



Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης
Σύλλογος Μεταπτυχιακών Φοιτητών "Αλέξανδρος Δελμούζος"

Εκπαίδευση & Επιστήμη

Τόμος Ι, Τεύχος 4ο, 2007-2008

ηλεκτρονικό περιοδικό
<http://www.uoa.gr/ptde/journal>

Αξιολόγηση και παρέμβαση σε παιδιά με Νοητική Στέρηση

Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου,

Ψυχολόγος - Δρ. Παν/μίου Manchester-UK, Διδάσκων Παν/μίου Αθηνών

Περίληψη

Σημαντικό ρόλο στις διαδικασίες αξιολόγησης και παρέμβασης των παιδιών με νοητική στέρηση διαδραματίζει η οικογένεια. Συνεπώς, η συνεργασία με τους γονείς θα πρέπει να αποτελεί πρώτιστο μέλημα και να αξιοποιείται κατάλληλα σε κάθε φάση της παρέμβασης, από τη διάγνωση μέχρι την εκπαίδευση και τη θεραπεία. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι η εμπλοκή των ίδιων των οικογενειών στη διαχείριση των προβλημάτων των παιδιών τους παρουσιάζει μια σειρά δυσκολιών και προβλήματα που χρήζουν συστηματικής αντιμετώπισης. Εν γένει όμως, η προσπάθεια κατανόησης των ανησυχιών των γονιών αλλά και η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα παρέμβασης των παιδιών τους και στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων συνήθως επιφέρουν ιδιαίτερος ευεργετικά αποτελέσματα. Το πώς και το πότε θα πρέπει οι γονείς να συμμετέχουν σε αυτές τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικού αριθμού ερευνών και έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφορα μοντέλα, χωρίς ωστόσο να υπάρχει γενική αποδοχή και υιοθέτηση κάποιου συγκεκριμένου προτύπου. Είναι βέβαια γεγονός ότι οι οικογένειες, όπως και τα ίδια τα άτομα με νοητική στέρηση, παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Εντούτοις, υπάρχουν αρκετά ζητήματα που θα πρέπει να εξετάζονται κατά τη συμμετοχή των οικογενειών στη λήψη ομαδικών αποφάσεων για το παιδί με ειδικές ανάγκες.

Λέξεις-Κλειδιά: νοητική υστέρηση, αξιολόγηση, μέσα αξιολόγησης, τεστ ικανοτήτων, παρεμβάσεις, αντιμετώπιση

Εισαγωγή

Η αξιολόγηση οποιασδήποτε διαταραχής θα πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση των γνωστικών δεξιοτήτων του παιδιού καθώς και της γενικής προσαρμογής και της καθημερινής του λειτουργίας του χρησιμοποιώντας πληροφορίες από την οικογένεια, το σχολείο, ώστε να διασφαλίζεται η επιλογή της πιο κατάλληλης ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης.

Σε γενικές γραμμές η διάγνωση των παιδιών με οητική Στέρηση περιλαμβάνει τη συστηματική χρήση άμεσων και έμμεσων δοκιμα-

σιών για την τεκμηρίωση και περιγραφή των χαρακτηριστικών του κάθε παιδιού μεμονωμένα (Simeonsson & Bailey, 1992). Η διαδικασία αυτή μπορεί να λάβει διαφορετικές μορφές και να χρησιμοποιεί διαφορετικά εργαλεία μέτρησης, που έχουν ως αποτέλεσμα την διαφορεική διάγνωση, την ανίχνευση του συγκεκριμένου αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκεται το παιδί καθώς και την επιλογή της καταλληλότερης παρέμβασης (Andstötz, 1994). Ορισμένα εργαλεία αξιολόγησης έχουν επικριθεί για το ότι δεν λαμβάνουν υπόψη τις πολιτισμικές διαφορές των αξιολογούμενων με συνέπειες στην έγκυρη διάγνωση (Reiss & Szyszko, 1983).

Ωστόσο, τα εργαλεία αξιολόγησης κατά το πλείστον είναι έγκυρα και αποτελεσματικά. Επιτρέπουν την παρατήρηση των αλλαγών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων όπως και κάποια πρότυπα αξιολόγησης της απόδοσης των παιδιών σε βασικές γνωστικές και ακαδημαϊκές δεξιότητες. Καθώς τα σταθμισμένα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη λήψη πληροφοριών αποτελούν τμήμα της ευρύτερης διαδικασίας αξιολόγησης, ενδέχεται να έχουν ορισμένους περιορισμούς, δεν υπάρχει όμως μέχρι σήμερα κάποια εναλλακτική λύση (Sattler, 1992). Κατά συνέπεια, είναι απαραίτητο οι ειδικοί της υγείας να εκπαιδεύονται στα διαθέσιμα εργαλεία αξιολόγησης και να τα κατανοούν σε βάθος ώστε να χρησιμοποιούνται σωστά και τα αποτελέσματα που παρέχουν να μπορούν να ερμηνεύονται με έγκυρο τρόπο (Αναγνωστοπούλου, 1989-*Norwich*, 2001).

Η χρήση πολλαπλών διαδικασιών αξιολόγησης (σταθμισμένα ψυχομετρικά τεστ, μη σταθμισμένα τεστ, κλινική παρατήρηση, συνέντευξη) παρέχει μια συστοιχία πληροφοριών για το παιδί, που επιτρέπει την αξιολόγηση των βιολογικών, γνωστικών, κοινωνικών και διαπροσωπικών μεταβλητών που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του. Είναι επίσης σημαντικό κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παιδιών να λαμβάνονται πληροφορίες από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και άλλα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός τους ή του κοινωνικού τους περίγυρου. Σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των αξιολόγησης που λαμβάνονται από διαφορετικές πηγές πρέπει να διευκρινίζονται επαρκώς, πριν οι ειδικοί προχωρήσουν σε διαγνωστικές αποφάσεις ή συστάσεις. Για παράδειγμα εάν τα αποτελέσματα της δοκιμασίας νοημοσύνης δείχνουν ότι το παιδί έχει χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, ενώ τα συμπεράσματα σε σχέση με τη λειτουργικότητα του παιδιού στο σχολείο και την οικογένεια δε συμφωνούν τότε ο ειδικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του και τα δύο αυτά ευ-

ρήματα στη διάγνωση και στις προτάσεις για την υποστήριξη του παιδιού (Batshaw & Perret, 1992· Καΐλα, 1995).

Κατά τη διαδικασία της διάγνωσης, ιδιαίτερα σημαντικό είναι επίσης να μπορεί κανείς να κάνει τη διάκριση μεταξύ νοητικής στέρησης και αναπτυξιακής καθυστέρησης. Η διάγνωση της νοητικής στέρησης είναι ορθή, μονάχα όταν οι γνωστικές ικανότητες και οι συμπεριφορές προσαρμογής του παιδιού βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο των υπόλοιπων παιδιών. Όταν δεν υπάρχουν ευδιάκριτα στοιχεία για τη διάγνωση της νοητικής στέρησης, είναι ορθότερο ο ειδικός να προχωρά σε διάγνωση αναπτυξιακής καθυστέρησης. Η διάγνωση αυτή αναγνωρίζει κάποια γνωστική ή συμπεριφορική απόκλιση, αφήνει όμως περιθώρια για κάποια διφορούμενη ερμηνεία, όσον αφορά την προέλευση της απόκλισης (Bregman, 1991). Συνίσταται να μη γίνεται διάγνωση νοητικής στέρησης σε παιδί ηλικίας κάτω των 2 ετών, εκτός εάν ο βαθμός ανεπάρκειας που παρουσιάζει είναι πολύ σοβαρός και υπάρχει κάποιο σύνδρομο που σχετίζεται με τη νοητική στέρηση (π.χ. σύνδρομο Down).

Γνωστικά / Αναπτυξιακά Εργαλεία Αξιολόγησης

Κλίμακα Ανάπτυξης του Bayley – Δεύτερη Έκδοση (Bayley, 1993): Η κλίμακα του Bayley είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της ανάπτυξης των νηπίων και των πολύ μικρών παιδιών. Χρησιμοποιείται για παιδιά από 2 μηνών έως 3½ ετών. Αποτελείται από τρεις κλίμακες: τη νοητική, την ψυχοκινητική κλίμακα και την κλίμακα εκτίμησης της συμπεριφοράς. Η νοητική κλίμακα περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ακόλουθων περιοχών: μνήμη ανάγνωσης, μονιμότητα αντικειμένου, διάκριση μορφής, διατήρηση προσοχής, μίμηση (φωνητική/λεκτική και μίμηση χειρονομιών), λεκτική κατανόηση, άρθρωση, γλωσσικές ικανότητες, βραχυπρόθεσμη μνήμη, επίλυση προβλημάτων, αριθμητική, υπολογισμοί και λεξιλόγιο. Η ψυχοκινητική κλίμακα εξετάζει τους λεπτούς διανοητικούς μηχανισμούς που λαμβάνουν χώρα κατά τα πρώτα στάδια ανάπτυξης του παιδιού. Τέλος, η κλίμακα εκτίμησης της συμπεριφοράς χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της συμπεριφορικής και συναισθηματικής κατάστασης του παιδιού κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από τα δημοφιλέστερα εργαλεία αξιολόγησης των νηπίων και μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και για την αξιολόγηση παιδιών μεγαλύτερων των 3½ ετών, που παρουσιάζουν όμως πολύ σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη και που δεν είναι δυνατό να αξιολογηθούν με τη χρήση άλλων εργαλείων.

Κλίμακα Wechsler (WPPSI-R) (Wechsler, 1989): Η κλίμακα αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για παιδιά ηλικίας από 3 έως 7 ετών. Το WPPSI-R εξάγει ένα συνολικό δείκτη νοημοσύνης μέσο όρο 100 και τυπική απόκλιση 15, ενώ η κάθε υποκλίμακά του έχει μέσο όρο 10 με τυπική απόκλιση 3. Περιλαμβάνει 12 υποκλίμακες, οι οποίες είναι οργανωμένες σε δύο βασικές περιοχές: τη λεκτική κλίμακα (πληροφορίες, ομοιότητες, αριθμητική, λεξιλόγιο, κατανόηση και προτάσεις) και την πρακτική κλίμακα (ολοκλήρωση εικόνων, γεωμετρικά σχέδια, αναγνώριση ζώων, σχέδιο, λαβύρινθοι και ολοκλήρωση αντικειμένων).

Το WPPSI-R περιέχει 9 υποκλίμακες παρόμοιες με εκείνες που περιλαμβάνονται στο WISC-III (πληροφορίες, λεξιλόγιο, αριθμητική, ομοιότητες, κατανόηση, ολοκλήρωση εικόνων, λαβύρινθοι, σχέδιο και ολοκλήρωση αντικειμένων) και 3 επιπλέον υποκλίμακες (προτάσεις, αναγνώριση ζώων και γεωμετρικά σχέδια). Από τη συνολική κλίμακα μπορούν να εξαχθούν τρεις δείκτες: ο λεκτικός δείκτης νοημοσύνης, ο πρακτικός δείκτης νοημοσύνης και ο γενικός δείκτης νοημοσύνης. Τέλος, το εργαλείο αυτό δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για παιδιά με σοβαρή νοητική στέρηση (δηλαδή με δείκτη νοημοσύνης κάτω από 40), ενώ όταν χορηγείται σε μικρότερα παιδιά ίσως χρειάζεται να χορηγηθεί σε δύο διαφορετικές συνεδρίες εξαιτίας του μεγάλου χρόνου που απαιτείται για την ολοκλήρωση της αξιολόγησης.

Κλίμακα WISC-III (Wechsler, 1991): Η κλίμακα WISC-III μπορεί να χρησιμοποιηθεί για παιδιά ηλικίας από 6 μέχρι 16 ετών και αποτελεί την έκδοση του τεστ νοημοσύνης του Wechsler για μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους. Περιέχει 13 υποκλίμακες και δύο κλίμακες: τη λεκτική κλίμακα (πληροφορίες, ομοιότητες, αριθμητική, λεξιλόγιο και κατανόηση) και την πρακτική κλίμακα (συμπλήρωση εικόνων, σειροθέτηση εικόνων, κύβοι, συναρμολόγηση αντικειμένων, κωδικοποίηση, λαβύρινθοι, σύμβολα). Ανάλογα με το WPPSI εξάγονται τρεις δείκτες, ο λεκτικός, ο πρακτικός και ο γενικός δείκτης νοημοσύνης. Το συγκεκριμένο τεστ έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Γεώργας, και συν., 1997).

Κλίμακα Stanford-Binet: Τέταρτη Έκδοση (Thorndike και συν., 1986α, 1986β): Η κλίμακα αυτή είναι κατάλληλη για τη μέ-

τρηση της νοημοσύνης σε άτομα ηλικίας από 2 έως 23 ετών. Περιλαμβάνει 15 υποκλίμακες, αν και μόνο τα 6 από αυτές (λεξιλόγιο, κατανόηση, μίμηση, ποσοτική ανάλυση, βραχυπρόθεσμη μνήμη και μνήμη προτάσεων) χρησιμοποιούνται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Οι υπόλοιπες 9 υποκλίμακες (σύνθεση εικόνων, δίπλωμα και κόψιμο χαρτιών, αντιγραφή, επανάληψη ψηφίων, ομοιότητες, μορφοποίηση αντικειμένων, μνήμη αντικειμένων και εξισώσεις) χρησιμοποιούνται για άτομα μικρότερων ηλικιών. Σε αντίθεση με τις προηγούμενες εκδόσεις της κλίμακας Stanford-Binet, η τέταρτη έκδοση, που χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα, έχει λάβει υπόψη της τις πολιτισμικές διαφορές και περιλαμβάνει επίσης νέα στοιχεία, που αφορούν στις περιοχές της μνήμης των αντικειμένων, της μνήμης αριθμών και των εξισώσεων.

Πέρα από τις δοκιμασίες αξιολόγησης των παιδιών με νοητική στέρση, που βασίζονται στη μέτρηση της νοημοσύνης, έχουν επιπλέον αναπτυχθεί και αρκετές κλίμακες για την αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών αυτών, οι οποίες και αποτελούν ένα σημαντικό και απαραίτητο κομμάτι του καθορισμού και της διάγνωσης της νοητικής στέρσης. Κατ' ουσίαν, η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς αναφέρεται στην ικανότητα εκτέλεσης που απαιτείται για την προσωπική και κοινωνική επάρκεια. Μελετά το πόσο καλά μπορούν τα άτομα να λειτουργήσουν και να κινηθούν ανεξάρτητα, αλλά και να ικανοποιούν τις προσωπικές και κοινωνικές ανάγκες που τους επιβάλλονται από το πολιτισμικό τους πλαίσιο (Sattler, 1992).

Αν και υπάρχουν πάνω από 200 κλίμακες εκτίμησης των συμπεριφορών προσαρμογής, η περισσότερο χρησιμοποιούμενη είναι η κλίμακα προσαρμοστικής συμπεριφοράς του Vineland (Sparrow και συν., 1984). Αποτελεί την αναθεωρημένη έκδοση της κλίμακας κοινωνικής ωριμότητας (Doll, 1953) και ουσιαστικά αξιολογεί την κοινωνική ικανότητα των ατόμων με ή χωρίς ειδικές ανάγκες από τη γέννησή τους έως την ηλικία των 19 ετών. Οι διαστάσεις της συμπεριφοράς που εξετάζονται είναι: η επικοινωνία, οι καθημερινές δεξιότητες, η κοινωνικοποίηση και οι ψυχοκινητικές ικανότητες, ενώ πρόκειται για μία έμμεση αξιολόγηση, δεδομένου ότι το άτομο που συμμετέχει στην αξιολόγηση δεν είναι εκείνο με την απόκλιση αλλά κάποιο άλλο πρόσωπο εξοικειωμένο με τη συμπεριφορά του. Επιπλέον, η κλίμακα προσαρμογής της Αμερικάνικης Εταιρείας για τη Νοητική Στέρση (ABS) χρησιμοποιείται ευρέως, ιδιαίτερα στις

Ηνωμένες Πολιτείες, για την αξιολόγηση των ατόμων με νοητική στέρωση, είτε πρόκειται για ενήλικα άτομα (Nihira και συν., 1993) είτε για παιδιά προσχολικής ηλικίας (ABS-S:2, Lamber και συν., 1993).

Τεστ Ικανοτήτων

Αν και τα τεστ νοημοσύνης καλύπτουν ένα ευρύτερο πεδίο διανοητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων σε σχέση με τα τεστ ικανοτήτων, ως ένα σημείο και τα δύο είδη αξιολόγησης αξιολογούν τους ίδιους τομείς γνώσης, μάθησης και επιτευγμάτων (Sattler, 1992). Τα τεστ ικανοτήτων (όπως η ανάγνωση και τα μαθηματικά) εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από την εκπαίδευση που έχει λάβει χωριστά κάθε παιδί, έχουν μεγαλύτερο πολιτισμικό φορτίο και αναφέρονται σε περισσότερο συγκεκριμένες δεξιότητες σε σχέση με τα τεστ νοημοσύνης. Τα τεστ νοημοσύνης μετρούν την ικανότητα ενός ατόμου να εφαρμόσει τις πληροφορίες που έχει λάβει με νέους και διαφορετικούς τρόπους, ενώ τα τεστ ικανοτήτων αξιολογούν την ικανότητα χειρισμού των αποκτηθέντων πληροφοριών (Sattler, 1992).

Αν και τα τεστ νοημοσύνης αποτελούν εγκυρότερες πηγές για τη σχολική σταδιοδρομία των παιδιών με νοητική στέρωση, τα τεστ ικανοτήτων μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τα παιδιά αυτά. Έτσι, για να μπορέσει ο ειδικός να συνάγει πλήρη και σαφή συμπεράσματα για τη διανοητική κατάσταση ενός παιδιού, οφείλει να συγκρίνει τα αποτελέσματα και των δύο τεστ. Εάν υπάρχει κάποια σημαντική απόκλιση ανάμεσα στο τεστ νοημοσύνης και το τεστ ικανοτήτων, το παιδί μπορεί να ωφεληθεί από την εξειδικευμένη βοήθεια στις ακαδημαϊκές περιοχές που υστερεί.

Κάποια από τα γνωστότερα και ευρέως εφαρμοσμένα τεστ ικανοτήτων είναι η Ψυχο-Εκπαιδευτική Μπαταρία των Woodcock-Johnson (1990), το Τεστ Γενικών Ικανοτήτων (WRAT-R) των Jastak & Wilkinson (1984) καθώς και μία άλλα τεστ, που χρησιμοποιούνται σήμερα από τους ειδικούς (Kaufman & Kaufman, 1985· Wechsler Individual Achievement Test, 1992). Τέλος, υπάρχουν και άλλα τεστ που αξιολογούν συγκεκριμένες διαστάσεις όπως το προσληπτικό και εκφραστικό λεξιλόγιο (PPVT-R, Dunn & Dunn, 1981).

Παρεμβάσεις-Αντιμετώπιση

Ψυχο-εκπαιδευτική Παρέμβαση. Ως αποτέλεσμα της νομοθεσίας σχετικά με τα άτομα με ειδικές ανάγκες, η οποία εξελίσσεται με την ενίσχυση και ενθάρρυνση διάφορων ομάδων προστασίας των ατόμων αυτών, τα παιδιά και οι έφηβοι με νοητική στέρωση ή συναφείς αναπτυξιακές διαταραχές διαθέτουν πλέον το δικαίωμα στην ελεύθερη και κατάλληλη παρέμβαση. Η κατάλληλη παρέμβαση πρέπει να βασίζεται στις ανάγκες του παιδιού, όπως αυτές καθορίζονται από ομάδα ειδικών. Επίσης, θα πρέπει να διερευνώνται οι προτεραιότητες και οι ανησυχίες της οικογένειας, και να παρέχεται η φροντίδα που τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη (Ζώνιου-Σιδέρη, 2000· Norwich, 2001).

Υπηρεσίες που απευθύνονται σε παιδιά μικρότερης ηλικίας

Οι υπηρεσίες της ειδικής αγωγής που παρέχονται σε παιδιά μικρής ηλικίας με νοητική στέρωση μπορούν να εδράζονται στο σπίτι, σε κάποιο ειδικό σχολείο ή κέντρο, ή και σε κάποια ρύθμιση μεταξύ των δύο αυτών χώρων. Ο χαρακτήρας των υπηρεσιών θα πρέπει να καθορίζεται με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης τόσο των ίδιων των παιδιών όσο και της ευρύτερης οικογένειας. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου οικογενειακού σχεδιασμού, ο οποίος περιλαμβάνει όλα τα άτομα που συμβάλλουν στην παρέμβαση και έρχονται σε καθημερινή επαφή με το παιδί. Επιπλέον, οι υπηρεσίες μπορούν να περιλαμβάνουν πολλαπλές παρεμβάσεις όσον αφορά τις αισθητηριακές δυσλειτουργίες του παιδιού, παροχή συμβουλών στην οικογένεια, κατάρτιση των γονέων σε θέματα ειδικής αγωγής, διάφορων τύπων υγειονομικές υπηρεσίες, εκπαίδευση στην αυτο-εξυπηρέτηση, φυσιοθεραπεία καθώς και μεταφορικές υπηρεσίες (Αναγνωστοπούλου, 1991· Farrell, 1997).

Υπηρεσίες που απευθύνονται σε παιδιά σχολικής και εφηβικής ηλικίας

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και τους έφηβους με νοητική στέρωση μπορούν να βασίζονται επίσης στο σπίτι, συνήθως όμως έχουν ως κέντρο το σχολείο στο οποίο φοιτά το παιδί. Όπως και στην περίπτωση των μικρότερων παιδιών με νοητική στέρωση, χρησιμοποιείται η αξιολόγηση από κάποια ομάδα ειδικών και η συμμετοχή των γονέων για την ανάπτυξη ενός

σχεδίου παρέμβασης (Γκαλλάν & Γκαλλάν, 1997). Το εξατομικευμένο αυτό σχέδιο περιλαμβάνει τους στόχους για τις δεξιότητες του παιδιού καθώς και τη συμμετοχή της οικογένειας και δραστηριότητες των γονέων. Οι υπηρεσίες μπορούν να περιλαμβάνουν ειδική εκπαίδευση επικεντρωμένη στις ανάγκες του παιδιού, συμβουλευτική στα παιδιά και την οικογένεια, φυσικοθεραπεία, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, υγειονομικές υπηρεσίες, μεταφορικές υπηρεσίες καθώς και την παροχή συμβουλών και κατάρτισης στους γονείς (Andstötz, 1994· Norwich, 2001).

Κοινωνική / Διαπροσωπική παρέμβαση

Οι κοινωνικές και διαπροσωπικές παρεμβάσεις ενδέχεται να διαθέτουν ταυτόχρονα προληπτικό και παρεμβατικό χαρακτήρα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα παιδιά με νοητική στέρηση πολλές φορές παρουσιάζουν ποικίλες διαταραχές συμπεριφοράς (Devereaux, 1982). Επομένως, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι αναγκαίο να περιλαμβάνει διαφόρων τύπων κοινωνικές και ψυχαγωγικές ομαδικές δραστηριότητες. Αυτές οι δραστηριότητες θα πρέπει να ενθαρρύνουν τη συνεργασία των μαθητών, όπως σε ομαδικά αθλήματα και άλλες δραστηριότητες καθώς και επισκέψεις σε χώρους εκτός σχολείου. Στόχος των δραστηριοτήτων αυτών είναι να διδαχθούν οι κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες που σχετίζονται με τη συμμετοχή στην ομάδα και την οικοδόμηση αισθήματος αυτο-σεβασμού (Καββαδία-Γώγου, 1986· Bregman, 1988).

Έχει αποδειχθεί ότι και οι γονείς μπορούν επίσης να ωφεληθούν από τις δραστηριότητες πρόληψης. Η παροχή εξωτερικής βοήθειας από ειδικούς, τους δίνει την ευκαιρία να καλύψουν τις προσωπικές τους ανάγκες (π.χ. προσωπικός χρόνος, ιατρικά ραντεβού, κοινωνικοποίηση κ.λπ.). Όταν καλύπτονται αυτές οι ανάγκες, μπορούν και οι ίδιοι να είναι αποτελεσματικότεροι στην ανατροφή και εκπαίδευση των παιδιών τους. Οι ομάδες κοινωνικής στήριξης των γονέων μπορούν επίσης να αποτελέσουν διέξοδο για τους γονείς, που έχουν έτσι την ευκαιρία να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με άτομα που βιώνουν παρόμοιες καταστάσεις. Αυτές οι ομάδες είναι δυνατόν να βασίζονται στο συγκεκριμένο πρόβλημα του παιδιού (π.χ. ομάδες στήριξης γονέων με παιδιά με σύνδρομο Down) ή γενικότερα να έχουν ως σημείο αναφοράς την υγεία των παιδιών τους (Andstötz, 1994· Κρουσταλάκης, 1994).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στα παιδιά και τις οικογένειές τους μπορούν να περιλαμβάνουν: την οικογενειακή θεραπεία, τη θερα-

πεία συμπεριφοράς των παιδιών, την κατάρτιση των γονέων και την ομαδική θεραπεία ατόμων με νοητική στέρωση ή άλλες ειδικές ανάγκες, που εστιάζεται στην ανάπτυξη των κατάλληλων κοινωνικών δεξιοτήτων (Καλαντζής, 1985· Carpenter και συν., 1997). Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις στα παιδιά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διδασκαλία της αυτο-εξυπηρέτησης, καθώς και για επαγγελματικές και διαπροσωπικές ικανότητες και δεξιότητες επιβίωσης. Οι αποδιοργανωτικές συμπεριφορές, όπως οι αυτοτραυματισμοί, η μη συμμόρφωση και η επιθετικότητα προς τους άλλους, που συχνά παρουσιάζουν τα άτομα με νοητική στέρωση, μπορούν επίσης να αντιμετωπιστούν μέσω των συμπεριφορικών τεχνικών. Η συχνότερη μορφή συμπεριφορικής παρέμβασης για την προβληματική συμπεριφορά περιλαμβάνει την ενίσχυση και την τιμωρία, για την επίδειξη συγκεκριμένων συμπεριφορών από τα άτομα αυτά (Batshaw & Perret, 1992· Norwich, 2001).

Ψυχοφαρμακολογική παρέμβαση

Η θεραπεία που περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά και να χρησιμοποιείται μονάχα στις περιπτώσεις στις οποίες κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα που συνυπάρχει με τη νοητική στέρωση θα αντιμετωπιστεί από τη συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή. Τα προβλήματα αυτά ενδέχεται να περιλαμβάνουν τη μορφή κάποιας βαριάς κατάθλιψης, ψυχαναγκαστικής διαταραχής, διαταραχής ελλειμματικής προσοχής- υπερδραστηριότητας ή κάποιο συνδυασμό διαφόρων άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Αν και οι μελέτες σχετικά με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση προβλημάτων που συνδέονται με τη νοητική στέρωση είναι ιδιαίτερα περιορισμένες, αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση φαρμάκων στη διαταραχή αυτή θα πρέπει να αποφεύγεται. Επιπλέον, η χρησιμοποίηση φαρμάκων πρέπει να αποτελεί ένα μόνο μέρος της γενικότερης θεραπευτικής παρέμβασης (Matson, 1982· Batshaw & Perret, 1992· Yeargin-Allsopp και συν., 1997).

Εν κατακλείδι

Μία ανεκτίμητη πηγή στην αξιολόγηση και θεραπεία των παιδιών με νοητική στέρωση είναι η οικογένεια. Συνεπώς, η συνεργασία με τους γονείς θα πρέπει να επιδιώκεται και να λαμβάνεται υπόψη σε κάθε φάση της παρέμβασης, από τη διάγνωση μέχρι την εκπαίδευση και τη θεραπεία. Ωστόσο, η ανάμειξη των οικογενειών

στη διαχείριση των προβλημάτων των παιδιών τους παρουσιάζει πολλές προκλήσεις. Εντούτοις, η προσπάθεια κατανόησης των ανησυχιών των γονιών αλλά και η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα παρέμβασης των παιδιών τους και στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων μπορεί να αποβούν ιδιαίτερα ευεργετικές (Κρουσταλάκης, 1994).

Αν και το πώς και το πότε θα πρέπει οι γονείς να συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων έχει αποτελέσει αντικείμενο πληθώρας ερευνών, δεν υπάρχει ωστόσο κάποιο πρότυπο που πρέπει να ακολουθείται. Οι οικογένειες, όπως και τα ίδια τα άτομα με νοητική στέρηση, ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό. Εντούτοις, υπάρχουν κάποια ζητήματα που πρέπει να εξετάζονται κατά τη συμμετοχή των οικογενειών στη λήψη ομαδικών αποφάσεων για το παιδί με ειδικές ανάγκες. Καταρχάς, η διεπιστημονική ομάδα πρέπει να είναι δεκτική στη συμμετοχή των οικογενειών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, ενώ παράλληλα να προσπαθεί να ενθαρρύνει την οικογενειακή συμμετοχή. Επιπλέον, η ομάδα πρέπει να αποφασίσει από κοινού με την οικογένεια σχετικά με τις προτεραιότητες και τους στόχους που θα θέσουν για το παιδί. Αυτό θα πρέπει να αποτελεί το βασικό στόχο κάθε προγράμματος που προσανατολίζεται στην εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία και εκπαίδευση των παιδιών.

Επιπλέον, η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να αξιολογεί το επίπεδο γνώσης και κατανόησης της οικογένειας σχετικά με τις ικανότητες και τις αδυναμίες του παιδιού και σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες. Εάν οι οικογένειες πρόκειται να συμμετάσχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, θα πρέπει να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να επιλέξουν τις καταλληλότερες εναλλακτικές λύσεις. Είναι άδικο να υποθέτουν οι ειδικοί ότι οι οικογένειες δεν κατανοούν ή δεν μπορούν να λάβουν τις σωστές αποφάσεις για τη φροντίδα του παιδιού τους. Οι ίδιοι αποτελούν τον άμεσο ενδιαφερόμενο για το παιδί με τη νοητική στέρηση, γι' αυτό και επιβάλλεται να τους παρέχεται πάντα η δυνατότητα επιλογής (Lubetsky και συν., 1995).

Τέλος, αφού η οικογένεια αποκτήσει πλήρη και συνολική ενημέρωση σχετικά με τις εναλλακτικές λύσεις και υπηρεσίες που διαθέτει, πρέπει να προχωρήσει σε ομαδική λήψη αποφάσεων. Καθώς τα περισσότερα μέλη των οικογενειών αυτών δεν έχουν βρεθεί ποτέ στο παρελθόν σε αντίστοιχη κατάσταση, να χρειάζεται δηλαδή να συμμετάσχουν ως μέλη μίας ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ενδέχεται αρχικά να είναι επιφυλακτικά ή/και απορριπτικά κατά τις συζητήσεις. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου, τα επιφυλακτικά

μέλη της οικογένειας ενδέχεται να εξελιχθούν σε ιδιαίτερα ενεργά και δημιουργικά μέλη της ομάδας (Παπαϊωάννου, 1984· Lubetsky και συν., 1995).

Βιβλιογραφία

- Allan, J. (1999). *Actively seeking inclusion: Pupils with special needs in mainstream schools*. London: Falmer Press.
- Αναγνωστοπούλου, Ε. (1989). Προβληματισμοί γύρω από την αγωγή των νοητικά καθυστερημένων παιδιών. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 48, 75-87.
- Αναγνωστοπούλου, Ε. (1991). Η ένταξη μικρών παιδιών με ειδικές ανάγκες στους κανονικούς θεσμούς της ειδικής αγωγής, *Ανοιχτό Σχολείο*, 32, 18-26.
- Andstötz, C. (1994). *Βασικές αρχές της παιδαγωγικής για τα νοητικά καθυστερημένα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Batshaw, M. L., & Perret, Y. M. (1992). *Children with Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development: Second edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace Janovich, Inc..
- Bregman, J. D. (1988). Treatment approaches for the mentally retarded. In R. Michels, A. M. Cooper, & S. B. Guze (Eds.), *Psychiatry* (pp. 1-11). Philadelphia: J. B. Lippencott.
- Bregman, J. D. (1991). Current developments in the understanding of mental retardation. Part II: Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 861-872.
- Burgemeister, B. B., Blum, L. H., & Lorge, I. (1972). *Columbia Mental Maturity Scale*. San Antonio, TX: Psychological Corporation Harcourt Brace Janovich, Inc.
- Γεώργας, Δ., Παρασκευόπουλος, Ι., Μπεζεβέγκης, Η. & Γιαννίτσας, Ν. (1997). *Ελληνικό WISC-III: Wechsler-Κλίμακες Νοημοσύνης για Παιδιά*. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Ψυχομετρικό Εργαστήριο. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Γκαλλάν, Α., & Γκαλλάν, Ζ. (1997). *Το παιδί με νοητική καθυστέρηση και η κοινωνία*. Αθήνα: Πατάκη.
- Carpenter, B., Ashdown, R., & Bovair, K. (1997) *Enabling access: Effective teaching and learning for pupils with learning difficulties*. London: David Fulton.
- Deveraux, K. (1982). *Understanding learning difficulties and children with special needs*. Buckingham: Open University Press.
- Doll, E. A. (1953). The measurement of social competence. A manual for the Vineland Social Maturity Scale. Washington DC: Educational Test Bureau.
- Dunn, L. M., & Dunn, L. M. (1981). *Peabody Picture Vocabulary Test-Revised*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Farrell, P. (1997). The integration of children with severe learning difficulties: a review of the recent literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 1-14.
- Jastak, S., & Wilkinson, G. S. (1984). *WRAT-R: Wide Range Achievement Test Administration Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Καββαδία-Γώγου, Λ. (1986). Για μια κοινωνιολογική προσέγγιση της νοητικής καθυστέρησης, *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 31, 37-49.
- Καϊλα, Μ. (1995). *Η σχολική αποτυχία: από την «οικογένεια» του σχολείου στο «σχολείο» της οικογένειας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζής, Κ. (1985). *Διδακτική των ειδικών σχολείων για νοητικά καθυστερημένα παιδιά. Θεμελιακές έννοιες της θεραπευτικής παιδαγωγικής. Οργάνωση και λειτουργία ειδικών σχολείων. Βασικές αρχές ειδικής αγωγής και ειδικής διδασκαλίας*. Αθήνα: Καραβίας-Ρουσσόπουλος.
- Καλλινικάκη, Θ. (1990). *Σεμινάριο Μαθησιακές δυσκολίες. Σύγχρονες απόψεις και τάσεις*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Kaufman, A. S. & Kaufman, N. L. (1985). *Kaufman test of educational achievement*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Κρουσταλάκης, Γ. Σ. (1994). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο. Ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση για μια συμβουλευτική γονέων και εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Λύχνος.

- Wechsler, D. (1989). *Wechsler Preschool Primary Scale of Intelligence - Revised*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1992). *Wechsler Individual Achievement Test*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace Janovich, Inc.
- Woodcock, R. W. & Johnson, M. B. (1990). *Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery - Revised*. Allen, TX: DLM Teaching Resources.
- Yeargin-Allsopp, M., Murphy, C. C., Cordero, J. F., Decouflé, P., & Hollowell, J. G. (1997). Reported biomedical causes and associated medical conditions for mental retardation among 10-year-old children, Metropolitan Atlanta, 1985 to 1987. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39, 142-149.
- Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (2000). *Ένταξη: Ουτοπία ή πραγματικότητα; Η εκπαιδευτική και πολιτική διάσταση της ένταξης μαθητών με ειδικές ανάγκες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.