



ΠΕΣΥΠ 2016-2017

«Η συμβουλευτική σε ΑΜΕΑ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΓΑΤΣΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΦΙΛΟΜΕΝΗ

ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΥ

ΤΜΗΜΑ: ΠΕΣΥΠ

ΚΟΖΑΝΗ, ΜΑΪΟΣ 2017

ΑΣΠΑΙΤΕ

ΠΕΣΥΠ 2016-2017

**Πτυχιακή εργασία
του Αθανάσιου Γάτσου**

«Η συμβουλευτική σε ΑΜΕΑ»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Φιλομένη Μανωλοπούλου

ΚΟΖΑΝΗ, ΜΑΪΟΣ 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της αναπηρίας και των ειδικών ικανοτήτων αποτελεί μείζον ζήτημα στη σύγχρονη εποχή της ρευστότητας, των ανακατατάξεων και των συνεχών μεταβολών. Ακόμη και οι διάφοροι ορισμοί της έννοιας όπως έχουν καταγραφεί σε διεθνές επίπεδο, δείχνουν ότι αυτά τα άτομα ιδίως μέχρι το πρόσφατο παρελθόν αντιμετωπίζονταν ως προβληματικά. Οι υποκατηγορίες που υπάρχουν είναι πολλές και η επίσημη πολιτεία όχι απλώς έχει μεριμνήσει να τις οριοθετήσει με σαφή και κατηγορηματικό τρόπο, αλλά έχει επιδείξει τις δέουσες ευαισθησίες ώστε να λάβει μια συνολική δέσμη μέτρων τα οποία συμβάλλουν στην όσο το δυνατόν πιο ομαλή και πιο αξιοπρεπή διαβίωσή τους ως προς την εύρεση εργασίας, την τόνωση της αυτοεκτίμησης και γενικότερα την εξυπηρέτησή τους σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής και δράσης. Στην μακροπρόθεσμη αυτή προσπάθεια παροχής ουσιαστικής βοήθειας προς τα άτομα ΑΜΕΑ ο ρόλος της συμβουλευτικής καθίσταται χρήσιμος, αλλά και αναγκαίος. Ωστόσο, η συμβουλευτική, που ούτως ή άλλως θεωρείται ως μια σύνθετη και πολυδιάστατη διαδικασία, στην προκειμένη περίπτωση γίνεται ακόμη πιο απαιτητική, καθώς προϋποθέτει βαθιά γνώση των τεχνικών με τις οποίες ασκείται και των ποικίλων παραγόντων που υπεισέρχονται και για αυτό χρειάζεται λεπτούς και συστηματικούς χειρισμούς, εφόσον υπάρχει η βούληση να ασκηθεί με γνήσιο τρόπο και να γίνει αποτελεσματική. Η καθοδήγηση και οι συμβουλές δε διαθέτουν μόνο ατομική διάσταση, καθώς απευθύνονται όχι μόνο στα ίδια τα άτομα ΑΜΕΑ, που είναι οι άμεσοι αποδέκτες, αλλά εξίσου και στα άτομα του περίγυρού τους, μιας και ο ρόλος του πολιτισμικού υπόβαθρου όλων των εμπλεκόμενων στη συμβουλευτική είναι καίριας σημασίας. Ιδιαίτερο κομμάτι στο όλο ζήτημα αποτελούν οι μαθητές ΑΜΕΑ, οι οποίοι συχνά στην καθημερινότητά τους έρχονται αντιμέτωποι με σχεδόν ανυπέρβλητα εμπόδια. Τέλος, οι φορείς της συμβουλευτικής έχουν χρέος να συνειδητοποιήσουν το μέγεθος της απώλειας που υφίσταται αυτή η κατηγορία των ανθρώπων, να επισημάνουν με προσοχή και θάρρος όλες τις παραμέτρους και να επιδιώξουν την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης.

Λέξεις κλειδιά: ΑΜΕΑ (Άτομα με Ειδικές Ανάγκες), Δυσλειτουργία, Συμβουλευτική, Προσαρμογή, Απώλεια

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 6
1. Άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ)	σελ. 8
1.1 Ορισμός της αναπηρίας	σελ. 8
1.2 Ορισμός και κατηγορίες ΑΜΕΑ	σελ. 11
1.3 Δομές και προγράμματα που προσφέρουν υπηρεσίες σε ΑΜΕΑ	σελ. 13
2. Ορισμός Συμβουλευτικής	σελ. 16
2.1 Τι είναι Συμβουλευτική	σελ. 16
2.2 Αρχές της Συμβουλευτικής	σελ. 17
2.3 Η σχέση της Συμβουλευτικής με τη Συμβουλευτική Ψυχολογία	σελ. 18
3. Η συμβουλευτική σε Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ)	σελ. 19
3.1 Ο Συμβουλευόμενος με Ειδικές Ανάγκες	σελ. 21
3.2 Η Διαμόρφωση της Ταυτότητας των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και η Συμβουλευτική Ψυχολογία	σελ. 23
3.3 Η Συμβουλευτική Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και της Οικογένειάς τους	σελ. 25
4. Ο ρόλος των πολιτισμικών παραγόντων στη συμβουλευτική ατόμων με δυσλειτουργίες	σελ. 26
4.1 Πολιτισμική ταυτότητα και δυσλειτουργία	σελ. 26
4.2 Η σημασία της κουλτούρας στη συμβουλευτική ατόμων με δυσλειτουργίες	σελ. 28
4.3 Η σπουδαιότητα της πολιτισμικής συνείδησης του συμβούλου ατόμων με δυσλειτουργίες	σελ. 28
4.4 Προς μια «Πολιτισμικά Προσανατολισμένη Συμβουλευτική» για άτομα με δυσλειτουργίες	σελ. 30
5. Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία: ο ρόλος της συμβουλευτικής	σελ. 31
5.1 Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία	σελ. 31
5.1.1 Σοκ	σελ. 32
5.1.2 Προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση	σελ. 33

5.1.3 Οργή και θυμός	σελ. 33
5.1.4 Διαπραγμάτευση	σελ. 34
5.1.5 Πένθος και κατάθλιψη	σελ. 34
5.1.6 Αμυντική στάση	σελ. 35
5.1.7 Αποδοχή και προσαρμογή	σελ. 36
5.2 Ψυχολογική στήριξη	σελ. 37
6. Η έννοια της απώλειας και η σημασία της στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες	σελ. 38
6.1 Η έννοια της «απώλειας» στη συμβουλευτική ατόμων με δυσλειτουργίες	σελ. 38
6.2 Το νόημα της απώλειας στη συμβουλευτική διαδικασία	σελ. 40
7. Δουλεύοντας με γονείς για να υποστηρίξουμε την σχολική και κοινωνική ένταξη των παιδιών τους με αναπηρία: Μια μελέτη ερευνητικής συμβουλευτικής	σελ. 41
 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	 σελ. 45
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	 σελ. 47

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία και αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικό πληθυσμιακό τμήμα αφού σύμφωνα με ενδεικτικές μελέτες, το ποσοστό τους σε διεθνές επίπεδο εκτιμάται περίπου στο 12% του συνολικού πληθυσμού. Οι συνάνθρωποί μας που ταλαιπωρούνται από σωματικές αναπηρίες, από τύφλωση, από προβλήματα ακοής, από άσθμα, από διαβήτη, από σκλήρυνση κατά πλάκας, από σύνδρομο Down, από αυτισμό, από δυσλεξία, καθώς και τα άτομα τα οποία εμφανίζουν κάποιο επίπεδο νοητικής καθυστέρησης περιλαμβάνονται στα άτομα με αναπηρία.

Η ύπαρξη της αναπηρίας επηρεάζει και διαμορφώνει διαφορετικά τον κάθε άνθρωπο. Σε κάποιους ανθρώπους παρατηρείται απαισιοδοξία και ανασφάλεια και σε κάποιους άλλους λειτουργεί σαν κίνητρο για μάθηση αλλά και για δημιουργία. Σημαντικοί παράγοντες για την υγιή συνειδητοποίηση της αναπηρίας από το ανάπηρο άτομο παίζουν η δομή της προσωπικότητας και η νοημοσύνη. Γι αυτό άλλωστε δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που άτομα με αναπηρίες επιτυγχάνουν έργα που φαντάζουν ακατόρθωτα στους υγιείς ανθρώπους.

Οι συμπολίτες μας που παρουσιάζουν αναπηρία αισθάνονται την ανάγκη για κοινωνικοποίηση όπως όλοι μας. Οφείλουμε συλλογικά να τους στηρίζουμε και να τους ενθαρρύνουμε, αλλά σε καμία περίπτωση να τους λυπόμαστε. Τους ανθρώπους αυτούς οφείλουμε να τους κοιτάζουμε στα μάτια ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας και όχι να τους περιφρονούμε και να τους υποβιβάζουμε. Οποιοσδήποτε άνθρωπος, είτε είναι παιδί είτε είναι ενήλικας, που έχει την ανάγκη ειδικής πολύπλευρης στήριξης και φροντίδας για να βιώνει μια φυσιολογική ζωή, εντάσσεται στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες.

Στο πλαίσιο αυτών των ενδιαφερόντων εκπονήθηκε η παρούσα εργασία, βασικός προβληματισμός της οποίας ήταν η διερεύνηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας αναφορικά με τη συμβουλευτική σε άτομα με ειδικές ανάγκες.

Στην εργασία μας θα αναλυθούν αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο ο ορισμός της αναπηρίας, ο ορισμός και οι κατηγορίες ΑΜΕΑ, καθώς επίσης οι δομές και τα προγράμματα που προσφέρουν υπηρεσίες σε ΑΜΕΑ.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια να οριστεί η έννοια της συμβουλευτικής, ποιος είναι ο σκοπός της, τις αρχές της συμβουλευτικής και τη σχέση της συμβουλευτικής με τη συμβουλευτική ψυχολογία.

Σκοπός του τρίτου κεφαλαίου είναι να περιγράψει τη συμβουλευτική σε άτομα με ειδικές ανάγκες, τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ένας σύμβουλος, τη διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με ειδικές ανάγκες και τους τρόπους με τους οποίους προσφέρεται συμβουλευτική στα ίδια τα άτομα καθώς και στους γονείς τους.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στο ρόλο των πολιτισμικών παραγόντων στη συμβουλευτική ατόμων με δυσλειτουργίες.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται ο ρόλος της συμβουλευτικής στην προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία και η ψυχολογική στήριξη.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια να οριστεί η έννοια της απώλειας και γίνεται αναφορά στη σημασία της στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες.

Τέλος στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι κυριότερες διαπιστώσεις σε μια μελέτη ερευνητικής συμβουλευτικής που πραγματοποιήθηκε και έχει να κάνει με τη διαδικασία συμβουλευτικής σε γονείς για την υποστήριξη της σχολικής και κοινωνικής ένταξης των παιδιών τους με αναπηρία.

ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΡΟΣ

1. Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ)

1.1. Ορισμός της αναπηρίας

Πριν προχωρήσουμε στην παρουσίαση των ορισμών της αναπηρίας, είναι ιδιαιτέρως σημαντικό να εστιάσουμε την προσοχή μας στη σχέση της αναπηρίας με τον κυρίαρχο τρόπο παραγωγής, δηλαδή με το κοινωνικοοικονομικό σύστημα, εφόσον η μεγάλη άνοδος του καπιταλισμού έφερε ριζικές αλλαγές όχι μόνο στην ίδια τη ζωή των αναπήρων αλλά και στην κοινωνική τους θέση. Γράφει, λοιπόν, ο Finkelstein (Finkelstein, 1980, Barton et al., 1996) ότι στην πρώτη ιστορική φάση όσον αφορά την αναπηρία, δηλαδή στη φάση της γεωργικής παραγωγής, τα ΑΜΕΑ είχαν τη δυνατότητα να συνεισφέρουν στην εργασία, στο μέτρο που τους επέτρεπε βέβαια η όποια σωματική τους βλάβη. Με την έλευση όμως του καπιταλισμού, τα άτομα με αναπηρία βίωσαν τον αποκλεισμό από την διαδικασία παραγωγής επειδή «η ταχύτητα της εργασίας στο εργοστάσιο, η επιβαλλόμενη πειθαρχία, η αυστηρή τήρηση του ωραρίου και τα πρότυπα παραγωγής ήταν μια πολύ δυσμενής αλλαγή, η οποία διαφοροποιούνταν κατά πολύ από τις πιο αργές, ευέλικτες μεθόδους εργασίας που οι ίδιοι είχαν τη δυνατότητα να προσδιορίσουν και μέσα στις οποίες πολλοί ανάπηροι είχαν βρει την ολοκλήρωση» (Ryan & Thomas, 1980, σελ.101, Oliver, 2009).

Το αποτέλεσμα ήταν να καταλήξουν οι ανάπηροι/ες εξολοκλήρου αποκλεισμένοι/ες από την αγορά εργασίας και να βρεθούν στον πάτο της (Morris, 1969, σελ.9, Oliver, 2009). Και ενώ ο ίδιος ο Finkelstein αναγνωρίζει μια τρίτη ιστορική φάση για την αναπηρία στο συνδυασμό της ανάπτυξης και προώθησης των νέων τεχνολογιών με τη συλλογική δράση των ίδιων των ατόμων με αναπηρία για την έξοδό τους από το περιθώριο, έχει αποδείξει ήδη ότι η αναπηρία αποτέλεσε μια ιδιαίτερα σημαντική κατάσταση, στο βαθμό που εξασφάλιζε νόμιμη κοινωνική θέση σε αυτούς που ορίζονταν ως ανίκανοι να εργασθούν, σε αντίθεση με εκείνους που ίσως χαρακτηρίζονταν ως απρόθυμοι να το κάνουν» (Stone, 1985, Oliver, 2009). Εξάλλου, αυτά τα χαρακτηριστικά της τρίτης φάσης που περιγράφει ο Finkelstein, σε συνδυασμό με την παράλληλη οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε παγκοσμίως από τα τέλη της δεκαετίας του '50 και που οδήγησε σε μεγάλη αύξηση των παροχών υπέρ των λεγόμενων ευαίσθητων

κοινωνικά ομάδων, συνέβαλλαν ώστε να επιβάλλεται ο ορθός υπολογισμός της κρατικής δαπάνης όσον αφορά για προγράμματα και υπηρεσίες αρωγής και ένταξης των ατόμων με αναπηρία. Συνεπώς, ο όποιος ορισμός της αναπηρίας θα έπρεπε να είναι απόλυτα σαφής, συγκεκριμένος και όσο το δυνατόν περιοριστικός ώστε να μην οδηγήσει σε τεράστιο ποσό δαπάνης από την πλευρά του κράτους.

Εξάλλου, οι ορισμοί των εννοιών δημιουργούν ένα πλαίσιο κατανόησης και αντίληψης των πραγμάτων μέσα στα όρια που θέτουν αυτοί οι ίδιοι. Ο Thomas συνοψίζει αυτήν την ιδέα ως εξής: «Εάν οι άνθρωποι ορίζουν τις καταστάσεις ως πραγματικές, θα είναι πραγματικές και στις συνέπειές τους» (Thomas, 1966, Oliver, 2009). Κατά συνέπεια, τα άτομα με αναπηρία θα αντιμετωπίζονται ως θύματα τραγωδιών, εάν η αναπηρία μεταφραστεί σε οδυνηρή κατάσταση ανικανότητας και οι κρατικές εκροές εκφρασμένες σε νομοθεσία ή σε κοινωνική πολιτική ή σε οτιδήποτε άλλο, θα στοχεύουν στην ανακούφιση των θυμάτων και όχι την αποκατάσταση της ισότητάς τους σε επίπεδο ελευθεριών και δικαιωμάτων.

Τέλος, η εμφάνιση της καταπίεσης που δέχονται συνεχώς κάποιες κοινωνικές ομάδες και η άνοδος αντίστοιχων κινημάτων (π.χ. κατά της ομοφοβίας και του σεξισμού) που έχει αναδειχτεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έφεραν στο προσκήνιο το ζήτημα της απουσίας των άμεσα ενδιαφερομένων όχι μόνο από τις πολιτικές που τους/τις αφορούν, αλλά και από την επιστημονική γλώσσα που αναφέρεται σε αυτούς/ές. Έτσι, ένας ορισμός για την αναπηρία θα οφείλει να αποδίδει και την αντίληψη που τα ίδια τα άτομα με αναπηρία έχουν για τους εαυτούς τους, όπως και για την κοινωνική συνθήκη της αναπηρίας που τα αφορά (W.I. Thomas, 1966, στο Oliver, 2009).

Ο ορισμός της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, όπως δίνεται στην ηλεκτρονική της σελίδα στην κατηγορία Αναπηρίες (Disabilities), είναι ο εξής: «Ο όρος αναπηρίες είναι ένας όρος που περιλαμβάνει τις βλάβες, τους περιορισμούς δραστηριοτήτων και τα κωλύματα συμμετοχής. Βλάβη είναι ένα πρόβλημα σωματικής λειτουργίας ή κατασκευής. Περιορισμός δραστηριοτήτων είναι μια δυσκολία που αντιμετωπίζει ένα άτομο ενώ προβαίνει σε μια εργασία ή δραστηριότητα. Κώλυμα συμμετοχής είναι ένα πρόβλημα που βιώνει ένα άτομο σε διάφορες καθημερινές καταστάσεις. Συνεπώς, η αναπηρία είναι ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο φαινόμενο που αντανακλά την αλληλεπίδραση ανάμεσα στα χαρακτηριστικά του σώματος ενός ατόμου και στα χαρακτηριστικά της κοινωνίας στην οποία ζει το άτομο αυτό».

Είναι φανερό ότι ο ορισμός αυτός αντιμετωπίζει την αναπηρία ως ένα φαινόμενο που αναβλύζει από τη σωματική κατάσταση ενός ατόμου, ακόμη κι αν δεν παραμένει προσηλωμένος σε αυτήν. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι με αναπηρία στις διάφορες κοινωνικές τους δραστηριότητες και την καθημερινότητά τους λαμβάνονται ως αποτελέσματα της σωματικής τους βλάβης και κατά συνέπεια, η κοινωνική διάσταση του ζητήματος περιορίζεται στην ιδιαιτερότητα των χαρακτηριστικών που διαθέτουν τα άτομα με αναπηρία ως κοινωνική ομάδα και τα οποία βρίσκονται στο ίδιο τους το σώμα. Άρα αναπηρία, είναι μονάχα η ανταπόκριση της κοινωνίας στα άτομα με βλάβη και, μάλιστα, η ελλιπής και ολοφάνερη ανταπόκρισή της που προκαλεί στα άτομα αυτά τον περιορισμό της δραστηριότητάς τους. Και, φυσικά, δεν σχετίζεται με τη βλάβη, καθώς εκπροσωπεί αυτά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με βλάβη στην καθημερινότητά τους και οφείλονται στην κοινωνική οργάνωση. Όπως γράφει και ο Oliver (Oliver, 2009), «όλοι οι ανάπηροι βιώνουν την αναπηρία ως κοινωνικό περιορισμό, είτε επειδή αυτός ο περιορισμός παρουσιάζεται ως συνέπεια ενός περιβάλλοντος που δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης, είτε εξαιτίας εννοιών που δέχονται αμφισβήτηση για τη νοημοσύνη και τις κοινωνικές δεξιότητες, είτε της ανικανότητας του γενικότερου πληθυσμού να χρησιμοποιήσει και να αξιοποιήσει τη νοηματική γλώσσα, ή της έλλειψης αναγνωσμάτων σε γραφή Braille ή των δημόσιων επιθετικών συμπεριφορών σε ανθρώπους που δεν είναι ορατές οι αναπηρίες τους» (Oliver, 2009). Εξάλλου, κατά μια προσέγγιση πιο εστιασμένη στις κοινωνικές της συνέπειες, «αναπηρία σημαίνει διάκριση και εμπλέκει κοινωνική απομόνωση και διάφορους περιορισμούς. Είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό μέσο κοινωνικής διαφοροποίησης στις σύγχρονες κοινωνίες. Το επίπεδο εκτίμησης και η με κοινωνικούς όρους ύπαρξη των ατόμων με αναπηρία είναι επακόλουθο της θέσης τους αναφορικά με τις ευρύτερες κοινωνικές συνθήκες και σχέσεις μιας δεδομένης κοινωνίας» (The Equality Studies Centre, 1994, Finkelstein, 1995, Barton et al., 1996).

Αυτό που με βεβαιότητα προκύπτει από τους παραπάνω ορισμούς και προσεγγίσεις είναι ότι η αναπηρία είναι μια κοινωνική συνθήκη που δέχονται τα άτομα με βλάβη και όχι η σωματική τους κατάσταση. Μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση της αναπηρίας θα ισχυροποιήσει πολύ περισσότερο αυτό το επιχείρημα.

1.2. Ορισμός και κατηγορίες ΑΜΕΑ

ΑΜΕΑ θεωρούνται τα άτομα που παρουσιάζουν κάποιο μειονέκτημα, κάποιο ελάττωμα, ή κάποια ανικανότητα. Σύμφωνα με τον πιο πρόσφατο ορισμό του Συμβουλίου των Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προκύπτει ότι:

«Ο όρος ΑΜΕΑ περιλαμβάνει τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες ή αισθήματα κατωτερότητας που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων και των βλαβών των αισθήσεων ή σε ψυχικές ή διανοητικές βλάβες, οι οποίες περιορίζουν ή απαγορεύουν την εκτέλεση κάποιας δραστηριότητας, η οποία θεωρείται φυσιολογική για έναν άνθρωπο» (Σταθόπουλος, 2005).

Επιπλέον, ο όρος ΑΜΕΑ όλο και επεκτείνεται περιλαμβάνοντας μετακινούμενους πληθυσμούς, αλλοδαπούς με κυρίως γλωσσολογικά, και κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα (Δελλασουδάς, 2002).

Όπως έγινε κατανοητό από τα όσα ήδη αναφέρθηκαν προηγουμένως, ως ΑΜΕΑ θεωρούνται εκείνα τα άτομα τα οποία έχουν παροδικές ή μόνιμες βλάβες, αδυναμίες, ανικανότητες, αναπηρίες ή συνδυασμό όλων των παραπάνω, προερχόμενες είτε από φυσική, είτε από ψυχική, είτε από νοητική ανεπάρκεια (Ζωνιού – Σιδέρη, 1996).

Άτομα με μόνιμη ανικανότητα, είναι αυτοί που έχουν κινητική αναπηρία, οι κωφοί, οι τυφλοί και γενικότερα οι αμβλύωπες (δηλαδή αυτοί που έχουν εξασθενημένη όραση), όσοι έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην αντίληψη, την επικοινωνία και την προσαρμογή, καθώς και ασθενείς που παρουσιάζουν ρευματικές παθήσεις, καρδιοπάθειες, αρτηριοσκλήρυνση, ανεπάρκεια νεφρού, επιληψία κλπ.

Άτομα με παροδική ανικανότητα μπορεί να είναι είτε τραυματίες, είτε παροδικά ασθενείς κλπ. Να υπογραμμιστεί ότι ο όρος ΑΜΕΑ, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, αποτελεί υποκατηγορία ενός ευρύτερου συνόλου ατόμων, που εμποδίζονται από το λάθος σχεδιασμό και τα άλλα εμπόδια στην πόλη, σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας τους. Πρόκειται για τα “εμποδιζόμενα” άτομα (Ζωνιού – Σιδέρη, 1996).

Στα εμποδιζόμενα άτομα συμπεριλαμβάνονται, εκτός από τα ΑΜΕΑ και τα άτομα με μειωμένες ικανότητες, δηλαδή:

- Οι έγκυες γυναίκες
- Τα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας

- Οι εθισμένοι σε βλαβερές-επικίνδυνες ουσίες
- Τα άτομα με σπάνιες σωματικές διαστάσεις
- Τα άτομα που βρίσκονται στο προεφηβικό στάδιο
- Όσοι/ες χρησιμοποιούν ή οδηγούν οποιουδήποτε τύπου αμαξίδιο
- Όσοι/ες μεταφέρουν βάρη κλπ. (Ζωνιού – Σιδέρη, 1996).

Η αυτόνομη διαβίωση και διακίνηση των εμποδιζόμενων ατόμων εμποδίζεται από τη δυσκολία που έχουν στην κίνηση, την όραση, την αντίληψη, την ακοή, την επικοινωνία και την προσαρμογή (Ζωνιού – Σιδέρη, 1996).

Κατηγορίες ΑΜΕΑ

Εντούτοις, ένας γενικός ορισμός του συνόλου των Ατόμων με Αναπηρίες δεν οδηγεί στην ολοκληρωμένη κατανόηση των προβλημάτων τους, επειδή όπως έχει προαναφερθεί, η κοινωνική ομάδα των αναπήρων χαρακτηρίζεται από μεγάλη ανομοιογένεια. Κατά συνέπεια, κρίνεται απολύτως απαραίτητη η περαιτέρω κατηγοριοποίηση των ατόμων αυτών, ανάλογα με τα αισθήματα κατωτερότητας ή τις ανεπάρκειές τους (ΕΤΤΑΔ, 2007).

Βάσει ενός τέτοιου διαχωρισμού, προκύπτουν οι ακόλουθες ομάδες:

- Άτομα με δυσκολία στην όραση
- Άτομα με δυσκολία στην ακοή
- Άτομα με δυσκολία στην κίνηση
- Άτομα με δυσκολία στην επικοινωνία και την αντίληψη (ΕΤΤΑΔ, 2007).

I. Άτομα με δυσκολία στην όραση:

Αυτά τα άτομα βλέπουν λίγο ή καθόλου. Για την αυτόνομη μετακίνηση τους χρησιμοποιούν μπαστούνι ή ειδικά εκπαιδευμένο σκύλο (ΕΤΤΑΔ, 2007).

II. Άτομα με δυσκολία στην ακοή:

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν άτομα με μειωμένη ακοή ή άτομα τα οποία έχουν απόλυτη αδυναμία ακοής. Η μετακίνηση των ατόμων αυτών γίνεται πιο εύκολη με την ύπαρξη ευκρινούς και έντονης σήμανσης, ή σε μερικές περιπτώσεις και ειδικά εκπαιδευμένου σκύλου (ΕΤΤΑΔ, 2007).

III. Άτομα με δυσκολία στην κίνηση:

Δυσκολία στην κίνηση έχουν άτομα με αδύνατα ή παράλυτα μέλη, με δυσκαμψία ή σχετική έλλειψη μέλους ή όλων των μελών του σώματος, οι ηλικιωμένοι, οι παροδικά τραυματισμένοι, τα άτομα με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα κλπ.

Τα άτομα αυτά έχουν πιο αργούς ρυθμούς στην κίνησή τους και για να μετακινηθούν χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα όπως αναπηρικό αμαξίδιο, πατερίτσες, περπατίστρες, μαστούνια κλπ. (ΕΤΤΑΔ, 2007).

IV. Άτομα με δυσκολία στην επικοινωνία και την αντίληψη:

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα με μόνιμα μειωμένη αντίληψη (π.χ. άτομα με διάφορες ψυχικές ή οργανικές παθήσεις), άτομα με παροδικά μειωμένη αντίληψη (π.χ. ηλικιωμένοι, παιδιά, ναρκομανείς, μεθυσμένοι κλπ).

Τα άτομα αυτά έχουν περιορισμένη επαφή με το περιβάλλον και τα γύρω αντικείμενα, παρουσιάζουν αδυναμία στο να δράσουν αυτόνομα ή ακόμα και να αντιδράσουν στα εμπόδια και τους κινδύνους (ΕΤΤΑΔ, 2007).

1.3. Δομές και προγράμματα που προσφέρουν υπηρεσίες σε ΑΜΕΑ

Ο ΟΑΕΔ για την απασχόληση ατόμων με ειδικές ανάγκες πραγματοποιεί προγράμματα επιδότησης νέων θέσεων εργασίας, καθώς και νέων ελεύθερων επαγγελματιών και έχει δημιουργήσει δομές που παρέχουν συνοδευτικές υπηρεσίες για την πλήρη υποστήριξη των ατόμων αυτών (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009).

Τα προγράμματα αυτά έχουν ως στόχο να αναστρέψουν τα προβλήματα ένταξης στην αγορά εργασίας των ΑΜΕΑ και στην εξασφάλιση εργασίας ούτως ώστε να επιτευχθεί:

- η οικονομική ανεξαρτησία του ατόμου,
- η ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του και της αυτοεικόνας του,
- οι ισότιμες ευκαιρίες συμμετοχής, ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, τις δεξιότητες και τις ικανότητες κάθε ατόμου,
- η ενδυνάμωση της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης,
- η αξιοποίηση ολόκληρου του ανθρώπινου δυναμικού (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009).

Προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης ατόμων με αναπηρία

Για τα άτομα που δεν μπορούν να ενταχθούν στα προγράμματα γενικού πληθυσμού, λειτουργούν εξειδικευμένα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ ΑΜΕΑ) με προγράμματα προσαρμοσμένα στις εξελίξεις και τις ανάγκες της αγοράς εργασίας, καθώς και στα ειδικά χαρακτηριστικά των καταρτιζομένων, τα οποία περιλαμβάνουν (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009):

Κατάρτιση: απόκτηση επαγγελματικών δεξιοτήτων-προσόντων.

Συνοδευτικές Υποστηρικτικές Υπηρεσίες: Ενημέρωση-παροχή συμβουλευτικής, επαγγελματικού προσανατολισμού και ψυχολογικής υποστήριξης, ενίσχυση και προσαρμογή των ατόμων στο περιβάλλον της εκπαίδευσης.

Πρωώθηση στην απασχόληση, κατάλληλη προετοιμασία για την είσοδό τους στην αγορά εργασίας (ΕΚΕΠΙΣ) (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009).

Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ): Σκοπός των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ είναι η κοινωνική ένταξη και η αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ΑΜΕΑ, με την παροχή εκτός των άλλων, και υπηρεσιών λειτουργικής αποκατάστασης (Οδηγός του πολίτη με αναπηρία, 2007).

Κέντρα στήριξης ΑΜΕΑ: Παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες με τα ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ (Οδηγός του πολίτη με αναπηρία, 2007).

Στον νέο νόμο 2817/2000 ορίζονται τα Άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και καθιερώνεται ένας νέος θεσμός των υπηρεσιών διάγνωσης και υποστήριξης των ΑΜΕΑ, τα Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (ΚΕΔΔΥ). Με τα ΚΕΔΔΥ, που δημιουργούνται και λειτουργούν σε κάθε νομό, υπάρχει η δυνατότητα να καλύπτονται οι ανάγκες σε διάγνωση και υποστήριξη ολόκληρου του εύρους της εκπαίδευσης των περιφερειών τους, με σύγχρονες-μοντέρνες διαδικασίες και στρατηγικές (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009).

Σκοπός των ΚΕΔΔΥ είναι η δυνατότητα προσφοράς υπηρεσιών διάγνωσης, αξιολόγησης και υποστήριξης των μαθητών, κυρίως εκείνων που παρουσιάζουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς επίσης και υποστήριξης, ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και παρακίνησης των εκπαιδευτικών, των γονέων και γενικότερα της κοινωνίας (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009).

Δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες

Παρακάτω θα αναφερθούν ενδεικτικά κάποιοι σημαντικοί φορείς παροχής υπηρεσιών, οι οποίοι παρέχουν διάφορες υπηρεσίες.

- Διεύθυνση ή τμήμα κοινωνικής πρόνοιας: είναι υπηρεσία όπου στεγάζεται στις κατά τόπους νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις. Οι υπηρεσίες που παρέχει είναι: α) η μηνιαία οικονομική ενίσχυση-βοήθεια και β) η δωρεάν μετακίνηση αναπήρων με τις αστικές συγκοινωνίες της μόνιμης κατοικίας τους και με κατά 50% μειωμένο εισιτήριο στα υπεραστικά λεωφορεία, στα μεταφορικά μέσα του Οργανισμού Σιδηροδρόμων Ελλάδος (ΟΣΕ) καθώς επίσης και της Ολυμπιακής Αεροπορίας. Ειδικά δελτία κυκλοφορίας μπορούν να δοθούν από τις Διευθύνσεις ή τα Τμήματα κοινωνικής πρόνοιας (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009).
- Ένωση Κωφών της Ελλάδας: Προϋποθέσεις: Προσφέρονται υπηρεσίες ανεξαιρέτως σε οποιοδήποτε κωφό άτομο.
- Εθνικό Ίδρυμα Αποκαταστάσεως Αναπήρων (Ε.Ι.Α.Α.)-Κέντρο Εργασίας Αναπήρων Αθηνών: Προϋποθέσεις: Άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 15 ετών και άνω. Κινητική αναπηρία και ανάγκη επαγγελματικής αποκατάστασης (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009).
- Ο ΕΡΜΗΣ Σωματείο Γονέων - Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Αναπηρία.
- Εταιρεία Προστασίας Σπαστικών: Προϋποθέσεις: Εκπαιδεύσιμα αγόρια και κορίτσια (άτομα με ειδικές ανάγκες, που έχουν την ικανότητα, έπειτα από ειδική εκπαίδευση, να ενταχθούν μερικώς στην παραγωγική διαδικασία) με εγκεφαλική παράλυση-σπαστικότητα. Ηλικία από 6 ετών και πάνω (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009)..
- Ψυχοπαιδαγωγικό Κέντρο Αττικής: Προϋποθέσεις: Αγόρια και κορίτσια ηλικίας 3,5-20 ετών. Νοημοσύνη: ασκήσιμα παιδιά. Καταβάλλονται δίδακτρα.
- Φάρος Τυφλών της Ελλάδος: Προϋποθέσεις: Άνδρες και γυναίκες από 16 ετών και άνω. Εγγραφή στο μητρώο τυφλών της διεύθυνσης κοινωνικής πρόνοιας τόπου κατοικίας. Οι σπουδαστές της σχολής τηλεφωνητών χρειάζεται να διαθέτουν απολυτήριο δημοτικού σχολείου. Υπηρεσία Υποστηριζόμενης Εργασίας στο Κέντρο Αποκατάστασης «Η Θεοτόκος» (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2009).

2. Ορισμός Συμβουλευτικής

- ✓ Συμβουλευτική
- ✓ Σύμβουλος
- ✓ Συμβουλευόμενος
- ✓ Συμβουλευτική σχέση
- ✓ Αρχές συμβουλευτικής

2.1. Τι είναι Συμβουλευτική;

Η λέξη Συμβουλευτική είναι ένας όρος συνδεδεμένος με την καθημερινή μας ζωή μια και είναι μια διαδικασία που έχει ως στόχο να βοηθήσει το άτομο να απαντήσει στην ερώτηση «**Τι να κάνω;**» (Tyler, 1961). Το ερώτημα αυτό ανακύπτει από το γεγονός ότι ο άνθρωπος δεν έχει ένα σταθερό τρόπο αντίδρασης στα δεδομένα ενός εναλλασσόμενου και εξελισσόμενου περιβάλλοντος στο οποίο οφείλει να πάρει ορισμένες αποφάσεις.

Στις εφαρμογές της επιστήμης της Συμβουλευτικής όταν λέμε ότι ο σύμβουλος δίνει βοήθεια στον πελάτη του για να αποφασίσει τι θα κάνει, δεν σημαίνει ότι ο σύμβουλος του δίνει συμβουλές ή του δείχνει τι να κάνει. Όταν ένας άνθρωπος αντιμετωπίζει μια επιλογή πρέπει να αναλάβει την ευθύνη για τις συνέπειες αυτής της επιλογής. Επομένως χρειάζεται να του δοθεί η ευκαιρία να κάνει αυτό που νομίζει καλύτερο για τον εαυτό του και όχι κάποιος άλλος να πάρει αντί γι αυτόν την απόφαση. Αυτό είναι το σημείο στο οποίο ο επαγγελματίας σύμβουλος ξεχωρίζει από τους άλλους.

Ο ορισμός και το περιεχόμενο της Συμβουλευτικής παρουσιάζεται από τους Pulvino C. & Lee J.(1979) ως εξής:

Η συμβουλευτική είναι μια διαδικασία τακτικών και συστηματικών βημάτων, κατά την οποία ο σύμβουλος βοηθά το άτομο να καταλάβει τα θέματα που τον απασχολούν και να αρχίσει τη δράση του.

Η συμβουλευτική είναι μια διαδικασία παροχής βοήθειας στους άλλους, ώστε να καταλάβουν ποιοι είναι, τι δεξιότητες, ικανότητες, αξίες και οράματα έχουν, ούτως ώστε να αποκαλύψουν το δυναμικό και τους στόχους τους.

Η συμβουλευτική είναι μια διαδικασία κατά την οποία ο σύμβουλος και το άτομο αναλύουν τις διάφορες πλευρές μιας απόφασης, συλλέγουν και επεξεργάζονται πληροφορίες. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού ο κάθε σύμβουλος πρέπει να γνωρίζει τους επαγγελματικούς, και προσωπικούς περιορισμούς καθώς επίσης τις δυνατότητες και τις γνώσεις του. Οφείλει να μπορεί να χρησιμοποιεί έγκυρες και σύγχρονες πηγές πληροφόρησης, αλλά και την ανάπτυξη διαφόρων δικτύων συνεργασιών (Pulvino C. & Lee J., 1979).

Η συμβουλευτική είναι μια σχέση συνεργασίας αλλά και ισοτιμίας.

Η συμβουλευτική αναφέρεται σε μια διαδικασία παροχής βοήθειας, σκοπός της οποίας είναι όχι να αλλάξει το άτομο, αλλά να το καταστήσει ικανό να χρησιμοποιήσει τις δεξιότητες του και τα μέσα που του δίνονται, ώστε να ανταπεξέλθει στις όποιες δυσκολίες συναντήσει στην ζωή και να πραγματοποιήσει τις προσδοκίες του. Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι το άτομο να μπορέσει να σχηματίσει μια καθαρή εικόνα για την προσωπικότητά του, να αναγνωρίσει τις όποιες δυνατότητές έχει και να αποδέχεται πιθανούς περιορισμούς που υπάρχουν. Από τη συμβουλευτική διαδικασία αναμένουμε από το άτομο να μπορέσει να αναλάβει μια δημιουργική δραστηριότητα την οποία το ίδιο θεωρεί επιθυμητή, έστω και αν διαφέρει από τα κοινωνικά πρότυπα (Pulvino C. & Lee J., 1979).

2.2. Αρχές της Συμβουλευτικής

Η σχέση μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενου είναι μια σχέση ισότιμη και αμφίδρομη. Ο σύμβουλος οφείλει να θεωρεί τον συμβουλευόμενο ως ένα άτομο το οποίο έχει την υπευθυνότητα, την πείρα, το επίπεδο και δυνητικά την ικανότητα να χειρίζεται το θέμα για το οποίο έχει ζητήσει συμβουλευτική. Ο σύμβουλος πρέπει να εμπλέξει τον συμβουλευόμενο στο επιθυμητό επίπεδο ανάλογα με τις γνώσεις που διαθέτει, την εμπειρία του καθώς και την ωριμότητά του. Ο σύμβουλος δεν παίρνει την ευθύνη πάνω του για το θέμα που θέτει για συζήτηση ο συμβουλευόμενος. Το καθήκον που έχει ο σύμβουλος είναι να βοηθήσει τον συμβουλευόμενο να ξεκαθαρίσει για τον εαυτό του την ουσία του προβλήματος και τις επιλογές που δίνονται για το χειρισμό του. Ο συμβουλευόμενος έχει τη τελική ευθύνη (Καττάμη Χ., και συν., 2007).

Η συμβουλευτική σχέση είναι ενεργά διαλεκτική και συγχρόνως μοναδική, αλλά και κοινή. Είναι μοναδική, γιατί η κάθε σχέση μεταξύ δύο προσώπων έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και την ιδιαιτερότητα της, αλλά έχει μερικά κοινά σημεία αναφοράς, τα οποία ισχύουν για κάθε σχέση.

Η συμβουλευτική σχέση χαρακτηρίζεται από αντικειμενικότητα και υποκειμενικότητα. Η αντικειμενική πλευρά της σχέσης αναφέρεται στη λογική, στην επιστημονική, στην γνωστικά τεκμηριωμένη και θεμελιωμένη γνώση που είναι αναγκαία προϋπόθεση. Η υποκειμενική πλευρά στηρίζεται στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της σχέσης των δύο συμβουλευόμενων. Τα δύο αυτά στοιχεία οφείλουν να βρίσκονται σε μια αρμονική ισορροπία. Η συμβουλευτική σχέση πρέπει να χαρακτηρίζεται από ισορροπία του λογικού – γνωστικού και συναισθηματικού στοιχείου. Το πρώτο αποτελεί τη βάση για κάθε ανταλλαγή πληροφοριών ανάλυσης, σύνθεσης καθώς και επεξεργασίας δεδομένων. Το συναισθηματικό στοιχείο είναι το ανεκτίμητο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης επικοινωνίας και επαφής (Καττάμη Χ., και συν., 2007).

Στη συμβουλευτική σχέση ιδιαίτερα σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η υπευθυνότητα του συμβούλου απέναντι στον συμβουλευόμενο. Ο σύμβουλος είναι υπεύθυνος ως προς το να καθοδηγήσει το άτομο αποτελεσματικά προς την κατεύθυνση της λύσης του προβλήματος ή ακόμα και των πρωτοβουλιών που το ίδιο το άτομο χρειάζεται να πάρει.

Η συμβουλευτική σχέση είναι δυναμική στην οποία οι ρόλοι είναι δυνατόν να προσδιορίζονται και να αναπροσδιορίζονται σε συνεχή βάση, αφού οι παράμετροι που την οριοθετούν είναι συνεχώς μεταβαλλόμενες.

Ο σύμβουλος οφείλει να γνωρίζει α) την συμβουλευτική διαδικασία, β) τον συμβουλευόμενο ως άτομο, ως επαγγελματία, ως μαθητή κ.λπ., γ) τον συμβουλευόμενο ως μέλος μιας ομάδας, δ) τον συμβουλευόμενο και την ομάδα του μέσα στο ευρύτερο οργανισμό και ε) την κοινωνιολογία των ομάδων και οργανισμών (Καττάμη Χ και συν., 2007).

2.3. Η σχέση της Συμβουλευτικής με τη Συμβουλευτική Ψυχολογία

Η Συμβουλευτική ανήκει στο χώρο της Εφαρμοσμένης Ψυχολογίας και πιο συγκεκριμένα, στον κλάδο της Συμβουλευτικής Ψυχολογίας, ο οποίος σχετίζεται με τη μελέτη των τρόπων, των μεθόδων και των διαδικασιών, με βάση τις οποίες μπορεί να παρασχεθεί βοήθεια σε άτομα

οποιασδήποτε ηλικίας ώστε να αντιμετωπίσουν τα όποια προβλήματα και δυσκολίες που συναντούν στηριζόμενα στις δικές τους δυνάμεις (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1996). Η Συμβουλευτική, συνεπώς, δεν έχει ως στόχο την παροχή συμβουλών, αλλά την κινητοποίηση του ατόμου να ενεργοποιήσει τις δυνατότητες που έχει και να τις αξιοποιήσει με τον ιδανικότερο τρόπο για να ξεπεράσει τα όποια προβλήματα και δυσκολίες που συναντά.

3. Η Συμβουλευτική σε Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ)

Παραδοσιακά, άτομα με ειδικές ανάγκες είναι εκείνα που παρουσιάζουν κάποιου είδους απόκλιση (Η απόκλιση αυτή μπορεί να είναι είτε σωματική (υπάρχει σωματική αναπηρία μέλους ή κάποια έλλειψη ή ανεπάρκεια οργάνου), είτε ψυχολογική, είτε γνωστική (νοητική, υστέρηση) κτλ. (Δημητρόπουλος, 1999). Στα πλαίσια αυτής της διάκρισης ΑΜΕΑ δεν είναι μόνο αυτά που μειονεκτούν σε σχέση με το τυπικό δείγμα αλλά και αυτά που υπερέχουν (π.χ. τα νοητικά προικισμένα άτομα). Αυτά τα άτομα χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και ενεργό ενδιαφέρον και η προσαρμογή τους στο κοινωνικό σύνολο προϋποθέτει ειδικά μέτρα. Τέτοια μέτρα παίρνουν όλες οι προηγούμενες κοινωνίες, ασχέτως από το πόσο ξεχωριστά μπορεί να είναι από κοινωνία σε κοινωνία. Στην εφαρμογή αυτών των μέτρων, η συμβουλευτική παίζει τον πιο σημαντικό ρόλο, είτε είναι τα προγράμματά της πρωτεύοντα είτε δευτερεύοντα.

Για τη συμβουλευτική των ατόμων αυτών χρειάζονται ειδικές εξειδικευμένες γνώσεις και λειτουργοί με ειδική κατάρτιση, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ιδιαίτερες απαιτήσεις και ανάγκες τους, καθώς και να υπερνικήσουν τα προβλήματα που προκύπτουν γι' αυτούς τους ίδιους η ενασχόληση τους με τα άτομα αυτά.

Η συμβουλευτική των ατόμων με ειδικές ανάγκες κινείται κατά κύριο λόγο γύρω από τρεις άξονες. Ο πρώτος άξονας αφορά τα ίδια τα άτομα και όλα τα προβλήματά τους, από σωματικά μέχρι ψυχικά. Βασικός στόχος της συμβουλευτικής προσπάθειας είναι η εξισορρόπηση των συναισθημάτων μειονεξίας που κυνηγούν τα άτομα αυτά, η αντιμετώπιση της απομόνωσης και της πιθανής απόσυρσης, της αδυναμίας, η εξισορρόπηση της αίσθησης της ανικανότητας, της δύσκολης προσαρμογής (Δημητρόπουλος, 1999).

Όσον αφορά το δεύτερο άξονα, αυτός έχει να κάνει με την προσπάθεια επανένταξης των ατόμων αυτών μέσω της επαγγελματικής κατάρτισης και της απασχόλησής τους. Σήμερα ξοδεύονται

υπέρογκα ποσά για το σκοπό αυτό, και πολλά άτομα με ειδικές ανάγκες τοποθετούνται και απασχολούνται σε διάφορους επαγγελματικούς χώρους. Υποχρέωση των ειδικών υπηρεσιών συμβουλευτικής, ανεξαρτήτως του φορέα που εποπτεύει τα αντίστοιχα προγράμματα, είναι η αποτελεσματική προσαρμογή των αναγκών των ατόμων με τις ανάγκες του κάθε οργανωτικού φορέα, η στήριξη των εργοδοτών ώστε να αποδέχονται άτομα με ειδικές ανάγκες στην επιχείρησή τους καθώς και η διευκόλυνση της επικοινωνίας.

Τέλος, ο τρίτος άξονας αφορά τους οικείους των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Η συμβουλευτική των ατόμων που βρίσκονται γύρω από τα άτομα αυτά έχει δύο κύριους σκοπούς, την εκπαίδευσή τους ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά και επιβοηθητικά απέναντι στις αρμόδιες υπηρεσίες για το καλό των ατόμων αυτών, και την ψυχολογική τους στήριξη ώστε να μην εξουθενώνονται και ύστερα εγκαταλείπουν την προσπάθειά βοήθειας. Και οι δύο σκοποί έχουν πολύ μεγάλη σημασία. Τα οικεία πρόσωπα όταν δεν έχουν την απαραίτητη στήριξη, πολύ σύντομα αναπτύσσουν και αυτά κάποια ψυχολογικά προβλήματα, που σε συνδυασμό με τα κοινωνικά, καθιστούν τη θέση τους ιδιαίτερα περίπλοκη και δύσκολη (Δημητρόπουλος, 1999).

Η συμβουλευτική παρέμβαση στην περίπτωση των ταλαντούχων ατόμων έχει διαφορετικούς σκοπούς, που κινούνται γύρω από δύο άξονες. Ο πρώτος άξονας έχει να κάνει με τη βοήθεια απέναντι στα άτομα αυτά και τη λήψη αντίστοιχων μέτρων ώστε να έχουν τη δυνατότητα να αξιοποιήσουν το ταλέντο τους, το ιδιαίτερο δυναμικό τους, τις ξεχωριστές ικανότητές τους κτλ. Για το καλό τόσο των ίδιων, όπου θα έχουν προσωπική ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση, όσο και του κοινωνικού συνόλου, με την αξιοποίηση των μελών της κοινωνίας ώστε να ωφεληθεί η ίδια η κοινωνία.

Ο δεύτερος άξονας συνδέεται με τον προηγούμενο στην έκταση που τα άτομα αυτά, αν δεν χρησιμοποιηθούν σωστά και την κατάλληλη στιγμή, κι αν δεν μεταδοθεί το δυναμικό τους προς την ορθή κατεύθυνση, είτε εξαφανίζονται είτε χρησιμοποιούν το δυναμικό τους με λάθος τρόπο, είτε παρουσιάζουν δυσκολία στο να προσαρμοστούν στο σύνολο ή αρκετές φορές οδηγούνται σε παραβατική και ανάρμοστη συμπεριφορά (Δημητρόπουλος, 1999).

3.1. Ο Συμβουλευόμενος με Ειδικές Ανάγκες

Ο νόμος 2817/2000 αντικαθιστά τον όρο άτομα με ειδικές ανάγκες, που συμπεριλαμβάνονταν στην προηγούμενη νομοθεσία, με τον όρο άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και προσδιορίζει ότι αυτά είναι τα άτομα, τα οποία παρουσιάζουν ιδιαίτερα σημαντική δυσκολία στη μάθηση και στην προσαρμογή λόγω σωματικών, διανοητικών, συναισθηματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων. Στα άτομα αυτά συμπεριλαμβάνονται όσοι έχουν νοητική ανεπάρκεια ή ανωριμότητα, όσοι έχουν σημαντικά προβλήματα στην όραση ή την ακοή, όσοι έχουν σοβαρά ορθοπεδικά ή νευρολογικά ελαττώματα ή προβλήματα υγείας, όσοι παρουσιάζουν προβλήματα λόγου και ομιλίας, όσοι έχουν ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, όπως δυσλεξία, δυσαναγνωσία, δυσαριθμησία, όσοι παρουσιάζουν σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές αλλά και κοινωνικές δυσκολίες καθώς και όσοι εμφανίζουν αυτισμό και άλλες διαταραχές ανάπτυξης (αρ.1) (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005).

Όπως συμβαίνει στην εκπαίδευση των ατόμων, έτσι και στη συμβουλευτική, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από το σύμβουλο οι ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου. Ο σύμβουλος οφείλει να είναι όσο το δυνατόν καλύτερα ενημερωμένος ή με την εφαρμογή τεχνικών συλλογής πληροφοριών που υπάρχει, να ενημερωθεί για το συμβουλευόμενο. Θα πρέπει να γνωρίζει το περιβάλλον και το βαθμό δυσκολίας καθώς και τις δυνατότητές του ούτως ώστε (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005):

- Να έχει την απαραίτητη γνώση για τους τρόπους προσέγγισης και τους χειρισμούς που θα ακολουθήσει.
- Να επιλέξει τα κατάλληλα μέσα και μεθόδους για να κάνει πιο εύκολη την επικοινωνία και την καλλιέργεια της συμβουλευτικής σχέσης.
- Να χρησιμοποιήσει την ιδανική μεθοδολογία και τεχνικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που απασχολούν το άτομο.
- Να γνωρίζει τις συνέπειες που θα συμβούν από την εφαρμογή τεχνικών.
- Να είναι σε θέση να γνωρίζει εάν χρειάζεται παραπομπή του ατόμου.

Μέλη από το περιβάλλον του ατόμου με ειδικές ανάγκες, όπως το οικογενειακό, εφόσον ζει με την οικογένεια και δεν είναι υπό την ευθύνη των μελών ενός ιδρύματος, το σχολικό περιβάλλον, το κοινωνικό έχουν τη δυνατότητα να δώσουν στο σύμβουλο χρήσιμες πληροφορίες που αφορούν το συμβουλευόμενο. Οι γονείς που είναι ειλικρινείς μπορούν να είναι σημαντικοί βοηθοί του συμβούλου, ώστε να του δώσουν την ακριβή και ολοκληρωμένη εικόνα, για το άτομο με ειδικές ανάγκες (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005).

Συμβουλευόμενοι στις περιπτώσεις των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι τα ίδια τα άτομα και εφόσον χρειάζεται, οι γονείς τους. Οι γονείς ζητούν από το Σύμβουλο ψυχολογική υποστήριξη για να ξεπεράσουν το πιθανό σοκ, τη θλίψη, το φόβο, τις ενοχές, την απελπισία, την απόγνωση, τις πιθανές αλληλοκατηγορίες και συγκρούσεις μεταξύ συζύγων και συγγενών. Επίσης επιζητούν την ενημέρωση σχετικά με την ειδική ανάγκη του παιδιού, δηλαδή για το πως θα εξελιχθεί, τι να αναμένουν, το στάδιο που θα φτάσει η εξέλιξη-ανάπτυξη του παιδιού. Αναζητούν την πληροφόρηση σχετικά με προγράμματα, υπηρεσίες και συλλόγους που υπάρχουν. Χρειάζονται την κατάλληλη καθοδήγηση και εκπαίδευση για τη μεταχείριση των παιδιών τους, την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους, την πρόληψη τυχών μελλοντικών δυσκολιών (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005).

Η συμβουλευτική για άτομα με ειδικές ανάγκες μπορεί να είναι δια βίου δηλαδή σε όλη τη διάρκεια της ζωής κάποιου/ας. Πολύ συχνά αρχίζει από την προσχολική ηλικία με τη μορφή της πρόληψης και μιας πολύπλευρης αγωγής, να βοηθά το άτομο στα πρώτα του χρόνια σε ότι αφορά στην εκπαίδευση, και ύστερα στο πέρασμα στην εφηβεία, στην επιλογή επαγγέλματος, στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη, στην προσαρμογή στο χώρο εργασίας, στην ομαλοποίηση των εργασιακών διαπροσωπικών σχέσεων, στη δημιουργία σχέσεων με το άλλο φύλλο, στην ένταξη στην κοινότητα (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005).

Ο σύμβουλος είναι αυτός που θέτει τα όρια και κάνει πιο κατανοητές τις προδιαγραφές της συμβουλευτικής σχέσης και τις προσδοκίες του από το άτομο. Ο συμβουλευόμενος είναι αυτός που ορίζει το αντικείμενο της συμβουλευτικής σχέσης αφού το προσδιορίσει και το ξεκαθαρίσει με τη βοήθεια του συμβούλου (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005).

3.2. Η διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με ειδικές ανάγκες και η συμβουλευτική ψυχολογία

Η προσωπική και κοινωνική ταυτότητα έχουν τη δυνατότητα να γίνουν κατανοητές εφόσον τις εξετάσουμε σε σχέση με ότι ο Erickson (1968) ονόμασε ταυτότητα του «εγώ» ή «βιωμένη ταυτότητα», εννοώντας την υποκειμενική αίσθηση της κατάστασης που αποκτά το άτομο, ως συνέπεια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης που δέχεται (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005).

Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005):

- Ο τρόπος που το περιβάλλον, οικογενειακό ή κοινωνικό αντιδρά απέναντι στην αναπηρία.
- Το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει ένα παιδί. Δηλαδή εάν μεγαλώνει με την οικογένειά του, σε ίδρυμα με άλλα παιδιά ή σε ειδικό ίδρυμα με παιδιά με παρόμοιες δυσκολίες.
- Εάν η αναπηρία είναι εκ γενετής ή αποκτήθηκε εκ των υστέρων. Εάν προκλήθηκε ξαφνικά στη ζωή του ανθρώπου, τότε επιβάλλεται η σύντομη προσαρμογή του ατόμου σε έναν καινούριο τρόπο ζωής, ενώ η κοινωνική αυτοαντίληψη του ατόμου διαταράσσεται.
- Το περιβάλλον και ο βαθμός της αναπηρίας. Εάν η αναπηρία εμποδίζει το παιδί από δραστηριότητες ή εάν η αναπηρία είναι ορατή ή μη ορατή.
- Η ηλικία του ατόμου. Στην εφηβεία οι σχέσεις με τους συνομηλίκους παίζουν σημαντικό ρόλο για το άτομο με ειδικές ανάγκες.
- Οι παραγωγικές δυνάμεις οι οποίες βοηθούν στη διαμόρφωση κοινωνικών ρόλων και κοινωνικής ιδεολογίας.
- Η φιλοσοφία των εκπαιδευτικών συστημάτων, η διαμόρφωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο με ειδικές ανάγκες εντάσσεται σε αυτά.
- Η ποιότητα, ο βαθμός, η ποικιλία και η διάρκεια επικοινωνίας, που έχει κάθε άτομο με ειδικές ανάγκες με τα πρόσωπα του περιβάλλοντος, επιδρούν στην απόκτηση αυτογνωσίας του.

Η δυνατότητα ευκαιριών για επαγγελματική επιλογή και αποκατάσταση στα ΑΜΕΑ καθορίζει τη διαμόρφωση της προσωπικής ταυτότητας, το κύρος, τον τόπο και τον τρόπο ζωής καθώς και τις επαφές στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι ελάχιστες ευκαιρίες περιθωριοποιούν κοινωνικά τα ΑΜΕΑ και τους στερούν μια ελεύθερη και δημιουργική ζωή. Τα ΑΜΕΑ δικαιούνται να έχουν ευκαιρίες επαγγελματικής αποκατάστασης και εξέλιξης, καθώς και διατήρησης της εργασίας και επιβίωσης στον εργασιακό τομέα (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005).

Ο σύμβουλος έχει ως στόχο, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, την καθοδήγηση προς ένα θετικό τρόπο σκέψης, την προώθηση μιας θετικής αυτοεικόνας (δηλαδή μιας θετικής άποψης για τον εαυτό μας), στην αντιμετώπιση προβλημάτων ή διλημμάτων, στην αντιμετώπιση κρίσεων ή δυσκολιών. Η συμβουλευτική χρειάζεται να δίνει μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη των προσωπικών ικανοτήτων για τη λήψη αποφάσεων ούτως ώστε να μπορέσει το άτομο να αντιμετωπίσει εργασιακό κόσμο. Στόχος είναι το άτομο να γίνει ικανό να αναλάβει τις ευθύνες του και να ζήσει ανεξάρτητα (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005).

Στο σύγχρονο κοινωνικό περιβάλλον οι όροι φυσιολογικός και μη φυσιολογικός είναι αρκετά δύσκολο να αποσαφηνιστούν και αποδεικνύονται σχετικοί. Στην εποχή μας υπάρχει αποδόμηση των όρων φυσιολογικός και μη φυσιολογικός. Τα κριτήρια αξιολόγησης έχασαν την αντικειμενική τους οντότητα. Οι όροι φυσιολογικός, προσαρμοστικός, ικανός μπορούν να δεχτούν πολλούς ορισμούς και όχι μόνο ένα. Η ορολογία που προσπαθεί να περιγράψει κατηγορίες αποδεικνύεται, ανέφικτη, ουτοπική και άκρως επικίνδυνη να μεταφραστεί με διαφορετικό τρόπο από τον καθένα. Το περιβάλλον μεταμοντερνισμού έδωσε δυνατότητες, με τη χρήση της τεχνολογίας για πρόσβαση και συμμετοχή ατόμων ανεξαρτήτως κοινωνικής, πολιτιστικής προέλευσης, ιδιαιτεροτήτων, ικανοτήτων, σημαντικών αναγκών στην εκπαίδευση, στην παραγωγή και στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Έννοιες όπως είναι ο χρόνος και ο χώρος επανεξετάστηκαν όσο οι ανθρώπινες σχέσεις θέλουν τον επαναπροσδιορισμό τους. Η παραδοσιακά έννοια του εαυτού χάνει σταδιακά τη δομική της υπόσταση κάτω από το βάρος των πολλών επιδράσεων, των πολύπλευρων πληροφοριών, που από τη μία πλευρά ο εαυτός δεν είναι σε θέση να επεξεργαστεί και από την άλλη συμμετέχουν στον ίδιο τον κατακερματισμό του. Σε αυτό το πλαίσιο ο όρος κοινωνική ταυτότητα χάνει το παραδοσιακό εννοιολογικό περιεχόμενο που είχε στον μοντερνισμό και

προχωρά σε ένα στάδιο, όπου πλέον μπαίνει το ερώτημα της ίδιας της ύπαρξής της, αφού και ο «άλλος» το κοινωνικό γίνεσθαι και οι εκτάσεις του σταματάνε να ισχύουν ως οριοθετούμενες υπάρξεις αλληλεπιδραστικής σχέσης με το υποκείμενο. Αν σε κοινωνίες, που αναφέρονταν από άλλες μορφές παραγωγικής διαδικασίας, η μη συμμετοχή στην εκπαίδευση οδηγούσε σε κοινωνικό στίγμα αυτό στην εποχή μας δεν μπορεί να ισχύει, καθώς δεν ισχύει μια εκπαίδευση, ή έστω η εκπαίδευση έχει χάσει τον τόπο και τον χρόνο (Συριοπούλου-Δελλή Χ., 2005).

3.3. Η Συμβουλευτική Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και της Οικογένειάς τους

Οι άνθρωποι με ειδικές ανάγκες είναι πολύ πιθανό να έχουν ζήσει την απόρριψη, την ενοχή ή τον οίκτο από μια πολύ μικρότερη ηλικία σε σχέση με άλλα παιδιά, και αρκετές φορές είναι αναγκασμένοι να τα αντιμετωπίζουν αυτά και να τα φέρνουν εις πέρας για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα και σε ορισμένες περιπτώσεις, για όλη τους τη ζωή (Μπουσκάλια, 1993).

Οι στόχοι της συμβουλευτικής του παιδιού με ειδικές ανάγκες και των γονιών του, είναι πιο συγκεκριμένα οι εξής:

- ✓ Να κατανοηθούν τα προβλήματα και τα στοιχεία που έχουν να κάνουν με τη μειονεκτική κατάσταση, έτσι ώστε να βοηθηθεί το παιδί με σωστό και εποικοδομητικό τρόπο.
- ✓ Να δώσει τη δυνατότητα στους γονείς να δουν ότι το παιδί είναι πρώτα απ' όλα παιδί, και ύστερα παιδί με ειδικές ανάγκες.
- ✓ Να συμβάλει ώστε οι γονείς και το παιδί να κατανοήσουν τα μοναδικά τους συναισθήματα, τα οποία πηγάζουν από την εμφάνιση μειονεξίας.
- ✓ Να βοηθήσει το παιδί και τους γονείς να συνεχίσουν να βελτιώνουν τις ικανότητες τους είτε μαζί είτε ανεξάρτητα, προς την πορεία της αυτοπραγμάτωσης τους.
- ✓ Να δώσει τη δυνατότητα στους γονείς και το παιδί να αποδεχθούν τη μειονεξία διανοητικά και συναισθηματικά, δίχως να υποτιμήσουν το παιδί (Μπουσκάλια, 1993).

«Οι σύμβουλοι που επιλέγουν να εργαστούν με ανθρώπους με ειδικές ανάγκες και τις οικογένειες τους, οφείλουν να διαθέτουν πολύ μεγάλη επίγνωση ατών των γεγονότων γιατί πολλές φορές θα συναντήσουν κάποιους/ες με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η ασφάλεια πάνω στην οποία έχτιζαν ατενίζοντας το μέλλον, έχει επηρεαστεί έντονα. Τα όνειρα εκπλήρωσης τους μέσα από τα παιδιά, έχουν εξανεμισθεί προσωρινά. Η ανεξαρτησία, η δύναμη και η ασφάλεια ελαττώνονται, και εμφανίζονται επικίνδυνα στην επιφάνεια η θλίψη, η σύγχυση και οι φόβοι (Μπουσκάλια, 1993)».

«Αρκετά συχνά, η εμφάνιση ενός μειονεκτικού παιδιού σε μια οικογένεια , προκαλεί σε όλα τα μέλη μια απώλεια αυτοεκτίμησης»

«Πάνω απ όλα, η συμβουλευτική ανθρώπων με ειδικές ανάγκες και των γονιών τους , δεν μοιάζει καθόλου με ανακατασκευή ανθρώπων. Έχει να κάνει κυρίως με την κατανόηση συναισθημάτων και θεμάτων που είναι εμπόδιο στη διαδικασία να φτιάξουν μόνοι τους τον εαυτό τους. Ασχολείται κυρίως με τη δημιουργία ενός φιλικού περιβάλλοντος, όπου έχουν τη δυνατότητα να ανακαλύψουν, να γνωρίσουν και να απολαύσουν νέα συναισθήματα επιβεβαίωσης, να αποκτήσουν νέες γνώσεις και συμπεριφορά και να τα αξιοποιήσουν όλα αυτά στην πράξη προς όφελος όλων (Μπουσκάλια, 1993)».

4. Ο ρόλος των πολιτισμικών παραγόντων στη συμβουλευτική ατόμων με δυσλειτουργίες

4.1. Πολιτισμική ταυτότητα και δυσλειτουργία

Τα άτομα που εμφανίζουν κάποια δυσλειτουργία έχουν τόσο ένα προσωπικό όσο και ένα συλλογικό ιστορικό περιθωριοποίησης, υποτίμησης και αποκλεισμού (Riger, 1992). Οι αρνητικές αυτές εμπειρίες έχουν πολύ σημαντική επιρροή στην εξέλιξη της πολιτισμικής ταυτότητας των εν λόγω ατόμων. Σύμφωνα με τους υπάρχοντες ορισμούς που αφορούν την εθνική ταυτότητα (Phinney, 1990, Tajfel, 1981), η πολιτισμική ταυτότητα, γνωστή και ως πολιτισμική συνείδηση έχει τη δυνατότητα να ιδωθεί ως κομμάτι της αυτοαντίληψης ενός ατόμου, που πηγάζει από τη γνώση ότι ανήκει σε μια κοινωνική ομάδα, καθώς επίσης από το συναισθηματικό νόημα και την

αξία που αποδίδει στο ότι είναι μέλος αυτής της ομάδας. Η αναπηρία αλλά και κάθε είδους δυσλειτουργία έχει ιδιαίτερα σημαντική επιρροή στην ταυτότητα του ατόμου και ιδίως στην πολιτισμική ταυτότητα που θα αναδείξει.

Η πολιτισμική ταυτότητα μπορεί να αντιμετωπιστεί και ως κομμάτι της αυτοαντίληψης ενός ατόμου που προέρχεται από τη γνώση ότι είναι ενταγμένος σε μία κοινωνική ομάδα, καθώς επίσης και από την αξία ή το συναισθηματικό νόημα που οφείλεται στο γεγονός ότι αποτελεί κομμάτι αυτής της ομάδας (Κλεφτάρας, 2003). Επιπλέον, έχει βιωματικό χαρακτήρα και διαμορφώνεται κυρίως μέσα από την ενεργή συμμετοχή του ατόμου με το άμεσο κοινωνικοπολιτισμικό του περιβάλλον. Εντούτοις, τα άτομα με διαφορετικές πολιτισμικές ταυτότητες είναι συχνά θύματα διακρίσεων και όχι ίσης μεταχείρισης από την κυρίαρχη ομάδα στην οποία από την ιστορία έχει δοθεί πολιτική, οικονομική και κοινωνική δύναμη και οι αρνητικές εμπειρίες των ατόμων αυτών επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό στη γαλούχηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαντίληψης τους.

Αν λάβουμε υπόψη ότι τα άτομα με δυσλειτουργίες ζουν και μεγαλώνουν μέσα σε ένα περιβάλλον από μη ανάπηρους (γονείς, αδέρφια, συγγενείς, γείτονες, δάσκαλοι) υπάρχει ενδεχόμενο να υποστούν δυστυχώς στην επίδραση των ίδιων πηγών και παραγόντων σχηματισμού στάσεων και στερεότυπων με αυτούς. Συνεπώς ορισμένα άτομα με δυσλειτουργίες υιοθετούν κάποιες από τις ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές λανθασμένες αντιλήψεις που τα αφορούν, κάτι που εμποδίζει έντονα την συναισθηματική και κοινωνική τους ανάπτυξη (Καλαντζή-Αζίζι, Ζώνιου-Σιδέρη, & Βλάχου, 1996., Χαρίλα, 2000, Vargo, 1989).

Ορισμένες από αυτές τις αντιλήψεις είναι: α) Η δυσλειτουργία μου είναι τιμωρία από το Θεό. β) Όλες οι δυσκολίες που έχω είναι εξαιτίας της δυσλειτουργίας μου. γ) Το να χρειάζεται κανείς βοήθεια είναι σημάδι προσωπικής αδυναμίας. δ) Δεν είναι δυνατό ένα άτομα με δυσλειτουργίες να είναι ευτυχισμένο. Μετράω λιγότερο ως άτομο εξαιτίας του ότι δεν είμαι υγιής. στ) Δεν μπορεί κανείς να καταλάβει πως νιώθω. ζ) Δεν αντέχω να συνεχίσω να ζω με αυτό τον τρόπο. η) Αφού δεν μπορώ να κάνω τα πράγματα όπως συνήθιζα πάντα, τότε δεν έχει νόημα να κάνω το οτιδήποτε. θ) Δεν θα μπορούσα ποτέ να πετύχω σε οτιδήποτε. ι) Σε τούτη τη ζωή δεν μπορώ να αισθανθώ ολοκληρωμένος/η (Jonsen, 1989. Marshak, Seligman, & Prezant, 1999. Molnar, 1989. Sue & Sue, 1999).

4.2. Η σημασία της κουλτούρας στη συμβουλευτική ατόμων με δυσλειτουργίες

Το γεγονός ότι ο σύμβουλος και ο πελάτης αν και μοιράζονται την ίδια επικρατέστερη κουλτούρα, επί της ουσίας είναι δυνατόν να ανήκουν σε διαφορετικές υποκατηγορίες της, πιθανόν να δημιουργήσει πολύ σοβαρά προβλήματα (Atkinson, Morten & Sue, 1998, Dwivedi, 1996, Lee, 1999, Rong & Preissle, 1998). Εφόσον ο πελάτης και ιδίως ο σύμβουλος δεν είναι συνειδητοποιημένοι και ευαισθητοποιημένοι πολιτισμικά, μπορεί να δημιουργηθούν παρεξηγήσεις και να εμφανιστούν αξεπέραστες δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ τους, οι οποίες να φαίνονται μη κατανοητές και στους δύο. Όταν ο πελάτης και ο σύμβουλος είναι από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, είτε αυτό αφορά εθνότητα, φύλο, ηλικία και σεξουαλικό προσανατολισμό είτε δυσλειτουργία και αναπηρία, είναι πολύ πιθανό να μην ανταλλάσουν τις ίδιες απόψεις για αρκετά θέματα, μεταξύ των οποίων και την αντίληψη που έχουν για τη συμβουλευτική διαδικασία. Σε αυτή την περίπτωση η συμβουλευτική γίνεται μια δυσάρεστη και απρόβλεπτη αλληλεπίδραση και για τα δύο μέρη που συμμετέχουν σε αυτή, συνεπώς μειώνεται η πιθανότητα μια δεύτερης συνεδρίας καθώς και η αποτελεσματικότητα της (Atkinson, Morten & Sue, 1998, Dwivedi, 1996, Lee, 1999, Rong & Preissle, 1998).

Για να κατανοήσει ο σύμβουλος τις πολιτισμικές αξίες του πελάτη του και την κουλτούρα του, οφείλει να καταλάβει τι θεωρείται δεδομένο και τι όχι, συμπεριφορά ή στάση στην κουλτούρα της ομάδας στην οποία ανήκει ο συγκεκριμένος πελάτης. Σε αυτό το πλαίσιο, η συμπεριφορά του πελάτη μπορεί να αξιολογηθεί μέσα από τη σύγκριση της με τις συμπεριφορές που τυπικά θα ανέμενε κανείς και από τα υπόλοιπα άτομα της πολιτισμικής του ομάδας. Αν λάβουμε υπόψη ότι η συμβουλευτική διεξάγεται μέσα σε ένα καθορισμένο κοινωνικό χώρο και χρόνο, η όποια αξιολόγηση των προβλημάτων του πελάτη θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την κουλτούρα του (Atkinson, Morten & Sue, 1998, Dwivedi, 1996, Lee, 1999, Rong & Preissle, 1998).

4.3. Η σπουδαιότητα της πολιτισμικής συνείδησης του συμβούλου ατόμων με δυσλειτουργίες

Οι σύμβουλοι έχουν αρκετές πιθανότητες να συμπεριφερθούν χωρίς να θέλουν με πολιτισμικά «ρατσιστικό τρόπο» απέναντι σε άτομα με ειδικές ανάγκες, χωρίς ούτε καν να το αντιληφθούν.

Αυτό οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στο γεγονός ότι στην εκπαίδευση τους αρκετά συχνά δεν δίνεται έμφαση στη σημασία που μπορεί να έχει στη συμβουλευτική διαδικασία η συνειδητοποίηση των πολιτισμικών διαφορών (Kleftaras, 2000, Lee, 1999). Έτσι είναι απαραίτητο ο σύμβουλος που θα επιλέξει να δουλέψει με άτομα τα οποία παρουσιάζουν κάποιας μορφής αναπηρία να ευαισθητοποιηθεί στις ιδιαιτερότητες τους και να εξελίξει την πολιτισμική του ταυτότητα ή αλλιώς συνείδηση σχετικά με τη νοητική και σωματική δυσλειτουργία.

Αρκετοί θεωρητικοί κατά καιρούς έχουν προτείνει διάφορα μοντέλα για την ανάπτυξη της πολιτισμικής ταυτότητας των ατόμων που περιλαμβάνονται στην κυρίαρχη πολιτισμικά ομάδα. (Christensen, 1989, Helms, 1984, 1985). Ένας εξ αυτών ο Ponterotto (Ponterotto, 1988, Sabnani, Ponterotto, & Borodovsky, 1991) ανέπτυξε ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον μοντέλο τεσσάρων σταδίων το οποίο περιγράφει την εξέλιξη της πολιτισμικής ταυτότητας ή πολιτισμικής συνείδησης ιδιαίτερος για την περίπτωση συμβούλων και θεραπευτών που ανήκουν κουλτούρα που κυριαρχεί και οι οποίοι αποτελούν και την πλειοψηφία.

Στο πρώτο στάδιο ο σύμβουλος δεν είναι καθόλου ευαισθητοποιημένος σχετικά με πολιτισμικά θέματα που έχουν να κάνουν με τα άτομα με ειδικές ανάγκες και τον τρόπο με τον οποίο αυτά αντιμετωπίζονται από την κοινωνία μας. Μπορεί με επίγνωση να πιστεύει ότι όλοι οι άνθρωποι, άρα και οι πελάτες με ειδικές ανάγκες, θα πρέπει να έχουν ίση μεταχείριση, αλλά ασυνείδητα να είναι απορριπτικός, να εμφανίζει μικρή ανοχή για τη διαφορετικότητα τους και χωρίς να θέλει να δείχνει συμπάθεια και να τηρεί μια υπερπροστατευτική στάση (Κλεφτάρας, 2009).

Στο δεύτερο στάδιο της ευαισθητοποίησης ο σύμβουλος έχει έρθει πια σε επαφή με τα πολιτισμικά θέματα που έχουν να κάνουν με τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Στο στάδιο αυτό ο σύμβουλος συνειδητοποιεί ότι η εκπαίδευση του μέχρι τώρα παρουσίαζε ελλείψεις. Η νέα γνώση πιθανόν να του προκαλέσει σύγχυση, ανησυχία και ενοχές και να μην γνωρίζει πώς να την αξιοποιήσει με εκείνους τους πελάτες του που αποτελούν τη μειονότητα.

Στο τρίτο στάδιο ο σύμβουλος γνωρίζει σε αρκετά μεγάλο βαθμό, τα πολιτισμικά θέματα που αναφέρονται στα άτομα με ειδικές ανάγκες και αντιμετωπίζει πλέον την πρόκληση της «δράσης». Σε αυτό το στάδιο υπάρχουν δύο πιθανοί προσανατολισμοί: α) κάποιοι σύμβουλοι εξαγριώνονται με την υπάρχουσα αδικία σε βάρος των ατόμων με ειδικές ανάγκες και γίνονται θερμοί υποστηρικτές του κινήματος των αναπήρων για το δικαίωμα στη διαφορετικότητα, σε τέτοιο βαθμό μάλιστα που κάποιες φορές η συμπεριφοράς τους να προσβάλει μερικούς

συναδέλφους τους που δεν έχουν φτάσει ακόμη σε αυτό το επίπεδο πολιτισμικής συνείδησης και β) άλλοι σύμβουλοι, σε αντίθεση, που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο αποσύρονται σε μια σιωπηλή παθητικότητα και κρίνουν αρνητικά το σύστημα και την κουλτούρα που κυριαρχεί στα άτομα χωρίς δυσλειτουργίες (Κλεφτάρας, 2009).

Τέλος, όσον αφορά στο τέταρτο στάδιο ο σύμβουλος έχει αποκτήσει μια καλή πολιτισμική συνείδηση σχετικά με θέματα που έχουν να κάνουν με τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Έχει συνείδηση της δικής του πολιτισμικής ταυτότητας καθώς και αυτής του πελάτη του. Στο στάδιο αυτό έχει πλήρη επίγνωση ότι ένα προσωπικό ζήτημα μπορεί ουσιαστικά να προέρχεται από την οικογένεια και ότι ένα οικογενειακό ζήτημα να προέρχεται κατά βάθος από την πολιτεία, ακόμη και την ίδια τη χώρα. Στο στάδιο αυτό ο σύμβουλος δείχνει σεβασμό στα εναλλακτικά πλαίσια αναφοράς, αντιλαμβάνεται η διαδικασία συνολικά είναι σύνθετη και καταλαβαίνει ότι ένας σύμβουλος δεν μπορεί εύκολα να γνωρίζει όλες τις πλευρές της πολιτισμικής συμβουλευτικής και θεραπείας (Κλεφτάρας, 2009).

4.4. Προς μια «Πολιτισμικά Προσανατολισμένη Συμβουλευτική» για άτομα με δυσλειτουργίες

Η Πολιτισμικά Προσανατολισμένη Συμβουλευτική που προτείνεται για τα άτομα με δυσλειτουργίες (Κλεφτάρας, προς δημοσίευση) περιλαμβάνει συνοπτικά τρία επίπεδα: α) το ατομικό επίπεδο, β) το οικογενειακό επίπεδο, και γ) το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο. Στο ατομικό επίπεδο η συμβουλευτική έχει ως στόχο από τη μία πλευρά στην ανάπτυξη της πολιτισμικής συνείδησης του ατόμου με δυσλειτουργίες (μέσα από καθορισμένα στάδια και με συγκεκριμένους τρόπους) και από την άλλη πλευρά στη βελτίωση της εσωτερικής ψυχολογικής ισορροπίας του, με στόχο την ανάπτυξη της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του.

Στο οικογενειακό επίπεδο γίνεται προσπάθεια προσέγγισης της οικογένειας και του οικογενειακού περιβάλλοντος, ούτως ώστε αυτό να ευαισθητοποιηθεί στις πραγματικές ανάγκες του ατόμου με δυσλειτουργίες και να είναι μέρος παράγοντα στήριξης και ανεξαρτησίας του. Στο στάδιο αυτό προσεγγίζονται όλα τα θέματα που αφορούν το ατομικό επίπεδο, αυτή τη φορά όμως μέσα από την οικογενειακή οπτική γωνία, ενημερώνοντας κατάλληλα την οικογένεια και

τονίζοντας το δικό της ρόλο και συμβολή στην ψυχική ισορροπία και την ψυχολογική και σωματική αυτονομία και ανεξαρτησία του ατόμου που παρουσιάζει δυσλειτουργίες.

Τέλος, όσον αφορά το τρίτο επίπεδο καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια, μαζί με το ίδιο το άτομο που εμφανίζει δυσλειτουργίες, να κινητοποιηθούν όλοι εκείνοι οι μηχανισμοί που θα το απελευθερώσουν και θα του δώσουν τη δυνατότητα να έχει μια αξιοπρεπή και όσο το δυνατόν ανεξάρτητη και αυτόνομη ζωή, ούτως ώστε να αξιοποιήσει το σύνολο το δυνατοτήτων και των δικαιωμάτων του. Προς την κατεύθυνση αυτή δημιουργούνται ομάδες υποστήριξης, γίνονται δραστηριότητες και συναντήσεις και πραγματοποιούνται παρεμβάσεις στο πλαίσιο γειτονιάς, φίλων, σχολείου και εκπαιδευτικών καθώς και κοινότητας, δήμου, κράτους και Ευρωπαϊκής Ένωσης (Κλεφτάρας, προς δημοσίευση).

5. Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία: ο ρόλος της συμβουλευτικής

5.1. Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία

Η έκφραση «προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία» αναφέρεται στη διαδικασία να συνηθίσει κανείς να ζει με τη δυσλειτουργία του μέσα στο περιβάλλον του. Δεν πρόκειται για μια διεργασία στατική αλλά για μια δυναμική, όπου αρχίζει με την εμφάνιση της δυσλειτουργίας και συνεχίζεται για την υπόλοιπη ζωή του ατόμου (Trieschmann, 1989). Στην ουσία δεν υπάρχει ένα τελικό σημείο ή όριο στο οποίο ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί ως προσαρμοσμένο, καθώς, όπως όλοι οι άνθρωποι, έτσι και τα άτομα με δυσλειτουργίες έχουν την ανάγκη να προσαρμόζονται συνέχεια, με όλο και πιο πρακτικούς και ικανοποιητικούς τρόπους, σε ένα περιβάλλον που συνεχώς διαφοροποιείται. Η διαδικασία αυτή απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα να εκτελεστεί στην περίπτωση των ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες, επειδή εκτός των άλλων περιλαμβάνει αλλαγές και απόκτηση καινούριων συμπεριφορών και δεξιοτήτων σε οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό και οικονομικό επίπεδο και μπορεί να κρατήσει μέχρι και δύο χρόνια, μέχρι οι καινούριες δραστηριότητες της καθημερινότητας ή οι καινούριες δεξιότητες μετακίνησης που απέκτησαν να αυτοματοποιηθούν και να ενσωματωθούν στην καθημερινότητα τους (Trieschmann, 1989).

Ορισμένοι θεωρητικοί έχουν προτείνει κάποιες θεωρίες σταδίων για την προσαρμογή στη δυσλειτουργία (Gunther, 1969, Hohmann, 1975, Kerr, 1977, Kerr & Thompson, 1974, Livneh, 1986, Rodriguez, 1985, Siller, 1969). Τα στάδια αυτά παρουσιάζουν ομοιότητες με εκείνα που περνά η οικογένεια του ατόμου (Callias, 1995, Humphry & Case-Smith, 1996, Marshak, Seligman, & Prezant, 1999, Rape, Bush, & Slavin, 1992) και ταιριάζουν με αυτά που περιέγραψε η Kubler-Ross (1979α, 1979β, 1985) που έχουν σχέση με τις αντιδράσεις και την προσαρμογή των ατόμων που ενημερώνονται ότι σύντομα πρόκειται να πεθάνουν λόγω κάποιας ασθένειας.

Με τον συνδυασμό των παραπάνω θεωριών θα μπορούσαμε να πούμε ότι η διαδικασία της προσαρμογής ενός ατόμου απέναντι στη σωματική του δυσλειτουργία περνά γενικά μέσα από τα ακόλουθα επτά στάδια: α)σοκ, β) προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση, γ) οργή και θυμός, δ)διαπραγμάτευση, ε)πένθος και κατάθλιψη, στ) αμυντική στάση (εποικοδομητική, προβληματική) και ζ)αποδοχή και προσαρμογή. Η σειρά με την οποία κάποιος/α περνά τα επτά στάδια δεν είναι δεδομένη και προκαθορισμένη. Τα στάδια αυτά χρειάζεται να συνδεθούν με έναν ευέλικτο τρόπο εξαιτίας της δυσκολίας που παρουσιάζει η διαδικασία προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και εξαιτίας των διαφορών που χαρακτηρίζουν τον κάθε άνθρωπο ατομικά.

5.1.1. Σοκ

Τη στιγμή που το άτομο πληροφορηθεί τη διάγνωση που αφορά τη σωματική του δυσλειτουργία ή αναπηρία, συνήθως αντιδρά με έναν τέτοιο τρόπο που δεν γίνεται εύκολα αντιληπτός από το περιβάλλον. Σε πρώτο στάδιο δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει την σοβαρότητα της κατάστασης του, νιώθει ένα «συναισθηματικό μούδιασμα», αισθάνεται ανήμπορος και σε φάση συναισθηματικής αποδιοργάνωσης και πιθανόν να δίνει την εντύπωση ότι βρίσκεται εκτός πραγματικότητας και ότι δεν δείχνει σημάδια άγχους. Η κατάσταση όμως δεν μπορεί να αγνοηθεί για πολύ διάστημα και τις περισσότερες φορές η αντίδραση του ατόμου φαίνεται ξεκάθαρα μέσα από εκφράσεις όπως: «Πρόκειται για ένα άσχημο όνειρο», «Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα, δεν είναι αλήθεια» (Hardy & Cull, 1999, Krueger, 1984, Marshak, Seligman, & Prezant, 1999, Rybash, Roodin, & Hoyer, 1995).

5.1.2. Προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση

Στο στάδιο αυτό, το άτομο δεν μπορεί πλέον να αρνηθεί την ύπαρξη του προβλήματος. Αρνείται όμως να δεχτεί τη σοβαρότητα της κατάστασης του και ότι είναι μη αναστρέψιμη. Το άτομο θεωρεί και υποστηρίζει ότι η ανάρρωση θα γίνει σε σύντομο χρονικό διάστημα και πλήρης. Επομένως, συνεχίζει να κάνει μελλοντικά όνειρα, όνειρα στα οποία δεν υπολογίζει τη σωματική του δυσλειτουργία, πιστεύοντας ότι το σώμα θα λειτουργήσει και πάλι φυσιολογικά. (Kueger, 1984, Taylor, et. al., 1992)

Η άρνηση βοηθάει το άτομο να σηκώσει το βάρος της πραγματικότητας και το προστατεύει από το σοκ και το υπερβολικό άγχος που βιώνει. Τις πιο πολλές φορές η άρνηση αποτελεί μια προσωπική άμυνα και σε σύντομο διάστημα γίνεται αντικατάσταση της από μερική αποδοχή της δυσλειτουργίας. Επιπλέον, στο στάδιο αυτό το άτομο έχει ως μοναδικό στόχο να γίνει και πάλι καλά (Hardy & Cull, 1999, Kemp, 1985, Kerr, 1977, Monat & Lazarus, 1985, Rothrock, 1999, Weinberger & Schwartz, 1990).

5.1.3. Οργή και θυμός

Μετά την αρχική του αντίδραση, όπου αρνούνταν να δεχτεί και να κατανοήσει τη σοβαρότητα και το εύρος της σωματικής του δυσλειτουργίας, το άτομο αρχίζει σιγά-σιγά να αντιλαμβάνεται την όλη κατάσταση. Αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι η κατάσταση του είναι πιθανό να μη βελτιωθεί σημαντικά. Έτσι το προηγούμενο στάδιο δεν μπορεί να παραμείνει και αντικαθίσταται από αισθήματα οργής, θυμού και κάποιες φορές από φθόνο και κακία. Το άτομο νιώθει αδικημένο γι αυτό που έπαθε και το βασικό ερώτημα που τον βασανίζει είναι «Γιατί εγώ;», «Γιατί εγώ και όχι κάποιος άλλος;». Ο θυμός αυτός μπορεί να απευθύνεται οπουδήποτε, όπως στο ίδιο το άτομο, στα μέλη της οικογένειας του, στον Θεό (Kerr, 1997, Livneh, 1986, Livneh & Antonak, 1991, Keysor, 2001, Marshak, Seligman, & Prezant, 1999).

Ένας από τους συχνούς στόχους του θυμού αυτού είναι και τα μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού τα οποία συνήθως δέχονται τις κατηγορίες ότι δεν συμπεριφέρονται όπως πρέπει και δεν δείχνουν το απαραίτητο ενδιαφέρον για το άτομο, ότι δεν κάνουν σωστά τη δουλειά τους, ότι δεν ακολουθούν τις θεραπείες που πρέπει ή δεν τις χειρίζονται σωστά και γενικότερα ότι δεν θεραπεύουν τη δυσλειτουργία. Ο θυμός αυτός ορισμένες φορές μπορεί να

απορροφηθεί εσωτερικά στο ίδιο το άτομο, όταν αυτό αποδίδει στον εαυτό του και στους λάθος χειρισμούς του την αιτία ύπαρξης της σωματικής του δυσλειτουργίας (Kubler-Ross, 1979β, Keysor, 2001, Livneh & Antonak, 1990, 1991, Marshak, Seligman, & Prezant, 1999, Westbrook & McIlwain, 1996).

5.1.4. Διαπραγματέυση

Στο στάδιο αυτό, παρόλο που το άτομο έχει επίγνωση για το εύρος και την πρόγνωση της δυσλειτουργίας του, προσπαθεί ακόμη να αλλάξει την κατάσταση με διαπραγματεύσεις, δίνοντας διάφορες προσωπικές υποσχέσεις που αυτές μπορεί να είναι είτε υλικές είτε ηθικές, σε άτομα που πιστεύει ή θέλει να πιστεύει ότι έχουν τη δύναμη και την ικανότητα να το βοηθήσουν να βελτιώσει ή να ξεπεράσει τη σωματική του δυσλειτουργία, όπως για παράδειγμα γιατρούς, νοσηλευτές, θεραπευτές. Οι πιο πολλές διαπραγματεύσεις όμως πραγματοποιούνται συνήθως με το Θεό (Kubler-Ross, 1979α, 1979β, 1985, Livneh, 1986, Marshak, Seligman, & Prezant, 1999, Parry, 1986). Ορισμένα άτομα υπόσχονται να είναι για μια ζωή αφιερωμένοι στον Θεό και την εκκλησία και αρκετά συχνά πραγματοποιούν τάματα-υποσχέσεις που συνήθως χαρακτηρίζονται από κάτι επώδυνο ή δύσκολο για το άτομο όπου πιθανόν εγκυμονούν κάποιο κίνδυνο ή κάποια μορφή θυσίας. Έτσι, προς αυτή την κατεύθυνση κάποια άτομα με δυσλειτουργίες και οι οικογένειες τους προσφεύγουν συχνά προς τη θρησκεία, έχοντας την ελπίδα ότι μπορεί να γίνει ένα θαύμα. Με τον τρόπο αυτό και με τον ασυναίσθητο στόχο να παρουσιάσουν ένα καλό πρόσωπο, ούτως ώστε να αξίζουν τη χάρη ή το θαύμα που ζητούν, πιθανόν να εμπλακούν σε σκέψεις, συζητήσεις ή ακόμα και σε δραστηριότητες, που δείχνουν ότι πραγματικά είναι ή έγιναν καλοί-σωστοί άνθρωποι και ότι δείχνουν ενδιαφέρον και κάνουν προσπάθειες χωρίς προσωπικό συμφέρον αλλά για το καλό των άλλων (Kubler-Ross, 1979α, 1979β, 1985, Livneh, 1986, Marshak, Seligman, & Prezant, 1999, Parry, 1986).

5.1.5. Πένθος και κατάθλιψη

Το πένθος όπως και η κατάθλιψη είναι αναμενόμενες αντιδράσεις στην περίπτωση πολλών και ταυτόχρονων απωλειών. Η ύπαρξη τους κρίνεται απαραίτητη για την δημιουργία καινούριων

μηχανισμών προσαρμογής και την αναδόμηση μιας καινούριας συμβιβασμένης εικόνας σώματος, η οποία έχει αντικαταστήσει την αλλοιωμένη εικόνα σώματος που είχε προκύψει αμέσως μετά την εμφάνιση της σωματικής δυσλειτουργίας αποτελεί την ιδανικότερη εξέλιξη για την προσαρμογή του ατόμου. Δεν θα πρέπει να παραλείπουμε ότι το άτομο στη φάση αυτή παρουσιάζει δυσκολία στο να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί τον εαυτό του με την καινούρια του μορφή και βρίσκεται στην εξαιρετικά δύσκολη θέση να χρειάζεται να αφήσει ή να επαναπροσδιορίσει όλους εκείνους τους ρόλους και τις δεξιότητες, για εξέλιξη των οποίων αφιέρωσε ένα σημαντικό μέρος από τη ζωή του (Ben-Tovim & Walker, 1995, Gutweniger, et. al., 1999, Κλεφτάρας, 2004, McDaniel, 1969, Siller, 1969, Pedretti, 1990, Versluys, 1983).

Στο στάδιο αυτό, το άτομο μπορεί να νιώθει ότι είναι βάρος στους άλλους και ότι όλα πλέον έχουν χαθεί. Οι έως τώρα στόχοι φαίνονται άπιαστοι και δίχως νόημα και αρκετά συχνά το άτομο εμφανίζει μια παράξενη αποστασιοποίηση η οποία κάποιες φορές διαδέχεται την οργή και το θυμό που είχε βιώσει νωρίτερα. Νιώθει ότι η ζωή έχει χάσει πια το νόημα της. Αυτή η αντίδραση, που φανερώνεται τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και από την ίδια του την οικογένεια, αντιμετωπίζεται από κάποιους ως μια σημαντική καμπή στη φάση προσαρμογής, καθώς θεωρείται ότι αποτελεί σημάδι ότι το άτομο και η οικογένεια του αρχίζουν σταδιακά να αποδέχονται την πραγματικότητα της δυσλειτουργίας (Hornby, 1994). Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, η κατάσταση δυσκολεύει ακόμη περισσότερο και πιθανόν να γίνεται και επικίνδυνη, όταν το άτομο δεν δείχνει να έχει κάποια διάθεση να ζήσει με τη δυσλειτουργία του, παύει να αντιστέκεται και να παλεύει, υποχωρεί ολοκληρωτικά και πολλές φορές σκέφτεται το ενδεχόμενο της αυτοκτονίας ή ιδέες θανάτου (Cronin, 1996, Geis, 1977, Kerr, 1977, Krueger, 1984, Mayou, 1997, Robertson & Katona, 1997).

5.1.6. Αμυντική στάση

Στο στάδιο αυτό, το άτομο έχει πλέον δεχτεί την ύπαρξη και το μόνιμη κατάσταση της δυσλειτουργίας του και προσπαθεί ουσιαστικά με μια μορφή άμυνας να την αντιμετωπίσει, κάποιες φορές αλλάζοντας και προσαρμόζοντας ανάλογα τον εαυτό του, κάποιες άλλες φορές προσαρμόζοντας κατάλληλα το περιβάλλον του και άλλες φορές κάνοντας χρήση διαφόρων μηχανισμών άμυνας, ούτως ώστε να έχει τη δυνατότητα να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες που

υποχρεώνει η δυσλειτουργία του (Borsay, 1986, Brisenden, 1986, Βλάχου, 2000, Κλεφτάρας 2003, Nirje, 1985, Wolfensberger, 1972, 1989). Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στους όρους «εποικοδομητική» και «προβληματική» στον προσδιορισμό της αμυντικής στάσης που ενστερνίζεται ένα άτομο.

Εποικοδομητική αμυντική στάση

Από το σημείο που το άτομο σταματάει να αρνείται τη δυσλειτουργία του και αρχίζει να την αντιμετωπίζει και να προχωράει παρά τους περιορισμούς, τις όποιες δυσκολίες και προβλήματα του προξενεί, μπορούμε να πούμε ότι το στάδιο αυτό αναπτύσσεται θετικά και ότι το άτομο δείχνει την υγιή αμυντική στάση. Σταδιακά το άτομο αρχίζει και πάλι να ανακτά το ενδιαφέρον του για τη ζωή και θέλει πολύ να μάθει να ζει με το πρόβλημα του και να λειτουργεί με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο (Kerr, 1977).

Προβληματική αμυντική στάση

Στην περίπτωση που το άτομο συνεχίσει σκόπιμα να χρησιμοποιεί τους διάφορους μηχανισμούς άμυνας, ώστε να αρνηθεί την ύπαρξη των εμποδίων τα οποία ενδέχεται να υποστεί εξαιτίας της σωματικής του δυσλειτουργίας, θεωρούμε ότι το στάδιο αυτό παίρνει αρνητική τροπή και δείχνει προβληματικό, συνεπώς και μιλάμε για προβληματική αμυντική στάση. Στην προσπάθεια του αυτή το άτομο έχει ως κύριο στόχο να πείσει τους άλλους, αλλά και τον εαυτό του, ότι έχει ξεπεράσει το πρόβλημα του και ότι έχει προσαρμοστεί (Kerr, 1977, Taylor et al., 1992).

5.1.7. Αποδοχή και προσαρμογή

Εάν αρχικά το άτομο περάσει με επιτυχία από τα προηγούμενα στάδια, ένα νέο σύστημα αναγκών νέοι ρόλοι, νέες συνήθειες και λειτουργίες εξελίσσονται, τα οποία βοηθούν στην προσαρμογή του ατόμου σύμφωνα με τις δυνατότητες που υπάρχουν και τις απαιτήσεις της ζωής του. Τη στιγμή που το άτομο καταφέρει να έχει μια ιδανική προσαρμογή, βλέπει τη δυσλειτουργία του ως ένα πολλά ατομικά χαρακτηριστικά του. Το άτομο έχει πλέον αποδεχτεί τη δυσλειτουργία του, η οποία σταματάει να θεωρείται σημαντικό εμπόδιο, καθότι οι άλλοι νέοι

τρόποι έχουν στο μεταξύ εξελιχθεί για την επίτευξη των στόχων και των προσωπικών του αναγκών (Macdonald, 2002, Pedretti, 1990).

5.2. Ψυχολογική στήριξη

Ο ρόλος της ψυχολογικής συμβουλευτικής μπορεί μεν να είναι ιδιαίτερα βοηθητικός στην προσπάθεια του ατόμου να προσαρμοστεί με αποτελεσματικό τρόπο στη σωματική του δυσλειτουργία αλλά ο ρόλος αυτός όμως θα πρέπει να συνδεθεί με έναν ευέλικτο και επεκτάσιμο τρόπο, που είναι λίγο μακριά από τα παραδοσιακά πρότυπα, ούτως ώστε να καταφέρει να ανταποκριθεί αποτελεσματικότερα στις απαιτήσεις-ανάγκες του ατόμου με σωματικές δυσλειτουργίες (Κλεφτάρας, 2003).

Προς αυτή την κατεύθυνση, πολύ σημαντική είναι η συνεισφορά του συμβούλου ψυχολόγου μέσα στο πλαίσιο το νοσοκομειακό, όπου το άτομο με σωματικές δυσλειτουργίες μπορεί στην αρχή να παραμείνει για μήνες. Η παρουσία του κρίνεται απαραίτητη στην πληροφόρηση και στην ευαισθητοποίηση των μελών του ιατρικού, νοσηλευτικού και θεραπευτικού προσωπικού, όσον αφορά τις ψυχολογικές ανάγκες και διεργασίες όπου με επίγνωση ή όχι μπορεί γενικά να βιώνει ένα άτομο με σωματικές δυσλειτουργίες. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αρκετές φορές οι γιατροί, οι νοσηλευτές και θεραπευτές έχουν λίγη έως και καθόλου γνώση αυτών των διεργασιών, με συνέπεια να παρεξηγούνται και να παρερμηνεύονται οι αντιδράσεις των ατόμων με δυσλειτουργίες και να εξετάζονται με λάθος τρόπο και στάση, κάτι που έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στη διαδικασία αποκατάστασης, προσαρμογής και αποδοχής της δυσλειτουργίας (Κλεφτάρας, 2003).

Οι μαθητές με ειδικές ανάγκες αντιμετωπίζουν μυριάδες προβλήματα στο σχολικό περιβάλλον. Μία δυσκολία που αντιμετωπίζουν συχνά μαθητές γυμνασίου με αναπηρίες, η οποία δεν αντιμετωπίζεται πάντα πρόθυμα στα σχολεία, είναι η μετάβαση από το σχολείο στην εργασία και από το σχολείο στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Burgstahler, 2001). Οι μαθητές με αναπηρίες εγκαταλείπουν συχνά το σχολείο χωρίς τις απαραίτητες πληροφορίες και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την εξασφάλιση της απασχόλησης ή για την επιλογή Ευκαιριών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (National Transition Network, 1996a).

Χρειάζονται παρεμβάσεις για να βοηθηθούν αυτοί οι μαθητές να κάνουν αποτελεσματικές μεταβάσεις (Aune, 1991) και οι σχολικοί σύμβουλοι μπορούν να συμβάλλουν στη διευκόλυνση αυτών των παρεμβάσεων (Baumberger & Harper, 1999, Campbell & Dahir, 1997, Lockhart, 2003, Quigney, 2005).

Μια στρατηγική που οι σχολικοί σύμβουλοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν όταν εργάζονται με μαθητές με ειδικές ανάγκες είναι οι ομάδες ψυχοεκπαίδευσης. Αυτές οι ομάδες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε σχολικά περιβάλλοντα, διότι στοχεύουν να μεταδώσουν πραγματικές πληροφορίες και να βοηθήσουν τους μαθητές να αναπτύξουν συγκεκριμένες δεξιότητες (Corey & Corey, 2006, Newsome & Gladding, 2003).

Ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για μαθητές με αναπηρίες θα πρέπει να επικεντρωθούν στην εξερεύνηση της σταδιοδρομίας, αντιμετωπίζοντας τα εμπόδια στην απασχόληση, τη διαδικασία αναζήτησης εργασίας, την επιλογή μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, την κατάρτιση, αίτηση για το κολέγιο, την αυτοπροστασία και άλλες προκλήσεις μετάβασης (Aune, 1991).

Ψυχοπαιδαγωγικές ομάδες, που διεξάγονται από συμβούλους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, παρέχουν χρήσιμα οφέλη για να βοηθήσουν τους μαθητές με αναπηρίες να περιηγηθούν στις μεταβάσεις τους πέρα από το λύκειο και στο χώρο εργασίας και μετά τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Μελλοντικές έρευνες που περιλαμβάνουν εμπειρική διερεύνηση των μοντέλων που παρουσιάζονται για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητάς τους σε άλλες γεωγραφικές τοποθεσίες είναι αρκετές. Συμπληρωματικές έρευνες με φοιτητές ένα έως δύο έτη μετά την αποφοίτηση μπορεί να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της ομάδας (McEachern & Kenny, 2007).

6. Η έννοια της απώλειας και η σημασία της στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες

6.1. Η έννοια της «απώλειας» στη συμβουλευτική ατόμων με δυσλειτουργίες

Η έννοια της απώλειας κατέχει σημαντική θέση στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες, αφού τα άτομα αυτά αρκετά συχνά αντιμετωπίζουν πολλαπλές απώλειες: απώλεια κάποιας σωματικής λειτουργίας, όπως είναι για παράδειγμα η ικανότητα για περπάτημα

ή η σεξουαλική λειτουργία, η απώλεια κάποιων ιδιαίτερα σημαντικών μέχρι στιγμής ρόλων, όπως η εργασία και η ικανότητα για εργασία, η μερική ή ακόμα και ολική απώλεια της ελευθερίας και της ανεξαρτησίας στο να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους, η απώλεια μιας σχέσης με ένα αγαπημένο πρόσωπο ή κάποιων φίλων. Μπορεί να υπάρχουν όμως και ιδιαίτερα σημαντικές απώλειες που δεν φαίνονται πάντα στους άλλους, όπως είναι η απώλεια ελπίδων ή προσδοκιών που αφορούν το μέλλον, το αίσθημα ορισμένες φορές της απώλειας του εαυτού και κάποιες άλλες φορές της κατάρρευσης, τα συμπτώματα κατάθλιψης, τα συναισθήματα ανικανότητας και αναξιοότητας, και ότι είναι αποκρουστικός στους άλλους ανθρώπους (Creed, 1997, Mayou, 1997, Zegans, 1989).

Όταν τα άτομα με δυσλειτουργίες έρχονται σε σύγκρουση με τις απώλειες τους, πολλές φορές αρχίζουν να συλλογίζονται για το νόημα και την αξία της ζωής τους, για τις τωρινές ή τις παλαιότερες σχέσεις με αγαπημένα τους πρόσωπα, εάν υπάρχει μετά θάνατον ζωή, καθώς επίσης για το νόημα που έχει για αυτούς η θρησκευτική πίστη. Αυτά τα ζητήματα, αν και είναι γνώριμα, πολλές φορές προσεγγίζονται και συνειδητοποιούνται για πρώτη φορά από το άτομο σε τέτοιο βαθμό και με τέτοια υπευθυνότητα κάτι που μπορεί να τους κάνει να κλονιστούν ή να φοβηθούν. Αρκετά συχνά τα άτομα με δυσλειτουργίες κατά διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας μπορεί να «θρηνήσουν» για χαμένες ευκαιρίες, να κλείσουν ορισμένες πληγές του παρελθόντος και να πάρουν την απόφαση να αντιμετωπίσουν πράγματα που αφορούν τους ίδιους, τα οποία παλαιότερα είχαν επιλέξει να μην ασχοληθούν (Etherington, 2001, 2002, Segal 2002, Heller, Flohr, & Zegans, 1989).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αντιληφθεί ο σύμβουλος ότι μια και μοναδική σωματική δυσλειτουργία δεν συνοδεύεται από μια μόνο απώλεια αλλά από πολύ περισσότερες. Για να αντιμετωπιστούν ψυχολογικά, χρειάζεται το άτομο, αφού αρχικά αναγνωρίσει και δεχτεί τις συγκεκριμένες απώλειες, στη συνέχεια να «θρηνήσει» χωριστά την καθεμιά από αυτές τις απώλειες. Η σωματική δυσλειτουργία πιθανόν να υποχρεώσει το άτομο να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τελείως το μέχρι πρότινος τρόπο ζωής του και τις βάσεις πάνω στις οποίες τον είχε στηρίξει. Σε όλη αυτή τη διαδικασία, βασικές τοποθετήσεις, συμπεριφορές και πιθανόν αρχές και αξίες του ατόμου μπορεί να χρειαστεί να αναθεωρηθούν ή και να απορριφθούν και αντί αυτών να εξελιχθούν καινούριες. Αυτή είναι μια ιδιαίτερα οδυνηρή διεργασία που όμως αποτελεί

την ουσία και τη βάση πάνω στην οποία βασίζεται η όλη διαδικασία του «θρήνου». Για να μπορέσει όμως να πραγματοποιηθεί, απαιτείται ένα μεγάλο απόθεμα πίστης και ελπίδας στη ζωή και στο μέλλον, ούτως ώστε το άτομο να αισθάνεται ότι η όλη προσπάθεια αξίζει τον κόπο (Etherington, 2001, 2002, Segal, 2002).

6.2. Το νόημα της απώλειας στη συμβουλευτική διαδικασία

Κάθε απώλεια έχει μια ιδιαίτερη σημασία για το άτομο που τη βιώνει. Ακόμη και μια θεωρητικά ασήμαντη απώλεια μπορεί να έχει για το άτομο με δυσλειτουργίες πολύ μεγάλη σημασία και να του δημιουργήσει έντονο θυμό όταν οι άλλοι δεν δείχνουν να αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο τη σημασία της. Το νόημα μια απώλειας που το άτομο δεν θέλει να αποδεχτεί μπορεί να είναι με επίγνωση, κατά ένα μέρος με επίγνωση ή σχεδόν καθόλου επίγνωση. Ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο τις περισσότερες φορές ένα άτομο οδηγείται στην άρνηση της απώλειας είναι ο φόβος της αποδοχής αυτού που θεωρεί πραγματικότητα. Η πιο μεγάλη δυσκολία ίσως που έχει να αντιμετωπίσει ο σύμβουλος δεν είναι τόσο να πείσει τον πελάτη του να ανοιχτεί και να μιλήσει γι' αυτούς τους φόβους του όσο να πείσει τον ίδιο του τον εαυτό ότι είναι σημαντικό να αγγίξει θέματα όπως η αναπηρία, η δυσλειτουργία, ο θάνατος, τα οποία πιθανόν ο ίδιος αρνείται, φοβάται, προβληματίζεται και δεν έχει αποδεχτεί (Segal, 2002).

Κατά τη συμβουλευτική διαδικασία, το άτομο με σωματικές δυσλειτουργίες χρειάζεται να συνειδητοποιήσει ότι η απώλεια είναι συνδεδεμένη με τη ίδια τη ζωή και ότι αποτελεί σημαντικό στοιχείο ωριμότητας και ανθρώπινης ολοκλήρωσης., καθώς επίσης και μετάβασης από ένα στάδιο ζωής σε άλλο. Αρκετοί άνθρωποι βιώνουν την απώλεια με θετικό τρόπο, ως μια ευκαιρία για να προχωρήσουν και να μάθουν από αυτά που αναγκάζονται, εξαιτίας των απωλειών, να αφήσουν πίσω τους (Bridges, 1995, Etherington, 2001, Lockwood, 2002). Η μετάβαση από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή συνοδεύεται από απώλειες, όπως για παράδειγμα λιγότερη ξεγνοιασιά, πιο πολλές ευθύνες, αλλά και οφέλη όπως περισσότερη ελευθερία, ανεξαρτησία και αυτονομία. Όσο περνάμε από την εργένικη ζωή σε εκείνη της σχέσης και στη συνέχεια της οικογένειας, σίγουρα χάνουμε μέρος της ελευθερίας και της ανεξαρτησίας μας, όμως συγχρόνως κερδίζουμε σε αγάπη, οικειότητα, προοπτική, στοργή και νόημα ζωής. Η μετάβαση στο στάδιο της συνταξιοδότησης επίσης ταυτίζεται με απώλειες όπως η εργασία και η

οικονομική κατάσταση, παρόλα αυτά όμως έχει και οφέλη, όπως περισσότερη ωριμότητα, σοφία, κατανόηση και πιθανόν ηρεμία.

Έτσι και η μετάβαση από την υγεία στην ασθένεια και από τη φυσική λειτουργία στη δυσλειτουργία έχει σίγουρα κάποιες απώλειες, αλλά μπορεί όμως να έχει κάποια προσωπικά οφέλη, εφόσον το άτομο θελήσει να επιμείνει-σταθεί σε αυτά και τα αναζητήσει. Ένας από τους σημαντικούς στόχους της συμβουλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να αναζητήσει και να εντοπίσει αυτά τα οφέλη και να δει τη δυσλειτουργία του αλλά και τη ζωή μέσα από μια άλλη οπτική, πιθανόν πιο αποστασιοποιημένη, όμως σίγουρα πιο ώριμη, που τείνει σε μια πιο ουσιαστική και πιο ολοκληρωμένη αντίληψη της ζωής και του νοήματος της για τον καθένα προσωπικά.

7. Δουλεύοντας με γονείς για να υποστηρίξουμε την σχολική και κοινωνική ένταξη των παιδιών τους με αναπηρία: Μια μελέτη ερευνητικής συμβουλευτικής

Αυτό το άρθρο συνθέτει τη μακρόχρονη διαδικασία συμβουλευτικής σε μια οικογένεια με παιδί που υποφέρει από χρόνια ασθένεια. Το μοντέλο παρέμβασης που προτείνεται σκιαγραφεί μια σειρά από αρχές διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων, όπως συστημικές, ψυχοδυναμικές και ανθεκτικότητας. Η λειτουργία και η στήριξη της οικογένειας θεωρείται καταλυτική παράμετρος στη βοήθεια των παιδιών με αναπηρία να αναπτύξουν πλήρως το δυναμικό τους. Το πρότζεκτ αυτό βασίζεται στο μοντέλο ενοποιητικής συμβουλευτικής μιας παιδο-κεντρικής οικογένειας που υιοθετεί μια μη-ιατρική αντίληψη της αναπηρίας. Μέσω της παρουσίασης μελέτης ενός ζευγαριού που αντιμετώπισε μια κρίσιμη κατάσταση για τη ζωή του παιδιού τους, αυτό το άρθρο περιγράφει με συντομία το πώς η δυναμική της οικογένειας ανακατευθύνθηκε μέσω του μοντέλου παρεμβατικής συμβουλευτικής. Επιπλέον, αυτή η εργασία επιχειρεί να δώσει μια εικόνα των περίπλοκων και συγχεόμενων συναισθηματικών καταστάσεων στις οποίες μπορεί να υποβάλλονται οι γονείς όταν αντιμετωπίζουν καταστάσεις θεραπείας που απειλούν την φυσική και ψυχολογική τους υγεία και παρουσιάζει καθοδήγηση για παρεμβατικά μοντέλα συμβουλευτικής (Kourkoutas, E, Langher, V, Vitalaki, E & Ricci, M. E., 2015).

Δεδομένης της απόλυτης εξάρτησης του παιδιού με αναπηρία στην ικανότητα του γονιού να υποστηρίξει την κοινωνικο-συναισθηματική του ανάπτυξη στο μοντέλο μας θεωρείται σημαντικό ένα κομμάτι μετάβασης στις τεχνικές θεραπευτικής/συμβουλευτικής έτσι ώστε να κατευθυνθεί σωστά η λογική και συναισθηματική δυναμική του ζευγαριού ή της οικογένειας.

Πολλές φορές οι σύμβουλοι παιδιών με αναπηρία προκαλούνται από οξείες κρίσεις της οικογένειας ή του ζευγαριού που σχετίζονται με το τραύμα της αναπηρίας, από απειλές για τη ζωή του παιδιού, από καθημερινές πρακτικές δυσκολίες και από κινδύνους κοινωνικού και σχολικού αποκλεισμού. Έτσι, οι γονείς μπορεί να βρουν τους εαυτούς τους σε αφάνταστες καταστάσεις ακραίου άγχους και έτσι κινδυνεύουν να ανταποκριθούν είτε μη ικανοποιητικά, είτε μη εποικοδομητικά είτε βλαβερά (Kourkoutas. E, et.all, 2015).

Η επαρκή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και η επιτυχής σχολική ένταξη είναι προκλήσεις-κλειδιά στον τομέα παρέμβασης της αναπηρίας (Miller, Recsky, & Armstrong, 2004, Drotar, 2006, Georgiadi & Kourkoutas, 2010). Τα παιδιά με χρόνιες ασθένειες συνήθως έχουν διαρκή ανάγκη για υποστήριξη σε πολλές όψεις που σχετίζονται με τη φυσική και την ψυχοκοινωνική τους λειτουργία. Πολλοί επαγγελματίες εμπλέκονται σ' αυτή την μακρόχρονη και περίπλοκη διαδικασία αποκατάστασης με τρόπο που είναι κατακερματισμένος, αποσυνδεδεμένος και μη παραγωγικός για το παιδί και την οικογένεια (Kourkoutas, 2009). Οι παραδοσιακές παρεμβάσεις που βασίζονται σε ιατρική προσέγγιση της αναπηρίας κριτικάρονται ότι περιορίζονται στην παροχή αποτελεσματικής ψυχοκοινωνικής στήριξης (Turnbull et al., 2006). Πολλοί συγγραφείς έχουν εισηγηθεί μοντέλα πιο ολιστικής παρέμβασης λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τις απαιτήσεις αποκατάστασης ενός παιδιού αλλά επίσης και τις συναισθηματικές εμπειρίες και ψυχοκοινωνικές ανάγκες της οικογένειας (Morison, Bromfield, & Cameron, 2003). Οι θεραπείες ατομικής συμβουλευτικής που δεν είναι προσανατολισμένες στην οικογένεια και βασίζονται σε συγκεκριμένες πρακτικές θεωρητικών μοντέλων αμφισβητούνται και αυτές για την αποτελεσματικότητά τους στην παιδική αναπηρία.

Στον τομέα της συμβουλευτικής, αυξημένος αριθμός συγγραφέων έχουν εισηγηθεί την υιοθέτηση περισσότερο εκλεκτικών και διεισδυτικών προσεγγίσεων (Goldenthal, 2005, Cooper & McLeod, 2007, Smith, 2013).

Η οικολογική προσέγγιση λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πιθανούς κινδύνους ή τις προστατευτικές παραμέτρους που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού με

αναπηρία βοηθά τους συμβούλους της οικογένειας να αποκτήσουν γενικότερη άποψη (Zipper & Simeonsson, 2004, Drotar, 2006).

Οι σύμβουλοι βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι σε πολύ κρίσιμες καταστάσεις χωρίς να έχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό να τις αντιμετωπίσουν. Παρόλο που τα θεωρητικά μοντέλα στον τομέα της αναπηρίας επικεντρώνονται κυρίως σε πρακτικές λύσεις ή οικογενειακή υποστήριξη, οι σύμβουλοι θα έπρεπε να εκπαιδεύονται, να αντιμετωπίζουν και να χρησιμοποιούν αυτές τις οικογενειακές κρίσεις έτσι ώστε να ενισχύσουν τις ικανότητες των γονέων για πιο αποδοτική διαχείριση των δικών τους σχέσεων, των πρακτικών ανατροφής καθώς και των σχέσεων με τον κοινωνικό τους περίγυρο (Kourkoutas. E, et.all, 2015).

Η μελέτη, μέσω συνεντεύξεων της οικογένειας και του προσωπικού των σχολείων, αποκάλυψε ότι η “συνδυασμένη ατομική, γονέα-παιδιού και οικογενειακή δουλειά που λαμβάνει υπόψη τη δυναμική της οικογένειας, την οργάνωση και τις ανάγκες και δυσκολίες του παιδιού κατά παραπάνω απαραίτητη” σύμφωνα και με τους συμβούλους και με τους γονείς. Στην πραγματικότητα, η συμβουλευτική διαδικασία τους βοηθάει να “ισορροπήσουν τον αντίκτυπο ενός τραυματικού ατυχήματος” στην οικογένεια και να αποφύγουν να παγιδευτούν σε διαμάχες, εθελotuφλισμούς ή παράλογες αντιδράσεις” παρά τις πολλές κρίσιμες φάσεις και περιστατικά που έχουν να ξεπεράσουν.

Στην περίπτωση αυτή, η συμβουλευτική προσφέρθηκε για πολλούς λόγους (προβλήματα σχέσης, συναισθηματικές διαταραχές, γενικές ανησυχίες). Επιπλέον μια συνεργασία με τους γονείς τους παρείχε ένα “σταθερό σχεσιακό πλαίσιο” που περιείχε ταυτόχρονα και συναισθηματικές όψεις/διαστάσεις και πρακτικές. Όλα αυτά μπορούν να έχουν ένα θετικό ή και θεραπευτικό αποτέλεσμα στον τρόπο συμπεριφοράς τους απέναντι στα παιδιά (Kourkoutas. E, et.all, 2015).

Συνοψίζοντας τα ευρήματα της μελέτης, σε συμφωνία με διαθέσιμες ενδείξεις, δείχνουν ότι όταν δουλεύουμε με παιδιά εύθραυστα ή σε κίνδυνο, ο συνδυασμός μοντέλων συστημικών και παιδοκεντρικών είναι πιο αποτελεσματικά από τις ατομικές παρεμβάσεις. Έγινε επίσης ορατό ότι οι παρεμβάσεις είναι περισσότερο αποδοτικές όταν παρέχεται εκπαίδευση στα παιδιά κοινωνικών ικανοτήτων καθώς και εκπαίδευση και συμβουλευτική για τους γονείς (Walsh, 2006).

Το μοντέλο παρέμβασης αναζητά να ελαχιστοποιήσει τα προβληματικά συμπτώματα και να βοηθήσει τους γονείς να αναπτύξουν περισσότερο προσαρμοστικές συμπεριφορές

ξαναχτίζοντας την ελπίδα, δυναμώνοντας την αντοχή και ξανακερδίζοντας τον έλεγχο της ζωής τους. Επιπλέον, είναι απαραίτητο για τους γονείς να λάβουν βοήθεια ενωμένοι σε δίκτυα υποστήριξης έτσι ώστε να αναπλαισιώσουν τις τραυματικές τους εμπειρίες και να βελτιώσουν τις προσωπικές τους σχέσεις (Altschuler, 2011).

Η αξία διατήρησης της συστημικής σκέψης στην παιδική ηλικία με χρόνια ασθένεια αναγνωρίζεται ευρέως (Larner, 2009). Η συστημική σκέψη, συνδυασμένη με μια ψυχοδυναμική προσέγγιση, επιτρέπει στα εμπλεκόμενα άτομα να εκφράσουν τις βαθύτερες σκέψεις τους και να δομήσουν νέες αφηγηματικές και νέες σημασίες και να βρουν νέους τρόπους να συσχετιστούν με τα παιδιά τους, με το σχολείο και με τους ίδιους τους εαυτούς τους. Εδώ, ότι δουλεύει στην πράξη φαίνεται πιο σχετικό από μια αυστηρή προσκόλληση σε ένα θεωρητικό παράδειγμα ή θέση. Ταιριάζει επίσης στην δεικτική έρευνα ότι κοινοί παράγοντες όπως ο θεραπευτικός δεσμός συνεισφέρει περισσότερο σε θεραπευτικές αλλαγές από το συγκεκριμένο μοντέλο ή τεχνική που χρησιμοποιήθηκε (Carr, 2009).

Οι παρακάτω αρχές είναι απαραίτητες στη συμβουλευτική παρέμβαση και ψυχοθεραπευτική εργασία με γονείς και παιδιά με αναπηρία ή χρόνια ασθένεια έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι το παιδί απολαμβάνει πλήρη ψυχοκοινωνική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη και κοινωνικο-σχολική ένταξη (Kourkoutas. E, et.all, 2015) :

- Σεβαστή εκτίμηση των ανησυχιών και των αγωνιών των γονιών – οι προσδοκίες για τα παιδιά τους, οι προσπάθειες τους να προωθήσουν την ψυχοκοινωνική και φυσική ανάπτυξη του παιδιού τους.
- Να προσφέρεται στους γονείς μια νέα κατανόηση των πηγών άγχους του παιδιού τους, ειδικότερα μια μεγαλύτερη εκτίμηση της αγωνίας του παιδιού , της σύγχυσης του, της απογοήτευσης του και της στρατηγικής του να διαχειριστεί το υπερβολικό αυτό άγχος.
- Μια προσπάθεια να ταυτοποιηθεί και έπειτα να βελτιωθεί η εσωστρεφής διάδραση της οικογένειας που διαιωνίζει οδυνηρά συναισθήματα στο μυαλό του παιδιού, ειδικά φαύλους κύκλους κριτικής και άμυνας.
- Να βοηθήσουν τους γονείς να καταλάβουν τη σημασία των επανορθωτικών στιγμών στη ζωή του παιδιού και την ανάγκη να αναλάβουν οι γονείς την πρωτοβουλία γι αυτή την επανόρθωση.

- Να δουλεύουν με τους γονείς για να βρίσκουν ευκαιρίες ανταπόκρισης στα ενδιαφέροντα του παιδιού τους και να δημιουργούν περισσότερες στιγμές με θετική απόδοση στην καθημερινότητα του παιδιού τους.
- Να σκεφτούν τη σημαντικότητα εμπλοκής των πατεράδων στη συμβουλευτική διαδικασία, και
- Να διδάξουν και να ενθαρρύνουν δραστικές λύσεις στα προβλήματα και υποστήριξη για την προ-κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού (Kourkoutas, E, Langher, V, Vitalaki, E & Ricci, M. E., 2015).

Συνολικά, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, η δουλειά με γονείς και ιατρικές υπηρεσίες ή σχολεία, εισάγοντας (ατομική και οικογενειακή) συμβουλευτική έτσι ώστε να ασκηθεί σημαντικό προβάδισμα στην εσωτερική δυναμική της οικογένειας και του παιδιού και στην ανάπτυξη του, με ευρύτερη συστημική παρέμβαση και εκλεκτικές τεχνικές φαίνεται ως κριτική διάσταση μιας αποτελεσματικής πρακτικής (Drotar, 2006, Altschuler, 2011, Sperry, 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε ότι η συμβουλευτική ατόμων με ειδικές ανάγκες συνιστά ένα ξεχωριστό κομμάτι της συμβουλευτικής που κυρίως τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να αναπτύσσεται, ενώ η ελληνική πραγματικότητα δείχνει την ανάγκη για περισσότερη οργάνωση του θεσμού τόσο σε ποσοτικό όσο και σε ποιοτικό επίπεδο.

Εκτός από την ατομική συμβουλευτική με το ίδιο το άτομο που παρουσιάζει δυσλειτουργίες, η ψυχολογική συμβουλευτική θα πρέπει επίσης να απευθύνεται και στα άτομα του οικογενειακού, του φιλικού αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Η ανάγκη του ατόμου με ειδικές ανάγκες καθώς και της οικογένειας του για στήριξη, καθοδήγηση και συμβουλευτική κρίνεται ιδιαιτέρως σημαντική και μπορεί να χρειαστεί για αρκετά χρόνια.

Στόχος της συμβουλευτικής διαδικασίας δεν είναι να μετατρέψει το άτομο με ειδικές ανάγκες σε κάτι διαφορετικό αλλά να τον υποστηρίξει με διακριτικότητα ώστε να λειτουργήσει όσο το δυνατόν καλύτερα στη δική του «υπαρξιακή δομή», βοηθώντας τον να μη χαθεί και

διασφαλίζοντας το αναφαίρετο δικαίωμα του να διατηρεί την διαφορετικότητα του (Caldin, 2010).

Η δουλειά με γονείς και ιατρικές υπηρεσίες ή σχολεία, εισάγοντας ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική έτσι ώστε να ασκηθεί σημαντικό προβάδισμα στην εσωτερική δυναμική της οικογένειας και του παιδιού και στην ανάπτυξη του, με ευρύτερη συστημική παρέμβαση και εκλεκτικές τεχνικές φαίνεται ως κριτική διάσταση μιας αποτελεσματικής πρακτικής (Drotar, 2006, Altschuler, 2011, Sperry, 2014).

Οι μαθητές με αναπηρίες εγκαταλείπουν συχνά το σχολείο χωρίς τις απαραίτητες πληροφορίες και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την εξασφάλιση της απασχόλησης ή για την επιλογή ευκαιριών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (National Transition Network, 1996a). Ψυχοπαιδαγωγικές ομάδες, που διεξάγονται από συμβούλους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, παρέχουν χρήσιμα οφέλη για να βοηθήσουν τους μαθητές με αναπηρίες να περιηγηθούν στις μεταβάσεις τους πέρα από το λύκειο και στο χώρο εργασίας και μετά τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Μελλοντικές έρευνες που περιλαμβάνουν εμπειρική διερεύνηση των μοντέλων που παρουσιάζονται για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητάς τους σε άλλες γεωγραφικές τοποθεσίες είναι αρκετές. Συμπληρωματικές έρευνες με φοιτητές ένα έως δύο έτη μετά την αποφοίτηση μπορεί να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της ομάδας (McEachern & Kenny, 2007).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Βλάχου, Α. (2000). *Ομαλοποίηση, κοινωνικές δομές και εκπαίδευση* Εκπαιδευτική Κοινότητα, 54, 34-39.
- Δελλασούδας, Λ. (2002). *Σχολικός και Επαγγελματικός Προσανατολισμός Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες: Προϋποθέσεις, Προβλήματα*. Στο: Κασσωτάκης, Μ. (2002) (Επιμ.). *Συμβουλευτική και Επαγγελματικός Προσανατολισμός*, Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός, σ.567-600.
- Δημητρόπουλος, Ε. (1999). *Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΗ.
- Ζωνιού- Σιδέρη, Α. (1996). *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους. Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 2η Έκδοση.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Ζώνιου-Σιδέρη, Α. & Βλάχου, Α. (1996). *Προκαταλήψεις και στερεότυπα: Δημιουργία και αντιμετώπιση*. Αθήνα: Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης.
- Καττάμη, Χ. Διαμαντοπούλου, Ρ. Μαυροειδή, Π.,Κουτσουνέλου, Π.. (2007). *ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ, ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ*. Αθήνα: ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ (ΙΚΠΑ).
- Κλεφτάρας, Γ. (2004). *Η εικόνα σώματος και η σημασία της στην ψυχολογική συμβουλευτική ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 68-69, 43-64.
- Κλεφτάρας, Γ. (2003). *Η σημασία του πολιτισμικού παράγοντα στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες. Ψυχολογία: Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*, 10, 362-377.
- Κλεφτάρας, Γ. (2009). *ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΥΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ. άτομα με ειδικές ανάγκες- μειονότητες-μαθητές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κλεφτάρας, Γ. (προς δημοσίευση). *Προς μια Πολιτισμικά Προσανατολισμένη Συμβουλευτική για άτομα με σωματικές ή νοητικέςδυσλειτουργίες*.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (1996). *Συμβουλευτική Ψυχολογία. Γ' έκδοση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπουσκάλια, Λ. (1993). *ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥΣ*. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΛΑΡΟΣ.
- Παπάνης, Ε. Γιαβρίμης, Π. Βίκη, Α. (2009). *ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ. Εκπαιδευτική έρευνα για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού*. Αθήνα: Εκδόσεις Ι. ΣΙΔΕΡΗΣ.
- Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια- Ιστορική εξέλιξη-Νέες κατευθύνσεις*. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Συριοπούλου-Δελλή, Χ. (2005). *Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στην Ειδική Αγωγή*. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΗ.
- Χαρίλα, Ν. (2000). *Στερεότυπες αντιλήψεις, στάσεις, αξίες, προκαταλήψεις. Στο Α. Ζώνιου-Σιδέρη(Επιμ. Εκδ.), Άτομα με ειδικές ανάγκες και η ένταξη τους (σ.189-197)*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Βιβλιογραφία

- Altschuler, J. (2011). *Counselling and psychotherapy for families in times of illness and death*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Atkinson, D. R. Morten, G., & Sue, D.W. (1998). *Counseling American minorities (5th ed.)* Boston, MA: McGraw-Hill.
- Aune, E. (1991). *A transition model for postsecondary-bound students with learning disabilities*. *Learning Disabilities Research & Practice*, 6, 177–187.
- Barton, L. et al. (1996). *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*. London: Longman.
- Baumberger, J. P., & Harper, R. E. (1999). *Assisting students with disabilities: What school counselors can and must do*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. K. (1995). *Body image, disfigurement and disability*. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 283-291.
- Burgstahler, S. (2001). *A collaborative model to promote career success for students with disabilities*. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 16, 209–215.
- Borsay, A. (1986). *Personal Trouble or Public Issue? Towards a Model of Policy for People with Physical and Mental Disabilities*. *Disability, Handicap and Society*, 1(2), 179-195.
- Bridges, W. (1995). *Managing transitions: Making the most of change*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Brisenden, S. (1986). *'Independent Living and the Medical Models of Disability'* *Disability, Handicap and Society* 1, 2, pp. 173 - 178.
- Caldin, R. (2010). «Συννοδεία και υποστήριξη Γονέων Παιδιών με Πολυαναπηρίες: Ένα Πρότυπο Σχέδιο Δράσης», στο Κουρκούτας, Η.& Caldin, R. (Επιμ.), *Οικογένειες Παιδιών με Ιδιαίτερες Δυσκολίες και Σχολική Ένταξη*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Callias, M. (1995). *Δουλεύοντας με γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες*. Στο Μ. Καϊλα. Ν. Πολεμικός & Γ. Φιλίππου. *Άτομα με ειδικές ανάγκες (Τόμος Α' , σ. 140-149)*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Campbell, C. A., & Dahir, C. A. (1997). *Sharing the vision: The national standards for school counseling programs*. Alexandria, VA: American School Counselor Association.
- Carr, A. (2009). *What works with children and adolescents and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. London, England: Routledge.
- Cooper, M., & McLeod, J. (2007). *A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: Implications for research*. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3, 135–143.
- Corey, M. S., & Corey, G. (Eds.) (2006). *Groups: Process and practice (7th ed.)*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Creed, F. (1997). *Assessing depression in the context of physical illness*. In: Robertson M. M. & Katona C. L. E. (eds). *Perspectives in psychiatry: Vol. 6 Depression and physical illness (pp.3-19)*. Chichester, UK: Wiley.

- Cronin, A. F. (1996). *Psychosocial and emotional domains of behavior*. In J. Case-Smith, A. S. Allen & P. N. Pratt (Eds.) *Occupational therapy for children* (3rd ed.). Baltimore: Mosby.
- Drotar, D. (2006). *Psychological interventions in childhood chronic illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dwivedi, K. N. (1996). *Culture and personality*. In K. N. DWIVEDI & V.P. Varma, *Meeting the needs of ethnic minority children* (pp. 17-36). London, GB: Jessica Kingsley.
- Etherington, K (2001). *Counsellors in health settings*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Etherington, K. (2002) *Rehabilitation counselling in physical and mental health*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Finkelstein, V. (1980). *Attitudes and Disabled People*. Geneva: World Health Organisation.
- Finkelstein, V. (1995). *Disabling Society: Enabling Interventions. Workbook 4. K255 The Disabling Society*. Open University; School of Health, Welfare and Community Education.
- Geis, H. J. (1977). *The problem of personal worth in the physically disabled patient*. In R. P. Marinelli & A. E. Dell Orto (Eds.). *The psychological and social impact of physical disability*. New York: Springer.
- Georgiadi, M., & Kourkoutas, E. (2010). Supporting pupils with cancer on their return to school: A case study report of a reintegration program. *Social & Behavioral Science*, 5, 1278–1282.
- Goldenthal, P. (2005). *Helping children and families. A new treatment model integrating psychodynamic, behavioural, and contextual approaches*. Hoboken, NJ: John Willey.
- Gunther, (1969). *Emotional aspects*. In R. Reaume, *Spinal cord injuries*. Springfield, ILC. C. Thomas. Gutweniger, S., Kopp, M., Mur, E., & Gunther, V. (1999). *Body image of women with rheumatoid arthritis*. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 17, 413-417.
- Hardy, R.E., & Cull, J.G. (1999). *A psychodynamic approach to acceptance and adjustment to disability*. In G. L. Gandy (Ed.), *Counseling in the rehabilitation process: Community services for mental and physical disabilities* (2nd ed., pp. 177-203). Springfield, IL: Charles C. Thomas. Heller, B. W., Flohr, L. M., & Zegans, L. S. (Eds.). (1989). *Psychosocial interventions with physically disabled persons*. London: Jessica Kingsley.
- Hohmann, G. (1975). *Psychological aspects of treatment and rehabilitation of spinal injured person*. *Clinical Orthopedics*. 112, 81-88.
- Hornby, G. (1994). *Counseling in child disability. Skills for working with parents*. London: Chapman & Hall.
- Humphrey, R. & Case-Smith, J. (1996). *Working with families*. In J. Case-Smith, A. S. Allen & P. N. Pratt. *Occupational Therapy for children*. Baltimore: Mosby.
- Jonsen, A. P. (1989). *Discrimination and disability*. In B.W. Heller, L. M. Flohr & L.S. Zegans, *Psychological interventions with physically disabled persons* (pp. 87-107). London, UK: Jessica Kingsley.
- Kemp, B. (1985). *Rehabilitation and the older adult*. In J. E. Birren & K. W. Schaie. *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.

- Kerr, N. (1977). *Understanding the process of adjustment to disability*. In J. Stubbins, *Social and psychological aspects of disability*. Baltimore: University Park Press.
- Kerr, W., & Thompson, M. (1974). *Acceptance of disability of sudden onset in paraplegia*. *Paraplegia*, 10, 94–102.
- Keysor, J. J. (2001). *Self-management, physical disability and emotions in rheumatoid arthritis*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 61 (11-B), 6120.
- Kleftaras, G. (2000). *Counseling ethnic minority individuals: A multicultural approach*. In M. Malikiosi-Loizos (Ed.), *Education, communication and counseling* (pp. 235-261). Athens, GR: Ellinika Grammata.
- Kourkoutas, E., Langher, V., Vitalaki, E. & Ricci, M. E. (2015). *Working with Parents to Support Their Disabled Children's Social and School Inclusion: An Exploratory Counseling Study*. Taylor & Francis Group, LLC. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14:143–157.
- Krueger, D. W. (1984). *Emotional rehabilitation: An overview*. In D. W. Krueger (Ed.), *Emotional rehabilitation of physical trauma and disability*. New York: SP Medical and Scientific Books.
- Kubler-Ross, E. (1985). *La mort, dernière étape de la croissance*. Monaco. Editions du Rocher.
- Kubler-Ross, E. (1979α). *Γι' αυτόν που πεθαίνει: Ερωτήσεις - απαντήσεις* (μτφρ. Φ. Π. Βράχα). Λευκωσία, Ταμασός.
- Kubler-Ross, E. (1979β). *Αυτός που πεθαίνει* (μτφρ. Κ. Μιχαηλίδης), Λευκωσία, Ταμασός.
- Larner, G. (2009). *Integrative family therapy with childhood chronic illness: An ethics of practice*, *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 1, 51–65.
- Lee, W. M. L. (1999). *An introduction to multicultural counseling*. Philadelphia, PA: Accelerated Development.
- Livneh, H. (1986). *A Unified Approach to Existing Models of Adaptation to Disability: Part 1: A Model of Adaptation*. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17, 5-16.
- Livneh, H., & Antonak, R.F. (1990). *Reactions to Disability: An Empirical Investigation of Their Nature and Structure*. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 21(4), 13-21.
- Livneh, H., & Antonak, R.F. (1991). *Temporal structure of adaptation to disability*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 34, 298-319.
- Lockhart, E. J. (2003). *Students with disabilities*. In B. T. Erford (Ed.), *Transforming the school counseling profession* (pp. 357–409). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Lockwood, S. (2002). *Counselling young stroke survivors during rehabilitation*. In K. Etherington (Ed), *Rehabilitation counselling in physical and mental health* (pp. 79-98). London: Jessica Kingsley.
- Macdonald, K.C. (2002). *Making a habit of making habit happen*. *Occupational Therapy Journal of Research*, 22 (Supp 1), 99s-100s.
- Marshak, L. E., Seligman, M., & Prezant, F. (1999). *Disability and the family life cycle: Recognizing and treating developmental challenges*. New York, NY: Basic Books.
- Mayou, R. A. (1997). *Depression and types of physical disorder and treatment*. In M.M. Robertson & C. L. E. Katona (Eds.), *Perspectives in psychiatry: Vol. 6. Depression and physical illness* (pp. 21-38). Chichester, UK: Wiley.
- McDaniel, J. S. (1969). *Physical Disability and Human Behavior*. New York: Pergamon Press.

- McEachern, A. G. & Kenny, M. C. (2007). *Transition Groups for High School Students with Disabilities*, *The Journal for Specialists in Group Work*, 32:2, 165-177.
- Miller, A. R., Recsky, M. A., & Armstrong, R. W. (2004). *Responding to the needs of children with chronic health conditions in an era of health services reform*. *JAMC*, 171(11), 1366–1367.
- Molnar, G.E. (1989). *The influence of psychological factors on personality development and emotional health in children with cerebral palsy and spina bifida*. In B. W.W Heller, L. M. Flohr & L.S.. Zegans. *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (pp. 87-107). London, UK: Jessica Kingsley.
- Monat, A., & Lazarus, R. S. (1985). *Stress and coping*. New York: Columbia University.
- Morison, J. M., Bromfield, L. M., & Cameron, H. J. (2003). A therapeutic model for supporting families of children with a CI or disability. *Child and Adolescent Mental Health*, 3, 125–130.
- National Transition Network (1996a). *Transition planning for success in adult life. Parent brief, Winter, 1996*. Retrieved on November 11, 2005 from <http://ici2.umn.edu/ntn/pub/briefs/tplanning.html>.
- Newsome, D. W., & Gladding, S. T. (2003). Counseling individuals and groups in schools. In B. T. Erford (Ed.), *Transforming the school counseling profession* (pp. 209–230). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Nirje, B. (1985). *The basis and logic of the normalization principle*. *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 11, 65–68.
- Oliver, M. μετάφραση: Μπεκερίδου, Θ. (2009). *Αναπηρία και πολιτική*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.
- Parry, J. (1986). *AIDS as a handicapping condition - part II*. *Mental and Physical Disability Law Reporter*, 10 (1), 2-9.
- Pedretti, L. W. (1990). *Psychological aspects of physical dysfunction*. In L. W. Pedretti & B. ZOLTAN, *Occupational Therapy-practice skills for physical dysfunction* (3rd ed.). Baltimore: Mosby.
- Phinney, J. (1990). *Ethnic identity in adolescence and adulthood: A review of research*. *Psychological Bulletin*, 108, 499-514.
- Ponterotto, J. G. (1988). *Racial consciousness development among white counselor trainees: A stage model*. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 16, 146-156.
- Pulvino, C. & Lee, J. (1979). *Financial Counseling : Interviewing Skills*, Dubuque IA: Kendall/ Hunt, Publishing Company.
- Quigney, T. A. (2005). *Students with special needs*. In J. R. Studer (Ed.), *The professional school counselor: An advocate for students* (pp. 82–106). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Rape, R. N., Bush, J. P., & Slavin, L. A. (1992). *Toward a conceptualization of the family's adaptation to a member's head injury: A critique of developmental stage models*. *Rehabilitation Psychology*, 37, 3-22.
- Riger, A. L. (1992). *Disability issues stance tests our ethical integrity*. *APA Monitor*, 23 (11), p. 4.
- Robertson, M. M., & Katona C. L. E. , editors. (1997). *Perspectives in Psychiatry, Vol. 6: Depression and Physical Illness*. Chichester: Wiley.

- Rodriguez, R. R. (1985). Psychological crises of the ill and handicapped. *Emotional First Aid: A journal of Crisis Intervention*, 2, 44-50.
- Rong , X. L., & Preissle, J. (1998). *Educating immigrant students: What we need to know to meet the challenges*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Ross, E. (1985). *La mort, dernière étape de la croissance*. Monaco. Editions du Rocher.
- Rothrock, J. A. (1999). *A personal experience of acceptance and adjustment to disability*. In G. L. Gandy & E. D. Jr Martin, *Counseling in the rehabilitation process: Community services for mental and physical disabilities* (2nd ed., pp. 204-217). Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Ryan, J. & Thomas, F. (1980). *The Politics of Mental Handicap*. Harmondsworth: Penguin.
- Rybash, J. M, Roodin, P. A., & Hoyer, W. J. (1995). *Adult Development and Aging*. Toronto: Brown & Benchmark.
- Sabnani, H. B., Ponterotto, J.G., & Borodovsky, L.G. (1991). *White racial identity development and cross-cultural counselor training: A stage model*. *The Counseling Psychologist*, 19, 76-102.
- Segal, J. (2002). *Counselling People with Multiple Sclerosis*. *Rehabilitation counseling in physical and mental health* (pp. 47-62). London: Jessica Kingsley.
- Siller, J. (1969). *Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries*. *Rehabilitation Literature*, 30, 290-296.
- Smith, G. (2013). *Working with trauma: Systemic approaches*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Sperry, L. (2014). *Behavioral health. Integrating individual and family interventions in the treatment of medical conditions*. New York, NY: Routledge.
- Sue , D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and Practice* (3rd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwalk L .G., Schneider, S. C., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). *Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- The Equality Studies Centre, (1994). *'Equality, Status and Disability'*. Dublin: University College Dublin.
- Thomas, W. I. (1966). *W.I. Thomas on Social Organization and Social Personality: Selected Papers*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Trieschmann, R. B. (1989). *Psychosocial adjustment to spinal cord injury*. In B.W. Heller, L. M. Flohr & L. S. Zegans, *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (pp. 117-136). London: Jessica Kingsley.
- Turnbull, A., Turnbull, R., Erwin, E. J., & Soodak, L. C. (2006). *Families, professionals, and exceptionality: Positive outcomes through partnership and trust* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
- Tyler, L. (1961). *The Work of Counselor. USA*: Appleton – Century- Grofts.
- Vargo, J. W. (1989). *'In the house of my friend': Dealing with disability*. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 12, 281-287.

- Versluys. H. P. (1983). *Psychosocial adjustment to physical disability*. In: Trombly C. A., editor. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Weinberger, D.A., & Schwartz, G.E. (1990). *Distress and restraint on superordinate dimensions of adjustment: A typological perspective*. *Journal of Personality*, 58(2), 381- 417.
- Westbrook M, & McIlwain D. (1996). Living with the late effects of disability: A five year follow-up survey of coping among post-polio survivors. *Australian Occupational Therapy Journal* 43(2), 60-71.
- Wolfensberger, W. (1989). '*Human service policies: the rhetoric versus the reality*' in L. Barton (ed) *Disability and Dependency*. Lewes: Falmer Press.
- Wolfensberger, W. (1972). *The Principle of Normalization in Human Services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- Zegans, L.S. (1989). *The body and personal integration in health and illness*. In B. W. Heller, L. M. Flohr, & L. S. Zegans (Eds.), *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (5-28). London: Jessica Kingsley.
- Zipper, I. N., & Simeonsson, R. J. (2004). *Developmental vulnerability in young children with disabilities*. In M.W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood. An ecological perspective* (pp. 161–182). Washington, DC: NAWS Press.

Πηγές από το διαδίκτυο

ETTAD . Η κατανόηση της αναπηρίας – Ένας πρακτικός Οδηγός (2007). Ανάκτηση από:
<http://gr.ettad.en>

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας - Disabilities
www.who.int/topics/disabilities/en