

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΘΕΜΑ:

Ανάλυση περιεχομένου του γραπτού λόγου των γνωματεύσεων ιατροπαιδαγωγικών φορέων: διερευνώντας το παράδειγμα της απόδοσης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Μεταπτυχιακός φοιτητής: Φιτσιώλος Δημήτρης

A.M. 141120

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ντεροπούλου – Ντέρου Ευδοξία

Αθήνα, 2017

Τίτλος: Ανάλυση περιεχομένου του γραπτού λόγου των γνωματεύσεων ιατροπαιδαγωγικών φορέων.

Υπότιτλος: Διερευνώντας το παράδειγμα της απόδοσης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Περιγραφή: Διπλωματική εργασία στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ειδικής Αγωγής», του Τμήματος Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Λέξεις Κλειδιά: Γνωμάτευση, ΔΕΠ-Υ, αναπηρία, ενταξιακή εκπαίδευση, ειδικοί επαγγελματίες

Μεταπτυχιακός φοιτητής: Δημήτριος Φιτσιώλος

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ευδοξία Ντεροπούλου – Ντέρου

Ημερομηνία Κατάθεσης:

Γλώσσα Κειμένου: Ελληνικά

«Το περιβάλλον είναι όλα όσα δεν είμαι εγώ»

Αλβέρτος Αϊνστάιν

Κατάλογος Ακρωνύμων

ΔΕΠ-Υ : Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής – Υπερκινητικότητας

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

ICD -10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision

APA: American Psychological Association

WHO: World Health Organization – Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

UPIAS: Union of the Physically Impaired Against Segregation

A.M.E.A: Άτομα με Αναπηρία

Δ.Ε.Π.Π.Σ: Διαθεματικό, Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών

A.Π.Σ: Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών

E.E.Π: Εξατομικευμένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα

B.P.S: British Psychological Society

E.E.A: Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες

ΚΕ.Δ.Δ.Υ: Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών

Κ.Δ.Α.Υ: Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης των ατόμων με ειδικές ανάγκες

E.A.E: Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση

I.Π.Δ: Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα

Κ.Ψ.Υ: Κέντρα Ψυχικής Υγείας

E.O.Π.Υ.Υ: Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υγείας

Δ.Ν.: Δημόσια Νοσοκομεία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	10-11
ABSTRACT	12
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	13-16
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
1. ΔΕΠ-Υ: Η ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	17
1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	17
1.1.1 Ορισμός.....	17-18
1.1.1. ^α Έλλειμματική προσοχή.....	18
1.1.1. ^β Παρορμητικότητα.....	18-19
1.1.1. ^γ Υπερκινητικότητα.....	19
1.1.2 Διαγνωστικά κριτήρια.....	19-20
1.1.3 Συννοσηρότητα.....	21
1.1.4 Επιδημιολογία.....	21-22
1.1.5 Αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ.....	22-25
1.2 ΔΕΠ-Υ: ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ Ή ΑΝΑΠΗΡΙΑ;.....	25-29
1.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	29-31
2. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	31
2.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠΥ.....	31-33
2.1. ^α Ψυχολογική – εκπαιδευτική υποστήριξη.....	33
2.1. ^β Εκπαίδευση γονέων.....	33-34
2.1. ^γ Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία.....	34
2.1. ^δ Παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο.....	34-35
2.1. ^ε Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.....	35

2.1. ^{στ} Φαρμακευτική αγωγή	35-36
2.2 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ: ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ, ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΕΝΤΑΞΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ.....	36-44
3. Η ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ.....	44
3.1 ΟΙ ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΩΣ ΠΕΔΙΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ.....	44-45
3.2 Η ΩΡΑ ΤΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ.....	45
3.2.1 Δημόσιοι διαγνωστικοί φορείς: Ρόλοι και αρμοδιότητες.....	45-48
3.2.2 Η διαδικασία έκδοσης της γνωμάτευσης.....	48-49
3.2.3 Το περιεχόμενο της γνωμάτευσης.....	49-51
3.2.4. Τα αξιολογικά εργαλεία της γνωμάτευσης.....	51-53
3.3 Η ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ.....	53
3.3. ^α Η αυθεντία στο λόγο των ειδικών.....	53-55
3.4 ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ: Η ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ.....	56-59
4 ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	59-64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	65-66
2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	66-67
2.3 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	67-69
2.4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ.....	69
2.4.1 Προσδιορισμός ερευνητικού θέματος.....	70
2.4.2 Επισκόπηση της βιβλιογραφίας.....	70-72
2.4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	72
2.4.4 Ερευνητικό εργαλείο: Ανάλυση περιεχομένου.....	72-77
2.4.5 Ηθικά ζητήματα.....	77
2.5 ΔΕΙΓΜΑ.....	77-85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

3.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΓΡΑΠΤΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ.....	86
---	----

3.1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της ΔΕΠ-Υ.....	86-91
--	-------

3.1.2 Προσδιορισμός και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τα μέλη των διαγνωστικών διεπιστημονικών επιτροπών.....	92-103
---	--------

3.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	104
--	-----

3.2.1 Προτάσεις εκπαιδευτικής αντιμετώπισης από τους ειδικούς	104-111
---	---------

3.2.2 Οι φορείς που προτείνουν θεραπευτική αντιμετώπιση.....	111-113
--	---------

3.2.3 Προτάσεις επαναξιολόγησης και επαναφοίτησης	113
---	-----

3.3 ΤΡΟΠΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΣΤΙΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΙΣ.....	114
---	-----

3.3.1.α Πλαίσιο αξιολογικής προσέγγισης.....	114-116
--	---------

3.3.1.β Αξιολόγηση με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων.....	116-118
--	---------

3.3.2 Αξιολόγηση χωρίς τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων.....	118-120
---	---------

3.4 Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ...ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΩΝ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΩΝ.....	120
---	-----

3.4.1 Απόψεις των ειδικοτήτων.....	120
------------------------------------	-----

3.4.2 Διάσταση αξιολογικών απόψεων μεταξύ των ειδικοτήτων.....	120-124
--	---------

4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

4.1 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΟ ΛΟΓΟ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ.....	125
---	-----

4.1.1 Η ΔΕΠ-Υ και ο ορισμός της.....	125-126
--------------------------------------	---------

4.1.2. Η προσέγγιση των ειδικών επαγγελματιών.....	126-128
--	---------

4.2 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

4.2.1 Η ενταξιακή εκπαίδευση στην ελληνική πραγματικότητα.....	128-130
4.2.2 Αναζητώντας την ενταξιακή διάσταση των τμημάτων ένταξης και του θεσμού της παράλληλης στήριξης.....	130-132
4.2.3 Εκπαιδευτικές προτάσεις στο πλαίσιο της ενταξιακής εκπαίδευσης.....	132
4.2.3. ^α Εξατομικευμένη Διδασκαλία.....	132-135
4.2.3. ^β Ομαδοσυνεργατική διδασκαλία.....	135-137
4.2.3. ^γ Διαφοροποιημένη διδασκαλία.....	137-139
4.2.3. ^δ Διδασκαλία με τη χρήση κατάλληλου εποπτικού υλικού.....	139-141
4.2.3. ^ε Οι ελλείψεις θέτουν στόχους;.....	141-143
4.2.4 Θεραπευτικές προτάσεις.....	143-145
4.2.4. ^α Συμβουλευτική οικογένειας.....	145-146
4.2.4. ^β Λογοθεραπεία.....	146-147
4.2.4. ^γ Ειδική διαπαιδαγώγηση.....	147
4.2.4. ^δ Θεραπείες συμπεριφοράς.....	148
4.2.4. ^ε Εργοθεραπεία.....	148-149
4.2.4. ^{στ} Ατομική ψυχοθεραπεία.....	149
4.2.4. ^ζ Φαρμακευτική αγωγή.....	150-151
4.2.5. Η πολιτική διάσταση της γνωμάτευσης.....	151-152
4.2.6 Το κόστος της «ετικέτας».....	152-154
4.3 Η ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ: Η ΑΥΘΕΝΤΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ.....	155
4.3.1 Εκτίμηση της ΔΕΠ-Υ.....	155-158
4.3.2 Ψυχομετρικά εργαλεία και αξιολόγηση.....	158-162
4.3.3. Αξιολόγηση χωρίς τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων.....	162-165
4.3.4 Η διεπιστημονική συνεργασία κατά τη διαδικασία της γνωμάτευσης.....	165-167
4.3.5 Διάσταση αξιολογικών απόψεων.....	167-169
4.3.6 Η αυθεντία στον επιστημονικό λόγο των ειδικών.....	169-171

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	172-177
5.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	178-179
5.2 ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	179-180
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	181-186
ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	187
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	188-207
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	208-209
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	210-219

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη, έχοντας ως κεντρικό σημείο αναφοράς τις γνωματεύσεις παιδιών δημοτικού σχολείου με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) των δημοσίων ιατροπαιδαγωγικών κέντρων (ΚΕ.Δ.Δ.Υ., Κ.Ψ.Υ και Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα των Δημοσίων Νοσοκομείων), στοχεύει στο να αναδείξει τον τρόπο που οι διάφορες ειδικότητες που συμμετέχουν στη γνωμάτευση προσεγγίζουν τη ΔΕΠ-Υ καθώς και θέματα που αφορούν την ενταξιακή εκπαίδευση, τη διαδικασία αξιολόγησης, τις μεθόδους διδασκαλίας και τη διεπιστημονική συνεργασία υπό το πρίσμα της ενταξιακής εκπαίδευσης.

Στο πλαίσιο της έρευνας συγκεντρώθηκαν με τη μέθοδο της δειγματοληψίας χιονοστιβάδας (ή αλυσιδωτής δειγματοληψίας) σαράντα οκτώ (48) γνωματεύσεις δημοσίων διαγνωστικών/αξιολογικών φορέων και η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης περιεχομένου. Η ανάλυση περιεχομένου των γραπτών κειμένων των ειδικών επαγγελματιών ανέδειξε τις ερμηνευτικές τους προσεγγίσεις αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ και την ενταξιακή εκπαίδευση εν γένει. Παρατηρήθηκε η απουσία ορισμού της ΔΕΠ-Υ και ταυτόχρονα η ανάγκη αιτιολόγησής της μέσα από τη συννοσηρότητα της με άλλες διαταραχές. Έγινε εμφανές πως το ιατρικο-ατομικό μοντέλο της αναπηρίας ήταν παρόν από το σύνολο των ειδικοτήτων που συνεργάστηκαν για την έκδοση των γνωματεύσεων και δόθηκε έμφαση μέσα από το λόγο τους στα ελλείμματα του παιδιού, στην ανικανότητά του, στην ιατρικοποίηση των αδυναμιών του, στην αποκατάστασή του και στη θεραπεία του. Η ΔΕΠ-Υ προσεγγίζεται ιατρικά και ανάγεται σε «προσωπική τραγωδία» που πρέπει να αντιμετωπιστεί με θεραπευτικές προσεγγίσεις από ειδικούς. Η ενταξιακή εκπαίδευση πραγματοποιείται σε ένα πλαίσιο αποκατάστασης βασισμένο στην εξατομικευμένη διδασκαλία και όχι στις δυνατότητες του μαθητή, ενώ μέθοδοι ομαδοσυνεργατικής διδασκαλίας υπάρχουν σε ελάχιστες εκπαιδευτικές προτάσεις στο λόγο των ειδικών. Επίσης, η διαδικασία αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει ενδιαφέρον καθώς αναδύθηκαν θέματα που αφορούν την εκτίμηση της ΔΕΠ-Υ, την απουσία αναφοράς σχετικών μεθοδολογικών εργαλείων, τη συγκρότηση της διεπιστημονικής επιτροπής και τις αντιφάσεις στο λόγο των ειδικών.

Θεματική περιοχή: Ανάλυση περιεχομένου γνωματεύσεων ΔΕΠ-Υ δημοσίων φορέων.

Λέξεις κλειδιά: Γνωμάτευση, ΔΕΠ-Υ, αναπηρία, ενταξιακή εκπαίδευση, ειδικοί επαγγελματίες

ABSTRACT

The present study focusing on public pediatric center's reports of primary school children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), aims to highlight the way that various experts which are involved in the process of diagnosis approach ADHD as well as issues related to inclusive education, evaluation process, teaching methods and interdisciplinary cooperation in the light of inclusive education.

The sample of the survey was forty eight (48) reports of public diagnostic/ evaluation agencies that were gathered with the snowball sampling method and qualitative analysis was based on the data obtained by the use of content analysis as methodological tool. Their discourse for ADHD and inclusive education in general, emerged from the content analysis of experts' records. The absence of a definition for ADHD has been observed as the need of its justification through its coexistence with other disorders. Apparently, medical model of disability was present by all experts' views, who worked together to issue the reports and it was emphasized through the discourse on child's deficits, its inability, the medicalization of its weakness, its rehabilitation and treatment. ADHD is medically approached and refers to "personal tragedy" that needs to be confronted through therapeutic approaches by experts. Inclusive education, takes place in a rehabilitation framework based on individualized teaching rather than on pupils' abilities, while methods of cooperative learning exist in fewer educational suggestions on experts' discourse. At the same time, the evaluation process of ADHD is interesting, as issues have been arisen related to ADHD assessment, the absence of reference, relevant methodological tools, the establishment of the interdisciplinary committee and contradictions in experts' discourse.

Field of research: Content analysis of public diagnostic/ evaluation agencies reports for ADHD

Key words: Report, ADHD, disability, inclusive education, experts

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια έχω εργαστεί σε δημόσια και ιδιωτικά, δημοτικά σχολεία γενικής εκπαίδευσης τόσο στην Αθήνα όσο και στην επαρχία (Κρήτη, Αχαΐα κ.λ.π). Σ' αυτά τα χρόνια της επαγγελματικής μου ζωής, προβληματίστηκα σχετικά με την ειδική αγωγή και τις πρακτικές της στο σχολείο καθώς και για την παρουσία των τμημάτων ένταξης και του θεσμού της παράλληλης στήριξης σε αυτό. Οι σκέψεις αυτές και οι προβληματισμοί μου με οδήγησαν στην απόφαση να υποβάλλω αίτηση για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα της Ειδικής Αγωγής του ΤΕΑΠΗ.

Όταν επελέγην ως μεταπτυχιακός φοιτητής στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, μέσα από τη μελέτη των θεωρητικών μοντέλων για την ειδική αγωγή αναδύθηκαν νέοι προβληματισμοί και άλλαξε άρδην η θεωρία μου. Ενώ θεωρητικά προσανατολιζόμουν στο ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας, τόσο οι συζητήσεις με τους καθηγητές και τους συμφοιτητές μου, όσο και τα προσφερόμενα μαθήματα με έκαναν να δώ την κοινωνική προσέγγιση του θέματος και να προβληματιστώ εκ νέου σχετικά με την ένταξη των ανάπηρων αλλά και των υπολοίπων μαθητών στην τάξη.

Το θεωρητικό υπόβαθρο που είχα πλέον αποκτήσει σε αυτά τα δύο χρόνια των μεταπτυχιακών σπουδών μου σε συνδυασμό με την πρακτική καθημερινότητά μου στο σχολείο, με έκαναν να προβληματιστώ σχετικά με τα παιδιά που φοιτούν στο τμήμα ένταξης και τις γνωματεύσεις που τους χορηγούνταν. Γονείς μου έφερναν να συμπληρώσω ερωτηματολόγια από δημόσιους και ιδιωτικούς διαγνωστικούς φορείς που αφορούσαν τη ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να τεθεί στους μαθητές η διάγνωση. Αυτό με οδήγησε στο να μελετήσω την εν λόγω διαταραχή και τον τρόπο που τίθεται η διάγνωση από τους δημόσιους διαγνωστικούς φορείς καθώς είχα παρατηρήσει πως τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι γονείς υποστήριζαν πως το παιδί τους έχει ΔΕΠ-Υ και τα παιδιά με τη διάγνωση αυτή, πολλαπλασιάζονταν με γεωμετρική πρόοδο στα τμήματα ένταξης των διαφόρων σχολείων που κατά καιρούς υπηρετούσα.

Ταυτόχρονα παρατήρησα πως στα σχολεία, τα παιδιά με τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τύγγχαναν χαμηλών προσδοκιών από τους συναδέλφους τόσο της ειδικής όσο και της γενικής εκπαίδευσης, στιγματισμού από τη σχολική κοινότητα εν γένει για την αναπηρία που τους είχε διαγνωστεί και την παρακολούθηση του τμήματος ένταξης, αποκλεισμού από δραστηριότητες που συμμετείχε όλη η τάξη κ.λ.π. Επίσης οι γονείς

στις συναντήσεις που είχαμε κατ' ιδίαν, μου ανέφεραν την έντονη ανησυχία τους για το ακαδημαϊκό μέλλον του παιδιού τους καθώς η εικόνα τους για τη ΔΕΠ-Υ ήταν θολή και η αντιμετώπιση τους από τους υπόλοιπους γονείς επιφυλακτική. Μάλιστα κάποιοι σκέφτονταν να απομακρύνουν τα παιδιά τους από το σχολικό περιβάλλον που φοιτούσαν προκειμένου να μη τύχουν περαιτέρω ετικετοποίησης και στιγματισμού. Ωστόσο, έδιναν στη διάγνωση πρωτεύουσα σημασία αναφέροντάς τη συνεχώς στο λόγο τους και τονίζοντας πόσο σημαντικό ήταν γι' αυτούς το γεγονός ότι πλέον ήξεραν από τι «έπασχε» το παιδί τους.

Όταν μου ζητήθηκε λοιπόν από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα που παρακολουθούσα να επιλέξω ένα θέμα προς διερεύνηση στη διπλωματική μου εργασία, αμέσως σκέφτηκα πως ο τρόπος που ορίζεται η ΔΕΠ-Υ μέσα από τα κείμενα των γνωματεύσεων των δημοσίων διαγνωστικών φορέων και το πώς αυτή τεκμηριώνεται, νοηματοδοτείται και αξιολογείται κάτω από ένα ενταξιακό πλαίσιο, θα με ενδιέφερε ιδιαίτερος.

Η εργασία διαρθρώνεται σε τέσσερα μέρη. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο βασίστηκε η παρούσα έρευνα. Αρχικά παρουσιάζεται η ΔΕΠ-Υ όπως αυτή ορίζεται από τα διεθνή αξιολογικά εγχειρίδια, το DSM-IV και το ICD-10, τα διαγνωστικά της κριτήρια, η συννοσηρότητα της με άλλες διαταραχές, ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία και στοιχεία αναφερόμενα στη θεωρία για το πώς και από ποιους γίνεται η εκτίμηση της. Εν συνεχεία, καταγράφεται η ΔΕΠ-Υ μέσα από το ιατρικό και το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας και διερευνάται μέσα από τη θεωρία της κοινωνικής κατασκευής η ύπαρξή της ή μη ως διαταραχή. Αναφέρονται στοιχεία σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ και αναλύονται ζητήματα εκπαιδευτικής πολιτικής που αφορούν τη νομοθεσία, τα αναλυτικά προγράμματα και τις ενταξιακές δομές φοίτησης των ατόμων με αναπηρία. Στη συνέχεια αναλύεται ο σκοπός και η νοηματοδότηση της γνωμάτευσης μέσα στο νόμο της ειδικής αγωγής και η προσέγγιση της από τους διάφορους δημόσιους διαγνωστικούς φορείς (ΚΕΔΔΥ και ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας). Εξετάζεται ο τρόπος που χορηγούνται οι γνωματεύσεις, τα αξιολογικά εργαλεία που χρησιμοποιεί η διεπιστημονική επιτροπή και ο λόγος των ειδικών, όπως απεικονίζεται στα γραπτά κείμενα των γνωματεύσεων. Στο τέλος του κεφαλαίου, γίνεται μια καταγραφή των τελευταίων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και την ενταξιακή ή μη προοπτική της.

Το δεύτερο μέρος εστιάζει στο σκοπό της έρευνας, στα ερευνητικά ερωτήματα που θα διερευνηθούν και στην μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Αναφέρεται πώς έγινε ο προσδιορισμός του ερευνητικού θέματος και ποιο είναι το ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί. Συγκεκριμένα, για την παρούσα εργασία επιλέχθηκε η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου γιατί βοηθά στη συστηματική και ποιοτική προσπέλαση των μηνυμάτων των κειμένων όπως αυτά προκύπτουν από την ανάλυση των γνωματεύσεων και τεκμηριώνεται η επιλογή αυτή με μια εκτεταμένη ανάλυση. Στη συνέχεια καθορίζεται το μέγεθος του δείγματος της έρευνας – οι διαγνώσεις των δημόσιων φορέων δηλαδή - και ορισμένα στοιχεία που το αποτελούν όπως το φύλο, η ηλικία των παιδιών, η επιστημονική ομάδα που συμμετέχει κ.λ.π καθώς και η μέθοδος συλλογής του που είναι η δειγματοληψία χιονοστιβάδας. Το κεφάλαιο τελειώνει με αναφορά σε κάποια ζητήματα προσβασιμότητας και ηθικής δεοντολογίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας με τρόπο ομαδοποιημένο και κατηγοριοποιημένα σε θεματικούς άξονες αντίστοιχους με τα ερευνητικά μας ερωτήματα. Έχει γίνει μια ποσοτικοποίηση των ευρημάτων σε πίνακες όπως αυτοί προέκυψαν με τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου. Κάθε πίνακα ακολουθεί μια λεπτομερής περιγραφή των ευρημάτων χωρίς να γίνεται προσπάθεια ερμηνείας τους μιας και αυτό είναι κάτι που θα απασχολήσει το τέταρτο κεφάλαιο. Επιδίωξη είναι ο αναγνώστης να έχει τη δυνατότητα να ανατρέξει στον αντίστοιχο πίνακα για να διασταυρώσει τα δεδομένα εύκολα και με τρόπο αποτελεσματικό.

Στο τέταρτο μέρος, αυτό της ανάλυσης των ευρημάτων, γίνεται μια προσπάθεια ερμηνείας των όσων έχουν καταγραφεί, στηριζόμενη σε διεθνείς έρευνες και βιβλιογραφικές παραπομπές. Οι άξονες που γίνεται η ερμηνεία είναι αυτοί που έχουν τεθεί από τα ερευνητικά μας ερωτήματα πλαισιωμένα από διαπιστώσεις και προβληματισμούς. Ερωτηματικά αναδύθηκαν κατά τη διαδικασία και έγινε προσπάθεια να ερμηνευθούν με επιστημονικό και στηριζόμενο στα επιστημονικά πορίσματα, τρόπο.

Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας όπου συνοπτικά εντοπίζονται τα ευρήματα και τα αποτελέσματα όπως αυτά προέκυψαν από την ερμηνεία στο κεφάλαιο που προηγήθηκε. Επιπροσθέτως, αναφέρονται οι

περιορισμοί της έρευνας και οι προτάσεις για μελλοντική ερευνητική δραστηριότητα, όπως αυτές αναδύθηκαν μέσα από τη συγγραφή της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Στη συνέχεια παρατίθεται η ελληνική και η ξενόγλωσση βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη καθώς και η νομοθεσία, βάση της οποίας έγινε η ερμηνεία των ευρημάτων.

Κλείνοντας, στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν με την υποστήριξή τους στην πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας. Η συμβολή του καθενός ξεχωριστά ήταν πολυτιμότερη και σημαντική. Καταρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ βάθρων την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα. Ευδοξία Ντεροπούλου για την καθοδήγησή, την ενίσχυση – τόσο επιστημονική όσο και ψυχολογική- και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε κατά τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας μελέτης. Οι συμβουλές της ήταν πολύτιμες και η παρουσία της καθοριστική. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύνολο των καθηγητών του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ειδική Αγωγή» του ΤΕΑΠΗ καθώς μέσα από τις συζητήσεις μας κατά τη διάρκεια των δύο ετών του μεταπτυχιακού και τους προβληματισμούς που ετέθησαν, με βοήθησαν να αποκρυσταλλώ τις απόψεις μου σχετικά με την ειδική αγωγή και να βελτιωθώ σαν επαγγελματίας εκπαιδευτικός. Θα ήταν παράλειψη επίσης, να μην αποδώσω ευχαριστίες στους συναδέλφους μου εκπαιδευτικούς που με βοήθησαν κατά το στάδιο συλλογής του δείγματος με τις ανώνυμες διαγνώσεις που μου εμπιστεύθηκαν.

Επιπρόσθετα θα ήθελα να ευχαριστήσω τη φίλη και συμφοιτήτριά μου Μαρία Οικονόμου, για τις εποικοδομητικές επιστημονικές συζητήσεις που είχαμε κατά τη διάρκεια συγγραφής της έρευνας και την πολύτιμη στήριξή της σε όλα τα στάδια της μελέτης. Ήταν πάντα εκεί για όσα τη χρειαζόμουν. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που είναι κοντά μου και με στήριζαν συναισθηματικά στις δύσκολες φάσεις, που αναπόφευκτα υπάρχουν, κατά τη διεξαγωγή μιας έρευνας. Στους στενούς μου φίλους και τους αγαπημένους μου συναδέλφους. Και σίγουρα στον έναν αυτό άνθρωπο που με έχει υποστεί υπομονετικά και υποστηρικτικά σε όλες μου τις συναισθηματικές καταστάσεις.

Τη διπλωματική μου εργασία την αφιερώνω στους γονείς μου και τους ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη και τη στήριξή τους τόσα χρόνια. Με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, η παρουσία τους μου δίνει πάντα δύναμη.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.ΔΕΠ-Υ: Η ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), είναι μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας που έχει αναμφίβολα προκαλέσει το ενδιαφέρον και έχει αποτελέσει αντικείμενο πολυάριθμων και σημαντικότερων μελετών. Αν και πολλοί ερευνητές σε παγκόσμια κλίμακα έχουν ασχοληθεί με την κλινική εικόνα, τα αίτια και την εκδήλωση της διαταραχής στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια, δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα ένας σαφής ορισμός, σχετικός με τη ΔΕΠ-Υ. Αυτός που υιοθετείται είναι αυτός της APA (2013):

Όταν τα παιδιά εκδηλώνουν συμπτώματα απροσεξίας και /ή παρορμητικότητας – υπερκινητικότητας σε βαθμό που αποκλίνει σημαντικά από το αναπτυξιακό τους επίπεδο, ασκώντας αρνητική επίδραση σε σημαντικούς τομείς λειτουργικότητάς τους, τότε ενδεχομένως να διαγνωστεί σε αυτά Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα, ή αλλιώς ΔΕΠ-Υ.

Σύμφωνα με τον Barkley (2003a), οι διαγνωστικοί όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί στη διάρκεια του τελευταίου αιώνα προκειμένου να περιγράψουν την υπερκινητική, απρόσεκτη και παρορμητική συμπεριφορά των παιδιών, έχουν υποστεί πολλές μετατροπές. Ωστόσο, πέρα από την εξέλιξη και τις διαφοροποιήσεις της σχετικής ορολογίας, οι περιγραφές σχετικά με τη φύση της διαταραχής έχουν αλλάξει ελάχιστα, αν όχι και καθόλου, από τις περιγραφές εκείνες που δίνονταν για τη συγκεκριμένη διαταραχή σχεδόν έναν αιώνα πριν από τις παρατηρήσεις των George Still (1902) και Alfred Tredgold (1908), μέχρι και την τελευταία έκδοση του DSM-V (2013).

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διαφοροποιείται ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας. Ωστόσο, φαίνεται ότι και άλλοι παράγοντες ασκούν επίδραση στον τρόπο που συμπεριφέρεται ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ , όπως το φύλο και η ηλικία

του, οι συνθήκες μέσα στις οποίες εκδηλώνεται η συμπεριφορά του, αλλά και οι συνθήκες αντιδράσεις των γονέων στη συμπεριφορά αυτή (Barkley, 2003a). Προκειμένου να γίνει πιο κατανοητός ο παραπάνω ορισμός, οφείλουμε να εξετάσουμε πιο αναλυτικά την ελλειμματική προσοχή και τα άλλα δύο βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα.

1.1.1.^α Ελλειμματική προσοχή

Η προσοχή αποτελεί μια πολυδιάστατη δομή (Strauss et al, 2000, Barkley, 2003b) και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανόν να παρουσιάζουν προβλήματα προσοχής. Μέσα από πειράματα που έχουν γίνει, οι ερευνητές έχουν καταλήξει πως η διάσταση της προσοχής στην οποία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν ελλείμματα, αναφέρεται στη μειωμένη ικανότητά τους για διατήρηση της προσοχής ή της εγρήγορσης για μεγάλη χρονική περίοδο (Douglas, 1983), όπως επίσης και στη δυσκολία τους να θυμηθούν και να ακολουθήσουν μέχρι τέλους κανόνες και οδηγίες. Συνήθως, επίσης, δυσκολεύονται να ακολουθήσουν οδηγίες που κατευθύνουν μια δραστηριότητα και τους είναι δύσκολο να μετατοπίζουν την προσοχή τους από τη μία δραστηριότητα στην άλλη με οργανωμένο τρόπο (Hoza et al., 2001). Επιπλέον, παρατηρήθηκε η αδυναμία τους να αντισταθούν στα άσχετα ερεθίσματα του περιβάλλοντος κατά την ολοκλήρωση της εκάστοτε δραστηριότητας με την οποία ασχολούνται. Οι Sergeant & Scholten (1985), προσανατολίστηκαν στην αδυναμία των παιδιών να διατηρήσουν την προσοχή τους σε ένα μόνο ερέθισμα, μεταξύ των πολλών που δέχονταν, χωρίς ωστόσο να έχουν επιβεβαιώσει ότι τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επιλεκτική προσοχή.

1.1.1.^β Παρορμητικότητα

Η παρορμητικότητα ορίζεται επιστημονικά ως ένας τρόπος συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από γρήγορη και ανακριβή ανταπόκριση σε δραστηριότητες (Brown & Quay, 1977). Σύμφωνα με τον ορισμό του APA (2013), η παρορμητικότητα αποτελεί ένα άλλο κύριο χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Αναφέρεται, κυρίως, στη μειωμένη ικανότητα των παιδιών να ελέγχουν τις ανάρμοστες συμπεριφορές, όταν το απαιτούν οι περιστάσεις (Barkley, 1998). Συνδέεται με τη δυσκολία των παιδιών να περιμένουν τη σειρά τους και έχουν την τάση να διακόπτουν συνεχώς ή να ενοχλούν τους άλλους. Συνήθως αντιδρούν απερίσκεπτα και έτσι στα τεστ συνεχούς απόδοσης κάνουν λάθη από απροσεξία και απερισκεψία (Newcorn et al, 2001). Επίσης, δυσκολεύονται να συμμετέχουν ήσυχα σε

δραστηριότητες. Το μεγαλύτερο μέρος των μελετών καταλήγει πως αυτά τα ελλείμματα στην αναστολή της παρορμητικής αντίδρασης, δεν αποτελούν πιθανότατα λειτουργία άλλων ψυχικών διαταραχών (Halperin et al, 1992). Τέλος, η παρορμητικότητα συνδέεται και με έλλειψη αναστολών στις κοινωνικές σχέσεις, την απεισκευσία σε καταστάσεις που εμπεριέχουν κίνδυνο καθώς και την παράβαση των κοινωνικών κανόνων (Barkley et al, 2001).

1.1.1.7 Υπερκινητικότητα

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εκτός από την ελλειμματική προσοχή και την παρορμητική συμπεριφορά εκδηλώνουν συνήθως μεγάλη κινητικότητα σε σχέση με την κινητικότητα που απαιτείται σε κάθε δεδομένη περίπτωση (Stein et al, 1995). Συνήθως, σηκώνονται από τη θέση τους στην τάξη ή και σε άλλες περιστάσεις που δεν προβλέπεται αυτό και τρέχουν παντού. Η έντονη κινητικότητα είναι το πιο εμφανές και χαρακτηριστικό σύμπτωμα της διαταραχής. Όπως μαρτυρούν γονείς και εκπαιδευτικοί, τα παιδιά αυτά λειτουργούν σαν «κινούμενες μηχανές». Συναντούν δε, δυσκολία να διακόψουν τη συμπεριφορά που έχουν ήδη ανακτήσει (Schachar et al, 1993). Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι η παρουσία διάχυτης υπερκινητικότητας σε δύο περιβάλλοντα (στο σπίτι και στο σχολείο) είναι που διαχωρίζει τη ΔΕΠ-Υ από άλλες διαγνωστικές κατηγορίες (Taylor et al, 1986). Στο ίδιο πλαίσιο οι Schachar, Rutter & Smith (1981) υποστήριξαν ότι μόνο τα παιδιά στα οποία η έκπτωση της λειτουργικότητας είναι παρούσα και στα δύο περιβάλλοντα, πρέπει να λάβουν τη διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής.

1.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η ακριβής διαγνωστική αξιολόγηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και η συνεκτίμηση των λειτουργικών ανεπαρειών αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις και τη βάση για την αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Barkley, 1998).

Συγκεκριμένα, τα ποικίλα προβλήματα συμπεριφοράς που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ομαδοποιούνται σε δύο διακριτές κατηγορίες συμπτωμάτων: η πρώτη αφορά συμπτώματα διάσπασης της προσοχής και η δεύτερη συμπτώματα υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας (Lahey et al, 1994). Αυτές οι δύο ομάδες περιγράφονται στα διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ στην πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA, 2013). Ανάλογα με τον αριθμό των συμπτωμάτων που πληροί κάθε ομάδα, η διάγνωση μπορεί να είναι είτε ΔΕΠ-Υ με

προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο, είτε ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό τύπο ή Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠ-Υ.

Το σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με υπερδραστηριότητα περιλαμβάνεται, επίσης, στη δέκατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (ICD-10) της παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1992) με την ονομασία *Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής* (F90.0) μαζί με τη διαταραχή διαγωγής υπερκινητικού τύπου (F90.1), τη διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη (F90.9) και άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου (F90.8). Εντάσσονται στην κατηγορία « Διαταραχές υπερκινητικού τύπου (F90) και στην ευρύτερη ενότητα F90-98 «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και εφηβική ηλικία».

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (δεν έχουν υποστεί βασικές αλλαγές στο DSM-V) έχουν υποστεί κριτική που βασίζεται στην ανάγκη διαφοροποίησής τους με βάση τον παράγοντα ηλικία (Barkley, 2003b, Voeller, 2004), καθώς η κλινική εικόνα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ δεν είναι η ίδια σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης (DuPaul et al, 1998). Επίσης, σύμφωνα με τους Hartung & Widiger (1998), ένα ακόμα τρωτό σημείο του DSM είναι η έλλειψη πληροφοριών σε ό,τι αφορά τις διαφορές στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της διαταραχής ανάλογα με το φύλο του παιδιού. Εκτός των όσων ήδη αναφέρθηκαν, τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-V καθοδηγούν ελάχιστα για τη διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας με τις οποίες μπορεί συχνά να συνυπάρχει. Επομένως, οι ειδικοί ψυχικής υγείας που ασχολούνται με παιδιά χρειάζεται να διακρίνουν τα πρωτογενή συμπτώματα των διάφορων αναπτυξιακών διαταραχών προκειμένου να διαφοροποιήσουν τη ΔΕΠ-Υ από αυτές ή να τεκμηριώσουν την ξεχωριστή συνύπαρξή τους με τη ΔΕΠ-Υ (Barkley, 2003b).

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια πραγματική πρόκληση για τον ειδικό, αφού κατά τη διαγνωστική διαδικασία ο ίδιος καλείται όχι μόνο να αξιολογήσει τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής, αλλά και να τα διαφοροποιήσει από τα συμπτώματα άλλων διαταραχών που μοιάζουν πολύ με εκείνα της υπερκινητικής διαταραχής.

1.1.3 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Στην ψυχοπαθολογία ως «συννοσηρότητα» καθορίζεται η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαταραχών στον ίδιο ασθενή (Arcelus & Vostanis, 2005) αν και από πολλούς ερευνητές έχει κυριαρχήσει ο προβληματισμός κατά πόσο η συννοσηρότητα δεν είναι παρά το αποτέλεσμα της προκατάληψης ως προς την παραπομπή (Angold et al, 1999, Samet, Nunes & Hasin, 2004). Ωστόσο, μέσα από έρευνες προκύπτει πως τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ φαίνεται να παρουσιάζουν οι Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς, δηλαδή η εναντιωτική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή της διαγωγής. Το 54-67% κλινικού δείγματος παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής, μέχρι την ηλικία των 7 ετών, και το 20-50% πληροί τα κριτήρια για τη διαταραχή διαγωγής (Barkley et al, 2004). Επιπλέον, η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και των διαταραχών άγχους υπολογίζεται μεταξύ του 25-40% σε κλινικά δείγματα. Μάλιστα κάποιες έρευνες δείχνουν, ότι στα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο, τα ποσοστά είναι υψηλότερα. Οι συναισθηματικές διαταραχές αποτελούν επίσης συνηθισμένες καταστάσεις συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ. Η μείζονα κατάθλιψη κυμαίνεται σε μεγάλα ποσοστά στην παιδική και εφηβική ΔΕΠ-Υ, αν και πάλι οι ερευνητές φαίνονται να βρίσκονται σε ασυμφωνία ως προς την πραγματική φύση του προβλήματος. Έτσι ορισμένοι θεωρούν πως η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της ΔΕΠ-Υ λόγω των δυσκολιών που αυτή προκαλεί στις σχέσεις με την οικογένεια και τους συνομηλίκους και στη σχολική επίδοση (Ostrander et al, 2006), ενώ άλλοι πιστεύουν πως η κατάθλιψη προκαλείται χωριστά από τη ΔΕΠ-Υ (Daviss, 2006). Επίσης, παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τους ερευνητές εμφανίζουν σε ένα ποσοστό 35-53% και μαθησιακές δυσκολίες (Lambert & Sandoval, 1980). Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ ωστόσο με τις μαθησιακές δυσκολίες έχει αμφισβητηθεί από άλλους ερευνητές καθώς θέτουν θέμα ορισμού των μαθησιακών δυσκολιών. Αν για παράδειγμα ληφθούν υπόψη όχι το νοητικό δυναμικό και η σχέση του με την επίδοση σε σταθμισμένες δοκιμασίες αλλά η απόδοση του μαθητή σε σχολικές δοκιμασίες, το ποσοστό αυτό πέφτει στο 19% (Barkley, 1990).

1.1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει δυσκολίες, διότι δεν υπάρχουν ακριβείς και αντικειμενικές μετρήσεις της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο η πλειονότητα των ειδικών εκτιμά ότι η συχνότητα εμφάνισής της κυμαίνεται μεταξύ

του 3% έως 5% του παιδικού πληθυσμού (Barkley, 2003b). Η συχνότητα αυτή αμφισβητείται και διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο που επιλέγει ο κάθε ειδικός προκειμένου να ορίσει και να μετρήσει τη ΔΕΠ-Υ, τον πληθυσμό στον οποίο επικεντρώνεται η έρευνά του (Rowland et al, 2002) , καθώς και το βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στις εκτιμήσεις γονέων, παιδαγωγών και ειδικών (Faraone et al, 2003)

Αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ και το φύλο, σε όλες τις έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης είναι μεγαλύτερη στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια. Όταν χρησιμοποιούνται κλινικά δείγματα, η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι κατά μέσο όρο 6 φορές μεγαλύτερη στα αγόρια, ενώ στις επιδημιολογικές μελέτες η αναλογία αυτή περιορίζεται κατά μέσο όρο στο 3:1 πάντα σε βάρος των αγοριών (Biederman et al, 2002).

Το γεγονός ότι η αναλογία των αγοριών με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ μεγαλύτερη στο δείγμα των παιδιών που παραπέμπονται σε ψυχολογικές υπηρεσίες, είναι πιθανό να οφείλεται στην τάση που διακρίνει τα αγόρια να εκδηλώνουν συχνότερα επιθετική ή αντικοινωνική συμπεριφορά, με αποτέλεσμα γονείς και παιδαγωγοί να ανησυχούν περισσότερο γι' αυτά (Gaub & Carlson, 1997). Αντιθέτως τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με τα αγόρια. Εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές ομιλίας, ενούρηση, μαθησιακές δυσκολίες και συνήθως βιώνουν μεγαλύτερο άγχος απ' ότι τα αγόρια (Green et al, 2001a). Η αναλογία αυτή προσδιορίζεται κατά μέσο όρο στο 2:1 πάντα σε βάρος των αγοριών (APA, 2013).

1.1.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Για να γίνει διάγνωση, οι γονείς των παιδιών ή των εφήβων – σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία- θα πρέπει να απευθύνονται σε ειδικούς οι οποίοι έχουν εμπειρία στο θέμα, σε ειδικευμένους παιδίατρους, παιδοψυχιάτρους, θεραπευτές για παιδιά και έφηβους και θεραπευτές της συμπεριφοράς. Η διάγνωση απαιτεί χρόνο, διεξοδική συζήτηση και παρατήρηση. Η συμβουλευτική και η θεραπευτική αντιμετώπιση, χωρίς να έχει προηγηθεί ακριβής διάγνωση, εγκυμονούν τον κίνδυνο να μείνουν αγκιστρωμένοι στην πλευρά ενός φαινομένου το οποίο πιθανόν να προέκυψε από κάποια άλλη αιτία (Quinlan, 2000).

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνεται μέσα από ακριβή περιγραφή του ιστορικού που δίνουν οι γονείς για τον έφηβο ή το παιδί. Απαραίτητη θεωρείται μια λεπτομερής συλλογή των στοιχείων που αφορούν την εγκυμοσύνη, τη γέννηση, την πορεία του τοκετού και τις πιθανές επιπλοκές που εμφανίστηκαν σε αυτό το διάστημα. Οι κύριες φάσεις της ψυχοκινητικής ανάπτυξης, η κατάσταση της υγείας, τα πιθανά ατυχήματα και οι αρρώστιες, άλλα στοιχεία σχετικά με τον τρόπο που το παιδί κοιμάται, τρώει, κινείται, οι δραστηριότητες με τις οποίες ασχολείται, πρέπει να ερωτηθούν και να περιγραφούν διεξοδικά (Vehkakofski, 2003). Ο ειδικός, ο οποίος υποβάλλει τις ερωτήσεις, πρέπει να συγκεντρώσει επιπλέον πληροφορίες για τα άλλα αδέρφια, τη θέση και τη σειρά γέννησης του παιδιού, τον τρόπο διαπαιδαγώγησης στην οικογένεια, τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της και ενδεχομένως πληροφορίες για άλλα άτομα που βοηθούν στην ανατροφή του παιδιού. Πρέπει, ακόμη, να τεθούν ερωτήσεις αναφορικά με τα βήματα κοινωνικοποίησης του παιδιού, την πορεία και την εξέλιξη του στον παιδικό σταθμό, το νηπιαγωγείο και το σχολείο, και να συνεκτιμηθούν η ενσωμάτωση και η επίδοση σε όλους τους χώρους (Goldstein, 1998). Επίσης, πρέπει να δοθεί η ευκαιρία στους γονείς να περιγράψουν το χαρακτήρα του παιδιού τους. Να ακουστεί η δικιά τους άποψη για την ευαισθησία, την αυτάρκεια, την προσοχή, την ανάπτυξη και την φαντασία του παιδιού, την ανεκτικότητα του στη ματαίωση, την ικανότητα του να εκτιμά τον κίνδυνο. Τα ενδιαφέροντα, τα χόμπι, οι ασχολίες στον ελεύθερο χρόνο είναι εξίσου σημαντικά για την αξιολόγηση. Χρήσιμη, και σε πολλές περιπτώσεις απαραίτητη, είναι η λήψη του ιστορικού από κάποιον τρίτο και όχι απ' το γονιό (Quinlan, 2000).

Οι παρατηρήσεις της συμπεριφοράς του παιδιού από τους εκπαιδευτικούς, οι περιγραφές της συμπεριφοράς και οι επιδόσεις του παιδιού, ιδιαίτερα στην Πρώτη και Δευτέρα δημοτικού, καθώς και οι επιπρόσθετες αξιολογήσεις μέσω ερωτηματολογίων μπορούν τις περισσότερες φορές να διαφωτίσουν τον ειδικό και να συμπληρώσουν την εικόνα που έχει σχηματιστεί (Κάκουρος, 2001). Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές (Hinsaw & Scheffler 2014, Philips 2006) τα σχολεία δεν διαγιγνώσκουν απευθείας τους μαθητές αλλά είναι σημαντικοί βοηθοί στον να προσδιοριστούν τα προβλήματα συμπεριφοράς. Οι εκπαιδευτικοί είναι περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον, εκτός της οικογένειας, ικανοί στο να επισημάνουν τα συμπτώματα που μπορεί να είναι αποτελέσματα κάποιας διαταραχής

Επίσης, επιθυμητή θεωρείται μια παιδοψυχιατρική εξέταση. Μια νευρολογική εξέταση με ηλεκτροεγκεφαλογράφημα χρειάζεται όταν το παιδί έχει προβλήματα κινητικού συντονισμού ή όταν υπάρχει υποψία για επιληπτικές προσβολές (Burns et al, 2003). Για τη διάγνωση, πρέπει η γενική σωματική κατάσταση του παιδιού να έχει οπωσδήποτε αποσαφηνιστεί με ειδικές ιατρικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων και ειδικών ακουστικών και οφθαλμικών εξετάσεων (Neuhaus, 1998). Το σπινθηρογράφημα του εγκεφάλου αποτελεί μια ανώδυνη και αβλαβή διαδικασία. Όταν υπάρχει το υπερκινητικό σύνδρομο, είναι πιθανό να φανούν στο σπινθηρογράφημα ανωμαλίες του εγκεφάλου (Davis, 2000).

Ακόμη, στα παιδιά και στους εφήβους πρέπει να διεξάγεται μια ολοκληρωμένη εξέταση με ψυχολογικά τεστ. Η εξέταση αυτή βοηθά να προσδιοριστούν οι βασικές έμφυτες ικανότητες, η ικανότητα συγκέντρωσης, η παρορμητικότητα και ο ιδιαίτερος τρόπος αντίληψης του υπό εξέταση ατόμου. Η ίδια εξέταση συμβάλλει στον εντοπισμό μεμονωμένων νευρολογικών διαταραχών που ενδεχομένως συνυπάρχουν. Κατάλληλα εκπαιδευμένοι ψυχολόγοι έχουν στη διάθεση τους όλα τα απαραίτητα ψυχολογικά μέσα και τεστ (Neuhaus, 1998).

Έτσι, οι πληροφορίες που συλλέγονται μέσω της λήψης ιστορικού από τους γονείς, τους παιδοψυχιάτρους, τους ψυχολόγους, τους παιδίατρους, τους εκπαιδευτικούς και ενδεχομένως τους λογοθεραπευτές (εάν έχει παρακολουθήσει λογοθεραπεία) είναι ένα σημαντικό μέρος της αξιολόγησης. Η λήψη του ιστορικού ωστόσο, πρέπει να διεξάγεται χωρίς την παρουσία του παιδιού/ εφήβου. Όταν βρίσκεται «υπό εξέταση», νιώθει εκτεθειμένος, θυμωμένος, αισθάνεται ότι οι άλλοι τον στιγματίζουν με «χαρακτηρισμούς» ή ότι οι περιγραφές του γι' αυτόν είναι άδικες. Αυτό μπορεί να σταθεί εμπόδιο στην επόμενη εξέταση και συνεργασία με το παιδί (Edwards et al, 2001). Το σύνολο των πληροφοριών χρησιμοποιείται προκειμένου να τεθεί η διάγνωση με τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (DSM- IV) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ICD- 10) (Κάκουρος, 2001). Μεγάλη σημασία στην αξιολόγηση έχει η ενημέρωση των γονέων σχετικά με το περιεχόμενο της κάθε εξέτασης. Είναι σωστό η κάθε εξέταση να συνοδεύεται από εξηγήσεις για τις ικανότητες και τις δυσκολίες του παιδιού, καθώς και από σαφή ερμηνεία των διαγνωστικών αποτελεσμάτων. Όλα τα αποτελέσματα πρέπει να παρουσιάζονται και να ερμηνεύονται με κατανοητό τρόπο. Τέλος, υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τρόποι διάγνωσης. Το θεραπευτικό σχέδιο που

βασίζεται στην περιγραφή και την ανάλυση της συμπεριφοράς βλέπει το παιδί στο πλαίσιο μιας συνολικής κατάστασης και δεν στηρίζεται μόνο στις περιγραφές των ασυνήθιστων συμπεριφορών του παιδιού που προέρχονται από εξωτερική παρατήρηση (Neuhaus, 1998).

1.2 ΔΕΠ-Υ: ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ Ή ΑΝΑΠΗΡΙΑ;

Ο Vygotsky ως υπέρμαχος του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού θεώρησε, πως η πρωτογενής αναπηρία οδηγεί σε μια δευτερογενή αναπηρία, που αναφέρεται στον τρόπο που μιλάμε για αυτήν. (Vygotsky, 1978) Αν και η ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζεται ως διαταραχή από τα διαγνωστικά εγχειρίδια και την ιατρική κοινότητα θα μπορούσε κι αυτή να ιδωθεί ως μια δευτερογενής κατασκευασμένη αναπηρία. Για να γίνει αυτό κατανοητό, θα πρέπει να ανατρέξουμε στο ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας και το αντίστοιχο κοινωνικό.

Πιο συγκεκριμένα, μέχρι τη δεκαετία του 1980 κυρίαρχο μοντέλο στο χώρο της αναπηρίας ήταν το ατομικό/ιατρικό το οποίο υποστήριζε ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί των αναπήρων προκύπτουν από το είδος και το βαθμό της αναπηρίας. Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο, η αναπηρία αποτελεί συνέπεια μιας φυσικής «ελλειμματικής» κατάστασης του βιολογικού σώματος που μπορεί να υποβαθμίσει την ποιότητα ζωής του ατόμου που τη φέρει. Στα πλαίσιά του επιδιώκεται η θεραπεία ή η διαχείριση της αναπηρίας, η οποία περιστρέφεται γύρω από τον προσδιορισμό της βλάβης, τον έλεγχο και τη μεταστροφή της πορείας της. Κατά συνέπεια, μια συμπασχούσα και δίκαιη κοινωνία οφείλει να επενδύει στις υπηρεσίες της υγείας σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί ιατρικά η αναπηρία, να αποκατασταθεί ή να βελτιωθεί η δυσλειτουργία που προκαλεί η βλάβη, ώστε τα ανάπηρα άτομα να ζήσουν μια πιο «κανονική» ζωή. Τα ιατρικά επαγγέλματα έχουν κεντρικό ρόλο στο ιατρικό μοντέλο αναπηρίας. οφείλονται στις φυσικές δυσλειτουργίες τους, δηλαδή στην ίδια την αναπηρία τους. Κύρια αιτία της αναπηρίας, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, είναι το βιολογικό σώμα (Καραγιάννη και Σιδέρη-Ζώνιου, 2006).

Οι Thomas και Woods (2008) αναφέρουν ότι το ιατρικό μοντέλο ήταν αυτό που κατά τον 20ο αιώνα χρησιμοποιήθηκε για τον ορισμό της αναπηρίας και αναπτύχθηκε

σύμφωνα με το παράδειγμα της δυτικής ιατρικής. Η ιατρική αντίληψη ενισχύθηκε τόσο από θρησκευτικές πεποιθήσεις όσο και από τα ευρύτερα επιστημονικά θεμέλια από τα οποία εξελίχθηκε η ιατρική. Το μοντέλο αυτό προσεγγίζει το πρόβλημα από την οπτική της ασθένειας, της διάγνωσης και της θεραπείας. Ουσιαστικά ο ορισμός αυτός τοποθετεί την αναπηρία στο άτομο, όχι απαραίτητα με αυστηρούς ιατρικούς όρους αλλά ως χαρακτηριστικό του ίδιου του ατόμου. Οι αντιλήψεις αυτές για την ανεπάρκεια-βλάβη (impairment), την αναπηρία (disability) και τη μειονεξία (handicap) αντανακλώνονται και στους ορισμούς που έδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) τη δεκαετία του 1970 και αναφέρουν ως:

-Βλάβη, ανεπάρκεια: κάθε απώλεια ή ανωμαλία ψυχολογικής, φυσιολογικής και ανατομικής δομής ή λειτουργίας.

-Αναπηρία: ο αντίκτυπος της βλάβης στην καθημερινή ζωή.

-Μειονεξία: κοινωνική δυσπραγία που προκλήθηκε από την αναπηρία.

Οι ορισμοί αυτοί εστιάζονται κυρίως στο πώς λειτουργεί το σώμα και δεν παίρνουν υπόψη τις μη ιατρικές αιτίες της αναπηρίας. Επίσης υποδηλώνεται ότι όταν ένα άτομο δεν εμπίπτει στην ίδια κατηγορία με την πλειονότητα, τότε το άτομο έχει κάποια «ανωμαλία» (Thomas και Woods, 2008). Εξάλλου, ο Oliver αναφέρει ότι στα πλαίσια αυτού του ορισμού, συντηρείται η έννοια της βλάβης ως ανωμαλία στη λειτουργικότητα, η έννοια της αναπηρίας ως ανικανότητα να ενεργεί κάποιος όπως κάθε «φυσιολογικός» άνθρωπος, ενώ η έννοια της μειονεξίας υπονοεί την ανικανότητα να διαθέτει κάποιος έναν φυσιολογικό κοινωνικό ρόλο (Oliver, 2009). Είναι προφανές ότι το δίπολο υγεία-ασθένεια βρίσκεται στον πυρήνα του λόγου των ατομικών/ιατρικών προσεγγίσεων

Ο Oliver (2009) συζητώντας για τις ατομικές-ιατρικές προσεγγίσεις, από κοινωνική βέβαια οπτική, αναφέρει ότι δεν υπάρχει ιατρικό αλλά ατομικό μοντέλο αναπηρίας, το οποίο περιλαμβάνει ένα ευρύ πεδίο ζητημάτων και υποστηρίζεται από αυτό που ο ίδιος αποκαλεί «θεωρία της προσωπικής τραγωδίας». Το ατομικό αυτό μοντέλο περιλαμβάνει επίσης ψυχολογικές και ιατρικές πλευρές. Οι ιατρικές πλευρές μάλλον οδηγούν την αναπηρία στην ιατρικοποίηση, παρά συνιστούν από μόνες τους ένα ιατρικό μοντέλο αναπηρίας. Για τον Oliver (2009), λοιπόν, υπάρχει μόνον το ατομικό μοντέλο, του οποίου η ιατρικοποίηση αποτελεί σημαντική συνιστώσα. Ο Oliver, στα

πλαίσια της κριτικής που ασκεί στις ατομικές προσεγγίσεις, τονίζει ότι το ατομικό μοντέλο αναπηρίας αφενός τοποθετεί το «πρόβλημα» εντός του ατόμου και αφετέρου θεωρεί ότι οι αιτίες αυτού του προβλήματος οφείλονται στους λειτουργικούς περιορισμούς ή στα ψυχολογικά ελλείμματα που υποτίθεται ότι προκύπτουν από την αναπηρία (Oliver, 2009).

Στον αντίποδα του ιατρικού – ατομικού μοντέλου της αναπηρίας αναπτύσσεται το κοινωνικό μοντέλο, το οποίο εστιάζει το ενδιαφέρον του στην άσκηση κριτικής στο κυρίαρχο ιατρικό μοντέλο και επαναδιαπραγματεύεται το ρόλο της κοινωνίας. Η νέα αυτή θεώρηση της αναπηρίας δημιουργήθηκε από τους ίδιους τους ανάπηρους, οι οποίοι θέλησαν να κάνουν μία κριτική στροφή από την ιατροποιημένη και εξατομικευμένη προσέγγιση της αναπηρίας στη θεώρησή της ως κοινωνικής κατασκευής και δημιουργίας (Filkenstein, 2001a).

«Κατά την άποψή μας, η κοινωνία είναι αυτή που καθιστά ανάπηρους τους ανθρώπους με σωματικές βλάβες. Η αναπηρία επιβάλλεται επιπρόσθετα από τις βλάβες μας με τρόπο τέτοιο που απομονωνόμαστε χωρίς λόγο και αποκλειόμαστε από την πλήρη συμμετοχή μας στην κοινωνία» Θεμελιώδης αρχές της αναπηρίας από την Ένωση Αναπήρων κατά του Ρατσισμού (UPIAS) 1976.

Σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, οι διαδικασίες κατασκευής της αναπηρίας δεν είναι ζήτημα ατομικής παθολογίας, αλλά είναι ενδεικτικές του πόσο ικανή είναι η κοινωνία να αποδεχθεί και να παρουσιάσει τη διαφορά (Oliver, 1990). Μία σημαντική κριτική που ασκεί το κοινωνικό μοντέλο αφορά στους κυρίαρχους ορισμούς για την αναπηρία, οι οποίοι εξυπηρετούν κοινωνικές πολιτικές που στοχεύουν στην ταξινόμηση του πληθυσμού και την περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων που δεν πληρούν τα κατάλληλα κριτήρια, οικονομικά ή κοινωνικά (Oliver, 2009).

Το περιβάλλον είναι αυτό που επιβάλλει κοινωνικούς ρόλους που θεωρούνται φυσιολογικοί, με αποτέλεσμα η ανικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στους ρόλους του, το αναγκάζει να βρεθεί σε μειονεκτική θέση (Oliver, 2009). Επίσης, η κριτική που αφορά στους ορισμούς της αναπηρίας έγκειται στο γεγονός ότι οι ανάπηροι υφίστανται μεγάλη καταπίεση, αφού δεν λαμβάνουν υπόψη ή υποβιβάζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στις προσωπικές τους ανεπάρκειες και τους λειτουργικούς τους περιορισμούς (Oliver, 2009). Σύμφωνα με τη θεωρία του Hahn η

αναπηρία ορίζεται από τη δημόσια πολιτική. Μέσα από τους πολιτικούς ορισμούς για την αναπηρία, που κι αυτοί με τη σειρά τους είναι κοινωνικά κατασκευασμένοι, η αναπηρία έχει γίνει ένα πρόβλημα ατομικών ελαττωμάτων το οποίο καλείται να διορθωθεί μέσα από τις κατάλληλες κοινωνικές πολιτικές (Oliver, 2009). Οι πολιτικές αυτές είναι με τέτοιο τρόπο διαμορφωμένες που επιβάλλουν να γίνονται πράγματα για τους ανάπηρους, παρά να τους καθιστούν ικανούς να κάνουν πράγματα για τους εαυτούς τους.

Φαίνεται ότι η ειδική εκπαιδευτική ανάγκη σχετίζεται με τη χρήση της ιατρικής ορολογίας και τη σχηματοποίησή της μέσα από το λόγο των ειδικών. Για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας κατέχουν κυρίαρχο ρόλο, ώστε να μπορέσουν να εντοπίσουν τον «ειδικό» πληθυσμό και κατά συνέπεια να τον απομακρύνουν από την γενική εκπαίδευση (Βλάχου, Διδασκάλου και Παπανάνου, 2012). Η ειδική εκπαιδευτική ανάγκη, ορίζεται σαν να ανήκει στον ίδιο το παιδί, σαν να είναι δική του (Κωτσάκης και συν., 2010) και η διαφορετικότητά του αντιμετωπίζεται σαν κάτι το «παθολογικό». Υπό το πρίσμα της ιατρικής προσέγγισης, απαιτούνται δομές που μέσω των διαγνωστικών διαδικασιών, θα κατηγοριοποιήσουν το μαθητικό πληθυσμό, σύμφωνα με τα συστήματα ταξινόμησης των διαταραχών, και θα του αποδώσουν μια διαγνωστική ετικέτα, προκειμένου να παρακολουθήσει το «κατάλληλο» γι' αυτόν εκπαιδευτικό πλαίσιο, μακριά από τη γενική εκπαίδευση, κάτω από την ομπρέλα της ειδικής αγωγής και των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. Ο νόμος 3699/2008, διακρίνει για πρώτη φορά τη ΔΕΠ-Υ ως διαταραχή, η ετικέτα της οποίας τοποθετεί το μαθητή που τη φέρει, στο φάσμα του ανάπηρου πληθυσμού που έχει ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

Η εκπαιδευτική πολιτική που αφορά τα άτομα με αναπηρία έγκειται στην παροχή ειδικής εκπαίδευσης και αντιμετώπισης των «ελλειμμάτων» τους. Σύμφωνα με τους Armstrong, Armstrong & Barton (2000), οι υποστηρικτές του κοινωνικού εισήγαγαν την έννοια της ένταξης στην εκπαίδευση, ως αίτημα για κοινωνική δικαιοσύνη και ίσες ευκαιρίες των μαθητών με αναπηρία. Συνεχίζουν υποστηρίζοντας πως στην υπάρχουσα εκπαιδευτική πολιτική για την ένταξη, οι έννοιες των «ανθρώπινων δικαιωμάτων» και των «ίσων ευκαιριών» παρουσιάζονται ως αφηρημένες έννοιες, περιορίζονται στο πλαίσιο μίας ηθικής κριτικής του αποκλεισμού και ο κίνδυνος να παραμείνουν στο επίπεδο της πολιτικής ρητορικής είναι υπαρκτός. Μέσα από τους νόμους που κατά καιρούς ψηφίζονται από την πολιτεία, η ένταξη φαίνεται να αφορά

μόνο τα άτομα με αναπηρίες, διαιωνίζοντας έτσι τον διαχωρισμό, τον αποκλεισμό και την ετικετοποίηση. Η ΔΕΠ-Υ σαν αναγνωρισμένη από το κράτος και τους επίσημους φορείς της εκπαιδευτικής πολιτικής αναπηρία, ακολουθεί την ίδια πορεία που οδηγεί τον μαθητή σε διαχωρισμό στο σχολικό περιβάλλον και του μεταθέτει για μία ακόμη φορά το πρόβλημα.

1.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής κατασκευής η αναπηρία δεν είναι ούτε φυσική ούτε αναγκαία αλλά παράγεται από την κοινωνία. Οι τρόποι με τους οποίους συνήθως αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο, οι κατηγορίες και οι αντιλήψεις που έχουμε είναι συγκεκριμένες από ιστορικής και πολιτιστικής απόψεως. Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποδεικνύει ότι οι αξίες και οι τρόποι που βλέπουμε τα πράγματα είναι κοινωνικό επίτευγμα. Γι' αυτό δεν πρέπει να εστιάζουμε την προσοχή μας στα άτομα με αναπηρία γενικά και αφηρημένα, αλλά μάλλον στον τρόπο με τον οποίο οι «χαρακτηρισμοί – ταμπέλες» παράγονται και αναπαράγονται στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με καθιερωμένα και πολιτισμικά περιεχόμενα (Marks, 1999).

Σ' αυτό το πλαίσιο λοιπόν τίθεται το ερώτημα: « η ΔΕΠ-Υ είναι αληθινή διαταραχή ή μία ακόμη κατασκευαστική ετικέτα;»

Η έννοια της αλήθειας είναι ένα εργαλείο στο οποίο εξειδικευμένες πηγές χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν συμφωνία, να δώσουν έμφαση σε ιδέες ή να διαμορφώσουν τύπους γενικεύσεων που συνηγορούν σε μία άποψη που είτε επιβεβαιώνει είτε ακυρώνει συγκεκριμένους τρόπους σκέψης (Foucault, 1972). Για παράδειγμα η βιοιατρική αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ βρίσκει ένα τρόπο να αποδώσει τη ΔΕΠ-Υ μέσα από ένα συγκεκριμένο εύρος γνώσεων που στην ουσία περιορίζει το πεδίο ορισμού της. Αυτό γίνεται αρχικά ορίζοντας ένα εύρος αιτιολογιών για την ύπαρξή της, έπειτα αποδίδοντάς της χαρακτηριστικά μέσα από την ιατρική επιστήμη και τέλος κοινοποιώντας αυτά τα χαρακτηριστικά προκειμένου να διαμορφώσει την ταυτότητα της και την κλινική της υπόσταση (Graham, 2006). Ωστόσο, προκειμένου η κλινική προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ να κερδίσει έδαφος έναντι άλλων απόψεων και να εξασφαλίσει την αξία της αδιαμφισβήτητης αλήθειας, οι άνθρωποι που βρίσκονται σε θέσεις εξουσίας (παιδιάτροι και παιδοψυχίατροι) γίνονται οι διαμεσολαβητές με το

κοινό μιας και θεωρούνται οι ειδικοί στο να δημιουργούν, να διατηρούν και να ενισχύουν την άποψη για το τι είναι «σωστό» και «λάθος», «φυσιολογικό» και «αποκλίνον» (Graham, 2005). Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε πως η βιοιατρική θεωρία κατασκευάζεται από σχέσεις εξουσίας που περιβάλλονται από ιδεολογίες που ενισχύουν τη σχετική θέση της αλήθειας (Foucault, 1980) καθώς είναι κυρίως θεσμικές ερμηνείες και όχι γενικευμένες παραδοχές (Parineau, 1994). Αυτές οι πρακτικές της ετικετοποίησης, συνιστούν στοιχεία αποκλεισμού καθώς η «ταμπέλα» βρίσκεται στα χέρια των ειδικών (Cooper, 2005) και αποτελούν a priori κοινωνική κατασκευή δίνοντας μια έννοια στην αλήθεια που δεν είναι αντικειμενική (Adams, 2008).

Οι γιατροί και οι θεραπευτές καλωσορίζουν μια νέα ευκαιρία στη ΔΕΠ-Υ, για να ενισχύσουν το εισόδημά τους, το στάτους τους και την επιρροή τους που επιβεβαιώνεται από όποια νέα ετικετοποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς σαν ιατρική. Το ενδιαφέρον τους γίνεται πολύ έντονο προκειμένου να εφαρμοστούν νέες ιατρικές προσεγγίσεις στο κοινό και να ενισχυθεί η αξία τους σαν ειδικοί (Furedi, 2004). Οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν ένα παρόμοιο ενδιαφέρον ώστε να πείσουν τον κόσμο πως για κάθε ασθένεια υπάρχει και ένα χάπι. Οι Davison et al (1991) υποστηρίζουν πως οι φαρμακευτικές εταιρείες δεν κατασκευάζουν διαταραχές αν δεν υπάρχει απαίτηση για την κατασκευή τους από τον κόσμο. Η αποστολή τους είναι πια να παρεισφρήσουν και στον τομέα της εκπαίδευσης με το να ιατροκοποιήσουν την παιδική συμπεριφορά (Phillips, 2006). Τέλος, ο Furedi (2004) υποστηρίζει πως το κράτος έχει πολλά να κερδίσει με το να θεραπεύει ανθρώπους ως πελάτες παρά σαν πολίτες.

Από νεαρή ηλικία και μέσα στις τάξεις – εκεί όπου οι περισσότερες παρεμβάσεις και μεθοδολογικές προσεγγίσεις για τη ΔΕΠ-Υ έχουν εφαρμοστεί (Tait, 2003) – οι μαθητές έχουν εκπαιδευτεί να συμπεριφέρονται με συγκεκριμένο τρόπο και πάντα σύμφωνα με τους κανόνες προκειμένου για συγκεκριμένα αποτελέσματα. Και αυτό έχει ονομαστεί «επιτυχημένη εκπαίδευση» (Cooper, 2005). Ωστόσο, ο ίδιος ο ορισμός της επιτυχίας είναι μια πολιτική θεώρηση που ουσιαστικά ορίζει την κουλτούρα της τάξης και της κοινωνίας. Οι μαθητές που αντιτάσσονται σε αυτή τη νέο- φιλελεύθερη κουλτούρα της κοινωνίας, θα τεθούν κάτω από τη διάγνωση της ετικέτας της ΔΕΠ-Υ και η φαινομενική ανικανότητά τους να συμμορφωθούν με τους κοινωνικούς και πρακτικούς κανόνες, θα επικυρώσει στα μάτια του εκπαιδευτικού τη διάγνωση, κάτι

που δε σημαίνει φυσικά επιστημονική πρόοδο μιας και συνοδεύεται και από χρήση φαρμάκων για μια κατασκευασμένη διαταραχή (Timimi & Leo, 2009).

Σύμφωνα ωστόσο με τον Whitely (2015), τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ελαχιστοποιούνται ή και εξαφανίζονται ακόμη, στις περιπτώσεις εκείνες που τα παιδιά έρχονται σε επαφή με καινοτόμα αναλυτικά προγράμματα και εμπλέκονται σε δραστηριότητες που είναι κοντά στα ενδιαφέροντά τους. Η κοινωνία έχει εστιάσει την προσοχή της στο «τι πάει λάθος» με τα παιδιά, καθώς δημιουργεί προβλήματα μέσα από μια λίστα συμπεριφορών, αντί να επικεντρωθεί στα θετικά στοιχεία της παιδικής προσωπικότητας. Και συνεπώς, η θεραπεία εστιάζεται σε τεχνικές για να ελέγξει αυτή τη συμπεριφορά, αγνοώντας τα συναισθήματα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το πλαίσιο που τις περιβάλλουν και κυρίως τις δυνατότητες των παιδιών (Timimi, 2017). Οι απόψεις της κοινωνίας για τη θεραπεία είναι τόσο κατασκευασμένες όσο και η ίδια η διάγνωση. Οι θεραπευτικές τεχνικές δεν είναι τόσο σημαντικές όσο η ανθρώπινη επαφή και τα συναισθήματα που την περιβάλλουν. Έτσι, η τεχνοκρατική προσέγγιση της θεραπείας έχει ελάχιστα αποτελέσματα σε σχέση με την αναμόρφωση της δυναμικής των σχέσεων και του περιεχομένου (Bracken et al, 2012).

Συμπερασματικά, αν και η επιστημονική κοινότητα στέκεται με σκεπτικισμό απέναντι στη ΔΕΠ-Υ και υπάρχουν πολλές και αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με την ύπαρξή της ως διαταραχή, οι ποικίλες προσεγγίσεις που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ και την εξετάζουν κάτω από ένα οικογενειακό, εκπαιδευτικό, κλινικό, επιστημονικό, γραφειοκρατικό και βεβαίως καπιταλιστικό σύστημα οδηγούν σε ένα συμπέρασμα: Η ΔΕΠ-Υ υπάρχει!

2. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

2.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις όσον αφορά στη ΔΕΠ-Υ, βασίζονται στις θεωρητικές απόψεις των ειδικών και τις εν γένει ενδείξεις τους για την αιτιοπαθογένεια της διαταραχής.

Η πορεία και η έκβαση της ΔΕΠ-Υ, εκτός από το βαθμό σοβαρότητας της συμπτωματολογίας της διαταραχής, καθορίζεται και από άλλους παράγοντες. Η ποικιλομορφία των χαρακτηριστικών της διαταραχής με τις ποικίλες μορφές εκδήλωσής της και των συνοδών προβλημάτων, το διαφορετικό νοητικό επίπεδο των παιδιών και ο τρόπος αντίληψης και χειρισμού της κατάστασης από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς παρατηρούνται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τα οποία παρουσιάζουν διαφορετική κλινική εικόνα. Για όλους τους παραπάνω λόγους, δεν είναι εύκολο να παρουσιαστούν μέθοδοι και τεχνικές θεραπευτικής αντιμετώπισης που να αποτελούν πανάκεια και συνεπώς να μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά για όλα τα παιδιά (Σιαπάτη – Τελιούση, 2007). Έτσι, δεν υπάρχουν δεδομένες και έτοιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις για κάθε περίπτωση, αλλά βασικές αρχές που διέπουν κάθε θεραπευτική προσέγγιση. Επιπλέον, η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ απαιτεί μια πολυεπίπεδη προσέγγιση (Steer, 2006).

Όλες οι προσεγγίσεις της θεραπευτικής αντιμετώπισης πρέπει να κρίνονται από το αν έχουν τη δυνατότητα να αποτρέπουν τη δυσμενή έκβαση, εξασφαλίζοντας την ομαλή φυσική ανάπτυξη και μειώνοντας τον κίνδυνο για μελλοντική δυσλειτουργία. Για την προσέγγιση αυτών των σκοπών υπάρχουν αρκετοί επιμέρους στόχοι: η μείωση των συμπτωμάτων υπερκινητικότητας, η αποκατάσταση των συννοσηρών διαταραχών, η προώθηση της ακαδημαϊκής και κοινωνικής μάθησης, η βελτίωση της συναισθηματικής προσαρμογής και της αυτοεκτίμησης και η αποφυγή των οικογενειακών εντάσεων. Κι ενώ κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση όλοι οι παραπάνω στόχοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, ο βαθμός επίτευξής τους θα είναι διαφορετικός για κάθε παιδί (Σιαπάτη – Τελιούση, 2007).

Ο Steer (2006), σε μία μελέτη του που αναφέρεται στη χρησιμότητα των ψυχοκοινωνικών θεραπειών και της φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, υποστηρίζει ότι ακρογωνιαίοι λίθοι μιας μακροχρόνιας πολυεπίπεδης παρέμβασης είναι οι εξής:

- Ψυχολογική – εκπαιδευτική υποστήριξη που περιλαμβάνει ενημέρωση και συμβουλευτική σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ σε παιδιά, γονείς και εκπαιδευτικούς.

- Δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης όπως π.χ ομάδες στήριξης γονέων και οικονομική βοήθεια
- Παρεμβάσεις στη σχολική αίθουσα και εφαρμογή κατάλληλων εκπαιδευτικών μεθόδων, συμπεριλαμβανόμενης και της βοήθειας για τα παιδιά με δυσκολίες στο συντονισμό των κινήσεων,
- Συζήτηση και λήψη αποφάσεων για τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Ειδικότερα, όσον αφορά στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες, αυτές αποτελούνται από ένα ευρύ πεδίο παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις μεταξύ του θεραπευτή, του παιδιού και της οικογένειας και οι οποίες σχετίζονται με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Οι παρεμβάσεις αυτές συνοψίζονται σε: Ψυχολογική – εκπαιδευτική υποστήριξη (Weiss & Weiss, 2002), εκπαίδευση γονέων σε δεξιότητες διαχείρισης της συμπεριφοράς (Pelham et al, 1998), γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία (Eisert, 1992), παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο (Voeller, 2004) και εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες (Pfiffner et al, 2000).

2.1.^α Ψυχολογική – εκπαιδευτική υποστήριξη

Σύμφωνα με τους Weiss & Weiss, (2002), η ψυχολογική – εκπαιδευτική υποστήριξη αποτελεί ουσιώδες συστατικό της θεραπείας της ΔΕΠ-Υ. Αποτελεί θεραπεία βασισμένη στη φροντίδα όλης της οικογένειας και στην εντατική υποστήριξη και εκπαίδευση των γονέων στη διάρκεια των χρόνων. Όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στην ανάπτυξη μιας διαρκούς θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ του θεραπευτή, του παιδικού και της οικογένειάς του, μέσα σε μια ατμόσφαιρα που δεν είναι αποδοκιμαστική και επικριτική, αλλά ήρεμη και στοργική. Στα πλαίσια της ψυχολογικής – εκπαιδευτικής υποστήριξης περιγράφεται ο θεραπευτικός σχεδιασμός με γνώμονα την ενεργή συμμετοχή του παιδιού και των γονέων, Ο σχεδιασμός αυτό αποτελεί μια συνεχόμενη δραστηριότητα, καθώς εκτιμάται η ανταπόκριση του παιδιού στη θεραπεία και τροποποιούνται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τον Douglas (1999), είναι σημαντικό να παρέχονται στο παιδί ακριβείς και συνεχείς πληροφορίες για την εξέλιξή του.

2.1.^β Εκπαίδευση γονέων

Η εκπαίδευση των γονέων σε συμπεριφορικές τεχνικές, είναι μια από τις εμπειρικά καθοριζόμενες ψυχοκοινωνικές θεραπείες για τη ΔΕΠ-Υ (Pelham et al, 1998). Η

συμπεριφορική εκπαίδευση των γονέων, προσφέρει στους γονείς τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς που βασίζονται σε αρχές κοινωνικής μάθησης. Οι τεχνικές αυτές στηρίζονται στην έννοια της διαφορικής ενίσχυσης, που σημαίνει αρνητική ενίσχυση για την εκδήλωση αρνητικής συμπεριφοράς και θετική για την εκδήλωση θετικής συμπεριφοράς. Οι γονείς διδάσκονται να προσδιορίζουν και να χειρίζονται τι προηγείται και τι έπεται της συμπεριφοράς των παιδιών, να αμείβουν τη θετική συμπεριφορά και να μειώνουν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά αγνοώντας τη όταν αυτή είναι ανάρμοστη (Chronis et al, 2004). Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτής της θεραπείας δεν έχουν επιβεβαιωθεί από τη μελέτη της πολυπαραγοντικής θεραπείας της ΔΕΠ-Υ (Taylor, 1999).

2.1.⁷ Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία έχει σαν κύριο στόχο να διδάξει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και δεξιότητες αυτοελέγχου με τη χρήση της αυτοπαρατήρησης, της αυτοκαθοδήγησης που συχνά παίρνει τη μορφή εσωτερικευμένου λόγου (Eisert, 1992). Σύμφωνα με αυτή την παρέμβαση, διδάσκοντας τα παιδιά τον τρόπο με τον οποίο θα μπορέσουν να αυτορυθμίσουν τη συμπεριφορά τους και να τροποποιήσουν τον εσωτερικό τους διάλογο, επιτυγχάνεται η βελτίωση των συμπεριφορών που διέπονται από συγκεκριμένους κανόνες. Μια σημαντική παράμετρος των περισσότερων θεραπευτικών προγραμμάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η ενθάρρυνση της αυτονομίας και της αυτογνωσίας. Οι Braswell et al. (1997), υποστηρίζουν ωστόσο πως αυτή η θεραπευτική προσέγγιση, δε επιτυγχάνει τη γενίκευση και τη μακροχρόνια διατήρηση της αποτελεσματικής έκβασης της θεραπείας.

2.1.⁸ Παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο

Μεταξύ των ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών προσεγγίσεων που προτείνονται για τη ΔΕΠ-Υ, σημαντική θέση κατέχει η παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο και έχει προκαλέσει ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των ερευνητών (Hoffman & DuPaul, 2000, Voeller, 2004). Οι ερευνητές πιστεύουν πως η συμμετοχή του εκπαιδευτικού αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του θεραπευτικού προγράμματος. Εάν υπάρχει ελάχιστη ανατροφοδότηση από τον εκπαιδευτικό, ή εάν η ανατροφοδότηση αυτή δε συμβαίνει έγκαιρα, τότε είναι πολύ πιθανό να μη βελτιωθεί η κατάσταση. Επιπλέον, η τάξη είναι ένα περιβάλλον όπου απαιτείται υψηλό επίπεδο σχεδιασμού – συντονισμού, ελέγχου

και οργανωτικής ικανότητας, Συνεπώς η σχολική τάξη αποτελεί το κατάλληλο περιβάλλον στο οποίο θα εφαρμοστούν θεραπευτικές παρεμβάσεις με σκοπό να υποστηρίξουν την ατομική, κοινωνική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη των μαθητών με ΔΕΠ-Υ (Evans, 2005). Φυσικά οι ερευνητές αναφέρονται σε σχολική τάξη που ο μαθητής θα αλληλεπιδρά με τους συμμαθητές του και το δάσκαλό του κατά την εκπαιδευτική διαδικασία και όχι σε ένα τμήμα ένταξης που θα ετικετοποιήσει το μαθητή και εν τέλει θα τον αποκλείσει.

2.1.^ε Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες

Σύμφωνα με τους Whalen & Henker (1992), η έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες αδυναμίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που μάλιστα ανταποκρίνεται λιγότερο στη θεραπεία. Τα προγράμματα εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν διαμόρφωση προτύπων, διδακτική καθοδήγηση, συμβολικό παιχνίδι και παίξιμο ρόλων. Τα παιδιά μαθαίνουν να ελέγχουν και να αξιολογούν από μόνα τους τη συμπεριφορά τους στην ομάδα και στο σχολείο. Επιπλέον εκπαιδεύονται και εξασκούνται σε αποδεκτές κοινωνικές συμπεριφορές, ενώ χρησιμοποιείται η τεχνική διαχείρισης απροόπτου για να αυξηθούν αυτές οι συμπεριφορές και να περιοριστούν παράλληλα οι ανεπιθύμητες (Pfiffer et al, 2000).

2.1.^{στ} Φαρμακευτική αγωγή

Οι περισσότεροι ειδικοί υποστηρίζουν πως τα ήπια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζονται καλύτερα με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία παρουσιάζεται ως ενδεδειγμένη η χρήση φαρμάκων, στις περιπτώσεις εκείνες που δεν υπάρχει άμεσο αποτέλεσμα με τις παραπάνω προσεγγίσεις. Ακόμα και σ' αυτή την περίπτωση όμως, δεν πρέπει να εγκαταλειφθούν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αλλά να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά (Schachar & Ickowitz, 1999).

Στις Η.Π.Α παρατηρείται αύξηση στη χρήση διεγερτικών φαρμάκων που αντιστοιχεί τουλάχιστον στο διπλάσιο του αριθμού συνταγών κάθε πέντε χρόνια (Safer et al, 1996) και σχετίζεται με την αύξηση του αριθμού των ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία καθώς και με την ευκολία που τα φάρμακα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ συνταγογραφούνται από τους παιδοψυχίατρους. Μάλιστα σε πρόσφατη ανακοίνωση του Π.Ο.Υ. σχετικά με τα πιο διαδομένα ψυχοτρόπα φάρμακα, το Adderall (άλατα

αμφεταμινών), βρίσκεται στην 8^η θέση. Στην Ελλάδα η φαρμακευτική προσέγγιση είναι πιο περιορισμένη καθώς η μόνη φαρμακευτική ουσία που ως σήμερα έχει άδεια χορήγησης είναι η μεθυλφαινιδάτη (Ritalin). Τα διεγερτικά αποτελούν μια κατηγορία φαρμάκων που περιλαμβάνουν τη μεθυλφαινιδάτη, τις αμφεταμίνες, τις μεταμφεταμίνες και την πιμολίνη. Αν και ολόκληρος ο μηχανισμός δράσης δεν έχει διασαφηνιστεί, θεωρείται δεδομένο ότι τα διεγερτικά δρουν στο Κ.Ν.Σ αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης στους προσυναπτικούς νευρώνες και απελευθερώνουν τους νευροδιαβιβαστές αυτούς στο συναπτικό χάσμα (Taylor, 1997). Είναι σημαντικό να τονιστεί πως το Ritalin, όταν κυκλοφόρησε αρχικά (1955), συνταγογραφούνταν για την ήπια κατάθλιψη και τη ναρκοληψία (Singh, 2008) αλλά άτυπα χρησιμοποιούνταν από τότε στην παιδοψυχιατρική, καθώς και το Adderall συνταγογραφούνταν για τον έλεγχο του σωματικού βάρους (Faraone, 2003).

Πολλοί επιστήμονες έχουν εκφράσει τις επιφυλάξεις τους όσον αφορά στην χορήγηση διεγερτικών καθώς μέσα από έρευνες έχει αποδειχθεί πως η χρήση των διεγερτικών έχει παρόμοιες επιδράσεις σε φυσιολογικά και μη παιδιά, ανεξάρτητα από το αν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Breggin, 2002) . Επίσης, οι ερευνητές διάκινται επιφυλακτικά απέναντι στη φαρμακοθεραπεία προβληματιζόμενοι από το μεγάλο αριθμό ανεπιθύμητων παρενεργειών (μείωση της όρεξης, πονοκεφάλους, κοιλιακό άλγος, αϋπνία κ.α) που τα διεγερτικά έχουν (Spencer et al, 2000, Corkum et al, 1999).

2.2 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ: ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ, ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΕΝΤΑΞΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Σύμφωνα με το νόμο 3699/2008, «...στους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συγκαταλέγονται ιδίως όσοι παρουσιάζουν νοητική αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες με χαμηλή όραση), αισθητηριακές αναπηρίες ακοής (κωφοί, βαρήκοοι), κινητικές αναπηρίες, χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα, διαταραχές ομιλίας-λόγου, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, σύνδρομο

ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (φάσμα αυτισμού), ψυχικές διαταραχές και πολλαπλές αναπηρίες...». Η ΔΕΠ-Υ λοιπόν σαν διαταραχή συγκαταλέγεται σε αυτές που καθιστούν ένα μαθητή, Α.Μ.Ε.Α.

Το Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ.) για την υποχρεωτική εκπαίδευση, θέτει ως μία από τις βασικές του αρχές : « την εξασφάλιση ίσων ευκαιριών και δυνατοτήτων για όλους τους μαθητές» και συνεχίζει «...ο σχεδιασμός για την εκπαίδευση οφείλει να είναι ενιαίος για όλες τις ομάδες των μαθητών και πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα για την ενσωμάτωση των μαθητών με αναπηρίες (Α.Μ.Ε.Α) στα κοινά σχολεία αλλά και της Ειδικής Αγωγής ως αναπόσπαστο κομμάτι της γενικής εκπαίδευσης. Η ενσωμάτωση των Α.Μ.Ε.Α θα πρέπει να αποτελεί μέριμνα όλης της σχολικής κοινότητας και του συνόλου των εκπαιδευτικών και γονέων. Ο προσδιορισμός «ενιαίος» στο Δ.Ε.Π.Π.Σ. για την Ειδική Αγωγή, σημαίνει ότι σε όλες τις φάσεις σχεδιασμού των Προγραμμάτων, από τη φιλοσοφία και το σκοπό διδασκαλίας τους ως τη μέθοδο αξιολόγησης, θα λαμβάνεται υπόψη η κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών των παιδιών με αναπηρίες (Α.Μ.Ε.Α)» (Δ.Ε.Π.Π.Σ., 2003).

Εκ πρώτης φαίνεται πως το Δ.Ε.Π.Π.Σ. ακολουθεί τις αρχές της ενταξιακής εκπαίδευσης καθώς απευθύνεται σε όλους του μαθητές αδιακρίτως ακόμα και μέσα από το «Ενιαίο» που ορίζει στον τίτλο του. Ωστόσο, αναφέρει και τον όρο «ενσωμάτωση» στους στόχους του, λέξη που a priori είναι διαχωριστική. Όπως αναφέρει η Ζώνιου – Σιδέρη (1998), η ενσωμάτωση αποτελεί συχνά μια διεργασία εξομοίωσης προς τα κυρίαρχα πρότυπα ενώ αντίθετα η ένταξη αποτελεί μια αμφίδρομη διεργασία όπου τα άτομα και οι κοινωνικές ομάδες αλληλεπιδρούν και κατά την οποία ορισμένα μεμονωμένα στοιχεία καθίστανται δομικά και λειτουργικά μέλη ενός ευρύτερου συνόλου. Το Υπουργείο Παιδείας φαίνεται να προωθεί τη σχολική ένταξη των Α.Μ.Ε.Α., μέσα από τα Δ.Ε.Π.Π.Σ. του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, όμως χρησιμοποιεί επίσημα τον όρο «ενσωμάτωση» και αυτό θέτει τον προβληματισμό αν η ενταξιακή εκπαίδευση των μαθητών μπορεί να υποστηριχθεί ουσιαστικά, αν απουσιάζει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός.

Επιπλέον, στα Δ.Ε.Π.Π.Σ. αναφέρεται ότι: « η εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία προβλέπεται να παρέχεται μέσα στη συνήθη σχολική τάξη, με παράλληλη στήριξη από

εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής, σε ειδικά οργανωμένα και κατάλληλα στελεχωμένα τμήματα ένταξης, σε αυτοτελή σχολεία ειδικής αγωγής....» και συμπληρωματικά αναφέρεται σε « *σχεδιασμό και υλοποίηση Εξατομικευμένων Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων (Ε.Ε.Π.) προσαρμοσμένων στις ιδιαιτερότητες και τα ενδιαφέροντα των μαθητών...*». Είναι εμφανές πως οι μαθητές διαφοροποιούνται μέσα από την εξειδικευμένη και εξατομικευμένη εκπαίδευση που τους παρέχεται κάτι που έρχεται να συμπληρωθεί από την τοποθέτηση τους στο τμήμα ένταξης ή ακόμα και στο ειδικό σχολείο. Αυτή η διαφοροποίηση δεν προωθεί την ενταξιακή εκπαίδευση αλλά κατηγοριοποιεί τους μαθητές και τους ετικετοποιεί.

Φαίνεται λοιπόν να υπάρχουν αντιθέσεις μέσα στα Δ.Ε.Π.Π.Σ που προσεγγίζουν μια ενταξιακή προοπτική μεν αλλά απέχουν πολύ από το να την προωθήσουν καθ' ολοκληρίαν. Το ίδιο το άτομο δείχνει να είναι εμπόδιο και έτσι, επικρατεί μέσω αυτών των προσεγγίσεων η θεωρία της προσωπικής τραγωδίας. Όπως υποστηρίζει και ο Slee (2001), αποδίδεται ευθύνη στα ελαττώματά τους και την παθολογική τους ανικανότητα, γεγονός που τους απορρίπτει από το αναλυτικό πρόγραμμα. Αυτή τη θέση έρχεται να τονίσει και ο νόμος 3699/2008 που επισημαίνει το εξειδικευμένο ομαδικό ή εξατομικευμένο αναλυτικό πρόγραμμα για μαθητές με αναπηρία και μόνο όσοι έχουν «ήπιες δυσκολίες» μπορούν να παρακολουθούν το κοινό πρόγραμμα. Αυτό, όπως υποστηρίζει και ο Barton (1997), δείχνει την αδυναμία των γενικών σχολείων να προσφέρουν ίσες παροχές στα παιδιά όλων των δυνατοτήτων και αδυναμιών.

Τα αναλυτικά προγράμματα έχουν βρεθεί στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος πολλών ερευνητών.

Τα Α.Π.Σ και Δ.Ε.Π.Π.Σ προτείνουν συγκεκριμένες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, μέσω των οποίων ο μαθητής θα κατακτήσει τους γνωστικούς – κοινωνικούς – συναισθηματικούς στόχους. Στα πλαίσια του «ενιαίου» προγράμματος, οι προσεγγίσεις αυτές δεν διαφοροποιούνται για τους ανάπηρους μαθητές. Αυτές οι στρατηγικές διδασκαλίας είναι οι εξής:

- i) Διερεύνηση και ανακάλυψη (ενεργητική προσέγγιση της γνώσης): Έχει ως στόχο να βοηθήσει τους μαθητές να σκέπτονται, να μαθαίνουν το "πώς να μαθαίνουν". Απαιτεί δηλαδή κυρίως τη δραστηριοποίηση του μαθητή. Στηρίζεται στην αρχή ότι η αφομοίωση των παραπάνω διαδικασιών βοηθά

στην ανάπτυξη κριτικής σκέψης. Για να είναι βέβαια αποδοτική η διδασκαλία απαιτεί πρακτικές που δημιουργούν κατάλληλες συνθήκες ώστε να γίνει δυνατή η «ανακάλυψη».

- ii) Επισκέψεις στο περιβάλλον (φυσικό και ανθρωπογενές): Η επαφή με το περιβάλλον, όπου είναι απαραίτητο και δυνατό, διασφαλίζει άμεση πληροφόρηση που μπορεί να αξιοποιηθεί με ποικίλους τρόπους. Η επαφή αυτή συμβάλλει στην βιωματική προσέγγιση της γνώσης
- iii) Επιδείξεις με τη χρήση κατάλληλου εποπτικού υλικού: Με διαφάνειες, βιντεοταινίες, προπλάσματα, έτοιμα παρασκευάσματα κ.ά. ενεργοποιείται το ενδιαφέρον των μαθητών, εστιάζεται η προσοχή τους σε συγκεκριμένο στόχο και γίνεται πιο εύκολη και φυσική η μάθηση. Η βοήθεια του ηλεκτρονικού υπολογιστή και των κατάλληλων δυναμικών προσομοιώσεων, μπορεί να αποδειχτεί πολύ χρήσιμη για το μαθητή, ώστε να αντιληφθεί και να κατανοήσει καλύτερα έννοιες και διαδικασίες.
- iv) Συζήτηση - διάλογος δασκάλου με τους μαθητές ή συζήτηση σε ομάδες: Με τη συζήτηση δίνεται η δυνατότητα στον μαθητή να προβληματίζεται, να αξιολογεί, να συμπεραίνει και να διατυπώνει τις απόψεις του μέσα από διαδικασίες διαλεκτικής αντιπαράθεσης. Η εμπλοκή του μαθητή στη συζήτηση και η ενεργός συμμετοχή του σ' αυτήν επιτυγχάνεται με κατάλληλες ερωτήσεις προβληματισμού, που είναι σκόπιμο να σχεδιάζονται πριν από την πραγματοποίηση της διδασκαλίας.
- v) Άμεση μορφή διδασκαλίας-Αφήγηση: Ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα, με μέσο το λόγο, να κοινοποιεί τις γνώσεις και τις ιδέες του. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στον εκπαιδευτικό να διαμεσολαβεί άμεσα κατά την ώρα της διδασκαλίας στη διαδικασία της μάθησης, όταν κρίνει ότι οι έμμεσες μορφές διδασκαλίας δεν προσφέρονται για την περίπτωση.
- vi) Ομαδοσυνεργατικές μορφές διδασκαλίας: Η δυναμική που αναπτύσσει η μαθητική μικρο-ομάδα μπορεί κάλλιστα να αξιοποιηθεί είτε ως πλαίσιο συλλογικής επεξεργασίας των δεδομένων είτε ως πλαίσιο στήριξης στην πορεία προς την ατομική μάθηση. Οι ομαδοσυνεργατικές μορφές διδασκαλίας ενδείκνυνται για την εκπόνηση σχεδίων εργασίας (projects), τα οποία προσφέρονται για την οργάνωση δραστηριοτήτων διαθεματικού χαρακτήρα. Οι προτεινόμενες διδακτικές στρατηγικές μπορούν να εφαρμόζονται, κατά περίπτωση, μόνες ή σε συνδυασμό μεταξύ τους,

ανάλογα με τη διδακτική ενότητα, τις ανάγκες των μαθητών και τις συνθήκες του σχολείου ή τα μέσα που διαθέτει ο εκπαιδευτικός.

Μια διδακτική μέθοδος που αναφέρεται ότι μπορεί και έχει ως στόχο να υποστηρίξει όλους τους μαθητές μέσα από μια ποικιλία προσεγγίσεων και στρατηγικών, είναι η διαφοροποιημένη μέθοδος διδασκαλίας (Erten & Savaze, 2012).

Ωστόσο, η ενταξιακή εκπαίδευση ως όρος δεν αναφέρεται στις γνωματεύσεις αλλά σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο ακόμα στην Ελλάδα επικρατεί ο όρος «ένταξη» (Ζώνιου – Σιδέρη, 2004^α) όπου ανάλογα το πλαίσιο που τοποθετείται, συμπεριλαμβάνεται και η «ενταξιακή εκπαίδευση». Η ένταξη παρουσιάζεται να είναι ένα από τους πρωταρχικούς στόχους στις γνωματεύσεις καθώς προτείνεται: «...μέσα από τη βελτίωση και την αξιοποίηση των δυνατοτήτων και των δεξιοτήτων τους σκοπός είναι να καταστεί δυνατή η ένταξή τους στο γενικό σχολείο...» (Ν 3699/2008).

Η συζήτηση για την ενταξιακή εκπαίδευση συνδέεται με τις κοινωνικές-καπιταλιστικές αντιπαραθέσεις στη βάση του ότι αν περισσότερα παιδιά είχαν πρόσβαση στην τυπική εκπαίδευση θα ήταν λιγότερο πιθανόν να έρθουν αντιμέτωπα τόσο με την εμπειρία του κοινωνικού αποκλεισμού όσο και με την φτωχή επαγγελματική ανέλιξη ως ενήλικες. Ωστόσο, παραδόξως, όλη αυτή η συζήτηση που αφορά την ένταξη ίσως να είναι υπεύθυνη για την αύξηση των αριθμών των παιδιών που φέρουν την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Η εφαρμογή και η ενημέρωση σχετικά με το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας οδήγησε στο να εντάσσονται περισσότερα ανάπηρα παιδιά στα τυπικά σχολεία. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτή η αλλαγή δόθηκε περισσότερη έμφαση στο να απομακρυνθούν τα περισσότερα εμπόδια που υψώθηκαν από την επαγγελματικά κατευθυνόμενη, εκπαιδευτική πολιτική (Slee 1996, Riddell 1996, Ainscow 1992), στο να γίνει επαναδιαπραγμάτευση της δυναμικής των σχέσεων μεταξύ ενηλίκων και αναπήρων παιδιών (Alderson and Goodey 1999, Davis & Watson 2000), στο να αναδιαμορφωθούν οι πρακτικές στα σχολεία (Corker 1999, Adams et al. 2000) στο να εξελιχθούν οι πρωτογενείς πηγές (Clark et al. 1997) και στο να υποστηριχτεί η ανάγκη να οργανωθούν, να μετρηθούν και να επαναπροσδιοριστούν οι ανάγκες των παιδιών (Armstrong & Galloway 1994).

Κεντρικό σημείο αυτής της αλλαγής ήταν η άποψη πως το Υπουργείο Παιδείας καθώς και οι εκπαιδευτικοί που εργάζονται στα σχολεία, μπορούν να κάνουν τις απαραίτητες αλλαγές ώστε να εξασφαλίσουν στα ανάπηρα παιδιά την εμπειρία της ένταξης. Πολλά ανάπηρα παιδιά αντιμετώπισαν δυσκολίες στο να ενταχθούν κάτι που ήταν αποτέλεσμα της αδυναμίας του προσωπικού και των διευθυντών των σχολείων, να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες τους (Davis & Watson 2000).

Επιπροσθέτως των ενταξιακών πολιτικών όμως, το εκπαιδευτικό σύστημα έχει αλλάξει τα τελευταία 20 χρόνια και δέχεται πιέσεις προκειμένου να εντάξει την αξιολογική διαδικασία των μαθητών προσανατολιζόμενη στα δεδομένα της αγοράς. Για παράδειγμα έχουν πραγματοποιηθεί ορισμένες αλλαγές στην πολιτική που στόχο έχουν να βελτιώσουν τα δεδομένα, να αυξήσουν τον κεντρικό έλεγχο εφαρμόζοντας ταυτόχρονα έλεγχο στο πρόγραμμα σπουδών και στην αξιολόγηση. Την ίδια στιγμή που τα σχολεία ενθαρρύνονται να εφαρμόσουν δειλά ενταξιακές πρακτικές, ο επανασχεδιασμός της εκπαιδευτικής πολιτικής δημιούργησε μια επιπλέον πίεση όσον αφορά την μαθητική επίδοση (Brown 1990, Bondi 1991). Οι αλλαγές στην εκπαίδευση έχουν οδηγήσει και στην αλλαγή της σύστασης των μαθητών των ειδικών σχολείων. Περισσότερα παιδιά και έφηβοι με φυσικές αναπηρίες έχουν ενταχθεί σε παραδοσιακά σχολεία. Ωστόσο περισσότερα παιδιά που έχουν χαρακτηριστεί με διάσπαση, έχουν σταλεί σε ειδικά σχολεία (Riddell 1996). Πολλοί ερευνητές πιστεύουν πως η πίεση στα σχολεία για να εξασφαλίσουν τόσο την παρακολούθηση από τους μαθητές όσο και να εξασφαλίσουν την ένταξη έχει αρνητικές συνέπειες στην εκπαίδευση των ανάπηρων παιδιών (Davis & Watson 2001). Πιστεύεται δε πως η ένταξη μπορεί να προσφέρει ουσιαστικά αποτελέσματα μόνο όταν:

- Οι εκπαιδευτικοί εκπαιδεύονται καλύτερα
- Η δομή του αναλυτικού προγράμματος είναι συνεχώς υπό διαπραγμάτευση
- Οι μαθητές και οι γονείς μπορούν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τους σχολικούς κανόνες, τις ανταμοιβές και τις τιμωρίες
- Τα σχολεία αξιολογούνται σχετικά τόσο με την ποιότητα των προσφερόμενων εμπειριών όσο και με τον αριθμό των παιδιών που παρακολουθούν (Munn, 2000)

Η αύξηση των διαγνώσεων της ΔΕΠ-Υ πιθανότατα συμβολίζει την ανικανότητα του εκπαιδευτικού συστήματος να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της ενταξιακής εκπαίδευσης. Κάποιοι ερευνητές συγκεκριμένα πιστεύουν πως η αυτοαξιολόγηση που απαιτείται στο σύγχρονο σχολείο ίσως να εξηγεί και την αύξηση των διαγνώσεων της ΔΕΠ-Υ (Hinshaw 1994, Cooper & Ideus 1995,1996).

Οι στατιστικές αναλύσεις όσον αφορά στην αύξηση της ΔΕΠ-Υ έδειξαν ότι συνήθως διαγιγνώσκεται στα παιδιά που έχουν άλλου είδους μαθησιακές δυσκολίες και αναπηρίες (BPS 2000). Η διάγνωση απαιτεί από ένα παιδί να εμφανίζει «ασυνήθιστη συμπεριφορά» σε παραπάνω από έναν τομέα της προσωπικότητάς του έτσι, ώστε αυτή να παρεμποδίζει την ακαδημαϊκή του πρόοδο. Θεωρητικά η αύξηση του αριθμού των παιδιών που διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ ίσως σχετίζεται με την αδυναμία του εκπαιδευτικού συστήματος να εντάξει τα ανάπηρα παιδιά ή τα παιδιά που δεν τους «ταιριάζουν» οι παραδοσιακές δομές διδασκαλίας.

Αυτή η κατάσταση ενισχύεται από όσους εμπλέκονται στη διαδικασία της διάγνωσης. Για παράδειγμα, οι ενήλικες (συμπεριλαμβανομένου των δασκάλων, των γονέων και των ειδικών της ψυχικής υγείας) καλούνται να εντοπίσουν έναν αριθμό στοιχείων στη συμπεριφορά του παιδιού όπως την υπερκινητικότητα (π.χ. το να μιλάει ακατάπαυστα, της αδυναμίας του να κάτσει κατά τη διάρκεια του μαθήματος στη θέση του), την έλλειψη προσοχής (π.χ. η αδυναμία του παιδιού να ακολουθήσει οδηγίες και να αποσυντονίζεται) και την παρορμητικότητα (π.χ. το να πράττει χωρίς να σκέφτεται, να μην μπορεί να ελέγξει το θυμό του, να ουρλιάζει κ.ά.) (APA 2013). Αυτή η διαδικασία απαιτεί από τους ενήλικες να ερμηνεύσουν το νόημα της συμπεριφοράς του παιδιού.

Γίνεται μια μεγάλη συζήτηση σχετικά με τη δεοντολογία, το ρόλο και τα εργαλεία που θα χρησιμοποιήσουν οι ενήλικες ώστε να μπορέσουν να ερμηνεύσουν το νόημα των συμπεριφορών του παιδιού. Κεντρική θέση σε αυτή τη συζήτηση έχουν έρευνες που υπογραμμίζουν την ανάγκη από μέρους των ενηλίκων να είναι ευέλικτοι όταν ερμηνεύουν την παιδική συμπεριφορά (Davis 1998). Αυτή η τεχνική απαιτεί από τους ενήλικες να μείνουν ανεπηρέαστοι από τις προσωπικές και επαγγελματικές τους προκαταλήψεις και πεποιθήσεις, κατά τη διαδικασία της ερμηνείας. Επιπροσθέτως, απαιτεί από τους ενήλικες να παρατηρούν τα παιδιά για ένα παρατεταμένο χρονικό διάστημα και σε ένα μεγάλο εύρος κοινωνικών πλαισίων, όχι μόνο στα δύο που

απαιτούνται για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Davis 2000, Davis & Watson 2000, Davis et al. 2000). Πιστεύεται πως μόνο μία παρατεταμένη προσέγγιση στην παρατήρηση εξασφαλίζει στους ενήλικες τη δυνατότητα να εντοπίσουν τις συνδέσεις μεταξύ της αυθύπαρκτης προσωπικότητας των παιδιών και των ευρύτερων πολιτιστικών και δομικών επιρροών στις ζωές τους (π.χ. το ρόλο της ομάδας ενηλίκων, της γειτονιάς, της ηθικής ταυτότητας κ.τ.λ.) (Davis 2000, Davis & Watson 2000). Δεν υπάρχει απολύτως κανένα στοιχείο που να επιβεβαιώνει πως οι ενήλικες που εμπλέκονται στη διαδικασία της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ είναι επαρκείς στο να διαχειριστούν ευέλικτες τεχνικές για ένα παρατεταμένο χρονικό διάστημα έτσι, ώστε να μπορέσουν να ερμηνεύσουν σωστά τη συμπεριφορά του παιδιού και να προβούν στη διάγνωση. Υπάρχουν έρευνες που αποδεικνύουν πως αρκετοί ενήλικες που δουλεύουν με ανάπηρα παιδιά αποτυγχάνουν στην πράξη να επιβεβαιώσουν τις υποθέσεις τους που βασίζονται στο ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας (Davis et al. 2000, Davis & Watson 2000).

Έρευνες με ανάπηρα παιδιά στα σχολεία δείχνουν πως αν και αναπτύσσουν θετικές σχέσεις με τους συμμαθητές και τους εκπαιδευτικούς τους, γίνονται θύματα σχολικού εκφοβισμού, δε συμμετέχουν στις απαιτήσεις του αναλυτικού προγράμματος, στιγματίζονται λόγω των διαφορετικών μαθησιακών τους απαιτήσεων και αποκλείονται από κοινωνικές και πνευματικές δραστηριότητες (Davis & Watson 2001). Όταν τα παιδιά εκφράζουν την αντίσταση σε αυτή τη συνθήκη με το να είναι αψηφημένα, οργισμένα ή ταραγμένα, κινδυνεύουν να διαγνωστούν με ΔΕΠ-Υ (Corker & Davis 2000, 2001).

Έτσι τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι ανεπαρκέστατα επειδή:

- Λαμβάνουν ελάχιστα υπόψη το κοινωνικό πλαίσιο του κάθε σχολείου
- Παραβλέπουν τη σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς του μαθητή και των συμμαθητών, εκπαιδευτικών και γονιών του
- Αποτυγχάνουν να εφαρμόσουν παρατεταμένη παρατήρηση
- Απαιτούν η παρατήρηση να γίνει σε ελάχιστα πλαίσια από ανθρώπους που έχουν μηδαμινή γνώση του πως να αναλύουν την κοινωνική διάσταση της παιδικής ηλικίας.

- Διερευνώνται από ανθρώπους που έχουν ελάχιστη εμπειρία ποιοτικών και ευέλικτων μεθόδων έρευνας
- Δε δίνουν την απαραίτητη προσοχή στη δυναμική που αναπτύσσεται μεταξύ παιδιών και ενηλίκων (Lloyd et al, 2006).

Ένα επιπλέον σημαντικό στοιχείο είναι πως οι διαγνώσεις λαμβάνουν ελάχιστα υπόψη την άποψη των ίδιων των παιδιών σχετικά με τις αιτίες της συμπεριφοράς τους. Αυτό εγείρει ένα σημαντικό ζήτημα. Το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας έχει δεχθεί κριτική καθώς δε δίνει τη δέουσα σημασία στις απόψεις των παιδιών (Davis & Watson, 2000, 2001). Από την άλλη, και το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας έχει δεχθεί αντίστοιχη κριτική, καθώς εστιάζει στις απόψεις των ενηλίκων για την αναπηρία (Shakespeare & Watson, 1998).

3. Η ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

3.1 ΟΙ ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΩΣ ΠΕΛΙΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Οι παραλλαγές που παρατηρούνται μεταξύ του ανθρώπινου είδους ονομάζονται «ατομικές διαφορές». Το να έχει κάθε άτομο ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που τον κάνει να διαφέρει από τον άλλον, αποτελεί φυσικό νόμο. Ωστόσο, πολλές φορές όταν οι αποκλίσεις και οι ιδιαιτερότητες του είναι σημαντικές, παρεμποδίζεται η ομαλή εξέλιξη και προσαρμογή του (Τζουριάδου, 1995). Κατά καιρούς, τα άτομα αυτά έχουν χαρακτηριστεί από την κοινωνία ανώμαλα, απροσάρμοστα, προβληματικά. Με το πέρασμα των χρόνων, οι χαρακτηρισμοί αυτοί άρχισαν να εξαλείφονται και να αντικαθίστανται από άλλες ονομασίες ανάλογα με την ευαισθητοποίηση της κάθε κοινωνίας. Τελικώς, έχει επικρατήσει ο χαρακτηρισμός των ατόμων αυτών ως άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή/και αναπηρία (Ν/3699/2008).

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, ο όρος αναπηρία αναφέρεται στην έλλειψη συγκεκριμένων εμφανών αισθήσεων ή μελών του σώματος. Σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη, η αναπηρία αναφέρεται στην ύπαρξη συγγενούς ή επίκτητης λειτουργικής βλάβης, και είναι αποτέλεσμα ή κατάλοιπο κάποιας αρρώστιας ή ατυχήματος. Ο

συγκεκριμένος όρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συνώνυμος με τον όρο μειονεξία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάθε αναπηρία εξελίσσεται πάντα σε μειονεξία. Αυτό εξαρτάται από τη σημασία που δίνει ο ίδιος ο ανάπηρος στην αναπηρία του αλλά και από τη στάση που κρατά απέναντι στο πρόβλημα του (Πολυχρονοπούλου, 2003α). Στην περίπτωση της έμφυτης δυσκολίας, η αναπηρία εμφανίζεται κατά τα πρώτα στάδια ανάπτυξης του παιδιού με σημαντικές επιρροές στη σχολική του μάθηση. Για το λόγο αυτό οι ειδικές ανάγκες χαρακτηρίζονται μέσα από τις διαγνώσεις: «ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες- ΕΕΑ». Έτσι λοιπόν οι μαθητές με ΕΕΑ ή/και αναπηρία, σύμφωνα με το άρθρο 3 του Ν3699/2008, είναι: *τα άτομα εκείνα που εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης για ολόκληρη ή ορισμένη περίοδο της σχολικής τους ζωής, εξαιτίας αισθητηριακών, νοητικών, γνωστικών, αναπτυξιακών προβλημάτων, ψυχικών και νευροψυχικών διαταραχών οι οποίες ασκούν σημαντική επιρροή στη σχολική προσαρμογή και τη μάθηση. Οι μαθητές αυτοί παρουσιάζουν εγγενείς διαταραχές οργανικής προέλευσης που δεν δημιουργούνται από το περιβάλλον ούτε μπορούν να εμφανιστούν ξαφνικά εκτός από την περίπτωση ατυχήματος. Οι δυσκολίες που εμφανίζουν στην σχολική μάθηση κάνουν τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς να απευθύνονται στους διαφόρους φορείς, προκειμένου να λάβουν μια διάγνωση που να «πιστοποιεί» τις δυσκολίες αυτές και να τις κατηγοριοποιήσει.*

3.2 Η ΩΡΑ ΤΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ

3.2.1 ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ: ΡΟΛΟΙ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ

Σύμφωνα με το Ν3699/2008, οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες διερευνώνται και διαπιστώνονται από τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ., την Ειδική Διαγνωστική Επιτροπή Αξιολόγησης (ΕΔΕΑ) και τα πιστοποιημένα από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (ΙΠΔ) άλλων Υπουργείων (Άρθρο 4). Στα πλαίσια της παρούσας ανάλυσης δε θα ασχοληθούμε με την ΕΔΕΑ καθώς λειτουργεί στα ειδικά σχολεία για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της προόδου των μαθητών που φοιτούν σε αυτά και δεν αφορά τα ερευνητικά μας ερωτήματα. Προκειμένου να γίνουν λοιπόν πιο αντιληπτές οι αρμοδιότητες του καθενός φορέα από τους υπολοίπους

(ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και ΙΕΠ) και να διευκρινιστεί ο ρόλος τους, στα πλαίσια της παρούσας ανάλυσης, θα εξεταστούν ξεχωριστά.

Σκοπός των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. είναι η προσφορά υπηρεσιών διάγνωσης, αξιολόγησης και υποστήριξης των μαθητών και κυρίως αυτών που έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς και υποστήριξης, πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών, των γονέων και της κοινωνίας. Τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αξιολογούνται ανά έτος για τη διαπίστωση του βαθμού επίτευξης των σκοπών τους (Ν3699/2008). Σύμφωνα με το νόμο ορίζεται πως η διάγνωση θα πρέπει να πραγματοποιείται από πενταμελή διεπιστημονική ομάδα, που απαρτίζεται από έναν εκπαιδευτικό ΕΑΕ (προσχολικής ή πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης), έναν παιδοψυχίατρο ή παιδίατρο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία ή νευρολόγο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχολόγο και έναν λογοθεραπευτή. Στη διεπιστημονική ομάδα δύναται να συμμετέχει και εργοθεραπευτής ή μέλος του εξειδικευμένου Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (ΕΕΠ) του κλάδου ΠΕ 31 κατά περίπτωση. Μέσα από τον κανονισμό λειτουργίας των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., φαίνεται να προωθείται η διεπιστημονική συνεργασία, η συνεργασία δηλαδή μεταξύ επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων, που έχει ως σκοπό να βελτιώσει την εκπαίδευση, τη θεραπεία και τη φροντίδα των παιδιών με αναπηρία. Ωστόσο, η διεπιστημονική συνεργασία στο νόμο της ειδικής αγωγής φαίνεται να περιορίζεται μεταξύ των ειδικών των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. σε θέματα που αφορούν την αξιολόγηση του μαθητή και το σχεδιασμό του Εξατομικευμένου Προγράμματος Εκπαίδευσης (ΕΠΕ) στα κλειστά πλαίσια του φορέα και να αφορά μόνο τα μέλη του και όχι την κοινότητα του σχολείου. Ο Παπάς (2004) αναφέρει σχετικά πως η συνεργασία επιστημόνων μέσα στο σχολείο και η θεσμοθέτηση και η οργάνωση ενός πλαισίου συνεργασίας των διαφόρων ειδικών στα σχολεία κρίνεται απαραίτητη, ώστε να συντελέσει σε μια αποτελεσματικότερη εκπαίδευση και σε μια πιο πετυχημένη ένταξη.

Οι αρμοδιότητες της διεπιστημονικής επιτροπής των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. που αφορούν τη διαγνωστική διαδικασία είναι :

- Η ανίχνευση και η διαπίστωση του είδους και του βαθμού των δυσκολιών των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο σύνολο των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας.

- Η εισήγηση για την κατάρτιση προσαρμοσμένων εξατομικευμένων ή ομαδικών προγραμμάτων ψυχοπαιδαγωγικής και διδακτικής υποστήριξης και δημιουργικής απασχόλησης, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς της τάξης και με το ΕΕΠ, καθώς και η εφαρμογή άλλων επιστημονικών, κοινωνικών και λοιπών υποστηρικτικών μέτρων για τα άτομα με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, στα σχολεία, στην έδρα του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. ή στο σπίτι.
- Η εισήγηση για την κατάταξη, εγγραφή και φοίτηση στην κατάλληλη σχολική μονάδα ή άλλο εκπαιδευτικό πλαίσιο ή πρόγραμμα ΕΑΕ.
- Η σύνταξη εξατομικευμένων εκθέσεων - προτάσεων για όλους τους μαθητές της αρμοδιότητας του κάθε ΚΕ.Δ.Δ.Υ., στις οποίες αναφέρονται οι σύγχρονες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις, τα εκπαιδευτικά βοηθήματα, τα καινοτόμα προϊόντα ή οι υπηρεσίες προηγμένης τεχνολογίας που μπορούν να υποστηρίξουν τη λειτουργικότητα και τη συμμετοχή του κάθε μαθητή με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στη διαδικασία της συνεκπαίδευσης με τους μαθητές του γενικού εκπαιδευτικού πλαισίου (Ν3699/2008, αρ.4).

Τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα απ' την άλλη, είναι φορείς του Υπουργείου Υγείας και περιλαμβάνουν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τις Ιατροπαιδαγωγικές Μονάδες των Δημοσίων Νοσοκομείων. Ο νόμος 3699/2008 ορίζει πως τα ΙΠΔ άλλων Υπουργείων συνιστούν επίσης αναγνωρισμένο διαγνωστικό και αξιολογικό φορέα, στον οποίο συμμετέχει εκπαιδευτικός ΕΑΕ. Για τους μαθητές για τους οποίους υπάρχει ανάγκη εφαρμογής Εξατομικευμένου Προγράμματος Εκπαίδευσης (ΕΠΕ) με βάση την εισήγηση των ΙΠΔ, το πρόγραμμα αυτό εκπονείται από το οικείο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Ωστόσο, σύμφωνα με το Νόμο 4183/2013 «Τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα άλλων Υπουργείων συνιστούν αναγνωρισμένο διαγνωστικό και αξιολογικό φορέα και οι γνωματεύσεις τους ισχύουν ακόμη και όταν δεν καθίσταται εφικτή η συμμετοχή σε αυτά εκπαιδευτικού Ε.Α.Ε». Σκοπός των Ι.Π.Δ και ειδικότερα των Κ.Ψ.Υ, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 21 του ιδρυτικού τους νόμου (1397/83), είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου. Οι ειδικότητες που στελεχώνουν τα Κ.Ψ.Υ. είναι ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί και λοιπό βοηθητικό προσωπικό. Ο πιο πρόσφατος νόμος (4052/2012) τονίζει πως τα Κέντρα

Ψυχικής Υγείας αποτελούν, αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των αντίστοιχων Γενικών Νοσοκομείων υποδοχής.

Σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 5 του Ν. 3699/2008 (ΦΕΚ 199 Α΄) και της παραγράφου 14 του άρθρου 28 του Ν.4186/2013 (ΦΕΚ 193 Α΄), όταν υπάρχει διάσταση απόψεων, είτε προσωπική είτε μεταξύ των γνωματεύσεων των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων (ΙΠΔ), για τον μαθητή υπερισχύει η γνωμάτευση του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και οι γονείς ή κηδεμόνες δύνανται να προσφύγουν στη Δευτεροβάθμια Ειδική Διαγνωστική Επιτροπή Αξιολόγησης (ΕΔΕΑ) της οποίας η απόφαση είναι οριστική. Η Δευτεροβάθμια Ειδική Διαγνωστική Επιτροπή Αξιολόγησης (ΕΔΕΑ) εδρεύει σε κάθε Περιφερειακή Διεύθυνση Εκπαίδευσης.

Με τη θεσμοθέτηση των Ειδικών Διαγνωστικών Κέντρων Αξιολόγησης, τα ανάπηρα παιδιά και οι γονείς τους καλούνται να περάσουν από πολλές διαδικασίες συνεντεύξεων και τεστ για να αποσαφηνιστεί η «εισαγωγή» τους στο σχολείο (Ζώνιου- Σιδέρη, 2008). Οι φορείς που παρέχουν τη διάγνωση, εμπλέκονται σε μια διαδικασία λήψης αποφάσεων για την κατηγορία αναπηρίας που θα ενταχθούν οι μαθητές, προσάπτοντάς τους παράλληλα μια ταμπέλα που θα τους ακολουθεί σε όλη τη σχολική τους –και όχι μόνο-, πορεία. Η παροχή υπηρεσιών θα οριστεί από την ετικέτα που θα περιγράφει με σαφήνεια την ιατρική κατάσταση ή την ανάγκη και το πώς το άτομο ικανοποιεί συγκεκριμένα κριτήρια. Ο Slee (2001) αναφέρει πως προκειμένω να εξασφαλίσουν μια θεσμική ισορροπία, οι εργαζόμενοι στην εκπαίδευση, ψυχολόγοι, ειδικοί παιδαγωγοί, εκπαιδευτικοί κ.α επιχειρούν να διαπιστώσουν το βαθμό αναπηρίας και το είδος των παροχών που απαιτούνται για τον «ειδικό» μαθητή, υιοθετώντας ψυχο-ιατρικό λόγο.

3.2.2 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ

Τα στοιχεία που έχουμε σχετικά με την έκδοση της γνωμάτευσης από τους δημόσιους φορείς, αφορούν μόνο την περίπτωση των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. βάση του κανονισμού λειτουργίας τους (Γ6, 2001). Ο Νόμος 1397/83 που ορίζει τη σύσταση των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων και ο πιο πρόσφατος 4052/2012 που ορίζει κάποιες διευκρινιστικές παραμέτρους των Κ.Ψ.Υ, δεν αναφέρουν πληροφορίες σχετικά με την έκδοση των γνωματεύσεων.

Στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. (πρώην Κ.Δ.Α.Υ) λοιπόν, ο κανονισμός λειτουργίας ορίζει πως ο προϊστάμενος θα συνεδριάζει με τη διεπιστημονική ομάδα και θα συναποφασίζεται ο χρόνος συνάντησης με κάθε μέλος της διεπιστημονικής επιτροπής και ο τρόπος αξιολόγησης. Ο μαθητής προβλέπεται να προσέρχεται από το γονέα ή τον κηδεμόνα του και στη συνέχεια θα διενεργείται εξατομικευμένη αξιολόγηση από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Μετά την αξιολόγηση θα ακολουθεί συνεδρίαση για την έκδοση της γνωμάτευσης. Στη συνεδρίαση θα συμμετέχουν όλα τα μέλη του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. που συμμετείχαν και στην αξιολόγηση. Κάθε μέλος θα καταθέτει προφορικά και γραπτά τις πληροφορίες του, τα δεδομένα των παρατηρήσεων και των αξιολογήσεων καθώς και τις προτάσεις του για το εξατομικευμένο πρόγραμμα εκπαιδευτικής παρέμβασης και οτιδήποτε μπορεί να συμβάλει στην πλήρη αξιολόγηση και υποστήριξη του μαθητή. Η συνεδρίαση δύναται να ολοκληρωθεί με τη σύνταξη της γνωμάτευσης.

Στη γνωμάτευση προσδιορίζεται αν ο μαθητής ανήκει σε κάποια κατηγορία ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών, προτείνεται το κατάλληλο σχολικό ειδικό πλαίσιο φοίτησης, ο τρόπος φοίτησης, η αναγκαία ψυχοπαιδαγωγική και διδακτική υποστήριξη καθώς και τα απαραίτητα τεχνικά βοηθήματα και εκπαιδευτικά υλικά που θα διευκολύνουν την εκπαίδευση και επικοινωνία του ατόμου. Η γνωμάτευση συνοδεύεται από πλαίσιο εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος (Ε.Ε.Π), το οποίο στηρίζεται στην αξιολόγηση και εμπεριέχει τους στόχους που αφορούν όλους τους τομείς ανάπτυξης, καθώς και το χρονικό προσδιορισμό της επαναξιολόγησης του ατόμου και του προγράμματός του. Επιπλέον προτείνονται οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την προσαρμογή του παιδιού στο οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον και περιγράφονται τα αναμενόμενα αποτελέσματα του παρεμβατικού προγράμματος.

3.2.3 ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ

Όπως και στα προηγούμενα κεφάλαια, πρέπει να τονίσουμε πως δεν υπάρχουν στοιχεία που να ορίζουν το περιεχόμενο που θα πρέπει να έχουν οι γνωματεύσεις των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, καθώς ο κανονισμός λειτουργίας τους στέκεται σε τομείς που αφορούν μόνο τη νομική σύστασή τους. Στοιχεία έχουμε μόνο από το

κανονισμό λειτουργίας των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., όπως ονομάστηκαν τα πρώην Κ.Δ.Α.Υ (2001). Το περιεχόμενο της γνωμάτευσης, στο άρθρο 7, αναφέρει τους βασικούς άξονες στους οποίους θα πρέπει να κινούνται οι αξιολογήσεις της πενταμελούς διεπιστημονικής επιτροπής του φορέα. Δηλαδή του ψυχολόγου, του κοινωνικού λειτουργού, του παιδοψυχιάτρου, του ειδικού παιδαγωγού και των υπολοίπων ειδικοτήτων (λογοθεραπευτή και/ή εργοθεραπευτή).

Η έκθεση του ψυχολόγου οφείλει να συγκεντρώσει δεδομένα βάσει συγκεκριμένων ψυχολογικών διαγνωστικών κριτηρίων και να περιγράψει τις δυνατότητες και δυσκολίες που αντιμετωπίζει σε διάφορους τομείς ο μαθητής, καθώς και τη συμπεριφορά του μέσα και έξω από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον και αντίστοιχα τις αντιδράσεις του οικογενειακού και σχολικού περιβάλλοντος του παιδιού, ως προς το πρόβλημά του.

Όσον αφορά την ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού, προτείνεται η σύνταξη του κοινωνικού ιστορικού στην οποία θα περιγράφονται οι παράγοντες, άμεσοι και έμμεσοι που επηρεάζουν την ομαλή προσαρμογή του μαθητή στο περιβάλλον του καθώς και τη γενική του εξέλιξη. Γι' αυτό το σκοπό απαιτείται η συγκέντρωση κοινωνικών δεδομένων, βάσει συγκεκριμένων κοινωνικών κριτηρίων (επάγγελμα γονέων, μορφωτικό επίπεδο, ηλικία γονέων, οικονομική κατάσταση οικογένειας κ.λ.π), η περιγραφή των οικογενειακών σχέσεων και συνηθειών και η λεπτομερής καταγραφή του ιστορικού του ατόμου από τη γέννηση και ειδικά από την ηλικία διαπίστωσης του προβλήματος ως την ημέρα παραπομπής του στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Το κοινωνικό ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει και όλες τις ενέργειες, αντιδράσεις και προσαρμογές της οικογένειας σε σχέση με το παιδί και το πρόβλημά του. Ακόμα, θα πρέπει να αναφέρονται συγκεκριμένες πράξεις, ενέργειες και οδηγίες παρέμβασης που θα διευκολύνουν το άτομο στην αντιμετώπιση του προβλήματός του και που θα στηρίζουν την οικογένεια.

Εκτός των προηγούμενων, το άρθρο 7 ορίζει την αξιολόγηση του παιδοψυχιάτρου όπως αυτή δύναται να περιλαμβάνει το ψυχιατρικό προφίλ του μαθητή, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, τις δυνατότητές του και τις πιθανές προτάσεις για την αντιμετώπιση και το σχεδιασμό του εξατομικευμένου προγράμματος. Επίσης, μπορεί να αναφέρει τη φαρμακευτική ή άλλη αναγκαία υποστήριξη με βάση τη γνωμάτευση

και άλλες πληροφορίες για τη στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος ως προς το πρόβλημα του μαθητή.

Η εκπαιδευτική αξιολόγηση επιπροσθέτως, διενεργείται από τον εκπαιδευτικό των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. (πρώην Κ.Δ.Α.Υ.) της αντίστοιχης βαθμίδας που φοιτά ο μαθητής και περιλαμβάνει συστηματική διαδικασία συγκέντρωσης εκπαιδευτικά σημαντικών πληροφοριών, που αφορούν στις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες του παιδιού, με στόχο τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών ειδικής αγωγής. Αναλυτικότερα τονίζεται πως η έκθεση του ειδικού παιδαγωγού θα πρέπει να περιγράφει τη σχολική και ευρύτερη γνώση του μαθητή, τις δεξιότητες, τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντά του. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ο βαθμός της κοινωνικής του προσαρμογής, οι στρατηγικές και διαδικασίες που χρησιμοποιεί για να κατακτήσει τη γνώση και να περιγραφεί η συμπεριφορά του. Τέλος, στην εκπαιδευτική αξιολόγηση θα πρέπει να αναφέρονται τα κύρια στοιχεία που θα πρέπει να επικεντρωθεί το πρόγραμμα παρέμβασης, οι υποστηρικτικές υπηρεσίες και τα τεχνικά βοηθήματα που έχει ανάγκη ο μαθητής, καθώς και να προτείνεται όπου είναι αναγκαίο πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης ή στήριξης του μαθητή ή του εκπαιδευτικού της τάξης.

Τέλος η έκδοση της γνωμάτευσης ολοκληρώνεται κατά περίπτωση με την αξιολογική έκθεση του λογοθεραπευτή, του εργοθεραπευτή ή άλλων ειδικοτήτων μετά από εντολή του προϊσταμένου του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. με τρόπο παρόμοιο με την εκπαιδευτική και ψυχολογική αξιολόγηση.

3.2.4. ΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ

Ο κανονισμός λειτουργίας των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. (2001) (πρώην Κ.Δ.Α.Υ), καθορίζει ως καθήκον και υποχρέωση των μελών του να χρησιμοποιεί τυπικές διαδικασίες και εργαλεία μέτρησης για την αξιολόγηση και τη διάγνωση, να εξοικειώνεται και να ενημερώνεται συνεχώς για όλες τις παραμέτρους, όπως την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, τα λάθη μέτρησης, την κατάλληλη τεχνική εφαρμογή και τους περιορισμούς αυτών των μεθόδων. Συμπληρωματικά, τονίζεται πως θα πρέπει να χρησιμοποιούνται προτυποποιημένοι για όλα τα Κ.Δ.Α.Υ (σημερινά ΚΕ.Δ.Δ.Υ.) τρόποι και μεθοδολογία ανίχνευσης, διάγνωσης, αξιολόγησης και διατύπωσης της

γνωμάτευσης, ώστε γονείς, εκπαιδευτικοί και μαθητές να γνωρίζουν ότι σε οποιοδήποτε ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και αν προσέλθουν θα ακολουθηθεί η ίδια διαδικασία.

Η βασική λειτουργία των ψυχομετρικών εργαλείων είναι η μέτρηση των διαφορών ανάμεσα στα άτομα ή ανάμεσα στις αντιδράσεις του ατόμου σε διαφορετικές περιστάσεις, τα οποία πρέπει να είναι αντικειμενικά, έγκυρα, αξιόπιστα και να αποτελούν σταθμισμένες μετρήσεις δειγμάτων της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Anastasi & Urbina, 1997). Τα χαρακτηριστικά λοιπόν που καθορίζουν μια δοκιμασία ενός τεστ είναι η τυποποίηση, η στάθμιση, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα (Βαμβούκας, 1993). Παρόλα αυτά, κατά καιρούς έχουν δεχθεί αυστηρές κριτικές ως προς τη χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητά τους (Βαμβούκας, 1993). Η αριθμητική έννοια της αναπηρίας, όπως προβάλλεται από την τυπική αξιολόγηση με τα τεστ νοημοσύνης για παράδειγμα, αγνοεί την ποιοτική διαφορά που υπάρχει ως προς την ικανότητα των παιδιών να βελτιώσουν τη θέση τους, αξιοποιώντας τη στήριξη/ εκπαίδευση που τους παρέχεται από τους ενήλικους/ εκπαιδευτές (Βλάχου – Μπαλαφούτη, 2004). Η γνώση του προσωπικού και οικογενειακού ιστορικού του παιδιού, αλλά και στοιχεία εξωγενή ως προς τις μεθόδους (στάση του παιδιού απέναντι στο τεστ, τρόπος συμπεριφοράς και προσέγγισης του εξεταστή από τη μεριά του παιδιού, μη λεκτική συμπεριφορά κ.λ.π) αποτελούν επίσης παραμέτρους που πρέπει να ληφθούν υπόψη στη συνολική αξιολόγηση των διαταραχών και των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών (Παπάνης και συν., 2009).

Ωστόσο, το γεγονός ότι η επιστημονική κοινότητα έχει ανάγκη τα ψυχομετρικά εργαλεία ως αναγκαία για την αξιολόγηση προκειμένου για τη δημιουργία εκπαιδευτικού προγράμματος του παιδιού, δημιουργεί έναν προβληματισμό αναφορικά με τη χρήση των ψυχομετρικών τεστ που χρησιμοποιούνται, τόσο σε ηθικό όσο και σε διαγνωστικό επίπεδο. Η χρήση αυτών των μεθοδολογικών εργαλείων εγείρουν ερωτήματα που αφορούν το ποιες είναι οι πιθανές αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στην κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και στην αυτοαντίληψή του και αν η ταξινόμηση και η κατηγοριοποίηση των δυσκολιών σύμφωνα με το νοητικό δυναμικό και τις γνωστικές ικανότητες του μαθητή, εξυπηρετεί το μαθητή ή πιθανόν τον στιγματίζει κοινωνικά ή συναισθηματικά και πόσο μπορεί να επηρεάσει τη ζωή του (Higgins et al, 2002).

Ο Παπάνης αναφέρει (2009) πως μια ολιστική και σε βάθος χρόνου διαρκής αξιολόγηση του παιδιού, διαδικασία στην οποία και η διαισθητική γνώση των ειδικών παιδαγωγών και η διερεύνηση των αντιλήψεων και στάσεων των γονέων, είναι πολύ σημαντική. Ωστόσο, υποστηρίζει πως η δυνατότητα ανάπτυξης μιας περισσότερο μακρόχρονης σχέσης με το παιδί, μπορεί να επιτρέψει, σε συνδυασμό με την εφαρμογή κλιμάκων μέτρησης και αντικειμενικών κριτηρίων ανάλυσης, μια καλύτερη αναγνώριση των ικανοτήτων, δεξιοτήτων και τυχόν ελλείψεων, καθώς και των ενδεχόμενων παθολογικών στοιχείων της λειτουργίας του παιδιού.

3.3 Η ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ

3.3.α Η αυθεντία στο λόγο των ειδικών.

Ο Foucault (1977) προσέγγισε τη γνώση σαν δύναμη. Συγκεκριμένα, υποστήριξε πως η άποψη των ειδικών σχετικά με την ανθρώπινη «φυσιολογικότητα» και «διαταραχή», που δεν είναι αντικειμενική ή βιολογική, είναι η κυρίαρχη μορφή δύναμης στις σύγχρονες κοινωνίες. Ο Foucault εστίαζε στο πως ο ιατρικός λόγος κατασκευάζει γνώση σχετικά με το ανθρώπινο σώμα και εγκολπώνει τη διαταραχή. Πίστευε πως η διαταραχή δε μπορεί να οριστεί σαν φυσικό φαινόμενο σε ένα πλαίσιο έξω από τη γλώσσα που την περιγράφει και είναι αποτέλεσμα του ιατρικού λόγου.

Ο ιατρικός λόγος μπορεί να επηρεάσει την ανθρώπινη συμπεριφορά, να διαμορφώσει τις αντικειμενικές εμπειρίες για το σώμα, να διαμορφώσει την ταυτότητα των ατόμων και να νομιμοποιήσει τις ιατρικές παρεμβάσεις (Foucault, 1975). Παρακινεί λοιπόν τους μελετητές να αποδομήσουν τον ιατρικό λόγο, να αποκαλύψουν τα κρυφά του νοήματα και να συσχετίσουν το σώμα με την ταυτότητα.

Ο ρόλος των ειδικών επαγγελματιών βασίζεται σε ένα συγκεκριμένο είδος κοινωνικής εξουσίας που αναπτύσσεται γύρω από ατομικά προβλήματα. Οι επαγγελματίες από τους χώρους της ιατρικής, της ψυχολογίας, της κοινωνικής πρόνοιας και της εκπαίδευσης είναι εκείνοι που ορίζουν την έννοια των ειδικών αναγκών στην εκπαίδευση, ενώ οι παρεμβάσεις σχεδιάζονται και εφαρμόζονται με βάση αυτούς τους ορισμούς (Troyna & Vincent, 1996). Σύμφωνα με τον Rose (1996) η επαγγελματική αυθεντία είναι ένα είδος κοινωνικής εξουσίας που αναπτύσσεται χαρακτηριστικά γύρω από προβλήματα, ρίχνει μία συγκεκριμένη διαγνωστική ματιά

η οποία βασίζεται στο δικαίωμα για αλήθεια, βεβαιώνει για την τεχνική αποτελεσματικότητα και αναγνωρίζει ανθρώπινες ηθικές αρετές.

Οι επαγγελματίες αυτοί φαίνεται να έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα να ορίζουν τα προβλήματα και να διαμορφώνουν τις λύσεις (McDonell, 2012). Ακόμα, οι επαγγελματίες θεωρούνται «ρυθμιστές του κοινωνικού ελέγχου», που ελέγχουν και σταθεροποιούν την κοινωνία εξ ονόματος της πολιτείας, με τη στροφή των κοινωνικών προβλημάτων στο άτομο. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται επικεντρώνοντας το πρόβλημα στο άτομο και κατηγορώντας το, παρά με το να αναγνωρίζουν τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, που διαιωνίζουν τις ανισότητες στην υγεία και τα κοινωνικά προβλήματα, όπως το έγκλημα ή χρήση ουσιών. Με τον τρόπο αυτό, η παρούσα κατάσταση και οι θέσεις εξουσίας μέσα στην κοινωνία διατηρούνται αμετάβλητες (French & Swain, 2001) και το ιατρικό μοντέλο διαιωνίζεται.

Η διατήρηση της επαγγελματικής αυθεντίας είναι ένα σημαντικό στοιχείο που διέπει τον χώρο της ειδικής αγωγής. Η επαγγελματική αυθεντία επικυρώνει τις κλινικές πρακτικές και οι κλινικές πρακτικές παρέχουν τη βάση για την επαγγελματική αυθεντία. Ο κλινικός λόγος που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας έχει σημαντικές συνέπειες στον τρόπο ορισμού των μαθητών, στους τρόπους με τους οποίους σχεδιάζονται και εφαρμόζονται τα εκπαιδευτικά προγράμματα και στον τρόπο που αξιολογούνται τα εκπαιδευτικά αποτελέσματα (Troyna & Vincent, 1996). Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του κλινικού λόγου στην εκπαίδευση είναι ότι κατασκευάζει μία εικόνα της αναπηρίας ως παθολογίας και μεταθέτει το πρόβλημα στο μαθητή. Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό του κλινικού λόγου είναι η μετρήσιμη λειτουργία του (McDonnell, 2012). Με τον τρόπο αυτό οι κλινικές διαδικασίες, όπως ο εντοπισμός και η αξιολόγηση των αναγκών του μαθητή, αλλά και η κατηγοριοποίησή του, λαμβάνουν χώρα πολύ επιτυχημένα.

Η ατομική αξιολόγηση στην εκπαίδευση, παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Πιο συγκεκριμένα, όμως, οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες γίνονται αντικείμενο μίας αυστηρής και επικεντρωμένης επαγγελματικής «ματιάς» (McDonnell, 2012). Σύμφωνα με τον Foucault (1989), μετά τον αρχικό εντοπισμό και την αξιολόγηση, ο μαθητής χαρακτηρίζεται ως «περίπτωση» και υπόκειται σε «συνεχή επιτήρηση για το υπόλοιπο της σχολικής του πορείας» αλλά και σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής και συναισθηματικής του ζωής, ακόμα και μέσα στην

οικογένειά του (Allan, 1999). Επίσης, ο κλινικός λόγος παράγει αντιδράσεις και παρεμβάσεις που οργανώνονται γύρω από προγράμματα προσαρμογής και αποκατάστασης (Albrecht, 1992). Η «αδεολογία της αυθεντίας» οδηγεί επίσης σε γραφειοκρατικούς και τεχνικούς προσανατολισμούς των εκπαιδευτικών προβλημάτων (Skrtic, 1991), όπως για παράδειγμα οι απαιτήσεις για αποτελεσματική διαχείριση, εφαρμογή πιο εκτεταμένων κλινικών πρακτικών, πρόνοια για μεγαλύτερο αριθμό ειδικών και περαιτέρω κατάρτιση για τους ειδικούς που εμπλέκονται στον τομέα.

Οι θεραπευτές και γενικά οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να χαρακτηρίζουν, να ταξινομούν και να ιεραρχούν τα άτομα και αυτό επηρεάζει τις πρακτικές τους από τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν, μέχρι και τον τρόπο που δίνουν τις διαγνώσεις. Αυτό συμβαίνει επειδή οι επαγγελματίες, κοινωνικά, τοποθετούνται εξαρχής σε μία θέση ισχύος και αυτό από μόνο του προκαλεί ένα τεράστιο χάσμα μεταξύ των ίδιων και των πελατών τους. Ο επαγγελματίας είναι ο εξουσιαστής και ο πελάτης (γονέας και παιδί) είναι ο ανήμπορος και ο εξαρτημένος και η κατοχή της εξουσίας αντανακλά με πολλούς τρόπους στις πρακτικές τους (McDonell, 2012).

Μέσα από αυτές τις πρακτικές, προωθείται το μοντέλο του εμπειρογνώμονα ειδικού επιστήμονα. Πρόκειται για την παραδοσιακή σχέση γονέα και ειδικού επιστήμονα στην οποία οι ειδικοί επιστήμονες, κάνοντας χρήση της επαγγελματικής τους θέσης και εμπειρίας, προβαίνουν σε κρίσεις και αναλαμβάνουν τον έλεγχο των αποφάσεων. Η εμπλοκή της οικογένειας περιορίζεται στο επίπεδο παροχής πληροφοριών. Οι γονείς, δε λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις, ούτε συμμετέχουν ως συμβουλευτική πηγή σε αυτές. Ο ρόλος τους είναι παθητικός – εκτελεστικός και μετακυλούν το γονεϊκό τους ρόλο στην εξειδίκευση του επιστήμονα. Σε μακροεπίπεδο το εκπαιδευτικό σύστημα προκαθορίζει ήδη τη δομή της ιεραρχίας (Ντεροπούλου, 2015).

3.4 ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ: Η ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει έντονη η συζήτηση σχετικά με το αν η γνωμάτευση ως μέσο διαπίστωσης των ειδικών αναγκών του μαθητή, στοχεύει στην ένταξη του μέσα στο κοινό εκπαιδευτικό σύστημα ή τον ετικετοποιεί, αποκλείοντάς τον τελικά

τόσο εκπαιδευτικά όσο και εν δυνάμει κοινωνικά. Προκειμένου να διασαφηνιστεί η ενταξιακή προοπτική της γνωμάτευσης, θα πρέπει να διασαφηνιστεί ο όρος ένταξη και οι αρχές που τη διέπουν.

Η Ζώνιου – Σιδέρη (2004^α) δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο νέο όρο που χρησιμοποιείται στην παιδαγωγική ορολογία και είναι ο όρος «ενταξιακή εκπαίδευση» (inclusive education) ο οποίος έρχεται να αντικαταστήσει τον όρο «ενσωμάτωση» (integration). Ο Barton (1997) υποστηρίζει ότι ο όρος ενταξιακή εκπαίδευση είναι η ανταπόκριση στη διαφορετικότητα και η αποδοχή της, καθώς και το άκουσμα των διαφορετικών φωνών. Από την οπτική αυτή ο σκοπός της παιδαγωγικής της ένταξης – κάτι που αποτελεί και αρχή της- είναι να μη μείνει κανείς έξω από το σχολείο. Είναι επίσης, σύμφωνα με τη Ζώνιου – Σιδέρη (1998), η δημιουργία ενός σχολείου για ανάπηρα και μη άτομα ή με άλλα λόγια για ανθρώπους που είναι διαφορετικοί και ζούνε με διαφορετικό τρόπο, που έχουν διαφορετική στοχοθεσία αλλά και που θέλουν να συνδιαμορφώσουν την κοινωνία στην οποία ζούνε. Η ενταξιακή εμπειρία είναι να μαθαίνει ο ένας από τον άλλο (Barton, 1997). Η Ζώνιου – Σιδέρη (1998) αναφέρει ότι υπάρχει η στενή και η ευρεία έννοια της ένταξης. Σύμφωνα με την πρώτη δεν μπορούν να ενταχθούν όλα τα παιδιά σε μια ομάδα ενώ κατά τη δεύτερη σημαίνει ότι υπάρχει θέση για όλα τα ανάπηρα παιδιά στο γενικό σχολείο.

Για τον Barton (2004) απαραίτητη προϋπόθεση για την ένταξη αποτελεί η παραδοχή ότι δεν υπάρχει παιδί που να είναι ακατάλληλο για εκπαίδευση και ότι τα ανάπηρα παιδιά δεν είναι λιγότερο άνθρωποι από τα υπόλοιπα ή κατώτερο είδος. Η παιδαγωγική της ένταξης αποτελεί θεμελιώδη παιδαγωγική αρχή, η οποία εμπεριέχει εκείνες τις πρακτικές και θεωρήσεις που αποσκοπούν σύμφωνα με το Σούλη (2002):

«...Στο σεβασμό και την αναγνώριση του δικαιώματος της ετερότητας, στην άρση των προκαταλήψεων και στερεοτύπων απέναντι στο διαφορετικό και στην παροχή ίσων ευκαιριών και δυνατοτήτων σε όλους τους πολίτες για ισότιμη και ισάξια συμμετοχή τους στο πολιτικό, κοινωνικό και εκπαιδευτικό γίγνεσθαι...»

Έτσι κατά τον Barton (2004) η αναπηρία ενός ατόμου δεν πρέπει να ασκεί κανενός είδους επίδραση στο δικαίωμά του για ελευθερία, αξιοπρέπεια και δικαιοσύνη. Γιατί όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα για ποιοτική εκπαίδευση. Επιπροσθέτως, για την επίτευξη της ένταξης οι Ainscow et al (2006) υποστηρίζουν ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί με τρεις τρόπους όπου ο ένας καλύπτει τον άλλο: μειώνοντας τα

εμπόδια μάθησης και συμμετοχής σε όλους τους μαθητές, αυξάνοντας την ικανότητα του σχολείου να ανταποκρίνεται στη διαφορετικότητα όλων των μαθητών στις γειτονιές τους ισάξια και τέλος ενεργοποιώντας τις αξίες της ένταξης στην εκπαίδευση και στην κοινωνία. Εξάλλου, σύμφωνα με τον Τσιάκαλο (2003), η ένταξη υπόσχεται «την υπέρβαση της ανισότιμης εκπαίδευσης» των παιδιών με αναπηρίες.

Η αποδεκτή διαδικασία της γνωμάτευσης έρχεται να αντικρούσει την αρχή της αποδοχής της διαφορετικότητας και της ένταξης όλων των μαθητών καθώς απ' τη στιγμή που εκδίδεται η ιατρική ή ψυχολογική διάγνωση μιας βλάβης, αρχίζει η διαδικασία διαχωρισμού (Ζώνιου – Σιδέρη, 1998). Η γνωμάτευση ως μέσο, πιστοποιεί το είδος και το βαθμό των μαθησιακών αναγκών των μαθητών προτείνοντας ταυτόχρονα και το κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο και έτσι καθίσταται *a priori* διαχωριστική μεταξύ του μαθητικού πληθυσμού. Οι ειδικοί που βρίσκονται εκτός σχολικού πλαισίου, καθορίζουν το ειδικό σχολικό πλαίσιο που θα φοιτήσει ο μαθητής και τον διαχωρίζουν από τους συνομηλίκους του, καταργώντας εμμέσως την δυνατότητα του σχολείου για όλους τους μαθητές ανεξαιρέτως και το δικαίωμα όλων των μαθητών να συνδιαμορφώσουν την κοινωνική τους πραγματικότητα. Οι ειδικοί με το λόγο τους –όπως διαμορφώνει τη διάγνωση- αναπαράγουν την αναπηρία και οι διαγνωστικοί όροι και ταμπέλες που βάζουν, χαρακτηρίζουν το σώμα που τείνει να συμμορφωθεί με αυτές (Hughes & Paterson, 1997).

Επιπλέον, η γνωμάτευση φαίνεται να αντιτίθεται σε πολλές αρχές της ενταξιακής εκπαίδευσης, καθώς φαίνεται να εξυπηρετεί ένα μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας και όχι ίσων ευκαιριών και δικαιωμάτων. Στο Ν3699/2008 (αρθ.1παρ.3) επισημαίνεται πως η διάγνωση σκοπό έχει: *«...τη συγκέντρωση στοιχείων και δεδομένων που θα βοηθήσουν στο σχεδιασμό και την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων – παρεμβάσεων...»*. Τα εκπαιδευτικά αυτά προγράμματα που προτάσσει ο Ν3699, θα αφορούν τους μαθητές που έχουν διαγνωστεί ως ανάπηροι και θα κληθούν να τα εφαρμόσουν ειδικοί δάσκαλοι, σε ειδικά εκπαιδευτικά πλαίσια. Σύμφωνα με τον Barton (1997), ενταξιακή εκπαίδευση δε σημαίνει ότι μόνο οι «ειδικοί» δάσκαλοι μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες «ειδικών» μαθητών σε γενικά σχολεία. Η ενταξιακή εκπαίδευση δεν είναι μια άλλη ονομασία για την ειδική εκπαίδευση αλλά περιλαμβάνει μια διαφορετική προσέγγιση, η οποία προσπαθεί να προσδιορίσει και να αναλύσει τις δυσκολίες που γενικά προκύπτουν στο σχολείο (Barton, 2004). Για

να μπορέσει να επιτευχθεί η ένταξη απαιτείται αγώνας για αλλαγή των δεδομένων δομών, μετάβαση από το ένα μοντέλο της κοινωνικής πρόνοιας σε ένα άλλο μοντέλο ίσων ευκαιριών και δικαιωμάτων, άρση των προκαταλήψεων, αποδοχή της διαφορετικότητας, επανεξέταση των αξιών και των στόχων της εκπαίδευσης, ριζοσπαστική μεταρρύθμιση των εκπαιδευτικών συστημάτων, σχεδιασμός νέων αναλυτικών προγραμμάτων και εκπαίδευση εκπαιδευτικών (Ζώνιου – Σιδέρη, 2004^β).

Η κατάταξη των μαθητών σε διαγνωστικές κατηγορίες και η συνεχιζόμενη χρήση του όρου «ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» στο Ν.3699/2008 δεν είναι συμβατή μέσα σε ένα ενταξιακό πλαίσιο, καθώς παράγει στερεότυπα και οδηγεί σε διακρίσεις. Αυτός ο όρος ωστόσο, δίνεται σαν προϊόν μια γνωμάτευσης. Η ειδική εκπαίδευση που προτείνει η γνωμάτευση, ορίζοντας τη φοίτησή των παιδιών σε ειδικά πλαίσια στη γενική εκπαίδευση και την υποστήριξή τους από ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό σε σχολεία που έχουν τμήματα ένταξης ή με παράλληλη στήριξη, ενισχύει όπως αναφέρει και ο Barton (1997) τη συζήτηση περί αποκλεισμού. Τα άτομα στα οποία προτείνεται ειδικό πλαίσιο αντιμετωπίζονται ως δυσλειτουργικά και φέρουν τις αρνητικές συνέπειες της ετικετοποίησης (Berni, 2005). Οι Erten & Savaze (2012) υποστηρίζουν δε, πως οι σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής στιγματίζουν τους μαθητές εφ' όρου ζωής, ταξινομώντας τους και κατασκευάζοντας κατηγορίες αναπηριών, γεγονός που οδηγεί σε διακρίσεις και διαχωρισμούς μεταξύ των μαθητών. Η ενταξιακή εκπαίδευση δε μπορεί να σχετίζεται με την αξιολόγηση που στοχεύει στη διάγνωση της παθολογίας και την ετικετοποίησή της, αλλά εξαρτάται κυρίως από την ικανότητα του σχολείου να αντιμετωπίσει τη διαφορετικότητα με αποτελεσματικό τρόπο (Slee, 2004).

Η έρευνα της Χατζηγεωργίου (2014) που διενεργήθηκε μεταξύ εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης κατέδειξε πως οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί πιστεύουν πως οι μαθητές που φέρουν τη γνωμάτευση αποκλίνουν, πρέπει να αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο και με λιγότερες απαιτήσεις. Ο διαχωρισμός των μαθητών υφίσταται μέσα στο σχολείο και η αξιολόγηση τον πιστοποιεί με τον πλέον επίσημο τρόπο, μιας και αποτελεί επιλογή της εκπαιδευτικής επιλογής του κράτους. Έτσι, ενισχύεται η έννοια της ταμπέλας σε συνδυασμό με το μοντέλο των χαμηλών προσδοκιών. Η ετικετοποίηση επιβάλλει εκ των προτέρων μια απαισιόδοξη εικόνα των ικανοτήτων του παιδιού, γεγονός το οποίο επιδρά αρνητικά στις πιθανότητες επιτυχίας τους αφού θα έχουν την τάση τόσο τα ίδια τα παιδιά όσο και οι

εκπαιδευτικοί, να υιοθετήσουν αυτή την αρνητική εικόνα. Συνεπώς, η γνωμάτευση καθεαυτή, καθώς και η ετικέτα που «φορά» στο μαθητή μέσω των διαδικασιών που ενεργοποιεί, οδηγούν τελικά στον αποκλεισμό παρά στην ένταξη.

4. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πρόσφατων ερευνών αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ, σχετίζονται με το κλινικό μοντέλο της αναπηρίας που αναγνωρίζει τη ΔΕΠ-Υ σαν νευρολογική διαταραχή που χρήζει θεραπείας, ιατρικής προσέγγισης. Υπερισχύει η συζήτηση σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων και οι επιπτώσεις τους στην εξελικτική πορεία των παιδιών. Οι Lord & Paisley (2000) υποστηρίζουν πως το να ακολουθήσει ένα παιδί τη θεραπεία με διεγερτικά φάρμακα, έχει θετικό αντίκτυπο στη ζωή του καθώς η συμπεριφορά του γίνεται πιο αποδεκτή στο σχολείο και στο σπίτι, εξασφαλίζονται καλύτερες οικογενειακές σχέσεις και επιτυγχάνεται μεγαλύτερη προσήλωση στη μελέτη του. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές (Schachter et al, 2001, Volkow & Swanson, 2003, Shah, 2008) αντέδρασαν με τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών υποστηρίζοντας πως μελετούν μόνο τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες καθώς σε μεσοπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο διάστημα, οι ακαδημαϊκές δεξιότητες δε βελτιώνονται και οι συμπεριφορικές αλλαγές παραμένουν μόνο για όσο διάστημα διαρκεί η χρήση των εν λόγω φαρμάκων.

Προκειμένω οι ερευνητές να δικαιολογήσουν τη χορήγηση φαρμάκων για τη «θεραπεία» της ΔΕΠ-Υ, έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στον τομέα της γενετικής. Οι Faraone & Doyle, (2001) υποστήριξαν σε έρευνα που έκαναν με νευροαπεικονιστικές μεθόδους πως η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε δυσλειτουργικά γονίδια. Συγκεκριμένα κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ο DRD4 υποδοχέας ντοπαμίνης είναι δυσλειτουργικός και έτσι αδυνατεί να μεσολαβήσει για την μετασυναπτική δράση της ντοπαμίνης, κάτι που οδηγεί στη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ και συγκεκριμένα στην απροσεξία. Παρόμοιες έρευνες έχουν κάνει πολλοί ερευνητές (Stevenson et al, 2005, Hay et al, 2007 κ.α.). Χρησιμοποιώντας αυτά τα ευρήματα οι Volkow & Swanson (2003), υποστήριξαν πως η μεθυλφαινιδάτη αυξάνει τη ντοπαμίνη με το να

μπλοκάρει το μεταφορέα της και έτσι τα ψυχοδιεγερτικά όπως το Ritalin, αντικαθιστούν τη λειτουργία του νευροδιαβιβαστή της ντοπαμίνης με το να κινητοποιούν το νευρικό σύστημα (Miller & Leger, 2003). Ωστόσο, μέσα από έρευνες (Breggin, 2002, Lloyd, 2003, Malacrida, 2004), έχει αποδειχθεί πως μικρές δόσεις των φαρμάκων έχουν ενισχύσει την προσοχή και τη συγκέντρωση τόσο σε παιδιά που έχουν λάβει τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, όσο και σε παιδιά που δεν έχουν καμία διάγνωση και η συσχέτισή τους με τη ΔΕΠ-Υ είναι αμφισβητούμενη.

Αρκετές έρευνες έχουν γίνει σχετικά και με τη στάση των δασκάλων απέναντι στη ΔΕΠ-Υ και τις γνώσεις τους περί αυτής. Στην έρευνα της Lee (2008), οι δάσκαλοι φάνηκε πως αντιλαμβάνονται τη ΔΕΠ-Υ ως διαταραχή στη συμπεριφορά που δυσκολεύει τη ροή του μαθήματος με τις συχνές διακοπές και επίσης πως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ένας «πονοκέφαλος» για τους συμμαθητές τους καθώς τους εμποδίζουν να παρακολουθήσουν το μάθημα. Αντιμετωπίζουν λοιπόν πολύ θετικά τη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων προκειμένου να κατασταλούν αυτά τα συμπτώματα και να γίνει πάλι το μάθημα «φυσιολογικό». Σε μια άλλη έρευνα οι Maras et al (1997) υποστήριξαν πως οι δάσκαλοι αντιμετωπίζουν τη ΔΕΠ-Υ σαν διαταραχή που έχει βιολογική προέλευση και έτσι είναι εκτός ορίων της δικής τους αρμοδιότητας θεωρώντας τους παιδιάτρους ειδικούς για να την αντιμετωπίσουν. Αυτό το εύρημα έρχεται να επιβεβαιώσει τους Galloway, Armstrong & Tomlinson (1994) που υποστηρίζουν πως οι εκπαιδευτικοί συχνά επιθυμούν να μετατοπίσουν την ευθύνη για τους δύσκολους μαθητές σε εξωτερικούς παράγοντες. Μάλιστα είναι αυτοί που θα συμβουλεύσουν τους γονείς να ακολουθήσουν το δρόμο των ψυχοδιεγερτικών αντί να προσπαθήσουν να αλλάξουν οι ίδιοι τον τρόπο διδασκαλίας τους και τις παιδαγωγικές τους πρακτικές (Walker, 1998, Cohen, 2006).

Στην έρευνα των Kikas & Timostsuk (2015) φάνηκε απ' τις απαντήσεις των δασκάλων πως γνωρίζουν πολύ λίγα πράγματα σχετικά με τη φύση της διαταραχής - ειδικότερα αυτοί που ήταν στην αρχή της καριέρας τους – γεγονός που τους οδηγεί σε άγχος και ανασφάλεια. Οι περισσότεροι δε από αυτούς, κατηγορούσαν τους γονείς σχετικά με την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά. Η ανάγκη να διευρύνουν οι δάσκαλοι τον κύκλο των γνώσεων τους σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ προκειμένου να την αποδομήσουν, προκύπτει και από τις έρευνες των Kos et al (2004) και Shillingfold & Karlin (2014). Η διαφορά στις προσδοκίες που ίσως βασίζεται σε ελλιπή πληροφόρηση πιθανότατα να είναι αυτή που οδηγεί σε

συγκρούσεις μεταξύ των γονέων και των δασκάλων. Η έρευνα των Honkasilta et al στη Φινλανδία (2014) της οποίας τα ευρήματα έδειξαν πως οι γονείς κατηγορούσαν τους δασκάλους για έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και των συνεπειών της, επιβεβαιώνει την υπόθεση.

Η στάση των γονέων απέναντι στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και τη διαταραχή καθεαυτή έχει επίσης ερευνηθεί αρκετά. Οι Lloyd & Norris (2000) σε μία έρευνα που διεξήγαγαν μεταξύ γονέων, παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως αρκετοί γονείς ένιωσαν ανακούφιση όταν το παιδί τους διεγνώσθη με ΔΕΠ-Υ. Ήταν απελευθερωτικό γι' αυτούς να ακούσουν πως οι ίδιοι δεν είναι υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά των παιδιών τους, τη στιγμή που πριν τη διάγνωση πίστευαν πως η έλλειψη ικανοτήτων από τους ίδιους στο να επιτελέσουν καλά το γονεϊκό τους ρόλο ήταν η αιτία του προβλήματος του παιδιού τους. Μάλιστα οι λέξεις που χρησιμοποιούσαν για να περιγράψουν την ψυχολογία τους πριν τη διάγνωση ήταν: «ντροπή, θυμός, μπέρδεμα» και ότι «ζούσαν έναν εφιάλτη». Η διάγνωση λειτουργεί για τους γονείς σαν ένα παραμύθι που θα τους απαλλάξει από την ευθύνη της αποτυχίας (Kristjansson, 2009). Αν μάλιστα, υποστηρίζει ο Furedi (2004), συνοδεύεται και από θεραπεία με φάρμακα, τους δίνεται η δυνατότητα να λάβουν περισσότερη συμπάθεια για το «πρόβλημά» τους ακόμα και να δυναμώσουν την προσωπική τους ταυτότητα. Η «συγχωρητική» ταμπέλα της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ τους εξασφαλίζει τη δυνατότητα να μεταθέσουν την ευθύνη στη βιολογία και τον «ελαττωματικό» εγκέφαλο (Slee, 1995, Summerfield, 2001) και επιπλέον τους βοηθά με το να τους παρέχει μεγαλύτερη πρόσβαση στις υποστηρικτές δομές που παρέχει το κράτος για τα παιδιά με διάγνωση, μέσα στο σχολείο (Prosser et al, 2002).

Μεγάλο ενδιαφέρον έχουν και οι έρευνες που εστιάζουν στις απόψεις των ίδιων των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ. Σε μία έρευνα τους οι Arora & Mackay (2004) εξέτασαν με ημιδομημένες συνεντεύξεις, μαθητές ηλικίας 11-16 ετών που ακολουθούν θεραπεία με φάρμακα. Απ' τα αποτελέσματα της ανάλυσης φάνηκε πως οι μαθητές ένιωθαν πως ήταν «περίεργοι» και διέφεραν από τους υπόλοιπους συνομηλίκους τους, καθώς είχαν «κάτι» μέσα τους που τους έκανε διαφορετικούς. Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφηκαν από τους Travell & Visser (2006) οι οποίοι επιπλέον παρατήρησαν πως κάποιοι μαθητές νιώθουν άγχος για το πώς θα είναι η ζωή τους όταν σταματήσουν τα φάρμακα, καθώς και ότι η καθημερινότητά τους είναι βίαιη πολλές φορές εξαιτίας του εκφοβισμού (bullying) που δέχονται επειδή παίρνουν

φάρμακα. Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα πως οι απόψεις των ίδιων των παιδιών πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, ώστε να συμμετέχουν τα ίδια στις επιλογές που τα αφορούν – νομοθετείται εξάλλου αυτό στο άρθρο 12, της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού (1989)- βασιζόμενα στις προσωπικές τους δεξιότητες και δυνατότητες (Davis et al, 2001, Mills, 2000, Lloyd et Norris, 1999).

Απ' την άλλη ελάχιστες έρευνες έχουν γίνει σχετικά με την ένταξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Αυτό πιθανότατα να εξηγείται, καθώς η ενταξιακή εκπαίδευση δεν κάνει διαχωρισμό στις αναπηρίες και αναφέρεται σε όλους τους μαθητές, ανάπηρους και μη. Ο Graham (2010b) υποστηρίζει πως αν και ολόένα περισσότεροι μαθητές έρχονται στα σχολεία με την ταμπέλα της ΔΕΠ-Υ, οι δάσκαλοι είναι αυτοί που θα τους αντιμετωπίσουν καταλλήλως ώστε να τους εξασφαλίσουν μια ενταξιακή εκπαίδευση. Η ενταξιακή φιλοσοφία δε στηρίζεται στο «εμείς» και το «αυτοί» αλλά πρέπει να βασίζεται στην αντιμετώπιση των εμποδίων και την κατάργηση του διπλού ικανότητα –ανικανότητα. Οι McDermott και Varenne (1996) υποστήριξαν πως ένας τρόπος για να ενισχυθούν οι μαθητές με διαταραχές είναι να «κατασκευάσει» το σχολείο περιβάλλοντα που θα εστιάζουν στις δυνατότητες των παιδιών παρά στις αδυναμίες τους και να δημιουργήσουν οι εκπαιδευτικοί σχολικές κοινότητες που θα προσεγγίσουν την αναπηρία σαν κάτι που ο καθένας εύκολα θα μπορούσε να την αντιμετωπίσει και να τη μετατρέψει σε δυνατότητα. Σε μία έρευνα που έκανε η Mutshukrisna (2006) σχετικά με την ένταξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στη Νότια Αφρική, κατέληξε στο συμπέρασμα – μέσα από την ποιοτική ανάλυση του λόγου τριών παιδιών που έφεραν τη διάγνωση – πως τα σχολεία των οποίων η κουλτούρα ενίσχυε το σεβασμό απέναντι στη διαφορετικότητα, προέτασσε την ποιοτική εκπαίδευση για όλους και καθοδηγούσε όλους τους μαθητές, υπήρξαν υποστηρικτικά για τους μαθητές σε αντίθεση με άλλα που φοιτούσαν πριν, στα οποία κυριαρχούσε ο στιγματισμός, τα αρνητικά στερεότυπα και οι πρακτικές αποκλεισμού.

Σύμφωνα με τους Holz & Lessing (2002), είναι απαραίτητη η επιμόρφωση των δασκάλων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να μην παρουσιάζουν αρνητικά στερεότυπα και να ετικετοποιούν τους μαθητές, να διαφοροποιούν το αναλυτικό πρόγραμμα όποτε είναι απαραίτητο και γενικά να δημιουργούν θετικά περιβάλλοντα μάθησης για όλους τους μαθητές, είτε έχουν διάγνωση ΔΕΠ-Υ είτε όχι (Zentall, 2006). Σ' αυτή την ενταξιακή λογική στρέφεται τα τελευταία χρόνια η εκπαίδευση

στη Μ. Βρετανία σύμφωνα με την έρευνα του Phillips (2006), σημειώνοντας μεγάλη μείωση στις διαγνώσεις που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ (φυσικά αυτό ενισχύεται και από τα διαγνωστικά κριτήρια που θέτει το ICD10 –και ακολουθείται στη Μ. Βρετανία- και είναι σε μεγάλο βαθμό διαφορετικά από αυτά του DSM V). Επιπροσθέτως, ο Freedman (2014) αναλύοντας τα αμερικανικά εγχειρίδια της ειδικής αγωγής διαπίστωσε πως δεν κινούνται ενταξιακά αλλά ενθαρρύνουν τον αναγνώστη-δάσκαλο να υιοθετήσει μια αυστηρά ιατρική άποψη για τη ΔΕΠ-Υ καθώς η γλώσσα που χρησιμοποιείται αντιμετωπίζει τη ΔΕΠ-Υ σαν ένα ιατρικό πρόβλημα απ' το οποίο ο μαθητής πρέπει να γιατρευτεί.

Στην ελληνική πραγματικότητα, είναι πολύ μικρός ο αριθμός των ερευνών που έχει ασχοληθεί με τη ΔΕΠ-Υ και δεν αφορούν επιδημιολογικά στοιχεία ή κριτική της φαρμακοθεραπείας. Η έρευνα των Γκαραγκούνη – Αρναίου και συν. (2003) – αν και είχε περιορισμένο δείγμα- έδειξε πως οι έλληνες εκπαιδευτικοί έδειχναν ενήμεροι για τη ΔΕΠ-Υ και χρησιμοποιούσαν ποικιλία εποπτικών – τεχνικών μέσων για να υποστηρίξουν τους μαθητές με ελλειμματική προσοχή στην τάξη τους. Αντίθετα, σε μία έρευνα τους οι Κάκουρος, Παπαηλιού και Μπαδικιάν (2006) καταδεικνύουν πως οι έλληνες εκπαιδευτικοί όντας ουσιαστικά ανενημέρωτοι για τη ΔΕΠ-Υ, εστιάζουν στα συμπτώματά της εκφράζοντας ουσιαστικά μια αυτοεκπληρούμενη προφητεία για τα παιδιά που έχουν διάγνωση καθώς υποστηρίζουν πως τα συμπτώματα της απόσπασης και της παρορμητικότητας θα τους δημιουργήσουν ακαδημαϊκά προβλήματα στο σχολείο και μελλοντικά θα μειώσουν την αυτοπεποίθησή τους, μέσα από τη σχολική αποτυχία. Τονίζεται δε η ανάγκη να επιμορφωθούν οι εκπαιδευτικοί προκειμένου να εξαλείψουν τα στερεότυπα που συνδέονται με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ώστε να βοηθήσουν τους μαθητές να επιτύχουν το καλύτερο που μπορούν. Παρόμοια έρευνα μεταξύ 247 εκπαιδευτικών έχει διεξαχθεί και από τον Δημάκο (2007), τα αποτελέσματα της οποίας δείχνουν πως οι εκπαιδευτικοί έχουν κάποιες γνώσεις για τη διαταραχή – κυρίως όσον αφορά το κομμάτι της ενδοσχολικής συμπεριφοράς- ωστόσο θεωρούν ότι γνωρίζουν περισσότερα από όσα στην πραγματικότητα γνωρίζουν. Θεωρείται επιβεβλημένο λοιπόν και σε αυτή την έρευνα, να καταρτιστούν καλύτερα σε θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ. Τέλος, σε μία έρευνα δράσης οι Φιτσιώλος και Οικονόμου (2017) απέδειξαν πως μέσα από την εφαρμογή στην τάξη ενταξιακών πρακτικών, καταρρίπτονται τα αρνητικά στερεότυπα που

σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ και ο εκπαιδευτικός λειτουργεί ενταξιακά για όλους ανεξαιρέτως τους μαθητές.

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μέσα από τη θέση του δασκάλου που κατέχω στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, έχει τύχει πολλές φορές να έρθουν στις συναντήσεις μας γονείς, αναφέροντας πως έχουν στην κατοχή τους μία γνωμάτευση από δημόσιο φορέα η οποία υποστηρίζει πως τα παιδιά τους έχουν ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας). Μελετώντας τις δε προβληματίστηκα, σχετικά με το λόγο που χρησιμοποιεί η κάθε διάγνωση και το πώς περιγράφει τη ΔΕΠ-Υ. Μέσα από τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, μου δίνεται η δυνατότητα να διερευνήσω τα νοήματα που αναδύονται μέσα από το λόγο των διαγνώσεων των «ειδικών» για τη ΔΕΠ-Υ καθώς και τη δύναμή τους να κατασκευάζουν την έννοια της αναπηρίας. Ο Slee (2001) υποστηρίζει πως το πρόβλημα της γλώσσας είναι το βασικότερο στην υλοποίηση της ενταξιακής εκπαίδευσης και πιστεύει πως είναι σημαντικό να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο οι χρήσεις και οι καταχρήσεις της γλώσσας, διαμορφώνουν νοήματα, τα οποία προκαλούν αναπηρία και αποκλεισμό. Οι Saugstad (2001), Kim (2001) και Smith (1998) αντιμετωπίζουν τη γλώσσα, όχι σαν ένα απλό μέσο για τις κοινωνικές αναπαραστάσεις αλλά σαν πεδίο σχηματισμού του νοήματος και κατασκευής του κοινωνικού κόσμου. Γι' αυτό δεν πρέπει να εστιάζουμε την προσοχή μας στα άτομα με αναπηρία γενικά και αφηρημένα, αλλά μάλλον στον τρόπο με τον οποίο οι «χαρακτηρισμοί – ταμπέλες» παράγονται και αναπαράγονται μέσα από το λόγο, στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με καθιερωμένα και πολιτισμικά περιεχόμενα (Marks, 1999). Ειδικά στις δυτικές κοινωνίες, ο λόγος στα ιατρικά θέματα συμβάλλει σημαντικά στην κατασκευή της διαφοράς μεταξύ των ανθρώπων (Oliver & Barnes, 1998).

Ο λόγος των διαγνώσεων, ήταν που με οδήγησε να εξετάσω τον τρόπο και κάτω από ποιο πρίσμα αυτός δομείται από τους «ειδικούς» επαγγελματίες σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, διερευνώντας την ερμηνευτική τους προσέγγιση και την προώθηση ή μη, της ενταξιακής εκπαίδευσης.

Σκοπός της παρούσας έρευνας λοιπόν, είναι να διερευνηθεί μέσω των γραπτών γνωματεύσεων παιδιών σχολικής ηλικίας, ο τρόπος εντοπισμού, προσδιορισμού και αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ από πιστοποιημένες, διεπιστημονικές επιτροπές

διάγνωσης αναπηριών και ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. Απώτερος σκοπός είναι να αξιολογηθεί η χρήση της γλώσσας, των διαγνωστικών εργαλείων και των προτάσεων εκπαίδευσης αυτών των παιδιών υπό το πρίσμα της κοινωνικής, ερμηνευτικής προσέγγισης της αναπηρίας.

2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας, διατυπώθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα.

1. Ποιες είναι οι ερμηνευτικές προσεγγίσεις των ειδικών επαγγελματιών των δημοσιών διαγνωστικών κέντρων αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ ;

1^α Ποιο είναι το εννοιολογικό περιεχόμενο που αποδίδεται στη ΔΕΠ-Υ μέσω του γραπτού επιστημονικού, διαγνωστικού λόγου;

1^β Ποια είναι τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της γλωσσικής ορολογίας ή των γλωσσικών προσδιορισμών των γραπτών γνωματεύσεων που αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ;

2. Ποιες είναι οι προτάσεις των ειδικών επαγγελματιών αναφορικά με την εκπαιδευτική αντιμετώπιση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ στο πλαίσιο της γενικής ενταξιακής εκπαίδευσης;

2^α Οι προτάσεις εκπαιδευτικής αντιμετώπισης των ειδικών επαγγελματιών συνάδουν με την ενταξιακή προσέγγιση της εκπαίδευσης;

2^β Πόσοι και ποιοι φορείς προτείνουν θεραπευτική αντιμετώπιση;

2^γ Ποιες είναι οι προτάσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης;

2^δ Υφίστανται προτάσεις επαναξιολόγησης ή επαναφοίτησης;

3. Ποιοι είναι οι τρόποι αξιολόγησης που υιοθετούνται από τους ειδικούς επαγγελματίες σύμφωνα με το περιεχόμενο των γνωματεύσεων;

3^α . Καθορίζεται το πλαίσιο της αξιολογικής προσέγγισης και τα εργαλεία αξιολόγησης στις γνωματεύσεις;

3^β . Στην περίπτωση που δε χρησιμοποιούνται εργαλεία, πώς διαμορφώνεται η αξιολογική διαδικασία των μαθητών;

4. Πως αποτυπώνεται η διεπιστημονική συνεργασία των ειδικών επαγγελματιών μέσα από το περιεχόμενο των γνωματεύσεων;

4^α . Υφίσταται διάσταση αξιολογικών απόψεων μεταξύ των ειδικοτήτων;

4^β . Αν υφίσταται, σε ποιους τομείς;

2.3 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η παρούσα έρευνα στηρίχτηκε στα κείμενα των γνωματεύσεων των δημοσίων ιατροπαιδαγωγικών φορέων. Πρόκειται για μια ποιοτική κοινωνική έρευνα που ακολουθεί μια ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση. Η ποιοτική κοινωνική έρευνα και οι ποιοτικές μεθοδολογίες γενικότερα αποτελούν σχηματικά, ένα από τα δύο μεγάλα μεθοδολογικά παραδείγματα και ερευνητικά εργαλεία στις κοινωνικές επιστήμες. Τα βασικά ζητήματα που σχετίζονται με την ποιοτική μεθοδολογία (όπως και με κάθε μεθοδολογία) είναι η ερευνητική και μεθοδολογική προσέγγιση, το ερευνητικό πρόβλημα, η θεωρητική αφετηρία του ερευνητή και τα συγκεκριμένα μεθοδολογικά εργαλεία άντλησης γνώσης από το ερευνητικό πεδίο.

Μέσω των ποιοτικών μεθόδων, διερευνώνται οι ποιότητες και πιο συγκεκριμένα οι κοινωνικές ποιότητες. Με άλλα λόγια οι ποιοτικές προσεγγίσεις, έχουν στόχο την αποκάλυψη σχέσεων ή συσχετίσεων ανάμεσα σε κοινωνικά υποκείμενα και κοινωνικές ομάδες, την περιγραφή, ανάλυση και κατανόηση κοινωνικών διαδικασιών, την διατύπωση ή αναδιατύπωση υποθέσεων και θεωρητικών θέσεων για το κοινωνικό γίγνεσθαι και την διακρίβωση κοινωνικών σχέσεων, θέσεων και ρόλων. Η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση

κοινωνικών φαινομένων, καταστάσεων και ομάδων, απαντώντας κυρίως στα ερωτήματα «πώς» και «γιατί» (Ιωσηφίδης 2008).

Η συγκεκριμένη έρευνα ασχολείται με το «πώς» και το «γιατί» καθώς και με τη δομή των γνωματεύσεων. Έτσι, η εφαρμογή ποιοτικών μεθοδολογιών διαφαίνεται ως ο καλύτερος τρόπος να διερευνηθούν και να απαντηθούν αυτοί οι προβληματισμοί. Η εφαρμογή ποιοτικών μεθοδολογιών εξαρτάται από την φύση του ερευνητικού προβλήματος και από τις συγκεκριμένες επιλογές του ερευνητή. Πολλά ερευνητικά ερωτήματα και προσεγγίσεις αναφέρονται σε κοινωνικά φαινόμενα, ομάδες και καταστάσεις για τα οποία ο βασικός στόχος είναι η διερεύνηση και η ανάλυση της δομής και λειτουργίας τους καθώς και των κοινωνικών σχέσεων (αίτια, συσχετίσεις, συνέπειες) που τα χαρακτηρίζουν και όχι η απλή αναγωγή τους σε μετρήσιμες ποσότητες. Επίσης ανάλογα με την οπτική του εκάστοτε ερευνητή έμφαση μπορεί να δίδεται στα ποιοτικά, μη μετρήσιμα χαρακτηριστικά κάποιου κοινωνικού φαινομένου με στόχο την εξήγηση, την ερμηνεία, την κατανόηση, την ανάπτυξη ή την επιβεβαίωση μιας θεωρίας ή την αποκάλυψη αιτιακών σχέσεων (Ιωσηφίδης, 2008).

Οι Denzil & Lincoln (2005), φέρνουν στο επίκεντρο τον ποιοτικό ερευνητή για να μπορέσουν να δείξουν ότι η εμπλοκή του στην έρευνα κατευθύνεται από εμπειρίες και πεποιθήσεις που σχηματίζουν την κοινωνική πραγματικότητα. Ο Ιωσηφίδης (2008) υποστηρίζει πως η πρόσβαση στην κοινωνική πραγματικότητα είναι δυνατή μόνο μέσω διαφορετικών κοινωνικών κατασκευών ή κοινών νοημάτων και αναπαραστάσεων ή μέσων, όπως είναι η γλώσσα. Υιοθετώντας την υπόθεση ότι οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τη γλώσσα όχι μόνο για να περιγράφουν τον κόσμο, αλλά και για να τον δημιουργούν, οι έννοιες των «ειδικών αναγκών» και της «αναπηρίας» εκλαμβάνονται ως κοινωνικά κατασκευασμένα φαινόμενα που είναι σχετικά και εξαρτώμενα από το περιβάλλον εκδήλωσής τους (Αβραμίδης & Καλύβα, 2006). Μέσα από μια ερμηνευτική, νατουραλιστική προσέγγιση του κόσμου, υποστηρίζουν οι Denzil & Lincoln (2005), οι ποιοτικοί ερευνητές, μελετούν τα πράγματα στο φυσικό τους πλαίσιο, επιχειρώντας να δώσουν νόημα ή να ερμηνεύσουν τα φαινόμενα, με όρους νοημάτων που οι άνθρωποι δίνουν σ' αυτά

Η κοινωνική πραγματικότητα που διερευνώ στη συγκεκριμένη έρευνα είναι η δομή και ο λόγος των γραπτών κειμένων των δημοσίων ιατροπαιδαγωγικών φορέων (ΚΕΔΔΥ, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Δημόσια Νοσοκομεία, Δημόσια Κέντρα

Ψυχικής Υγείας κ.α). Αυτό με παρέπεμψε στο να δώσω έμφαση στα ποιοτικά, μη μετρήσιμα χαρακτηριστικά του λόγου ώστε να κατανοήσω και να ερμηνεύσω τις στάσεις και τις προσεγγίσεις των ειδικών επαγγελματιών αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ. Η ποιοτική μελέτη λοιπόν, κρίθηκε ως καταλληλότερη, καθώς κύριος στόχος της είναι να βρει τον τρόπο με τον οποίο παράγεται, κατανοείται, ερμηνεύεται και νοηματοδοτείται η ζωή των υποκειμένων (Mertens, 2009), εν προκειμένω των παιδιών σχολικής ηλικίας που συνοδεύονται με τη γνωμάτευση της ΔΕΠ-Υ. Μίας γνωμάτευσης που δύναται να καθορίσει την εκπαιδευτική και πιθανόν την προσωπική τους πορεία.

2.4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας, στον οποίο βασίστηκε και το ερευνητικό της σχέδιο, είναι να μελετήσει, αναλύσει και ερμηνεύσει τον τρόπο συγγραφής των διαγνώσεων για ΔΕΠ-Υ που χορηγούν οι δημόσιοι ιατροπαιδαγωγικοί φορείς. Ο ποιοτικός σχεδιασμός της έρευνας οδήγησε στη χρήση της αφηγηματικής σύνθεσης (Mertens, 2009) και επελέγη η επεξηγηματική μέθοδος καθώς μέσω της «ανελαστικότητας» εξασφαλίζεται η προσκόλληση στις αρχές και τις διαδικασίες, στις μεθόδους και τις τεχνικές που μετριάζουν τις προκαταλήψεις και τα λάθη κατά τη συλλογή, της ανάλυσης, την ερμηνεία και την παρουσίαση των δεδομένων (Mertens, 2009).

Επιπροσθέτως, αναφέρει η Mertens (2009) πως σε μια αφηγηματική μελέτη, η επεξηγηματική μέθοδος εφαρμόζεται εύστοχα, αντιμετωπίζοντας κάθε έγγραφο ξεχωριστά ως μια εστία δεδομένων που πρέπει να εξεταστεί προσεκτικά ώστε να αναλυθούν οι περιλήψεις των διαφορετικών εγγράφων, με σκοπό να προκύψουν πορίσματα σχετικά με τη βιβλιογραφία και να συναχθούν συμπεράσματα σχετικά με το φαινόμενο που ενδιαφέρει τον ερευνητή. Η προσέγγιση αυτή λοιπόν, βρίσκει πλήρη εφαρμογή στη συγκεκριμένη έρευνα.

2.4.1 Προσδιορισμός ερευνητικού θέματος

Η επαγγελματική μου εμπειρία ως δάσκαλος γενικής αγωγής στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, καθώς και η παρακολούθηση του μεταπτυχιακού προγράμματος της ειδικής αγωγής, ήταν δύο στοιχεία που λειτούργησαν συνδυαστικά προκειμένου για την επιλογή του ερευνητικού μου θέματος. Σε κάθε διδακτικό έτος έρχομαι σε επαφή με γονείς που μου παρουσιάζουν γνωματεύσεις από δημόσιους (και ιδιωτικούς) ιατροπαιδαγωγικούς φορείς. Τα τελευταία χρόνια δε, παρατήρησα μια αλματώδη αύξηση των διαγνώσεων που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ, κάτι που σε συνδυασμό με τα όσα συζητήθηκαν και παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών, με προβλημάτισε καθώς βλέπω το σημαντικό ρόλο που δίνει όλη η εκπαιδευτική κοινότητα (εκπαιδευτικοί, γονείς, σύμβουλοι εκπαίδευσης κ.α) σε αυτές, μέσω της εξασφάλισης του κατάλληλου εκπαιδευτικού πλαισίου, των αρνητικών στερεοτύπων και του στιγματισμού των μαθητών που τις κατέχουν. Επιπλέον, ο λόγος που χρησιμοποιείται στις γνωματεύσεις είναι τέτοιος, ώστε να ενισχύεται η ασάφεια, η προκατάληψη και ο φόβος μεταξύ των εκπαιδευτικών. Η ετικετοποίηση των μαθητών έρχεται στο προσκήνιο και η παροχή ειδικών «θεραπειών» κρίνεται επιτακτική, αποκλείοντας τους ουσιαστικά από τη γενική εκπαίδευση.

Η μη εφαρμογή στην πράξη, των αρχών της ενταξιακής εκπαίδευσης είναι ο βασικός παράγοντας που με έκανε να εμβαθύνω στο λόγο των δημοσίων ιατροπαιδαγωγικών φορέων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ εξετάζοντάς τον κάτω από το πρίσμα της ενταξιακής εκπαίδευσης.

Προκειμένου για τη σωστή επισκόπηση της βιβλιογραφίας και τον προσδιορισμό του ερευνητικού μου θέματος, υπήρξε ευελιξία στην εννοιολογική - θεωρητική σύλληψη του ερευνητικού προβλήματος (Mertens, 2009), ξεκινώντας με μια ευρύτερη ιδέα ώστε αν κριθεί απαραίτητο να περιοριστεί κατά τη διάρκεια της έρευνας (Krathwohl, 1993)

2.4.2 Επισκόπηση της βιβλιογραφίας

Ακολουθώντας τις αρχές κάθε έρευνας, η παρούσα μελέτη ξεκίνησε με την επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας προκειμένου να παράσχει ένα γενικό πλαίσιο στο οποίο ανήκει αυτή η εργασία, μέσα στο πεδίο των όσων γνωρίζουμε για το θέμα

και επιπλέον να αιτιολογηθεί η ανάγκη ύπαρξής της, τεκμηριώνοντας την πρωτοτυπία της (Mertens, 2009). Σκοπός της επισταμένης επισκόπησης της βιβλιογραφίας ήταν να εντοπιστούν τυχόν κενά στις υπάρχουσες έρευνες και καθοριστεί η ανάγκη για περαιτέρω μελέτη (Αβραμίδης & Καλύβα, 2006). Επιπλέον, η επισκόπηση της βιβλιογραφίας υπήρξε καθοδηγητική, προκειμένου για το κατάλληλο μέγεθος του δείγματος και την επιλογή των ευστοχότερων εργαλείων για τη διεξαγωγή της έρευνας. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την επισκόπηση της βιβλιογραφίας ήταν:

- Επισκόπηση των δευτερογενών πηγών για να δοθεί μια γενική εικόνα του θέματος.
- Ανάπτυξη μιας στρατηγικής αναζήτησης και εντοπισμός προκαταρκτικών πηγών.
- Διεξαγωγή της αναζήτησης και επιλογή συγκεκριμένων άρθρων προς επισκόπηση, σχετικών με τα ερευνητικά ερωτήματα (κυκλική διαδικασία)
- Μελέτη άρθρων και προετοιμασία βιβλιογραφικών πληροφοριών και σημειώσεων για κάθε άρθρο.
- Αξιολόγηση των αναφορών της έρευνας και ανάλυση των ερευνητικών ευρημάτων.
- Σύνθεση των ευρημάτων και αξιοποίηση της επισκόπησης της βιβλιογραφίας για τη δημιουργία ενός εννοιολογικού πλαισίου και την τελική διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων (Mertens, 2009).

Η βιβλιογραφική επισκόπηση ξεκίνησε με την αναζήτηση άρθρων και ερευνών, σχετικών με το θέμα της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά ή λέξεις θέματος, τίτλους ή συγγραφείς σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Τα άρθρα που έβρισκα με οδηγούσαν μέσω της βιβλιογραφίας τους σε άλλα, πραγματοποιώντας την ίδια διαδικασία. Οι βιβλιοθήκες των πανεπιστημίων ήταν μια άλλη πηγή αναζήτησης όπου αναζητούνταν τίτλοι βιβλίων σχετικοί με το θέμα της εργασίας μου. Δυστυχώς, η αναζήτηση των άρθρων δεν ήταν πάντα εύκολη υπόθεση καθώς πολλά από αυτά ήταν «κλειδωμένα» από τους συγγραφείς τους ή τα περιοδικά δημοσίευσής τους, και απαιτούνταν χρηματικό αντίτιμο για την ανάκτησή τους. Σε όσα δίνονταν η δυνατότητα ανάκτησης, η περίληψη τους ή τα περιεχόμενα των βιβλίων οδήγησαν στην αξιοποίησή τους ή μη. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν νόμοι, εγκύκλιοι και

διατάγματα που περιελάμβαναν χρήσιμες πληροφορίες για την υπάρχουσα νομοθεσία.

Μετά τη διεξαγωγή της αναζήτησης, της αξιολόγησης και της μελέτης των επιλεγμένων άρθρων, συγγράφονταν μια σύντομη περίληψη. Στη συνέχεια, η περίληψη μαζί με τα στοιχεία των άρθρων (επώνυμο συγγραφέα, ημερομηνία δημοσίευσης/έκδοσης, τίτλος κ.α), καταχωρούνταν ηλεκτρονικά, έχοντας σαν οδηγό κάποιες λέξεις κλειδιά, προκειμένου για την καλύτερη και ευκολότερη αναζήτησή του κατά τη συγγραφή της μελέτης. Φυσικά, αυτή η διαδικασία δεν έγινε άπαξ αλλά ενισχύονταν με νέες καταχωρίσεις σε όλα τα στάδια της έρευνας.

2.4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Μολονότι το γενικό πλαίσιο στο οποίο ανήκει η εργασία ήταν απ' την αρχή της έρευνα παρών, η διαμόρφωση των ερευνητικών ερωτημάτων κατέστη εφικτή κατά την επισκόπηση της βιβλιογραφίας και τη συλλογή του δείγματος. Τα ερευνητικά ερωτήματα τροποποιήθηκαν πολλές φορές σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό τους, καθώς μέσα από τη μελέτη των γραπτών κειμένων των γνωματεύσεων αναδύονταν νέα, προς μελέτη, στοιχεία. Και σε μία κυκλική διαδικασία, τα νέα ερωτήματα οδηγούσαν σε νέα επισκόπηση της βιβλιογραφίας μέχρι να σχηματοποιηθούν τελειωτικά. Τα ερευνητικά ερωτήματα μπορούν να χαρακτηριστούν περιγραφικά, καθώς σχεδιάστηκαν με σκοπό να πάρουμε πληροφορίες για τον τρόπο συγγραφής των γνωματεύσεων που συντάσσουν οι δημόσιοι ιατροπαιδαγωγικοί φορείς

2.4.4 Ερευνητικό εργαλείο: Ανάλυση περιεχομένου

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό τη μελέτη των γνωματεύσεων της ΔΕΠ-Υ που διατυπώνουν την αξιολόγηση και τις εκπαιδευτικές προτάσεις για τους μαθητές από τους επαγγελματίες και η ανάδειξη του λόγου που χρησιμοποιείται.. Ως ερευνητικό εργαλείο που θα μπορούσε να ανταποκριθεί στο σκοπό αυτό επιλέχθηκε η ανάλυση περιεχομένου και ειδικότερα η ποιοτική εκδοχή της. Σύμφωνα με τους Cohen & Manion (2000), η ανάλυση περιεχομένου είναι μια ερευνητική μέθοδος με «πολλαπλούς σκοπούς που έχει αναπτυχθεί ειδικά για να διερευνήσει ένα ευρύ φάσμα

προβλημάτων, στη διερεύνηση των οποίων το περιεχόμενο της επικοινωνίας χρησιμεύει ως βάση για εξαγωγή συμπερασμάτων». Ο Berelson, από τους πρώτους που προσπάθησε να δώσει έναν ορισμό σε αυτή τη μέθοδο το 1952, αναφέρει ότι πρόκειται για μια ερευνητική τεχνική που επιδιώκει την αντικειμενική, συστηματική και ποσοτική περιγραφή του δηλωμένου περιεχομένου της επικοινωνίας (Μπονίδης, 2004). Η ανάλυση περιεχομένου συνιστά ουσιαστικά ένα σύνολο μεθοδολογικών διεργασιών εφαρμόσιμο σε γνωστικά αντικείμενα ενός ευρέως φάσματος, από την κλινική ψυχολογία ως τη μελέτη των νοοτροπιών και των ιδεολογιών που αποτελεί αντικείμενο των κοινωνικών επιστημών (Πάλλα, 1992). Είναι μια μέθοδος δευτερογενούς ανάλυσης ποιοτικού υλικού το οποίο μπορεί να έχει τη μορφή κειμένων, συνεντεύξεων, εικόνων, φιλμ κ.λ.π (Ιωσηφίδης, 2008). Η Κυριαζή (2002) αναφέρει ότι συνήθως η ανάλυση περιεχομένου εφαρμόζεται σε υλικό προερχόμενο από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (εφημερίδες, περιοδικά, τηλεόραση, κινηματογράφος, ραδιόφωνο) αλλά εφαρμόζεται και στην ανάλυση οποιουδήποτε επικοινωνιακού λόγου ή μηνύματος και ποιοτικού υλικού γενικότερα, όπως προσωπικές επιστολές, ημερολόγια, ελεύθερες συνεντεύξεις, μυθιστορήματα, πρακτικά συνελεύσεων κ.ά.

Το χαρακτηριστικό της ερευνητικής αυτής μεθόδου είναι ότι μετατρέπει υλικό ποιοτικής φύσης σε μορφή ποσοτικών δεδομένων, με συστηματικό και τυποποιημένο τρόπο. Χρησιμοποιεί συγκεκριμένους κανόνες για την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων (Weber, 1990) από την ανάλυση γραπτών κειμένων. Τα συμπεράσματα αυτά μπορεί να αφορούν είτε τον αποστολέα, είτε τον παραλήπτη του μηνύματος ή το ίδιο το μήνυμα. Σε αντίθεση με την απλή ανάγνωση, η ανάλυση περιεχομένου επιτρέπει τη συστηματική προσπέλαση του κειμένου. Αυτό, σύμφωνα με την Κυριαζή (2002), συνεπάγεται α) ότι το κείμενο εξετάζεται στην ολότητά του και όχι επιλεκτικά, β) ότι οι κατηγορίες που χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση των δεδομένων ορίζονται με σαφήνεια έτσι ώστε να είναι δυνατή η επανάληψη και ο έλεγχος της διαδικασίας από άλλους ερευνητές και γ) ότι χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στο κείμενο ποσοτικοποιούνται ώστε να μπορεί να διαπιστωθεί η σημασία που φέρουν στο ίδιο το κείμενο αλλά και σε σύγκριση με άλλα. Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η ανάλυση περιεχομένου περιλαμβάνει σε σημαντικό βαθμό ποσοτικά στοιχεία. Η Κυριαζή (2002) αναφέρει ότι περιορίζεται στη μέτρηση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών στο υπό έρευνα κείμενο. Στη συνέχεια τα

αποτελέσματα συνοψίζονται και επιτρέπουν τη στατική ή τη διαχρονική περιγραφή του υπό μελέτη κοινωνικού φαινομένου. Μέσω της στατιστικής επεξεργασίας των στοιχείων ανακαλύπτονται στατιστικές συσχετίσεις βάσει των οποίων ελέγχονται οι θεωρητικές υποθέσεις της έρευνας ή αναδύονται νέες θεωρητικές επεξηγήσεις. Κατά συνέπεια, η ανάλυση περιεχομένου, ως ποσοτική μέθοδος επιδέχεται την ίδια κριτική με τις άλλες ποσοτικές μεθόδους.

Οι Μπονίδης και Χοντολίδου (1997) κάνουν λόγο για τεμαχισμό του κειμένου και έμφαση στις μονάδες ανάλυσης που δεν καταφέρνουν τις περισσότερες φορές να ανασυνθέσουν χάριν του αναγνώστη το κείμενό του στο σύνολό του και δεν το εντάσσουν στην εποχή, στο χώρο και στην ιδεολογική του προέλευση. Τα παραπάνω προβλήματα της ανάλυσης περιεχομένου επιχειρεί να λύσει η σύζευξη ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης περιεχομένου ή και η ολοκληρωτική αντικατάσταση της ποσοτικής από την ποιοτική εκδοχή της μεθόδου. Με την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου επιδιώκεται η προσεκτική και με κοινωνική ευαισθησία μελέτη του κειμένου σε συνάρτηση με τα ιστορικά συμφραζόμενα. Οι εισηγητές της ποιοτικής ανάλυσης υποστηρίζουν ότι η συχνότητα ορισμένων χαρακτηριστικών του κειμένου δε σχετίζεται με τη σημαντικότητά τους, ότι κάθε επανάληψη μιας αναφοράς δεν παρουσιάζει το ίδιο βάρος. Επίσης, παραλήψεις ή αποσιωπήσεις στο κείμενο μπορεί να έχουν σημαντική βαρύτητα. Η πορεία που ακολουθείται είναι κυκλική, σε αντίθεση με την ποσοτική ανάλυση όπου η ακολουθούμενη πορεία είναι γραμμική (Μπονίδης και Χοντολίδου, 1997). Η ποιοτική ανάλυση επιμένει στην αναγκαιότητα να υπολογιστεί το υπονοούμενο, το «υποβόσκον» ή «υφέρπον» περιεχόμενο, που το αντιλαμβάνεται μέσω των «δισταγμών», των αποσιωπητικών, των επαναλήψεων κ.λ.π. (Πάλλα, 1992). Οι Becker & Lissmann (1973) αναφέρουν ότι η ανάλυση περιεχομένου δεν αναλύει μόνο το έκδηλο περιεχόμενο αλλά εξετάζει δυο διαφορετικά επίπεδα του υπό μελέτη υλικού. Τα θέματα και τις βασικές ιδέες του κειμένου ως πρωταρχικό περιεχόμενο και τις πληροφορίες από το ευρύτερο πλαίσιο του κειμένου ως άδηλο, λανθάνον περιεχόμενο (στο Mayring, 2000).

Παρά το γεγονός ότι η ανάλυση περιεχομένου μπορεί να εφαρμοστεί με ποικίλες διαφοροποιήσεις, συνήθως ακολουθούνται ορισμένα βασικά στάδια και βήματα. Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη (2008),

- Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει μια αρχική θεωρητική επεξεργασία και μια αποσαφήνιση του ερευνητικού αντικειμένου και των ερευνητικών ερωτημάτων. Συνήθως αυτό το στάδιο διατρέχει ολόκληρη την ερευνητική διαδικασία καθώς ανασχηματίζεται κατά την εξέλιξή της.
- Το δεύτερο στάδιο αφορά τον ακριβή προσδιορισμό του ποιοτικού υλικού.
- Το τρίτο στάδιο περιλαμβάνει τον προσδιορισμό της μονάδας καταγραφής και ανάλυσης, δηλαδή των τμημάτων των κειμένων που παρουσιάζουν ερευνητικό ενδιαφέρον (λέξη, παράγραφος, ολόκληρο το κείμενο, κ.λ.π.).
- Το τέταρτο στάδιο αναφέρεται στη συστηματοποίηση των εννοιολογικών κατηγοριών στις οποίες κατατάσσονται τα ποιοτικά δεδομένα και στις οποίες ουσιαστικά βασίζεται η ανάλυση περιεχομένου.
- Το πέμπτο στάδιο συνδέεται στενά με το προηγούμενο και είναι αυτό της κωδικοποίησης του υλικού εντός κάθε κατηγορίας.

Για την παρούσα εργασία επιλέχθηκε η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου γιατί βοηθά στη συστηματική και ποιοτική προσπέλαση των μηνυμάτων των κειμένων. Σύμφωνα με το Σαμανίδη (2006), «η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου βοηθά να γίνει αντιληπτό ότι τα κείμενα που αποτελούν το προς ανάλυση υλικό έχουν γραφτεί με συγκεκριμένο σκοπό και λειτουργούν μέσα σε συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτικό και ιδεολογικό πλαίσιο. Τα κείμενα εξετάζονται και ως κοινωνική πρακτική με την προθετικότητα, τους προσανατολισμούς και τις κατευθύνσεις τους, με βάση την παραδοχή ότι προωθούν συγκεκριμένες αναλύσεις για τον κόσμο και, συγχρόνως, ενισχύουν κάποιες όψεις της πραγματικότητας που, τις περισσότερες φορές, συνδέονται με συμφέροντα συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων

Προκειμένου για την παρουσίαση των στοιχείων που περιλαμβάνουν οι γνωματεύσεις και την αναπαράσταση των πληροφοριών κατά την ομαδοποίηση των εννοιολογικών κατηγοριών με συνέπεια και σαφήνεια, χρησιμοποιήθηκε μια σειρά από συμβάσεις. Οι συμβάσεις αυτές ήταν οι εξής:

- Πλάγιο κείμενο (*Italics*): Δηλώνει επακριβώς τα λόγια που χρησιμοποιούν οι διάφορες ειδικότητες.

- (αριθμός, φορέας) : Δηλώνει τον αριθμό της γνωμάτευσης και από ποιον φορέα προέρχεται

Προκειμένου να διαχειριστούμε και να αναλύσουμε το υλικό που είχαμε στην κατοχή μας, κρίθηκε απαραίτητο να κατηγοριοποιηθεί σε διαφορετικούς τύπους αρχείων (excel και word) έτσι ώστε να ήταν εξασφαλισμένη η γρήγορη πρόσβαση κάθε φορά που θα κρίνονταν απαραίτητο καθώς και για λόγους ασφάλειας των δεδομένων. Στις κατηγορίες αυτές κάποια στοιχεία συνενώθηκαν για να κατηγοριοποιηθούν πιο ολοκληρωμένα και δομημένα. Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη (2003), ο περιορισμός των δεδομένων, η παρουσίασή τους και η απόδοση νοήματος στα δεδομένα είναι διαδικασίες αλληλοεξαρτώμενες προκειμένου για την ανάλυση του περιεχομένου.

Εν συνεχεία λοιπόν, στηριζόμενος στα ερευνητικά ερωτήματα, επέλεξα ανάμεσα στα δεδομένα που μου παρείχαν οι διαγνώσεις και αποτελούσαν ένα ευρύ σύνολο, τα στοιχεία αυτά που θεώρησα πως θα μου είναι απαραίτητα προκειμένου για την καλύτερη ανάλυση του προς διερεύνηση, θέματος. Ο περιορισμός συνεχίστηκε και στη συνέχεια, μετά το πρώτο στάδιο συλλογής των δεδομένων, προκειμένου να μη χαθεί η ανάλυση σε στοιχεία που θα απομάκρυναν την έρευνα από την κεντρική στοχοθεσία της. Η παρουσίασή τους έγινε σε πίνακες στους οποίους συνοψίζονταν οι κατηγορίες, τα στοιχεία που διερευνούνταν και η συχνότητά τους.

Η ευελιξία είναι ένα σημαντικό στοιχείο που κάθε ερευνητής πρέπει να διαθέτει σε μία ερευνητική προσπάθεια, χαρακτηριστικό που απαιτούνταν ιδιαίτερα στο συγκεκριμένο στάδιο της έρευνας που αφορούσε τον έλεγχο των δεδομένων και την απόδοση του νοήματος σε αυτά. Η σημαντικότητα αυτού του σταδίου ήταν ιδιαίτερα σημαντική καθώς έγινε προσπάθεια να νοηματοδοτηθούν τα ποιοτικά δεδομένα και να δομηθεί το ερευνητικό πλαίσιο έτσι ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Η δόμηση του υλικού έγινε σε ενότητες που δεν ήταν οι ίδιες με τους πίνακες που δημιουργήθηκαν κατά την καταγραφή των ευρημάτων, βασίστηκαν ωστόσο σε αυτούς και στις σχέσεις που αναδύθηκαν μέσα από τη διαδικασία. Μια τέτοια διαδικασία δε θα μπορούσε παρά να είναι κυκλική καθώς οι κατηγορίες δομήθηκαν αρχικά αλλά αναπροσαρμόζονταν συνεχώς κατά τη διάρκεια συλλογής των δεδομένων.

Το τελευταίο στάδιο της έρευνας ήταν η παραγωγή νοήματος και η ερμηνεία των ποιοτικών δεδομένων. Φυσικά κάτι τέτοιο λειτούργησε σε μια διαρκή

ανατροφοδοτική συνθήκη μεταξύ ευρημάτων και θεωρίας. Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη (2003), ο προσδιορισμός τάσεων και προτύπων, η εξαγωγή συμπερασμάτων που φαίνονται εύλογα και τεκμηριώνονται από τα ποιοτικά δεδομένα, ο σχηματισμός ομάδων και κατηγοριών δεδομένων που έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, η μέτρηση και η ποσοτικοποίηση κάποιων ποιοτικών δεδομένων και η εύρεση αντιθέσεων είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν το συγκεκριμένο στάδιο μιας έρευνας, στοιχεία τα οποία ήταν παρόντα και στη δική μου προσπάθεια προκειμένου για την απόδοση επιστημονικών νοημάτων στα ερευνητικά ερωτήματα που ετέθησαν αρχικά.

2.4.5 Ηθικά ζητήματα

Η ηθική και η δεοντολογία (ethics) αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της έρευνας, από τη σύλληψη μιας ιδέας έως τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της. Τα πιο συνηθισμένα ζητήματα είναι η προστασία των προσωπικών δεδομένων, η χρήση πειραματόζωων, η συμμετοχή των αναπτυσσόμενων χωρών στην έρευνα, η έρευνα σε ανθρώπινα βλαστοκύτταρα, καθώς και η διπλή χρήση των ερευνητικών αποτελεσμάτων (Babbie, 2011).

Στην παρούσα έρευνα οι γνωματεύσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν σχολικά αρχεία στα οποία διατηρήθηκε η ανωνυμία των παιδιών καθώς και των «ειδικών» επαγγελματιών των δημοσίων ιατροπαιδαγωγικών φορέων, που απεφάνθησαν για την έκδοσή τους. Η απόκρυψη της ταυτότητας των συμμετεχόντων ήταν βασικό μου μέλημα καθ' όλη τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς όταν παραλάμβανα τις γνωματεύσεις, τα προσωπικά στοιχεία ήταν ήδη σβησμένα (κάτι που ζητήθηκε επισταμένα στα σχολεία που τις είχαν στα αρχεία τους). Επίσης, δεδομένου πως οι δημόσιοι ιατροπαιδαγωγικοί φορείς της Αττικής είναι σχετικά περιορισμένοι, δόθηκαν λεπτομερή στοιχεία για το πόσες γνωματεύσεις προήλθαν από τους φορείς αυτούς, ανά περιφέρεια.

2.5 ΔΕΙΓΜΑ

Ο πληθυσμός που μελετάται στη συγκεκριμένη έρευνα είναι οι γνωματεύσεις που συντάσσονται από τους δημόσιους ιατροπαιδαγωγικούς φορείς και αφορούν τη ΔΕΠ-

Υ για παιδιά σχολικής ηλικίας. Η φύση του δείγματος ήταν τέτοια που κατορθώσαμε να συλλέξουμε 48 γνωματεύσεις από διάφορα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα του Νομού Αττικής.

Η μέθοδος συλλογής του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι η δειγματοληψία χιονοστιβάδας ή αλυσιδωτή δειγματοληψία (snowball sampling) (Mertens, 2009). Η συγκεκριμένου τύπου δειγματοληψία ανήκει στις μη πιθανοθεωρητικές δειγματοληψίες (σκοπιμότητας, ευκολίας και αναλογίας) και χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που είναι επιθυμία του ερευνητή το δείγμα να έχει πολύ συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Διαμαντόπουλος, 2012) που ίσως το καθιστούν σπάνιο (Babbie, 2013). Σύμφωνα με τον Spreen (1992), η δειγματοληψία χιονοστιβάδας «εκμεταλλεύεται» τη χρήση των κοινωνικών δικτύων μεταξύ αγνώστων παραληπτών προκειμένου να εξασφαλίσει στον ερευνητή μεγαλύτερο εύρος πιθανών επαφών, από αυτό στο οποίο είχε αρχικά απευθυνθεί (Thomson, 1997). Αυτή η διαδικασία βασίζεται στην υπόθεση πως υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ του αρχικού δείγματος και άλλων, ίδιων, πληθυσμών, επιτρέποντας μια σειρά παραπομπών μέσα σε ένα κύκλο γνωριμιών (Berg, 1988).

Η δειγματοληψία χιονοστιβάδας, μπορεί να εφαρμοστεί σε δύο περιπτώσεις. Πρώτον, άτυπα, προκειμένου να απευθυνθεί ο ερευνητής έμμεσα στο επιδιωκόμενο δείγμα, ιδιαίτερα αν ο σκοπός της έρευνάς του είναι ποιοτικός – περιγραφικός (Hendricks, Blanken & Adriaans, 1992). Επιπροσθέτως όμως, μπορεί να εφαρμοστεί σαν επίσημη μεθοδολογία προκειμένου ο ερευνητής να εξάγει συμπεράσματα για ένα δείγμα που είναι δύσκολο να βρεθεί με παραδοσιακές μεθόδους δειγματοληψίας (Snijders, 1992, Fangier & Sergeant, 1997). Η δειγματοληψία χιονοστιβάδας είναι ο καλύτερος τρόπος συλλογής του δείγματος στις περιπτώσεις που υπάρχει μικρός αριθμός αρχικού πληθυσμού ή εκεί που απαιτείται ένα επίπεδο εμπιστοσύνης προκειμένου να παραπέμψει ο ένας συμμετέχοντας στον άλλο τον ερευνητή. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τεχνικές όπως οι αλυσιδωτές παραπομπές, κάνουν ουσιαστικά τον ερευνητή μέλος μιας ομάδας, κάτι που μπορεί να εξασφαλίσει σημαντικά προνόμια στην έρευνά του σε σχέση με τις συμβατικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις (Atkinson & Flint, 2001)

Στη συγκεκριμένη έρευνα, η αναζήτηση του δείγματος ξεκίνησε από συναδέλφους που είχαν πρόσβαση στα σχολικά αρχεία προκειμένου να μου εξασφαλίσουν τις

γνωματεύσεις για ΔΕΠ-Υ που εξέδωσαν δημόσιοι ιατροπαιδαγωγικοί φορείς. Στη συνέχεια η λίστα γινόταν μεγαλύτερη, καθώς οι συνάδελφοι αυτοί με παρέπεμπαν σε άλλους συναδέλφους τους οποίους μολοντί δε γνώριζα αρχικά, ήταν πρόθυμοι να βοηθήσουν στη διεξαγωγή της έρευνάς μου. Όσες γνωματεύσεις τελικά συλλέχθηκαν, δεν είχαν κανένα στοιχείο επάνω τους που να με παραπέμπουν σε προσωπικά στοιχεία τόσο του παιδιού, όσο και της διεπιστημονικής επιτροπής που έκανε τη διάγνωση. Είχα επιμείνει ήδη πολύ σε αυτό το κομμάτι, ούτως ή άλλως, κατά την πρώτη μας τηλεφωνική επαφή.

Κατά τη συλλογή των γνωματεύσεων υπήρχαν κάποια ζητήματα προσβασιμότητας καθώς τα πρόσωπα που κατείχαν τις διαγνώσεις ήταν επιφυλακτικά στο να μου τις δώσουν, φοβούμενα την όποια έκθεση των μαθητών. Τα ζητήματα δεοντολογίας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των μαθητών έπρεπε να λυθούν για να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στα απόρρητα αρχεία. Δεν ήταν, όπως είναι αναμενόμενο, αρκετή η υπόσχεσή μου να κρατήσω την ανωνυμία και η εχεμύθειά μου δεν αποτελούσε εχέγγυο, ιδιαίτερα για τους ανθρώπους που δε με ήξεραν. Γι' αυτό, ζητούσα πριν παραλάβω τις όποιες διαγνώσεις, να σβήσουν οι ίδιοι τα ονόματα των μαθητών και όποιο στοιχείο πιθανόν θεωρούσαν πως μπορεί να συνδεθεί με συγκεκριμένα πρόσωπα. Φυσικά κάτι αντίστοιχο ζητούσα να γίνει και για τα ονόματα των αξιολογητών, καθώς η έρευνα μου δεν εστιάζει και δεν ενδιαφέρεται για τέτοιου είδους στοιχεία. Έτσι, καθώς τα στοιχεία αυτά δεν καταγράφηκαν, οι μαθητές δεν μπορούν να συσχετιστούν και οι αξιολογητές δε θα μπορούν να εντοπιστούν αγνοώντας ο οποιοσδήποτε ποιος υπογράφει και σε ποιον απευθύνονται τα δεδομένα (Mertens, 2009).

Το δείγμα που συλλέχθηκε σκοπό έχει να δώσει μια επαρκή περιγραφή για το θέμα που μελετάμε και να επιτρέψει στους αναγνώστες να μπορέσουν να καταλάβουν τις μεταβλητές που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη διαδικασία. Εξάλλου όπως τονίζει και η Mertens (2009), «...το βάρος της γενικευσιμότητας εναπόκειται στους αναγνώστες, που μπορούν να γενικεύσουν την εν λόγω περίπτωση με βάση τις δικές τους προσωπικές εμπειρίες».

Προκειμένου για την ορθότερη κατανόηση του δείγματος, θα παρουσιαστούν στη συνέχεια κάποια στοιχεία που αφορούν το φύλο, την ηλικία των παιδιών, την

επιστημονική ομάδα που συμμετέχει και τον αριθμό των γνωματεύσεων που εξέδωσε ο κάθε ιατροπαιδαγωγικός φορέας.

Όσον αφορά στο φύλο, από τις 48 συνολικά γνωματεύσεις με ΔΕΠ-Υ, τα αγόρια που αξιολογήθηκαν είναι 41 και τα κορίτσια 7. Σύμφωνα με αυτούς τους αριθμούς, παρατηρείται πως το ποσοστό των αγοριών που αξιολογήθηκαν από τους δημόσιους ιατροπαιδαγωγικούς φορείς, είναι σχεδόν εξαπλάσιο από αυτό των κοριτσιών (βλ. πίνακα 2.5.1)

ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΑΓΟΡΙ	41
ΚΟΡΙΤΣΙ	7
ΣΥΝΟΛΟ	48

Πίνακας 2.5.1. Φύλο

Οι γνωματεύσεις που συγκεντρώθηκαν προκειμένου για την έρευνα, ανήκουν σε παιδιά σχολικής ηλικίας και συγκεκριμένα σε παιδιά δημοτικού. Η ομαδοποίηση της ηλικίας έγινε σε τρεις κατηγορίες, σε παιδιά πρώτης και δευτέρας δημοτικού (6 – 8.7), σε παιδιά τρίτης και τετάρτης (8.8 – 10.8) και σε παιδιά πέμπτης και έκτης τάξης (10.9-12.7). Ο διαχωρισμός των ηλικιών έγινε βάση του Προεδρικού Διατάγματος 201/1998, άρθρο7 παρ. 1 ,όπου αναφέρει : « Στην πρώτη τάξη εγγράφονται υποχρεωτικά όσοι μαθητές συμπληρώνουν την νόμιμη ηλικία (σ.σ όταν ο μαθητής συμπληρώσει το 6^ο έτος της ηλικίας του μέχρι την 31^η Δεκεμβρίου του έτους εγγραφής). Σύμφωνα με την παραπάνω κατηγοριοποίηση, οι γνωματεύσεις που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγκεκριμένη έρευνα αφορούν 27 παιδιά πρώτης και δευτέρας δημοτικού, 10 παιδιά τρίτης και τετάρτης και 4 παιδιά πέμπτης και έκτης τάξης. Σε 7 γνωματεύσεις, δεν είχαμε επαρκή στοιχεία όσον αφορά στην ηλικία των μαθητών (βλ. πίνακα, 2.5.2)

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
6 – 8.7 (Α και Β τάξη)	27
8.8 – 10.8 (Γ και Δ τάξη)	10
1 (Ε και Στ τάξη)	4
Ελλιπή Στοιχεία	7

ΣΥΝΟΛΟ	48
--------	----

Πίνακας 2.5.2. Ηλικία

Στην προκειμένη έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν διαγνώσεις / γνωματεύσεις από διάφορους δημόσιους ιατροπαιδαγωγικούς φορείς, έτσι ώστε τα ευρήματά της να μπορέσουν να δώσουν στον αναγνώστη μια γενικευμένη εικόνα σχετικά με τη μελέτη των διαγνώσεων για ΔΕΠ-Υ. Ο στόχος του ερευνητή δεν ήταν να εξειδικευτεί στην ανάλυση του λόγου ενός συγκεκριμένου φορέα αλλά να προσπαθήσει να μελετήσει καθ' ολοκληρίαν το λόγο των διαγνώσεων και τον τρόπο που διαφοροποιείται η αξιολόγηση μεταξύ τους. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκαν, 13 διαγνώσεις από ΚΕ.Δ.Δ.Υ., 13 διαγνώσεις από Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ) και 22 διαγνώσεις από Δημόσια Νοσοκομεία (βλ. πίνακα 2.5.3)

ΦΟΡΕΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΚΕΔΔΥ	13
Κ.Ψ.Υ	13
ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	22
ΣΥΝΟΛΟ	48

Πίνακας 2.5.3. Φορείς

Κάτι επιπλέον που θεωρεί ο γράφων πως πρέπει να αποσαφηνιστεί εδώ, είναι τα μέλη που απαρτίζουν τη διεπιστημονική επιτροπή που προβαίνει στην αξιολόγηση των μαθητών, σε κάθε φορέα ξεχωριστά. Δεν επιλέχτηκε να γίνει ένας γενικός πίνακας καθώς οι επιστήμονες που συμμετέχουν στην επιτροπή διάγνωσης δεν είναι ίδιοι σε κάθε φορέα και έτσι μια γενικευμένη προσέγγιση θα ήταν εσφαλμένη προκειμένου για την αξιοπιστία της έρευνας.

Έτσι λοιπόν, θα αρχίσουν οι αναφορές μας από τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Σκοπός των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. είναι η προσφορά υπηρεσιών διάγνωσης, αξιολόγησης και υποστήριξης των μαθητών και κυρίως εκείνων, που έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς και υποστήριξης, πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών, των γονέων και της κοινωνίας. Σύμφωνα με το νόμο της Ειδικής Αγωγής 3699/2008 « η αξιολόγηση πραγματοποιείται από πενταμελή διεπιστημονική ομάδα, που απαρτίζεται

από έναν εκπαιδευτικό ΕΑΕ (προσχολικής ή πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης), έναν παιδοψυχίατρο ή παιδίατρο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία ή νευρολόγο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχολόγο και έναν λογοθεραπευτή. Στη διεπιστημονική ομάδα δύναται να συμμετάσχει και εργοθεραπευτής ή μέλος του εξειδικευμένου Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού» (Ν. 3699/2008. Αρθ.4, παρ.1). Στις συγκεκριμένες γνωματεύσεις, τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας δεν είναι σταθερά και σε κάθε αξιολόγηση οι ειδικότητες ποικίλουν με εξαίρεση κάποιες που παραμένουν σταθερές. Στις 13 γνωματεύσεις που μελετήθηκαν, σε όλες φαίνεται να συμμετέχει ο ειδικός παιδαγωγός (σε κάποιες αναφέρεται εκπαιδευτικός και σε κάποιες άλλες, εκπαιδευτικός ειδικής αγωγής), ο ψυχολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός. Μόνο σε 3 συμμετέχει σε πλήρη σύνθεση η πενταμελής επιτροπή, συμπεριλαμβανομένου του λογοθεραπευτή και του παιδοψυχίατρου. (βλ. πίνακα 2.5.4).

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ	13
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	13
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	13
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	3
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	3

Πίνακας 2.5.4 Η διεπιστημονική ομάδα των ΚΕ.Δ.Δ.Υ.

Οι αξιολογήσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αποτελούνται από 2 έως 5 σελίδες κάθε φορά, ανάλογα το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. από το οποίο προέρχονται. Η πρώτη σελίδα όλων των γνωματεύσεων έχει κοινή δομή. Πάνω αριστερά, υπάρχει το σήμα του υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, η περιφέρεια στην οποία ανήκει το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και η διεύθυνση του. Δεξιά αναφέρεται ο αριθμός πρωτοκόλλου, ο τόπος και η ημερομηνία της γνωμάτευσης. Στο κέντρο της σελίδας, υπάρχει με κεφαλαία γράμματα η λέξη «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» και από κάτω της, αναφέρεται ο αριθμός της υπουργικής απόφασης και το ΦΕΚ που εντάσσεται νομοθετικά η διαδικασία. Αμέσως από κάτω παρατίθενται τα στοιχεία του προς αξιολόγηση μαθητή. Το ονοματεπώνυμο του, τα ονόματα των γονέων η διεύθυνσή του, η τάξη και το σχολείο του, καθώς και η ημερομηνία συνεδρίασης για την έκδοση της γνωμάτευσης. Σε ένα δεύτερο πίνακα

που ορίζεται Β, υπάρχουν τα ονόματα, οι ειδικότητες και οι υπογραφές των συμμετεχόντων στη διαδικασία της διάγνωσης (β'.παράρτημα). Στη δεύτερη σελίδα, παρατίθεται ένας τρίτος πίνακας που τιτλοφορείται « Γ. Προσδιορισμός των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών του μαθητή» και επεξηγεί πως « Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, με βάση τα στοιχεία της διάγνωσης – αξιολόγησης, καταλήγουν ότι ο (Χ) μαθητής παρουσιάζει» και παραθέτουν ένα σύνολο ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών, σημειώνοντας με Χ αυτή στην οποία ανήκει ο μαθητής. Τέλος παρουσιάζεται μια τέταρτη ενότητα με τίτλο, «Δ. Συνολική εκτίμηση – πρόταση». Σ αυτή την ενότητα, παρουσιάζεται ένα σύντομο ιστορικό της παραπομπής του μαθητή στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και η χρήση των επιστημονικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης, εστιάζοντας κάθε φορά στα ευρήματα κατά τη μελέτη επιμέρους ψυχογνωστικών τομέων. Στα τελικά συμπεράσματα καταγράφεται η κατηγορία της αναπηρίας που ανήκει ο μαθητής και προτείνεται το κατάλληλο σχολικό πλαίσιο καθώς και προτάσεις υποστήριξης που απευθύνονται τόσο στους γονείς όσο και τους εκπαιδευτικούς. Η αξιολόγηση κλείνει, με την υπογραφή του γονέα στα αριστερά και την υπογραφή του προϊσταμένου των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. στα δεξιά. Πρέπει να τονίσουμε για άλλη μια φορά, πως αυτή η μορφή των διαγνώσεων δεν είναι η ίδια σε όλα τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αλλά διαφέρει κατά περιφέρεια κρατώντας όμως ένα πανομοιότυπο σκελετό.

Εκτός από τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ., έχουμε ένα σημαντικό αριθμό διαγνώσεων και από Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ). Τα Κ.Ψ.Υ εντάσσονται μέσα από τον κανονισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης 815/84, στις 26 Μαρτίου 1984, στο πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» το οποίο είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η α φάση του υλοποιήθηκε την περίοδο 2000 – 2001. Στόχος του ήταν να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο να απολαμβάνει υπηρεσιών πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, περίθαλψης, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης κ.α. Στις 13 γνωματεύσεις που χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, παρατηρήθηκε πως σε κάποιες η αξιολόγηση υπογράφεται από ψυχολόγο (7), σε κάποιες από παιδοψυχίατρο (3), σε κάποιες και από τις δύο ειδικότητες μαζί (3) και στη 1 και από λογοθεραπευτή (βλ. πίνακα 2.5.5). Ωστόσο, στις 2 από τις 3 περιπτώσεις που υπογράφει και η παιδοψυχίατρος, αναγράφεται πως η αξιολόγηση έγινε από τον ψυχολόγο.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	10
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	6
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	1

Πίνακας 2.5.5 Η επιστημονική ομάδα των Κ.Ψ.Υ

Η γνωμάτευση των Κ.Ψ.Υ περιλαμβάνει 1 ή 2 σελίδες. Στην πρώτη σελίδα, πάνω αριστερά υπάρχει το σύμβολο της ελληνικής δημοκρατία και αναγράφεται το κέντρο ψυχικής υγείας που έγινε η αξιολόγηση, η περιφέρεια και ο φορέας στον οποίο ανήκει (κάποιο νοσοκομείο). Δεξιά, υπάρχει ο τόπος, η ημερομηνία που έγινε η διάγνωση και ο αριθμός πρωτοκόλλου. Στη μέση της σελίδας, υπάρχει ο τίτλος, «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ» και ακριβώς από κάτω ακολουθεί ένα ιστορικό της εξέτασης του μαθητή (ημερομηνία, ειδικότητα) και η γνωμάτευση. Στη συνέχεια παρατίθεται ένας πίνακας που περιλαμβάνει, το είδος της θεραπείας, τον αριθμό των συνεδριών, τη συχνότητα και τη διάρκεια τους. Στο τέλος της σελίδας, αριστερά, μπαίνουν οι υπογραφές των ατόμων που έκαναν την αξιολόγηση και δεξιά βεβαιώνεται το γνήσιο των υπογραφών από το διοικητή της μονάδος υγείας. Στην πίσω σελίδα επισυνάπτεται τυχόν προηγούμενη εξέταση του παιδιού με τον τίτλο «ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» και αφού κατονομαστεί αυτή, περιγράφονται οι τομείς στους οποίους παρουσιάζεται ανωριμότητα. Το κείμενο τελειώνει με προτάσεις αντιμετώπισης για τους δασκάλους του παιδιού και συνιστάται το κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Στο τέλος αριστερά, μπαίνει το όνομα και η υπογραφή της ψυχολόγου και δίπλα βεβαιώνεται ξανά το γνήσιο της υπογραφής.

Οι 22 γνωματεύσεις που έχουμε από δημόσια νοσοκομεία και στελεχώνουν την έρευνά μας, εμφανίζουν ομοιογενή στοιχεία όσον αφορά τους συμμετέχοντες στη διαδικασία της αξιολόγησης. Σε 13 διαγνώσεις της αξιολόγηση του μαθητή την έχει κάνει ο παιδίατρος, σε 8 ο παιδοψυχίατρος και οι ειδικότητες του ψυχολόγου, του λογοθεραπευτή και του εργοθεραπευτή έχουν εμπλακεί σε 2 διαγνώσεις ο καθένας (βλ.πίνακα. 2.5.6).

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	13

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	8
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	2
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	2
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	2

Πίνακας, 2.5.6 Ειδικότητες αξιολόγησης στα νοσοκομεία

Ο λόγος των διαγνώσεων που προέρχεται από τα νοσοκομεία είναι λυτός και η έκθεση της αξιολόγησης περιορίζεται σε μία σελίδα συνήθως (σε κάποιες περιπτώσεις και ανάλογα στο νοσοκομείο φτάνει μέχρι και 2). Κάθε νοσοκομείο έχει το δικό του τρόπο που γράφει τα όσα έχουν παρατηρήσει οι συμμετέχοντες στη διαδικασία της αξιολόγησης. Συνήθως στο κέντρο της σελίδας και στο πάνω μέρος της, αναγράφεται το όνομα του νοσοκομείου, η κλινική, και το όνομα του διευθυντή καθώς και το όνομα του υπεύθυνου. Ακριβώς από κάτω παρατίθεται η ημερομηνία της εξέτασης. Στο κέντρο της σελίδας με έντονα γράμματα υπάρχει ο τίτλος «ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ» και σε κάποιες άλλες αξιολογήσεις ο τίτλος «ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ». Ακριβώς από κάτω είναι συμπληρωμένο ένα σύντομο κείμενο στο οποίο γράφεται το όνομα του παιδιού, η ηλικία του και το τι «παρουσιάζει». Η τελευταία παράγραφος (με δύο προτάσεις), δίνει συστάσεις στον εκπαιδευτικό του τι πρέπει να κάνει με το μαθητή. Στο τέλος υπάρχει η υπογραφή του γιατρού που έκανε την αξιολόγηση και η ειδικότητά του. Σε άλλες γνωματεύσεις παρατηρείται και ένα «μηνιαίο πρόγραμμα ειδικής αγωγής» που περιλαμβάνει ραντεβού λογοθεραπειών, συμβουλευτικής, θεραπειών συμπεριφοράς και ειδικής διαπαιδαγώγησης.

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

3.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΓΡΑΠΤΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

3.1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Θεωρήθηκε σκόπιμο για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, καταρχήν, μέσω των σαράντα οκτώ (48) αξιολογήσεων που έχουμε στα χέρια μας, να διερευνηθεί σε πόσες από αυτές η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται ως αυτόνομη διαταραχή και σε πόσες συνυπάρχει με άλλες διαταραχές. Στο σύνολο των σαράντα οκτώ (48) διαγνώσεων, μόνο οκτώ αξιολογήσεις αναφέρουν τη ΔΕΠ-Υ ως αυτόνομη διαταραχή, ενώ στις υπόλοιπες σαράντα (40) φαίνεται να υπάρχει ένα ευρύ φάσμα διαταραχών που τη συνοδεύουν. Συγκεκριμένα, στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. παρουσιάζεται αυτόνομα σε τέσσερις διαγνώσεις και σε εννέα συνυπάρχει με άλλες διαταραχές, στα Κ.Ψ.Υ σε καμία αξιολόγηση δεν υπάρχει ως αυτόνομη διαταραχή αλλά σε δεκατρείς (13) συνυπάρχει με άλλες και τέλος στις αξιολογήσεις των δημοσίων νοσοκομείων, σε τέσσερις παρουσιάζεται αυτόνομα έναντι δεκαοχτώ (18) που αναφέρουν την ύπαρξη και άλλων διαταραχών. (βλ. πίνακα 3.1.1^α)

Απόδοση της ΔΕΠ-Υ ως αυτόνομης ή συνοδευτικής διαταραχής	Δ.Ν. N	Κ.Ψ.Υ N	ΚΕ.Δ.Δ.Υ. N	ΣΥΝΟΛΟ N
Η ΔΕΠ-Υ ως αυτόνομη διαταραχή	4	-	4	8
Η ΔΕΠ-Υ σε συνύπαρξη με άλλες διαταραχές	18	13	9	40

Πίνακας 3.1.1.^α Απόδοση της ΔΕΠ-Υ ως αυτόνομης ή συνοδευτικής διαταραχής ανά φορέα

Προκειμένου να διευκρινιστεί το είδος των διαταραχών που φαίνεται μέσα από τις διαγνώσεις να συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, κατασκευάστηκε ο ακόλουθος πίνακας. Οι όροι στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται αυτούσια από τις διαγνώσεις των φορέων.

Διαταραχές που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ στις διαγνώσεις των φορέων	ΚΕ.Δ.Δ.Υ.	Κ.Ψ.Υ	Δ.Ν.	ΣΥΝΟΛΟ
	N	N	N	N
Γενικευμένες μαθησιακές δυσκολίες	3	5	5	13
Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες	2	4	2	8
Διαταραχή της άρθρωσης	-	2	4	6
Διαταραχή στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά	2	1	1	4
Κοινωνικοσυναισθηματικές δυσκολίες	2	-	-	2
Ελλιπής αυτορρύθμιση του συναισθήματος	-	1	1	2
Τραυλισμός	-	-	2	2
Ειδική μεικτή αναπτυξιακή διαταραχή	-	-	2	2
Αναπτυξιακή ανωριμότητα	-	-	2	2
Γλωσσική διαταραχή	-	-	2	2
Διαταραχή κατανόησης	-	1	-	1
Μεικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων	-	1	-	1
Ελαφρά νοητική υστέρηση	-	-	1	1

Πίνακας 3.1.1.^β Διαταραχές που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ στις διαγνώσεις των φορέων

Όπως φαίνεται μέσα από τον πίνακα 3.1.1.α. σε σαράντα (40) εκ των σαράντα οκτώ (48) διαγνώσεων, η ΔΕΠ-Υ αποδίδεται ταυτόχρονα με τη συνύπαρξη άλλων διαταραχών. Στον πίνακα 3.1.1.β, γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής αυτών των διαταραχών.

Δεκατρείς (13) διαγνώσεις των φορέων φέρουν και τη διαταραχή των μαθησιακών δυσκολιών. Ακολουθεί η διαταραχή των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών που συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ σε οκτώ διαγνώσεις και αφορά τη δυσγραφία, τη δυσορθογραφία και τη δυσαριθμησία. Σημαντική παρουσία στις διαγνώσεις φαίνεται

να έχει και η Διαταραχή της άρθρωσης, καθώς υπάρχει σε έξι διαγνώσεις των φορέων που μελετώνται όπως επίσης και η Διαταραχή στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά, που εμφανίζεται σε τέσσερις διαγνώσεις. Σε δύο διαγνώσεις η κάθε μια παρουσιάζονται οι Κοινωνικοσυναισθηματικές δυσκολίες, η Ελλιπής αυτορρύθμιση του συναισθήματος, ο Τραυλισμός, η Ειδική μεικτή αναπτυξιακή διαταραχή, η Αναπτυξιακή ανωριμότητα και η Γλωσσική διαταραχή. Τέλος, οι ειδικοί των φορέων σε μία διάγνωση ανά περίπτωση, απεφάνθησαν παράλληλα με τη ΔΕΠ-Υ και για Διαταραχή της κατανόησης, για Μεικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων και για ελαφρά Νοητική υστέρηση.

Συγκεκριμένα, στις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., η διαταραχή που εντοπίζεται συχνά να συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ είναι αυτή των Γενικευμένων μαθησιακών δυσκολιών καθώς παρατηρείται σε τρεις διαγνώσεις. Εν συνεχεία, οι Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, η Διαταραχή στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά καθώς και οι κοινωνικοσυναισθηματικές δυσκολίες εμφανίζονται σε δύο διαγνώσεις η καθεμιά. Παρόμοιες παρατηρήσεις προκύπτουν και από την περιγραφή των διαταραχών που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ στα Κ.Ψ.Υ. Σε πέντε διαγνώσεις εμφανίζονται οι Γενικευμένες μαθησιακές δυσκολίες και ακολουθούν σε τέσσερις οι Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Σε δύο διαγνώσεις, παράλληλα με τη ΔΕΠ-Υ, εντοπίζονται οι Διαταραχές της άρθρωσης. Τέλος, οι Διαταραχή στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά, η Ελλιπής αυτορρύθμιση του συναισθήματος, η Διαταραχή της κατανόησης και η Μεικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων, εμφανίζονται να συνυπάρχουν παράλληλα με την απόδοση της ΔΕΠ-Υ, σε μία διάγνωση η καθεμιά. Και στα Δ.Ν. η πιο σημαντική παρουσία διαταραχής είναι αυτή των Γενικευμένων μαθησιακών δυσκολιών. Παρατηρείται σε πέντε διαγνώσεις. Ακολουθεί η Διαταραχή στην άρθρωση σε τέσσερις και εν συνεχεία, οι Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, ο Τραυλισμός και η Ειδική μεικτή αναπτυξιακή διαταραχή σε δύο διαγνώσεις. Σε δύο επίσης διαγνώσεις, παράλληλα με τη ΔΕΠ-Υ, παρατηρούνται η Αναπτυξιακή ανωριμότητα και η Γλωσσική διαταραχή. Τέλος, σε μία διάγνωση ανά περίπτωση, οι ειδικοί των Δ.Ν φαίνεται να αποδίδουν Διαταραχή στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά, Ελλιπή αυτορρύθμιση του συναισθήματος και ελαφρά Νοητική υστέρηση.

Στο πλαίσιο της έρευνας, πραγματοποιήθηκε κατηγοριοποίηση των όρων που χρησιμοποιήθηκαν από τους διαγνωστικούς φορείς για τον προσδιορισμό και την απόδοση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Προσδιορισμός και απόδοση συμπτωμάτων στη ΔΕΠ-Υ	ΚΕ.Δ.Δ.Υ. N	Δ.Ν. N	Κ.Ψ.Υ N	Σύνολο N
Απουσία ορισμού	13	22	13	48
Διαταραχές στη γραφή	10	5	11	26
Δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής	9	5	10	24
Διαταραχές στην ανάγνωση	5	5	11	21
Διαταραχές στο συναίσθημα	10	6	2	18
Διαταραχές στη συμπεριφορά	9	6	2	17
Υπερκινητικότητα	7	2	6	15
Διαταραχές στην κατανόηση	6	3	3	12
Διαταραχές στα μαθηματικά	6	-	6	12
Διαταραχές στην ορθογραφία	2	2	8	12
Διαταραχές στον προφορικό λόγο	7	—	2	9
Παρορμητικότητα	2	5	2	9
Διαταραχές στην άρθρωση	3	3	-	6
Διαταραχές στο χωροχρονικό προσανατολισμό	2	—	3	5
Διαταραχές στη μνήμη	1	1	-	2

Πίνακας 3.1.1.¹ Προσδιορισμός και απόδοση συμπτωμάτων στη ΔΕΠ-Υ ανά φορέα

Στον πίνακα 3.1.1.¹ παρατηρείται ότι στην πλειονότητα των διαγνώσεων απουσιάζει ένας ομοιογενής και σαφής ορισμός της ΔΕΠ-Υ. Μολονότι δε δίνεται ορισμός για τη ΔΕΠ-Υ αυτή προσδιορίζεται, μέσω της απόδοσης διαφόρων συμπτωμάτων στις αξιολογήσεις. Η πιο συχνή κατηγορία που βασίζονται οι αξιολογητές για να προσδιορίσουν τη ΔΕΠ-Υ στις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., είναι οι διαταραχές στη γραφή (σε δέκα (10) διαγνώσεις).

...ο γραφοκινητικός συντονισμός δεν έχει ολοκληρωθεί... (Κ.Ε.Δ.Δ.Υ. 1)

και οι διαταραχές στο συναίσθημα (επίσης, σε δέκα (10) διαγνώσεις)

...συναισθηματική αστάθεια και δυσκολία στη διαχείριση των συναισθηματικών αντιδράσεων... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.10)

Σημαντική , προκειμένου για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, θεωρείται , με παρουσία σε εννέα διαγνώσεις η διαταραχή της συμπεριφοράς σε ποσοστό ίδιο, με εκείνο της δυσκολίας συγκέντρωσης της προσοχής. Ακολουθούν οι διαταραχές στον προφορικό λόγο καθώς και η υπερκινητικότητα,

...είναι εξαιρετικά δύσκολο να καθίσει στη θέση του... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.5)

στοιχεία που υπάρχουν σε επτά διαγνώσεις αντιστοίχως. Σε δύο μόνο διαγνώσεις η ΔΕΠ-Υ προσδιορίζεται από παρορμητικότητα καθώς και διαταραχές στην ορθογραφία και το χωροχρονικό προσανατολισμό. Τέλος , σε μία διάγνωση που αφορά τη ΔΕΠ-Υ, η προσοχή εστιάζεται στη διαταραχή της μνήμης. Στις διαγνώσεις των δημόσιων νοσοκομείων (Δ.Ν) , αν και πολύ λιτές στην περιγραφή τους, κυριαρχεί η απόδοση συμπτωμάτων που αφορά τις διαταραχές στο συναίσθημα

...σημαντικές δυσκολίες στην αυτορρύθμιση του συναισθήματος... (Δ.Ν.5)

και τις διαταραχές στη συμπεριφορά (σε έξι διαγνώσεις). Ακολουθεί σε πέντε διαγνώσεις η παρορμητικότητα, η δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής καθώς και οι διαταραχές στην ανάγνωση

...η αναγνωστική του ικανότητα είναι χαμηλότερη από την αναμενομένη... (Δ.Ν.3)

και στα μαθηματικά. Η υπερκινητικότητα σαν βασικό χαρακτηριστικό διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ υπάρχει σε δύο αξιολογήσεις. Τέλος, στα Κ.Ψ.Υ (κέντρα ψυχικής υγείας), κυρίαρχο στοιχείο των αξιολογητών προκειμένου να χορηγήσουν διάγνωση για ΔΕΠ-Υ είναι ο προσδιορισμός της μέσω των διαταραχών στη γραφή και την ανάγνωση.

...σημαντική δυσκολία στην αποκωδικοποίηση των λέξεων... (Κ.Ψ.Υ.1)

Σε έντεκα (11) από τις δεκατρείς (13) διαγνώσεις, υπάρχουν αυτά τα χαρακτηριστικά. Έπεται, η δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής σε δέκα (10) διαγνώσεις και ακολουθούν οι διαταραχές στην ορθογραφία σε οκτώ. Σημαντικό είναι να προσεχθεί πως η υπερκινητικότητα βρίσκεται στα ίδια ποσοστά με τις διαταραχές στα

μαθηματικά, σε έξι διαγνώσεις έκαστο. Σε σχέση με τα Κ.Ε.Δ.Δ.Υ. και τα δημόσια νοσοκομεία, οι διαταραχές στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά,

...εκρήξεις θυμού, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα...(Κ.Ψ.Υ.13)

αξιολογούνται σε ένα μικρό αριθμό διαγνώσεων (δύο) καθώς και η παρορμητικότητα.

Γενικά, φαίνεται πως ένα μεγάλο ποσοστό των αξιολογητών και στους τρεις φορείς, θεωρεί σαν σημαντικό στοιχείο προσδιορισμού για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τις διαταραχές στην γραφή και την ανάγνωση, καθώς αυτές υπάρχουν σε είκοσι έξι (26) και είκοσι μία (21) αξιολογήσεις αντίστοιχα. Επίσης, η δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής είναι σημαντικότερος παράγοντας αξιολόγησης, κάνοντας παρουσία σε είκοσι τέσσερις (24) διαγνώσεις. Σε σημαντικά ποσοστά κυμαίνονται οι διαταραχές στο συναίσθημα

...αγχώδεις εκδηλώσεις...(Κ.Ψ.Υ.11)

και τη συμπεριφορά, μιας και δεκαοκτώ (18) και δεκαεπτά (17) διαγνώσεις αντιστοίχως, τις περιλαμβάνουν μέσω της απόδοσης των συμπτωμάτων τους για να προσδιορίσουν τη ΔΕΠ-Υ. Ιδιαίτερης σημασίας είναι τα ποσοστά παρουσίας της υπερκινητικότητας (λέξης «κλειδί» στη διεθνή βιβλιογραφία για τη ΔΕΠ-Υ) στις διαγνώσεις μιας και υπάρχει σαν στοιχείο προσδιορισμού σε δεκαπέντε (15) διαγνώσεις.

...παρουσίασε υπερκινητικότητα...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.4)

Τα συμπτώματα που ενυπάρχουν στις διαταραχές στην κατανόηση, στη διαταραχή στα μαθηματικά και στην ορθογραφία αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ σε δώδεκα (12) διαγνώσεις. Η παρορμητικότητα και οι διαταραχές στον προφορικό λόγο φαίνεται να προσδιορίζουν τη ΔΕΠ-Υ μέσω των αξιολογήσεων σε εννέα διαγνώσεις.

...παρατηρούνται δυσκολίες στην εκφορά ορισμένων φωνημάτων...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.5)

Επιπλέον, τα συμπτώματα των διαταραχών στην άρθρωση και των διαταραχών στο χωροχρονικό προσανατολισμό αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ σε έξι και πέντε αξιολογήσεις αντίστοιχα. Τέλος, δύο διαγνώσεις, προσδιορίζουν τη ΔΕΠ-Υ μέσα από τις διαταραχές στη μνήμη.

3.1.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΔΕΠ-Υ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ

Προκειμένου να διερευνηθούν οι ερμηνευτικές προσεγγίσεις των ειδικών επαγγελματιών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, θεωρήθηκε σημαντικό να επισημανθεί η γλωσσική ορολογία που χρησιμοποιείται για να της αποδοθούν ποιοτικά χαρακτηριστικά.. Έτσι λοιπόν, στους πίνακες που ακολουθούν, καταγράφεται η ορολογία που χρησιμοποιείται ανά ειδικότητα που συμμετέχει στη διαδικασία της αξιολόγησης και ανά φορέα. Οι ειδικότητες που συμμετέχουν στις διαγνώσεις που μελετώνται είναι αυτές του ψυχολόγου, του κοινωνικού λειτουργού, του ειδικού παιδαγωγού, του παιδοψυχιάτρου, του λογοθεραπευτή και του εργοθεραπευτή. Ειδικότερα :

Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους ψυχολόγους των φορέων	ΚΕ.Δ.Δ.Υ. N	Δ.Ν. N	Κ.Ψ.Υ N	ΣΥΝΟΛΟ N
Δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής	3	-	8	11
Αναγνωστική ανωριμότητα	-	-	9	9
Υπερκινητικότητα	4	-	4	8
Δυσχέρεια στη φωνολογική ενημερότητα	-	-	8	8
Διάσπαση προσοχής	3	2	1	6
Ελλείψεις σε μαθηματικές έννοιες	1	1	3	5
Ανώριμος γραφοκινητικός συντονισμός	-	-	5	5
Δυσκολίες στο γραπτό λόγο	-	-	5	5
Άρνηση συνεργασίας	4	-	-	4
Ματαίωση	3	-	-	3
Ψυχοσυναισθηματική ανωριμότητα	3	-	-	3
Κοινωνικά προβλήματα	3	-	-	3
Εύκολη κόπωση	2	-	-	2

Μη αναπτυγμένος περιγραφικός λόγος	1	-	1	2
Δυσκολία στην κατανόηση κανόνων συμπεριφοράς	2	-	-	2
Παρορμητικότητα	-	-	2	2
Απόσυρση – κατάθλιψη	1	-	-	1
Έλλειψη ορίων	1	-	-	1
Άρνηση	1	-	-	1
Προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη	1	-	-	1
Διαταραχές στην άρθρωση – τραυλισμός	-	-	1	1
Αποεπένδυση	-	-	1	1
Συναισθηματικές δυσκολίες	-	-	1	1

Πίνακας 3.1.2.^α Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους ψυχολόγους των φορέων

Κάτι που φαίνεται άμεσα από τον πίνακα που προηγείται, είναι πως οι ψυχολόγοι απουσιάζουν σαν ειδικότητα σε μεγάλο ποσοστό από τη διαδικασία της διάγνωσης στα δημόσια νοσοκομεία. Εκεί, η διάγνωση βασίζεται κυρίως στους παιδοψυχιάτρους (βλ. πίνακα 1.1.2.γ). Μόνο σε δύο περιπτώσεις συμμετέχουν, εντοπίζοντας σαν χαρακτηριστικό γνώρισμα προκειμένου για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τη διάσπαση προσοχής και τις ελλείψεις σε βασικές μαθηματικές έννοιες. Επίσης, σημαντικό είναι να τονιστεί πως σε μεγάλο βαθμό, οι ψυχολόγοι των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και των Κ.Ψ.Υ., εστιάζουν σε διαφορετικά χαρακτηριστικά και χρησιμοποιούν διαφορετικούς προσδιορισμούς προκειμένου να διαγνώσουν τη ΔΕΠ-Υ στα προς αξιολόγηση παιδιά. Οι μεν πρώτοι χρησιμοποιούν περισσότερο χαρακτηριστικά που εστιάζουν σε συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές παρατηρήσεις, ενώ οι ψυχολόγοι των Κ.Ψ.Υ. προσδιορισμούς που συνδέονται με γνωστικά ελλείμματα και δυσχέρειες στο λόγο. Και στους δύο φορείς ωστόσο, υπάρχουν διαγνώσεις που αναφέρουν τη δυσκολία στη συγκέντρωση της προσοχής, με διαφορετική παρουσία παρ' όλα αυτά. Σε τρεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και σε οκτώ των Κ.Ψ.Υ. ο μη αναπτυγμένος περιγραφικός λόγος υπάρχει σε μία διάγνωση ανά φορέα. Οι ψυχολόγοι και στους τρεις φορείς, χρησιμοποιούν τον χαρακτηρισμό της διάσπασης της προσοχής. Ο προσδιορισμός αυτός εντοπίζεται σε τρεις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., σε δύο των νοσοκομείων και σε μία των Κ.Ψ.Υ.

Αντίθετα, οι ελλείψεις σε μαθηματικές έννοιες εντοπίζονται σε μία διάγνωση των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και των νοσοκομείων και σε τρείς στα Κ.Ψ.Υ.

Πιο συγκεκριμένα, οι ψυχολόγοι των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., χρησιμοποιούν περισσότερο στις αξιολογήσεις τους την άρνηση για συνεργασία και την υπερκινητικότητα. Αμφότερα τα χαρακτηριστικά εντοπίστηκαν σε τέσσερις διαγνώσεις.

...διαρκή κινητική ανησυχία στο κάθισμά του...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.8)

Στη συνέχεια, σε τρείς διαγνώσεις εμφανίζονται η δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, η ματαίωση, τα κοινωνικά προβλήματα και η ψυχοσυναισθηματική ανωριμότητα.

*...η κοινωνικο- συναισθηματική του προσαρμογή χαρακτηρίζεται
μέτρια...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.10)*

Η κατάθλιψη, η αποεπένδυση, η άρνηση και η έλλειψη ορίων εμφανίζονται σαν ορολογία σε μία διάγνωση η κάθε μία. Σημαντική θεωρείται από τους ψυχολόγους των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και η εύκολη κόπωση καθώς και η δυσκολία των παιδιών στην κατανόηση των κανόνων συμπεριφοράς. Ενδιαφέρον έχει απ' την άλλη, οι γλωσσικοί προσδιορισμοί που χρησιμοποιούν οι ψυχολόγοι των Κ.Ψ.Υ. Σε εννέα από τις δεκατρείς (13) διαγνώσεις που χρησιμοποιήθηκαν, η αναγνωστική ανωριμότητα θεωρείται πρωτεύον χαρακτηριστικό που συνοδεύει τη διάγνωση για ΔΕΠ-Υ.

«...αργός συλλαβικός ρυθμός ανάγνωσης...(Κ.Ψ.Υ.2)

Ακολουθούν σε υψηλά ποσοστά, η δυσχέρεια στη φωνολογική ενημερότητα και η δυσκολία στη συγκέντρωση της προσοχής

...δυσχέρεια στη φωνολογική ενημερότητα και τη διάκριση φθόγγων... (Κ.Ψ.Υ.6)

με παρουσία σε οκτώ διαγνώσεις η κάθε μία. Ο ανώριμος γραφοκινητικός συντονισμός και οι δυσκολίες στο γραπτό λόγο είναι δύο γνωρίσματα που χρησιμοποιούνται συχνά από τους ψυχολόγους των Κ.Ψ.Υ προκειμένου να αποδώσουν σε ένα παιδί τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Και τα δύο γνωρίσματα εμφανίζονται σε πέντε αξιολογήσεις. Η υπερκινητικότητα υπάρχει σε τέσσερις διαγνώσεις και η παρορμητικότητα σε δύο. Στις διαγνώσεις χρησιμοποιήθηκε επίσης

σε μικρότερο ποσοστό (σε μία η κάθε μία), η απόδοση χαρακτηριστικών που αφορά τις συναισθηματικές δυσκολίες και τη διαταραχή της άρθρωσης.

Γενικά, στο σύνολο των διαγνώσεων, ο προσδιορισμός που χρησιμοποιείται πιο συχνά (σε έντεκα (11) διαγνώσεις) είναι αυτός της δυσκολίας στη συγκέντρωση της προσοχής.

...δυσκολίες στον έλεγχο της προσοχής...(Δ.Ν.5)

Ακολουθεί η αναγνωστική ανωριμότητα σε εννέα διαγνώσεις και στον ίδιο αριθμό διαγνώσεων (σε οκτώ διαγνώσεις) η υπερκινητικότητα και η δυσχέρεια στη φωνολογική ενημερότητα. Η διάσπαση της προσοχής αποδίδεται στη ΔΕΠ-Υ σε έξι διαγνώσεις και εν συνεχεία σε πέντε διαγνώσεις εμφανίζονται οι ελλείψεις σε μαθηματικές έννοιες , ο ανώριμος γραφοκινητικός συντονισμός και οι δυσκολίες στο γραπτό λόγο. Η ΔΕΠ-Υ προσδιορίζεται γλωσσικά σε τέσσερις διαγνώσεις από την άρνηση συνεργασίας και ακολουθούν σε τρεις, η ματαίωση, η ψυχοσυναισθηματική ανωριμότητα και τα κοινωνικά προβλήματα. Μολονότι η εύκολη κόπωση, ο μη ανεπτυγμένος περιγραφικός λόγος, η δυσκολία στην κατανόηση της συμπεριφοράς και η παρορμητικότητα αποδίδονται σαν χαρακτηριστικά γνώρισμα στη ΔΕΠ-Υ σε δύο διαγνώσεις το καθένα, δεν πρέπει να μην επισημανθεί. Το ίδιο φυσικά ισχύει και για την απόσυρση – κατάθλιψη, την έλλειψη ορίων, την άρνηση και τα προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη, χαρακτηριστικά που αποδίδονται σε μία διάγνωση το καθένα. Τέλος, σε μία διάγνωση έκαστος, εμφανίζονται οι προσδιορισμοί των διαταραχών στην άρθρωση, της αποεπένδυσης και των συναισθηματικών δυσκολιών.

Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους κοινωνικούς λειτουργούς των φορέων	ΚΕ.Δ.Δ.Υ. N	Δ.Ν N	Κ.Ψ.Υ N	ΣΥΝΟΛΟ N
Έλλειψη ορίων	2	—	—	2
Προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο	2	—	—	2
Θυμός	1	—	—	1

Ένταση	1	–	–	1
Δύσκολη συνεργασία	1	–	–	1
Προσπάθεια επιβολής στο περιβάλλον	1	–	–	1
Δυσκολίες στο λόγο	1	–	–	1
Μέτρια κοινωνικοσυναισθηματική προσαρμογή	1	–	–	1
Δύσκολη εξωτερίκευση συναισθημάτων/ σκέψεων και επιθυμιών	1	–	–	1
Συναισθηματική αστάθεια	1	–	–	1
Ανασφάλεια	1	–	–	1

Πίνακας 3.1.2.^β. Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της ΔΕΠ-Υ από τους κοινωνικούς λειτουργούς των φορέων

Η ειδικότητα των κοινωνικών λειτουργών συμμετέχει στη διαδικασία της αξιολόγησης μόνο στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Γι' αυτό και δεν υπάρχουν δεδομένα που να τους αφορούν στα Κ.Ψ.Υ και τα Δ.Ν.. Ωστόσο, και στις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. που αναλύθηκαν, δεν υπάρχει σε όλες η αξιολόγηση των κοινωνικών λειτουργών (αν και προβλέπεται από τον κανονισμό των ΚΕ.Δ.Δ.Υ.), παρά σε ελάχιστες. Από τον πίνακα προκύπτει πως τα προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο (γνώση που βασίζεται στο κοινωνικό ιστορικό) και η έλλειψη ορίων είναι σημαντικοί παράγοντες για τους κοινωνικούς λειτουργούς προκειμένου να αποδώσουν τα χαρακτηριστικά τους για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

...είναι παντελώς ανοριοθέτητος...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.4)

Και οι δύο προσδιορισμοί υπάρχουν σε δύο διαγνώσεις ο καθένας. Επιπλέον, υπάρχουν σε μια διάγνωση τα χαρακτηριστικά της έντασης, του θυμού, της ανασφάλειας, της συναισθηματικής αστάθειας και της προσπάθειας επιβολής στο περιβάλλον. Επίσης, η δυσκολία στη συνεργασία, οι δυσκολίες στο λόγο, η μέτρια κοινωνικοσυναισθηματική προσαρμογή και η δυσκολία στην εξωτερίκευση συναισθημάτων, σκέψεων και επιθυμιών είναι χαρακτηριστικά που σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των κοινωνικών λειτουργών, αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ. Δεδομένου πως οι αξιολογήσεις των κοινωνικών λειτουργών των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. είναι οι μόνες που έχουμε στις διαγνώσεις, αποτελούν και το σύνολο αυτών.

Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους παιδοψυχιάτρους των φορέων	ΚΕ.Δ.Δ.Υ.	Δ.Ν.	Κ.Ψ.Υ	ΣΥΝΟΛΟ
	N	N	N	N
Συναισθηματικές δυσκολίες (άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση)	–	4	1	5
Αδυναμία συγκέντρωσης	1	3	–	4
Διάσπαση προσοχής	–	4	–	4
Προβλήματα λόγου	–	4	–	4
Δυσκολία στην κατανόηση οδηγιών	–	4	–	4
Παρορμητικότητα	–	4	–	4
Δυσχέρεια στην ανάγνωση	–	4	–	4
Υπερκινητικότητα	1	2	–	3
Αργός ρυθμός	–	3	–	3
Ψυχοκινητική ανωριμότητα	–	2	–	2
Εμμονές	1	1	–	2
Ματαιώση	–	2	–	2
Επιθετικότητα	–	1	1	2
Αναπτυξιακή καθυστέρηση	1	–	–	1
Ανολοκλήρωτη προσπάθεια	1	–	–	1
Ομιλία με αριθμούς	1	–	–	1
Προβλήματα στη φωνολογική ενημερότητα	–	1	–	1
Δυσκολίες συμπεριφοράς	–	1	–	1
Δυσκολίες στο γραπτό λόγο	–	1	–	1
Ελλιπής γραφοκινητικός συντονισμός	–	–	1	1
Ελλιπής χωροχρονικός προσανατολισμός	–	–	1	1
Εκρήξεις θυμού	–	–	1	1
Αδυναμία στη βραχυπρόθεσμη μνήμη	–	1	–	1

Πίνακας 3.1.2.γ Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους παιδοψυχιάτρους ανά φορέα

Μολονότι από την εγκύκλιο λειτουργίας των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. προβλέπεται στη διεπιστημονική επιτροπή αξιολόγησης και η ειδικότητα του παιδοψυχιάτρου, σε τρείς

μόνο από τις δεκατρείς (13) διαγνώσεις υπήρχε η συμμετοχή του με αξιολογική έκθεση (κάτι που αναπαρίσταται και στον πίνακα που προηγήθηκε). Αντίστοιχα, και στα Κ.Ψ.Υ η συμμετοχή του παιδοψυχιάτρου στην αξιολόγηση των μαθητών είναι μηδαμινή. Αντίθετα, στα Δ.Ν., ο παιδοψυχίατρος έχει τον κύριο λόγο και οι διαγνώσεις συχνά φέρουν μόνο την υπογραφή του.

Περιγράφοντας τον παραπάνω πίνακα, παρατηρείται πως ελάχιστες φορές συμπίπτει η απόδοση των ίδιων χαρακτηριστικών από τους παιδοψυχιάτρους των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και από αυτούς των Δ.Ν.. Η αδυναμία συγκέντρωσης, η υπερκινητικότητα και οι εμμονές είναι οι τρεις προσδιορισμοί που παρατηρούνται ταυτόχρονα στις διαγνώσεις των δύο φορέων. Απ' την άλλη, οι παιδοψυχίατροι των νοσοκομείων και των Κ.Ψ.Υ βρίσκουν κοινό τόπο όταν αναφέρονται σε συναισθηματικές δυσκολίες και επιθετικότητα, με τους παιδοψυχιάτρους των νοσοκομείων να χρησιμοποιούν συχνά (σε τέσσερις διαγνώσεις) των πρώτο προσδιορισμό και να τον συγκεκριμενοποιούν αναφερόμενοι σε άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

...συναισθηματική επιβάρυνση με άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση... (Δ.Ν.8)

Πιο συγκεκριμένα, οι παιδοψυχίατροι των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. δε φαίνεται να κάνουν συχνή χρήση κάποιου προσδιορισμού έναντι κάποιου άλλου μίας και όλοι τα γνωρίσματα που καταγράφηκαν εμφανίζονται σε μία διάγνωση ο καθένας. Αναφέρονται σε αναπτυξιακή καθυστέρηση, σε ανολοκλήρωτη προσπάθεια, σε εμμονές, σε αδυναμία συγκέντρωσης και υπερκινητικότητα. Εντύπωση προκαλεί ο όρος «ομιλία με αριθμούς» που εμφανίστηκε επίσης, σε μία διάγνωση. Αντίθετα, οι παιδοψυχίατροι στα Δ.Ν., δείχνουν μία τάση να χρησιμοποιούν διάφορους προσδιορισμούς (αν και δεν είναι συχνή η περιγραφική αξιολόγηση στις διαγνώσεις των νοσοκομείων). Η διάσπαση προσοχής, τα προβλήματα λόγου, η δυσκολία στην κατανόηση οδηγιών, η παρορμητικότητα καθώς και η δυσχέρεια στην ανάγνωση, είναι χαρακτηριστικά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για να αποδοθούν στη ΔΕΠ-Υ, με παρουσία σε τέσσερις διαγνώσεις ο καθένας. Σημαντική θέση φαίνεται να παίρνει και η αδυναμία συγκέντρωσης, καθώς υπάρχει σαν όρος σε τρεις διαγνώσεις, στον ίδιο αριθμό δηλαδή με τον αργό ρυθμό (και χωρίς περαιτέρω επεξηγήσεις όσον αφορά τη χρήση του όρου). Επίσης, η ψυχοκινητική ανωριμότητα και η ματαίωση είναι συχνοί προσδιορισμοί με παρουσία σε δύο διαγνώσεις έκαστος. Από μία φορά τέλος εμφανίζονται και οι γλωσσικοί προσδιορισμοί που σχετίζονται με τη γνωστική

εξέλιξη όπως η αδυναμία στη βραχυπρόθεσμη μνήμη, οι δυσκολίες στο γραπτό λόγο, τα προβλήματα στη φωνολογική ενημερότητα καθώς και οι δυσκολίες στη συμπεριφορά. Όσον αφορά στα Κ.Ψ.Υ οι παιδοψυχίατροι εκτός από τις συναισθηματικές δυσκολίες και την επιθετικότητα (όροι κοινοί με τους παιδοψυχιάτρους των νοσοκομείων), φαίνεται να εστιάζουν την προσοχή τους και στον ελλιπή γραφοκινητικό συντονισμό, τον ελλιπή χωροχρονικό προσανατολισμό και τις εκρήξεις θυμού.

Από το σύνολο των διαγνώσεων παρατηρείται πως το βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα που αποδίδουν οι παιδοψυχίατροι στη ΔΕΠ-Υ και καταγράφεται σε πέντε διαγνώσεις, είναι οι συναισθηματικές δυσκολίες που σχετίζονται με το άγχος, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.λ.π. Η αδυναμία συγκέντρωσης, η διάσπαση της προσοχής, τα προβλήματα λόγου, η δυσκολία στην κατανόηση οδηγιών, η παρορμητικότητα και η δυσχέρεια στην ανάγνωση φαίνεται να είναι παράγοντες που σύμφωνα με τους «ειδικούς» προσδιορίζουν τη ΔΕΠ-Υ σε σημαντικό βαθμό καθώς υπάρχουν σε τέσσερις διαγνώσεις ο καθένας. Σε τρεις περιπτώσεις οι παιδοψυχίατροι έχουν διαγνώσει ΔΕΠ-Υ αποδίδοντας στα παιδιά τα χαρακτηριστικά της υπερκινητικότητας και του αργού ρυθμού. Αντίστοιχα, σε δύο διαγνώσεις παρατηρούνται η ψυχοκινητική ανωριμότητα, οι εμμονές, η ματαίωση και η επιθετικότητα. Τέλος, σε μία διάγνωση, η ΔΕΠ-Υ αποδίδεται ξεχωριστά μέσω των γλωσσικών προσδιορισμών της αναπτυξιακής καθυστέρησης, της ανολοκλήρωτης προσπάθειας, της ομιλίας με αριθμούς, των προβλημάτων στη φωνολογική ενημερότητα και των δυσκολιών στη συμπεριφορά. Επίσης, σε μία διάγνωση παρατηρείται να αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ και τα χαρακτηριστικά των δυσκολιών στο γραπτό λόγο, του ελλιπούς γραφοκινητικού συντονισμού και του χωροχρονικού προσανατολισμού, των εκρήξεων θυμού και της αδυναμίας στη βραχυπρόθεσμη μνήμη.

Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους ειδικούς παιδαγωγούς των φορέων	ΚΕ.Δ.Δ.Υ.	Δ.Ν	Κ.Ψ.Υ	ΣΥΝΟΛΟ
	N	N	N	N

Ματαιώση	7	—	—	7
Διάσπαση προσοχής	7	—	—	7
Ανολοκλήρωτη μαθηματική σκέψη	6	—	—	6
Ανεπαρκής προφορικός λόγος	5	—	—	5
Συλλαβιστή ανάγνωση	4	—	—	4
Ελλιπής κατανόηση	4	—	—	4
Φωνολογικό έλλειμμα	4	—	—	4
Δυσκολία στη συνεργασία	4	—	—	4
Υπερκινητικότητα/συνεργασία	4	—	—	4
Ανολοκλήρωτος γραφοκινητικός συντονισμός	3	—	—	3
Επιμονή	3	—	—	3
Δυσανάγνωστη γραφή	3	—	—	3
Ορθογραφικά λάθη	3	—	—	3
Απουσία ορίων	3	—	—	3
Εγωκεντρική διάθεση	2	—	—	2
Χειρισμός	2	—	—	2
Αργός ρυθμός	2	—	—	2
Παρορμητικότητα	2	—	—	2
Επιθετικότητα	2	—	—	2
Δυσκολία στη χωροχρονική κατάταξη των γεγονότων	1	—	—	1
Κρίσεις θυμού	1	—	—	1
Δυσχερής αφήγηση	1	—	—	1
Αρθρωτικές δυσκολίες	1	—	—	1

Πίνακας 3.1.2.^δ Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους ειδικούς εκπαιδευτικούς των φορέων

Η ειδικότητα των Ειδικών Παιδαγωγών, συναντάται μόνο στις περιπτώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Απουσιάζουν παντελώς από τα Δ.Ν. και τα Κ.Ψ.Υ. προκειμένου για τις διαγνώσεις που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ. Οι εκπαιδευτικοί, λόγω της ειδικότητάς τους, εστιάζουν περισσότερο σε χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη μαθησιακή διαδικασία καθώς και τις παραμέτρους αυτής. Ωστόσο, από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως

αυτά που εντοπίζονται και αποδίδονται σαν σημαντικά χαρακτηριστικά, από ένα μεγάλο αριθμό εκπαιδευτικών κατά τη διαδικασία της εκπαιδευτικής αξιολόγησης που αφορά τη ΔΕΠ-Υ, είναι η ματαίωση και η διάσπαση προσοχής. Τα χαρακτηριστικά αυτά υπάρχουν σε επτά από τις δεκατρείς (13) διαγνώσεις, το καθένα.

...κουράζεται εύκολα και ...ματαιώνεται πολύ εύκολα...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.9)

Εν συνεχεία, σημαντικό ποσοστό καταλαμβάνουν η ανολοκλήρωτη μαθηματική σκέψη (έχει παρατηρηθεί σε έξι διαγνώσεις.

...δυσκολία στους νοερούς υπολογισμούς ...δυσκολία στον τρόπο εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.10)

και ο ανεπαρκής προφορικός λόγος (βρίσκεται σε πέντε διαγνώσεις).

...ο προφορικός λόγος είναι ελλιπής ως προς την απόδοση των βασικών εννοιών/πληροφοριών...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.3)

Προσδιορισμοί όπως, «συλλαβιστή ανάγνωση», «ελλιπής κατανόηση», «φωνολογικό έλλειμμα», «δυσκολία στη συνεργασία» και «υπερκινητικότητα» κατέχουν ιδιαίτερη θέση στο κομμάτι της παιδαγωγικής έκθεσης που ενυπάρχει στις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Συγκεκριμένα, οι προσδιορισμοί αυτοί εμφανίζονται σε τέσσερις διαγνώσεις ο κάθε ένας. Επίσης, σημαντική θέση έχουν και ο ανολοκλήρωτος γραφοκινητικός συντονισμός, η επιμονή, η δυσανάγνωστη γραφή, τα ορθογραφικά λάθη και η απουσία ορίων στις αξιολογήσεις, καθώς συναντώνται συνολικά τρεις φορές ο κάθε προσδιορισμός στις διαγνώσεις και αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ. Τέλος, η εγωκεντρική διάθεση, ο αργός ρυθμός, η επιθετικότητα, η παρορμητικότητα και ο χειρισμός είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα που αποδίδονται σε δύο διαγνώσεις ο κάθε ένας από τους εκπαιδευτικούς των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και η δυσκολία στη χωροχρονική κατάταξη, η δυσχερής αφήγηση, η παρουσία αρθρωτικών δυσκολιών και η κρίσεις θυμού σε μία. Εξαιτίας του ότι οι ειδικοί εκπαιδευτικοί συμμετέχουν στη διαδικασία της διάγνωσης μόνο στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ., τα χαρακτηριστικά που αποδόθηκαν στις διαγνώσεις του φορέα, αποτελούν και το σύνολο των διαγνώσεων.

Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους λογοθεραπευτές των φορέων	ΚΕ.Δ.Δ.Υ.	Δ.Ν.	Κ.Ψ.Υ	ΣΥΝΟΛΟ
	N	N	N	N
Αρθρωτικές δυσκολίες	2	—	—	2
Απουσία μορφοσυντακτικής δομής	1	1	—	2
Μη σταθερή βλεμματική επαφή	1	—	—	1
Άρνηση	1	1	—	1
Περιφραστική έκφραση	1	—	—	1
Διάσπαση προσοχής	1	—	—	1
Δυσκολία στον πραγματολογικό/σημασιολογικό τομέα	1	—	—	1
Κόπωση	—	1	—	1
Δυσκολία κατανόησης σύνθετων οδηγιών	—	1	—	1

Πίνακας 3.1.2.* Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους λογοθεραπευτές των φορέων

Από μία πρώτη ανάγνωση του πίνακα παρατηρείται πως τα Κ.Ψ.Υ δεν εντάσσουν τους λογοθεραπευτές στη διεπιστημονική ομάδα που αξιολογούν τους μαθητές και προβαίνουν σε διαγνώσεις. Απ' την άλλη, αν και προβλέπεται από τον κανονισμό λειτουργίας των ΚΕ.Δ.Δ.Υ (Υ.Α Γ6/4494/1.11.2001 – πρώην Κ.Δ.Α.Υ) η συμμετοχή των λογοθεραπευτών, αυτοί, σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις γνωμοδοτούν εγγράφως στις διαγνώσεις. Οι χαρακτηρισμοί που χρησιμοποιούν οι λογοθεραπευτές των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και των Δ.Ν., συγκλίνουν μόνο στον όρο της «διάσπασης της προσοχής».

Αναλυτικότερα, οι λογοθεραπευτές στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. χρησιμοποιούν περισσότερο τις αρθρωτικές δυσκολίες για να χαρακτηρίσουν τους προς αξιολόγηση, μαθητές με τη ΔΕΠ-Υ.

...παρουσιάζει σοβαρές αρθρωτικές δυσκολίες... με αποτέλεσμα ορισμένες φορές η ομιλία του να είναι δυσκατάληπτη...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.7)

Ο προσδιορισμός αυτός εντοπίζεται σε δύο διαγνώσεις. Ωστόσο, από μία φορά συναντώνται και η άρνηση, η μη σταθερή βλεμματική επαφή, η απουσία μορφοσυντακτικής δομής, η περιφραστική έκφραση και η δυσκολία στον

πραγματολογικό – σημασιολογικό τομέα. Αντίθετα οι λογοθεραπευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, προτιμούν να αποδίδουν στη ΔΕΠ-Υ τη δυσκολία κατανόησης σύνθετων οδηγιών σε μία διάγνωση, όπως επίσης και την κόπωση.

Γενικά οι αρθρωτικές δυσκολίες και η απουσία μορφοσυντακτικής δομής, είναι τα δύο βασικά χαρακτηριστικά που αποδίδουν στη ΔΕΠ-Υ οι λογοθεραπευτές των φορέων και εντοπίζονται σε δύο διαγνώσεις το κάθε ένα. Εν συνεχεία, άλλα χαρακτηριστικά που απαντώνται είναι η μη σταθερή βλεμματική επαφή, η άρνηση, η περιφραστική έκφραση, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στον πραγματολογικό – σημασιολογικό τομέα, η κόπωση και η δυσκολία στην κατανόηση σύνθετων οδηγιών. Αυτά τα χαρακτηριστικά εντοπίζονται σε μία διάγνωση το κάθε ένα.

Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους εργοθεραπευτές των φορέων	ΚΕ.Δ.Δ.Υ	Δ.Ν	Κ.Ψ.Υ	ΣΥΝΟΛΟ
	N.	N	N	N
Δυσκολία κατανόησης σύνθετων οδηγιών	—	1	1	2
Διάσπαση προσοχής	—	1	1	2
Κόπωση	—	1	—	1
Υπερκινητικότητα	—	—	1	1
Παρορμητικότητα	—	—	1	1
Δυσκολία οργάνωσης προσπάθειας	—	—	1	1

Πίνακας 3.1.2.^{στ} Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους εργοθεραπευτές των φορέων

Η ειδικότητα των εργοθεραπευτών φαίνεται να συμμετέχει στη διαγνωστική διαδικασία μόνο στα Δ.Ν. και στα Κ.Ψ.Υ. Μεταξύ των δύο αυτών φορέων, οι «ειδικοί» ταυτίζονται στη χρήση των προσδιορισμών της «Διάσπασης προσοχής» και της «Δυσκολίας στην κατανόηση σύνθετων οδηγιών» με παρουσία σε μία διάγνωση κάθε όρου.

...παρουσιάζει δυσκολίες στην κατανόηση σύνθετων οδηγιών... (Δ.Ν.2)

Στα νοσοκομεία επιπλέον, εμφανίζεται σε μία διάγνωση η κόπωση. Στα Κ.Ψ.Υ σε μία διάγνωση εντοπίζονται η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η δυσκολία στην οργάνωση της προσπάθειάς του μαθητή.

Συμπερασματικά λοιπόν, η διάσπαση της προσοχής και η δυσκολία στην κατανόηση σύνθετων οδηγιών είναι δύο χαρακτηριστικά που αποδίδονται συχνότερα στη ΔΕΠ-Υ από τους εργοθεραπευτές καθώς εμφανίζονται σε δύο διαγνώσεις έκαστο. Σε μία διάγνωση, οι γλωσσικοί προσδιορισμοί που αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ αφορούν την κόπωση, την υπερκινητικότητα, την παρορμητικότητα και τη δυσκολία στην οργάνωση της προσπάθειας του μαθητή.

3.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

3.2.1 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ

Οι δημόσιοι φορείς, εκτός από τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών που καλούνται να διερευνήσουν και να αξιολογήσουν, εισηγούνται επίσης την κατάταξη, εγγραφή και φοίτηση στην κατάλληλη σχολική μονάδα ή άλλο εκπαιδευτικό πλαίσιο ή πρόγραμμα ΕΑΕ (Ν3699/2008, αρθ1, παρ.4). Προκειμένου το ερώτημά μας να απαντηθεί όσο το δυνατόν πληρέστερα, θεωρήθηκε σκόπιμο να δούμε αρχικά σε πόσες διαγνώσεις προτάθηκε εκπαιδευτικό πλαίσιο και να προχωρήσουμε στην ανάλυση των εκπαιδευτικών προτάσεων των ειδικών ανά πλαίσιο παραπομπής.

Προτάσεις εκπαιδευτικού πλαισίου	ΚΕ.Δ.Δ.Υ	Δ.Ν	Κ.Ψ.Υ	ΣΥΝΟΛΟ
	N	N	N	N

Τμήμα Ένταξης	4	6	4	14
Παράλληλη Στήριξη	4	–	1	5
Τμήμα Ένταξης και παράλληλη στήριξη	1	–	–	1

Πίνακας 3.2.1 Προτάσεις εκπαιδευτικού πλαισίου ανά φορέα

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, από τις 48 διαγνώσεις που αναλύθηκαν, στις δεκατέσσερις (14) υπήρξε παραπομπή για φοίτηση των μαθητών σε τμήματα ένταξης, πέντε πρότειναν την παράλληλη στήριξη και σε μία διάγνωση προτάθηκε η φοίτηση σε τμήμα ένταξης συνεπικουρούμενη με εκπαιδευτικό παράλληλης στήριξης.

Συγκεκριμένα, στις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ, τέσσερις διαγνώσεις πρότειναν τμήμα ένταξης και τέσσερις επίσης παράλληλη στήριξη. Σε μία διάγνωση υπήρξε εισήγηση για παρακολούθηση του τμήματος ένταξης και παράλληλης στήριξης:

...εισηγούμαστε την παράλληλη στήριξη με πλήρες ωράριο και σε μόνιμη βάση...

....ωστόσο, θεωρούμε αναγκαία την παρακολούθηση του προγράμματος του Τμήματος Ένταξης... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.1)

Στις διαγνώσεις των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, σημειώθηκαν έξι παραπομπές για τμήμα ένταξης,

...συνίσταται η φοίτηση του μαθητή στην τάξη ένταξης του σχολείου...(Κ.Ψ.Υ.3)

ενώ δεν υπήρξε πρόταση για παράλληλη στήριξη. Τέλος, στα Δημόσια Νοσοκομεία, τέσσερις διαγνώσεις συνιστούσαν τμήμα ένταξης

...η παρακολούθηση του τμήματος ένταξης...θα υποστηρίξει περαιτέρω το μαθητή... (Δ.Ν.5.)

και μία διάγνωση, παράλληλη στήριξη.

...δεδομένης της κλινικής εικόνας (ΔΕΠ-ΥΠ), συνίσταται η παράλληλη στήριξη...(Δ.Ν.17)

Εκπαιδευτικές προτάσεις σε διαγνώσεις που προτείνουν τμήμα ένταξης	ΚΕ.Δ.Δ.Υ N	Κ.Ψ.Υ N	Δ.Ν. N	ΣΥΝΟΛΟ N
Θετική ενίσχυση – έπαινος	2	4	1	7
Περισσότερος χρόνος	–	6	–	6
Επικοινωνία αντιμετώπιση	–	5	–	5
Περιορισμένης έκτασης εργασίες	–	4	–	4
Αγνόηση λαθών	–	4	–	4
Εξέταση με προφορικές διαδικασίες	–	3	–	3
Ανάπτυξη και καλλιέργεια αφηγηματικού-περιγραφικού λόγου	3	–	–	3
Εξάσκηση στην ορθογραφία	3	–	–	3
Ανάπτυξη μεταγνωστικών δεξιοτήτων	3	–	–	3
Οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης	2	–	–	2
Διασφάλιση ομαδοσυνεργατικού περιβάλλοντος	2	–	–	2
Ανάθεση καθηκόντων/ρόλων	2	–	–	2
Εμπλουτισμός σημασιολογικού λεξιλογίου	2	–	–	2
Χρήση οπτικοποιημένου υλικού	2	–	–	2
Σχεδιασμός ατομικού προγράμματος/ χρονοδιαγράμματος	2	–	–	2
Να δίνονται σύντομες – σαφείς οδηγίες από το δάσκαλο	–	–	1	1
Δημιουργία κλίματος αποδοχής	–	–	1	1
Τοποθέτηση σε μπροστινό θρανίο	1	–	–	1
Διαφοροποιημένη διδασκαλία	1	–	–	1
Εξάσκηση στην γραπτή έκφραση	1	–	–	1
Εξάσκηση στην επίλυση προβλημάτων	1	–	–	1

Πίνακας 3.2.1.^α Εκπαιδευτικές προτάσεις ανά φορέα σε διαγνώσεις που πρότειναν τμήμα ένταξης.

Με μια πρώτη ανάγνωση του πίνακα 3.2.1.^α παρατηρούμε πως δεν υπάρχουν εκπαιδευτικές προτάσεις σε όλες τις διαγνώσεις. Στο σύνολο των δεκατεσσάρων (14)

διαγνώσεων που προτείνουν τμήμα ένταξης, οι επτά αναφέρονται σε θετική ενίσχυση και έπαινο. Οι έξι αναφέρουν σαν πρόταση την εξασφάλιση περισσότερου χρόνου και οι πέντε συνιστούν την επιεική αντιμετώπιση. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται σε τέσσερις διαγνώσεις, στην περιορισμένη έκταση των εργασιών και στην σκόπιμη αγνόηση των λαθών από μέρους των εκπαιδευτικών. Τρεις διαγνώσεις προτείνουν εξέταση με προφορικές διαδικασίες, την ανάπτυξη και καλλιέργεια του αφηγηματικού – περιγραφικού λόγου και των μεταγνωστικών δεξιοτήτων και επίσης την εξάσκηση στην ορθογραφία και την αυτοματοποίηση της ορθογραφημένης γραφής. Σημαντική παράμετρος είναι η οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης εκπαιδευτικού και μαθητή, η διασφάλιση ομαδοσυνεργατικού περιβάλλοντος, η ανάθεση καθηκόντων- ρόλων και εργασιών στο μαθητή, καθώς και η χρήση οπτικοποιημένου υλικού και ο σχεδιασμός ατομικού προγράμματος – χρονοδιαγράμματος, με παρουσία σε δύο διαγνώσεις ανά περίπτωση. Τέλος, εκπαιδευτικές προτάσεις που αφορούν τις σύντομες και σαφείς οδηγίες, τη δημιουργία κλίματος αποδοχής, τη διαφοροποιημένη διδασκαλία, την τοποθέτηση του μαθητή στο μπροστινό θρανίο και την εξάσκηση στη γραπτή έκφραση και την επίλυση προβλημάτων, εντοπίζονται σε μία διάγνωση κάθε φορά.

Συγκεκριμένα, η θετική ενίσχυση και ο έπαινος, προτείνεται σαν εκπαιδευτική πρόταση σε τέσσερις διαγνώσεις των Κ.Ψ.Υ, σε δύο των Κ.Ε.Δ.Δ.Υ και σε μία των Δ.Ν.

...να ενισχύονται και να επιβραβεύονται οι προσπάθειές του... (Κ.Ψ.Υ.4)

...η συνεχής ενθάρρυνση, η επιβεβαίωση, ο έπαινος, η επιβράβευση και η θετική ενίσχυση κάθε προσπάθειας του μαθητή...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.11)

...να ενισχύεται σε κάθε επιτυχημένη του προσπάθεια...(Δ.Ν.2)

Επίσης, σε έξι γνωματεύσεις των Κ.Ψ.Υ. αναφέρεται σαν σημαντική πρόταση, η παροχή περισσότερου χρόνου για την ολοκλήρωση των εργασιών από το μαθητή. Στις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και των Δ.Ν απουσιάζει αυτή η παράμετρος. Αντίστοιχα, σε πέντε διαγνώσεις των Κ.Ψ.Υ, συστήνεται επιεικής αντιμετώπιση, ενώ σε τέσσερις, πάλι του ίδιου φορέα, προτείνεται να δίνονται περιορισμένες σε έκταση εργασίες

...οι εργασίες που του ανατίθενται να είναι δομημένες και περιορισμένες σε έκταση...(Κ.Ψ.Υ.2)

και να μην λαμβάνονται υπόψη τα ορθογραφικά λάθη.

...σε περίπτωση γραπτών να μην λαμβάνονται υπόψη τα ορθογραφικά και συντακτικά του λάθη... (Κ.Ψ.Υ.3)

Σε τρεις διαγνώσεις των Κ.Ψ.Υ, συνίσταται η εξέταση με προφορικές διαδικασίες

...να εξετάζεται ως επί το πλείστον με προφορικές διαδικασίες... (Κ.Ψ.Υ.3)

και σε τρεις γνωματεύσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. προτείνεται η ανάπτυξη μεταγνωστικών δεξιοτήτων καθώς και η εξάσκηση στην ορθογραφία.

...η καλλιέργεια της ορθογραφικής ικανότητας... και η εκμάθηση μεταγνωστικών στρατηγικών... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.12)

Δύο διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. εστιάζουν και στη διασφάλιση ομαδοσυνεργατικού περιβάλλοντος και στην οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του μαθητή και του εκπαιδευτικού καθώς και στη χρήση οπτικοποιημένου υλικού και το σχεδιασμό ατομικού προγράμματος – χρονοδιαγράμματος.

...η συστηματική χρήση ποικίλου οπτικοποιημένου υλικού... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.3)

... ο σχεδιασμός και η κατάρτιση ημερησίων ατομικών προγραμμάτων και χρονοδιαγραμμάτων με σκοπό την ενίσχυση της αυτοοργάνωσης... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.3)

Καταληκτικά, σε μία διάγνωση των Δ.Ν προτείνονται οι σύντομες και σαφείς οδηγίες

...να του δίνονται σαφείς οδηγίες, με λίγες πληροφορίες κάθε φορά... (Δ.Ν.2)

και με παρουσία από μία φορά στις γνωματεύσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., η δημιουργία κλίματος αποδοχής, η διαφοροποιημένη διδασκαλία,

...η εφαρμογή μεθόδων και στρατηγικών διδασκαλίας προσαρμοσμένων στη διαφορετικότητά του... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.3)

η τοποθέτηση στο μπροστινό θρανίο και η εξάσκηση στη γραπτή έκφραση και τα μαθηματικά.

Εκπαιδευτικές προτάσεις σε διαγνώσεις που προτείνουν παράλληλη στήριξη	ΚΕ.Δ.Δ.Υ	Κ.Ψ.Υ	Δ.Ν.	ΣΥΝΟΛΟ
	N	N	N	N
Επίτευξη διευκόλυνσης για ισότιμη συμμετοχή	2	–	–	2
Θετική ενίσχυση – έπαινος	2	–	–	2
Διασφάλιση ομαδοσυνεργατικού περιβάλλοντος	1	–	–	1
Χρήση οπτικοποιημένου υλικού	1	–	–	1
Σαφείς οδηγίες	1	–	–	1
Τοποθέτηση σε μπροστινό θρανίο	1	–	–	1
Πολυαισθητηριακή διδασκαλία	1	–	–	1
Αναλυτική επεξήγηση	1	–	–	1
Συνέπεια του εκπαιδευτικού	1	–	–	1
Περισσότερος χρόνος	1	–	–	1
Διευκρινήσεις στην εξέταση	1	–	–	1
Σαφής διατύπωση κοινωνικών κανόνων	1	–	–	1
Τεχνικές εστίασης της προσοχής	1	–	–	1
Αποφυγή κριτικής	1	–	–	1
Διαφοροποιημένη διδασκαλία	1	–	–	1
Αποδοχή εναλλακτικής σκέψης	1	–	–	1
Προσαρμογή στο σχολικό περιβάλλον μέσω της ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών	1	–	–	1
Πλήρης αξιοποίηση των δυνατοτήτων	1	–	–	1
Ένταξη των ενδιαφερόντων του παιδιού στο σχολικό πρόγραμμα.				

Πίνακας 3.2.1^β Εκπαιδευτικές προτάσεις ανά φορέα σε διαγνώσεις που πρότειναν παράλληλη στήριξη

Όσον αφορά τις εκπαιδευτικές προτάσεις που υπάρχουν στις διαγνώσεις που προτείνουν παράλληλη στήριξη, αυτές εντοπίζονται σε δύο μόνο διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Μολονότι, υπάρχει και αντίστοιχη γνωμάτευση από Δ.Ν. δεν προβαίνει σε εκπαιδευτική πρόταση. Τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ λοιπόν προτείνουν στους εκπαιδευτικούς να

διευκολύνουν τους μαθητές για ισότιμη συμμετοχή καθώς και να τους ενισχύουν θετικά, επαινώντας τους. Αυτά τα στοιχεία βρίσκονται σε δύο διαγνώσεις.

...ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.6)

...επιβράβευση της προσπάθειας του μαθητή... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.8)

Επίσης, σε μια διάγνωση κάθε φορά, επισημαίνεται η πρόταση για διασφάλιση ομαδοσυνεργατικού περιβάλλοντος και η χρήση από τους εκπαιδευτικούς, οπτικοποιημένου υλικού

...χρήση οπτικοποιημένου εποπτικού υλικού... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.6)

και κατάλληλου εκπαιδευτικού λογισμικού. Σχετικά αναφέρεται και η πολυαισθητηριακή - διαφοροποιημένη διδασκαλία.

...η εφαρμογή μεθόδων και στρατηγικών διδασκαλίας προσαρμοσμένη στην ατομικότητά του (πολυαισθητηριακή διδασκαλία)... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.8)

Προτείνονται επίσης, η τοποθέτηση του μαθητή στο μπροστινό θρανίο, η απόδοση περισσότερου χρόνου στο μαθητή προκειμένου για τις απαντήσεις του καθώς και η συνέπεια του εκπαιδευτικού και η αναλυτική επεξήγηση των όσων αναφέρει στο μάθημα.

...συνέπεια από τους εκπαιδευτικούς όσον αφορά τους στόχους... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.6)

Οι διευκρινήσεις κατά την εξέταση, η σαφής διατύπωση κοινωνικών κανόνων και η αποφυγή κριτικής, είναι προτάσεις που επίσης, παρουσιάζουν ενδιαφέρον κατά την ανάλυση των γνωματεύσεων. Σημαντικές είναι και οι τεχνικές εστίασης της προσοχής που προτείνονται.

...η διακριτική χρήση λεκτικών ή μη λεκτικών επαναφορών και τεχνικών εστίασης της προσοχής του στο ζητούμενο έργο... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.8)

Τέλος, μία φορά σε κάθε γνωμάτευση, παροτρύνεται ο εκπαιδευτικός να αποδέχεται την εναλλακτική σκέψη καθώς και να εντάξει τα ενδιαφέροντα του παιδιού στο σχολικό πρόγραμμα αξιοποιώντας τις δυνατότητές του, ενώ καλείται και να βοηθήσει στην προσαρμογή του παιδιού στο υπόλοιπο σχολικό περιβάλλον μέσα από την ευαισθητοποίηση των συναδέλφων του εκπαιδευτικών.

...η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του συνόλου των εκπαιδευτικών προκειμένου να επιτευχθεί η προσαρμογή του στο σχολικό περιβάλλον...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.8)

Εκπαιδευτικές προτάσεις σε διαγνώσεις που προτείνουν τμήμα ένταξης και παράλληλη στήριξη	ΚΕ.Δ.Δ.Υ.	Κ.Ψ.Υ	Δ.Ν	ΣΥΝΟΛΟ
	N	N	N	N
Εξειδικευμένο πρόσωπο αναφοράς	1	—	—	1
Ενίσχυση μαθησιακής επίδοσης	1	—	—	1
Διευκόλυνση κοινωνικών αλληλεπιδράσεων	1	—	—	1

Πίνακας 3.2.1.⁷ Εκπαιδευτικές προτάσεις ανά φορέα σε διαγνώσεις που πρότειναν τμήμα ένταξης και παράλληλη στήριξη

Σε μία διάγνωση των ΚΕ.Δ.Δ.Υ (1) προτείνεται το πλαίσιο τόσο του τμήματος ένταξης όσο και συνίσταται η παρουσία εκπαιδευτικού παράλληλης στήριξης. Σε αυτή τη διάγνωση προτείνεται να υπάρχει για το παιδί εξειδικευμένο πρόσωπο αναφοράς που θα ενισχύσει τη μαθησιακή του επίδοση και θα διευκολύνει την κοινωνική του αλληλεπίδραση.

...ένα σταθερό και εξειδικευμένο πρόσωπο αναφοράς μπορεί να ενισχύσει τη μαθησιακή του επίδοση και να διευκολύνει τις κοινωνικές του συναλλαγές στο σχολικό περιβάλλον, με σκοπό την εξασφάλιση της ισότιμης συμμετοχής του στην εκπαιδευτική διαδικασία και την επίτευξη της σταδιακής αυτονομίας του...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.1)

3.2.2 ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

	ΚΕ.Δ.Δ.Υ	Κ.Ψ.Υ	Δ.Ν	ΣΥΝΟΛΟ
	N	N	N	N
Αριθμός Διαγνώσεων	5	11	17	33

Πίνακας 3.2.2 Αριθμός των διαγνώσεων που υπάρχουν θεραπευτικές προτάσεις ανά φορέα.

Από τον πίνακα 3.2.2 προκύπτει πως από το σύνολο των σαράντα οκτώ (48) διαγνώσεων που αναλύονται, οι τριάντα τρεις (33) περιέχουν κάποιου είδους θεραπευτική αντιμετώπιση. Συγκεκριμένα σε πέντε διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ παρουσιάζονται θεραπευτικές προτάσεις, έναντι έντεκα (11) των Κ.Ψ.Υ και δεκαεπτά (17) των Δ.Ν

Ο πίνακας που ακολουθεί, (3.2.2.α) μας παρουσιάζει τις θεραπευτικές προτάσεις που κάνουν οι ειδικοί των τριών φορέων, των οποίων τις γνωματεύσεις αναλύουμε. Από το σύνολο των σαράντα οκτώ (48) διαγνώσεων, οι είκοσι τέσσερις (24) προτείνουν τη συμβουλευτική των γονέων και οι δεκαοκτώ (18) την λογοθεραπεία, σαν αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Δεκαοκτώ (18) επίσης γνωματεύσεις, εστιάζουν σε συνεδρίες ειδικής διαπαιδαγώγησης και δεκαέξι (16) σε θεραπείες συμπεριφοράς. Αρκετά μικρότερος είναι ο αριθμός των διαγνώσεων που προτείνουν εργοθεραπεία (οκτώ) και εν συνεχεία, τρεις υποδεικνύουν σαν αντιμετώπιση των συμπτωμάτων την ψυχολογική υποστήριξη και την ατομική ψυχοθεραπεία. Τέλος, σε δύο διαγνώσεις ανά περίπτωση, αναφέρονται η παιδοψυχιατρική παρακολούθηση και η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Πιο συγκεκριμένα, η συμβουλευτική οικογένειας ή γονέων παρουσιάζεται σαν θεραπευτική πρόταση σε τέσσερις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., έξι των Κ.Ψ.Υ και δεκατέσσερις (14) των Δ.Ν. Εν συνεχεία, προτείνεται η λογοθεραπεία σε επτά γνωματεύσεις των Κ.Ψ.Υ και έντεκα (11) των Δ.Ν. Από τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ απουσιάζει σαν πρόταση θεραπευτικής αντιμετώπισης. Τρίτες σε συχνότητα, εμφανίζονται οι συνεδρίες ειδικής διαπαιδαγώγησης. Ενυπάρχουν σε μία διάγνωση των ΚΕ.Δ.Δ.Υ , εννέα των Κ.Ψ.Υ και οκτώ των Δ.Ν. Καθόλου αμελητέες στον αριθμό είναι και οι θεραπείες συμπεριφοράς, καθώς αν και δεν υπάρχουν στις γνωματεύσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ, τις συναντούμε σε πέντε από τις έντεκα (11) διαγνώσεις των Κ.Ψ.Υ και σε έντεκα (11) των Δ.Ν. Προχωρώντας στην παρουσίαση του πίνακα 3.2.3, παρατηρούμε πως και η εργοθεραπεία μπορεί μεν να προτείνεται σε μία μόλις διάγνωση των Κ.Ψ.Υ και να απουσιάζει από τις γνωματεύσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., ωστόσο, βρίσκεται σε επτά γνωματεύσεις των Δ.Ν. Η ψυχολογική υποστήριξη και η ατομική ψυχοθεραπεία δε, παρουσιάζονται σαν προτάσεις αντιμετώπισης η μεν πρώτη σε δύο διαγνώσεις των Κ.Ψ.Υ και μία των Δ. Ν και τανάπαλιν η δεύτερη. Καταλήγοντας, σημαντικό είναι να επισημανθεί πως τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. σε μία περίπτωση συστήνουν παιδοψυχιατρική παρακολούθηση και σε άλλη μία γνωμάτευση τα Δ.Ν.

Τέλος, σε δύο διαγνώσεις των Δ.Ν προτείνεται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ως μέθοδος αντιμετώπισης των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ

Θεραπευτικές προτάσεις	ΚΕ.Δ.Δ.Υ. N	Κ.Ψ.Υ N	Δ.Ν. N	ΣΥΝΟΛΟ N
Συμβουλευτική οικογένειας	4	6	14	24
Λογοθεραπεία	—	7	11	18
Συνεδρίες ειδικής διαπαιδαγώγησης	1	9	8	18
Θεραπείες συμπεριφοράς	—	5	11	16
Εργοθεραπεία	—	1	7	8
Ψυχολογική υποστήριξη	—	2	1	3
Ατομική ψυχοθεραπεία	—	1	2	3
Παιδοψυχιατρική παρακολούθηση	1	—	1	2
Φαρμακευτική αγωγή	—	—	2	2

Πίνακας 3.2.2.^α Προτάσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης ανά φορέα

3.2.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΦΟΙΤΗΣΗΣ

Μελετώντας και αναλύοντας τις γνωματεύσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., των Κ.Ψ.Υ και των Δ.Ν θεωρήσαμε σημαντικό να επισημάνουμε πως οκτώ γνωματεύσεις προτείνουν την επαναξιολόγηση των μαθητών μετά το πέρας ενός χρόνου ή στην ΣΤ΄ δημοτικού. Πέντε από αυτές τις προτάσεις επισημάνθηκαν στις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και τρεις στις γνωματεύσεις των Δ.Ν. Ιδιαίτερη σημασία ωστόσο έχει να αναφερθεί, πως εκτός αυτών των πέντε γνωματεύσεων των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., άλλες έξι διαγνώσεις είναι αποτέλεσμα νέας αξιολόγησης αφού έχει προηγηθεί ήδη μία. Τέλος, σε μία διάγνωση των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. συνίσταται από τη διεπιστημονική επιτροπή επαναφοίτηση του μαθητή.

...προτείνει την επαναφοίτηση του μαθητή στην Α΄ Δημοτικού...». Στην ίδια διάγνωση αναφέρεται επίσης πως: «...σε περίπτωση σχολικής αποτυχίας προτείνεται η εγγραφή του μαθητή σε Σχολική Μονάδα Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.5)

3.3 ΤΡΟΠΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΣΤΙΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΙΣ

3.3.1.α ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Κατά την ανάλυση των σαράντα οκτώ (48) γνωματεύσεων έγινε προσπάθεια να επισημανθούν διάφορα στοιχεία που ορίζουν το πλαίσιο της αξιολογικής προσέγγισης από τους ειδικούς επαγγελματίες, προκειμένου να προχωρήσουν στη διάγνωση του προς εξέταση μαθητή. Παρατηρήθηκε λοιπόν έλλειψη των στοιχείων αυτών.

Πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει σχεδόν καμία περιγραφή σχετικά με το άτομο/α που συνόδευαν το μαθητή στο φορέα, την ημέρα της διάγνωσης και βρέθηκαν κοντά του εκείνη την ώρα. Επίσης, στις περιπτώσεις που μαζί με το μαθητή προσήλθαν και οι γονείς, δε γίνεται λόγος για το που περίμεναν ή αν ήταν μέσα στην αίθουσα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Μόνο τρεις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., αναφέρουν κάτι σχετικά:

....δυσκολία στη συνεργασία με αποτέλεσμα η αξιολόγηση να γίνει παρουσία του πατέρα...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.4)

...χωρίς δυσκολία αποχωρισμού από τον πατέρα που τον συνόδευε...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.8)

...προσήλθε στο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. συνοδευόμενος από την κοινωνική λειτουργό...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.10)

Φυσικά δεν αναφέρεται αν κατά τη διάρκεια την αξιολόγησης, μέσα στην αίθουσα ήταν και άλλοι επαγγελματίες που αποτελούσαν τη διεπιστημονική επιτροπή ή αν τυχόν στην ίδια αίθουσα γίνονταν παράλληλα και άλλες αξιολογήσεις. Επιπροσθέτως, δεν υπάρχει σε καμία γνωμάτευση περιγραφή της ίδια της αίθουσας. Αν δηλαδή ήταν μία αίθουσα γεμάτη από πράγματα όπως γραφεία, βιβλιοθήκες, άλλου είδους έπιπλα ή κάτι που δυνάμει θα αποσπούσε την προσοχή του μαθητή, αν η αίθουσα ήταν σκοτεινή ή φωτεινή, αν το στύλ του δωματίου ήταν νεανικό, με χρώματα ή παλαιού τύπου με γκρίζους τοίχους και σιδερένια γραφεία. Αυτά τα στοιχεία πιθανόν, σε κάποιες περιπτώσεις, να επηρέαζαν τα αποτελέσματα της αξιολογικής διαδικασίας. Πέραν της χωροταξίας, ίσως κάποιο ρόλο να παίζει και η χρονική στιγμή που διεξήχθη αυτή. Αν ήταν πρωί ή απόγευμα, στο τέλος μιας πιθανόν κουραστικής

ημέρας για το μαθητή ή αν έγινε κατά τη διάρκεια των διακοπών των Χριστουγέννων ή του Πάσχα ή ακόμα και μέσα στις καλοκαιρινές του διακοπές.

Σημαντική είναι και η έλλειψη στοιχείων που αφορούν τον ίδιο το μαθητή την ημέρα που προσήλθε στο γραφείο των ειδικών επαγγελματιών για την αξιολόγηση. Δεν έχουμε καμία περιγραφή σχετικά με την εξωτερική του εμφάνιση (αν ήταν παχουλός ή αδύνατος, ψηλός ή κοντός, περιποιημένος ή ατημέλητος) ή άλλες λεπτομέρειες που πιθανόν να είναι σημαντικές προκειμένου να σχηματιστεί μια πληρέστερη γνώμη για το παιδί που αξιολογείται. Οι μόνες λεπτομέρειες που αναφέρονται, είναι κάποια πολύ γενικά στοιχεία σχετικά με το χαρακτήρα του. Τέσσερις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ αναφέρουν πως ο μαθητής είναι ευχάριστος

... προσέρχεται με ευχάριστη διάθεση... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.5)

τέσσερις επίσης, πως είναι συμπαθητικός και όμορφος,

...πρόκειται για ένα συμπαθητικό και όμορφο αγοράκι... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.4)

δύο πως είναι ευγενικός, δύο πως είναι χαρούμενος και όμορφος, μία πως είναι συνεργάσιμος και τέλος μία που τον χαρακτηρίζει αναστατωμένο.

...Ο...ήταν πολύ αναστατωμένος από την αρχή και έκλαιγε... (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.1)

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως τέτοιου είδους χαρακτηρισμοί λείπουν στο σύνολο των γνωματεύσεων που προέρχονται από τα Κ.Ψ.Υ και τα Δ.Ν.

Κάτι που επίσης λείπει από την εισαγωγική περιγραφή των γνωματεύσεων, είναι λεπτομέρειες σχετικά με το κλίμα που δημιουργήθηκε κατά την αξιολογική διαδικασία. Πώς επετεύχθη το όποιο κλίμα; Υπήρξαν παιχνίδια γνωριμίας και αν ναι ποια; Πώς δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης προκειμένου να χαλαρώσει το παιδί και να γίνει η αξιολόγηση με τον πιο αντικειμενικό τρόπο. Προηγήθηκαν από τον αξιολογητή ερωτήσεις προκειμένου να κατανοήσει την προσωπικότητα του παιδιού και να έχει μια πληρέστερη εικόνα για το άτομο που έχει απέναντί του;

Τέλος, σημαντική είναι και η παράλειψη σχετικά με τη χρήση των διαφόρων ψυχομετρικών εργαλείων. Σε κάποιες περιπτώσεις (θα παρουσιαστούν στον ακόλουθο πίνακα 3.3.1.β), αναφέρονται τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται χωρίς ωστόσο να γίνεται λόγος γιατί προτιμήθηκαν τα συγκεκριμένα έναντι άλλων. Τί ήταν

αυτό που έκανε τους αξιολογητές να τα προτιμήσουν και να τα χορηγήσουν στους μαθητές που είχαν μπροστά τους; Για ποιο λόγο ήταν κατάλληλα; Ποιος τα χορήγησε ανά περίπτωση; Δεν περιγράφεται πουθενά επίσης, ο βαθμός δυσκολίας τους. Ανταποκρίθηκαν όλες οι ερωτήσεις στο γνωστικό – συναισθηματικό – κοινωνικό επίπεδο του παιδιού; Και αν όχι, γιατί; Λόγω του επιπέδου του μαθητή ή ο ίδιος ο αξιολογητής έκρινε σκόπιμη τη διακοπή της χορήγησης καθώς η κλίμακα δεν ανταποκρινόταν ηλικιακά στο μαθητή στο σύνολο των ερωτήσεών της; Τέλος, τι εννοεί ο αξιολογητής λέγοντας άτυπα και τυπικά test.

...άτυπα κριτήρια εκπαιδευτικής αξιολόγησης...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.ΙΙ)

Στη συνέχεια, στον πίνακα 3.3.1.α θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν από τους ειδικούς επαγγελματίες προκειμένου για την αξιολόγηση των μαθητών.

3.3.1.β ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

Σύμφωνα με τον «Κανονισμό Λειτουργίας των Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ) των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες» (ΥΠΕΠΘ, 2001) (για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα των Δημόσιων Νοσοκομείων, δεν υπάρχει αντίστοιχη αναφορά στον κανονισμό λειτουργίας τους) καθορίζεται ως καθήκον και υποχρέωση των μελών του να χρησιμοποιεί τυπικές διαδικασίες και εργαλεία μέτρησης για την αξιολόγηση και τη διάγνωση και εξοικειώνεται και ενημερώνεται συνεχώς για όλες τις παραμέτρους, όπως την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, τα λάθη μέτρησης την κατάλληλη τεχνική εφαρμογή και τους περιορισμούς αυτών των μεθόδων. Επίσης, τονίζει πως θα πρέπει να χρησιμοποιεί προτοτυποποιημένους για όλα τα Κ.Δ.Α.Υ (σημερινά ΚΕ.Δ.Δ.Υ) τρόπους και μεθοδολογία ανίχνευσης, διάγνωσης, αξιολόγησης και διατύπωσης της γνωμάτευσης, ώστε γονείς, εκπαιδευτικοί και μαθητές να γνωρίζουν ότι σε οποιοδήποτε Κ.Δ.Α.Υ και αν προσέλθουν, θα ακολουθηθεί η ίδια διαδικασία.

Στον παρακάτω πίνακα 3.3.1.β, παρατηρείται πως το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε συχνότερα στις γνωματεύσεις είναι η κλίμακα WISC III. Συνολικά σε δέκα (10) γνωματεύσεις εμφανίζεται η συγκεκριμένη κλίμακα (ελληνική έκδοση) Τέσσερις φορές χρησιμοποιούνται τυπικά και άτυπα test (δεν αναφέρονται ποια). Ακολουθούν

σε δύο γνωματεύσεις η χρήση του Αθηνά Test, της κλίμακας CARS, το Cattell Weib Test και το τεστ ανίχνευσης και διερεύνησης των αναγνωστικών δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και Α΄- Β΄ Δημοτικού του Κωνσταντίνου Πόρποδα. Τέλος, από μία φορά χρησιμοποιήθηκαν σε αντίστοιχες διαγνώσεις το ερωτηματολόγιο Achenbach, το Raven test, το Bender Visual Motor Gestalt Test και το Τεστ Διάγνωσης Δυσλεξίας του Κέντρου Ψυχολογικών Μελετών.

Λεπτομερέστερα, το τυπικό κριτήριο νοημοσύνης WISC III χρησιμοποιήθηκε από τους ειδικούς σε οκτώ διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και από μία φορά στην αξιολόγηση των Κ.Ψ.Υ και Δ.Ν. Τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. μόνο, χρησιμοποίησαν σε τέσσερις περιπτώσεις άτυπα και τυπικά τεστ, χωρίς ωστόσο να δίνουν περισσότερες πληροφορίες για το ποια είναι αυτά τα τεστ και τι μετρούν.

...άτυπα και τυπικά κριτήρια εκπαιδευτικής αξιολόγησης...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.3,4)

Επιπλέον, τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ μόνο φαίνεται να χρησιμοποιούν το Αθηνά test σε δύο διαγνώσεις. Επίσης σε δύο διαγνώσεις, χρησιμοποιείται το τεστ Ανίχνευσης και Διερεύνησης των αναγνωστικών δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και Α΄- Β΄ Δημοτικού του Κωνσταντίνου Πόρποδα. Σε μία στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και σε μία στα Δ.Ν. Από τα Δ.Ν χρησιμοποιήθηκε σε δύο διαγνώσεις το Cattell Weib Test (αντιληπτικής ικανότητας), το τεστ Connors (για ΔΕΠ-Υ) και η κλίμακα CARS (διαταραχής συμπεριφοράς). Τέλος, μία φορά χρησιμοποίησαν τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. το Raven test και μία φορά παρουσιάστηκαν σε διάγνωση (Δ.Ν, 3) το Bender Visual Motor Gestalt Test και το Τεστ Διάγνωσης Δυσλεξίας του Κέντρου Ψυχολογικών Μελετών.

Σημαντική σημασία φαίνεται να δείχνουν οι ειδικοί επαγγελματίες των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. στην παλιά γνωμάτευση, καθώς χρησιμοποιείται (αναφέρεται στα εργαλεία αξιολόγησης) σε πέντε από τις έξι γνωματεύσεις που προήλθαν από επαναξιολόγηση. Τα Κ.Ψ.Υ και τα Δ.Ν δε φαίνεται να χρησιμοποιούν τις παλιές γνωματεύσεις

Ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν	ΚΕ.Δ.Δ.Υ. N	Κ.Ψ.Υ N	Δ.Ν N	ΣΥΝΟΛΟ N
WISC III	8	1	1	10
Άτυπα και τυπικά test	4	—	—	4

Αθηνά test	2	–	–	2
Cattelle Weib Test (Αντιληπτικής ικανότητας)	–	–	2	2
Test Connors	–	–	2	2
Κλίμακα CARS	–	–	2	2
Ανίχνευση και διερεύνηση των αναγνωστικών δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και Α΄ - Β΄ Δημοτικού του Κων/νου Πόρποδα	1	–	1	2
Ερωτηματολόγιο Achenbach	1	–	–	1
Raven test	1	–	–	1
Bender Visual Motor Gestalt test	–	–	1	1
Test Διάγνωσης Δυσλεξίας του κέντρου Ψυχολογικών Μελετών	–	–	1	1

Πίνακας 3.3.1.^β Ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ανά φορέα αξιολόγησης

.

3.3.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

Όπως φάνηκε και από τον παραπάνω πίνακα (3.3.1.β), σε ορισμένες διαγνώσεις χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς επαγγελματίες των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., των Κ.Ψ.Υ και των Δ.Ν σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία. Ωστόσο, το σύνολο των διαγνώσεων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα (48), έχουν προσδώσει τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ στους, προς αξιολόγηση, μαθητές. Στις περιπτώσεις λοιπόν, που δε χρησιμοποιούνται ψυχομετρικά εργαλεία κατά την αξιολογική διαδικασία, η αξιολόγηση διαμορφώνεται περιγραφικά. Οι ειδικοί επαγγελματίες περιγράφουν ορισμένα χαρακτηριστικά των παιδιών, χωρίς να αναφέρουν τα εργαλεία (παιδαγωγικά και ψυχομετρικά) που έχουν χρησιμοποιήσει για να οδηγηθούν σ' αυτό το χαρακτηρισμό ο οποίος αποδίδει τη ΔΕΠ-Υ.

...παρουσίασε χαμηλό κίνητρο για επίτευξη στόχων, ως προς τα γνωστικά ερεθίσματα που του δόθηκαν...

...δεν έκανε καθόλου επένδυση στις δραστηριότητες...

...είναι υπερκινητικός κατά την εξέταση...

...δε συνεργάστηκε στις δομημένες δραστηριότητες της αξιολόγησης...

...η ανάκληση των πληροφοριών ενός κειμένου από ακρόαση...

...με βάση τη δική μας εικόνα, ο ... παρουσιάζει προβλήματα
προσαρμογής...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.1)

...αποφεύγει να εκτελέσει εντολές και οδηγίες...

...χρειάζεται ενθάρρυνση και καθοδήγηση για να ανταποκριθεί στις
δοκιμασίες...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.2)

...δυσκολεύεται να εστιάσει την προσοχή του σε μια δραστηριότητα...

...κατά την επίδειξη εικόνων απαντά μονολεκτικά...

...δεν κατανοεί επαρκώς το σύντομο παραμύθι που διάβασε...

...στα μαθηματικά δεν έχει κατακτήσει βασικές προμαθηματικές έννοιες...

... η διεπιστημονική επιτροπή του ΚΕ.Δ.Δ.Υ, λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω
μαθησιακή, ψυχολογική αξιολόγηση καθώς και το κοινωνικό ιστορικό, εκτιμά ότι ο
μαθητής ανήκει στην κατηγορία των μαθητών με δυσκολίες που οφείλονται σε ΔΕΠ-
Υ...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ.5)

...ενώ έχει ενδιαφέρον για πολλές δραστηριότητες και παιχνίδια, δυσκολεύεται να
οργανώσει την προσπάθειά του...

...σε κείμενο που του διαβάζει ο ειδικός δυσκολεύεται στην επαναδιήγηση...(Κ.Ψ.Υ.1)

...από τη μαθησιακή αξιολόγηση προκύπτουν δυσκολίες της ανάγνωσης και διάσπαση
προσοχής με υπερκινητικότητα...(Κ.Ψ.Υ.7)

... από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων συμπεριφοράς καθώς και την κλινική
εξέταση, διαπιστώθηκε ότι το παιδί πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-
Υπερκινητικότητα (ICD-10, F90)...(Κ.Ψ.Υ.13)

...είναι πρόθυμος να συνεργαστεί στις δραστηριότητες που του ζητείται, κουράζεται
όμως εύκολα...

...παρουσιάζει δυσκολίες στην κατανόηση σύνθετων οδηγιών...(Δ.Ν.2)

... κατανοεί τις οδηγίες σε όλες τις δοκιμασίες, αλλά συχνά ζητά επανάληψη αυτών.

Παρατηρείται διάσπαση προσοχής, ιδιαίτερα σε όσες δοκιμασίες δυσκολεύεται...

...από την κλινική παιδοψυχιατρική επανεξέταση προκύπτει ότι ο ... εμφανίζει ΔΕΠ-Υ με σημαντικές δυσκολίες στην αυτορρύθμιση του συναισθήματος, στην ανοχή στη ματαίωση, στην τήρηση των κοινωνικών κανόνων...(Δ.Ν.3)

3.4 Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΩΝ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΩΝ

3.4.1 ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Κατά την ανάλυση των διαγνώσεων, σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρήθηκε διάσπαση των αξιολογικών απόψεων των ειδικοτήτων που συμμετείχαν σαν μέλη της διεπιστημονικής επιτροπής κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης. Ωστόσο, ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός, πως σε κάποιες περιπτώσεις υπήρξε και διάσπαση στην αξιολογική έκθεση του ίδιου του ειδικού. Σε κάποιες περιπτώσεις ο ψυχολόγος π.χ ή ο ειδικός παιδαγωγός, έρχεται σε αντίφαση μεταξύ των όσων γράφει στην αρχή και όσων γράφει στη συνέχεια. Στο επόμενο κεφάλαιο θα δούμε αυτές τις αντιφάσεις αναλυτικότερα.

3.4.2 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, σε κάποιες περιπτώσεις υπήρξε μεταξύ των ειδικοτήτων, διάσπαση αξιολογικών απόψεων. Συγκεκριμένα, στην πρώτη διάγνωση (ΚΕ.Δ.Δ.Υ., 1) που μελετούμε ο ψυχολόγος αναφέρει:

«...δεν ήθελε να αποχωριστεί τους γονείς του, έκλαιγε και αρνούσανταν κατηγορηματικά να συνεργαστεί...»

ενώ ο παιδοψυχίατρος στη δική του έκθεση λέει πως:

«...είναι ένα ήσυχο και ευχάριστο παιδί...»

Στην ίδια διάγνωση αναφέρεται παρακάτω από τον ψυχολόγο:

«...ο γενικός δείκτης του....ελέγχεται στα ευρέως φυσιολογικά πλαίσια...»

ενώ ο ψυχίατρος σημειώνει:

«...αναπτυξιακά υπολείπεται της ηλικιακής του φάσης...»

Τέλος, στη συγκεκριμένη γνωμάτευση, παρουσιάζεται και άλλη μία διάσταση απόψεων μεταξύ του ψυχιάτρου και του ειδικού παιδαγωγού αυτή τη φορά. Ο ψυχίατρος επισημαίνει πως:

«...αναπτυξιακά υπολείπεται της ηλικιακής του φάσης...»,

ενώ ο ειδικός παιδαγωγός:

«...ο προφορικός του λόγος χαρακτηρίζεται από λεξιλόγιο που βρίσκεται σε αντιστοιχία με το επίπεδο της χρονολογικής του ηλικίας...», «...διαθέτει λογικομαθηματική σκέψη ανάλογη της χρονολογικής του ηλικίας...»

Στη διάγνωση 2, των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., βρίσκουμε τις ακόλουθες διαφορές στις απόψεις των ειδικών. Ο ψυχολόγος αναφέρει:

«... το νοητικό του δυναμικό ελέγχεται σε φυσιολογικά για την ηλικία του επίπεδα...»

ενώ ο εκπαιδευτικός:

« οι επιδόσεις του υπολείπονται από το αναμενόμενο για την τάξη στην οποία φοιτά...».

Συνεχίζοντας την ανάλυση μας σχετικά με τη διάσταση των αξιολογικών απόψεων των ειδικοτήτων που συμμετέχουν στη διαδικασία της αξιολόγησης, παρατηρούμε και τα εξής στη διάγνωση με τον αριθμό 3, των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Μολονότι και ο ψυχολόγος και ο ειδικός παιδαγωγός λένε, ο μεν πρώτος πως :

« ...το νοητικό επίπεδο του μαθητή τοποτετείται στο μέσο φυσιολογικό επίπεδο...»

και ο δεύτερος πως:

«...συνεργάστηκε με προθυμία και συνέπεια»

η διεπιστημονική επιτροπή απεφάνθη πως:

«...ο μαθητής παρουσιάζει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ).

Στη διάγνωση 4 των ΚΕ.Δ.Δ.Υ, παρουσιάζεται η πρώτη διάσταση απόψεων στο λόγο του ίδιου ειδικού. Συγκεκριμένα, ο εκπαιδευτικός ειδικής αγωγής αναφέρει στην αρχή της έκθεσής του:

«...είναι ένα συμπαθητικό και όμορφο αγοράκι...»

και στη συνέχεια λέει πως:

«...δίνει την εικόνα αδιάφορου παιδιού ...είναι χυδαιολόγος, επιθετικός και η συνεργασία μαζί του ήταν εξαιρετικά δύσκολη...».

Στη συνέχεια επισημαίνεται και μία διαφορά μεταξύ των απόψεων του ειδικού παιδαγωγού και του ψυχολόγου. Ο ψυχολόγος αναφέρει:

«...το νοητικό δυναμικό του μαθητή κυμαίνεται στο μέσο φυσιολογικό επίπεδο με σημαντική διαφορά υπέρ του λεκτικού...»

και ο παιδαγωγός κάνει λόγο για:

«...μη εμπέδωση προγλωσσικών εννοιών ...φωνολογική διαταραχή ...λεξιλογικό έλλειμμα...».

Στη διάγνωση 7 των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. παρατηρούνται οι ακόλουθες διαφορές στις απόψεις των συμμετεχόντων στη διαδικασία της αξιολόγησης. Ο παιδοψυχολόγος αναφέρει στην αρχή:

«...δεν ολοκληρώνει ό, τι αρχίζει...»

και στη συνέχεια έρχεται ο λογοθεραπευτής για να σημειώσει πως:

«...η προσοχή του επανέρχεται στο ζητούμενο με υπενθύμιση από τον ενήλικα...»

Επίσης άλλη μία διάσταση απόψεων , στην ίδια διάγνωση, παρατηρείται μεταξύ του λογοθεραπευτή και του ειδικού παιδαγωγού. Ο πρώτος αναφέρει πως:

«συμμετέχει με διάθεση στο διάλογο, δίνει πολλές πληροφορίες για τον ίδιο, και κάνει ερωτήσεις...»

Στην ίδια διάγνωση ο παιδαγωγός αναφέρει:

«...είναι φειδωλός ως προς την προφορική του έκφραση...».

Ωστόσο και μεταξύ των λόγων του ίδιου του ειδικού παιδαγωγού, υπάρχει διάσταση απόψεων. Σε ένα σημείο της έκθεσής του λέει:

«....δεν εκδηλώνει ανάγκη να κινηθεί...»

και λίγο μετά...

«...παρουσιάζει έντονη σωματική ανησυχία...».

Αλλά και λόγο πιο κάτω λέει επίσης:

«...η συνεργασία μαζί του δεν είναι δύσκολη...»

και συνεχίζει λέγοντας:

« ...παρουσιάζεται ανοριοθέτητος και ανώριμος...»

. Επιπλέον, στη διάγνωση 9 των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., ο ψυχολόγος κάνει λόγο για:

«...ήπια συστολή..»

και ο εκπαιδευτικός της ειδικής αγωγής για:

«...φανερή δυσκολία προσαρμογής ...άγχος..» .

Καταλήγοντας, στη διάγνωση με τον αριθμό 10 των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., σημειώνονται δύο αντιφάσεις μεταξύ της έκθεσης του ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού. Στη μεν πρώτη, ο κοινωνικός λειτουργός αναφέρει:

«...καλή προσαρμογή...»

και ο ψυχολόγος λέει πως το παιδί έχει:

«...μέτρια κοινωνικο-συναισθηματική προσαρμογή...».

Στη δεύτερη δε περίπτωση διάσταση απόψεων, ο ψυχολόγος επισημαίνει:

«...δυσκολίες στους συμβατικούς κανόνες συμπεριφοράς...»

και ο κοινωνικός λειτουργός προσδίδει στο παιδί:

Με τα παραπάνω παραδείγματα παρμένα από τις διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. (στους υπόλοιπους φορείς, Κ.Ψ.Υ και Δ.Ν, δεν ήταν δυνατό να γίνει ανάλογος συσχετισμός απόψεων δεδομένου πως δεν υπάρχει συνήθως αξιολογική έκθεση αλλά και όπου υπάρχει δεν είναι ξεκάθαρο ποια ειδικότητα τη συντάσσει ανά περίπτωση) διαφαίνεται μια διάσταση αξιολογικών απόψεων μεταξύ των ειδικοτήτων που συμμετέχουν στην αξιολόγηση του μαθητή. Συνήθως παρατηρείται διάσταση στο λεξιλόγιο μεταξύ του ειδικού παιδαγωγού και του ψυχολόγου (σε τρεις περιπτώσεις). Σε δύο περιπτώσεις παρατηρείται ασυμφωνία στο λόγο μεταξύ ψυχολόγου και παιδοψυχιάτρου και κοινωνικού λειτουργού και ψυχολόγου. Σε μία περίπτωση μεταξύ των γνωματεύσεων που αναλύθηκαν παρατηρήθηκε διάσταση μεταξύ παιδοψυχιάτρου και εκπαιδευτικού ειδικής αγωγής, παιδοψυχιάτρου και λογοθεραπευτή, και λογοθεραπευτή και ειδικού παιδαγωγού. Άξιο αναφοράς είναι πως σε τρεις περιπτώσεις σημειώθηκε διάσταση στο λόγο του ίδιου του ειδικού επαγγελματία και συγκεκριμένα, στην έκθεση του ειδικού παιδαγωγού.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

4.1 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΟ ΛΟΓΟ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ

4.1.1 Η ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ

Η Αμερικανική ένωση ψυχολόγων (APA) εξέδωσε το 2013, τον ακόλουθο ορισμό για τη ΔΕΠ-Υ: *«Όταν τα παιδιά εκδηλώνουν συμπτώματα απροσεξίας και /ή παρορμητικότητας – υπερκινητικότητας σε βαθμό που αποκλίνει σημαντικά από το αναπτυξιακό τους επίπεδο, ασκώντας αρνητική επίδραση σε σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητάς τους, τότε ενδεχομένως να διαγνωστεί σε αυτά Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα, ή αλλιώς ΔΕΠ-Υ».*

Ωστόσο, το θέμα του ορισμού της ΔΕΠ-Υ έχει δημιουργήσει ποικίλες αντιδράσεις. Ο Timimi (2017) αναφέρει πως δεν μπορεί να υπάρξει έγκυρη διάγνωση για τη ΔΕΠ-Υ καθώς ο ορισμός που χρησιμοποιείται (και βάση αυτού χορηγούνται διαγνώσεις) αναφέρεται σε συμπτώματα που δεν είναι τίποτε άλλο από περιγραφές (και όχι εξηγήσεις) μιας συμπεριφοράς. Συνεχίζει, υποστηρίζοντας πως στην ψυχιατρική αν γίνει ταξινόμηση των διαταραχών βάση μόνο των όσων συμπτωμάτων μπορούν να περιγραφούν και όχι να εξηγηθούν θα εγείρετο θέμα ταυτολογίας και μια διάγνωση θα ήταν επισφαλής. Καταλήγει πως η ΔΕΠ-Υ δεν είναι ψυχιατρική διάγνωση αλλά μια περιγραφική κατάταξη της ανθρώπινης συμπεριφοράς από ανθρώπους με τη δικής τους προσωπική – ιδεολογική θεωρία για τη διάγνωση, που δε χρησιμοποιούν εμπειρικές μεθόδους για να εξασφαλίσουν την περιπτωσιολογία, στοιχείο σημαντικό στην ιατρική. Οι Burack & Enns (1997) υποστηρίζουν πως ο ορισμός της ΔΕΠ-Υ δεν είναι απόλυτα σαφής και έτσι, αποδεκτός από την ψυχιατρική κοινότητα. Οι λειτουργικοί ορισμοί, τέλος, που έχουν δοθεί κατά καιρούς στη ΔΕΠ-Υ και συνδέονται με τις διάφορες πτυχές της προσοχής, σύμφωνα με τον Nigg (2005), διαφέρουν αρκετά, κάτι που θέτει υπό αμφισβήτηση την ίδια τη διαταραχή καθώς και τα αξιολογικά συστήματα που την ορίζουν.

Μέσα από τις διαγνώσεις που μελετούμε στη παρούσα έρευνα, φαίνεται να επιβεβαιώνονται οι απόψεις των ερευνητών σχετικά με τη δυσκολία ορισμού της ΔΕΠ-Υ. Σε καμία από τις διαγνώσεις δεν υπάρχει ένας σαφής ορισμός που να εξηγεί τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αλλά γίνεται προσπάθεια από τους ειδικούς να

προσδιοριστεί μέσα από την απόδοση συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά αφορούν στην πλειοψηφία τους ελλείψεις που αποδίδονται στις μαθησιακές δυσκολίες, όπως δυσκολίες στην ανάγνωση, τη γραφή, την κατανόηση, την ορθογραφία, τη μνήμη κ.λ.π. Τα πορίσματα των ειδικών, προσανατολισμένα στο ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας, αναφέρονται σε διαταραχές, ενισχύοντας την άποψη πως η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που εγκολπώνει και πολλές άλλες. Οι ειδικοί φαίνεται να έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα να ορίζουν τα προβλήματα και κατ' επέκταση να διαμορφώνουν τις λύσεις (McDonell, 2012).

Η απουσία δυσκολίας ορισμού είναι εμφανής και στο γεγονός πως σε ελάχιστες περιπτώσεις αποδίδεται η ΔΕΠ-Υ ως αυτόνομη διαταραχή αλλά συνυπάρχει με άλλες στα τελικά κείμενα των φορέων. Μάλιστα συνήθως οι μαθησιακές δυσκολίες είναι αυτές που σύμφωνα με τους ειδικούς εμφανίζονται συχνότερα με τη ΔΕΠ-Υ. Αναρωτιέται κανείς λοιπόν αν -δεδομένου πως η απόδοση των συμπτωμάτων στη ΔΕΠ-Υ γίνεται κυρίως μέσα από την καταγραφή των ελλείψεων στο γραπτό και προφορικό λόγο και όχι τόσο στη συμπεριφορά- οι μαθησιακές δυσκολίες είναι το πρωτεύον στη διάγνωση και όχι η ΔΕΠ-Υ, γιατί μπαίνει και αυτή σαν σύνοδη κατάσταση. Πιθανότατα οι λόγοι να είναι οικονομικοί καθώς τα χρήματα που οι γονείς δικαιούνται για τις θεραπείες από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι αρκετά περισσότερα στην περίπτωση που μαζί με τις μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζεται και η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Θα βοηθούσε πιθανόν στην απάντηση του ερωτήματος, αν στις διαγνώσεις εμφανίζονταν και οι λόγοι παραπομπής των μαθητών στους διαγνωστικούς φορείς και γινόταν καταγραφή στο αν αυτοί αφορούσαν παρατηρήσεις στη συμπεριφορά ή στη μάθηση. Στις διαγνώσεις που μελετούμε ωστόσο, κάτι τέτοιο φαίνεται να παραλείπεται. Σύμφωνα με τον Κωτσάκη και συν. (2010), η πλειοψηφία των μαθητών που παίρνει τις διαγνώσεις παραπέμπεται με βάση το κριτήριο της μάθησης και όχι της συμπεριφοράς.

4.1.2. Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

Ένα βασικό ερώτημα της παρούσας έρευνας που τέθηκε προς διερεύνηση είναι ο τρόπος που προσεγγίζεται η ΔΕΠ-Υ μέσα στο λόγο των γνωματεύσεων των

διάφορων ειδικοτήτων που συμμετείχαν στη διεπιστημονική επιτροπή των δημοσιών ιατροπαιδαγωγικών κέντρων (ΚΕ.Δ.Δ.Υ., Κ.Ψ.Υ, Δ.Ν) καθώς και το μοντέλο της αναπηρίας που αυτός προωθεί. Εκ των πραγμάτων, ο όρος «γνωμάτευση» ή «διάγνωση» σαν τίτλος στα εν λόγω κείμενα, προσανατολίζει τον αναγνώστη σε ένα κείμενο ιατρικού προσανατολισμού από τον οποίο δύσκολα μπορεί να ξεφύγει και το περιεχόμενο. Η προσπάθεια του Ν3699/2008 να αποστασιοποιηθεί από την επικέντρωση στα ατομικά χαρακτηριστικά, χρησιμοποιώντας τον όρο «εκπαιδευτική αξιολόγηση», φαίνεται να είναι ανακόλουθη καθώς τα κείμενα των φορέων εστιάζουν στην παρέκκλιση από αυτό που θεωρείται φυσιολογικό. Το άτομο συνεχίζει να είναι το επίκεντρο της γνωμάτευσης και όχι το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αυτή συντελείται (Gilman et al, 2000)

Μέσω της γλώσσας νοηματοδοτούνται το σώμα και οι ενέργειες του ατόμου και μέσω αυτής ορίζεται η «εκπαιδευτική ανάγκη». Οι Hughes & Paterson, αναγνωρίζουν ότι η δύναμη του λόγου διαμορφώνει και αναπαράγει την αναπηρία, επομένως οι ιατρικοί όροι και οι διαγνωστικές ταμπέλες που χαρακτηρίζουν το σώμα, το κάνουν να τείνει να συμμορφώνεται με αυτές. Η δύναμη της διάγνωσης διαπερνά το σώμα και προγραμματίζει την επίδοσή του. Η αναπηρία με άλλα λόγια, είναι προϊόν των πρακτικών λόγου (Hughes & Paterson, 1997). Ο τρόπος με τον οποίο σκεφτόμαστε και ορίζουμε μια κατάσταση, καθορίζει άμεσα τον τρόπο και τα μέσα που επιλέγουμε να την αντιμετωπίσουμε (Παντελιάδου, 2007). Η προσέγγιση που υιοθετούν οι ειδικοί για την αναπηρία καθορίζει πώς την αναπαράγουν και πώς καλούν τους εμπλεκόμενους να την αντιμετωπίσουν.

Μέσα από τη μελέτη των διαγνώσεων παρατηρείται πώς χρησιμοποιείται ένα αρκετά ευρύ πλήθος όρων που προέρχονται από την ιατρική επιστήμη και ενισχύουν το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας προκειμένου να αποδοθούν τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ (βλ. πίνακες 3.1.2^{α,β,γ,δ,ε,στ}). Είναι σημαντικό το γεγονός πως αυτοί οι όροι δεν είναι κοινοί αλλά πηγάζουν από την ιδιότητα του ειδικού που αξιολογεί σε κάθε περίπτωση και σε κάθε φορέα. Οι παιδοψυχίατροι και οι ψυχολόγοι ειδικότερα, χρησιμοποιούν όρους που πηγάζουν από το λεξιλόγιο της ειδικότητάς τους και εστιάζουν συνήθως σε δυσκολίες, ελλείψεις, αδυναμίες και προβλήματα. Το παιδί παρουσιάζεται αρνητικά οριζόμενο με βάση αυτά που δεν έχει κατακτήσει ακόμα και το κάνουν να διαφέρει από το «φυσιολογικό» Οι κοινωνικοί λειτουργοί από την άλλη, εστιάζουν στις κοινωνικοποιητικές διαδικασίες αναφορικά με την παιδική ηλικία και

όχι σε αυτήν ως κοινωνική δομή. Οι παρατηρήσεις τους φαίνεται να ταυτίζονται με τον λόγο των ψυχολόγων, εμμένοντας στις ελλείψεις που προκύπτουν από θεσπισμένα –σύμφωνα με την αναπτυξιακή ψυχολογία- στάδια ωρίμανσης και ανάπτυξης. Από τον κανονιστικό λόγο που ορίζει το διαφορετικό ως αποκλίνον, δε φαίνεται να ξεφεύγουν ούτε οι ειδικοί παιδαγωγοί καθώς αποδίδουν στη ΔΕΠ-Υ γνωρίσματα που προκύπτουν –κυρίως στο μαθησιακό/γλωσσικό τομέα- από τις αδυναμίες των μαθητών να αναπτύξουν δεξιότητες που αναμένεται να έχουν κατακτηθεί στην ηλικία τους. Σύμφωνα με τον Slee (2001), η ειδική αγωγή φαίνεται να έχει υιοθετήσει ορολογία από την ιατρική και την ψυχολογία και ο λόγος της εξακολουθεί να αντανακλάται σε υποθέσεις σχετικά με το «παθολογικό» και το «φυσιολογικό».

Συμπερασματικά, μέσω του λόγου και της ορολογίας που χρησιμοποιούν οι ειδικοί, φαίνεται να αναπαράγεται το μοντέλο της αναπηρίας ως προσωπική τραγωδία του μαθητή, καθώς στην πλειοψηφία τους χρησιμοποιούν ιατρικούς όρους που εγκολπώνουν τις αδυναμίες του μαθητή, την ανικανότητά του, τα ελλείμματά του, καθώς και τις ειδικές, εκπαιδευτικές του ανάγκες.

4.2 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

4.2.1 Η ΕΝΤΑΞΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.

Σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2010), οι βασικές αρχές που διέπουν τη φιλοσοφία της ένταξης και τη δημιουργία ενός διαφορετικού σχολικού συστήματος, είναι το δικαίωμα όλων των παιδιών για ισότιμη πρόσβαση στην «κανονική» εκπαίδευση, καθώς και το δικαίωμα των παιδιών με ΕΕΑ ή/και αναπηρία για καλύτερη «διαπαιδαγώγηση» εξαλείφοντας την έννοια του αποκλεισμού. Επιπλέον, το δικαίωμα της ισότιμης εκπαίδευσης όλων των παιδιών με ή χωρίς ιδιαιτερότητες στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Άλλη μία από τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη σχολική πραγματικότητα είναι η ανάπτυξη της έννοιας της συνύπαρξης

και του μοντέλου αλληλεγγύης. Όσον αφορά στο αναλυτικό πρόγραμμα αυτό θα πρέπει να προσαρμόζεται έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες του κάθε παιδιού, και να οργανώνεται σε ευέλικτα προγράμματα πλούσια σε κοινωνικές δραστηριότητες καθώς επίσης και σε εναλλακτικά ψυχοπαιδαγωγικά προγράμματα με σκοπό την ενίσχυση των κινήτρων για μάθηση σε όλα τα παιδιά (Ζώνιου- Σιδέρη, 2000).

Επιπλέον, η διδασκαλία θα πρέπει να είναι προσωποποιημένη και εξατομικευμένη ώστε να μπορεί να υποδέχεται ακόμη και μαθητές με κίνδυνο κοινωνικού και σχολικού αποκλεισμού εξαιτίας διάφορων ατομικών και κοινωνικών παραγόντων, αλλά και παιδιά με σοβαρές σωματικές και νοητικές δυσλειτουργίες. Έτσι με αυτόν τον τρόπο θα δώσει τη δυνατότητα σε όλους τους μαθητές να επωφεληθούν από τη διαφορετικότητα, καθώς θα τους βοηθήσει να αλλάξουν τον τρόπο στάσης τους απέναντι στο διαφορετικό (Πολυχρονοπούλου, 2003^α). Τέλος, μια ακόμη βασική αρχή της ένταξης είναι ότι η μετεκπαίδευση των δασκάλων πρέπει να επικεντρώνεται σε ζητήματα ενταξιακής πολιτικής πρακτικής και φιλοσοφίας δημιουργώντας τις κατάλληλες δομές υποστήριξης επικεντρωμένες στο παιδί, την οικογένεια και το σχολείο (Ζώνιου-Σιδέρη, 2000).

Η εκπαιδευτική ένταξη στην Ελλάδα μπορεί να ερμηνευτεί ως «μη εύκολη υπόθεση», αλλά όχι ως «μη πραγματοποιήσιμη». Αποτελεί έναυσμα και προοπτική για μια «σχολική εσωτερική μεταρρύθμιση» και μια εκπαιδευτική πολιτική και οργάνωση, που θα ξεπερνά το κατακερματισμένο εκπαιδευτικό σύστημα και θα έχει ως βάση μια γενική παιδαγωγική και λογική, εξελικτική διδακτική (Ζώνιου – Σιδέρη, 2004). Μία ενταξιακή λογική και σκέψη προάγει την επανατοποθέτηση και τον ανασχεδιασμό του συστήματος αξιών και οργάνωσης της ελληνικής κοινωνίας και του εκπαιδευτικού συστήματος σε βάση που να εστιάζει όχι μόνο στα τυπικά προσόντα, αλλά στη νομιμοποίηση της δυνατότητας οι άνθρωποι να ζουν μαζί ισότιμα και χωρίς διαχωρισμό (Barton, 2000).

Η προοπτική της δημιουργίας μιας κοινωνίας της ένταξης στον ελληνικό χώρο, μέσω της ενταξιακής εκπαίδευσης, εμπεριέχει και μια σειρά διεκδικήσεων και προτάσεων σε επίπεδο εκπαιδευτικής και γενικότερα κοινωνικής πολιτικής και θεσμών. Ειδικότερα, προτείνεται η αναγνώριση και η άρση των προκαταλήψεων και των διαχωριστικών πρακτικών για τη διαμόρφωση ενταξιακών σχολείων, η επανεξέταση των αξιών και των στόχων της εκπαίδευσης, η εκπαίδευση ενταξιακών

εκπαιδευτικών, η ευαισθητοποίηση όλων των εμπλεκομένων στην εκπαιδευτική διαδικασία, ο σχεδιασμός νέων αναλυτικών προγραμμάτων με δυνατότητα διαφοροποίησης, η συνεργασία και η διεπιστημονική προσέγγιση της εκπαίδευσης και συνεχής διάλογος και αξιολόγηση (Ζώνιου – Σιδέρη, 2000^{α,β}, Ζώνιου – Σιδέρη & Ντεροπούλου – Ντέρου, 2008).

4.2.2 ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΙΑΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

Στις γνωματεύσεις που στόχευσε τις αναλύσεις της η συγκεκριμένη έρευνα, σχεδόν οι μισές (είκοσι (20) από τις σαράντα οκτώ (48)) πρότειναν ένα πλαίσιο που αφορούσε τμήματα ένταξης ή παράλληλη στήριξη. Μία δε διάγνωση των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., πρότεινε και τα δύο πλαίσια (βλ πίνακα 3.2.1 *Προτάσεις εκπαιδευτικού πλαισίου ανά φορέα*). Το ειδικό σχολείο ήταν, επίσης, μια πρόταση σχολικού πλαισίου σε μία διάγνωση (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.5). Από μια πρώτη ματιά φαίνεται ότι προωθείται μια ενταξιακή εκπαίδευση στις περισσότερες γνωματεύσεις. Ισχύει όμως κάτι τέτοιο στην πραγματικότητα;

Με την παραπομπή των μαθητών σε ειδικά σχολικά πλαίσια (τμήμα ένταξης, παράλληλη στήριξη, ειδικό σχολείο), ο μαθητής καλείται να υποστηριχθεί και να διδαχθεί από ειδικό παιδαγωγό, καθώς σύμφωνα με το νόμο της ειδικής αγωγής (3699/2008), η στελέχωση των ΣΜΕΑΕ, των ΤΕ, των προγραμμάτων παράλληλης στήριξης γίνεται από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με σπουδές στην ειδική αγωγή. Στον ίδιο νόμο αναφέρεται ότι η παράλληλη στήριξη- συνεκπαίδευση και το τμήμα ένταξης είναι δύο ειδικά σχολικά πλαίσια που λειτουργούν μέσα στο γενικό σχολείο και υποστηρίζεται ο μαθητής από εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής. Θα μπορούσε να πει κανείς πως η πρόταση των γνωματεύσεων για παρακολούθηση του τμήματος ένταξης ή παράλληλη στήριξη, προωθεί την ενταξιακή εκπαίδευση αφού και στις δύο περιπτώσεις μιλάμε για θεσμούς που έχουν κατοχυρώσει τη θέση τους στο γενικό σχολείο και δεν απομακρύνουν το μαθητή από αυτό. Ωστόσο, ο διαχωρισμός από το πρόγραμμα της γενικής εκπαίδευσης είναι εμφανής καθώς τα εξειδικευμένα σχολικά πλαίσια, τον ενισχύουν, μιας και κατηγοριοποιούν το μαθητικό πληθυσμό στη βάση κριτηρίων κανονικότητας, ενισχύοντας έτσι πρακτικές διάκρισης (Vlachou, 2006).

Η συμμετοχή στο σχολείο της γειτονιάς αποτελεί κεκτημένο δικαίωμα του παιδιού και προϋπόθεση για την εφαρμογή ενός προγράμματος ένταξης. Αποτελεί το πρώτο βήμα για την όσο το δυνατόν ευρύτερη κοινωνική αποδοχή του ίδιου και της οικογένειάς του σε οποιονδήποτε χώρο. Εάν λάβουμε υπόψη ότι το γενικό σχολείο είναι ο κύριος ζωτικός χώρος γνωριμίας, επαφής και επικοινωνίας γονέων, κηδεμόνων, εκπαιδευτικών, παιδιών, άλλων εμπλεκομένων επαγγελματιών της εκπαίδευσης και ευρύτερων κοινωνικών φορέων, κατανοούμε το σημαντικό ρόλο που καλείται να διαδραματίσει στην αποδοχή της διαφορετικότητας του ατόμου, καθώς επίσης και στην αλλαγή των στάσεων και αντιλήψεων απέναντι στα άτομα με ειδικές ανάγκες (Ντεροπούλου – Ντέρου, 2004). Αν και μέσα από τις διαγνώσεις φαίνεται να ενισχύεται η παρακολούθηση των μαθημάτων σε γενικά σχολεία, καθώς μόνο μία διάγνωση πρότείνει ειδικό, εν τούτοις δε μιλάμε για ενταξιακή εκπαίδευση αλλά για μια ειδική εκπαίδευση για τους μαθητές που φέρουν τη γνωμάτευση, προτείνοντας τη φοίτησή τους σε ειδικά σχολικά πλαίσια στη γενική εκπαίδευση και την υποστήριξή τους από ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό σε σχολεία που έχουν τμήματα ένταξης ή με παράλληλη στήριξη.

Σύμφωνα με το Barton (1997), η ειδική αγωγή αυτή καθεαυτή συνεπάγεται και την ύπαρξη συζήτησης περί αποκλεισμού. Ως εκ τούτου, μια κοινωνία που προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη και την ισότιμη συμμετοχή στην εκπαίδευση και την κοινωνία δε μπορεί να παράσχει κάποια δικαιολογία για την ειδική αγωγή (Armstrong et al, 2010).

Η καθιέρωση της φροντίδας των παιδιών με αναπηρίες μέσω των ξεχωριστών, ειδικών σχολείων, ουσιαστικά εξυπηρετεί τη συνέχιση των στερεοτύπων, της αδιαφορίας και της καχυποψίας της αμοιβαίας συνύπαρξης ανάμεσα στα άτομα αυτά και τα «φυσιολογικά» (Barton, 1997). Ακόμα και με τα τμήματα ένταξης - που ως λέξη παραπέμπουν στο σκοπό της ύπαρξής τους, την ένταξη δηλαδή - , γίνεται διάκριση ανάμεσα στους μαθητές, δημιουργούνται μικρογκέτα μέσα στο χώρο των σχολείων και διατρέχουν τον κίνδυνο να θεωρηθούν σαν ένα μικρό ειδικό σχολείο μέσα στο άλλο σχολείο και έτσι ο μαθητής να απορριφθεί κοινωνικά από το ίδιο το σχολείο και τους γονείς.

Συμπερασματικά, τα μειονεκτήματα αυτά, μπορούν να δημιουργήσουν και να οδηγήσουν σε μόνιμες καταστάσεις όπως σ' αυτές του διαχωρισμού και της ετικέτας

(του στίγματος), της αύξησης των ειδικών μαθητών, τη δυσκολία για ένταξη κλπ. (Ζώνιου – Σιδέρη, 1998). Με τα τμήματα ένταξης λοιπόν και την παράλληλη στήριξη, απομακρυνόμαστε ουσιαστικά από το στόχο της ενταξιακής εκπαίδευσης και προσεγγίζουμε περισσότερο την πολιτική του διαχωρισμού, της ετικέτας και του στίγματος των μαθητών. Από το 1984 ήδη ο Καλαντζής ασκώντας κριτική στις ειδικές τάξεις, τους προδρόμους δηλαδή των τμημάτων ένταξης, είχε πει:

« Ας αποφύγουμε την ίδρυση και λειτουργία τέτοιων τάξεων που σαν εύκαμπτοι, κλειστοί, ενιαίοι κύκλοι, διακριτικοί και διαβαθμισμένοι αυστηρά, καθώς θα βγαίνουν παράλληλα από τις κανονικές τάξεις, σιγά σιγά και μοιραία θα δημιουργούν ένα χωριστό ειδικό σχολείο μέσα στο γενικό δημοτικό».

4.2.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΝΤΑΞΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.

Στο πλαίσιο αυτό και υπό το πρίσμα των αρχών της ενταξιακής εκπαίδευσης που αναφέραμε παραπάνω, εξετάσαμε τις εκπαιδευτικές προτάσεις που κάνουν οι ειδικοί επαγγελματίες όπως αυτές παρουσιάζονται στις 48 (σαράντα οκτώ) διαγνώσεις για ΔΕΠ-Υ που αφορά η παρούσα έρευνα. Για λόγους που αφορούν την ανάλυση των ευρημάτων, οι προτάσεις αυτές παρουσιάστηκαν σε 3 διαφορετικούς πίνακες (3.2.1^α, 3.1.2.^β 3.1.2^γ).

4.2.3.^α Εξατομικευμένη Διδασκαλία

Στις εκπαιδευτικές προτάσεις των ειδικών που προτείνουν για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ το τμήμα ένταξης, κυριαρχούν οι προτάσεις που αφορούν τη μαθησιακή πρόοδο των μαθητών και την εξάσκησή τους σε ανάλογες δεξιότητες, οδηγώντας έτσι σε ένα εξατομικευμένο μοντέλο διδασκαλίας. Αυτές οι προτάσεις προέρχονται από τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ.

- Προτείνεται η ανάπτυξη και καλλιέργεια του αφηγηματικού (αφηγήσεις βιωματικού περιεχομένου/ γεγονότων της καθημερινής ζωής και άλλων) και περιγραφικού λόγου .

- Προτείνεται η συστηματική εξάσκηση με στόχο τη βελτίωση της ορθογραφίας και την αυτοματοποίηση της ορθογραφημένης γραφής (ασκήσεις επιγλωσσικής και μεταγλωσσικής επίγνωσης...)
- Προτείνεται η συστηματική εξάσκηση στην παραγωγή γραπτού λόγου (ασκήσεις αποκατάστασης αποδομημένων προτάσεων και κειμένων, ποικίλα θέματα ενδιαφέροντος του...)
- Προτείνεται το τμήμα ένταξης με απώτερο στόχο την κάλυψη των μαθησιακών ελλείψεων του μαθητή στην ανάγνωση, στην ορθογραφία και στην παραγωγή γραπτού λόγου

Στα Δ.Ν και τα Κ.Ψ.Υ δεν υπάρχουν αντίστοιχες προτάσεις καθώς δεν προβλέπεται από τον κανονισμό λειτουργίας τους.

Με μια πρώτη ματιά φαίνεται άξιο προσοχής το γεγονός πως οι εκπαιδευτικές προτάσεις των διαγνώσεων που προτείνουν παράλληλη στήριξη δεν αφορούν μαθησιακές παρεμβάσεις (βλ. πίνακα 3.1.2.β – εκπαιδευτικές προτάσεις ανά φορέα σε διαγνώσεις που πρότειναν παράλληλη στήριξη). Ωστόσο, κάτι τέτοιο, σύμφωνα με το Φ.Ε.Κ. 199/2-10-2008, άρθρο 6, παράγραφος (β), δεν προβλέπεται καθώς σκοπός των εκπαιδευτικών παράλληλης στήριξης είναι: «...οι μαθητές, με την κατάλληλη υποστήριξη, να παρακολουθήσουν το αναλυτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα της τάξης». Η «κατάλληλη υποστήριξη» εδράζεται στη δημιουργία ενός εξατομικευμένου προγράμματος του εκπαιδευτικού της παράλληλης στήριξης σε συνεργασία με τον εκπαιδευτικό της τάξης. Συνεπώς, τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ σ' αυτή την περίπτωση δεν κάνουν μαθησιακές εκπαιδευτικές προτάσεις. Άρα δε μιλάμε για το υλοποίηση ενός εξατομικευμένου προγράμματος μόνο από τον ειδικό εκπαιδευτικό όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις των τμημάτων ένταξης (Φ.Ε.Κ 199/2-10-2008, παρ. 1.γ) .

Οι εκπαιδευτικές προτάσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ (όπως αυτές αποτυπώνονται στο πίνακα 3.2.1.α) οδηγούν στο συμπέρασμα πως υπεύθυνος για την εφαρμογή του εξατομικευμένου προγράμματος είναι ο εκπαιδευτικός της ειδικής αγωγής καθώς στοχεύουν στην υλοποίησή τους μέσα στο τμήμα της ένταξης που προτείνουν, χωρίς να διατυπώνεται με σαφήνεια η μέθοδος διδασκαλίας που ο εκπαιδευτικός της γενικής τάξης θα ακολουθήσει προκειμένου να εφαρμόσει το εξατομικευμένο πρόγραμμα.. Η διεπιστημονική επιτροπή των ΚΕ.Δ.Δ.Υ φαίνεται να είναι υπεύθυνη για τη σύνταξη του προγράμματος, στηριζόμενη στις αξιολογικές εκτιμήσεις των ειδικοτήτων που με τη σειρά τους προέκυψαν, έπειτα από δοκιμασίες -που δεν

αναφέρονται- και εστιάζουν εν προκειμένω, στα γνωστικά ελλείμματα των προς εξέταση μαθητών.

Είναι εμφανές πως τα εξατομικευμένα προγράμματα και η εξατομικευμένη διδασκαλία έχουν μια αποκαταστασιακή παρά ενταξιακή προοπτική. Οι προτάσεις στηρίζονται στο τι ο μαθητής αγνοεί παρά στο τι μπορεί να κάνει. Η εξατομικευμένη διδασκαλία ωθεί ένα είδος «ατομικής ένταξης» όπου γίνεται προσπάθεια να «διαμορφωθούν» τα ανάπηρα παιδιά για τις απαιτήσεις του κανονικού σχολείου (Ζώνιου – Σιδέρη, 1998). Η κίνηση προς ένα λιγότερο εξατομικευμένο σύστημα, οδηγεί τις υπηρεσίες υποστήριξης να εστιάσουν σε ομάδες παιδιών ή σχολείων και έτσι να μπορέσει να εξασφαλιστεί η ποιότητα των εκπαιδευτικών παροχών στο σύνολό τους και όχι μόνο των μεμονωμένων περιπτώσεων, υιοθετώντας τα ίδια κριτήρια με τα οποία εξασφαλίζεται η ποιότητα των εκπαιδευτικών παροχών στα υπόλοιπα παιδιά (Armstrong, 2004).

Τα εξατομικευμένα προγράμματα και η ατομική διδασκαλία θα μπορούσαν να ωφελήσουν τους μαθητές μόνο αν στηριζόταν σε αυτό που ο Vygotsky ονόμαζε Ζώνη Εγγύτερης Ανάπτυξης (Z.E.A). Σύμφωνα με τον ίδιο η Z.E.A είναι η απόσταση μεταξύ του πραγματικού επιπέδου εξέλιξης, όπως αυτό καθορίζεται από την ανεξάρτητη επίλυση του προβλήματος και το επίπεδο της πιθανής εξέλιξης, όπως αυτό με τη σειρά του καθορίζεται από την επίλυση του προβλήματος κάτω από την καθοδήγηση ενηλίκων ή σε συνεργασία με πιο ικανούς συνομηλίκους (Vygotsky, 1978).

Ο Chaiklin (2003) υποστηρίζει πως για να καταλάβει κάποιος πάνω σε ποιες βάσεις διαμόρφωσε ο Vygotsky τη Ζώνη Εγγύτερης Ανάπτυξης, πρέπει να εξετάσει το ενδιαφέρον του για την ανάπτυξη μιας θεωρητικής βάσης για σωστά στοχευμένες παιδαγωγικές παρεμβάσεις, που θα περιλαμβάνουν κατάλληλες πρακτικές τόσο για όλους τους μαθητές αλλά και για τον καθένα ξεχωριστά. Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να βασίζονται σε διαγνωστικές διαδικασίες αναφορικά με το επίπεδο εξέλιξης του μαθητή τη δεδομένη στιγμή, οργανώνοντας ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα σε ένα όμως κοινωνικό πλαίσιο συνεργασίας με την ομάδα και το κοινωνικό οικοσύστημα της σχολικής τάξης, πάντα σε μια σχέση αλληλεπίδρασης, διεκπεραιώνοντας κοινές δραστηριότητες ανώτερου γνωστικού επιπέδου κι όχι δραστηριότητες επανάληψης γνώσεων που ήδη κατέχει, άσχετων με τα ενδιαφέροντά του, που στην ουσία μπορούν να του προσφέρουν ελάχιστο γνωστικό κέρδος. Είναι σημαντική λοιπόν η αξία της σχέσης μεταξύ διδάσκοντος – διδασκομένου, ατόμου -

ομάδας, φυσικά με την προϋπόθεση της αμοιβαιότητας και της διατομικής λειτουργίας, έτσι ώστε να μπορέσουν αμφότεροι να αναδείξουν τα βασικά τους χαρακτηριστικά, μέσα από δραστηριότητες άρτια δομημένες και σχεδιασμένες σε ένα πρόγραμμα προς αυτό το σκοπό.

4.2.3.^B Ομαδοσυνεργατική διδασκαλία

Η «ομαδοσυνεργατική» ή «ομαδοκεντρική» μορφή διδασκαλίας ουσιαστικά έχει τις ρίζες της στα αλληλοδιδακτικά σχολεία του 19ου αιώνα, στα οποία αξιοποιούνταν οι προχωρημένοι μαθητές ως βοηθοί του δασκάλου (Ματσαγγούρας 1993). Στη σημερινή της μορφή η ομαδοσυνεργατική μάθηση αναφέρεται στην κοινωνική μορφή εργασίας που έχει ως σκοπό αφενός τη μεγιστοποίηση των μαθησιακών αποτελεσμάτων μέσα από την αλληλεπίδραση των μελών της ομάδας για επίτευξη συγκεκριμένου στόχου και αφετέρου την ίδια την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη δημιουργική συνεργασία των μελών. Οι στόχοι που εξυπηρετεί μια τέτοια οργάνωση τάξης είναι, συνεπώς, κοινωνικοί, συναισθηματικοί, διανοητικοί και ψυχοκινητικοί (Καρυώτης 2009). Σύμφωνα με τη Χιονίδου-Μοσκοφόγλου (2000), η ομαδοσυνεργατική διδασκαλία και μάθηση:

- *Βοηθά τα παιδιά με χαμηλή επίδοση να ξοδέψουν λιγότερο χρόνο έξω από το θέμα που επεξεργάζονται και επηρεάζει θετικά την επίδοσή τους.*
- *Εμπλέκει τους μαθητές /τριες περισσότερο ενεργά στη διαδικασία μάθησης.*
- *Αναδεικνύει τις αδυναμίες των μαθητών και συμβάλλει στην άμβλυνσή τους.*
- *Βελτιώνει τις διαπροσωπικές τους σχέσεις .*
- *Δημιουργεί ένα πιο άνετο και φιλικό περιβάλλον μάθησης.*
- *Καλλιεργεί πολλαπλές προσεγγίσεις για την επίλυση ενός προβλήματος*

Μέσα από τις προτάσεις των φορέων, όπως αυτές εμφανίζονται στις διαγνώσεις που μελετούμε, διαφαίνεται μια μορφή ομαδοσυνεργατικής διδασκαλίας η οποία φαίνεται να προτείνεται για την προσαρμογή του μαθητή στο πρόγραμμα του σχολείου καθώς και για την ένταξή του στην ομάδα των συμμαθητών του. Συγκεκριμένα προτείνεται:

...η διασφάλιση συνθηκών άρτια δομημένου/ οργανωμένου και ενισχυτικού/ ενθαρρυντικού ομαδο-συνεργατικού παιδαγωγικού περιβάλλοντος, ώστε να μεγιστοποιείται η συγκέντρωση και διατήρηση της προσοχής του μαθητή στην εκπαιδευτική διαδικασία και πράξη

...η συμμετοχή του μαθητή σε ποικίλες οργανωμένες ομαδο-συνεργατικές δραστηριότητες (εκπαιδευτικές, πολιτιστικές, αθλητικές, ψυχαγωγικές κ.α) και η ανάθεση/επιλογή συγκεκριμένου ρόλου/ καθήκοντος στα πλαίσια της αντίστοιχης ομάδας εργασίας και της σχολικής τάξης με στόχο την εδραίωση της αυτό-εικόνας του και την ανάπτυξη και καλλιέργεια των επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων του.

....η ενίσχυση της διαπροσωπικής επαφής την ώρα του διαλλείματος με τη διαμόρφωση ομάδας φίλων, μέσα από δομημένες δραστηριότητες και τρόπους αλληλεπίδρασης

.... η έμφαση σε κοινωνικές δεξιότητες και συμμετοχή σε ομάδα μέσα στην τάξη για την επίτευξη του μαθησιακού έργου

Η εργασία σε ομάδες εξυπηρετεί συγκεκριμένο διδακτικό - μαθησιακό στόχο και βασίζεται (α) στη θετική αλληλεξάρτηση των μελών της ομάδας, (β) στην προσωπική ευθύνη, (γ) στη θετική και ανατροφοδοτική αλληλεπίδραση όλων των μελών, (δ) στην ενεργοποίηση και ανάπτυξη όλων των συνεργατικών δεξιοτήτων και ρόλων και (ε) στη συνεχή διαμόρφωση και βελτίωση της λειτουργικότητας και αποτελεσματικότητας της ομάδας (Ματσαγγούρας 1993, Δερβίσης 2002, Felder & Brent 2007). Η απλή τοποθέτηση μια ομάδας παιδιών σε ένα χώρο μέσα στην τάξη, δε συνιστά τρόπο εφαρμογής της ομαδοσυνεργατικής διδασκαλίας, χωρίς να έχει προϋπάρξει μελέτη, κοινωνιόγραμμα και σαφής σχεδιασμός στόχων (Παντελιάδου, 2008).

Αν η ομαδοσυνεργατική διδασκαλία λειτουργήσει σωστά, μπορούμε να υποστηρίξουμε πως προάγει την ισότιμη συνεκπαίδευση. Στα πλαίσια της γενικής τάξης αυξάνεται η αλληλεπίδραση των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες με συνομήλικους συμμαθητές και καθίσταται πιο εύκολη η ανάπτυξη φιλικών σχέσεων (Salend & Duhaney, 1999). Παράλληλα, οφέλη μπορούν να εντοπιστούν και στους μαθητές τυπικής ανάπτυξης. Μέσα από τη συμμετοχή τους σε κοινές δραστηριότητες βελτιώνεται η στάση τους απέναντι στη διαφορετικότητα και αυξάνεται ο βαθμός της ενσυναίσθησης (Diamond & Carpenter, 2000). Ταυτόχρονα, βελτιώνεται η ακαδημαϊκή τους επίδοση, αυξάνεται η αυτοπεποίθησή τους και αναπτύσσουν περισσότερες φιλικές σχέσεις με τους συνομήλικους τους (Walther-Thomas, 1997). Τα παιδιά στο πλαίσιο των ομάδων έχουν την δυνατότητα να εκφράζουν τις απόψεις, ιδέες και εμπειρίες τους, ενώ παράλληλα να ακούν και να δέχονται τις διαφορετικές απόψεις και ιδέες των υπολοίπων μελών της ομάδας για την επίτευξη ενός κοινού

σκοπού, γεγονός που αποτελεί τον κυρίαρχο στόχο της ομαδοσυνεργατικής διδασκαλίας (Καζέλα, 2009 & Ματσαγγούρας, 2004). Με αυτό τον τρόπο η διδασκαλία παρέχει δυνατότητες ανάπτυξης δεξιοτήτων τόσο στον ακαδημαϊκό όσο και στον κοινωνικό τομέα, καθώς και τη διαμόρφωση της ψυχοσύνθεσης των ατόμων (Αναγνωστοπούλου, 2001).

4.2.3.7 Διαφοροποιημένη Διδασκαλία

Οι μαθητές μιας τάξης είναι ξεχωριστές προσωπικότητες με διαφορετικές εμπειρίες, ανάγκες, ενδιαφέροντα, ικανότητες, δεξιότητες και κλίσεις, προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα και έχουν διαφορετικό μορφωτικό και κοινωνικό υπόβαθρο. Για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτού του διαφορετικού πληθυσμού μαθητών, προτείνεται στους εκπαιδευτικούς ο επαναπροσδιορισμός του τρόπου διδασκαλίας τους και συνίσταται η εφαρμογή τεχνικών διαφοροποιημένης διδασκαλίας. Η Tomlinson (2005a) υποστηρίζει, ότι ο μόνος τρόπος για να μπορέσει η παιδεία να συμβαδίσει με την ανάπτυξη και την πρόοδο της κοινωνίας μας είναι να βρει εκείνους τους τρόπους με τους οποίους θα διαφοροποιηθεί η διδασκαλία, ώστε να ανταποκριθεί στη διαφορετικότητα του μαθητικού πληθυσμού.

Κάποιες από τις αξιολογήσεις που έχουν αναλυθεί, προτείνουν στις εκπαιδευτικές προτάσεις που κάνουν, τη χρήση διαφοροποιημένων πρακτικών και προσεγγίσεων αν και η διαφοροποιημένη διδασκαλία δεν υπάρχει στις μεθοδολογικές προσεγγίσεις που αναφέρονται στα Α.Π.Σ και Δ.Ε.Π.Π.Σ της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης τα οποία και συνήθως ακολουθούν. Σ' αυτές φαίνεται να υπάρχει μια ενταξιακή κατεύθυνση και αναγνώριση της σημασίας της διαφοροποιημένης διδασκαλίας σαν ενταξιακή πρακτική, χωρίς να αποφεύγεται παρ' όλα αυτά, η χρήση λέξεων όπως «αποτυχία» και μη ενταξιακών πρακτικών όπως η απομάκρυνση του μαθητή από τη θέση του για να «αποφορτιστεί». Ωστόσο, οι προτάσεις αυτές δεν καλύπτουν το σύνολο των αξιολογήσεων αλλά περιορίζονται σε τρεις γνωματεύσεις που προτείνουν τόσο τμήμα ένταξης όσο και παράλληλη στήριξη για τους μαθητές, συμπεραίνοντας πως η διαφοροποιημένη διδασκαλία δεν αποτελεί σημαντική διδακτική προσέγγιση για τους ειδικούς των φορέων. Οι αξιολογήσεις στις οποίες γίνεται αναφορά για διαφοροποιημένη διδασκαλία, έρχονται απ' τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. καθώς δεν υπάρχουν αντίστοιχα δεδομένα προς καταγραφή στις γνωματεύσεις των Κ.Ψ.Υ και των

Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων των Δημοσίων Νοσοκομείων. Συγκεκριμένα προτείνεται:

- ...η εφαρμογή μεθόδων και στρατηγικών διδασκαλίας (διαφοροποιημένη διδασκαλία), προσαρμοσμένων στην ατομικότητά του, ώστε η πιθανότητα αποτυχίας να ελαχιστοποιείται.
- ... να αξιοποιηθούν και να ενταχθούν τα προσωπικά του ενδιαφέροντα στο σχολικό πρόγραμμα
- ... να γίνεται αποδεκτός ο εναλλακτικός τρόπος σκέψης και συλλογιστικής στα διάφορα μαθήματα και να διαφοροποιείται η διδασκαλία σχετικώς.
- ...μια γωνία αποφόρτισης μέσα στην τάξη όπου ο μαθητής θα μπορεί να εργάζεται σε διαφοροποιημένη μορφή εργασίας...

Ο όρος "Διαφοροποιημένη Διδασκαλία" αναφέρεται σε μια συστηματική προσέγγιση στο σχεδιασμό του συνόλου της διδασκαλίας για μαθητές με διαφορετικές μαθησιακές ανάγκες (Παντελιάδου & Αντωνίου, 2008). Η διαφοροποίηση της διδασκαλίας είναι η ακαδημαϊκή διαδικασία κατά την οποία οι εκπαιδευτικοί εφαρμόζουν διαφορετικές μεθόδους, διδακτικά μέσα και ρυθμό διδασκαλίας για διαφορετικούς μαθητές. Σ' αυτό το πλαίσιο η διδασκαλία λειτουργεί σαν ενταξιακή πρακτική καθώς η μάθηση οργανώνεται σχετικώς και προωθείται η δραστήρια συμμετοχή όλων των μαθητών στη μαθησιακή διαδικασία (Armstrong, 2003),.

Όσον αφορά ιδιαίτερα στους μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες, η διαφοροποιημένη διδασκαλία μπορεί να βοηθήσει σημαντικά, στο βαθμό που η διδασκαλία με πολλαπλούς τρόπους και επίπεδα καθώς και η αξιολόγηση με πολλαπλούς τρόπους ταιριάζουν απόλυτα στα χαρακτηριστικά των μαθητών με Μαθησιακές Δυσκολίες. Ακόμη, όταν σε μια διαφοροποιημένη τάξη όλοι οι μαθητές μπορεί να ασχολούνται με διαφορετικό υλικό, ή να συμμετέχουν σε διαφορετικές ομάδες, κανένας τρόπος

εργασίας δεν θεωρείται «ειδικός» και άρα δεν ξεχωρίζει ή στιγματίζει τους μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες (Παντελιάδου & Αντωνίου, 2008)

Η διαφοροποίηση της διδασκαλίας, ως επιστημολογική προσέγγιση στηρίζεται στον κονστρουκτιβισμό και εστιάζει στη μάθηση σαν ενεργό διαδικασία στην οποία οι μαθητές κατασκευάζουν ενεργά τη γνώση κατακτώντας τη μεγιστοποίηση των ευκαιριών μάθησης για όλους. (Κουτσελίνη-Ιωαννίδου, 2008), Έχοντας ως βασικό θεωρητικό υπόβαθρο τη διδασκαλία διαφορετικών μαθητών με ποικίλα και ιεραρχημένα, βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων, μέσα, διαδικασίες και τρόπους, με στόχο την ανταπόκριση στις διαφορετικές ανάγκες τους (Κουτσελίνη, 2006), η διαφοροποίηση μπορεί να καθοδηγήσει την πράξη κάθε επιμορφωμένου εκπαιδευτικού και να αποβεί ιδιαίτερα αποτελεσματική για όλη την τη μαθητική κοινότητα, συμβάλλοντας στην ισότιμη εκπαίδευση για όλους.

4.2.3.^δ Διδασκαλία με τη χρήση κατάλληλου εποπτικού υλικού

Σύμφωνα με τα Α.Π.Σ , δίνεται έμφαση στην ενεργητική μεθοδολογία και ορίζονται γενικώς οι προδιαγραφές για τη δημιουργία του απαραίτητου υποστηρικτικού διδακτικού υλικού, στο οποίο πρέπει να διασφαλίζεται και η πρόσβαση των ατόμων με αναπηρίες. Σ' αυτό το πλαίσιο, προτείνεται σαν μεθοδολογική προσέγγιση και στρατηγική διδασκαλίας, η χρήση κατάλληλου εποπτικού υλικού που προσεγγίζει μια εύκολη και φυσική μάθηση (Δ.Ε.Π.Π.Σ., 2003). Αυτή η διδακτική μέθοδος αναδύεται και μέσα από τις εκπαιδευτικές προτάσεις των ειδικών όπως έχουν καταγραφεί κατά την ανάλυση του περιεχομένου των διαγνώσεων.

- *Προτείνεται η εφαρμογή μεθόδων και στρατηγικών διδασκαλίας προσαρμοσμένων στην ατομικότητά του (πολυαισθητηριακή διδασκαλία με οπτικοποίηση οδηγιών, βιωματικές δράσεις, χρήση πολυμέσων), ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα αποτυχίας και το ενδεχόμενο εκδήλωσης δευτερογενών συναισθηματικών δυσκολιών...*
- *Προτείνεται χρήση οπτικού υλικού με χρήση εικονικής αναπαράστασης και παιχνίδια ρόλων*

- *Προτείνεται η συστηματική χρήση ποικίλου οπτικοποιημένου και κατάλληλου εκπαιδευτικού λογισμικού για την εκμάθηση της ορθογραφίας...*
- *Προτείνεται η καλλιέργεια του περιγραφικού και αφηγηματικού του λόγου με τη χρήση οπτικού υλικού (περιγραφή εικόνων ή καρτελών...)....*
- *Προτείνεται η χρήση οπτικού ημερήσιου, μηνιαίου και εβδομαδιαίου προγράμματος που ενημερώνει για την αλληλουχία των δραστηριοτήτων και τις αλλαγές στο σχολικό πρόγραμμα*

Η ραγδαία ανάπτυξη των Τεχνολογιών της Πληροφορίας και των Επικοινωνιών (ΤΠΕ) έχει επηρεάσει σημαντικά τον τομέα της Εκπαίδευσης δίνοντας νέες δυνατότητες και ανοίγοντας καινούριους ορίζοντες στην εκπαίδευση μαθητών με αναπηρίες ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Με την αξιοποίηση των ΤΠΕ οι μαθητές αποκτούν ίσες ευκαιρίες στην εκπαίδευση, αυτονομία και καλύτερη κατανόηση του εκπαιδευτικού υλικού (Σφυρόερα, 2007). Οι ΤΠΕ εξυπηρετούν την εφαρμογή ενταξιακών εκπαιδευτικών πρακτικών, τη διαφοροποίηση της διδασκαλίας και τον καθολικό σχεδιασμό για τη μάθηση (Brunett, 2010) για όλα τα σχολεία και μαθητές. Η αισθησιο-κινητική δραστηριότητα εξακολουθεί να θεωρείται η πρωταρχική πηγή της γνώσης (Cobb, 1987). Ωστόσο η υπόθεση αυτή δεν ερμηνεύεται ως παροχή προκαθορισμένου και μονοσήμαντα ορισμένου εποπτικού υλικού προς το μαθητή, αλλά ως την παρουσία του υλικού με τρόπο που να εξασφαλίζει τη δημιουργική συμμετοχή του παιδιού στη διαδικασία της μάθησης με βάση τις δικές του ανάγκες και ερμηνείες.

Ο Κ. Καλαντζής (1954) επισημαίνει πως στο σχολείο δημιουργείται ένα σκόπιμο διδακτικό και παιδαγωγικό περιβάλλον αλλά και ένα διδακτικό υλικό με σκόπιμα διδακτικά και παιδαγωγικά ερεθίσματα. Αυτά πρέπει να είναι ελκυστικά, ενδιαφέροντα, να κάνουν το παιδί να θέλει να «επικοινωνήσει» μαζί τους, να είναι ομόλογα με τις εσωτερικές δυνάμεις του παιδιού και να τις εξελίξει. Το διδακτικό – εποπτικό υλικό πρέπει να επιλέγεται από την καθημερινή ζωή και έπειτα να μεταβάλλεται σε σκόπιμο «βοηθητικό» υλικό.

4.2.3.^ε Οι ελλείψεις θέτουν στόχους ;

Η Ειδική Αγωγή, όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ο σπουδαίος παιδαγωγός Κ. Καλαντζής (1962), δεν επαναφέρει, δεν αποκαθιστά, δεν επανορθώνει αλλά διορθώνει, αναπληρώνει, εποικοδομεί και προσπαθεί να εξελίξει το παιδί. Χαρακτηρίζεται ως «επέμβαση και βοήθεια», διότι συνθέτει ένα άτομο με ομαλή και ολοκληρωμένη προσωπικότητα με τη δυνατότητα της κοινωνικής ένταξης. Για τον Καλαντζή, το έργο της Ειδικής Αγωγής καθορίζεται από τις δυνατότητες του παιδιού, τις δυνατότητες της ίδιας της Ειδικής Αγωγής και τις απαιτήσεις της κοινωνίας. Είναι μια επέμβαση και βοήθεια, ένα έργο αναπλήρωσης και μεθωρίμανσης.

Μέσα στις γνωματεύσεις των ειδικών των φορέων, παρουσιάζονται κυρίως οι αδυναμίες του παιδιού, οι ελλείψεις του και το τι δε μπορεί να κάνει. Οι ειδικοί κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης, χρησιμοποιούν λέξεις στις οποίες αποδίδονται αρνητικά χαρακτηριστικά και ελλείμματα. Επίθετα όπως: δύσκολος, φτωχός, ελλειμματικός, ανώριμος, αργός, ελλιπής, περιορισμένος, ρήματα όπως: δυσκολεύεται, διασπάται, αρνείται, υστερεί, υπολείπεται αρνούνται, αρνητικά μόρια: δεν, μην, χωρίς και τέλος πλήθος προτάσεων που υποδηλώνουν έλλειμμα, μειονέκτημα, αδυναμία, κ.λ.π.

Μέσα από τις αδυναμίες του - και όχι τις δυνατότητές του οι οποίες θέτουν στόχους (Ντεροπούλου, 2015)- ο μαθητής καταδικάζεται στη λιγότερη ποιοτικά και ποσοτικά εκπαίδευση και τη δέχεται ανεξαρτήτως τοποθέτησης, πάντα κατά την κρίση των ειδικών (Barton & Armstrong, 2001, Slee, 2001, Strongilos, 2010) καθώς ωθείται ο εκπαιδευτικός να επικεντρωθεί σ' αυτές τις ελλείψεις. Οι ελλείψεις και οι αδυναμίες στις αναπαραστάσεις των εκπαιδευτικών διαμορφώνουν τις ταυτότητες των μαθητών και έτσι, νομιμοποιούν το διαχωρισμό σε φυσιολογικούς και μη φυσιολογικούς μαθητές, διαιωνίζοντας τον αποκλεισμό και την αδράνεια (Βλάχου- Μπαλαφούτη, 2004).

Οι προτάσεις των ειδικών, θα μπορούσαν να μη θεωρηθούν διαχωριστικές αν απευθύνονταν ως προτάσεις προς τον εκπαιδευτικό για όλους τους μαθητές και όχι για αυτούς που έχουν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δε φαίνεται να γίνεται σαφές, τη στιγμή μάλιστα που περιλαμβάνονται σε ένα σύνολο προτάσεων που εστιάζουν στο παιδί που φέρει τη διάγνωση και που θα εφαρμοστούν από τον

εκπαιδευτικό του τμήματος ένταξης ή αυτόν της παράλληλης στήριξης. Συγκεκριμένα προτείνεται:

- *περισσότερος χρόνος για να εκτελεί τις εργασίες του*
- *κατά την προφορική εξέταση να δίνονται διευκρινιστικές ερωτήσεις, ώστε να διευκολύνεται το έλλειμμα εννοιών που παρουσιάζει*
- *περιγραφή τη εργασίας και καθοδήγηση του μαθητή βήμα- βήμα προκειμένου να μειωθεί η πολυπλοκότητα της εργασίας*
- *η επιεικής αντιμετώπιση του μαθητή από το σχολικό πλαίσιο*
- *οι εργασίες που του ανατίθενται να είναι περιορισμένες σε έκταση*
- *σε περίπτωση γραπτών να μη λαμβάνονται υπόψη τα ορθογραφικά και συντακτικά του λάθη*

Στις παραπάνω προτάσεις διαφαίνονται χαμηλές προσδοκίες για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ που θα φοιτήσουν σε κάποιο τμήμα ένταξης ή θα έχουν έναν εκπαιδευτικό παράλληλης στήριξης. Το είδος της εκπαίδευσης που θα τους παρασχεθεί, φαίνεται να επηρεάζεται από τη διαταραχή που θα έχει πρωτίστως διαγνωσθεί. Όπως αναφέρει η Ζώνιου – Σιδέρη (1998), η ένταξη των παιδιών σε ένα ειδικό πλαίσιο, τείνει να επιβάλλει εκ των προτέρων μια απαισιόδοξη εικόνα των ικανοτήτων του παιδιού, γεγονός το οποίο επιδρά αρνητικά στις πιθανότητες επιτυχίας τους αφού θα έχει τις τάσεις να υιοθετήσει αυτή την αρνητική εικόνα. Εξάλλου, εάν στα γενικά σχολεία παρέχεται ένα ποιοτικό μαθησιακό περιβάλλον όπου προσφέρονται ευκαιρίες ανάπτυξης των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων των μαθητών, στα ειδικά πλαίσια το μαθησιακό υλικό που παρέχεται στους μαθητές με αναπηρίες κατακερματίζεται, περιορίζεται και τροποποιείται ώστε να γίνει όχι μόνο ποσοτικά αλλά και ποιοτικά λιγότερο από το υλικό για τους μαθητές χωρίς αναπηρία (Ζωνιου – Σιδέρη, Καραγιάννη, Ντεροπούλου, Παπασταυρινίδου & Σπανδάγου, 2004)

Σύμφωνα με τον Gindis (1995), ο Vygotsky εστίασε στην υγεία του παιδιού και όχι στη διαταραχή, ασκώντας κριτική στην παθολογική άποψη της αναπηρίας. Άσκηση

κριτική στην ποσοτικοποίηση της ανάπτυξης και έδωσε έμφαση στη διαφορετικότητα. Πίστευε πως ένα παιδί, που η ανάπτυξή του έχει παρεμποδιστεί από μια αναπηρία δεν είναι απλά ένα παιδί λιγότερο ανεπτυγμένο από τους συνομηλίκους. Αντίθετα, έχει αναπτυχθεί διαφορετικά.” (Vygotsky, 1978).

Παράλληλα, άσκησε κριτική στο αρνητικό μοντέλο της ειδικής αγωγής, με μειωμένα προγράμματα, χαμηλές προσδοκίες και κοινωνική απομόνωση (Rodina 2006). Πίστευε, πως ένα πραγματικά ‘διαφοροποιημένο περιβάλλον’ μπορεί να βοηθήσει το ανάπηρο παιδί να αναπτύξει πλήρως τις ψυχολογικές του λειτουργίες και την προσωπικότητά του. Έτσι, οδηγήθηκε σε μια ‘θετικά διαφοροποιημένη προσέγγιση’ αναφορικά με την αναπηρία, όπου το παιδί αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται από μια δυναμική σκοπιά κι όχι από την σκοπιά του μειονεκτήματος.

4.2.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

Το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας παρουσιάζει τη συμπεριφορά και την κατάσταση του ανάπηρου ατόμου σαν μια ασθένεια (Ζώνιου- Σιδέρη & Ντεροπούλου, 2008), όπου το άτομο θεωρείται θύμα, χρειάζεται φροντίδα και εξαρτάται από τους άλλους και κατά συνέπεια κρίνεται απαραίτητο να διαγνωστεί το πρόβλημα και να συστηθεί θεραπεία (Barnes et al, 1999), καθώς ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης είναι μέσω της ιατρικής ή θεραπευτικής παρέμβασης (Thomas & Woods, 2008). Το γεγονός αυτό οδηγεί την οικογένεια στο να είναι παγιδευμένη στην ασφυκτική εμπειρία της προσωπικής τραγωδίας και να αντιλαμβάνεται κάθε πρόκληση της εκπαιδευτικής διαδικασίας του παιδιού της σαν μια προσωπική ευθύνη, ενοχή ή αποτυχία (Ζώνιου – Σιδέρη & Ντεροπούλου, 2008).

Η ίδια η κοινωνία το μόνο που μπορεί να προσφέρει είναι θεραπεία και φροντίδα στα άτομα που προσδιορίζονται οι εμπειρίες τους από τη δυσλειτουργία τους, κάτι που τους αποτρέπει να συμμετέχουν σε πράγματα που κάνουν οι μη ανάπηροι και δεν τους αναγνωρίζει ως πλήρεις ανθρώπινες οντότητες (Morris, 2001). Οι μεμονωμένες ιατρικές παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί για να θεραπεύσουν και να αλλάξουν τα άτομα με αναπηρία, θέτουν την αναπηρία ως μία ασθένεια, και δεν απαιτούν αλλαγές στο περιβάλλον. Τα προβλήματα των αναπήρων δεν προκαλούνται από την τραγωδία αλλά από την αποτυχία της κοινωνίας να λάβει υπόψη τις ανάγκες τους (Barnes &

Mercer, 1996). Η ειδική αγωγή εμφανίζεται σαν μια νομιμοποιημένη επινόηση που μέσω θεραπευτικών προγραμμάτων μετατοπίζει την ευθύνη για σχολική αποτυχία στον ίδιο το μαθητή (Bacon & Causton Theocharis, 2013).

Ο πίνακας 3.2.3. της παρούσας έρευνας, παρουσιάζει τις θεραπευτικές προτάσεις που έχουν καταγραφεί στην ανάλυση των αξιολογήσεων. Παρατηρείται πως οι θεραπευτικές προτάσεις των ειδικών προέρχονται κυρίως από τα Δημόσια Νοσοκομεία και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας καθώς εμφανίζονται στο σύνολο σχεδόν των διαγνώσεων, σε αντίθεση με τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. στα οποία θεραπευτικές προτάσεις εμφανίζονται σε πέντε διαγνώσεις. Προκειμένου να διερευνηθεί αυτή η παρατήρηση, χρήσιμο είναι να αναφερθούν οι σκοποί και η σύσταση του κάθε φορέα.

Στις διατάξεις του νόμου 3699/2008 που αφορούν τη λειτουργία των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. ορίζεται πως μία από τις αρμοδιότητες της διεπιστημονικής ομάδας του φορέα που αφορά τη διαγνωστική διαδικασία είναι: *«Η εισήγηση για την κατάρτιση προσαρμοσμένων εξατομικευμένων ή ομαδικών προγραμμάτων ψυχοπαιδαγωγικής και διδακτικής υποστήριξης και δημιουργικής απασχόλησης, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς της τάξης και με το ΕΕΠ, καθώς και η εφαρμογή άλλων επιστημονικών, κοινωνικών και λοιπών υποστηρικτικών μέτρων για τα άτομα με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, στα σχολεία, στην έδρα του ΚΕΔΔΥ ή στο σπίτι»*. Τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. τελούν υπό την ευθύνη του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Επιπροσθέτως, σκοπός των Κ.Ψ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 21 του ιδρυτικού τους νόμου (1397/83), είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου. Οι ειδικότητες που στελεχώνουν τα Κ.Ψ.Υ. είναι ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί και λοιπό βοηθητικό προσωπικό. Ο πιο πρόσφατος νόμος (4052/2012) αναφέρει πως τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελούν, αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των αντίστοιχων Γενικών Νοσοκομείων υποδοχής.. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο νόμο, τα Κ.Ψ.Υ καθώς και οι Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες των Δημοσίων Νοσοκομείων τελούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Δεδομένου λοιπόν, πως στην περίπτωση των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αναφέρεται η λέξη υποστήριξη ενώ στα Κ.Ψ.Υ. και τα Δ.Ν. η λέξη θεραπεία, είναι εύκολο να γίνει

αντιληπτός ο καταρχήν, ιατρικός προσανατολισμός των διαγνώσεων των Κ.Ψ.Υ και των Δ.Ν.. Οι ειδικότητες που αξιολογούν στα Κ.Ψ.Υ και στα Δ.Ν. είναι επαγγελματίες την ιατρικής σχολής ή σχολών υγείας, οι οποίοι μέσα σε ένα πλαίσιο ατομικής και ιατρικής προσέγγισης καλούνται να θεραπεύσουν, βάζοντας τους μαθητές στο ρόλο του «αρρώστου» -ακόμα κι αν οι ίδιοι δε νιώθουν άρρωστοι- και κάνοντάς τους να βιώνουν συνεχώς τη σχέση «γιατρού – ασθενή» (Davis, 2004). Σύμφωνα με τον Oliver (1990), όλη η ιατρική δραστηριότητα και η δραστηριότητα αποκατάστασης στηρίζεται στην ιδεολογία της κανονικότητας και στόχος της είναι να επαναφέρει τους ανάπηρους όσο πλησιέστερα γίνεται στην κανονικότητα, με οποιοδήποτε κόστος.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά οι θεραπείες που προτείνονται από τους δημόσιους διαγνωστικούς φορείς και πως αυτές οι θεραπείες – βάση της βιβλιογραφίας- σχετίζονται με την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.

4.2.4.α Συμβουλευτική οικογένειας

Η εν λόγω θεραπευτική προσέγγιση (κοινή σε όλους τους φορείς) προτείνεται καθώς θεωρείται πως η φύση και οι συνθήκες της διαταραχής πρέπει να συζητηθούν πλήρως με τους γονείς. Η αναγνώριση - προσδιορισμός των δύσκολων συμπεριφορών θα οδηγήσει στη δημιουργία στρατηγικών συμπεριφοράς στο σπίτι και στο σχολείο, για την καλύτερη αντιμετώπισή τους με σταθερό και συνεπή τρόπο. Όταν οι σκοποί και οι τεχνικές χρησιμοποιούνται από γονείς και δασκάλους, είναι πιο πιθανό το παιδί να μάθει τι αναμένεται από αυτό και να “χτίσει” πάνω στις υπάρχουσες δυνάμεις του. Οι γονείς θα πρέπει, επίσης, να συμφωνήσουν μεταξύ τους στο πώς θα υιοθετήσουν μια σταθερή προσέγγιση με το παιδί τους, ακόμη και αν έχουν κατανοήσει διαφορετικά τα προβλήματα (για παράδειγμα, ο ένας γονιός βλέπει το παιδί σαν "άτακτο", ενώ ο άλλος εξηγεί την συμπεριφορά του παιδιού ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης, το θεωρεί δηλαδή “διαφορετικό”). Η ρύθμιση συμπεριφοράς θα βοηθήσει στη βελτίωση της συγκέντρωσης, στην πιο κατάλληλη ανταπόκριση στις κοινωνικές περιστάσεις και στη μείωση των ξεσπασμάτων θυμού και των επιθετικών εκρήξεων (Γκαραγκούνη-Αραίου, Σολομωνίδου, Ζαφειροπούλου, 2003).

Ενώ η συμβουλευτική ως πρακτική θεωρείται ωφέλιμη, φαίνεται ταυτόχρονα να οδηγεί τους γονείς σε απομόνωση και να προάγει την αναπηρία του παιδιού τους σε ένα προσωπικό τους πρόβλημα, σε μια προσωπική τραγωδία που πρέπει να αντιμετωπίσουν. Η οικογένεια και το παιδί με αναπηρία υιοθετούν ένα παθητικό ρόλο ως αποδέκτες υπηρεσιών και η εικόνα της αναπηρίας απλοποιείται ως τραγωδία (Gillman et al, 2000).

4.2.4.^B Λογοθεραπεία

Η αργή γλωσσική ανάπτυξη ορισμένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ (υπολογίζεται ένα ποσοστό 30-40%) δεν είναι τόσο σπάνιο φαινόμενο (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000), κάτι που πιθανόν κάνει τους ειδικούς να προτείνουν τη λογοθεραπεία σαν θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά, όταν μιλούν, έχουν την τάση να μιλούν πάρα πολύ, αλλά, όπως αναφέρεται, κάνουν πολλά προφορικά λάθη (σιδηρόδρομος αντί σιδηρόδρομος, τρανίο αντί θρανίο κ.τ.λ.). Η λογοθεραπεία μέσα από ειδικές ασκήσεις είναι απαραίτητη σε περίπτωση που οι δυσκολίες εξακολουθούν να υπάρχουν στη σχολική ηλικία. Η αυτόματη εκμάθηση ορισμένων γραμματικών κανόνων χρειάζεται χρόνο για να πραγματοποιηθεί και τα παιδιά δίνουν την εντύπωση ότι δεν προσέχουν, με αποτέλεσμα μην κάνουν ορθή μίμηση της γραμματικής των ενηλίκων. Αργότερα, στο δημοτικό, είναι σε θέση να περιγράψουν όσα τους συνέβησαν αλλά με επίπονη προσπάθεια και με ασυνάρτητο τρόπο (Βάρβογλου, 2007). Οι διαταραχές ακουστικής αντιληπτικής ολοκλήρωσης και οι διάφορες μορφές της παρουσιάζονται πιο συχνά απ' ό,τι θα ήταν αναμενόμενο. Όλα τα παραπάνω, όπως είναι αναμενόμενο, επιφέρουν στο παιδί με ΔΕΠ-Υ σημαντικά προβλήματα, ιδίως όταν μαθαίνει να διαβάζει και να γράφει ή όταν διδάσκεται μια ξένη γλώσσα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, πως ενώ προτείνεται η λογοθεραπεία σαν ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση σε ένα αρκετά μεγάλο αριθμό διαγνώσεων (βλ. πίνακα 3.2.3) των Κ.Ψ.Υ και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων των Δημοσίων Νοσοκομείων, δε διασταυρώνεται η ανάγκη της με τα σταθμισμένα τεστ που έχουν χορηγηθεί ώστε να καταγραφεί λογοπεδικό πρόβλημα που να σχετίζεται με τη ΔΕΠ-Υ. Το ιατρικό μοντέλο είναι και πάλι παρών, καθώς το παιδί παραπέμπεται σε θεραπεία από τον ειδικό λογοθεραπευτή που θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει τα «γλωσσικά του ελλείμματα»

και θα τον θεραπεύσει από αυτά. Η αυθεντία του ειδικού είναι αυτή που θα κανονικοποιήσει τον μαθητή.

4.2.4.^γ Ειδική διαπαιδαγώγηση

Μέσω της ειδικής διαπαιδαγώγησης, πιστεύουν οι ειδικοί πως το παιδί μπορεί να αντιμετωπίσει τα μειονεκτήματά του και να «θεραπευτεί» από τη ΔΕΠ-Υ. Υπάρχουν διάφορα προγράμματα για την εξέλιξη της ανάπτυξης του παιδιού από τα οποία επιλέγονται πρακτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται εκπαιδευτικά. Ένας ειδικός παιδαγωγός μπορεί να εστιάσει περισσότερο στο κοινωνικό κομμάτι ή το αναπτυξιακό κομμάτι, ανάλογα με την εκπαίδευση και την βαρύτητα της θεραπείας. Επιπλέον, ο ειδικός παιδαγωγός που έχει λάβει πλήρη γνώση γύρω από την ΔΕΠ-Υ, τις διαταραχές κινητικού συντονισμού και τις δυσκολίες που οφείλονται σε νευρολογικά ελλείμματα, οφείλει να χρησιμοποιεί μια συνδυαστική (βασισμένη σε πολλά μοντέλα) εξειδικευμένη σταδιακή θεραπεία. Αυτή η θεραπεία θα πρέπει να βασίζεται σε συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις και να τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού και της διαταραχής που παρουσιάζει (Neuhaus, 1998).

Απ τη μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τις συνεδρίες ειδικής διαπαιδαγώγησης προκύπτει πως υπεύθυνος για αυτές θα είναι τελικά ο ψυχολόγος, μιας και αναφέρονται σε θεραπεία και ειδικότερα σε συμπεριφοριστικές θεραπείες, καταρτισμένος για την εφαρμογή των οποίων είναι ο ψυχολόγος. Η ειδική διαπαιδαγώγηση αντικαθιστά το ρόλο του σχολείου και η ευθύνη μετατίθεται στον ειδικό που θα τον βοηθήσει ώστε να ξανακερδίσει την «κανονικότητά» του, απ' τον οποίο και θα εξαρτηθεί προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος του (Barnes & Mercer, 2003). Ουσιαστικά το παιδί αντιμετωπίζεται ως *a priori* «προβληματικό» ανεξαρτήτου των τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν στην ειδική διαπαιδαγώγηση.

4.2.4.^δ Θεραπείες συμπεριφοράς

Στα προγράμματα συμπεριφορικής παρέμβασης, συμμετέχουν ενεργά εκτός από το παιδί, οι ψυχολόγοι, οι γονείς και οι δάσκαλοι ως μια καλά οργανωμένη πολυθεματική ομάδα με τακτική και στενή συνεργασία, έχοντας ως σκοπό την ενίσχυση του όρου της συνέπειας στη συμπεριφορά του παιδιού. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε αυτή την παρέμβαση είναι τεκμηριωμένες και εφαρμόζονται σε

θέματα προσαρμογής παιδιών και εφήβων (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000). Οι στρατηγικές και οι μέθοδοι που περιλαμβάνουν συνήθως οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις είναι: α) η ενίσχυση-αμοιβή β) το συμβόλαιο με το παιδί για τις επιθυμητές συμπεριφορές που θα αναπτυχθούν. Όταν εφαρμόζονται αυτές οι μέθοδοι σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι σημαντικό η ανατροφοδότηση για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους να είναι συχνή, οι αμοιβές να είναι ενδιαφέρουσες και ελκυστικές για το παιδί και οι ενισχυτές να διαφοροποιούνται ώστε να διατηρείται αμείωτο το ενδιαφέρον του παιδιού (Κοσμίδου και Κωνσταντίνου, 2011).

Στις διαγνώσεις των φορέων προτείνεται η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση χωρίς όμως να εξηγούνται οι λόγοι που οδήγησαν τους ειδικούς σε αυτή την απόφαση, καθώς και με ποιο τρόπο το συγκεκριμένο, κάθε φορά, παιδί θα βοηθηθεί ώστε να εφαρμόσει τα όσα προκύπτουν από την εξατομικευμένη παρέμβαση εκτός σχολείου, στο σχολικό πλαίσιο. Σε ποιο βαθμό θα μπορούσε η συνεργασία να οδηγήσει στην ένταξη; Η ενίσχυση και η αμοιβή, ως συμπεριφοριστικές τεχνικές, είναι παρούσες στις προτάσεις των ειδικών, δημιουργώντας όμως στην τάξη – όταν γίνονται στοχευμένα στο παιδί που φέρει τη διάγνωση- ένα κλίμα αποκλεισμού και κατ' επέκταση στιγματισμού, για το μαθητή που του έχει αποδοθεί η ΔΕΠ-Υ.

4.2.4.^ε Εργοθεραπεία

Η ψυχοκινητική μέθοδος είναι μία διαφορετική μορφή θεραπείας, που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις αδεξιότητας, αναστολών, ελλειπών συντονισμού ή κινητικής ανησυχίας, στοιχεία που σύμφωνα με τους ειδικούς ενυπάρχουν σε ένα παιδί που διαγιγνώσκεται με ΔΕΠ-Υ. Συνήθως, η συγκεκριμένη μέθοδος έχει ως στόχο τη ρύθμιση των παρορμήσεων και των συναισθημάτων του παιδιού, μέσω των κινητικών συμπεριφορών και την ενεργοποίηση των γνωστικών μηχανισμών επεξεργασίας των πληροφοριών. Καθώς το θεραπευτικό πρόγραμμα εφαρμόζεται κατάλληλα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν μια εμφανή βελτίωση της αντιληπτικής τους ικανότητας, του χωρικού και χρονικού τους προσανατολισμού και του σωματικού τους ελέγχου, χωρίς, όμως, η κύρια διαταραχή να εξαλείφεται (Βάρβογλου, 2007).

Στις διαγνώσεις που αναλύσαμε παρ' όλα αυτά, δεν εντοπίσαμε καταγεγραμμένες προτάσεις που να έχουν κάνει οι εργοθεραπευτές των δημοσίων φορέων. Σε

ορισμένες διαγνώσεις προτείνονται εργοθεραπείες και μόνο από τα Δημόσια Νοσοκομεία, αν και εργοθεραπευτές απαρτίζουν τη διεπιστημονική επιτροπή και των υπολοίπων δημοσίων, διαγνωστικών φορέων. Ο ειδικός, και σε αυτή την περίπτωση, καθίσταται η επιβεβλημένη λύση προκειμένου ο μαθητής που φέρει τη διάγνωση να μπορέσει να ενσωματωθεί μέσα στο σύνολο των συμμαθητών του και να μάθει να συμβαδίζει μαζί τους κοινωνικά, τόσο κατά τη διάρκεια του μαθήματος όσο και στο παιχνίδι του διαλείμματος.

4.2.4.στ Ατομική ψυχοθεραπεία

Μία άλλη θεραπευτική προσέγγιση που συνιστάται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τους ψυχιάτρους των Δημοσίων Νοσοκομείων και των Κ.Ψ.Υ, είναι η ατομική ψυχοθεραπεία (χωρίς να δίνονται περαιτέρω διευκρινήσεις για το είδος αυτής), η οποία, όμως, δεν υπόσχεται υποχώρηση της συμπτωματολογίας, όταν εφαρμόζεται μόνη της. Η ΔΕΠ-Υ δεν ανήκει στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών, επομένως δεν είναι σκόπιμο να υπάρχει η εντύπωση πως τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν μόνο με την εφαρμογή της ατομικής ψυχοθεραπείας. Παρ' όλα αυτά, η ατομική ψυχοθεραπεία, συνδυαστικά με άλλες θεραπευτικές τεχνικές, θα ενίσχυε σημαντικά την εικόνα του παιδιού, προσδίδοντας του μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000). Ερωτηματικά ανακύπτουν με την προσέγγιση του κάθε ψυχοθεραπευτή που θα κληθεί να αναλάβει τη «θεραπεία» του παιδιού. Δεν έχουν όλες οι προσεγγίσεις το ίδιο αποτέλεσμα και ούτε αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο τη διαφορετικότητα του κάθε ατόμου.

4.2.4.ζ Φαρμακευτική αγωγή

Αν και σε δύο μόνο διαγνώσεις υπάρχει πρόταση για χορήγηση φαρμάκων, είναι σημαντικό να συζητηθεί και αυτή η θεραπευτική πρόταση. Στην απόφαση για φαρμακοθεραπεία μπορεί να καταλήξει ο ειδικός και στην περίπτωση που οι μέθοδοι οι οποίες έχουν εφαρμοστεί έως τώρα, όπως εκπαίδευση γονέων, συμβουλευτική δασκάλων και θεραπεία παιδιού, δεν αποδείχθηκαν αποτελεσματικές ή όταν η

κατάσταση του παιδιού επιδεινώνεται (είτε επειδή περνά μια δύσκολη φάση είτε επειδή το περιβάλλον του έχει αλλάξει δραστικά) (Κουρκούτας, 2011). Είναι σημαντική η πλήρης πληροφόρηση των ιδιοτήτων των φαρμάκων που λαμβάνει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Εκτενέστερα, τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα (stimulants) που συνταγογραφούνται στη ΔΕΠ-Υ είναι η μεθυλφαινυδάτη, η δεξοαμφεταμίνη και η πιμολίνη (Elia et al, 1991). Η επιστήμη έχει εστιάσει τη μελέτη της στην μεθυλφαινυδάτη (Ritalin), η οποία ελαττώνει την παρορμητικότητα και ενισχύει την κινητικότητα και την επίτευξη των στοχοκατευθυνόμενων συμπεριφορών, όπως επίσης και στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των παιδιών με τους ενήλικες και με τους συνομηλίκους τους. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα δρουν στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στο σύστημα των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης. Παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν λόγω της λήψης των φαρμάκων αυτών είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη, οι δυσκολίες ύπνου και διατροφής, η δυσθυμία, η κεφαλαλγία ή κοιλιακά άλγη, τα τικς κ.α (Μαρκοβίτης, Σέμκου και Τζιβινίκου, 2006). Τέλος, πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν πως η ενδεχόμενη θετική επίδραση των κατασταλτικών φαρμάκων στη διάσπαση της προσοχής και στη μείωση της διασπαστικής συμπεριφοράς δεν δικαιολογεί σε καμία περίπτωση την προτίμηση της φαρμακοθεραπείας ως μοναδικής θεραπευτικής μεθόδου παρέμβασης. Μάλιστα, αν τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα δεν επαρκούν ή αποδειχθούν ακατάλληλα, τα κυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως είναι η ιμιπραπίνη, αποτελούν τη δεύτερη επιλογή φαρμάκων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Γιαννοπούλου, 2008). Οι περισσότεροι ειδικοί ωστόσο, στρέφονται κατά της φαρμακοθεραπείας καθώς έχει αποδειχτεί ότι μακροπρόθεσμα δεν επιφέρει την αναμενόμενη βελτίωση των συμπτωμάτων.

Σε μία έρευνά τους οι Polanczyk et al (2007), υποστήριξαν πως οι όποιες διαφορές στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ σχετίζονται με τις διαφορές στην ερμηνεία της φύσης της διαταραχής και στη δυσκολία να συνδυαστούν τα δεδομένα που προκύπτουν από την εξέταση. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Hinshaw et al (2011), το κοινωνικό πλαίσιο - που περιλαμβάνει τις οικονομικές, ιστορικές και πολιτισμικές δυνάμεις- είναι εκείνο τελικά που διαμορφώνει της αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ από τους ειδικούς. Στη Βραζιλία για παράδειγμα, η χρήση των φαρμάκων είναι εξαιρετικά σπάνια καθώς το σύστημά τους, βασισμένο στον κονστρουκτιβισμό, δε θεωρεί τα προβλήματα συμπεριφοράς ως σχετιζόμενα με σύνδρομα ή διαταραχές (Gomes et al, 2007).

Αντίστοιχα στην Κίνα, τα φάρμακα δεν προτιμούνται καθώς επιλέγονται, βασισμένες στην κουλτούρα του λαού, θεραπείες με βότανα (Sun et al, 2009). Το κοινωνικό στίγμα σε συνδυασμό με την εκπαίδευση των ειδικών και την ιδεολογία τους διαμορφώνει την επιλογή των θεραπευτικών μοντέλων κάθε κοινωνίας (Hinsaw et al, 2011)

4.2.5. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ

Κάτι που είναι επίσης άξιο να αναφερθεί και δείχνει το ενδιαφέρον της πολιτείας προκειμένου να στηριχτεί ο θεσμός των διαγνωστικών φορέων και η διαδικασία της γνωμάτευσης που οδηγεί στη διάγνωση διαταραχών και «εξασφαλίζει» θεραπείες, είναι τα προγράμματα υπό την αιγίδα των οποίων στηρίζεται η λειτουργία τους. Η Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής Εκπαιδευτικών Δράσεων (eYE), Το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθηση και το ΕΣΠΑ εμφανίζονται σαν υποσημειώσεις στις σελίδες των γνωματεύσεων των Κ.Ε.Δ.Δ.Υ. Το **Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση»** (είναι το κυρίαρχο πρόγραμμα κάτω από τον έλεγχο του οποίου λειτουργούν και τα υπόλοιπα) για την Προγραμματική Περίοδο 2007 – 2013, όπως εγκρίθηκε με την αρ. Ε(2007)5634/16-11-07 και τροποποιήθηκε με την αρ. Ε(2011)8228/18-11-11 απόφαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, στοχεύει στον εκσυγχρονισμό του εκπαιδευτικού συστήματος της χώρας μας και στην αναβάθμιση της ποιότητας της εκπαίδευσης σε όλα τα επίπεδα (πηγή: www.edulll.gr). Συγκεκριμένα, η άμβλυνση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων και του κοινωνικού αποκλεισμού, η άρση των περιορισμών και των εμποδίων που δημιουργεί η κάθε μορφής αναπηρία, η εξίσωση των δικαιωμάτων και η ισότιμη συμμετοχή των μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στην κοινωνία της γνώσης και της πληροφορίας, αποτελούν κεντρικό άξονα του προγράμματος για την ειδική αγωγή. Η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης, προσαρμοσμένης στις ιδιαιτερότητες του κάθε μαθητή με αναπηρία ή/και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, διασφαλίζεται, μέσα από δράσεις ακριβούς αποτύπωσης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων των μαθητών στο στάδιο της διαφορικής διάγνωσης καθώς και δράσεις υποστήριξης των γονέων και του άμεσου κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

Η ύπαρξη τέτοιων προγραμμάτων όπως το συγκεκριμένο και τα παρεμπόμπντα, σίγουρα καλωσορίζονται με καλή πίστη αν βασιστεί κανείς στη στοχοθεσία τους που κάνει αναφορά στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και του αποκλεισμού και αναφέρει την άρση των εμποδίων που καθιστούν την κάθε μορφή αναπηρίας τροχοπέδη στην ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνία της γνώσης. Οι επιδιώξεις των ακτιβιστών του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας, φαίνεται να εισακούγονται και να λαμβάνονται υπόψη. Ωστόσο, πρακτικά, μέσα από την υλοποίηση του προγράμματος και τη στήριξη που φαίνεται να παρέχει στους διαγνωστικούς φορείς και τη διαδικασία, που είναι *a priori* διαχωριστική με τον τρόπο που πραγματοποιείται, δείχνει να ασπάζεται *in situ* το ιατρικό μοντέλο και την αυθεντία των ειδικών. Φαίνεται να προωθείται εμμέσως και πάλι ο αποκλεισμός των αναπήρων από τα γενικά σχολεία και την ενταξιακή εκπαίδευση, καθώς οι στόχοι της στην πράξη απέχουν παρασάγγας.

Η αντίφαση αυτή προκύπτει από το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί φορείς δεσμεύτηκαν μεν ως προς την εφαρμογή της ενταξιακής εκπαίδευσης με τη Διακήρυξη της Σαλαμάνκα (1994), ωστόσο δεν κατάφεραν να απαγκιστρωθούν από τις πρακτικές της ειδικής διαπαιδαγώγησης. Ένα νέο λεξιλόγιο προσφέρθηκε στην ειδική αγωγή μέσω της ενταξιακής εκπαίδευσης το οποίο εμφανίζεται σε τίτλους όπως «ένταξη και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» που αποτελεί μια «εννοιολογική ειρωνεία» (Slee, 2010)

4.2.6 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ «ΕΤΙΚΕΤΑΣ»

Οι γονείς, για να διεκδικήσουν μια κατάλληλη εκπαίδευση για τα παιδιά τους οφείλουν να τα παραπέμψουν σε έναν εξειδικευμένο φορέα για να τα αξιολογήσει και να προτείνει το κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Δεν μπορούν να καταργήσουν τη χρήση της ετικέτας «άτομο με ειδικές ανάγκες» και ας είναι αντίθετοι, γιατί μόνο με τη χρήση αυτής της «γραφειοκρατικής» ετικέτας τα ανάπηρα άτομα δικαιούνται οικονομική ενίσχυση από το κράτος (Ζώνιου- Σιδέρη, 1998). Σε μία έρευνα του ο Graham (2006a) υποστήριξε πως τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες υπάρχουν στα σχολεία αλλά θεωρούνται πιο σοβαρές περιπτώσεις όταν οι δυσκολίες τους συνδυάζονται με «δύσκολη» συμπεριφορά, απόσπαση και περιορισμένη μνημονική ικανότητα και έτσι τραβούν περισσότερο την προσοχή. Ωστόσο, ερωτηματικά εγείρει

ο τρόπος που το κράτος «τιμολογεί» τις θεραπείες που προτείνονται από τους φορείς στις διαγνώσεις των ειδικών.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον «Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) (Κ.Υ.Α. αριθμ. Πρωτ: Φ.90380/5383/738/10.4.2012) σε παιδοψυχιατρικές διαταραχές, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), διαταραχές της άρθρωσης, βαρηκοΐα, τραυλισμό εγκρίνονται έως τέσσερα (4) είδη πράξεων θεραπείας (логоθεραπεία, εργοθεραπεία, ειδική διαπαιδαγώγηση έως (20) συνεδρίες ανά είδος το μήνα, ψυχοθεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς έως (8) συνεδρίες το μήνα και συμβουλευτική γονέων έως (4) συνεδρίες το μήνα), με μέγιστο συνολικά αποδιδόμενο ποσό τα τριακόσια (300) ευρώ το μήνα (Αρ.17, παρ. Β.) Με το νέο κανονισμό Ε.Κ.Π.Υ την 1/10/15 (Άρθρο 17) ορίζονται σαφέστερα οι διαταραχές στις οποίες χορηγούνται πράξεις θεραπείας ειδικής αγωγής με βάση το ICD-10. Ορίζονται τρεις κατηγορίες διαταραχών που προτείνονται θεραπείες και λαμβάνουν διαφορετικές οικονομικές παροχές. Σε παιδιά με νοητικά προβλήματα και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, εγκρίνεται λογοθεραπεία – εργοθεραπεία – ειδική διαπαιδαγώγηση έως (15) συνεδρίες ανά είδος το μήνα, καθώς και ομαδική ή ατομική ψυχοθεραπεία – θεραπεία συμπεριφοράς έως οχτώ (8) συνεδρίες το μήνα και μέγιστο συνολικά αποδιδόμενο ποσό τα τετρακόσια σαράντα (440) ευρώ το μήνα. Σε παιδιά με ψυχιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου (F-90 ΔΕΠΥ) εγκρίνονται έως (4) είδη πράξεων θεραπείας, λογοθεραπείας, εργοθεραπείας, ειδικής διαπαιδαγώγησης έως 12 συνεδρίες ανά είδος το μήνα, ψυχοθεραπείας, θεραπεία συμπεριφοράς έως οχτώ (8) συνεδρίες το μήνα και συμβουλευτική γονέων έως τέσσερις (4) συνεδρίες το μήνα, με μέγιστο συνολικά αποδιδόμενο ποσό τα διακόσια πενήντα (250) ευρώ το μήνα. Τέλος, σε αμιγή περιστατικά διαταραχής λόγου και ομιλίας εγκρίνονται έως δέκα (10) συνεδρίες λογοθεραπείας με μέγιστο συνολικά αποδιδόμενο ποσό τα εκατόν πενήντα (150) ευρώ το μήνα.

Και στον κανονισμό του Ε.Κ.Π.Υ του 2012, αλλά και στον πιο πρόσφατο του 2015, φαίνεται πως η ΔΕΠ-Υ λαμβάνει τη μέγιστη οικονομική παροχή μετά τη νοητική καθυστέρηση και τις αναπτυξιακές διαταραχές. Επίσης, δε συμπεριλαμβάνονται στους κωδικούς ICD, αυτοί που αφορούν ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων (F-81.0 – F-81.9). Συνεπώς, με βάση τον Ε.Κ.Π.Υ στις

μαθησιακές δυσκολίες δεν παρέχονται θεραπείες ειδικής αγωγής. Με ποιον τρόπο λοιπόν τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που παραπέμπονται για αξιολόγηση και διάγνωση μπορούν να επωφεληθούν από τις παροχές της ειδικής αγωγής; Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε πως εφόσον η ΔΕΠ-Υ συμπεριλαμβάνει ως διαταραχή και τη συμπτωματολογία των μαθησιακών δυσκολιών, ίσως αποτελεί τη μόνη «διαθέσιμη» ετικέτα και την πιο «αναίμακτη». Ένα επιπλέον γεγονός που ενισχύει αυτή την υπόθεση είναι ότι στις περισσότερες διαγνώσεις υπάρχει συνουσιότητα με μαθησιακές δυσκολίες. Μεγάλο ενδιαφέρον θα είχε η μελέτη του ποσοστού αύξησης της διαταραχής με βάση τις νομοθετικές αλλαγές στις παροχές του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στην τελευταία δεκαετία. Αν και δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα, οι περισσότεροι ειδικοί εκτιμούν ότι η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται μεταξύ 3-5% των παιδιών. Η συχνότητα μεταβάλλεται ανάλογα με τον τρόπο που ορίζεται η ΔΕΠ-Υ κάθε φορά, τον πληθυσμό που εξετάζεται και τις απόψεις της πλειονότητας των ειδικών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ωστόσο, έστω και αυτή η αύξηση που αναφέρεται σε νεώτερες έρευνες (Καλατζή – Αζίζι και συν, 2005) αποδεικνύει ότι η ΔΕΠ-Υ δεν είναι υπόθεση ιατρική, αλλά πολιτική. Ο Foucault (1984) αναφέρει σχετικά: *« Δε θα ήταν δυνατό να έχουμε την ψυχιατρική με τη μορφή που τη γνωρίζουμε δίχως ένα ολόκληρο παιχνίδι πολιτικών δομών και ένα σύνολο ηθικών αντιλήψεων. Εντούτοις, από την άλλη, η συγκρότηση της τρέλας ως γνωστικού πεδίου μετέβαλε τις πολιτικές πρακτικές και τις ηθικές αντιλήψεις που την αφορούσαν. Επρόκειτο για το πρόβλημα του καθορισμού του ρόλου τόσο της πολιτικής όσο και της ηθικής στη συγκρότηση της τρέλας ως ειδικού πεδίου επιστημονικής γνώσης, αλλά και για το πρόβλημα της ανάλυσης των συνεπειών αυτής της γνώσης στις πολιτικές και ηθικές πρακτικές»*

4.3 Η ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ: Η ΑΥΘΕΝΤΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ

4.3.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.

Πολλά έχουν γραφτεί και ακόμα περισσότερα έχουν δοκιμαστεί, στην προσπάθεια των ειδικών να θέσουν τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ στις διαγνώσεις τους. Ωστόσο, η

Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων (AACAP, 1997) και το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τις Υπερκινητικές Διαταραχές (Taylor et al., 1998), εξέδωσε οδηγίες σχετικά με τη διάγνωση και αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Προκειμένου λοιπόν να τεθεί η διάγνωση της διαταραχής, απαιτείται η χρήση πολλών διαγνωστικών μεθόδων. Αυτές οι μέθοδοι απαιτούν να ληφθεί ένα λεπτομερές ιστορικό (από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και το παιδί), να γίνει ιατρική εξέταση (ακοής, όρασης και να τεθούν οι παράμετροι ανάπτυξης), να γίνει νευρολογική εξέταση, να καταγραφεί η ψυχολογική και εκπαιδευτική εκτίμηση (μέσω του δείχτη νοημοσύνης, της σχολικής επίδοσης αλλά και της συναισθηματικής κατάστασης), να γίνουν εργαστηριακές μετρήσεις, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και αν χρειαστεί (βάση ιστορικού ή κλινικής εξέτασης) να γίνει και μαγνητική τομογραφία (Buttross, 2000). Σε κάθε περίπτωση, ένα ολοκληρωμένο σύστημα αξιολόγησης δε μπορεί να είναι ολοκληρωμένο αν η λήψη ιστορικού δεν διεκπεραιώνεται μέσα από την άμεση παρατήρηση, τις δομημένες συνεντεύξεις, τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια, τις κλίμακες αξιολόγησης συμπεριφοράς και τις κλίμακες αυτοαναφοράς (Goldstein, 1998).

Στην καρδιά της αξιολογικής διαδικασίας για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, βρίσκεται η κλινική συνέντευξη. Μέσα από αυτή ο ειδικός μπορεί όχι μόνο να παρατηρήσει τη συμπεριφορά του παιδιού (αν δηλαδή ανταποκρίνεται στις ερωτήσεις ή παρεμβαίνει με παρατηρήσεις) αλλά και να διερευνηθεί η αντίληψη που το ίδιο το παιδί έχει διαμορφώσει για τις δυσκολίες του (Quinlan, 2000) και να έχει άποψη αναφορικά με τη θεραπεία, αν δηλαδή ανταποκρίνεται στις εμπειρίες του (Davis, 2001). Μάλιστα, κάτι τέτοιο κατοχυρώνεται και στο άρθρο 12, της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού που αναφέρει πως το παιδί έχει δικαίωμα να ακουστεί σε θέματα που αφορούν το ίδιο. Κάποιοι ειδικοί της ψυχικής υγείας ωστόσο, υποστηρίζουν πως τα παιδιά δεν αποτελούν αξιόπιστους φορείς για τον προσδιορισμό των συμπτωμάτων της υπερκινητικής διαταραχής (Edwards et al., 2001) καθώς δεν είναι σε θέση να πάρουν αποφάσεις που αφορούν τη ζωή τους και είναι επιβεβλημένη η προστασία τους από τους ενήλικες που πρέπει να αποφασίζουν για αυτά (Robinson 1997, Bricher 2001). Γι' αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη και η κλινική συνέντευξη με τους γονείς (για να καταγραφεί ένα πλήρες οικογενειακό, ιατρικό, αναπτυξιακό και κοινωνικό ιστορικό) καθώς και με τους εκπαιδευτικούς του παιδιού (για να

περιγραφεί η ακαδημαϊκή επίδοση και να γίνει αξιολόγηση της συμπεριφοράς με τη χρήση κλιμάκων) (Quinlan, 2000).

Στις σαράντα οκτώ (48) διαγνώσεις που μελετούμε στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε πως δε δίνονται παρά ελάχιστα στοιχεία σχετικά με τις κλινικές συνεντεύξεις. Φαίνεται να υποβαθμίζεται η σημασία της συνέντευξης και να δίνεται έμφαση στη χρήση άλλων εργαλείων (βλ. πίνακα 3.3.1.β). Δεν έχουν καταγραφεί στοιχεία σχετικά με τις απόψεις και τις στάσεις των παιδιών, καθώς ούτε και στοιχεία που προέρχονται από τους εκπαιδευτικούς των τάξεων στις οποίες φοιτούν οι προς αξιολόγηση μαθητές. Στις αξιολογήσεις που προέρχονται από τα Κ.Ψ.Υ και τα Δ.Ν δεν αναφέρονται πουθενά στοιχεία στα οποία έχουν καταλήξει οι ειδικοί μετά το πέρας των κλινικών συνεντεύξεων και που λειτούργησαν επικουρικά προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Το κοινωνικό ιστορικό επίσης, φαίνεται να έχει ληφθεί μόνο σε τρεις διαγνώσεις στο σύνολο και μόνο απ' τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Αν και από την ορολογία και μόνο μας παραπέμπει ότι θα δοθούν πληροφορίες για το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού, δε φαίνεται να αναλύεται και να καταγράφεται. Κάτι τέτοιο ενισχύει την πεποίθηση πως το ιατρικό μοντέλο ακολουθείται σθεναρά στη διαδικασία των διαγνώσεων καθώς η χρήση του κοινωνικού ιστορικού του μαθητή θα προσέδιδε μια κοινωνική διάσταση στη γνωμάτευση αναδεικνύοντας στη διαδικασία του κοινωνικούς και δομικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την κατάσταση του μαθητή (Gillman et al., 2000). Η ιατρική προσέγγιση συνδέει την ανεπάρκεια με την αναπηρία και αγνοεί ότι υπάρχει συσχετισμός ανάμεσα στις αιτίες της αναπηρίας και κάποιους κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες (Ζώνιου – Σιδέρη, 1998). Η απουσία του κοινωνικού ιστορικού από το δείγμα που μελετάμε, φαίνεται να προωθεί μια ιατρική αντίληψη της αναπηρίας, χρησιμοποιώντας όρους όπως, διαγνωστικές ετικέτες (προηγούμενων γνωματεύσεων), κανονιστικά κριτήρια και ατομικές προσεγγίσεις του προβλήματος του μαθητή και όχι μια κοινωνική προσέγγιση όπου η αναπηρία καθορίζεται από την επιρροή των κοινωνικών εμποδίων στη ζωή των ανάπηρων ατόμων (Berni, 2005).

Επιπλέον, η ιατρική εξέταση κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να αποκλειστεί κάποιο οργανικό πρόβλημα που ενδέχεται να προκαλεί παρόμοια συμπτώματα με αυτά της ΔΕΠ-Υ, ιδιαιτέρως αν κάτι τέτοιο προκύπτει από την κλινική παρατήρηση ή

το ιστορικό του παιδιού. Ξεδιπλώνοντας την πορεία του παιδιού όπως αυτή σκιαγραφείται στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια, ο ειδικός επιχειρεί να αξιολογήσει το επίπεδο λειτουργικότητας στο σπίτι, στην κοινωνία και το σχολείο (Goldstein, 1998). Φυσικά, η ιατρική εξέταση θεωρείται απολύτως απαραίτητη στην περίπτωση που πιθανολογείται πρόταση για χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων στο παιδί, προκειμένου να αποκλειστεί η ύπαρξη προβλημάτων ιατρικής φύσης εξαιτίας των οποίων να μην επιτρέπεται η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Σε καμία σχεδόν από τις διαγνώσεις που έχουμε αναλύσει δεν αναφέρεται να έχει προηγηθεί ιατρική εξέταση του παιδιού – ούτε καν σε αυτές των δημοσίων νοσοκομείων - προκειμένου να αποκλειστούν προβλήματα στην ακοή, στην όραση ή κάποια άλλα βιολογικού ή ψυχογενετικού τύπου. Το μόνο που επισημαίνεται σε δύο διαγνώσεις (από τις είκοσι δύο (22) που έχουμε στη διάθεσή μας) των δημοσίων νοσοκομείων είναι πως το παιδί δεν πάσχει από χρόνια νοσήματα. Σε μία άλλη (Δ.Ν.4) έχει πραγματοποιηθεί εκτίμηση ΩΡΛ και χωρίς να δίνονται περαιτέρω διευκρινήσεις – παρά μόνο ότι παρουσίασε υπερκινητικότητα και διάσπαση προσοχής καθώς και παρορμητικότητα – ο μαθητής υπεβλήθη σε δοκιμή με το Concerta (ψυχοδιεγερτικό φάρμακο που περιέχει μεθυλφαινιδάτη του οποίου και ο θεραπευτικός μηχανισμός στη ΔΕΠ-Υ αμφισβητείται.). Όπως αναφέρουν οι ερευνητές Cohen (2000) και Conrad (1976), πολλές φορές η διάγνωση είναι μία post hoc δικαιολογία για τη χορήγηση φαρμάκων.

...του έγινε δοκιμή και με Concerta tb 18mg και 36mg/ημέρα όμως δεν παρατηρήθηκε κάποια θετική αντίδραση στην υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα κ.λ.π...(Δ.Ν.4)

Γενικά πρέπει να τονιστεί ότι η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στο μαθητικό πληθυσμό, προϋποθέτει το συνδυασμό των δεδομένων που προέρχονται από γονείς και εκπαιδευτικούς, καθώς μ' αυτό τον τρόπο ο ειδικός μπορεί να συνεκτιμήσει τον αριθμό των διαφορετικών συμπτωμάτων όπως καταγράφονται και από τις δύο πηγές πληροφόρησης (Mitsis et al., 2000' Verhulst, 1992). Κάποιοι ερευνητές ωστόσο (Burns et al., 2003' Amador – Campos et al., 2006), έχουν αναφέρει πως μεταξύ εκπαιδευτικών και γονέων υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις απόψεις τους ως προς τη συχνότητα, την παρουσία και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ με αποτέλεσμα οι εκτιμήσεις να είναι αντιφατικές. Βέβαια, η μερική ασυμφωνία μεταξύ των δύο πληροφοριοδοτών θα μπορούσε να οφείλεται στο ότι οι διαφορετικές πηγές

κρίνουν τη συμπεριφορά με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικό πλαίσιο (Σιαπάτη – Τελιούση, 2007).

4.3.2 ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Πολλές φορές, ο ειδικός πρέπει να συγκεντρώσει πληροφορίες για την εκδήλωση της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ σε διάφορα πλαίσια. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι αρκετά διαδεδομένη η χρήση σταθμισμένων κλιμάκων αξιολόγησης για γονείς και εκπαιδευτικούς. Πρέπει, ωστόσο, να έχει υπόψη του ότι οι κλίμακες αξιολόγησης αντανακλούν υποκειμενικές εκτιμήσεις και η πληροφόρηση που παρέχουν δεν αρκεί για να τεθεί η οριστική διάγνωση.

Τα ψυχομετρικά εργαλεία είναι τα μέσα που χρησιμοποιούν συγκεκριμένες διαδικασίες για να συλλέξουν πληροφορίες και να τις μετατρέψουν σε αριθμούς ή βαθμολογίες (Friedenberg, 1995). Για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς, των επιδόσεων ή των δυσκολιών ενός παιδιού σε επίπεδο διάγνωσης ή διαφορικής διάγνωσης, συχνά γίνεται χρήση τυποποιημένων κριτηρίων αξιολόγησης, τα λεγόμενα τεστ. Τα τεστ είναι μια δοκιμασία με αυστηρά καθορισμένες συνθήκες εφαρμογής και τρόπο βαθμολογίας η οποία προσδιορίζει τη θέση του υποκειμένου σε σχέση με έναν πληθυσμό που έχει καθοριστεί βιολογικά και κοινωνικά (Βαμβούκας, 1993) με σκοπό τη συλλογή αντιπροσωπευτικών παρατηρήσεων που αφορούν τα ψυχολογικά ή τα μαθησιακά χαρακτηριστικά ή τις ιδιότητες ενός ατόμου (Anastasi & Urbina, 1997).

Σύμφωνα με τον «Κανονισμό Λειτουργίας των Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (παλιά Κ.Δ.Α.Υ, σημερινά ΚΕ.Δ.Δ.Υ.) των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες» καθορίζεται ως καθήκον και υποχρέωση των μελών του να χρησιμοποιούν τυπικές διαδικασίες και εργαλεία μέτρησης για την αξιολόγηση και τη διάγνωση, να εξοικειώνονται και να ενημερώνονται συνεχώς για όλες τις παραμέτρους, όπως την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, τα λάθη μέτρησης, την κατάλληλη τεχνική εφαρμογή και τους περιορισμούς αυτών των μεθόδων. Επίσης, τονίζει πως θα πρέπει να χρησιμοποιούν προτυποποιημένους για όλα τα Κ.Δ.Α.Υ (σημερινά ΚΕ.Δ.Δ.Υ.) τρόπους και μεθοδολογία ανίχνευσης, διάγνωσης, αξιολόγησης και διατύπωσης της γνωμάτευσης, ώστε γονείς, εκπαιδευτικοί και μαθητές να γνωρίζουν ότι σε

οποιοδήποτε ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και αν προσέλθουν θα ακολουθηθεί η ίδια διαδικασία. Στο νόμο «Ν.2716/1999 : Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» που ορίζει τη σύσταση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ) και την ανάπτυξη των ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων των δημοσίων νοσοκομείων, δεν υπάρχει αντίστοιχη παράγραφος/ άρθρο που να αναφέρεται στον τρόπο που θα γίνεται η αξιολόγηση και η διάγνωση των παιδιών.

Από τη διεθνή βιβλιογραφία έχουν προταθεί ορισμένες κλίμακες που μετρούν τη ΔΕΠ-Υ και σύμφωνα με τους θεωρητικούς της ψυχομετρίας, οδηγούν σε ασφαλή συμπεράσματα. Στην αρχή προτιμότερη είναι η χρήση κλιμάκων που διερευνούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της παιδικής ηλικίας. Τέτοιου είδους κλίμακες είναι η κλίμακα BASC (Reynolds & Kamphaus, 1994), η κλίμακα CBCL (Achenbach, 1991) και οι κλίμακες αξιολόγησης του Conners (1990) για γονείς και δασκάλους. Στη συνέχεια ενδείκνυται η χρήση εξειδικευμένων κλιμάκων για την ανίχνευση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ . Τέτοιες είναι η κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ (ADHD Rating Scale) του DuPaul (1991), η κλίμακα ADHD – SC4 των Gadow & Sprafkin (1997), η κλίμακα ADHDT του Gilliam (1995), κ.α. Οι κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς, παρέχουν πληροφορίες τόσο από την παραγοντική, όσο και από την κατηγορική προσέγγιση της ταξινόμησης της ΔΕΠ-Υ , ενώ αξιολογούν και άλλους μείζονες τομείς προβλημάτων (Wilmhurst, 2011).

Σύμφωνα με τον πίνακα 3.3.1.β. (ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ανά φορέα στις διαγνώσεις), σε ένα μικρό αριθμό διαγνώσεων αναγράφονται τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποίησαν οι ειδικοί για να θέσουν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αναφέρουν τα περισσότερα εργαλεία (επτά) και ακολουθούν τα Δημόσια Νοσοκομεία με έξι. Μόνο σε μία διάγνωση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ) αναφέρεται η χρήση ψυχομετρικού εργαλείου. Οι ψυχολόγοι επιλέγουν σαν δημοφιλέστερο εργαλείο το WISC III που μετρά το δείκτη νοημοσύνης. Είναι η Ελληνική έκδοση της κλίμακας Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III). Το ελληνικό WISC αποτελείται από επιμέρους κλίμακες που η καθεμία αξιολογεί διαφορετική πλευρά της νοημοσύνης και που όλες μαζί, εκφράζουν αυτό που αποκαλούμε γενική νοημοσύνη του παιδιού (Γεώργας, Δ. και συν, 1997). Το συγκεκριμένο τεστ έχει χορηγηθεί στις διαγνώσεις από τους ψυχολόγους των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και τα αποτελέσματά του περιγράφονται σε αυτές ως:

...το νοητικό δυναμικό του μαθητή τοποθετείται στο μέσο φυσιολογικό επίπεδο...

(ΚΕ.Δ.Δ.Υ., 3)

χωρίς να δίνονται άλλες λεπτομέρειες γενικά για τις υποκλίμακες της χορήγησης. Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν σχετικά χαμηλή επίδοση σε ορισμένες υποκλίμακες του τεστ νοημοσύνης WISC III (Γεώργας και συν., 1997), όπως στην Αριθμητική, στην Κωδικοποίηση, στις Πληροφορίες και στη Μνήμη Αριθμών. Οι υποκλίμακες αυτές ομαδοποιούνται σε έναν παράγοντα που είναι γνωστός ως “Freedom from Distractivity” και εξετάζουν κυρίως την προσοχή, τη συγκέντρωση και της διατήρηση της εγρήγορσης που απαιτεί η διεξαγωγή ορισμένων στοιχείων των υποκλιμάκων (Herskowitz & Rosamane, 1982). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε σε μία περίπτωση από τους ψυχολόγους του ΚΕ.Δ.Δ.Υ και το τεστ Raven. Η κλίμακα Raven’s Progressive Matrices (RPM) κατασκευάστηκε από τον J.C.Raven το 1938 με βάση τη θεωρία του C. Spearman (1927) για τον γενικό νοητικό παράγοντα (g) (Mellon, R., 2010). Επίσης, σε δύο περιπτώσεις χορηγήθηκε από τους ειδικούς στις ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων το Cattell Weiss Test. Το συγκεκριμένο τεστ, δημιουργήθηκε από τον Raymond Cattell (1949) σε μια προσπάθεια να σχεδιάσει ένα εργαλείο μέτρησης των γνωστικών ικανοτήτων που μετρούν τη νοημοσύνη ανεπηρέαστες από κοινωνικοπολιτισμικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις. Με τη χρήση των τεστ νοημοσύνης, γίνεται ουσιαστικά μια προσπάθεια ταξινόμησης του μαθητή με κανονιστικά κριτήρια προκειμένου ο ειδικός να διαπιστώσει αν ο μαθητής ανήκει ή όχι, στο «φυσιολογικό» επίπεδο τυπικής ανάπτυξης ή όχι.

Η κλίμακα CARS (Childhood Autism Rating Scale) είναι μια κλίμακα μέτρησης της συμπεριφοράς που στοχεύει στη διάγνωση του αυτισμού. Αναπτύχθηκε το 1966 από τους Eric Schopler, Robert Reichler και Barbara Renner. Σχεδιάστηκε για να διαφοροποιήσει τα παιδιά με αυτισμό από αυτά με εξελικτικές διαταραχές όπως είναι η νοητική υστέρηση. Αναπτύχθηκε μέσα από το πρόγραμμα Treatment and Education of Autistic and Related Communication HandicapPed Children (TEACCH) και αφορά την παρατήρηση της συμπεριφοράς παιδιών από 0-12 ετών. Επιπλέον, το Bender Visual Motor Gestalt test (γνωστό σαν Bender – Gestalt Tests) είναι ένα ψυχολογικό τεστ που καταδεικνύει αναπτυξιακές διαταραχές, νευρολογικές ελλείψεις και οπτικο-κινητική λειτουργικότητα σε παιδιά από 3 ετών και άνω, καθώς και σε ενήλικες. Σχεδιάστηκε το 1938 από τη Laurett Bender . Οι νεότερες εκδόσεις έχουν

υποστεί έντονη κριτική καθώς στερούνται ψυχομετρικής αξιοπιστίας. Τέλος το Conners CBRS είναι ένα ερωτηματολόγιο που αφορά τις απόψεις γονέων σχετικά με τη συμπεριφορά των παιδιών. Μέσα από αυτό ο ειδικός ο ειδικός μπορεί να διαγνώσει τη ΔΕΠ-Υ ή άλλες συναισθηματικές, συμπεριφοριστικές ή μαθησιακές διαταραχές. Δημιουργήθηκε από τον Keith Conner και αφορά παιδιά από 6-18 ετών. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται (με διαφορετικές εκδόσεις) σε γονείς, εκπαιδευτικούς και στο ίδιο το παιδί με φόρμα αυτό-αναφοράς.

Τα υπόλοιπα τεστ που χρησιμοποιούνται (Αθηνά τεστ, Τεστ Διάγνωσης Δυσλεξίας, Τεστ Ανίχνευσης και Διερεύνησης των αναγνωστικών δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και Α΄- Β΄ δημοτικού του Κωνσταντίνου Πόρποδα) είναι (όπως συνήθως αναφέρεται και στον τίτλο τους) τεστ αξιολόγησης και διάγνωσης μαθησιακών δυσκολιών και χρησιμοποιούνται – βάση της ανάλυσης του περιεχομένου των διαγνώσεων που μελετούμε- κυρίως από εκπαιδευτικούς. Συγκεκριμένα, το ΑθηνάΤεστ είναι ένα πολυθεματικό, ατομικό τεστ με κύρια εφαρμογή στη διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών. Με το ΑθηνάΤεστ είναι δυνατόν να εκτιμηθούν οι δυνατότητες ή αδυναμίες των μαθητών και να γίνει παρέμβαση ενισχυτικά- εφόσον κριθεί απαραίτητο με το ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης. Το τεστ αυτό αφορά παιδιά ηλικίας 5 έως 8 ετών (Παρασκευόπουλος & συν, 1999). Απ' την άλλη, το Τεστ Ανίχνευσης και Διερεύνησης των αναγνωστικών δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και Α΄- Β΄ δημοτικού του Κωνσταντίνου Πόρποδα, σκοπό έχει αφενός μεν την ανίχνευση (στην προσχολική ηλικία) της πιθανότητας εμφάνισης δυσκολιών κατά την εκμάθηση της ανάγνωσης στο δημοτικό σχολείο, αφετέρου δε (κατά τα δύο πρώτα χρόνια της σχολικής ηλικίας) την αναλυτική διερεύνηση των γνωστικών-γλωσσικών παραγόντων που συνθέτουν την αναγνωστική λειτουργία και τον προσδιορισμός εκείνων των παραμέτρων που παρουσιάζουν ελλειμματική ανάπτυξη ή λειτουργία, προκειμένου να διαγνωσθεί και να ερμηνευθεί η φύση της δυσκολίας (Πόρποδας, 2007). Για το τεστ Διάγνωσης Δυσλεξίας του Κέντρου Ψυχολογικών Μελετών δε βρέθηκαν πληροφορίες.

Αν και δεδομένου πως τα προβλήματα της ακαδημαϊκής απόδοσης έχουν κατά καιρούς χαρακτηριστεί συνοδά προβλήματα της ΔΕΠ-Υ και η λεπτομερής αξιολόγηση των μαθησιακών ικανοτήτων του παιδιού απαραίτητη (Σιαπάτη – Τελιούση, 2007), φαίνεται να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε τέτοιου είδους επιλογές εργαλείου και κατ' επέκταση να χορηγούνται ανάλογες διαγνώσεις. Αν γυρίσουμε

πίσω στο κεφάλαιο 4.1.2 που αναφέρεται στη συννοσηρότητα και μελετήσουμε τον πίνακα 3.1.1.β (διαταραχές που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ στις διαγνώσεις των φορέων), θα διαπιστώσουμε πως η χαμηλή επίδοση ως αποτέλεσμα σε τέτοιου είδους ψυχομετρικά τεστ οδηγεί στη διάγνωση γενικευμένων ή ειδικών, μαθησιακών δυσκολιών αλλά όχι στη ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν οριστεί για τη διαταραχή από τη Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO,1992) στη δέκατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (ICD-10) και της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA, 1994) στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV). Ωστόσο η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται σε όλες τις διαγνώσεις που μελετήσαμε είτε μόνη της (ακόμα κι αν δεν έχει χρησιμοποιηθεί αντίστοιχο τεστ για τη διάγνωσή της) είτε με τη συνύπαρξη άλλως διαταραχών (βλ. πίνακα 3.1.1.α).

Σε έρευνα που διεξήχθη σχετικά με τη διερεύνηση του τρόπου διάγνωσης που χρησιμοποιείται στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ (Μεσημέρη, 2012), βρέθηκε πως το μοντέλο αξιολόγησης που εφαρμόζουν παραπέμπει στο μοντέλο διάγνωσης που στηρίζεται στο κριτήριο της διακύμανσης μεταξύ της νοημοσύνης και της επίδοσης του μαθητή και μερικά από τα βασικά προβλήματα που αναφέρονται είναι η απουσία ενιαίων κριτηρίων αξιολόγησης καθώς και η έλλειψη εκπαίδευσης στη χρήση σταθμισμένων εργαλείων αξιολόγησης. Το ιατρικό μοντέλο επιβάλλει την κατανομή των μαθητών σε κατηγορίες προκειμένου να τους αποδοθεί η ετικέτα της διάγνωσης και να προχωρήσει ο ειδικός στην κατάλληλη «θεραπεία»

4.3.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ.

Η γνώση του προσωπικού και οικογενειακού ιστορικού του παιδιού, αλλά και στοιχεία εξωγενή ως προς τις μεθόδους (στάση του παιδιού απέναντι στο τεστ, τρόπος συμπεριφοράς και προσέγγισης του εξεταστή από τη μεριά του παιδιού, μη λεκτική συμπεριφορά κ.λ.π) αποτελούν επίσης παραμέτρους που πρέπει να ληφθούν υπόψη στη συνολική αξιολόγηση των διαταραχών και των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών (Παπάνης και συν., 2009) (βλ. Κεφ. 3.3.1.α). Η κλινική παρατήρηση και

κατ' επέκταση η διαδικασία αξιολόγησης, ξεκινά από τη στιγμή της συνάντησης του ειδικού με το παιδί στην αίθουσα αναμονής και συνεχίζεται μέχρι την αποχώρηση του παιδιού. Ο ειδικός αρχικά προσπαθεί να εγκαταστήσει μια καλή σχέση με το παιδί καθώς αυτό δεν τον επισκέπτεται με δική του πρωτοβουλία αλλά κυρίως με την προτροπή των γονιών του. Είναι σημαντικό λοιπόν για τον ειδικό να διερευνήσει την άποψη του παιδιού γι' αυτήν την επίσκεψη και αν χρειαστεί να του εξηγήσει τους λόγους. Στη συνέχεια ο ειδικός διερευνά τις αντιλήψεις του ίδιου του παιδιού για τον εαυτό του και τις δυσκολίες του. Επιπλέον, μέσω της κλινικής παρατήρησης διαμορφώνει μια αδρή εικόνα για το νοητικό του επίπεδο καθώς και για το επίπεδο ανάπτυξής του στον γνωστικό, κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006). Εξάλλου, και στον κανονισμό λειτουργίας των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. επισημαίνεται πως η αξιολόγηση μπορεί να είναι τυπική μέσω τυποποιημένων δοκιμασιών και άτυπη μέσω παρατήρησης και περιγραφών των γονέων και εκπαιδευτικών, κάτι που όμως δεν αναφέρεται στις διαγνώσεις.

Όλες οι ειδικότητες στις διαγνώσεις που αναλύσαμε, φαίνεται να αξιολογούν με κάποια μέθοδο το μαθητή. Ωστόσο μόνο οι ειδικότητες του ψυχολόγου και του εκπαιδευτικού (σε κάποιες περιπτώσεις) αναφέρουν τη χρήση διαγνωστικών εργαλείων. Μέσω των γλωσσικών προσδιορισμών που χρησιμοποίησαν, έχουν αποδώσει στη ΔΕΠ-Υ χαρακτηριστικά (βλ. πίνακες 3.1.2.^{α,β,γ,δ,ε,στ}) χωρίς να αναφέρουν όμως πως κατέληξαν στη συγκεκριμένη επιλογή λέξεων Στο κεφάλαιο 3.3.2 αναφέρονται ενδεικτικά αποσπάσματα που έχουν καταγραφεί στις διαγνώσεις από τους ειδικούς των φορέων, οι οποίοι έχουν προσδώσει το χαρακτηρισμό της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά που αξιολογήθηκαν, αφήνοντας ωστόσο πολλά κενά ως προς τη χρήση των εργαλείων που χρησιμοποίησαν. Αναφέρονται γνωστικά ερεθίσματα (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.4), δραστηριότητες (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.1), δοκιμασίες (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.5), παιχνίδια (Κ.Ψ.Υ.1), κείμενα (Κ.Ψ.Υ. 13), σύνθετες οδηγίες (Δ.Ν.2) και άλλες πολλές λέξεις στις διαγνώσεις των ειδικών. Παρόλα αυτά, δεν περιγράφονται επαρκώς, προκειμένου να γίνει πλήρης κατανόηση του αξιολογικού πλαισίου που χρησιμοποιήθηκαν. Για ποιο λόγο επιλέχθηκαν τα συγκεκριμένα γνωστικά ερεθίσματα για παράδειγμα, έναντι άλλων και σε ποιο συμπέρασμα κατέληξε η «βαθμολόγηση» τους; Σε ποιες δοκιμασίες και δραστηριότητες υπεβλήθη ο μαθητής ώστε η μη διεκπαιρέωσή τους να αιτιολογεί την απόδοση της ΔΕΠ-Υ σαν χαρακτηρισμό; Τι είδους παιχνίδια είναι αυτά που έπαιξε ο μαθητής;

Ανταποκρίνονται στην ηλικία του; Ήταν εναρμονισμένα με το κοινωνικό και συναισθηματικό του επίπεδο; Με άλλο τρόπο συνηθίζει να παίζει ένα μοναχοπαίδι και αλλιώς όταν είναι μέλος μιας πολυμελούς οικογένειας. Τα κείμενα που δόθηκαν σε μαθητές ήταν κείμενα που επέλεξε ο ειδικός αυθαίρετα ή παρμένα από το σχολικό βιβλίο της αντίστοιχης τάξης; Κι αν ήταν απ' τα μαθήματα του σχολείου του, μήπως ο μαθητής, έχοντας τα ξαναδεί, δεν έδειχνε τη δέουσα (κατά τον αξιολογητή) προσοχή; Όλα αυτά, και άλλα πολλά, είναι κάποια από τα ερωτήματα που αναδύονται από την ανάλυση των διαγνώσεων μιας και δεν υπάρχει σε καμία διάγνωση επαρκής περιγραφή των κατ' επιλογήν εργαλείων αξιολόγησης. Επιπροσθέτως, τέτοιου είδους ερωτηματικά κάνουν μη αποτελεσματικό το στόχο που θέτει ο κανονισμός λειτουργίας των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. που θέλει τους τρόπους μεθοδολογίας ανίχνευσης, διάγνωσης και αξιολόγησης να είναι αντικειμενικοί ώστε γονείς και εκπαιδευτικοί να γνωρίζουν ότι σε οποιοδήποτε ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και αν προσέλθουν, θα ακολουθηθεί η ίδια διαδικασία.

Συνολικά η διεπιστημονική ομάδα φαίνεται να μην έχει πρόσβαση σε ένα αξιόπιστο εργαλείο με αποτέλεσμα η όποια μέτρηση να γίνεται εμπειρικά (Μεσημέρη, 2012) και κατ' επέκταση, οι όποιες εκτιμήσεις να στερούνται εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Η αξιολόγηση της επίδοσης, παρατηρούμε ότι βασίζεται είτε στο βαθμολογικό σύστημα είτε στην υποκειμενική αξιολόγηση του κάθε επαγγελματία, που σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι ειδικός (Τζουριάδου, 2006). Η αξιολόγηση έτσι, χαρακτηρίζεται σαν μορφή άσκησης εξουσίας από τους ειδικούς στους αναπήρους, χρησιμοποιώντας κριτήρια και εργαλεία που βασίζονται στο ατομικό μοντέλο της αναπηρίας, με αποτέλεσμα να «κατασκευάζει» προβλήματα (Davis, 2004). Η απουσία και η αυθαιρετότητα του μεθοδολογικού πλαισίου αξιολόγησης και των μεθοδολογικών εργαλείων, έρχεται να ενισχύσει την ερμηνεία τους παρουσιάζοντάς την ως αντικειμενική και αξιόπιστη, κρύβοντας της ευθύνη του συγγραφέα (Vehkakoski, 2003).

4.3.4 Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ

Σύμφωνα με το νόμο Γ6/4494/1 Νοεμβρίου 2001, (Καθορισμός λειτουργίας των Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ) των Ατόμων με

Ειδικές Ανάγκες και καθορισμός των καθηκόντων και υποχρεώσεων του προσωπικού αυτού) ορίζεται πως η διάγνωση θα πρέπει να πραγματοποιείται από πενταμελή διεπιστημονική ομάδα των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., έναν εκπαιδευτικό Ε.Α.Ε, έναν παιδοψυχίατρο ή παιδίατρο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία ή νευρολόγο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχολόγο και έναν λογοθεραπευτή. Στη διεπιστημονική ομάδα δύναται να συμμετέχει κάποιο άλλο μέρος του εξειδικευμένου Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (ΕΕΠ) κατά περίπτωση, κατόπιν εισήγησης του προϊσταμένου του οικείου ΚΕ.Δ.Δ.Υ. (Ν.3699/2008, αρ.4). Δεν υπάρχει αντίστοιχη παράγραφος που να καθορίζει τη διεπιστημονική επιτροπή, στο ΦΕΚ λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και στην παράγραφο για τη σύσταση των ιατροπαιδαγωγικών τμημάτων των Δημοσίων Νοσοκομείων, στο ΦΕΚ για την εξυγίανση του Ε.Σ.Υ.

Στο νόμο της ειδικής αγωγής (3699/2008) προωθείται, η διεπιστημονική συνεργασία που σκοπό της έχει να βελτιώσει την εκπαίδευση, τη θεραπεία και τη φροντίδα των παιδιών με αναπηρία. Οι Στρογγυλός και Ξανθάκου (2007), έχουν αποδείξει ότι η συνεργασία εκπαιδευτών, θεραπευτών και κοινωνικών επιστημόνων μπορεί να επιτύχει καλύτερα αποτελέσματα ως ομάδα από ότι μπορεί να πετύχει το κάθε μέλος της ομάδας από μόνο του. Η προώθηση μιας διεπιστημονικής συνεργασίας για την έκδοση της γνώματευσης των μαθητών, επιδιώκει μια σφαιρική εικόνα των αναγκών του παιδιού, ανταλλαγή γνώσεων, εμπειριών και κατανόηση της δουλειάς του άλλου, σχεδιασμός κοινών στόχων, επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων κ.λ.π (Στρογγυλός & Ξανθάκου, 2007). Αν και δε λείπουν και οι φωνές που επισημαίνουν και τις δυσκολίες αυτής της συνεργασίας, τα αποτελέσματά της είναι σαφώς ενθαρρυντικά. Η διεπιστημονική συνεργασία στο νόμο της ειδικής αγωγής φαίνεται να περιορίζεται μεταξύ των επαγγελματιών σε θέματα που αφορούν την αξιολόγηση του μαθητή και το σχεδιασμό του Εξατομικευμένου Προγράμματος Εκπαίδευσης (ΕΠΕ) (Ν. 3699/2008. Αρ 1, 3& 4).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουμε συλλέξει από την ανάλυση των διαγνώσεων έχουμε παρατηρήσει πως η σύσταση των επιστημόνων που συγκροτούν ανά περίπτωση τη διεπιστημονική επιτροπή των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. διαφέρει. Οι ειδικοί που συνυπογράφουν κάθε φορά τη διάγνωση δεν είναι σταθεροί ούτε προς τον αριθμό, ούτε προς την ειδικότητα. Στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ., και στις 13 γνωματεύσεις συμμετέχει ο εκπαιδευτικός ειδικής αγωγής, ο ψυχολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός. Σε 3 μόνο

από αυτές συμμετέχει ο λογοθεραπευτής και ο παιδοψυχίατρος. Είναι φανερό πως δεν τηρείται με συνέπεια η πενταμελής επιτροπή που ορίζεται από το νόμο και οι ειδικότητες εναλλάσσονται (βλ. *πίνακα 2.5.4*). Οι αξιολογήσεις του εκπαιδευτικού και του ψυχολόγου είναι πάντα ευδιάκριτες μέσα στα κείμενα των γνωματεύσεων. Αντίθετα, δεν υπάρχει ξεκάθαρη αξιολόγηση του κοινωνικού λειτουργού και συνήθως αναφέρεται πως πάρθηκε μεν το κοινωνικό ιστορικό αλλά χωρίς να δοθούν περαιτέρω λεπτομέρειες σχετικά. Κάποιες φορές δε, αν και η αξιολόγηση υπογράφεται και από αυτόν, το κοινωνικό ιστορικό απουσιάζει έστω και σαν στοιχείο δηλωτικό της ειδικότητας. Η απουσία του κοινωνικού ιστορικού είναι σημαντική καθώς η ύπαρξή της, προσδίδει μια κοινωνική διάσταση στη γνωμάτευση αναδεικνύοντας στη διαδικασία τους κοινωνικούς και δομικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την κατάσταση του μαθητή, αποβάλλοντας ταυτόχρονα την κατεύθυνση της σε μια ιατρική λειτουργία (Gillman et al., 2000). Η Βουγιουκλάκη (2010) σε έρευνα για τον τρόπο διάγνωσης των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. αναφέρει πως οι ειδικότητες του εκπαιδευτικού, του ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού είναι αυτές που θα αξιολογήσουν το παιδί, ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο τα ευρήματά μας. Στις γνωματεύσεις των Κ.Ψ.Υ, οι ειδικότητες που καταγράφηκε πως συμμετέχουν στη διαδικασία της γνωμάτευσης είναι αυτές του ψυχολόγου, του παιδοψυχίατρου και του λογοθεραπευτή (βλ. *πίνακα 2.5.5*), ειδικότητες που προέρχονται από σχολές με ιατρικό προσανατολισμό στο πρόγραμμα σπουδών τους. Τέλος, στις είκοσι δύο (22) γνωματεύσεις των Δημοσίων Νοσοκομείων παρατηρούμε πως ο παιδίατρος, ο παιδοψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο λογοθεραπευτής και ο εργοθεραπευτής είναι οι ειδικότητες που συμμετέχουν στη διαδικασία της αξιολόγησης (βλ. *πίνακα 2.5.6*). Κάθε διάγνωση ωστόσο, δεν υπογράφεται από την ίδια ειδικότητα και αυτό εξαρτάται από το νοσοκομείο. Βέβαια στην παράγραφο 2, του άρθρου 2 του νόμου 3699/2008, οι ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες περιλαμβάνονται στις εκπαιδευτικές υπηρεσίες της ΕΑΕ, έχοντας σαν στόχο –μεταξύ άλλων- την αποτύπωση των εκπαιδευτικών αναγκών. Συνιστά απορία άξιον λοιπόν, γιατί από τη διεπιστημονική επιτροπή που απαρτίζει τα δημόσια νοσοκομεία, απουσιάζουν εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής μιας και η υλοποίηση των στόχων πραγματοποιείται και με «κατάλληλα εκπαιδευτικά εργαλεία».

4.3.5 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ

Κατά την καταγραφή των ευρημάτων της έρευνας στη διαδικασία της ανάλυσης των γνωματεύσεων, παρατηρήθηκαν αρκετά σημεία όπου υπήρχε διάσταση στις απόψεις των ειδικών όσον αφορά την αξιολόγησή τους. Δυστυχώς, λόγω του γεγονότος πως οι διαγνώσεις των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Δημοσίων Νοσοκομείων στερούνταν συνήθως αξιολογικής έκθεσης (και στις ελάχιστες περιπτώσεις που υπήρχε, δε φαινόταν ποιος έκανε την αξιολόγηση παρά μόνο καταγράφονταν τα αποτελέσματά της) η ανάλυσή μας περιορίστηκε μόνο στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Από τις δεκατρείς (13) διαγνώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. που αναλύθηκαν, στις επτά καταγράφηκε διάσταση απόψεων μεταξύ των ειδικών σε διάφορους τομείς, μία αναλογία που δεν είναι καθόλου αμελητέα.

Οι αντιφάσεις αφορούσαν είτε τη συμπεριφορά του μαθητή που προέρχονταν από την άμεση παρατήρηση των ειδικών π.χ *...έκλαιγε και αρνούνταν κατηγορηματικά να συνεργαστεί...* (ψυχολόγος)...*είναι ένα ήσυχο και ευχάριστο παιδί* (παιδοψυχίατρος) (ΚΕ.Δ.Δ.Υ. 1), *... συμμετέχει με διάθεση στο διάλογο, δίνει πολλές πληροφορίες για τον ίδιο, και κάνει ερωτήσεις...*(λογοθεραπευτής)...*είναι φειδωλός ως προς την προφορική του έκφραση...*(εκπαιδευτικός) (ΚΕ.Δ.Δ.Υ. 7), είτε τα διαφορετικά αποτελέσματα που έβγαζαν τα διαφορετικά τεστ που χορηγούσαν οι ειδικοί στα παιδιά: *...το νοητικό δυναμικό του μαθητή κυμαίνεται στο μέσο φυσιολογικό επίπεδο με σημαντική διαφορά υπέρ του λεκτικού...*(ψυχολόγος)...*μη εμπέδωση προγλωσσικών εννοιών... φωνολογική διαταραχή... λεξικό έλλειμμα...*(εκπαιδευτικός) (ΚΕ.Δ.Δ.Υ. 4), *.... το νοητικό του δυναμικό ελέγχεται σε φυσιολογικά για την ηλικία του επίπεδα* (ψυχολόγος)...*οι επιδόσεις του υπολείπονται από το αναμενόμενο για την τάξη που φοιτά* (εκπαιδευτικός) (ΚΕ.Δ.Δ.Υ. 2). Οι αντιφάσεις που αφορούσαν τα αποτελέσματα των διαφόρων τεστ που χορήγησαν οι ειδικοί στα παιδιά καταγράφονται μόνο μεταξύ των ψυχολόγων και των εκπαιδευτικών, καθώς μόνο αυτές οι ειδικότητες (και κυρίως οι ψυχολόγοι) κατέγραφαν συνήθως στις διαγνώσεις τους, τα τεστ που χρησιμοποίησαν.

Ένα στοιχείο, άξιο ιδιαίτερης προσοχής, που εντοπίστηκε κατά την ανάλυση των αξιολογήσεων είναι πως σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρήθηκε διάσταση στις απόψεις του ίδιου του ειδικού, στην ίδια αξιολογική έκθεση. Ο εκπαιδευτικός αναφέρει π.χ : *ο προφορικός του λόγος είναι αναπτυγμένος ...διασαλεύεται η λογική ροή των λεγόμενων του* (ΚΕ.Δ.Δ.Υ., 2)... *είναι ένα συμπαθητικό αγοράκι.... είναι χυδαιολόγος και η συνεργασία μαζί του ήταν εξαιρετικά δύσκολη...* (ΚΕ.Δ.Δ.Υ. 4), ...

δεν εκδηλώνει ανάγκη να κινηθεί... παρουσιάζει έντονη σωματική ανησυχία...(ΚΕ.Δ.Δ.Υ. 7).

Στις περισσότερες αξιολογήσεις που παρατηρήθηκε διάσταση των απόψεων των ειδικών αυτή εντοπίζονταν μεταξύ του ειδικού παιδαγωγού και κάποια άλλης ειδικότητας (ψυχολόγου, ψυχιάτρου, λογοθεραπευτή). Δε έλειψαν επίσης διαφοροποιήσεις μεταξύ του ψυχολόγου και του παιδοψυχιάτρου καθώς και μεταξύ του ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού κάτι που δείχνει πως ο μαθητής μπορεί σε διαφορετικό χρόνο, ακόμα και στην ίδια συνεδρία, να παρουσιάσει διαφορετική συμπεριφορά, σε διαφορετική ειδικότητα και αυτή να ερμηνευθεί υποκειμενικά.

Οι αντιφάσεις που εντοπίσαμε παραπάνω, προκαλούν ιδιαίτερη εντύπωση όταν εμφανίζονται σε ένα δημόσιο έγγραφο που από το καταστατικό λειτουργίας του φορέα ορίζεται πως η διάγνωση πρέπει να είναι αποτέλεσμα της συνεργασίας της διεπιστημονικής επιτροπής που τον αποτελεί. Οι διαφορετικές εκτιμήσεις τους δεν συνάδουν με αυτή τη λογική και ενισχύουν την άποψη ότι οι αξιολογήσεις των παιδιών σε αξιολογικούς φορείς βασίζονται σε περιορισμένη γνώση και επαφή με το παιδί και την οικογένειά του και κάτω από τη γραφειοκρατική τους λειτουργία και αδυναμία μακροχρόνιας παρακολούθησης και χρήσης πολλών πηγών πληροφόρησης του παιδιού, με αποτέλεσμα να περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό η δυναμική κατανόησή του (Bountrogianni, 1990). Μελέτη που έγινε σε προσωπικό των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., αναδεικνύει πως δεν έχουν εκπαιδευτεί στο διεπιστημονικό τρόπο εργασίας (Μεσημέρη, 2012) εύρημα που δείχνει πως παραθέτουν τις ατομικές αξιολογήσεις χωρίς να διενεργείται ένας διεπιστημονικός τρόπος προσέγγισης. Σε άλλη έρευνα οι επαγγελματίες επισημαίνουν πως καλούνται σε ένα μόνο ραντεβού να διαμορφώσουν διαγνωστική άποψη λόγω έλλειψης χρόνου (Βουγιουκλάκη, 2010).

Συμπερασματικά, η παρουσία αντιφάσεων μεταξύ των ειδικοτήτων κατά την αξιολόγηση και τη διατύπωση των διαγνωστικών κατηγοριών φαίνεται λογικό να υπάρχει καθώς λείπουν κοινά, σταθμισμένα, μεθοδολογικά εργαλεία, ο χρόνος της αξιολόγησης είναι περιορισμένος (και έτσι η γνωριμία του αξιολογητή με το μαθητή και την οικογένειά του καθίσταται δύσκολη) και η έλλειψη εκπαίδευσης σε ένα διεπιστημονικό τρόπο συνεργασίας, υπαρκτή στα ελληνικά δεδομένα.

4.3.6 Η ΑΥΘΕΝΤΙΑ ΣΤΟΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΛΟΓΟ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας ενότητας, είδαμε πως οι ειδικοί προσδιορίζουν τη ΔΕΠ-Υ, μέσα από την απόδοση συμπτωμάτων και πως ο λόγος τους την κάνει μια κατάσταση που χρήζει θεραπείας, εξατομικευμένων προγραμμάτων αποκατάστασης και αναπλαισίωσης προκειμένου οι μαθητές να κανονικοποιηθούν σε σχέση με το σύνολο του μαθητικού πληθυσμού. Ένας λόγος που σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο, οδηγεί στο συμπέρασμα πως η αναπηρία είναι μια προσωπική τραγωδία αφού αποτυγχάνει να αποδεχτεί απλά τη διαφορετικότητα του «άλλου» (Barnes & Mercer, 2003). Έτσι, έρχεται ως φυσικό επακόλουθο, η κοινωνική πρόνοια, η ειδική αγωγή και γενικά η θεσμοθετημένη φροντίδα από ειδικούς επαγγελματίες (Thomas, 2004). Μέσα από τις προτάσεις των ειδικών τα παιδιά παραπέμπονται σε επαναξιολογήσεις, σε τμήματα ένταξης και στο θεσμό της παράλληλης στήριξης, σε ψυχοθεραπείες, εργοθεραπείες, λογοθεραπείες κ.λ.π. Σε όλες δηλαδή τις προτάσεις η «χρήση» της αυθεντίας είναι επιβεβλημένη και ο ειδικός πρέπει να είναι παρών προκειμένου το παιδί να μπορέσει να «θεραπευτεί» και να είναι σε θέση να λειτουργήσει όπως οι υπόλοιποι συνομήλικοί του. Οι επαγγελματίες των σχολών υγείας (παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) καθώς και οι εκπαιδευτικοί με εξειδικευμένες σπουδές στην ειδική αγωγή (σύμφωνα και με το Ν3688/2008) είναι υπεύθυνοι για την αποκατάσταση του παιδιού και μέσα από το λόγο και την ορολογία που χρησιμοποιούν, ορίζουν τη «διαταραχή» του, ενισχύοντας το ατομικό – ιατρικό μοντέλο και βάζοντας τους μαθητές, όπως αναφέρει και ο Davis (2004), στο ρόλο του αρρώστου ακόμα κι αν δεν νιώθουν άρρωστοι. Τα άτομα, μέσα από στρατηγικές «ομαλοποίησης» θα μπορέσουν να αποκατασταθούν και έτσι να ταιριάζουν ξανά στην κοινωνία και να εκπληρώσουν τους κοινωνικούς τους ρόλους και τις ευθύνες (Hughes, 2004).

Η αναζήτηση της αυθεντίας που προτείνεται – μέσα από τις γνωματεύσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και των ιατροπαιδαγωγικών κέντρων των Δημοσίων Νοσοκομείων-, οδηγεί σε μια σχέση εξάρτησης του ειδικού με το παιδί και την οικογένειά του προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα αποτελέσματα. Οι Hughes & Paterson (1997), υποστηρίζουν πως ο ρόλος της αποκατάστασης υποχρεώνει τους θεραπευόμενους να αναπτύξουν νέες δυνατότητες και να συνεργάζονται πλήρως με τους ειδικούς στις προσπάθειες για την ανάπτυξη τρόπων ανάκτησης στοιχείων ομαλότητας, όπου θα μπορέσουν να βελτιώσουν την απόδοσή τους και θα

καταφέρουν ξανά να ενσωματωθούν στην κοινωνία και να εκπληρώσουν τους κοινωνικούς τους ρόλους και ευθύνες. Το ιατρικό μοντέλο τοποθετεί τα άτομα με αναπηρία σε εξαρτημένη θέση, τα οποία αναμένονται να κάνουν ότι καλύτερο μπορούν για την «κατάστασή» τους με εξατομικευμένες παρεμβάσεις (Barnes et al, 1999).

Ο τρόπος που οι ειδικοί στις γνωματεύσεις περιγράφουν τις προσωπικότητες των παιδιών, τα βάζουν σε διαδικασία να προσδιοριστούν μέσα από τις δοκιμασίες που τους θέτουν (τυπικά και άτυπα τεστ, περιγραφικές αξιολογήσεις κ.λ.π), και τελικά τους αποδίδουν τη ΔΕΠ-Υ, δε μπορεί παρά να τα αφήνουν να πιστεύουν πως η όλη διαδικασία είναι προσωπική τους ευθύνη και δε μπορούν να κάνουν τίποτα περισσότερο γι' αυτό παρά να βασιστούν στην αυθεντία ενός ειδικού για να τα βοηθήσει. Παράγεται έτσι μια ερμηνεία ότι οι αποτυχίες του παιδιού προκαλούνται από τις εσωτερικές ιδιότητές του, ενώ η πρόοδος είναι βασισμένη σε εξωτερική παρέμβαση (Vehkakofski, 2003). Σύμφωνα με τον Oliver (1996), οι επιστήμονες υγείας, αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα της αναπηρίας και όχι τις ανάγκες, τα προβλήματα και τις ανησυχίες του ανάπηρου παιδιού και των γονέων, διαιωνίζοντας έτσι μια μορφή «κοινωνικής καταπίεσης». Αντίθετα σε όλα αυτά, κάνουν τα παιδιά να βιώνουν την όποια διαφορετικότητά τους σαν προσωπική τους ευθύνη και τους γονείς επίσης, να θεωρούν πως οι ίδιοι φταίνε, αυξάνοντας τα επίπεδα προσωπικού άγχους και ματαίωσης. Δεν είναι καθόλου τυχαίο πως τόσες πολλές ειδικότητες «εμπλέκονται» σε μία διαδικασία προκειμένου να αποκαταστήσουν τη «βλάβη» στο παιδί και να προσδιορίσουν τις μαθησιακές τους ανάγκες, στηριζόμενοι στην απόδοση της ΔΕΠ-Υ. Ο Davis (2004) υποστήριξε πως τα επαγγέλματα που σχετίζονται με την αναπηρία αυξάνονται, οι ειδικοί πληθαίνουν και σ' αυτό συμβάλλουν σχολεία και άλλοι αρμόδιοι φορείς που λειτουργούν με γνώμονα τις ανάγκες τις αγοράς και το κέρδος. Με την αύξηση των ειδικών επαγγελματιών, έχουμε έντονη την επικράτηση του ιατρικού μοντέλου, καθώς γίνεται επικέντρωση στα ατομικά χαρακτηριστικά των παιδιών και όχι στην ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης (Zoniou – Sideri et al, 2006).

Καθίσταται κατανοητό λοιπόν, πώς ο ειδικός γίνεται η αυθεντία που σε μια ιατροποιημένη κοινωνία θα «σώσει» το μαθητή από τα όποια δεινά του και θα τον «επαναφέρει» στα επίπεδα κανονικότητας που θα τον κάνουν να αγνοήσει τις

ατομικές του διαφορές και να λειτουργήσει σαν «ισάξιο» μέλος ενός παραγωγικού, εκπαιδευτικού –αλλά και ουσιαστικά κοινωνικού- συστήματος.

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της παρούσας έρευνας, είναι να διερευνηθεί μέσω των γραπτών γνωματεύσεων παιδιών σχολικής ηλικίας, ο τρόπος εντοπισμού, προσδιορισμού και αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ από δημόσιες, πιστοποιημένες, διεπιστημονικές επιτροπές διάγνωσης αναπηριών και ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. Η μελέτη των αξιολογήσεων των διαφόρων ειδικοτήτων βρέθηκε στο επίκεντρο καθώς σκοπός ήταν να καταγραφούν και να ερμηνευτούν οι τρόποι που προσεγγίζουν οι ειδικοί τη ΔΕΠ-Υ και την ενταξιακή εκπαίδευση εν γένει.

Τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία βασίστηκε η ανάλυση, όπως αυτά διαμορφώθηκαν πριν αλλά και κατά τη διάρκεια της έρευνας, αφορούσαν τις ερμηνευτικές προσεγγίσεις των ειδικών επαγγελματιών των δημοσίων διαγνωστικών κέντρων αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ. Ποιο δηλαδή είναι το εννοιολογικό περιεχόμενο που αποδίδεται στη ΔΕΠ-Υ μέσω του γραπτού, διαγνωστικού λόγου και ποια τα χαρακτηριστικά της γλωσσικής ορολογίας ή των γλωσσικών προσδιορισμών των γραπτών γνωματεύσεων που συντελούν σε αυτή την απόδοση. Επιπλέον, στο πλαίσιο της γενικής ενταξιακής εκπαίδευσης, διερευνήθηκαν ερωτήματα όπως ποιες είναι οι προτάσεις των ειδικών επαγγελματιών αναφορικά με την εκπαιδευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ και αν υπήρχαν φορείς και ποιοι, που πρότειναν θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και το είδος αυτής. Επίσης, σημαντικό μέρος της ανάλυσης μας στηρίχτηκε στο να διερευνηθούν οι τρόποι αξιολόγησης που υιοθετούνται από τους ειδικούς επαγγελματίες σύμφωνα με το περιεχόμενο των γνωματεύσεων. Αν καθορίζεται δηλαδή το πλαίσιο της αξιολογικής προσέγγισης μέσω της ύπαρξης ή μη εργαλείων αξιολόγησης. Τέλος, αποτυπώθηκε ο τρόπος που η διεπιστημονική συνεργασία των ειδικών επαγγελματιών των δημοσίων διαγνωστικών φορέων υφίσταται μέσα από το περιεχόμενο των γνωματεύσεων και διερευνήθηκε το αν υπάρχει διάσταση αξιολογικών απόψεων μεταξύ των ειδικοτήτων.

Η θεωρητική πλαισίωση της έρευνάς στηρίχτηκε στις ερμηνευτικές προσεγγίσεις αναπηρίας του ιατρικού – ατομικού και του κοινωνικού μοντέλου και στις αρχές της ενταξιακής εκπαίδευσης. Προκειμένου να αναλυθεί πληρέστερα το θέμα, έγινε μια αναφορά στη ΔΕΠ-Υ όπως αυτή καταγράφεται στα διαγνωστικά και στατιστικά

εγχειρίδια ψυχικών διαταραχών, το DSM-IV και το ICD-10. Η παρουσίαση βασίστηκε περισσότερο στο DSM-IV καθώς είναι αυτό στο οποίο βασίζεται περισσότερο και η διεθνής έρευνα και βιβλιογραφία. Παράλληλα, δε θα μπορούσαν να μην αναφερθούν οι φωνές εκείνες που θεωρούν τη ΔΕΠ-Υ μια κοινωνική κατασκευή. Σ' αυτό το πλαίσιο, περιγράφηκαν ζητήματα εκπαιδευτικής πολιτικής που αφορούν την ενταξιακή εκπαίδευση όπως αυτά προκύπτουν από τη νομοθεσία, τα αναλυτικά προγράμματα και τις δομές φοίτησης των παιδιών που φέρουν μια διάγνωση. Η διάγνωση αναδύθηκε ως σημαντική παράμετρος στον εκπαιδευτικό αποκλεισμό των μαθητών, γι' αυτό και θεωρήθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί ο ρόλος των δημοσίων διαγνωστικών φορέων κατά τη διαδικασία έκδοσής της, το περιεχόμενό της καθώς και τα αξιολογικά εργαλεία που χρησιμοποιούν οι ειδικοί προκειμένου να τη θέσουν στους μαθητές και να αναγάγουν έτσι, εμμέσως, το λόγο τους σε αυθεντία.

Με βάση τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα, το θεωρητικό πλαίσιο και έχοντας ως μεθοδολογικό εργαλείο την ανάλυση περιεχομένου, επιχειρήθηκαν κάποιες ερμηνείες και συμπεράσματα για το πώς οι ειδικοί ορίζουν τη ΔΕΠ-Υ και αναπτύσσουν το λόγο τους μέσα στις γνωματεύσεις προκειμένου να τεθεί η διάγνωση και να υποστηρίξουν το ρόλο που τους δίνει ο νόμος της ειδικής αγωγής (3699/2008).

Αρχικά, διερευνήθηκε ο λόγος των ειδικών σχετικά με τον ορισμό που αυτοί αποδίδουν στη ΔΕΠ-Υ. Παρατηρήθηκε πως σε καμία από τις διαγνώσεις δεν υπάρχει ένας σαφής ορισμός αλλά γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστεί η διαταραχή μέσα από την απόδοση των συμπτωμάτων, γεγονός που συνάδει με τα πορίσματα των διεθνών ερευνών και θέτει την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ υπό αμφισβήτηση. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως τα συμπτώματα που αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ σχετίζονται με αυτά των μαθησιακών δυσκολιών. Σε ελάχιστες περιπτώσεις η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται μόνη της στις γνωματεύσεις αλλά συνήθως ακολουθεί Ειδικές ή Γενικευμένες Μαθησιακές Δυσκολίες. Φαίνεται πως η ΔΕΠ-Υ λοιπόν, σε ένα μεγάλο βαθμό σχετίζεται με τις μαθησιακές δυσκολίες μέσα στο λόγο των ειδικών κάτι που δημιουργεί ερωτηματικά σχετικά με το λόγο που προτιμά η διεπιστημονική επιτροπή των δημοσίων φορέων να χρησιμοποιήσει και τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στη φόρμα των γνωματεύσεων. Οι λόγοι ίσως να είναι οικονομικοί, καθώς τα χρήματα που οι γονείς δικαιούνται για τις θεραπείες από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι αρκετά περισσότερα στην περίπτωση που μαζί με τις μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζεται και η διάγνωση

της ΔΕΠ-Υ, μιας και από το νέο κανονισμό Ε.Κ.Π.Υ την 1/10/15 η ΔΕΠ-Υ δικαιούται διπλάσια χρήματα από τις Μαθησιακές Δυσκολίες και σωρευτικά το ποσό είναι αξιόλογο.

Επιπλέον, μέσα από τη μελέτη των διαγνώσεων παρατηρείται πως χρησιμοποιείται ένα αρκετά ευρύ πλήθος όρων που προέρχονται από την ιατρική επιστήμη και ενισχύουν το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας προκειμένου να αποδοθούν τα χαρακτηριστικά της. Χρησιμοποιείται μια ποικιλία κλινικών όρων όπως «διαταραχή», «αδυναμία», «ελάττωμα», «έλλειμμα» που προσιδιάζουν στο ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας και φέρουν το μαθητή αντιμέτωπο με την προσωπική του τραγωδία. Η προσέγγιση αυτή τονίζει την ελλειμματική κατάσταση του σώματος που έμμεσα υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής του ατόμου (Thomas & Woods, 2008) αγνοώντας τα προβλήματα που προκαλούν στο άτομο οι κοινωνικοί παράγοντες (Ζώνιου – Σιδέρη, 2012). Σημαντικό είναι να τονιστεί πως ο ιατρικός λόγος χρησιμοποιείται κυρίως από τους ειδικούς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων των Δημοσίων Νοσοκομείων. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, την αξιολόγηση την κάνουν συνήθως παιδοψυχίατροι και ψυχολόγοι. Ωστόσο, αυτές οι αναφορές δε λείπουν και από τον επιστημονικό λόγο των ειδικών στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. που αναγνωρίζει τη ΔΕΠ-Υ ως αναπηρία. Μολονότι η διεπιστημονική επιτροπή απαρτίζεται και από εκπαιδευτικούς και κοινωνικούς λειτουργούς, παρατηρήθηκε πως και αυτών ο λόγος εστιάζει στο έλλειμμα σε σχέση με το «φυσιολογικό» θέτοντας κανονιστικά κριτήρια και αγνοώντας την κοινωνική διάσταση του ατόμου.

Η Παντελιάδου (2007) αναφέρει πως ο τρόπος με τον οποίο σκεφτόμαστε και ορίζουμε μια κατάσταση, καθορίζει άμεσα τον τρόπο και τα μέσα που επιλέγουμε να την αντιμετωπίσουμε. Έτσι λοιπόν, οι ειδικοί προκειμένου να «αποκαταστήσουν» τη ΔΕΠ-Υ προτείνουν στις διαγνώσεις τους να φοιτήσουν οι μαθητές στο τμήμα ένταξης των σχολείων τους ή να «ενισχυθούν» από έναν εκπαιδευτικό παράλληλης στήριξης. Προωθούν φαινομενικά την ένταξη σε μία μη ενταξιακή, στην πράξη, δομή που τελικά διαχωρίζει το μαθητή και τον βάζει κάτω από την εξουσία του ειδικού προκειμένου να αντιμετωπίσει το έλλειμμά του, συγχέοντας την ενταξιακή εκπαίδευση με την ειδική αγωγή. Οι προτάσεις αυτές έπονται των αξιολογικών εκτιμήσεων και συνυπογράφονται από το σύνολο των ειδικών που απαρτίζουν τη διεπιστημονική επιτροπή των φορέων. Αγνοώντας την παρεχόμενη εκπαίδευση και προωθώντας συνεχώς τη συνεργασία με «ειδικούς» επικρατεί το ιατρικό μοντέλο

προσέγγισης της αναπηρίας (Zoniou – Sideri et al, 2006) καθώς η πλαισίωση του μαθητή φαίνεται απαραίτητη.

Στο ίδιο πλαίσιο κινούνται και οι εκπαιδευτικές προτάσεις των ειδικών για τους μαθητές που έχει τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Οι προτάσεις τους εστιάζουν στην εξατομικευμένη διδασκαλία, στην ομαδοσυνεργατική διδασκαλία και σε κάποιες περιπτώσεις στη διαφοροποιημένη. Η εξατομικευμένη διδασκαλία έχει μια αποκαταστασιακή παρά ενταξιακή προοπτική. Οι προτάσεις στηρίζονται στο τι ο μαθητής αγνοεί παρά στο τι μπορεί να κάνει. Όπως παρατηρεί και η Ζώνιου Σιδέρη (1998) η εξατομικευμένη διδασκαλία ωθεί ένα είδος «ατομικής ένταξης» όπου γίνεται προσπάθεια να «διαμορφωθούν» τα ανάπηρα παιδιά για τις απαιτήσεις του κανονικού σχολείου. Απ' την άλλη η ομαδοσυνεργατική διδασκαλία, αν λειτουργήσει σωστά, μπορούμε να υποστηρίξουμε πως προάγει την ισότιμη συνεκπαίδευση αν και απαιτεί συστηματική εκπαίδευση των εμπλεκόμενων εκπαιδευτικών που όμως λείπει από τα προγράμματα σπουδών των πανεπιστημίων. Αμιγώς ενταξιακή προοπτική θα μπορούσε να αναφερθεί στη διαφοροποιημένη διδασκαλία, ωστόσο, οι προτάσεις αυτές δεν καλύπτουν το σύνολο των αξιολογήσεων αλλά περιορίζονται σε μικρό αριθμό γνωματεύσεων, συμπεραίνοντας πως η διαφοροποιημένη διδασκαλία δεν αποτελεί σημαντική διδακτική προσέγγιση για τους ειδικούς των φορέων. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να τονιστεί πως ελάχιστες γνωματεύσεις στηρίζουν τις προτάσεις τους στις δυνατότητες του μαθητή. Στο σύνολό τους σχεδόν, οι προτάσεις εγκολπώνουν τις αδυναμίες του και σχεδιάζονται με βάση αυτές.

Επιπλέον, προκειμένου για την αποκατάσταση της ΔΕΠ-Υ, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και οι ειδικοί των Δημοσίων Νοσοκομείων, προτείνουν θεραπείες, προσομοιάζοντας τη ΔΕΠ-Υ με ασθένεια από την οποία ο μαθητής πρέπει να γιαιτρευτεί. Οι μεμονωμένες ιατρικές παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί για να θεραπεύσουν και να αλλάζουν τα άτομα με αναπηρία, θέτουν την αναπηρία ως μία ασθένεια, και δεν απαιτούν αλλαγές στο περιβάλλον. Λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ατομικές ψυχοθεραπείες είναι μερικά από τα είδη θεραπειών που προτείνονται από τους εν λόγω φορείς. Η ειδική αγωγή εμφανίζεται σαν μια νομιμοποιημένη επινόηση που μέσω θεραπευτικών προγραμμάτων μετατοπίζει την ευθύνη για σχολική αποτυχία στον ίδιο το μαθητή (Bacon & Causton Theocharis, 2013). Το γεγονός αυτό οδηγεί την οικογένεια στο να είναι παγιδευμένη στην ασφυκτική εμπειρία της προσωπικής τραγωδίας και να αντιλαμβάνεται κάθε πρόκληση της εκπαιδευτικής

διαδικασίας του παιδιού της σαν μια προσωπική ευθύνη, ενοχή ή αποτυχία (Ζώνιου – Σιδέρη & Ντεροπούλου, 2008). Παράλληλα την κάνει να αναζητά ανά περίπτωση τον κατάλληλο ειδικό που θα απαλλάξει το παιδί από την αναπηρία του και θα το κανονικοποιήσει στο σύνολο των ομηλίκων του.

Ένα άλλο ερώτημα που απασχόλησε την παρούσα έρευνα ήταν η αξιολογική προσέγγιση που υιοθετείται από τους ειδικούς επαγγελματίες των φορέων αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ. Διαπιστώθηκε πως αν και από το νόμο για τη σύσταση των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. (μόνο για αυτόν τον φορέα υπάρχουν στοιχεία που ορίζουν τα μέσα αξιολόγησης) προβλέπεται η χρήση τυπικών διαδικασιών και εργαλείων μέτρησης στη διαδικασία της διάγνωσης, δεν αναφέρονται αυτά παρά σε πολύ λίγες περιπτώσεις. Στις περιπτώσεις δε που αναφέρονται (κυρίως από τις ειδικότητες του ψυχολόγου και του εκπαιδευτικού) είναι ελάχιστα αυτά που έχουν σταθμιστεί για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Connors, Achenbach). Τα περισσότερα είναι ψυχομετρικά τεστ που μετρούν το νοητικό δυναμικό (Wisc III, Raven, Cattell Weiss Test) και ακόμα περισσότερα αυτά που εντοπίζουν μαθησιακά προβλήματα (Αθηνά τεστ, Τεστ Διάγνωσης Δυσλεξίας, Τεστ Ανίχνευσης και Διερεύνησης των αναγνωστικών δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και Α΄- Β΄ δημοτικού του Κωνσταντίνου Πόρποδα κ.λ.π) ενισχύοντας ακόμα περισσότερο την άποψη πως στόχος των ειδικών στους φορείς αξιολόγησης είναι η διερεύνηση των μαθησιακών προβλημάτων. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να είναι παρεμπόμπουσα για οικονομικούς λόγους και για λόγους πρόσβασης στις υποστηρικτικές δομές που προβλέπονται από τα υπουργεία υγείας και παιδείας.

Στις περιπτώσεις δε που δεν αναφέρεται η χρήση συγκεκριμένων, σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων, παρατηρείται πως δε γίνεται λόγος για το πώς διαμορφώνεται το πλαίσιο της αξιολογικής διαδικασίας. Μέσω των γλωσσικών προσδιορισμών που χρησιμοποιούν οι ειδικοί, έχουν αποδώσει χαρακτηριστικά στη ΔΕΠ-Υ χωρίς να αναφέρουν όμως πως κατέληξαν στη συγκεκριμένη επιλογή λέξεων με αποτέλεσμα ο αναγνώστης να μη γνωρίζει το πλαίσιο που διεξήχθησαν οι παραπάνω εκτιμήσεις, να μην αντιλαμβάνεται την ευθύνη του συγγραφέα και να εκλαμβάνει την ερμηνεία των ειδικών ως αντικειμενική και αξιόπιστη (Vehkakoski, 2003). Εν ολίγοις, αποσιωπούνται πολλά στοιχεία που θα βοηθούσαν τον αναγνώστη να έχει μια πλήρη εικόνα της διαδικασίας, κάνοντάς τον να βασίζεται απλά στο λόγο του ειδικού τονίζοντας την αυθεντία του.

Όσον αφορά στη διεπιστημονική συνεργασία των ειδικών κατά την αξιολογική διαδικασία φαίνεται να μην τηρείται η πενταμελής συμμετοχή που ορίζει ο νόμος για τη λειτουργία των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. (Γ6, 2001). Σύμφωνα με τον Στρογγυλό & Ξανθάκου (2007), η προώθηση μιας διεπιστημονικής συνεργασίας για την έκδοση της γνωμάτευσης των μαθητών, επιδιώκει μια σφαιρική εικόνα των αναγκών του παιδιού, ανταλλαγή γνώσεων, εμπειριών και κατανόηση της δουλειάς του άλλου, σχεδιασμός κοινών στόχων, επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων. Σε πολλές γνωματεύσεις ωστόσο, λείπουν οι αξιολογικές εκθέσεις όλων των μελών της πενταμελούς επιτροπής, έχοντας σταθερές μόνο τις ειδικότητες του ψυχολόγου, του εκπαιδευτικού και του ψυχιάτρου. Στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα των Δημοσίων Νοσοκομείων δε, αν και προβλέπεται στην αξιολογική διαδικασία και η συμμετοχή εκπαιδευτικού ειδικής αγωγής, στις γνωματεύσεις εμφανίζονται μόνο ο ψυχολόγος και ο ψυχίατρος, οι οποίοι και τις υπογράφουν.

Κάτι τελευταίο που προέκυψε από την ανάλυση περιεχομένου των γνωματεύσεων είναι η διάσταση των αξιολογικών απόψεων μεταξύ κάποιων ειδικοτήτων. Στις περισσότερες αξιολογήσεις που παρατηρήθηκε διάσταση των απόψεων των ειδικών αυτή εντοπίζονταν μεταξύ του ειδικού παιδαγωγού και κάποια άλλης ειδικότητας (ψυχολόγου, ψυχιάτρου, λογοθεραπευτή). Οι αντιφάσεις που καταγράφηκαν, αν και δεν είναι πολλές, καταδεικνύουν το πόσο υποκειμενική θα μπορούσε να είναι μια εκτίμηση από τους ειδικούς επαγγελματίες χρησιμοποιώντας ή μη, τεστ και το πόσο εύθραυστα είναι τα δεδομένα για κάθε μαθητή ανάλογα τον άνθρωπο που έχει απέναντί του και το αξιολογικό πλαίσιο στο οποίο κάθε φορά συμμετέχει. Όλα αυτά δύνανται να κάνουν τη γνωμάτευση επισφαλής και άξια αμφισβήτησης. Επιπλέον, οι αντιφάσεις αυτές δείχνουν πως οι ειδικότητες που συνθέτουν τη διεπιστημονική επιτροπή δεν έχουν εκπαιδευτεί σε ένα τρόπο συνεργασίας που θα μείωνε τα τυχόν σφάλματα στην ατομική διάγνωση και θα οδηγούσε σε μια γνωμάτευση – προϊόν συνεργασίας και διεπιστημονικότητας. Τέλος, ορισμένες αντιφάσεις που παρατηρήθηκαν στο λόγο του ίδιου ειδικού θα μπορούσαν να αποδοθούν σε έλλειψη επαγγελματισμού και παρορμητική κρίση.

5.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε κάθε έρευνα υπάρχουν ορισμένα σημεία που αποτελούν σημείο προβληματισμού όταν αυτή πια ολοκληρώνεται και είναι αυτά που ο ερευνητής δύναται να έχει κατά νου προκειμένου για τον επόμενο σχεδιασμό. Η παρούσα έρευνα βασίστηκε στην ανάλυση περιεχομένου των γνωματεύσεων για τη ΔΕΠ-Υ των δημοσίων διαγνωστικών φορέων. Τα συμπεράσματα στα οποία οδηγήθηκε η έρευνα προέκυψαν από την ερμηνεία των καταγραφών που σημειώθηκαν από τις γνωματεύσεις και το θεωρητικό πλαίσιο της. Ένας βασικός λοιπόν περιορισμός που προέκυψε ήταν η ανάγκη να συσχετιστούν τα συμπεράσματα αυτά και με συνεντεύξεις από τους ειδικούς των διεπιστημονικών επιτροπών που είναι υπεύθυνοι για την χορήγηση των γνωματεύσεων. Όσο και αν τεκμηριώθηκε σε κάποιο βαθμό, θεωρητικά, η έρευνα με τη μελέτη ερευνών για τη ΔΕΠ-Υ και τη γνωμάτευση γενικά, αυτές υπήρξαν η αφορμή μιας και το αντικείμενο της παρούσας μελέτης δεν προσιδίαζε σε κάποιες έρευνες συγκεκριμένα. Οι απόψεις των ειδικών, όπως θα προέκυπταν μέσα από μια συνέντευξη θα επαλήθευαν ή θα διέψευδαν την παρούσα ερευνητική προσπάθεια.

Επιπλέον μεθοδολογικά, τα ερευνητικά μου ερωτήματα καθορίστηκαν μέσα από τα ίδια τα κείμενα των γνωματεύσεων. Το ίδιο το υλικό καθόρισε τις κατηγορίες που μελέτησα αφού έπρεπε να είναι αυτές που προέκυπταν από την έρευνα των αρχείων και δε μου άφηνε το περιθώριο να ασχοληθώ και με άλλες που δυνητικά θα προέκυπταν από μια συνέντευξη με τους ειδικούς επαγγελματίες. Η ανάλυση περιεχομένου «αναγκαστικά» βασίζεται στα υπάρχοντα κείμενα και στο γραπτό λόγο όπως αποτυπώνεται σε αυτά. Η διαδικασία της συνέντευξης ίσως να μου όριζε και άλλους άξονες, από την ανάλυση των οποίων να προέκυπταν και άλλα αξιόλογα στοιχεία για το θέμα που μελετήθηκε.

Ένας επίσης σημαντικός περιορισμός που προέκυψε είναι το δείγμα της έρευνας, στο σημείο που αυτό περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η παρούσα έρευνα είναι μιας μικρής κλίμακας μελέτη, τα αποτελέσματα της οποίας δε δύνανται να γενικευτούν. Το δείγμα αφορούσε γνωματεύσεις δημοσίων διαγνωστικών φορέων της περιφέρειας της Αττικής και η ανάλυσή του δε θα ήταν επιστημονικά ορθό να οδηγήσει σε συμπεράσματα γενικεύσιμα για όλους τους διαγνωστικούς φορείς στην ελληνική επικράτεια. Στόχος των συμπερασμάτων είναι να αναδειχθούν στο βαθμό

που θα αποτελέσουν πεδίο προβληματισμού και περαιτέρω ενασχόλησης για όποιον ερευνητή το επιθυμεί.

5.3. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα μελέτη βασίστηκε σε έρευνες που αφορούσαν την ενταξιακή εκπαίδευση, την αναπηρία και τις ερμηνευτικές της προσεγγίσεις, την ειδική αγωγή, το λόγο των ειδικών, τη ΔΕΠ-Υ ως ψυχιατρική διαταραχή αλλά και ως κοινωνική κατασκευή, την ετικετοποίηση και τον αποκλεισμό των μαθητών με διάγνωση καθώς και την ελληνική πολιτική και οικονομική πραγματικότητα. Ωστόσο, δε βρέθηκαν έρευνες που ασχολούνταν με την απόδοση της ΔΕΠ-Υ μέσα στο λόγο των ειδικών επαγγελματιών όπως αυτός εμφανίζεται στις γνωματεύσεις των δημοσίων διαγνωστικών φορέων, κάτι που έκανε και την παρούσα έρευνα πρωτότυπη αλλά και δύσκολη στη διεξαγωγή της.

Θα ήταν ενδιαφέρον ερευνητικά, να μελετηθούν γνωματεύσεις που προέρχονται και από δημόσιους διαγνωστικούς φορείς της περιφέρειας προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μια γενικευμένη άποψη σχετικά με την προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ. Πιθανόν να εξαγόταν συμπεράσματα που θα έρχονταν σε αντίθεση με αυτά της παρούσας έρευνας και θα στηρίζονταν σε άλλα κοινωνιοπολιτισμικά στοιχεία από αυτά της πρωτεύουσας. Κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας, διάβασα μελέτες που με οδήγησαν στην πεποίθηση πως η ΔΕΠ-Υ προσεγγίζεται διαφορετικά μεταξύ κρατών με διαφορετική κουλτούρα. Θα είχε ενδιαφέρον να ερευνηθεί κάποιος αν και μέσα στο ίδιο κράτος υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις ανάλογα με την περιοχή.

Επίσης ενδιαφέρον θα είχε και μια μελέτη που το δείγμα της έρευνας δε θα ήταν τα παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης αλλά αυτά της δευτεροβάθμιας καθώς η διαφορά στην ηλικία ίσως να οδηγούσε και σε διαφορετικά συμπεράσματα σχετικά με την ενταξιακή εκπαίδευση, το ρόλο του σχολείου και την ορολογία που θα χρησιμοποιούσαν οι ειδικοί προκειμένου να ορίσουν τη ΔΕΠ-Υ. Σημαντικό θα ήταν να ερευνηθούν και οι απόψεις των εκπαιδευτικών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για τη ΔΕΠ-Υ και ο τρόπος που την αντιλαμβάνονται ή μη, στην καθημερινότητά τους στο σχολικό πλαίσιο.

Τέλος, κάτι που αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, σημαντικό θα ήταν να ερευνηθεί η απόδοση της ΔΕΠ-Υ από τους ειδικούς των διαγνωστικών φορέων μέσα από συνεντεύξεις. Η συνέντευξη θα μπορούσε να αποκαλύψει πτυχές στο λόγο των ειδικών που δεν εμφανίζονται στα γραπτά τους κείμενα και να διερευνήσει τη φιλοσοφία τους σχετικά με την ένταξη των μαθητών, την απόδοση της ΔΕΠ-Υ αλλά και τη διαδικασία της γνωμάτευσης εν γένει.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Η.& Καλύβα Ε. (2006), Μέθοδοι Έρευνας στην Ειδική Αγωγή : Θεωρία και Εφαρμογές, Αθήνα: Παπαζήση.
- Αναγνωστοπούλου, Μ. (2001). Η Ομαδική Διδασκαλία στην Εκπαίδευση. Θεσσαλονίκη: Εκδοτικός οίκος αδελφών Κυριακίδη.
- Βαμβούκας, Μ., (1993), Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Έρευνα και Μεθοδολογία, Αθήνα: Γρηγόρης.
- Βλάχου – Μπαλαφούτη, Α., (2004), «Πρακτική Εφαρμογή Προγραμμάτων Ένταξης Παιδιών με Νοητική Καθυστέρηση», Στο Ζώνιου – Σιδέρη, Α., (Επιμ.), Σύγχρονες Ενταξιακές Προσεγγίσεις, Πράξη. Β' Τόμος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 121-150.
- Βλάχου, Α., Διδασκάλου, Ε. και Παπανάνου, Ι. (2012). «Εννοιολογικές προσεγγίσεις της αναπηρίας και οι επιπτώσεις τους στην εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία». Στο Ζώνιου – Σιδέρη, Α., Ντεροπούλου – Ντέρου, Ε. & Βλάχου – Μπαλαφούτη, Α. (Επιμ.) Αναπηρία και εκπαιδευτική πολιτική: Κριτική προσέγγιση της ειδικής και ενταξιακής εκπαίδευσης.(σελ.-65-89). Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Βουγιουκλάκη, Λ., (2010), Ο τρόπος λειτουργίας της διάγνωσης και της υποστήριξης των ΚΕΔΔΥ. Πτυχιακή Εργασία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και Institute of Education University of London.
- Γεώργας, Δ., Παρασκευόπουλος, Ι.Ν., Μπεζεβέγκης, Η. & Γιαννίτσας, Ν.Δ. (1997), Ελληνική προσαρμογή και στάθμιση του WISC III: Wechler κλίμακα νοημοσύνης για παιδιά. Αθήνα.
- Γκαραγκούνη – Αρναίου, Φ., Σολομωνίδου, Χ. & Ζαφειροπούλου, Μ. (2003), Απόψεις και στάσεις εκπαιδευτικών για την αντιμετώπιση παιδιών με στοιχεία διάσπασης προσοχής ή/και με υπερκινητικότητα, *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 35, 77-96.
- Δερβίσης, Σ. (2002). Διδακτική Μεθοδολογία και Ειδική Διδακτική. Θεσσαλονίκη.

- Δημάκος, Ι. (2007). Τι γνωρίζουν και τι νομίζουν ότι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), *Αρέθας*, 4, 151-162.
- Διαμαντόπουλος, Ε. (2012), Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, Τμήμα Στατιστικής και Αναλογιστικών Χρηματοοικονομικών Μαθηματικών, Πολυτεχνική Σχολή Ξάνθης.
- Ζάχος, Γ. Η., & Ζάχος, Δ. Η. (1998). Δυσλεξία. Αντιμετώπιση-Αποκατάσταση. Οδηγίες εφαρμογής προγράμματος. Αθήνα: Κέντρο Ψυχολογικών Μελετών.
- Ζώνιου – Σιδέρη, Α., (1998), Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους: Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ζώνιου- Σιδέρη, Α. (2000). Άτομα με ειδικές ανάγκες και η ένταξή τους, επιμ. Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα.
- Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (2000). Ένταξη: Ουτοπία ή πραγματικότητα; Η εκπαιδευτική και πολιτική διάσταση της ένταξης μαθητών με ειδικές ανάγκες, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (2004). «Η αναγκαιότητα της ένταξης: προβληματισμοί και προοπτικές». Στο: Α. Ζώνιου-Σιδέρη (Επιμ.), Σύγχρονες ενταξιακές προσεγγίσεις τ. Α' (σελ. 29-53). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Ζώνιου – Σιδέρη, Α., Καραγιάννη, Π., Ντεροπούλου, Ε., Παπασταυρινίδου, Ε., & Σπανδάγου, Η., (2004), Χαρτογράφηση της σχέσης εκπαιδευτικού και αναλυτικού προγράμματος.
- Ζώνιου – Σιδέρη, Α. & Ντεροπούλου – Ντέρου, Ε. (2008). «Συνεργασία σχολείου και οικογένειας: Ανάλυση λόγου των εμπειριών γονέων με αναπηρίες», στο Φτιάκα, Ε., Περάστε για έναν καφέ: Σχέσεις σχολείου οικογένειας στην κόψη της διαφορετικότητας, σελ. 69-86.
- Ιωσηφίδης, Θ., (2008), Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες, Αθήνα: Κριτική.
- Καζέλα, Κ. (2009). Ομαδοσυνεργατική Διδασκαλία και Μάθηση. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000), Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Κάκουρος, Ε.& Μανιαδάκη, Κ., (2002), Σύνδρομο της Διαταραχής της Ελαττωματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας. Οι επιδράσεις του στη σχολική επίδοση και στη συμπεριφορά των παιδιών. *Νέα Παιδεία*, 101, 152-165.
- Κάκουρος, Ε., Παπαηλιού, Χ. & Μπαδικιάν, Μ. (2006), Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την φύση και την αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 41, 117-130.
- Καλαντζη- Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ. & Ευσταθίου, Γ. (2005), Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης ΔΕΠ/Υ IV, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζής Κ. Γ. (1954). Η προστασία του παιδιού στην Ελλάδα από την παιδαγωγική άποψη. *Σχολείο και Ζωή*. 3: 182-184.
- Καλαντζής Κ. Γ. (1962). Το πρόβλημα της Νοητικής Καθυστερήσεως και η αντιμετώπιση του στην Ελλάδα. *Σχολείο και Ζωή*. 7: 3-16.
- Καλαντζής Κ. Γ. (1975). Διδακτική των Ειδικών Σχολείων για Νοητικά Καθυστερημένα παιδιά [Θεμελιακές έννοιες της Θεραπευτικής Παιδαγωγικής- Οργάνωση και λειτουργία ειδικών σχολείων- Βασικές Αρχές Ειδικής Αγωγής και Ειδικής Διδασκαλίας- Σχέδιο Ειδικού Αναλυτικού Προγράμματος]. Αθήνα: Καραβιά.
- Καλαντζής Κ. Γ. (1984). Η Ειδική Αγωγή χθες και σήμερα (Γενική θεώρηση – Επιστημάνσεις – Νέοι προσανατολισμοί). *Νέα Παιδεία*, 8, 32: 57-72.
- Καραγιάννη, Π., Σιδέρη-Ζώνιου, Α. (2006). Το κοινωνικό μοντέλο της Αναπηρίας. Θεωρία και Ερευνητική Πρακτική. Αντιφάσεις και ερωτήματα. *Μακεδόν*, 15, 223-231.
- Καρυώτης, Θ. (2009). Η διδασκαλία με Ομάδες Εργασίας. *Επιστημονικό Βήμα*, 10, 67-74.
- Κουρκούτας, Η. Ε. (2010). Σύγχρονα ζητήματα της Ενταξιακής Παιδαγωγικής και της Ψυχοπαιδαγωγικής παιδιών με ιδιαίτερες δυσκολίες.
- Κουτσελίνη, Μ. (2006). Διαφοροποίηση διδασκαλίας – μάθησης σε τάξεις μικτής ικανότητας : Φιλοσοφία και έννοια προσεγγίσεις και εφαρμογές, Τόμος Α΄. Λευκωσία.

- Κουτσελίνη-Ιωαννίδου, Μ. (2008). Εποικοδόμηση και Διαφοροποίηση Διδασκαλίας – Μάθησης σε τάξεις μικτής ικανότητας: Φιλοσοφία και έννοια. Στρατηγικές και Εφαρμογές. Λευκωσία.
- Κυριαζή, Ν. (2002). Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ματσαγγούρας, Η. (1993). Θεωρία και Πράξη της Διδασκαλίας, τόμος Β΄. Στρατηγικές Διδασκαλίας: Από την πληροφόρηση στην κριτική σκέψη. Αθήνα.
- Ματσαγγούρας, Γ. Η. (2004). Ομαδοσυνεργατική Διδασκαλία και Μάθηση. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Μεσημέρη, Α., (2012), Η αξιολόγηση των Μαθησιακών Δυσκολιών από τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Πτυχιακή Εργασία, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Επιστημών Προσχολικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, Διατμηματικό Διαπανεπιστημιακό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών.
- Μπονίδης, Κ., Χοντολίδου, Ε. (1997). «Έρευνα σχολικών εγχειριδίων: Από την ποσοτική ανάλυση περιεχομένου σε ποιοτικές μεθόδους ανάλυσης-το παράδειγμα της Ελλάδας». Στο: Βάμβουκας, Μ., Χουρδάκης, Α. (Επιμ.), Παιδαγωγική επιστήμη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Τάσεις και προοπτικές. (σελ. 188-215). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπονίδης, Κ. (2004). Το περιεχόμενο του σχολικού βιβλίου ως αντικείμενο έρευνας. Διαχρονική εξέταση της σχετικής έρευνας και μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Μεταίχμιο
- Ντεροπούλου – Ντέρου, Ε., (2004), «Πρακτική Εφαρμογή προγραμμάτων ένταξης παιδιών με αισθητηριακές διαταραχές (Κώφωση – τύφλωση)», Στο Ζώνιου – Σιδέρη, Α. (επιμ.), Σύγχρονες Ενταξιακές Προσεγγίσεις, Β΄ Τόμος, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 151-180.
- Ντεροπούλου – Ντέρου, Ε., (2015), Πανεπιστημιακές σημειώσεις, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα ειδική αγωγής, ΤΕΑΠΗ, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Πάλλα, Μ.(1992). Η ανάλυση περιεχομένου. *Φιλολόγος*, 67, 45-54.
- Παντελιάδου, Σ., (1997), « Πολιτική της αναπηρίας και εκπαιδευτική ένταξη», στο Σ. Μαυροπούλου (επιμ), Η κοινωνική ένταξη σε σχολείο και η μετάβαση

σε χώρο εργασίας για τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού: Θεωρητικά ζητήματα και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, Βόλος: *Γράφημα*, 5-18.

- Παντελιάδου, Σ. (2008). «Διαφοροποιημένη Διδασκαλία». Στο Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (επιμ.) *Διδακτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες*. Βόλος.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν, Καλατζή – Αζίζη. Α. & Γιαννίτσας, Ν.Δ (1999), *Αθηνά τεστ διάγνωσης δυσκολιών μάθησης*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π. & Βίκη, Α., (Επιμ.)(2009), «Διαγνωστικά Εργαλεία Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες», Στο, *Καινοτόμες Προσεγγίσεις στην Ειδική Αγωγή: Εκπαιδευτική Έρευνα για τις Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού*, Αθήνα: Ι. Σιδέρης, 245-270.
- Πολυχρονοπούλου, Στ., (2003α) *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες: Σύγχρονες τάσεις εκπαίδευσης και ειδικής υποστήριξης*, Αθήνα, Α'τόμος.
- Πόρποδας Κ.(2007) *Εργαλείο Ανίχνευσης Μαθησιακών Δυσκολιών*. Έργο ΕΠΕΑΕΚ.
- Σαμανίδης, Ν. (2006). *Η εκπαίδευση των παιδιών μεταναστών/τριών στην αρθρογραφία των εκπαιδευτικών περιοδικών*. Διπλωματική μεταπτυχιακή εργασία, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.
- Σιαπάτη – Τελιούση Σ. (2007). *Σχολική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα παιδιών σχολικής ηλικίας με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και κατάθλιψη*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Στρογγυλός, Β. & Ξανθάκου, Γ., (2007), Σε ένα σχολείο ίσο για παιδιά άνισα: Ένταξη και διεπιστημονική συνεργασία. Στο 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Σχολείο ίσο για άνισα παιδιά. *Πρακτικά του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης*, 4-6 Μαΐου 2007, Αθήνα.
- Σφυρόερα, Μ. (2007) *Διαφοροποιημένη παιδαγωγική. Κλειδιά και αντικλειδιά*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Τζουριάδου, Μ., (2006), «Η πορεία της ενταξιακής εκπαίδευσης». Στο: *Επινόηση: Εξειδίκευση Εκπαιδευτικών- Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού και Παραγωγή Εκπαιδευτικού Υλικού για Ήπια Νοητική Καθυστέρηση*.

- Φιτσιώλος, Δ. & Οικονόμου, Μ. (2017), «ΔΕΠ-Υ και ενταξιακή τάξη: Μια έρευνα δράσης», ΕΛΨΕ, Πρακτικά 16^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου Ψυχολογικής Έρευνας, Θεσσαλονίκη.
- Χιονίδου-Μοσκοφόγλου, Μ. (2000). Βασικές μέθοδοι Ομαδο-συνεργατικής Διδασκαλίας και Μάθησης στα Μαθηματικά. *Ευκλείδης Γ΄, Επιθεώρηση Μαθηματικής Εκπαίδευσης*, 16, (52), 39-53.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Armstrong, D., (2004), «Ένταξη , συμμετοχή και δημοκρατία», Στο Ζώνιου – Σιδέρη, Α & Σπανδάγου, Η., (επιμ), Εκπαίδευση και τύφλωση. Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 43-51.
- Babbie, E. 2011 Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα. Εισαγωγή και επιμέλεια Κ.Ζαφειρόπουλος. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Barton, L. (2000). «Η πολιτική της inclusion», στο Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (επιμ.), Ένταξη: ουτοπία ή πραγματικότητα; Η εκπαιδευτική και πολιτική διάσταση της ένταξης μαθητών με ειδικές ανάγκες. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 57-70.
- Cohen, L., Manion, L. (2000). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Mellon, R., (2010), Κλινική Ψυχομετρία , Αθήνα: Πεδίο.
- Mertens, D. M. (2009), Έρευνα και Αξιολόγηση στην Εκπαίδευση και την Ψυχολογία, Αθήνα : Μεταίχμιο.
- Thomas, D. & Woods, H. (2008). Νοητική Καθυστέρηση: Θεωρία και Πράξη, Σιδέρη, Α., Ντεροπούλου, Ε. (επιμ.). Αθήνα: Τόπος.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Achenbach, T.M., (1991a), Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile, Burlington : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenabach, T.M., (1991b), Manual for the Teacher's Report from 1991 Profile, Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Adams, J. (2000), "What's so special?" Teachers' Models and their Realisation in Practice in Segregated Schools, *Disability and Society*, 15(2): 233-246.
- Adams, P. (2008), Positioning behavior: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in the post-welfare educational era, *International Journal of Inclusive Education*, 12 (2), 113-125.
- Allan, J., (1999), *Actively seeking inclusion*, London: Falmer.
- Anastasi, A. & Urbina, S., (1997), *Psychological Testing*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ainscow, M., (1992), "Doing the Right things :Seeing special Needs as a School Improvement Issue", in Fairbairn, G.and Fairbairn, S (eds) *Integrating Special Children: Some Ethical Issue*. Aldershot: Avebury.
- Albrecht, G., Sleeman, K. & Bury, M. (2000). *Handbook of disability studies*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Alderson, P. and Goodley, G. (1999), *Enabling Education: Experiences in Special and Ordinary Schools*, London: Tufnell Press.
- Amador – Campos, J.A., Forns – Santacana, M., Guardia – Olmos & Marible Pero-Cebollero., (2006), *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28 (1), 23-33.
- American Psychiatry Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatry Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A.E., Costello, J.& Erklanli, A, (1999), Comorbidity, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 57-87.

- Arcelus, J. & Vostanis, P., (2005), Psychiatric comorbidity in children and adolescents, *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 77-87.
- Armstrong, D. ad Galloway, D. (1994), "Special Educational Needs and Problem Behavior; Making Policy in the Classroom". In Riddell, S. and Brown, S.(eds) *Special Educational Needs Policy in the 1990s: Warnock in the Market Place*. London: Routledge.
- Armstrong, F., Armstrong, D. & Barton, L, (2000), *Inclusive Education: Policy, Contexts and Comparative Perspectives*, Routledge.
- Armstrong, D., (2003), *Experiences of Special Education: Re-evaluating policy and practice through life stories*.
- Armstrong, C., Armstrong, D. & Spandagou, I., (2010), *Inclusive Education: International Policy and Practice*. London: Sage.
- Arora, T. & Mackay, L. (2004), "Talking and Listening to children diagnosed with ADHD and taking psychostimulants", in : T. Billington & M. Pomerantz (eds)*Children at the margins: supporting children, supporting schools* (London, Trentham Books).
- Atkinson. R.& Flint, J.(2001), *Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies*, Issue 33, *Social Research Update*, University of Surrey.
- Bacon, J. K. & Causton – Theocharis, J., (2013), It should be teamwork: a critical investigation of school practices and parent advocacy in special education, *International Journal of Inclusive Education*, 17 (7), pp 682-699.
- Barkley, R.A. (1990), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook of Diagnosis and Treatment*, New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A.,Fischer, M., Fletcher, K. & Smallish, L. (1998), [Young adult outcome of hyperactive children], Unpublished raw data.
- Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. & Matevia, L. (2001), Executive functioning, temporal discounting and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29-541-556.
- Barkley, R.A., (2003a). Attention – deficit/hyperactivity disorder. In: Mash, E.J. & Barkley, R.A.(eds), *Child Psychology*, NY, US: Guilford Press, xiv, 802.

- Barkley, R.A., (2003b), Issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children, *Brain and Development*, 25(2), 77-83.
- Barkley R.A., Fischer M., Smallish L., Fletcher K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*: Volume 45, No 2, pp 195–211.
- Barnes, C. & Mercer, G.,(eds) (1996), *Illness and Disability*, In *Exploring the Divide*, Leeds: The Disability Press, 11-16.
- Barnes, C., Mercer, G. & Shakespeare, T. (1999), *Exploring Disability: A sociological Introduction*, Cambridge, UK: Polity Press.
- Barnes, C. & Mercer, G., (2003), “Theorising and Researching Disability From a Social Model Perspective”. In Barnes, C. & Mercer, G. (eds): *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*, Leeds: The Disability Press, 1-17.
- Barton, L. (1997), “Inclusive Education: Romantic, subversive or realistic?”, *International Journal of Inclusive Education*, 1(3), 231-242.
- Bender, L.,(1938), A visual – motor Gestalt test and its clinical use, American Orthopsychiatric Association Monograph Series No3, NY: American Orthopsychiatric Association.
- Berni, K., (2005), Social Work with Disabled Children, *Children’s Issues*, 9 (7), 22-28.
- Berni, K., (2005), “Chocolate...makes you autism: impairment, disability and childhood identities”, *Disability & Society*, 20(3), 261- 275.
- Berg, S. (1988) Snowball sampling, in Kotz, S. and Johnson, N. L. (Eds.) *Encyclopaedia of Statistical Sciences* Vol. 8.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaterrn, E, Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T.E., Frazier, E. & Johnson, M.A.(2002), Influence of Gneder on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric clinic, *American Journal of Psychiatry*, 159 (1), 36-42.
- Bondi, L., (1991), Choice and Diversity in School Education, *Comparative Education*, 27: 125-134.
- Boutrogianni, M., (1990), “Dynamic assessment: Implications for classroom concultation peer tutoring and parent education”, In Cole, E. & Siegel, J.A.

(Eds), *Effective consultation in school psychology*, Kirkland, WA: Hogrefe & Huber, 129-140.

- BPS (2000), *Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: Guidelines and Principles for Successful Multi- agency Working*, Leicester: British Psychological Society.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C. & Yeomans, D. (2012), Psychiatry beyond the current paradigm, *British Journal of Psychiatry*, 201, 430-434.
- Braswell, L., August, G., Bloomquist, M.L., Realmuto, G.M., Share, S. & Crosby, R. (1997), School- based secondary prevention for children with disruptive behavior: Initial outcomes, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 197-208.
- Breggin, P. (2002), *The Ritalin fact book*, Cambridge, MA: Perseus.
- Bricher, G., (2001) ,“If you want to know about it just ask.” Exploring Disabled Teenagers. Experiences of Health and Health Care”, Ph.D. unpublished, University of South Australia.
- Brown, R.T. & Quay, H.C (1977), Reflection – impulsivity of normal and behavior – disorted children, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 457-462.
- Brown, P., (1990), Education and the Ideology of Parentocracy, *British Journal of Sociology of Education*, 11: 65-85.
- Burack, J., & Enns, J. T., (1997). *Attention, development, and psychopathology*. New York: Guilford.
- Burnett, C. (2010). Technology and literacy in early childhood educational settings: A review of research. *Journal of Early Childhood Literacy*, 10(3), 247–270.
- Bury. M., (1996), “Defining and Researching Disability: Challenges and Responses”. In Barnes, C. and Mercer, G (eds), *Exploring the Divide*, Leeds: The Disability Press: 18-38.
- Burns, L.G., Walsh, J.A & Gomez, R., (2003), Convergent and discriminant validity of trait and source effects in ADHD-inattention and hyperactivity/impulsivity measures across a 3-month interval. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 529 -541.

- Buttross, S., (2000), Attention Deficit – hyperactivity disorder and its deceivers. *Current problems in Pediatrics*, 2, 41-50.
- CassellConners, C.K., (1990), The Conners Rating Scales, North Tonawanda, NY: Multi-Health SystemsCooper, P. and Ideus, K., (1996), Attention Deficit Disorder: A Practical Guide for Teachers. London: David Fulton.
- Cattell, Raymond (1949). *Culture Free Intelligence Test, Scale 1, Handbook*. Champaign, IL:: Institute of Personality and Ability Testing.
- Chaiklin, S. (2003). ‘The zone of proximal development in Vygotsky’s analysis of learning and instruction’. In Kozulin, A, Gindis, B., Ageyev, V. S., & Miller, S.M. (Eds.), *Vygotsky’s Educational Theory in Cultural Context*. Cambridge University Press, 39-64.
- Chronis, A.M., Chacho, A., Fabiano, A.G. Wymbs B.T. & Pelham, W.E. (2004), Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children with ADHD: Review and Future Directions, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, (1), 1-27.
- Clark, C., Dyson, A., Millward, A. and Skidmore, D., (1997), *New Directions in Special Needs Schooling: Innovations in Mainstream Schools*, London.
- Cobb, P., (1987), Information processing psychology and mathematics education – A constructivist perspective, *Journal of Mathematical Behavior*, 6, 3-40.
- Cohen, D. (2000), Social dynamics of stimulant prescriptions to school children in France and the United States, *Pediatrics Grand Rounds*, Boston Medical Center, Nov. 16.
- Conners, K., (1985), The Conners Rating Scales. Austin, TX: PRO-Ed.
- Conrad, P. (1976), The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior, *Social Problems*, 23: 12-21.
- Cooper, P. (2005), “Specialist pedagogy for ADHD: is there such a thing, who needs it and why?” In: A.Lewis & B. Norwitch (Eds) *Special teaching for special children?* (Maidenhead, Open University Press), 123-137.
- Corker, M., (1999), They Don’t Know What they Don’t Know – Disability Research as an “Emancipatory” Site of Learning, *Sites of Learning Conference*, University of Hull, September.

- Corker, M. and Davis, J.M.,(2000), Disabled Children – (Still) Invisible under the Law. In Cooper, J. (ed), Law, Rights and Disability, London: Jessica Kingsley.
- Corker, M. and Davis, J.M.,(2001), Portrait of Gallum: The Disabling of Childhood. In Edwards, R. (ed), Children, Home and School: Autonomy, Connection or Regulation, London: Flamer Press.
- Corkum, P., Moldofsky, H., Hogg-Johnson, S., Humphires, T. & Tannock, R. (1999), Sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder: Impact of subtype, comorbidity and stimulant medication, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (10), 1285-1293.
- Dale, R., (1989), The State and Education Policy, Oxford: Oxford University Press.
- Davis, J. M. (1998), Understanding the Meanings of Children: A Reflexive Process, *Children and Society*, 12 (5): 325-335.
- Davis, J. M. and Watson, N., (2000), Disabled Children's Rights in Everyday Life: Problematising Notions of Competency and Promoting Self-Empowerment, *International Journal of Children's Rights*, 8:211-228.
- Davis, J. M and Watson, N., (2001), Where Are the Children's Experiences? Analysing Social and Cultural Exclusion in "Special" and "Mainstream" Schools, *Disability and Society*, 16 (5): 671-687.
- Davis, K., (2004), The Crafting of Good Clients, in Swain, J., French. S., Barnes. C & Thomas, C., (eds), Disabling Barriers – Enabling Enviroments, London: Sage, pp 203-211.
- Davison, C., Davey-Smith, G. & Frankel, S. (1991), Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education, *Sociology of Health and Illness*, 13, 1-9.
- Daviss, W.B. (2006), A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiologies, phenomenology and treatment, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18: 565-571.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.). (2005). The Sage Handbook of Qualitative Research (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Diamond, K. E., & Carpenter, E. S. (2000). Participation in inclusive preschool programs and sensitivity to the needs of others. *Journal of Early Intervention*, 23(2), 81-91.
- Douglas, V.I., (1983), "Attention and cognitive problems", In: Rutter, M., (ed), *Developmental neuropsychiatry*, New York: Guilford Press, 280-329.
- Douglas, V.I. (1999), "Cognitive control processes in attention deficit/hyperactivity disorder". In: Quay, H.C. & Hogan, A.E. (Eds), In: *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, New York, Kluwer Academic Press/Plenum, 105-138.
- DuPaul, G.J., (1991), Parent and Teacher Rating of ADHD Symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 242-253.
- DuPaul, G.L., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. & Reid, R., (1998), *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms and clinical interpretations*, New York: The Guilford Press.
- Edwards, F., Barkley, R., Laner, M., Fletcher, K. & Metevia, L., (2001), Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 557-572.
- Elia, J., Borcharding, B. & Papoport, J.L. (1991), Methylphenidate and dextroamphetamine treatments of hyperactivity: Are there true nonresponders? *Psychiatry Research*, 36(2), 141-155.
- Erten, O. & Savaze, R.S. (2012), Moving forward in inclusive education research, *International Journal of Inclusive Education*, 16 (2), 221-233.
- Evans, S.W. (2005), Introduction to special issue on school- based treatment of children and adolescents with ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 9 (1), 245-247.
- Faraone. S.V. & Doyle, A.E. (2001), The nature and heritability of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Child and Adolescent Psychiatry Clinical North America*, 2(2), 299-316.
- Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillbert, C. & Biederman, J. (2003), The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.

- Faugier, J. and Sargeant, M. (1997) Sampling hard to reach populations, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 26, 790-797.
- Felder, R.M. & Brent, R. (2007). "Cooperative Learning". In: P.A. Mabrouk, (ed)., *Active Learning: Models from the Analytical Sciences*, ACS Symposium Series 970. Washington, DC: American Chemical Society, 34-53.
- Filkelstein, V. (1993), "Disability: A social Challenge or an Administrative Responsibility". In: Swain, J., Filkenstein, V., French, S. & Oliver, M. (Eds) *Disabling Barriers- Enabling Enviroments*, London: Sage.
- Filkenstein V. (2001a). A personal journey into disability politics. The disability studies archive, Centre for disability studies, University of Leeds, UK.
- Foucault, M. (1972), *The archaeology of knowledge*, New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1975), *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1977), *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1980), *Power/knowledge: Selected interviews & other writings – 1972-1977*, New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1984), *Polemique, politique et problematisations, Dits et ecrits II*.
- French, S. and Swain, J. (2001). "The relationship between disabled people and health and welfare professionals". In G.L. Albrecht, K.D. Seelman and M. Bury (eds) *Handbook of Disability Studies*, London: Sage.
- Friedenbergl. L., (1995), *Psychological Testing: DeSIGN, Analysis and Use*. Allyn & Bacon: Boston.
- Furedi, F. (2004), *Therapy culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age* (London, Routledge).
- Gadow, K.D. & Sprafkin, J.N. (1997), *ADHD symptom checklist – 4 manual*, Stony Brook, NY, Checkmate Plus, Ltd.
- Galloway, P., Armstrong, D. & Tomlinson, S. (1994), *Special Educational Needs: Whose Problem?* London: Longman.

- Gaub, M. & Carlson, C.L.(1997), Behavioural characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 103-111.
- Gillian, J.E. (1995), Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder Test, Austin, Tx: PRO-ED.
- Gillman, M., Heyman, B.& Swain, J., (2000), “What’s in a name? The implications of diagnosis for people with learning difficulties through the tyranny of professional discourses”, *Disability & Society*, 12, 389-409.
- Gindis, B. (1995). The social/cultural implication of disability: Vygotsky’s paradigm for special education. *Educational Psychologist*, 30:2, pp. 77-81.
- Goldstein, S., (1998), “Understanding and Assessing AD/HD and related Educational, Behavioral and Emotional Disorders”, In Cooper, P . and Ideas, K., (Eds), Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: Educational, Medical and Cultural Issues, The Association of Workers for Children with Emotional and Behavioral Difficulties.
- Gomes, M., Palmimi, A., Barbirato, F. et al (2007), Knowledge about attention- deficit hyperactivity disorder in Brazil, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56: 94-101.
- Graham, L. (2006a), Caught in the net: a Foucaultian interrogation of the incidental effects of limited notions of “inclusion”, *International Journal of Inclusive Education*, 10, 3-24.
- Graham, L. (2006b), Done by discourse...or the problem/s with labeling, In: M. Keffe & S. Carrington (Eds): School and Diversity, Sydney: Pearson Education.
- Green, R, W., Biederman, J., Faraone, S., Monuteaux, M.C., Mick, E., DuPre, E.P., Fine, C.S., Goring, J.G. (2001A), Social impairment in girls with ADHD: Patterns, gender comparisons and correlates, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (6), 704-710.
- Halperin, J.M., Matier, K., Bedi, G., Sharma, V.& Newcorn, J.H. (1992), Specificity of inattention, impulsivity and hyperactivity to the diagnosis of attention – deficit hyperactivity disorder, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 190-196.

- Hangreaves, A., (1989), Curriculum and Assessment Reform, Oxford: Oxford University Press.
- Hartung, C.M. & Widiger, T.A. (1998), Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV, *Psychological Bulletin*, 123, 260-278.
- Hay, D.A., Bennett, K.S., Levy, F., Sergeant, L. & Swanson, L. (2007), A twin study of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Dimensions rated by the strengths and weakness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Normal Behavior (SWAN) Scale, *Biological Psychiatry*, 61 (2), 700-715.
- Hendricks, V. M., Blanken, P. and Adriaans, N. (1992) Snowball Sampling: A Pilot Study on Cocaine Use, Rotterdam: IVO.
- Herskowitz, J.& Rosamane, N.P., (1982), Hyperactivity and Attentional Disorders, In: Herskowitz, J.& Rosamane, N.P. (Eds), *Pediatrics, neurology and psychiatry common ground*, New York: Macmillan Publishing, 403-434.
- Higgins, E.L., Raskind, M.H., Goldberg, R.J. & Herman, K.L., (2002), Stages of acceptance of a learning disability: The Impact of Labeling, *Learning Disability Quarterly*, 25(1), 3-18.
- Hinshaw, S.P., (1994), *Attention Deficits and Hyperactivity in Children*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hinshaw, S.P., Scheffler, R.M., Fulton, B.D., Levy, F., Taylor, E., Weiss. M.D., Sadeh, A., Sergeant, J.A., Mattos, P., Cheng, W., Banaschewski, T. & Aase, H., (2011), International Variation in Treatment Procedures for ADHD: Social Context and Recent Trends, *Psychiatric Services*, 62:11, 459-464.
- Hinshaw, S.P. & Scheffler, R.M. (2014), *The ADHD Explosion: Myths, Medication, and Today's Push for Performance*. New York: Oxford University Press.
- Holz, T. & Lessing, A. (2002), Reflections on Attention- Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in an Inclusive Education System, *Perspectives in Education*, 20:103-110.
- Hoffman, J.B. & DuPaul, G.J. (2000), Psychoeducational interventions for children and adolescents with attention – deficit/hyperactivity disorder, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 647-661.

- Honkasilta, J., Sandberg, E., Narhi, V. & Jahnukainen, M.. (2014), ADHD in the context of Finnish Basic Education, *Emotional and Behavioural Difficulties* 19: 311-323.
- Hoza, B., Pelham, W.E., Waschbusch, D.A., Kipp, H. & Owens, J.S (2001), Academic task performance of normally achieving ADHD and control boys: Performance, self-evaluations, and attributions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 271-283.
- Hughes, B. & Paterson, K., (1997). The Social Model Of Disability and the Disappearing Body: Towards a Sociology of Impairment, *Disability & Society*, 12(3): 325-340.
- Kakouros, E., Maniadaki, K. & Papaeliou, C. (2004), How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD, *Educational and Behavioral Difficulties*, 9(1), 41-53.
- Kim, B. (2001). “Social constructivism”, In: Orey, M (Ed.) *Emerging Perspectives on Learning, Teaching and Technology*, e-book, P. Bond, Editor.
- Kikas, E. & Timostuk, I. (2015), Student teachers’ knowledge about children with ADHD and depression and its relations to emotions, *Emotional and Behavioural Difficulties*, Routledge.
- Kos, J.M., Richdale, A.L. & Jackson, M.S. (2004), Knowledge about Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Comparison of In-service and Pre-service Teachers. *Psychology in the Schools*, 41: 517-526.
- Kristjansson, K. (2009), Medicalised pupils: the case of ADD/ADHD, *Oxford Review of Education*, 35 (1), 111-127, Routledge.
- Lahey, B.B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G.W., Barkley, R.A., Newcorn J., Jensen, P., Richters, J., Garfinkel, B., Kerdyk, L., Frick, P.J., Ollendick, T., Perez, D., Hart, E.L., Waldman, I. & Shaffer, D., (1994), DSM – IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-1685.
- Lambert, N.M. & Sandoval, J. (1980), The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 33-50.

- Lawton, D., (1989), *Education, Culture and the National Curriculum*, London: Hodder and Stoughton.
- Lee, K. (2008), ADHD in American early schooling: from a cultural psychological perspective, *Early Child Development and Care*, 178 (4), 415-439, Routledge.
- Lloyd, G. & Norris, C. (2000), Parents, professionals and ADHD: What the papers say, *European Journal of Special Needs Education*, 15 (2), 127-137.
- Lloyd, G. (2003), "Inclusion and problem groups: the story of ADHD", In: Allan, J.(Ed). *Inclusion, participation and democracy: what is the purpose?* (Dordrecht, Kluwer), 105-115.
- Lord, J.& Paisley, S., (2000), The clinical effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate for hyperactivity in childhood – version 2 (London, NICE).
- Malacrida, C. (2004), Medicalization, ambivalence and social control: mother's descriptions of educators and ADD/ADHD, Helath: An Interdisciplinary, *Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8 (1), 61-80.
- Maras, P., Redmayne, T., Hall. C., Braithwaite, D. & Prior, P. (1997), Helicopter children" and "Butterfly brains" – ADHD : Perceptions, issues and implications (ADHD: Perspectives from Educational Psychology), *Educational and Child Psychology*, 14, 1, 39-49.
- Marks, D. (1999). *The Social Construction of Disadility, Disability: Controversial debates and Rsychosocial Perspectives*, London. New York: Routledge.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Content Analysis*. Forum: Qualitative Social Research, Vol. 1, (2).
- McDermott, R.P. & Varenne, H. (1996), "Culture, development, disability", in: Jessor, R., Colby, A. & Shweder, R.,A. (Eds) *Ethnography and human development: Context and meaning is social inquiry* (Chicago, IL, University of Chicago Press), 101-126.
- Miller, T. & Leger, M.C. (2003), A very childish moral panic: Ritalin, *Journal of Medical Humanities*, 24 (1), 9-33.

- Mitsis, E.M., McKay, K.E., Schulz, K.R., Newcorn, J.H.& Halperin, J.M.(2000), Parent – teacher concordance in DSM-IV attention - deficit/hyperactivity disorder in a clinic- referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 308 – 313.
- Morris, J., (2001), Impairment and Disability: Constructing an Ethics of Care That Promotes Human Rights, *Hypatia*, 16(4), pp 1-16.
- Muthukrishna, N. (2006), “Inclusion and Exclusion in School: Experiences of children labeled ADHD in South Africa”, In: Lloyd, G., Stead, J. & Cohen, D. (Eds), *Critical New Perspectives on ADHD*, Routledge.
- Newcorn, J.H., Halperin, J.M., Jensen, P.S., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Kraemer, H.C., Helhar, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T. & Vitiello, B., (2001), Symptom profiles in children with ADHD: Comorbidity and gender, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 137-146.
- Nigg, J. T. (2005). Neuropsychologic theory and findings in attention-deficit/hyperactivity disorder: The state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biological Psychiatry*, 57, 1424-1435.
- Oliver, M., (1990), *The Politics of Disablement*, Basingstoke: Macmillan.
- Oliver, M., (1992) *Changing the social relations of research production, Disability, Handicap and Society* 7 , 101-114, Carfax Publishing.
- Oliver, M., (1996). *Understanding disability: from theory to practice*. Basingstoke: Macmillan.
- Oliver, M & Barnes, C.(1998), *Disabled people and social policy: from exclusion to inclusion*. London: Longman.
- Oliver, M., (2009), *Understanding Disability: From theory to Practice*, Macmillan.
- Ostrander, R., Crystal, D.S.& August, G., (2006), Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Depression and self and other assessments of social competence: a developmental study, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34: 773-787.

- Papineau, D (1994), "Mental disorders, illness & biological dysfunction", In P.A.Griffiths (Ed): Philosophy, psychology & psychiatry, , Cambridge: Cambridge University Press.
- Pelham, W.E., Wheeler, T. & Chronis, A. (1998), Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Pfiffner, L.J., Calzada, E.& McBurnett, K. (2000), Interventions to enhance social competence, *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 9, 689-711.
- Philips, C.B. (2006), Medicine goes school: teachers as sickness brokers for ADHD, *PLoS Medicine*, 3(4), 182.
- Prosser, B., Reid, R., Shute, R,& Atkinson, I. (2002), Attention deficit hyperactivity disorder: special education policy and practice in Australia, *Australian Journal of Education*, 46, 65-78.
- Quinlan, D.M., (2000), "Assessment of Attention – Deficit Disorders and Comorbidities", In: Brown, T.E, (Ed.), Attention Deficit Disorders and comorbidities in children, adolescents and adults, Washington DC, US:American Psychiatry Publishing, Inc..xxi, 455-507.
- Reynolds, C.R. & Kamphaus, R.W., (1994), Behavior Assessment System for Children, Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Riddell, S., (1996), Theorising Special Educational Need in a Changing Political Climate. In Barton, L., (ed) Disability and Society: Emerging Issues and Insights, Harlow: Addison Wesley Longman.
- Robinson, J., (1997), Listening to Disabled Youth, *Child Right*, 140: 546-547.
- Rodina, K. (2006). "Vygotsky' s Social Constructionist View on Disability: A Methodology for Inclusive Education." In: Lassen, L. (Ed.). Enabling Lifelong Learning in Education, Training and Development: European Learning Styles Information Network (ELSIN), University of Oslo: Oslo, CD/ISDN 82-8075-020-7.
- Rose, R. (1996), Promoting the greater involvement of pupils with special needs in the management of their own assessment and learning processes, *British Journal of Special Education*, 23: 166-171.

- Rowland, A.S., Lesesne, C.A. & Abramowitz, A.J.(2002), The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 162-170.
- Rowley, D., (1992), "Creating a Desirable Future for People with Significant Learning Difficulties". In Fairbairn, G and Fairbairn, S. (eds) Integrating Special: Some Ethical Issues, Aldershot: Avebury.
- Safer, D.J., Zito , J.M. & Fine E.M. (1996), Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s, *Pediatrics*, 98, 1084-1088.
- Salend, S. J., & Duhaney, G. (1999). The Impact of Inclusion on Students With and Without Disabilities and Their Educators. *Remedial and Special Education*, 20(2), 114-126.
- Samet, S., Nunes, E.V. & Hasin, D.(2004), Diagnosing co-morbidity: concepts, criteria and methods, *Acta Neuropsychiatry*, 16, 9-18.
- Saugstad, A. (2001) Postmodernism: What is it, and What is Wrong With it.
- Schachar, R., Rutter, M. & Smith, A., (1981), The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: Implication for syndrome definition, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 375-392.
- Schachar, R., Tannock, R. & Logan, C., (1993), Inhibitory control, impulsiveness and attention deficit hyperactivity disorder, *Clinical Psychology Review*, 13, 721-740.
- Schachar, R. & Ickowitz, L.B. (1999), Childhood hyperactivity and psychostimulants: A review of extended treatment studies, *Journal of Child Adolescent and Psychopharmacology*, 3, 81-97.
- Schachter, M.N., Pham, B., King, J., Langford, S.& Moher, D. (2001), How efficacious and safe is short – acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis, *Canadian Medical Association Journal*, 165 (11), 1475-1488.
- Schoper, E., Reichler & Renner Br., (1988), The Childhood Rating Scale, Los Angeles, Western Psychological Services.
- Sergeant, J.A & Scholten, C.A (1985), On data limitations in hyperactivity, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 11-124.

- Shah, S. (2008), Unraveling the Mystery of ADHD, *The pharmaceutical Journal*, 280, 7489: 191-204.
- Shakespeare, T and Watson, N., (1998), Theoretical Perspectives on Research with Disabled Children. In Robinson, C. and Stalker, K. (eds), *Growing Up with Disability*, London: Jessica Kingsley.
- Shillingfold, S. & Karlin, N., (2014), “Pre-service teachers” Self Efficacy and Knowledge of Emotional and Behavioral Disorders”, *Emotional and Behavioral Difficulties* 19: 176-194.
- Singh, I. (2008), ADHD, culture and education, *Early Child Development and Care*, 178 (4), 347-361.
- Slee, R.,(1995), *Changing Theories and Practice of Discipline*, London: Falmer Press.
- Slee, R., (1996a), “Clauses on Conditionality: The Reasonable Accommodation of Language”. In Barton, L., (ed) *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*, Harlow: Addison Wesley Longman.
- Slee, R., (1996b), Inclusive Schooling in Australia? Not Yet!, *Cambridge Journal of Education*, 26 (1): 9-32.
- Slee, R.(2001), Social justice and the changing directions in educational research: the case of inclusive education, *International Journal of Inclusive Education*, 5(2-3):167-177.
- Slee, R. (2010), “A Cheese – slicer by any Other Name? Shredding the Sociology of Inclusion” In: Apple, W.M., Ball, J.S & Dandin, L.A(eds), *The Routledge International handbook of the sociology of education*, UK: Routledge, 99-108.
- Snijders, T. (1992) ‘Estimation on the basis of snowball samples: how to weight’, *Bulletin Methodologie Sociologique*, vol. 36, 59-70.
- Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Wozniak, J. & Harding – Crawford, M. (2000), “Attention – deficit/hyperactivity disorder with mood disorders”, In: T.E. Brown (Ed). *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*, 79-124, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spreen, M. (1992) ‘Rare populations, hidden populations and link-tracing designs: what and why?’, *Bulletin Methodologie Sociologique*, vol. 36, 34-58.

- Stein, M.A., Szumowski, E., Blondis, T.A. & Roizen, N.J. (1995), Adaptive skills dysfunction in ADD nad ADHD children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 663-370.
- Stevenson, J., Asherson., Hay.D., Swanson.J., Thapar, A. & Willcutt, E., (2005), Characterising the Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Phenotype for genetic studies, *Developmental Science*, 8 (2), 115-121.
- Still, G.F. (1902), Some abnormal psychical in children, *Lancet*, 1, 1008-1012.
- Strauss, M.E., Thomson, P., Adams. N.L., Redline, S. & Burant. C., (2000), Evaluation of a model of attention with confirmatory factor analysis, *Neuropsychology*, 14, 201-208.
- Summerfield, D. (2001), The invention of post-traumatic disorder and the social usefulness of a psychiatric category, *British Medical Journal*, 322, 95-98.
- Sun. D., Yi, J., Li. M. et al, (2009), An investigation of ADHD and family environment in 8235 school children aged 4-16 years in Northern Shandong, *Chinese Journal of Nervous and Mental Disease*, 35: 650-654.
- Tait, G. (2005), The ADHD debate and the philosophy of truth, *International Journal of Inclusive education*, 9 (1), 17-38.
- Taylor. E., Scharchar, S., Thorley, G. & Giles, S., (1986), Conduct disorder and hyperactivity: Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British vchild psychiatric patients, *British Journal of Psychiatry*, 149, 760-767.
- Taylor, E., Sergeant, J., Doepfiner, M., Gunning, B., Overmeyer, S., Mobius, H.J.& Eisert, H.G., (1998), Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. European Society for Child and Adolescent Psychiatry, *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 184-200.
- Taylor, E., (1999), Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness, *Development and Psychopathology*, 11, 607-628.
- Taylor, M.A. (1997), Evaluation and Management of Attention – Deficit Hyperactivity Disorder, *American Family Physician*, 55(3), 887-901.
- Thomson, S. (1997) Adaptive sampling in behavioural surveys, *NIDA Research Monograph*, 296-319.
- Timimi, S. & Leo, J. (Eds.), (2009), Rethinking ADHD: From brain to culture, Basingstone: Palgrave MacMillan.

- Timimi, S. (2017), Non –diagnostic based approaches to helping children who could labeled ADHD and their families, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12.
- Tomlinson, C. A. (2001). How to differentiate instruction in mixed ability classrooms (2nd ed.). Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Tomlinson, C. A. (2005a). Differentiating instruction: Why bother? *Middle Ground*, 9(1), 12-14.
- Travell, C. & Visser, J. (2006), ADHD does bad stuff to you: young people's and parent's experiences and perceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11 (3), 205-216.
- Tredgold, A.F. (1908), Mental deficiency (amentia), New York: W.Wood.
- Troyna, B. & Vincent, C. (1996), "The ideology of expertism: the framing of special education and racial quality policies in the local state", In: Christensen, C. & Rizvi, F. (Eds) *Disability and the Dilemmas of Education and Justice*, Bukingham, Open University Press.
- Unesco, (2005). *Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All*. Paris: Unesco.
- Vehkakoski, T., (2003), "Object, problem ot subject? A child with a disability as found in reports of professionals", *Scandinavian Journal of Disability Research*, 5 (2), 160-184.
- Verhulst, F.C. & van der Ende. J., (1992), Four – year follow-up of teacher-reported problem behaviors, *Psychological Medicine*, 21, 965-977.
- Vlachou, A. (2006). Role of special/support teachers in Greek primary schools: A counterproductive effect of inclusion practices. *International Journal of Inclusive Education*, 10(1), 39-58.
- Voeller, K.K.S. (2004), Attention –Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), *Journal of Child Neurology*, 19, 798-881.
- Volkow, N. & Swanson, J. (2003). Variables tha affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD, *American Journal of Psychiatry*, 160 (23): 1909-1918.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of Higher Psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Walker, S. (1998), *The hyperactivity hoax* (New York, St Martin's Press).
- Walther-Thomas, C. S. (1997). Co-teaching experiences: The benefits and problems that teachers and principals report over time. *Journal of Learning Disabilities*, 30(4), 395-407.
- Weber, R.P. (1990). *Basic Content Analysis*. London: Sage Publications.
- Weiss, M. & Weiss, G., (2002), "Attention Deficit Hyperactivity Disorder", In: M. Lewis (3rd Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Lippincot Williams & Wilkins, 650-670.
- Whalen, C.K. & Henker, B. (1992), The social profile of attention deficit hyperactivity disorder: Five fundamental facets, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 395-410.
- Whitely, M. (2015), Attention deficit hyperactivity disorder diagnosis continues to fail in reliability and validity tests, Australia and New Zealand *Journal of Psychiatry*, 49, 497-498.
- Zental, S.S. (2006), *ADHD and Education: Foundations, Characteristics, Methods and Collaboration*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill Prentice.

Νομοθεσία – Υπουργικά διατάγματα- Αναλυτικά Προγράμματα

- ΦΕΚ 143/A, Νόμος Υπ' Αριθ. 1397/ 12 Φεβρουαρίου (1983). *Εθνικό Σύστημα Υγείας*
- ΦΕΚ 96/A Νόμος Υπ' Αριθ. 2176/ 17 Μαΐου (1999). *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*
- ΦΕΚ 303B/13 Μαρτίου (2003). *Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών*
- ΦΕΚ 199, Νόμος Υπ' Αριθ. 3699/2 Οκτωβρίου (2008). *Ειδική αγωγή και εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.*
- ΦΕΚ 41/A, Νόμος Υπ' Αριθ. 4052/ 1 Φεβρουαρίου (2012). *Ρύθμιση Θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας - Διατάξεις Ψυχικής Υγείας*
- ΦΕΚ 193/A, Νόμος Υπ' Αριθ. 4186/ 12 Σεπτεμβρίου (2013). *Ελεγκτική διαδικασία των συμβεβλημένων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιωτών παρόχων Υπηρεσιών Υγείας*

- Υπουργική Απόφαση 5634/ 16 Νοεμβρίου (2007). *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση»*
- Υπουργική Απόφαση 8228/18 Νοεμβρίου (2011). *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση»*
- Υπουργική Απόφαση με αριθ. Πρ. Φ.90380/5383/738/10 Απριλίου (2012). Τροποποίηση τους *Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ)* του *Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ)*
- Γ6/4494/1 Νοεμβρίου (2001). *Κανονισμός λειτουργίας των Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.) των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και καθορισμός των καθηκόντων και υποχρεώσεων του προσωπικού αυτού.*

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.5 ΔΕΙΓΜΑ

Πίνακας 2.5.1. Φύλο.....	80
Πίνακας 2.5.2 Ηλικία.....	80-81
Πίνακας 2.5.3 Φορείς.....	81
Πίνακας 2.5.4 Η διεπιστημονική ομάδα των ΚΕ.Δ.Δ.Υ.....	82
Πίνακας 2.5.5 Η επιστημονική ομάδα των Κ.Ψ.Υ.....	84
Πίνακας 2.5.6 Ειδικότητες αξιολόγησης στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα των νοσοκομείων.....	84-85

3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

3.1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Πίνακας 3.1.1. ^α Απόδοση της ΔΕΠ-Υ ως αυτόνομης ή συνοδευτικής διαταραχής ανά φορέα.....	86
Πίνακας 3.1.1. ^β Διαταραχές που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ στις διαγνώσεις των φορέων.....	87
Πίνακας 3.1.1. ^γ Προσδιορισμός και απόδοση συμπτωμάτων στη ΔΕΠ-Υ ανά φορέα.....	89

3.1.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΔΕΠ-Υ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ

Πίνακας 3.1.2. ^α Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους ψυχολόγους των φορέων.....	92-93
Πίνακας 3.1.2. ^β Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της ΔΕΠ-Υ από τους κοινωνικούς λειτουργούς των φορέων.....	95-96
Πίνακας 3.1.2. ^γ Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους παιδοψυχιάτρους ανά φορέα.....	97
Πίνακας 3.1.2. ^δ Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους ειδικούς εκπαιδευτικούς των φορέων.....	99-100

Πίνακας 3.1.2.^ε Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους λογοθεραπευτές των φορέων.....102

Πίνακας 3.1.2.^{στ} Γλωσσικοί προσδιορισμοί και απόδοση χαρακτηριστικών γνωρισμάτων στη ΔΕΠ-Υ από τους εργοθεραπευτές των φορέων.....103

3.2.1 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ

Πίνακας 3.2.1 Προτάσεις εκπαιδευτικού πλαισίου ανά φορέα.....104-105

Πίνακας 3.2.1.^α Εκπαιδευτικές προτάσεις ανά φορέα σε διαγνώσεις που πρότειναν τμήμα ένταξης.....106

Πίνακας 3.2.1.^β Εκπαιδευτικές προτάσεις ανά φορέα σε διαγνώσεις που πρότειναν παράλληλη στήριξη.....109

Πίνακας 3.2.1.^γ Εκπαιδευτικές προτάσεις ανά φορέα σε διαγνώσεις που πρότειναν τμήμα ένταξης και παράλληλη στήριξη.....111

3.2.2 ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πίνακας 3.2.2 Αριθμός των διαγνώσεων που υπάρχουν θεραπευτικές προτάσεις ανά φορέα.....111

Πίνακας 3.2.2.^α Προτάσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης ανά φορέα.....113

3.3.1.β ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

Πίνακας 3.3.1.^β Ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ανά φορέα αξιολόγησης.....117-118

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ιατρική Σχολή

Δ/ντ

Αθήνα,

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Όνομα:

Επώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Τάξη: Β' Δημοτικού

Διεύθυνση:

Ημ. Εξέτασης:

Διαγνωστικά εργαλεία: Ελληνικό WISC-III

Bender Visual Motor Gestalt Test

Σειρά τεστ διάγνωσης δυσλεξίας του Κέντρου Ψυχολογικών Μελετών

Τεστ Ανίχνευσης και Διερεύνησης Αναγνωστικών Δυσκολιών

Ο του παρακολουθείται στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική στο Νοσοκομείο, από το 2013, μετά από αίτημα των γονέων του, και επανεξετάστηκε τον Ιούνιο του 2014 με σκοπό την επανεκτίμηση των μαθησιακών του δυσκολιών.

Ο είναι φιλικός, ομιλητικός και διαθέτει χιούμορ. Φαίνεται χαρούμενος και μιλά για τα ενδιαφέροντά του. Κατανοεί τις οδηγίες σε όλες τις δοκιμασίες, αλλά συχνά ζητά επανάληψη αυτών. Παρατηρείται διάσπαση προσοχής, ιδιαίτερα σε δοκιμασίες στις οποίες δύσκολεύεται για να ολοκληρώσει ένα έργο.

Η επίδοση του συνολικά στο WISC-III δείχνει ότι λειτουργεί νοητικά στα φυσιολογικά όρια, με ομοιογενή επίδοση στις Λεκτικές και Πρακτικές Κλίμακες. Πολύ χαμηλή επίδοση έχει μόνο στην κλίμακα Μνήμη Αριθμών, ανεπάρκεια η οποία σχετίζεται με τη διάσπαση προσοχής.

Από τον ψυχονευρολογικό έλεγχο προκύπτει ψυχοκινητική ανωριμότητα. Αδυναμία εντοπίζεται και στην οπτική βραχυπρόθεσμη μνημονική ικανότητα, η οποία επίσης συνδέεται με τη διάσπαση προσοχής.

Όσον αφορά στις σχολικές ικανότητες, διαπιστώθηκε σημαντική δυσκολία. Αναλυτικότερα, ο ρυθμός ανάγνωσης είναι αργός, δεν ακολουθεί πάντα τα σημεία στίξης, αλλά προσπαθεί να διαβάσει με νόημα. Η κατανόηση του κειμένου είναι

E-mail:



επαρκής. Κάνει αντικαταστάσεις, αντιμεταθέσεις και παραλείψεις φθόγγων. Στη γραπτή έκφραση οι δυσκολίες του είναι πιο έντονες. Στο τεστ συγκέντρωσης

προσοχής, εργάστηκε χωρίς οργάνωση και η επίδοσή του ήταν χαμηλή.

Συμπερασματικά, ο είναι ένα προικισμένο παιδί που συνειδητοποιεί τις δυσκολίες του και χρειάζεται ενθάρρυνση για να συνεχίσει τις προσπάθειές του. Η αναγνωστική και η γραπτή εκφραστική του ικανότητα είναι χαμηλότερες από τις αναμενόμενες για την ηλικία και το νοητικό του δυναμικό. Από το ιστορικό, τον ψυχομετρικό και μαθησιακό έλεγχο, προκύπτει ότι ο παρουσιάζει Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (δυσαναγνωσία) και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής. Σύμφωνα με το Ν.3699/2008 (ΦΕΚ 199/2-10-2008) εισηγούμαστε την φοίτησή του στο Τμήμα Ένταξης του σχολείου του. Βοηθητικό θα είναι ο να κάθεται μέσα στην σχολική αίθουσα σε μια θέση, όπου ο εκπαιδευτικός του θα μπορεί να τον εποπτεύει άμεσα και συχνά.

Η παρούσα χορηγείται μετά από αίτηση της μητέρας του παιδιού για σχολική χρήση.

Η ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

Η ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Σχολ. και Κλιν.
Ψυχολόγος



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

αρ. πρωτ.

ΕΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Ο/Π (ΑΜΧ του
 ετών 16 εξετάστηκε στις 2015 στο
 Κ.Ψ.Υ.Ι από την κ.
 Από το ατομικό ιστορικό και τη κλινική εκτίμηση διπλωτώθηκαν
 Διαταραχή εθιμότητας, ηρωίνης-εθροκινητικής
 (ΔΑΠ-Υ, Ε90.0, ICD-10), μαθησιακές δυσκολίες της αναγνώσεως
 και του γραπτού λόγου, αγχώδεις εκδηλώσεις.

Το νοσητικό του της δυναμικό ελέγχεται στα φάρμακα όρια
 Συστήθηκε το ακόλουθο πρόγραμμα θεραπειών:

ΕΙΔΟΣ	ΣΥΝΕΡΓΙΕΣ	ΕΥΧΡΟΤΗΤΑ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1. Ατομική δοχοθεραπεία	08	ανά ώρα	1 έτος
2. Εργοθεραπεία	/	/	/
3. Θέρ. Συμπεριφοράς	08	-11-	-11-
4. Ειδικές Διαπαιδαγωγήσεις	15	-11-	-11-
5. Ατομική ψυχοθεραπεία	/	/	/
6. Συμβουλευτική γονέων	04	-11-	-11-

Δρ.

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

Δρ.

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

ΑΜΚΑ

ΤΣΑΥ

ΙΔΑ

Σφραγίδα το γνήσιο της υπογραφής

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

/ 2015

ΑΡ. ΠΡΩΤ:

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ο . του , Ετών 7,6, (Α.Μ. ,)
 παρακολουθείται στο Κ.Ψ.Υ. από τις 06/02/2015 με αρχική διάγνωση
 διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας και σοβαρές μαθησιακές
 δυσκολίες της πρώτης γραφής και ανάγνωσης. Στις 02/12/2015 επαναπροσλήθε
 για επανεκτίμηση των μαθησιακών του δυσκολιών. Από την συνολική εκτίμηση
 προκύπτουν μαθησιακές δυσκολίες της ανάγνωσης και του γραπτού λόγου καθώς
 και διαταραχή ελλειμματική προσοχή, υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ).

Συγκεκριμένα εμφανίζει:

- Αναγνωστική ανωριμότητα (αργός συλλαβικός ρυθμός ανάγνωσης, με διαταγμό στις πολυσύλλαβες, ανπικαταστάσεις-παραλείψεις συλλαβών και γραμμάτων).
- Δυσκολία στην ανάκληση πληροφοριών και στην μνήμη
- Θεματικά , γραμματικά και παραγωγικά λάθη στην ορθογραφία που δικαιολογούνται λόγω τάξης.
- Ανώριμος γραφοκινητικός συντονισμός (απουσία τονισμού, απουσία ορίων μεταξύ των λέξεων, δυσχέρεια στην διάκριση μεταξύ πεζών-κεφαλαίων).
- Δυσχέρεια στην φωνολογική ενημερότητα και την ακουστική διάκριση φθόγγων.
- Δυσκολία στην παραγωγή, δομή και οργάνωση του γραπτού λόγου (απουσία παραγράφων, απλοϊκό λεξιλόγιο, επανάληψη λέξεων και ιδεών).
- Ελλειμματική προσοχή.

Η νοημοσύνη του ελέγχεται στα φυσιολογικά όρια.

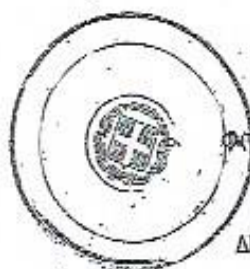
Λόγω των ανωτέρω συνίσταται η επεικής αντιμετώπιση του μαθητή από το σχολικό πλαίσιο. Να ενισχύονται και να επιβραβεύονται οι προσπάθειές του και να του δίνεται επιπλέον χρόνος να οργανώνει τις απαντήσεις του. Οι εργασίες που του

ανατίθενται να είναι δομημένες και περιορισμένες σε έκταση. Παράλληλα, συνίσταται η φοίτηση του μαθητή στην τάξη ένταξης του σχολείου του καθώς και η παρακολούθηση αποκαταστασιακού προγράμματος ειδικής αγωγής και ψυχολογικής στήριξης για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του μαθητή

Το παρόν χορηγείται για σχολική χρήση.

Δρ.

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ



Παίσι το γνήσιο της υπογραφής

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ



2014

Αρ. πρ.:

ΠΡΟΣ:
ΚΟΙΝ:

Ταχ. δ/ση:

Πληροφορίες:

Τηλ./Φαξ: :

Γ Ν Ω Μ Α Τ Ε Υ Σ Η

(Σύμφωνα με τον Κανονισμό Λειτουργίας των Κέντρων Διαφοροδιάγνωσης - Διάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕ.Δ.Δ.Υ) Υπ. Απ. Γ6/4494 ΦΕΚ 1503/ 8-11-2001)

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατέρα:

Όνομα μητέρας:

Ημερ. γέννησης:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Τάξη: Δ'

Σχολείο:

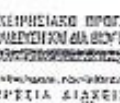
Ημερομηνία συνεδρίασης για έκδοση Γνωματευσής: . . . - 2014

Β. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Ονοματεπώνυμο	Ειδικότητα	Υπογραφή
	Κοινωνική λειτουργός	
	Ψυχολόγος	
	Εκπαιδευτικός	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ



Γ. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΚΠ/ΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΜΑΘΗΤΗ

Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, με βάση τα στοιχεία της διάγνωσης - αξιολόγησης, καταλήγουν ότι ο μαθητής παρουσιάζει:

	Νοητική ανεπάρκεια ή ανωριμότητα
	Ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα όρασης (τυφλός, αμβλύωψ)
	Ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα ακοής (κωφός, βαρήκοος)
	Σοβαρά νευρολογικά ή ορθοπαιδικά ελαττώματα
	Πολλαπλές αναπηρίες
	Σοβαρά προβλήματα υγείας
	Προβλήματα λόγου και ομιλίας
X	Ειδική μαθησιακή δυσκολία: Δυσλεξία
	Σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες
	Αυτισμός και άλλες διαταραχές ανάπτυξης
X	Άλλες δυσκολίες: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)

Δ. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΗ

Ο μαθητής, 10 ετών και 1 μήνα, προσήλθε στην υπηρεσία μας στις 2014, 2014 και 2014 με σκοπό τη διερεύνηση των εκπαιδευτικών του ανανκών. Για την αξιολόγηση του μαθητή χρησιμοποιήθηκαν: α) κοινωνικό και αναπτυξιακό ιστορικό, β) η ελληνική έκδοση του τυπικού κριτηρίου νοημοσύνης WISC-III, γ) ~~αυτοβιογραφικό και τοπικό εκπαιδευτικό ιστορικό~~ δ) το υπό αριθμ. 1/18199/2013 ΥΠ.Π.Σ. Π.Ι.Σ.Π. Ιατρικό πιστοποιητικό του Παιδονευρολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης, σύμφωνα με το οποίο ο μαθητής παρουσιάζει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα. Σύμφωνα με την ψυχολογική αξιολόγηση με το σταθμισμένο τεστ νοημοσύνης WISC-III, το νοητικό δυναμικό του μαθητή τοποθετείται στο μέσο φυσιολογικό επίπεδο.

Κατά την εκπαιδευτική αξιολόγηση, φανερώθηκε με προθυμία και συνέπειες κατ'όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Ο μαθητής συμμετέχει περιορισμένα - πιθανότατα λόγω συστολής - σε διάλογο (ακροάται, απαντά, διατηρεί το θεματικό πλαίσιο) επιλέγοντας το επίπεδο φραστικού ύψους που απαιτεί η επικοινωνιακή κατάσταση.

Ο προφορικός περιγραφικός λόγος του (περιγραφή σειράς εικόνων) εμφανίζεται ιδιαίτερα συνοπτικός ως και εκλιπτός ως προς την απόδοση των βασικών εννοιών/πληροφοριών. Η προφορική απόδοση κειμένου περιορισμένης έκτασης και απλών γλωσσικών σχημάτων - ~~κατά την ανάγνωση~~ από το μαθητή - κρίνεται επαρκής, ενώ η αφήγηση κειμένου αυξημένης γλωσσικής δυσκολίας - κατόπιν ακρόασης - εμφανίζεται δυσχερής.

Κατά τον έλεγχο της αναγνωστικής ικανότητας σημειώθηκε σχεδόν μέση επίδοση (σύγκριτικά με τη μέση/κανονική επίδοση της ομάδας ομηλικών) στην αποκωδικοποίηση (δισταγμός έως ήπιος συλλαβισμός κατά την ανάγνωση πολυσύλλαβων λέξεων και ψευδολέξεων, αντικαταστάσεις, παραλείψεις και προσθήκες φθόγγων, συχνοί παρατονισμοί) και κατώτερη μέση επίδοση στην αναγνωστική ευχέρεια (διστακτική ροή, παρατονισμοί, κατάλληλη προσωδία και απόδοση των σημείων στίξης).

Η αναγνωστική κατανόηση ~~καταδείχθηκε~~ καταδείχθηκε επαρκής. Οι δοκιμασίες αντιγραφής κειμένου και γραφής καθ' ύπαγόρευση κατέδειξαν σημαντικές δυσκολίες: βραδύς ρυθμός γραφής, πλήθος ορθογραφικών σφαλμάτων (γραμματικά/θεματικά/καταληκτικά, σποραδικές παραλείψεις

φθόγγων, συχνότερες παραλείψεις τόνων, ακατάλληλα διαστήματα μεταξύ γραμμάτων/συλλαβών, κατάργηση των ορίων μεταξύ λέξεων), αδυναμία αυτοδιόρθωσης /ενεργοποίησης μεταγλωσσικών δεξιοτήτων.

Κατά τη δοκιμασία παραγωγής γραπτού λόγου διαπιστώθηκαν, επίσης, ιδιαίτερα σημαντικές δυσκολίες ως προς την ορθογραφική ορθότητα και την κειμενική οργάνωση (συνοχή: βαθμός χρήσης κατάλληλων γλωσσικών μέσων για τη ρύθμιση της πληροφορίας στο κείμενο / εισαγωγή και διατήρηση των αντικειμένων αναφοράς, αναφορά στο χωροχρονικό πλαίσιο - συνεκτικότητα: απόδοση βασικών πληροφοριών/εννοιών).

Κατά τον έλεγχο της μαθηματικής ικανότητας σημειώθηκε ικανοποιητική επίδοση ως προς τις δοκιμασίες αναγνώρισης, ονομασίας, γραφής, διάταξης και σύγκρισης αριθμών, καθώς και επίλυσης απλών προβλημάτων. Διαπιστώθηκε ελλιπής και μη αυτοματοποιημένη γνώση της προπαίδειας, ασταθής ρυθμός εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων - αξιοσημείωτη δυσκολία σχετική με τη χρήση του τυπικού αλγόριθμου της αφαίρεσης και της διαίρεσης - και ανάγκη καθοδήγησης για την επίλυση σύνθετων προβλημάτων (αξιοσημείωτα σφάλματα παρορμητισμού).

Κατά τη χορήγηση τμήματος του σταθμισμένου Αθηνά Τεστ σημειώθηκε - συγκριτικά με τη μέση/κανονική επίδοση της ομάδας ομηλικών: μέση επίδοση στις γλωσσικές κλίμακες της νοητικής ικανότητας Γλωσσικές αναλογίες (ανάλυση και συσχέτιση εννοιών κατά τρόπο λογικό) και Λεξιλόγιο (βαθμός οργάνωσης των εννοιών: εννοιολογικός πλούτος και βαθμός αφαίρεσης - γενίκευσης), καθώς και στην, επίσης, γλωσσική κλίμακα Ολοκλήρωση προτάσεων (ικανότητα αξιοποίησης της γλωσσικής εμπειρίας για τη συμπλήρωση κενών σε γλωσσικό υλικό - αυτόματη διεργασία),

μέση επίδοση στη Σύνθεση φθόγγων (φωνητική/ακουστική δίοδος επικοινωνίας) και ανεπαρκής επίδοση στη Λιάκριση γραφημάτων (οπτική/κινητική δίοδος επικοινωνίας).

Επίσης, διαπιστώθηκε επαρκής οπτικο-κινητικός συντονισμός και άμεση μνήμη αριθμητικών ακολουθιών, ελλιπής αντίληψη «δεξιού-αριστερού» (ευθεία και καθρεπτική αντίληψη εαυτού - ικανότητα προσανατολισμού) και ελλιπής άμεση μνήμη χρονικών ακολουθιών (ελλιπής επίδοση: προσδιορίζεται στο κατώτερο 25% της ομάδας ομηλικών).

Όπως προκύπτει από το ιστορικό, το σύνολο των ψυχολογικών και εκπαιδευτικών διαδικασιών αξιολόγησης και λαμβάνοντας υπόψη το ιδιαίτερο πιστοποιητικό του Έθνικου Νοσηρίου μαθητής παρουσιάζει:

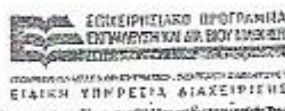
ειδική μαθησιακή δυσκολία: δυσλεξία

και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ - Υ).

Ως εκ τούτου, προτείνεται:

- η φοίτηση του μαθητή σε Τμήμα Ένταξης, ώστε να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι εκπαιδευτικές ανάγκες του με την εφαρμογή εξατομικευμένου παιδαγωγικού προγράμματος παρέμβασης και υποστήριξης
- η οικοδόμηση υποστηρικτικής σχέσης εμπιστοσύνης του μαθητή με τους εκπαιδευτικούς της τάξης και του Τμήματος Ένταξης, καθώς και με όλους τους εμπλεκόμενους εκπαιδευτικούς

- eye** ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΤΗΛΕΡΕΣΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ
ΕΚΔΑΤΗΡΙΑΚΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ



επεξεργασία του θέματος, επιπρόσθετος χρόνος, υπενθύμιση και καθοδήγηση για έλεγχο και αυτοδιόρθωση)

- ο σχεδιασμός και η κατάρτιση ημερήσιων ατομικών προγραμμάτων και χρονοδιαγραμμάτων εργασίας με σκοπό την ενίσχυση της αποτελεσματικής αυτο-οργάνωσης και διαχείρισης του χρόνου
- η ανάπτυξη και καλλιέργεια μεταγνωστικών δεξιοτήτων, ώστε ο μαθητής να εμπλέκεται συνειδητά στα ζητούμενα έργα, να συσχετίζει με την προϋπάρχουσα γνώση, να σχεδιάζει, να εφαρμόζει στρατηγικές, να παρακολουθεί τη μαθησιακή πορεία και εξέλιξή του, να αυτοελέγχεται και να αυτοδιορθώνεται
- η ενίσχυση της φιλαναγνωσίας: ανάγνωση έργων παιδικής λογοτεχνίας με στόχο την ψυχοσυναισθηματική ωρίμανση και τη γλωσσική καλλιέργεια / συμμετοχή σε λέσχη φιλαναγνωσίας/δανειστική βιβλιοθήκη ή σε παρόμοιες δραστηριότητες και προγράμματα του σχολείου ή/και της τοπικής κοινωνίας

Ο Γονέας

ΚΕ.ΚΑ.Ρ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης