



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
Π.Μ.Σ. «ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ & ΕΠΙΚΤΗΤΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ»

Διπλωματική εργασία
ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ
ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Όνομα/ΑΜ

ΦΩΤΕΙΝΗ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Α.Μ. 41

Επιβλέπουσα

ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΙΚΤΩΡΙΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ιωάννινα 2019



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
Π.Μ.Σ. «ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ & ΕΠΙΚΤΗΤΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ»

Dissertation title

RESEARCH AND STUDY OF CHILDHOOD DISORDERS AND SYNDROMES

Name /AM

FOTINI PAPADOPOULOU A.M.41

Supervisor

ZAKOPOULOU VIKTORIA

PROFESSOR OF SPEECH & LANGUAGE THERAPY DEPARTMENT

Ioannina 2019

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Τόπος, Ημερομηνία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

2. Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

3. Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Υπογραφή

© Επίθετο, Όνομα, έτος.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Επίθετο, Όνομα

Υπογραφή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία, αποτελεί μια μελέτη περίπτωσης διαφόρων διαταραχών και συνδρόμων σε πληθυσμό παιδιών. Σε κάποια περιστατικά υπάρχει ίδια διάγνωση, σε κάποια ενώ έχουν ίδια διάγνωση έχουν διαφορές στον τύπο των δυσκολιών, ενώ άλλα είναι τελείως διαφορετική η διάγνωση τους. Παρακάτω, στο εισαγωγικό κομμάτι, θα αναφερθούν αναλυτικά τα τμήματα της εργασίας και άλλα σημαντικά στοιχεία. Εκτός από το θεωρητικό κομμάτι και την περιγραφή των στοιχείων των περιστατικών, θα αναλυθούν και τα ερευνητικά στοιχεία.

Λέξεις-Κλειδιά: Διαταραχή, σύνδρομο, στοιχεία.

ABSTRACT

This diploma thesis is a case study of various disorders and syndromes in a child population. In some cases there is the same diagnosis, in some patients they have the same diagnosis have differences in the type of difficulty, while others are completely different their diagnosis. Below, the introductory part will detail the sections of the work and other important elements. In addition to the theoretical part and description of the evidence of the incidents, the research data will be analyzed.

Keywords: Disorder, syndrome, elements.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ.....	i
ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ	ii
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	iii
ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
ABSTRACT	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ/ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	ix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	2
1.1 Σύνδρομο Prader – Willi	2
1.2 Σύνδρομο Williams	3
1.3 Σύνδρομο Lennox-Gastaut (LGS)	4
1.4 Σύνδρομο Coffin-Siris	6
1.5 Σύνδρομο Joubert	7
1.6 Μικροκεφαλία	9
1.7 Δισχιδής ράχη – Μηνιγγομυελοκύλη	11
1.8 Μηνιγγίωμα	15
1.9 Γλωσσική Διαταραχή	17
1.10 Μαθησιακές Δυσκολίες.....	22
2. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	27
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	90
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	104
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	107

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3.1. Κατανομή του φύλου των μαθητών του δείγματος	91
Πίνακας 3.2. Κατηγορίες διαταραχών.....	92
Πίνακας 3.3. Ευρήματα από το μαιευτικό – νεογνικό ιστορικό.....	93
Πίνακας 3.4. Θηλασμός – διαταραχή.....	94
Πίνακας 3.5. Οικογενειακό ιστορικό – διαταραχή.....	95
Πίνακας 3.6. Κοινωνικό ιστορικό – διαταραχή.....	96
Πίνακας 3.7. Άγχος αποχωρισμού - διαταραχή.....	97
Πίνακας 3.8. Ψυχοκινητικές δεξιότητες - διαταραχή.....	98

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ/ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.1.....	2
Εικόνα 1.2.....	3
Εικόνα 1.3.....	4
Εικόνα 1.4.....	6
Εικόνα 1.5.....	8
Εικόνα 3.1.....	92
Εικόνα 3.2.....	93
Εικόνα 3.3.....	94
Εικόνα 3.4.....	95
Εικόνα 3.5.....	96
Εικόνα 3.6.....	97
Εικόνα 3.7.....	98
Εικόνα 3.8.....	99

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρακάτω εργασία, αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο πρώτο κομμάτι, θα παρουσιαστούν σημαντικά θεωρητικά στοιχεία σχετικά με τον ορισμό, τα χαρακτηριστικά και τους τύπους διαφόρων συνδρόμων, ιατρικών καταστάσεων και διαταραχών. Η εργασία αναφέρεται σε διάφορα σύνδρομα όπως : 1) Το σύνδρομο Prader-Willi, 2) Το σύνδρομο Williams, 3) Το σύνδρομο Lennox-Gastaut (LGS), 4) Το σύνδρομο Coffin-Siris και 5) το σύνδρομο Joubert. Ιατρικές καταστάσεις όπως 1) Μικροκεφαλία, 2) Μηνιγγομυελοκήλη και 3) Μηνιγγίωμα. Τέλος, αναφέρονται και κάποιες διαταραχές που ανήκουν σε δύο βασικές κατηγορίες διαταραχών: 1) τις γλωσσικές διαταραχές και 2) τις μαθησιακές δυσκολίες. Στο δεύτερο κομμάτι, θα αναφερθούν τα στοιχεία 14 περιστατικών, τα οποία παρουσιάζουν τις παραπάνω διαταραχές. Συγκεκριμένα, θα αναφερθούν τα στοιχεία των αξιολογήσεων των ΚΕΔΔΥ. Αφορούν σε ιατρικά, κοινωνικά, οικογενειακά και εκπαιδευτικά στοιχεία. Καθώς και σε στοιχεία τις προσωπικότητας του παιδιού και των συνολικών εκθέσεων αξιολόγησης. Τέλος, ακολουθεί το ερευνητικό κομμάτι, όπου θα γίνει λόγος για τον τρόπο συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, την μεθοδολογία, καθώς και τις δυσκολίες που υπήρξαν στη συγκεκριμένη ανάλυση. Επίσης, θα αναφερθούν τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα τις συσχέτισης των στοιχείων των περιστατικών.

1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

1.1 Σύνδρομο Prader – Willi

Εικόνα 1.1



Υπάρχει ανωμαλία στο χρωμόσωμα 15 και η διαταραχή κληρονομείται από τον πατέρα. Είναι ένα από τα πρώτα παραδείγματα γονιδιακής εγγραφής ή αποτύπωσης, όπου η έκφραση των γονιδίων αποτυπώνεται από τον γονέα, στη συγκεκριμένη περίπτωση του άνδρα (Milner et al., 2005). Η διαταραχή συνήθως αναγνωρίζεται σύντομα μετά τη γέννηση, εξαιτίας των χαρακτηριστικών καθυστέρησης που παρατηρούνται, στο χαμηλό μυϊκό τόνο και στις αντανακλαστικές αντιδράσεις. Σε παιδιά σχολικής ηλικίας, το Prader – Willi αναγνωρίζεται με βάση τα σωματικά χαρακτηριστικά, που είναι το μικρό ύψος, μικρά χέρια και πόδια. Επίσης, τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που είναι αρκετά και είναι η παρορμητικότητα, ξεσπάσματα θυμού, ψυχαναγκαστικό φαγητό, διαταραχές της διάθεσης, πείσμα και επιθετικότητα (Dykens & Cassidy, 1995). Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από μία τριάδα συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν, εκτός από τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, ιδεοψυχαναγκαστικά γνωρίσματα και δερματολομανία (Wigren & Hansen, 2005). Η ψυχαναγκαστική λήψη τροφής καταλήγει προοδευτικά σε παχυσαρκία. Από νοητική άποψη, υπάρχει ένας βαθμός νοητικής υστέρησης που συνοδεύει το σύνδρομο και συνήθως εμπίπτει σε ένα εύρος ΔΝ 60-80 (Milner et al., 2005).

1.2 Σύνδρομο Williams

Εικόνα 1.2



Το σύνδρομο Williams ταυτοποιήθηκε το 1961 από τον νεοζηλανδό καρδιολόγο J.C. Williams. Η γενετική νευροαναπτυξιακή αυτή διαταραχή είναι σπάνια. Η διαταραχή αναπτύσσεται ως συνέπεια έλλειψης του χρωμοσώματος 7. Πρόκειται για σπάνια γενετική μετάλλαξη, τα άτομα αυτά έχουν 50% πιθανότητα να την μεταβιβάσουν στα παιδιά τους. Αποτέλεσμα της έλλειψης του τμήματος του χρωμοσώματος είναι το γονίδιο ELN, το οποίο εμπλέκεται στην δημιουργία των αιμοφόρων αγγείων, των βαλβίδων της καρδιάς και άλλων ελαστικών ιστών. Ως συνέπεια, πολλά άτομα με το συγκεκριμένο σύνδρομο, να υποφέρουν από καρδιαγγειακά προβλήματα και μπορεί να πεθάνουν πρόωρα. Άλλα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συνδρόμου είναι η υπερευαισθησία στους ήχους και ένα πρόσωπο με οίδημα γύρω από τα μάτια, μικρή μύτη με πλατιά άκρη, πλατύ στόμα, φουσκωμένα μάγουλα και χείλη και μικρό σαγόνι. Ως βρέφη, τα παιδιά αυτά έχουν συνήθως κολικούς, είναι ευερέθιστα και συχνά έχουν προβλήματα στην πρόσληψη τροφής. Τα χρόνια κοιλιακά προβλήματα είναι χαρακτηριστικά στην εφηβεία, ενώ τα περισσότερα αναπτύσσουν διαβήτη γύρω στην ηλικία των 30. Υπάρχει προσβολή του ακουστικού νεύρου και ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ήπιας ως μέτριας αισθητηριονευρικής απώλειας ακοής. (Εθνικό Ινστιτούτο Νευρολογικών Διαταραχών NINDS) .

Τα περισσότερα άτομα με σύνδρομο Williams έχουν ήπια έως μέτρια νοητική ανεπάρκεια και σχετικά επαρκώς αναπτυγμένες γλωσσικές δεξιότητες σε αντιδιαστολή με τις πολύ χαμηλές

ποιότητας δεξιότητες πρακτικής νοημοσύνης. Εμφανίζουν καλές επιδόσεις στη γλώσσα (συγκεκριμένος και πρακτικός λόγος, παρά αφηρημένος) αλλά σημαντικές αδυναμίες στους τομείς της οπτικής και οπτικο-χωρικής αντίληψης. Μόνο η ικανότητα αναγνώρισης προσώπων μένει άθικτη. Οι Rourke και συν. (2002) θεωρούν ότι τα άτομα με σύνδρομο Williams έχουν προβλήματα στην επεξεργασία κοινά με αυτά των ατόμων με μη λεκτικές μαθησιακές δυσκολίες ιδιαίτερα ως προς τις γλωσσικές δεξιότητες, αλλά με ελλείμματα στην οπτικο-χωρική λειτουργικότητα. Επίσης, κάποιο ποσοστό περί του 50% μπορεί να έχουν διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα και το άλλο μισό ειδικές φοβίες (κυρίως για δυνατούς ήχους). Τα περισσότερα είναι πολύ αγχώδη και ανησυχούν υπερβολικά. Τα άτομα με σύνδρομο Williams παρουσιάζουν αξιοσημείωτη κοινωνικότητα και τάση για κοινωνικές δραστηριότητες. Οι Bellugi και συν. (2007) περιγράφουν τα άτομα αυτά ως υπερκοινωνικά, πράγμα που περιλαμβάνει μια υπερβολική φιλική διάθεση και μεγάλη τάση προσέγγισης των άλλων, σε συνδυασμό με άγχος σχετικά με τις νέες καταστάσεις και αντικείμενα και δυσκολία δημιουργίας και διατήρησης σχέσεων φιλίας με συνομηλίκους. Παρά το άγχος για νέες καταστάσεις, τα άτομα με σύνδρομο Williams δείχνουν σημαντικά λιγότερο φόβο σε απειλητικά πρόσωπα.

1.3 Σύνδρομο Lennox-Gastaut (LGS)

Εικόνα 1.3



Πρόκειται για σοβαρή μορφή επιληψίας, η οποία εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Το σύνδρομο μπορεί να συμβεί ως δευτερογενής από μια προσβολή του εγκεφάλου κατά την προγεννητική ή νεογνική περίοδο, ή μπορεί να συμβεί ως πρωτογενής σε ένα υγιές παιδί προηγουμένως. Μπορεί να εμφανιστεί χωρίς κάποιον παράγοντα ή να ακολουθήσει τους βρεφικούς σπασμούς. Συνδέεται με πολλούς τύπους επιληπτικών κρίσεων (τονικοί, ατονικοί, άτυποι). Υπάρχει μέτρια ως σοβαρή γνωστική δυσλειτουργία και επιμονή των κρίσεων ως την ενήλικη ζωή. Εκτός από τις δυσκολίες στην κοινωνική ένταξη και φροντίδα, είναι ένα δύσκολο στην διαχείριση σύνδρομο ακόμα και από τους ειδικούς. Τα αίτια, το ιστορικό, οι τύποι των επιληπτικών κρίσεων που συνθέτουν την κλινική εικόνα, καθώς και τα ευρήματα του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος δεν είναι παθογνωμικά για το σύνδρομο. Έτσι καθίσταται δυσχερή η διάγνωση ιδιαίτερα κατά την έναρξη. Δεν υπάρχει βιολογικός δείκτης για την ανίχνευση του συνδρόμου και οι πολλές αιτίες που σχετίζονται με το σύνδρομο περιπλέκουν τη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία.

Το σύνδρομο αναγνωρίστηκε από τη σχολή Μασσαλίας στη Γαλλία το 1966, μετά την ιατρική διατριβή του Dravet και των εκδόσεων του Gastaut και των συνεργατών του και του Sorel. Ο Gastaut και οι συνεργάτες του πρότειναν τον όρο “Σύνδρομο Lennox” για να περιγράψει μια επιληπτική εγκεφαλοπάθεια που έχει εκδήλωση στην παιδική ηλικία. Οι διάφοροι τύποι εγκεφαλικών κυμάτων και οι τύποι των επιληπτικών κρίσεων, αναφέρθηκαν αρχικά από τον Lennox και Davis. Ο όρος Lennox-Gastaut εισήχθη αργότερα και απέκτησε ευρεία αποδοχή, παρόλο που τα κριτήρια για τον ορισμό έχουν τροποποιηθεί από τότε. Το σύνδρομο περιγράφηκε περαιτέρω μεταξύ 1966 και 1972 και ο ορισμός προτάθηκε από τον Beaumoir και υιοθετήθηκε από την Διεθνή Ένωση κατά της Επιληψίας Επιτροπή ταξινόμησης το 1989. Ωστόσο υπάρχει δυσκολία στη διάκριση του συνδρόμου από άλλους τύπους διαταραχών επιληψίας και σύγχυση στον ευρύ ορισμό τους.

Επιπλέον η δυσκολία διάγνωσης του συνδρόμου περιπλέκει τα πράγματα. Έτσι προτείνεται η εξέταση εκτός από τα κλινικά χαρακτηριστικά και η συσχέτιση τους με την εικόνα του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος για τη διάκριση του συνδρόμου από άλλες επιληπτικές διαταραχές. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται, όπως ελάχιστα αναφέρθηκε παραπάνω, από

επιβράδυνση της γνωστικής επεξεργασίας. Κάποια άτομα ενώ ανήκουν στα αποδεκτά όρια, έχουν δυσκολίες στην καθημερινή ζωή. Πολλά άτομα έχουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη και νευρολογικές ενδείξεις και ανωμαλίες που φαίνονται στην νευροαπεικόνιση, οι οποίες συσχετίζονται με το σύνδρομο. Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει άμεση εκδήλωση, η ανάπτυξη του παιδιού φαίνεται φυσιολογική αρχικά. Γνωστικές διαταραχές υπάρχουν σε ποσοστό 79-95%. Η διαταραχή είναι αυτοπεριορισμένη και δεν σχετίζεται με την εμφάνιση άλλων νευρολογικών συμπτωμάτων. Τέλος, ψυχιατρικές και συμπεριφορικές διαταραχές σχετίζονται με το σύνδρομο.¹

1.4 Σύνδρομο Coffin-Siris

Εικόνα 1.4



Το σύνδρομο περιγράφηκε από τους Coffin και Siris το 1970, όταν μελέτησαν τις περιπτώσεις τριών άσχετων κοριτσιών. Κληρονομείται με αυτοσωματικό επικρατητικό χαρακτήρα και πρόκειται για τρισωμία 9 p. Υποστηρίζεται ότι ένα αντίγραφο του τροποποιημένου γονιδίου σε κάθε κύτταρο είναι αρκετό για να εκδηλωθεί το σύνδρομο. Επίσης αναφέρεται ότι, το σύνδρομο δεν κληρονομείται συνήθως από έναν γονέα, αλλά προκύπτει από de novo μεταλλάξεις στο γονίδιο που γίνονται στην πρώιμη παιδική ηλικία. Σίγουρα χρειάζεται περισσότερη έρευνα και μελέτη σε αυτό το κομμάτι. Τα πέντε γονίδια που έχουν ανακαλυφθεί

ότι εμπλέκονται στην εμφάνιση του συνδρόμου είναι: ARID1B (6q25.3), SMARCA4 (19p13.3), SMARCB1 (22q11.23), ARID1A (1ξ36.1-P35), SMARCE1 (17q21.2).

Τα κύρια ανατομικά και σωματικά χαρακτηριστικά, περιλαμβάνουν κυρίως μικροκεφαλία, χονδροειδής πρόσωπο με υπερτρίχωση αν και τα μαλλιά στο κεφάλι είναι αραιά. Τα φρύδια είναι παχιά με μακριές βλεφαρίδες, η ρινοχειλική εντομή είναι επίπεδη και η άκρη της μύτης ευρεία. Το στόμα είναι μεγάλο με παχιά χείλη. Επιπρόσθετα, υπάρχουν χαλαρές αρθρώσεις και βραχυδακτυλία του πέμπτου δακτύλου και των δυο χεριών και ποδιών, με απουσία νυχιών και υποπλασία φαλάγγων. Όσο αφορά τα αναπτυξιακά και νοητικά χαρακτηριστικά υπάρχει μειωμένη εμβρυϊκή δραστηριότητα κατά την κύηση. Χαμηλό βάρος γέννησης, διατροφικές δυσκολίες στην πρώιμη βρεφική ηλικία. Μεταγεννητική επιβράδυνση της ανάπτυξης και διανοητική καθυστέρηση. Συγκεκριμένα αναφέρεται ύπαρξη σοβαρής νοητικής υστέρησης στα περισσότερα άτομα.

Υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στην ανάπτυξη των οστών και των αρθρώσεων. Μη ολοκληρωμένη ανάπτυξη των οστών. Ανωμαλίες στην ανάπτυξη των οστών της κεφαλής. Στενοί χώροι των μεσοσπονδύλιων δίσκων, σκολίωση, υποπλαστικές κλείδες, εξάρθρωση ισχίου, ανωμαλίες στις επιφύσεις και στην επιγονατίδα. Υπερτρίχωση υπάρχει στο σώμα εκτός από το πρόσωπο και στο σώμα, κυρίως στο μέτωπο και την πλάτη. Άλλα χαρακτηριστικά που μπορεί να έχουν τα άτομα με το συγκεκριμένο σύνδρομο είναι οι ανατομικές δυσπλασίες των περυγίων των αυτιών, το κοντό ανάστημα, οι οφθαλμολογικές διαταραχές, καθώς και οι καρδιολογικές διαταραχές. Επίσης ανατομικές ανωμαλίες του ΚΝΣ και των δομών του εγκεφάλου, απώλεια ακοής, δυσπλασία ουρογεννητικού και των νεφρών. Τέλος συχνές λοιμώξεις και ιδιαίτερο του αναπνευστικού λόγω ανατομικών ανωμαλιών στο πρόσωπο.⁴⁹

1.5 Σύνδρομο Joubert

Εικόνα 1.5



Το σύνδρομο είναι μια σπάνια αυτοσωματική-υπολειπόμενη διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από δυσπλασίες του εγκεφαλικού στελέχους και της παρεγκεφαλίδας. Το 1969 ο Joubert και οι συνεργάτες του μελέτησαν τέσσερα αδέρφια (τρία αγόρια και ένα κορίτσι). Παρατήρησαν, ότι παρουσίαζαν αναπνευστικά επεισόδια, μη φυσιολογικές κινήσεις των οφθαλμών, αταξία, νοητική υστέρηση, παρεγκεφαλιδική υποπλασία. Αργότερα, αναφέρθηκαν άλλα τρία περιστατικά από τους Boltsauser και Isler. Στη συνέχεια, το σύνδρομο ονομάστηκε σύνδρομο Joubert από τον επιστήμονα που το ανακάλυψε. Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι:

1. Πρώιμη υποτονία ακολουθούμενη από έντονη αταξία και γνωστική αναπτυξιακή καθυστέρηση.
2. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσώπου στην παιδική ηλικία όπως, υψηλά και στρογγυλεμένα φρύδια, ευρεία ρινική γέφυρα και μαλακός επίκανθος, μεγάλα ρουθούνια, ανοιχτό στόμα τριγωνικού σχήματος με γλώσσα συχνά στηριζόμενη στο κάτω χείλος, χαμηλά και χονδροειδείς αυτιά.
3. Χαρακτηριστική εικόνα νευροαπεικόνισης με δυσπλασία εγκεφαλικού στελέχους, παρεγκεφαλίδας και σκώληκα.
4. Αναπνευστικά επεισόδια υπέρπνοιας και άπνοιας, δυσκολίες στην κίνηση των ματιών (μεταβλητές κινήσεις, νυσταγμός, οφθαλμοπυρηνική απραξία) καθώς και φαινόμενα δυστροφίας του αμφιβληστροειδούς.

5. Αναπτυξιακή καθυστέρηση κυρίως στις γλωσσικές και κινητικές δεξιότητες, ήπια ως σοβαρή νοητική υστέρηση.
6. Φιλικά, ευχάριστα άτομα, εύκολα στην καθοδήγηση και κοινωνικά καλά ενσωματωμένα, έχουν όμως κάποιες συμπεριφορικές δυσκολίες, όπως η υπερευαισθησία στους θορύβους κυρίως σε μικρή ηλικία. Επίσης, αρκετά άτομα με το σύνδρομο, υποστηρίζεται ότι εμφανίζουν αυτιστικές συμπεριφορές όπως αυτοκαταστροφικό χτύπημα του κεφαλιού.
7. Άλλες διαταραχές που μπορεί να παρουσιαστούν στο σύνδρομο Joubert, είναι διαταραχές στα νεφρά, το συκώτι και η πολυδακτυλία. ²

1.6 Μικροκεφαλία

Ονομάζεται η κατάσταση στην οποία η περίμετρος της κεφαλής (ΠΚ) είναι μικρότερη από τον μέσο όρο μείον δύο σταθερές αποκλίσεις ή από την 2η εκατοστιαία θέση για την ηλικία και το φύλο. Απαραίτητη προϋπόθεση φυσικά για να διαπιστωθεί η πάθηση είναι η σωστή μέτρηση της ΠΚ με πλαστική μεζούρα και η χρήση των κατάλληλων διαγραμμάτων (πρόωρα, αγόρια, κορίτσια).

Υπάρχει διάσταση απόψεων μεταξύ των επιστημόνων για τον ορισμό της μικροκεφαλίας, επειδή μπορεί να συμβαίνει από τη γέννηση ενός εμβρύου, μπορεί όμως και να σταματήσει να μεγαλώνει το κεφάλι του παιδιού κατά τους πρώτους μήνες ή τα πρώτα χρόνια της ζωής του (Abuelo, 2007).

Η μικροκεφαλία, περίμετρος κεφαλής (ΠΚ) μικρότερη από τη 2η εκατοστιαία θέση, μπορεί να:

- Είναι οικογενής : όταν εμφανίζεται από τη γέννηση και η ανάπτυξη είναι συχνά φυσιολογική.

- Αφορά σε μια αυτοσωματική υπολειπόμενη κατάσταση: όταν συνδυάζεται με αναπτυξιακή καθυστέρηση.
- Οφείλεται σε συγγενή λοίμωξη.
- Είναι επίκτητη μετά από προσβολή του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου πχ. περιγεννητική υποξία, υπογλυκαιμία ή μηνιγγίτιδα. Συνήθως υπάρχει συνοδός εγκεφαλική παράλυση και σπασμοί.

Η αιτιολογία είναι ετερογενής και περιλαμβάνει αίτια που σχετίζονται με την ανάπτυξη του εγκεφάλου, τα οποία μπορούν να επιδράσουν πριν ή μετά τη γέννηση. Η μικρή περιφέρεια του κεφαλιού οφείλεται κυρίως σε ανεπαρκή ανάπτυξη του εγκεφαλικού ιστού, που οδηγεί σε μείωση του εγκεφαλικού όγκου, ενώ σπανίως μπορεί να προκληθεί από ανωμαλία των οστών του κρανίου, όπως η πρώιμη κρανιοσυνοστέωση. Μπορεί να κληρονομείται με αυτοσωμικό υπολειπόμενο ή επικρατούντα χαρακτήρα. Συχνά, συνδυάζεται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες όπως τρισωμίες 13 και 18.

Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την έκταση της εγκεφαλικής ανωμαλίας.

Οι κλινικές εκδηλώσεις που συνοδεύουν τη μικροκεφαλία είναι επίσης ποικίλες. Όσον αφορά στην πρόγνωση, το 90% των ζώντων παιδιών που γεννιούνται με μικροκεφαλία παρουσιάζουν πνευματική υστέρηση. Γενικά έχουμε νοημοσύνη χαμηλότερη του μέσου όρου, όχι όμως πάντα. Σε άλλες περιπτώσεις εμφανίζονται και σοβαρότερα νευρολογικά προβλήματα όπως σπαστικότητα και επιληψία (ανθεκτική).

Συγκεντρωτικά, θα λέγαμε ότι ανάλογα με τη σοβαρότητα του συνοδευτικού συνδρόμου, παιδιά με μικροκεφαλία μπορεί να έχουν:

1. Νοητική στέρηση.
2. Καθυστέρηση κινητικών λειτουργιών.
3. Καθυστέρηση στην ομιλία.
4. Μαθησιακές δυσκολίες.
5. Κάποια παιδιά θα έχουν μόνο ήπιες μαθησιακές δυσκολίες.

6. Δυσκολίες με το συντονισμό.
7. Υπερκινητικότητα.
8. Εγκεφαλική παράλυση.
9. Επιληπτικές κρίσεις.
10. Δυσκολίες με την ισορροπία.
11. Άλλες νευρολογικές διαταραχές.
12. Προβλήματα στην όραση.
13. Στρεβλώσεις του προσώπου.
14. Νανισμό ή κοντό ανάστημα.
15. Κύρτωση / καμπούριασμα της πλάτης.
16. Καρδιαγγειακά νοσήματα.
17. Επιθετική συμπεριφορά.
18. Οξυθυμία.

Άλλα παιδιά που - κατά τα άλλα μεγαλώνουν και ανταπτύσσονται κανονικά - θα έχουν κανονικό δείκτη νοημοσύνης, θα συνεχίζουν να αναπτύσσονται φυσιολογικά και θα έχουν τις ίδιες ικανότητες με τα συνομήλικα παιδιά (Abuelo, 2007).⁵

1.7 Δισχιδής ράχη – Μηνιγομυελοκύλη

Η δισχιδής ράχη είναι η πιο συχνή πάθηση από μια μεγάλη κατηγορία συγγενών ανωμαλιών που χαρακτηρίζονται ως ανωμαλίες του νευρικού σωλήνα της νηπιακής και της παιδικής ηλικίας (Bowman, McLone, Grant & Tomita, 2001). Πρόκειται για μια αναπτυξιακή ανωμαλία κατά τη γέννηση που προκλήθηκε από το ελλιπές «κλείσιμο» των εμβρυικών κυττάρων του νευρικού σωλήνα. Συγκεκριμένα, ένα μέρος της σπονδυλικής στήλης και των

νεύρων που ελέγχουν τους μύες και τις αισθήσεις στο κατώτερο μέρος του σώματος δεν αναπτύσσεται φυσιολογικά (Αλευριάδου & Γκιαούρη, 2012).

Ένας άλλος ορισμός μας αναφέρει ότι δισχιδής ράχη ονομάζεται μια περίπλοκη γενετική ατέλεια της σπονδυλικής στήλης. Αυτή η γενετική ατέλεια εμφανίζεται κατά της διάρκεια της εμβρυογένεσης, όπου ένας ή περισσότεροι σπόνδυλοι της σπονδυλικής στήλης που περικλείουν τον αναπτυσσόμενο νωτιαίο μυελό, αντί να συγκλίνουν - όπως θα έπρεπε - παραμένουν ανοικτοί. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει αποτυχία να ενωθούν σωστά τα 2 μισά των σπονδυλικών τόξων. Σαν επακόλουθο υπάρχει αδυναμία σύγκλισης των σπονδύλων και ολοκλήρωσης του νευρικού σωλήνα. Συνήθως γίνεται εμφανής κατά την 6η εβδομάδα της κύησης. Συχνότερα, η ανωμαλία αυτή εμφανίζεται στην κατώτερη θωρακική, την οσφυϊκή και την ιερή περιοχή (90% οσφυοϊερά, 6% στο θώρακα και 3% στον αυχένα). Όταν δεν παρατηρείται άλλη ανωμαλία και η βλάβη καλύπτεται από δέρμα – πολλές φορές μελαγχρωματικό και ίσως από μικρή συλλογή τριχών, τότε πρόκειται για καλυμμένη δισχιδή ράχη που συνήθως δεν προκαλεί νευρολογικά προβλήματα εκτός και αν συνδυάζεται με άλλα αναπτυξιακά προβλήματα του νωτιαίου μυελού ή των ριζών.

Η δισχιδής ράχη μπορεί να πάρει διάφορες μορφές όπως: Α) Λανθάνουσα δισχιδής ράχη Β) Μηνιγγοκήλη Γ) Μηνιγομυελοκήλη Δ) Μυελόσχιση. Πρόκειται για διαφορετικού βαθμού δισχιδή ράχη και με διαφορετικά χαρακτηριστικά. Παρακάτω θα περιγραφεί το κομμάτι της μηνιγομυελοκήλης καθώς αυτό είναι που μελετάται.

Όσο αφορά τα αίτια, μέχρι σήμερα δεν είναι απόλυτα γνωστά, στους επιστήμονες, τα αίτια που προκαλούν τη δισχιδή ράχη. Είναι γνωστό όμως πως στην εμφάνιση της νόσου συντελούν τόσο κληρονομικοί όσο και γενετικοί παράγοντες. Ακόμα, μέσα από έρευνες έχει διαπιστωθεί πως στοιχεία όπως η βιταμίνη Β και το φυλλικό οξύ κατά της διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ιδιαίτερα σημαντικά, αφού παίζουν ρόλο στην υγιή ανάπτυξη της σπονδυλικής στήλης του εμβρύου (Αγγελοπούλου, 2006). Τα αίτια της δισχιδούς ράχης, όπως και των περισσότερων νευρολογικών διαταραχών, παραμένουν σε μεγάλο βαθμό άγνωστα και πολυπαραγοντικά. Κάποια στοιχεία δείχνουν ότι μπορεί να παίζουν ρόλο τα γονίδια σε συνδυασμό με άλλες

χρωμοσωμικές διαταραχές, σε ένα ποσοστό από 5 % έως 17 %, καθώς και συνοδά γενετικά σύνδρομα (σύνδρομο Meckel – Gruber, σύνδρομο Fraser, Τρισωμίες 13 και 18, κ.α.) (Melvin, George, Worley, Franklin, Mackey, Viles et al., 2000), ενώ σε ένα ποσοστό 60% των περιπτώσεων φαίνεται να υπάρχει κάποια οικογενειακή ή κληρονομική προδιάθεση (Barnes, Taylor, Landry, & English, 2010. Kibar, Capra, & Gros, 2007). Σε αντίθεση με τα ποσοστά εμφάνισης στον γενικό πληθυσμό, στις οικογένειες ο κίνδυνος επανεμφάνισης της δισχιδούς ράχης σε ένα νέο μέλος αυξάνεται, όσο αυξάνεται ο αριθμός των συγγενών που παρουσιάζουν αυτήν τη διαταραχή (Αλευριάδου & συν., 2012).

Η μηνιγγομυελοκήλη, αφορά σε μια μορφή της πάθησης, όπου ο νωτιαίος μυελός εσωκλείεται στην κύστη. Αυτή θεωρείται και η πιο σοβαρή μορφή της πάθησης, αφού οδηγεί πάρα πολλά άτομα που πάσχουν σε αναπηρία και αναφέρεται στο 70% των περιστατικών επίσης, συνδυάζεται συχνά με υδροκέφαλο (Willis, 1993). Στη μυελομηνιγγοκήλη, η κύστη περιέχει εκτός από υγρό (ENY), νεύρα, και μέρος του νωτιαίου μυελού, ο οποίος με τη μεμβράνη που εξέρχεται από τη ράχη του νεογνού πρέπει να κλειστεί με χειρουργική επέμβαση. Τα βρέφη με μυελομηνιγγοκήλη έχουν συγκεκριμένα έναν σάκο (π. χ. μάζα που προεξέρχεται από το πίσω μέρος), μπορεί να καλύπτεται από ένα στρώμα του δέρματος αλλά, όχι πάντα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα νεύρα του νωτιαίου μυελού μπορεί να είναι εκτεθειμένα (Argento, Warschausky, Shank, & Hornyak, 2011)

Ως προς τα συμπτώματα που συνυπάρχουν της νόσου, στην μηνιγγομυελοκήλη παρατηρούνται τα εξής:

1. Υδροκέφαλος από το σύνδρομο Arnold - Chiari που συνυπάρχει στο 50% των περιπτώσεων - εγκολεασμό παρεγκεφαλιδικών αμυγδαλών μέσω του ινιακού τρήματος, που οδηγεί σε παρεμπόδιση της ροής του εγκεφαλονωτιαίου υγρού - (Lisseaur et al., 2008).
2. Χαλαρά παραπληγία/ Πάρεση κάτω άκρων. Τα κάτω άκρα παραμένουν χωρίς εκούσια κίνηση με μερική ή πλήρη κατάργηση της αισθητικότητας (Lisseaur et al., 2008).

3. Διαταραχή μυϊκής ισορροπίας, η οποία μπορεί να προκαλέσει μετατόπιση ισχίου και στρεβλοποδία.
4. Ραιβοποδία και υπερεκτατικό γόνατο.
5. Διαταραχές νεύρωσης ουροδόχου κύστης (νευρογενής κύστη).
6. Διαταραχές νεύρωσης του παχέως εντέρου (νευρογενές έντερο).
7. Συνεχής ακράτεια ούρων και κοπράνων.
8. Υδρονέφρωση.
9. Διαφορετική από το φυσιολογικό αισθητικότητα. Συνήθως παρατηρείται απώλεια αισθητικότητας των κάτω άκρων (Lisseaur et al., 2008).
10. Προβλήματα αδρής και λεπτής κινητικότητας (Brown, 2010· Argento, Warschausky, Shank, & Hornyak, 2011).
11. Δευτερογενείς επιδράσεις του αλλαγμένου μυϊκού ελέγχου που επιδρά στο μυοσκελετικό σύστημα. Αυτό μπορεί να έχει σαν επίπτωση εξαρθρωμένες αρθρώσεις, σκολίωση κ.ά.
12. Εμφανίζονται συχνές αλλεργίες στο latex, σε φρούτα και λαχανικά (π. χ. ντομάτες, μπανάνες, κ. α.) που προκαλούν δερματίτιδες και αυξημένο κίνδυνο αναφυλαξίας (Eustachio, Cristina, Antonio, & Alfredo, 2003).
13. Καρδιαγγειακά προβλήματα.
14. Προβλήματα άπνοιας κατά τη διάρκεια του ύπνου εμφανίζονται σε ένα ποσοστό 20% (Dauvilliers, Stal, Abril, Coubes, Bobin, Touchon et al., 2007).
15. Έλκη από κατάκλιση.
16. Αιφνίδιος θάνατος, ο οποίος προκαλείται εξαιτίας των προβλημάτων άπνοιας (Dauvilliers, Stal, Abril, Coubes, Bobin, Touchon et al., 2007).
17. Διαταραχές γνωστικών ικανοτήτων (αντίληψη, μνήμη, προσοχή)
18. Οπτικοκινητικές – οπτικοχωρικές δυσκολίες
19. Δυσκολίες προσανατολισμού
20. Διαταραχές λόγου κυρίως στην κατανόηση και το λεξιλόγιο

21. Νοητική υστέρηση

22. Μαθησιακές δυσκολίες

Επίσης, μεταξύ των συμπτωμάτων φαίνεται να συνυπάρχει κάποιες φορές μερική ή ολική παράλυση μέρους του σώματος κάτω από το επίπεδο του νωτιαίου μυελού που είναι προσβεβλημένο. Ακόμη, επηρεάζονται οι δεξιότητες της αδρής κινητικότητας όπως το βάδισμα, το κάθισμα και η όρθια θέση.⁵

1.8 Μηνιγγίωμα

Το μηνιγγίωμα είναι ένας αργά αναπτυσσόμενος καλοήθης όγκος που μπορεί να εμφανιστεί ενδοκρανιακά και μέσα στις μήνιγγες του νωτιαίου μυελού. Σχηματίζεται από μη φυσιολογικά κύτταρα, υπάρχει και αναπτύσσεται δίπλα στον εγκέφαλο. Το μηνιγγίωμα δημιουργείται από τις μήνιγγες, δηλαδή από τις τρεις μεμβράνες που περιβάλλουν προστατευτικά τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό (πιο σπάνια). Αυτές είναι (από τον εγκέφαλο προς τα οστά του κρανίου): η χοριοειδής, η αραχνοειδής και η σκληρή.

Ο όγκος ξεκινά από την αραχνοειδή μεμβράνη (μεσαίο περίβλημα) και καθώς μεγαλώνει πιέζει τον εγκέφαλο ή τον νωτιαίο μυελό, αναλόγως με το σημείο της ανάπτυξής του. Ο όγκος μπορεί να φτάσει ακόμα και τα 10 εκατοστά. Η διαγραφή στο γονίδιο NF2 και η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου, ενώ ο ρόλος των ορμονών του φύλου δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα.

Εκτιμάται ότι τα μηνιγγιώματα αποτελούν το 13-26% όλων των ενδοκρανιακών όγκων. Χωρίζονται σε τρεις τύπους, ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας. Ειδικότερα, η ταξινόμηση γίνεται ως εξής:

- ❖ **Καλοήθες μηνιγγίωμα βαθμού I:** Ο όγκος αναπτύσσεται αργά, έχει διακριτά όρια και είναι καλοήθης. Πάνω από το 80% των μηνιγγιωμάτων είναι βαθμού I.
- ❖ **Άτυπο μηνιγγίωμα βαθμού II:** Το 15% των μηνιγγιωμάτων είναι άτυπα , δηλαδή διαθέτουν κύτταρα τα οποία δεν φυσιολογικά αλλά ούτε καρκινικά. Ωστόσο, θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε κακοήθη. Αυτού του τύπου τα μηνιγγιώματα έχουν την τάση να υποτροπιάζουν και να αναπτύσσονται πιο γρήγορα απ' ό,τι τα μηνιγγιώματα βαθμού I.
- ❖ **Κακόηθες ή αναπλαστικό μηνιγγίωμα βαθμού III:** Το κακόηθες ή αναπλαστικό μηνιγγίωμα είναι ένας επιθετικός όγκος εγκεφάλου που έχει την τάση να διεισδύει στα παρακείμενα τμήματα του εγκεφάλου. Το 1-4% των μηνιγγιωμάτων είναι κακοήθη.

Τα μηνιγγιώματα εμφανίζονται συνήθως σε ενήλικες κυρίως γυναίκες και λιγότερο στα παιδιά. Ως προς τα συμπτώματα, σε αντίθεση με το τι συμβαίνει σε άλλα μέρη του οργανισμού, ένας καλοήθης όγκος στο εγκεφαλο μπορεί να προκαλεί σοβαρά συμπτώματα λόγω της θέσης στην οποία αναπτύσσεται. Τα συμπτώματα στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ήπια και έχουν αργή εξέλιξη, ενώ εξαρτώνται από την περιοχή του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού που επηρεάζει ο όγκος π.χ. αδυναμία στο χέρι ή στο πόδι, ελάττωση της όρασης, δυσκολία στην ομιλία, αιμοδιές (μουδιάσματα και μυρμήγκιασμα) και αστάθεια κατά τη βάρδιση.

Επίσης μπορεί να εμφανίζονται γενικά συμπτώματα ενός όγκου εγκεφάλου όπως πονοκέφαλος, ζάλη, υπνηλία, εμετός, διαταραχές της μνήμης, της ακοής ή της όσφρησης. Οι επιληπτικές κρίσεις, μπορεί να είναι είτε γενικευμένες είτε εστιακές. Τέλος, μπορεί να υπάρχουν ψυχικές διαταραχές, αν ο όγκος βρίσκεται σε περιοχή του εγκεφάλου που ελέγχει το συναίσθημα και την προσωπικότητα, όπως π.χ. τα μηνιγγιώματα του μετωπιαίου λοβού. Να σημειωθεί ότι ένα μικρό μηνιγγίωμα (κάτω από 2 εκατοστά) συχνά δεν δίνει συμπτώματα και μπορεί να είναι τυχαίο εύρημα σε μία μαγνητική τομογραφία που έγινε άλλους λόγους.³

1.9 Γλωσσική Διαταραχή

Παρά το αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον και τις σημαντικές εξελίξεις των τελευταίων ετών η Γλωσσική Διαταραχή εξακολουθεί να συνιστά μια κατάσταση που είναι δύσκολο να οριστεί επακριβώς και μέχρι σήμερα δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Ωστόσο, οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν πως αφορά στην ομάδα εκείνη των παιδιών που αποτυγχάνουν να αναπτύξουν γλώσσα του εξελικτικού σταδίου της ηλικίας τους, μολονότι φαινομενικά οι άλλες όψεις της γνωστικής τους ικανότητας αναπτύσσονται τυπικώς. Εξ' ορισμού, θεωρείται ότι τα παιδιά αυτά έχουν φυσιολογική μη λεκτική ευφυΐα, δεν έχουν φανερές ακουστικές, συναισθηματικές, γνωστικές ή νευρολογικές ανεπάρκειες και δεν εμφανίζουν συμπτώματα αμοιβαίας κοινωνικής αλληλεπίδρασης ή περιορισμό δραστηριοτήτων (Bishop, 2006 · Leonard, 1998). Το κίνητρο τους για κοινωνική αλληλεπίδραση είναι αναπτυγμένο. Παιδιά και νέοι με Γλωσσική Διαταραχή επιζητούν την επικοινωνία με ενηλίκους και συνομηλίκους τους, σε αντίθεση, για παράδειγμα, με τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, τα οποία, συνήθως, αποφεύγουν την κοινωνική αλληλεπίδραση (Conti- Ramsden, 2008 · Durkin & Conti- Ramsden, 2010).

Σύμφωνα με την πρόσφατη έκδοση του DSM-5 (APA, 2013) τα διαγνωστικά κριτήρια της Γλωσσικής Διαταραχής, κινούνται στα ίδια πλαίσια με τις προηγούμενες εκδόσεις και διαγνωστικά εργαλεία (DSM-IV & ICD-10) και είναι τα εξής: α) επίμονες δυσκολίες στην κατάκτηση και χρήση της γλώσσας λόγω ελλειμμάτων στην κατανόηση ή την παραγωγή, οι οποίες περιλαμβάνουν μειωμένο λεξιλόγιο, περιορισμένη δομή προτάσεων, δυσκολίες στη συζήτηση, το διάλογο και την περιγραφή, β) οι γλωσσικές ικανότητες είναι ποιοτικά και ποσοτικά χαμηλότερες από το αναμενόμενο βάσει χρονολογικής ηλικίας με αποτέλεσμα τους λειτουργικούς περιορισμούς στην αποτελεσματική επικοινωνία, γ) έναρξη των συμπτωμάτων κατά την πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο και δ) οι δυσκολίες δεν μπορούν να αποδοθούν σε ακουστικές ή άλλες αισθητηριακές δια-ταραχές, διαταραχές κινητικού προγραμματισμού ή άλλων ιατρικών ή νευρολογικών παθήσεων και δεν εξηγούνται μέσω νοητικής υστέρησης ή αναπτυξιακής καθυστέρησης.

Ωστόσο, υπάρχουν διάφοροι περιορισμοί όσο αφορά δύο από τα κριτήρια διάγνωσης της γλωσσικής διαταραχής. Το πρώτο κριτήριο έχει να κάνει με τις γλωσσικές δεξιότητες που πρέπει να είναι σημαντικά χαμηλότερες από το αναμενόμενο. Αυτό σημαίνει ότι ή θα υπάρχει καθυστέρηση ή διαφορετική πορεία από την τυπική γλωσσική ανάπτυξη. Υπάρχει όμως δυσκολία στο να προσδιοριστεί η τυπική γλωσσική ανάπτυξη, καθώς κάθε παιδί μπορεί να έχει διαφορετικό ρυθμό και τρόπο κατάκτησης της γλώσσας. Επίσης, υπάρχουν πολλά και διαφορετικά τεστ αξιολόγησης και γλωσσικές δοκιμασίες που μπορεί να καταλήγουν σε διαφορετικά συμπεράσματα (Ράλλη, 2011).

Το δεύτερο κριτήριο, αναφέρεται σε ασυμφωνία μεταξύ γλωσσικών δεξιοτήτων και άλλων μη λεκτικών χαρακτηριστικών όπως αισθητηριακών λειτουργιών, νοητικών χαρακτηριστικών κ.τ.λ. Εδώ πάλι μπορεί να υπάρχουν δυσκολίες στη διάγνωση λόγου διαφορετικών μετρήσεων των τεστ νοημοσύνης και τις διαφορετικές δοκιμασίες (Norbury et al, 2013). Μπορεί να υπάρχουν διαφορές από άτομο σε άτομο και τα αποτελέσματα να επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες που δεν μπορούν να μετρηθούν όπως η κούραση ή η συναισθηματική φόρτιση λόγου άγχους. Επομένως, πρέπει να υπολογίζονται όλοι οι παράγοντες και να μην θεωρούνται τα αποτελέσματα των τεστ απόλυτα. Επιπλέον, ότι κάποιοι ερευνητές (Botting, 2005) θέτουν σε αμφισβήτηση και το κριτήριο της φυσιολογικής νοημοσύνης, στηριζόμενοι στις λίγες ποιοτικές διαφορές μεταξύ των παιδιών με γλωσσική διαταραχή και φυσιολογικό μη λεκτικό δείκτη νοημοσύνης και εκείνων που παρουσιάζουν αδυναμίες εξίσου στις λεκτικές και μη λεκτικές δεξιότητες (Tomblin et al., 1997).

Όσο αφορά των ορισμό, υπάρχει πλήθος όρων για να περιγράψουν τα στοιχεία που αναφέρονται σε αυτή την ομάδα παιδιών. Το ζήτημα ορολογίας απασχολεί μέχρι σήμερα τους ερευνητές και αποτελεί θέμα προβληματισμού. Τα παλαιότερα χρόνια, ο όρος που χρησιμοποιούνταν για την περιγραφή των σημαντικών γλωσσικών δυσκολιών άγνωστης αιτιολογίας ήταν «αναπτυξιακή δυσφασία» ή «αναπτυξιακή αφασία». Οι δύο αυτοί όροι απαντώνται ακόμα και σήμερα στην κεντρική Ευρώπη, αλλά δεν χρησιμοποιούνται πλέον στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Η αλλαγή αυτή οφείλεται στο ότι η προαναφερθείσα ορολογία έθετε τα αναπτυξιακά γλωσσικά προβλήματα των παιδιών στα πλαίσια ενός ιατρικού-κλινικού μοντέλου, αφού οι όροι αφασία και δυσφασία

προέρχονται από την νευρολογία ενηλίκων και αναφέρονται σε γλωσσικές δυσκολίες που αποκτώνται έπειτα από εστιακή εγκεφαλική βλάβη. Σήμερα, όμως, έχει αποδειχθεί πως η αιτιολογία των αναπτυξιακών γλωσσικών προβλημάτων είναι συνήθως εγγενής και όχι οφειλόμενη σε μετέπειτα ασθένεια, ψυχολογικό τραύμα ή νευρολογική δυσλειτουργία λόγω ατυχήματος (Norbury, Bishop, & Tomblin, 2013).

Τις τελευταίες δεκαετίες μια σειρά χαρακτηρισμών έχει προστεθεί στην ερευνητική βιβλιογραφία για να περιγράψει τις δυσκολίες των παιδιών αυτών. Κάποιοι από αυτούς είναι η «Εξελικτική Γλωσσική Διαταραχή», (Developmental Language Disorder) (Toppelberg & Shapiro, 2000), η «Πρωτογενής Εξελικτική Γλωσσική Διαταραχή» (Primary Developmental Language Impairment) (Schuele, 2004), η «Διαταραχή Εκμάθησης της Γλώσσας» (Language Learning Impairment) (Tallal, Allard, Miller, & Curtiss, 1997), οι «Ειδικές Δυσκολίες στην ομιλία και τη γλώσσα» (Specific Speech and Language Difficulties) (Dockrell, Lindsay, Letchford, & Mackie, 2006), η «Ειδική Γλωσσική Διαταραχή» (Specific Language Impairment) (Leonard 1981 · Fey & Leonard, 1983) κ.ά.

Επιπλέον, μερικοί συγγραφείς προτιμούν να μιλούν για γλωσσικές «δυσκολίες», «προβλήματα» ή «καθυστέρηση». Ο όρος γλωσσική καθυστέρηση (language delay) συνήθως χρησιμοποιείται αποκλειστικά για παιδιά που αργούν να μιλήσουν, αλλά στη συνέχεια προλαβαίνουν τους συνομηλικούς τους. Μπορεί, όμως, να χρησιμοποιηθεί και ως ένα πιο γενικό συνώνυμο της ΓΔ (Norbury et al., 2013). Μέχρι πρόσφατα, ο όρος «Ειδική Γλωσσική Διαταραχή» ήταν ο πιο ευρέως αποδεκτός, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την έρευνα στις ΗΠΑ και την Αγγλία. Ωστόσο, καθώς ο επιθετικός προσδιορισμός «ειδική» υπαινίσσεται ότι η πάθηση αφορά αποκλειστικά στη γλώσσα, γεγονός που απορρίπτουν οι σύγχρονοι ερευνητές, κάποιοι συγγραφείς προτιμούν τους εναλλακτικούς όρους (Leonard, 2014).

Στο Εγχειρίδιο Ταξινόμησης Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς (ICD-10, 2016) χρησιμοποιούνται οι όροι «Εκφραστική Γλωσσική Διαταραχή» και «Αντιληπτική Γλωσσική Διαταραχή» - με τον δεύτερο όρο να περιλαμβάνει σχεδόν πάντα, σύμφωνα με τον ορισμό, προβλήματα εκφραστικού τύπου -, ενώ στην τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου DSM-5 (2013), της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης

χρησιμοποιείται ο όρος «Γλωσσική Διαταραχή», ο οποίος υιοθετήθηκε και στην παρούσα εργασία. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το νόμο 3699/2008 για την Ειδική Αγωγή και την Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, χρησιμοποιείται ο όρος «Διαταραχές Ομιλίας-Λόγου».

Μέσα από πολλαπλές έρευνες που γίνονται κυρίως τα τελευταία χρόνια, οι ερευνητές δεν έχουν καταλήξει με βεβαιότητα σε συμπεράσματα. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί. Αρχικά, έγινε λόγος για ισχυρό γενετικό υπόβαθρο ως αναπτυξιακή διαταραχή. Ανακαλύφθηκε την δεκαετία του 1990 γενετική μετάλλαξη του γονιδίου FOXP2. Ωστόσο μέσα από πιο πρόσφατες μελέτες δεν επιβεβαιώθηκαν τα ευρήματα. Σήμερα υποστηρίζεται η ύπαρξη πολλών γονιδίων μέσα από αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Σπανούδη (2004) τα γονίδια είναι υπεύθυνα για τη δόμηση πρωτεϊνών και όχι για την κωδικοποίηση της γλώσσας και για να κατανοήσουμε τι συμβαίνει θα πρέπει να ανακαλυφθεί πώς αυτά επιδρούν στη δόμηση του εγκεφάλου.

Πράγματι, αν και, όπως προαναφέρθηκε, η ΓΔ δεν οφείλεται σε νευρολογική βλάβη, πρόσφατες έρευνες προτείνουν πως πιθανόν να υπάρχει και κάποιο νευροβιολογικό υπόβαθρο υπεύθυνο για την εμφάνισή της (Ulman & Pierpont, 2005). Μελέτες δομικής απεικόνισης έχουν επιχειρήσει να συγκρίνουν τα ανατομικά χαρακτηριστικά του εγκεφάλου παιδιών με ΓΔ και τυπικής ανάπτυξης, αποκαλύπτοντας περιοχές μη φυσιολογικής ασυμμετρίας στην εγκεφαλική δομή των παιδιών με τη διαταραχή, ιδιαίτερα στο κροταφικό πεδίο, μια περιοχή που εμπλέκεται στην επεξεργασία της ομιλίας και των ακουστικών πληροφοριών (Griffiths & Warren, 2002 όπ. αναφ. Norbury et al., 2013). Ωστόσο, δεν έχει καταστεί σαφές το πώς αυτές οι ανατομικές ασυμμετρίες συνδέονται με τις γλωσσικές δυσλειτουργίες.

Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν, είναι η ύπαρξη προγεννητικών και μεταγεννητικών προβλημάτων όπως το χαμηλό βάρος γέννησης, έλλειψη προγεννητικής φροντίδας, μονογονεϊκή οικογένεια κ.α. (Stanton-Chapman, Chapman, Bainbridge & Scott, 2002). Πέρα όμως από το γενετικό και νευροβιολογικό υπόβαθρο. Στην πορεία έγινε λόγος για γλωσσικούς και γνωστικούς παράγοντες (Marshall, Denmark & Morgan, 2006). Οι γλωσσολογικές θεωρίες, η αιτία εντοπίζεται καθαρά στο γλωσσικό κομμάτι, στο οποίο υπάρχει διαταραχή

(Rice,2003' Van der Lely, 2005). Οι υποστηρικτές αυτών των θεωριών ισχυρίζονται πως ο μηχανισμός εκμάθησης της γλώσσας βρίσκεται σε δυσλειτουργία, με τους περισσότερους να αναφέρονται στην ύπαρξη διαταραχής εντοπιζόμενης στη γραμματική. Η βασική τους αντιπαράθεση επικεντρώνεται στο ποια ακριβώς περιοχή της γλώσσας θεωρείται "διαταραγμένη".

Ωστόσο, στην πορεία φαίνεται αυτή η άποψη να αμφισβητείται λόγω ότι δεν εξηγεί άλλα είδους προβλήματα που υπάρχουν, όπως στην ταχύτητα επεξεργασίας και αποθήκευσης, στην προσοχή και τις κινητικές δεξιότητες (Henry, Messer & Nash, 2012). Η δεύτερη άποψη, υποστηρίζει ότι οι γνωστικοί μηχανισμοί παίζουν ρόλο στην εμφάνιση γλωσσικών διαταραχών. Πρόκειται δηλαδή για δυσκολίες στην επεξεργασία των πληροφοριών, ελλείματα στην ακουστική επεξεργασία που επιδράν στην δυσκολία που έχουν αυτά τα παιδιά στην διάκριση σύντομων και γρήγορων ήχων (Bishop, 1994' Norbury, Bishop & Briscoe, 2001) . Άλλοι ερευνητές κάνουν λόγο για προβλήματα στη φωνολογική βραχύχρονη μνήμη (Gathercole & Baddeley, 1990 ' Montgomery, 1995 ' Newbury, Bishop, & Monaco, 2005) ή στην επεξεργασία φωνολογικών πληροφοριών (Joanisse & Seidenberg, 1998). Καμία από τις παραπάνω προσεγγίσεις, όμως, δεν μπορούν εύκολα να ερμηνεύσουν ούτε το εύρος ούτε τη διακύμανση των ιδιαίτερα διαταραγμένων γλωσσικών και γνωστικών λειτουργιών που απαντώνται στην ΓΔ (Ullman & Pierpont, 2005).

Οι Ullman και Pierpont (2005) προτείνουν μια νέα νευροψυχολογική προσέγγιση την υπόθεση του ελλείμματος στη Διαδικαστική Μνήμη, η οποία εξηγεί τη συνύπαρξη γλωσσικών και μη γλωσσικών ελλειμμάτων που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή. Σύμφωνα με αυτήν την υπόθεση, η ΓΔ μπορεί να εξηγηθεί σε μεγάλο βαθμό από την ανώμαλη ανάπτυξη των εγκεφαλικών δομών οι οποίες αποτελούν το σύστημα διαδικαστικής μνήμης, υπεύθυνο για την εκμάθηση και την εκτέλεση κινητικών και γνωστικών λειτουργιών, εμπλεκόμενο και σε σημαντικές πτυχές της γραμματικής. Οι δυσλειτουργίες του εγκεφαλικού δικτύου προκαλούν διαταραχές στις εξαρτώμενες του γλωσσικές και μη γλωσσικές λειτουργίες (Ullman & Pierpont, 2005). Τέλος, σύμφωνα με τη ριζοσπαστική άποψη του Leonard (1991), δεν υπάρχει καμιά αιτία υπεύθυνη για τις δυσκολίες των παιδιών με ΓΔ, καθώς αυτές δεν υφίστανται. Συγκεκριμένα, ο ερευνητής υποστηρίζει ότι τα παιδιά αυτά απλώς αντιπροσωπεύουν το

κατώτατο σημείο της κατανομής όσο αφορά την ικανότητα των παιδιών να κατακτούν τη γλώσσα.

Όσο αφορά τα γλωσσικά χαρακτηριστικά της ΓΔ, Βασικό γνώρισμα της ΓΔ είναι πως πρόκειται για μια βαθιά ετερογενή διαταραχή (Conti-Ramsden, Crutchley, & Botting, 1997 · Rapin & Allen, 1983) με την ετερογένεια αυτή να εντοπίζεται και στο γλωσσικό τομέα, τόσο μεταξύ των ατόμων όσο και σε ενδοατομικό επίπεδο (Conti-Ramsden & Botting, 2000). Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΓΔ μπορεί να παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα σε έναν ή και περισσότερους τομείς της γλώσσας (μορφολογία, σύνταξη, φωνολογία, σημασιολογία, πραγματολογία) . Βεβαίως, η ύπαρξη ελλειμμάτων σε έναν τομέα δεν συνεπάγεται απαραίτητως ελλείμματα σε όλους τους υπόλοιπους τομείς, ενώ οι δυσκολίες αυτές δεν είναι απαραίτητο να απαντώνται με συνέπεια μέσα σε μια γλωσσική περιοχή. Για παράδειγμα, ένα παιδί με ΓΔ είναι πιθανόν να παρουσιάζει χαμηλές επιδόσεις σε ορισμένες μόνο πτυχές της μορφολογίας, αλλά να επιδεικνύει καλές επιδόσεις σε άλλες (van der Lely & Howard, 1993). Σύμφωνα με την Bishop (2006) τα πιο συχνά συμπτώματα της ΓΔ είναι τα εξής: (α) καθυστέρηση στην έναρξη της ομιλίας μέχρι 2 ετών ή και αργότερα, (β) ανώριμη ή αποκλίνουσα παραγωγή ήχων του λόγου, ιδιαίτερα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, (γ) χρήση απλουστευμένων γραμματικών δομών και λάθη καταλήξεων και ρηματικών τύπων, (δ) περιορισμένο λεξιλόγιο στην έκφραση και στην κατανόηση, (ε) ασθενής λεκτική βραχύχρονη μνήμη σε έργα που απαιτούν επανάληψη λέξεων ή προτάσεων και (στ) δυσκολίες στην κατανόηση σύνθετης γλώσσας, ειδικά όταν ο ομιλητής μιλά γρήγορα. ⁶

1.10 Μαθησιακές Δυσκολίες

Πολλοί είναι οι ορισμοί που έχουν προταθεί για να περιγράψουν τον όρο «μαθησιακές δυσκολίες». Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχει δοθεί ένας ορισμός που να είναι αποδεκτός από όλους τους ειδικούς στον χώρο της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης. Τον όρο «μαθησιακές δυσκολίες» εισήγαγε πρώτος ο Samuel Kirk το 1962. Σύμφωνα λοιπόν με τον Kirk, 1962:

Μαθησιακή δυσκολία είναι μια καθυστέρηση, διαταραχή ή καθυστερημένη ανάπτυξη σε μία ή περισσότερες διαδικασίες της ομιλίας, της γλώσσας, της ανάγνωσης, της γραφής, της αριθμητικής ή κάποιου άλλου σχολικού αντικειμένου, η οποία προκύπτει από μια ψυχολογική αναπηρία και προκαλείται από μια πιθανή εγκεφαλική δυσλειτουργία και συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές. Δεν είναι αποτέλεσμα νοητικής καθυστέρησης, ατιληπτικών ελλειμμάτων ή πολιτισμικών και διδακτικών παραγόντων (Kirk 1962, Hallahan & Mock,2003). Από το 1962 μέχρι σήμερα έχουν διατυπωθεί αρκετοί ορισμοί για τις μαθησιακές δυσκολίες (Ysseldyke,2005). Ωστόσο, ο πιο αποδεκτός ορισμός είναι αυτός που αποτύπωσε ο Hammill το 1990.

Σύμφωνα με αυτόν: Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μια ανομοιογενή ομάδα διαταραχών, οι οποίες εκδηλώνονται με σημαντικές δυσκολίες στην πρόσκτηση και χρήση ικανοτήτων ακρόασης, ομιλίας, ανάγνωσης, γραφής, συλλογισμού ή μαθηματικών ικανοτήτων. Οι διαταραχές αυτές είναι εγγενής στο άτομο, αποδίδονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και μπορεί να υπάρχουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Προβλήματα σε συμπεριφορές αυτοελέγχου, κοινωνικής αντίληψης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης μπορεί να συνυπάρχουν αλλά δεν συνιστούν από μόνα τους μαθησιακές δυσκολίες. Αν και οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να εμφανίζονται μαζί με άλλες καταστάσεις μειονεξίας (π.χ. αισθητηριακή βλάβη, νοητική υστέρηση, συναισθηματική διαταραχή) ή με εξωτερικές επιδράσεις, όπως οι πολιτισμικές διαφορές ή η ανεπαρκής/ακατάλληλη διδασκαλία, δεν είναι το άμεσο αποτέλεσμα αυτών των καταστάσεων ή επιδράσεων (Hammill,1990).

Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα και δεν εμφανίζουν όλοι όσα αναφέρθηκαν στον ορισμό του Hammill. Ωστόσο, όλοι εμφανίζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά επιδρούν στις δυσκολίες των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες και αποτελούν τη βάση για την παρέμβαση. Με λίγα λόγια είναι τα εξής:

1. Δυσκολίες οπτικής και ακουστικής αντίληψης

2. Σημαντικά ελλείμματα και δυσκολίες στη φωνολογική ενημερότητα ή επίγνωση
3. Σημαντικά ελλείμματα παρατηρούνται στη μνήμη (βραχύχρονη, μακρόχρονη και εργασιακή)
4. Έντονα προβλήματα προσοχής και συγκέντρωσης
5. Δυσκολίες αυτορρύθμισης και μεταγνωστικών ελλειμμάτων
6. Σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς και περισσότερα αρνητικά συναισθήματα

Σύμφωνα με το DSM-V (Εγχειρίδιο Διαγνωστικών Κριτηρίων της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας), οι μαθησιακές δυσκολίες είναι οι εξής:

- Διαταραχή της ανάγνωσης (δυσλεξία)
- Διαταραχή στη γραπτή έκφραση
- Διαταραχή στα μαθηματικά
- Μαθησιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Οι παραπάνω κατηγορίες μαθησιακών δυσκολιών, ονομάζονται ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και αυτό γιατί αφορούν συγκεκριμένες δυσκολίες και δεν σχετίζονται με το νοητικό δυναμικό του παιδιού ή με αισθητηριακές και συναισθηματικές διαταραχές. Παρακάτω θα ειπωθούν λίγα λόγια για την ειδική δυσκολία της ανάγνωσης (δυσλεξία) και την ειδική δυσκολία στη γραφή (δυσγραφία).

Δυσλεξία: Πρόκειται για την πιο μελετημένη μορφή Ειδικής Μαθησιακής Δυσκολίας. Πρόκειται για μια δια βίου δυσκολία που εμπεριέχει στοιχεία από όλες τις μορφές μαθησιακών δυσκολιών, γι' αυτό θεωρείται η κυριότερη αυτών. Συνδέεται με όλες τις λειτουργίες της γλώσσας με προεκτάσεις και στη μαθηματική σκέψη. Το ποσοστό εμφάνισης ανέρχεται σε 5%-10% του μαθητικού πληθυσμού. Στα αγόρια παρατηρείται πιο συχνά σε σχέση με τα κορίτσια 4:1. Η δυσλεξία δεν έχει καμία σχέση με το νοητικό δυναμικό. Ως διαταραχή παρατηρείται σε παιδιά με δείκτη νοημοσύνης ίσο ή πάνω από το μέσο όρο. Εμφανίζεται και εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο και χαρακτηριστικά σε κάθε άτομο και κάθε ηλικία. Κάποια από τα χαρακτηριστικά της δυσλεξίας είναι τα εξής:

1. Δυσκολίες στις μαθηματικές, αναγνωστικές και γραφικές δεξιότητες
2. Δυσκολία στην οργάνωση και ολοκλήρωση μιας εργασίας λόγω διάσπασης προσοχής και αδυναμίας συγκέντρωσης και αυτορύθμισης
3. Παρουσιάζει προβλήματα συμπεριφοράς
4. Προβλήματα με τον προσανατολισμό και την αίσθηση του χρόνου
5. Δυσκολίες στη μνήμη κυρίως στη βραχύχρονη και εργαζόμενη με αποτέλεσμα να μαθαίνει πιο εύκολα με οπτικά βοηθήματα, σχεδιαγράμματα κ.τ.λ.
6. Αδυνατεί να ανταποκριθεί στα διαγωνίσματα του σχολείου αν και έχει προετοιμαστεί κατάλληλα
7. Λόγω των αποτυχιών στο σχολείο παρουσιάζει χαμηλή αυτοεκτίμηση
8. Υπάρχουν δυσκολίες και στην οργάνωση και διατύπωση της ομιλίας
9. Δυσκολίες στις κινητικές δεξιότητες (πλευρίωση, λεπτή κινητικότητα, οπτικοκινητικός συντονισμός)

10. Αποφεύγει τη συμμετοχή στις σχολικές εργασίες

Δυσκολία στη γραφή (δυσγραφία): Η δυσκολία στη γραφή είναι μια Ειδική Μαθησιακή Δυσκολία που εκδηλώνεται ως ασυνήθιστη επίμονη δυσκολία του μαθητή να παραγάγει αναγνώσιμη γραφή με το χέρι. Εκδηλώνεται από μια σειρά χαρακτηριστικών δυσκολιών. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν τα εξής:

- ✓ Δυσκολία στη σύλληψη (μολυβιού, στιλό κ.α.) καθώς και λάθος στάση σώματος στη γραφή
- ✓ Γράφει έξω από τα πλαίσια του τετραδίου και όχι πάνω στη γραμμή
- ✓ Δεν αφήνει κενά στις λέξεις και παρουσιάζει καθρεπτική γραφή ή γραφή ανάποδης φοράς
- ✓ Κάνει ορθογραφικά και γραμματικά λάθη ακόμα και σε απλές λέξεις που έχει διδαχθεί
- ✓ Χρησιμοποιεί αδικαιολόγητα συχνά τη γόμα
- ✓ Τα γράμματα του είναι δυσανάγνωστα και μπερδεύει γράμματα με ομοιότητες ως προς τη μορφή και τον ήχο
- ✓ Δεν χρησιμοποιεί παραγράφους και δεν ολοκληρώνει τις προτάσεις
- ✓ Δεν χρησιμοποιεί λογική και χρονική αλληλουχία και χρησιμοποιεί μόνο πολύ απλό λεξιλόγιο

- ✓ Δεν συμμετέχει ενεργά σε γραφοκινητικές δραστηριότητες και αρνείται να κάνει γραπτές εργασίες κυρίως μεγάλες
- ✓ Υπάρχει γενικά ακαταστασία στο γραπτό του, χρησιμοποιεί τηλεγραφικό λόγο, μπερδεύει τις σελίδες και δεν ολοκληρώνει τις εργασίες του
- ✓ Τέλος, εκτός από τη μορφή του γραπτού και τα οπτικοχωρικά ελλείμματα υπάρχουν και δυσκολίες οργάνωσης και αποτύπωσης της σκέψης σε γραπτό λόγο.⁷

2. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Περιστατικό 1: Μηνιγγομυελοκήλη

Ο Κ.Τ. κατοικεί στον Πάλαιρο Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε στις 16/11/2010 σε ηλικία 5 ετών για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ Αιτωλοακαρνανίας. Φοιτά στο Νηπιαγωγείο Πάλαιρου από το οποίο παραπέμφθηκε και συνοδεύεται από τον πατέρα του. Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα στοιχεία με βάση τις κατηγορίες που εξετάστηκαν, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά Στοιχεία :

1. Μηνιγγομυελοκήλη με υδροκέφαλο εγκεφάλου.
2. Διάταση αριστερής πλάγιας κοιλίας
3. Μη κινητικότητα κάτω άκρων

4. Μη έλεγχος σφικτήρων
5. Ιστορικό ουρολοιμώξεων λόγω καθετηριασμού
6. Μόνιμη παροχτευτική αντλία (επέμβαση)
7. Αντιμετώπιση στραβισμού (με κάλυψη οφθαλμού)
8. Ειδική διατροφή για αποφυγή δυσκοιλιότητας
9. Ειδικές εξετάσεις και λήψη φαρμάκων
10. Παρακολούθηση ειδικού προγράμματος Φυσιοθεραπείας

Κοινωνικά στοιχεία :

1. Θετική στάση της οικογένειας για την αξιολόγηση
2. Σοβαρά νευρολογικά ή Ορθοπεδικά ελαττώματα ή προβλήματα υγείας
3. Εκ γενετής πρόβλημα
4. Καλές σχέσεις με συμμαθητές
5. Καλές σχέσεις με εκπαιδευτικούς
6. Καλές σχέσεις εκπαιδευτικών-γονέων
7. Καλές οικογενειακές σχέσεις

Οικογενειακά Στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τετραμελή οικογένεια (πατέρας, μητέρα, δύο παιδιά)
3. Μένουν σε ιδιόκτητη μονοκατοικία
4. Κοινό δωμάτιο παιδιών
5. Χαμηλή οικονομική κατάσταση
6. Κανένα επίδομα
7. Αλβανική καταγωγή (11 χρόνια στην Ελλάδα)
8. Περιορισμένες κοινωνικές επαφές
9. Μιλάνε και τις δύο γλώσσες στο σπίτι (διγλωσσία)
10. Αγαπημένο ζευγάρι
11. Κατανοούν τη δυσκολία του παιδιού και έχουν προσδοκίες κυρίως για την κινητική αποκατάσταση

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Επιθυμητή κύηση
2. Καλή συναισθηματική κατάσταση
3. Τοκετός με Καισαρική
4. Νοσηλεία λόγω διάγνωσης
5. Μη ανάπτυξη ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
6. Φυσιολογικός λόγος-ομιλία

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Πρώτη χρονιά στο Νηπιαγωγείο
2. Θετική στάση προς το σχολείο
3. Παρεξηγημένος ο φόβος της Νηπιαγωγού ως προς το πρόβλημα από τους γονείς

Στοιχεία Προσωπικότητας:

1. Δεν έχει συμπεριφορικές δυσκολίες
2. Κοινωνικό και χαρούμενο παιδί
3. Ζηλεύει τα άλλα παιδιά που περπατάνε
4. Δεν αυτοεξυπηρετείται
5. Ειδικό ενδιαφέρον για τους Η/Υ

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση σοβαρών νευρολογικών ή ορθοπεδικών ελαττωμάτων λόγω ιατρικής κατάστασης
2. Καλή συνεργασία και άμεση προσαρμογή
3. Καλή συμπεριφορά
4. Διάσπαση από ερεθίσματα μετά από ορισμένο χρόνο
5. Ανεπτυγμένες κοινωνικο-συναισθηματικές ικανότητες

6. Μη κατάκτηση λεξιλογικών εννοιών αλλά η γλωσσική ανάπτυξη συμβαδίζει με την χρονολογική
7. Ελλειπή ανάπτυξη λεπτής κινητικότητας και οπτικοκινητικού συντονισμού
8. Δυσκολίες γνωστικών ικανοτήτων (αντίληψη, διάκριση, μνήμη)
9. Μη κατάκτηση γραφικών, αναγνωστικών και μαθηματικών ικανοτήτων
10. Δυσκολίες πλευρίωσης (διάκρισης αριστερού-δεξι).

Περιστατικό 2: Σύνδρομο Williams

Ο Β.Μ. κατοικεί στο Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε στις 16/6/2010 σε ηλικία 5 ετών για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε από τη δασκάλα του ιδιωτικού παιδικού σταθμού, στον οποίο φοιτά. Συνοδεύεται από τους γονείς του. Παρακάτω, θα αναφερθούν τα στοιχεία ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά Στοιχεία:

1. Ιδιόμορφα χαρακτηριστικά προσώπου
2. Συγγενής καρδιοπάθεια
3. Ψυχοσωματική καθυστέρηση (IQ~35)
4. Χρωμοσωμική ανωμαλία
5. Κύστη χοριοειδούς
6. Μικρά εκκολπώματα στην ουροδόχο κύστη
7. Υποθυρεοειδισμός

8. Υπερμετροπία
9. Στραβισμός
10. Στένωση αορτής καρδιάς
11. Παρακολούθηση από γιατρούς
12. Φαρμακευτική αγωγή θυρορμόνης
13. Ειδικό πρόγραμμα Λογοθεραπείας

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Θετική στάση οικογένειας
2. Ενημέρωση του παιδιού για την αξιολόγηση
3. Σύνδρομο Williams
4. Σπάνιο σύνδρομο
5. Χρωμόσωμα 7
6. Εκ γενετής εντοπισμός
7. Καλές σχέσεις με συμμαθητές
8. Καλές σχέσεις με εκπαιδευτικούς
9. Καλή άποψη γονέων για τους εκπαιδευτικούς
10. Καλές οικογενειακές σχέσεις

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τετραμελή οικογένεια (πατέρας, μητέρα με δίδυμα παιδιά)
3. Ενοικιαζόμενη κατοικία
4. Χώρος παιδιού σε κούνια στην κρεβατοκάμαρα
5. Μέση οικονομική κατάσταση
6. Μη δίγλωσσο περιβάλλον
7. Καλό πολιτισμικό περιβάλλον
8. Αποδοχή της κατάστασης από την οικογένεια
9. Προσδοκίες των γονέων για εξέλιξη

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Εξωσωματική σύλληψη
2. Καισαρική
3. Χαμηλό βάρος γέννησης
4. Θερμοκοιτίδα λόγω ίκτερου-χαμηλού ασβεστίου
5. Δίδυμα σε διαφορετικούς σάκους
6. Φυσιολογικός ύπνος και διατροφή

7. Ελλειπής ανάπτυξη ψυχοκινητικών ικανοτήτων
8. Αμφίχειρας προς το δεξί
9. Αργή ανάπτυξη λόγου αλλά εξελίσσεται

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Φοιτά σε παιδικό σταθμό (προνήπιο)
2. Θετική στάση για το σχολείο

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Καλή συμπεριφορά και κοινωνικοποίηση
2. Δεν αυτοεξυπηρετείται
3. Ειδικό ενδιαφέρον για παζλ, μουσική, μπάλα, τουβλάκια

Στοιχεία συνολικής έκθεσης αξιολόγησης:

1. Διάγνωση συνδρόμου Williams
2. Πολύ καλή συνεργασία
3. Δυσκολίες προσοχής μερικές φορές και κούραση, κυρίως προς το τέλος
4. Ανεπτυγμένος προφορικός λόγος, αλλά δυσκολίες στην οργάνωση του λόγου και το λεξιλόγιο

5. Ανεπτυγμένη λεπτή κινητικότητα σε απλά έργα
6. Μη επαρκής ανάπτυξη οπτικοκινητικού συντονισμού
7. Δυσκολίες πλευρίωσης (διάκριση αριστερού-δεξί)
8. Δυσκολίες στις γνωστικές ικανότητες (αντίληψη, διάκριση, μνήμη)
9. Δυσκολίες στην ανάγνωση, τη γραφή και τα μαθηματικά

Περιστατικό 3:Σύνδρομο Coffin-Siris

Ο Μ.Τ. κατοικεί στην Αμφιλοχία Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε για αξιολόγηση στο ΚΔΑΥ Αιτωλοακαρνανίας στις 10/9/2003 σε ηλικία 7 ετών. Υπήρξε αίτημα αξιολόγησης με σκοπό τη φοίτηση σε τμήμα ένταξης, καθώς πρόκειται να φοιτήσει στην Α' Δημοτικού. Παρακάτω θα αναφερθούν τα στοιχεία ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Αναπτυξιακή καθυστέρηση
2. Σημαντική καθυστέρηση λόγου-ομιλίας
3. Έντονη υπερκινητικότητα και διάσπαση προσοχής
4. Υποπλασία του σπληνίου του μεσολοβίου
5. Ειδικά προγράμματα θεραπείας
6. Αρρώστησε από πνευμονία όταν ήταν 6 μηνών
7. Έκανε επέμβαση στους όρχεις

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Παραπομπή για αξιολόγηση
2. Συνοδεία γονέων – θετική ανταπόκριση
3. Αίτημα φοίτησης σε τμήμα ένταξης
4. Πρόκειται για γενετικό σύνδρομο

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Αποδοχή της κατάστασης
2. Προσδοκίες για εξέλιξη
3. Βοήθεια μέσω φαρμακευτικής αγωγής
4. Καλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Φυσιολογική εγκυμοσύνη
2. Φυσιολογικός τοκετός
3. Ήσυχος αρκετά
4. Δυσκολία σίτισης με μπιμπερό

5. Αργή ψυχοκινητική ανάπτυξη
6. Αργή γλωσσική ανάπτυξη
7. Υπήρξε έλεγχος των σφικτήρων

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Θα φοιτήσει στην Α' Δημοτικού
2. Συμμετοχή σε τμήμα ένταξης
3. Συνεργασία με τον εκπαιδευτικό
4. Οδηγίες για την διάσπαση προσοχής

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Έχει καλή οπτική μνήμη
2. Είναι υπερκινητικός με μεγάλη διάσπαση προσοχής
3. Είναι δεξιόχειρας
4. Αυτοεξυπηρετείται
5. Ειδικά ενδιαφέροντα: δραστηριότητες με νερό, χρώμα, βιβλία με εικόνες, Η/Υ

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση γενετικού συνδρόμου Coffin-Siris

2. Διάσπαση προσοχής
3. Δεν συνεργάζεται
4. Δεν μιλάει καθαρά
5. Κατανοεί απλά λεκτικά ερεθίσματα
6. Ο λόγος είναι σε επίπεδο πρότασης
7. Καλές ψυχοκινητικές δεξιότητες
8. Χρειάζεται εξάσκηση της λεπτής κινητικότητας
9. Χρειάζεται εξάσκηση στην οριοθέτηση, στην οργάνωση και ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων
10. Φοίτηση σε τμήμα ένταξης με έμφαση στην κοινωνική προσαρμογή

Περιστατικό 4:Μηνιγγίωμα

Ο Χ.Γ. παραπέμφθηκε στις 3/12/2009, σε ηλικία 7 ετών για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ Αιτωλοακαρνανίας. Κατοικεί στη Γουργιά Αιτωλοακαρνανίας και φοιτά στη Α' τάξη δημοτικού. Παραπέμφθηκε από το σχολείο με αίτημα την αντιμετώπιση του προβλήματος. Συνοδεύεται από τους γονείς του. Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Κρίση επιληψίας

2. Όγκος στον εγκέφαλο
3. Χειρουργία-ακτινοθεραπεία
4. Φαρμακευτική αγωγή-Εμβόλια
5. Ύπαρξη σπασμών-κρίσεων
6. Κληρονομικότητα
7. Ύπαρξη γνωματεύσεων και διαγνώσεων

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Αίτημα αντιμετώπισης του προβλήματος
2. Θετική στάση οικογένειας
3. Σοβαρά νευρολογικά ή ορθοπεδικά ελλατώματα ή προβλήματα υγείας
4. Εντοπισμός στην σχολική ηλικία
5. Καλές σχέσεις με συμμαθητές
6. Καλές σχέσεις με εκπαιδευτικούς
7. Καλή άποψη γονέων για εκπαιδευτικούς
8. Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις λόγω προβλήματος

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τετραμελή οικογένεια (πατέρας, μητέρα, δύο παιδιά)
3. Μονοκατοικία
4. Ίδιο δωμάτιο με τον αδερφό του
5. Μέση οικονομική κατάσταση
6. Επίδομα αναπηρίας
7. Κοινωνικοί αλλά υπερπροστατευτικοί γονείς
8. Παραμέληση του άλλου παιδιού
9. Δυσκολία διαχείρισης του προβλήματος

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Επιθυμητή κύηση και προγραμματισμένη
2. Καλή οργανική κατάσταση μητέρας, αλλά αγχωμένη
3. Φυσιολογικός τοκετός
4. Ίκτερος-θερμοκοιτίδα
5. Θηλασμός 1 χρόνο
6. Φυσιολογικός ύπνος
7. Φυσιολογική ανάπτυξη ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
8. Δεξιόχειρας

9. Φυσιολογική ανάπτυξη λόγου ομιλίας

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Επανάληψη Α' δημοτικού
2. Καλή προσαρμογή
3. Δεν υπήρξε άγχος αποχωρισμού
4. Προτροπή και βοήθεια μητέρας για σχολική προετοιμασία
5. Άρνηση για μελέτη
6. Αρνητική στάση προς το σχολείο
7. Δυσκολίες κατανόησης κειμένου από ανάγνωση
8. Διάσπαση προσοχής
9. Δυσκολίες μνήμης

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Κακομαθημένος και αντιδραστικός τον τελευταίο καιρό
2. Καλές κοινωνικές σχέσεις
3. Αγχωμένος για το σχολείο
4. Απόμακρος από τη μητέρα του λόγω σχολικών εργασιών
5. Αυτοεξυπηρετείται

6. Ειδικό ενδιαφέρον για τα ηλεκτρονικά παιχνίδια
7. Ιδιαίτερες προτιμήσεις στο φαγητό
8. Φυσιολογικό ωράριο ύπνου
9. Συγκεκριμένο ημερήσιο πρόγραμμα

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση: Μηνιγγίωμα gr II μετωπιαίου λοβού (χειρουργήθεν)
2. Καλή συμπεριφορά και συνεργασία στην αξιολόγηση
3. Μετά από κάποια ώρα όμως εκδήλωσε κόπωση
4. Δυσκολίες συγκέντρωσης και προσοχής
5. Χαμηλότερες επιδόσεις από το φυσιολογικό στην ψυχομετρική αξιολόγηση (Wisc-III)
6. Καλύτερες επιδόσεις στις λεκτικές κλίμακες παρά στις πρακτικές
7. Χαμηλό επίπεδο στον ψυχοκινητικό τομέα
8. Δυσκολίες οπτικής μνήμης και παρατηρητικότητας καθώς και οπτικοκινητικού συντονισμού
9. Ορθά δομημένος προφορικός λόγος
10. Δυσκολίες και αρνητικότητα για τις μαθησιακές δραστηριότητες της γραφής, της ανάγνωσης και των μαθηματικών
11. Επαρκής βραχύχρονη ακουστική μνήμη (αποτελεσματική κατανόηση κειμένου από ακρόαση)
12. Δυσκολία στις αλληλουχίες και στην ερμηνεία κοινωνικών καταστάσεων.

Περιστατικό 5:Μικροκεφαλία

Ο Χ.Σ. κατοικεί στο Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανίας και φοιτά στο Νηπιαγωγείο της περιοχής. Παραπέμφθηκε από το σχολείο για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ Αιτωλοακαρνανίας στις 16/6/2009, σε ηλικία 7 ετών. Το αίτημα είναι η φοίτηση του σε ειδικό σχολείο. Συνοδεύεται από τους γονείς του. Παρακάτω παρουσιάζονται τα στοιχεία ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Εξετάσεις χωρίς ευρήματα
2. Εμπύρετοι σπασμοί
3. Εστιακές κρίσεις στον ύπνο
4. Φαρμακευτική αγωγή (Triepstal)
5. Παρενέργειες από τα φάρμακα
6. Ειδικές θεραπείες στο σπίτι

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Αίτημα φοίτησης σε ειδικό σχολείο
2. Οι γονείς κάνουν ότι μπορούν

3. Οργανικό πρόβλημα (Μικροκεφαλία) με καθυστέρηση ψυχοκινητικής ανάπτυξης
4. Εντοπισμός στην ηλικία των 2 ετών

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τριμελή οικογένεια (πατέρας, μητέρα, ένα παιδί)
3. Οι γονείς προσπαθούν να βοηθήσουν όσο μπορούν
4. Δεν διαχειρίζονται όπως πρέπει τα οικονομικά
5. Λαμβάνουν επίδομα για μέρος των υποστηρίξεων

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Προωρότητα
2. Αναπνευστική δυσχέρεια
3. Διασωλήνωση με υποστήριξη οξυγόνου
4. Αιμάτωμα εγκεφάλου που απορροφήθηκε
5. Καθυστέρηση ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
6. Μη έλεγχος σφικτήρων
7. Δεν ανέπτυξε λόγο

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Φοίτηση σε παιδικό σταθμό από 2,5 ετών
2. Παράταση φοίτησης στο Νηπιαγωγείο σε τμήμα ένταξης
3. Οι γονείς δεν είναι ευχαριστημένοι από το τμήμα ένταξης και θέλουν να φοιτήσει σε ειδικό σχολείο

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Δεν αυτοεξυπηρετείται
2. Γίνονται προσπάθειες σταδιακής εκπαίδευσης
3. Κοιμάται με τη μητέρα του παρά τις παραινέσεις των ειδικών
4. Η μητέρα είναι ανένδοτη
5. Φοβάται λόγω ιατρικού ιστορικού
6. Ειδικό ενδιαφέρον για την τηλεόραση, τη μουσική, τα παιχνίδια αφής (χάντρες)

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση: Καθυστέρηση ψυχοκινητικής ανάπτυξης λόγω μικροκεφαλίας
2. Δυσκολίες κατανόησης και ανταπόκρισης σε οδηγίες
3. Δυσκολίες λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας

4. Στην αρχή εξερευνούσε το χώρο και είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα μουσικά ερεθίσματα
5. Στην πορεία έχασε το ενδιαφέρον του και εκδήλωσε αυτοτραυματική συμπεριφορά
6. Είναι δεκτικός στα αγγίγματα
7. Δεν ήταν αρκετά συνεργάσιμος στην αξιολόγηση
8. Δυσκολίες στο λόγο-ομιλία
9. Έλλειψη βλεμματικής επαφής παρα μόνο στο άκουσμα μουσικής
10. Μη ανταπόκριση στο ονομά του
11. Δυσκολίες στα παιχνίδια μίμησης και στερεοτυπικές κινήσεις
12. Μη ανάπτυξη λεπτής κινητικότητας
13. Μη έλεγχος σφικτήρων και έντονη σιελόρροια.

Περιστατικό 6:Σύνδρομο Prader-Willi

Ο Θ.Ν. κατοικεί στο Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ της περιοχής στις 26/10/2011 σε ηλικία 5 ετών. Φοιτά στο Νηπιαγωγείο, στο τμήμα ένταξης. Συνοδεύεται από τη μητέρα του. Παρακάτω παρουσιάζονται τα στοιχεία ανά κατηγορία καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες
2. Γενετικός-Μοριακός έλεγχος
3. Επιβεβαίωση και διάγνωση συνδρόμου Prader-Willi

4. Ψυχοκινητική καθυστέρηση
5. Παχυσαρκία και κοντό ανάστημα
6. Εμμονές σε επίπεδο συμπεριφοράς
7. Στραβισμός και υπερμετροπία
8. Αλλεργία στην υγρασία
9. Επέμβαση για κρυπορχία, κρεατάκια και αμυγδαλές
10. Ιατρική παρακολούθηση
11. Φαρμακευτική αγωγή με αντισταμινικά και αυξητική ορμόνη
12. Γνωμάτευση-Διάγνωση συνδρόμου
13. Παρακολούθηση ειδικών προγραμμάτων

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Αίτημα Διάγνωσης-Γνωμάτευσης
2. Θετική στάση οικογένειας
3. Ορμονικό σύνδρομο Prader-Willi
4. Ηλικία εντοπισμού 2 μηνών, λόγω μεγάλης υποτονίας
5. Ομαλές σχέσεις με συμμαθητές
6. Όχι ιδιαίτερα κοινωνικός
7. Καλές σχέσεις με εκπαιδευτικούς

8. Καλή άποψη γονέων για τους εκπαιδευτικούς

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τετραμελή οικογένεια (πατέρας, μητέρα, δύο παιδιά)
3. Ιδιόκτητο διαμέρισμα
4. Κοινό δωμάτιο με την αδερφή του
5. Μέση οικονομική κατάσταση
6. Επίδομα αναπηρίας
7. Μη δίγλωσσο περιβάλλον
8. Δεν υπήρξαν αλλαγές τόπου κατοικίας
9. Υποστηρικτικό περιβάλλον-πλούσιο σε ερεθίσματα
10. Περισσότερο δεμένος με τη μητέρα
11. Οι γονείς έχουν κοινή στάση στο πρόβλημα
12. Θέτουν ρεαλιστικούς στόχους σε σχέση με τις δυσκολίες του παιδιού

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Επιθυμητή εγκυμοσύνη

2. Επιπλοκές στον 6^ο μήνα
3. Καισαρική
4. Θερμοκοιτίδα για 1 μήνα
5. Κλάμα νεογνού
6. Νοσηλεία λόγω προβλήματος
7. Δυσκολίες θηλασμού-διατροφής
8. Φυσιολογικός ύπνος
9. Καθυστέρηση κατάκτησης ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
10. Υπήρξε έλεγχος σφικτήρων λόγω εμμονών καθαριότητας
11. Δεξιόχειρας
12. Καθυστέρηση κατάκτησης λόγου-ομιλίας
13. Δυσκολίες άρθρωσης και περιορισμένο λεξιλόγιο

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Φοίτηση σε Νηπιαγωγείο
2. Δεν υπήρξε άγχος αποχωρισμού
3. Δεν υπήρξε επανάληψη τάξεων
4. Θετική στάση προς το σχολείο
5. Καλή αντίληψη και μνήμη

6. Διάσπαση προσοχής

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Καλόβουλος & φιλικός
2. Γενικά συνεργάσιμος
3. Δεν έχει πολλές επαφές με συνομηλίκους
4. Πιο εύκολα κάνει σχέσεις με ενηλίκους
5. Εμμονές με την τάξη και καθαριότητα
6. Ειδικό ενδιαφέρον για ζωγραφική και πλαστελίνη
7. Παίζει λίγο με την αδερφή του
8. Δεν χρησιμοποιεί Η/Υ
9. Ελεγχόμενη διατροφή από τους γονείς
10. Ιδιαίτερα αυξημένη όρεξη λόγω συνδρόμου
11. Δεν αναφέρονται δυσκολίες ύπνου

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Φιλικός, συνεργάσιμος και εύκολη προσαρμογή στην αξιολόγηση
2. Δεκτικός στην ανθρώπινη επαφή και καλή βλεμματική επαφή

3. Έχει αναπτυγμένες κοινωνικό-συναισθηματικές δεξιότητες
4. Ανταποκρίνεται σε δραστηριότητες και κατανοεί οδηγίες
5. Εκδήλωσε τάσεις κόπωσης μετά από ώρα, αλλά συνέχιζε να προσπαθεί
6. Χρειάζεται επανατροφοδότηση και ενίσχυση
7. Εκδήλωσε διάσπαση προσοχής σε οπτικά ερεθίσματα
8. Είχε δυσκολία με εναλλαγή ερεθισμάτων
9. Εκδήλωσε επίσης, παρορμητική αντίδραση και χειριστική συμπεριφορά
10. Δυσκολίες λόγου-ομιλίας
11. Ανταπόκριση στην λεκτική επικοινωνία
12. Δυσκολία στην χρονική αλληλουχία γεγονότων
13. Ανεπτυγμένη λεπτή κινητικότητα
14. Δυσκολίες στην ελεύθερη ζωγραφική
15. Μη ωρίμανση οπτικοκινητικού συντονισμού
16. Δυσκολίες πλευρίωσης (διάκριση αριστερού-δεξί)
17. Δυσκολίες γνωστικών δεξιοτήτων (αντίληψη, προσοχή, μνήμη κ.τ.λ.)
18. Δυσκολίες στις μαθησιακές δεξιότητες (ανάγνωση, γραφή, μαθηματικά)

Περιστατικό 7:Σύνδρομο Lennox- Gastaut

Η Ε.Λ. κατοικεί στη Βόνιτσα Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε στο ΚΔΑΥ Αιτωλοακαρνανίας στις 6/12/2007, σε ηλικία 6 ετών. Φοιτά στο Νηπιαγωγείο Βόνιτσας από

το οποίο παραπέμφθηκε για αξιολόγηση και συνοδεύεται από τους γονείς της. Παρακάτω αναφέρονται τα στοιχεία ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Ειδικές εξετάσεις με σκοπό τη διάγνωση του συνδρόμου
2. Ανθεκτική επιληψία
3. Συνοδό μυοπαθητικό προσωπείο
4. Περίεργες κινήσεις οφθαλμών
5. Προοδευτικά μειωμένη γνωστική ικανότητα και συμπεριφορά
6. Φαρμακευτική αγωγή και τακτικές εξετάσεις
7. Κλινοεργαστηριακός έλεγχος και MRI εγκεφάλου
8. Ύπαρξη ανατομικών αλλοιώσεων εγκεφάλου και παρεγκεφαλίδας
9. Παιδοψυχιατρική αξιολόγηση
10. Σημαντικός βαθμός ψυχοκοινωνικής και ψυχοκινητικής καθυστέρησης
11. Κρίση με συναισθηματική διάσπαση
12. Ικανοποιητική προσαρμοστικότητα με δυνατότητα εξέλιξης
13. Αρρώστησε από βρογχιολίτιδα σε ηλικία 6 μηνών και νοσηλεύτηκε
14. Αλλεργικός βήχας
15. Παλινδρόμηση φαγητού

16. Ιστορικό ειδικών θεραπειών

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Αίτημα αξιολόγησης λόγω καθυστέρησης ομιλίας
2. Η ανάγκη αξιολόγησης επισημάνθηκε από τη Νηπιαγωγό
3. Συνοδεύεται από τους γονείς
4. Πληροφορίες από τους γονείς κυρίως από τη μητέρα

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Προσδοκίες γονέων για βελτίωση
2. Δύσκολα παιδικά χρόνια μητέρας
3. Δυσκολίες τον πρώτο καιρό μετά τη γέννηση
4. Φοβίες και επιλόχειος κατάθλιψη μητέρας
5. Οικογενειακή βία μητέρας προς το παιδί
6. Αδιαφορία μητέρας και μη ενασχόληση
7. Ζήλια προς την αδερφή της και ύπαρξη ανταγωνισμού
8. Μένει στο ίδιο δωμάτιο με την αδερφή της
9. Καλή σχέση ζευγαριού

10. Χαλαρή συμπεριφορά από τον πατέρα

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Ανώμαλη κύηση με ναυτίες και ζαλάδες
2. Φυσιολογικός τοκετός
3. Δεν θήλασε
4. Ήσυχο και ανέκφραστο μωρό
5. Κάθε δύο ώρες σηκωνόταν για φαγητό
6. Τυπικό βάρος γέννησης
7. Καθυστέρηση ψυχοκινητικής ανάπτυξης
8. Χαλαρά ισχία με δυνατότητα ενδυνάμωσης μέσω παιχνιδιού
9. Καθυστέρηση γλωσσικής ανάπτυξης
10. Καθυστέρηση ελέγχου σφικτήρων
11. Κληρονομικές επιβαρύνσεις

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Καθυστέρηση φοίτησης στον παιδικό σταθμό λόγω μη ελέγχου των σφικτήρων
2. Δεν είχε λόγο και δεν συμμετείχε στις δραστηριότητες

3. Δυσκολίες ως αποτέλεσμα μη ελέγχου των σφικτήρων
4. Συνεχίστηκαν οι δυσκολίες και στο Νηπιαγωγείο
5. Απόκτηση δεξιοτήτων προς το τέλος της χρονιάς
6. Δεν φοίτησε στο δημοτικό κανονικά λόγω ανωριμότητας
7. Βελτίωση δεξιοτήτων λόγου και κοινωνικής αλληλεπίδρασης

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Ήσυχη, πρόθυμη με χαμηλή αυτοεκτίμηση
2. Παλινδρόμηση παλιότερα
3. Ανήσυχος ύπνος
4. Πολύ δυνατό τρίξιμο δοντιών
5. Ονχοφαγία
6. Ντύνεται μόνη της
7. Μπάνιο την κάνει η μαμά της
8. Τρώει μόνη της αλλά και με τη μαμά της
9. Χαμογελά αλλά εκδηλώνει μη επιθυμητή συμπεριφορά όταν θυμώνει
10. Ειδικά ενδιαφέροντα: ζωγραφική, παζλ, κούκλες, πλαστελίνη, ποδήλατο και νερομπογιές

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση ψυχοκοινωνικής και ψυχοκινητικής καθυστέρησης λόγω συνδρόμου Lennox-Gastaut
2. Φιλική και συνεργάσιμη
3. Δεκτική στην επικοινωνία
4. Κατανόηση απλών αλλά όχι σύνθετων εντολών
5. Ολοκλήρωση δοκιμασιών με το δικό της ρυθμό
6. Απόσπαση προσοχής από εξωτερικά ερεθίσματα
7. Νοητικό δυναμικό χαμηλότερο από το φυσιολογικό (Wisc-III)
8. Δυσκολίες λόγου-ομιλίας
9. Σωστή περιγραφή λέξεων
10. Δυσκολίες επίλυσης θεμάτων καθημερινότητας
11. Δεν έχει καλό επίπεδο παρατηρητικότητας
12. Ανεπτυγμένη λεπτή κινητικότητα
13. Επιτυχή συμπλήρωση παζλ
14. Ωρίμανση οπτικοκινητικού συντονισμού
15. Δυσκολίες γνωστικών ικανοτήτων (διάκριση-μνήμη)
16. Ανταποκρίθηκε σε απλές γραφικές ασκήσεις

17. Δυσκολίες μαθηματικών και αριθμητικής

Περιστατικό 8:Μαθησιακές Δυσκολίες

Η Α.Τ. κατοικεί στο Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ της περιοχής στις 22/9/2009, σε ηλικία 8 ετών. Φοιτά στο Δημοτικό της περιοχής στην γ'τάξη. Παραπέμφθηκε από το σχολείο και συνοδεύεται από τους γονείς και τον αδερφό της. Παρακάτω αναφέρονται τα στοιχεία του ιστορικού ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Δεν υπάρχει κάποια ιατρική κατάσταση
2. Δεν έχει κάνει κάποια επέμβαση
3. Δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή
4. Δεν παρακολουθεί κάποιο ειδικό πρόγραμμα

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Αίτημα για διάγνωση-συμβουλευτική γονέων

2. Παραπέμφθηκε από τη διευθύντρια για αξιολόγηση
3. Οι γονείς δεν κατάλαβαν το λόγο
4. Οι δάσκαλοι δεν μίλησαν στους γονείς για τις δυσκολίες
5. Μπερδεύει στο γράψιμο 3 σύμφωνα
6. Αφαιρείται όταν γράφει και ξεχνά λέξεις
7. Χαρακτηρίζεται ζωηρό και υπερκινητικό παιδί

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τετραμελή οικογένεια (πατέρας, μητέρα, δύο παιδιά)
3. Ιδιόκτητη κατοικία
4. Μέση οικονομική κατάσταση
5. Κοινή στάση γονέων για το πρόβλημα
6. Η μητέρα έχει δυσκολίες στην προφορική έκφραση
7. Υπερπροστατευτικοί γονείς

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Επιθυμητή εγκυμοσύνη

2. Φυσιολογικός τοκετός
3. Ζωηρό βρέφος
4. Φυσιολογικός ύπνος
5. Δεν θήλασε
6. Φυσιολογική ανάπτυξη ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
7. Δεξιόχειρας
8. Έλεγχος σφικτήρων στα 2,5 έτη
9. Φυσιολογική ανάπτυξη λόγου-ομιλίας

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Φοίτηση σε παιδικά σταθμό και Νηπιαγωγείο
2. Πρόβλημα με Νηπιαγωγό όπως και ο αδερφός της
3. Οι γονείς επικρίνουν το σχολείο λόγω μη ενημέρωσης για την παραπομπή
4. Φοιτά στην γ' δημοτικού

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Αυτοεξυπηρετείται

2. Πολύ καλή στον αθλητισμό λόγω ταχύτητας
3. Απτικές δραστηριότητες
4. Συμμετοχή σε πρόγραμμα του ΚΔΑΠ
5. Πρόθυμη για δουλειές, κυρίως εξωτερικές
6. Δυσκολίες συνεργασίας στην αξιολόγηση

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση Μαθησιακών Δυσκολιών
2. Κατανόηση οδηγιών
3. Αρνητική συμπεριφορά και έλλειψη διάθεσης συνεργασίας
4. Αδυναμία στο να λειτουργήσει οριοθετημένα
5. Αδιαφορία στο να ανταποκριθεί σε δραστηριότητες χρονομέτρησης
6. Υιοθέτηση συμπεριφορών αποφυγής
7. Δεν ανταποκρίθηκε ικανοποιητικά στην ψυχομετρική δοκιμασία (Wisc-III)
8. Τα αποτελέσματα δεν δείχνουν το πραγματικό δυναμικό
9. Οι προσπάθειες κινητοποίησης απέτυχαν
10. Καλύτερες επιδόσεις στις πρακτικές παρά στις λεκτικές κλίμακες
11. Περιορισμένο εύρος εγκυκλοπεδικών γνώσεων και δυσκολία στην επένδυση απόκτησης γνώσεων από το σχολείο
12. Μπορεί να κατανοήσει αφηρημένες έννοιες και να ξεχωρίσει τι είναι σημαντικό

13. Έχει περιορισμένο λεξιλόγιο
14. Δυσκολίες στις κοινωνικές-συναισθηματικές ικανότητες
15. Δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις
16. Καλές γνωστικές δεξιότητες (διάκρισης, μνήμης, αντίληψης)
17. Δυσκολία στη συγκράτηση φωνολογικών πληροφοριών στη βραχυπρόθεσμη μνήμη
18. Δυσκολίες στις μαθησιακές δεξιότητες γραφής, ανάγνωσης και μαθηματικών

Περιστατικό 9:Ειδική γλωσσική διαταραχή εκφραστικού τύπου

Ο Β.Κ. κατοικεί στο Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε για αξιολόγηση στις 5/3/2013, σε ηλικία 8 ετών στο ΚΕΔΔΥ της περιοχής. Παραπέμφθηκε από το σχολείο και συνοδεύεται από τη μητέρα του. Παρακάτω αναφέρονται τα στοιχεία ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Δεν υπάρχει κάποια ιατρική κατάσταση
2. Δεν έχει κάνει κάποια επέμβαση
3. Δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή
4. Πυρετός σε ηλικία 15 μηνών και νοσηλεία 3 ημερών
5. Ειδικό πρόγραμμα λογοθεραπείας για 1 χρόνο

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Αίτημα διάγνωσης-γνωμάτευσης
2. Θετική στάση οικογένειας
3. Έγινε κατάλληλη ενημέρωση του παιδιού για την αξιολόγηση
4. Περιγραφή διαταραχή ως μαθησιακής-συναισθηματικής
5. Εντοπισμός στη νηπιακή ηλικία
6. Καλές σχέσεις με τους συμμαθητές εκτός από ένα παιδί που τον παρενοχλεί
7. Καλή σχέση με τους εκπαιδευτικούς
8. Καλή άποψη γονέων για τους εκπαιδευτικούς

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τετραμελή οικογένεια (πατέρας, μητέρα, δύο παιδιά)
3. Κατοικούν σε διαμέρισμα
4. Μοιράζεται το δωμάτιο με τον αδερφό του
5. Μετακόμιση σε άλλο σπίτι αλλά στην ίδια περιοχή σε ηλικία 1 έτος
6. Χαμηλό κοινωνικό-γνωστικό υπόβαθρο οικογένειας
7. Αναφορά βίας από τους γονείς όταν νευριάζουν

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Επιθυμητή κύηση
2. Ενημέρωση για το πρόβλημα στον 6^ο μήνα
3. Η μητέρα δεν δέχτηκε την ενημέρωση και άλλαξε γιατρό
4. Καλή συναισθηματική κατάσταση
5. Καισαρική
6. Κανονικό βάρος γέννησης
7. Δεν υπήρξε θηλασμός
8. Φυσιολογικός ύπνος
9. Φυσιολογική ανάπτυξη ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
10. Μικρή απόκλιση στο βάδισμα
11. Νυχτερινή ενούρηση
12. Ελλιπής πληροφορίες για τα στάδια λόγου-ομιλίας
13. Αναφορά δυσκολιών

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Δεν φοίτησε σε παιδικό σταθμό
2. Φοίτησε σε Νηπιαγωγείο
3. Δεν υπήρξε άγχος αποχωρισμού

4. Βοήθεια από δασκάλα για την σχολική προετοιμασία μια ώρα κάθε μέρα
5. Θετική στάση για το σχολείο
6. Φυσιολογική γνωστική ικανότητα

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Ήσυχος, υπάκουος, μαζεμένος
2. Του αρέσει η ζωγραφική
3. Παίζει με τους φίλους και τον αδερφό του στο σπίτι
4. Βγαίνουν βόλτες με τον μπαμπά στο πάρκο

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση Ειδικής γλωσσικής διαταραχής εκφραστικού τύπου
2. Ψυχομετρική αξιολόγηση (Wisc-III)
3. Ο γενικός δείκτης δεν περιγράφει επαρκώς το γενικό νοητικό δυναμικό
4. Στατιστικά σημαντική διαφορά λεκτικού και πρακτικού ΔΝ
5. Χαμηλότερα στις λεκτικές παρά στις πρακτικές
6. Χαρούμενο παιδί, κοινωνικό και ευχάριστο
7. Καλές κοινωνικές-συναισθηματικές δεξιότητες

8. Καλές επικοινωνιακές και διαπροσωπικές δεξιότητες
9. Συνεργάσιμος και υπάκουος σε οδηγίες-εντολές
10. Καλή βλεμματική επαφή
11. Σημεία διάσπασης προσοχής
12. Παρορμητική και αυθόρμητη προσέγγιση υλικού
13. Καλή κατανόηση προφορικού λόγου και αντίληψη οδηγιών
14. Καλός προσανατολισμός στο χώρο
15. Καλή οπτική διάκριση λέξεων και φωνημάτων
16. Αδυναμία συγκράτησης φωνολογικών πληροφοριών στη βραχυπρόθεσμη μνήμη
17. Αναποτελεσματική ακουστική διάκριση λέξεων-φωνημάτων
18. Δυσκολίες γραφής, ανάγνωσης, μαθηματικών

Περιστατικό 10:Ειδική μαθησιακή δυσκολία τύπου δυσλεξία

Η Μ.Π. κατοικεί στο Μεσολόγγι Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ της περιοχής στις 7/1/2013, σε ηλικία 18 ετών. Πηγαίνει σε Λύκειο σε κοντινή περιοχή. Παραπέμφθηκε από το σχολείο και συνοδεύεται από τη μητέρα της. Παρακάτω θα αναφερθούν τα στοιχεία ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Κύρτωση κεφαλής όταν γεννήθηκε

2. Παρακολούθηση και θεραπεία για κάποιους μήνες
3. Νοσηλεία λόγω βαριάς δηλητηρίασης
4. Μετά από χτύπημα, νοσηλεία λόγω διάσεισης
5. Λιποθυμικά επεισόδια
6. Αυξημένα επίπεδα άγχους
7. Αποκλεισμός οργανικού παράγοντα
8. Ειδικό πρόγραμμα λογοθεραπείας στην αρχή

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Αίτημα Διάγνωσης-Γνωμάτευσης
2. Θετική στάση οικογένειας
3. Ενημέρωση του παιδιού για την αξιολόγηση
4. Περιγραφή διαταραχής ως ειδικές δυσκολίες μάθησης
5. Παρατηρήθηκαν προβλήματα στο γραπτό λόγο από την καθηγήτρια
6. Καλές οικογενειακές σχέσεις
7. Πολύ καλή σχέση με τους συμμαθητές
8. Πολύ καλή σχέση με τους εκπαιδευτικούς
9. Πολύ καλή σχέση γονέων-εκπαιδευτικών, κυρίως συνεργασία με τη μητέρα

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τετραμελής οικογένεια (πατέρας, μητέρα, δύο παιδιά)
3. Ζουν σε μονοκατοικία
4. Έχει δικό της δωμάτιο
5. Απουσία του πατέρα για μεγάλο διάστημα λόγω δουλειάς
6. Έχει αδυναμία στον πατέρα της
7. Την ενοχλούσε η απουσία του παλιότερα

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Επιθυμητή κύηση
2. Καισαρική
3. Φυσιολογικό βάρος γέννησης
4. Νοσηλεία λόγω προβλήματος
5. Θήλασε για λίγες μέρες
6. Φυσιολογική ανάπτυξη ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
7. Μικρή απόκλιση στη βάδιση
8. Κάποιες φορές στην αρχή, είχε νυχτερινή ενούρηση
9. Δεξιόχειρας

10. Μικρή καθυστέρηση στην κατάκτηση των πρώτων λέξεων
11. Μη καθαρός λόγος μέχρι το νηπιαγωγείο
12. Βελτίωση μετά από λογοθεραπεία

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Πήγε προνήπιο και νηπιαγωγείο με προθυμία
2. Φοιτά στην 3^Η τάξη Λυκείου
3. Δεν υπήρξε άγχος αποχωρισμού
4. Δεν επανέλαβε κάποια τάξη
5. Δεν άλλαξε σχολείο
6. Έχει πτυχίο αγγλικών (lower)
7. Έχει καλύτερες επιδόσεις στα προφορικά παρά στα γραπτά
8. Μέτρια βαθμολογία
9. Προετοιμασία για πανελλήνιες εξετάσεις
10. Διαβάζει με τη μητέρα της ως αργά
11. Θετική στάση προς το σχολείο
12. Καλή αντίληψη, συγκέντρωση και προσοχή
13. Δυσκολίες απομνημόνευσης

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Πρόσχαιρη και επικοινωνιακή
2. Δεν έχει δημιουργήσει πρόβλημα
3. Υπεύθυνη και δραστήρια
4. Απογοητεύεται όταν δεν πετυχαίνει αυτό που θέλει
5. Έχει παρέες και κολλητές φίλες
6. Είχε μια σχέση αλλά απομακρύνθηκε για να αφοσιωθεί στα μαθήματα
7. Καλή συναισθηματική εικόνα
8. Επιμελής, συμμετέχει στην τάξη
9. Δυσκολίες ύπνου με υποχώρηση τελευταία

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση: Ειδικές δυσκολίες μάθησης τύπου δυσλεξία
2. Ψυχομετρική αξιολόγηση (Wisc-III)
3. Ο γενικός δείκτης δεν περιγράφει επαρκώς το νοητικό δυναμικό
4. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές λεκτικού και πρακτικού ΔΝ
5. Δυσκολίες κυρίως στις πρακτικές κλίμακες παρά στις λεκτικές
6. Ήρεμο, χαρούμενο παιδί

7. Φιλική με ανεπτυγμένες κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες
8. Ανεπτυγμένες επικοινωνιακές και διαπροσωπικές δεξιότητες
9. Πολύ συνεργάσιμη και οριοθετημένη
10. Καλή βλεμματική επαφή
11. Υπακούει σε λεκτικές εντολές και οδηγίες
12. Συγκεντρωμένη στο έργο της, με υψηλό εσωτερικό κίνητρο
13. Καταβάλλει τη μέγιστη δυνατή προσπάθεια
14. Θέτει στόχους και εργάζεται για να τους πετύχει
15. Ανεπτυγμένες μεταγνωστικές δεξιότητες
16. Δυσκολίες οπτικής αντίληψης λέξεων
17. Δυσκολίες ακουστικής διάκρισης φθόγγων κυρίως συμφωνικών συμπλεγμάτων
18. Δυσκολίες προσανατολισμού και διάκρισης δεξί-αριστερού
19. Ανεπτυγμένο λεξιλόγιο
20. Καλλιεργημένη προφορική και γραπτή έκφραση
21. Επαρκής ανάγνωση αλλά δυσκολία στην ανάσυρση επιμέρους πληροφοριών
22. Καλύτερη στη δεύτερη προσπάθεια
23. Δυσκολίες στην γραφή αλλά όχι πολύ σοβαρές (λίγα ορθογραφικά, παράλειψη τόνων, δυσκολία στη γραφή λέξεων με συμπλέγματα κ.τ.λ.)
24. Καλό επίπεδο μαθηματικών δεξιοτήτων

Περιστατικό 11:Μαθησιακές δυσκολίες

Ο Κ.Κ. κατοικεί στο Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ της περιοχής στις 26/3/2013, σε ηλικία 10 ετών. Φοιτά στην Δ' τάξη του Δημοτικού. Δεν αναφέρονται τα στοιχεία της παραπομπής του. Συνοδεύεται από τους γονείς. Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία του ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Δεν αναφέρεται ύπαρξη ιατρικής κατάστασης
2. Δεν έχει κάνει κάποια επέμβαση
3. Δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή
4. Δεν παρακολουθεί κάποιο ειδικό πρόγραμμα παρέμβασης

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Αίτημα Διάγνωσης-Γνωμάτευσης
2. Θετική στάση οικογένειας
3. Έγινε ενημέρωση του παιδιού για την αξιολόγηση
4. Αναφέρονται δυσκολίες προφορικής έκφρασης
5. Αρνητική στάση παιδιού για το σχολείο και τη μελέτη

6. Επικαλείται σωματικές ενοχλήσεις για να φύγει από το σχολείο
7. Εντοπισμός δυσκολιών στη σχολική ηλικία
8. Καλές σχέσεις με συμμαθητές
9. Είναι θύμα bullying από μεγαλύτερα παιδιά
10. Καλές σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τετραμελής οικογένεια (πατέρας, μητέρα, δύο παιδιά)
3. Ιδιόκτητη κατοικία
4. Μη προσδιορισμένος χώρος παιδιού
5. Συχνές αλλαγές τόπου κατοικίας

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Επιθυμητή κύηση και προγραμματισμένη
2. Τοκετός με καισαρική
3. Φυσιολογικό βάρος γέννησης
4. Τέλος κύησης στους 9 μήνες

5. Κλάμα νεογνού
6. Δεν θήλασε
7. Φυσιολογική ανάπτυξη ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
8. Φυσιολογική ανάπτυξη λόγου-ομιλίας
9. Δεξιόχειρας

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Φοίτηση 2 έτη σε παιδικό σταθμό
2. Φοίτηση για ένα χρόνο στο Νηπιαγωγείο
3. Έντονο άγχος αποχωρισμού
4. Δεν επανάλαβε τάξεις
5. Δεν άλλαξε σχολείο
6. Φοιτά στην Δ' τάξη
7. Χαμηλές επιδόσεις στα βασικά μαθήματα
8. Μελέτη με τη βοήθεια της μητέρας
9. Διάρκεια μελέτης 1-1,5 ώρες την ημέρα
10. Αρνητικός απέναντι στη διαδικασία και στο σχολείο
11. Αγαπημένο μάθημα η πληροφορική

12. Δυσκολίες στις γνωστικές ικανότητες (αντίληψη, συγκέντρωση, προσοχή, μνήμη)

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Ευδιάθετος, δραστήριος και κοινωνικός
2. Αντιδραστικός, θυμώνει εύκολα
3. Στο σχολείο είναι ήσυχός και δεν αντιδρά στα πειράγματα
4. Του αρέσει το ποδήλατο και το παιχνίδι στη γειτονιά
5. Βοηθάει στις αγροτικές δουλειές και κάνει κατασκευές
6. Χρησιμοποιεί Η/Υ

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση Μαθησιακών Δυσκολιών
2. Ψυχομετρική αξιολόγηση (Wisc-III)
3. Ο γενικός δείκτης νοημοσύνης δεν περιγράφει επαρκώς το νοητικό δυναμικό
4. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές λεκτικού και πρακτικού ΔΝ
5. Καλύτερη επίδοση στις πρακτικές παρά στις λεκτικές κλίμακες
6. Ήρεμο, χαρούμενο και φιλικό παιδί

7. Καλό επίπεδο κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων
8. Αρκετά επικοινωνιακός με ανεπτυγμένες διαπροσωπικές δεξιότητες
9. Συνεργάσιμος και οριοθετημένος
10. Καλή βλεμματική επαφή
11. Υπακούει σε εντολές και οδηγίες
12. Συγκεντρωμένος στο έργο του
13. Έχει υψηλό εσωτερικό κίνητρο και καταβάλει μέγιστη προσπάθεια
14. Ενισχύεται μέσω επαίνου
15. Δυσκολίες χρονικών ακολουθιών και χωροχρονικού προσανατολισμού
16. Δεν υπάρχουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην ανάγνωση, δυσκολίες στην κατανόηση κειμένου
17. Δυσκολίες στον προφορικό λόγο και φτωχού λεξιλογίου
18. Δυσκολίες στην ορθογραφία
19. Δυσκολίες στις μαθηματικές πράξεις

Περιστατικό 12:Ειδική μαθησιακή δυσκολία (δυσγραφία)

Ο Σ.Τ. κατοικεί στη Ναύπακτο Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ της περιοχής στις 21/1/2013, σε ηλικία 12 ετών. Φοιτά στην Στ' τάξη του Δημοτικού της Ναυπάκτου. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται μετά από πρωτοβουλία των γονέων, οι οποίοι και τον συνοδεύουν. Παρακάτω αναφέρονται τα αναλυτικά στοιχεία ανά κατηγορία και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Δεν υπάρχει κάποια ιατρική κατάσταση
2. Δεν έχει κάνει κάποια επέμβαση
3. Δεν λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή
4. Δεν λαμβάνει κάποια ειδική παρέμβαση

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Αίτημα Διάγνωσης-Γνωμάτευσης
2. Θετική στάση οικογένειας
3. Έγινε κατάλληλη ενημέρωση του παιδιού για την αξιολόγηση
4. Δυσκολίες συγκέντρωσης και απομνημόνευσης
5. Κάνει πολλά ορθογραφικά λάθη
6. Έχει χαμηλή επίδοση στα περισσότερα μαθήματα
7. Εντοπισμός στην σχολική ηλικία
8. Σχετικά καλές σχέσεις με τους συμμαθητές
9. Καλές σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς φέτος
10. Παλιά υπήρχαν θέματα με τον διευθυντή

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Τετραμελή οικογένεια (πατέρας, μητέρα, δύο παιδιά)
3. Κατοικούν σε ενοικιαζόμενο διαμέρισμα
4. Μοιράζεται το δωμάτιο με την αδερφή του
5. Χαμηλή-Μέση οικονομική κατάσταση
6. Καλές σχέσεις γονέων
7. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα παιδιά
8. Κατάγονται από τη Β.Ηπειρο
9. Ζουν πολλά χρόνια στη Ναύπακτο
10. Δουλεύουν πολλές ώρες
11. Τα παιδιά είναι πολλές ώρες μόνα στο σπίτι

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Επιθυμητή κύηση
2. Καλή συναισθηματική κατάσταση
3. Καλή οργανική κατάσταση
4. Δεν θήλασε
5. Φυσιολογικός ύπνος

6. Φυσιολογική ανάπτυξη ψυχοκινητικών δεξιοτήτων

7. Φυσιολογική ανάπτυξη λόγου-ομιλίας

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Φοίτησε σε Νηπιαγωγείο

2. Φοιτά στην Στ' τάξη Δημοτικού

3. Άγχος αποχωρισμού στην αρχή

4. Δεν επανέλαβε τάξεις

5. Δεν άλλαξε σχολεία

6. Πηγαίνει αγγλικά σε φροντιστήριο

7. Χαμηλή σχολική βαθμολογία

8. Σχολική προετοιμασία με δασκάλα

9. Παλιά τον βοηθούσε ο νονός του που ήταν εκπαιδευτικός

10. Θετική στάση προς το σχολείο

11. Σχολική άρνηση λόγω ρατσιστικής συμπεριφοράς

12. Ικανοποιητική αντίληψη, εύκολη διάσπαση προσοχής και αδύναμη μνήμη

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Καλόκαρδο και φιλότιμο παιδί

2. Γενικά καλή διάθεση
3. Έχασε το νονό του πριν δύο χρόνια
4. Είχε στενή σχέση μαζί του επειδή τον βοηθούσε στα μαθήματα
5. Το γεγονός αυτό, επηρέασε το ενδιαφέρον του για το σχολείο
6. Ξεχνά πράγματα και είναι ανοργάνωτος
7. Μαθαίνει πιάνο
8. Χρησιμοποιεί και ασχολείται με τον Η/Υ
9. Παίζει στην γειτονιά και κάνει βόλτες με το ποδήλατο

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών (Δυσγραφία)
2. Ψυχομετρική αξιολόγηση (Wisc-III)
3. Ο γενικός δείκτης νοημοσύνης δεν περιγράφει επαρκώς το νοητικό δυναμικό
4. Στατιστικώς σημαντικές διαφορές λεκτικού και πρακτικού ΔΝ
5. Καλύτερες επιδόσεις στις λεκτικές κλίμακες παρά στις πρακτικές
6. Ήρεμο, χαρούμενο, φιλικό παιδί
7. Καλές κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες
8. Επικοινωνιακός με ανεπτυγμένες διαπροσωπικές δεξιότητες
9. Πρόθυμος για συμμετοχή στην αξιολόγηση

10. Καλή βλεμματική επαφή
11. Υπακούει σε εντολές και οδηγίες
12. Υψηλό εσωτερικό κίνητρο
13. Προσπάθεια και αφοσίωση στο έργο
14. Υψηλό άγχος επίτευξης και φόβος αποτυχίας
15. Λόγω υψηλού άγχους είχε δυσκολία στην έκφραση των σκέψεων και στην εμπλοκή στο ψυχομετρικό τεστ
16. Χρειαζόταν ενίσχυση και διαβεβαίωση της ορθότητας των απαντήσεων του
17. Δεν υπήρξαν δυσκολίες στην ανάγνωση και στην κατανόηση κειμένου
18. Ιδιότυπη σύλληψη μολυβιού χωρίς επιπτώσεις στις γραφοκινητικές δεξιότητες
19. Ιδιαίτερες δυσκολίες στην γραφή και την ορθογραφία
20. Επικαλέστηκε κούραση ενώ έγραφε
21. Βοηθητική προτροπή του εξεταστή για αυτοδιόρθωση
22. Δυσκολίες στα μαθηματικά κυρίως στα πιο περίπλοκα

Περιστατικό 13:Σύνδρομο Joubert

Ο Α.Ο. κατοικεί στο Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε για αξιολόγηση στο ΚΕΔΔΥ της περιοχής στις 29/10/2012, σε ηλικία 5 ετών. Φοιτά σε Νηπιαγωγείο ΕΛΕΠΑΠ στην περιοχή από το οποίο έγινε η παραπομπή. Συνοδεύεται από τους γονείς. Παρακάτω

αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Επέμβαση επιμήκυνσης αχίλλειου τένοντα
2. Παρακολούθηση από νευρολόγους
3. Παρακολουθεί ειδικά προγράμματα
4. Τεκμηρίωση συνδρόμου με μαγνητική τομογραφία
5. Σημαντικός βαθμός νοητικής υστέρησης
6. Απουσία λόγου
7. Εγκεφαλική παράλυση με αδυναμία βάδισης

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Παραπομπή από το σχολείο
2. Συνοδεύεται από τους γονείς
3. Θετική στάση των γονέων
4. Σύνδρομο Joubert (απουσία λόγου, κινητικά προβλήματα, νοητική υστέρηση)
5. Ηλικία εντοπισμού 2-2,5 μηνών
6. Καλές οικογενειακές σχέσεις

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Φυσική μορφή οικογένειας
2. Πολυμελή οικογένεια (πατέρας, μητέρα, τρία παιδιά)
3. Ενοικιαζόμενη κατοικία
4. Προσωπικό δωμάτιο
5. Μέση οικονομική κατάσταση
6. Επίδομα αναπηρίας
7. Δεν υπήρξε αλλαγή κατοικίας
8. Υποστηρικτικοί και συνειδητοποιημένοι γονείς

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Επιθυμητή και προγραμματισμένη κήση
2. Χωρίς επιλοκές
3. Φυσιολογικός τοκετός και καισαρική
4. Φυσιολογικό βάρος γέννησης
5. Δεν έκλαψε αμέσως
6. Νοσηλεία λόγω ταχύπνοιας και άπνοιας
7. Δεν θήλασε

8. Δυσκολίες ύπνου λόγω αναπνευστικών διαταραχών
9. Μη ανάπτυξη ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
10. Δεν περπατάει, κινείται με καρότσι
11. Στο σπίτι μπουσουλάει ή κινείται καθιστά
12. Δεν ανέπτυξε λόγο παρά μόνο κραυγές ή/κ νοήματα και 2-3 λέξεις
13. Δεν έχει έλεγχο σφικτήρων

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Φοίτηση στο Νηπιαγωγείο για πρώτη φορά
2. Καλή προσαρμογή, χωρίς άγχος αποχωρισμού
3. Οι γονείς είναι ικανοποιημένοι από το σχολείο

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Αυξημένες δυσκολίες
2. Συνεργάσιμος με τους γονείς και τους θεραπευτές
3. Καλό επίπεδο αντίληψης σε σχέση με τις δυσκολίες του
4. Χαίρεται τη συναναστροφή με τα αδέρφια και τους συνομηλίκους
5. Χαίρεται με τις δραστηριότητες στο σχολείο και την οικογένεια

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση συνδρόμου Joubert
2. Χαμογελαστός, φιλικός και συνεργάσιμος
3. Άμεση προσαρμογή και εξοικίωση με το χώρο
4. Ανεπτυγμένες κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες
5. Αποσπασματική βλεμματική επαφή
6. Προσπάθεια ανταπόκρισης στις δραστηριότητες
7. Κατανοεί απλές εντολές
8. Μη επαρκώς ανεπτυγμένη αντιληπτική ικανότητα
9. Μη ανεπτυγμένη λεπτή κινητικότητα
10. Μη ωρίμανση οπτικοκινητικού μηχανισμού
11. Δεξιά επικρατέστερη πλευρά
12. Δυσκολίες πλευρίωσης (διάκρισης αριστερού-δεξί)
13. Δυσκολίες γραφής κυρίως λόγω κινητικού προβλήματος
14. Έχει κατανοήσει τη σημασία της γραφής ως μέσο επικοινωνίας
15. Δεν έχει κατανοήσει το μηχανισμό της αντιγραφής
16. Κατάκτηση χωροχρονικών εννοιών
17. Κατάκτηση απλών αριθμητικών εννοιών (ομαδοποίηση βάση κριτηρίου)
18. Αναγνωρίζει τα αριθμητικά σύμβολα και τα σχήματα

Περιστατικό 14:Μικτή γλωσσική διαταραχή

Η Λ.Χ. κατοικεί στην Αμφιλοχία Αιτωλοακαρνανίας. Παραπέμφθηκε για αξιολόγηση στο ΚΔΑΥ Αιτωλοακαρνανίας, στις 7/2/2006 σε ηλικία 8 ετών. Φοιτά στο Δημοτικό Αμφιλοχίας κανονικά στην β' τάξη. Ωστόσο επαναλαμβάνει την α'τάξη λόγω ανωριμότητας. Παραπέμφθηκε από το σχολείο και συνοδεύεται από τους γονείς της. Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία ανά κατηγορία, καθώς και τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης.

Ιατρικά στοιχεία:

1. Διενέργεια εγκεφαλογραφήματος-μαγνητικής τομογραφίας
2. Αποκλεισμός κάποιου παθολογικού αίτιου καθυστέρησης λόγου
3. Παρακολούθησε συνεδρίες λογοθεραπείας
4. Δεν υπήρξαν κληρονομικές επιβαρύνσεις

Κοινωνικά στοιχεία:

1. Η ανάγκη αξιολόγησης επισημάνθηκε στο σχολείο
2. Συνοδεύεται από τους γονείς
3. Πληροφορίες δόθηκαν από τους γονείς
4. Υπήρξε αίτημα αξιολόγησης
5. Καλή σχέση με τη δασκάλα
6. Καλή άποψη γονέων για τη δασκάλα

Οικογενειακά στοιχεία:

1. Μη συνειδητοποίηση της κατάστασης από τη μητέρα
2. Ο πατέρας δείχνει ανήσυχος για την κατάσταση
3. Οι γονείς έχουν προσδοκίες για την κόρη τους
4. Μοιράζεται το δωμάτιο με τον αδερφό της
5. Καλή σχέση με τον αδερφό της
6. Στο ίδιο σπίτι μένει και η γιαγιά της
7. Συχνή απουσία του πατέρα λόγω δουλειάς
8. Δεν είναι αρκετά κοινωνική οικογένεια
9. Καλές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες

Αναπτυξιακά στοιχεία:

1. Φυσιολογική κύηση
2. Φυσιολογικός τοκετός
3. Ήσυχη συμπεριφορά βρέφους
4. Φυσιολογική ανάπτυξη ψυχοκινητικών δεξιοτήτων
5. Καθυστέρηση λόγου

Εκπαιδευτικά στοιχεία:

1. Επανάληψη φοίτησης στο Νηπιαγωγείο λόγω ανωριμότητας
2. Φοιτά στην α' τάξη Δημοτικού (κανονικά είναι β' τάξη)
3. Δυσκολίες στην ανάγνωση
4. Λίγο καλύτερα στη γραφή
5. Αρκετά καλή στην αριθμητική
6. Δυσκολία συγκέντρωσης προσοχής
7. Αρκετά αδύναμη μνήμη
8. Η αντίληψη κάποιες φορές είναι ικανοποιητική
9. Οι γονείς θέλουν να βοηθήσουν στη μελέτη
10. Παλιότερα υπήρχε άρνηση αλλά όχι τώρα
11. Δεν διδάσκεται ακόμα ξένη γλώσσα
12. Φόβοι από τους γονείς για τις σχέσεις της στο σχολείο
13. Στο Νηπιαγωγείο ήταν επιθετική
14. Τώρα έχει προσαρμοστεί στην τάξη της

Στοιχεία προσωπικότητας:

1. Ωριμο, έξυπνο, κοινωνικό και ήσυχο άτομο
2. Εξωστρεφές και όχι απαιτητικό

3. Έντονη άρνηση στο να δεχτεί βοήθεια
4. Αρκετά υπερκινητική με έντονη διάσπαση προσοχής
5. Αυτοεξυπηρετείται και βοηθάει στις δουλειές του σπιτιού
6. Συναναστρέφεται με μικρότερα παιδιά
7. Δεν συμβαδίζει με τους συνομήλικους της
8. Επίμονη άρνηση σε κάτι που δεν θέλει
9. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη ζωγραφική
10. Ασχολείται με τον υπολογιστή και κάνει μαθήματα ρυθμικής γυμναστικής

Στοιχεία συνολικής έκθεσης:

1. Διάγνωση Μικτής διαταραχής της γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης
2. Προθυμία για συμμετοχή στην αξιολόγηση χωρίς άγχος αποχωρισμού από τους γονείς
3. Δυσκολίες στην συζήτηση και την επικοινωνία
4. Δυσκολίες κατανόησης λέξεων, προτάσεων και αφηρημένων εννοιών
5. Δυσκολίες στη συνεργασία και άρνηση
6. Διάσπαση προσοχής από εξωτερικά ερεθίσματα
7. Προσαρμογή δραστηριοτήτων για να τραβήξουν το ενδιαφέρον
8. Υπήρξαν διακοπές στη διάρκεια της αξιολόγησης

9. Ψυχομετρική αξιολόγηση (Wisc-III)
10. Η λεκτική νοημοσύνη είναι κάτω από το μέσο όρο, ενώ η πρακτική είναι φυσιολογική
11. Δυσκολίες γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης
12. Περιορισμένος προφορικός λόγος και φτωχό λεξιλόγιο
13. Περιορισμένο εύρος γνώσεων και δυσκολίες αφαιρετικής σκέψης
14. Καλές πρακτικές δεξιότητες
15. Δυσκολίες κατανόησης και διαχείρισης κοινωνικών γεγονότων
16. Αναγνωστικές δυσκολίες
17. Αντιγραφή με επιτυχία, δυσκολία στη γραφή καθ'υπαγόρευση
18. Δυσκολίες στον προσανατολισμό σε χώρο και χρόνο
19. Δυσκολίες εκμάθησης ακολουθιών
20. Κατάκτηση χωροχρονικών εννοιών εκτός της διάκρισης αριστερού-δεξί
21. Δυσκολίες στις μαθηματικές πράξεις παρόλο που γνωρίζει τους αριθμούς και τα σημεία των πράξεων

3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μεθοδολογία

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν υπάρχει σχέση ανάμεσα σε διάφορες διαταραχές των ασθενών τουεδώ από πού έχουμε τα δείγματα... και των χαρακτηριστικών του ιατρικού, οικογενειακού, αναπτυξιακού και εκπαιδευτικού τους ιστορικού.

Συγκεκριμένα τέθηκαν το εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι συχνότερες διαταραχές στα παιδιά του δείγματος;
2. Διαπιστώνεται ότι τα παιδιά με διάφορα σύνδρομα και μαθησιακές δυσκολίες είχαν αυξημένη συχνότητα επιπλοκών της κύησης και μαιευτικών συμβάντων της μητέρας;
3. Υπάρχει συγκεκριμένη διαταραχή που σχετίζεται με τις προγεννητικές επιπλοκές;
4. Υπάρχει σχέση του θηλασμού με την ύπαρξη της διαταραχής;
5. Διαπιστώνεται ότι τα παιδιά με διάφορα σύνδρομα και μαθησιακές δυσκολίες έχουν μη φυσιολογικές οικογένειες;

Δείγμα και διαδικασία

Κάναμε μία αναδρομική μελέτη. Διερευνήθηκαν οι φάκελοι των ασθενών ηλικίας από 5 μέχρι 18 ετών. Έχουμε 14 δείγματα ατόμων με διάφορες διαταραχές.

Τα στοιχεία που καταχωρήθηκαν στη βάση δεδομένων περιέχονται στο πόρισμα της τελικής γνωμάτευσης και στο κοινωνικό ιστορικό.

Συνολικά στην έρευνα εντάχθηκαν δεδομένα 14 ασθενών (το δείγμα είναι μικρό λόγω της δυσκολίας πρόσβασης σε περισσότερους φακέλους).

Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν στη βάση δεδομένων SPSS 22.0 και ακολούθησε η στατιστική τους επεξεργασία.

Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος χ^2 (με τη διόρθωση συνεχείας για τους τετράπτυχους πίνακες) για τη σύγκριση των ποιοτικών μεταβλητών. Στην περίπτωση που ο αριθμός των περιστατικών ανά κελί ήταν μικρότερος του 5 αξιολογήθηκε ο λόγος πιθανοφάνειας (likelihood ratio). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0.05$.

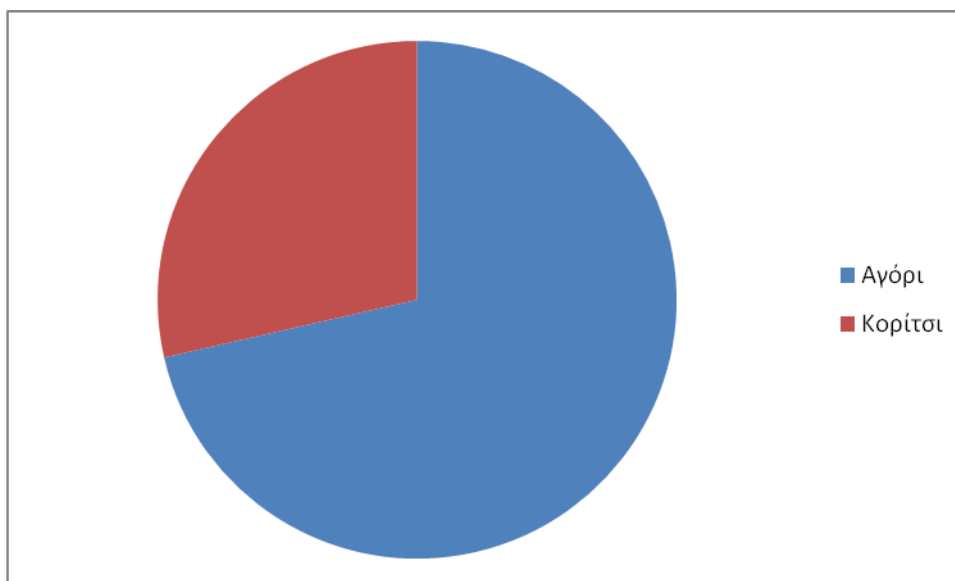
Αποτελέσματα

Το 71,4% των μαθητών του δείγματος ήταν αγόρια και το 28,6% κορίτσια. Αναλογία περίπου 2:1.

Πίνακας 3.1. Κατανομή του φύλου των μαθητών του δείγματος

Φύλο	N	%
Αγόρι	10	71,4
Κορίτσι	4	28,6
Σύνολο	14	100,0

Εικόνα 3.6



Βρήκαμε διάφορες διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες.

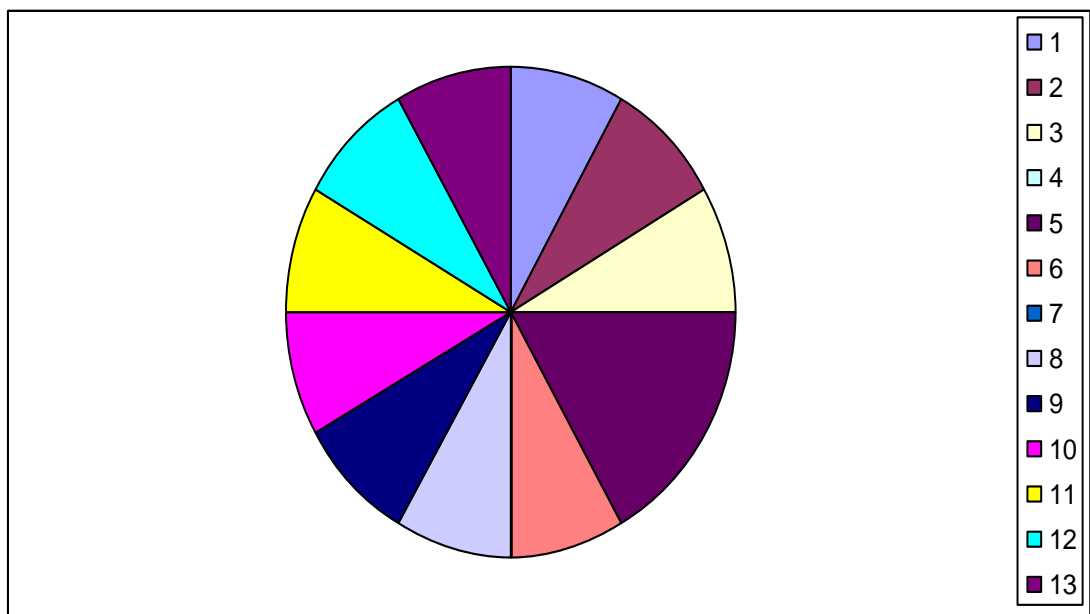
Πίνακας 3.2. Κατηγορίες διαταραχών

Διαταραχή	N	%
Μικτή διαταραχή της γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης	1	7,1
Σύνδρομο Joubert	1	7,1
Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (Δυσγραφία)	1	7,1
Μαθησιακές δυσκολίες	2	14,2

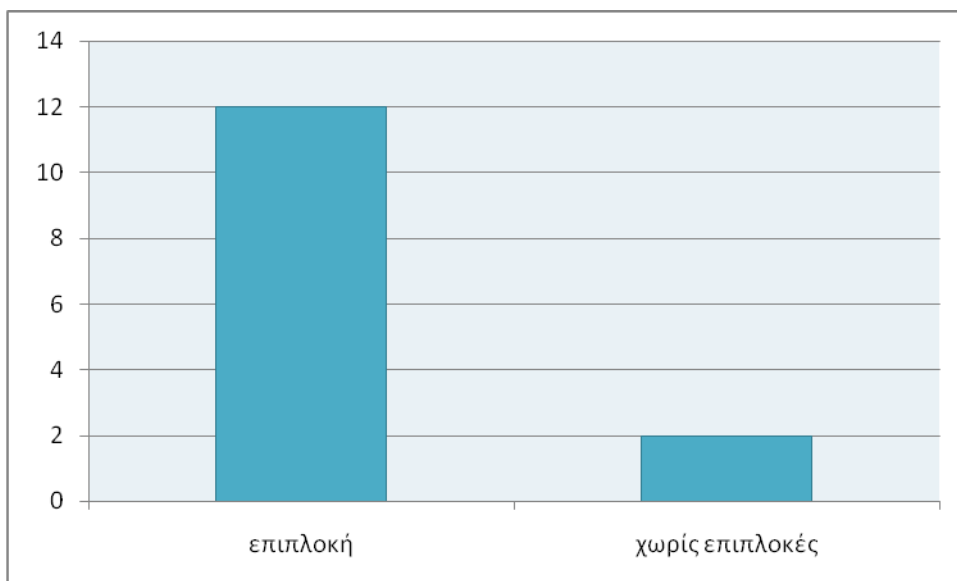
Πίνακας 3.3. Ευρήματα από το μαιευτικό – νεογνικό ιστορικό

Ευρήματα ιστορικού	N	%
Επιπλοκή	12	85,8
Χωρίς επιπλοκές	2	14,2
Σύνολο	14	100

Ειδικές δυσκολίες μάθησης τύπου δυσλεξία	1	7,1
Ειδική γλωσσική διαταραχή εκφραστικού τύπου	1	7,1
Σύνδρομο Lenox-Gastaut	1	7,1
Σύνδρομο Prader-Willi	1	7,1
Μικροκεφαλία	1	7,1
Μηνιγγίωμα μετωπιαίου λοβού	1	7,1
Σύνδρομο Coffin Siris	1	7,1
Σύνδρομο Williams	1	7,1
Μηνιγγομυελόκυλη	1	7,1
Σύνολο	14	100,0



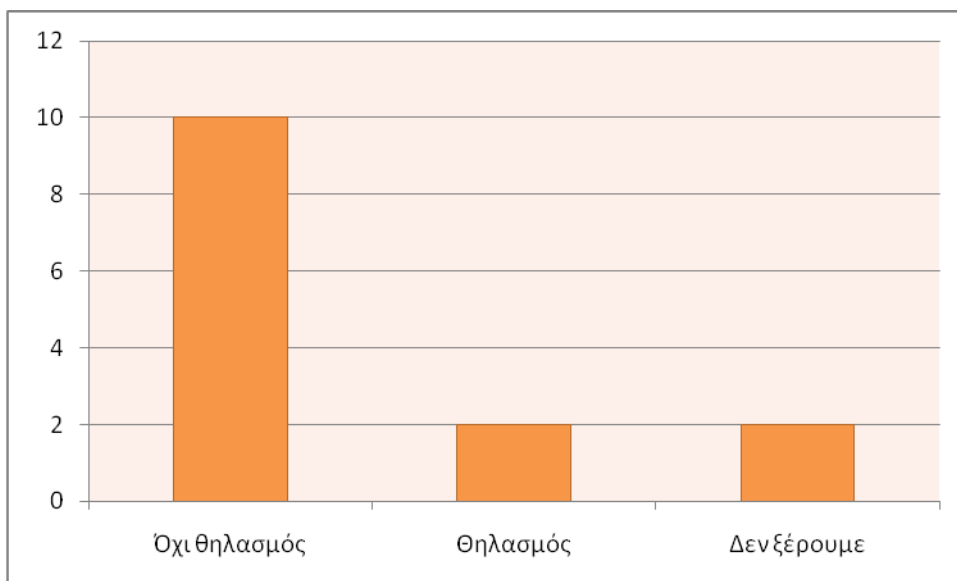
Εικόνα 3.7



Πίνακας 3.4. Θηλασμός – διαταραχή

Ευρήματα ιστορικού	N	%
Όχι θηλασμός	10	71,6
θηλασμός	2	14,2
Δεν γνωρίζουμε	2	14,2
Σύνολο	14	100

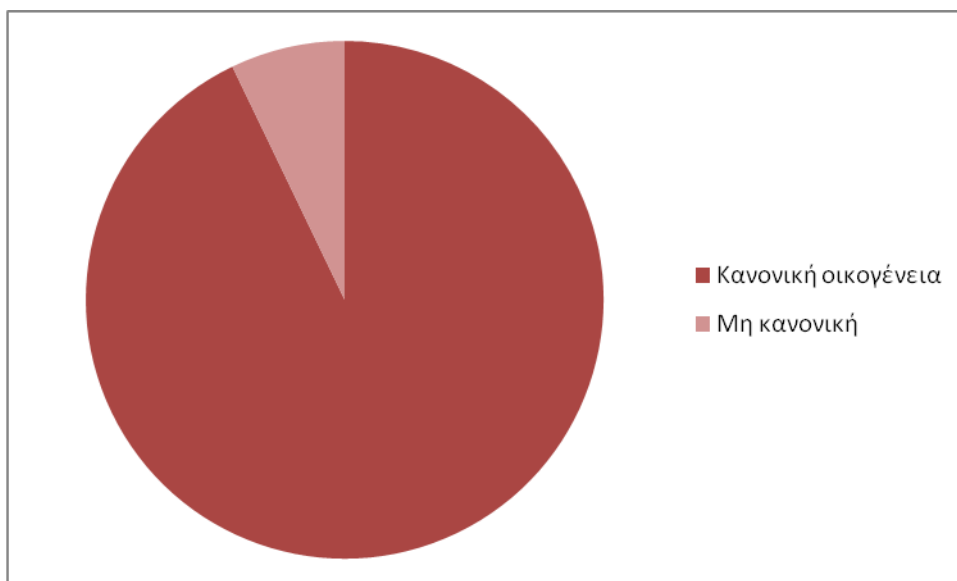
Εικόνα 3.8



Πίνακας 3.5. Οικογενειακό ιστορικό – διαταραχή

Ευρήματα ιστορικού	N	%
Κανονική οικογένεια	13	92,9
Μη κανονική	1	7,1
Σύνολο	14	100

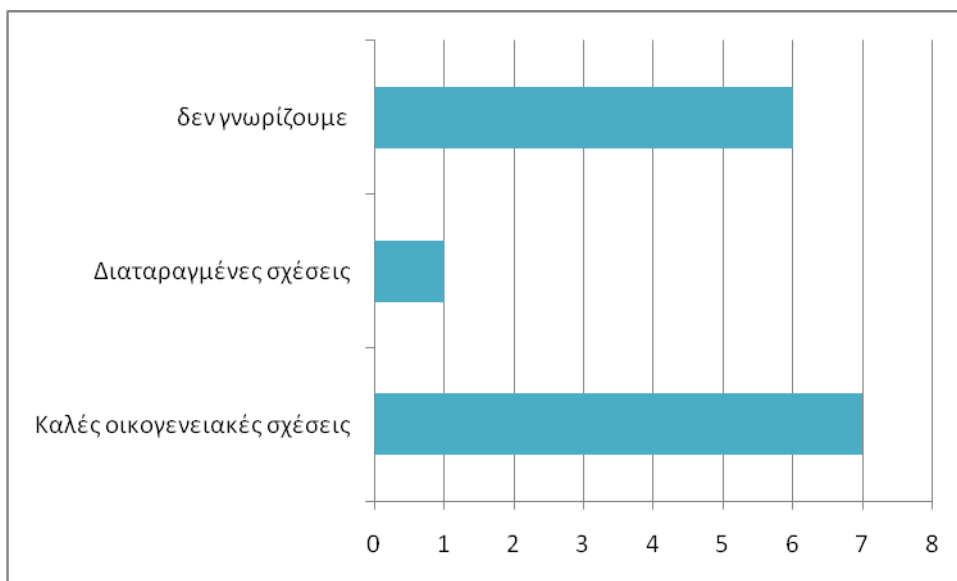
Εικόνα 3.9



Πίνακας 3.6. Κοινωνικό ιστορικό – διαταραχή

Ευρήματα ιστορικού	N	%
Καλές οικογενειακές σχέσεις	7	49,7
Διαταραγμένες σχέσεις	1	7,1
Δεν γνωρίζουμε	6	43,2
Σύνολο	14	100

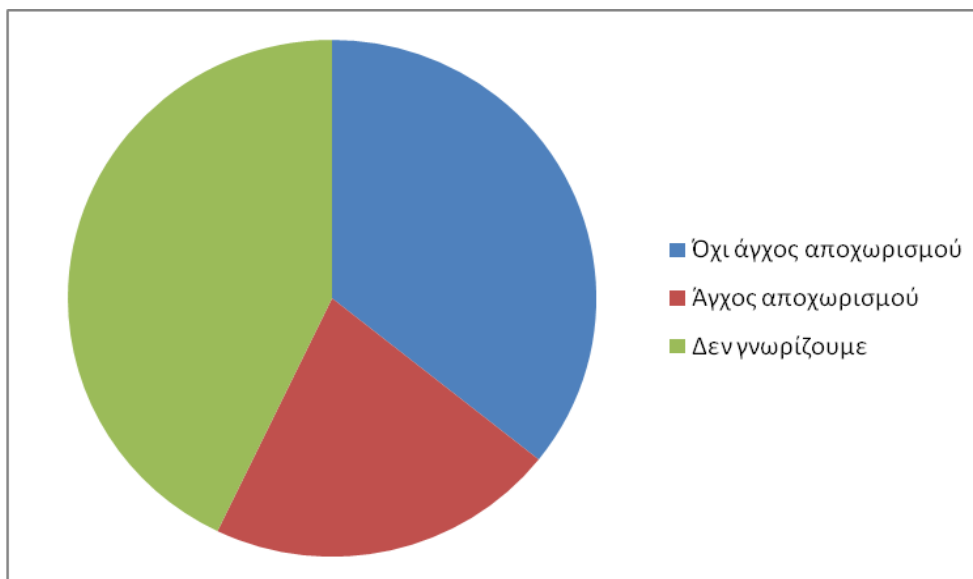
Εικόνα 3.10



Πίνακας 3.7. Άγχος αποχωρισμού - διαταραχή

Ευρήματα ιστορικού	N	%
Όχι άγχος αποχωρισμού	5	35,5
Άγχος αποχωρισμού	3	21,3
Δεν γνωρίζουμε	6	43,2
Σύνολο	14	100

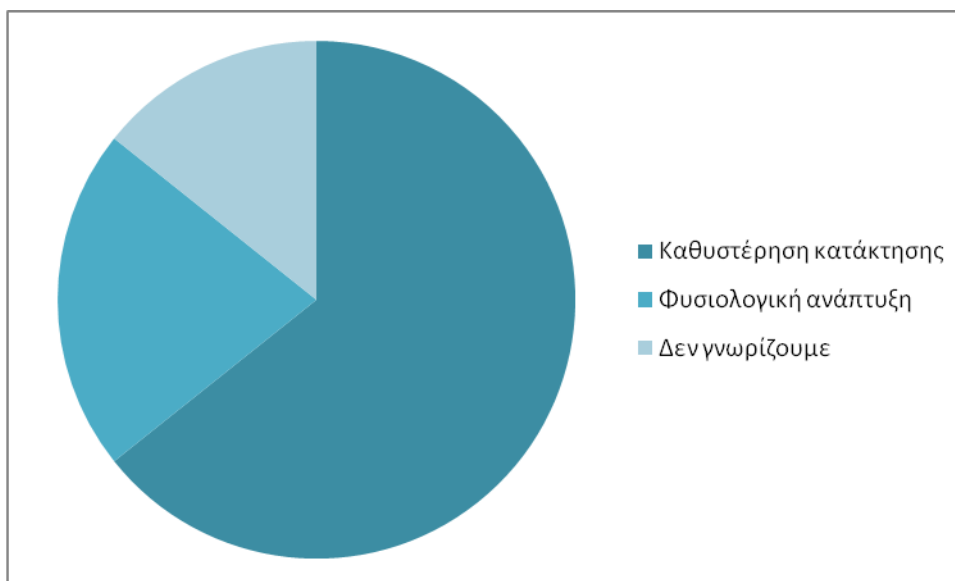
Εικόνα 3.11



Πίνακας 3.8. Ψυχοκινητικές δεξιότητες - διαταραχή

Ευρήματα ιστορικού	N	%
Καθυστέρηση κατάκτησης	9	64,5
Φυσιολογική ανάπτυξη	3	21,3
Δεν γνωρίζουμε	2	14,2
Σύνολο	14	100

Εικόνα 3.12



Από τα ιατρικά στοιχεία που ξέρουμε προκύπτει ότι επεμβάσεις έκανε μόλις το 63% , ενώ η φαρμακευτική αγωγή δόθηκε στο 71,4% όλων των παιδιών. Μόνο το 49,7% έκανε ειδικές εξετάσεις, και το 78,6% παρακολουθείτε από γιατρούς. Ειδικά προγράμματα υπάρχουν (έστω και για ένα χρονικό διάστημα) για το 78,6% .

Από κοινωνικά στοιχεία ξέρουμε ότι υπήρχε αίτημα αξιολόγησης στο 100% των δειγμάτων, μερικά από αυτά με εκ γενετή εντοπισμό του προβλήματος. Το 71,4% των γονέων είχε θετική ανταπόκριση και διαχείριση του προβλήματος.

Από οικογενειακά στοιχεία έχουμε ότι το 7,2% των οικογενειών είναι δίγλωσσες και ότι το των 71,4% γονέων διαχειρίζονται το πρόβλημα θετικά.

Τα εκπαιδευτικά στοιχεία λένε ότι η στάση προς το σχολείο είναι θετική στο 63% των περιπτώσεων και σε 14,3% υπάρχει και υποστήριξη (πχ. Φοίτηση σε τμήμα ένταξης), ως τόσο το 68% των παιδιών έχει βοήθεια από γονείς και δασκάλους στο σπίτι. Η άποψη γονέων για εκπαιδευτικούς είναι βασικά καλή, αλλά για αρκετές περιπτώσεις δεν υπάρχουν στοιχεία.

Οι σχέσεις των γονέων γενικά είναι καλές, εκτός από το 14,4% των οικογενειών, και το 78,6% των παιδιών έχει καλές σχέσεις με τους συμμαθητές τους.

Όσο αφορά τα στοιχεία της συνολικής έκθεσης, επειδή υπήρξαν δυσκολίες στη στατιστική ανάλυση, θα τα περιγράψω βάση των στοιχείων που υπάρχουν στην περιγραφή των περιστατικών. Αρχικά, καλή συνεργασία στην αξιολόγηση έχουμε στα περισσότερα παιδιά (10/14). Μη καλή συνεργασία αναφέρεται στα περιστατικά (3,8,14) με διάγνωση: Συνδρόμου Coffis-Siris, Μαθησιακών Δυσκολιών και Μικτής γλωσσικής διαταραχής. Στοιχεία δεν αναφέρονται στο περιστατικό 5 με διάγνωση Μικροκεφαλίας. Επίσης, τα περισσότερα παιδιά είχαν καλή συμπεριφορά (8/14). Μη επιθυμητή συμπεριφορά, αναφέρεται στα περιστατικά (5,6,8,9,14) με διάγνωση: Μικροκεφαλίας, Συνδρόμου Prader-Willi, Μαθησιακές Δυσκολίες, Ειδική γλωσσική διαταραχή (ΕΓΔ) εκφραστικού τύπου και Μικτής γλωσσικής διαταραχής. Στοιχεία δεν αναφέρονται για το περιστατικό 3 του Συνδρόμου Coffin-Siris. Τα μισά από τα παιδιά του δείγματος έχουν ανεπτυγμένες κοινωνικο-συναισθηματικές δεξιότητες (7/14). Δυσκολίες στις κοινωνικό-συναισθηματικές δεξιότητες, αναφέρονται στα περιστατικά (4,7,8,14) με διάγνωση: Μηνιγγώματος, Συνδρόμου Lennox-Gastaut, Μαθησιακών Δυσκολιών και Μικτής γλωσσικής διαταραχής. Στοιχεία δεν αναφέρονται στα περιστατικά (2,3,5) με διάγνωση: Συνδρόμου Williams, Συνδρόμου Coffin-Siris και Μικροκεφαλίας. Στα περισσότερα περιστατικά αναφέρεται καθυστέρηση και διαταραχή λόγου-ομιλίας (9/14). Φυσιολογική ανάπτυξη λόγου-ομιλίας, αναφέρεται σε 5 περιστατικά (1,4,8,11,12) με διάγνωση: Μηνιγγομυελοκήλης, Μηνιγγίωμα, Μαθησιακές Δυσκολίες, Μαθησιακές Δυσκολίες και Ειδική Μαθησιακή Δυσκολία (ΕΔΜ) Δυσγραφία. Ελλείψεις πληροφορίες έχουμε στο περιστατικό 9 με διάγνωση Ειδικής γλωσσικής διαταραχής (ΕΓΔ) εκφραστικού τύπου. Μόνο τα 3 από τα 6 παιδιά είχαν επαρκής ανάπτυξη λεπτή κινητικότητα και μόλις ένα ωρίμανση του οπτικοκινητικού συντονισμού.

Συγκεκριμένα φυσιολογική λεπτή κινητικότητα έχουμε στα περιστατικά (2,6,7) με διάγνωση: Συνδρόμου Williams, Συνδρόμου Prader-Willi και Συνδρόμου Lennox-Gastaut. Δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα, αναφέρονται στα περιστατικά (1,3,5,13) με διάγνωση: Μηνιγγομυελοκήλης, Συνδρόμου Coffin-Siris, Μικροκεφαλίας και συνδρόμου Joubert. Στα υπόλοιπα περιστατικά, δεν αναφέρονται στοιχεία. Φυσιολογικός οπτικοκινητικός συντονισμός

αναφέρεται μόνο στο περιστατικό 7 με διάγνωση Συνδρόμου Lennox-Gastaut. Δυσκολίες αναφέρονται σε 3 περιστατικά (1,2,13) με διάγνωση: Μηνιγγομυελοκήλης, Συνδρόμου Williams και Συνδρόμου Joubert. Στα υπόλοιπα περιστατικά, δεν αναφέρονται στοιχεία. Τα περισσότερα παιδιά έχουν δυσκολίες γνωστικών ικανοτήτων(μνήμη, προσοχή, αντίληψη κ.τ.λ) (10/14) . Επίσης, δυσκολίες στις μαθησιακές δεξιότητες(ανάγνωση, γραφή, μαθηματικά) έχουν τα 12 από τα 14 άτομα. Συγκεκριμένα, γνωστικές δυσκολίες δεν αναφέρονται σε 4 περιστατικά (5,8,11,12) με διάγνωση: Μικροκεφαλίας, Μαθησιακών Δυσκολιών και Ειδική μαθησιακή δυσκολία (ΕΜΔ) Δυσγραφία. Δυσκολίες στις μαθησιακές δεξιότητες, δεν αναφέρονται σε 2 περιστατικά (3,5) με τις εξής διαγνώσεις: Σύνδρομο Coffin-Siris και Μικροκεφαλίας. Δυσκολίες πλευρίωσης (διάκριση αριστερού-δεξιού), αναφέρονται μόνο στα 5 από τα 14 παιδιά (1,2,6,10,14). Οι διαγνώσεις τους είναι: Μηνιγγομυελοκήλη, Σύνδρομο Williams, Σύνδρομο Prader-Willi, Ειδική μαθησιακή δυσκολία (ΕΜΔ) Δυσλεξία και Μικτή γλωσσική διαταραχή. Τα περισσότερα παιδιά, έχουν κάνει τεστ νοημοσύνης (8/14), ωστόσο είναι αρκετά και τα παιδιά στα οποίο δεν αναφέρονται στοιχεία (6/14). Συγκεκριμένα, στοιχεία ψυχομετρικής αξιολόγησης δεν αναφέρονται στα περιστατικά (1,2,3,5,6,13) έχουν διάγνωση: Μηνιγγομυελοκήλης, Σύνδρομο Williams, Σύνδρομο Coffin-Siris, Μικροκεφαλία, Σύνδρομο Prader-Willi και Σύνδρομο Joubert. Ύπαρξη χαμηλής νοημοσύνης, αναφέρεται σε 3 περιστατικά (4,7,8), με διαγνώσεις: Μηνιγγιώματος, Συνδρόμου Lennox-Gastaut και Μαθησιακών Δυσκολιών.

Ο γενικός δείκτης νοημοσύνης δεν περιγράφει με σαφήνεια την νοητική ικανότητα σε 5 περιστατικά (9, 10, 11, 12, 14), με διάγνωση: Ειδικής γλωσσικής διαταραχής (ΕΓΔ) εκφραστικού τύπου, Ειδική μαθησιακή δυσκολία (ΕΜΔ) τύπου δυσλεξίας, Μαθησιακές δυσκολίες, Ειδική μαθησιακή δυσκολία (ΕΜΔ) τύπου δυσγραφία και Μικτής γλωσσικής διαταραχής. Τέλος, διαφορές στις λεκτικές-πρακτικές κλίμακες υπήρξαν σε 7 περιστατικά (4,8,9,10,11,12,14) με διάγνωση: Μηνιγγιώματος, Μαθησιακές Δυσκολίες, Ειδική γλωσσική διαταραχή (ΕΓΔ) εκφραστικού τύπου, Ειδική μαθησιακή δυσκολία (ΕΜΔ) τύπου δυσλεξία, Μαθησιακές Δυσκολίες, Ειδική μαθησιακή δυσκολία (ΕΜΔ) τύπου δυσγραφίας και Μικτή γλωσσική διαταραχή.

Συζήτηση

Όπως βλέπουμε σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι μαθησιακές δυσκολίες και οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες ήταν οι συχνότερες όλων των διαταραχών. Τα αγόρια υπερτερούσαν των κοριτσιών σε αναλογία περίπου 2:1. Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με εκείνα της διεθνούς βιβλιογραφίας αλλά και της περιορισμένης ελληνικής.

Σε έρευνα που πραγματοποίησε το Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου την περίοδο 2003-2004 σε όλες τις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (Σ.Μ.Ε.Α.) και που είχε ως στόχο τη χαρτογράφηση της Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι το 56,2% των μαθητών στις Σ.Μ.Ε.Α. κατατάσσεται στην κατηγορία των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα αγόρια εμφανίζουν πιο συχνά μαθησιακές δυσκολίες σε σχέση με τα κορίτσια, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Ως προς τη συχνότητα εμφάνισης των μαθησιακών δυσκολιών, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν με την άποψη ότι ποσοστό 30% περίπου του μαθητικού πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα μάθησης.

Επειδή το δείγμα μας είναι πολύ μικρό δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των διαταραχών και θηλασμού, δεδομένου ότι μόνο για ένα από τα παιδιά γνωρίζουμε ότι θήλαζε.

Οι Ψυχοκινητικές δεξιότητες εκφράζουν τη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην αντίληψη, την εμπειρία και τη δράση σε όλα τα επίπεδα της προσωπικότητας. Στόχος τους είναι η αυτόνομη δράση του παιδιού που αναφέρεται σε σωματικές - φυσικές ικανότητες και δεξιότητες, στο χειρισμό αντικειμένων και πράξεων που απαιτούν νευρομυϊκό συντονισμό. Ψυχοκινητική καθυστέρηση περιλαμβάνει την επιβράδυνση της σκέψης, τη μείωση των φυσικών κινήσεων καθώς και την εμφάνιση δυσκολιών σε λεκτικό, ψυχικό και πνευματικό επίπεδο. Η ανάπτυξη του λόγου, της ομιλίας και της επικοινωνίας σε ένα παιδί επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχοσυναισθηματική ισορροπία του, τη συμπεριφορά, την κοινωνική προσαρμογή του, την προσπάθειά του για μάθηση και τη μελλοντική του εξέλιξη.

Ξέρουμε όμως ότι τα περισσότερα παιδιά παρουσίασαν καθυστέρηση κατάκτησης των ψυχοκινητικών δεξιοτήτων (φυσικά όχι όλα στον ίδιο βαθμό). Μόνο 3 από τα παιδιά είχαν φυσιολογική ανάπτυξη αυτών.

Άγχος αποχωρισμού, είναι ο όρος που αφορά πρωτίστως τα παιδιά, όταν παρουσιάζουν συναισθηματικές αντιδράσεις καθώς απομακρύνονται από το πρόσωπο με το οποίο είναι προσκολλημένα – τη μαμά τους συνήθως. Μια διαδικασία που δεν περιορίζεται, όμως, μόνο στις παιδικές ηλικίες ούτε μόνο στα άγνωστα αντικείμενα και τα ενθυμήματα, τα οποία δύσκολα αποχαιρετούμε και πετάμε. Οι επιπτώσεις της διαταραχής άγχους αποχωρισμού είναι σημαντικές καθώς το άτομο αδυνατεί να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις και αποφεύγει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που βοηθούν την ανάπτυξή του.

Μερικά από τα παιδιά είχαν άγχος αποχωρισμού, αλλά λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος και ελλειπών στοιχείων δεν μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των διαταραχών και της ύπαρξης του άγχους.

Επίσης βλέπουμε ότι σχεδόν όλες οι οικογένειες θεωρούνται φυσιολογικές, με καλές ενδοοικογενειακές σχέσεις μεταξύ των μελών. Θεωρούμε ότι η έλλειψη αναφοράς για τις ενδοοικογενειακές σχέσεις σημαίνει ότι δεν υπάρχουν παθολογικά στοιχεία σε αυτές.

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται το γεγονός ότι τα δεδομένα προέρχονται από ένα μόνο κέντρο αναφοράς, ενώ δεν είναι διαθέσιμη η ακριβής καταγραφή των επιπλοκών της κύησης και της λοχείας και συνεπώς δεν μπορεί να υπάρξει ακριβής συσχέτιση συγκεκριμένων ευρημάτων από το ιστορικό με τα σύνδρομα και με τις μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού.

Αναμένεται εξέλιξη και περαιτέρω ευαισθητοποίηση σε θέματα ειδικής αγωγής, εκπαίδευσης και υγείας των παιδιών με διάφορες διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες. Η διαρκής βελτίωση της γνώσης σε ειδικά θέματα διαχείρισης, η επιμόρφωση των εμπλεκόμενων, η αξιολόγηση των στόχων, των μεθόδων και του υλικού εξοπλισμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που προάγουν την εκπαίδευση, την ένταξη και την συνεκπαίδευση και την ευρύτερη υγεία παιδιού-μητέρας, ο συστηματικός έλεγχος της αποτελεσματικότητάς τους, η επιβεβλημένη επανάληψή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα και η σταθερή διατήρησή τους αποτελούν θέματα διαρκούς ερευνητικού σχεδιασμού και διερεύνησης

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όλα τα στοιχεία που έχουμε συλλέξει είναι από φακέλους περιστατικών του ΚΕΔΔΥ Αιτωλοακαρνανίας. Υπήρξε ιδιαίτερη δυσκολία στην ανάλυση των στοιχείων, διότι σε κάποια περιστατικά υπήρχε έλλειψη στοιχείων και πληροφοριών. Η αρχική σκέψη της ερευνητικής προσέγγισης, ήταν να παρουσιάσω αναλυτικά ποια στοιχεία αναφέρονται σε κάθε ένα περιστατικό ξεχωριστά και σε ποια όχι. Στην πορεία όμως, λόγω των παραπάνω δυσκολιών, αποφάσισα να δείξω αρχικά ποια από τα γενικά στοιχεία που αφορούν το ιστορικό (ιατρικά, κοινωνικά, αναπτυξιακά, εκπαιδευτικά) μπορεί να εμπλέκονται και να επηρεάζουν την εμφάνιση των δυσκολιών. Τα στοιχεία από την συνολική έκθεση τα περιέγραψα θεωρητικά με βάση τα στοιχεία των περιστατικών. Έτσι από τη στατιστική ανάλυση των στοιχείων που ήταν διαθέσιμα, προκύπτει ότι οι επιπλοκές κήσης, η έλλειψη θηλασμού, οι δυσκολίες ψυχοκινητικών δεξιοτήτων παίζουν αρνητικό ρόλο και επιβαρύνουν τις δυσκολίες. Στον αντίποδα, τα στοιχεία που εμπλέκονται λιγότερο με βάση την ανάλυση είναι αυτά που αφορούν αρχικά τις οικογενειακές σχέσεις, τη μορφή της οικογένειας, τη διγλωσσία και τις σχέσεις των γονέων μεταξύ τους. Τα κοινωνικά στοιχεία που αφορούν την ύπαρξη άγχους αποχωρισμού και την ανταπόκριση των γονέων στο πρόβλημα. Επίσης, στο εκπαιδευτικό ιστορικό στοιχεία που αναφέρονται σε σχέσεις στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, την ενίσχυση και την άποψη των παιδιών για το σχολείο, φαίνεται να αποδυναμώνουν και να ισορροπούν τις δυσκολίες. Τέλος, στα ιατρικά στοιχεία, θετική είναι η υποστήριξη με ειδικά προγράμματα και κατάλληλη θεραπεία και παρακολούθηση από γιατρούς. Το αρνητικό είναι η έλλειψη στοιχείων από ειδικές εξετάσεις στα περισσότερα παιδιά.

Στα στοιχεία της συνολικής έκθεσης, φαίνεται ότι τα περισσότερα παιδιά είχαν καλή συνεργασία και συμπεριφορά στην αξιολόγηση. Δυσκολίες υπήρξαν στις γλωσσικές δεξιότητες κυρίως στα περιστατικά με διάγνωση γλωσσικής διαταραχής. Ιδιαίτερες δυσκολίες υπήρξαν στην λεπτή κινητικότητα και τον οπτικοκινητικό συντονισμό ειδικά σε όλα τα περιστατικά, ίσως σε κάποια ευθύνεται και η μικρή ηλικία. Γνωστικές και μαθησιακές δυσκολίες υπάρχουν κυρίως στα παιδιά με μαθησιακές και γλωσσικές διαταραχές. Δυσκολίες στη διάκριση αριστερού-δεξιού δεν έχουμε σε πολλά περιστατικά. Κυρίως σε σύνδρομα

αναφέρονται. Επιπλέον, στα περισσότερα παιδιά αναφέρονται στοιχεία ψυχομετρικής αξιολόγησης αλλά σε αρκετά όπως αναφέρθηκε δεν έχουμε στοιχεία. Επίσης, στα περισσότερα περιστατικά ο δείκτης νοημοσύνης, κυρίως στις μαθησιακές δυσκολίες και γλωσσικές διαταραχές δεν περιγράφει με σαφήνεια το νοητικό δυναμικό. Έτσι σε 3 μόνο περιστατικά κυρίως σύνδρομα αναφέρεται χαμηλό νοητικό δυναμικό. Τέλος, στα άτομα με μαθησιακές και γλωσσικές διαταραχές έχουμε διαφορές πρακτικού και λεκτικού δείκτη. Σε γενικές γραμμές, από τα υπάρχοντα στοιχεία έχουμε εικόνα για τις δυσκολίες που υπάρχουν και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις διαταραχές. Ωστόσο, όπως βλέπουμε σε αρκετά περιστατικά δεν υπάρχει πλήρη αναφορά στοιχείων. Θεωρώ απαραίτητο να υπάρχουν πλήρη στοιχεία από το ιστορικό και τη συνολική αξιολόγηση για να υπάρξει μια σωστή εικόνα και να διαμορφωθεί το προφίλ του ατόμου. Τέλος, είναι απαραίτητο να γίνονται και να αναφέρονται τα στοιχεία από ειδικές εξετάσεις και ψυχομετρικά τεστ. Όλα αυτά θα μας βοηθήσουν περαιτέρω ως θεραπευτές στην διαμόρφωση σωστού θεραπευτικού πλάνου, έτσι ώστε να παρέχουμε τις κατάλληλες υπηρεσίες και να βοηθήσουμε τα άτομα και τις οικογένειες τους.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

1. Alexis Arzimanoglou, Jacqueline French, Warren T Blume, J Helen Cross, Jan-Peter Ernst, Martha Feucht, Pierre Genton, Renzo Guerrini, Gerhard Kluger, John M Pellock, Emilio Perucca, James W Wheless (2009). Lennox-Gastaut syndrome: a consensus approach on diagnosis, assessment management, and trial methodology. *Lancet Neurol* 2009; 8:82-93.
2. Bernard L. Maria, Eugen Boltshaujer, Scott C. Palmer and Thany X. Tran (1999). Clinical Features and Revised Diagnostic Criteria in Joubert Syndrome. *Journal of Neurol* 1999 14:583.
3. Christina Marosi, Marco Hassler, Karl Roessler, Michael Reni, Milena Sant, Elena Mazza, Charles Vecht (2008) . Meningioma. *Critical Reviews in Oncology Hematology* 67 (2008) 153-171.
4. Pilar Levy, Michael Baraitser (1991). Syndrome of the month. Coffin-Siris syndrome. Edited by D.Donnai and R.Winter. *J Med Genet* 1991; 28:338-341.

Ελληνόγλωσση

5. Δεβετζίδου Α. (2012-2013). Πτυχιακή εργασία με θέμα «*Νευροψυχολογικό και συμπεριφορικό προφίλ παιδιών με υδροκεφαλία, μικροκεφαλία και δισχιδή ράχη.*» Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Ηπείρου, Τμήμα Λογοθεραπείας.
6. Καρατζά Ελισάβετ (2017). Διπλωματική εργασία με θέμα «*Το γλωσσικό και ψυχοκοινωνικό προφίλ σε παιδιά με γλωσσική διαταραχή.*» Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Μεταπτυχιακό ειδικής αγωγής.
7. Φώτης Παπαναστασίου (2017). *Μαθησιακές Ευκολίες* (Πρόγραμμα Υποστήριξης και Παρέμβασης στις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες. Εκδόσεις Πεδίο.
8. Ιστοσελίδα για Μηνιγγίωμα <https://www.healthyliving.gr/2017/09/03/minigioma-symptomata-therapeia/>
9. Ιστοσελίδα για σύνδρομο Coffin-Siris <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/coffin-siris-syndrome>

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Αγγελοπούλου Ρ.(2006), ‘ Εμβρυολογία’. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
2. Αλευριάδου Α.,Βιάζης Α.Ο., Γιαζκουλίδου Α., Γκαμπέτα Α., Γκιούρη Σ., Δαρδαγάνη Α., Δραγούμη Π., Ευαγγελάτος Ν., Ζαφειρίου Δ., Ζυγούρης Ν.,Καλλέγιας Ι., Κανελλοπούλου Ε., Καραπέτσας Α., Κατριβάνου Α.(2012). ‘ Κλινική Παιδονευροψυχολογία’. Αθήνα: Εκδόσεις Gotsis.
3. Abuello D. (2007). ‘ Microcephaly syndromes’. *Semin Pediatric Neurol* 14:118-127 2007 Elsevier Inc.
4. Barnes M.A., Huber J., Johnston A.M., Dennis M.(2007). ‘ A model of comprehension in spina bifida meningomyelocele: meaning activation, integration, and revision’. *J Int Neuropsychol Soc.* 2007 Sep. 13(5):854-64.
5. Barnes M.A., Huber J., Johnston A.M., Dennis M.(2007). ‘ A model of comprehension in spina bifida meningomyelocele: meaning activation, integration, and revision’. *J Int Neuropsychol Soc.* 2007 Sep. 13(5):854-64.
6. Bishop, D.V.M. (2006). What causes specific language impairment in children? Current Directions in *Psychological Science*, 15 (5), 217-221. doi: 10.1111/j.1467-8721.2006.00439.x.
7. Botting N. (2005). Non-verbal cognitive development and language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 317–326. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00355.x.
8. Bishop, D.V.M., & Snowling, M.J. (2004). *Developmental dyslexia and specific language impairment: Same or different?* doi: 10.1037/0033-2909.130.6.858.
9. Bishop, D.V.M., & Snowling, M. J. (2004). Developmental dyslexia and specific language impairment: Same or different? *Psychological Bulletin*, 130(6), 858-886. doi:10.1037/0033-2909.130.6.858.

10. Bishop, D.V.M. (2006). What causes specific language impairment in children? *Current Directions in Psychological Science*, 15 (5), 217-221. doi: 10.1111/j.1467-8721.2006.00439.x.
11. Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (2008a). Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 516–525. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01858.x.
12. Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (2008b). Risk of affective disorders in adolescents with a history of SLI. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 516–525.
13. Conti-Ramsden, G., Crutchley, A. & Botting, N., (1997). The extent to which psychometric tests differentiate subgroups of children with SLI. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 40, 765-777.
14. Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (2000). Educational placements for children with specific language impairments. In D.V.M. Bishop & L.B. Leonard (Eds), *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome* (pp.211-226). Hove, UK: Psychology Press.
15. Dykens, E. M., & Cassidy, S. B. (1995). Correlates of maladaptive behavior in children and adults with Prader-Willi syndrome. *American journal of medical genetics*, 60(6), 546-549.
16. Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2010). Young people with specific language impairment: A review of social and emotional functioning in adolescence. *Child Language Teaching and Therapy*, 26 (2), 105–121. doi: 10.1177/0265659010368750.
17. Dockrell, J. E., Lindsay, G., Connelly, V., and Mackie, C. (2007). Constraints in the production of written text in children with specific language impairments. *Exceptional Children*, 73(2), 147-164.
18. Giacoletti – Argento A., Warschausky S., Shank L., Hornyak J. (2011). ‘*Handbook of Neurodevelopmental and Genetic Disorders in Children*, second Edition’. Lancing: Guilford Publications.
19. Gathercole, S.E. & Baddeley, A.D. (1990). Phonological memory deficits in language disordered children: Is there a causal connection? *Journal of Memory and Language*, 29, 336-360.

20. Hallahan D.P. & Mock, D.R. (2003). A brief history of the field of learning disabilities. In: H.L. Swan-son, R. Haris & K.Graham (eds), *Hand book of learning disabilities*. New York: Guilford.
21. Hammill, D.D. (1990). On defining learning disabilities: An emerging consensus. *Journal of Learning Disabilities*, 23 (2), 74-84.
22. <http://www.ninds.nih.gov/disorders/williams/williams.htm> William syndrome Information Page.
23. Joanisse, M. F., & Seidenberg, M. S. (1998). Specific language impairment: A deficit in grammar or processing? *Trends in Cognitive Sciences*, 2(7), 240–247.
24. Kirk, S.A. (1962). *Educating exceptional children*. Boston: Houghton Mifflin.
25. Lissauer T., Roberts G., Foster C., Coren M. (2008). “ Σύγχρονη Παιδιατρική”/ Α’ & Β’ τόμος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης.
26. Leonard, L. B. (1998). *Children with Specific Language Impairment*. Cambridge, MA: MIT Press.
27. Leonard, L. B. (1981). Facilitating linguistic skills in children with specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 2, 89– 118.
28. Leonard, L. B. (2014). *Children with specific language impairment* (2nd ed.) Cambridge, MA: MIT Press.
29. Leonard, L. B. (1991). Specific Language Impairment as a clinical category. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 22, 66-68.
30. Milner, K. M., Craig, E. E., Thompson, R. J., Veltman, M. W., Simon Thomas, N., Roberts, S., ... & Bolton, P. F. (2005). Prader-Willi syndrome: Intellectual abilities and behavioural features by genetic subtype. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(10), 1089-1096.

31. Marshall, C. R., Denmark, T., & Morgan, G. (2006). Investigating the underlying causes of SLI: a non-sign repetition test in British Sign Language. *Advances in Speech-Language Pathology* 8(4): 347 – 355.
32. Montgomery, J. W. (1995). Examination of phonological working memory in specifically language impaired children. *Applied Psycholinguistics*, 16, 355–378.
33. Norbury, C., F., Tomblin, J., C., Bishop, D.,V.,M., (2013). *Κατανοώντας τις Αναπτυξιακές Γλωσσικές Διαταραχές: Από τη θεωρία στην πράξη*. (Επιμ.) Ασημίνα, Μ. Ράλλη & Ολυμπία Παληκαρά, Gutenberg.
34. Norbury, C.F., Gemmel, T. & Paul, R. (2013) Pragmatic abilities in narrative production: across-disorder comparison. *Journal of Child Language* 41, 485–510.
35. Norbury, C.F., Gemmel, T. & Paul, R. (2013) Pragmatic abilities in narrative production: across-disorder comparison. *Journal of Child Language* 41, 485–510.
- Norbury, C., F., Tomblin, J., C., Bishop, D.,V.,M., (2013). *Κατανοώντας τις Αναπτυξιακές Γλωσσικές Διαταραχές: Από τη θεωρία στην πράξη*. (Επιμ.) Ασημίνα, Μ. Ράλλη & Ολυμπία Παληκαρά, Gutenberg.
36. Norbury, C. F., Bishop, D. V. M., & Briscoe, J. (2001). Production of English finite verb morphology: A comparison of SLI and mild-moderate hearing impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 165–179.
37. Newbury, D.F, Bishop, D.V, & Monaco, A.P (2005). Genetic influences on language impairment and phonological short-term memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 528–534.
38. Rapin, I. & Allen, D.A. (1983). Developmental language disorders: Nosological considerations. In U. Kirk (Ed.), *Neuropsychology of Language, Reading, and Spelling*. New York: Academic Press.
39. Rice, M.L. (2003). A unified model of specific and general language delay: grammatical tense as a clinical marker of unexpected variation. In: Levy, Y., Schaeffer, J. (Eds.), *Language Competence Across Populations: Toward a Definition of Specific Language Impairment*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, pp. 63–95.

40. Ράλλη, Α. Μ. (2011). Ειδικές δυσκολίες στην ομιλία και τη γλώσσα: οριοθέτηση, ταξινόμηση, αξιολόγηση και παρέμβαση. Στο Σ. Τάνταρος (Επιμ.), *Δυσκολίες μάθησης: Αναπτυξιακές, Εκπαιδευτικές και Κλινικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Πεδίο (σελ. 93-119).
41. Schuele, C.M. (2004). The Impact of Developmental Speech and Language Impairments on the Acquisition of Literacy Skills. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10, 176-183.
42. Σπανούδης, Γ. (2004). *Νοητικά ρήματα και λειτουργία της μνήμης σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες στη γλώσσα και τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά*. Διδακτορική Διατριβή υποβληθείσα στο τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κύπρου, Λευκωσία.
43. Stanton-Chapman, T.L., Chapman, D.A., Braindridge, N.L., & Scott, K.G. (2002). Identification of early risk factors for language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 23(6), 390-405.
44. Toppelberg, C.O., & Shapiro, T. (2000). Language disorders: a 10-year research update review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39, 143-152.
45. Tallal, P., Allard, L., Miller, S., & Curtiss, S. (1997). Academic outcomes of learning impaired children. In C.Hulme & M.Snowling (Eds). *Dyslexia: Biology, Cognition and Intervention* (pp.167-181). London: Whurr.
46. Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P.R., Zhang, X., Smith, E., & O' Brien, M. (1997). Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten children. *Journal of Speech, Language & Hearing Research* 40 (6), 1245-1260. doi: 10.1044/jslhr.4006.1245.
47. Ullman, M. & Pierpont, E. (2005). Specific language impairment is not specific to language: the procedural deficit hypothesis. *Cortex*, 41, 399-433.
48. Ullman, M. & Pierpont, E. (2005). Specific language impairment is not specific to language: the procedural deficit hypothesis. *Cortex*, 41, 399-433.

49. van der Lely, H.K.J. (2005). Domain-specific cognitive systems: insight from grammatical specific language impairment. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 53–59.
50. van der Lely, H. K. J. & Howard, D. (1993). Specifically language impaired children: Linguistic impairment or short term memory deficit? *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1193-1207.
51. Wigren, M., & Hansen, S. (2005). ADHD symptoms and insistence on sameness in Prader-Willi syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(6), 449-456.
52. Ysseldyke, J.E. (2005). Assessment and Decision Making in Learning Disabilities: What if this is as good as it get? *Learning disability Quarterly*, 28 (2), 125-128.