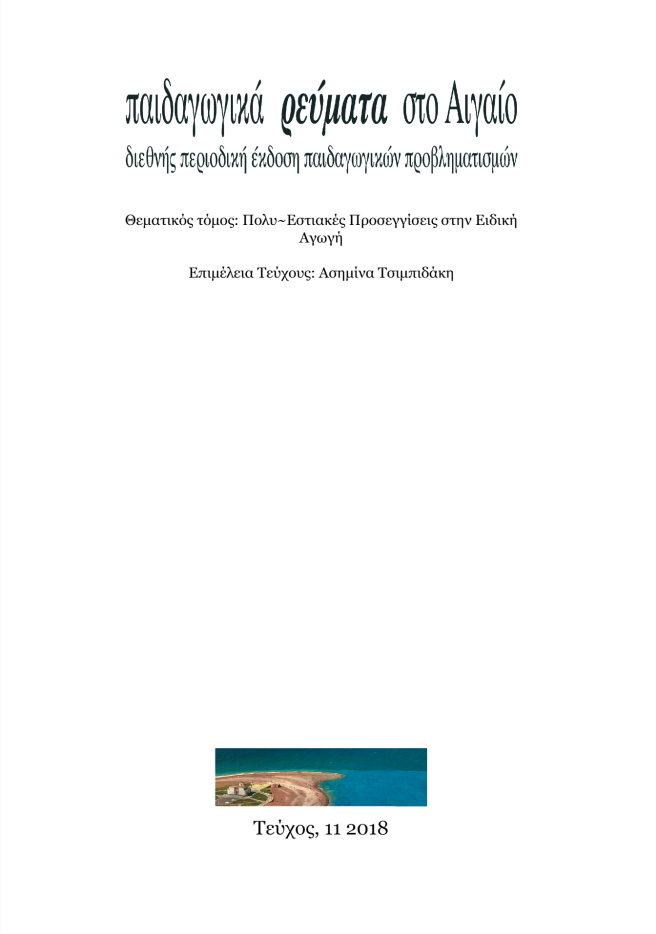
ePublishing

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ
NATIONAL DOCUMENTATION CENTRE

Pedagogical trends in the Aegean

Vol 11, No 1 (2018)

Τεύχος 11



Οικογένεια και μαθησιακές δυσκολίες

Αναστασία Τσαμπαρλή

doi: 10.12681/revmata.31186

Copyright © 2022, Αναστασία Τσαμπαρλή

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0.

To cite this article:

Τσαμπαρλή Α. (2022). Οικογένεια και μαθησιακές δυσκολίες . *Pedagogical Trends in the Aegean*, *11*(1), 89–97. https://doi.org/10.12681/revmata.31186

https://epublishing.ekt.gr | **e-Publisher:** EKT | **Downloaded at:** 27/01/2026 03:57:40

Οικογένεια και μαθησιακές δυσκολίες

Αναστασία Τσαμπαρλή[1]
tsamparli@rhodes.aegean.gr

Περίληψη
Το άρθρο, το οποίο συνιστά μέρος μίας ευρύτερης εργασίας[2], πραγματεύεται τρία βασικά ζητήματα που σχετίζονται με τις οικογένειες με παιδί με μαθησιακές δυσκολίες. Ειδικότερα, μελετά: (1) τη δυναμική της οικογένειας, (2) τους παράγοντες στη λειτουργία της οικογένειας που ενισχύουν την ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας (Μ.Δ.) και (3) τον ρόλο της παρέμβασης. Η εργασία αναδεικνύει ότι η μαθησιακή δυσκολία (Μ.Δ.) επιδρά στη δυναμική των σχέσεων οικογένειας – παιδιού και αντίστροφα. Επίσης, η οικογένεια μπορεί να συμβάλει θετικά ή/και αρνητικά στην εξέλιξη ενός παιδιού με Μ.Δ. Τέλος, η αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών δεν θα πρέπει να στοχεύει μόνο στο παιδί με Μ.Δ. αλλά και στο πλαίσια αλληλεπίδρασής του: Την οικογένεια, το σχολείο και την κοινότητα.
Λέξεις κλειδιά: *Μαθησιακές δυσκολίες (Μ.Δ.), οικογένεια, παρέμβαση*

Abstract
The article, which is part of a wider work, addresses three key issues of family raising a child with learning disabilities. Particularly, it focuses on the following: (1) family dynamics, (2) the basic factors of family functioning that underlay the existence of learning disability and (3) the role of intervention. This work highlights that learning disability (LM) affects the dynamics of family-child relationship and vice versa. Also, the family can contribute positively and/or negatively in the development of a child with L.D. Finally, every intervention programme should not only target on the child with L.D., but also in the context of its interaction: Family, school and community.
Keywords: *Learning difficulties (L.D.), family, intervention*

Η δυναμική της οικογένειας με ένα παιδί με μαθησιακή δυσκολία (Μ.Δ.)

Η οικογένεια είναι το κύριο πλαίσιο διαπροσωπικών σχέσεων του παιδιού. Η δόμηση της προσωπικότητας του παιδιού είναι απόρροια της αλληλεπίδρασης του με όλα τα περιβάλλοντα που έρχεται σε επαφή: Οικογένεια, σχολείο, κοινότητα. Η μαθησιακή δυσκολία (Μ.Δ.) επιδρά στη δυναμική των σχέσεων οικογένειας- παιδιού και αντίστροφα (Abrams & Kaslow, 1976).

Μια ανασκόπηση των ερευνητικών ευρημάτων μας δείχνει ότι η επίδραση της Μ.Δ. στην οικογένεια έχει αρνητικές αλλά και θετικές επιδράσεις. Το πώς θα διαχειριστεί μια οικογένεια την ύπαρξη της μαθησιακής δυσκολίας εξαρτάται από ενδογενείς αλλά και εξωγενείς παράγοντες. Ως ενδογενείς παράγοντες θεωρούμε τη φάση του κύκλου ζωής της, τον βαθμό

[1] Καθηγήτρια ΠΤΔΕ, Πανεπιστήμιο Αιγαίου

[2] Τσαμπαρλή, Α. (2011). Οικογένεια και μαθησιακές δυσκολίες. Στο Σ. Τάνταρος Σπύρος (Επιμ.). *Ανθρώπινη ανάπτυξη και οικογένεια* (σ.σ. 123-140). Αθήνα: Πεδίο.

ευελιξίας της, ώστε να προσαρμόζεται στις αλλαγές, την ικανότητά της να λειτουργεί ως ένα ασφαλές πλαίσιο για τα μέλη της και να εμπεριέχει τα άγχη τους έτσι ώστε αυτά να μπορούν να τα διαχειριστούν. Ως εξωγενείς, εννοούμε την ύπαρξη ή απουσία πλεγμάτων στήριξης, τη συνύπαρξη άλλων αγχογόνων καταστάσεων, όπως ανεργία, μετανάστευση, χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση κ.λ.π. (Toro et al., 1990), το πολιτισμικό πλαίσιο.

Μια θετική επίδραση της ύπαρξης της Μ.Δ. φαίνεται να είναι η τάση των οικογενειών αυτών να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση, σε σύγκριση με τις οικογένειες χωρίς Μ.Δ., στην προσωπική ανάπτυξη: Αφιερώνουν περισσότερο χρόνο σε πολιτιστικές δραστηριότητες και γενικότερα, αναπτύσσουν περισσότερο μια κουλτούρα προσωπικής ανάπτυξης των παιδιών τους (Margalit & Heiman, 1986). Έτσι το παιδί με Μ.Δ. μπορεί να οδηγήσει την οικογένεια να δραστηριοποιηθεί προς την κατεύθυνση της προσωπικής ανάπτυξης. Επίσης, η αυξημένη ανάγκη για φροντίδα στην καθημερινή ζωή φαίνεται να οδηγεί τις οικογένειες αυτές στην αύξηση της συνοχής τους και στη προώθηση θετικών οικογενειακών σχέσεων (Dyson, 1996; Christenson, 1990).

Ωστόσο, μια οικογένεια με ένα παιδί με Μ.Δ. έρχεται αντιμέτωπη με έντονες πηγές άγχους (Dyson, 1996). Επιπλέον, οι καθημερινές ανάγκες φροντίδας είναι αυξημένες. Συνεπώς, οι οικογένειες αυτές οδηγούνται σε υψηλό βαθμό εξουθένωσης και κυρίως, λόγω του ρόλου τους, οι μητέρες (West, 2000). Οι μητέρες παιδιών με Μ.Δ. εμφανίζονται περισσότερο αγχώδεις από τις μητέρες με παιδιά χωρίς Μ.Δ., αλλά λιγότερο αγχώδεις από τις μητέρες με παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο (Baker & McCal, 1995).

Στις οικογένειες με παιδιά με Μ.Δ ο δεσμός γονιών – παιδιού με Μ.Δ. εμφανίζεται σε μεγάλη συχνότητα ανασφαλής (Sausse,1996). Η ύπαρξη αυτού του τύπου δεσμού έχει αποδοθεί (Abram & Kaslow, 1976) στο γεγονός ότι η ύπαρξη Μ.Δ. πλήττει τον ναρκισσισμό των γονιών. Η δυσκολία να ταυτιστούν με το 'όχι αρκετά καλό παιδί', μπορεί να βιωθεί ως μια απώλεια που συχνά συνιστά ένα τραύμα. Από τη στιγμή της σύλληψης ήδη, οι γονείς φαντασιώνουν το τέλειο παιδί (ένα είδος ιδανικού-εγώ). Έτσι το παιδί αυτό γίνεται το πεδίο προβολής όλων των χαρακτηριστικών που οι γονείς θαυμάζουν στον εαυτό τους ή θα ήθελαν να έχουν. Αντίστοιχα, το παιδί δεν θα πρέπει να έχει αυτά που οι γονείς απεχθάνονται. Ένα από τα καθήκοντα ενός γονέα είναι να μπορεί να δέχεται την πραγματικότητα του παιδιού, έτσι ώστε να μην υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην επιθυμητή εικόνα που ο ίδιος έχει για το παιδί και το πραγματικό παιδί. Εάν η διαφορά είναι μεγάλη, τότε το τραύμα μπορεί να κάνει την εμφάνισή του. Το γεγονός δε, ότι το πρόβλημα ενός παιδιού με Μ.Δ. δεν είναι φανερό στην εξωτερική εμφάνισή του και αφορά στη δυσκολία του να αναπτύξει κάποιες δεξιότητες (γραπτός, προφορικός λόγος) πολύ αργά ή με διαφορετικό τρόπο, κάνει μεγαλύτερο τον ασυνείδητο φόβο των γονιών (Abram & Kaslow, 1976). Η διαπίστωση του προβλήματος οδηγεί σε μια αντίδραση ανάλογη του πένθους, η οποία, ωστόσο, θα πρέπει να ολοκληρωθεί επιτυχώς, ώστε να μπορέσει το παιδί να αναπτυχθεί σωστά Η αποδοχή των δυσκολιών του παιδιού και η δυνατότητα του να αναπτυχθεί στο πλαίσιο των ορίων που καθορίζονται από την ΜΔ. είναι η sine qua non προϋπόθεση για μια επιτυχή αντιμετώπιση της μαθησιακής δυσκολίας. Εάν το πένθος δεν ξεπεραστεί, τότε ο δεσμός μητέρας – παιδιού θα επηρεασθεί αρνητικά.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της λειτουργίας των οικογενειών με Μ.Δ., σε σύγκριση με άλλες οικογένειες, είναι η δυσκολία εγκαθίδρυσης των ορίων ανάμεσα στα μέλη τους, καθώς και ανάμεσα στην οικογένεια και το εξωτερικό περιβάλλον (Culbertson & Silovsky, 1996). Τα όρια είναι οι κανόνες, που καθορίζουν το βαθμό εγγύτητας (αυτονομίας) και ιεραρχίας ανάμεσα στα μέλη (Minuchin,1974). Όταν σε μια οικογένεια τα όρια ανάμεσα στα μέλη δεν είναι σαφή, τότε ο εσωτερικός κόσμος του παιδιού δεν μπορεί να αυτονομηθεί. Στις οικογένειες με Μ.Δ. τα όρια είναι συχνά ασαφή, διότι οι γονείς αναπτύσσουν υπερπροστατευτική συμπεριφορά απέναντι στο παιδί με Μ.Δ. Η υπερπροστατευτική συμπεριφορά είναι μια φυσιολογική αντίδραση στην αρχή, όταν οι γονείς αντιλαμβάνονται ή μαθαίνουν ότι το παιδί αντιμετωπίζει ένα μαθησιακό πρόβλημα. Συχνά, όμως, παραμένουν

υπερπροστατευτικοί με αποτέλεσμα να παρατείνουν την εξάρτηση αλλά και τις άλλες δυσκολίες του παιδιού (Culbertson & Silovsky, 1996).

Στον αντίποδα της υπερπροστασίας βρίσκεται η συναισθηματική απομάκρυνση ή η κριτική στάση του γονέα λόγω της απογοήτευσης που νιώθει για το παιδί. Πρόκειται για μια αντίδραση που οδηγεί το παιδί σε περαιτέρω δυσλειτουργία, όπως: χαμηλή αυτο-εκτίμηση, δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων, προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων. Αν οι γονείς δεν έχουν την ευελιξία να προσαρμόσουν τις προσδοκίες τους στις ικανότητες του πραγματικού παιδιού, τότε είναι πιθανόν να λειτουργήσουν υπεραναπληρώνοντας τη ματαίωσή τους μέσω της παροχής ιδιαιτέρων προνομίων στο παιδί με Μ.Δ. Ταυτόχρονα, η συμπεριφορά αυτή οδηγεί τα αδέλφια να νοιώσουν παραμέληση, θυμό η ζήλια.

Ένας κοινός αστερισμός της δυναμικής αυτών των οικογενειών είναι αυτός του αποδιοπομπαίου τράγου (Abrams & Jules, 1991), όπου το παιδί γίνεται το πεδίο προβολής όχι μόνο της έντασης που υπάρχει ανάμεσα στους γονείς αλλά και των άλλων οικογενειακών προβλημάτων. Το παιδί με Μ.Δ. έρχεται να ταιριάξει σαν ένα κομμάτι στο πάζλ της οικογενειακής παθολογίας (Abrams, 1991). Στις οικογένειες με τη δυναμική του αποδιοπομπαίου τράγου, επικρατεί ο μύθος ότι για όλες τις κακοτυχίες της οικογένειας φταίει η μαθησιακή δυσκολία. Το παιδί που έχει μπει στη θέση του αποδιοπομπαίου τράγου γίνεται αντιληπτό ως την πηγή όλων των προβλημάτων της οικογένειας.

Ένας άλλος αστερισμός στη δυναμική των οικογενειών με Μ.Δ. είναι να στραφούν οι γονείς ο ένας ενάντια στον άλλο. Το παιδί με Μ.Δ. αντιπροσωπεύει τον αρνητικό, καταστροφικό δεσμό που τους κρατάει, ωστόσο, δεμένους μαζί. Το παιδί γίνεται το ορατό σύμβολο μιας κοινής προσπάθειας να αντιμετωπίσουν τη συνθήκη της Μ.Δ. του για την οποία αισθάνονται ενοχή. Ο δεσμός τους βιώνεται καταστροφικός αλλά δεν μπορούν να βγουν από αυτόν. Θα πρέπει να παραμείνουν μαζί, για να φροντίσουν το παιδί. Έτσι το παιδί δεν θα πρέπει να αντιμετωπίσει μόνο τη μαθησιακή δυσκολία, αλλά και τον δυστυχισμένο γάμο των γονιών του. Στο πλαίσιο αυτής της δυναμικής ο ένας γονιός μπορεί να επιχειρήσει να συμμαχήσει με το παιδί ενάντια στον άλλο γονέα. Συχνά αυτό εκφράζεται μέσα από συμπεριφορές αυτοθυσίας προς το παιδί. Η υπερβολική αυτή αφοσίωση του ενός γονέα στο παιδί αποκλείει τον άλλο γονέα από αυτή τη συμμαχία και οδηγεί το παιδί σε μια σχέση 'συγχώνευσης' που το εμποδίζει μεγαλώνοντας να αυτονομηθεί (Abrams & Kaslow,1976). Ταυτόχρονα, ο άλλος γονιός αισθάνεται αποκλεισμένος και θυμωμένος και απομακρύνεται από το παιδί (Poikkeus et al., 1999).

Παράγοντες στη λειτουργία της οικογένειας που ενισχύουν την ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας (Μ.Δ.)

Η οικογένεια μπορεί να συμβάλει θετικά στην εξέλιξη ενός παιδιού με Μ.Δ. Τα χαρακτηριστικά στη λειτουργία μιας οικογένειας που θεωρούνται πολύ θετικά για την καλή προσαρμογή και ανάπτυξη των παιδιών με Μ.Δ. είναι ο βαθμός συνοχής της ώστε να μπορεί να στηρίζει τα μέλη της , η δεξιότητα της να επικοινωνεί σωστά ώστε να αμβλύνονται οι δυσκολίες επικοινωνίας του παιδιού με Μ.Δ., ο βαθμός ευελιξίας της, η ικανότητά της να εγκολπώνεται τα άγχη των μελών της και να ολοκληρώνει επιτυχώς τα πένθη της ώστε να μπορέσει να αποδεχθεί τη συνθήκη της Μ.Δ. (Carol & Grosser, 1993).

Ωστόσο, η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας διατήρησης ή και ενίσχυσης των επιπτώσεων της Μ.Δ. Αυτό συμβαίνει μέσα από τις εξής λειτουργίες (Green, 1990): Η οικογένεια λειτουργεί ως ένα σύστημα προβολών των ασυνείδητων εσωτερικευμένων-ασυνείδητων αντικειμένων των μελών. Αυτό σημαίνει ότι η πραγματικότητα, όπως αυτή αποτυπώνεται στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε μέλους δεν γίνεται αντιληπτή με ένα αντικειμενικό τρόπο. Επιπλέον, η διαμόρφωση της προσωπικότητας του κάθε μέλους γίνεται με γνώμονα την εικόνα που έχουν οι σημαντικοί άλλοι γι αυτό (ικανό,

ανεπαρκή, αγαπητό κ.λ.π.) καθώς και από τους ρόλους που τους αποδίδουν (π.χ. μεσάζον, σωτήρας). Όταν οι προβολές (σκιαγραφήσεις, Shapiro & Zinner, 1990) των γονιών είναι πολύ κοντά στην πραγματικότητα του παιδιού, τότε ο 'πραγματικός εαυτός' (Winnicott, 1945) του παιδιού αναπτύσσεται απρόσκοπτα. Όταν όμως οι προβολές των γονέων αντιστοιχούν στα δικά τους εσωτερικά αντικείμενα και όχι στην πραγματικότητα του παιδιού (αμυντικές σκιαγραφήσεις, Shapiro & Zinner, 1990) τότε το παιδί καταλήγει να λειτουργεί αμυντικά, με ένα δηλαδή 'ψευδή εαυτό' (Winnicott, 1945), που ανταποκρίνεται στα προβληθέντα εσωτερικά αντικείμενα του γονέα. Ο μηχανισμός αυτού του προτύπου συναλλαγής γονέα- παιδιού λειτουργεί με βάση την επανατροφοδότηση. Ενισχύει, δηλαδή, η συμπεριφορά του γονέα την προσβληθείσα ταυτότητα στο παιδί (π.χ. ανεπαρκής, τεμπέλης, ευαίσθητος, ευάλωτος) και το παιδί που θα ταυτισθεί με αυτά τα χαρακτηριστικά ,τα εκδηλώνει έτσι ώστε να 'δικαιώνει' την αμυντική σκιαγράφηση του γονέα, π.χ. η σκιαγράφηση του ανεπαρκούς , θα το κάνει να νοιώθει αβοήθητο, να μην πιστεύει ότι μπορεί να πετύχει τους στόχους του. Η σύνολη συναλλαγή γονιών –παιδιού λειτουργεί ως μια αυτοεκπηρούμενη προφητεία (Epstein et al., 1980). Στην οικογένεια με μαθησιακές το παιδί με Μ.Δ., λόγω της χαμηλής σχολικής του επίδοσης, κινδυνεύει να γίνει πεδίο προβολής των 'ανεπαρκών' τμημάτων εαυτού των γονιών και να θεωρηθεί αποτυχημένο.

Αντίστροφα, τα αδέλφια γίνονται πεδίο προβολής υψηλών προσδοκιών, γεγονός που εξηγεί τις συχνά υψηλές τους επιδόσεις. Και στις δυο περιπτώσεις οι επιπτώσεις των αμυντικών σκιαγραφήσεων είναι αρνητικές: Η αίσθηση ανεπάρκειας που νοιώθει το παιδί δεν επηρεάζει μόνο τη σχολική του επίδοση, αλλά και τις σχέσεις του (κοινωνική απομόνωση). Για τα αδέλφια οι επιπτώσεις είναι εξίσου αρνητικές στο μέτρο που εμφανίζουν μεν υψηλή σχολική επίδοση, αλλά ζουν το άγχος της απόρριψης, αν δεν τα καταφέρουν.

Ένας άλλος οικογενειακός παράγοντας που δρα αρνητικά στη Μ.Δ. του παιδιού είναι οι παρεκκλίσεις στην επικοινωνία της οικογένειας. Η επικοινωνία της οικογένειας διαμείβεται στο πλαίσιο αναφοράς που καθορίζεται από την οικογενειακή μυθολογία. Για παράδειγμα, η ερμηνεία που αποδίδουν τα μέλη σε αυτά που βλέπουν, ακούν, νοιώθουν καθορίζεται από το σύστημα νοηματοδότησης που έχει εγκαθιδρυθεί στην οικογένεια. Συνεπώς, η μυθολογία της οικογένειας, λειτουργεί ως το πλαίσιο αναφοράς βάσει του οποίου ερμηνεύεται η πραγματικότητα και η σχέση του ατόμου με τον κόσμο (Knapp & Kaye, 1980: 171). Τα πρότυπα επικοινωνίας της οικογένειας επηρεάζουν την ικανότητα του παιδιού να αναπτύσσει στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων με τα οποία έρχεται αντιμέτωπο Στις οικογένειες όπου κυριαρχεί χαοτικός τρόπος σκέψης, δυσλειτουργικά επικοινωνιακά πρότυπα και ασταθή γνωστικά σχήματα , το παιδί βιώνει ότι δεν υπάρχει συνοχή στην εμπειρία του, ότι η αλληλουχία των γεγονότων δεν είναι ξεκάθαρη (π.χ. ποιο είναι το αίτιο και ποιο το αποτέλεσμα) και συνεπώς δεν έχει νόημα να προσπαθήσει κανείς να βάλει μια τάξη ώστε ο κόσμος του να αποκτήσει νόημα (Holt, 1967: 373).

Επίσης, άλλες παρεκκλίσεις στην επικοινωνία της οικογένειας που ενισχύουν τις δυσκολίες του παιδιού με Μ.Δ. αφορούν στην οργάνωση πληροφοριών. Αυτές οι παρεκκλίσεις συνδέονται με ιδιαιτερότητες στην έκφραση του προφορικού λόγου που εμποδίζουν τη εγκαθίδρυση και διατήρηση της προσοχής των ομιλούντων στην επικοινωνία (Doane, 1985; Singer et al.,1978) π.χ. η δυσκολία να παραμείνει κανείς και να ολοκληρώσει κάποια ιδέα ή η δυσκολία να δώσει κάποιος στον συνομιλητή να καταλάβει για ποιο θέμα συζητά. Η δυσκολία αυτή μπορεί, επίσης, εμφανίζεται με τη μορφή ενός γλωσσικού προβλήματος που οφείλεται στο ότι ο ομιλητής κατασκευάζει προτάσεις ή χρησιμοποιεί λέξεις που έχουν μια διαφορετική, ιδιωτική έννοια και όχι την κοινά αποδεκτή τους έννοια, έτσι ώστε να μην είναι σαφές το νόημά τους. Ο όρος συμπεριλαμβάνει, επίσης, λεκτικές ή μη λεκτικές αντιδράσεις που συνοδεύουν το λόγο αλλά που είναι άσχετες ή αντίθετες με αυτά που λέγονται.

Μια άλλη επικοινωνιακή δυσλειτουργία είναι η ύπαρξη αντιθετικών ή αυθαίρετων αλληλουχιών στην επικοινωνία. για παράδειγμα, ο ομιλητής υποστηρίζει μια ιδέα και αμέσως μετά την απορρίπτει ή η διακοπή της ροής της επικοινωνίας (π.χ. οι συχνές αλλαγές θέματος).

Το ίδιο δυσλειτουργικό είναι το είδος της επικοινωνίας, όπου τα μέλη δεν προσδοκούν να εισακουστούν και επικοινωνούν με φωνές και υπερβολική ένταση. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά οδηγούν το παιδί με Μ.Δ. σε περαιτέρω σύγχυση.

Ένας άλλος οικογενειακός παράγοντας που επιδρά αρνητικά στο παιδί με Μ.Δ., είναι η χαοτική δομή της οικογένειας. Ο όρος αναφέρεται στα εξής: α) ασαφής γονικός έλεγχος ως προς το τι μπορεί και δεν μπορεί να κάνει το παιδί και έλλειψη σαφών κανόνων για την τιμωρία και ανταμοιβή, β) Οι αντιδράσεις των γονιών σε θέματα πειθαρχίας ποικίλλουν, διότι βασίζονται στη διάθεση της στιγμής, γ) Η λύση των συγκρούσεων δε γίνεται με συζήτηση αλλά με χρήση απειλών και η συναλλαγών υψηλής έντασης. Η ύπαρξη χαοτικής δομής ενισχύει περαιτέρω στα παιδιά με Μ.Δ. τις δυσκολίες διατήρησης της προσοχής αλλά και τις διαταραχές συμπεριφοράς στο σχολείο (Green, 1990).

Ένας άλλος αρνητικός παράγοντας είναι οι οικογένειες των οποίων η λειτουργία χαρακτηρίζεται ως κεντρομόλα. Η κεντρομόλα οικογένεια αδυνατεί να αυτονομήσει τα μέλη της. Οι γονείς παρεισφρέουν υπέρμετρα στη ζωή του παιδιού. Εμπλέκονται σε υπερβολικό βαθμό, χωρίς να αφήνουν χώρο ανάπτυξης της προσωπικής πρωτοβουλίας, ασκούν υψηλό έλεγχο στη προσπάθειά τους να κρατήσουν τα παιδιά προστατευμένα στους κόλπους της οικογένειας. Οι γονείς στις οικογένειες αυτές επιτυγχάνουν τη συναίνεση των μελών της οικογένειας με την επιβολή της δικής τους γνώμης και με αναφορά στην ιεραρχία. Πρόκειται για οικογένειες όπου η συμπεριφορά των γονέων έχει ψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά και στηρίζεται στην υπερβολική εμπλοκή. Οι γονείς ασκούν υπερβολικό έλεγχο στην σχολική συμπεριφορά του παιδιού (αναλαμβάνουν να κάνουν τα μαθήματα όπου δεν μπορεί , ασκούν υπερβολική πίεση, είναι υπερβολικά απαιτητικοί και κυριαρχικοί). Σε αυτές τις οικογένειες το παιδί μπορεί να γίνεται αντιληπτό ως αδύναμο, τεμπέλικο και ανίκανο. Συχνά, υιοθετούν υπερβολικά τιμωρητικές συμπεριφορές, γεγονός που χειροτερεύει το πρόβλημα του παιδιού με Μ.Δ. Στη δυναμική αυτή μπορεί να εμπλέκονται και οι δυο γονείς ή ο ένας να είναι ασφυκτικά ελεγκτικός και ο άλλος σε ένα περιφερειακό ρόλο. Στις οικογένειες αυτές, το παιδί με Μ.Δ. δεν καταφέρνει να αυτονομηθεί.

Παρέμβαση

Είναι φανερό ότι η αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών δεν θα πρέπει να στοχεύει μόνο στο παιδί με Μ.Δ. αλλά και στο πλαίσια αλληλεπίδρασής του: Την οικογένεια, το σχολείο και την κοινότητα. Ο σχεδιασμός της παρέμβασης θα πρέπει να γίνεται με τη συνεργασία του εκπαιδευτικού και των άλλων ειδικών (Wilchesky & Reynolds, 1986).

Η κλινική εκτίμηση θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και η αντιμετώπιση οφείλει να είναι έγκυρη διότι λόγω της ιδιαιτερότητας της κάθε περίπτωσης αφήνει πολλά περιθώρια υποκειμενικής κρίσης όσον αφορά το σχεδιασμό παρέμβασης (Green, 1990). Η παρέμβαση του κλινικού ψυχολόγου, θα πρέπει να εστιασθεί (πάντα σε συνεργασία με άλλους ειδικούς που ασχολούνται με το παιδί) στα πεδία της συναισθηματικής συγκρότησης του παιδιού και του πλαισίου μέσα στο οποίο αυτό κινείται και αλληλεπιδρά. Στόχος της παρέμβασης του κλινικού είναι να αποφευχθούν οι αρνητικές επιπτώσεις της Μ.Δ. στην προσωπικότητα του παιδιού και η στήριξη της οικογένειας ώστε να αποδεχθεί τη Μ.Δ. (Abrams & Jules, 1991). Είναι σημαντικό η διάγνωση και η παρέμβαση να είναι έγκυρες και έγκαιρες.

Ο δάσκαλος, εκτός από εκπαιδευτικός, θα πρέπει να λειτουργήσει και ως 'θεραπευτής', διότι το παιδί με Μ.Δ. χρειάζεται μια σχέση κατανόησης και αποδοχής (Abrams & Kaslow, 1976).

Ο δάσκαλος θα πρέπει να λειτουργήσει ως 'θεραπευτής' ή πρόσωπο εμπιστοσύνης, δηλαδή , θα πρέπει να ακούει το παιδί με Μ.Δ. προσεκτικά και με ενσυναίσθηση, χωρίς να κάνει κριτική, να είναι υπερβολικά παραινετικός ή παρεμβατικός. Το παιδί θα έχει, έτσι, την ευκαιρία να ζήσει μια διορθωτική εμπειρία που θα χαρακτηρίζεται από αποδοχή και

εμπιστοσύνη. Επίσης, θα πρέπει να έχει εκπαιδευτεί για να ξέρει πως οι Μ.Δ. παρεμβαίνουν στις ακαδημαϊκές δεξιότητες του παιδιού. Θα πρέπει να γνωρίζει την ψυχολογία της οικογένειας, ώστε να μπορεί να καταλάβει τον τρόπο που αυτή αντιμετωπίζει το παιδί με μαθησιακές δυσκολίες αλλά και τον δάσκαλο. Αυτή η γνώση θα τον βοηθήσει να διαχειριστεί καλύτερα μικρές ή μεγάλες κρίσεις στη σχέση των γονιών με το παιδί αλλά και με τον ίδιο τον δάσκαλο. Μπορεί να διαγνώσει συχνά αναμενόμενες αλλά δύσκολες συμπεριφορές όπως το θυμό των γονιών απέναντι στο δάσκαλο ή το παιδί, ή την χρήση της Μ. Δ. από το παιδί ώστε να παρατείνει την εξάρτηση από τον κόσμο των μεγάλων.

Οι γονείς θα πρέπει να έχουν έγκυρη και κατανοητή (για αυτούς) πληροφόρηση σχετικά με το πρόβλημα του παιδιού. Αυτό είναι σημαντικό διότι διαμορφώνει τις προσδοκίες τους απέναντι σε αυτό. Θα πρέπει, για παράδειγμα, να γνωρίζουν πως η Μ.Δ. επιδρά σε κάποιες πλευρές της συμπεριφοράς του παιδιού στο σπίτι.

Επίσης, θα πρέπει να τους δοθεί επαρκής πληροφόρηση, ώστε να καταλάβουν πως οι Μ.Δ. του συγκεκριμένου παιδιού επιδρούν στις δραστηριότητες της οικογένειας (Ziegler & Holden, 1988). Είναι σημαντικό να γνωρίζουν ότι ο ρόλος τους είναι να 'διευκολύνουν' την ανάπτυξη του παιδιού (Winnicot, 1945), όχι να παρεμβαίνουν καταλυτικά (π.χ. να κάνουν εκείνοι τις εργασίες του παιδιού ή να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες που το ίδιο το παιδί μπορεί να κάνει).

Ο σχεδιασμός παρέμβασης θα πρέπει να αρχίζει πάντα με την εκτίμηση της μαθησιακής δυσκολίας. Μια σημαντική ερώτηση που θα πρέπει να απαντηθεί κατά τη διαδικασία της διάγνωσης είναι εάν τα προβλήματα στη συμπεριφορά του παιδιού είναι η αιτία της χαμηλής σχολικής του επίδοσης ή το αντίστροφο. Η ύπαρξη Μ.Δ. θα πρέπει να αντιμετωπισθεί πριν από κάθε άλλη παρέμβαση (Silver, 1989). Οι ειδικοί θα πρέπει να συμπεριλάβουν στο θεραπευτικό τους σχήμα την οικογένεια, την κοινότητα και το σχολείο (Aponte, 1976).

Η αντιμετώπιση είναι πολύπλευρη και εξατομικευμένη. Σε κάποιες οικογένειες οι ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση είναι αρκετή. Σε αυτή τη περίπτωση οι γονείς 'διδάσκονται' πώς να βοηθούν τα παιδιά τους σωστά στα μαθήματα. Ο ειδικός προσπαθεί να καλυτερέψει το τρόπο διδασκαλίας των γονιών και γενικότερα, το βαθμό και το είδος της γονικής εμπλοκής (Steinert et al., 1981).

Μετά τη διάγνωση των χαρακτηριστικών της Μ.Δ., θα πρέπει η ομάδα των ειδικών να αποφασίσει την επιλογή του σχεδίου παρέμβασης. Μια θεμελιώδης ερώτηση που πρέπει να απαντηθεί η εξής: *Η παρέμβαση θα είναι μόνο εκπαιδευτική ή και ψυχολογική;*

Παρά το ότι έχει συχνά υποστηριχθεί ότι η επίλυση των οικογενειακών συγκρούσεων επιδρά θεραπευτικά και στις δυσκολίες που σχετίζονται με την ύπαρξη Μ.Δ (Haufrecht & Mitchel, 1978), ωστόσο, η ψυχολογική παρέμβαση με τη στενή έννοια της θεραπείας, δεν συνιστά μια παγιωμένη πρακτική στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών. Αυτό εξηγεί και το γεγονός ότι οι αναφορές στα αποτελέσματα της εφαρμογής της ψυχαναλυτικής ή γνωσιακής θεραπείας σε παιδιά με Μ.Δ. είναι ελάχιστες (Hollins & Sinason, 2000).

Ωστόσο, στις περιπτώσεις όπου η οικογένεια εμφανίζει έντονη και κυρίως μόνιμη δυσλειτουργία, τότε η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη. Το κύριο κριτήριο της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η διαπίστωση ότι η οικογένεια βιώνει την ύπαρξη της Μ.Δ. ως ένα τραύμα που αδυνατεί να ξεπεράσει (Hollins & Sinason, 2000). Επιπλέον, ο κλινικός ψυχολόγος θα πρέπει να λάβει υπόψη του την φάση του κύκλου ζωής που βρίσκεται η οικογένεια καθώς και την ύπαρξη άλλων αγχογόνων βιωμάτων στη ζωή της.

Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητο να ενισχυθεί η γονική εμπλοκή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Οι γονείς μπορούν να εμπλακούν στην εκπαιδευτική διαδικασία με πολλούς τρόπους. Η εμπλοκή τους κυμαίνεται από τη συμμετοχή τους σε ομάδες διαχείρισης της συμπεριφοράς της οικογένειας μέχρι την παροχή βοήθειας στον δάσκαλο στην τάξη.

Στις περιπτώσεις που θα κριθεί αναγκαίο να υπάρξει θεραπευτική παρέμβαση, θα πρέπει να επιλεχθεί το καταλληλότερο θεραπευτικό σχήμα.

Στην επιλογή *του θεραπευτικού του σχήματος* θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα εξής:

- *Ατομική θεραπεία:* Το θεραπευτικό αυτό σχήμα είναι κατάλληλο στην περίπτωση όπου κρίνεται ότι δεν είναι απαραίτητο να εμπλακούν οι γονείς στη θεραπεία, ή δεν υπάρχει πρόσβαση σε αυτούς (πρόβλημα γλώσσας, ύπαρξης ψυχικής ασθένειας, τρόπος ζωής, άρνηση συμμετοχής). Σε αυτή τη περίπτωση, η θεραπεία μπορεί να συμπεριλάβει μόνο το παιδί.
- *Παράλληλη θεραπεία των γονιών και του παιδιού με τον ίδιο ή διαφορετικό θεραπευτή:* Το θεραπευτικό αυτό σχήμα ενδείκνυται στις περιπτώσεις όπου οι γονείς εκφράζουν έντονο θυμό προς το παιδί ή δυσλειτουργούν έντονα, με την παρουσία του παιδιού. Επίσης, είναι κατάλληλη στις περιπτώσεις υπερβολικής εμπλοκής με το παιδί. Σε αυτές τις περιπτώσεις η παράλληλη θεραπεία δίνει το μήνυμα της ιδιωτικότητας και της αυτονομίας των μελών της οικογένειας. Επίσης, ενδείκνυται όταν υπάρχει ένα οξύ συζυγικό πρόβλημα. Στη περίπτωση αυτή η παράλληλη θεραπεία, θα βοηθήσει να ξεκαθαριστεί σε ποιο βαθμό η δυσαρέσκεια των συζύγων συνδέεται με τη Μ.Δ ή με τη δυναμική της δικής τους σχέσης. Τέλος, η παράλληλη θεραπεία συνιστάται σε περιπτώσεις παιδιών που έχουν βιώσει τέτοιο βαθμό στέρησης, ώστε τους είναι αδύνατον να μοιραστούν την προσοχή και τον χρόνο του θεραπευτή με κάποιον άλλο.
- *Οικογενειακή θεραπεία:* Η συμμετοχή όλης της οικογένειας στη θεραπεία είναι η καλύτερη επιλογή θεραπείας, όταν είναι εφικτό. Η παρέμβαση στοχεύει στο σύνολο του οικογενειακού συστήματος και επιπλέον, δίνει τη δυνατότητα στον θεραπευτή να καταλάβει τη δυναμική όχι μόνο της οικογένειας ως συστήματος αλλά και του κάθε μέλους της. Ο οικογενειακός θεραπευτής, ανάλογα με τον θεωρητικό προσανατολισμό του, θα επικεντρωθεί σε αντίστοιχα πεδία της λειτουργίας της οικογένειας, όπως: τη δομή της (όρια, ιεραρχία, τρίγωνα), την επικοινωνία (δυσλειτουργικά πρότυπα αλληλεπίδρασης, ασαφής, παράδοξη επικοινωνία), τις αφηγήσεις (τη νοηματοδότηση της συνθήκης της), την ασυνείδητη αλληλεπίδραση (μύθοι, προβολικές ταυτίσεις, αμυντικές σκιαγραφήσεις) κ.λ.π.
- *Ομαδική θεραπεία γονέων ή συμβουλευτική ομοιοματικών ομάδων:* Η ομαδική θεραπεία ή η συμβουλευτική γονιών που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα είναι πολύ σημαντική διότι βοηθά τους γονείς να βγουν από τον φαύλο κύκλο της ανεπάρκειας, εξάρτησης και του θυμού. Επίσης, συγκεκριμένοι παράγοντες της ομαδικής θεραπείας, όπως η παγκοσμιότητα, στηρίζουν τους γονείς, διότι διαπιστώνουν ότι δεν είναι μόνοι στο πρόβλημά τους. Φυσικά, είναι απαραίτητη η συμμετοχή και των δυο γονιών στη θεραπευτική ομάδα.

Βιβλιογραφία

Abrams, J.C., & Kaslow, F.W. (1976). Learning disability and family dynamics: a mutual interaction. *Journal of clinical child psychology,* 35-40.

Abrams, J.C. (1991). The affective component: Emotional needs of individuals with reading and related learning disorders. *Reading and Writing Quaterly*, *7*(3),171-182.

Aponte, H. (1976). The family school interview: An ecostructural approach. *Familly Process, 15*, 303-311.

Baker, D.B., & Mc Cal, K. (1995). Parenting stress in parents of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Parents of children with learning disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, *1*, 57-68.

Carol, S.S., & Grosser, G.S. (1993). The social misperception syndrome in children with learning disabilities: Social causes versus neurological variables. *Journal of learning disabilities, 26*, 178-189.

Christenson, S.L. (1990). Differences in students' home environments: The need to work with families. *School Psychology review, 19*, 505-517.

Culbertson, J.L., & Silovsky, J.F. (1996). Learning disabilities and Attention Deficit Hyperactivity Disorders: Their impact on children's significant others. In F.W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns.* U.S.A.: Wiley & Sons.

Doane, J.A. (1985). Parental communication deviance and offspring psychopathology. In L. L'Abate (Ed.), *Handbook of family psychology and therapy* (Vol. 2). Homewood, Dorsey Press.

Dyson, L. (1996). The experiences of families of children with disabilities: parental stress, family functioning, and sibling self concept. *Journal of learning disabilities, 29*, 280-286.

Epstein, J., Berg-Cross, G., & Berg-Gross, L. (1980). Maternal expectations and birth order in families with learning disabled and normal children. *Journal of Learning Disabilities, 13*, 273-280.

Green, J.B. (1989). Learning to learn and the family system: New perspectives on underachievement and learning disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 15*(2), 187-203.

Green, J.B. (1990). Family communication and children's learning disabilities: Evidence for Cole's theory of interactivity. *Journal of learning disabilities, 23*(3), 145-148.

Haufrecht, B., & Mitchel, C. (1978). Family systems and learning problems: A treatment model. *Social Casework, 59*, 579-587.

Hollins, S., & Sinason, V. (2000) Psychotherapy, learning disabilities and trauma: New perspectives. *The British journal of psychiatry, 176*, 32-36.

Holt, R.R. (1967). The development of the primary process: A structural view. In *Motives and thoughts: Psychoanalytic essays in honor of David Rapaport.* New York: International Universities Press.

Knapp, H.D., & Kaye, S. (1980). Family patterns leading to learning disability: A cognitive approach. Family patterns leading to learning disability: A cognitive approach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *11*(2), 167-177.

Kaye, S. (1982). Psychoanalytic perspectives on learning disability. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 13*(1), 83-93.

Margalit, M., & Heiman, T. (1986). Learning – disabled boy's anxiety, parental anxiety, and family climate. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*, 248-253.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Cambridge: Harvard University Press.

Poikkeus, A.M., Ahonen, T., Ndrhi, V., Lyytinen, P., & Puttonen-Rasku, H. (1999). Language problems in children with learning difficulties: Do they interfere with maternal communication? *Journal of Learning Disabilities, 32*(1), 22-35.

Sausse, S. (1996). *Le Miroir Brise. L'enfant handicape, sa famille et la Psychanalyse.* Paris: Calmann-Levy.

Shapiro, R.L., & Zinner, J. (1990). The family group as a single psychic entity: Implications for acting out in adolescence. In J.S. Scharff (Edit.), *Foundations of Object relations Family therapy* (p.p. 187-202). N. J: Jason Aronson

Silver, L.B. (1989). Psychological and family problems associated with learning difficulties: assessment and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 319-325.

Singer, M.T., Wynne, L.C., & Toohey, M.L. (1978). Communication disorders and the families of schizophrenics. In L.C. Wynne, R.L. Cromwell, S. Matthysse (Eds), *The nature of schizophrenia.* New York: Wiley .

Steinert, Y.E., Campbell, S.B., & Kiely, M. (1981). A comparison of maternal and remedial teacher teaching styles with good and poor readers. *Journal of Learning Disabilities, 14*, 38-42.

Toro, P.A., Guare, J., & Liebenstein, N.L. (1990). A Comparison of children with and without learning disabilities on social problem-solving skill, school behavior and family background. *Journal of Learning Disabilities, 23*(2), 115-120.

West, S. (2000). *Just a shadow: A review of support for fathers of children with disabilities.* Birmingham, U.K: Handsel Trust.

Wilchesky, M., & Reynolds, T. (1986). The Socially deficient LD child in context. A systems approach to assessment and trestment. *Journal of Learning Disabilities, 19,* 411-415.

Ziegler, R., & Holden, L. (1988). Family therapy for learning disabled and attention deficit disordered children. *American Journal of Orthopsychiatry, 58*, 196-210.

Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books.