



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ Τ.Ε.Ι.
Π Α Τ Ρ Α Σ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ "Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ
ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΗΤΙΚΑ
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ"**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Δr. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ : ΤΣΑΤΣΑΡΑΓΚΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΑ



ΠΑΤΡΑ ΟΚΤΩΒΡΗΣ 1995

Αφιερώνεται στη μέρα που ο άνθρωπος συμπαραστάτης
θα είναι του ανθρώπου.

ΑΘΗΝΑ ΟΚΤΩΒΡΗΣ '95

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ	1596
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
* ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
* Α. ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ	
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ	3
I. Συχνότητα - στατιστικά στοιχεία	3
II. Γενικά για τη νοητική καθυστέρηση - στόχοι	
επιστημονικής μάχης στη νοητική καθυστέρηση	6
III. Έννοια νοητικής καθυστέρησης βάσει διαφόρων κριτηρίων	8
IV. Νοημοσύνη	17
V. Προσπάθεια ορισμού νοητικής καθυστέρησης	21
VI. Μορφές νοητικής καθυστέρησης	24
α) ιδιωτεία	24
α1. αμαυρωτική ιδιωτεία	27
α2. μογγολοειδής ιδιωτεία ή σύνδρομο Down	29
β) ηλιθιότητα	30
γ) μωρία	33
δ) οριακή νοητική ανεπάρκεια	38
ε) ψευδοκαθυστέρηση	41
VII. Αίτια νοητικής καθυστέρησης	45
VIII. Διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης	68
IX. Πρόληψη	73
X. Θεραπεία και ειδική αγωγή των νοητικά καθυστερημένων	
παιδιών	75

* Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
ΤΩΝ ΝΟΗΤΙΚΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ	
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ	
ΩΡΙΣΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ	
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΟΥΣ	77
I. Ταξινόμηση των νοητικά καθυστερημένων παιδιών σε σχέση	
με την εκπαίδευσή τους	77
α) εκπαιδεύσιμα νοητικά καθυστερημένα παιδιά ..	77
β) ασκήσιμα νοητικά καθυστερημένα παιδιά	77
γ) πλήρως εξαρτημένα (ιδιώτες)	78
II. Βασικές ψυχοπαιδαγωγικές αρχές	79
III. Γενικές διδακτικές αρχές - γενικές μεθοδολογικές	
απαιτήσεις	83
Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ	
ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ	102
I. Εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού	102
II. Πρόληψη	104
Δ. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΓΙΑ	
ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ	
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	111
Ε. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	121
ΣΤ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	123

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

"Το παιδί είναι ο πατέρας του ανθρώπου". Όσο οξύμωρο και αν ακούγεται το γνωμικό αυτό, αποτελεί τον πυρήνα ενός ολόκληρου ρεύματος της Ψυχιατρικής και της Ψυχολογίας, που έχει ως άξονα την συμπεριφορά και την ανάπτυξη του παιδιού από τη γέννηση έως και την ενηλικίωσή του. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στο πρόβλημα του "ειδικού" παιδιού και της αγωγής του, που λίγο ή πολύ απασχολεί το μεγαλύτερο μέρος του κοινωνικού συνόλου. Πριν απ' όλα την οικογένεια που φέρει στους κόλπους της ένα τέτοιο παιδί, με το πλήθος των ενοχών, του άγχους και της ντροπής συχνά, που ένα πρόβλημα τέτοιου είδους επιφέρει. Στην συνέχεια το χώρο του σχολείου, όπου το λιγότερο που μπορεί να γίνει είναι η τοποθέτηση της ετικέτας του "καθυστερημένου" ή η οχύρωση πίσω από την αναρμοδιότητα του δασκάλου, δυστυχώς ακόμη και για τα σύγχρονα ελληνικά δεδομένα. Παράλληλα με την οικογένεια και το σχολείο, η οργανωμένη κοινωνία, που αρχίζει να αντιλαμβάνεται το πρόβλημα στις σωστές του διαστάσεις και εκδηλώνει την επιθυμία να συμβάλλει στην αντιμετώπισή του. Η επιθυμία όμως από μόνη της δεν αρκεί.

Όσον αφορά την διανοητική καθυστέρηση συγκεκριμένα, είναι ένα θέμα όχι απλά και μόνο ενδιαφέρον αλλά και δύσκολο, σκοτεινό, λαβυρινθώδες. Είναι η ίδια η φύση του που το καθιστά δυσερμήνευτο. Αυτός είναι και ο λόγος που πολλοί

επιστήμονες είτε δεν καταπιάνονται καν μ' αυτό, είτε "κρατούν έτοιμες αδημοσίευτες εργασίες τους στα συρτάρια" - σύμφωνα με έκφραση μεγάλου σύγχρονου Ψυχολόγου. Ωστόσο ο χώρος αυτός δεν παύει να είναι ζωτικός, αφού το πρόβλημα της νοητικής ανεπάρκειας είναι -όπως προαναφέρθηκε - άμεσα κοινωνικό. Από το 1959 που η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού τόνισε την ανάγκη παροχής ειδικής θεραπείας, μόρφωσης και περίθαλψης του μειονεκτούντος νοητικά παιδιού, ο επιστημονικός αυτός κλάδος έχει σημειώσει αξιόλογη πρόοδο σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η εργασία αυτή προέρχεται από την πίστη ότι ο επιστημονικός χώρος που ασχολείται μ' αυτό το θέμα πρέπει να υπηρετηθεί με μεγαλύτερο ενδιαφέρον απ' όλους μας. Η επιστήμη της Νοσηλευτικής άλλωστε δεν είναι "στεγανοποιημένη". Αντιθέτως μπορεί να προσφέρει πολλά σε όλους τους τομείς, πόσο μάλλον όταν πρόκειται για το παιδί, "τον πατέρα του ανθρώπου".

A. ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Γ. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η νοητική ανεπάρκεια ανήκει στην ομάδα των διαταραχών ανάπτυξης, όπου προεξάρχει η διαταραχή στην απόκτηση δεξιοτήτων γνωστικών, γλωσσικών, κινητικών ή κοινωνικών. Όπως αναφέρθηκε στον Πρόλογο η νοητική ανεπάρκεια είναι σήμερα πεδίο επιστημονικών "ανασκαφών" και εφόσον τα ευρήματα που έχουν δει το φως της δημοσιότητας είναι λίγα, ο καλύτερος τρόπος προσέγγισης του προβλήματος είναι η συνεχής έρευνα και η ανάλυση των στατιστικών στοιχείων που προκύπτουν από αυτή. Βέβαια ακόμη κι εδώ υπάρχουν δυσκολίες, που πηγάζουν απ' το γεγονός του ότι με το πρόβλημα ασχολούνται επιστήμονες από διάφορες ειδικότητες (γιατροί, ψυχολόγοι, βιολόγοι, παιδαγωγοί κλπ.) και καθένας επικεντρώνει το ενδιαφέρον του σε ορισμένες μόνο διαστάσεις του προβλήματος.

Η συχνότητα της διανοητικής καθυστέρησης υπολογίζεται ότι είναι περίπου 3% στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Στον υπόλοιπο γενικό πληθυσμό - σε μη σχολικό περιβάλλον - το ποσοστό είναι περίπου 1%, με αναλογία αγοριών και κοριτσιών 1,5 : 1.

Μεγάλο ενδιαφέρον επίσης προκύπτει από την έρευνα των παραγόντων που συμβάλλουν στη νοητική καθυστέρηση. Ένας πρώτος τομέας έρευνας ήταν η επίδραση της κοινωνικής τάξης πάνω στην ανάπτυξη του παιδιού 2-7 ετών. Η

μελέτη αυτή έγινε στην Αμερική και είναι από τις πιο σπάνιες, γιατί παρακολούθησε τα παιδιά από τα πρώτα έτη της ζωής τους έως και την ενηλικίωσή τους. Μελετητές ήταν οι ψυχολόγοι H.M Skeels και Dye και χρησιμοποιήθηκε μια πληθώρα tests και παρατηρήσεων. Ο πληθυσμός που χρησιμοποιήθηκε για την τυποποίηση του test ήταν ένα χαρακτηριστικό δείγμα του πληθυσμού που εξυπηρετείται στην Κλινική Νοσητικής Καθυστέρησης στο Εβραϊκό Νοσοκομείο του Brooklyn και αποτελείται από ετερογενή αστικό πληθυσμό με μια μεγάλη αναλογία Νέγρων. Γρήγορα έγινε φανερό ότι οι αποδόσεις των παιδιών σχετίζονται με το υπόβαθρο της κοινωνικής τους τάξης και ότι τα παιδιά που προέρχονται από φτωχότερες τάξεις έπαιρναν χαμηλότερους βαθμούς από τα παιδιά ανώτερων κοινωνικών τάξεων. Αυτό βέβαια δεν είναι κάτι νέο· το αξιοπερίεργο και αξιοπρόσεκτο είναι η ηλικία κατά την οποία η νοητική ανάπτυξη ενός παιδιού αρχίζει να αντανακλά διαφορές έναντι άλλων παιδιών όσον αφορά το κοινωνικό υπόβαθρο. Ποιά είναι αυτή; Το 2ο μόλις έτος της ηλικίας!

Η διαίρεση του πληθυσμού σε υψηλή και χαμηλή κοινωνική τάξη διαχώρισε τον πληθυσμό και φυλετικά. Το αποτέλεσμα ήταν η ίδια απόδοση των παιδιών της υψηλής τάξης, ενώ υπήρξε μια μικρή διαφοροποίηση σ' εκείνα της χαμηλότερης τάξης. Φαίνεται δηλαδή μια πιο ισχυρή τάση ανάπτυξης των Λευκών παιδιών εν αντιθέσει με τα παιδιά των Νέγρων. Η διαφορά αυτή βρίσκεται κυρίως στην εργασία του πατέρα που είναι περισσότερο ειδικευμένος και καλοπληρωμένος ανάμεσα στους λευκούς παρά ανάμεσα στους Νέγρους.

Η έρευνα αυτή με τα ίδια κριτήρια και tests έγινε και στον ελλαδικό

χώρο με πρωτοβουλία του ψυχοπαιδαγωγού Κ. Κρασσανάκη. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν τα εξής :

- Η νοητική ανεπάρκεια στις υψηλότερες τάξεις σημείωσε συχνότητα 4,6% εν αντιθέσει με τις οικογένειες εργατών και τεχνιτών (39,4%).
- Σε αγροτικές οικογένειες το ποσοστό εμφάνισης νοητικής ανεπάρκειας ανέρχεται σε 56,1%, ενώ στις αστικές 43,9%.
- Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, το 60.5% των παιδιών με νοητική ανεπάρκεια είχε γονείς με γνώσεις δημοτικού, το 14,4% γνώσεις μέσης εκπαίδευσης και το 3% τριτοβάθμιας.

Η συνοπτική θεώρηση των προηγούμενων διαπιστώσεων μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον επηρεάζει σημαντικά την πνευματική ανάπτυξη του παιδιού. Αυτό λοιπόν σημαίνει ότι η παρέμβαση της Νοσηλευτικής Επιστήμης είναι εφικτή όχι μόνο στον τομέα της θεραπείας, αλλά και σ' αυτόν της πρόληψης και της ενημέρωσης στα πλαίσια της Κοινότητας.

II. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ - ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΜΑΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η νοημοσύνη είναι θα λέγαμε μια δέσμη γνωστικών λειτουργιών μια σύνθεση δυνάμεων, που συμβάλλουν στην επίλυση των προβλημάτων του ατόμου, αλλά και στην προσαρμογή του στις ασυνήθιστες καταστάσεις της ζωής, είναι μια κοινωνική ικανότητα, μια πνευματική δύναμη που μας βοηθάει στη γνώση του εαυτού μας και των συνανθρώπων μας, μια διαδικασία σκέψης που οδηγεί τις ψυχικές λειτουργίες σε ισορροπία.

Η δύναμη αυτή δεν εμφανίζεται σε όλους η ίδια. Άλλοι την έχουν σε μέσο (φυσιολογικό) βαθμό, ενώ άλλοι σε ανώτερο ή κατώτερο. Τα άτομα των δύο άκρων χαρακτηρίστηκαν από μερικούς "αποκλίνοντα". Τα δε ανήκοντα στον κατώτερο βαθμό "νοητικώς καθυστερημένα".

Στο όρο "νοητική καθυστέρηση" η λέξη "καθυστέρηση" σημαίνει όχι μόνο απώλεια χρόνου ή χρονική αναβολή, αλλά συνήθως και ματαίωση του τελικού προορισμού. Δηλαδή η νοητική καθυστέρηση - ή ανεπάρκεια - δεν είναι συνήθως ένα παροδικό φαινόμενο ή ένα παθολογικό σύμπτωμα που με ειδική θεραπεία, αγωγή, εκπαίδευση θα εκλείψει οριστικώς. Πρόκειται ως επί το πλείστον για κατάσταση μόνιμη, που συνοδεύει το άτομο σε όλη του την ζωή, χωρίς ποτέ να μπορέσει να φτάσει στην κοινωνικότητα,τη φυσιολογικότητα.

Φυσικά υπάρχουν επιφυλάξεις για τον εξ ολοκλήρου μη θεραπεύσιμο χαρακτήρα της νοητικής ανεπάρκειας. Κι αυτό γιατί μερικές φορές η νοητική καθυστέρηση είναι ένα σύμπτωμα που οφείλεται σε ψυχολογικούς - περιβαλλοντικούς λόγους. Και επομένως η ψυχοθεραπεία δύναται να είναι αποτελεσματική.

Η εγκληματική εξόντωση των αποκλινόντων σε παλιότερες εποχές (π.χ. Σπάρτη), η παντελής εγκατάλειψή τους και η αδιαφορία, ο ισόβιος εγκλεισμός σε άσυλα, η κοινωνική απόρριψη και απομόνωση, παραχώρησαν τη θέση τους στο ενδιαφέρον και την συστηματική φροντίδα στα πλαίσια της επιστημονικής μάχης κατά της νοητικής καθυστέρησης. Αντικειμενικοί στόχοι της μάχης αυτής είναι :

- α) Η ανακάλυψη όλων των αιτιών πρόκλησης νοητικής ανεπάρκειας. Σήμερα είναι γνωστό το 50% των αιτιών, εκ των οποίων το 25% καλύπτεται από ιατρικά - βιολογικά αίτια.
- β) Η πρόληψη με όλα τα μέσα που θα αποδειχτούν αποτελεσματικά.
- γ) Η έγκαιρη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης, που συνεπάγεται και έγκαιρη αντιμετώπιση.
- δ) Η παροχή ειδικής αγωγής, φροντίδας και εκπαίδευσης.
- ε) Η επαγγελματική εκπαίδευση και η εργασιακή αποκατάσταση των αποκλινόντων από νοητική καθυστέρηση ατόμων, ανάλογα με τις δυνατότητές τους (ύστερα από την απαραίτητη μελέτη του κάθε περιστατικού και κρίση των ορίων δυνατότητας του ατόμου).

III. ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

α) Έννοια της νοητικής ανεπάρκειας με κριτήρια ψυχομετρικά

Τα κριτήρια αυτά έχουν προκύψει από χρόνιες μελέτες και έρευνες ψυχολόγων, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα την επινόηση των tests για την αξιολόγηση της νοητικής ικανότητας του ατόμου.

Η αξιολόγηση της επίδοσης ενός παιδιού σε ένα test οδηγεί στην εύρεση της πνευματικής του ηλικίας (ΠΗ), η οποία δύναται να είναι ίση, ανώτερη ή κατώτερη της χρονολογικής του ηλικίας (ΧΗ). Νοητική ανεπάρκεια εμφανίζουν τα παιδιά εκείνα των οποίων η Πνευματική ηλικία είναι μικρότερη της Χρονολογικής (ΠΗ<ΧΗ). Πχ. αν ένα παιδί 6 ετών και 5 μηνών έχει ΠΗ 4 ετών και 3 μηνών, το παιδί αυτό πάσχει από νοητική καθυστέρηση (4;3<6;5). Με αυτόν τον τρόπο οριζόταν τα πνευματικώς υπολειπόμενα άτομα πριν την επινόηση του δείκτη νοημοσύνης, δηλαδή το πηλίκο της ΠΗ δια την ΧΗ.

Ο Δ.Ν. ορίζεται με τον τύπο : $\Delta N = \frac{\text{ΠΗ}}{\text{ΧΗ}} \cdot 100$. Αν η Π.Η είναι ίση με τη ΧΗ, ο Δ.Ν. ισούται με 100. Διαφορετικά ο Δ.Ν. θα είναι άνω ή κάτω του 100.

Παραδείγματα:

i) Έστω ότι ένα παιδί είναι 7 ετών και η πνευματική του ηλικία είναι 7 ετών. Τότε $\Delta.N. = 7/7 \cdot 100 = 100$ (κατά φύσιν).

ii) Έστω ότι ένα παιδί είναι 5 ετών και έχει πνευματική ηλικία 7,5 ετών. Τότε $\Delta.N. = 7,5/5 \cdot 100 = 150$.

iii) Έστω ότι ένα παιδί είναι 6,8 ετών και έχει πνευματική ηλικία 5,4. Τότε $\Delta.N. = 5,4/6,8 \cdot 100 = 79,4$. Το παιδί αυτό θεωρείται νοητικά καθυστερημένο.

Με βάση το νέο αυτό κριτήριο ($\Delta.N$) όσα παιδιά έχουν $\Delta.N.$ κάτω του 100 κρίνονται νοητικώς υπολειπόμενα. Όμως το 100 δεν είναι σημείο, αλλά διάστημα. Γι' αυτό η κάποια απόκλιση δικαιολογείται: έτσι νοητικά καθυστερημένο θεωρείται το παιδί του οποίου ο $\Delta.N.$ είναι μικρότερος από τον μέσο όρο των $\Delta.N.$ του πληθυσμού στον οποίο ανήκει. Η τυπική απόκλιση, δηλαδή η διασπορά γύρω από τον μέσο όρο του $\Delta.N.$, ορίζεται συνήθως ίση με δέκα.

Πως εμφανίζεται η έκταση της διασποράς της Νοημοσύνης;

Η απάντηση του ερωτήματος θα γίνει με τη βοήθεια τριών συγκεκριμένων παραδειγμάτων :

i) Σύμφωνα με τη θεωρητική κατανομή του Gauss, η μορφή που εμφανίζει η διασπορά των $\Delta.N.$ πάνω στον άξονα ανάπτυξης είναι κωδωνοειδής συμμετρική.

Σύμφωνα με το σχήμα αυτό το 68,26% του γενικού πληθυσμού έχει $\Delta.N.$ φυσιολογικούς (85 - 115). Ένα ποσοστό 13,59% βρίσκεται σε οριακή νοητική καθυστέρηση, ενώ κάτω του 70 τοποθετούνται άτομα με μωρία, ηλιθιότητα και ιδιωτεία.

ii) Σύμφωνα με τον Αμερικανό ερευνητή Terman που χρησιμοποίησε το Stanford - Binet test - το οποίο και τελειοποίησε - φυσιολογικά ή μέση ικανότητας θεωρούνται τα έχοντα Δ.Ν. 90 - 110. Από το test αυτό προκύπτει ένα ποσοστό φυσιολογικότητας 64,6%, δηλαδή λίγο μικρότερο από εκείνο της θεωρητικής κατανομής του Gauss.

iii) Ο ψυχολόγος D. Weclisler υποστήριξε ότι η ψυχομετρία μπορεί να βοηθήσει στο έργο αξιολόγησης της νοημοσύνης. Ο ίδιος έχει επινοήσει δύο tests, που θεωρήθηκαν κλασσικά όργανα μέτρησης της νοημοσύνης (το WAIS για ενήλικες και το WISC για παιδιά).

Σ' αυτό το σχήμα η ταξινόμηση των Δ.Ν. στηρίζεται σε μια απόκλιση 10 βαθμών και τα άτομα με φυσιολογική νοημοσύνη (ΔΝ 90 - 110) καλύπτουν το 50% της κατανομής. Διαπιστώνεται λοιπόν και εδώ η διαφορά από το αντίστοιχο ποσοστό της έρευνας του Terman (64,6%) και από τη θεωρητική κατανομή του Gauss (68,26%).

Είναι ευνόητο ότι ο Δ.Ν., μικρός ή μεγάλος, εκφράζει την πνευματική ικανότητα του παιδιού, τη δυνατότητα να επιτελέσει ένα έργο. Έτσι παιδιά με μικρούς Δ.Ν. έχουν μαθησιακές δυσκολίες (δυσκολία ανάγνωσης, γραφής → Δ.Ν. γύρω στο 50. Έλλειψη αφηρημένης σκέψης → Δ.Ν. γύρω στο 70).

Οφείλουμε όμως να δεχθούμε ότι η διάγνωση της Πνευματικής ανεπάρκειας που στηρίζεται μόνο στο Δ.Ν. δεν μπορεί να θεωρηθεί ακριβής. Ο πλήρης προσδιορισμός της πρέπει να βασίζεται σε πολλά άλλα δεδομένα (βιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, παιδαγωγικά κλπ.).

β) Έννοια της νοητικής ανεπάρκειας με κριτήρια κοινωνικά.

Ψυχοκοινωνιολόγοι που έχουν ασχοληθεί με το θέμα της νοητικής καθυστέρησης εξετάζουν το πρόβλημα κάτω από ένα διαφορετικό πρίσμα, υποστηρίζοντας ότι καθυστερημένο είναι το άτομο που δεν μπορεί να προσαρμοσθεί στην κοινωνία. Γι' αυτόν τον λόγο μιλούν για άτομα "απροσάρμοστα" και όχι "καθυστερημένα. Πρόκειται για τα άτομα που εμφανίζουν μειωμένες ικανότητες προσαρμογής στον κοινωνικό χώρο ζωής τους και αυτό βέβαια δεν μπορεί να εκτιμηθεί με μόνη την αξιολόγηση του Δ.Ν. Είναι απαραίτητη η μελέτη των συνθηκών διαβίωσης μέσα στο οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του υπολειπόμενου ατόμου, για να κατανοηθεί και το επίπεδο της ανεπάρκειάς του. Σύμφωνα λοιπόν με τη θεωρία αυτή, όσο μεγαλύτερη είναι η προσαρμοστική ικανότητα ενός ατόμου, τόσο πιο υγιές πνευματικά πρέπει να εθωρείται όταν είναι επιτυχής η προσαρμογή στο περιβάλλον του, το άτομο δεν μπορεί να είναι καθυστερημένο.

Η θέση αυτή έχει τις ρίζες της στο αξίωμα ότι η ζωή ολόκληρη είναι μια διαρκής προσαρμογή, μια αμοιβαία σχέση του ατόμου με τον κοινωνικοπολιτιστικό του περίγυρο.

Η δυναμικότητα της κάθε προσωπικότητας μπορεί να διαγνωστεί στο πλέγμα των σχέσεων του "εγώ" με τους "άλλους". Άρα ο όρος "προσαρμογή" δεν σημαίνει μια κατάσταση στατική, αλλά δυναμική παρουσία του καθένα μέσα στον ανθρώπινο

περίγυρό του.

Καθυστερημένο λοιπόν πρέπει να θεωρείται το παιδί που εμφανίζει ελλειπή ή κακή προσαρμογή στον οικογενειακό, τον σχολικό και τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο.

Δύο είναι οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμοστικότητα κάθε ανθρώπου : η κοινωνία και η ηλικία.

Ο πρώτος, η κοινωνία, είναι εξωτερικός. Ο άλλος, η ηλικία, είναι εσωτερικός, είναι το σύνολο των εσωτερικών δυνάμεων που προσδιορίζουν την ανάπτυξη του ατόμου σε κάθε στάδιο της ζωής του.

Εξετάζοντας το πρόβλημα της κακής προσαρμογής του παιδιού, ο R. Lafon τονίζει ότι η διαταραγμένη συμπεριφορά των παιδιών με κακή προσαρμογή μπορεί να οφείλεται σε :

- i) **Αισθησιοκινητικές διαταραχές** : κινητική ανεπάρκεια, κακή λειτουργία αισθήσεων (ιδιαίτερα όραση - ακοή), αριστεροχειρία, εννούρηση κλπ.
- ii) **Γλωσσικές διαταραχές** : δυσλεξία, τραυλισμός, αγραφία κλπ.
- iii) **Σωματικές ανεπάρκειες** : κακή σωματική διάπλαση, νανισμός, γιγαντισμός κλπ.
- iv) **Οξείες ή χρόνιες ασθένειες** : μηνιγγίτις, επιληψία κλπ.
- v) **Συναισθηματικές διαταραχές** : απάθεια, ζήλεια, άγχος, ερωτισμός, φόβος κλπ.
- vi) **Χαρακτηρολογικές διαταραχές** : ενδοστρέφεια, μυθομανία, κυκλοθυμία κλπ.

vii) **Γνωστικές διαταραχές** : προσοχή, μνήμη, κρίση, φαντασία κλπ.

viii) **Ανεπάρκεια νοημοσύνης** : ελαφρά, μέση και βαριά νοητική καθυστέρηση.

ix) **Διαταραχές συμπεριφοράς** : επιθετικότητας, αρνητισμός, αυτοκτονικές τάσεις κλπ.

x) **Νευρωτικές εκδηλώσεις** : ονυχοφαγία, τικ, ποτομανία, υποχονδρία κλπ.

xi) **Ψυχωτικές παθήσεις** : σχιζοφρένεια, παραλήρημα, μανία κλπ.

xii) **Διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον** : αυστηροί γονείς, διαζευγμένοι, ψυχοπαθείς κλπ.

xiii) **Διαταραγμένο σχολικό περιβάλλον:**

κακές μέθοδοι, αυστηρός δάσκαλος, μεγάλος αριθμός παιδιών στην τάξη κλπ.

xiv) **Διαταραγμένο κοινωνικό περιβάλλον** : ηθικοί κίνδυνοι, ανισότητες ευκαιριών μόρφωσης κλπ.

Δεν μπορούμε επίσης παρά να συμφωνήσουμε με τον ίδιο συγγραφέα, που υποστηρίζει ότι στην εποχή μας η παιδική μιζέρια είναι αυξημένη. Σε αρκετές υποανάπτυκτες χώρες το ποσοστό θνησιμότητας πριν την ολοκλήρωση ενός έτους ζωής είναι ένα στα δέκα παιδιά. Επίσης επτά στα δέκα παιδιά δεν φοιτούν σε δημοτικό σχολείο και επιβιώνουν από την απαιτεία στους δρόμους των πόλεων και μόνο. Σύμφωνα με τα δεδομένα της Π.Ο.Υ. στις αναπτυγμένες χώρες το 2-3% των παιδιών χρήζουν ειδικής αγωγής, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό εμφανίζει

διαταραγμένη συμπεριφορά. Στη Γαλλία π.χ. τα απροσάρμοστα παιδιά φθάνουν τις 400 - 500.000. Το τίμημα της προόδου ίσως ;

Συνήθως όταν αναφερόμαστε σε κοινωνικά κριτήρια για να ερμηνεύσουμε τη νοητική ανεπάρκεια, μένουμε στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο. Θα ήταν ορθότερο να προσδιορίζουμε επακριβώς το κοινωνικό σχήμα στο οποίο αναφερόμαστε, είτε πρόκειται για την οικογένεια, είτε για το σχολείο, είτε για το επάγγελμα κλπ. Αυτό μας υποχρεώνει να δούμε τη νοητική ανεπάρκεια με οικογενειακά κριτήρια, σχολικά κλπ. Άλλωστε για τον ρόλο των κοινωνικών κριτηρίων - γενικώς ή επιμέρους - θα μας δοθεί η ευκαιρία να επανέλθουμε όταν γίνει η αναφορά των αιτίων νοητικής ανεπάρκειας.

γ) Έννοια της νοητικής ανεπάρκειας με βιολογικά κριτήρια.

Οι οπαδοί αυτής της κατεύθυνσης θεωρούν τη νοητική καθυστέρηση ως μια παθολογική κατάσταση με ποικίλη αιτιολογία. Κύριο γνώρισμά της η μικρή ή μεγάλη επιβράδυνση της νοητικής, που οφείλεται σε κληρονομικά ή περιβαλλοντικά αίτια.

Η κληρονομικότητα παρεμβαίνει στον καθορισμό της νοητικής ανεπάρκειας. Είναι γνωστό π.χ. ότι γονείς με νοητική καθυστέρηση έχουν μεγάλες πιθανότητες να δώσουν παιδιά πνευματικώς υπολειπόμενα. Η γενετική αυτή μοίρα είναι παραδεκτή στους οπαδούς των βιολογικών κριτηρίων. Πιστεύεται ότι η νοητική καθυστέρηση έχει ένα κληρονομικό υπόβαθρο, που είναι γνωστό ως

προκαθορισμένος μηχανισμός.

Πολλοί απ' τους υποστηρικτές της θεωρίας αυτής κάνουν λόγο για εξωγενείς και ενδογενείς πνευματικά καθυστερημένους. Στους πρώτους, τους εξωγενείς, το ιστορικό, οι νευρολογικές και οι παρακλινικές εξετάσεις δείχνουν ότι τα άτομα αυτά έχουν υποστεί εγκεφαλικές βλάβες, πριν, περί, κατά ή μετά τη γέννηση. Τα τραύματα αυτά επηρέασαν το ΚΝΣ έτσι, ώστε το άτομο να εμφανίσει νοητική ανεπάρκεια, συναισθηματικές διαταραχές κλπ. Στους δεύτερους, τους ενδογενείς, τίποτα δεν δείχνει εγκεφαλική βλάβη και άρα τα αίτια είναι μάλλον κληρονομικά.

Στην περίπτωση των ενδογενών καταστάσεων εντάσσεται και το σύνδρομο Strauss, που εμφανίζεται σε παιδιά με βλάβη του ΚΝΣ πριν, κατά ή μετά τον τοκετό. Τα παιδιά αυτά εμφανίζουν διαταραχές στην αντίληψη, την σκέψη, την προσοχή, το συναίσθημα και την συμπεριφορά (υπερκινητικότητας, επιθετικότητας κλπ.).

Τα βιολογικά κριτήρια δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στη νευρολογική κατάσταση, παρά στην ιστορία του ατόμου. Στηρίζονται σε βλάβες του νευρικού συστήματος για να ερμηνευτεί η νοητική ανεπάρκεια. Την κατάσταση αυτή η Π.Ο.Υ ονομάζει "ψυχοδιανοητική ανεπάρκεια". Διαφοροποιείται έτσι από την "ψυχοδιανοητική καθυστέρηση", η οποία δεν συνοδεύεται από παθολογικές αλλοιώσεις του ΚΝΣ. Στη δεύτερη περίπτωση η νοητική καθυστέρηση οφείλεται σε αίτια περιβαλλοντικά.

Τα βιολογικά κριτήρια θεωρούνται από πολλούς τα καλύτερα και τους αποδίδεται πραγματική επιστημονική αξία· κι' αυτό γιατί, όπως γράφει ο Ελβετός

ψυχολόγος A. Rey δεν υπάρχουν ασθένειες της νοημοσύνης ή της πνευματικής ανάπτυξης. η διαπίστωση της αδύνατης νοημοσύνης δεν δείχνει παρά το αποτέλεσμα άλλων καταστάσεων που πρέπει να αναζητηθούν και να μελετηθούν. Είναι όπως ο πυρετός ενός αρρώστου, που δείχνει ότι το άτομο πάσχει, αλλά δεν αποκαλύπτει και το είδος της υπάρχουσας ασθένειας. Το ίδιο μπορούμε να σκεφτούμε και για τη νοητική ανεπάρκεια, που δείχνει ανωμαλία του πνεύματος, χωρίς όμως να φανερώνει και τις δυνατές περιπτώσεις που μπορούν να την αφορούν.

Αρκούμαστε εδώ να τονίσουμε την μεγάλη συμβολή των βιολογικών κριτηρίων στην ερμηνεία της έννοιας της νοητικής ανεπάρκειας. Αν όμως θέλουμε να φτάσουμε στην ακριβή γνώση όλων των μορφών πνευματικής αδυναμίας δεν μπορούμε να στηριχτούμε μόνο σ' αυτά.

IV. ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

Ο όρος νοημοσύνη έχει πολλές σημασίες. Άλλοτε προσδιορίζει μια ορισμένη κατηγορία ενεργειών, τις "νοητικές" ενέργειες, που διακρίνονται από τις ενστικτώδεις και τις αυτόματες, άλλοτε προσδιορίζει την γνωστική και αντιληπτική ικανότητα, άλλοτε τέλος, σημαίνει την αποδοτικότητα της νοητικής λειτουργίας. Με άλλα λόγια, όταν μιλάμε για νοημοσύνη, εννοούμε ή ορισμένους τύπους - μορφές συμπεριφοράς ή σκέψης, ή έναν ορισμένο βαθμό νοητικής αποδοτικότητας.

Ο A. Binet θεώρησε τη λειτουργία αυτή σαν μια γενική ικανότητα του ατόμου για κατανόηση, εφευρετικότητα, εμμονή σε αντικειμενικούς σκοπούς και κριτική ανάλυση. Μετά από μακροχρόνια έρευνα, θεώρησε τη νοημοσύνη ως Πνευματική Προσαρμογή σε νέες καταστάσεις.

Κατά τον Wechsler η νοημοσύνη είναι η γενική ικανότητα του ατόμου να δρα σκόπιμα και να χρησιμοποιεί την σκέψη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του περιβάλλοντός του.

Ο N. Robinson χρησιμοποίησε έναν ορισμό με λειτουργική βάση, που έτσι συντελεί περισσότερο στην κατανόηση της φύσης της νοημοσύνης. Σύμφωνα μ' αυτόν, η νοημοσύνη αναφέρεται στο σύνολο συμπεριφοράς του ατόμου και φανερώνει την όλη ικανότητά του να λύνει προβλήματα με τρόπο ενορατικό, να προσαρμόζεται, να σκέπτεται λογικά και να ωφελείται απ' την εμπειρία του. Πρόκειται για μια ικανότητα μόνιμη, που ως προς την ποιότητα και την ποσότητά

της, διαφέρουν τα άτομα ανάλογα με την ηλικία, την ιδιοσυστασιακή δομή τους και την εμπειρία. Έτσι η νοημοσύνη θεωρήθηκε ότι αποτελείται από έναν αριθμό ειδικών νοητικών ικανοτήτων, που δεν διαπιστώνονται με τα γνωστά tests νοημοσύνης - στα οποία έχουμε αναφερθεί - αλλά με την μέθοδο "ανάλυσης των παραγόντων". Η μέθοδος αυτή αποτελεί την ανάλυση των σχέσεων που υφίστανται ανάμεσα στα tests νοημοσύνης' μπορεί λοιπόν ορισμένα άτομα να παρουσιάζουν μέτρια νοητική ικανότητα και παρά ταύτα να ξεχωρίζουν σε κάποια ειδική ικανότητα.

Χρησιμοποιώντας ως αφετηρία τη θεωρία αυτή ο Βρετανός ψυχολόγος Spearman υπήρξε πρωτοπόρος διατυπώνοντας τη θεωρία των "δύο παραγόντων". Διατύπωσε δηλαδή την υπόθεση ότι η νοημοσύνη αποτελείται από έναν γενικό παράγοντα G (general factor) που αντιπροσωπεύει όλες τις νοητικές λειτουργίες, κι από ένα πλήθος ειδικών παραγόντων S (specific factor), που αντιπροσωπεύουν πρακτικές ικανότητες και ειδικές νοητικές δεξιότητες. Έτσι π.χ. η επίδοση ενός ατόμου στα μαθηματικά εξαρτάται από τη γενική νοημοσύνη (G), σε συνδυασμό με την επίδραση της ειδικής ικανότητάς του στα μαθηματικά (S).

Στις ΗΠΑ ο Thorndike διατύπωσε την θεωρία "των πολλαπλών παραγόντων". Κατ' αυτόν η νοημοσύνη έχει βάση νευρολογική με συνδέσεις κατά το σχήμα "ερέθισμα - αντίδραση" (stimulus - response) και εξαρτάται από τον αριθμό και τον συνδυασμό των νευρικών συνδέσεων. Άρα ευφύες είναι το άτομο που είναι προικισμένο με περισσότερες συνδέσεις. Αυτό συμπερασματικά σημαίνει ότι αφού η νοημοσύνη αποτελείται από πλήθος ειδικών και ανεξάρτητων νευρικών

συνδέσεων, τότε αυτή είναι το άθροισμα όλων των νοητικών ικανοτήτων του ατόμου, που επηρεάζουν τις νοητικές πράξεις.

Ο L. Thurstone συμφωνώντας με την θεωρία των "πολλαπλών παραγόντων" την επέκτεινε και κατέληξε στην άποψη ότι υπάρχουν κάποιες πρωταρχικές ή βασικές ικανότητες :

- α) ικανότητα αρίθμησης
- β) γλωσσική ευφράδεια
- γ) αντιληπτική ικανότητα του χώρου
- δ) ικανότητα κατανόησης γραπτών ή προφορικών οδηγιών
- ε) άμεση αντίληψη των ομοιοτήτων και των διαφορών
- στ) ικανότητα μνήμη και κρίσης
- ζ) ικανότητα σύλληψης αφηρημένων εννοιών και αποκωδικοποίηση συμβόλων.

Ο Guilford έκανε μια ταξινόμηση των νοητικών ικανοτήτων σε ένα τρισδιάστατο σχήμα, το οποίο ονόμασε "δομή της νοημοσύνης". Η ταξινόμηση αυτή περιλαμβάνει τρεις μεγάλες κατηγορίες νοητικών ικανοτήτων :

- α) τις βασικές ψυχολογικές λειτουργίες,
- β) τις μορφές περιεχομένου και ύλης, πάνω στις οποίες ενεργούν οι ψυχολογικές λειτουργίες, και
- γ) τα προϊόντα που προκύπτουν από την επίδραση και την εφαρμογή των βασικών ψυχολογικών λειτουργιών σε ορισμένου είδους περιεχόμενο.

Κατά τον Piaget νοημοσύνη είναι η κατάσταση ισορροπίας προς την οποία τείνουν όλες οι διαδοχικές αισθησιοκινητικές και γνωστικές προσαρμογές καθώς

και όλες οι λειτουργικές ανταλλαγές του οργανισμού με το περιβάλλον του.

Συνοψίζοντας όλους τους ορισμούς και τις όποιες θεωρίες διατυπώθηκαν περί νοημοσύνης, μπορούμε να διακρίνουμε τα εξής κοινά χαρακτηριστικά :

- Η νοημοσύνη γενικά θεωρείται σαν μια ανώτερη πνευματική λειτουργία.
- Παρέμβαση της νοημοσύνης γίνεται όταν λειτουργίες κατώτερου επιπέδου (ένστικτα, έξεις κλπ.) δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες μιας κατάστασης.
- Είναι μια γενική και πολύπλοκη λειτουργία κινητοποίησης του συνόλου του ψυχοσωματικού μηχανισμού.
- Έχει χαρακτήρα λειτουργικό και αποβλέπει σε μορφές προσαρμογής ή εξισορρόπησης, ανάλογες με την φύση του ατόμου, την ιδιοσυστασία του και την επίδραση του περιβάλλοντος (φυσικού, κοινωνικού-οικονομικού, πολιτισμικού, ιδεολογικού).

IV. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Πριν να γίνει αναφορά στους ορισμούς που έχουν δοθεί κατά καιρούς για τη νοητική καθυστέρηση, θα πρέπει να διευκρινιστούν οι λόγοι που δεν υπάρχει ένας και μόνο δόκιμος ορισμός και άρα και ευρέως αποδεκτός.

Καταρχήν η φύση της νοητικής καθυστέρησης είναι τέτοια που απασχολεί μια ποικιλία επιστημονικών κλάδων και καθένας απ' αυτούς δίνει βαρύτητα στον δικό του τομέα (Ιατρική, Βιολογία, Ψυχολογία, Κοινωνιολογία κλπ.). Έτσι η νοητική καθυστέρηση ορίζεται σύμφωνα με την ειδική ορολογία και μελετάται ως προς τους ειδικούς προσανατολισμούς της καθεμιάς από τις εμπλεκόμενες επιστήμες

Ο δεύτερος λόγος των δυσκολιών είναι η ανομοιογένεια των αιτιών, αλλά και η ποικιλία των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της, κάτι που δεν απαντάται σε ασθένειες κλασσικού τύπου π.χ. σε μία γαστρορραγία ή παγκρεατίτιδα. Πρόκειται για ένα πλήθος παθολογικών περιστατικών χωρίς καμμία ομοιογένεια και το μόνο κοινό χαρακτηριστικό είναι η κατάληξή τους : η ατελής ανάπτυξη νοητικών λειτουργιών, που και πάλι δεν είναι πανομοιότυπο, αφού εμφανίζεται με διάφορες μορφές, με διάφορους βαθμούς σοβαρότητας, σε διάφορες περιόδους της εξελικτικής πορείας του ατόμου, κάτω από διάφορα και διαφορετικά συμβάντα της ατομικής ζωής.

Ο τρίτος λόγος έγκειται στις βρισκόμενες σε αντιδιαστολή θεωρίες, που

αφορούν τη φύση της νοημοσύνης, τη δομή της, την εξελικτική της πορεία κλπ.

Ένας πρώτος δόκιμος και με ιδιαίτερο ενδιαφέρον ορισμός δόθηκε από τον Βρετανό γιατρό A. Tredgold. Αυτός ορίζει την νοητική καθυστέρηση ως μια κατάσταση ελλειπούς νοητικής ανάπτυξης τέτοιου βαθμού και είδους, ώστε το άτομο να αδυνατεί να προσαρμοστεί στο συνηθισμένο περιβάλλον του και να ζήσει χωρίς επίβλεψη, έλεγχο, προστασία, βοήθεια των συνανθρώπων του.

Ο Αμερικανός ψυχολόγος E. Doll διατύπωσε έναν ορισμό πληρέστερου του προηγούμενου. Συγκεκριμένα υποστηρίζει ότι το άτομο με νοητική καθυστέρηση:

- α) είναι ανίκανο κοινωνικά, δηλαδή παρουσιάζει ανεπαρκείς κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και γενικώς ελλειπή κοινωνική προσαρμοστικότητα,
- β) βρίσκεται κάτω του φυσιολογικού επιπέδου νοητικώς,
- γ) η χρονική εμφάνιση της νοητικής καθυστέρησης εντοπίζεται από τη γέννηση ή πολύ νωρίς στην παιδική ηλικία,
- δ) η κοινωνική του ανωριμότητα είναι μόνιμη,
- ε) τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης είναι οργανικά και
- στ) παραμένει ανίατη.

Παρά το γεγονός της κάλυψης σχεδόν όλων των διαστάσεων του προβλήματος από τον ορισμό, τα τρία τελευταία κριτήρια έχουν αμφισβητηθεί σοβαρά. Η νοητική καθυστέρηση είναι ιάσιμη όταν εμφανίζεται ως σύμπτωμα (π.χ. στις ψυχώσεις), τα αίτια είναι και περιβαλλοντολογικά και τέλος δεν είναι απαραίτητη η ένταξη των ατόμων με χαμηλό Δ.Ν. στα νοητικώς καθυστερημένα.

Συμβαίνει συχνά άτομα με χαμηλό Δ.Ν., να παρουσιάζουν καλή προσαρμοστικότητα στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Ο πιο πρόσφατος και γενικότερα αποδεκτός ορισμός της νοητικής ανεπάρκειας διατυπώθηκε το 1961 από την American Association of Mental Deficiency. Σύμφωνα μ' αυτόν "νοητική καθυστέρηση είναι μια παθολογική κατάσταση που εμφανίζεται στην περίοδο ανάπτυξης, χαρακτηρίζεται από νοητική ικανότητα κάτω απ' τον μέσο όρο και συνοδεύεται από μειωμένη ικανότητα προσαρμογής". Αδυναμίες ή δυσκολίες προσαρμογής - σύμφωνα πάντα με την American Association of Mental Deficiency - παρουσιάζουν τα νοητικώς καθυστερημένα άτομα στους παρακάτω τομείς :

α) Κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας → ψυχοκινητικότητα, γλώσσα, αυτοεξυπηρέτηση, κοινωνικοποίηση.

β) Κατά τη διάρκεια της λαμβάνουσας περιόδου (6-12 ετών) και προεφηβικής ηλικίας → αδυναμία ή δυσκολία χρήσης στοιχειωδών σχολικών γνώσεων και δεξιοτήτων στην καθημερινή πρακτική, όπως επίσης και αδυναμίες στην κοινωνική ενσωμάτωση.

γ) Κατά τη διάρκεια της εφηβικής και ώριμης ηλικίας → αδυναμίες στην κοινωνική ενσωμάτωση (ιδιαίτερη έκφραση στον επαγγελματικό και κοινωνική τομέα).

VI. ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.

α) Ιδιωτεία

Η ιδιωτεία θεωρείται η πιο βαριά μορφή νοητικής ανεπάρκειας. Ο όρος "ιδιωτεία" (idiotie) χρησιμοποιήθηκε από το Γάλλο ψυχίατρο S. Esquirol. Με τον όρο αυτό ξεχώρισε μια κατηγορία ατόμων από ένα ευρύτερο σύνολο πασχόντων από βαριά νοητική καθυστέρηση, την οποία παλαιότερα ο -επίσης - Γάλλος γιατρός P. Pinej είχε ονομάσει ιδιωτισμό (idiotisme). Ο Esquirol υποστήριξε ότι ο ιδιώτης (idiot) δεν στερείται νοημοσύνης, αλλά των μέσων που μπορούν να βοηθήσουν στη χρήση της. Δηλαδή έχει αδρανή νοημοσύνη, λόγω της ανεπάρκειας των μέσων που διαθέτει. Άρα η ιδιωτεία δεν είναι ασθένεια, αλλά κατάσταση υποανάπτυκτων πνευματικών δυνάμεων. Η ανεπάρκεια αυτή είναι έκδηλη απ' την μικρή ακόμη ηλικία και παραμένει ανίατη σε όλες τις εξελικτικές φάσεις της ζωής. Δεν είναι παραφροσύνη ή άλλου είδους πνευματική ασθένεια, αλλά κατάσταση κατά την οποία οι πνευματικές δυνάμεις δεν μπόρεσαν να αναπτυχθούν αρκετά, ώστε το άτομο να μπορέσει να ωφεληθεί από τον τομέα της αγωγής ή και από τις διάφορες συνεισφορές του περιβάλλοντος. Οι θέσεις αυτές του Esquirol υιοθετήθηκαν από τους μεταγενέστερους, εξελίχθηκαν και σήμερα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε πολλά τόσο για την σωματική, όσο και για την πνευματική κατάσταση των

πασχόντων από ιδιωτεία.

Ο ιδιώτης εμφανίζει συνήθως σωματική δυσμορφία. Έχει μικρό σώμα, παραμορφωμένο κρανίο και θώρακα, άσχημο πρόσωπο και ανωμαλίες στα μάτια, τα δόντια και τ' αυτιά. Συχνά υπάρχουν συνοδά χαρακτηριστικά, όπως σκολίωση, συνδακτυλία ή πολυδακτυλία, ραιβότητα των κάτω άκρων. Συνήθεις επίσης είναι και κρανιακές παραμορφώσεις (μικροκεφαλία, οξυκεφαλία, υδροκεφαλία κλπ.), οι νευρολογικές ανωμαλίες (ημιπληγία, επιληψία κλπ.), η συνεχής σιελόρροια, η ακράτεια κοπράνων - ούρων, το δύσκολο βάδισμα κλπ. Πολλές φορές η μορφή του ιδιώτη είναι ανέκφραστη ή ζώδης.

Οι περισσότεροι ιδιώτες αδυνατούν να φροντίσουν την καθαριότητά τους, είναι ανίκανοι να βαδίσουν ή να αυτο-εξυπηρετηθούν. Μόνιμο γνώρισμά τους είναι η απάθεια: για ολόκληρες μέρες μπορούν να μείνουν ακίνητοι στην ίδια θέση. Πολλοί απ' αυτούς έχουν τη τάση επανάληψης στερεότυπων κινήσεων ποδιών, χεριών, κεφαλής και κορμού. Πράγμα που πολλές φορές δημιουργεί σύγχυση της ιδιωτείας και του αυτισμού.

Συνήθως ο ιδιώτης είναι άλαλος και αδυνατεί να κατανοήσει την γλώσσα των ανθρώπων που τον περιβάλλουν. Οι ελάχιστες λέξεις που μπορεί να μάθει, δεν συμβάλλουν στην επικοινωνία με τους άλλους και τις περισσότερες φορές βγάζει άναρθρες κραυγές. Στα ερεθίσματα δε που δέχεται, απαντά μηχανικά. Ο Δ.Ν. του δεν ξεπερνά το 20 και η Π.Η στο τέλος της ανάπτυξης δεν ξεπερνά τα τρία χρόνια. Ο ιδιώτης στερείται φαντασίας, προσοχής, μνήμης, ηθικής, συνείδησης και κοινωνικότητας. Συναίσθημα και βούληση βρίσκονται σε βρεφικό επίπεδο.

Εκδήλωση χαράς υπάρχει μόνο στο πλησίασμα ορισμένων ατόμων και ιδιαίτερα της μητέρας του.

Η μάθηση καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη λόγω του πνευματικού του επιπέδου. Με πολλές προσπάθειες μπορεί να μάθει να τρώει, να βαδίζει και να εκτελεί απλές εντολές. Η εμπειρία του μένει φτωχή λόγω της αδυναμίας επεξεργασίας των δεδομένων των αισθήσεων, της αντίληψης και του σχηματισμού πνευματικών εικόνων των βιωμάτων του.

Οι ενέργειές του είναι ενστικτώδεις, αλλά ακόμη και το ένστικτο της αυτοσυντήρησης συχνά εμφανίζει ανωμαλίες. Λαιμαργία και πολυφαγία είναι συνήθη φαινόμενο για τον ιδιώτη, σε σημείο να τρώει ακόμη και χώμα, ξύλο, κόπρανα κλπ. Είναι ανεπίδεκτος αγωγής και το μέλλον του προδιαγράφεται άμα τη γεννήσει του : εγκλεισμός σε άσυλο ή σε ειδικό ίδρυμα ή συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα από την οικογένειά του.

Η κατάσταση του ιδιώτη μπορεί να είναι βαριά ή μέτρια:

Η βαριά ιδιωτεία χαρακτηρίζεται από παντελή έλλειψη νοημοσύνης και ανυπαρξία ομιλίας. Το άτομο παραμένει σε απλούς αυτοματισμούς, δεν αντιδρά σε ό,το το περιβάλλει και αδιαφορεί ακόμη και σε ισχυρούς ήχους ή σε έντονο φως. Δεν έχει επίγνωση του ύψους και του βάθους, δεν μπορεί να φορέσει τά ρούχα του, δεν νιώθει τον πόνο, δεν κλαίει, δεν γελά. Μόνιμη κατάστασή του η διαρκής απάθεια.

Η μέτρια ή ελαφρά ιδιωτεία είναι πιο υποφερτή. Το πάσχον άτομο αναγνωρίζει και συνδέεται με πρόσωπα του περιβάλλοντός του. Προφέρει - έστω

και άσχημα - λίγες λέξεις. Δεν παύει όμως να έχει ανάγκη συνεχούς προστασίας και επίβλεψης.

Οι μελέτες γύρω από την ιδιωτεία αποκάλυψαν μερικές χαρακτηριστικές κλινικές μορφές. Θα εξετάσουμε εδώ τις χαρακτηριστικότερες : την αμαυρωτική ιδιωτεία και την μογγολοειδή ιδιωτεία (ή σύνδρομο Down).

α) αμαυρωτική ιδιωτεία

Πρόκειται για ένα αλληλένδετο σχήμα ιδιωτείας και αμαύρωσης. Ο δεύτερος όρος σημαίνει σοβαρή διαταραχή ή παντελής έλλειψη της αίσθησης της οράσεως, λόγω βλάβης των οπτικών οργάνων. Αρκετά συχνά η αμαύρωση συνδέεται με νευροψυχικά σύνδρομα. Η αμαυρωτική ιδιωτεία ανευρίσκεται σε διάφορες κλινικές μορφές, εκ των οποίων οι χαρακτηριστικότερες και πιο συχνές είναι οι εξής :

i) Η νεογνική αμαυρωτική ιδιωτεία : συναντάται και με την ονομασία "νόσος των Tay και Sachs". Η εκδήλωση της συμβαίνει πολύ νωρίς, γι' αυτό αποκαλείται και "πρόωρη". Η χρονική τοποθέτησή της είναι στους 4-6 πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους και μέχρι τότε οι εκδηλώσεις του παιδιού είναι απολύτως φυσιολογικές. Ξαφνικά όμως αρχίζει να φαίνεται άρρωστο με εκδηλώσεις όπως :

- επιβράδυνση της κινητικής ανάπτυξης
- εμφάνιση μυϊκής ατονίας

- αδυναμία στήριξης της κεφαλής σε ορθία θέση
- απάθεια που καταλήγει σε λήθαργο, παράλυση ή και επιληψία.
- μείωση της όρασης με χαρακτηριστικό σύμπτωμα μια κερασόχρωμη κηλίδα στην ωχρά κηλίδα του αμφιβληστροειδούς.

Στην συνέχεια επέρχεται ατροφία του οπτικού νεύρου και τέλος η τύφλωση.

Το παιδί που προσβάλλεται απ' αυτή τη νόσο πεθαίνει σε ηλικία 2-3 ετών.

ii) Νηπιακή αμαυρωτική ιδιοτεία : είναι η γνωστή νόσος των Dollinger και Bielschowsky. Η χρονική της εμφάνιση εντοπίζεται στην ηλικία των 2-5 ετών. Πολλά χαρακτηριστικά της είναι κοινά μ' αυτά της νόσου των Tay και Sachs. Κύρια συμπτώματά της είναι η μειωμένη όραση ή η τύφλωση, η επιληψία, η ταχεία ανάσχεση της εξέλιξης σε κινητικό και πνευματικό τομέα λειτουργιών. Το παιδί έτσι οδηγείται σε μια ανεπιστρεπτή ψυχοσωματική φθορά εντός 2-3 χρόνων.

iii) Εφηβική αμαυρωτική ιδιοτεία : αποκαλείται και νόσο των Spielmeier και Vogt. Τα πρώτα συμπτώματα εισβάλλουν κατά την περίοδο των 6-10 ετών, με μείωση της όρασης και κάμψη των πνευματικών και σωματικών δυνάμεων του παιδιού. Οι επιληπτικές κρίσεις είναι συχνές. Η κατάσταση αυτή διαρκεί όσο και η ζωή του παιδιού δηλ. 10 - 20 έτη. Στη νόσο αυτή διακρίνουμε περιστατικά ταχείας και βραδείας εξελίξεως.

α.) Μογγολοειδής ιδιοτεία ή σύνδρομο Down ή μογγολισμός

Η κλινική αυτή μορφή της ιδιοτείας καλείται και μογγολισμός, γιατί τα σωματικά χαρακτηριστικά των πασχόντων θυμίζουν ανθρώπους της μογγολικής φυλής. Λέγεται και σύνδρομο Down λόγω του Βρεττανού γιατρού που πρώτος το περιέγραψε (L. Down). Στην ελληνική βιβλιογραφία ανευρίσκεται και ως ψευδομογγολοειδής ιδιοτεία.

Τα πάσχοντα από σύνδρομο Down άτομα είναι μικρόσωμα, με κεφαλή στρογγυλή και μικρή και μάτια λοξά και νυσταγμένα. Συνοδές παθήσεις της όρασής τους είναι η μυωπία, ο στραβισμός, η υπερμετρωπία και ο καταρράκτης. Η μύτη τους είναι μικρή, χοντρή και πεπλατυσμένη, ενώ η γλώσσα τους είναι μεγάλη και προεξέχει. Το στόμα τους είναι σχεδόν πάντα ανοιχτό. Η αναπνοή απ' τη μύτη είναι δυσχερής. Τα χείλη είναι πάντα υγρά από σίελο και παχειά. Τα αυτιά, αλλά και τα δόντια τους εμφανίζουν παραμορφωτικές ανωμαλίες. Η φωνή τους είναι βραχνή και τα μαλλιά τους ίσια, απαλά και αραιά. Τα χέρια και τα δάχτυλά τους είναι κοντά και σχετικώς ευλύγιστα. Οι παλάμες εμφανίζουν τετράγωνο σχήμα και έντονες βαθιές αύλακες. Τα κάτω άκρα είναι κοντά, χοντρά και εμφανίζουν κάποιες φορές πολυδακτυλία. Η συχνότητα των διαταραχών του κυκλοφορικού συστήματος είναι μεγάλη και αποτελεί σχεδόν κανόνα για ένα άτομο με σύνδρομο Down. Η διάρκεια της ζωής τους είναι πολύ μικρή αρκεί να παρατηρήσει κανείς ότι στην ώριμη ηλικία φτάνει μόνο το 1/4 των πασχόντων.

Έκδηλα είναι και τα ψυχικά γνωρίσματα των ατόμων αυτών. Τα

περισσότερα κατατάσσονται στην κατηγορία της ελαφράς μορφής ιδιωτείας. Λίγα ανήκουν στην κατηγορία των ηλιθίων και ελάχιστα σ' αυτήν των μωρών. Εμφανίζουν φτωχό λεξιλόγιο, αδεξιότητα στις κινήσεις τους, συναισθηματική πενία, ανίσχυρη βούληση, σπάνια πρωτοβουλία και περιορισμένη μάθηση. Είναι όμως - σε γενικές γραμμές πάντα - άτομα ήσυχα, με εύκολη προσαρμογή κι' ισχυρή μιμητική ικανότητα.

Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες η κύρια αιτία για τη γέννηση παιδιού με σύνδρομο Down είναι η τρισωμία (Στην 21η θέση των χρωματοσωμάτων αντί της φυσιολογικής δισωμίας υπάρχει και τρίτο χρωμόσωμα. Δηλ. ο καρυότυπος των ατόμων με μογγολοειδή ιδιωτεία αποτελείται από 47 και όχι από 46 χρωμοσώματα).

Εκτός του συνδρόμου Down, υπάρχουν και άλλοι τύποι νοητικών ανωμαλιών που οφείλονται σε χρωματοσωμικές ανωμαλίες. Αναφέρουμε εδώ τα σύνδρομα Turner και Klinefetter. Το πρώτο συναντάται μόνο σε κορίτσια και οφείλεται στο μονό 23ο χρωμόσωμα. Το δε δεύτερο απαντάται σε αγόρια μόνο και οφείλεται στο τριπλό 23ο χρωμόσωμα, του τύπου XXY.

β) Ηλιθιότητα

Μορφή νοητικής καθυστέρησης, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της οποίας την τοποθετούν μεταξύ του πνευματικού επιπέδου της ιδιωτείας και της μωρίας. Αυτός είναι ο λόγος που θεωρείται πνευματική ανεπάρκεια μέσου βαθμού.

Ο όρος ηλιθιότητα χαρακτηρίζει ένα σύνολο πνευματικών καταστάσεων,

κάτι που δικαιολογεί την ύπαρξη ενός ποικίλου φάσματος λέξεων από ειδικούς μελετητές (βαριά καθυστέρηση, πνευματική αναπηρία, βαριά ολιγοφρένεια κλπ.).

Για τον σχηματισμό μιας σφαιρικής εικόνας της κατάστασης των πασχόντων από ηλιθιότητα ατόμων πρέπει να εξετάσουμε τα βασικά σωματικά και πνευματικά χαρακτηριστικά τους - παρά τις διαφορές που είναι δυνατό να εμφανίσουν οι διάφορες ειδικές τους κατηγορίες.

Γενικώς, ηλίθιο θεωρείται το άτομο που αδυνατεί να αποκτήσει την δεξιότητα χειρισμού της γραπτής γλωσσικής επικοινωνίας με τα άτομα του περιβάλλοντός του. Μπορεί όμως να αποκτήσει τη δεξιότητα του προφορικού λόγου, έστω κι αν εμφανίζει γλωσσική πενία όσον αφορά περιεχόμενο, σύνταξη και λεξιλόγιο. Αρκετές φορές μάλιστα η ομιλία του περιορίζεται σε στερεότυπες εκφράσεις.

Η σωματική ανάπτυξη του ηλιθίου είναι κακή, αλλά σαφώς καλύτερη από εκείνη του ιδιώτη. Οι δυσμορφίες του σώματος είναι πιο λίγες και αρμονικότερη η γενική του εμφάνιση.

Η πνευματική του ανάπτυξη φτάνει σ' ένα τελικό επίπεδο υψηλότερο από κείνο του ιδιώτη. Άλλωστε ένα κύριο χαρακτηριστικό των ηλιθίων είναι η ικανότητα εκπαίδευσης που διαθέτουν. Ανήκουν στην κατηγορία των ασκήσιμων, επειδή μπορούν να ασκηθούν στην απόκτηση ορισμένων χρήσιμων δεξιοτήτων (κυρίως όσον αφορά την αυτοεξυπηρέτησή τους). Στο τέλος της ανάπτυξης το άτομο με ηλιθιότητα δεν μπορεί να ξεπεράσει το επίπεδο σκέψης ενός φυσιολογικού επτάχρονου παιδιού (Π.Η 3 - 7/8 ετών, Δ.Ν. 30-55 ή 20-40 κατ' άλλους).

Η νοημοσύνη του ηλιθίου παραμένει πάντα σε πρακτικό επίπεδο· αδυνατεί να κατανοήσει την ικανότητα του θεωρητικού ή τυπικού χαρακτήρα νοημοσύνης του φυσιολογικού παιδιού. Η σκέψη του αρκείται σε συγκεκριμένες μόνο έννοιες και καθαρά εμπειρικούς μηχανισμούς. Το ενδιαφέρον του επικεντρώνεται πάντα στην ικανοποίηση φυσιολογικών αναγκών. Η προσοχή του είναι ασταθής, η μνήμη στενή και χωρίς πιστότητα, ενώ η σκέψη παραμένει ανοργάνωτη και αδύναμη μπροστά στα προβλήματα της καθημερινής ζωής - ακόμη και στα πιο απλά. Έτσι το άτομο με ηλιθιότητα δεν πρόκειται να φτάσει ποτέ στο επίπεδο της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας ενός ομαλού παιδιού και οι όλες του δραστηριότητες χρήζουν παρακολούθησης και καθοδήγησης από ενήλικες.

Το συναίσθημα του ηλιθίου παρουσιάζει μια κυματοειδή κλίμακα με συνεχείς μεταπτώσεις· οι καταστάσεις ηρεμίας διαδέχονται από εκρήξεις και νευρωτικές εκδηλώσεις (φοβίες, επιθετικότητα κλπ.) κάνουν την εμφάνισή τους σε διάσπαρτες χρονικές στιγμές.

Ως προς την κοινωνική και ηθική συμπεριφορά του παρατηρούμε ποικιλομορφία από άτομο σε άτομο. Βρίσκουμε λοιπόν ηλιθίους αγαπητούς, στοργικούς, συνεργάσιμους, υπάκουους, ευσυγκίνητους, ευέξαπτους, θυμώδεις.

Με ειδική αγωγή - όπως προείπαμε - ο πάσχων από ηλιθιότητα αποκτά απλές συνήθειες και χρήσιμες δεξιότητες για την καθημερινή απλή ζωή. Θα πρέπει όμως εδώ να παρατηρήσουμε επίσης ότι θα πρέπει η εκπαίδευση αυτού του παιδιού να συνδυάζεται και με θεραπευτικά μέσα.

γ) Μωρία

Η μωρία είναι ελαφρά μορφή νοητικής ανεπάρκειας. Με τον όρο αυτό (debilite mentale) οι ειδικοί αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων με ποικίλες μορφές και βαθμούς νοητικής ανεπάρκειας. Ουσιαστικά με αυτόν καλύπτεται ένα πλήθος ποικίλων κλινικών καταστάσεων, που εκφεύγει των ορίων ιδιωτείας και ηλιθιότητας.

Η έννοια της μωρίας, σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, αναφέρεται σε έχοντες αδύνατη νοημοσύνη, αλλά όχι πάντα με πανομοιότυπη πνευματική, σχολική και κοινωνική απόδοση. Από αυτό απορρέει ο διαχωρισμός σε ελαφρά, μέση και βαριά μωρία. Εδώ όμως θα αναφερθούμε στα πιο βασικά χαρακτηριστικά των μέσου επιπέδου μωρών.

Οι ψυχολόγοι Binet και Simon ονόμασαν "μωρό" το παιδί που μπορεί μιν να επικοινωνεί με άλλους γραπτώς και προφορικώς, αλλά εμφανίζει μια σχολική καθυστέρηση δύο ετών μέχρι το ένατο έτος της Χ.Η του. Σε μεγαλύτερη ηλικία η καθυστέρηση αυτή αγγίζει πλέον τα τρία έτη. Φυσικά εξαιρούνται οι περιπτώσεις που εμφανίζουν καθυστέρηση από άσχημες σχολικές συνθήκες. Οι ίδιοι ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι το μωρό άτομο δύναται να μάθει και ανάγνωση και γραφή. Εξελισσόμενο μάλιστα μπορεί να φτάσει σε ένα επίπεδο λίγο κατώτερο της αφηρημένης σκέψης.

Ο Ελβετός ψυχολόγος A. Rey υποστηρίζει ότι για να γίνει καθορισμός

των ορίων της μωρίας, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα κριτήρια αποτυχίας σε σχολικές και επαγγελματικές καταστάσεις όπως τις ζει η πλειοψηφία των ατόμων. Εκτός αυτών θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και τα κριτήρια αποτυχίας μπροστά στις καταστάσεις εκείνες που καθιστούν το άτομο οικονομικοκοινωνικά ανεξάρτητο. Τα συγκεκριμένα προβλήματα της ζωής αποτελούν δοκιμασία για την πνευματική ικανότητα ή μη του ατόμου. Μπροστά σ' αυτά τα προβλήματα το μωρό άτομο εμφανίζει κατώτερες ικανότητες αντιμετώπισης από αυτές άλλων ατόμων της ηλικίας του.

Η ψυχολόγος B. Inhelder σ' ένα κλασσικό στο είδος του εγχειρίδιο ("Le diagnostic du raisonnement chez les debiles mentaux") χαρακτηρίζει τον μωρό ως άτομο με ανικανότητα κατάκτησης της θεωρητικής ή τυπικής νοημοσύνης. Επιμένει δε ιδιαιτέρως στα χαρακτηριστικά διαφοροποίησης ενός μωρού και ενός φυσιολογικού παιδιού. Βασική τους διαφορά, επισημαίνει, είναι ο ρυθμός ανάπτυξης. Ο μωρός εμφανίζει αργή εξέλιξη. Κι ενώ στο φυσιολογικό παιδί το πέρασμα από το ένα στο άλλο στάδιο γίνεται με έναν ολοένα επιταχυνόμενο ρυθμό μέχρι το τέλος της εφηβείας του, στον μωρό παρατηρείται μια σταδιακή επιβράδυνση, μέχρι την κατάληξη σε μια στάσιμη κατάσταση. Στο φυσιολογικό άτομο υπάρχει μια προοδευτική απελευθέρωση της σκέψης μέχρι την κατάληξη σε μια πνευματική ισορροπία' η σκέψη του μωρού αντιθέτως προσκολλάται σε παλαιά νοητικά σχήματα. Οι γνωστικές του λειτουργίες δε, χαρακτηρίζονται από ανεπάρκεια κινητικότητας ή και αδράνεια. Ακόμη και αν περάσει ένα στάδιο, το παιδί με μωρία ξαναγυρνά σ' αυτό με πολύ μεγάλη ευκολία, όπως επιστρέφει κανείς σε μια συνήθειά

που με μεγάλη δυσκολία εγκατέλειψε. Αυτό το γνώρισμα σκέψης του μωρού η Inhelder ονόμασε viscosite genetique - γενετικό κόλλημα. Και βέβαια πρόκειται για εξελικτικό και όχι οργανικό κόλλημα.

Η διαφορά μωρού και φυσιολογικού παιδιού γίνεται ενδεικτική με τη χρήση του παραδείγματος της κατάκτησης της έννοιας αμεταβλησίας τριών φυσικών ποσοτήτων : ύλης - βάρους - όγκου.

Σύμφωνα με ειδικές έρευνες η έννοια διατήρησης της ποσότητας κατακτάται απ' την πλειονότητα των παιδιών στην ηλικία των 8-9 ετών, εκείνη του βάρους στα 9-10 και του όγκου στα 11-12 έτη. Όσον αφορά τους μωρούς :

- μετά τα 8-9 έτη της Χ.Η οι μωροί αρνούνται τη διατήρηση της ποσότητας και πιστεύουν ότι η ποσότητα μεταβάλλεται, όταν αλλάζει η μορφή της.
- μωροί με Χ.Η. μεγαλύτερη των 9 ετών βεβαιώνουν τη διατήρηση της ποσότητας, αλλά όχι και του βάρους ή του όγκου.
- μωροί με Χ.Η. μεγαλύτερη των 11 ετών βεβαιώνουν τη διατήρηση ποσότητας και βάρους, αλλά όχι και όγκου.

Παρατηρούμε έτσι τρία στάδια γενετικού κολλήματος. Έτσι ο μωρός δεν αποκτά ποτέ την ικανότητα σκέψης με λογικά επιχειρήματα, την υποθετικοπαραγωγική σκέψη, την αντιστρεψιμότητα με όλες τις μορφές της (ταυτότητα, άρνηση, αμοιβαιότητα, συσχέτιση), δηλ. όλα αυτά που αποκτά ένα φυσιολογικό άτομο κατά την εφηβική ηλικία. Η νοημοσύνη του μωρού λοιπόν δεν ολοκληρώνει την ανάπτυξή της.

Ένας άλλος σύγχρονος ψυχολόγος ο R. Zazzo υποστήριξε τη θεωρία του

ετεροχρονισμού (Heterochronie). Σύμφωνα μ' αυτή το παιδί με μωρία αναπτύσσεται με ταχύτητα διαφορετική απ' αυτή του φυσιολογικού, με διαφορετικό ρυθμό. Η παραδοχή της αρχής αυτής μπορεί να ερμηνεύσει όλες τις ιδιαιτερότητες της νοητικής ανεπάρκειας. Στην πράξη η έννοια "ετεροχρονισμός" μεταφράζεται σε ετεροχρονικό ψυχολογικό προφίλ, στο οποίο μπορεί κανείς να δει την κατωτερότητα του μωρού, σε σύγκριση πάντα με το φυσιολογικό παιδί.

Ο χαρακτηρισμός ενός παιδιού ως "μωρό" είναι έργο δύσκολο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι συχνά η σωματική εικόνα των μωρών είναι πολύ καλή και η πνευματική τους ανεπάρκεια δεν γίνεται αμέσως αντιληπτή. Το μόνο που μπορεί να παρατηρηθεί στα σωματικά γνωρίσματα των μωρών, είναι ορισμένες ανεπάρκειες στις κινήσεις, τον μυϊκό τόνο και τη γενική σωματική κατάσταση.

Γενικώς ο μωρός είναι άτομο με πνευματική ανεπάρκεια. Έχει περιορισμένα ενδιαφέροντα, η μνήμη είναι συχνά υπερτροφική, η προσοχή αδύνατη, ασταθής και περιορισμένη. Η φαντασία πένις και στοιχειώδης, η κρίση ελάχιστη και συνήθης η εμμονή στην επιφάνεια των γεγονότων, αφού δεν έχει τη δυνατότητα εμβάθυνσης, ανάλυσης και σύνθεσης. Πρωτοβουλία και ικανότητα προσαρμογής σε νέες καταστάσεις απουσιάζουν. Με μεγάλη δυσκολία διαπιστώνει διαφορές, αντιθέσεις, συσχετισμούς πραγμάτων ή ενεργειών. Η αφηρημένη σκέψη είναι ανύπαρκτη και η εσωτερίκευση πνευματικών δραστηριοτήτων γίνεται με μεγάλη δυσκολία. Η νοημοσύνη του είναι συγκεκριμένη και η απόκτηση θεωρητικού χαρακτήρα δεν πραγματοποιείται ποτέ.

Ως προς τη γλωσσική ανάπτυξη ο μωρός επίσης υστερεί. Αδυνατεί να χρησιμοποιήσει τη γλώσσα για έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων, οι λέξεις δεν χρησιμοποιούνται πάντα σωστά και η πρόταση δεν έχει άρτια δομή.

Η συναισθηματική ζωή του εμφανίζει πολλές και χαρακτηριστικές διαταραχές. Είναι ευσυγκίνητος, θυμώνει εύκολα, αγχώνεται, παρουσιάζει ασταθείς διαθέσεις και ματαιόδοξη συμπεριφορά. Είναι μυθομανής, δύσπιστος και εύπιστος ταυτόχρονα ή και εγωϊστής. Μερικοί φτάνουν και στο έγκλημα από αδυναμία συγκράτησης των ενστίκτων τους.

Με κοινωνικά και συναισθηματικά κριτήρια γίνεται λόγος για αρμονική και δυσαρμονική μωρία. Στην αρμονική μωρία τα άτομα εμφανίζουν μόνο νοητική ανεπάρκεια. Είναι ήσυχα, ήρεμα, υπάκουα, εργατικά, ισορροπημένα και επαγγελματικώς αποδοτικά. Οι μωροί του δευτέρου τύπου εμφανίζουν διαταραχές και στο συναίσθημα και την συμπεριφορά. Είναι ευερέθιστοι, ασταθείς ή αντιθέτως απαθείς και παιδαριώδεις.

Ο μωρός δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του συνήθους σχολείου· χρειάζεται ειδικό σχολείο, ειδική τάξη, ειδικό πρόγραμμα. Είναι απαραίτητη γι' αυτόν και η υποστήριξη απ' το περιβάλλον του, διαφορετικά χάνεται και παραμένει στο περιθώριο.

Επιγραμματικά θα λέγαμε ότι ο ψυχισμός των μωρών θυμίζει πολύ αυτόν των μικρών παιδιών. Αναζητούν την χαρά, ελέγχονται δύσκολα και συνδέονται δύσκολα με ασυνείδητες αναπαραστάσεις.

δ) Η οριακή νοητική καθυστέρηση

Τα παιδιά με νοητική ανεπάρκεια εμφανίζουν Δ.Ν. που καλύπτει τα όρια 0-70/80, ενώ τα φυσιολογικά όρια της νοημοσύνης εκτείνονται από 85/90 - 109/115. Έτσι μένει ένα αδιευκρίνιστο κενό στη νοητική κλίμακα, αυτό των ορίων 70/80 - 85/90. Πρόκειται για μια οριακή ζώνη της νοητικής ανεπάρκειας, στην οποία θα αναφερθούμε εδώ.

Σ' αυτή την οριακή ζώνη εντάσσονται παιδιά με ιδιαίτερα πνευματικά γνωρίσματα. Είναι παιδιά προικισμένα με πνευματικές ικανότητες ελαχίστως υπολειπόμενες από τις κανονικές. Ορμώμενα απ' αυτό οι ειδικοί μελετητές ονόμασαν αυτά τα παιδιά "λίγο προικισμένα" (peu doues) ή "λιγότερο προικισμένα" (moins doues). "Προικισμένα" κατ' αυτήν την έννοια είναι τα φυσιολογικά παιδιά, ενώ αυτά που ξεπερνούν τα φυσιολογικά όρια και διαθέτουν σπάνιες ικανότητες, είναι τα "υπερπροικισμένα" (surdoues), τα "παιδιά-θαύματα".

Τα παιδιά με οριακή νοητική ανεπάρκεια διαφέρουν κατά πολύ από τους μωρούς. Ως γνωστόν οι μωροί αδυνατούν να συλλάβουν σχέσεις ή να κατανοήσουν σύνθετες και αφηρημένες έννοιες. Αντιθέτως τα παιδιά με οριακή νοητική ανεπάρκεια διαθέτουν αυτές τις ικανότητες, πράγμα που βοηθά την πρόοδό τους σε σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σε σύγκριση με τα φυσιολογικά παιδιά υστερούν ως προς την ταχύτητα λειτουργίας της σκέψης. Κύριο γνώρισμά τους, ο βραδύς, αβέβαιος και κοπώδης χαρακτήρας των κατώτερων

αυτοματισμών της σκέψης. Η σκέψη των παιδιών αυτών διαθέτει την ικανότητα λογικών και μαθηματικών διεργασιών, ανύπαρκτων στους μωρούς. Οι μηχανισμοί όμως που θέτουν σε δράση κατά τη διαδικασία της σκέψης τους, είναι γι' αυτούς πολύ περισσότερο κοπιαστικοί απ' ότι στα φυσιολογικά παιδιά. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο έχουν ανάγκη από διαρκή εξωτερική παρώθηση, παρότρυνση και ενίσχυση. Η επιμονή και η διαρκής τους προσπάθεια, τους οδηγεί σε κατακτήσεις ανάλογες των φυσιολογικών παιδιών.

Κύριο χαρακτηριστικό των παιδιών με νοητική ανεπάρκεια οριακού τύπου είναι η βραδύτητα στη μάθηση, την επεξεργασία και την αφομοίωση ποικίλων γνώσεων, που πηγάζουν από το σχολικό ή το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι πολλοί συγγραφείς ονομάζουν τα παιδιά αυτά "βραδυμαθή ή δυσμαθή".

Τα παιδιά αυτά έχουν την ικανότητα κατανόησης των πνευματικών τους ορίων, την βραδύτητα της κίνησής τους και τον κόπο που πρέπει να καταβάλλουν για να φτάσουν εκεί όπου άλλα παιδιά φτάνουν με μεγαλύτερη ευκολία. Έχουν επίσης συνείδηση της δυσκολίας και την πιθανότητα να μην φτάσουν καθόλου ορισμένες κατακτήσεις. Γι' αυτό νιώθουν την ανάγκη να ζητήσουν τη βοήθεια άλλων ανθρώπων του περιβάλλοντός τους (γονέων, δασκάλων, φίλων). Η εργατικότητά τους πολλές φορές τα οδηγεί σε επίπεδα μάθησης ανώτερα απ' τα προσδωκόμενα. Μπορούν να επιτύχουν όσα και οι φυσιολογικοί τους συμμαθητές. Μπορούν μάλιστα να διακριθούν στις τέχνες, τις επιστήμες και τα γράμματα. Οπότε - όπως είναι φυσικό - δεν ξεχωρίζουν απ' τα φυσιολογικά άτομα. Οι κατακτήσεις τους αυτές τα οδηγούν σε ένα είδος υπερηφάνειας, ασυμβίβαστης πολλές φορές με

τον ήσυχο και πράο τους χαρακτήρα.

Η εμπειρία ενός εκπαιδευτικού τον κάνει εύκολα να διαπιστώσει τη φυσιολογική βραδύτητα των μαθητών με οριακή Νοητική καθυστέρηση και να διακρίνει τα βραδυμαθή από τα οκνηρά παιδιά. Οι βραδυμαθείς δεν είναι αναγκαστικά και αμαθείς και τούμπαλιν. Πολλές φορές οι βραδυμαθείς μαθητές δείχνουν μεγαλύτερη επιμέλεια απ' αυτήν των φυσιολογικών. Γι' αυτό το θέμα ο καθηγητής Ν. Μελανίτης στο βιβλίο του "Θεραπευτική Παιδαγωγική - οι πνευματικώς υστερούντες παίδες", γράφει : "Είναι εξηκριβωμένον ότι τινές των παίδων τούτων ένεκα της ισχυράς τάσεως προς αναπλήρωσιν ή άλλων λόγων δεικνύουν τοιαύτην επιμέλειαν, ώστε κατορθώνουν και εις τα σχολικά των καθήκοντα να ανταποκρίνονται ικανοποιητικώς και να αναδεικνύονται υπέρμετροι άλλων ευφυών μεν, αλλ' αμελών, ως η χελώνη του λαγού εις τον γνωστόν μύθον του Αισώπου".

Γενικώς οι βραδυμαθείς διαθέτουν πνευματικές δυνάμεις ικανές να τους βοηθήσουν στην επιβίωσή τους στην κοινωνία με κάποια αυτοτέλεια, ως άνθρωποι υσιολογικοί, παρά τις δυσκολίες που θα συναντήσουν.

Ο ψυχολόγος Α. Rey μελετώντας την τέταρτη αυτή κατηγορία νοητικής ανεπάρκειας, τη διαχωρίζει ουσιαστικά από τις τρεις προηγούμενες (ιδιωτεία, ηλιθιότητα, μωρία). Μάλιστα προτείνει να μην θεωρούμε καθυστερημένα αυτά τα άτομα, γιατί η νοημοσύνη τους δεν εμφανίζει τις αδυναμίες που χαρακτηρίζουν την νοημοσύνη των προηγούμενων κατηγοριών. Το ποσοστό της τέταρτης αυτής κατηγορίας ανέρχεται στο 20% του σχολικού πληθυσμού σύμφωνα με τις εκτιμήσεις

ορισμένων ερευνητών.

ε) Ψευδοκαθυστέρηση

Η ψευδοκαθυστέρηση (psevdo-arrierotion ή psevdo - insuffisance) δεν είναι πραγματική, ουσιαστική νοητική ανεπάρκεια, αν και έχει τα χαρακτηριστικά της. Το παιδί δηλ. εμφανίζει μια νοητική καθυστέρηση, χωρίς να είναι πνευματικώς ανάπηρο. Η νοημοσύνη του είναι άθικτη. Η πνευματική ανεπάρκεια λοιπόν οφείλεται σε αναχαίτιση που μπορούν να προκαλέσουν συναισθηματικές, αισθησιοκινητικές, γλωσσικές ή άλλης φύσεως διαταραχές. Άλλη πηγή της ψευδοκαθυστέρησης είναι το περιβάλλον - οικογενειακό, σχολικό ή το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Το παιδί αυτό εμφανίζει τα συμπτώματα της νοητικής ανεπάρκειας, συμπεριφέρεται σαν καθυστερημένο, δεν ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα που δέχεται, χωρίς όμως να έχει χαμηλό Δ.Ν. Η σκέψη του εμφανίζεται ανοργάνωτη, η προσοχή του ασθενής, η αντίληψή του μικρής δυναμικότητας, τα ενδιαφέροντά του ρευστά. Έτσι π.χ. ένας μαθητής που ο δάσκαλός του θεωρεί καθυστερημένο, αφού δεν μπορεί να σηκώσει το πνευματικό φορτίο της τάξης του, μπορεί να αποδειχθεί ότι απλά πάσχει από μια μυωπία π.χ., η διόρθωση της οποίας μπορεί να επαναφέρει το παιδί στο φυσιολογικό του επίπεδο σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.

Έτσι εύκολα φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι μόνο μια συστηματική ψυχολογική εξέταση μπορεί να δείξει αν ένα παιδί πάσχει από νοητική ανεπάρκεια.

Επίσης η εξέταση αυτή μπορεί να μας επιδείξει τα αίτια μιας τυχόν ψευδοκαθυστέρησης, η άρση των οποίων θα επαναφέρει τη νοημοσύνη στον κανονικό της ρυθμό. Ας δούμε εδώ μερικά βασικά από αυτά τα αίτια :

* Κινητική ανεπάρκεια → Μια σωματική αναπηρία ή ανικανότητα μπορεί να επηρεάσει τη νοητική εξέλιξη σε τέτοια βαθμό, ώστε το παιδί να φαίνεται καθυστερημένο χωρίς να είναι. Το ίδιο μπορεί να παρατηρηθεί και σε υπερκινητικά παιδιά.

* Οπτική ή ακουστική ανεπάρκεια → Ένα παιδί που πάσχει από μια οφθαλμική πάθηση, μπορεί να παρουσιάζει μειωμένη πνευματική δραστηριότητα, ώστε να φαίνεται καθυστερημένο. Το ίδιο ισχύει και σε παιδιά με μειωμένη ακοή. Η έλλειψη ή η βαριά ανεπάρκεια ακοής μπορεί να εμποδίσει την απόκτηση ομιλίας, έχοντας ως συνέπεια την επιβράδυνση πολλών όψεων νοητικής εξέλιξης.

* Γλωσσική ανεπάρκεια → Η γλώσσα είναι όργανο στην υπηρεσία της σκέψης. Είναι σύστημα έκφρασης και επικοινωνίας. Η γλωσσική επικοινωνία αυξάνει τα νοητικά "σχήματα" και πλουτίζει τις γνώσεις του ατόμου. Έτσι η γλώσσα συμβάλλει στην πνευματική ανάπτυξη. Η δυσλεξία, η αγραφία, η αλεξία, ο βατταρισμός, ο ψευδισμός, ο τραυλισμός κλπ. μπορούν να επηρεάσουν την ομαλή λειτουργία της νοημοσύνης, ώστε να δημιουργηθεί η ψευδοκαθυστέρηση.

* Μαθησιακές δυσκολίες → Ένα παιδί μπορεί να δείχνει καθυστερημένο, ενώ ίσως να είναι ένα παιδί που απλώς δυσκολεύεται στα μαθήματα, π.χ. δυσχέρεια στην κατανόηση του μηχανισμού της ανάγνωσης. Η θεραπεία της κατάστασης είναι ως επί το πλείστον απλή : αλλαγή μεθόδου

διδασκαλίας ή σχολικού περιβάλλοντος κλπ. Αυτού του είδους η ψευδοκαθυστερήση θεωρείται λιγότερο σοβαρή, αφού τα αίτιά της είναι εξωτερικά, παιδαγωγικά, μορφωτικά.

* Συναισθηματικές διαταραχές → Το συναίσθημα επηρεάζει ολοκληρωτικά την πνευματική ζωή του ατόμου. Πρόκειται ουσιαστικά για το βαρόμετρο της ψυχικής μας κατάστασης. Ο διαταραγμένος συναισθηματικός κόσμος επηρεάζει αρνητικά κάθε είδους δραστηριότητα. Έτσι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις (ζήλεια, εγωϊσμός, δειλία κλπ.) μπορούν να διαταράξουν την ομαλή προσαρμογή στο περιβάλλον του παιδιού και να εμφανίζεται καθυστερημένο χωρίς φυσικά να είναι. Ο κανονικός ρυθμός της νοητικής δραστηριότητας επανέρχεται με το να βρεθεί η συναισθηματική ζωή του παιδιού στο φυσιολογικό της επίπεδο.

* Χαρακτηρολογικές διαταραχές → Ο χαρακτήρας είναι η ολότητα των έμφυτων και σταθερών γνωρισμάτων του ατόμου, με τα οποία κάνει εμφανή την ιδιαίτερή του παρουσία στον περιβάλλοντα κόσμο του. Ένας προβληματικός χαρακτήρας δύναται να επηρεάσει ολόκληρη την συμπεριφορά του ατόμου. Έτσι ένα παιδί νευρικό, δειλό, επιθετικό, οκνηρό κλπ. και με συμπεριφορά προβληματική, μπορεί να φαίνεται νοητικά ανεπαρκές.

* Ηθικές διαταραχές → Πρόκειται για τα ηθικά απροστάτευτα παιδιά, τα προερχόμενα από ανώμαλο ή διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον. Δεν διδάχτηκαν από κανένα τον τρόπο συμπεριφοράς μέσα σ' ένα οργανωμένο κοινωνικό σύνολο. Έτσι σε οποιαδήποτε ηλικία αυτά τα παιδιά συγκρούονται με

οποιαδήποτε μορφή εξουσίας, χωρίς ανταπόκριση στα σχολικά καθήκοντα, με αδυναμία συνύπαρξης με τους συμμαθητές τους. Δεν στερούνται βέβαια νοημοσύνης, αλλά αγωγής, στοργής και ηθικής προστασίας.

* Ταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον → Ο οικογενειακός κύκλος είναι βασικός παράγοντας της ψυχικής ανάπτυξης του παιδιού και άρα έχει επιπτώσεις στη φυσιολογική ανάπτυξη της νοημοσύνης. Έτσι ένα παιδί μπορεί να εμφανίζεται με μικρό Δ.Ν., αλλά μια βελτίωση των συνθηκών ανατροφής του, όχι μόνο μπορεί να κάνει το παιδί να φαίνεται φυσιολογικό, αλλά και να σημειώσει εκπληκτική σχολική πρόοδο, που κανείς δεν περιμένει από κείνο.

Βλέπουμε λοιπόν τη δυσκολία διάγνωσης της ψευδοκαθυστέρησης, αλλά και το ποικιλόμορφο φάσμα αιτίας της. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να παρατηρήσει μόνο ένας ειδικός επιστήμονας, με χρόνια πείρα στα θέματα περί νοητικής ανεπάρκειας συγκεκριμένα, αλλά και νοημοσύνης εν γένει.

VII. ΑΙΤΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η ανακάλυψη όλων των αιτίων και παραμέτρων πρόκλησης νοητικής καθυστέρησης είναι επιτακτικότατο επιστημονικό πρόβλημα, αφού η λύση του είναι και η πιο σημαντική προϋπόθεση για την πρόληψή της. Μέχρι σήμερα οι άγνωστες αιτίες της νοητικής ανεπάρκειας φτάνουν το 80% - κατ' άλλους το 94% . Οι άγνωστης αιτιολογίας νοητικές καθυστερήσεις ονομάζονται "ιδιοπαθείς", ενώ οι γνωστής "δευτεροπαθείς". Στη δεύτερη κατηγορία δηλαδή, η νοητική καθυστέρηση είναι σύμπτωμα νόσου με γνωστή αιτιολογία. Ουσιαστικά γνωστά θεωρούνται τα αίτια που οφείλονται σε βλάβη του ΚΝΣ, του εγκεφάλου. Πρόκειται δηλ. για τα οργανικά, τα παθολογικά, τα εξωγενή αίτια.

Άγνωστα θεωρούνται τα αίτια που οφείλονται σε αποστέρηση των ερεθισμάτων' γι' αυτό τα αποκαλούμε περιβαλλοντικά, ενδογενή, μη παθολογικά. Εδώ δεν πρόκειται για οργανική εγκεφαλική βλάβη.

Τα γνωστά αίτια αφορούν κυρίως τις περιπτώσεις βαριάς νοητικής καθυστέρησης, ενώ τα περιστατικά ελαφράς νοητικής ανεπάρκειας συνοδεύονται από άγνωστη αιτιολογία. Σημειώνουμε εδώ επίσης ότι ψυχολογικά - κοινωνικά - πολιτιστικά αίτια ελάχιστα μετέχουν σε περιπτώσεις βαριάς νοητικής καθυστέρησης, ενώ το αντίθετο συμβαίνει για περιπτώσεις ελαφρές.

Από την φάση της σύλληψης έως αυτήν της νοητικής ολοκλήρωσης (16ο έτος της ηλικίας) μπορεί να εμφανιστεί νοητική καθυστέρηση σε οποιοδήποτε σημείο αυτής της πορείας. Αν μάλιστα σκεφτούμε ότι η υλική υπόσταση του ατόμου ξεκινάει μ' ένα κύτταρο και κατά την εξελικτική του πορεία φτάνει πολλά δισεκατομμύρια, κατανοούμε την πληθώρα των κινδύνων που υφίσταται για την αναστολή της ομαλής εξέλιξης του ανθρώπου. Κατά το διάστημα της διαδρομής αυτής μπορεί ανά πάσα στιγμή να προκληθεί κάποια ανωμαλία, κάποια βλάβη των μηχανισμών ή του ρυθμού πολλαπλασιασμού των κυττάρων. Βλέπουμε λοιπόν το δισεπίλυτο του προβλήματος των γενεσιουργών αιτιών νοητικής καθυστέρησης. Το πρόβλημα αυτό παίρνει ακόμη πιο πολύπλοκες διαστάσεις κατά την αναζήτηση των προ της σύλληψης αιτιών.

Με βάση την χρονική στιγμή που η σύλληψη λαμβάνει χώρα, οι αιτίες της νοητικής καθυστέρησης ταξινομούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

- α) Σε γενετικές, πρωτογενείς ή εγγενείς αιτίες (προϋπάρχουσες της σύλληψης και με συνεχή επίδραση κατά τον σχηματισμό του πρώτου κυττάρου, αλλά και αργότερα) και
- β) Σε περιβαλλοντικές (επιδρώσες από την στιγμή της σύλληψης, μέχρι την ολοκλήρωση της νοητικής ανάπτυξης.

Η συνηθέστερη κατάταξη αιτιολογικών παραγόντων νοητικής καθυστέρησης είναι η ακόλουθη :

- α) αιτίες προηγηθείσες της σύλληψης (γενετικές)
- β) αιτίες δρώσες κατά την εγκυμοσύνη (προγενετικές)

- γ) αιτίες κατά τη διάρκεια του τοκετού (περιγεννητικές)
- δ) αιτίες δράσες μετά τη γέννηση (μεταγεννητικές)
- ε) αιτίες οφειλόμενες στο πολιτιστικό επίπεδο του κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου - έμμεσου ή άμεσου - δηλ. σε αποστέρηση πολιτιστικών ερεθισμάτων.

α) Γενετικές αιτίες

Οι γενετικοί παράγοντες ισχύουν και προ της σύλληψης και μετά απ' αυτήν, είτε ευνοϊκά για την ομαλή εξέλιξη του ατόμου. Στις γενετικές αιτίες ανήκουν οι χρωματοσωματικές ανωμαλίες, οι βιοχημικές και οι κληρονομικοί παράγοντες.

i) Χρωμοσωματικές ανωμαλίες

Ως γνωστόν το ανθρώπινο κύτταρο περιέχει - εκτός των άλλων ουσιών - 46 χρωμοσώματα συνδυασμένα σε 23 ζεύγη. Αν και η φύση προσφέρει μια τεράστια δυνατότητα επιλογής - έχοντας ως σκοπό τη δημιουργία μιας υγιούς ζωής - είναι δυνατό να συμβεί κάποιο λάθος, είτε κατά τη διάρκεια της διαδικασίας που δημιουργούνται τα αναπαραγωγικά κύτταρα για να μειώσουν τα 46 σε 23 χρωμοσώματα (ωρίμανση με στόχο τον υποδιπλασιασμό των χρωμοσωμάτων), είτε κατά την σύζευξη των 23 χρωμοσωμάτων του ωαρίου με τα 23 του σπερματοζωαρίου. Το σφάλμα αφορά την απώλεια ή την προσθήκη ενός

χρωμοσώματος. Ανωμαλία επίσης παρατηρείται κατά την σύζευξη των χρωμασωμάτων (αλυσίδα DNA), σε περίπτωση αποτυχίας αντιστοίχισης αυτών του ωαρίου και αυτών του σπερματοζωαρίου.

Η συνηθέστερη αυτών των ανωμαλιών είναι η τρισωμία, στην οποία έχουμε αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο. Πρόκειται για την πρόσδεση ενός ακόμη χρωματοσώματος με αποτέλεσμα το πρώτο κύτταρο να αποτελείται από 47 (και όχι 46 κατά το φυσιολογικό) χρωμοσώματα. Όταν το περίσσιο αυτό χρωμόσωμα εντοπίζεται στο 13ο, το 15ο ή το 18ο ζεύγος, παρατηρούνται σωματικές παραμορφώσεις και νοητική καθυστέρηση βαριάς μορφής. Η ύπαρξή του στο 21ο ζεύγος προκαλεί μογγολισμό (σύνδρομο Down).

Στατιστικά βεβαιωμένη επίσης είναι μία στενή σχέση ανάμεσα στον μογγολισμό και την ηλικία των μητέρων. Μια γυναίκα 35-39 ετών έχει πολλές πιθανότητες να αποκτήσει μωρό με κάποια χρωματοσωμική ανωμαλία (όπως το σύνδρομο Down).

Νοητική ανεπάρκεια μπορεί επίσης να προκληθεί και στην περίπτωση ανωμαλίας στην ωρίμανση των χρωματοσωμάτων του φύλου (σύνδρομο Klinefetter ή Turner).

ii) Ανωμαλίες του μεταβολισμού

Οι ανωμαλίες αυτές εκπορεύονται επίσης από τη δομή και τη βιοχημική σύσταση του κυττάρου, το περιεχόμενο του οποίου αποτελείται από αναρίθμητες ουσίες που βρίσκονται εντός των χρωμοσωμάτων. Οι ουσίες αυτές

καλούνται γονάδες ή γονίδια ή γονύλια και επιτελούν πολυάριθμους σκοπούς, ο βασικότερος των οποίων είναι το σύνολο των περίπλοκων και συνεχών μεταβολών της ύλης και της ενέργειας, ώστε το κύτταρο να διατηρεί ποσοτικά και ποιοτικά ό,τι είναι απαραίτητο σ' αυτό για να αποτελεί ζωντανή ύλη στα αυστηρά καθορισμένα όρια της δομής του. Κι όχι μόνο αυτό, αλλά και τα θυγατρικά του κύτταρα να είναι πανομοιότυπα μ' αυτό. Με τις πολύπλοκες αυτές διαδικασίες αναπαράγονται συνεχώς τα ένζυμα και οι πρωτεΐνες, που είναι και η βάση της ζωής.

Κατά τη λειτουργία λοιπόν του γιγάντιου αυτού - και μικροσκοπικού συνάμα - εργοστασίου πολλά σφάλματα είναι δυνατό να συμβούν (λειτουργία μεταβολισμού) με άμεση συνέπεια να μην αναπαράγονται τα ένζυμα και οι πρωτεΐνες στην απαραίτητη ποσότητα (και αρτιότητα) ή και την διαφοροποίηση αυτών απ' τις αρχικές. Αυτό έχει ως τελικό αποτέλεσμα το θάνατο ή τη νοητική ανεπάρκεια ή άλλες ασθένειες για τα άτομα που οφείλουν τη γέννησή τους σε τέτοιου είδους κύτταρα.

Οι επιστημονικά διαπιστωμένες ανωμαλίες του μεταβολισμού που προκαλούν νοητική ανεπάρκεια είναι :

* Φαινυλκετονουρία ή φαινυλοπυροσταφυλική ιδιοτεία → Συνήθως καταγράφεται ως PKU. Η ανωμαλία αυτή προέρχεται από την έλλειψη φαινυλαλαίνης. Το ένζυμο αυτό είναι απαραίτητο για τον μεταβολισμό των οξέων που βρίσκονται στις πρωτεΐνες (για παραγωγή ενέργειας). Η νοητική καθυστέρηση που προέρχεται απ' αυτή είναι βαριά. Αν και η περίπτωση της PKU είναι μικρή σε συχνότητα, έχει προκαλέσει ζωντανό ερευνητικό ενδιαφέρον, για την ανακάλυψη

δυσλειτουργιών του μεταβολισμού, που προκαλούν νοητική καθυστέρηση. Τα άτομα με αυτή την ανωμαλία έχουν ξανθά μαλλιά και γαλανά μάτια. Αν ο πατέρας έχει αυτό το γονίδιο υπάρχουν 1:4 πιθανότητες να γεννηθούν τα παιδιά με PKU.

* Γαλακτοζουμία → Αιτία της βλάβης αυτής είναι η έλλειψη ενός ενζύμου που μεταβάλλει τη γαλακτόζη σε γλυκόζη. Είναι δηλ. ουσιαστικά ελαττωματικός μεταβολισμός των υδατανθράκων. Το παιδί με την πάθηση αυτή εμφανίζει ίκτερο κατά τον τοκετό, έχει μειωμένη ανάπτυξη και εμφανίζει συμπτώματα καταρράκτη. Από την στιγμή που η γαλακτόζη δεν μετατρέπεται σε γλυκόζη, συσσωρεύεται στον εγκέφαλο και προκαλεί νοητική ανεπάρκεια.

* Αμαυρωτική ιδιοτεία ή νόσος ΤΑΗ - ΖΑΚΣ → Βιοχημική ανωμαλία που οφείλεται σε διαταραχή του μεταβολισμού των λιποειδών. Εδώ η παθογόνος ουσία συσσωρεύεται εκτός του εγκεφάλου και στον αμφιβληστροειδή.

* Κρετινισμός → Προκαλείται από ατροφία του θυρεοειδούς αδένου, σκοπός του οποίου είναι η παραγωγή συστατικών με ιώδιο, για τη ρύθμιση της ανάπτυξης του σώματος και οργάνων. Έτσι υπάρχει ασύμμετρη ανάπτυξη του σκελετού, καθυστέρηση στην ανάπτυξη γενικώς, νοητική ανεπάρκεια και υπανάπτυξη των γεννητικών οργάνων.

* Μικροκεφαλία → Χαρακτηριστικό της το μικρό κρανίο και το κοντό σώμα. Οι έλικες του εγκεφάλου είναι μικρές και πολύ απλές. Η νοητική ανεπάρκεια είναι βαριά· το δε 50% αυτών πάσχει από επιληψία.

* Υδροκεφαλία → Εδώ υπάρχει υπερβολική ανάπτυξη του κρανίου. Αυτό οφείλεται σε αυξημένη ποσότητα εγκεφαλικού υγρού εντός του κρανίου, είτε

από αδυναμία αποχτεύσεώς του, είτε υπερπαραγωγή αυτού. Συχνότατη σχέση της υδροκεφαλίας παρατηρείται με ενδομήτριες φλεγμονές ή άλλα ενδομήτρια λοιμώδη νοσήματα π.χ. σύφιλη, μηνιγγίτις, εγκεφαλίτις, φυματίωση κλπ.

iii) Κληρονομικές αιτίες

Αρκετές φορές οι κληρονομικές αιτίες συγχέονται με τις γενετικές· γι' αυτόν ακριβώς το λόγο θεωρήθηκε αναγκαία μια διευκρίνηση και αποσαφήνιση των δύο εννοιών : οι γενετικές αιτίες της νοητικής ανεπάρκειας είναι ανωμαλίες και βλάβες ως συνέπεια της εκτροπής από τον άξονα της κληρονομικότητας και η μη φυσιολογική διοχέτευση των προγονικών χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων στην αέναη κλίμακα της αναπαραγωγής. Η κληρονομικότητα απ' την άλλη - σε ό,τι αφορά τη νοητική ανεπάρκεια πάντα - είναι η αλάνθαστη εφαρμογή του γενετικού κώδικα.

Η δύναμη της κληρονομικότητας απασχόλησε πολλούς ερευνητές με αποτέλεσμα την διατύπωση μιας ποικιλίας θεωριών, αλλά και αρκετούς διαξιφισμούς μεταξύ τους. Ενδεικτικά εδώ θα παραθέσουμε κάποιες θεωρίες οι οποίες δημοσιεύτηκαν πρόσφατα σε μια αξιόλογη γαλλική συλλογική εργασία με γενικό τίτλο "L' intelligence est - elle here dilaire?." :

- Ο άγγλος ψυχολόγος Fr. Galton επηρεασμένος από τον εξάδελφό του C. Darwin ενστερνίστηκε την τεράστια δύναμη της κληρονομικότητας. Επιχείρησε μάλιστα να αποδείξει στο ειδικό ανθρωπομετρικό εργαστήριό του, ότι οι "μεγάλοι" άνδρες είχαν γεννηθεί από "σπουδαίους και μεγάλους γονείς". Επίσης δίδαξε ότι

τα παιδιά υψηλής νοημοσύνης γεννιούνται από γονείς "μεγάλης" πνευματικής ικανότητας. Εν τέλει έφτασε στο συμπέρασμα ότι μια τεχνητή επιλογή θα επέτρεπε τη βελτίωση της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής.

- Ένας άλλος άγγλος ψυχολόγος, ο Cyril Burt, πειραματίστηκε σε μεγάλο δείγμα γνησίων δίδυμων, ανατραφέντων σε αντίθετα περιβάλλοντα. Υποστήριξε έτσι ότι η κληρονομικότητα καλύπτει το 80% της ψυχικής ανάπτυξης του παιδιού, ενώ ο ρόλος του περιβάλλοντος περιορίζεται σε ένα 20%.

- Ο άγγλος ψυχολόγος και καθηγητής Πανεπιστημίου Hans J. Eysenk υποστήριξε ότι η κληρονομική προίκα κάθε ατόμου καθορίζει τα προσωπικά χαρακτηριστικά του και τα κριτήρια μιας αναπόφευκτης κληρονομικής επιλογής.

Οι θέσεις αυτές των ψυχολόγων για τη μεγάλη δύναμη της κληρονομικότητας επηρέασαν πολύ την πολιτική βούληση σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Είδαν έτσι το φως της δημοσιότητας οι "περιβόητοι" νόμοι περί στέρωσης των πασχόντων από νοητική ανεπάρκεια παιδιών ή ατόμων που εμφάνιζαν τάσεις εγκληματικότητας. Η ψήφιση των νόμων αυτών έγιναν στην αρχή του αιώνα και παρά τις αντιδράσεις επιφανών και απλών πολιτών. 21 Πολιτείες της Αμερικής ψήφισαν νόμους ευγονικής. Μόνο το 1927 στην Καλιφόρνια ευνουχίστηκαν 3.957 άτομα, το 61% των οποίων ήταν μετανάστες. Ο γερμανικός νόμος στέρωσης θεσπίστηκε το 1935 και μέσα σ' ένα χρόνο στειρώθηκαν 56.000!! άτομα. Κλασσικό επιχείρημα στις αντιδράσεις για τους απάνθρωπους αυτούς νόμους, ήταν αυτό του Κυβερνήτη της Πενσυλβάνια : "οι γονείς και οι κηδεμόνες των πνευματικά ανάπηρων και των ηλιθίων παιδιών έχουν εμπιστευτεί την αγωγή τους

σε ιδρύματα. Ο νόμος αυτός προτείνει έναν πειραματισμό στα παιδιά αυτά, όχι για τη βελτίωση της αγωγής που παρέχεται, αλλά για να βοηθηθεί η μελλοντική κοινωνία”.

Μέσα σ’ όλα αυτά τα διασταυρούμενα πυρά θεωριών και νόμων, εμείς συμπερασματικά δεχόμαστε ότι η νοημοσύνη είναι κληρονομικό “προικιό” όλων των ανθρώπων’ ανάλογα όμως με τις κατά περίπτωση γενετικές προϋποθέσεις (παρεμβολή ανωμαλιών και βλαβών ή απουσία τέτοιων διαταραχών στη φυσική κυτταρική δομή), το προικιό αυτό μπορεί να φτάσει είτε ανέπαφο και ολόκληρο ως την στιγμή της σύλληψης, είτε ακρωτηριασμένο. Και από την στιγμή της σύλληψης η εξελικτική πορεία της νοημοσύνης εναπόκειται πλέον στο περιβάλλον. Έτσι κατατάσσουμε και όλες τις άλλες ασθένειες των γονέων - και λοιπών προγόνων - που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της νοητικής ανεπάρκειας όχι στις κληρονομικές, αλλά τις γενετικές αιτίες. Δεν υφίσταται δηλαδή το “κισμέτ” της κληρονομικότητας’ κι’ αν δεχτούμε κάτι τέτοιο δεν μπορούμε να παρέμβουμε για να προλάβουμε την εμφάνιση νοητικής ανεπάρκειας, εν αντιθέσει με τις γενετικές αιτίες, όπου μπορούμε να μεσολαβήσουμε δρώντας είτε προληπτικώς, είτε με τη χορήγηση του απαιτούμενου βαθμού αγωγής.

β) Προγεννητικές αιτίες

Εδώ εξετάζεται η αιτιολογία της νοητικής ανεπάρκειας από την στιγμή της σύλληψης έως αυτήν του τοκετού. Η εννιάμηνη παραμονή του εμβρύου στην

μήτρα είναι κρισιμότερη για την ομαλή του ανάπτυξη. Οι κίνδυνοι είναι πολλοί, έστω και αν τα αναπαραγωγικά κύτταρα που ενώθηκαν κατά την φάση της σύλληψης (ωάριο και σπερματοζωάριο) ήταν τα υγιέστερα και αρτιότερα από κάθε γενετική άποψη. Οι κίνδυνοι αυτοί είναι παράγοντες που επηρεάζουν ιδιαίτερα το ΚΝΣ και τέτοιοι είναι :

i) Παράγοντας Rhesus

Η ασυμφωνία Rhesus του αίματος των γονέων είναι δυνατό να προκαλέσει νοητική βλάβη του εμβρύου. Αυτό συμβαίνει όταν η μητέρα έχει Rh (-), ενώ ο πατέρας Rh (+) και το κύημα επίσης Rh (+). Τότε το έμβρυο λειτουργεί σαν ξένο σώμα στον οργανισμό της μητέρας με αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκολλητικών αντισωμάτων, που μεταφέρονται στο έμβρυο μέσω του αίματος και του προξενούν βλάβες. Για την πρόληψη ακριβώς αυτού του φαινομένου προτείνεται η ανοσοποίηση της μητέρας Rh (-) πριν την πρώτη της εγκυμοσύνη.

ii) Δοιμώδεις ασθένειες της μητέρας

Η προσβολή της μητέρας από κάποια επιδημική νόσο, όπως μαγουλάδες ή ερυθρά ή ιλαρά, εγκυμονεί τεράστιους κινδύνους για το έμβρυο, ειδικά στους τέσσερις πρώτους μήνες της κύησης. Σ' αυτή την περίπτωση εάν δεν υπάρξει αυτόματα αποβολή, η πιθανότητα γέννησης ατόμου με νοητική ανεπάρκεια ή άλλες σοβαρότατες ατέλειες αγγίζει το 50% περίπου. Σημειώνουμε επίσης ότι τα αφροδίσια

νοσήματα αποτελούν ένα ιδιαίτερο είδος μολυσματικών ασθενειών, στα οποία πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή. Άλλη μια εμβρυοπάθεια είναι η συγγενής τοξοπλάσμωση, που πρώτοι περιέγραψαν οι Wolf και Cowen. Είναι παρασιτική νόσος της μητέρας που προσβάλλει σοβαρά και θανατώνει το έμβρυο. Οφείλεται στο πρωτόζωο *Toxoplasma gondii* και περνά στο παιδί μέσω του πλακούντα και εάν δεν το θανατώσει τις πρώτες μέρες, επιζεί με έντονες χρόνιες διαταραχές.

iii) Ακτινοβολίες

Αν μια μέλλουσα μητέρα εκτεθεί σε ραδιενεργό ακτινοβολία (ακτίνες Rontgen), είναι δυνατή η πρόκληση νοητικής βλάβης στο έμβρυο, ειδικά στους τρεις πρώτους μήνες. Έρευνες επίσης του D.P. Murphy το 1947, απέδειξαν ότι οι ραδιοθεραπείες μπορούν να προκαλέσουν ανωμαλίες στην κρανιακή και εγκεφαλική ανάπτυξη του εμβρύου σε μεγάλο ποσοστό. Η θλιβερότερη απόδειξη της επίδρασης της ραδιενέργειας στο έμβρυο υπήρξε η ατομική καταστροφή των ιαπωνικών πόλεων Hiroshima και Nagasaki, όπου εκτός των χιλιάδων ανθρωπίνων θυμάτων, γεννήθηκαν παιδιά με σωματικές δυσμορφίες και νοητικές διαταραχές. Ωστόσο από εξέταση των παιδιών της Hiroshima που μπορούσαν να αναπαραχθούν, αποδείχθηκε ότι οι βλάβες αυτές άφησαν ανεπηρέαστο το κληρονομικό υλικό. Τέλος έχει διαπιστωθεί ότι οι ποικίλες ακτινοβολίες και ραδιενέργειες μπορούν να έχουν επιβλαβή δράση και προ της σύλληψης, προκαλώντας μεταλλάξεις στα χρωματοσώματα των γεννητικών κυττάρων, που έχουν ως συνέπεια τις γενετικές ανωμαλίες.

iv) Διατροφή εγκύου - Χρήση Φαρμάκων

Το επιλεγμένο διαιτολόγιο κατά την κύηση δεν είναι σημαντικό μόνο για την υγεία της μητέρας, αλλά και γι' αυτήν του εμβρύου. Εάν η μητέρα υποσιτίζεται, το ποσοστό αποβολών, πρόωρων τοκετών, νεκρογένεσης και γεννήσεων παιδιών με κακή σωματική διάπλαση και νοητική καθυστέρηση, είναι πολύ μεγάλο. Ο οργανισμός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης απαιτεί μεγαλύτερη ποσότητα λευκωμάτων και βιταμινών, τόσο για την ίδια την μητέρα, όσο και για το έμβρυο.

Εξάλλου θα πρέπει να ελέγχεται με αυστηρότητα και η λήψη φαρμάκων απ' τις μέλλουσες μητέρες. Τα φάρμακα δεν είναι πάντα ευεργετικά· πολλά απ' αυτά προκαλούν διαταραχές στην κυκλοφορία του αίματος της μητέρας με αποτέλεσμα την ελλιπή οξυγόνωση του εμβρύου. Άλλα φάρμακα μπορούν να διαταράξουν την ορμονική ισορροπία του οργανισμού της μητέρας με επικίνδυνες συνέπειες στο παιδί που θα γεννηθεί. Τα φάρμακα που θεωρούνται επιβλαβή είναι πολλά, αλλά σημειώνουμε εδώ ενδεικτικά τη θαλιδομίδη, που υπήρξε η αιτία γέννησης φωκομελικών παιδιών με ψυχικές διαταραχές. Επιβλαβή δράση επίσης εμφανίζουν η κινίνη, τα ηρεμιστικά, τα σουλφαμιδικά, τα αντιπικτικά, τα αντιδιαβητικά, τα αντιθυρεοειδικά, αλλά και η χρήση της απλής ασπιρίνης. Η έγκυος πρέπει να τηρεί αυστηρά τις ιατρικές οδηγίες ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο, το οποίο θεωρείται επικίνδυνο' χορήγηση φαρμάκων κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου μπορεί να προκαλέσει δυσπλασίες οργάνων, καρδιοπάθειες,

κώφωση, κακή ανάπτυξη του ΚΝΣ με φυσικό επακόλουθο τη νοητική καθυστέρηση. Σχετικές έρευνες όμως μας πληροφορούν ότι το έμβρυο παραμένει ιδιαίτερα τρωτό στη φαρμακοθεραπεία καθ' όλη τη διάρκεια του ενδομήτριου βίου, κυρίως όσον αφορά την ανάπτυξη κεντρικού και περιφερειακού νευρικού συστήματος.

ν) Χρήση ναρκωτικών - αλκοόλ

Απ' την στιγμή που η χρήση φαρμάκων απ' την έγκυο μπορεί να προκαλέσει τόσα προβλήματα, μπορούμε εύκολα να κατανοήσουμε την έκταση της επιβλαβούς δράσης απ' την λήψη ναρκωτικών και αλκοόλ.

Όσον αφορά τα ναρκωτικά, έχουν άμεση επίδραση στην ψυχοσωματική σφαίρα ανάπτυξης των επερχόμενων γενεών. Οι ουσίες αυτές είναι πάρα πολλές και όλες - σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό είναι επιβλαβείς. Η βλαπτική δράση της εξαρτάται απ' την ποσότητα και τη συχνότητα λήψης. Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα παιδιών που γεννήθηκαν από μητέρες - χρήστες μορφίνης κατά την εγκυμοσύνη : τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονται από στερητικό σύνδρομο, που εκδηλώνεται ως ευερεθιστότητα, υπερβολικό κλάμα, τρόμο, ταχύπνοια, πυρετό κλπ. που πολλές φορές αποβαίνει θανατηφόρο. Η χρήση μαριχουάνας επίσης ελαττώνει το DNA και τον αριθμό χρωμοσωμάτων, τον αριθμό σπερματοζωαρίων και τις αναπαραγωγικές διαδικασίες. Η χρήση ναρκωτικών - εκτός των άλλων - περιορίζει τη γονιμότητα των γυναικών και αυξάνει τις πιθανότητες πρόωρου τοκετού.

Όσον αφορά δε το αλκοόλ έχει διαπιστωθεί ότι ολόκληρη η ποσότητα που προσλαμβάνει η μητέρα, περνάει στο αίμα του κυήματος μέσω της κυκλοφορίας. Ο αριθμός καθυστερημένων παιδιών είναι πάντα μεγαλύτερος σε γόνους αλκοολικών, παρά του γενικού πληθυσμού. Εκτός αυτού ο αλκοολισμός αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα αποβολών και πρώιμων τοκετών.

vi) Κάπνισμα

Έρευνες απέδειξαν ότι η νικοτίνη επιδρά βλαπτικά στο έμβρυο. Το κάπνισμα ενός τσιγάρου από την έγκυο προκαλεί διαφοροποίηση των αναπνευστικών κινήσεων του εμβρύου για μία ώρα. Το κάπνισμα εγκυμονεί κινδύνους πρόωρου τοκετού, αποβολής ή γέννησης ελλιποβαρούς παιδιού με προδιάθεση σε βρογχοπνευμονικές παθήσεις. Αυτό το παιδί μπορεί αργότερα να εμφανίσει διαταραχές της πνεύματικής του εξέλιξης ή και νοητική καθυστέρηση.

vii) Ηλικία της μητέρας

Ιδανικές ηλικίες για απόκτηση παιδιών είναι αυτές μεταξύ 20 - 35 ετών. Η γυναίκα που αποκτά το πρώτο παιδί της μετά τα 35 της χρόνια, αντιμετωπίζει τον κίνδυνο να γεννήσει παιδί με χρωμοσωμικές και κρανιακές ανωμαλίες και νοητική καθυστέρηση.

viii) Συναισθηματική ζωή της εγκύου

Η περίοδος της εγκυμοσύνης είναι από μόνη της έντονα συναισθηματική. Τα συναισθήματα της κυοφορούσας έχουν άμεση επίδραση στο έμβρυο. Τα συναισθήματα της μητέρας (φόβος, θυμός, λύπη κλπ.) κινητοποιούν το αυτόνομο συμπαθητικό της σύστημα, με αποτέλεσμα την έκκριση ορμονών, που διοχετεύονται στον οργανισμό του εμβρύου μέσω του μητρικού αίματος.

ix) Άλλα προγεννητικά αίτια :

- Έλλειψη ερυθρών αιμοσφαιρίων στο μητρικό αίμα
- εκτρώσεις
- συγγένεια αίματος των γονέων
- τραυματισμός του εμβρύου κατά την κύηση
- περιτονίτις
- υπερθυρεοειδισμός ή υποθυρεοειδισμός της μητέρας.

γ) Προγεννητικές αιτίες

Είθισται όταν αναφερόμαστε στον τοκετό, να μιλάμε περισσότερο για τους κινδύνους που διατρέχει η μητέρα και λιγότερο γι' αυτούς που συνοδεύουν το παιδί. Κι όμως σύμφωνα με τον Ι. Παρασκευόπουλο, πρόκειται για "το πιο επικίνδυνο ταξίδι που θα μπορούσε να κάνει στη ζωή". Η πορεία που θα διατρέξει είναι

δύσκολη και επικίνδυνη, ικανή να απειλήσει και να βλάψει είτε την ψυχική, είτε την σωματική του υπόσταση. Οι ψυχαναλυτές υποστηρίζουν ότι οι πρώτες αυτές άσχημες εμπειρίες, τις οποίες καμιά παιδική μνήμη δεν συγκρατεί, δεν παύουν να μας συνοδεύουν σε όλη μας τη ζωή. Ο A. Macfarlane δείχνει το μέγεθος της τραυματικής αυτής εμπειρίας μεταφέροντάς μας περιγραφικά στη διαδικασία του τοκετού : "τι θα ήταν για μας να βρεθούμε στριμωγμένοι σ' ένα στενό σωλήνα, ζεστό, σκοτεινό, υγρό και να γλιστράμε λίγο - λίγο προς τα κάτω για ώρες". Εκτός όμως από τον ίδιο τον τοκετό, κάποιες βλάβες είναι ικανές να κοστήσουν τη νοητική φυσιολογικότητα του παιδιού. Ένα ποσοστό 10% των βρεφών επηρεάζεται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό από τις βλάβες αυτές. Το όργανο που κυρίως απειλείται κατά τον τοκετό είναι ο εγκέφαλος κι αυτό οφείλεται σε δύο βασικούς λόγους : πρώτα επειδή η κεφαλή είναι το μεγαλύτερο τμήμα του σώματος που περνάει από τη λεκάνη και δεύτερον επειδή η ανεπάρκεια οξυγόνου κατά τη χρονική αυτή περίοδο μπορεί να προκαλέσει βλάβες ανεπανόρθωτες.

i) Δυστοκίες

Στο 96% των τοκετών ακολουθείται τέτοια διαδικασία ώστε το κρανίο του παιδιού να προηγείται κατά την έξοδο και μάλιστα στο 94% το οπίσθιο μέρος του. Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις που η έξοδος του παιδιού γίνεται εξαιτίας πολλών παραγόντων δυσχερής· το φαινόμενο αυτό καλείται δυστοκία. Αυτή μπορεί να οφείλεται σε : παχυσαρκία του παιδιού, ανώμαλη έξοδος (κεφαλή προς τα κάτω),

περιτύλιξη με τον ομφάλιο λώρο, παρουσίαση ανώμαλου σχήματος, τερατοπλασίες, δυσανάλογη σχέση της κεφαλής του παιδιού με τη λεκάνη της μητέρας. Σε περίπτωση που η ομαλή έξοδος της κεφαλής καθίσταται αδύνατη, γίνεται αναγκαία η παρέμβαση μηχανικών μέσων (εμβρυουλκό). Η εμβρυουλκία είναι επικίνδυνη για πρόκληση εγκεφαλικών κακώσεων, αιματωμάτων, ενδοκρανιακών αιμορραγιών, νευρομυϊκών παραλύσεων, διαταραχών όρασης και ακοής, τραυματικής επιληψίας και εγκεφαλοπαθειών με ενδεχόμενη νοητική καθυστέρηση.

ii) Βλάβες από ανεπάρκεια οξυγόνου

Η εμφάνιση ανεπάρκειας οξυγόνου στο βρέφος κατά τη διάρκεια του τοκετού και λίγο μετά συνεπάγεται την πρόκληση αλλοιώσεων στα εγκεφαλικά κύτταρα. Οι κίνδυνοι αυτοί προκαλούνται είτε από καθυστέρηση της πρώτης αναπνοής, είτε σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, είτε σε περίσφιξη ή πρόπτωση ή κόμβους του ομφαλίου λώρου, είτε καταστολή του κέντρου αναπνοής του νεογνού από φάρμακα που ενδεχομένως δόθηκαν στη μητέρα. Από έρευνες του N.L. Corali προέκυψε ότι κατά τα επτά πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών που είχαν υποστεί εγκεφαλικές κακώσεις ή βλάβες από ανοξία κατά τον τοκετό, υπήρξαν μεγάλες διαφορές στον Δ.N τους.

Μια πολύ πρακτική και χρήσιμη μέθοδος της γενικής κατάστασης του νεογνού είναι εκείνη που παρουσίασε η γιατρός Argar Virginia. Σύμφωνα μ' αυτήν, ο γιατρός ένα λεπτό της ώρας μετά τον τοκετό, βαθμολογεί πέντε χαρακτηριστικά της ζωής του νεογνού. Η βαθμολογική κλίμακα περιλαμβάνει τους

βαθμούς 0,1 ή 2 και τα χαρακτηριστικά είναι :

- αριθμός καρδιακών παλμών ανά min
- αναπνευστική ικανότητα
- μυϊκός τόνος
- αντανακλαστική ερεθιστικότητα
- χρώμα νεογνού

Φυσιολογικό θεωρείται το βρέφος που συγκεντρώνει 10 (δηλ. σε καθένα από τα πέντα αυτά χαρακτηριστικά το βαθμό 2).

iii) Πρόωρος τοκετός

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. πρόωρο θεωρείται το παιδί που γεννιέται εν ζωή με βάρος 2500 gr. περίπου. Το 1/5 των νοητικά καθυστερημένων ατόμων έχουν γεννηθεί πρόωρα. Ο πρόωρος τοκετός οφείλεται σε ανεπάρκεια του τραχήλου της μήτρας, εκτρώσεις, σύφιλη, αναιμία, αβιταμίνωση, λοιμώδη νοσήματα, κοιλιακό τύφο, τοξόπλασμα, αλκοολισμό, κάπνισμα, ηλικία, κακή διατροφή, έντονες συγκινήσεις της μητέρας.

Για το μέλλον των πρόωρων παιδιών, οι επιστημονικές απόψεις αλληλοσυγκρούονται, αφού ορισμένοι υποστηρίζουν την συνεπαγωγή πρόωρου τοκετού και νοητικής καθυστέρησης - ή έστω διαταραχών στο χαρακτήρα - ενώ άλλοι πιστεύουν ότι ο πρόωρος δεν αποτελεί αιτία μόνιμης σωματικής και πνευματικής αναπηρίας.

Συγκεντρώνοντας συμπεράσματα σχετικών ερευνών παρατηρούμε τα

εξής :

- σε παιδιά με πρόωρη γέννηση - κυοφορία έξι μηνών - διαπιστώθηκε ατελής λειτουργία όλων σχεδόν των βασικών αντανεκλαστικών.
- κατά τη διάρκεια του ύπνου, τα παιδιά με προωρότητα εμφανίζουν ανεβασμένους καρδιακούς παλμούς και γρήγορη αναπνοή.
- το πρόωρο παιδί εμφανίζει έναν βραδυ ρυθμό ανάπτυξης
- σε πολλά πρόωρα παιδιά εμφανίζεται αποδιοργάνωση της συναισθηματικής ισορροπίας (στην καλύτερη περίπτωση, δηλ. σε μη εμφάνιση νοητικής ανεπάρκειας)
- όσο πιο μικρό είναι το βάρος του πρόωρου παιδιού, τόσο πιο πολλά προβλήματα εμφανίζει η ψυχοσωματική ανάπτυξή του.
- η C. M. Drillien σε μια έρευνά της σε παιδιά πρόωρα απέδειξε ότι μόνο το 30% αυτών δεν εμφανίζουν διαταραχές συμπεριφοράς κατά την σχολική ηλικία.
- πολλά από τα παιδιά αυτά, αν και έχουν φυσιολογικό Δ.Ν., εμφανίζουν δυσχέρεια στα μαθήματα και μάλιστα στην ανάγνωση.

Βέβαια υπάρχουν και αντιθέσεις στις εκδοχές αυτές, που μπορούν να αποδοθούν στον περιορισμένο αριθμό έρευνας αυτού του είδους.

δ) Μεταγεννητικές αιτίες

Ως τώρα εξετάσαμε τους παράγοντες που δρώντες σε διάφορες χρονικές στιγμές της αναπτυξιακής πορείας του ατόμου ενοχοποιούνται για την εμφάνιση νοητικής ανεπάρκειας. Μένει να εξετάσουμε μία ακόμη κατηγορία, αυτή των μεταγεννητικών αιτιών' αυτών δηλαδή που επιδρούν δυσμενώς μετά τη γέννηση του παιδιού. Διάφοροι παράγοντες είναι δυνατό να καταστήσουν ανάπηρο νοητικά το παιδί. Μερικοί απ' αυτούς - δρουν βλαπτικά κατά τα πρώτα έτη ζωής του παιδιού - είναι οι εξής :

- Ενδοκρινικές ανωμαλίες

Η σωστή λειτουργία των ενδοκρινών αδένων είναι πολύ σημαντική για την ομαλή ανάπτυξη του ατόμου, ενώ η κακή λειτουργία τους (υπερλειτουργία ή υπολειτουργία) προκαλεί βλάβες τόσο στην υγεία, όσο και στην ανάπτυξη. Τέτοια π.χ. είναι η υπολειτουργία του θυρεοειδούς αδένου, που προκαλεί κρετινισμό.

- Ασθένειες

Οι μολυσματικές ασθένειες και κάποιες άλλες που προκαλούν υψηλό πυρετό και επηρεάζουν τον εγκέφαλο, αποτελούν σοβαρότατο κίνδυνο πρόκλησης νοητικής ανεπάρκειας, οι απειλητικότερες δε αυτών είναι :

* εγκεφαλίτις → προκαλεί φλεγμονή του εγκεφάλου, εμφανίζεται ως επί το πλείστον σε επιδημική μορφή και προκαλείται από ειδικό ιό. Η νόσος αποβαίνει συχνά θανατηφόρος. Οι υψηλοί πυρετοί πρέπει να προλαμβάνονται, πριν

φτάσουν σε όρια επικινδυνότητας για τα εγκεφαλικά κύτταρα.

* μηνιγγίτις → οξεία φλεγμονή των μηνίγγων, εκδηλωθείσα με υψηλό πυρετό και εμέτους. Η διάγνωση γίνεται με εξέταση του ΕΝΥ.

- Τραύματα

Το παιδί εμφανίζει συνήθως υπεραικινήτικότητα που δεν αναγνωρίζει φραγμό σε έπιπλα ή διακόσμηση ή κίνηση λεωφορείων, αυτοκινήτων κλπ. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο πρέπει να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα αποφυγής τραυματισμού του παιδιού, από πτώσεις και οποιαδήποτε άλλη αιτία. Τις περισσότερες φορές αυτό συμβαίνει σε παιδιά κάτω των τριών ετών, που είναι ανίκανα να αμυνθούν και να αυτοπροστατευτούν. Οι τραυματισμοί στο κεφάλι είναι δυνατό να προκαλέσουν μόνιμες βλάβες στα εγκεφαλικά κύτταρα, με συνέπεια τη νοητική αναπηρία. Όσο κι αν φαίνονται ακίνδυνες οι κρανιακές κακώσεις (ΚΕΚ), το παιδί πρέπει να υποβάλλεται σε ιατρική εξέταση αμέσως.

- Δηλητηριάσεις

Τόσο οι τροφικές δηλητηριάσεις, όσο εκείνες από χημικές ουσίες αποτελούν μεγάλο κίνδυνο για την υγεία και την ομαλή νοητική ανάπτυξη του παιδιού.

- Κακή διατροφή

Ο γοργός ρυθμός ανάπτυξης σώματος και νοητικών δυνάμεων του παιδιού, επιβάλλουν την ανάγκη επαρκούς και κατάλληλης διατροφής του. Για το βρέφος, η καταλληλότερη τροφή είναι το μητρικό γάλα. Κι αυτό γιατί περιέχει όλα

τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το παιδί, αλλά και άλλα που το προστατεύουν από τις προσβολές μικροβίων και ιών. Το παιδί υποσιτίζεται, εάν η καθημερινή τροφή δεν είναι ποσοτικά ή ποιοτικά επαρκής και εάν δεν είναι πλούσια σε βιταμίνες, λευκώματα και άλλα θρεπτικά συστατικά. Η κακή διατροφή του παιδιού ιδιαίτερα κατά τα πρώτα έτη ζωής του, εμποδίζει την ομαλή ανάπτυξη του εγκεφάλου. Οι αλλοιώσεις των κυττάρων του θα έχουν ως αποτέλεσμα νευροφυσιολογικές ανωμαλίες και νοητική ανεπάρκεια. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν ελαττωματική μνήμη, μειωμένη παρατηρητικότητα και διαταραχές του λόγου.

- Βλάβες αισθητηρίων οργάνων

Η καλή λειτουργία των αισθητηρίων οργάνων αποτελεί τη βασικότερη προϋπόθεση για την ομαλή νοητική εξέλιξη του ατόμου. Χωρίς τις αισθήσεις η επικοινωνία του ατόμου με το εξωτερικό περιβάλλον καθίσταται αδύνατη και άρα εμποδίζεται η ομαλή νοητική ανάπτυξη.

ε) Αίτια Πολιτιστικά

Ο άνθρωπος είναι μια ολότητα βιοψυχοκοινωνική, δηλαδή το άτομο και η κοινωνία αποτελούν μια ενιαία έκφανση της ζωής. Ανάμεσα στο αναπτυσσόμενο άτομο και το περιβάλλον του συνομολογείται ένα είδος κρυφής συμφωνίας και αναπτύσσεται μια διαλεκτική σχέση μεταξύ τους, σκοπός και αποτέλεσμα της οποίας είναι η σημασιολόγηση και εσωτερικοποίηση όλων των εξωτερικών

εμπειριών. Μια τυχόν σοβαρή έλλειψη τέτοιων ερεθισμάτων εμποδίζει την ολοκλήρωση της ψυχοδιανοητικής υπόστασης του παιδιού.

Η νοητική ανεπάρκεια της αιτιολογίας είναι πολύ μεγάλη είναι ουσιαστικά μια διανοητική ασθένεια της ίδιας της κοινωνίας, που οφείλει να λάβει κάθε δραστικό μέτρο για την αυτοθεραπεία της. Κι' αυτό είναι απλό και πρακτικά εύκολο, γιατί το ανθρώπινο περιβάλλον, περισσότερο από κάθε άλλο αιτιολογικό παράγοντα νοητικής καθυστέρησης, επιδέχεται κάθε τροποποίηση και βελτίωση, σε τέτοιο βαθμό και έκταση, ώστε να μην αποτελεί αιτία νοητικής ασθένειας εν γένει και ειδικότερα νοητικής ανεπάρκειας.

VIII ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Όλα όσα αναφέραμε μέχρι τώρα για τη νοητική ανεπάρκεια, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το έργο διάγνωσης της νοητικής ανεπάρκειας είναι δύσκολο. Εύκολο είναι μόνο στην περίπτωση βαριάς μορφής νοητικής ανεπάρκειας. Συνήθως η διάγνωσή της απαιτεί πολύπλευρη ή πολύμορφη διαδικασία, χωρίς την οποία το επιστημονικό πόρισμα ίσως αποδειχθεί ρηχό και με κίνδυνο έλλειψης εγκυρότητας, ειδικά μάλιστα σε περίπτωση ελαφράς νοητικής καθυστέρησης. Η αδυναμία π.χ. ενός βρέφους να βαδίζει με άνεση, δεν μπορεί να μας οδηγήσει άμεσα στο συμπέρασμα ότι το παιδί πάσχει από νοητική ανεπάρκεια. Αντιθέτως αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως ένδειξη και να εκπονηθεί συστηματική μελέτη.

Ένας ακόμη παράγοντας που δυσχεραίνει μια άμεση διάγνωση είναι η ηλικία. Όταν πρόκειται για νηπιακή ή βρεφική ηλικία, η νοητική ανεπάρκεια μπορεί να διαγνωσθεί πολύ δύσκολα. Άλλωστε ένα χαρακτηριστικό αυτών των ηλικιών είναι η εμφάνιση διαφορετικών εικόνων της ψυχικής φυσιολογίας του παιδιού ανά πάσα χρονική στιγμή. Σ' αυτές τις ηλικίες επίσης δεν μπορεί να γίνει εφαρμογή μελέτης προσωπικότητας και νοητικής ανάπτυξης του παιδιού, τουλάχιστον με ευκολία και τα αποτελέσματα αυτά έχουν σχετική εγκυρότητα. Αυτό οφείλεται στην δυσκολία έκφραση του παιδιού, αλλά και στο γεγονός παρεμβολής παραγόντων ξένων προς αυτό και άρα δυσμενών.

Η διάγνωση μπορεί να γίνει με μεγαλύτερη ευκολία αργότερα, κατά την φοίτηση στο δημοτικό σχολείο. Εκεί μπορεί να γίνει συνδυασμός δύο παραγόντων: Παρατήρηση απ' τη μια από τον δάσκαλο (αξιολόγηση συμπεριφοράς του παιδιού στην τάξη, διαταραχή (γλώσσας κλπ) και χρήση των διαγνωστικών tests απ' την άλλη. Το συμπέρασμα μπορεί να θεωρηθεί εγκυρότερο, όταν το παιδί εξετασθεί με βάση ένα ευρύ φάσμα κριτηρίων, γνώσεων και δεξιοτήτων.

Για πιο έγκυρη και συστηματική διάγνωση προτείνεται η συνεργασία διαφόρων ειδικών επιστημόνων, η δημιουργία δηλαδή μιας διαγνωστικής ομάδας με την συμμετοχή παιδίατρο, ψυχολόγου, ειδικού παιδαγωγού, Κοινωνικού λειτουργού και Κοινοτικού Νοσηλευτή. Η πρώτη ενέργεια είναι βέβαια η λήψη του οικογενειακού ιστορικού. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι απαιτείται ατομική συνέντευξη στον καθένα απ' τους γονείς, αφού πολύ συχνά κάποιες τύψεις και ενοχές που τους βαραίνουν για την κατάσταση του παιδιού, κλονίζουν ολόκληρο το οικογενειακό οικοδόμημα' κι αυτό γιατί υπάρχει η τάση διαφυγής της ευθύνης απ' τον καθένα, με αποτέλεσμα συνεχείς συγκρούσεις και διενέξεις.

Μια ακόμη άποψη είναι η δημιουργία ειδικού διαγνωστικού κέντρου, όπου θα οδηγούνται παιδιά με ειδικές ανάγκες. Έτσι το επίπεδο και η μορφή μιας τυχόν νοητικής ανεπάρκειας, θα διαγνωστούν σε μια σφαιρική ανάλυση όλων των επιτυχιών και των αποτυχιών του παιδιού μέσα στο σχολικό και εξωσχολικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με το DSM - III - R τα διαγνωστικά κριτήρια είναι σε γενικές γραμμές τα εξής :

i) Γενική διανοητική λειτουργία σημαντικά κάτω του μέσου φυσιολογικού όρου.

ii) Ταυτόχρονη ύπαρξη ελλειμμάτων ή βλαβών στην προσαρμοστική λειτουργικότητα.

iii) Έναρξη πριν την ηλικία των 18 ετών.

Η διάγνωση γίνεται με βάση τα παραπάνω κριτήρια, τα οποία διαπιστώνονται με ψυχολογική προσέγγιση και παρατήρηση, ιατρικές εξετάσεις (ακτινολογικός έλεγχος, ηχοεγκεφαλογραφίες, διαφανοσκόπηση της κεφαλής του βρέφους) και συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού.

Το αναπτυξιακά tests που χρησιμοποιεί ο παιδίατρος, απαιτούν προηγούμενη ειδική εκπαίδευση. Με τα tests αυτά ελέγχεται :

i) Η ατομική και κοινωνική συμπεριφορά (ντύσιμο, σίτιση, έλεγχος σφιγκτήρων, συνεργασία, παιχνίδι).

ii) Οι δεξιότητες λεπτής κινητικότητας ή λεπτών χειρισμών (γραφή, πιάσιμο).

iii) Οι δεξιότητες επικοινωνίας (ακοή, όραση, αντίληψη, έκφραση, ομιλία).

iv) Οι ικανότητες αδρής κινητικότητας (βάδισμα, τρέξιμο κλπ).

Τα test που κυρίως χρησιμοποιούνται είναι το Denver test και το Grifitty test. Το μεν πρώτο εφαρμόζεται σε παιδιά 1 μηνός έως 6,1/2 ετών και είναι περισσότερο διαδεδομένο στην Ελλάδα. Το δε δεύτερο είναι κατάλληλο για παιδιά 0-8 χρονών, που παρουσιάζουν σωματικές ή αισθητηριακές ανωμαλίες. Άλλα test

βασίζονται σε εικόνες και λεξιλόγιο ή σε σχεδιασμό ενός ανθρώπου κλπ.

Ένα πολύ βασικό ρόλο επίσης διαδραματίζει η προγεννητική διάγνωση, η οποία λαμβάνει χώρα με τη μορφή διαφόρων μεθόδων. Οι βασικότερες απ' αυτές είναι :

i) Υπερηχογράφημα → το πρώτο υπερηχογράφημα γίνεται την 18η - 20ή εβδομάδα της κύησης. Η μέθοδος αυτή είναι τελείως ακίνδυνη και χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου. Μ' αυτόν τον τρόπο γίνεται η διάγνωση πολλών δυσπλασιών κρανίου και εγκεφάλου, νωτιαίου σωλήνα, οφθαλμών, προσώπου, καρδιάς, ουρογεννητικού και πεπτικού συστήματος.

ii) Λήψη εμβρυϊκού αίματος → Η παρακέντηση του ομφαλίου λώρου γίνεται μετά τη 19η - 20ή εβδομάδα της κύησης με το κατάλληλο εμβρυοσκόπιον και υπό υπερηχογραφικό έλεγχο. Λαμβάνονται 1-2 ml αίματος, το οποίο δεν πρέπει να περιέχει μητρικό αίμα. Σκοπός της μεθόδου είναι η εξέταση για αιμοσφαιρινοπάθειες, ανοσολογικά ευρήματα κλπ.

iii) Αμνιοκέντηση → Γίνεται κατά τη 17η - 18η εβδομάδα της κύησης και κατ' αυτήν λαμβάνεται ποσότητα αμνιακού υγρού (20 ml περίπου) με σκοπό την εξέταση για ανίχνευση μεταβολιτών που τυχόν παράγονται στο έμβρυο και αποβάλλονται με τα ούρα στο αμνιακό υγρό (οργανικά οξέα, αμινοξέα, εμβρυϊκή πρωτεΐνη, ακετυλοχολινεστεράση), ενζύμων εντερικού βλεννογόνου (πεπτιδασών, δισακχαρασών), τοξοπλάσματος κλπ.

iv) Εξέταση τροφοβλάστης → Γίνεται διαμέσου του τραχήλου της μήτρας με καθετήρα πολυαιθυλενίου, με τη βοήθεια ενδοσκοπίου ή προτιμότερο δια της

κοιλιακής οδού - με τη βοήθεια υπερηχογραφήματος πάντα. Η παρακέντηση γίνεται την 9η - 11η εβδομάδα της κύησης και λαμβάνονται 25-30 mg. ιστού. Με τη μελέτη του γονοτύπου του DNA γίνεται ανίχνευση πολλών γενετικών παραγόντων. Εδώ υπάρχει κίνδυνος διακοπής της κύησης από την παρακέντηση (3 - 6% των περιπτώσεων).

Προγεννητική διάγνωση απαιτείται στις κάτωθι περιπτώσεις :

- Προηγούμενο παιδί με χρωματοσωμική ανωμαλία
- Μητέρα μεγάλης ηλικίας
- Γονέας Πάσχων
- Συγγένεια α' βαθμού με πάσχοντα από σύνδρομο Down
- Ανεγκεφαλία και ανωμαλίες νωτιαίου σωλήνα σε γονέα ή αδελφό

(οπότε γίνεται προσδιορισμός α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης στον ορό της μητέρας και το αμνιακό υγρό).

IX. ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Η πρόληψη της νοητικής ανεπάρκειας προϋποθέτει ένα ευαισθητοποιημένο κοινωνικό σύνολο. Η ευαισθητοποίηση της Κοινότητας όμως απέναντι σ' ένα τόσο μεγάλο κεφάλαιο είναι δυνατό να επιτευχθεί μόνο με τη σωστή ενημέρωση και τη γνώση των κινδύνων που επιφυλάσσουν τη γέννηση ενός παιδιού με νοητική ανεπάρκεια.

Αυτό το σημαντικότερο έργο καλείται να πραγματοποιήσει μια ειδική ομάδα που ήδη αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο και που απαρτίζεται από παιδίατρος (ή Παιδοψυχιάτρος), ψυχολόγους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Αυτή η ειδική ομάδα θα πρέπει να προειδοποιήσει το κοινό για τους κινδύνους γέννησης παιδιού με νοητική ανεπάρκεια. Η πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί εάν:

- i) γίνεται έλεγχος του Rh αίματος των μελλοντικών γονέων (για πιθανή ασυμβατότητα Rh)
- ii) εμπολιασμός για ερυθρά, ιλαρά κλπ. λοιμώδη νοσήματα στις μελλοντικές μητέρες
- iii) αποφεύγονται οι ακτίνες Rontgen σε περίοδο εγκυμοσύνης
- iv) διατρέφεται σωστά η έγκυος
- v) αποφεύγεται η λήψη οποιουδήποτε φαρμάκου χωρίς ιατρική συμβουλή από την έγκυο

vi) αποφεύγεται η λήψη ναρκωτικών ή αλκοόλ και διακόπτεται το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και από τους δύο μελλοντικούς γονείς

vii) γίνεται συχνή ιατρική εξέταση εάν η εγκυμονούσα υπερβαίνει τα 35 έτη ηλικίας ή πάσχει από υπέρ - ή υπό-θυρεοειδισμό.

viii) αποφεύγονται οι εκτρώσεις

ix) αποφεύγεται ο γάμος σε άτομα με συγγένεια αίματος

x) διατρέφεται σωστά το παιδί

xi) δημιουργούνται συνθήκες που αποτρέπονται τραυματισμοί ή δηλητηρίαση των παιδιών

Εάν όλα αυτά ληφθούν σοβαρά υπόψη από τους μελλοντικούς γονείς οι πιθανότητες γέννησης παιδιού με νοητική καθυστέρηση περιορίζονται στο ελάχιστο.

Η ενημέρωση του κοινού μπορεί να επιτευχθεί με διεξαγωγή ειδικών σεμιναρίων, με τη μορφή ενημερωτικών φυλλαδίων ή εκπομπών κλπ.

Χ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΝΟΗΤΙΚΑ

ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η νοητική καθυστέρηση είναι ουσιαστικά μια κατάσταση αθεράπευτη, κάτι που οι γονείς δεν μπορούν να αποδεχθούν. Εάν το παιδί με νοητική καθυστέρηση τυχαίνει να είναι το πρώτο, οι γονείς θεωρούν φυσιολογική τη συμπεριφορά του λόγω έλλειψης προηγούμενης εμπειρίας και ερμηνεύουν την αργή κίνησή του ή την απάθεια ως "φρονιμάδα". Αντιθέτως εάν το νοητικά καθυστερημένο παιδί δεν είναι το πρώτο, οι γονείς δεν δυσκολεύονται να διαπιστώσουν ότι δεν πρόκειται για φυσιολογική ψυχοσωματική ανάπτυξη. Έτσι βλέπουν την ανάγκη προσφυγής σε ειδικούς, συνήθως στον οικογενειακό γιατρό, τον παιδίατρο ή τον ψυχολόγο.

Η φαρμακευτική βοήθεια είναι πολύ μικρή και δεν χορηγείται για ίαση, αλλά για υποστήριξη του οργανισμού, για αύξηση της αποδοτικότητας ή για περιορισμό της υπερβολικής κινητικότητας του παιδιού. Οι αμεταμίνες π.χ. χορηγούνται σε παιδιά απαθή και σε παιδιά που εμφανίζουν καταστάσεις υπερδιέγερσης, χορηγούνται ηρεμιστικά σε μικρές όμως δόσεις. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις ο γιατρός θα συστήσει ειδική δίαιτα (περίπτωση γαλακτοζαιμίας), χορήγηση παρασκευασμάτων θυρεοειδούς (κρετινισμός) κλπ.

Η χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων για τον έλεγχο προβλημάτων συμπεριφοράς δικαιολογείται μόνον εφόσον γίνεται περιστασιακά και σε έκτακτη

ανάγκη' αλλιώς η περίθαλψη θα πρέπει να βασιστεί σε ψυχολογικό-κοινωνικά μέσα, ανάμεσα στα οποία προσφέρεται πιο πολύ η συμπεριφορολογική θεραπεία. Δηλ. προσδιορίζεται πρώτα η συμπεριφορά με κάποιον περιβαλλοντικό παράγοντα που το προκαλεί ή το επιδεινώνει, ο παράγων αυτός απομακρύνεται ή τροποποιείται ανάλογα, εάν βέβαια αυτό είναι εφικτό. Διαφορετικά εφαρμόζεται το λεγόμενο "σύστημα επιβραβεύσεως" που συνίσταται στην ενίσχυση μιας επιθυμητής συμπεριφοράς με την υλική ή κοινωνική αναγνώρισή της, ή στην αποδυνάμωση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς με την κατακράτηση κάποιου προνομίου.

Έργο επίσης της ειδικής ομάδας είναι η ενίσχυση των γονιών του παιδιού με νοητική ανεπάρκεια. Ο ρόλος αυτός, ο συμβουλευτικός, ξεπερνά τον πρώτο, το θεραπευτικό. Οι γονείς έχουν ανάγκη από οδηγίες. Επίσης είναι απαραίτητη η υπόδειξη των κατάλληλων ιδρυμάτων αγωγής και αποκατάστασης του παιδιού.

Οι μεγαλύτερες δυσκολίες όμως αφορούν τον χρόνο εξέτασης του παιδιού. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με νοητική ανεπάρκεια οδηγούνται στο γιατρό μετά το 5ο έτος της ηλικίας τους ή μόλις αντιμετωπίσουν προβλήματα στο σχολείο. Παρ' όλα αυτά η συμβολή της ειδικής ομάδας είναι αποτελεσματική σε περίπτωση μωρίας, λιγότερο αποδοτική σε περίπτωση ηλιθιότητας και σχεδόν άκαρπη σε περιστατικό ιδιωτείας.

**Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΗΤΙΚΑ
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΕΧΥΣΗ ΤΗΣ
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΟΡΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΟΥΣ**

**Ι. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΗΤΙΚΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥΣ**

α) Εκπαιδεύσιμα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά

Οι εκπαιδεύσιμοι (educable) αποτελούν την ανώτερη βαθμίδα των νοητικώς καθυστερημένων (Δ.Ν. 50 ή 55 - 75 ή 79). Τα άτομα αυτής της βαθμίδας διαθέτουν την ικανότητα μάθησης στοιχείων των συνήθων σχολικών γνώσεων ή δεξιοτήτων, όπως και της αφομοίωσης της σχολικής ύλης έως και της Δ' τάξης του δημοτικού. Έχουν επίσης και τη δυνατότητα ένταξης στο κοινωνικό σύνολο. Ο όρος "εκπαιδεύσιμος" αναφέρεται σε επαρκή απόδοση σε σχολικές, κοινωνικές και επαγγελματικές γνώσεις.

β) Ασκήσιμοι νοητικώς καθυστερημένα παιδιά

Οι ασκήσιμοι (trainable) αποτελούν τη μέση βαθμίδα των νοητικών καθυστερημένων (Δ.Ν. 25-50 ή 30 ή 35-50). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν άτομα

που δεν είναι ικανά να αποκτήσουν σχολικές γνώσεις, εάν εξαιρεθούν κάποιες απομονωμένες λέξεις και απλές αριθμητικές πράξεις. Έχουν όμως τη δυνατότητα άσκησης σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, όπως λ.χ. η καθαριότητα ή η ένδυση, όπως και η εκτέλεση απλών εργασιών εντός του οικογενειακού κύκλου ή σε ειδικά εργαστήρια.

γ) Ιδιώτες ή πλήρως εξαρτημένα άτομα (custodial ή totally dependent).

Τα άτομα της κατηγορίας αυτής αποτελούν την κατώτερη βαθμίδα των νοητικώς καθυστερημένων (Δ.Ν 25 ή 20). Η καθυστέρηση τους είναι σε τόσο υψηλό βαθμό και με τόσο σημαντικές ανεπάρκειες, ώστε τα άτομα αυτά δεν μπορούν να έχουν καμιά ουσιαστική ωφέλεια από οποιαδήποτε μορφή αγωγή ή ασκήσεως. Η διατήρησή τους στη ζωή κρίνεται από την ύπαρξη ή μη διαρκούς ιατροφαρμακευτικής θεραπείας και μέριμνας. Η πλειοψηφία των ατόμων αυτών νοσηλεύεται σε ιδρύματα ή άσυλα εφ' όρου ζωής.

Η ΒΑΣΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΟΓΙΚΗ ΑΡΧΗ

Οι αρχές αυτές είναι ουσιαστικά η βάση της ειδικής αγωγής και οριοθετούν τα πλαίσια και τους στόχους της. Η πρώτη και βασικότερη αυτών είναι η πλήρης γνώση της νοοτροπίας του παιδιού με νοητική ανεπάρκεια και της όλης του συμπεριφοράς.

Κύριο χαρακτηριστικό των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών είναι η υστερησή τους στη νοημοσύνη. Η νοητική ανεπάρκεια όμως επηρεάζει όλους τους άλλους τομείς της ανάπτυξης, όλες τις ψυχοσωματικές λειτουργίες, με τις οποίες ένα άτομο επιτυγχάνει την εναρμόνιση με το περιβάλλον του, τόσο το φυσικό όσο και το κοινωνικό. Η λειτουργικότητα του ατόμου υστερεί παντελώς οι δυνάμεις αντιπαλότητας και διαλεκτικής συνδιαλλαγής με το περιβάλλον, οι προσαρμοστικές (αφομοίωση και συμμόρφωση) και αισθητηριοαντιληπτικές λειτουργίες, οι κινητικοί ρυθμοί κλπ. Το σύνολο των στοιχείων αυτών ή η πλειοψηφία τους βρίσκεται καθηλωμένο σε κάποιο πρώιμο εξελικτικό στάδιο. Άλλωστε εκτός της νοημοσύνης, υπάρχουν και άλλες δυνάμεις που έχουν παραμείνει ελλειμματικές. Έτσι λοιπόν η αγωγή των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών πρέπει να δίνει έμφαση στην τόνωση, ενίσχυση και βελτίωση της ψυχοσωματικής λειτουργικότητάς τους.

Η αγωγή λοιπόν των νοητικά υστερούντων παιδιών οφείλει να μην συμπαρασύρεται από το σύνηθες σχολικό πρόγραμμα, αλλά να αναλώνει το πλείστο της ενέργειάς της στις ανάγκες της πρακτικής ζωής. Κι' αυτές οι βασικές ανάγκες

μπορούν να καλύπτονται μόνο με τη συστηματική καλλιέργεια της λειτουργικότητας του ατόμου. Κι όλα αυτά πραγματοποιούνται με :

α) την συστηματική, επίμονη, επίπονη και μακροχρόνια αισθητηριακή αγωγή (όλων των αισθήσεων):

- της όρασης με ασκήσεις για τη διάκριση των βασικών χρωμάτων για την κατανόηση των εννοιών "φως", "σκοτάδι", "σκοτεινό" κλπ.

- της ακοής με ασκήσεις για τη διάκριση φυσικών και μηχανικών θορύβων, κρότων και ήχων για την αναγνώριση φωνών, ζώων, ανθρώπων κλπ.

- της γεύσης (πικρό, γλυκό κλπ.)

- της όσφρησης (οσμές, μυρωδιές, αρώματα κλπ.)

β) Με την κινητική αγωγή, για έλεγχο και συντονισμό των κινήσεων του σώματος.

γ) Με την απόκτηση ατομικών και κοινωνικών συνηθειών ατομικής καθαριότητας, αυτοεξυπηρέτησης, ατομικής ασφάλειας (αποφυγή κινδύνων), ανεκτής κοινωνικής συμπεριφοράς κλπ.

δ) Με την απόκτηση επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων (βασική υποδομή σε πρακτικές δεξιότητες κλπ.)

ε) Με την κατάκτηση πρακτικών σχολικών γνώσεων, προσαρμοσμένες στις πραγματικές δυνατότητες των παιδιών αυτών

Ας μη ξεχνάμε ότι η αγωγή των καθυστερημένων παιδιών έχει κοινωνικό-επαγγελματικό χαρακτήρα, με μοναδικό σκοπό την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωσή τους. η καλλιέργεια και η αύξηση του λειτουργικού τους επιπέδου

λοιπόν είναι ο μόνος δρόμος για μια στοιχειώδη εξασφάλιση της οικονομικής και κοινωνικής τους αυτάρκειας και αυτοδυναμίας.

Μια από τις σημαντικότερες ενέργειές μας εδώ θα πρέπει να είναι η παρατήρηση. Μέσω αυτής ερευνούμε στο παιδί τις κινητικές, πρακτικές, γλωσσικές και αισθητηριακές ικανότητές του και την κοινωνική του συμπεριφορά. Και η παρατήρηση αφορά τις δραστηριότητές του στις σχολικές εκδηλώσεις, τις εργασίες, την τάξη, την αυλή, το παιχνίδι. Το έργο αυτό όμως απαιτεί υπομονή, αισιοδοξία, γνώσεις, ψυχική αντοχή και αγάπη. Μ' αυτόν τον τρόπο θα οδηγήσουμε το παιδί στα όρια των δυνατοτήτων του. Και φυσικά το πρώτου που πρέπει να αποφύγουμε είναι η βιασύνη. Πάντα θα βρισκόμαστε σε μια νέα και ιδιότυπη προβληματικότητα. Κι αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αποφευχθεί ένα πρόγραμμα διδασκαλίας με στεγανά και πάγια πλαίσια. Πρέπει να υπάρχει η ελευθερία για ελιγμούς, εμπνεύσεις, επινοητικότητα και προσαρμοστικότητα, σύμφωνα πάντα με την ιδιαίτερη ανάγκη της κάθε ιδιοτυπίας του παιδιού. Η επινοητικότητα που αναφέραμε, διαπιστώθηκε ιδιαίτερα σε μια επίσκεψη στο Δημόσιο Παιδιατρικό Νευροψυχικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης, όπου υπήρξε συνάντηση με το νοσηλευτικό προσωπικό ενός τμήματος : Στον προθάλαμο ενός δωματίου που φιλοξενούσε πέντε αγόρια με νοητική καθυστέρηση χρονικής ηλικίας 10 - 11 ετών (η νοητική τους ηλικία δεν ξεπερνούσε τα 6 έτη), υπήρχε ένας πίνακας με τα ονόματά τους. Δίπλα στα ονόματα των παιδιών υπήρχε μια καρτέλλα με τις ημέρες της εβδομάδας. Εάν το παιδί είχε π.χ. στρώσει το κρεβάτι του την Δευτέρα, στην ημέρα αυτή υπήρχε αναρτημένη μια μικρή πράσινη ταμπέλα. Όποιο παιδί συγκέντρωνε μέσα στην εβδομάδα πέντε

πράσινες καρτέλλες, είχε το δικαίωμα την Κυριακή να βγει εκτός ιδρύματος - με την επιτήρηση κάποιου μέλους του νοσηλευτικού προσωπικού πάντα - για μια βόλτα στο ζωολογικό κήπο ή τσίρκο ή κινηματογράφο κλπ. Ακολούθηθηκε δηλαδή εδώ το "σύστημα της επιβραβεύσεως".

Μετά από συζήτηση που επακολούθησε για το νοσηλευτικό προσωπικό και την εκεί παρουσία του, επισημάναμε κάτι, που θα ήταν χρήσιμο να τονίσουμε εδώ. Για να πραγματοποιηθεί η επαφή μας με τα παιδιά που πάσχουν από νοητική ανεξάρκεια θα πρέπει να είμαστε γνώστες της καταστάσεώς τους. Κι αυτό μπορεί να αποκτηθεί με την κατάλληλη εκπαίδευση και ειδικότητα πάνω στον τομέα. Οι χειρισμοί των παιδιών αυτών είναι τόσο λεπτοί και οι κίνδυνοι από μια λανθασμένη κίνησή μας είναι τόσο μεγάλοι, που μόνο μια άρτια εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια μπορεί να επιτύχει - όσον αφορά το πρώτο - ή να αποφύγει - όσον αφορά το δεύτερο.

III. ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ - ΓΕΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούν οι σημαντικότερες διδακτικές αρχές, οι οποίες είναι το καταστάλαγμα που γέννησαν η επιστημονική έρευνα και πράξη μαζί. Οι αρχές αυτές έχουν την ίδια βαρύτητα και αποσκοπούν όλες μαζί και η κάθε μία χωριστά με σφαιρικό τρόπο στην πιο αποτελεσματική προσέγγιση του τελικού σκοπού, αυτού της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των ατόμων αυτών. Έτσι λοιπόν οι αρχές αυτές δεν αποβλέπουν σε ένα και μόνο σκοπό (π.χ. τον εκπαιδευτικό), αλλά στη διαδοχική εξυπηρέτηση πολλών σκοπών σύμφωνα και παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας των παιδιών αυτών, αλλά και των συγκεκριμένων κατά ηλικία αναγκών τους. Εδώ πρέπει να τονίσουμε την ανάγκη εφαρμογής τους όχι μόνο από την ειδική ομάδα, αλλά και τους ίδιους τους γονείς, όσο βέβαια είναι δυνατό κατά περίπτωση.

Οι αρχές αυτές ισχύουν για κάθε βαθμίδα των νοητικά καθυστερημένων παιδιών, για κάθε ηλικία, πάσης φύσεως γνωστικό αντικείμενο, κάθε μαθησιακή προσπάθεια και δεξιότητα. Οι διδακτικές αρχές που θα αναφερθούν πρέπει να αποτελούν γνώμονα και πρώτιστο κριτήριο ρύθμισης των ειδικών σχολικών προγραμμάτων εκπαίδευσης των νοητικά καθυστερημένων παιδιών.

α) Η αρχή της εξατομίκευσης της διδασκαλίας

Η νοητική καθυστέρηση, οι βαθμίδες των νοητικά καθυστερημένων ατόμων, τα χαρακτηριστικά της κάθε βαθμίδας, είναι όπως εξ αρχής τονίστηκε ένα ευρύ φάσμα με ποικίλες μορφές και ιδιοτυπίες και περιλαμβάνουν ένα πλήθος περιπτώσεων. Όπως συμβαίνει με τα φυσιολογικά άτομα, έτσι και με τα νοητικώς καθυστερημένα, οι μεταξύ τους ομοιότητες και διαφοροποιήσεις καλύπτουν μια τεράστια κλίμακα αναφορά, πάνω στην οποία δεν είναι εύκολο να γίνουν οριοθετήσεις και διαχωρισμοί των ατόμων σε ομάδες ή κατηγορίες με απόλυτη ομογένεια. Κάθε άτομο καθυστερημένο ή φυσιολογικό, έχει την δικιά του απόλυτη ιδιαιτερότητα.

Όσον αφορά τα κανονικά παιδιά, τα προγράμματά τους βασίζονται στο πλαίσιο των ομοιοτήτων των ικανοτήτων τους, που χαρακτηρίζουν γενικά το ψυχονοητικοσωματικό επίπεδο της ωρίμανσής τους. Αντιθέτως στα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά η σχετική ομοιογένειά τους, δεν απορρέει τόσο από την ομοιότητα των ικανοτήτων τους, όσο από το βαθμό και το είδος των ανικανοτήτων τους. Άλλωστε ακριβώς αυτό - το σύνολο των ανικανοτήτων τους - είναι που διαφοροποιεί τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά από τα φυσιολογικά.

Συχνά βλέπουμε ομάδες νοητικώς καθυστερημένων παιδιών που παρουσιάζουν μεταξύ τους ελάχιστη ομοιομορφία. Οι διαφορές των ανικανοτήτων τους είναι πολύπλοκες και οφείλονται στην αιτιολογία και το βαθμό της νοητικής τους καθυστέρησης, την ύπαρξη ή μη συνοδευτικών διαταραχών και στα

χαρακτηριστικά της κάθε προσωπικότητας.

Έτσι λοιπόν διαπιστώνουμε την ανάγκη για εξατομικευμένη διδασκαλία. Το μέλος της ειδικής ομάδας θα πρέπει ανά πάση στιγμή να έχει υπόψη του τα ειδικά χαρακτηριστικά, τις ιδιαίτερες ικανότητες και το είδος των ανικανοτήτων του κάθε παιδιού χωριστά. Θα πρέπει επίσης να έχει γνώση της δυναμικής της προσωπικότητας του κάθε παιδιού, τα στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνα της διαγνωστικής ομάδας, το ιστορικό της οικογένειας του, τις κλίσεις και τα ενδιαφέροντά του, το κατά πόσον υπάρχει περίπτωση για βοήθεια από το οικογενειακό περιβάλλον του και γενικώς οποιοδήποτε στοιχείο καθορίζει την ιδιαιτερότητά του.

Αυτή λοιπόν η εξατομίκευση της διδασκαλίας συνεπάγεται αυξημένες ευθύνες και ενέργειες, που συνοψίζονται στην εκπλήρωση των εξής υποχρεώσεων :

- τήρηση ατομικού φακέλου του παιδιού
- καταχώρηση εξ αρχής όλων των στοιχείων που αφορούν το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό του.
- παρατήρηση του παιδιού στις διάφορες εκδηλώσεις του και καταγραφή στον ατομικό φάκελο.
- συνεχής αξιολόγηση των αδυναμιών και των ικανοτήτων του παιδιού στα διάφορα γνωστικά αντικείμενα σε καθημερινή βάση και καταγραφή σε ιδιαίτερο δελτίο του φακέλου ανάλογη προσαρμογή των στοιχείων στις διδακτικές ενέργειες.

Φυσικά η αρχή της εξατομίκευσης της διδασκαλίας δεν σημαίνει και μη ομαδοποίηση των παιδιών για διδασκαλία σε κοινή ύλη και κοινά μαθήματα (ανάγνωση, αριθμητική κλπ), αποκλείει όμως τις συνήθεις γενικές οδηγίες, εντολές, αξιολογήσεις κλπ, που χαρακτηρίζουν την κάθε μορφή ομαδικής διδασκαλίας. Εξατομικευμένη διδασκαλία λοιπόν είναι η παρακολούθηση όλων των χαρακτηριστικών της ατομικότητας κάθε παιδιού χωριστά και η προσαρμογή της διδασκαλίας, της βοήθειας και των απαιτήσεων, λαμβάνοντας σοβαρά υπόψην κάθε μία ιδιαιτερότητα.

Οι έννοιες "νοητική καθυστέρηση" και "εξατομικευμένη διδασκαλία" είναι σχεδόν ταυτόσημη σε ό,τι αφορά αγωγή, εκπαίδευση, άσκηση και επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων αυτών. Η ατομική εξακρίβωση γνώσεων δεν έγγειται τόσο στο τι γνωρίζει το παιδί, όσο στο τι δεν γνωρίζει. Και βέβαια δεν μπορούμε να ρωτήσουμε το ίδιο το παιδί τι αγνοεί - π.χ. "ποιες λέξεις δεν γνωρίζεις;" - γιατί εκείνο αδυνατεί να συνειδητοποιήσει το φάσμα των γνώσεων και των αδυναμιών του. Στην μάθηση της γραφής επίσης χρειάζεται εξατομικευμένη βοήθεια για το κάθε παιδί, για το πως πρέπει να κρατήσει το μολύβι, για την απόσταση μεταξύ των γραμμάτων και των λέξεων κλπ. Η κιναισθητική αγωγή, οι χειροτεχνικές εργασίες και η αριθμητική, εάν δεν υπάρξει εξατομίκευση της διδασκαλίας, δεν προσφέρουν παρά ελάχιστα στα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά. Αυτό συμβαίνει γιατί τα παιδιά αυτά δεν έχουν από μόνα τους τη θέληση ή το ενδιαφέρον να διεκπεραιώσουν μια εργασία, μια προσπάθεια, ούτε ζητούν βοήθεια εάν συναντήσουν δυσκολίες. Έτσι απαιτείται συνεχής εγρήγορση και ετοιμότητα από τήν πλευρά μας,

μόλις μια δυσχέρεια κάνει το παιδί να εγκαταλείψει την προσπάθεια. Και χωρίς όμως την συνάντηση δυσκολιών, η ατομική ενθάρρυνση είναι απαραίτητη.

Μεγάλη βαρύτητα επίσης πρέπει να δώσουμε στην εκμάθηση κινήσεων. Η νοητική καθυστέρηση συνδέεται σχεδόν πάντα με το σύνδρομο τη κινητικής καθυστέρησης και ο χωροχρονικός προσανατολισμός αποτελεί το βασικό υπόβαθρο της κοινωνικοποίησης του παιδιού. Ο όρος "κινητική καθυστέρηση" οφείλεται στους Durge και Merkle, που έχουν μελετήσει το φαινόμενο, και αναφέρεται στην καθυστέρηση της εξέλιξης των εκούσιων κινητικών λειτουργιών.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι :

- καθυστέρηση βάρδισης
- καθυστέρηση ομιλίας
- εμμονή των ακούσων ασυμμετρικών κινήσεων, νευρική

υπεραντανακλαστικότητα, μυϊκή υπερτονία πέραν της ηλικίας των 3 ετών

- διαταραχές της φωνητικής άρθρωσης
- διαταραχές της πλαγίωσης

Η κιναισθητική αγωγή λοιπόν προϋποθέτει επίσης εξατομικευμένη διδασκαλία. Το κάθε παιδί χωριστά παρατηρείται για τον τρόπο εκτέλεσης της κάθε κίνησης και άσκησης. Δεν πρέπει να αρκούμαστε στα γενικά παραγγέλματα ή σε γενικές υποδείξεις της σωστής κίνησης. Απαιτείται παρατήρηση των παιδιών, διόρθωση των λαβών του κάθε παιδιού χωριστά με επιμονή, εξηγήσεις και βοήθεια για το καθένα. Η πρώτη μας ενέργεια είναι η κατανόηση των λέξεων - παραγγελμάτων από κάθε παιδί (π.χ. "πάνω", "κάτω", "δεξιά", "κλειστά δάκτυλα",

"γρήγορα" κλπ.). Ας δούμε την εξατομικευμένη διδασκαλία στο μάθημα της γυμναστικής με ένα παράδειγμα, για να κατανοήσουμε καλύτερα πως πρέπει να ενεργούμε. Παρακολουθήσαμε μια ομάδα παιδιών στο Δημόσιο Παιδιατρικό Νευροψυχικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης εν ώρα διδασκαλίας κινήσεως. Ο νοσηλευτής που ήταν υπεύθυνος γι' αυτό το μάθημα, μας τόνισε ότι είναι βασικό να εργαζόμαστε μαζί με το παιδί για να μάθει και για να εκτελεί, όχι για να ελέγξουμε αν έμαθε ή αν ξέρει να εκτελεί. Το βασικότερο δε μέρος του μαθήματος είναι το να βοηθηθεί το κάθε παιδί να κυριαρχήσει με την σκέψη του στις διάφορες κινήσεις των μελών του σώματος. Μας έδωσε το εξής παράδειγμα : "Κωστάκη σήκωσε αργά το δεξί σου χέρι πάνω, τεντωμένο, με κλειστά δάκτυλα". Ακολούθησε παρατήρηση αν το παιδί εκτέλεσε σωστά όλες αυτές τις κινήσεις, τι κατάλαβε καλά και τι δεν κατάλαβε, τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει σωστά. Επειδή το παιδί έκανε λάθος στο χέρι, ο νοσηλευτής έπιασε το δεξί του χέρι και προσπάθησε να το βοηθήσει να καταλάβει ποιο είναι το "δεξί" χέρι. Μετά κάλεσε όλα τα παιδιά να του δείξουν ένα - ένα το δεξί χέρι τους. Με αυτό τον τρόπο συνειδητοποίησε ποια άλλα παιδιά δεν γνωρίζουν ακόμα το "δεξί" και το "αριστερό" χέρι. Έτσι καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι οι κινητικές ασκήσεις, είναι κατά κύριο λόγο νοητικές ασκήσεις.

β) Η αρχή της συνειδητοποίησης της Πρακτικής αναγκαιότητας και της χρησιμότητας των μαθήσεων για τη ζωή

Η αρχή αυτή δεν μοιάζει σαν διδακτική αρχή άμεσα, γιατί αποτελεί βασική αφετηρία για την επιλογή της διδακτέας ύλης σε στενή συνάφεια με τον γενικό σκοπό αγωγής. Για τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά όμως προβάλλουμε την αρχή αυτή σαν διδακτική, σε σχέση με τον βασικό στόχο της αγωγής και εκπαίδευσης των ατόμων αυτών (κοινωνική ένταξη).

Ορμώμενοι απ' αυτή την αρχή λοιπόν πρέπει να επιμένουμε στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων απαραίτητων για τη ζωή του κάθε παιδιού, για τις άμεσες και μελλοντικές του ανάγκες.

Όταν τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά συνειδητοποιούν τη χρησιμότητα των γνώσεων που τους παρέχονται για τη ζωή τους, όταν προσδοκούν απ' αυτές άμεση ή μελλοντική κοινωνική αναγνώριση, όταν κατανοήσουν με τρόπο φυσική και αβίαστο την αναγκαιότητα των όσων μαθαίνουν για την επαγγελματική σταδιοδρομία τους, ενεργοποιούνται με ένα πραγματικά εκπληκτικό τρόπο, για να αποκτήσουν αυτές τις δεξιότητες και γνώσεις. Αντιθέτως όταν οι γνώσεις των σχολικών προγραμμάτων είναι στείρες, χωρίς καμιά επαφή με τις ψυχοσωματικές ανάγκες του παιδιού, αλλά και τις πρακτικές της ίδιας της ζωής είναι αδύνατο να κεντρίσουν και το παραμικρό ενδιαφέρον στο παιδί. Ο Pestalozzi το διακήρυξε πολύ σοφά περικλείοντας όλο το νόημα της παιδείας σε λίγες μόνο φράσεις : "στον

άνθρωπο μόνο μερικές γνώσεις του γένους του είναι απαραίτητες για τη ζωή. Μόνο που αυτές πρέπει σωστά να τις ξέρει και σωστά να τις χρησιμοποιεί για το καλό του”.

Η ακαδημαϊκή γνώση δεν θα γίνει ποτέ κτήμα του νοητικώς καθυστερημένου παιδιού. Γι’ αυτό οι βιοτικές του ανάγκες υπαγορεύουν την εμμονή στο πραγματικά ουσιώδες, άμεσο, ζωντανό, σημερινό, πρακτικό και προσανατολισμένο στις άμεσες και μελλοντικές ανάγκες της ζωής του. Εύκολα λοιπόν καταλαβαίνουμε ότι είναι πολύ πιο ωφέλιμο και ουσιώδες να ασκήσουμε τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά πως π.χ. να κόβουν χαρτόνι με το ψαλίδι, παρά να τους μάθουμε για την άλωση της Κωνσταντινούπολης.

γ) Από το συγκεκριμένο στο αφηρημένο, από το εύκολο στο δύσκολο, από το κοντινό στο μακρινό

Η διδακτική αυτή αρχή ισχύει για όλα τα κανονικά παιδιά, με βάση πάντα τη φυσιολογικότητα της εξελικτικής πορείας της προσωπικότητάς τους. Το πέρασμα των φυσιολογικών παιδιών στο στάδιο της αφηρημένης σκέψης αναμένεται μετά το ενδέκατο - δωδέκατο έτος της ηλικίας τους.

Ανάλογη προσδοκία δεν υφίσταται για ένα νοητικώς καθυστερημένο παιδί. Έτσι τροποποιούμε ανάλογα την παραπάνω αρχή: από το συγκεκριμένο στο συγκεκριμένο, από το εύκολο στο εύκολο, από το κοντινό στο κοντινό. Εδώ πρέπει να κατανοήσουμε ότι δεν υπάρχει κανένα συγκεκριμένο αντικείμενο, που να μπορεί

να φτάσει στη νόησή μας απαλλαγμένο από κάθε αφηρημένη έννοια και συμβολισμό. Λέμε π.χ. "η καρέκλα" και καρέκλα δεν είναι τίποτα άλλο παρά εκείνο το αντικείμενο που συγκεντρώνει ορισμένες ιδιότητες και χαρακτηριστικά. Αυτές λοιπόν οι ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά της καρέκλας είναι έννοιες αφηρημένες.

Έτσι η ειδική αγωγή πρέπει να αρκестεί στο πλήθος των συγκεκριμένων πραγμάτων, στο σύνολο των αλληλοσυσχετίσεών τους και στη χρησιμότητά τους στην πρακτική ζωή. Δεν χορηγούμε στα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά "λίγο απ' όλα", αλλά "λίγα και καλά". Πρέπει δηλαδή να τους δίνουμε λίγες γνώσεις,ε πιλεγμένες δεξιότητες και ολοκληρωμένες.

δ) Η αρχή της εποπτείας

Η αισθητηριοκινητική αγωγή και η ενίσχυση της αντιληπτικότητας των νοητικά καθυστερημένων παιδιών βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με την αρχή της εποπτικής διδασκαλίας. Μπορεί τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά να υστερούν στην κατανόηση αφηρημένων συμβόλων και εννοιών, είναι όμως ικανά να εργάζονται με συγκεκριμένα αντικείμενα και με πράγματα ήδη γνωστά από το σπίτι και την καθημερινή τους ζωή. Τα απτά και συγκεκριμένα αυτά πράγματα, όντας γνωστά εκ των προτέρων, ενθαρρύνουν την προσπάθεια για μάθηση, αποτελώντας "βατό δρόμο" και περιορίζοντας τις ψυχικές ανασφάλειες του παιδιού. Δεν διστάζει να επιχειρήσει την οποιαδήποτε προσπάθεια μ' αυτά, έχοντας πιο πολλές ελπίδες για επιτυχία και αφού οι φόβοι για μια επικείμενη αποτυχία περιορίζονται στο ελάχιστο. Ο βιωματικός και εμπειρικός κόσμος του παιδιού βασίζεται εξ

ολοκλήρου σχεδόν στα όσα του προσφέρουν οι αισθήσεις του από το άμεσο περιβάλλον.

Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο είναι απαραίτητη η χρήση φυσικού εποπτικού υλικού στη διδασκαλία και να ενισχύεται η μάθηση με όλες τις αισθήσεις και την κινητικότητα των παιδιών. Η αναγκαιότητα της εποπτείας δεν είναι μια πρόσφατη επισήμανση' αντιθέτως έχει διαπιστωθεί από την αρχαιότητα. Ο Αριστοτέλης πρώτος διατύπωσε την άποψή του ως εξής : "ουδέν εν τω νω ο μη πρότερον εν τη αισθήσει". Επί αιώνες η αρχή αυτή ξεχάστηκε και αγνοήθηκε, ώσπου την επανέφεραν στο προσκήνιο ο Pestalozzi και ο Rousseau.

Εποπτεία δεν σημαίνει παράσταση ενός αντικειμένου για οπτική αντίληψη και μόνο, αλλά παράσταση με την συμμετοχή όλων των αισθήσεων και των αντιληπτικών δυνάμεων του ατόμου. Και βέβαια δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να μετατρέπονται οι μαθητές σε παθητικούς παρατηρητές ενός πράγματος ή μιας εικόνας. Αντιθέτως η εποπτεία στοχεύει στην ενεργοποίηση όλων των δυνάμεων του παιδιού και απαιτείται η σύνδεση οποιουδήποτε εποπτικού μέσου με όλο το αισθητηριακό σύστημα υποδοχής των ερεθισμάτων του ατόμου και με όλες παράλληλα τις ιδιότητες, τα χαρακτηριστικά και τα συστατικά δομικά στοιχεία του αντικειμένου.

Η πλήρης και ολοκληρωμένη εφαρμογή της διδακτικής αρχής της εποπτείας σημαίνει ταυτόχρονα :

i) Άσκηση της παρατηρητικότητας

- Οπτική παρατήρηση σχημάτων, μεγέθους, χρώματος

αντικειμένων.

- Ψηλάφηση της επιφάνειας
- Ακουστική παρατήρηση για τον παραγόμενο ήχο
- Άρση και μετακίνηση του αντικειμένου για μελέτη του βάρους του.
- Οσφρητική και γευστική παρατήρηση (πχ. καραμέλλες, φρούτα κλπ.)

ii) Άσκηση της προσοχής

Δύναται να χρησιμοποιηθεί είτε φυσικό, είτε βιομηχανικό υλικό, για ταυτίσεις, συσχετίσεις, συνδυασμούς, διαφόρων ειδών συναρμολογήσεις κλπ.

iii) Άσκηση της αντιληπτικότητας, της φαντασίας, της κρίσης και της σκέψης.

Κάνοντας την αρχή με την αισθητική αντίληψη - "καταίσθηση" - προσωρούμε σε πολλά όμοια και ομοειδή αντικείμενα, στην κατανόηση των εννοιών του στον ενικό και τον πληθυντικό κλπ.

Όσον δε αφορά το εποπτικό υλικό, ειδικά στην σημερινή εποχή, υπάρχει αφθονία τόσων φυσικών, όσο και βιομηχανικών (τυποποιημένων) εποπτικών μέσων. Βέβαια το φυσικό υλικό προτιμάται, γιατί το βιομηχανικό αποσπά την προσοχή του παιδιού ως κατασκευή ή χρώμα και παρασύρει σε ασκήσεις επιφανειακού ή μηχανικού τύπου. Φυσικό εποπτικό υλικό είναι ότα τα πράγματα

που βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον του παιδιού : φασόλια, αμύγδαλα, ύφασμα, χαρτόνι, πλαστελίνη, λουλούδια, πηλός, ξυλάκια κλπ.

Τα τυποποιημένα μέσα και όργανα είναι διάφορα εργαλεία, κουκλοθέατρο μαγνητόφωνο, κύβοι με γράμματα ή αριθμούς κλπ. για τη γυμναστική είναι οι μπάλες, οι ρακέτες, τα μονόζυγα κλπ. Για τη μουσική είναι τα διάφορα μουσικά όργανα. Για τα φυσιογνωστικά μαθήματα είναι οι χάρτες, τα γεωμετρικά σχήματα, η υδρόγειος σφαίρα κλπ.

ε) Η αρχή της αγωγής της ψυχοκινητικότητας

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, πολύ συχνά η νοητική καθυστέρηση συνοδεύεται και από το σύνδρομο τη σκινητικής καθυστέρησης. Τα παιδιά αυτά υστερούν κατά πολύ στην κιναισθητική αντίληψη, στον χωρόχρονο και τις έννοιες του (έκταση, απόσταση, ύψος, βάθος κλπ.). Έτσι η αρχή αυτή αποτελεί βάση και αφετηρία, όχι μόνο ως διδακτική αρχή, αλλά και ως γενική παιδαγωγική. Η αγωγή της ψυχοκινητικότητας εφαρμόζεται με όλες τις μορφές παιχνιδιού, τη γυμναστική και την άθληση, την ελεύθερη απασχόληση και την σκόπιμη εργασία, τη χειροτεχνία, το χορό, το σχέδιο και τη γραφή. Στόχος της αγωγής της ψυχοκινητικότητας είναι η οργάνωση της γενικής κινητικότητας, η διάλυση των συμπαγών και ολικών σχημάτων και η εξειδίκευση και αυτοματοποίηση των κινήσεων. Δεν αποβλέπει δηλαδή στην μυϊκή - ορθοπεδική αγωγή με παθητικές κινήσεις, αλλά στην κυριαρχία της σκέψης του παιδιού πάνω στις κινήσεις του σώματος και των μελών. Αποβλέπει δηλαδή ουσιαστικά στο να κατορθώσει το νοητικά

καθυστερημένο παιδί να κατακτήσει το περιβάλλον του, να αποκτήσει κινητική επαφή με τα αντικείμενα, κινητικές εμπειρίες και κινητική έκφραση.

Είναι ευνόητο ότι η κινητική επαφή με το άμεσο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, αποτελεί προϋπόθεση για την κοινωνική του ένταξη. Εκτός αυτού με την ψυχοκινητική αγωγή επιτυγχάνεται και η εισαγωγή του παιδιού στην σκόπιμη εργασία και τον κοινωνικό προσανατολισμό.

στ) Η αρχή της οργάνωσης και της τάξης

Τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά δεν έχουν την αίσθηση της προτεραιότητας, της ιεράρχησης των αναγκών, των κινήσεων, των πραγμάτων. Γι' αυτόν τον λόγο απαιτείται η καλή οργάνωση της σχολικής ζωής με το να ακολουθούνται συγκεκριμένες διαδικασίες (π.χ. είσοδος στην τάξη), που θα είναι αργότερα απαραίτητες για την κοινωνικοποίησή τους.

ζ) Η αρχή της απλοποίησης και συστηματοποίησης της εργασίας

Είναι πασιφανείς οι απαιτήσεις αυτής της διδακτικής αρχής για τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά. Η διδακτέα ύλη θα πρέπει να είναι απλή και να βρίσκεται εντός του εμπειρικού κύκλου του παιδιού. Το κάθε προστιθέμενο νέο στοιχείο θα πρέπει να περιλαμβάνει όσο το δυνατό λιγότερες άγνωστες έννοιες. Προσοχή επίσης πρέπει να δοθεί στην απλότητα των μαθησιακών αντικειμένων του παιδιού, γιατί το παραμικρό που θα νιώσει υπεράνω των δυνάμεών του, θα του

προκαλέσει σύγχυση, αποστροφή και απώθηση από οιαδήποτε μορφή σχολικής εργασίας.

Το οποιοδήποτε νέο στοιχείο ή έννοια θα πρέπει να δίνεται εξελικτικά οργανωμένο, χωρίς κενά και άλματα, και ει δυνατό να γίνεται σε μικρό χρονικό διάστημα, γιατί τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά έχουν μικρή διάρκεια προσοχής.

η) Η αρχή της υπεράσκησης - υπερμάθησης

Για να μπορέσουν τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά να αποδώσουν και να κάνουν εφαρμογή των όσων διδάχτηκαν, απαιτούνται συνεχείς επαναλήψεις της διδακτέας ύλης και συνεχής επιμονή σε ερεθίσματα. Έτσι θα πρέπει να προσφέρεται λίγη και απλουστευμένη ύλη, με ελάχιστα νέα άγνωστα στοιχεία και συντομότατο χρόνο προσφοράς της ύλης, πολλές όμως πρέπει να είναι οι επαναλήψεις και επίμονη η άσκηση (υπεράσκηση). Υπεράσκηση και υπερμάθηση έχουν σημαντικότερα αποτελέσματα όταν συνδέονται άμεσα με τα ενδιαφέροντα του παιχιδιού.

θ) Η αρχή της εμπέδωσης

Η εφαρμογή της προηγούμενης διδακτικής αρχής συνεπάγεται και συμπληρώνεται με την αρχή της εμπέδωσης. Η αρχή αυτή αποσκοπεί στη διατήρηση των κεκτημένων γνώσεων, στην αναπαραγωγή τους, στην ικανότητα να γίνει χρήση του αποκτήματος σε νέες καταστάσεις. Για την αφομοίωση των γνώσεων απαιτείται

συμμετοχή και σύμπραξη όσο το δυνατό περισσότερων αισθήσεων, να γίνεται κατά κάποιον τρόπο η μεταβολή του γνωστικού αντικειμένου σε "εποπτικό βίωμα". Η εμπέδωση επιτυγχάνεται με την άσκηση, την επανάληψη, τον εθισμό, τη διαρκή εφαρμογή και την συναισθηματική φόρτιση του διδακτικού αντικειμένου. Εν τέλει στόχος της εμπεδώσεως είναι η οικειοποίηση των αφομοιωμένων μαθήσεων, ως λειτουργικών πλέον στοιχείων - δυνάμεων της προσωπικότητας του παιδιού.

ι) Η αρχή της αναπλήρωσης

Η "αναπλήρωση" είναι στην πραγματικότητα ένα είδος ψυχολογικού νόμου σύμφωνα με αυτόν το άτομο - το φυσιολογικό πάντα - τείνει να υπερκαλύψει τα όσα μειονεκτήματα παρουσιάζει σ' έναν τομέα, με την υπερανάπτυξη άλλων στοιχείων της προσωπικότητάς του π.χ. άτομα με σωματικές δυσμορφίες έγιναν καλλιτέχνες. Τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά μέσα στο πλήθος των ανικανοτήτων τους διατηρούν πολλές φορές και ικανότητες - στοιχεία του κανονικού επιπέδου (π.χ. μυϊκή δύναμη ή κλίση στη μελωδί ακαι τον ρυμό κλπ.). Είναι αδύνατη όμως η αναπλήρωση των ανικανοτήτων τους με ανάπτυξη και υπερανάπτυξη των ικανοτήτων τους αυτόβουλα. Τον ρόλο αυτό καλούμαστε εμείς να αναλάβουμε, με το να χρησιμοποιούμε την καθημερινή διδακτική πράξη για την ενίσχυση, ανάπτυξη και αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων του παιδιού. Άρα αυτό που για τα φυσιολογικά παιδιά - ή άτομα γενικώς - αποτελεί νόμο, πρέπει να είναι στόχος της αγωγής των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών.

ια) Η αρχή της αυτενέργειας ως σκοπός της ειδικής αγωγής

Η αυτενέργεια του μαθητή δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί ως διδακτική αρχή για τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά, αλλά σαν σκοπός, σαν προσπάθεια να επιτύχουμε μια κάποια συνειδητότητα και αυτοβοήθεια. Για να φτάσουν λοιπόν τα παιδιά αυτά σε δυνατότητες για αυτενέργεια, απαιτείται η αγωγή, η συνεργασία και βοήθειά μας, να αποβλέπουν στην ολικότητα της αντίληψης, την συνειδητοποίηση της σχέσης των "επιμέρους" με το όλο, με τον σκοπό.

ιβ) Η αρχή της υπεραξιοποίησης του συναισθήματος

Η συναισθηματικότητα του νοητικώς καθυστερημένου παιδιού είναι μη εξειδικευμένη και πολύ λιγότερο επεξεργασμένη από τις άμεσες κοινωνικές επιδράσεις απ' ό,τι στα φυσιολογικά άτομα είναι θα λέγαμε "ακατέργαση" και πιο αυθόρμητη. Το θυμικό μέρος των νοητικώς καθυστερημένων ατόμων λειτουργεί στο ακέραιο χαίρονται, κλαίνε, θυμώνουν, όπως ακριβώς τα κανονικά άτομα, από τις ίδιες αιτίες και σε ομόλογο βαθμό - όταν βέβαια δεν συντρέχουν και ψυχωτικές διαταραχές. Γι' αυτόν το λόγο μπορούμε να "χρησιμοποιήσουμε" το συναίσθημα ως πρόσβαση στην προσωπικότητά τους, μπορούμε μ' αυτό να απευθυνθούμε στο σύνολο της προσωπικότητας και να δημιουργήσουμε έτσι τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την εναρμόνιση και την ισορροπία της. Μέσω του συναισθήματος μπορούμε να

ξυπνήσουμε τη χαρά και το ενδιαφέρον του παιδιού για δοκιμή του υλικού, για πείρα και γνώση, για δημιουργία, για κοινωνική επαφή.

ιγ) Η αρχή της κοινωνικοποίησης

Η αρχή της κοινωνικοποίησης δεν είναι απλά και μόνο άλλη μία διδακτική αρχή, αλλά πρόκειται για τον τελικό στόχο της αγωγής του νοητικώς καθυστερημένου παιδιού. Ως διδακτική αρχή στοχεύει:

- στον προοδευτικό περιορισμό έως και την πλήρη ανεξάρτησή του από τον οικογενειακό κύκλο.
- στην όσο το δυνατό μεγαλύτερη βιολογική και κοινωνική αυτάρκεια και ανεξαρτητοποίηση από το περιβάλλον του
- στην καλύτερη διαλεκτική τοποθέτηση και λειτουργία του "εγώ", με το "εσύ", "εμείς" κλπ. για την απόκτηση βασικών ηθικοκοινωνικών στάσεων και συμπεριφορών

Η βασικότερη προϋπόθεση για την κατοπινή επαγγελματική και κοινωνική ένταξη είναι η ομαλή και κανονική συμβίωση με τα άλλα μέλη της σχολικής ομάδας (μια μικρή μαθητική κοινωνία).

ιδ) Η αρχή της εξελικτικής βοήθειας στην αγωγή του

λόγου

Τα φυσιολογικά παιδιά όταν φτάνουν στο σχολείο, έχουν ήδη έτοιμο ένα επίπεδο λόγου, ένα επαρκές γλωσσικό όργανο, που θα χρησιμοποιούν για την

επικοινωνία τους με τους άλλους και με βάση το γλωσσικό τους αυτό επίπεδο προγραμματίζονται οι στόχοι που πρέπει να κατακτήσουν. Για τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά όμως οι πρωταρχικοί στόχοι είναι - ή πρέπει να είναι - η βοήθεια για να κατακτήσουν - όσο γίνεται - αυτό το γλωσσικό επίπεδο, που τα κανονικά παιδιά έχουν έτοιμο όταν εισέρχονται στο σχολείο. Άρα αυτό που για την έναρξη της σχολικής ζωής του κανονικού παιδιού αποτελεί βάση και αφετηρία, πρέπει να αποτελεί στόχο για το νοητικώς καθυστερημένο παιδί.

ισ) Η αρχή της εργατικότητας

Οι καθημερινές σχολικές εργασίες των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών σε όλα ανεξαιρέτως τα μαθήματα, γίνονται με τη δικιά μας προτροπή και καθοδήγηση, προγραμματισμένα και μεθοδικά. Με τον περιορισμό των αποτυχιών και τον πολλαπλασιασμό των ευκαιριών για επιτυχίες χρησιμοποιούμε τις εργασίες σε καθημερινή βάση, για να δημιουργήσουμε και να ενθαρρύνουμε στα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά πιο ισχυρή βούληση για εργασία και εργατικότητα, όπως επίσης και για πρωτοβουλίες στις δραστηριότητές τους. Η αγωγή με την εργασία γίνεται αγωγή για την εργατικότητα.

ιστ) Η αρχή του παιχνιδιού

Τα παιδικά παιχνίδια της πρώιμης παιδικής ηλικίας συνιστούν ένα από τα πιο λειτουργικά στοιχεία της εξελικτικής πορείας προς την κιναισθητική αντίληψη και την σκέψη. Με την τοποθέτηση στόχων και σκοπών, τα παιδιά

συνηθίζουν στις σκόπιμες ενέργειες για την επίτευξή τους. Τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά όμως παρουσιάζουν διαφοροποίηση και ως προς το θέμα του παιχνιδιού' κι αυτό γιατί το παιχνίδι τους βασίζεται σε παρορμητικές κινήσεις, χωρίς κάποιο συγκεκριμένο σκοπό, χωρίς κάποια εξέλιξη, ολοκλήρωση ή συνέχεια. Το μεγαλύτερο ενδιαφέρον τους ως επί το πλείστον εντοπίζεται σε παιχνίδια φανταχτερά, ή θορυβώδη. Κι αυτά όμως τα εγκαταλείπουν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Αν παρατηρήσουμε όμως καλύτερα, τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά εμφανίζουν στον εσώτερο συναισθηματικό τους κόσμο μια "παιγνιώδη" ορμή για ενασχόληση με την μίμηση, ορμή για έκφραση και αναπαράσταση. Κι αυτοί εδώ οι ανοιχτοί δρόμοι είναι που πρέπει να χρησιμοποιηθούν στην αγωγή των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών, είτε με το μιμητικό παιχνίδι (παιχνίδι ρόλων), είτε με την σκηνική αναπαράσταση (δραματοποίηση).

Η "παιγνιοθεραπεία" δεν είναι το διδακτικό - παιδαγωγικό παιχνίδι. Μπορεί όμως να γίνει χρήση της και για παιδαγωγικούς σκοπούς. Κι αυτό που μας ενδιαφέρει περισσότερο, είναι το να δώσουμε μορφή ζωής και κίνησης, σε μια γνώση ή συμπεριφορά, να φορτίζουμε θυμικά την άσκηση, να δένουμε μάθηση και λειτουργικότητα του παιδιού. Εκτός όμως των άνω, το παιχνίδι μπορεί να γίνει αφορμή για την εκφόρτωση των επιθετικών τάσεων του παιδιού και δύναται να χρησιμοποιηθεί ως βασικότατο στοιχείο της κοινωνικοποίησής του.

Γ. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΤΙΚΗΣ ΕΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Γ. ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

Στο παρελθόν έχει τονιστεί από πολλούς συναδέλφους ότι οι νοσηλευτές στους χώρους της ψυχικής υγείας απτοελούν βασικά στελέχη της διεπιστημονικής ομάδας. Στο χώρο της ψυχιατρικής ειδικώτερα, πιστεύεται ότι βρισκόμαστε στην έναρξη μιας νέας μεταβατικής περιόδου, ιδιαίτερα σημαντικής και που αφορά την προσπάθεια αντιμετώπισης των θεμάτων ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα στα πλαίσια ενημερωτικών εκστρατειών.

Όπως και η εργασία μας μέσα σε μια κλινική, έτσι και η συμμετοχή μας σε μια διεπιστημονική ομάδα ενημερωτικού χαρακτήρα απαιτεί πλήρη γνώση των ορίων μας, προσωπικών, δεοντολογικών ή επαγγελματικών. Η νοσηλευτική μόρφωσή μας, ο προσωπικός μας εξοπλισμός αποτελούν και αυτά το νοσηλευτικό - θεραπευτικό εργαλείο μας. Αυτή η άσκηση αυτογνωσίας είναι ιδιαίτερης βαρύτητας, γιατί μας βοηθάει να συνυπάρχουμε αρμονικά με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Στις μέρες μας η ενωμέρωση του κοινού μπορεί να γίνει με μια

πληθώρα μέσων και μεθόδων και είναι δυνατό να διαμοιραστεί σε μια σειρά τομέων:

α) Παρέμβαση μέσα στο χώρο του σχολείου στο επίπεδο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σκοπός μας είναι η ενημέρωση τόσο των παιδαγωγών - συχνά στα σχολεία φοιτούν και παιδιά με ειδικές ανάγκες, λόγω έλλειψης ειδικών σχολείων - όσο και των ίδιων των μαθητών

β) Ενημέρωση ομάδων γονέων ή μελλοντικών γονέων μέσα στα πλαίσια οικογενειακού προγραμματισμού

γ) Ενημέρωση του κοινού μέσω των ΜΜΕ (TV, ραδιόφωνο κλπ) με μια σειρά εκπομπών για θέματα υγείας γενικώς ή ειδικά για θέματα ψυχικής υγείας

δ) Συζήτηση με ομάδες εφήβων

Εκτός από τις οργανωμένες αυτές εκδηλώσεις, έμφαση δίνεται εσχάτως και στις άτυπες συναντήσεις με τους κατοίκους της κοινότητας και τους φορείς. Η συζήτηση μέσα στο καφενείο ή την ταβέρνα είναι εξίσου σημαντική μ' αυτή των διαλέξεων ή των σεμιναρίων. Το πλησίασμα των ανθρώπων μέσα σ' αυτούς τους χώρους που είναι δικοί τους, γίνεται πιο εύκολα, τα μηνύματα περνούν απλά και αβίαστα, ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνεται και η απομυθοποίηση της ψυχιατρικής ομάδας. Την ίδια στιγμή εξάλλου επισημοποιούμε την παρουσία και την συμμετοχή μας σαν μέλη του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το μεγαλύτερο ποσοστό της παρέμβασής μας στο επίπεδο της πρόληψης αφορά περισσότερο την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κατά την περίοδο της κυοφορίας, η μέλλουσα μητέρα πρέπει να εξετάζεται συχνά από τον γιατρό της, ο οποίος θα πρέπει να παρακολουθήσει την εγκυμοσύνη από την "έναρξή" της και καθ' όλη της τη διάρκεια.

Δικές μας ενέργειες θα πρέπει να είναι :

- α) Λήψη του ιστορικού της μέλλουσας μητέρας (π.χ. χρόνιες ασθένειες), αλλά και του συζύγου, όπως επίσης και του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος
- β) Εξετάσεις αίματος και των δύο μελλοντικών γονέων (π.χ. Rh για πιθανή ασυμβατότητα).
- γ) Εμπολιασμός της κυοφορούσης για λοιμώδη νοσήματα και ενημέρωσή της για τους κινδύνους που αυτά εγκυμονούν για το έμβρυο, για την λήψη των κατάλληλων προστατευτικών μέτρων από την ίδια και το περιβάλλον της
- δ) Ενημέρωση της εγκύου για αποφυγή ακτινοβολίας (ακτίνες Rontgen) είτε για θεραπευτικούς σκοπούς, είτε για διαγνωστικούς

ε) Ενημέρωση της εγκύου για τη διατροφή της και τον κίνδυνο επί χρήσεως ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ

στ) Συμμετοχή στις μεθόδους προγεννητικής διαγνώσεως και ιδιαίτερα σ' αυτές της αμνιοκέντησης και της λήψεως εμβρυϊκού αίματος.

Όσον αφορά την ψυχοθεραπεία, όπως έχουμε ήδη προαναφέρει, το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί βασικό δυναμικό της ειδικής ομάδας. Για να μπορέσει όμως ένας νοσηλευτής να προσφέρει ενεργά, υπάρχουν κάποιες ειδικές προϋποθέσεις και αφορούν την ίδια του την προσωπικότητα, την υπόστασή του ως άνθρωπος και επαγγελματίας. Θα πρέπει λοιπόν να διαθέτει αντοχή, υπομονή, επιμονή, αγάπη και πλήρες γνωστικό υπόβαθρο. Η συμπεριφορά απέναντι στο νοητικά καθυστερημένο παιδί θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από :

* αποδοχή → σεβασμός για το νοητικώς καθυστερημένο παιδί, τόσο με τις λέξεις, όσο και από την ίδια μας την συμπεριφορά. Βασικές ενδείξεις σεβασμού είναι π.χ. η προσφώνηση του παιδιού με το όνομά του, το να το ακούμε χωρίς να το διακόπτουμε, το να αφήνουμε και να ενθαρρύνουμε το παιδί να εκφράσει την ανάγκη του να μιλήσει

* ασφάλεια και εμπιστοσύνη → όταν το παιδί έρθει για πρώτη φορά σε επαφή με το περιβάλλον του ειδικού σχολείου ή του ιδρύματος, αισθάνεται ανασφαλές και φοβισμένο, αφού πρόκειται για κάτι ξένο προς αυτό και άρα εχθρικό. Εμείς μπορούμε να το κάνουμε να νιώσει πιο άνετα και οικεία με τους εξής τρόπους :

- να δείξουμε προσοχή σε ό,τι αυτό πει και να το

πλησιάσουμε δια της συναισθηματικής οδού

- να του δώσουμε χρόνο για ερωτήσεις και -κυρίως- για επαναλήψεις
- να αναγνωρίζουμε την προσφορά του, χωρίς να εμμένουμε σε περιεχόμενο και συμπεριφορές
- να το κάνουμε να νιώσει το ιδιαίτερο και το ξεχωριστό της προσωπικότητάς του
- να αναγνωρίσουμε συμπεριφορές που ενδυναμώνουν την αυτοεκτίμησή του (π.χ. σίτιση, καθαριότητα κλπ.)

* Διάθεση για τον "εξοπλισμό" του παιδιού με τα κατάλληλα εφόδια για την κατοπινή επαγγελματική και κοινωνική ζωή του → θα πρέπει για αυτό να γίνει προσεκτική επιλογή της διδακτέας ύλης, λαμβάνοντας υπόψιν την ανάγκη για απλότητα των εννοιών, καθώς και αυτήν για την ευρύτητά της, αφού θα πρέπει να καλύπτει όσο το δυνατό περισσότερους τομείς. Το έργο της επιλογής αυτής βέβαια, δεν βαρύνει το νοσηλευτικό προσωπικό μόνο, αλλά ολόκληρη την διεπιστημονική ομάδα. Κάτι τέτοιο όμως σημαίνει ότι θα πρέπει να είμαστε γνώστες των αναγκαιοτήτων του νοητικώς καθυστερημένου παιδιού, δίνοντας προτεραιότητες και κάνοντας ιεράρχηση των στόχων μας. Ένα παράδειγμα προγράμματος "χτισμένο" σε μια πυραμίδα σκοπών, είναι αυτό που εφαρμόζεται από το 1990 σε ένα Αμερικάνικο σχολείο ειδικής αγωγής' το ειδικό προσωπικό αποτελείται από δύο ψυχολόγους, έναν παιδοψυχίατρο, τρεις νοσηλευτές και μία κοινωνική λειτουργό.

Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει :

- δεξιότητες συμπεριφοράς (Behavioral skills)
- δεξιότητες αυτοπεριποίησης (Self - care skills)
- δεξιότητες γενικής κινητικότητας (Gross motor skills)
- δεξιότητες λεπτής κινητικότητας (Fine motor skills)
- δεξιότητες επικοινωνίας (Communication Skills)
- κοινωνικοποίηση (Socialisation)
- διαπροσωπικές δεξιότητες (Interpersonal skills)
- σεξουαλική αγωγή (Sex education)
- αγωγή για τα ναρκωτικά (Drug education)
- δεξιότητες για την ασφάλεια (Safety skills)
- δεξιότητες για τον ελεύθερο χρόνο (Leisure skills)
- δεξιότητες γύρω από τον χρόνο (Time skills)
- δεξιότητες του καταναλωτή (Consumer skills)
- λειτουργικές θεωρητικές γνώσεις (Functional academics)

Γενικότερα το παιδί θα πρέπει μέσα από τη διδασκαλία να αποκτήσει :

- ικανότητα βίωσης του ιδίου του προσώπου και οικοδόμησης της αυτοπεποίθησης στην ζωή
- ικανότητα του μαθητή να αναλάβει τη φροντίδα για την συντήρησή του και την εξασφάλιση της ζωής του

- ικανότητα προσανατολισμού στο περιβάλλον και ανάλογη βίωσή του
- ικανότητα να προσανατολίζεται μέσα στην κοινότητα, να εντάσσεται, να διατηρεί τη θέση του μέσα σ' αυτήν και να την συνδιαμορφώνει
- ικανότητα να διακρίνει τον αντικειμενικό περίγυρο και να τον συνδιαμορφώνει

Όπως πολύ χαρακτηριστικά τονίστηκε από μία νοσηλεύτρια στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών "Γεώργιος Γεννηματάς" (υπεύθυνος στη μονάδα ψυχικής υγείας εφήβων) ο νοσηλευτής που συμμετέχει στην ειδική ομάδα αγωγής νοητικώς καθυστερημένων παιδιών, οφείλει να σέβεται απόλυτα την "Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Νοητικών Καθυστερημένων". Ερευνώντας το θέμα της Διακήρυξης αυτής, διαπιστώθηκε ότι ψηφίστηκε από το 7ο Παγκόσμιο Συνέδριο της International League of Societies for the Mentally Handicapped (ILSMH) στη Βιέννη και ότι η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ την έκανε δεκτή στις 20.12.1979. Παραθέτουμε τα άρθρα :

- Άρθρο 1. Βασικά δικαιώματα. Ο νοητικά καθυστερημένος άνθρωπος όσο αυτό είναι δυνατόν, έχει τα ίδια δικαιώματα με τους άλλους ανθρώπους.
- Άρθρο 2. Δικαίωμα στις παροχές (υγεία και εκπαίδευση). Ο νοητικώς καθυστερημένος άνθρωπος έχει δικαίωμα να απολαμβάνει κατάλληλη ιατρική περίθαλψη και φυσιοθεραπεία, καθώς και τέτοια

μόρφωση, πρακτική εξάσκηση, αποκατάσταση και προώθηση, ώστε να αναπτύσσονται οι ικανότητές του κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

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

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

Άρθρο 5. Κηδεμονία. Ο νοητικώς 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.

/2. Ευθύνη για εγκλήματα και νομική διαδικασία.

Άρθρο 7. Ακολουθούμενη διαδικασία, όταν παραστεί ανάγκη περιορισμού των δικαιωμάτων

Όποιος έχει μια επαρκή γενική εικόνα της σημερινής κατάστασης των νοητικώς καθυστερημένων συμπολιτών, θα εντοπίσει αρκετά προβλήματα και δυσκολίες στα άρθρα αυτά. Π.χ. γίνεται λόγος για τις συνθήκες στέγασης των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών σε μεγάλα ιδρύματα. Σύμφωνα με τις σημερινές αντιλήψεις είναι ακόμη θλιβερές - εν μέρει θλιβερές στην καλύτερη περίπτωση. Με λίγα λόγια, η απόφαση για αναγνώριση των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών ως ισότιμων μελών της κοινωνίας και η παροχή σ' αυτούς των ίδιων βασικών δικαιωμάτων, έχει αρκετές πρακτικές συνέπειες, που αναφέρονται στα επτά άρθρα με πολύ γενικό τρόπο. Το ευτυχές και ελπιδοφόρο γεγονός είναι ότι για τα τελευταία υπάρχει συναίνεση στην σημερινή παιδαγωγική των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών και μάλιστα ανεξαρτήτως των όποιων λεπτών διαφορών που χαρακτηρίζουν τις επιμέρους ανθρωπολογικές αντιλήψεις.

Δ. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΓΡΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΤΙΚΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η έρευνα διεξήχθη σε τέσσερα γνωστ-ανοσοκομεία - ιδρύματα :

- α) Νοσοκομείο Παιδων "Αγία Σοφία", τμήμα ψυχολογικής Παιδιατρικής (Γουδί).
- β) Δημόσιο Παιδιατρικό νευροψυχιατρικό νοσοκομείο Ναού Πεντέλης.
- γ) Κέντρο ψυχικής υγιεινής-ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας (Πειραιάς).
- δ) Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών "Γεώργιος Γεννηματάς" (Χολαργού).

Τα άτομα που απάντησαν στις ερωτήσεις ανέρχονται στα δεκαεπτά. Δυστυχώς η προσπάθεια για έρευνα αντιμετωπίστηκε με αδιαφορία από το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων και ιδρυμάτων, φαινόμενο που πραγματικά απογοητεύει. Παρακάτω αναλύονται διεξοδικά οι ερωτήσεις, και οι απαντήσεις που δόθηκαν :

- 1) Πόσα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν ειδικευτεί στην ψυχιατρική :

Στο νοσοκομείο "Αγία Σοφία" τα μέλη με ψυχιατρική ειδικότητα ανέρχονται στα τρία, στο Ναού Πεντέλης τέσσερα, ένα στο Κέντρο ψυχικής υγιεινής Πειραιά και ένα στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών.

- 2) Κατά πόσον υπάρχει συνεργασία με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και ποιός ο τρόπος της συνεργασίας αυτής;

Και στα τέσσερα νοσοκομεία - ιδρύματα οι ερωτηθέντες απάντησαν καταφατικά στο άψογο της συνεργασίας. Επίσης ο τρόπος δουλειάς είναι ομοιογενής : κάθε μέλος της ειδικής διεπιστημονικής ομάδας αφού εργαστεί στον τομέα του, μεταφέρει σε μια κοινή καθημερινή συνεδρία ό,τι παρατήρησε, προτείνει κάποιες αλλαγές κλπ. Σε κάθε συνεδρία ανοίγεται ο φάκελος του κάθε παιδιού χωριστά, ενημερώνεται όλη η ειδική ομάδα για την πορεία του κατά τη διάρκεια της μέρας και κατόπιν τούτου αναγράφονται οι παρατηρήσεις όλες σε ειδικό δελτίο του φακέλου.

- 3) Ποιό το μέγεθος της ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι στα νοητικά καθυστερημένα παιδιά;

Στην ερώτηση αυτή, επίσης συμφώνησαν οι ερωτηθέντες, ότι η ευθύνη του νοσηλευτή είναι πολύ μεγάλη. Χαρακτηριστικά η υπεύθυνος της μονάδας ψυχικής υγείας εφήβων στο Γ.Π.Ν.Α., ανέφερε ότι "προσωπικά όρια δεν υφίστανται, όταν υπάρχει ενασχόληση με νοητικά καθυστερημένο παιδί. Τα παιδιά αυτά δένονται συναισθηματικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, αφού ο περισσότερος χρόνος τους καλύπτεται απ' αυτό".

Κάτι επίσης που επισήμανε κάποιος νοσηλευτής στο Νταού Πεντέλης είναι ότι "η οικογένεια του νοητικώς καθυστερημένου παιδιού έχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο ψυχολόγο, αλλά μεγαλύτερες απαιτήσεις από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ίσως αυτό οφείλεται στην μυθοποίηση του ψυχολόγου ή του γιατρού και την μεγαλύτερη οικειότητα με το νοσηλευτικό προσωπικό". Εκτός αυτών δόθηκε έμφαση στο θέμα "υπομονή του νοσηλευτικού προσωπικού", "αντοχή", "επιμονή", "στοργή". Εάν κάποιος δεν διαθέτει όλα αυτά, προσθέτοντας και την αναγκαιότητα για πολύπλευρες γνώσεις του αντικειμένου, είναι προτιμότερο να μην ασχοληθεί με νοητικώς καθυστερημένα παιδιά. Κι αυτό γιατί τα παιδιά αυτά έχουν την ιδιότητα να αντιλαμβάνονται τα συναισθήματα όσων τα περιβάλλουν. Διαθέτουν, όπως χαρακτηριστικά είπε κάποιος, ένα είδος "κεραίας". Αν εντοπίσουν έστω και ίσνος αρνητισμού, κλείνονται στον εαυτό τους, νιώθοντας αποτυχημένα και πληγωμένα και κάποιες φορές φτάνουν στο σημείο εμφάνισης αυτισμού. Κι όλα αυτά από μια λανθασμένη κίνηση ή μια στιγμιαία παρόρμηση από την πλευρά μας.

4) Ποιές σχέσεις υπάρχουν ανάμεσα στις οικογένειες των

νοητικά καθυστερημένων παιδιών και το νοσηλευτικό
προσωπικό;

Στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις διίστανται. Κάποιοι απάντησαν ότι οι οικογένειες αδιαφορούν ως επί το πλείστον για το νοητικά καθυστερημένο παιδί (Νταού Πεντέλης) και ότι αυτό που βαραίνει περισσότερο το οικογενειακό περιβάλλον, είναι η τάση αποφυγής ευθυνών και τύψεων και αισθήματα ντροπής.

κάποιοι άλλοι μίλησαν για συνεργασία με την οικογένεια' οι γονείς συμβουλευονται την ειδική ομάδα για την πορεία του παιδιού, για τον τρόπο που πρέπει να συμπεριφέρονται κλπ. Συμπερασματικά προέκυψε ότι οι μορφωμένοι κυρίως γονείς είναι αυτή που συνεργάζονται με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, ενώ κάποιοι άλλοι ανακουφίζονται από την ιδέα ότι δεν είναι αναγκασμένοι να έχουν ένα νοητικώς καθυστερημένο παιδί στον οικογενειακό χώρο, απαλάσσοντας τον εαυτό τους από οποιοδήποτε μερίδιο ευθύνης.

5) Κατά πόσον συμμετέχει ένας νοσηλευτής στην ίαση της νοητικής καθυστέρησης :

Ομόφωνη απάντηση των ερωτηθέντων ήταν ότι στη νοητική καθυστέρηση δεν υπάρχει ποτέ πλήρης ίαση και πολύ περισσότερο στα παιδιά που νοσηλεύονται σε ιδρύματα και νοσοκομεία. Ιάσιμα θεωρούνται μόνο κάποια περιστατικά, όταν ανιχνεύονται νωρίς.

6) Συμμετοχή του νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία του νοητικώς καθυστερημένου παιδιού

Ο νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει τον καλύτερο εαυτό του στην ψυχοθεραπεία του νοητικώς καθυστερημένου παιδιού. Ασχολείται με μια πληθώρα τομέων :

- φαρμακευτική αγωγή
- ψυχοκινητικότητα
- παιχνίδι

- αγωγή του λόγου (σε συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό)
- εκμάθηση της οργάνωσης και της τάξης στο παιδί
- εκμάθηση ατομικών και κοινωνικών συνηθειών ατομικής καθαριότητας και αυτοεξυπηρέτησης του παιδιού κλπ.

Η μεγαλύτερη συμμετοχή όμως αφορά την παρατήρηση της καθημερινής πορείας του νοητικώς καθυστερημένου παιδιού και η μεταφορά αυτών στην κοινή συνεδρία της διεπιστημονικής ομάδας.

7) Ποιες οι συνθήκες στα ιδρύματα ή τα νοσοκομεία για τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά :

Συνοψίζοντας τις απαντήσεις όλων των ερωτηθέντων θα λέγαμε τα εξής : το ιδανικότερο για τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά θα ήταν η ανάπτυξη τους μέσα στους κόλπους της οικογένειας για διάφορους λόγους (στοργή οικογενειακού κύκλου, σταθερότητα περιβάλλοντος, διαπροσωπικές σχέσεις με φυσιολογικά άτομα κλπ.). Δυστυχώς οι συνθήκες των ιδρυμάτων δεν είναι οι καλύτερες δυνατές. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη κάποιων μέσων (π.χ. εποπτικών), στην πλήρη σχεδόν αδιαφορία της κοινότητας για τα ιδρύματα, στην έλλειψη οικονομικών κονδυλίων ικανά να καλύψουν τις ανάγκες των ιδρυμάτων, ελλείψεις στο προσωπικό - όχι μόνο στο νοσηλευτικό - και ύπαρξη μικρού ποσοστού

ειδικευμένου προσωπικού. Στο Νταού Πεντέλης μάλιστα επισημάνθηκε από μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού, το φαινόμενο του "ιδρυματισμού" : συχνά κάποια παιδιά με σχετικά μικρό βαθμό νοητικής καθυστέρησης, όταν εισαχθούν σε κάποιο ίδρυμα εμφανίζουν μείωση του επιπέδου ανταπόκρισης σε tests ή εργασίες. Αυτό οφείλεται τόσο στην προσπάθεια προσαρμογής στο νέο περιβάλλον, όσον και στην επιρροή από τα υπόλοιπα παιδιά - μέλη των ομάδων.

8) Κατά πόσον υπάρχει συναισθηματική ανταπόκριση από τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά :

Οι ερωτηθέντες συμφώνησαν ότι υπάρχει ανταπόκριση από τον συναισθηματικό κόσμο των παιδιών, αφού παραμένει αναλοίωτος σχεδόν στο ακέραιο. Ένα νοητικώς καθυστερημένο παιδί γελάει, κλαίει, θυμώνει, όπως ακριβώς και ένα φυσιολογικό παιδί. Νιώθει τα συναισθήματα όσων το περιβάλλουν και ανταποκρίνεται ανάλογα σ' αυτά. Ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών, είναι η ιδιότητα του συναισθηματικού δεσίματος που εμφανίζουν και που είναι πολύ μεγαλύτερο απ' ό,τι στα φυσιολογικά παιδιά. Γι' αυτούς τους λόγους πρέπει να πλησιάζουμε τα παιδιά αυτά πάντα με αγάπη και ειλικρίνεια.

9) Πώς αντιμετωπίζει η κοινωνία την νοητική καθυστέρηση;

Αν και η απάντηση ήταν αναμενόμενη, θεωρήθηκε σκόπιμο να γίνει η ερώτηση αυτή, γιατί οι ερωτηθέντες αντιμετωπίζουν την κοινωνία εκ των έσω. Όπως σε όλες τις μορφές ψυχικής "νόσου", έτσι και στην περίπτωση αυτή η

κοινωνία θεωρεί το νοητικώς καθυστερημένο παιδί ως "μιάσμα " και ντροπή. Κάποιοι πάντως υποστήριξαν ότι στην σημερινή εποχή υπάρχει σαφής βελτίωση της αντιμετώπισης από αυτήν του παρελθόντος. Κι όταν μιλάμε για παρελθόν, δεν εννοούμε βέβαια φαινόμενα ρίψης στον Καιάδα, αλλά τις άθλιες συνθήκες εγκλεισμού σε άσυλα εφ' όρου ζωής. Σήμερα υπάρχει μέριμνα για την επαγγελματική αποκατάσταση των νοητικώς καθυστερημένων ατόμων. Μάλιστα κάποια νοσηλεύτρια μίλησε για κάποιο νοητικά καθυστερημένο άτομο που παλαιότερα νοσηλευόταν στο νοσοκομείο ("Αγία Σοφία") και πρόσφατα ξαναείδε σαν εργαζόμενο σε κάποιο ταχυδρομείο. Το βασικότερο μέλημά μας - σύμφωνα με την ίδια - είναι το να δώσουμε στο νοητικώς καθυστερημένο παιδί τα εφόδια για την μελλοντική επαγγελματική του πορεία.

10) Προτάσεις για καλύτευση των συνθηκών αγωγής και αντιμετώπισης των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών

Οι προτάσεις συνοψίζονται στις ακόλουθες :

- Περισσότερο ειδικευμένο προσωπικό
- Καλύτερη ενημέρωση του κοινού για την πρόληψη της νοητικής καθυστέρησης
- Περισσότερα εποπτικά μέσα για τη διδασκαλία των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών.
- Δημιουργία ειδικών κέντρων για νοητικώς καθυστερημένα παιδιά και μόνο.

Με το πέρας των ερωτήσεων ζητήθηκαν συγκεκριμένα περιστατικά, όπου να διαφαίνεται η νοσηλευτική παρέμβαση και δόθηκαν τα ακόλουθα :

α' Περίπτωση

Πρόκειται για τη Ζωή, χρονολογικής ηλικίας 6,5 ετών. Είναι παιδί λεπτόσωμο, αλλά υγιές, με σωστή σωματική διάπλαση και φυσιολογική λειτουργία όλων των αισθήσεων. Η ομιλία της είναι επίσης φυσιολογική. Η φυσιογνωμία της είναι ανέκφραστη και παρουσιάζει υπερκινητικότητα. Οι γονείς της έχουν μόρφωση δημοτικού σχολείου. Ο πατέρας της είναι οικοδόμος, ενώ η μητέρα της ασχολείται με οικιακά. Όταν γεννήθηκε η Ζωή, ο πατέρας της ήταν 24 ετών, η δε μητέρα της 19. Πριν το παιδί γίνει πέντε ετών, οι γονείς πήραν διαζύγιο. Την επιμέλειά του αυτή την στιγμή την έχει ο πατέρας του παιδιού και την μητέρα την βλέπει από σπάνια έως καθόλου. Το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο είναι φτωχό. Σ' αυτή τη φάση το οικογενειακό περιβάλλον είναι ήσυχό' δεν ήταν όμως κατά την περίοδο της ενδομήτριας ζωής του παιδιού. Η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη και η μητέρα της είχε κάνει αλεπάλληλες προσπάθειες αποβολής. Παράλληλα κάπνιζε πολύ και έκανε υπερβολική χρήση αλκοόλ. Το παιδί περπάτησε και μίλησε σε ηλικία 3 ετών. Είναι αμελής, αδιάφορη και αδύνατη μαθήτρια. Το ενδιαφέρον της είναι άτονο και η συναισθηματική της κατάσταση προβληματική.

Νοσηλευτική παρέμβαση :

- Φαρμακευτική αγωγή (χορήγηση μικρών δόσεων ηρεμιστικών)
- Προσπάθεια για συναισθηματικό πλησίασμα
- Παροχή ασφάλειας, δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης
- Προγραμματισμένη καθημερινή σχολική εργασία, για ενθάρρυνσή της

στην εργατικότητα

- Ενασχόληση με την μουσική (εμφανίζει κλίση σ' αυτήν και σύμφωνα με την ειδική ομάδα, μόνο σ' αυτήν).
- Συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον του (ο πατέρας της συμβουλευέται συχνά την ειδική ομάδα και δείχνει πρόθυμος στην οποιαδήποτε υπόδειξη του παιδοψυχιάτρου).

β' Περίπτωση

Πρόκειται για τον Παύλο, χρονολογικής ηλικίας 6,4 ετών. Οι γονείς του είναι κτηνοτρόφοι και ζουν σ' ένα μικρό ορεινό χωριό. Ο Παύλος έχει άλλο τρία αδέρφια μεγαλύτερα σε ηλικία. Οικονομικά το επίπεδο είναι μέτριο, ενώ οι γνώσεις των γονέων είναι στοιχειώδεις. Όταν γεννήθηκε το παιδί, ο πατέρας ήταν 35 ετών και η μητέρα 30. Τόσο η εγκυμοσύνη, όσο και ο τοκετός ήταν καθ' όλη την πορεία τους φυσιολογικά. Ο Παύλος περπάτησε σε ηλικία ενός έτους και μίλησε στην ηλικία των τριών ετών. η νοημοσύνη του βρίσκεται στο επίπεδο της μωρίας. Παρουσιάζει τραυλισμό και η παρατηρητικότητα, η κρίση και η φαντασία είναι ασθενείς. Παρά το ότι είναι υγιής και αρτιμελής, η κινητικότητά του είναι προβληματική (νωθρότητα και αρρυθμία). Έχει πρόβλημα στην όραση (μυωπία).

Είναι αδύνατος μαθητής και οι σχέσεις του με τα άλλα παιδιά είναι κακές. Ο τραυλισμός τον απομονώνει και στρέφεται εναντίον των συμμαθητών του, τους οποίους θεωρεί εχθρούς. Κλαίει πολύ εύκολα και έχει το πρόβλημα της ενούρησης. Είναι δύσθυμος, ευαίσθητος, πεισματάρης και ακατάστατος, χωρίς αυτοπεποίθηση και θάρρος.

Νοσηλευτική παρέμβαση :

- Φαρμακευτική αγωγή (χορήγηση αμφεταμινών σε μικρή δοσολογία)
- Προσπάθεια για συναισθηματικό πλησίασμα του παιδιού με τους συμμαθητές του
- Αγωγή της οργανωτικότητας και της τάξης
- Αγωγή του λόγου
- Κίνητρα για ενθάρρυνση της ενασχόλησής του με εργασίες
- Εκμάθηση στοιχείων αυτοεξυπηρέτησης, για την αυτονομία του και για απόκτηση στοιχειώδους έστω αυτοπεποίθησης.
- Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας
- Συνεργασία με την μητέρα του παιδιού (ο πατέρας είναι αδιάφορος)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην εργασία αυτή προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε λεπτομερώς - και από θεωρητική, αλλά και από πρακτική άποψη - το πρόβλημα της νοητικής καθυστέρησης και τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού σ' αυτό. Η εξέταση αυτή μας επιτρέπει κάποιες ψυχοπαιδαγωγικές προτάσεις, με την πίστη ότι ίσως φανούν χρήσιμες :

- 1) Η πρόληψη είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της νοητικής καθυστέρησης. Οι μέλλοντες γονείς πρέπει να γνωρίζουν ποια μέτρα πρέπει να λάβουν, ώστε να αποφευχθεί η γέννηση ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού.
- 2) Η έγκαιρη διάγνωση είναι το επόμενο βήμα, εάν δεν γίνει επιτυχής πρόληψη. Οι γονείς πρέπει να προσφεύγουν στους ειδικούς από τις πρώτες ενδείξεις.
- 3) Ο ρόλος των γονέων είναι αποφασιστικός. Εκείνοι οφείλουν να σηκώσουν το μεγαλύτερο βάρος του προβλήματος.
- 4) Καθήκον των γονέων είναι η δημιουργία υγιούς πνεύματος στο

οικογενειακό περιβάλλον, με κύριο γνώρισμα τον ομαλό συναισθηματικό βίο όλων των μελών της οικογένειας

5) Προσπάθεια για βελτίωση του οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου και από την πολιτεία και από τους γονείς.

6) Η παιδαγωγική βοήθεια των νοητικώς καθυστερημένων παιδιών πρέπει να είναι ανάλογη των δυνατοτήτων τους

7) Ίδρυση επανδρωμένων ειδικών σχολείων, με προσωπικό επιλεγμένο με αυστηρά κριτήρια. Οι άνθρωποι αυτοί να αγαπούν το έργο τους και το ειδικό παιδί.

Όσον δε αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, θα πρέπει να καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για τη διατήρηση υψηλής στάθμης νοσηλευτικής φροντίδας αντιμετωπίζοντας με ρεαλισμό κάθε ειδική περίπτωση. Μαζί με τον σεβασμό για τη ζωή πρέπει να υπάρχει και σεβασμός προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ανεξαρτήτως από την κατάσταση της υγείας του. Ο ίδιος σεβασμός πρέπει να χαρακτηρίζει τον άρρωστο με χρόνια νόσημα ή οξύ επεισόδιο για το ψυχωτικό και το νοητικά καθυστερημένο άτομο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- * ANTLER ΑΛ., "Τα προβληματικά παιδιά", σειρά "εφαρμοσμένη ψυχολογία", εκδόσεις Μπουκουμάνη, Αθήνα 1974
- * VIAUD G., "Η νοημοσύνη : η εξέλιξη και οι μορφές της", σειρά "Que sais - je?", Τόμος 13ος, εκδόσεις Ι. Ζαχαρόπουλου, Αθήνα 1967, τίτλος πρωτοτύπου "L' intelligence"
- * VINNIKOT D., "Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός του κόσμος", σειρά "Σύγχρονη ψυχαναλυτική βιβλιοθήκη", εκδόσεις Θ. Καστανιώτη, μετάφραση Θ. Παραδέλλης, τίτλος πρωτοτύπου "The child, the family and the Outside world", Αθήνα 1976
- * CLOUTIER FR., "Η Πνευματική υγεία", σειρά "Que sais - je?", τόμος 132ος, εκδόσεις Ι. Ζαχαρόπουλου, Αθήνα 1973, τίτλος πρωτοτύπου "La sante mentale".
- * ΕΧΑΡΧΟΠΟΥΛΟΥ Ν., "Ψυχικάί ανωμαλίες των παιδων και τρόποι βελτιώσεως αυτών", τυπογραφείο της Αποστολικής Διακονίας, Αθήνα 1953.
- * ΚΑΛΑΝΤΖΗ - ΑΖΙΖΙ ΑΝ., "Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο

χώρο του σχολείου", Τόμος II, Αθήνα 1988.

- * ΚΑΣΣΙΜΟΣ Χ., "Γενική Παιδιατρική", εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1995
- * ΚΡΑΣΣΑΝΑΚΗΣ Γ., "Νοητική ανεπάρκεια", εκδόσεις Σμυρνιωτάκη, Αθήνα 1989
- * ΚΥΠΡΙΩΤΑΚΗΣ Α., "Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους", Ψυχοτεχνική, Ηράκλειο 1989
- * ΜΑΚΡΗΣ Ν., "Σημειώσεις Νευρολογίας", ΤΕΙ Πάτρας 1993
- * ΜΑΝΟΥ Ν., "Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής", University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988
- * ΜΟΥΧΙΝΑΣ Β., "Παιδική ψυχολογία", εκδόσεις "Ελληνικά γράμματα", Αθήνα 1990
- * ΜΟΡΦΗΣ Λ., "Παιδιατρική", εκδόσεις ΟΕΔΒ, Αθήνα 1988
- * ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ Ι. - ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΠΟΥΛΟΥ Ι., "Ψυχολογία ατομικών διαφορών", ΟΕΔΒ, Αθήνα 1974
- * ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ Ι., "Εξελικτική ψυχολογία", τόμοι Α,Β,Γ,Δ, εκδόσεις ΟΕΔΒ, Αθήνα 1985
- * ΠΑΣΣΑΚΟΣ Κ., "Ψυχολογία ατομικών διαφορών", εκδόσεις Ν. Κουκά, Αθήνα 1975
- * ΠΙΑΓΕΤ J. - ΙΝΗΕΛΔΕΡ Β., "Η ψυχολογία του παιδιού", σειρά "Que sais-je?", τόμος 99ος, εκδόσεις Ι. Ζαχαρόπουλου, τίτλος πρωτοτύπου "La psychologie de l' enfant", Αθήνα

1967.

- * RAGET J., "Η ψυχολογία της νοημοσύνης", σειρά "σύγχρονη ψυχαναλυτική βιβλιοθήκη", εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1988
- * ΠΑΝΟΥ Μ., "Παιδιατρική Νοσηλευτική, εννοιολογική προσέγγιση", εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1992
- * "ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ", τρίμηνη έκδοση εκπαιδευτικής κριτικής και γενικής παιδείας, τεύχος 14ο, αφιέρωμα "Παιδεία και ανθρώπινες σχέσεις", Αθήνα 1994
- * RATTNER J., "Ανατρέφω σωστά το παιδί μου;", σειρά "Εφαρμοσμένη ψυχολογία", τίτλος πρωτοτύπου "Erziehe ich mein kind richtig?", μετάφραση Γ. Βαμβαλή, εκδόσεις Μπουκουμάνη, Αθήνα 1969.
- * ΣΤΑΥΡΟΥ Λ., "Ψυχοπαιδαγωγική αποκλινόντων νηπίων - Παιδιών - εφήβων", εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1984
- * FROMM ER., "Πέρα από τα δεσμά της αυταπάτης", σειρά "Κοινωνιολογία", τίτλος πρωτοτύπου "Beyond the chains of illusion", μετάφραση Μ. Κορνήλιου, εκδόσεις Μπουκουμάνη, Αθήνα 1977
- * ΧΑΡΩΝΗΣ Β., "Ψυχολογία και αγωγή των εφήβων", εκδόσεις ΟΕΔΒ, Αθήνα 1976