑΕΣ χρησιμοποιούνται σε δόσεις μεγαλύτερες απ' ό,τι για την κατάθλιψη (π.χ. φλουοξετίνη 60-80 mg ημερησίως, φλουβοξαμίνη 200-300 mg ημερησίως, σερτραλίνη 150-200 mg ημερησίως) και είναι κι αυτοί αποτελεσματικοί, όπως και η χλωριμιπραμίνη,

και στους καταναγκασμούς και στους ψυχαναγκασμούς και άσχετα αν συνυπάρχει ή όχι κατάθλιψη (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Αν υπάρχει σχιζότυπη προσωπικότητα ή διαταραχή τικ, ίσως βοηθά η προσθήκη και κάποιου αντιψυχωτικού (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Οπωσδήποτε, κατά τη θεραπεία της ΨΚΔ ο κλινικός πρέπει να έχει πολύ υπομονή, γιατί η βελτίωση έρχεται σιγά - σιγά, συχνά ύστερα από 2-3 μήνες. Ο βαθμός βελτίωσης με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να φθάσει και το 80%. Πάντως, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχισθεί για μακρό διάστημα, καθώς οι ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν αν η αγωγή διακοπεί (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Ιδιαίτερη θέση στη θεραπεία της ΨΚΔ έχει και η **υποστηρικτική ψυχοθεραπεία**, που συνεπικουρεί και τη συμπεριφορική και τη φαρμακευτική θεραπεία, προσφέροντας ενθάρρυνση, ανύψωση του ηθικού και πρακτικές λύσεις στα προβλήματα του ασθενή (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Όσον αφορά την **ψυχοχειρουργική** (συνήθως στερεοτακτική τομή της τοξοειδούς δεσμίδος), αυτή σήμερα θα χρησιμοποιηθεί μόνον όταν οι άλλες θεραπείες αποτύχουν (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Η **οικογενειακή θεραπεία** μπορεί επίσης να βοηθήσει κατά τη θεραπεία του ατόμου με ΨΚΔ, με ενημέρωση των μελών της οικογένειας για τη φύση της αρρώστιας και εκμάθηση του πώς να δείχνουν κατανόηση αλλά να μην ενθαρρύνουν την ΨΚ συμπεριφορά (π.χ. να μην ελέγχουν όλες τις πόρτες και τα παράθυρα πριν πάνε για ύπνο, όπως τους ζητά ο ΨΚ ασθενής) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Ομάδες αυτοβοήθειας, με την ενημέρωση και τη συμπαράσταση που προσφέρουν, είναι επίσης πολύ χρήσιμες στην αντιμετώπιση της ΨΚΔ (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

6. Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΨΣ είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος. Τραυματικά γεγονότα, που το άτομο τα βιώνει άμεσα, μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας. (Στα παιδιά, ακόμη και αναπτυξιακά απρόσφορες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς βία, τραυματισμό ή απειλή) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, μπορεί να είναι το να δει τον σοβαρό τραυματισμό ή τον θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη νεκρού ατόμου (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Τραυματικά γεγονότα, που τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία έμαθε το άτομο, μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο

ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, η πληροφόρηση ότι π.χ. το παιδί του έχει μια θανατηφόρο αρρώστια. Ίσως η ΔΜΨΣ είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό (π.χ. βασανιστήρια, βιασμοί) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Συνοδά συμπτώματα

Συχνά τα άτομα με ΔΜΨΣ έχουν και άλλα **συνοδά συμπτώματα**, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκεντρώσεως κ.ο.κ.). Τέτοια είναι αισθήματα ενοχής (που επέζησε), αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα κ.ά. Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για **σύννοδες διαταραχές** όπως Διαταραχή Πανικού, Αγοραφοβία, ΨΚΔ, Κοινωνική Φοβία, Ειδική Φοβία, Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σωματοποιητική Διαταραχή και Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες (Δεν είναι σαφές, όμως, σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές προηγούνται ή ακολουθούν τη ΔΜΨΣ) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Επιπλοκές της ΔΜΨΣ μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, η αυτοκτονία, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγια ή απώλεια της εργασίας (λόγω της φοβικής αποφυγής καταστάσεων ή δραστηριοτήτων που μοιάζουν ή συμβολίζουν το αρχικό τραύμα) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Αιτιολογία

Οποσδήποτε το βασικό αιτιολογικό γεγονός που οδηγεί στη ΔΜΨΣ είναι το στρεσογόνο τραύμα. Καθώς, όμως, δεν παθαίνουν ΔΜΨΣ όλα τα άτομα που βιώνουν ένα μείζον τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να

συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Ως τέτοιοι θεωρούνται η ηλικία του ατόμου (τα παιδιά π.χ. είναι πιο ευάλωτα), ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ανεπαρκή ή κακά κοινωνικά στηρίγματα, οικογενειακό ιστορικό (θετικό για ΔΜΨΣ), εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η προσωπικότητα του ατόμου και κυρίως η βαρύτητα και διάρκεια του τραυματικού γεγονότος και η εγγύτητα του ατόμου προς αυτό (όσο πιο μεγάλες είναι τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα ανάπτυξης ΔΜΨΣ). Έτσι, ΔΜΨΣ μπορεί ν' αναπτυχθεί σε άτομα που δεν έχουν κανένα άλλο προδιαθεσικό γνώρισμα, εφόσον το στρεσογόνο γεγονός είναι ακραίου βαθμού (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση στη ΔΜΨΣ μπορεί να είναι φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτική ή συνδυασμός τους ανάλογα με τα συμπτώματα και τις ανάγκες του ασθενή (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Η **φαρμακοθεραπεία** περιλαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της MAO ή νεότερα αντικαταθλιπτικά (π.χ. ΕΑΕΣ). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τα flashbacks, τις επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και τους εφιάλτες κι έτσι να βελτιώσουν τον ύπνο και να ηρεμήσουν τον ασθενή. Αν υπάρχει και κατάθλιψη, μπορούν να βοηθήσουν φυσικά και την κατάθλιψη. Αν υπάρχουν επιπλέον και ψυχωτικά στοιχεία, τότε χορηγούνται και αντιψυχωτικά. Έχει αναφερθεί ότι η προπρανολόλη ή η κλονιδίνη μπορούν να ελαττώσουν τη διεγερσιμότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Η **θεραπεία συμπεριφοράς** είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς με ΔΜΨΣ που αποφεύγουν φοβικό ή κατακλύζονται από άγχος σε ορισμένες καταστάσεις που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Έτσι, συστηματική απευαισθητοποίηση, έκθεση in vivo (απότομη ή κλιμακωτή) ή συνδυασμός τους μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα των ασθενών. Τεχνικές

χαλάρωσης ή γνωστικές τεχνικές μπορεί να βοηθήσουν τον έλεγχο του άγχους (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Η **ψυχοδυναμική θεραπεία** επίσης μπορεί να βοηθήσει. Κατ' αρχήν η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, οπότε η ελάττωση του στρες και η εκτόνωση των συναισθημάτων μπορεί ίσως και να αποτρέψουν τις χρόνιες μορφές ή τις καθυστερημένες απαντήσεις στο τραύμα. Σε πιο χρόνια ΔΜΨΣ αρχικά εφαρμόζεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και κατόπιν πιο αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία με στόχο να βοηθήσει το άτομο να επανεκτιμήσει το τραυματικό γεγονός και να το αφομοιώσει, αντιμετωπίζοντας τα παθολογικά στοιχεία της αυτοϋποτίμησης, της ανημπόριας ή της ενοχής, της αίσθησης εχθρικότητας του άλλου κόσμου, της έλλειψης νοήματος στη ζωή κτλ. Μερικές φορές μπορεί να βοηθήσει και η ύπνωση ή η συνέντευξη με αμυτάλη (ενδοφλέβια χορήγηση νατρίουχου αμοβαρβιτάλης) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Η ομαδική **ψυχοθεραπεία** μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη σε άτομα που είχαν ίδιες ή παρόμοιες τραυματικές εμπειρίες (αιχμάλωτοι πολέμου, βετεράνοι, επιζώντες μεγάλων ατυχημάτων ή φυσικών καταστροφών) (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

7. Διαταραχή από οξύ στρες

Η διαταραχή από οξύ στρες συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και που συνοδεύεται από τυπικά διασχιστικά συμπτώματα (όπως συναισθηματικό μούδιασμα, αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση και αμνησία), από έντονο άγχος και από επαναβίωση του γεγονότος. Συχνά σε άτομα με διαταραχή από οξύ στρες υπάρχουν ως συνοδά συμπτώματα απελπισία και ανημπόρια ή αισθήματα ενοχής και παράλογης υπευθυνότητας. Ακόμη τα άτομα αυτά μπορεί να παραμελήσουν

εντελώς τον εαυτό τους ή να παρουσιάσουν παρορμητική ή ριψοκίνδυνη συμπεριφορά (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Αν τα συμπτώματα επιμένουν περισσότερο από 1 μήνα η διάγνωση αλλάζει σε διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (www.psychologia.gr).

8. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Βασικά χαρακτηριστικά

Το βασικό χαρακτηριστικό της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις φοβίες, τη διαταραχή πανικού ή την ΨΚΔ (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Οι ασθενείς με ΓΑΔ συνήθως ανησυχούν υπερβολικά για καθημερινά προβλήματα της ζωής, όπως η δουλειά, τα οικονομικά, η υγεία των μελών της οικογένειας, οι σχέσεις τους, τα προβλήματα του αυτοκινήτου κτλ. Παιδιά με ΓΑΔ ανησυχούν πολύ για τις ικανότητες τους και για το πώς τα πάνε στο σχολείο ή στα σπορ. Ακόμη, τα παιδιά μπορεί ν' ανησυχούν για φυσικές καταστροφές ή για τον πυρηνικό πόλεμο και να εμφανίζονται χωρίς αυτοπεποίθηση, επιδιώκοντας συνεχώς επιδοκιμασία και ενθάρρυνση (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση της ΓΑΔ είναι κυρίως ψυχοθεραπευτική. Ανάλογα με τη δεκτικότητα του ατόμου για ψυχολογική θεραπεία, ο θεραπευτής μπορεί να λειτουργήσει είτε υποστηρικτικά προσφέροντας καθησύχηση, ενθάρρυνση και υποστήριξη για ν' αντέξει το άτομο το άγχος έως ότου αυτό υποχωρήσει αρκετά είτε αποκαλυπτικά ψυχαναλυτικά απευθυνόμενος σε ασυνείδητες συγκρούσεις που θεωρούνται ότι προκαλούν

το άγχος είτε συμπεριφορικά διδάσκοντας τεχνικές χαλάρωσης. Ακόμη, μπορεί να εφαρμοσθεί και βιοανάδραση (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Φαρμακευτικά, αν και πολλοί χρησιμοποιούν βενζοδιαζεπίνες, εντούτοις πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί, γιατί, καθώς η πορεία της ΓΑΔ είναι χρόνια, ο κίνδυνος εξάρτησης από τις βενζοδιαζεπίνες είναι μεγάλος. Έτσι, κι αν δοθούν, θα πρέπει να είναι για διάστημα λίγων μόνο μηνών. Κάποια εναλλακτική λύση είναι η βουσπιρόνη, ένα μη βενζοδιαζεπινικό αγχολυτικό, που έχει το πλεονέκτημα να μην προκαλεί εύκολα εξάρτηση όπως οι βενζοδιαζεπίνες. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά με καταπραϋντικές ιδιότητες, όπως η δοξεπίνη και η αμιτριπτυλίνη, μπορεί, επίσης, να βοηθήσουν, χορηγούμενα κυρίως το βράδυ σε χαμηλές δόσεις 25 mg-100mg (www.psychologia.gr, Μάνος 1997).

4. Διαταραχές της προσωπικότητας

Ορισμός

Με τον όρο διαταραχές της προσωπικότητας αναφερόμαστε στα στοιχεία εκείνα της προσωπικότητας, τα οποία είναι δυσπροσαρμοστικά και δύσκαμπτα και προκαλούν στο άτομο είτε σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας είτε υποκειμενική και έντονη ενόχληση (Μάνος, 1997).

Γενικά χαρακτηριστικά

Οι διαταραχές της προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις στο στρες (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Το άτομο με διαταραχή της προσωπικότητας δεν είναι ψυχωτικό. Αν επισυμβεί ψύχωση συνήθως είναι της μορφής της βραχείας ψυχωτικής διαταραχής, της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής με ψυχωτικά στοιχεία ή

με μορφή παροδικών ψυχωτικών συμπτωμάτων (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Εξαιτίας της ύπαρξης διαταραχής προσωπικότητας το άτομο αποδίδει τα προβλήματα του στο περιβάλλον και όχι στον εαυτό του, επηρεάζεται η ζωή του – ιδιαίτερα οι σχέσεις του – με αποτέλεσμα σημαντική ανάπηρία στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής – αγάπη, εργασία, διασκέδαση (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Συχνά τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας δεν έχουν ή δυσκολεύονται να αποκτήσουν ευαισθησία στα δυσπροσαρμοστικά σχήματα της συμπεριφοράς τους, οπότε δύσκολα προσέρχονται για θεραπεία και δύσκολα επίσης θεραπεύονται (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Πολλές επιπλοκές συνοδεύουν τις διαταραχές της προσωπικότητας. Οι πιο κοινές είναι:

- Κατάθλιψη
- Αυτοκτονία
- Βία και αντικοινωνική συμπεριφορά
- Παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα
- Βραχεία ψυχωτικά επεισόδια
- Κατάχρηση ουσιών (Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

Μορφές διαταραχών προσωπικότητας

Οι διαταραχές της προσωπικότητας περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες:

- 1.** Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας
- 2.** Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας
- 3.** Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας
- 4.** Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας
- 5.** Μετ αιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας
- 6.** Δραματική διαταραχή της προσωπικότητας

7. Нарκисσιστική διαταραχή της προσωπικότητας
8. Αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας
9. Εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας
10. Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας
(Μάνος, 1997, www.psychologia.gr).

1. Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά - Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η έντονη δυσπιστία και καχυποψία προς τους άλλους ανθρώπους, οπότε τα κίνητρα των πράξεων τους ερμηνεύονται ως κακόβουλα (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

- (1) υποπτεύεται χωρίς επαρκή βάση ότι οι άλλοι το εκμεταλλεύονται, το βλάπτουν ή το εξαπατούν
- (2) ασχολείται επίμονα με αδικαιολόγητες αμφιβολίες για την πίστη ή την αξιοπιστία φίλων ή συνεργατών
- (3) είναι απρόθυμο να εμπιστευθεί προσωπικά του θέματα σε άλλους, από αδικαιολόγητο φόβο ότι οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν κακόβουλα εναντίον του
- (4) διαβάζει κρυμμένα μειωτικά ή απειλητικά μηνύματα σε καλοήθειες παρατηρήσεις ή γεγονότα
- (5) κρατά επίμονα κακία, δηλ. δεν συγχωρεί προσβολές, τραυματισμούς ή υποτιμήσεις
- (6) αντιλαμβάνεται επιθέσεις κατά του χαρακτήρα ή της φήμης του που δεν είναι εμφανείς στους άλλους και γρήγορα αντιδρά με θυμό ή αντεπιτίθεται
- (7) έχει επανειλημμένες υποψίες, χωρίς λόγο, σχετικά με την πίστη του (της) συζύγου ή του σεξουαλικού συντρόφου (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Ασθενείς με παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας σπάνια αναζητούν θεραπεία, πιθανότατα λόγω της έντονης καχυποψίας και δυσπιστίας τους, που περιλαμβάνει φυσικά και τους θεραπευτές. Ίσως η καλύτερη προσέγγιση με αυτούς τους ασθενείς είναι η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, κατά την οποία ο θεραπευτής ακούει υπομονετικά τις κατηγορίες και τα παράπονα τους, ενώ ταυτόχρονα είναι προσεκτικός ώστε να είναι ανοιχτός, ειλικρινής και να δείχνει σεβασμό απέναντι τους. Καλό, επίσης, είναι να μην είναι υπερβολικά θερμός (γιατί μπορεί να παρεξηγηθεί λόγω της καχυποψίας τους). Όταν διασφαλισθεί ότι εγκαταστάθηκε καλή θεραπευτική επαφή και σχέση, τότε ο θεραπευτής μπορεί ν' αρχίσει να προτείνει εναλλακτικές ερμηνείες για τις παρερμηνείες του ασθενή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, χρήσιμο είναι να μπορέσει να δείξει ο θεραπευτής στον ασθενή (σ' ένα πλαίσιο ψυχαναλυτικό — γνωστικό) ότι η απειλή από τον έξω κόσμο, που τόσο περιορίζει τη ζωή του, προέρχεται από την προβολή του δικού του εσωτερικού κόσμου και βασίζεται σε μια βαθύτερη αίσθηση αδυναμίας του. Η ομαδική ψυχοθεραπεία συνήθως δεν ενδείκνυται, γιατί τα άτομα με αυτή τη διαταραχή εύκολα παρερμηνεύουν το κάθε τι που λέγεται. Η χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων δεν έχει μελετηθεί (www.psychologia.gr).

2. Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά - Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της σχιζοειδούς διαταραχής της Προσωπικότητας είναι η αποστασιοποίηση του ατόμου από τις κοινωνικές σχέσεις και το πολύ περιορισμένο εύρος στην έκφραση συναισθημάτων (www.psychologia.gr).

Άτομα με αυτή τη διαταραχή δείχνουν μικρή ή καθόλου επιθυμία για στενές σχέσεις ή για κοινωνικές συναναστροφές, είναι μοναχικά, δεν έχουν φίλους και φαίνονται ψυχρά και απόμακρα (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

Ένας εκτεταμένος τύπος αποστασιοποίησης του ατόμου από κοινωνικές σχέσεις και ένα περιορισμένο εύρος στο να εκφράζει συναισθήματα σε πλαίσιο διαπροσωπικό, που αρχίζουν νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρόντα σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα από τα παρακάτω):

- (1) το άτομο ούτε επιθυμεί ούτε ευχαρισιέται τις στενές σχέσεις συμπεριλαμβανόμενου του να είναι μέρος της οικογένειας
- (2) σχεδόν πάντα επιλέγει μοναχικές δραστηριότητες
- (3) ενδιαφέρεται λίγο, αν όχι καθόλου, να έχει σεξουαλικές εμπειρίες με κάποιο άλλο άτομο
- (4) ευχαρισιέται με λίγες, αν όχι με καμιά, δραστηριότητες
- (5) στερείται στενών ή έμπιστων φίλων εκτός από συγγενείς πρώτου βαθμού
- (6) εμφανίζεται αδιάφορο στον έπαινο ή την κριτική των άλλων
- (7) δείχνει συναισθηματική ψυχρότητα, είναι απόμακρο ή έχει άμβλυση του συναισθήματος (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Κατά πάσα πιθανότητα, τα περισσότερα άτομα με τη διαταραχή αυτή δεν αναζητούν θεραπεία, εκτός αν προσέλθουν για κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών κι άλλα προβλήματα. Και τότε πάλι τα πιο πολλά από αυτά δεν έχουν την κινητοποίηση ή την ψυχολογική δυνατότητα για ατομική (αποκαλυπτική) ψυχοθεραπεία και ίσως απειλούνται και από την πίεση για πλησίασμα, που υπάρχει στην ομαδική ψυχοθεραπεία (τα περισσότερα, όμως, όχι όλα). Σε

κινητοποιημένα άτομα, μπορεί να δοκιμασθεί και μια υποστηρικτική — συμπεριφορική προσέγγιση με ενθάρρυνση του ατόμου να προσπαθήσει κλιμακωτά συνεχώς και πιο δύσκολες κοινωνικές δραστηριότητες (www.psychologia.gr).

3. Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά - Διάγνωση

Πρόκειται για μια ακόμη νέα σχετικά διαγνωστική κατηγορία, που θεωρείται ότι γενετικά σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια. Περιπτώσεις ασθενών, που παλιότερα διαγιγνώσκονταν ως μεταιχμιακή, λανθάνουσα ή απλή σχιζοφρένεια, εμπίπτουν σήμερα στη σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας (www.psychologia.gr).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι μια έντονη δυσκολία και ανεπάρκεια στις διαπροσωπικές σχέσεις και διάφορες ιδιορρυθμίες, εκκεντρικότητες και παραξενιές της σκέψης, της αντίληψης, της ομιλίας, της εμφάνισης και της συμπεριφοράς, που δεν είναι όμως αρκετά σοβαρές ώστε να φτιάξουν τα κριτήρια της σχιζοφρένειας (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

Ένας εκτεταμένος τύπος κοινωνικών και διαπροσωπικών ελλειμμάτων (ανεπαρκειών) που χαρακτηρίζεται από έντονη δυσφορία και ελαττωμένη ικανότητα για στενές σχέσεις, όπως επίσης και από γνωστικές ή αντιληπτικές διαταραχές και εκκεντρικότητες της συμπεριφοράς, ο οποίος αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω:

(1) ιδέες συσχέτισης (αποκλείοντας τις παραληρητικές ιδέες συσχέτισης)

- (2) παράδοξες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και που είναι ασύμβατες με τις πολιτισμικές σταθερές (π.χ. δεισιδαιμονία, πίστη σε μαντική ικανότητα, τηλεπάθεια ή «έκτη αίσθηση» σε παιδιά και εφήβους, αλλόκοτες φαντασιώσεις ή αλλόκοτες επίμονες ενασχολήσεις)
- (3) ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες συμπεριλαμβανόμενων και σωματικών παραισθήσεων
- (4) παράδοξος τρόπος σκέψης και παράδοξος λόγος (π.χ. ασαφής, περιστασιακός, μεταφορικός, υπερεπεξεργασμένος ή στερεότυπος)
- (5) καχυποψία ή παρανοειδής ιδεασμός
- (6) απρόσφορο ή περιεσφιγμένο συναίσθημα
- (7) συμπεριφορά ή εμφάνιση που είναι παράξενη, εκκεντρική ή περίεργη
- (8) έλλειψη στενών ή έμπιστων φίλων εκτός από συγγενείς πρώτου βαθμού
- (9) υπερβολικό κοινωνικό άγχος που δεν ελαττώνεται με την οικειότητα και τείνει να συνδέεται με παρανοειδείς φόβους παρά με αρνητική εκτίμηση για τον εαυτό του (www.psychologia.gr).

Στη συνέντευξη τα άτομα με αυτή τη διαταραχή παρουσιάζονται αποσυρμένα, με ιδιαίτερη δυσκολία στην πρόσωπο με πρόσωπο διαντίδραση, με ελάχιστο ή απρόσφορο συναίσθημα, με περίεργη εμφάνιση και ομιλία, με παράξενες σκέψεις που συχνά χρειάζονται διευκρινίσεις, με εκκεντρικές πεποιθήσεις (www.psychologia.gr).

Επεξηγηματικά, σημειώνουμε τα εξής: Οι ιδέες συσχέτισης (Κριτήριο 1) είναι λανθασμένες ερμηνείες διαφόρων γεγονότων ότι έχουν κάποια ιδιαίτερη σημασία ειδικά για το άτομο με τη διαταραχή (χωρίς, όμως, να φθάνουν σε παραληρητικού επιπέδου πεποίθηση). Οι παράδοξες πεποιθήσεις και η μαγική σκέψη (Κριτήριο 2) αφορούν την αίσθηση του ατόμου ότι έχει ειδικές δυνάμεις, που μπορεί να το κάνουν να νιώσει γεγονότα πριν συμβούν, να ελέγξει μαγικά άλλους (π.χ. πιστεύει ότι κάτι που έκανε κάποιος, το έκανε γιατί μια ώρα πριν (ο ασθενής) είχε σκεφθεί ότι αυτός ο άλλος έπρεπε να τα

κάνει) κ.ο.κ. Οι ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες (Κριτήριο 3) μπορεί να είναι το να νιώσει το άτομο την παρουσία κάποιου άλλου στο υπνοδωμάτιο του ή ν' ακούσει κάποια φωνή να μουρμουρίζει το όνομα του. Οι παραξενιές της σκέψης και του λόγου (Κριτήριο 4) περιλαμβάνουν ιδιοσυγκρασιακές φράσεις και ιδιοσυγκρασιακή κατασκευή φράσεων, ασάφεια, ασυνήθιστη χρησιμοποίηση λέξεων, συμπαγή ή υπερβολικά αφηρημένη σκέψη. Παράδειγμα παρανοειδούς ιδεασμού (Κριτήριο 5) είναι το να πιστεύει το άτομο ότι τα άλλα άτομα που δουλεύει μαζί τους έχουν σαν σκοπό να υποσκάψουν τη σχέση του με τον προϊστάμενο. Η συμπεριφορά και η εμφάνιση των ατόμων αυτών είναι παράξενη, ασυνήθιστη, εκκεντρική (π.χ. δεν βλέπουν στα μάτια, περνούν από την πόρτα λοξά, τα ρούχα τους είναι αταίριαστα κ.τ.λ. - Κριτήριο 7). Τα άτομα αυτά έχουν μεγάλο πρόβλημα να έρθουν σ' επαφή με άλλους ανθρώπους, νιώθουν «διαφορετικά» και ότι δεν ταιριάζουν, δεν νιώθουν άνετα να κάνουν σχέσεις και φαίνεται να μην επιθυμούν να κάνουν στενές σχέσεις και στενούς φίλους (Κριτήρια 8, 9) (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Όπως ήδη αναφέραμε, τα άτομα με αυτή τη διαταραχή πιο συχνά προσέρχονται στη θεραπεία για κάποια διαταραχή της διάθεσης ή για κάποια αγχώδη διαταραχή, παρά για τα δυσπροσαρμοστικά στοιχεία της προσωπικότητάς τους. Οι διαταραχές αυτές θ' αντιμετωπισθούν με ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία, όπως ήδη περιγράψαμε στα οικεία κεφάλαια. Σημειώνουμε, ότι σε περίπτωση συνύπαρξης ΨΚΔ και σχιζότυπης διαταραχής της προσωπικότητας, η πρόγνωση της θεραπείας της ΨΚΔ είναι επιβαρημένη (www.psychologia.gr).

Η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας, αυτή καθ' εαυτή, θ' αντιμετωπισθεί με ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία είναι περισσότερο

υποστηρικτική παρά αποκαλυπτική (γιατί η τελευταία, όπως και η ομαδική ψυχοθεραπεία, είναι απειλητική γι' αυτούς τους ασθενείς). Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να βοηθήσει, επίσης, στο να νιώσει το άτομο με τη διαταραχή αυτή πιο άνετα σε διαπροσωπικές καταστάσεις (www.psychologia.gr).

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις, ότι η αντιψυχωτική αγωγή, σε μικρές δόσεις, μπορεί ενδεχομένως ν' ανακουφίσει το έντονο άγχος και να βελτιώσει τον παράξενο λόγο και τις ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες. Οπωσδήποτε, όμως, βοηθά σε περιόδους ψυχωτικών επεισοδίων (www.psychologia.gr).

4. Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά - Διάγνωση

Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας είναι ένας πρόσφατος σχετικά όρος για τη διαταραχή της προσωπικότητας που παλιότερα λέγονταν «ψυχοπαθητική», «κοινωνιοπαθητική» ή «δυσκοινωνική» (www.psychologia.gr).

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι ένα μακρό ιστορικό περιφρόνησης και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων, που εκδηλώνεται με ανεύθυνα και χωρίς ενοχές συμπεριφορά, αδιαφορία για τον νόμο και παράνομη συμπεριφορά, αδυναμία για σταθερή εργασία, εκμετάλλευση και χειραγώγηση των άλλων για προσωπικό όφελος, εξαπάτηση των άλλων και αδυναμία για σταθερές σχέσεις (www.psychologia.gr).

Άτομα με αυτήν τη διαταραχή δεν έρχονται συνήθως μόνα τους στη θεραπεία και είναι πιο πιθανό να ανεβρεθούν σε φυλακές, δικαστήρια κ.τ.λ. Όταν εμφανίζονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες, συχνά προσέρχονται παρά τη θέληση τους ή για να αποφύγουν νομικές συνέπειες (www.psychologia.gr).

Άτομα με τη διαταραχή αυτή αρχίζουν την αντικοινωνική τους

συμπεριφορά πριν τα 15, οπότε και παρουσιάζουν κάποια από τα συμπτώματα της διαταραχής της διαγωγής - δηλ. επιθετικότητα προς ανθρώπους και ζώα, καταστροφή ιδιοκτησίας, εξαπάτηση ή κλοπές, σοβαρή παραβίαση κανόνων. Στην εφηβεία, η σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων αυτών αρχίζει νωρίς και μπορεί να είναι ασυνήθιστα επιθετική ή βίαιη, εμφανίζεται συχνά κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών, αρχίζουν οι δυσκολίες με τον νόμο. Φτάνοντας στην ενήλικη ζωή, όλα τα προηγούμενα συνεχίζουν και επιπρόσθετα τα άτομα αυτά δεν μπορούν συνήθως να κρατήσουν υπεύθυνα μια δουλειά, μια σχέση ή να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους ως γονείς, αδιαφορούν για τη δική τους ασφάλεια ή των άλλων (π.χ. οδηγούν συχνά μεθυσμένα και έχουν πολλαπλά ατυχήματα) και προοδευτικά αλκοολισμός, αλητεία, κοινωνική απομόνωση και παράνομες πράξεις κυριαρχούν στην εικόνα (www.psychologia.gr).

Πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η απουσία ενοχής. Χαρακτηριστική επίσης είναι η γοητεία και η ικανότητα χειραγώγησης των ασθενών αυτών, που ξεγελούν πολύ εύκολα, ώστε συχνά στην ψυχιατρική συνέντευξη φαίνονται απόλυτα φυσιολογικοί. Γι' αυτό, πολλές φορές, η διάγνωση θα πρέπει να βασισθεί και στη συλλογή πληροφοριών από την οικογένεια, το ευρύτερο περιβάλλον, τις αστυνομικές και δικαστικές αρχές. Ακόμα, η έλλειψη συνέπειας και αισθήματος ευθύνης και η αδυναμία του ατόμου να μάθει από τις εμπειρίες και τα λάθη του χαρακτηρίζουν επίσης τη διαταραχή αυτή (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

Υπάρχει ένας εκτεταμένος τύπος περιφρόνησης και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων από την ηλικία των 15 ετών, όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) αδυναμία του ατόμου να συμμορφωθεί με τις κοινωνικές σταθερές αναφορικά με σύννομη συμπεριφορά, όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενες πράξεις που αποτελούν αιτίες σύλληψης
- (2) εξαπάτηση, όπως φαίνεται από επανειλημμένα ψέματα, χρήση πλαστών ονομάτων ή εξαπάτηση άλλων ατόμων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση
- (3) παρορμητικότητα ή αδυναμία να κάνει σχέδια εκ των προτέρων
- (4) ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως φαίνεται από επανειλημμένους καβγάδες όπου έρχεται στα χέρια ή βιαιοπραγίες
- (5) απερίσκεπτη περιφρόνηση της ασφάλειας του εαυτού ή των άλλων
- (6) σταθερή ασυνέπεια, όπως φαίνεται από επανειλημμένη αδυναμία να διατηρήσει σταθερή εργασιακή συμπεριφορά ή να εκπληρώσει οικονομικές υποχρεώσεις
- (7) έλλειψη τύψεων, όπως φαίνεται από το ότι το άτομο είναι αδιάφορο ή εκλογικεύει το ότι πλήγωσε, κακομεταχειρίστηκε ή έκλεψε από κάποιον άλλον (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Η θεραπεία των ασθενών αυτών είναι εξαιρετικά δύσκολη, γιατί τα άτομα αυτά δεν είναι κινητοποιημένα για θεραπεία, δεν μαθαίνουν από τις εμπειρίες τους και δεν μπορούν να βάλουν όρια στη συμπεριφορά τους. Μακρόχρονα συμπεριφορικά προσανατολισμένα προγράμματα σε νοσοκομεία ή φυλακές προσπαθούν να ελέγξουν την αντικοινωνική συμπεριφορά των ασθενών αυτών, να τους βοηθήσουν να βάλουν όρια και να αποκαταστήσουν τη λειτουργικότητά τους. Σε τέτοια περιβάλλοντα αυστηρών ορίων, τα άτομα με τη διαταραχή αυτή αρχίζουν να εμφανίζουν άγχος και αργότερα κατάθλιψη και γίνονται εμφανείς οι βαθύτερες δυσκολίες τους για στενή διαπροσωπική σχέση και ο φόβος τους για κριτική και απόρριψη. Τότε, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, με μεγάλο βαθμό υποστήριξης, μπορεί να

βοηθήσουν. Επιπλέον, υποστηρικτικές ομάδες, που περιλαμβάνουν πρώην ασθενείς σε θεραπευτικούς ρόλους, συνεπικουρούν στη θεραπεία των ασθενών μ' αυτή τη διαταραχή (www.psychologia.gr).

Το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη ή η προπρανολόλη μπορεί να βοηθήσουν μερικές φορές τον έλεγχο της βίαιης συμπεριφοράς (www.psychologia.gr).

5. Μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά - Διάγνωση

Για πολλά χρόνια είχαν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ασθενείς με συμπτώματα ανάμεσα στη νεύρωση και στην ψύχωση, που δημιουργούσαν αρκετή διαγνωστική σύγχυση και που τους είχαν δοθεί ονομασίες και διαγνώσεις που τόνιζαν ακριβώς τη μεταιχμιακή ή οριακή κατάσταση τους: «μεταιχμιακή κατάσταση», «μεταιχμιακός ασθενής» κ.τ.λ. Προοδευτικά, όμως, ξεκαθάρισε μια διαγνωστική οντότητα, που περιλήφθηκε στις διαταραχές της προσωπικότητας, η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας (www.psychologia.gr).

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια μεγάλη αστάθεια που εκφράζεται σε διάφορες διαστάσεις της ζωής του ασθενή, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, η εικόνα του εαυτού και η συναισθηματική διάθεση, καθώς και η έντονη παρορμητικότητα (www.psychologia.gr).

Ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η αντίδραση των ατόμων με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας σε πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη. Μόλις νιώσουν ότι κάποιο άτομο τα αφήνει (είτε πρόκειται για χωρισμό είτε πρόκειται για προσωρινή απομάκρυνση ή ταξίδι είτε ακόμη για καθυστέρηση σε ραντεβού ή για την αναγγελία του τέλους μιας ψυχοθεραπευτικής ώρας) πλημμυρίζονται από φόβο ή και πανικό και ακόμα από θυμό και οργή. Κι αυτό, γιατί δεν αντέχουν να είναι μόνα τους και επίσης γιατί η «εγκατάλειψη» ίσως εκλαμβάνεται ως απόρριψη και ότι σημαίνει πως

αυτά είναι «κακά». Στις ξέφρενες προσπάθειες να αποφύγουν την εγκατάλειψη μπορεί να κάνουν παρορμητικά απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοακρωτηριαστικές πράξεις (π.χ. να κοπούν, να καούν) (www.psychologia.gr).

Οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι έντονες και ασταθείς. Τα άτομα αυτά μπορεί να εξιδανικεύσουν και να «κολλήσουν» κυριολεκτικά πάνω σε άτομα που μπορούν να τα δώσουν φροντίδα ή σε ερωτικούς συντρόφους και πολύ γρήγορα, όμως, να αλλάξουν από την εξιδανίκευση στην υποτίμηση (ότι δηλ. το άλλο άτομο δεν τα φροντίζει αρκετά, δεν νοιάζεται ή δεν τα αγαπά αρκετά), καθώς ο αμυντικός μηχανισμός του διαχωρισμού είναι στη διαταραχή αυτή κυρίαρχος. Γενικά, οι σχέσεις είναι χαώδεις, καθώς τα άτομα αυτά αλλάζουν απότομα και δραματικά την άποψη τους για τους άλλους και όταν απογοητεύονται ή νιώθουν ότι τα εγκαταλείπουν πολύ εύκολα αντιδρούν με έντονη απαιτητικότητα και θυμό, που άλλωστε τα χαρακτηρίζει ως ένα από τα βασικότερα συναισθήματα που νιώθουν (www.psychologia.gr).

Υπάρχει σοβαρή διαταραχή της ταυτότητας, που εκδηλώνεται ως αστάθεια της εικόνας ή της αίσθησης του εαυτού. Δηλαδή, οι στόχοι, οι αξίες, οι επαγγελματικές φιλοδοξίες και τα σχέδια για καριέρα, η σεξουαλική ταυτότητα, το είδος των φίλων κ.τ.λ. συνεχώς αλλάζουν απότομα και δραματικά (www.psychologia.gr).

Η συμπεριφορά τους είναι παρορμητική, απρόβλεπτη και έντονα αυτοκαταστροφική. Επανειλημμένες απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά είναι πολύ συχνές (υπολογίζεται ότι 8% ως 10% των ατόμων αυτών πεθαίνουν αυτοκτονώντας, ιδιαίτερα αν έχουν συνοδό κατάθλιψη ή χρήση ουσιών) και συνήθως εμφανίζονται ως αντίδραση στην εγκατάλειψη, στην απόρριψη ή στην πιθανότητα να επωμισθούν ευθύνες (www.psychologia.gr).

Η συναισθηματική διάθεση παρουσιάζει πολύ μεγάλη αστάθεια, καθώς το άτομο αντιδρά έντονα συναισθηματικά στο παραμικρό στρες. Οι συναισθηματικές διαθέσεις που εναλλάσσονται είναι η δυσφορία (που είναι και η επικρατούσα διάθεση), η ευερεθιστότητα, το άγχος, ο θυμός, ο πανικός, η απελπισία. Χαρακτηριστική είναι, όπως είπαμε, η εύκολη κινητοποίηση και η δυσκολία ελέγχου του θυμού (www.psychologia.gr).

Ακόμα, τα άτομα αυτά παραπονούνται για χρόνια αισθήματα κενού και βαθιάς μοναξιάς. Σε καταστάσεις έντονου στρες (π.χ. φόβος εγκατάλειψης ή πραγματική εγκατάλειψη) μπορεί να εμφανισθούν παροδικά παρανοειδής ιδεασμός, παραισθήσεις ή διασχιστικά συμπτώματα (π.χ. αποπροσωποποίηση) (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

Ένας εκτεταμένος τύπος αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού και των συναισθημάτων και έντονης παρορμητικότητας που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) ξέφρενες προσπάθειες του ατόμου να αποφύγει πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη.
- (2) ένας τύπος ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγές μεταξύ των ακραίων περιπτώσεων της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης
- (3) διατάραξη της ταυτότητας: έντονα και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού
- (4) παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικοί (π.χ. ξόδεμα χρημάτων, σεξ, κατάχρηση ουσιών, απρόσεκτη οδήγηση, επεισόδια υπερφαγίας)

- (5) επανειλημμένη αυτοκτονική συμπεριφορά, χειρονομίες ή απειλές ή αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά
- (6) συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έντονη αντιδραστικότητα της διάθεσης (π.χ. έντονη επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστότητα ή άγχος που συνήθως διαρκεί για λίγες ώρες και μόνο σπάνια περισσότερο από λίγες μέρες)
- (7) χρόνια αισθήματα κενού
- (8) απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνά ξεσπάσματα θυμού, συνεχής θυμός, επανειλημμένα το άτομο έρχεται στα χέρια)
- (9) παροδικός, σχετιζόμενος με στρες παρανοϊκός ιδεασμός ή σοβαρά διασχιστικά συμπτώματα (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Η ψυχοθεραπεία ατομική ή ομαδική είναι η θεραπευτική προσέγγιση που μπορεί να βοηθήσει αυτούς τους ασθενείς. Εξαιτίας των έντονων αλλαγών στα συναισθήματα τους απέναντι στον θεραπευτή (εναλλαγές εξιδανίκευσης και υποτίμησης) τόσο η μεταβίβαση όσο και η αντιμεταβίβαση είναι πολύ έντονες και η θεραπεία δύσκολη και προβληματική. Εκρήξεις οργής και απόπειρες αυτοκτονίας είναι συχνές και αποτελούν σοβαρό πρόβλημα. Συχνά, επίσης, είναι τα αντιμεταβιβαστικά αισθήματα της ενοχής, της οργής ή της έντονης απογοήτευσης του θεραπευτή. Παροδικά ψυχωτικά επεισόδια είναι επίσης συχνά. Αρκετές φορές χρειάζεται νοσηλεία. Αν συνυπάρχει διαταραχή της διάθεσης - μείζων καταθλιπτική διαταραχή, διπολική διαταραχή κτλ. μπορεί να χρειασθεί και η ανάλογη φαρμακευτική αγωγή (www.psychologia.gr).

Μολονότι άλλοι ψυχοθεραπευτές προτείνουν *υποστηρικτική* ψυχοθεραπεία και άλλοι *αποκαλυπτική*, ίσως ο συνδυασμός και των δύο

προσεγγίσεων ανάλογα με το επίπεδο λειτουργίας του ασθενή είναι η προτιμότερη προσέγγιση. Οποσδήποτε, όμως, η βασικότερη δουλειά θα γίνει μέσα από τη σχέση με τον θεραπευτή, της οποίας η ανάλυση και θεραπευτική βελτίωση θα αντανakλάσει στις άλλες σχέσεις του ασθενή (www.psychologia.gr).

Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση μπορεί να συμπεριλάβει και γνωστικές τεχνικές, οι οποίες μπορεί να διορθώσουν την τάση των ατόμων αυτών να βλέπουν τους άλλους και τον εαυτό τους είτε ως «απόλυτα καλούς» είτε ως «απόλυτα κακούς». Ακόμη, ιδιαίτερα σε νοσηλευόμενους ασθενείς, μπορεί να βοηθήσουν και *συμπεριφορικές τεχνικές* στην προσπάθεια να ελεγχθούν οι αυτοακρωτηριαστικές και άλλες παρορμητικές συμπεριφορές (π.χ. μείωση των προνομίων λόγω παρορμητικής συμπεριφοράς) (www.psychologia.gr).

Φαρμακευτικά, χαμηλές δόσεις αντιψυχωτικών μπορεί να βοηθήσουν τις αντιληπτικές διαταραχές, το λίθιο μπορεί να βοηθήσει τις διακυμάνσεις της διάθεσης, οι αναστολείς της MAO τη δυσφορία που προέρχεται από διαπροσωπική απόρριψη και οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (π.χ. φλουοξετίνη) τα καταθλιπτικά συμπτώματα και την αυτοκτονική συμπεριφορά. Ακριβώς, όμως, λόγω του κινδύνου της αυτοκτονίας, οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή πρέπει να δοθεί με περισσή προσοχή στους ασθενείς αυτούς (www.psychologia.gr).

6. Δραματική διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά - Διάγνωση

Δραματική (κατά μετάφραση του histrionic, που είναι ο νέος όρος που αντικατέστησε το hysterical, ώστε να μην προτείνει άμεση σχέση με «υστερικά» συμπτώματα μετατροπής) θεωρείται η διαταραχή της προσωπικότητας της οποίας το βασικό χαρακτηριστικό είναι η υπερβολική συναισθηματικότητα και η επιζήτηση προσοχής (www.psychologia.gr).

Άτομα με δραματική διαταραχή της προσωπικότητας δεν νιώθουν άνετα αν δεν αποτελούν το επίκεντρο της προσοχής. Με ζωντάνια και δραματικότητα προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή πάνω τους και στην αρχή ο ενθουσιασμός τους, η «ανοιχτοσύνη» τους και η διάθεση τους για φλερτ γοητεύουν τους άλλους. Γρήγορα, όμως, οι ιδιότητες αυτές χάνουν τη σημασία τους, γιατί η απαίτηση τους για προσοχή είναι συνεχής και επίμονη. Συχνά, τα άτομα αυτά εμφανίζονται σεξουαλικά προκλητικά και σαγηνευτικά, όχι μόνο προς κάποιο άτομο για το οποίο μπορεί να έχουν κάποιο ερωτικό ή ρομαντικό ενδιαφέρον, αλλά και προς άλλα άτομα στον κοινωνικό ή επαγγελματικό τους χώρο (www.psychologia.gr).

Η συναισθηματική έκφραση των ατόμων αυτών είναι υπερβολική, θεατρική, επιπόλαιη και με ταχείες εναλλαγές (π.χ. αγκαλιάζουν και φιλούν απλούς γνωστούς σαν να είναι στενοί φίλοι, εύκολα και για το παραμικρό ξεσπούν σε κλάματα, θυμό ή οργή). Τα άτομα αυτά δίνουν μεγάλη προσοχή στην εξωτερική τους εμφάνιση και μπορεί εύκολα να γίνουν άνω — κάτω με το παραμικρό αρνητικό σχόλιο γι' αυτήν. Ο λόγος τους είναι έντονα ιμπρεσιονιστικός και χωρίς λεπτομέρειες (οι απόψεις τους δηλ. παρουσιάζονται με έντονο και δραματικό τρόπο, χωρίς, όμως, να συνοδεύονται από λεπτομέρειες και χωρίς να υποστηρίζονται από σαφή και ισχυρή επιχειρηματολογία) (www.psychologia.gr).

Τα άτομα αυτά εύκολα υποβάλλονται και εύκολα επηρεάζονται. Χαρακτηριστική είναι και η ευκολία με την οποία προσκολλώνται σε άτομα με δύναμη και εξουσία, από τα οποία περιμένουν μαγικές λύσεις στα προβλήματα τους. Ακόμα, τα άτομα αυτά συχνά θεωρούν και παρουσιάζουν τις σχέσεις τους σαν πολύ πιο στενές απ' ότι πραγματικά είναι (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

Ένας εκτεταμένος τύπος υπερβολικής συναισθηματικότητας και επιζήτησης προσοχής, που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) το άτομο δεν νιώθει άνετα σε καταστάσεις όπου δεν είναι το κέντρο της προσοχής
- (2) η διαντίδραση με τους άλλους συχνά χαρακτηρίζεται από απρόσφορη σεξουαλικά σαγηνευτική ή προκλητική συμπεριφορά
- (3) επιδεικνύει ταχέως μεταβαλλόμενη και ρηχή έκφραση συναισθημάτων
- (4) συστηματικά χρησιμοποιεί την εξωτερική εμφάνιση για να προσελκύσει την προσοχή στον εαυτό του
- (5) έχει ένα τρόπο ομιλίας που είναι υπερβολικά ιμπρεσιονιστικός και στερούμενος λεπτομερειών
- (6) εμφανίζεται δραματικό, θεατρικό και με υπερβολική έκφραση συναισθημάτων
- (7) είναι υποβόλιμο, δηλαδή επηρεάζεται εύκολα από άλλους ή τις περιστάσεις
- (8) θεωρεί τις σχέσεις με τους άλλους περισσότερο στενές από ότι είναι στην πραγματικότητα (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Η αποκαλυπτική ατομική η ομαδική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία (που απευθύνεται στη διευκρίνιση των απωθημένων γνήσιων συναισθημάτων του ασθενή) θεωρείται από ορισμένους ως η θεραπεία εκλογής. Άλλοι προτείνουν πιο υποστηρικτική προσέγγιση ή/και μια γνωστική προσέγγιση για τη διόρθωση της αντίληψης του ατόμου για τον εαυτό του (www.psychologia.gr).

Αν συνυπάρχει διαταραχή μετατροπής ή σωματοποιητική διαταραχή, θα πρέπει ο θεραπευτής να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει πώς χρησιμοποιεί τη «σωματική γλώσσα» για να εκφράσει ανάγκες όπως για αγάπη, ζεστασιά, τρυφερότητα, φροντίδα ή ασφάλεια (που είναι το δευτερογενές κέρδος της διαταραχής) (www.psychologia.gr).

7. Ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά. Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια έντονη αίσθηση σπουδαιότητας και μεγαλείου του ατόμου, έντονη ανάγκη για θαυμασμό και έλλειψη «εμπάθειας» (δηλ. αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει και να νιώσει τις επιθυμίες, τα βιώματα και τα αισθήματα των άλλων) (www.psychologia.gr).

Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή θεωρούν πολύ σπουδαίο και σημαντικό τον εαυτό τους, υπερεκτιμούν τις ικανότητες και τα επιτεύγματα τους και συχνά υποτιμούν τις ικανότητες και τα επιτεύγματα των άλλων. Συχνά, επίσης, αφήνονται σε φαντασίες απεριόριστης δύναμης, επιτυχίας, ευφυΐας, ομορφιάς κ.τ.λ. Πιστεύουν ότι είναι ξεχωριστά («σπέσιαλ») και μοναδικά και επιζητούν την παρέα ή τις υπηρεσίες άλλων αναγνωρισμένων «κορυφαίων» ατόμων (π.χ. επώνυμων γιατρών, δικηγόρων, κομμωτών κ.τ.λ.) (www.psychologia.gr).

Τα άτομα αυτά έχουν έντονη ανάγκη για θαυμασμό και έπαινο και η εύθραυστη αυτοεκτίμηση τους μπορεί πολύ εύκολα να πληγωθεί, όταν δεν καταφέρνουν να τους πάρουν. Επιζητούν συνεχώς κομπλιμέντα, συχνά με ιδιαίτερα σαγηνευτικό και γοητευτικό τρόπο. Η αίσθηση του ότι είναι πολύ σπουδαία και σημαντικά άτομα τα κάνει να συμπεριφέρονται σαν να έχουν παντού ιδιαίτερα («σπέσιαλ») δικαιώματα (π.χ. να μη χρειάζεται να περιμένουν στην ουρά) και επίσης σε συνδυασμό με την έλλειψη ευαισθησίας

για τις ανάγκες των άλλων στο να εκμεταλλεύονται τους άλλους κυρίως διαπροσωπικά (για να πετύχουν στόχους ή να τονώσουν την αυτοεκτίμηση τους) (www.psychologia.gr).

Η έλλειψη «εμπάθειας» τα κάνει να μιλούν συνεχώς για τα δικά τους προβλήματα και ν' αδιαφορούν για τα προβλήματα και τα αισθήματα των άλλων. Έτσι, συχνά οι άλλοι τα αντιλαμβάνονται σαν συναισθηματικά ψυχρά και μη ανταποκρινόμενα στα αισθήματα τους (www.psychologia.gr).

Έντονος είναι και ο φθόνος που νιώθουν για τα επιτεύγματα των άλλων, που συχνά τα υποτιμούν. Η εικόνα που παρουσιάζουν στα άλλα άτομα είναι συνήθως του υπεροπτικού, του αλαζονικού και του ατόμου που περιφρονεί τους άλλους (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

Ένας εκτεταμένος τύπος μεγαλειώδους (στη φαντασία ή στη συμπεριφορά), ανάγκης για θαυμασμό και έλλειψης «εμπάθειας» που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) το άτομο έχει μία μεγαλειώδη αίσθηση σπουδαιότητας για τον εαυτό του (π.χ. διογκώνει τα επιτεύγματα και τα ταλέντα του, περιμένει να αναγνωρισθεί σαν ανώτερο, χωρίς ανάλογα επιτεύγματα)
- (2) έχει έντονη ενασχόληση με φαντασιώσεις απεριόριστης επιτυχίας, δύναμης, εξυπνάδας, ομορφιάς ή ιδανικής αγάπης
- (3) πιστεύει ότι είναι «σπέσιαλ» και μοναδικό και μπορούν να το καταλάβουν μόνο ή πρέπει να συναναστρέφεται μόνο με άλλα σπέσιαλ ή υψηλής περιωπής άτομα (ή θεσμούς)
- (4) απαιτεί υπερβολικό θαυμασμό

- (5) έχει μία αίσθηση ιδιαίτερων δικαιωμάτων, δηλ. μη λογικές προσδοκίες για ιδιαίτερα ευνοϊκή μεταχείριση ή αυτόματη συμμόρφωση των άλλων με τις προσδοκίες του
- (6) εκμεταλλεύεται διαπροσωπικά, δηλ. εκμεταλλεύεται τους άλλους για να πετύχει τους σκοπούς του
- (7) του λείπει η «εμπάθεια»: είναι απρόθυμο να αναγνωρίσει ή να ταυτοποιηθεί με τα αισθήματα και τις ανάγκες των άλλων
- (8) συχνά φθονεί τους άλλους ή πιστεύει ότι οι άλλοι το φθονούν
- (9) εμφανίζει αλαζονική, υπεροπτική συμπεριφορά ή στάση (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Αποκαλυπτική ατομική ή ομαδική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία θεωρείται η θεραπεία εκλογής. Η θεραπεία είναι δύσκολη, όμως, κυρίως εξαιτίας των μεταβιβαστικών εναλλαγών των συναισθημάτων των ασθενών αυτών απέναντι στον θεραπευτή (ή και προς τα μέλη της ομάδας στην ομαδική ψυχοθεραπεία), που στην αρνητική τους διάσταση μπορεί να εκδηλωθούν με απαιτητικότητα, εκρήξεις οργής, έντονη υποτίμηση του θεραπευτή (ή άλλων μελών στην ομαδική ψυχοθεραπεία) (www.psychologia.gr).

Σκοπός της θεραπείας είναι τα άτομα αυτά ν' αποκτήσουν εναισθησία στους μηχανισμούς λειτουργίας του παθολογικού μεγαλειώδους τους εαυτού και προοδευτικά ν' αναπτύξουν πιο ρεαλιστική εικόνα του εαυτού τους και των άλλων (www.psychologia.gr).

Μια θεραπευτική προσέγγιση που τη χαρακτηρίζει η σταθερότητα, η ανεκτικότητα /αντοχή και η «εμπάθεια» του θεραπευτή είναι απαραίτητη για τη βοήθεια των ασθενών αυτών (www.psychologia.gr).

8. Αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά - Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η έντονη κοινωνική αναστολή, τα αισθήματα ανεπάρκειας και η υπερευαισθησία στην κριτική των άλλων (www.psychologia.gr).

Τα άτομα με αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας αποφεύγουν όλες τις καταστάσεις όπου υπάρχει σημαντική διαπροσωπική επαφή, από φόβο κριτικής, αποδοκιμασίας ή απόρριψης. Έτσι, έχουν δυσκολία να προχωρήσουν επαγγελματικά, να κάνουν φίλους, να κάνουν στενές σχέσεις, να πάνε σε διάφορες κοινωνικές συναντήσεις. Νιώθουν ανεπαρκή, κατώτερα, μη αρεστά, είναι ντροπαλά, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και φοβούνται συνεχώς μήπως τα κοροϊδέψουν. Μόνον όταν νιώσουν ότι ένα άλλο άτομο τα αποδέχεται χωρίς καμιά κριτική και τα υποστηρίζει, μπορεί να προχωρήσουν σε στενές σχέσεις (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

Ένας εκτεταμένος τύπος κοινωνικής δυσκολίας (αναστολής), αισθημάτων ανεπάρκειας και υπερευαισθησίας στην αρνητική εκτίμηση, που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) το άτομο αποφεύγει επαγγελματικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σημαντική διαπροσωπική επαφή, εξαιτίας φόβων κριτικής, αποδοκιμασίας ή απόρριψης
- (2) είναι απρόθυμο να εμπλακεί με ανθρώπους εκτός αν είναι βέβαιο ότι θα γίνει αρεστό
- (3) εμφανίζει περιορισμούς μέσα στις στενές σχέσεις εξαιτίας του φόβου μήπως ντροπιαστεί ή γελοιοποιηθεί

- (4) έχει υπερβολική ενασχόληση με το μήπως το κριτκάρουν ή το απορρίψουν στις κοινωνικές καταστάσεις
- (5) είναι ανεσταλμένο σε νέες διαπροσωπικές καταστάσεις εξαιτίας αισθημάτων ανεπάρκειας
- (6) θεωρεί τον εαυτό του κοινωνικά αδέξιο, προσωπικά μη ελκυστικό ή κατώτερο από τους άλλους
- (7) είναι συνήθως απρόθυμο να διακινδυνέψει προσωπικά ή να εμπλακεί σε νέες δραστηριότητες, διότι αυτές μπορεί να αποδειχθεί ότι το φέρνουν σε δύσκολη θέση (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Υπάρχουν διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για τη διαταραχή αυτή. Ατομική και ιδιαίτερα ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσουν τους ασθενείς αυτούς να ξεπεράσουν το κοινωνικό τους άγχος και ν' αναπτύξουν διαπροσωπική εμπιστοσύνη. Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, εκπαίδευση θετικής δυναμικής παρουσίας (assertiveness training) και συστηματική απευαισθητοποίηση μπορεί επίσης να βοηθήσουν για να ξεπεραστεί η ντροπαλότητα και το κοινωνικό άγχος. Γνωστικές τεχνικές μπορεί να διορθώσουν τις παραμορφώσεις της σκέψης των ασθενών αυτών, που συχνά νομίζουν πως ό,τι πουν και κάνουν είναι μειωτικό. Ίσως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς της MAO και οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, που βοηθούν στη θεραπεία της Κοινωνικής Φοβίας, να μπορέσουν να βοηθήσουν και στη διαταραχή αυτή (www.psychologia.gr).

9. Εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά - Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η έντονη και υπερβολική ανάγκη του ατόμου να το φροντίζουν άλλοι, που οδηγεί σε

υποτακτική και εξαρτημένη συμπεριφορά, καθώς και σε φόβο αποχωρισμού από τους άλλους (www.psychologia.gr).

Το άτομο με τη διαταραχή αυτή βασίζεται πάντα σε κάποιον άλλο ή κάποιους άλλους για τις βασικές ή τις καθημερινές αποφάσεις της ζωής του, φοβάται πολύ μη μείνει μόνο του και νιώθει ανήμπορο όταν είναι μόνο του, γιατί φοβάται ότι δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

Μια εκτεταμένη και υπερβολική ανάγκη του ατόμου να το φροντίζουν, που οδηγεί σε υποτακτική και προσκολλημένη συμπεριφορά και φόβους αποχωρισμού, η οποία αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρούσα σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) το άτομο έχει δυσκολία να παίρνει καθημερινές αποφάσεις χωρίς συμβουλές και διαβεβαίωση από τους άλλους σε υπερβολικό βαθμό
- (2) έχει ανάγκη να αναλαμβάνουν οι άλλοι την ευθύνη για τους περισσότερους από τους μείζονες τομείς της ζωής του
- (3) έχει δυσκολία να εκφράζει διαφωνία με τους άλλους, επειδή φοβάται ότι θα χάσει την υποστήριξη ή την αποδοχή τους. Σημείωση: Μη συμπεριλαμβάνετε ρεαλιστικούς φόβους ανταπόδοσης.
- (4) έχει δυσκολία να ξεκινά σχέδια και προγράμματα ή να κάνει πράγματα μόνο του (εξαιτίας έλλειψης αυτοπεποίθησης για την κρίση ή τις ικανότητες του, παρά από έλλειψη κινητοποίησης ή ενεργητικότητας)
- (5) κάνει υπέρμετρες προσπάθειες για να πάρει φροντίδα και υποστήριξη από τους άλλους, μέχρι το σημείο να προσφέρεται να κάνει εθελοντικά πράγματα που του είναι δυσάρεστα
- (6) δεν νιώθει άνετα ή νιώθει ανημπόρια όταν είναι μόνο του, εξαιτίας υπερβολικών φόβων ότι είναι ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του

(7) όταν μία στενή σχέση τελειώνει, αναζητά επειγόντως μιαν άλλη σχέση σαν πηγή φροντίδας και υποστήριξης

(8) ασχολείται έντονα και εξωπραγματικά με φόβους ότι θα το εγκαταλείψουν να φροντίζει (μόνο του) τον εαυτό του (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσουν το άτομο να νιώσει επαρκές και ότι αξίζει. Αν υπάρχουν φαντασίες — φόβοι για ανεξάρτητη και δυναμική συμπεριφορά, μπορούν αυτοί να διερευνηθούν και να ελεγχθούν με βάση την πραγματικότητα. Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και γνωστική ψυχοθεραπεία μπορεί επίσης να βοηθήσουν ορισμένους ασθενείς να λειτουργήσουν ανεξάρτητα (www.psychologia.gr).

10. Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας

Κλινικά χαρακτηριστικά - Διάγνωση

Η «ψυχαναγκαστική καταναγκαστική» διάσταση που ενδεχόμενα μπερδεύει, θα λέγαμε ότι περιλαμβάνει τρία επίπεδα: 1) την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (ΨΚΔ) (που λεγόταν παλιότερα Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Νεύρωση), που περιγράφουμε στις Αγχώδεις Διαταραχές (βλ. σχετικά) 2) τον «ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικό τρόπο (ή στιλ) ζωής», που περιλαμβάνει στοιχεία/ χαρακτηριστικά της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας - τελειοθηρία, επιμονή, εμμονή στις λεπτομέρειες, τάξη, ακρίβεια, συστηματική εργασία κτλ., που είναι όμως στα φυσιολογικά όρια και είναι ιδιαίτερα προσαρμοστικά (πολλοί τεχνικοί, γιατροί, δικηγόροι και άλλοι επιστήμονες εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή) και 3) την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας (ΨΚΔΠ), όπου τα ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά στοιχεία

/χαρακτηριστικά είναι άκαμπτα και παραβλάπτουν τη λειτουργία (www.psychologia.gr).

Διαγνωστικά κριτήρια

Ένας εκτεταμένος τύπος έντονης ενασχόλησης του ατόμου με την τάξη, την τελειοθηρία και τον ψυχικό και διαπροσωπικό έλεγχο, σε βάρος της ευελιξίας, της ανοιχτοσύνης και της αποδοτικότητας, ο οποίος αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) το άτομο έχει έντονη ενασχόληση με λεπτομέρειες, κανόνες, λίστες, την τάξη, την οργάνωση ή τα προγράμματα, σε βαθμό που το κύριο σημείο της δραστηριότητας χάνεται
- (2) εμφανίζει τελειοθηρία που παρεμποδίζει την ολοκλήρωση μιας εργασίας (π.χ. το άτομο είναι ανίκανο να ολοκληρώσει μία προγραμματισμένη δουλειά επειδή δεν πληρούνται οι δικές του υπερβολικά αυστηρές απαιτήσεις)
- (3) είναι υπερβολικά αφοσιωμένο στην εργασία και την παραγωγικότητα με αποκλεισμό των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου και των φιλικών σχέσεων (που δεν εξηγείται από φανερή οικονομική ανάγκη)
- (4) είναι υπερβολικά ευσυνείδητο, λεπτολόγο και άκαμπτο σε θέματα ηθικής, ηθών ή αξιών (που δεν εξηγείται από πολιτισμική ή θρησκευτική ταυτοποίηση)
- (5) είναι ανίκανο να πετάξει φθαρμένα ή χωρίς αξία αντικείμενα ακόμα και όταν δεν έχουν συναισθηματική αξία *
- (6) είναι απρόθυμο να κάνει καταμερισμό καθηκόντων ή να δουλέψει με άλλους, εκτός εάν αυτοί υποταχθούν στον ακριβή δικό του τρόπο που κάνει τα διάφορα πράγματα

(7) υιοθετεί ένα τσιγγούνικο τρόπο στο ξόδεμα των χρημάτων, τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους άλλους τα χρήματα θεωρούνται σαν κάτι που πρέπει να συσσωρευτεί και διαφυλαχθεί για μελλοντικές καταστροφές
(8) εμφανίζει ακαμψία και ισχυρογνωμοσύνη (www.psychologia.gr).

Θεραπεία

Ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής. Ο εστιασμός είναι στα συναισθήματα του ασθενή, θετικά και αρνητικά, που εμφανίζονται φυσικά και στη μεταβιβαστική σχέση και από τα οποία ο ασθενής αμύνεται με τους αμυντικούς μηχανισμούς της μόνωσης, εκλογίκευσης, διανοητικοποίησης, αντισταθμιστικής συμπτωματολογίας κ.ά. Έτσι, αντιστέκεται στην ερμηνευτική προσπάθεια και στην ευαισθησία των συναισθημάτων του με προσκόλληση σε ιδέες και λογικά σχήματα (www.psychologia.gr).

Ο θεραπευτής υπομονετικά βοηθά τον ασθενή να έρθει σ' επαφή με τον απειλητικό γι' αυτόν συναισθηματικό του κόσμο, προσέχοντας επίσης να μην εμπλακεί σε ανταγωνιστική σχέση μαζί του (την οποία τείνει ο ασθενής ν' αναπτύξει λόγω του φόβου που έχει να μην υποκύψει σε εξωτερικό έλεγχο και εξουσία) (www.psychologia.gr).

Γνωστικές τεχνικές που απευθύνονται στις άκαμπτες πεποιθήσεις και αξίες των ατόμων αυτών μπορεί επίσης να βοηθήσουν (www.psychologia.gr).

