

Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης

Τόμ. 8 (2018)

8ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ



Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και
Θρησκευμάτων

8^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ

Ιδεολογικές – Πολιτικές – Ψυχολογικές – Παιδαγωγικές
Προϋποθέσεις Εκπαίδευσης Χαρισματικών Ατόμων

ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
ISSN: 2529-1157

Σε Συνεργασία με την Ένωση Ελλήνων Φυσικών και την
Ελληνική Μαθηματική Εταιρεία
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ DIVANICARAVEL
14-17 Ιουνίου 2018

ΔΕΠ-Υ: πως προκύπτει η τιμή της ετικέτας;

Δημήτρης Φιτσιώλος, Μαρία Οικονόμου

doi: [10.12681/edusc.2811](https://doi.org/10.12681/edusc.2811)

Βιβλιογραφική αναφορά:

Φιτσιώλος Δ., & Οικονόμου Μ. (2020). ΔΕΠ-Υ: πως προκύπτει η τιμή της ετικέτας;. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 8, 1215–1225. <https://doi.org/10.12681/edusc.2811>

ΔΕΠ-Υ: πως προκύπτει η τιμή της ετικέτας;

Δημήτρης Φιτσιώλος M.Sc. Εκπαιδευτικός – Ειδικός Παιδαγωγός

dfitsiolos@yahoo.com

Μαρία Οικονόμου M.Sc. Ψυχολόγος – Ειδική Παιδαγωγός

mecoxatzi@gmail.com

Περίληψη

Η νεωτερική τάση για την παραγωγή 'τυποποιημένων' ατόμων, αναγάγει την παιδική ηλικία και την πολυπλοκότητά της σε 'πρόβλημα', που χρήζει διάγνωσης και θεραπείας. Σε αυτό το πλαίσιο, η Ειδική Αγωγή εφαρμόστηκε ως παιδαγωγική μέθοδος για τους μαθητές με αναπηρία, ωστόσο συνδέεται περισσότερο με κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες, παρά με τις εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών. Οι μαθητές αντιμετωπίζονται με βάση τα κανονιστικά πρότυπα που επιβάλλει το σχολείο και η κοινωνία, προκειμένου η εκπαίδευση να θεωρείται επιτυχημένη. 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. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας είναι να αναδειχθούν οι λόγοι, που όλο και περισσότεροι μαθητές φέρουν την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τη στιγμή που η ένταξη τους τίθεται υπό διαπραγμάτευση. Υπό αυτό το πρίσμα ερωτηματικά εγείρει ο τρόπος που το κράτος «τιμολογεί» τις θεραπείες, που προτείνονται από τους φορείς στις διαγνώσεις των ειδικών. Συνοπτολογίζοντας τα δεδομένα που προκύπτουν από τους κανονισμούς Ε.Κ.Π.Υ 2012 και 2015 για τις παροχές ειδικής αγωγής με βάση τις διαγνώσεις μαθητών, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί τη μόνη 'διαθέσιμη' ετικέτα και την πιο 'αναίμακτη'.

Λέξεις-Κλειδιά: ΔΕΠ-Υ; ετικέτα; Διάγνωση; Σχολείο; θεραπεία

Abstract

Modern trend for the production of 'standardized' individuals, makes childhood and its complexity a 'problem' that needs diagnosis and treatment. In this context, Special Education was applied as a pedagogical method for students with disabilities, although it is more related to social, political and economic factors than pupils' educational needs. Students are dealt with regulatory norms imposed by school and society in order for education to be considered successful. However, the definition of success is a political consideration that essentially defines the culture of order and society. Students that oppose to this neo-liberal culture of society will be placed under the diagnosis of the ADHD label. The purpose of this bibliographic research is to highlight the reasons why more and more students are diagnosed with ADHD at the time when inclusion is under negotiation. From this perspective, the way the state "prices" treatments proposed by the agencies and the diagnoses of the experts, raises questions. Taking into account the data resulting from the Health Regulation Statement 2012 and 2015 for special education provision based on student diagnoses, we conclude that ADHD is the only 'available' label and the most 'bloodless' one.

Keywords: ADHD; Label; Diagnosis; School; treatment

Εισαγωγή.

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), είναι μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας που έχει προκαλέσει έντονο ενδιαφέρον τα τελευταία, και όχι μόνο, χρόνια και έχει συστηματικά μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Αν και πολλοί είναι αυτοί που έχουν ασχοληθεί με την κλινική υπόσταση της διαταραχής, τα αίτια και την εκδήλωση της στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια, δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα ένας σαφής ορισμός, σχετικός με τη ΔΕΠ-Υ.

Ο Barkley (2003) υποστηρίζει πως 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 Still (1902) και Tredgold (1908), μέχρι και την τελευταία έκδοση του DSM-V (2013). Η βαρύτητα των συμπτωμάτων της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας είναι αυτή που ουσιαστικά διαφοροποιεί την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, το φύλο και η ηλικία, καθώς και οι συνθήκες μέσα στις οποίες εκδηλώνεται η συμπεριφορά του είναι παράγοντες που ασκούν επίδραση στον τρόπο που συμπεριφέρεται ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 2003).

Για τα αίτια, τη συννοσηρότητα και την επιδημιολογία της διαταραχής έχουν γραφτεί πολλά και έχουν δεχτεί κριτική πολλά περισσότερα σχετικά με τους τρόπους που αυτή διαγιγνώσκεται μέσα στις σύγχρονες κοινωνίες, οι οποίες προσεγγίζουν το μαθητή κάτω από ένα πέπλο νεωτερικότητας και τυποποίησης. Στο ίδιο νέο-φιλελεύθερο πλαίσιο κινείται και η αντιμετώπιση της διαταραχής κάτω από την εμβληματική ετικέτα της 'ειδικής αγωγής' εξυπηρετώντας στις περισσότερες των περιπτώσεων σκοπούς κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς χάνοντας το στόχο, που δεν είναι άλλος, από την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών του μαθητή (Λαμπροπούλου & Παντελιάδου, 2000).

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ

Ο ορισμός που ευρέως χρησιμοποιείται για τη ΔΕΠ-Υ είναι αυτός που έχει προταθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στην 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών, DSM (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.

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.

Ελλειμματική προσοχή

Η προσοχή αποτελεί μια πολυδιάστατη δομή (Strauss et al, 2000) 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)..

Παρορμητικότητα

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. Τέλος, η παρορμητικότητα συνδέεται και με έλλειψη αναστολών στις κοινωνικές σχέσεις, την απερισκεψία σε καταστάσεις που εμπεριέχουν κίνδυνο καθώς και την παράβαση των κοινωνικών κανόνων (Barkley et al, 2001).

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). Όπως μαρτυρούν γονείς και εκπαιδευτικοί, τα παιδιά αυτά λειτουργούν σαν «κινούμενες μηχανές». Συναντούν δε, δυσκολία να διακόψουν τη συμπεριφορά που έχουν ήδη ανακτήσει (Scharchar et al, 1993).

Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζει υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές. 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. Επιπλέον, η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και των διαταραχών άγχους υπολογίζεται μεταξύ του 25-40% σε κλινικά δείγματα (Barkley et al, 2004). 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).

Τέλος, οι προσεγγίσεις που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι κυρίως ιατρικής φύσεως και βασίζονται στις θεωρητικές απόψεις των ειδικών και τις εν γένει ενδείξεις τους για την αιτιοπαθογένεια της διαταραχής. Υπεύθυνοι για την εφαρμογή των θεραπειών αυτών είναι οι επαγγελματίες των επιστημών υγείας όπως οι

παιδοψυχίατροι και οι παιδοψυχολόγοι καθώς θεωρούνται οι ειδικοί στο να δημιουργούν, να διατηρούν και να ενισχύουν την άποψη για το τι είναι «σωστό» και «λάθος», «φυσιολογικό» και «αποκλίνον» (Graham, 2006b). Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις απ' την άλλη, υλοποιούνται από τους ειδικούς παιδαγωγούς, οι οποίοι στηρίζονται στη διάγνωση που έχει ήδη τεθεί από τις ιατρικές ειδικότητες. Η ειδική αγωγή εμφανίζεται έτσι σαν μια νομιμοποιημένη επινόηση που μέσω θεραπευτικών προγραμμάτων μετατοπίζει την ευθύνη για σχολική αποτυχία στον ίδιο το μαθητή (Bacon & Causton, Theocharis, 2013).

Η αναπηρία της εκπαιδευτικής ανάγκης και η κοινωνική κατασκευή της.

Σύμφωνα με τον Vygotsky (1978) η πρωτογενής αναπηρία οδηγεί σε μια δευτερογενή αναπηρία, που αναφέρεται στον τρόπο που μιλάμε για αυτήν (κάτι το οποίο είναι και βασική αρχή του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού του οποίου ο Vygotsky ήταν υπέρμαχος). 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, σύμφωνα με το οποίο 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 συμπάσχουσα 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 «κανονική» ζωή. Τα ιατρικά επαγγέλματα έχουν κεντρικό ρόλο στο ιατρικό μοντέλο αναπηρίας. Κύρια αιτία της αναπηρίας, σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο, είναι το βιολογικό σώμα (Καραγιάννη & Σιδέρη-Ζώνιου, 2006).

Φαίνεται λοιπόν, ότι και ο όρος ειδική εκπαιδευτική ανάγκη σχετίζεται με τη χρήση της ιατρικής ορολογίας και τη σχηματοποίησή της μέσα από το λόγο των ειδικών. 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 (Φιτσιώλος, 2017).

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, 2006a). Έτσι:

- Γιατροί – Θεραπευτές: ενισχύουν το εισόδημά, το στάτους και την επιρροή τους.
- Φαρμακευτικές εταιρείες: ιατρικοποιούν την παιδική συμπεριφορά (Phillips, 2006.)
- Κράτος: κερδίζει με το να θεραπεύει ανθρώπους ως πελάτες παρά σαν πολίτες (Furedi, 2004)

Συνεπώς, αναπτύσσεται ένας ιατρικά κατευθυνόμενος εκπαιδευτικός λόγος και *‘μια εκπαιδευτικά κατευθυνόμενη ιατρική-θεραπευτική πρακτική’* (Φουκώ, 2010, όπως αναφέρεται στο Ντεροπούλου – Ντέρου, 2012, σ. 127), με την εφαρμογή της ειδικής αγωγής ως κυρίαρχο τρόπο αντιμετώπισης. Ωστόσο, η Ειδική Αγωγή εφαρμόζεται περισσότερο δογματικά παρά αναστοχαστικά (Mallori & New, 1994), οδηγώντας σε αύξηση του αποκλεισμού και προάγοντας μια παραδοσιακή κλινική αντίληψη της αναπηρίας, επειδή εστιάζει την προσοχή στο ίδιο το παιδί και τις υποτιθέμενες νοητικές και σωματικές του ελλείψεις (Carrier, 1986, όπως αναφέρεται στο Carrington, 1999) παρά στους παράγοντες εκείνους που περιορίζουν την ατομική του δράση. Επιπλέον, η ειδική αγωγή έχει συγκαλύψει την αποτυχία των σχολείων να παρέχουν εκπαίδευση σε όλους (Barton, 1987). Έτσι, καλλιεργείται η ιδέα ότι οι μαθητές με αναπηρία αποτελούν μια ξεχωριστή παιδαγωγική ομάδα, που χρειάζεται ειδική μεταχείριση, καθώς οι εκπαιδευτικοί αδυνατούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της (Βλάχου, Διδασκάλου, Παπαπάνου, 2012). Η εξατομικευμένη δε διδασκαλία που παρέχεται ελλοχεύει κινδύνους απομόνωσης, εφόσον δεν υποστηρίζεται η συνεργατική μάθηση και η συμμετοχή (Clifton, M., 2004).

Συνάμα, από νεαρή ηλικία και μέσα στις τάξεις, οι μαθητές έχουν εκπαιδευτεί να συμπεριφέρονται με συγκεκριμένο τρόπο και πάντα σύμφωνα με τους κανόνες προκειμένου για συγκεκριμένα αποτελέσματα. Το σχολείο υποθάλλει το σχολικό αποκλεισμό, τις ανισότητες και την αποτυχία για μαθητές που αποκλίνουν από τους κανόνες του συστήματος, καθώς στοχεύει στην αποτελεσματική εκπαίδευση σύμφωνα με τις ανάγκες της αγοράς (Τσιρώνης, 2001) και όχι στην εκπαίδευση για όλους. Οι μαθητές που αντιτάσσονται σε αυτή τη νεοφιλελεύθερη 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, ιδιαιτέρως στην εποχή μας που τα παιδιά με ευκολία χαρακτηρίζονται ως *‘μαθησιακώς προβληματικά’* (Δράκος, 2011) κάτι που δε σημαίνει φυσικά επιστημονική πρόοδο μιας και συνοδεύεται και από χρήση φαρμάκων για μια κατασκευασμένη διαταραχή (Timimi & Leo, 2009).. Τα παιδιά παραπέμπονται σε διαγνωστικά κέντρα με βάση το κριτήριο της *‘μάθησης’* και της *‘συμπεριφοράς’* (Κωτσάκης και συν, 2010) γεγονός που απορρέει από τον προσανατολισμό του εκπαιδευτικού μας συστήματος στις *‘υψηλές επιδόσεις’* και την *‘απομνημόνευση’* (Καραγιάννη, 2012). Έτσι, η ΔΕΠ-Υ, όπως και οι μαθησιακές δυσκολίες, προκύπτει ως μια εύκολη ετικέτα.

Η έννοια της ετικέτας είναι κυρίαρχη στη θεώρηση της κοινωνικής κατασκευής. 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. 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). 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 ιατρικοποιήσουν την παιδική συμπεριφορά (Phillips, 2006).

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. Στην ελληνική πραγματικότητα, η έρευνα των Φιτσιώλου & Οικονόμου (2017) κατέληξε στο ίδιο συμπέρασμα και έρχεται να επιβεβαιώσει την υπόθεση πως η ΔΕΠ-Υ σε ένα διαφοροποιημένο και ενταξιακό, εκπαιδευτικό περιβάλλον, παύει να υφίσταται. Εφόσον δε δεν αποδεικνύεται η 'βλάβη', η έννοια της αναπηρίας είναι εκπαιδευτικο-πολιτική κατασκευή (Ζώνιου – Σιδέρη, 2012) με σκοπό να αποκλείσει από την κοινωνία αυτόν που δεν ενσωματώνεται στο παιχνίδι του συστήματος (Franco Basaglia, χχ).

Πόσο κοστίζει η ΔΕΠ-Υ; Ποια είναι η τιμή της ετικέτας;

Οι γονείς, για να διεκδικήσουν μια κατάλληλη εκπαίδευση για τα παιδιά τους οφείλουν να τα παραπέμπουν 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 (λογοθεραπεία, 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 συνοσυρρότητα 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.

Συμπεράσματα

Το σχολείο με τον τρόπο λειτουργίας του ενισχύει την κατασκευή της αναπηρίας και βάζει εμπόδια σε μια εκπαίδευση ισότιμη για όλους. Καλό σχολείο θεωρείται αυτό που οι μαθητές του έχουν υψηλή ακαδημαϊκή επίδοση, είναι σχολείο ανταγωνιστικό στο οποίο αντέχουν βέβαια, μόνο οι προικισμένοι. Τα προγράμματα σπουδών, έχοντας καθαρά γνωσιοκεντρική φιλοσοφία αφήνουν έξω ένα μεγάλο ποσοστό ικανοτήτων και δεξιοτήτων των παιδιών, ενώ η αξιολόγηση των μαθητών είναι μονόπλευρη και επικεντρώνεται στην επίδοση χωρίς να αξιολογούνται τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και άλλες παράμετροι. Έτσι, ο ‘φυσιολογικός’ μαθητής είναι αποδεκτός, αξίζει και εντάσσεται, ενώ ο ‘μη φυσιολογικός’ δεν είναι αποδεκτός, δεν έχει αξία και αποκλείεται (Kearney, 2011). Η διαφορετικότητα και η πολυπλοκότητα της παιδικής ηλικίας αντιμετωπίζεται μέσα από στερεότυπα αρνητικού τύπου σαν ελλείψεις, αναπηρίες και ανικανότητες, διαμορφώνοντας μια αυτοεκπληρούμενη προφητεία για το άτομο που υπόκειται σε τέτοιου είδους αξιολογήσεις (Bogdan, 1986). Το ‘δύσκολο’ έργο της συμμόρφωσης του μαθητή και της ομαλοποίησης του αναλαμβάνει η Ειδική Αγωγή, έξω από το σχολικό πλαίσιο, καθώς οι εκπαιδευτικοί παραιτούνται από τη διδασκαλία των μαθητών που φέρουν την ετικέτα του ανάπηρου (ΔΕΠ-Υ, μαθησιακές δυσκολίες, αλλόγλωσσοι, κοινωνικοπολιτισμικά ανάπηροι κ.α.), παραπέμποντάς τους σε ειδικά πλαίσια

Ο Foucault (χχ) 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» Υπό αυτές τις συνθήκες η ένταξη όλων των μαθητών στο σχολικό και το ευρύτερο πλαίσιο τίθεται υπό διαπραγμάτευση.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- American Psychiatry Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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., 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., (2003). Attention – deficit/hyperactivity disorder. In: Mash, E.J. & Barkley, R.A.(eds), *Child Psychology*, NY, US: Guilford Press, xiv, 802.
- 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.
- Carrington, S. (1999). Inclusion needs a different school culture. *International journal of inclusive education*, 3(3), 257-268.
- Clifton, M. (2004). “‘We like to talk and we like someone to listen’: cultural differences and minority voices as agents of change”. In Armstrong, F. & Moore, M. (Eds.). *Action research for inclusive education: changing places, changing practices, changing minds*. London: RoutledgeFalmer, pp. 77- 91.
- 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.
- Douglas, V.I., (1983), “Attention and cognitive problems”, In: Rutter, M., (ed), *Developmental neuropsychiatry*, New York: Guilford Press, 280-329.
- Foucault, M. (1984), *Polemique, politique et problematisations, Dits et ecrits II*.
- Furedi, F. (2004), *Therapy culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age* (London, Routledge).
- 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. Keeffe & S. Carrington (Eds): *School and Diversity*, Sydney: Pearson Education.
- 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.
- Kearney, A. (2011). *Exclusion from and Within School: Issues and Solutions*. Rotterdam: SensePublishers.
- 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.

- Mallori, L. B. & New, S. R. (1994). Social constructivist theory and principles of inclusion: challenges for early childhood special education. *The journal of special education*, 28(3), 322-337.
- Marks, D. (1999). *The Social Construction of Disability, Disability: Controversial debates and Psychosocial Perspectives*, London. New York: 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.
- Philips, C.B. (2006), Medicine goes school: teachers as sickness brokers for ADHD, *PLoS Medicine*, 3(4), 182
- Schachar, R., Tannock, R. & Logan, C., (1993), Inhibitory control, impulsiveness and attention deficit hyperactivity disorder, *Clinical Psychology Review*, 13, 721-740
- 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.
- 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
- Timimi, S. & Leo, J. (Eds.), (2009), *Rethinking ADHD: From brain to culture*, Basingstone: Palgrave MacMillan
- Tredgold, A.F. (1908), *Mental deficiency (amentia)*, New York: W.Wood
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of Higher Psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 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
- Βλάχου, Α. Διδασκάλου, Ε. & Παπαπάνου, 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*. Αθήνα: Πεδίο, σσ. 65-89.
- Δράκος, Γ. Ε. (2011). *Σύγχρονα θέματα της ειδικής παιδαγωγικής: προβληματισμοί, αναζητήσεις, προοπτικές*. Αθήνα: Διάδραση.
- Ζώνιου – Σιδέρη, Α., (1998), *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους: Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Ζώνιου - Σιδέρη, Α. (2012). *Ενταξιακή Εκπαίδευση & Κοινωνική Δικαιοσύνη στη Σύγχρονη Εποχή: Ερωτήματα και Προβληματισμοί*. 12ο Συνέδριο Παιδαγωγικής Εταιρείας Κύπρου. Διαθέσιμο στο <http://www.pek.org.cy> Ανάκτηση 23/11/14
- 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.

- Καλαντζη- Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ. & Ευσταθίου, Γ. (2005), *Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης ΔΕΠ/Υ IV*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καραγιάννη, Π. (2012). «Εκπαιδευτικές πρακτικές για την ένταξη παιδιών με ειδικές ανάγκες στο γενικό σχολείο». Στο: Ζώνιου – Σιδέρη, Α. (Επιμ.). *Σύγχρονες ενταξιακές προσεγγίσεις: θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Πεδίο, σσ. 421-436.
- Καραγιάννη, Π., Σιδέρη-Ζώνιου, Α. (2006). Το κοινωνικό μοντέλο της Αναπηρίας. Θεωρία και Ερευνητική Πρακτική. Αντιφάσεις και ερωτήματα. *Μακεδόν*, 15, 223-231.
- Κωτσάκης, Δ., Μουρελή, Ε., Μπίμπου, Ι., Μπουτουλούση, Ε., Αλεξανδρή, Χ., Γκέσογλου, Ε., Καραμανώλη, Κ., Καρπούζα, Α., Σπανοπούλου, Ε. (2010). *Αναστοχαστική πράξη: ο αποκλεισμός στο σχολείο*. Αθήνα: Νήσος.
- Λαμπροπούλου Β. & Παντελιάδου, Σ. (2000). «Η ειδική αγωγή στην Ελλάδα – Κριτική Θεώρηση». Στο: Κυπριωτάκης, Α. (επιμ.). *Πρακτικά Συνεδρίου Ειδικής Αγωγής*. Ρέθυμνο: ΠΤΔΕ, Σχολή επιστημών Κρήτης, 156-169.
- Ντεροπούλου – Ντέρου, Ε. (2012). «Αποτίμηση της πορείας των νομοθετικών αλλαγών τριάντα χρόνια μετά την ψήφιση του πρώτου νόμου για την ειδική αγωγή στην Ελλάδα». Στο: Ζώνιου-Σιδέρη, Α., Ντεροπούλου-Ντέρου, Ε., Βλάχου-Μπαλαφούτη, Α. (επιμ.). *Αναπηρία και εκπαιδευτική πολιτική: Κριτική προσέγγιση της ειδικής και ενταξιακής εκπαίδευσης*. Αθήνα: Πεδίο, σσ. 123-151.
- Τσιρώνης, Χ. (2001). *Κοινωνικός αποκλεισμός και εκπαίδευση στην ύστερη νεωτερικότητα*. Διδακτορική διατριβή. Θεσσαλονίκη: ΑΠΘ Τμήμα Θεολογίας. Διαθέσιμο στο <http://thesis.ekt.gr>. Ανάκτηση 5/12/2015.
- Φιτσιώλος, Δ., (2017), *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*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, ΤΕΑΠΗ
- Φιτσιώλος, Δ. & Οικονόμου, Μ. (2017), *ΔΕΠ-Υ και ενταξιακή τάξη: Μια έρευνα δράσης*, ΕΛΨΕ, Πρακτικά 16^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχολογικής Έρευνας, Θεσσαλονίκη.