

05 ΔΕΚ. 2011



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ



Κέντρο Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και
Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες «Κ.Ε.Κ.ΥΚ.ΑμεΑ»
Νομού Αργολίδας και τα 9 χρόνια προσφοράς του.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πρωτοπαπά Κάτια

Κ. Σουλιώτης, Καθηγητής, Επιβλέπων

Κόρινθος, Νοέμβριος 2011

009770

Copyright © Κάτια Πρωτοπαπά, 2011.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Ορισμοί και μοντέλα της αναπηρίας	7
1.1.1 Ορισμός κατά τον Π.Ο.Υ	10
1.1.2 Ορισμοί Εννοιών σχετιζόμενοι με τη Αναπηρία	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Ιστορική αναδρομή	14
2.1.1 Η ειδική Αγωγή στην Ελλάδα	16
2.1.2 Οι προνοιακές υπηρεσίες στην Ελλάδα για τα ΑμεΑ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Υπηρεσίες για τα ΑμεΑ ως Ν.Π.Δ.Δ	19
3.1.1 Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων	19
3.1.2 Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης	21
3.1.3 Τα Κέντρα Προστασίας	23
3.2 Υπηρεσίες για ΑμεΑ ως Ν.Π.Ι.Δ	24
3.2.1 Κέντρα περίθαλψης	24
3.2.2 Στέγες αυτόνομης διαβίωσης	25
3.2.3 Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης	26
3.2.4 Ίδρυση Προνοιακών Μονάδων Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας	28
3.3 Κέντρο εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες	30
3.3.1 Σύσταση - Μορφή	30
3.3.2 Σκοπός Κέντρου	30
3.3.3 Υπηρεσίες	32
3.3.4 Οικονομικοί πόροι	34

3.3.5 Περιγραφή	35
3.4 Κατηγορίες ΑμεΑ που χρήζουν υπηρεσιών από το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ	36
3.4.1 Κώφωση	36
3.4.2 Σωματική αναπηρία - ψυχοκινητική καθυστέρηση	38
3.4.3 Παιδιά με κινητική δυσλειτουργία εγκεφαλικής προελεύσεως	39
3.4.4 Η εγκεφαλική παράλυση	40
3.4.5 Η επιληψία	42
3.4.6 Η δισχιδής ράχη	42
3.4.7 Άτομα με κινητική δυσλειτουργία ορθοπεδικής Φύσεως	43
3.4.8 Διαταραχή του λόγου	44
3.4.9 Διαταραχή της συμπεριφοράς	47
3.4.10 Διαταραχή της μάθησης	49
3.4.11 Νοητική ανεπάρκεια	52
3.4.12 Αυτισμός	58
3.4.13 Σύνδρομο Down	61
3.5 Υπηρεσίες Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ	62
3.5.1 Εργοθεραπεία	63
<i>Συντηρητική Εργοθεραπεία</i>	63
<i>Λειτουργική Εργοθεραπεία</i>	64
<i>Προεπαγγελματική Εργοθεραπεία</i>	65
3.5.2 Φυσικοθεραπεία	65
3.5.3 Λογοθεραπεία	67
3.5.4 Κοινωνική Εργασία	68
3.5.5 Νοσηλευτική Υπηρεσία	69
3.5.6 Μουσικοθεραπεία	69
3.5.7 Ψυχοθεραπεία	71
3.5.8 Συμβουλευτική Ψυχολογία	72
3.5.9 Συμβουλευτική Γονέων	73
3.5.10 Art therapy - Θεραπεία μέσω Τέχνης	76
3.5.11 Παιγνιοθεραπεία	77
3.5.12. Χοροθεραπεία	78
3.6 Εκδηλώσεις	79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Συμπεράσματα – Προτάσεις	80
ΠΙΝΑΚΕΣ	
ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Οπτική (Σκοπιά παρατήρησης)	8
Συστήματα αντίληψης της αναπηρίας	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	82
<i>Λέξεις-κλειδιά</i>	
ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Καταστατικό λειτουργίας του Κ.Ε.Κ. Υ.Κ. ΑμεΑ	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της διπλωματικής εργασίας, το οποίο επεξεργάστηκα, αφορά τα άτομα με ειδικές ανάγκες και πιο συγκεκριμένα το Κέντρο Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ), Νομού Αργολίδας. Η λειτουργία του Κέντρου και η προσφορά του στα Άτομα με Αναπηρίες στο Νομό Αργολίδος. Η εργασία διεκπεραιώθηκε από τη σπουδάστρια Πρωτοπαπά Κάτια υπό την επίβλεψη και καθοδήγηση του καθηγητή κύριου Σουλιώτη Κ.

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες αποτελούν μια ειδική κατηγορία πληθυσμού η οποία περισσότερο από κάθε άλλη βρίσκεται σε άμεση εξάρτηση από το στενό οικογενειακό περιβάλλον για την ενσωμάτωσή τους στο κοινωνικό σύνολο. «Λέγοντας άτομα με ειδικές ανάγκες εννοούμε τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν, εκ γενετής ή επίκτητα, ορισμένους περιορισμούς σωματικής ή πνευματικής προέλευσης στις δυνατότητες τους. Τα άτομα αυτά λόγω των διαφορών τους από τον τυπικό πληθυσμό, έχουν κατά καιρούς λάβει διάφορες ονομασίες όπως μη φυσιολογικά, άτομα με ειδικά προβλήματα, προβληματικά κ.α.. Παρόλο αυτά πρέπει να αναφέρουμε ότι η ανομοιογένεια και η μοναδικότητα του καθενός είναι καθορισμένη από τη φύση και για το λόγο αυτό το κάθε άτομο θεωρείται ότι είναι ξεχωριστό, μοναδικό, και ειδικό. Η διαφοροποίηση λοιπόν, των ατόμων με ειδικές ανάγκες, από τον υπόλοιπο πληθυσμό, οφείλεται στον περιορισμό μιας λειτουργίας ή μιας ικανότητας και όχι στην προσωπικότητα του».1

Σε μια εποχή όπου ο ρόλος τους δεν περιορίζεται σε διαδικασίες απλής επιβίωσης, αλλά διεκδικούν με κάθε τρόπο την άρση της διαφορετικότητας τους (π.χ παραολυμπιακοί αγώνες), στόχος όλων μας πρέπει να είναι η άρση των συνθηκών εκείνων, που δρουν ανασταλτικά στην ψυχοσωματική και κοινωνική τους εξέλιξη προσφέροντας, παράλληλα, ένα κατάλληλο και δυναμικό εκπαιδευτικό, κοινωνικό ή επαγγελματικό σύστημα αντιμετώπισης των αναγκών τους.

• Πολεμικός Ν., Τσιμπιδάκη Α., *Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία*, τ. Β, Ατραπός, Αθήνα 2002 σελ 54.

Το θεωρητικό μέρος της διπλωματικής εργασίας αποτελείται από 4 κεφάλαια. Αναλυτικότερα στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται οι Ορισμοί και τα Μοντέλα Αναπηρίας, ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται μια ιστορική αναδρομή των προνοιακών υπηρεσιών στη Ελλάδα για τα ΑμεΑ. Στο τρίτο κεφάλαιο, αναφέρονται οι προνοιακές υπηρεσίες που απευθύνονται σε Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, τόσο στο Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό τομέα.

Στο τέταρτο υποκεφάλαιο του τρίτου κεφαλαίου, γίνεται αναφορά των κατηγοριών Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες που λαμβάνουν υπηρεσίες από το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ Ν. Αργολίδος.

Στο πέμπτο υποκεφάλαιο, παρουσιάζεται το θεραπευτικό πρόγραμμα με όλους τους τομείς του που λαμβάνουν χώρα στο Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ Αργολίδας.

Κλείνοντας, εκθέτεται παράρτημα που απαρτίζεται από το καταστατικό λειτουργίας του Κέντρου, το οποίο έχει συσταθεί από το Υπουργείο Υγείας, από την ίδρυση όλων των Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ της χώρας, έτσι ώστε να ακολουθείται, αλλά ακόμη δεν έχει ψηφιστεί, για κανένα Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ της Ελλάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμοί και μοντέλα αναπηρίας

Η ανάλυση των ορισμών είναι μία πολύπλοκη, αλλά ταυτόχρονα μία σημαντική διαδικασία, γιατί οι ορισμοί περιέχουν πολιτικό λόγο και κοινωνικές απόψεις από διαφορετικά πολιτικά και κοινωνικά στρώματα (Βλάχου 1997 στο Κουτάντος 2000). «Έτσι, υπάρχουν διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις, οι οποίες εξετάζουν τον όρο «αναπηρία» και τις επιπτώσεις του στα άτομα με αναπηρία» (Κουτάντος 2000: 65).

«Ο ορισμός ή καλύτερα η περιγραφή του φαινομένου της αναπηρίας συχνά προκαλεί σύγχυση από την διαφορετική χρήση ορολογιών. Οι αμφιβολίες ξεκινούν από την έλλειψη μίας καθολικά εφαρμόσιμης αρχής ή αναφοράς, με βάση, την οποία να καθίσταται εφικτή η αξιολόγησή της» (Κουτάντος 2000:66.).

Η αναπηρία είναι δύσκολο να προσδιοριστεί και να οριοθετηθεί, καθώς είναι ένας όρος, που δεν επιδέχεται απλή εννοιολογική εξήγηση (Kaplan & Sadock, 1981 στο Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη 2005). Η όποια προσπάθεια οριοθέτησης σχετίζεται με το σύνολο των λειτουργιών του ατόμου, με την συνολική εικόνα που έχει η κοινωνία για τον άνθρωπο, με τις υπάρχουσες κοινωνικές και παραγωγικές σχέσεις, τους θεσμούς, το υπάρχον σύστημα των αξιολογικών κατηγοριών, τον τρόπο κοινωνικής οργάνωσης, τα πρότυπα που κυριαρχούν στην κοινωνία, την κοινωνική θέση του ατόμου, έτσι όπως αυτή επηρεάζεται από την σχέση μεταξύ των αντικειμενικών ιστορικό – κοινωνικών συνθηκών μέσα στις οποίες ζει και δρα το άτομο (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη 2005).

«Τέλος, οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί της αναπηρίας προκύπτουν είτε μέσα από το ιατρικό-βιολογικό μοντέλο, είτε από το κοινωνικό μοντέλο. Το ιατρικό-βιολογικό ορίζει την αναπηρία δίδοντας έμφαση στην παθολογία και στην ανατομία της βλάβης, ενώ το κοινωνικό μοντέλο προσεγγίζει την αναπηρία δίδοντας έμφαση στις δυσκολίες, που συνδέονται με το περιβάλλον του ανάπηρου ατόμου και παρεμποδίζουν την ισότιμη συμμετοχή» (Κοτσιάτου & Παναγιώτου 2004: 6).

Στηριζόμενοι σε αυτό, θα επιχειρήσουμε να παραθέσουμε ορισμούς, που έχουν ως βάση τους είτε το ένα είτε το άλλο μοντέλο και οι οποίοι προσπαθούν να αναδείξουν μία διαφορετική πλευρά της αναπηρίας.

Η έλλειψη κάποιου μέλους δεν δημιουργεί πάντα αναπηρία, αντίθετα αυτή εξαρτάται από τον χαρακτήρα του ατόμου, από την σοβαρότητα του προβλήματος και από άλλους παράγοντες. Παλιότερα πίστευαν ότι όλα τα άτομα με κάποια αναπηρία έχουν τον ίδιο,

κακότροπο χαρακτήρα, σήμερα όμως αποδείχτηκε ότι αυτό δεν ισχύει (ΠΑ.ΣΥ.Π.Κ.Α. 2007).

Σύμφωνα με τον Π. Χαρτοκόλλη, αναπηρία σημαίνει μια ανίατη λειτουργική βλάβη, έλλειψη ή ανωμαλία, συγγενής ή επίκτητη συνήθως αποτέλεσμα ή κατάλοιπο αρρώστιας ή ατυχήματος, μια ανωμαλία που να εμποδίζει κατά κάποιον τρόπο την εκπλήρωση βασικών κοινωνικών αναγκών όπως η κίνηση και η εργασία.

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, «ο όρος αναπηρία είναι ένας γενικός όρος, που σηματοδοτεί την επικοινωνία σε σχέση με τα άτομα με λιγότερες ευκαιρίες, λόγω των φυσικών/σωματικών και διανοητικών τους προσόντων. Αυτή η διαφορά σε ευκαιρίες προσόντα έχει προσεγγιστεί με διαφορετικούς τρόπους από διαφορετικά συστήματα» (Λεπίδα 2003: 5), τα οποία παρουσιάζονται στην συνέχεια:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Οπτική (Σκοπιά παρατήρησης) – Συστήματα αντίληψης της αναπηρίας:

Οπτική-Σύστημα	Αντίληψη της αναπηρίας ως	Διαδικοί κώδικες
Ιατρικό σύστημα	Αρρώστια, έλλειμμα, δυσλειτουργία, έκπτωση χρήζουσας θεραπείας	-υγεία -αρρώστια
Οικονομικό σύστημα	Έλλειψη οικονομικών πόρων, αδυναμία πληρωμής, φτώχεια	-ικανότητα για πληρωμή -ανικανότητα για πληρωμή
Σύστημα αγοράς εργασίας	Εργασιακή ανικανότητα, αδυναμία εμπλοκής σε επικερδή δραστηριότητα	-ικανότητα για εργασία -ανικανότητα για εργασία
Νομικό σύστημα	Νομική ανικανότητα, έλλειψη δικαιωμάτων/ υποχρεώσεων	-λογική -ακαταλόγιστο
Σύστημα αποκατάστασης	Υποστήριξη, διόρθωση λειτουργικών ανικανοτήτων	-ικανότητα λειτουργίας -ανικανότητα λειτουργίας
Εκπαιδευτικό σύστημα	Μαθησιακές δυσκολίες, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο	-εκπαιδευόμενος/η -μη εκπαιδευόμενος/η
Σύστημα της τέχνης	Ασχήμια, ελλειματικό/ελλατωματικό σώμα	-ομορφιά -ασχήμια

Πηγή: Λεπίδα 2003: 7

«Κάθε μία από αυτές τις οπτικές, μέσω των δυαδικών κωδικών της, αγνοεί τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρία, που δεν ταιριάζουν με τους κώδικες, που χρησιμοποιεί. Οι περιγραφές της κάθε οπτικής δεν μεταφράζονται σε περιγραφές οποιασδήποτε άλλης οπτικής, π.χ. η περιγραφή/κώδικας «άρρωστος», δεν μπορεί να μεταφραστεί με ακρίβεια σε κάποια από τις περιγραφές των υπόλοιπων οπτικών» (Λεπίδα 2003: 7).

Ο Jantzen (1974) από την πλευρά του πιστεύει, ότι η αναπηρία δεν μπορεί να θεωρηθεί ένα φυσικό φαινόμενο, δίνοντας έτσι έναν κοινωνικό – κριτικό χαρακτήρα. Γίνεται, φανερό και αρχίζει να υπάρχει ως αναπηρία μόνο από την στιγμή, που κάποια γνωρίσματα και χαρακτηριστικές εκδηλώσεις των γνωρισμάτων ενός ατόμου συγκριθούν προς τις εκάστοτε αντιλήψεις για το ελάχιστο των υποκειμενικών και των κοινωνικών ικανοτήτων. Με το να διαπιστωθεί, σύμφωνα με τον ίδιο, πως ένα άτομο, με βάση τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα δεν ανταποκρίνεται στις παραπάνω αντιλήψεις, γίνεται η αναπηρία φανερό και υπάρχει ως κοινωνικό φαινόμενο ακριβώς από αυτή την στιγμή και μόνο (Jantzen 1974).

Ακόμη, και ο Δημητρόπουλος (1995) αναφέρει ότι άτομο με αναπηρίες είναι το άτομο, το οποίο δεν είναι σε θέση να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαμβάνει όλα τα αγαθά, που προσφέρει στα υπόλοιπα μέλη της η κοινωνία στην οποία ζει, εξαιτίας της κατάστασης κάποιου ή κάποιων από τα ψυχοσωματικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά του (Δημητρόπουλος 1995 στο Μακρή & Μιχαήλ 2007).

«Κλείνοντας, σημαντικό είναι να αναφερθεί πως τις τελευταίες δύο δεκαετίες άρχισε να δίνεται έμφαση στην κοινωνική διάσταση της αναπηρίας. Αυτή η αλλαγή στον τρόπο προσέγγισης φαίνεται μέσα από διάφορα κείμενα και διακηρύξεις, όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων. Με αυτήν επιβεβαιώνεται η πίστη στα ανθρώπινα δικαιώματα και τις βασικές ελευθερίες...και καλεί για εθνική και διεθνή δραστηριότητα, με σκοπό να χρησιμοποιηθεί η ίδια ως κοινή βάση και πλαίσιο αναφοράς για την προστασία αυτών των δικαιωμάτων» (Ο.Η.Ε. 1994: 7).

1.1.1 Ορισμός κατά τον Π.Ο.Υ.(Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας)

Το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σχεδίασε δύο βασικά «ανταγωνιστικά» πλαίσια αντίληψης και ανάλυσης της αναπηρίας. Το αρχικό ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) και το πιο πρόσφατο ICIDH

2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation) (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008).

«Με βάση την πρώτη ταξινόμηση, η αναπηρία αποτελείται από τρία ξεχωριστά αλλά αλληλοσυνδεόμενα μέρη, τα οποία ορίζονται ως εξής:

→ με τον όρο βλάβη/περιορισμός (impairment) ορίζεται η κάθε απώλεια ή ανωμαλία ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας.

→ με τον όρο ανικανότητα (disability) ορίζεται η κατάσταση, που αντιστοιχεί σε μερική ή ολική μείωση της ικανότητας στην εκτέλεση μίας δραστηριότητας με ένα συγκεκριμένο τρόπο ή μέσα στα όρια του φυσιολογικού.

→ με τον όρο μειονεξία/αναπηρία (handicap) εννοείται η απώλεια ή ο περιορισμός των ευκαιριών κάποιων ατόμων να συμμετέχουν στην ζωή της κοινότητας ισότιμα με άλλους ανθρώπους. Η σχέση μεταξύ αυτών των στοιχείων απεικονίζεται στο σχήμα 1 που ακολουθεί:

Σχήμα 1: Σχέση μεταξύ βλάβης, ανικανότητας και αναπηρίας.

Ανωμαλία/αρρώστια → βλάβες ↔ αναπηρίες ↔ μειονεξίες.

(Οι μορφές αναπηρίας σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του ICDH).

Πηγή: Π.Ο.Υ., 2008:1

Ο Π.Ο.Υ. επίσης, σε έναν πιο πρόσφατο ορισμό της, ορίζει την αναπηρία ως το αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντολογικών αιτιών, που δημιουργούν ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές περιοχές της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η γενικότερη κοινωνική συμμετοχή (Μακρή & Μιχαήλ 2007:8).

Το δεύτερο πλαίσιο αναφοράς σχεδιάστηκε σε μία προσπάθεια να βελτιώσει το πρώτο σύστημα, ανταποκρινόμενο σε κριτικές που είχε αρχικά δεχτεί και λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες που αποκτήθηκαν από την χρήση του πρώτου. Στα πλαίσια επομένως αυτού, η αναπηρία αποτελεί έναν ευρύτερο όρο, που καλύπτει τρεις επιμέρους διαστάσεις του:

→ σωματικές δομές και λειτουργίες, δηλαδή η διάσταση του σώματος συνδέεται με μία απώλεια ή ανωμαλία της σωματικής δομής ή με μία φυσιολογική ή ψυχολογική λειτουργία, π.χ. απώλεια νεφρού.

→ ατομικές δραστηριότητες, δηλαδή η δραστηριότητα είναι η φύση και η έκταση της λειτουργικότητας σε ατομικό επίπεδο. Οι δραστηριότητες μπορούν να μειωθούν στην φύση τους, στην διάρκεια ή στην ποιότητά τους π.χ. αυτοεξυπηρέτηση, διατηρώντας την εργασία κ.τ.λ.

→ συμμετοχή στην κοινωνία αναφέρεται, δηλαδή στην φύση και στην έκταση της συμμετοχής του ατόμου σε καθημερινές καταστάσεις, που έχουν σχέση με δραστηριότητες και άλλους παράγοντες. Η συμμετοχή είναι δυνατό να περιοριστεί στην φύση της, στην διάρκεια και στην ποιότητα της, π.χ. συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας, όπου ζει το άτομο, απόκτηση άδειας οδήγησης κ.τ.λ.

Η σχέση μεταξύ αυτών των στοιχείων απεικονίζεται στο σχήμα 2:

Σχήμα 2: Σχέση μεταξύ σωματικών δομών, ατομικών δραστηριοτήτων και συμμετοχής στην κοινότητα.

Κατάσταση της υγείας
(ανωμαλία/αρρώστια)



Συμμετοχή - Δραστηριότητα -} Βλάβη - παράγοντες Α. περιβαντολλογικοί Β. προσωπικοί

(Η κατηγοριοποίηση και αλληλεπίδραση των νέων τριών διαστάσεων της αναπηρίας)†
(Π.Ο.Υ. 2008:8).

Τέλος, οι Κοτσιάτου και Παναγιώτου (2004) αναφέρουν ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ανικανότητα είναι συνέπεια του μειονεκτήματος-έκπτωσης, όσον αφορά στην απόδοση και την ικανότητα του ατόμου για δράση. Η αναπηρία αντίθετα, δηλώνει την διάκριση, στην οποία εκτίθεται το άτομο, ως αποτέλεσμα της έκπτωσης ή της ικανότητας. Η ανικανότητα θεωρείται ως το

αποτέλεσμα της έκπτωσης και είναι ανεξάρτητη από το πλαίσιο, στο οποίο βρίσκεται το άτομο. Η ανικανότητα συνυπάρχει στο άτομο, ενώ η αναπηρία είναι το αποτέλεσμα κοινωνικών παραγόντων.

Έτσι, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2004), ούτε η έκπτωση ούτε η ανικανότητα οδηγούν απαραίτητα στην αναπηρία. Το αντίθετο όμως, θεωρείται ως βέβαιο: ότι υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ αναπηρίας και έκπτωσης/ανικανότητας.

Αν το άτομο έχει μειονέκτημα/έκπτωση και επομένως αναπηρία → το άτομο είναι πιθανό να έχει αναπηρία στο περιβάλλον που ζει.

Αν το άτομο θεωρείται ότι έχει αναπηρία → τότε θεωρείται σίγουρο ότι έχει μειονέκτημα/ανικανότητα.

1.1.2 Ορισμοί εννοιών σχετιζόμενοι με την Αναπηρία

Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες: Κατά την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας θεωρούνται όλα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή μειονεξία, που προκύπτει από φυσική ή διανοητική βλάβη (Ζώνιου – Σιδέρη, 1994:14) .

Άτομα με Ειδικές Ανάγκες: Σύμφωνα με το Συμβούλιο των Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο όρος άτομα με Ειδικές Ανάγκες περιλαμβάνει τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των βλαβών των αισθήσεων ή σε διανοητικές ή ψυχικές βλάβες οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας η οποία θεωρείται κανονική για έναν άνθρωπο (Ζώνιου – Σιδέρη, 1994:16).

Ένταξη: Σύμφωνα με τον Τσιναρέλη ένταξη σημαίνει η αποδοχή μέσα σε μια ήδη λειτουργούσα ομάδα μιας θέσης από ένα άτομο ή μια κατηγορία ατόμων που έχουν διαφορετικά κοινωνικά, βιολογικά, ψυχολογικά χαρακτηριστικά, και την παροχή κάθε είδους βοήθειας μέσα και έξω από την ομάδα για την διατήρηση της θέσης αυτής καθώς και την απόκτηση ρόλου στα πλαίσια της ομάδας(Ζώνιου – Σιδέρη, 1994:126).

Ειδική Αγωγή: Σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου ειδική Αγωγή σημαίνει ειδικά σχεδιασμένα εκπαιδευτικά προγράμματα συμπεριλαμβανομένων των μαθημάτων Φυσικής, Αισθητικής και Κοινωνικής Αγωγής προσαρμοσμένα στα ιδιαίτερα

χαρακτηριστικά, τις ικανότητες και τις δυσκολίες των Ατόμων με ειδικές ανάγκες (Ζώνιου – Σιδέρη, 1994:65).

Αποκατάσταση: Είναι ένα πρόγραμμα σχεδιασμένο να κάνει ικανό ένα άτομο, φυσικά ανάπηρο, χρόνια ασθενές ή βρισκόμενο σε ανάρρωση, να ζει και να εργάζεται χρησιμοποιώντας το μέγιστο των δυνατοτήτων του (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990:31).

Ομάδα Αποκατάστασης: Είναι η ομάδα ειδικευμένων προσώπων που αποφασίζει για τον τρόπο αποκατάστασης ενός ασθενούς (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990:33)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Κάθε κοινωνική εποχή ανέδειξε τη δική της στάση απέναντι στα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες. Αυτή η στάση, εκφράζεται με λέξεις και τεχνικούς όρους που καθρεφτίζουν την αντίληψη της εκάστοτε κοινωνίας για τα άτομα αυτά. Η ιστορική πορεία που ακολούθησε η αγωγή ως στήριγμα για τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες πρέπει να εξεταστεί σε συνάρτηση με τις κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτικές αλλά και θρησκευτικές εξελίξεις της κοινωνίας (Μπουσκάλια, 1993).

Για μεγάλο χρονικό διάστημα στην ιστορία, τα Άτομα με Ειδικές ανάγκες, αντιμετώπιζονταν με περιφρόνηση, απομόνωση και βίωσαν την άρνηση και την αθλιότητα. Σε όλες τις εποχές και σε όλους τους πολιτισμούς, οι άρρωστοι και οι ανάπηροι αντιμετώπιζονταν ως άτομα που «ξεφεύγουν» από την ανθρώπινη φύση, ως άτομα που ευθύνονται για την κατάστασή τους, ως «ιδιοτροπία των θεών» και των «δαιμόνων» και τους αποδίδονταν δυνάμεις που προκαλούσαν φόβο στους μη αναπήρους (Μπουσκάλια, 1993).

Στην Ελλάδα των περασμένων αιώνων, η στάση των ανθρώπων απέναντι στα Άτομα με Ειδικές ανάγκες ποικίλει. Οι λαϊκές αντιλήψεις στηρίζονται στην πεποίθηση ότι οι θεοί έστειλαν τους αναπήρους ως τιμωρία. Τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες δεν είχαν θέση ανάμεσα στους «καλούς» και «αγαθούς» ανθρώπους, οι οποίοι αποτελούσαν το ιδανικό της εποχής αυτής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η Σπάρτη, όπου τα «ανάπηρα» παιδιά, ρίχονταν Καιάδα (Μπουσκάλια, 1993).

Με το πέρασμα των χρόνων και την επικράτηση διαφορετικών αντιλήψεων κυρίως στην Αθήνα, επικράτησε ένα διαφορετικό πρότυπο αγωγής. Όλοι οι άνθρωποι έχουν το νόμιμο δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητάς τους, που σημαίνει μία διαφορετική φιλοσοφική και πολιτική παιδεία. Πρώτος ο Ιπποκράτης, χρησιμοποιεί τις έννοιες άνοια, παράνοια, ηλιθιότητα, μελαγχολία, φυσιογνωμία, ενδοσκόπηση, ψυχοσωματική ενόττητα, μανία. Γύρω στο 600 π.χ. αναδύεται μέσα από τη συναίσθηση της κοινωνικής ευθύνης των κυβερνόντων απέναντι στους φτωχούς και αδύνατους, ο «ενεργός πολίτης» ως στόχος της αγωγής (Μπουσκάλια, 1993).

Τον 5ο αιώνα π.χ. εμφανίζεται η κρατική υποστήριξη προς τους ανάπηρους για εργασία, δεν υπάρχει όμως ακόμη μία αγωγή για τα «καθυστερημένα» άτομα. Λίγο αργότερα, ο Πλάτωνας, στο έργο του «Νόμοι» προτείνει ένα παιδαγωγικό σύστημα με

μία δημοκρατική οργάνωση της κοινωνίας, όπου όλοι οι άνθρωποι θα είχαν τη δυνατότητα, να αποκτήσουν την ίδια αγωγή. Οι παραπάνω προτάσεις, αποτελούν ένα πρώτο βήμα για την ιδέα της ειδικής αγωγής (Μπουσκάλια, 1993).

Στην αρχαία Ρώμη, οι «ανάπηροι» δεν είχαν καμία στήριξη. Τα περισσότερα ανάπηρα παιδιά ρίχνονταν στον Τίβερη, οι γονείς τους τα εξέθεταν και οι επιφανείς Ρωμαίοι, αγόραζαν νοητικά καθυστερημένα άτομα για τη διασκέδασή τους. Αργότερα, η καθημερινή ζωή των Ρωμαίων δέχτηκε την επιρροή του Ελληνικού πνεύματος και έτσι, αρκετοί Ρωμαίοι φιλόσοφοι, συνηγόρησαν υπέρ της περίθαλψης των νοητικά καθυστερημένων παιδιών (Μπουσκάλια, 1993) .

Στη Βυζαντινή εποχή, δημιουργήθηκε ευνοϊκό κλίμα για την περίθαλψη των αναπήρων και των ασθενών. Το 491 μ.χ. στην Ιερουσαλήμ, μερικοί χριστιανοί, ίδρυσαν το πρώτο φρενοκομείο. Στην χριστιανική-βυζαντινή εποχή, δεν υπήρχε μόνο περίθαλψη των ατόμων με Ειδικές Ανάγκες αλλά μάθαιναν και απλά επαγγέλματα (Μπουσκάλια, 1993).

Στο Μεσαίωνα, η μέριμνα για τους αναπήρους και τους ασθενείς ήταν υπόθεση των εκκλησιών και των κοινοτήτων των μοναχών. Έτσι δημιουργήθηκαν ιδρύματα για νοητικά αναπήρους όπως και για σωματικά και ψυχικά ασθενείς (Μπουσκάλια, 1993).

Στην περίοδο της Ελληνικής Αναγέννησης, έγιναν τα πρώτα σημαντικά βήματα για την περίθαλψη αυτών. Αρκετοί λόγιοι της εποχής, διατύπωσαν τη σημαντικότητα της περίθαλψης και της εργασίας των αναπήρων και των νοητικά καθυστερημένων ανθρώπων. Τα άτομα αυτά πλέον γίνονταν δεκτά σε δημοτικά ιδρύματα, όπου και εργάζονταν.

Ο 19ος αιώνας χαρακτηρίζεται από την βιομηχανική ανάπτυξη αλλά και την παράλληλη ανάπτυξη της ειδικής αγωγής με το σχολικό σύστημα. Στόχος των ιδρυμάτων, αποτέλεσε η καλλιέργεια και η εφαρμογή κατάλληλων παιδαγωγικών και διδακτικών μέσων, ώστε τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, να γίνουν χρήσιμα μέλη της κοινωνίας (Μπουσκάλια, 1993).

Στις αρχές του 20 αιώνα υπήρχαν στη Γερμανία, 304 σχολεία για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και το 1898 ιδρύθηκε ο Σύνδεσμος Γερμανικών ειδικών Σχολείων, ο οποίος έθεσε το αίτημα για υποχρεωτική παιδεία και νομική προστασία, των ατόμων αυτών. Κατά την περίοδο όπου την εξουσία είχε αναλάβει ο Χίτλερ αλλά και μετά το δεύτερο

παγκόσμιο πόλεμο, δεν έγιναν άλλα σημαντικά βήματα για τη μέριμνα των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Μπουσκάλια, 1993).

Ωστόσο, το 1975 εμφανίστηκε για πρώτη φορά η έννοια της «ένταξης» που αποτελεί και τον κύριο στόχο της θεραπευτικής παιδαγωγικής. Από τότε, έως και σήμερα έχει γίνει σημαντική πρόοδος για την μέριμνα και την κοινωνική ένταξη των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Μπουσκάλια, 1993).

2.1.1 Η ειδική αγωγή στην Ελλάδα

Το έργο της ειδικής αγωγής στην Ελλάδα αρχίζει συστηματικά με την ίδρυση και λειτουργία δύο ειδικών σχολείων, τα οποία υπήρξαν ιδρύματα πρωτοποριακά στο είδος τους. Το 1906 ιδρύεται ο «Οίκος Τυφλών» Καλλιθέας με διευθύντρια την Ειρήνη Λασκαρίδου. Το 1937 ιδρύεται το «Πρότυπο Ειδικό Σχολείο Αθηνών» στην Καισαριανή με διευθύντρια την μεγάλη παιδαγωγό Ρόζα Ιμβριώτη (Κρουσταλάκης, 2003).

Το 1954 γίνονται ορισμένες νέες κατακτήσεις στο χώρο της ειδικής αγωγής. Μία ομάδα αποτελούμενη από ειδικούς επιστήμονες, γιατρούς, ψυχολόγους, παιδαγωγούς και κοινωνικούς λειτουργούς μεταξύ των οποίων και ο γνωστός σήμερα για το έργο του ειδικός παιδαγωγός Κώστας Καλαντζής ίδρυσαν στην Αθήνα τον πρώτο «Ιατροπαιδαγωγικό Συμβουλευτικό Σταθμό» και την Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του παιδιού» (Κρουσταλάκης, 2003).

Το 1957 ιδρύεται το γνωστό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής με διευθύντρια την ψυχολόγο Α.Ποταμιανού. Στο Κέντρο αυτό εργάστηκαν προοδευτικοί νέοι επιστήμονες οι οποίοι διέδιδαν τις νέες απόψεις και μεθόδους της ειδικής αγωγής (Κρουσταλάκης, 2003).

Την ίδια περίοδο ιδρύεται ο πρώτος «Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων» «απροσάρμοστων παιδιών» και το πρώτο «Ειδικό Σχολείο» για ασκήσιμα παιδιά το «Στουθάπειο» ένα από τα πρώτα ιδρύματα που ιδρύθηκαν σε όλο τον κόσμο (Κρουσταλάκης, 2003).

Το ίδιο χρονικό διάστημα για το οποίο μιλάμε, ιδρύθηκαν και λειτούργησαν ιδρύματα ειδικής αγωγής όπως το «Εθνικό Ίδρυμα Προστασίας Κωφαλάλων» στους Αμπελόκηπους, το «Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων» στους Αγίους Αναργύρους και το «Ψυχολογικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος» στο Ρετζική Θεσσαλονίκης (Κρουσταλάκης, 2003).

Εκτός από τις λίγες αυτές πρωτοποριακές προσπάθειες θεωρητικής και πρακτικής θεμελίωσης και προαγωγής του νέου αυτού επιστημονικού κλάδου, εκτός από τις ελάχιστες επίσης απόπειρες εφαρμογής των διαφόρων αρχών του στην σχολική εκπαίδευση, ο τομέας αυτός έμεινε στο σύνολό του ανεξερεύνητος και κοινωνικά αναξιοποίητος (Κρουσταλάκης, 2003).

Το 1969 ιδρύθηκε στο Υπουργείο Παιδείας το «Γραφείο Ειδικής Εκπαιδύσεως». Η υπηρεσία αυτή είχε ως κύριο μέλημα μέχρι προ ολίγων ετών την αντιμετώπιση των προβλημάτων της αγωγής των νοητικά καθυστερημένων παιδιών. Σήμερα η Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής του Υπουργείου Παιδείας, μετά την απαραίτητη νομοθετική ρύθμιση προχωρεί με μεθοδικότητα στην οργάνωση και ανάπτυξη όλων των επιμέρους διδακτικών τομέων και λειτουργιών της Ειδικής Αγωγής μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της Γενικής και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης. Η ανάπτυξη αυτή που επιδιώκεται συστηματικά στις μέρες μας στον ευαίσθητο αυτό τομέα της ειδικής αγωγής έχει ως κύριο σκοπό την αντιμετώπιση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών και μέσω αυτής την κοινωνική ένταξη και αποκατάσταση 200.000 περίπου παιδιών και εφήβων ηλικίας μέχρι 20 ετών που παρουσιάζουν ορισμένες αποκλίσεις στην συμπεριφορά τους (Κρουσταλάκης, 2003).

Το μεγαλύτερο ποσοστό από τα παιδιά αυτά – πιθανόν το 40% - παρακολουθεί ήδη ή έχει τη δυνατότητα να παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα των κανονικών σχολείων. Συνεπώς θα πρέπει τα άτομα αυτά να ενθαρρυνθούν να παραμείνουν ή να στραφούν στους χώρους της κοινής φοίτησης, διότι βασικός ρόλος της σύγχρονης ειδικής αγωγής είναι να μην ξεχωρίζει τα αποκλίνοντα άτομα από την υπόλοιπη μαθητική κοινότητα, εκτός βέβαια από τις περιπτώσεις εκείνες που χρειάζονται κάποια ιδιαίτερη αντιμετώπιση (Κρουσταλάκης, 2003).

2.1.2 Οι προνοιακές υπηρεσίες στην Ελλάδα για άτομα με ειδικές ανάγκες

Οι προνοιακές υπηρεσίες για τα άτομα με Ειδικές Ανάγκες αναπτύσσονται από τα μέσα της δεκαετίας του 1950, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην υιοθέτηση ιδρυματικών μορφών περίθαλψης. Το κύριο γνώρισμα των σχετικών πολιτικών είναι ότι επιλέγονται αυτοτελείς τεχνικές κάλυψης συγκεκριμένων κατηγοριών ατόμων με ειδικές ανάγκες, οι οποίες επικεντρώνονται στις ιδιαιτερότητες και απαιτήσεις των μελών κάθε κατηγορίας. Μόλις το 1998, με την ίδρυση του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής

Φροντίδας, εισάγονται μονάδες γενικού τύπου που αποβλέπουν στην εξυπηρέτηση όλων των κατηγοριών Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Αμίτσης,2001).

Οι παρεμβάσεις του δημοσίου τομέα στο πεδίο κάλυψης των ατόμων με ειδικές ανάγκες χαρακτηρίζονται από την ενεργοποίηση της κεντρικής διοίκησης, που θέτει ουσιαστικά τις βάσεις για τον σχεδιασμό και την παρακολούθηση της εφαρμογής μιας σύνθεσης μονάδων και φορέων παροχής υπηρεσιών κλειστής και ανοιχτής περίθαλψης. Οι κύριες πολιτικές για τα άτομα με Ειδικές Ανάγκες ασκούνται από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Υπηρεσίες για τα άτομα με ειδικές ανάγκες ως νομικά πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ασκεί τις αρμοδιότητες σχεδιασμού κοινωνικών υπηρεσιών για τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες αναθέτοντας την παροχή προνοιακών υπηρεσιών για διάφορες ομάδες Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες σε φορείς που εντάσσονται στις ακόλουθες υπηρεσίες:

Α. θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων (Ν.Π.Δ.Δ.) που ιδρύονται σε εφαρμογή των διατάξεων του Ν.Δ. 162/73 και του άρθρου 56Ν 1539/85.

Β. Κέντρα Αποθεραπείας-Αποκατάστασης (Ν.Π.Δ.Δ.) που ιδρύονται σύμφωνα με το άρθρο 141 1Ν 2072/92

Γ. Μονάδες Κοινωνικής Προστασίας (Ν.Π.Δ.Δ.) που ιδρύονται με εφαρμογή του Νόμου 11 και 1 Ν 2072/92

Δ. Κέντρα Προστασίας με την Μορφή Ν.Π.Δ.Δ. (Αμίτσης, 2001)

3.1.1 Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων

Τα θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων αποτελούν κέντρα κλειστής προστασίας που προσανατολίζονται στην παροχή υπηρεσιών προς μία ειδική κατηγορία ατόμων με ειδικές ανάγκες (άτομα που πάσχουν από κινητική αναπηρία ή νοητική υστέρηση και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν). Σε αρκετές περιπτώσεις η δράση τους επεκτείνεται και στην λειτουργική, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των περιθαλπόμενων καθώς και των άλλων ατόμων με Ειδικές Ανάγκες που παρακολουθούν τα εξωτερικά τους προγράμματα (Στασινός, 2001).

Η εισαγωγή του θεσμού των Θεραπευτηρίων Χρόνιων Παθήσεων (Θ.Χ.Π.) τοποθετείται χρονικά το 1973 και κατοχυρώνεται με την έκδοση του Ν.Δ. 162/73 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλικών και χρόνιων πασχόντων ατόμων» το οποίο εκτός των άλλων εισάγει τις ειδικές μονάδες για την ιδρυματική περίθαλψη που πάσχουν από ανίατες ασθένειες. Βασικός στόχος του νέου θεσμού ήταν ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών κλειστής φροντίδας και η εισαγωγή νέων τεχνικών που δεν μπορούσαν να προωθήσουν με βάση το προηγούμενο αναχρονιστικό πλαίσιο των Ασύλων Ανιάτων (Στασινός, 2001).

Οι ειδικότερες διαδικασίες παροχής υπηρεσιών προς τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες ρυθμίζονται από τον καταστατικό Οργανισμό κάθε θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων, ο οποίος καλύπτει τα ακόλουθα ζητήματα:

- Τον τρόπο και τα μέσα εκπλήρωσης των στόχων (περίθαλψη ατόμων με ειδικές ανάγκες)
- Την οργάνωση των υπηρεσιών, την αρμοδιότητα των οργάνων και την σύσταση και διάρθρωση των θέσεων του προσωπικού
- Την διοίκηση του κέντρου
- Την διαχείριση της περιουσίας και των πόρων καθώς και των προμηθειών και των μισθώσεων (Στασινός, 2001).

Το Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων ιδρύεται με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ ο Καταστατικός Οργανισμός του συντάσσεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων και εγκρίνεται με Προεδρικό Διάταγμα (Αμίτσης, 2001).

Ο θεσμός των θεραπευτηρίων Χρόνιων Παθήσεων αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 ενώ στις αρχές της δεκαετίας του 1990 προωθήθηκαν συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την αναθεώρηση της λειτουργίας τους. Πρόκειται για την εισαγωγή της ρήτρας του άρθρου 14 παρ.1 Ν/2072/92 που προβλέπει ότι :

«Από την ισχύος του παρόντος νόμου τα θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων που βρίσκονται σε λειτουργία μπορούν να μετονομαστούν και να μετασχηματισθούν σε κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης ανάλογα με τις ανάγκες αφού προηγουμένως εξοπλιστούν και στελεχωθούν με το απαραίτητο επιστημονικό και λοιπό προσωπικό». (Αμίτσης, 2001:185)

Η νέα λειτουργία των Ιδρυμάτων Κλειστής Περίθαλψης που προήλθε από τη μετονομασία των Θεραπευτηρίων Χρόνιων Παθήσεων διέπεται από ένα σύγχρονο πλαίσιο, το οποίο εντοπίζεται στις ρυθμίσεις της υπ'αρ Γ4/Φ359/οικ2046/21.599 «Προδιαγραφές λειτουργίας Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης που προέρχονται από τη μετονομασία και μετασχηματισμό των θεραπευτηρίων Χρόνιων Παθήσεων» (Αμίτσης, 2001)

3.1.2 Κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης

Σύμφωνα με τη διάταξη υπ'αρ Γ4/Φ359/οικ2046/21.599, τα Κέντρα Αποθεραπείας Αποκατάστασης που προκύπτουν από τη μετατροπή των πρώην Θεραπευτηρίων Χρόνιων Παθήσεων, απευθύνονται σε άτομα με ειδικές ανάγκες και ειδικότερα σε άτομα με συγγενείς διαταραχές ή βλάβες μόνιμες ή προσωρινές του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, εριστικού, αναπνευστικού συστήματος, καθώς και με νοητική υστέρηση και έχουν ανάγκη φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης με στόχο την πρόληψη της αναπηρίας, ή τη μείωσή της. Τα Κέντρα διακρίνονται με βάση τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Τα Κέντρα Αποθεραπείας- Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας
2. Τα Κέντρα Αποθεραπείας Φυσικής και κοινωνικής Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας
3. Τα Κέντρα Αποθεραπείας-Φυσικής Αποκατάστασης (Κλειστή Νοσηλεία)
4. Τα Κέντρα Αποθεραπείας-Φυσικής Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας (Αμίτσης,2001)

1. Τα Κέντρα Αποθεραπείας- Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας, εξυπηρετούν τους ακόλουθους σκοπούς:

- Παροχή υπηρεσιών αποθεραπείας- Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης σε Άτομα με Ειδικές Ανάγκες εσωτερικά ή εξωτερικά από όλα τα διαμερίσματα της χώρας και κατά προτίμηση από το νομό όπου λειτουργεί το Κέντρο ανεξαρτήτων ηλικίας
- Παροχή υπηρεσιών για την ημερήσια φροντίδα των ατόμων με ειδικές ανάγκες
- Παροχής Ψυχολογικής και Κοινωνικής στήριξης των ατόμων με Ειδικές ανάγκες και των οικογενειών τους
- Υλοποίηση προγραμμάτων συγχρηματοδοτούμενων ή μη από την Ευρωπαϊκή Ένωση

Οι ειδικότερες υπηρεσίες που παρέχονται στα κέντρα αυτά, είναι οι εξής:

- Αποθεραπεία και Φυσική Αποκατάσταση
- Υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας

- Ενημέρωση των Ατόμων με Ειδικές ανάγκες των πολιτών και των φορέων για θέματα αγωγή υγείας
- Προεπαγγελματική εκπαίδευση για την ανίχνευση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων των ΑμεΑ και ανάπτυξη αυτών ώστε να διευκολυνθεί η ένταξή τους σε προγράμματα προεπαγγελματικής κατάρτισης
- Επαγγελματική κατάρτιση και Αποκατάσταση
- Φιλοξενία σε ξενώνα του Κέντρου των ΑμεΑ που χρειάζονται επανέλεγχο ή ειδική εκπαίδευση για την αποκατάστασή τους και που λόγω απόστασης του Κέντρου από τη μόνιμη κατοικία τους, δεν ενδείκνυται ούτε και είναι δυνατή η καθημερινή τους μετακίνηση και προσέλευση στο Κέντρο
- Κατ' οίκον περίθαλψη των ΑμεΑ

Τα Κέντρα αυτά διαρθρώνονται στους ακόλουθους τομείς:

- Διοίκησης
 - Νοσηλευτικής μονάδας
 - Εξωτερικών ιατρείων
 - Εργαστηρίων
 - Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
 - Αναπτυξιακής Αποκατάστασης
 - Προεπαγγελματικής-Επαγγελματικής κατάρτισης
 - Ενημέρωση και κοινωνική Υποστήριξη
 - Ημερήσιας φροντίδας (Αμίτσης, 2001).
- Τα Κέντρα Αποθεραπείας Φυσικής και κοινωνικής Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας αποτελούν προνοιακές μονάδες που εμφανίζουν τα ίδια χαρακτηριστικά με τα Κέντρα Κλειστής Νοσηλείας. Η βασική τους διαφοροποίηση έγκειται στο γεγονός ότι δε παρέχεται η δυνατότητα διανυκτέρευσης των ασθενών στο Κέντρο τους χωρίς να διαθέτει νοσηλευτική υπηρεσία (Αμίτσης, 2001).

3. Τα Κέντρα Αποθεραπείας-Φυσικής Αποκατάστασης (Κλειστή Νοσηλεία) αποτελούν επίσης προνοιακές μονάδες οι οποίες δεν εφαρμόζουν προγράμματα

Κοινωνικής Αποκατάστασης. Επομένως δεν προωθούνται δράσεις προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, προσανατολισμού και κατάρτισης (Αμίτσης, 2001).

4. Τα Κέντρα Αποθεραπείας-Φυσικής Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας αποτελούν προνοιακές μονάδες οι οποίες δε διαθέτουν νοσηλευτική μονάδα για εσωτερικούς ασθενείς (Άμεσα) ούτε και πραγματοποιούν προγράμματα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (Αμίτσης, 2001).

3.1.3 Τα Κέντρα Προστασίας

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται Κέντρα Κλειστής ή Ανοιχτής Προστασίας για διαφορετικές κατηγορίες Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες που λειτουργούν με τη μορφή Ν.Π.Δ.Δ που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης:

Α. Το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων με έδρα την Αττική και Περιφερειακό παράρτημα στην Πάτρα

Β. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας «Άγιος Παντελεήμων» με έδρα τη Θεσσαλονίκη

Γ. Το Κέντρο εκπαίδευσης και Αποκατάστασης τυφλών με έδρα την Αθήνα

Δ. Ο Οργανισμός Δημόσιας Αντίληψης στη Ζάκυνθο (Ζώνιου – Σιδέρη, 1994).

Στην κατηγορία αυτή, πρέπει να ενταχθούν οι Αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Πατριωτικού Ιδρύματος κοινωνικής πρόνοιας και Αντίληψης που αφορούν την περίθαλψη και προστασία για παιδιά με Ειδικές Ανάγκες. Οι υπηρεσίες διακρίνονται στις εξής:

Α. Κέντρα Αποκατάστασης Αναπήρων Παιδών Βούλας

Β. Αναρρωτήριο Πεντέλης

Γ. Κέντρο Περίθαλψης Παιδών Λεχαινών Ηλείας

Δ. Παιδικό Αναπτυξιακό Κέντρο «Μιχαλήνιο» στον Πειραιά

Τα Κέντρα Περίθαλψης Παιδών του ΠΙΚΠΑ είναι περιφερειακές υπηρεσίες με αρμοδιότητες την περίθαλψη παιδών που πάσχουν από σωματική αναπηρία ή διανοητική καθυστέρηση. Διοικούνται από διοικητικό συμβούλιο και διαρθρώνονται οργανωτικά ως εξής:

- Τμήμα διοικητικού
- Τμήμα περίθαλψης
- Τμήμα Δημιουργικής Απασχόλησης

- Γραφείο Φυσιοθεραπείας
- Γραφείο Κοινωνικής Εργασίας (Ζώνιου – Σιδέρη, 1994).

3.2 Υπηρεσίες για άτομα με ειδικές ανάγκες ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου

3.2.1 Τα Κέντρα Περιθάλψης

Η σύσταση Κέντρων περιθάλψης διέπεται από τις διατάξεις του Ν.Δ. 1118/72 «περί ιδιωτικών επιχειρήσεων περιθάλψεως κινητικής αναπηρίας ανίατος πασχόντων ατόμων». Ανάμεσα στους στόχους λειτουργίας περιλαμβάνεται σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 1 και η παροχή περιθάλψης σε άτομα: «από 18 ετών και άνω εξ οποιασδήποτε αιτίας κατάκοιτα ή ημικατάκοιτα ή κινούμενα επί μηχανικού περιπατήματος - ενόλο ή εν μέρη μη αυτοεξυπηρετούμενα λόγω της ανιάτου και εφόρου ζωής κινητικής αναπηρίας» (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου,1995).

Οι Υπηρεσίες που παρέχονται στα άτομα εξειδικεύονται με το αρ.1 Π.Δ. 692/79 «περί προϋποθέσεως ιδρύσεως και λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περιθάλψεως ηλικιωμένων ή εκ κινητικής αναπηρίας ανίατος πασχόντων ατόμων και περιλαμβάνουν»:

- Υγιεινή
- Ασφαλή και άνετη στέγαση
- Κατάλληλη διατροφή προσαρμοσμένη στις ατομικές ανάγκες κάθε Εξυπηρετούμενου
- Συνεχή ατομική περιποίηση
- Ιατρική παρακολούθηση
- Ψυχαγωγία-Απασχόληση και ενεργή ψυχολογική συμπαράσταση
- Φυσιοθεραπεία και ενεργές τεχνικές εξυπηρέτησης

Για την ίδρυση και λειτουργία κάθε κέντρου απαιτούνται σύμφωνα με το Ν.877/79 άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και ειδική άδεια λειτουργίας που χορηγείται με απόφαση του οικείου νομάρχη.

Από το 1995 τα Κέντρα Περιθάλψης μετονομάζονται σε μονάδες φροντίδας αλλά εξακολουθούν να λειτουργούν με βάση το ίδιο νομικό καθεστώς (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).

3.2.2 Οι Στέγες Αυτόνομης Διαβίωσης

Η ίδρυση των μονάδων αυτών διέπεται από τις διατάξεις του Ν.2072/92. Οι σχετικές ρυθμίσεις εντοπίζονται στο άρθρο 30 που προβλέπει ότι με απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα μπορούν να ιδρύουν και να έχουν σε λειτουργία στέγη αυτόνομης διαβίωσης μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή με μορφή ιδιωτικών επιχειρήσεων για άτομα με Ειδικές ανάγκες. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Οικονομικών και Εργασίας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, ρυθμίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την ίδρυση και λειτουργία των στεγών αυτόνομης διαβίωσης και κυρίως το αναγκαίο προσωπικό, τα στεγαζόμενα ή περιθαλπόμενα άτομα, οι αναγκαίοι πόροι, ο κανονισμός εσωτερικής λειτουργίας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια (Καΐλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).

Οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας των στεγών κατοχυρώθηκαν αρχικά με την υπ.αρ.4621/28.8.96 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι στέγες αποτελούν ένα νέο θεσμό του Προνοιακού συστήματος για την ανοιχτή προστασία των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Είναι μονάδες παροχής υπηρεσιών στέγασης, ψυχικής στήριξης και επανένταξης ατόμων με ειδικές ανάγκες τα οποία ζουν αυτόνομα αλλά χρειάζονται παράλληλα βοηθητικές υπηρεσίες. Η λειτουργία τους βασίζεται στην αρχή της ανεξάρτητης διαβίωσης και του αυτοκαθορισμού του κάθε ατόμου σαν βασικό ανθρώπινο δικαίωμα με στόχο την ανάπτυξη των δεξιοτήτων και ικανοτήτων των ΑμεΑ ώστε να διαβιούν πιο αυτόνομα και ενεργά στο κοινωνικό και φυσικό τους περιβάλλον (Καΐλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995) .

- Οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ενδιαφερομένους περιλαμβάνουν υγιεινή, άνετη και ασφαλή διαβίωση.
- Βελτίωση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας.
- Διατροφή του φιλοξενούμενου
- Ιατρική Στήριξη με περιοδική παρακολούθηση από γιατρούς ειδικοτήτων που καλύπτουν τις παθήσεις των φιλοξενούμενων.
- Κοινωνική και Ψυχολογική στήριξη μέσω της συμμετοχής σε προγράμματα που στοχεύουν στην ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση των φιλοξενούμενων (Καΐλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).

3.2.3 Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης

Η ίδρυση Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 2072/92. Οι σχετικές ρυθμίσεις εντοπίζονται στο άρθρο 10 παρ.1 και 2 που προβλέπουν ότι :

Φυσικά ή νομικά πρόσωπα μπορούν να ιδρύουν και να λειτουργούν Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης για την παροχή υπηρεσιών Υγείας και Νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς που έχουν ανάγκη φυσικής αποκατάστασης που πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, αναπνευστικού συστήματος καθώς και από νοητική υστέρηση χρησιμοποιώντας τα σύγχρονα μέσα και τις μεθόδους της ιατρικής αποκατάστασης. Στα κέντρα αυτά, μπορεί να λειτουργούν ξενώνες αποκατάστασης για ασθενείς που χρειάζονται επανέλεγχο (Αμίτσης, 2001).

Επιτρέπεται επίσης η ίδρυση και η λειτουργία κέντρων αποθεραπείας και αποκατάστασης για την παροχή ιατρικών και υλικών φροντίδων καθώς και για την διημέρευση ατόμων προς αποθεραπεία και ολοκλήρωση της θεραπείας αποκατάστασης χωρίς διανυκτέρευση. Αξιοσημείωτο είναι, ότι το άρθρο 10. Ν. 2072/92 δεν αναφέρεται καθόλου στα άτομα με Ειδικές Ανάγκες. Η έλλειψη σχετικής αναφοράς, δημιουργεί προβληματισμούς για τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών από τα Κέντρα στα άτομα αυτά. Όμως η καταγραφή των αναγκών των ασθενών που προορίζονται να εξυπηρετηθούν από το κέντρο ενισχύει την άποψη ότι η κύρια κατηγορία χρηστών είναι άτομα με Ειδικές Ανάγκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα φυσικής και ιατρικής αποκατάστασης και επομένως χρειάζονται αντίστοιχες υπηρεσίες. Το επιχείρημα αυτό επιβεβαιώνεται με αναγωγή στη διάταξη του άρθρου 1 του Π.Δ. 395/93 «*όροι, προϋποθέσεις και διαδικασίες για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση κέντρων αποθεραπείας και αποκατάστασης από φυσικά πρόσωπα ή Ν.Π.Ι.Δ.*» (Αμίτσης,2001:237).

Το συγκεκριμένο Π.Δ. εκδόθηκε με βάση την εξουσιοδότηση του άρθρου 10. παρ. 3 Ν.2072/92 και εξειδικεύει τις προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας των κέντρων. Ενώ ο Νόμος 2071/92 περιορίζει το πλαίσιο λειτουργίας τους στην παροχή υπηρεσιών ιατρικής αποκατάστασης το Π.Δ. διευρύνει τον σκοπό των κέντρων. Ειδικότερα το αρ. 1 παρ 3 αναφέρει «*τα Κέντρα μπορούν επιπλέον να περιλαμβάνουν στο σκοπό τους την επαγγελματική κατάρτιση, ενημέρωση και ψυχαγωγία των ατόμων με ειδικές ανάγκες, καθώς και την υλοποίηση σχετικών ακόμα προγραμμάτων συγχρηματοδοτούμενων από*

την Ευρωπαϊκή Ένωση. Δύναται και να διενεργούν έρευνες σχετικές με την επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των ΑμεΑ» (Αμίτσης, 2001:237).

Η διεύρυνση του σκοπού, μετατρέπει ουσιαστικά τα κέντρα σε πολυσύνθετες μονάδες εξυπηρέτησης ασθενών και ατόμων με ειδικές ανάγκες. Επιτυγχάνοντας έτσι το συνδυασμό υπηρεσιών φυσικής αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης (Αμίτσης, 2001).

Σύμφωνα με τον αρ.15 Π.Δ. 395/93 εισάγεται η διάκριση ανάμεσα στις ακόλουθες κατηγορίες Κέντρων:

Α. Κέντρα Κλειστής Νοσηλείας, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας σε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς που έχουν ανάγκη φυσικής αποκατάστασης, που πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφοριακού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος καθώς και από νοητική υστέρηση. Τα Κέντρα αυτά μπορούν να διαθέτουν και ξενώνες αποκατάστασης για ασθενείς που χρειάζονται επανέλεγχο (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1994).

Β. Κέντρα Ημερήσιας νοσηλείας, τα οποία παρέχουν ιατρικές και λοιπές φροντίδες σε ασθενείς που έχουν ανάγκη φυσικής αποκατάστασης που πάσχουν από τις ίδιες παθήσεις με τους ασθενείς του κλειστού κέντρου αλλά χωρίς δυνατότητα διανυκτέρευσης των ασθενών αυτών στις εγκαταστάσεις του (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1994).

Γ. Ελάχιστη μονάδα ιατρικής αποκατάστασης: Πρόκειται για αυτοτελή μονάδα, η οποία παρέχει ιατρικές και λοιπές φροντίδες σε ασθενείς που έχουν ανάγκη φυσικής αποκατάστασης που πάσχουν από παθήσεις του κινητικού συστήματος για την ολοκλήρωση αποθεραπείας- αποκατάστασής τους (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1994).

Δ. Κέντρα διημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας για άτομα με ειδικές ανάγκες τα οποία παρέχουν υπηρεσίες ημερήσια φροντίδας και παραμονής με ανώτερο όριο ημερήσιας λειτουργίας τις 16 ώρες, ανάλογα με τις ανάγκες των ΑμεΑ (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1994).

Το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ, εντάσσεται στην κατηγορία Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, Δημοσίου Δικαίου. Η βασική του μέριμνα, είναι η παροχή υπηρεσιών σε καθημερινή βάση. Υπάρχει βάσει του καταστατικού λειτουργίας, δυνατότητα διανυκτέρευσης στους ξενώνες που διαθέτει,

όμως ποτέ δεν έχουν αξιοποιηθεί, λόγω έλλειψης προσωπικού και γενικότερης οικονομικής δυσχέρειας από το κράτος.

3.2.4 Ίδρυση προνοιακών μονάδων Ατόμων με Αναπηρίες με γνώμονα το Εθνικό Σύστημα κοινωνικής φροντίδας

Η εξυπηρέτηση των στόχων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και η κάλυψη των νέων αναγκών στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας, επέβαλαν την ίδρυση νέων φορέων παροχής υπηρεσιών σε Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (Αμίτσης, 2001). Οι φορείς αυτοί προσανατολίζονται στην εξυπηρέτηση συγκεκριμένων ομάδων στόχων, δίνοντας έμφαση στις υπηρεσίες Ανοιχτής Φροντίδας. Όπως προαναφέραμε στα προηγούμενα μέρη του υποκεφαλαίου μας, οι περισσότερες προνοιακές μονάδες που είχαν δημιουργηθεί είχαν χαρακτήρα Κλειστής Νοσηλείας (Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων, Κέντρα Περίθαλψης, Στέγες Αυτόνομης Διαβίωσης) (Αμίτσης, 2001).

Στα πλαίσια των νέων μεταρρυθμίσεων ιδρύονται τα εξής Κέντρα:

- **Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες.**

Τα Κέντρα αυτά, προβλέπεται να λειτουργήσουν στο πλαίσιο ενός Πανελλαδικού δικτύου υποστήριξης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. Το δίκτυο αποτελεί καινοτομική δράση στο τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας και συνιστά ένα νέο μοντέλο παροχής υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας υπηρεσίες έγκαιρης διάγνωσης, κοινωνικής υποστήριξης, λειτουργικής αποκατάστασης και προεπαγγελματικής κατάρτισης με στόχο την πληρέστερη δυνατή ένταξη των ΑμεΑ στον κοινωνικό και οικονομικό ιστό της χώρας (Αμίτσης, 2001).

- **Προστατευόμενα Παραγωγικά Εργαστήρια.**

Τα Προστατευόμενα Παραγωγικά Εργαστήρια αποτελούν σύνθετες μονάδες προώθησης της απασχόλησης και της κοινωνικής ένταξης των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. Η παρέμβαση τους προσανατολίζεται στην ενίσχυση ατόμων με νοητική υστέρηση, βαριές σωματικές και πολλαπλές αναπηρίες καθώς και ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα (Αμίτσης, 2001).

Οι φορείς λειτουργίας των Προστατευόμενων Παραγωγικών Εργαστηρίων, μπορεί να είναι φορείς του Δημόσιου Τομέα και Εθελοντικοί φορείς ή Ιδιωτικοί φορείς μη

κερδοσκοπικού χαρακτήρα που έχουν πιστοποιηθεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Αμίτσης, 2001).

Οι προϋποθέσεις ένταξης στα προγράμματα των εργαστηρίων περιλαμβάνουν:

Συμπλήρωση του 20 έτους ηλικίας του υποψηφίου, παρακολούθηση διετούς προγράμματος επαγγελματικής κατάρτισης.

Ο θεσμός των Παραγωγικών εργαστηρίων αναδεικνύει ουσιαστικά μια νέα φιλοσοφία αξιοποιώντας εμπειρίες και καλές πρακτικές από την δράση των Εθελοντικών Οργανώσεων για τα άτομα με Ειδικές Ανάγκες προωθώντας παράλληλα την ενεργητική αντίληψη για την συμμετοχή τους στον κοινωνικό και οικονομικό ιστό της χώρας (Αμίτσης, 2001).

Χαρακτηριστικό πρόγραμμα τέτοιων εργαστηρίων αποτελεί η «ΘΕΟΤΟΚΟΣ» που εδρεύει στην Αθήνα τα τελευταία τέσσερα χρόνια.

Ανατρέχοντας στην Ελλάδα συναντάμε αρκετές δομές για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες τόσο Ιδιωτικού όσο και Δημοσίου Δικαίου. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε τις εξής:

- Σχολή Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης Αθηνών.
- Εθνικό Ίδρυμα Προστασίας Κωφών.
- Υπηρεσία Ειδικής Παιδαγωγικής το «Στουθάπειο».
- Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Ιωαννίνων «Νεομάρτυς Γεώργιος».
- Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Θεσσαλονίκης ο «Άγιος Παντελεήμων».
- Ίδρυμα Προστασίας Τυφλών Βορείου Ελλάδος.
- Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων.
- Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Χανίων.
- Οργανισμός Δημόσιας Αντίληψης Ζακύνθου.
- Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Αγιασού Λέσβου «Θεομήτωρ».
- Εργαστήρι Ειδικής Αγωγής Αθηνών «Μαργαρίτα».
- Μέριμνα Πάτρας.
- Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών – Πατρών.
- Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Σπάρτης.
- Προεπαγγελματικά Εργαστήρια Τριπόλεως.
- Ίδρυμα Ανίατων Πασχόντων Φιλιατρών Πελοποννήσου (Κυπριωτάκης, 2000).

3.3 Κέντρο Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες «Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ» Νομού Αργολίδας

3.3.1 Σύσταση – Μορφή

Το Κέντρο Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ) αποτελεί Δίκτυο Αποκεντρωμένων υπηρεσιών του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΟΚΦ), η σύσταση και λειτουργία του οποίου προβλέπεται από το Ν.2646/98 (ΦΕΚ 236 / Τ.Α. / 20-10-98) για την «*Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις*», άρθρο 13, Παρ.1β. Έγινε Αποκεντρωμένη Μονάδα ΠΕΣΥΠ με το νόμο Ν.3324 (ΦΕΚ 81/4-4-2005). Είναι Ν.Π.Δ.Δ. με έλεγχο της 6^{ης} Υ.Π.Ε (6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ).

Το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ Ν. Αργολίδος αποτελεί «ανοιχτή» δομή κοινωνικής φροντίδας που απευθύνεται σε όλα τα άτομα με αναπηρίες, ανεξάρτητα από την ηλικία τους και την προέλευση, το είδος και το βαθμό αναπηρίας τους, δεδομένου ότι πρόκειται για δομή που ακόμη και όταν η ίδια δεν αναλαμβάνει εξ' ολοκλήρου την παροχή ολοκληρωμένης κοινωνικής φροντίδας σε άτομα με αναπηρίες, δύναται για την επίτευξη αυτού του σκοπού να συνεργάζεται και να συντονίζεται με άλλες δομές ή οργανώσεις που παρέχουν εκπαιδευτικές, υγειονομικές και προνοιακές υπηρεσίες.

3.3.2 Σκοπός κέντρου

Σύμφωνα με το σχέδιο εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας, το οποίο ακολουθείται, αν και δεν έχει ακόμη ψηφιστεί, και ισχύει για όλα τα Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ της χώρας, (επισυνάπτεται και στο παράρτημα), οι σκοποί του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ, όπως αυτοί προβλέπονται στο Ν.2646/98 είναι οι εξής:

«Πρώιμη διάγνωση, συμβουλευτική στήριξη, ενημέρωση των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους, παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες νοσηλείας και αποκατάστασης, προ-επαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των Ατόμων με Αναπηρίες, λειτουργική αποκατάσταση, υποστήριξη για ένταξη στον κοινωνικό ιστό, συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο για το συντονισμό της δράσης τους».

Αναλυτικότερα, οι σκοποί του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ είναι οι εξής:

- Έγκαιρη διάγνωση και αξιολόγηση της φυσικής, νοητικής, ψυχολογικής και κοινωνικής κατάστασης των ατόμων με αναπηρίες, με σκοπό τον εντοπισμό και την καταγραφή των εξατομικευμένων αναγκών και δυνατοτήτων κάθε ατόμου και το σχεδιασμό εξατομικευμένου προγράμματος για την κάλυψη των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών του και την παροχή εν τέλει, ολοκληρωμένης κοινωνικής φροντίδας.
- Πληροφόρηση και ενημέρωση των ατόμων με αναπηρίες και οικογενειών τους για γενικότερα θέματα που σχετίζονται με την αναπηρία και τις πολιτικές που σχεδιάζονται ή υλοποιούνται σε σχέση με αυτήν και συμβουλευτική καθοδήγηση σε ειδικότερα θέματα που αφορούν στις δυνατότητες κάλυψης των εξατομικευμένων αναγκών τους μέσα από υφιστάμενες δομές, φορείς, υπηρεσίες και προγράμματα που απευθύνονται σε άτομα με αναπηρίες.
- Παροχή υπηρεσιών και ανάπτυξη προγραμμάτων και δραστηριοτήτων για τη διασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους και την προώθηση της ισότιμης συμμετοχής τους στην οικονομική και κοινωνική ζωή.
- Ανάπτυξη δραστηριοτήτων για την άμβλυνση και σταδιακή εξάλειψη προκαταλήψεων και στερεοτύπων εις βάρος των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους και την άμβλυνση και σταδιακή εξάλειψη φαινομένων κοινωνικού και οικονομικού αποκλεισμού.
- Δικτύωση, συνεργασία και συντονισμός με τοπικές υπηρεσίες και δομές κοινωνικής φροντίδας, καθώς και με αντιπροσωπευτικές οργανώσεις των ίδιων των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους αλλά και την ευρύτερη κοινωνία, με απώτερο σκοπό, αφενός τη διασφάλιση πλήρους πρόσβασης των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους σε αγαθά και υπηρεσίες που τους αφορούν και αφετέρου τη συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων για τη γενική κατάσταση των ατόμων με αναπηρίες στη γεωγραφική εμβέλεια δράσης του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ, το οποίο τροφοδοτεί τον εθνικό σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής και τον επαναπροσδιορισμό των συστημάτων κοινωνικής φροντίδας έτσι που να ανταποκρίνονται στις υπάρχουσες ανάγκες με συντονισμένο και ολοκληρωμένο τρόπο.

- Πρόληψη αναπηριών σε επιμέρους ή σε όλους τους τομείς ανάπτυξης και εξέλιξης (κινητικό, αντιληπτικό, νοητικό, κοινωνικό, ψυχικό) με παρεμβατικά προγράμματα στην κοινότητα.

3.3.3 Υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ αφορούν αποκλειστικά άτομα με αναπηρίες τα οποία είναι μόνιμοι κάτοικοι του Νομού Αργολίδας. Για την εκπλήρωση λοιπόν των σκοπών του όπως αυτοί περιγράφονται παραπάνω, προβλέπεται να παρέχει τις παρακάτω υπηρεσίες:

- Υποδοχή και Ενημέρωση όπου: α) παρέχεται στα άτομα με αναπηρίες και τις οικογένειες τους γενικής ενημέρωσης για παροχές, επιδόματα, νόμους, ρυθμίσεις κ.λπ. που τους αφορούν, καθώς και για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες που διαθέτει το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ ή άλλες αρμόδιες δομές, β) αξιολογούνται και θα καταγράφονται τα αιτήματα και οι ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες ή των οικογενειών τους που απευθύνονται στο Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ για εξατομικευμένη παρέμβαση ή σε άλλες αρμόδιες τοπικές ή περιφερειακές δομές και συστήματα για συνολική ή συμπληρωματική στο Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ παροχή υπηρεσιών.
- Κοινωνική και Ψυχολογική Στήριξη ατόμων με αναπηρίες και οικογενειών, όπου ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων υλοποιούνται εξατομικευμένα και ομαδικά προγράμματα παρέμβασης (ατομική ή ομαδική συμβουλευτική-στήριξη, επιμόρφωση-συμβουλευτική οικογενειών, ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, προσωπική ενδυνάμωση και εμπύχωση ατόμων με αναπηρίες, κ.λ.π.)
- Λειτουργική Αποκατάσταση η οποία περιλαμβάνει προγράμματα φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, λογοθεραπείας, εκπαίδευση και προετοιμασία για ημιαυτόνομη ή αυτόνομη διαβίωση. Παρ'όλα αυτά, υπάρχει μια αρκετά σημαντική έλλειψη στον τομέα της Αποκατάστασης. Η ειδική πίσινα για τις ανάγκες της φυσικοθεραπείας, δε λειτουργεί αν και υπάρχει. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν υπάρχουν οι οικονομικοί πόροι (όπως προαναφέρθηκε παραπάνω), από τους οποίους θα χρηματοδοτήσει το κράτος το Κέντρο για τη λειτουργία της πίσινας, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και τα λειτουργικά έξοδα, όπως για

παράδειγμα πετρέλαιο και ειδικός επαγγελματίας για την επίβλεψη και δημιουργία μαθημάτων εντός της πισίνας για τα άτομα με ειδικές ικανότητες.

- Επαγγελματική Αποκατάσταση, η οποία περιλαμβάνει επαγγελματικό προσανατολισμό, συμβουλευτική καθοδήγηση και στήριξη, και ένταξη σε προγράμματα προκατάρτισης και κατάρτισης που σχεδιάζονται και υλοποιούνται στο Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ, με απώτερο σκοπό την προετοιμασία και διευκόλυνση της πρόσβασης ατόμων με αναπηρίες στην αγορά εργασίας ή σε εναλλακτικές μορφές απασχόλησης (υποστηριζόμενη – προστατευμένη, αυτοαπασχόληση). Δυστυχώς, παρόλο που και αυτός είναι ένας πολύ σημαντικός τομέας του Κέντρου, δεν έχει αναπτυχθεί και αξιοποιηθεί ιδιαίτερα και στο βαθμό που θα έπρεπε γιατί δεν υπάρχει μόνιμος (αλλά ούτε και με σύμβαση) Κοινωνικός Λειτουργός ο οποίος είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη στο συγκεκριμένο τομέα.
- Ανάπτυξη πολιτιστικών, ψυχαγωγικών και αθλητικών δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχουν άτομα με αναπηρίες και διοργάνωση εκδηλώσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για συγκεκριμένες ομάδες ή το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, με απώτερο σκοπό την προώθηση της πλήρους και ισότιμης ένταξης ατόμων με αναπηρίες σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής.
- Δημιουργία δικτύων αλληλεγγύης και αλληλοϋποστήριξης με την προσέλκυση, ενεργοποίηση και το συντονισμό εθελοντών, για τη συμπληρωματική υποστήριξη και ενίσχυση των υπηρεσιών του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ, είτε αυτές αφορούν στην εξατομικευμένη υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους, είτε σε συγκεκριμένες δραστηριότητες. Ο ρόλος των εθελοντών είναι επικουρικός και σε καμία περίπτωση δε υποκαθιστά τους επαγγελματίες των Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ.
- Οργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων για επαγγελματίες που απασχολούνται στο Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ ή/και σε άλλες αντίστοιχες δομές και υπηρεσίες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, με ανώτερο σκοπό την ανταλλαγή εμπειριών και τεχνογνωσίας και τη βελτισποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα άτομα με αναπηρίες και τις οικογένειες τους.
- Διεξαγωγή ερευνών και ανάπτυξη συστημάτων καταγραφής και παρακολούθησης συνολικά και κατά περίπτωση, της κατάστασης των ατόμων

με αναπηρίες και των οικογενειών τους στη γεωγραφική εμβέλεια δράσης του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ Ν. Αργολίδας, με απώτερο σκοπό την ανάδειξη προβλημάτων και αναγκών που πρέπει να αντιμετωπιστούν και την εκπόνηση σχεδίου συντονισμένων και ολοκληρωμένων παρεμβάσεων. Τα συστήματα καταγραφής και παρακολούθησης που χρησιμοποιούνται υπακούουν βεβαίως στη δεοντολογία για τήρηση του απορρήτου και προστασία προσωπικών δεδομένων.

- Δημιουργία και λειτουργία χρηστικής και δανειστικής βιβλιοθήκης για τα ίδια τα άτομα με αναπηρίες, το προσωπικό του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ αλλά και το ευρύτερο κοινό, με απώτερο σκοπό τη διευκόλυνση της πρόσβασης στην πληροφόρηση και την ανταπόκριση σε εξατομικευμένες ανάγκες ενημέρωσης, πληροφόρησης και επιμόρφωσης σε θέματα που σχετίζονται με την αναπηρία.

Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες αναπτύσσονται και παρέχονται εξ'ολοκλήρου από το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ, στο βαθμό που αυτό επιτρέπεται και διευκολύνεται από την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και το στελεχιακό δυναμικό του, ή σε συνεργασία και συντονισμό με άλλες αρμόδιες τοπικές και περιφερειακές δομές, υπηρεσίες, κέντρα ή φορείς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το Καταστατικό Λειτουργίας για όλα τα Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ προβλέπει Ξενώνες για τα άτομα με Αναπηρίες. Παρόλο που το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ Ν. Αργολίδας, διαθέτει Ξενώνες στον πρώτο όροφο του κτιρίου, δεν τους έχει έως τώρα αξιοποιήσει για τις ανάγκες του Κέντρου (και όπως αυτές προβλέπονται). Αντίθετα, από το έτος 2009 έχει παραχωρηθεί ο 1^{ος} όροφος – Ξενώνες στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, στο Πρόγραμμα «Ψυχαργώ» του Ν. Αργολίδας. Έκτοτε συστεγάζονται αυτές οι δυο υπηρεσίες στο ίδιο κτίριο. Το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ λειτουργεί στο ισόγειο του κτιρίου.

3.3.4 Οικονομικοί πόροι

Οι οικονομικοί πόροι του Κέντρου, προέρχονται κατά κύριο λόγο από τον τακτικό προϋπολογισμό του κράτους, με αιτιολογία: «επιχορήγηση για δαπάνες λειτουργίας» (περίπου στις 45.000 ευρώ το χρόνο). Έσοδα προκύπτουν επίσης από τα νοσήλια, όπου ΜΟΝΟ τα άτομα που δεν είναι ΑμεΑ, καταβάλλουν το ποσό των 3 ευρώ για την εκάστοτε θεραπεία. Αυτή η απόφαση ελήφθη και ψηφίστηκε μέσω του Διοικητικού Συμβουλίου. Ακόμη έσοδα προκύπτουν από δωρεές, και από λαχειοφόρους (περίπου στις 10.000 ευρώ), όπως και από επιχορηγήσεις από το Υπουργείο Τουρισμού και

Πολιτισμού, μέσω της προσφοράς προγραμμάτων. Ορισμένα από αυτά τα προγράμματα είναι:

- Μουσικοθεραπεία
- Art therapy - Θεραπεία μέσω Ζωγραφικής
- Εκδρομές μελών του Πανελληνίου Συλλόγου Παραπληγικών ΑμεΑ Βορειοανατολικής Πελοποννήσου «Π.Α.Σ.Π.Α Β.Α» και θεραπευόμενων του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ στην Ακρόπολη.
- Εκμάθηση Υπολογιστών για ΑμεΑ

3.3.5 Περιγραφή

Από 1/04/2002 που ξεκίνησε να λειτουργεί το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ Ν. Αργολίδας, έφτασε σήμερα να εξυπηρετεί 249 ασθενείς (μέσο όρο) – ΑμεΑ, στα θεραπευτικά προγράμματα (φυσικοθεραπείας, λογοθεραπείας, εργοθεραπείας, ειδική διαπαιδαγώγηση, παιγνιοθεραπεία, μουσικοθεραπείας, art therapy). Το 2008, ο ετήσιος αριθμός εξυπηρετούμενων ήταν περίπου 3.600, με εξυπηρετούμενους ανά ημέρα 30 άτομα περίπου. Το 2009, ο ετήσιος αριθμός εξυπηρετούμενων ήταν περίπου 6.750, με εξυπηρετούμενους ανά ημέρα 50 άτομα περίπου. Κατά το έτος 2010 τα τμήματα του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ Αργολίδας (Φυσικοθεραπείας, Εργοθεραπείας, Λογοθεραπείας και Ψυχολογικής Υποστήριξης), από τα τηρούμενα πάντοτε αρχεία της υπηρεσίας πραγματοποίησαν συνολικά 7353 συνεδρίες αποκατάστασης σε ευαίσθητες κατηγορίες εξυπηρετούμενων (ΑμεΑ, ηλικιωμένους και παιδιά). Αναλυτικά, πραγματοποιήθηκαν 4108 συνεδρίες στο Τμήμα Φυσικοθεραπείας, 1422 συνεδρίες στο Τμήμα Εργοθεραπείας, 1823 συνεδρίες στο τμήμα Λογοθεραπείας. Παρόλο που προβλέπονται περισσότερες μόνιμες θέσεις προσωπικού για τις ανάγκες αυτού του Κέντρου, αυτή τη στιγμή το μόνιμο προσωπικό αποτελείται από:

1 Φυσικοθεραπευτή, 1 Εργοθεραπεύτρια, 1 Λογοθεραπεύτρια, 1 Νοσηλεύτη και 1 Οδηγό. Υπάρχουν με σύμβαση ορισμένου χρόνου 1 Ψυχολόγος, 1 Ειδική Παιδαγωγός, 1 Λογιστής και 1 Καθαρίστρια. Επίσης υπάρχει και εθελοντική εργασία από 3 επαγγελματίες Φυσικοθεραπευτές. Ας σημειωθεί εδώ, ότι όλες οι συμβάσεις και τα stage που υπήρχαν και εξυπηρετούσαν άμεσα στις υπηρεσίες που προσέφερε το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ, έχουν λήξει.

Πολλά άτομα με αναπηρίες τα οποία δεν έχουν εύκολη πρόσβαση στο Κέντρο (για παράδειγμα δεν έχουν μεταφορικό μέσο), μεταφέρονται καθημερινά στο Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ μέσω του ειδικού αυτοκινήτου που διαθέτει το Κέντρο, για τις θεραπείες τους. Τα παιδιά που λαμβάνουν υπηρεσίες θεραπευτικού προγράμματος προσέρχονται στο χώρο πάντα με τη συνοδεία γονέων.

3.4 Κατηγορίες ΑμεΑ που χρήζουν υπηρεσιών από το Κέντρο Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης ατόμων με αναπηρίες

Το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ βάση του καταστατικού λειτουργίας του, παρέχει υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρία τα οποία πολλές φορές τυγχάνει να έχουν και ποσοστό αναπηρίας. Επομένως, οι κατηγορίες αναπήρων που λαμβάνουν υπηρεσίες από το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ, είναι οι εξής:

Άτομα με εγκεφαλική παράλυση, σύνδρομο Down, αυτισμό, επιληψία, νοητική υστέρηση καθώς και άτομα που πάσχουν από προβλήματα κώφωσης, λόγου, συμπεριφοράς, και μαθησιακών διαταραχών.

Στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζονται η κάθε μία κατηγορία χωριστά συνοδευόμενη από τη συμπτωματολογία και τα αίτια που την προκαλούν.

3.4.1 Κώφωση

Α. Έννοια

Η ανικανότητα του ατόμου να συλλάβει ακουστικά ερεθίσματα χαρακτηρίζεται ως κώφωση. Τα κωφά άτομα έχουν χάσει εντελώς την ακοή τους ή διατηρούν ελάχιστα υπολείμματα της ώστε δεν είναι σε θέση, παρά μόνο με ειδική βοήθεια, να μάθουν την ομιλούμενη γλώσσα (Κυπριωτάκης, 2000).

Συνέπεια της κώφωσης είναι συνήθως η αλαλία, διότι η γλώσσα αποκτάται κυρίως με την ακοή.

Διεθνώς έχει καθιερωθεί η ακόλουθη ταξινόμηση των διαφόρων μορφών κώφωσης:

- **Κωφοί:** είναι τα άτομα εκείνα, των οποίων δεν λειτουργεί η αίσθηση της ακοής. Γεννήθηκαν με ελάχιστη ακοή ή με παντελή απουσία της ακουστικής αίσθησης ή απώλεσαν αυτή στην βρεφική ηλικία (πριν το 2ο έτος), πριν δηλαδή εσωτερικεύσουν τα γλωσσικά τους πρότυπα (Κρουσταλάκης, 2003).

- Βαρήκοι ή άτομα με μειωμένη ακουστική αίσθηση: Είναι άτομα με ασθενή ακουστική οξύτητα, πολλές φορές εκ γενετής βαρήκοι των οποίων η αισθητηριακή λειτουργία διορθώνεται συνήθως με τη βοήθεια ακουστικού (Κρουσταλάκης, 2003).

Η έκταση της ανεπάρκειας ή υπολειτουργίας της ακοής προσδιορίζεται συνήθως με το ακουόμετρο και σύμφωνα με το διεθνώς κριτήριο ISO (Davis-Krantz 1964). Το σύστημα αυτό αναφέρεται στο βαθμό ακουστικής απώλειας (Κρουσταλάκης, 2003)

B. Συμπτωματολογία

Εκτός του κύριου συμπτώματος απώλεια της ακουστικοαισθητηριακής αντίληψης, παρατηρούνται και διαταραχές στην άρθρωση, αποκλίσεις στη γλωσσική χροιά και μελωδία, στο ρυθμό και την ένταση της φωνής καθώς επίσης κατανόησης και σχηματισμού σύνθετων προτάσεων (Κυπριωτάκης, 2000).

Άλλο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της κωφότητας είναι ο περιορισμός του γνωστικού ορίζοντα των κωφών παιδιών, ο οποίος οφείλεται στην πτωχή γλωσσική επικοινωνία και την αδυναμία τους να εσωτερικεύσουν ακουστικούς ερεθισμούς από το περιβάλλον.

Απεναντίας, παρατηρείται οξυμένη αντίληψη στην κατανόηση της γλώσσας από τις κινήσεις των χειλιών (χειλεανάγνωση) ή χρησιμοποίηση χειρονομιών ως μέσου επικοινωνίας και η ικανότητα χρησιμοποίησης ενός δακτυλικού αλφαβήτου. Επίσης οι κωφοί και οι κωφάλαιοι διαθέτουν μία ισχυρή και γυμνασμένη οπτική μνήμη (Κυπριωτάκης, 2000).

Γ. Αίτια

Η κώφωση, εμφανίζεται εξαιτίας οργανικών ή λειτουργικών διαταραχών του ακουστικού οργάνου, του ακουστικού νεύρου ή του ακουστικού κέντρου.

Τα αίτια των διαταραχών αυτών, είναι κληρονομικά ή επίκτητα (Κρουσταλάκης, 2003), όπως :

- **Κληρονομικά αίτια**
Διάφορα γενετικά σύνδρομα οφειλόμενα κυρίως σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες.
- **Επίκτητα Αίτια**

Α. Προγεννητικά αίτια: Προγεννητικές μολύνσεις ή διάφορες τοξικές συνθήκες της μητέρας. Οι ιοί της παρωτίτιδας και της γρίπης κυρίως στους πρώτους μήνες της κύησης είναι δυνατόν να προκαλέσουν εκφυλισμό σημαντικού αριθμού νευρικών κυττάρων με αποτέλεσμα την κώφωση (Κρουσταλάκης, 2003).

Β. Περιγεννητικά αίτια: Κατά την ώρα του τοκετού, τραυματισμοί και κακώσεις, ενδοκρανικές αιμορραγίες, βλάβες του νευρικού συστήματος (Κρουσταλάκης, 2003).

Η αδυναμία οξυγόνωσης των εγκεφαλικών κυττάρων του νεογνού σε ένα παρατεινόμενο τοκετό ή σε έναν πρόωρο τοκετό, η υπερβολική νάρκωση που μπορεί να επιφέρει εκφυλισμό των νευρικών μηχανισμών, είναι επικίνδυνες καταστάσεις που συνήθως προξενούν κώφωση. Βλαβερές επίσης, είναι οι επιδράσεις στον τομέα της ακουστικής λειτουργικότητας του παιδιού του παράγοντα της ασυμβατότητας μεταξύ του αίματος της μητέρας και του βρέφους (παράγοντα Rhesus) (Κρουσταλάκης, 2003).

Γ. Επίκτητες μορφές βαρηκοΐας ή κώφωσης μετά τη γέννηση μπορεί να προέρχονται από α. λοιμώξεις: οστρακιά, παρωτίτιδα, ιλαρά, πνευμονία, γρίπη, μηνιγγίτιδα κ.α. β. από τη χρήση φαρμάκων όπως η στρεπτομυκίνη, η νεομυκίνη, κυτταροστατικά και διουρητικά γ. από τραυματικές βλάβες, μηχανικές κακώσεις του κροταφικού, κατάγματα του λιθοειδούς, χειρουργικά λάθη, έντονους θορύβους από ήχους υψηλής συχνότητας δ. Από φλεγμονές του μέσου αυτού ωτίτιδες, λαβυρινθίτιδα και ε. Από ψυχολογικούς, συναισθηματικούς παράγοντες οι οποίοι ενεργοποιούνται συνήθως σε επίπεδο ασυνείδητων διεργασιών και δημιουργούν καταστάσεις όπως η υστερική κώφωση (Κρουσταλάκης, 2003).

3.4.2 Σωματική αναπηρία – Ψυχοκινητική καθυστέρηση

Α. Έννοια

Τα άτομα με σωματική αναπηρία αποτελούν στο σύνολό τους ανομοιογενείς ομάδες με ποικίλες διαταραχές. Έτσι λοιπόν συναντούμε άτομα με εγκεφαλική πάρεση, παράλυση, μη αρτιμελή, με διαταραχές στο μυϊκό σύστημα, στο σκελετό και άλλες παρεμφερείς αναπηρίες (Ζώνιου – Σιδέρη, 1994) .

Στα πρώτα χρόνια της ζωής του, το παιδί αισθάνεται την εσωτερική παρόρμηση να ανακαλύψει τον κόσμο που το περιβάλλει, να διερευνήσει το φυσικό και τον ανθρώπινο περίγυρο. Αυτή του την τάση για αναζητήσεις στον κόσμο του αγνώστου ενισχύουν οι

σταδιακά διευρυμένες αισθητηριακές, κινητικές, και γλωσσικές του ικανότητες (Ζώνιου – Σιδέρη, 1994).

Το κυρίαρχο στοιχείο στην ηλικία αυτή, είναι η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Πρόκειται για μια δυναμική εξέλιξη που είναι το αποτέλεσμα και η συνισταμένη πολλών διεργασιών και λειτουργιών: των αλληλεπιδράσεων του παιδιού, της οικογενειακής και προσχολικής αγωγής, της ωρίμασης, του συνδυασμού των ψυχικών και κινητικών του λειτουργιών, της αμοιβαίας επενέργειας αναγκών και κινήτρων, της συμμετοχής βουλευτικών και συναισθηματικών διεργασιών (Ζώνιου – Σιδέρη, 1994).

Μέσα όμως σε αυτήν την κοινωνία των ανθρώπων, που διακρίνονται για την σωματική και ψυχική τους υγεία, για την λειτουργική τους τελειότητα, για τους κανονικούς ρυθμούς ανάπτυξης, την φυσιολογική πορεία ζωής υπάρχει και μια ομάδα ανθρώπων, παιδιών και εφήβων που τη ζωή τους θα μπορούσε να χαρακτηρίσει κανείς ως κάτι το ιδιαίτερο, ως μια παραφωνία, ως μια έλλειψη. Αυτά τα παιδιά ξεκινούν τη ζωή τους με ένα σώμα μειονεκτικό, ανάπηρο.

Τα παιδιά αυτά δεν έχουν φυσιολογική ψυχοκοινωνική ανάπτυξη. Παρουσιάζουν ορισμένης μορφής σωματική μειονεξία και κινητική δυσλειτουργία. Μπορούμε να τα ταξινομήσουμε σε δυο μεγάλες κατηγορίες.

- Παιδιά με κινητική δυσλειτουργία εγκεφαλικής προελεύσεως
- Παιδιά με κινητική δυσλειτουργία ορθοπεδικής φύσεως (Κυπριωτάκης, 2000).

3.4.3 Άτομα με κινητική δυσλειτουργία εγκεφαλικής προελεύσεως

Η σωματική και κινητική τους μειονεξία οφείλεται σε ελλιπή ανάπτυξη ή βλάβη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, δηλαδή σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Οι κυριότερες νευρολογικές δυσλειτουργίες του νέου ανθρώπου είναι: η εγκεφαλική παράλυση, η επιληψία, η δισχιδής ράχη, η «ελάχιστη» εγκεφαλική δυσλειτουργία (Κυπριωτάκης, 2000).

3.4.4 Η εγκεφαλική παράλυση

Η εγκεφαλική παράλυση δεν είναι μία ασθένεια, είναι μία πολύπλοκη κατάσταση διαταραχής της σωματικής κινητικότητας. Είναι μία μόνιμη κατάσταση σωματικής και κινητικής δυσαρμονίας που μπορεί όμως να μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου,

λόγω της γενικής ωρίμασης του παιδιού ή με τη βοήθεια θεραπείας και άσκησης. Η κινητική αυτή δυσλειτουργία, η παράλυση, η μυϊκή αδυναμία εμφανίζεται στα πρώτα χρόνια του ανθρώπου και οφείλεται στην παθολογία του εγκεφάλου. Η εγκεφαλική παράλυση, μπορεί να εκκολάπτεται από την στιγμή της σύλληψης και σε όλη τη διάρκεια της ενδομήτριας ανάπτυξης. Μπορεί επίσης να επισυμβεί κατά τον τοκετό ή μετά τον τοκετό (Κυπριωτάκης, 2000).

Η εγκεφαλική αυτή δυσλειτουργία είναι ένα σύνδρομο το οποίο συνήθως, εκτός από την κινητική μειονεξία, παρουσιάζει δευτερογενώς και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την εγκεφαλική βλάβη: διανοητική καθυστέρηση, αισθητηριακή και αντληπτική δυσλειτουργία, διαταραχή λόγου, προβλήματα συναισθηματικής φύσεως (Κυπριωτάκης, 2000).

A. Αίτια

Προγεννητική Αιτιολογία: Στην κατηγορία αυτή, κατατάσσονται: οι κληρονομικοί παράγοντες, οι ενδομήτριες λοιμώξεις, η ενδομήτρια ασφυξία λόγω ανοξίας που προήλθε από πρόωρο τοκετό, η ενδομήτρια εγκεφαλική αιμορραγία, μεταβολικές διαταραχές της μητέρας, παράγοντες που είναι δυνατόν να θεωρηθούν υπεύθυνοι για την εγκεφαλική παράλυση (Κρουσταλάκης, 2003).

Εργώδης Τοκετός - Περιγεννητική αιτιολογία: Οι περισσότερες περιπτώσεις εγκεφαλικής παράλυσης οφείλονται σε δύσκολες καταστάσεις της περιγεννητικής περιόδου. Ένας εργώδης τοκετός που οφείλεται ενδεχομένως σε περιελίξεις του ομφάλιου λώρου σε ισχιακή προβολή ή σε πρόδρομο πλακούντα μπορεί να προκαλέσει ασφυξία του νεογνού. Τραυματικές επίσης μαιευτικές επεμβάσεις, δύσκολες περιπτώσεις καισαρικής μορφής, περιπτώσεις πρόωρου τοκετού ή πολλαπλής κύησης, είναι δυνατόν να αποτελέσουν αιτία εγκεφαλικής παράλυσης (Κρουσταλάκης, 2003).

Μεταγεννητική Αιτιολογία: Ένα μεγάλο ποσοστό διαφόρων περιπτώσεων οξείας μεταβολικής ή άλλων μορφών εγκεφαλοπάθειας προξενείτε από μεταγεννητικές καταστάσεις. Την πρώτη θέση στην κατηγορία αυτή κατέχουν η εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, η διφθερίτιδα, ο κοκκύτης, ο νεογονικός ίκτερος, τα διάφορα τραύματα στην κεφαλή από συνήθη ατυχήματα που οφείλονται στην υπερκινητικότητα του παιδιού. Εγκεφαλική βλάβη, προξενούν επίσης καταστάσεις υπογλυκαιμίας, ακτινοβολίας όπως επίσης και διάφορες δηλητηριάσεις. (Κρουσταλάκης, 2003).

Β. Επιμέρους μορφές εγκεφαλικών κινητικών διαταραχών

Σπαστικότητα: Κύριο γνώρισμα της σπαστικότητας είναι η βίαιη, ακούσια και σύντομη συστολή των μυών που συμμετέχουν στην κίνηση καθώς και η παρατεταμένη σύσπαση αυτών, με συνέπεια ακανόνιστες και ασυγχρόνιστες κινήσεις. Η πάθηση εκδηλώνεται στην αρχή σαν τονική και εξελίσσεται με τον χρόνο σαν κλονική σπαστικότητα (Κυπριωτάκης, 2000).

Αταξία: Η αταξία εκδηλώνεται με υποτονικότητα, κινητική αστάθεια, δυσενεργεία και έλλειψη συντονισμού των μυϊκών κινήσεων και οφείλεται σε οργανική βλάβη της σπονδυλικής στήλης και των εγκεφαλικών κέντρων που καθορίζουν την κίνηση (Κυπριωτάκης, 2000).

Αθέτωση: Πρόκειται για κινητική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ακούσιες, ασυντόνιστες κινήσεις ιδιαίτερα των άκρων. Συχνά η κεφαλή κλίνει προς τα πίσω, ο λαιμός προεκτείνεται και είναι τεντωμένος, το στόμα μένει ανοικτό και η γλώσσα προεξέχει (Κυπριωτάκης, 2000).

Σύμφωνα με τους Καίλα- Πολεμικό- Φιλίππου (1995), οι επιμέρους μορφές εγκεφαλικών κινητικών διαταραχών αποτελούνται και από τις **επιμέρους μορφές της παιδικής εγκεφαλικής παράλυσης**, οι οποίες κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν παρακάτω:

Τετραπληγία: Η τετραπληγία είναι τέλεια ή ατελής παράλυση που προσβάλλει και τα τέσσερα μέλη του σώματος (άνω και κάτω άκρα) συμπεριλαμβανομένου του κορμού και της κεφαλής (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).

Ημιπληγία: Σε περιπτώσεις ημιπληγίας προσβάλλεται ολόκληρη η μία πλευρά του σώματος (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).

Παραπληγία: Παράλυση των κάτω άκρων.

Μονοπληγία: Πρόκειται για παράλυση ενός άκρου (Καίλα -Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).

3.4.5 Η επιληψία

Αποτελεί μία από τις πιο ιδιόμορφες νευρολογικές καταστάσεις που εκδηλώνονται στην παιδική ηλικία. Σήμερα έχει γίνει πιο αποδεκτό ότι η επιληψία δεν είναι μία νόσος αλλά ένα σύνδρομο. Η επιληψία είναι δυνατόν να σχετίζεται με διαταραχές όπως η εγκεφαλική παράλυση, άλλες μορφές εγκεφαλοπάθειας ή σοβαρές περιπτώσεις νοητικής απόκλισης (Κρουστάκης, 2003).

Τα παιδιά παρουσιάζουν συχνότερες κρίσεις σπασμών από τους ενήλικους.

Οι συχνότερες και σημαντικότερες μορφές επιληψίας είναι:

- Μείζων επιληπτική κρίση: Πρόκειται για μια παροδική επιληπτική διέγερση που εκδηλώνεται με σειρά σπασμών
- Η ελάσσων επιληπτική κρίση: Η κρίση αυτού του είδους αρχίζει και τελειώνει απότομα για αυτό μπορεί να περάσει απαρατήρητη. Στην κρίση αυτή δεν υπάρχει επιληπτική αύρα, κραυγή, σπασμοί και άλλα συνοδά συμπτώματα.
- Η ψυχοκινητική κρίση: Είναι μία νευρολογική διέγερση που εμφανίζεται σπάνια σε παιδιά. Όταν εκδηλωθεί, το άτομο περιπίπτει σε κατάσταση έκστασης, συμπεριφέρεται απρόβλεπτα, ξεφωνίζει, εκσφενδονίζει αντικείμενα ή ξεσκίζει τα ενδύματά του (Κρουστάκης, 2003).

3.4.6 Η δισχιδής ράχη

Είναι μία συνήθης συγγενής ασθένεια κατά την οποία το οστεινό περικάλυμμα της σπονδυλικής στήλης δεν καλύπτει πλήρως το νευρικό σωλήνα, αλλά αφήνει ένα άνοιγμα στο κατώτερο μέρος της οσφυικής ζώνης. Η δισχιδής ράχη μπορεί να συνοδεύεται από υδροκεφαλία, δηλαδή αύξηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που προξενεί διεύρυνση της κρανιακής κοιλότητας. Η δισχιδής ράχη εκδηλώνεται με τρεις μορφές:

- Ως λανθάνουσα Δισχιδή ράχη. παρουσιάζει μία τούφα με τρίχες στο άνοιγμα της οσφυικής ζώνης. Συνήθως δεν παρατηρείται κάποια νευρολογική ανικανότητα.

- Ως μηνιγγοκήλη: Αναπτύσσεται μία κύστη με υγρό στο σημείο της οσφυικής ζώνης. Συνήθως δεν παρατηρείται κάποια νευρολογική ανικανότητα.
- Ως μυελομηνιγγοκήλη: Έχει διαμορφωθεί το μηνιγγικό σακίδιο που περιέχει υγρό και νευρικές απολήξεις. Είναι η συνηθέστερη μορφή δισχιδούς ράχης. Συνοδεύεται από παράλυση των κάτω άκρων, ακράτεια και έλλειψη ελέγχου των σφιγκτήρων.

Τα άτομα με Δισχιδή ράχη και υδροκεφαλία παρουσιάζουν πολλά προβλήματα (αισθητηριακές δυσλειτουργίες, ακράτεια, κινητικά προβλήματα, αντιληπτικές δυσκολίες κ.α.) που επηρεάζουν την όλη ανάπτυξη της προσωπικότητας και την συμπεριφορά τους (Στασινός, 2001).

3.4.7 Άτομα με κινητική δυσλειτουργία ορθοπεδικής φύσεως

Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν κάποια σωματική μειονεξία, η οποία επηρεάζει άμεσα την συντονισμένη φυσιολογική λειτουργία των οστών των αρθρώσεων και των μυών. Επομένως επηρεάζει και όλη την κινητικότητα του παιδιού. Η ορθοπεδική αυτή μειονεξία μπορεί να είναι εκ γενετής ή επίκτητη, οριστικής μορφής ή εξελισσόμενη κατάσταση (Κουκλογιάννου – Δοριζιώτου, 1990).

A. Άτομα με συγγενή ορθοπεδική μειονεξία

Τα παιδιά αυτά, γεννιούνται με κάποια δυσλειτουργία των νεύρων ή ατέλεια των μυών και των οστών, που οφείλεται σε κληρονομικό παράγοντα ή σε αναπτυξιακή βλάβη κατά την προγεννητική περίοδο. Μεταξύ άλλων μορφών ορθοπεδικής ατέλειας υπάρχουν και οι ακόλουθες:

- Η φωκομέλια: Είναι συγγενής σωματική δυσμορφία κατά την οποία τα χέρια στερούνται βραχιόνων και αντιβραχιόνων, τα πόδια επίσης κνημών και μηρών. Είναι αποτέλεσμα ή συγγενών διαταραχών ή λήψης φαρμάκων (Θαλιδομήδης – δεκαετία του 1960) κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.
- Η συνδακτυλία: Είναι μία ορθοπεδική ατέλεια κατά την οποία υπάρχει σύμφυση δύο ή περισσότερων δακτύλων των χεριών ή των ποδιών.
- Η ραιβοποδία: Είναι πάθηση συγγενής ή επίκτητη που οφείλεται συνήθως σε κακή στάση και συμπίεση του εμβρύου λόγω έλλειψης επαρκούς χώρου.

- Το ραιβόκρανο: Είναι συγγενής ή επίκτητη ορθοπεδική κατάσταση κατά την οποία έχει διαμορφωθεί μία μόνιμη ελαττωματική κλίση της κεφαλής προς τη μία πλευρά του σώματος.
- Η χονδροδυστροφία: Είναι εγγενής διαταραχή του χόνδρινου ιστού, του σκελετού που προξενεί ατέλειες στα άκρα (Κουκλογιάννου – Δοριζιώτου, 1990).

B. Ατομα με επίκτητη ορθοπεδική δυσλειτουργία

Υπάρχουν περιπτώσεις ατόμων που απέκτησαν ορθοπεδικής φύσεως μειονεξίες κατά τη μεταγεννητική περίοδο. Οι ατέλειες ή οι αναπηρίες αυτές, οφείλονται σε μολυσματικές ασθένειες, σε ατυχήματα με σοβαρό τραυματισμό που συνέβησαν σε καθημερινές καταστάσεις της ζωής τους (τροχαία-σχολικά ατυχήματα) (Κουκλογιάννου – Δοριζιώτου, 1990).

Οι σημαντικότερες από αυτές τις ατέλειες, είναι οι εξής:

- Η σκολίωση: η μόνιμη προς τα πλάγια παρέκκλιση της σπονδυλικής στήλης από την φυσιολογική ευθεία γραμμή.
- Η λόρδωση: η προς τα εμπρός κύρτωση της σπονδυλικής στήλης.
- Η κύφωση: η προς τα πίσω κύρτωση της σπονδυλικής στήλης (Κουκλογιάννου – Δοριζιώτου, 1990).

3.4.8 Διαταραχή του λόγου

A. Έννοια

Οι γλωσσικές διαταραχές μόνιμη ή προσωρινή ανικανότητα του ατόμου, σε μικρή ή μεγάλη έκταση να κατανοεί, να επεξεργάζεται την γλώσσα που μιλούν οι συνάνθρωποι του και να εκφράζεται με αυτήν.

Οι γλωσσικές διαταραχές είναι ποικίλης αιτιολογίας και εκδηλώνονται με διάφορες μορφές, όπως είναι η καθυστέρηση στην εξέλιξη της γλώσσας, η ανωμαλία στη σύνδεση της φωνής κατά την προφορά των φθόγγων, των συλλαβών, των λέξεων (Κυπριωτάκης, 2000).

B. Συμπτωματολογία

Οι διαταραχές του λόγου εκδηλώνονται περισσότερο με τις παρακάτω μορφές:

- Επιβράδυνση της γλωσσικής εξέλιξης: Η ομιλία καθυστερεί σε σύγκριση με τα κανονικά παιδιά. Οι πρώτες φράσεις σχηματίζονται μεταξύ του 3ου και του 6ου έτους. Η ομιλία συνοδεύεται από φωνητική ανωριμότητα και κακή άρθρωση (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).
- Ψευδισμός: Πρόκειται για κακή άρθρωση των φθόγγων, συνήθως συμφώνων για ανικανότητα σωστής προφοράς ή ακόμη και για παντελή έλλειψη ορισμένων φθόγγων (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).
- Διαγραμματισμός: Η αδυναμία του ατόμου να εκφράσει τις σκέψεις του (ροή του λόγου) με τους γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).
- Δυσλεξία: Πρόκειται για μαθησιακή διαταραχή, μέσα στα πλαίσια του ευρύτερου συνδρόμου της υπερκινητικότητας (διεθνής όρος ADHD), που εστιάζεται στην αδυναμία του ατόμου να κατανοεί και να αναπαράγει τα γραπτά σύμβολα (δυσκολίες στην εκμάθηση του γραπτού λόγου-ανάγνωσης και γραφής (Καίλα – Πολεμικός - Φιλίππου, 1995).
- Δυσαρθρίες: Οι δυσαρθρίες αποτελούν δυσκολίες στην άρθρωση με αποτέλεσμα ο τρόπος παραγωγής των φθόγγων να είναι λαθεμένος. Πρόκειται δηλαδή για μερική απώλεια ικανότητας παραγωγής των λέξεων που οφείλεται σε διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η παντελής απώλεια της άρθρωσης ονομάζεται αναρθρία(Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).
- Δυσγλωσσίες: Οι διαταραχές της άρθρωσης που οφείλονται σε οργανικές αλλαγές των εξωτερικών γλωσσικών οργάνων(Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995) .
- Τραυλισμός: Είναι διαταραχή του ρυθμού ομιλίας. Ο τραυλός επαναλαμβάνει ρυθμικά τους φθόγγους ή τις συλλαβές όταν ομιλεί. Η πάθηση δημιουργείται με τη διακοπή του λόγου ως συνέπεια ασυντόνιστων κινήσεων των μυών που ρυθμίζουν την αναπνοή, τη φωνή και την άρθρωση (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).
- Αφωνία: Η απώλεια του ήχου ονομάζεται αφωνία. Τα αίτια που προκαλούν την αφωνία είναι οργανικής ή ψυχογενούς προέλευσης. Ανάλογα με τη διαταραχή, προκύπτουν μαθησιακά προβλήματα, με αντίστοιχη μείωση της σχολικής επίδοσης. Η αντικοινωνική συμπεριφορά και οι δυσκολίες κοινωνικής

ενσωμάτωσης που παρατηρούνται στα άτομα που πάσχουν από διαταραχές του λόγου, οφείλονται κυρίως στην έλλειψη γλωσσικής επικοινωνίας. Εγωκεντρισμός, επιθετικότητα και ανασφάλεια είναι μερικά από τα ακόλουθα των διαταραχών του λόγου (Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995)

Γ. Αίτια

Τα αίτια των διαταραχών του λόγου είναι ετερογενή και δεν αποδεικνύεται εύκολα η ύπαρξή τους. Οι διαταραχές αυτές, μπορεί να οφείλονται σε λειτουργικά ή οργανικά αίτια συγγενούς ή επίκτητης προέλευσης. Τα αίτια χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- **Οργανικά αίτια:** Σε αυτά ανήκουν παραμορφώσεις και βλάβες του γλωσσικού οργάνου (πηγούνη, γλώσσα, μύτη, χείλη, δόντια, φωνητικές χορδές). Οι νευρολογικές βλάβες των κέντρων της ομιλίας, οι πυραμιδικές και εξωπυραμιδικές βλάβες που προκύπτουν από τραυματισμούς ή ασθένειες, μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές διαταραχές του λόγου (Κορυσταλάκης, 2003).
- **Ελαττώματα στην ακοή ή την όραση** αποτελούν επίσης συχνή αιτία διαταραχών του λόγου. Παιδιά με νοητική ανεπάρκεια χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να μάθουν να προσφέρουν τους διάφορους φθόγγους ή αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν σωστά τη γλώσσα, ανάλογα με το βαθμό της νοητικής ανεπάρκειάς τους (Κορυσταλάκης, 2003).
- **Κληρονομικά αίτια:** Πολλές μορφές διαταραχών του λόγου συνδέονται στενά με κληρονομικούς παράγοντες. Επίσης σε ιδιοσυγκρασιακά αίτια οφείλεται η καθυστέρηση της αισθησιοκινητικής ωρίμανσης και η προδιάθεση για διαταραχή του λόγου (Κρυσταλάκης, 2003).
- **Ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια:** Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας, οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, ο μεγάλος αριθμός παιδιών μέσα στην οικογένεια, το φτωχό σε ερεθίσματα περιβάλλον, η έλλειψη κινήτρων, ενδιαφέροντος και ευκαιριών για διάβασμα και γλωσσική άσκηση ασκούν ανασταλτική επίδραση στην εξέλιξη του γλωσσικού οργάνου ή και σοβαρές που έχουν μόνιμο ή προσωρινό χαρακτήρα (Κρυσταλάκης, 2003).

- Διαταραχές του λόγου, συναντούμε επίσης εξαιτίας «συναισθηματικών ή ψυχογενών» αιτιών, κακών γλωσσικών προτύπων, υπερπροστασίας, αυστηρότητας των γονέων, ιδρυματισμού, παλινδρόμησης και άγχους (Κρουσταλάκης, 2003).

3.4.9 Διαταραχή της συμπεριφοράς

A. Έννοια

Ο κοινωνικό - πολιτιστικός περίγυρος ασκεί στον άνθρωπο, κατά την περίοδο της ανάπτυξής του μεγάλη επίδραση. Τον μορφοποιεί έτσι ώστε να αναπτύσσονται σε αυτόν τέτοιες μορφές συμπεριφοράς και αντίληψης που να διευκολύνουν την προσαρμογή του. Πρόκειται για συμπλέγματα αλληλεπίδρασης που βοηθούν τον αναπτυσσόμενο άνθρωπο στην κοινωνικοποίησή του.

Στην πλειονότητά τους οι διαταραχές της συμπεριφοράς οφείλονται σε δυσμενείς επιδράσεις του περιγυρου, σε λαθεμένη αγωγή, σε μη ευνοϊκές καταστάσεις ανάπτυξης. (Βοσνιάδου, 1991).

Στο σύνολό τους οι διαταραχές της συμπεριφοράς θεωρούνται σαν ανικανότητα του ανθρώπου να προσαρμοστεί σε νέες καταστάσεις. Άτομα με διαταραχές της συμπεριφοράς προβαίνουν ασυνείδητα ή ενσυνείδητα σε ενέργειες που εμποδίζουν την κοινωνική τους ενσωμάτωση, την συναισθηματική και ψυχική τους ισορροπία ή βλάπτουν πιθανώς με αυτές άλλους ανθρώπους (Βοσνιάδου, 1991).

Γενικά οι διαταραχές της συμπεριφοράς είναι μορφές έκφρασης μιας ελλιπούς κοινωνικοποίησης και η παρουσία τους στον άνθρωπο συνθέτει ένα σοβαρό πρόβλημα από παιδαγωγική, κοινωνιολογική και ψυχολογική άποψη (Βοσνιάδου, 1991).

B. Συμπτωματολογία

Με την παρατήρηση, μπορούμε να διαπιστώσουμε τις μορφές με τις οποίες εκδηλώνονται οι διαταραχές της συμπεριφοράς. Άλλοτε η παρατήρηση στρέφεται σε αυτό που βλέπουμε, στην επιφάνεια. Πρόκειται για την φαινομενολογική θεώρηση του προβλήματος. Άλλοτε η προσοχή μας στρέφεται στην «εσωτερική» διάσταση του προβλήματος, στις ψυχικές διαδικασίες που «εννοούνται» με αυτό που εκδηλώνεται, τη συμπεριφορά. Πρόκειται τότε για την λειτουργική διάσταση (Κυπριωτάκης, 2000).

Γ. Αίτια

Η αναζήτηση και ο εντοπισμός των αιτιών που δημιουργούν τις διαταραχές στην συμπεριφορά είναι το προαπαιτούμενο για την θεραπευτική παρέμβαση. Αν δεχτούμε ότι η αγωγή αποτελεί φαινόμενο αλληλεπίδρασης που βοηθάει τον άνθρωπο κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του να ενσωματωθεί στην κοινωνία που φυσιολογικά ανήκει (κοινωνικοποίηση) να γίνει αυτόνομο μέλος και να σκέπτεται ελεύθερα, τότε τα αίτια των διαταραχών στην συμπεριφορά εντοπίζονται στο ίδιο το άτομο ή σε δυσμενείς επιδράσεις του περιγυρου (Κρουσταλάκης, 2003).

Σύμφωνα με τον Κρουσταλάκη (2003), τα αίτια τα οποία οδηγούν ένα άτομο στη διαταραχή της συμπεριφοράς χωρίζονται σε οργανικά αίτια και σε κοινωνικά-ψυχικά αίτια.

➤ Οργανικά Αίτια

Μερικά από τα αίτια που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε διαταραχές της συμπεριφοράς είναι:

- Σωματική αναπηρία
- Βλάβες του εγκεφάλου (μεγάλο ποσοστό ατόμων με διαταραχές της συμπεριφοράς παρουσιάζει εγκεφαλικές βλάβες)
- Λειτουργικές διαταραχές (διαταραχές στο ενδοκρινικό σύστημα, διαταραχές στο μεταβολισμό, ψυχώσεις, κ.α.) (Κρουσταλάκης, 2003).

➤ Δυσμενείς επιδράσεις του περιβάλλοντος

- **Η ελλιπής αγωγή (παιδαγωγική άποψη)** : Μία κατηγορία παιδιών, δεν έχει το προνόμιο να τύχει σωστής και ολοκληρωμένης αγωγής. Με βάση τις μαθησιακές διαδικασίες διακρίνουμε τις εξής μορφές ελλιπούς αγωγής:
- **Εγκατάλειψη**: Το παιδί αναπτύσσεται χωρίς να μαθαίνει σωστές μορφές συμπεριφοράς. Λείπουν πρότυπα, και ενδιαφέροντα. Μπορεί μάλιστα να υιοθετήσει και αρνητικές μορφές συμπεριφοράς (αρνητικά πρότυπα) ικανοποιώντας εγωιστικές του ανάγκες.
- **Σφάλματα στον προσανατολισμό**: Αναπτύσσονται σχήματα συμπεριφοράς με τα οποία το παιδί δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει «σωστά» καταστάσεις και γεγονότα (δυσκολίες κοινωνικοποίησης) π.χ. σκόπιμη ή αθέλητη αποδοκιμασία

σωστής συμπεριφοράς, ελλιπής ή άσκοπη προσφορά προτύπων, έλλειψη προώθησης)

- **Ασυνέπεια:** Αλληλοσυγκρούονται οι μορφές συμπεριφοράς που προσφέρονται. Κάτω από τέτοιες συνθήκες αναπτύσσονται συναισθήματα αβεβαιότητας, ανασφάλειας, στρες και γενικά ψυχικής πίεσης (Κρουσταλάκης, 2003).

➤ **Κοινωνικά Αίτια**

- Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό στρώμα (φτώχεια)
- Η στενότητα χώρου στο σπίτι, στο σχολείο, στη θέση εργασίας
- Ο μεγάλος αριθμός μαθητών στην τάξη
- Η ηχορύπανση και οι θόρυβοι
- Η συχνή αλλαγή ομάδας, δασκάλου, κατοικίας
- Ο ιδρυματισμός
- Η ένταση της οικογενειακής ή και της σχολικής ατμόσφαιρας (Μάνου, 1997)

3.4.10 Διαταραχή της μάθησης

A. Έννοια

Το σημερινό σχολείο, είναι δομημένο πάνω σε ιστορικό - κοινωνικοοικονομικές βάσεις, και αποβλέπει μεταξύ άλλων, στη μετάδοση γνώσεων και δεξιοτήτων οι οποίες αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την κάλυψη επαγγελματικών απαιτήσεων που αναβαθμίζονται συνεχώς (Κυπριωτάκης, 2000).

Συχνά διαπιστώνουμε σε μαθητές μας διαταραχές στη μάθηση, που παρουσιάζονται είτε σε ένα μάθημα (μερική διαταραχή) είτε σε περισσότερα είτε και σε όλα τα μαθήματα (γενική ή ολική διαταραχή). Οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονται βαθμιαία ή και ξαφνικά και διαρκούν άλλοτε λίγο και άλλοτε πολύ (Κυπριωτάκης, 2000).

Η αδυναμία αυτή του μαθητή να ανταποκριθεί στις σχολικές διδακτικές απαιτήσεις αποτελεί διαταραχή στη μάθηση. Έτσι με τον όρο διαταραχές στη μάθηση εννοούμε, κάτω από τη στενή του έννοια, την πτώση της επίδοσης ενός μαθητή κάτω από το επίπεδο του χρονολογικού σταδίου εξέλιξης του.

Η διαφορά που προκύπτει ανάμεσα στις σχολικές διδακτικές απαιτήσεις και στις επιδόσεις προσδιορίζει την έκταση των διαταραχών στην μάθηση (Κυπριωτάκης, 2000).

B. Συμπτωματολογία

Η χαλάρωση σε ότι αφορά τις σχολικές ενασχολήσεις και δραστηριότητες και η ουσιαστική πτώση των σχολικών επιδόσεων, αποτελούν βασικό γνώρισμα των παιδιών με διαταραχές στη μάθηση. Στο σχολικό μας σύστημα η παρουσία μαθησιακών διαταραχών επιβεβαιώνεται με τους χαμηλούς βαθμούς (Καίλα – Πολεμικός - Φιλίππου, 1995).

Οι μαθητές με διαταραχές μάθησης, κατά την εκτέλεση των σχολικών εργασιών τους, ζωγραφίζουν, μουντζουρώνουν βιβλία, διαβάζουν ενδιάμεσα άλλα αναγνώσματα, πίνουν, κοιτάζουν έξω, ονειροπολούν.

Η προσοχή διασπάται σε τέτοια έκταση, ώστε ανακάμπτεται η διαδικασία της μάθησης και παρουσιάζεται κατά συνέπεια η αποτυχία. Για να ετοιμάσουν στο σπίτι τις σχολικές τους εργασίες θέλουν να έχουν δίπλα τους κάποιο πρόσωπο και συνήθως τη μητέρα (Καίλα – Πολεμικός - Φιλίππου, 1995).

Η συμπεριφορά τους μέσα στην τάξη γίνεται προβληματική. Προσπαθούν με κάθε τρόπο να επισύρουν την προσοχή των άλλων. Γίνονται επιθετικοί, καβγαδίζουν και προκαλούν ποικιλότητα τα γέλια των συμμαθητών τους (Καίλα – Πολεμικός - Φιλίππου, 1995).

Το σύνδρομο των μαθησιακών διαταραχών συνοδεύεται συνήθως και από άλλα συμπτώματα όπως είναι η ονυχοφαγία, το τράβηγμα των μαλλιών, τα διάφορα τικ, η υπερκινητικότητα κ.α. Επίσης εμφανίζονται διαταραχές στην λειτουργία των διαφόρων οργάνων, στην αναπνοή, στην εφίδρωση, πυρετός, διάρροια, δυσκοιλιότητα, ενούρηση, αϋπνία και υπερβολική κούραση (Καίλα – Πολεμικός - Φιλίππου, 1995).

Γ. Αίτια

Η μάθηση στον άνθρωπο, αποτελεί ένα φαινόμενο αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε αυτόν και το περιβάλλον, με αποτέλεσμα την αλλαγή της συμπεριφοράς του. Η επίδοση όπως και οι διαταραχές στην μάθηση είναι εξαρτημένες παράμετροι που διαρκώς επηρεάζονται από πολλές ανεξάρτητες παραμέτρους (Κρουσταλάκης, 2003).

Οι ψυχικές διαταραχές, όπως μπορούμε να χαρακτηρίσουμε και τις διαταραχές στην μάθηση, δεν αποτελούν μόνο υπόθεση του ατόμου στο οποίο εμφανίζονται, αλλά είναι υπόθεση όλης της οικογένειας.

Το ορφάνεμα, η στέρηση των γονιών, ο ιδρυματισμός, το διαζύγιο, οι αρρώστιες, η έλλειψη δεσμού ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά και ανάμεσα στα αδέρφια, η καταπιεστική και αυταρχική αγωγή, η εγκατάλειψη, οι διαταραχές στις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, η υπερπροστασία και η υπερπροσφορά ανασταλτικών ερεθισμάτων για την μάθηση, αποτελούν μερικά βασικά αίτια που οδηγούν σε διαταραχές της μάθησης (Κρουσταλάκης, 2003).

Εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις, συναντούμε σε κάθε σχολείο μαθητές που προέρχονται από όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Επειδή όμως η σχολική επίδοση και γενικά η μάθηση επηρεάζονται αποφασιστικά από τις εξωσχολικές επιδράσεις, ιδιαίτερα από την κοινωνική και οικονομική κατάσταση της οικογένειας, το σχολείο επιβάλλεται να προσφέρει σε όλους τους μαθητές τις ίδιες ευκαιρίες εκκίνησης. Το σχολικό περιβάλλον και ιδιαίτερα ο δάσκαλος, επιδρά αποφασιστικά στη μάθηση των μαθητών. Η φιλικότητα, η ευγένεια, η ενθάρρυνση, η αναγνώριση και γενικά η παρώθηση συντελούν στο ανέβασμα της επίδοσης. Απεναντίας η αποδοκιμασία, η αυταρχική συμπεριφορά, η καταπίεση και η ψυχική ένταση μέσα στην τάξη συνθέτουν μερικά από τα αίτια των διαταραχών στην μάθηση (Κρουσταλάκης, 2003).

Στις διαδικασίες μάθησης ο μαθητής κατέχει κεντρική θέση, αφού η μάθηση επηρεάζει και επηρεάζεται ή και εξαρτάται αποκλειστικά από την σωματική, νευροφυσιολογική και ψυχολογική κατάσταση του. Η αδυναμία του ατόμου για συγκέντρωση της προσοχής του αποτελεί την πιο συχνή αιτία των σχολικών αποτυχιών. Αυτό είναι βέβαια ευνόητο, αφού η σκέψη εξαρτάται από την ψυχική διάθεση και ισορροπία. Διαταραχή της προσοχής σημαίνει διάσπαση της σκέψης. Η διάσπαση της προσοχής οφείλεται περισσότερο σε εσωτερικά αίτια και λιγότερο σε εξωτερικά. Συχνά συνοδεύει την διαταραχή της προσοχής, η έλλειψη της διάθεσης για δουλειά (Κρουσταλάκης, 2003).

Η ψυχική πίεση με τις διάφορες μορφές που εκδηλώνεται (άγχος, αγωνίες, φοβία, στρες, κ.α.) επιδρά αρνητικά στην επίδοση των μαθητών και δημιουργεί βιώματα απογοήτευσης και αποτυχίας, ανησυχία και ανασφάλεια. Η πίεση που ασκείται στο μαθητή από το σχολείο και την οικογένεια, είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μεγαλύτερη είναι η αδυναμία του, με αποτέλεσμα το πρόβλημα να γίνεται εντονότερο (Κρουσταλάκης, 2003).

3.4.11 Νοητική ανεπάρκεια

A. Έννοια

Ως νοητική ανεπάρκεια θεωρούμε την αισθητή απόκλιση από το κανονικό στην πνευματική εξέλιξη ενός ατόμου. Για τις αποκλίσεις αυτές η ιατρική χρησιμοποιεί τον όρο «νοητική ανεπάρκεια». Έτσι οι συγγραφείς, ανάλογα με τις προτιμήσεις και την προέλευσή τους, χρησιμοποιούν και άλλους ταυτόσημους όρους όπως «διανοητική καθυστέρηση», «πνευματική καθυστέρηση», ανεπάρκεια νοημοσύνης (Κυπριωτάκης,2000).

Στο λεξικό της ψυχολογίας, του N.Sillamy, η νοητική ανεπάρκεια ορίζεται ως συγγενής ανεπάρκεια στην ανάπτυξη της νοημοσύνης, που εκδηλώνεται ενωρίς και που συνήθως δεν είναι δυνατόν να αναπληρωθεί (Κυπριωτάκης,2000).

Ο A.Binet προσπάθησε να ορίσει τη νοητική ανεπάρκεια με αναφορά στα εξελικτικά κριτήρια. Καθυστερημένο είναι το παιδί που από την άποψη της νοητικής εξέλιξης εξομοιώνεται με ένα κανονικό παιδί μικρότερης ηλικίας. Είναι όμως ένα παιδί που εξελίσσεται αργά και που η ανάπτυξη του θα σταματήσει στο δρόμο (Κυπριωτάκης,2000).

Επικρατέστερος πάντως είναι ο ορισμός που διατυπώθηκε από την αμερικάνικη Ένωση για την Νοητική Ανεπάρκεια.

Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η νοητική καθυστέρηση χαρακτηρίζεται από γενική νοητική ανάπτυξη κάτω του μέσου όρου εμφανίζεται στην περίοδο της ανάπτυξης και συνοδεύεται από υποβαθμισμένη προσαρμοστική συμπεριφορά. Ως περίοδος ανάπτυξης θεωρείται η εμβρυική, η βρεφική, η νηπιακή, η παιδική και η εφηβική ηλικία. Ακόμη, η υποβαθμισμένη κοινωνική συμπεριφορά μπορεί να αναφέρεται στην ωρίμανση, στη μάθηση ή στην κοινωνική ένταξη. Σύμφωνα με όσα τονίζει η Αμερικάνικη Ένωση για την Νοητική ανεπάρκεια, μιλούμε για νοητική ανεπάρκεια, όταν υπάρχουν καθαρά τρία χαρακτηριστικά που περιέχονται στον ορισμό: νοητική εξέλιξη κάτω του μέσου όρου, εμφάνιση της διαταραχής στην περίοδο που αναπτύσσεται το άτομο, υποβαθμισμένη προσαρμοστική συμπεριφορά (Κυπριωτάκης,2000).

B. Χαρακτηριστικά της νοητικής ανεπάρκειας

Το πρώτο χαρακτηριστικό της νοητικής ανεπάρκειας είναι ότι η διαταραχή δεν περιορίζεται στην νοημοσύνη, αλλά εκτείνεται στο σύνολο των ψυχικών και

αισθησιοκινητικών λειτουργιών. Η νοητική ανεπάρκεια συνοδεύεται π.χ. από ατελή προσαρμογή στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, μειωμένη συναισθηματικότητα, αμφιθυμικές διαταραχές, προσβολή της κινητικότητας, γλωσσική ανεπάρκεια. Η γλωσσική μάλιστα ανεπάρκεια είναι συχνά τόσο εμφανής, ώστε οδήγησε τον Binet να καθορίσει τις τρεις βαθμίδες νοητικής ανεπάρκειας με σπουδαιότερο κριτήριο την γλωσσική ικανότητα γραπτή ή προφορική (Κυπριωτάκης, 2000).

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό της νοητικής ανεπάρκειας είναι η μονιμότητα, το μη επανορθώσιμο της διαταραχής. Ο καθυστερημένος νοητικά δεν είναι δυνατόν να μεταμορφωθεί σε άτομο κανονικής νοημοσύνης (Κυπριωτάκης, 2000).

Άλλο γνώρισμα της νοητικής ανεπάρκειας είναι ο αργός ρυθμός και η πρόωρη παύση της ανάπτυξης των ψυχικών λειτουργιών. Επιπλέον, η κάθε λειτουργία έχει το δικό της ρυθμό και το δικό της χρονικό όριο. Συνήθως, δυσμενέστερη είναι η εξέλιξη των λογικών και ορισμένων γνωστικών μηχανισμών (Κυπριωτάκης, 2000).

Σε σύγκριση με την ψυχοκινητική λειτουργία, η αντίληψη και η παράσταση του χώρου και του χρόνου εξελίσσονται με βραδύτερο ρυθμό και η ανάπτυξή τους, παύει νωρίτερα. Η νοητική ανεπάρκεια, είναι κατάσταση πρωτογενής και μη επανορθώσιμη με συμπτώματα την μειονεξία του ατόμου στο πνευματικό τομέα, την δυσκολία προσαρμογής του στο περιβάλλον, την κοινωνική ανωριμότητα και την επέκταση της διαταραχής στο σύνολο σχεδόν του ψυχοσωματικού μηχανισμού του ατόμου. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων αυτών, εξαρτάται φυσικά από τη βαθμίδα νοητικής ανεπάρκειας, στην οποία βρίσκεται το άτομο (Κυπριωτάκης, 2000).

Γ. Βαθμίδες Νοητικής Ανεπάρκειας

Ανάλογα με τη σοβαρότητά της, η νοητική ανεπάρκεια διακρίνεται σε διάφορες βαθμίδες. Σε γενικές γραμμές περιγράφονται τρεις βαθμίδες νοητικής ανεπάρκειας για τις οποίες η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, προτείνει τους όρους «βαριά», μέση και ελαφρά νοητική ανεπάρκεια (Κυπριωτάκης, 2000).

Βαριά Νοητική Ανεπάρκεια

Με τον όρο «Βαριά Νοητική Ανεπάρκεια» η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπονοεί τη χειρότερη μορφή νοητικής ανεπάρκειας. Τα άτομα που εντάσσονται στην κατηγορία αυτή, ανάλογα με το κριτήριο που χρησιμοποιείται, ονομάζονται ιδιώτες, ανεπίδεκτοι

αγωγής ή παντελώς εξαρτημένοι, άτομα πολύ κάτω του κανονικού (Κυπριωτάκης,2000).

Τα άτομα που έχουν δείκτη νοημοσύνης μικρότερο από 25 και πνευματική ηλικία κάτω από τρία έτη, ανήκουν στη βαριά νοητική ανεπάρκεια. Αλλά και η πνευματική αυτή ηλικία αποτελεί κάτι το συμβατικό και το πλασματικό, γιατί το φυσιολογικό παιδί των τριών ετών έχει εξαιρετη πλαστικότητα και άλλες δυνατότητες, που δεν υπάρχουν στα άτομα με βαριά νοητική ανεπάρκεια (Κυπριωτάκης, 2000).

Μέση Νοητική Ανεπάρκεια

Για την βαθμίδα αυτή της νοητικής ανεπάρκειας χρησιμοποιούνται οι όροι ασκήσιμοι ενώ στην ελληνική βιβλιογραφία χρησιμοποιήθηκε ο όρος «ηλίθιοι». Προτιμότερος, είναι ο όρος της ΠΟΥ «μέση νοητική ανεπάρκεια» που αποδίδει την πραγματικότητα και καλύπτει όλες τις τάσεις (Κυπριωτάκης, 2000).

Σύμφωνα με το βασικό κριτήριο του Binet, στην κατηγορία αυτή, ανήκουν τα άτομα που δεν μπορούν να κατανοήσουν τον γραπτό λόγο ούτε να τον χρησιμοποιήσουν στην επικοινωνία τους με τους άλλους. Δεν μπορούν να μάθουν ανάγνωση κ γραφή, καθώς επίσης και αριθμητική. Τους λείπει επομένως η ικανότητα για τις βασικές σχολικές μαθήσεις. Δεν θεωρούνται εκπαιδεύσιμοι, θεωρούνται όμως ασκήσιμοι. Είναι δηλαδή σε θέση να αποκτήσουν με την μίμηση και την άσκηση, ορισμένες γνώσεις, που θα τους επιτρέψουν να αυτοεξυπηρετούνται με στοιχειώδη έστω τρόπο, να παίρνουν μερικές συνηθισμένες προφυλάξεις, να εκτελούν μία απλή εργασία, συνήθως χειρονακτική που δεν χρειάζεται ιδιαίτερη επιδεξιότητα και πρωτοβουλία (Κυπριωτάκης,2000).

Η ελαφρά νοητική ανεπάρκεια

Σύμφωνα με την εκπαιδευτική ταξινόμηση, τα άτομα της κατηγορίας της, ονομάζονται εκπαιδεύσιμοι. Στην ελληνική βιβλιογραφία, χρησιμοποιείται ο όρος «μωρία». Προτιμότερος για ακόμη μία φορά, ο όρος της ΠΟΥ «ελαφρά νοητική ανεπάρκεια» παρά την ασάφεια που περικλείει. Μιλούμε για ελαφρά νοητική υστέρηση όταν η πνευματική ηλικία ενός ατόμου είναι ανώτερη των 7 και κατώτερη των 10 ετών ή όταν ο δείκτης νοημοσύνης κυμαίνεται μεταξύ του 50 και του 70. Τα όρια όμως, είναι ενδεικτικά. Τα όργανα που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση του Δ.Ν. έχουν πολλές ατέλειες, τα άτομα με τον ίδιο δείκτη νοημοσύνης δεν είναι ακριβώς πανομοιότυπα

στην συμπεριφορά και τις επιμέρους δυνατότητες και οι ερευνητές δεν αξιολογούν την ομαλή προσαρμογή με το ίδιο μέτρο(Κυπριωτάκης,2000).

Δ. Αίτια

Γενετικοί παράγοντες

Στους γενετικούς παράγοντες, όπως η κληρονομικότητα. Έρευνες στο γενεαλογικό δέντρο ατόμων με νοητική ανεπάρκεια επιβεβαιώνουν τον ρόλο της κληρονομικότητας. Υπολογίζεται π.χ. ότι οι πιθανότητες για μεταβίβαση της διαταραχής είναι επικίνδυνα μεγάλες (25%) όταν παρουσιάζει νοητική καθυστέρηση ο ένας μόνο από τους γονείς, πλησιάζουν το 80% όταν πάσχουν και οι δύο γονείς (Κυπριωτάκης,2000).

Παρά το μεγάλο σχετικά ποσοστό των καθυστερημένων ατόμων που προέρχονται από αλκοολικούς γονείς, είναι σήμερα βέβαιο ότι ο αλκοολισμός δεν θα επιφέρει μόνιμη και μεταβιβάσιμη αλλοίωση του γεννητικού κυττάρου. Οπωσδήποτε το οινόπνευμα ασκεί νοσογόνο επίδραση στους γεννητικούς αδένες καθώς και στο νεοσχηματιζόμενο οργανισμό (Κυπριωτάκης,2000).

Προσβολές κατά την κύηση

Οι καταστάσεις του μητρικού οργανισμού αντανακλούν στην εξέλιξη του εμβρύου. Ορισμένοι παράγοντες όταν εισαχθούν στο ενδομήτριο περιβάλλον προσβάλλουν το νευρικό ιστό που στην περίοδο αυτή είναι αρκετά ευπαθής, δημιουργώντας έτσι τις προϋποθέσεις για μία νοητική ανεπάρκεια ή άλλη ψυχική διαταραχή. Το αλκοόλ ανήκει στους παράγοντες αυτούς και μάλιστα στους πιο σημαντικούς. Η χρήση οινόπνευματώδων ποτών από τη μητέρα στη διάρκεια της κύησης, έστω και χαμηλής περιεκτικότητας ή σε μικρές ποσότητες χαρακτηρίζεται επικίνδυνη (Κυπριωτάκης,2000).

Η χρήση κάθε είδους φαρμάκων στη διάρκεια της κύησης, ενδέχεται επίσης να αποβεί μοιραία για την νοητική και γενικότερα την ψυχική εξέλιξη του παιδιού. Τα αντιβιοτικά, τα ψυχοτρόπα φάρμακα, τα ηρεμιστικά, ή κάθε είδους δρόγες θεωρούνται από τα πιο επικίνδυνα (Κυπριωτάκης,2000).

Οι ακτινοσκοπήσεις, οι ακτινογραφίες, οι κάθε είδους διαγνωστικές ακτινοβολίες, προκαλούν βαρύτατες και σχεδόν αναπόφευκτες αλλοιώσεις στο έμβρυο, έτσι ώστε να

είναι μάλλον βέβαιο ότι θα προκύψει μία σοβαρή νοητική ανεπάρκεια ή άλλη ψυχική διαταραχή (Κυπριωτάκης, 2000).

Στους νοσογόνους πρέπει ακόμη να προστεθούν και οι ποικίλες δηλητηριάσεις του μητρικού οργανισμού. Ο κίνδυνος στην περίπτωση αυτή δεν προέρχεται μόνο από δηλητηριάσεις οξείας μορφής όπως είναι οι τροφικές, οι ανοξίες κ.α. Μπορεί να προέλθει από τοξικές ουσίες, που η είσοδό τους στο αίμα πραγματοποιείται τμηματικά (Κυπριωτάκης, 2000).

Προσβολές της μητέρας στην διάρκεια της κύησης από ορισμένες μολυσματικές ασθένειες είναι δυνατόν να αποβούν μοιραίες για την πνευματική εξέλιξη του παιδιού (ερυθρά, παρωτίτιδα, τοξόπλασμα). Οι γνώμες διχάζονται προκειμένου για την επίδραση που ασκεί το κάπνισμα της μητέρας στο έμβρυο. Παραταύτα, η εισαγωγή της νικοτίνης στο αίμα, η ατελής οξυγόνωση του νευρικού ιστού και η μεταβολή της θερμοκρασίας είναι δυνατόν να έχουν άμεσες ή έμμεσες βλαβερές επιδράσεις (Κυπριωτάκης, 2000).

Η ατελής και μη φροντισμένη διατροφή της μητέρας και η παραμέληση του οργανισμού της μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην διανοητική εξέλιξη του παιδιού (Κυπριωτάκης, 2000).

Επεισόδια την ώρα του τοκετού

Ο πρόωρος τοκετός, βρίσκεται στη βάση αρκετών περιπτώσεων νοητικής καθυστέρησης. Ο κίνδυνος για νοητική καθυστέρηση είναι τόσο μεγαλύτερος, όσο πιο πρόωρος είναι ο τοκετός. Ορισμένοι μηχανισμοί του εμβρύου είναι ιδιαίτερα οι νευρικοί σχηματισμοί χρειάζονται στο ενδομήτριο περιβάλλον, για να αποκτήσουν ένα ανεκτό περιβάλλον ωρίμανσης και λειτουργίας, για την προσαρμογή τους στο ατμοσφαιρικό περιβάλλον. Τραυματισμοί και επεισόδια την ώρα του τοκετού, είναι επίσης δυνατόν να γίνουν αφετηρία πνευματικών καθυστερήσεων ή άλλων διαταραχών. Θέμα τραυματισμού υπάρχει σε κάθε περίπτωση δύσκολου τοκετού χωρίς να αποκλείεται και από τις κανονικές περιπτώσεις. Συχνότεροι όμως και συνήθως σοβαρότεροι, είναι οι τραυματισμοί που προκαλούνται από τη χρήση εμρυουλκού. Πολύ σοβαρότερες επιπτώσεις, έχουν επίσης οι καταστάσεις ασφυξίας που προκαλούνται είτε από βαθιά νάρκωση, είτε από συσπάσεις της μήτρας (Κυπριωτάκης, 2000).

Οι κακώσεις που προκαλούνται στην διάρκεια του τοκετού είναι ποικίλες: αιμορραγίες του εγκεφάλου, αιματώματα, εγκεφαλικά οιδήματα, νευρολογικές βλάβες κ.λ.π. Άμεσες επιπτώσεις των κακώσεων αυτών μπορεί να είναι η νεκροφάνεια, η καθυστέρηση της πρώτης αναπνοής, συσπάσεις που μακροπρόθεσμα οδηγούν εκτός των άλλων και σε νοητική ανεπάρκεια ή άλλες ψυχικές διαταραχές (Κυπριωτάκης,2000).

Μεταγεννητικοί παράγοντες

Η νοητική ανεπάρκεια έχει κάποτε την αρχή της σε συμβάντα της παιδικής ηλικίας. Τα περιστατικά της παιδικής ηλικίας που είναι δυνατόν να υποθάλψουν μία νοητική ανεπάρκεια, είναι κυρίως τα εξής:

Τραυματισμοί: οι πτώσεις των μικρών παιδιών είναι ακίνδυνες επειδή το σώμα τους έχει μεγάλη πλαστικότητα. Παρόλα αυτά δεν πρέπει να παραγνωρίζουμε το γεγονός ότι σε μερικές περιοχές όπως π.χ. το κρανίο, η ελαστικότητα των χόνδρων παρέχει μειωμένη προστασία σε εξαιρετικά ευπαθείς εσωτερικούς μηχανισμούς. Πτώσεις του βρέφους από το κρεβάτι, τραυματισμοί που θεωρούνται ασήμαντοι ή που δεν ανακοινώνονται στους γονείς με αποτέλεσμα να μην λαμβάνεται καμία φροντίδα, δημιουργούν κάποτε πολύ δυσάρεστες καταστάσεις, όπως είναι οι νοητικές ανεπάρκειες, οι επιληψίες κ.α. (Κυπριωτάκης,2000).

Ασθένειες ή άλλες διαταραχές: Οξείες εγκεφαλίτιδες, που άλλοτε σε απροσδιόριστες σχετικά μολύνσεις, άλλοτε εμφανίζονται ως επιπλοκές «παιδικών» νοσημάτων και άλλοτε έχουν επιδημικό χαρακτήρα, προσβάλλουν τα κύτταρα του εγκεφάλου με άμεσο ή έμμεσο τρόπο και δημιουργούν προϋποθέσεις για νοητικές ανεπάρκειες ή άλλες διαταραχές. Χρόνιες εγκεφαλοπάθειες ποικίλης και περίπλοκης αιτιολογίας, οδηγούν συχνά στο ίδιο αποτέλεσμα (Κυπριωτάκης,2000).

Διατροφή και διαβίωση: Η σωστή διατροφή και η υγιεινή διαβίωση αποτελούν συνάρτηση του βιοτικού επιπέδου, συνάρτηση της κοινωνικής και οικονομικής τάξης στην οποία ανήκει η οικογένεια και αποτελούν προϋπόθεση για την ομαλή ψυχοσωματική εξέλιξη του ατόμου. Δυσμενείς επιδράσεις ασκεί επίσης το άμεσο ανθρώπινο περιβάλλον του παιδιού. Ένα αποδιοργανωμένο περιβάλλον, μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικές διαταραχές , σε νεύρωση, να γίνει αφετηρία

αντικοινωνικής συμπεριφοράς θίγοντας σε μικρό μέρος την νοητική επάρκεια ενός παιδιού (Κυπριωτάκης,2000).

3.4.12 Αυτισμός

A. Έννοια

Ο παιδικός αυτισμός, είναι ένα από τα πιο σπάνια και σοβαρά σύνδρομα, με την αντιμετώπιση του οποίου ασχολείται κατά κύριο λόγο η Ειδική Αγωγή. Πρόκειται για μια βαριάς μορφής γενική διαταραχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς κατά την οποία το παιδί, αυτοπεριορίζεται στον προσωπικό του κόσμο των βιώσεων και των ιδεών του και αρνείται κάθε επικοινωνία με το περιβάλλον του (Κρουσταλάκης,2007).

Για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, επικράτησε η άποψη πως ο αυτισμός είναι μια βαριά λειτουργική ψυχική διαταραχή με πρώιμη έναρξη, με άλλα λόγια μια πρώιμη μορφή νηπιακής ψύχωσης. Κατ'ουσίαν όμως, οι περισσότεροι ειδικοί πίστευαν πως ο αυτισμός μπορεί να αποτελεί την πρώιμη εμφάνιση της σχιζοφρένειας (Κρουσταλάκης,2007).

Τα τελευταία χρόνια, υποστηρίζεται η άποψη πως οι επιστημονικές αυτές θεωρίες δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Οι επικρατέστερες σύγχρονες αντιλήψεις για τον αυτισμό, διαμορφώνονται σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, που μας οδηγούν σε μία ευρείας αποδοχής διεπιστημονική θέση. Σύμφωνα με αυτή, το αυτιστικό σύνδρομο δεν αποτελεί μια ψυχωσική εκδήλωση αλλά είναι μία καθολική διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης, οργανικής προέλευσης, η οποία δεν είναι εύκολο να διερευνηθεί με τις συνήθεις νευρολογικές εξετάσεις (Κρουσταλάκης,2007).

Ο αυτισμός, εκδηλώνεται πολύ νωρίς, στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, ίσως και αργότερα, έως την ηλικία των 30 μηνών. Πιθανόν η γενική αυτή αναπτυξιακή παρέκκλιση να υπάρχει στο παιδί από τη γέννηση. Ενδεχομένως όμως, να δημιουργείται μέχρι τη συμπλήρωση του 2ου έτους ή και λίγο αργότερα (Κρουσταλάκης,2007).

B. Συμπτωματολογία

Τα κυριότερα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται ο αυτισμός, είναι τα εξής:

1. Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα:

Α. Έκδηλη έκπτωση στη χρήση πολλών εξωλεκτικών συμπεριφορών όπως η βλεματική επαφή, η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος και οι χειρονομίες για τη ρύθμιση της κοινωνικής συναλλαγής.

Β. Αποτυχία στην ανάπτυξη ανάλογων με το αναπτυξιακό επίπεδο σχέσεων με τους συνομηλίκους.

Γ. έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης συμμετοχής σε απολαύσεις και ενδιαφέροντα με άλλους ανθρώπους.

Δ. Έλλειψη κοινωνικής ή συγκινησιακής αμοιβαιότητας (Κρουσταλάκης,2007).

2. Ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

Α. Καθυστέρηση ή ολική έλλειψη της ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας – η οποία δεν συνοδεύεται από μία προσπάθεια αντιστάθμισης μέσα από εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, όπως οι χειρονομίες ή η μίμηση.

Β. Σε άτομα με επαρκή ομιλία, έκδηλη έκπτωση της ικανότητας να αρχίσουν ή να διατηρήσουν μια συζήτηση με άλλους.

Γ. Στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας ή χρήση ιδιοσυγκρασιακής γλώσσας.

Δ. Έλλειψη ποικίλλοντος αυθόρμητου παιχνιδιού, με παίξιμο ρόλων ή κοινωνική μίμηση.

3. Περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

Α. Ενασχόληση περιβαλλόμενη με ένα ή περισσότερα στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος, η οποία είναι μη φυσιολογική είτε σε ένταση, είτε σε εστίαση.

Β. εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε ειδικές, μη λειτουργικές συνήθειες.

Γ. Στερεότυπη και επαναληπτικοί κινητικοί μανιερισμοί.

Δ. Επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων (Κρουσταλάκης,2007) .

Γ. Αίτια

Οργανικοί- βιολογικοί παράγοντες

Οι εκπρόσωποι των βιολογικών θεωριών, διατυπώνουν την άποψη ότι ο νηπιακός αυτισμός, είναι μία διαταραχή, οργανικής προελεύσεως. Οφείλεται σε βλάβη ή αλλοιώσεις του εγκεφάλου που προήλθαν από μία σειρά αιτιών όπως είναι οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες, οι μεταβολικές διαταραχές, επιπλοκές κατά την προγεννητική, περιγεννητική και την νεογνική περίοδο, αίτια νευρολογικής φύσεως και άλλα.

Οι περιπτώσεις αυτιστικών παιδιών που παρουσιάζουν διάφορες μορφές εγκεφαλοπάθειας ή άλλων αυτιστικών παιδιών που εκδηλώνουν επιληπτικές κρίσεις, ενισχύουν την άποψη αυτή. Ο αυτισμός δεν κληρονομείται αυτουσίως, μεταδίδεται μάλλον ως μία προδιάθεση επιβράδυνσης της νοητικής και γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού (Κρουσταλάκης,2007).

Ψυχοδυναμικοί-περιβαλλοντικοί παράγοντες

Σε μία εποχή, που κυριαρχούσε στο χώρο της ψυχιατρικής η ψυχαναλυτική τάση, διατυπώθηκαν θεωρίες, σύμφωνα με τις οποίες η ψυχοδυναμική του εχθρικού και αφιλόξενου οικογενειακού περιβάλλοντος, είναι εκείνη που μπορεί να προκαλέσει την αυτιστική αντίδραση του παιδιού (Κρουσταλάκης,2007).

Πρώτος ο Kanner, διατύπωσε την άποψη αυτή. Σύμφωνα με τη θεωρία του το άγχος, η πολυπραγμοσύνη, η ψυχρότητα, η αδιαφορία και η απορριπτική στάση των γονέων προς το παιδί και κυρίως η αδυναμία της μητέρας να δημιουργήσει μία σχέση αγάπης με αυτό, οδηγούν το παιδί σε μία κατάσταση, αυτοαπομόνωσης και άρνησης της επικοινωνίας με τους ανθρώπους (Κρουσταλάκης,2007).

Δ. Χαρακτηριστικά συμπεριφοράς Αυτιστικού παιδιού

Τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του αυτιστικού παιδιού, είναι : Η έλλειψη κοινωνικής ανταπόκρισης και η αυτενασχόληση, η βασανιστική επιθυμία του αμετάβλητου, η οργάνωση του ζωτικού χώρου, οι ιδιόρρυθμες αισθητηριακές και συναισθηματικές αντιδράσεις, η ιδιόζουσα σχέση με τα αντικείμενα και το ιδιόρρυθμο παιχνίδι του αυτιστικού παιδιού (Κρουσταλάκης,2007).

3.4.13 Σύνδρομο down (Μογγολοειδής Ιδιωτεία)

A. Έννοια

Η μογγολοειδής ιδιωτεία ή μογγολισμός, πήρε το όνομά της από το χαρακτηριστικό σχήμα του προσώπου των πασχόντων που θυμίζει την μογγολική φυλή. Ονομάζεται και σύνδρομο ή νόσος του Down, από το όνομα του Άγγλου Landon Down, στον οποίο οφείλεται η πρώτη συστηματική περιγραφή της. Η πάθηση εμφανίζεται σε αρκετά μεγάλη συχνότητα (Κυπριωτάκης, 2000).

Τα σωματικά γνωρίσματα των μογγολοειδών, είναι πολλά. Μικρό και στρογγυλό κεφάλι, πλατύ και επίπεδο πρόσωπο, λοξά μάτια με ιδιόμορφες διπλώσεις του δέρματος στην εσωτερική τους γωνία, προεξέχοντα μήλα του προσώπου, υποπλαστική πλακουτσωτή μύτη, στενός και υψηλός ουρανίσκος, ισχνή και κοντή κάτω σιαγόνα, σαρκώδης γλώσσα που συχνά προεξέχει από ένα μισάνοιχτο στόμα με χοντρά και υγρά από τα σάλιο χείλη, ακανόνιστα αυτιά, όλα αυτά, συνθέτουν μία χαρακτηριστική εικόνα, που δεν αφήνει αμφιβολίες για τη φύση της διαταραχής (Κυπριωτάκης, 2000).

Μερικά άλλα γνωρίσματα είναι το μικρό ανάστημα, ο κοντός λαιμός, τα κοντόχοντρα άνω και κάτω άκρα, τα ισομεγέθη δάκτυλα και οι κινητικές δυσκολίες. Σχεδόν όλα τα συστήματα και όλοι οι ιστοί δέχονται τον αντίκτυπο της προσβολής. Παρατηρούνται έτσι διάφορες ανωμαλίες στο σκελετό, υποτονία των μυών και των τενόντων, ελαττωματική λειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος, υποπλασία των γεννητικών οργάνων και στα δύο φύλων, καρδιακές, κυκλοφοριακές, αναπνευστικές, νευρικές και άλλες διαταραχές, ευπάθεια, χαμηλός μέσος όρος ζωής, αργοπορημένη οδοντοφυΐα, καθυστέρηση στο βάδισμα, καθυστέρηση στην έναρξη της ομιλίας, ανεπαρκή επίπεδα για ανεκτή προσαρμογή (Κυπριωτάκης, 2000).

Στον τομέα της πνευματικής εξέλιξης, η ανεπάρκεια είναι εμφανής και κλιμακώνεται από τη μέση μέχρι τη βαριά νοητική καθυστέρηση. Σπάνια πάντως παρατηρείται η ολοκληρωτική σχεδόν απώλεια των πνευματικών δυνατοτήτων που συνοδεύει της βαριές περιπτώσει ιδιωτείας, άλλης αιτιολογίας. Πρέπει ακόμα, να τονιστεί ότι η μογγολοειδής ιδιωτεία δεν περιορίζεται στο γλωσσικό ή στον γνωστικό τομέα, αλλά προσβάλλει το σύνολο της προσωπικότητας. Η απάθεια, η νοθρότητα, η απαθής και η ασταθής προσοχή, η αδύνατη μνήμη, αποτελούν συνηθισμένα γνωρίσματά της (Κυπριωτάκης, 2000).

Από συναισθηματικής άποψης, τα άτομα της κατηγορίας αυτής, παρουσιάζονται μάλλον πρόσχαρα, καλοδιάθετα, προσηνή αλλά και με συχνές και αδικαιολόγητες

συναισθηματικές μεταπτώσεις και απότομα ξεσπάσματα θυμού. Αφοσιώνονται και δείχνουν υπακοή στους γονείς τους και στα πρόσωπα που ασχολούνται μαζί τους. Αγαπούν το παιχνίδι, την απλή μουσική και την παραμονή σε περιβάλλον ευθυμίας (Κυπριωτάκης, 2000).

B. Αίτια

Η μογγολοειδής ιδιοτεία, ανήκει στην κατηγορία των χρωμοσωμικών ανωμαλιών. Τα πάσχοντα άτομα στο 21^ο χρωμοσωμικό ζεύγος, έχουν τρία χρωμοσώματα αντί για δύο. Τα αίτια της χρωμοσωματικής αυτής ανωμαλίας, αποτελούν ακόμη αντικείμενο έρευνας. Οι ερευνητές πάντως, τείνουν στο να αποκλείσουν την ύπαρξη ειδικών κληρονομικών παραγόντων και δέχονται ότι η πάθηση οφείλεται σε εκτροπή χρωμοσωμάτων. Η ηλικία της μητέρας φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Υποστηρίζεται ότι η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η πάθηση, είναι ιδιαίτερα υψηλή σε παιδιά που η μητέρα τους έχει ξεπεράσει το 40ο έτος της ηλικίας. Αντίθετα, η ηλικία του πατέρα δεν φαίνεται να ασκεί επίδραση στην υγεία τους (Κυπριωτάκης, 2000).

3.5 Υπηρεσίες Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ

Η αποθεραπεία των αναπηριών που αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο επιτυγχάνεται με την πραγματοποίηση συγκεκριμένων θεραπειών οι οποίες, πολλές φορές σε συνδυασμό μεταξύ τους επιφέρουν τα δέοντα αποτελέσματα του θεραπευτικού κύκλου.

Οι θεραπείες της ψυχιατρικής, του λόγου, του έργου και της ειδικής διαπαιδαγώγησης σκοπεύουν στην βελτίωση συγκεκριμένων προβλημάτων και πολλές φορές συνδυάζονται μεταξύ τους για την ευόδωση των καλύτερων στόχων.

Η μουσικοθεραπεία, η παιγνιοθεραπεία, η χοροθεραπεία και το art therapy (θεραπεία μέσω ζωγραφικής), αποσκοπούν στην βελτίωση του συναισθηματικού κόσμου των παιδιών υποβοηθώντας και τις υπόλοιπες θεραπείες.

Η κοινωνική εργασία κι η συμβουλευτική των γονέων δεν αποτελούν θεραπείες αλλά καθοδηγούν τους γονείς στη σωστή αντιμετώπιση της αναπηρίας του παιδιού τους. Επίσης ούτε η νοσηλευτική υπηρεσία θεωρείται θεραπεία αλλά αποτελεί

αναπόσπαστο κομμάτι των θεραπειών μιας και η επέμβαση των νοσηλευτών σε στιγμές κρίσης οδηγούν τα παιδιά σε επίπεδα συνεργασίας.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζουμε μία- μία τις θεραπείες αλλά και τις συμπληρωματικές υπηρεσίες που πραγματοποιούνται στο Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ.

3.5.1 Εργοθεραπεία

Ο ρόλος της εργοθεραπείας στην αποκατάσταση είναι να ολοκληρωθεί μία θεραπεία για να βελτιωθούν διανοητικές, ψυχολογικές, σωματικές και κοινωνικές διαταραχές του αρρώστου (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990).

Η εργοθεραπεία, προσφέρεται με τρεις τύπους:

A. Συντηρητική εργοθεραπεία, που προσφέρεται για λόγους ψυχολογικούς

B. Λειτουργική εργοθεραπεία, που στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας των άκρων

Γ. Προεπαγγελματική εργοθεραπεία, που προετοιμάζει τον ανάπηρο για ένα επάγγελμα (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990).

Ο εργοθεραπευτής, συνεργάζεται άμεσα με τον ανάπηρο, τον ενθαρρύνει, τον καθοδηγεί και τον παρακινεί να εργάζεται με τις ικανότητες που διαθέτει, ώστε να γίνεται παραγωγικός στο μέγιστο δυνατό. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιεί τα πιο απλά τεχνικά μέσα, μέχρι και τα περισσότερα δύσκολα και ποικίλα. Ο εργοθεραπευτής ασχολείται κυρίως με την άσκηση των άνω άκρων και πολύ λίγο με την άσκηση των κάτω άκρων (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990).

Συντηρητική Εργοθεραπεία

Η συντηρητική εργοθεραπεία, εφαρμόζεται σε ασθενείς που έχουν μία μακροχρόνια αρρώστια που επιφέρει αναπηρία, ή σε ασθενείς που έχουν χάσει τη λειτουργικότητα ενός μέλους του σώματός τους εξαιτίας ατυχήματος και δε γνωρίζουμε αν πρόκειται να επανέλθουν στην προηγούμενη φυσιολογική κατάστασή τους. Στις περιπτώσεις αυτές, η εργοθεραπεία πρέπει να αρχίζει το συντομότερο δυνατό και σε συνεργασία με τον ψυχολόγο, να βοηθά τον άρρωστο να:

A. Ξεπερνάει ευκολότερα το πρώτο στάδιο της μελαγχολίας, που προέρχεται από την αναπηρία του.

Β. Να βρει ατμόσφαιρα υποβοηθητική στην αναπροσαρμογή του

Γ. Να υποβοηθείται στο να σκέπτεται περισσότερο τις ικανότητές του και λιγότερο τις ανικανότητές του

Δ. Να του δίνεται η ευκαιρία να αποδείξει στον εαυτό του με φυσιολογική εργασία, ότι μπορεί να ζήσει αξιοπρεπώς (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990).

Λειτουργική Εργοθεραπεία

Η λειτουργική εργοθεραπεία, έχει στόχο:

Α. Τη βελτίωση της κινητικότητας των αρθρώσεων

Β. Τη μυϊκή ισχυροποίηση μέσω εργασίας

Γ. Την ανάπτυξη αρμονίας κινήσεων, δεξιοτεχνίας και αντοχής

Δ. Την εκπαίδευση στη χρήση προθετικών μηχανημάτων (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990).

Το πρόγραμμα της λειτουργικής εργοθεραπείας, είναι εναρμονισμένο με το πρόγραμμα της φυσικοθεραπείας, της νοσηλευτικής υπηρεσίας, της θεραπείας του λόγου και στοχεύει στην αξιολόγηση των φυσικών ικανοτήτων του αρρώστου σε σχέση με τις απαιτήσεις ορισμένης κατά περίπτωσης εργασίας. Στην εργοθεραπεία, η άσκηση των μυών και των αρθρώσεων, επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση του αρρώστου σε μία εργασία αποδοτική, όπου χρησιμοποιεί το ασθενές μέλος (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990).

Οι απασχολήσεις της εργοθεραπείας, πρέπει να εκπληρώνουν όρους:

Α. Να παρέχουν δυνατότητες ενέργειας και όχι απλής θέσης

Β. Να οδηγούν σε επανάληψη κινήσεων

Γ. Να βοηθούν στη βελτίωση κινήσεων των αρθρώσεων, της δύναμης και τον εναρμονισμό των κινήσεων

Δ. Μικροτεχνίες, θεραπευτικά παιχνίδια, κοινωνικές δραστηριότητες (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990).

Προεπαγγελματική Εργοθεραπεία

Η προεπαγγελματική αξιολόγηση του αρρώστου, γίνεται με την άμεση συνεργασία, του εργοθεραπευτή και του επαγγελματικού συμβούλου. Η εργοθεραπεία, δίνει τη

δυνατότητα στο άτομο, να δοκιμάσει τις δυνάμεις του στο επάγγελμα που επιθυμεί να ακολουθήσει και δίνει τις κατάλληλες κατευθύνσεις και συμβουλές. Ο εργοθεραπευτής αφού λάβει υπόψην του το διανοητικό επίπεδο του αρρώστου, το φύλο, τα ενδιαφέροντα και το είδος της αναπηρίας του, εκπονεί πρόγραμμα εργοθεραπείας, για βελτίωση της φυσικής κατάστασης και του επαγγελματικού προσανατολισμού (Κουκλογιάννου – Δορζιώτου, 1990).

3.5.2 Φυσικοθεραπεία

Η φυσικοθεραπεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής προσέγγισης ενός ανθρώπου που πάσχει από κάποια ρευματική πάθηση ή αναπηρία. Η φυσικοθεραπεία στοχεύει στη βελτίωση της υγείας χωρίς τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων και χειρουργικών μεθόδων. Βοηθά στην ανακούφιση του πόνου, στην αποκατάσταση της φυσικής ικανότητας κίνησης και στην αρμονική σωματική λειτουργία στο επιτρεπτό μέτρο σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής του ανθρώπου. Ο/Η φυσικοθεραπευτής/τρια είναι βασικό μέλος της ομάδας αποκατάστασης, η οποία περιλαμβάνει επίσης, το νοσηλεύτη, τον εργοθεραπευτή, το ψυχολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό. Με τη στενή συνεργασία όλων των μελών της ομάδας αποκατάστασης καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να βοηθηθεί το άτομο που πάσχει από κάποια αναπηρία σε όλες τις εκφάνσεις της πάθησής του. Ειδικά σε ότι αφορά το κομμάτι της φυσικοθεραπευτικής προσέγγισης του ατόμου που πάσχει, ο φυσικοθεραπευτής, καταστρώνει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα προσαρμοσμένο στις ανάγκες του πάσχοντος ατόμου. Ένα τέτοιο πρόγραμμα, έχει τους παρακάτω γενικούς στόχους:

- A. Ανακούφιση από τον πόνο
- B. Διατήρηση της κινητικότητας των αρθρώσεων
- Γ. Αποφυγή παραμορφώσεων
- Δ. Διατήρηση της μυϊκής ισχύος
- Ε. Διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας
- ΣΤ. Ειδική εκπαίδευση του πάσχοντος-Ατόμου με Ειδικές Ανάγκες
- Z. Εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος

(<http://www.energitikotita.gr>)

Τα μέσα που έχει στη διάθεση του ο φυσικοθεραπευτής είναι τα εξής:

- A. Μάλαξη
- B. Ηλεκτροθεραπεία
- Γ. κινησιοθεραπεία και άσκηση
- Δ. Υδροθεραπεία
- E. Ειδικές τεχνικές κινητοποίησης των αρθρώσεων.
(<http://www.energitikotita.gr>).

Ο πόνος, είναι σχεδόν πάντα πρώτος στόχος της φυσικοθεραπείας. Όταν οι αρθρώσεις είναι επώδυνες, περιορίζεται η κινητικότητα τους. Οι μύες που κινούν αυτές τις αρθρώσεις χάνουν σταδιακά τη δύναμή τους, γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερο πόνο. Με κατάλληλες τεχνικές, ο Φυσικοθεραπευτής, κινητοποιεί τις προσβεβλημένες αρθρώσεις, έχοντας σκοπό, να διατηρήσει το εύρος κίνησής τους και να αποφευχθούν οι παραμορφώσεις. Επιπλέον, διδάσκει κατάλληλες ασκήσεις, που το άτομο θα εκτελέσει και μόνο του στο σπίτι για την επιτυχή διατήρηση της δύναμής του. Διδάσκει το άτομο να προφυλάσσει τις αρθρώσεις του και ενημερώνει το οικογενειακό περιβάλλον, ώστε να το βοηθούν ουσιαστικά στην καθημερινή του θεραπεία, ενάντια στην πάθησή του.

(<http://www.energitikotita.gr>)

Η φυσικοθεραπεία μέσα από μία μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών μέσων, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τα άτομα που πάσχουν από αναπηρία. Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, είναι διαμορφωμένο σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε ατόμου με απώτερο στόχο το μέγιστο όφελος για αυτόν. Η στενή συνεργασία της ομάδος αποκατάστασης του θεραπευόμενου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος, αποτελούν απαραίτητη παράμετρο για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων της θεραπείας (<http://www.energitikotita.gr>).

3.5.3 Λογοθεραπεία

Η λογοθεραπεία, είναι μία επιστήμη της οποίας η ύπαρξη, είναι επιβεβλημένη. Στα πλαίσια μιας κοινωνίας ομιλούντων, όπου η γλώσσα είναι το βασικό μέσο επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, καλείται η λογοθεραπεία να πάρει θέση και να προτείνει λύσεις σε οποιαδήποτε μορφή διαταραχής του λόγου, της ομιλίας και της φωνής, προς αποφυγή όλων εκείνων των παραμέτρων, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στον

στιγματισμό και κατεπέκταση στην κοινωνική απομόνωση του εμπλεκόμενου ατόμου.
(<http://www.logo-therapia.gr>)

Λογοπεδικός ή λογοθεραπευτής είναι ο επιστήμονας, που φέρει την ευθύνη της πρόληψης, θεραπείας και επιστημονικής μελέτης της ανθρώπινης επικοινωνίας και των διαταραχών που συνδέονται με αυτή, σε παιδιά και ενήλικες. Το παιδί που παρουσιάζει προβλήματα στην επικοινωνία (λόγο ή και ομιλία) χρειάζεται λογοθεραπεία. Κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τη συνεργασία του ειδικού λογοπεδικού με την οικογένεια και εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού, το είδος και τη σοβαρότητα του προβλήματος. Ο λογοπεδικός, υποδεικνύει τρόπους με τους οποίους οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους. Μετά την αρχική αξιολόγηση, δίνει τις απαραίτητες πληροφορίες για το πρόγραμμα λογοθεραπείας. Έτσι παρέχεται στο παιδί ένα ασφαλές και δεκτικό περιβάλλον και εγκαθιδρύεται μία θεραπευτική βάση.

(<http://www.logo-therapia.gr>).

Τα πιο βασικά χρόνια για την ανάπτυξη της γλώσσας, είναι από 1 έως 5 χρονών. Ωστόσο υπάρχουν άτομα, που καθυστερούν να εμφανίσουν λόγο ή που αρχίζουν να μιλούν κανονικά αλλά καθυστερούν να εξελίξουν τους υπόλοιπους τομείς του λόγου (αναπτυξιακή καθυστέρηση του λόγου). Προϋπόθεση για αυτό, είναι ότι η καθυστέρηση του λόγου, αφορά την παραγωγή του λόγου και όχι την κατανόησή του
(<http://www.logo-therapia.gr>).

Η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση, είναι πάντοτε καλύτερες από την εδραίωση του προβλήματος και την εμφάνιση δευτερογενών ψυχολογικών προβλημάτων. Επιπλέον η μη έγκαιρη αντιμετώπιση των διαταραχών λόγου και ομιλίας, μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες μάθησης και σχολική αποτυχία.

(<http://www.logo-therapia.gr>).

3.5.4 Κοινωνική Εργασία

Η Κοινωνική Εργασία, αποτελεί την πρώτη επαφή του θεραπευομένου με το περιβάλλον και τις επιδιώξεις ενός κέντρου Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, είναι ο εξής:

Α. Συμμετοχή στην Ομάδα Αποκατάστασης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και Ενημέρωσή τους για την οικογενειακή κατάσταση κάθε ατόμου.

Β. Ερμηνεύει στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου τα πορίσματα της Ομάδας Αποκατάστασης και βοηθά στην παραδοχή των λύσεων.

Γ. Βοηθά στην προσαρμογή του ατόμου, στις συνθήκες διαβίωσης του Κέντρου, μέσα από τις μεθόδους Κοινωνική Εργασία με Άτομα και Ομάδα.

Δ. Ενθαρρύνει και βοηθά το Άτομο με Ειδικές Ανάγκες να συμμετέχει ενεργά στο πρόγραμμα Αποκατάστασής του παραγκωνίζοντας τους παράγοντες οι οποίοι ενδεχομένως εμποδίζουν τη συμμετοχή τους σε αυτό.

Ε. Συνεργάζεται με Άτομα με Ειδικές Ανάγκες για την κάλυψη θεμάτων πρακτικής φύσεως, τα οποία δε μπορούν μόνο τους, ή στερούνται άμεσων συγγενών για την τακτοποίησή τους.

Στ. Κινητοποιεί τις πηγές βοήθειας της κοινότητας για την κάλυψη αναγκών των ατόμων του Κέντρου.

Ζ. Διοργανώνει ομάδες ψυχαγωγικών αθλητικών και πολιτιστικών δραστηριοτήτων.

Η. Προετοιμάζει την ομαλή ένταξη του ατόμου στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Θ. Ερμηνεύει στις υπόλοιπες υπηρεσίες της κοινότητας, στους κατοίκους και ειδικότερα στα παιδιά, τις Ειδικές Ανάγκες των ατόμων και τους περιορισμούς που επιβάλλει η αναπηρία τους.

Ι. Συμμετέχει σε διοργανωμένες έρευνες ή μελέτες του Κέντρου και εισηγείται μέτρα αντιμετώπισης προβλημάτων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες.

Κ. Διοργανώνει ημερίδες με βασικό του σκοπό την κατανόηση του κόσμου και την ανάπτυξη μιας συγκεκριμένης ιδέας «Τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες αποτελούν μία κοινωνική πραγματικότητα. Ως άτομα με Ιδιαίτερα Χαρίσματα χρήζουν την αγάπη και το σεβασμό όλου του γενικού πληθυσμού» (Καλλινικάκη, 1998, Παπαιωάννου, 2004).

3.5.5 Νοσηλευτική Υπηρεσία

Ο νοσηλευτής αξιολογεί την κατάσταση του ατόμου σε συνεργασία με την ομάδα αποκατάστασης και αναλαμβάνει την ευθύνη για το σχεδιασμό φροντίδας, την εκπαίδευση και την προεπαγγελματική εκπαίδευση των ατόμων.

Η νοσηλευτική διεργασία, χαρακτηρίζεται από τέσσερις φάσεις:

Α. Εκτίμηση: Συλλογή σχετικών πληροφοριών σχετικά με την βιοψυχοψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου.

Β. Σχέδιο: προσδιορισμός των ενεργειών και των μέτρων που θα ληφθούν για τη διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου.

Γ. Εκτέλεση: Είναι πορεία εφαρμογής του σχεδίου δράσης που ως κεντρικό σκοπό, έχει την πραγμάτωση των στόχων της ομάδας αποκατάστασης.

Δ. Αξιολόγηση: Είναι η αξιολόγηση της προόδου, των σταδίων σχετικά με την εκπλήρωση των στόχων του σχεδίου δράση (Κουκλογιάννου – Διορζιώτου, 1990, Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995).

Ο νοσηλευτής καλλιεργεί αρχικά μία φιλική επαφή με το θεραπευόμενο, δηλώνει το σκοπό της θεραπευτικής αγωγής στο οικογενειακό του περιβάλλον και ενθαρρύνει το άτομο να συμμετέχει στο θεραπευτικό του πρόγραμμα. Συνεργάζεται σε εβδομαδιαία βάση με εξωτερικούς ιατρούς οι οποίοι παρακολουθούν την κατάσταση υγείας του ατόμου, καθώς επίσης επικοινωνεί σε μηνιαία βάση με το διοικητικό συμβούλιο, αναφέροντας την πορεία υγείας του ατόμου. Συνοδεύει τα άτομα σε καθημερινές τους εξόδους και είναι υπεύθυνος για την τήρηση των νοσηλευτικών-ιατρικών θεραπειών που άπτονται σε κάθε ασθενή. (Κουκλογιάννου – Διορζιώτου, 1990, Καίλα – Πολεμικός – Φιλίππου, 1995) .

3.5.6 Μουσικοθεραπεία

Η λέξη μουσικοθεραπεία, είναι σύνθετη, αποτελούμενη από τις λέξεις μουσική και θεραπεία. *Μουσική, ονομάζεται η αρμονική συναρμολόγηση των ήχων και κατ' αυτή την έννοια, είναι η τέχνη, που έχει ως υλικό της τους ήχους.* Η μουσικοθεραπεία, ως ειδική διαγνωστική μέθοδος της ψυχοθεραπείας, επικεντρώνεται σε ψυχοπαθολογικές ανάγκες χρησιμοποιώντας ως ειδικό μέσο επικοινωνίας τη μουσική σε σχέση με τον αποδέκτη αλλά και ενεργητικά για την επίτευξη θεραπευτικών στόχων σε νευρώσεις, ψυχοσωματικές βλάβες, ψυχώσεις και αναπηρίες (Καρτασίδου, 2004).

Η μουσική ασκεί ποικίλες επιδράσεις στον άνθρωπο τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Οι βασικές επιδράσεις της, είναι οι εξής :

- Συγκινησιακές μεταβολές
- Συνειρμικές επιδράσεις
- Αύξηση της ικανότητας μάθησης

Ο βαθμός επίδρασης της μουσικής εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων οι κυριότεροι από τους οποίους είναι:

- Το είδος της μουσικής
- Το είδος των μουσικών οργάνων
- Η σχολή του συνθέτη
- Η κλίμακα
- Οι πληροφορίες που περιέχει ένα μουσικό κομμάτι
- Το υποκείμενο που δέχεται τη μουσική
- Η ικανότητα αντίδρασης, η υποβολή, η επανάληψη του κομματιού.
(Ευδοκιμίδου – Παπαγεωργίου, 1999).

Τα τέσσερα λειτουργικά πεδία της μουσικής εκπαίδευσης, είναι τα εξής :

- Μουσική και λόγος
- Μουσική και κίνηση
- Μουσική και ήχος
- Μουσική και Αισθητική (Καρτασίδου, 2004).

Καθένα από αυτά τα λειτουργικά πεδία, περιλαμβάνει ενότητες στις οποίες ανταποκρίνονται στόχοι διδασκαλίας και εκπαίδευσης. Η επιλογή των ενοτήτων και των στόχων γίνεται ανάλογα με την κατηγορία των ειδικών αναγκών, της ικανότητας των παιδιών, τη βαθμίδα εκπαίδευσης και το σκοπό για τον οποίο είναι επιθυμητή μια ανάλογη δραστηριότητα (Καρτασίδου, 2004).

Το πλαίσιο της μουσικής εκπαίδευσης καλείται να ανταπεξέλθει στην εκπαιδευτική λειτουργία της μουσικής εκπαίδευσης με θεραπευτικές εκφάνσεις, ενίσχυση επικοινωνίας, της αυτοέκφρασης με απώτερο σκοπό, την ένταξη. Μέσα από τις μουσικές δραστηριότητες που ανά πάσα στιγμή ιδιαίτερα στο λειτουργικό πεδίο Μουσική και Αισθητική, μπορούν να πάρουν τη μορφή εκδηλώσεων, δίνεται η δυνατότητα για συμμετοχή στο κοινό βίο και στις κοινωνικές εκδηλώσεις. Καθένα από αυτά τα λειτουργικά πεδία είναι αυτόνομο αλλά και άμεσα συνδεδεμένο με τα άλλα, παρέχοντας έτσι μία συνοχή σε επικοινωνία και σε επίπεδο εκπαίδευσης (Καρτασίδου, 2004).

Η δομή της σχέσης θεραπευόμενου και θεραπευτή βασίζεται σε τέσσερις βασικές αρχές που αποτελούν και κλειδιά για την αντιμετώπιση τυχόν διαταραχών στη διάρκεια της θεραπείας.

- Η αρχή της αποδοχής
- Η αρχή της συμμετοχής

- Η αρχή της επικοινωνίας
- Η αρχή της συνοχής (Ευδοκιμίδου – Παπαγεωργίου, 1999).

Η μουσικοθεραπεία, εφαρμόζεται τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, επιτυγχάνοντας σε κάθε διαφορετική και εξατομικευμένη προσωπικότητα, τους στόχους, συνδυαζόμενη πολλές φορές και με άλλες θεραπείες για την επιτυχή αποκατάσταση αναπηριών ή ψυχωτικών καταστάσεων (Ευδοκιμίδου – Παπαγεωργίου, 1999).

3.5.7 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία, είναι μία συστηματική αλληλεπίδραση ανάμεσα σε ένα ειδικά εκπαιδευμένο άτομο το οποίο έχει εξουσιοδοτήσει η κοινωνία να αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα και σε ένα ή περισσότερα άτομα, που έχουν το πρόβλημα (Νασιάκου – Χατζή – Φατούρου – Χαρίτου, 2005).

Στόχος της ψυχοθεραπείας, είναι η γνωστική, συναισθηματική, η συμπεριφοριστική αλλαγή η οποία τουλάχιστον, θα μειώσει το πρόβλημα. Τις περισσότερες φορές, δρα πυροσβεστικά και δεν παρεμβαίνει στις καταστάσεις που το δημιουργούν. Η ψυχοθεραπεία, εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και από τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του θεραπευόμενου. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, είναι οι εξής:

- Η ελευθερία της επιλογής της θεραπείας και του θεραπευτή
- Οι προσδοκίες του πελάτη για την ψυχοθεραπεία
- Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή
- Τα κριτήρια αποτελεσματικότητας της διεργασίας (Νασιάκου – Χατζή – Φατούρου – Χαρίτου, 2005).

Η ψυχική αρρώστια βρίσκεται στο άκρο ενός συνεχούς και εκδηλώνεται με διαταραχές στην μνήμη, τη σκέψη, τη συνείδηση και την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η αδυναμία του ψυχικά άρρωστου ατόμου συνδέεται με μία ακατάλληλη και διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού του, λανθασμένη επικοινωνία με τους άλλους και με παρερμηνεία της σημασίας του νοήματος και της συμπεριφοράς. Μια σωματική μειονεξία, μπορεί να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό, στην ψυχική αρρώστια (Νασιάκου – Χατζή – Φατούρου – Χαρίτου, 2005).

Τον πιο σημαντικό ρόλο, παίζουν οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και ο τρόπος ανατροφής ενός ατόμου. Στις εμπειρίες αυτές, συγκαταλέγεται και η έλλειψη ευκαιριών για μάθηση ορισμένων συμπεριφορών και στάσεων, που έχουν ως αποτέλεσμα, τις διαταραγμένες σχέσεις του ανθρώπου με τους άλλους ανθρώπους. Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στην ψυχοθεραπεία, είναι το κίνητρο για αποκατάσταση και θεραπεία, τόσο από την πλευρά του θεραπευόμενου, όσο και από την πλευρά του θεραπευτή. Η συμμετοχή στη θεραπεία, θα πρέπει να είναι ενεργός και από τους δύο συμμετέχοντες. Η εμπιστοσύνη του θεραπευόμενου προς το θεραπευτή, είναι αυτή που καθορίζει τα αποτελέσματα της θεραπευτικής διαδικασίας αλλά και τις προσδοκίες του θεραπευόμενου καθ'όλη τη διαδικασία της συνεργασίας τους (Νασιάκου – Χατζή – Φατούρου – Χαρίτου, 2005).

Η ψυχοθεραπεία, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι συνεργασιών και ίσως το βασικότερο κομμάτι στο επίπεδο της απόφασης του θεραπευόμενου, για αποκατάσταση και ενεργή συμμετοχή σε όλο το θεραπευτικό επίπεδο της βαθμιαίας αποκατάστασής του (Νασιάκου – Χατζή – Φατούρου – Χαρίτου, 2005).

3.5.8 Συμβουλευτική Ψυχολογία

Η συμβουλευτική ψυχολογία έχει ως επίκεντρό της τον άνθρωπο και μέσα από τη συνεργασία της με άλλες επιστήμες οδηγεί τον θεραπευόμενο στα επιθυμητά αποτελέσματα για αυτόν. Ο συμβουλευτικός ψυχολόγος εργάζεται με τα Άτομα με Ειδικές ανάγκες, για να τα βοηθήσει να ξεπεράσουν τα προσωπικά, εκπαιδευτικά, εργασιακά προβλήματα που τους απασχολούν. Καλύπτει όλο το φάσμα των ηλικιών και μπορεί να εργάζεται σε διάφορους χώρους απασχολώντας τον εργασιακά σε θέματα όπως:

Η ανάγκη του ανάπηρου παιδιού για ειδικές εκπαιδευτικές εμπειρίες και ομαλές κοινωνικές εμπειρίες. Τα συναισθηματικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα παραμορφωμένο άτομο, η προσαρμογή ενός ανθρώπου ώστε να ζει και να κινείται σε μία αναπηρική πολυθρόνα και γενικότερα το σύνολο της ψυχοσυναισθηματικής-κοινωνικής προσωπικότητάς του (Μαλικιώση – Λοΐζου, 1999).

Ο κύριος στόχος της συμβουλευτικής της αποκατάστασης είναι να βοηθήσει το άτομο που μειονεκτεί να ενταχθεί ή να επανενταχθεί στην κοινωνία, όχι μόνο βοηθώντας το ίδιο αλλά και ευαισθητοποιώντας και μορφώνοντας και το άμεσο

τουλάχιστον κοινωνικό περιβάλλον, ώστε να το αποδεχθεί και να το εντάξει στους κόλπους του. Ο συμβουλευτικός ψυχολόγος, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής συνεργασίας ενός Κέντρου. Τόσο με την Κοινωνική Υπηρεσία όσο και με την ομάδα Αποκατάστασης βοηθά το Άτομο με Ειδικές Ανάγκες στην πλήρη κατανόηση των ρόλων του και στη σταδιακή ενεργεί συμμετοχή του στην αποθεραπεία και την αποκατάστασή του μέσω της αυτογνωσίας που θα έχει αποκτήσει (Μαλικιώση – Λοΐζου, 1999).

3.5.9 Συμβουλευτική γονέων

Η ψυχική υγεία παραμένει μία έννοια ασαφής και αόριστη για τους γονείς Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες η οποία δε πρέπει να προσεγγίζεται μόνο σε δύσκολες περιπτώσεις αλλά με την κατάλληλη συνεργασία γονέων και συντονιστή να κατανοούνται συναισθηματικές καταστάσεις και ενδοοικογενειακές εκρήξεις που να βοηθούν στη σωστή έκβαση της θεραπείας των παιδιών τους. Ο συντονιστής, είναι ο εμπυχωτής της ομάδας και καλείται να δημιουργήσει σχέσεις εμπιστοσύνης, σεβασμού και συνεργασίας. Ο ίδιος, οφείλει να αναπτύξει ένα κλίμα συμπάθειας και οικειότητας, κρατώντας πάντα με διακριτικότητα, αποστάσεις ασφαλείας, ώστε να διατηρεί το κύρος του και τα όρια δεοντολογίας του. Η συνέπεια στο χώρο της συνάντησης, η τήρηση των συμφωνιών και η επαγγελματική του ευσυνειδησία, εξασφαλίζουν πολύ γρήγορα την ισορροπία και την σύσφιξη των σχέσεων στην ομάδα (Blake- Mauton – Allen, 1998).

Η συμβουλευτική της οικογένειας που περιλαμβάνει ένα παιδί με κάποια δυσλειτουργία ή απόκλιση στο σωματικό, στο νοητικό ή το συναισθηματικό τομέα, θα πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατόν νωρίτερα. Αρχικά, γίνεται ενημέρωση και στους δύο γονείς ταυτόχρονα, του πατέρα και της μητέρας, σχετικά με το βασικό πρόβλημα του παιδιού τους. Για να κριθεί όμως επιτυχής και αποτελεσματική η συμβουλευτική, θα πρέπει από την αρχή αλλά και στην πορεία της διαδικασίας αυτής, να διαμορφώνεται ένα ψυχολογικό κλίμα, κατάλληλο για αμοιβαία κατανόηση, επικοινωνία και συνάντηση των δύο μερών, δηλαδή των ομάδων ειδικών, ψυχοπαιδαγωγών, θεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών και γονέων. Θα πρέπει λοιπόν να δημιουργηθεί μια θερμή και εγκάρδια συναισθηματική ατμόσφαιρα, κατάλληλη για τη διαμόρφωση αμοιβαίων σχέσεων, σεβασμού και ειλικρίνειας, μεταξύ ειδικών και γονέων, αλλά και

ευαισθητοποίησης των γονέων, για γνώση και ανάλυση των ειδικών περιπτώσεων δυσλειτουργίας, μειονεξίας, ή ασθένειας (Cohen – Stern – Balaban, 1991).

Η συμβουλευτική των γονέων με Άτομα με Ειδικές ανάγκες, ακολουθεί συνήθως δύο κατευθύνσεις με διαφοροποιημένους στόχους και σκοπούς.

A. Η πρώτη συμβουλευτική κατεύθυνση, έχει ως επιδίωξη να παρακινήσει τους γονείς, να εκφράσουν ελεύθερα και αβίαστα τα βαθύτερα συναισθήματά τους προς το παιδί, που παρουσιάζει μια ιδιόμορφη κατάσταση. Στη συνέχεια υποβοηθούνται οι γονείς να αποδεκτούν την κατάσταση του παιδιού αλλά και τις πραγματικές του ανάγκες, να κατανοήσουν και να αναλύσουν τα προσωπικά του συναισθήματα, να επισημάνουν και να αντιμετωπίσουν προβλήματα που τυχόν ανακύπτουν την περίοδο αυτή στο πλαίσιο των συζυγικών και γονεϊκών σχέσεων. Επιπλέον, παρακινούνται οι γονείς, να αντιμετωπίσουν προβλήματα που ενδεχομένως δημιουργεί στη ζωή και στη συμπεριφορά των άλλων παιδιών της οικογενείας, η παρουσία του Ατόμου με Ειδικές Ανάγκες. Βοηθούνται επίσης να αντιμετωπίσουν προβλήματα που ανακύπτουν σε επίπεδο κοινωνικών σχέσεων από τη στάση της ευρύτερης κοινωνίας στο άτομο αυτό και την οικογένειά του. Η θετική ή αρνητική στάση της ευρύτερης κοινωνίας απέναντι στο Άτομο με Ειδικές Ανάγκες και η αποδοχή του από το κοινωνικό σύνολο, αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς προβληματισμούς της οικογενείας (Μπουσκάλια,1993).

Στα πλαίσια της συμβουλευτικής μέσα σε μία ατμόσφαιρα συμπάθειας που πρέπει να δημιουργούν οι συντονιστές υποβοηθούνται οι γονείς να ξεπεράσουν μία κατάσταση θλίψης και απόγνωσης η οποία δημιουργείται όταν αυτοί πληροφορούνται για πρώτη φορά σχετικά με την αναπηρία του παιδιού τους. Ύστερα από αυτό, οι γονείς οδηγούνται σε μία κατάσταση ρεαλιστικής αντιμετώπισης του προβλήματος του παιδιού τους. Οι ίδιοι, αναζητούν πληροφορίες από ειδικούς για τη σωστή θεραπευτική αγωγή του παιδιού τους (Μπουσκάλια,1993).

B. Η δεύτερη συμβουλευτική κατεύθυνση αφορά την κατάλληλη προετοιμασία και πληροφόρηση των γονέων για να μπορέσουν οι ίδιοι να ενεργούν προληπτικά, συμβουλευτικά, θεραπευτικά μέσα στην οικογένεια. Η απασχόληση τους άπτεται στην πραγμάτωση ψυχολογικής υποστήριξης προς το παιδί τους, την απόκτηση νέων δεξιοτήτων αλλά και για την επιτυχή ανάπτυξη της προσωπικότητας των γονέων (Μπουσκάλια,1993).

Η μορφή της αλληλεπίδρασης και η διαφοροποίηση της στάσης των γονέων αποτελούν για μία ομάδα ένα ιδιαίτερο ψυχολογικό φαινόμενο. Η ομάδα λειτουργεί ως δυναμικό σύνολο με βασικό της μέλημα τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και συνεργασίας η οποία εξαρτάται από το ψυχολογικό κλίμα της ομάδας, από τη δομή και την οργάνωση της, από τα χαρακτηριστικά των μελών και από την προσωπικότητα του συντονιστή. Η εξέλιξη της ομάδας διανύει διάφορες φάσεις, κατά τις οποίες σημειώνονται ψυχολογικές αλλαγές στην ψυχοσύνθεση των γονέων (Μπεχράκη, 2002, Μπουσκάλια, 1993).

Πρώτη φάση: Επιφύλαξη των γονέων : Η φάση αυτή, αφορά τις πρώτες συναντήσεις των μελών της ομάδας. Ο κάθε γονέας σε άγνωστες και καινούριες συνθήκες προσπαθεί να αναπτύξει κώδικες επικοινωνίας με τα άλλα μέλη, να κατανοήσει τη λειτουργία της ομάδας και να προσανατολιστεί στους στόχους της ομάδας (Μπεχράκη 2002, Μπουσκάλια, 1993).

Δεύτερη φάση: Προσαρμογή: Τα άτομα-μέλη της ομάδας εξοικειώνονται αρχικά με το συντονιστή και μεταγενέστερα με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Αναπτύσσονται σταδιακά διαπροσωπικές σχέσεις μέσα σε ένα οικείο και φιλικό περιβάλλον δίνοντας τη δυνατότητα να εκφραστούν συναισθήματα μέσα από μία δημιουργική επικοινωνία χωρίς άγχος (Μπεχράκη 2002, Μπουσκάλια, 1993).

Τρίτη φάση: Δημιουργική συνεργασία: Η ομάδα αποκτά τη δική της φυσιογνωμία. Τα συναισθήματα των μελών είναι ανάμικτα και η βιωματική τους συμμετοχή, βοηθά στη δημιουργία ενός κλίματος ισότητας και συνεργασίας μέσω της ενσυναίσθησης. Τροποποιούν τη συμπεριφορά τους και μέσα από τις σχέσεις που δημιουργούν με τα υπόλοιπα μέλη, εντοπίζουν το πρόβλημα (Μπεχράκη, 2002, Μπουσκάλια, 1993).

Τέταρτη φάση: Ικανοποίηση: Τα άτομα-μέλη αντιλαμβάνονται την εξέλιξη της διαφοροποίησης της στάσης τους μέσα στην ομάδα και νιώθοντας εμπιστοσύνη προς τα υπόλοιπα μέλη εκφράζουν τις ειλικρινείς τους σκέψεις μέσα από ένα αίσθημα ηρεμίας και ικανοποίησης (Μπεχράκη, 2002, Μπουσκάλια, 1993).

Πέμπτη φάση: Ενεργοποίηση: Τελειώνοντας η εκπαίδευση των γονέων - μελών της ομάδας επιτυγχάνεται τόσο η ενέργεια για ανανέωση όσο και η ενεργοποίηση σε τομείς της κοινωνικής ζωής για την επίτευξη των στόχων τους σε καθημερινή βάση (Μπεχράκη 2002, Μπουσκάλια, 1993).

Οι γονείς, μέσα από ένα σύνολο διεργασιών, αποκτούν αυτοπεποίθηση, συνειδητοποιούν και διακρίνουν τις δυνάμεις τους και τις δυνατότητές τους στην οργάνωση ενός ευήμερου περιβάλλοντος για το παιδί τους, τόσο σε επίπεδο καθημερινών σχέσεων, όσο και σε επίπεδο ψυχολογικής ευεξίας του παιδιού τους (Μπεχράκη, 2002).

3.5.10 Artherapy – Θεραπεία μέσα από τη τέχνη

Με χρώματα ή άμμο, πηλό ή collage φωτογραφιών, η ψυχή βρίσκει ευκολότερα δίοδο προς την έκφραση. Την απλή αυτή αλήθεια της θεραπευτικής δύναμης της Τέχνης, γνωστής ήδη από την αρχαιότητα-εφαρμόζουν σήμερα συστηματικά οι Θεραπευτές Μέσω Τέχνης (Art-Therapists).

Όταν άλλοι πιο ορθολογικοί δρόμοι της ιατρικής αδυνατούν να φτάσουν στην καρδιά του εσωτερικού κόσμου, η απεικονιστική πρακτική της Art-Therapy πετυχαίνει να ανοίξει παράθυρα στην επικοινωνία εξωλεκτικά. Τόσο ο Freud όσο και ο Yung το είχαν αντιληφθεί.

Όμως, ήδη από τις αρχές του αιώνα προϋπήρξαν αρκετοί Ευρωπαίοι και Αμερικανοί επιστήμονες που μελέτησαν τα καλλιτεχνήματα σχιζοφρενών, διαπιστώνοντας σε αυτά διαγνωστικές και θεραπευτικές ιδιότητες. Σήμερα, οι ανά τον κόσμο Art-Therapists είναι ειδικευμένοι επαγγελματίες με κατοχυρωμένη εργασία σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.λ.π. Στην Ελλάδα, τα πρώτα βήματα έγιναν την προηγούμενη δεκαετία.

Η ζωγράφος -Art-Therapist, Γιάννα Κιλίμη, λέει για την εκλεκτική συγγένεια των εικαστικών με τη θεραπεία: «Πολλοί ζωγράφοι ανακαλύπτουν μέσω της εκπαίδευσής τους στην Art-Therapy, πόσο αποτελεσματικό θεραπευτικό εργαλείο είναι η Τέχνη. Υπερβαίνουν τον εαυτό τους ως καλλιτέχνη και γίνονται περισσότερο άνθρωπο-κεντρικοί- άλλωστε η ίδια η τέχνη είναι υπέρβαση! Στην πορεία της εκπαίδευσής τους γνωρίζουν ένα τμήμα του πληθυσμού- τα άτομα με ειδικές ανάγκες και μαθαίνουν πως μέσα από την Τέχνη η οποία για εκείνους είναι καθημερινό βίωμα, μπορούν να τα φέρουν πιο κοντά στην πραγματικότητα, απελευθερώνοντάς τα από την απομόνωση».

Η Τέχνη είναι ένα παντοδύναμο εργαλείο, ένα μέσο έκφρασης, ένα μέσο επικοινωνίας, ένα μέσο θεραπευτικής βοήθειας. Η βοήθεια μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Άλλες φορές σημαίνει να δίνεις, να καθοδηγείς, άλλες πάλι φορές σημαίνει να περιμένεις προσεκτικά και με σεβασμό την εσωτερική αντίδραση. Μέσα από την τέχνη το άτομο μπορεί να πειραματιστεί συμβολικά και να εκφράσει ιδέες και συναισθήματα πάνω στο χαρτί που μπορεί τελικά να εκφραστούν και στη ζωή. Μπορεί να χειριστεί υλικά τα οποία δεν αντιμιλούν και έτσι του δίνεται η δυνατότητα να έχει την εμπειρία της δύναμης και της υπεροχής, χωρίς να ρισκοκινδυνεύει απόρριψη. Αυτό οδηγεί σε ένα βαθύ αίσθημα ικανοποίησης και προσωπικής αξίας (αυτοσυναίσθημα). Ο συμβολισμός εξάλλου είναι ένας τρόπος για να δείξει κανείς στον εαυτό του και στους άλλους βασικά ανέκφραστες συναισθηματικές εμπειρίες, που είναι αόριστες και μη λεκτικές και να δώσει στα συναισθήματά του συγκεκριμένη μορφή, γιατί ακόμη και ο συναισθηματικός πόνος παύει να είναι πόνος μόλις σχηματίσουμε μία καθαρή και συγκεκριμένη εικόνα.

3.5.11 Παιγνιοθεραπεία

Η παιγνιοθεραπεία, είναι μία ψυχοθεραπευτική διαδικασία στην οποία το παιχνίδι, κατέχει κεντρικό ρόλο. Βασίζεται στην υπόθεση, ότι η χρήση του παιχνιδιού βοηθά στην καλύτερη και ευκολότερη έκφραση του συναισθήματος και των προβλημάτων του ανθρώπου σε σύγκριση με το λεκτικό τρόπο επικοινωνίας (Cattanch, 2003).

Στην παιγνιοθεραπεία, λαμβάνεται υπόψη η θεωρία του παιχνιδιού, σύμφωνα με την οποία κάθε άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να παίξει. Και ο τρόπος που παίζει, εξαρτάται τόσο από το οικογενειακό όσο και από το πολιτισμικό του περιβάλλον: Παίζοντας μαθαίνουμε τον εαυτό μας, τον κόσμο γύρω μας, τα οργανωμένα σχήματα, αναπτύσσουμε τη φαντασία, αποκτούμε την ικανότητα να κατανοούμε τα σύμβολα, αναπτύσσουμε τις έννοιες και το παράδοξο του ελέγχου της ελευθερίας και τέλος μαθαίνουμε το σώμα μας. Η παιγνιοθεραπεία, είναι μία μέθοδος, που δεν παραβιάζει τις άμυνες του πελάτη και απευθύνεται κυρίως σε παιδιά (Cattanch, 2003).

Τα παιδιά που ξεκινούν παιγνιοθεραπεία, έρχονται αντιμέτωπα με τη λογική του ελέγχου καθώς και με καθορισμένους κανόνες, των οποίων η κατάργηση, οδηγεί σε σύγχυση. Μέσω της παιγνιοθεραπείας, τίθενται προοδευτικά τα όρια της σχέσης ελευθερίας - έλεγχου (Cattanch, 2003).

Οι αλλαγές και η υπευθυνότητα κατακτώνται σταδιακά από τα παιδιά, για αυτό είναι αναγκαίο μαζί με αυτά να εκπαιδεύονται και οι γονείς. Το καταπιεσμένο παιδί ανησυχεί μήπως λερωθεί από τα παιχνίδια, τα χρώματα, την άμμο (για αυτό το λόγο, δεν χρησιμοποιούνται οι δακτυλομπογιές στην πρώτη συνεδρία). Υπάρχουν παιδιά που απλώς ανησυχούν μήπως λερωθούν, και άλλα τα οποία (συνήθως αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες) που συνδυάζουν το «λέρωμα» με την καταστροφή : ελέγχοντας τον εαυτό τους ώστε να μην λερωθούν, αισθάνονται ότι ελέγχουν τη βία. Όταν το πρόβλημα εμφανίζεται ανάμεσα σε δύο άτομα (π.χ. παιδί και μητέρα), τότε ο θεραπευτής είτε δουλεύει και με τους δύο μαζί, είτε μόνο με τον ένα και τον άλλο τον αναλαμβάνει κάποιος άλλος ειδικός (Cattanch, 2003).

Βασική επιδίωξη κάθε παιγνιοθεραπευτή, είναι η δημιουργία, ενός οικείου και κατάλληλα διαμορφωμένου χώρου για να μπορέσει να δημιουργήσει σε συνεργασία με το παιδί τα κατάλληλα αποτελέσματα για αυτό. Αποδεχόμενος την κατάσταση κάθε παιδιού και πλημμυρισμένος από αγάπη για την εξατομικευμένη προσωπικότητά του, το βοηθά και το ενισχύει στη διεκπεραίωση του δημιουργικού εκφραστικού παιχνιδιού για την πιο επιτυχή οργάνωση της ψυχοσυναισθηματικής προσωπικότητάς του (Cattanch, 2003).

3.5.12 Χοροθεραπεία

Η χοροθεραπεία αποτελεί ιστορική συνέχεια του μεγάλου κύματος των ψυχοσωματικών ψυχοθεραπειών, γνωστών με το όνομα «νέες θεραπείες» ή θεραπείες συγκινησιακές (Schott – Billmann, 1997).

Προϋποθέτει το συνδυασμό θεωρίας και πρακτικής και δεν έχει μία ενιαία μέθοδο αλλά τρόπους προσέγγισης, έτσι βλέπουμε χορευτές να εξασκούν αυτοσχέδια τη χοροθεραπεία, ή να δέχονται προσκλήσεις από θεραπευτικά ιδρύματα. Εκεί δουλεύουν με τους ασθενείς και ακόμα και αν το έργο τους δε φέρει τον τίτλο της χοροθεραπείας, έχει συχνά τη μορφή της και παράγει ανάλογα αποτελέσματα (Schott – Billmann, 1997).

Στην Ελλάδα, χρησιμοποιείται η μέθοδος της πρωτόγονης έκφρασης, της παραδοσιακής και σύγχρονης θεραπείας.

Σύμφωνα με το παραπάνω , η χοροθεραπεία μέσω της πρωτόγονης έκφρασης είναι μία τεχνική που εμπνέεται από τους πρωτόγονους χορούς. Υιοθετεί τα χαρακτηριστικά

των φυλετικών χορών, που απαντώνται σε όλους τους πολιτισμούς στον κόσμο του χορού : Τη σημαντικότητα της ομάδας, τη σχέση με τη γη, τη σφοδρότητα του ρυθμού, τη φωνητική συνοδεία, το ζευγάρωμα και την επανάληψη των κινήσεων. Η κίνηση καθαίρεται σε μία «πρωτόγονη» σχηματοποίηση. Οικοδομείται πάνω στον απλούστερο ρυθμό, το σφυροκόπημα των ποδιών και τον παλμό που βοηθάται ή όχι από κρουστά. Στη βάση αυτή, εκτυλίσσονται οι ζευγαρωτές συμμετρικές ή αντιθετικές κινήσεις όπως στους φυλετικούς χορούς (Schott – Billmann, 1997).

Η απλότητα τους, τους κάνει αμέσως προσιτούς ακόμα και στους μη χορευτές, και επιτρέπει να τους κατανοήσουμε εύκολα και να τους αφήσουμε να μας συνεπάρουν μέσα στην επανάληψη. Ευνοείται έτσι ο ενθουσιασμός, το χαλάρωμα και η ένταση της προσπάθειας που μας κάνουν να πηγαίνουμε κάθε φορά, όλο και μακρύτερα, «μέχρι το τέλος» των κινήσεων που γίνονται πλατύτερες «ισχυρές» και ωραίες. Μπορούν να είναι αφηρημένες ή να ανακαλούν ζωικές, παιδικές ή πρωτογονικές δραστηριότητες (Schott - Billmann, 1997).

Το θεραπευτικό έργο της χοροθεραπείας συνιστάται στο να καλέσει και να επαναπροσανατολίσει ομολογικά τους διάφορους μηχανισμούς που συμμετέχουν στην εξέλιξη του ανθρώπινου πλάσματος και την οργάνωση του ψυχισμού του (Schott – Billmann, 1997).

3.6 Εκδηλώσεις

Το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ θέλοντας να βρίσκεται δίπλα στο γενικό πληθυσμό ανά τακτά χρονικά διαστήματα, πραγματοποιεί εκδηλώσεις σε πολλά μέρη του Νομού Αργολίδας.

Πρώτη Εκδήλωση: Στα μέσα του μήνα Ιουλίου με αφορμή το κλείσιμο της σχολικής χρονιάς και του «καλωσορίσματος του καλοκαιριού», πραγματοποιείται ανοιχτή εκδήλωση που περιέχει τα ακόλουθα: παιχνιδιότραγουδα, παραδοσιακούς και μοντέρνους χορούς από τη χορευτική ομάδα του Κέντρου σε συνεργασία με τα παιδιά του Συλλόγου ΑμεΑ Αργολίδας, μουσική-παραδοσιακή συναυλία από διάσημους καλλιτέχνες, όπως και παρουσίαση κουκλοθέατρου. Τον Ιούλιο του 2011, το έργο είχε τη ονομασία «Το δέντρο που έδινε».

Δεύτερη Εκδήλωση: Στις 3 Δεκεμβρίου, την Παγκόσμια Ημέρα Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, πραγματοποιείται εκδήλωση στο χώρο του Κέντρου, όπου εκθέτονται διάφορων ειδών χειροτεχνίες από την καλλιτεχνική ομάδα του προγράμματος art

therapy, μικρές ομιλίες σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και τις υποχρεώσεις του γενικού πληθυσμού προς αυτό.

Εκδρομές-εξορμήσεις: Δύο φορές το χρόνο, ύστερα από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου και μέσω επιδοτούμενου προγράμματος του Υπουργείου Πολιτισμού και Τουρισμού, και πάντοτε με τη συναίνεση των γονιών τα παιδιά μεταφέρονται σε προστατευόμενους – αρχαιολογικούς χώρους, όπως στην Ακρόπολη και απασχολούνται δημιουργικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Συμπεράσματα – Προτάσεις

Έχοντας πραγματοποιήσει μια ανασκόπηση σχετική με τις Προνοιακές Δομές που υπάρχουν στην Ελλάδα όπου όλα διαμορφώνονται βάση το Εθνικό Σύστημα Εθνικής Φροντίδας μπορούμε να συμπεράνουμε τα εξής:

Αναμφισβήτητα όλες οι δομές παρέχουν αξιόλογο έργο για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρουν. Στην Πελοπόννησο συγκεκριμένα μέριμνα για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες αποτελούν οι εξής δομές:

Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Σπάρτης, Άσυλο Ανιάτων Φιλιατρών, Ευθύμιο Κέντρο Κορίνθου, Μέριμνα Πατρών, Προεπαγγελματικά Εργαστήρια Τριπόλεως. Το Κέντρο Σπάρτης αποτελεί εκκλησιαστικό Ίδρυμα και η παροχή υπηρεσιών του κυμαίνεται σε εκκλησιαστικά πλαίσια.

Η σημαντικότητα του Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ λοιπόν, διέπεται από τις εξής παραμέτρους:

Πρώτον, είναι ένα Κέντρο που παρέχει και Αποθεραπεία μέσα από οργανωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα και Αποκατάσταση,

Δεύτερον, παρέχει θεραπείες σε όλο το νομό Αργολίδας.

Το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ τα τελευταία 9 χρόνια, αποτέλεσε και αποτελεί τη μοναδική αποκατάσταση για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες στο Ν. Αργολίδας. Πριν την ίδρυσή του τα άτομα με αναπηρίες της Αργολίδας παρέμεναν στο σπίτι με μοναδική τους διέξοδο τα θεραπευτικά κέντρα των Αθηνών ή της Τρίπολης. Με την ίδρυση του

Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ τόσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες των θεραπευτικών προγραμμάτων, η ζωή τους απέκτησε νόημα και αξία. Η καθημερινή τους συναναστροφή στο Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ βοήθησε τα άτομα αυτά σε επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας, κοινωνικοποίησης και συνεργασίας αλλά και στην σταδιακή βελτίωση των αναπηριών τους. Ο ζήλος του προσωπικού και η αγάπη τους για αυτά τα άτομα αποδεικνύεται από τα αποτελέσματα της εννεαετούς επαφής μαζί τους. Η λειτουργία του Κέντρου είναι αναμφισβήτητη και προάγει την ουσιώδη ιδέα πως αυτά τα άτομα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες στη ζωή.

Γνώμη μου είναι πως το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και γενικότερα ο κρατικός μηχανισμός πρέπει να επιδεικνύουν ιδιαίτερη μέριμνα για αυτά τα άτομα. Το πρόβλημα της αναπηρίας είναι πολυδιάστατο, καθημερινό και αποτελεί μία κοινωνική πραγματικότητα. Επουδενεί ένα άτομο με ειδικές ανάγκες δεν χρήζει βοήθειας μόνο από την οικογένειά του αλλά μιας ιδιαίτερης μεταχείρισης από την πολιτεία.

Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι η υποχρηματοδότηση από το κράτος που επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργία του Κέντρου. Η έλλειψη επαρκούς μονίμου προσωπικού έχει δημιουργήσει λίστα αναμονής για τους εξυπηρετούμενους, με κριτήριο την σοβαρότητα του προβλήματος που αντιμετωπίζει το κάθε άτομο ξεχωριστά. Μάλιστα φουσιάτρος παρευρίσκεται εθελοντικά 1 φορά το μήνα για να αξιολογεί τις ανάγκες του κάθε ατόμου και ανάλογα με αυτή τη διαβάθμιση να μπαίνει σε λίστα προτεραιότητας. Φυσικά οι ελλείψεις αυτές, έχουν αντίκτυπο και ψυχοκοινωνικό αλλά και στην εν γένει λειτουργική αποκατάσταση αυτών των ατόμων. Τα άτομα αυτά είναι ισότιμα μέλη της κοινωνίας μας και η πολιτεία υποχρεούται να τους προσφέρει τα απαραίτητα εφόδια προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες τους. Τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες αποτελούν κατά τη γνώμη μου άτομα με ιδιαίτερες ικανότητες και πρέπει όλοι μας να ενισχύουμε το ρόλο τους στην καθημερινή τους ζωή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά το παρελθόν κάθε κοινωνία ξεδίπλωνε τη δική της στάση απέναντι στα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Η στάση αυτή που ακολουθούσε κάθε κοινωνία πρέπει να συνδεθεί με τις κοινωνικές, πολιτισμικές αλλά και θρησκευτικές εξελίξεις της κοινωνίας. Αν κάνουμε μια αναδρομή στο παρελθόν παρατηρούμε ότι και πάλι η αρχαία Αθήνα και ο «χρυσός» αιώνας της έδωσαν τα φώτα σε αρχαία Ρώμη και αλλού για την ισότιμη μεταχείριση των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Η συστηματική οπτική της ειδικής αγωγής στην Ελλάδα αρχίζει στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Από τότε η προσπάθεια αυτή βελτιώνονταν συνεχώς μέχρι να φτάσουμε και στη θεαματική θωράκιση και αντιμετώπιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Η αντιμετώπιση όμως όλων των κατηγοριών των ατόμων με ειδικές ανάγκες ξεκίνησε μόλις το 1998. Τα κέντρα αντιμετώπισης αυτών των ατόμων χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες :

A) Θεραπευτήρια χρόνιων Παθήσεων

B) Κέντρα αποθεραπείας – Αποκατάστασης

Γ)Κέντρα

Προστασίας

Στην Αργολίδα λειτουργεί ένα τέτοιο κέντρο αποκατάστασης το οποίο ανήκει στην 6^η Υ.Π.Ε και είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου.

Το Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ ιδρύθηκε το 2002 και από τότε συμβάλλει στην ανακούφιση μιας σειράς ατόμων με ειδικές ανάγκες, είτε προληπτικά είτε κατασταλτικά.

Κεντρικός σκοπός του κέντρου είναι η παροχή βοήθειας σε άτομα όλων των ηλικιών που πάσχουν από διάφορες κινητικές ή νοητικές ανεπάρκειες. Παράλληλα πραγματοποιεί ενέργειες για να βρίσκονται τα απαραίτητα θεραπευτικά μέσα για διάφορες κατηγορίες πληθυσμού, προχωράει σε παραστάσεις ή και διαβήματα στο αρμόδιο Υπουργείο προκειμένου να προωθηθεί η θεραπευτική, επαγγελματική και επιστημονική αποκατάσταση αυτών των ατόμων.

Η σχεδόν 10χρονη εμπειρία του δείχνει τη σημασία του και την τεράστια συμβολή του στη βελτίωση των όρων ζωής και ομαλής προσαρμογής των ατόμων με ειδικές ανάγκες του νομού μας.

Λέξεις-κλειδιά

Αναπηρία , Άτομα με ειδικές Ανάγκες, Ειδική Αγωγή, Προνοιακές Μονάδες για ΑμεΑ, Κέντρα Περίθαλψης – Αποθεραπείας – Αποκατάστασης – ειδικής εκπαίδευσης, Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑμεΑ.

SUMMARY

At the past each society it unfolded her own attitude toward the persons with special needs.

This attitude that followed each society should be connected with social, cultural but also religious developments of society. If we make a retrospection in the past we observe that once again ancient Athens and her “golden” century gave it’s knowledge to ancient Rome and elsewhere for the equivalent treatment of persons with special needs.

The systematic optics of special education in Greece begins in the beginning of 20th century. From then, this effort was improving continuously until we reached also in the spectacular armouring and confrontation of persons with special needs. However, the confrontation of all categories of persons with special needs began hardly in 1998. These centres of confrontation of individuals are separated in four categories:

- A) Infirmaries of chronic Diseases
- B) Centres of full recovery of - Re-establishment
- C) Centres of Protection

In Argolida a such centre of re-establishment has been functioned, which belongs in the 6th Y.P.E and it is Legal Person of Public Right.

K.E.K.Y.K.AmeA was founded in 2002 and from then contributes in the alleviation of line of persons with special needs, or preventively or repressively.

The Central aim of the centre is the benefit of help in people of all ages that suffer from various kinetic or intellectual insufficiencies. At the same time it makes energies in order to be found the essential therapeutic means for various categories of population, lead in representations or even steps in the responsible Ministry so that is promoted therapeutic, professional and scientific re-establishment of these people.

It’s 10 years experience shows almost it’s importance and his enormous contribution in the improvement of terms of life and smooth adaptation of persons with special needs.

Words-key:

Infirmity, Persons with special needs, Special Education, Stuctures of Providence for disabled people, Centres of Care of - Full recovery - Re-establishment of - special education, K.E.K.Y.K.AmeA.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Blake RR. – Maiton JR. – Amen RL. (1988), Ομαδική Συνεργασία με θεαματικά αποτελέσματα, Αθήνα, Εκδόσεις Γαλαίος.
- Cattanach Ann.(2003), Θεραπεία μέσω παιχνιδιού, Μτφρ. Φωτεινή Μεγαλούδη, Αθήνα, Εκδόσεις Σαββάλας.
- Cohen Dorothy H. –Stern Virginia- Balaban Nancy, (1991), Παρατηρώντας και καταγράφοντας τη συμπεριφορά των παιδιών, μτφρ. Δήμητρα Ευαγγέλου, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.
- Schott-Bimman France,μτφρ. Λ. Χρυσικοπούλου(1997) , Όταν ο χορός θεραπεύει, Αθήνα, Εκδόσεις ελληνικά Γράμματα.
- Αμίτσης Γαβριήλ (2001), Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Μουσικοθεραπεία. Η επέμβαση της τέχνης στην Ψυχοθεραπεία. Θεωρία, Ασκήσεις, Εφαρμογές, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ζώνιου-Σιδέρη Αθηνά (1994), Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους, μία ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση έναρξης.
- Ζώνιου-Σιδέρη Αθηνά (2004), Σύγχρονες ενταξιακές προσεγγίσεις, τόμος α, θεωρία, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

- Καίλα Μ. – Πολεμικός Ν. – Φιλίππου Γ. (1995), Άτομα με Ειδικές ανάγκες Α τόμος, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Καλλινικάκη Θεανώ (1998), Κοινωνική Εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
-
- Καρτασίδου Λευκοθέα (2004), Μουσική Εκπαίδευση στην Ειδική Παιδαγωγική, Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω
-
- Κατσαρίδου-Παπαδοπούλου Χρυσούλα (1993), Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην.
-
- Κουκλογιάννου Εσθήρ-Δορζιώτου (1990), Αποκατάσταση Ατόμων με ειδικές Ανάγκες (Φυσική –Κοινωνική- Επαγγελματική), Αθήνα.
-
- Κυπριωτάκης Αντώνης (2000), Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους, Αθήνα, Εκδόσεις Γρηγόρη.
-
- Μαλικιώση-Λοϊζου Μ. (1999), Συμβουλευτική Ψυχολογία, Αθήνα, Εκδόσεις ελληνικά Γράμματα.
-
- Μάνου Νίκος (1997), Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, University Studio Press
-
- Μπεχράκη Κατερίνα (2002), Σχολές Γονέων, Εμπειρίες-Προοπτικές, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
-
- Μπουσκάλια Λέο (1993), Άτομα με ειδικές Ανάγκες και οι Γονείς τους, Αθήνα, Εκδόσεις Γλάρος.
-
- Νασιάκου Μαρία-Χατζή Αλεξάνδρα-Φατούρου-Χαρίτου Νίκα (2005), Εισαγωγή στην Ψυχολογία, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.

- Παπαϊωάννου Καλλιόπη (2004), Κλινική Κοινωνική εργασία με Άτομα, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην.
- Παπαϊωάννου Μ. Σκώος (1990), επαγγελματική εκπαίδευση και προσανατολισμός, αναφορά σε Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, Αθήνα, Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Στασινός Δημήτρης Π (2001), Η ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg

ΠΗΓΕΣ INTERNET

- Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt (Καθηγητής Ειδικής Θεραπευτικής Αγωγής του Πανεπιστημίου του Μονάχου), <http://www.logo-therapia.gr>.
- Energitikotita. Wyeth Hellas A.E.B.E. 2008, <http://www.energitikotita.gr>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ

ΣΧΕΔΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Σύσταση – Μορφή

Τα Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) αποτελούν Δίκτυο αποκεντρωμένων υπηρεσιών του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΟΚΦ), η σύσταση και λειτουργία του οποίου προβλέπεται στο Ν.2646/98 (ΦΕΚ 236 / Τ.Α. / 20-10-98) για την «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 13, Παρ. 1β.

Τα ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ αποτελούν «ανοιχτές» δομές κοινωνικής φροντίδας που απευθύνονται σε όλα τα άτομα με αναπηρίες, ανεξάρτητα από την ηλικία τους και την προέλευση, το είδος και το βαθμό αναπηρίας τους, δεδομένου ότι πρόκειται για δομές που ακόμη κι όταν οι ίδιες δεν αναλαμβάνουν εξ' ολοκλήρου την παροχή ολοκληρωμένης κοινωνικής φροντίδας σε άτομα με αναπηρίες, δύνανται για την επίτευξη αυτού του σκοπού να συνεργάζονται και να συντονίζονται με άλλες δομές ή οργανώσεις που παρέχουν εκπαιδευτικές, υγειονομικές και προνοιακές υπηρεσίες.

Σκοποί

Οι σκοποί των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ, όπως αυτοί προβλέπονται στο Ν.2646/98 είναι οι εξής: «πρώιμη διάγνωση, συμβουλευτική στήριξη, ενημέρωση των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους, παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες νοσηλείας και αποκατάστασης, προ-επαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των Ατόμων με Αναπηρίες, λειτουργική αποκατάσταση, υποστήριξη για ένταξη στον κοινωνικό ιστό, συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο για το συντονισμό της δράσης τους».

Αναλυτικότερα, οι σκοποί των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ είναι οι εξής:

1. Έγκαιρη διάγνωση και αξιολόγηση της φυσικής, νοητικής, ψυχολογικής και κοινωνικής κατάστασης των ατόμων με αναπηρίες, με σκοπό τον εντοπισμό και την καταγραφή των εξατομικευμένων αναγκών και δυνατοτήτων κάθε ατόμου και το σχεδιασμό εξατομικευμένου προγράμματος για την κάλυψη των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών του και την παροχή εν τέλει, ολοκληρωμένης κοινωνικής φροντίδας.
2. Πληροφόρηση και ενημέρωση των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους για γενικότερα θέματα που σχετίζονται με την αναπηρία και τις πολιτικές που σχεδιάζονται ή υλοποιούνται σε σχέση με αυτήν και συμβουλευτική καθοδήγηση σε ειδικότερα θέματα που αφορούν στις δυνατότητες κάλυψης των εξατομικευμένων αναγκών τους μέσα από υφιστάμενες δομές, φορείς, υπηρεσίες και προγράμματα που απευθύνονται σε άτομα με αναπηρίες.
3. Παροχή υπηρεσιών και ανάπτυξη προγραμμάτων και δραστηριοτήτων για τη διασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους και την προώθηση της ισότιμης συμμετοχής τους στην οικονομική και κοινωνική ζωή.
4. Ανάπτυξη δραστηριοτήτων για την άμβλυση και σταδιακή εξάλειψη προκαταλήψεων και στερεοτύπων εις βάρος των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους και την άμβλυση και σταδιακή εξάλειψη φαινομένων κοινωνικού και οικονομικού αποκλεισμού.
5. Δικτύωση, συνεργασία και συντονισμός με τοπικές υπηρεσίες και δομές κοινωνικής φροντίδας, καθώς και με αντιπροσωπευτικές οργανώσεις των

ιδίων των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους αλλά και την ευρύτερη κοινωνία, με απώτερο σκοπό, αφενός τη διασφάλιση πλήρους πρόσβασης των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους σε αγαθά και υπηρεσίες που τους αφορούν και αφετέρου τη συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων για τη γενική κατάσταση των ατόμων με αναπηρίες στην γεωγραφική εμβέλεια δράσης των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ, τα οποία θα τροφοδοτούν τον εθνικό σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής και τον επαναπροσδιορισμό των συστημάτων κοινωνικής φροντίδας έτσι που να ανταποκρίνονται στις υπάρχουσες ανάγκες με συντονισμένο και ολοκληρωμένο τρόπο.

6. Πρόληψη αναπηριών σε επιμέρους ή σε όλους τους τομείς ανάπτυξης και εξέλιξης (κινητικό, αντιληπτικό, νοητικό, κοινωνικό, ψυχικό) με παρεμβατικά προγράμματα στην κοινότητα.

Υπηρεσίες

Τα ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ, για την εκπλήρωση των σκοπών τους όπως αυτοί περιγράφονται παραπάνω, προβλέπεται να παρέχουν τις παρακάτω υπηρεσίες:

1. Υποδοχή και Ενημέρωση όπου: α)παρέχεται στα άτομα με αναπηρίες και τις οικογένειές τους γενικής ενημέρωσης για παροχές, επιδόματα, νόμους, ρυθμίσεις, κλπ. που τους αφορούν, καθώς και για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες που διαθέτει το ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ ή άλλες αρμόδιες δομές, β)αξιολογούνται και θα καταγράφονται τα αιτήματα και οι ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες ή των οικογενειών τους που απευθύνονται στο ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ και γ)γίνεται παραπομπή σε αρμόδιο τμήμα του ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ για εξατομικευμένη παρέμβαση ή σε άλλες αρμόδιες τοπικές ή περιφερειακές δομές και συστήματα για συνολική ή συμπληρωματική στο ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ παροχή υπηρεσιών
2. Κοινωνική και Ψυχολογική Στήριξη ατόμων με αναπηρίες και οικογενειών, όπου ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων υλοποιούνται εξατομικευμένα και ομαδικά προγράμματα παρέμβασης (ατομική ή ομαδική συμβουλευτική-στήριξη, επιμόρφωση-συμβουλευτική οικογενειών, ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, προσωπική ενδυνάμωση και εμφύχωση ατόμων με αναπηρίες, κλπ.)
3. Λειτουργική Αποκατάσταση η οποία περιλαμβάνει προγράμματα φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, λογοθεραπείας, εκπαίδευση και προετοιμασία για ημιαυτόνομη ή αυτόνομη διαβίωση, κλπ.)
4. Επαγγελματική Αποκατάσταση, η οποία περιλαμβάνει επαγγελματικό προσανατολισμό, συμβουλευτική καθοδήγηση και στήριξη, και ένταξη σε προγράμματα προκατάρτισης και κατάρτισης που σχεδιάζονται και υλοποιούνται στο εκάστοτε ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ, με απώτερο σκοπό την προετοιμασία και διευκόλυνση της πρόσβασης ατόμων με αναπηρίες στην αγορά εργασίας ή σε εναλλακτικές μορφές απασχόλησης (υποστηριζόμενη – προστατευμένη, αυτοαπασχόληση)
5. Ανάπτυξη πολιτιστικών, ψυχαγωγικών και αθλητικών δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχουν άτομα με αναπηρίες και διοργάνωση εκδηλώσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για συγκεκριμένες ομάδες ή το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, με απώτερο σκοπό την προώθηση της πλήρους και ισότιμης ένταξης των ατόμων με αναπηρίες σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής.
6. Δημιουργία δικτύων αλληλεγγύης και αλληλοϋποστήριξης με την προσέλκυση, ενεργοποίηση και το συντονισμό εθελοντών, για τη συμπληρωματική υποστήριξη και ενίσχυση των υπηρεσιών των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ, είτε αυτές αφορούν στην εξατομικευμένη υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους, είτε σε συγκεκριμένες δραστηριότητες. Ο ρόλος των εθελοντών είναι επικουρικός και σε καμία περίπτωση δε υποκαθιστά τους επαγγελματίες των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ.
7. Οργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων για επαγγελματίες που απασχολούνται στο ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ ή/και σε άλλες αντίστοιχες δομές και υπηρεσίες στην Ελλάδα και το εξωτερικό, με απώτερο σκοπό την ανταλλαγή

εμπειριών και τεχνογνωσίας και τη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα άτομα με αναπηρίες και τις οικογένειές τους.

8. Διεξαγωγή ερευνών και ανάπτυξη συστημάτων καταγραφής και παρακολούθησης συνολικά και κατά περίπτωση, της κατάστασης των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους στη γεωγραφική εμβέλεια δράσης του εκάστοτε ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ, με απώτερο σκοπό την ανάδειξη προβλημάτων και αναγκών που πρέπει να αντιμετωπιστούν και την εκπόνηση σχεδίου συντονισμένων και ολοκληρωμένων παρεμβάσεων. Τα συστήματα καταγραφής και παρακολούθησης που θα χρησιμοποιούνται θα πρέπει να υπακούν στη δεοντολογία για τήρηση του απόρρητου και προστασία προσωπικών δεδομένων.
9. Δημιουργία και λειτουργία χρηστικής και δανειστικής βιβλιοθήκης για τα ίδια τα άτομα με αναπηρίες, το προσωπικό των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ αλλά και το ευρύτερο κοινό, με απώτερο σκοπό τη διευκόλυνση της πρόσβασης στην πληροφόρηση και την ανταπόκριση σε εξατομικευμένες ανάγκες ενημέρωσης, πληροφόρησης και επιμόρφωσης σε θέματα που σχετίζονται με την αναπηρία.

Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες αναπτύσσονται και παρέχονται εξ' ολοκλήρου από τα ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ, στο βαθμό που αυτό επιτρέπεται και διευκολύνεται από την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή και το στελεχειακό δυναμικό τους, ή σε συνεργασία και συντονισμό με άλλες αρμόδιες τοπικές και περιφερειακές δομές, υπηρεσίες, κέντρα ή φορείς.

Ξενώνες

Σε εκείνα τα ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ που διαθέτουν Ξενώνες παρέχεται προσωρινή φιλοξενία σε άτομα με αναπηρίες αυτοεξυπηρετούμενα ή ~~με~~ αυτοεξυπηρετούμενα με το συνοδό τους, πρόκειμένου να διευκολυνθεί η συμμετοχή ατόμων με αναπηρίες που μένουν σε απόσταση ασυμβίβαστη με την καθημερινή τους μετακίνηση σε προγράμματα λειτουργικής αποκατάστασης τα οποία υλοποιούνται στα ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ. Σε περιπτώσεις που για μη αυτό-εξυπηρετούμενα άτομα με αναπηρίες δεν υπάρχει η δυνατότητα κατά το διάστημα παραμονής τους στο ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ να συνοδεύονται από συγγενικό ή άλλο πρόσωπο του περιβάλλοντός τους, τότε το ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ δύναται να καλύπτει τις ανάγκες συνοδείας στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό και δεν επηρεάζει την εύρυθμη λειτουργία του ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ. Οι προϋποθέσεις φιλοξενίας και η χρονική διάρκεια αυτής, που δε θα πρέπει να υπερβαίνει το διάστημα των 3 μηνών, καθορίζονται από τη Διεπιστημονική Ομάδα, ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες και το πρόγραμμα αποκατάστασης των φιλοξενούμενων.

Προσωπικό

Με βάση τις υπηρεσίες των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ όπως αυτές περιγράφονται παραπάνω, το προσωπικό των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ θα πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής ειδικότητες:

- Ιατρούς (Παιδίατρος, Παθολόγους, Ψυχιάτρους, Φυσιάτρους, κλπ.)
- ΠΕ Πτυχιούχους Κοινωνικών Επιστημών (Κοινωνιολόγους, Κοινωνικούς Ανθρωπολόγους, κλπ.)
- Ψυχολόγους
- Κοινωνικούς Λειτουργούς
- Ειδικούς Παιδαγωγούς
- Ειδικούς Εκπαιδευτές επαγγελματικής προκατάρτισης και κατάρτισης
- Συμβούλους Απασχόλησης και Επαγγελματικού Προσανατολισμού
- Οικονομολόγους
- Νοσηλευτές / τριες
- Επισκέπτες /τριες Υγείας
- Εργοθεραπευτές /τριες
- Φυσικοθεραπευτές / τριες
- Λογοθεραπευτές / τριες

- Επιμελητές /ριες
- Τεχνικό – Βοηθητικό Προσωπικό (Συντηρητές, Φύλακες, Οδηγοί, Γραμματεία, κλπ.)

Το προσωπικό των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ σε ότι αφορά τον αριθμό, τις ειδικότητες και το βαθμό ή πεδίο εξειδίκευσης, καθορίζονται από το είδος και την έκταση των δραστηριοτήτων και προγραμμάτων που αναλαμβάνουν να υλοποιήσουν, καθώς και τον αριθμό ατόμων με αναπηρίες που δύνανται να εξυπηρετούν, ώστε από την αναλογία προσωπικού / ατόμων με αναπηρίες και τις απασχολούμενες ειδικότητες σε αριθμό και επίπεδο εξειδίκευσης, να διασφαλίζεται η ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες του προσωπικού διατυπώνονται σε ειδικό ατομικό καθηκοντολόγιο, το οποίο καταρτίζεται σύμφωνα με τα όσα προβλέπονται σε σχετικές συμβάσεις για συγκεκριμένους κλάδους επαγγελματιών και προσαρμόζεται ή εξειδικεύεται ανάλογα, προκειμένου να ανταποκρίνεται στο περιεχόμενο των επιμέρους σκοπών και λειτουργιών του ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ. Τα καθηκοντολόγια του προσωπικού μπορεί να περιλαμβάνουν και καθήκοντα τα οποία δε συνδέονται με τις ειδικότητες των υπαλλήλων άμεσα, αλλά έμμεσα με ρόλους και αρμοδιότητες που έχουν προκύψει από εσωτερικό καταμερισμό ευθυνών και αρμοδιοτήτων μεταξύ του προσωπικού και με απώτερο σκοπό την εύρυθμη λειτουργία του ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και υπηρεσιών του.

Διεπιστημονική Ομάδα

Σε κάθε ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ λειτουργεί Διεπιστημονική Ομάδα που αποτελείται από επαγγελματίες όλων των ειδικοτήτων και έχει την ευθύνη να σχεδιάζει και να εφαρμόζει εξατομικευμένα προγράμματα ιατρο-κοινωνικής κοινωνικής φροντίδας, να παρακολουθεί την εφαρμογή τους, να αξιολογεί σε τακτά χρονικά διαστήματα την αποτελεσματικότητά τους και την ανταπόκρισή τους στις εξατομικευμένες ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες και να υποβάλλει προτάσεις για την εύρυθμη λειτουργία του ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ. Η Διεπιστημονική Ομάδα θα πρέπει να διέπεται από ευαισθησία, αποτελεσματικότητα, ευελιξία, προσαρμοστικότητα στα εκάστοτε επιδημιολογικά και άλλα δεδομένα σε σχέση με την αναπηρία. Ο Συντονιστής της Διεπιστημονικής Ομάδας αποφασίζεται από τα μέλη της Ομάδας.

Τα μέλη της Ομάδας Εργασίας

Γεωργιά Βιλεμίνη, Νομική Σύμβουλος

Σωφρονά Μαρία, Δ/τρια Δ/σης Εκπ/σης

Μουρτζοπούλου Αικατερίνη, Παιδιάτρος Αναρ/ριού

Μαυρογιάννη Ιωάννα, Ε/Υ Δ/σης Εκπ/σης

Λεπενιώτου Μαρία, Εργοθεραπεύτρια ΚΑΑΠΒ

Γουρνάκη Ιωάννα, Κοιν. Λειτουργός Δ/σης ΠΡ

Νάση Δάφνη, Κοιν. Λειτουργός ΚΕΦΟ Αγ. Σώστη

Τυραδέλλη Κλαίρη, Κοινωνιολόγος, Εκπρόσωπος ΕΣΑΕΑ

Αθήνα, 25/9/2001