

# 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*David Scrutton*

Στην πρώτη έκδοση του βιβλίου προσπάθησα να πείσω τους υποστηρικτές των τότε σύγχρονων και γενικά αποδεκτών μεθόδων αντιμετώπισης της εγκεφαλικής παράλυσης να γράψουν για τις μεθόδους τους. Ο κάθε συγγραφέας έπρεπε να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη δομή στο κεφάλαιο του σχετικά με τους σκοπούς, το σκεπτικό και τις μεθόδους της συγκεκριμένης αγωγής. Ο σκοπός ήταν να αποσαφηνιστεί η όποια σύγχυση και η μυστικότητα, την οποία αντιμετώπιζαν οι μη θεραπευτές (και όχι λίγοι από τους θεραπευτές), δύτιν προσπαθούσαν να εξερευνήσουν τις πρακτικές αυτές. Παρόλα αυτά, η στάση σχετικά με τις αγωγές αυτές έχει αλλάξει, και σήμερα αυτή η μάλλον διδακτική και διαχωριστική προσέγγιση δεν είναι κατάλληλη και θεωρείται ξεπερασμένη. Λέγεται ότι οι άνθρωποι διαχωρίζουν τη θέση τους, ή συμμετέχουν. Υπό την έννοια αυτή, ίσως το πρώτο βιβλίο αφορούσε στο πρώτο, ενώ η παρούσα έκδοση ενθαρρύνει το δεύτερο.

Από τότε που η Jennie Colby στο τέλος του 19<sup>ο</sup> αιώνα (Slominski 1984) διαχώρισε τη θεραπεία (όποια και αν ήταν αυτή) των παιδιών με εγκεφαλικές κινητικές διαταραχές και καλή νοημοσύνη από αυτή των παιδιών με σοβαρή αναπτυξιακή καθυστέρηση, έχουν εμφανιστεί και προωθηθεί νέες ιδέες, αφήνοντας πίσω τους ίχνη, τα οποία έχουν ενσωματωθεί στην γενικά αποδεκτή αντιμετώπιση των παιδιών αυτών. Η πρώτη έκδοση είχε την τύχη να δημοσιευτεί σε μια χρονική περίοδο, όπου η αντιλογία σχετικά με το ποια μέθοδος αντιμετώπισης είναι η καλύτερη ήταν στα ύψη, οπότε εκφράστηκαν πολλές αντιπροσωπευτικές απόψεις. Αυτού του είδους η συζήτηση συνεχίζεται μέχρι και σήμερα και θα συνεχιστεί, μέχρι να υπάρχουν επαρκή ερευνητικά στοιχεία που να καταδεικνύουν ποια μέθοδος είναι η σωστή (βλέπε τα Κεφάλαια 4 & 5). Καθώς όμως νέες ιδέες, και κυρίως γνώσεις, παρεισφέρουν, τα περισσότερα επιχειρήματα σταδιακά και διακριτικά έχουν αποσυρθεί στην ιστορία, και μερικές, κάποτε πρωτοποριακές, μέθοδοι αντιμετώπισης αποτελούν πλέον κοινή πρακτική. Οι καθιερωμένες πρακτικές, πάντως, δεν εξαφανίζονται μέσα σε μια νύκτα, και κάποιες αγωγές έχουν επιβιώσει υιοθετώντας μοντέρνες πρακτικές σε τέτοιο βαθμό, ώστε πλέον δεν αντιπροσωπεύουν πια αυτό που συνεχίζουν να επαγγέλλονται (βλέπε Κεφάλαιο 10). Προσποιούμενες ότι είναι διαφορετικές, και με κάποιο τρόπο «ξεχωριστές», στην πραγματικότητα εφαρμόζουν μόνο κάποια συγκεκριμένα τμήματα από την κοινή δεξαμενή των διαθέσιμων μέσων, και κρύβουν την πραγματικότητα πίσω από τη χρήση εξειδικευμένης ορολογίας.

Οι μέρες, όπου κάποιοι κήρυξαν τον «ένα και μοναδικό τρόπο» τους, έχουν παρέλθει. Αντί της βεβαιότητας υπάρχει η έρευνα, και η θεραπεία εξελίσσεται. Αυτή η αλλαγή συνοδεύεται από μια άλλη, μεγαλύτερη αλλαγή. Όσοι από εμάς θεωρούσαμε ότι η οικογένεια ήταν το κλειδί για την επιτυχία, ή την αποτυχία της αντιμετώπισης της ΕΠ, είχαμε κάποτε να αντιμετωπίσουμε ένα επαγγελματικό περιβάλλον, το οποίο θεωρούσε ότι ήταν εκτός του χώρου θεραπείας ως «καλό» αλλά και ως «δεύτερο καλύτερο». Πιστεύω ότι και αυτό πλέον έχει περάσει στην ιστορία (βλέπε Κεφάλαιο 3). Είναι πλέον γενικά αποδεκτό ότι η αποδοτικότητα κάθε αγωγής βασίζεται στο καθημερινό περιβάλλον του παιδιού, και η αντίθετη άποψη αποτελεί επαγγελματική οίηση. Ήδη από τη δεκαετία του 1940 η Eirene Collis το είχε καταλάβει, αλλά ακόμη και αυτή, παρόλη την επιθετική ολιστική προσέγγιση της, δεν μπορούσε να το γράψει και να απεμπολήσει τόση πολλή επαγγελματική «δύναμη» (Collis 1947). Πριν από τριάντα χρόνια κάποιος με ρώτησε σε μια ημερίδα ποιο

ήταν το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό που αναζητούσα σε έναν θεραπευτή, όταν του έπαιρνα συνέντευξη, και εγώ απάντησα «η ταπεινοφροσύνη». Το κοινό δεν βρήκε την απάντησή μου καλή. Η ταπεινοφροσύνη ακόμη χρειάζεται, αλλά τώρα τουλάχιστον βρίσκεται πιο εύκολα.

Συνεπώς, οι ανάγκες, που έπρεπε να καλύψει η πρώτη έκδοση, μάλλον δεν υπάρχουν σήμερα, και μια νέα έκδοση ήταν απαραίτητη. Οι αλλαγές, που έγιναν τα τελευταία χρόνια, υπαγόρευαν τη συγγραφή της νέας έκδοσης από αυτούς, που βρίσκονται στην αιχμή των σύγχρονων πρακτικών. Ο στόχος ήταν να υπάρξει ένας συνδυασμός εθνικοτήτων, ευρείας γνώσης και κλινικής, ακαδημαϊκής και ερευνητικής εμπειρίας σχετικά με την αντιμετώπιση παιδιών με εγκεφαλική παράλυση. Ο στόχος αυτός εκπληρώθηκε πλήρως με την προσπάθεια της Diane Damiano (από τις ΗΠΑ) και της Margaret Mayston (από την Αυστραλία, η οποία τώρα εργάζεται στην Αγγλία). Από κοινού αποφασίσαμε να μην προσπαθήσουμε να ανανεώσουμε την πρώτη έκδοση, η οποία από μόνη της αποτελεί μια αναφορά σε περασμένους καιρούς, αλλά αντίθετα να σχεδιάσουμε ένα εντελώς διαφορετικό βιβλίο.

Δεν πρόκειται για ένα βιβλίο σχετικά με το πώς αντιμετωπίζεται η ΕΠ, αλλά για ένα βιβλίο, το οποίο εξηγεί στους θεραπευτές, τους iατρούς, τους δασκάλους, τους φροντιστές και τους γονείς γιατί κάνουμε ότι κάνουμε, πώς σκεπτόμαστε και τι είναι πιθανόν να συμβεί στο μέλλον. Στοχεύει να προσφέρει κάτι σε όλους, όσοι ασχολούνται με την ανατροφή και την αντιμετώπιση των παιδιών αυτών (βλέπε Κεφάλαια 10,11 & 13).

### Τι συμβαίνει κατά τη διάρκεια της «αγωγής»;

Από την παρατήρηση ενός θεραπευτή, όταν ασχολείται με ένα παιδί, προκύπτουν διάφορες ερωτήσεις. Τι κάνουν; Με ποιον σκοπό; Πόσο συχνά πρέπει να το κάνουν αυτό; Πότε θα γίνει εμφανής η διαφορά; Αυτό, που ίσως δεν γίνεται άμεσα αντιληπτό, είναι ότι πολλοί, λιγότερο έμπειροι θεραπευτές είναι και αυτοί μπερδεμένοι, και πολλοί εφαρμόζουν την αγωγή, έχοντας την ενοχλητική αίσθηση ότι υπάρχουν «καλύτερες» αγωγές από τη δική τους, που γίνονται «κάπου αλλού» (Scrutton 2000). Αυτό οφείλεται στο ότι, όσοι αναφέρονται στις διάφορες μεθόδους, το κάνουν με υπερβολικό τρόπο, ώστε να φαίνεται (και κάποιοι το υποστηρίζουν ευθέως) πόσο αποτελεσματική είναι η αγωγή. Οι θεραπευτές με λίγη πείρα τους πιστεύουν (καθώς ποιος επαγγελματίας δεν θέλει να είναι πιο αποτελεσματικός); Όταν όμως δεν μπορούν να σταθούν στο ύψος των προσδοκιών τους, αρχικά τείνουν να κατηγορούν την ανικανότητά τους, παρά τα φουστωμένα λόγια. Κάποιες «επώνυμες» προσεγγίσεις συνοδεύονται από υπερβολικές αξιώσεις, και το αυτό μπορεί να ειπωθεί για, π.χ. κάποιες αρκετά απλές τεχνικές αντιμετώπισης και καινοφανή σχέδια ορθωτικών μέσων.

Πολύ λίγες από τις αγωγές για την ΕΠ έχουν διερευνηθεί πλήρως. Η πλειονότητα της συμβατικής κλινικής πρακτικής βασίζεται είτε στον «κοινό νου» (για παράδειγμα: τα παιδιά νιώθουν πιο άνετα και χρησιμοποιούν καλύτερα τα χέρια τους όταν κάθονται σε καθίσματα ειδικά σχεδιασμένα για αυτά), ή σε κλινικές παρατηρήσεις, των οποίων η ορθότητα έχει αποδειχτεί από τη δοκιμασία του χρόνου. Στην πρώτη έκδοση προσπάθησα να εξετάσω το θέμα της αγωγής από την προοπτική του ορισμού στόχων, και αναφερόμουν σε αυτό με τον τίτλο «Θέσπιση στόχων». Θεωρώ ότι ίσως έκανα λάθος, καθώς όλοι, όσοι εφαρμόζουν μια αγωγή, πιστεύουν ότι έχουν έναν στόχο (όσο ασαφής ή πεπλανημένος μπορεί να είναι), ενώ αυτό που ήθελα να τονίσω είναι ότι οι στόχοι πρέπει να είναι συγκεκριμένοι και να έχουν χρονοδιάγραμμα, αντί για π.χ. «να κάθεται το παιδί καλύτερα», ή κάτι παρόμοιο. Τι πρέπει λοιπόν να αναζητεί ένας παρατηρητής κατά την ανάλυση μιας θεραπευτικής συνεδρίας;

1. ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ Η ΑΓΩΓΗ ΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ;  
Υπάρχει ένα φάσμα πιθανών στόχων, που καλύπτονται από κάθε προσέγγιση. Στο πιο ριζοσπαστικό άκρο του φάσματος αυτού υπάρχουν τρεις προσεγγίσεις, οι οποίες ισχυρίζονται ότι μεταβάλλουν τη δομή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ): δυο μόνο

κατά τη βρεφική ηλικία (Katona και Vojta) και μια σε οποιαδήποτε ηλικία (Doman). Εντός του φάσματος αυτού υπάρχουν προσεγγίσεις που στοχεύουν στην εκπαίδευση του ΚΝΣ. Πώς διαφέρει αυτό από τη «μεταβολή» και τι σημαίνει η «εκπαίδευση» και η «μεταβολή» είναι αντικείμενο συζήτησης (βλέπε Κεφάλαιο 6). Οι λέξεις αυτές χρησιμοποιούνται σε πολλές περιπτώσεις χωρίς περιορισμούς. Κάποιες από τις προσεγγίσεις αυτές στοχεύουν στη μεταβολή των βασικών κινητικών προτύπων (π.χ. Bobath/NDT), τα οποία στη συνέχεια «έίναι διαθέσιμα» για κάθε λειτουργία. Ένω δυο συγκεκριμένες προσεγγίσεις επικεντρώνονται στην εκπαίδευση εξατομικευμένων λειτουργιών [Collis και Επαγωγική Εκπαίδευση (ΕΕ)], η μια από αυτές (ΕΕ) και οι περισσότερες «συμβατικές» προσεγγίσεις εστιάζονται στην επίδειξη εναλλακτικών στρατηγικών, που είναι οι καλύτερες δυνατές για το συγκεκριμένο παιδί, προκειμένου να επιτύχει έναν συγκεκριμένο στόχο. Στο άλλο άκρο του φάσματος βρίσκεται ένα είδος αγωγής, το οποίο ενσωματώνει εν μέρει τις προσεγγίσεις για εκπαίδευση της λειτουργικότητας και απόκτησης προτύπων, που συχνά αποκαλείται (συνήθως υποτιμητικά) «παραδοσιακή» ή «συμβατική» αντιμετώπιση, και αναφέρεται στην εφαρμογή «ασκήσεων» για την ενδυνάμωση αδύναμων μυών, στη διάταση ανελαστικών αρθρώσεων, στην εξάσκηση της χρήσης των άνω άκρων, στη διόρθωση της στάσης, της ισορροπίας και της βάσισης. Αυτή η τελευταία προσέγγιση γίνεται μάλλον πιο εύκολα αντιληπτή από τους περισσότερους μη ειδικούς, επειδή έτσι αντιλαμβάνονται τη «φυσικοθεραπεία» και την «άσκηση». Αν και η «συμβατική» αυτή αγωγή δεν είναι η μόνη προσέγγιση για την πρόληψη της δευτερεύουσας παθολογίας, είναι μάλλον ο πιο άμεσος τρόπος. Αυτό οφείλεται στο ότι μερικές από τις άλλες προσεγγίσεις θεωρούν ότι το συνολικό αποτέλεσμα της εφαρμογής τους είναι η παραγωγή στάσεων και κινήσεων που δεν θα επιφέρουν παραμόρφωση, ενώ η «συμβατική» αγωγή στοχεύει άμεσα στην πρόληψη, ή τη διόρθωση αυτής της δευτερεύουσας παθολογίας.

## 2. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ;

Οι τρόποι παρέμβασης μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- *Προσεγγίσεις, οι οποίες επιδρούν κατευθείαν σε αυτό που χρήζει μεταβολής.* Για παράδειγμα, αν οι κινήσεις του γόνατος δεν διαθέτουν αρκετή δύναμη, η παρέμβαση εφαρμόζεται στους μυς που δρουν στην άρθρωση του γόνατος. Αν μια άρθρωση είναι δύσκαμπτη, κινητοποιείται.
- *Νευροφυσιολογικές προσεγγίσεις.* Πρόκειται για προσεγγίσεις που βασίζονται σε διάφορες παραμέτρους της νευρολογικής λειτουργίας. Χρησιμοποιούν εξωδεκτικά και ιδιοδεκτικά ερεθίσματα για την αύξηση, ή ελάττωση της μυϊκής δραστηριότητας και για τη ρύθμιση της δραστηριοποίησης του ΚΝΣ. Αυτό διαφέρει αρκετά από την πρώτη κατηγορία, καθώς τα τμήματα του σώματος, στα οποία εφαρμόζεται η αγωγή, δεν είναι απαραίτητα τα τμήματα, τα οποία προσταθεί να επηρεάσει ο θεραπευτής.
- *Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις.* Σκοπός είναι η αλληλεπίδραση με το παιδί, η οποία οφείλεται περισσότερο στην «εκπαίδευση» παρά στις «ασκήσεις» ή σε σωματικές επιδράσεις, για την προαγωγή και βελτίωση της κινητικότητας και της λειτουργικότητας.

Κάθε προσέγγιση διαθέτει στοιχεία από τις υπόλοιπες, αλλά ένα είναι το κυριαρχο.

## 3. ΠΟΣΟ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΕΙΝΑΙ Η ΑΓΩΓΗ;

Κάποιες αγωγές χαρακτηρίζονται από αρκετά συγκεκριμένους και περιορισμένους στόχους, π.χ. μέθοδοι για τη χαλάρωση μιας σπαστικής μυϊκής ομάδας, ή για την αύξηση του εύρους τροχιάς μιας άρθρωσης. Άλλες μέθοδοι χαρακτηρίζονται από μια πιο γενική προσέγγιση στην ανικανότητα και αναλαμβάνουν τον ρόλο της φιλοσοφίας της αγωγής.

## 4. ΠΟΙΟΣ ΕΦΑΡΜΟΖΕΙ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ;

Για κάποιες μεθόδους απαιτούνται ειδικές δεξιότητες και εμπειρία και, αν και μπορεί να γίνει επίδειξη στους γονείς και τους φροντιστές πώς να τις εφαρμόζουν, είναι μάλλον

απίθανο να γίνουν το ίδιο ικανοί με τον θεραπευτή. Άλλες μέθοδοι έχουν σχεδιαστεί ειδικώς έτσι, ώστε να εφαρμόζονται από μη ειδικούς, και η αποτελεσματικότητά τους επαυξάνεται από τη συνεχή εφαρμογή, αντί να ελαττώνεται από την έλλειψη εμπειρίας. Αν και μπορεί να είναι πρόδηλο ότι κάποιες συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές απαιτούν ειδικές δεξιότητες από τον θεραπευτή, αυτό μπορεί να μην είναι τόσο φανερό για τις τεχνικές που εφαρμόζονται από μη ειδικούς. Η κατάστρωση ενός θεραπευτικού προγράμματος (όσο εύκολο και αν φαίνεται) και οι οδηγίες στους γονείς για την εφαρμογή του δεν είναι κάτι που γίνεται χωρίς καθοδήγηση και εμπειρία.

## 5. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ;

Ο στόχος κάποιων αγωγών είναι η βελτίωση των κινητικών προτύπων, της σταθερότητας της στάσης και του εύρους τροχιάς της κίνησης, με την προσδοκία ότι μέσω των παραπάνω θα πολλαπλασιαστούν αυτόματα οι δυνατότητες του παιδιού για κίνηση, άρα και η λειτουργικότητα. Ο άμεσος στόχος άλλων αγωγών είναι η λειτουργικότητα, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι εγγενείς συμπεριφορές και ικανότητες του παιδιού είναι βασικής σημασίας, και ότι η αγωγή, που δεν στοχεύει άμεσα σε αυτές, δεν οδηγεί αυτόματα και σε βελτίωση των καθημερινών ικανοτήτων και ενδέχεται να καθυστερήσει την ανάπτυξη άλλων παραμέτρων. Η τελευταία άποψη φαίνεται και να επικρατεί.

## 6. ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ;

Η καταλληλότητα μιας αγωγής μπορεί να εξαρτάται και από την ηλικία του παιδιού. Μια αγωγή μπορεί να θεωρηθεί ως ακατάλληλη, επειδή απαιτεί συνεργασία από το παιδί, η οποία όμως δεν είναι αναμενόμενη χωρίς κάποιο επίπεδο ωρίμανσης, ή αν απαιτεί την εφαρμογή χειρισμών από τον θεραπευτή, οι οποίοι είναι δύσκολο να πραγματοποιηθούν λόγω του μεγέθους του παιδιού. Αντίστοιχα, το σκεπτικό μπορεί να βασίζεται σε νευροαναπτυξιακές παραμέτρους, να εξαρτάται δηλαδή από την «πλαστικότητα» ενός όχι ακόμη διαμορφωμένου ΚΝΣ, με σκοπό τη διάπλαση των νέων δεξιοτήτων πριν, ή κατά τη διάρκεια της ανάδυσής τους. Συνεπώς, κάποιες αγωγές είναι κατάλληλες για συγκεκριμένες ηλικίες, ή αναπτυξιακά στάδια, ενώ άλλες μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Όπως και με κάθε κατάταξη, αυτές οι κατηγορίες δεν είναι ολοκληρωτικές. Υπάρχουν παράμετροι βάσει των οποίων υποδιαιρούνται οι αγωγές. Επιτρέπουν, όμως, τη σύγκριση μεταξύ των αγωγών, οπότε διευκολύνεται το έργο του αναγνώστη, και ειδικώς εκείνου που δεν εμπλέκεται άμεσα στην αντιμετώπιση παιδιών με ΕΠ.

## Η καλύτερη αγωγή

Μια ερώτηση, η οποία γίνεται συχνά στους θεραπευτές και τους παιδιά τρους, είναι «Ποια είναι η καλύτερη αγωγή για την εγκεφαλική παράλυση;». Δεν υπάρχει κάποια γενικά αποδεκτή απάντηση, γιατί η «καλύτερη» αγωγή είναι αυτή που είναι η καταλληλότερη για το συγκεκριμένο παιδί, τις συνθήκες (οικογένεια, σχολείο, εντοπιότητα) και τους διαθέσιμους πόρους και πηγές. Το πιο σημαντικό είναι η ύπαρξη σωστών στόχων. Τσως να είναι καλύτερο να επιτευχθεί μέρος του πιο σημαντικού στόχου, παρά ολόκληρος ένα λιγότερο σημαντικός στόχος. Μόνο όταν καθοριστεί η προτεραιότητα των στόχων μπορεί να γίνει η ερώτηση «Πώς θα τους επιτύχουμε» (γιατί σπάνια θα υπάρχει μόνο ένας στόχος, ή μόνο ένας τρόπος επίτευξής του). Ακόμη και τότε συχνά δεν είναι εφικτή η λήψη ορθών αποφάσεων, καθώς μπορεί να υπάρχουν λίγα στοιχεία για τη βέλτιστη πρακτική. Είναι γενικά αποδεκτό ότι αυτή η έλλειψη στοιχείων οφείλεται κυρίως στην πολυυπλοκότητα της κατάστασης (βλέπε Κεφάλαια 2 & 7) και στο ότι τα παιδιά, σε αντίθεση με τους ενηλίκους, μεταβάλλονται συνεχώς, με ή χωρίς αγωγή. Αν και η έρευνα σταδιακά θα περιορίζει την άγνοιά μας, είναι μάλλον απίθανο ότι θα υπάρξει ποτέ ένα απλό μοντέλο, που να βρίσκει εφαρμογή παντού.

Η αβεβαιότητα της πολύ πρόωρης διάγνωσης και η έλλειψη ακρίβειας της πρόγνωσης σημαίνουν ότι η μεταβολή της έκβασης μέσω της αγωγής θα μπορεί να εντοπιστεί μόνο μέσω δοκιμών με μεγάλο αριθμό παιδιών. Μια επίπτωση, του μεγέθους των δυο περιστατικών ανά 1000 γεννήσεις, καθιστά κάτι τέτοιο δύσκολο, οπότε απαιτείται η συμμετοχή πολλών κέντρων στις δοκιμές, κάτι που με τη σειρά του εισάγει νέες δυσκολίες. Για τις δοκιμές απαιτούνται προτυποποιημένες διαγνωστικές τεχνικές και ορολογία (κάτι εξίσου δύσκολο) και προτυποποιημένη εφαρμογή της αγωγής (κάτι σχεδόν ανέφικτο για τις περισσότερες περιπτώσεις, εκτός από τις πιο απλές, π.χ. ακινητοποίηση μιας άρθρωσης με γυψονάρθηκα σε μια συγκεκριμένη γωνία για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα). Τα πιο πιθανά πεδία, όπου θα παρατηρηθεί πρώτα πρόδοσ, είναι δύο: η αξιολόγηση συγκεκριμένων τεχνικών που εφαρμόζονται σε συγκεκριμένα σημεία, τα οποία εκδηλώνονται δευτερεύοντας της ΕΠ (π.χ. πρόληψη ή διόρθωση των παραμορφώσεων – βλέπε Κεφάλαια 8 & 9), και η σταδιακή εισαγωγή πιο αξιόπιστων και πρώιμων προγνωστικών δοκιμασών, πιθανώς μέσω εκλεπτυσμένων μεθόδων αξιολόγησης της υπολειπομένης λειτουργικότητας του ΚΝΣ σε μικρή ηλικία.

### Πρώιμη αγωγή

Εν τω μεταξύ, αν και υποστηρίζουν την ανάγκη για την αντιμετώπιση μεγαλύτερων παιδιών και ενηλίκων, οι περισσότεροι θεραπευτές προτιμούν την πρώιμη αντιμετώπιση. Υπάρχει γενική συμφωνία ότι όσο πιο νεαρό είναι το παιδί, τόσο μεγαλύτερη είναι και η επίδραση της αγωγής. Υπάρχει μια πλειάδα λόγων γιατί μπορεί να ισχύει κάτι τέτοιο:

- Η παρατηρούμενη μαζική μυελίνωση και επιλογή των νευρωνικών οδών σημαίνει ότι είναι μάλλον ευκολότερο να διαμορφωθούν σωστές κινητικές συνήθειες πριν από την εγκατάσταση εσφαλμένων.
- Οι περισσότεροι γονείς αναμένουν ότι θα αφιερώσουν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου τους σε ένα βρέφος κατά τα δυο πρώτα χρόνια της ζωής του, οπότε είναι ευκολότερο και πιο ρεαλιστικό για αυτούς να συμμετέχουν σε ένα συστηματικό πρόγραμμα την περίοδο αυτή.
- Η αγωγή δεν παρεμποδίζει την εκπαίδευση και την κοινωνική ζωή του παιδιού.
- Είναι μια περίοδος, όπου οι γονείς χρειάζεται να είναι σε στενή επαφή με κάποιον, ο οποίος καταλαβαίνει τα προβλήματά τους με εποικοδομητικό τρόπο, είναι σε θέση να τους δώσει να κάνουν κάτι θετικό και μπορεί να τους βοηθήσει να ανακαλύψουν και να κατανοήσουν τις αναδυόμενες δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί τους.
- Όταν ξεκινά η αγωγή, μια από τις πρώτες ερωτήσεις, που θα κάνει ο γονέας, είναι «Θα μπορούσε η αγωγή να ήταν πιο αποτελεσματική, αν είχαμε ξεκινήσει νωρίτερα;». Η ερώτηση αυτή είναι δύσκολο να απαντηθεί πειστικά με οποιονδήποτε άλλον τρόπο, εκτός από το «ναι», διαφορετικά η επόμενη ερώτηση θα είναι «Τότε γιατί να ξεκινήσουμε τώρα;».

Η δυσκολία της διάγνωσης και μιας ακριβού πρόγνωσης πριν από την ηλικία των έξι μηνών επιτρέπει στους κυνικούς να προτάξουν ότι είναι ευκολότερο να ομαλοποιηθεί (ή ακόμη και να «ιαθεί») μια διαταραχή, που μπορεί ίσως και να μην υπάρχει, παρά μια που σήγουρα υφίσταται. Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι όντως υπάρχει μια όχι ευκαταφρόνητη αναλογία φυσιολογικών-αλλά-διαφορετικών βρεφών στην ηλικιακή ομάδα μέχρι 3 μηνών, τα οποία αντιμετωπίζονται «επιτυχώς». Ο κυνισμός αυτός από μόνος του δεν πρέπει να αποτελεί εμπόδιο για την πρώιμη αγωγή. Η πιο εφικτή πρώιμη παρέμβαση σε όλες τις περιπτώσεις, εκτός από τα πολύ πρόωρα βρέφη, βασίζεται σε στοιχεία από τη φυσιολογία και την ανατομία, έστω και αν είναι στο επίπεδο του «εκ πρώτης όψεως», καθώς και σε κοινωνικούς λόγους.

### Το δίλημμα της αγωγής

Υπάρχουν παιδιά με ΕΠ, στα οποία η αγωγή είναι άμεση, απλή και πεπερασμένη, αλλά τα παιδιά με αμφίπλευρες διαταραχές παρουσιάζουν συχνά μια πιο πολύπλοκη αναπτυξιακή ανικανότητα, εντός μιας προβληματικής οικογένειας, οπότε στις περιπτώσεις αυτές η αγω-