

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΝΟΗΤΙΚΗ
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

ΔΙΔΑΣΚΟΥΣΑ: ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΘΕΑΝΩ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΝΑΤΑΛΙΑ

A.M.: 1915

ΕΑΡΙΝΟ ΕΞΑΜΗΝΟ
Η' ΕΞΑΜΗΝΟ
ΡΕΘΥΜΝΟ 2007 - 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος..... 4

Εισαγωγή..... 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

Ορισμός Νοητικής Καθυστέρησης..... 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

Ιστορική Αναδρομή της Νοητικής Καθυστέρησης..... 13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

Διαγνωστικά Κριτήρια και η Ταξινόμηση της Νοητικής Καθυστέρησης σύμφωνα με το DSM - IV® - TR..... 22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

Επιδημιολογία Νοητικής Καθυστέρησης..... 29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

Συννοσηρότητα – Συνοδά Προβλήματα της Νοητικής Καθυστέρησης..... 34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

Το Επίπεδο Λειτουργικότητας των Παιδιών με Νοητική Καθυστέρηση..... 39

- Ήπια Νοητική Καθυστέρηση..... 40
- Μέτρια Νοητική Καθυστέρηση..... 44
- Σοβαρή Νοητική Καθυστέρηση..... 46
- Βαριά Νοητική Καθυστέρηση..... 48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

Τα Πιθανά Αίτια της Νοητικής Καθυστέρησης.....	51
• Γενετικά Αίτια.....	54
- Κληρονομικότητα.....	54
- Ανωμαλίες Χρωματοσωμάτων.....	55
- Ανωμαλίες Μεταβολισμού.....	61
• Περιβαλλοντικά Αίτια.....	66
- Προγεννητικά Αίτια.....	66
- Περιγεννητικά Αίτια.....	75
- Μεταγεννητικά Αίτια.....	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η'

Νοημοσύνη.....	84
• Θεωρίες Νοημοσύνης.....	86
• Σύγχρονες Θεωρίες της Νοημοσύνης.....	89
• Η Γνωστική Ανάπτυξη και η Σταθερότητα του Δείκτη Νοημοσύνης.....	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ'

Διάγνωση της Νοητικής Καθυστέρησης.....	93
• Πληροφορίες που Απαιτούνται για τη Διάγνωση.....	96
• Διαγνωστική Ομάδα.....	100
• Ψυχοτεχνικά Μέσα Διάγνωσης.....	103
- Τεστ Γενικής Νοημοσύνης για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας.....	104
- Τεστ Γενικής Νοημοσύνης για Παιδιά Σχολικής Ηλικίας.....	106
- Τεστ Ειδικών Ικανοτήτων.....	112
- Τεστ Κοινωνικής Ωριμότητας και Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς.....	114
- Τεστ Προσωπικότητας.....	117

- Τεστ Σχολικής Επίδοσης.....	120
• Έγκαιρη Διάγνωση.....	123
• Οι Γονείς και τα Αδέλφια των Νοητικά Καθυστερημένων Παιδιών.....	126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

Η Θεραπευτική Αντιμετώπιση της Νοητικής Καθυστέρησης.....	135
• Ειδική Αγωγή.....	138
• Ειδικό Εκπαιδευτικό Πλαίσιο.....	144
• Πρόληψη της Νοητικής Καθυστέρησης.....	152
- Γενετικά Προληπτικά Μέτρα.....	153
- Προγεννητικά Προληπτικά Μέτρα.....	154
- Περιγεννητικά Προληπτικά Μέτρα.....	156
- Μεταγεννητικά Προληπτικά Μέτρα.....	157
Επίλογος.....	160
Παράρτημα.....	164
• Επεξήγηση του Ορισμού της Νοητικής Καθυστέρησης.....	165
Βιβλιογραφία.....	167

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όπως, πολλά φαινόμενα στον κόσμο, έτσι και η ανθρώπινη ανάπτυξη, δεν πραγματοποιείται πάντα με ομαλό και αδιατάραχο τρόπο. Έτσι, είναι δυνατόν να παρουσιάζονται διαταραχές και προβλήματα που εμποδίζουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου.

Η Νοητική Καθυστέρηση αποτελεί ένα από τα πιο πολύπλοκα και πολύδιάστατα προβλήματα υγείας, το οποίο απασχολεί εδώ και αρκετές δεκαετίες πλήθος επιστημόνων και ερευνητών. Έρευνες σε διεθνές επίπεδο, επιβεβαιώνουν συνεχώς την εξάπλωση του συγκεκριμένου φαινομένου, καθιστώντας απαραίτητη την επιπλέον έρευνα σχετικά με αυτό.

Τόσο η φύση της όσο και η αιτιολογία της αποτελούν ακόμη και σήμερα μερικά θέματα για τα οποία οι απόψεις συγκρούονται. Το ενδιαφέρον που παρουσιάζει αποτελεί πρόκληση για όλους όσους ασχολούνται με θέματα που αφορούν την ανάπτυξη του ανθρώπου αλλά και τους παράγοντες που στέκονται εμπόδιο σ' αυτήν.

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στο φαινόμενο της Νοητικής Καθυστέρησης και στα προβλήματα – χαρακτηριστικά που παρουσιάζει η ανάπτυξη των παιδιών που χαρακτηρίζονται από αυτό. Ταυτόχρονα γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης των αιτιολογικών παραγόντων στους οποίους οφείλεται η Νοητική Καθυστέρηση, αξιολογείται η σημασία της αλλά και οι επιπτώσεις αυτής τόσο στο ίδιο το παιδί, όσο και στην οικογένεια του.

Επιπλέον γίνεται λόγος για τη σημασία και τη σπουδαιότητα της πρόληψης, της διαδικασίας της διάγνωσης αλλά και της θεραπευτικής αντιμετώπισης, με τη βοήθεια της Ειδικής Εκπαίδευσης. Στόχος της εργασίας είναι η πληρέστερη και βαθύτερη κατανόηση της συγκεκριμένης διαταραχής, η οποία μαστίζει τώρα περισσότερο από ποτέ την ανθρώπινη ανάπτυξη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Βασικό στοιχείο του πολιτισμού, είναι η συνεχής προσπάθεια που καταβάλει ο άνθρωπος για προσαρμογή στις διάφορες απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Υπάρχουν όμως άτομα που, για διάφορους λόγους, δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσουν για τον εαυτό τους επαρκή προσαρμοστική συμπεριφορά, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν αποκλίσεις από το φυσιολογικό. Μια τέτοια απόκλιση από την επάρκεια στον ψυχολογικό, διανοητικό, κοινωνικό, φυσικό, ιατρικό και εκπαιδευτικό τομέα είναι και η Νοητική Υστέρηση (Μπαρδή,1985).

Η Νοητική Υστέρηση αποτελεί ένα από τα προβλήματα που απασχολούν ιδιαίτερα τους ειδικούς της ψυχικής υγείας εδώ και αρκετές δεκαετίες. Η κατανόηση της φύσης της, η προσπάθεια ταξινόμησής της, η διερεύνηση της αιτιολογίας της, ο καθορισμός του κατάλληλου εκπαιδευτικού πλαισίου, καθώς και η επεξεργασία ειδικών εκπαιδευτικών μεθόδων για τα άτομα με νοητική υστέρηση αποτελούν ορισμένα μόνο από τα πεδία έρευνας, στα οποία συμμετέχουν επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, όπως γιατροί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, εκπαιδευτικοί και άλλοι (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Πρόκειται για ένα θέμα, το οποίο κατατάσσεται στην κατηγορία των μεγαλύτερων κοινωνικών, οικονομικών και εθνικών προβλημάτων υγείας. Προσβάλλει δύο φορές περισσότερα άτομα απ' όσα πλήττουν συνολικά η τύφλωση, η εγκεφαλική παράλυση και η ρευματική καρδιοπάθεια. Γύρω στο 1954, η έκταση του προβλήματος, στις χώρες της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, κυμαινόταν από 1,5 μέχρι 9% του πληθυσμού. Στα χρόνια που διανύουμε, οι διεθνείς εκτιμήσεις εξακολουθούν να διαφέρουν μεταξύ τους, γιατί τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών επηρεάζονται από παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο των ατόμων του δείγματος, η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, ο ορισμός του προβλήματος κ.α. Παρόλα, αυτά οι περισσότερες χώρες δέχονται ποσοστά που κυμαίνονται γύρω στο 3% του γενικού πληθυσμού (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Η αναφορά στη νοητική υστέρηση, γίνεται όταν διαπιστώνεται μια αισθητή απόκλιση από το «κανονικό» στην πνευματική εξέλιξη ενός ατόμου. Για τις αποκλίσεις αυτές, η Ιατρική χρησιμοποιεί τον όρο «ολιγοφρένεια» ενώ οι Ψυχολόγοι

προτιμούν τον όρο «Νοητική Ανεπάρκεια». Αρκετά γνωστοί όροι είναι επίσης η «ιδιωτεία» (στη Σοβιετική Ένωση), η «παραφροσύνη» και «βραδυμάθεια» (στην Αμερική) και η «πνευματική αναπηρία» και νοητική υπομαλότητα (στη Μ.Βρετανία). Γεγονός είναι πάντως ότι και στην Ψυχολογία δεν έχει ακόμη υιοθετηθεί κάποιος ενιαίος ορισμός του θέματος (Κυπριωτάκης, 2000).

Η Νοητική Καθυστέρηση χαρακτηρίζει ένα άτομο, το οποίο παρουσιάζει αναστολή της ανάπτυξης του σε συγκεκριμένους τομείς λειτουργίας, εξαιτίας αντίξοων παραγόντων. Γνώμονας είναι η γενική διανοητική ανάπτυξη του παιδιού. Σε σύγκριση με αυτήν, το άτομο μπορεί να αργεί να αναπτύξει ορισμένες ομάδες ικανοτήτων. Έτσι ένα παιδί μπορεί να έχει βραδεία ανάπτυξη χωρίς να είναι καθυστερημένο ή να είναι καθυστερημένο χωρίς να το χαρακτηρίζει βραδεία ανάπτυξη. Αξίζει να διευκρινιστεί ότι ο όρος βραδεία ανάπτυξη αναφέρεται στην, κάτω από το μέσο όρο της ηλικίας του ατόμου, λειτουργία, ανεξάρτητα από το δείκτη νοημοσύνης (Moseley, 1985).

Η σύγχυση που επικρατεί γύρω από την έννοια της νοητικής υστέρησης φαίνεται από το πλήθος των όρων που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς και οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι επειδή η κοινωνία αντιμετωπίζει με ιδιαίτερη ευαισθησία τον τρόπο που χαρακτηρίζονται τα νοητικά υστερημένα άτομα, κάθε φορά που υιοθετείται κάποιος όρος, σύντομα απορρίπτεται ως κοινωνικά απαράδεκτος. Επίσης η νοητική υστέρηση, είναι ένα σύνδρομο τόσο πολύπλοκο, ώστε είναι αδύνατο να συμπεριληφθεί κάτω από ένα μόνο όρο, ενώ κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη διάφορων όρων αφού το συγκεκριμένο σύνδρομο μελετάται από πληθώρα επιστημών, καθεμία από τις οποίες το αντιμετωπίζει από τη δική της σκοπιά (Μπαρδή, 1985). Έτσι λοιπόν, για να ικανοποιηθούν όλες αυτές οι διαφορετικές τάσεις, απόψεις και σκοποί είναι αναμφίβολο το γεγονός ότι απαιτείται ένας ορισμός πολυδιάστατος, ο οποίος να περιλαμβάνει κριτήρια για ποικίλους παράγοντες δηλαδή βιολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, εκπαιδευτικούς, ψυχολογικούς και ιατρικούς.

Πάντοτε υπήρχαν αποκλίνοντα ή μειονεκτικά άτομα όλων των μορφών και βαθμίδων (νοητικά υστερημένα, σωματικά ανάπηρα, άτομα με γλωσσικές διαταραχές ή με κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα), αλλά και πάντοτε θα βρίσκονται ανάμεσα μας τέτοια άτομα, όσο ο άνθρωπος θα δοκιμάζεται από ασθένειες, ατυχήματα και από διάφορους άλλους αρνητικούς περιβαλλοντικούς και κληρονομικούς παράγοντες.

Αξίζει να διευκρινιστεί ότι μειονεκτικά θεωρούνται τα άτομα που, λόγω οργανικών, ψυχικών, κοινωνικών και άλλων αιτιών, παρουσιάζουν καθυστερήσεις, αναπηρίες ή διαταραχές στην ψυχοσωματική, γενικά, δομή ή στις επιμέρους λειτουργίες και σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αποκλείεται γι' αυτά ή να δυσχαιρένεται σοβαρά η κανονική και επαγγελματική τους εκπαίδευση, οπότε έχουν την ανάγκη από ειδική αγωγή, ιατρική παρακολούθηση, ψυχολογική βοήθεια και στήριξη και κοινωνική συμπαράσταση (Μπαρδή, 1985).

Ο όρος νοητική υστέρηση ή καθυστέρηση, όπως είναι γνωστός στο ευρύ κοινό, είναι ένας όρος με ασαφές νόημα που δημιουργεί απαισιοδοξία και απελπισία, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που η χρήση του είναι εντελώς ανεπαρκής και λανθασμένη. Για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, η νοητική καθυστέρηση είναι μια αρρώστια, μια παθολογική κατάσταση και μια τραυματική εμπειρία που αποκτά το άτομο λίγο πριν ή λίγο μετά τη γέννηση του ή ακόμα και κατά τη διάρκεια του τοκετού (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Στην πραγματικότητα, η νοητική υστέρηση δεν είναι τίποτα περισσότερο ή λιγότερο από ένα σύμπτωμα, μια μορφή συμπεριφοράς που απορρέει από μια ή περισσότερες από τις πολυποίκιλες αιτίες που την προκαλούν. Είναι όμως σημαντικό να διευκρινιστεί ότι η νοητική υστέρηση είναι ένα σύμπτωμα του οποίου η οποιαδήποτε αντιμετώπιση, δεν μπορεί να εξαλείψει την αιτία. Η σωστή αντιμετώπιση της αιτίας, είναι δυνατόν να μειώσει το πρόβλημα επιτρέποντας στο άτομο να φτάσει τον ρυθμό μάθησης των συνομηλίκων του, ξεφεύγοντας από το δρόμο της νοητικής υστέρησης (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Η μελέτη αυτής της αναπτυξιακής διαταραχής, παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες, κυρίως λόγω της εξαιρετικής ανομοιογένειας των περιπτώσεων που ταξινομούνται υπό αυτόν τον όρο. Άλλωστε η νοητική υστέρηση, διαφέρει από τα υπόλοιπα προβλήματα αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας, αφού δεν αποτελεί συγκεκριμένη διαταραχή και δεν είναι σαφώς οριοθετημένη κλινική οντότητα, αλλά εμφανίζεται ως κυρίαρχο ή δευτερεύον σύμπτωμα πολλών διαφορετικών διαταραχών και συνδρόμων. Ανάλογα με την αιτιολογία της νοητικής υστέρησης, διαφοροποιούνται σημαντικά τα συνοδά προβλήματα, η έκταση της, η επίδραση που ασκεί στην προσαρμογή του ατόμου και η πρόγνωση για την εξέλιξη της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Γενικότερα, μερικά από τα σημαντικά χαρακτηριστικά της νοητικής υστέρησης είναι το γεγονός ότι δεν περιορίζεται στη νοημοσύνη, αλλά εκτείνεται στο σύνολο των ψυχικών, και, κάποτε, αισθησιοκινητικών λειτουργιών. Ένα εξαιρετικής σημασίας, κατά τη γνώμη μου, χαρακτηριστικό είναι η μονιμότητα της διαταραχής. Αυτό που επιδιώκεται με τη χρήση της ειδικής αγωγής και την ιατρική φροντίδα είναι η αξιοποίηση του δυναμικού που διαθέτει το άτομο και και προπαντός η προσαρμογή στο περιβάλλον. Ένα επίσης χαρακτηριστικό της νοητικής υστέρησης είναι ο αργός ρυθμός και η πρόωρη παύση της ανάπτυξης των ψυχικών λειτουργιών. Η κάθε λειτουργία έχει το δικό της ρυθμό και το δικό της χρονικό όριο. Συνήθως, δυσμενέστερη είναι η εξέλιξη των λογικών και άλλων γνωστικών μηχανισμών.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε πιο λεπτομερώς σ' αυτό το, κατά τη γνώμη μου, πολύ ενδιαφέρον θέμα, κάνοντας αναφορές στην ιστορική αναδρομή της νοητικής υστέρησης, στα διαγνωστικά κριτήρια και την ταξινόμηση της, στα αίτια και στην αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με νοητική υστέρηση, στη διάγνωση και στη θεραπευτική αντιμετώπιση της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Με το πέρασμα των χρόνων, για τον όρο νοητική υστέρηση, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, έχει δοθεί μια πληθώρα ορισμών, από πολλούς επιστήμονες, με αρκετές έως ελάχιστες διαφορές μεταξύ τους. Στους ορισμούς αυτούς, υπερισχυεί, αρχικά, το κριτήριο της νοημοσύνης με την πνευματική ηλικία ή το δείκτη νοημοσύνης, και προοδευτικά υπεισέρχεται, όλο και εμφανέστερα, το κριτήριο της κοινωνικής προσαρμογής.

Οι δύο ορισμοί για τη νοητική υστέρηση, που έτυχαν ιδιαίτερης αποδοχής κατά το παρελθόν είναι ο ορισμός που δόθηκε από τον Βρετανό γιατρό A.J. Tredgold το 1937 και ο ορισμός του Αμερικανού ψυχολόγου E. Doll το 1941 (Τζουριάδου, 1995). Ο A.J. Tredgold, παρακάμπτοντας τα ιατρικά και εξελικτικά κριτήρια της νοητικής ανεπάρκειας και επιμένοντας στο πρόβλημα της κοινωνικής προσαρμογής, υποστηρίζει ότι «η νοητική υστέρηση είναι μια κατάσταση ανεπαρκούς νοητικής εξέλιξης, που καθιστά το άτομο ανήμπορο να προσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον και να επιβιώσει χωρίς επίβλεψη, έλεγχο και εξωτερική βοήθεια» (Tredgold, 1937, παραπομπή από τον Μπαρδή. σελ. 43).

Τον ίδιο προσανατολισμό έχει και ο ορισμός του Αμερικανού Proteus, ενός από τους πρώτους διευθυντές της σχολής του Vineland, ο οποίος υποστηρίζει ότι «η νοητική ανεπάρκεια δεν οφείλεται σε διαταραχή των αισθητηρίων και δεν επιτρέπει στο άτομο να λύσει τα διάφορα προβλήματα, για να εξασφαλίσει την ύπαρξη του, στο μέτρο που το απαιτεί η κοινωνική ζωή» (Zazzo et al., 1977, παραπομπή από τον Κυπριωτάκη, 2000. σελ. 82).

Από την άλλη, ο A. Binet προσπάθησε να ορίσει τη νοητική υστέρηση με αναφορά κυρίως στα εξελικτικά κριτήρια, όπου κατά τον ίδιο «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 η ανάπτυξή του θα σταματήσει στο δρόμο» (Zazzo et al., 1977, παραπομπή από τον Κυπριωτάκη, 2000. σελ. 82).

Ο E. Doll που διαθέχτηκε τον Proteus στη διεύθυνση της σχολής του Vineland, αυθεντία του 20^{ου} αιώνα και επινοητής της κλίμακας «Vineland Social Maturity Scale», μιας κλίμακας για τη μέτρηση της κοινωνικής προσαρμογής, υποστήριξε ότι «η νοητική καθυστέρηση αναφέρεται σε μια κατάσταση ανεπαρκούς κοινωνικής προσαρμογής, που είναι παρούσα κατά τη γέννηση ή εμφανίζεται κατά την πρώτη παιδική ηλικία, και που οφείλεται σε κάποια εξελικτική αναστολή λόγω οργανικών αιτιών. Η κατάσταση αυτή είναι ανίατη, είτε εφαρμόζουμε θεραπευτική αγωγή είτε κατάλληλη άσκηση. Το άτομο μπορεί να αποκτήσει με κατάλληλη αγωγή ορισμένες δεξιότητες, με τις οποίες αντισταθμίζει κατά κάποιο τρόπο τις αδυναμίες του, αλλά αυτό γίνεται εντελώς επιφανειακά και πρόσκαιρα, και εφόσον βρεθεί κάτω από ευνοϊκές συνθήκες» (Doll, 1941, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985. σελ. 44).

Όπως ο Tredgold έτσι και ο Doll, δίνοντας έμφαση στη προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου, μέσα από τον ορισμό που διατύπωσε καθιέρωσε κάποια βασικά κριτήρια για τη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης. Έτσι, για να γίνει διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης το άτομο θα πρέπει να παρουσιάζει ανεπαρκή κοινωνική προσαρμοστικότητα παράλληλα με την ύπαρξη της ανεπαρκούς νοητικής ανάπτυξης. Επίσης, η νοητική καθυστέρηση θα καταλήγει σε κοινωνική ανεπάρκεια κατά την ώριμη ηλικία, θα πρέπει να εμφανίζεται κατά τη γέννηση ή κατά την παιδική ηλικία και τέλος θα οφείλεται σε οργανικά αίτια. Αυτός ο ορισμός, προκάλεσε πολλές αντιδράσεις και μερικά από τα κριτήρια του αμφισβητούνται ακόμα και σήμερα. Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την έννοια μιας καθυστέρησης που εξαρτάται από τις κοινωνικές συνθήκες (Μπαρδή, 1985).

Ακολούθησε ένα πλήθος ορισμών, με τους περισσότερους ειδικούς να αποδέχονται τον ορισμό που διατυπώθηκε από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοητικής Υστέρησης, από επιστήμονες διάφορων ειδικοτήτων. Αρχικά διατυπώθηκε το 1961 από τον Heber και στη συνέχεια αναθεωρήθηκε σε ορισμένα σημεία από τον Grossman το 1973. Ο ορισμός αυτός υποστηρίζει ότι «νοητική καθυστέρηση είναι μια παθολογική κατάσταση που εμφανίζεται στην περίοδο ανάπτυξης, χαρακτηρίζεται από νοητική ικανότητα κάτω από το μέσο όρο και συνοδεύεται από μειωμένη ικανότητα προσαρμογής» (Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοητικής Καθυστέρησης, 1974, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985. σελ. 46).

Για την πληρέστερη κατανόηση του ορισμού πρέπει να διασαφηνιστούν οι όροι της νοητικής ικανότητας, της περιόδου ανάπτυξης, κάτω του μέσου όρου και της ικανότητας προσαρμογής (βλ. παράρτημα 1)

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει την νοητική καθυστέρηση ως μια κατάσταση ατελούς ανάπτυξης της νόησης και διαταραχής των δεξιοτήτων, οι οποίες εκδηλώνονται στη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου και οι οποίες αφορούν στο σύνολο των γνωστικών, γλωσσικών, κινητικών και κοινωνικών ικανοτήτων (Παπάνης κ.α. 2007).

Ωστόσο, το 1992 ο Σύνδεσμος πρότεινε ένα νέο ορισμό της νοητικής υστέρησης και διαφοροποίησε τα κριτήρια ταξινόμησης των ατόμων αυτών. Σύμφωνα με τον νέο ορισμό, ένα άτομο θεωρείται ότι παρουσιάζει νοητική υστέρηση όταν ο δείκτης νοημοσύνης του είναι ίσος ή μικρότερος από 75, παρουσιάζει ελλείμματα στην προσαρμοστική του συμπεριφορά σε δύο από τους δέκα προτεινόμενους τομείς και συμπτώματα του έχουν εμφανιστεί πριν από την ηλικία των 18 ετών. Οι δέκα προτεινόμενοι τομείς αφορούν την επικοινωνία, την αυτοεξυπηρέτηση, την διαβίωση στο σπίτι, τις κοινωνικές / διαπροσωπικές δεξιότητες, τη χρήση των κοινοτικών πηγών, την αυτονομία, τις λειτουργικές σχολικές δεξιότητες, την εργασία, τον ελεύθερο χρόνο και τέλος την υγεία και ασφάλεια. Ουσιαστικά η διαφοροποίηση του ορισμού αυτού έχει να κάνει με την αύξηση του ορίου του δείκτη νοημοσύνης, αλλά και τη διεύρυνση της περιόδου ανάπτυξης. Παράλληλα, αξιολογεί την νοητική υστέρηση με βάση την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον και δίνει ιδιαίτερη έμφαση σ' αυτό (American Association On Mental Retardation, 1992, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005).

Όμως παρά τα ελκυστικά του στοιχεία, ο νέος αυτός ορισμός της νοητικής υστέρησης παρουσιάζει πολλές αδυναμίες. Αρχικά, η αλλαγή του ορίου του Δείκτη Νοημοσύνης από 70 σε 75, διπλασιάζει τον αριθμό των ατόμων που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως άτομο με νοητική υστέρηση. Επίσης, ορισμένοι από τους δέκα τομείς, με βάση τους οποίους αξιολογείται η προσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου, (πχ. Ο ελεύθερος χρόνος, η υγεία και η ασφάλεια), είναι αρκετά ασαφείς και παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες ως προς τον τρόπο αξιολόγησης τους, καθώς δεν υπάρχουν αντίστοιχα ψυχομετρικά εργαλεία και επομένως αυξάνεται το στοιχείο της υποκειμενικότητας και η πιθανότητα του λάθους κατά τη διαγνωστική διαδικασία.

Τέλος, η νέα ταξινόμηση που προτείνεται δεν φαίνεται να γίνεται ευρέως αποδεκτή από τους ερευνητές, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η χρήση αυτών των κριτηρίων θα οδηγούσε σε υπερβολική αύξηση των ατόμων του πληθυσμού με νοητική υστέρηση, σε αύξηση των λανθασμένων διαγνώσεων αλλά και σε αύξηση της παρουσίας μειονεκτικών ομάδων στον πληθυσμό των ατόμων με νοητική υστέρηση (American Association On Mental Retardation, 1992, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005).

Έτσι δεν είναι λίγοι αυτοί που συνεχίζουν να υποστηρίζουν τον ορισμό που πρότεινε, αρχικά. ο Αμερικανικός Σύνδεσμος, ο οποίος είχε γίνει περισσότερο αποδεκτός, αφού είναι πιο ευέλικτος και καλύπτει τις απόψεις περισσότερων ειδικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η ύπαρξη των «μειονεκτικών» ατόμων, είναι γνωστή από τους πανάρχαιους χρόνους. Έτσι, κάθε κοινωνική εποχή ανέδειξε τη δική της θέση απέναντι στα νοητικά υστερημένα άτομα. Αυτή η στάση εκφράζεται με λέξεις και τεχνικούς όρους που καθρεφτίζουν την αντίληψη της εκάστοτε κοινωνίας προς τα άτομα αυτά.

Στο παρελθόν χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι όροι για το χαρακτηρισμό των νοητικά καθυστερημένων ατόμων, όπως «ιδιωτεία», «αμβλύνοια», «άνοια» (Σούλης, 2001). Ιδιώτης, είναι το άτομο που φαίνεται ότι έχει παραμείνει στο επίπεδο ενός μικρού παιδιού, και δεν μπορεί να επιβιώσει χωρίς διαρκή προστασία, ενώ σε πιο σοβαρές περιπτώσεις δεν φτάνει ούτε στις γλωσσικές απαρχές και βιώνει μια ζωή ακινησίας, με φροντίδα παρόμοια με αυτή που παρέχεται σε ένα βρέφος. Όταν η κλίμακα των δραστηριοτήτων και προσαρμογών είναι μεγαλύτερη, η νοητική ανεπάρκεια ονομάζεται αμβλύνοια (Perrow, 1996).

Λόγω της ψυχοφυσικής ιδιαιτερότητας του, το νοητικά καθυστερημένο παιδί, είναι γενικά εξαρτημένο από άλλους, και κυρίως από την κοινωνία στην οποία ζεί. Έτσι, η πορεία που ακολούθησε η αγωγή ως στήριγμα για τη διαμόρφωση της ζωής του νοητικά καθυστερημένου παιδιού, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε σχέση με τις κοινωνικές, πολιτικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές εξελίξεις της κοινωνίας (Σούλης, 2001).

Μονολότι οι πηγές της αρχαιότητας δεν είναι ιδιαίτερα πλούσιες σε πληροφορίες σχετικά με τον νοητικά καθυστερημένο άνθρωπο, είναι φανερό ότι η αρχαία κοινωνία τον αντιμετώπιζε από μια μυθική – θρησκευτική πλευρά. Ο άνθρωπος της αρχαιότητας, που δεν μπορούσε να εξηγήσει και να καταπολεμήσει τις αλλαγές της φύσης και που τον χαρακτήριζε το άγχος και ο φόβος μπροστά στα φυσικά φαινόμενα, αντιμετώπιζε την πνευματική και σωματική απόκλιση από το κανονικό, που χαρακτήριζε το νοητικά αδύναμο άτομο, ως μια ιδιοτροπία των «θεών» και των «δαιμόνων» (Δήμου, 1996, παραπομπή από τον Σούλη, 2001). Γενικότερα, τα περισσότερα από τα άτομα με νοητικές και άλλες ανεπάρκειες αντιμετώπιζονταν με

προκατάληψη και απορρίπτονταν από το κοινωνικό σύνολο. Τους αγνοούσαν ή τους φοβούνταν γιατί οι διαφορές που είχαν στην εμφάνιση και και στις ικανότητες, σε σχέση με άλλους ανθρώπους, δεν μπορούσαν να γίνουν κατανοητές (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005). Ακόμη και ο Όμηρος αναφέρει στα έπη του επεισόδια με «ανάπηρους», χωρίς να ασχολείται συγκεκριμένα με τα νοητικά καθυστερημένα άτομα (Σούλης, 2001).

Γενικά στην πρωτοελληνική εποχή, μέχρι το 800 π.χ. περίπου, η καλοκαγαθία ήταν ο στόχος της αγωγής. Δηλαδή μέσα από την αγωγή οι άνθρωποι γίνονταν καλοί και αγαθοί, ωραίοι. Το ιδανικό εκείνης της εποχής ήταν ο συνδιασμός της σωματικής υγείας με τις δυνάμεις του πνεύματος και τη θυμική ισορροπία. Αυτές όμως οι προϋποθέσεις δεν επέτρεπαν να αναπτυχθεί η αγωγή των νοητικά καθυστερημένων ατόμων (Μωραϊτης, 1953). Στην αρχαία Σπάρτη, που επικρατούσε το ιδανικό του τέλειου πολεμιστή, τα μειονεκτικά άτομα δεν είχαν καμία θέση στην κοινωνία. Γι' αυτό εφαρμόζαν την βρεφοκτονία. Πετούσαν δηλαδή τα μειονεκτικά βρέφη στον Καιάδα του Ταύγετου, με την επιδοκμασία της κοινωνίας. Αν μερικές φορές όμως επιζούσαν κάποια νοητικά καθυστερημένα παιδιά, τότε τα έδιναν στους «περίοικους» οι οποίοι ήταν αγρότες που άνηκαν σε μια ενδιάμεση κοινωνική τάξη και απασχολούσαν αυτά τα παιδιά ως βοσκούς (Μπαρδή, 1985, Σούλης, 2001).

Κατά την Ελληνιστική περίοδο, υπήρξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την διαπαιδαγώγηση των νοητικά καθυστερημένων παιδιών. Ο Θεόφραστος, ο πιο σημαντικός μαθητής του Αριστοτέλη, ήταν ο πρώτος που ασχολήθηκε με την αγωγή τους, ενώ ο Ερασίστρατος διέγινωσε διάφορες πνευματικές διαταραχές εξετάζοντας μέρη του εγκεφάλου και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ο Ζήνων, εκπρόσωπος της στωικής φιλοσοφίας, ξεχώριζε δύο κατηγορίες πολιτών: τους σοφούς και τους μωρούς, οι οποίοι δεν μπορούσαν να ξεπεράσουν την κατηγορία τους και η ζωή τους θεωρείτο κατώτερης αξίας (Μωραϊτης, 1953).

Στην αρχαία Ρώμη οι ανάπηροι δεν είχαν καμία στήριξη. Η βρεφοκτονία ήταν κάτι που εφαρμόζοταν και τότε, όμως μερικοί πλούσιοι Ρωμαίοι κρατούσαν τα μειονεκτικά άτομα στο σπίτι τους και τα χρησιμοποιούσαν ως υπηρέτες ή γελωτοποιούς. Στην πραγματικότητα, επρόκειτο συχνά για άτομα με νοητική υστέρηση, τα οποία προκαλούσαν γέλιο με τις κινήσεις, τις εκφράσεις και τις πράξεις

τους. Επίσης μπορούσαν να αγοράζουν νοητικά καθυστερημένα άτομα για τη διασκέδαση τους από κάποιες ειδικές αγορές για μωρούς (Μπαρδή, 1985).

Ακολούθησε η Μεσαιωνική περίοδος, όπου, στα πλαίσια της θρησκευτικής δεισιδαιμονίας της εποχής, η νοητική υστέρηση, όπως και οι ψυχικές διαταραχές, αποδίδονταν στην επίδραση σατανικών δυνάμεων στον άτομο. Οι σωματικές παραμορφώσεις και οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνταν αποτέλεσμα της επέμβασης υπερφυσικών δυνάμεων, οι οποίες έπρεπε να εξορκιστούν. Έτσι με πολλούς τρόπους, τιμωρούσαν και βασάνιζαν αυτά τα άτομα ή τα έκλειναν σε μοναστήρια, φυλακές ή ιδρύματα για ψυχασθενείς. Επίσης επειδή θεωρούνταν άτομα δαιμονισμένα, έπρεπε να υποβάλλονται σε εξορκισμούς για να απαλλαγούν από τα κακά πνεύματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, Μπαρδή, 1985). Για τη θεραπεία τους ήταν υπεύθυνος ο κλήρος και η κακομεταχείριση τους θεωρείτο δικαιολογημένη αφού ήταν «κακομεταχείριση του Σατανά». Τον 16^ο και 17^ο αιώνα, συνεχίστηκε η εφαρμογή αυτών των βάνουσων θεραπευτικών μεθόδων, όπου χιλιάδες άτομα με νοητικά και ψυχικά προβλήματα θανατώθηκαν στην πυρά γιατί θεωρούνταν ως μάγισσες και μάγοι (Βασιλείου, 1998).

Η κατάσταση βελτιώνεται σημαντικά κατά την περίοδο της Αναγέννησης, χωρίς όμως να εξαφανίζονται οι δεισιδαιμονίες του Μεσαίωνα. Η κοινωνία αντιμετωπίζει πιο ανθρώπινα τα άτομα με νοητική καθυστέρηση, και γενικότερα τα μειονεκτικά άτομα, κάτω από την επίδραση των φιλοσοφικών και θεολογικών αντιλήψεων της εποχής. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι η εκμετάλλευση των μειονεκτικών ατόμων είχε εξαλειφθεί. Αντίθετα, διατηρήθηκε μέχρι και την περίοδο του 1900 – 1940, όπου οι ιδιοκτήτες τσίρκων συστηματικά χρησιμοποιούσαν άτομα με νοητικά καθυστέρηση ώστε να έχουν περισσότερη δουλειά και να κερδίζουν περισσότερα χρήματα (Μπαρδή, 1985).

Γενικότερα μέχρι και τον 17^ο αιώνα η νοητική καθυστέρηση ταυτιζόταν με τη ψυχική νόσο και αποδιδόταν σε δαιμονικές ιδεοληψίες (Τζουριάδου, 1995).

Ο 18^{ος} αιώνας, η εποχή του διαφωτισμού, ευνόησε το πραγματικό ξεκίνημα της παιδαγωγικής των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Ο J. Locke (1632 - 1704) άσκησε κριτική στην μέχρι τότε πρακτική σχετικά με τη μεταχείριση των αναπήρων και ζήτησε μια αγωγή για όλα τα παιδιά. Έκανε την πρώτη σοβαρή προσπάθεια για τη διάκριση των νοητικά καθυστερημένων ατόμων από τους φρενοβλαβείς. Παρόλα αυτά

η νοητική καθυστέρηση αρχίζει να αντιμετωπίζεται ως ένα ιδιαίτερο πρόβλημα, μόνο κατά τον 19^ο αιώνα.

Η συστηματική εκπαίδευση, ιδιαίτερα των νοητικά καθυστερημένων ατόμων, ξεκίνησε στην Ευρώπη, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Οι περισσότεροι από τους πρωτοπόρους της Ειδικής Αγωγής, κυρίως γιατροί και παιδαγωγοί, ήταν νέοι άνθρωποι που τόλμησαν να αμφισβητήσουν τη σοφία των καθιερωμένων αυθεντιών της εποχής εκείνης. Μερικοί από τους πιο σημαντικούς είναι ο Jean Mark Itard (1775 - 1838), ο Edouard Seguin (1812 - 1880), η Maria Montessori (1870 - 1952), η Alice Descoeudres (1877) και ο Alfred Binet (1857 – 1911) (Μπαρδή, 1985).

Το 1837 ο Edouard Seguin ίδρυσε στη Γαλλία το πρώτο σχολείο για άτομα με νοητική υστέρηση. Πολλοί ήταν αυτοί που τον μιμήθηκαν, ενώ κάποιοι εκπαιδευτικοί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής άρχισαν να υποστηρίζουν ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι ικανά να αποκτήσουν τις βασικές ακαδημαϊκές γνώσεις εφόσον ακολουθηθεί η κατάλληλη μέθοδος διδασκαλίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Η πρώτη ειδική τάξη ιδρύθηκε στη Halle, στη Γερμανία το 1863 ενώ η πρώτη ειδική τάξη στην Ελβετία δημιουργήθηκε στην Coire, το 1881 (Descoeudres, 1960).

Μέχρι τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, η αντιμετώπιση των ατόμων με νοητικές ανεπάρκειες και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες είχε περάσει στην ευθύνη δημόσιων σχολείων και ιδρυμάτων, με βασικό τους στόχο την διδασκαλία της ηθικής, στα άτομα αυτά, με σκοπό την ένταξη τους στην κοινότητα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005). Ωστόσο, παράλληλα με την πρόοδο των αντιλήψεων και της φροντίδας της κοινωνίας για τα άτομα με νοητική καθυστέρηση εμφανίστηκε η θεωρία του εκφυλισμού, σύμφωνα με την οποία τα νοητικά και κοινωνικά προβλήματα των ατόμων αυτών, αποδίδονταν σε παλινδρόμηση σε μια προγενέστερη εξελικτική φάση της ανθρωπότητας (Gelb, 1995). Έτσι τα άτομα με νοητική καθυστέρηση, θεωρούνταν ως άτομα χωρίς ηθική και η βασική συνέπεια αυτής της αντίληψης ήταν να αποδίδεται στα συγκεκριμένα άτομα η ευθύνη για τα περισσότερα κοινωνικά προβλήματα της εποχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Σημαντική είναι επίσης, και η εξέλιξη της Ειδικής Αγωγής, στον Ελληνικό χώρο. Η εσωτερική στάση των Ελλήνων απέναντι στα παιδιά με ειδικές ανάγκες και η κοινωνική συμπεριφορά που απορρέει από αυτήν, έχουν δεχθεί πολλές διαφοροποιήσεις και έχουν υποστεί πολλές διακυμάνσεις, στην πορεία των αιώνων.

Μπορούμε να διακρίνουμε λοιπόν, από τα Ομηρικά χρόνια ως την κλασσική αρχαιότητα και μέχρι σήμερα, όλες τις δυνατές εκδοχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς, που εκτείνονται από την πλήρη αποδοχή και αναγνώριση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, έως και την απόρριψη τους.

Στην Ελλάδα, οι πρώτες προσπάθειες θεωρητικής θεμελίωσης του κλάδου της Ειδικής Αγωγής ξεκίνησαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με τα συγγράμματα των Ιμβριώτη (1939), Εξαρχοπούλου (1953) και Μελανίτη (1960), οι οποίοι ήταν οι πρώτοι θεωρητικοί συγγραφείς αυτού του ψυχοπαιδαγωγικού κλάδου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Η αφετηρία της Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από σποραδικές και όχι συστηματικές προσπάθειες, που ανάγονται κυρίως στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Έτσι, το 1906 ιδρύεται το πρώτο ειδικό σχολείο στην Αθήνα, που ονομάζεται «Οίκος Τυφλών», ενώ το 1923 ιδρύεται το «Σχολείο Κωφαλάλων». Η ιδιωτική πρωτοβουλία, έδρασε ανανεωτικά, ιδιαίτερα μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, με την ίδρυση διάφορων εκκλησιαστικών και ανθρωπιστικών οργανώσεων και σωματείων, που έθεσαν στόχο τους την προστασία αυτών των ατόμων (Μπαρδή, 1985, Πυργιωτάκης, 1994).

Το πρώτο κρατικό ίδρυμα, ένα σχολείο για νοητικά καθυστερημένα άτομα, ιδρύθηκε το 1937 με το όνομα «Πρότυπον Ειδικόν Σχολείον Αθηνών». Κύριος σκοπός του ήταν να καταστεί ο κεντρικός πυρήνας για την ανάπτυξη της Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα. Επίσης, σκοπός του ήταν να συμβάλει στην ειδίκευση των δασκάλων στον συγκεκριμένο τομέα. Μέχρι όμως το 1969, που θεσπίστηκε για πρώτη φορά η μετεκπαίδευση δασκάλων στην Ειδική Αγωγή, ο σκοπός αυτός έμεινε ουσιαστικά ανεκπλήρωτος (Πυργιωτάκης, 1994).

Κατά τη δεκαετία του 1950 γίνεται μια σοβαρή επιστημονική κίνηση για τη ψυχική υγεία του παιδιού. Καρπός της κίνησης αυτή ήταν η «Ελληνική Εταιρία Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού» (1954), ο «Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός» του Μορφωτικού Συλλόγου «Αθήναιον» (1954), ο «Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός» του Ελληνικού Φωτός και ο «Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός» της Πολυκλινικής Αθηνών (Μπαρδή, 1985).

Κατά τη δεκαετία του 1960 σημειώνεται μια αξιόλογη προσπάθεια στον τομέα της Ειδικής Αγωγής από μέρους της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, με τη συμπαράσταση της πολιτείας και ιδιαίτερα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αποτέλεσμα αυτής

της προσπάθειας ήταν η ίδρυση 30 περίπου σχολείων Ιδιωτικού Δικαίου για παιδιά με ανεπάρκειες διάφορων κατηγοριών (Μπαρδή, 1985).

Ωστόσο, η συστηματική ανάπτυξη της Ειδικής Αγωγής στη χώρα μας άρχισε από τη δεκαετία του 1970 με τη συγκρότηση της «Επιτροπής Θεμάτων Ειδικής Αγωγής» από το Υπουργείο Παιδείας, η οποία ήταν υπεύθυνη για την οργάνωση της ειδικής αγωγής. Η δικτατορία, η οποία αμέσως μετά την κατάληψη της εξουσίας το 1967, διέκοψε κάθε θετική αναπτυξιακή προσπάθεια στο χώρο της εκπαίδευσης, αναγκάστηκε αργότερα να πάρει τα πρώτα μέτρα. Το σχολικό έτος 1969 – 1970 προσήλθαν για πρώτη φορά 60 δάσκαλοι δημοτικής εκπαίδευσης, προκειμένου να μετεκπαιδευτούν για ένα εξάμηνο και να ειδικευθούν ως δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής. Αυτές όμως οι πρώτες προσπάθειες δεν συνοδεύτηκαν από τα κατάλληλα μέτρα ενημέρωσης της ευρύτερης κοινωνίας και οι γονείς δεν ήταν έτοιμοι να κατανοήσουν την κατάσταση και να αξιοποιήσουν την ίδρυση των σχολείων. Άλλωστε, μόνο και μόνο η ονομασία που τους δόθηκε, «Σχολεία Καθυστερημένων Παιδιών», επέδρασε απωθητικά στους οικείους των παιδιών και στην κοινωνία γενικότερα. Έτσι μερικά σχολεία αναγκάστηκαν να κλείσουν, λόγω της έλλειψης μαθητών (Πυργιωτάκης, 1994).

Το 1972 και 1973 το Υπουργείο Παιδείας ιδρύει 45 δημόσια ειδικά σχολεία για νοητικά καθυστερημένα παιδιά, ενώ το 1975 η Αναθεωρητική Βουλή κατοχυρώνει συνταγματικά το δικαίωμα των ατόμων με ανεπάρκειες, για εκπαίδευση, στην Ελλάδα. Τον Ιούλιο του ίδιου έτους συγκροτείται στο Υπουργείο Παιδείας «Επιτροπή Μελέτης Θεμάτων Ειδικής Αγωγής». Αποτελέσματα της επιτροπής αυτής ήταν η επέκταση της μετεκπαίδευσης των δασκάλων στην Ειδική Αγωγή, από ένα έτος σε δύο, η ίδρυση της Διεύθυνσης Ειδικής Αγωγής στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Παιδείας, η σύνταξη Σχεδίου Νόμου «Περί Ειδικής Αγωγής, Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαιδευσεως, Απασχολήσεως και Κοινωνικής Μερίμνης των Μειονεκτούντων Ατόμων», που σήμερα αποτελεί κρατικό νόμο, καθώς και η δημιουργία του θεσμού του Επιθεωρητή (Συμβούλου) Ειδικών Σχολείων (Μπαρδή, 1985).

Αυτά τα μέτρα επέδρασαν θετικά και αποτέλεσαν την αφετηρία μιας σειράς εκπαιδευτικών μέτρων για τη ρύθμιση του νέου αυτού, για τα ελληνικά δεδομένα, εκπαιδευτικού χώρου. Ακολούθησαν νέες ρυθμίσεις με το Προεδρικό Διάταγμα του 1982, το οποίο μεταξύ των άλλων, ρυθμίζει τις προϋποθέσεις και τον τρόπο εγγραφής

των μαθητών σε ειδικά σχολεία, δημόσια και ιδιωτικά. Μια από τις πιο αξιόλογες ρυθμίσεις του 1885 είναι η καθιέρωση της ενισχυτικής διδασκαλίας, η οποία αργότερα επεκτάθηκε και στη μέση εκπαίδευση (Στάσινος, 1991).

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση των μειονεκτικών ατόμων από την εποχή του Καιάδα μέχρι και σήμερα, έχει περάσει μέσα από πολλά στάδια. Η βρεφοκτονία, οι βασανισμοί, το μαστίγωμα, η εγκατάλειψη, η αδιαφορία, η απομόνωση, το κλείσιμο σε ιδρύματα και φυλακές, η εκμετάλλευση, η προστασία, η φροντίδα και ο σεβασμός, είναι μερικά από τα στάδια στην ιστορική εξέλιξη της Ειδικής Αγωγής. Τα στάδια αυτά εντάσσονται σε τρεις μεγάλες εποχές - φάσεις:

- 1. Προχριστιανική Περίοδος.** Χαρακτηρίζεται από την αρνητική αντιμετώπιση προς τα άτομα με ειδικές ανάγκες, και πιο συγκεκριμένα προς τα άτομα με νοητική καθυστέρηση. Αυτή την περίοδο, τα μειονεκτικά άτομα γίνονταν δέκτες κακής μεταχείρισης, παραμελούνταν, καταδιώκονταν ή ακόμα και θανατώνονταν.
- 2. Χριστιανική Περίοδος.** Χαρακτηρίζεται από την προστασία και την συμπόνια για αυτά τα άτομα. Η εμφάνιση του Χριστιανισμού, με τα κυρήγματα αγάπης και φιλανθρωπίας είχε ως επακόλουθο να δοθεί στα άτομα με ανεπάρκειες, περίθαλψη και προστασία. Με την φροντίδα της εκκλησίας και της οργανωμένης κοινωνίας, ιδρύονταν άσυλα και οικοτροφεία, συνήθως μακριά από τα κέντρα των πόλεων, μακριά από τους άλλους ανθρώπους, όπου αυτά τα άτομα παρέμεναν εκεί για όσο χρόνο βρίσκονταν στη ζωή.
- 3. Σύγχρονη Περίοδος.** Χαρακτηρίζεται από την ωρίμανση του προβλήματος των ατόμων με ανεπάρκειες, αφού έχει αναγνωριστεί επίσημα από τις κυβερνήσεις των διάφορων χωρών ως ένα κοινωνικό και εκπαιδευτικό πρόβλημα. Παρατηρείται μια ζοηρή επιθυμία για μια πλήρη αποδοχή αυτών των ατόμων καθώς και έμπρακτο ενδιαφέρον για την παροχή συστηματικής βοήθειας, ώστε να μπορέσουν να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο (Μπαρδή, 1985, Παρασκευόπουλος, 1980).

Μετά από μια μακρά περίοδο απαισιοδοξίας, κατά την οποία ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης των νοητικά καθυστερημένων ατόμων, ήταν η ιδρυματική πρόνοια, διατρέχουμε τώρα μια περίοδο αισιοδοξίας, κατά την οποία επικρατεί η άποψη ότι με την κατάλληλη αγωγή, άσκηση, συμπαράσταση, κατανόηση και βοήθεια τα άτομα αυτά μπορούν να ανεξαρτητοποιηθούν, σε ολικό ή μερικό βαθμό, κοινωνικά αλλά και οικονομικά. Έτσι, βρισκόμαστε σήμερα στην εποχή της ομαλοποίησης των ατόμων με ανεπάρκειες. Δηλαδή στην εποχή όπου με τη συστηματική βοήθεια, γίνεται προσπάθεια τα άτομα με διανοητικές αναπηρίες να ζήσουν, στο βαθμό που τους επιτρέπουν οι ικανότητες τους, ως ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου με τη συμπαράσταση των συνανθρώπων τους.

Η νέα τάση για κοινωνική αποδοχή οφείλεται σε μια ποικιλία παραγόντων. Αρχικά η επικράτηση των δημοκρατικών ιδεών είχε ως αποτέλεσμα την αναγνώριση ίσων δικαιωμάτων για όλους τους πολίτες, και ειδικά του δικαιώματος της εκπαίδευσης και της κοινωνικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από τις ικανότητες και τις αναπηρίες τους. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η ίδρυση συλλόγων γονέων και κηδεμόνων για παιδιά με ανεπάρκειες, σε όλες, σχεδόν, τις χώρες του κόσμου, οι οποίοι ασκούν πίεση στην κοινωνία και στο επίσημο κράτος για τη λήψη ειδικών αποφάσεων και μέτρων για την προστασία και το δικαίωμα που έχουν αυτά τα παιδιά στη ζωή. Η ανάπτυξη επίσης της ψυχομετρίας και της ψυχολογίας των ατομικών διαφορών βοήθησε στην πληρέστερη κατανόηση των χαρακτηριστικών των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, με αποτέλεσμα να διαπιστωθούν οι δυνατότητες εξέλιξης και κοινωνικής τους προσαρμογής. Επίσης, οι νέες μέθοδοι διδασκαλίας, έκαναν δυνατή την εφαρμογή ειδικών εξατομικευμένων προγραμμάτων για κάθε είδος αναπηρίας και ανεπάρκειας (Παρασκευόπουλος, 1980).

Γενικά, σήμερα γίνεται μια συστηματική προσπάθεια στο χώρο της Ειδικής Αγωγής, η οποία αποτελεί ευθύνη της «Διεύθυνσης Ειδικής Αγωγής» του Υπουργείου Παιδείας, με την ίδρυση νέων ειδικών σχολείων αλλά και με τη φοίτηση ατόμων με νοητική καθυστέρηση στην κανονική εκπαίδευση, στα πλαίσια των τμημάτων ένταξης. Αυτό είναι κάτι που βοηθά σε σημαντικό βαθμό την ανάπτυξη αυτών των παιδιών, ιδιαίτερα μέσα από την αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους τους.

Σημαντική είναι επίσης η ύπαρξη ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και ειδικών παιδαγωγών, οι οποίοι στηρίζουν αυτά τα παιδιά και πολεμούν για την

προστασία των δικαιωμάτων τους αλλά και για την ασφαλή τους ανάπτυξη και εξέλιξη. Είναι υποχρέωση όλων μας και ανάγκη της πολιτείας, να κατανοήσουμε αυτά τα άτομα και να τα δεχτούμε ως ισότιμα μέλη του κοινωνικού συνόλου. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να υποτιμούνται και να ζούν στο περιθώριο. Αντίθετα, όλοι μας πρέπει να τα αντιμετωπίζουμε με ένα πιο σωστό τρόπο δίνοντας τους έτσι την ευκαιρία να μπορέσουν να ζήσουν και να μάθουν να λειτουργούν στα πλαίσια του κοινωνικού συνόλου, στο οποίο, άλλωστε, ανήκουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM – IV® – TR

Πολλοί ήταν αυτοί που προσπάθησαν να προσδιορίσουν τα διαγνωστικά κριτήρια και την ταξινόμηση της νοητικής υστέρησης. Παρόλα αυτά όμως, επειδή τα νοητικά καθυστερημένα άτομα αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα με διαφορές μεταξύ τους ως προς το βαθμό της νοητικής καθυστέρησης, την αιτία, την συμπεριφορά αλλά και την συνύπαρξη άλλων διαταραχών, η εύρεση ενός συστήματος ταξινόμησης που να είναι γενικά αποδεκτό είναι κάτι το οποίο έχει προκαλέσει δυσκολίες ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα.

Περισσότερα από 23 συστήματα ταξινόμησης έχουν προταθεί, με το πέρασμα των χρόνων, για το σχηματισμό ομοιογενών περιπτώσεων με σκοπό την διευκόλυνση του κοινωνικού προγραμματισμού, της έρευνας και της διδασκαλίας. Τα περισσότερα από αυτά, έχουν προσεγγίσει το πρόβλημα από την πλευρά της σοβαρότητας της μειονεξίας, της αιτιολογίας και της εικόνας των συμπτωμάτων ή του συνδρόμου (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Ένα από τα παλιότερα διαγνωστικά κριτήρια είναι αυτό του δείκτη νοημοσύνης, που πρώτος εισήγαγε ο Lewis Terman. Στην κλίμακα Binet ένα άτομο με Δ.Ν. 80 – 90 κατατάσσεται στην κατώτερη μέση βαθμίδα, ενώ στην βαθμίδα του οριακά ή ελαφρά καθυστερημένου ανήκει το άτομο με Δ.Ν. 50 – 70. Άτομα με Δ.Ν. κάτω του 50 κατατάσσονται στη βαθμίδα του βαριά καθυστερημένου (Παρασκευόπουλος, 1980).

Για πολλά χρόνια χρησιμοποιήθηκαν οι όροι «ιδιώτης» για τα άτομα με Δ.Ν. 1 – 30, «ηλίθιος» για τα άτομα με Δ.Ν. 30 – 50 και «μωρός» για τα άτομα με Δ.Ν. 50 – 70 ή 75. Όμως επειδή οι όροι αυτοί έθιγαν την αξιοπρέπεια του ατόμου, αναζητήθηκαν κάποιοι άλλοι, περισσότερο αποδεκτοί από το κοινωνικό σύνολο (Μπαρδή, 1985).

Το 1952 ο «Αμερικανικός Ψυχιατρικός Σύνδεσμος» πρότεινε ότι άτομα με Δ.Ν. 70 – 85 κατατάσσονται στην κατηγορία της ελαφράς νοητικής ανεπάρκειας, ενώ άτομα με Δ.Ν. 50 – 70 στην κατηγορία της μέτριας νοητικής ανεπάρκειας. Τέλος, άτομα με Δ.Ν. 1 – 50 ανήκουν στην κατηγορία της βαριάς νοητικής ανεπάρκειας (Kirk, 1973). Το 1954 όμως, μια υποεπιτροπή της «Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας» πρότεινε μια διαφορετική ταξινόμηση. Ελαφρά νοητική καθυστέρηση χαρακτηρίζει τα άτομα με Δ.Ν. 50 – 69, μέτρια νοητική καθυστέρηση τα άτομα με Δ.Ν. 20 – 49 και βαριά νοητική καθυστέρηση τα άτομα με Δ.Ν. 1 – 19 (Robinson & Robinson, 1976, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

Μια επίσης πολύ ενδιαφέρουσα ταξινόμηση των νοητικά καθυστερημένων ατόμων, είναι αυτή που έγινε από τον «Εθνικό Σύνδεσμο για τα Καθυστερημένα Παιδιά», η οποία βασίζεται στο βαθμό εξάρτησης τους από το κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι, άτομα με Δ.Ν. 50 -75 χαρακτηρίζονται ως ελάχιστα εξαρτώμενα, άτομα με Δ.Ν. 25 – 50 ως ημιεξαρτώμενα και άτομα με Δ.Ν. 1- 25 ως εξαρτώμενα άτομα (Μπαρδή, 1985).

Ένα άλλο κριτήριο ταξινόμησης είναι τα κλινικά σύνδρομα, δηλαδή σύνολα χαρακτηριστικών ή συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίζονται σε ένα άτομο συγχρόνως. Όσο αφορά την νοητική καθυστέρηση, κάθε σύνδρομο περιλαμβάνει ψυχολογικά, κοινωνικά και μορφολογικά χαρακτηριστικά που το διαφοροποιούν από τα άλλα. Μερικά από αυτά είναι το σύνδρομο Down, το σύνδρομο του Turner και το σύνδρομο του Klinefelter (Παρασκευόπουλος, 1980).

Ο Βρετανός γιατρός Tredgold, ταξινομεί την νοητική καθυστέρηση βασιζόμενος σε βιολογικά κριτήρια. Αναφέρει την νοητική καθυστέρηση ως «άνοια» και κάνει λόγο για τέσσερις κατηγορίες άνοιας. Η πρωτογενής άνοια οφείλεται σε κληρονομικά αίτια ενώ η δευτερογενής άνοια οφείλεται σε περιβαλλοντικά αίτια. Η μικτή άνοια οφείλεται συγχρόνως σε αίτια πρωτογενή και δευτερογενή και τέλος η άδηλη άνοια είναι αυτή της οποίας τα αίτια δεν είναι φανερά (Κρασανάκης, 1997).

Κατά τις πρώτες προσπάθειες ταξινόμησης με βάση τα αίτια, έγινε αναφορά στην ενδογενή και εξωγενή νοητική υστέρηση. Η εξωγενής καθυστέρηση αναφέρεται στην καθυστέρηση που προέρχεται από εγκεφαλικά τραύματα, ενώ η ενδογενής καθυστέρηση αναφέρεται στην καθυστέρηση που προέρχεται από κληρονομικά ή περιβαλλοντικά αίτια. Αυτή η διάκριση μεταξύ εγκεφαλικών τραυμάτων και

κληρονομικών ή περιβαλλοντικών επιδράσεων υπάρχει και στις μέρες μας, με τη διαφορά όμως ότι ο όρος εξωγενής έχει αντικατασταθεί από τον όρο οργανική νοητική καθυστέρηση και ο όρος ενδογενής, από τον όρο νοητική καθυστέρηση περιβαλλοντικού – οικογενειακού τύπου, καθυστέρηση δηλαδή που οφείλεται σε κοινωνικούς και γενετικούς παραγοντες (Hallahan & Kauffman, 1978, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985). Επίσης πολλοί είναι αυτοί που ταξινομούν τα νοητικά καθυστερημένα άτομα σε δύο μόνο κατηγορίες. Η κατηγορία του κλινικού τύπου περιλαμβάνει άτομα που η εξωτερική τους εμφάνιση αποτελεί το μόνο κριτήριο για τη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης. Στην κατηγορία των ατόμων μη κλινικού τύπου περιλαμβάνονται τα άτομα που, αντίθετα, δεν παρουσιάζουν κάτι το ιδιαίτερο στην εμφάνιση τους (Cleland, 1978, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

Μια ακόμα ταξινόμηση, για διδακτικούς κυρίως σκοπούς, είναι αυτή που πρότεινε ο Samuel A. Kirk, και που βασίζεται στις μαθησιακές ικανότητες των παιδιών αυτών και που χρησιμοποιείται κυρίως για την ένταξη τους στο κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο (Kirk, 1973). Οι ειδικοί παιδαγωγοί δεν μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν την ταξινόμηση με βάση το βαθμό νοητικής καθυστέρησης, γιατί δεν τους εξυπηρετούσε στο διδακτικό τους έργο. Πρόκειται για ένα τρόπο ταξινόμησης που χρησιμοποιήθηκε σε όλα σχεδόν τα σχολικά συστήματα από τη δεκαετία του είκοσι μέχρι και τη δεκαετία του ογδόντα. Ιδρύθηκαν έτσι, και λειτούργησαν, και στην Ελλάδα, ειδικά σχολεία και ειδικές τάξεις για εκπαιδύσιμα και ασκήσιμα νοητικά καθυστερημένα παιδιά. Οι κατηγορίες που περιλαμβάνει η ταξινόμηση αυτή είναι οι εκπαιδύσιμοι, οι ασκήσιμοι και οι ιδιώτες. Ο Δ.Ν. του εκπαιδύσιμου παιδιού είναι 50 – 70 ή 75, του ασκήσιμου 25 – 50 και του ιδιώτη κάτω από 25 (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Οι εκπαιδύσιμοι αποτελούν την ανώτερη βαθμίδα νοητικής καθυστέρησης. Αυτά τα άτομα μπορούν να αφομοιώσουν στοιχεία από τις συνήθεις σχολικές γνώσεις όπως ανάγνωση, γραφή και αριθμητική. Επίσης, έχουν την ικανότητα για απόκτηση των βασικών κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων καθώς και την δυνατότητα ένταξης στο κοινωνικό σύνολο, ώστε να ζούν οικονομικά και κοινωνικά ανεξάρτητα, σε μερικό ή πλήρη βαθμό (Παρασκευόπουλος, 1980). Οι ασκήσιμοι ανήκουν στη μέση βαθμίδα νοητικής υστέρησης. Μπορούν να επικοινωνούν, να ανταποκρίνονται σε ερεθίσματα αγωγής καθώς και να εκπαιδευτούν σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης. Είναι όμως ανεπίδεκτοι σχολικής μάθησης και χρειάζονται φροντίδα και κοινωνική

υποστήριξη (Κρασανάκη, 1997). Οι ιδιώτες βρίσκονται στο κατώτερο επίπεδο πνευματικής ανάπτυξης. Η καθυστέρηση τους είναι μεγάλη και συνοδεύεται από τόσο σοβαρά και σημαντικά ελαττώματα, που τα άτομα αυτά δεν μπορούν να επωφεληθούν από οποιαδήποτε μορφή εκπαίδευσης ή άσκησης. Δεν είναι σε θέση να διατηρήσουν ακόμα και τις πιο απλές δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, ενώ έχουν ανάγκη από συνεχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Παρασκευόπουλος, 1980).

Προτείνεται ακόμα μια κατηγορία, η οποία αναφέρεται στους βραδυμάθεις ή βραδέως μανθάνοντες. Πρόκειται για άτομα με φυσιολογική εμφάνιση, αλλά με νοημοσύνη που βρίσκεται στα όρια του κανονικού. Αυτά τα παιδιά δεν μπορούν να ανταποκριθούν πλήρως στις σχολικές απαιτήσεις και χρειάζονται ένα πρόγραμμα στα μέτρα των δυνάμεων τους. Η ενίσχυση και η επιβράβευση είναι σημαντική για την πρόοδο τους (Κρασανάκης, 1997).

Παρόλα αυτά, η ταξινόμηση της νοητικής καθυστέρησης που είναι πιο ευρέως αποδεκτή στις μέρες μας είναι αυτή που προτείνει το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των αναπτυξιακών διαταραχών DSM – IV® - TR. Έτσι σύμφωνα με το DSM – IV® - TR (2000) η διάγνωση της νοητικής υστέρησης μπορεί να γίνει μόνο αν πληρούνται τα πιο κάτω κριτήρια.

Αρχικά, το επίπεδο της διανοητικής λειτουργίας του ατόμου πρέπει να είναι σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο όρο. Η γενική διανοητική λειτουργία καθορίζεται από μια ή περισσότερες σταθμισμένες νοομετρικές κλίμακες και όταν λέμε ότι η διανοητική λειτουργία του ατόμου θα πρέπει να είναι κάτω από το μέσο όρο εννοούμε ότι ο Δείκτης Νοημοσύνης να είναι περίπου ίσος ή μικρότερος του 70, δηλαδή χαμηλότερος κατά δύο ή περισσότερες τυπικές αποκλίσεις από τον μέσο όρο που είναι το 100 (American Psychiatric Association, 2000).

Στην συνέχεια γίνεται αναφορά στην προσαρμοστική λειτουργία του ατόμου, η οποία αναφέρεται στο πόσο αποτελεσματικά μπορεί ένα άτομο να αντεπεξέλθει στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής καθώς και στην προσωπική ανεξαρτησία που αναμένεται να το χαρακτηρίζει σε σχέση με την ηλικία του, το κοινωνικό και πολιτιστικό του υπόβαθρο αλλά και σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο στο οποίο ανήκει. Έτσι, παράλληλα με το χαμηλό επίπεδο διανοητικής λειτουργίας, πρέπει να υπάρχει σημαντική έκπτωση της προσαρμοστικής λειτουργίας σε τουλάχιστον δύο από τις εξής περιοχές δεξιοτήτων: επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, διαβίωση στο σπίτι,

κοινωνικές / διαπροσωπικές δεξιότητες, χρήση των κοινοτικών πηγών, αυτονομία, λειτουργικές σχολικές δεξιότητες, εργασία, ελεύθερος χρόνος, υγεία και ασφάλεια (American Psychiatric Association, 2000).

Η προσαρμοστική λειτουργία μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλους παράγοντες όπως είναι η εκπαίδευση, τα κίνητρα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, οι κοινωνικές ευκαιρίες καθώς και η παρουσία κάποιας άλλης διαταραχής και η συνύπαρξη της με την νοητική υστέρηση. Είναι πολύ σημαντικό η συλλογή των στοιχείων για την προσαρμοστική λειτουργία του ατόμου να γίνεται με βάση μια ή περισσότερες αξιόπιστες πηγές, όπως είναι η εκπαιδευτική αξιολόγηση και εκτίμηση, το αναπτυξιακό αλλά και ιατρικό ιστορικό του ατόμου. Επίσης έχουν κατασκευαστεί πολλές κλίμακες γι' αυτόν ακριβώς το σκοπό. Πρόκειται για συγκεκριμένες κλίμακες, οι οποίες μετρούν την προσαρμοστική λειτουργία ή συμπεριφορά δίνοντας ένα κλινικό σκορ το οποίο αντιστοιχεί στην επίδοση του ατόμου σε μια σειρά από δοκιμασίες δεξιοτήτων. Αυτό το κριτήριο, είναι εξαιρετικής σημασίας, καθώς αποκλείει από τη διάγνωση της νοητικής υστέρησης, άτομα που, για κάποιο λόγο, δεν αποδίδουν ικανοποιητικά στις νοομετρικές κλίμακες ενώ προσαρμόζονται αποτελεσματικά στο περιβάλλον τους (American Psychiatric Association, 2000).

Η έναρξη των προαναφερθέντων προβλημάτων, πρέπει να συμβαίνει πριν από την ηλικία των 18 ετών. Σύμφωνα με το τελευταίο κριτήριο αποκλείονται από τη διάγνωση άτομα με νοητικές ανεπάρκειες, οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε εγκεφαλικούς τραυματισμούς ή ασθένειες που εμφανίζονται σε ενήλικους (American Psychiatric Association, 2000).

Έτσι, σύμφωνα με το DSM – IV® - TR, η νοητική υστέρηση, ανάλογα με τη βαρύτητα της, ταξινομείται σε τέσσερις κατηγορίες:

- 1) Ήπια Νοητική Υστέρηση, με Δείκτη Νοημοσύνης από 50 – 55 έως 70.
- 2) Μέτρια Νοητική Υστέρηση, με Δείκτη Νοημοσύνης από 35 – 40 έως 50 – 55.
- 3) Σοβαρή Νοητική Υστέρηση, με Δείκτη Νοημοσύνης από 20 – 25 έως 35 – 40.
- 4) Βαριά (Βαθιά) Νοητική Υστέρηση, με Δείκτη Νοημοσύνης κάτω από 20 ή 25.

Πρέπει να σημειωθεί ότι προτείνεται και η κατηγορία της Νοητικής Υστέρησης Απροσδιόριστης Βαρύτητας, μόνο όταν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για την ύπαρξη

νοητικής υστέρησης, όμως παρόλα αυτά η νοημοσύνη του ατόμου δεν μπορεί να μετρηθεί με σταθμισμένες νοομετρικές δοκιμασίες (American Psychiatric Association, 2000).

Είναι κατανοητό λοιπόν πως η ύπαρξη ποικίλων συστημάτων ταξινόμησης έχουν βοηθήσει την επιστημονική κοινότητα στην περαιτέρω μελέτη και κατανόηση της νοητικής υστέρησης αλλά και στην προσπάθεια για εξεύρεση λύσεων για το καλύτερο μέλλον αυτών των ατόμων. Αναμφίβολα όμως το καθένα από αυτά, αλλά και όλα μαζί στο σύνολο τους, χαρακτηρίζονται παράλληλα και από πλεονεκτήματα και από μειονεκτήματα.

Είναι εμφανές πως με τη χρήση των συστημάτων ταξινόμησης της νοητικής υστέρησης μειώνονται οι ασάφειες γύρω από αυτό το θέμα ενώ ταυτόχρονα διευκολύνεται η επικοινωνία μεταξύ των διάφορων επιστημόνων, οι οποίοι μελετούν το φαινόμενο αυτό. Είναι σαφές, επίσης, το γεγονός ότι τα συστήματα ταξινόμησης αποτελούν για όλους μας βοηθήματα, ώστε να εντοπίζουμε τα παιδιά που χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια και Ειδική Αγωγή, καθώς μέσα από τη χρήση τους, διευκολύνεται και η δημιουργία ορισμένων προγραμμάτων για την αντιμετώπιση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών που χαρακτηρίζουν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση.

Παρόλα αυτά, τα συστήματα ταξινόμησης της νοητικής υστέρησης δεν παύουν να χαρακτηρίζονται και από μειονεκτήματα. Κάποιες φορές μερικά από αυτά οδηγούν σε λανθασμένες γενικεύσεις, και άρα σε λανθασμένες διαγνώσεις, παραβλέποντας τις ατομικές διαφορές. Ένα από τα πιο σημαντικά μειονεκτήματα, κατα την άποψη μου, είναι πως στην πλειοψηφία τους, αποδίδουν κάποιους χαρακτηρισμούς στα άτομα, οι οποίοι τα στιγματίζουν και τους δίνουν μια συγκεκριμένη ετικέτα, προκαλώντας, έτσι, μετέπειτα δυσκολίες στην πορεία της ζωής τους. Επίσης τονίζουν ότι η αιτία του προβλήματος είναι το ίδιο το παιδί και έτσι, από μια άποψη, αμφισβητούν την επίδραση και την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας, η οποία όμως θεωρώ πως αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά βήματα για την βελτίωση της πορείας των παιδιών με νοητική υστέρηση.

Αναμφισβήτητα, η ταξινόμηση των ατόμων με νοητική καθυστέρηση σε κατηγορίες είναι γεγονός το οποίο είναι δυνατόν να προκαλεί πολύ σοβαρές συνέπειες στη γενικότερη τους συμπεριφορά, όταν αυτή δεν χρησιμοποιείται με το σωστό τρόπο.

Έτσι λοιπόν, η ελλιπής ενημέρωση σε συνδιασμό με την κακή χρήση των συστημάτων ταξινόμησης ίσως να είναι η αιτία των περισσότερων μειονεκτημάτων που την χαρακτηρίζουν και που μπορεί να προκαλούν άσχημες συνέπειες για το μέλλον του ατόμου.

Γι' αυτό ακριβώς το λόγο είναι σημαντικό να τονιστεί πως η ταξινόμηση πρέπει να χρησιμοποιείται με μεγάλη προσοχή, ώστε να αποφεύγονται τα προβλήματα που ακολουθούν την κακή της χρήση. Εξαιρετικής σημασίας είναι επίσης η προσπάθεια που πρέπει να καταβάλεται από όλους τους επιστήμονες που ασχολούνται με την νοητική υστέρηση, η οποία αφορά την αποφυγή της ορολογίας που πιθανόν να έχει αρνητικό κοινωνικό αντίκτυπο στην προσωπικότητα του ατόμου με νοητική υστέρηση αλλά και στην αντιμετώπιση του από το κοινωνικό σύνολο. Παρόλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αυτά τα άτομα, αξίζουν περισσότερο από τον καθένα μας, τον σεβασμό, την αγάπη και την φροντίδα όλων μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η νοητική ανεπάρκεια αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές αναπτυξιακές διαταραχές εδώ και πολλά χρόνια. Είναι λοιπόν σημαντικό να γνωρίζουμε πόσο συχνά εμφανίζεται ένα φαινόμενο, όπως είναι η νοητική υστέρηση, στα πλαίσια ενός πληθυσμού. Αναμφισβήτητα, η συχνότητα αυτού του φαινομένου, διαφέρει και ποικίλλει από πληθυσμό σε πληθυσμό, αλλά και από χώρα σε χώρα. Έτσι είναι αναμενόμενη η ύπαρξη μιας ποικιλίας συχνοτήτων μιας και κάθε χώρα χρησιμοποιεί διαφορετικά κριτήρια.

Για τη μελέτη της συχνότητας εμφάνισης της νοητικής υστέρησης στο γενικό πληθυσμό, έχουν παραγματοποιηθεί συστηματικές έρευνες στην πλειοψηφία των χωρών και κυρίως στις προηγμένες χώρες, οι οποίες όμως κατέληξαν σε διαφορετικές εκτιμήσεις. Το γεγονός αυτό οφείλεται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αυτές οι έρευνες. Αξίζει να αναφερθεί πως οι πιο σημαντικές από αυτές τις έρευνες πραγματοποιήθηκαν στον Ευρωπαϊκό χώρο, λόγω της μεγαλύτερης ομοιογένειας, από εθνική άποψη, των ευρωπαϊκών χωρών σε σχέση με τις Η.Π.Α. (Μπαρδής, 1985).

Είναι γεγονός ότι η νοητική ανεπάρκεια αποτελεί ένα σύμπτωμα, το οποίο βρίσκεται σε συνάρτηση πολλών παραγόντων. Είναι λοιπόν εξαιρετικά δύσκολο να καταμετρηθούν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση, αφού αυτή δεν αποτελεί μια ξεχωριστή ασθένεια. Μια ακόμη δυσκολία που αντιμετωπίζουν αυτές οι έρευνες σχετίζεται με το κοινωνικό σύνολο. Ένα άτομο χαρακτηρίζεται ως νοητικά καθυστερημένο ή μη, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με τη κοινωνία μέσα στην οποία ζει και αναπτύσσεται. Τα άτομα με νοητική υστέρηση που, για παράδειγμα, ζούν σε αγροτικές περιοχές, οι οποίες δεν είναι σημαντικά ανεπτυγμένες, είναι δυνατόν να χαρακτηριστούν ως λιγότερο καθυστερημένα σε σύγκριση με τα άτομα τα οποία ζούν σε μια ανεπτυγμένη πόλη, όπου οι απαιτήσεις είναι περισσότερες και η ζωή πιο πολύπλοκη (Παρασκευόπουλος, 1980).

Αναμφίβολα, τα ψυχομετρικά κριτήρια συμβάλουν καθοριστικά στην αναγνώριση, ταξινόμηση και διαπίστωση της συχνότητας των ατόμων με νοητική

ανεπάρκεια μέσα στους διάφορους πληθυσμούς (γενικό, σχολικό, αγροτικό) (Κρασανάκης, 1997).

Σύμφωνα με μια πληθώρα ερευνών, το ποσοστό των ατόμων με νοητική καθυστέρηση έχει αυξηθεί σε σχέση με παλιότερες εποχές. Το γεγονός αυτό οφείλεται εν μέρει στην ανάπτυξη και στη βελτίωση των ψυχομετρικών εργαλείων και των μεθόδων δειγματοληψίας, αφού στο παρελθόν πολλές περιπτώσεις ατόμων με νοητική καθυστέρηση δεν εντοπιζόνταν, λόγω έλλειψης των διαγνωστικών εργαλείων. Ένας ακόμα παράγοντας, που συνέβαλε στην αναγνώριση των ατόμων με νοητική ανεπάρκεια, αποτελεί η μεγάλη και συνεχής τεχνολογική εξέλιξη που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες, η οποία συμβάλλει στην αύξηση του κατώτερου ορίου προσαρμοστικής συμπεριφοράς που απαιτείται για μια αποδεκτή προσαρμογή. Έτσι τα άτομα που παλιότερα μπορούσαν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις μιας πιο κλειστής και όχι τόσο ανεπτυγμένης κοινωνίας, τώρα εύκολα αναγνωρίζονται σε πιο ανεπτυγμένες και απαιτητικές πόλεις λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν να προσαρμοστούν στους ρυθμούς μιας τέτοιας ζωής. Τέλος, είναι αναμφισβήτητο το γεγονός πως η ιατρική και βιολογική πρόοδος συνεχίζει να συμβάλλει στον πιο λεπτομερή εντοπισμό των νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Τα επιτεύγματα αυτών των επιστημών δίνουν την ευκαιρία στα παιδιά με αναπηρίες να ζήσουν, μειώνοντας παράλληλα την παιδική θνησιμότητα (Παρασκευόπουλος, 1980).

Είναι αποδεδειγμένο το γεγονός ότι οι διεθνείς εκτιμήσεις διαφέρουν μεταξύ τους, αφού τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών επηρεάζονται από παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο των ατόμων του δείγματος, η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, ο ορισμός του προβλήματος κ.α (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Σύμφωνα με τις στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το ποσοστό των ατόμων με νοητική υστέρηση υπολογίζεται περίπου στο 1 – 3 % του γενικού πληθυσμού, αν και αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται (Παρασκευόπουλος, 1980). Σύμφωνα με τους Abramowicz & Richardson αν ο δείκτης νοημοσύνης, που πρέπει να είναι μικρότερος ή ίσος του 70, θεωρηθεί ως το βασικό διαγνωστικό κριτήριο, τότε τα νοητικά καθυστερημένα άτομα, σύμφωνα με την κανονική κατανομή της νοημοσύνης, υπολογίζονται κοντά στο 2,28% (Abramowicz & Richardson, 1975, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη,

2005). Την ίδια άποψη συμμερίζονται κι άλλοι ερευνητές όπως οι Volkmar & Dykens, οι οποίοι επιπρόσθετα, υποστηρίζουν πως στις μελέτες που λαμβάνονται υπόψη και οι δεξιότητες κοινωνικής προσαρμογής το ποσοστό συχνότητας της νοητικής υστέρησης είναι 3%, ενώ στις μελέτες που περιλαμβάνουν στον ορισμό και κάποιο βαθμό αναπηρίας αναφέρεται συχνότητα αντίστοιχη του 1% (Volkmar & Dykens, 2002, παραπομπή από τον Παπαγεωργίου, 2005).

Η νοητική καθυστέρηση δεν παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Όταν η διανοητική καθυστέρηση οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες η συχνότητα εμφάνισης της είναι η ίδια τόσο στις υψηλές όσο και στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Όταν όμως η αιτία δεν είναι βιολογική, τότε η νοητική καθυστέρηση εμφανίζεται πιο συχνά στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις, με πιο συχνή να εμφανίζεται την ελαφρά μορφή νοητικής καθυστέρησης (Μάνου, 1997).

Πιθανή σχέση με την εμφάνιση της μέτριας μορφής νοητικής καθυστέρησης ίσως να έχουν ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η ελλιπής εκπαίδευση και οι φτωχές συνθήκες διαβίωσης. Παράλληλα όμως, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη και οι γενετικοί παράγοντες. Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της νοητικής υστέρησης σε μειονότητες ή αγροτικές περιοχές τείνει να οφείλεται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, στην ποιότητα της προσφερόμενης εκπαίδευσης καθώς και στις πολιτισμικές ευκαιρίες (Παπαγεωργίου, 2005).

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον Ευρωπαϊκό χώρο από την δεκαετία του 1930 έως και τη δεκαετία του 1960 ο μεγαλύτερος αριθμός των νοητικά καθυστερημένων παιδιών εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας, με το ποσοστό να αυξάνεται συνεχώς από το 6^ο έτος και να φτάνει στο υψηλότερο σημείο μεταξύ 10^{ου} και 14^{ου} έτους. Η κορύφωση στην συχνότητα εμφάνισης της νοητικής υστέρησης κατά τη σχολική ηλικία ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι σχολικές απαιτήσεις αυξάνονται συνεχώς και έτσι δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να συγκρίνει τον εαυτό του και την επίδοσή του σε σχέση με τους συνομήλικους τους. Ένας ακόμα πιθανός λόγος ίσως να είναι η δομή της σχολικής μάθησης κάνοντας έτσι τη νοητική υστέρηση περισσότερο εμφανή (Μπαρδή, 1985).

Μέσα από την διεξαγωγή σχετικών ερευνών όσον αφορά το φύλο και την συχνότητα εμφάνισης της νοητικής υστέρησης, έχει διαπιστωθεί από την πλειοψηφία

των ερευνητών το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης της νοητικής καθυστέρησης στα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια. Στην προσπάθεια του να αιτιολογήσει το γεγονός αυτό ο καθηγητής Ι. Παρασκευόπουλος αναφέρει ότι «αυτό είναι πιθανόν να οφείλεται σε εγγενείς παράγοντες, δηλαδή σε χαρακτηριστικά τα οποία μεταβιβάζονται με το χρωματόσωμα Y το οποίο υπάρχει μόνο στο αρσενικό φύλο». Επιπρόσθετα αναφέρει πως «το γεγονός ίσως να είναι αποτέλεσμα των κοινωνικών απαιτήσεων, οι οποίες συγκριτικά είναι περισσότερες για τους άνδρες. Η κοινωνία δηλαδή παρουσιάζεται πιο ευαίσθητη προς τις ανεπάρκειες των αρσενικών μελών της γιατί μεταξύ των δύο φύλων υπάρχουν διαφορές ως προς τις κοινωνικές υποχρεώσεις και τους κοινωνικούς ρόλους» (Παρασκευόπουλος, 1980, σελ. 34).

Παρόλα αυτά σύμφωνα με άλλους ερευνητές η διαφορά ανάμεσα στη συχνότητα εμφάνισης της νοητικής καθυστέρησης ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια δεν οφείλεται στους παραπάνω λόγους αλλά στη συχνότερη παραπομπή των αγοριών για ψυχολογική εξέταση, λόγω της συνύπαρξης συμπεριφορικών προβλημάτων, τα οποία δυσχαιρένουν την κατάσταση (Richardson, Katz & Koller, 1986)

Αναμφισβήτητα όμως, η διαπίστωση αυτή ως προς τη συχνότητα εμφάνισης της νοητικής καθυστέρησης ανάμεσα στα δύο φύλα, είναι αντίθετη με τη γενική διαπίστωση ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους των δεικτών νοημοσύνης των δύο φύλων (Κρασανάκης, 1997).

Λόγω έλλειψης συστηματικών επιστημονικών ερευνών, στον Ελληνικό χώρο, δεν υπάρχουν ακριβή στατιστικά δεδομένα όσο αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της νοητικής καθυστέρησης. Θα μπορούσαμε αντίθετα να πούμε ότι επικρατεί μεγάλη ασυμφωνία σχετικά με τον αριθμό των μειονεκτικών ατόμων στην Ελλάδα. Ο καθηγητής Ι. Παρασκευόπουλος ανέφερε, το 1980, «..στην Ελλάδα, υπάρχουν το λιγότερο 85.000 νοητικά καθυστερημένα άτομα». Αναφέρει επίσης ότι «κάθε έτος θα πρέπει να γεννιούνται τουλάχιστον 1.500 παιδιά, δηλαδή ένα παιδί ανά 100 γεννήσεις, τα οποία κατά την πορεία της ζωής τους θα χαρακτηριστούν ως νοητικά καθυστερημένα και θα απαιτήσουν ειδική φροντίδα και μεταχείριση» (Παρασκευόπουλος, 1980. σελ. 33).

Είναι λοιπόν κατανοητό, μιας και έχουν περάσει 28 ολοκληρα χρόνια, το γεγονός πως ο αριθμός των νοητικά καθυστερημένων ατόμων θα έχει αυξηθεί δραματικά αν υπολογίσει κανείς το πόσο έχει αλλάξει η ποιότητα της ζωής μας από

τότε, σε συνδιασμό με την τεχνολογική επανάσταση και εξέλιξη αλλά και τη βελτίωση των ψυχομετρικών μεθόδων αξιολόγησης, διάγνωσης αλλά και πρόληψης της νοητικής υστέρησης. Η άποψη αυτή όμως μόνο εμπειρικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί, αφού δεν έχουν πραγματοποιηθεί συστηματικές έρευνες σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Όμως αν γινόταν ακόμα και αυτό η αποκάλυψη όλων των περιπτώσεων της νοητικής καθυστέρησης θα εξακολουθούσε να είναι δύσκολη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ - ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Μερικά άτομα με νοητική καθυστέρηση χαρακτηρίζονται από παθητική στάση και είναι πλήρως εξαρτώμενα από το περιβάλλον τους, ενώ άλλα είναι επιθετικά και παρορμητικά (Χαρτοκόλης, 1986).

Είναι γεγονός πάντως πως τα νοητικά καθυστερημένα άτομα παρουσιάζουν πολύ συχνά, σε συνδιασμό με τη νοητική καθυστέρηση, κι άλλες αναπτυξιακές διαταραχές ενώ κάποιες φορές είναι πιθανή και η συνύπαρξη διάφορων προβλημάτων υγείας ή ακόμα και ψυχικών διαταραχών.

Ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων, μπορεί να είναι αποτέλεσμα της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν στην επεξεργασία των ερεθισμάτων και των συναισθημάτων τους, ή να είναι αποτέλεσμα άλλων οργανικών ή αισθητηριακών διαταραχών. Πάντως, το είδος των προβλημάτων που παρουσιάζονται ποικίλλει ανάλογα με το βαθμό της νοητικής καθυστέρησης (Κοντοπούλου, 2007).

Σύμφωνα με έρευνες, υπολογίζεται ότι το 10 - 40% των νοητικά καθυστερημένων παιδιών αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια ακόμα επιπλέον αναπτυξιακή διαταραχή (Nezu, Nezu & Gill - Weiss, 1992, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005). Επίσης, εκτιμάται ότι η συχνότητα εμφάνισης συμπεριφορικών ή συναισθηματικών προβλημάτων στα παιδιά με νοητική υστέρηση είναι 4 - 6 φορές υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (McLean, 1993, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005). Την ίδια άποψη έχουν κι άλλοι ερευνητές οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η συχνότητα των προβλημάτων ψυχικής υγείας και σοβαρής συμπεριφορικής και συναισθηματικής δυσλειτουργίας είναι υψηλότερη σε παιδιά και ενήλικες με νοητική καθυστέρηση, με ποσοστά που κυμαίνονται από 30% έως 36% σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Koller et al, 1983).

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τους Volkmar, Burack & Cohen (1990), στην πλειοψηφία των περιπτώσεων πρόκειται για συνύπαρξη μορφών προβληματικής συμπεριφοράς, κι όχι για συνύπαρξη άλλης διαταραχής. Υποστηρίζουν ότι οι διάφορες μορφές προβληματικής συμπεριφοράς αναπτύσσονται στη βάση της νοητικής

καθυστέρησης αλλά και των κοινωνικών και γνωστικών αδυναμιών που χαρακτηρίζουν αυτά τα άτομα. Μερικά από τα συνοδά προβλήματα που εμφανίζονται σε συνδιασμό με την νοητική καθυστέρηση είναι οι διαταραχές της προσοχής, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, οι διαταραχές στο λόγο και στην ομιλία καθώς και οι δυσκολίες στις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις (Volkmar et al, 1990, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005).

Οι πιο συχνές συνοδές διαταραχές της νοητικής καθυστέρησης είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα, οι Διαταραχές της Διάθεσης, οι Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης, η Διαταραχή Στερεοτυπικών Κινήσεων καθώς και οι Ψυχικές Διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση. Συχνό είναι επίσης το φαινόμενο, λόγω έλλειψης επικοινωνιακών δεξιοτήτων, να υπάρχει δυσκολία στη συλλογή ενός ικανοποιητικού ιστορικού και έτσι η διάγνωση να ανήκει στην κατηγορία της νοητικής καθυστέρησης μη προσδιοριζόμενης αλλιώς (Μάνου, 1997).

Όσο αφορά τον γνωστικό τομέα, ένα από τα πιο εμφανή συνοδά προβλήματα της νοητικής καθυστέρησης είναι η μειωμένη ικανότητα για μάθηση. Η ανάπτυξη των νοητικά καθυστερημένων παιδιών ακολουθεί τα ίδια εξελικτικά στάδια με αυτή των φυσιολογικών παιδιών και φτάνει στην κορύφωση της, όπως σε όλα τα παιδιά, στην ηλικία των 16 ετών. Η διαφορά όμως έγκειται στον ρυθμό ανάπτυξης, ο οποίος είναι βραδύτερος στα νοητικά καθυστερημένα άτομα, με αποτέλεσμα η πνευματική τους ανάπτυξη να μην ολοκληρώνεται και να μην φτάνουν τελικά τα ανώτατα πνευματικά στάδια που αντιστοιχούν στην ηλικία τους. Η επιβράδυνση του ρυθμού είναι ευθέως ανάλογη της αύξησης του βαθμού της νοητικής καθυστέρησης. Τα ελαφρά καθυστερημένα παιδιά αναπτύσσονται ομαλά, περνώντας τα ίδια στάδια ανάπτυξης με ένα φυσιολογικό παιδί, με τη διαφορά όμως ότι τα περνούν σε μεγαλύτερη ηλικία. Αντίθετα τα σοβαρά νοητικά καθυστερημένα παιδιά έχουν βραδύτερη ανάπτυξη η οποία επηρεάζεται άμεσα από την οργανική αιτία της νοητικής τους καθυστέρησης (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Πολλά παιδιά δείχνουν απροθυμία να ασχοληθούν με θέματα των οποίων η εκμάθηση, απαιτεί μεγάλη προσπάθεια από την πλευρά τους. Αναμφισβήτητα, το παιδί με νοητική καθυστέρηση έχει επανειλημμένα γευτεί μικρές και μεγάλες αποτυχίες, πριν ακόμα πάει στο σχολείο. Το γεγονός αυτό έχει σημαντικά αρνητικές επιπτώσεις στο

ενδιαφέρον του για μάθηση. Όπως όλοι οι συνομήλικοι του, έτσι κι αυτό θέλει την επιβεβαίωση αλλά και τον έπαινο από τους γονείς και τους δασκάλους του. Όμως έχοντας πίσω του διάφορες αποτυχίες, αποφεύγει την προσπάθεια που χρειάζεται η μάθηση και αντιδρά με παθητικό τρόπο περιμένοντας την αποτυχία. Επίσης αποφεύγει με κάθε τρόπο καταστάσεις που θεωρεί δύσκολες, γίνεται αμυντικό και επινοεί διάφορες δικαιολογίες ώστε να αποφύγει την προσπάθεια και κάποιες φορές όλα αυτά το κάνουν να αντιδρά με επιθετικό τρόπο γιατί αντιλαμβάνεται την όλη κατάσταση ως απειλητική και επικίνδυνη για τον εαυτό του (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, τη νοητική καθυστέρηση συνοδεύουν τα προβλήματα προσοχής. Έτσι, σύμφωνα με έρευνες σημαντικά μαθησιακά προβλήματα των παιδιών με νοητική καθυστέρηση οφείλονται στη δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής τους σε ένα ερέθισμα που τους ζητείται να προσέξουν. Αξίζει να αναφερθεί πως ένα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων με νοητική καθυστέρηση είναι οι αδυναμίες της μνήμης.

Έρευνες αποκαλύπτουν ότι η ικανότητα βραχυπρόθεσμης μνήμης είναι ευθέως ανάλογη της νοημοσύνης κι ότι μπορεί να αποτελεί ένα από τους κύριους παράγοντες της νοητικής ανεπάρκειας. Σχετικά με τη μακροχρόνια μνήμη των ατόμων αυτών, δεν φαίνεται να παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Είναι γεγονός, επίσης, πως η νοητική καθυστέρηση συνοδεύεται από μειωμένη γλωσσική ανάπτυξη αλλά και επικοινωνιακές δυσκολίες σχετικά με τον προφορικό λόγο. Τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονται από γενικές γλωσσικές ελλείψεις και ειδικά προβλήματα στην κατανόηση και χρήση της γλώσσας, στοιχεία που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη τους τόσο στο γνωστικό όσο και στο κοινωνικό τομέα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η έκταση και ο βαθμός των γλωσσικών τους προβλημάτων εξαρτάται από το βαθμό της νοητικής τους καθυστέρησης (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά έχουν περισσότερα νευρολογικά προβλήματα καθώς και προβλήματα όρασης και ακοής σε σύγκριση με τα φυσιολογικά παιδιά. Το γεγονός αυτό συμβάλει στην άποψη ότι τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση έχουν περιορισμένες φυσικές και κινητικές ικανότητες, άποψη η οποία όμως δεν μπορεί να γενικευτεί λόγω της έλλειψης σχετικών ερευνών (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα νοητικά καθυστερημένα άτομα θεωρούνται άτομα «υψηλής επικινδυνότητας» σχετικά με την εμφάνιση ποικίλων ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών (Πολυχρονοπούλου, 2001). Αν και παλιότερα τα προβλήματα ψυχικής υγείας στα άτομα με νοητική καθυστέρηση θεωρούνταν ως εκδηλώσεις της νοητικής ανεπάρκειας, σήμερα διαφοροποιούνται και αναγνωρίζονται ολοένα και περισσότερο (Tonge, 1999, παραπομπή από τον Παπαγεωργίου, 2005).

Βιολογικοί παράγοντες που συνδέονται με τη μειωμένη νοητική δυνατότητα και συχνά δυσμενείς ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, μέσα από ποικίλους συνδιασμούς και αλληλεπιδράσεις, καθιστούν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση πιο ευάλωτα στις ψυχιατρικές διαταραχές (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Η πιθανότητα για ένα διανοητικά καθυστερημένο άτομο να αναπτύξει μια από τις ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, όπως για παράδειγμα παιδικό αυτισμό, είναι 3-4 φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Χαρτοκόλης, 1986). Τα 2/3 των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζουν και νοητική υστέρηση και αποτελούν το 1-2% του συνόλου των ατόμων με νοητική υστέρηση. Αν λάβουμε υπόψη όλες τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, τότε το 50% των παιδιών με νοητική καθυστέρηση παρουσιάζει στοιχεία αυτισμού (Volkmar et al. 1999, παραπομπή από τον Παπαγεωργίου, 2005).

Οι ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζονται σε μεγαλύτερης ηλικίας νοητικά καθυστερημένα άτομα, παίρνουν την μορφή των ψυχώσεων, των νευρώσεων ή των ανωμαλιών συμπεριφοράς που συναντιούνται στον γενικό πληθυσμό. Όμως, η παρουσία της νοητικής καθυστέρησης τους δίνει ένα ιδιαίτερο χαρακτήρα, δημιουργώντας έτσι δυσκολίες στην επισήμανση των συμπτωμάτων. Νευρωτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες, διαταραχές προσωπικότητας και παροξυσμοί θυμού εμφανίζονται αρκετά συχνά σε άτομα με ελαφρά νοητική καθυστέρηση (Χαρτοκόλης, 1986).

Είναι επίσης πιθανή η συνύπαρξη κάποιας οργανικής εγκεφαλικής διαταραχής. Οι περισσότερες περιπτώσεις ατόμων με μέτρια, σοβαρή και βαριά μορφή νοητικής καθυστέρησης συνοδεύονται από μια οργανική εγκεφαλική βλάβη και συχνά από κάποιο σοβαρό σωματικό ελάττωμα. Οι πιο σημαντικές οργανικές διαταραχές που παρατηρούνται είναι αισθητήριες και, κάποιες φορές, κινητικές ανικανότητες, επιληψία καθώς και ακράτεια ούρων και κοπράνων. Όταν η διανοητική καθυστέρηση

οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη, η επιληψία παρουσιάζεται πιο συχνά. Η συχνότητα της όμως, ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου γιατί τα παιδιά με σοβαρή βλάβη του φλοιού του εγκεφάλου πεθαίνουν νωρίς αλλά και γιατί η επιληψία καλυτερεύει με την ηλικία, ανεξάρτητα από το βαθμό νοημοσύνης του ατόμου (Χαρτοκόλης, 1986).

Συμπερασματικά, η νοητική καθυστέρηση αποτελεί μια αναπτυξιακή διαταραχή η οποία, συνήθως, συνυπάρχει με διάφορες άλλες καταστάσεις. Το γεγονός αυτό προκαλεί ακόμα περισσότερες δυσκολίες και προβλήματα στην ανάπτυξη του ατόμου. Με δεδομένο όλα όσα αναφέρθηκαν, είναι αναμενόμενο τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση να έχουν ελάχιστη ή ακόμα και καθόλου εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Επίσης το μειωμένο κίνητρο για μάθηση τα κάνει να εγκαταλείπουν εύκολα την προσπάθεια ή ακόμα και να μην προσπαθούν καθόλου.

Είναι λοιπόν υποχρέωση μας να βοηθήσουμε αυτά τα άτομα να μάθουν να αξιοποιούν τις όποιες ικανότητες τους, ώστε να αντεπεξέλθουν στις κοινωνικές καταστάσεις. Ο έπαινος, η ενθάρρυνση, η φροντίδα, η κατανόηση και η αλληλεγγύη εκ μέρους μας πρέπει πάντα να είναι παρόντα, αφού αυτά δίνουν δύναμη στα άτομα με νοητική καθυστέρηση να επιβιώσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Το επίπεδο λειτουργικότητας αλλά και η αναπτυξιακή πορεία που ακολουθεί ένα παιδί με νοητική υστέρηση εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες, εκ των οποίων οι πιο σημαντικοί είναι η αιτιολογία, η σοβαρότητα της μορφής της καθυστέρησης καθώς και η στήριξη που θα λάβει το παιδί από την οικογένεια του, τους ειδικούς και την κοινωνία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το φαινόμενο της νοητικής καθυστέρησης αποτελεί ένα σύμπτωμα πολλών διαταραχών ή συνδρόμων διαφορετικής αιτιολογίας. Έτσι, η ετερογένεια που χαρακτηρίζει την νοητική καθυστέρηση προκαλεί δυσκολίες στην παρουσίαση της κλινικής εικόνας των νοητικά καθυστερημένων ατόμων, αφού πρόκειται για μια εξαιρετικά ανομοιογενή ομάδα με διαφορετικά κλινικά χαρακτηριστικά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ανάλογα με τη σοβαρότητα της, η νοητική καθυστέρηση διακρίνεται σε διάφορες βαθμίδες. Σημαντικές είναι επίσης οι διαφορές που οφείλονται στα διαφορετικά κριτήρια αξιολόγησης. Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο των διαγνωστικών κριτηρίων, υπάρχουν διαχωρισμοί με βάση το επίπεδο της νοημοσύνης, την προσαρμογή στο περιβάλλον, την κοινωνική ωριμότητα αλλά και το εκπαιδευτικό πλαίσιο.

Πολλοί είναι αυτοί οι οποίοι εκτιμούν το επίπεδο λειτουργικότητας αυτών των ατόμων με βάση τις μαθησιακές τους ικανότητες, με βάση δηλαδή το σύστημα ταξινόμησης που πρότεινε ο Samuel A. Kirk, το οποίο έτεινε να γίνει διεθνώς αποδεκτό. Παρόλα αυτά, κατά την άποψη μου, είναι προτιμότερο να παρουσιάσουμε το επίπεδο λειτουργικότητας των νοητικά καθυστερημένων παιδιών με βάση το νοητικό τους επίπεδο και τον νοομετρικό έλεγχο, που αποτελούν το βασικό κριτήριο ταξινόμησης της νοητικής καθυστέρησης σε ήπια, μέτρια, σοβαρή και βαριά στο DSM – IV® –TR (2000).

ΗΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Τα παιδιά με ήπια νοητική καθυστέρηση, γνωστά και σαν εκπαιδεύσιμα, έχουν δείκτη νοημοσύνης μεταξύ 50 – 55 έως 70 και πνευματική ηλικία ανώτερη των 7 και κατώτερη των 10 χρόνων. Αποτελούν τουλάχιστον το 85% του παιδικού πληθυσμού που παρουσιάζει νοητική καθυστέρηση (Κυπριωτάκης, 2000, Πολυχρονοπούλου, 2001). Από σωματική άποψη δεν παρατηρούνται στίγματα ή άλλα ελαττώματα ενδεικτικά της διαταραχής. Το ύψος και το βάρος τους βρίσκονται σε κανονικά επίπεδα και η διάπλαση και το πρόσωπο τους είναι φυσιολογικά. Αυτό δεν συμβαίνει όμως και με την εξέλιξη κάποιων άλλων λειτουργιών. Κατά τη βρεφική ηλικία, τα άτομα αυτής της κατηγορίας, αργούν να χαμογελάσουν στα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντός τους. Χαρακτηρίζονται δηλαδή, από έλλειψη του κοινωνικού χαμόγελου, στοιχείο που αποτελεί την πρώτη σχετική ένδειξη για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το παιδί. Συμπτωμά και ταυτόχρονα ένδειξη της διαταραχής αποτελεί η αισθητή καθυστέρηση της πρώτης οδοντοφυΐας. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι το φαινόμενο αυτό είναι πιο έκδηλο όσο βαρύτερη είναι η μορφή της νοητικής ανεπάρκειας (Κυπριωτάκης, 2000).

Ο κινητικός τομέας δέχεται συχνά τον αντίκτυπο της διαταραχής, αφού μερικά από τα χαρακτηριστικά αυτών των ατόμων είναι η αδεξιότητα των κινήσεων, η ατελής οργάνωση τους καθώς και ο ακανόνιστος μυϊκός τόνος. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί και η καθυστερημένη έναρξη του βαδίσματος, γεγονός που όμως πρέπει να αντιμετωπίζεται με μεγάλη προσοχή καθώς η αργοπορημένη κατάκτηση της δεξιότητας του βαδίσματος μπορεί κάλλιστα να μην σχετίζεται με την ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης (Κυπριωτάκης, 2000).

Δυσχέρεια παρατηρείται επίσης στην απόκτηση κάποιων απαραίτητων έξεων για την προσαρμογή του ατόμου στο άμεσο περιβάλλον του. Μερικές από αυτές είναι η λήψη τροφής, η εναλλαγή ασχολιών, η χρησιμοποίηση χώρων και αντικειμένων, η καθαριότητα. Χαρακτηριστική είναι για παράδειγμα η αδυναμία ελέγχου των κενώσεων του, η οποία παρατηρείται συχνά και μετά το δεύτερο έτος της ζωής του, όπως επίσης και η νυχτερινή ενούρηση, που διαρκεί πολύ περισσότερο σε σύγκριση με τους συνομηλικούς του (Κυπριωτάκης, 2000).

Η κατάκτηση της γλώσσας επιτυγχάνεται με ελλείψεις και πραγματοποιείται με βραδύ ρυθμό (Παπαγεωργίου, 2005). Αρκετά από τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν περνούν σχεδόν απαρατήρητα από το άμεσο περιβάλλον του ατόμου ή τουλάχιστον δεν προκαλούν μεγάλη ανησυχία. Αντίθετα όμως, η γλωσσική καθυστέρηση γίνεται έντονα και οδυνηρά αισθητή από τους γονείς. Εν τέλει το παιδί με ήπια νοητική καθυστέρηση θα κατακτήσει τη γλώσσα, όχι όμως με τον πλούτο και την πληρότητα ενός κανονικού συνομιλήκου, σε βαθμό όμως που θα του επιτρέψει ομαλή επικοινωνία με το περιβάλλον του. Η αργοπορία, όμως, που θα σημειωθεί αντανακλά στο σύνολο της νοητικής του εξέλιξης. Έτσι, μετά το δεύτερο έτος, οι διαφορές ανάμεσα σε κανονικά και καθυστερημένα παιδιά γίνονται πιο εμφανείς (Κυπριωτάκης, 2000).

Γεγονός είναι πως η διαταραχή παρεμβαίνει και στην περιοχή του συναισθήματος αλλά και του χαρακτήρα γενικότερα. Οι σχετικές εκδηλώσεις ίσως έχουν ενστικτώδη μορφή, αφού η ανασχετική δράση και ο έλεγχος του εγκεφαλικού φλοιού βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο. Έτσι, παρατηρούνται ποικίλες συγκινησιακές μεταπτώσεις, όπως για παράδειγμα κρίσεις θυμού, αδικαιολόγητος ενθουσιασμός, επιθετικές τάσεις και συμπεριφορά υποταγής. Εξάλλου, η μειωμένη ικανότητα για λογική σκέψη δεν επιτρέπει στα άτομα με νοητική καθυστέρηση να σχηματίσουν τις έννοιες της ηθικής και της δικαιοσύνης, όπως τις αντιλαμβάνεται ένα φυσιολογικό άτομο. Παρόλα αυτά, επηρεάζονται από τις εντολές των ατόμων από τα οποία αναμένουν προστασία. Επίσης, για τον πιο πάνω λόγο, δεν έχουν συναίσθηση της ανεπάρκειας τους με αποτέλεσμα οι απαιτήσεις τους να είναι πολύ μεγαλύτερες από τις δυνατότητες τους (Κυπριωτάκης, 2000).

Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με τα πιο πάνω, τα παιδιά με ήπια νοητική καθυστέρηση, κατά την προσχολική ηλικία (0-5 ετών), παρουσιάζουν μικρή καθυστέρηση στο βάδισμα, στην ομιλία, στις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης (Μπαρδή, 1985). Μπορούν όμως να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες και επικοινωνία (Παρασκευόπουλος, 1980). Κατά τους πρώτους μήνες της ζωής τους όμως, η διάκριση των παιδιών με ήπια νοητική καθυστέρηση από τα αναπτυσσόμενα φυσιολογικά, δεν είναι εύκολη (Παπαγεωργίου, 2005). Ένας τυχαίος παρατηρητής δεν αντιλαμβάνεται ότι πρόκειται για νοητικά καθυστερημένα άτομα (Μπαρδή, 1985).

Κατά κανόνα, τα παιδιά αυτά δεν παρουσιάζουν καμία βιολογική διαταραχή. Μπορούν και επικοινωνούν κανονικά με το περιβάλλον τους, αναπτύσσοντας φιλικές και συνεργατικές σχέσεις με τους συνομήλικους τους, από τους οποίους δεν διακρίνονται ούτε στην εμφάνιση ούτε στη συμπεριφορά (Χαρτοκόλης, 1986).

Τα παιδιά αυτής της κατηγορίας αναγνωρίζονται ως καθυστερημένα μετά την είσοδο τους στο σχολείο, όταν οι απαιτήσεις του σχολικού προγράμματος αποκαλύπτουν τις μαθησιακές τους δυσκολίες, την περιορισμένη ικανότητα κριτικής σκέψης ή τα προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής (Πολυχρονοπούλου, 2001). Συνήθως, αντιλαμβάνονται την διαφορετικότητά τους με πιο έντονο και τραυματικό τρόπο, σε σχέση με τα παιδιά που ανήκουν στις υπόλοιπες βαθμίδες της νοητικής καθυστέρησης. Η αδυναμία τους να ανταγωνιστούν τους συνομήλικους τους, τους δημιουργεί ένα αίσθημα αναποτελεσματικότητας και ανασφάλειας, το οποίο συνοδεύει η ένταση και το άγχος. Έτσι δημιουργείται ένα επιπλέον εμπόδιο στην πρωταρχική ανεπάρκεια (Κοντοπούλου, 2007).

Σύμφωνα με διεθνής έρευνες, τα παιδιά αυτά έχουν την ικανότητα να αναπτυχθούν ικανοποιητικά στους βασικούς τομείς της μάθησης και της συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, μπορούν να κατανοήσουν τα μαθήματα του δημοτικού σχολείου ή τουλάχιστον των περισσότερων τάξεων του δημοτικού σχολείου. Επίσης, μπορούν να προσαρμοστούν κοινωνικά σε σημείο που να μπορούν να κινηθούν ανεξάρτητα μέσα στην κοινότητα και να εκπαιδευτούν σε ένα επάγγελμα που θα τους επιτρέψει να συντηρήσουν πλήρως ή μερικώς τον εαυτό τους ή την οικογένειά τους (Πολυχρονοπούλου, 2001). Σε πολλές περιπτώσεις η ικανοποιητική προσαρμογή τους στο περιβάλλον συντελεί στο να μην πληρούν πλέον τα κριτήρια της νοητικής καθυστέρησης κατά την ενηλικίωση τους (Hodapp & Dykens, 1996, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005) Μόνο ένα μικρό ποσοστό παιδιών με ήπια νοητική καθυστέρηση καταλήγει στην αναπηρία (Χαρτοκόλης, 1986).

Στην ενήλικη ζωή αποκτούν, συνήθως, επαρκής κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες, με ελάχιστη εξωτερική υποστήριξη. Ωστόσο, μπορεί να έχουν ανάγκη από καθοδήγηση και βοήθεια σε διαφορετικές ψυχοπαιδικές καταστάσεις (Παπαγεωργίου, 2005).

Ήπιες δυσκολίες στις αισθησιοκινητικές λειτουργίες παρατηρούνται συχνά, ενώ σε μικρό ποσοστό ατόμων εντοπίζονται εγκεφαλικές ανωμαλίες. Σε κάποιες

περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχει αυτιστική διαταραχή και άλλες αναπτυξιακές διαταραχές όπως επιληψία, διαταραχές αγωγής ή σωματικές αναπηρίες (Παπαγεωργίου, 2005).

Οι νοητικές τους δυσκολίες οφείλονται συχνά σε αρνητικές περιβαλλοντικές καταστάσεις ή είναι το αποτέλεσμα συνδιασμού γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στην πλειοψηφία τους προέρχονται από οικογένειες χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Πολυχρονοπούλου, 2001)

Συμπερασματικά, κατά τη σχολική ηλικία, τα άτομα με ήπια νοητική καθυστέρηση μπορούν να αποκτήσουν πρακτικές δεξιότητες και να μάθουν ανάγνωση και αριθμητική της Γ' έως και ΣΤ' τάξης, ενώ προς το τέλος της εφηβικής ηλικίας μπορούν να πετύχουν ικανοποιητική κοινωνική προσαρμογή (Μπαρδή, 1985, Παρασκευόπουλος, 1980). Σύμφωνα με όλα όσα αναφέρθηκαν, η νοητική ανεπάρκεια, έστω και στην ήπια της μορφή, αποτελεί μια διαταραχή που εκτείνεται στο σύνολο της προσωπικότητας του ατόμου και που επηρεάζει τον κάθε τομέα ξεχωριστά, με εκλεκτική προτίμηση σε κάποιες λειτουργίες (Κυπριωτάκης, 2000).

ΜΕΤΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Τα παιδιά με μέτρια νοητική καθυστέρηση, γνωστά και ως ασκήσιμα, έχουν δείκτη νοημοσύνης από 35 - 40 έως και 50 - 55 και αποτελούν το 7 - 10% του πληθυσμού των παιδιών με νοητική καθυστέρηση. Οι αιτίες του προβλήματος αναφέρονται σε πολλές και διαφορετικές διαταραχές νευρολογικής, ενδοκρινολογικής ή μεταβολικής φύσης, και γι' αυτό το λόγο, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, τα άτομα που ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία έχουν «ξεχωριστά» φυσικά χαρακτηριστικά. Επίσης, αντιμετωπίζουν σοβαρή καθυστέρηση στην πραγματοποίηση των αναπτυξιακών επιτευγμάτων και αναγνωρίζονται, συνήθως, κατά τη βρεφική ή την πρώτη παιδική ηλικία (Πολυχρονοπούλου, 2001). Αξίζει να αναφερθεί ότι αρκετά παιδιά με σύνδρομο Down ή με το σύνδρομο του «εύθραυστου X» ανήκουν σε αυτή την κατηγορία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Χαρακτηριστικό αυτής της ομάδας παιδιών είναι η ποικιλομορφία στο πρότυπο των γνωστικών δεξιοτήτων. Μερικά παιδιά έχουν υψηλότερες οπτικές δεξιότητες, παρά λεκτικές και, είναι ικανά για κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία με την κατάλληλη βοήθεια. Ωστόσο, συχνά, επικρατεί η άποψη ότι λειτουργούν σε χαμηλότερο επίπεδο λόγω διαταραχής που αντιμετωπίζουν στον κινητικό συντονισμό (Παπαγεωργίου, 2005). Επιπλέον, δυσκολεύονται να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να αντεπεξέλθουν σε σύνθετες καταστάσεις, γι' αυτό και πολλές φορές αντιδρούν με δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, όπως απόσυρση, αποφυγή, παρορμητικότητα και επιθετικότητα (Κοντοπούλου, 2007).

Κατά την προσχολική ηλικία, τα παιδιά με μέτρια νοητική καθυστέρηση παρουσιάζουν αξιοσημείωτη καθυστέρηση στην κινητική και γλωσσική εξέλιξη. Μπορούν όμως να επωφεληθούν από την εκπαίδευση σε διάφορες δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης (Μπαρδή, 1985). Παρουσιάζουν ελαττώματα στην ακοή, στην όραση και στο συντονισμό κινήσεων. Μπορούν να εξασφαλίσουν την κοινωνική προσαρμογή μόνο στο άμεσο κοινωνικό τους περιβάλλον αλλά και να γίνουν οικονομικά χρήσιμα, εργαζόμενα άτομα μέσα στην οικογένεια ή μέσα σε προστατευμένα εργαστήρια (Παρασκευόπουλος, 1980).

Κατά τη σχολική ηλικία, μπορούν να ασκηθούν σε δεξιότητες των χεριών και να αποκτήσουν απλές συνήθειες επικοινωνίας, υγιεινής και ασφάλειας (Μπαρδή,

1985). Ακόμα, έχουν μικρή δυνατότητα να αφομοιώσουν σχολικά μαθήματα πέρα από τη Β' τάξη του δημοτικού σχολείου, ενώ μπορούν να κινούνται ελεύθερα μόνοι τους σε γνωστά γι' αυτούς μέρη (Παρασκευόπουλος, 1980).

Στην ηλικία των έξι ετών, τα παιδιά αυτής της κατηγορίας, είναι συνήθως σε θέση να επικοινωνούν με απλές λέξεις και χειρονομίες, ενώ έχουν επίσης αναπτύξει κινητικές δεξιότητες και δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης ανάλογες με αυτές ενός παιδιού 2 – 3 ετών. Μέχρι την ηλικία των δώδεκα ετών συνήθως έχουν αναπτύξει τις στοιχειώδεις δεξιότητες επικοινωνίας και αυτοεξυπηρέτησης ενώ σε πολλές περιπτώσεις έχουν μάθει να γράφουν και να διαβάζουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ως μαθητές οι τροποποιήσεις και προσαρμογές του σχολικού προγράμματος είναι εξαιρετικής σημασία για αυτά τα παιδιά και έχουν ιδιαίτερη ανάγκη εκπαίδευσης σε θέματα κοινωνικών δεξιοτήτων. Με την κατάλληλη βοήθεια μπορούν να αποκτήσουν τις βασικές σχολικές γνώσεις καθώς και τις απαραίτητες επαγγελματικές δεξιότητες. Πιο συγκεκριμένα, γενικότερα, τα παιδιά αυτής της κατηγορίας έχουν τη δυνατότητα να πετύχουν κάποιο βαθμό κοινωνικής υπευθυνότητας, να προστατεύσουν τον εαυτό τους από τους συνηθισμένους κινδύνους μέσα στο σπίτι, στο σχολείο και στην κοινότητα, να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του σπιτιού ή της γειτονιάς, να σέβονται την περιουσία και τα δικαιώματα των άλλων αλλά και να συνεργάζονται. Επίσης, έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν τις στοιχειώδεις σχολικές δεξιότητες, όπως την ανάγνωση και τη γραφή απλών φράσεων ή μικρών κειμένων και να μάθουν απλές αριθμητικές έννοιες. Έτσι, μπορούν να διαβάζουν οδηγίες, πινακίδες, να μετρούν ή να κάνουν απλές προσθέσεις, γεγονός που τα βοηθά να αντεπεξέλθουν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Ως ενήλικες είναι σε θέση να συμμετέχουν σε απλές, πρακτικές, προσεκτικά οργανωμένες δραστηριότητες, αλλά, γενικά, έχουν ανάγκη από σταθερή επίβλεψη. Η ανεξάρτητη διαβίωση είναι σπάνια. Στο μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ατόμων αναγνωρίζονται εγκεφαλικές ανωμαλίες και, συχνά, συνυπάρχει αυτιστική διαταραχή, επιληψία ή σωματικές αναπηρίες (Παπαγεωργίου, 2005). Μπορούν να αυτοσυντηρηθούν εργαζόμενα μέσα σε προστατευτικό περιβάλλον και να αποκτήσουν δεξιότητες ανειδίκευτου ή ημειδίκευμένου εργάτη (Μάνου, 1997).

ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Η σοβαρή νοητική καθυστέρηση χαρακτηρίζεται από νοητικό δυναμικό που κυμαίνεται από 20 – 25 έως 35 – 40. Τα άτομα με αυτό το επίπεδο γνωστικών δεξιοτήτων αποτελούν το 3% - 4% του συνόλου των ατόμων με νοητική καθυστέρηση (Παπαγεωργίου, 2005).

Αυτή η μορφή νοητικής καθυστέρησης είναι συνήθως εμφανής από τη βρεφική ηλικία λόγω πολύ σημαντικής αναπτυξιακής καθυστέρησης αλλά και λόγω ορισμένων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών στην εμφάνιση. Στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις η νοητική καθυστέρηση οφείλεται σε μια ή περισσότερες οργανικές αιτίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Τα παιδιά αυτής της κατηγορίας φαίνονται συνήθως διαφορετικά από τα άλλα παιδιά και παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό πολλαπλές μειονεξίες, όπως εγκεφαλική παράλυση, προβλήματα όρασης ή ακοής, συναισθηματικές διαταραχές (Πολυχρονοπούλου, 2001). Επίσης αντιμετωπίζουν κινητικά, αναπνευστικά ή καρδιακά προβλήματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Γενικότερα, τα παιδιά με σοβαρή νοητική καθυστέρηση δεν μεγαλώνουν πνευματικά περισσότερο από παιδιά τριών με πεντέμισι ετών. Γρήγορα γίνεται φανερή η αναπηρία τους, η οποία αντανακλά τόσο στην ικανότητα τους να μιλήσουν, όσο και στην κινητικότητα τους, στο βάδισμα το οποίο αναπτύσσεται αργά και στις κινήσεις του κορμιού και των χεριών τους που είναι φτωχά συντονισμένες (Χαρτοκόλης, 1986).

Συχνά, διαπιστώνονται σοβαρές ψυχικές διαταραχές οι οποίες αποδίδονται, συνήθως, σε οργανικούς παράγοντες. Επιπλέον, τείνουν να είναι πιο επιρρεπή σε ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες ίσως είναι αποτέλεσμα της δυσκολίας τους να αντιμετωπίσουν τις εμπειρίες αποστέρησης που βιώνουν στη σχέση τους με το περιβάλλον (Κοντοπούλου, 2007).

Παρουσιάζουν χαρακτηριστικές καθυστερήσεις στις ψυχοκινητικές δεξιότητες κατά το πρώτο έτος της ζωής τους (Behrman et al, 2000, παραπομπή από τον Παπάνη κ.α., 2007), εμφανίζουν κάποιες πνευματικές ικανότητες, αναγνωρίζουν τα πρόσωπα του περιβάλλοντος τους και συνδέονται με αυτά και προφέρουν, έστω και άσχημα, λίγες λέξεις. Έχουν ανάγκη όμως πάντα από συνεχή προστασία και επίβλεψη (Κρασανάκης, 1997).

Κατά την προσχολική ηλικία παρατηρούνται, συχνά, φτωχή κινητική ανάπτυξη και έλλειψη επικοινωνιακού λόγου (Παπαγεωργίου, 2005). Επίσης, υπάρχει μικρή πιθανότητα να επωφεληθούν από την άσκηση σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης (Μάνου, 1997).

Κατά τη σχολική ηλικία είναι ικανά να μάθουν να μιλούν, να επικοινωνούν καθώς και να ασκηθούν σε βασικές συνήθειες ατομικής υγιεινής (Μάνου, 1997). Έτσι λοιπόν, είναι δυνατόν να εμφανιστεί ο προφορικός λόγος, ενώ η κατάκτηση των δεξιοτήτων επιβίωσης εξαρτάται από το επίπεδο των γνωστικών δεξιοτήτων (Παπαγεωργίου, 2005). Αποκτούν συνήθως τις βασικές δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης στην ηλικία περίπου των εννέα ετών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Σαν ενήλικες είναι εντελώς εξαρτώμενα άτομα και έχουν ανάγκη από συστηματική επίβλεψη. Οι εγκεφαλικές ανωμαλίες και άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές, είναι συχνές, όπως ήδη αναφέρθηκε, όπως και στη μέτρια νοητική καθυστέρηση (Παπαγεωργίου, 2005).

Γενικότερα, χρειάζονται εντατική εκπαίδευση σε θέματα κοινωνικής επάρκειας και αυτοεξυπηρέτησης, η οποία παρέχεται συνήθως σε ειδικές εκπαιδευτικές μονάδες, όπως είναι το ειδικό σχολείο. Τα εκπαιδευτικά και θεραπευτικά προγράμματα που καταρτίζονται γι' αυτά τα παιδιά στοχεύουν κυρίως στην κοινωνική προσαρμογή τους σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον (Πολυχρονοπούλου, 2001).

ΒΑΡΙΑ (ΒΑΘΙΑ) ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Με τον όρο βαριά νοητική καθυστέρηση η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπονοεί τη χειρότερη μορφή νοητική ανεπάρκειας. Τα παιδιά με βαριά νοητική καθυστέρηση, γνωστά και ως ιδιώτες, έχουν δείκτη νοημοσύνης μικρότερο από 25 και πνευματική ηλικία κάτω από τρία έτη. Αλλά η πνευματική αυτή ηλικία αποτελεί κάτι το συμβατικό γιατί το φυσιολογικό παιδί των τριών ετών χαρακτηρίζεται από εξαιρετική πλαστικότητα και άλλες δυνατότητες, στοιχεία που δεν υπάρχουν στα άτομα με βαριά νοητική καθυστέρηση (Κυπριωτάκης, 2000). Οι δυσκολίες προσαρμογής τους είναι σοβαρές και αποτελούν το 1% - 2% του συνόλου των ατόμων με νοητική καθυστέρηση (Παπάνης κ.α., 2007).

Το πρόσωπο των ατόμων αυτών είναι συνήθως ανέκφραστο και απαθές, το βλέμμα τους ζώδες, η αδεξιότητα των κινήσεων τους έκδηλη και η λειτουργία μερικών αισθήσεων τους ατελής (Michaux, 1953, παραπομπή από τον Κυπριωτάκη, 2000. σελ. 87). Για παράδειγμα μερικά άτομα αυτής της κατηγορίας δεν αισθάνονται τη δυσσομία όσο έντονη κι αν είναι, ενώ πολύ συχνό είναι επίσης και το φαινόμενο της μόνιμης σιελόρριας (Κυπριωτάκης, 2000).

Είναι γεγονός πως ή βαριά νοητική καθυστέρηση συνοδεύεται και από σωματικές ανωμαλίες. Μερικές από τις πιο σημαντικές είναι το μικρό ανάστημα, το ασύμμετρο πρόσωπο, οι κρανιακές ανωμαλίες, το στενό μέτωπο, τα ακανόνιστα αυτιά, τα κοντά και σχεδόν ισομεγέθη δάχτυλα, τα παραμορφωμένα δόντια, οι δερματικές ανωμαλίες, οι παραμορφώσεις του ερειστικού συστήματος και η δυσπλασία των εξωτερικών γεννητικών οργάνων (Φιλιππούλου, 1980).

Όσο αφορά τις γνωστικές λειτουργίες, είναι γεγονός πως η κριτική ικανότητα απουσιάζει ή βρίσκεται σε υποτυπώδη κατάσταση. Η φαντασία, η μνήμη και η προσοχή υπολειτουργούν, ενώ η γλωσσική ικανότητα παραμένει σε βρεφικό επίπεδο, παρεμποδίζοντας την επικοινωνία με το περιβάλλον. Κάθε πνευματική εξέλιξη αυτών των ατόμων σταματά γύρω στο 6^ο ή 7^ο έτος της ζωής τους (Κυπριωτάκης, 2000).

Η κατάσταση αυτή είναι παρόμοια και στους τομείς του συναισθήματος και της κοινωνικής προσαρμογής. Η κοινωνική εξέλιξη σταματά γύρω στο 10^ο έτος της ζωής αυτών των παιδιών, χωρίς όμως να ξεπεράσει το επίπεδο ενός κανονικού τετράχρονου παιδιού (Παπαγεωργίου, 1974, παραπομπή από τον Κυπριωτάκη, 2000)

Τα άτομα αυτής της κατηγορίας παραμένουν στο επίπεδο των απλών αυτοματισμών, και τίποτα δεν μπορεί να ελκύσει την προσοχή τους, ακόμα και οι ισχυροί ήχοι ή το έντονο φως. Συνήθως βρίσκονται σε μια διαρκή απάθεια (Κρασανάκης, 1997). Γενικότερα, στα άτομα με βαριά νοητική καθυστέρηση, η νοητική ανεπάρκεια είναι τόσο μεγάλη που με πολύ κόπο και συστηματική εκπαίδευση είναι δυνατόν να αποκτηθούν κάποιες εντελώς στοιχειώδης δεξιότητες επικοινωνίας και αυτοεξυπηρέτησης. Σημαντικό είναι το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας αυτών των ατόμων πριν από την ενηλικίωση τους (Eyman & Miller, 1978, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005).

Τα άτομα αυτά κατά την προσχολική ηλικία παρουσιάζουν ολική καθυστέρηση και απαιτούν συνεχή φροντίδα (Μάνου, 1997). Επίσης η δυνατότητα να αποδώσουν λειτουργικά σε κινητικές και αντιληπτικές ικανότητες είναι ελάχιστη (Μπαρδή, 1985, Παρασκευόπουλος, 1980). Όσο αφορά τη σχολική ηλικία, τα άτομα με βαριά νοητική καθυστέρηση παρουσιάζουν κάποια κινητική ανάπτυξη, ενώ μπορούν, σε ελάχιστο βαθμό, να επωφεληθούν από την άσκηση σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης (Παρασκευόπουλος, 1980). Επίσης, είναι εμφανής η καθυστέρηση σε όλες τις περιοχές της εξέλιξης. Παρουσιάζουν βασικές συναισθηματικές αντιδράσεις και μπορούν να ασκηθούν κάπως στη χρήση των άκρων και του στόματος (Μπαρδή, 1985).

Αξίζει να αναφερθεί πως τα παιδιά με βαριά νοητική καθυστέρηση, όπως και μέτρια αλλά και σοβαρή, συναντώνται σε όλα τα κοινωνικά στρώματα αφού οι αιτίες του προβλήματος είναι βιολογικές και εμφανίζονται χωρίς διάκριση σε όλο το γενικό πληθυσμό (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Γενικότερα, η κατανόηση και η χρήση του λόγου περιορίζονται σε απλές χειρονομίες ενώ η προσαρμοστική λειτουργικότητα ποικίλλει. Ωστόσο, κάποια άτομα μπορούν να κατακτήσουν οπτικοχωρικές δεξιότητες, σε κάποιο βαθμό. Επίσης, η ανάγκη για αυστηρά δομημένο περιβάλλον, συνεχή καθοδήγηση καθώς και εκπαίδευση στους τομείς αυτοεξυπηρέτησης και στις δεξιότητες επικοινωνίας, είναι μεγάλη (Παπαγεωργίου, 2005). Σαν ενήλικες, έχουν πολύ περιορισμένη κινητική και γλωσσική ανάπτυξη και για να επιζήσουν χρειάζονται συνεχή κοινωνική και ιατρική φροντίδα (Μάνου, 1997).

Όσο αφορά την κατηγορία της Νοητικής **Καθυστέρησης Απροσδιόριστης Βαρύτητας**, τα στοιχεία είναι ελάχιστα. Σε περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να χορηγηθούν νοομετρικές δοκιμασίες, είτε επειδή τα παιδιά δεν μπορούν να συνεργαστούν είτε επειδή παρουσιάζουν σημαντικές σωματικές αναπηρίες, αλλά η κλινική εκτίμηση υποστηρίζει ότι λειτουργούν σημαντικά κάτω από το φυσιολογικό, τότε χρησιμοποιείται η διάγνωση της απροσδιόριστης διανοητικής καθυστέρησης. Κατά γενικό κανόνα, όσο μικρότερη είναι η ηλικία τόσο πιο δύσκολο είναι να διαγνώσει κανείς τη διανοητική καθυστέρηση (Μάνου, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

ΤΑ ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης είναι πολυάριθμα και ποικίλα κι αυτό γιατί η νοητική καθυστέρηση δεν αποτελεί μια ασθένεια, της οποίας τα αίτια είναι συνήθως συγκεκριμένα, αλλά ένα σύμπτωμα το οποίο συνοδεύει ή είναι επακόλουθο πολυάριθμων ασθενειών και ελαττωματικών καταστάσεων.

Σε πολλές περιπτώσεις οι ειδικοί επιστήμονες δεν είναι σίγουροι αλλά ούτε και συμφωνούν μεταξύ τους απόλυτα για το ποιά είναι τα αίτια που προκαλούν την νοητική καθυστέρηση. Στον τομέα για τον καθορισμό των αιτιών, θα πρέπει η επιστήμη να ερευνήσει εντατικά ώστε να φτάσει σε μόνιμα και ολοκληρωμένα συμπεράσματα (Νιτσόπουλος, 1981).

Η ανακάλυψη όλων των αιτιών και παραγόντων που προκαλούν την νοητική καθυστέρηση αποτελεί αναμφίβολα ένα επιτακτικό επιστημονικό πρόβλημα (Σταύρου, 1990). Αυτό συμβαίνει γιατί η έρευνα των αιτιολογικών παραγόντων που προκαλούν την νοητική καθυστέρηση έχει διπλή σημασία: θεραπευτική και προληπτική. Από θεραπευτική άποψη η γνώση της αιτιολογίας είναι εξαιρετικής σημασίας γιατί κατευθύνει τόσο την ιατρική όσο και την παιδαγωγική αντιμετώπιση του προβλήματος, ενώ επιτρέπει παράλληλα την επισήμανση μιας τυχόν ψευδοκαθυστέρησης αλλά και τη λήψη των ανάλογων μέτρων. Η προληπτική δράση όμως, είναι εκείνο που καθιστά ιδιαίτερα επιτακτική την έρευνα των αιτιών της νοητικής καθυστέρησης, αφού ένα μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων της νοητικής καθυστέρησης οφείλεται στην άγνοια και στην ελλιπή ενημέρωση των γονέων σχετικά με τα αίτια που τις προκαλούν (Κυπριωτάκης, 2000).

Τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης αναφέρονται σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης του παιδιού από τη στιγμή της σύλληψης μέχρι και την το 16^ο έτος της ζωής του. Γι' αυτό και είναι δυνατόν να θεωρηθούν κάτω από πολλές σκοπιές και πλευρές του θέματος. Μπορούν να δρουν μεμονωμένα ή αθροιστικά, αλλά και σε μια ή διάφορες χρονικές περιόδους κατά την ανάπτυξη. Έτσι ο ερευνητής πολλές φορές, στην προσπάθειά του να προσδιορίσει την μορφή της νοητικής καθυστέρησης που τον

απασχολεί, είναι υποχρεωμένος να αναζητήσει όχι μόνο ένα αίτιο, αλλά πολλά (Κρασανάκης, 1997).

Πολλοί ερευνητές διαχωρίζουν τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης σε δύο μεγάλες ομάδες όπου η μια ομάδα περιλαμβάνει τα γενετικά αίτια ενώ η άλλη ομάδα περιλαμβάνει τα περιβαλλοντικά αίτια. Τα γενετικά αίτια είναι γνωστά και ως κληρονομικά, πρωτογενή, εγγενή, ενδογενή. Τα περιβαλλοντικά αίτια είναι επίσης γνωστά και ως δευτερογενή, επιγενή, εξωτερικά, εξωγενή, επίκτητα. Το πλήθος αυτών των ονομάτων εξαρτάται, συνήθως, από την επιστημονική σκοπιά κάτω από την οποία εξετάζει το θέμα ο κάθε ερευνητής (Κρασανάκης, 1997).

Τα γενετικά αίτια είναι παρόντα κατά τη στιγμή της σύλληψης και σ' αυτά συμπεριλαμβάνονται και οι κληρονομικοί παράγοντες. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται οι ανωμαλίες των χρωμοσωμάτων αλλά και του μεταβολισμού. Αντίθετα, τα περιβαλλοντικά αίτια οφείλονται σε εξωτερικούς παράγοντες και επενεργούν κατά την περίοδο της κύησης και της ανάπτυξης από τη βρεφική ηλικία έως και την ολοκλήρωση της ωρίμανσης του ατόμου, δηλαδή μέχρι περίπου το 16^ο έτος της ηλικίας (Παρασκευόπουλος, 1980). Έτσι η δεύτερη κατηγορία των αιτιών συνήθως χωρίζεται σε μερικές υποομάδες με βασικό κριτήριο της διαίρεσης τους, την γέννηση. Από αυτή τη διαίρεση προκύπτουν τα προγεννητικά αίτια, τα περιγεννητικά αίτια και τέλος τα μεταγεννητικά αίτια (Κρασανάκης, 1997).

Παρατηρούμε λοιπόν, ότι η νοητική καθυστέρηση οφείλεται και σε κληρονομικούς αλλά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η κληρονομικότητα δηλαδή παρέχει τα όρια για τη νοητική ανάπτυξη του ατόμου, ενώ το περιβάλλον ανάλογα με τα ερεθίσματα που προσφέρει, διευκολύνει ή παρεμποδίζει την αξιοποίηση ή εκμετάλλευση των κληρονομικών διανοητικών δυνατοτήτων του ατόμου.

Πολλοί είναι αυτοί που χωρίζουν τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης σε βιολογικά και ψυχολογικά. Τα βιολογικά αίτια περιλαμβάνουν τους γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως έχουν ήδη αναφερθεί, ενώ τα ψυχολογικά αίτια τις ψυχολογικές εμπειρίες αλλά και τις αιτίες που οφείλονται στο πολιτιστικό επίπεδο του άμεσου και έμμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος, δηλαδή στην αποστέρηση κοινωνικών ερεθισμάτων (Μπαρδή, 1985, Σταύρου, 1990).

Πρέπει να τονιστεί ότι η διάκριση των αιτιών σε γενετικά και περιβαλλοντικά, εκ πρώτης όψεως φαίνεται λογική και εύκολη. Στην πράξη όμως δημιουργεί προβλήματα γιατί είναι δύσκολο να καθοριστούν χωριστά οι επιδράσεις κάθε αιτίου σε ένα συγκεκριμένο άτομο. Η αλληλεπίδραση των παραγόντων αυτών είναι τόσο μεγάλη που συχνά οι ερευνητές οδηγούνται σε παρερμηνείες. Το γεγονός αυτό δικαιολογεί, όπως ήδη αναφέρθηκε, τη δυσκολία καθορισμού της αιτίας που προκαλεί την νοητική καθυστέρηση (Παρασκευόπουλος, 1980).

Στη συνέχεια θα γίνει μια προσπάθεια παρουσιάσης των αιτιολογικών παραγόντων στους οποίους οφείλεται η νοητική καθυστέρηση.

ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Η μελέτη των γενετικών αιτιών που προκαλούν τη νοητική καθυστέρηση έχει ενταθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και έχει οδηγήσει στον εντοπισμό ενός μεγάλου αριθμού γενετικών παραγόντων, οι οποίοι ευθύνονται για πολλές περιπτώσεις νοητικής καθυστέρησης. Οι πιο σημαντικοί από αυτούς τους παράγοντες αφορούν τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες και τις ανωμαλίες μεταβολισμού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Στα γενετικά αίτια, όπως ήδη αναφέρθηκε συμπεριλαμβάνονται και τα αίτια που ανάγονται σε κληρονομικούς παράγοντες.

ο ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Η κληρονομικότητα ανήκει στους γενετικούς παράγοντες. Πρόκειται για μια κυτταρική διεργασία με την οποία ορισμένες ιδιότητες αλλά και ορισμένα χαρακτηριστικά των προγόνων (σωματικά, νοητικά, συναισθηματικά κ.α.) μεταβιβάζονται στους απογόνους με τη μορφή προδιαθέσεων για την εμφάνιση αυτών των χαρακτηριστικών (Μπαρδής, 1985).

Το θέμα αν η νοητική ανεπάρκεια είναι κληρονομική πάθηση απασχόλησε τους ερευνητές ιδιαίτερα, κάνοντας μάλιστα λόγο για «όμοια κληρονομικότητα» και «ανόμοια κληρονομικότητα». Κατά την «όμοια κληρονομικότητα» οι γονείς μεταδίδουν στο παιδί τις ανωμαλίες που έχουν προσβάλει τους ίδιους ενώ στην περίπτωση της «ανόμοιας κληρονομικότητας» οι γονείς μεταβιβάζουν στους απογόνους μια ανωμαλία διαφορετική από εκείνη που εμφανίζουν οι ίδιοι (Κρασανάκης, 1997). Σύμφωνα με έρευνες στο γενεαλογικό δέντρο νοητικά καθυστερημένων ατόμων, ο ρόλος της κληρονομικότητας επιβεβαιώνεται. Υπολογίζεται πως η πιθανότητα για μεταβίβαση της διαταραχής ξεπερνά το 25% όταν ο ένας μόνο από τους γονείς παρουσιάζει νοητική καθυστέρηση ενώ όταν και οι δύο γονείς είναι νοητικά καθυστερημένοι η πιθανότητα μεταβίβασης της διαταραχής πλησιάζει το 80% (Κυπριωτάκης, 2000).

Πολλοί παράγοντες θεωρήθηκαν υπεύθυνοι για την κληρονομική επιβάρυνση της νοητικής καθυστέρησης, εκ των οποίων η σύφιλη και ο αλκοολισμός δέχθηκαν ιδιαίτερη προσοχή. Σύμφωνα με τον Tramer, η συφιλιδική προσβολή του γεννητικού

κυττάρου προκαλεί ποικίλες παθολογικές καταστάσεις όπως είναι η πρόωρη παύση της ψυχοσωματικής ανάπτυξης, η μικρή αντίσταση του οργανισμού σε διάφορες παθήσεις και η γενική νοητική ανεπάρκεια (Tramer, 1949, παραπομπή από τον Κυπριωτάκη, 2000, Παρασκευόπουλου, 1980). Τα συμπτώματα εκδηλώνονται είτε αμέσως μετά τη γέννηση είτε μερικά χρόνια αργότερα ή ακόμα και στην επόμενη γενιά.

Αν και σήμερα είναι βέβαιο το γεγονός πως ο αλκοολισμός δεν επιφέρει μόνιμη και μεταβιβάσιμη αλλοίωση του γεννητικού κυττάρου, το οινόπνευμα ασκεί αρνητική επίδραση στους γεννητικούς αδένες αλλά και στον νεοσχηματιζόμενο οργανισμό. Δηλαδή τα παιδιά που συλλαμβάνονται κατά τη διάρκεια μέθης, του ενός ή και των δύο γονέων, αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα. Η άποψη αυτή όμως δεν είναι ακόμη πλήρως επιβεβαιωμένη (Κυπριωτάκης, 2000).

ο ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΩΝ

Το ανθρώπινο κύτταρο περιέχει, εκτός των άλλων ουσιών, 46 χρωμοσώματα τα οποία είναι συνδιασμένα σε 23 ζεύγη. Ενώ όλα τα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού έχουν την ίδια δομή και τον ίδιο αριθμό χρωμοσωμάτων, αυτό δεν συμβαίνει και στα αναπαραγωγικά κύτταρα, τα οποία έχουν μόνο 23 χρωμοσώματα και στον άντρα και στη γυναίκα. Έτσι, με την ένωση σε ζεύγη προκαθορισμένης αντιστοιχίας των 23 χρωμοσωμάτων του ωαρίου και των άλλων 23 του σπερματοζωαρίου, δημιουργείται το πρώτο κύτταρο της νέας ύπαρξης με 46 συνολικά χρωμοσώματα (Baroff, 1974, παραπομπή από τον Σταύρου, 1990).

Παρόλα αυτά όμως είναι δυνατόν να συμβεί κάποιο λάθος, είτε κατά τη διάρκεια της διαδικασίας που δημιουργούνται τα αναπαραγωγικά κύτταρα για να μειώσουν τα 46 χρωμοσώματα σε 23, είτε κατά τη διαδικασία της σύζευξης των 23 χρωμοσωμάτων του ωαρίου και των 23 χρωμοσωμάτων του σπερματοζωαρίου. Συμβαίνει δηλαδή απώλεια ενός χρωμοσώματος ή προσθήκη ενός άλλου επιπλέον σε οποιοδήποτε σχηματιζόμενο ζεύγος του αρχικού κυττάρου της νέας ύπαρξης. Δηλαδή, σ' αυτές τις περιπτώσεις τα αναπαραγωγικά κύτταρα έχουν 22 ή 24 χρωμοσώματα (Baroff, 1974, παραπομπή από τον Σταύρου, 1990).

Μερικά από τα πιο σημαντικά σύνδρομα της νοητικής καθυστέρησης που οφείλονται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι τα εξής:

➤ **Το Σύνδρομο Down**

Το σύνδρομο Down δεν αποτελεί μια ασυνήθιστη ή άγνωστη κατάσταση. Πρόκειται για την πιο γνωστή χρωμοσωμική ανωμαλία, γνωστή και ως τρισωμία 21, όπου το κύριο χαρακτηριστικό είναι ένα επιπλέον χρωμόσωμα στο 21^ο ζεύγος. Στη Δυτική Ευρώπη παρουσιάζεται σε κάθε 500 γεννήσεις, ενώ μια στις 100 μητέρες ηλικίας 40 – 41 ετών είναι πιθανόν να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί με το συγκεκριμένο πρόβλημα (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Η τρισωμία 21 προέρχεται από τον ατελή διαχωρισμό των χρωμοσωμάτων 21 κατά την πρώτη μειωτική διαίρεση των γεννητικών κυττάρων. Τα θηλυκά γεννητικά κύτταρα ενώ αρχίζουν να ωριμάζουν στην ωοθήκη από την εμβρυϊκή ζωή, παραμένουν σε κατάσταση νάρκης μέχρι την ήβη, όπου διαδοχικά ωριμάζουν περαιτέρω, διαιρούνται και απελευθερώνονται για γονιμοποίηση. Η μακρά αυτή ωογένεση δημιουργεί μια τάση για ατελή διαχωρισμό των χρωμοσωμάτων και εδώ ακριβώς στηρίζεται το γεγονός ότι η μεγάλη ηλικία της μητέρας είναι υπεύθυνη, σε μεγάλο ποσοστό, για τη γέννηση παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή (Μπαρδή, 1985).

Όσο αφορά τα εξωτερικά χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων παιδιών, έχουν συνήθως πρόσωπο στρογγυλό, ενώ το πίσω μέρος του κεφαλιού τους είναι ελαφρά πλατύ. Τα μάτια τους γέρνουν λίγο προς τα πάνω και τα μαλλιά τους είναι μαλακά και ίσια. Νεογέννητα με σύνδρομο Down, έχουν συνήθως περισσότερο δέρμα στο πίσω μέρος του λαιμού τους, το οποίο περιορίζεται καθώς μεγαλώνουν. Επίσης γεννιούνται με μικρότερο βάρος και μήκος από το μέσο όρο. Ο λαιμός τους είναι κοντός και φαρδύς, το στόμα τους αρκετά μικρό και η γλώσσα τους μεγάλη. Έχουν χέρια φαρδιά, με κοντά δάχτυλα και κοντόχοντρα πόδια. Χαρακτηριστικό τους είναι η μυϊκή υποτονία των μελών του σώματος (Τζουριάδου, 1995).

Στον τομέα της πνευματικής εξέλιξης η ανεπάρκεια είναι εμφανής και κλιμακώνεται από τη σοβαρή μέχρι και τη βαριά νοητική καθυστέρηση. Συνηθισμένα γνωρίσματα του συνδρόμου είναι η απάθεια, η νωθρότητα, η ασταθής προσοχή και η

αδύνατη μνήμη (Κυπριωτάκης, 2000). Η γλωσσική ανάπτυξη παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις και χαρακτηρίζεται από έλλειψη λόγου μέχρι απλή γλωσσική ωριμότητα. Πρόκειται για μια από τις αναπτυξιακές περιοχές όπου συναντώνται οι περισσότερες δυσκολίες (Τζουριάδου, 1995).

Από συναισθηματική άποψη, τα άτομα της κατηγορίας αυτής είναι πρόσχαρα, καλοδιάθετα, φιλικά, αλλά και με συχνές και αδικαιολόγητες συναισθηματικές μεταπτώσεις και απότομα ξεσπάσματα θυμού. Αγαπούν το παιχνίδι, το χορό και την παραμονή σε περιβάλλον επιθυμίας (Κυπριωτάκης, 2000, Μπαρδή, 1985).

Εκτός όμως από τη τρισωμία υπάρχει και ο τύπος της μετάθεσης σύμφωνα με τον οποίο το επιπλέον χρωμόσωμα ή μέρος αυτού, είναι κολλημένο σε ένα άλλο. Ένας ακόμα τύπος αυτού του συνδρόμου είναι και ο μωσαϊσμός κατά τον οποίο κάποια κύτταρα έχουν το επιπλέον χρωμόσωμα ενώ άλλα όχι. Τα παιδιά με μωσαϊσμό παρουσιάζουν ελαφρότερα χαρακτηριστικά του συνδρόμου Down, λιγότερα προβλήματα υγείας και υψηλότερη νοημοσύνη από τα παιδιά της τρισωμίας (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Επειδή δεν υπάρχει θεραπεία για το σύνδρομο Down, η επιστήμη σήμερα δίνει ιδιαίτερη βάση στον τομέα της πρόληψης. Δηλαδή κατά τη διάρκεια της κύησης γίνονται διάφορες χρωμοσωματικές εξετάσεις ώστε να διαπιστωθεί αν το έμβρυο παρουσιάζει κυτταρογενετικές ανωμαλίες. Οι βασικότερες μέθοδοι για αυτό το σκοπό είναι η αμνιοκέντηση, οι υπέρηχοι και η εμβρυοσκόπηση.

Η μέθοδος της αμνιοκέντησης συνιστάται στη λήψη αμνιακού υγρού από τη μητέρα, το οποίο περιέχει και κύτταρα του εμβρύου, και στην εξέταση των κυττάρων αυτών. Η λήψη αυτή πρέπει να γίνεται από ειδικό γιατρό προς το τέλος του 3^{ου} μήνα, αρκετά αργά για να υπάρχει αρκετό αμνιακό υγρό και άρα κύτταρα του εμβρύου και αρκετά νωρίς ώστε να εξασφαλιστεί η διακοπή της εγκυμοσύνης, σε περίπτωση που διαπιστωθεί ανωμαλία και με τη σύμφωνη γνώμη των γονέων (Σταύρου, 1990). Η αμνιοκέντηση συνιστάται στις περιπτώσεις που η μέλλουσα μητέρα είναι πάνω από 35 ετών, ο πατέρας πάνω από 55 ετών, όταν ένας από τους γονείς είναι φορέας της μετάθεσης και όταν οι γονείς έχουν ήδη ένα παιδί με σύνδρομο Down (Μπαρδή, 1985, Πολυχρονοπούλου, 2001).

Με τη μέθοδο των ηπέρηχων εκπέμπονται ηχητικά κύματα από ένα ειδικό μηχανήμα προς την κοιλιά της εγκύου. Με αυτό τον τρόπο διαγράφονται ακόμη και τα κινούμενα μέλη του βρέφους, τα οποία η μητέρα μπορεί να διακρίνει στην τηλεοπτική οθόνη με τη βοήθεια του γιατρού της. Έτσι, υπολογίζεται το μέγεθος και το βάρος του εμβρύου, παρακολουθείται η ανάπτυξη του, επισημαίνονται τυχόν ανωμαλίες του και καθορίζονται με σχετική ακρίβεια οι ημερομηνίες της γυναίκας για τον τοκετό (Μπαρδή, 1985).

Τέλος, η μέθοδος της εμβρυοσκόπησης προχωρά πέρα από την αμνιοκέντηση, καθώς μέσα στη μήτρα εισάγεται ένας σωλήνας που επιτρέπει τόσο την απευθείας επισκόπηση του εμβρύου, όσο και τη δειγματοληψία αίματος και κυττάρων για ειδικές αναλύσεις (Μπαρδή, 1985).

➤ **Το Σύνδρομο Turner**

Πρόκειται για ένα σύνδρομο που προσβάλλει αποκλειστικά τα κορίτσια, τα οποία εμφανίζονται να έχουν μόνο ένα χρωμόσωμα X στα κύτταρα τους, αντί για δύο. Υπάρχει δηλαδή απουσία δεύτερου χρωμοσώματος στο 23^ο ζευγος. Ένα στα 5.000 θηλυκά βρέφη φαίνεται πως επηρεάζεται από τη συγκεκριμένη διαταραχή. Τα κορίτσια με αυτό το σύνδρομο έχουν συνήθως χαμηλό ανάστημα, στενό μέτωπο, πεταχτό στήθος και ωοθήκες που υπολειτουργούν δημιουργώντας σεξουαλική ανωριμότητα και στειρότητα. Πολλές φορές γεννιούνται με καρδιακές βλάβες οι οποίες απαιτούν χειρουργική επέμβαση (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Κατά τη γέννηση τους έχουν κοντό τράχηλο, τα μαλλιά φυτρώνουν πολύ χαμηλά στον αυχένα ενώ το δέρμα του τελευταίου προβάλλει προς τα πλάγια με τη μορφή πτερυγίων (Μπαρδή, 1985). Η νοημοσύνη τους είναι συχνά οριακή ή βρίσκεται στην κλίμακα της ήπιας καθυστέρησης. Η σεξουαλική ανωριμότητα κατά τη διάρκεια της εφηβείας μπορεί να βοηθηθεί από ειδική θεραπεία με ορμόνες, η οποία μπορεί και να αυξήσει το ύψος του ατόμου, ενώ το μέτωπο και ο μεμβρανοειδής αδένας μπορούν να διορθωθούν με τη βοήθεια της πλαστικής χειρουργικής. Τα κορίτσια με αυτό το σύνδρομο είναι ικανά να παρακολουθήσουν με μικρή ή μεγαλύτερη βοήθεια τα μαθήματα του γυμνασίου και του λυκείου αλλά και να εργαστούν (Πολυχρονοπούλου, 2001).

➤ **To Σύνδρομο Klinefelter**

Το σύνδρομο Klinefelter παρουσιάζεται αποκλειστικά στα αγόρια και με συχνότητα ένα στα 500 βρέφη. Λόγω καθυστέρησης της ήβης ο ενδοκρινολόγος μπορεί να οδηγήσει σε μια αδρή διάγνωση του προβλήματος, ενώ μια χρωμοσωμική ανάλυση επιβεβαιώνει, χωρίς καμία αμφιβολία, την ύπαρξη της διαταραχής. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από το συγκεκριμένο σύνδρομο, αντί για ένα X και ένα Y, έχουν δύο χρωμοσώματα X και ένα Y (XXY) (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Τα αγόρια του συγκεκριμένου συνδρόμου έχουν ψηλό ανάστημα, είναι λεπτά και χαρακτηρίζονται από καθυστερημένη ανάπτυξη των δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών (Πολυχρονοπούλου, 2001). Επίσης εμφανίζουν ήπια νοητική καθυστέρηση (Μπαρδή, 1985). Παρουσιάζουν συχνά καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη και συμπεριφορικά προβλήματα. Η θεραπεία με ειδικές ορμόνες μπορεί να βοηθήσει τον έφηβο να έχει μια πιο αρρενωπή εμφάνιση ενώ η συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση είναι απαραίτητα στοιχεία για τη βελτίωση των προβλημάτων στη συμπεριφορά του. Με ειδική βοήθεια τα άτομα αυτά μπορούν να παρακολουθήσουν τα μαθήματα του γυμνασίου ή ακόμα και του λυκείου, να εκπαιδευτούν σε ένα επάγγελμα και να ζήσουν ως παραγωγικά μέλη μέσα στη κοινωνία (Πολυχρονοπούλου, 2001).

➤ **To σύνδρομο του εύθραυστου X**

Πρόκειται για μια κληρονομική διαταραχή, η οποία εμφανίζεται με συχνότητα μιας περίπτωσης στις 2.000 γεννήσεις και εντοπίζεται στο γονίδιο FMR-1, το οποίο βρίσκεται στο χρωμόσωμα X. Στα άτομα αυτά, το χρωμόσωμα X διασπάται εύκολα όταν εξετάζεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Στην περίπτωση των γυναικών όπου τα χρωμοσώματα X είναι δύο, ένα εύθραυστο X μπορεί να αναπληρωθεί από ένα άλλο φυσιολογικό. Οι άντρες όμως έχουν μόνο ένα χρωμόσωμα X και γι' αυτό το συγκεκριμένο σύνδρομο εμφανίζεται σ' αυτούς, ενώ οι γυναίκες είναι μόνο φορείς. Η νοημοσύνη των αντρών με το συγκεκριμένο σύνδρομο είναι χαμηλή έως οριακή και χαρακτηρίζονται από σοβαρή και μέτρια νοητική καθυστέρηση (Simonoff, Bolton & Rutter, 1996).

Τα φυσικά χαρακτηριστικά τους, το μακρύ πρόσωπο, τα πεταχτά αυτιά, το μεγάλο μέτωπο και το σαγόνι που προεξέχει, είναι λιγότερο εμφανή απ' ό τι στις περιπτώσεις των παιδιών με σύνδρομο Down. Επίσης, εκτός από νοητική καθυστέρηση, παρουσιάζουν συχνά γλωσσικές διαταραχές, υπερκινητικότητα ενώ ένα ποσοστό τους πληρεί και τα κριτήρια της αυτιστικής διαταραχής. Χαρακτηριστικά αυτών των ατόμων είναι επίσης η τάση απομόνωσης, η βλεμματική αποφυγή καθώς και οι μειωμένες δεξιότητες επικοινωνίας (Simonoff, Bolton & Rutter, 1996).

➤ **Το σύνδρομο Cat Cry (σύνδρομο κλάματος γάτας)**

Το σύνδρομο cat cry δεν οφείλεται σε κάποιο επιπλέον χρωμόσωμα, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της τρισωμίας, αλλά στην έλλειψη μέρους ενός φυσιολογικού χρωμοσώματος, και πιο συγκεκριμένα του πέμπτου. Το γεγονός αυτό καταλήγει στην απώλεια ενός μεγάλου αριθμού γονιδίων που βρίσκονται σ' αυτό το τμήμα του πέμπτου χρωμοσώματος (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Το παιδί φαίνεται διαφορετικό, λόγω μερικών χαρακτηριστικών του. Πιο συγκεκριμένα έχει μικρό βάρος, πεσμένα αυτιά, μικρό κεφάλι και ασύμμετρο πρόσωπο (Πολυχρονοπούλου, 2001). Το χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα αυτού του συνδρόμου είναι το κλάμα των παιδιών κατά τη διάρκεια της βρεφικής και νηπιακής ηλικίας, το οποίο μοιάζει με νιαούρισμα γάτας και εξηγεί την ονομασία του συνδρόμου. Το περίεργο αυτό κλάμα οφείλεται σε ατελή διάπλαση του λάρυγγα, αλλά με την πάροδο του χρόνου εξαφανίζεται, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση πολύ πιο δύσκολη εαν δεν γίνουν χρωμοσωματικές εξετάσεις. Μερικά άλλα χαρακτηριστικά αυτών των παιδιών είναι οι πιθηκοειδής πτυχές στις παλάμες, η πλατιά μύτη, το μικρό πιγούνι και γενικά η αναστολή της σωματικής ανάπτυξης (Μπαρδή, 1985).

➤ **Τρισωμία D**

Ο αριθμός των χρωμοσωμάτων σ' αυτή την περίπτωση είναι 47. Υπάρχει δηλαδή ένα επιπλέον χρωμόσωμα στα ζεύγη 13 ή 15 στην ομάδα D. Το είδος αυτής της τρισωμίας προκαλεί τις πιο βαριές ανωμαλίες. Τα περισσότερα έμβρυα πεθαίνουν κατά την ενδομήτρια ζωή, ενώ όσα γεννηθούν ζωντανά πεθαίνουν αιφνιδιαστικά μέσα

στις πρώτες εβδομάδες. Μόνο ένα μικρό ποσοστό, 18% περίπου, κατορθώνει να επιβιώσει για ένα χρόνο. Τα βασικά χαρακτηριστικά της τρισωμίας D είναι οι βαριές ανωμαλίες των ματιών, η πολυδακτυλία (στα χέρια ή τα πόδια), το λυκόστομα, η συγγενής καρδιοπάθεια και οι ανωμαλίες στα νεφρά, οι ανωμαλίες των ωτικών πτερυγίων και των γεννητικών οργάνων και οι βαριά νοητική καθυστέρηση (Carter, 1975, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

➤ **Τρισωμία E**

Ο αριθμός των χρωμοσωμάτων και σ' αυτή την περίπτωση είναι 47. Υπάρχει δηλαδή ένα επιπλέον χρωμόσωμα στα ζεύγη 16 ή 18 στην ομάδα E. Η συχνότητα υπολογίζεται σε μια στις 3.000 ζωντανές γεννήσεις. Στην πραγματικότητα όμως η συχνότητα είναι πολύ πιο μεγάλη γιατί τα περισσότερα έμβρυα πεθαίνουν πριν τη γέννηση τους. Όσο αφορά τα φύλο, η συχνότητα εμφάνισης αυτού του είδους τρισωμίας, είναι τρεις έως τέσσερις φορές μεγαλύτερη στα κορίτσια, γιατί τα περισσότερα από τα έμβρυα που πεθαίνουν ενδομήτρια είναι τα αγόρια, τα οποία προσβάλλονται πιο εύκολα από το υπεράριθμο χρωμόσωμα. Τα βρέφη που γεννιούνται ζωντανά πεθαίνουν συνήθως μέσα στους 2 – 3 πρώτους μήνες ενώ μόνο ένα 10% κατορθώνει να επιζήσει μέχρι την ηλικία του ενός έτους (Carter, 1975, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, το αδύνατο κλάμα, η μειωμένη αντίδραση σε ακουστικά ερεθίσματα, η ατελής ανάπτυξη των σκελετικών μυών, η κάμψη των δακτύλων του χεριού, τα ανώμαλα δερματογλυφικά αποτυπώματα, το βραχύ στέρνο, η βαριά νοητική καθυστέρηση και οι συγγενείς ανωμαλίες της καρδιάς, των νεφρών και των ουρητήρων (Carter, 1975, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

○ **ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ**

Οι μεταβολικές διαταραχές αναφέρονται σε προβλήματα βιοχημικής σύστασης των χρωμοσωμάτων, το καθένα από τα οποία αποτελείται από αναρίθμητες ουσίες, τις λεγόμενες γονάδες, οι οποίες αναπαράγονται από γενιά σε γενιά (Πολυχρονοπούλου,

2001). Στις μεταβολικές αυτές διαταραχές περιλαμβάνονται οι μεταλλάξεις γονιδίων που ρυθμίζουν τη λειτουργία της κυτταρικής μεμβράνης καθώς και οι μεταλλάξεις των γονιδίων που ρυθμίζουν τη σύνθεση ενζύμων και πρωτεϊνών στους ιστούς ή στο αίμα (Μπαρδή, 1985). Κατά καιρούς όμως σύμφωνα σφάλματα στην αναπαραγωγή των μονάδων με αποτέλεσμα να προκύπτουν διάφορες αναπηρίες (Πολυχρονοπούλου, 2001). Πιο συγκεκριμένα είναι δυνατόν να συμβούν σφάλματα στη λειτουργία του κυττάρου, με συνέπεια να μην παράγονται τα ένζυμα και οι πρωτεΐνες στην απαραίτητη ποσότητα ή να μην είναι όμοιες με τις αρχικές. Έτσι, αυτή η ασυμφωνία έχει ως συνέπεια το θάνατο ή τη νοητική καθυστέρηση και άλλες ασθένειες για τα άτομα εκείνα, που οφείλουν τη γέννηση τους σε τέτοια κύτταρα (Σταύρου, 1990).

Μέχρι το 1990 υπολογίζονταν 90 ασθένειες που είναι δυνατόν να οφείλονται σε έμφυτη βλάβη του μεταβολισμού και οι οποίες μεταβιβάζονται γενετικά (Σταύρου, 1990).

Οι βασικότερες περιπτώσεις ανωμαλιών του μεταβολισμού που προκαλούν νοητική καθυστέρηση και άλλες ασθένειες είναι:

➤ **Φαινυλκετονουρία ή Φαινυλοπυροσταφυλική ιδιοτεία**

Πρόκειται για μια από τις πιο γνωστές σύμφυτες μεταβολικές διαταραχές, η οποία είναι γνωστή και με το τρίγραμμα PKU. Η ανωμαλία αυτή χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ενός οξέος το οποίο διασπά την φαινυλαναλίνη, ένα ένζυμο που είναι απαραίτητο για το μεταβολισμό των οξέων τα οποία βρίσκονται στις πρωτεΐνες (Παρασκευόπουλος, 1980).

Αν η κατάσταση δεν διαγνωστεί έγκαιρα η φαινυλαναλίνη συσσωρεύεται στο αίμα και καταστρέφει τον εγκέφαλο. Τα πρώτα συμπτώματα είναι συνήθως ο εμέτος, η παράξενη μυρωδιά του σώματος, έκζεμα και σπασμοί, ενώ τα αμέσως επόμενα συμπτώματα της διαταραχής περιλαμβάνουν φανερές ενδείξεις μέτριας ή βαριάς νοητικής καθυστέρησης (Πολυχρονοπούλου, 2001). Το παιδί κατά τη γέννηση είναι φυσιολογικό αλλά κατά τον 3^ο με 4^ο μήνα αρχίζουν να εμφανίζονται οι πρώτες διαταραχές στην ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα, το παιδί δεν ανταποκρίνεται στα

διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Επίσης αργεί να μιλήσει αλλά και να περπατήσει. Παρουσιάζεται υπερκινητικό, αγχωμένο, έχει νυχτερινούς εφιάλτες, οι κινήσεις των άκρων του είναι ρυθμικές και άσκοπες, τρίζει τα δόντια του και έχει σπασμούς. Η διαταραχή συνοδεύεται ακόμα από μικροκεφαλία και ελλειπή ανάπτυξη των οστών (Μπαρδή, 1985).

Η Φαινυλοπυροσταφιλική ιδιοτεία μεταβιβάζεται μέσω ενός εκφυλισμένου γονιδίου. Υπολογίζεται ότι ένας στους 70 ανθρώπους είναι φορέας και ότι αν δύο φορείς παντρευτούν, σύμφωνα με τους νόμους της κληρονομικότητας, θα μεταδώσουν το γονίδιο στα παιδιά τους (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Η διάγνωση της PKU, η οποία γίνεται με ανάλυση ούρων, πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό νωρίτερα, οπότε πολλαπλασιάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό οι πιθανότητες πρόληψης της νοητικής καθυστέρησης του παιδιού, ενώ η θεραπεία της γίνεται μέσω μια μακράς ειδικής δίαιτας του παιδιού, χαμηλής σε φαινυλαναλίνη (Σταύρου, 1990).

➤ Γαλακταιμία ή Γαλακτοζαιμία

Αυτή η βλάβη οφείλεται στην έλλειψη ενός ενζύμου, το οποίο μεταβάλλει τη γαλακτόζη σε γλυκόζη. Πρόκειται δηλαδή για ελαττωματικό μεταβολισμό των υδατανθράκων (Σταύρου, 1990). Το αποτέλεσμα αυτής της μεταβολής είναι η συκέντρωση μεγάλων ποσοτήτων γαλακτόζης στο αίμα και σε διάφορους ιστούς. Συνήθως εμφανίζεται σε άτομα που παντρεύονται εξ αίματος συγγενείς τους. Η συχνότητα της νόσου υπολογίζεται σε 1 ανά 40.000 – 70.000 στο γενικό πληθυσμό, χωρίς καμιά διαφορά προς το φύλο (Carter, 1975, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

Το παιδί προσβάλλεται από ίκτερο κατά τον τοκετό, έχει μειωμένη ανάπτυξη και εμφανίζει συμπτώματα καταρράκτη (Σταύρου, 1990). Πιο συγκεκριμένα, από τις πρώτες κι όλας μέρες παρουσιάζει σοβαρά συμπτώματα που απειλούν τη ζωή του όπως ανορεξία, εμετός, διάρροια, απώλεια βάρους, διόγκωση του ήπατος, αναιμία, υποτονία, ήδημα, νοητική καθυστέρηση κ.α. Τελικά, σύντομα επέρχεται ο θάνατος από εξάντληση, λοίμωξη ή ανεπάρκεια του ήπατος (Carter, 1975, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

Η διάγνωση της γαλακτοζαιμίας επιβεβαιώνεται με την ανεύρεση αυξημένης ποσότητας γαλακτόζης στα ερυθρά κύτταρα. Αμέσως μετά τη διάγνωση πρέπει να εφαρμοστεί στο βρέφος ειδικό διαιτολόγιο, κατά το οποίο απαγορεύεται εντελώς το γάλα. Αν η διαίτα αρχίσει έγκαιρα τα περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα εξαφανίζονται σε αντίθεση με τη νοητική καθυστέρηση (Carter, 1975, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

➤ **Αμαυρωτική Ιδιοτεία ή Νόσος των Tay – Sachs**

Πρόκειται για μια ανωμαλία που οφείλεται σε διαταραχή του μεταβολισμού των λιποειδών. Μεταβιβάζεται μόνο από γονέα σε παιδί χωρίς να μεταδίδεται ποτέ από παιδί σε παιδί. Είναι πάντοτε παρούσα στη γέννηση και δεν αποκτάται κατά τις μετέπειτα ηλικιακές περιόδους (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Η νόσος αρχίζει να εμφανίζεται κατά τον 6^ο περίπου μήνα και τα περισσότερα συμπτώματα σχετίζονται με το κεντρικό νευρικό σύστημα. Το παιδί παρουσιάζει υποτονία, αδυναμία, απάθεια, σπαστικότητα, υπερευαισθησία στα ακουστικά ερεθίσματα και προοδευτική απώλεια της όρασης. Στο τελικό στάδιο της νόσου εμφανίζονται σπασμοί, δυσφαγία και απώλεια της κινητικής ικανότητας. Κατά το 16^ο μήνα εμφανίζεται μικροκεφαλία με παράλληλη αύξηση στο μέγεθος του εγκεφάλου. Ακολουθεί η τύφλωση και η κώφωση ενώ κατά το πρώτο έτος περίπου επέρχεται ο θάνατος από διάφορες λοιμώξεις (Carter, 1975, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

➤ **Μικροκεφαλία**

Στη μικροκεφαλία η ανάπτυξη του εγκεφάλου δεν γίνεται φυσιολογικά και το κρανίο δεν αποκτά το κανονικό του μέγεθος. Αυτό συμβαίνει σχεδόν πάντα κατά τον 4^ο ή 5^ο μήνα ζωής του εμβρύου (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Τα χαρακτηριστικά των παιδιών με μικροκεφαλία είναι το μικρό κεφάλι, δωδεκάμισι τουλάχιστον εκατοστά μικρότερο του κανονικού, κωνοειδούς συνήθως

σχήματος και το χαμηλό ανάστημα (Πολυχρονοπούλου, 2001). Επίσης, έχουν μεγάλα και προτεταμένα αυτιά, στενόμακρη μύτη, καθυστέρηση στην κινητική εξέλιξη και τον κινητικό συντονισμό ενώ πραγματοποιούν γρήγορες και νευρικές κινήσεις (Μπαρδή, 1985). Χαρακτηρίζονται από μέτρια έως σοβαρή νοητική καθυστέρηση και έχουν ελάχιστες γλωσσικές ικανότητες.

Όσο αφορά τη θεραπεία της μικροκεφαλίας, αυτή γίνεται με χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και την παροχή ειδικής εκπαίδευσης, αν και καμιά ιατρική θεραπεία δεν είναι ακόμα αποτελεσματική σε μεγάλο βαθμό (Πολυχρονοπούλου, 2001).

➤ Υδροκεφαλία

Αντίθετα από την μικροκεφαλία, η υδροκεφαλία αναφέρεται στην υπερβολική ανάπτυξη του κρανίου, και αυτό οφείλεται στην αυξημένη συσσωρευμένη ποσότητα εγκεφαλονωτιαίου υγρού στο εσωτερικό του κρανίου, είτε από αδυναμία αποχέυτευσής του, είτε από υπερβολική παραγωγή του (Σταύρου, 1990).

Η πίεση που ασκείται προς την περιφέρεια παραμορφώνει το κρανίο, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πρώτης ηλικίας, όπου δεν έχει επέλθει ακόμα η οστεοσκλήρυνση. Η πίεση αυτή παρεμποδίζει την ομαλή εξέλιξη και λειτουργία των αισθητικών και κινητικών νεύρων (Φιλιπποπούλου, 1980).

Η υδροκεφαλία μπορεί να είναι επίκτητη, να οφείλεται δηλαδή σε μηνιγγίτιδες ή εγκεφαλίτιδες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της νηπιακής - παιδικής ηλικίας ή να έχει την αφετηρία της στην εμβρυϊκή περίοδο, λόγω κάποιας ενδομήτριας λοίμωξης. Η σοβαρότητα της υδροκεφαλικής νοητικής καθυστέρησης, που κλιμακώνεται σε όλες τις βαθμίδες, εξαρτάται από την αιτιολογία, από την πρόωμη ή μη εμφάνιση, από την εγκεφαλική περιοχή που πλήττεται αλλά και από την έγκαιρη αντιμετώπιση της κατάστασης (Κυπριωτάκης, 2000).

Χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι οι σπασμοί και η απώλεια της ακοής και της όρασης. Όσο αφορά τη θεραπεία, η επίκτητη υδροκεφαλία μπορεί να θεραπευτεί με τη μέθοδο της χειρουργικής επέμβασης ή της ακτινοθεραπείας, αν και κάποιες περιπτώσεις δεν ανταποκρίνονται καθόλου στη θεραπεία καταλήγοντας έτσι

σε φυσική και πνευματική φθορά που φέρνει σταδιακά το θάνατο (Πολυχρονοπούλου, 2001).

➤ **Κρετινισμός**

Ο κρετινισμός είναι αποτέλεσμα της βλάβης και ατροφίας του θυροειδή αδένου, του οποίου τα δραστικά χαρακτηριστικά περιέχουν ιώδιο. Η κακή όμως λειτουργία του θυροειδή μπορεί να μην είναι μόνο το αποτέλεσμα κακής διαίτας χαμηλής σε ιώδιο, αλλά και τραυμάτων που προκαλούν σ' αυτόν αιμορραγία ή ακόμα το αποτέλεσμα μολυσματικών ασθενειών όπως είναι η ιλαρά (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Από σωματική άποψη τα συμπτώματα είναι ποικίλα. Παρατηρείται ανεπαρκής ανάπτυξη των οστών με αποτέλεσμα την ατελή και δυσαρμονική αύξηση του σώματος. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του κρετινισμού είναι το δυσανάλογα μεγάλο κεφάλι σε σχέση με το μικρό σωματικό ανάστημα, το στενό μέτωπο, η πλακουτσωτή μύτη και η διογκωμένη γλώσσα. Το δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις, υπάρχει κινητική αδεξιότητα αλλά και ελλειπής ωρίμανση του γεννητικού συστήματος (Κυπριωτάκης, 2000). Επιπλέον χαρακτηρίζονται από αδύνατη μνήμη, υποτυπώδεις συγκινησιακές αντιδράσεις και έλλειψη ενδιαφερόντων (Σταύρου, 1990).

Στο ψυχικό τομέα τα άτομα αυτά παρουσιάζονται υποτονικά, ελάχιστα παρορμητικά και νοητικά καθυστερημένα. Η νοητική καθυστέρηση εκτείνεται σε όλες τις βαθμίδες, από την ήπια μέχρι και την βαριά, ανάλογα με το μέγεθος της προσβολής του θυροειδή αλλά και ανάλογα με την ηλικία κατά την οποία σημειώθηκε η προσβολή στο θυροειδή αδένου (Κυπριωτάκης, 2000).

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Τα περιβαλλοντικά αίτια είναι αυτά που επενεργούν σε οποιαδήποτε στιγμή μετά τη σύλληψη και μπορούν να ασκήσουν την επίδραση τους τόσο κατά την περίοδο της κύησης όσο και κατά τον τοκετό και νωρίς κατά την παιδική ηλικία. Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα περιβαλλοντικά αίτια χωρίζονται σε ομάδες, με βασικό κριτήριο της

διαίρεσης αυτής, την γέννηση. Από αυτή τη διαίρεση προκύπτουν τα προγεννητικά αίτια, τα περιγεννητικά αίτια και τέλος τα μεταγεννητικά αίτια.

ο **ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που εκτείνεται από τη στιγμή της σύλληψης μέχρι και τη γέννηση ονομάζεται προγεννητική ή εμβρυϊκή. Πρόκειται για την περίοδο της κυοφορίας, η οποία διαρκεί 280 περίπου μέρες ή 9 μήνες. Είναι μια πολύ σημαντική φάση της ζωής του ατόμου, κατά την οποία το αρχικό κύτταρο εξελίσσεται, μεταμορφώνεται και μεταβάλλεται συνεχώς, μέχρι να πάρει την τελική του ανθρώπινη μορφή. Την πορεία της ανάπτυξης αυτής, σωματικής και ψυχικής, επηρεάζουν πολλοί θετικοί και αρνητικοί παράγοντες (Κρασανάκης, 1997).

Τα προγεννητικά αίτια χωρίζονται συνήθως σε δύο κατηγορίες:

- 1) Αίτια πριν από τη σύλληψη και
- 2) Αίτια κατά τη διάρκεια της κύησης.

1. Αίτια πριν από τη σύλληψη

Η σύλληψη αποτελεί την κύρια αφετηρία των διάφορων κληρονομικών προβλημάτων, γιατί στη σύλληψη οι γονείς εφοδιάζουν τα παιδιά τους με το γενετικό δυναμικό του οργανισμού, γεγονός που θα διαδραματίσει αποφασιστικό ρόλο στη μελλοντική τους εξέλιξη (Μπαρδή, 1985).

Βασική προϋπόθεση για τη φυσιολογική εξέλιξη του παιδιού αποτελεί σίγουρα η σωματική και ψυχική υγεία των γονέων γιατί είναι μεγαλύτερη η πιθανότητα να γεννηθεί ένα νοητικά καθυστερημένο παιδί από γονείς καχεκτικούς και με χρόνιες σωματικές ή ψυχικές ασθένειες, παρά από γονείς υγιείς. Επίσης, γονείς με κλονισμένη σωματική και ψυχική υγεία δεν είναι σε θέση, λόγω των δικών τους προβλημάτων, να εξασφαλίσουν στο παιδί τους έστω κι αν αυτό γεννηθεί φυσιολογικό, ένα ευνοϊκό περιβάλλον για μια σωστή ανάπτυξη (Μπαρδή, 1985).

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες, από τη ζωή των γονέων πριν από τη σύλληψη του παιδιού είναι οι εξής:

➤ **Οι χρόνια λοιμώξεις**

Χρόνια βλενόρροια, ελονοσία, φυματίωση και ιδιαίτερα σύφιλη είναι μερικές από τις βασικότερες λοιμώξεις οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση (Μπαρδή, 1985).

➤ **Οι χρόνια δηλητηριάσεις**

Η κατάχρηση τοξικογενών ουσιών, ειδικά κατά το χρόνο που επιχειρείται η σύλληψη, είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας πρόκλησης της νοητικής καθυστέρησης. Αξίζει να αναφερθεί πως κάποια επαγγέλματα που ασκούν οι άντρες θεωρούνται άκρως επικίνδυνα, λόγω των τοξικών ουσιών με τις οποίες έρχονται σε καθημερινή επαφή. Μερικά από αυτά είναι οι μηχανικοί που εργάζονται σε συνεργεία αυτοκινήτων, οι ελαιοχρωματιστές, οι αγρότες που εκτίθενται σε εντομοκτόνα και ζιζανιοκτόνα, οι εργάτες πυρηνικών εργοστασίων κ.α (Μπαρδή, 1985).

➤ **Ο αλκοολισμός και η Μέθη**

Το αλκοόλ προκαλεί αλλοίωση, ιδιαίτερα, των σπερματικών και εγκεφαλικών κυττάρων (Μπαρδή, 1985). Σύμφωνα με έρευνες, μεγάλη ποσότητα του αλκοόλ από το αίμα της μητέρας περνά στο αίμα του εμβρύου. Τόσο πριν από τη σύλληψη όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης, το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση του εμβρυακού συνδρόμου του αλκοόλ, σύμφωνα με το οποίο καταστέλλονται οι λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος του εμβρύου προκαλώντας έτσι νοητική καθυστέρηση αλλά και ποικίλες σωματικές παραμορφώσεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

➤ **Το κάπνισμα**

Η δράση της νικοτίνης είναι πολλαπλή. Επιδρά στο ενδοκρινικό, το γαστρεντερικό, το κυκλοφοριακό και το νευρικό σύστημα. Αυξάνει τους καρδιακούς παλμούς, ανεβάζει την αιματική πίεση, επηρεάζει τη γενικότερη λειτουργία του εγκεφάλου αλλά και την έκκριση διάφορων αδένων. Ο εθισμός και ιδιαίτερα το υπερβολικό κάπνισμα αποτελούν αναμφισβήτητα σοβαρό κίνδυνο για την υγεία του ατόμου. Ο καπνιστής όμως με τη συμπεριφορά του αυτή δεν βλάπτει μόνο τον εαυτό του, αλλά και τα παιδιά του. Ο παράγοντας αυτός όπως και το αλκοόλ, επιδρά τόσο πριν από τη σύλληψη του παιδιού, όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης. Η έγκυος που καπνίζει, ουσιαστικά, υποχρεώνει το έμβρυο να καπνίζει μαζί της. Έτσι, μπορεί να γεννήσει ένα παιδί με μικρότερο, από το κανονικό, βάρος και με προδιάθεση στις βρογχοπνευμονικές παθήσεις, ενώ μπορεί να εμφανίσει αργότερα διαταραχές στην πνευματική του εξέλιξη σε συνδιασμό με νοητική καθυστέρηση (Κυπριωτάκης, 2000).

➤ **Το αντισυλληπτικό χάπι**

Η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού είναι πιθανόν να έχει επιβλαβείς επιδράσεις στο μελλοντικό έμβρυο (Μπαρδή, 1985, Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **Οι αμβλώσεις**

Η επέμβαση του γιατρού για τη διακοπή μιας κύησης, εκτός από τους κινδύνους που κρύβει για την υγεία και τη ζωή της εγκύου, είναι δυνατό να προκαλέσει τη δημιουργία μιας εχθρικής «εστίας», για το έμβρυο που θα φιλοξενηθεί αργότερα (Μπαρδή, 1985, Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **Η ασυμφωνία Ρέζους των γονέων (Rhesous)**

Ο παράγοντας αυτός, όπως και πριν από τη σύλληψη, έτσι και κατά τη διάρκεια της κύησης είναι πιθανόν να προκαλέσει τη γέννηση ενός παιδιού με νοητική καθυστέρηση .

Πρόκειται για μια πρωτεΐνη η οποία κληρονομείται και βρίσκεται στα ερυθρά κύτταρα του αίματος. Η συγκεκριμένη πρωτεΐνη είναι δυνατόν να αποτελέσει αιτία της

νοητικής καθυστέρησης κάτω από ορισμένες συνθήκες και πιο συγκεκριμένα όταν η μητέρα είναι Rh -, ο πατέρας Rh + και το έμβρυο είναι Rh + με επικρατέστερο τον παράγοντα Ρέζους του πατέρα. Στην περίπτωση αυτή, αν το εμβρυϊκό αίμα έρθει σε επαφή με το μητρικό, δημιουργούνται στο αίμα της μητέρας τόσα αντισώματα, όσα τα Rh που έλαβε από το έμβρυο. Σε μεγάλη ποσότητα εμβρυϊκών Rh + οι εξίσου μεγάλες ποσότητες αντισωμάτων της μητέρας μπορούν να καταστρέψουν τα αιμοσφαίρια του εμβρύου, οδηγώντας έτσι σε αναιμία, ίκτερο ακόμα και θάνατο (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Στην πρώτη συνήθως γέννα, το αίμα της μητέρας δεν αντιδρά αρνητικά στον παράγοντα Ρέζους του εμβρύου. Στην επόμενη όμως γέννα, το μητρικό αίμα ευαισθητοποιείται στον Rh δημιουργώντας συγκολλητικά αντισώματα που διοχετεύονται στην εμβρυακή κυκλοφορία και βλαπτουν την κύηση (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Σήμερα, η ασυμφωνία Ρέζους των γονέων εξακριβώνεται με το τεστ του Coombs και χάρη στις ιατρικές και τεχνολογικές προόδους η μητέρα σπάνια ζητείται να διακόψει την εγκυμοσύνη της (Πολυχρονοπούλου, 2001).

➤ Ορισμένα χαρακτηριστικά των γονέων

Μερικά από αυτά είναι η συγγένεια εξ αίματος καθώς και η μεγάλη ηλικία των γονέων, τα οποία αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν και τη διάρκεια της κύησης. Η μεγάλη ηλικία των γονέων σε συνδιασμό με άλλους παράγοντες, όπως ο αριθμός των προηγούμενων κυήσεων, ο αριθμός των μελών της οικογένειας, η σειρά γέννησης κ.α. επιδρά στο παιδί προκαλώντας έτσι μερικές φορές νοητική καθυστέρηση (Μπαρδή, 1985).

➤ Διάφορα νοσήματα των γονέων

Για παράδειγμα ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, η σχιζοφρένεια και η επιληψία αποτελούν νοσήματα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν αλλοιώσεις στο γεννητικό σύστημα.

➤ Ψυχολογικοί λόγοι

Σε περίπτωση που ο πατέρας ή η μητέρα δεν είναι κατάλληλα ψυχολογικά προετοιμασμένοι για τη σύλληψη του εμβρύου, μπορεί να προκληθεί ανωμαλία στην ανάπτυξη του. Τέτοιες περιπτώσεις είναι ο βιασμός, η οποιαδήποτε άλλη μορφή βίαιας συνουσίας, ο ψυχολογικός καταναγκασμός κ.α (Νιτσόπουλος, 1981). Αντίθετα, η πλήρης και ευχάριστη αποδοχή του μελλοντικού παιδιού, αρχικά από τη μητέρα και κατά δεύτερο λόγο από τον πατέρα και το υπόλοιπο περιβάλλον, δημιουργεί ευνοϊκές προϋποθέσεις για την απόκτηση ενός φυσιολογικού παιδιού. Κοινωνικά φαινόμενα, όπως μια εξώγαμη εγκυμοσύνη, ίσως δημιουργήσουν αρνητική προδιάθεση στη μέλλουσα μητέρα με αποτέλεσμα ένα πρόωρο τοκετό ή μια επιβλαβή επίδραση στη ψυχοσωματική εξέλιξη του βρέφους (Σταύρου, 1990).

Γι' αυτή την κατηγορία δεν υπάρχουν πολλά στατιστικά στοιχεία και δεν είναι λίγες οι φορές που θεωρείται ασήμαντη. Παρόλα αυτά η ψυχική προετοιμασία των γονέων συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στη χωρίς προβλήματα ανάπτυξη του εμβρύου (Νιτσόπουλος, 1981).

2. Αίτια κατά τη διάρκεια της κύησης

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η κατάσταση της μητέρας παίζει σημαντικότατο ρόλο στη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρυακού εγκεφάλου (Νιτσόπουλος, 1981). Αυτή την περίοδο, μητέρα και έμβρυο ζούν σε ένα σώμα και συνεπώς οτιδήποτε συμβεί στην μητέρα έχει άμεσο αντίκτυπο και στο έμβρυο.

Οι παράγοντες που είναι δυνατόν να παρέμβουν κατά τη διάρκεια της κύησης και να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εμβρύου είναι πολλοί. Αυτοί, έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν είτε πρόωρο τοκετό, είτε αποβολή του εμβρύου, είτε νοητική καθυστέρηση, εάν το έμβρυο επιζήσει.

Οι πιο σημαντικοί από αυτούς τους παράγοντες οι οποίοι έχουν καταστρεπτικές συνέπειες για το έμβρυο θα αναφερθούν στην συνέχεια.

➤ Μολυσματικές Ασθένειες

Η βασικότερη αιτία των προγεννητικών μολυσματικών ασθενειών που καταλήγουν σε νοητική καθυστέρηση, είναι οι διάφοροι ιοί, οι οποίοι διοχετεύονται ραγδαία από το αίμα της εγκύου στο αίμα του εμβρύου διαμέσου του πλακούντα (Μπαρδή, 1985).

Η ερυθρά είναι άκρως επικίνδυνη για το έμβρυο, αν η μητέρα προσβληθεί από αυτήν κατά τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης της, αφού μπορεί να προκληθούν σωματικές και ψυχικές ανωμαλίες. Μερικές από τις παθήσεις που μπορεί να εμφανιστούν στο έμβρυο είναι οι καρδιοπάθειες, η κώφωση, ο καταρράκτης, η μικροκεφαλία η υδροκεφαλία, παραμορφώσεις των αυτιών, μικροφθαλμία κ.α. (Κρασανάκης, 1997). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο βαθμός της νοητικής καθυστέρησης εξαρτάται από την έκταση της βλάβης του εγκεφάλου αλλά και από την περιοχή του εγκεφάλου που έχει υποστεί τη συγκεκριμένη βλάβη (Μπαρδή, 1985).

Στην περίπτωση της παρωτίτιδας, όπως και στην ερυθρά, προκαλούνται εγγενείς ανωμαλίες, αν η έγκυος προσβληθεί κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Απαραίτητος είναι ο εμβολιασμός κατά αυτών των ασθενειών. Πολλοί είναι, επίσης, αυτοί που υποστηρίζουν ότι η γρίπη της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συμβάλει στην γέννηση ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού (Μπαρδή, 1985, Παρασκευόπουλος, 1980).

Όσο αφορά την ανεμοβλογιά, αν η έγκυος προσβληθεί κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, το βρέφος θα παρουσιάσει δερματικές, σκελετικές και μυϊκές ανωμαλίες καθώς και αναπνευστική δυσφορία, επιληψία και νεφρικές και εγκεφαλικές διαταραχές (Μπαρδή, 1985). Μερικές ακόμα μολυσματικές ασθένειες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του εμβρύου είναι εγγενής σύφιλη, η ελονοσία, η λιστερίωση και η εγγενής τοξοπλάσματος.

Τα αφροδίσια νοσήματα αποτελούν ένα ιδιαίτερο είδος των μολυσματικών ασθενειών. Τέτοια περίπτωση αποτελεί η βλενόρροια. Αν η μητέρα προσβληθεί από αυτήν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπάρχει πιθανότητα κατά τον τοκετό το μικρόβιο της βλενόρροιας να μολύνει το βλενογόνο των ματιών του εμβρύου και να προκαλέσει, έτσι, μόλυνση που, αν μείνει χωρίς θεραπεία, θα έχει ως άμεση συνέπεια

την τύφλωση του παιδιού. Μολυσματικές ασθένειες είναι δυνατόν να μεταδοθούν στη μητέρα και από ζώα (Σταύρου, 1990).

➤ Φαρμακευτικά Παρασκευάσματα

Η χρήση κάθε είδους φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης ενδέχεται να αποβεί μοιραία για τη νοητική και ψυχική εξέλιξη του παιδιού. Πολλά φάρμακα προκαλούν διαταραχές στην αιματική κυκλοφορία της μητέρας και εμποδίζουν την καλή οξυγόνωση του εμβρύου. Μερικά φάρμακα που στο παρελθόν προκάλεσαν τη γέννηση παιδιών με σοβαρές ανωμαλίες είναι η θαλιδομίδη, η κινίνη, τα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά τα αντιδιαβητικά αλλά και η απλή ασπιρίνη. Χωρίς την άδεια του γιατρού, η έγκυος δεν πρέπει να παίρνει κανένα φάρμακο κατά την κύηση. Ιδιαίτερα επικίνδυνη περίοδος θεωρείται το πρώτο τρίμηνο, όπου τα διάφορα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν δυσπλασίες οργάνων, καρδιοπάθειες, κώφωση, κακή ανάπτυξη του νευρικού συστήματος με επακόλουθο τη νοητική καθυστέρηση. Τεράστιες επιπτώσεις στο έμβρυο έχει επίσης το κάπνισμα και η χρήση ναρκωτικών ουσιών από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Κρασανάκης, 1997). Συγκεκριμένα τα ναρκωτικά, εκτός από προσωρινές ή μόνιμες δυσπλασίες μπορούν να προκαλέσουν και απόφραξη στην αιματική κυκλοφορία του εμβρύου, με αποτέλεσμα την ασφυξία κατά τη διάρκεια του τοκετού ή ακόμα και μια μόνιμη διανοητική βλάβη (Μπαρδή, 1985).

➤ Δηλητηριάσεις

Ο κίνδυνος δεν προέρχεται μόνο από δηλητηριάσεις οξείας μορφής, όπως είναι οι τροφικές, αλλά και από τοξικές ουσίες που εισέρχονται στο αίμα της μητέρας τμηματικά, αλλά για μεγάλο χρονικό διάστημα, διαμέσου της αναπνευστικής κυρίως οδού, προκαλώντας καταστρεπτικές επιπτώσεις στην εξέλιξη του εμβρύου (Κυπριωτάκης, 2000).

Οι δηλητηριάσεις της μητέρας από μόλυβδο, υδράργυρο, μαγγάνιο, μονοξειδίο του άνθρακα κ.α. μπορούν να προκαλέσουν στο έμβρυο γενική ατροφία του εγκεφάλου, γλοιωμάτωση του εγκεφαλικού ιστού, εκφύλιση της λευκής ουσίας του

εγκεφάλου, βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα, κώφωση, αδυναμία και φυσικά νοητική καθυστέρηση (Μπαρδή, 1985).

➤ Ακτινοβολίες

Οι ακτινοσκοπήσεις, οι ακτινογραφίες, και οι κάθε είδους διαγνωστικές ή θεραπευτικές ακτινοβολίες προκαλούν βαρύτητατες και σχεδόν αναπόφευκτες αλλοιώσεις στο έμβρυο, έτσι ώστε να είναι μάλλον βέβαιο ότι θα προκύψει μια σοβαρή νοητική ανεπάρκεια ή άλλη ψυχική διαταραχή. Γι' αυτό το λόγο οι γιατροί συνιστούν σε παρόμοιες περιπτώσεις τη διακοπή της κύησης (Κυπριωτάκης, 2000). Παράδειγμα της επίδρασης της ακτινοβολίας αποτελεί ο πληθυσμός της Hiroshima και του Nagasaki, που όλοι γνωρίζουμε ποιά ήταν τα δραματικά αποτελέσματα των ραδιενεργών στοιχείων.

Πολλές φορές βέβαια κρίνονται αναγκαίες οι ακτίνες X ή ακτινογραφίες ραδίου στη κοιλιακή χώρα της εγκύου για θεραπευτικούς λόγους. Πολλοί ισχυρίζονται λοιπόν, ότι μικρές ποσότητες ακτίνων X και σε προχωρημένη εγκυμοσύνη δεν βλάπτουν το έμβρυο, ενώ αντίθετα μεγάλες ποσότητες και κατά τους πρώτους μήνες της κύησης είναι άκρως επικίνδυνες (Δανασής, 1978, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

➤ Τραυματισμοί

Για πολλά χρόνια επικρατούσε, και ίσως ακόμα να επικρατεί σε μερικούς, η άποψη ότι το έμβρυο μέσα στη μήτρα είναι ασφαλές και προστατευμένο από διάφορα τραύματα. Σήμερα όμως θεωρείται βέβαιο ότι κάποιοι τραυματισμοί της εγκύου στην κοιλιακή περιοχή, από διάφορα ατυχήματα, ιδιαίτερα κατά το τελευταίο στάδιο της κύησης, μπορεί να έχουν καταστρεπτικά αποτελέσματα για το έμβρυο και την εξέλιξη του. Συγκεκριμένα αν το κεφάλι του εμβρύου δεκτεί κάποιο χτύπημα, τότε το έμβρυο θα παρουσιάσει κρανιοεγκεφαλική κάκωση άρα είτε θα γεννηθεί νεκρό είτε θα πεθάνει λίγο μετά τον τοκετό (Μπαρδή, 1985).

Γι' αυτό η κοιλιακή περιοχή της εγκύου πρέπει να θεωρείται εύθικτη περιοχή και να περιβάλλεται με ιδιαίτερη φροντίδα, ώστε να αποφεύγονται οι τυχόν τραυματισμοί (Παρασκευόπουλος, 1980).

Αν τελικά το νεογέννητο παιδί επιζήσει, τα συμπτώματα που θα παρουσιάσει αργότερα αλλά και ο βαθμός της νοητικής καθυστέρησης, εξαρτώνται κυρίως από την περιοχή του εγκεφάλου που έχει υποστεί την κάκωση, αλλά και από το μέγεθος και την σοβαρότητα της κάκωσης. (Μπαρδή, 1985). Το πότε θα εμφανίσει το παιδί τα παραπάνω εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το οικογενειακό του περιβάλλον και η υποστήριξη που δέχεται από αυτό.

➤ Διατροφή της εγκύου

Η ατελής ή η μη φροντισμένη διατροφή της εγκύου είναι πιθανόν να έχει επιπτώσεις στη διανοητική εξέλιξη του παιδιού. Όταν η μητέρα υποσιτίζεται ή αντίθετα δεν τρέφεται επαρκώς, παρουσιάζεται μεγάλη συχνότητα αποβολών, πρόωρων τοκετών, γεννήσεων νεκρών παιδιών αλλά και γεννήσεων παιδιών με κακή σωματική διάπλαση και νοητική καθυστέρηση (Σταύρου, 1990).

Σημαντικές είναι επίσης και οι επιπτώσεις για την ίδια τη μητέρα όπως είναι τα νύχια που καταστρέφονται, τα δόντια που πέφτουν και τα οστά που παραμορφώνονται (Κυπριωτάκης, 2000).

➤ Η συναισθηματική ζωή της εγκύου

Πιστεύεται ότι έντονες συναισθηματικές καταστάσεις της μητέρας επηρεάζουν το έμβρυο παρά το γεγονός ότι μεταξύ τους δεν υπάρχουν νευρικές συνδέσεις (Μπαρδή, 1985).

Διάφορα συναισθήματα κινητοποιούν το αυτόματο συμπαθητικό σύστημα της μητέρας, με αποτέλεσμα την έκκριση ορμονών, οι οποίες διοχετεύονται, διαμέσου του μητρικού αίματος, στον οργανισμό του εμβρύου. Έτσι, πιστεύεται ότι, δυσάρεστα

συναισθήματα και ισχυρές συγκινήσεις της μητέρας δεν ευνοούν την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου (Σταύρου, 1990).

➤ Ο πρόωρος τοκετός

Μερικά από τα αίτια ενός πρόωρου τοκετού είναι η ηλικία της μητέρας, το υπερβολικό κάπνισμα, οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις της μητέρας, η ασυμφωνία Rh, οι διάφορες επιπλοκές της κύησης κ.α (Δανασή, 1978, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

Τα πρόωρα έμβρυα, χαρακτηρίζονται από ελλιπή σωματική και πνευματική ανάπτυξη. Πολλά από αυτά δεν καταφέρνουν να επιβιώσουν ενώ μερικά άλλα, αφού τοποθετηθούν σε θαλάμους με ειδικές συνθήκες θερμοκρασίας και πίεσης, τις γνωστές θερμοκητίδες, και κάτω από ιδιαίτερη παρακολούθηση, ολοκληρώνουν την ελλειμματική τους ανάπτυξη τρεφόμενα με ορούς (Σταύρου, 1990).

Στους αιτιολογικούς παράγοντες της νοητικής καθυστέρησης, κατά τη διάρκεια της κύησης, όπως και κατά την περίοδο πριν από τη σύληψη, ανήκουν επίσης το κάπνισμα, το αλκοόλ, η ασυμβατότητα του παράγοντα Ρέζους, αλλά και η ηλικία των γονέων, για τους οποίους έγινε ήδη αναφορά.

Σύμφωνα με όλα όσα αναφέρθηκαν είναι κατανοητό ότι η έγκυος γυναίκα, πρέπει να παρακολουθείται από τον γιατρό της καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, να αποφεύγει τη λήψη φαρμάκων, άλλων ουσιών όπως και την έκθεση σε ακτινοβολίες, να γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει από τις μολυσματικές ασθένειες, να τρέφεται σωστά και να κοιμάται επαρκώς αλλά και να προσέχει από τυχόν τραυματισμούς και ατυχήματα.

○ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Περιγεννητική ονομάζεται η περίοδος μεταξύ της 28^{ης} εβδομάδας της κύησης και του τέλους της 6^{ης} μέρας της εξωμήτριας ζωής. Στην συγκεκριμένη περίπτωση όμως τα περιγεννητικά αίτια αναφέρονται στις καταστάσεις εκείνες που μπορούν να επηρεάσουν το παιδί κατά την ώρα του τοκετού ή λίγο πριν από αυτόν και να προκαλέσουν έτσι νοητική καθυστέρηση (Μπαρδή, 1985).

Τα κυριότερα περιγεννητικά αίτια είναι τα ακόλουθα:

➤ **Βλάβες κατά τη έξοδο του εμβρύου**

Σοβαροί τραυματισμοί, πιέσεις και αιματώματα στον εγκέφαλο, κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι δυνατόν να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση.

Οι περισσότεροι τοκετοί γίνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να προηγείται το κεφάλι του παιδιού, και πιο συγκεκριμένα το οπίσθιο μέρος του. Ωστόσο, μερικές φορές, το κεφάλι είναι δυνατόν να πάρει διάφορες άλλες θέσεις κατά την έξοδο ή να προηγείται το σώμα, με αποτέλεσμα να δυσχαιρένεται η έξοδος του και να υποστεί μεγάλες πιέσεις. Εξάλλου, είναι δυνατό να υπάρχει δυσανάλογη σχέση μεταξύ του κεφαλιού του παιδιού και της λεκάνης της μητέρας με συνέπεια τα οστά του κεφαλιού να πιέζονται, να μετακινούνται, να συμπιέζουν τον εγκέφαλο και να προξενούν αιματώματα (Σταύρου, 1990).

Επίσης, αντικείμενα που υποβοηθούν τον τοκετό, μπορεί να προκαλέσουν ζημιές στο μαλακό κεφάλι του νεογέννητου. Από τον αριθμό των κυττάρων που αχρηστεύονται και από το μέρος του εγκεφάλου, που αυτά βρίσκονταν, θα εξαρτηθούν οι παρεκκλίσεις που θα παρουσιάσει στη μετέπειτα ζωή του το νοητικά καθυστερημένο άτομο (Νιτσόπουλος, 1981).

Οι κακώσεις που προκαλούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού, έχουν άμεσες επιπτώσεις όπως είναι η νεκροφάνεια, η καθυστέρηση της πρώτης αναπνοής, συσπάσεις, στοιχεία που σε συνδιασμό με όσα ήδη αναφέρθηκαν οδηγούν εκτός των άλλων και σε νοητική καθυστέρηση (Κυπριωτάκης, 2000).

➤ **Βλάβες από την ανεπάρκεια οξυγόνου – Περιγεννητική Ασφυξία**

Πρόκειται για μια μορφή εγκεφαλικής κάκωσης. Κατά τη στιγμή της γέννησης το παιδί διατρέχει τον κίνδυνο να μην μπορέσει να τροφοδοτήσει με το ανάλογο οξυγόνο τα κύτταρα του εγκεφάλου του, με αποτέλεσμα αυτά να αχρηστευθούν (Νιτσόπουλος, 1981).

Αυτοί οι κίνδυνοι οφείλονται είτε στην καθυστέρηση της πρώτης αναπνοής, είτε στην πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, είτε σε περιτύλιξη του ομφάλιου λώρου γύρω από το λαιμό του εμβρύου. Όταν δηλαδή ο ομφάλιος λώρος είναι πολύ κοντός, μπορεί κατά τον τοκετό που το έμβρυο κατεβαίνει χαμηλά, να προκληθεί πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, με αποτέλεσμα μια σοβαρή αιμορραγία. Έτσι το παιδί δεν τροφοδοτείται πλέον με αρκετό οξυγόνο από το κυκλοφοριακό σύστημα της μητέρας. Αντίθετα, όταν ο ομφάλιος λώρος είναι πολύ μακρύς, υπάρχει κίνδυνος να τυλιχθεί γύρω από το σώμα ή το λαιμό του εμβρύου, κι έτσι όταν αυτό κατέβει χαμηλά, να σφίγγεται ο ομφάλιος λώρος και το παιδί να μην έχει επαρκή τροφοδότηση αίματος και οξυγόνου (Σταύρου, 1990).

Οι καταστάσεις ασφυξίας είναι δυνατόν να προκληθούν, επίσης, είτε από βαθιά νάρκωση σε περιπτώσεις ιδιαίτερα δύσκολου τοκετού, είτε από συσπάσεις της μήτρας (Κυπριωτάκης, 2000).

Έτσι λοιπόν, ο τοκετός πρέπει να διεξάγεται σε ένα καλά εξοπλισμένο, με τα απαραίτητα μέσα, χώρο ενώ η μητέρα πρέπει πάντα να προετοιμάζεται για την γέννηση του παιδιού της και να φτάνει στον τοκετό αισιόδοξη και χωρίς άγχος.

➤ **Το χαμηλο βάρος του νεογέννητου, ιδιαίτερα κάτω από 2.500 γραμμάρια**

➤ **Τοκετός με καισαρική**

Σε περιπτώσεις καισαρικής τομής, η απότομη έξοδος του παιδιού από την κοιλιά της μητέρας του στον έξω κόσμο, λόγω διαφοράς πιέσεων, μπορεί να οδηγήσει στην καταστροφή εγκεφαλικών κυττάρων (Νιτσόπουλος, 1981).

➤ **Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας**

Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται σε περιπτώσεις αιμορραγίας πριν από τον τοκετό, σε πρόωρα νεογνά, σε νεογνά με χαμηλό βάρος αλλά και σε νεογνά που γεννιούνται με καισαρική τομή. Πολλοί είναι οι παράγοντες που πιθανόν ευθύνονται για το σύνδρομο αυτό μεταξύ των οποίων η μειωμένη πνευμονική διαστολή κατά τη γέννηση, η ανώμαλη πνευμονική κυκλοφορία. Η αναπνευστική δυσχέρεια αρχίζει να εκδηλώνεται, συνήθως, κατά τις 6 – 12 πρώτες ώρες της ζωής του νεογέννητου, με γρήγορη αναπνοή, οίδημα, εκπνευστικό γογγυσμό κ.α. Όσα από τα παιδιά με αυτό το σύνδρομο επιβιώσουν, παρουσιάζουν αργότερα, σε αρκετά μεγάλο ποσοστό, και νοητική καθυστέρηση (Ματσιανιώτη, 1972, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985).

➤ **Παρατεταμένη κύηση**

Κάποιες φορές, δεν υπολογίζονται σωστά οι ημερομηνίες τοκετού της μητέρας, με αποτέλεσμα, σε κάποιες περιπτώσεις, η κύηση να ξεπερνά τους 9 μήνες (Παπαγεωργίου, 1999). Κατά τη διάρκεια αυτή, το έμβρυο εξακολουθεί να αναπτύσσεται ενώ σε μερικές περιπτώσεις συμβαίνει το αντίθετο. Έτσι, η παρατεταμένη κύηση προκαλεί συχνά νοητική καθυστέρηση, λόγω της αδυναμίας του πλακούντα να εφοδιάζει κανονικά με οξυγόνο και τροφή ένα υπερώριμο έμβρυο (Μπαρδή, 1985).

ο **ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Ακόμα κι αν ένα παιδί γεννηθεί χωρίς καμία επιπλοκή κατά τον τοκετό, πολλοί παράγοντες απειλούν την ομαλή σωματοψυχοδιανοητική του ανάπτυξη. Δεν αποκλείεται καθόλου το γεγονός ένα παιδί να γεννηθεί φυσιολογικά και χωρίς καμία κληρονομική επιβάρυνση, κατά την πορεία όμως της ανάπτυξης του να καταστεί νοητικά καθυστερημένο.

Τα νηπιακά χρόνια του παιδιού, και πιο συγκεκριμένα μέχρι το 2^ο έτος της ζωής του, χαρακτηρίζονται ως τα σημαντικότερα στην ανάπτυξη του κάθε ατόμου. Σε αυτά τα χρόνια, το νήπιο είναι εκτεθειμένο σε πλήθος κινδύνων που επηρεάζουν

αρνητικά την ομαλή του εξέλιξη και ανάπτυξη προς την εφηβική και ώριμη ηλικία (Νιτσόπουλος, 1981).

Στα μεταγεννητικά αίτια μπορούν να ενταχθούν όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν ή και εμποδίζουν την ομαλή ανάπτυξη του νευρικού συστήματος, προκαλούν τραύματα στον εγκέφαλο και προκαλούν έτσι μικρή ή μεγάλη νοητική καθυστέρηση. Η σπουδαιότητα αυτής της κατηγορίας αιτιών επιβεβαιώνεται από παιδοψυχολόγους, παιδιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και ειδικούς παιδαγωγούς (Κρασανάκης, 1997).

Τα κυριότερα από τα αίτια αυτής της κατηγορίας είναι τα εξής:

➤ Ατυχήματα

Πρόκειται για μερικά απροσδόκητα γεγονότα, τα οποία μπορούν να βλάψουν σωματικά και πνευματικά το παιδί, και μπορούν να συμβούν σε κάθε βήμα της ζωής του.

Πιστεύεται συνήθως ότι οι πτώσεις των μικρών παιδιών είναι ακίνδυνες λόγω της πλαστικότητας που διαθέτει το σώμα τους. Σε μερικές περιοχές όμως, όπως είναι για παράδειγμα το κρανίο, η ζημιά που μπορεί να προκληθεί ίσως να είναι και καταστροφική. Έτσι από αυτή την άποψη, οι τραυματισμοί και τα ατυχήματα μπορούν να προκαλέσουν ποικίλες διαταραχές, μεταξύ αυτών και νοητική καθυστέρηση (Κυπριωτάκης, 2000).

Τα τροχαία ατυχήματα επίσης, ένα φαινόμενο που γίνεται ακόμα πιο συχνό στις μέρες μας, αποτελούν πολλές φορές αιτία για την πρόκληση αναπηριών πολλών ειδών. Ένας ακόμα παράγοντας είναι και η κακοποίηση των παιδιών από τους ενηλίκους. Γενικότερα, πρόκειται για μια απαράδεκτη συμπεριφορά προς τα ανήλικα παιδιά, η οποία μπορεί να προκαλέσει νευρολογικές κακώσεις, σκελετικές παραμορφώσεις ή παραμορφώσεις του προσώπου, ψυχολογικά προβλήματα, ακόμη και θάνατο.

Συμπερασματικά, πτώσεις του βρέφους από το κρεβάτι σε σκληρό πάτωμα, τραυματισμοί που θεωρούνται ασήμαντοι ή που δεν ανακοινώνονται στους γονείς, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνεται καμία φροντίδα, δημιουργούν πολλές φορές δυσάρεστες καταστάσεις, όπως νοητική καθυστέρηση (Κυπριωτάκης, 2000).

➤ Ασθένειες ή άλλες διαταραχές

Οι μολυσματικές και άλλες ασθένειες που προκαλούν υψηλό πυρετό και προσβάλλουν άμεσα ή έμμεσα τον εγκέφαλο, αποτελούν σοβαρό κίνδυνο πρόκλησης της νοητικής καθυστέρησης (Σταύρου, 1990). Πολλές παιδικές ασθένειες παραμένουν συχνά απαρατήρητες για μεγάλο χρονικό διάστημα, γιατί το παιδί, λόγω της ηλικίας του, δεν μπορεί να εκφραστεί και να περιγράψει τις τυχόν ενοχλήσεις που νοιώθει (Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι οξείες εγκεφαλίτιδες, που άλλοτε οφείλονται σε απροσδιόριστες μολύνσεις, άλλοτε εμφανίζονται ως επιπλοκές παιδικών νοσημάτων και άλλοτε έχουν επιδημικό χαρακτήρα, προσβάλλουν, άμεσα ή έμμεσα, τα κύτταρα του εγκεφάλου και δημιουργούν προϋποθέσεις για νοητική καθυστέρηση ή άλλες διαταραχές. Χρόνιες εγκεφαλοπάθειες, συχνά οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα (Κυπριωτάκης, 2000).

Η μηνιγγίτιδα, μια ασθένεια που εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό και εμετούς, η πολυομυελίτιδα, η ιλαρά, η παρωτίτιδα, η ανεμοβλογιά κ.α. αποτελούν νόσους οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν την ανάπτυξη του παιδιού και να συμβάλουν στην εμφάνιση κάποιας μορφής νοητικής καθυστέρησης, πάντα ανάλογα από το βαθμό της εγκεφαλικής αλλοίωσης.

➤ Δηλητηριάσεις

Εκτός από τις συνήθεις τροφικές δηλητηριάσεις, επικίνδυνη δηλητηρίαση, με δυσμενείς συνέπειες για τη σωματική ανάπτυξη του παιδιού, μπορεί να προκληθεί και από χημικές ουσίες οι οποίες περιέχονται στα χρώματα των παιδικών παιχνιδιών (Παρασκευόπουλος, 1980). Έτσι το παιδί πρέπει να προστατεύεται με σχολαστικότητα από τέτοιους κινδύνους.

Οι βασικότερες περιπτώσεις δηλητηριάσεων είναι η μολυβδίαση, η οποία προκαλεί κακοήθη αναιμία, νοητική καθυστέρηση, εγκεφαλοπάθεια, επιληπτικούς σπασμούς και εγκεφαλική παράλυση, η υδραργυρίαση, που προκαλεί βλάβη στο κεντρικό νευρικό σύστημα, η αλκοόλη, το μονοξείδιο του άνθρακα που προκαλεί αγγειακή παράλυση και γενική εγκεφαλική κάκωση και τέλος, τα βαρβιτουρικά, τα ναρκωτικά και τα ηρεμιστικά (Μπαρδή, 1985).

➤ **Κακή Διατροφή**

Κατά την παιδική ηλικία οι σωματικές και οι πνευματικές δυνάμεις του ατόμου αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό και έτσι το άτομο έχει ανάγκη από επαρκή αλλά και κατάλληλη τροφή, δηλαδή τόσο από πλευρά ποσότητας όσο και από πλευρά ποιότητας (Παρασκευόπουλος, 1980).

Ο υποσιτισμός και ιδιαίτερα η έλλειψη πρωτεΐνων, μπορεί να προκαλέσει νοητική καθυστέρηση, αν συμπέσει με κρίσιμες, για την εξέλιξη του παιδιού, περιόδους. Αυτές οι κρίσιμες περιόδους θεωρούνται το τελευταίο μέρος της προγεννητικής περιόδου και οι έξι πρώτοι μήνες της ζωής. Αυτή την περίοδο ο εγκέφαλος αναπτύσσεται ραγδαία και τα όργανα είναι περισσότερο ευάλωτα σε επιβλαβείς επιδράσεις (Carter, 1975, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985). Έτσι λοιπόν οι τροφές πρέπει να περιέχουν όλα τα απαραίτητα συστατικά που χρειάζεται ο αναπτυσσόμενος οργανισμός.

➤ **Ενδοκρινικές Ανωμαλίες**

Άλλες αιτίες οι οποίες είναι πιθανόν να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση είναι διάφορες ανωμαλίες των ενδοκρινικών αδένων. Η κυριότερη ενδοκρινική ανωμαλία που δυσχεραίνει τη νοητική ανάπτυξη είναι η υπολειτουργία του θυροειδούς αδένου (Παρασκευόπουλος, 1980). Συνέπεια αυτής της υπολειτουργίας είναι ο κρετινισμός. Κατά την περίοδο της ανάπτυξης ο κρετινισμός προκαλεί βαριά νοητική καθυστέρηση. Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη ιατρική αντιμετώπιση αυτής της ενδοκρινικής ανωμαλίας περιορίζουν τις ανεπιθύμητες συνέπειες της (Σταύρου, 1990).

➤ **Ελαττωματικά Αισθητήρια Όργανα**

Τα αισθητήρια όργανα αποτελούν το μέσο μεταβίβασης των εξωτερικών ερεθισμάτων στον εγκέφαλο. Συνεπώς βλάβες ή ελαττωματική λειτουργία των οργάνων αυτών και ειδικά της όρασης και της ακοής, μπορούν κάποιες φορές να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση. Για το λόγο αυτό τα παιδιά πρέπει να εξετάζονται τακτικά από ειδικό γιατρό για μια έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τυχόν διαταραχών των αισθητηρίων οργάνων (Μπαρδή, 1985).

➤ **Ακατάλληλο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον**

Η σπουδαιότητα του περιβάλλοντος, οικογενειακού και κοινωνικού, είναι αναμφισβήτητη για την ανάπτυξη του ατόμου. Το ποσό αλλά και το είδος των ερεθισμάτων, που δέχεται το άτομο από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον, έχει τεράστια επίδραση στη γλωσσική ανάπτυξη, στο σχηματισμό εννοιών και κρίσεων, στην όξυνση των αισθήσεων, στην εξέλιξη της δημιουργικής φαντασίας και στην απόκτηση συναισθηματικής ωριμότητας. Η έλλειψη του κατάλληλου περιβάλλοντος είναι δυνατόν να προκαλέσει σημαντική καθυστέρηση στη ψυχοπνευματική εξέλιξη του παιδιού (Παρασκευόπουλος, 1980).

Σύμφωνα με πολλές έρευνες γίνεται λόγος για την **Νοητική Καθυστέρηση Οικογενειακού – Περιβαλλοντικού τύπου ή αλλιώς Πολιτισμική – Οικογενειακή Νοητική Καθυστέρηση**, η οποία οφείλεται στις δυσμενείς επιδράσεις του περιβάλλοντος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005, Παρασκευόπουλος, 1980)

Η οικογένεια ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση στην ανάπτυξη του παιδιού, ιδιαίτερα κατά την προσχολική ηλικία. Αρχικά η μητέρα είναι αυτή που αποτελεί το πιο σημαντικό πρότυπο για το παιδί ενώ αργότερα η επίδραση του πατέρα γίνεται εξίσου ή κάποιες φορές πιο σημαντική. Τα αδέρφια συμβάλλουν κι αυτά με το δικό τους τρόπο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου (Πολυχρονοπούλου,

2001). Όταν μια μητέρα χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αστάθεια η γενικότερα δεν έχει τον απαραίτητο χρόνο να φροντίσει το παιδί της, τότε πολλές φορές κάτω από αυτές τις συνθήκες παρουσιάζονται διαταραχές στην νοητική, κινητική αλλά και συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού.

Είναι γεγονός ότι η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται από την ποσότητα αλλά και την ποιότητα των εμπειριών που αποκτά το παιδί από το έμμεσο και άμεσο περιβάλλον του (Σταύρου, 1990). Η αποδιοργάνωση της οικογένειας λόγω διαζυγίου ή διαταραγμένων σχέσεων των γονέων, οι διαπληκτισμοί των γονέων μπροστά στα παιδιά και η έλλειψη στοργής έχουν ως συνέπεια την παραμέληση των ψυχικών αναγκών του παιδιού, την απουσία επαρκών εμπειριών και κατάλληλων ευκαιριών μάθησης, την έλλειψη κάθε επιτήρησης και καθοδήγησης του παιδιού και την παραμελημένη αγωγή, με αποτέλεσμα την επιβράδυνση της γλωσσικής και νοητικής του ανάπτυξης (Παρασκευόπουλου, 1980).

Οι αισθήσεις του παιδιού πρέπει να δέχονται ερεθίσματα από την πρώτη στιγμή της γέννησης του προκειμένου να αξιοποιηθεί και να αναπτυχθεί φυσιολογικά το πνευματικό του δυναμικό. Τα νήπια επιβάλλεται να αποκτήσουν πλήθος εμπειριών μέσω αισθητηριακών ερεθισμάτων για να ικανοποιήσουν της περιέργεια και το ερευνητικό τους πνεύμα (Πολυχρονοπούλου, 2001). Όταν λοιπόν δεν συμβαίνει αυτό και τα παιδιά στερούνται τα ερεθίσματα και τα κίνητρα που συντελούν στην ανάπτυξη τους, η πιθανότητα εμφάνισης της νοητικής καθυστέρησης είναι μεγάλη.

Κοινή διαπίστωση όλων των σύγχρονων ερευνητών είναι ότι τα περισσότερα παιδιά με νοητική καθυστέρηση βρίσκονται σε οικογένειες χαμηλού κοινωνικοπολιτιστικού επιπέδου. Μέσα στις φτωχές οικογένειες δεν καλλιεργούνται με αρκετή επιτυχία οι πνευματικές προδιαθέσεις των παιδιών και δεν υποβοηθείται η αναπτυξιακή τους πορεία (Κρασανάκης, 1997). Πιο συγκεκριμένα στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις η φροντίδα της εγκύου είναι ανεπαρκής ενώ υπάρχει επίσης πολύ υψηλό ποσοστό πρόωρων τοκετών. Ανεπαρκής επίσης είναι η υγιεινή και η περίθαλψη του παιδιού, με αποτέλεσμα πολλούς ελαφρούς τραυματισμούς, ατυχήματα και δηλητηριάσεις με λανθασμένη εξέλιξη να μένουν απαρατήρητα και χωρίς ιατρική παρακολούθηση. Ένας ακόμα λόγος για την εμφάνιση της νοητικής καθυστέρησης σε τέτοιου είδους περιβάλλοντα, είναι οι περιορισμένες ευκαιρίες μάθησης. Η έλλειψη μόρφωσης των γονέων, τα ακατάλληλα γλωσσικά πρότυπα και η έλλειψη των

απαραίτητων ερεθισμάτων αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για τη συναισθηματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού (Παρασκευόπουλος, 1980). Η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού μιας στερημένης οικογένειας διαφέρει σημαντικά από τη γλωσσική ανάπτυξη παιδιών της μεσαίας ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Τα παραπάνω στοιχεία δημιουργούν πολλά προβλήματα μέσα στην οικογένεια, ψυχολογικά και κοινωνικά. Έτσι, μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον τα παιδιά νιώθουν ότι προετοιμάζονται μάλλον για αποτυχία, παρά για επιτυχία στη ζωή (Μπαρδή, 1985).

Ωστόσο, πιστεύω πως το οικογενειακό περιβάλλον γίνεται πολλές φορές η αιτία της νοητικής καθυστέρησης όχι τόσο όταν δεν υπάρχει μεγάλη οικονομική δυνατότητα αλλά όταν οι γονείς δεν θέλουν, δεν ξέρουν ή δεν μπορούν να αναλάβουν την ανατροφή του παιδιού τους.

Τα παιδιά είναι επίσης πιθανόν να επηρεαστούν νοητικά, όταν οι γονείς τους είναι νοητικά καθυστερημένοι. Σε μια οικογένεια με καθυστερημένους γονείς, οι φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού δεν ικανοποιούνται ή ικανοποιούνται στο ελάχιστο. Συχνά σε τέτοιες περιπτώσεις επικρατούν η έλλειψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η κακή διατροφή, η άγνοια των γονέων σε θέματα ανατροφής, η αποδιοργανωμένη οικογενειακή ζωή, η έλλειψη εμπειριών και ευκαιριών για μάθηση (Μπαρδή, 1985).

Όμοια είναι και η κατάσταση για τα παιδιά που στερούνται ολοκληρωτικά το οικογενειακό περιβάλλον, όπως εξώγαμα παιδιά και παιδιά που μεγαλώνουν σε διάφορα ιδρύματα, χωρίς αυτό να ισχύει για όλες τις περιπτώσεις ιδρυμάτων (Παρασκευόπουλος, 1980). Μέσα στο περιβάλλον ενός ιδρύματος, και πιο συγκεκριμένα ενός ορφανοτροφείου, χωρίς ερεθίσματα αισθητηριακά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά, δεν μπορούν να ικανοποιηθούν οι βασικές ανάγκες του παιδιού για αγάπη επιδοκιμασία αποδοχή, στοργή, ελευθερία και αυτοέκφραση, γι' αυτό και σε τέτοιες περιπτώσεις παρουσιάζονται διαταραχές του λόγου και του συναισθήματος, νοητική καθυστέρηση και άλλα προβλήματα (Μπαρδή, 1985). Στις μέρες μας όμως πιστεύω πως τα πράγματα, τουλάχιστον όσο αφορά την ιδρυματοποίηση αυτών των ατόμων, έχουν αλλάξει και τους δίνεται το απαραίτητο ενδιαφέρον και η απαραίτητη φροντίδα, ώστε να αναπτύσσονται πιο σωστά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μελετώντας τα πιθανά αίτια της νοητικής καθυστέρησης, αντιλαμβανόμαστε ότι πρόκειται για ένα δύσκολο και ταυτόχρονα ευρύ πρόβλημα. Η μονόπλευρη αντιμετώπιση της κατάστασης, δηλαδή η παραδοχή μιας μόνο κατηγορίας αιτιών αποτελεί αναμφίβολα μέγα σφάλμα. Αν δεχθούμε ότι η νοητική καθυστέρηση οφείλεται σε περιβαλλοντικά αίτια τότε αμφισβητούμε την καθοριστική επίδραση των γενετικών παραγόντων. Αντίθετα, αν δεχθούμε ότι η νοητική καθυστέρηση οφείλεται στους γενετικούς – κληρονομικούς παράγοντες, τότε παραβλέπουμε τις δυνάμεις του περιβάλλοντος.

Η νοητική καθυστέρηση ενός παιδιού είναι δυνατό να οφείλεται τόσο σε κληρονομικούς, οργανικούς, περιβαλλοντικούς ή κοινωνικούς δυσμενείς παράγοντες. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, το έμφυτο και το επίκτητο συνυπάρχουν τόσο, όσο να δυσχαιρένεται δραματικά η ξεκαθαρισμένη αιτιολογία της μιας ή της άλλης μορφής νοητικής καθυστέρησης, κι αυτό δυστυχώς δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την γενικότερη κατάσταση.

Η αναγνώριση και η γνώση των αιτιών είναι καθοριστικής σημασίας αφού από αυτό το σημείο πρέπει να ξεκινά οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική και ψυχοπαιδαγωγική προσπάθεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄

ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

Η νοημοσύνη αποτελεί ένα από τα πιο μελετημένα χαρακτηριστικά των ατομικών διαφορών των ανθρώπων. Το ευρύ περιεχόμενο και η σπουδαιότητα της για την πορεία του ανθρώπου στη ζωή έκαναν πολλούς επιστήμονες να προσπαθήσουν να

καθορίσουν την φύση της αλλά και να δημιουργήσουν τα αντίστοιχα κριτήρια για τη μέτρηση της.

Πολλοί ήταν αυτοί που προσπάθησαν να ορίσουν την έννοια της νοημοσύνης, χωρίς όμως ακόμα να έχει δοθεί ένας ορισμός που να συγκεντρώνει την ευρύτερη αποδοχή της επιστημονικής κοινότητας. Η δυσκολία στη διατύπωση ενός αποδεκτού ορισμού οφείλεται τόσο στις διαφορετικές απόψεις των θεωρητικών, όσο και στο γεγονός ότι η νοημοσύνη δεν έχει μια συγκεκριμένη υπόσταση. Αντίθετα αντιπροσωπεύει ποικίλα χαρακτηριστικά και δυνατότητες, στοιχεία τα οποία διαφέρουν από άτομο σε άτομο (Μπεζεβέγκη, 1987).

Σύμφωνα με τον Spearman «η νοημοσύνη είναι μια γενική ικανότητα «g» και μια σειρά ειδικών ικανοτήτων «s», που διευκολύνουν την κατανόηση των σχέσεων και των συσχετίσεων» (Spearman, 1904, παραπομπή από την Δαβαζόγλου-Σιμοπούλου, 1999, σελ. 39). Υποστηρίζει ότι ο παράγοντας «g» ενυπάρχει σε όλες τις γνωστικές ικανότητες και ελέγχει τη συσχέτιση των πολλών ειδικών ικανοτήτων «s» (special factors), οι οποίες συνεργάζονται σε διαφορετικό βαθμό η κάθε μια με τον «g» (Δαβαζόγλου-Σιμοπούλου, 1999).

Για τον Binet η νοημοσύνη είναι μια γενική ικανότητα του ατόμου για κατανόηση, εφευρετικότητα και επιμονή σε αντικειμενικούς στόχους και κριτική ανάλυση καθώς και πνευματική προσαρμογή σε νέες καταστάσεις (Μόττη-Στεφανίδη, 1999).

Ο Terman αναφέρεται στη νοημοσύνη ως «μια ικανότητα του ατόμου για αφηρημένη σκέψη», ενώ ο Burt κάνει λόγο για «μια έμφυτη, σταθερή, γνωστική ικανότητα» (Burt, 1955, παραπομπή από την Δαβαζόγλου-Σιμοπούλου, σελ. 39). Σύμφωνα με τον Wechsler, η νοημοσύνη είναι «μια γενική και σύνθετη ικανότητα του ατόμου να ενεργεί με βάση τους σκοπούς που θέτει, να σκέφτεται με λογικό τρόπο και να αντιμετωπίζει με επιτυχία το περιβάλλον του» (Wechsler, 1944, παραπομπή από τον Μπεζεβέγκη, 1987, σελ. 97).

Ο Piaget υποστηρίζει ότι η νοημοσύνη είναι ένα είδος βιολογικής προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον του, δηλαδή είναι αυτό που βοηθά το άτομο να γνωρίσει το περιβάλλον του και να προσαρμοστεί σε αυτό. Πρόκειται για μια κατάσταση ισορροπίας προς την οποία κατευθύνονται όλες οι διαδοχικές αισθησιοκινητικές και

γνωστικές προσαρμογές αλλά και όλες οι λειτουργικές ανταλλαγές του οργανισμού με το περιβάλλον του. Αυτό, κατα τον Piaget, επιτυγχάνεται με την συμμόρφωση, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να αλλάζει τις ήδη οργανωμένες δομές, για να μπορέσει να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του, αλλά και με την αφομοίωση, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να εντάσσει μια νέα κατάσταση στο σύνολο των δομών που ήδη κατέχει (Σταύρου, 1990).

Ο Sternberg δίνει ένα διαφορετικό ορισμό από όλους τους άλλους που μίλησαν για την νοημοσύνη. Παρουσιάζει τη νοημοσύνη ως «τρεις ξεχωριστές όμως συνεργαζόμενες νοητικές δραστηριότητες, οι οποίες επιτρέπουν στο άτομο να σχεδιάζει, να ενεργεί, να δέχεται επανατροφοδότηση και να παράγει εφύη συμπεριφορά ή πράξη» (Sternberg, 1986, παραπομπή από την Δαβαζόγλου-Σιμοπούλου, 1999. σελ. 40). Ένας ακόμη ορισμός δόθηκε από τον Gardner ο οποίος υποστηρίζει ότι «η νοημοσύνη δεν είναι μια ολική οντότητα, αλλά ένα σύνολο σχετικά αυτόνομων ικανοτήτων και νοητικών δεξιοτήτων» (Gardner, 1985, παραπομπή από την Δαβαζόγλου-Σιμοπούλου, 1999. σελ. 40).

Λόγω των αντιθέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στους διάφορους θεωρητικούς είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ο κάθε ερευνητής ορίζει τη νοημοσύνη με ένα δικό του προσωπικό τρόπο, ανάλογα από την οπτική γωνία που αντιμετωπίζει το θέμα.

ΘΕΩΡΙΕΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Με το πέρασμα των χρόνων, πολλοί επιστήμονες στον χώρο της ψυχολογίας, έχουν διατυπώσει αρκετές θεωρίες για την νοημοσύνη. Με βάση όσα θα αναφερθούν στη συνέχεια για το θέμα της νοητικής καθυστέρησης θεωρώ πολύτιμη βοήθεια να αναφερθούν μερικές από τις πιο σημαντικές θεωρίες, οι οποίες είναι οι εξής.

➤ Η ψυχομετρική Προσέγγιση

Υποστηρίζει ότι η νοημοσύνη αποτελεί μια έννοια η οποία διαφέρει ανάμεσα στα άτομα. Μέσα από το ψυχομετρικό κίνημα αναπτύχθηκε μια πρακτική κατεύθυνση με στόχο την επίλυση προβλημάτων και μια πιο θεωρητική κατεύθυνση που ασχολήθηκε με τη θεωρία της νοημοσύνης (Groth-Marnat, 1990, παραπομπή από την Κουλάκογλου, 2002).

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, οι Alfred Binet και Theodore Simon ανέπτυξαν κάποιες μεθόδους μέτρησης της νοημοσύνης οι οποίες έδιναν έμφαση στις ανώτερες πνευματικές λειτουργίες του ατόμου (Μόττη-Στεφανίδη, 1999). Πιο συγκεκριμένα, το 1904 στη Γαλλία, ο Binet ήθελε να κατασκευάσει ένα ψυχομετρικό εργαλείο, με το οποίο θα μπορούσε να μελετήσει το πρόβλημα των νοητικά καθυστερημένων ατόμων και βασικός του στόχος ήταν η ορθή ταξινόμηση τους (Κουλάκογλου, 2002).

Σύμφωνα με τον Binet, το κάθε άτομο διαθέτει μια χρονολογική ηλικία και μια νοητική ηλικία. Το πρόβλημα με τον αρχικό τρόπο εύρεσης του δείκτη νοημοσύνης, δηλαδή η διαφορά μεταξύ της νοητικής και χρονολογικής ηλικίας, ήταν η διαφορετική σημασία του για τις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Αυτό αντιμετωπίστηκε εν μέρει από τον Terman, και τελικά από τον Stern ο οποίος υπολόγισε ότι ο δείκτης νοημοσύνης

NH
ισούται με το πηλίκο (Κουλάκογλου, 2002).

Ο Thurstone υποστήριξε, ότι η νοημοσύνη συνίσταται από συγκεκριμένες και ξεχωριστές ικανότητες, τις «Πρωταρχικές Νοητικές Ικανότητες». Η θεωρία του υποστηρίζει ότι η νοημοσύνη αποτελείται από τους εξής επτά παράγοντες: προφορική ικανότητα, ευχέρια του λόγου, αριθμητική ικανότητα, χωρική ικανότητα, αντιληπτική ικανότητα, επαγωγική λογική και μνήμη (Thurstone, 1938, παραπομπή από την Κουλάκογλου, 2002).

Η θεωρία του Vernon (1950) υποστηρίζει ότι η νοημοσύνη είναι ολοκληρωμένη και συγκεντρωτική αλλά ταυτόχρονα αποτελείται και από ένα αριθμό συγκεκριμένων ικανοτήτων. Ο Guilford (1967) ανέπτυξε μια θεωρία νοημοσύνης η οποία επικεντρώνεται γύρω από συγκεκριμένες αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ διαφορετικών παραγόντων. Βασιζόμενος στις αναλύσεις του περιγράφει τη δομή της νοημοσύνης με 120 παράγοντες (Κουλάκογλου, 2002).

➤ **Νευροβιολογικές Προσεγγίσεις**

Ο Cattell (1963) κάνει λόγο για ρευστή και αποκρυσταλλωμένη νοημοσύνη ενώ ο Hebb (1972) αναφέρεται σε νοημοσύνη Α και νοημοσύνη Β. Η νοημοσύνη Α είναι έμφυτη και δεν μπορεί να μετρηθεί με τα τέστ νοημοσύνης. Η ρευστή νοημοσύνη εξαρτάται από την επάρκεια του εγκεφάλου και βοηθά το άτομο να αντιλαμβάνεται τις σχέσεις, τις ομοιότητες και τους παραλληλισμούς. Αναπτύσσεται ως τα 14 έτη και μετά τα 20 αρχίζει να παρουσιάζει μια σταδιακή κάμψη. Η νοημοσύνη Β αφορά την περιβαλλοντική διάσταση. Είναι αποτέλεσμα εμπειριών και αντανακλάται μέσα από τις συσσωρευμένες γνώσεις. Η αποκρυσταλλωμένη νοημοσύνη είναι σχετικά μόνιμη και αποτελεί το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης της ρευστής νοημοσύνης και εξωγενών παραγόντων. Εξελίσσεται μέχρι την ηλικία των 40 ετών και μετά παρουσιάζει σταδιακή πτώση (Cattell, 1963, Hebb 1972, παραπομπή από την Κουλάκογλου, 2002).

➤ **Εξελικτική Προσέγγιση.**

Ο Piaget αντιλαμβάνεται τη νοημοσύνη ως ένα εξελικτικό φαινόμενο προσαρμογής, όπου το άτομο χρησιμοποιώντας συμβολισμούς διαμορφώνει την πραγματικότητα του. Υποστηρίζει ότι η νοητική εξέλιξη δεν είναι τυχαία αλλά ακολουθεί μερικά συγκεκριμένα στάδια και ότι υπάρχουν ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στον τρόπο σκέψης των παιδιών μικρότερης ηλικίας σε σχέση με παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Θεωρεί ακόμα ότι καθώς το άτομο μεγαλώνει, αναπτύσσονται και οι γνωστικές του ικανότητες και τέλος ότι η νοητική ανάπτυξη ολοκληρώνεται προς το τέλος της εφηβείας (Κουλάκογλου, 2002). Το παιδί διέρχεται αυτά τα στάδια με σταθερή διαδοχή και το κάθε στάδιο περιέχει τα επιτεύγματα του προηγούμενου σταδίου. Το **Αισθητηριοκινητικό Στάδιο (0-2 έτη)**, περιλαμβάνει έξι διαφορετικά στάδια, τα οποία ξεκινούν με τις πρώτες αντανακλαστικές κινήσεις του νεογέννητου που σταδιακά εξελίσσονται σε απλά νοητικά σχήματα. Ακολουθεί το **Προενεργητικό Στάδιο (2-7 έτη)**, όπου εμφανίζεται ο λόγος και οι συμβολικές αναπαραστάσεις, το συμβολικό παιχνίδι. Μετά τα τέσσερα έτη το παιδί είναι ικανό για συλλογισμούς ενώ επίσης αρχίζει να αντιλαμβάνεται χρονικές έννοιες όπως το παρών και το παρελθόν.

Στη συνέχεια κατά το **Στάδιο των Συγκεκριμένων Νοητικών Ενεργειών (7-11 έτη)**, το παιδί κατακτά την έννοια της διατήρησης της ύλης, του βάρους, του όγκου, της ταχύτητας κ.α. Μαθαίνει τις αριθμητικές τάξεις και ξεφεύγει από τον εγωκεντρισμό του, αφού γίνεται πιο κοινωνικό. Τέλος, στο **Στάδιο των Τυπικών Νοητικών Ενεργειών (11 έτη και μετά)**, ο έφηβος κατανοεί το υποθετικό και το πιθανό. Μπορεί να σκέφτεται με αφηρημένες έννοιες, να σχηματίζει και να τεκμηριώνει υποθέσεις και να χρησιμοποιεί την επαγωγική λογική (Κουλάκογλου, 2002).

Ο Jerome Bruner υποστηρίζει ότι το κάθε άτομο περνά διαφορετικά στάδια απεικόνισης της εμπειρίας που έχει από τον κόσμο, χρησιμοποιώντας διαφορετικούς τρόπους σε κάθε στάδιο. Το στάδιο της **Πραξιακής Αναπαράστασης**, αφορά την προσχολική ηλικία και αποτελεί ένα τρόπο μάθησης ο οποίος στηρίζεται στη μίμηση και στην πράξη. Η **Εικονιστική Αναπαράσταση** χαρακτηρίζεται από την γρήγορη σκέψη. Η αναπαράσταση των εμπειριών από τον έξω κόσμο γίνεται με εσωτερικές πνευματικές εικόνες, χωρίς να μεσολαβούν οι κινητικές και αισθητηριακές λειτουργίες. Κατά τη **Συμβολική Αναπαράσταση**, το παιδί χρησιμοποιεί σύμβολα, τα οποία ερμηνεύουν τις εμπειρίες του, για την αναπαράσταση πληροφοριών (Δαβαζόγλου-Σιμοπούλου, 1999).

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

➤ Η θεωρία του Gardner (1983, 1993)

Αυτή η θεωρία υποστηρίζει, ότι η νοημοσύνη αποτελεί ένα σύνολο ειδικών ικανοτήτων. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει ότι υπάρχουν επτά, αυτόνομα είδη νοημοσύνης τα οποία είναι η γλωσσική νοημοσύνη, η μουσική νοημοσύνη, η λογικομαθηματική νοημοσύνη, η σωματική – κιναισθητική νοημοσύνη, η χωρική νοημοσύνη, η διαπροσωπική νοημοσύνη και η ενδοπροσωπική νοημοσύνη (Gardner, 1993, παραπομπή από την Δαβαζόγλου-Σιμοπούλου, 1999).

➤ **Η θεωρία της Carroll (1993)**

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι γνωστικές ικανότητες διαφοροποιούνται ως προς τη λειτουργία του εύρους σε τρία στρώματα: στο στρώμα III υπάρχει ο παράγοντας μιας γενικής νοημοσύνης, στο στρώμα II υπάρχουν 8 ικανότητες, οι οποίες εκπροσωπούν τα ιδιόσυστα χαρακτηριστικά του ατόμου που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του σε ένα τομέα. Στο στρώμα I υπάρχουν 69 περιορισμένες ικανότητες, οι οποίες υπάγονται στις ικανότητες του στρώματος II και οι οποίες υπάγονται στο στρώμα III (Carroll, 1993, παραπομπή από την Κουλάκογλου, 2002).

➤ **Η θεωρία του Goleman (1995)**

Πρόκειται για τη θεωρία της συναισθηματικής νοημοσύνης. Υποστηρίζει ότι η συναισθηματική επίγνωση περιλαμβάνει την αυτεπίγνωση, τον έλεγχο των παρορμήσεων, την επιμονή, την αυτοκινητοποίηση, την ενσυναίσθηση και την κοινωνική επιδεξιότητα. Καθώς το άτομο αναπτύσσεται, μαζί του αναπτύσσεται και αυτό το είδος νοημοσύνης (Goleman, 1995, παραπομπή από την Κουλάκογλου, 2002). Η γνώση των συναισθημάτων, δηλαδή η αυτεπίγνωση θεωρείται το σημαντικότερο μέρος αυτού του είδους νοημοσύνης. Σχετίζεται επίσης με τον έλεγχο των συναισθημάτων (Μόττη – Στεφανίδη, 1999).

Η ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ Η ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Η νοημοσύνη, αποτελεί μια αναπτυσσόμενη λειτουργία, όπως πολλές άλλες. Η νοημοσύνη του παιδιού όμως, διαφέρει από αυτήν ενός εφήβου αλλά και η τελευταία διαφέρει από τη νοημοσύνη ενός ενήλικα.

Πολλοί είναι οι ερευνητές που προσπάθησαν να ερευνήσουν τις ομοιότητες αλλά και τις διαφορές που παρουσιάζει η γνωστική ανάπτυξη των νοητικά

καθυστερημένων παιδιών σε σύγκριση με την γνωστική ανάπτυξη των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Έτσι με αφορμή αυτό το θέμα διατυπώθηκαν δύο θεωρίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η πρώτη θεωρία είναι η αναπτυξιακή θεωρία. Σύμφωνα με αυτήν, όλα τα παιδιά, νοητικά καθυστερημένα και μη, περνούν από τα στάδια της γνωστικής ανάπτυξης του Piaget, με την ίδια σειρά όμως με ενδεχόμενες διαφορές στο ρυθμό και στο ανώτατο στάδιο γνωστικής ανάπτυξης που κατακτούν (Hodapp & Zigler, 1995, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005).

Έτσι με βάση την αναπτυξιακή θεωρία, διατυπώνονται δύο υποθέσεις. Η υπόθεση της ίδιας σειράς υποστηρίζει ότι νοητικά καθυστερημένα παιδιά και μη, περνούν με την ίδια σειρά από τα ίδια στάδια γνωστικής ανάπτυξης. Αντίθετα, η υπόθεση της ίδιας δομής υποστηρίζει ότι τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά λειτουργούν γνωστικά με τον ίδιο τρόπο που λειτουργούν παιδιά μικρότερης χρονολογικής ηλικίας αλλά ίδιας νοητικής ηλικίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005)

Η δεύτερη θεωρία είναι η θεωρία της διαφοράς, όπου σύμφωνα με αυτήν η γνωστική ανάπτυξη των καθυστερημένων παιδιών διαφέρει και ποιοτικά από τη γνωστική ανάπτυξη των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών, κι όχι μόνο όσον αφορά το ρυθμό και το τελικό στάδιο γνωστικής ανάπτυξης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Όταν η νοητική καθυστέρηση οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, σύμφωνα με αρκετά ερευνητικά δεδομένα, υποστηρίζεται η ορθότητα της αναπτυξιακής θεωρίας. Όταν όμως η νοητική καθυστέρηση οφείλεται σε οργανικούς παράγοντες, υποστηρίζεται η ορθότητα της θεωρίας της διαφοράς, αφού στη συγκεκριμένη περίπτωση τα παιδιά αυτά έχουν ιδιαίτερα ελλείμματα σε μερικές γνωστικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα να διαφοροποιείται ποιοτικά η νοητική τους λειτουργία σε σύγκριση με τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη (Hodapp & Zigler, 1995, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005). Και σ' αυτή την περίπτωση όμως, οι απόψεις των διάφορων ερευνητών συγκρούονται.

Ένα ακόμα θέμα που αφορά τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση είναι η σταθερότητα του δείκτη νοημοσύνης και η πιθανότητα αλλαγής του καθώς το άτομο αναπτύσσεται.

Η εξέλιξη της νοημοσύνης χαρακτηρίζεται από μια απότομη άνοδο κατά την νηπιακή και παιδική ηλικία, στα 2 – 9 πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου, ενώ στη συνέχεια ακολουθεί μια πιο προοδευτική και επίπεδη μορφή ανάπτυξης. Πολλοί ήταν αυτοί που υποστήριξαν ότι η ανάπτυξη της νοημοσύνης ολοκληρώνεται μεταξύ 18 και 25 ετών και ότι μετά τα 50 χρόνια, αρχίζει να μειώνεται. Αυτές οι απόψεις δεν θεωρούνται ορθές, αφού πολλοί παράγοντες, όπως ο τρόπος διαβίωσης, η εκπαίδευση, η διατροφή κ.α. σχετίζονται με το αν η ανάπτυξη της νοημοσύνης θα συνεχιστεί ή θα σταματήσει σε μια συγκεκριμένη ηλικία (Παπαδόπουλος, 1990).

Μια άλλη άποψη είναι ότι η νοημοσύνη αναπτύσσεται σε κατακόρυφη γραμμή μέχρι και τα 15 χρόνια του ατόμου, ενώ μετά τα 30 έτη αρχίζει να παρουσιάζει κάποια μείωση, η οποία αυξάνεται όσο το άτομο πλησιάζει προς τη γεροντική ηλικία. Πολλές φορές όμως, γύρω στα 80 χρόνια η νοημοσύνη του ατόμου, από άποψη επιπέδου, έχει ξαναγυρίσει ως καμπύλη, στο σημείο απ' όπου ξεκίνησε. Το φαινόμενο αυτό όμως αποτελεί μια εξαίρεση, σε ένα πολύ μικρό ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Γενικότερα υπάρχει μια εξελικτική διαφοροποίηση της νοημοσύνης, η οποία εδηλώνεται με την αύξηση των ενδιαφερόντων σε μερικούς τομείς και με τη μείωση σε άλλους (Παπαδόπουλος, 1990).

Σε πολλές περιπτώσεις παιδιών με ήπια νοητική καθυστέρηση, παρατηρούνται αλλαγές στο δείκτη νοημοσύνης τους, ως αποτέλεσμα μιας έγκαιρης παρέμβασης η οποία βοηθά τα παιδιά να αναπληρώσουν πολλά από τα γνωστικά τους ελλείματα (Mash & Wolfe, 1999, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005). Έτσι λοιπόν με την κατάλληλη αντιμετώπιση και στον κατάλληλο χρόνο, είναι δυνατόν να αναχαιτιστεί η πορεία του προβλήματος και το άτομο να επανέλθει στη «φυσιολογική» κατάσταση (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Αναμφίβολα η δυνατότητα αλλαγής του δείκτη νοημοσύνης εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, και από την αιτιολογία της νοητικής καθυστέρησης. Έτσι, όσο αφορά την ήπια μορφή νοητικής καθυστέρησης, η δυνατότητα αλλαγής είναι δυνατή, γιατί αυτή η μορφή της νοητικής καθυστέρησης οφείλεται συχνά σε οικογενειακούς – πολιτισμικούς παράγοντες. Αυτό συμβαίνει γιατί τα ελλείματα που οφείλονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες μπορούν πιο εύκολα να αλλάξουν, αφού αλλάξουν έγκαιρα οι παράγοντες που τα προκάλεσαν, απ' ότι μπορούν να αλλάξουν τα ελλείματα που οφείλονται σε οργανικά αίτια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Ένας

ακόμα παράγοντας που ενδέχεται να επηρεάσει τη σταθερότητα του δείκτη νοημοσύνης είναι και τα χαρακτηριστικά μερικών συνδρόμων, τα οποία επιδρούν άμεσα στον συγκεκριμένο τομέα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Είναι λοιπόν κατανοήτο ότι πολλοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του δείκτη νοημοσύνης αλλά και στο πως αυτός λειτουργεί στην περίπτωση των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. Η αξιολόγηση της νοημοσύνης και της προσαρμοστικής ικανότητας γίνεται με τη χρήση διάφορων tests, στα οποία θα αναφερθούμε πιο εκτενέστερα στο κεφάλαιο που αναφέρεται στη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ΄

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης δεν αποτελεί ένα εύκολο έργο. Αντίθετα πρόκειται για μια πολύπλευρη και πολύπλοκη ερευνητική διαδικασία, χωρίς την οποία κάθε συμπέρασμα κινδυνεύει να χαρακτηριστεί ως επιφανειακό και μη έγκυρο (Κρασανάκης, 1997). Στόχοι της διάγνωσης είναι η αξιολόγηση των νοητικών ικανοτήτων του παιδιού, η οποία επιτυγχάνεται με τη χρήση διάφορων ψυχομετρικών κλιμάκων, αλλά και η εκτίμηση των προσαρμοστικών προβλημάτων του παιδιού, διαδικασία πιο πολύπλοκη, αφού προϋποθέτει τη συλλογή πολλών πληροφοριών (Μπεζεβέγκης, 1987).

Αρχικός σκοπός της διάγνωσης είναι η ύπαρξη ή μη της νοητικής καθυστέρησης. Δηλαδή, σε αυτή τη φάση κρίνεται απαραίτητη η συγκέντρωση και η αξιολόγηση διάφορων πληροφοριών που αφορούν την νοητική ανάπτυξη και κοινωνική ωριμότητα του παιδιού. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί ως νοητικά καθυστερημένο όταν παρουσιάζει σημαντικό βαθμό ανεπάρκειας, σε ταυτόχρονα δύο τομείς, την νοημοσύνη και την κοινωνική προσαρμοστικότητα. Έτσι, ανάλογα με το ρυθμό ανάπτυξης του ατόμου σε αυτούς

τους τομείς καθορίζεται σε ποιά από τις μορφές καθυστέρησης ανήκει το άτομο (Παρασκευόπουλος, 1980).

Είναι γεγονός πως πάντα πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί πρωτού χαρακτηρίσουμε ένα παιδί ως νοητικά καθυστερημένο, κι αυτό γιατί όσο κι αν φαινομενικά δείχνει να ανήκει σε αυτή τη κατηγορία, η κατάσταση του μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών άλλων διαταραχών (Κυπριωτάκης, 2000). Γι' αυτό, στις περιπτώσεις όπου τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά της νοητικής καθυστέρησης δεν είναι τόσο εμφανή, η διαπίστωση της διαταραχής απαιτεί τη συλλογή και την αξιολόγηση ποικίλων πληροφοριών.

Όσο πιο ελαφρά είναι η μορφή της νοητικής καθυστέρησης, τόσο πιο δύσκολη είναι και η διάγνωση της διαταραχής. Ακόμα πιο δύσκολη γίνεται στην περίπτωση μικρών παιδιών, ιδιαίτερα κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία. Δυσκολία μπορεί να προκύψει επίσης, και με τη χρήση των διαγνωστικών εργαλείων, τα οποία σε μικρές ηλικίες είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθούν. Πρίν από την ηλικία των 3 – 4 ετών η ψυχολογική εξέταση ενός παιδιού, δεν μπορεί να οδηγήσει σε έγκυρα αποτελέσματα. Γι' αυτό για τη συγκεκριμένη περίοδο, η καλύτερη μέθοδος διάγνωσης είναι η γονεϊκή, ψυχολογική και παιδαγωγική παρατήρηση (Κρασανάκης, 1997).

Ακόμα κι αν η ύπαρξη της νοητικής καθυστέρησης δεν αποτελεί ένα αμφισβητήσιμο γεγονός, οι ειδικοί δεν πρέπει ποτέ να βιαστούν στην πρόγνωση τους. Επίσης, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, όσο πιο νωρίς διεξαχθεί η διάγνωση, τόσο πιο καλές είναι οι προοπτικές της πρόγνωσης (Κυπριωτάκης, 2000).

Η διάγνωση αποτελεί την αφετηρία για την κατάρτιση και εφαρμογή ενός κατάλληλου θεραπευτικού προγράμματος. Έτσι η κλινική αξιολόγηση του ατόμου είναι απαραίτητη. Κατά την κλινική αξιολόγηση γίνεται εκτίμηση των ειδικών ικανοτήτων και ανεπαρκειών του παιδιού σχετικά με τη νοητική και συναισθηματική του ανάπτυξη, την κοινωνική του προσαρμογή αλλά και τη σχολική επίδοση, με σκόπο τον καθορισμό των δυνατοτήτων θεραπείας και εκπαίδευσης για την κατάρτιση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος (Παρασκευόπουλος, 1980).

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοητικής Υστέρησης η αξιολόγηση της νοητικής καθυστέρησης πρέπει να ακολουθεί τρία στάδια. Αρχικά γίνεται η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης, ακολουθεί η λεπτομερής αξιολόγηση των

δυνατοτήτων και αδυναμιών του ατόμου και τέλος, καθορίζεται το επίπεδο υποστήριξης που χρειάζεται (AAMR, 1992, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005).

Πρέπει λοιπόν η διάγνωση να καθορίζει αν ένα παιδί έχει νοητική καθυστέρηση ή όχι, να δίνει τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τα αίτια της νοητικής καθυστέρηση του ατόμου, να παρέχει μια πρόγνωση των δυνατοτήτων εξέλιξης και προσαρμοστικής ικανότητας του παιδιού και μέσα από όλες αυτές τις πληροφορίες να καθορίζει την δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού προγράμματος μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του παιδιού.

Η νοητική υστέρηση αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο. Έτσι, για να είναι η διάγνωση πιο συστηματική και έγκυρη, πρέπει ειδικοί επιστήμονες να συνεργάζονται μεταξύ τους, δηλαδή να συγκροτήσουν μια διαγνωστική ομάδα, η οποία συνήθως περιλαμβάνει ένα γιατρό, συνήθως παιδίατρο ή παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και ένα ειδικό παιδαγωγό. Η διαδικασία της διάγνωσης είναι προτιμότερο να γίνεται σε κατάλληλα εξοπλισμένα διαγνωστικά κέντρα (Κυπριωτάκης, 2000).

Αφού το κάθε μέλος της διαγνωστικής ομάδας συγκεντρώσει τις απαραίτητες πληροφορίες, τότε συνεδριάζουν όλοι μαζί για το τελικό τους πόρισμα, το οποίο όμως δεν πρέπει ποτέ να είναι οριστικό. Λόγω της διαρκούς αναπτυξιακής μεταβολής της συμπεριφοράς του παιδιού, αλλά και της πιθανότητας λάθους κατά την πρώτη διάγνωση, κρίνεται απαραίτητη η κατά διαστήματα επανάληψη της εξέτασης του παιδιού (Κρασανάκης, 1997). Όσο πιο μικρό είναι το παιδί, τόσο πιο συχνά πρέπει να επαναλαμβάνεται η όλη διαδικασία. Πιο συγκεκριμένα, κατά την προσχολική ηλικία η διάγνωση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 6 ή 12 μήνες, ενώ κατά τη σχολική ηλικία κάθε δεύτερο ή τρίτο έτος (Παρασκευόπουλος, 1980).

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Απαραίτητη προϋπόθεση για την πλήρη κλινική εικόνα ενός νοητικά καθυστερημένου ατόμου αποτελεί η συλλογή πληροφοριών από μια πληθώρα τομέων. Οι πληροφορίες αυτές αναφέρονται στο ιστορικό και στην παρούσα κατάσταση, τόσο του παιδιού όσο και της οικογένειας του.

Το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού ασκεί άμεση και συχνή επίδραση σ' αυτό. Γι' αυτό λοιπόν το λόγο η μελέτη του, παρέχει σημαντικά στοιχεία και πολλές φορές ερμηνεύει τις συνθήκες που προκάλεσαν την νοητική καθυστέρηση.

Η συλλογή πληροφοριών από το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να ακολουθεί μερικά κριτήρια εκ των οποίων τα σημαντικότερα είναι τα εξής: η έρευνα αυτή πρέπει να γίνεται από άτομα κατάλληλα εκπαιδευμένα, τα οποία γνωρίζοντας τις δυσκολίες της κατάστασης να σχηματίζουν μια όσο το δυνατόν πληρέστερη και αντικειμενική εικόνα του θέματος. Επίσης, το άτομο που διενεργεί την έρευνα αυτή πρέπει να κατανοεί το πνεύμα αλλά και το σκοπό της και τέλος οι πληροφορίες που απαιτούνται θα συγκεντρωθούν είτε με την άμεση παρατήρηση είτε με τις διακριτικές, σαφείς και συγκεκριμένες ερωτήσεις προς τα άμεσα ενδιαφερόμενα άτομα (Κυπριωτάκης, 2000).

Οι παράγοντες που απαιτούν τη συλλογή πληροφοριών για τη μελέτη του ιστορικού και της παρούσας κατάστασης της οικογένειας είναι πολλοί. Αρχικά θα πρέπει να διερευνηθούν τα συναισθήματα και η στάση που έχουν οι γονείς αλλά και η υπόλοιπη οικογένεια απέναντι στο νοητικά καθυστερημένο παιδί. Δηλαδή πρέπει να συλλεχθούν πληροφορίες σχετικά με το ενδιαφέρον και τη φροντίδα της οικογένειας όσο αφορά τη σωματική ακεραιότητα, την πνευματική πρόοδο και την κοινωνική προσαρμογή του παιδιού. Επίσης να ερευνηθεί το γεγονός αν η οικογένεια παρείχε στο παιδί τις κατάλληλες και απαραίτητες ευκαιρίες για μάθηση αλλά και τα κατάλληλα ερεθίσματα για ανάπτυξη. Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, η πιθανή ύπαρξη άλλων προβλημάτων, η οικονομική κατάσταση αλλά και η κοινωνική προβολή της οικογένειας είναι μερικές ακόμα χρήσιμες πληροφορίες. Επιπλέον, πρέπει να ερευνηθεί το γενεαλογικό δέντρο της οικογένειας, ώστε να διαπιστωθεί η πιθανή ύπαρξη κι άλλων περιπτώσεων νοητικής καθυστέρησης (Παρασκευόπουλος, 1980).

Το εξελικτικό ατομικό ιστορικό του παιδιού περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με την σωματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού καθώς και στοιχεία που

αφορούν τη σχολική πρόοδο. Οι πληροφορίες αυτές ωστόσο μπορούν να συλλεχθούν και από τους γονείς αλλά και τους δασκάλους του παιδιού (Μπεζεβέγκη, 1987).

Όσο αφορά τη σωματική ανάπτυξη, οι πληροφορίες που συλλέγονται αφορούν τις ασθένειες που πέρασε μέχρι τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή το άτομο κατά τη παιδική ηλικία, τη διάρκεια της κάθειας και τις επιπτώσεις που είχαν στον παιδί. Επίσης, ερευνάται το γεγονός αν το παιδί, κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του, ζούσε σε ένα υγιεινό περιβάλλον, τρεφόταν σωστά και επαρκώς και κατά πόσο παρουσιάστηκαν σωματικά ελαττώματα, αναπηρίες ή αισθητηριακές βλάβες αμέσως μετά τη γέννηση του ή κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, και τότε αυτές θεραπεύτηκαν. Το ιστορικό του τοκετού αποτελεί ένα σημαντικό σημείο στην έρευνα του ιστορικού του παιδιού και αναφέρεται στο αν η κύηση ήταν ολοκληρωμένη ή υπήρχε πρόωρος τοκετός και αν ο τελευταίος ήταν δύσκολος και έγινε κάτω από ειδικές συνθήκες (Κυπριωτάκης, 2000, Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται, σχετικά με την κοινωνική ανάπτυξη, αναφέρονται στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού, στην επαφή και συνεργασία του με άλλα παιδιά, ποιά παιχνίδια έπαιζε και αν συναναστρεφόταν με συνομήλικα, μεγαλύτερα ή μικρότερα παιδιά. Επιπλέον ερευνάται το γεγονός της ύπαρξης υπερβολικής προσκόλλησης στην οικογένεια, σε ένα άτομο ή άτομα συγκεκριμένου φύλου, της πιθανής επιθετικής συμπεριφοράς ή της ύπαρξης εγκληματικών τάσεων (Παρασκευόπουλος, 1980).

Σχετικά με τη νοητική ανάπτυξη του παιδιού, συλλέγονται πληροφορίες οι οποίες αφορούν την ανάπτυξη των κινητικών και αντιληπτικών ικανοτήτων του παιδιού καθώς και των υπόλοιπων γνωστικών λειτουργιών. Σημαντικές είναι στο σημείο αυτό οι πληροφορίες που αναφέρονται στο πότε περπάτησε το παιδί, πότε μίλησε και πότε μπορούσε να εξυπηρετεί μόνο του τον εαυτό του και τις ανάγκες του. Έτσι με αυτές τις πληροφορίες μπορούμε να γνωρίζουμε το ρυθμό εξέλιξης του νευρικού συστήματος (Παρασκευόπουλος, 1980).

Τέλος, όσο αφορά τον τομέα της σχολικής επίδοσης, συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με την φοίτηση του παιδιού, κατά πόσο αυτή ήταν ελλειπής ή επαρκής, αν απορρίφθηκε στα πλαίσια του σχολείου, αν φοίτησε σε ειδική τάξη, σε ποιά μαθήματα είχε την καλύτερη απόδοση και ποιά ήταν η στάση του ίδιου απέναντι στη σχολική εμπειρία (Παρασκευόπουλος, 1980).

Η παρούσα κατάσταση είναι πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της διαγνωστικής εικόνας του παιδιού. Στη συγκεκριμένη φάση διενεργείται μια σειρά εξετάσεων από τα μέλη της διαγνωστικής ομάδας. Έτσι, ελέγχεται η σωματική υγεία και η σωματική εξέλιξη του παιδιού, εξετάζεται δηλαδή η κατασκευή του σώματος και εντοπίζονται τυχόν ασυνήθιστες παραμορφώσεις και ανωμαλίες της δομής του σώματος. Επιπλέον, ελέγχεται η πληρότητα και η ποιότητα ανάπτυξης του νευρικού συστήματος, γίνεται έλεγχος των αισθητήριων οργάνων και εντοπίζονται τυχόν ανωμαλίες στην κίνηση και στο συντονισμό τους, συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με μολυσματικές ή χρόνιες ασθένειες, υπολειμματικές ή υπερλειμματικές των ενδοκρινικών αδένων καθώς και πληροφορίες σχετικά με πιθανές ανωμαλίες του μεταβολισμού. Στο σημείο αυτό γίνονται διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις, όπως ανάλυση αίματος, χρωμοσωμική ανάλυση, εξέταση του εγκεφάλου κ.α (Παρασκευόπουλος, 1980).

Επόμενο βήμα είναι η έρευνα στον ψυχολογικό τομέα, όπου αξιολογείται το επίπεδο ανάπτυξης των κινητικών και αντιληπτικών ικανοτήτων, της νοημοσύνης και των υπόλοιπων γνωστικών λειτουργιών, καθορίζεται ο βαθμός ενεργητικότητας και η διάρκεια και ένταση της προσοχής, αξιολογείται η μνήμη, η αντοχή και η κόπωση, η γλωσσική ανάπτυξη, η δημιουργική και κριτική σκέψη, το είδος, η ποιότητα και η ένταση των συναισθημάτων και των συναισθηματικών αντιδράσεων, ο γενικότερος τρόπος συμπεριφοράς, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι μηχανισμοί άμυνας του ατόμου κ.α (Παρασκευόπουλος, 1980).

Κατά την παρούσα κατάσταση, αξιολογείται επίσης και η κοινωνική προσαρμογή του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με την ικανότητα του παιδιού να ανταποκρίνεται επαρκώς στις απαιτήσεις του κοινωνικού συνόλου. Στο σημείο αυτό όμως απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, αφού πολλά στοιχεία ανεπαρκούς κοινωνικής προσαρμογής παρουσιάζονται και σε άλλες κατηγορίες παιδιών, κι όχι μόνο στα νοητικά καθυστερημένα παιδιά. Η ψυχοσεξουαλική εξέλιξη του παιδιού αποτελεί μια ακόμη περιοχή συλλογής πληροφοριών, αφού συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με το ενδιαφέρον του ατόμου προς το αντίθετο ή ίδιο φύλο, σχετικά με το αν το άτομο επιδιώκει τη σεξουαλική συναναστροφή ή, ακόμα, αν παρουσιάζει κάποιο είδος ανώμαλης σεξουαλικής συμπεριφοράς (Παρασκευόπουλος, 1980). Τέλος, συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με την παρούσα σχολική επίδοση.

Σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί είναι κατανοητό ότι για την διεξαγωγή μιας ορθής διάγνωσης απαιτείται η συγκέντρωση πληροφοριών και η αξιολόγηση τους από όλους τους τομείς της εξέλιξης του παιδιού καθώς και τους τομείς του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Όλες αυτές οι πληροφορίες βρίσκονται σε συνάρτηση πολλών παραγόντων κάνοντας το έργο της διαγνωστικής ομάδας ακόμα πιο δύσκολο.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης είναι ένα πολύ σημαντικό γεγονός, τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για το περιβάλλον του. Λόγω της απαιτούμενης αξιολόγησης πολλών παραγόντων στη ζωή του παιδιού, η διάγνωση δεν είναι καθήκον ενός μόνο ειδικού, αλλά μιας ομάδας ειδικών επιστημόνων. Αυτοί, αποτελούν την διαγνωστική ομάδα η οποία, πιο συγκεκριμένα αποτελείται από ένα γιατρό, παθολόγο, παιδίατρο ή παιδοψυχίατρο, ένα ψυχολόγο, ένα κοινωνικό λειτουργό, ένα ειδικό παιδαγωγό ή επαγγελματικό σύμβουλο και ένα λογοθεραπευτή.

Η παρουσία ενός παιδίατρου είναι σημαντική, ιδιαίτερα στην περίπτωση παιδιών προσχολικής ηλικίας. Αντίθετα σε παιδιά σχολικής ηλικίας, κρίνεται απαραίτητη η παρουσία ενός παιδοψυχίατρου (Παρασκευόπουλος, 1980).

Ο γιατρός είναι υπεύθυνος για την παιδιατρική εξέταση αλλά και για την αξιολόγηση του γενικότερου έργου της διαγνωστικής ομάδας (Μπαρδή, 1985). Θα ερευνήσει την κληρονομικότητα και θα εξετάσει τη σωματική κατάσταση του παιδιού (Κρασανάκης, 1997). Θα συγκεντρώσει από τους γονείς, όπως ήδη αναφέρθηκε, γενετικές πληροφορίες, πληροφορίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό της μητέρας, πληροφορίες για τυχόν ασυμφωνία του παράγοντα Ρέζους αλλά και πληροφορίες για τα πιο σημαντικά ιατρικά επεισόδια στη ζωή του παιδιού (Μπαρδή, 1985).

Επίσης, ένας παιδοψυχίατρος θα αξιολογήσει τις εργαστηριακές εξετάσεις και θα διενεργήσει μια ψυχιατρική εξέταση στην προσπάθεια του να εντοπίσει τυχόν διαταραχές της προσωπικότητας. Ο τρόπος με τον οποίο ο γιατρός θα αντιμετωπίσει τους γονείς είναι πολύ σημαντικός και επηρεάζει το μέλλον της οικογένειας και του παιδιού. Ένας παιδίατρος όμως δεν μπορεί να αντικαταστήσει τα υπόλοιπα μέλη της διαγνωστικής ομάδας. Αυτό πολλές φορές έχει σαν αποτέλεσμα τη μη ικανοποιητική πρώτη επαφή του γιατρού με τους γονείς, δημιουργώντας τους άγχος και σύγχυση. Έτσι, μόλις ο παιδίατρος εντοπίσει ανωμαλίες στην νοητική ανάπτυξη του παιδιού είναι καλό να στείλει τους γονείς σε ένα κοντινό διαγνωστικό κέντρο ώστε να αξιολογηθεί πλήρως η κατάσταση του παιδιού από κάθε άποψη (Παρασκευόπουλος, 1980).

Ο ψυχολόγος είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση της νοητικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού αλλά και της κοινωνικής του προσαρμογής. Έτσι, χρησιμοποιεί διάφορες ψυχομετρικές κλίμακες, στις οποίες θα αναφερθούμε στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου. Αρμοδιότητα του ψυχολόγου είναι επίσης η καθοδήγηση της οικογένειας ώστε να αντιμετωπίσει κάποια πιθανά ενδοοικογενειακά και διαπροσωπικά προβλήματα που ίσως προκύπτουν λόγω της ύπαρξης ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού (Παρασκευόπουλος, 1980). Επιπλέον, είναι υπεύθυνος για την ανακοίνωση και την ερμηνεία των πορισμάτων του σε όλα τα μέλη της διαγνωστικής ομάδας και ιδιαίτερα στους γονείς του παιδιού (Μπαρδή, 1985).

Ο κοινωνικός λειτουργός, είναι το άτομο το οποίο αναλαμβάνει να αξιολογήσει το συναισθηματικό κλίμα που χαρακτηρίζει την οικογένεια ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού. Καθήκον του είναι επίσης, να βοηθήσει όλα τα μέλη της διαγνωστικής ομάδας να αντιληφθούν τις επιπτώσεις που έχει η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης, στο σύνολο της οικογένειας (Μπαρδή, 1985). Επιπρόσθετα, αναλαμβάνει να βοηθήσει τους γονείς να αποδεχθούν την διάγνωση και την κατάσταση του παιδιού τους με ψυχραιμία, γεγονός που απαιτεί επιδεξιότητα, λεπτό χειρισμό αλλά και σθένος (Παρασκευόπουλος, 1980).

Ο ειδικός παιδαγωγός αποτελεί το συνδετικό στοιχείο ανάμεσα στη διαγνωστική ομάδα και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Είναι ο υπεύθυνος για την πραγματοποίηση της διάγνωσης στην εκπαιδευτική πράξη, δηλαδή είναι ο αρμόδιος για την τοποθέτηση του παιδιού στο κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο αλλά και

αρμόδιος για την εκπόνηση ενός θεραπευτικού προγράμματος, προσαρμοσμένου στις δυνατότητες του παιδιού. Μερικές φορές, αναλαμβάνει, σε συνεργασία με τον ψυχολόγο, να ανακοινώσει και να ερμηνεύσει τα πορίσματα της διαγνωστικής ομάδας στους γονείς του παιδιού, σχετικά με την κατάσταση του αλλά και την μελλοντική αντιμετώπιση των προβλημάτων του (Μπαρδή, 1985, Παρασκευόπουλος, 1980).

Η ερμηνεία των πορισμάτων στους γονείς είναι ένα θέμα που απαιτεί πολύ προσεκτικό χειρισμό από τους ειδικούς. Αρχικά θα πρέπει να αναζητηθεί μια ορολογία για την κατάσταση του παιδιού, η οποία να γίνει κατανοητή από τους γονείς χωρίς όμως να τους πανικοβάλλει. Στη συνέχεια οι ειδικοί επιστήμονες θα πρέπει να εξηγήσουν στους γονείς τους λόγους για τους οποίους το παιδί τους βρίσκεται στη συγκεκριμένη κατάσταση. Ακολουθεί το θέμα της πρόγνωσης, όπου οι γονείς θα πρέπει να ενημερωθούν ότι το παιδί τους θα παρουσιάσει μεν κάποια βελτίωση, όμως το πρόβλημα θα παραμείνει μέχρι ένα βαθμό για την υπόλοιπη ζωή του. Είναι απαραίτητο οι γονείς και οι ειδικοί να μιλήσουν αλλά και να αποφασίσουν ποιός θα ήταν ο πιο ορθός τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης, από κοινωνική αλλά και εκπαιδευτική άποψη. Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας αποτελεί ακόμα ένα σημαντικό θέμα το οποίο απαιτεί ειδικό χειρισμό και για το οποίο η βοήθεια της διαγνωστικής ομάδας κρίνεται αναγκαία (Μπαρδη, 1985).

Σε μια έρευνα των Svarstad & Levens Lipton (1977) σχετικά με την ενημέρωση των γονέων για τη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη φύση της επαγγελματικής επικοινωνίας και στη θέληση των γονέων να δεχθούν τη διάγνωση για το νοητικά καθυστερημένο παιδί τους. Πιο συγκεκριμένα οι γονείς που είχαν συγκεκριμένη, ξεκάθαρη και άμεση επικοινωνία με τους ειδικούς ήταν πιο έτοιμοι να δεχθούν τη διάγνωση. Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν βρέθηκε σημαντική σχέση ανάμεσα στην αποδοχή της διάγνωσης από τους γονείς και στα χαρακτηριστικά του παιδιού, τα δικά τους ή των επαγγελματιών (Svarstad & Levens Lipton, 1977)

Η ανακοίνωση των πορισμάτων στους γονείς είναι ένα δύσκολο έργο το οποίο απαιτεί χρόνο. Έτσι οι γονείς και η διαγνωστική ομάδα θα πρέπει να έχουν τακτικές συναντήσεις όπου θα συζητούν για την κατάσταση του παιδιού, θα εκφράζουν τα συναισθήματα και τις απορίες τους σχετικά με τη μελλοντική εξέλιξη του παιδιού τους. Αξίζει να τονιστεί το γεγονός πως για να διεξαχθεί μια σωστή διάγνωση, η

συνεργασία που απαιτείται ανάμεσα στους διάφορους ειδικούς επιστήμονες πρέπει να χαρακτηρίζεται από αλληλοκατανόηση και πάνω απ' όλα επαγγελματισμό.

Συμπερασματικά, μερικές από τις κατευθυντήριες γραμμές για την ανακοίνωση μιας διάγνωσης για νοητική καθυστέρηση αλλά και γενικότερα για μια αναπηρία είναι οι ακόλουθες. Αρχικά η διάγνωση πρέπει να γίνεται από ένα ειδικό επαγγελματία και όσο το δυνατόν συντομότερα. Πρέπει να απευθύνεται και προς τους δύο γονείς μαζί και να γίνεται ιδιαιτέρως, σε ένα κατάλληλο χώρο όπου δεν θα ενοχλούνται από εξωτερικούς θορύβους. Επίσης θα πρέπει να γίνεται ευθέως και να δίνεται στους γονείς όσος χρόνος επιθυμούν για να κάνουν ερωτήσεις και να συζητήσουν το θέμα. Είναι καλό να δίνεται μια γραπτή περίληψη στους γονείς που θα περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του παιδιού, πληροφορίες για διάφορους φορείς βοήθειας και γενικότερα πληροφορίες οι οποίες θα τους φανούν χρήσιμες, Πάνω από όλα όμως η διάγνωση πρέπει να γίνεται με συμπάθεια, φροντίδα και ανθρωπιά.

ΨΥΧΟΤΕΧΝΙΚΑ ΜΕΣΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Εδώ και πολλά χρόνια, διάφοροι ψυχολόγοι προσπαθούν να αξιολογήσουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις διαστάσεις της. Έτσι, αποτέλεσμα αυτών των πολύχρονων προσπαθειών, ήταν η κατασκευή διάφορων ψυχομετρικών εργαλείων, κλιμάκων, για την μέτρηση και αξιολόγηση της νοημοσύνης, της προσωπικότητας, της σχολικής επίδοσης, των ειδικών ικανοτήτων κ.α.

Στα νοητικά καθυστερημένα άτομα η διαδικασία της αξιολόγησης, συχνά παρεμποδίζεται λόγω των πιθανών δυσκολιών στην αντίληψη και στην έκφραση του λόγου, αλλά και της πιθανής ύπαρξης ψυχικών, συμπεριφορικών και αισθητηριακών διαταραχών. Μερικοί ακόμη παράγοντες οι οποίοι είναι δυνατόν να παρεμποδίσουν ή να επηρεάσουν την αξιολόγηση είναι η ικανότητα του ατόμου να χειριστεί την πρόκληση και την απογοήτευση, αλλά και οι κοινωνικές απαιτήσεις της όλης διαδικασίας (Παπαγεωργίου, 2005).

Η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς είναι επίσης απαραίτητη, λόγω των σημαντικών πληροφοριών που παρέχει όσο αφορά την ικανότητα του ατόμου να αξιοποιήσει τις νοητικές δεξιότητες που διαθέτει, στα πλαίσια της καθημερινότητας του. Η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στη νοητική λειτουργία και στην

προσαρμοστική συμπεριφορά αποτελεί ένδειξη της ανάγκης για θεραπευτική προσέγγιση αλλά και εκπαίδευση (Παπαγεωργίου, 2005).

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στα σημαντικότερα τέστ που χρησιμοποιούνται και σήμερα για τη διάγνωση και την αξιολόγηση των νοητικά καθυστερημένων παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, όσο αφορά τους τομείς της γενικής νοημοσύνης, των ειδικών λειτουργιών, της κοινωνικής ωριμότητας, της προσωπικότητας και της σχολικής επίδοσης

Αξίζει να διευκρινιστεί το γεγονός ότι παράλληλα με τα τέστ χρησιμοποιούνται και διάφορα άλλα ερωτηματολόγια, κυρίως πληροφοριακού χαρακτήρα, όπως έντυπα συνεντεύξεων και κοινωνιογραφήματα, τα οποία απευθύνονται στα πρόσωπα του περιβάλλοντος του παιδιού (Κυπριωτάκης, 2000).

ΤΕΣΤ ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης κατά την προσχολική ηλικία αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολύ δύσκολο έργο. Γενικότερα, ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα, επικρατεί η άποψη ότι όσο πιο βαριά είναι η μορφή της νοητικής καθυστέρησης, τόσο πιο εύκολη είναι και η διάγνωση της, αφού τα παιδιά με βαθιά ή βαριά νοητική καθυστέρηση αναγνωρίζονται αμέσως μετά τον τοκετό, λόγω των κλινικών συμπτωμάτων τους, τα οποία είναι τόσο εμφανή. Τα παιδιά με μέτρια νοητική καθυστέρηση αναγνωρίζονται, πιο συχνά, κατά τα 1 – 2 έτη ηλικίας λόγω της σημαντικής καθυστέρησης τους στην κινητικο-αισθητηριακή ανάπτυξη. Τα παιδιά με ήπια μορφή νοητικής καθυστέρησης όμως είναι πιο δύσκολο να εντοπιστούν, κι αυτό γίνεται συνήθως όταν το παιδί αρχίσει το σχολείο.

Στα βρέφη και στα νήπια, η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης δεν πρέπει να βασίζεται μόνο σε μια εξέταση, αλλά σε ένα συνδυασμό εξετάσεων ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Ο λόγος, είναι ότι μια πιθανή καθυστέρηση στην ανάπτυξη τους μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες ή συνδυασμό παραγόντων, όπως είναι η

έλλειψη περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και οι συναισθηματικές διαταραχές, κι όχι απαραίτητα στο φαινόμενο της νοητικής καθυστέρησης (Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι πιο σημαντικές κλίμακες για την αξιολόγηση της γενικής νοημοσύνης παιδιών προσχολικής ηλικίας θα αναφεθούν στη συνέχεια.

➤ **Το τεστ του Arnold Gesell**

Κατά την πρόιμη φάση της ανάπτυξης αυτό που μπορεί να αξιολογηθεί είναι ο ρυθμός της νευρολογικής ωρίμανσης του βρέφους, μέσα από μια σειρά αναπτυξιακών επιτευγμάτων. Ο Gesell, εκπρόσωπος της περιγραφικής – γενετικής κατεύθυνσης, ήταν αυτός που μελέτησε συστηματικά την ανάπτυξη από τη βρεφική έως την εφηβική ηλικία (Χατζηχρήστου, 2004).

Μετά από την μελέτη πολλών νηπίων, σε συχνά χρονικά διαστήματα προέκυψαν οι κλίμακες, και πιο συγκεκριμένα τα αναπτυξιακά χρονοδιαγράμματα, τα οποία απεικονίζουν την τυπική συμπεριφορά του παιδιού σε κάθε ηλικία (Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι ερωτήσεις της κλίμακας του Gesell αφορούν τέσσερις τομείς: την κινητική εξέλιξη, την προσαρμοστική συμπεριφορά, τη γλωσσική εξέλιξη και τη συναισθηματική ανάπτυξη. Προκειμένου να καθοριστεί το αναπτυξιακό επίπεδο ενός παιδιού, συγκρίνεται η συμπεριφορά του, σε καθένα από αυτούς τους τέσσερις τομείς, με τη συνήθη συμπεριφορά των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών της ίδιας χρονολογικής ηλικίας. Το συγκεκριμένο τεστ απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας τεσσάρων εβδομάδων έως έξι ετών (Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **Κλίμακες Νοητικής και Κινητικής Εξέλιξης της Bayley**

Απευθύνονται σε παιδιά ηλικίας ενός μηνός έως 3,5 ετών. Αυτές οι κλίμακες αποτελούνται από τρία μέρη. Αρχικά, η νοητική κλίμακα αποτελείται από ερωτήματα που παρουσιάζονται με σειρά ωριμότητας. Αξιολογεί την αντιληπτική – αισθητηριακή οξύτητα και την ταχύτητα της αντίληψης και της διάκρισης και την ικανότητα αντίδρασης στα διάφορα ερεθίσματα. Η κινητική κλίμακα αξιολογεί τον βαθμό

ελέγχου του σώματος και τον κινητικό συντονισμό και τέλος το ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς, το οποίο αξιολογεί την κοινωνική ανάπτυξη και προσαρμογή (Bayley, 1993, παραπομπή από την Κουλάκογλου, 2002).

➤ **Εξελικτικό Προκριματικό Τέστ Denver**

Πρόκειται για ένα προκριματικό τέστ το οποίο χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό των περιπτώσεων αυτών που απαιτούν μια πιο συστηματική διαγνωστική αξιολόγηση. Αφορά τη μέτρηση της κινητικής, γλωσσικής και αντιληπτικής ανάπτυξης και παρέχει δείκτες για τους αναπτυξιακούς τομείς των ατομικών και κοινωνικών συνθησιών, της γλωσσικής, της κινητικής και της αντιληπτικής ανάπτυξης. Ο χρόνος που απαιτείται για τη χορήγηση και την βαθμολόγηση του συγκεκριμένου τέστ, είναι ελάχιστος (Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **Κλίμακα του Cattell**

Απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας δύο έως τριάντα μηνών. Πρόκειται για μια επέκταση της κλίμακας Stanford – Binet, βασιζόμενη όμως στο εξελικτικό χρονοδιάγραμμα του Gesell. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει αφορούν κυρίως αισθητηριακές και κινητικές ικανότητες (Παρασκευόπουλος, 1980).

ΤΕΣΤ ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η αξιολόγηση της γενικής νοημότητας γίνεται με τη χρήση διάφορων τέστ. Πρόκειται για μερικά αντικειμενικά κριτήρια, για τη μέτρηση της γενικής νοημοσύνης ή τον προσδιορισμό των ειδικών ικανοτήτων, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της επίδοσης. Κλίμακες ονομάζουμε διάφορες ομάδες των τέστ, που χρησιμοποιούνται για τις μετρήσεις ατόμων μικρότερης έως και μεγαλύτερης ηλικίας, γιατί σε κάθε ομάδα χρησιμοποιούνται διαφορετικά κριτήρια, τα οποία προοδευτικά παρουσιάζουν δυσκολίες (Σακκά, 1977, παραπομπή από τον Μπαρδή, 1985). Τα βασικά γνωρίσματα ενός καλού τέστ, όπως γνωρίζουμε, είναι η πιστότητα, η ευαισθησία, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα.

Αυτά τα τεστ αποτελούν βοήθεια για τη μέτρηση και την αξιολόγηση του μεγέθους των γενικών πληροφοριών και γνώσεων που έχει αποκομίσει το άτομο από τη ζωή του, του λεξιλογίου του, της ικανότητας του να βρίσκει πρακτικές λύσεις σε καθημερινές καταστάσεις, της ικανότητας του για αφηρημένη σκέψη, για διατήρηση και ανάπλαση παραστάσεων, για κατανόηση και χρήση ποσοτικών εννοιών κ.α. Πιο συγκεκριμένα, αυτού του είδους τα τεστ, είναι υπεύθυνα για την μέτρηση δύο βασικών κατηγοριών διεργασιών. Πρόκειται για τις διεργασίες που αναφέρονται στη λεκτική νοημοσύνη, δηλαδή στη χρήση αριθμητικών και γλωσσικών συμβόλων, στους ορισμούς διάφορων εννοιών κ.λπ., και στις διεργασίες που αναφέρονται στην πρακτική νοημοσύνη, δηλαδή στο χειρισμό αντικειμένων, στη διάκριση σχημάτων, χρωμάτων και μεγεθών κ.α (Παρασκευόπουλος, 1980).

Η επίδοση του ατόμου στα τεστ γενικής νοημοσύνης εκφράζεται αριθμητικά με δύο δείκτες: τη νοητική ηλικία και το νοητικό πηλίκο (Δείκτης Νοημοσύνης). Ο όρος νοητική ηλικία αναφέρεται στον ψυχομετρικό δείκτη ο οποίος αντανακλά το επίπεδο της νοητικής ανάπτυξης του παιδιού σε μια δεδομένη στιγμή, γι' αυτό από ηλικία σε ηλικία μεταβάλλεται. Έτσι, παιδιά που έχουν νοητική ηλικία σημαντικά κατώτερη από την χρονολογική τους ηλικία, θεωρούνται άτομα νοητικά καθυστερημένα, ενώ παιδιά με νοητική ηλικία σημαντικά μεγαλύτερη από τη χρονολογική θεωρούνται ως άτομα με εξαιρετική νοητική ανάπτυξη. Ακόμα όμως και με αυτά τα δεδομένα οι δυσκολίες που προεκυπτan από τη σύγκριση μεταξύ νοητικής και χρονολογικής ηλικίας δυσχαίρεναν την κατάσταση. Για το λόγο αυτό επινοήθηκε το νοητικό πηλίκο, το οποίο παραμένει σχετικά σταθερό σε όλες τις ηλικίες. Πρόκειται για ένα ψυχομετρικό δείκτη ο οποίος υπολογίζεται με βάση τη νοητική και χρονολογική ηλικία του ατόμου, μετατρέπομενες όμως σε μήνες. Έτσι η νοητική ηλικία διαιρείται δια της χρονολογικής ηλικίας και έπειτα πολλαπλασιάζουμε το αποτέλεσμα με το 100 (Cole & Cole, 2002). Πιο συγκεκριμένα ο τύπος υπολογισμού του νοητικού πηλίκου είναι ο εξής:

Νοητική Ηλικία (σε μήνες)

Νοητικό Πηλίκο= ----- ***X 100***

Χρονολογική Ηλικία (σε μήνες)

Δηλαδή, η νοητική ηλικία καθορίζει το επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού και το νοητικό πηλίκο, γνωστό κι ως δείκτης νοημοσύνης, καθορίζει το ρυθμό ανάπτυξης του

παιδιού. Ο δείκτης νοημοσύνης αποτελεί τον πιο κοινό ψυχομετρικό δείκτη για τον υπολογισμό του επιπέδου της νοητικής ανάπτυξης του ατόμου σε σχέση με τη χρονολογική του ηλικία (Παρασκευόπουλος, 1980). Ο υπολογισμός του Δείκτη Νοημοσύνης με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζει ότι, όταν τα παιδιά αποδίδουν ακριβώς όπως αναμένεται στην ηλικία τους το αποτέλεσμα θα είναι 100, έτσι το 100 είναι ένας «μέσος ΔΝ» εξ ορισμού (Cole & Cole, 2002).

Ο συγκεκριμένος τρόπος υιοθετήθηκε γρήγορα ως βασική μονάδα σύγκρισης της νοητικής επίδοσης, αφού έδινε στους ψυχολόγους και στους εκπαιδευτικούς ένα βολικό δείκτη που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό της συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία των tests νοημοσύνης και στους σχολικούς βαθμούς (Cole & Cole, 2002).

Γενικότερα, όσο αφορά την νοητική καθυστέρηση αξίζει να αναφερθεί ότι όσο πιο πολύ μεγαλώνει χρονολογικά ένα νοητικά καθυστερημένο παιδί, τόσο περισσότερο η νοητική του ηλικία υπολείπεται από το κανονικό. Επίσης, στο ίδιο χρονικό διάστημα ένα παιδί με μεγαλύτερο δείκτη νοημοσύνης κερδίζει περισσότερο σε νοητική ηλικία, σε σχέση με ένα παιδί με χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης. Επιπρόσθετα, η διαφορά σε νοητική ηλικία μεταξύ δύο παιδιών αυξάνεται με το πέρασμα του χρόνου (Μπαρδή, 1985).

Τα tests που στοχεύουν στη μέτρηση της νοημοσύνης είναι πολυάριθμα και μπορούν να ταξινομηθούν σε διάφορες κατηγορίες με διάφορους τρόπους. Ένας από αυτούς, ίσως και ο πιο διαδεδομένος, είναι ο τρόπος χορήγησης του test. Έτσι, υπάρχουν τα ατομικά tests που αξιολογούν ένα υποκείμενο κάθε φορά, και τα ομαδικά tests, τα οποία αξιολογούν συγχρόνως μια ομάδα ατόμων. Τα ομαδικά tests, συνήθως, χρησιμοποιούνται ως ένα αρχικό μέσο για τη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης. Δηλαδή, δίνονται ομαδικά σε συνήθεις τάξεις με στόχο τον εντοπισμό των ατόμων τα οποία απαιτούν μια πιο λεπτομερή εξέταση. Πάντοτε όμως η τελική εκτίμηση της νοητικής καθυστέρησης πρέπει να γίνεται με ένα ατομικό test (Παρασκευόπουλος, 1980). Αξίζει να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα ενός test μπορούν να επηρεαστούν από πλήθος παραγόντων, όπως το περιβάλλον της εξέτασης αλλά και η στάση του εξεταζόμενου προς αυτό. Έτσι πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι πιθανοί αυτοί παράγοντες που δυσχαιρένουν την εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Τα κυριότερα ατομικά τέστ γενικής νοημοσύνης, που χρησιμοποιούνται ευρέως στην προσπάθεια της διάγνωσης της νοητικής καθυστέρησης είναι τα ακόλουθα.

➤ **Κλίμακα Binet – Simon**

Πρόκειται για την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κλίμακα για τη μέτρηση της γενικής νοημοσύνης παιδιών σχολικής ηλικίας. Το 1905 οι Γάλλοι Alfred Binet και Theodore Simon παρουσίασαν την πρώτη σύγχρονη κλίμακα νοημοσύνης, η οποία δημιουργήθηκε με σκοπό να βοηθήσει στον εντοπισμό των παιδιών αυτών, που λόγω της νοητικής καθυστέρησης δεν μπορούσαν να παρακολουθήσουν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενός κανονικού σχολείου στα πλαίσια μιας σχολικής τάξης (Μόττη – Στεφανίδη, 1999). Μετά από την πρώτη έκδοση αυτής της κλίμακας, το 1916 σταθμίστηκε και εκδόθηκε ξανά στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από τον Lewis Terman, ενώ ακολούθησαν ακόμη δύο αναθεωρημένες εκδόσεις το 1937 και το 1960 (Παρασκευόπουλος, 1980). Η τέταρτη έκδοση της συγκεκριμένης κλίμακας πραγματοποιήθηκε το 1986 (Χατζηχρήστου, 2004).

Η κλίμακα Binet – Simon αναφέρεται σε παιδιά ηλικία δύο έως δώδεκα ετών. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει αφορούν την μνήμη, τον ορισμό εννοιών, την αναγνώριση παραλογισμών, τη γλωσσική ανάπτυξη, την κατανόηση της έννοιας των αριθμών, την κατανόηση της ομοιότητας και της διαφοράς, το συντονισμό των αντιληπτικών και κινητικών λειτουργιών κ.α. Μέσω διάφορων πειραμάτων που πραγματοποίησε σε παιδιά μέσης σχολικής επίδοσης, ο Binet μπόρεσε να καθορίζει τι πρέπει να γνωρίζει ένα μέσο κανονικό άτομο σε κάθε ηλικιακή περίοδο. Έτσι, για παράδειγμα, ένα παιδί δύο ετών πρέπει να μπορεί να κατονομάσει τα μέρη του σώματος του και ένα παιδί πέντε ετών να μπορεί να αναγνωρίζει διάφορα αντικείμενα με βάση τον τρόπο που χρησιμοποιούνται (Παρασκευόπουλος, 1980).

Η κλίμακα αυτή ανήκει στη κατηγορία των τέστ γλωσσικής νοημοσύνης. Δηλαδή μετρά τις διάφορες μορφές της γλωσσικής ικανότητας, όπως είναι το λεξιλόγιο, η κατανόηση εννοιών, η λογική αφαίρεση κ.α. Ο τρόπος χορήγησης της κλίμακας είναι ατομικός, ο απαιτούμενος χρόνος χορήγησης, κατά μέσο όρο 50 λεπτά

και ο χορηγητής πρέπει να χαρακτηρίζεται από πείρα αλλά και επιδεξιότητα (Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **Κλίμακες Wechsler**

Οι κλίμακες του Wechsler περιλαμβάνουν τρία διαφορετικά τέστ τα οποία απευθύνονται σε διαφορετικές ηλικίες. Πρόκειται για το Wechsler Preschool and Primary Scales of Intelligence (WPPSI), το Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) και το Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) (Κουλάκογλου, 2002).

Το WAIS, που απευθύνεται σε άτομα 17 ετών και άνω, εκδόθηκε το 1955 ενώ ακολούθησε μια δεύτερη έκδοση του το 1981 (WAIS - R) και μια τρίτη το 1987 (WAIS - III). Οι συνεχείς επανεκδόσεις αφορούν την προσθήκη νέων υποδοκιμασιών, την αύξηση των ερωτημάτων καθώς και τη διαφορετική δομή των παραγόντων. Το WISC που εκδόθηκε το 1949 αναφέρεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας, 5 – 15 ετών. Η δεύτερη έκδοση του έγινε το 1974 (WISC - R) και η τελευταία και πιο πρόσφατη το 1991 (WISC - III). Τέλος, το WPPSI εκδόθηκε το 1967. Επανεκδόθηκε το 1989 (WPPSI - R) και αναφέρεται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, 3 – 7 ετών (Κουλάκογλου, 2002, Παρασκευόπουλος, 1980).

Και τα τρία τέστ περιλαμβάνουν υποδοκιμασίες, ο συνδιασμός των οποίων δίνει τρεις δείκτες νοητικής λειτουργίας: τον προφορικό ή λεκτικό, τον πρακτικό και τον γενικό. Το βασικό πλεονέκτημα αυτών των κλιμάκων είναι το γεγονός ότι τα ερωτήματα τους ταξινομούνται ως προς το βαθμό δυσκολίας τους αλλά και ως προς το περιεχόμενό τους, σε επιμέρους κλίμακες και σαφείς κατηγορίες (Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι λεκτικές υποδοκιμασίες αναφέρονται σε γενικές γνώσεις, στην αντιληπτική ικανότητα, στη κρίση, στη μνήμη, στη σκέψη και στο λεξιλόγιο ενώ οι πρακτικές υποδοκιμασίες αναφέρονται στη σωστή διάταξη εικόνων, στη συμπλήρωση εικόνων, στις κατασκευές με κύβους στη συναρμολόγηση αντικειμένων κ.α (Κυπριωτάκης, 2000).

Η διάγνωση και η αξιολόγηση της νοητικής καθυστέρησης μπορεί να γίνει με το WISC –III. Τα νοητικά καθυστερημένα άτομα παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στις λεκτικές υποδοκιμασίες παρά στις πρακτικές (Κουλάκογλου, 2002).

Ένα από τα θετικά γνωρίσματα των κλιμάκων του Wechsler είναι η δυνατότητα που παρέχουν για τη διάκριση μεταξύ πρακτικής και λεκτικής νοημοσύνης. Επίσης, έκτος από την πληροφόρηση που παρέχουν στον εξεταστή σχετικά με τις νοητικές λειτουργίες, συντελούν και στην αξιολόγηση της προσωπικότητας (Κουλάκογλου, 2002).

➤ **Το τεστ του Raven**

Το Raven's Progressive Matrices κατασκευάστηκε το 1938, βασιζόμενο στη θεωρία του Spearman για τον παράγοντα «g». Υπάρχουν όμως τρεις παραλλαγές. Το Colored Progressive Matrices (1947) απευθύνεται σε παιδιά 5 – 11 ετών, το Standard Progressive Matrices (1947) που απευθύνεται στις υπόλοιπες ηλικίες και το Advanced Progressive Matrices που απευθύνεται σε άτομα υψηλού νοητικού επιπέδου (Χατζηχρήστου, 2004).

. Το «Colored Progressive Matrices, 1947» αποτελείται από 36 προβλήματα, τρεις ομάδες των δώδεκα, τα οποία είναι τυπωμένα σε χρωματιστό φόντο και παρουσιάζονται με αύξοντα βαθμό δυσκολίας (Τσακρή, 1970, παραπομπή από τον Κυπριωτάκη, 2000). Το κάθε πρόβλημα περιλαμβάνει μερικά γεωμετρικά σχήματα διευθετημένα σε λογική σειρά, από τα οποία όμως λείπει το κάτω δεξιό σχήμα. Στο κάτω μέρος του κάθε προβλήματος υπάρχουν έξι γεωμετρικά σχήματα από τα οποία το παιδί καλείται να βρεί αυτό που συμπληρώνει τη σειρά. Με τη χρήση αυτού του τεστ αξιολογείται η ικανότητα του παιδιού για σύγκριση και συλλογισμούς και η ικανότητα οργάνωσης της αντίληψης του χώρου σε συστηματικά διατεταγμένα σύνολα. Η χορήγηση του γίνεται με εύκολο τρόπο, όπως και η βαθμολόγηση του (Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **Το τεστ των Harris & Goodenough**

Απευθύνεται σε παιδιά 3 – 13 ετών και είναι γνωστό και ως «σχέδιο ανθρωπάκου», και χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των νοητικών ικανοτήτων του παιδιού. Πρόκειται για ένα εύκολο, γρήγορο και πολύ ενδιαφέρον τέστ. Ζητείται από τα παιδιά να ζωγραφίσουν ένα άνθρωπο του αντίθετου φύλου, όπως τον φαντάζονται, χωρίς χρονικό περιορισμό και καμία βοήθεια. Έπειτα το παιδί πρέπει να απαντήσει σε μερικές ερωτήσεις σχετικά με τον άνθρωπο που σχεδίασε. Η αξιολόγηση βασίζεται σε 52 στοιχεία, τα οποία καθορίζονται επακριβώς και βαθμολογούνται με μια μονάδα το καθένα (Κουλακογλου, 2002, Κυπριωτάκης, 2000).

➤ **Λεξιλόγιο με εικόνες Peabody (PPVT)**

Κατασκευάστηκε από τον Loyd Dunn και αποτελείται από 150 σελίδες, όπου κάθε μια περιλαμβάνει τέσσερις εικόνες. Ζητείται από το παιδί να δείξει ένα αντικείμενο και αυτό πρέπει να επιλέξει και να δείξει στον εξεταστή πιο είναι το σωστό, επιλέγοντας από τις τέσσερις εικόνες. Απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 2 – 18 ετών (Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **To Georgas τέστ**

Αποτελεί το πρώτο σταθμισμένο εργαλείο για την αξιολόγηση της νοημοσύνης σε παιδιά ηλικίας 6 – 12 ετών στην Ελλάδα και αποτελείται από τέσσερις κλίμακες. Αρχικά, το Λεξιλόγιο περιλαμβάνει ορισμούς λέξεων και αξιολογεί τη γνώση εννοιών, την ικανότητα για έκφραση και αφαιρετική σκέψη, ως ενδείξεις της νοητικής και γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού, το τέστ της οπτικοκινητικής αντίληψης του Beery που αναφέρεται στην αντιγραφή 24 γεωμετρικών σχημάτων και αξιολογεί την νευροψυχολογική ωριμότητα αλλά και το επίπεδο του οπτικοκινητικού συντονισμού, τους προοδευτικούς τύπους του Raven και το σχέδιο άντρα ή γυναίκας των Harris & Goodenough (Παρασκευόπουλος, 1980, Χατζηηρήστου, 2004).

ΤΕΣΤ ΕΙΔΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ

Πολλές φορές, ένα νοητικά καθυστερημένο άτομο δεν παρουσιάζει γενική καθυστέρηση, αλλά κάποιες ειδικές δυσκολίες σε συγκεκριμένους τομείς της νοητικής ανάπτυξης. Για τον προσδιορισμό αυτών των ειδικών δυσκολιών χρησιμοποιούνται τα διαγνωστικά τεστ ειδικών ικανοτήτων.

Τα συνηθέστερα τεστ αυτής της κατηγορίας που χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν στη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης είναι τα ακόλουθα:

➤ **Γλινόις Τέστ Ψυχογλωσσικών Ικανοτήτων (ΙΤΡΑ)**

Το συγκεκριμένο τεστ βασίζεται στη θεωρία του Charles Osgood για την ανθρώπινη συμπεριφορά και επικοινωνία και αποσκοπεί στη μέτρηση και αξιολόγηση της ψυχογλωσσικής ανάπτυξης παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Η θεωρία του Osgood αφορά τρεις βασικές διαστάσεις: τις διόδους επικοινωνίας, τις ψυχογλωσσικές διεργασίες και τα επίπεδα οργάνωσης. Το ΙΤΡΑ αποτελούν 12 επιμέρους τεστ.

- Ερμηνεία Ακουστικών Παραστάσεων (ΕΑΠ). Το τεστ αυτό μετρά την ικανότητα κατανόησης του προφορικού λόγου.
- Ερμηνεία Οπτικών Παραστάσεων (ΕΟΠ). Αξιολογεί την ικανότητα για ερμηνεία οπτικών συμβόλων και εικόνων.
- Συσχέτιση Ακουστικών Παραστάσεων (ΣΑΠ). Αξιολογεί την ικανότητα για λογική συσχέτιση και οργάνωση των προφορικών εννοιών.
- Συσχέτιση Οπτικών Παραστάσεων (ΣΟΠ). Αξιολογεί την ικανότητα για λογική συσχέτιση και οργάνωση των οπτικών πληροφοριών.
- Έκφραση με το Λόγο (ΕΛ). Αξιολογεί την ποικιλία και την ποσότητα των εννοιών που χρησιμοποιεί το παιδί αυθόρμητα όταν περιγράφει αντικείμενα.
- Έκφραση με Κινήσεις (ΕΚ). Αξιολογεί την ικανότητα για έκφραση εννοιών με χειρονομίες και κινήσεις.

- Ολοκλήρωση Ελλιπών Προτάσεων (ΟΕΠ). Αξιολογεί την ικανότητα απόκτησης αυτόματων γλωσσικών συνηθειών κατά το χειρισμό συντακτικών και γραμματικών φαινομένων.
- Ολοκλήρωση Οπτικών Παραστάσεων (ΟΟΠ). Αξιολογεί την ικανότητα αναγνώρισης αντικειμένων από τα μέρη που τα αποτελούν.
- Μνήμη Ακουστικών Ακολουθιών (ΜΑΑ). Αξιολογεί την ικανότητα για άμεση μνήμη των ακουστικών πληροφοριών.
- Μνήμη Οπτικών Πληροφοριών (ΜΟΠ). Αξιολογεί την ικανότητα άμεσης μνήμης οπτικών πληροφοριών.
- Ολοκλήρωση Ελλιπών Λέξεων (ΟΕΛ). Αξιολογεί την ικανότητα συμπλήρωσης λέξεων.
- Συγκερασμός Γλωσσικών Φθόγγων (ΣΓΦ). Αξιολογεί την ικανότητα σύνθεσης φθόγγων και λέξεων.

Αξιολογώντας αυτές τις 12 ψυχογλωσσικές λειτουργίες εντοπίζονται οι ενδοατομικές διαφορές. Το ΙΤΡΑ βοηθά στο σχηματισμό θεραπευτικών προγραμμάτων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν έγκαιρα οι ανεπάρκειες στην ψυχογλωσσική ανάπτυξη (Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **Εξελικτικό Τέστ Οπτικής Αντίληψης της Frostig**

Αναφέρεται στην αξιολόγηση της οπτικής αντίληψης και απευθύνεται σε παιδιά 3 – 8 ετών. Είναι χρήσιμο βοήθημα για την ανάπτυξη και την εφαρμογή θεραπευτικών ασκήσεων, οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν τις ανεπάρκειες της οπτικής αντίληψης. Αποτελείται από πέντε τέστ που αφορούν το συντονισμό χεριού – ματιού, τη διάκριση πλαισίου και εικόνας, την αντίληψη μρφών, την αντίληψη του χώρου και τον προσανατολισμό στο χώρο (Παρασκευόπουλος, 1980).

Μερικά ακόμα τέστ που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση ειδικών λειτουργιών είναι η Κλίμακα Κινητικής Ανάπτυξης του Oeseretsky, η οποία αξιολογεί

την κινητική ανάπτυξη παιδιών ηλικίας 6 – 14 ετών, το Τέστ Ακουστικής Αντίληψης του Werman για την αξιολόγηση της ακουστικής αντίληψης σε παιδιά 5 έως 8 ετών και πολλά άλλα (Παρασκευόπουλος, 1980).

ΤΕΣΤ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η κοινωνική ωριμότητα και η προσαρμοστική συμπεριφορά αποτελούν τομείς στους οποίους ένα νοητικά καθυστερημένο άτομο πρέπει να παρουσιάζει σημαντική ανεπάρκεια. Το επίπεδο αυτής της ανεπάρκειας προσδιορίζεται με τη χρήση και τη βοήθεια μερικών σταθμισμένων κλιμάκων, οι οποίες κατασκευάστηκαν για να μετρούν ακριβώς αυτό.

Η αξιολόγηση αυτών των τομέων πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη χρονολογική ηλικία του παιδιού, αφού η λειτουργική και προσαρμοστική συμπεριφορά είναι συνάρτηση της ηλικίας του ατόμου (Μόττη – Στεφανίδη, 1999). Τα κυριότερα τεστ που προσφέρονται για την αξιολόγηση της κοινωνικής ωριμότητας και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς θα αναφερθούν στη συνέχεια.

➤ **Κλίμακα Κοινωνικής Ωριμότητας Vineland**

Πρόκειται για μια κλίμακα που προσφέρεται για τον έλεγχο της νοητικής καθυστέρησης, η οποία αποτελεί το πιο κλασσικό εργαλείο αξιολόγησης της προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

Κατασκευάστηκε από τον Doll το 1965 και περιέχει τις κυριότερες κοινωνικές δραστηριότητες που χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά ενός φυσιολογικά αναπτυσσόμενου ατόμου, στις διάφορες χρονολογικές ηλικίες (Παρασκευόπουλος, 1980). Χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της λειτουργικότητας των ατόμων από την

γέννηση μέχρι και τα 18 έτη. Αποτελείται από ερωτήσεις οι οποίες χορηγούνται είτε υπό τη μορφή συνέντευξης είτε υπό τη μορφή ερωτηματολογίου, τις οποίες καλείται να απαντήσει κάποιο οικείο πρόσωπο του παιδιού (Μόττη – Στεφανίδη, 1999).

Η συγκεκριμένη κλίμακα κυκλοφορεί σε τρεις παραλλαγές. Αυτές είναι: το Interview Edition Survey Form για παιδιά 0 έως 18 ετών, το Interview Edition Expanded Form για παιδιά, επίσης, 0 έως 18 ετών και το Classroom Edition για παιδιά 3 έως 13 ετών, το οποίο συμπληρώνεται από το δάσκαλο. Αυτές οι παραλλαγές μπορούν να χορηγηθούν είτε ανεξάρτητα είτε σε συνδιασμό και οι διαφορές τους σχετίζονται με τον αριθμό των ερωτημάτων, με το υλικό και με τη μέθοδο χορήγησης (Κουλάκογλου, 2002).

Και οι τρεις παραλλαγές αξιολογούν τέσσερις τομείς της προσαρμοστικής συμπεριφοράς οι οποίες είναι η ικανότητα για επικοινωνία, η ικανότητα ικανοποίησης των καθημερινών αναγκών, η κοινωνικοποίηση και οι κινητικές δεξιότητες. Ο τομέας των κινητικών δεξιοτήτων χορηγείται μόνο σε παιδιά κάτω των έξι ετών ή σε άτομα με κινητικά προβλήματα. Η κλίμακα του Vineland εστιάζεται σ' αυτά που το άτομο καταφέρνει να κάνει κι όχι σ' αυτά που δεν μπορεί (Doll, 1965, παραπομπή από την Κουλάκογλου, 2002). Οι τέσσερις αυτοί τομείς, οι οποίοι χωρίζονται σε υποπεριοχές, δίνουν ένα δείκτη προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

➤ **Κλίμακα Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοητικής Καθυστέρησης (Adaptive Behaviour Scale - ABA)**

Η συγκεκριμένη κλίμακα κατασκευάστηκε το 1974 από μια ομάδα ψυχολόγων και εκδόθηκε από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο της Νοητικής Καθυστέρησης. Αναφέρεται στην προσαρμοστική συμπεριφορά ατόμων με νοητική καθυστέρηση και ατόμων με ψυχικές διαταραχές και ερευνά τη δυνατότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τις απαιτήσεις του οικογενειακού και κοινωνικού του περιβάλλοντος (Παρασκευόπουλος, 1980). Συμπληρώνεται από το γονέα ή το δάσκαλο και η χορήγηση της μπορεί να γίνει είτε με τη μορφή συνέντευξης είτε με τη μορφή ερωτηματολογίου το οποίο συμπληρώνεται αποκλειστικά από τον εξεταζόμενο (Κουλάκογλου, 2002). Αποτελείται από τρεις επιμέρους κλίμακες. Η μια απευθύνεται σε παιδιά ηλικία 3 – 12 ετών, η άλλη απευθύνεται σε έφηβους και η τελευταία

απευθύνεται σε ενήλικα άτομα (Παρασκευόπουλος, 1980). Γενικότερα, αξιολογούνται μερικές βασικές δεξιότητες και συνήθειες οι οποίες συνδέονται με την επιβίωση του ατόμου, καθώς και την ύπαρξη προβληματικών συμπεριφορών (Μόττη – Στεφανίδη, 1999).

Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα για τα παιδιά 3 μέχρι 12 ετών αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος αξιολογούνται οι τομείς ανεξάρτητης λειτουργίας, της σωματικής ανάπτυξης, της ικανότητας οικονομίας, της γλωσσικής ανάπτυξης, της έννοιας των αριθμών και του χρόνου, της οικιακής δραστηριότητας, της επαγγελματικής δραστηριότητας, του αυτοπροσανατολισμού, της υπευθυνότητας και της κοινωνικοποίησης. Στο δεύτερο μέρος αξιολογούνται οι κατηγορίες της πιθανής απροσάρμοστης συμπεριφοράς, εκ των οποίων οι κυριότερες είναι η βίαιη και καταστροφική συμπεριφορά, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η έλλειψη πειθαρχίας, οι στερεοτυπίες και ιδιομορφίες, η κακοποίηση του εαυτού, η ανώμαλη σεξουαλική συμπεριφορά και οι ψυχολογικές διαταραχές (Κουλάκογλου, 2002).

➤ **Κλίμακες Ανεξάρτητης Συμπεριφοράς, 1984 (Scales of Independent Behavior - SIB)**

Πρόκειται για ένα σύγχρονο, πολυδιάστατο εργαλείο προσαρμοστικής συμπεριφοράς, το οποίο είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην αξιολόγηση της νοητικής καθυστέρησης. Αποτελείται από 14 υποδοκιμασίες οι οποίες συμπληρώνονται από τον εξεταστή με τη βοήθεια του γονέα ή κάποιου άλλου προσώπου, που γνωρίζει καλά την καθημερινή συμπεριφορά του παιδιού. Τα ερωτήματα κάθε υποδοκιμασίας εμφανίζονται με εξελικτική σειρά. Οι 14 υποδοκιμασίες ταξινομούνται σε 4 συμπλέγματα, κινητικές δεξιότητες, κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες επικοινωνίας, δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και δεξιότητες ζωής στην κοινότητα, τα οποία αποτελούν την Ευρεία Ανεξάρτητη Κλίμακα. Υπάρχει ακόμα μια κλίμακα, η Κλίμακα Προβληματικής Συμπεριφοράς, η οποία αξιολογεί την απροσάρμοστη συμπεριφορά μετρώντας τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συμπεριφορικών προβλημάτων (Κουλάκογλου, 2002).

ΤΕΣΤ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Υπάρχουν δύο είδη ψυχομετρικών εργαλείων τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της προσωπικότητας των νοητικά καθυστερημένων παιδιών, τα προβολικά τέστ και τα ερωτηματολόγια συμπεριφοράς.

1. ΠΡΟΒΟΛΙΚΑ ΤΕΣΤ

Οι προβολικές τεχνικές αποτελούν μέσο πρόσβασης στον εσωτερικό εαυτό και στη διερεύνηση της ψυχοδυναμικής του ατόμου. Σύμφωνα με αυτά, αν παρουσιάσουμε στο άτομο ένα ασαφή ερέθισμα τότε αυτό θα αντιδράσει εντελώς υποκειμενικά, εκφράζοντας τις δικές του σκέψεις και συναισθήματα (Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται σε άτομα με νοητική καθυστέρηση από το 1930. Το βασικό πρόβλημα στην χρήση τους, όσο αφορά τα συγκεκριμένα άτομα, είναι το γεγονός ότι πολλές φορές μερικές από αυτές τις δοκιμασίες είναι πολύπλοκες και έχουν απαιτήσεις στις οποίες τα νοητικά καθυστερημένα άτομα δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν, όσο αφορά το λόγο και τη γνωστική λειτουργία (Ranek & Wagner, 1979, παραπομπή από την Κουλάκογλου, 2002). Οι λόγοι που αυτές οι δοκιμασίες χορηγούνται σε νοητικά καθυστερημένα άτομα είναι οι εξής:

- Σύγκριση χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με μη νοητικά καθυστερημένα άτομα.
- Διαφορική διάγνωση.
- Ανίχνευση αιτιών ή διαφοροποίηση από τη ψύχωση.
- Πρόβλεψη αντικοινωνικών συμπεριφορών.
- Προσδιορισμός αναγκών / κινήτρων.
- Αξιολόγηση θεραπευτικών παρεμβάσεων (Κουλάκογλου, 2002).

Μερικά από τα πιο γνωστά προβολικά τέστ θα αναφερθούν στη συνέχεια.

➤ **Κηλίδες Μελάνης Rorschach**

Πρόκειται για ένα προβολικό τέστ που σε σπάνιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται με νοητικά καθυστερημένα άτομα. Η δοκιμασία αποτελείται από δέκα κάρτες οι οποίες απεικονίζουν κάποια συμμετρικά αδόμητα σχέδια, κηλίδες. Ο εξεταζόμενος, θα πρέπει να αναφέρει τι είναι αυτό που βλέπει, κοιτάζοντας κάθε κάρτα ξεχωριστά. Ο εξεταστής καταγράφει τις απαντήσεις του εξεταζομένου και τις αξιολογεί με βάση μερικά στοιχεία, όπως είναι η θέση της κάρτας, οι ορίζουσες, το περιεχόμενο των απαντήσεων, η συχνότητα των απαντήσεων, η οργάνωση των ερεθισμάτων και μερικά ειδικά στοιχεία στις απαιτήσεις (Χατζηχρήστου, 2004)

➤ **Τέστ Θεματικής Αντίληψης για Παιδιά (Childrens's Apperception Test - CAT)**

Το CAT κατασκευάστηκε για τον έλεγχο τυπικών ανησυχιών και αντιδράσεων, παιδιών ηλικίας 3 – 10 ετών, όπως είναι οι σχέσεις με τους γονείς και τα αδέρφια, η επιθετικότητα, οι διατροφικές συνήθειες, η αυτοεικόνα κ.α (Χατζηχρήστου, 2004)

Αποτελείται από δέκα κάρτες οι οποίες απεικονίζουν μορφές ζώων. Ζητείται από το παιδί να διηγηθεί μια ιστορία η οποία να σχετίζεται με τις εικόνες που βλέπει, να αναφέρει δηλαδή τι κατά την άποψη του έχει προηγηθεί, τι συμβαίνει και τι θα ακολουθήσει. Οι απαντήσεις του παιδιού αξιολογούνται με βάση το είδος της ιστορίας, τον ήρωα της, τη γλώσσα, την πρωτοτυπία, τον συναισθηματικό τόνο της διήγησης κ.α (Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **Κλίμακα Παιδικού Άγχους του Rosenweig**

Πρόκειται για ένα προβολικό τέστ που χρησιμοποιείται ευρύτατα στα νοητικά καθυστερημένα παιδιά. Αποτελείται από 24 εικόνες, με δύο πρόσωπα στην κάθε μια τα

οποία βρίσκονται σε σκηνές της καθημερινής ζωής. Ζητείται από το παιδί να μαντέψει τις αντιδράσεις των εικονιζόμενων ατόμων και οι απαντήσεις αναφέρονται, συνήθως, σε τέσσερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τη συμπαράσταση στους άλλους, την εξάρτηση από το περιβάλλον, την τάση για μεταμέλεια και την επιθετικότητα (Παρασκευόπουλος, 1980).

➤ **The Fairy Tale Test**

Χρησιμοποιείται συνήθως με παιδιά με ήπια νοητική καθυστέρηση, και κρίνεται κατάλληλο για το συγκεκριμένο πληθυσμό γιατί οι απαιτήσεις σε επίπεδο αφαιρετικότητας, γνωστικών και αντιληπτικών ικανοτήτων δεν είναι ιδιαίτερα υψηλές (Κουλάκογλου, 2002).

Το test των παραμυθιών κατασκευάστηκε στην Ελλάδα το 1993 και στη συνέχεια εκδόθηκε στην Γερμανική, Ισπανική, Γαλλική και Αγγλική γλώσσα. Πρόκειται για ένα test που αποτελείται από 21 κάρτες οι οποίες παρουσιάζουν μερικούς, γνωστούς στα παιδιά, ήρωες των παραμυθιών όπως η κοκκινοσκουφίτσα, ο νάνος, ο λύκος, ενώ υπάρχουν και μερικές σκηνές από τα παραμύθια της κοκκινοσκουφίτσας και της χιονάτης. Παρουσιάζονται στο παιδί τρεις εικόνες και του ζητείται να επιλέξει μια από αυτές και να αιτιολογήσει την επιλογή του. Έπειτα, καλείται να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις για μερικές φιγούρες οι οποίες του είναι οικείες. Η αξιολόγηση γίνεται με βάση τις ασυνείδητες διεργασίες και τους συνειρμούς που πραγματοποιούνται, οι οποίες οδηγούν σε αφηγήσεις (Κουλάκογλου, 2002).

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Το ερωτηματολόγιο προβληματικής συμπεριφορά που χρησιμοποιείται συχνότερα είναι το **Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων Προβληματικής Συμπεριφοράς – ΕΣΠΣ.** Περιλαμβάνει 64 συμπτώματα προβληματικής συμπεριφοράς, τα οποία επιλέχθηκαν σύμφωνα με τις πιο συχνές παθολογικές εκδηλώσεις στα ιστορικά παιδιών που είχαν εξεταστεί σε ιατροπαιδαγωγικά κέντρα.

Οι ερωτήσεις αυτού του ερωτηματολογίου αφορούν τέσσερις βασικούς τομείς: τον τομέα της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, τον τομέα της υπερβολικής αναστολής – νεύρωσης, τον τομέα της ανωριμότητας και τέλος τον τομέα των συμπτωμάτων ψυχοσωματικής υφής (Παρασκευόπουλος, 1980).

ΤΕΣΤ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ

Η σχολική επίδοση των νοητικά καθυστερημένων παιδιών αξιολογείται με τα τεστ της σχολικής προόδου, τα αναλυτικά τεστ για τη διάγνωση των σχολικών δυσκολιών και τέλος με τα τεστ σχολικής ωριμότητας.

Τα τεστ σχολικής προόδου αποτελούν εργαλεία για την αξιολόγηση του επιπέδου των σχολικών γνώσεων και δεξιοτήτων του παιδιού. Αυτά τα τεστ βοηθούν ώστε να καθοριστούν οι διαφορές στην επίδοση του παιδιού στα μαθήματα και έτσι διευκολύνουν επίσης την τοποθέτηση του στην κατάλληλη σχολική βαθμίδα, όπου θα δεχθεί την ανάλογη διδασκαλία, με βάση τις ικανότητες του (Παρασκευόπουλος, 1980).

Τα τεστ σχολικής ωριμότητας απευθύνονται σε παιδιά τα οποία φοιτούν για πρώτη φορά στο σχολείο, το οποίο απαιτεί από το παιδί ένα βαθμό ωριμότητας, ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει. Τα συγκεκριμένα τεστ βοηθούν στην αξιολόγηση της ετοιμότητας του παιδιού σχετικά με την γλωσσική και αντιληπτική ωριμότητα, την οπτική και ακουστική οξύτητα, την κοινωνική ευαισθησία και συνεργασία, το επαρκές επίπεδο ανάπτυξης των νοητικών ικανοτήτων, τη συναισθηματική σταθερότητα κ.α (Παρασκευόπουλος, 1980).

Όσο αφορά τα αναλυτικά τεστ διάγνωσης των σχολικών δυσκολιών, αυτά είναι υπεύθυνα για την αποκάλυψη των συγκεκριμένων και ειδικών δυσκολιών που αντιμετωπίζει το παιδί, κατά την προσπάθεια εκμάθησης των βασικών σχολικών δεξιοτήτων. Έτσι, εντοπίζονται τα πιθανά αίτια της αποτυχίας και καθορίζεται το κατάλληλο θεραπευτικό πλαίσιο για το παιδί. Πιο συγκεκριμένα αφορούν τους τομείς της ανάγνωσης, της κατανόησης, της οπτικής και ακουστικής αναγνώρισης και της αριθμητικής (Παρασκευόπουλος, 1980).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι αναμφισβήτητο το γεγονός ότι η αξιολόγηση της νοημοσύνης αποτελεί μια βασική προϋπόθεση όσο αφορά τη διάγνωση του προβλήματος. Όμως, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η διάγνωση δεν πρέπει και δεν αρκεί να στηρίζεται αποκλειστικά σε μια μόνο κλίμακα νοημοσύνης. Αντίθετα, πρέπει να είναι το αποτέλεσμα ενός συνδιασμού πληροφοριών, οι οποίες αναφέρονται στο νοητικά καθυστερημένο παιδί και συλλέγονται με ποικίλους τρόπους, όπως τα τέστ, τα ερωτηματολόγια, τις συνεντεύξεις και την παρατήρηση. Καθένας από αυτούς τους τρόπους αποκαλύπτει διαφορετικές πτυχές της νοητικής λειτουργίας και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς του παιδιού, και ο συνδιασμός τους προσφέρει στη διαγνωστική ομάδα μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του παιδιού.

Τα ψυχομετρικά εργαλεία, τέστ ή αλλιώς κλίμακες αξιολόγησης διάφορων τομέων έχουν κατά καιρούς δεχθεί έντονο σχολιασμό, τόσο θετικό όσο και αρνητικό. Όπως κάθε μέθοδος, έτσι και τα τέστ έχουν θετικά αλλά και αρνητικά σημεία, δημιουργώντας έντονες συζητήσεις γύρω από αυτά. Αναμφίβολα η χρήση αυτών των εργαλείων έχει βοηθήσει την επιστημονική κοινότητα να ερευνήσει και να εξετάσει με περισσότερη λεπτομέρεια διάφορα είδη διαταραχών, όπως είναι και η νοητική καθυστέρηση.

Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα των τέστ νοημοσύνης είναι η δυνατότητα που παρέχουν για την πρόβλεψη μελλοντικών συμπεριφορών. Πιο συγκεκριμένα είναι σε θέση να προβλέψουν με αρκετή ακρίβεια τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα του παιδιού. Αν και οι προβλέψεις αυτές είναι βραχυπρόθεσμες, δεν είναι όμως πάντοτε σωστές, αφού η ακαδημαϊκή επιτυχία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι ίσως να μην αξιολογούνται από τα συγκεκριμένα τέστ. Επίσης τα τέστ νοημοσύνης δεν αποτελούν μόνο ένα μέσο πληροφόρησης των γνωστικών δυνατών αλλά και αδύνατων σημείων του παιδιού, αλλά συντελούν και στον προδιορισμό του βαθμού αλλαγής μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα που είναι αποτέλεσμα θεραπευτικών, εκπαιδευτικών ή ερευνητικών προγραμμάτων (Κουλάκογλου, 2002).

Παρόλα αυτά όμως πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ενώ τα τέστ αποβλέπουν στην μέτρηση των έμφυτων ικανοτήτων ενός ατόμου, στην πραγματικότητα αξιολογούν τις ικανότητες αυτές όπως διαμορφώνονται από την περιβαλλοντική επίδραση. Έτσι, η μέτρηση της νοημοσύνης παιδιών που αναπτύσσονται σε ένα επαρκές και κατάλληλο περιβάλλον ευνοείται ενώ συμβαίνει το αντίθετο όσο αφορά τα παιδιά εκείνα που ζούν σε ένα ανεπαρκές περιβάλλον ή που δεν έχουν πολλές ευκαιρίες για μάθηση. Αρκετοί είναι επίσης αυτοί που θεωρούν ότι η χρήση των τέστ εξυπηρετεί πολιτικές και φυλετικές διακρίσεις (Μπαρδή, 1985).

Μια ακόμα κριτική, είναι ότι τα τέστ νοημοσύνης επικεντρώνονται στο τελικό αποτέλεσμα, κι όχι στη γνωστική διαδικασία που οδηγεί σε αυτό το αποτέλεσμα (Κουλάκογλου, 2002), ενώ επίσης οι οποιεσδήποτε μετρήσεις που πραγματοποιούν αναφέρονται σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ατόμων και στις συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνθήκες που τότε επικρατούσαν (Σταύρου, 1990).

Συμπερασματικά, αυτά τα τέστ παρέχουν αναμφισβήτητα ένα βαθμό αντικειμενικής πληροφόρησης και αποτελούν σημαντική βοήθεια στον καθορισμό των συστημάτων ταξινόμησης στις διάφορες ομάδες ατόμων. Επίσης βοηθούν στη λήψη αποφάσεων για την αντιμετώπιση εκπαιδευτικών και άλλων αναγκών, η κατάσταση των οποίων απαιτεί ειδική μεταχείριση. Έτσι λοιπόν η μέθοδος των τέστ αν και είναι πολύ χρήσιμη μέσα στην ερευνητική κοινότητα πρέπει να χρησιμοποιείται με επιφύλαξη, και σε συνδιασμό με άλλες μεθόδους.

ΈΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η έγκαιρη διάγνωση αποτελεί το πιο σημαντικό στοιχείο για την επιτυχία των θεραπευτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τα νοητικά καθυστερημένα

παιδιά. Είναι γεγονός ότι μια έγκαιρη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης έχει ως άμεση συνέπεια την έγκαιρη πρόληψη - αντιμετώπιση της, με όλα τα κατάλληλα μέσα και μεθόδους αγωγής, εκπαίδευσης και ιατρικής περίθαλψης (Σταύρου, 1990).

Σύμφωνα με πολλούς επιστήμονες, όσο πιο νωρίς γίνει η διάγνωση τόσο πιο γρήγορα αρχίζει η ειδική αγωγή για αυτά τα παιδιά και έτσι οι δυνατότητες να περιοριστεί έως ένα βαθμό η νοητική ανεπάρκεια και οι συνέπειες της, είναι μεγαλύτερες (Παρασκευόπουλος, 1980).

Τα άτομα τα οποία μπορούν, κατά πρώτο στάδιο, να βοηθήσουν την επίτευξη μια έγκαιρης διάγνωσης είναι οι γονείς. Αυτό είναι εφικτό μέσα από την παρατήρηση της ανάπτυξης και της συμπεριφοράς του παιδιού τους, σε σύγκριση με την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Έτσι, μπορούν να εντοπιστούν όποιεσδήποτε ανεπάρκειες και αποκλίσεις στην πορεία της νοητικής ανάπτυξης και κοινωνικής ωριμότητας του παιδιού, οι οποίες αποτελούν βασικά ενδεικτικά χαρακτηριστικά για την ύπαρξη της νοητικής καθυστέρησης (Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι κυριότερες ενδείξεις για την πιθανή ύπαρξη της νοητικής καθυστέρησης αλλά και γενικότερα για την πιθανή ύπαρξη ενός προβλήματος στην ανάπτυξη, οι οποίες πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής ώστε να καθοριστεί μια πιθανή επακόλουθη ψυχολογική εξέταση σύμφωνα με την Warren Sue (1968) είναι οι εξής:

- Καθυστερημένη Ομιλία. Το παιδί δεν μπορεί να πει καμία λέξη στον 18^ο μήνα ή μπορεί να πει λιγότερες από 100 λέξεις σε ηλικία 30 μηνών. Επίσης δεν μπορεί να εκφραστεί με μια απλή πρόταση σε ηλικία 36 μηνών.
- Καθυστερημένη Κινητική Ανάπτυξη. Το παιδί σηκώνεται όρθιο για πρώτη φορά μετά τον 12^ο μήνα, περπατά για πρώτη φορά μετά το 2^ο έτος και δεν μπορεί να κάνει ένα άλμα στην ηλικία των 4 ετών.
- Καθυστερημένη Ψυχοσωματική Ανάπτυξη. Το παιδί δεν μπορεί να αντιληφθεί τους συνήθεις κινδύνους σε ηλικία 4 ετών, δεν προφυλάσσεται από άγνωστα πρόσωπα σε ηλικία 5 ετών, δεν μπορεί να διαχειριστεί μικρό ποσό χρημάτων σε ηλικία 8 ετών.

- Μειωμένη Ικανότητα Μάθησης. Το παιδί δεν μπορεί να αναγνωρίσει τα γράμματα του αλφαβήτου σε ηλικία 7 ετών ή τις απλές λέξεις σε ηλικία 8 ετών (Warren, 1968, παραπομπή από τον Παρασκευόπουλο, 1980).

Μερικές ακόμα ενδείξεις οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς αλλά και άλλα ειδικά πρόσωπα στον καθορισμό μιας μη φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού, που πιθανόν να αποτελεί έκφραση μιας πρόωρης νοητικής καθυστέρησης είναι οι εξής:

- Στο τέλος του 2^{ου} μήνα το νήπιο δεν μπορεί να κρατήσει το κεφάλι του ψηλά.
- Στο τέλος του 8^{ου} μήνα το νήπιο δεν μπορεί να μπουσουλίσει προς τα πίσω.
- Στο τέλος του 11^{ου} μήνα το νήπιο δεν μπορεί να μπουσουλίσει στα τέσσερα.
- Στο τέλος του 8^{ου} μήνα, όταν το κρατούν από τα χέρια το παιδί δεν μπορεί να σταθεί έστω για λίγο.
- Στο τέλος του 2^{ου} μήνα δεν μπορεί να κρατήσει σφικτά ένα αντικείμενο.
- Στο τέλος του 1^{ου} μήνα δεν μπορεί να ακολουθήσει με τα μάτια του το φώς μια λάμπας δεξιά και αριστερά.
- Στο τέλος του 1^{ου} μήνα δεν κλαίει πριν από το φαγητό του.
- Στο τέλος του 4^{ου} μήνα δεν γελά όταν του μιλούν.
- Στο τέλος του 5^{ου} μήνα δεν προφέρει απλές συλλαβές.
- Στο τέλος του 6^{ου} μήνα δεν απλώνει τα χέρια του για να το σηκώσουν ψηλά.
- Στο τέλος του 11^{ου} μήνα δεν ζητά να πίνει μόνο του από το ποτήρι (Νιτσόπουλος, 1981).

Η σπουδαιότητα όμως της έγκαιρης διάγνωσης κατά τη βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία δεν φαίνεται να εκτιμάται όσο θα έπρεπε. Η ευθύνη για την πρόωμη

αναγνώριση του νοητικά καθυστερημένου παιδιού, μετά από τους γονείς, ανήκει στον παιδίατρο, στη βρεφονηπιοκόμο, στη νηπιαγωγό και γενικότερα σε οποιοδήποτε άλλο άτομο, φορέα ή οργανισμό που έρχεται σε επαφή με το παιδί κατά την προσχολική ηλικία (Πολυχρονοπούλου, 2001). Σε περίπτωση που κάποιος από αυτούς εντοπίσει ένα περιστατικό όπου υπάρχει απόκλιση σωματική, πνευματική ή οικογενειακού – περιβαλλοντικού τύπου, θα πρέπει να το αναφέρει στις ειδικές υπηρεσίες παιδικής προστασία και υγειϊνής. Αυτές, θα πρέπει να έχουν ένα κατάλογο με τα παιδιά τα οποία βρίσκονται κατά κάποιο τρόπο σε κατάσταση κινδύνου και μέσα από ειδικές διαδικασίες να τους προσφέρουν βοήθεια (Παρασκευόπουλου, 1980).

Αναμφίβολα, οι πιο βαριές μορφές της νοητικής καθυστέρησης εντοπίζονται κατά τη γέννηση ή τη βρεφική ηλικία, όμως τα περισσότερα νοητικά καθυστερημένα παιδιά δεν αναγνωρίζονται εύκολα χωρίς την τακτική εξέταση και εκτίμηση της ανάπτυξης του (Πολυχρονοπούλου, 2001). Γι' αυτό είναι εξαιρετικής σημασίας οι πληροφορίες οι οποίες προέρχονται από τους γιατρούς που έρχονται σε επαφή με το παιδί.

Η καλύτερη ίσως ηλικία για τον εύκολο εντοπισμό των αναπτυξιακών και νευρολογικών προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα παιδί είναι η ηλικία των έξι εβδομάδων, των έξι μηνών και των δέκα μηνών. Ο λόγος είναι ότι στις συγκεκριμένες χρονικές περιόδους το παιδί περνά μερικά σημαντικά στάδια της ανάπτυξης (Πολυχρονοπούλου, 2001), όπως η ψυχοσωματική ανάπτυξη, η επικοινωνία και επαφή με το περιβάλλον με τις εκφράσεις του προσώπου, με το κοινωνικό χαμόγελο και το κλάμα, η πρώτη ομιλία με συλλαβές, η κινητική ανάπτυξη με το μπουσούλημα και η αντιληπτική και αισθητηριακή ανάπτυξη.

Η έγκαιρη διάγνωση είναι πιθανόν να πραγματοποιηθεί επίσης στο σχολικό πλαίσιο, με την εφαρμογή ενός προγράμματος για τη ψυχολογική εξέταση των παιδιών που φοιτούν για πρώτη φορά στο σχολείο. Έτσι είναι δυνατόν να εντοπισθούν τα παιδιά εκείνα που απαιτούν ειδική εκπαίδευση (Παρασκευόπουλος, 1980).

Γενικότερα, η έγκαιρη διάγνωση προϋποθέτει την μελέτη του ιατρικού και οικογενειακού ιστορικού του παιδιού, όπως και του ιστορικού της ανάπτυξης του. Μερικές βασικές πληροφορίες που πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο γενικό ιστορικό του παιδιού είναι οι γενετικοί παράγοντες, η οικογενειακή ιδιομορφία της ανάπτυξης, το βάρος του παιδιού κατά τη γέννηση, η διάρκεια της κύησης, οι πιθανοί επικίνδυνοι

προγεννητικοί, περιγεννητικοί και μεταγεννητικοί παράγοντες, οι τυχόν δυσκολίες στο θηλασμό, η υπερβολική υπνηλία, οι οποιεσδήποτε αρρώστιες που πέρασε το παιδί καθώς και η στέρηση της μητρικής αγάπης και φροντίδας (Πολυχρονοπούλου, 2001).

ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Το να είσαι γονέας προϋποθέτει μια σειρά αναγκών, τάσεων, ευθυνών, καθηκόντων και χαρακτηριστικών. Σε πολλές περιπτώσεις η μητρότητα μπορεί να είναι το προϊόν μόχθου και εκπλήρωσης και η πατρότητα ένα δείγμα θάρρους, ικανότητας και αρρενωπότητας. Και για τους δύο γονείς μπορεί να είναι η αποδοχή της υπευθυνότητας, η ενηλικίωση, η απόκτηση ενός ορισμένου γοήτρου, η συνειδητοποίηση του εαυτού τους, όπως επίσης και η σύμπνοια. Η γέννηση ενός παιδιού είναι, πραγματικά, με μια έννοια, ένωση της μοναδικότητας, η προσφορά στο κόσμο - μέσα από αυτή τη ένωση – ενός άλλου μοναδικού προϊόντος. Η απόκτηση και η φροντίδα ενός παιδιού αποτελεί μόνο ένα μέρος του πολύπλοκου ρόλου του γονέα, ως ανθρώπου (Μπουσκαλιά, 1993).

Η ψυχική υγεία των γονέων, η όλη συμπεριφορά τους, καθώς επίσης και οι μεταξύ τους επιδράσεις, αποτελούν τα βασικότερα στοιχεία, τα οποία συνθέτουν την εκπαιδευτική ατμόσφαιρα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Μέσα σ' αυτή την ατμόσφαιρα, υπό την άμεση επίδραση της ψυχοδυναμικής της οικογενειακής ομάδας, το παιδί αναπτύσσεται και δημιουργεί τον ψυχικό του κόσμο (Κρουσταλάκη, 1998).

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 σε μια τέτοια οικογένεια θα είναι πιο έντονα και πως ο συναισθηματικός της τόνος αλλάζει. Τα μέλη της οικογένειας που μέχρι σήμερα ένιωθαν αρκετά ασφαλή μέσα στο ρόλο τους, θα κληθούν να αλλάξουν δραστικά. Το πως 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.

Εκείνοι που φέρνουν στο κόσμο ένα παιδί με ειδικές ανάγκες αποκτούν ένα καινούργιο ρόλο, μετατρέπόμενοι, επιπρόσθετα, σε ειδικούς γονείς, που είναι πολλές φορές υποχρεωμένοι να εξετάσουν πιο βαθιά και αξιολογικά τις αλληλεπιδράσεις αυτού του καινούργιου ρόλου. Πρέπει να προσπαθήσουν να κατανοήσουν τα συναισθήματα και τις διαθέσεις που προκαλούνται από μια νέα κατάσταση για την οποία υπάρχουν λιγοστά στοιχεία και σαφήνεια (Μπουσκαλιά, 1993).

Είναι επιτακτικό καθήκον να θεωρούμε τους γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες πρώτα ανθρώπους, όπως όλους τους άλλους και να τους βοηθάμε να βλέπουν το εαυτό τους με τον ίδιο τρόπο. Έχουν τις ίδιες ψυχικές και σωματικές αντοχές, όρια και παραλλαγές. Δεν χρειάζεται, στην αρχή, να αποδεχθούν οτιδήποτε εκτός από την πρόκληση που συνοδεύει την ανάληψη της ευθύνης να ωριμάσουν, να αντιληφθούν τις δυνατότητές τους, να μάθουν και να γίνουν ικανότερα ανθρώπινα όντα, μαζί με το ιδιαίτερο παιδί τους (Μπουσκαλιά, 1993).

Το πρώτο βήμα λοιπόν, στην περίπλοκη διαδικασία του χειρισμού ενός ιδιαίτερου παιδιού, είναι η αποδοχή του προφανούς γεγονότος ότι οι γονείς του είναι απλώς άνθρωποι. Ως άνθρωποι, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τις δικές τους ειδικές ανάγκες. Θα χρειαστεί να συνειδητοποιήσουν τα πραγματικά τους συναισθήματα και να μην φοβούνται. Θα πρέπει να δεχθούν αυτό που είναι τώρα και να αποδεχθούν την πρόκληση της δικής τους συναισθηματικής και διανοητικής ανάπτυξης. Θα χρειαστεί να αποδεχθούν τους κινδύνους που περικλείονται στην διαδικασία και να είναι διατεθειμένοι να πειραματιστούν με την αλλαγή. Αναμφίβολα, θα υπάρξουν στιγμές αμφιβολίας, ακόμη και αποτυχίας. Θα δουν ότι καθώς συνειδητοποιούν και φροντίζουν όλο και περισσότερο τον εαυτό τους, θα συνειδητοποιούν και θα φροντίζουν και τους άλλους. Θα ανακαλύψουν ότι καθώς πειραματίζονται και απορρίπτουν τις προκαταλήψεις, θα εμφανίζονται καινούργιες εναλλακτικές λύσεις. Διακινδυνεύοντας να αναμιχθούν και να δοκιμάσουν νέα συναισθήματα και συμπεριφορές, θα βλέπουν τον χωρίς όρια εαυτό τους και τον κόσμο να επεκτείνονται (Μπουσκαλιά, 1993).

Οι γονείς των μειονεκτικών παιδιών, με καμία έννοια δεν είναι περισσότερο «έτοιμοι» από οποιουδήποτε άλλους γονείς για τις απαιτήσεις αλλαγής που

αντικρίζουν με τη γέννηση του παιδιού τους. Για να φέρουν σε πέρας αυτό το ασυνήθιστο καθήκον οι γονείς χρειάζονται μια κατανοητή ιατρική διάγνωση, μια καθησύχαση σε σχέση με τα συναισθήματα ενοχής, αβεβαιότητας και φόβου, κάποια αμυδρή ιδέα γύρω από το τι επιφυλάσσει το μέλλον για αυτούς και το παιδί τους, και πάνω απ' όλα, ελπίδα και εμπύχωση που θα τους βοηθήσουν να αποδεχτούν την πρόκληση που βρίσκεται μπροστά τους (Μπουσκαλιά, 1993).

Στην έρευνα του Schwab.O.Lois βρέθηκε ότι οι οικογενειακές δυνάμεις που αφορούν οικογένειες που έχουν ένα μέλος με σωματική ή νοητική αναπηρία, ανεξάρτητα από το φύλο ή από το είδος της αναπηρίας είναι αρχικά η δέσμευση του υποκειμένου στην οικογένεια, η δέσμευση προς το μέλος της οικογένειας με αναπηρία, η υποστήριξη της οικογένειας προς το μέλος με την αναπηρία όταν αυτό αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα και τέλος το ενδιαφέρον της οικογένειας για την προαγωγή της ευτυχίας του μέλους με αναπηρία. Επίσης σύμφωνα με τα ευρήματα οι γυναίκες είχαν μια σημαντικά θετική στάση όσο αφορά τη δέσμευση τους με το μέλος με αναπηρία όπως και σημαντική διαφορά από τους άντρες όσο αφορά τη συμπεριφορά τους στον τομέα της συνεργασίας με το ανάπηρο μέλος της οικογένειας (Schwab, 1989)

Στις οικογένειες που υπάρχουν παιδιά με νοητική υστέρηση η κατάσταση είναι περίπλοκη. Η πνευματική και σωματική αναπηρία των παιδιών, η ανάπτυξη τους και οι ειδικές και μακροχρόνιες διευθετήσεις για τη φυσική τους φροντίδα, την εκπαίδευση τους, τη συνοδεία, την απογοήτευση, όλα επιβάλλουν πιέσεις οι οποίες συμβάλλουν και τείνουν να διακόπτουν την οικογενειακή ισορροπία και γαλήνη. Για τους γονείς η νοητική καθυστέρηση είναι ένα τραυματικό γεγονός που τους κάνει να αισθάνονται ενοχές. Συχνά αντιλαμβάνονται το πρόβλημα του παιδιού τους με βαθιά σύγχυση χωρίς να αντιλαμβάνονται τις πραγματικές ανάγκες και προβλήματα του παιδιού (Βασιλείου, 1998). Τα συναισθήματα ματαιώσης, ανασφάλειας, θυμού, ανικανότητας, ενοχής και ο φόβος της κοινωνικής απόρριψης, επηρεάζουν τη συνολική λειτουργία της οικογένειας και δημιουργούν ένα αίσθημα ανασφάλειας στο παιδί, ενώ ο στιγματισμός και η απαξιωτική στάση από την κοινωνία, η οποία, συχνά, δυσκολεύεται να αποδεχθεί την πραγματικότητα, δημιουργούν επιπλέον προβλήματα (Κοντοπούλου, 2007).

Η ύπαρξη ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού απειλεί την οικογένεια ως σύστημα και διαταράσσει τη δυναμική της, αφού οι γονείς δεν είναι σε θέση να

διαχειριστούν τα νέα δεδομένα. Έτσι οι γονείς πολλές φορές αντιδρούν λανθασμένα και συγκρούονται μεταξύ τους. Οι ενοχές τους μετατρέπονται σε επιθετικότητα, άγχος υπερπροστατευτικότητα ή αδιαφορία (Παπάνης, κ.α., 2007)

Η πρώτη αντίδραση μιας μητέρας μετά τη διάγνωση του παιδιού της με νοητική καθυστέρηση είναι το σοκ, ο συναισθηματικός πόνος, ο φόβος και η σιωπή. Η γνώση της μητέρας έχει αποσυνδεθεί από τα συναισθήματα της, έχει επίγνωση ότι το παιδί της έχει νοητική υστέρηση όμως δεν μπορεί ακόμα να δεχθεί συναισθηματικά το γεγονός αυτό. Οι γονείς φοβούνται για το παιδί τους, νιώθουν αβεβαιότητα για το μέλλον και την εξέλιξη του και εκφράζουν αυτό τους τον φόβο με τη σιωπή ή τη φυγή. Δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τη συμβαίνει και αρνούνται να δεχθούν την πραγματικότητα (Κρουσταλάκη, 1998).

Ακολουθεί η συναισθηματική αποδιοργάνωση όπου εμφανίζονται έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Η έντονη λύπη, η κατάθλιψη, ο θυμός και η οργή κυριαρχούν. Στο στάδιο αυτό οι γονείς του παιδιού με νοητική καθυστέρηση νιώθουν έντονες ενοχές, οι οποίες συχνά τους οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση. Νιώθουν υπεύθυνοι για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το παιδί τους και έτσι στην προσπάθειά τους να προστατεύσουν τον εαυτό τους εσωτερικεύουν όλα όσα νιώθουν και απομονώνονται κοινωνικά (Κρουσταλάκη, 1998). Τα συναισθήματα προς το παιδί είναι αμφιθυμικά. Το αντιμετωπίζουν, συγχρόνως, ως ένα κομμάτι του εαυτού που πρέπει να προστατεύσουν αλλά και ως ένα κομμάτι του εαυτού που δεν θέλουν να δεχθούν και ντρέπονται να παρουσιάσουν στους άλλους. Επίσης, η ανάγκη κάλυψης της προσωπικής αμφισβήτησης, οδηγεί τους γονείς στην απόδοση ευθυνών στους άλλους ή ακόμα και σε μεταφυσικούς παράγοντες (Κοντοπούλου, 2001).

Επόμενο και τελευταίο στάδιο είναι η συναισθηματική αναδιοργάνωση. Το παιδί γίνεται αποδεκτό όπως είναι και οι γονείς του αρχίζουν να εργάζονται για το συμφέρον του παιδιού τους, ενώ τα δικά τους συναισθήματα χάνουν την οξύτητα τους, με τη βοήθεια της συμβουλευτικής. Προσπαθούν να βρουν τρόπους διαφυγής από τον πόνο που νιώθουν και τις σκέψεις που τους βασανίζουν, αλλά και τις κατάλληλες λύσεις για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση (Κρουσταλάκη, 1998). Όμως, η αποτελεσματική προσαρμογή των γονέων προϋποθέτει την αποδοχή του παιδιού με όλα τα θετικά στοιχεία και τις ιδιαιτερότητες του και την εξεύρεση μιας

ικανοποιητικής ισορροπίας τόσο σε ψυχικό, όσο σε διαπροσωπικό και κοινωνικό επίπεδο (Κοντοπούλου, 2001).

Είναι γεγονός ότι πολλοί ερευνητές υποστήριξαν ότι η αρχική αντίδραση των γονέων δεν είναι προς το ίδιο το παιδί, αλλά προς το ιδανικό παιδί που ποτέ δεν γεννήθηκε (Κοντοπούλου, 2001). Ο μητρικός θρήνος είναι μια φυσιολογική και αναμενόμενη αντίδραση όπως αναμενόμενο είναι και το γεγονός οι γονείς αλλά και τα αδέρφια αυτών των παιδιών να είναι πιο επιρρεπείς σε διάφορες συναισθηματικές διαταραχές

Σύμφωνα με πολλές μελέτες οι μητέρες παιδιών με ειδικές ανάγκες, και συγκεκριμένα παιδιών με νοητική καθυστέρηση, έχουν επικίνδυνα μεγάλη πιθανότητα κατάθλιψης μετά την γέννηση του παιδιού καθώς και μεγάλο κίνδυνο ψυχικής καταπόνησης. Έχουν ελάχιστες ευκαιρίες για ξεκούραση και προσωπική επαφή με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί λιγότερο στους πατεράδες παιδιών με ειδικές ανάγκες. Τα αποτελέσματα αυτών, στην πλειοψηφία τους, έδειξαν υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Οι πατέρες που είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους, είχαν την τάση να χρησιμοποιούν μια τακτική αποφυγής. Αυτό μπορεί να επιδράσει αρνητικά και να αποδυναμώσει την οικογένεια, που σημαίνει επιπρόσθετα βάρη φροντίδας για την μητέρα εξαιτίας της απόσυρσης του πατέρα, ενώ αυτές οι επιπρόσθετες πιέσεις εγείρουν το θυμό και την αποδοκιμασία των υπολοίπων μελών της οικογένειας. Επίσης παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό ψυχικής καταπόνησης (Dale, 2000).

Η σχέση ανάμεσα στα αδέρφια είναι πολύ σημαντική για τη ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Τα παιδιά αντιδρούν διαφορετικά απέναντι στα αδέρφια τους, διαφορετικά προς τους γονείς τους και διαφορετικά προς τους συνομηλίκους τους, έξω από το οικογενειακό πλαίσιο.

Σχετικά με τα αδέρφια ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού και το πως αυτά αντιμετωπίζουν την αναπηρία του μέσα στην οικογένεια τα αποτελέσματα των ερευνών έρχονται συχνά σε αντίθεση. Πιο συγκεκριμένα μερικές έρευνες αναφέρουν ότι τα παιδιά αυτά έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης συναισθηματικών διαταραχών και προβλημάτων προσαρμογής συγκρινόμενα με τα αδέρφια φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών, ενώ άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα αδέρφια ενός

νοητικά καθυστερημένου παιδιού, ως ομάδα, έχουν τις ίδιες πιθανότητες εμφάνισης των παραπάνω με τα αδέλφια παιδιών με φυσιολογική ανάπτυξη (Dale, 2000).

Αναμφίβολα πολλοί είναι οι παράγοντες που σχετίζονται και επηρεάζουν τον τρόπο που τα αδέλφια ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού θα αντιδράσουν προς αυτό. Σημαντικότερο ρόλο έχει η ηλικία των παιδιών, η σειρά γέννησης, η σχέση τους με τους γονείς πριν από τη γέννηση του νοητικά καθυστερημένου παιδιού αλλά και μετέπειτα, το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζούν, το αν έχουν δεχθεί το γεγονός αλλά και πως το βιώνουν σε σχέση με άλλα άτομα (Κοντοπούλου, 2001).

Σύμφωνα με μια ανασκόπηση 43 ερευνών που έγινε από τους Del Rosario & Keefe (2003) σχετικά με τα αδέλφια ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού, και πως αυτά βιώνουν την αναπηρία του αδελφού/ης τους, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των αδελφιών επηρεάζονταν αρνητικά. Πιο συγκεκριμένα μερικές από τις αρνητικές επιδράσεις που βίωναν ήταν το άγχος, η απόσυρση, η κατάθλιψη, τα σχολικά προβλήματα και η χαμηλή αυτοπεποίθηση (Del Rosario & Keefe, 2003).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την έρευνα των Hannah & Midlavsky (1999), όπου έγινε μια σύγκριση ανάμεσα σε 50 αγόρια και κορίτσια, αδέλφια παιδιών με νοητική καθυστέρηση, βρέθηκε ότι τα κορίτσια είναι πιο πιθανόν να εκφράσουν την στεναχώρια τους μέσα από την εσωτερίκευση των συναισθημάτων τους ενώ τα αγόρια είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν σχολικά προβλήματα (Hannah & Midlavsky, 1999).

Παρόλο που μερικά αδέλφια βιώνουν αρνητικές επιπτώσεις λόγω της ύπαρξης ενός νοητικά καθυστερημένου αδελφού/ης, μερικά άλλα βιώνουν θετικές επιδράσεις. Σύμφωνα με πιο πρόσφατες μελέτες ερευνήθηκαν τα θετικά στοιχεία που αποκομούν τα αδέλφια ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι τα αδέλφια αυτών των παιδιών ανέφεραν πιο θετικά στοιχεία για την αυτοεικόνα τους, περισσότερη ανεκτικότητα, υπομονή και συμπόνια προς τον συνάνθρωπο, ένιωθαν πιο ώριμοι σαν άτομα, πιο αφοσιωμένοι, πρόσφεραν πιο εύκολα τη βοήθεια τους και είχαν μεγαλύτερη κατανόηση (Dykens, 2005, Mc Millan, 2005).

Όπως ήδη αναφέρθηκε σημαντικό ρόλο για την αντιμετώπιση προς ένα νοητικά καθυστερημένο παιδί έχει η ηλικία των παιδιών αλλά και η σειρά γέννησης τους. Έτσι στην έρευνα των Hannah & Midlarsky (2005) βρέθηκε ότι τα μεγαλύτερα αδέλφια νοητικά καθυστερημένων παιδιών φρόντιζαν περισσότερα τα παιδιά αυτά και

γενικά τα αντιμετωπίζουν με θετικό τρόπο, σε αντίθεση με τα αδέρφια μικρότερης ηλικίας τα οποία αντιμετωπίζουν το νοητικά καθυστερημένο παιδί αρνητικά και βιώναν το αίσθημα της ζήλιας αλλά και της απομόνωσης λόγω της συνεχούς ενασχόλησης των γονέων με το παιδί με νοητική καθυστέρηση (Hannah & Midlarsky, 2005).

Οι οικογένειες αυτές με το άκουσμα της νοητικής καθυστέρησης αντιμετωπίζουν μια πληθώρα δυσκολιών. Οι ιδιαίτερες απαιτήσεις θα βρίσκονται διαρκώς μπροστά στο σύνολο της οικογένειας. Χρονικές απαιτήσεις, απαιτήσεις για οικογενειακή ανασυγκρότηση, για αλλαγή συνθηκών και αξιών, για ένα καινούργιο τρόπο ζωής, αλλά και συναισθηματική και περιβαλλοντική αλλαγή. Σημαντικά προβλήματα για τους γονείς θα είναι ακόμη, οι ρεαλιστικές σκέψεις για την κατάσταση του παιδιού, η επιπρόσθετη προσωπική ευθύνη, το οικονομικό βάρος, η μόνιμη αβεβαιότητα, η σωματική εξάντληση και εξουθένωση που μετατρέπεται σε οξυθυμία, οι εξωτερικές πιέσεις από συγγενείς και φίλους καθώς και η κοινωνική απομόνωση (Μπουσκαλιά, 1993). Επίσης οι γονείς θα έχουν να αντιμετωπίσουν υψηλά επίπεδα πίεσης, δυσαρέσκεια από τη συζυγική σχέση, έλλειψη πραγματικής ψυχαγωγίας και δημιουργικού ελεύθερου χρόνου καθώς και έλλειψη οικογενειακής συνοχής και εγγύτητας (Dale, 2000).

Συνέπεια αυτών, είναι η ανακάλυψη φόβων, κρυμμένης εχθρότητας και ανεπάρκειας. Τα προβλήματα αυτά ίσως προκαλέσουν μνησικακία του ενός προς τον άλλο γονέα, προς το παιδί τους και το πρόβλημα. Οι δύο γονείς δεν είναι ίδιοι και δεν ανταπεξέρχονται στα συναισθήματα τους με παρόμοιο τρόπο ενώ επίσης δεν αποκτούν την ίδια επίγνωση για το πρόβλημα (Dale, 2000). Σε αρκετές περιπτώσεις όμως, το παιδί και τα προβλήματα που παρουσιάζει μπορεί να λειτουργήσουν ως ένας συνδετικός κρίκος, για τους γονείς που μοιράζονται τις ευθύνες, τις ενοχές και τις δυσκολίες της καθημερινότητας (Κοντοπούλου, 2001).

Στην έρευνα των Meyer, Stafford & Jacobsen (1970) σκοπός ήταν να γίνει περιγραφή των αναγκών αλλά και των υπηρεσιών που λάμβαναν οικογένειες παιδιών με νοητική υστέρηση και άλλες συσχετιζόμενες αναπηρίες, η συσχέτιση των προαναφερθέντων με κάποιες οικογενειακές μεταβλητές, κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες αλλά και τη φύση της αναπηρίας καθώς επίσης και η αξιολόγηση ενός θεραπευτικού προγράμματος (Meyer, Stafford & Jacobsen, 1970).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η πλειοψηφία των παιδιών χρειαζόταν βοήθεια σε συγκεκριμένους τομείς που αφορούσε τα αναπτυξιακά, κοινωνικά, σχολικά και συναισθηματικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν. Επικρατέστερα στα μεγαλύτερα παιδιά ήταν τα συναισθηματικά προβλήματα ενώ όσο αφορά τα μικρότερα παιδιά, βρέθηκε ότι οι γονείς αυτών εξέφραζαν μεγαλύτερη ανάγκη για βοήθεια. Βρέθηκε επίσης ότι η ηλικία συσχετίζεται σημαντικά με την απασχόληση του πατέρα και το οικογενειακό εισόδημα. Σημαντικό εύρημα είναι η ύπαρξη συναισθηματικών προβλημάτων σε οικογένειες που η μητέρα δεν εργαζόταν καθώς και η περισσότερη ανάγκη για βοήθεια και φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με οικογένειες που η μητέρα εργαζόταν. Ανακαλύφθηκε επίσης μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της βοήθειας από ειδικές υπηρεσίες σχετικά με τον καθορισμό του προβλήματος. Οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα ωφελούνταν περισσότερο όταν γινόταν η διάγνωση του προβλήματος σε σύγκριση με τις οικογένειες με υψηλό εισόδημα οι οποίες όμως ωφελούνταν περισσότερο από τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι σε αντίθεση με τις οικογένειες με χαμηλό εισόδημα. Τέλος, βρέθηκε, μετά από σύγκριση παιδιών με νοητική υστέρηση και παιδιών με εγκεφαλική δυσλειτουργία, ότι όσο αναπτυσσόταν η αναπηρία τόσο η βοήθεια στο σπίτι ήταν πιο αναγκαία (Meyer, Stafford & Jacobsen, 1970).

Μερικοί από τους παράγοντες οι οποίοι βοηθούν τους γονείς να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες απαιτήσεις που δημιουργούνται από την ύπαρξη ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού είναι η καλή οικονομική κατάσταση, οι καλές μεταξύ τους σχέσεις αλλά και οι καλές κοινωνικές σχέσεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Σύμφωνα με την έρευνα των Bailey, Blasco & Simeonsson (1992) οι μητέρες και οι πατέρες νοητικά καθυστερημένων παιδιών δεν αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο ένα νοητικά καθυστερημένο παιδί. Οι μητέρες, κατά την ανατροφή του παιδιού τους αναζητούν περισσότερο την κοινωνική αλλά και συναισθηματική υποστήριξη από το περιβάλλον τους, σε αντίθεση με τους πατέρες οι οποίοι ανησυχούν περισσότερο για την οικονομική επιβάρυνση που υφίσταται η οικογένεια ως σύνολο λόγω των αναγκών ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού (Bailey, Blasco & Simeonsson, 1992).

Μερικές επιπλέον πηγές στήριξης για τους γονείς αυτών των παιδιών είναι η επαγγελματική στήριξη, το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, αλλά και μερικά άτομα με τα οποία μπορεί να μην συνδέονται με συγγένεια, όμως αντιμετωπίζουν κι

αυτά παρόμοιες καταστάσεις. Οι επαγγελματίες σύμβουλοι καθώς και το οικογενειακό περιβάλλον μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή στήριξης και βοήθειας για τους γονείς ενώ η επαφή με άτομα που βιώνουν μια παρόμοια κατάσταση μπορεί να είναι επίσης πολύ βοηθητική, αφού οι γονείς αντιλαμβάνονται ότι δεν είναι μόνοι τους και ότι μπορούν να αντεπεξέλθουν (Καϊλά, Πολεμικός & Φιλίππου, 1997).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί μερικά νέα μοντέλα για την κατανόηση της δυναμικής που αναπτύσσεται ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού. Το πιο γνωστό από αυτά είναι το μοντέλο με την ονομασία «Διπλό ABCX». Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι η ιδιαίτερη ανατροφή του νοητικά καθυστερημένου παιδιού (X) διαμορφώνεται ανάλογα με την αλληλεπίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών του παιδιού (A), των εσωτερικών και εξωτερικών πόρων της οικογένειας (B) και των αντιλήψεων της οικογένειας για το παιδί (C). Όλα αυτά τα στοιχεία υπόκεινται σε αλλαγές. Επίσης η αλλαγή οποιουδήποτε από αυτά τα στοιχεία μπορεί να προκαλέσει αλλαγή και στα υπόλοιπα (Minnes, 1988, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι οικογένειες των παιδιών με νοητική καθυστέρηση αντιμετωπίζουν μια ποικιλία προβλημάτων, είτε αυτά είναι οικονομικά, είτε συναισθηματικά. Συχνά λόγω αυτών των δυσκολιών παρατηρούμε ότι οι συγκεκριμένες οικογένειες έχουν την τάση να καθιλώνονται και να μην μπορούν να συνεχίσουν την εξέλιξη τους πέρα από ένα συγκεκριμένο σημείο. Αναμφισβήτητα η δύναμη και η αντοχή που κρύβουν μέσα τους οι γονείς και τα αδέρφια αυτών των παιδιών είναι τεράστια και η προσφορά τους ακόμη μεγαλύτερη. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο αξίζουν το θαυμασμό όλων μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι΄

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Οι βασικοί τομείς στους οποίους αναφέρονται οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση της νοητικής καθυστέρησης είναι η πρόληψη της διαταραχής, η αγωγή των νοητικά καθυστερημένων ατόμων καθώς και η κοινωνική τους περίθαλψη. Έτσι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της νοητικής καθυστέρησης θα πρέπει να περιλαμβάνει τα κατάλληλα ιδρύματα και υπηρεσίες που θα καλύπτουν επαρκώς όλες τις ανάγκες στους πιο πάνω τομείς (Παρασκευόπουλος, 1980).

Η θεραπευτική προσέγγιση των παιδιών με νοητική καθυστέρηση πρέπει αρχικά να βασιστεί σε μια προσεκτική και ολοκληρωμένη κλινική εκτίμηση τόσο των σωματικών όσο και των ψυχικών/ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το παιδί. Έπειτα, ακολουθεί η προσπάθεια για τη διαμόρφωση ενός κατάλληλου θεραπευτικού προγράμματος, το οποίο να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες και τις ικανότητες τόσο του παιδιού όσο και των γονέων (Μάνου, 1997). Έτσι λοιπόν, στην περίπτωση της νοητικής καθυστέρησης με τον όρο θεραπευτική αντιμετώπιση αναφερόμαστε κυρίως στην κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων με στόχο την πλήρη ανάπτυξη του νοητικού δυναμικού και των γνωστικών ικανοτήτων του παιδιού.

Παράλληλα το πρόγραμμα αντιμετώπισης θα πρέπει να απαιτεί την συντονισμένη συνεργασία μεταξύ των θεραπειών - εκπαιδευτών και της οικογένειας του παιδιού αλλά και να περιλαμβάνει τη συστηματική συμβουλευτική καθοδήγηση και στήριξη της οικογένειας (Κοντοπούλου, 2001). Αποτελεί γεγονός πλέον, ότι η εμπλοκή των γονέων στα προγράμματα εκπαίδευσης αυτών των παιδιών, συμβάλλει στην αποτελεσματική εφαρμογή τους. Εξάλλου, η ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσεται ανάμεσα στους γονείς και στους ειδικούς παιδαγωγούς αποτυπώνεται στην αντίληψη που διαμορφώνει το παιδί με νοητική υστέρηση για το σχολείο και προσδιορίζει συνολικά τη σχολική του ζωή.

Οι γονείς των παιδιών με νοητική καθυστέρηση αναμφίβολα έχουν την ανάγκη της υποστηρικτικής – συμβουλευτικής ψυχοθεραπείας αλλά και της εκπαίδευσης σε συμπεριφορικές τεχνικές ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους (Μάνου, 1997). Η εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών για την εκπαίδευση των παιδιών με νοητική καθυστέρηση έχει μακρά ιστορία. Οι συγκεκριμένες τεχνικές χρησιμοποιούνται τόσο για την μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς αυτών των παιδιών, όσο και για την απόκτηση βασικών ακαδημαϊκών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, η εφαρμογή συμπεριφοριστικών τεχνικών για την εκπαίδευση αυτών των παιδιών, προϋποθέτει τη πλήρη αποδοχή των δυσκολιών του παιδιού και αυτό επιγχάνεται με την σωστή ενημέρωση, συμβουλευτική και καθοδήγηση των γονέων, για μια πληρέστερη, εξειδικευμένη, προσεγμένη και κατάλληλη ολική αντιμετώπιση της διαταραχής (McEvoy et al., 1990). Αναμφίβολα, η αναγκαιότητα της συνεργασίας μεταξύ των γονέων και των ειδικών συμβούλων είναι μεγίστης σημασίας και καθορίζει την επιτυχία της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Έτσι, οι γονείς πρέπει να εκπαιδευτούν σε νέες δεξιότητες, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά μια συγκεκριμένη κατάσταση (Καϊλά, Πολεμικός & Φιλίππου, 1997).

Ανάλογα όμως με τις ιδιαιτερότητες κάθε περίπτωσης αλλά και τη σοβαρότητα της νοητικής καθυστέρησης μπορούν να εφαρμοστούν κι άλλα είδη θεραπείας πέρα από τις συμπεριφορικές τεχνικές, όπως είναι οι γνωστικές τεχνικές, η ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία αλλά και η οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Επίσης, ανάλογα με τις δυνατότητες, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το κάθε παιδί αλλά και τις ανάγκες του, δίνεται η προτεραιότητα στο είδος θεραπείας που θα προτιμηθεί. Για παράδειγμα, τα παιδιά με περιορισμένο λόγο και επικοινωνία θα πρέπει να εκπαιδευτούν σε εναλλακτικές μορφές επικοινωνίας με τη βοήθεια συγκεκριμένων γλωσσικών προγραμμάτων, ενώ τα παιδιά με προβλήματα κινητικότητας μπορεί να χρειάζονται φυσιοθεραπεία και εργοθεραπεία (Παπαγεωργίου, 2005).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα η έγκαιρη παρέμβαση στη νηπιακή ηλικία αποφέρει πιο γόνιμα αποτελέσματα. Η συγκεκριμένη παρέμβαση στοχεύει στην συστηματική παροχή επιπρόσθετης εκπαίδευσης στα παιδιά με νοητική υστέρηση πριν πάνε στο σχολείο, έτσι ώστε να αναπτυχθούν οι δεξιότητες λόγου επικοινωνίας και αυτοεξυπηρέτησης, αφού τα κανονικά παιδιά αποκτούν αυτές τις δεξιότητες αυτόματα

από την καθημερινή τους ζωή (Ramey, 1996, παραπομπή από τον Κάκουρο & Μανιαδάκη, 2005).

Οι στόχοι της συμβουλευτικής των γονέων διαφοροποιούνται ανάλογα με την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται το παιδί. Στη βρεφική και προσχολική ηλικία, η καθοδήγηση των γονέων στοχεύει στην παροχή των κατάλληλων ερεθισμάτων για την ανάπτυξη του λόγου στα παιδιά τους αλλά και στην κατάκτηση άλλων αναπτυξιακών στόχων αυτής της περιόδου. Στη σχολική ηλικία οι γονείς πρέπει να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αποκτήσουν τις βασικές σχολικές γνώσεις και κοινωνικές δεξιότητες, ενώ κατά την περίοδο της εφηβείας η κατάσταση είναι πιο δύσκολη αφού ο νέος με νοητική καθυστέρηση ερευνά το επίπεδο αυτονομίας που μπορεί να έχει αλλά και τις επιλογές που του δίνονται σχετικά με την επαγγελματική του αποκατάσταση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην ειδική αγωγή των παιδιών με νοητική καθυστέρηση, στους σκοπούς της, αλλά και στις διαθέσιμες ειδικές εκπαιδευτικές μονάδες για τα παιδιά αυτά.

ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η μάθηση, δηλαδή η απόκτηση γνώσεων σε συνδιασμό με την εμπειρία, αποτελεί ένα σημαντικό στάδιο στη ζωή του κάθε ατόμου. Μέσα από τη μάθηση το άτομο αναπτύσσεται, εξελίσσεται και καταλήγει σε μια δημιουργική και κοινωνική ύπαρξη που ποτέ δεν σταματά να μαθαίνει.

Το νοητικά καθυστερημένο παιδί δεν μπορεί να προοδεύσει μόνο του, με δικά του μέσα, κι έτσι χρειάζεται βοήθεια. Αυτή η παιδαγωγική βοήθεια αποτελεί μια ειδική αγωγή, της οποίας σκοπός είναι η ψυχολογική υποστήριξη του πνευματικά αδύναμου παιδιού, ώστε να μπορέσει να γίνει κύριος του εαυτού του (Κρασανάκης, 1997).

Με το πέρασμα των χρόνων, πολλοί προσπάθησαν να ορίσουν την έννοια της Ειδικής Αγωγής. Σύμφωνα με την Ρόζα Ιμβριώτη, η Ειδική Αγωγή είναι η επιστήμη που φροντίζει για τη μόρφωση, διδασκαλία, και πρόνοια όλων των παιδιών που η σωματική και ψυχική τους εξέλιξη εμποδίζεται συνεχώς από παράγοντες ατομικούς και κοινωνικούς, όπως οι αδυναμίες στις αισθήσεις, το σταμάτημα στην εξέλιξη του κεντρικού νευρικού συστήματος, οι σωματικές αρρώστιες, οι αναπηρίες και τα ελαττώματα που οφείλονται στο περιβάλλον (Ιμβριώτη, 1939, παραπομπή από την Ζώνιου – Σιδέρη, 1998).

Για τον Κ. Καλαντζή, η Ειδική Αγωγή είναι ένας νέος επιστημονικός κλάδος ο οποίος με ειδικά μέσα και μεθόδους διδασκαλίας και διαπαιδαγώγησης επιδιώκει να ολοκληρώσει ή να εναρμονίσει, μέσα στα όρια της μορφής και του βαθμού των εξελικτικών δυνατοτήτων, την καθυστερημένη ή διαταραγμένη προσωπικότητα των μειονεκτικών παιδιών, και να τα εξοπλίσει με γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να γίνουν ικανά, ανάλογα με τις δυνάμεις τους, να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο και να νιώθουν ευτυχισμένα (Καλαντζής, 1979, παραπομπή από την Ζώνιου – Σιδέρη, 1998).

Το παιδί με νοητική καθυστέρηση μαθαίνει με βραδύτερο ρυθμό, η τελική του επίδοση είναι πιο χαμηλή και το ποσό γνώσεων του μικρότερο απ' ότι σε ένα «φυσιολογικό» παιδί. Παρόλα αυτά δεν παύει να είναι ικανό να μαθαίνει. Έστω ακόμα και με κάποιες αρκετά σοβαρές δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα παιδί με

νοητική υστέρηση, έχοντας την κατάλληλη στήριξη και βοήθεια, έχοντας δίπλα του τα κατάλληλα άτομα και ειδικούς και σε συνδιασμό με κάποιες πιο συγκεκριμένες και ειδικές μεθόδους διδασκαλίας, δεν παύει να είναι ικανό για μάθηση.

Η αποδοτικότητα της ειδικής αγωγής και η βελτίωση της κατάστασης του νοητικά καθυστερημένου παιδιού εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες μεταξύ των οποίων είναι και οι ακόλουθοι:

- Ο βαθμός της νοητικής καθυστέρησης. Σε βαριές περιπτώσεις νοητικής καθυστέρησης η ειδική αγωγή δεν έχει ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα, σε αντίθεση με τις περιπτώσεις ελαφρά και μέτριας νοητικής καθυστέρησης.
- Η παρουσία κι άλλων συμπτωμάτων. Η ύπαρξη κι άλλων συμπτωμάτων σε συνδιασμό με την νοητική καθυστέρηση είναι δυνατόν να καταστήσει πιο δύσκολη την κατάσταση του νοητικά καθυστερημένου παιδιού.
- Ο χρόνος έναρξης της ειδικής αγωγής. Είναι γεγονός, όπως έχει ήδη αναφερθεί ότι όσο πιο νωρίς αρχίσει η ειδική παιδαγωγική βοήθεια, τόσο μεγαλύτερες είναι οι ελπίδες για τη βελτίωση του παιδιού.
- Το κοινωνικό περιβάλλον. Η προσαρμογή του νοητικά καθυστερημένου παιδιού σε ένα περιβάλλον με λιγότερες απαιτήσεις είναι πάντα πιο εύκολη.
- Το οικογενειακό περιβάλλον. Όταν η οικογένεια του νοητικά καθυστερημένου παιδιού κατανοεί την ιδιαιτερότητα του και του συμπεριφέρεται ανάλογα, δημιουργούνται ευνοϊκές συναισθηματικές και πνευματικές συνθήκες για την ανάπτυξη του.
- Η κατάλληλη ιατρική επίβλεψη και η δυνατή θεραπευτική αγωγή (Rey, 1967, παραπομπή από τον Κρασανάκη, 1997).

Σκοπός της γενικής εκπαίδευσης, είναι η μετάδοση των γνώσεων και των απαραίτητων εφοδίων από τους δασκάλους στα παιδιά, για μια ολοκληρωμένη πορεία στη ζωή, μέσα από την συνεχή εκπαιδευτική διαδικασία (Μελανίτης, 1960).

Η εξοικείωση όμως του νοητικά καθυστερημένου παιδιού τόσο με το κοινωνικό του περιβάλλον όσο και με το εκπαιδευτικό περιβάλλον, είναι προβληματική για λόγους που συνδέονται με την ανεπάρκεια του, καθώς και με τη στάση των γονέων και του περιβάλλοντος του, γενικότερα (Κοντοπούλου, 2007).

Σκοπός της Ειδικής Αγωγής είναι η πλήρης σχολική και κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών με νοητική υστέρηση και ιδιαίτερες μαθησιακές δυσκολίες και το επιτυχές πέρασμά τους από το σχολείο στη ζωή και στη δράση, ώστε να μπορέσουν να ζήσουν αυτόνομα και ανεξάρτητα, όσο αυτό είναι δυνατό. Σήμερα παρατηρείται διεθνώς η τάση για ομαλοποίηση των νοητικώς καθυστερημένων ατόμων, δηλαδή η παροχή συστηματικής βοήθειας ώστε να μπορέσουν να ενταχθούν ομαλά στο κοινωνικό σύνολο (Παρασκευόπουλος, 1980). Παράλληλα, στόχος είναι η, όσο το δυνατόν μεγαλύτερη πνευματική εξέλιξη τους, μέσα από την διδασκαλία βασικών μαθημάτων και εννοιών, σε συνδιασμό με την προετοιμασία τους για μια επιτυχημένη είσοδο στην κοινωνία (Μελανίτης, 1960). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη βελτίωση των επιδόσεων του παιδιού στου τομείς όπου εντοπίζονται δυσκολίες, σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά (Κοντοπούλου, 2007).

Η επίτευξη του πιο πάνω σκοπού, όμως, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πνευματικό επίπεδο των παιδιών με νοητική καθυστέρηση αλλά και από τα διαθέσιμα εκπαιδευτικά μέσα. Παρόλα αυτά, η προσπάθεια δεν πρέπει ποτέ να σταματά (Μελανίτης, 1960).

Η Ειδική Αγωγή ακολουθεί μερικές αρχές οι οποίες είναι πολύ σημαντικές για την πρόοδο όλων των παιδιών με Ειδικές Ανάγκες. Πιο συγκεκριμένα, ακολουθείται η αρχή της ατομικής δραστηριότητας του μαθητή. Γίνεται δηλαδή μια προσπάθεια ώστε το παιδί να μάθει να λειτουργεί και να δρά μόνο του. Ακολουθεί η αρχή της αισθητηριακής αγωγής και εποπτείας και η αρχή της στενής ένωσης με τη ζωή. Τα παιδιά με τη βοήθεια της Ειδικής Αγωγής, θα προετοιμαστούν μέσα από το σχολικό περιβάλλον, ώστε μετά να ενταχθούν πιο ομαλά στο κοινωνικό σύνολο (Descouedres, 1960). Η αρχή της εποπτείας αναφέρεται στη διδασκαλία με τη χρήση διάφορων εποπτικών μεσών, λόγω της αδυναμίας των νοητικά καθυστερημένων παιδιών να αντιληφθούν αφηρημένες έννοιες, παρα μόνο συγκεκριμένα πράγματα (Βερνάδος & Τερεζάκη, 2004).

Η αρχή της απλοποίησης, όπου πρέπει να χρησιμοποιείται απλό, κι όχι σύνθετο υλικό διδασκαλίας, καθώς και η αρχή της επανάληψης και η αρχή της ολότητας, με την ύλη να διδάσκεται ως ολότητα, κι όχι αποσπασματικά, είναι αναμφίβολα μεγίστης σημασίας για την εκπαίδευση αυτών των παιδιών (Βερνάδος & Τερεζάκη, 2004). Τέλος πρέπει να ακολουθείται η αρχή της ατομικοποίησης. Δηλαδή, η διδασκαλία των νοητικά καθυστερημένων παιδιών πρέπει να είναι εξατομικευμένη, ώστε να δίνεται η απαραίτητη προσοχή στον κάθε μαθητή και τις ανάγκες του (Descouedres, 1960).

Η ειδική αγωγή ασκείται από ειδικούς παιδαγωγούς, οι οποίοι με τη βοήθεια ειδικών μέσων και εκπαιδευτικών συστημάτων προσπαθούν να δίνουν στο νοητικά καθυστερημένο παιδί μια αγωγή στα μέτρα του. Με ειδικές μεθόδους προσπαθούν να αναπτύξουν τις δυνατότητες του και να καλλιεργήσουν τις ψυχικές του δυνάμεις. Μέσα από τη μετάδοση γνώσεων και δεξιοτήτων θα το βοηθήσουν να κοινωνικοποιηθεί για να μπορέσει αργότερα να εισέλθει, πιθανώς, σε ένα εργασιακό περιβάλλον. Έτσι, το ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό, εκτός από την ειδική μόρφωση και την επαγγελματική κατάρτιση που πρέπει να έχει, χρειάζεται να έχει υπομονή και αγάπη για το συνάνθρωπο (Κρασανάκης, 1997). Οι συγκεκριμένοι δάσκαλοι χρησιμοποιούν συχνά την ενίσχυση και την αμοιβή, σε συνδιασμό με το παιχνίδι και τη μίμηση, ώστε να μπορέσουν να εκπαιδεύσουν τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά (Μελανίτης, 1960).

Οι τομείς - διδακτικές περιοχές, στις οποίες εστιάζεται η εκπαίδευση των μαθητών με νοητική υστέρηση, είναι κυρίως (Κυπριωτάκης, 2000):

- η αισθητηριακή και κινητική αγωγή
- οι δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης
- η γλωσσική ανάπτυξη
- η κοινωνική προσαρμογή
- η συμμετοχή στην εργασία
- η συνεργασία σχολείου και οικογένειας και η παράλληλη καθοδήγηση της

Στον τομέα της ψυχοκινητικής ανάπτυξης επιδιώκεται η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανάπτυξη του ελέγχου του σώματος, η βελτίωση της κινητικότητας και του συντονισμού των κινήσεων, της ακρίβειας και του προσανατολισμού τους.

Γενικότερα επιδιώκεται η όσο το δυνατόν καλύτερη εκτέλεση των ενεργειών που συνθέτουν την κινητική ωρίμανση και προσαρμογή (Κυπριωτάκης, 2000).

Ο τομέας της γλωσσικής ανάπτυξης είναι εξαιρετικής σημασίας αφού η γλώσσα και γενικότερα η επικοινωνία σε ανθρώπινο επίπεδο αποτελούν στοιχεία πολύ σημαντικά για την επιβίωση και εξέλιξη του ατόμου. Έτσι στον συγκεκριμένο τομέα επιδιώκεται η κατάκτηση του προφορικού λόγου, δεδομένου ότι τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά δεν έχουν τις ολοκληρωμένες απαιτούμενες ικανότητες για την εκμάθηση της γραφής και της ανάγνωσης. Η γλωσσική ανάπτυξη στην περίπτωση αυτών των παιδιών αποτελεί την πεμπτουσία της παιδαγωγικής προσπάθειας και την ασφαλέστερη βάση για τη στήριξη κάθε άλλης αγωγής (Κυπριωτάκης, 2000).

Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της εκπαίδευσης, κατά τη γνώμη μου, είναι η υποβοήθηση στην ανάπτυξη και απόκτηση των βασικών συνηθειών και δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης. Ο τομέας αυτός αποσκοπεί να αναπτύξει στο παιδί βασικές συνήθειες και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για να μπορέσει το άτομο να ζήσει, χωρίς να είναι αναγκαία η παρουσία των άλλων, και να δράσει ανεξάρτητο μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Ταυτόχρονα η αγωγή προς αυτοεξυπηρέτηση αποβλέπει και στο να απαλλάξει το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου με νοητική υστέρηση, από μια καθημερινή ευθύνη και φροντίδα για τις άμεσες ανάγκες του.

Έτσι, όσο αφορά τον τομέα της αυτοεξυπηρέτησης επιδιώκεται η απόκτηση ορισμένων συνηθειών και δεξιοτήτων, οι οποίες αναφέρονται στο ρυθμό της καθημερινής ζωής, στο φαγητό, στην ένδυση, στην καθαριότητα και σε επιμέρους ανάγκες όπως είναι η χρήση της τουαλέτας, η πρόληψη και αντιμετώπιση μολύνσεων, ασθενειών, κινδύνων στο σπίτι, οι υγιεινές συνήθειες στο σπίτι και στο σχολείο, η ασφαλής κυκλοφορία στους δρόμους και η σωματική ακεραιότητα και ασφάλεια (Κυπριωτάκης, 2000). Τα κανονικά παιδιά αποκτούν τις συνήθειες και δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης αυτόματα και ευκαιριακά στην καθημερινή ζωή μέσα από τη συναναστροφή με τους άλλους. Τα παιδιά με νοητική υστέρηση για να αποκτήσουν τις συνήθειες αυτές, λόγω των μειωμένων ικανοτήτων τους, απαιτούν ειδική άσκηση, συνεχή βοήθεια και περισσότερο χρόνο.

Ο δάσκαλος, πριν επιχειρήσει να διδάξει μια από αυτές τις δεξιότητες, πρέπει προηγουμένως να βεβαιωθεί ότι το παιδί έχει την απαιτούμενη ψυχοκινητική

ωριμότητα. Επίσης, πρίν την έναρξη μιας τέτοιας διδασκαλίας η συναισθηματική κατάσταση του παιδιού πρέπει να είναι ξεκάθαρη. Κάθε παιδί χρειάζεται το αίσθημα της σιγουριάς, το αίσθημα της αγάπης και της ασφάλειας όπως επίσης χρειάζεται την απαραίτητη βοήθεια, στήριξη αλλά και καθοδήγηση. Γι' αυτό και κάθε φορά πρέπει να του δίνεται η δυνατότητα να συνειδητοποιεί την εύνοια του περιβάλλοντος του (Olivier & Williams, 2005).

Σχετικά με τον τομέα της κοινωνικής προσαρμογής επιδιώκεται η ανάπτυξη αρμονικών σχέσεων με τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του νοητικά καθυστερημένου παιδιού, η συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι το άτομο ανήκει στη συγκεκριμένη οικογένεια, η δυνατότητα επικοινωνίας με γνωστά πρόσωπα, η ομαλή ένταξη στο περιβάλλον που εκπαιδεύεται, όπως και η συμμετοχή σε οικογενειακές ή φιλικές εκδηλώσεις (Κυπριωτάκης, 2000).

Ο τομέας της συμμετοχής στην εργασία είναι αναμφισβήτητα πολύ σημαντικός για την μελλοντική εξέλιξη του νοητικά καθυστερημένου ατόμου. Στο συγκεκριμένο σημείο, επιδιώκεται η άσκηση του σε μερικές απλές δραστηριότητες, κυρίως οικογενειακού και έπειτα επαγγελματικού χαρακτήρα, πάντοτε κάτω από τη συνεχή επίβλεψη του ειδικού παιδαγωγού. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η εργασία αυτών των παιδιών έχει τρεις όψεις. Αρχικά, υπάρχει η παραγωγική όψη, αφού όσο μικρή και να είναι η αποδοτικότητα αυτών των παιδιών είναι γεγονός ότι παράγουν έργο. Ακολουθεί η παιδαγωγική όψη αφού μέσα από την εργασία αναπτύσσονται οι δεξιότητες που αναφέρθηκαν προηγουμένως και τέλος υπάρχει η ψυχοθεραπευτική όψη με την ικανοποίηση από το αποτέλεσμα και την αμοιβή της εργασίας να δημιουργούν αυτοπεποίθηση και θετικό αυτοσυναίσθημα (Κυπριωτάκης, 2000).

Έτσι τα νοητικά καθυστερημένα άτομα θα πρέπει να αποκτήσουν ικανότητες (νοητικές, κοινωνικές και αισθητηριακές), στάσεις και συμπεριφορές (αυτοέλεγχο, αυτοαντίληψη, επιμονή, αλληλεγγύη, υπευθυνότητα), βιώματα, ακαδημαϊκές γνώσεις και επαγγελματικό προσανατολισμό, εφόδια απαραίτητα για την πορεία στη ζωή.

ΕΙΔΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το εκπαιδευτικό πλαίσιο που ταιριάζει σε κάθε παιδί χωρίς αμφιβολία εξαρτάται από την φύση της ανεπάρκειας του, από τις συνθήκες που επικρατούν στο οικογενειακό του περιβάλλον, από τις μονάδες που λειτουργούν στην περιοχή διαμονής της οικογένειας αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως το επίπεδο ικανοτήτων του παιδιού, οι οποίοι πρέπει να συνεκτιμηθούν.

Όταν πρόκειται για παιδιά ιδιαίτερα μικρά σε ηλικία, τότε το καλύτερο πλαίσιο για την αγωγή τους αποτελεί το κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον σε συνδιασμό με την συμπαράσταση ειδικευμένων προσώπων. Σε κάπως μεγαλύτερη ηλικία όμως, ο συνδιασμός διαμονής στην οικογένεια και εκπαίδευσης σε ένα ημερήσιο ειδικό κέντρο είναι προτιμότερος, ενώ μετέπειτα το παιδί μπορεί να ακολουθήσει κάποια άλλη υπηρεσία εκπαίδευσης, όπως τα προστατευόμενα εργαστήρια. Το κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον όμως δεν μπορεί και δεν πρέπει ποτέ να αντικατασταθεί από κάποια άλλη υπηρεσία εκπαίδευσης. Έτσι η δράση από τους φορείς της ειδικής αγωγής προς την κατεύθυνση της οικογένειας πρέπει να είναι πρωταρχικής σημασίας. Μέσα από την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση, την ανύψωση του ηθικού, την παροχή των κατάλληλων μέσων και την εκπαίδευση σε απλές τεχνικές το οικογενειακό περιβάλλον του νοητικά καθυστερημένου παιδιού είναι ικανό να μάθει να αντεπεξέρχεται στις δύσκολες απαιτήσεις μιας καθημερινότητας δίπλα σε ένα νοητικά καθυστερημένο παιδί (Κυπριωτάκης, 2000).

Η αγωγή των παιδιών με νοητική καθυστέρηση ακολουθεί την αρχή της ομαλοποίησης με τελικό σκοπό την κοινωνική ένταξη. Έτσι λοιπόν, πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε το παιδί να τοποθετείται και να προωθείται, όσο βέβαια του επιτρέπουν οι ικανότητες του για μάθηση και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του, σε εκπαιδευτικές μονάδες που μοιάζουν περισσότερο με την εκπαίδευση των κανονικών παιδιών. Αντίθετα, η τοποθέτηση του παιδιού σε κάποιες μονάδες που μοιάζουν περισσότερο με ιδρυματική περίθαλψη πρέπει να γίνεται μόνο

όταν αυτό λειτουργεί σαν την μόνη λύση, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις παιδιών με βαριά νοητική καθυστέρηση ή ακόμα όταν το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού κρίνεται ακατάλληλο για την ανατροφή του (Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι διαθέσιμες ειδικές εκπαιδευτικές μονάδες για τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση, αλλά και για τα παιδιά με πολλά άλλα είδη διαταραχών, πέρα από την εκπαίδευση στο σπίτι, η οποία κρίνεται κατάλληλη για παιδιά μικρής ηλικίας, είναι οι ακόλουθες. Αρχικά το νοητικά καθυστερημένο παιδί μπορεί να φοιτήσει σε κάποιο ειδικό νηπιαγωγείο, ενώ στη συνέχεια μπορεί να φοιτήσει σε κάποιο ημερήσιο ειδικό σχολείο. Σε περιπτώσεις βαριάς νοητικής καθυστέρησης ή ακατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος, παρέχεται στο νοητικά καθυστερημένο παιδί ειδική ιδρυματική προστασία για όλη του τη ζωή (Παρασκευόπουλος, 1980). Μια άλλη επιλογή, η οποία τείνει να εφαρμόζεται στις μέρες μας είναι η κοινή διδασκαλία (Παράλληλη Στηριξη) ή η κοινή παραμονή αλλά ξεχωριστή διδασκαλία, σε μερικά βασικά μαθήματα, (Τμήματα Ένταξης) νοητικά καθυστερημένων και μη παιδιών στα κανονικά σχολεία. Στη συνέχεια, τα νοητικά καθυστερημένα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μπορούν να απευθυνθούν στα Εργαστήρια Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης για την πιθανή αναζήτηση μιας εργασίας.

Η εκπαίδευση στο σπίτι γίνεται πάντα μέχρι μια συγκεκριμένη ηλικία μέχρι το παιδί να φοιτήσει σε ένα σχολείο, ανάλογα με τις δομές που προσφέρονται. Σημαντικοί στόχοι της εκπαίδευσης στο σπίτι είναι η κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, η σωματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και η απόκτηση της ικανότητας της αυτοεξυπηρέτησης, η πνευματική ανάπτυξη και γλωσσική εξέλιξη του παιδιού. Έτσι, το παιδί προετοιμάζεται για το σχολείο. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συνεργασία όλων όσων ασχολούνται με το παιδί, μεταξύ τους, αλλά και με την οικογένεια ενώ για την υλοποίηση αυτού του είδους εκπαίδευσης, θα πρέπει να συμμετέχουν ειδικοί παιδαγωγοί, οι γονείς του παιδιού, ο ψυχολόγος, ο λογοθεραπευτής, ανάλογα πάντα με τις ανάγκες και τις δυσκολίες, που αντιμετωπίζει κάθε παιδί.

Τα ειδικά νηπιαγωγεία είναι σχολικές μονάδες, όπου μπορούν να απευθυνθούν παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα οποία έχουν κάποιες ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες. Συνήθως πρόκειται για παιδιά με νοητική καθυστέρηση βαριάς μορφής ή παιδιά των οποίων η καθυστέρηση συνοδεύεται από μερικά σοβαρά εξωτερικά φυσιολογικά ελαττώματα (Παρασκευόπουλος, 1980). Στόχοι των ειδικών νηπιαγωγείων, είναι να

αντιμετωπιστούν πιθανά προβλήματα συμπεριφοράς που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και γενικά να τα εκπαιδεύσουν σε κάποιες δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, ώστε να μπορέσουν στην συνέχεια να εισαχθούν στις επόμενες σχολικές μονάδες. Έτσι, στα ειδικά νηπιαγωγεία γίνεται μια πρώιμη και έγκαιρη αντιμετώπιση βασικών προβλημάτων, που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά (Βερνάδος & Τερεζάκη, 2004).

Οι μέθοδοι διδασκαλίας, η οργάνωση και το διδακτικό πρόγραμμα, ενός συνηθισμένου νηπιαγωγείου, έχουν εφαρμογή και στα ειδικά νηπιαγωγεία, ενώ η μορφή διδασκαλίας που επικρατεί είναι το μιμητικό παιχνίδι και η υπόδηση ρόλων. Πέρα όμως από την αντιμετώπιση συμπεριφορικών προβλημάτων και την εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, γίνεται προσπάθεια για την καλλιέργεια της βασικής ψυχοσωματικής ωριμότητας (Παρασκευόπουλος, 1980).

Πιο συγκεκριμένα στα πλαίσια ενός ειδικού νηπιαγωγείου, χρησιμοποιούνται εκπαιδευτικά προγράμματα προσχολικής αγωγής που δίνουν έμφαση στην ολοκλήρωση της διάγνωσης και στην προετοιμασία του παιδιού στο ειδικό σχολείο ή στα τμήματα ένταξης, στην αισθητηριακή, κινητική και γλωσσική εξέλιξη του παιδιού και στην υποβοήθηση των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης (Βερνάδος & Τερεζάκη, 2004). Παράλληλα, το ειδικό νηπιαγωγείο πρέπει να συμβάλει στη θεραπεία των ειδικών δυσκολιών μάθησης, στην πρόληψη της νοητικής καθυστέρησης αλλά και στην καθοδήγηση της οικογένειας του νοητικά καθυστερημένου παιδιού (Παρασκευόπουλος, 1980).

Τα ειδικά σχολεία, με τη σημερινή τους μορφή, είναι εκπαιδευτικά ιδρύματα που εφαρμόζουν την υποχρεωτική εκπαίδευση σε παιδιά και νέους που αντιμετωπίζουν «ειδικά» προβλήματα. Πρόκειται, δηλαδή, για μια «ειδική» μορφή της βασικής υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, λειτουργούν με διδακτικές μεθόδους, μέτρα, σχολικά προγράμματα και σχολικούς στόχους όμοιους με αυτούς των γενικών σχολείων. Επίσης, οι δάσκαλοι, στην πλειονότητα τους, διαθέτουν παρόμοια κατάρτιση με τους δασκάλους των γενικών σχολείων (Ζώνιου - Σιδέρη, 2002).

Τα σχολεία αυτά στεγάζονται σε ιδιαίτερα κτίρια, στα οποία φοιτούν άτομα με ειδικές ανάγκες ποικίλων μορφών. Τα συγκεκριμένα άτομα πηγαίνουν και παραμένουν εκεί ορισμένες ώρες για την καθημερινή σχολική τους εργασία. Το κυριότερο πλεονέκτημα του ειδικού σχολείου, είναι ότι το παιδί παραμένει μέσα στην οικογένεια

και έτσι επωφελείται από τις ποικίλες μορφωτικές της ευκαιρίες. Όμως, η απομόνωση του παιδιού σε ιδιαίτερο κτίριο, στο οποίο απουσιάζουν τα «φυσιολογικά» πρότυπα για συναναστροφή και μίμηση, είναι ένα από τα μειονεκτήματα του ειδικού σχολείου (Παρασκευόπουλος, 1980). Έτσι, για τα παιδιά αυτός ο περιορισμός με τους «όμοιους» τους, έχει ως αποτέλεσμα να μην καταφέρνουν να κοινωνικοποιηθούν αποτελεσματικά, ώστε να ενταχθούν επιτυχώς στο κοινωνικό σύνολο (Ζώνιου - Σιδέρη, 2002).

Πιο συγκεκριμένα μερικά από τα πλεονεκτήματα του ειδικού σχολείου σε σχέση με τα κανονικά σχολεία είναι τα ακόλουθα. Αρχικά, δεν υπάρχει η πίεση από την πλευρά των δασκάλων και του υπόλοιπου προσωπικού για την αύξηση της απόδοσης των μαθητών, αφού η μάθηση των νοητικά καθυστερημένων παιδιών πρέπει να ακολουθεί αποκλειστικά τους δικούς τους ρυθμούς. Επιπρόσθετα, τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση βρίσκονται μεταξύ τους, συνεννοούνται καλύτερα και έτσι δεν δημιουργούνται ψυχικά τραύματα και κλονισμοί. Στα πλαίσια ενός ειδικού σχολείου το μάθημα μπορεί να γίνει με πιο αργό και χαλαρό ρυθμό ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών ενώ ταυτόχρονα μπορεί να δοθεί περισσότερη προσοχή στην απόκτηση κοινωνικής συμπεριφοράς. Τέλος, είναι δυνατόν να δίνεται περισσότερη ελευθερία στα παιδιά για να ασχοληθούν με θέματα που τους ενδιαφέρουν προσωπικά (Νιτσόπουλος, 1981).

Παρόλα τα πλεονεκτήματα όμως, τα ειδικά σχολεία παρουσιάζουν και μερικά μειονεκτήματα εκ των οποίων τα σημαντικότερα είναι τα ακόλουθα. Ο μαθητής που φοιτά σε ένα ειδικό σχολείο βιώνει τον κοινωνικό στιγματισμό και ο περίγυρος τον αντιμετωπίζει αρνητικά ως ένα άτομο διαφορετικό από όλα τα άλλα. Επίσης, μερικοί δάσκαλοι στα ειδικά σχολεία, γνωρίζοντας τις αδυναμίες αυτών των παιδιών, δεν δείχνουν το απαραίτητο ενδιαφέρον για να βοηθήσουν τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά να αναπτύξουν τις σωματικές και πνευματικές τους ικανότητες, αφού τα θεωρούν ήδη «καταδικασμένα». Επιπλέον, το συγκεκριμένο σχολικό περιβάλλον έχοντας χαμηλές απαιτήσεις είναι πιθανόν να εμποδίσει την ανάπτυξη μιας ομάδας νοητικά καθυστερημένων μαθητών οι οποίοι όντως έχουν τις ικανότητες για μεγαλύτερη απόδοση. Τέλος, όπως ήδη αναφέρθηκε, πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν πως το ειδικό σχολείο, εμποδίζοντας αυτά τα παιδιά να έρθουν σε επαφή με τους φυσιολογικά αναπτυσσόμενους συνομήλικους τους, τα οδηγεί σε απομόνωση (Νιτσόπουλος, 1981).

Η χρησιμότητα όμως του ειδικού σχολείου είναι μεγάλη, αφού προσφέρει εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για να μπορέσουν τα παιδιά να αναπτυχθούν σε όλους τους τομείς, στον ανώτερο δυνατό βαθμό. Η επιτυχία αυτή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το ρόλο του δασκάλου, ο οποίος πρέπει να γνωρίζει πως η ατμόσφαιρα στο σχολείο θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ελευθερία, άνεση, ζωντάνια και σιγουριά, ώστε να προσφέρει στο παιδί ψυχική αποφόρτιση και ισορροπία και να δημιουργεί σ' αυτό ένα αίσθημα ασφάλειας, αποδοχής και αναγνώρισης (Βότσου, 1993).

Τελικός σκοπός του ειδικού σχολείου είναι η εκμάθηση ενός επαγγέλματος το οποίο θα βοηθήσει το νοητικά καθυστερημένο παιδί να γίνει ,μελλοντικά, πιο οικονομικά ανεξάρτητο ενώ ταυτόχρονα θα το βοηθήσει να αντιληφθεί την προσωπικότητα του (Νιτσόπουλος, 1981).

Σε ότι αφορά την επιτυχία των στόχων και των επιδιώξεων του ειδικού σχολείου χρειάζεται η στενή συνεργασία των γονέων. Η αμοιβαία κατανόηση και εμπιστοσύνη αποτελούν τη βάση της συνεργασίας αυτής, η οποία πρέπει να είναι στενή και αδιάκοπη. Επομένως ο δάσκαλος θα κατατοπιστεί πάνω σε διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί και θα μπορέσει να καταστρώσει το κατάλληλο, για κάθε περίπτωση, σχέδιο εργασίας και μάθησης. Σε αυτό θα βοηθήσει και η ειδική ενημέρωση τόσο των δασκάλων όσο και των γονέων, σ' ότι αφορά τα πιο κατάλληλα και ενδεδειγμένα παιδαγωγικά μέτρα για τη σωστή αντιμετώπιση του κάθε παιδιού (Βότσου, 1993).

Η ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες, και συνεπώς των νοητικά καθυστερημένων παιδιών, στα συνήθη σχολεία έχει καταστεί πλέον κυρίαρχη πολιτική. Το σχολείο πρέπει να επιτρέπει σε όλα τα παιδιά να ζουν μέσα από την κοινή δράση τους, τις εμπειρίες και τη μάθηση τους. Για το σκοπό αυτό είναι απαραίτητο να εξασφαλιστεί ένας χώρος δράσης, όπου θα επιτρέπεται σε κάθε παιδί να κάνει απόκτημα το δικό του περιεχόμενο μάθησης, τη μέθοδο του και το στόχο του, και να αναπτύξει την απαραίτητη δική του διαδικασία μάθησης. Η παιδαγωγική της ένταξης εστιάζεται στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες αλλά και στα προβλήματα των μαθητών των σύνηθων σχολικών τάξεων, εξετάζοντας τα κάτω από μια διαφορετική οπτική γωνία (Ζώνιου - Σιδέρη, 2002).

Τα τελευταία χρόνια, σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, επιχειρείται η δημιουργία κοινής εκπαιδευτικής πολιτικής για την ένταξη παιδιών με ειδικές ανάγκες, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών με νοητική καθυστέρηση, στη γενική εκπαίδευση. Τα πρώτα τμήματα ένταξης δημιουργήθηκαν κατά τη σχολική χρονιά 1983 – 1984 με σκοπό τη αλληλεπίδραση μεταξύ των μαθητών, αναπήρων και μη (Ζώνιου - Σιδέρη, 2002).

Έτσι λοιπόν, η σύγχρονη διεθνής αντίληψη για την θεραπευτική αντιμετώπιση των νοητικά καθυστερημένων παιδιών, προωθεί την ένταξη τους στο φυσιολογικό περιβάλλον των κανονικών σχολείων, σε συνδιασμό με την εξατομικευμένη ειδική μάθηση. Στόχος του θεραπευτή – παιδαγωγού είναι να προσπαθήσει να φέρει το παιδί στο φυσιολογικό του πλαίσιο, εκμηδενίζοντας οτιδήποτε εμποδίζει τη φυσιολογική του εξέλιξη και προωθώντας το μέγιστο των δυνατοτήτων του (Κολωνιά, 1993)

Η οργάνωση και η λειτουργία ενός τμήματος ένταξης απαιτεί ειδικό προγραμματισμό και ακολουθεί ορισμένες συγκεκριμένες αρχές. Οι βασικές αρχές αναφέρονται κυρίως στον τρόπο επιλογής των παιδιών, στον αριθμό των παιδιών κατά τμήμα, στην επιλογή του διδακτικού προσωπικού, στον χώρο στέγασης του τμήματος, στον τρόπο εφαρμογής του διδακτικού προγράμματος και στην τήρηση ατομικών φακέλων των μαθητών. Η επιλογή των μαθητών γίνεται μόνο αν προηγουμένως έχει γίνει σαφής διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης και αν έχει εξασφαλιστεί η πλήρης συγκατάθεση και η συνεργασία των γονέων του παιδιού. Συγκεκριμένα, οι γονείς θα πρέπει να πειστούν ότι το τμήμα ένταξης δεν είναι χώρος απομόνωσης και απόρριψης του παιδιού, αλλά η καλύτερη λύση για να του δοθεί η κατάλληλη εκπαίδευση. Επίσης, η όλη συνεργασία μεταξύ δασκάλων και γονέων θα πρέπει να είναι συνεχής σε όλη τη διάρκεια της φοίτησης του παιδιού στο τμήμα ένταξης (Παρασκευόπουλος, 1980).

Ο αριθμός των παιδιών που πρέπει να φοιτούν σε κάθε τμήμα ένταξης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Καθοριστικό ρόλο παίζουν η χρονολογική ηλικία των παιδιών, ο βαθμός ομοιογένειας ή ανομοιογένειας των παιδιών ως προς τις ικανότητες τους και ο χρόνος λειτουργίας του τμήματος. Όσο αφορά τη χρονολογική ηλικία των παιδιών, όσο μικρότερης ηλικίας είναι αυτά τα παιδιά τόσο πιο περιορισμένος πρέπει να είναι ο αριθμός τους στο τμήμα. Τα παιδιά μικρής ηλικίας δεν μπορούν, αμέσως από την αρχή, να προσαρμοστούν και να ακολουθήσουν τις

συνήθειες του σχολείου και γι' αυτό απαιτούν περισσότερη ατομική καθοδήγηση. Όσο αφορά το χρόνο λειτουργίας του τμήματος, όταν για πρώτη φορά συγκροτείται το τμήμα καλό είναι να αρχίζει με μικρό αριθμό παιδιών και να αυξάνεται βαθμιαία. Έτσι, δίνεται και η ευκαιρία στον δάσκαλο να γνωρίσει καλύτερα τα παιδιά και στα παιδιά να γνωριστούν μεταξύ τους (Παρασκευόπουλος, 1980).

Η διδακτική εργασία στο τμήμα ένταξης, αναμφισβήτητα, πρέπει να είναι παιδοκεντρική και εξατομικευμένη. Για να πραγματοποιηθεί αυτό, πρέπει το σχολικό πρόγραμμα να μην είναι αυστηρά καθορισμένο, αλλά να οργανώνεται κατά τρόπο ώστε να δίνεται στο δάσκαλο η ευχέρεια να το τροποποιεί ανάλογα με τις ανάγκες του τμήματος και με κάθε παιδί ξεχωριστά (Παρασκευόπουλος, 1980).

Συμπερασματικά λοιπόν, όταν μιλάμε για την ένταξη και τους στόχους της, δεν αναφερόμαστε σε μια συγκεκριμένη παιδαγωγική πρακτική, δηλαδή σε μια διαφορετική μέθοδο διδασκαλίας, αλλά σε μια διαφορετική αντιμετώπιση της εκπαίδευσης (Ζώνιου - Σιδέρη, 2002). Η ένταξη καλύπτει πολλαπλά επίπεδα, και απαραίτητη προϋπόθεση είναι ευαισθησία όλων των εμπλεκόμενων ατόμων, στις ιδιαίτερες ανάγκες των νοητικά καθυστερημένων παιδιών.

Πέρα όμως από το ειδικό σχολείο και το τμήμα ένταξης, τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση μπορούν να βοηθηθούν και μέσα από τα πλαίσια της Παράλληλης Στήριξης, η οποία είναι η εξειδικευμένη εκπαιδευτική παρέμβαση που πραγματοποιείται από τον Ειδικό Παιδαγωγό σε ένα μαθητή εντός της τάξης, παράλληλα με τον δάσκαλο που διδάσκει. Αρμοδιότητα του Ειδικού Παιδαγωγού είναι να διαμορφώνει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του παιδιού, το οποίο εφαρμόζει ως επί το πλείστον ταυτόχρονα με τη διδακτική πορεία μέσα στην τάξη, βοηθώντας το να ανταποκριθεί και να συμμετέχει όσο το δυνατό καλύτερα στη διαδικασία του μαθήματος. Επιπλέον κατά τη διάρκεια του διαλείμματος είναι κοντά του ενισχύοντας τις κοινωνικές του δεξιότητες και δημιουργώντας ευνοϊκές συνθήκες για ομαδικό παιχνίδι, συζήτηση και απασχόληση με τα υπόλοιπα παιδιά (Παιδί, Ειδικά Δικαιώματα, 2007).

Ο Ειδικός Παιδαγωγός της Παράλληλης Στήριξης είναι ο συνοδός του παιδιού με νοητική καθυστέρηση κι όχι μόνο, αφού η παράλληλη στήριξη εφαρμόζεται και σε παιδιά με άλλες διαταραχές, σε μια κοινωνία, όπως η σχολική, με ποικίλα ερεθίσματα και πολλαπλές δυσκολίες που το αγχώνουν και το φοβίζουν. Αυτός λειτουργεί σαν

«μεταφραστής» όλων αυτών των μηνυμάτων, τα απλοποιεί, ώστε να γίνονται κατανοητά. Έτσι, αποτελεί τον συνδετικό κρίκο παιδιού και υπόλοιπης ομάδας (Παιδί, Ειδικά Δικαιώματα, 2007).

Η στήριξη που παρέχει ο συνεκπαιδευτής στο παιδί είναι σίγουρα κάτι το πολύ σημαντικό. Παρόλα αυτά όμως, είναι δυνατόν να υπάρξουν κάποιες περιπτώσεις παιδιών, τα οποία να μην «ανέχονται» την παρουσία του συνεκπαιδευτή και την βοήθεια που αυτός προσφέρει. Αυτό, θα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπεριφορικών προβλημάτων από την πλευρά του παιδιού και σίγουρα θα αποτελεί ένα ισχυρό εμπόδιο στην εκπαιδευτική του πορεία. Επίσης είναι πολύ σημαντική η συνεργασία ανάμεσα στο συνεκπαιδευτή και στον δάσκαλο της τάξης για την πρόοδο όχι μόνο του νοητικά καθυστερημένου παιδιού αλλά και των υπόλοιπων παιδιών. Έτσι, αν αυτή η συνεργασία δεν είναι η κατάλληλη τότε οι στόχοι της παράλληλης στήριξης δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν.

Συμπερασματικά, με δεδομένο τις υπάρχουσες εκπαιδευτικές μονάδες για τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά, οι γονείς θα πρέπει να αναλογιστούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε εκπαιδευτικής μονάδας αλλά και τις ανάγκες, αδυναμίες και δυνατότητες του παιδιού τους, προτού αποφασίσουν ποια είναι η κατάλληλη μορφή εκπαίδευσης γι' αυτό.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην πρόληψη της νοητικής καθυστέρησης, η οποία αποτελεί αδιαμφισβήτητα ένα σημαντικό μέρος της γενικότερης θεραπευτικής αντιμετώπισης των νοητικά καθυστερημένων παιδιών.

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Σύμφωνα με όλα όσα έχουν αναφερθεί μέχρι τώρα για την περίπτωση της νοητικής καθυστέρησης είναι κατανοητό ότι μπορεί να προκληθεί από μια πληθώρα αιτιολογικών παραγόντων και σε οποιαδήποτε φάση της ανάπτυξης του ατόμου, από την περίοδο της σύλληψης έως και την πλήρη ολοκλήρωση της ανάπτυξης. Γενικότερα, στις μέρες μας η σημασία της πρόληψης προβλημάτων τόσο σωματικής όσο και ψυχικής υγείας, αποτελεί ένα τομέα στον οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση.

Στην περίπτωση της νοητικής καθυστέρησης, η πρόληψη αποτελεί τη μόνη δυνατότητα, το βασικότερο τρόπο και την πιο αποτελεσματική ενέργεια αντιμετώπισης της διαταραχής, κι αυτό γιατί πρόκειται για ένα φαινόμενο το οποίο μόλις εμφανιστεί και εδραιωθεί, γίνεται μόνιμο και συνοδεύει το άτομο σε όλη του τη ζωή (Παρασκευόπουλος, 1980). Πρέπει να τονιστεί όμως η σημασία της πρόληψης, αφού στην περίπτωση της νοητικής καθυστέρησης δεν γίνεται λόγος για πλήρη θεραπευτική αποκατάσταση, αλλά για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων που το άτομο διαθέτει.

Είναι λοιπόν αναμφισβήτητο το γεγονός ότι ένα ορθό και ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρόληψης της νοητικής καθυστέρησης πέρα από την συνεργασία πολλών ειδικών, πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ποικίλους παράγοντες: γενετικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς, διδακτικούς αλλά και κοινωνικούς. Πρέπει λοιπόν, το πρόγραμμα αυτό να αποσκοπεί στη λήψη διάφορων μέτρων αλλά και στη χρήση διάφορων μέσων για την απομάκρυνση ή την αναστολή εκείνων των παραγόντων οι οποίοι επιδρούν αρνητικά στη νοητική ανάπτυξη του παιδιού, αλλά και στην εξασφάλιση των απαραίτητων προϋποθέσεων για την ομαλή πνευματική του ανάπτυξη (Παρασκευόπουλος, 1980).

Γενικότερα, ο προγεννητικός έλεγχος και η λεπτομερής ενημέρωση της μέλλουσας μητέρας για τα απαραίτητα μέτρα υγιεινής που πρέπει να λαμβάνει, σε συνδιασμό με τη στήριξη των μητέρων που παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες για

παροχή μειωμένης γονεϊκής φροντίδας στο παιδί, αποτελούν τις βασικές διαστάσεις της πρόληψης της νοητικής καθυστέρησης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ακόμα και από το 1960 υπήρχαν μερικά ενδεικτικά μέτρα για την πρόληψη της νοητικής καθυστέρησης, για τα οποία έγινε λόγος από τη Διεθνή Εταιρία Ψυχιατρικής του Παιδιού και Συναφών Επαγγελμάτων. Αυτά ήταν η ισορροπία μεταξύ οργανισμού και περιβάλλοντος, η ανάγκη για τη μητρική φροντίδα, η συνεργασία παιδιάτρων, νηπιαγωγών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων και άλλων ειδικών, η διαφώτιση και η συναισθηματική προετοιμασία των μελλοντικών γονέων για την υγεία του παιδιού τους αλλά και για την προσοχή που χρειάζεται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και η προστασία από τις διάφορες μολύνσεις και φάρμακα τα οποία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη του παιδιού (Egg, 1976).

Αναμφίβολα, αρμόδιοι για την πρόληψη της νοητικής καθυστέρησης είναι τόσο το οικογενειακό περιβάλλον όσο και η οργανωμένη κοινωνία, παράγοντες οι οποίοι έχουν την ευθύνη τόσο για τα αίτια της διαταραχής όσο και για την θεραπευτική αντιμετώπιση της (Κυπριωτάκης, 2000).

Στη συνέχεια σύμφωνα με την ανάλυση των αιτιολογικών παραγόντων της νοητικής καθυστέρησης, θα γίνει μια προσπάθεια αναφοράς στα κυριότερα προληπτικά μέτρα της διαταραχής τα οποία αναμφίβολα είναι εξαιρετικής σημασίας.

ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Σχετικά με τα γενετικά προληπτικά μέτρα, αρχικά, είναι απαραίτητη μια έγκαιρη αναζήτηση και ανακάλυψη, ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό, των ατόμων εκείνων είναι φορείς διάφορων γενετικών ανωμαλιών και άρα αντιμετωπίζουν την πιθανότητα και τον κίνδυνο μιας πιθανής νοητικής καθυστέρησης σε ένα απόγονο τους. Έτσι πριν από τη σύλληψη θα μπορούσε να γίνει μια έρευνα για τον εντοπισμό των ατόμων τα οποία έχουν κάποιο ιστορικό κληρονομικής ασθένειας ή ακόμα για τον εντοπισμό των γεωγραφικών περιοχών όπου μια ασθένεια παρουσιάζει ενδημικό χαρακτήρα (Μπαρδή, 1985). Αναμφίβολα το συγκεκριμένο προληπτικό μέτρο θα συνέβαλε σημαντικά στη μείωση πολλών γενετικών ανωμαλιών.

Σημαντική είναι επίσης η ενίσχυση του θεσμού της οικογένειας με την παροχή οικονομικής, ιατρικής και καθοδηγητικής βοήθειας αλλά και με την ίδρυση διάφορων κέντρων γενετικής καθοδήγησης και οικογενειακού προγραμματισμού (Παρασκευόπουλος, 1980).

Έπειτα, ακολουθεί η γενετική καθοδήγηση η οποία αναφέρεται στη παροχή των κατάλληλων πληροφοριών στους μελλοντικούς γονείς σχετικά με τον κίνδυνο γέννησης ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού αλλά και σχετικά με τις δυνατότητες για την θεραπεία του. Η ενημέρωση αυτή θα πρέπει να είναι το πρώτο μέλημα όλων των κοινωνικών φορέων και η πραγματοποίησή της μπορεί να επιτευχθεί με τη βοήθεια των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Κυπριωτάκης, 2000).

Γενικότερα μερικές χρήσιμες πληροφορίες τις οποίες πρέπει όλοι μας να γνωρίζουμε σχετικά με την πρόληψη των γενετικών ασθενειών είναι οι ακόλουθες. Οι κίνδυνοι για τεκνοποίηση αυξάνονται σημαντικά πριν από τα 18 και μετά τα 40 έτη, ενώ η πιο κατάλληλη ηλικία για να τεκνοποιήσει μια γυναίκα είναι μεταξύ 20 και 35 ετών. Οι εγκυμοσύνες θα πρέπει να απέχουν η μια από την άλλη τουλάχιστον δύο χρόνια ενώ ο άνδρας δεν θα πρέπει να επιδιώκει την απόκτηση παιδιών μετά τα 45 έτη. Επιπρόσθετα, αν υπάρχει ιστορικό κάποιας κληρονομικής ασθένειας θα πρέπει οι μελλοντικοί γονείς να συμβουλευτούν άμεσα κάποιον ειδικό πριν από το γάμο ή τη σύλληψη. Επίσης, αν στην οικογένεια υπάρχει ήδη ένα νοητικά καθυστερημένο παιδί τότε το ζευγάρι θα πρέπει να προβεί σε μια πλήρη ιατρική εξέταση και εκτίμηση της κατάστασης για τον προσδιορισμό των αιτιών, προτού αποφασίσει να αποκτήσει κι άλλα παιδιά (Μπαρδή, 1985).

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Το στάδιο της εγκυμοσύνης είναι πολύ κρίσιμο αφού κάθε βιολογική ή ψυχολογική διαταραχή της υγείας της μητέρας μπορεί να έχει καταστρεπτικές συνέπειες στην ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου και έπειτα νεογέννητου (Νιτσόπουλος, 1981). Έτσι, τα προγεννητικά προληπτικά μέτρα της νοητικής καθυστέρησης είναι χωρίς αμφιβολία εξαιρετικής σημασίας.

Στο στάδιο αυτό πρέπει να γίνεται η λήψη ενός λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού αλλά και συστηματικές ιατρικές εξετάσεις, έτσι ώστε να ανιχνευθούν

πιθανά προβλήματα τα οποία μπορούν να επηρεάσουν με αρνητικό τρόπο την ομαλή εξέλιξη μιας εγκυμοσύνης (Μπαρδή, 1985). Η μέλλουσα μητέρα πρέπει να βρίσκεται σε επιφυλακή για τυχόν μολύνσεις που μπορεί να εμφανιστούν οι οποίες μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ανάπτυξη του εμβρύου, τόσο κατά την περίοδο της κύησης όσο και κατά τον τοκετό (Παρασκευόπουλος, 1980). Η πιο γνωστή μέθοδος με την οποία μπορεί να γίνει ο έλεγχος του εμβρύου για τυχόν ανωμαλίες είναι η αμνιοκέντηση, για την οποία έγινε λόγος σε προηγούμενο κεφάλαιο, ενώ μερικές άλλες μέθοδοι είναι οι υπέρηχοι και η εμβρυοσκόπηση. Επίσης με μερικές μικροσκοπικές εξετάσεις μπορεί να διαπιστωθεί αν κάποιοι ιοί έχουν διαπεράσει τον πλακούντα και απειλούν με λοίμωξη το έμβρυο (Μπαρδή, 1985).

Η αντιμετώπιση των πιθανών ασθενειών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ποικίλει ανάλογα με την ασθένεια αλλά και τα αίτια της. Πάντως, πρέπει να αποφεύγεται η χρήση φαρμάκων, εκτός κι αν υπάρχει άμεση ανάγκη. Δυστυχώς, όταν γνωρίζουμε ότι το έμβρυο έχει προσβληθεί από κάποια λοίμωξη η μόνη λύση είναι η άμβλωση. Αν όμως το έμβρυο δεν έχει προσβληθεί ακόμα από τον ιό τότε κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία της εγκύου στο νοσοκομείο, με τις πιθανές λύσεις να είναι η ενδομήτρια μετάγγιση, η καισαρική τομή ή ακόμα και η ετοιμότητα για μεταγεννητική αντιμετώπιση (Μπαρδή, 1985).

Στη φάση αυτή σπουδαίο ρόλο για την ανάπτυξη του εμβρύου έχει και η διατροφή της μέλλουσας μητέρας. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η μητέρα πρέπει να τρέφεται σωστά και υγιεινά, και για τον δικό της οργανισμό αλλά και για το παιδί που πρόκειται να φέρει στον κόσμο, αφού αυτό παίρνει τις ουσίες που χρειάζεται από τον μητρικό οργανισμό (Κυπριωτάκης, 2000). Είναι γεγονός ότι ο υποσιτισμός θέτει το παιδί σε κίνδυνο από τη στιγμή ακόμα της σύλληψης (Μπεζεβέγκης, 1987). Όμως χρειάζεται μεγάλη προσοχή αφού η καλή διατροφή δεν σημαίνει υπερσιτισμό, γεγονός που προσθέτει βάρος δημιουργώντας δυσκολίες στην κύηση και στον τοκετό (Κυπριωτάκης, 2000).

Ένα ακόμη σημαντικό προληπτικό μέτρο αποτελεί η αποφυγή της χρήσης οινοπνευματώδων ποτών, τόσο πριν από τη σύλληψη όσο και αργότερα κατά την κύηση. Αναμφισβήτητα, η σωστή προγεννητική φροντίδα και η υγιεινή περίθαλψη της μέλλουσας μητέρας αποτελούν μεθόδους πρόληψης τόσο του εμβρυακού συνδρόμου

του αλκοόλ όσο και διάφορων άλλων παθήσεων που ίσως προσβάλουν το έμβρυο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Συμπερασματικά, ένα από τα κυριότερα προληπτικά μέτρα στο σημείο αυτό είναι και πάλι η ενημέρωση του κοινού γύρω από τους προγεννητικούς παράγοντες οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν την νοητική καθυστέρηση, όπως είναι η κακή διατροφή, οι διάφορες ασθένειες και λοιμώξεις, το κάπνισμα, τα φαρμακευτικά παρασκευάσματα, η ασυμφωνία του παράγοντα Ρέζους, οι ακτινοβολίες κ.α. Επιπρόσθετα, η έγκυος δεν θα πρέπει να έρχεται σε επαφή με άτομα που έχουν ήδη προσβληθεί από κάποια ασθένεια, οποιουδήποτε τύπου, αλλά και να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με διάφορες άλλες πηγές πιθανής λοίμωξης όπως είναι τα ζώα. Επίσης οι γυναίκες θα πρέπει προηγουμένως να εμβολιάζονται κατά διάφορων ασθενειών, όπως είναι η ερυθρά, έτσι ώστε να προληφθεί ο κίνδυνος πρόσληψης του εμβρύου. Τέλος, ένα ακόμη προληπτικό μέτρο θα ήταν μια σχετική νομοθεσία να υποχρεώσει όλες τις φαρμακοβιομηχανίες να αναγράφουν σε όλα τα παρασκευάσματα τους, τους πιθανούς κινδύνους και τις πιθανές παρενέργειες για ένα έμβρυο όταν αυτά λαμβάνονται κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης (Μπαρδή, 1985).

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Τα περιγεννητικά προληπτικά μέτρα αποτελούν μια από τις σημαντικότερες ομάδες προληπτικών μέτρων κατά της νοητικής καθυστέρησης. Ο τοκετός είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, με κρίσιμες φάσεις. Έτσι είναι κατανοητό ότι, για την αποφυγή δυσάρεστων επιπτώσεων, πρέπει να πραγματοποιείται σε ένα ειδικό χώρο, το μαιευτήριο, ο οποίος πρέπει να είναι εξοπλισμένος με όλα τα απαραίτητα μέσα για την αντιμετώπιση οποιονδήποτε πιθανών επιπλοκών (Μπαρδή, 1985). Απαραίτητη κρίνεται επίσης η παρουσία του γιατρού, κατά την ώρα του τοκετού, τόσο για την ζωή και την υγεία της μητέρας όσο και για την αρτιμέλεια και την αποφυγή τραυματισμών του παιδιού, ιδιαίτερα στην περιοχή του εγκεφάλου (Κυπριωτάκης, 2000).

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να γίνει μια αναθεώρηση των μεθόδων τοκετού που χρησιμοποιούνται έτσι ώστε να αποφευχθούν τυχόν προβλήματα (Κυπριωτάκης, 2000). Για παράδειγμα, όπως όλοι γνωρίζουμε η χρήση του εμβρυουλκού αποτελεί την πιο γνωστή αιτία για μεγάλο αριθμό εγκεφαλικών τραυματισμών. Κρίνεται λοιπόν

σκόπιμο, σε περιπτώσεις επιπλοκών να χρησιμοποιούνται άλλα μέσα, τα οποία δεν θα θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική αλλά και τη νοητική ανάπτυξη του παιδιού.

Αμέσως μετά την γέννηση του παιδιού, επιβάλλεται η συστηματική εξέταση και θεραπεία του, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου είναι πρόωρο, λιποβαρές ή χαρακτηρίζεται από άλλα προβλήματα. Μέ αυτό το προληπτικό μέτρο είναι δυνατόν να γίνει μια έγκαιρη διάγνωση τυχόν νοητικής καθυστέρησης αλλά και να περιοριστεί σημαντικά η παιδική θνησιμότητα (Μπαρδή, 1985).

ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Η πρόληψη στο σημείο αυτό συνίσταται κυρίως στη φροντίδα για την όσο το δυνατόν υγιεινή διαβίωση του παιδιού. Αυτή επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους, όπως είναι η καλή διατροφή, η προφύλαξη από τις καιρικές συνθήκες, η καθαριότητα, οι εμβολιασμοί κ.α και μπορεί να προωθηθεί πιο σωστά μέσα από την ενημέρωση του κοινού (Κυπριωτάκης, 2000). Επικίνδunami παράγοντες για την ομαλή πνευματική εξέλιξη του παιδιού είναι και οι διάφορες δηλητηριάσεις αλλά και οι πιθανοί τραυματισμοί στο κρανίο από πτώσεις. Οι γονείς αλλά και γενικότερα το άμεσο περιβάλλον του παιδιού μπορεί να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή αυτών των καταστάσεων. Είναι γεγονός ότι όσες περισσότερες πληροφορίες έχουν οι γονείς γύρω από τους κινδύνους που υπάρχουν στο περιβάλλον του παιδιού, τόσο πιο εύκολα μπορούν να τους αντιμετωπίσουν.

Ένα ακόμα σημαντικό μεταγεννητικό προληπτικό μέτρο αποτελεί η ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση και η κατάλληλη εκπαίδευση του παιδιού. Η ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση λειτουργεί όταν γίνεται παρέμβαση με εκπαιδευτικά προγράμματα, είτε πριν η νοητική καθυστέρηση εκδηλωθεί, είτε αμέσως μετά τη διαπίστωση της, το αργότερο στην προσχολική ηλικία. Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις γίνονται σε παιδιά τα οποία έχουν σαν κύριο χαρακτηριστικό τους το γεγονός ότι κινδυνεύουν, κυρίως λόγω περιβαλλοντικών παραγόντων, να διαγνωσθούν ως νοητικά καθυστερημένα. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν παιδιά που ζούν σε ορφανοτροφεία ή άλλα ιδρύματα. Πιστεύεται ότι τα παιδιά αυτά στερούνται τα βασικά και αναγκαία ερεθίσματα για τη γνωστική τους ανάπτυξη και έτσι μέσα από την έγκαιρη έκθεση σε πλούσια μορφωτικά ερεθίσματα μπορούν να επωφεληθούν

(Μπεζεβέγκης, 1987). Η κατάλληλη εκπαίδευση θα προστατεύσει το παιδί από αναπτυξιακές επιπλοκές και θα το βοηθήσει να φτάσει στο ανώτερο δυνατό επίπεδο ανάπτυξης και πλήρης αξιοποίησης των ικανοτήτων του (Παρασκευόπουλος, 1980).

Στα μεταγεννητικά προληπτικά μέτρα συμπεριλαμβάνονται και τα μέτρα τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται από την πλευρά του κράτους. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι τα ακόλουθα. Η βελτίωση των συνθηκών στέγασης και διαβίωσης αποτελεί ένα σημαντικό προληπτικό μέτρο, αφού σε ανθυγιεινά περιβάλλοντα ο κίνδυνος για τυχόν τραυματισμούς και ασθένειες είναι μεγάλος. Επίσης, πρέπει να γίνεται συστηματικός έλεγχος όσο αφορά τη ρύπανση του περιβάλλοντος, παράγοντας μεγάλης σπουδαιότητας για τη γέννηση νοητικά καθυστερημένων παιδιών. Ένα ακόμη σημαντικό προληπτικό μέτρο είναι ο αυστηρός έλεγχος της κυκλοφορίας στους δρόμους, ο οποίος θα προστατεύσει πολλά άτομα από πιθανά τροχαία ατυχήματα. Έλεγχος θα πρέπει να γίνεται επίσης στα διάφορα προϊόντα που κυκλοφορούν στο εμπόριο, και κυρίως στα φάρμακα, αφού οι επιπτώσεις από την χρήση τους σε παιδιά μπορεί να είναι τραγικές (Μπαρδή, 1985).

Επίσης, το κράτος θα πρέπει να φροντίσει για την ύπαρξη ειδικών εξοπλισμένων μαιευτικών κλινικών αλλά και για την ύπαρξη του ανάλογα εκπαιδευμένου προσωπικού. Παράλληλα, αρμοδιότητα του κράτους είναι και η δημιουργία σύγχρονων ειδικών σχολείων όπου θα εργάζονται άτομα διάφορων ειδικοτήτων, όπως ψυχολόγοι, παιδίατροι, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α., τα οποία θα συνεργάζονται με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης του παιδιού αλλά και θα βοηθούν την οικογένεια του νοητικά καθυστερημένου παιδιού να ξεπεράσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει (Νιτσόπουλος, 1981).

Οι γονείς από την πλευρά τους μπορούν με διάφορους τρόπους, κυρίως στα πλαίσια της καθημερινής επαφής με τα παιδιά τους αλλά και όχι μόνο, να τα προστατεύσουν από τον κίνδυνο της νοητικής καθυστέρησης και γενικότερα από τον κίνδυνο μιας πιθανής ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς πρέπει να φροντίζουν για την τακτική εξέταση της όρασης και της ακοής των παιδιών τους καθώς και για τον προληπτικό εμβολιασμό τους ενάντια σε διάφορες ασθένειες, όπως η ιλαρά και η ερυθρά. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί σε ότι αφορά φαρμακευτικά παρασκευάσματα και πως αυτά χρησιμοποιούνται. Πάντοτε, πρώτου χορηγήσουν ένα φάρμακο θα πρέπει να διαβάζουν προσεκτικά τις οδηγίες αλλά και να ακολουθούν τις

οδηγίες του παιδίατρου. Επίσης, πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί με διάφορες ουσίες που έχουν στο σπίτι, όπως απορρυπαντικά ή εντομοκτόνα, τα οποία να φυλάσσουν σε κάποιο ειδικό μέρος όπου το παιδί δεν έχει πρόσβαση. Οι γονείς μπορούν ακόμα να προστατεύσουν τα παιδιά τους από διάφορες πτώσεις και χτυπήματα ενώ παράλληλα πρέπει να καταλάβουν πόσο σημαντική είναι η καλή διατροφή για την υγεία και την πρόοδο του παιδιού τους (Μπαρδή, 1985).

Συμπερασματικά, είναι κατανοητό, σύμφωνα με όλα όσα έχουν αναφερθεί, ότι μέσα από την καταπολέμηση των αιτιών αλλά και την προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας, η νοητική καθυστέρηση είναι δυνατόν να προληφθεί στο μεγαλύτερο της μέρος (Κυπριωτάκης, 2000). Γι' αυτό είναι και τόσο τεράστια η σημασία της ενημέρωσης και της πληροφόρησης του κοινού, το οποίο γνωρίζοντας όσο το δυνατόν περισσότερα γι' αυτό το φαινόμενο συνεισφέρει άμεσα στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στη παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια παρουσίασης και κατανόησης του πολυδιάστατου και κατά τα άλλα «σκοτεινού» φαινομένου της νοητικής καθυστέρησης, το οποίο τείνει να εξαπλώνεται με γοργούς ρυθμούς στην εποχή που διανύουμε.

Η νοητική καθυστέρηση, μέσα από το πέρασμα των χρόνων, συγκέντρωσε και συγκεντρώνει ακόμα, όλο και περισσότερο το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Πλήθος επιστημόνων και ερευνητών προσπάθησαν να κατανοήσουν τη φύση της, να δώσουν ένα ορισμό, να εξηγήσουν τους αιτιολογικούς παράγοντες που την προκαλούν αλλά και να εφαρμόσουν τις πιο ορθές θεραπευτικές μεθόδους, ώστε να την αντιμετωπίσουν στο μέγιστο δυνατό βαθμό. Όμως, η πολυπλοκότητα της καθιστά όλα τα παραπάνω πολύ δύσκολα, ενώ η συνεχής έρευνα, δημιουργεί συνεχώς νέα ερωτήματα και προβληματισμούς.

Αναμφίβολα, η νοητική καθυστέρηση αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά, ανθρωπιστικά, οικονομικά αλλά και παγκόσμια προβλήματα υγείας. Η συχνότητα εμφάνισης της, αυξάνεται συνεχώς καθιστώντας επιτακτική ανάγκη την περαιτέρω έρευνα για την ύπαρξη του συγκεκριμένου φαινομένου.

Η ύπαρξη της νοητικής καθυστέρησης επιβεβαιώνεται από τα αρχαία χρόνια. Σε κάθε χρονική περίοδο, όμως, εμφανίζονταν καινούργια δεδομένα για τα νοητικά καθυστερημένα άτομα ενώ ταυτόχρονα διαφορετική ήταν και η αντιμετώπιση τους από τον κοινωνικό περίγυρο. Σταδιακά το άτομο με νοητική καθυστέρηση πέρασε από την πλήρη άρνηση για απόδοχή, στη πλήρη απόδοχή και ένδειξη αγάπης, βοήθειας, συμπαράστασης και κατανόησης. Πολλοί θεωρούσαν το νοητικά καθυστερημένο άτομο κακό, παράξενο και μη φυσιολογικό. Με το πέρασμα των χρόνων όμως, η

αποδοχή του από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον άρχισε να γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη, φτάνοντας στα σημερινά χρόνια όπου το ενδιαφέρον για την στήριξη και την φροντίδα για τα συγκεκριμένα άτομα βρίσκεται στην κορύφωση του.

Η νοητική καθυστέρηση δεν εμφανίζεται καθολικά με ένα και μοναδικό τρόπο. Αντίθετα οι διαφορετικές μορφές και επίπεδα της σε συνδιασμό με τα συνοδά προβλήματα που ακολουθούν το καθένα από αυτά, δυσχαιρένουν ακόμη περισσότερο της κατανόηση της.

Τα διάφορα συστήματα ταξινόμησης που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς προσπάθησαν να δώσουν μια ερμηνεία στα επίπεδα λειτουργικότητας αυτών των ατόμων, με βασικό κριτήριο το δείκτη νοημοσύνης αλλά και τη διανοητική ανάπτυξη τους. Πολλά από αυτά θεωρήθηκαν ακατάλληλα και ανεπαρκή, ενώ άλλα συνεχίζουν να χρησιμοποιούνται ακόμα και στις μέρες μας. Τα διάφορα συστήματα ταξινόμησης έχουν βοηθήσει σημαντικά όλους τους ειδικούς που ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα σχετικά με την μελέτη και την κατανόηση της νοητικής καθυστέρησης αλλά και σχετικά με την εύρεση των κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων. Το πιο διαδεδομένο σύστημα ταξινόμησης, το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως από την πλειοψηφία των ειδικών είναι αυτό που προτείνει το διαγνωστικό εγχειρίδιο για διαταραχές, DSM - IV® - TR (2000).

Το επίπεδο λειτουργικότητας ενός νοητικά καθυστερημένου ατόμου εξαρτάται από μια ποικιλία παραγόντων μεταξύ των οποίων είναι η μορφή της νοητικής ανεπάρκειας που το χαρακτηρίζει, οι αιτιολογικοί παράγοντες που την προκαλούν, τα πιθανά συνοδά προβλήματα που την συνοδεύουν αλλά και η κοινωνική στήριξη που θα λάβει το άτομο. Συνεπώς, σε κάθε βαθμίδα νοητικής καθυστέρησης το επίπεδο λειτουργικότητας αλλά και η εξωτερική εμφάνιση αυτών των παιδιών, διαφέρουν.

Μελετώντας, λοιπόν, τις μορφές της νοητικής καθυστέρησης, είναι κατανοητό ότι η βαριά μορφή νοητικής καθυστέρησης αποτελεί την πιο δύσκολη περίπτωση. Τα συγκεκριμένα νοητικά καθυστερημένα άτομα, έχουν τον χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης, σε σχέση με τις άλλες μορφές της νοητικής καθυστέρησης. Έτσι το επίπεδο λειτουργικότητας τους είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα, ενώ ταυτόχρονα τα εξωτερικά - σωματικά χαρακτηριστικά τους, κάνουν εμφανή την ύπαρξη της διαταραχής από πολύ νωρίς, καθιστώντας τη συνεχή φροντίδα και επίβλεψη απαραίτητη προϋπόθεση για επιβίωση.

Μέσα από την μελέτη των αιτιολογικών παραγόντων της νοητικής καθυστέρησης, αντιλαμβανόμαστε για ακόμα μια φορά την πολυπλοκότητα αυτού του φαινομένου. Τα αίτια είναι ποικίλα και οι συνέπειες τους για την ανάπτυξη και τη μελλοντική εξέλιξη των ατόμων είναι καθοριστικής σημασίας. Ο διαχωρισμός των αιτιολογικών παραγόντων σε κατηγορίες αλλά και υποκατηγορίες είναι αναγκαίος, αν λάβει κανείς υπόψη τον αριθμό, τον όγκο αλλά και την φύση των συγκεκριμένων παραγόντων, οι οποίοι ευθύνονται για την νοητική καθυστέρηση.

Παρά όμως την επιστημονική έρευνα που έχει διεξαχθεί σχετικά με τους παράγοντες στους οποίους οφείλεται η νοητική καθυστέρηση, πολλά μελανά σημεία χαρακτηρίζουν ακόμα το συγκεκριμένο θέμα. Γι' αυτό πρέπει να τονιστεί η ανάγκη για την περαιτέρω έρευνα των αιτιών, αλλά και για την διεξαγωγή πιο ολοκληρωμένων συμπερασμάτων σχετικά με το ποιοί είναι ακριβώς οι αιτιολογικοί παράγοντες, αφού η επιστημονική κοινότητα ακόμη και σήμερα διαφωνεί σε αρκετά σημεία ενώ ταυτόχρονα αμφιβάλει για άλλα.

Τόσο τα γενετικά όσο και τα περιβαλλοντικά αίτια συμβάλουν στην δημιουργία της νοητικής καθυστέρησης. Πολλοί θεωρούν ότι τα γενετικά αίτια έχουν μεγαλύτερη ευθύνη για την ύπαρξη της διαταραχής, ενώ άλλοι υποστηρίζουν το αντίθετο.

Κατά την δική μου άποψη, και οι δύο κατηγορίες αιτιολογικών παραγόντων έχουν εξίσου την ίδια ευθύνη απέναντι στην ύπαρξη νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Πολλές φορές η αλληλεπίδραση μεταξύ τους είναι τόσο έντονη που ο διαχωρισμός τους είναι σχεδόν αδύνατος. Έτσι λοιπόν, η νοητική καθυστέρηση, είτε οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της κληρονομικότητας, των ανωμαλιών των χρωμοσωμάτων και των ανωμαλιών του μεταβολισμού, είτε οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου του ανεπαρκούς κοινωνικού και οικογενειακού περιβάλλοντος, το αποτέλεσμα είναι το ίδιο. Αυτό που πρέπει να τονιστεί, στο σημείο αυτό, είναι η πρόληψη, αφού με τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα, τόσο πριν από τη σύλληψη όσο και μετά κατά την κύηση και κατά την περίοδο ανάπτυξης, οι δύο κατηγορίες αιτιολογικών παραγόντων είναι δυνατόν να ανασταλούν, συμβάλλοντας έτσι στη μείωση της γέννησης νοητικά καθυστερημένων παιδιών.

Η μειωμένη ανάπτυξη του δείκτη νοημοσύνης αποτελεί μια από τις βασικές ενδείξεις για την ύπαρξη της νοητικής καθυστέρησης, σε συνδιασμό με την μειωμένη ικανότητα για προσαρμογή. Αρκετοί είναι οι επιστήμονες που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα, ενώ, επίσης, αρκετές είναι και οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί γύρω από αυτό. Αναμφίβολα, ο ρυθμός ανάπτυξης αλλά και προσαρμογής ενός νοητικά καθυστερημένου παιδιού διαφέρει πολύ από αυτόν ενός φυσιολογικά αναπτυσσόμενου παιδιού. Σ' αυτό όμως, συμβάλουν τόσο η αιτιολογία όσο και η μορφή της νοητικής καθυστέρησης.

Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης, με τη βοήθεια διάφορων ψυχοτεχνικών μέσων, αποτελεί μια από τις πιο πολύπλοκες ερευνητικές διαδικασίες, όπου κάθε συμπέρασμα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη προσοχή. Απαραίτητη προϋπόθεση για μια ολοκληρωμένη διάγνωση αποτελεί η συγκέντρωση πληροφοριών που αναφέρονται στο ιστορικό και στην παρούσα κατάσταση, τόσο του παιδιού όσο και της οικογένειας του. Επίσης, απαιτείται η συνεργασία ανάμεσα σε μια ομάδα ειδικών επιστημόνων, έτσι ώστε τα τελικά συμπεράσματα να είναι πιο συλλογικά και ολοκληρωμένα. Η οικογένεια του νοητικά καθυστερημένου παιδιού, χρειάζεται από τη στιγμή της διάγνωσης, αλλά και αργότερα, την πλήρη στήριξη, συμβουλευτική, βοήθεια, οικονομική και συναισθηματική από όλους τους διαθέσιμους φορείς. Το γεγονός αυτό είναι εξαιρετικής σημασίας αφού η επίδραση του στην εξέλιξη του παιδιού είναι άμεση.

Πέρα από την πρόληψη, η δυνατότητα αντιμετώπισης της νοητικής καθυστέρησης παραγματοποιείται μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση, την Ειδική Αγωγή, της οποίας η συμβολή είναι υψίστης σημασίας για την ανάπτυξη του ατόμου. Η Ειδική Αγωγή εφαρμόζεται από Ειδικούς Παιδαγωγούς, οι οποίοι με τη βοήθεια κατάλληλων εκπαιδευτικών μεθόδων και εφοδιασμένοι από αγάπη για τον συνάνθρωπο, υπομονή και ευαισθησία προσπαθούν να βοηθήσουν αυτά τα παιδιά.

Συμπερασματικά, θα ήθελα να τονίσω την σημασία της αντιμετώπισης των νοητικά καθυστερημένων παιδιών από το κοινωνικό σύνολο. Ακόμα και στις μέρες μας, η προκατάληψη συνεχίζει να υπάρχει δημιουργώντας περισσότερα προβλήματα τόσο στα ίδια τα παιδιά, όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Πρέπει λοιπόν, όλοι μας να αντιληφθούμε τις διαστάσεις του συγκεκριμένου θέματος και μαζικά να

προσπαθήσουμε να βοηθήσουμε αυτά τα άτομα, με τη στήριξη και την αγάπη μας, εντάσσοντας τα πιο θερμά στο κοινωνικό σύνολο στο οποίο άλλωστε ανήκουν.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Νοητική Καθυστέρηση: αναφέρεται στο επίπεδο της παρούσας συμπεριφοράς του ατόμου και δεν σχετίζεται με την αιτιολογία.

Νοητική ικανότητα: ο όρος αυτός υποδηλώνει τη γενική νοημοσύνη όπως αξιολογείται από τις συνηθισμένες νοομετρικές κλίμακες.

Κάτω από το μέσο όρο: σημαίνει ότι το άτομο, σε ένα σταθμισμένο τεστ νοημοσύνης, παίρνει δείκτη νοημοσύνης κάτω του 70, δηλαδή το άτομο βρίσκεται στο κατώτερο 3% των συνομιλήκων του.

Περίοδος ανάπτυξης: αρχίζει από τη σύλληψη και φτάνει μέχρι και το 16^ο - 18^ο έτος της ηλικίας. Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ως νοητικά υστερημένο, πρέπει η νοητική υστέρηση να έχει εμφανιστεί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

Ικανότητα προσαρμογής: αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένης της ωρίμανσης δηλαδή του ρυθμού με τον οποίο αναπτύσσεται η κινητικότητα, η αντίληψη και οι δεξιότητες του ατόμου, της μάθησης δηλαδή της ικανότητας του ατόμου να εμπλουτίζει τις γνώσεις του και τις δεξιότητες του από την καθημερινή επαφή με τα πρόσωπα και τα πράγματα του περιβάλλοντος του, και της κοινωνικής ένταξης - προσαρμογής του ατόμου δηλαδή την ικανότητα να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της κοινωνίας μέσα στην οποία ζει (Παπαγεωργίου, 1999, Παρασκευόπουλος, 1980).

Πολλές φορές ένα άτομο παρουσιάζει κάποιες αδυναμίες στην προσαρμοστική του συμπεριφορά. Κατά τη διάρκεια της νηπιακής και πρώιμης παιδικής ηλικίας το άτομο είναι πιθανόν να αντιμετωπίσει αδυναμίες στην αισθητηριοκινητική εξέλιξη,

στη γλωσσική εξέλιξη, στις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης αλλά και στον τομέα της κοινωνικοποίησης. Επίσης κατά τη διάρκεια της παιδικής και προεφηβικής ηλικίας το παιδί ίσως αντιμετωπίσει δυσκολίες στην εφαρμογή των βασικών σχολικών δεξιοτήτων και γνώσεων σε σχέση με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Επιπλέον, όπως και στην νηπιακή και πρώτη παιδική ηλικία, είναι πιθανόν να αντιμετωπίσει προβλήματα όσο αφορά την κοινωνικοποίηση και τις διαπροσωπικές του σχέσεις (Μπαρδή, 1985).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αμερικανική Ένωση δια την Νοητική Καθυστέρηση. (1974). *Εγχειρίδιο Ορολογίας και Ταξινόμησης της Νοητικής Καθυστέρησης*. Μετάφραση Τσιμπούκη, Κ. Ι. Αθήνα.
- Βασιλείου, Γ. Ε. (1998). *Ορισμός, Καταχώρηση και Αιτίες της Νοητικής Καθυστέρησης, Ειδική Εκπαίδευση των Εκπαιδευσιμων Νοητικά Καθυστερημένων Ατόμων και Προβλήματα στις Οικογένειες τους*. Τα Εκπαιδευσιμα Νοητικά Καθυστερημένα Παιδιά και έφηβοι (σσ. 47 - 77). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Βερνάδος, Μ. Ε. & Τερεζάκη, Μ. Γ. (2004). *Σύντομη Ιστορική Αναδρομή Ειδικής Αγωγής: Έννοιες – Αρχές – Μορφές*. Προσεγγίσεις σε Θέματα Ειδικής Εκπαίδευσης (σσ. 11 - 20). Ρέθυμνο: Ιδιωτική Έκδοση.
- Βότσου, Ι. (1993). *Πως θα αξιόσουμε καλύτερα τη μάθηση στο ασκήσιμο παιδί*. Παιδαγωγικά και Διδακτικά Θέματα για Παιδιά με «Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες» (σσ. 83 - 90). Θεσσαλονίκη: Ζήση.
- Δαβαζόγλου – Σιμοπούλου, Α. (1999). *Νοημοσύνη*. Θέματα Ειδικής Παιδαγωγικής: Τα Χαρισματικά Παιδιά στην Εκπαίδευση (σσ. 38 - 79). Αλεξανδρούπολη: ARROWHEAD.

- Δανασής, Α. (1978). *Ψυχολογία του Αναπτυσσόμενου Ανθρώπου*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Δήμου, Γ. Η. (1996). *Απόκλιση – Στιγματισμός: Αφομοιωτική Θεωρητική Προσέγγιση των Αποκλίσεων στο Σχολείο*. Αθήνα.
- Ζώνιου – Σιδέρη, Α. (1998). *Ειδική Αγωγή. Οι Ανάπηροι και η Εκπαίδευση τους: Μια Ψυχοπαιδαγωγική Προσέγγιση της Ένταξης*. 3^η εκδ. (σσ. 64 - 68). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ζώνιου – Σιδέρη, Α. (2002). *Η Εξέλιξη της Ειδικής Εκπαίδευσης: Από το Ειδικό στο Γενικό Σχολείο. Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και η Ένταξη τους* (σσ. 27 - 43). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ιμβριώτη, Ρ. (1939). *Ανώμαλα και Καθυστερημένα Παιδιά*. Ελληνική Εκδοτική Εταιρία.
- Καϊλά, Μ., Πολεμικός, Ν. & Φιλίππου, Γ. (1997). *Ψυχοκοινωνική Διάσταση: Δουλεύοντας με γονείς παιδιών με Ειδικές Ανάγκες. Άτομα με Ειδικές Ανάγκες*. Τόμος Α' (σσ. 140 - 148). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Νοητική Υστέρηση. Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων* (σσ. 283 - 318). Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.
- Καλαντζής, Κ. (1979). *Το Πρόβλημα των Μειονεκτικών Παιδιών και Εφήβων και η Αντιμετώπιση τους*. Αθήνα.
- Κολωνιά, Σ. (1993). *Θεραπευτική Αντιμετώπιση των Παιδιών με Νοητική Ανεπάρκεια ή Ανωριμότητα*. Στο: Κούρος, Ι. (1993). *Ψυχολογικά Θέματα Παιδιών και Εφήβων* (σσ. 81 – 84). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κοντοπούλου, Μ. (2001). *Συμβουλευτική Γονέων στα Πλαίσια της Πρώιμης Παρέμβασης: Η Συμβολή των Εκπαιδευτικών*. Στο: Τζουριάδου, Μ. (2001). *Πρώιμη Παρέμβαση: Σύγχρονες Τάσεις και Προοπτικές* (σσ. 160 - 182). Θεσσαλονίκη: Προμηθευς.

- Κοντοπούλου, Μ. (2007). *Παιδιά σε Αγχωγόνες Συνθήκες*. Παιδί και Ψυχοκοινωνικές Δυσκολίες – Μια Ψυχοδυναμική Οπτική (σσ. 264 - 280). Αθήνα: Gutenberg.
- Κουλάκογλου, Κ. (2002). *Θεωρίες της Νοημοσύνης, Αξιολόγηση Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες*. Ψυχομετρία και Ψυχολογική Αξιολόγηση, 2^η εκδ. (σσ. 139 – 153, 239 - 246). Αθήνα: Παπαζήση.
- Κρασανάκης, Γ. Ε. (1997). *Παιδιά με Νοητική Ανεπάρκεια: Θεωρητική και Εμπειρική Προσέγγιση* (σσ. 11 - 106). Αθήνα.
- Κρουσταλάκης, Γ. Σ. (1998). *Προβλήματα, Ανάγκες και Προσδοκίες των Γονέων*. Παιδιά με Ιδιαίτερες Ανάγκες: Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση (σσ. 420 - 429). Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Κυπριωτάκης, Α. (2000). *Τα Ειδικά Παιδιά και η Αγωγή τους*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Μάνου, Ν. (1997). *(Δια)νοητική Καθυστέρηση*. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής (σσ. 587 - 592). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Ματσανιώτη, Ν. (1972). *Παιδιατρική*. Αθήνα.
- Μελανίτης, Ν. Γ. (1960). *Σκοποί της Αγωγής των Πνευματικώς Υστερούντων Παίδων*. Θεραπευτική Παιδαγωγική: Οι Πνευματικώς Υστερούντες Παίιδες (σσ. 83 - 98). Αθήνα: Χ.Ε.
- Μόττη – Στεφανίδη, Φ. (1999). *Η φύση της Νοημοσύνης, Αξιολόγηση της Νοημοσύνης Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες*. Αξιολόγηση της Νοημοσύνης Παιδιών Σχολικής Ηλικίας και Εφήβων: Εγχειρίδιο για Ψυχολόγους (σσ. 20 – 42, 248 - 256). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπαρδή, Π. Δ. (1985). *Νοητική Καθυστέρηση: Φύση – Αιτιολογία – Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Χ.Ε.
- Μπεζεβέγκης, Η. Γ. (1987). *Νοητική Καθυστέρηση*. Θέματα Εξελικτικής Ψυχολογίας: Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Τόμος Α' (σσ. 95 - 139). Αθήνα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.

- Μπουσκαλιά, Λ. (1993). *Η Οικογένεια μπροστά στην Πρόκληση. Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και οι Γονείς τους* – Μια Πρόκληση στη Συμβουλευτική. Μετάφραση Δίπλας, Γ. (σσ. 85 - 165). Αθήνα: Γλάρος.
- Μωραΐτης, Δ. Γ. (1953). *Η Αγωγή εις τους Αρχαίους Λαούς*. Ιστορία της Παιδαγωγικής (σσ. 11 – 51). Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Νιτσόπουλος, Μ. (1981). *Ειδικά Πνευματικά Καθυστερημένα Άτομα*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.
- *Παιδί – Ειδικά Δικαιώματα*. (2007). Τεύχος 6// έτος 1^ο. Εκδόσεις Καμπούκος, Σ.
- Παπαγεωργίου, Β. Α. (2005). *Αναπτυξιακές και Ψυχικές Διαταραχές της Παιδικής και Εφηβικής Ηλικίας: Νοητική Υστέρηση*. Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων (σσ. 98- 107). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Παπαγεωργίου, Ε. Γ. (1999). *Νοητική Καθυστέρηση*. Ψυχιατρική (σσ. 315 - 321). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Αργυρού, Ν.
- Παπαγεωργίου, Γ. Κ. (1974). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, τομ.1 (1973), τομ. 2 κ 3 (1974).
- Παπαδόπουλος, Ν. Γ. (1990). *Η Νόηση*. Ψυχολογία Σύγχρονη Πειραματική: Γενική – Γνωστικών Κινήτρων, Εξελικτική, Προσωπικότητας – Ατομικών Διαφορών, Κοινωνική – Ανθρωπίνων Σχέσεων (σσ.329 - 360). Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π. & Αγή, Β. Ε. (2007). *Άτομα με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες*. Ειδική Αγωγή, Επαγγελματικός Προσανατολισμός Ατόμων με Αναπηρία και Αποασυλοποίηση (σσ. 38 - 44). Μυτηλίνη: Εκδοτική Χρηματοδότηση: Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Αγιασού – Λέσβου «Η Θεομήτωρ», Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1980). *Νοητική Καθυστέρηση: Διαφορική Διάγνωση – Αιτιολογία – Πρόληψη – Ψυχοπαιδαγωγική Αντιμετώπιση*. Αθήνα: ΟΕΔΒ.

- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες: Νοητική Υστέρηση, Ψυχολογική, Κοινωνιολογική και Παιδαγωγική Προσέγγιση*. τομ. Β'. Αθήνα: Άτραπος.
- Πυργιωτάκης, Ι. Ε. (1994). *Ιστορική Αναδρομή και Σημερινή Κατάσταση*. Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα – Ιστορικοκοινωνική Ανάλυση (σσ. 7 - 26). Ηράκλειο: Εταιρία Στήριξης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες «Αγ. Τίτος».
- Σακκά, Δ. Ν. (1977). *Παιδαγωγική Ψυχολογία* (σσ. 385). Αθήνα: Γρηγόρη.
- Σούλης, Σ. Γ. (2001). *Η ιστορική εξέλιξη και οι προϋποθέσεις της Παιδαγωγικής των παιδιών με Βαριά Νοητική Καθυστέρηση. Μεταθεωρητικές Σκέψεις*. Τα Παιδιά με Βαριά Νοητική Καθυστέρηση και ο Κόσμος τους: Άτομα με Πολλαπλές Αναπηρίες (σσ. 19 - 34). Αθήνα: Gutenberg. Παιδαγωγική Σειρά.
- Στάσιμος, Δ. Π. (1991). *Νοητικώς Υστερούντες*. Η Ειδική Εκπαίδευση στην Ελλάδα: Αντιλήψεις. Θεσμοί και Πρακτικές. Κράτος και Ιδιωτική Πρωτοβουλία 1906 – 1989 (σσ. 223 - 230). Αθήνα: Gutenberg. Παιδαγωγική Σειρά
- Σταύρου, Λ. Σ. (1990). *Η Νοητική Καθυστέρηση*. Ψυχοπαιδαγωγική Αποκλινόντων Νηπίων, Παιδιών και Εφήβων: Ψυχοκοινωνιολογική και Παιδαγωγική Προσέγγιση (σσ. 225 - 356). Αθήνα: Άτραπος.
- Τζουριάδου, Μ. (1995). *Η Περίπτωση της Νοητικής Καθυστέρησης*. Παιδιά με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες: Μια Ψυχοπαιδαγωγική Προσέγγιση (σσ. 99 - 138). Θεσσαλονίκη: Προμηθεύς.
- Τσακρή, Π. (1970). *Η Εφύια των Ελληνόπαιδων*. Αθήνα.
- Φιλιππούλου, Γ. Σ. (1980). *Νοητική Υστέρηση*. Κλινική Ψυχιατρική (513 - 526). 2^η έκδ. Αθήνα: Ιατρικά Εκδόσεις.
- Χαρτοκόλης, Π. (1986). *Διανοητική Καθυστέρηση*. Εισαγωγή στη Ψυχιατρική (σσ. 288 - 296). Αθήνα: Θεμέλιο.

- Χατζηχρήστου, Χ. Γ. (2004). *Ψυχοδιαγνωστική Αξιολόγηση Παιδιών και Εφήβων*. Εισαγωγή στη Σχολική Ψυχολογία (σσ. 144 - 169). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Αγγλική Βιβλιογραφία

- Abramowicz, H. K. & Richardson, S. (1975). Epidemiology of Severe Mental Retardation in Children: Community Studies. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 18 – 39.
- American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental Retardation: Definition classification and systems of support* (9th ed.). Washington, DC: Author.
- Bailey, D., Blasco, P. & Simeonsson, R. (1992). Needs Expressed by Mothers and Fathers of Young Children with Disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 1 – 10.
- Baroff, G. S. (1974). *Mental Retardation. Nature, Cause and Management*. New York: John Willey and Sons.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development*. (2nd ed.). Manual. San Antonio, T.X: Psychological Corporation.
- Behraman, R., Kliegman, R. & Jenson, K. (2000). *Textbook of Pediatrics*. New York: W. B. Saunders Company.
- Burt, C. (1955). Differentiation of Intellectual Ability. *British Journal of Educational Psychology*, 24, 76 – 90.
- Carroll, J. B. (1993). *Human Cognitive Abilities: A Survey of Factor Analytic Studies*. New York: Cambridge University Press.
- Carter, C. (1975). *Handbook of Mental Retardation Syndrome* (3d ed.). Springfield – Illinois: Charles, C. Thomas.

- Cattell, R. B. (1963). Theory of Fluid and Crystallized Intelligence: A Critical Experiment. *Journal of Educational Psychology*, 54, 1 – 22.
- Cleland, C. C. (1978). *Mental Retardation*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Cole, M. & Cole, S. R. (2002). *Σχολική Εκπαίδευση και Ανάπτυξη στη Μέση Παιδική Ηλικία*. Η Ανάπτυξη των Παιδιών: Γνωστική και Ψυχοκοινωνική Ανάπτυξη κατά τη Νηπιακή και Μέση Παιδική Ηλικία. Μετάφραση Σόλμαν, Μ. (σσ. 442 - 447). Τόμος Β'. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.
- Coleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantan Books.
- Dalle, N. (2000). *Οι Απόψεις και οι Στάσεις του Γονέα, Πλαίσια Έργασίας για την κατανόηση της Οικογένειας*. Τρόποι Συνεργασίας με Οικογένειες Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες. Μετάφραση Αποστολή, Μ. (σσ. 63 – 88, 120 - 133). Αθήνα: «Έλλην».
- Del Rosario, B. & Keefe, E. B. (2003). Siblings of Children with Disabilities: A review of the research. *Developmental Disability Bulletin*, 32 (2), 102 – 129.
- Descoeudres, A. (1960). *Αρχές και Προγράμματα, Γενικότητες*. Η Αγωγή των Καθυστερημένων Παιδιών. Οι αρχές και οι Μεθόδοι της. Εφαρμογή σε όλα τα παιδιά. Μετάφραση Βασδέκη, Γ. Α. (σσ. 22 – 35, 59 - 69). Αθήνα: Δίπτυχο.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2000). *Mental Retardation*. DSM - IV® - TR (4th ed.). Text Revision. (pp. 41 - 49). American Psychiatric Association.
- Doll, E. A. (1941). The Essentials of an Inclusive Concept of Mental Deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, 46, 214 – 219.
- Doll, E. A. (1965). *Vineland Social Maturity Scale: Manual of Directions* (rev. ed.). Circle Pines. MN: American Guidance Service (1st ed., 1935).
- Dykens, E. M. (2005). Happiness, Wellbeing and Character Strengths: Outcomes for Families and Siblings of Persons with Mental Retardation. *Mental Retardation*, 43 (5), 360 – 364.

- Egg, M. (1976). *Προγράμματα Περιθάλψεως Αγωγής και Αποκαταστέσως των Καθυστερημένων*. Η αγωγή του Καθυστερημένου Παιδιού – Οδηγός για Γονείς, Παιδαγωγούς και Φίλους των Πνευματικά Καθυστερημένων Παιδιών. Μετάφραση Παπαγεωργίου, Γ. & Κρασανάκη, Γ. (σσ. μβ - νβ). Ηράκλειο.
- Eyman, R. K. & Miller, C. A. (1978). *A Demographic Overview of Severe and Profound Mental Retardation*.
- Gardner, H. (1985). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. NY: Basic Books.
- Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligences: The Theory in Practice*. New York: Basic Books.
- Gelb, S. A. (1995). The Beast in Man: Degenerationism and Mental Retardation, 1900 – 1920. *Mental Retardation*, 33, 1 – 9.
- Groth – Marnat, G. (1990). *Handbook of Psychological Assessment*. (2nd ed.). New York: Wiley.
- Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (1978). *Exceptional Children*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Hannah, M. E. & Midlarsky, E. (1999). Competence and Adjustment of Siblings of Children with Mental Retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 104, 22 – 37.
- Hannah, M. E. & Midlarsky, E. (2005). Helping by Siblings of Children with Mental Retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 110 (2), 87 – 99.
- Hebb, D. O. (1972). *Textbook of Psychology*. (3d ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hodapp, R. M. & Dykens, E. M. (1996). *Mental Retardation*.
- Hodapp, R. M. & Zigler, E. (1995). *Past, Present and Future Issues in the Developmental Approach to Mental Retardation and Developmental Disabilities*.

- Kirk, S. A. (1973). *Παιδιά Χαμηλής Νοημοσύνης*. Η Εκπαίδευσις των Αποκλινόντων. Μετάφραση Τσιμπούκη, Κ. (σσ. 199 - 212). Αθήνα: Χ.Ε.
- Koller, H., Richardson, S., Katz, M. & McClaren, J. (1983). Behavioral disturbance since childhood among 5 – year birth cohort of all mentally retarded young adults in a city. *American Journal of Mental Deficiency*, 87, 386 – 295.
- Mash, E. J. & Wolfe, D. A. (1999). *Abnormal Child Psychology*. Boston: Wadsworth Publishing Company.
- McEvoy, M. A., Shores, R. E., Wehlby, J. H., Johnson, S. M. & Fox, J. J. (1990). Special Education Teacher’s Implementation of Procedures to Promote Social Interaction among children in Intergrated Settings. *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 267 – 276.
- McLean, W. E. (1993). Overview.
- McMillan, E. (2005). A Parent’s Perspective. *Mental Retardation*, 43 (5), 351 – 353.
- Meyer, R. J., Stafford, R. L. & Jacobsen, M. D. (1970). Patterns of Family Follow up: A study of Children with Mental Retardation ans Associated Developmental Disorders. *Journal of Community Mental Health*, 6 (5), 393 – 400.
- Michaux, L. (1953). *Psychiatrie Infantile*. Paris: “P. U. F.”.
- Minnes, R. (1988). Family Stress associated with a developmentally handicapped child. *International Review of Research on Mental Retardation*, 15, 195 – 226.
- Moseley, D. (1985). *Επιβοηθητική Αγωγή για Προβλήματα Μάθησης*. Ειδική Εκπαίδευση: Επιβοηθητική Αγωγή για Προβλήματα Μάθησης. Μετάφραση Μπαρουζή, Γ. & Αργύρης, Α. (σσ. 9 - 14). Αθήνα: Κουτσούμπος.

- Nezu, C. M., Nezu, A. M. & Gill – Weiss, M. J. (1992). *Psychopathology in Persons with Mental Retardation: Clinical Guidelines for Assessment and Treatment*. Champaign, IL: Research Press.
- Olivier, M. & Williams, E. (2005). Teaching the Mentally Handicapped Child: Challenges Teachers are Facing. *The International Journal of Special Education*, 20 (2), 19 – 31.
- Panek, P. E. & Wagner, E. E. (1979). Relationships between Hand Test Variables and Mental Retardation: A Confirmation and Extension. *Journal of Personality Assessment*, 43, 600 – 603.
- Perron, R. (1996). *Οι καθυστερήσεις και οι διαταραχές την Νοητικής Ανάπτυξης. Τα Απροσάρμοστα Παιδιά. Μετάφραση Παυλάκου, Δ. (σσ. 50 – 60). Αθήνα: Χατζηνικολή.*
- Ramey, C. T., Mulvihill, B. A. & Ramey, S. L. (1996). *Prevention: Social and Educational Factors and Early Intervention*.
- Rey, A. (1967). *Arriération mentale et premeirs exercices educatifs*. Neuchatel, Delachaux et Niestle.
- Richardson, S. A., Katz, M. & Koller, H. (1986). Sex Differences in Number of Children Administratively Classified as Mildly Mentally Retarded: An Epidemiological Review. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, 250 – 256.
- Robinson, N. M. & Robinson, H. B. (1976). *The Mentally Retarded Child* (2nd ed.). New York: Mc Graw – Hill Book Company.
- Schwab, L. O. (1989). Strength of Families having a Member with a Disability. *Journal of the Multihandicapped Person*, 2 (2), 105 – 117.
- Simonoff, E., Bolton, P. & Rutter, M. (1996). Mental Retardation: Genetic findings, clinical implication and research agenda. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 259 – 280.

- Spearman, C. (1904). General Intelligence Objectively Determined and Measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201, 201 – 292.
- Sternberg, R. (1986). *Children's Thinking*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Svarstad, B. L. & Levens Lipton, H. (1997). Informing Parents about Mental Retardation: A study of Professional Communication and Parent Acceptance. *Journal of Social Science and Medication*, 11, 645 – 651.
- Thurstone, L. L. (1938). *Primary Mental Abilities*. Psychometric Monographs, no 1.
- Tonge, B. J. (1999). *Psychopathology of Children with Developmental Disabilities*.
- Tramer, M. (1949). *Lehrbuch der allgemeinen kinderpsychiatries*, Benu Schwabe Verlag, Bale.
- Tredgold, A. F. (1937). *A textbook of Mental Deficiency*. Bultimor Wood (pp. 4).
- Volkmar, F. R., Burac, J. A. & Cohen, D. J. (1990). *Deviance and Developmental Approaches in the study of Autism*.
- Volkmar, F. R., Cook, E. & Pomeroy, J. (1999). Practice Parametres for the Assesment and Treatment of Children and Adolescents with Autism and Pervasive Developmental Disorders. *J Am Acad Child and Adolescence Psychiatry*, 38, 325 – 545.
- Volkmar, F. R. & Dykens, E. (2002). *Mental Retardation*.
- Warren, S. A. (1968). Psychological Evaluation of the Mentally Retarded. A Review of Techniques. *Pediatric Clinics of North America*, 15, 953 – 954.
- Wechsler, D. (1944). *The measurement of Adult Intelligence*. Publ: Williams and Wilkins.

- Zazzo, R., Gilly, M. & Verba – Rad, M. (1977). *Νέα Μετρική Κλίμακα Νοημοσύνης*. Μετάφραση Βάμβουκα, Μ. & Παπαγεωργίου, Γ. Κ. Ηράκλειο: Ψυχοτεχνική.