

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΔΥΣΘΥΜΙΑ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ ΣΤΙΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΟ ΕΙΔΙΚΟ
ΣΧΟΛΕΙΟ. ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΝΟΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΜΗ
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΤΟΥ
ΝΟΜΟΥ ΛΑΣΙΘΙΟΥ**

Υπεύθυνος καθηγητής:
Καναβάκης Εμμανουήλ

Σπουδάστρια
Δεμέτζου Ζηνοβία

Ηράκλειο Κρήτης, Δεκέμβριος 2004

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ τον κ.Καναβάκη Εμμανουήλ, καθηγητή και ψυχίατρο, του οποίου η βοήθεια ήταν πολύτιμη για την διεκπεραίωση και την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας, τόσο στο θεωρητικό όσο και στο ερευνητικό μέρος.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τις φίλες μου για την στήριξη, την βοήθεια τους και τη συμπαράστασή τους κατά τη διάρκεια της πτυχιακής μου εργασίας. Ιδιαίτερος την Ελένη Φαρσάρη και τη Μαίρη Σκουτέλη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
-------------------------	----------

ΜΕΡΟΣ Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
----------------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Άτομο με Ειδικές Ανάγκες.....	7
1.2.Τα Δικαιώματα των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες.....	7
1.3.Έννοια της Νοητικής Ανεπάρκειας.....	8
1.4.Ορισμοί της Νοητικής Ανεπάρκειας.....	9
1.5.Χαρακτηριστικά της Νοητικής Ανεπάρκειας.....	10
1.6.Βαθμίδες της Νοητικής Ανεπάρκειας.....	10
1.6.1.Βαριά Νοητική Ανεπάρκεια.....	10
1.6.2.Μέση Νοητική Ανεπάρκεια.....	11
1.6.3.Ελαφριά Νοητική Ανεπάρκεια.....	12
1.7.Αίτια της Νοητικής Ανεπάρκειας.....	13
1.8.Η πρόληψη της Νοητικής Ανεπάρκειας στα πλαίσια της οικογένειας.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.Σύνδρομο Down.....	15
2.2. Αίτια συνδρόμου Down.....	16
2.3. Αυτισμός	17
2.3.1.Διάγνωση.....	17
2.4. Διαταραχές μάθησης (δυσλεξία).....	18
2.5.Διαταραχές όρασης.....	19
2.6.Διαταραχές ακοής.....	20
2.7.Διαταραχές συμπεριφοράς (υπερκινητικότητα).....	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1.Ο Θεσμός της Ειδικής Αγωγής.....	23
3.2.Σκοπός ειδικής αγωγής.....	23
3.3.Φορείς ειδικής αγωγής.....	25
3.4.Χώροι παροχής ειδικής αγωγής.....	25
3.5.Η Εκπαιδευτική Πολιτική του ΥΠ.Ε.Π.Θ. για τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες.....	26
3.5.1.Σημερινή Κατάσταση της Ειδικής Αγωγής.....	26
3.5.2.Σχεδιασμός της νέας πολιτικής του ΥΠ.Ε.Π.Θ για τα Α.Μ.Ε.Α.....	27
3.5.2.1.Γενικές καινοτομικές αρχές του νόμου για την ειδική αγωγή.....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1.Οικογένεια και παιδί με Ειδικές Ανάγκες.....	31
4.1.1.Οικογένεια.....	31
4.2.Διάγνωση του προβλήματος της αναπηρίας και η οικογένεια.....	32
4.3.Ο ρόλος της οικογένειας του ατόμου με ειδικές ανάγκες.....	34
4.4.Επαφή με την οικογένεια.....	39
4.5.Δυσλειτουργικότητα στην οικογένεια.....	41
4.6.Πατέρας και παιδί με ειδικές ανάγκες.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1.Επιβάρυνση της οικογένειας ως προς την εμφάνιση των αναφερόμενων διαταραχών.....	47
5.2.Αντίστοιχες έρευνες.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1.Ιστορική Αναδρομή της διαταραχής της Κατάθλιψης.....	51
6.2.Κλινικές μορφές της κατάθλιψης.....	53
6.3.Επιδημιολογία.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1.Ορισμός του Άγχους	57
7.2.Συμπτώματα του άγχους	59
7.3.Οργανικές συνέπειες του άγχους.....	60
7.4. Ψυχολογικές συνέπειες του άγχους	60

7.5. Γνωστικές συνέπειες του άγχους.....	61
7.6.Συναισθηματικές συνέπειες του άγχους.....	61
7.7. Συμπεριφορικές συνέπειες	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. Ορισμός της Δυσθυμίας	62
8.2.Χαρακτηριστικά δυσθυμίας.....	62

ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Υπόθεση της έρευνας.....	63
2.Μεθοδολογία της έρευνας.....	63
3Παρουσίαση των γενικών χαρακτηριστικών του δείγματος.....	66
4.Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	72
5.Ανάλυση επιμέρους συσχετίσεων.....	75
6.Αποτελέσματα έρευνας	90
7.Σύγκριση με άλλες έρευνες.....	93
8.Παράρτημα.....	94

Βιβλιογραφία.....	100
--------------------------	------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της Πτυχιακής Εργασίας στην σχολή Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης στο Ηράκλειο κατά το ακαδημαϊκό έτος 2004, με υπεύθυνο καθηγητή τον κ. Καναβάκη Εμμανουήλ και έχει ως θέμα: «Κατάθλιψη, δυσθυμία και στρες στις οικογένειες παιδιών που φοιτούν στο ειδικό σχολείο. Έρευνα σε γονείς νοητικά και μη καθυστερημένων παιδιών στα σχολεία του νομού Λασιθίου».

Αφορμή για την επιλογή αυτού του θέματος στην εργασία μου ήταν το γεγονός ότι η πρακτική μου άσκηση στο τελευταίο έτος στη σχολή μου ήταν ένα ειδικό σχολείο. Είχα τη δυνατότητα να συνεργαστώ με γονείς παιδιών που φοιτούν στο ειδικό σχολείο και αυτό μου κίνησε το ενδιαφέρον να μελετήσω περισσότερα πράγματα για το πως νιώθουν και πόσο τους επιβαρύνει ψυχολογικά το παιδί τους, συγκρίνοντάς τους με γονείς παιδιών που φοιτούν στο κανονικό σχολείο.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας μου προσπάθησα να αναλύσω τα αποτελέσματα της έρευνας μου, που είχε δείγμα τα σχολεία ειδικά και κανονικά του νομού Λασιθίου. Έτσι, μπόρεσα να συγκρίνω την επιβάρυνση στην οικογένεια ενός παιδιού που φοιτά στο ειδικό σχολείο και ενός παιδιού που φοιτά στο κανονικό σχολείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Άτομο με ειδικές ανάγκες.

Άτομο με ειδικές ανάγκες ή μειονεκτικό άτομο είναι αυτό που υποφέρει από οποιαδήποτε συνεχιζόμενη ανικανότητα του σώματος, του πνεύματος ή της προσωπικότητας. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τους Sherill et al 1986, Thomas J. et al 1988) υπάρχουν σε δώδεκα κατηγορίες:

- i. Διαταραχές ομιλίας
- ii. Δυσκολίες μάθησης
- iii. Ελαφριά ή μέση νοητική καθυστέρηση
- iv. Βαριά νοητική υστέρηση
- v. Σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές
- vi. Διάφορα οργανικά νοσήματα
- vii. Σοβαρή απώλεια ακοής
- viii. Πολλαπλές μειονεξίες
- ix. Ορθοπεδικές βλάβες
- x. Κώφωση
- xi. Ελλιπής όραση
- xii. Τύφλωση.

1.2. Τα Δικαιώματα των Ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Ο Διεθνής Σύνδεσμος των εταιρειών για τα άτομα με νοητική ανεπάρκεια διατυπώνει ως εξής τα γενικά και ειδικά δικαιώματά τους.

Άρθρο 1^ο Το άτομο με νοητική ανεπάρκεια έχει τα ίδια βασικά δικαιώματα με τους άλλους πολίτες της ίδιας χώρας και της ίδιας ηλικίας.

Άρθρο 2^ο Το άτομο με νοητική ανεπάρκεια έχει δικαίωμα σε ανάλογη ιατρική περίθαλψη, σωματική αποκατάσταση και εκπαίδευση, για να μπορέσει να αναπτύξει στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τις ικανότητες και δεξιότητές του, ανεξάρτητα από το βαθμό της αναπηρίας του. Κανένα καθυστερημένο άτομο δεν πρέπει να στερείται τις υπηρεσίες αυτές με το αιτιολογικό ότι συνεπάγονται μεγάλες δαπάνες.

Άρθρο 3^ο Ανάλογα με τις ικανότητές του, έχει δικαίωμα να συμμετέχει στην παραγωγική διαδικασία και την επαγγελματική απασχόληση, καθώς και το δικαίωμα σε οικονομική ασφάλεια και αξιοπρεπές επίπεδο ζωής.

Άρθρο 4^ο Έχει δικαίωμα συμμετοχής στην κοινωνική ζωή. Αν χρειαστεί περίθαλψη σε ίδρυμα, το τελευταίο αυτό πρέπει να έχει οικογενειακό χαρακτήρα και να βρίσκεται όσο το δυνατό πιο κοντά στη μόνιμη κατοικία του μειονεκτικού ατόμου.

Άρθρο 5^ο Αν παραστεί ανάγκη, δικαιούται να έχει κηδεμονία, ικανή να προστατεύει την προσωπική του ευημερία και να ικανοποιεί τα ενδιαφέροντά του.

Άρθρο 6^ο Έχει το δικαίωμα να προστατεύεται από εκμετάλλευση, κατάχρηση, καταπίεση ή από κατώτερης ποιότητας θεραπεία. Όταν προσάγεται σε δίκη, έχει το δικαίωμα σε νόμιμη υπεράσπιση, που πρέπει να στηρίζεται πάνω σε δίκαιη εκτίμηση του βαθμού της υπευθυνότητάς του.

Άρθρο 7^ο Αν εξαιτίας της σοβαρότητας μειονεκτημάτων του δεν είναι σε θέση να διεκδικήσει μόνο τα δικαιώματά του, η διαδικασία για την τροποποίηση ή την άρνηση των δικαιωμάτων του α προϋποθέτει κατάλληλη νομική προστασία, που θα εξασφαλίζει το άτομο αυτό από κάθε κατάχρηση, εκμετάλλευση ή καταπίεση και θα βασίζεται σε εκτίμηση της κοινωνικής ωριμότητάς του, από εμπειρογνώμονες που έχουν τα απαραίτητα προσόντα.

Κυρίως το καθυστερημένο άτομο πρέπει να έχει το σεβασμό των συνανθρώπων του.

1.3. Έννοια της νοητικής ανεπάρκειας.

Η νοημοσύνη είναι η σπουδαιότερη γνωστική δύναμη του ανθρώπου. Είναι, καλύτερα, μια δέσμη γνωστικών λειτουργιών, μια σύνθεση δυνάμεων, με τις οποίες το άτομο λύνει τα προβλήματα που του παρουσιάζονται και προσαρμόζεται σε ασυνήθιστες καταστάσεις της ζωής. Είναι ακόμα μια κοινωνική ικανότητα, μια πνευματική δύναμη, που μας βοηθά να γνωρίσουμε τον εαυτό μας και τους συνανθρώπους μας. Είναι, τέλος, μια διαδικασία σκέψης, ένας δυναμισμός, που οδηγεί τις ψυχικές μας λειτουργίες σε μία κατάσταση ισορροπίας.

1.4. Ορισμοί της νοητικής ανεπάρκειας.

Στο λεξικό της Ψυχολογίας του N.Sillamy η νοητική ανεπάρκεια ορίζεται ως συγγενής ανεπάρκεια στην ανάπτυξη της νοημοσύνης, που εκδηλώνεται νωρίς και που συνήθως δεν είναι δυνατόν να αναπληρωθεί. Τον ίδιο περίπου ορισμό δίνει και ο ψυχίατρος Τ.Νικολόπουλος στη Μεγάλη Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια.

Ο A.Binet προσπάθησε να ορίσει τη νοητική ανεπάρκεια με αναφορά σε εξελικτικά κριτήρια: Καθυστερημένο είναι το παιδί που από την άποψη της νοητικής εξέλιξης εξομοιώνεται με ένα κανονικό παιδί μικρότερης ηλικίας. Είναι όμως ένα παιδί που εξελίσσεται αργά και που η ανάπτυξη του θα σταματήσει.

Το 1937 ο Άγγλος A.F.Tredgold, θεωρεί τη νοητική καθυστέρηση ως ανεπαρκή ανάπτυξη, που από τη φύση και τη σοβαρότητά της δεν επιτρέπει την προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον του, ούτε την επιβίωσή του χωρίς καθοδήγηση, επίβλεψη και προστασία.

Τον ίδιο προσανατολισμό έχει και ο ορισμός του Αμερικανού Porteus, ενός από τους πρώτους διευθυντές της σχολής του Vineland που επινόησε το γνωστό «τεστ των λαβυρίνθων». Νοητική ανεπάρκεια που δεν οφείλεται σε διαταραχή των αισθητηρίων και που δεν επιτρέπει στο άτομο να λύσει τα διάφορα προβλήματα και να εξασφαλίσει την ύπαρξή του, στο μέτρο που το απαιτεί η κοινωνική ζωή.

Ο Edgar Doll, ορίζει την νοητική ανεπάρκεια με πολλαπλά κριτήρια, όπως :

- Η συγγενής προέλευση και συνεπώς το μη επανορθώσιμο της διαταραχής.
- Η εμφάνισή της γίνεται στην παιδική ηλικία.
- Η ελλιπής κοινωνική προσαρμογή:υποτυπώδης κοινωνική δραστηριότητα, προβλήματα για την ένταξη στην επαγγελματική ζωή, αδυναμία στη διεκπεραίωση προσωπικών υποθέσεων σε σύγκριση με ομαλούς συνομηλίκους.
- Η ανεπαρκής νοητική εξέλιξη.
- Η πρόωρη παύση κάθε ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης.

Επικρατέστερος είναι ο ορισμός που διατυπώθηκε από την Αμερικανική Ένωση για τη νοητική ανεπάρκεια (American Association of Mental Deficiency). Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η νοητική καθυστέρηση χαρακτηρίζεται από γενική νοητική ανάπτυξη κάτω του μέσου όρου, εμφανίζεται στην περίοδο της ανάπτυξης και συνοδεύεται από υποβαθμισμένη προσαρμοστική συμπεριφορά.

1.5. Χαρακτηριστικά νοητικής ανεπάρκειας.

Το πρώτο από τα χαρακτηριστικά της νοητικής ανεπάρκειας είναι ότι η διαταραχή δεν περιορίζεται στη νοημοσύνη, αλλά εκτείνεται στο σύνολο των ψυχικών και αισθησιοκινητικών λειτουργιών, π.χ. από ατελή προσαρμογή στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, μειωμένη συναισθηματικότητα, αφιθυμικές διαταραχές, προσβολή της κινητικότητας, γλωσσική ανεπάρκεια κ.α.

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό της νοητικής ανεπάρκειας είναι η μονιμότητα, το μη επανορθώσιμο της διαταραχής. Ο καθυστερημένος νοητικά δεν είναι δυνατόν να μεταμορφωθεί σε άτομο κανονικής νοημοσύνης.

Άλλο γνώρισμα της νοητικής ανεπάρκειας είναι ο αργός ρυθμός και η πρόωρη παύση της ανάπτυξης των ψυχικών λειτουργιών. Επιπλέον, η κάθε λειτουργία έχει το δικό της ρυθμό και το δικό της χρονικό όριο. Σε σύγκριση π.χ. με την ψυχοκινητική λειτουργία, η αντίληψη και η παράσταση του χώρου και του χρόνου εξελίσσονται με βραδύτερο ρυθμό και η ανάπτυξη τους σταματάει νωρίτερα.

1.6.Βαθμίδες νοητικής ανεπάρκειας.

Ανάλογα με τη σοβαρότητά της, η νοητική ανεπάρκεια διακρίνεται σε τρεις βαθμίδες. Σε γενικές γραμμές περιγράφονται τρεις μορφές νοητικής ανεπάρκειας, για τις οποίες η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), προτείνει τους όρους βαριά, μέση και ελαφριά νοητική υστέρηση. (Π.Ο.Υ., Έκθεση Νο 74/1954, που συντάχθηκε από επιτροπή ειδικών επιστημόνων).

1.6.1.Βαριά νοητική ανεπάρκεια.

Με τον όρο βαριά νοητική ανεπάρκεια η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπονοεί την χειρότερη μορφή νοητικής ανεπάρκειας. Τα άτομα που εντάσσονται στην κατηγορία αυτή ονομάζονται ιδιώτες.

Τα άτομα με βαριά νοητική ανεπάρκεια έχουν δείκτη νοημοσύνης μικρότερο από 20 και πνευματική ηλικία κάτω από τρία έτη.

Από την πλευρά της φυσικής εμφάνισης, το πρόσωπο των ατόμων αυτών είναι συνήθως ανέκφραστο και απαθές, το βλέμμα του ζώδες, η αδεξιότητα των κινήσεών τους έκδηλη, η λειτουργία μερικών αισθήσεων ατελής, δεν αισθάνονται τη δυσσομία, όσο έντονη κι αν είναι και συχνά έχουν μόνιμη σιελόρροια.

Έχουν μικρό ανάστημα, ασύμμετρο πρόσωπο, κρανιακές ανωμαλίες, στενό μέτωπο, ακανόνιστα αυτιά, κοντά και σχεδόν ισομεγέθη δάχτυλα, παραμορφωμένα δόντια, δερματικές ανωμαλίες, παραμορφώσεις του ερειστικού συστήματος, δυσπλασία των εξωτερικών γεννητικών οργάνων κ.α.

Απουσιάζει ή βρίσκεται σε υποτυπώδη κατάσταση η κριτική ικανότητα, η φαντασία, η μνήμη, η προσοχή υπολειτουργούν, η γλωσσική ικανότητα παραμένει σε βρεφικό επίπεδο και δεν επιτρέπει την επικοινωνία με τους άλλους ανθρώπους. Κάθε πνευματική εξέλιξη των ατόμων αυτών παύει γύρω στο 6^ο ή 7^ο έτος της ζωής τους.

1.6.2. Η μέση νοητική ανεπάρκεια.

Για τη βαθμίδα αυτή της νοητικής ανεπάρκειας χρησιμοποιούνται διεθνώς οι όροι imbecillite και trainable (ασκήσιμοι, από την εκπαιδευτική ταξινόμηση).

Σύμφωνα με το βασικό κριτήριο του Binet, στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα που δεν μπορούν να κατανοήσουν το γραπτό λόγο ούτε να τον χρησιμοποιήσουν στην επικοινωνία τους με τους άλλους. Δεν μπορούν δηλαδή να μάθουν ανάγνωση και γραφή όπως επίσης και αριθμητική.

Θεωρούνται όμως ασκήσιμοι. Είναι δηλαδή σε θέση να αποκτήσουν με τη μίμηση και την άσκηση ορισμένες γνώσεις, που θα τους επιτρέψουν να αυτοεξυπηρετούνται με στοιχειώδη έστω τρόπο.

Από την πλευρά της φυσικής εμφάνισης, τα άτομα μέσης νοητικής ανεπάρκειας έχουν συνήθως κοινό πρόσωπο και συνηθισμένη σωματική διάπλαση, προδίδονται όμως από την έκφραση και τις ψυχοκινητικές τους αντιδράσεις.

Από την άποψη της νοητικής εξέλιξης, η πνευματική ηλικία των παιδιών μέσης νοητικής ανεπάρκειας δεν ξεπερνά τα επτά έτη και ο δείκτης νοημοσύνης (Δ.Ν.) κυμαίνεται από 25 μέχρι 50. Η αντιληπτική και η παραστατική λειτουργία βρίσκονται σε κάπως ανεκτό επίπεδο, η προσοχή παρουσιάζεται ασταθής, η μάθηση, όπου είναι δυνατή, προχωρεί με πολύ αργό ρυθμό. Το λεξιλόγιο παραμένει φτωχό και η σύνταξη απλοϊκή. Η αφαιρετική ικανότητα είναι ελάχιστα αναπτυγμένη και επιτρέπει το

σχηματισμό απλών μόνο εννοιών. Κάθε εξέλιξη των νοητικών δεξιοτήτων παύει γύρω στο 12^ο έτος της ζωής τους.

Από την άποψη της κοινωνικότητας και της προσαρμογής, οι αντιδράσεις των ατόμων αυτών είναι συχνά αντιφατικές, από τη μια στιγμή στην άλλη και από το ένα πρόσωπο στο άλλο. Είναι συνήθως υπάκουοι και αφοσιωμένοι στα πρόσωπα από τα οποία εξαρτώνται και ταυτόχρονα ευέξαπτοι. Οι αψιθυμίες τους (κλάματα, θυμοί, ενθουσιασμοί) εκδηλώνονται με θορυβώδη τρόπο. Ενοχλούνται από την αλλαγή περιβάλλοντος ή από την παρουσία ξένων στο δικό τους περιβάλλον.

Η κοινωνική ανάπτυξή τους παύει γύρω στο 15^ο έτος της ζωής τους, χωρίς όμως να ξεπεράσει το επίπεδο ενός κανονικού παιδιού 9 χρόνων.

1.6.3. Η ελαφρά νοητική ανεπάρκεια.

Στη διεθνή βιβλιογραφία η κατάσταση αυτή αποδίδεται με τους όρους debility και educable, δηλαδή εκπαιδεύσιμοι.

Μιλούμε για ελαφρά νοητική ανεπάρκεια, όταν η πνευματική ηλικία ενός ατόμου είναι ανώτερη των επτά και κατώτερη των δέκα ετών ή όταν ο δείκτης νοημοσύνης (Δ.Ν.) κυμαίνεται μεταξύ 50 και 70.

Τα άτομα με ελαφρά νοητική καθυστέρηση αποκτούν την ικανότητα της γλωσσικής έκφρασης με κάποια καθυστέρηση, αλλά τα περισσότερα έχουν την ικανότητα να χρησιμοποιούν το λόγο για καθημερινούς σκοπούς, να μπορούν να συμμετέχουν σε μία συνομιλία και να παίρνουν μέρος σε μία κλινική συνέντευξη. Τα περισσότερα επιτυγχάνουν επίσης πλήρη ανεξαρτησία, όσον αφορά τη φροντίδα του εαυτού τους (διατροφή, καθαριότητα, ένδυση, έλεγχος σφιγκτήρων) και τις πρακτικές και οικιακές ικανότητες, ακόμα και αν ο βαθμός ανάπτυξης τους είναι βραδύτερος από το φυσιολογικό. Οι κύριες δυσκολίες φαίνονται στο σχολείο.

Τα περισσότερα άτομα που βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα ελαφράς νοητικής καθυστέρησης είναι δυναμικώς ικανά για εργασία, για την οποία απαιτούνται πρακτικές μάλλον παρά θεωρητικές ικανότητες.

1.7. Αίτια της νοητικής ανεπάρκειας.

Γενικά, η νοητική υστέρηση μπορεί να οφείλεται:

α) σε γενετικούς παράγοντες (κληρονομικότητα, η μεταβίβαση δηλαδή ιδιοτήτων από τους γονείς στο παιδί με τα γεννητικά κύτταρα).

β) σε παράγοντες που επιδρούν στο ενδομήτριο περιβάλλον (αλκοόλ, φάρμακα, ηρεμιστικά, ασθένειες-ερυθρά, ακτινογραφίες).

γ) σε συμβάντα την ώρα του τοκετού

δ) σε παθήσεις ή άλλες καταστάσεις μετά τη γέννηση.

1.8. Η πρόληψη στα πλαίσια της οικογένειας

Ο αυτοέλεγχος των γονέων. Πριν πάρουν την απόφαση να τεκνοποιήσουν, οι γονείς πρέπει να βεβαιωθούν για την υγεία τους και για την υγεία του συντρόφου τους. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στις μολυσματικές ασθένειες, από τις οποίες κυρίως κινδυνεύει το έμβρυο.

Το αλκοόλ. Το ζευγάρι που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί πρέπει να αποφύγει με κάθε τρόπο τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Ιδιαίτερα σοβαρός, είναι ο κίνδυνος για τα παιδιά που συλλαμβάνονται σε κατάσταση μέθης του ενός ή και των δύο συζύγων.

Η διατροφή της εγκύου. Η σωστή διατροφή της εγκύου είναι απαραίτητη πρώτα για το δικό της οργανισμό. Τα νύχια που σπάζουν, τα δόντια που πέφτουν, οι κυρτωμένοι ώμοι και άλλα φαινόμενα οφείλονται ακριβώς στην κακή διατροφή. Το παιδί παίρνει τις ουσίες που χρειάζεται από το μητρικό οργανισμό. Όσο λιγότερες θα είναι οι ελλείψεις τόσο πιο άρτια θα είναι η εξέλιξή του. Συνήθως συνιστάται πρωτεϊνική και πλούσια σε βιταμίνες και άλλα συστατικά τροφή.

Η υγεία της εγκύου. Στη διάρκεια της κύησης η μητέρα είναι ευπρόσβλητη από τις διάφορες παθήσεις. Μερικές από τις παθήσεις αυτές, όπως τα μολυσματικά νοσήματα, έχουν άμεση δυσμενή επίδραση στο έμβρυο.

Ο τοκετός. Αν η προσφυγή σε ιατρικές συμβουλές που αφορούν την περίοδο της εγκυμοσύνης είναι χρήσιμη, η παρουσία γιατρού την ώρα του τοκετού είναι απολύτως απαραίτητη, τόσο για τη ζωή και την υγεία της μητέρας όσο και για την αρτιμέλεια και την αποφυγή τραυματισμών του παιδιού, ιδιαίτερα στην περιοχή του εγκεφάλου.

Τα πρώτα παιδικά χρόνια. Η πρόληψη στην περίοδο αυτή συνίσταται κυρίως σε φροντίδα υγιεινής διαβίωσης. Το άμεσο βάρος πέφτει φυσικά στην οικογένεια, αλλά και η οργανωμένη κοινωνία δεν απαλλάσσεται από την ευθύνη, αφού έχει την υποχρέωση να ετοιμάσει το πλαίσιο (υγιεινή του περιβάλλοντος, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, κοινωνική αντίληψη, κ.λ.π.), μέσα στο οποίο θα μπορέσει να κινηθεί η οικογένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.Μογγολοειδής ιδιοτεία ή σύνδρομο Down.

Η μογγολοειδής ιδιοτεία , πήρε το όνομά της από το χαρακτηριστικό σχήμα του προσώπου των πασχόντων, που θυμίζει τη μογγολική φυλή. Ονομάζεται και σύνδρομο ή νόσος του Down, από το όνομα του Άγγλου Landon Down, στον οποίο οφείλεται η πρώτη συστηματική περιγραφή της. Η πάθηση εμφανίζει αρκετά μεγάλη συχνότητα. Υπολογίζεται ότι ποσοστό 15% περίπου των ατόμων με βαριά νοητική ανεπάρκεια είναι μογγολοειδής. Σύμφωνα με άλλους υπολογισμούς, σε κάθε χίλιες γεννήσεις, αντιστοιχούν δύο περιπτώσεις μογγολικής ιδιοτείας. Φαίνεται ότι η πάθηση προσβάλλει συχνότερα τα τελευταία παιδιά μιας οικογένειας και ότι είναι περισσότερο διαδεδομένη στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα και στις βιομηχανικά αναπτυγμένες κοινωνίες.

Τα σωματικά γνωρίσματα των μογγολοειδών είναι, μικρό και στρογγυλό κεφάλι, πλατύ και επίπεδο πρόσωπο που δίνει την εντύπωση πως τείνει να ισοπεδώσει τα πάντα σε ένα επίπεδο, λοξά μάτια με ιδιόμορφες διπλώσεις του δέρματος στην εσωτερική τους γωνία, προεξέχοντα μύλα του προσώπου, υποπλαστική πλακουτσωτή μύτη, στενός και υψηλός ουρανίσκος, ισχνή και κοντή κάτω σιαγόνα, σαρκώδης γλώσσα που συχνά προεξέχει από ένα μισάνοιχτο στόμα με χοντρά και υγρά από το σάλιο χείλη, ακανόνιστα αυτιά, συνθέτουν μια χαρακτηριστική εικόνα, που δεν αφήνει αμφιβολίες για τη φύση της διαταραχής.

Μερικά άλλα γνωρίσματα είναι το μικρό ανάστημα, ο κοντός λαιμός, τα κοντόχοντρα άνω και κάτω άκρα, τα ισομεγέθη δάχτυλα και οι κινητικές δυσκολίες. Παρατηρούνται έτσι διάφορες ανωμαλίες στο σκελετό, υποτονία των μυών και των τενόντων, ελαττωματική λειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος, υποπλασία των γεννητικών οργάνων και στα δύο φύλα, καρδιακές, κυκλοφοριακές, αναπνευστικές, νευρικές και άλλες διαταραχές, ευπάθεια σε κάθε είδους προσβολή, ελαττωμένη αντίσταση του οργανισμού, χαμηλός μέσος όρος ζωής, αργοπορημένη και ακανόνιστη οδοντοφυΐα, καθυστέρηση στο βάδισμα και μεγάλη καθυστέρηση στην έναρξη της ομιλίας, που εξελίσσεται βραδύτατα και παραμένει οπωσδήποτε σε πολύ χαμηλά, ανεπαρκή συνήθως για ανεκτή προσαρμογή, επίπεδα.

Στον τομέα της πνευματικής εξέλιξης η ανεπάρκεια είναι εμφανής και κλιμακώνεται από τη μέση μέχρι τη βαριά νοητική καθυστέρηση. Σπάνια πάντως

παρατηρείται η ολοκληρωτική σχεδόν απώλεια των πνευματικών δυνατοτήτων, που συνοδεύει τις βαριές περιπτώσεις ιδιοτείας άλλης αιτιολογίας. Πρέπει ακόμη να τονίσουμε ότι η μογγολοειδής ιδιοτεία δεν περιορίζεται στο γλωσσικό ή το γνωστικό τομέα, αλλά προσβάλλει το σύνολο της προσωπικότητας. Η απάθεια, η νωθρότητα, η ασταθής προσοχή, η αδύνατη μνήμη, αποτελούν συνηθισμένα γνωρίσματά της.

Από συναισθηματική άποψη, τα άτομα της κατηγορίας αυτής παρουσιάζονται μάλλον πρόσχαρα, καλοδιάθετα, προσηνή, αλλά και συχνές και αδικαιολόγητες συναισθηματικές μεταπτώσεις και απότομα ξεσπάσματα θυμού. Αφοσιώνονται και δείχνουν υπακοή στους γονείς τους και στα πρόσωπα που ασχολούνται μαζί τους. Αγαπούν το παιχνίδι, την απλή μουσική, την παραμονή σε περιβάλλον ευθυμίας.

2.2.Αίτια συνδρόμου Down.

Η μογγολοειδής ιδιοτεία ανήκει στην κατηγορία των διαταραχών που οφείλονται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες. (Κάθε ανωμαλία στον αριθμό και τη διάταξη των χρωμοσωμάτων συνεπάγεται ποικίλες διαταραχές της ψυχοσωματικής λειτουργίας).

Τα πάσχοντα άτομα, στο 21^ο χρωμοσωμικό ζεύγος έχουν τρία χρωμοσώματα αντί για δύο. Οι ερευνητές τείνουν στο να αποκλείσουν την ύπαρξη ειδικών κληρονομικών παραγόντων και δέχονται ότι η πάθηση οφείλεται σε εκτροπή των χρωμοσωμάτων.

Η ηλικία της μητέρας φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Υποστηρίζεται ότι η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η πάθηση είναι ιδιαίτερα υψηλή σε παιδιά που η μητέρα τους έχει ξεπεράσει το 40^ο έτος της ηλικίας (μια περίπτωση σε σαράντα γεννήσεις). αντίθετα, η ηλικία του πατέρα δεν φαίνεται να ασκεί επίδραση. Υποστηρίζεται επίσης ότι προσβάλλονται συχνότερα τα τελευταία παιδιά της οικογένειας. Σύμφωνα με άλλες παρατηρήσεις, η μογγολοειδής ιδιοτεία εμφανίζεται συχνότερα στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα και στις βιομηχανικά αναπτυγμένες κοινωνίες. Όλα όμως αυτά βρίσκονται ακόμη στο στάδιο των υποθέσεων.

2.3.Αυτισμός.

Αυτή η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ορίζεται από μη φυσιολογική ή και διαταραγμένη ανάπτυξη, η οποία εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 3 ετών και από το χαρακτηριστικό τύπο μη φυσιολογικής λειτουργικότητας που εκδηλώνεται σε τρεις ταυτόχρονα περιοχές: α)την κοινωνική συναλλαγή, β)την επικοινωνία και γ)την περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Η διαταραχή αυτή συμβαίνει στα αγόρια τρεις έως τέσσερις φορές συχνότερα, σε σχέση με τα κορίτσια.

2.3.1.Διάγνωση.

Γίνεται εμφανής πριν από την ηλικία των 3 ετών. Υπάρχουν ποιοτικά ελλείμματα στην αμοιβαία κοινωνική συναλλαγή, τα οποία παίρνουν τη μορφή της ανεπαρκούς εκτίμησης των κοινωνικο-συναισθηματικών ερεθισμάτων, όπως δείχνουν η έλλειψη ανταποκρίσεων στα συναισθήματα των άλλων ή και συμπεριφορά που δεν προσαρμόζεται ανάλογα με το κοινωνικό περιβάλλον, η ελάχιστη χρήση κοινωνικών σημάτων, η ανεπαρκής ολοκλήρωση κοινωνικών, συναισθηματικών και επικοινωνιακών συμπεριφορών και ιδιαίτερα έλλειψη κοινωνικο-συναισθηματικής αμοιβαιότητας. Τα ελλείμματα αυτά παίρνουν τη μορφή αδυναμίας κοινωνικής χρήσης των γλωσσικών ικανοτήτων που διαθέτει το παιδί μειωμένης ικανότητας για παιχνίδι που απαιτεί προσποίηση και κοινωνική μίμηση, ανεπαρκούς συγχρονισμού και έλλειψης αμοιβαιότητας στη συναλλαγή μέσω διαλόγου, ανεπαρκούς γλωσσικής εκφραστικής ευελιξίας και σχετικής έλλειψης δημιουργικότητας και φαντασίας στις διαδικασίες σκέψης, έλλειψης συναισθηματικής ανταπόκρισης στις λεκτικές και μη λεκτικές εκδηλώσεις των άλλων ανθρώπων, μειωμένης δυνατότητας χρήσης διακυμάνσεων ή έμφασης στα εκφραστικά μέσα που αντανακλούν μεταβολές σχετιζόμενες με την επικοινωνία, καθώς και έλλειψη συνοδών κινήσεων για να τονισθεί ή να αποσαφηνισθεί ο προφορικός λόγος.

Επιπλέον η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, τα οποία παίρνουν τη μορφή ακαμψίας και στασιμότητας σε πολλές όψεις της καθημερινής λειτουργίας. Ιδιαίτερα κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, είναι

δυνατόν να παρατηρηθεί ειδική προσήλωση σε ασυνήθιστα αντικείμενα, συνήθως σκληρής υφής.

Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά χαρακτηρίζονται από έλλειψη αυθορμητισμού, πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας στην οργάνωση του ελεύθερου χρόνου τους, δυσκολεύονται στη χρήση εννοιών, στη λήψη αποφάσεων στην εργασία τους.

2.4. Διαταραχές της μάθησης (Δυσλεξία).

Ειδική μαθησιακή δυσκολία είναι μία διαταραχή η οποία πλήτει μία ή και περισσότερες από τις βασικές ψυχολογικές διαδικασίες που εμπλέκονται στην κατανόηση ή την χρήση της γλώσσας, προφορική ή γραπτή και μπορεί να εκδηλωθεί σαν αδυναμία του παιδιού στο να ακούει, να σκέφτεται, να μιλάει, να γράφει, να προφέρει τις λέξεις ή να εκτελεί μαθηματικούς υπολογισμούς. Ο όρος περιλαμβάνει καταστάσεις όπως αντιληπτικές διαταραχές, εγκεφαλική βλάβη, ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, δυσλεξία και εξελικτική αφασία. Στην κατηγορία της ειδικής μαθησιακής δυσκολίας δεν περιλαμβάνονται τα παιδιά που παρουσιάζουν μαθησιακά προβλήματα που οφείλονται κατά κύριο λόγο σε οπτικές, ακουστικές ή κινητικές αναπηρίες, σε νοητική υστέρηση, σε συναισθηματικές διαταραχές ή σε μειονεκτικό περιβάλλον, περιοριστικές πολιτισμικές ή οικονομικές συνθήκες.

Στα συμπτώματα των μαθησιακών δυσκολιών περιλαμβάνονται μια μεγάλη γκάμα από χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ανάπτυξη και τα επιτεύγματα του παιδιού. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι η διάσπαση της προσοχής, φτωχή μνήμη, δυσκολία στο να ακολουθεί οδηγίες, δυσκολία στο να ξεχωρίζει μεταξύ τους τα γράμματα, τους αριθμούς και τους ήχους, περιορισμένη αναγνωστική ικανότητα, προβλήματα στον οπτικο-κινητικό συντονισμό, δυσκολία στην σειροθέτηση (π.χ. ακολουθία των ημερών της εβδομάδας, των μηνών του χρόνου), αποδιοργάνωση, υπερκινητικότητα κ.α.

Η δυσλεξία είναι μία μορφή ειδικής μαθησιακής δυσκολίας. Τα πιο εμφανή χαρακτηριστικά της δυσλεξίας είναι οι δυσκολίες στην ονομασία \ εξεύρεση λέξεων, δυσκολίες επεξεργασίας ήχου, φτωχή ακουστική μνήμη, δυσκολία στην κατανόηση κειμένου και στην έκφραση σκέψεων με οργανωμένο και συνεκτικό λόγο, ανορθόδοξη ορθογραφία και γραφικός χαρακτήρας, σύγχυση γραμμάτων.

Ορισμένα άτομα που πάσχουν από δυσλεξία μπορεί να εμφανίζουν σύνθετα προβλήματα που αφορούν ταυτόχρονα σε ποικίλες εκφάνσεις του λόγου, όπως το διάβασμα, ο συλλαβισμός και το γράψιμο, ενώ άλλα με λιγότερο σοβαρό πρόβλημα μπορεί να εμφανίζουν δυσκολίες μόνο σε έναν από τους προαναφερθέντες τομείς. Ούτως ή άλλως όμως, η δυσλεξία δεν είναι ένα πρόβλημα που δεν επιλύεται ούτε θα ξεπεραστεί από μόνο του. Τα δυσλεκτικά άτομα θα πρέπει να βρουν ειδικούς τρόπους να μαθαίνουν και να τους χρησιμοποιούν διά βίου.

Κανείς δεν μπορεί να υπολογίσει με ακρίβεια τον πραγματικό αριθμό των ατόμων που είναι δυσλεκτικοί. Πιθανολογείται ότι το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 2-10% του συνολικού πληθυσμού. Στην Ελλάδα εκτιμάται ότι ο αριθμός των παιδιών σχολικής ηλικίας που εμφανίζουν δυσλεξία φτάνει στις 60.000.

2.5. Διαταραχές όρασης.

Πρόβλημα όρασης υφίσταται γενικά, όταν η ικανότητα αντίληψης του φωτός και των χρωμάτων είναι ελαττωμένη ή έχει ολικώς απωλεσθεί. Για να υπάρχει τύφλωση, σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό της, πρέπει να συντρέχουν δύο περιπτώσεις. Κατά την πρώτη περίπτωση η οπτική ικανότητα ενός ατόμου πρέπει να είναι 6/60 ή και λιγότερο, ενώ κατά την δεύτερη να είναι μεν μεγαλύτερη από 6/60, αλλά το εύρος του οπτικού πεδίου να μην ξεπερνάει τις 20 μοίρες. Αυτό σημαίνει ότι στην πρώτη περίπτωση ένα τυφλό άτομο δεν μπορεί να δει σε απόσταση μεγαλύτερη από 6 μέτρα, τη στιγμή που ένας φυσιολογικός άνθρωπος είναι σε θέση να δει στα 60 μέτρα. Στη δεύτερη περίπτωση σημαίνει ότι το πεδίο όρασης είναι περιορισμένο σε τέτοιο βαθμό, ώστε ο τυφλός να μπορεί ανά πάσα στιγμή να δει μόνο σε μια περιορισμένη περιοχή. Με βάση τον παραπάνω ορισμό είναι δυνατόν ένα ευρύ φάσμα οπτικών ανικανοτήτων να θεωρηθεί ως τύφλωση και τα άτομα που παρουσιάζουν αυτές τις ανικανότητες ως τυφλά. Έτσι, ο Bauman κατέταξε όλες τις περιπτώσεις οπτικής ανικανότητας σε τρεις κατηγορίες τύφλωσης:

1. Οπτική ανικανότητα, κατά την οποία είναι πρακτικά αδύνατον να χρησιμοποιηθεί σε συνθήκες εργασίας. Εδώ περιλαμβάνονται οι ολοκληρωτικά τυφλοί άνθρωποι, όπως επίσης οι άνθρωποι που μπορούν να διακρίνουν

αντικείμενα μόνο αν τα κρατούν μεταξύ των ματιών τους και της φωτεινής πηγής.

2. Οπτική ανικανότητα, κατά την οποία η όραση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα βαθμό στις συνθήκες εργασίας, αλλά δεν επιτρέπει το αποτελεσματικό διάβασμα τυπωμένων κειμένων, έστω και αν στα κείμενα αυτά χρησιμοποιούνται μεγάλα γράμματα.
3. Οπτική ανικανότητα, κατά την οποία τα τυπωμένα κείμενα μπορούν να διαβαστούν αποδοτικά, παρόλο που χρειάζεται να είναι γραμμένα με μεγάλους χαρακτήρες ή να τοποθετούνται σε μικρή απόσταση από τα μάτια ή να απαιτείται η χρήση ειδικών βοηθημάτων και ειδικών συνθηκών φωτισμού.

2.6. Διαταραχές ακοής.

Ένας όχι ευκαταφρόνητος αριθμός παιδιών παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα ακοής που μπορούν να κυμαίνονται από ελαφρά μείωση της ακουστικής οξύτητας (βαρηκοΐας) μέχρι πλήρους απώλειας της ικανότητας (κώφωση). Η συχνότητα της παιδικής βαρηκοΐας κυμαίνεται από 0,5-1% στα νεογέννητα βρέφη και αυξάνεται σε 1,5-2% σε παιδιά ηλικίας κάτω των 6 ετών. Αν στα ποσοστά αυτά προστεθούν τα παιδιά που αποκτούν συνήθως παροδική βαρηκοΐα σαν αποτέλεσμα ωτίτιδων τότε η συχνότητα της βαρηκοΐας στην παιδική ηλικία αυξάνει σημαντικά και αποτελεί ένα πραγματικά σοβαρό πρόβλημα.

Η σοβαρή βαρηκοΐα γενικά γίνεται εύκολα αντιληπτή από το περιβάλλον του παιδιού και κινητοποιεί τους γονείς για την αντιμετώπιση του προβλήματος, η ελαφρά όμως βαρηκοΐα συχνά δεν γίνεται αντιληπτή έγκαιρα με αποτέλεσμα να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην εξέλιξη του παιδιού. Όχι σπάνια πίσω από ένα απρόσεκτο παιδί ή ένα κακό μαθητή βρίσκεται κάποιο πρόβλημα βαρηκοΐας. Άλλοτε πάλι η καθυστέρηση στην ομιλία ενός παιδιού ή η κακή του άρθρωση δεν είναι τίποτα άλλο παρά διαταραχές της πρόσληψης των ήχων του περιβάλλοντος. Ένα βαρήκοο παιδί ανταποκρίνεται συνήθως σε ισχυρούς κρότους αλλά όχι στην συνήθη ομιλία. Επίσης το βαρήκοο παιδί φωνάζει δυνατότερα και γελά σπανιότερα από τα άλλα παιδιά.

Η σοβαρή παιδική βαρηκοΐα σε αντίθεση με αυτή των ενηλίκων, είναι συνήθως συγγενής (δηλ. το παιδί γεννιέται με αυτή) και σπανιότερα επίκτητη. Έτσι μέσα στα αίτια της παιδικής βαρηκοΐας περιλαμβάνεται η κληρονομική νευροαισθητήριοσ βαρηκοΐα (οφείλεται σε βλάβη του ακουστικού νεύρου), η βαρηκοΐα που οφείλεται σε νόσηση της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (νόσηση της εγκυμονούσας από ερυθρά), διαταραχές στη διάπλαση του έξω, του μέσου ή του έσω αυτιού και σπανιότερα σε χρωμοσωματικές διαταραχές. Όχι σπάνια κακώσεις της κεφαλής του εμβρύου κατά τη διάρκεια του τοκετού μπορούν να προκαλέσουν, εκτός των άλλων βλαβών και παιδική βαρηκοΐα. Τέλος στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορούν να δράσουν βλαπτικά και ορισμένοι εξωγενείς παράγοντες όπως π.χ. φάρμακα που λαμβάνει η μητέρα (στρεπτομυκίνη, κινίνη, θαλιδομίδη), ακτινοβολία κ.λπ. Εκτός από τα ανωτέρω αίτια που κυρίως δρουν ενδομήτρια η βλάβη της ακοής σ' ένα παιδί μπορεί να είναι και επίκτητη. Συχνότερη αιτία, είναι οι φλεγμονές του μέσου αυτιού (ωτίτιδες) οι οποίες είναι συχνές στην παιδική ηλικία. Σπανιότερα σοβαρότερες λοιμώξεις της παιδικής ηλικίας όπως π.χ. μηνιγγίτιδες, εγκεφαλίτιδες μπορούν να οδηγήσουν σε μονιμότερη και σοβαρότερη βλάβη της ακοής. Ωτοτοξικά φάρμακα χορηγούμενα σε παιδιά, διάφορες τοξικές ουσίες, έκθεση σε θορύβους και τραυματικές κακώσεις της κεφαλής μπορούν να αποτελέσουν αιτίες επίκτητης βαρηκοΐας ή κώφωσης.

Οι επιπτώσεις της παιδικής βαρηκοΐας είναι σημαντικές και εξαρτώνται από το κατά πόσο αυτή αφορά και τα δύο αυτιά, από την αιτία που την προκάλεσε, από τη βαρύτητά της και από την έγκαιρη ή μη διάγνωσή της. Γενικά βαρηκοΐα που εκδηλώνεται πολύ νωρίς στη ζωή του παιδιού επηρεάζει την ανάπτυξη της άρθρωσης και της ομιλίας, την προσοχή και τους ακαδημαϊκούς στόχους του παιδιού.

2.7. Διαταραχές συμπεριφοράς (υπερκινητικότητα).

Τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας συχνά περιγράφονται σαν νευρικότητα, επιθετικότητα, αυθόρμητη συμπεριφορά, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, αυξημένη κινητική δραστηριότητα και μαζί με την φροντίδα του παιδιού αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή θέματα συζήτησης μεταξύ των γονέων μικρών παιδιών και μαθητών του δημοτικού. Στη πραγματικότητα, η υπερκινητικότητα είναι μία διαταραχή συμπεριφοράς η οποία εμφανίζεται στο 2-5% των νεαρών παιδιών σχολικής ηλικίας

και τα επηρεάζει σε ποικίλο βαθμό. Κάνει την εμφάνισή της πριν την ηλικία των 7 χρόνων, έχει διάρκεια ίση ή μεγαλύτερη των 6 μηνών και χαρακτηρίζεται από την εξακριβωμένη απουσία πνευματικής ασθένειας ή πνευματικής καθυστέρησης. Παρόλα αυτά, μη έγκυρη θεραπεία της μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα όσον αφορά τη κοινωνική ένταξη και ανάπτυξη του παιδιού καθώς και την ικανότητά του για μάθηση.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι η εμφάνιση της σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό στα αγόρια από ότι στα κορίτσια (αναλογία 10:1). Λόγω του ότι τα αίτια και η θεραπεία για την κατάσταση αυτή είναι ανεξακρίβωτα εξακολουθεί να επικρατεί σύγχυση σε γονείς, γιατρούς, εκπαιδευτές και σχολικούς συμβούλους όπως ακριβώς φαίνεται να είναι σε σύγχυση και τα νεαρά θύματα, τα ίδια τα παιδιά.

Η συμπτωματολογία της είναι γνωστή από το 1880. Σήμερα οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η υπερκινητικότητα πιθανά οφείλεται σε έναν συνδυασμό συγκεκριμένων γενετικών, περιβαλλοντικών, νευρολογικών και βιοχημικών παραγόντων. Επειδή δεν υπάρχει κάποια γνωστή θεραπεία γι' αυτήν την ανωμαλία, η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει πολλαπλές προσεγγίσεις συχνά δε είναι συνδυασμός ιατρικής και ψυχολογικής επέμβασης και τροποποίησης του περιβάλλοντος του παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

3.1. Ο θεσμός της ειδικής αγωγής.

Ειδική αγωγή είναι η ειδική βοήθεια που παρέχεται στα παιδιά με ειδικές ανάγκες. Η βοήθεια αυτή παρέχεται βάσει ενός σχεδιασμένου εκπαιδευτικού προγράμματος που οργανώνεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τις ειδικές ανάγκες κάθε παιδιού. Η ειδική αυτή βοήθεια προσφέρεται στο παιδί όχι μόνο στο ειδικό σχολείο αλλά και στο κανονικό. Η εξατομικευμένη διδασκαλία που δίνεται στο παιδί με μαθησιακές δυσκολίες στην ειδική τάξη ή μέσα στην κανονική τάξη είναι ειδική αγωγή.

Στην ειδική αγωγή μπορούν να πηγαίνουν οι εξής κατηγορίες : τυφλοί, κωφοί, βαρήκοοι, όσοι έχουν κινητικές διαταραχές, οι επιληπτικοί,, όσοι έχουν νοητική καθυστέρηση, όσοι έχουν διαταραχές στο λόγο, όσοι πάσχουν από ψυχικές νόσους, όσοι εμφανίζουν δυσκολίες μάθησης.

Η συστηματική ανάπτυξη και οργάνωση της ειδικής αγωγής στη χώρα μας εισήλθε στην τρίτη δεκαετία. Η ανάπτυξη αυτή έχει συντελέσει στη σημαντική διαφοροποίηση της εκπαιδευτικής πολιτικής την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου έναντι των ατόμων αυτών και ιδιαίτερα των παιδιών με ειδικές ανάγκες και στην ανάληψη συγκεκριμένων δραστηριοτήτων απ'τους αρμόδιους φορείς, σε σύγκριση με την υπάρχουσα κατάσταση κατά την περίοδο πριν το 1970, όπου η αντιμετώπιση των παιδιών αυτών γινόταν με ιδρυματικό και φιλανθρωπικό τρόπο.

3.2. Σκοπός της ειδικής αγωγής.

Σκοπός της ειδικής αγωγής είναι η πλήρης σχολική και κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών με ειδικές ανάγκες και ιδιαίτερες μαθησιακές δυσκολίες και το επιτυχές πέρασμά τους από το σχολείο στη ζωή και στη δράση. Για να ξεπεράσει ένα ειδικό παιδί τα προβλήματά του πρέπει η ειδική βοήθεια που θα του δοθεί να στηρίζεται πάνω σε ένα καλά καταρτισμένο και εξατομικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Και αυτό λόγω του ότι οι ανάγκες του κάθε παιδιού είναι διαφορετικές.

Στα άτομα που έχουν ειδικές ανάγκες παρέχεται ειδική αγωγή και ειδική επαγγελματική εκπαίδευση, η οποία επιδιώκει : την ολόπλευρη και αποτελεσματική

ανάπτυξη και αξιοποίηση των δυνατοτήτων και ικανοτήτων τους, την ένταξή τους στην παραγωγική διαδικασία και την αλληλοαποδοχή τους με το κοινωνικό σύνολο.

Απαίτηση της ειδικής αγωγής αποτελεί η ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικά προβλήματα, που επιτυγχάνεται με την κοινή συνεκπαίδευση όλων των παιδιών. Οι λόγοι που επιβάλλουν την ενσωμάτωση είναι:

→ Τα άτομα με ειδικές ανάγκες θα ζήσουν στην ίδια κοινωνία που ζουν όλοι οι άνθρωποι.

→ Η ένταξή τους στο κανονικό σχολικό περιβάλλον σημαίνει και αποτελεσματικότερη κοινωνικοποίησή τους.

→ Η κοινή συνεκπαίδευση οδηγεί στην αλληλοκατανόηση, την αλληλοβοήθεια, την αμοιβαία εκτίμηση και την αποβολή τυχόν προκαταλήψεων.

Πιο συγκεκριμένα η ειδική αγωγή παρέχει στα άτομα με ειδικές ανάγκες :

- **Σχολικές γνώσεις:** να αποκτήσει δεξιότητες και σχολικές γνώσεις τουλάχιστον των τριών ή δύο πρώτων τάξεων του Δημοτικού Σχολείου και να αναπτύξει τις ικανότητες έκφρασης και κατανόησης ώστε να μπορεί να δίνει και να παίρνει οδηγίες.

- **Θεσμικά χαρακτηριστικά :** να αποκτήσει τις βασικές συνήθειες υγιεινής διατροφής, να μπορεί να βρίσκει εναλλακτικές λύσεις στα καθημερινά προβλήματα και να διακατέχεται από κοινωνικά παραδεκτές αξίες όπως : εντιμότητα, υπευθυνότητα, ειλικρίνεια, αξιοπιστία κ.α.

- **Κοινωνικές συνήθειες :** να αναπτύσσει διαπροσωπικές σχέσεις, να αποδέχεται την καθοδήγηση και την επίβλεψη, να αντιστέκεται στις κοινωνικές πιέσεις και να είναι ικανό να προφυλάσσει τον εαυτό του από τους συνηθισμένους κινδύνους.

- **Επαγγελματικές δεξιότητες :** να έχει επαρκή μυϊκή δύναμη και αντοχή, ταχύτητα και συντονισμό κινήσεων, να φροντίζει τα υλικά και τα εργαλεία που χρησιμοποιεί και να επιμένει να τελειώσει μια εργασία που έχει αναλάβει. Να τηρεί το ωράριο εργασίας και να μπορεί να χρησιμοποιεί τα μέσα συγκοινωνίας.

- **Οικογενειακές υποχρεώσεις :** να μπορεί να προϋπολογίζει τα οικογενειακά έξοδα βάσει των εσόδων, να φροντίζει για τη διατήρηση της περιουσίας, για τα παιδιά και την οικογένειά του και να γνωρίζει μαγειρική και σεββίρισμα.

3.3.Φορείς του θεσμού της ειδικής αγωγής.

Οι φορείς οι οποίοι είναι αρμόδιοι για το θεσμό της ειδικής αγωγής είναι οι εξής :

- Το υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, για θέματα που αφορούν την ειδική επαγγελματική εκπαίδευση, τη διαγνωστική και συμβουλευτική εργασία.
- Το υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, για θέματα που αφορούν την ιατρική βοήθεια και την κοινωνική μέριμνα των ατόμων με ειδικές ανάγκες.
- Ο Ο.Α.Ε.Δ. για θέματα που αφορούν την επαγγελματική αποκατάσταση αυτών των ατόμων.
- Το υπουργείο Δικαιοσύνης, για θέματα που αφορούν την ίδρυση, την οργάνωση, τη λειτουργία και την εποπτεία των θεραπευτικών καταστημάτων ανηλίκων.

3.4. Που παρέχεται η ειδική αγωγή.

Η ειδική αγωγή των ατόμων με ειδικές ανάγκες παρέχεται :

- Σε κανονικά σχολεία, στα οποία είναι ενταγμένα τα άτομα αυτά.
- Σε ειδικές τάξεις, τμήματα ή ομάδες που λειτουργούν μέσα σε κανονικά σχολεία ή σε ειδικές τάξεις ή τμήματα παρατήρησης που λειτουργούν με σκοπό τη βαθύτερη διάγνωση δύσκολων περιπτώσεων και εφαρμόζουν ειδικά προγράμματα.
- Σε ειδικά νηπιαγωγεία και σε αυτοτελή ειδικά σχολεία πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Σε ειδικά σχολεία, ειδικές τάξεις ή τμήματα ή ομάδες που λειτουργούν ως παραρτήματα σε νευροψυχιατρικά, ορθοπαιδικά και άλλα νοσοκομεία και κλινικές ή ιατροπαιδαγωγικά κέντρα ή θεραπευτικά καταστήματα ανηλίκων.
- Σε ειδικές επαγγελματικές σχολές ή σε ειδικά τμήματα επαγγελματικής εκπαίδευσης μέσα σε κανονικά σχολεία καθώς και σε ειδικά επαγγελματικά εργαστήρια.
- Σε οποιονδήποτε χρόνο και χώρο εκτός της οικογένειας, ιδίως σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων ή σε θεραπευτήρια καταστήματα ανηλίκων, όπου τα νήπια, τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν για οποιονδήποτε λόγο ειδικές συνθήκες διαβίωσης.

3.5.Η εκπαιδευτική πολιτική του ΥΠ.Ε.Π.Θ. για τα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

Το ΥΠ.Ε.Π.Θ., με βάση την παράγραφο 4 του άρθρου 16 του Ελληνικού Συντάγματος, τις διακηρύξεις των Διεθνών Οργανισμών, τις σύγχρονες παιδαγωγικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και λοιπές επιστημονικές αντιλήψεις, τις προτάσεις του γονεϊκού και αναπηρικού κινήματος, καθώς και των συναρμοδίων φορέων, καταβάλλει σημαντικές προσπάθειες, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια, για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του ευαίσθητου κοινωνικο-εκπαιδευτικού τομέα της Ειδικής Αγωγής.

3.5.1.Σημερινή κατάσταση της ειδικής αγωγής:

Το Υπουργείο Παιδείας:

✓ Έχει θεσπίσει σχετική νομοθεσία, η οποία έχει αποτελέσει σταθμό στην ανάπτυξη της σύγχρονης Ειδικής Αγωγής στη χώρα μας, όπως π.χ. το Ν. 1143/1981, το Π.Δ. 603/1982, το Ν.1566/1985 κ.α.

✓ Έχει ιδρύσει Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής στην κεντρική υπηρεσία του ΥΠ.Ε.Π.Θ.

✓ Κατά το σχολικό έτος 1999-2000:

▪ Λειτουργεί 929 Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (Σ.Μ.Ε.Α.) Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης για τις διάφορες κατηγορίες των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, στις οποίες φοιτούν 13,586 μαθητές και υπηρετούν 1666 εκπαιδευτικοί και 181 ειδικοί επιστήμονες (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, λογοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές και επιμελητές). Ειδικότερα, λειτουργούν: 37 αυτοτελή ειδικά νηπιαγωγεία, 11 τμήματα ένταξης σε κοινά νηπιαγωγεία, 138 ειδικά δημοτικά σχολεία, 660 ειδικές τάξεις μέσα σε κοινά σχολεία, 8 ειδικά γυμνάσια, 7 ειδικά λύκεια και 4 Τ.Ε.Σ.Ε.Α. (Κυπριωτάκης Αντώνης, (2000), Πρακτικά Συνεδρίου Ειδικής Αγωγής, σελ.171).

▪ Λειτουργεί σε πιλοτική βάση και με στήριξη από εξειδικευμένους δημόσιους εκπαιδευτικούς προγράμματα συνεκπαίδευσης μαθητών με/και χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μέσα στις συνηθισμένες τάξεις 32 κοινών δημοτικών σχολείων, καθώς και προγράμματα παροχής ειδικής εκπαίδευσης στο σπίτι σε 5 μαθητές, οι οποίοι αδυνατούν να φοιτήσουν στο σχολείο, λόγω σοβαρότατων προβλημάτων υγείας.

✓ Έχει τοποθετήσει 16 σχολικούς συμβούλους ειδικής αγωγής για την παιδαγωγική και επιστημονική καθοδήγηση των Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής.

✓ Έχει θεσμοθετήσει :

▪ Τη δωρεάν παροχή στους μαθητές των απαιτούμενων μέσων για την ειδική αγωγή και την ειδική επαγγελματική τους εκπαίδευση.

▪ Τη δωρεάν μεταφορά των μαθητών προς και από το σχολείο.

▪ Ειδικούς τρόπους εξέτασης για τις διάφορες κατηγορίες των μαθητών με διαπιστωμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

▪ Όργανα λαϊκής συμμετοχής, στα οποία συμμετέχουν με εκπροσώπους τους οι νόμιμοι σύλλογοι και οι οργανώσεις των γονέων (Εθνικό Συμβούλιο Παιδείας, Νομαρχιακή Επιτροπή Παιδείας, Δημοτική ή Κοινοτική Επιτροπή Παιδείας, Σχολικό Συμβούλιο και Σχολική Επιτροπή) κ.α.

✓ Έχει ιδρύσει Τμήμα Ειδικής Αγωγής στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, τμήματα διетуός ειδικής μετεκπαίδευσης στα Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης και Νηπιαγωγών των Πανεπιστημίων Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων, Τμήματα μεταπτυχιακών σπουδών ειδικής αγωγής στο ΠΤΔΕ του Πανεπιστημίου Αθηνών κ.α.

✓ Στο πλαίσιο του 1^{ου} Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ. (2^ο Κ.Π.Σ.) και με τη συνεργασία των Διευθύνσεων Ειδικής Αγωγής και Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, υλοποιεί με επιτυχία θέματα που αφορούν την εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

3.5.2.Σχεδιασμός της νέας πολιτικής του ΥΠ.Ε.Π.Θ. για τα Α.Μ.Ε.Α.:

Στο πλαίσιο του σχεδιασμού και της εφαρμογής της νέας εκσυγχρονιστικής πολιτικής του ΥΠ.Ε.Π.Θ, για την εκπαίδευση των παιδιών με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες, η Βουλή των Ελλήνων ψήφισε πρόσφατα το νέο Ν.2817/2000, με θέμα: «Εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις».

3.5.2.1. Γενικές καινοτομικές αρχές του νέου νόμου για την ειδική αγωγή:

✓ Η αποκατηγοριοποίηση των ατόμων με ειδικές ανάγκες και η μετατόπιση του κέντρου βάρους από την παθολογία του παιδιού στην παθολογία της εκπαίδευσης.

✓ Ο εκπαιδευτικός καλό θα είναι να μην επικεντρώνει αποκλειστικά την προσοχή του στο ιδιαίτερο πρόβλημα του παιδιού. Ο σύγχρονος ειδικός παιδαγωγός οφείλει να γνωρίζει, να σχεδιάζει και να εφαρμόζει εξατομικευμένα προγράμματα, να χρησιμοποιεί εξειδικευμένες μεθόδους διδασκαλίας και στρατηγικές, καθώς κατάλληλα μέσα και υλικά για να είναι πιο αποτελεσματικός στο εκπαιδευτικό του έργο.

✓ Το εκπαιδευτικό σύστημα οφείλει να παρέχει ίσες εκπαιδευτικές ευκαιρίες σε όλα ανεξαιρέτως τα παιδιά, με/και χωρίς ειδικές ανάγκες.

✓ Η σύγχρονη αντίληψη περί ενσωμάτωσης ή κοινής διαβίωσης, σημαίνει την εξασφάλιση των απαραίτητων προϋποθέσεων, ώστε τα άτομα με ειδικές ανάγκες να μην απομακρύνονται από το οικογενειακό, σχολικό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον, αλλά να έχουν μια κατά το δυνατόν αυτόνομη, ισότιμη, πλήρη και ολοκληρωμένη συμμετοχή στους χώρους αυτούς από κοινού με τους άλλους συνανθρώπους τους. Ειδικότερα, η σχολική ένταξη, ενσωμάτωση ή συνεκπαίδευση αποτελεί κορυφαίο στόχο της σύγχρονης Ειδικής Παιδαγωγικής και οι αρχές της διαποτίζουν τη φιλοσοφία του νέου αυτού νομοσχεδίου.

✓ Ο όρος «άτομα με ειδικές ανάγκες» αντικαθίσταται από το σύγχρονο όρο: «άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες», οπότε και επίσημα πλέον, το πρόβλημα μετατοπίζεται από την παθολογία του παιδιού στην παθολογία της εκπαίδευσης.

✓ Δίνεται σύγχρονος επιστημονικός ορισμός των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και επανακαθορίζονται οι σκοποί της ειδικής αγωγής.

✓ Ορίζεται ότι αποκλειστικός φορέας της ειδικής αγωγής είναι το ΥΠ.Ε.Π.Θ, το οποίο για πρώτη φορά συμμετέχει και στις διαδικασίες ίδρυσης, λειτουργίας και εποπτείας των κέντρων και εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

✓ Αναγνωρίζεται επίσημα ότι γλώσσα των κωφών και βαρήκοων μαθητών είναι η νοηματική.

✓ Προβλέπεται αναδιάρθρωση της ειδικής αγωγής με την ίδρυση νέων τύπων σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής, όπως π.χ. ΤΕΕ Ειδικής Αγωγής Α΄ και Β΄ βαθμίδας, Εργαστήρια Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης, Πολυδύναμα Ενιαία Κέντρα Ειδικής Αγωγής, Ειδικό βρεφο-συμβουλευτικό σταθμοί, οικοτροφεία

για μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, Προγράμματα Παροχής Ειδικής Αγωγής στο σπίτι, η λειτουργία του νηπιαγωγείου και του Δημοτικού σχολείου Ειδικής Αγωγής ως ενιαίας σχολικής μονάδας, η μετονομασία των Ειδικών Τάξεων σε Ειδικά τμήματα ένταξης μέσα στα κοινά σχολεία κ.α.

✓ Τονίζεται ότι η ειδική εκπαίδευση παρέχεται δωρεάν από το κράτος στους μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες από 4-22 ετών, οι οποίοι φοιτούν στα δημόσια σχολεία γενικής και ειδικής αγωγής. Η φοίτηση των μαθητών αυτών μπορεί να παραταθεί και πέραν των 22 ετών, ύστερα από αιτιολογημένη εισήγηση του οικείου Κ.Δ.Α.Υ.

✓ Τα νηπιαγωγεία, Δημοτικά Σχολεία, Γυμνάσια, Ενιαία Λύκεια και ΤΕΕ Ειδικής Αγωγής είναι ισότιμα προς τα αντίστοιχα σχολεία της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Γενικής Εκπαίδευσης.

✓ Στα σχολεία Ειδικής Αγωγής, εκτός από το ημερήσιο διδακτικό πρόγραμμα, μπορεί να λειτουργούν και προγράμματα δημιουργικών δραστηριοτήτων, στα Δημοτικά Σχολεία Ειδικής Αγωγής μπορεί να περιλαμβάνονται και προεπαγγελματικές δραστηριότητες, ενώ στα Γυμνάσια και Ενιαία Λύκεια Ειδικής Αγωγής μπορεί να περιλαμβάνονται και μαθήματα τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης.

✓ Για τους αποφοίτους των ΤΕΕ Ειδικής αγωγής και των δύο βαθμίδων καθορίζονται επαγγελματικά δικαιώματα κατά τη διαδικασία του άρθρου 6, παρ. 3, του Ν.2009/92.

✓ Προβλέπεται για πρώτη φορά η ισότιμη συμμετοχή των άμεσα ενδιαφερομένων γονέων στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν στην εκπαίδευση των παιδιών τους.

✓ Καθιερώνεται για πρώτη φορά ο πρωτοποριακός θεσμός των Κέντρων Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.), τα οποία υπάγονται στο ΥΠ.Ε.Π.Θ, στελεχώνονται με εξειδικευμένους εκπαιδευτικούς και άλλους ειδικούς επιστήμονες, εξοπλίζονται κατάλληλα, λειτουργούν στις έδρες όλων των νόμων της χώρας και παρέχουν: διαγνωστικές, συμβουλευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες στους μαθητές των γενικών και ειδικών σχολείων και ιδιαίτερα σ' αυτούς που εμφανίζουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ειδική παιδαγωγική υποστήριξη στο σπίτι, πρώιμη παρέμβαση, κατάλληλη ενημέρωση και στήριξη σε εκπαιδευτικούς και γονείς κ.α.

✓ Προβλέπεται για πρώτη φορά η ίδρυση Τμήματος Ειδικής Αγωγής στο Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, το οποίο θα στελεχωθεί με εξειδικευμένο επιστημονικό

προσωπικό υψηλού επιπέδου και θα αποτελεί το ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο του ΥΠ.Ε.Π.Θ. σε θέματα ειδικής αγωγής.

✓ Προβλέπονται ευνοϊκές ρυθμίσεις για το διορισμό του εκπαιδευτικού και ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού στις ΣΜΕΑ και στα Κ.Δ.Α.Υ., εφόσον είναι τυφλοί, κωφοί και γενικά άτομα με ειδικές ανάγκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1.Οικογένεια και παιδί με ειδικές ανάγκες.

Στο σύστημα της οικογένειας τα μέλη της υπόκεινται σε αλληλεπιδράσεις και η συμπεριφορά ενός μέλους γίνεται ερέθισμα για την συμπεριφορά των άλλων μελών της οικογένειας, σύμφωνα με τη συστημική θεωρία.. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η οικογένεια είναι οργανωμένη σαν μία ολότητα, όπου τα μέλη της βρίσκονται σε μία σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης. Συνεπώς αν ένα μέλος της πάσχει, τότε πάσχει όλο το σύστημα. Εξετάζοντας λοιπόν τη διαπροσωπική λειτουργία ενός συστήματος, συχνά μαθαίνουμε πως το σύμπτωμα διευθύνει όλη την οικογένεια. Με βάση αυτό είναι δυνατόν να προκληθούν νευρωτικά, ψυχολογικά ή ψυχοσωματικά προβλήματα. Βάση των παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε πως η παρουσία ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες μπορεί να επιφέρει ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στην οικογένεια.

4.1.1.Οικογένεια.

Οικογένεια είναι ένας ιστορικά εξελισσόμενος θεσμός, που χαρακτηρίζεται από την οργάνωση της κοινής ζωής δύο ή περισσότερων ατόμων, της οποίας τα μέλη καθορίζονται μέσω του γάμου ή της γέννησης. Κάθε οικογένεια έχει τους δικούς της κανόνες. Αυτοί οι κανόνες διαφαίνονται μέσω των ρόλων που το κάθε μέλος έχει αναλάβει, τις αλληλεπιδράσεις των μελών και τις επιλογές των τρόπων επίλυσης των οικογενειακών συγκρούσεων. Ο κύκλος ζωής και τα στάδια ανάπτυξης της οικογένειας, διαμορφώνονται και επηρεάζονται συνεχώς από τους κανόνες κάθε οικογένειας και τα πρότυπα αλληλεπιδράσεων.

Η οικογένεια είναι ένα σύστημα ψυχοκοινωνικό, το οποίο το καθένα ξεχωριστά έχει τους δικούς του κανόνες, τους δικούς του στόχους, αλληλεπιδράσεις, δυναμικές σχέσεις και διεργασίες αλληλεξάρτησης. Σαν αποτέλεσμα, το οικογενειακό σύστημα αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία ανθρώπινων προβλημάτων και συμπεριφορών, την αιτία των συμπτωμάτων και παράλληλα το υπόβαθρο για τις λύσεις των δυσπροσαρμοστικών καταστάσεων.

Σύμφωνα με τη Συστημική Θεωρία η οικογένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μία οργανωμένη οντότητα, που συνιστά κάτι μεγαλύτερο από το άθροισμα των

στοιχείων που την απαρτίζουν. Οι σχέσεις των μελών της οικογένειας μάλιστα είναι πολύ πιο ισχυρές από τη δύναμη που κατέχει το κάθε μέλος της ξεχωριστά.

Κανένα μέλος του συστήματος δεν ζει μόνο του. Πρωταρχικά ζει μαζί με όλα τα μέλη της οικογένειας του και είναι μία σχέση που διαρκεί εφόρου ζωής. Υπάρχει αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση με αυτό.

Τα κοινωνικά συστήματα πολλές φορές πιέζουν την οικογένεια και την αναγκάζουν να αντιδράσει. Οι οικογενειακοί κανόνες και στόχοι ενεργοποιούνται σαν ασπίδα της οικογένειας για να ανταπεξέλθει στις κοινωνικές πιέσεις και εντάσεις. Μία βασική άποψη στη συστημική θεωρία της οικογένειας είναι ότι όταν ένα μέλος της οικογένειας παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα, τότε υπάρχει πρόβλημα για όλους, όλα τα μέλη υφίστανται κάπως το πρόβλημα και συμμετέχουν σε αυτό. Δηλαδή η συμπεριφορά ενός μέλους γίνεται ερέθισμα για τη συμπεριφορά και των υπολοίπων μελών, κάτι που δημιουργεί αυτό που ονομάζεται οικογενειακή διεργασία.

Ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει πόσο αποτελεσματικά θα προσαρμοστεί η οικογένεια στις νέες συνθήκες είναι η δυνατότητα ανοικτής ανοιχτής επικοινωνίας στα μέλη της. Η δυνατότητα επικοινωνίας περιλαμβάνει μέσα σε άλλα, την έκφραση και την αποδοχή αντιλήψεων και συναισθημάτων που βιώνει χωριστά κάθε μέλος της οικογένειας μπροστά στις νέες συνθήκες ζωής. Όταν εμποδίζεται με οποιοδήποτε τρόπο αυτή η ανταλλαγή πληροφοριών και η συναλλαγή γίνεται δύσκολη ή αδύνατη έχει ως αποτέλεσμα τα μέλη να φορτίζονται ψυχολογικά και το οικογενειακό σύστημα να ακινητοποιείται κατά την πορεία της εξέλιξης του.

4.2. Διάγνωση του προβλήματος της αναπηρίας και η οικογένεια.

Η διάγνωση μιας αναπηρίας σε κάποιο μέλος της οικογένειας αναστατώνει και επηρεάζει όλα τα υπόλοιπα μέλη. Συνήθως οι γονείς το μαθαίνουν είτε αμέσως μετά τη γέννηση του παιδιού είτε μέσα στα επόμενα τρία χρόνια από τη γέννηση του, όπως συμβαίνει με τον αυτισμό. Οι γονείς ενημερώνονται και επιβεβαιώνεται αυτό που φοβόταν από το γιατρό, παρόλο που πιθανόν οι ίδιοι να έχουν δει κάποια «σημάδια».

Έτσι ενημερώνονται από το γιατρό σχετικά με τη φύση της αναπηρίας, τη σοβαρότητα της κατάστασης και τις αλλαγές που θα επέλθουν στην οικογένεια με την ύπαρξη ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες. Οι αντιδράσεις στο πρώτο άκουσμα ποικίλουν. Συχνά περιλαμβάνουν σοκ, άρνηση, θυμό, αγανάκτηση, ενοχές, άγχος και

απογοήτευση ή ακόμα και απόγνωση, φόβο, αγωνία για το τι θα συμβεί στο μέλλον. Στην ουσία αποδιοργανώνεται η ζωή όλης της οικογένειας και έρχεται αντιμέτωπη με απαιτητικές συνθήκες ζωής στις οποίες οφείλει να προσαρμοστεί για να οργανωθεί ξανά η ομαλή λειτουργία της.

Γενικότερα, η κατάσταση που βιώνουν τα μέλη στο πρώτο άκουσμα της διάγνωσης χαρακτηρίζεται από έντονα συναισθήματα και εσωτερικές συγκρούσεις. Τη μία στιγμή αναγνωρίζουν την πραγματικότητα της κατάστασης ενώ την άλλη την αποφεύγουν κάποιες φορές εκφράζουν ανοιχτά τους φόβους και τις ανησυχίες τους, ενώ κάποιες άλλες φορές κλείνονται στον εαυτό τους. Η αγανάκτηση, ο θυμός, η αίσθηση αδυναμίας είναι φυσιολογικές αντιδράσεις στη φάση αυτή. Συχνά λόγω του άγχους και της αγανάκτησης μπροστά στο απρόσμενο γεγονός, το κάθε μέλος μπορεί να θέλει να αποσυρθεί, νιώθοντας πως έτσι θα αποκοπεί από τα προβλήματα που συνεπάγεται αυτή η κατάσταση.

Ωστόσο με την γνωστοποίηση της αναπηρίας, η οικογένεια βρίσκεται σε μία κατάσταση κρίσης. Η κρίση δεν οφείλεται τόσο στη διάγνωση και στην ανακοίνωση της κατάστασης όσο στις ερμηνείες που δίνουν τα μέλη γύρω από την αναπηρία και οι μέθοδοι που σκοπεύουν να εφαρμόσουν για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν. Η οικογένεια οργανώνεται σε μία προσπάθεια να περιχαρακώσει και να εξουδετερώσει το πρόβλημα.

Αν το άγχος και η γενικότερη συναισθηματική δυσφορία μεταξύ των μελών παραταθεί για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, υπάρχει πιθανότητα η οικογένεια να οδηγηθεί στην αποδιοργάνωση ή ίσως και στη διάλυση της.

Σε αυτό το διάστημα η οικογένεια κινητοποιείται προς την αντιμετώπιση του προβλήματος και την προσαρμογή της στην παρούσα κατάσταση, καθώς και στη δοκιμή νέων τρόπων αντιμετώπισης που αποβλέπουν στην μείωση της συναισθηματικής φόρτισης και στην επιδίωξη μιας νέας ισορροπίας. Οι νέοι αυτοί τρόποι αντιμετώπισης είναι καθοριστικοί για το πόσο αποτελεσματικά θα αντεπεξέλθει η οικογένεια και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες.

Ειδικότερα ο τρόπος που η οικογένεια αντιμετωπίζει τις αλλαγές, επηρεάζει άμεσα το μέλος που είναι άτομο με ειδικές ανάγκες όσο και τα υπόλοιπα μέλη, που αντιλαμβάνονται ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει.

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε πως κάθε αντίληψη και ερμηνεία που δίνει το κάθε μέλος στα γεγονότα είναι υποκειμενική. Το άγχος, η απόγνωση και η αγανάκτηση είναι σταθερά και κοινά συναισθήματα για τα περισσότερα μέλη της οικογένειας και

που ποικίλουν ανάλογα με τη φύση της οικογένειας και το χαρακτήρα του κάθε ατόμου.

Αν λάβουμε υπόψη ότι η μητέρα και ο πατέρας συνθέτουν τα κύρια μέλη του οικογενειακού συστήματος, είναι και αυτοί που αναλαμβάνουν τις περισσότερες ευθύνες μέσα στο σπίτι. Το μεγαλύτερο φορτίο φροντίδας ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες και της ανησυχίας για το μέλλον του το έχουν οι γονείς, και συγκεκριμένα το μεγαλύτερο βάρος πέφτει στη μητέρα. Εξαιτίας αυτής της ευθύνης έχουν συμπτώματα, όπως έντονο άγχος, κατάθλιψη και σωματικά συμπτώματα.

Συχνά οι γονείς νιώθουν ότι απειλείται και αμφισβητείται ο γονεϊκός τους ρόλος, που δεν κατάφεραν να φέρουν στον κόσμο ένα υγιές παιδί. Απειλούνται ακόμα τα σχέδια, τα όνειρα, οι προσδοκίες και οι ελπίδες τους. Επίσης όπως προαναφέρθηκε και πιο πάνω, έρχονται αντιμέτωποι με απαιτητικές συνθήκες ζωής τις οποίες καλούνται να φέρουν σε πέρας. Καθώς μεγαλώνει το παιδί, οι γονείς θεωρούν τους εαυτούς τους ως μη χειραφετημένους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα από την πλευρά των γονιών να έχουν αρνητικές εμπειρίες, συναισθήματα ενοχής και θυμού που έχουν αντίκτυπο και στη δική τους υγεία.

Συνεπώς τα ψυχολογικά προβλήματα που υφίστανται οι γονείς σε αυτή τη φάση αναφέρονται κατά κύριο λόγο στο παιδί τους. Αυτή η διαπίστωση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η προσωπική ταλαιπωρία που υφίστανται οι γονείς σε μία τέτοια κατάσταση είναι κοινή για όλους.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως ο τρόπος που αντιμετωπίζουν οι γονείς ένα παιδί με ειδικές ανάγκες επηρεάζει τόσο το ίδιο το παιδί όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αν οι γονείς βιώσουν το γεγονός με μεγάλη ψυχολογική φόρτιση και άγχος, η ψυχική ένταση αυτή θα μεταφερθεί και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

4.3.Ο ρόλος της οικογένειας του ατόμου με ειδικές ανάγκες.

Όλα όσα αφορούν στο ρόλο οποιασδήποτε οικογένειας, ισχύουν και για την οικογένεια ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες. Υπάρχουν όμως ενδείξεις που μαρτυρούν πως τα προβλήματα θα είναι πιο έντονα σε μια οικογένεια, ένα μέλος της οποίας έχει ειδικές ανάγκες. Από τη στιγμή που ένα παιδί ή ενήλικος με ειδικές ανάγκες επιστρέφει από το νοσοκομείο στο σπίτι, ο σημαντικός συναισθηματικός τόνος της οικογένειας αλλάζει. Βέβαια, το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται και όταν γεννηθεί ένα φυσιολογικό

παιδί, ή ακόμη και με την άφιξη ενός φιλοξενούμενου που θα μείνει εκεί για ένα μικρό διάστημα. Η συναισθηματική ατμόσφαιρα θα ποικίλλει και θα αλλάζει, ανάλογα με τα εξωτερικά ερεθίσματα. Σε ένα σπίτι όμως, όπου υπάρχει τώρα ένα άτομο με ειδικές ανάγκες, τα μέλη της οικογένειας που μέχρι σήμερα ένιωθαν αρκετά ασφαλή μέσα στο ρόλο τους, θα κληθούν να αλλάξουν δραστικά. Η μητέρα, για παράδειγμα, η οποία πήγαινε στο νοσοκομείο με χαρά και προσδοκία, θα επιστρέψει με μία πολύ διαφορετική διάθεση. Ο πατέρας έχει ήδη υποχρεωθεί να αναλάβει τον καινούργιο του ρόλο και τις συναισθηματικές ρυθμίσεις που ο ρόλος αυτός απαιτεί, τις οποίες έχει κιάλας φέρει με τον τρόπο του μέσα στην οικογένεια. (Κυπριωτάκης Αντώνης, (2000), Πρακτικά Συνεδρίου Ειδικής Αγωγής, σελ.171).

Όπως είδαμε πιο πάνω, η γέννηση ενός παιδιού είναι συνήθως στιγμή χαράς και γιορτής. Τώρα όμως, είναι διαφορετικά. Μέχρι το παιδί να έρθει στο σπίτι, η οικογένεια θα έχει ήδη αισθανθεί τον αντίκτυπο των πρωτόγνωρων και μυστήριων ειδήσεων. Ένα μέλος της οικογένειας έχει ειδικές ανάγκες.

Μεγάλο μέρος της αρχικής αντίδρασης στα νέα αυτά, θα καθοριστεί από το είδος της ενημέρωσης και τον τρόπο με τον οποίο έχει γίνει, όπως και από τη στάση εκείνου που την έκανε. Στην περίπτωση της γέννησης ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες, αφού η μητέρα βρίσκεται στο νοσοκομείο, το βάρος της πρώτης εξήγησης πέφτει συνήθως στον πατέρα. Οι περισσότεροι όμως από αυτούς δεν διαθέτουν ούτε τη γνώση ούτε την ικανότητα να παρουσιάσουν μία τόσο συναισθηματικά φορτισμένη πληροφόρηση, με κατάλληλο τρόπο, σε παιδιά και συγγενείς. Αυτό είναι κατανοητό. Ίσως εδώ χρειάζεται η βοήθεια μία κοινωνικού λειτουργού. Το πώς θα γίνει αποδεκτό από την οικογένεια το παιδί με ειδικές ανάγκες καθώς και ο συνεπαγόμενος συναισθηματικός τόνος μέσα στο σπίτι, θα εξαρτηθούν εξαιρετικά από την αρχική εξήγηση.

Είναι λάθος να παραλλάζουν οι γονείς τα γεγονότα που παρουσιάζουν στην οικογένεια ή στους συγγενείς. Αυτό γίνεται πολλές φορές για να μετριαστεί το πλήγμα, αλλά τις περισσότερες φορές δεν είναι παρά ένας ασυνείδητος τρόπος για την αποφυγή μιας πολύ δυσάρεστης ευθύνης. Η δικαιολογία είναι ότι τα παιδιά σ' αυτή την ηλικία δεν πρόκειται να καταλάβουν. Είναι εκπληκτικό όμως το πόσο καλά θα το καταλάβουν και θα το δεχτούν τα παιδιά, αν γνωρίζουν και το διανοητικό και το συναισθηματικό περιεχόμενο των οικογενειακών προβλημάτων. Μόνο όταν τα γεγονότα αποκρύπτονται και τα συναισθήματα αποκηρύσσονται, οι φόβοι, η σύγχυση και η αδυναμία επικρατούν.

Η πληροφόρηση έχει ζωτική σημασία, το ίδιο όμως ζωτικός είναι και ο συναισθηματικός τόνος στην εξήγηση. Είναι μάταιο να προσποιούμαστε με τα συναισθήματα. Τα παιδιά είχαν στη διάθεσή τους τον απαιτούμενο χρόνο για να ψυχολογήσουν τους γονείς τους και το να συγκαλύπτουν οι τελευταίοι τα πραγματικά τους συναισθήματα από τον εαυτό τους ή τα παιδιά, είναι το χειρότερο και καταστροφικότερο είδος εξαπάτησης. Η εξαπάτηση αυτή προκαλεί αναπόφευκτα μια ατμόσφαιρα μυστηρίου η οποία με τη σειρά της, δημιουργεί άγχος και φόβο. Έστω και αν, πιθανότατα, ολόκληρη η πραγματικότητα δεν είναι γνωστή εκείνη τη στιγμή, το άγχος και ο φόβος μπορούν να αποφευχθούν με την αλήθεια, τη συμμετοχή στο πρόβλημα, τις πιθανές συνέπειές του στην οικογένεια και τη σημασία του για κάθε μέλος της.

Συνήθως, τον πρώτο καιρό μετά την εμφάνιση μιας ιδιαίτερης κατάστασης, είναι αδύνατο να ξέρουμε την έκταση του προβλήματος ή να καθορίσουμε τις μελλοντικές του συνέπειες. Μπορούμε όμως με μεγάλη σιγουριά να αποφασίσουμε τι θα πρέπει να κάνουμε τώρα.

Η κλινική έρευνα έχει δείξει επανειλημμένα πως η στάση της μητέρας ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση πάνω στο αν το παιδί με ειδικές ανάγκες θα γίνει αποδεκτό ή θα απορριφθεί από την οικογένεια. Αν μπορέσει εκείνη να αντιμετωπίσει το πρόβλημα με λογική αποδοχή και αυτοπεποίθηση, με έναν αρκετά ολοκληρωμένο τρόπο, το ίδιο θα κάνει και η οικογένεια. Ο Μπάνις (1961) βρήκε ότι τα άλλα παιδιά στην οικογένεια υιοθετούν τη στάση των γονιών απέναντι στο παιδί με ειδικές ανάγκες. (Άτομα με ειδικές ανάγκες και οι γονείς τους, (1993), Λεό Μπουσκάλια, σελ.97). Αν η μητέρα κλαίει, είναι αποκαρδιωμένη, απογοητευμένη, αμήχανη και ανήμπορη, το ίδιο θα είναι ο άντρας της και τα άλλα παιδιά.

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι παράγοντες που θα επηρεάσουν το ρόλο της οικογένειας ως προς την αποδοχή ή την απόρριψη ενός μέλους με ειδικές ανάγκες. Είναι γνωστό, για παράδειγμα, πως ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει μια οικογένεια τα τρέχοντα προβλήματα, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο που αντιμετώπισε κάποια σοβαρά προβλήματα στο παρελθόν. Αν η οικογένεια έχει αντεπεξέλθει απέναντι σε ιδιαίτερες συγκρούσεις με καλή οργάνωση και εφαρμογή ομαδικών λύσεων, το πιθανότερο είναι πως θα μπορέσει να επεξεργαστεί κατάλληλες εναλλακτικές λύσεις και απαντήσεις σε μελλοντικά προβλήματα.

Τα παιδιά που δεν έχουν εκτεθεί στις συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια θα βρουν την αντιμετώπιση οποιωνδήποτε τέτοιων καινούργιων περιστατικών, ένα πολύ

δύσκολο έργο. Αν από την άλλη πλευρά, τα παιδιά έπαιρναν πάντα το μέρος στις οικογενειακές αποφάσεις, ευχάριστες και δυσάρεστες, θα διαθέτουν πολύ μεγαλύτερες δυνατότητες να τα βγάλουν πέρα όταν θα βρεθούν αντιμέτωπα με νέες συγκρούσεις. Αν τα παιδιά είναι ασφαλή μέσα στην οικογένεια και έχουν με τους γονείς και τα αδέρφια μια εποικοδομητική σχέση που αναπτύσσεται και εξυπηρετεί τους σκοπούς τους, θα αισθανθούν να απειλούνται από το καινούργιο και διαφορετικό. Αφού τους έχει ήδη επιτραπεί να αποτελέσουν μέρος της επίλυσης του προβλήματος ή του προγραμματισμού για αλλαγή, φαίνεται λογικό το καινούργιο να αντιμετωπιστεί με τον ίδιο τρόπο.

Έτσι αν η οικογένεια λειτουργούσε στο παρελθόν σαν υγιής ενότητα, είναι αμφίβολο και απίθανο οποιαδήποτε κρίση να της προκαλέσει από μόνη της μια μεγάλη συμφορά. Οι περισσότερες υγιείς οικογένειες θα αντιμετωπίσουν τα προβλήματα με ένα ρεαλιστικό και εποικοδομητικό τρόπο, ανακαλύπτοντας εκτός των άλλων πως η δυναμική της ομαδικής επίλυσης των προβλημάτων εξυπηρετεί τη μετατροπή της οικογένειας σε πιο στενή και σημαντική ενότητα.

Η ύπαρξη ενός ανθρώπου με ειδικές ανάγκες στο σπίτι, θα γεννά προβλήματα που θα απαιτούν επαναπροσδιορισμό του ρόλου και αλλαγές από κάθε μέλος της οικογένειας, ακόμη και μετά την αποδοχή του αρχικού αντικτύπου. Οι ιδιαίτερες απαιτήσεις θα βρίσκονται διαρκώς μπροστά τους. Απαιτήσεις για ένα χρόνο, για οικογενειακή ανασυγκρότηση, για αλλαγή συνηθειών και αξιών και να ένα καινούργιο τρόπο ζωής. Τις περισσότερες από αυτές δεν θα τις έχουν φανταστεί, αλλά θα είναι όντως πολύ πραγματικές. Πιθανόν, στην αρχή, το παιδί να χρειαστεί συνεχή περίθαλψη, ειδικά φάρμακα, ξεχωριστές θεραπείες και ιδιαίτερη διατροφή. Σαν μοναδική τροφός στις περισσότερες περιπτώσεις, η μητέρα θα υποχρεωθεί συχνά να δώσει υπέρμετρη προσοχή στο παιδί, ελαχιστοποιώντας έτσι τις ευκαιρίες για ξεκούραση και προσωπική επαφή με άλλα μέλη της οικογένειας. Ο άντρας και τα άλλα παιδιά της θα πρέπει να αναπροσαρμοστούν, να τη βοηθήσουν και να τη στηρίξουν σε όλη αυτή την απαιτητική περίοδο. Οι πρόσθετες αυτές ευθύνες θα εξακολουθήσουν ίσως να υπάρχουν για εβδομάδες, μήνες ή και χρόνια.

Οι οικογένειες δεν θα έχουν να αντιμετωπίσουν μόνο τις εσωτερικές πιέσεις, αλλά και εκείνες που εξασκούνται από εξωτερικές δυνάμεις. Οι συγγενείς, οι καλοπροαίρετοι φίλοι και οι περιστασιακοί γνωστοί δημιουργούν πολλές φορές πρόσθετα προβλήματα. Ασυνείδητα, μπορούν με τη στάση τους να ασκήσουν πιέσεις στην οικογένεια του παιδιού με ειδικές ανάγκες, επιμένοντας πως υπάρχουν καλύτεροι

γιατροί, καλύτερες κλινικές ή καινούργιες θεραπευτικές μέθοδοι που θα έπρεπε να δοκιμάσουν αμέσως. Οι καλοπροαίρετες αυτές παρατηρήσεις ερμηνεύονται συχνά από τις υπερευαίσθητες, εξαντλημένες οικογένειες ως κριτική, σκληρότητα και αμφισβήτηση των ικανοτήτων και των αποφάσεών τους.

Πολλές φορές γίνεται ο υπαινιγμός ότι αν η μητέρα ήταν προσεκτικότερη στην εγκυμοσύνη, αν φρόντιζε καλύτερα τον εαυτό της ή ακόμη αν δεν είχε παντρευτεί το συγκεκριμένο άντρα, δεν θα είχε γεννήσει ένα παιδί με ειδικές ανάγκες. Κάτι τέτοιες απόψεις μπορεί να αποδειχθούν ισοπεδωτικές για τις οικογένειες, που παλεύουν ήδη με αυτές τις σκέψεις, συνειδητά ή ασυνείδητα.

Ο ρόλος της οικογένειας του ιδιαίτερου παιδιού, λοιπόν, μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα μέσα σε ένα κοινωνικοψυχολογικό πλαίσιο. Είναι όπως και της κανονικής οικογένειας, στην οποία υπάρχουν συνεχείς παλινδρομικές επιδράσεις, οικογένεια-παιδί, οικογένεια-πολιτισμικό περιβάλλον-παιδί, του καθενός πάνω στον άλλο. Κάθε αλλαγή σε οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας επηρεάζει με τη σειρά της τα άλλα ανάλογα με την ψυχολογική κατάσταση της οικογένειας. Η κύρια διαφορά στην οικογένεια με το ιδιαίτερο παιδί, είναι πως τα προβλήματα της οξύνονται από τις πολλές ειδικές ανάγκες και απαιτήσεις που έχει το παιδί εξαιτίας της ιδιαιτερότητας.

Η οικογένεια του ιδιαίτερου παιδιού μπορεί να λειτουργήσει με πολύ θετικό τρόπο ως μεσολαβητής μεταξύ της κοινωνίας στην οποία θα βρεθεί το παιδί και του πιο στοργικού, καλλιεργημένου περιβάλλοντος αποδοχής που μπορεί να του παρέχει. Για να το κάνει όμως αυτό το κάθε μέλος της οικογένειας, χρειάζεται να προσαρμοστεί με τα συναισθήματά του απέναντι στο πρόβλημα και στο παιδί που το έχει. Πρέπει να καταλάβουν ότι μόνο με τον τρόπο αυτό θα βοηθήσουν το παιδί να προσαρμοστεί στα δικά του συναισθήματα σε σχέση με το πρόβλημά του και τελικά με τον εαυτό του, ως ολοκληρωμένος άνθρωπος.

Η σημασία του ρόλου της οικογένειας δεν μπορεί να υποβιβαστεί, γιατί μόνο μέσα στα πλαίσια αυτού του ασφαλούς περιβάλλοντος τα ιδιαίτερα άτομα θα πρωτομάθουν και θα βιώνουν συνεχώς πως ακόμη και με σοβαρούς περιορισμούς, τους επιτρέπεται να είναι ο εαυτός τους.

4.4.Επαφή με την οικογένεια.

Αυτός που έχει προσβληθεί από την αναπηρία είναι ασφαλώς το καθυστερημένο παιδί. Εκείνος όμως που υποφέρει περισσότερο από την αναπηρία αυτή είναι η οικογένειά του. Ο καθένας μπορεί να αντιληφθεί τα συναισθήματα ενοχής και εντροπής που τη διακατέχουν, την απελπισία της που κορυφώνεται από τη μια μέρα στην άλλη, την αγωνία της για το παρόν και το μέλλον, τους φόβους της για τις επιπτώσεις της αναπηρίας του παιδιού στα άλλα μέλη της οικογένειας, την πικρή γεύση που αφήνουν οι καθημερινές απογοητεύσεις. Δεν είναι προθέσεις της εργασίας αυτής η περιγραφή του οικογενειακού περιβάλλοντος των παιδιών με νοητική ανεπάρκεια. Τα σημεία που θα τονίσουμε στη συνέχεια, σκοπό έχουν να δείξουν την προσοχή και τους λεπτούς χειρισμούς που απαιτούνται στην επαφή μαζί της.

Γιατί αν το κανονικό σχολείο χρειάζεται την επαφή με τους γονείς των μαθητών του, η ειδική τάξη δεν μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά χωρίς την επαφή αυτή. Θα έπρεπε ίσως να μιλήσουμε για συνεργασία με την οικογένεια και όχι για απλή επαφή. Η τακτική και σωστή επαφή με την οικογένεια αποτελεί μια μορφή συνεργασίας, εφικτή και ρεαλιστική, που μπορεί με τον καιρό να πάρει ευρύτερες διαστάσεις. Το κοινό ενδιαφέρον συνήθως δεν αρκεί από μόνο του για να αρθούν αυτόματα οι επιφυλάξεις μιας ζωής.

Επιχειρώντας λοιπόν την επαφή αυτή, που μπορεί να αρχίσει με πρωτοβουλία των κοινωνικών λειτουργών ή των γονέων του παιδιού, πρέπει να έχουμε υπόψη ότι το πιθανότερο είναι να συναντήσουμε μια οικογένεια γεμάτη άγχη. Τι περιμένουμε εμείς από την οικογένεια αυτή; Να διευκολύνει ή τουλάχιστο να μην κάνει πιο δύσκολο το έργο μας. Τι περιμένει η οικογένεια από μας; Τα πάντα: ό,τι δεν έφεραν οι εξετάσεις σε γιατρούς, οι νοσηλείες, τα φάρμακα, οι δικές της περιποιήσεις. Μεταφορά ελπίδων και προσδοκιών στο «μαγικό» αυτό περιβάλλον που λέγεται σχολείο, με ταυτόχρονη όξυνση του άγχους, από το φόβο μιας νέας, οριστικής τη φορά αυτή αποτυχίας.

Η διασκέδαση των ανησυχιών είναι το δυσκολότερο αλλά και το πιο αποτελεσματικό έργο. Η μείωση της έντασης, η άμβλυνση του άγχους, τροποποιεί ριζικά τη συμπεριφορά, την κάνει πιο ψυχολογημένη, πιο «παιδαγωγική». Ο μαθητής πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κανονικό παιδί, όχι μόνο στο σχολείο, αλλά και στο σπίτι. Η εικόνα του εαυτού του, εικόνα που ρυθμίζει τη συμπεριφορά του, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σύλληψη των μηνυμάτων που χωρίς να το υποψιάζονται στέλνουν οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας. Ιδιαίτερα τα άλλα μέλη, που η

στάση τους είναι συνήθως πιο σκληρή, γιατί δεν έχουν τις αυταπάτες, που θεληματικά υιοθετούν κάποτε οι γονείς.

Η κατάσταση φυσικά δεν πρόκειται να αλλάξει αν περιοριστούν σε συμβουλές του τύπου «πρέπει να φέρεστε με τρόπο φυσικό μαζί του» ή «δίνετε του την εντύπωση ότι το θεωρείται φυσιολογικό» κ.λ.π. Οι γονείς δεν μπορούν να υποκριθούν στο παιδί τους. Κι αν προσπαθήσουν να υποκριθούν δεν θα γίνουν πιστευτοί. Οι ενέργειές τους θα τους προδώσουν, η διαίσθηση του παιδιού θα συλλάβει την αλήθεια. Άλλωστε οι συμβουλές, οι εντολές, οι υποδείξεις δεν φέρνουν αποτέλεσμα και για ένα πρόσθετο λόγο: δεν τις δέχονται πια οι γονείς. Χρόνια δεν άκουαν τίποτε άλλο. Έχουν αγανακτήσει. Αν μεταβληθούν σε ευγενικούς και καλοπροαίρετους έστω τιμητές της συμπεριφοράς τους, αν ακόμη από δάσκαλοι του παιδιού τους θελήσουν να γίνουν δάσκαλοι δικοί τους, θα απομακρυνθούν. Ακόμη και όταν ρωτούν «τι στάση πρέπει να τηρήσω;», πρέπει να υπάρξει μια επιφυλακτική απάντηση. Γιατί αυτός που ρωτά περιμένει μια απάντηση-φάρμακο, μια συμβουλή που θα του λύσει μερικά τουλάχιστο προβλήματα του.

Τι μπορούν να κάνουν; Στον τομέα της ειδικής αγωγής τους θεωρούν «ειδικούς». Η γνώμη του κοινωνικού λειτουργού έχει κύρος. Γνωρίζουν εξάλλου πράγματα, στοιχεία, που δεν τα γνωρίζουν οι γονείς. Θα τους εξηγήσουν τι πρόκειται να γίνει στη μεταβατική τάξη, τι περιμένουν από το παιδί τους, που σκοπεύουν να φτάσουν, ποιο ρυθμό θα ακολουθήσουν, κ.λ.π. Θα τους πληροφορήσουν ακόμη ότι από την τάξη αυτή πέρασαν κι άλλα παιδιά πριν από το δικό τους, θα αναφέρουν παιδιά που με την προσπάθεια του σχολείου και τη συμπαράσταση της οικογένειας κατόρθωσαν να αποκτήσουν μια αξιοσημείωτη κοινωνική προσαρμογή και οικονομική ανεξαρτησία, θα τους δώσουν να καταλάβουν ότι δεν είναι οι μόνοι άδικα απελπισμένοι, ότι κι άλλοι πολλοί, πριν απ' αυτούς, είχαν το ίδιο πρόβλημα, τις ίδιες αντιδράσεις.

Οι πρώτες λοιπόν συναντήσεις αποτελούν ένα είδος ψυχοθεραπείας. Και ο χρυσός κανόνας της ψυχοθεραπείας είναι ότι η βελτίωση βγαίνει μέσα από τον ίδιο το ασθενή. Η καθημερινή πρακτική οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι επαφές που γίνονται με το πνεύμα αυτό μεταβάλλουν συνήθως τη στάση των γονέων. Υπάρχει πλήθος παραδειγμάτων, από τη στιγμή που οι γονείς είδαν με «άλλο μάτι» το παιδί τους, άρχισε μια θεαματική βελτίωση της συμπεριφοράς του.

Στις επαφές που θα ακολουθήσουν στρέφουν τη συζήτηση σε θέματα πιο συγκεκριμένα, που αναφέρονται σε λεπτομέρειες της συμπεριφοράς του παιδιού: το ντύσιμο, το φαγητό, τα παιχνίδια, το ύπνο, τις σχέσεις του με τα άλλα παιδιά, τη στάση

του έναντι των προσώπων που σχετίζονται με την οικογένεια, τα ενδιαφέροντά του, τις αντιδράσεις του σε συγκεκριμένα περιστατικά, κ.λ.π. Διατυπώνονται υποθέσεις, γίνονται νύξεις, ζητείται τη δική τους γνώμη, προχωρούν σε αναλύσεις με κατευθυντήρια γραμμή να βρεθούν απαντήσεις μαζί με τους γονείς. Η επαφή των γονέων με τους κοινωνικούς λειτουργούς, χωρίς να χάσει το χαρακτήρα της αμοιβαίας ενημέρωσης, αρχίζει να παίρνει τη μορφή συνεργασίας.

Πόσο θα κρατήσουν οι επαφές; Όσο διαρκεί η φοίτηση του παιδιού στο σχολείο. Πόσο συχνές θα είναι; Δεν υπάρχει ενιαία απάντηση. Ανάλογα με τα προβλήματα που ανακύπτουν στο σχολείο ή στο σπίτι, ανάλογα με την πρόοδο που σημειώνεται, ανάλογα με την πίεση του χρόνου. Υπάρχουν γονείς που μπαίνουν γρήγορα στο πνεύμα, υπάρχουν άλλοι που έρχονται γιατί θεωρούν τον εαυτό τους υποχρεωμένο να έλθει. Υπάρχουν ακόμη εκείνοι που δεν τους εγκαταλείπει εύκολα το άγχος ή που επιθυμούν συνάντηση σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η επαφή με την οικογένεια, η συνεργασία μαζί της δε σημαίνει σε καμιά περίπτωση παραγκωνισμό του ενός από τον άλλο ή ευθυγράμμιση του ενός με τις αντιλήψεις του άλλου. Ούτε το σχολείο μπορεί να υποκαταστήσει την οικογένεια, όσο άριστο προσωπικό κι αν διαθέτει, ούτε και η οικογένεια το σχολείο, όσο υψηλό κι αν είναι το επίπεδό της. Ο καθένας από τη σκοπιά του, ο καθένας με τα μέσα του, θα αναζητήσουν δρόμους που θα οδηγήσουν στην Ανάσταση, παρακάμπτοντας, όσο γίνεται το Γολγοθά.

4.5.Δυσλειτουργικότητα στην οικογένεια.

Είναι αναμφισβήτητο πως το ψυχολογικό στρες που υφίσταται τα μέλη της οικογένειας αποδιοργανώνει την λειτουργικότητα της. Η ύπαρξη ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες μπορεί να φέρει την οικογένεια σε μια κατάσταση κρίσης ή αποδιοργάνωσης, όταν προηγουμένως τα μέσα που έχει η οικογένεια για να διατηρήσει τη λειτουργικότητα της και την συνοχή της, δεν επαρκούν. Η οικογένεια βέβαια, σε μια τέτοια κατάσταση έχει την ανάγκη να αλλάξει το εσωτερικό της σύστημα (στόχους, κανόνες, ρόλους) και να προσαρμοστεί σε μια άλλη, νέα κατάσταση, για να επαναφέρει τη λειτουργικότητα της.

Η Saunders, (Saunders, J.C. (1999), Family functioning in families providing care for a family member with mental problems, Mental Health Nursing) υποστηρίζει πως η

ανάγκη της οικογένειας να προσαρμοστεί είναι το αποτέλεσμα των προσπαθειών της να φέρει την ισορροπία της σε δύο επίπεδα: το άτομο στο οικογενειακό σύστημα, δηλαδή την προσπάθεια της οικογένειας να χειριστεί τις δυσκολίες και τα προβλήματα των μελών της, και το οικογενειακό σύστημα στο περιβάλλον, δηλαδή στους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια χειρίζεται τα εξωτερικά της προβλήματα.

Η κακή προσαρμογή της οικογένειας στις απαιτήσεις μιας τόσο σοβαρής αναπηρίας μπορεί να προκαλέσει σημαντικές ψυχικές ταλαιπωρίες στο οικογενειακό σύστημα και μπορεί να συντελέσει στην κρίση της οικογένειας. Η κρίση καθιστά την οικογένεια αποδιοργανωμένη και ανίκανη να επαναδημιουργήσει σταθερότητα, τάξη και αίσθηση συνοχής στο σύστημα της.

Η επιτυχής προσαρμογή ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες στην οικογένεια, απαιτεί από αυτήν να προσαρμοστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να συμπεριλάβει τις ανάγκες του ασθενούς – μέλους της μαζί με τις ανάγκες ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

Δεν θα πρέπει να υποτιμηθεί η επίδραση που ασκούν στην ζωή της οικογένειας οι ιδιαίτερα αγχογόνες συνθήκες που αντιμετωπίζει. Έτσι ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η σχέση ανάμεσα στους δύο γονείς γίνεται πιο εύθραυστη και οι πιθανότητες για διαζύγιο είναι μεγαλύτερες (Love 1973), ενώ άλλοι ισχυρίζονται ότι τα προβλήματα του παιδιού φέρνουν κοντύτερα τους γονείς η ακόμη ότι δεν είναι δυνατόν να κλονίσουν ένα καλό γάμο (Tew 1977).

4.6.Αλληλεπίδραση στις σχέσεις μητέρας - παιδιού και πατέρα παιδιού - με ειδικές ανάγκες (ομοιότητες και διαφορές).

Η συναισθηματική κατάσταση των γονέων θα πρέπει να εξετασθεί επίσης σε συνδυασμό με τον βαθμό της συμμετοχής τους στην ανατροφή του προβληματικού παιδιού, το οποίο παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες. Το θέμα αυτό έχει ήδη απασχολήσει γενικότερα τους ψυχολόγους, οι οποίοι έχουν καταλήξει στα εξής συμπεράσματα: α)Πολλοί γονείς συνδέουν κατά κύριο λόγο τον ρόλο του πατέρα με την δυνατότητα να παίζει με το παιδί, να επιβάλλει πειθαρχία, να αναπτύσσει μαζί του μεγαλύτερη σωματική επαφή και γενικά δραστηριότητες εκτός σπιτιού, β)Η ποσότητα του χρόνου που διαθέτει ένας γονέας με το παιδί του δεν συναρτάται με την ποιότητα της σχέσης που δομεί μαζί του. Έτσι η διερεύνηση του συναισθηματικού δεσμού που

αναπτύσσουν τα παιδιά με τους γονείς έδειξε ότι τα παιδιά συνδέονται εξίσου και με τους δύο γονείς και σε ορισμένες περιπτώσεις δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση για τον πατέρα ενώ περνούν συνήθως λιγότερο χρόνο μαζί του.

Η επαλήθευση των δεδομένων αυτών στην περίπτωση των παιδιών με νοητική καθυστέρηση οδήγησε στις εξής διαπιστώσεις: η αναπηρία του παιδιού μπορεί να μειώσει την αλληλεπίδραση πατέρα-παιδιού επειδή το παιδί αργεί να αναπτύξει μια συνηθισμένη δραστηριότητα παιχνιδιού αλλά και γενικότερα να συμμετάσχει σε μια μαθησιακή διαδικασία. Υπάρχει επίσης μεγαλύτερη συμφωνία ανάμεσα στους γονείς ως προς την επιβολή πειθαρχίας, ίσως επειδή το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης βαρύνει την μητέρα. Οι πατέρες ωστόσο συγκεντρώνονται πιο εύκολα σε δραστηριότητες παιχνιδιού ενώ οι μητέρες απορροφώνται περισσότερο από τις δυσκολίες της καθημερινής φροντίδας του παιδιού με νοητική καθυστέρηση.

Η επισήμανση του ρόλου που διαδραματίζει η οικογένεια στην εκπαίδευση και την καλύτερη διαβίωση των ατόμων αυτών φαίνεται να συμβαδίζει με την έμφαση που έχει δοθεί στον θεραπευτικό ρόλο που μπορεί να ασκήσει η κοινότητα. Ωστόσο οι όροι «οικογενειακό περιβάλλον» ή «κοινότητα» ταυτίζονται συνήθως στην πράξη με την μητρική παρουσία και συμμετοχή, γεγονός που υπονοεί ότι η παρέμβαση του πατέρα είναι συχνά ανύπαρκτη στα σχετικά ερευνητικά ή και θεραπευτικά προγράμματα.

Η απουσία αυτή συνδέεται προφανώς με τη γενικότερη έλλειψη επιστημονικών ερευνών γύρω από το ρόλο και την λειτουργία του πατέρα στην ανάπτυξη του παιδιού και στην οργάνωση της οικογένειας, η οποία εντοπίζεται κυρίως μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 70.

Μια αρχική κατηγορία ερευνών ασχολήθηκε με μια σειρά ερωτημάτων όπως: η ανακάλυψη του προβλήματος του παιδιού συνιστά μεγαλύτερο πλήγμα για τον πατέρα από ό,τι για την μητέρα; Οι πατέρες των προβληματικών παιδιών ασχολούνται περισσότερο μαζί τους; Ποιες οι επιπτώσεις στις σχέσεις του ζευγαριού; Οι αυξημένες ανάγκες του παιδιού αυτού για την φροντίδα επηρεάζουν σημαντικά την εμπλοκή του πατέρα;

Διαπιστώνεται ότι οι διάφορες έρευνες συγκλίνουν στην άποψη ότι η αρχική αντίδραση των γονέων στην αποκάλυψη του προβλήματος επισφραγίζεται από εντονότερο συναισθηματικό αντίκτυπο για τον πατέρα. Η αντίδραση αυτή μπορεί να διαδεχθεί μια προγενέστερη άρνηση της ύπαρξης οποιουδήποτε προβλήματος: οι πατέρες δηλαδή είτε δεν είχαν διακρίνει κανένα ανησυχητικό σημείο στην

συμπεριφορά του παιδιού είτε είχαν απουσιάσει από προηγούμενες επισκέψεις σε ειδικούς (Hannam, 1975 Kanner, 1953 Myrgray, 1967) .

Η έντονη εξάλλου απογοήτευση που συνδέεται με το γεγονός ότι το παιδί δεν θα μπορέσει να εκπληρώσει τις αρχικές προσδοκίες των γονέων του συμπλέκεται με το άγχος που προκαλούν οι αυξημένες απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Η πραγματικότητα αυτή μπορεί να ωθήσει ορισμένους πατέρες στο να καταβάλουν εντονότερες προσπάθειες και άλλους στο να υιοθετήσουν στάσεις (υπεκ)φυγής: για παράδειγμα, εξαιτίας της ανησυχίας του για το μέλλον του παιδιού του, ο πατέρας, άλλοτε αναλαμβάνει τον ρόλο του δασκάλου ή διεκδικεί καλύτερη παροχή υπηρεσιών και άλλοτε εναποθέτει την ευθύνη στην γυναίκα του επικεντρώνοντας συνήθως το ενδιαφέρον του στην επαγγελματική του ενασχόληση.

Ο κάθε πατέρας δηλαδή ανάλογα με την ψυχική του συγκρότηση θα αναπτύξει διαφορετικές αντιδράσεις, όπως άλλωστε συμβαίνει και με τους πατέρες φυσιολογικών παιδιών. Στο ερώτημα όμως που αναφέρεται στις τυχόν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις δύο κατηγορίες πατέρων οι διάφορες έρευνες προσκομίζουν διαφορετικές απαντήσεις. Έτσι παλιότερα διατυπώθηκε η άποψη ότι στις οικογένειες παιδιών με ειδικές ανάγκες η διαφοροποίηση των ρόλων πατέρα και μητέρας είναι ακόμα πιο έντονη (Tallman 1965). Κατοπινές όμως έρευνες ανέτρεψαν αυτή την άποψη υποστηρίζοντας ότι υπάρχουν περισσότερες ομοιότητες παρά διαφορές ανάμεσα στις οικογένειες φυσιολογικών και προβληματικών παιδιών (Carr 1975,Gath 1957, Gregory 1976). Όπως είπε χαρακτηριστικά ο Farber (1957) για τις οικογένειες παιδιών με νοητική καθυστέρηση «πολλοί ρόλοι και αξίες διαμορφώνονται ανάλογα με την ροή παρόμοιων γεγονότων με αυτά που βιώνουν οι άλλες οικογένειες» .

Μια άλλη κατηγορία ερευνών που εστίασαν το ενδιαφέρον τους στις ιδιαιτερότητες του ρόλου και των στάσεων του πατέρα, εξέτασαν αφενός την αντίδραση του στο κοινωνικό στίγμα που επισφραγίζει συχνά το πρόβλημα του παιδιού καθώς και την τυχόν διαφορετική συμπεριφορά του ανάλογα με το φύλο του παιδιού. Παρατηρήθηκε ότι πατέρες ασχολούνται λιγότερο αποτελεσματικά με το παιδί τους όταν το πρόβλημα γίνεται φανερό από την εμφάνιση του παιδιού (Cain and Levine, 1963, Gregory 1976, Tallmann 1965). Αντίθετα η προσαρμοστικότητα των μητέρων φαίνεται να εξαρτάται λιγότερο από την εμφάνιση και περισσότερο από άλλες παραμέτρους, όπως το επίπεδο των ικανοτήτων του παιδιού. Σε ορισμένες επίσης περιπτώσεις οι παράμετροι της εμφάνισης και του φύλου αλληλοεξαρτώνται: επειδή η εμφάνιση θεωρείται πιο σημαντική για ένα κορίτσι καθώς μεγαλώνει, ο πατέρας τείνει

να αντιλαμβάνεται λιγότερο το στίγμα στην περίπτωση του αγοριού (Boston 1981). Έτσι φαίνεται να υπερισχύει η άποψη που δέχεται ότι «σοβαρότερη παθολογία γίνεται πιο εύκολα ανεκτή για τα κορίτσια απ'ότι για τα αγόρια» (Levinson and Starling 1981, σελ.385)

Σε ότι αφορά τις γενικότερες αντιδράσεις των γονέων απέναντι στο πρόβλημα του παιδιού τους και ειδικότερα στον τρόπο που το βιώνουν, υποστηρίχθηκε ότι οι πατέρες έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχοπαθολογικά συμπτώματα απ'ότι οι μητέρες. Ωστόσο ο Cummings βρήκε ότι ο πατέρας του οποίου το παιδί έχει νοητική καθυστέρηση, παρουσιάζει πιο έντονες καταθλιπτικές τάσεις σε σύγκριση με τους πατέρες της ομάδας ελέγχου. Διαπιστώθηκε επίσης ότι και οι δύο γονείς ιδιαίτερα προβληματικών παιδιών υιοθετούν πιο αρνητικές στάσεις και συναισθήματα ενώ οι πατέρες είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις προόδους του παιδιού και την βοήθεια που προσφέρουν οι φίλοι και συγγενείς.

Ένα σημαντικό δεδομένο που προέκυψε από αυτές τις έρευνες είναι οι μεγάλες ατομικές διαφορές που παρατηρούνται στην αλληλεπίδραση των πατέρων με τα προβληματικά παιδιά τους. Οι ερευνητές στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν αυτές τις διαφορές διερεύνησαν την συνάρτησή τους με ορισμένους παράγοντες όπως ο βαθμός της αναπηρίας του παιδιού ή η κοινωνική τάξη. Έτσι υποστηρίχθηκε ότι η ηλικία, το νοητικό επίπεδο, ο βαθμός κινητικότητας δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα την συμμετοχή του πατέρα. Αντίθετα καθοριστικό ρόλο παίζει η ικανότητα του παιδιού να μιλάει, ακόμα και αν προφέρει λίγες μόνο λέξεις, γεγονός που φαίνεται να κινητοποιεί σημαντικά τον πατέρα προκειμένου να εμπλακεί σε σταθερή επικοινωνία με το παιδί του. Θετικό ρόλο διαδραματίζει επίσης και το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο του πατέρα καθώς και η ποσότητα του χρόνου που διαθέτει για το παιδί, ιδιαίτερα το Σαββατοκύριακο. Η επισήμανση εξάλλου των ατομικών αυτών διαφορών καθώς και των παραγόντων που τις επηρεάζουν μπορεί να χρησιμεύσει στο σχεδιασμό πιο εύκαμπτων θεραπευτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία αποβλέπουν στην ενίσχυση της συμμετοχής του πατέρα λαμβάνοντας υπόψη τις προσωπικές του ανάγκες και ισορροπίες που έχει εγκαταστήσει στη σχέση με τη σύζυγό του.

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση που έχει υιοθετηθεί από ορισμένους ερευνητές, μας επιτρέπει εξάλλου να κατανοήσουμε τη λειτουργία που μπορεί να ασκήσει ο πατέρας στη θεραπεία ενός αυτιστικού παιδιού. Διατυπώθηκε δηλαδή η άποψη ότι στην περίπτωση του αυτιστικού παιδιού που είναι συμβιωτικά προσκολλημένο στην μητέρα του εξαιτίας της αδυναμίας του να ελέγξει τα απειλητικά για την ύπαρξή του

ερεθίσματα, ο πατέρας μπορεί να προσφέρει ορισμένα σήματα τα οποία το παιδί είναι σε θέση να κατανοήσει. Τα σήματα αυτά βοηθούν το παιδί να δημιουργήσει μια γέφυρα επικοινωνίας με τον εξωτερικό κόσμο και να δράσει κατά κάποιο τρόπο πιο ανεξάρτητα. Σύμφωνα με τον Parke (1979), εάν η μητέρα τροφοδοτεί κυρίως τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού, ο πατέρας ανταποκρίνεται στην ανάγκη του για εξερεύνηση του κόσμου παρέχοντας του λεκτικά και μη λεκτικά μέσα επικοινωνίας. Μέσω δηλαδή της επανάληψης αυτών των ερεθισμάτων, των προσπαθειών για δράση σε δομημένο πλαίσιο, του ελέγχου και των κατευθύνσεων που παρέχει ο πατέρας, τροφοδοτείται η ικανότητα του αυτιστικού παιδιού να αντιπαρέρχεται τις αγωνίες του και να μαθαίνει καινούργια πράγματα. Δεν θα πρέπει βέβαια να παραγνωρισθεί το γεγονός ότι εξαιτίας της γενικότερης αδυναμίας του παιδιού να αποχωρισθεί την μητέρα του η δυσκολία αυτή εμφανίζεται και στην σχέση με τον πατέρα. Ταυτόχρονα όμως η παρουσία του πατέρα δημιουργεί την ευνοϊκή για το παιδί συνθήκη να αντιμετωπίζει την απουσία της μητέρας νιώθοντας ταυτόχρονα αρκετά ασφαλές.

Με άλλα λόγια είναι πιθανό ότι οι εμπειρίες του αυτιστικού παιδιού με κάποιο άλλο πρόσωπο εκτός από τη μητέρα, και πιο συγκεκριμένα με τον πατέρα, συμβάλλουν σημαντικά στην γνωστική του ανάπτυξη. Μη διαφέροντας δηλαδή ουσιαστικά από την μητέρα και κυρίως προσφέροντας στο παιδί την αίσθηση της συνέχειας και της απαραίτητης συναισθηματικής ασφάλειας, ο πατέρας ενισχύει τις αναπτυξιακές δυνατότητες του παιδιού επιτρέποντάς του να ασκήσει έλεγχο στο περιβάλλον του μέσω νέων εμπειριών. Αλλά και όταν ακόμα ο τρόπος συμπεριφοράς του πατέρα είναι διαφορετικός από της μητέρας, αυτό μπορεί να αποβεί σε όφελος του παιδιού. Εάν για παράδειγμα ο πατέρας του αυτιστικού παιδιού έχει την τάση να ασκεί περισσότερο έλεγχο με την φυσική παρουσία του, σε αντιπαράθεση με την λεκτική κυρίως παρέμβαση της μητέρας, μια τέτοιου είδους ιδιαιτερότητα συνηγορεί υπέρ της αναγκαιότητας της εμπλοκής του στην ανατροφή του προβληματικού παιδιού.

Οι γονείς θα πρέπει α) να αποδεχθούν τα συναισθήματά τους που προέρχονται από την απώλεια ενός «φυσιολογικού» παιδιού και την απόκτηση ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες καθώς και οτιδήποτε συνεπάγεται την παρουσία αυτού του παιδιού στην καθημερινή του ζωή, β) να κατανοήσουν τις ιδιαιτερότητες του προβλήματος του παιδιού, τις πιθανές αιτίες καθώς και τις υπάρχουσες δυνατότητες θεραπείας, γ) να συντονισθούν με τις συναισθηματικές και φυσικές εκδηλώσεις του παιδιού του, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε αυτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1.Επιβάρυνση της οικογένειας ως προς την εμφάνιση των αναφερόμενων διαταραχών (κατάθλιψη, στρες και δυσθυμία).

Στη βιβλιογραφία γίνεται συχνή αναφορά στον όρο «burden». Ο όρος σημαίνει πως τα προβλήματα και οι δυσκολίες που επηρεάζουν τη ζωή του ατόμου-ΑΜΕΑ, επηρεάζουν ταυτόχρονα και την ζωή των μελών της οικογένειας που ζουν μαζί με το ΑΜΕΑ και το φροντίζουν. Υπάρχουν κλίμακες «burden» που ασχολούνται μόνο με αυτά τα προβλήματα που σχετίζονται, οφείλονται ή προκαλούνται από τη συμπεριφορά του ασθενή.

Από μια άποψη ο όρος «burden» είναι πολύ βαρύς γιατί τείνει να κατηγορεί και να στιγματίζει το άτομο με ειδικές ανάγκες και δεν επιτρέπει να υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ οικογένειας και «ασθενή».

Γίνεται διάκριση ανάμεσα στην υποκειμενική επιβάρυνση (subjective burden), η οποία υποδηλώνει την υποκειμενική αναστάτωση, το άγχος, τις ενοχές και την ανησυχία που βιώνουν οι συγγενείς, και την αντικειμενική επιβάρυνση (objective burden), η οποία χωρίζεται σε δύο τύπους: α)στις πολυάριθμες επιδράσεις στη ζωή της οικογένειας στο σπίτι λόγω της παρουσίας του ανάπηρου μέλους, όπως η οικονομική κρίση, επιπτώσεις στον τομέα της υγείας και γενική αποδιοργάνωση της ζωής των μελών της οικογένειας, και β) στη μη φυσιολογική συμπεριφορά του ατόμου με ειδικές ανάγκες που είναι ενοχλητική για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Οι οικογένειες αντιμετωπίζουν πολλαπλές δυσκολίες. Πολύ συχνά ασθενούν ή έχουν μεγάλο οικονομικό κόστος, οπότε το κόστος είναι συναισθηματικό αλλά και υλικό. Το στρες που αναπτύσσεται στην οικογένεια εμποδίζει τον καλό τρόπο ζωής και την υγιή εξέλιξή της.

Περισσότερη προσοχή χρειάζεται να δοθεί στα στάδια, από τα οποία η οικογένεια περνά όταν το άτομο με ειδικές ανάγκες είναι ενήλικας (γιος ή κόρη). Είναι ξεκάθαρο ότι αρχικά η φόρτιση δεν είναι τόσο μεγάλη, γιατί η οικογένεια ελπίζει ότι θα βρεθεί κάποια θεραπεία, συγκριτικά με αργότερα όπου η οικογένεια συνειδητοποιεί το μέλλον του ενήλικα ΑΜΕΑ. Όσο νεότερο είναι το άτομο με ειδικές ανάγκες τόσο μεγαλύτερη είναι η οικογενειακή επιβάρυνση, κυρίως λόγω των οικονομικών δυσκολιών που υφίσταται η οικογένεια.

Με την εμφάνιση της αναπηρίας δημιουργούνται κάποιες απαιτήσεις που πρακτικά προκύπτουν από τη φροντίδα ενός ΑΜΕΑ. Ως συνέπεια των παραπάνω η ζωή των μελών επιβαρύνεται. Μεγαλύτερη διάσταση έχουν τα ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα, ενώ τα προβλήματα υγείας και οι περιορισμοί στην κοινωνική ζωή έχουν λιγότερη επιβάρυνση.

Συχνά οι μητέρες υποφέρουν από κατάθλιψη, άγχος, κούραση, αϋπνία, υπερένταση και απογοήτευση. Τα μέλη της οικογένειας επηρεάζονται αρνητικά λόγω της αναγκαστικής παραμέλησης άλλων προσωπικών τους αναγκών και αναγκών των υπολοίπων, προκειμένου να φροντίσουν επαρκώς το παιδί με ειδικές ανάγκες.

Αρνητικές επιπτώσεις έχουν και στον ελεύθερο χρόνο τους και στις κοινωνικές τους επαφές, οι οποίες περιορίζονται. Τα μέλη της οικογένειας προσπαθούν να προσαρμοστούν στις αλλαγές της καθημερινής τους ρουτίνας, γιατί αποδιοργανώνονται οι καθημερινές τους συνήθειες και το συνηθισμένο μέχρι τότε πρόγραμμα τους.

5.2.Αντίστοιχες έρευνες.

Το 1960 στη Μεγάλη Βρετανία έγινε μία έρευνα από τους κοινωνικούς επιστήμονες για την επιβάρυνση που έχουν οι οικογένειες με ένα παιδί με ειδικές ανάγκες. Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν ότι το 55%-73% των οικογενειών που έχουν ένα παιδί με ειδικές ανάγκες πιστεύουν ότι έχουν κάποιου είδους οικονομική επιβάρυνση. Επίσης οι γονείς οι οποίοι απάντησαν ότι δεν επιβαρύνονται οικονομικά από το παιδί- άτομο με ειδικές ανάγκες, αντιμετώπιζαν διάφορα προβλήματα στην συμπεριφορά τους, όπως υπερβολική ευαισθησία, επιθετικότητα, έλλειψη κοινωνικότητας, άγχος, τάση για απόσυρση, έλλειψη συνεργασίας κ.α.

Οι Arey και Warheit (1980) έκαναν μία έρευνα για μητέρες με παιδί- άτομο με ειδικές ανάγκες και με μητέρες που δεν έχουν παιδί με ειδικές ανάγκες. Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν ότι οι μητέρες που είχαν παιδί με ειδικές ανάγκες παρουσίαζαν κατάθλιψη, άγχος και ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα. Αντίθετα οι μητέρες που δεν έχουν παιδί με ειδικές ανάγκες παρουσίαζαν σε κάποιες περιπτώσεις τα ίδια προβλήματα (κατάθλιψη, άγχος) αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό σε σχέση με τις μητέρες που είχαν παιδί-άτομο με ειδικές ανάγκες.

Στην ίδια έρευνα επισημαίνεται ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στους γονείς που έχουν ένα παιδί με ειδικές ανάγκες (αγόρι ή κορίτσι), το οποίο βρίσκεται στην εφηβεία. Επίσης ότι όσο περνούν τα χρόνια ανησυχούν όλο και πιο πολύ για την μελλοντική τύχη του παιδιού τους και το πώς θα μπορέσει να επιβιώσει μόνο του, όταν οι ίδιοι δεν θα ζουν πια. Το άγχος τους γίνεται όλο και μεγαλύτερο και οι ανησυχίες τους πολλαπλασιάζονται.

Η έρευνα του Berk 1985 έδειξε ότι οι μητέρες ζουν διαφορετικά την επιβάρυνση μεγαλώνοντας ένα παιδί με νοητικό πρόβλημα. Η έρευνα έδειξε ότι η επιβάρυνση εξαρτάται από τις ευθύνες που έχει η μητέρα ή ο πατέρας στο νοικοκυριό.

Επίσης η έρευνα του Holroyd (1974) έδειξε ότι οι ανύπανδρες μητέρες έχουν υψηλότερους δείκτες στρες απ'ότι οι παντρεμένες μητέρες.

Η έρευνα του Georgene G.Eakes (1995), με δείγμα 4 ζευγάρια και δύο μητέρες έδειξε ότι 8/10 γονείς παρουσίαζαν κατάθλιψη. Οι δύο γονείς που δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη ήταν ένα Αφρικανο-Αμερικάνικο ζευγάρι. Οι γονείς περιέγραψαν ότι ένιωθαν τα εξής συναισθήματα: δυσπιστία, θυμό, σοκ, θλίψη, σύγχυση, απογοήτευση, απόγνωση-απελπισία, μελαγχολία. 5/8 γονείς που εμφάνισαν κατάθλιψη έκαναν συνολικά 27 αναφορές σε συναισθήματα θυμού και σύγχυσης. 2/10 γονείς ένιωθαν με την ίδια ένταση τα συναισθήματα τους, από την αρχική διαπίστωση της ανάπηρίας μέχρι την μετέπειτα ανατροφή του παιδιού. 5/10 γονείς ανέφεραν ότι το συναίσθημα του θυμού που ένιωθαν ήταν αρχικά περισσότερο απ'ότι μετέπειτα καθώς μεγάλωνε το παιδί. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έρχονται σε αντίθεση με την έρευνα που έκαναν οι Miller (1990) και Atkinson (1994).

Σύμφωνα με την έρευνα που έκανε το τμήμα της κλινικής Ψυχολογίας του Εθνικού Αυστραλιανού Πανεπιστημίου το 2003, οι γονείς που έχουν παιδί με πρόβλημα νοητικής καθυστέρησης θρηνούν για το «χαμό» του παιδιού τους. Το πρώτο μέρος της έρευνας περιελάμβανε 22 γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες, και το αποτέλεσμα ήταν ότι η πλειοψηφία των γονέων ένιωθε απομονωμένο, χωρίς στήριξη από κάπου, συναισθήματα θυμού, απογοήτευση, ενοχή για το «κακό» που συνέβη στο παιδί τους. Το δεύτερο μέρος της έρευνας περιελάμβανε 71 γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες, οι οποίοι ρωτήθηκαν για τις σχέσεις τους με το παιδί τους. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: το 39,4% ξεσπούσε συχνά σε κλάματα, όταν σκεφτόταν ότι το παιδί του έχει μία σοβαρή αναπηρία. Το 64,8% δεν μπορούσε να δεχτεί ότι το παιδί του έπασχε από σοβαρή ψυχική αναπηρία. Το 56,3% ένιωθε αδικία που το παιδί του ήταν «άρρωστο». Το 32,4% είχε κατάθλιψη και το 33% άγχος. Το ποσοστό των γονέων

που είχαν άγχος, η σχέση τους με το παιδί δεν ήταν πολύ θετική και απουσίαζε η στενότητα και η εμπιστοσύνη.

Στην έρευνα που έγινε από Chaya Schwartz (2003) με δείγμα 167 γονείς παιδιών με νοητική καθυστέρηση και είχε σκοπό την μελέτη της επιβάρυνσης αντικειμενικής και υποκειμενικής) των γονέων που φροντίζουν οι ίδιοι το παιδί τους. Το δείγμα περιέγραψε ότι ένιωθε ένταση, θυμό, στρες, ανησυχία, θλίψη, συναισθήματα ενοχής και ντροπής. Επίσης και των δύο ειδών επιβάρυνση εκφράστηκε πολύ έντονα από το δείγμα.

Στην έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο Graylingwell από τους Jacqueline Grad και Peter Sainsbury, το 1963 προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα σχετικά με την επιβάρυνση των οικογενειών από την παρουσία ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες μέσα στην οικογένεια.: τα 2/3 των οικογενειών υποφέρουν λόγω της αρρώστιας του ατόμου με ειδικές ανάγκες, το 61% από τις 410 οικογένειες υποφέρει για περίπου δύο χρόνια, το 50% παρουσιάζει αυξημένη ανησυχία εξαιτίας της έννοιας τους για το άτομο με ειδικές ανάγκες, 1/5 από αυτούς παρουσίασε συμπτώματα νεύρωσης (κατάθλιψη, πονοκεφάλους κ.τ.λ.) λόγω της συμπεριφοράς του παιδιού τους, το 1/3 περιόρισε τις διακοπές του, το 1/3 διαταράχθηκε η οικογενειακή του ισορροπία, το 1/4 μειώθηκε το εισόδημα τους τουλάχιστον κατά 10%, και το 1/3 διαταράχθηκαν και τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1.Ιστορική Αναδρομή της Διαταραχής της Κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που παρακολουθούσε την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της μέχρι σήμερα. Ιστορικές πηγές, ιατρικά κείμενα (Ιπποκράτης, Αρεταίος), τα Ομηρικά Έπη, η Βίβλος (π.χ. ο Βασιλιάς Σαούλ), το Αρχαίο Ελληνικό Δραματολόγιο (π.χ. «Αίας» του Σοφοκλή), μαρτυρούν για του λόγου το αληθές (Γ.Ν.Χριστοδούλου, Κατάθλιψη, 1996)

Εκατομμύρια ανθρώπων σ'όλο τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους έντεκα ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του από αυτή.

Η σημασία της κατάθλιψης δεν έγκειται μόνο στο μεγάλο αριθμό των ανθρώπων που υποφέρουν. Πρέπει να συνυπολογιστεί ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής που απορρέει από αυτή την πάθηση, οι σοβαρές δυσκολίες για τη δημιουργία και τη διατήρηση στενών διαπροσωπικών σχέσεων, οι δυσκολίες επιτέλεσης ή διατήρησης επαγγελματικής δραστηριότητας, οι επιπτώσεις της σε όλη την οικογένεια και ιδιαίτερα στα παιδιά, ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών και τα τροχαία ατυχήματα, για τα οποία είναι συχνά υπεύθυνη, η κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας, η πρόωμη συνταξιοδότηση, ο μεγάλος αριθμός ημεραργιών και οι λοιπές οικονομικές συνέπειες.

Όσο όμως σοβαρές κι αν είναι οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της κατάθλιψης, δεν συγκρίνονται με τις βιωματικές της επιπτώσεις για το ίδιο το άτομο που πάσχει. Μέτρο της οδύνης του καταθλιπτικού αρρώστου είναι ότι συχνά βλέπει το θάνατο ως λύτρωση. Έτσι λοιπόν, η πάθηση αυτή οδηγεί συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη πάθηση σε αυτοκτονία.

Η κατάθλιψη είναι μια πρωτεϊκή νόσος και μπορεί να ξεγελάσει τον κλινικό γιατρό με την πολυμορφία και την ατυπία στην έκφρασή της. Μπορεί να εκφραστεί με υποχονδριακά συμπτώματα, ανοϊκόμορφη συμπτωματολογία (καταθλιπτική ψευδοάνοια), σεξουαλική ανικανότητα, παραπτωματική συμπεριφορά (ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία), ευερεθιστότητα, συχνές απουσίες και κακή απόδοση στο σχολείο (όταν εκδηλώνεται στα παιδιά), «ψυχοσωματικές» εκδηλώσεις, συμπτωματολογία διαταραχής προσωπικότητας (ιδιαίτερα «μεταιχμιακού» τύπου), αϋπνία ή υπερυπνία, ανορεξία ή πολυφαγία, ακόμη και με συμπτωματολογία όχι μόνο ασύμβατη αλλά και αντίπαλη με το βασικό της σύμπτωμα («γελανή» κατάθλιψη).

Οι όροι που έχουν επινοηθεί γι' αυτές τις μεταμορφώσεις της κατάθλιψης είναι «καταθλιπτικό ισοδύναμο», «συγκαλυμμένη κατάθλιψη», «περιφερική κατάθλιψη», «κατάθλιψη χωρίς κατάθλιψη» (δηλαδή, νόσος κατάθλιψη χωρίς το σύμπτωμα κατάθλιψη) και «κατάθλιψη με προσωπίδα».

1. Η οδύνη που προκαλεί η κατάθλιψη ξεπερνάει συχνά τα ανθρώπινα μέτρα και όρια αντοχής.
2. Έχει τεράστιο κοινωνικό κόστος, γιατί αφορά το πιο παραγωγικό κομμάτι του πληθυσμού, δηλαδή τους συναισθηματικούς, εξωστρεφείς, συμπαθείς, συνεπείς και δημιουργικούς συνανθρώπους μας, που κάποιος ψυχίατρος, ο Myge sim, ονόμασε «το άλας της γης».
3. Είναι κατάσταση ιάσιμη.

Στον τομέα της διάγνωσης, μετά την πρωτοποριακή πρωτοβουλία του Max Hamilton να εισαγάγει την ομώνυμη κλίμακα για την αντικειμενική εκτίμηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, υπάρχει σήμερα μια μεγάλη ποικιλία κλιμάκων που βοηθούν το διαγνωστικό έργο του ψυχιάτρου, ιδιαίτερα σε ερευνητικό επίπεδο.

Τα νέα συστήματα ταξινόμησης (ICD-10 και DSM-IV), παρά τις αντιρρήσεις που διατυπώνονται για την κατάργηση πολλών παραδοσιακών νοσολογικών εννοιών (όπως είναι η διαφοροποίηση νευρώσεων-ψυχώσεων), αλλά και για την αμφισβήτηση αυτής της ίδιας της νοσολογίας (με την αντικατάσταση της έννοιας «νόσος» από την έννοια «διαταραχή»), συνιστούν, εντούτοις, σημαντική πρόοδο στη διάγνωση των καταθλιπτικών συνδρόμων.

Στον τομέα της θεραπείας έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι με την εισαγωγή στην ψυχιατρική θεραπευτική νέων ψυχοφαρμακολογικών παραγόντων, από τους οποίους οι νεότεροι είναι οι αναστρέψιμοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (RIMAs), οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και οι μη εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης των βιογενών αμινών (SNRIs). Ωστόσο, όσο σημαντική κι αν είναι στον τομέα της μείωσης των ανεπιθύμητων ενεργειών, δεν αφορά στην αποτελεσματικότητα και την ταχύτητα εγκατάστασης του θεραπευτικού αποτελέσματος, που δεν διαφέρουν από τις αντίστοιχες των παλαιότερων φαρμάκων.

Στον τομέα της ψυχοπροφύλαξης, μετά από την επαναστατική εισαγωγή των αλάτων λιθίου στην ψυχιατρική θεραπευτική, οι εναλλακτικές δυνατότητες έχουν σημαντικά διευρυνθεί, περιλαμβάνοντας τόσο φαρμακευτικές μεθόδους, όπως η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο, όσο και μη φαρμακευτικές μεθόδους, όπως η

προφυλακτική ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η προφυλακτική υπνική αποστέρηση, αλλά και ορισμένες μορφές ψυχοθεραπείας.

Η φασική πορεία της μείζονος κατάθλιψης καθιστά απαραίτητη της εφαρμογή προφυλακτικής αγωγής. Εκτός από το λίθιο υπάρχουν σήμερα πολλά εναλλακτικά προφυλακτικά μέτρα. Προϋπόθεση όμως για την εφαρμογή αυτών των προφυλακτικών παρεμβάσεων είναι η συνεργασία του αρρώστου αλλά και του μη ψυχιάτρου γιατρού του, ώστε να ενθαρρύνεται ο άρρωστος σε συνέχιση της προφυλακτικής αγωγής και όχι να προτρέπεται σε διακοπή της με το επιχείρημα: «αφού είσαι καλά, γιατί παίρνεις φάρμακα;»

Έτσι γίνεται φανερή η ανάγκη ενημέρωσης του κοινού αλλά και του μη ψυχιάτρου ιατρού για την πολυμορφία της κλινική έκφρασης της κατάθλιψης, για την πορεία της κατάθλιψης στο χρόνο και για τις διαθέσιμες θεραπευτικές και ψυχοπροφυλακτικές δυνατότητες.

6.2.Κλινικές μορφές της κατάθλιψης.

Στις δύο πρόσφατες αναθεωρήσεις των ταξινομικών συστημάτων (DSM-IV και ICD-10) περιλαμβάνονται, με μικρές διαφοροποιήσεις, οι κλινικές μορφές της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Στο DSM-IV και στα πλαίσια της αμιγούς καταθλιπτικής διαταραχής περιλαμβάνονται η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, το μοναδικό καταθλιπτικό επεισόδιο, η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμική διαταραχή και η ΜΑΚ καταθλιπτική διαταραχή. Στην κατηγορία της διπολικής I συναισθηματικής διαταραχής περιλαμβάνονται το καταθλιπτικό επεισόδιο, το μικτό επεισόδιο, το μη καθοριζόμενο επεισόδιο, η διπολική II διαταραχή, η κυκλοθυμική διαταραχή, η ΜΑΚ διπολική διαταραχή, η διαταραχή του συναισθήματος που οφείλεται σε γενική σωματική πάθηση και η διαταραχή του συναισθήματος που οφείλεται σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Για όλες τις πιο πάνω περιγραφείσες μορφές προβλέπεται, ανάλογα με τη βαρύτητα, μία κλίμακα με τις ακόλουθες διαβαθμίσεις (Γ.Ν.Χριστοδούλου, Κατάθλιψη, 1996):

- Ήπια
- Μέτρια
- Έντονη, χωρίς ψυχωσικά στοιχεία

- Έντονη, με ψυχωσικά στοιχεία
- Σε μερική ύφεση
- Σε πλήρη ύφεση
- Μη καθοριζόμενη

Στο δεύτερο ταξινομικό σύστημα των ψυχικών διαταραχών (ICD-10) προβλέπεται παρόμοια κατηγοριοποίηση των καταθλιπτικών εικόνων, με ελάχιστες διαφορές. Έτσι, στην κατηγορία της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής περιλαμβάνονται το ήπιας ή μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη τρέχον επεισόδιο, χωρίς ή με σωματικά συμπτώματα, το έντονης κατάθλιψη τρέχον επεισόδιο χωρίς ή με ψυχωσικά συμπτώματα, το μικτό τρέχον επεισόδιο και η διπολική, σε αποδρομή, διαταραχή.

Στην κατηγορία του καταθλιπτικού επεισοδίου περιλαμβάνονται το ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ή με σωματικά συμπτώματα, το μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ή με σωματικά συμπτώματα, το έντονο καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ή με ψυχωσικά συμπτώματα, τα άλλα καταθλιπτικά επεισόδια και το μη καθοριζόμενο καταθλιπτικό επεισόδιο.

Στις συναισθηματικές διαταραχές περιλαμβάνονται η κυκλοθυμία, η δυσθυμία, οι άλλες επίμονες συναισθηματικές διαταραχές και οι μη καθοριζόμενες επίμονες συναισθηματικές διαταραχές.

6.3.Επιδημιολογία.

Κίνδυνος νοσηρότητας, επιπολασμός και φύλο: Ο κίνδυνος εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σ'όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός σημείου της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι 5%-9% για τις γυναίκες και 2%-3% για τους άντρες. Τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπανδρο, παντρεμένο, χωρισμένο ή σε χηρεία.

Ηλικία έναρξης: Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ'ότι σε εφήβους και ενήλικους άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη

συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ ελαττώνεται και για τους δύο μετά τα 65.

Οικογενειακό ιστορικό: Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι 1,5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων μ'αυτήν τη διαταραχή απ'ότι στον γενικό πληθυσμό. Μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για εξάρτηση από αλκοόλ στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και ενδεχομένως για διαταραχή ελαττωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας στα παιδιά, των ατόμων μ'αυτήν τη διαταραχή.

Κλινική πορεία: Τα συμπτώματα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων. Μπορεί όμως να αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα, ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Του καταθλιπτικού επεισοδίου μερικές φορές προηγούνται για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες ή προσβολές πανικού.

Τα περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (2/3) αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία. Οποσδήποτε όμως, ειδικές σωματικές θεραπείες, όπως αντικαταθλιπτικά και ηλεκτροσόκ, ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων και επιταχύνουν την ανάρρωση.

Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια υποχωρούν μερικά ή καθόλου. Τα άτομα που έχουν μερική μόνον ύφεση κινδυνεύουν περισσότερο να έχουν και άλλα επεισόδια και επίσης να συνεχίσουν το σχήμα της μερικής ανάρρωσης μεταξύ των επεισοδίων.

Έτσι ο προσδιορισμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής με ή χωρίς πλήρη ανάρρωση μεταξύ των επεισοδίων έχει προγνωστική σημασία. Μελέτες έχουν δείξει ότι ένα χρόνο μετά τη διάγνωση ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου 40% των ατόμων εξακολουθούν να πληρούν τα κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, περίπου 20% βρίσκονται σε μερική ύφεση και 40% δεν έχουν πια καθόλου συμπτώματα. Όσο πιο βαρύ το αρχικό μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο τόσο είναι πιο επίμονο. Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις επίσης αποτελούν παράγοντα κινδύνου για περισσότερα επίμονα επεισόδια. Άτομα με προϋπάρχουσα δυσθυμική διαταραχή πριν από το πρώτο τους μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είναι πιο πιθανό να έχουν και άλλα επεισόδια, να έχουν φτωχότερη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια και μπορεί να χρειαστούν επιπρόσθετη θεραπεία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου και πιο μακρόχρονη θεραπεία για να πετύχουν και να διατηρήσουν φυσιολογική διάθεση.

Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια μπορεί να συμβούν μετά από ψυχοκοινωνικά στρες, όπως θάνατοι, χωρισμοί, διαζύγια. Ο τοκετός επίσης, μπορεί να προκαλέσει μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις και εξάρτηση από ουσίες, ιδιαίτερα από αλκοόλ ή κοκαΐνη, μπορεί να συμβάλουν στην πρόκληση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Σ'ένα σημαντικό αριθμό γυναικών τα συμπτώματα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου χειροτερεύουν μερικές μέρες πριν την εμμηνορροσία.

Η πορεία τώρα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, υποτροπιάζουσα ποικίλλει. Ορισμένα άτομα έχουν μεμονωμένα επεισόδια κι ανάμεσα τους πολλά χρόνια χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα, άλλοι έχουν αλληπάλλληλα επεισόδια και άλλοι συνεχώς και περισσότερα επεισόδια καθώς προχωρά η ηλικία τους. Ο αριθμός των προηγούμενων επεισοδίων προλέγει την πιθανότητα για επόμενο επεισόδιο. Περίπου το 50% ως 60% των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, μοναδικό επεισόδιο αναμένεται να έχουν ένα δεύτερο επεισόδιο. Το ποσοστό αυτό γίνεται 70% αν έχουν δεύτερο και 90% αν έχουν τρίτο. Περίπου 5% έως 10% των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, μοναδικό επεισόδιο αναπτύσσουν αργότερα μανιακό επεισόδιο, δηλαδή διπολική I διαταραχή. Η πιθανότητα για ανάπτυξη διπολικής διαταραχής σε ένα νέο άτομο με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται να αυξάνει όσο πιο οξεία είναι η έναρξη της κατάθλιψης, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ψυχοκινητική επιβράδυνση και έλλειψη προεφηβικής ψυχοπαθολογίας, καθώς επίσης και εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1.Ορισμός του άγχους.

Οι άνθρωποι βιώνουν καθημερινά στρες στη ζωή τους, αλλά είναι χρήσιμο να κατανοηθεί ότι κάποιος βαθμός πίεσης από το στρες είναι απαραίτητος και χρήσιμος στη ζωή του ανθρώπου και στην προσωπική του ανάπτυξη.

Το πρόβλημα του στρες ξεκινά, όταν η πίεση που δεχόμαστε ξεπερνά τις δυνατότητες μας να ανταπεξέλθουμε σ' αυτήν και είναι χρήσιμο να βρεθεί η ισορροπία μεταξύ πίεσης και απάθειας.

Κάθε κατάσταση την οποία το άτομο εκλαμβάνει ως πειστική απαιτεί την κινητοποίηση της διαδικασίας προσαρμογής. Η επιτυχής προσαρμογή και αντιμετώπιση βοηθά στη βελτίωση του ατόμου αλλά ο βαθμός ανοχής του κάθε ατόμου στο στρες φθάνει μέχρι ένα ορισμένο επίπεδο. Αν τα στρεσογόνα ερεθίσματα συνεχίσουν και υπερβούν τις δυνατότητες ανταπόκρισης του ατόμου, τότε το άτομο φθάνει στο στάδιο της εξάντλησης με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του.

Οι παράγοντες που προκαλούν στρες, οι στρεσογόνοι, ποικίλουν και εντοπίζονται σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής ενός ανθρώπου. Στρεσογόνοι χαρακτηρίζονται οι παράγοντες που ευθύνονται για την κινητοποίηση της αντίδρασης στρες στον ανθρώπινο οργανισμό. Οι στρεσογόνοι παράγοντες απαντώνται στο εργασιακό περιβάλλον, στο σπίτι, στις διαπροσωπικές σχέσεις, το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και φυσικό περιβάλλον μέσα στο οποίο οι άνθρωποι ζουν.

Κάθε νέο συμβάν στη ζωή ενός ανθρώπου, γάμος, γέννηση παιδιού, θάνατος μέλους της οικογένειας, αλλαγή εργασίας ή τόπου κατοικίας, προαγωγή ή απόλυση και μια σειρά από άλλα γεγονότα, πιθανολογείται ότι μπορεί να προκαλέσει στρες, καθώς το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί και να ανταποκριθεί στις νέες απαιτήσεις της ζωής του, έτσι όπως διαμορφώθηκαν από την επίδραση του νέου συμβάντος.

Οι φάσεις που διέρχεται στη ζωή του ο άνθρωπος με την πάροδο της ηλικίας, τα αναγνωρισμένα στάδια της ζωής, όπως η εφηβεία, η πρόιμη ενήλικη ζωή, η μέση ηλικία, η εμμηνόπαυση για τις γυναίκες, η ηλικία άνω των 60, αποτελούν κρίσιμες καμπές στη ζωή του κάθε ανθρώπου. Τις περιόδους αυτές αυξάνονται οι πιθανότητες για τον κάθε άνθρωπο να περάσει μια δύσκολη περίοδο στη ζωή του η οποία αυξάνει τα επίπεδα του στρες που βιώνει.

Πολιτικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες αποτελούν πηγές στρες γιατί επιδρούν στη ζωή των ανθρώπων επηρεάζοντας την καθημερινότητά τους, προκαλώντας αλλαγές στο συνήθη τρόπο ζωής τους. Η ζωή σε ολοκληρωτικά καθεστώτα δεν είναι εύκολη. Η ανεργία στις μέρες μας πλήττει χιλιάδες ανθρώπων και σε περιόδους οικονομικής κρίσης η κοινωνική περιθωριοποίηση έχουν οδηγήσει ακόμα και σε αυτοκτονία πολλούς ανθρώπους.

Ο τύπος προσωπικότητας είναι ένας επίσης πολύ σημαντικός παράγοντας στο στρες. Ο τύπος προσωπικότητας A, είναι σχεδόν σε συνεχή πίεση για να επιτύχει κάτι. Ο τύπος προσωπικότητας B, φαίνεται χαλαρός, χωρίς βιασύνη. Οι τύποι προσωπικότητας A δεν είναι σίγουρο ότι είναι περισσότερο παραγωγικοί, είναι πάντως σίγουρο ότι καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για να κάνουν την ίδια δουλειά που οι τύποι προσωπικότητας B εκτελούν με ένα φυσικό και χαλαρό τρόπο.

Ένας τρίτος τύπος προσωπικότητας είναι ο τύπος προσωπικότητας που είναι κράμα αυτών των δύο.

Προσωπικότητα τύπου A

- Βιαστικός, κοφτός λόγος.
- Γρήγορες κινήσεις, γρήγορο μάσημα τροφής.
- Σκέφτεται και κάνει πολλά πράγματα μαζί.
- Του αρέσει να κάνει τον αρχηγό.
- Ανυπόμονος, αδυναμία να ανεχθεί ρυθμούς πιο αργούς από το δικό του.
- Προσπάθεια να διευθύνει τη συζήτηση και να επιβάλλει τις απόψεις του.
- Αισθάνεται ενοχές, όταν δεν ασχολείται με κάτι.
- Νευρικές χειρονομίες, τικ.

Προσωπικότητα τύπου B

- Απόλυτη ελευθερία από τις τάσεις του τύπου A.
- Χαμηλοί τόνοι φωνής, ήρεμες κινήσεις.
- Αισιοδοξία.
- Έλλειψη αίσθησης πίεσης χρόνου.
- Δεν αισθάνεται την ανάγκη επίδειξης των επιτευγμάτων του.
- Ικανότητα να χαλαρώνει χωρίς αισθήματα ενοχής και να εργάζεται χωρίς πίεση.

Οι στάσεις ζωής και τα πιστεύω του κάθε ανθρώπου μπορεί να αποτελέσουν πηγή στρες για τον ίδιο και το περιβάλλον του. Οι μη ρεαλιστικές υψηλές προσδοκίες, υποθέσεις από το παρελθόν που δεν «ολοκληρώθηκαν» σε συναισθηματικό επίπεδο, π.χ. εξηγήσεις που δε δόθηκαν ποτέ μεταξύ φίλων και άλλες αναμνήσεις από το παρελθόν βασανίζουν για χρόνια πολλούς ανθρώπους και αποτελούν πηγές στρες από τις οποίες δεν μπορούν εύκολα να ξεφύγουν γιατί τις κουβαλούν μέσα τους.

Οι εσωτερικοί διάλογοι που ο κάθε άνθρωπος κάνει σιωπηλά με τον εαυτό του, μερικές φορές παίρνουν δραματικές διαστάσεις και έχουν πολύ άσχημες επιπτώσεις στο άτομο ειδικά όταν σχετίζονται με αρνητική στάση απέναντι στη ζωή του ατόμου και του μειώνουν την αυτοεκτίμηση.

7.2.Οργανικές συνέπειες του άγχους

Οι οργανικές συνέπειες του στρες είναι οι εξής:

- Έκκριση αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης, που προκαλεί αύξηση του καρδιακού παλμού, της πίεσης, καθώς επίσης ανεβάζουν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και προκαλούν αλλαγές στο μεταβολισμό του σώματος.

- Έκκριση ορμονών του θυρεοειδούς από το θυρεοειδή αδένα στο αίμα, που επιταχύνει περισσότερο το μεταβολισμό του σώματος, καθώς αυξάνεται ο ρυθμός καύσης της ενέργειας και μετατρέπεται σε σωματική δραστηριότητα, κάτι που συνεπάγεται σημαντική απώλεια βάρους.

- Έκκριση χοληστερόλης από το συκώτι στο αίμα, δηλαδή αύξηση της χοληστερόλης με αποτέλεσμα την αρτηριοσκλήρυνση.

- Διαταραχές στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος, με αποτέλεσμα την διακοπή της πέψης.

- Δερματική αντίδραση, όπως υπερβολική εφίδρωση και διαταραχές του φυσικού θερμοστάτη του οργανισμού.

- Διόγκωση των διόδων αέρα των πνευμόνων, που προκαλεί απώλεια των αισθήσεων και διατάραξη των ρυθμών της καρδιάς.

- Έκκριση ενδορφινών, που προκαλούν πονοκεφάλους ή πόνους στη μέση.

- Έκκριση κορτιζόλης, που μειώνει τις ανοσοποιητικές αντιδράσεις προς όλα τα είδη μολύνσεων.

- Μείωση της σεξουαλικής ορμόνης, που προκαλεί ανικανότητα, ψυχρότητα, στειρότητα και άλλες σεξουαλικές διαταραχές.

- Συστολή των αιμοφόρων αγγείων, με αποτέλεσμα την πήξη του αίματος και την αύξηση της πιθανότητας καρδιακών παθήσεων.

7.3. Ψυχολογικές συνέπειες του άγχους.

Όταν το στρες υπερβαίνει κάποια επίπεδα, απομυζά την ψυχολογική μας ενέργεια, εξασθενίζει τις επιδόσεις μας και συχνά, μας κάνει να νιώθουμε άχρηστοι και ανάξιοι, χωρίς φιλοδοξίες και με ανέφικτους απατηλούς στόχους. Ο Hans Selye, ο οποίος έκανε κάθε προσπάθεια για να επιστατήσει την προσοχή των γιατρών και των ψυχολόγων πάνω στα αποτελέσματα του στρες, έκανε δημοφιλές το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome – GAS) ως ένα μοντέλο αντίδρασης του ατόμου στα στρεσογόνα γεγονότα. Το μοντέλο αυτό αναγνωρίζει τρεις φάσεις στις αντιδράσεις μας, και συγκεκριμένα:

- Την αντίδραση συναγερμού.
- Το στάδιο αντίστασης.
- Το στάδιο εξάντλησης.

Ο οργανισμός μπαίνει σε κατάσταση εγρήγορσης (αντίδραση συναγερμού), ενεργοποιείται η αυτόνομη δραστηριότητα (στάδιο αντίστασης) και εάν αυτή η δραστηριότητα συνεχίσει για πολύ, προκαλούνται βλάβες και επέρχεται κατάρρευση (στάδιο εξάντλησης).

7.4. Γνωστικές συνέπειες του άγχους.

- Μειώνεται η διάρκεια της συγκέντρωσης και της προσοχής.
- Αυξάνεται η πιθανότητα διάσπασης της προσοχής.
- Εξασθενούν η βραχυπρόθεσμη και η μακροπρόθεσμη μνήμη.
- Η ταχύτητα αντίδρασης γίνεται απρόβλεπτη.
- Αυξάνεται ο ρυθμός των σφαλμάτων.
- Εξασθενούν οι δυνατότητες οργάνωσης και μακροπρόθεσμου προγραμματισμού.
- Αυξάνονται οι ψευδαισθήσεις και οι διαταραχές της σκέψης.

7.5.Συναισθηματικές συνέπειες του άγχους.

- Αυξάνονται οι οργανικές και ψυχολογικές εντάσεις.
- Αυξάνεται η υποχονδρία.
- Συντελούνται αλλαγές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.
- Αυξάνονται τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα προσωπικότητας (π.χ. εχθρικότητα).
- Εξασθενούν οι ηθικοί και οι συναισθηματικοί περιορισμοί.
- Εμφανίζεται κατάθλιψη και αισθήματα αδυναμίας.
- Πέφτει ραγδαία η αυτοεκτίμηση.
- Αυξάνουν τα προβλήματα λόγου.

7.6.Συμπεριφορικές συνέπειες του άγχους.

- Μειώνονται τα ενδιαφέροντα αλλά και ο ενθουσιασμός.
- Οι απουσίες αυξάνονται και η αργοπορία στη δουλειά.
- Αυξάνεται η κατάχρηση ουσιών.
- Τα επίπεδα ενέργειας είναι χαμηλά.
- Ο ύπνος διαταράσσεται.
- Αυξάνει η κυνική διάθεση απέναντι στους πελάτες, συναδέλφους, γνωστούς.
- Αναπτύσσεται αδιαφορία για τις νέες πληροφορίες.
- Οι υπευθυνότητες μετατίθενται στους άλλους.
- Τα προβλήματα λύνονται σε όλο και περισσότερο επιφανειακό επίπεδο.
- Εμφανίζονται τύποι «παράδοξης» συμπεριφοράς, παράξενες χειρονομίες κ.τ.λ.
- Εμφάνιση απειλών αυτοκτονίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1.Ορισμός της δυσθυμίας.

Πρόκειται για χρόνια κατάθλιψη, η οποία δεν πληρεί κατά την παρούσα φάση τα κριτήρια της υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής είτε ήπιας είτε μέτριας βαρύτητας, σε σχέση είτε με τη βαρύτητα είτε με τη διάρκεια ενός εκάστου επεισοδίου, αν και είναι δυνατόν να πληρούσε τα κριτήρια του ήπιου καταθλιπτικού επεισοδίου στο παρελθόν, ιδιαίτερα κατά την έναρξη της διαταραχής. Η ισορροπία ανάμεσα σε κάθε φάση της ήπιας κατάθλιψης και των περιόδων που μεσολαμβάνουν με συγκριτικά φυσιολογικό συναίσθημα ποικίλλει σημαντικά. Οι πάσχοντες συνήθως έχουν περιόδους ημερών ή εβδομάδων, κατά τη διάρκεια των οποίων αναφέρουν οι ίδιοι ότι αισθάνονται καλά, αν και τον περισσότερο καιρό (συχνά για μήνες κάθε φορά) νιώθουν κουρασμένοι και καταθλιπτικοί. Καθελί συνεπάγεται προσπάθεια και τίποτε δεν προσφέρει χαρά. Γκρινιάζουν και παραπονιούνται, δεν κοιμούνται καλά και αισθάνονται ανεπαρκείς, αλλά συνήθως είναι ικανοί να ανταπεξέρχονται στις βασικές απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Κατά συνέπεια, η έννοια της δυσθυμίας έχει πολλά κοινά με τις αντιλήψεις για την καταθλιπτική νεύρωση και τη νευρωσική κατάθλιψη. Εάν χρειάζεται, η ηλικία έναρξης είναι δυνατόν να προσδιοριστεί ως πρόωμη (στην τελευταία φάση της εφηβείας ή γύρω από τα είκοσι χρόνια) ή ως όψιμη.

8.2.Χαρακτηριστικά της δυσθυμίας.

Τα χαρακτηριστικά της δυσθυμίας είναι τα εξής:

- Καταθλιπτικό συναίσθημα κυρίως τις απογευματινές ώρες.
- Δυσκολία στον ύπνο.
- Αναποφασιστικότητα.
- Δυσκολίες στην συγκέντρωση και στη λήψη αποφάσεων.
- Σωματικά ενοχλήματα.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕΣΩ SPSS

1.Υπόθεση της έρευνας.

Στην υπόθεση της έρευνας αλλά και στις επιμέρους συσχετίσεις, τις οποίες διατυπώσαμε, θελήσαμε να συγκρίνουμε, να συσχετίσουμε τις ομοιότητες και τις διαφορές στη δομή μιας οικογένειας με ένα παιδί με ειδικές ανάγκες, το οποίο φοιτά στο ειδικό σχολείο, με μια οικογένεια της οποίας το παιδί ή τα παιδιά φοιτούν στο κανονικό σχολείο.

Έτσι ο σκοπός της έρευνας μου είναι να εξετάσω :

✓ Ο Βασικός σκοπός ήταν να διαπιστώσουμε εάν εμφανίζουν οι γονείς τις προαναφερθέντες διαταραχές, , δηλαδή κατάθλιψη, στρες και δυσθυμία, ανεξαρτήτως από το σχολείο στο οποίο φοιτά/ούν το/τα παιδι/ιά τους (ειδικό ή κανονικό).

2.Μεθοδολογία ερευνητικής διαδικασίας.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούν οι γονείς των μαθητών των ειδικών δημοτικών σχολείων του Νομού Λασιθίου αλλά και μαθητών των τάξεων Δ' Ε' και ΣΤ' των κανονικών σχολείων του Νομού Λασιθίου. Λόγω του ότι ήταν μεγάλος ο αριθμός των παιδιών που φοιτούσαν στις τάξεις των κανονικών σχολείων, επιλέξαμε να γίνει κλήρωση και να συμμετέχουν μόνο οι γονείς των οποίων τα παιδιά είχαν κληρωθεί. Έτσι ο συνολικός αριθμός των παιδιών που είχαν επιλεγεί για τα κανονικά σχολεία ήταν 50 και ο αντίστοιχος αριθμός ήταν και για τα ειδικά σχολεία, δηλαδή 50. Η επιλογή των μαθητών έγινε με τη μέθοδο της συμπτωματικής δειγματοληψίας. Τα παιδιά ανήκουν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, μιας και οι γονείς τους προέρχονται από διάφορες κοινωνικές τάξεις και η μόρφωσή τους ποικίλει.

Στην έρευνά μας χρησιμοποιήσαμε τρία από τα ερωτηματολόγια, τα οποία υπήρχαν στο Mini International Neurochiatric Interview. Αυτά τα ερωτηματολόγια είναι βασισμένα στο PSM IV και πιο συγκεκριμένα επέλεξα τα ερωτηματολόγια που απευθύνονταν στις διαταραχές, τις οποίες θέλησα να εξετάσω, δηλ. κατάθλιψη, στρες, δυσθυμία. Έτσι συνέδεσα τα ερωτηματολόγια, τα οποία βέβαια τροποποίησα ανάλογα. Τα κριτήρια τα οποία χρησιμοποίησα ήταν το T-test και το ANOVA. Ο λόγος για τον

οποίο χρησιμοποίησα αυτά τα κριτήρια ήταν γιατί η έρευνα η οποία θέλησα να κάνω ήταν ποσοτική και η ανάλυση των δεδομένων θα ήταν δυνατή με αυτά τα κριτήρια.

Το Mini International Neurochiatric Interview αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο που χρησιμοποιείται συχνά από τους ψυχιάτρους με σκοπό τη διάγνωση κάποιων διαταραχών. Έχει μεταφραστεί και υπάρχει σε ελληνική έκδοση από . . .

Το Mini International Neurochiatric Interview περιέχει ερωτήσεις για πάρα πολλές διαταραχές αλλά εγώ χρησιμοποίησα τις ερωτήσεις που αφορούσαν την κατάθλιψη, το στρες και τη δυσθυμία εφόσον σκόπευα να μελετήσω μόνο αυτές. Δεν χρησιμοποίησα αυτούσιες τις ερωτήσεις από το πρωτότυπο αλλά προσπάθησα να κάνω το ερωτηματολόγιο κατανοητό για τους γονείς και να τους διευκολύνω στην συμπλήρωσή του. Έτσι κάποιες ερωτήσεις αφαιρέθηκαν, ενώ κάποιες άλλες ξαναδιατυπώθηκαν ή αντικαταστάθηκαν με άλλες, χωρίς βέβαια να αλλάξει η δομή και η σύσταση του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τέσσερα σκέλη. Αρχικά στο ερωτηματολόγιο είχα γράψει μια εισαγωγή που αφορούσε προσωπικά στοιχεία δικά μου, όπως το όνομα, την επαγγελματική κατάσταση, το σκοπό της έρευνας, την σημαντικότητα της ανωνυμίας και τέλος ευχαριστίες για τη συμπλήρωσή του.

Το πρώτο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα οικογενειακά στοιχεία των γονιών, όπως το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τον τόπο κατοικίας, τον αριθμό των παιδιών αλλά και στοιχεία που φορούν το παιδί όπως το φύλο, την ηλικία του και το πιθανό πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Σε αυτό το μέρος θελήσαμε να πάρουμε κάποιες πληροφορίες σχετικά με τους γονείς αλλά και το παιδί, στοιχεία που θα μας φανούν χρήσιμα στην ανάλυση των δεδομένων αλλά και στην καλύτερη ερμηνεία των υποθέσεων εργασίας.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις που βοηθούν στη διάγνωση της διαταραχής της κατάθλιψης. Οι ερωτήσεις αφορούσαν το πώς αισθάνονται οι γονείς, αν ενδιαφέρονται λιγότερο για πράγματα που τους ευχαριστούν, αν άλλαξε η όρεξή τους, αν αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον ύπνο και στην ομιλία, αν αισθάνονται κουρασμένοι συχνά και άλλες. Περιελάμβανε 16 ερωτήσεις, των οποίων οι απαντήσεις σηματοδοτούν την ύπαρξη ή μη της διαταραχής της κατάθλιψης. Βέβαια αυτό δε σημαίνει ότι αν κάποιος απαντήσει ότι έχει πρόβλημα στον ύπνο του σχεδόν κάθε νύχτα, ότι έχει σίγουρα κατάθλιψη. Αναλόγως τη διαταραχή πρέπει ο ερωτώμενος να έχει απαντήσει ναι σε 2, 3 ή περισσότερες απαντήσεις της εκάστοτε διαταραχής, για να υπάρχει πιθανότητα εκδήλωσής της ή τωρινή ύπαρξή της.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις που αφορούν την εμφάνιση ή απουσία της διαταραχής της δυσθυμίας. Σε αυτό το σημείο υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν τη δυσκολία συγκέντρωσης στη λήψη αποφάσεων, την ύπαρξη απελπισίας, την αλλαγή της όρεξης, τη δυσκολία στον ύπνο, την κούραση και άλλες. Και σε αυτό το μέρος ισχύει το ίδιο σχετικά με το πλήθος των ερωτήσεων που έχουν απαντηθεί θετικά ως προς την ύπαρξη ή απουσία της διαταραχής.

Τέλος στο τέταρτο μέρος υπάρχουν 9 ερωτήσεις που αφορούν την ύπαρξη ή μη του στρες. Αυτές οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν τα εξής σημεία: αν ο γονιός ανησυχεί υπερβολικά για διάφορα ζητήματα, αν αισθάνεται μεγάλη ένταση κούραση, ευερεθιστότητα, ανησυχία, αν έχει δυσκολία στον ύπνο και άλλα. Και αυτές οι ερωτήσεις είναι βασισμένες στο DSM IV.

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου ο ερωτώμενος πρέπει να συμπληρώσει με X στα αντίστοιχα κουτάκια ή να συμπληρώσει τα κενά. Για παράδειγμα στην ερώτηση : «Έχετε άλλα παιδιά;» συμπληρώνεις στο κουτάκι «ναι» ή «όχι». Έπειτα όμως αν απαντήσει «ναι» πρέπει να γράφεις στο επόμενο κουτάκι τον αριθμό των παιδιών του. Στα υπόλοιπα τρία μέρη οι ερωτώμενοι πρέπει να συμπληρώσουν με X δίπλα στη λέξη ναι ή όχι.

Η έρευνά μας έλαβε χώρα στα ειδικά δημοτικά σχολεία του Νομού Λασιθίου τα οποία βρίσκονται στον Άγιο Νικόλαο, στην Ιεράπετρα και στη Σητεία, καθώς επίσης και στα κανονικά δημοτικά σχολεία των ίδιων πόλεων. Η διαδικασία η οποία ακολουθήθηκε ήταν η εξής:

Αρχικά ενημέρωσα τους διευθυντές των αντίστοιχων σχολείων και τους εξήγησα τι ακριβώς ήθελα να κάνω. Αφού πήρα τη σχετική άδεια από εκείνους προχώρησα στο επόμενο βήμα, το οποίο ήταν να πάω στα σχολεία και να μιλήσω με τους γονείς των παιδιών. Αυτό μπόρεσα να το επιτύχω, περιμένοντας τους ίδιους τους γονείς το πρωί που έφερναν τα παιδιά τους στο σχολείο και το μεσημέρι που τα έπαιρναν. Έτσι είχα τη δυνατότητα να τους εξηγήσω τι ακριβώς ήθελα να κάνω και ότι ήταν απαραίτητη η δική τους συμμετοχή. Όλοι ήταν πρόθυμοι και δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Τους εξήγησα αν θα ήθελαν να τους διαβάσω εγώ τις ερωτήσεις και να απαντούν ή αν ήθελαν να το συμπληρώσουν διαβάζοντας το μόνοι τους και αν δεν καταλάβαιναν κάτι να με ρωτούσαν. Αρκετοί γονείς προτιμούσαν να το συμπληρώσουν διαβάζοντας το μόνοι τους. Έπειτα βέβαια με ρωτούσαν όταν χρειάζονταν κάποια διευκρίνιση. Στην περίπτωση που κάποιοι γονείς δεν γνώριζαν να

διαβάζουν είτε λόγω του ότι ήταν αλλοδαποί ή λόγω του ότι ήταν αναλφάβητοι, τότε ξανά προτίμησαν να τους βοηθήσω εγώ, διαβάζοντας τους τις ερωτήσεις.

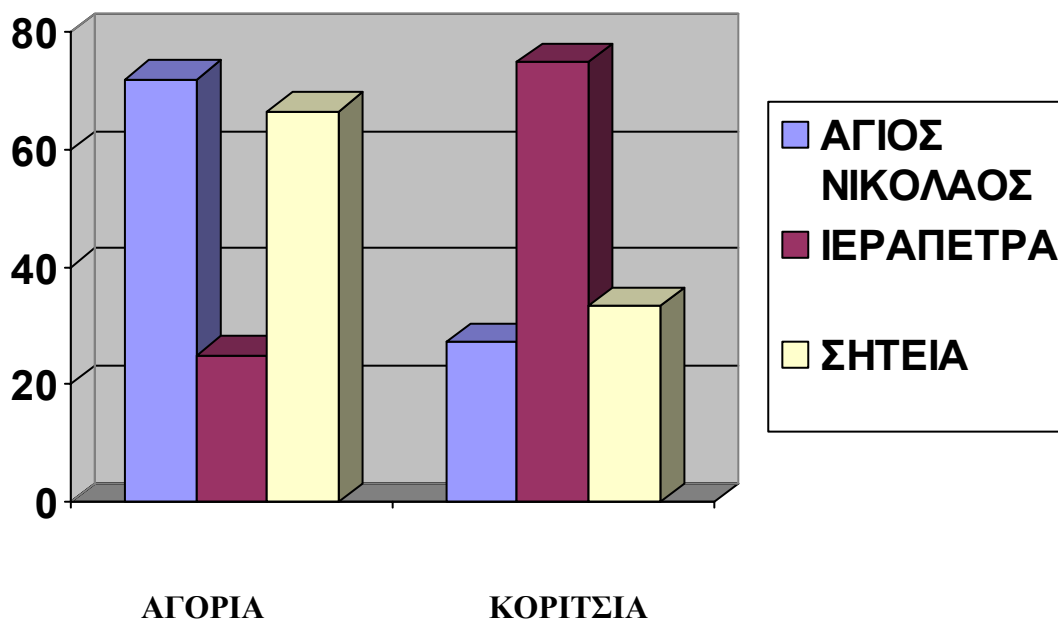
Με αυτόν τον τρόπο η επικοινωνία μου με τους γονείς ήταν πιο εύκολη και δεν αντιμετώπισα προβλήματα δυσπιστίας απέναντι σε μένα και όλοι ήταν πρόθυμοι και μου μιλούσαν πολύ ανοιχτά και τις σχέσεις τους με το παιδί τους αλλά και για τα προβλήματα που δημιουργούνταν αλλά και πως τα αντιμετώπιζαν. Εγώ τους άκουγα με πολύ ενδιαφέρον και προσοχή, κάτι το οποίο αντιλήφθηκαν θετικά.

Με αυτή τη διαδικασία κατάφερα να συγκεντρώσω 100 ερωτηματολόγια, από τα οποία τα 50 ήταν από κανονικά σχολεία και τα υπόλοιπα 50 από ειδικά δημοτικά σχολεία.

3.Παρουσίαση γενικών χαρακτηριστικών.

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

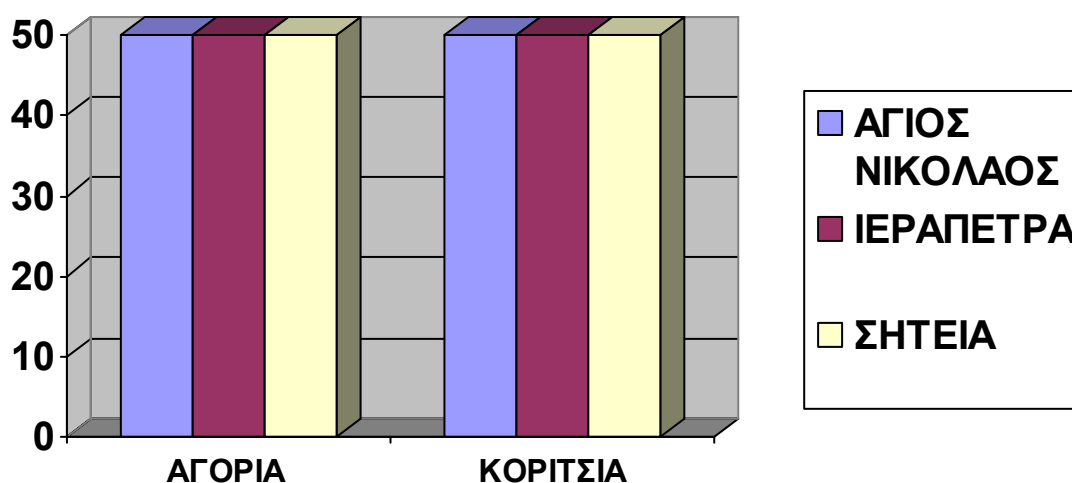
Πίνακας ταξινόμησης φύλου παιδιού ανα περιοχή στα ειδικά σχολεία



ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΑ ΕΙΔΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΕΠΙ ΤΟΙΣ ΕΚΑΤΟ

	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	72	27,2	100
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	25	75	100
ΣΗΤΕΙΑ	66,6	33,3	100

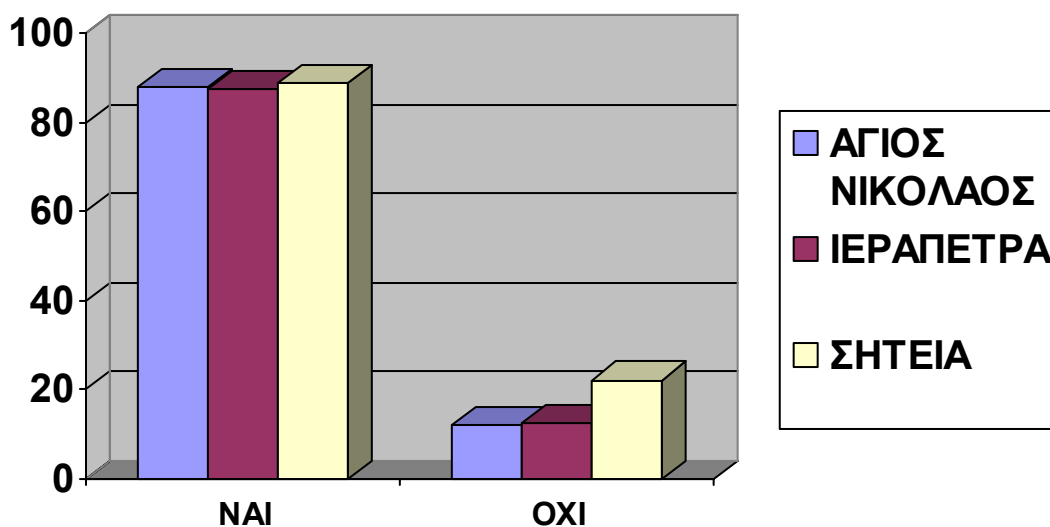
πίνακας ταξινόμησης φύλου παιδιών ανα περιοχή στα κανονικά σχολεία



ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΑ ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΕΠΙ ΤΟΙΣ ΕΚΑΤΟ

	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	50	50	100
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	50	50	100
ΣΗΤΕΙΑ	50	50	100

Ποσοστά ύπαρξης άλλων αδελφών στην οικογένεια

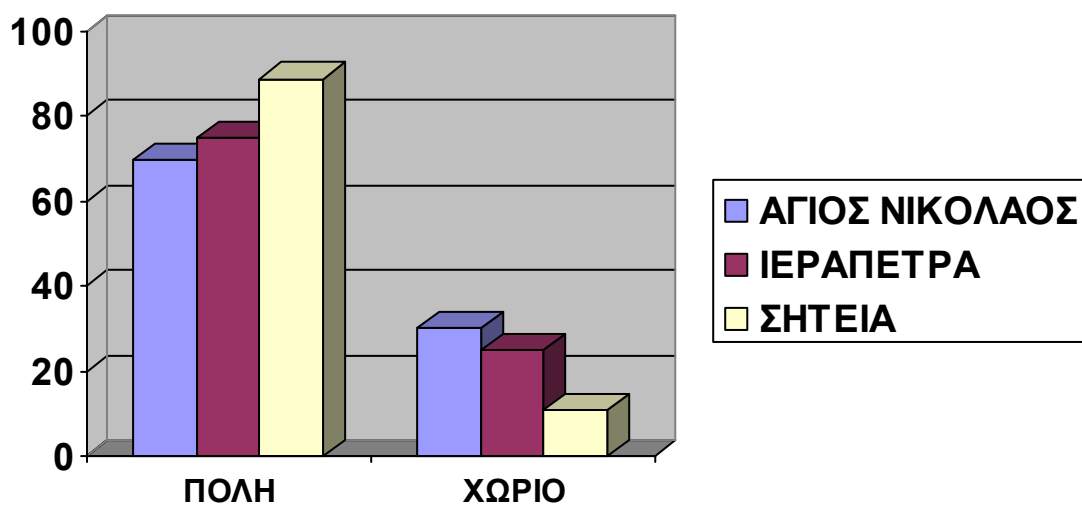


ΥΠΑΡΞΗ ΑΔΕΛΦΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	87,8	12,1	100
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	87,5	12,5	100
ΣΗΤΕΙΑ	88,8	22,2	100

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

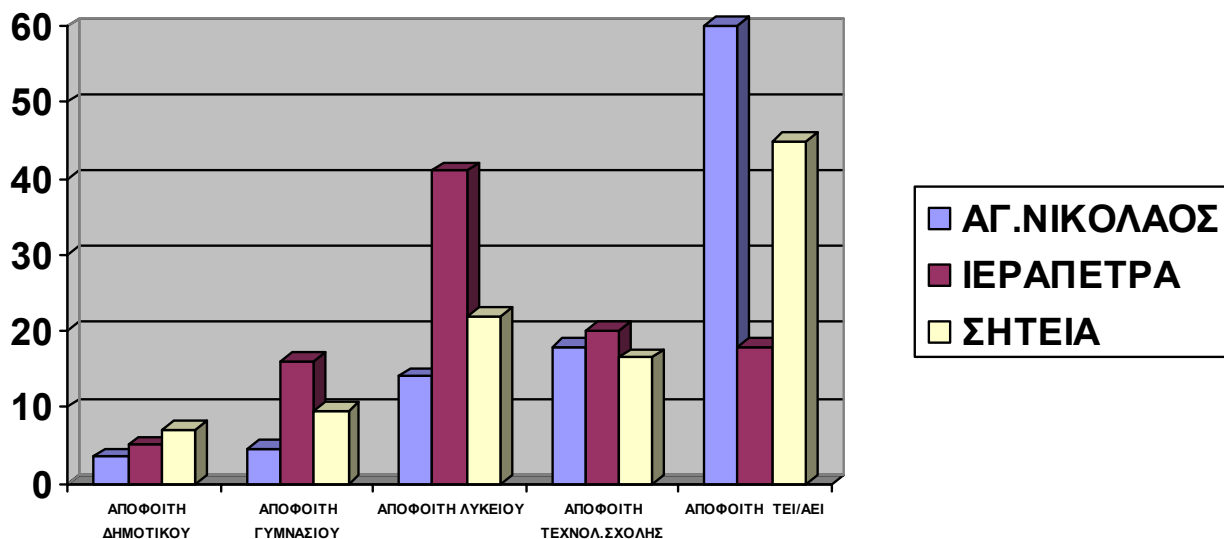
Ποσοστά τύπου κατοικίας οικογενειών δείγματος



	ΠΟΛΗ	ΧΩΡΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	69,6	30,3	100
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	75	25	100
ΣΗΤΕΙΑ	88,8	11,1	100

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

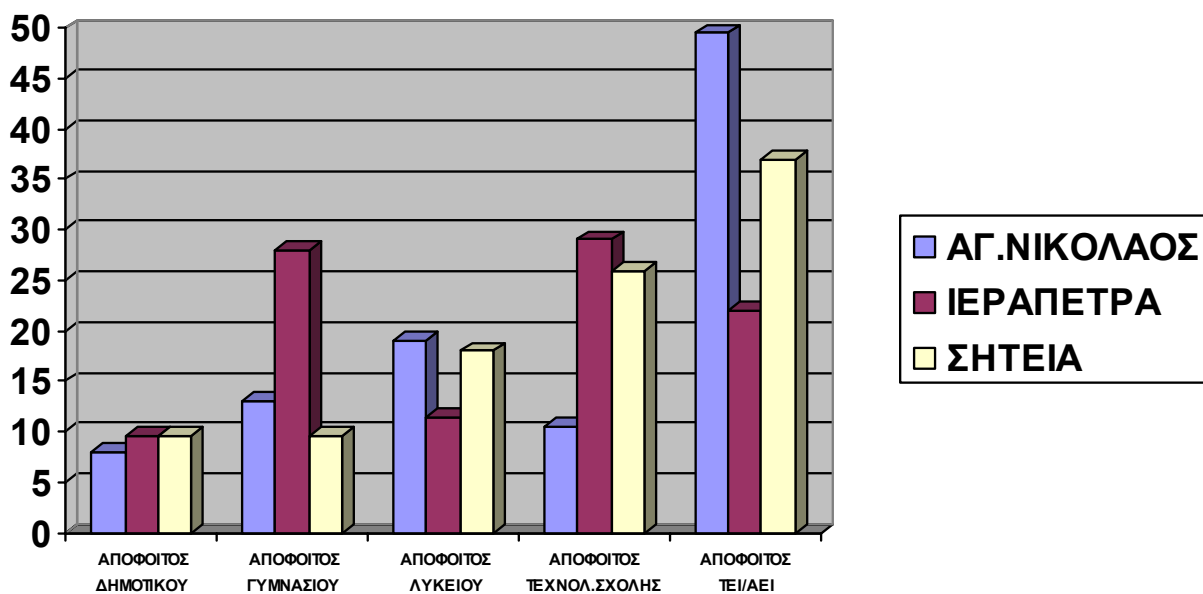
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας



	ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΛΥΚΕΙΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΤΕΧΝΟΛ.ΣΧΟΛΗΣ	ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΤΕΙ/ΑΕΙ
ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΣ	3,5	4,5	14	18	60
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	5	16	41	20	18
ΣΗΤΕΙΑ	7	9,5	22	16,5	45

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ

Μορφωτικό επίπεδο πατέρα



	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΧΝΟΛ.ΣΧΟΛΗΣ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ/ΑΕΙ
ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΣ	8	13	19	10,5	49,5
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	9,5	28	11,5	29	22
ΣΗΤΕΙΑ	9,5	9,5	18	26	37

4.Ανάλυση αποτελεσμάτων.

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου ζητούσαμε από τους γονείς να μας απαντήσουν εάν το παιδί τους αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα, τσεκάροντας το αντίστοιχο κουτάκι, όπου αναγράφονταν το πρόβλημα, η διαταραχή. Οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα στα εξής:

1. Διαταραχές όρασης.
2. Διαταραχές ακοής.
3. Σωματική αναπηρία.
4. Διαταραχές στο λόγο.
5. Διαταραχές στη μάθηση.
6. Διαταραχές στη συμπεριφορά.
7. Νοητική ανεπάρκεια.
8. Σύνδρομο Down.
9. Αυτισμός.
10. Κάτι άλλο

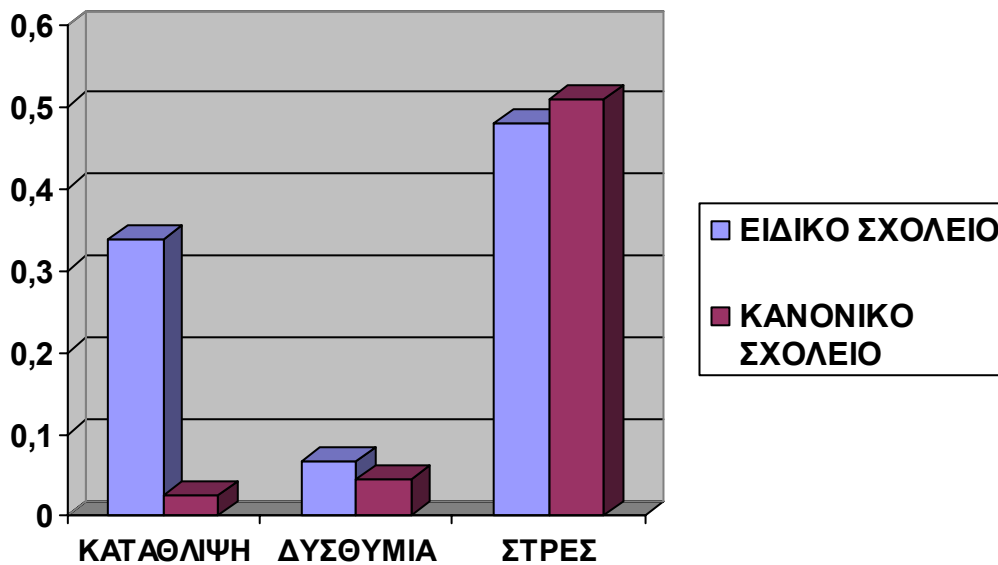
Έτσι προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα

	Κανονικό σχολείο	Ειδικό σχολείο
Διαταραχές όρασης	2%	4%
Διαταραχές ακοής	0%	4%
Σωματική αναπηρία	0%	14%
Διαταραχές λόγου	0%	30%
Διαταραχές μάθησης	2%	54%
Διαταραχές συμπεριφοράς	0%	10%
Νοητική ανεπάρκεια	0%	36%
Σύνδρομο Down	0%	12%
Αυτισμός	0%	10%

5.Ανάλυση Επιμέρους Συσχετίσεων.

Πρώτη συσχέτιση:

- Αν υπάρχει συσχετισμός μεταξύ ύπαρξης άλλων παιδιών στην οικογένεια με την εμφάνιση των διαταραχών της κατάθλιψης, του στρες και της δυσθυμίας.



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,338	0,067	0,48
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,025	0,045	0,509

Εμφάνιση κατάθλιψης→Για το ειδικό δημοτικό σχολείο, η ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια, δείχνει ότι δεν επηρεάζει την εμφάνιση της κατάθλιψης, γιατί $f(4,45)=1,167$, $p=0,338$.

Αντίθετα για το κανονικό σχολείο $f(4,45)=3,087$, $p= 0,025$, δηλαδή ότι επηρεάζει η ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια την εμφάνιση της διαταραχής της κατάθλιψης.

Εμφάνιση δυσθυμίας→Το δείγμα των γονιών, των οποίων τα παιδιά φοιτούν στο ειδικό σχολείο δεν επηρεάζονται ως προς την εμφάνιση δυσθυμίας, από την ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια $f(4,45)=2,370$, $p=0,067$.

Οι γονείς οι οποίοι έχουν παιδί που φοιτά στο κανονικό σχολείο δείχνουν να επηρεάζονται ως προς την εμφάνιση δυσθυμίας, από την ύπαρξη άλλων αδελφών στην οικογένεια $f(4,45)=2,659$, $p=0,045$.

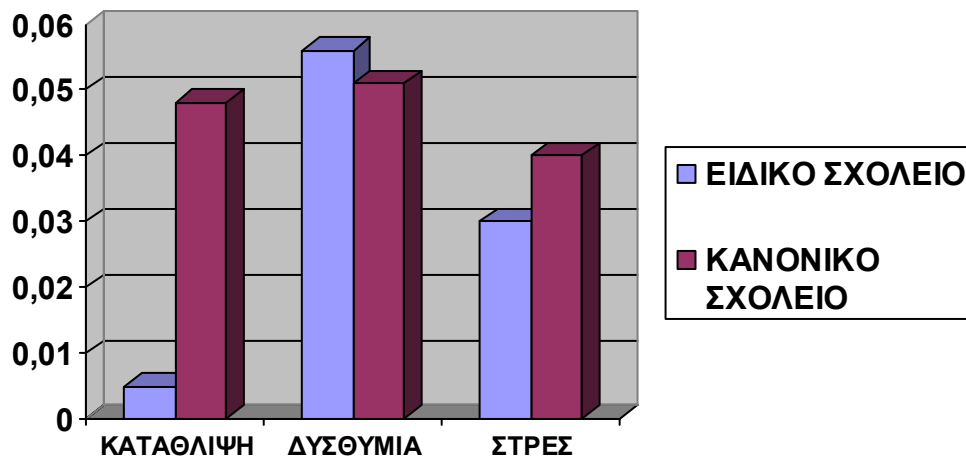
Εμφάνιση στρες→ Ξανά στο ειδικό σχολείο οι γονείς απάντησαν ότι δεν επηρεάζονται στην εμφάνιση στρες από την ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια.

Οι γονείς που τα παιδιά τους φοιτούν στο κανονικό σχολείο δεν επηρεάζονται επίσης και έτσι δεν εμφανίζουν στρες $f(4,45)=0,838$, $p=0,509$

Δεύτερη συσχέτιση:

- Αν το είδος της αναπηρίας επιβαρύνει την οικογένεια. Αν ναι πόσο και ποιο είδος επιβαρύνει περισσότερο.

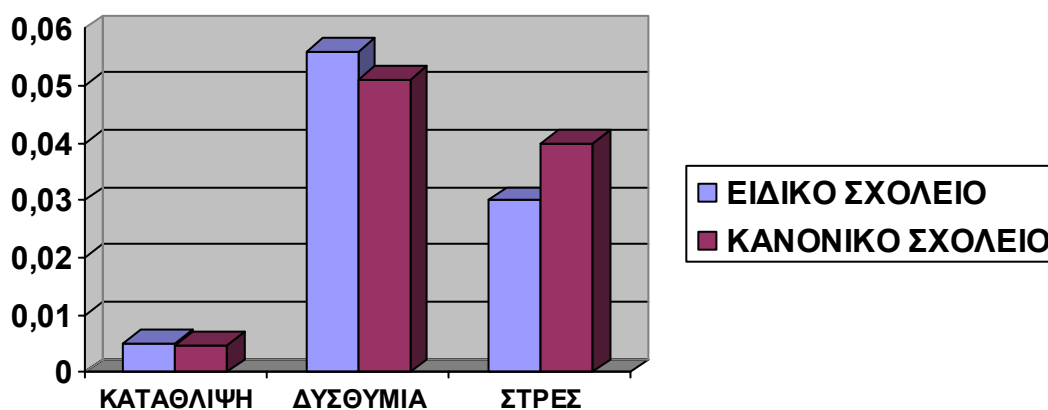
Επιβάρυνση διαταραχών όρασης



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,005	0,056	0,030
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,048	0,051	0,040

Διαταραχές όρασης → Οι διαταραχές της κατάθλιψης και του στρες επηρεάζονται από την ύπαρξη κάποιας διαταραχής στην όραση και αυτό γίνεται αντιληπτό από τα εξής αντίστοιχα αποτελέσματα: $p=0,005$ για την κατάθλιψη και $p=0,030$ για το στρες. Για τη δυσθυμία δεν ισχύει κάτι ανάλογο και έτσι επηρεάζεται οριακά από την ύπαρξη διαταραχών όρασης.

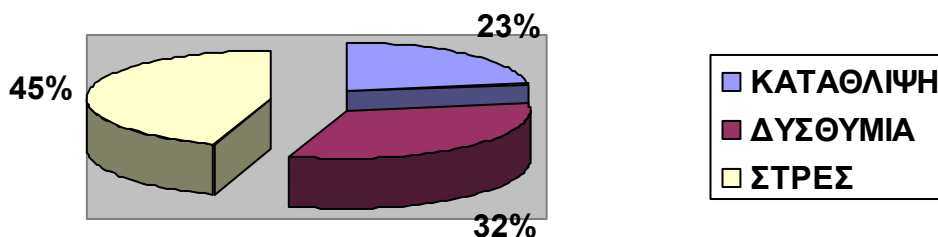
Επιβάρυνση διαταχών ακοής



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,005	0,056	0,030
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,0048	0,051	0,040

Διαταραχές ακοής → οι διαταραχές στην ακοή επηρεάζουν γονείς των παιδιών που φοιτούν στο ειδικό σχολείο, ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης και στρες γιατί $p=0,005$, $d(48,47)= 8,584$ και $p=0,044$, $d(48,47)=4,283$ αντίστοιχα. Οριακά δεν επηρεάζει την διαταραχή της δυσθυμίας.

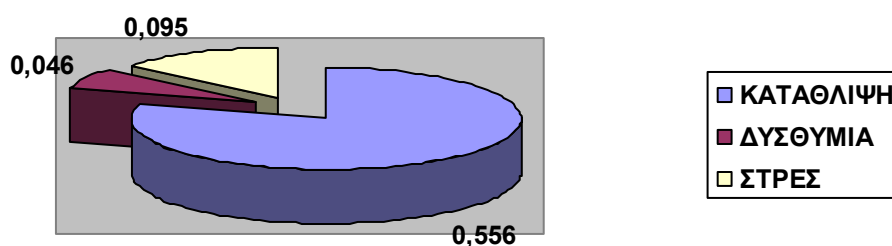
Επιβάρυνση σωματικής αναπηρίας



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,409	0,579	0,804

Σωματική αναπηρία → Η σωματική αναπηρία δεν επηρεάζει στην εμφάνιση διαταραχών κατάθλιψης, δυσθυμίας και στρες γιατί $p=0,409$, $p=0,579$, $p=0,804$ αντίστοιχα για τις προαναφερόμενες διαταραχές.

Επιβάρυνση διαταραχών λόγου

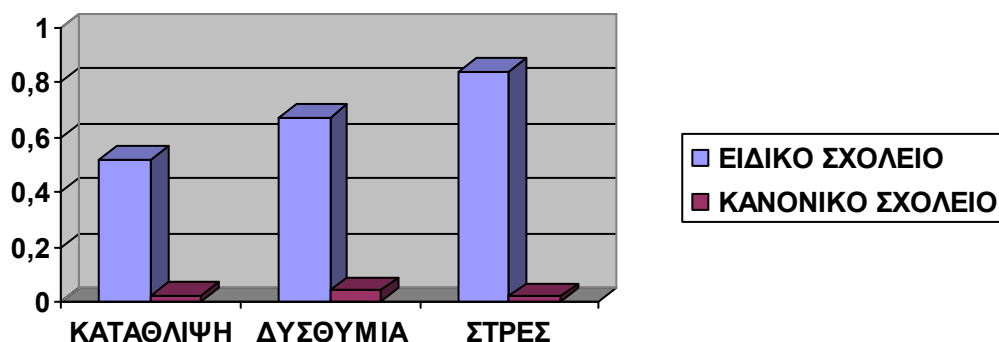


	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,556	0,046	0,095

Διαταραχές λόγου → Η διαταραχή της δυσθυμίας μόνο, επηρεάζεται από τις διαταραχές στο λόγο και αυτό γιατί $p=0,046$ και $sig =0,217$.

Αντίθετα η κατάθλιψη και το στρες δεν επηρεάζονται από κάποια διαταραχή του παιδιού στο λόγο $p=0,556$, $sig =0,711$ και $p=0,095$, $sig =0,1099$ αντίστοιχα.

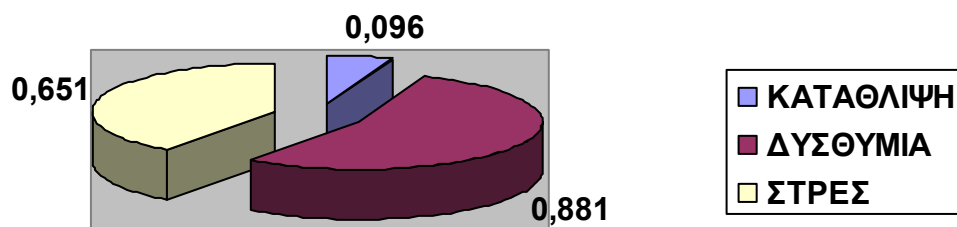
Επιβάρυνση διαταραχών μάθησης



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,518	0,67	0,840
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,024	0,042	0,019

Διαταραχές στη μάθηση→Οι διαταραχές στη μάθηση δεν επηρεάζουν τους γονείς, των οποίων τα παιδιά φοιτούν στο ειδικό σχολείο, τις διαταραχές της κατάθλιψης, της δυσθυμίας και του στρες, $p=0,518$, $p=0,671$ και $p=0,840$ αντίστοιχα. Αντίθετα οι γονείς που έχουν παιδιά τα οποία φοιτούν στο κανονικό σχολείο επηρεάζονται και εμφανίζουν διαταραχές κατάθλιψης, στρες και δυσθυμίας.

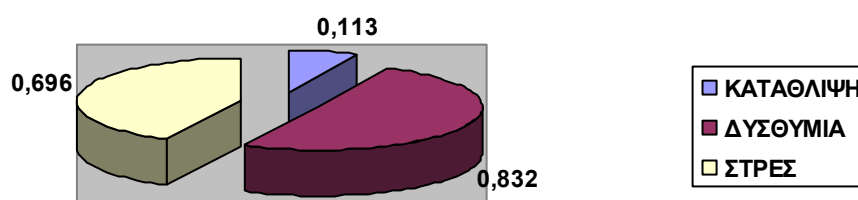
Επιβάρυνση διαταραχών συμπεριφοράς



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,096	0,881	0,651

Διαταραχές στη συμπεριφορά → Οι γονείς, οι οποίοι έχουν παιδί ή παιδιά που φοιτούν στο ειδικό σχολείο, δείχνουν να μην επηρεάζονται από διαταραχές κατάθλιψης, δυσθυμίας και στρες ($p=0,096$, $p=0,881$ και $p=0,651$ αντίστοιχα)

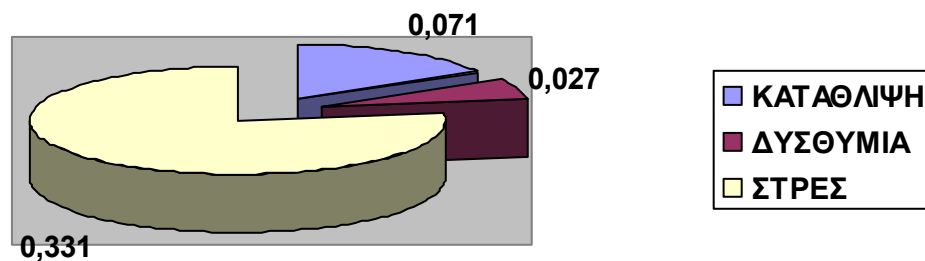
Επιβάρυνση νοητικής ανεπάρκειας



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,113	0,832	0,696

Νοητική ανεπάρκεια → Παιδιά που εμφανίζουν νοητική ανεπάρκεια, δεν επηρεάζουν τους γονείς τους στην εμφάνιση διαταραχών κατάθλιψης, δυσθυμίας και στρες, $p=0,113$, $p=0,832$ και $p=0,696$.

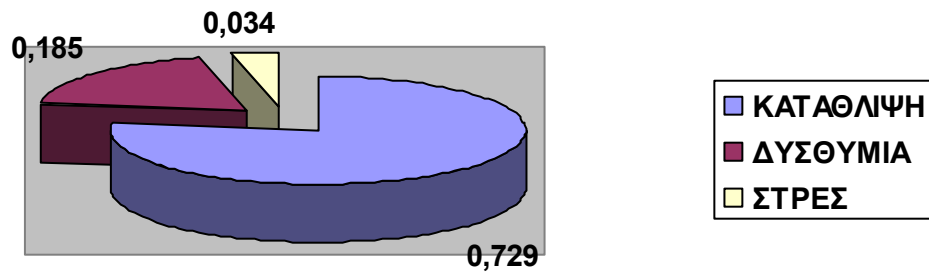
Επιβάρυνση Συνδρόμου Down



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,071	0,027	0,331

Σύνδρομο Down → Η εμφάνιση δυσθυμίας στους γονείς, φαίνεται από την έρευνα, να επηρεάζεται από την ύπαρξη συνδρόμου Down στο παιδί $p=0,027$. Αντίθετα η κατάθλιψη και το στρες δεν επηρεάζονται από την εμφάνιση συνδρόμου Down στο παιδί, $p=0,071$ και $p=0,331$.

Επιβάρυνση Αυτισμού



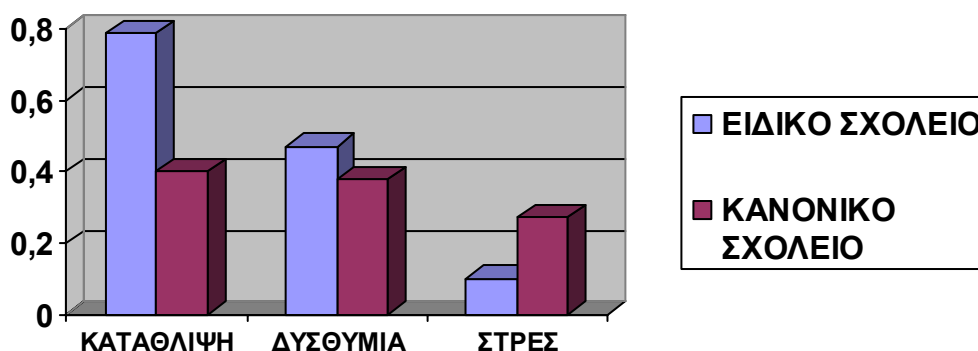
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,729	0,185	0,034

Αυτισμός → Όταν κάποιο παιδί έχει αυτισμό, θα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της διαταραχής του στρες στους γονείς του, $p=0,034$. Ενώ η διαταραχή της κατάθλιψης και της δυσθυμίας δεν επηρεάζεται από την παρουσία του αυτισμού στο παιδί, $p=0,729$ και $p=0,185$ αντίστοιχα.

Τρίτη συσχέτιση:

- Αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ του επαγγέλματος της μητέρας και της εμφάνισης κατάθλιψης, στρες και δυσθυμίας.

Συσχέτιση επαγγέλματος μητέρας με εμφάνιση των διαταραχών



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,785	0,468	0,100
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,400	0,377	0,271

Στο ειδικό σχολείο, το επάγγελμα της μητέρας δεν επηρεάζει την εμφάνιση των διαταραχών της κατάθλιψης, της δυσθυμίας και του στρες,

$$P = 0,785 \quad , \quad f(2,47) = 0,243$$

$$P = 0,468 \quad , \quad f(2,47) = 0,771$$

$$P = 0,100 \quad , \quad f(2,47) = 2,424 \quad \text{αντίστοιχα.}$$

Το ίδιο ισχύει και για τους γονείς των οποίων τα παιδιά φοιτούν στο κανονικό σχολείο,

$$P = 0,400 \quad , \quad f(2,47) = 0,935$$

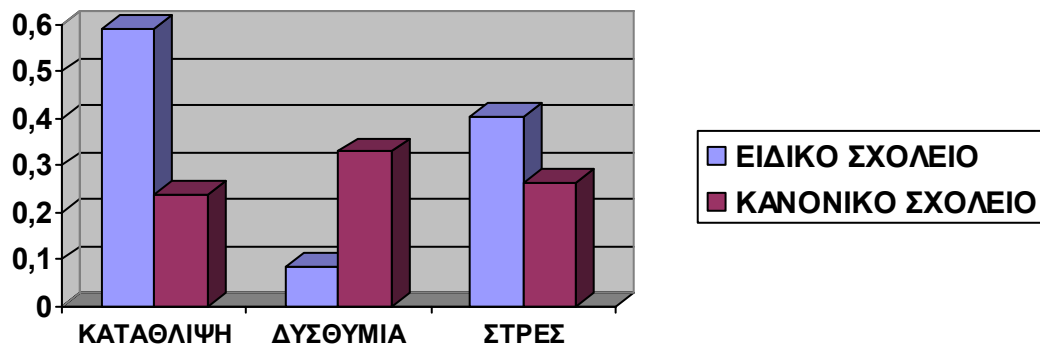
$$P = 0,377 \quad , \quad f(2,47) = 0,997$$

$$P = 0,271 \quad , \quad f(2,47) = 1,344$$

Τέταρτη συσχέτιση:

- Αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ του επαγγέλματος του πατέρα και της εμφάνισης των προαναφερθέντων διαταραχών (κατάθλιψη, στρες, δυσθυμία).

Συσχέτιση επαγγέλματος πατέρα με την εμφάνιση των διαταραχών



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,591	0,086	0,403
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,237	0,330	0,263

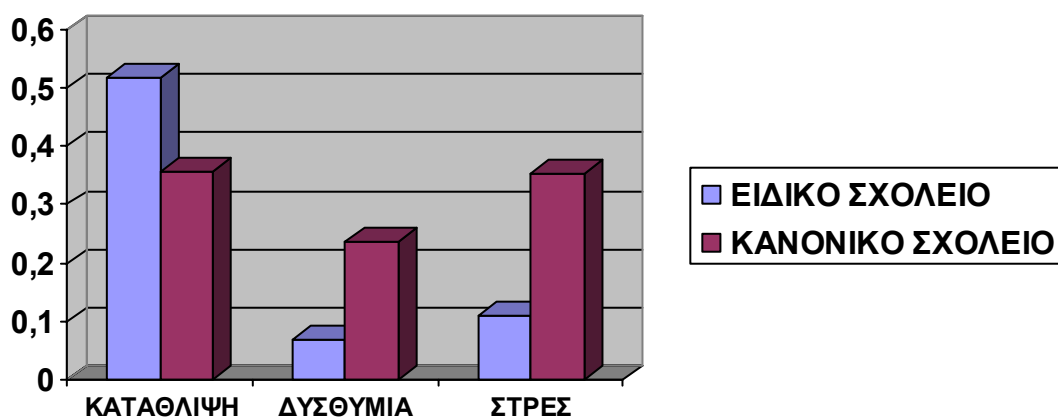
Το ίδιο ισχύει και για το επάγγελμα του πατέρα, δηλαδή δεν επηρεάζει την εμφάνιση των διαταραχών της κατάθλιψης, της δυσθυμίας και του στρες ούτε στο ειδικό ούτε στο κανονικό σχολείο. Οι αντίστοιχες τιμές που μας οδηγούν σε αυτό το συμπέρασμα είναι οι εξής:

Για το ειδικό σχολείο→ Κατάθλιψη	p=0,591	f(3,46)=0,644
Δυσθυμία	p=0,086	f(3,46)=2,335
Στρες	p=0,403	f(3,46)=0,996
Για το κανονικό σχολείο→ Κατάθλιψη	p=0,237	f(1,48)=1,436
Δυσθυμία	p=0,330	f(1,48)= 0,970
Στρες	p=0,263	f(1,48)=1,284

Πέμπτη συσχέτιση:

- Αν το μορφωτικό επίπεδο των γονιών έχει κάποια σχέση με την εμφάνιση του στρες, της δυσθυμίας και της κατάθλιψης.

Συσχετισμός μορφωτικού επιπέδου μητέρας με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών



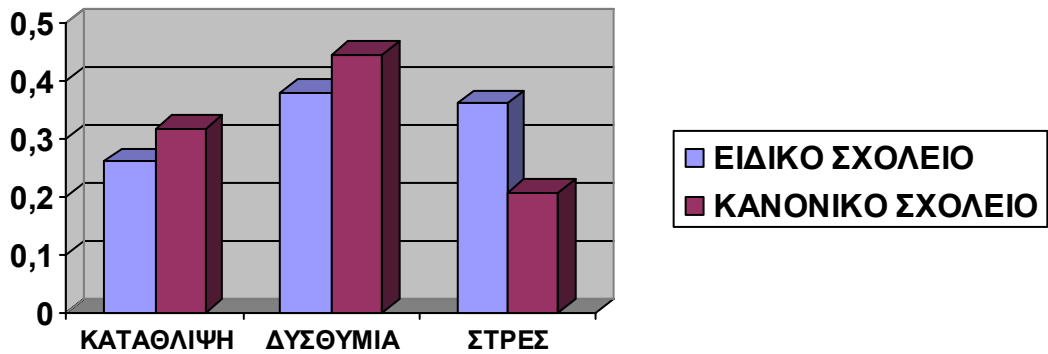
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,517	0,068	0,110
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,356	0,237	0,353

Κάτι ανάλογο ισχύει και για το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, δηλαδή δεν επηρεάζει στην εμφάνιση των εξεταζόμενων διαταραχών και σε γονείς που τα παιδιά τους φοιτούν στο κανονικό αλλά και στο ειδικό σχολείο.

Για το ειδικό σχολείο → Κατάθλιψη $p=0,261$, $f(2,47)=1,381$
 Δυσθυμία $p=0,379$, $f(2,47)=0,990$
 Στρες $p=0,360$, $f(2,47)=1,044$

Για το κανονικό σχολείο → Κατάθλιψη $p=0,317$, $f(2,47)=1,179$
 Δυσθυμία $p=0,444$, $f(2,47)=0,827$
 Στρες $p=0,207$, $f(2,47)=1,629$

Συσχετισμός μορφωτικού επιπέδου πατέρα με την εμφάνιση των διαταραχών



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,261	0,379	0,360
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,317	0,444	0,207

Όπως συμβαίνει με τη μητέρα, κάτι ανάλογο ισχύει και για το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, δηλαδή ότι δεν σχετίζεται με την ύπαρξη των προαναφερόμενων διαταραχών.

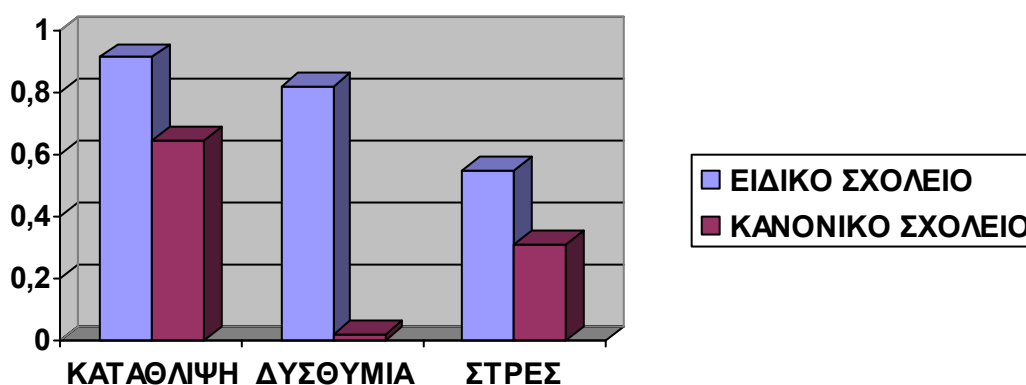
Για το ειδικό σχολείο→Κατάθλιψη $p=0,517$, $f(3,46)=0,769$
 Δυσθυμία $p=0,068$, $f(3,46)=2,545$
 Στρες $p=0,110$, $f(3,46)=2,124$

Για το κανονικό σχολείο→Κατάθλιψη $p=0,356$, $f(3,46)=1,057$
 Δυσθυμία $p=0,237$, $f(3,46)=1,485$
 Στρες $p=0,353$, $f(3,46)=1,064$

Έκτη συσχέτιση:

- Πόσο επηρεάζει το φύλο του παιδιού στην εμφάνιση διαταραχών της κατάθλιψης, της δυσθυμίας και του στρες.

Συσχετισμός φύλου παιδιού και εμφάνισης διαταραχών



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,913	0,817	0,550
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,643	0,019	0,312

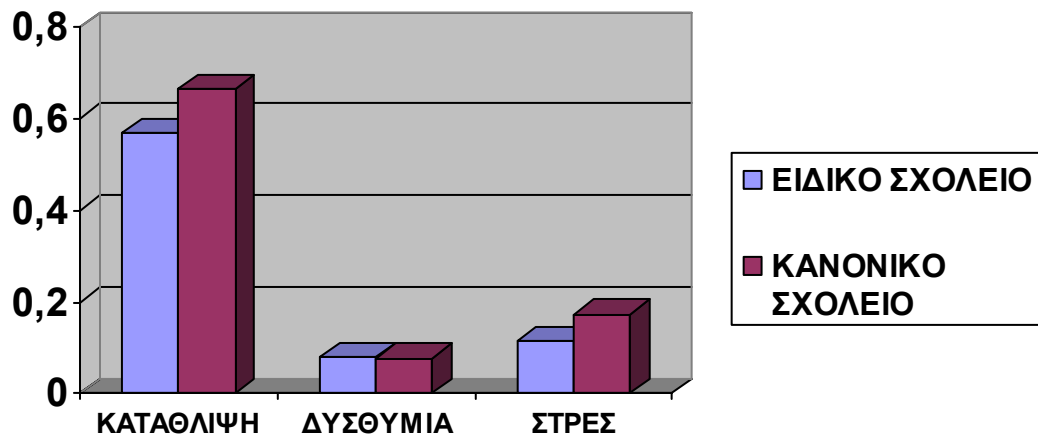
Το φύλο του παιδιού που αντιμετωπίζει κάποιου είδους αναπηρία ή διαταραχή και φοιτά στο ειδικό σχολείο, δείχνει ότι δεν επηρεάζει τους γονείς στην εμφάνιση της κατάθλιψης, της δυσθυμίας και του στρες, όπου $p=0,913$, $p=0,817$ και $p=0,550$ αντίστοιχα.

Στο κανονικό σχολείο το φύλο του παιδιού δεν επηρεάζει στην εμφάνιση της κατάθλιψης και του στρες, όπου $p=0,643$ και $p=0,312$ αντίστοιχα. Όμως φαίνεται να σχετίζεται το φύλο με την εμφάνιση της δυσθυμίας όπου $p=0,019$.

Έβδομη συσχέτιση:

- Πόσο επηρεάζει ο τόπος κατοικίας την εμφάνιση ή δημιουργία των παρακάτω διαταραχών, δυσθυμία, στρες, κατάθλιψη.

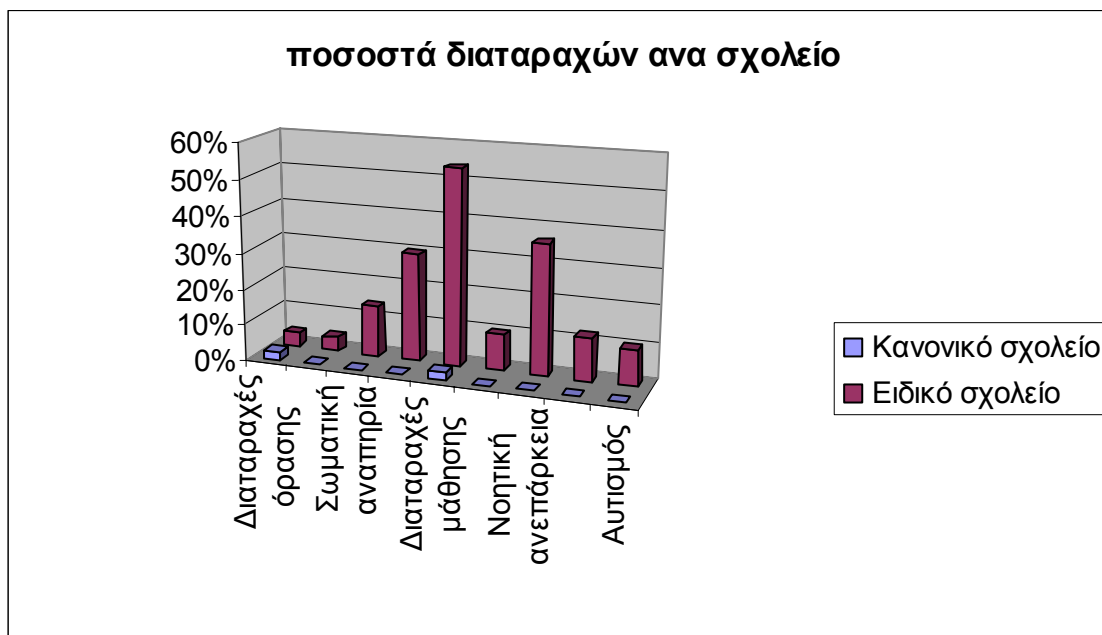
Συσχετισμός τόπου κατοικίας οικογένειας και εμφάνιση διαταραχών



	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΔΥΣΘΥΜΙΑ	ΣΤΡΕΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,568	0,081	0,114
ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	0,662	0,078	0,173

Ο τόπος κατοικίας, δηλαδή αν η οικογένεια ζει σε χωριό ή πόλη δεν σχετίζεται με την εμφάνιση των διαταραχών της κατάθλιψης, της δυσθυμίας και του στρες , $p=0,568$, $p=0,081$ και $p=0,114$ αντίστοιχα.

6.Αποτελέσματα έρευνας.



Διαταραχές όρασης: Σε αυτή την παράμετρο οι γονείς των οποίων τα παιδιά φοιτούν στο ειδικό σχολείο, απάντησαν με ποσοστό 4% ναι. Αντίθετα, οι γονείς των οποίων τα παιδιά φοιτούν στο κανονικό σχολείο απάντησαν με ποσοστό 2% ναι. Δίπλα από την παράμετρο μας έγραψαν ότι τα παιδιά τους φορούν γυαλιά.

Διαταραχές ακοής: Το 4% των γονιών που έχουν παιδί που φοιτά στο ειδικό σχολείο, απάντησε ναι, δηλαδή ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει κάποιου είδους διαταραχή στην ακοή. Όμως κανένα παιδί που φοιτά στο κανονικό σχολείο, σύμφωνα με το δείγμα, δεν παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα στην ακοή του.

Σωματική αναπηρία: Το 14% του συνόλου των παιδιών που φοιτούν στο ειδικό σχολείο έχει κάποια μορφή σωματικής αναπηρίας, ενώ το ποσοστό αυτό μηδενίζεται για τα παιδιά που φοιτούν στο κανονικό σχολείο.

Διαταραχές στο λόγο: Το 30% των παιδιών που φοιτούν στο ειδικό δημοτικό σχολείο εμφανίζουν διαταραχές στο λόγο, ενώ ξανά το ποσοστό αυτό είναι μηδέν για τα παιδιά που φοιτούν στο κανονικό σχολείο.

Διαταραχές στη μάθηση: Το 54% των παιδιών που φοιτούν στο ειδικό σχολείο και το 2% των παιδιών που φοιτούν στο κανονικό σχολείο, έχουν διαταραχές στη μάθηση, σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους γονείς τους.

Διαταραχές στη συμπεριφορά: Σε αυτή την παράμετρο οι γονείς των οποίων τα παιδιά φοιτούν στο ειδικό σχολείο, απάντησαν ναι, δηλαδή ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει διαταραχές στη συμπεριφορά με ποσοστό 10%, ενώ για τα παιδιά που φοιτούν στο κανονικό σχολείο το ποσοστό είναι μηδενικό.

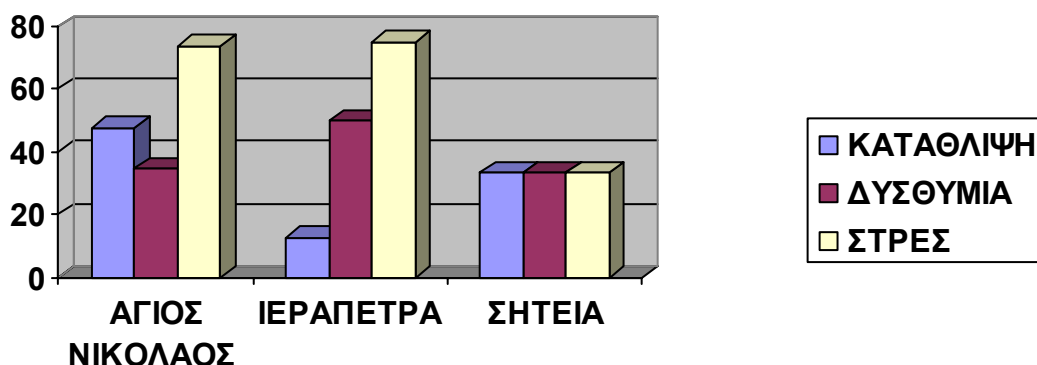
Νοητική ανεπάρκεια: Σύμφωνα με τον πίνακα γίνεται αντιληπτό ότι το 36% των παιδιών που φοιτούν στο ειδικό δημοτικό έχουν κάποιο βαθμό νοητικής ανεπάρκειας. Όπως είναι αναμενόμενο αυτό το ποσοστό είναι μηδενικό για τα παιδιά που φοιτούν στο κανονικό σχολείο. Και αυτό γιατί όποιο παιδί εμφανίζει νοητική ανεπάρκεια, φοιτά στο ειδικό σχολείο και όχι στο κανονικό.

Σύνδρομο Down: Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με την εμφάνιση του συνδρόμου Down, δηλαδή εντοπίζεται μόνο στα παιδιά που φοιτούν στα ειδικά σχολεία. Έτσι το 12% των παιδιών που φοιτούν στα ειδικά σχολεία του Νομού Λασιθίου εμφανίζουν σύνδρομο Down.

Αυτισμός: Όπως είναι φανερό, ο αυτισμός είναι μία διαταραχή, η οποία όταν εμφανιστεί υποχρεώνει τα παιδιά που πάσχουν από αυτή να φοιτήσουν μόνο στο ειδικό σχολείο. Στο δείγμα μου, το ποσοστό αυτών των παιδιών ανέρχεται στο 10%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ: Υπάρχει κατάθλιψη, δυσθυμία και στρες στις οικογένειες παιδιών που φοιτούν στα ειδικά και στο κανονικά σχολεία του Νομού Λασιθίου;

Ταξινόμηση διαταραχών ανα περιοχή στα ειδικά σχολεία



	ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	ΣΗΤΕΙΑ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	47,8	12,5	33,3
ΔΥΣΘΥΜΙΑ	34,7	50	33,3
ΣΤΡΕΣ	73,9	75	33,3

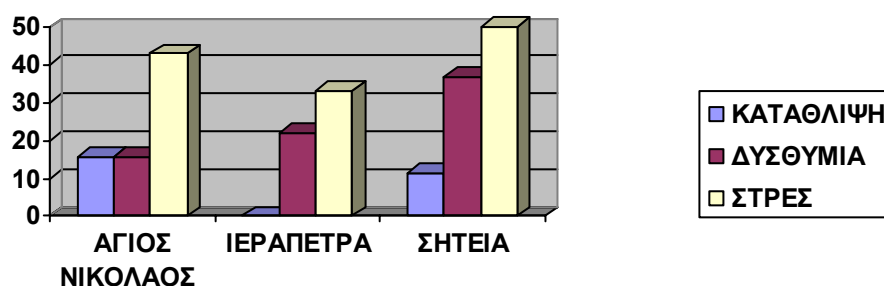
ΕΙΔΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 35% του συνόλου του δείγματος εμφανίζει τη διαταραχή της κατάθλιψης, απ'όπου το 12,5% προέρχεται από την περιοχή της Ιεράπετρας, το 47,8% από τον Άγιο Νικόλαο και το 33,3% από την Σητεία.

Το 37,5% του συνόλου του δείγματος παρουσιάζει τη διαταραχή της δυσθυμίας. Από αυτό το ποσοστό, το 50% προέρχεται από γονείς των οποίων τα παιδιά φοιτούν στο σχολείο της Ιεράπετρας, το 34,7% στον Άγιο Νικόλαο και το 33,3% στη Σητεία.

Το 65% του συνόλου του δείγματος εμφανίζει στρες, απ'όπου το 75% κατοικεί στην περιοχή της Ιεράπετρας, το 73,9% στην περιοχή του Αγίου Νικολάου και το 33,3% στην Σητεία.

Ταξινόμηση διαταραχών ανά περιοχή στα κανονικά σχολεία



	ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	ΣΗΤΕΙΑ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	15,6	0	11,6
ΔΥΣΘΥΜΙΑ	15,6	22	37
ΣΤΡΕΣ	43	33,3	50

ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

Το 16% του συνόλου του δείγματος παρουσιάζει κατάθλιψη, απ'όπου το 15,6% προέρχεται από τον Άγιο Νικόλαο, το 11,6% από τη Σητεία, ενώ το ποσοστό για την Ιεράπετρα είναι μηδενικό.

Το 17% του συνόλου του δείγματος εμφανίζει την διαταραχή της δυσθυμίας. Στο 15,6% ανέρχεται το ποσοστό που αντιστοιχεί στην Άγιο Νικόλαο, το 22% στην Ιεράπετρα και το 37% στη Σητεία.

Ως προς την αγχώδη διαταραχή (στρες) το ποσοστό φθάνει το 38% του συνόλου. Από αυτό το ποσοστό το 43% προέρχεται από τον Άγιο Νικόλαο, το 33,3% από την Ιεράπετρα και το 50% από τη Σητεία.

7.Συσχέτιση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με ήδη υπάρχουσες.

Η έρευνα των Arey και Waiheit, 1980, παρουσίασε τα εξής αποτελέσματα: οι γονείς με ένα παιδί άτομο με ειδικές ανάγκες περνούν περιόδους άγχους, ανησυχίας για το μέλλον του παιδιού τους και για το πώς θα καταφέρουν να το μεγαλώσουν. Η συγκεκριμένη έρευνα τόνιζε το υψηλό ποσοστό άγχους που διακατέχει μία οικογένεια με ένα παιδί άτομο με ειδικές ανάγκες. Στην δική μου έρευνα βρήκα επίσης πόσο πολύ επηρεάζονται οι γονείς από το παιδί τους που είναι άτομο με ειδικές ανάγκες, με αποτέλεσμα να έχουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά άγχους.

Στην έρευνα του Georgene G.Eakes, 1995, το 80% των γονέων που έχουν παιδί άτομο με ειδικές ανάγκες εμφανίζει κατάθλιψη. Στην δική μου έρευνα το ποσοστό αυτό είναι αρκετά χαμηλότερο από αυτό της έρευνας του Georgene G.Eakes. Τα αντίθετα αποτελέσματα βρήκαν στην έρευνα τους οι Miller (1990) και Atkinson (1994).

Η έρευνα που έγινε από το Εθνικό Αυστραλιανό Πανεπιστημίου το 2003, παρουσίασε τα εξής αποτελέσματα: το 32,4% των γονέων που έχουν ένα παιδί-άτομο με ειδικές παρουσιάζει κατάθλιψη και το 33% παρουσιάζει άγχος.

Μία άλλη έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο Grayingwell από τους Jacqueline Grad και Peter Sainbury, το 1963, ανακοίνωσε ότι το αποτέλεσμα της έρευνας έδειχνε το ποσοστό του 25% των γονέων εμφανίζουν συμπτώματα νευρώσης (κατάθλιψη) και το 50% έχει στρες.

Στην δική μου έρευνα το 31,2% κατά μέσο όρο των γονέων που έχουν παιδί άτομο με ειδικές ανάγκες παρουσιάζουν κατάθλιψη και το 60,7% κατά μέσο όρο στρες.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΝΑΒΑΚΗΣ Ε.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΔΕΜΕΤΖΟΥ Ζ.

ΤΙΤΛΟΣ: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, STRESS ΚΑΙ ΔΥΣΘΥΜΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.

Ονομάζομαι Δεμέτζου Ζήνα και είμαι φοιτήτρια του τμήματος κοινωνικής εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, στο Ηράκλειο. Στην παρούσα φάση των σπουδών μου εκπονώ πτυχιακή εργασία με θέμα τις οικογένειες των μαθητών που φοιτούν στα ειδικά σχολεία αλλά και μη και απευθύνομαι στους γονείς τους. Για να κάνω την εργασία αυτή και να ολοκληρώσω τις σπουδές μου, χρειάζομαι τη δική σας βοήθεια.

Σας παρακαλώ να συμπληρώσετε το παρακάτω φυλλάδιο. Θα θέλαμε να μην γράψετε το όνομά σας, γιατί η συγκεκριμένη εργασία διενεργείται για επιστημονικούς λόγους.

Σας ευχαριστώ πολύ για τη βοήθεια σας και για το χρόνο που θα αφιερώσετε για τη συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου. Θα ήθελα να σας παρακαλέσω να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Αφού το συμπληρώσετε, επιστρέψτε το στο σχολείο κι από εκεί θα το παραλάβω εγώ. Σας ευχαριστώ πολύ για τη συνεργασία σας στην έρευνα.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

(Σημειώστε με X στα αντίστοιχα κουτάκια ή συμπληρώστε τα κενά)

1. Το παιδί σας είναι:
Αγόρι Κορίτσι
2. Η ηλικία του παιδιού σας είναι: _____ ετών.
3. Το παιδί σας αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας;
Αν ναι, ποιο από τα παρακάτω;
 Διαταραχές στην όραση.
 Διαταραχές στην ακοή.
 Σωματική αναπηρία.
 Διαταραχές λόγου.
 Διαταραχές στη μάθηση.
 Διαταραχές στη συμπεριφορά.
 Νοητική ανεπάρκεια.
 Σύνδρομο Down.
 Αυτισμό.
 Κάτι άλλο.

4. Έχετε άλλα παιδιά;

Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα;

5. Μένετε σε:

Πόλη Χωριό

6. Μορφωτικό επίπεδο

Μητέρα

Απόφοιτη Δημοτικού

Απόφοιτη Γυμνασίου

Απόφοιτη Λυκείου

Απόφοιτη Τεχνικής Σχολής

Πτυχιούχος ΑΕΙ ή ΤΕΙ

Κάτι άλλο;

Πατέρας

Απόφοιτος Δημοτικού

Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος Λυκείου

Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής

Πτυχιούχος ΑΕΙ ή ΤΕΙ

Κάτι άλλο;

7. Το επάγγελμά σας είναι

Β' ΜΕΡΟΣ

(για την μελέτη ύπαρξης καταθλιπτικής διαταραχής)

A.1. Όχι προηγούμενες δύο εβδομάδες έχετε αισθανθεί σταθερά κατάθλιψη ή όχι μαύρες όχι κατά το μεγαλύτερο μέρος όχι ημέρας σχεδόν κάθε μέρα;

OXI **NAI**

A.2. Όχι προηγούμενες δύο εβδομάδες ενδιαφερόσασταν πολύ λιγότερο για τα περισσότερα πράγματα ή δεν ήσασταν σε θέση να ευχαριστηθείτε με πράγματα που όχι ευχαριστούσαν πριν για το περισσότερο χρονικό διάστημα;

OXI **NAI**

A.3. Όχι προηγούμενες δύο εβδομάδες, όταν αισθανθήκατε κατάθλιψη ή έλλειψη ενδιαφέροντος για το περισσότερο χρονικό διάστημα:

a) Άλλαξε η όρεξή όχι σημαντικά ή αυξήθηκε ή ελαττώθηκε σχεδόν κάθε μέρα; Αυξήθηκε ή μειώθηκε το βάρος όχι χωρίς να προσπαθείτε επίτηδες;

OXI **NAI**

b) Είχατε δυσκολία στον ύπνο σχεδόν κάθε νύχτα (δυσκολία να όχι πάρει ο ύπνος, να ξυπνάτε στη μέση όχι νύχτας, να ξυπνάτε νωρίς το πρωί ή να κοιμάστε υπερβολικά;)

OXI **NAI**

c) Η ομιλία όχι ή η κίνηση όχι ήταν πιο αργή από συνήθως ή αισθανθήκατε νευρικός, ανήσυχος ή είχατε δυσκολία στο να καθίσετε ήσυχα;

OXI **NAI**

d) Αισθανόσασταν κουρασμένος ή χωρίς ενεργητικότητα για το περισσότερο χρονικό διάστημα;

OXI **NAI**

e) Αισθανόσασταν χωρίς αξία ή ένοχος για το περισσότερο χρονικό διάστημα;

OXI **NAI**

f) Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε ή να πάρετε αποφάσεις;

OXI **NAI**

g) Είχατε σκεφτεί να βλάψετε τον εαυτό όχι, είχατε ιδέες αυτοκτονίας ή επιθυμούσατε να είστε πεθαμένος;

OXI **NAI**

A.4.a) Κατά τη διάρκεια όχι ζωής όχι, είχατε όχι περιόδους ή περισσότερες από δύο εβδομάδες που νιώθατε κατάθλιψη ή έλλειψη ενδιαφέροντος για τα περισσότερα πράγματα, και είχατε τα περισσότερα προβλήματα τα οποία αναφέραμε;

OXI

NAI

b) Είχατε ποτέ ένα διάλειμμα τουλάχιστον δύο μηνών χωρίς καθόλου κατάθλιψη και χωρίς έλλειψη ενδιαφέροντος ανάμεσα σε δύο επεισόδια κατάθλιψης;

OXI

NAI

A.5.a) Κατά τη διάρκεια όχι πιο σοβαρής περιόδου του τρέχοντος καταθλιπτικού επεισοδίου, χάσατε την ικανότητα να ανταποκρίνεστε σε πράγματα που πριν όχι ευχαριστούσαν ή όχι έκαναν χαρούμενους; Αν όχι, όταν γίνεται κάτι καλό, όχι συμβαίνει αυτό το καλό να μην όχι κάνει να νιώσετε καλύτερα, ακόμα και προσωρινά;

OXI

NAI

A.6. Κατά τη διάρκεια των δύο προηγούμενων εβδομάδων, όταν νιώθατε κατ'άθλιψη και έλλειψη ενδιαφέροντος

a) Νιώθατε κατάθλιψη με ένα διαφορετικό τρόπο από το συναίσθημα που νιώθει κάποιος όταν πεθάνει ένα κοντινό του πρόσωπο;

OXI

NAI

b) Νιώθατε τακτικά χειρότερα το πρωί, σχεδόν κάθε μέρα;

OXI

NAI

c) Ξυπνάγατε τουλάχιστον δύο ώρες πριν τη συνηθισμένη ώρα και είχατε δυσκολία στο να κοιμηθείτε ξανά, σχεδόν κάθε μέρα;

OXI

NAI

d) Νιώθατε εξαιρετικές ενοχές ή ενοχές δυσανάλογες με την πραγματικότητα όχι κατάστασης;

OXI

NAI

Γ' ΜΕΡΟΣ

(για την μελέτη ύπαρξης δυσθυμικού επεισοδίου)

A.1. Έχετε αισθανθεί λυπημένος, πεσμένος σε κατάθλιψη για το περισσότερο χρονικό διάστημα κατά τα τελευταία δύο χρόνια;

OXI **NAI**

A.2. Διακόπηκε αυτή η περίοδος με το να νιώθετε καλά για δύο μήνες ή περισσότερο;

OXI **NAI**

A.3. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου της κατάθλιψης την περισσότερη ώρα:

a) Άλλαξε σημαντικά η όρεξη σας;

OXI **NAI**

b) Είχατε δυσκολία στο να σας πάρει ο ύπνος ή κοιμόσασταν υπερβολικά;

OXI **NAI**

c) Αισθανόσασταν κουρασμένοι ή χωρίς ενέργεια;

OXI **NAI**

d) Είχατε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας;

OXI **NAI**

e) Είχατε δυσκολία στο να συγκεντρωθείτε ή να πάρετε αποφάσεις;

OXI **NAI**

f) Αισθανόσασταν απελπισία;

A.4. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης σας προκάλεσαν σημαντική δυσφορία ή μείωσαν την ικανότητά σας να λειτουργήσετε στην εργασία σας, κοινωνικά ή στις άλλες καθημερινές σας δραστηριότητες;

OXI **NAI**

Δ' ΜΕΡΟΣ

(για την μελέτη ύπαρξης της διαταραχής του στρες)

Δ.1.α) Ανησυχούσατε υπερβολικά ή ήσασταν ανήσυχος για δύο ή περισσότερα πράγματα (π.χ. οικονομικά, υγεία παιδιών, ατυχία) τους τελευταίους έξι μήνες;

OXI

NAI

b) Είναι αυτές οι ανησυχίες παρούσες τις περισσότερες ημέρες; Σας έχουν πει κάποιιοι ότι ανησυχείτε πάρα πολύ;

OXI

NAI

Δ.2. Ήταν δύσκολο να ελέγξετε τις ανησυχίες ή παρενέβαιναν στην ικανότητά σας να επικεντρώνεστε σε αυτό που κάνετε;

OXI

NAI

Δ.3. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων ανησυχίας, όταν αισθάνεστε νευρικός, έχετε κάποια από τα παρακάτω;

a) Αισθάνεστε τεταμένος, σε ένταση ή πετάγεστε εύκολα;

OXI

NAI

b) Αισθάνεστε ένταση;

OXI

NAI

c) Αισθάνεστε κουρασμένος, αδύναμος ή κουράζεστε εύκολα;

OXI

NAI

d) Έχετε δυσκολία στο να συγκεντρώνεστε ή αισθάνεστε αφηρημένος;

OXI

NAI

e) Αισθάνεστε ευερέθιστος;

OXI

NAI

f) Έχετε δυσκολία να κοιμηθείτε;

OXI

NAI

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΙΝΑΙ ΒΑΣΙΣΜΕΝΟ ΣΤΟ DSM-IV

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



1. Ν.Μάνος, (1997), Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών (University Studio Press), Θεσσαλονίκη.
2. Naomi Dale, μετάφραση Αποστολή Μαρία, Επιστημονική επιμέλεια Καπετάνιος Βασίλειος, (2000), Τρόποι συνεργασίας με οικογένειες παιδιών με ειδικές ανάγκες, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
3. Επιμέλεια Μ.Καϊλα – Ν.Πολεμικός – Γ.Φιλίππου, (1997), Άτομα με ειδικές ανάγκες, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, τόμος Α.
4. Επιμέλεια Μ.Καϊλα – Ν.Πολεμικός – Γ.Φιλίππου, (1995), Άτομα με ειδικές ανάγκες, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, Τόμος Β
5. Λεό Μπουσκάλια, Μετάφραση Γιώργος Δίπλας , (1993), Άτομα με ειδικές ανάγκες και οι γονείς τους- Μια πρόκληση στη συμβουλευτική, Εκδόσεις Γλάρος.
6. Παρασκευόπουλος Ιωάννης, (1980), Νοητική καθυστέρηση-διαφορική διάγνωση, αιτιολογία-πρόληψη, ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση.
7. Νιτσόπουλος Μηνάς, (1981), Ειδικά πνευματικά καθυστερημένα άτομα.
8. Κ.Στεφανής, Κ.Σολδάτος, Β.Μαυρέας, (1993), Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς, Παγκόσμιος Οργανισμός Γενεύης.
9. Παπαϊωάννου Σκεύος, (1990), Επαγγελματική εκπαίδευση και προσανατολισμός: αναφορά στα Α.Μ.Ε.Α., Ρέθυμνο.
10. Διεπιστημονικό Ευρωπαϊκό Συνέδριο για Α.Μ.Ε.Α.. Α.Μ.Ε.Α. – σύγχρονες κατευθύνσεις και απόψεις σε προβλήματα της πρόληψης, παρέμβασης, αντιμετώπισης, (1992).
11. ΥΠ.Ε.Π.Θ.: Δελτίο πληροφοριών ειδικής αγωγής, 1988.
12. Στασινός Δημήτρης, (1999), Η ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα – αντιλήψεις, θεσμοί και πρακτικές.
13. Egg-Benes Maria: Η αγωγή του καθυστερημένου παιδιού: οδηγός για γονείς, παιδαγωγούς και φίλους πνευματικά καθυστερημένων παιδιών, (1984).
14. Στάθης Φ., (1994), Θέματα Ειδικής Αγωγής.
15. Στασινός Δημήτρης, (1985), Βιβλιογραφία για την ειδική αγωγή 1924-1984.

16. Κρασανάκης Γεώργιος, (1997), Παιδιά με νοητική ανεπάρκεια – θεωρητική και εμπειρική προσέγγιση, Ηράκλειο.
17. Κυπριωτάκης Αντώνης, (1989), Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους, Εκδόσεις Ψυχοτεχνική, Τρίτη έκδοση, Ηράκλειο.
18. Πυργιωτάκης Ιωάννης, (1994), Ειδική αγωγή στην Ελλάδα.
19. Μπαρδής Πολυνείκης, (1985), Νοητική καθυστέρηση: φύση – αιτιολογία – αντιμετώπιση.
20. Σούλης Σπυρίδων-Γεώργιος, (1997), Τα παιδιά με βαριά νοητική καθυστέρηση και ο κόσμος τους: άτομα με πολλαπλές αναπηρίες, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
21. Βασιλείου Γ.Ε., (1998), Τα εκπαιδευσιμα νοητικά καθυστερημένα παιδιά και έφηβοι, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
22. Galland Antoine, (1997), Το παιδί με νοητική καθυστέρηση και η κοινωνία.
23. Σούλης Γεώργιος, (2000), Μαθαίνοντας βήμα-βήμα στο σχολείο και στο σπίτι: διδακτικές στρατηγικές εκπαίδευσης παιδιών με μέτρια ή βαριά νοητική υστέρηση.
24. Σταύρου Λάμπρος, (1995), Η λογική σκέψη στο νοητικά καθυστερημένο παιδί.
25. Μαδιανός Μιχάλης, (2000), Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
26. Στεφανής Κ. – Μαυρέας Β. – Σολδάτος Κ. (1993), Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Παγκόσμιος Οργανισμός Γενεύης.
27. Αγγελοπούλου – Σακαντάμη, Ειδική Αγωγή Βασικές Αρχές και Μέθοδοι, Εκδόσεις Χριστοδουλίδη, Θεσσαλονίκη.



Ξενόγλωσσα άρθρα

1. Gayle D.Gubman and Richard C.Tessler, “The impact of mental illness on families, Concepts and Priorities”, (1987), Journal of Family Issues, Vol 8,.
2. Georgene G.Eakes: “Chronic Sorrow: The Lined Experience of Parents of Chronically Mentally Ill Individuals”, (1995), , Archives of Psychiatric Nursing, Vol. IX,
3. Salih Ozgul: “Parental Grief & Serious Mental Illness”, (2003), The Australian National University Psychology Clinic.

4. Chaya Schwartz: ‘‘Parents of Children With Chronic Disabilities: The Gratification of Caregiving’’, (2003), Alliance for Children and Families, Families in Society.
5. Mental illness and the family, ‘‘Jacqueline Grad and Peter Sainsbury’’.
6. Gail Steketee: ‘‘Disability and Family Burden in Obsessive – Compulsive’’, (1997).



Δημοσιεύματα – Νόμοι

1. Εφημερίδα «Πατρίς», Δευτέρα 4 Οκτωβρίου 2004, «Κατάθλιψη»
2. Εφημερίδα «Ανατολή», Σάββατο-Κυριακή 2-3 Δεκεμβρίου 2000, «Τάξεις ένταξης και Ειδικά σχολεία», Αλέξης Μιχάλης.
3. Νομοθεσία 2817/2000 «Ρυθμίσεις για την Ειδική Αγωγή», «Εκπαίδευση των Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες».
4. Νομοθεσία με θέμα «Ένταξη, φοίτηση και αποφοίτηση των Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες σε όλους τους τύπους των σχολείων Ειδικής Αγωγής και τα Τμήματα Ένταξης».
5. Εφημερίδα της Κυβέρνησης Αριθμός Φύλλου 78, «Εκπαίδευση Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες», 14 Μαρτίου 2000.



Διαδίκτυο

1. www.athealth.com/consumer/farticles/articles.htm/.
2. www.athealth.com/consumer/disorders/nih-depression.html#ptdep3
3. www.bpsso.org/mesa.htm#SESSION2.
4. www.ifigetoutalive.com/mind256.htm
5. www.heathieryou.com/j73.html.
6. <http://www.anu.edu.au/psychology/NEWWEB/parentalgrieffdraft.pdf>.
7. www.familiessociety.org
8. www.daskalos.edu.gr.