



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή εργασία

Θέμα:

*«Πιλοτική έρευνα ανίχνευσης αναπτυξιακών και
νευροβιολογικών διαταραχών σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών με τη
χορήγηση της κλίμακας Achenbach»*

Καρατάσιου Ιωάννα ΑΜ: 18428

Κότσιφα Μαρία ΑΜ: 18426

Παπαχρήστου Ευδοξία ΑΜ: 18425

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Παπαδοπούλου Σουλτάνα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή εργασία

Θέμα:

*«Πιλοτική έρευνα ανίχνευσης αναπτυξιακών και
νευροβιολογικών διαταραχών σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών με τη
χορήγηση της κλίμακας Achenbach»*

Καρατάσιου Ιωάννα ΑΜ: 18428

Κότσιφα Μαρία ΑΜ: 18426

Παπαχρήστου Ευδοξία ΑΜ: 18425

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Παπαδοπούλου Σουλτάνα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

“Research on the detection of developmental and neurobiological disorders in children at the age of 6-12 years with the administration of the Achenbach scale”

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, 2021

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Μέλος επιτροπής

Νησιώτη Μελπομένη

Καθηγήτρια Εφαρμογών, Λογοθεραπεύτρια - Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες,
Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,
Ιωάννινα Ελλάδα.

2. Μέλος επιτροπής

Χριστοδουλίδης Παύλος

Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή Επιστημών
Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα Ελλάδα.

3. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Παπαδοπούλου Σουλτάνα

Λογοθεραπεύτρια-Ειδική Παιδαγωγός, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα
Λογοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
Ελλάδα. Σύμβουλος Καθηγήτρια στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Η πρόεδρος του Τμήματος

Ζιάβρα Ναυσικά

Δρ. Χειρούργος ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Υπογραφή

Δήλωση μη λογοκλοπής 6 Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ' ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για την συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Καρατάσιου Ιωάννα

Κότσιφα Μαρία

Παπαχρήστου Ευδοξία

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η συγκεκριμένη Πτυχιακή εργασία με θέμα «Πιλοτική έρευνα ανίχνευσης αναπτυξιακών και νευροβιολογικών διαταραχών σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών με τη χορήγηση της κλίμακας Achenbach», πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της εκπόνησης πτυχιακής εργασίας για την απόκτηση πτυχίου του Τμήματος Λογοθεραπείας στο Πανεπιστήμιο Ηπείρου.

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να εκφράσουμε με ειλικρίνεια τις θερμές μας ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στην δημιουργία αυτής της εργασίας και στην ολοκλήρωση της προσπάθειας μας κατά την ακαδημαϊκή περίοδο. Αρχικά, στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Παπαδοπούλου Σουλτάνα, για την υποστήριξη που παρείχε, την ενθάρρυνση, τις αξιόλογες συμβουλές, την αμέριστη εμπιστοσύνη και την καθοδήγηση, κατά την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειά μας, για την πολύτιμη υποστήριξη και βοήθεια για όλη την χρονιά, καθώς και για την υπομονή και κατανόηση ως προς το χρόνο διεκπεραίωσης της πτυχιακής εργασίας και την ενθάρρυνση που μας πρόσφεραν για την πραγματοποίηση των στόχων μας. Η εργασία αφιερώνεται στις οικογένειες μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αναπτυξιακές και νευροβιολογικές διαταραχές είναι μια μεγάλη κατηγορία διαταραχών που επηρεάζουν τη σωστή ανάπτυξη των παιδιών αλλά και την ομαλή αλληλεπίδραση τους στην καθημερινή ζωή. Υπάρχει μια μεγάλη λίστα διαταραχών, όπου η διάκριση και η κατανόηση των οποίων, είναι δύσκολη και το αποτέλεσμα αυτής της δυσκολίας είναι η σύγχυση αρκετών διαταραχών με ορισμένες άλλες διαταραχές, επηρεάζοντας τη διάγνωση και την θεραπευτική αποκατάσταση. Η παρούσα πτυχιακή εργασία ασχολήθηκε με την μελέτη και τον τρόπο χορήγησης ενός χρήσιμου όπως φαίνεται εργαλείου, του εργαλείου Achenbach και στο κατά πόσο μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση και διάγνωση διαφόρων διαταραχών. Επιπλέον μελετήθηκαν αναπτυξιακές και νευροβιολογικές διαταραχές μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση των δεδομένων για την καλύτερη παρουσίαση των σύγχρονων δεδομένων. Μέσα από την παρουσίαση των δεδομένων, δόθηκαν οι κεντρικές έννοιες και οι ορισμοί των διαταραχών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η πιλοτική έρευνα μέσω της χορήγησης του ΣΑΕΒΑ (Σύστημα Achenbach Εμπειρικής Βασισμένης Αξιολόγησης) και εφαρμογή του ερωτηματολογίου του σε τυπικό πληθυσμό ηλικίας 6-12, ακόμη να ανιχνευτεί η ευαισθησία του αλλά και να εξαχθούν κανονιστικά δεδομένα στο κατά πόσο μπορεί για να χρησιμοποιηθεί ως ένα αξιόπιστο εργαλείο ανίχνευσης σε συγκεκριμένο πληθυσμό για τον εντοπισμό των αναπτυξιακών και νευροβιολογικών διαταραχών.

Μεθοδολογία: Στην συγκεκριμένη εργασία η μέθοδος διεκπεραίωσης της η οποία επιλέχθηκε είναι η ποσοτική έρευνα, πιο συγκεκριμένα η πιλοτική έρευνα. Το εργαλείο το οποίο επιλέχθηκε για την ανίχνευση των αναπτυξιακών και νευροβιολογικών διαταραχών είναι το εργαλείο Achenbach. Στη συνέχεια χορηγήθηκαν τα αντίστοιχα για τους γονείς CBCL και εκπαιδευτικούς TRF ερωτηματολόγια του εργαλείου Achenbach. Το δείγμα αφορούσε σε ένα τυχαίο δείγμα 80 μαθητών, σε ένα ηλικιακό εύρος 6-12 ετών, από κάθε σχολείο εκ των οποίων τα 37 ήταν κορίτσια και τα 43 αγόρια. Το ποσοστό ανταπόκρισης, ήταν 95% για τους γονείς και σχεδόν 99% για τους εκπαιδευτικούς. Το δείγμα συλλέχθηκε από την Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα από σχολεία της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, Ηπείρου και Νοτίου Αιγαίου.

Αποτελέσματα: Οι συγκρίσεις έγιναν μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων και των φύλων και έδειξαν σχεδόν αναμενόμενες διαφορές. Οι αναλύσεις έδειξαν διαφορές των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Φάνηκε πως τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών σχολικής ηλικίας μειώνονται με την πάροδο του χρόνου εν αντιθέσει με τα παιδιά με αυτισμό όπου αργότερα έχουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Τα παιδιά με υψηλή συγκέντρωση και κοινωνική αλληλεπίδραση είναι λειτουργικά, ακόμη και με την παρουσία υπερδραστηριότητας, σε αντίθεση με τα παιδιά που παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση και αλληλεπίδραση. Η σταθερότητα σχετίζεται με την ύπαρξη μεγαλύτερου αριθμού δεικτών προστασίας ή κινδύνου αντίστοιχα. Τα παιδιά που δεν ακολουθούν συγκεκριμένες οδούς τείνουν να έχουν μέτρια επίπεδα προστατευτικών παραγόντων και παραγόντων κινδύνου. Η αξιοπιστία και του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητικά αποδεκτή στην ελληνική μεταφρασμένη του έκδοση.

Συζήτηση: Το ερωτηματολόγιο Achenbach μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο ανίχνευσης και ευαισθησίας και να αποτελέσει παράγοντα για παραπομπή για διάγνωση των αναπτυξιακών διαταραχών σε παιδιά 6-12 ετών. Το Achenbach δεν είναι διαγνωστικό εργαλείο. Περιορισμός του Achenbach είναι ότι αυτό το μέσο μπορεί να μην είναι κατάλληλο για άτομα με χαμηλό IQ, δεδομένου ότι προϋποθέτει κατανόηση της αναγνωστικής ικανότητας.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι πρόκειται για ένα χρήσιμο εργαλείο για την ανίχνευση διαταραχών το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μία πρώιμη αξιολόγηση και να μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις δυσκολίες της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της επικοινωνίας που αντιμετωπίζει το άτομο. Καταλήγουμε ότι είναι δυνατό για τους δασκάλους να χρησιμοποιήσουν το CBCL για να εντοπίσουν τα πρώτα σημάδια συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων σε μικρά παιδιά. Σε παιδιά 6-9 ετών, οι υποκατηγορίες για υπερκινητικότητα και συμπεριφορά λειτούργησαν καλά. Στην ηλικιακή ομάδα 9-12 ετών, οι αρχικές υποκατηγορίες CBCL παρήγαγαν λογικά αποτελέσματα. Χρήσιμη ωστόσο θα ήταν περαιτέρω έρευνα για τη στάθμιση του εργαλείου και τη διερεύνηση της ευαισθησίας του.

Λέξεις κλειδιά: Achenbach, Ερωτηματολόγια για γονείς CBCL, Ερωτηματολόγια για δασκάλους TRF, Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, Αναπτυξιακές Διαταραχές,

Αυτισμός, Αυτιστικό Φάσμα, Άσπεργκερ, Μαθησιακές Δυσκολίες, ΔΕΠ-Υ,
Διάσπαση Προσοχής, Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής, Διασπαστική

ABSTRACT

Background: Developmental and neurobiological disorders are a large category of disorders that affect not only the proper development of children but also their smooth interaction in daily life. There is a long list of disorders, which are difficult to be distinguished and understood, and the result of this difficulty is the confusion of several disorders with some other disorders, affecting the diagnosis and therapeutic rehabilitation. The present senior thesis deals with the study and method of administering a seemingly useful tool, the Achenbach tool and to what extent it can help in the detection and diagnosis of various disorders. In addition, developmental and neurobiological disorders have been studied through the literature review for the best presentation of the data. Through the presentation of the data, central concepts and definitions of the disorders were given.

Objective: The purpose of this study is a pilot research through the administration of SAEBE (System Achenbach of Empirical Based Evaluation) and implementation of its questionnaire to a typical population aged 6-12, in order to detect its sensitivity but also to extract regulatory data on whether it can be used as a reliable detection tool in a specific population so as to diagnose developmental and neurobiological disorders.

Method: In this paper the method of conducting which was chosen is the quantitative research, and more specifically the pilot research. The tool which was selected for the detection of developmental and neurobiological disorders is the Achenbach tool. Then the corresponding questionnaires of the Achenbach tool were given to the parents CBCL and teachers TRF. The sample consisted of a random sample of 80 students from each school, in the age range of 6-12 years, 37 of whom were girls and 43 were boys. The response rate was 95% for parents and almost 99% for teachers. The sample was collected from Greece and more specifically from schools in the Region of central Macedonia, Epirus, eastern Attica and Santorin.

Results: Comparisons were made between age subgroups and races and showed almost expected differences. The analyzes showed differences in the mean responses between the age subgroups to specific questionnaire questions. It has been shown that the behavioral problems of school-age children decrease over time in contrast to children with autism who have more behavioral problems over time. Children with

high concentration and social interaction are functional, even in the presence of hyperactivity, in contrast to children with low concentration and interaction. Stability is related to the existence of a greater number of protection or risk indicators respectively. Children who do not follow certain paths tend to have moderate levels of protective and risk factors. The reliability of the questionnaire was satisfactorily accepted in its Greek translated version.

Discussion: The Achenbach questionnaire can be used as a detection and sensitivity tool and become a reference point for the diagnosis of developmental disorders in children aged 6-12 years. Achenbach is not a diagnostic tool. Achenbach's limitation is that this tool may not be suitable for people with low IQ, as it requires an understanding of reading ability.

Conclusions: It seems to be a useful tool for detecting autism spectrum disorders that can be used in an early assessment and provide us with important information about the patient's social interaction and communication difficulties. We conclude that it is possible for teachers to use CBCL in order to detect the first signs of emotional and behavioral problems in young children. In children 6-9 years of age, the subcategories for hyperactivity and behavior worked well. In the age group of 9-12 years, the initial CBCL subcategories produced reasonable results. However, further research would be useful to weigh the tool and investigate its sensitivity.

Keywords: Achenbach, questionnaires AND parents, CBCL, questionnaires AND teachers TRF, Diffuse Developmental Disorders, Developmental disorders, Autism. Autistic spectrum, Asperger, Studying AND Learning difficulties, AD-HD, Distraction, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Divisive behavior, Oppositional Defiant Disorder.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT.....	10
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο Αυτισμός.....	15
1.1 Ιστορική Αναδρομή	15
1.2 Ορισμός του Αυτισμού.....	17
1.3 Διαγνωστικά Κριτήρια και Ηλικία Εμφάνισης Αυτισμού	17
1.4 Συχνότητα Αυτισμού.....	22
1.5 Τύποι Αυτιστικού Φάσματος.....	23
1.6 Αιτιολογία Αυτισμού	25
1.7 Κλινικά Χαρακτηριστικά Αυτισμού	27
1.8 Εκπαίδευση.....	30
1.9 Παρεμβάσεις/ Θεραπεία για τον Αυτισμό.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα	34
2.1 Εισαγωγή.....	34
2.2 Κλινική Εικόνα της ΔΕΠ-Υ	35
2.3 Αίτια πρόκλησης και συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ.	42
2.4 Θεραπεία της Διαταραχής	46
2.5 Τα χαρακτηριστικά ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο	52
2.6 Η υποστήριξη ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ από τους γονείς.....	54
2.7 Η υποστήριξη ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο	56
2.8 Η προσέγγιση του εκπαιδευτικού	58
2.9 Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς.....	70
3.1 Εισαγωγή.....	70
3.2 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή	71
3.3 Κλινική Εικόνα.....	72
3.4 Διαγνωστικά Κριτήρια	72
3.5 Πιθανά αίτια της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής.....	73
3.6 Διαφοροδιάγνωση.....	74
3.7 Διάγνωση και Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	75
3.8 Η βοήθεια από τον θεραπευτή.....	76

3.8.1 Συμπεριφορικές Στρατηγικές και Προσεγγίσεις για τα Παιδιά με ODD ...	76
3.8.2 Στρατηγικές διδασκαλίας και προσαρμογές στην τάξη για τον μαθητή με ODD	77
3.9 Τύποι θεραπείας.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο Μαθησιακές Δυσκολίες.....	81
4.1 Εισαγωγή.....	81
4.2 Ορισμός.....	82
4.3 Χαρακτηριστικά.....	85
4.3.1 Βασικά Χαρακτηριστικά.....	85
4.3.2 Γενικά χαρακτηριστικά.....	87
4.3 Ταξινόμηση και Κατηγορίες Μαθησιακών Διαταραχών	87
4.4 Διάγνωση Μαθησιακών Διαταραχών	89
4.5 Πρώιμη Ανίχνευση	91
4.6 Αντιμετώπιση και Παρεμβάσεις.....	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο Achenbach	96
5.1 Παρουσίαση του Τεστ Achenbach.....	96
5.2 Τι περιλαμβάνει το τεστ Achenbach.....	97
5.3 Τα ερωτηματολόγια του τεστ Achenbach	97
5.3.1 Το ερωτηματολόγιο για γονείς (παιδιά 6-18 ετών) (CBCL).....	98
5.3.2 Το ερωτηματολόγιο για εκπαιδευτικούς (TRF)	98
5.4 Αξιολογητές που δεν μπορούν να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια	100
5.5 Στατιστική επεξεργασία του τεστ Achenbach.....	101
5.6 Τα προφίλ του τεστ Achenbach.....	101
5.6.1 Το προφίλ ικανοτήτων του ερωτηματολογίου για γονείς (CBCL)	102
5.6.2 Το προφίλ του ερωτηματολογίου για εφήβους	105
5.6.3 Το προφίλ του ερωτηματολογίου για εκπαιδευτικούς.....	106
5.6.4 Τα προφίλ των συνδρόμων	108
5.6.5 Τα προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων.....	114
5.7 Διαδικασία έρευνας.....	115
5.8 Ερμηνεία δεδομένων	116
5.9 Ερωτηματολόγια Εκπαιδευτικών TRF	116
5.9.1 Προφίλ TRF για Κορίτσια 6-12 για Κλίμακες Συνδρόμων.....	121
5.9.2 Προφίλ TRF για Αγόρια 6-12 για Κλίμακες Συνδρόμων.....	124
5.9.3 Προφίλ TRF για Κορίτσια 6-12 για Προσαρμοστική Λειτουργικότητα ..	127

5.9.4 Προφίλ TRF για Αγόρια 6-12 για την Προσαρμοστική Λειτουργικότητα.....	130
5.10 Ερωτηματολόγια Γονέων	142
5.10.1 Σύμφωνα με τις εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες του CBCL για Κορίτσια 6-12 ετών.....	145
5.10.2 Σύμφωνα με τις εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες του CBCL για Αγόρια 6-12 ετών.....	153
5.11 Στόχοι έρευνας.....	165
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	167
Γενικά Ευρήματα.....	167
Επιπτώσεις στην έρευνα και την πρακτική.....	176
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	178
ΕΛΛΗΝΙΚΗΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	185

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Αυτισμός

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος αυτισμός ετυμολογικά προέρχεται από την λέξη «εγώ ο ίδιος» και σημαίνει την απομόνωση κάποιου ατόμου στον εαυτό του. Πρωτίστως, ο συγκεκριμένος όρος χρησιμοποιήθηκε το 1911 από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler, με σκοπό να χαρακτηρίσει ορισμένους ανθρώπους με σχιζοφρένεια, οι οποίοι είχαν αδύναμη ή δύσκολη επικοινωνία με τους άλλους, δεν είχαν καμιά επαφή με την πραγματικότητα, ήταν κλεισμένοι στον εαυτό τους και γενικότερα ήταν απομακρυσμένοι από την πραγματικότητα (Συνοδινού Κ., 1994). Σύμφωνα με τον Bleuler, ο όρος αυτισμός απευθυνόταν σε ανθρώπους, που εμφάνιζαν δραστικό περιορισμό στις σχέσεις με όλους τους υπόλοιπους και τον κοινωνικό τους περίγυρο. Ο περιορισμός αυτός είναι ακραίος σε τέτοιο βαθμό, που ο άνθρωπος φτάνει να αφήνει τα πάντα έξω εκτός από τον εαυτό του (Συνοδινού Κ., 1994).

Στις αρχές της δεκαετίας του 40, δύο ψυχίατροι, ο Leo Kanner και ο Hans Asperger, χρησιμοποίησαν αυτό τον όρο σε παιδιά που εμφάνιζαν περιορισμένα στερεότυπα ενδιαφέροντα, δυσκολίες στην κοινωνική ανάπτυξη και ιδιόμορφη ανάπτυξη στη γλώσσα. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά αναλύθηκαν σαν κριτήρια διάγνωσης για τον αυτισμό από την ψυχολόγο Lorna Wing, που προχώρησε την εργασία του Hans Asperger και του Leo Kanner (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Ο παιδοψυχίατρος Leo Kanner το 1943 μελέτησε ορισμένα παιδιά με έντονες δυσκολίες στην λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στερεοτυπικές συμπεριφορές και έντονη εσωστρέφεια δίχως κάποιο ενδιαφέρον για το τι γίνεται στο περιβάλλον τους. Αργότερα, ο παιδίατρος Hans Asperger ερεύνησε ένα δείγμα πιο μεγάλο από τα 400 παιδιά με ίδια συμπτώματα με αυτά που ασχολήθηκε και ο Kanner. Και οι δύο χρησιμοποίησαν τον όρο «autism», δηλαδή αυτισμός, βασιζόμενοι στις δηλώσεις του Bleuler. Πολλοί παιδοψυχολόγοι από όλο τον κόσμο την δεκαετία του 50 μελετούσαν τις ιδιαιτερότητες στην συμπεριφορά των παιδιών με αυτισμό μέχρι και την δεκαετία του 70, που έγιναν οι πρώτες μελέτες για την αιτιολογία της διαταραχής. Στην αρχή, η αιτία για τον αυτισμό αποδόθηκε στη μη ύπαρξη συναισθηματικής τρυφερότητας από

την μητέρα στο παιδί αλλά αμέσως απορρίφθηκε διότι ο αυτισμός παρουσιαζόταν σε διαφορετικό πληθυσμό ανεξαρτήτως ψυχοσυναισθηματικών και κοινωνικοπολιτικών συνθηκών. Οι μελέτες τη δεκαετία του 80 έκαναν στροφή στο γονίδιο του ανθρώπου και ο αυτισμός συμπεριλήφθηκε στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας. Επιβλαβείς και τοξικές ουσίες στον οργανισμό της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η κληρονομικότητα, κάποιες τροφές, η ηλικία του πατέρα, ορισμένα εμβόλια είναι ενοχοποιημένα για τη δημιουργία του αυτισμού. Κανένας από τους προηγούμενους παράγοντες δεν ευθύνεται αποκλειστικά, για αυτό και δεν είναι αποδεκτός από την κοινότητα των επιστημόνων. Τον τελευταίο καιρό, οι μελέτες κατευθύνονται στις αλλαγές, που ενδέχεται να γίνουν στο γονίδιο του ανθρώπου κατά τη διάρκεια της κύησης και πως το περιβάλλον έχει τη δυνατότητα να επιδράσει. Μέχρι τώρα, οι λόγοι δημιουργίας του αυτισμού δεν είναι γνωστοί, αλλά είμαστε σίγουροι ότι πρόκειται για μια ολοένα αυξανόμενη και παλιά διαταραχή (Frith, 1993).

Ειδικότερα, αυτά τα χαρακτηριστικά, τα γνωρίζουμε ως «Τριάδα Διαταραχών Του Αυτισμού» (Wing, 1996). Στη λεκτική ή μη λεκτική επικοινωνία (ηχολαλία, απουσία ομιλίας ή καθυστέρηση) μιλά για κάποιο θέμα συνέχεια ή μιλά και σταματά. Η ποικιλία των δυσκολιών στον λόγο, που αφορούν τον αυτισμό, είναι μεγάλη. Υπάρχουν κάποιοι άνθρωποι που παρουσιάζουν ευκολία στην εκμάθηση ξένων γλωσσών και άλλοι άνθρωποι που διαθέτουν ανεπτυγμένες δεξιότητες στην άρθρωση, στον λόγο, στη γραμματική, ενώ υπάρχουν ακραίες περιπτώσεις με νοητική καθυστέρηση και περισσότερες δυσκολίες στον λόγο που δεν αναπτύσσουν ποτέ προφορικό λόγο. Εντούτοις, εμφανίζουν προβλήματα στις πτυχές της επικοινωνίας, για παράδειγμα στην χρήση και κατανόηση των χειρονομιών και των εκφράσεων του προσώπου. Ταυτόχρονα, στην κοινωνική αλληλεπίδραση λείπει η μίμηση και η οπτική επαφή και υπάρχει αδυναμία στο ομαδικό παιχνίδι. Η κοινωνική και η διαπροσωπική ανάπτυξη σε ανθρώπους με αυτισμό θεωρείται προβληματική με σοβαρή και αποκλίνουσα καθυστέρηση. Περιέχει ανθρώπους, που πιστεύεται πως παρουσιάζουν την τυπική μορφή του φάσματος του αυτισμού και ανθρώπους που ανταποκρίνονται στην κοινωνική επαφή, έστω και αν δεν είναι ικανοί να την ξεκινούν οι ίδιοι, διότι το παράξενο, ενεργητικό παιδί, που αναζητεί την κοινωνική επαφή, είναι αδέξιο σε κοινωνικό πλαίσιο και δεν τα καταφέρνει. Εντέλει, το τρίτο χαρακτηριστικό αφορά την ανάπτυξη της σκέψης και της φαντασίας, που

συνυπάρχουν με επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, με αντίδραση στην αλλαγή, με την εμμονική, τελετουργική ενασχόληση με καταστάσεις ή αντικείμενα και άλλα παρόμοια. Πρόκειται για απουσία αυθόρμητης ανάπτυξης του συμβολικού παιχνιδιού ακόμη και όταν διδάσκεται. Το παιδί ενδέχεται να είναι περιορισμένο στην ενασχόληση με φώτα, στο στριφογύρισμα αντικειμένων και άλλα. Τα ικανά παιδιά με αυτισμό ενδέχεται να έχουν φαντασία, αλλά είναι περιορισμένη αν όχι απύουσα η διάκριση ανάμεσα σε πραγματικότητα και φαντασία. Ένα ποσοστό ανθρώπων έχει ικανότητες και δείκτη νοημοσύνης πάνω από αυτό που θεωρείται φυσιολογικό κανονικό, ενώ άλλοι άνθρωποι έχουν υστέρηση σε αντιληπτικό και νοητικό επίπεδο (Μπαμίδης και συν. 2006, Βαφιά 2008).

Κατά την ολοκλήρωση της ιστορικής αναδρομής, επισημαίνεται ότι ο αυτισμός συμπεριλαμβάνεται στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Στη συγκεκριμένη κατηγορία, εκτός του αυτισμού, εντάσσονται, το σύνδρομο Asperger, η διαταραχή Rett, η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005)

Είναι σημαντικό, στο σημείο αυτό, να επισημανθεί ότι από την άνοιξη του 2013, εκδόθηκε το DSM-V από την Ψυχιατρική Αμερικανική Εταιρεία, με τα νέα διαγνωστικά κριτήρια για τον αυτισμό και ευρύτερα για την ψυχική υγεία. Τα νέα διαγνωστικά κριτήρια αναφέρουν «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος 299.0» και εξαφανίζονται όλα τα είδη των Αυτιστικών Διαταραχών όπως το σύνδρομο Asperger και η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη αλλιώς Προσδιοριζόμενη (American Psychiatric Association, 2013).

1.2 Ορισμός του Αυτισμού

Σήμερα, ο ορισμός του αυτισμού αναφέρεται σε μια διαταραχή αυτιστικού φάσματος, που χαρακτηρίζεται από επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε πληθώρα πλαισίων καθώς και από περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες. Τα επίπεδα δυσκολίας ή βαρύτητας βασίζονται στο ποσοστό στήριξης που το άτομο θα έχει ανάγκη σε σχέση με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει στους τομείς της κοινωνικής επικοινωνίας (social communication), των περιορισμένων ειδικών ενδιαφερόντων (restricted interests) καθώς και των επαναλαμβανόμενων

στερεοτυπικών συμπεριφορών (repetitive behaviors) (American Psychiatric Association, 2013).

Αυτές οι δεξιότητες συνδέονται με την οργάνωση σκόπιμης και πρόσφορης δραστηριότητας, την επικοινωνία, την αμοιβαιότητα και την κοινωνική συναλλαγή. Σε αυτές τις περιοχές, οι αυτιστικοί άνθρωποι παρουσιάζουν χαρακτηριστικές αποκλίσεις και σοβαρά προβλήματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, υπάρχει νοητική καθυστέρηση σε κάποιο βαθμό. Σε ένα μικρό ποσοστό (περίπου 20%) η νοημοσύνη διατηρείται κοντά στο φυσιολογικό ή στο φυσιολογικό. Νοητική καθυστέρηση και αυτισμός συχνά συνυπάρχουν, αλλά οι δύο καταστάσεις δεν είναι ταυτόσημες. Μέχρι σήμερα δεν θεραπεύεται. Οι μεγάλες συνέπειες σε κοινωνικό, οικογενειακό και ατομικό επίπεδο (ψυχικό και οικονομικό) καθιστούν αναγκαία την ευαισθητοποίηση όλων. Από τους 375 εκατομμύρια κατοίκους στην Ευρώπη εκτιμάται ότι τα 1,6 εκατομμύρια ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Η ευαισθητοποίηση όλων μας θα δημιουργήσει τις αναγκαίες προϋποθέσεις για μια καλύτερη διαβίωση των αυτιστικών ατόμων. Ο αυτισμός είναι ενταγμένος στην κατηγορία των Αναπτυξιακών Διαταραχών. Οι συγκεκριμένες διαταραχές απεικονίζονται με σημαντικές ελλείψεις σε κάποιους τομείς της ανάπτυξης. Στην κατηγορία των Αναπτυξιακών Διαταραχών εντάσσονται ο αυτισμός, η διαταραχή Rett και η διαταραχή Asperger. Η διαταραχή Rett περιλαμβάνει τα παιδιά, που ξεκινούν να παρουσιάζουν ειδικές ελλείψεις ύστερα από μια σύντομη περίοδο ομαλής ανάπτυξης. Η διαταραχή Asperger περικλείει τα παιδιά, που εμφανίζουν ίδια συμπτώματα με τα παιδιά με αυτισμό, αλλά δεν έχουν δυσκολίες στην ανάπτυξη της γλώσσας (Frith, 1999).

Συχνά, ο αυτισμός, αναφέρεται και ως «κλασικός αυτισμός», ο οποίος είναι γνωστός και με την ονομασία «Σύνδρομο Kanner». Πρόκειται για έναν όρο, που χρησιμοποιούν κάποιοι επαγγελματίες για τα παιδιά με αυτισμό, που μοιάζουν με τους ασθενείς που αναλύει ο Kanner. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για τα παιδιά, που εμφανίζουν εκτροπές στις τρεις διαταραχές (συμπεριφορά, επικοινωνία, κοινωνικότητα) που σχετίζεται με τον αυτισμό και δεν εμφανίζουν διανοητική ανεπάρκεια. Οι άνθρωποι με αυτισμό δυσκολεύονται στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με άλλους ανθρώπους και στην εκμάθηση της γλώσσας. Παρουσιάζεται σε όλες τις φυλές, σε όλο τον κόσμο, σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και εθνικότητες. Πρόκειται για μια δύσκολη αιγιοματική κατάσταση, για την οποία ακόμα δεν βρέθηκε ολοκληρωτική θεραπεία (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2003).

1.3 Διαγνωστικά Κριτήρια και Ηλικία Εμφάνισης Αυτισμού

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (2000), η επίσημη διάγνωση γίνεται γύρω ή μετά το δεύτερο έτος της ηλικίας. Τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού είναι τα ακόλουθα:

A. Το σύνολο έξι (ή περισσότερων) συμπτωμάτων από τις 3 ομάδες, από τα οποία θα πρέπει να είναι τουλάχιστον δύο από την ομάδα 1, ένα από την ομάδα 2 και ένα από την ομάδα 3.

ΟΜΑΔΑ 1η

Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

1. έκδηλη έκπτωση στη χρησιμοποίηση πολλών εξωλεκτικών συμπεριφορών, όπως η βλεμματική επαφή, η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος και οι χειρονομίες για τη ρύθμιση της κοινωνικής συναλλαγής
2. αποτυχία στην ανάπτυξη ανάλογων με το αναπτυξιακό επίπεδο σχέσεων με συνομήλικους
3. έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης συμμετοχής σε απολαύσεις, ενδιαφέροντα ή επιτεύγματα με άλλους ανθρώπους
4. έλλειψη κοινωνικής ή συγκινησιακής αμοιβαιότητας.

ΟΜΑΔΑ 2η

Ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

1. καθυστέρηση ή ολική έλλειψη της ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας
2. σε άτομα με επαρκή ομιλία, έκδηλη έκπτωση της ικανότητας να αρχίσουν ή να διατηρήσουν μία συζήτηση με άλλους
3. στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας
4. έλλειψη αυθόρμητου παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων ή κοινωνική μίμηση, ανάλογου με το αναπτυξιακό επίπεδο.

ΟΜΑΔΑ 3η

Περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

1. ενασχόληση με στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος
2. εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε ειδικές, μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες

3. στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί μανιερισμοί (π.χ. χτυπήματα των χεριών) δ) επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων.

B. Καθυστερήσεις ή ανώμαλη λειτουργικότητα σε τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες περιοχές, με έναρξη πριν από την ηλικία των 3 ετών:

1. κοινωνική συναλλαγή
2. γλώσσα
3. συμβολικό ή φαντασιωσικό παιχνίδι.

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με τη Διαταραχή Rett ή την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή ή το σύνδρομο Asperger.

Παγκόσμια αναγνωρίζεται ότι πρόωπη και κατάλληλα προσαρμοσμένη παρέμβαση φτιαγμένη ακριβώς πάνω στις ανάγκες του ατόμου, είναι ένα ουσιαστικό βήμα προς την ενσωμάτωση. Επομένως, μόλις εγερθούν υποψίες, η παρέμβαση θα πρέπει να αρχίσει να εφαρμόζεται όσο πιο σύντομα και γρήγορα γίνεται. Κάθε άτομο για το οποίο μια διαταραχή στο πλαίσιο του φάσματος του αυτισμού θεωρείται πολύ πιθανή, δικαιούται να έχει μια εκτενή κλινική εκτίμηση, ιατρική εξέταση και μια σειρά από συμπληρωματικές εξετάσεις. Η εκτίμηση έχει μεγάλη σημασία προκειμένου να γίνει ακριβής διάγνωση αλλά και γιατί αποτελεί τη βάση οποιασδήποτε παρέμβασης.

Κάθε κλινική εκτίμηση πρέπει να αρχίζει παίρνοντας ένα λεπτομερές ιστορικό με όλα τα σημεία που απασχόλησαν τους γονείς, το αναπτυξιακό ιστορικό με έμφαση στο συνολικό επίπεδο ανάπτυξης, και το ιστορικό σχετικά με προηγούμενα νοσήματα. Αυτός που κάνει την κλινική εξέταση, πρέπει να εντοπίζει κάθε σημείο που μπορεί να έχει σημασία για την διαφοροδιάγνωση. Με προσεκτική λήψη του οικογενειακού ιστορικού, ο εξεταστής πρέπει να ενημερωθεί για μια σειρά από παράγοντες (αυτισμό, -ελαφρές παραλλαγές αυτισμού-, νοητική καθυστέρηση, εύθραυστο X, ηβώδη σκλήρυνση) στην πυρηνική και εκτεταμένη οικογένεια, επειδή μπορεί να υποδεικνύουν την ανάγκη χρωμοσωμικού ή γενετικού ελέγχου. Πρέπει να γίνεται προσεκτική παρατήρηση της συμπεριφοράς του κάθε ατόμου σε διαφορετικά πλαίσια, τόσο σε δομημένες όσο και σε λιγότερο δομημένες συνθήκες. Αυτοί που εξετάζουν πρέπει να είναι διαθέσιμοι να παρατηρήσουν άμεσα το άτομο ή να δουν ένα video που γυρίστηκε στο σπίτι ή στα άλλα μέρη που πηγαίνει (κέντρο ημερήσιας φροντίδας, σχολείο ή εργασία).

Η εκτίμηση πρέπει να γίνεται από διεπιστημονική ομάδα με μεγάλη εμπειρία στον αυτισμό και στις αναπτυξιακές διαταραχές, που θα πρέπει να χρησιμοποιεί εργαλεία αξιολόγησης με διεθνή εγκυρότητα. (ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, κλίμακες άμεσης παρατήρησης, όπως, τα Autism Diagnostic Interview (ADI), Autism Diagnostic Observation Scales (ADOS), Vineland Adaptive Behaviour Scale (VABS), the Childhood Autism Rating Scale (CARS), Diagnostic Interview for Social and

Communicative Disorders (DISCO), Behavioural Summarized Evaluation (BSE) και άλλα.

Σε κάθε παιδί πρέπει να γίνεται εκτενής ιατρική εξέταση, εκτίμηση οπτικής και ακουστικής οξύτητας, και να περιλαμβάνεται παιδιατρική και νευρολογική εξέταση. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει εργαστηριακή εξέταση ειδικά για τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Τελικά, η γενετική εξέταση θα γίνει τελικά εφόσον έχουν βρεθεί ειδικά σημεία που εντοπίστηκαν κατά την κλινική εξέταση ή κατά τη λήψη του οικογενειακού ιστορικού.

Το κλινικό και αναπτυξιακό profile θα πρέπει να ολοκληρώνεται με μια σειρά από ψυχολογικές και γλωσσικές δοκιμασίες, χρησιμοποιώντας κατάλληλα εργαλεία αξιολόγησης (Psycho- Educational Profile (PEP) και σταθμισμένα νευροψυχολογικά τεστ όπως το Leiter, το πρόσφατο WISC, το Reynell, το Symbolic Play Test των Lowee & Costell, το Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT) και άλλα).

Πρέπει και πάλι να τονιστεί ότι η διάγνωση του αυτισμού πρέπει να γίνεται αποκλειστικά με βάση την εκτενή κλινική εκτίμηση και πρέπει να στηρίζεται εντελώς σε διεθνώς αποδεκτά κριτήρια και αυτό για τρεις σοβαρούς λόγους:

- Για να εξασφαλίζεται πρόσβαση στις κατάλληλες υποστηρικτικές υπηρεσίες και ή να δημιουργούνται τέτοιες υπηρεσίες όπου είναι περιορισμένες ή δεν υπάρχουν καθόλου
- Για να γίνεται συγκρίσιμη η υπάρχουσα έρευνα τόσο από πλευράς κλινικών θεμάτων όσο και ιδιαίτερα από την πλευρά της αποτελεσματικότητας των διαφόρων υπηρεσιών και θεραπειών που παρέχονται που είναι ζήτημα μεγάλης ανάγκης.

Κάθε παιδί, είτε έχει διάγνωση αυτισμού είτε όχι, δικαιούται να έχει την εκπαίδευση που αντιστοιχεί στις ιδιαίτερες ανάγκες του. Διαγνωστικές διαδικασίες που γίνονται με χαλαρό τρόπο, θα μπορούσαν να έχουν σαν συνέπεια τον αποκλεισμό παιδιών με αυτισμό από τις παροχές που έχουν ειδικά σχεδιαστεί για αυτά. Θα μπορούσαν επίσης να ενθαρρύνουν το να περιλαμβάνονται άτομα, τα οποία στην πραγματικότητα παρουσιάζουν άλλες καταστάσεις (όπως διαταραχές διαγωγής ή μαθησιακές δυσκολίες) που καθαυτές δεν βρίσκονται στο πλαίσιο του φάσματος του αυτισμού. Συνακόλουθα, τα παιδιά αυτά, δεν θα πάρουν την εξειδικευμένη εκπαίδευση που δικαιούνται, ενώ ταυτόχρονα κάνουν χρήση των ήδη περιορισμένων παροχών που προορίζονται για τα άτομα με αυτισμό.

1.4 Συχνότητα Αυτισμού

Στηριζόμενοι στην αναφορά του Kanner (1943), η συχνότητα του αυτισμού έφτασε σε 4-5/10.000. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα ισχυρίζονται πως είναι πιο υψηλή. Το ποσοστό των άλλων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών αντιστοιχεί σε 45,8/10.000, ενώ η συχνότητα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας ανέρχεται σε 16,8/10.000. Από τη δεκαετία του 1960 μέχρι τώρα, διαφορετικές ανασκοπήσεις των 30 επιδημιολογικών ερευνών σημειώνουν πως η συχνότητα του αυτισμού έφτασε σε 12,7/10.000 (Γενά, 2002). Σε ποσοστό 20% το επίπεδο των νοητικών λειτουργιών βρίσκεται στα επίπεδα του φυσιολογικού, ενώ το πιο μεγάλο ποσοστό (70%) των ατόμων με αυτισμό εμφανίζει παράλληλα νοητική υστέρηση διαφορετικής σοβαρότητας. Πιο μικρό ποσοστό, περίπου 10%, εμφανίζει υψηλό επίπεδο νοητικών δεξιοτήτων.

Παρατηρούμε ότι τα τελευταία χρόνια έχουν αλλάξει πολύ τα επιδημιολογικά δεδομένα του αυτισμού και των συναφών καταστάσεων. Με την υιοθέτηση διαφόρων μορφών, πολλές περιπτώσεις τώρα εντάσσονται στις διαταραχές του «αυτιστικού φάσματος». Δεν κάνει διάκριση από πλευράς κοινωνικής τάξης, κουλτούρας και φυλής. Εντοπίζεται συχνότερα στα αγόρια, στην αναλογία 3-4 αγόρια προς 1 κορίτσι. Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, από τα 4-5 στα 10.000 παιδιά, η συχνότητα από κάποιους μελετητές εκτιμάται σε 16,8/10.000, ενώ το ποσοστό των υπόλοιπων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών αντιστοιχεί σε 45,8/10.000 (Βάρβογλη, 2006). Παρόλο που η συχνότητα αυτή δεν μπορεί να κριθεί ως οριστική, διότι υπάρχουν διαφορετικές μεθοδολογίες σε διάφορες έρευνες, δείχνει όμως ότι αυτές οι καταστάσεις δεν είναι σπάνιες. Στηριζόμενοι σε αυτά τα δεδομένα, εκτιμάται πως στην χώρα μας πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4.000 μέχρι 5.000 παιδιά και ενήλικα άτομα με κλασικό αυτισμό και 20.000 με 30.000 με 18 διαταραχές ανάπτυξης αυτιστικού τύπου. Το 2002, στην Μελβούρνη της Αυστραλίας, στο Παγκόσμιο Συνέδριο της World Autism Organization, η ανακοίνωση έκανε λόγο για αναλογία 1:500 (Κάκουρος Μανιαδάκη, 2003).

1.5 Τύποι Αυτιστικού Φάσματος

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, εκδηλώνεται με συγκεκριμένους τύπους. Συγκεκριμένα :

A) Σύνδρομο Asperger: Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή είναι στην πλειοψηφία αγόρια, τα οποία εμφανίζουν κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα, αλλά παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο από ότι τα άτομα με κλασσικό αυτισμό. Ένα άτομο με σύνδρομο Asperger μπορεί να αλληλεπιδράσει κοινωνικά άλλα εμφανίζει πολλά συμπεριφοριστικά ελλείμματα όπως κοινωνική άγνοια, έλλειψη κοινής λογικής, στερεοτυπίες και σχολαστική ομιλία. Η κατάσταση αυτή έχει καλύτερη πρόγνωση, παρόλο που συμπίπτει με ήπιες μορφές αυτισμού.

B) Σύνδρομο Heller: Πρόκειται για μια σπάνια πάθηση στην οποία η κοινωνικότητα, η επικοινωνία και η γνωστική ανάπτυξη είναι φυσιολογική μέχρι την ηλικία των δύο ετών, στην συνέχεια όμως αποσυντίθενται ξαφνικά και προκύπτουν διαταραχές στην ανάπτυξη.

Γ) Σύνδρομο Kanner (κλασσικός αυτισμός): Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται από ορισμένους επαγγελματίες, ορίζοντας τα παιδιά με αυτισμό που μοιάζουν με τους ασθενείς που περιγράφει ο Kanner. Συγκεκριμένα, πρόκειται για παιδιά που παρουσιάζουν εκτροπές στην κοινωνική επικοινωνία και στη συμπεριφορά αλλά δεν παρουσιάζουν διανοητική ανεπάρκεια.

Δ) Υπολειμματικός Αυτισμός: Ως όρος, χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα άτομα που κάποια στιγμή παρουσίαζαν τα κριτήρια ώστε να ενταχθούν στη διαταραχή, αλλά λόγω αναπτυξιακών αλλαγών, δεν πληρούν πλέον τα αυτιστικά κριτήρια.

Ε) Σύνδρομο Rett: Αναφέρεται σε μια προοδευτική νευρολογική διαταραχή που παρουσιάζεται στην πλειοψηφία της στα κορίτσια. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει απώλεια έκφρασης του προσώπου και στη συνέχεια , δυσκολία στην χρήση των χεριών, αταξία, μειωμένη διαπροσωπική επαφή και στερεοτυπίες.

ΣΤ) Σχιζοειδής και σχιζοτυπική διαταραχή της προσωπικότητας: Το κύριο χαρακτηριστικό της σχιζοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας είναι η αποκόλληση από την κοινωνικότητα και η περιορισμένη συναισθηματική έκφραση. Η διαταραχή

αυτή συνδέεται με κοινωνικά ελλείμματα αλλά δείχνει ακόμη και διαστρέβλωση της σκέψης και της συμπεριφοράς (V.A. Reed, 2005).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η διαταραχή είναι μετρήσιμη ως προς τη σοβαρότητα (ήπια, μέτρια, σοβαρή), με τη βοήθεια των ειδικών κλιμάκων και διαφοροποιείται ως προς την ποιότητα, ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι τύποι της διαταραχής στην κοινωνική αλληλεπίδραση είναι:

Passive: παθητικός. Πλησιάζει μόνο όταν επιθυμεί κάτι και έχει απόλυτη ανάγκη. Το σώμα είναι μια ατέλειωτη παιδική χαρά και μας χρησιμοποιεί ως αντικείμενο. Έχει μειωμένο λόγο-ηχολαλία και σταθερά μοναχικό παιχνίδι. Χρησιμοποιεί φράσεις από παιδικές ταινίες, τις επαναδιατυπώνει στην κατάλληλη περίπτωση με ακρίβεια. Είναι μαθημένος λόγος και όχι αυθόρμητος. Συγκεντρώνει ειδικά αντικείμενα, που δεν απομακρύνεται από κοντά τους και διεγείρεται από την συμμετρία.

Over-formal: υπερτυπικός. Αργά στην ζωή του εφήβου ή του ενήλικα εντοπίζεται. Παρουσιάζεται σε ανθρώπους με καλό επίπεδο στον λόγο. Ενδέχεται να θεωρηθεί υψηλά λειτουργικό, αποτελώντας την μορφή αυτισμού ως τύπου Asperger. Είναι υπερβολικά τυπικός στην συμπεριφορά και ευγενικός. Αποπειράται να ακολουθήσει τους κανόνες κοινωνικής αλληλεπίδρασης για σωστή συμπεριφορά αλλά δεν τους καταλαβαίνει και κάνει σφάλματα.

Alloof: απομονωμένος-κοινωνικός, αδιάφορος. Η σοβαρότερη μορφή αυτισμού. Αποφεύγει την αλληλεπίδραση-επαφή με κάθε τρόπο. Ενδέχεται να μην έχει ή να έχει στοιχειώδη λόγο. Εντυπωσιάζεται από εμπειρίες αισθητηριακού τύπου. Πρόκειται για την κλασική μορφή αυτισμού- τύπου Kanner.

Broader phenotype: διευρυμένος φαινότυπος. Περικλείει ανθρώπους με υψηλό δείκτη νοημοσύνης, που εμφανίζουν κάποια χαρακτηριστικά αυτιστικού τύπου, που ενδέχεται να μην είναι εύκολα αναγνωρίσιμα. Αυτοί οι άνθρωποι έχουν επαγγελματική καριέρα, καλή κοινωνική προσαρμογή και σε κάποιες περιπτώσεις φτιάχνουν οικογένεια. Τοποθετούνται στο φάσμα του αυτισμού πέρα από το σύνδρομο Asperger (Peeters, 2000).

Active...but odd: παράξενος αλλά δραστήριος και ενεργητικός. Δεν μπορεί να διατηρήσει αλληλεπίδραση, αλλά ψάχνει την προσοχή με επαναληπτικό και παράξενο τρόπο. Εντυπωσιάζεται με συγκεκριμένα θέματα, συχνά με κάποιον συγκεκριμένο

άνθρωπο ή τρένα και αυτοκίνητα. Επαναδιατυπώνει τις ίδιες ερωτήσεις, παρόλο που ξέρει την απάντηση (Peeters, 2000).

1.6 Αιτιολογία Αυτισμού

Μέχρι σήμερα, οι γνώσεις μας για τον αυτισμό δεν αρκούν για να συζητήσουμε για έναν ενιαίο παθολογικό μηχανισμό και για συγκεκριμένα αίτια, που συνεισφέρουν στην δημιουργία του αυτισμού. Εντούτοις, διατυπώνονται ανά διαστήματα ποικίλες υποθέσεις με θέμα την αιτιολογία. Οι πιο πολλές από αυτές αποδεικνύονται με μελέτες. Υπάρχουν υποθέσεις, που αντιπροσωπεύονται περισσότερο και θεωρούνται πιο πολύ έγκυρες από τους μελετητές:

1. *Οργανικά αίτια*: τα συμπτώματα του αυτισμού είναι συνδεδεμένα με επιπλοκές της προγεννητικής, της περιγεννητικής και της μεταγεννητικής περιόδου της ζωής του παιδιού ή με ασθένειες, που επιφέρουν διαταραχές στις λειτουργίες του εγκεφάλου. Όλες οι μελέτες συμπέραναν ότι κάποιες επιπλοκές κατά την προγεννητική περίοδο, όπως τη στιγμή της γέννησης (για παράδειγμα ασφυξία, κακώσεις στον εγκέφαλο) ή ασθένειες παρουσιάζονται συχνότερα σαν κύρια αιτία του αυτισμού. Στα αυτιστικά παιδιά εξακριβώνεται πως η μητέρα κατά την εγκυμοσύνη είχε υποστεί αιμορραγίες στον πλακούντα, ομφάλιο λώρο, μήτρα, αλλά και άλλες καταστάσεις, που απαιτούν χορήγηση φαρμάκων στη μητέρα. Παρόλο που τα πιο πολλά αίτια εμφανίζονται προγεννητικά, κανένα δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι βλάπτει σίγουρα το νευρικό σύστημα του παιδιού. Αν και κάποιες μελέτες δείχνουν ότι ο αυτισμός δεν είναι συνδεδεμένος με πρόωρο τοκετό, αντιθέτως άλλες μελέτες εμφανίζουν ποσοστό 27,2% αυτιστικών παιδιών να είχαν πρόωρο τοκετό και βάρος λιγότερο από 2500 γραμμάρια. Πάντως, για την εμφάνιση του αυτισμού δεν παύει να αποτελεί κίνδυνο μία ασφυξία ή ένας πρόωρος τοκετός. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα ορισμένων μελετών δείχνουν ότι ο αυτισμός και οι μολύνσεις της μήτρας της μητέρας από ασθένειες κατά την εγκυμοσύνη συνδέονται στενά. Σε αυτές τις ασθένειες και στις μολύνσεις περιλαμβάνονται η τοξοπλάσμωση, η ερυθρά, η ανεμοβλογιά, η σύφιλη και γενικά ασθένειες, που ενδέχεται να νοσήσει η μητέρα κατά την εγκυμοσύνη και να έχουν άμεσο αντίκτυπο στο νεογνό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο χρόνος εμφάνισης της διαταραχής ενδέχεται να καθυστερήσει και μπορεί να ανακαλυφτεί ο αυτισμός αργότερα από το 3ο έτος του παιδιού. Περαιτέρω, ορισμένες βλάβες στον εγκέφαλο στην μεταγεννητική περίοδο μπορούν να

οδηγήσουν στην πρόκληση αυτισμού. Επομένως, ξεχωριστά παθογόνα αίτια επιτίθενται στο κεντρικό νευρικό σύστημα και μπορούν να διαδραματίσουν σοβαρό ρόλο στην παρουσία του αυτισμού (Κυπριωτάκης, 2003).

2. *Χρωμοσωμικές ανωμαλίες:* οι μελέτες σε αυτιστικά παιδιά δεν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο αυτισμός συνδέεται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Παρόλο που τα παιδιά με σύνδρομο Down υπάρχει ενδεχόμενο να εμφανίσουν χαρακτηριστικά αυτισμού, η ύπαρξη του ενός συνδρόμου δεν αποκλείει την συννοσηρότητα. Άτομα με «εύθραστο X σύνδρομο», που εντοπίζεται συνήθως στα αγόρια και σπανιότερα στα κορίτσια, εμφανίζουν νοητική υστέρηση, πρόβλημα στην επικοινωνία και στο λόγο, παραμορφώσεις στο σώμα και άλλες διαταραχές, που είναι ίδιες με αυτές του αυτισμού, όπως είναι η αποφυγή βλεμματικής επαφής, διαταραχή στις κοινωνικές σχέσεις, ηχολαλία, έλλειψη κοινωνικοποίησης. Διαπιστώθηκε ότι ποσοστό των αυτιστικών ατόμων, που εμφανίζει «εύθραστο X σύνδρομο», ανέρχεται στο 10-20%(Κυπριωτάκης, 2003).

3. *Παραμορφώσεις στο σώμα:* τα τελευταία χρόνια, μελέτες συμπεραίνουν ότι ο αυτισμός συνοδεύεται από ανωμαλίες ή μικρές παραμορφώσεις στο σώμα. Τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν συχνότερα ορισμένα ελαττώματα στο σώμα, όπως: αυλακωτή γλώσσα, παραμορφωμένα αυτιά, ψηλό ουρανίσκο, προγναθία, συμφύσεις αυτιού, ηλεκτρισμένα μαλλιά, κυρτωμένο και μικρό το πέμπτο δάκτυλο, ασυμμετρία αυτιών και άλλα. Η ύπαρξη παραμορφώσεων ή των μικρών ανωμαλιών στο σώμα ενδέχεται να οφείλεται σε επιπλοκές κατά την βλαστογένεση, την εμβρυογένεση και την ενδομήτρια ζωή του εμβρύου και να έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία αυτιστικών χαρακτηριστικών.

4. *Γενετικά αίτια:* Ο Asperger πίστευε ότι ο αυτισμός συνδέεται με προδιάθεση και ενδέχεται να οριστεί γενετικά. Ο Asperger ισχυρίστηκε ότι όλα τα παιδιά, που μελέτησε με το σύνδρομο της αυτιστικής ψυχοπάθειας, είχαν συγγενείς και γονείς με ίδια συμπτώματα. Ωστόσο, η γνώμη ότι τα αυτιστικά παιδιά έχουν αυτιστικούς γονείς με βάση τα αποτελέσματα των μελετών θεωρείται υπερβολή. Πρόσφατες μελέτες φανερώνουν την παρουσία μιας γενετικής προδιάθεσης. Τα αδέρφια των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζουν πιο συχνά διαταραχές στη γλώσσα, στη μάθηση και στην αντίληψη συγκρίνοντας τα με τα παιδιά που έχουν αδέρφια με σύνδρομο Down ή αδέρφια φυσιολογικών παιδιών. Επιπροσθέτως, η κληρονομικότητα ασκεί σημαντικό ρόλο στην παρουσία του αυτισμού. Για διαταραχές στον γλωσσικό και γνωστικό τομέα κληρονομείται μία προδιάθεση και οι γενετικοί μηχανισμοί δεν είναι γνωστοί

σε εμάς. Αν και τα τελευταία χρόνια τα γενετικά αίτια τονίζονται, η βιβλιογραφία δεν είναι αρκετή και δεν μας πείθει ότι οι αιτίες του συνδρόμου του αυτισμού είναι γενετικές (Κυπριωτάκης, 2003).

5. Ψυχογενή αίτια: με βάση την ψυχαναλυτική θεωρία, ο αυτισμός δημιουργείται από έντονο υπαρξιακό άγχος του παιδιού ή από ψυχοδυναμικές συγκρούσεις μεταξύ μητέρας και παιδιού και θεραπεύεται με την πρωταρχική σύγκρουση (Frith, 1999). Παρά την απουσία επαρκών στοιχείων για τη γνώμη αυτή, η λανθασμένη αυτή πεποίθηση υπάρχει μέχρι τώρα. Στην πραγματικότητα δεν είναι δυνατό ένα παιδί να γίνει αυτιστικό επειδή η μητέρα δεν του πρόσφερε επαρκή αγάπη ή επειδή νιώθει ότι η ζωή του απειλείται. Οι τραυματικές εμπειρίες του παιδιού επιδρούν αρνητικά στην εξέλιξή του, όμως εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο με τραυματικά βιώματα δεν έχουν εμφανίσει αυτισμό. Εν κατακλείδι, το σύνδρομο του αυτισμού, όπως και όλες οι ασθένειες, ενδέχεται να παρουσιαστεί σε κάποιο παιδί της κάθε οικογένειας, κάθε οικονομικού-κοινωνικού επιπέδου και όχι μόνο σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα (Κυπριωτάκης, 2003).

1.7 Κλινικά Χαρακτηριστικά Αυτισμού

Υφίσταται μία ενδεικτική κλινική εικόνα και κάποια χαρακτηριστικά, που έχουν τη δυνατότητα να μαρτυρήσουν την παρουσία του αυτισμού. Τα τυπικά κλινικά χαρακτηριστικά του αυτισμού περιέχουν:

1. Διαταραχή στην ανάπτυξη του λόγου και επικοινωνία

Στα παιδιά με αυτισμό είναι συχνή η μη ύπαρξη ομιλίας και είναι σύμφωνη με την νοητική τους ηλικία. Καθυστερούν στην ανάπτυξη του λόγου αλλά η κατάκτηση των φθόγγων εξελίσσεται φυσιολογικά. Όμως, η κατανόηση του λόγου είναι πιο περιορισμένη από την έκφραση του λόγου. Το ιδιαίτερο στοιχείο των παιδιών αυτών είναι η αδυναμία κατανόησης της πραγματολογικής διάστασης του λόγου και η έλλειψη θέλησης για επικοινωνία (Jordan & Powell, 1995). Επομένως, δυσκολεύονται να κατανοήσουν ένα διάλογο και τους διαφορετικούς κώδικες επικοινωνίας σύμφωνα με το βαθμό της σχέσης με τους συνομιλητές, τα πρόσωπα, το χώρο και το περιεχόμενο του διαλόγου. Επίσης, δεν έχουν τη δυνατότητα να κατανοήσουν τον λόγο και γι' αυτό διαθέτουν μόνο κυριολεκτική κατανόηση αυτών

που ακούν. Δεν μπορούν να καταλάβουν τις πληροφορίες, που μεταδίδονται με τον τόνο της φωνής, την έκφραση του προσώπου ή τις χειρονομίες. Εντέλει, δεν μπορούν να καταλάβουν την ειρωνεία, τα υπονοούμενα και το μεταφορικό λόγο των φράσεων των άλλων (Νότας, 2005).

Άλλο χαρακτηριστικό του αυτισμού είναι η ηχολαλία, που αναφέρεται στην επανάληψη λέξεων, φράσεων και ήχων των άλλων με το ίδιο ύφος και τρόπο (Lord & Paul, 1997). Η ηχολαλία δείχνει ότι το αυτιστικό παιδί κρατάει επαφή με το περιβάλλον και με επιλεκτικό τρόπο αναπαράγει λεκτικές πληροφορίες. Παράλληλα, δείχνει επίγνωση του περιβάλλοντος και αδυναμία για αυθόρμητη έκφραση λόγου (Prizant & Duchan, 1981). Επίσης, άλλο χαρακτηριστικό είναι η αντιστροφή των αντωνυμιών (Lee, Hobson & Chiat, 1994).

2. Αυτιστική απομόνωση

Το παιδί είναι κλεισμένο στον κόσμο του, φαίνεται να μην βλέπει τα πρόσωπα ή τα αντικείμενα και να μην ακούει. Το βλέμμα του μοιάζει να κοιτάζει τον ορίζοντα δίχως να σταματάει κάπου. Αδιαφορεί για τα υπόλοιπα παιδιά ή για τους ενήλικους σαν να μην υπάρχουν. Δεν δέχεται την επαφή, όταν πιέζεται, αντιδράει με διεγερτικές κρίσεις και εκρήξεις θυμού. Ακόμη, απουσιάζει η οπτική επαφή και δυσκολεύεται στην ανταπόκριση ως μέλος κάποιας ομάδας. Εστιάζεται στα αντικείμενα και δεν ενδιαφέρεται για τους άλλους. Επίσης, δεν έχει κοινωνική ενσυναίσθηση, δηλαδή δεν μπορεί να μπει στη θέση κάποιου και να κατανοήσει την κατάστασή του (Νότας, 2005).

3. Στερεοτυπίες των κινήσεων

Ένα αυτιστικό παιδί συνήθως κάνει γκριμάτσες, κουνάει το σώμα του, αιωρείται πίσω ή μπροστά, στριφογυρίζει τα δάχτυλα ή τα χέρια του, κάνει κύκλους γύρω από τον ίδιο και περπατάει στις μύτες των ποδιών. Όταν αισθάνεται ενθουσιασμό, αναστάτωση, άγχος ή αμηχανία κάνει στερεοτυπικές κινήσεις, ενώ όταν είναι αφοσιωμένο σε κάτι οι συμπεριφορές αυτές δεν παρουσιάζονται. Τέλος, είναι προσκολλημένο σε μέρη των αντικειμένων, για παράδειγμα παρατηρεί την περιστροφική κίνηση σε ορισμένα αντικείμενα (όπως πλυντήριο), γυρνάει τις ρόδες στα αυτοκινητάκια και μυρίζει τα παιχνίδια του.

4. Ανάγκη του σταθερού – αμετακίνητου

Το αυτιστικό παιδί δείχνει ενδιαφέρον για τα αντικείμενα. Επιθυμεί να τα βάλει στο στόμα του, να τα μυρίσει, να τα αγγίξει. Επιθυμεί να διατηρείται αμετακίνητο το υλικό περιβάλλον. Επιπλέον, αντιστέκεται στην αλλαγή των συνθηκών του περιβάλλοντος όπου ζει. Επιθυμεί το ίδιο φαγητό, κάθεται στο τραπέζι στην ίδια θέση, ακολουθεί την ίδια διαδρομή. Συνήθως, αναστατώνεται όταν η θέση κάποιου αντικειμένου αλλάζει στο σπίτι ή στο σχολείο ή το πρόγραμμά του. Εντέλει, συχνά κάνει στερεοτυπικές κινήσεις, συνδεδεμένες με το επίπεδο της γνώσης του (Νότας, 2005).

5. Παιχνίδι

Απουσία του συμβολικού παιχνιδιού, ενδιαφέρον για τα αντικείμενα, σπάνια χρήση των αντικειμένων και επαναληπτικές κινήσεις (Kanner, 1943). Το συμβολικό παιχνίδι σχετίζεται με την αναπαράσταση και την ανάπτυξη του λόγου. Η συσχέτιση αυτή επιβεβαιώνεται στο σύνδρομο του αυτισμού. Τα αυτιστικά παιδιά δεν πρέπει να θεωρούνται μια ομοιογενής ομάδα όσον αφορά την ικανότητα τους για συμβολικό παιχνίδι, μιας και 25% δεν είναι διανοητικά καθυστερημένα και πιθανώς είναι ικανά για στοιχειώδη μορφή συμβολικού παιχνιδιού. Δυστυχώς, μονάχα μια έρευνα ισχυρίζεται ότι διαθέτουν την ικανότητα του συμβολικού παιχνιδιού στον ίδιο βαθμό με κανονικά παιδιά και διανοητικά καθυστερημένα (Lewis and Boucher, 1988).

6. Φαντασία

Το αυτιστικό άτομο έχει εμμονή και έντονη προσκόλληση σε ορισμένα αντικείμενα ή θέματα ανεξαρτήτως του γνωστικού του επιπέδου. Για παράδειγμα, κάποιο άτομο με υψηλή λειτουργικότητα ενδέχεται να δείχνει ενδιαφέρον για ένα άθλημα (όπως η καλαθοσφαίριση), στο σημείο που να ξέρει αμέτρητες πληροφορίες για αυτό το θέμα. Ή ένας αυτιστικός έφηβος να είναι εμμονικός με τα κόμικς και να μη δέχεται να ασχοληθεί με άλλα υλικά.

7. Νοητική ανάπτυξη

Τα πιο πολλά αυτιστικά παιδιά υπολείπονται στις διεργασίες, που χρειάζονται συμβολική σκέψη αλλά διαθέτουν μειωμένες νοητικές ικανότητες. Περίπου το 70% από τα αυτιστικά εμφανίζει νοητική υστέρηση. Εντούτοις, κάποια παιδιά είναι

ιδιαίτερα προικισμένα σε ένα πεδίο, όπως στην εκμάθηση ποιημάτων, στη μουσική, εκτέλεση αριθμητικών πράξεων και έχουν καλή μνήμη (Νότας, 2005).

8. Άλλες δεξιότητες

Ορισμένα παιδιά με σοβαρό επίπεδο αυτισμού ενδέχεται να έχουν ανεπτυγμένες ικανότητες σε διάφορους τομείς όπως στην ανάγνωση, στην απομνημόνευση πληροφοριών, στη χρήση υπολογιστών, στα μαθηματικά και στη συναρμολόγηση κατασκευών. Τέλος, έχουν καλή ικανότητα στην αναγνώριση ακουστικών μοτίβων.

9. Αισθητηριακές ιδιαιτερότητες

Το αυτιστικό άτομο εμφανίζει υπερευαισθησία σε ακουστικά ερεθίσματα, που συνδέεται με προβλήματα στη συμπεριφορά. Δίνει την εντύπωση ότι δεν ακούει διότι δεν αντιδρά στα ακουστικά ερεθίσματα ή καθυστερεί, ενώ αντιλαμβάνεται άλλα ερεθίσματα με χαμηλή συχνότητα. Επιπροσθέτως, τα φωτεινά αντικείμενα προσελκύουν τη προσοχή του. Οι αντιδράσεις του ποικίλουν όσον αφορά τα ερεθίσματα, που προέρχονται από τη θερμοκρασία, τον πόνο, την αφή και γεύση. Ορισμένα άτομα δεν αντιδρούν στον σωματικό πόνο, ενώ άλλα με το άγγιγμα αναστατώνονται. Ακόμα, έχει επιλεκτικές και σταθερές προτιμήσεις στο φαγητό του. Όμως, το πιο σοβαρό πρόβλημά του είναι ο συνδυασμός της προσοχής του σε ερεθίσματα, προερχόμενα από διαφορετικό αισθητηριακό κανάλι όπως ένα οπτικό και απτικό ερέθισμα ή ένα ακουστικό και οπτικό ερέθισμα (Νότας, 2005).

1.8 Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό θεωρείται πρόκληση για τους εκπαιδευτικούς, για άλλους επαγγελματίες και για τους γονείς. Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενδέχεται να συνδυάζεται με θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τα εκπαιδευτικά–θεραπευτικά προγράμματα επιβάλλεται να είναι προσαρμοσμένα με τις ικανότητες, το λειτουργικό επίπεδο, την προσωπικότητα, τις ανάγκες και τον χαρακτήρα του κάθε παιδιού και να είναι εξατομικευμένα.

Η καλή εκτίμηση των αναγκών και των ικανοτήτων του παιδιού με χρήση αντίστοιχων εργαλείων είναι αναγκαία για να σχεδιαστούν τα εκπαιδευτικά–θεραπευτικά προγράμματα και οι στόχοι τους. Η συνεχόμενη αξιολόγηση των

αποτελεσμάτων των προγραμμάτων θα επιφέρει την επιτυχία των στόχων που τέθηκαν. Οι στόχοι για τα αυτιστικά παιδιά περιέχουν ανάπτυξη δεξιοτήτων (όπως είναι οι δεξιότητες αυτό-εξυπηρέτησης και καθημερινής ζωής, κοινωνικές δεξιότητες, γνωστικές δεξιότητες, δεξιότητες διαχείρισης ελεύθερου χρόνου, δεξιότητες επικοινωνίας και λόγου) και διαχείριση συμπεριφοράς.

Μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών συμφωνούν ότι τα αυτιστικά άτομα ανταποκρίνονται πιο καλά σε δομημένα εξειδικευμένα προγράμματα για αυτισμό. Σημαντικό είναι στον σχεδιασμό ενός προγράμματος να ληφθούν υπόψιν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αυτισμού με σκοπό να καλυφθούν συγκεκριμένες περιοχές, όπως: κοινωνικές δεξιότητες, διαταραχές στην αισθητηριακή ολοκλήρωση, επικοινωνία. Η ανάγκη συμπληρωματικών παρεμβάσεων είναι εξαρτώμενη από την ιδιαιτερότητα κάθε παιδιού. Σημαντικό είναι να γίνονται δοκιμές διαφορετικών παρεμβάσεων για την εύρεση του τι είναι το πιο καλό για κάθε παιδί.

Η συνεργασία εκπαιδευτικών ή άλλων επαγγελματιών και γονέων φαίνεται ότι είναι αναγκαία. Οι γονείς οφείλουν να ενημερώνουν τους εκπαιδευτικούς για τις τεχνικές που χρησιμοποιούν με το παιδί στο σπίτι και για τις προσδοκίες τους, ενώ οι εκπαιδευτικοί επιβάλλεται να έχουν επίγνωση για το πως συμπεριφέρεται και για το πως επικοινωνεί στο σπίτι το παιδί. Η ανοιχτή επικοινωνία εκπαιδευτικών και γονέων βοηθάει στον εντοπισμό των δυσκολιών του παιδιού και στην ιεράρχηση των στόχων. Η συνεργασία εκπαιδευτικών και γονέων συμβάλλει στην ανάπτυξη και την πρόοδο του παιδιού (Νότας, 2005).

1.9 Παρεμβάσεις/ Θεραπεία για τον Αυτισμό

Δίνεται η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν διάφορες μέθοδοι για να αντιμετωπιστεί ο αυτισμός και να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του παιδιού. Σε πολλές περιπτώσεις, γίνεται εφαρμογή ενός συνδυασμού παρεμβάσεων σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού.

Γνωστικές – Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις

- Δομημένη Εκπαίδευση TEACH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children): πρόκειται για οπτικοποιημένο σύστημα,

που περιέχει λέξεις, αντικείμενα ή εικόνες. Βοηθάει τον άνθρωπο στον χρονικό προσανατολισμό και τον οργανώνει.

- Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (ABA) : στηρίζεται στην θετική ενίσχυση συμπεριφοράς για τη δόμηση της επικοινωνίας, των κοινωνικών, επαγγελματικών, αυτοφροντίδας και ακαδημαϊκών δεξιοτήτων και του παιχνιδιού.
- Makaton: γλωσσικό πρόγραμμα, που στηρίζεται στη χρήση γραφικών συμβόλων ή νοημάτων που υποστηρίζουν τον προφορικό λόγο για να αναπτυχθούν δεξιότητες, όπως οι γνώσεις ανάγνωσης, γραφής, ο λόγος και η επικοινωνία. Ο κύριος σκοπός του είναι η ανάπτυξη της χρήσης του λόγου και της κατανόησης.
- Floortime (DIR): η παρέμβαση έχει αυτή την ονομασία διότι οι γονείς ή ο θεραπευτής κάθεται με το παιδί στο πάτωμα. Ο σκοπός είναι το παιδί να περάσει από τα έξι βασικά αναπτυξιακά ορόσημα για να αναπτυχθεί συναισθηματικά και νοητικά. Οι γονείς εκπαιδεύονται στο πώς να οδηγούν το παιδί τους από αυξανόμενα πιο σύνθετες αλληλεπιδράσεις.

Εναλλακτικές Μέθοδοι Επικοινωνίας

PECS (Picture Exchange Communication System): εναλλακτικό σύστημα επικοινωνίας, που επιτρέπει σε ενήλικες και παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, τη μη λεκτική επικοινωνία. Το άτομο εκπαιδεύεται να δείχνει την εικόνα του αντικειμένου που θέλει και την ανταλλάσσει με το αντίστοιχο αντικείμενο. Στην αρχή χρησιμοποιούν μια εικόνα και έπειτα μαθαίνουν να κάνουν συνδυασμό εικόνων. Έτσι, αρχίζει η διαδικασία της επικοινωνίας.

Κοινωνικές Παρεμβάσεις

Κοινωνικές ιστορίες (Social stories): ιστορίες με περιεχόμενο κοινωνικό, με σκοπό να μεταδίδονται καλύτερα οι κοινωνικές πληροφορίες με λογικό και ήρεμο τρόπο. Οι ιστορίες συνοδεύονται από κατανοητές και απλές εικόνες και είναι σύντομες.

Άλλες παρεμβάσεις

- Θεραπεία Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (SIT): πρόκειται για μια διαδικασία, κατά την οποία ο εγκέφαλος ερμηνεύει και οργανώνει τα εξωτερικά ερεθίσματα, όπως η οσμή, ο ήχος, η όραση, η αφή και η κίνηση. Σκοπός της είναι η

επεξεργασία των αισθητηριακών ερεθισμάτων με πιο τυπικό τρόπο και η διευκόλυνση της ανάπτυξης της ικανότητας του νευρικού συστήματος.

- Εντατική Αλληλεπίδραση (Intensive Interaction): κατάλληλη πρακτική για να διδαχθούν οι προλεκτικές βασικές αρχές επικοινωνίας σε ενήλικες και παιδιά με αυτισμό και σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες, που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο ανάπτυξης της επικοινωνίας. Σκοπός της είναι να αναπτυχθούν οι αλληλεπιδράσεις, που επικεντρώνονται πιο πολύ σε εκφράσεις μη λεκτικής επικοινωνίας που συνεχώς επαναλαμβάνονται. Σιγά-σιγά, η διάρκεια της επαφής ωριμάζει και γίνεται πιο πολύπλοκη. Ταυτόχρονα, καθιερώνονται και εξελίσσονται οι κύριες αρχές της επικοινωνίας (Καδέρογλου, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα

2.1 Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς λειτουργικότητας του παιδιού και σε αυτή οφείλονται οι σοβαρές και πολύπλοκες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο οικογενειακό και εκπαιδευτικό/κοινωνικό του περιβάλλον. Είναι από τις πιο συχνές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία συνεχίζεται, σε πολλές περιπτώσεις, και στην ενήλικη ζωή. Το σύνδρομο ΔΕΠ-Υ, χαρακτηριζόταν μέχρι τις δεκαετίες των 1980 και 1990, ως μια διαταραχή που αφορούσε αποκλειστικά την παιδική ηλικία με εκδήλωση συμπτωμάτων που παρουσίαζαν μια κλιμακούμενη συχνότητα και διάρκεια. Βέβαια, πολλές μελέτες και έρευνες που εκπονήθηκαν, ανέδειξαν ότι η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται και εκδηλώνεται τόσο στους έφηβους όσο και στους ενήλικες (Monsell, Driver, 2000). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται στους ειδικούς συνήθως, μεταξύ 3 και 7 χρόνων. Η αποκάλυψη του προβλήματος εμφανίζεται με την ένταξη στο σχολείο, εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων για συγκέντρωση της προσοχής, οργάνωση και υπακοή στους κανόνες. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα εντάσσεται στη κατηγορία «διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και διασπαστικές συμπεριφορές» στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Η διαταραχή προκαλεί προβλήματα στην κοινωνική προσαρμογή και συναναστροφή, που οφείλονται στην αδυναμία του ατόμου να ελέγχει τις αντιδράσεις του και τις συμπεριφορές. Η ελλειμματική προσοχή, μαζί με την υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, δεν αφήνουν το παιδί να παίζει και να επικοινωνήσει σωστά με συνομήλικους. Οι νευρικές και αδέξιες κινήσεις του, η αδιακρισία και έλλειψη υπομονής, η μη υπακοή σε κανόνες και η ανάγκη του να ακουστεί με υψηλούς τόνους απομονώνουν το παιδί. Επίσης, τα άτομα μεγαλώνοντας και γνωρίζοντας τα σημεία που αδυνατούν να φέρουν εις πέρας, αναπτύσσουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Εκτιμάται ότι η διαταραχή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση της

διαταραχής, ελαχιστοποιεί σαφώς της πιθανότητες του συνδρόμου να συνεχιστεί καθ' όλη τη διάρκεια της εφηβικής και ενήλικης ζωής (Froehlichetal, 2007).

Σημειώνεται ότι, η γενική συμπτωματολογία που εκδηλώνεται σε παιδικό πληθυσμό διαγνωσμένο με ΔΕΠ-Υ, συμπεριλαμβάνει: υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, διαταραγμένη συγκέντρωση προσοχής. Επισημαίνεται ακόμη ότι η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μια ποικιλομορφία αναφορικά με την κλινική της εικόνα (Greenberg, Horn, 2001).

Επιπλέον, αξιοσημείωτες είναι οι εννοιολογικές αναφορές που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή ως «υπερκινητικό σύνδρομο», «υπερκινητική διαταραχή» ή «υπερκινητικότητα». Ο ορισμός «διαταραχή ελλειμματικής προσοχής», αναφερόμενος στο σύμπτωμα της έλλειψης προσοχής, διατυπώθηκε το 1980 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Σταδιακά, ο συγκεκριμένος ορισμός εξασθένησε καθώς με τον όρο «διαταραχή προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα» εμφανιζόταν ο κίνδυνος να συμπεριληφθούν στη διαταραχή παιδιά τα οποία αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη συγκέντρωση προσοχής εξαιτίας άλλων παραγόντων (Barnes, Colquhoun. 2002).

2.2 Κλινική Εικόνα της ΔΕΠ-Υ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή και εμφανίζεται με σταθερή πορεία και ειδικές γνωστικές δυσλειτουργίες. Τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής ενδέχεται να αρχίσουν να εντοπίζονται από τη βρεφική ηλικία, όμως γίνονται αντιληπτά από τη νηπιακή ηλικία κι μετά. Τα συμπτώματα που εμφανίζουν βρέφη με τη διαταραχή είναι κυρίως οι υπερβολικές ευαισθησίες σε ερεθίσματα, τα οποία σχετίζονται με τον θόρυβο, το σκοτάδι ή τη θερμοκρασία ή από την άλλη μεριά η ασυνήθιστη χαλαρότητά τους, η οποία εκδηλώνεται με πολλές ώρες ύπνου. Τις περισσότερες φορές, ωστόσο, χαρακτηρίζονται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα στην κούνια τους, κλαίνε και κοιμούνται λιγότερες ώρες (Sadock & Sadock, 2009).

Στην προσχολική ηλικία (3–5ετών) η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από υπερβολική σωματική κινητικότητα, δυσκολία στη συνεργασία με τα συνομήλικα παιδιά και μη υπακοή στις υποδείξεις των ενηλίκων (Sadock & Sadock, 2009).

Κατά τη σχολική ηλικία(6–12 ετών), οι μαθητές με ΔΕΠΥ ενδέχεται να παρουσιάσουν ιδιαίτερη όρεξη για μία δραστηριότητα, όμως γρήγορα θα την εγκαταλείψουν. Επιπλέον, πολλές φορές μιλούν χωρίς να έχουν πάρει πρώτα το λόγο από τον εκπαιδευτικό ή σηκώνονται από τη θέση τους. Ακόμη, όταν τα παιδιά με ΔΕΠΥ βρίσκονται με την οικογένειά τους είναι πολύ ζωντανά, αντιδραστικά, προκαλούν εντάσεις, είναι ανυπόμονα και ευέξαπτα. Η διάθεσή τους αλλάζει πολύ απότομα και απροειδοποίητα, με εναλλαγές χαράς και λύπης, καθώς επίσης συχνά χτυπούν ή παθαίνουν ατυχήματα (Sadock & Sadock, 2009).

Στην εφηβεία μειώνεται η υπερδραστηριότητα, συνεχίζουν οι συγκρούσεις με τους γονείς και εμφανίζονται συχνά συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Στους ενηλίκους συνήθως μειώνεται σημαντικά η έκδηλη σωματική κινητικότητα, ενώ παραμένουν η απροσεξία και η παρορμητικότητα. Με την πάροδο του χρόνου ο αριθμός των συμπτωμάτων συνήθως μειώνεται, παραμένουν όμως οι επιπτώσεις και η δυσλειτουργία που προκαλεί η διαταραχή (Sadock & Sadock, 2009).

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενηλίκους απαιτεί αναδρομική διάγνωση της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία. Από τη σχολική ηλικία είναι συχνές οι συνυπάρχουσες διαταραχές, οι οποίες τις περισσότερες φορές συνεχίζονται μέχρι την ενήλικη ζωή (Sadock & Sadock, 2009).

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα χωρίζεται σε τρεις βασικούς τύπου. Ο πρώτος τύπος είναι ο απρόσεκτος τύπος, όπου συχνά αποτυγχάνει να συγκεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας σε σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες, δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε έργα ή δραστηριότητες παιχνιδιού, φαίνεται ότι δεν ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος, δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες ή άλλα καθήκοντα που του ανατίθενται στην τάξη ή στο σπίτι, δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες, αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν σταθερή και διαρκή πνευματική προσπάθεια, χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες, διασπάται πολύ εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα και ξεχνά

καθημερινές δραστηριότητες. Ο δεύτερος τύπος είναι ο υπερκινητικός τύπος, ο οποίος συχνά κινεί νευρικά τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του, σηκώνεται από τη θέση του μέσα στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις στις οποίες επιβάλλεται να παραμείνει καθισμένο, τρέχει ή σκαρφαλώνει με τρόπο που δεν ταιριάζει σε χώρους ή περιστάσεις, δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει ήσυχα σε δραστηριότητες στον ελεύθερό του χρόνο, βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή» και μιλά πολύ και ακατάπαυστα. Ο τελευταίος είναι ο παρορμητικός τύπος, ο οποίος συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση, δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του και συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει σε συζητήσεις των άλλων. Τέλος, τα χαρακτηριστικά που συμπληρώνουν την κλινική εικόνα της διαταραχής είναι η συναισθηματική αστάθεια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αναβλητικότητα, το αίσθημα ότι βαριέται και η συχνή απογοήτευση. Για να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠΥ θα πρέπει να εμφανίζει κριτήρια από κάθε κατηγορία για περισσότερους από 6 μήνες, και κάποια από αυτά να είναι παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών. Η ύπαρξη των συμπτωμάτων αυτών έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της λειτουργικότητας του παιδιού τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.

Τα τρία είδη συμπτωμάτων στα οποία διακρίνονται τα βασικά γνωρίσματα και χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, αναφέρονται στο DSM-IV και είναι τα εξής : 1) Απροσεξία: Στο συγκεκριμένο συμπτωματικό είδος συμπεριλαμβάνονται η δυσκολία στη συγκέντρωση προσοχής καθώς και παρατεταμένη διατήρηση προσοχής, 2) Παρορμητικότητα με αντίστοιχη έκδηλη συμπτωματολογία και επιπλέον, 3) Υπερκινητικότητα : Το σύμπτωμα αυτό συνδέεται με εμφάνιση έντονης κινητικής δραστηριότητας καθώς και με την παρουσία ελλειμματικής ικανότητας ως προς την αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων (Κάκουρος και Μανιαδάκη 2006, 2012). Είναι σημαντικό να σημειωθεί η ποικιλομορφία της κλινικής εικόνας καθώς και ο βαθμός σοβαρότητας της διαταραχής από περιστατικό σε περιστατικό. Πιο συγκεκριμένα, σε ένα περιστατικό με ΔΕΠ-Υ, είναι ορατό το ενδεχόμενο να εκδηλώνονται συμπτώματα μεμονομένων κατηγοριών, ενώ αντίστοιχα κάποιο άλλο περιστατικό να εμφανίζει χαρακτηριστικά και των τριών ειδών συμπτωμάτων και μάλιστα με την ίδια βαρύτητα (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Όπως προαναφέρθηκε, το κάθε συμπτωματικό είδος διέπεται από συγκεκριμένες συμπεριφορές και αντιδράσεις και οι οποίες παραπέμπουν στην ύπαρξη της διαταραχής. Στο σημείο αυτό, είναι απαραίτητο να εξεταστούν αναλυτικά

τα συμπτώματα και οι συμπεριφορές του κάθε είδους . Συγκεκριμένα , όσον αφορά τα συμπτώματα της *απροσεξίας*, έχει παρατηρηθεί ότι είναι εμφανής η αποτυχία του παιδιού ως προς την επικέντρωση της προσοχής του σε λεπτομέρειες, αδυνατώντας παράλληλα να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και περιστάσεις του σχολικού περιβάλλοντος και ευρύτερα σε οποιαδήποτε δραστηριότητα απαιτεί συγκέντρωση. Επιπλέον, αξιοσημείωτη είναι και η αδυναμία στη διατήρηση της προσοχής του καθώς και στη διεκπεραίωση εργασιών μέχρι το τέλος, ενώ ελλείμματα διακρίνονται και στις οργανωτικές του ικανότητες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι ένα παιδί που ενδεχομένως εκδηλώνει ΔΕΠ-Υ, αντιμετωπίζει σε έντονο βαθμό διάσπαση προσοχής από εξωτερικά ερεθίσματα καθώς επίσης εκδηλώνει μεγάλη απροθυμία ως προς την εμπλοκή του σε οποιαδήποτε συνεχή πνευματική δραστηριότητα. Στην καθημερινή του ρουτίνα συμπεριλαμβάνονται ακόμη συμπεριφορές όπως η αδυναμία εύρεσης αντικειμένων απαραίτητων για την διεκπεραίωση μιας εργασίας καθώς επίσης και η ασυνέπεια ως προς καθημερινές δραστηριότητες (American Psychiatric Association, 2000).

Αναφορικά με τα συμπτώματα της *υπερκινητικότητας*, ως κύρια συμπεριφορά επισημαίνεται η υπερβολική εμμένουσα και αρκετές φορές αναίτια κινητικότητα, η οποία ωθεί το παιδί με ΔΕΠ-Υ να βρίσκεται σε μια διαρκή κίνηση, η οποία χαρακτηρίζεται και ως μηχανική κίνηση. Επιπλέον, συνήθης είναι η συμπεριφορά αδυναμίας παραμονής σε μια συγκεκριμένη θέση για αρκετή ώρα με συνοδή την νευρική κινητικότητα των άκρων και το στριφογύρισμα γύρω από τη θέση, ενώ παράλληλα σημειώνονται και υπερβολικές κινητικές αντιδράσεις (τρέξιμο, σκαρφάλωμα) σε περιστάσεις που δεν προσφέρονται για εκδήλωση αντιστοίχων συμπεριφορών. Αξίζει ακόμη να αναφερθεί ως ένα από τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και ο υπερβολικός ρέων λόγος, καθώς το παιδί εμφανίζεται να μιλάει υπερβολικά και χωρίς λόγο (American Psychiatric Association, 2000).

Σημαντικές είναι και οι συμπεριφορές που εκδηλώνονται ως συμπτώματα της *παρορμητικότητας*, εξαιτίας της οποίας το παιδί εκδηλώνει αδυναμία ως προς το να περιμένει υπομονετικά τη σειρά του, διακόπτοντας ακόμη και ενοχλώντας με την παρουσία του τους άλλους. Επιπροσθέτως, τονίζεται πως είναι εμφανής και η τάση του παιδιού να δίνει απερίσκεπτες και αυθόρμητες απαντήσεις πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση από τον συνομιλητή του (American Psychiatric Association, 2000).

Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να εξεταστεί ο βαθμός και η συχνότητα εκδήλωσης της διαταραχής σε όλα τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού. Η ΔΕΠ-Υ, ως διαταραχή, πιθανά εκδηλώνεται σε πολλές περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας. Συγκεκριμένα, επικρατούσε η άποψη μέχρι πρότινος, ότι η ΔΕΠ-Υ δεν παρουσιάζει αξιοσημείωτες ενδείξεις για την ύπαρξη της στα βρέφη. Παρατηρήθηκε όμως πως κάποια βρέφη εκδήλωναν μορφές απροσάρμοστης και «δύσκολης» συμπεριφοράς συγκριτικά με κάποια άλλα της ίδιας ηλικιακής ομάδας (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2012; Goldstein&Goldstein, 1998; Thomas&Chess, 1977).

Τα δύο κύρια συμπτώματα που εμφανίζονται στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα και αποτελούν ενδείξεις για την ύπαρξη της διαταραχής, είναι δυσκολίες που αφορούν τη σίτιση (λήψη τροφής) καθώς και τον ύπνο. Αναφορικά με τη διαδικασία του ύπνου, σημειώνονται συμπεριφορές όπως ο ακανόνιστος ύπνος με χαρακτηριστικά την συνεχή αφύπνιση σε τακτά χρονικά διαστήματα καθώς και το ασταθές πρόγραμμα ύπνου (Thunstrom, 2002). Όσον αφορά τη διαδικασία της σίτισης, ενδείξεις και συμπεριφορές που παραπέμπουν σε ΔΕΠ-Υ, αναφέρονται η λήψη ανεπαρκούς ποσότητας τροφής καθώς και δυσκολίες προσαρμογής κατά την εναλλαγή του διατροφολογίου τους, ιδίως κατά τη μετάβαση από την λήψη υγρής τροφής (γάλα) σε στερεά διατροφή (Κάκουρος &Μανιαδάκη, 2012).

Επιπλέον, αναφορικά με την κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ στη βρεφική ηλικία, ενδείξεις που υποδεικνύουν την ύπαρξή της αποτελούν το αναίτιο, έντονο κλάμα, το οποίο χαρακτηρίζεται οξύ και με διάρκεια. Χαρακτηριστική είναι, επιπροσθέτως, η εκδήλωση αναίτιας αναστάτωσης καθώς και αυξημένης κινητικότητας (Wolf, 1969). Σημαντικές δυσκολίες εντοπίζονται αναφορικά με τη διάρκεια διατήρησης της προσοχής συγκριτικά με άλλα βρέφη (Ninowski , 2010).

Όσον αφορά τις ενδείξεις και τις συμπεριφορές που παραπέμπουν στην ύπαρξη της διαταραχής κατά την πρώτη παιδική ηλικία του παιδιού, τονίζεται πως αυτές είναι αυξημένες και περισσότερο συγκεκριμένες. Είναι γεγονός πως ένα παιδί νηπιακής ηλικίας το οποίο ενδεχομένως να εκδηλώνει ΔΕΠ-Υ, παρατηρείται να κινείται ακατάπαυστα και διαρκώς χωρίς να εκδηλώνει ίχνος σωματικής κόπωσης. Ακόμη, χαρακτηριστική είναι και η αδεξιότητα στις κινήσεις, η οποία έχει ως

επακόλουθο σε αρκετές περιπτώσεις τον τραυματισμό του παιδιού κατά τη διάρκεια πιθανής πτώσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στο συγκεκριμένο ηλικιακό στάδιο του παιδιού, εξέχουσα θέση καταλαμβάνει η ανάπτυξη και εξέλιξη του λόγου. Στην περίπτωση ύπαρξης της διαταραχής, οι συγκεκριμένες διαδικασίες επηρεάζονται. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται και εκδηλώνονται αρθρωτικές διαταραχές με επακόλουθες συμπεριφορές την παράλειψη και αντικατάσταση φωνημάτων κατά την εκφορά των λέξεων και αναφορικά με την εξέλιξη του προφορικού λόγου, αυτός χαρακτηρίζεται ασταθής και χωρίς δομή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Χαρακτηριστική είναι βέβαια και η ενδεχόμενη εκδήλωση προκλητικής συμπεριφοράς, η οποία σε συνδυασμό με την έλλειψη αυτοελέγχου και την αδυναμία αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων, δημιουργεί εντάσεις στην οικογένεια (Barkley, 1990). Επιπροσθέτως, παρατηρούνται και προβλήματα στην προσαρμογή του παιδιού ιδίως στο σχολικό περιβάλλον καθώς αρκετές φορές εξαιτίας της έλλειψης αυτοελέγχου, το παιδί εκδηλώνει επιθετική συμπεριφορά με αποτέλεσμα να μην εντάσσεται εύκολα σε παρέες συνομήλικων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012; Campbell & Cluss, 1982).

Είναι ερευνητικά αποδεδειγμένο ότι στην περίοδο της σχολικής ηλικίας και με την εισαγωγή του παιδιού στο ευρύτερο περιβάλλον της σχολικής ζωής, η ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ εκτός από την ανίχνευση, διαπιστώνεται ευκολότερα καθώς τα συμπτώματα που οδηγούν στη διάγνωση και στη συνέχεια στην παρέμβαση είναι ξεκάθαρα και συγκεκριμένα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Εκτός από την προκλητική συμπεριφορά που παρουσιάζει το παιδί, η οποία ενέχει το στοιχείο της διάσπασης, εξαιτίας της αδυναμίας ελέγχου των αυθόρμητων αντιδράσεων, εκδηλώνεται συμπεριφορά ανυπακοής και αδυναμία συμμόρφωσης στους ευρύτερους σχολικούς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012; American Psychiatric Association, 2000). Ιδιαίτερα στις πρώτες τάξεις του δημοτικού, ο μαθητής που εκδηλώνει ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζεται συνεχώς να παρεμποδίζει τη διεξαγωγή της μαθησιακής διαδικασίας στην τάξη καθώς ενοχλεί τους συμμαθητές του και μετακινείται από τη θέση του συνεχώς δημιουργώντας συνεχή θόρυβο (Du Paul & Stoner, 2003).

Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, έχουν ελλιπείς οργανωτικές ικανότητες και αυτό έχει ως απόρροια τη παθητική τους συμπεριφορά στη διαδικασία της μάθησης (Hall et al.,

1997). Οι εκπαιδευτικοί αναφέρουν πως οι συγκεκριμένοι μαθητές δεν διεκπεραιώνουν τις εργασίες τους μέχρι το τέλος, παρουσιάζουν άρνηση και πολλές φορές ξεχνούν την ανάθεση αυτών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Σημαντικό είναι ακόμη το γεγονός ότι ιδιαίτερες δυσκολίες εκδηλώνονται και στις κοινωνικές συνδιαλλαγές με την εκδήλωση απορριπτικής συμπεριφοράς σε ποσοστό 50%- 80% (Hoza et al., 2005). Επιπλέον παρατηρούνται σε παιδιά ηλικίας 7 με 10 ετών που εκδηλώνουν ΔΕΠ-Υ: α) εκδήλωση συμπτωμάτων Διαταραχής Διαγωγής ή Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής σε ποσοστό 30-50% (Barkleyetal., 1990), β) εκδήλωση συναισθηματικών διαταραχών καθώς και αγχωτικών διαταραχών σε ποσοστό 20%-30% (Tannock, 2000).

Εκτός όλων των προαναφερθέντων, στη συγκεκριμένη αναπτυξιακή περίοδο της σχολικής ηλικίας, η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει αισθητά και τη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού σε όλους τους τομείς. Πιο αναλυτικά, κατά την διάρκεια του φωνολογικού σταδίου παρατηρούνται έντονα προβλήματα στην ακουστική διάκριση ενώ εξομαλύνονται αρθρωτικά προβλήματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Όσον αφορά το μορφοσυντακτικό τομέα ανάπτυξης, εντοπίζονται προβλήματα στη διαχείριση γραμματικών φαινομένων χωρίς όμως να επηρεάζεται η κατανόηση σύνθετων προτάσεων (Wassenberg et al., 2010).

Σε επίπεδο πραγματολογίας, οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την οργάνωση και διατήρηση ενός διαλόγου με τον συνομιλητή τους, αρκετές φορές δείχνουν ότι δεν αντιλαμβάνονται μια ερώτηση ή μπορεί να δίνουν απαντήσεις που δεν αρμόζουν στη κοινωνική περίσταση που ενδεχομένως εκτυλίσσεται ο συγκεκριμένος διάλογος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Επιπλέον, πραγματολογικά ελλείμματα εκδηλώνονται και κατά την κατανόηση καθώς και την παραγωγή αφηγήσεων. Τα παιδιά που εκδηλώνουν τη διαταραχή δείχνουν να μην κατανοούν αιτιώδεις σχέσεις καθώς επίσης και να αντιμετωπίζουν δυσκολίες τόσο κατά την παρακολούθηση της ροής των γεγονότων, όσο και κατά την επαναφήγηση των γεγονότων που άκουσαν (Lorch et al., 2010; Tannock & Schachar, 1996).

Είναι απαραίτητο να γίνει αναφορά και στις επιδράσεις που έχει η ΔΕΠ-Υ ως διαταραχή στη ζωή των εφήβων καθώς και των ενηλίκων. Κατά την εφηβική ηλικία, κυρίαρχο χαρακτηριστικό αποτελεί η διάσπαση της προσοχής, οποία συνοδεύεται από έντονη νευρικότητα και ψυχολογικές μεταπτώσεις (Hartetal., 1995). Επιπλέον

πιθανή είναι και η εμφάνιση διαταραχών αγωγής, η εμπλοκή σε ομάδες συνομιλήκων που ενδέχεται να έχουν αρνητική επιρροή καθώς και η εκδήλωση συμπεριφορών σχολικής διαρροής (Hartetal., 1995 Κάκουρος, 1998). Και στην ενήλικη ζωή, τα άτομα που εκδηλώνουν τη διαταραχή ενδέχεται να αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαιτίας της ασταθούς συμπεριφοράς τόσο στη διαπροσωπική όσο και στην επαγγελματική τους ζωή (Κάκουρος &Μανιαδάκη, 2012).

2.3 Αίτια πρόκλησης και συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ.

Η εμφάνιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) μπορεί, σύμφωνα με πλήθος των επιστημονικών ερευνών, να είναι αποτέλεσμα πολλών και διαφορετικών αιτιολογικών παραγόντων. Είναι γεγονός ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή της οποίας τα αίτια πρόκλησης και συμπτωματολογίας παραμένουν άγνωστα παρά τις ενδελεχείς ερευνητικές προσπάθειες που διεξάγονται ώστε να εντοπιστεί η αιτιολογία πρόκλησης της διαταραχής (Ρούσσου, 1998). Οι περισσότερες έρευνες στηρίζουν το γεγονός ότι η αιτιολογία της διαταραχής είναι πολυπαραγοντική. Συμβάλλουν τόσο οι γενετικοί όσο και οι νευρολογικοί παράγοντες, ενώ σημαντική είναι η επίδραση βιολογικών παραγόντων (δομή και λειτουργία εγκεφάλου) (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006). Η χρήση σύγχρονων τεχνικών, όπως η μέθοδος εκπομπής ποζιτρονίων (PET) και η νευροαπεικόνιση (MRI), έχουν κατευθύνει τους ερευνητές στην αποδοχή και επικράτηση των νευρολογικών και γενετικών παραγόντων. Η ΔΕΠΥ οφείλεται σε *νευρολογική* δυσλειτουργία και είναι κατά βάση κληρονομική. Κρίνεται αναγκαίο να επισημανθούν και κληρονομικοί παράγοντες, καθώς ενδέχεται να εκδηλώσουν τη διαταραχή, παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν διάγνωση. Επιπλέον, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην αιτιολογία και οι περιβαλλοντικοί/ ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση και διαπαιδαγώγηση των παιδιών σε όλους τους τομείς καθώς και με τον τρόπο που το σχολικό περιβάλλον και ιδιαίτερα ο εκπαιδευτικός, διαχειρίζεται τους μαθητές και συμβάλλει στην ευρύτερη ανέλιξη αυτών (Κάκουρος& Μανιαδάκη, 2000).

Τα χαρακτηριστικά προβλήματα οφείλονται σε χαμηλά επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στους λοβούς του εγκεφάλου, που ελέγχουν τις παρορμήσεις όπως

είναι ο μετωπιαίος λοβός και ρυθμίζει τον τρόπο με τον οποίο κατευθύνεται η προσοχή του ατόμου (Κάκουρος, 2001). Συνεπώς, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα εξαρτάται τόσο από γενετικούς, όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Γιαννοπούλου, 2008). Όσον αφορά τους *γενετικούς παράγοντες*, από το 1902 η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα θεωρήθηκε ότι σχετίζονταν με εγκεφαλικές βλάβες ή κακώσεις καθώς και με επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή επιπλοκές τοκετού. Πολλές μελέτες κάνουν λόγο για συσχέτιση τη ΔΕΠ-Υ με την ηλικία της μητέρας, και αυτό διότι οι μητέρες που τεκνοποιούν σε πολύ νεαρή ηλικία φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τα παιδιά τους ΔΕΠ-Υ. Αυτό είναι ίσως αναμενόμενο, γιατί οι περισσότερες επιπλοκές παρουσιάζονται στις πολύ νεαρές μητέρες, οι οποίες πιο συχνά από τις άλλες εγκύους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καπνίζουν, κάνουν χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Παράλληλα σε διάφορες μελέτες διαπιστώθηκε ότι ανεξάρτητα από την ηλικία της μητέρας, αν οι μητέρες έκαναν χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα παιδιά τους παρουσίασαν διαταραχές υπερκινητικότητας όπως και με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών από τους γονείς και κατά κύριο λόγο από την μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπου επιφέρει καθυστέρηση στις γνωστικές λειτουργίες, ιδιαίτερα κατά την προσχολική ηλικία.

Αναλυτικότερα, θα αναφερθούν οι αιτιολογικές επιδράσεις των προαναφερθέντων παραγόντων, οι οποίοι συμβάλλουν καθοριστικά στην συμπτωματολογία και εκδήλωση της διαταραχής. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τους *γενετικούς παράγοντες*, οι έρευνες στο χώρο της γενετικής συνδέουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ με την κληρονομικότητα. Η έρευνα σχετικά με την παρακολούθηση μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων είναι ικανή να δώσει απαντήσεις αναφορικά με την κληρονομική προδιάθεση στην εμφάνιση της διαταραχής. Όπως είναι γνωστό, τα μονοζυγωτικά δίδυμα μοιράζονται το 100% των γονιδίων, ενώ τα διζυγωτικά δίδυμα μοιράζονται το 50% των γονιδίων. Επομένως, συνυπολογίζεται μέσος όρος 76% για την κληρονομική προδιάθεση, γεγονός που υποδεικνύει σημαντική σύνδεση κληρονομικού παράγοντα και εμφάνισης της διαταραχής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η μελέτη των γονιδίων αποτελεί πηγή αναζήτησης αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ. Οι έρευνες στρέφονται κυρίως στη μελέτη των

γονιδίων της ντοπαμίνης DAT1 και DRD4, τα οποία δεν έχουν επίδραση στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, σε αντίθεση με τα γονίδια της κατεχολαμίνης, τα δύο γονίδια του συστήματος της σεροτονίνης και το γονίδιο SNAP- 2s, τα οποία θεωρούνται ότι επιδρούν ως προς την εκδήλωση της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σύμφωνα με πορίσματα ερευνών, διαφαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ ως διαταραχή, οφείλεται σε δυσλειτουργία των συστημάτων πολλαπλώς νευροδιαβιβαστών , όπως η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη καθώς και στον τρόπο λειτουργίας ορισμένων τμημάτων του εγκεφάλου, όπως για παράδειγμα του μετωπιαίου λοβού (Καλαντζή Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010).

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι το ενδιαφέρον των επιστημόνων αναφορικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες που ενισχύουν την εμφάνιση της διαταραχής, έχει στραφεί και ως προς την μελέτη των *οργανικών παραγόντων*. Οι οργανικοί παράγοντες, σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, διαφαίνεται ότι δεν κατέχουν κύριο ρόλο στην πρόκληση και εκδήλωση της διαταραχής. Είναι γεγονός ότι η υπερκινητικότητα, αρχικά εντοπίστηκε σε παιδιά που παρουσίαζαν εγκεφαλικό τραύμα και εγκεφαλική παράλυση. Οι ερευνητές προσπάθησαν να αναδείξουν μια αιτιώδη σχέση μεταξύ της διαταραχής και διαφόρων εγκεφαλικών και γενετικών ανωμαλιών, χωρίς όμως την ανάδειξη σημαντικών επιστημονικών ευρημάτων που να το αποδεικνύουν (Ρούσσου, 1998). Συγκεκριμένα, η μελέτη περιπτώσεων με ΔΕΠ-Υ, ανέδειξε στο νευροφυσιολογικό έλεγχο, απουσία μεγάλων δομικών βλαβών του εγκεφάλου. Αντίστοιχα, το χαρακτηριστικό της υπερκινητικότητας απουσίαζε από πολλά παιδιά που αντιμετωπίζουν εγκεφαλικό τραύμα και βλάβη (Kerlan & Sadock , 1991).

Επομένως, εξάγεται ως συμπέρασμα το γεγονός ότι οι οργανικές δυσλειτουργίες ενδεχομένως είναι αποτέλεσμα γενετικών παραγόντων, οι οποίοι ενεργούν τη στιγμή της συλλήψεως καθώς και περιβαλλοντικών παραγόντων που επιδρούν αρνητικά κατά την περίοδο του προγεννητικού σταδίου (εμβρυική περίοδος), του περιγεννητικού σταδίου (τοκετός) ή του μεταγεννητικού σταδίου (περίοδος μετά τον τοκετό). Επιπροσθέτως, η παρουσία οργανικών βλαβών είναι συνυφασμένη με την εμφάνιση πολύπλοκων διαταραχών, οι οποίες δεν παρουσιάζουν συνάφεια με τη ΔΕΠ-Υ (Μπεζεβέγκης, 2007).

Επισημαίνεται ότι έχουν γίνει αρκετές ερευνητικές προσπάθειες, ώστε να μελετηθεί η συνάφεια της ΔΕΠ-Υ με περιβαλλοντικούς και ψυχοσυναισθηματικούς παράγοντες. Γενικότερα, έχει αποδειχθεί η επιρροή του περιβάλλοντος στην ευρύτερη ανέλιξη ενός παιδιού. Υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν συγκεκριμένους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με το περιβάλλον και αποτελούν κίνδυνους για την εμφάνιση της διαταραχής. Πιο αναλυτικά, θεωρείται ότι οι διαφωνίες και οι ρήξεις στο οικογενειακό περιβάλλον, η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας και ψυχικής νόσου σε κάποιον από τους δύο γονείς καθώς και το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο, επηρεάζουν σημαντικά και την πρόκληση και ενδεχομένως και την πρόγνωση της διαταραχής (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Παρόλο αυτά, οι παράγοντες αυτοί διαφαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίδραση ως προς την επιδείνωση της υπάρχουσας διαταραχής και όχι τόσο ως προς την πρόκληση αυτής. Η παραπάνω άποψη ενισχύεται από επιστημονικές μελέτες, οι οποίες διεξήχθησαν σε διδύμους και οι οποίες αποδεικνύουν τη μηδαμινή σχεδόν επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Είναι διαπιστωμένο το γεγονός ότι οι συνθήκες του περιβάλλοντος (επάγγελμα γονέων, κοινωνικό και βιοτικό επίπεδο, τρόπος διαπαιδαγώγησης) σχετίζονται μόνο σε ποσοστό 0%-6% με τη συγκεκριμένη διαταραχή (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Είναι γεγονός ότι μέρος του επιστημονικού εγχειρήματος ως προς την κατανόηση της ετερογένειας της ΔΕΠ-Υ ως διαταραχής, κατέχει και η επίδραση των νευρολογικών παραγόντων ως προς την εκδήλωση. Όπως έχει διαπιστωθεί η αναζήτηση της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα εξαιτίας της πολυπλοκότητας των κλινικών χαρακτηριστικών που αυτή παρουσιάζει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, οι ερευνητές αξιολόγησαν τα κλινικά χαρακτηριστικά περιστατικών με ΔΕΠ-Υ και περιστατικών που αντιμετώπιζαν τραύμα ή βλάβη στο προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου. Διαπιστώθηκε πράγματι ότι μεταξύ των διαταραχών υπήρχαν ομοιότητες. Είναι γεγονός ότι το νευρολογικό υπόβαθρο της ΔΕΠ-Υ πλαισιώνεται από διάφορες ενδείξεις εκ των οποίων η σχέση που εμφανίζει με κάποιες αναπτυξιακές διαταραχές, η επιμονή των συμπτωμάτων στο χρόνο καθώς και η βελτίωση που παρατηρείται με τη θεραπεία, αποτελούμενη από

διεγερτικά φάρμακα, αποδεικνύεται η σημαντική σύνδεση της διαταραχής με τους νευρώνες (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Επιπλέον, η χρήση της μαγνητικής τομογραφίας (MRI), τη δεκαετία του 1980, ανέδειξε σημαντικές δομικές διαφορές ως προς την ανάπτυξη του εγκεφάλου των περιστατικών με ΔΕΠ-Υ, συγκριτικά με άτομα που δεν εμφάνιζαν τη διαταραχή. Οι αλλαγές οι οποίες προκύπτουν, αφορούν τον όγκο της φαιάς και της λευκής ουσίας του εγκεφάλου. Στον παιδικό πληθυσμό, που εκδηλώνει τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, έχει παρατηρηθεί ότι το μέγεθος κάποιων κροταφικών περιοχών είναι μικρότερο, ενώ διαφορετική δομή εμφανίζουν και οι προμετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Επιπροσθέτως, αναφορικά με την μελέτη των αιτιολογικών παραγόντων ως προς την πρόκληση και τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, είναι σημαντικό να παρουσιαστούν και οι αναφορές που έχουν επισημανθεί αναφορικά με το ρόλο και την επίδραση της κληρονομικότητας καθώς και την επίδραση της ύπαρξης διαφόρων αλλεργιών. Δεδομένου του ότι η κληρονομικότητα αποτελεί τη γενετική βάση για την εκδήλωση όλων των διαταραχών, καθοριστικός επομένως είναι ο ρόλος της ως προς την πρόκληση και εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Σε ποσοστό της τάξεως 10%-35%, περιστατικά με ΔΕΠ-Υ, έχουν κάποιο άτομο στο οικογενειακό τους περιβάλλον το οποίο έχει διαγνωσθεί με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Επιπλέον, επιστημονικά ευρήματα έχουν αναδείξει ότι η πιθανότητα ενός παιδιού να εκδηλώσει τη διαταραχή, ανέρχεται σε ποσοστό της τάξεως 57% σε περίπτωση που κάποιος από τους γονείς του έχει διαγνωσθεί με τη διαταραχή (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006). Αναφορικά με τη σύνδεση της ΔΕΠ-Υ και της εκδήλωσης διαφόρων αλλεργιών, ο Feingold, θεωρούσε ότι οι τεχνητές χρωστικές ουσίες και τα συντηρητικά είναι υπεύθυνες και επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις πιθανότητες που δυνητικά έχει κάποιο άτομο να εμφανίσει τη διαταραχή. Αναφορές έχουν γίνει και στην επίδραση που μπορεί να έχουν κοινές τροφές. Οι συγκεκριμένες θέσεις και απόψεις βρίσκονται υπό ενδελεχή εξέταση (Ρούσσου, 1998).

2.4 Θεραπεία της Διαταραχής

Η θεραπεία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας, σύμφωνα με την Γιαννοπούλου (2008), μπορεί να δοθεί μέσω δύο τρόπων αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης, οι οποίες είναι η φαρμακοθεραπεία και

οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Η θεραπευτική προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ στις περισσότερες περιπτώσεις, περιλαμβάνει έναν συνδυασμό προγραμμάτων εκμάθησης συμπεριφορών καθώς και φαρμακευτικής αγωγής. Σημαντική ως προς την επιτυχία της διεξαγωγής της θεραπευτικής μεθόδου είναι η σύσταση και η συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας, η οποία αποτελείται από επιστήμονες του χώρου της υγείας και του χώρου της αγωγής (Μαρκοβίτης, Σέμκου, Τζιβνίκου, 2006).

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ γίνεται με τη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων, όπως είναι η μεθυλφενιδάτη και η δεξαμεταμίνη. Επιπλέον, δρουν για ένα σύντομο χρονικό διάστημα και για αυτό το λόγο η χορήγησή τους επαναλαμβάνεται δύο έως τρεις φορές την ημέρα, καθώς επίσης είναι απαραίτητο ένα μικρό χρονικό διάστημα, μέσα στο οποίο θα γίνεται επανειλημμένα η δοκιμή των φαρμάκων και θα ελέγχεται καθημερινά κατά πόσο βοηθούν το παιδί, προτού αποτελέσουν οριστική φαρμακοθεραπεία για αυτό (Γιαννοπούλου, 2008).

Επιπρόσθετα, έπειτα από πολλές μελέτες, είναι πλέον σίγουρο ότι τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν τη διαταραχή, αλλά είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Χρήσιμη είναι για το παιδί με ΔΕΠΥ η πολύ τακτική επαφή με έναν έμπειρο κλινικό ιατρό, με τον οποίο θα προγραμματίζονται συνεδρίες, τόσο με την οικογένεια, όσο και με το παιδί, και σύμφωνα πάντα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής (Pliszka, 2007). Ταυτόχρονα, οι βασισμένες σε επιστημονικές έρευνες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ είναι η εκπαίδευση των γονέων και η άσκηση των κοινωνικών και σχολικών δεξιοτήτων των παιδιών. Η άσκηση, αρχικά, των κοινωνικών δεξιοτήτων επιτυγχάνεται με το να μαθαίνουν τα παιδιά τεχνικές, ώστε να συμπεριφέρονται καλύτερα στους συνομηλίκους τους και άρα να βελτιώνεται συνεχώς η μεταξύ τους σχέση. Η άσκηση των σχολικών δεξιοτήτων των παιδιών είναι είτε ατομική, είτε ομαδική και συμβάλλει ώστε τα παιδιά να προγραμματίζονται, να λαμβάνουν υπόψη τους κανόνες και οδηγίες, να ασκούνται στον αυτοέλεγχο των εργασιών τους, να μη σπαταλούν το χρόνο τους, να αντιμετωπίζονται οι ενδεχόμενες μαθησιακές τους δυσκολίες και τελικά να βελτιώνονται σαν μαθητές.

Είναι γεγονός ότι ορισμένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, γίνονται αντιληπτά ακόμη και κατά την περίοδο της βρεφικής ηλικίας. Επομένως, η

πρώιμη παρέμβαση ως προς την αντιμετώπιση, κρίνεται αναγκαία και σημαντική. Όταν το παιδί, διανύει το στάδιο ανάπτυξης της προσχολικής ηλικίας, η επίδραση της πρώιμης παρέμβασης χαρακτηρίζεται ως έμμεση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση το θεραπευτικό πλάνο αποτελείται από προσεγγίσεις που σχετίζονται από την εκμάθηση κανόνων κοινωνικής συμπεριφοράς (Μαρκοβίτης, Σέμκου, Τζιβνίκου, 2006).

Τονίζεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή η οποία δεν επιδέχεται ουσιαστική θεραπεία, καθώς λόγω του οργανικού υποβάθρου της, δεν επιτυγχάνεται η πλήρη αποκατάστασή της. Είναι πιο εύστοχο να χρησιμοποιείται ο όρος «θεραπευτική παρέμβαση», ο οποίος εμπεριέχει ως διττό στόχο: α) τον περιορισμό της εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της καθώς και β) την πρόληψη των δευτερογενών συμπτωμάτων (χαμηλή αυτοεκτίμηση, προβλήματα σχολικής επίδοσης) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Οι θεραπευτικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις, γνωστικές παρεμβάσεις (εκπαίδευση αυτοκαθοδήγησης και λύσης κοινωνικών προβλημάτων), συμπτωματικές παρεμβάσεις (ενίσχυση της αυτο-εποπτείας και αυτο-αξιολόγησης) καθώς και τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η οποία είναι βασισμένη στην αυτοδιαχείριση (Neuhaus, 1998).

Από τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, η οποία κρίνεται αποτελεσματική για τα παιδιά, είναι η πολυεπίπεδη θεραπευτική προσέγγιση (Multimodal Treatment). Η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση αποτελεί έναν συνδυασμό στον οποίο συμπεριλαμβάνονται η εκπαίδευση των γονέων, η εκμάθηση και η υιοθέτηση μεθόδων διαχείρισης συμπεριφορών, η φαρμακευτική αγωγή καθώς και η σχολική παρέμβαση (Μαρκοβίτης, Σέμκου, Τζιβνίκου, 2006).

Σημαντικό μέρος της θεραπευτικής παρέμβασης της ΔΕΠ-Υ, αποτελεί και η εφαρμογή συμπεριφορικών προσεγγίσεων. Οι μέθοδοι και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται στις συμπεριφορικές προσεγγίσεις το Σύστημα Ανταλλάξιμων Αμοιβών (Token Economy) καθώς και το Συμβόλαιο Συμπεριφοράς. Αναφορικά με το Σύστημα Ανταλλάξιμων Αμοιβών, πρόκειται για ένα σύστημα ενίσχυσης που χρησιμοποιεί συμβολικές αμοιβές (token), οι οποίες ανταλλάσσονται με ατομικούς ενισχυτές (back up reinforcers). Το Συμβόλαιο Συμπεριφοράς είναι ένα σύστημα που

βασίζεται στη θετική ενίσχυση. Διαμορφώνεται από τον εκπαιδευτικό και εμπεριέχει ακριβώς τη συμπεριφορά που οφείλει να επιδείξει ο μαθητής ώστε να αναλάβει ένα προνόμιο ή αμοιβή. Το ποσοστό επιτυχίας του συγκεκριμένου εγχειρήματος θεωρείται πολύ υψηλό (Κοσμίδου & Κωνσταντίνου, 2011).

Οι γνωστικές προσεγγίσεις, σε αρκετές περιπτώσεις σχεδιασμού της θεραπευτικής παρέμβασης αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ, ενέχουν κυρίαρχη θέση. Η γνωσιακή/συμπεριφορική θεραπεία υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά είναι ένα αποτέλεσμα συνδυασμού ακούσιων σωματικών, νοητικών, συγκινησιακών, κινητικών λειτουργιών καθώς και περιβαλλοντικών παραγόντων. Κυρίαρχος στόχος της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι η ανάπτυξη του αυτοελέγχου των αυθόρμητων αντιδράσεων, βασιζόμενη σε μαθησιακές θεωρίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση, το παιδί που έχει εκδηλώσει ΔΕΠ-Υ, παροτρύνεται να υιοθετήσει έναν διαφορετικό τρόπο συμπεριφοράς, από αυτόν που επιδεικνύει σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και παρακινείται να χρησιμοποιεί τη συγκεκριμένη συμπεριφορά κάθε φορά σε κλιμακούμενου βαθμού δυσκολίας καταστάσεις. Αυτές οι καινούριες μέθοδοι τροποποίησης της σκέψης, οι οποίες επηρεάζουν τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, θα πρέπει να εδραιώνονται μέσα από τον αυτοέλεγχο και την αυτό-ενίσχυση. Η προσπάθεια αυτή θα πρέπει να υποστηρίζεται τόσο από το παιδί όσο και από το οικογενειακό του περιβάλλον. Η επίτευξη του στόχου γίνεται μέσω της σταθερής τροποποίησης της συμπεριφοράς καθώς και με την πληροφόρηση των συνεπειών του, είτε αρνητικών, είτε θετικών. Κάποια από τα αναμενόμενα αποτελέσματα της συμπεριφορικής παρέμβασης είναι η διατήρηση του διαλόγου και της συζήτησης, η αντιμετώπιση και η επίλυση προβλημάτων καθώς και η διαρκή παραμονή του σε ένα συγκεκριμένο σημείο (Neuhaus, 1998).

Στο πλάνο της θεραπευτικής παρέμβασης αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ, αξιοσημείωτη είναι και η συμπερίληψη της αισθητηριακής παρέμβασης και συγκεκριμένα της Προσέγγισης Μέσω Παροχής Αισθητηρίων Ερεθισμάτων. Η συγκεκριμένη μέθοδος εστιάζει την προσοχή της στο τρόπο επεξεργασίας των ερεθισμάτων καθώς ο τρόπος αντίληψης του παιδιού που αντιμετωπίζει τη διαταραχή, διακατέχεται από προβλήματα στη διαχείριση των εισερχομένων πληροφοριών και από προβλήματα που αφορούν τη δικτύωση. Η αισθητηριακή προσέγγιση περιλαμβάνει την ενίσχυση των βασικών εμπειριών μέσα από την πρόκληση

ερεθισμάτων στο παιδί που σχετίζονται με το χώρο, με την αντίληψη του βάθους καθώς και με την ολοκλήρωση της δερματο-αισθητικής αντίληψης. Οι καλλιέργεια αυτών των εμπειριών είναι πολύ σημαντική για τα παιδιά που εκδηλώνουν ΔΕΠ-Υ, καθώς συμβάλλουν στην νευρολογική ωρίμανση, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της επικοινωνίας και της δικτύωσης των διαφορετικών περιοχών του εγκεφάλου (Neuhaus, 1998).

Η ψυχοκινητική παρέμβαση, είναι μια θεραπευτική μέθοδος η οποία εφαρμόζεται από κινησιοθεραπευτές σε καταστάσεις αδεξιότητας, ελλειπούς συντονισμού καθώς και σε περιπτώσεις κινητικής ανησυχίας. Ο στόχος της συγκεκριμένης στρατηγικής είναι η βελτίωση των θεμελιακών αντιλήψεων του χώρου, όπου τα παιδιά στο πλαίσιο της ομάδας εξοικειώνονται με τις κινήσεις του σώματος με ταλαντώσεις. Παρέχεται η ευκαιρία της βελτίωσης της αντιληπτικής ικανότητας, του χωρικού και χρονικού προσανατολισμού καθώς και του σωματικού ελέγχου (Βάρβογλου, 2007).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, αρκετά από τα παιδιά τα οποία εκδηλώνουν ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν μια αργή γλωσσική ανάπτυξη σε ποσοστό της τάξεως 30%-40%, γεγονός που καθιστά τη λογοθεραπευτική παρέμβαση αναγκαία. Συγκεκριμένα, αρκετά παιδιά παρουσιάζουν δυσκολίες και προβλήματα στην παραγωγή και κατανόηση του λόγου καθώς επίσης συχνά συνοδές είναι και οι διαταραχές ακουστικής αντιληπτικής ολοκλήρωσης. Η οργάνωση μιας αποτελεσματικής λογοθεραπευτικής παρέμβασης που προάγει την εκμάθηση στρατηγικών, είναι σημαντική στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, καθώς το παιδί εξασκείται ως προς την εύρεση τρόπων εκτόνωσης της ενεργητικότητάς του καθώς και ως προς την εστίαση της προσοχής του για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Neuhaus, 1998).

Εξίσου σημαντική είναι και η συμβολή της παιγνιοθεραπείας (theraplay), ως θεραπευτική προσέγγιση, στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Στόχος της παιγνιοθεραπείας είναι να εξασκηθεί το παιδί που εκδηλώνει ΔΕΠ-Υ ως προς την αναγνώριση και κατανόηση των συναισθημάτων και των αντιδράσεων του, με σκοπό την άμεση διαχείριση αυτών (Neuhaus, 1998). Ο στόχος της συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης, σε μεγάλο βαθμό, επιτυγχάνεται μέσα από την «αναπλαισίωση», η οποία σχετίζεται με την ικανότητα του θεραπευτή να παρατηρεί την επιθετικότητα του παιδιού και να την αποδίδει με έναν εναλλακτικό τρόπο

σκέψης. Η μέθοδος της «αναπλασιώσης» αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική σε παιδιά που παρουσιάζουν θετική εικόνα αναφορικά με την υπερκινητικότητα (Neuhaus, 1998).

Παρόλο που η ΔΕΠ-Υ ως διαταραχή, δεν ανήκει στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών, έχει αποδειχθεί πως η ατομική και η συστημική ψυχοθεραπεία, ως θεραπευτικές προσεγγίσεις, συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της εικόνας των παιδιών που αντιμετωπίζουν τη διαταραχή καθώς και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Όσον αφορά τη συμβολή της ατομικής ψυχοθεραπείας στη ΔΕΠ-Υ, έχει παρατηρηθεί ότι συνδυαστικά με άλλες θεραπευτικές στρατηγικές, ενισχύει σε μεγάλο βαθμό την εικόνα του παιδιού, ενισχύοντας του την αυτοεκτίμηση (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000). Επιπροσθέτως, σημαντική κρίνεται και η συμβολή της συστημικής ψυχοθεραπείας, η οποία βασίζεται στην θετική ενίσχυση του τρόπου συμπεριφοράς της οικογένειας. Συγκεκριμένα, γίνεται μια προσπάθεια για επιτηδευμένη αλλαγή της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας, ώστε να καλλιεργηθεί και να ενισχυθεί η διαδικασία της αποδοχής του παιδιού που αντιμετωπίζει τη διαταραχή (Neuhaus, 1998).

Είναι γεγονός ωστόσο, ότι σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, κατέχει και ο θεσμός της ειδικής εκπαίδευσης. Η ειδική εκπαίδευση, επικεντρώνεται στην ενίσχυση καθώς και την εξάσκηση της προσοχής του παιδιού, με τη χρήση ατομικών, εξατομικευμένων προγραμμάτων, τα οποία στοχεύουν στην κατάκτηση κινητικών και αντιληπτικών εμπειριών. Επισημαίνεται ότι, βασίζεται σε συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις και προτείνει, μεταξύ άλλων, την ενασχόληση του παιδιού στο σπίτι με εργασίες συνοπτικού περιεχομένου (Neuhaus, 1998).

Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις περιστατικών που εκδηλώνουν ΔΕΠ-Υ, για τα οποία η θεραπευτική παρέμβαση συμπεριλαμβάνει και φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακοθεραπεία συνίσταται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, όχι μεμονομένα, αλλά σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους (Κουρκούτας, 2011). Για τη συγκεκριμένη διαταραχή, συνίσταται η συνταγογράφηση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων (stimulants) όπως είναι η μεθυλφαινυδάτη, η δεξτροαμφεταμίνη και η πεμολίνη (Μαρκοβίτης, Σέμκου και Τζιβνίκου, 2006). Η φαρμακοθεραπεία, συνίσταται

αποκλειστικά και σε συνδυασμό, όταν η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει συνοδή αναπτυξιακή καθυστέρηση με νευρολογικές ανεπάρκειες, καθώς επίσης και όταν το παιδί παρουσιάζει μια εικόνα υπερκινητικότητας εξαιρετικά μεγάλου βαθμού, με επίμονα δευτερογενή προβλήματα επιθετικότητας, διαταράσσοντας τη λειτουργικότητα της οικογένειας (Κουρκούτας, 2011).

2.5 Τα χαρακτηριστικά ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ εκδηλώνονται, όπως έχει αναφερθεί, με τη μορφή τριών ειδών συμπτωμάτων, τα οποία είναι η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Ένας μαθητής, ο οποίος εκδηλώνει τη διαταραχή είναι πιθανό να έχει είτε έναν συνδυασμό κλινικών χαρακτηριστικών που αφορούν και τα τρία είδη συμπτωμάτων, είτε να εμφανίζει χαρακτηριστικά μεμονωμένου είδους συμπτωμάτων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Ο μαθητής που αντιμετωπίζει ΔΕΠ-Υ, διακρίνεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τα οποία διαφαίνονται τόσο κατά τη διάρκεια της μαθησιακής διαδικασίας, όσο και κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης και συνδιαλλαγής του με το σχολικό περιβάλλον. Συνηθέστερα, ο εκπαιδευτικός της τάξης είναι αυτός που ανιχνεύει και εντοπίζει τα συμπτώματα της διαταραχής και στη συνέχεια παραπέμπει τον μαθητή στους αρμόδιους ειδικούς επιστήμονες και φορείς ώστε να υποβληθεί σε αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του παιδιού με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα στο σχολείο περιλαμβάνουν τη διάσπαση προσοχής, σηκώνονται από την θέση τους και τριγυρίζουν στο χώρο, ενοχλούν τους συμμαθητές τους και οι εργασίες που παρουσιάζουν είναι απρόσεκτες και ημιτελείς. Παράλληλα οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι ανοργάνωτοι, διακινδυνεύουν δίχως να υπολογίζουν τις συνέπειες, φλυαρούν ακατάπαυστα, δεν ακούνε τον άλλο, όταν μιλάει, και διακόπτουν διαρκώς μια συζήτηση και εισχωρούν σε καταστάσεις απρόσκλητοι και δεν περιμένουν την σειρά τους σε ομαδικές εργασίες και παιχνίδια.

Στα πλαίσια της σχολικής τάξης και κατά τη διάρκεια της μαθησιακής διαδικασίας, ο μαθητής ο οποίος αντιμετωπίζει τη διαταραχή, παρατηρείται ότι

αντιμετωπίζει δυσκολίες αναφορικά με την διατήρηση και εστίαση της προσοχής σε λεπτομέρειες, με αποτέλεσμα να πραγματοποιεί λάθη απροσεξίας σε σχολικές εργασίες καθώς και σε δραστηριότητες παιχνιδιού. Επιπλέον, είναι συχνό να μην ακολουθεί ολοκληρωτικά τις οδηγίες του εκπαιδευτικού, αφήνοντας τις εργασίες που του έχουν ανατεθεί ανολοκλήρωτες και ελλιπείς. Εμφανείς δυσκολίες αντιμετωπίζονται ακόμη και στα πλαίσια της επικοινωνίας του παιδιού με το σχολικό του περιβάλλον, καθώς ο μαθητής αρκετές φορές, είτε δεν απαντά όταν του παραχωρείται ο λόγος, είτε δεν περιμένει υπομονετικά να δώσει την απάντησή του, αφού πρώτα ολοκληρωθεί ενδεχόμενη ερώτηση από τον συνομιλητή (DSM-V). Επιπροσθέτως, σημαντικές είναι οι δυσχέρειες που αντιμετωπίζει αναφορικά με την οργάνωση και αποτύπωση των σκέψεών του, είτε στον γραπτό είτε στον προφορικό λόγο, καθώς η προσοχή του διασπάται εύκολα από οποιοδήποτε εξωτερικό ερέθισμα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο μαθητής που αντιμετωπίζει ΔΕΠ-Υ, αρκετές φορές, χάνει αντικείμενα (μολύβια, βιβλία κτλ.) τα οποία είναι απαραίτητα για την εκτέλεση δραστηριοτήτων. Χαρακτηριστική είναι ακόμη η εκδήλωση απροθυμίας που δείχνει ως προς την ενασχόλησή του με έργα που απαιτούν διαρκή πνευματική προσπάθεια όπως είναι η προετοιμασία των μαθημάτων και η εκπόνηση εργασιών (American Psychiatric Association, 2000).

Εκτός από τα χαρακτηριστικά της απροσεξίας που παρουσιάζονται στο μαθητή με ΔΕΠ-Υ, εξίσου σε έντονο βαθμό παρατηρείται το στοιχείο της υπερκινητικότητας. Ο εκπαιδευτικός συχνά αναφέρει ότι ο μαθητής κινείται διαρκώς με νευρική κίνηση, στριφογυρίζοντας συνεχώς γύρω από τη θέση του και αδυνατώντας να παραμείνει ήρεμος σε περιστάσεις που απαιτούν ακινησία. Ακόμη, κατά τη διάρκεια του διαλείμματος, εντοπίζεται διαρκώς να τρέχει, να στριφογυρίζει και να σκαρφαλώνει με υπερβολικό τρόπο που ενδέχεται να μην αρμόζει με την επικείμενη κατάσταση (συμμετοχή σε συγκεκριμένη ομαδική δραστηριότητα, πρωινή συνάθροιση). Αναφέρεται ακόμη ότι ο μαθητής με συμπτώματα της διαταραχής κινείται συνεχώς και αδιάκοπα τόσο στο χώρο της τάξης, όσο και στο χώρο του σχολείου, χαρακτηριζόμενος ως «κινούμενη μηχανή», ενώ ο λόγος του παρουσιάζεται ιδιαίτερα ακατάπαυστος και φλύαρος (American Psychiatric Association, 2000).

Τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που εκδηλώνονται από τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, είναι αποδεδειγμένο ότι εμμένουν σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή με το αναπτυξιακό του επίπεδο. Συχνά εκδηλώνεται μια ασυνήθιστη

παρορμητικότητα, η οποία καθιστά το μαθητή αδύναμο να ελέγξει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του. Αυτό έχει ως επακόλουθο ο μαθητής να παρουσιάζεται επιθετικός απέναντι στους συμμαθητές του καθώς και ο ίδιος «αυτοκαταστροφικός» απέναντι στον εαυτό του. Επιπλέον, παρατηρείται η συμπεριφορά παραβίασης των σχολικών κανόνων καθώς και η επιρρέπειά του σε παραβατική συμπεριφορά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012; Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006; American Psychiatric Association, 2000).

2.6 Η υποστήριξη ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ από τους γονείς

Η αντιμετώπιση ενός παιδιού με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας μπορεί να επιφέρει το αίσθημα της αδυναμίας, της ανασφάλειας, της απογοήτευσης και του θυμού. Σε αυτή την περίπτωση οι γονείς θα πρέπει να είναι γεμάτοι με κατανόηση, υποστήριξη, αυτοπεποίθηση και θετική στάση απέναντι στο παιδί τους.

Το πρώτο βήμα για την υποστήριξη ενός παιδιού με αυτή τη διαταραχή είναι η αποδοχή του προβλήματός του. Καμία μορφή πίεσης ή τιμωρίας απέναντι στο παιδί δεν θα φέρει θετικά αποτελέσματα. Σε περίπτωση που το παιδί καταβάλλει προσπάθεια, οι γονείς θα πρέπει να το στηρίζουν και να ανταμείβουν την προσπάθειά του. Οι τρόποι ανταμοιβής είναι πολλοί. Οι γονείς θα πρέπει να χρησιμοποιούν λεκτικούς και μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας, όπως για παράδειγμα: να επικροτούν την προσπάθειά του, μιλώντας του θετικά, να το φιλούν, να του ρίχνουν βλέμματα επιδοκμασίας, να το αγκαλιάζουν. Παράλληλα θα πρέπει να μην αντιμετωπίζουν θετικά μόνο την πολύ μεγάλη προσπάθεια του παιδιού και να είναι θετικοί απέναντί του ανεξάρτητα από το βαθμό προσπάθειας του παιδιού.

Οι γονείς θα πρέπει να χτίσουν την αυτοεκτίμηση του παιδιού τους. Μια άλλη τακτική που μπορεί να βοηθήσει είναι, ορισμένες δραστηριότητες να γίνονται επαναλαμβανόμενες. Με αυτό τον τρόπο προσπαθούμε να προωθήσουμε ένα πρόγραμμα στο παιδί εφαρμόζοντάς το κάθε μέρα. Επίσης οι γονείς θα πρέπει να δίνουν ξεκάθαρες εντολές στο παιδί. Οι γονείς θα πρέπει επίσης να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες και να περιμένουν πράγματα από τα παιδιά τους στα οποία, αυτά θα μπορούν να ανταπεξέλθουν. Οι γονείς είναι εκείνοι που θα πρέπει να βάζουν τα

πράγματα σε μια σωστή σειρά. Όλοι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι ήρεμοι και χωρίς στρες. Η βοήθεια από ειδικούς είναι απαραίτητη. Μόνο έτσι, οι γονείς θα μπορούν να ξεπεράσουν τις ενοχές και τον φόβο τους και παράλληλα θα βοηθήσουν τα παιδιά τους.

Είναι απαραίτητο οι γονείς του παιδιού που εμφανίζει ΔΕΠ-Υ, να εφοδιαστούν επαρκώς με όλες τις πληροφορίες που αφορούν τη φύση, τις συνθήκες τις διαταραχής καθώς επίσης σημαντικό είναι να εκπαιδευτούν κατάλληλα ως προς την αναγνώριση, αποδοχή και αντιμετώπιση των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Όταν οι γονείς εμφανίζονται υποστηρικτικοί και πρόθυμοι απέναντι στο παιδί τους, του προσφέρουν τη δυνατότητα να αντιλαμβάνεται τη συμπεριφορά που αναμένεται από το ίδιο σε κάθε περίπτωση, στηριζόμενο με αυτοπεποίθηση πάνω στις δικές του δυνάμεις (Γκαραγκούνη – Αραίου, Σολομωνίδου, Ζαφειροπούλου, 2003).

Είναι σημαντικό λοιπόν οι γονείς, ανεξάρτητα από τον τρόπο που ο καθένας έχει κατανοήσει το πρόβλημα, να υιοθετήσουν ως προς τη διαχείριση, μια κοινή τακτική και στρατηγική. Η υιοθέτηση από πλευράς τους μιας κοινής και σταθερής συμπεριφορά, θα συμβάλει θετικά στη βελτίωση της συγκέντρωσης του παιδιού, στη διαχείριση και διαμόρφωση της κατάλληλης συμπεριφοράς σε επικείμενες κοινωνικές περιστάσεις καθώς και στη μείωση και αποτροπή ξεσπασμάτων θυμού και παραβατικής συμπεριφοράς (Γκαραγκούνη – Αραίου, Σολομωνίδου, Ζαφειροπούλου, 2003).

Η υποστηρικτική τους στάση απέναντι στο παιδί, ενισχύεται με τη διαρκή επιβράβευση απέναντι σε θετικές του προσπάθειες και συμπεριφορές, ανταμείβοντας την προσπάθειά του με διάφορους τρόπους αμοιβής. Αφού οι γονείς αποδεχτούν τη δυσκολία που αντιμετωπίζει το παιδί με ΔΕΠ-Υ οφείλουν να διαμορφώσουν μια κατανοητική στάση σχετικά με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες που προκύπτουν (Κοσμίδου και Κωνσταντίνου, 2011).

Σημαντική είναι από πλευράς των γονέων η προσπάθεια ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης του παιδιού. Οι γονείς οφείλουν να επικροτούν την προσπάθειά του, χρησιμοποιώντας λεκτικούς και μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας (ενθαρρυντικός λόγος, αγκάλιασμα, επιβράβευση). Επιπλέον, σημαντική για την οικοδόμηση της αυτοεκτίμησης του παιδιού, είναι η υιοθέτηση μιας γενικότερης θετικής στάσης

απέναντι στις προσπάθειές του, ανεξαρτήτως του βαθμού επιτυχίας του (Κοσμίδου & Κωνσταντίνου, 2011).

Μια άλλη τακτική, επιβοηθητική, είναι η από κοινού υιοθέτηση μιας καθημερινής ρουτίνας. Η τακτική αυτή αναμένεται να έχει ως επακόλουθο το παιδί να εξασκηθεί ως προς τη διατήρηση ενός σταθερού προγράμματος, στο οποίο ενδεχομένως να συμπεριλαμβάνονται το πλύσιμο των δοντιών, το πρωινό, η τακτοποίηση και οργάνωση του δωματίου του (Κοσμίδου & Κωνσταντίνου, 2011).

Απαραίτητη είναι ακόμη η προσοχή των γονέων ως προς τον τρόπο που θα διαμορφώσουν το ύφος τους αναφορικά με τις εντολές που δίνουν στο παιδί. Οι παροτρύνσεις τους θα ληφθούν υπόψη από το παιδί, όταν θα διακατέχονται από έλλειψη σαρκασμού και δεν θα παραπέμπουν σε χαρακτήρα τιμωρίας. Επιπρόσθετα, οι προσδοκίες τους θα πρέπει να είναι ρεαλιστικές, θέτοντας σε σειρά τις συμπεριφορές του παιδιού τους ως προς τη διαχείριση. Με τον τρόπο αυτό, τίθεται και μια σωστή σειρά στο πρόγραμμα του παιδιού (Κοσμίδου & Κωνσταντίνου, 2011).

Ιδιαίτερα αποτελεσματική κρίνεται από τους θεραπευτές και προτείνεται και στους γονείς η υιοθέτηση της μεθόδου «timeout», η οποία προτρέπει τους γονείς να προσφέρουν στο παιδί τον απαιτούμενο χρόνο μετά από την εκδήλωση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Όταν λοιπόν εκδηλωθεί μια επιθετική συμπεριφορά, το παιδί υποχρεούται να παραμείνει χωρίς παιχνίδια στο δωμάτιό του, με σκοπό την εκτόνωση της επιθετικότητάς του. Είναι σημαντικό το παιδί να λαμβάνει θετική ενίσχυση, μέσω επιβράβευσης, όταν συμμορφώνεται με τους ορισθέντες κανόνες. Είναι γεγονός ότι η υποστήριξη των γονέων θεωρείται «επιτακτική ανάγκη» ως προς την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Για το λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαίο να αποβάλουν οποιοδήποτε αίσθημα ανησυχίας, ενοχής και φόβου τους προκαλεί αυτή η συνθήκη, ώστε να βοηθήσουν αποτελεσματικά το παιδί τους (Αντωνίου, 2008).

2.7 Η υποστήριξη ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο

Ο θεσμός του σχολείου κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός καθώς αποτελεί το δεύτερο άμεσο περιβάλλον, μετά την οικογένεια, του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Το σχολείο

έχει πρωταρχικό ρόλο ως προς την ανίχνευση της διαταραχής καθώς και ως προς τη μέριμνα για τη βελτίωση της ζωής του παιδιού που αντιμετωπίζει τη διαταραχή.

Είναι γεγονός ότι δύο αμερικανικοί ομοσπονδιακοί νόμοι, το άρθρο 504 καθώς και η αναθεώρηση του νόμου σχετικά με την εκπαίδευση ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (IDEA 2004), εξασφαλίζουν στους μαθητές με διαταραχές, στις οποίες συγκαταλέγεται και η ΔΕΠ-Υ, το δικαίωμα δωρεάν κατάλληλης δημόσιας εκπαίδευσης στα πλαίσια ενός μη περιοριστικού περιβάλλοντος. Η εκπαίδευση των συγκεκριμένων μαθητών θα πρέπει να έχει μηδενικό κόστος και να είναι εξατομικευμένη, ανταποκρινόμενη στις ιδιαίτερες ανάγκες του μαθητή. Επιπλέον είναι σημαντικό, το σχολείο να διασφαλίσει το μη διαχωρισμό του παιδιού από τους συμμαθητές του, προάγοντας μια τακτική συμπερίληψης (Gillberg, 2011).

Οι μαθητές που αντιμετωπίζουν ΔΕΠ-Υ και παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες ως προς τήρηση των κανόνων, ως προς την ολοκλήρωση εργασιών και δραστηριοτήτων, ως προς τη διατάραξη της ηρεμίας της τάξης καθώς και ως προς την κοινωνική συνδιαλλαγή με τους συνομήλικούς, χρήζουν ιδιαίτερης εκπαιδευτικής φροντίδας (Gillberg, 2011).

Η σχολική μονάδα, από την πλευρά της οφείλει να παραπέμψει τους γονείς για αξιολόγηση του μαθητή σε ειδικευμένους θεραπευτές καθώς και να κινήσει τις διαδικασίες που απαιτούνται για την παροχή της ειδικής διαπαιδαγώγησης. Κατόπιν συναντήσεως με τους γονείς, προτείνεται η παραπομπή του παιδιού για αξιολόγηση. Στη γραπτή αξιολόγηση συμπεριλαμβάνονται: σταθμισμένες διαδικασίες που αφορούν τη σχολική επίδοση, οι παρατηρήσεις των εκπαιδευτικών, επισκόπηση της επίδοσης στην τάξη, λογοπαθολογική αξιολόγηση, κοινωνικο-συναισθηματική αξιολόγηση καθώς και αξιολόγηση της γνωστικής ικανότητας (Gillberg, 2011). Εφόσον διεξαχθεί η αξιολόγηση και συνταχθεί επίσημη γνωμάτευση, η ειδική διαπαιδαγώγηση του μαθητή λαμβάνει πολύτιμο ρόλο στη μαθησιακή διαδικασία.

Είναι γεγονός ότι η ειδική αγωγή και το εξατομικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, θα πρέπει να παρέχονται σε ένα μη περιοριστικό περιβάλλον. Επομένως, θα ήταν ωφέλιμο να παρέχεται στο μαθητή συνεκπαίδευση στα πλαίσια του σχολείου γενικής εκπαίδευσης. Η ειδική εκπαίδευση του παιδιού στα πλαίσια της κανονικής του τάξης εμπεριέχει εξατομικευμένο πρόγραμμα ενισχυτικής διδασκαλίας καθώς και παρακολούθηση προγράμματος στα πλαίσια τμημάτων ένταξης (Gillberg, 2011).

Το σχολείο, μέσω της ειδικής εκπαίδευσης και μέριμνας, ενισχύει θετικά την εικόνα του μαθητή με ΔΕΠ-Υ, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της προσοχής του, θέτοντας σε εφαρμογή εξατομικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα, τα οποία στοχεύουν στην καλλιέργεια εμπειριών κινητικής και αντιληπτικής μορφής (Neuhaus, 1998).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ελάχιστες, σπάνιες περιπτώσεις, όταν στον μαθητή δεν παρέχεται εξατομικευμένη ειδική εκπαίδευση σε δημόσιο σχολείο γενικής εκπαίδευσης, γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες ώστε να του αναγνωριστεί το δικαίωμα φοίτησης σε ιδιωτικό ειδικό σχολείο (Gillberg, 2011).

Η ειδική εκπαιδευτική μέριμνα και φροντίδα είναι απαραίτητη για τους μαθητές που αντιμετωπίζουν ΔΕΠ-Υ και για το λόγο αυτό το σχολείο ως θεσμός, την καθιερώνει στα πλαίσια της μαθησιακής και όχι μόνο διαδικασίας. Η συμβολή της είναι πολύτιμη καθώς υιοθετώντας συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις, στοχεύουν στην κοινωνική ενσωμάτωση του μαθητή (Neuhaus, 1998).

2.8Η προσέγγιση του εκπαιδευτικού

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού, χωρίς αμφισβήτηση, είναι σημαντικός τόσο στην ανίχνευση όσο και στην εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος. Είναι γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις μαθητών, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, επήλθε με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο, ύστερα από τις συστάσεις και την παραπομπή των εκπαιδευτικών. Η εκπαιδευτική κοινότητα θεωρείται πολύτιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, αναφορικά με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Είναι γεγονός ότι ο εκπαιδευτικός συμβάλλει θετικά στην ενίσχυση της εικόνας του μαθητή με ΔΕΠ-Υ, χρησιμοποιώντας διάφορες στρατηγικές και προσεγγίσεις τόσο κατά την μαθησιακή διαδικασία, όσο και κατά τη διαδικασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης. Όσον αφορά τη μαθησιακή διαδικασία, εφαρμόζονται συγκεκριμένα συστήματα μελέτης, τα οποία στοχεύουν στην ενίσχυση της συγκέντρωσης και της προσοχής (Μπότσας, 2008).

Αναλυτικά, ως συστήματα μελέτης, τα οποία συμπεριλαμβάνονται στην εκπαιδευτική πράξη και ενδείκνυνται για τη διδασκαλία μαθητών με ΔΕΠ-Υ, είναι το σύστημα **READS**, το οποίο εμπεριέχει μια σειρά από ενέργειες, οι οποίες ωθούν το μαθητή να επαναλάβει επικεφαλίδες και υπότιτλους, να εξετάσει τις τονισμένες λέξεις, να ανακαλύψει το μαθησιακό στόχο καθώς επίσης να συνοψίσει το περιεχόμενο ενός κειμένου, χρησιμοποιώντας δικές του λέξεις. Ένα ακόμη επιπλέον σύστημα μελέτης που είναι στην ευχέρεια του εκπαιδευτικού είναι το σύστημα **PQ4R**, το οποίο περιλαμβάνει έξι στρατηγικές, οι οποίες είναι: 1) Η Προκαταρκτική Επισκόπηση, 2) Οι Ερωτήσεις, 3) Η Ανάγνωση, 4) Η Σκέψη, 5) Οι Απαντήσεις και 6) Η Επανάληψη (Μπότσας, 2008).

Επιπροσθέτως, ακολουθούν άλλα δυο συστήματα μελέτης, με τη χρήση των οποίων, ο εκπαιδευτικός μαθησιακά μπορεί να προσεγγίσει το μαθητή με ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, το σύστημα **CAPS**, χρησιμοποιείται ως προς την ανάγνωση και κατανόηση κειμένων, μέσω των οποίων, ο μαθητής παροτρύνεται να απαντήσει σε ερωτήσεις που αφορούν τους χαρακτήρες, το σκοπό της ιστορίας, το δίλημμα που τίθεται στο κείμενο καθώς και την αναμενόμενη λύση του προβλήματος. Αντίστοιχο σύστημα μελέτης που αφορά την επεξεργασία κειμένων, είναι το σύστημα **KWL**, η χρήση του οποίου παροτρύνει το μαθητή να ανταποκριθεί στις ερωτήσεις που αφορούν το κείμενο, χρησιμοποιώντας υπάρχουσες γνώσεις (Μπότσας, 2008).

Οι εκπαιδευτικοί, αναφορικά με το μέρος της μαθησιακής διαδικασίας στη ΔΕΠ-Υ, προσεγγίζουν το ζήτημα, κάνοντας χρήση διαφόρων μνημονικών τεχνικών, ενισχύοντας τη βελτίωση της μνήμης των μαθητών καθώς και της επεξεργασίας της νέας γνώσης που διδάσκονται (Αντωνίου, 2008). Οι συγκεκριμένες μνημονικές τεχνικές, συμπεριλαμβάνουν: 1) **Μνημονικές Τεχνικές Αλυσίδας**, σύμφωνα με την οποία, αντικείμενα και γεγονότα συνδέονται μεταξύ τους συνειρμικά, με μορφή αλυσίδας, 2) **Μέθοδος Λέξη – Κλειδί**, σύμφωνα με την οποία έννοιες ή λέξεις συνδέονται με αντίστοιχες ομόηχες, 3) **Ακρωνύμια ή Αντιστοιχίδες**, μέθοδος η οποία ενισχύει την εύρεση λέξεων μέσα από την ανάκληση αυτών, καθώς επίσης και 4) **Οπτικοποίηση**, η οποία συμβάλλει στη μετατροπή της γνώσης σε οπτικές πληροφορίες (Κοσμίδου και Κωνσταντίνου, 2011).

Επισημαίνεται το γεγονός ότι ορισμένοι εκπαιδευτικοί, εντάσσουν στη μαθησιακή διαδικασία, προσεγγίζοντας τη συγκεκριμένη διαταραχή, συγκεκριμένες

γνωστικές και μεταγνωστικές στρατηγικές. Αναλυτικότερα, αναφορικά με την κατανόηση και επεξεργασία κειμένου, ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ παρακινείται να σκεφτεί 1) **νοητικές εικόνες**, οι οποίες περιγράφονται στο κείμενο. Σημαντική κρίνεται και η επιστράτευση 2) **οπτικοχωρικών οργανωτών**, δηλαδή γραφημάτων και πινάκων, ώστε η κεντρική ιδέα του κειμένου να συνδυαστεί και με προσωπικές εμπειρίες. Επιπλέον, η παρακίνηση του μαθητή ως προς τη 3) **χρήση εξωτερικών βοηθημάτων**, όπως υπογραμμιστές, οι οποίοι ενισχύουν τα βασικά σημεία ενός κειμένου (Αντωνίου, 2008).

Στις γνωστικές/μεταγνωστικές δεξιότητες, εμπεριέχονται και διάφορες στρατηγικές αυτορρύθμισης ή αυτο-ερωτήσεων, οι οποίες είναι: 1) **Αμοιβαία διδασκαλία**, στην οποία περιλαμβάνονται, η Παραγωγή ερωτήσεων, η Περίληψη, η Διευκρίνιση νοημάτων καθώς και Προβλέψεις σχετικά με το περιεχόμενο του κειμένου, 2) **SQR3**, στρατηγική η οποία περιλαμβάνει Επισκόπηση κειμένου, Δημιουργία Ερωτήσεων, Ανάγνωση, Παράφραση καθώς και Ανασκόπηση, 3) **Γραμματική της Ιστορίας**, σύμφωνα με την οποία ο μαθητής καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις που αφορούν τα πρόσωπα, το χώρο και το χρόνο της ιστορίας, καθώς επίσης και 4) « **Ερευνητής των κειμένων**», κατά την οποία διδάσκονται μέθοδοι κατανόησης πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την ανάγνωση (Αντωνίου, 2008).

Διαπιστώνεται ότι υπάρχει πληθώρα εναλλακτικών δοκιμασιών και στρατηγικών, οι οποίες μπορούν να ενταχθούν στο εκπαιδευτικό πλάνο των εκπαιδευτικών αναφορικά με τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ στα πλαίσια της εκπαιδευτικής πράξης. Πιο συγκεκριμένα, ο εκπαιδευτικός, δίνοντας στο μαθητή με ΔΕΠ-Υ τη δυνατότητα επιλογής, προσφέρεται η ευκαιρία να επιλέξει και να ασχοληθεί, ανάμεσα σε ένα πλήθος δραστηριοτήτων, με τις πιο ελκυστικές για τον ίδιο. Επιπλέον, η λεκτική επίπληξη, σε ορισμένες περιπτώσεις εμφάνισης ανεπιθύμητων συμπεριφορών, κρίνεται ιδιαίτερος αποτελεσματική. Αξιοσημείωτη, στη διδασκαλία μαθητών με ΔΕΠ-Υ, κρίνεται και η συμβολή των ΤΠΕ, καθώς όπως έχει παρατηρηθεί, συμβάλλει θετικά στη διατήρηση της προσοχής των παιδιών για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Κουρκούτας, 2011).

Είναι γεγονός ότι ο εκπαιδευτικός καλείται να διαχειριστεί και να αντιμετωπίσει τις συμπεριφορές μαθητών με ΔΕΠ-Υ, όχι μόνο κατά την μαθησιακή διαδικασία. Ως παιδαγωγός, οφείλει να προάγει την κοινωνικοποίηση καθώς και την κοινωνική

ενσωμάτωση του μαθητή που αντιμετωπίζει τη διαταραχή. Επομένως, μέσα από την ενθάρρυνση των κοινωνικών δεξιοτήτων, προσφέρεται η δυνατότητα στο μαθητή να συνεργαστεί με τους συμμαθητές του, να μοιραστεί ιδέες και να εξοικειωθεί με την τήρηση των κανόνων της ομάδας. Ο εκπαιδευτικός, θα μπορούσε να λειτουργήσει ως πρότυπο μίμησης και να εκμαιεύσει επιθυμητές συμπεριφορές, προωθώντας τη συμμετοχή του παιδιού σε παιχνίδια ρόλων (Κουρκούτας, 2011).

Σημαντικός είναι και ο ρόλος της διαρρύθμισης της σχολικής αίθουσας, συμβάλλοντας αποτελεσματικά και θετικά κατά τη μαθησιακή διαδικασία. Έχει παρατηρηθεί ότι τις περισσότερες φορές ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ, αποσπάται τόσο από τους υπόλοιπους συμμαθητές του, όσο και από ερεθίσματα που δεν σχετίζονται με την εκπαιδευτική διαδικασία. Προκειμένου, να περιοριστούν οι πιθανότητες διάσπασης του μαθητή, είναι σημαντικό να ελαχιστοποιηθούν τα εξωτερικά ερεθίσματα που επιδρούν αρνητικά, καθώς και να οριστεί η θέση του σε κατάλληλο σημείο μέσα στην αίθουσα, ώστε να υπάρχει η απαραίτητη εποπτεία από τον εκπαιδευτικό (Γκαραγκούνη-Αραίου, Σολομωνίδου, Ζαφειροπούλου, 2003).

Συνοψίζοντας, είναι δεδομένο ότι ο εκπαιδευτικός, έρχεται αντιμέτωπος με μια ενδιαφέρουσα πρόκληση και καλείται να προσεγγίσει το μαθητή με ΔΕΠ-Υ και από μαθησιακής αλλά και από παιδαγωγικής άποψης. Η προσπάθειά του στοχεύει στη μείωση της υπερκινητικότητας, στην αύξηση της χρονικής διάρκειας της προσοχής του μαθητή εντός του μαθήματος, στην ενίσχυση επαρκούς ανταπόκρισης στις σχολικές απαιτήσεις, στην εκτέλεση οδηγιών και εντολών από το μαθητή καθώς και στην ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων. Επιπλέον, στο παιδαγωγικό πλάνο του εκπαιδευτικού εμπεριέχεται ως στόχος η διατήρηση και ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων του μαθητή που εκδηλώνει ΔΕΠ-Υ (Μαρκοβίτης και συν, 2006).

Σημαντική είναι η παρέμβαση του εκπαιδευτικού στο σχολικό περιβάλλον του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, αλλάζοντας πρώτα ο ίδιος. Η αλλαγή που επιζητείται μπορεί να είναι από μια απλή αναθεώρηση του προβλήματος μέσα από ένα άλλο πλαίσιο, μέχρι και την ανεκτικότητα του εκπαιδευτικού σε κάποιες παρορμητικές αντιδράσεις ή δράσεις του παιδιού που θεωρούνται αρνητικές ή ανάρμοστες. Κάποιες από τις βασικές αλλαγές που μπορεί να εφαρμόσει ο εκπαιδευτικός για να μειώσει τα συμπτώματα του μαθητή είναι τα ακόλουθα:

1. Να αγνοεί ανεπιθύμητες ενέργειες και συμπεριφορές που δεν είναι σοβαρές και σε αντίθεση αυτού να ενθαρρύνει τις επιθυμητές όπου αυτές εμφανίζονται.
2. Να κάνει μικρά διαλείμματα για να εκτονώνεται ο μαθητής ανάμεσα στις εργασίες και σε χρονικές περιόδους που κρίνεται αυτό απαραίτητο.
3. Να μιλά σιγά, με απλό λεξιλόγιο και ήρεμα προς τον μαθητή, ιδιαίτερα όταν είναι εκνευρισμένος ο δεύτερος.
4. Να δίνει στον μαθητή κάποιες φορές ηγετικό ρόλο μέσα στην τάξη σε κάποιο παιχνίδι με την καθοδήγηση του εκπαιδευτικού.
5. Να υπενθυμίζει στο μαθητή την αναγκαιότητα του ελέγχου των εργασιών και της τήρησης των κανόνων περί των μαθημάτων.
6. Να συζητά συχνά με τους γονείς για τις ασχολίες του μαθητή και για τα εξωσχολικά ενδιαφέροντα του και για τις προόδους του ακόμα και αν είναι μικρές, με θετικές συζητήσεις ή με καθημερινές σημειώσεις όταν είναι ανέφικτη η παρουσία των γονέων.
7. Να διδάξει στο μαθητή τρόπους με τους οποίους θα μπορεί να αυτοελέγχεται, όταν εκνευρίζεται όπως για παράδειγμα να μετράει μέχρι το είκοσι εισπνέοντας βαθιά και αμέσως μετά να το συζητά με τον εκπαιδευτικό.
8. Να ενθαρρύνει τον μαθητή να χρησιμοποιεί τετράδια, φακέλους με χρώματα και σημειωματάριο για να σημειώνει τις καθημερινές εργασίες που θα δίνει ο εκπαιδευτικός.
9. Να είναι πιο ελαστικός με δοκιμασίες που απαιτούν περισσότερο χρόνο απάντησης για ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ όπως σε διαγωνίσματα.
10. Να δίνει χρόνο κατά τη διάρκεια της ανάγνωσης λόγω δυσκολίας κατανόησης του κειμένου από τον μαθητή.
11. Να ενθαρρύνει τον μαθητή να δημιουργεί κοινωνικές σχέσεις με τους συμμαθητές στην τάξη, στο παιχνίδι αλλά και σε παρέες έξω από αυτό.

2.9 Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ

Η είσοδος στο σχολείο του παιδιού που εκδηλώνει ΔΕΠ-Υ, σηματοδοτεί την έναρξη και εμφάνιση δυσκολιών και συμπεριφορών, εξαιτίας της απαίτησης του σχολικού περιβάλλοντος για συγκέντρωση της προσοχής και συμμόρφωση με τους σχολικούς κανόνες (Παπαγεωργίου, 2005).

Ο μαθητής που εκδηλώνει τη διαταραχή, έρχεται αντιμέτωπος με δυσκολίες και προβλήματα, τα οποία αφορούν τόσο τη μαθησιακή του επίδοση όσο και την κοινωνική του συνδιαλλαγή και αποδοχή. Οι δυσκολίες στη λειτουργία της προσοχής είναι εμφανείς. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, αδυνατούν να εστιάσουν την προσοχή τους σε έναν ορισμένο στόχο, να διατηρήσουν τη συγκέντρωσή τους για ένα παρατεταμένο χρονικό διάστημα καθώς επίσης δυσκολίες εμφανίζουν και ως προς την κωδικοποίηση και την ικανότητα εναλλαγής μεταξύ πολλαπλών στόχων. Πιο συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί ότι οι μαθητές αυτοί, παρουσιάζουν λάθη παράλειψης σε έργα που απαιτούν συντηρούμενη προσοχή (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης, Παπαθανασόπουλος, 2012).

Επιπλέον δυσκολίες και προβλήματα προκύπτουν και από τα ελλείμματα που παρουσιάζει ο μαθητής στις εκτελεστικές λειτουργίες. Αναλυτικότερα, οι ικανότητες για ανασταλτικό έλεγχο εμφανίζονται ελλειμματικές, με αποτέλεσμα ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ καθίσταται επιρρεπής σε λάθη παρεμβολής καθώς και σε παρορμητικές αντιδράσεις. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι δίνουν βιαστικές απαντήσεις σε ερωτήσεις χωρίς ιδιαίτερη σκέψη καθώς επίσης δεν αναμένουν τη σειρά τους ώστε να μιλήσουν (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης, Παπαθανασόπουλος, 2012).

Σημαντικές είναι οι δυσκολίες του μαθητή, ως επακόλουθες των εμποδίων στη μνήμη εργασίας. Οι μαθητές με διάσπαση προσοχής με υπερκινητικότητα, αδυνατούν να συγκρατήσουν λεκτικές και ακουστικές πληροφορίες καθώς επίσης προβλήματα εντοπίζονται και ως προς τη συγκράτηση οπτικοχωρικών και κιναισθητικών πληροφοριών (Βογινδρούκας, Οκαλίδου, Σταυρακάκη, 2010).

Επιπλέον, διάφορα προβλήματα εντοπίζονται αναφορικά με τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό δραστηριοτήτων, τη μειωμένη ικανότητα γνωστικής ευελιξίας καθώς και τις διαταραχές στη λεκτική ροή. Είναι γεγονός ότι τα συγκεκριμένα ελλείμματα επιδρούν τόσο ως προς την επίδοση στις σχολικές απαιτήσεις όσο και ως προς άλλες διαστάσεις της καθημερινότητας του παιδιού, καθώς δυσχέρειες εντοπίζονται και στην αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης, Παπαθανασόπουλος, 2012).

Έχει ακόμη παρατηρηθεί το γεγονός ότι οι μαθητές με τη συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζουν δυσλειτουργικές αντιδράσεις σχετικά με τις αμοιβές και τις τιμωρίες καθώς προτιμούν τις άμεσες αμοιβές ή τιμωρίες και δυσανασχετούν σε

περιπτώσεις αναμονής μιας απόφασης. Δυσκολίες απορρέουν ακόμη και εξαιτίας ελλειμμάτων αναφορικά με τη συμμόρφωση σε εντολές περιορισμού, τον έλεγχο συναισθημάτων καθώς και με αδυναμίες στην ικανότητα υιοθέτησης κοινωνικών προοπτικών (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης, Παπαθανασόπουλος, 2012).

Βέβαια, επισημαίνεται το γεγονός ότι εκτός από τις δυσκολίες στη μαθησιακή διαδικασία, οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, εξαιτίας της υπερβολικής τους κινητικότητας, αντιμετωπίζουν προβλήματα και ως προς την ένταξή τους σε ομάδες συνομηλίκων. Οι κινήσεις τους είναι βιαστικές και αδέξιες, αρνούνται να συμμορφωθούν με τους κανόνες της τάξης και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την λεκτική τους επίπληξη. Έχει παρατηρηθεί ότι η συμπεριφορά τους αυτή εντός της τάξης επηρεάζει σημαντικά την απόδοσή τους, με αποτέλεσμα τη δημιουργία κενών στο γνωσιακό τους κομμάτι, καθώς τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν και προβλήματα ως προς τη διεκπεραίωση των σχολικών τους εκκρεμοτήτων (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

Σημαντική είναι ακόμη και η δημιουργία μιας ισορροπημένης κοινωνικής σχέσης με τους συμμαθητές του, η οποία όμως διαρκώς κλονίζεται. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, εξαιτίας της έντονης επιθετικότητας, της έλλειψης ενσυναισθήσεως καθώς και της απουσίας συνεργατικής διαθέσεως, τις περισσότερες φορές, βρίσκονται αντιμετώποι με την απόρριψη από τους συμμαθητές του, ανεξαρτήτως του χρονικού διαστήματος της γνωριμίας τους (Βάρβογλη, 2005).

Επιπροσθέτως, εξαιτίας του παρορμητισμού τους, οι συγκεκριμένοι μαθητές έρχονται αντιμετώποι με προβλήματα που απορρέουν από συμπεριφορές τους, οι οποίες επικρίνονται από τους συμμαθητές τους, με αποτέλεσμα να επιρρίπτουν ευθύνες σε όλους τους άλλους εκτός από τον εαυτό τους. Ακόμη, εξαιτίας των αμφιδρόμων συναισθημάτων τους, βιώνουν προβλήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και έλλειψης εμπιστοσύνης στον ίδιο τους τον εαυτό, τα οποία ωθούν τους μαθητές αυτούς σε μια εσωτερική σύγκρουση κανόνων και επιθυμιών (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

Συνοψίζοντας, είναι φανερό πως ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ, εξαιτίας της ετερογένειας που εμφανίζει ως διαταραχή και της πληθώρας των συμπτωμάτων της, βρίσκεται αντιμετώπος με ένα σύνολο δυσκολιών και προβλημάτων, τα οποία έχουν αντίκτυπο τόσο στην μαθησιακή του πορεία, όσο και στην κοινωνικοποίησή του. Επομένως, ο ρόλος τόσο του σχολείου όσο και ευρύτερα των αντίστοιχων δημοσίων

φορέων είναι καταλυτικός και καθοριστικός, ώστε ο μαθητής να ξεπεράσει στο βαθμό του δυνατού τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, θέτοντας τις βάσεις για ομαλή μετάβαση σε κάθε τομέα της ζωής του (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

Στο σχολείο υπάρχει δυνατότητα παροχής συμβουλών από σχολικό ψυχολόγο για την αντιμετώπιση του παιδιού με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα. Η πιο αποτελεσματική στρατηγική είναι να συνεργαστούν γονείς και δάσκαλοι για να υποστηρίξουν το παιδί. Τα περισσότερα σχολεία προσπαθούν να διασφαλίσουν την εφαρμογή κάποιων στρατηγικών οι οποίες και αναφέρονται στη συνέχεια και επιδιώκουν, όπου είναι δυνατόν να κάνουν το ίδιο και οι γονείς. Θα πρέπει όμως να συνδυαστούν με ένα καλό μοντέλο ρόλων για το παιδί. Για αποτελεσματική αντιμετώπιση του παιδιού στο σχολείο:

- Η εξασφάλιση ότι οι ενήλικοι που βρίσκονται στο σχολείο κατανοούν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα παιδί με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα.
- Η προσπάθεια να θέσουν το παιδί κοντά σε έναν ενήλικα που να μπορεί να επιτηρεί τη συμπεριφορά του.
- Η επίμονη βλεμματική επαφή όταν μιλάνε στο παιδί και η παρότρυνση να επαναλάβει τις οδηγίες.
- Η καθοδήγηση με απλές ξεκάθαρες οδηγίες, ενώ εάν είναι απαραίτητο, χορηγούνται μεγαλύτερες οδηγίες σε αντιμετωπίσιμες ενότητες.
- Το υπερκινητικό παιδί πρέπει να κάθεται σε σημείο όπου υπάρχουν όσο το δυνατό λιγότερα οπτικά ερεθίσματα (πόρτες, παράθυρα κ.ά).
- Η διασφάλιση ότι οι ανταμοιβές είναι σημαντικές για το παιδί και παρέχονται τόσο συχνά, ώστε να έχουν πρακτική χρησιμότητα.
- Η υπενθύμιση στο παιδί ότι ανεπιθύμητη είναι η συμπεριφορά και όχι το ίδιο το παιδί.
- Η παροχή αυστηρών υπενθυμίσεων για το τι πρέπει να κάνει και, όταν είναι απαραίτητο, να γίνονται οι επιπλήξεις ιδιαιτέρως.
- Η αποφυγή των διαπραγματεύσεων και των συζητήσεων πάνω στο τι θεωρείται σωστή και τι λάθος συμπεριφορά.
- Η εξασφάλιση του παιδιού για ένα ασφαλές μέρος όπου μπορεί να υποχωρεί για ηρεμεί.

Τα μπροστινά καθίσματα προσφέρονται για άμεση επέμβαση εκ μέρους του εκπαιδευτικού, αλλά και επειδή η παρουσία του και μόνο κατευνάζει την ανησυχία του παιδιού. Σε περίπτωση επέμβασης είναι καλύτερο να ακουμπάει ο εκπαιδευτικός το χέρι του στην πλάτη του μαθητή και να λέει όσο γίνεται λιγότερα λόγια. Ο μαθητής αντιδρά θετικά στα νεύματα. Απλές ενέργειες, όπως αυτές που αναγράφονται παρακάτω, έχει αποδειχθεί ότι επιδρούν θετικά στην όλη συμπεριφορά του παιδιού. Όταν θέλει κάποιος να ηρεμήσει ένα υπερκινητικό παιδί καλό είναι να σταθεί ακριβώς δίπλα του, να βάλει το χέρι του στους ώμους του, να αναπτύξει μαζί του έναν κώδικα επικοινωνίας με σύμβολα και νεύματα. Μπορούν με τη βοήθεια του εκπαιδευτικού να φτιάξουν έναν κώδικα λειτουργίας, με συγκεκριμένους κανόνες, οι οποίοι να τηρούνται από όλα τα παιδιά της τάξης. Τέτοιου είδους κανόνες είναι οι παρακάτω:

- σηκώνω πάντα το χέρι μου πριν μιλήσω,
- περιμένω μέχρι να έρθει η σειρά μου,
- περιμένω να τελειώσει αυτός ή αυτή που μιλάει,
- ακούω και προσέχω αυτόν ή αυτή που μιλάει,
- δεν κοροϊδεύω κανέναν για αυτά που λέει.

Τα υπερκινητικά παιδιά κατά τη διάρκεια του μαθήματος χρειάζονται κάποια διαστήματα με δραστηριότητα και για το λόγο αυτό έχουν αναπτύξει κάποιες δικές τους στρατηγικές εκτόνωσης (πηγαίνουν στην τουαλέτα ή να πιουν νερό, να τρέχουν για να φέρουν κιμωλίες ή να μοιράσουν τα τετράδια). Είναι προτιμότερο να προλαμβάνει κανείς καταστάσεις και να αφήνει το υπερκινητικό παιδί να εκτονωθεί εκτός τάξης για λίγο, παρά να προκληθεί φασαρία. Τόσο οι γονείς όσο και το παιδί δε φέρουν καμία ευθύνη για αυτό και επομένως δε χρειάζεται να νιώθουν ενοχές. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να ενημερώνουν τους γονείς, να δείχνουν κατανόηση για την κατάστασή τους και να γνωρίζουν το ιστορικό του παιδιού με λεπτομέρειες. Είναι προτιμότερο να τονίζει κανείς τα θετικά στοιχεία του παιδιού και να προσφέρει στους γονείς συγκεκριμένη βοήθεια με σωστή ενημέρωση (Holowenko, 1999).

Η βοήθεια που θα πρέπει να δίνεται σε ένα μαθητή με Διαταραχή Ελλειμματική Προσοχής - Υπερκινητικότητας έγκειται στο να γνωρίζουν και να κατανοούν την κατάσταση οι εκπαιδευτικοί, να υπάρχει οικογενειακή υποστήριξη και παρέμβαση, να υπάρχει σχολική παρέμβαση μέσω ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, να υπάρχει

εκπαιδευτικός προγραμματισμός για την συμπεριφορά των παιδιών μέσα στην τάξη, να δημιουργηθούν εξατομικευμένα προγράμματα για κάθε παιδί και να υπάρχει παράλληλη φαρμακευτική αγωγή (Holowenko, 1999).

Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι για να βοηθηθεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει δύο παράγοντες να λειτουργήσουν θετικά: α) η οργάνωση της τάξης και β) η συμπεριφορά του δασκάλου.

A) Οργάνωση της τάξης: Το περιβάλλον της τάξης θα πρέπει να είναι ενισχυτικό. Δηλαδή άνετο, ευρύχωρο με καλή οπτική θέση για το παιδί, καθώς και ασφαλές. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να βρίσκεται σε κοντινή από τον δάσκαλο θέση, μακριά από παράθυρα, πρίζες, εξαιτίας των αυθόρμητων κινήσεών του.

B) Η συμπεριφορά του δασκάλου: Καταρχάς, ο δάσκαλος δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί οποιασδήποτε μορφής κριτική και αρνητική συμπεριφορά απέναντι στο παιδί. Μπορεί να θέσει μια σειρά από προτεραιότητες όπως για παράδειγμα, τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει το παιδί, να του αναθέτει διάφορες αρμοδιότητες ενεργοποιώντας τα κίνητρα του, όπως για παράδειγμα "Μοίρασε αυτά τα φυλλάδια". Κατόπιν να επιβραβεύει την προσπάθεια του παιδιού, προκειμένου να αναπτρωθεί το ηθικό του, να έχει μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Πάντα να δίνονται στο παιδί σαφείς και σύντομες οδηγίες, οι οποίες θα είναι κατανοητές. Να υπάρχει οπωσδήποτε συνεργασία και τακτικές συναντήσεις ανάμεσα στους δασκάλους και στους γονείς του παιδιού.

Επίσης χρησιμοποιούνται άλλες δύο προσεγγίσεις για καλύτερα αποτελέσματα απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ. Η μια είναι η χρησιμοποίηση ακουστικών, προκειμένου να μην αποσπάται η προσοχή του παιδιού από εξωγενείς θορύβους. Η δεύτερη προσέγγιση είναι το "Circle Time", δηλαδή όλα στην ώρα τους. Με αυτή την μέθοδο καλυτερεύουν οι κοινωνικές δεξιότητες και η συμπεριφορά του παιδιού.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι πολλαπλά και αναφέρονται σε πολλούς τομείς. Η πραγματικότητα του συνδρόμου, όπου ο μαθητής μαθαίνει με ανοργάνωτο τρόπο και δεν ελέγχει τον εαυτό του. Η ματαιώση που νιώθει, γνωρίζοντας ότι δεν μπορεί να μείνει ακίνητος και προσπαθεί να συγκεντρωθεί. Η ανικανότητα για άμεση απάντηση και γρήγορη γραφή, όπου ο

μαθητής δεν είναι σε θέση να απαντάει σε ευθέως ερωτήματα και όταν του ζητάτε να γράψει γρήγορα, ο γραφικός χαρακτήρας είναι δυσανάγνωστος και απογοητευτικός. Παράλληλα η κατανόηση του κειμένου είναι δύσκολη και ο μαθητής δεν καταφέρνει εύκολα και με μια ανάγνωση να το κατανοήσει. Η δραστηριότητες που θα πρέπει να δίνονται για να απασχολούν ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι σύμφωνη με τις δυνάμεις του. Η εικόνα που δίνουν οι γονείς στο παιδί όταν απογοητεύονται με τις δυσκολίες του και η χαρά όταν αυτό ανακάμπτει. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ πιστεύει ότι είναι πολύ δύσκολο και κουραστικό να είναι γονείς ενός παιδιού όπως αυτό και πως ντρέπονται. Η σταθερότητα είναι πολύ σημαντική για το παιδί με ΔΕΠ-Υ καθώς νιώθει τη σιγουριά και την ασφάλεια σε ένα πραγματικά χαοτικό δικό του κόσμο. Η παρορμητικότητα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ μπορεί να το οδηγήσει σε αρνητικές συμπεριφορές και αυτό γιατί δεν μπορεί να είναι ήρεμος, χωρίς να θέλει να πληγώσει κάποιον και έχοντας ήδη βιώσει το ίδιο το παιδί την απόρριψη από τους συνομηλίκους και τους δασκάλους. Η επιβράβευση και η επίπληξη για κάθε θετική και αρνητική συμπεριφορά αντίστοιχα θα βοηθήσει το παιδί να καταλάβει τις έννοιες του καλού και του κακού παιδιού. Η υπερευαισθησία που οφείλεται στην παρορμητικότητα και κατευθύνεται από το συναίσθημα του παιδιού, το οδηγεί σε μια διάθεση που αλλάζει γρήγορα και έντονα, που μπορεί να οφείλεται σε ασήμαντα πράγματα και μικρά. Ο εκβιασμός ή εκφοβισμός του παιδιού με ΔΕΠ-Υ θα του προκαλέσει αρνητική συμπεριφορά καταφεύγοντας σε επιθετική ενέργεια, ψέμα και προκαλώντας του φόβο και θυμό. Η αδικία μπορεί να ενοχλήσει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, το οποίο έχει έντονο αίσθημα του δικαίου και όταν κατακρίνεται για κάτι που και το ίδιο γνωρίζει ότι δεν μπορεί να κάνει, θυμώνει και με τον εαυτό του. Η αναγνώριση ενός λάθους, δημιουργεί θερμά συναισθήματα στο παιδί και έτσι μαθαίνει να ζητάει και αυτό συγγνώμη για τα σφάλματά του. Ο βιορυθμός ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι διαφορετικός και το παιδί χρειάζεται μόνο λίγες ώρες για ύπνο και ο εγκέφαλος του χρειάζεται χρόνο για να ξεκινήσει κανονικά τη μέρα, νιώθοντας κουρασμένο ήδη από το πρωί. Η σωματική επαφή δεν ενδείκνυται σε παιδί με ΔΕΠ-Υ γιατί έχει μία απτική αμυντικότητα, όπου δεν δέχεται από όλους χάρια, μόνο τα ελαφρά χάρια στην πλάτη. Η παρορμητικότητα παρουσιάζει αυτό το παιδί μικρότερο νοητικά από την ηλικία του και από την ηλικία των συνομηλίκων διότι αντιδρά με υπερβολικό τρόπο και ενεργεί ξαφνικά, θυμώνει και δεν τηρεί τους κανόνες που δίνονται ακόμα και σε τάξη ή σε παιχνίδι, απομονώνοντας το από την παρέα. Η συνέπεια των πράξεων ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ θα το οδηγήσει σε μάθηση των προσδοκιών και των αποτελεσμάτων θετικών

ή αρνητικών των πράξεων του. Η προσαρμογή των στάσεων σύμφωνα με τις ανάγκες και την εκάστοτε ηλικία του παιδιού θα βοηθήσει το παιδί να περάσει τις διάφορες φάσεις και να σταθούν δίπλα του σε κάθε δυσκολία. Η υπερπροστατευτικότητα δεν δίνει στο παιδί τη δυνατότητα να μάθει να αντέχει στις ματαιώσεις και γνωρίζει πως δεν πρέπει να έχει ότι ζητήσει. Η βοήθεια από ειδικό είναι αναγκαία και η συνεργασία με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς/ δασκάλους θα οδηγήσει στην κατανόηση του παιδιού ότι δεν είναι μόνο του στον αγώνα αυτό. Η έκφραση των ιδεών και των συναισθημάτων του παιδιού χρειάζονται χρόνο και περιθώρια για να απαντηθούν από ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Δε θα πρέπει να δίνονται κατευθυνόμενες ερωτήσεις με έμμεση απάντηση διότι το παιδί έχει την δική του άποψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς

3.1 Εισαγωγή

Η νηπιακή ηλικία είναι περίοδος ραγδαίων αλλαγών σε όλους τους τομείς ανάπτυξης του παιδιού, με αποτέλεσμα την εμφάνιση πολλών νέων μορφών συμπεριφοράς. Σε αυτή την ηλικία το νήπιο χαρακτηρίζεται από αυξημένη τάση για αυτάρκεια, αυτονομία και ανάληψη πρωτοβουλιών. Η προσπάθεια των γονέων να χειριστούν αποτελεσματικά αυτές τις νέες μορφές συμπεριφοράς και να οριοθετήσουν την αυξημένη τάση για ανεξαρτητοποίηση του νηπίου καταλήγει πολλές φορές σε συγκρούσεις. Οι συγκρούσεις αυτές εκδηλώνονται με πείσμα, ανυπακοή, αρνητισμό, και αντιδραστική συμπεριφορά εκ μέρους του νηπίου και με έντονες παρατηρήσεις, απαγορεύσεις και επιβολή τιμωριών εκ μέρους των γονέων. Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς θα ερμηνεύσουν και θα αντιμετωπίσουν την αντιδραστική συμπεριφορά του νηπίου έχει εξέχουσα σημασία τόσο για την ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη όσο και για την κοινωνική του προσαρμογή.

Ο πιο συνηθισμένος τύπος προβληματικής συμπεριφοράς που επιδεικνύουν τα παιδιά είναι η αντικοινωνική ή «εξωτερικευμένη» συμπεριφορά προσαρμογής. Στο πλαίσιο της τάξης τα παιδιά αυτά κατά βάση εκδηλώνουν έντονο θυμό, προβλήματα αυτορρύθμισης, επιθετικότητα, αρνητισμό, πρόβλημα συγκέντρωσης, σηκώνονται από τη θέση τους, αντιμιλούν, ενοχλούν τους συμμαθητές τους, χτυπάνε και τσακώνονται (Achenbach et al, 1991). Επιπλέον, δεν ανταποκρίνονται στις οδηγίες του εκπαιδευτικού, διαφωνούν και διαμαρτύρονται υπερβολικά ενώ δεν ολοκληρώνουν τις εργασίες που τους ανατίθενται. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι συχνά να αποκλείονται από τους συμμαθητές τους από ομαδικές δραστηριότητες (Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997).

Ως ενός σημείου η αντιδραστική συμπεριφορά του νηπίου εντάσσεται στα πλαίσια της φυσιολογικής ανάπτυξης. Όταν όμως εκδηλώνεται με πολύ μεγάλη συχνότητα και υπερβολική ένταση και όταν συνεχίζεται και πέραν της νηπιακής ηλικίας, τότε μπορεί να οδηγήσει στη διατάραξη της σχέσης του παιδιού με τα άτομα του οικείου περιβάλλοντος και να αποτελέσει τροχοπέδη στην ομαλή ανάπτυξή του.

Σε αυτή την περίπτωση, η αντιδραστική συμπεριφορά παύει να εντάσσεται στα πλαίσια της φυσιολογικής ανάπτυξης και αποτελεί ένδειξη εκδήλωσης εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

3.2 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder) (DSM-5: 313.81, ICD-10: F91.3) είναι μια διαταραχή στην οποία τα παιδιά αγνοούν ή αμφισβητούν τα αιτήματα και τους κανόνες των ενηλίκων. Μπορεί να είναι παθητικά, βρίσκοντας τρόπους να ενοχλούν τους άλλους ή ενεργά, λέγοντας «Όχι» σε κάθε ευκαιρία. Τείνουν να κατηγορούν τους άλλους για τα λάθη και τις δυσκολίες τους. Όταν ερωτηθούν «γιατί είναι τόσο προκλητικοί», μπορεί να πουν ότι αντιδρούν έτσι μόνο όταν οι κανόνες/απαιτήσεις είναι παράλογοι. Αυτές οι συμπεριφορές είναι παρούσες στο σπίτι, αλλά όχι απαραίτητα σε άλλες καταστάσεις, όπως το σχολείο ή με άλλους ενήλικες. Ορίζεται από την παρουσία έντονα προκλητικής συμπεριφοράς και συμπεριφοράς ανυπακοής. Η διάγνωση γίνεται από Παιδοψυχίατρο.

Η πιο συχνή διαταραχή συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία είναι η εναντιωματική προκλητική διαταραχή. Είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ατομικών χαρακτηριστικών (όπως για παράδειγμα η δυσκολία στον έλεγχο των συναισθημάτων) και δυσμενών περιβαλλοντικών συνθηκών (δυσλειτουργικό γονεϊκό στυλ, ψυχοπαθολογία γονέων, κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα ή οικογενειακές συγκρούσεις). Η εναντιωματική προκλητική διαταραχή περιγράφεται ως ένα επαναληπτικό και επίμονο μοτίβο αντιδραστικής και διαταρακτικής συμπεριφοράς, καθώς και ανυπακοής απέναντι στα πρόσωπα εξουσίας. Τα συμπτώματα αυτά επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες (ICD10). Η εναντιωματική προκλητική διαταραχή δεν περιλαμβάνει τις πιο επιθετικές πλευρές της διαταραχής διαγωγής που έχουν ως στόχο τους ανθρώπους, τα ζώα και την ιδιοκτησία. Συχνά παρουσιάζει συνοσηρότητα με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (Granero, Louwaars, & Ezpeleta, 2015).

3.3 Κλινική Εικόνα

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή παρατηρείται συνήθως σε παιδιά ηλικίας κάτω των 9-10 ετών. Οι συμπεριφορές συνήθως εμφανίζονται όταν το παιδί βρίσκεται στο δημοτικό σχολείο, αλλά η διαταραχή μπορεί να βρεθεί και σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των τριών ετών. Κάποιες από τις συμπεριφορές παιδιών με ODD μπορεί να περιλαμβάνουν: να είναι εύκολα εξοργισμένα, ενοχλημένα ή ευέξαπτα, έχουν συχνές εκρήξεις θυμού (Tantrum), διαφωνούν συχνά με τους ενήλικες, ιδιαίτερα τους πιο οικείους ενήλικες στη ζωή τους, όπως οι γονείς αρνούνται να ακολουθήσουν κανόνες, φαίνεται να προσπαθούν σκόπιμα να ενοχλήσουν τους άλλους και εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, έχουν χαμηλή ανοχή στην ματαίωση, συνηθίζουν να κατηγορούν τους άλλους για τα ατυχήματα που προκάλεσαν ή τις διαταρακτικές πράξεις τους.

Για πρώτη φορά η εναντιωματική προκλητική διαταραχή παρουσιάστηκε ως διαγνωστική κατηγορία το 1980 στο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) με σκοπό τον εντοπισμό επιθετικών και αντικοινωνικών μορφών συμπεριφοράς που εμφανίζονται νωρίς κατά της παιδική ηλικία. Ένα παιδί με εναντιωματική προκλητική διαταραχή χαρακτηρίζεται από αρνητισμό, έλλειψη συνεργατικής συμπεριφοράς, έλλειψη υπακοής, προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά. Αρνείται να συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις ή τους κανόνες των ενηλίκων. Χάνει εύκολα την ψυχραιμία του και εμπλέκεται σε καβγάδες. Λέει συχνά ψέματα και πολλές φορές κατηγορεί τους άλλους για τα δικά του λάθη ή για τη δική του κακή συμπεριφορά. Είναι η εικόνα ενός παιδιού που θέλει να κάνει πάντα το δικό του και είναι συχνά θυμωμένο.

3.4 Διαγνωστικά Κριτήρια

Η εναντιωματική προκλητική διαταραχή εντάσσεται στην ομάδα των Διαταραχών Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς. (American Psychiatric Association, 1994). Για να έχουμε την διάγνωση πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον τέσσερα από τα οκτώ κριτήρια της διαταραχής για διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών. Σημειώνεται ότι ένα κριτήριο ισχύει μόνο όταν η συμπεριφορά

εμφανίζεται συχνότερα απ' ό τι κατά κανόνα παρατηρείται σε άτομα ανάλογης ηλικίας και αναπτυξιακού επιπέδου. Για να τεθεί η διάγνωση πρέπει η διαταραχή να προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση της κοινωνικής, σχολικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι υπάρχει έντονη συζήτηση μεταξύ των ερευνητών σχετικά με τη νοσολογική οντότητα της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής εξαιτίας του γεγονότος ότι τα συμπτώματα της θα μπορούσαν να θεωρηθούν ακραίες εκδηλώσεις φυσιολογικής συμπεριφοράς. (Achenbach, 1993).

3.5 Πιθανά αίτια της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής

Αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προβλήματα των παιδιών τα οποία παραπέμπονται για εξέταση σε ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι γενετικοί παράγοντες παίζουν πολύ μικρό ρόλο για την εμφάνιση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής. Έτσι η αναζήτηση της αιτιολογίας έχει στραφεί κυρίως στην ποιότητα της αλληλεπίδρασης του παιδιού με τα άτομα του οικείου περιβάλλοντος. Πολλές έρευνες διερευνούν τη σχέση μεταξύ της διαδικασίας ανάπτυξης του δεσμού ανάμεσα στο παιδί και τη μητέρα του και της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής. Υπάρχουν δύο βασικά είδη δεσμού, ο ασφαλής και ο ανασφαλής. Τα βρέφη με ασφαλή δεσμό δείχνουν θετική συμπεριφορά απέναντι στη μητέρα, ενώ τα βρέφη με ανασφαλή δεσμό δείχνουν με τη συμπεριφορά τους ότι η μητέρα δεν αποτελεί ασφαλή βάση για την εξερεύνηση του περιβάλλοντος. Άλλες έρευνες όπως του Erickson διαπίστωσαν ότι ο ανασφαλής δεσμός με άγχος και αποφυγή μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής κατά την προσχολική ηλικία. Τονίζουν όμως οι ερευνητές ότι η ποιότητα του δεσμού δεν αποτελεί τον μόνο αιτιολογικό παράγοντα της διαταραχής, αλλά έναν παράγοντα ο οποίος μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση της διαταραχής αυτής αλληλεπιδρώντας με άλλους παράγοντες κινδύνου (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές η αιτία της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής πρέπει να αναζητείται στην ποιότητα των αλληλεπιδράσεων του παιδιού με τους γονείς του. Έχει διαπιστωθεί πως οι γονείς παιδιών με την διαταραχή αυτή

είναι πιο τιμωρητικοί από άλλους γονείς παιδιών. Έχουν συχνά απειλητικό ύφος και δίνουν στα παιδιά τους περισσότερες εντολές και οδηγίες χωρίς να δίνουν χρόνο να συμμορφωθούν με αυτές. Οι οδηγίες είναι ασαφείς και δεν δίνουν στο παιδί την ευκαιρία να τις ακολουθήσει επιτυχώς. Αντίθετα, οι εντολές που διευκολύνουν το παιδί να είναι υπάκουο είναι εντολές οι οποίες είναι σύντομες, σαφείς και ξεκάθαρες.

Τέλος σημαντικό στην συμπεριφορά της μητέρας είναι το κατά πόσο συγχρονίζει τη συμπεριφορά της ανάλογα με τη συμπεριφορά του παιδιού της και προσαρμόζει τις οδηγίες της στη συμπεριφορά αυτή. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006)

3.6 Διαφοροδιάγνωση

Η σχέση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής με τη διαταραχή διαγωγής. Πολλοί ερευνητές αναρωτιούνται κατά πόσο οι δύο αυτές διαταραχές αποτελούν ξεχωριστές νοσολογικές οντότητες ή μήπως η εναντιωματική προκλητική διαταραχή είναι απλώς μια ηπιότερη μορφή της διαταραχής διαγωγής. Υπάρχουν όμως πολλοί παράγοντες που τάσσονται υπέρ της διάκρισης μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών.

Στο DSM-IV, το βασικό κριτήριο διάκρισης είναι ότι στην περίπτωση της διαταραχής διαγωγής υπάρχει παραβίαση των βασικών δικαιωμάτων των άλλων ενώ δεν συμβαίνει κάτι ανάλογο με την εναντιωματική προκλητική διαταραχή. Ακόμη στην εναντιωματική προκλητική διαταραχή η εκδήλωση αντιδραστικής συμπεριφοράς συνήθως περιορίζεται στο οικογενειακό περιβάλλον ενώ στη διαταραχή διαγωγής επεκτείνεται και σε άτομα του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Επιπλέον τα συμπτώματα αντιδραστικής συμπεριφοράς είναι ηπιότερα στην περίπτωση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής.

Άλλος παράγοντας που διαφοροποιεί τις δύο διαταραχές, είναι η ηλικία πρώτης εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Η εναντιωματική προκλητική διαταραχή εμφανίζεται για πρώτη φορά στην προσχολική περίοδο, η διαταραχή διαγωγής σπάνια εκδηλώνεται πριν την μέση παιδική ηλικία (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

3.7 Διάγνωση και Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής έχουν κοινά σημεία με την αντιμετώπιση της διαταραχής διαγωγής. Οι πλειονότητα των ερευνών που έχουν διεξαχθεί για την αποτελεσματικότητα διάφορων θεραπευτικών προσεγγίσεων δεν κάνουν διάκριση μεταξύ των δύο διαταραχών και τις τοποθετούν στην κατηγορία « προβλημάτων συμπεριφοράς».

Για τον λόγο της πρόληψης αλλά και της θεραπευτικής αντιμετώπισης πολλές έρευνες έχουν οδηγήσει στην επεξεργασία ποικίλων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ο βαθμός αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προσεγγίσεων εξαρτάται από το είδος και τη σοβαρότητα των μορφών αντικοινωνικής συμπεριφοράς που εκδηλώνει το παιδί, αλλά και από τους παράγοντες κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες που συνυπάρχουν σε κάθε περίπτωση. Τα παιδιά που προέρχονται από κοινωνικά υγιείς οικογένειες και παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα της διαταραχής είναι αυτά που μπορούν να ωφεληθούν περισσότερο από ένα πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αντίθετα τα παιδιά που προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες, με πολύ σοβαρή συμπτωματολογία η αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε παρέμβασης είναι περιορισμένη.

Σε πολλές περιπτώσεις πάντως η θεραπευτική αντιμετώπιση χρειάζεται συχνά να πάρει τη μορφή χρόνιας παρέμβασης με στόχο τον έλεγχο και όχι την πλήρη αποκατάσταση των συμπτωμάτων. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των δυσκολιών απαιτεί το συνδυασμό διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων, οι οποίες να συμπεριλαμβάνουν το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον του ατόμου με τη διαταραχή και να επεκτείνονται σε ευρύτερες κοινωνικές δομές.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει πρόοδος ως προς την επεξεργασία νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων βασισμένων σε σύγχρονα θεραπευτικά μοντέλα και ερευνητικά δεδομένα, όσο και ως προς τις μεθόδους αξιολόγησης των προσεγγίσεων αυτών. Οι πιο διαδεδομένες προσεγγίσεις είναι η εκπαίδευση των γονέων, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και η πολυσυστημική προσέγγιση (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

3.8 Η βοήθεια από τον θεραπευτή

Ένα σημαντικό μέρος της συνεργασίας με παιδιά με ODD είναι να γίνει η αναγνώριση ότι το παιδί δεν είναι το πρόβλημα. Το πρόβλημα είναι η ίδια η δυσκολία. Ο σκοπός της αναγνώρισης και εξερεύνησης της δυσκολίας είναι να δημιουργηθεί ένας διαχωρισμός μεταξύ του παιδιού και της δυσκολίας που να επιτρέπει στο παιδί και την οικογένεια να δημιουργήσουν τους καλύτερους τρόπους συνύπαρξης με τη δυσκολία. Τα παιδιά μπορεί να ερωτηθούν εάν γνωρίζουν γιατί έχουν έρθει στη συνεδρία και τι ανησυχίες έχουν οι γονείς τους ή οι εκπαιδευτικοί τους. Αυτές οι δυσκολίες τους, που χάνουν την ψυχραιμία ή ενεργά αρνούνται να συμμορφωθούν με τους κανόνες των ενηλίκων, θα μπορούσαν να αναφερθούν από την πρώτη συνεδρία διαχωρίζοντας την ταυτότητα του παιδιού από αυτή της δυσκολίας. Οι αναφορές στα πραγματικά συναισθήματα των παιδιών έρχονται συχνά στην συζήτηση μαζί τους ώστε να τα βοηθήσουν να ξεχωρίσουν τα ίδια την ταυτότητα τους από τα χαρακτηριστικά της δυσκολίας που έχουν και έτσι να προσπαθήσουν να τα καταπολεμήσουν.

3.8.1 Συμπεριφορικές Στρατηγικές και Προσεγγίσεις για τα Παιδιά με ODD

Η πρόκληση αντίδρασης από τους άλλους είναι το βασικό «χόμπι» των παιδιών με ODD. Τους αρέσει να βλέπουν πως προκαλούν στον απέναντι τους συναισθήματα έντονα όπως έντονο θυμό. Προσπαθούν να προκαλέσουν τους ανθρώπους και συχνά επιτυγχάνουν τη δημιουργία συγκρούσεων εξουσίας. Επομένως, είναι σημαντικό να υπάρχει ένα σχέδιο και γίνεται η προσπάθεια να μην εμφανίζεται κανένα συναίσθημα όταν αντιδράνε οι γονείς απέναντι σε αυτά τα παιδιά. Εάν η αντίδραση είναι πολύ συναισθηματική, μπορεί να υπάρξουν μεγάλα λάθη στην αντιμετώπιση τους. Επομένως, σημαντικής σημασίας είναι ο προγραμματισμός εκ των προτέρων του τι πρέπει να κάνουν οι γονείς όταν το παιδί εμφανίσει συγκεκριμένες συμπεριφορές και να είναι προετοιμασμένοι να αντιδράσουν με ηρεμία. Παράλληλα, θα πρέπει να αποφασίζεται για το ποιες συμπεριφορές πρόκειται να αγνοηθούν. Τα περισσότερα παιδιά με ODD κάνουν πάρα πολλά πράγματα και πρέπει να τα συμπεριληφθούν με όλα σε ένα σχέδιο διαχείρισης συμπεριφοράς. Θα πρέπει όμως να στοχεύονται μόνο μερικές σημαντικές συμπεριφορές, αντί να διορθώνονται τα πάντα. Το παιδί θα

πρέπει να γίνεται μέρος οποιουδήποτε σχεδίου αλλαγής συμπεριφοράς. Εάν δεν γίνει μέρος της ομάδας, θα γίνει ο εχθρός. Επιπρόσθετα θα πρέπει να παρέχεται συνέπεια, δομή και σαφείς συνέπειες για τη συμπεριφορά του παιδιού, δοκιμάζοντας πότε αυτό το παιδί απαντά θετικά. Η δημιουργία μιας σχέσης με το παιδί και η αποφυγή του για καταστάσεις που μπορεί να αποτελούν πηγή προβλημάτων για το παιδί. Σημαντικό είναι να μην υπάρχει η αύξηση της φωνής όταν υπάρχει διαφωνία με το παιδί. Η σιωπή είναι μια καλύτερη απάντηση. Η επιχειρηματολογία και η προσπάθεια χειρισμού μιας καταστάσεις με σαρκασμό, δημιουργεί αυτονομία στο παιδί και διέξοδο και αυτό γιατί αποφεύγονται και οι λεκτικές αψιμαχίες. Παράλληλα, βοηθητικό είναι το παιδί να μπορεί να εκφραστεί και να μιλήσει, χωρίς να διακόπτεται μέχρι να τελειώσει. Η αντιδιαστολή και οι προσπάθειες να γίνεται σε ιδιωτικά μέρη, θα βοηθήσει στην αποφυγή των αγώνων εξουσίας μπροστά σε κοινό όπου θα ερεθίσει ακόμη περισσότερο το παιδί. Επίσης, όταν χρειάζονται να ληφθούν αποφάσεις, δίνονται δύο ή και περισσότερες επιλογές, με σύντομες δηλώσεις και με σαφήνεια. Τα παιδιά με ODD είναι πιο πιθανό να ολοκληρώσουν ή να εκτελέσουν εργασίες που έχουν επιλέξει. Αυτό τα βοηθάει επίσης να λάβουν στο μέλλον και άλλες από κοινού αποφάσεις. Τέλος, όταν ένα παιδί ODD φαίνεται να είναι απογοητευμένο ή θυμωμένο, θα πρέπει να ερωτάται αν μια περίοδος ηρεμίας θα βοηθούσε, χωρίς πίεση, δημιουργώντας μια απομονωμένη περιοχή στην τάξη ώστε να μπορεί να ξαναγυρίσει πιο ενεργά στη δραστηριότητα της τάξης μετά την περίοδο «ανασύνταξης».

3.8.2 Στρατηγικές διδασκαλίας και προσαρμογές στην τάξη για τον μαθητή με ODD

Οι στρατηγικές διδασκαλίας και οι προσαρμογές στην τάξη για μαθητή με ODD είναι πολύ σημαντικές και θα πρέπει να χρησιμοποιείται οπτικό ημερήσιο πρόγραμμα ώστε το παιδί να γνωρίζει τι να περιμένει. Η βεβαίωση ότι το ακαδημαϊκό υλικό βρίσκεται στο κατάλληλο επίπεδο για όλα τα παιδιά, γιατί όταν η εργασία είναι πολύ δύσκολη, τα παιδιά απογοητεύονται και όταν είναι πολύ εύκολη, βαριούνται. Και οι δύο αντιδράσεις οδηγούν σε προβλήματα στην τάξη. Επομένως, γίνεται επανατροφοδότηση, για οδηγίες και επιλογές όταν παρουσιάζει ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Όταν το παιδί με ODD παρουσιάζει μία μη προτιμώμενη

συμπεριφορά, ενισχύεται τη συνεργασία μαζί του επιτρέποντάς του να κάνει κάτι που προτιμά ή να βρει πιο ευχάριστη ή λιγότερο δύσκολη δραστηριότητα. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να ενισχύονται οι κοινωνικές δεξιότητες, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης θυμού, της επίλυσης συγκρούσεων και του τρόπου με τον οποίο πρέπει να διεκδικεί αυτό που θέλει με κατάλληλο τρόπο. Η συζήτηση για τις στρατηγικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει το παιδί για να ηρεμήσει τον εαυτό του (αυτορρύθμιση) όταν αισθάνεται ότι η οργή του κλιμακώνεται είναι εξίσου σημαντική ειδικά όταν το παιδί βρίσκεται σε ηρεμία και κατάλληλο επίπεδο διέγερσης. Όπως και τα υλικά και οι δραστηριότητες που ενθαρρύνουν την αλληλεπίδραση των μαθητών. Οι μαθητές με ODD πρέπει να μάθουν να μιλούν με τους συνομηλίκους τους και με τους ενήλικες με τον κατάλληλο τρόπο. Ωστόσο, όλες οι συνεργατικές μαθησιακές δραστηριότητες πρέπει να είναι προσεκτικά δομημένες. Ελαχιστοποιώντας τον κενό χρόνο και σχεδιάζοντας προσεκτικά τις μεταβάσεις. Τα παιδιά με ODD λειτουργούν καλύτερα όταν είναι απασχολημένα ή σε δομημένες δραστηριότητες. Επομένως η ευκαιρία στο παιδί με ODD να επαναλάβει τις εργασίες του για να βελτιώσει την βαθμολογία του ή ακόμα και να τις βαθμολογήσει μόνο του, είναι πολύ συχνά πολύ κουραστικό για τους γονείς του και για αυτό το λόγο, οι γονείς χρειάζονται υποστήριξη και κατανόηση.

Κάποιες ενδεικτικές οδηγίες προς τους γονείς αποτελούν η δημιουργία θετικού κλίματος, δίνοντας στο παιδί επαίνους και θετική ενίσχυση όταν δείχνει ευελιξία ή συνεργασία. Παράλληλα, σημαντικό είναι να παίρνουν οι γονείς τον χρόνο τους, ειδικά αν πρόκειται να καταστήσουν τη σύγκρουση με το παιδί χειρότερη, έτσι γίνονται οι γονείς καλό πρότυπο για το παιδί και του δείχνουν έναν διαφορετικό τρόπο να λειτουργεί και να το υποστηρίζουν αν το παιδί αποφασίσει να πάρει χρόνο για να αποφύγει την υπερβολική αντίδραση. Συνεπώς, θα πρέπει να καθορίζεται λογικά, τα κατάλληλα για την ηλικία όρια με συνέπειες που μπορούν να εφαρμοστούν, δημιουργώντας παράλληλα ενδιαφέροντα, έτσι ώστε η διαχείριση του παιδιού να μην λαμβάνει όλο το χρόνο και την ενέργεια των εκπαιδευτικών και των γονιών. Τέλος, σημαντική είναι η προσπάθεια να λαμβάνεται υποστήριξη και από τους άλλους ενήλικες (εκπαιδευτικούς, προπονητές και σύζυγο) που ασχολούνται με το παιδί.

3.9 Τύποι Θεραπείας

Η θεραπεία αποτελείται συνήθως από ένα συνδυασμό προγραμμάτων που σκοπό έχουν να αναπτύξουν τρόπους διαχείρισης των συμπεριφορών για τα παιδιά με ODD. Τα Προγράμματα Εκπαίδευσης Γονέων και Συμβουλευτική γονέων και άλλων μελών της οικογένειας αποτελούν προγράμματα ώστε να αναπτύξουν κατάλληλους τρόπους να διαχειριστούν τη συμπεριφορά του παιδιού. Προγράμματα κοινωνικών δεξιοτήτων και σχολικά προγράμματα για την ενίσχυση των σχέσεων των παιδιών και εφήβων με ODD με τους συνομηλίκους τους. Εντούτοις, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να είναι απαραίτητη για να βοηθήσει στον έλεγχο κάποιων από τις πιο δύσκολες συμπεριφορές, καθώς και τα συμπτώματα συνυπάρχουσας δυσκολίας, όπως είναι η ΔΕΠ-Υ, το άγχος και οι διαταραχές της διάθεσης. Ωστόσο, μόνο η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι θεραπεία για την ODD.

Οι προσεγγίσεις και οι δραστηριότητες για την εργοθεραπεία που μπορούν να υποστηρίξουν το παιδί με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή περιλαμβάνουν την ανάπτυξη λειτουργικών δεξιοτήτων, την ανάπτυξη σταδιακά διευρυνόμενου φάσματος τομέων δεξιοτήτων. Παράλληλα, οι κοινωνικές ιστορίες: αποτελούν θεραπεία μέσω της παροχής και εκπαίδευσης γύρω από την ανάπτυξη κοινωνικών ιστοριών. Η συνεργασία με τα σχολεία βοηθούν στην υποστήριξη της μετάβασης στο σχολείο και η επαφή με τους εκπαιδευτικούς, όπως απαιτείται. Τα οπτικά προγράμματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την υποστήριξη της ρουτίνας των παιδιών και για την εισαγωγή νέων ή για αλλαγή των καθηκόντων τους. Η δημιουργία στόχων αφορά τον ορισμό λειτουργικών και εφικτών στόχων σε συνεργασία με το παιδί, τους γονείς και τους δασκάλους, ώστε η θεραπεία να έχει μια κοινή εστίαση λειτουργική για όλους τους εμπλεκόμενους.

Τέλος, η εκπαίδευση γονέων, φροντιστών, δασκάλων και άλλων που εμπλέκονται στη φροντίδα του παιδιού σχετικά με την ODD και τις κατάλληλες για την ηλικία δεξιότητες που ένα παιδί πρέπει να επιδεικνύει. Η παροχή στρατηγικών διαχείρισης και ιδέες για να έχει βοήθεια το παιδί στο σπίτι, στο σχολείο και στην κοινότητα. Επιπρόσθετα, η συμμετοχή σε δραστηριότητες και έργα παρέχουν εναλλακτικούς τρόπους για την ενθάρρυνση της εμπλοκής σε δραστηριότητες και έργα. Η ανάπτυξη κινητικών δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την υποστήριξη δεξιοτήτων ολόκληρου του σώματος (αδρού συντονισμού) και επιδεξιότητας χειρός

(λεπτής κινητικότητας), όπως η παροχή δραστηριοτήτων υποστήριξης για την ισορροπία και τον συντονισμό του σώματος, την δύναμη και την αντοχή, την προσοχή και την εγρήγορση και την ευαισθητοποίηση του σώματος (παρέχοντας αισθητηριακά νέες εμπειρίες) και τέλος, του σχεδιασμού και προγραμματισμού των κινήσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Μαθησιακές Δυσκολίες

4.1 Εισαγωγή

Σημαντικός αριθμός μαθητών παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στη σχολική μάθηση, που φέρνουν ως αποτέλεσμα τη χαμηλή επίδοση στο σχολείο. Αυτές οι δυσκολίες επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στη συμπεριφορά, στην επίδοση και στη μάθηση και δεν φανερώνονται με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους μαθητές. Οι Fletcher και οι συνεργάτες του σημειώνουν για τους παράγοντες, που ασκούν επιρροή στις ακαδημαϊκές δεξιότητες και στη μάθηση όλων των μαθητών, μαζί και των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες, και κατηγοριοποιούν τους παράγοντες στους καθαρά γνωστικούς, στους συμπεριφορικούς, στους νευροβιολογικούς, στους περιβαλλοντικούς και στους ψυχοκοινωνικούς (Fletcher et al., 2007).

Όσον αφορά την ιστορική εξέλιξη των μαθησιακών δυσκολιών αντλούνται πολλά στοιχεία για το πώς άρχισαν να ερευνώνται ως ένα πρόβλημα από διάφορους ερευνητές, με ποιες δομές του εγκεφάλου είναι σχετικές, σε ποια πεδία από την ακαδημαϊκή και καθημερινή ζωή του ανθρώπου εντοπίζονται και πώς οι άνθρωποι που πάσχουν θα μπορούσαν να βοηθηθούν. Ο ορισμός των μαθησιακών δυσκολιών μεταβαλλόταν συνεχώς για να αποτελεί μια σωστή περιγραφή τους, κάθε φορά προσαρμοσμένη στα καινούργια δεδομένα και ανακαλύψεις (Fletcher et al., 2007).

Ειδικότερα, την πρώτη περίοδο ενασχόλησης με το ζήτημα των μαθησιακών δυσκολιών, οι μελετητές είχαν αναφέρει ότι η αιτία των μαθησιακών δυσκολιών αποτελεί κάποιο τραύμα στην περιοχή του εγκεφάλου του ανθρώπου και επομένως αυτές οι δυσκολίες είναι ενδογενείς. Αργότερα, το ενδιαφέρον των μελετών μετατοπίστηκε από τους ενήλικες στα παιδιά και διαπιστώθηκε πως αυτές οι δυσκολίες δεν προκαλούνται από κάποιο τραύμα αλλά από κάποια εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Ακολουθώντας την εξέλιξη του ορισμού, εξακριβώθηκε ότι οι μαθησιακές δυσκολίες δεν είναι σχετικές με αισθητηριακές δυσκολίες ή με κάποια νοητική υστέρηση και ορίστηκαν οι τομείς, όπου οι δυσκολίες αυτές επιδρούν στον άνθρωπο. Αυτό είναι σημαντικό να το ξέρουμε, διότι μας προσανατολίζει στο πώς μπορούμε να κάνουμε διάγνωση τέτοιων προβλημάτων, ποιους τομείς οφείλουμε να εξετάσουμε

και πώς. Για αυτό, γίνεται αντιληπτό ότι το ενδιαφέρον στρέφεται από το άτομο που έχει το πρόβλημα προς την πολιτεία και την κοινωνία, τους τρόπους παρέμβασης και αξιολόγησης (Τρίγκα, 2010).

Θεωρείται πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε την εξέλιξη των μαθησιακών δυσκολιών για να εντοπίζουμε την αιτία του προβλήματος, να διερευνήσουμε τις περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζει και το γιατί παρουσιάστηκαν, σε ποια πεδία ικανοτήτων αναφέρονται, πώς επηρεάζουν τον άνθρωπο στην ακαδημαϊκή καριέρα και στην καθημερινή ζωή του. Γνωρίζοντας την ιστορία τους, είναι πιο εύκολο να γίνει μια αξιολόγηση στο πρόβλημα του ατόμου και μετά να συνεχίσουμε με την παρέμβαση του προβλήματος, να δώσουμε κατευθύνσεις στο άτομο και στους ειδικούς και στην πολιτεία προς το τι ενδέχεται να κάνει για να αντιμετωπιστούν (Τρίγκα, 2010).

4.2 Ορισμός

Οι πολλοί ορισμοί, που διατυπώθηκαν κατά καιρούς για να αποσαφηνιστούν εννοιολογικά οι μαθησιακές δυσκολίες, δυσκολεύουν την έρευνα. Οι Τζουριάδου και Μπάρμπας διέκριναν σε ομάδες τους συγκεκριμένους ορισμούς σύμφωνα με τις διαφορετικές προσεγγίσεις, που ακολουθούν: στους παιδαγωγικοκεντρικούς, στους λειτουργικούς και στους ιατροκεντρικούς ορισμούς.

Στους παιδαγωγικοκεντρικούς ορισμούς συναντάμε τον Kirk, ο οποίος αναγνώρισε τις μαθησιακές δυσκολίες ως μια κατηγορία διαταραχών καθώς και ως τη μεγαλύτερη κατηγορία από την ειδική εκπαίδευση. Μεγάλος αριθμός μαθητριών και μαθητών βρίσκονται αντιμέτωποι με δυσκολίες διαφορετικής έντασης και είδους σε συναισθηματικό, κοινωνικό και σχολικό πλαίσιο. Αυτό οφείλεται στην επιτυχή ή ανεπιτυχή αποδοχή των μαθητών στη διδασκαλία και στην περίπλοκη φύση των μαθησιακών δυσκολιών (Πλωμαρίτου, 2010).

Στους λειτουργικούς ορισμούς βρίσκονται οι ορισμοί, που περικλείουν τα κριτήρια με τα οποία οι επαγγελματίες αξιολογούν και εντοπίζουν τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες. Ένα παράδειγμα για λειτουργικό ορισμό είναι ο ορισμός των Hallahan και Kaufman (1976): οι μαθησιακές δυσκολίες σαν όρος δηλώνει προβλήματα σε μια ή πιο πολλές περιοχές ικανότητας ή ανάπτυξης και αναφέρεται

στην ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη, στη δυσλεξία και στην υποεπίδοση. Καθώς όλα τα παιδιά που εντάσσονται στις κατηγορίες αυτές έχουν προβλήματα μάθησης, οι μαθησιακές δυσκολίες πρέπει να αντιμετωπίζονται από κοινού και έμφαση θα δίνεται σύμφωνα με τις ικανότητες, τις ανεπάρκειες ή την ειδική συμπεριφορά του παιδιού.

Στην ομάδα των ιατροκεντρικών ορισμών είναι οι ορισμοί των Myklebust και Bannatyne (1967), ορίζει τις μαθησιακές δυσκολίες σαν ψυχονευρολογικές δυσκολίες, που δεν είναι ταυτισμένες με κάποια κατάσταση του εγκεφάλου και έχουν τη δυνατότητα να συμβαδίζουν με άλλες ανεπάρκειες, ενώ ο Bannatyne (1971) τις ταυτίζει με την ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Γενικός είναι ο όρος «Μαθησιακές Δυσκολίες» και γίνεται χρήση του με σκοπό να χαρακτηριστούν οι όποιες δυσκολίες στην μάθηση ανεξαρτήτως από τα αίτια (Κρόκου, 2007). Οι Αγγλοσάξονες υιοθέτησαν τον συγκεκριμένο όρο και αναφέρονται σε αυτήν την ομάδα παιδιών χρησιμοποιώντας τους όρους Specific Learning Difficulties (Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες), Learning Disabilities ή Learning Disorders (Μαθησιακή Ανικανότητα ή Μαθησιακές Διαταραχές, αντίστοιχα), ενώ, προσφάτως, στην Αμερική, αποφάσισαν να χρησιμοποιούν τον όρο Learning Differences (Μαθησιακές Διαφορές/Ιδιαιτερότητες) (Λιβανίου, 2004).

Με τις μαθησιακές δυσκολίες εννοούμε τις ειδικές διαταραχές, που εμφανίζουν τα παιδιά σε μία ή περισσότερες από τις κύριες ψυχολογικές λειτουργίες και είναι αναγκαίες για να χρησιμοποιηθεί και να κατανοηθεί ο προφορικός ή γραπτός λόγος (Αναγνωστοπούλου, 2008). Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν έναν ετερογενή πληθυσμό αιτιολογικά πολυκαθοριζόμενο και όχι μια ομοιογενή ομάδα με όμοια χαρακτηριστικά (Μιχελογιάννης και Τζενάκη, 2000). Αυτή η ετερογένεια παρουσιάζεται με σοβαρά προβλήματα στην χρήση και πρόσκτηση ικανοτήτων στην γραφή, ανάγνωση, ακρόαση, ομιλία, μαθηματικά και στον συλλογισμό (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010).

Οι μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να συμπαρουσιάζονται με ειδικές διαταραχές της ανάπτυξης, χαμηλή νοημοσύνη, ψυχολογικούς, αισθητηριακούς ή οργανικούς παράγοντες. Επιπρόσθετα, μπορεί να εντοπίζονται σε δυσμενείς πολιτισμικές, κοινωνικές, οικογενειακές συνθήκες, για παράδειγμα, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, η διγλωσσία, η πολιτισμική αποστέρηση κ.ά. ή μερικές φορές μπορεί να έχουν

αιτιολογική σύνδεση με τη μαθησιακή διαδικασία, το σχολείο ή με τον εκπαιδευτικό, που δεν ανταπεξέρχεται στις προσδοκίες και στις δυνατότητες του μαθητή (Cole & Cole, 2002).

Συν τοις άλλοις, ο όρος «Μαθησιακές Δυσκολίες» δεν περιλαμβάνει παιδιά, τα οποία εμφανίζουν μαθησιακά προβλήματα, σαν άθροισμα κινητικών, ακουστικών ή οπτικών μειονεξιών, πολιτισμικά μειονεκτικού περιβάλλοντος, συναισθηματικής διαταραχής ή νοητικής υστέρησης (Bender, 2004). Επιπλέον, ο όρος «Μαθησιακές Δυσκολίες» αντικαταστάθηκε από την πιο συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία των «Διαταραχών Μάθησης» στο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM – IV (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006; Αναγνωστόπουλος, Σίνη, 2005; American Psychiatric Association, 2004; Γκίζα, 2003). Εντέλει, σύμφωνα με το ICD–10, στην τελευταία ταξινόμηση των διαταραχών συμπεριφοράς και των ψυχικών διαταραχών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, καθορίζονται σαν ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των ικανοτήτων στο σχολείο (Αναγνωστόπουλος, Σίνη, 2005; Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1997).

Το 1963, ο Αμερικανός Samuel Kirk επινόησε τον όρο Learning Disabilities, και έγινε γρήγορα αποδεκτός, διότι ήταν περιγραφικός και γενικός δίχως να κάνει αναφορά στα πιθανά αίτια. Σήμερα, σύμφωνα με την National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD) στις ΗΠΑ, οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είναι ένα άθροισμα διαταραχών, που φανερώνονται σε μία ή πιο πολλές από τις κύριες λειτουργίες, που αφορούν τη χρήση του λόγου ή την αντίληψη, προφορικού ή γραπτού λόγου, οι οποίες επιδρούν και αυτές τις κύριες δεξιότητες του σχολείου. Οι άνθρωποι, που φανερώνουν διαταραχές τέτοιου είδους εμφανίζουν ατέλειες στο γράψιμο, στην ομιλία, στις μαθηματικές πράξεις, στην ορθογραφία, στο διάβασμα, δυσχέρειες στην διαπροσωπική/ενδοπροσωπική προσαρμογή και δυσκολίες στις κινητικές δεξιότητες (Παντελιάδου, 2009; Κρόκου, 2007).

Κατά καιρούς διατυπώθηκαν διάφοροι ορισμοί, όπως προαναφέραμε, οι οποίοι δεν κατάφεραν να λύσουν το πρόβλημα της ορολογίας, αλλά προσαρμόστηκαν στις θεωρίες και το πλαίσιο τους. Εξαιτίας της φύσης τους, οι ειδικοί που ασχολούνται με τις μαθησιακές δυσκολίες, προέρχονται από πολλές επιστήμες, όπως από την εκπαίδευση, την ψυχολογία, την ψυχιατρική, την νευρολογία και άλλα. Η καθεμία επιστήμη επικεντρώνεται σε διαφορετικές όψεις τους, με αποτέλεσμα να

διατυπωθούν διάφορες θεωρίες, διαμετρικά αντίθετες μεταξύ τους, σε ό,τι αφορά τη διάγνωση, την αιτιολογία και την αντιμετώπισή τους. Μέχρι σήμερα, σε διεθνή κλίμακα δεν υπάρχει ομοφωνία στα ζητήματα των αιτιών, του ορισμού και της αντιμετώπισης του προβλήματος. Μέχρι τώρα, χρησιμοποιήθηκαν περισσότερους από σαράντα ορισμούς για να καθοριστούν τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, καθώς και για τα θεραπευτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα που δημιουργήθηκαν για τα παιδιά αυτά (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010).

4.3 Χαρακτηριστικά

4.3.1 Βασικά Χαρακτηριστικά

Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα με βασικό στοιχείο την μη συμφωνία στην ανάπτυξη των επιμέρους ικανοτήτων. Για αυτό και το σημαντικότερο πρόβλημα των μελετητών και των εκπαιδευτικών είναι η αδυναμία δόμησης κάποιου βασικού προφίλ για αυτούς τους μαθητές. Και αυτό γίνεται διότι οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες δεν έχουν τα ίδια προβλήματα (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010). Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά αυτών των μαθητών σύμφωνα με τις κατηγορίες του ορισμού των Μαθησιακών Δυσκολιών είναι:

1. Προβλήματα παραγωγής και πρόσληψης προφορικού λόγου. Αυτά τα προβλήματα έχουν συνδεθεί με την παρουσία μαθησιακών δυσκολιών στο γραπτό λόγο και κυρίως στην ανάγνωση είτε στις πρώτες τάξεις είτε στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Λιβανίου, 2004).

2. Προβλήματα στη φωνολογική επεξεργασία και στη φωνημική επίγνωση. Η ανάκληση κάποιας προφορικής πληροφορίας ή η μνήμη αποδείχθηκε ότι επιδρούν στην ευχέρεια και στην ακριβή αποκωδικοποίηση (Καλομοίρης, 2007). Ταυτόχρονα, οι δυσκολίες στην παραγωγή του προφορικού λόγου και ειδικότερα τα συντακτικά προβλήματα και το φτωχό λεξιλόγιο συσχετίστηκαν με τις δυσκολίες στην ανάγνωση (Τρίγκα Μερτίκα, 2010; Παντελιάδου, Πατσιοδήμου, 2007).

3. Προβλήματα γραφής και ανάγνωσης. Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζουν προβλήματα στην επεξεργασία του γραπτού λόγου και ειδικότερα στην ανάγνωση (Παντελιάδου, Πατσιοδήμου, 2007). Οι μαθητές με δυσκολίες στην

ανάγνωση παρουσιάζουν αδυναμίες σε κύριες γνωστικές δεξιότητες της γλώσσας, της αντίληψης, της φωνολογικής επίγνωσης και της μνήμης. Επομένως, οι δυσκολίες τους είναι σχετικές με το οπτικό – χωρικό και το ακουστικό – γλωσσικό πλαίσιο (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010). Αυτά τα προβλήματα επικεντρώνονται στην αναγνωστική κατανόηση, στην ευχέρεια και στην αποκωδικοποίηση (Σερδάρης, 1998). Ο μαθητής συγχέει τις ακολουθίες, τα γράμματα, τις λεκτικές εξηγήσεις, τις λέξεις ή τους αριθμούς. Κουράζεται εύκολα και διαβάζει με περιορισμένη κατανόηση. Επίσης, θέλει πολύ χρόνο για να διαβάσει και να γράψει σωστά (Φλωράτου, 2009; Παντελιάδου, Πατσιοδήμου, 2007). Στους τομείς της γραφής και της ορθογραφίας, όπου αυτά τα παιδιά εμφανίζουν σοβαρές δυσκολίες είναι τα μορφολογικά στοιχεία, η ελεύθερη γραφή, το περιεχόμενο, η ακουστική και η οπτική αντίληψη και ο τρόπος γραφής (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010; Σπαντιδάκης, 2009; Πρωτόπαπας, 2007; Καλομοίρης, 2007).

4. Προβλήματα στον συλλογισμό. Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζουν αδυναμίες στις αυτορρυθμιστικές δεξιότητες, στις γνωστικές στρατηγικές μάθησης και στις επιτελικές λειτουργικές ικανότητες. Παρουσιάζουν παρορμητικό γνωστικό ρυθμό (απουσία στοχαστικότητας), δηλαδή, απαντούν αυτόματα σε ερωτήσεις και δίνουν λαθεμένες απαντήσεις, γιατί δεν έχουν στοχαστεί καθόλου προτού απαντήσουν (Φλωράτου, 2009). Τέλος, παρουσιάζουν προβλήματα στις μεταγνωστικές δεξιότητες, δηλαδή, στην αξιολόγηση και στον έλεγχο των αποτελεσμάτων της γνωστικής τους προσπάθειας (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010; Μπότσα, Παντελιάδου, 2007).

5. Προβλήματα στα μαθηματικά. Περίπου 5% έως 8% από το σύνολο των μαθητών δίχως μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζει δυσκολίες στα μαθηματικά, ενώ πάρα πολλοί μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν προβλήματα στην έννοια του αριθμού, στην ερμηνεία γραφημάτων, στη χρήση στρατηγικών και στην εκτέλεση αριθμητικών πράξεων (Παντελιάδου, Πατσιοδήμου, 2007). Αρκετοί μαθητές με διαταραχές χωρικής οργάνωσης, σωματικού σχήματος και χωρικού προσανατολισμού, αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην αριθμητική. Όταν οι μαθητές δεν καταλαβαίνουν τη κύρια έννοια του αριθμού, τότε εμφανίζουν δυσαριθμησία (Lerner, 2005).

4.3.2 Γενικά χαρακτηριστικά

Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είναι ενδεικτικές εξαιτίας της παρουσίας ποιοτικά διακριτών τύπων μαθησιακών δυσκολιών και της μεγάλης ποικιλομορφίας τους. Αναγκαία προϋπόθεση είναι να δημιουργηθεί ένα αναλυτικό γνωστικό προφίλ του μαθητή με μαθησιακές δυσκολίες, που θα διευκολύνει να οργανωθεί το κατάλληλο ατομικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα και θα προσαρμοστεί στις ανάγκες και στις δυνατότητες του (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010).

Συνήθως, οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες αποκλίνουν σχεδόν ένα χρόνο από το επίπεδο της τάξης τους, κυρίως στις πρώτες βαθμίδες του σχολείου. Αυτές οι δυσκολίες εντοπίζονται πρώτα στην ανάγνωση και μετά στο γραπτό λόγο (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010). Οι περιοχές που παρουσιάζουν προβλήματα είναι: η λήθη και η μνήμη, η γλωσσική ανάπτυξη, οι μεταγνωστικές δεξιότητες, η αισθητηριακή αντίληψη – επεξεργασία, η προσοχή, ο ψυχοκινητικός συντονισμός, η συναισθηματική και η κοινωνική εξέλιξη, η συμπεριφορά, τα κίνητρα και η κατανόηση (Σπαντιδάκης, 2009; Φλωράτου, 2009; Λεγάκη, 2007; Μπότσα, Παντελιάδου, 2007). Αυτά τα χαρακτηριστικά παρουσιάζονται με διαφορετική ένταση και μορφή σε κάθε άτομο.

4.3 Ταξινόμηση και Κατηγορίες Μαθησιακών Διαταραχών

Στις μαθησιακές δυσκολίες δεν υπάρχει ομοφωνία ανάμεσα στους ειδικούς όσον αφορά την κατηγοριοποίηση τους. Αυτό οφείλεται στο ότι οι διάφοροι ερευνητές ορίζουν τις μαθησιακές δυσκολίες με διαφορετικό τρόπο και υιοθετούν διαφορετικά κριτήρια για ταξινόμηση. Επιπλέον, οι όροι, όπου υποδηλώνονται οι μαθησιακές δυσκολίες και οι κατηγοριοποιήσεις τους αλλάζουν, καθώς μεταβάλλονται οι κοινωνικές αντιλήψεις για τα σχετικά θέματα και οι διάφορες επιστήμες, που ασχολούνται με αυτές, προοδεύουν (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2010).

Για τους προηγούμενους λόγους, η βιβλιογραφία περιέχει διάφορες ταξινομήσεις των μαθησιακών δυσκολιών. Κάποια συστήματα ταξινόμησης ξεχωρίζουν δύο υποκατηγορίες: α) εκείνες που οφείλονται σε γνωστά και εμφανή αίτια, και β) εκείνες των οποίων τα αίτια δεν είναι γνωστά και σαφή. Κάποιοι άλλοι

συγγραφείς κάνουν χρήση ενός πιο διευρυμένου αιτιολογικού μοντέλου κατάταξης για τις δυσκολίες στην μάθηση, προσθέτοντας εξωγενείς εκπαιδευτικούς και κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες στα εμφανή και λανθάνοντα ψυχολογικά ή οργανικά αίτια. Ο Bradley ξεχωρίζει τις αιτίες των μαθησιακών δυσκολιών σε μεικτά, ενδογενή και εξωγενή (Αναγνωστόπουλος, Σίνη, 2005). Οι Adelman και Taylor διακρίνουν: τα μαθησιακά προβλήματα τύπου I, που δημιουργούνται από παράγοντες που δρουν στο εξωτερικό περιβάλλον του ανθρώπου, τα προβλήματα τύπου II, που δημιουργούνται από ενδογενείς παράγοντες του ανθρώπου (όπως, διαταραχές στο κεντρικό νευρικό σύστημα), και τα προβλήματα τύπου III, που προκαλούνται από τη συνύπαρξη ενδογενών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2010). Στην 1^η περίπτωση έχουμε τις παρακάτω κατηγορίες των δυσκολιών: α) δυσκολίες, που προκαλούνται από ψυχοσυναισθηματικές αιτίες, β) σχετικές με εκπαιδευτικές αιτίες, γ) συνδεδεμένες με οργανικά αίτια και δ) εκείνες, που απορρέουν από κοινωνικοπολιτισμικές ανεπάρκειες (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010).

Τα μαθησιακά προβλήματα, που προκαλούνται από παράγοντες που επιδρούν στις γνωστικές διεργασίες του ανθρώπου, εντάσσονται στις γενικές μαθησιακές δυσκολίες από κάποιους συγγραφείς. Δηλαδή, οι γενικές μαθησιακές δυσκολίες αφορούν δυσλειτουργίες/αδυναμίες, που ασκούν αρνητική επίδραση στις επιδόσεις του ανθρώπου σε πολλούς τομείς της μάθησης και της καθημερινής του ζωής. Αντίθετα, οι δυσκολίες, που αφορούν δυσχέρειες του ατόμου σε κάποιο τομέα και δεν ασκούν επίδραση στις επιδόσεις του σε άλλους τομείς, ονομάζονται ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (Αναγνωστόπουλος και Σίνη, 2005). Με βάση τη διεθνή ταξινόμηση DSM-III-R, οι διαταραχές των σχολικών δεξιοτήτων είναι: η αναπτυξιακή διαταραχή της αριθμητικής, της ανάγνωσης και της γραπτής έκφρασης (Μιχελογιάννης, Τζενάκη, 2000). Στο DSM-IV, οι μαθησιακές δυσκολίες/διαταραχές ταξινομούνται στις παρακάτω κατηγορίες: 1. Διαταραχή της Γραπτής Έκφρασης, 2. Διαταραχή της Ανάγνωσης, 3. Μαθησιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, 4. Διαταραχή των Μαθηματικών. Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη διαταραχή της γραπτής έκφρασης, της ανάγνωσης και των μαθηματικών είναι τα εξής: Α. Η μαθηματική ικανότητα, οι δεξιότητες της γραφής, η επίδοση στην ανάγνωση, μετρούμενες με ατομικά χορηγούμενες σταθμισμένες δοκιμασίες είναι κάτω από το αναμενόμενο, δεδομένων της μετρηθείσας νοημοσύνης, της χρονολογικής ηλικίας και της εκπαίδευσης του ατόμου που αντιστοιχεί στην ηλικία,

Β. Η διαταραχή στο κριτήριο Α εμποδίζει την επίδοση στο σχολείο ή δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που χρειάζονται μαθηματικές ικανότητες, σύνθεση γραπτών κειμένων και αναγνωστικές δεξιότητες, Γ. εάν υφίσταται αισθητηριακό έλλειμμα, οι δυσκολίες στη μαθηματική ικανότητα και στις δεξιότητες της γραφής και της ανάγνωσης είναι πιο μεγάλες από αυτές που το συνοδεύουν (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010; Αναγνωστόπουλος, Σίνη, 2005; American Psychiatric Association, 2004).

Στο ICD-10 οι μαθησιακές δυσκολίες ταξινομούνται σαν «Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές των Σχολικών Ικανοτήτων». Η διαγνωστική αυτή κατηγορία είναι αντίστοιχη με την κατηγορία των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών της γλώσσας και της ομιλίας. Σε αυτές τις δύο ομάδες διαταραχών υφίστανται οι ίδιοι προβληματισμοί για την μέτρηση και τον ορισμό τους. Είναι οι διαταραχές, όπου οι κανονικοί τύποι πρόσκτησης των ικανοτήτων είναι διαταραγμένες στην πρώτη φάση της ανάπτυξης και οφείλονται σε ανωμαλίες της γνωστικής διαδικασίας, προερχόμενες από κάποια μορφή οργανικής δυσλειτουργίας. Στο ICD-10, οι ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των ικανοτήτων στο σχολείο διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες: 1. Ειδική Διαταραχή στον Συλλαβισμό, 2. Ειδική Διαταραχή στην Ανάγνωση, 3. Μικτή Διαταραχή στις Σχολικές Ικανότητες, 4. Ειδική Διαταραχή στις Ικανότητες στην Αριθμητική, 5. Αναπτυξιακή Διαταραχή των Σχολικών Ικανοτήτων, μη καθοριζόμενη, 6. Άλλες Αναπτυξιακές Διαταραχές των Σχολικών Ικανοτήτων (Τρίγκα Μερτίκα, 2010; Μήτσιου-Δάκτυλα, 2009; Αναγνωστόπουλος, Σίνη, 2005; Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1997).

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η επικρατούσα ταξινόμηση για τις μαθησιακές δυσκολίες στο διεπιστημονικό πεδίο γίνεται σύμφωνα με το είδος της δυσκολίας. Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες χωρίζονται σε διάφορες κατηγορίες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και είναι: 1. Ειδική μαθησιακή δυσκολία στην ανάγνωση (δυσαναγνωσία), 2. Ειδική αναπτυξιακή δυσλεξία, 3. Ειδική μαθησιακή δυσκολία στα μαθηματικά – αριθμητική (δυσαριθμησία), 4. Ειδική μαθησιακή δυσκολία στη γραπτή έκφραση – ορθογραφία (δυσορθογραφία) (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010; Μαρκάκης, 2006; Βρυώνης, 2004).

4.4 Διάγνωση Μαθησιακών Διαταραχών

Για να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί η πολυπλοκότητα των μαθησιακών διαταραχών είναι απαραίτητο να παρέμβει το εξειδικευμένο προσωπικό για

σημαντικό χρονικό διάστημα, με σκοπό την ύπαρξη ακριβής διάγνωσης του είδους της μαθησιακής δυσκολίας και την χάραξη της στρατηγικής αντιμετώπισής της. (Αναγνωστόπουλος, Σίνη, 2005). Όπως είναι γνωστό, οι μαθησιακές δυσκολίες δεν συνιστούν ένα ενιαίο σύνολο. Διαφέρουν μεταξύ τους όσον αφορά τα πιθανά αίτια τους και τον τρόπο εκδήλωσης και αντιμετώπισης πρακτέος. Για αυτό είναι δύσκολο να διατυπωθούν τρόποι διάγνωσης και αντιμετώπισης των μαθησιακών προβλημάτων, που να ισχύουν γενικά σε όλες τις περιπτώσεις. Η κάθε κατηγορία μαθησιακών δυσκολιών έχει ανάγκη ιδιαίτερης μεθόδου και διαδικασίας για διάγνωση και αντιμετώπιση (Αγαλιώτης, 2008).

Η επιτυχής αντιμετώπιση των εξεταζόμενων δυσκολιών είναι εξαρτώμενη σημαντικά από δύο παράγοντες: α) να διαγνωστούν σωστά και έγκαιρα και β) να εφαρμοστεί ο κατάλληλος τρόπος για την αντιμετώπιση τους. Κάποια μαθησιακά προβλήματα είναι εμφανή και ενδέχεται ναρκί να διαγνωστούν. Όμως, αυτό δεν ισχύει για κάποια άλλα, που ανακαλύπτονται στο σχολείο, εκτός εάν οι γονείς έχουν εντοπίσει συμπεριφορές στο παιδί τους, διαφορετικές από τις αντίστοιχες των συνομηλίκων του. Οι παρατηρήσεις των νηπιαγωγών και των δασκάλων στις πρώτες τάξεις στο δημοτικό είναι σημαντικές, εάν και υπάρχουν περιπτώσεις, όπου ενδέχεται να εμφανιστούν μαθησιακές δυσχέρειες σε πιο μεγάλες ηλικίες (όπως, στην εφηβεία). Συνήθως, το πρόβλημα παρουσιάζεται στις πρώτες τάξεις του σχολείου, όπου υπάρχει συγκεκριμένο πρόγραμμα μάθησης. Όταν το πρόβλημα είναι μεγάλο, παρουσιάζεται και στο νηπιαγωγείο, αρκεί οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς να το αντιληφθούν και να μην το αποδώσουν σε άλλους παράγοντες (Καμπανάρου, 2007).

Κάποιες περιπτώσεις από τις μαθησιακές δυσκολίες γίνονται αντιληπτές πιο νωρίς, διότι συνοδεύονται από κάποια εμφανή συμπτώματα, όπως καθυστέρηση στο συντονισμό των κινήσεων, στο λόγο, κ.ά, που γίνονται αντιληπτά από τους γονείς του παιδιού ή τον παιδίατρό του (Lerner, 2003). Κάποιες φορές, η διάγνωση γίνεται από το νηπιαγωγείο, παρόλο που οι μειωμένες μαθησιακές απαιτήσεις και η χαλαρότητα του προγράμματος δεν παρέχουν πάντα εμφανή συμπτώματα από τις μαθησιακές δυσκολίες. Ο δάσκαλος είναι ο πρώτος, ο οποίος εντοπίζει τις δυσκολίες του παιδιού στην αριθμητική, στο γράψιμο, ή στο διάβασμα. Όμως, υπάρχει το ενδεχόμενο να μη γίνει έγκαιρη διαπίστωση των μαθησιακών προβλημάτων των παιδιών που είναι ήσυχα και συνεσταλμένα διότι αυτά τα χαρακτηριστικά αποτελούν επιβράβευση από

το σχολείο και ενδέχεται να καλύψουν ανεπάρκειες, που μπορεί να χαρακτηριστούν σαν εκδηλώσεις δειλίας κ.ά.(Magowan, 2003).

Με βάση το National Institute of Mental Health “NIMH”, οι μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να διαπιστωθούν εξετάζοντας σοβαρές αργοπορίες στην ανάπτυξη δεξιοτήτων του παιδιού. Είναι σημαντική μια αργοπορία δύο ετών στις πρώτες τάξεις. Οι μαθησιακές δυσκολίες δεν αναγνωρίζονται σε πιο μεγάλους μαθητές, εκτός εάν η καθυστέρηση είναι περισσότερο από δύο έτη. Η αληθινή διάγνωση πραγματοποιείται μέσω συγκεκριμένων τεστ, που κάνουν σύγκριση του επιπέδου ικανότητας του παιδιού με το άτομο στην συγκεκριμένη ανάπτυξη και ηλικία που θεωρείται στην φυσιολογική ανάπτυξη (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010). Η διάγνωση και η αξιολόγηση των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών είναι ένα συλλογικό και σύνθετο έργο, που χρήζει ανάγκης της συνεργασίας διεπιστημονικής ομάδας. Οι ειδικότητες που συμμετέχουν άμεσα στη διαδικασία της διάγνωσης είναι ο ψυχολόγος, ο ειδικός παιδαγωγός, ο κοινωνικός λειτουργός, ο παιδοψυχίατρος και ο λογοπεδικός. Σπουδαίο ρόλο στη διαδικασία ενδέχεται να έχουν ο ωτορινολαρυγγολόγος, ο παιδονευρολόγος και ο οφθαλμίατρος, καθώς η αποτυχία στο σχολείο μπορεί να προκαλείται από αισθητηριακές μειονεξίες (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2010; Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010; Παντελιάδου, 2009).

4.5 Πρώιμη Ανίχνευση

Ο έγκαιρος εντοπισμός των μαθησιακών δυσκολιών είναι σημαντικός για να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Στην Μεγάλη Βρετανία και σε άλλες χώρες, γίνεται εφαρμογή της διαδικασίας της γενικής αξιολόγησης, που στοχεύει στο να εντοπιστούν τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες (screening). Αυτή η διαδικασία ξεκινάει από την προσχολική ηλικία, όπου γίνεται χορήγηση ειδικών σταθμισμένων τεστ για να εντοπιστούν οι δυσκολίες του παιδιού στην ορθογραφία, στα μαθηματικά και στην ανάγνωση. Τα αποτελέσματα αυτών των δοκιμασιών αποτελούν τη βάση για να διαμορφωθούν ειδικά παρεμβατικά προγράμματα (Herbert, 2008; Τσίπρα, 2007).

Σε μια τάξη του σχολείου, ακόμα και στο νηπιαγωγείο, το σύνολο των μαθησιακών ιδιαιτεροτήτων περιέχει τις δυσκολίες μάθησης και την προβληματική

συμπεριφορά και αποτελούν ενδείξεις για πιθανή μαθησιακή δυσκολία (Kirkpatrick & Stohr & Kimbrough, 1990). Στο νηπιαγωγείο, μια έμπειρη νηπιαγωγός θα καταφέρει να εντοπίσει γρήγορα το παιδί με προβλήματα στη γλώσσα ή άλλες μαθησιακές ιδιαιτερότητες, επειδή υπάρχουν πολλά ενδεικτικά στοιχεία στην συμπεριφορά του, που θα επιφέρουν δυσκολίες στη μάθηση (Δράκος, 1999). Τέτοια στοιχεία είναι τα παρακάτω:

A. ανάγνωση: το παιδί δεν μπορεί να καταλάβει πως οι λέξεις διαβάζονται μόνο από αριστερά προς δεξιά. Πολλά παιδιά με υψηλή νοημοσύνη διαβάζουν γρήγορα τις λέξεις ανάποδα ή με αναγραμματισμούς ή ξεκινώντας από τη μέση. Επιπλέον, όταν συλλαβίζει, μπορεί να αποκωδικοποιεί τα γραφήματα σωστά, αλλά όταν διαβάζει όλη τη λέξη, τη διαβάζει λάθος.

B. προφορικός λόγος: το παιδί εξελίσσεται αργά, σε σύγκριση με την πνευματική και σωματική ανάπτυξη του. Συγκεκριμένα: χρησιμοποιεί ανύπαρκτες λέξεις, όμοιες ηχητικά με τις σωστές ή μπερδεύει ακουστικά παρόμοιες λέξεις. Μπερδεύει τη σειρά των γραμμάτων στη λέξη, δηλαδή κάνει αναγραμματισμούς. Οι προφορικές του εκφράσεις δεν είναι ώριμες στη γραμματική και στο συντακτικό. Έχει περιορισμένο λεξιλόγιο. Δεν κατανοεί την ομοιοκαταληξία και δεν μπορεί να αποστηθίσει τραγούδια ή στίχους.

Γ. γραφή/ζωγραφική: το παιδί κάνει χρήση των δύο χεριών του για να φάει, να πιάσει τα πινέλα ζωγραφικής ή το μολύβι. Επιπλέον, δεν μπορεί να καταλάβει την αρχή της σελίδας και αρχίζει από την άκρη ή τη μέση. Αυτό οφείλεται στο ότι το παιδί έχει προβλήματα στην οργάνωση χώρου ή στην πλευρίωση (αμφιδέξιο). Γράφει λάθος το όνομά του ή δεν ξέρει να γράψει ή εμφανίζει δείγματα καθρεπτικής γραφής και στρεφοσυμβολισμού.

Δ. χωροχρονικές έννοιες: δεν μπορεί να κατανοήσει κατευθύνσεις (δεξιά – αριστερά) και δεν είναι σίγουρο για την τοποθέτησή του στο χώρο. Τα προβλήματα προσανατολισμού επιδρούν στην κατανόηση άλλων εννοιών (όπως, πάνω/κάτω) και το ρόλο και τη θέση του παίκτη σε ομαδικά παιχνίδια, γι' αυτό αυτά τα παιδιά δεν λαμβάνουν μέρος. Είναι γεγονός ότι το 90% των παιδιών με δυσκολίες στις χωροχρονικές έννοιες, καθυστερούν να μάθουν το πώς να κουμπώνονται ή τη σειρά που θα φορέσουν τα ρούχα τους.

Ε. παιχνίδια με γράμματα και λέξεις: δεν μπορεί να βάλει σχήματα, αριθμούς, γράμματα στη σειρά κ.α. ή να βάλει λέξεις σε ομάδες ή να κάνει ταξινόμηση. Αντιθέτως, μπορεί να είναι ικανό σε παιχνίδια με τρισδιάστατα σχήματα και κατασκευές.

ΣΤ. βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη μνήμη: ξεχνάει τις οδηγίες της δασκάλας για διάφορες ασχολίες και που βρίσκονται τα πράγματά του. Δεν μπορεί να επαναλάβει το αλφάβητο, τις ημέρες και να αποστηθίσει στίχους με τη σωστή σειρά (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010; Λιβανίου, 2004). Η νηπιαγωγός πρέπει να γνωρίζει ότι μπορεί να χρειάζονται εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, που θα εξαρτώνται από το είδος του προβλήματος (συμπεριφοράς ή μαθησιακού) και θα ποικίλλουν (Herbert, 2008).

4.6 Αντιμετώπιση και Παρεμβάσεις

Οι μαθησιακές δυσκολίες πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα με σκοπό την πρόληψη της διόγκωσης τους και της συσσώρευσης αρνητικών εμπειριών στο σχολείο (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010). Ύστερα από τη σαφή διάγνωση, οι ειδικοί πρέπει να βρουν τον κατάλληλο τρόπο για τη σωστή ενημέρωση των γονιών των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες (Westwood, 2001). Η αποδοχή και η κατανόηση του προβλήματος μαζί με την ενημέρωση για τις ιδιαιτερότητες στην εξέλιξη της μαθησιακής ικανότητας, τις αδυναμίες και δυνατότητες του παιδιού από εκπαιδευτικούς και γονείς και τους τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών είναι οι κατάλληλες πληροφορίες για να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι μαθησιακές δυσκολίες (Βλασσοπούλου, Ρότσικα, 2007; Παντελιάδου, 2007; Παντελιάδου, Αντωνίου, 2007; Χατζηγιάννογλου, 2007).

Αρκετοί ειδικοί θεωρούν απαραίτητο κατά την προσχολική ηλικία να εφαρμοστούν παρεμβατικά προγράμματα πρόληψης. Τα παρεμβατικά προγράμματα ασχολούνται με μαθητές νηπιαγωγείων ή παιδικών σταθμών και σκοπεύουν στο να ενισχυθούν οι δεξιότητές τους σε κάποιους τομείς. Συγκεκριμένα, οι δεξιότητες σχολικής ετοιμότητας βοηθούν τους μαθητές στη διδασκαλία και στην ανταπόκριση του εκπαιδευτικού προγράμματος στις πρώτες τάξεις του δημοτικού. Αυτή η

παρέμβαση μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους και λειτουργεί ως πρωτογενής πρόληψη (Αυγητίδου, 2001).

Η έγκαιρη παρέμβαση πριν την α΄ τάξη του δημοτικού είναι σημαντική για τα παιδιά, που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (όπως, παιδιά από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα). Η έγκαιρη παρέμβαση επιτρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα οι δυσκολίες των παιδιών (Γλύκας, Καλομοίρης, 2003). Είναι αποδεκτό ότι η πρόληψη σε πρωτογενές επίπεδο είναι πιο εύκολη και συμφέρει περισσότερο (από πλευράς κόστους, χρόνου και ενέργειας) από την παρέμβαση σε δευτερογενές ή τριτογενές επίπεδο (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010). Ενώ, μακροπρόθεσμα, τα προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης επιφέρουν θετικά αποτελέσματα για τους μαθητές (μειώνεται το ποσοστό των παιδιών που εγκατέλειψαν το σχολείο ή φοίτησαν στην ίδια τάξη). Συν τοις άλλοις, εξακριβώθηκε ότι η συμμετοχή των παιδιών και των γονέων τους και η μεγάλη χρονική διάρκεια είναι καθοριστικοί παράγοντες για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών (Βλασσοπούλου, Ρότσικα, 2007; Χατζηγιάννογλου, 2007).

Τα προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης (πρωτογενής πρόληψη) περιέχουν επισκέψεις στο σπίτι και εποπτεία και εκπαίδευση των εκπαιδευτικών, με σκοπό οι γονείς να βοηθηθούν στην ανάπτυξη των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών τους και να τα εμψυχώνουν να παίρνουν μέρος σε σχολικές δραστηριότητες.

Η πρόωπη παρέμβαση συνδέεται στενά με την σωστή διδασκαλία κάποιου μαθήματος σε όλους τους μαθητές. Δίνεται έμφαση στην εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη διδασκαλία για όλους τους μαθητές, όπου προσοχή δίνεται στον μαθητή και όχι στο μάθημα. Επομένως, η μαθησιακή διαδικασία είναι εξατομικευμένη, προσαρμόζεται στο γνωστικό ύψος του μαθητή και αξιοποιεί τις γνωστικές δεξιότητες του (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010).

Για να εφαρμοστεί η παρέμβαση στο πρώτο επίπεδο, που αφορά όλους τους μαθητές της τάξης, χρειάζεται να επιμορφωθούν οι εκπαιδευτικοί της γενικής εκπαίδευσης σε μεθόδους αποτελεσματικής διδασκαλίας και να δοθεί έμφαση στη σημασία της συστηματικής αξιολόγησης των μαθητών. Το δεύτερο επίπεδο της παρέμβασης αφορά την υποστήριξη των μαθητών σε μικρές ομάδες καθημερινά και

στο πλαίσιο του αναλυτικού προγράμματος (ειδική ή γενική εκπαίδευση) (Παντελιάδου, 2009).

Ύστερα από αυτό το επίπεδο παρέμβασης, οι μαθητές που δεν προοδεύουν μετά από είκοσι εβδομάδες εντατικής διδασκαλίας, περνούν στην ειδική αγωγή (οι μαθητές δέχονται εξατομικευμένη εντατική διδασκαλία σε τμήμα ένταξης ή από ειδικό εκπαιδευτικό). Σύμφωνα με την έγκαιρη παρέμβαση, τα παιδιά που περνούν στο τρίτο επίπεδο παρέμβασης, παραπέμπονται για να διαγνωστούν και πιθανώς να ενταχθούν στην ειδική αγωγή (Τρίγκα-Μερτίκα, 2010).

Για να ανιχνευθούν έγκαιρα τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες γίνεται χρήση πολλών μεθόδων αξιολόγησης, όπως άτυπες και σταθμισμένες δοκιμασίες. Μια τέτοια αξιολόγηση είναι να χορηγηθούν προκριματικά τεστ σχολικής ετοιμότητας σε όλα τα παιδιά ή σε πολλά παιδιά προτού να ξεκινήσουν ή όταν ξεκίνησαν την α' τάξη του δημοτικού. Αυτή η αξιολόγηση σκοπεύει να εντοπιστούν οι ελλειμματικές περιοχές σε ποικίλους τομείς της γνωστικής ανάπτυξης των μαθητών (Henley & Ramsey & Algozzine, 2006).

Στην χώρα μας, προσαρμόστηκε η κλίμακα των Desforges και Lindsay για να αξιολογηθούν δεξιότητες και γνώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας. Αυτή η κλίμακα αξιολογεί ψυχοκινητικές, μαθηματικές και γλωσσικές δεξιότητες, καθώς και δεξιότητες σχετικές με την αυτονομία στη μάθηση και την κοινωνικότητα. Τα αποτελέσματα των δοκιμασιών μπορεί να βοηθήσουν τον εκπαιδευτικό για καταγραφή του επιπέδου του κάθε παιδιού, για έγκαιρο εντοπισμό των δυσκολιών του, για παραπομπή σε πλήρη αξιολόγηση και για εφαρμογή προγράμματος πρώιμης παρέμβασης (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Achenbach

5.1 Παρουσίαση του Τεστ Achenbach

Το Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των ικανοτήτων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά και εφήβους. Τα σταθμισμένα αυτά εργαλεία μας δίνουν την δυνατότητα για τη συλλογή πολλών πληροφοριών με τυποποιημένο τρόπο, ο οποίος επιτρέπει την επανάληψη και τη γενίκευση των προβλημάτων. Δίνουν την δυνατότητα σε επαγγελματίες πολλών ειδικοτήτων να αποκτούν γρήγορα σταθμισμένα δεδομένα για ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών των παιδιών. Η λειτουργικότητα μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με το πλαίσιο και το πρόσωπο με το οποίο το παιδί συναλλάσσεται, για το λόγο αυτό, έτσι διευκολύνεται η συστηματική μελέτη και η σύγκριση της λειτουργικότητας των παιδιών από πολλές και διαφορετικές οπτικές γωνίες. Οι σταθμισμένες περιγραφές που δίνουν οι αξιολογητές, για τη συμπεριφορά παιδιών και εφήβων, μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα τα οποία συλλέγονται από αυτή τη διαδικασία συμβάλλουν στην αναγνώριση των θετικών χαρακτηριστικών αλλά και των τομέων στους οποίους απαιτείται βοήθεια, και σύμφωνα με αυτά μπορούν να προγραμματιστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις (Achenbach, Rescorla, 2002).

Αυτό το τεστ δεν έχει ως στόχο μόνο την διάγνωση των διαταραχών και των δυσκολιών που μπορεί να παρουσιάζει ένα παιδί, αλλά οι σημαντικές και πολύπλευρες πληροφορίες που παρέχει αυτό το εργαλείο, μπορούν να βοηθήσουν τον εκάστοτε ειδικό στον τομέα της παρέμβασης και αποκατάστασης που θα ακολουθηθεί. Τα εργαλεία του Achenbach είναι παγκοσμίως αποδεκτά και χρησιμοποιούνται ευρέως για την εκτίμηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και της ψυχοπαθολογίας παιδιών και εφήβων (Achenbach, Rescorla, 2002).

5.2 Τι περιλαμβάνει το τεστ Achenbach

Το διαγνωστικό εργαλείο του Achenbach αποτελείται από τρία ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιούνται για τη συλλογή πληροφοριών. Τα ερωτηματολόγια είναι:

- Το Ερωτηματολόγιο για Γονείς (Child Behavior Checklist- CBCL),
- Το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους (Youth Self Report- YSR) και
- Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς (Teacher's Report Form- TRS). (Achenbach, Rescorla, 2002)

5.3 Τα ερωτηματολόγια του τεστ Achenbach

Τα ερωτηματολόγια του Σ.Α.Ε.Β.Α είναι αναπόσπαστα εργαλεία της καθημερινής πρακτικής, αφού γίνεται η χρήση τους κατά την αρχική αξιολόγηση σε δομές ψυχικής υγείας, για την ανίχνευση προβλημάτων σε εκπαιδευτικά και ιατρικά πλαίσια, καθώς και για την εκτίμηση ποικίλων καταστάσεων στις κοινωνικές υπηρεσίες. Είναι σταθμισμένα εργαλεία τα οποία επιτρέπουν τη σύγκριση των πληροφοριών που παίρνουμε για κάθε παιδί. Με την συχνή χρήση των ερωτηματολογίων οι ειδικοί έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν τα δικά τους κριτήρια για την αξιολόγηση των παιδιών. Τα παιδιά και οι έφηβοι μπορεί να εκδηλώνουν πολύ διαφορετική συμπεριφορά όταν βρίσκονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα ή αντιμετωπίζουν διαφορετικούς ανθρώπους γι αυτό η εκτίμηση της λειτουργικότητάς τους πρέπει να βασίζεται σε δεδομένα από πολλαπλές πηγές. Τα προφίλ του ΣΑΕΒΑ καθιστούν τη συστηματική σύγκριση μεταξύ διαφορετικών αξιολογητών απλή αλλά συγχρόνως αξιόπιστη προσφέροντας χρήσιμες πληροφορίες για τη δημιουργία αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Achenbach, Rescorla, 2002).

5.3.1 Το ερωτηματολόγιο για γονείς (παιδιά 6-18 ετών) (CBCL)

Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις για δημογραφικές πληροφορίες τις οποίες συμπληρώνει ο αξιολογητής, είναι το όνομα του παιδιού και η σχέση του αξιολογητή με το παιδί (πατέρας, μητέρα, άλλη σχέση). Ακόμη ζητούνται πληροφορίες για το επάγγελμα των γονέων ώστε να ληφθεί υπόψη το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Στη συνέχεια στις σελίδες 1 και 2 συμπληρώνονται στοιχεία που αφορούν τις ικανότητες που έχει το παιδί, πιο συγκεκριμένα στη σελίδα 2 υπάρχουν ερωτήσεις που απαντά ο αξιολογητής είναι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου σχετικά με ασθένειες ή αναπηρίες του παιδιού και καταγράφει τις ανησυχίες του σχετικά με το παιδί αλλά και τα θετικά στοιχεία του. Ο αξιολογητής συμπερασματικά βαθμολογεί τις κλίμακες και περιγράφει ειδικές πληροφορίες για το παιδί. Οι πληροφορίες σκιαγραφούν την εικόνα του παιδιού μέσα από τα μάτια του αξιολογητή, μπορεί κατόπιν ο ειδικός να συζητήσει με τους γονείς ή με άλλους ειδικούς αυτές τις πληροφορίες, καθώς και τη βαθμολόγηση των στοιχείων και των κλιμάκων.

Στις επόμενες σελίδες 3 και 4 αξιολογούνται τα κοινωνικά προβλήματα, τα συναισθήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται με 0,1, ή 2 όπου το 0 σημαίνει αυτό δεν ταιριάζει στο παιδί, το 1 σημαίνει ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές και το 2 σημαίνει ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά. Σύμφωνα με την συμπεριφορά του παιδιού κατά τους προηγούμενους έξι μήνες γίνεται και βαθμολογία. Περιλαμβάνονται συνολικά 113 στοιχεία. Στις σελίδες 3 και 4 οι αξιολογητές πρέπει να συμπληρώσουν σημαντικό αριθμό στοιχείων συμπεριφοράς. Το στοιχείο 56 στη σελίδα 3 περιγράφει και αξιολογεί σωματικά ενοχλήματα. Το στοιχείο 113 στη σελίδα 4 ζητά από τους αξιολογητές να περιγράψουν και να αξιολογήσουν πρόσθετα προβλήματα τα οποία δεν είχαν αναφερθεί προηγουμένως (Achenbach, Rescorla, 2002).

5.3.2 Το ερωτηματολόγιο για εκπαιδευτικούς (TRF)

Στην πρώτη σελίδα παρατίθενται οι δημογραφικές πληροφορίες σχετικά με το μαθητή. Καταγράφεται από τον εκπαιδευτικό ποιος είναι ο ρόλος του στο σχολείο, πόσο ξέρει το παιδί, πόσο καλά τον γνωρίζει, πόσο χρόνο περνά ο μαθητής μαζί του

στη τάξη του και τι είδους τάξη είναι αυτή. Ακόμη γίνεται καταγραφή εάν ο μαθητής έχει παρακολουθήσει κάποιο τμήμα ένταξης ή ειδική υπηρεσία όπως λογοθεραπεία, εάν έχει επαναλάβει οποιαδήποτε τάξη ή έχει λάβει συμπληρωματική διδασκαλία. Επιπλέον ο αξιολογητής βαθμολογεί την επίδοση των μαθημάτων αλλά και άλλα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσαρμοστικότητας του παιδιού όπως πόσο σκληρά εργάζεται, πόσο πολύ μαθαίνει, πόσο χαρούμενος είναι και το πόσο σωστά συμπεριφέρεται. Έπειτα καταγράφονται τα αποτελέσματα από τις δοκιμασίες επίδοσης και ικανοτήτων καθώς και τυχόν ασθένειες και αναπηρίες του μαθητή. Στο τέλος ο εκπαιδευτικός συμπληρώνει στοιχεία που τον ανησυχούν αλλά και τα θετικά χαρακτηριστικά του παιδιού.

Στις σελίδες 3 και 4, συμπληρωματικά, ο αξιολογητής βαθμολογεί τις διαταραχές συμπεριφοράς/συναισθήματος και τα κοινωνικά προβλήματα του μαθητή με 0,1 ή 2. Αυτές οι πληροφορίες αφορούν διαταραχές αλλά και πρόσθετα σωματικά ενοχλήματα ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα που προηγουμένως δεν είχε αναφερθεί.

Αυτό το ερωτηματολόγιο το συμπληρώνουν οι εκπαιδευτικοί ή άλλα μέλη του σχολικού προσωπικού, όπως βοηθοί δασκάλων, σύμβουλοι, διευθυντές και εκπαιδευτικοί της ειδικής αγωγής, οι οποίοι είναι σε θέση να γνωρίζουν το πως λειτουργεί το παιδί στο σχολείο και έτσι έχουμε μια συγκριτική εικόνα για την λειτουργικότητα του παιδιού στο χώρο του σχολείου. Η πρώτη σελίδα του TRF περιλαμβάνει δημογραφικές πληροφορίες σχετικά με το μαθητή. Ακόμη ζητείται από τους αξιολογητές να δηλώσουν ποιος είναι ο ρόλος τους στο σχολείο, πόσο καιρό ξέρουν το μαθητή, πόσο καλά τον γνωρίζουν, πόσο χρόνο περνά ο μαθητής στην τάξη ή την υπηρεσία τους και τι είδους τάξη ή υπηρεσία είναι αυτή, ώστε να καθοριστούν η ιδιότητα του αξιολογητή και το πλαίσιο μέσα στο οποίο έρχεται σε επαφή με το παιδί. Αν ο μαθητής έχει παραπεμφθεί σε τάξεις ένταξης ή σε ειδικές υπηρεσίες, εάν έχει λάβει συμπληρωματική διδασκαλία ή έχει επαναλάβει οποιαδήποτε τάξη, ζητείται να το δηλώσουν. Για την αξιολόγηση της προσαρμοστικής λειτουργικότητας των μαθητών οι αξιολογητές πρέπει να βαθμολογήσουν αφενός την επίδοση στα μαθήματα και αφετέρου συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσαρμοστικότητας: Πόσο σκληρά εργάζεται; Πόσο σωστά συμπεριφέρεται; Πόσο πολύ μαθαίνει; Πόσο χαρούμενος είναι;

Στη συνέχεια πρέπει να αναφέρουν τα αποτελέσματα από τις δοκιμασίες επίδοσης και ικανοτήτων, καθώς και πληροφορίες για τις ασθένειες του μαθητή, τις αναπηρίες του, τα θετικά χαρακτηριστικά του αλλά και τα στοιχεία που τους ανησυχούν περισσότερο. Μπορούν επίσης να κάνουν οποιοδήποτε άλλο σχόλιο θεωρούν σημαντικό. Στις δυο τελευταίες σελίδες, 3 και 4, ζητείται από τους αξιολογητές να βαθμολογήσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς/ συναισθήματος και τα κοινωνικά προβλήματα του παιδιού με 0, 1 ή 2, όπως ακριβώς και στο CBCL. Περιλαμβάνονται συνολικά 113 στοιχεία. Η αξιολόγησή τους όμως πρέπει να βασίζεται σε μια περίοδο δυο μηνών, και όχι έξι μηνών όπως γίνεται στο CBCL. Η αξιολόγηση με το TRF αναφέρεται σε συντομότερη χρονική περίοδο για το λόγο ότι συχνά οι καθηγητές είναι απαραίτητο να αξιολογούν τους μαθητές βασιζόμενοι σε σύντομες επαφές τους και να τους επαναξιολογούν περιοδικά μέσα σε σχετικά βραχείες περιόδους κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους. Το TRF ζητά από τους αξιολογητές να περιγράψουν αρκετά προβλήματα καθώς και πρόσθετα σωματικά ενοχλήματα ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα δεν είχε αναφερθεί προηγουμένως (Achenbach, Rescorla, 2002).

5.4 Αξιολογητές που δεν μπορούν να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια

Όταν οι αξιολογητές δεν δύνανται να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια μόνοι τους, είτε γιατί δυσκολεύονται στην ανάγνωση ή προκύπτει κάποιος άλλος λόγος, τότε συνιστάται ο ειδικός να δίνει στον αξιολογητή ένα αντίγραφο του ερωτηματολογίου, να κρατά για τον εαυτό του ένα δεύτερο αντίγραφο, και να λέει: «Θα σας διαβάσω τα στοιχεία του ερωτηματολογίου και θα σημειώνω τις απαντήσεις σας». Ωστόσο όσοι αξιολογητές μπορούν να διαβάσουν αρκετά καλά αρχίζουν να απαντούν στα στοιχεία χωρίς να περιμένουν να τα ακούσουν πρώτα και έτσι δεν αισθάνονται αμηχανία, όσοι δεν μπορούν να διαβάσουν καλά. Παράλληλα αποφεύγονται οι ανακρίβειες στις απαντήσεις και διατηρείται ο τυποποιημένος τρόπος απάντησης τον οποίο ακολουθούν όσοι συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους (Achenbach, Rescorla, 2002).

5.5 Στατιστική επεξεργασία του τεστ Achenbach

Όσον αφορά την αξιολόγηση της λειτουργικότητας ενός παιδιού σε σχέση με το μέσο όρο χρειαζόμαστε νόρμες βασισμένες σε βαθμολογίες, οι οποίες να προκύπτουν από μεγάλο δείγμα παιδιών που έχει επιλεγεί προσεκτικά. Για να έχουμε λοιπόν από έναν πληθυσμό ένα πραγματικά αντιπροσωπευτικό δείγμα χρησιμοποιείται η μέθοδος της τυχαίας επιλογής, όπου όλα τα άτομα του συγκεκριμένου πληθυσμού έχουν τις ίδιες πιθανότητες να επιλεγούν. Επιλέχθηκε ένα υπόδειγμα από παιδιά τα οποία δεν θεωρούνταν ότι αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα για το λόγο ότι δεν είχαν δεχθεί επαγγελματική βοήθεια για συμπεριφορικά, συναισθηματικά, αναπτυξιακά προβλήματα ή χρήση ουσιών κατά τους προηγούμενους δώδεκα μήνες. Αυτό το υπόδειγμα ονομάζεται «κοινοτικό δείγμα» και αποτελεί τη βάση για τον προσδιορισμό των νορμών με τις οποίες θα μπορούσαν να συγκριθούν οι βαθμολογίες κλιμάκων άλλων παιδιών, ούτως ώστε να διαπιστωθεί εάν η βαθμολογία του εμπίπτει στο φυσιολογικό, το οριακό ή το κλινικό φάσμα.

Στην Ελλάδα, οι Ρούσσου και συνεργάτες (2002) έχουν πραγματοποιήσει στάθμιση των ερωτηματολογίων CBCL και TRF σε αντιπροσωπευτικό κοινοτικό δείγμα σχολικού πληθυσμού παιδιών ηλικίας 6- 12 ετών, καθώς και του ερωτηματολογίου YSR σε αντιπροσωπευτικό κοινοτικό δείγμα σχολικού πληθυσμού εφήβων. Για τη στάθμιση χρησιμοποιήθηκαν οι εκδόσεις του 1991, οι οποίες διαφέρουν σε λίγα στοιχεία προβλημάτων (6 στο CBCL και το YSR, και 3 στο TRF) από τις αναθεωρημένες εκδόσεις του 2001 (Achenbach, Rescorla, 2002).

5.6 Τα προφίλ του τεστ Achenbach

Σε ειδικά διαγράμματα του ΣΑΕΒΑ καταγράφονται όλες οι βαθμολογίες των στοιχείων και των κλιμάκων, δηλαδή το προφίλ του παιδιού, ώστε να μπορεί κανείς να διαπιστώσει εύκολα, τις ικανότητες και τα προβλήματα ενός παιδιού. Παρόλο που το περιεχόμενο των κλιμάκων είναι το ίδιο για τα δυο φύλα και για τις δυο ηλικιακές ομάδες 6- 11 ετών και 12- 18 ετών, υπάρχουν ξεχωριστά έντυπα για τα προφίλ του CBCL και του TRF για τα αγόρια και τα κορίτσια, με διαφορετικές νόρμες για κάθε φύλο και κάθε ηλικιακή ομάδα. Οι νόρμες του ερωτηματολογίου για τους εφήβους

(YSR) εμφανίζονται στο ίδιο προφίλ και για τα δυο φύλα (Achenbach, Rescorla, 2002).

Όλες οι βαθμολογίες των στοιχείων και των κλιμάκων, δηλαδή το προφίλ του παιδιού, καταγράφονται σε ειδικά διαγράμματα του ΣΑΕΒΑ ώστε να μπορεί κανείς να διαπιστώσει εύκολα τις ικανότητες και τα προβλήματα ενός παιδιού. Ο όρος «προφίλ» για ευκολία αναφέρεται τόσο στο έντυπο πάνω στο οποίο σχηματίζεται με βάση τις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων το προφίλ κάθε παιδιού όσο και στη διαγραμματική απεικόνιση των βαθμολογιών.

Υπάρχουν ξεχωριστά έντυπα για τα προφίλ του CBCL και του TRF για τα αγόρια και τα κορίτσια, με διαφορετικές νόρμες για κάθε φύλο και κάθε ηλικιακή ομάδα, παρά του ότι το περιεχόμενο των κλιμάκων είναι το ίδιο για τα δυο φύλα και για τις ηλικιακές ομάδες (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

5.6.1 Το προφίλ ικανοτήτων του ερωτηματολογίου για γονείς (CBCL)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της παρακάτω εικόνας 1.1 παρουσιάζεται ένα προφίλ βαθμολογημένο με το χέρι το οποίο εκθέτει τη βαθμολογία των κλιμάκων ικανοτήτων του ‘Wayne’ τα οποία προέκυψαν από το CBCL όπως συμπληρώθηκε από τη μητέρα του. Σε αυτή την εικόνα 1.1 φαίνεται ότι οι εκατοστιαίες θέσεις εμφανίζονται στην αριστερή πλευρά του προφίλ ικανοτήτων και οι τιμές T στη δεξιά. Οι εκατοστιαίες θέσεις μας επιτρέπουν να συγκρίνουμε την αρχική βαθμολογία του παιδιού σε κάθε κλίμακα ικανοτήτων που εμφανίζεται στο διάγραμμα με τις εκατοστιαίες θέσεις κοινοτικού δείγματος ανάλογου φύλου και ηλικίας. Οι τιμές T αποτελούν ένα μετρικό σύστημα που είναι ομοιόμορφο σε όλες τις κλίμακες. Τα διαστήματα στην αριστερή πλευρά του προφίλ είναι χωρισμένα σε εκατοστιαίες θέσεις για να αντιστοιχούν σωστά τις τιμές T της δεξιάς πλευράς του προφίλ.

Έτσι λοιπόν όπως βλέπουμε στην εικόνα 1.1 ο ‘Wayne’ παρουσιάζει στην Κλίμακα των Δραστηριοτήτων αρχική τιμή 7.0. Σε αυτή την κλίμακα περιλαμβάνονται βαθμοί για τον αριθμό των σπορ, για άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες, για εργασίες και θελήματα, καθώς και πρόσθετους βαθμούς για το χρόνο συμμετοχής του παιδιού σε διάφορες δραστηριότητες και την ποιοτική του απόδοση σε αυτές. Στην αριστερή πλευρά του προφίλ δείχνει ότι η βαθμολογία 7.0 αντιστοιχεί σε βαθμολογία χαμηλότερη από την έβδομη εκατοστιαία θέση για αγόρια

12-18 ετών. Συνεπώς η βαθμολογία του “Wayne” στην Κλίμακα των Δραστηριοτήτων είναι χαμηλότερη από εκείνη που έλαβε το 93% του αμερικανικού κοινοτικού δείγματος αγοριών ηλικίας 12-18 ετών, δηλαδή αγοριών τα οποία δεν είχαν παραπεμφθεί σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά τους προηγούμενους δώδεκα μήνες. Η αρχική τιμή 7.0 του “Wayne” η οποία βρίσκεται στα δεξιά αντιστοιχεί σε τιμή $T=34$. Επειδή οι τιμές $T=31-35$ βρίσκονται στο οριακό φάσμα, (Το οριακό φάσμα που σημειώνεται στο προφίλ με διακεκομμένες γραμμές ανάμεσα στο κλινικό και το φυσιολογικό φάσμα) προκύπτει ότι η βαθμολογία του “Wayne” ήταν αρκετά χαμηλή ώστε να μας ανησυχήσει, παρότι δεν βρισκόταν στο κλινικό φάσμα (τιμή $T<31$), οπότε η απόκλιση από το φυσιολογικό θα ήταν πιο έκδηλη (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

Κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα τιμών.

Η αρχική τιμή 3.0 που έλαβε ο “Wayne” στην Κοινωνική Κλίμακα όπως φαίνεται στο μέσο του προφίλ στην εικόνα 1.1, τοποθετείται στο κλινικό φάσμα, χαμηλότερα από την κατώτερη διακεκομμένη γραμμή (δηλαδή κάτω από την δεύτερη εκατοστιαία θέση, η οποία αντιστοιχεί σε τιμή $T<31$). Αυτό σημαίνει ότι η βαθμολογία του ήταν χαμηλότερη από τη βαθμολογία που έλαβε το 98% των αγοριών ηλικίας 12-18 ετών του αμερικανικού κοινοτικού δείγματος.

Η Κοινωνική Κλίμακα διαμορφώνεται από τις βαθμολογίες που αφορούν τη συμμετοχή σε οργανώσεις, τον αριθμό στενών φίλων, τον αριθμό εβδομαδιαίων επαφών με τους φίλους, το πόσο καλά τα πηγαίνει το παιδί με τους άλλους και το πόσο καλά παίζει και δουλεύει μόνο του.

Στη δεξιά πλευρά του προφίλ φαίνεται η αρχική τιμή του “Wayne” στη Σχολική Κλίμακα τοποθετείται στο κάτω μέρος του φυσιολογικού φάσματος, πάνω από την ανώτερη διακεκομμένη γραμμή (δηλαδή πάνω από την έβδομη εκατοστιαία θέση, η οποία αντιστοιχεί σε τιμή $T>35$). Η Σχολική Κλίμακα διαμορφώνεται από τις βαθμολογίες που αφορούν την επίδοση στα μαθήματα, τη συμμετοχή σε πρόγραμμα αποκατάστασης, την επανάληψη τάξης και άλλα σχολικά προβλήματα.

Το προφίλ ικανοτήτων δείχνει αρκετά χαμηλή λειτουργικότητα στα πεδία που αξιολογούνται από την Κλίμακα των Δραστηριοτήτων και ακόμη χαμηλότερη στα πεδία που αξιολογούνται από την Κοινωνική Κλίμακα ενώ η λειτουργικότητα στο

σχολείο βρισκόταν στο κάτω μέρος του φυσιολογικού φάσματος (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

Βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας στο CBCL

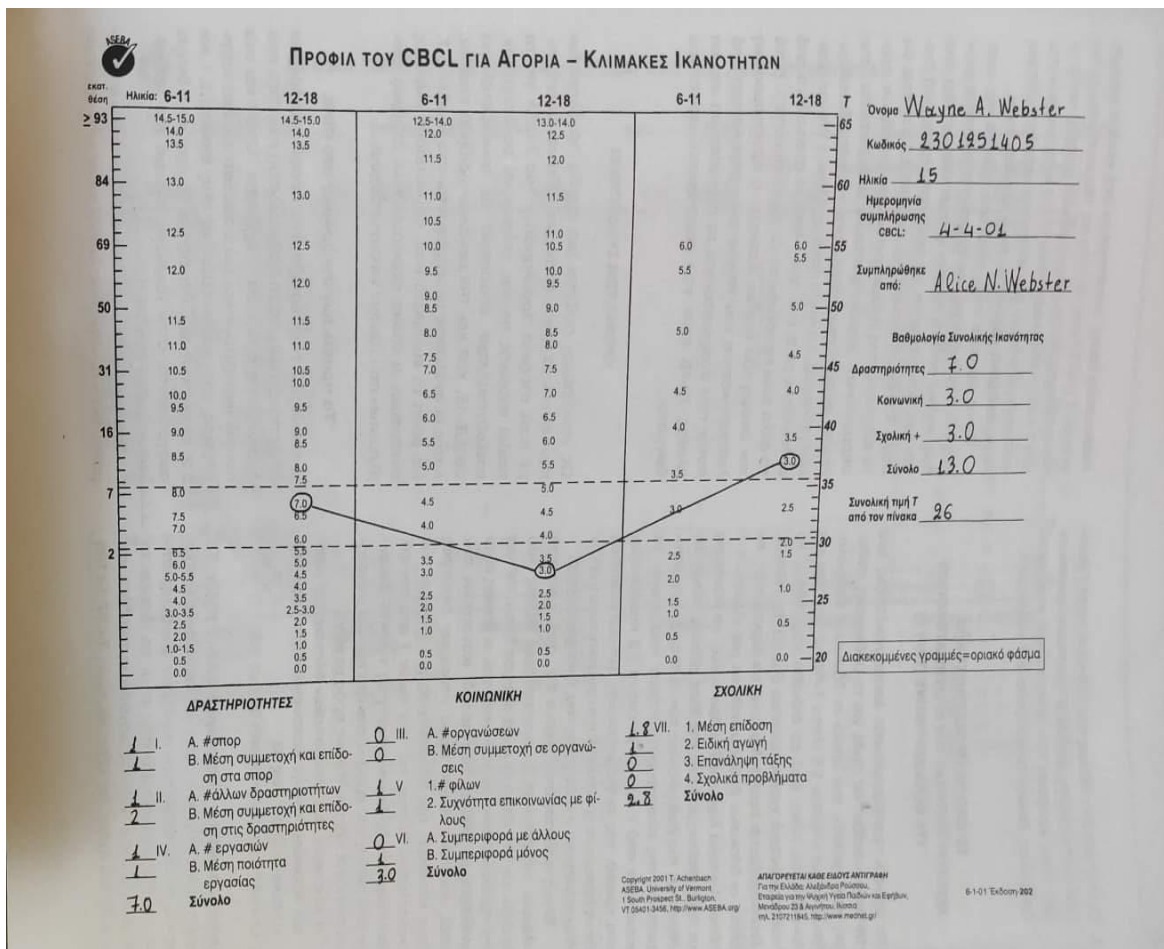
Η βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας στο CBCL προκύπτει από το άθροισμα των αρχικών τιμών της Κλίμακας Δραστηριοτήτων, της Κοινωνικής και της Σχολικής Κλίμακας. Αν λείπει κάποια από τις βαθμολογίες των κλιμάκων, δεν υπολογίζεται η βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας.

Στο προφίλ ικανοτήτων που βαθμολογείται με το χέρι υπάρχουν κενά για να αθροίσουμε τις αρχικές τιμές από την Κλίμακα των Δραστηριοτήτων, της Κοινωνικής και της Σχολικής Κλίμακας. Αν λείπει κάποια από τις βαθμολογίες των κλιμάκων, δεν υπολογίζεται η βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας.

Στο προφίλ ικανοτήτων που βαθμολογείται με το χέρι υπάρχουν κενά για να αθροίσουμε τις αρχικές τιμές από την Κλίμακα των Δραστηριοτήτων, την Κοινωνική και τη Σχολική Κλίμακα, έτσι ώστε να υπολογίσουμε τη βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας. Το άθροισμα των βαθμολογιών των τριών κλιμάκων για τον "Wayne" όπως φαίνεται στην εικόνα 1.1 ήταν 13.0. Στο δεξί άκρο του εντύπου του προφίλ ικανοτήτων υπάρχει ένας πίνακας (δεν φαίνεται στην εικόνα 1.1) όπου αναγράφονται οι τιμές T για κάθε βαθμολογία Συνολικής Ικανότητας (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

Κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα τιμών.

Ο πίνακας βαθμολογίας της συνολικής Ικανότητας παρουσιάζει το κλινικό, το οριακό και το φυσιολογικό φάσμα τιμών ως εξής: οι τιμές $T < 37$ (< 10η εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο κλινικό φάσμα, οι τιμές από $T = 37$ έως $T = 40$ (από τη 10η έως τη 16η εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο οριακό φάσμα, και οι τιμές $T > 40$ (>16η εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο φυσιολογικό φάσμα. Τα σημεία τομής στη βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας είναι υψηλότερα (δηλαδή λιγότερο συντηρητικά) από αυτά της Κλίμακας των Δραστηριοτήτων, της Κοινωνικής και της Σχολικής Κλίμακας, επειδή η καθεμία από αυτές περιέχει λιγότερα στοιχεία που



καλύπτουν μικρότερο εύρος πτυχών της λειτουργικότητας σε σύγκριση με τη βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας. (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003)

ΕΙΚΟΝΑ 5.1. Βαθμολογημένο με το χέρι προφίλ από το CBCL που συμπλήρωσε η μητέρα του Wayne. Οι τιμές T και οι βαθμολογίες της Συνολικής Ικανότητας στη δεξιά πλευρά του διαγράμματος δεν φαίνονται. (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003)

5.6.2 Το προφίλ του ερωτηματολογίου για εφήβους

Το προφίλ ικανοτήτων του YSR έχει σχεδιαστεί και βαθμολογείται όπως εκείνο των ικανοτήτων του CBCL με κάποιες διαφορές:

1) Το YSR δεν ζητά από τους εφήβους να αναφέρουν αν έχουν ενταχθεί σε ειδική αγωγή, αν έχουν επαναλάβει τάξεις ή αν έχουν ειδικά σχολικά προβλήματα και δεν υπολογίζουμε την Σχολική Κλίμακα.

2) Ο έφηβος κάνει την αυτό-αξιολόγηση του για τη σχολική του επίδοση, από εκεί προκύπτει μια μέση τιμή για τη μοναδική σχετική ερώτηση, η οποία προστίθεται στην Κλίμακα των Δραστηριοτήτων και στην Κοινωνική Κλίμακα. Έτσι προκύπτει η βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας, που μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 32, σε αντίθεση με το εύρος 0 έως 35 στο οποίο τοποθετείται η Συνολική Ικανότητα με βάση το CBCL. Το CBCL περιλαμβάνει τρεις ερωτήσεις στη Σχολική Κλίμακα, οι οποίες βαθμολογούνται με 0 ή 1 οι οποίες παραλείπονται στο YSR.

3) Οι εκατοστιαίες θέσεις του YSR και οι τιμές T βασίζονται στα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους εφήβους του αμερικανικού κοινοτικού δείγματος (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

5.6.3 Το προφίλ του ερωτηματολογίου για εκπαιδευτικούς

Το προφίλ TRF προσαρμοστικής λειτουργικότητας παρουσιάζει:

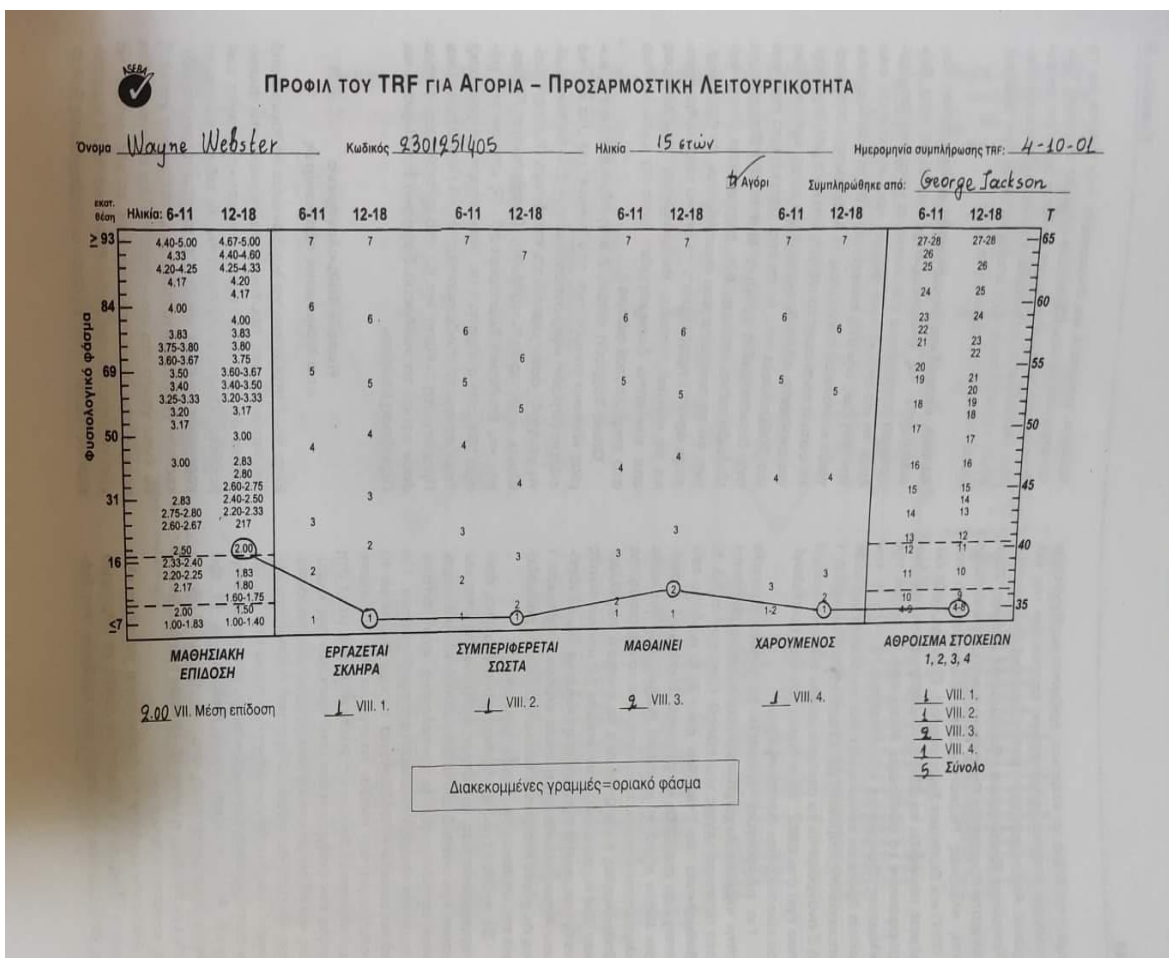
1) Τιμές της μαθησιακής επίδοσης στο σχολείο όπου οι δάσκαλοι βαθμολογούν σε μια κλίμακα 1-5 (όπου 1= πολύ πιο κάτω και 5= πολύ πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης).

2) Τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά *Εργάζεται σκληρά, Συμπεριφέρεται σωστά, Μαθαίνει και Χαρούμενος*, οι δάσκαλοι βαθμολογούν σε μια κλίμακα 1-7 (όπου 1= πολύ λίγο και 7= πάρα πολύ), σε σύγκριση με τους μέσους μαθητές της ίδιας ηλικίας.

3) Το άθροισμα της βαθμολογίας των τεσσάρων χαρακτηριστικών της προσαρμοστικότητας, που μπορεί να κυμαίνεται από 4 έως 28.

Στην εικόνα 1.2 παρουσιάζεται ένα προφίλ προσαρμοστικής λειτουργικότητας όπως προκύπτει από το TRF που συμπληρώθηκε για τον “Wayne” από τον δάσκαλό του. Στην αριστερή πλευρά διακρίνονται οι εκατοστιαίες θέσεις του προφίλ και στη δεξιά πλευρά οι τιμές T του TRF για την προσαρμοστική λειτουργικότητα και είναι ανάλογες με εκείνες των προφίλ ικανοτήτων των CBCL και YSR. Η κατανομή των εκατοστιαίων θέσεων και των τιμών T στο προφίλ προσαρμοστικής λειτουργικότητας του TRF διαφέρει από εκείνη που εμφανίζεται στα προφίλ ικανοτήτων του CBCL και του YSR επειδή υπάρχουν διαφορές στην κατανομή της βαθμολογίας.

Διαφέρουν ως προς τα εξής:



1) Η κατανομή των εκατοστιαίων θέσεων στο προφίλ προσαρμοστικής λειτουργικότητας του TRF κυμαίνεται από 7 έως 93.

2) Οι τιμές T κυμαίνονται από 35 έως 65. (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

ΕΙΚΟΝΑ 5.2. Βαθμολογημένο με το χέρι προφίλ προσαρμοστικής λειτουργικότητας από το TRF που συμπλήρωσε για τον Wayne ο καθηγητής του. Οι εκατοστιαίες θέσεις για τις υποκλίμακες Προβλήματα Προσοχής στη δεξιά πλευρά του προφίλ δεν φαίνονται. (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

Κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα τιμών.

Τα σημεία τομής στην Κλίμακα της Μαθησιακής επίδοσης και το άθροισμα των τεσσάρων χαρακτηριστικών της Προσαρμοστικότητας είναι τα ίδια με τη βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας του CBCL και του YSR, και έχουν ως εξής:

1) οι τιμές T <37 (<10η εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο κλινικό φάσμα.

2) οι τιμές T από 37 έως 40 (10η ως 16η εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο οριακό κλινικό φάσμα(3) οι τιμές T >40 (> 16η εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο φυσιολογικό φάσμα.

Δεν υπάρχουν σημεία τομής για τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά προσαρμογής.

Όπως φαίνεται στην εικόνα 1.2 στην αριστερή πλευρά η βαθμολογία του “Wayne” τοποθετείται ακριβώς επάνω από το οριακό φάσμα στη Μαθησιακή Επίδοση(υψηλότερα από την άνω διακεκομμένη γραμμή). Στη δεξιά πλευρά φαίνεται ότι το άθροισμα της βαθμολογίας των τεσσάρων προσαρμοστικών χαρακτηριστικών τοποθετείται στο κλινικό φάσμα (χαμηλότερα από την κάτω διακεκομμένη γραμμή). Το πόσο καλά μαθαίνει ο “Wayne” βαθμολογήθηκε με 2, ενώ από 1 δόθηκε στο καθένα από τα άλλα τρία προσαρμοστικά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με την άποψη του δασκάλου, η προσαρμοστική λειτουργικότητα του “Wayne” είναι χαμηλότερη από αυτήν που αναφέρεται για τα περισσότερα αγόρια ηλικίας 12-18 ετών του αμερικανικού δείγματος (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

5.6.4 Τα προφίλ των συνδρόμων

Τα προφίλ των συνδρόμων είναι ίδια και για τα τρία ερωτηματολόγια. Στην αριστερή πλευρά του προφίλ αναγράφονται οι εκατοστιαίες θέσεις για το κοινοτικό δείγμα ενώ οι τιμές T στη δεξιά. Το προφίλ των συνδρόμων αποτελείται από τις κλίμακες οκτώ συνδρόμων. Διαβάζοντας από αριστερά προς δεξιά, οι κλίμακες ορίζονται ως: Άγχος/ Κατάθλιψη, Απόσυρση/ Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα, Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα Σκέψης, Προβλήματα Προσοχής, Παράβαση Κανόνων, Επιθετική Συμπεριφορά και Άλλα Προβλήματα. Ο τίτλος κάθε κλίμακας συνοψίζει τα είδη των προβλημάτων που διαμορφώνουν το σύνδρομο. Κάτω από το όνομα της κλίμακας διακρίνεται η βαθμολογία 0, 1 ή 2. Δεξιά από τη βαθμολογία 0, 1 ή 2 αναγράφεται το στοιχείο με τον αύξοντα αριθμό που περιέχει το ερωτηματολόγιο.

Όταν υπάρχουν υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες των συνδρόμων υποδηλώνουν κλινικά σημαντική απόκλιση από το φυσιολογικό, γιατί αντανακλούν την ύπαρξη πολυάριθμων προβλημάτων. Αφού υπολογιστεί η βαθμολογία για κάθε κλίμακα συνδρόμου, μπαίνει σε κύκλο το άθροισμα της βαθμολογίας στη στήλη των αριθμών στο διάγραμμα. Τραβώντας μια γραμμή που να συνδέει τα μέσα σε κύκλο αθροίσματα, σχηματίζεται το προφίλ που αναδεικνύει τα σύνδρομα στα οποία το

παιδί έχει χαμηλή, μεσαία και υψηλή βαθμολογία. Το οριακό φάσμα διαχωρίζεται από τις διακεκομμένες γραμμές στο διάγραμμα και κυμαίνεται από την 93η έως την 97η εκατοστιαία θέση. Βαθμολογίες υψηλότερες από την 97η εκατοστιαία θέση εντάσσονται στο κλινικό φάσμα. βαθμολογίες χαμηλότερες από την 93η εκατοστιαία θέση εντάσσονται στο φυσιολογικό φάσμα (Achenbach, Rescorla, 2002).

Ως <<σύνδρομο>> ορίζεται μια ομάδα προβλημάτων που τείνουν να εμφανίζονται μαζί. Για να καθορίσουμε με ποια στοιχεία προβλημάτων του ΣΑΕΒΑ τείνουν να συνυπάρχουν για τα παιδιά σχολικής ηλικίας έχουν επεξεργαστεί στατιστικά και ερωτηματολόγια CBCL/6-18, YSR και TRF μεγάλου αριθμού παιδιών. Με βάση ευρημάτων καταρτίστηκαν κλίμακες συνδρόμων οι οποίες περιλαμβάνουν στοιχεία προβλημάτων που τείνουν να συνυπάρχουν (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

Τα προφίλ των συνδρόμων στο CBCL

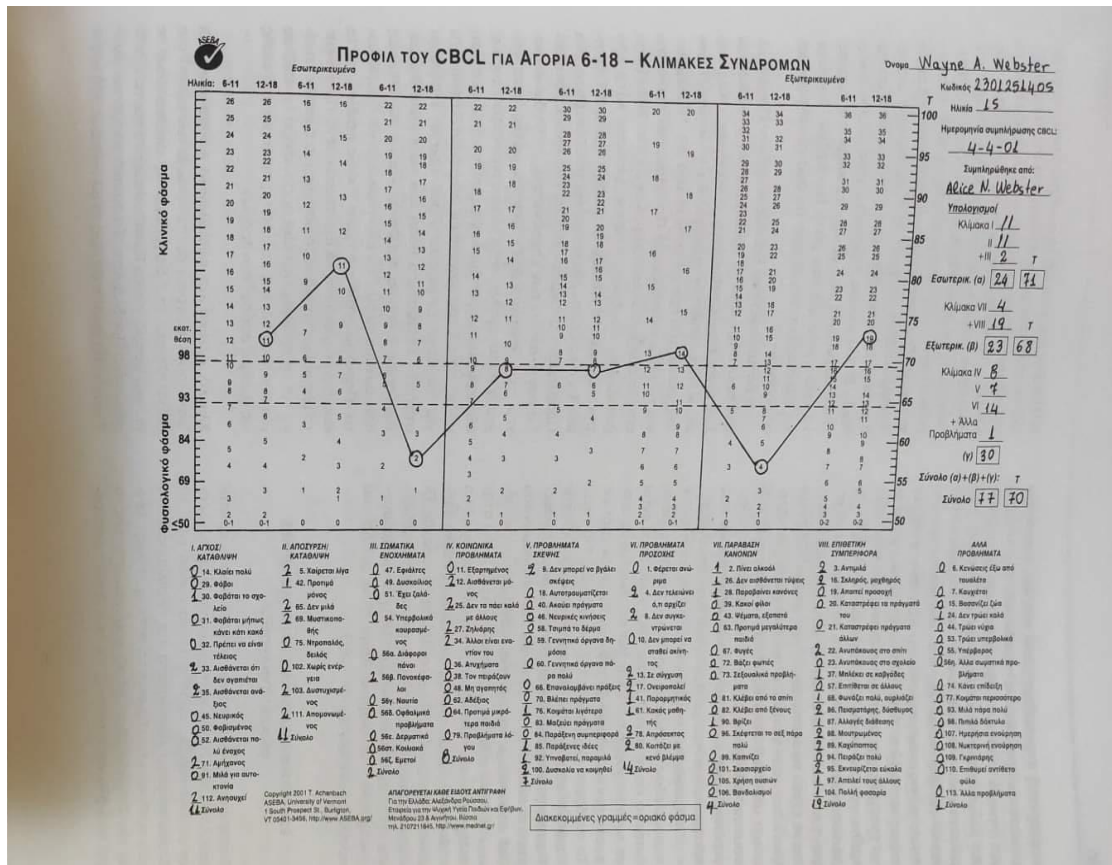
Στην παρακάτω εικόνα 1.3 παρουσιάζεται ένα προφίλ συνδρόμων όπως προέκυψε από τη βαθμολόγηση του CBCL το οποίο συμπληρώθηκε από την μητέρα του “Wayne”. Όπως και στα προφίλ ικανοτήτων που παρουσιάζονται στις άλλες εικόνες 1.1 και 1.2, οι εκατοστιαίες θέσεις για το κοινοτικό δείγμα αναγράφονται στην αριστερή πλευρά του προφίλ, ενώ οι τιμές T στη δεξιά. Έτσι στην εικόνα βλέπουμε ότι υπάρχουν οι κλίμακες οκτώ συνδρόμων. Διαβάζοντας από αριστερά προς τα δεξιά, οι κλίμακες ορίζονται ως:

- *Αγχος/Κατάθλιψη,*
- *Απόσυρση/Κατάθλιψη,*
- *Σωματικά Ενοχλήματα,*
- *Κοινωνικά Προβλήματα,*
- *Προβλήματα Σκέψης,*
- *Προβλήματα Προσοχής,*
- *Παράβαση Κανόνων*
- *Επιθετική Συμπεριφορά.*

Τα είδη των προβλημάτων που διαμορφώνουν το σύνδρομο συνοψίζει ο τίτλος κάθε κλίμακας. Κάτω από το όνομα της κλίμακας διακρίνεται η βαθμολογία 0,1 ή 2 την οποία έβαλε σε κύκλο η μητέρα του “Wayne” για κάθε στοιχείο της κλίμακας. Στα δεξιά από την βαθμολογία 0,1 ή 2 αναγράφεται το στοιχείο με τον αύξοντα αριθμό που έχει στο CBCL. Τα στοιχεία του ερωτηματολογίου εμφανίζονται συντετμημένα.

Για παράδειγμα στην κλίμακα *Άγχος/Κατάθλιψη* η οποία βρίσκεται στο αριστερό μέρος του προφίλ της εικόνας 1.3, η βαθμολογία του στοιχείου είναι 0. Ο αριθμός του στοιχείου στο CBCL είναι 14 και το στοιχείο αναφέρει *Κλαίει πολύ*. Η συνολική βαθμολογία για κάθε κλίμακα συνδρόμου προκύπτει από το άθροισμα της βαθμολογίας 1 και 2 για όλα τα στοιχεία της κλίμακας. Στην εικόνα παρακάτω μπορεί κανείς να δει ότι σε ένα στοιχείο στην κλίμακα του συνδρόμου *Άγχος/Κατάθλιψη* η μητέρα του “Wayne” σημείωσε 1 και σε πέντε στοιχεία 2, οπότε η συνολική βαθμολογία της κλίμακας του συνδρόμου είναι 11. Εν αντιθέσει με τις κλίμακες ικανοτήτων και προσαρμοστικότητας, οι υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες των συνδρόμων υποδηλώνουν κλινικά σημαντική απόκλιση από το φυσιολογικό, γιατί αντανακλούν την ύπαρξη πολυάριθμων προβλημάτων. Για να γίνει σύγκριση η βαθμολογία 11 του “Wayne” με τη βαθμολογία που έλαβαν τα αγόρια του αμερικανικού κοινοτικού δείγματος, βάζουμε σε κύκλο το 11 στη στήλη των αριθμών πάνω από τον τίτλο της κλίμακας. Κοιτάζοντας στα δεξιά της γραφικής παράστασης, βλέπουμε ότι η βαθμολογία του “Wayne” στην κλίμακα *Άγχος/Κατάθλιψη* βρίσκεται πάνω από τη 19η εκατοστιαία θέση του αμερικανικού κοινοτικού δείγματος. Αυτό σημαίνει ότι η βαθμολογία 11 του “Wayne” είναι υψηλότερη από εκείνη που έλαβε το 98% των αγοριών ηλικίας 12-18 ετών του αμερικανικού κοινοτικού δείγματος.

Αφού υπολογίσουμε τη βαθμολογία για κάθε κλίμακα συνδρόμου και βάλουμε σε κύκλο το άθροισμα της βαθμολογίας στη στήλη των αριθμών στο διάγραμμα, μπορούμε να συγκρίνουμε τον “Wayne” με το αμερικανικό κοινοτικό δείγμα σε κάθε κλίμακα. Τραβώντας μια γραμμή που να συνδέει τα μέσα σε κύκλο αθροίσματα, σχηματίζετε το προφίλ που αναδεικνύει τα σύνδρομα στα οποία το παιδί έχει χαμηλή, μέση και υψηλή βαθμολογία. (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).



ΕΙΚΟΝΑ 5.3. Βαθμολογημένο με το χέρι προφίλ συνδρόμων από το CBCL που συμπλήρωσε για τον Wayne η μητέρα του. Οι τιμές T για τα Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα και Συνολικά Προβλήματα στη δεξιά πλευρά δεν φαίνονται. (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

Κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα τιμών.

Στο διάγραμμα της εικόνας 1.3 υπάρχουν διακεκομμένες γραμμές, αυτές οι γραμμές διαχωρίζουν το οριακό κλινικό φάσμα που κυμαίνεται από την 93η έως την 97η εκατοστιαία θέση του αμερικανικού κοινοτικού δείγματος. Η βαθμολογία στο οριακό φάσμα είναι αρκετά υψηλή ώστε να μας δημιουργεί ανησυχία, αλλά δεν αποκλίνει τόσο καθαρά όσο μια βαθμολογία που βρίσκεται υψηλότερα από την άνω διακεκομμένη γραμμή. Μια τέτοια βαθμολογία πάνω από την 97η εκατοστιαία θέση δείχνει ότι το πρόσωπο που συμπλήρωσε το CBCL ανέφερε αρκετά προβλήματα τα οποία είναι ανησυχητικά σε κλινικό επίπεδο. Βαθμολογίες χαμηλότερες από την κάτω διακεκομμένη γραμμή εντάσσονται στο φυσιολογικό φάσμα.

Σύμφωνα λοιπόν με την εικόνα η αξιολόγηση της μητέρας του “Wayne” τον τοποθέτησε:

α) στο κλινικό φάσμα, δηλαδή υψηλότερα από την άνω διακεκομμένη γραμμή, όσον αφορά τα σύνδρομα Άγχος/Κατάθλιψη, Προβλήματα Προσοχής και Επιθετική Συμπεριφορά.

β) στο οριακό φάσμα, δηλαδή ανάμεσα στις διακεκομμένες γραμμές όσον αφορά τα σύνδρομα Κοινωνικά Προβλήματα και Προβλήματα Σκέψης.

γ) στο φυσιολογικό φάσμα όσον αφορά τα σύνδρομα Σωματικά Ενοχλήματα και Παράβαση Κανόνων (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

Προφίλ βαθμολογημένα από διάφορους αξιολογητές

Σημαντικό είναι να λαμβάνουμε δεδομένα από πολλαπλές πηγές προτού καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι ένα παιδί έχει πραγματικά ανάγκη από βοήθεια. Οι ειδικοί πρέπει να χορηγούν το CBCL σε δύο ή περισσότερους ενήλικες που γνωρίζουν το παιδί όπως στους δύο γονείς ή σε έναν ή σε κάποιον άλλο συγγενή. Σε αυτά τα προφίλ τα οποία συμπληρώνονται με το χέρι μπορεί να γίνει η σύγκριση των δεδομένων από δύο ή περισσότερους αξιολογητές εφόσον οι διαφορετικές βαθμολογίες τους σημειωθούν πάνω στο ίδιο έντυπο και ενωθούν με γραμμές. Αν υποθέσουμε ότι ο πατέρας και η γιαγιά του “Wayne” είχαν συμπληρώσει το CBCL θα μπορούσαμε να τραβήξουμε τις γραμμές που αντιστοιχούν στη βαθμολογία των κλιμάκων τους πάνω στο ίδιο διάγραμμα του ερωτηματολογίου το οποίο χρησιμοποιήσαμε για την αξιολόγηση που έγινε από την μητέρα του. Έτσι θα βλέπαμε με μια ματιά αν τα τρία μέλη της οικογένειας διαφέρουν πολύ στον τρόπο με τον οποίο αξιολόγησαν τον “Wayne” σε οποιοδήποτε από τα σύνδρομα. Οι ειδικοί πρέπει να έχουν την συγκατάθεση των γονέων για να χορηγήσουν το TRF σε εκπαιδευτικούς. Ακόμη με την συγκατάθεση των γονέων μπορούμε επίσης να ζητήσουμε από παιδιά ηλικίας 11-18 ετών να συμπληρώσουν το YSR.

Τα προφίλ των συνδρόμων στο YSR και στο TRF παρουσιάζονται όπως τα αντίστοιχα στο CBCL, έχοντας διαφορά ότι οι φυσιολογικές τιμές τους βασίζονται σε αυτό-αναφορές των ίδιων εφήβων και σε αναφορές των εκπαιδευτικών των

κοινοτικών δειγμάτων. Το σύνδρομο Προβλήματα Προσοχής του TRF περιλαμβάνει υποκλίμακες για την Απροσεξία και την Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα. Το προφίλ των συνδρόμων του TRF παρουσιάζει τα στοιχεία αυτών των υποκλιμάκων σε δυο στήλες, που βρίσκονται η μία δίπλα στην άλλη, ώστε να υπολογίζεται με ευκολία το άθροισμα κάθε υποκλίμακας και να εξάγεται η συνολική βαθμολογία του συνδρόμου Προβλήματα Προσοχής. Οι εκατοστιαίες θέσεις για τις υποκλίμακες εμφανίζονται στο τμήμα του προφίλ του TRF για την Προσαρμοστική Λειτουργικότητα όπου βρίσκεται στην πίσω σελίδα του προφίλ των συνδρόμων του TRF (Achenbach, T., and Rescorla, L., 2003).

Εσωτερικευμένες και Εξωτερικευμένες Ομάδες Συνδρόμων

Εκτός από τις κλίμακες των συνδρόμων, τα ερωτηματολόγια του ΣΑΕΒΑ κατηγοριοποιούν τα σύνδρομα σε δυο ευρείες ομάδες: Η μια ομάδα αφορά στα Εσωτερικευμένα Προβλήματα και περιλαμβάνει τα τρία σύνδρομα που βρίσκονται στην αριστερή πλευρά του διαγράμματος. Ονομάζεται έτσι επειδή τα σύνδρομα που την απαρτίζουν περιγράφουν προβλήματα τα οποία εντοπίζονται κυρίως μέσα στον εαυτό του. Η άλλη ομάδα αφορά στα Εξωτερικευμένα Προβλήματα και περιλαμβάνει δυο σύνδρομα που βρίσκονται στη δεξιά πλευρά του διαγράμματος. Η ομάδα αυτή ονομάζεται έτσι επειδή τα σύνδρομα που την απαρτίζουν περιγράφουν προβλήματα τα οποία αναφέρονται σε συγκρούσεις με άλλους ανθρώπους και με τις προσδοκίες που έχουν αυτοί από το παιδί. Τα τρία σύνδρομα στο μέσο του προφίλ δεν περιλαμβάνονται σε καμία από τις δυο ομάδες.

Η βαθμολογία των Εσωτερικευμένων Προβλημάτων προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των τριών εσωτερικευμένων συνδρόμων. Η βαθμολογία των Εξωτερικευμένων Προβλημάτων προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των δυο εξωτερικευμένων συνδρόμων. Οι τιμές T για τα Εσωτερικευμένα και τα Εξωτερικευμένα προβλήματα αναγράφονται σε ένα πλαίσιο στα δεξιά του διαγράμματος. Οι συγκεκριμένες τιμές δείχνουν πόσο υψηλές είναι οι εσωτερικευμένες και οι εξωτερικευμένες βαθμολογίες του παιδιού σε σχέση με τις τιμές T του κοινοτικού δείγματος. Οι διακεκομμένες γραμμές στο πλαίσιο των τιμών T στη δεξιά πλευρά του διαγράμματος υποδεικνύουν το οριακό φάσμα για τα Εσωτερικευμένα και τα Εξωτερικευμένα Προβλήματα. Το οριακό φάσμα των τιμών

T εκτείνεται από το 60 έως το 63 (84η έως 90η εκατοστιαία θέση). Οι τιμές T πάνω από το 63 αντιστοιχούν στο κλινικό φάσμα. Οι τιμές T κάτω του 60 αντιστοιχούν στο φυσιολογικό φάσμα (Achenbach, Rescorla, 2002).

Βαθμολογία Συνολικών Προβλημάτων

Η βαθμολογία των Συνολικών προβλημάτων προκύπτει από το σύνολο των βαθμολογιών 1 και 2 στα στοιχεία των ειδικών προβλημάτων των τριών ερωτηματολογίων, συν, την υψηλότερη βαθμολογία (1 ή 2) οποιουδήποτε άλλου προβλήματος αναφέρεται στις ανοιχτές ερωτήσεις 113 του CBCL και του TRF από τον αξιολογητή. Στα CBCL και TRF η βαθμολογία των Συνολικών Προβλημάτων του παιδιού μπορεί να κυμαίνεται από 0 (αν ο αξιολογητής βαθμολόγησε κάθε πρόβλημα με 0) έως 240 (αν ο αξιολογητής βαθμολόγησε κάθε πρόβλημα με 2). Επειδή το YSR περιέχει 14 στοιχεία λιγότερα για ειδικά προβλήματα και δεν περιλαμβάνει την ανοιχτή ερώτηση 113, οι βαθμολογίες του για τα Συνολικά Προβλήματα μπορεί να κυμαίνονται από 0 (αν ο έφηβος βαθμολογήσει όλα τα 97 στοιχεία προβλημάτων με 0) έως 210 (αν ο έφηβος βαθμολογήσει όλα τα στοιχεία προβλημάτων με 2). Η βαθμολογία των Συνολικών Προβλημάτων αποτελείται από το άθροισμα των βαθμολογιών των Εσωτερικευμένων και των Εξωτερικευμένων προβλημάτων, των υπόλοιπων τριών συνδρόμων και των Άλλων Προβλημάτων. Οι τιμές T όλων των προβλημάτων αναφέρονται στο πλαίσιο το οποίο βρίσκεται δεξιά του διαγράμματος, μαζί με τις τιμές T για τα Εσωτερικευμένα και τα Εξωτερικευμένα Προβλήματα. Οι τιμές T που κυμαίνονται από 60 έως 63 (84η έως 90η εκατοστιαία θέση) εμπίπτουν στο οριακό φάσμα για τα Συνολικά Προβλήματα. Το κλινικό φάσμα βρίσκεται πάνω από την τιμή T= 63. το φυσιολογικό φάσμα βρίσκεται κάτω από την τιμή T= 60 (Achenbach, Rescorla, 2002).

5.6.5 Τα προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων

Το προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων αποτελείται από έξι κατηγορίες: Συναισθηματικά Προβλήματα, Προβλήματα Άγχους, Σωματικά Προβλήματα, Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας, Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα και Προβλήματα Διαγωγής. Οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες, βαθμολογούνται κατά τον ίδιο τρόπο με τις

εμπειρικές κλίμακες του ΣΑΕΒΑ. Για τη συνολική βαθμολογία αθροίζονται οι βαθμοί 0, 1 ή 2 τους οποίους έδωσε σε κάθε στοιχείο το πρόσωπο που συμπλήρωσε το έντυπο. Στη συνέχεια βάζουμε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό, από την άθροιση των βαθμών, στη στήλη των αριθμών πάνω από την κλίμακα. Τραβάμε μια γραμμή που ενώνει τους τοποθετημένους σε κύκλο αριθμούς. Από τη μορφή του προφίλ που προκύπτει βλέπουμε πόσο ψηλά βρίσκεται το παιδί στην κάθε εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα συγκριτικά με το εθνικό δείγμα παιδιών. Τα προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων φέρουν διακεκομμένες γραμμές που κυμαίνονται μεταξύ της 93ης και της 97ης εκατοστιαίας θέσης και προσδιορίζουν το οριακό φάσμα. Οι εκατοστιαίες θέσεις βρίσκονται στην αριστερή πλευρά του προφίλ, ενώ οι τιμές T στη δεξιά πλευρά. Οι εκατοστιαίες θέσεις και οι τιμές T στις διακεκομμένες γραμμές που διαχωρίζουν το οριακό φάσμα καθοδηγούν τους ειδικούς έτσι ώστε να καθορίζουν το βαθμό στον οποίο οι βαθμολογίες ενός παιδιού, σύμφωνα με τις εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες, παρεκκλίνουν από αυτές των συνομηλίκων του (Achenbach, Rescorla, 2002).

5.7 Διαδικασία έρευνας

Το δείγμα για τη στάθμιση των ερωτηματολογίων CBCL και TRF προέρχεται από δημόσια σχολεία σε όλη την Ελλάδα. Ειδικότερα όσον αφορά την ευρύτερη περιοχή των Περιφερειών Κεντρικής Μακεδονίας, Ηπείρου και Νοτίου Αιγαίου, όπου επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο σχολεία από περιοχές υψηλού και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Όσον αφορά τις περιοχές που αναφέρθηκαν, συγκεκριμένα το δείγμα πάρθηκε από την Δυτική Θεσσαλονίκη, την Πρέβεζα και τη νήσο Θήρα, όπου επιλέχθηκε ένα σχολείο από την αστική περιοχή, ένα από μια γειτονική ημιαστική περιοχή και ένα από μια αγροτική περιοχή. Επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα παιδιών από κάθε σχολείο, με σχεδόν ίσο αριθμό αγοριών και κοριτσιών ως προς την τάξη του δημοτικού. Δηλαδή για κάθε τάξη ενός δημοτικού σχολείου συλλέγονταν παρόμοια ερωτηματολόγια CBCL και TRF. Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν αυτό-χορηγούμενα και συμπληρώθηκαν από γονείς και δασκάλους στα σχολεία, μετά από συνεννόηση. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 95% για τους γονείς και σχεδόν 99% για τους δασκάλους. Για την ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω

νόρμες, βάση των οποίων μπορούμε να συγκρίνουμε τη βαθμολογία του εκάστοτε παιδιού με τους συνομηλίκους του. Αυτές οι νόρμες ονομάζονται «προφίλ», και μας δίνουν τη γενική εικόνα που παρουσιάζει το κάθε παιδί (Achenbach, Rescorla, 2002).

5.8 Ερμηνεία δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε διάστημα 6 μηνών και με τη χορήγηση ερωτηματολογίων σε εκπαιδευτικούς και γονείς παιδιών ηλικίας 6-12 ετών. Η έρευνα αφορά τυχαίο πληθυσμό από τις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας, Ηπείρου και Νοτίου Αιγαίου. Το δείγμα αφορούσε 80 μαθητές εκ των οποίων τα 37 ήταν κορίτσια και τα 43 αγόρια. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε εκπαιδευτικούς των μαθητών, όπως και αντίστοιχα στους γονείς των αντίστοιχων παιδιών για συμπλήρωση από τους γονείς, την μητέρα ή τον πατέρα.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ			
ΤΑΞΗ	ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Νήπια	1	2	3
Α' Δημοτικού	3	4	7
Β' Δημοτικού	6	7	13
Γ' Δημοτικού	9	12	21
Δ' Δημοτικού	7	3	10
Ε' Δημοτικού	8	6	14
ΣΤ' Δημοτικού	8	3	11
Α' Γυμνασίου	1		1
ΣΥΝΟΛΟ	43	37	80

Πίνακας 1. Αναλυτική Περιγραφή Δείγματος

5.9 Ερωτηματολόγια ΕκπαιδευτικώνTRF

Οι εκπαιδευτικοί των μαθητών ηλικίας 6-12 ετών, που περιλαμβάνουν μαθητές από το Νηπιαγωγείο έως και την πρώτη Γυμνασίου, συμπλήρωσαν τα

ερωτηματολόγια αφού πρωτίστως δόθηκαν αναλυτικές οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης τους και διευκρινιστικές οδηγίες για την αποφυγή λάθους ή παράλειψης.

Στην πρώτη σελίδα οι εκπαιδευτικοί συμπλήρωσαν τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών τους, όπως όνομα, επίθετο, φύλο, ηλικία, εθνικότητα, τάξη, επάγγελμα γονέων, ημερομηνία συμπλήρωσης και γέννησης του/της μαθητή/τριας, την ειδικότητα τους και το ονοματεπώνυμό τους, καθώς και απαραίτητες πληροφορίες για τον χρονικό διάστημα γνωριμίας, το πόσο καλά γνωρίζονται, για το ποια τάξη πρόκειται, αν έχει παραπεμφθεί σε τμήμα ένταξης, ειδικές υπηρεσίες, αν έχει επαναλάβει κάποια τάξη και τέλος, την επίδοση στα μαθήματα.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

ΤΑΞΗ	ΑΝΑΠΗΡΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΝΑΙ	ΌΧΙ	
Νήπια	0	3	3
Α' Δημοτικού	0	7	7
Β' Δημοτικού	0	13	13
Γ' Δημοτικού	2	19	21
Δ' Δημοτικού	1	9	10
Ε' Δημοτικού	0	14	14
ΣΤ' Δημοτικού	0	11	11
Α' Γυμνασίου	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	77	80

Πίνακας 2. Αναπηρία Δείγματος σε Ερωτηματολόγια TRF.

Στην δεύτερη σελίδα, συμπλήρωσαν, σε σύγκριση με το μέσο μαθητή της ίδιας ηλικίας, το πόσο σκληρά εργάζονται, πόσο σωστή είναι η συμπεριφορά τους, πόσο πολύ μαθαίνει και πόσο χαρούμενοι είναι οι μαθητές τους, σε κλίμακα από το πολύ λιγότερο έως το πολύ περισσότερο από τον μέσο μαθητή τους. Επιπρόσθετα, συμπλήρωσαν αν οι εκπαιδευτικοί έχουν κάποιες ανησυχίες για τους μαθητές τους, τα θετικά χαρακτηριστικά τους και να γράψουν σχόλια που μπορεί να είναι χρήσιμα για τους μαθητές τους.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

ΜΑΘΗΜΑ	ΝΗΠΙΑ					Α' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ					Β' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ					Γ' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
	Ανάγνωση																				
Αρχαία																					
Γεωγραφία																				1	
Γλώσσα			1			4		5	4	1	4		5	4		5	2	10	3	1	
Γυμναστική																					
Ευέλικτη													4	1			4	7			
Ζωγραφική				1																	
Θρησκευτικά																	2	2			
Ιστορία																	2	4	12	3	
Μαθηματικά			3			2	2	5	5		2	2	5	4		5	1	10	5		
Μελέτη													3	5	6		6	12	1		
Μουσική				1									1	5							
Ξένη Γλώσσα																					
Πρώτη Γραφή				2																	
Φυσική																		1	1		
Χειροτεχνίες				2																	

Πίνακας 3. Αναλυτικές Βαθμολογίες Μαθημάτων Ερωτηματολογίων TRF.

Τάξεις Νηπιαγωγείου, Α', Β' και Γ' Δημοτικού.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

ΜΑΘΗΜΑ	Δ' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ					Ε' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ					ΣΤ' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ					ΓΥΜΝ					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	3	4				
	Ανάγνωση																				
Αρχαία																					1

Γεωγραφία								2	1	
Γλώσσα	1	5	3	1	1	8	5	6	1	2
Γυμναστική						1				
Ευέλικτη		1								
Ζωγραφική										
Θρησκευτικά		1	3	1	1					
Ιστορία		1	6	2	1	2	3	5	1	1
Μαθηματικά	1		4	5		7	6	1	7	1
Μελέτη		1	5	2	1					
Μουσική										
Ξένη Γλώσσα										
Πρώτη Γραφή										
Φυσική						1	6	7	6	2
Χειροτεχνίες										

Πίνακας 4. Αναλυτικές Βαθμολογίες Μαθημάτων Ερωτηματολογίων TRF.

Τάξεις Δ', Ε', ΣΤ Δημοτικού και Α' Γυμνασίου.

Στις επόμενες δύο σελίδες, την τρίτη και τέταρτη, δόθηκαν 113 συνολικά στοιχεία συμπεριφοράς για να απαντήσουν με τις επιλογές 0= αν δεν ταιριάζει καθόλου με τον μαθητή τους, 1= αν ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές και με 2= αν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά. Στα ερωτηματολόγια των εκπαιδευτικών για τα στοιχεία των συμπεριφορών των μαθητών τους παρατηρήθηκαν τα εξής:

Οι απαντήσεις στα στοιχεία 4, 17 και 71 των εκπαιδευτικών για την συγκεκριμένη συμπεριφορά ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές σε ποσοστό πάνω από 20%. Συγκεκριμένα το στοιχείο 4 αφορά την αδυναμία ολοκλήρωσης μιας ενέργειας που αρχίζουν οι μαθητές τους και δεν τα καταφέρνουν, και 22 στους 80 μαθητές ταιριάζουν κάπως ή μερικές φορές με αυτό. Παράλληλα, το στοιχείο 17 αφορά τους μαθητές που ονειροπολούν και χάνονται στις σκέψεις τους, όπου 27 στους 80

μαθητές ταιριάζουν μερικές φορές. Το στοιχείο 71 αφορά τους μαθητές που δεν είναι άνετοι, ντροπιάζονται εύκολα και αισθάνονται αμηχανία, όπου 27 στους 80 μαθητές ταιριάζουν κάπως ή μερικές φορές.

Τα στοιχεία 8, 41, 50, 62, 63, 69, 75 και 78 έχουν ποσοστό πάνω από 15% του συνόλου των μαθητών που αντιστοιχεί στην απάντηση 1, όπου ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές. Συγκεκριμένα το στοιχείο 8 αναφέρεται στην αδυναμία συγκέντρωσης και προσήλωσες της προσοχής των μαθητών για αρκετή ώρα, όπου ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές σε 16 από τους 80 μαθητές. Ομοίως, τα στοιχεία 41, 69 και 78 αφορούν την παρορμητικότητα και όταν οι μαθητές ενεργούν χωρίς να σκέφτονται, την μυστικοπάθεια και την απροσεξία, όταν η προσοχή των μαθητών διασπάται εύκολα, όπου αξιολογήθηκαν πως ταιριάζει μερικές φορές σε 16 από τους 80 μαθητές. Τα στοιχεία 50, 62 και 63 αφορούν τους φόβους και την ύπαρξη άγχους, την αδεξιότητα και τον κακό συντονισμό και την προτίμηση να κάνουν παρέα με μικρότερα παιδιά, όπου οι 17 από τους 80 μαθητές έλαβαν από τους αξιολογητές την βαθμολογία 1. Επιπρόσθετα, το στοιχείο 75 που αφορά τη δειλία και την ντροπή που νιώθουν οι μαθητές, οι εκπαιδευτικοί συμπλήρωσαν πως ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές σε 19 από τους 80 μαθητές.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

Ε	Απαντήσεις			Ε	Απαντήσεις			Ε	Απαντήσεις		
	0	1	2		0	1	2		0	1	2
1.	70	8	2	41.	61	16	3	81.	71	7	2
2.	78	2	-	42.	68	9	3	82.	78	2	-
3.	65	13	2	43.	70	8	2	83.	79	1	-
4.	55	22	3	44.	72	5	3	84.	76	-	4
5.	64	13	3	45.	74	5	1	85.	80	-	-
6.	77	2	1	46.	75	5	-	86.	68	11	1
7.	73	5	2	47.	61	14	5	87.	69	8	3
8.	54	16	10	48.	71	9	-	88.	72	8	-
9.	77	3	-	49.	65	4	11	89.	77	2	1
10.	64	14	2	50	62	17	1	90.	74	6	-
11.	62	13	5	51.	80	-	-	91.	80	-	-
12.	74	5	1	52.	80	-	-	92.	70	2	8
13.	72	4	4	53.	72	7	1	93.	66	12	2
14.	73	5	2	54	67	13	-	94.	65	14	1
15.	73	7	-	55.	75	4	1	95.	73	7	-

16.	78	1	1	56.	80	-	-	96.	80	-	-
17.	51	28	1	57.	76	3	1	97.	78	2	-
18.	79	1	-	58.	76	4	-	98.	80	-	-
19.	63	14	3	59.	78	2	-	99.	80	-	-
20.	78	2	-	60.	71	5	4	100.	71	2	7
21..	77	3	-	61.	67	8	5	101.	79	1	-
22.	62	14	4	62.	63	17	-	102.	69	6	5
23.	70	10	-	63.	60	17	3	103.	74	4	2
24.	67	2	1	64.	71	9	-	104.	69	9	2
25.	69	9	2	65.	69	11	-	105.	80	-	-
26.	77	3	-	66.	79	-	-	106.	76	4	-
27.	65	14	1	67.	76	4	-	107.	73	6	1
28.	70	9	1	68.	76	4	-	108.	65	15	-
29.	76	4	-	69.	60	16	4	109.	65	14	1
30.	77	2	1	70.	80	-	-	110.	76	2	2
31.	78	2	-	71.	52	27	1	111.	73	4	3
32.	60	14	6	72.	68	12	-	112.	70	10	-
33.	77	3	-	73.	77	1	2	113.	80	-	-
34.	77	2	1	74.	67	12	1	-	-	-	-
35.	77	3	-	75.	57	19	4	56 α.	80	-	-
36.	79	1	-	76.	75	4	1	β.	78	2	-
37.	74	5	1	77.	73	5	2	γ.	79	1	-
38.	74	6	-	78.	56	16	8	πα	76	4	-
39.	77	1	2	79.	71	3	6	ε.	77	3	-
40.	79	1	-	80.	72	5	3	στ.	72	8	-

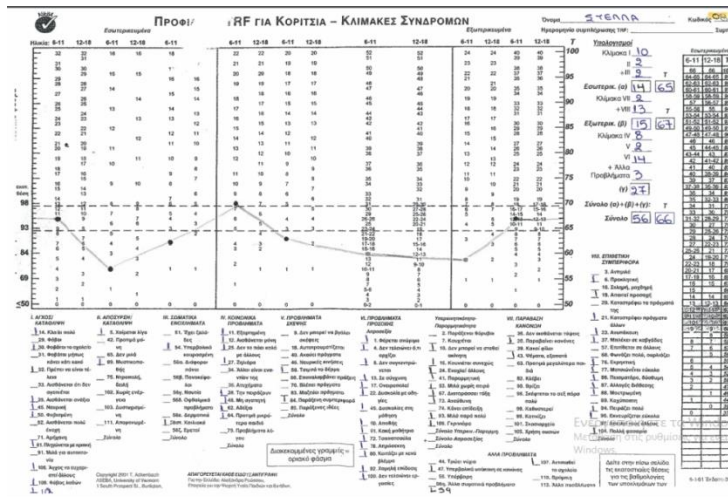
Πίνακας 5. Αναλυτικές Απαντήσεις στα TRF Ερωτηματολόγια..

5.9.1 Προφίλ TRFγια Κορίτσια 6-12 για Κλίμακες Συνδρόμων

Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς και παρουσιάζονται στα διαγράμματα αναλύθηκαν τα εξής

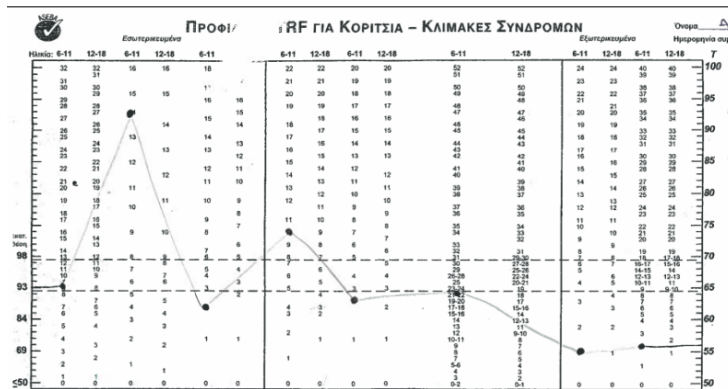
Προφίλ 1- Στέλλα, Κωδικός 08/Ηλικία 8

Παρατηρείται στην 95^η εκατοστιαία θέση, επομένως στο οριακό φάσμα, από τα εσωτερικευμένα προβλήματα και συγκεκριμένα το άγχος/κατάθλιψη με αρνητικό ποσοστό 10/32. Παράλληλα, η επιθετική συμπεριφορά στα εξωτερικευμένα προβλήματα φέρει συνολική βαθμολογία 13/40. Στο κλινικό φάσμα τα κοινωνικά προβλήματα με σκορ 8/22.



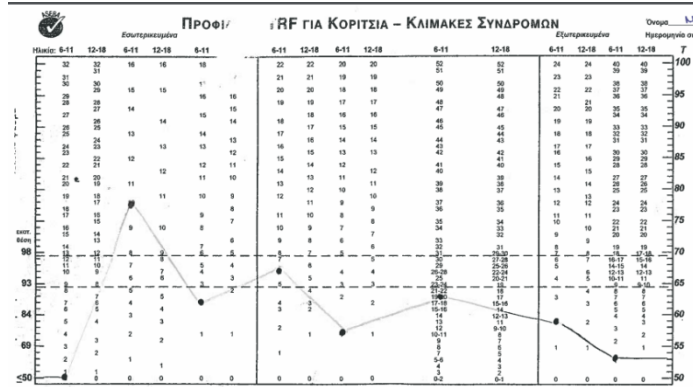
Προφίλ 2- Αγγελική, Κωδικός 012/Ηλικία 8

Παρατηρείται στην 93^η εκατοστιαία θέση, επομένως στο οριακό φάσμα, από τα εσωτερικευμένα προβλήματα και συγκεκριμένα το άγχος/κατάθλιψη με συνολική βαθμολογία 9/32. Στο κλινικό φάσμα διακρίνονται η απόσυρση/κατάθλιψη με συνολική βαθμολογία 14/16 και τα κοινωνικά προβλήματα με σκορ 10/22.



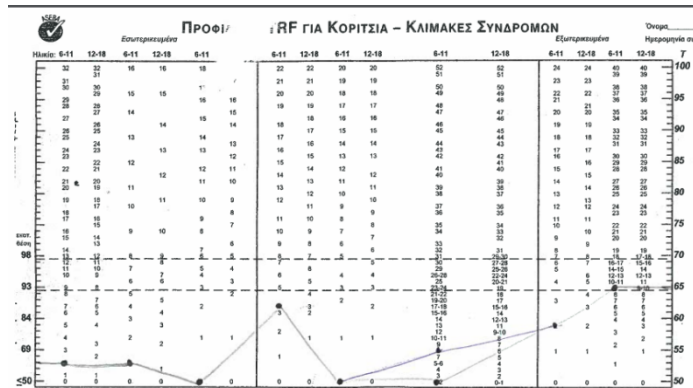
Προφίλ 3- Μιχαέλα, Κωδικός 013/Ηλικία 8

Παρατηρείται στην 95^η εκατοστιαία θέση, επομένως στο οριακό φάσμα, τα κοινωνικά προβλήματα με συνολική βαθμολογία 6/22. Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η απόσυρση/κατάθλιψη με συνολική βαθμολογία 10/16.



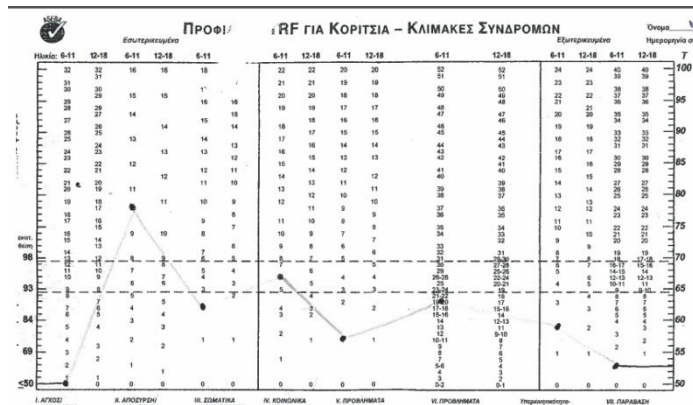
Προφίλ 4- Άρτεμη, Κωδικός 016/ Ηλικία 9

Παρατηρείται στην 93^η εκατοστιαία θέση, στο οριακό φάσμα η συνολική βαθμολογία των αποκρίσεων που αφορούν την επιθετική συμπεριφορά με συνολική βαθμολογία 9/40.



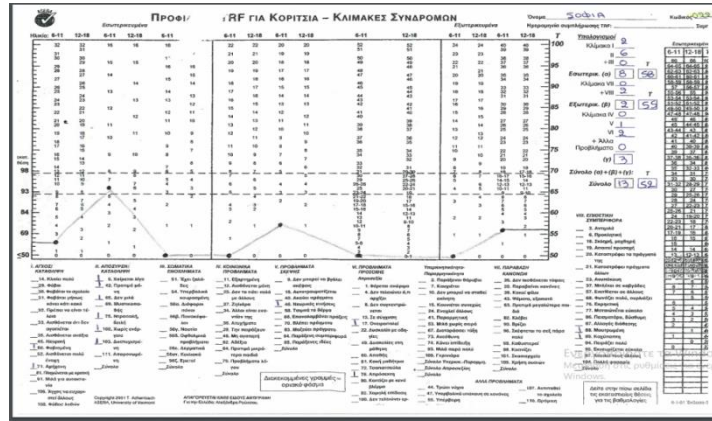
Προφίλ 5- Μαρία, Κωδικός 017/ Ηλικία 8

Παρατηρείται στην 95^η εκατοστιαία θέση, επομένως στο οριακό φάσμα, τα κοινωνικά προβλήματα με συνολική βαθμολογία 6/22. Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η απόσυρση/κατάθλιξη με συνολική βαθμολογία 10/16.



Προφίλ 6- Σοφία, Κωδικός 022/ Ηλικία 8

Στο οριακό φάσμα βρίσκεται η συνολική βαθμολογία με 6/16 για την απόσυρση/κατάθλιψη.

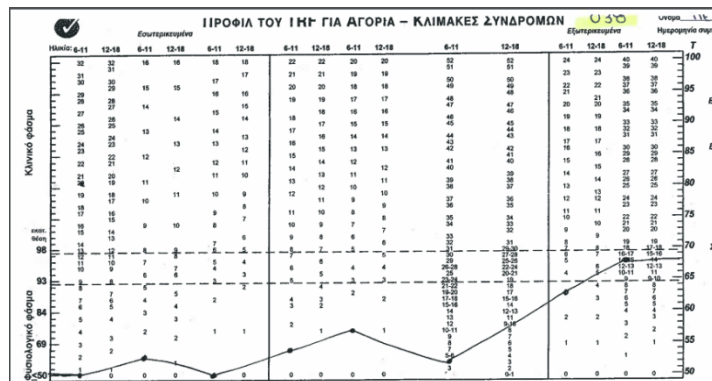


5.9.2 Προφίλ TRF για Αγόρια 6-12 για Κλίμακες Συνδρόμων

Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς και παρουσιάζονται στα διαγράμματα αναλύθηκαν τα εξής:

Προφίλ 7- Πέτρος, Κωδικός 038/ Ηλικία 6

Στο οριακό φάσμα βρίσκεται η επιθετική συμπεριφορά με συνολική βαθμολογία 15/28, ως εξωτερικευμένα προβλήματα.



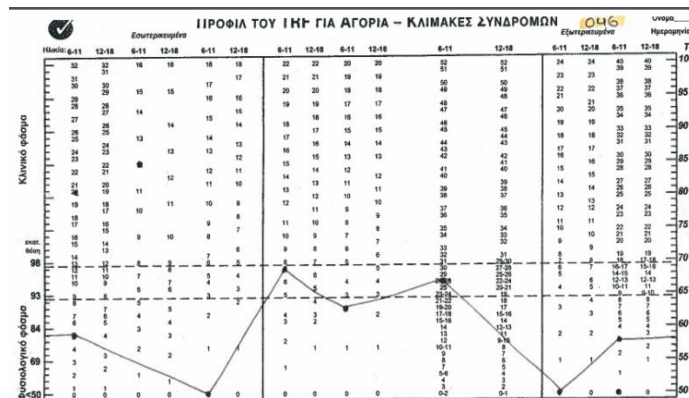
Προφίλ 8- Αλέξιος, Κωδικός 045/ Ηλικία 8

Τα σωματικά εσωτερικευμένα προβλήματα σε συνολική βαθμολογία 3/18 , τα κοινωνικά με βαθμολογία 5/22 και τα προβλήματα προσοχής με σκορ 28/52 βρίσκονται στο οριακό φάσμα (απροσεξία 19/28 και υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα 9/24). Παράλληλα, από τα εξωτερικευμένα προβλήματα, η επιθετική συμπεριφορά βρίσκεται στο οριακό φάσμα με βαθμολογία 10/40.



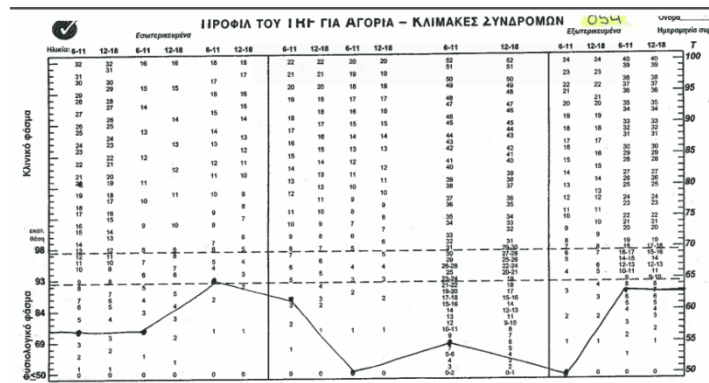
Προφίλ 9- Ορέστης, Κωδικός 046/ Ηλικία 8

Στο οριακό φάσμα βρίσκονται τα κοινωνικά προβλήματα με βαθμολογία 7/22 και τα προβλήματα προσοχής με σκορ 26/52 (απροσεξία 24/28 και υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα 2/24).



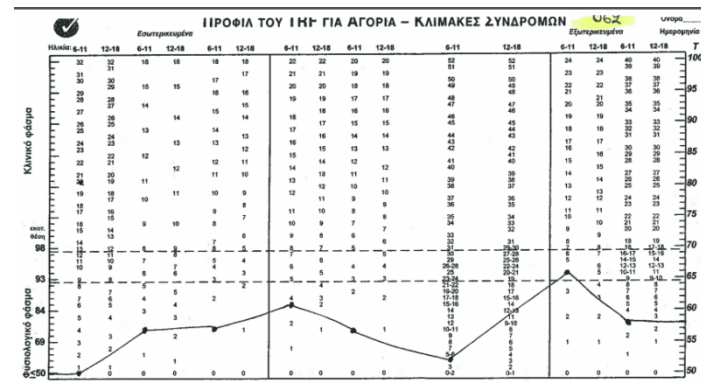
Προφίλ 10- Ηλίας, Κωδικός 054/ Ηλικία 9

Τα εσωτερικευμένα σωματικά ενοχλήματα βρίσκονται στο οριακό φάσμα με βαθμολογία 3/18.



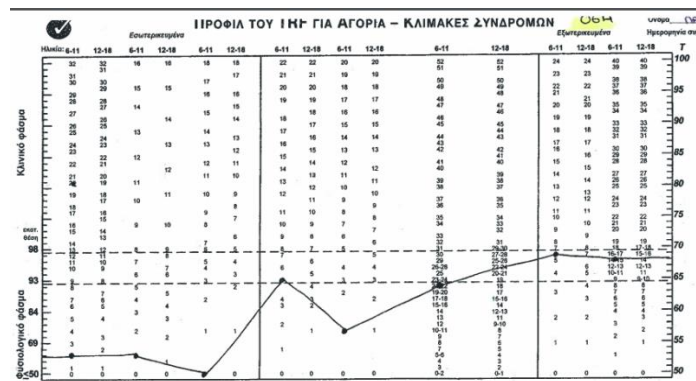
Προφίλ 11- Γεώργιος, Κωδικός 062/ Ηλικία

Στο οριακό φάσμα βρίσκεται η παράβαση κανόνων από τα εξωτερικευμένα προβλήματα με βαθμολογία 4/24.



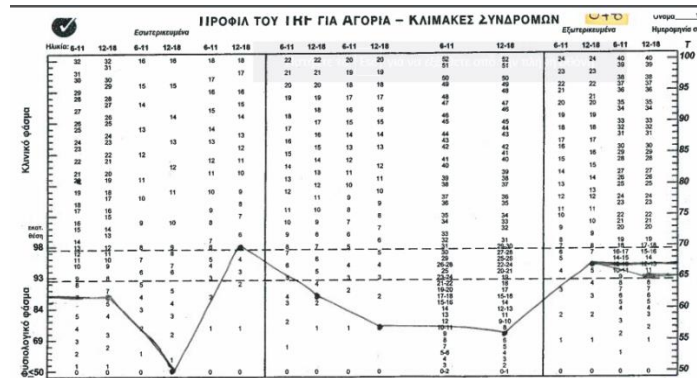
Προφίλ 12- Παναγιώτης, Κωδικός 064/ Ηλικία 11

Στο οριακό φάσμα βρίσκονται τα κοινωνικά προβλήματα με βαθμολογία 5/22. Ομοίως, η παράβαση κανόνων από τα εξωτερικευμένα προβλήματα με βαθμολογία 6/24 και η επιθετική συμπεριφορά με σκορ 14/40 βρίσκονται στο οριακό φάσμα.



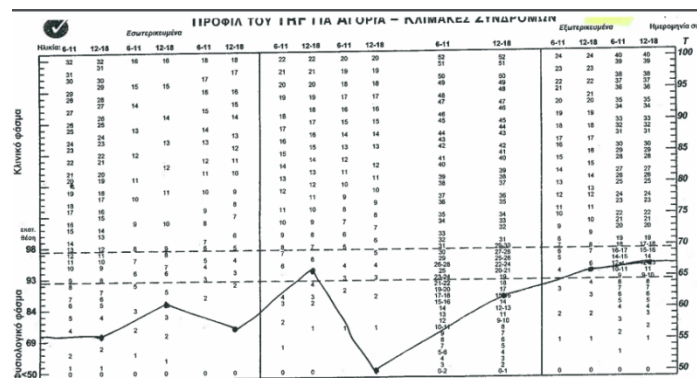
Προφίλ 13- Νικόλαος, Κωδικός 078/ Ηλικία 12

Στο οριακό φάσμα βρίσκονται από τα εξωτερικευμένα προβλήματα η επιθετική συμπεριφορά με βαθμολογία 9/40 και η παράβαση κανόνων με βαθμολογία 6/24. Παράλληλα, τα σωματικά ενοχλήματα που ανήκουν στα εσωτερικευμένα προβλήματα εμφανίζονται με βαθμολογία 5/18.



Προφίλ 14- Αθανάσιος, Κωδικός 079/ Ηλικία 12

Στο οριακό φάσμα βρίσκονται τα κοινωνικά προβλήματα με βαθμολογία 5/22 και από τα εξωτερικευμένα προβλήματα σε οριακό φάσμα βρίσκονται επίσης η παράβαση κανόνων με βαθμολογία 5/24 και η επιθετική συμπεριφορά με συνολικό σκορ 12/40.

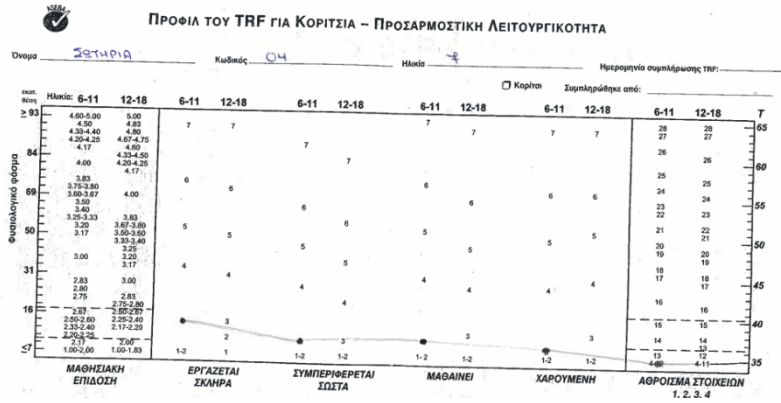


5.9.3 Προφίλ TRF για Κορίτσια 6-12 για Προσαρμοστική Λειτουργικότητα

Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς και παρουσιάζονται στα διαγράμματα αναλύθηκαν τα εξής

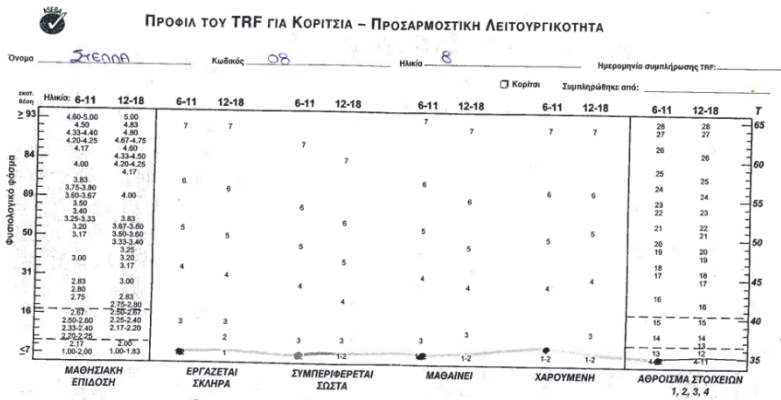
Προφίλ 1- Σωτηρία, Κωδικός 04/ Ηλικία 7

Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 12/28.



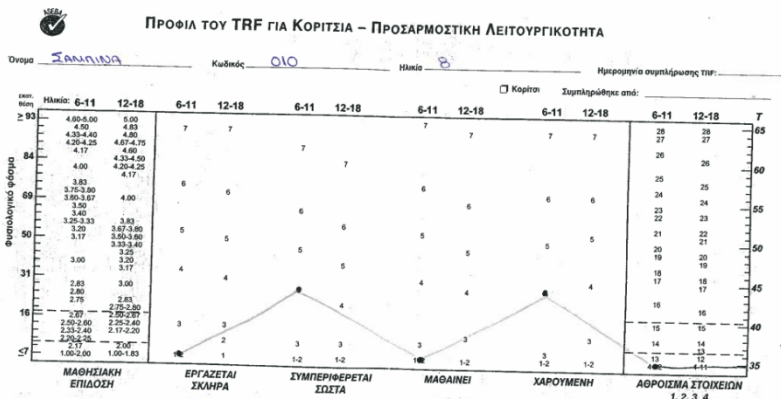
Προφίλ 2- Στέλλα, Κωδικός 08/ Ηλικία 8

Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 8/28.



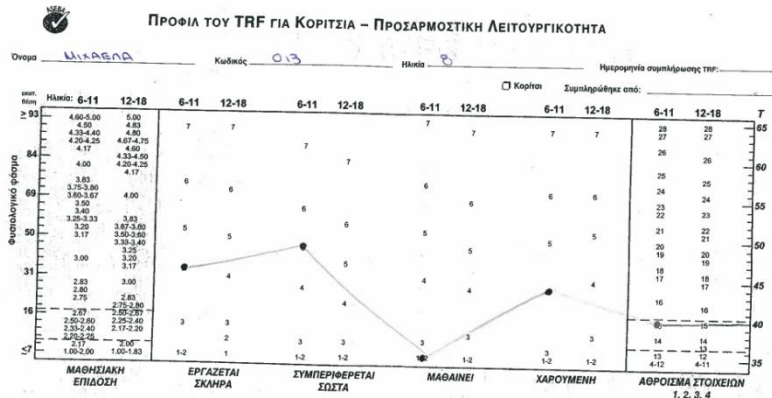
Προφίλ 3- Σαμπίνα, Κωδικός 010/ Ηλικία 8

Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 11/28.



Προφίλ 4- Μιχαέλα, Κωδικός 013/ Ηλικία 8

Στο οριακό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 15/28.



Προφίλ 5- Πασχαλίνα, Κωδικός 015/ Ηλικία 9

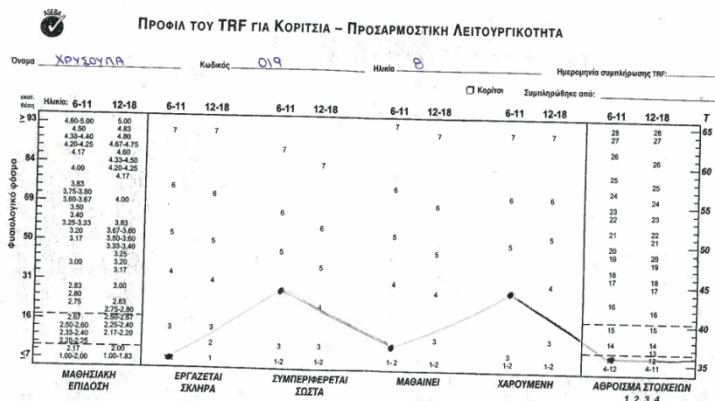
Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 10/28.

Προφίλ 6- Μαρία, Κωδικός 017/ Ηλικία 8

Η προσαρμοστική λειτουργικότητα βρίσκεται στο οριακό φάσμα με συνολική βαθμολογία 15/28.

Προφίλ 7- Χρυσούλα, Κωδικός 019/ Ηλικία 8

Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 13/28.

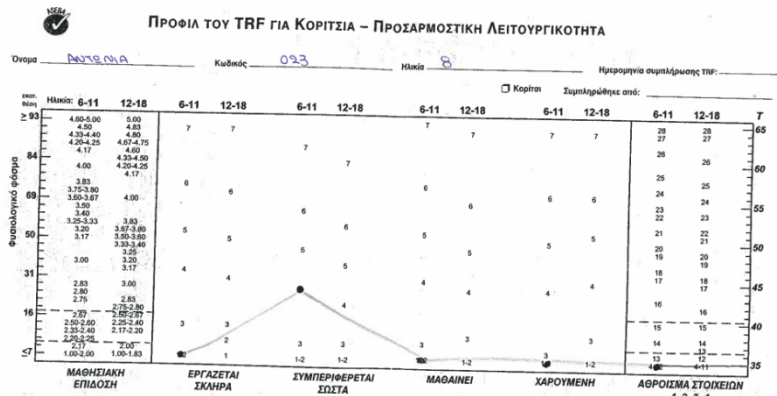


Προφίλ 8- Παρασκευή, Κωδικός 021/ Ηλικία 9

Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 11/28.

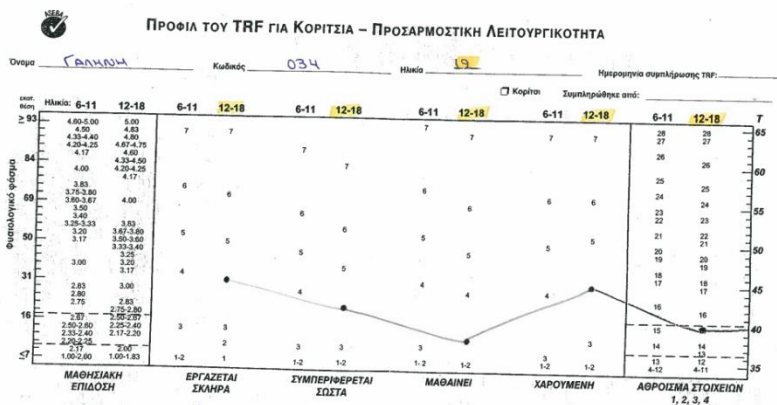
Προφίλ 9- Αντωνία, Κωδικός 023/ Ηλικία 8

Η προσαρμοστική λειτουργικότητα βρίσκεται με βαθμολογία 9/28 στο κλινικό φάσμα.



Προφίλ 10- Γαλήνη, Κωδικός 034/ Ηλικία 12

Στο οριακό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 15/28.



Προφίλ 11- Σοφία, Κωδικός 036/ Ηλικία 8

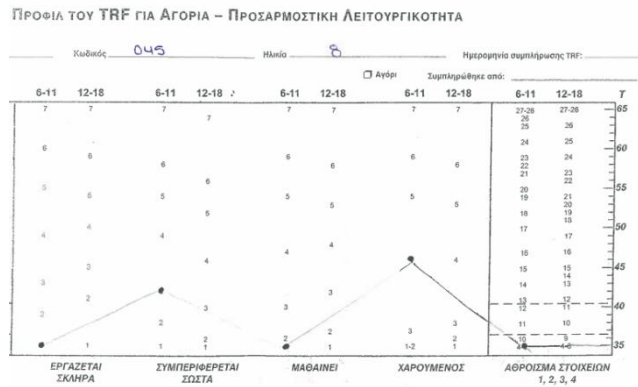
Η προσαρμοστική λειτουργικότητα βρίσκεται με βαθμολογία 12/28 στο κλινικό φάσμα.

5.9.4 Προφίλ TRF για Αγόρια 6-12 για την Προσαρμοστική Λειτουργικότητα.

Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς και παρουσιάζονται στα διαγράμματα αναλύθηκαν τα εξής:

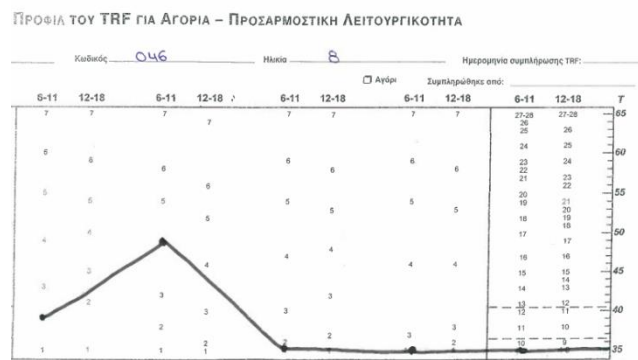
Προφίλ 12- Αλέξιος, Κωδικός 045/ Ηλικία 8

Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 9/28.



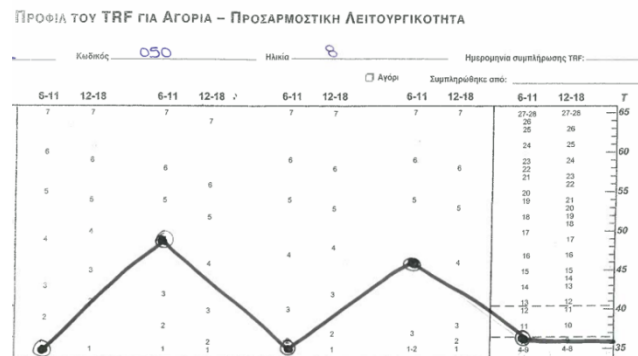
Προφίλ 13- Ορέστης, Κωδικός 046/ Ηλικία 8

Η προσαρμοστική λειτουργικότητα βρίσκεται με βαθμολογία 9/28 στο κλινικό φάσμα.



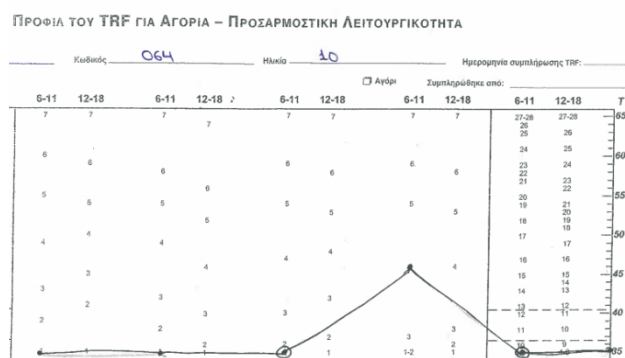
Προφίλ 14- Χαράλαμπος, Κωδικός 050/ Ηλικία 8

Στο κλινικό φάσμα βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 10/28.



Προφίλ 15- Παναγιώτης, Κωδικός 064/ Ηλικία 10

Η προσαρμοστική λειτουργικότητα βρίσκεται με βαθμολογία 7/28 στο κλινικό φάσμα.



Περίληπτικά, και σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς και δασκάλους των παιδιών, αγοριών και κοριτσιών, που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκαν διαφορετικές εκφάνσεις φάσματος, στις κλίμακες συνδρόμων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και στις εναρμονισμένες κλίμακες σύμφωνα με το DSM, για κάθε παιδί. Τα αποτελέσματα των TRF ερωτηματολογίων παρουσίασαν ως κατά φύση φυσιολογικά σε όλες τις αξιολογήσιμες κλίμακες, τα 21 στα 37 στο σύνολο κορίτσια και τα 29 στα 43 στο σύνολο αγόρια. Επομένως στο σύνολο των 80 μαθητών, οι 50 κρίθηκαν σύμφωνα με τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών, ότι ανήκουν στο φυσιολογικό φάσμα, και χωρίς κανένα κλινικό σύμπτωμα ή στο οριακό φάσμα.

Συνοπτικά τα προφίλ των κοριτσιών που βρίσκονται στο οριακό ή κλινικό φάσμα είναι η Σωτηρία (04), η Στέλλα (08), η Σαμπίνα (010), η Ελένη (011), η Αγγελική (012), η Μιχαέλα (013), η Πασχαλίνα (015), η Αρτεμη (016), η Μαρία (018), η Παϊσία (018), η Χρυσούλα (019), η Παρασκευή (021), η Σοφία (022), η Αντωνία (023), η Γαλήνη (034) και η Σοφία (036). Συγκεκριμένα, στο κλινικό ή οριακό φάσμα σε όλες τις κλίμακες των TRF είναι η Στέλλα (08), η Αγγελική (012), η Μιχαέλα (013), η Μαρία (017) και η Παϊσία (018).

Στην συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς. Παρακάτω θα καταγραφούν συγκεντρωτικά τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αρχικά, για κάθε μαθήτρια αναλυτικά, σύμφωνα με τις κλίμακες και τα διαγράμματα που συμπληρώθηκαν. Η μαθήτρια με κωδικό 01, η Μελίνα παρουσίασε φυσιολογικά

διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η Βίβιαν (02) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16/28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η Μάρθα (03) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 18/28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η Σωτηρία (04) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια, όμως σε κλινικό φάσμα είναι η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 12 στα 28 και συγκεκριμένα βαθμολογία 3 στο εργάζεται σκληρά, συμπεριφέρεται σωστά, μαθαίνει και είναι χαρούμενη. Η Ιωάννα (05) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 19/28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η Ελένη (06) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16/28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η Σοφία (07) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16/28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η πρώτη μαθήτριά που παρουσίασε κλινικά διαγράμματα είναι η Στέλλα (08) παρουσίασε κλινικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, συγκεκριμένα σε κλινικό φάσμα τα κοινωνικά προβλήματα και σε οριακό φάσμα το άγχος/κατάθλιψη από εσωτερικευμένα προβλήματα και η επιθετική συμπεριφορά στα εξωτερικευμένα, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16/28 και συγκεκριμένα βαθμολογία 2 στο εργάζεται σκληρά, 2 στο συμπεριφέρεται σωστά, 1 στο μαθαίνει και 3 στο χαρούμενη, και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα, προβλήματα άγχους, τα προβλήματα προσοχής και υπερκινητικότητας στο κλινικό φάσμα και στο οριακό φάσμα τα εναντιωματικά προκλητά προβλήματα και προβλήματα διαγωγής. Η Λυδία (09) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16/28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η Σαμπίνα (010)

παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια, όμως σε κλινικό φάσμα είναι η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 11 στα 28 και συγκεκριμένα βαθμολογία 1 στο εργάζεται σκληρά, 4 στο συμπεριφέρεται σωστά, 2 στο μαθαίνει και 4 στο χαρούμενη. Η Ελένη (011) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16/28 και στο οριακό φάσμα τα προβλήματα άγχους με βαθμολογία 3 στα 12 στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η Αγγελική (012) παρουσίασε κλινικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, συγκεκριμένα σε κλινικό φάσμα η απόσυρση/κατάθλιψη (εσωτερικευμένο πρόβλημα) με βαθμολογία 14 στα 16, τα κοινωνικά προβλήματα με 10 στα 22 και σε οριακό φάσμα το άγχος/κατάθλιψη από εσωτερικευμένα προβλήματα και η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16/28 και συγκεκριμένα βαθμολογία 5 στο εργάζεται σκληρά, 6 στο συμπεριφέρεται σωστά, 2 στο μαθαίνει και 3 στο χαρούμενη, και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα με 10 στα 20 στο κλινικό φάσμα και στο οριακό φάσμα τα προβλήματα άγχους με 4 στα 12. Η Μιχάελα (013) παρουσίασε κλινικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, συγκεκριμένα σε κλινικό φάσμα η απόσυρση/κατάθλιψη (εσωτερικευμένο πρόβλημα) με βαθμολογία 10 στα 16 και σε οριακό φάσμα τα κοινωνικά προβλήματα με βαθμολογία 6 στα 22 και η προσαρμοστική λειτουργικότητα σε οριακό φάσμα με συνολική βαθμολογία 15 στα 28 και συγκεκριμένα βαθμολογία 4 στο εργάζεται σκληρά, 5 στο συμπεριφέρεται σωστά, 2 στο μαθαίνει και 4 στο χαρούμενη, και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα στο οριακό φάσμα με 4 στα 20. Η Χαρούλα (014) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η Πασχαλίνα (015) παρουσίασε φυσιολογικό διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων, όμως η προσαρμοστική λειτουργικότητα είναι σε κλινικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 10 στα 28 και συγκεκριμένα βαθμολογία 3 στο εργάζεται σκληρά, 2 στο συμπεριφέρεται σωστά, 3 στο μαθαίνει και 2 στο χαρούμενη, και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια να εμφανίζει τα προβλήματα άγχους στο οριακό φάσμα με 3 στα 12. Η Άρτεμη (016) παρουσίασε κλινικά διαγράμματα για τις

κλίμακες συνδρόμων, συγκεκριμένα σε οριακό φάσμα από τα εξωτερικευμένα προβλήματα η επιθετική συμπεριφορά με 9 στα 40, η προσαρμοστική λειτουργικότητα σε φυσιολογικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF στο οριακό φάσμα με 4 στα 10 για τα εναντιωματικά/προκλητά προβλήματα. Η Μαρία (017) παρουσίασε κλινικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, συγκεκριμένα σε κλινικό φάσμα η απόσυρση/κατάθλιψη (εσωτερικευμένο πρόβλημα) με βαθμολογία 10 στα 16 και σε οριακό φάσμα τα κοινωνικά προβλήματα με βαθμολογία 6 στα 22 και η προσαρμοστική λειτουργικότητα σε οριακό φάσμα με συνολική βαθμολογία 15 στα 28 και συγκεκριμένα βαθμολογία 4 στο εργάζεται σκληρά, 5 στο συμπεριφέρεται σωστά, 2 στο μαθαίνει και 4 στο χαρούμενη, και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα στο οριακό φάσμα με 4 στα 20. Η Παϊσία (018) παρουσίασε κλινικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, συγκεκριμένα σε κλινικό φάσμα η απόσυρση/κατάθλιψη (εσωτερικευμένο πρόβλημα) με βαθμολογία 14 στα 16 και τα κοινωνικά, και η προσαρμοστική λειτουργικότητα σε φυσιολογικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και συγκεκριμένα βαθμολογία 5 στο εργάζεται σκληρά, 6 στο συμπεριφέρεται σωστά, 2 στο μαθαίνει και 3 στο χαρούμενη, και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα στο κλινικό φάσμα με βαθμολογία 10 στα 20. Η Χρυσούλα (019) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια, ενώ η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 13/28 βρίσκεται σε κλινικό φάσμα και συγκεκριμένα βαθμολογία 2 στο εργάζεται σκληρά, 4 στο συμπεριφέρεται σωστά, 3 στο μαθαίνει και 4 στο χαρούμενη. Η Βιοσένα (020) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16/28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια. Η Παρασκευή (021) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα κορίτσια, ενώ η προσαρμοστική λειτουργικότητα βρίσκεται στο κλινικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 11/28, συγκεκριμένα βαθμολογία 2 στο εργάζεται σκληρά, 2 στο συμπεριφέρεται σωστά, 3 στο μαθαίνει και 4 στο χαρούμενη. Η Σοφία (022) παρουσίασε στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων στο οριακό φάσμα την απόσυρση/κατάθλιψη από τα εσωτερικευμένα προβλήματα με βαθμολογία 6 στα 16

και σε φυσιολογικό φάσμα είναι η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 17/28, συγκεκριμένα βαθμολογία 5 στο εργάζεται σκληρά, 4 στο συμπεριφέρεται σωστά, 3 στο μαθαίνει (κλινικό) και 5 στο χαρούμενη. Η Αντωνία (023) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF, ενώ η προσαρμοστική λειτουργικότητα βρίσκεται στο κλινικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 9/28, συγκεκριμένα βαθμολογία 2 στο εργάζεται σκληρά, 4 στο συμπεριφέρεται σωστά, 1 στο μαθαίνει και 2 στο χαρούμενη. Η Ελένη (024) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 18/28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Μαρία (025) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Ευαγγελία (026) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 19 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Μαρία (027) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Ελένη (028) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 19 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Ελπίδα (029) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 18 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Βασιλική (030) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 18 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Ιωάννα (031) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 23 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Νίκη (032) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 19 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Αναστασία (033) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 24 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Γαλήνη (034) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF,

ενώ η προσαρμοστική λειτουργικότητα με 15 στα 28 βρίσκεται στο οριακό φάσμα με βαθμολογία 4 στο εργάζεται σκληρά, 4 στο συμπεριφέρεται σωστά, 3 στο μαθαίνει και 4 στο χαρούμενη. Η Έλενα (035) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Η Σοφία (036) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF, ενώ η προσαρμοστική λειτουργικότητα με 12 στα 28 βρίσκεται στο κλινικό φάσμα, συγκεκριμένα με βαθμολογία 3 στο εργάζεται σκληρά, 3 στο συμπεριφέρεται σωστά, 3 στο μαθαίνει και 3 στο χαρούμενη. Η Δήμητρα (037) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 21 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF και 4 στο χαρούμενη.

Συνοπτικά τα προφίλ των αγοριών που βρίσκονται στο οριακό ή κλινικό φάσμα είναι ο Πέτρος (038), ο Δημήτρης (039), ο Κλεάνθης (040), ο Αλέξιος (045), ο Ορέστης (046), ο Χαράλαμπος (050), ο Ηλίας (054), ο Παναγιώτης (059), ο Γεώργιος (062), ο Παναγιώτης (064), ο Αναστάσιος (073), ο Νικόλαος (078) και ο Αθανάσιος (079). Συγκεκριμένα, στο κλινικό ή οριακό φάσμα σε όλες τις κλίμακες των TRF είναι ο Αλέξιος (045) και ο Ορέστης (046).

Στην συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς. Παρακάτω θα καταγραφούν συγκεντρωτικά τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για κάθε μαθητή αναλυτικά, σύμφωνα με τις κλίμακες και τα διαγράμματα που συμπληρώθηκαν. Ο μαθητής με κωδικό 038, ο Πέτρος παρουσίασε κλινικό προφίλ στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων, με την επιθετική συμπεριφορά από τα εξωτερικευμένα προβλήματα στο κλινικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 15 στα 40, στο φυσιολογικό φάσμα η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 15 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα αγόρια. Ο Δημήτρης (039) παρουσίασε φυσιολογικό διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα αγόρια. Ο Κλεάνθης (040) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα στο φυσιολογικό φάσμα με 14 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Θανάσης (041) παρουσίασε

φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 14 στα και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Αναστάσιος (042) παρουσίασε φυσιολογικό διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα αγόρια. Ο Κωνσταντίνος (043) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα στο φυσιολογικό φάσμα με 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Αθανάσιος (044) παρουσίασε φυσιολογικό διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 21 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα αγόρια. Ο Αλέξιος (045) παρουσίασε κλινικό προφίλ στα διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, όπου από τα εσωτερικευμένα προβλήματα τα σωματικά ενοχλήματα είναι στο κλινικό φάσμα με 3 στα 18, τα κοινωνικά προβλήματα με 5 στα 22, τα προβλήματα προσοχής με 28 στα 52 και από τα εξωτερικευμένα η επιθετική συμπεριφορά με 10 στα 40 και σε επίσης κλινικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 9 στα 28 στην προσαρμοστική λειτουργικότητα, συγκεκριμένα με βαθμολογία 1 στο εργάζεται σκληρά, 3 στο συμπεριφέρεται σωστά, 1 στο μαθαίνει και 4 στο χαρούμενη και τα προβλήματα άγχους στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF στο κλινικό φάσμα με 5 στα 12 και σε οριακό φάσμα τα σωματικά προβλήματα με 3 στα 14. Ο Ορέστης (046) στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων παρουσίασε σε οριακό φάσμα τα κοινωνικά προβλήματα με 7 στα 22 και τα προβλήματα προσοχής με 26 στα 52 (24 υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας και 2 απροσεξίας) και σε επίσης κλινικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 9 στα 28 στην προσαρμοστική λειτουργικότητα, συγκεκριμένα με βαθμολογία 2 στο εργάζεται σκληρά, 4 στο συμπεριφέρεται σωστά, 1 στο μαθαίνει και 2 στο χαρούμενη και τα συναισθηματικά προβλήματα στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF στο κλινικό φάσμα με 7 στα 20. Ο Πέτρος (047) παρουσίασε φυσιολογικό διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF για τα αγόρια. Ο Ελευθέριος (049) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα στο φυσιολογικό φάσμα με 17 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Χαράλαμπος (050) παρουσίασε φυσιολογικό διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το

DSM κλίμακα του TRF για τα αγόρια, ενώ στο κλινικό φάσμα είναι η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 10 στα 28 και συγκεκριμένα, 1 στο εργάζεται σκληρά, 4 στο συμπεριφέρεται σωστά, 1 στο μαθαίνει και 4 στο χαρούμενος. Ο Κυριάκος (051) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα στο φυσιολογικό φάσμα με 17 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Θεόδωρος (052) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 25 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Κωνσταντίνος (053) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Ηλίας (054) παρουσίασε στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων στο οριακό φάσμα από τα εσωτερικευμένα προβλήματα τα σωματικά ενοχλήματα με 3 στα 18 και στο φυσιολογικό φάσμα να βρίσκεται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με 16 στα 28 και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Ιωάννης (055) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 17 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Στυλιανός (056) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Βασίλειος (057) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 24 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Γεώργιος (058) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 21 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Παναγιώτης (059) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 14 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Θωμάς (060) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.Ο Τριαντάφυλλος (061) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το

DSM κλίμακα του TRF. Ο Γεώργιος (062) στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων παρουσίασε στο οριακό φάσμα στα εξωτερικευμένα προβλήματα, την παράβαση κανόνων με συνολική βαθμολογία 4 στα 24, ενώ σε φυσιολογικό φάσμα βρίσκονται η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Άγγελος (063) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 20 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Παναγιώτης (064) στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων παρουσίασε στο οριακό φάσμα τα εξωτερικευμένα προβλήματα, συγκεκριμένα την παράβαση κανόνων με συνολική βαθμολογία 6 στα 24 και την επιθετική συμπεριφορά με 14 στα 40, ομοίως η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 7 στα 28 βρίσκεται σε κλινικό φάσμα και συγκεκριμένα, 1 στο εργάζεται σκληρά, 1 στο συμπεριφέρεται σωστά, 1 στο μαθαίνει και 4 στο χαρούμενος και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF στο οριακό φάσμα τα προβλήματα άγχους με 4/12, τα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας με βαθμολογία 18 στα 26 και τα προβλήματα διαγωγής με 13 στα 26. Ο Δημήτριος (065) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Νικόλαος (066) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 20 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Στυλιανός (067) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 19 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Αλέξανδρος (068) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 17 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Χρήστος (069) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Χρήστος (070) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Ηρακλής (071) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία

21 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Ιωσήφ (072) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 17 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Αθανάσιος (073) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 13 στα 28 και συγκεκριμένα, 4 στο εργάζεται σκληρά, 3 στο συμπεριφέρεται σωστά, 3 στο μαθαίνει και 3 στο χαρούμενος (στο οριακό) και σε φυσιολογικό φάσμα η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Παναγιώτης (074) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Μάριος (075) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 21 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Νικόλαος (076) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Πέτρος (077) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 16 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF. Ο Νικόλαος (078) στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων παρουσίασε στο κλινικό φάσμα τα εσωτερικευμένα προβλήματα, συγκεκριμένα τα σωματικά ενοχλήματα με 5 στα 18 και στο οριακό φάσμα τα εξωτερικευμένα προβλήματα, δηλαδή την παράβαση κανόνων με 6/24 και την επιθετική συμπεριφορά με 9/40, αντιθέτως η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 25 στα 28 βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF στο οριακό φάσμα τα προβλήματα άγχους με 3/12 και τα σωματικά προβλήματα με 4/14. Ο Αθανάσιος (079) στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων παρουσίασε στο οριακό φάσμα τα κοινωνικά προβλήματα με 5/22 και τα εξωτερικευμένα προβλήματα, δηλαδή την παράβαση κανόνων με 5/24 και την επιθετική συμπεριφορά με 12/40, αντιθέτως η προσαρμοστική λειτουργικότητα με συνολική βαθμολογία 20 στα 28 βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF στο οριακό φάσμα τα εναντιωματικά προκλητά προβλήματα με 5 στα 10. Ο Κωνσταντίνος (080) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την προσαρμοστική λειτουργικότητα με 25 στα 28 και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του TRF.

5.10 Ερωτηματολόγια Γονέων

Οι γονείς των παιδιών ηλικίας 6-12 ετών, που περιλαμβάνουν μαθητές από το Νηπιαγωγείο έως και την πρώτη Γυμνασίου, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια αφού πρωτίστως δόθηκαν αναλυτικές οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης τους και διευκρινιστικές οδηγίες για την αποφυγή λάθους ή παράλειψης.

Στην πρώτη σελίδα οι γονείς συμπλήρωσαν τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών τους, όπως όνομα, επίθετο, φύλο, ηλικία, εθνικότητα, τάξη, επάγγελμα γονέων, ημερομηνία συμπλήρωσης και γέννησης του/της μαθητή/τριας, την ειδικότητα τους και το ονοματεπώνυμό τους, καθώς και απαραίτητες πληροφορίες τα αθλήματα στα οποία τα παιδιά συμμετέχουν, για τις αγαπημένες δραστηριότητες τους, για οργανώσεις και ομίλους που ανήκουν και τέλος, για εργασίες και θελήματα που κάνουν τα παιδιά.

Στην δεύτερη σελίδα, συμπλήρωσαν, τον αριθμό φίλων που έχουν τα παιδιά τους και πόσες φορές τους βλέπουν εκτός του σχολείου. Επιπρόσθετα, βαθμολόγησαν με αποκρίσεις όπως χειρότερα, στο μέσο όρο και καλύτερα, σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας τους πως συμπεριφέρονται με τα αδέρφια, με άλλα παιδιά, τους γονείς και αν δουλεύει μόνο του. Επιπλέον, οι γονείς σημειώνουν τις επιδόσεις των παιδιών στα μαθήματα. Στη συνέχεια απαντούν σε κλειστές ερωτήσεις με αποκρίσεις ναι ή όχι για το εάν βρίσκονται σε ειδική αγωγή, τμήμα ένταξης ή ειδικό σχολείο, εάν έχουν επαναλάβει κάποια τάξη, αν έχουν προβλήματα με μαθήματα ή άλλου είδους προβλήματα στο σχολείο και από πότε ορίζεται η έναρξη τους. Τέλος, ερωτήσεις για απαντήσεις ανοιχτού τύπου δίνονται στους γονείς, που αφορούν τις ανησυχίες των τελευταίων για τα παιδιά τους και την περιγραφή των θετικών χαρακτηριστικών των παιδιών τους.

Στις επόμενες δύο σελίδες, την τρίτη και τέταρτη, δόθηκαν 113 συνολικά στοιχεία συμπεριφοράς για να απαντήσουν με τις επιλογές 0= αν δεν ταιριάζει καθόλου με τον μαθητή τους, 1= αν ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές και με 2= αν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά. Στα ερωτηματολόγια των γονέων για τα στοιχεία των συμπεριφορών των παιδιών τους παρατηρήθηκαν αξιολογικές απαντήσεις για τον καθορισμό των διαφόρων συμπεριφορών τους στο σχολείο και στο σπίτι.

Οι απαντήσεις στα στοιχεία 17, 22, 41, 62 και 71 των εκπαιδευτικών για την συγκεκριμένη συμπεριφορά ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές σε ποσοστό πάνω από 27%. Συγκεκριμένα το στοιχείο 17 αφορά τους μαθητές που ονειροπολούν και χάνονται στις σκέψεις τους, όπου 32 στους 80 μαθητές ταιριάζουν μερικές φορές. Παράλληλα, το στοιχείο 22 που αφορά την ανυπακοή στο σπίτι όπου τα 32 στα 80 παιδιά ταιριάζουν κάπως ή αρκετές φορές. Το στοιχείο 41 αφορά τα παιδιά που είναι παρορμητικά και ενεργούν χωρίς να σκέφτονται, όπου οι γονείς απάντησαν πως τα 27 παιδιά στα 80 ταιριάζουν αρκετές φορές. Επιπρόσθετα, το στοιχείο 62 που αφορά την αδεξιότητα και την έλλειψη συντονισμού, όπου τα 26 παιδιά στα 80 ταιριάζουν κάπως ή αρκετές φορές. Το στοιχείο 71 αφορά τους μαθητές που δεν είναι άνετοι, ντροπιάζονται εύκολα και αισθάνονται αμηχανία, όπου 30 στους 80 μαθητές ταιριάζουν κάπως ή μερικές φορές.

Τα στοιχεία 4, 19, 27, 32, 50, 63, 68, 69, 75, 78, 86, 95, 109 και 112 έχουν ποσοστό πάνω από 20% του συνόλου των παιδιών που αντιστοιχεί στην απάντηση 1, όπου ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές. Συγκεκριμένα τα στοιχεία 4, 32 και 69 αναφέρονται στα παιδιά που δεν καταφέρνουν να τελειώσουν ότι αρχίζουν, την αίσθηση ότι πρέπει να είναι τέλεια και τη μυστικοπάθεια αντίστοιχα, όπου τα 24 παιδιά στα 80 ταιριάζουν μερικές φορές. Τα στοιχεία 19, 50, 86, 95 και 112, τα 23 παιδιά στα 80 ταιριάζουν κάπως ή μερικές φορές. Συγκεκριμένα, το στοιχείο 19 αφορά τα παιδιά που ζητάνε την προσοχή από τους γύρω τους, το 50 αφορά το άγχος και τους φόβους που μπορεί να έχουν τα παιδιά, το στοιχείο 86, για το πείσμα, την δυσθυμία και την ευερεθιστότητα, το 95 που αφορά τις εκρήξεις οργής και τέλος, το στοιχείο 112 που αφορά την αγωνία και τα παιδιά που είναι αγχώδη. Το στοιχείο 27 που αφορά τα παιδιά που ζηλεύουν, οι γονείς δήλωσαν πως 21 στα 80 ταιριάζουν μερικές φορές. Τα στοιχεία 63, 68, 75, 78 και 109 έλαβαν από τους αξιολογητές την βαθμολογία 1, σε 21 στα 80 συνολικά παιδιά. Τα παραπάνω στοιχεία αναφέρονται στα εξής, το στοιχείο 63 στην προτίμηση να παίζουν με μεγαλύτερα παιδιά, το 68 για τα παιδιά που ουρλιάζουν και φωνάζουν πολύ, το 75 αφορά την ντροπή και τη δειλία, το στοιχείο 78 αναφέρεται στα παιδιά που είναι απρόσεκτα, και η προσοχή τους διασπάται εύκολα και τέλος, το στοιχείο 109 αφορά την γκρίνια που κάποια παιδιά έχουν.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Ε	Απαντήσεις			Ε	Απαντήσεις			Ε	Απαντήσεις		
	0	1	2		0	1	2		0	1	2
1.	64	14	2	41.	49	27	4	81.	80	-	-
2.	77	2	1	42.	62	14	4	82.	77	3	-
3.	57	17	6	43.	67	11	2	83.	76	4	-
4.	51	24	5	44.	70	8	2	84.	76	-	4
5.	60	15	5	45.	63	16	1	85.	80	-	-
6.	78	2	-	46.	73	2	1	86.	54	23	3
7.	65	12	3	47.	64	16	-	87.	59	18	3
8.	54	16	10	48.	69	11	-	88.	66	14	-
9.	75	5	-	49.	65	11	4	89.	76	4	-
10.	55	19	6	50.	56	23	1	90.	70	8	2
11.	56	19	5	51.	80	-	-	91.	80	-	-
12.	72	7	1	52.	77	3	-	92.	74	5	1
13.	71	6	3	53.	67	12	1	93.	55	18	7
14.	64	12	4	54.	64	16	-	94.	61	17	2
15.	78	2	-	55.	72	7	1	95.	55	23	2
16.	77	3	-	56.	80	-	-	96.	80	-	-
17.	48	32	-	57.	72	8	-	97.	76	4	-
18.	80	-	-	58.	74	6	-	98.	78	2	-
19.	48	23	9	59.	80	-	-	99.	80	-	-
20.	75	4	1	60.	80	-	-	100.	74	5	1
21.	75	4	1	61.	60	8	12	101.	75	5	-
22.	46	32	2	62.	53	26	1	102.	65	10	5
23.	70	10	-	63.	57	21	2	103.	71	7	2
24.	69	8	3	64.	69	9	2	104.	67	10	3
25.	66	12	2	65.	64	13	3	105.	80	-	-
26.	69	11	-	66.	78	2	-	106.	77	3	-
27.	56	22	2	67.	80	-	-	107.	80	-	-
28.	61	19	-	68.	58	21	1	108.	78	2	-
29.	70	9	1	69.	51	24	5	109.	56	21	3
30.	73	7	-	70.	80	-	-	110.	80	-	-
31.	75	5	-	71.	47	30	3	111.	69	8	3
32.	50	24	6	72.	80	-	-	112.	54	23	3
33.	64	15	1	73.	80	-	-	113.	80	-	-
34.	73	6	1	74.	65	13	2				
35.	73	7	-	75.	47	21	12	56 α.	7	3	-
36.	77	3	-	76.	67	12	1	β.	73	7	-
37.	74	4	2	77.	75	5	-	γ.	77	3	-
38.	66	14	-	78.	45	24	11	δ.	75	4	1
39.	76	4	-	79.	70	3	7	ε.	73	7	-
40.	80	-	-	80.	71	6	3	στ.	66	14	-

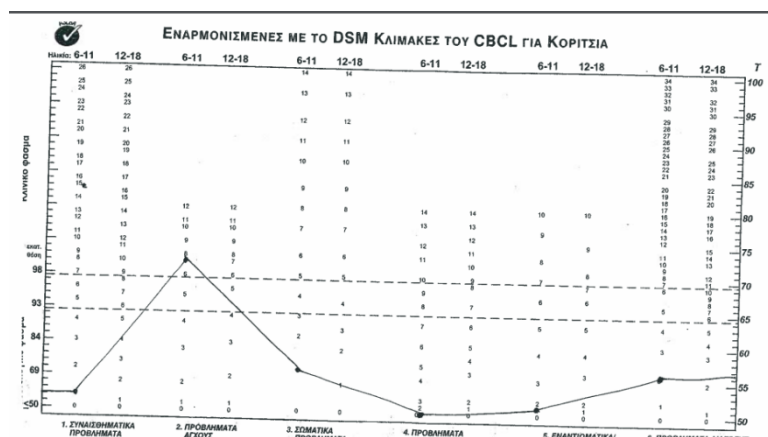
Πίνακας 6. Αναλυτικές Απαντήσεις στα CBCL Ερωτηματολόγια.

5.10.1 Σύμφωνα με τις εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες του CBCLγια Κορίτσια 6-12 ετών

Προφίλ 1- Μελίνα, Κωδικός 01/ Ηλικία 6

Τα προβλήματα άγχους βρίσκονται στο κλινικό φάσμα με βαθμολογία 7 στα 12 και συγκεκριμένα:

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
11.	Εξαρτημένη	2/2
29.	Φόβοι	1/2
30.	Φοβάται το σχολείο	1/2
50.	Φοβισμένη	2/2
112.	Ανήσυχη	1/2



Προφίλ 2- Βίβιαν, Κωδικός 02/ Ηλικία 6

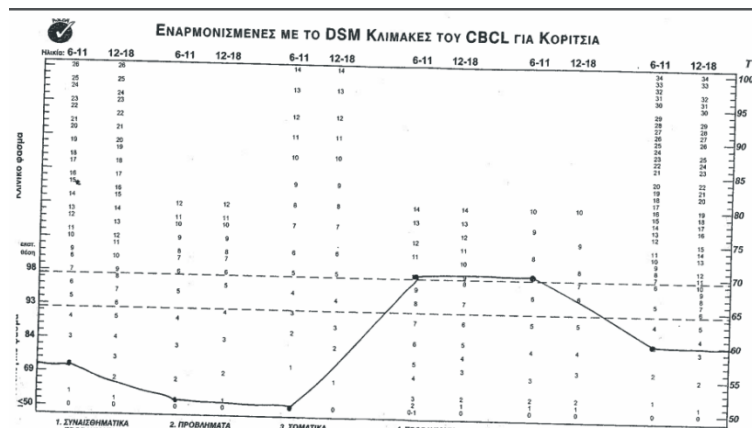
Τα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας και τα εναντιωματικά προκλητά προβλήματα βρίσκονται στο κλινικό φάσμα (οριακά πάνω από τις διακεκομμένες γραμμές) με συνολική βαθμολογία 10/14 και 6/10 αντίστοιχα, και συγκεκριμένα:

Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής –
Υπερκινητικότητα

Εναντιωματικά Προβλήματα/ Προκλητά

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ	α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
-----	----------	----------	-----	----------	----------

4.	Δεν τελειώνει ό,τι αρχίζει	1/2	3.	Αντιμιλιά	2/2
8.	Δεν συγκεντρώνεται	1/2	22.	Ανυπάκουη στο σπίτι	1/2
10.	Δεν μπορεί ακίνητη	2/2	23.	Ανυπάκουη στο σχολείο	1/2
41.	Παρορμητικότητα	2/2	86.	Πεισματάρα	2/2
78.	Απρόσεκτη	1/2	95.	Εκνευρίζεται	1/2
93.	Μιλά πάρα πολύ	1/2			
104.	Πολλή φασαρία	2/2			

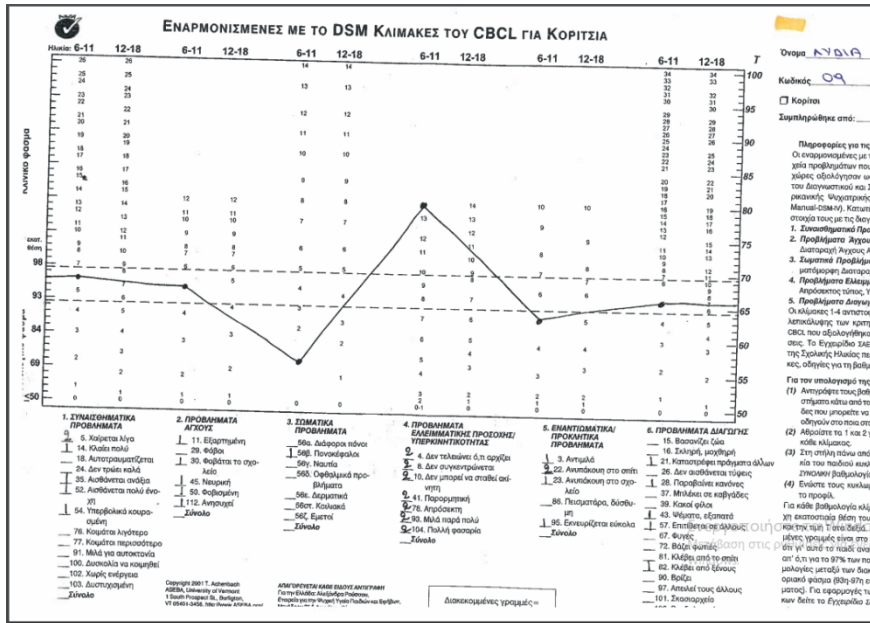


Προφίλ 3- Λυδία, Κωδικός 09/ Ηλικία 7

Στο οριακό φάσμα βρίσκονται τα συναισθηματικά προβλήματα, τα προβλήματα άγχους και τα προβλήματα διαγωγής. Τα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας βρίσκονται στο κλινικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 14/14 και συγκεκριμένα:

Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
4.	Δεν τελειώνει ό,τι αρχίζει	2/2
8.	Δεν συγκεντρώνεται	2/2
10.	Δεν μπορεί ακίνητη	2/2
41.	Παρορμητικότητα	2/2
78.	Απρόσεκτη	2/2
93.	Μιλά πάρα πολύ	2/2
104.	Πολλή φασαρία	2/2

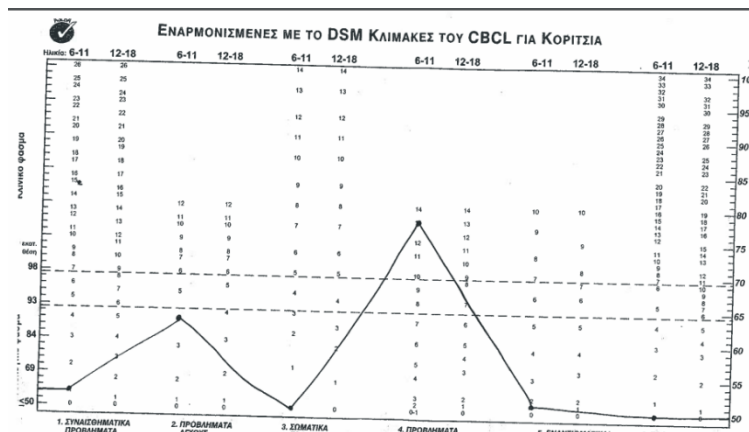


Προφίλ 4- Σαμπίνια, Κωδικός 010/ Ηλικία 8

Τα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας βρίσκονται στο κλινικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 13/14, και συγκεκριμένα:

Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα

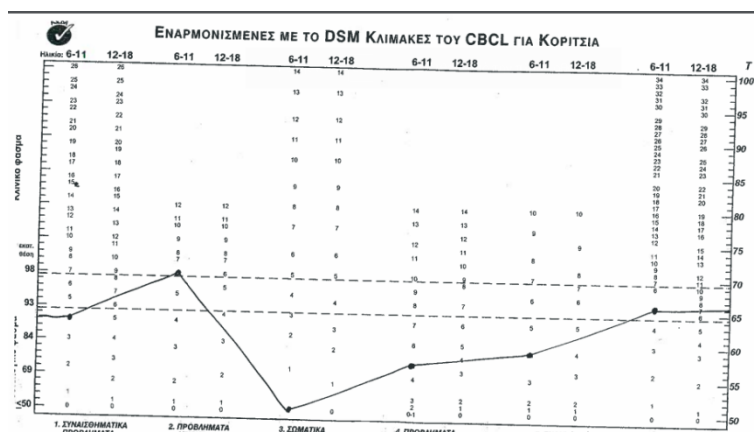
α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
4.	Δεν τελειώνει ό,τι αρχίζει	2/2
8.	Δεν συγκεντρώνεται	2/2
10.	Δεν μπορεί ακίνητη	2/2
41.	Παρορμητικότητα	2/2
78.	Απρόσεκτη	2/2
93.	Μιλά πάρα πολύ	2/2
104.	Πολλή φασαρία	1/2



Προφίλ 5- Ελένη, Κωδικός 011/ Ηλικία 8

Τα προβλήματα άγχους βρίσκονται στο κλινικό φάσμα με βαθμολογία 6/ 12 και σε οριακό φάσμα τα προβλήματα διαγωγής, και συγκεκριμένα:

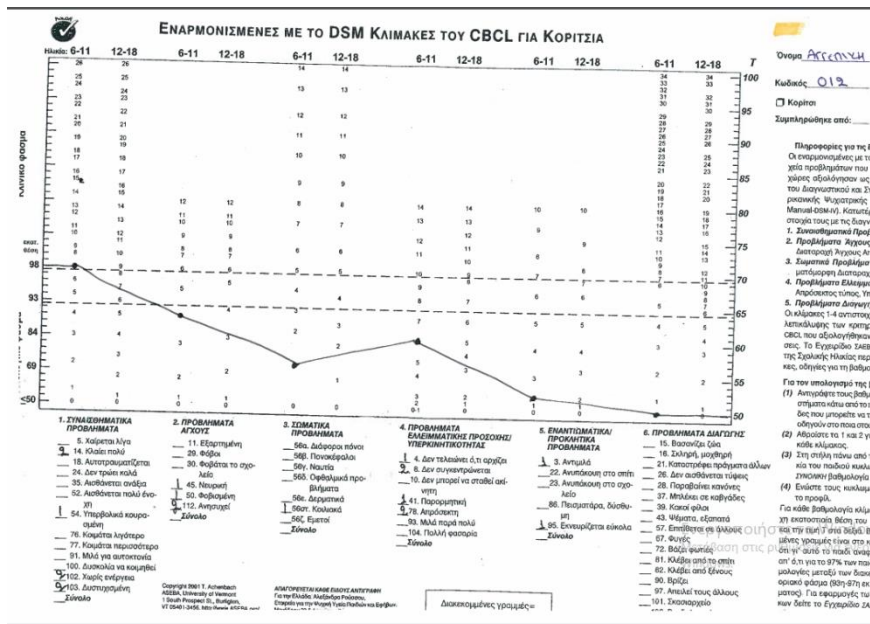
α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
11.	Εξαρτημένη	1/2
29.	Φόβοι	1/2
30.	Φοβάται το σχολείο	1/2
45.	Νευρική	1/2
50.	Φοβισμένη	1/2
112.	Ανήσυχη	1/2



Προφίλ 6- Αγγελική, Κωδικός 012/ Ηλικία

Οριακά πάνω από την 98^η εκατοστιαία θέση και μέσα στο κλινικό φάσμα βρίσκονται τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 7/26 και συγκεκριμένα:

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
14.	Κλαίει πολύ	2/2
54.	Υπερβολικά κουρασμένη	1/2
102.	Χωρίς ενέργεια	2/2
103.	Δυστυχισμένη	2/2



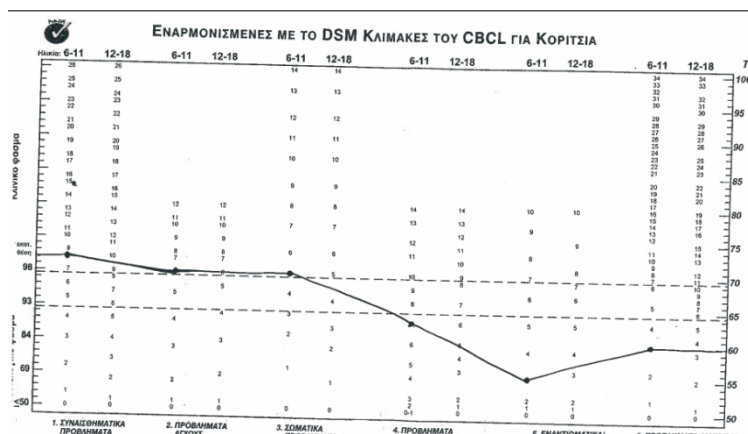
Προφίλ 7- Μιχαέλα, Κωδικός 013/ Ηλικία 8

Τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 8/26, τα προβλήματα άγχους 6/12 και τα σωματικά προβλήματα με βαθμολογία 5/14, βρίσκονται στο κλινικό πλαίσιο και συγκεκριμένα:

Συναισθηματικά Προβλήματα			Προβλήματα Άγχους		
α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ	α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
5.	Χαίρεται λίγα	1/2	11.	Εξαρτημένη	1/2
35.	Αισθάνεται ανάξια	1/2	29.	Φόβοι	1/2
76.	Κοιμάται λιγότερο	1/2	30.	Φοβάται το σχολείο	1/2
100.	Δυσκολία να κοιμηθεί	1/2	45.	Νευρική	1/2
102.	Χωρίς ενέργεια	2/2	50.	Φοβισμένη	1/2
103.	Δυστυχισμένη	2/2	112.	Ανήσυχη	1/2

Σωματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
56α.	Διάφοροι πόνοι	1/2
56β.	Πονοκέφαλοι	1/2
56γ.	Ναυτία	1/2
56δ.	Οφθαλμικά προβλήματα	1/2
56στ.	Κοιλιακά	1/2

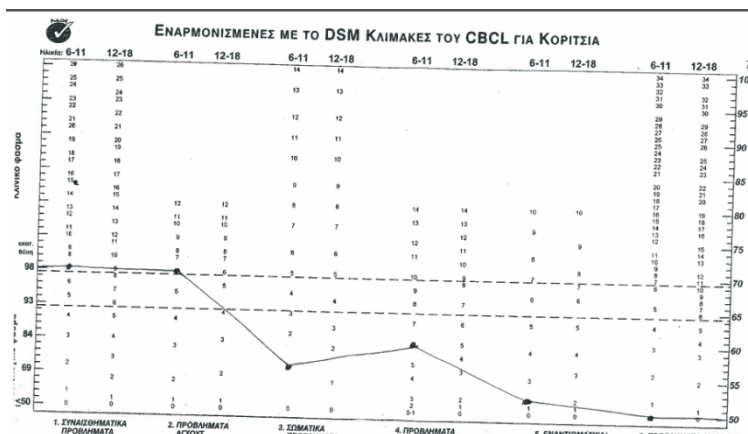


Προφίλ 8- Παισία, Κωδικός 018/ Ηλικία

Στο κλινικό φάσμα βρίσκονται τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 7/26 και συγκεκριμένα:

Συναισθηματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
14.	Κλαίει πολύ	2/2
54.	Υπερβολικά κουρασμένη	1/2
102.	Χωρίς ενέργεια	2/2
103.	Δυστυχισμένη	2/2



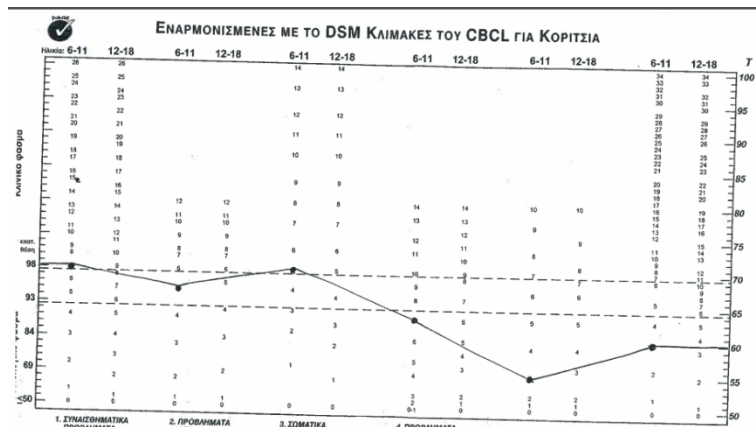
Προφίλ 9- Μαρία, Κωδικός 017/ Ηλικία 8

Τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 8/26, τα προβλήματα άγχους 6/12 και τα σωματικά προβλήματα με βαθμολογία 5/14, βρίσκονται στο κλινικό πλαίσιο και συγκεκριμένα:

Συναισθηματικά Προβλήματα			Σωματικά Προβλήματα		
α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ	α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
5.	Χαίρεται λίγα	1/2	56α.	Διάφοροι πόνοι	1/2
35.	Αισθάνεται ανάξια	1/2	56β.	Πονοκέφαλοι	1/2
76.	Κοιμάται λιγότερο	1/2	56γ.	Ναυτία	1/2
100.	Δυσκολία να κοιμηθεί	1/2	56δ.	Οφθαλμικά προβλήματα	1/2
102.	Χωρίς ενέργεια	2/2	56στ.	Κοιλιακά	1/2
103.	Δυστυχισμένη	2/2			

Προβλήματα άγχους

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
11.	Εξαρτημένη	1/2
29.	Φόβοι	1/2
30.	Φοβάται το σχολείο	1/2
45.	Νευρική	1/2
50.	Φοβισμένη	1/2
112.	Ανήσυχη	1/2



Προφίλ 10- Χαρούλα, Κωδικός 014/ Ηλικία

Τα εναντιωματικά/προκλητά προβλήματα με βαθμολογία 6/10 βρίσκονται στο κλινικό φάσμα και συγκεκριμένα:

Συναισθηματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
3.	Αντιμιλά	2/2
22.	Ανυπάκουη στο σπίτι	1/2

86.	Πεισματάρια	2/2
95.	Εκνευρίζεται	1/2

Προφίλ 11- Αρτεμη, Κωδικός 016/ Ηλικία

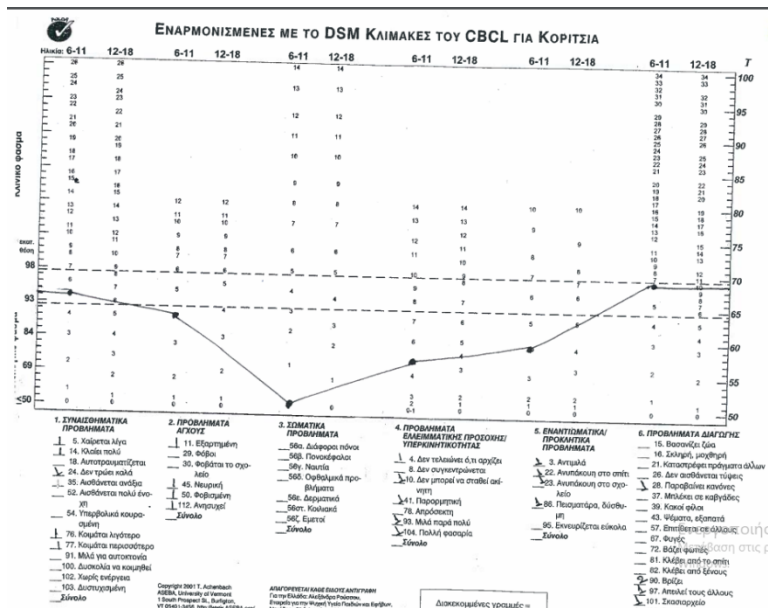
Τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 5/26 βρίσκονται στα όρια της 98^{ης} εκατοστιαίας θέσης και τα προβλήματα διαγωγής με 6/34, και συγκεκριμένα:

Συναισθηματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
5.	Χαίρεται λίγα	1/2
14.	Κλαίει πολύ	1/2
24.	Δεν τρώει καλά	1/2
76.	Κοιμάται λιγότερο	1/2
77.	Κοιμάται περισσότερο	1/2

Προβλήματα Διαγωγής

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
28.	Παραβαίνει κανόνες	1/2
90.	Βρίζει	2/2
97..	Απειλεί τους άλλους	1/2
101.	Σκασιαρχείο	1/2
106	Βανδαλισμοί	1/2



Προφίλ 12- Ιωάννα, Κωδικός 031/ Ηλικία 12

Τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 5/26 βρίσκονται στα όρια της 94^{ης} εκατοστιαίας θέσης και τα προβλήματα διαγωγής με 6/34, και συγκεκριμένα:

Συναισθηματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
14.	Κλαίει πολύ	1/2
24.	Δεν τρώει καλά	1/2
76.	Κοιμάται λιγότερο	1/2
77.	Κοιμάται περισσότερο	1/2
102.	Χωρίς ενέργεια	1/2

5.10.2 Σύμφωνα με τις εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες του CBCL για Αγόρια 6-12 ετών

Προφίλ 13- Πέτρος, Κωδικός 038/ Ηλικία 6

Στην 95^η εκατοστιαία θέση έχει τα προβλήματα διαγωγής με βαθμολογία 7/34 και συγκεκριμένα:

Προβλήματα Διαγωγής

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
15.	Βασανίζει ζώα	1/2

21.	Καταστρέφει πράγματα άλλων	1/2
26.	Δεν αισθάνεται τύψεις	1/2
43.	Ψέματα, εξαπατά	1/2
90.	Βρίζει	1/2
97.	Απειλεί τους άλλους	1/2

Προφίλ 14- Πέτρος, Κωδικός 047/ Ηλικία 8

Τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 7/26 και τα προβλήματα άγχους 6/12 βρίσκονται στο κλινικό πλαίσιο και συγκεκριμένα:

Συναισθηματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
5.	Χαίρεται λίγα	1/2
14.	Κλαίει πολύ	1/2
35.	Αισθάνεται ανάξιος	1/2
52.	Αισθάνεται πολύ ένοχος	1/2
54.	Υπερβολικά κουρασμένος	1/2
102.	Χωρίς ενέργεια	1/2
103.	Δυστυχισμένος	1/2

Προβλήματα άγχους

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
11.	Εξαρτημένος	1/2
29.	Φόβοι	1/2
30.	Φοβάται το σχολείο	1/2
45.	Νευρικός	1/2
50.	Φοβισμένος	1/2
112.	Ανήσυχος	1/2

Προφίλ 15- Ηλίας, Κωδικός 054/ Ηλικία 9

Στην 93^η εκατοστιαία θέση και συγκεκριμένα οριακά πάν από το φυσιολογικό φάσμα βρίσκονται τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 5/26 και τα σωματικά προβλήματα με σκορ 3/14 και είναι ως εξής:

Συναισθηματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
5.	Χαίρεται λίγα	1/2
14.	Κλαίει πολύ	1/2
35.	Αισθάνεται ανάξιος	1/2
54.	Υπερβολικά κουρασμένος	1/2
76.	Κοιμάται λιγότερο	1/2
77.	Κοιμάται περισσότερο	1/2

Σωματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
56α.	Διάφοροι πόνοι	1/2
56ε.	Δερματικά	1/2
56στ.	Κοιλιακά	1/2

Προφίλ 16- Παναγιώτης, Κωδικός 064/ Ηλικία 10

Στην 93^η εκατοστιαία θέση και συγκεκριμένα οριακά πάν από το φυσιολογικό φάσμα βρίσκονται τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 5/26 και σε κλινικό φάσμα οριακά πάνω από την 98^η εκατοστιαία θέση τα προβλήματα διαγωγής με σκορ 9/34:

Συναισθηματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
5.	Χαίρεται λίγα	1/2
24.	Δεν τρώει καλά	1/2
76.	Κοιμάται λιγότερο	1/2
100.	Δυσκολία να κοιμηθεί	1/2
102.	Χωρίς ενέργεια	1/2

Προβλήματα Διαγωγής

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
16.	Σκληρός, μοχθηρός	1/2
26.	Δεν αισθάνεται τύψεις	1/2
28.	Παραβαίνει κανόνες	1/2
37.	Μπλέκει σε καβγάδες	1/2
43.	Ψέματα, εξαπατά	1/2
57.	Επιτίθεται σε άλλους	1/2
90.	Βρίζει	1/2
97.	Απειλεί τους άλλους	1/2
106.	Βανδαλισμοί	1/2

Προφίλ 17- Νικόλαος, Κωδικός 078/ Ηλικία 12

Στα όρια μεταξύ φυσιολογικού και κλινικού φάσματος, τα συναισθηματικά και τα σωματικά προβλήματα με βαθμολογία 6/26 και 4/14 αντίστοιχα, και συγκεκριμένα:

Συναισθηματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
5.	Χαίρεται λίγα	1/2
24.	Δεν τρώει καλά	1/2
52.	Αισθάνεται πολύ ένοχος	1/2
76.	Κοιμάται λιγότερο	1/2
102.	Χωρίς ενέργεια	1/2
103.	Δυστυχισμένος	1/2

Σωματικά Προβλήματα

α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
56β.	Πονοκέφαλοι	1/2
56γ.	Ναυτία	1/2
56ε.	Δερματικά	1/2
56στ.	Κοιλιακά	1/2

Προφίλ 18- Αθανάσιος, Κωδικός 079/ Ηλικία 12

Μέσα στο οριακό φάσμα βρίσκονται τα συναισθηματικά προβλήματα με βαθμολογία 6/26, και συγκεκριμένα:

Συναισθηματικά Προβλήματα		
α/α	ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΑΠΑΝΤΗΣΗ
5.	Χαίρεται λίγα	1/2
14.	Κλαίει πολύ	1/2
54.	Υπερβολικά κουρασμένος	1/2
76.	Κοιμάται λιγότερο	1/2
100.	Δυσκολία να κοιμηθεί	1/2
103.	Δυστυχισμένος	1/2

Περιληπτικά, και σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους γονείς των παιδιών, αγοριών και κοριτσιών, που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκαν διαφορετικές εκφάνσεις φάσματος, στις κλίμακες συνδρόμων, ικανοτήτων και στις εναρμονισμένες κλίμακες σύμφωνα με το DSM, για κάθε παιδί. Τα αποτελέσματα των CBCL ερωτηματολογίων παρουσίασαν ως κατά φύση φυσιολογικά σε όλες τις αξιολογήσιμες κλίμακες, τα 18 στα 37 στο σύνολο κορίτσια και τα 34 στα 43 στο σύνολο αγόρια. Επομένως στο σύνολο των 80 μαθητών, οι 52 κρίθηκαν σύμφωνα με τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών, ότι ανήκουν στο φυσιολογικό φάσμα, και χωρίς κανένα κλινικό σύμπτωμα ή στο οριακό φάσμα.

Συνοπτικά τα προφίλ των κοριτσιών που βρίσκονται στο οριακό ή κλινικό φάσμα είναι η Μελίνα (01), η Βίβιαν (02), η Ιωάννα (05), η Λυδία (09), η Σαμπίνα (010), η Ελένη (011), η Αγγελική (012), η Μιχαέλα (013), η Χαρούλα (014), η Άρτεμη (016), η Μαρία (018), η Παϊσία (018), η Χρυσούλα (019), η Σοφία (022), η Αντωνία (023), η Ιωάννα (031) και η Γαλήνη (034). Συγκεκριμένα, στο κλινικό ή οριακό φάσμα σε όλες τις κλίμακες των CBCL είναι η Σαμπίνα (010), η Αγγελική (012), η Μιχαέλα (013), η Μαρία (018) και η Παϊσία (018).

Στην συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από τους γονείς των μαθητών. Παρακάτω θα καταγραφούν συγκεντρωτικά τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αρχικά, για κάθε μαθήτρια αναλυτικά, σύμφωνα με τις κλίμακες και τα διαγράμματα που

συμπληρώθηκαν. Η μαθήτριά με κωδικό 01, η Μελίνα παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων, ενώ στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια εμφανίζει τα προβλήματα άγχους στο κλινικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 7 στα 12. Η Βίβιαν (02) παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για την επιθετική συμπεριφορά με βαθμολογία 17 στα 36 στο κλινικό φάσμα, στο φυσιολογικό φάσμα είναι η κλίμακα ικανοτήτων, ενώ και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια εμφανίζει τα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας και τα εναντιωματικά/ προκλητά προβλήματα στο κλινικό φάσμα με βαθμολογίες 10 στα 14 και 7 στα 10 αντίστοιχα. Η Μάρθα (03) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Σωτηρία (04) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, κλίμακες ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Ιωάννα (05) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια, όμως σε κλινικό φάσμα είναι οι δραστηριότητες με σύνολο 3.0 στα 15.0 της κλίμακας ικανοτήτων, αλλά η βαθμολογία συνολικής ικανότητας είναι στο φυσιολογικό με 17.0 στην ίδια κλίμακα. Η Ελένη (06) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL. Η Σοφία (07) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια.. Η Στέλλα (08) παρουσίασε φυσιολογικό φάσμα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL, όμως στις κλίμακες ικανοτήτων είχε βαθμολογία 6.0 στα 15.0, όπου ανήκει στο οριακό φάσμα. Η Λυδία (09) παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για τα προβλήματα προσοχής με βαθμολογία 18 στα 20 στο κλινικό φάσμα και το άγχος/κατάθλιψη (8/26), την απόσυρση/κατάθλιψη (6/6), τα σωματικά ενοχλήματα (5/22), τα κοινωνικά προβλήματα (8/22) να βρίσκονται στο οριακό φάσμα, ενώ στο φυσιολογικό φάσμα είναι η κλίμακα ικανοτήτων, και ομοίως με την πρώτη και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια εμφανίζει τα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας στο κλινικό φάσμα με βαθμολογίες 14 στα 14 και σε οριακό φάσμα βρίσκονται τα συναισθηματικά προβλήματα (6/26), τα προβλήματα άγχους (5/12) και τα

προβλήματα διαγωγής με 5 στα 34. Η Σαμπίνα (010) παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για τα προβλήματα προσοχής με βαθμολογία 13 στα 20 στο κλινικό φάσμα, ομοίως στο κλινικό φάσμα στις κλίμακες ικανοτήτων βρίσκεται η σχολική ικανότητα και στο οριακό οι δραστηριότητες, και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια εμφανίζει τα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας στο κλινικό φάσμα με βαθμολογίες 13 στα 14. Η Ελένη (011) παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για τα κοινωνικά προβλήματα με βαθμολογία 8 στα 22 και την παράβαση κανόνων με 5 στα 34 ελαφρώς οριακό αποτέλεσμα, ενώ στο φυσιολογικό φάσμα είναι η κλίμακα ικανοτήτων, και ομοίως με την πρώτη και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια εμφανίζει τα προβλήματα άγχους με 6/12 και τα προβλήματα διαγωγής με 5/34 στο οριακό φάσμα. Η Αγγελική (012) παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για τα εσωτερικευμένα προβλήματα με την απόσυρση/ κατάθλιψη στο κλινικό φάσμα με 13/16, τα κοινωνικά προβλήματα στο κλινικό με 13/22 και τα προβλήματα προσοχής με βαθμολογία 13/20 στο κλινικό φάσμα, στο οριακό φάσμα και η σχολική ικανότητα με σκορ 3.0 στα 6.0 και εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα (7/26) σε ελαφρώς κλινικό φάσμα στην 98^η εκατοστιαία θέση. Η Μιχαέλα (013) παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για τα εσωτερικευμένα προβλήματα με την απόσυρση/ κατάθλιψη στο κλινικό φάσμα με 13/16 όπως και τα προβλήματα προσοχής με 13/20, ενώ σε οριακό φάσμα βρίσκονται από τα εσωτερικευμένα, τα σωματικά ενοχλήματα με 6/22 και τα κοινωνικά προβλήματα με 8/30, παράλληλα στο οριακό φάσμα και η σχολική ικανότητα με σκορ 3.0 στα 6.0 και εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα (8/26) σε ελαφρώς κλινικό φάσμα, ομοίως τα προβλήματα άγχους και τα σωματικά. Η Χαρούλα (014) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, ενώ στην κλίμακα για τις δραστηριότητες είχε 6.0 στα 15.0, που ανήκει στο οριακό φάσμα, και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL να εμφανίζει τα εναντιωματικά/ προκλητά προβλήματα στο οριακό φάσμα με 6/10. Η Πασχαλίνα (015) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Άρτεμη (016) παρουσίασε στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, και συγκεκριμένα σε οριακό φάσμα την παράβαση κανόνων με 5/34 και την επιθετική

συμπεριφορά με 12/36 από τα εξωτερικευμένα προβλήματα, οι κλίμακες ικανοτήτων σε φυσιολογικό φάσμα με συνολική βαθμολογία 27.0 και οι εναρμονισμένες να εμφανίζουν σε οριακό φάσμα τα συναισθηματικά προβλήματα με 5/26 και σε οριακό φάσμα τα προβλήματα διαγωγής με 6/34. Η Μαρία (017) παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για τα εσωτερικευμένα προβλήματα με την απόσυρση/ κατάθλιψη στο κλινικό φάσμα με 14/16 όπως και τα προβλήματα προσοχής με 13/20, ενώ σε οριακό φάσμα βρίσκονται από τα εσωτερικευμένα, τα σωματικά ενοχλήματα με 6/22 και τα κοινωνικά προβλήματα με 8/30, παράλληλα στο οριακό φάσμα και η σχολική ικανότητα με σκορ 3.0 στα 6.0 και εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα (8/26) σε ελαφρώς κλινικό φάσμα, ομοίως τα προβλήματα άγχους και τα σωματικά. Η Παϊσία (018) παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για τα εσωτερικευμένα προβλήματα με την απόσυρση/ κατάθλιψη στο κλινικό φάσμα με 13/16, τα κοινωνικά προβλήματα στο κλινικό με 13/22 και τα προβλήματα προσοχής με βαθμολογία 13/20 στο κλινικό φάσμα, στο οριακό φάσμα και η σχολική ικανότητα με σκορ 3.0 στα 6.0 και εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα (7/26) και τα προβλήματα άγχους (6/12) σε ελαφρώς κλινικό φάσμα στην 98^η εκατοστιαία θέση. Η Χρυσούλα (019) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια, ενώ οι δραστηριότητες στις κλίμακες ικανοτήτων βρίσκονται στο κλινικό φάσμα με βαθμολογία μόλις 4.0 στ 15.0. Η Βιοσένα (020) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια, ενώ οι δραστηριότητες στις κλίμακες ικανοτήτων βρίσκονται στο κλινικό φάσμα με βαθμολογία μόλις 0.0 στ 15.0. Η Παρασκευή (021) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Σοφία (022) παρουσίασε στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων στο οριακό φάσμα την απόσυρση/κατάθλιψη από τα εσωτερικευμένα προβλήματα με βαθμολογία 6 στα 16 και σε φυσιολογικό φάσμα είναι η κλίμακα ικανοτήτων και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL. Η Αντωνία (023) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια, ενώ οι δραστηριότητες στις κλίμακες ικανοτήτων βρίσκονται στο οριακό φάσμα με βαθμολογία 7.0 στ 15.0. Η Ελένη (024) παρουσίασε φυσιολογικά

διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Μαρία (025) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Ευαγγελία (026) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL. Η Μαρία (027) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Ελένη (028) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL. Η Ελπίδα (029) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Βασιλική (030) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Ιωάννα (031) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια στο οριακό φάσμα βρίσκονται τα συναισθηματικά προβλήματα με 5/26. Η Νίκη (032) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Αναστασία (033) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Γαλήνη (034) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL, ενώ στις κλίμακες ικανοτήτων, οι δραστηριότητες είναι στο οριακό φάσμα με βαθμολογία 6.0 στα 15.0. Η Έλενα (035) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL. Η Σοφία (036) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια. Η Δήμητρα (037) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα κορίτσια.

Συνοπτικά τα προφίλ των αγοριών που βρίσκονται στο οριακό ή κλινικό φάσμα είναι ο Πέτρος (038) ο Ορέστης (046), ο Πέτρος (047), ο Ηλίας (054), ο Παναγιώτης (064), ο Ηρακλής (071), ο Πέτρος (077), ο Νικόλαος (078) και ο Αθανάσιος (079). Συγκεκριμένα, στο κλινικό ή οριακό φάσμα σε όλες τις κλίμακες των CBCL είναι ο Πέτρος (047), ο Ηλίας (054), ο Παναγιώτης (064), ο Νικόλαος (078) και ο Αθανάσιος (079).

Στην συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς. Παρακάτω θα καταγραφούν συγκεντρωτικά τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για κάθε μαθητή αναλυτικά, σύμφωνα με τις κλίμακες και τα διαγράμματα που συμπληρώθηκαν. Ο μαθητής με κωδικό 038, ο Πέτρος παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων και την κλίμακα ικανοτήτων, ενώ στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια, στο οριακό φάσμα βρίσκονται τα προβλήματα διαγωγής με 7/34. Ο Δημήτρης (039) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Κλεάνθης (040) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Θανάσης (041) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Αναστάσιος (042) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Κωνσταντίνος (043) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Αθανάσιος (044) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Αλέξιος (045) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Ορέστης (046) παρουσίασε φυσιολογικά προφίλ στις κλίμακες ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια, ενώ παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για τα εσωτερικευμένα προβλήματα με την απόσυρση/ κατάθλιψη στο κλινικό φάσμα με

12/16 όπως και τα προβλήματα προσοχής με 15/20, ενώ σε οριακό φάσμα βρίσκονται τα κοινωνικά προβλήματα με 7/30. Ο Πέτρος (047) παρουσίασε στο διάγραμμα για τις κλίμακες συνδρόμων και συγκεκριμένα για τα εσωτερικευμένα προβλήματα με το άγχος/κατάθλιψη με βαθμολογία 11/26, με την απόσυρση/κατάθλιψη στο κλινικό φάσμα με 9/16 όπως και τα προβλήματα προσοχής με 15/20, ενώ σε οριακό φάσμα βρίσκονται τα κοινωνικά προβλήματα με 8/30 και η επιθετική συμπεριφορά με 12/36, παράλληλα στο οριακό φάσμα και η σχολική ικανότητα με σκορ 3.0 στα 6.0 και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL να εμφανίζει τα συναισθηματικά προβλήματα (7/26) σε ελαφρώς κλινικό φάσμα, ομοίως τα προβλήματα άγχους (6/12). Ο Ελευθέριος (049) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Χαράλαμπος (050) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Κυριάκος (051) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Θεόδωρος (052) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Κωνσταντίνος (053) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Ηλίας (054) παρουσίασε στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων στο οριακό φάσμα από τα εσωτερικευμένα προβλήματα το άγχος με 8/26, την απόσυρση με 4/16 και τα σωματικά ενοχλήματα με 5/22, στην κλίμακα ικανοτήτων η σχολική ικανότητα σε οριακό φάσμα και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL τα συναισθηματικά (5/26) και τα σωματικά προβλήματα (3/14) σε οριακό. Ο Ιωάννης (055) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Στυλιανός (056) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Βασίλειος (057) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Γεώργιος (058) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων, την παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων,

την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Παναγιώτης (059) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Θωμάς (060) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Τριαντάφυλλος (061) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Γεώργιος (062) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Άγγελος (063) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Παναγιώτης (064) παρουσίασε στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων κλινικό αποτέλεσμα στα προβλήματα προσοχής με 13/20 και στην παράβαση κανόνων με 8/34 και σε οριακό φάσμα να βρίσκεται η επιθετική συμπεριφορά με 16/36, η σχολική ικανότητα και οι δραστηριότητες σε κλινικό φάσμα και στην εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια, να εμφανίζει κλινικό αποτέλεσμα στα προβλήματα διαγωγής με 9/34 και σε οριακό φάσμα τα συναισθηματικά με 5/26. Ο Δημήτριος (065) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Νικόλαος (066) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Στυλιανός (067) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Αλέξανδρος (068) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Χρήστος (069) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Χρήστος (070) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Ηρακλής (071) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα στο προφίλ για τις κλίμακες συνδρόμων με την απόσυρση στο οριακό φάσμα με 5/16, σε φυσιολογικό επίπεδο η κλίμακα

ικανοτήτων και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Ιωσήφ (072) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια..Ο Αθανάσιος (073) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Παναγιώτης (074) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Μάριος (075) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Νικόλαος (076) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Πέτρος (077) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, έχοντας στο οριακό φάσμα το άγχος 8/26, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια. Ο Νικόλαος (078) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, έχοντας στο οριακό φάσμα τα σωματικά 5/22, την κλίμακα ικανοτήτων και η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL, να έχει στο οριακό φάσμα τα συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα με σκορ 6/26 και 4/14 αντίστοιχα. Ο Αθανάσιος (079) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων, ενώ η εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL, έχει τα συναισθηματικά προβλήματα με 6/26 στο οριακό φάσμα. Ο Κωνσταντίνος (080) παρουσίασε φυσιολογικά διαγράμματα για τις κλίμακες συνδρόμων, την κλίμακα ικανοτήτων και την εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα του CBCL για τα αγόρια.

5.11 Στόχοι έρευνας

Οι αναπτυξιακές διαταραχές (**Autism Spectrum Disorder**) και οι νευροβιολογικές διαταραχές (**Emotional and Behavioural Difficulties**) είναι συχνές στον παιδικό πληθυσμό, ωστόσο, αρκετές φορές η ανίχνευση και διάγνωσή τους θεωρείται δύσκολη. Μια αναλογιστική προσέγγιση στη διάγνωση των διαταραχών μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και την ακρίβεια της διαδικασίας. Οι στόχοι αυτής της μελέτης είναι: α)να ανιχνευτεί η ευαισθησία που εκδηλώνει ένας

πληθυσμός μαθητών ηλικίας 6-12 ετών ως προς την εκδήλωση αναπτυξιακών και νευροβιολογικών διαταραχών, μέσω της χορήγησης του ΣΑΕΒΑ (Σύστημα Achenbach Εμπειρικής Βασισμένης Αξιολόγησης), β) να προσδιοριστεί η κλινική χρησιμότητα των ερωτηματολογίων Achenbach, CBCL και TRF, δύο ευρέως χρησιμοποιούμενων εργαλείων αξιολόγησης για τη διάγνωση διαταραχών στον παιδικό πληθυσμό καθώς και γ) να ενημερώσει τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας ενθαρρύνοντας τους ως προς τη συμπερίληψη βαθμολογιών κλίμακας σε μια αναλογιστική προσέγγιση της διάγνωσης, μέσω ενός κλινικού σύντομου χρονογράφου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Γενικά Ευρήματα

Το CBCL είναι μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες και καλά ερευνημένες κλίμακες βαθμολογίας συμπεριφοράς για τα παιδιά που διατίθενται. Η μελέτη μας αντιπροσωπεύει μια αρχική ψυχομετρική αξιολόγηση του CBCL σε ένα δείγμα παιδιών με ASD. Τα αποτελέσματα παρείχαν αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την ερμηνεία των βαθμολογιών CBCL ως δείκτες EBDs σε νέους με ASD. Αυτή η μελέτη αντιμετώπισε ένα κενό στη βιβλιογραφία αξιολόγησης βάσει τεκμηρίων που σχετίζεται με την ψυχομετρική υποστήριξη για μέτρα που χρησιμοποιούνται με συγκεκριμένες υποομάδες στον πληθυσμό.

Συνολικά, η CBCL παρουσίασε ευνοϊκές ψυχομετρικές ιδιότητες στο δείγμα του παιδικού πληθυσμού με ASD. Εντοπίστηκε η αρχική υποστήριξη τόσο για την ασυμβατότητα των κλιμάκων του συνδρόμου όσο και για την υποστήριξη της δομής του παράγοντα CBCL σε επίπεδο κλίμακας. Αρκετές μέσες βαθμολογίες κλίμακας CBCL που λήφθηκαν από μια ομάδα με ASD και EBD ήταν σημαντικά υψηλότερες από εκείνες που λήφθηκαν από την ομάδα με ASD μόνο. Όσον αφορά τη διαγνωστική ακρίβεια, η ευαισθησία ήταν γενικά αποδεκτή, αλλά πολλές κλίμακες παρουσίασαν χαμηλή ειδικότητα. Ακολουθεί η επεξεργασία των στοιχείων που σχετίζονται με την εγκυρότητα των βαθμολογιών CBCL ως μέτρα των EBDs στην ASD, οι περιορισμοί της μελέτης καθώς και η συζήτηση των επιπτώσεων στην έρευνα και την πρακτική.

Το δείγμα για τη στάθμιση των ερωτηματολογίων CBCL και TRF προέρχεται από δημόσια σχολεία σε τρεις Περιφέρειες της Ελλάδας. Ειδικότερα, όσον αφορά την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, τα σχολεία επιλέχθηκαν τυχαία από περιοχές υψηλού και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα παιδιών από κάθε σχολείο, με ίσο αριθμό αγοριών και κοριτσιών στο δημοτικό σχολείο. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 95% για τους γονείς και σχεδόν 99% για τους εκπαιδευτικούς. Οι ακόλουθοι κανόνες χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από την έρευνα, βάσει των οποίων μπορούμε να συγκρίνουμε τη βαθμολογία κάθε παιδιού με τους συνομηλίκους του.

Η συγκεκριμένη έρευνα, όπως μπορεί να παρατηρήσει κανείς και από τους αντίστοιχους πίνακες, αφορά σε πλήθος 80 μαθητών. Από αυτούς, οι 43 μαθητές ήταν αγόρια (το 53,75%) και οι 37 (το 46,25%) μαθήτριες ήταν κορίτσια. Η ηλικία των παιδιών που αναφέρονται στην παραπάνω έρευνα είναι μεταξύ 6 και 12 ετών, με την τάξη φοίτησης να ποικίλει από το Νήπιο έως και την πρώτη Γυμνασίου. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε μέσα σε ένα χρονικό διάστημα της τάξεως των έξι μηνών και τα αποτελέσματά της δεν αφορούν μαθητές ενός μόνο σχολείου ή μίας γεωγραφικής περιοχής. Συγκεκριμένα, το δείγμα που επιλέχθηκε για τη στάθμιση των ερωτηματολογίων CBCL και TRF, αφορά την Περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας, της Ηπείρου και του Νοτίου Αιγαίου.

Η επιλογή των μαθητών ήταν τυχαία, με την έννοια πως στη διαδικασία της έρευνας δεν συμμετείχαν μαθητές / εκπαιδευτικοί / γονείς, με τους οποίους υπήρχε προσωπική επαφή. Επιπλέον, τα δημόσια σχολεία από τα οποία ελήφθησαν δείγματα, αφορούν στο σύνολό τους περιοχές διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών επιπέδων. Ωστόσο, υπήρξε μία αρχική ιδέα και πρόβλεψη, ώστε να μην υπερτερεί το ένα εκ των δύο φύλων σε πολύ μεγάλο βαθμό (π.χ. αισθητά περισσότεροι μαθητές από ό,τι μαθήτριες), αλλά αντίθετα να υπάρχει μία σχετική αντιστοιχία μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών, προκειμένου να μπορεί το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό. Και αυτό καθώς μελέτες έχουν δείξει (Μήτσιου, 2004), πως τα αγόρια είναι πιθανότερο (κατά ένα σχετικά μικρό, ωστόσο, ποσοστό) να εμφανίσουν κάποια δυσκολία σε αυτές τις ηλικίες, από ό,τι τα κορίτσια αντίστοιχα.

Για κάθε τάξη ενός δημοτικού σχολείου συνελέγησαν παρόμοια ερωτηματολόγια CBCL και TRF. Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν αυτό-χορηγούμενα και συμπληρώθηκαν από γονείς (είτε από την μητέρα, είτε από τον πατέρα) και δασκάλους εντός του σχολικού πλαισίου, κατόπιν συνεννόησής μαζί τους. Το ποσοστό ανταπόκρισης άγγιξε το 95% για τους γονείς και σχεδόν 99% για τους δασκάλους, προθυμία που κάθε άλλο παρά δεδομένη ήταν, λαμβάνοντας υπόψη και τη γενικευμένα δύσκολη περίοδο την οποία αντιμετωπίζουμε. Για την ανάλυση των δεδομένων τα οποία συγκεντρώθηκαν από την έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω νόρμες, βάσει των οποίων μπορούμε να συγκρίνουμε τη βαθμολογία του εκάστοτε παιδιού με τους συνομηλίκους του. Αυτές οι νόρμες ονομάζονται «προφίλ», και μπορούν να μας παράσχουν την γενική εικόνα που παρουσιάζεται από το κάθε παιδί/ μαθητή (Achenbach, Rescorla, 2002).

Ερωτηματολόγια Εκπαιδευτικών

Όσον αφορά τους εκπαιδευτικούς των μαθητών ηλικίας μεταξύ 6 και 12 ετών, που περιλαμβάνουν μαθητές από το Νηπιαγωγείο έως και την πρώτη Γυμνασίου, εκείνοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που τους ζητήθηκε, αφού πρωτίστως δόθηκαν σε εκείνους και αναλυτικές οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσής τους, καθώς επίσης και διευκρινιστικές οδηγίες για την αποφυγή κάποιου πιθανού λάθους ή κάποιας παράλειψης.

Στην πρώτη από τις σελίδες που τους δόθηκαν, οι εκπαιδευτικοί συμπλήρωσαν τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών τους, όπως για παράδειγμα το όνομα, το επώνυμο, το φύλο τους, την ηλικία, την εθνικότητα, την τάξη φοίτησης, το επάγγελμα των γονέων τους (προκειμένου να μπορέσει να φανεί το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο του μαθητή, αλλά και το πόσο πράγματι γνωρίζει ο εκπαιδευτικός στοιχεία για τον εκάστοτε μαθητή), την ημερομηνία της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και της γέννησης του/της μαθητή/τριας, την ειδικότητά τους και το ονοματεπώνυμό τους, καθώς επίσης και ορισμένες απαραίτητες πληροφορίες αναφορικά με το χρονικό διάστημα το οποίο γνωρίζουν τον μαθητή/-τρια, το πόσο καλά γνωρίζονται, το για ποια τάξη πρόκειται, αν έχει παραπεμφθεί σε τμήμα ένταξης, ειδικές υπηρεσίες, αν έχει επαναλάβει κάποια τάξη και, τέλος, την επίδοσή του στα σχολικά μαθήματα.

Στη δεύτερη από τις σελίδες του ερωτηματολογίου, τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν, σε σύγκριση με τον μέσο μαθητή της ίδιας ηλικίας, το πόσο σκληρά εργάζονται, το πόσο σωστή είναι η συμπεριφορά τους, το πόσο εύκολα μαθαίνουν και το πόσο χαρούμενοι είναι οι μαθητές τους, σε κλίμακα από το πολύ λιγότερο έως και το πολύ περισσότερο από τον μέσο μαθητή τους. Επιπρόσθετα, συμπλήρωσαν αν οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί έχουν κάποιες ανησυχίες για τους συγκεκριμένους μαθητές τους και τα θετικά χαρακτηριστικά τους. Τέλος, τους ζητήθηκε να γράψουν σχόλια τα οποία μπορεί να είναι χρήσιμα για τους μαθητές τους, και τα οποία δεν είχαν την ευκαιρία να αναφέρουν σε κάποια από τις προηγούμενες ερωτήσεις, ή ακόμα και αν τα είχαν αναφέρει, αλλά ήθελαν να το εξηγήσουν περαιτέρω.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στο πλήθος των παιδιών τα οποία αναφέρθηκαν στην έρευνα αυτή που πραγματοποιήθηκε, όπως προαναφέρθηκε, ήταν

στο σύνολό τους 80. Το 53,75 % αυτών ήταν αγόρια μαθητές (43 αγόρια), ενώ το 46,25 % ήταν κορίτσια (37 κορίτσια). Αναφορικά με την τάξη φοίτησής τους, το 3,75 % των συμμετεχόντων μαθητών πηγαίνουν Νηπιαγωγείο (3 μαθητές με το ένα να είναι αγόρι και τα δύο κορίτσια). Αναφορικά με τις τάξεις του Δημοτικού σχολείου, το 8,75 % φοιτά στην πρώτη τάξη του Δημοτικού σχολείου (7 μαθητές, εκ των οποίων έξι αγόρια και επτά κορίτσια), το 16,25 % στη δεύτερα τάξη του Δημοτικού σχολείου (13 μαθητές, εκ των οποίων τρία αγόρια και τέσσερα κορίτσια), και το 26,25 % στην τρίτη (21 μαθητές, εκ των οποίων εννέα αγόρια και δώδεκα κορίτσια), ποσοστό το οποίο είναι και το μεγαλύτερο από τις υπόλοιπες τάξεις φοίτησης. Στην τέταρτη τάξη του Δημοτικού αντιστοιχεί το 12,25 % των συμμετεχόντων στην έρευνα (10 μαθητές, επτά εκ των οποίων είναι αγόρια και τα τρία κορίτσια), στην πέμπτη τάξη το 17,5 % (14 μαθητές, με τους οκτώ να είναι αγόρια και τα έξι κορίτσια), στην έκτη το 13,75 % (11 μαθητές, οκτώ εκ των οποίων είναι τα αγόρια και τρία τα κορίτσια), ενώ στην πρώτη τάξη του Γυμνασίου μόλις το 1,25, με έναν μαθητή. Επίσης, χρήσιμο είναι να αναφερθεί πως μόνο το 3,75 % των συμμετεχόντων μαθητών χαρακτηρίζονται από κάποια αναπηρία, ποσοστό που αντιστοιχεί σε τρεις μαθητές, έναντι των υπολοίπων 77 (96,25 %).

Στις επόμενες δύο σελίδες, στην τρίτη και στην τέταρτη σελίδα που δόθηκαν στους εκπαιδευτικούς, δόθηκαν συνολικά 113 στοιχεία συμπεριφοράς. Σε κάθε ένα από αυτά, οι εκπαιδευτικοί έπρεπε να απαντήσουν με τις επιλογές 0- αν δεν ταιριάζει καθόλου με τον μαθητή/ μαθήτριά τους, 1- αν ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές με τον μαθητή και με το 2- αν το συγκεκριμένο στοιχείο της συμπεριφοράς ταιριάζει σε μεγάλο βαθμό ή πολύ συχνά στον μαθητή/ μαθήτριά. Από τα ερωτηματολόγια των εκπαιδευτικών σχετικά με τα στοιχεία των συμπεριφορών των μαθητών τους παρατηρήθηκαν τα εξής συμπεράσματα.

Σχετικά υψηλό ποσοστό παρατηρήθηκε στα στοιχεία με αριθμό 4, 17 και 71, τα οποία σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια των εκπαιδευτικών συναντώνται σε κάποιο βαθμό ή μερικές φορές από τους μαθητές τους σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20 %. Συγκεκριμένα, το στοιχείο 4 αφορά στην αδυναμία κάποιου μαθητή να ολοκληρώσει μια συγκεκριμένη ενέργεια την οποία αρχίζει. Το 27,5 %, δηλαδή 22 από το σύνολο των 80 μαθητών, δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει μία ενέργεια την οποία έχει ξεκινήσει κάποιες φορές, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 3,75 (τρεις από τους 80 μαθητές) δεν καταφέρνει πολύ συχνά ή σε πολύ μεγάλο βαθμό να τελειώσει μία

ενέργεια την οποία ξεκίνησε. Αντίστοιχα, το στοιχείο που χαρακτηρίζεται με τον αριθμό 17, αφορά στους μαθητές που παρατηρείται πως ονειροπολούν και χάνονται στις σκέψεις τους. Στο χαρακτηριστικό αυτό, το ποσοστό παρατήρησής του είναι ακόμα μεγαλύτερο, καθώς 28 από τους συνολικά 80 μαθητές, δηλαδή ποσοστό της τάξεως του 35 % παρατηρείται πως κάποιες φορές ή σε έναν ορισμένο βαθμό ανταποκρίνεται στην περιγραφή αυτού του χαρακτηριστικού. Ωστόσο, μόνον ένας μαθητής από το σύνολο των 80, δηλαδή το 1,25 % των μαθητών, χάνεται στις σκέψεις του και ονειροπολεί συνεχώς ή σε πολύ μεγάλο βαθμό. Τέλος, όσον αφορά το στοιχείο με αριθμό 71, εκείνο αναφέρεται στους μαθητές οι οποίοι δεν είναι άνετοι, ντροπιάζονται εύκολα και αισθάνονται αμηχανία. Στο σημείο αυτό, φαίνεται πως το 33,75 %, δηλαδή 27 μαθητές από το σύνολο των 80 μαθητών, νιώθουν κάποιες φορές ή ως ένα βαθμό τέτοιου είδους συναισθήματα, ενώ ένας μόνον μαθητής (το 1,25 % του συνόλου των συμμετεχόντων μαθητών), εμφανίζει τέτοια συναισθήματα συνεχώς ή/ και σε υπερβολικό βαθμό.

Τα στοιχεία τα οποία αντιστοιχούν στους αριθμούς 8, 41, 50, 62, 63, 69, 75 και 78 παρατηρείται να καταλαμβάνουν ένα επίσης σχετικά υψηλό ποσοστό, σε καμία περίπτωση ένα αμελητέο ποσοστό, αφού εντοπίζονται σε κάποιον βαθμό σε τουλάχιστον 15 % του συνόλου των μαθητών. Συγκεκριμένα το στοιχείο με αριθμό 8 αναφέρεται στην παρατήρηση αδυναμίας συγκέντρωσης και προσήλωσης της προσοχής των μαθητών για αρκετή ώρα σε κάτι, όπου ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές σε 16 από τους 80 μαθητές, δηλαδή στο 20% των μαθητών. Δέκα μαθητές, δηλαδή το 12,5 % των μαθητών, φαίνεται πως έχουν τέτοια δυσκολία συνεχώς ή/ και σε υπερβολικό βαθμό. Ομοίως, τα στοιχεία 41, 69 και 78 αφορούν την παρορμητικότητα των μαθητών και το γεγονός πως οι μαθητές τυχαίνει να ενεργούν χωρίς να σκέφτονται πιο πριν, την μυστικοπάθεια και την απροσεξία, καθώς επίσης και την εύκολη διάσπαση της προσοχής των μαθητών, αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά των μαθητών στους οποίους τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά εντοπίζονται (είτε κάποιες, είτε πολλές φορές) αντιστοιχούν σε 23,75 % (19 από το σύνολο των 80 μαθητών), 25 % (20 από το σύνολο των 80 μαθητών) και 30 % (24 από το σύνολο των 80 μαθητών).

Τα στοιχεία με αριθμούς 50, 62 και 63, αφορούν στην ύπαρξη φόβου και άγχους στους μαθητές, στην αδεξιότητα και στον κακό συντονισμό των κινήσεων των μαθητών, καθώς επίσης και στην προτίμησή τους να κάνουν παρέα με μικρότερα σε

ηλικία παιδιά. Αντίστοιχα, τα στοιχεία αυτά εντοπίστηκαν τουλάχιστον κάποιες φορές ή σε κάποιο βαθμό στους μαθητές σε ποσοστό 22,5 % (δηλαδή σε 18 μαθητές από το σύνολο των 80), 21,25 % (δηλαδή σε 17 μαθητές σε σύνολο 80 μαθητών) και, τέλος, σε ποσοστό 25 % (δηλαδή σε 20 από τους 80 μαθητές). Ωστόσο, το στοιχείο με τον αριθμό 62 που αφορά στην αδεξιότητα, δεν εντοπίστηκε σε κανέναν από τους 80 μαθητές σε υπερβολικό βαθμό ή/ και συχνότητα.

Τέλος, το στοιχείο που αντιστοιχεί στον αριθμό 75 και το οποίο αναφέρεται στην έκδηλη δειλία και ντροπή την οποία αισθάνονται οι μαθητές τους, οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν πως 23 από τους 80 μαθητές, δηλαδή ποσοστό 28,75 %, εμφανίζουν αυτό το χαρακτηριστικό, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό.

Περίληπτικά, και σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια τα οποία μοιράστηκαν και συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς του συνόλου των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκαν διαφορετικές εκφάνσεις φάσματος στις κλίμακες συνδρόμων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και στις εναρμονισμένες κλίμακες σύμφωνα με το DSM, για κάθε παιδί. Τα αποτελέσματα των TRF ερωτηματολογίων παρουσίασαν ως κατά φύση φυσιολογικά, σε όλες τις αξιολογήσιμες κλίμακες, τα 21 από το σύνολο των 37 κοριτσιών, δηλαδή ποσοστό της τάξεως του 56,76 %. Το αντίστοιχο ποσοστό το οποίο παρατηρήθηκε στα αγόρια – μαθητές τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα αγγίζει το 67,45 %, αφού τα 29 από τα 43 αγόρια κρίθηκε από τις απαντήσεις πως εμπίπτουν στο φυσιολογικό φάσμα. Επομένως, τα 50 εκ των 80 μαθητών (62,5 %), φαίνεται, βάσει των απαντήσεων των εκπαιδευτικών, πως δεν παρουσιάζουν κανένα κλινικό σύμπτωμα ή δεν ανήκουν στο οριακό φάσμα.

Ερωτηματολόγια Γονέων

Οι γονείς των παιδιών ηλικίας μεταξύ 6 και 12 ετών, όπου περιλαμβάνονται μαθητές από το Νηπιαγωγείο έως και την πρώτη Γυμνασίου, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια αφού πρωτίστως τους δόθηκαν αναλυτικές οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης τους και διευκρινιστικές οδηγίες για την αποφυγή κάποιου λάθους ή παράλειψης.

Στην πρώτη σελίδα οι γονείς συμπλήρωσαν τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών τους, όπως το όνομα, το επώνυμο, το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, την τάξη φοίτησης, το επάγγελμα των γονέων, την ημερομηνία της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και της γέννησης του/της μαθητή/-τριας, την ειδικότητα τους και το ονοματεπώνυμό τους, καθώς επίσης και απαραίτητες πληροφορίες, όπως για τα αθλήματα στα οποία τα παιδιά συμμετέχουν, για τις αγαπημένες δραστηριότητες των παιδιών, για οργανώσεις και ομίλους που ανήκουν και, τέλος, για εργασίες και θελήματα που κάνουν τα παιδιά.

Στη δεύτερη σελίδα, συμπλήρωσαν τον αριθμό φίλων που έχουν τα παιδιά τους και πόσες φορές τους βλέπουν εκτός του σχολείου. Επιπρόσθετα, βαθμολόγησαν με αποκρίσεις όπως χειρότερα, στο μέσο όρο και καλύτερα, σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας τους πως συμπεριφέρονται με τα αδέρφια, με άλλα παιδιά, τους γονείς και αν και κατά πόσο μπορούν να δουλεύουν μόνα τους. Επιπλέον, οι γονείς σημειώνουν τις επιδόσεις των παιδιών στα μαθήματα. Στη συνέχεια απαντούν σε κλειστές ερωτήσεις με αποκρίσεις ναι ή όχι για το εάν έχουν διάγνωση που τους παραπέμπει στην ειδική αγωγή, σε τμήμα ένταξης ή σε ειδικό σχολείο, εάν έχουν επαναλάβει κάποια τάξη, αν έχουν προβλήματα με μαθήματα ή άλλου είδους προβλήματα στο σχολείο και από πότε ορίζεται η έναρξή τους. Τέλος, ερωτήσεις που επιδέχονται απαντήσεων ανοιχτού τύπου δίνονται στους γονείς. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν τις ανησυχίες των τελευταίων για τα παιδιά τους και την περιγραφή των θετικών χαρακτηριστικών των παιδιών τους.

Στις επόμενες δύο σελίδες, στην τρίτη και στην τέταρτη, δόθηκαν 113 συνολικά στοιχεία συμπεριφοράς για να απαντήσουν με τις επιλογές 0- αν δεν ταιριάζει καθόλου με τον μαθητή τους, 1- αν ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές και με 2- αν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά. Στα ερωτηματολόγια των γονέων για τα στοιχεία των συμπεριφορών των παιδιών τους παρατηρήθηκαν αξιολογικές απαντήσεις για τον καθορισμό των διαφόρων συμπεριφορών τους στο σχολείο και στο σπίτι.

Πρώτα θα παρατεθούν τα στοιχεία συμπεριφοράς τα οποία παρατηρήθηκαν σε εξαιρετικά υψηλό βαθμό σε μαθητές, είτε σε μεσαίο είτε σε πολύ μεγάλο βαθμό, σε ποσοστό της τάξεως άνω του 40 % των συμμετεχόντων μαθητών. Συγκεκριμένα, το στοιχείο με τον αριθμό 78, το οποίο αφορά στους μαθητές των οποίων η προσοχή

αποσπάται εύκολα, συγκέντρωσε το υψηλότερο ποσοστό, με το 43,75 % των μαθητών (δηλαδή 35 από τους 80 μαθητές) να συγκεντρώνουν το χαρακτηριστικό αυτό. Ακολουθεί το στοιχείο με αριθμό 22, το οποίο αφορά στην ανυπακοή του παιδιού στο σπίτι, το οποίο παρατηρήθηκε σε 34 από τους 80 μαθητές, δηλαδή στο 42,5 %. Τέλος, ακολουθούν τα στοιχεία με αριθμό 71 και 75, τα οποία αφορούν στους μαθητές που νιώθουν εύκολα ντροπή και αμηχανία, ή δειλία, αντίστοιχα. Αυτά τα χαρακτηριστικά συγκέντρωσαν ποσοστό 41,25 %, αφού εντοπίζονται σε 33 από τους 80 μαθητές.

Στην συνέχεια θα παρατεθούν τα στοιχεία τα οποία παρατηρήθηκαν σε μεσαίο ή μεγάλο βαθμό στους μαθητές σε ποσοστό άνω του 27 %. Τα ποσοστά αυτά είναι το στοιχείο 41 που αφορά στην παρορμητικότητα και συγκέντρωσε ποσοστό 38,75% (31 από τους 80 μαθητές), το στοιχείο 62, το οποίο αφορά στην αδεξιότητα και στην έλλειψη συντονισμού και το οποίο συγκέντρωσε ποσοστό 33,75 %, αφού 27 από τους 80 μαθητές το εμφανίζουν, το στοιχείο με αριθμό 4, το οποίο αφορά στην αδυναμία των παιδιών να τελειώσουν κάτι το οποίο έχουν αρχίσει, και το οποίο συγκέντρωσε ποσοστό 36,25 % (παρατηρήθηκε σε 29 από τους 80 μαθητές), το στοιχείο 32 που αφορά στην τελειομανία των παιδιών και συγκέντρωσε ποσοστό 37,5 % (30 από τους 80 μαθητές το εμφανίζουν), το στοιχείο 69, αφού το 36,25 % παιδιών (δηλαδή 29 παιδιά) διακατέχονται από μυστικοπάθεια. Ακολουθούν τα στοιχεία 50 με ποσοστό 30%, αφού 24 από τους 80 μαθητές εμφανίζουν άγχος και φοβίες, το 86, αφού το 32,5 ή αλλιώς 26 μαθητές έχουν ιδιαίτερο πείσμα, το στοιχείο 95, με το 31,25 %, δηλαδή 25 μαθητές να εμφανίζουν εκρήξεις οργής και το στοιχείο 112, με τον αντίστοιχο αριθμό παιδιών να εμφανίζει υπέρμετρη αγωνία.

Τέλος, αναφορά αξίζει να γίνει στα στοιχεία με αριθμό 27, 63, 68, 109. Τα στοιχεία 27 (παιδιά στα οποία παρατηρείται ζήλια) και 109 (παιδιά τα οποία γκρινιάζουν) σημείωσαν ποσοστό της τάξεως του 30 %, δηλαδή εντοπίζονται σε 24 από τα 80 παιδιά. Ακολουθεί το στοιχείο με αριθμό 63, όπου αφορά την προτίμηση του παιδιού να παίζει με μεγαλύτερα παιδιά, και το οποίο παρατηρήθηκε σε 23 μαθητές, δηλαδή στο 28,75 του συνόλου. Τέλος, το 27,5 των μαθητών (22 στο σύνολο των 80 μαθητών) εμφανίζουν το στοιχείο με αριθμό 68, δηλαδή ουρλιάζουν ή φωνάζουν.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθούμε στα αισθητά υψηλά ποσοστά που παρατηρήθηκαν στα ερωτηματολόγια των γονέων. Είναι λογικό να είναι λίγο πιο αυξημένα τα ποσοστά, λαμβάνοντας υπόψη πως οι γονείς έρχονται σε επαφή με τα παιδιά για περισσότερες ώρες, λαμβάνουν υπόψη τους και πρότερες συμπεριφορές των παιδιών τους και, τέλος, δεν συναναστρέφονται με τόσα πολλά παιδιά ταυτόχρονα. Αυτό το οποίο, ωστόσο, αξίζει να παρατηρήσουμε, είναι η ειλικρίνεια των γονέων. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι γονείς, σκόπιμα ή μη, αποκρύπτουν ή/ και αμελούν διάφορες συμπεριφορές των παιδιών τους, πολλές φορές προκειμένου να μην θεωρηθεί πως τα παιδιά τους «υστερούν» σε κάτι από τα υπόλοιπα παιδιά. Η πρακτική αυτή, η οποία κατά το παρελθόν παρατηρούνταν σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό είναι σαφώς λανθασμένη, και είναι εξαιρετικά θετικό το γεγονός πως οι γονείς της έρευνας αυτής είναι πιθανό πως δεν ακολουθούν μια τέτοια πρακτική.

Συμπεραίνουμε, ότι είναι εφικτό για τους εκπαιδευτικούς να χρησιμοποιήσουν το CBL για να εντοπίσουν τα πρώτα σημάδια συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων σε μικρά παιδιά. Σε παιδιά 6-9 ετών, οι υποκατηγορίες για υπερκινητικότητα και συμπεριφορά αποδόθηκαν ικανοποιητικά. Στην ηλικιακή ομάδα 9-12 ετών, οι αρχικές υποκατηγορίες CBL παράγααν λογικά αποτελέσματα.

Τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών σχολικής ηλικίας μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Τα παιδιά με αυτισμό αργότερα έχουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς.

Τα παιδιά με υψηλή συγκέντρωση και κοινωνική αλληλεπίδραση είναι λειτουργικά, ακόμη και με την παρουσία υπερδραστηριότητας, ενώ τα παιδιά που παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση και αλληλεπίδραση, μόνα τους ή σε συνδυασμό με προβλήματα αυτισμού και συμπεριφοράς, συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα. Η σταθερότητα σχετίζεται με την ύπαρξη μεγαλύτερου αριθμού δεικτών προστασίας ή κινδύνου αντίστοιχα. Τα παιδιά που δεν ακολουθούν συγκεκριμένες οδούς τείνουν να έχουν μέτρια επίπεδα προστατευτικών παραγόντων και παραγόντων κινδύνου.

Επιπτώσεις στην έρευνα και την πρακτική

Απαιτείται η αναπαραγωγή των αναλύσεων μας σε ένα μεγαλύτερο αριθμό δειγμάτων. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του CBCL θα πρέπει να αξιολογούνται σε διάφορες μεταβλητές που θα μπορούσαν να σχετίζονται με την παρουσίαση του EBD σε παιδιά με ASD. Τέτοια μπορεί να περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία (π.χ., 6–9 και 10–12 CBCL κανονιστικά εύρη ηλικιών) και το επίπεδο της γνωστικής λειτουργίας. Αυτές οι πληροφορίες θα προωθούσαν πολύ την κατανόησή μας σχετικά με τις κατάλληλες χρήσεις και ερμηνείες των βαθμολογιών CBCL για πιο συγκεκριμένες υποομάδες εντός του πληθυσμού ASD.

Απαιτείται επίσης πρόσθετη έρευνα για να προσδιοριστεί ο βαθμός στον οποίο οι αυξήσεις κλίμακας αντικατοπτρίζουν συγκεκριμένα προβλήματα ASD έναντι συνυπαρχόντων EBD (Georgiades, 2010). Για παράδειγμα, σε ποιο βαθμό οι αυξήσεις στην υποσυμπιεσμένη υποκλίμακα αντικατοπτρίζουν την κατάθλιψη έναντι της κοινωνικής βλάβης στην ASD; Σε ποιο βαθμό οι αυξήσεις της υποκλίμακας Προσοχή -Προβλήματα αντικατοπτρίζουν προβλήματα ειδικά για ADHD έναντι προβλημάτων προσοχής ειδικά για ASD; Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό των σχετικών αναλογιών διακύμανσης στις βαθμολογίες κλίμακας CBCL που οφείλονται σε EBD- έναντι ASD-ειδικά συμπτώματα. Επιπλέον, η ανάλυση προφίλ μπορεί να βοηθήσει αποδεικνύοντας τον βαθμό στον οποίο διάφορες κλινικές και μη κλινικές υποομάδες αποκτούν διαφορετικά προφίλ στο CBCL. Τα προφίλ μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τυπικά αναπτυσσόμενων ατόμων με ASD μόνο, εκείνων με ASD και EBD και άλλων κλινικών ομάδων.

Απαιτείται περισσότερη ψυχομετρική έρευνα και αξιολόγηση για την περαιτέρω ανάπτυξη οδηγιών κλινικής αξιολόγησης βάσει τεκμηρίων. Τέτοιες κατευθυντήριες γραμμές απαιτούνται για να προτείνουν τεκμηριωμένα μέτρα σε επαγγελματίες που μπορούν να τους βοηθήσουν στη λήψη διαγνωστικών αποφάσεων, στο σχεδιασμό παρέμβασης και στην παρακολούθηση της απόκρισης στην παρέμβαση. Τα τυποποιημένα πρωτόκολλα αξιολόγησης βάσει αποδεικτικών στοιχείων μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην προώθηση περισσότερης ομοιομορφίας στη διαδικασία διαγνωστικής αξιολόγησης και προσδιορισμού

επιλεξιμότητας για προγράμματα και υπηρεσίες που βασίζονται στο σχολείο και στην κοινότητα. Πιστεύουμε ότι αυτή η μελέτη αντικατοπτρίζει ένα βήμα προς αυτήν την κατεύθυνση.

Συνιστούμε στους ασκούμενους να εξετάσουν το ενδεχόμενο χρήσης του CBCL 6-12 ως μέρος ενός πρωτοκόλλου αξιολόγησης πολλαπλών μεθόδων για τον έλεγχο και τη συνεχή παρακολούθηση της συνυπάρχουσας EBD σε παιδιά με ASD. Γενικά, οι αυξήσεις κλίμακας μπορούν να ληφθούν ως απόδειξη σημαντικού συναισθηματικού και / ή συμπεριφορικού προβλήματος που απαιτεί περαιτέρω διαγνωστική αξιολόγηση και ειδική παρέμβαση. Επειδή τα παιδιά με ASD ενδέχεται να μην εμφανίζουν το πλήρες φάσμα συμπεριφορών ODD , κοινωνικής διαμεσολάβησης, ενδέχεται να μην έχουν συχνά αυξημένες βαθμολογίες στη συμπεριφορά παραβίασης κανόνων. Επομένως, οι βαθμολογίες στοιχείων και άλλες πηγές δεδομένων , θα πρέπει να επιθεωρούνται για να βοηθήσουν στον εντοπισμό εξωτερικών προβλημάτων που μπορεί να σχετίζονται με λειτουργική βλάβη. Τέλος, οι γενικά χαμηλές τιμές εξειδίκευσης που λαμβάνονται στις διαγνωστικές αναλύσεις ακρίβειας υποδεικνύουν ότι τα δεδομένα CBCL πρέπει να συνδυάζονται με άλλα ASD ειδικά δεδομένα όπως το ADOS, ADI-R και το Childhood Autism Rating Scale-Second Edition (Schopler, 2010) και δεδομένα ειδικά για το EBD, όπως το K-SADS και το CSI-4 για να προσδιοριστεί εάν οι αυξήσεις της κλίμακας CBCL αντικατοπτρίζουν την επιδείνωση των συμπτωμάτων ASD ή / και την παρουσία ενός συνυπάρχοντος EBD που απαιτεί ειδική θεραπεία (π.χ. θεραπεία για άγχος, κατάθλιψη, κ.λπ.). Η επιλογή επιπρόσθετων μέτρων θα εξαρτηθεί από παράγοντες όπως η φύση του προβλήματος παρουσίασης, η ηλικία και το επίπεδο λειτουργίας του παιδιού και το ποσοστό της ψυχομετρικής υποστήριξης για διάφορα μέτρα. Αυτή η πρακτική θα βοηθήσει στον οδηγό της διαγνωστικής λήψης αποφάσεων και στην επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων και υπηρεσιών υποστήριξης.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C., & Conners, C. K. (1991). National survey of problems and competencies among four-to sixteen-year-olds: parents' reports for normative and clinical samples. Monographs of the Society for Research in Child Development.
- Achenbach, T.M. (1993). Implications of multiaxial empirically based assessment for behavior therapy with children. *Behavior therapy*, 24, 91-116.
- Achenbach, T., Rescorla, L., (2002). *Εγχειρίδιο για τα ερωτηματολόγια και → προφίλ σχολικής ηλικίας του ΣΑΕΒΑ*. Επιμέλεια. Ρούσου Α. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4rd ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). «Diagnostic criteria for 299.00 Autistic Disorder». Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th, text revision (DSM-IV-TR) έκδοση). ISBN 0890420254. Ανακτήθηκε στις 2009-09-10.
- American Psychiatric Association. (2004). Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TR. Μτφ. & επιμέλεια: Κ. Γκοτζαμάνης. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association., (2013). Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Washington. DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington: DC APA.

- Bannatyne, A.D. (1971). Language, reading, and learning disabilities. Springfield, IL: Thomas
- Barkley, A. R. (2002). Major Life Activity and Health Outcomes Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry*. Ανακτήθηκε 13 Απριλίου 2013, από <http://www.jclinpsychiatry.com/pcc/pccpdf/v04s04/v63s1202.pdf>.
- Barkley, R.A. (1990). Attention – Deficit Hyperactivity Disorder: A hand book for diagnosis and treatment. New York: Pergamon Press. (1998) New York, NY: The Guilford Press.
- Barkley RA. Deficient emotional self-regulation: a core component of attention deficit/hyperactivity disorder. *J ADHD Rel Disord* 2010; 1: 5-37.
- Barnes, B. (1992). Το Υπερκινητικό Παιδί. Αθήνα: Θυμάρι.
- Bender, W.N. & Larkin, M. (2003). Reading strategies for students with learning disabilities. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Bender, W.N. (2004). Learning disabilities. Characteristics, identification and teaching strategies. 5th edition. Boston, MA: Pearson Education Inc. Bishop, D. & Leonard, L. (2001). Speech and language impairments in children causes: characteristics, intervention and outcome. 2nd edition. USA & Canada: Psychology Press Ltd.
- Bley, N.S. & Thornton, C.A. (1995). Teaching mathematics to the learning disabled. 3rd edition. Autsin, TX: Pro-ed.
- Cain, K. (2009). Reading Development and Difficulties. British: British Psychological Society BLACKWELL.
- Campbell S.B., Von Stauffenberg C., (2009). Delay and Inhibition as Early Predictors of ADHD: Symptoms in Third Grade. *Journal of Abnormal Child Psychology*: Volume 37, No 1, pp 1-15.
- Cole, M. & Cole, S. (2002). Η ανάπτυξη των παιδιών. Τόμος Γ΄. Μτφ. Μαρία Σόλμαν. Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ - ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

- Cooke, J. & Williams, D. (2003). *Working with children's language*. 11th edition. United Kingdom: Speechmark Publishing Ltd
- Epstein JN, Loren RE, (2013). Changes in the definition of ADHD in DSM-5: subtle but important. *Neuropsychiatry (London)* 2013, 3(5):455-458.
- Fletcher, J. A. (2007). Applying constructivist theories to the teaching and learning of Adult Numeracy in the Further Education sector in the UK. *Mathematics Connection*, 6 (49-56).
- Frith, U. (1996) *Αυτισμός: Β' Έκδοση. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.*
- Frith U (1999). *Αυτισμός: Εξηγώντας το αίνιγμα (Γ.Καλομοίρης, μετάφραση έκδοσης), (Γ έκδοσης), (Γ έκδοση).Αθήνα: Ελληνικά γράμματα. (έτος πρωτότυπης έκδοσης, 1989)*
- Frith, U., (2009). *Αυτισμός, Μετάφραση: Καλομοίρης Γ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα*
- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K., Kahn, R.S., (2007). Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children. *Arch Pediatric Adolescent Med.*, 161:9, 857-864.
- Gillberg IC, Gillberg C (1989), Children with preschool minor neurodevelopmental disorders, IV: behaviour and school achievement at age 13.
- Gillberg, C., & Steffenburg, S. (1987). Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population based study of 46 cases followed through puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 273–287
- Gillberg, C. (1989) Asperger syndrome in 23 Swedish children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 520–531.
- Granero, R., Louwaars, L., & Ezpeleta, L. (2015). Socioeconomic status and oppositional defiant disorder in preschoolers: parenting practices and executive functioning as mediating variables. *Frontiers in Psychology*, 24(6), 1412.
- Gonzalez-Mena, J. (2006). *The young child in the family and the community*. (4th

εκδ.). Upper Saddle River: NJ: Merrill/Prentice Hall.

Greenberg, G.S., Horn, W.F. (1991). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Illinois: Research Press.

Hallahan, D. & Kaufman, J. (1976). Introduction to learning disabilities. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Herbert, M. (2008). Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας. Τόμος Α'. 23η έκδοση. Επόπτης ελληνικής έκδοσης: Ιωάννης Ν. Παρασκευόπουλος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Herbert, M. (1998). Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας. Τόμος Β'. 11η έκδοση. Επόπτης ελληνικής έκδοσης: Ιωάννης Ν. Παρασκευόπουλος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Heward, W. (2011). Παιδιά με ειδικές ανάγκες, Μια εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση.(Χ. Λυμπεροπούλου, Μεταφρ.) Αθήνα: Τόπος.

Holowenko, H. (1999). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Johnstone, B. & Stonnington, H. (2006). Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών. Επαγγελματικός Οδηγός. Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Α.Α. Καστελλάκης, Λ. Μεσσήνης. Πάτρα: Φιλομάθεια.

Jordan, R. R., & Powell, S. D. (1995). Understanding and teaching children with autism. New York: Wiley.

Kandel, E. R.&Schwartz, J. H. & Jessell, T. M. (2006). Νευροεπιστήμη και Συμπεριφορά. Μτφ. Χάρης Καζλαρής, Αζαρίας Καραμανλίδης, Γεώργιος, Χ. Παπαδόπουλος. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*.

Lee, A., Hobson, R.P. & Chiat, S. (1994). I, you, me, and autism: An experimental study. *J Autism Dev Disord*.

- Lerner, J. (2003). Learning disabilities: Theories, diagnosis, and teaching practices. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Lerner, J. (2005). Learning Disabilities. NY: Houghton Mifflin Company.
- Lewis, V., & Boucher, J. (1988). Spontaneous, instructed and elicited play in relatively able autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*.
- Lord, C., & Paul, R. (1997). Language and communication in autism. In D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental*
- Lyons, J. (2004). Εισαγωγή στη Γλωσσολογία. 12η έκδοση. Μτφ. Μαρία Αραποπούλου, Αργύρης Αρχάκης, Μαρία Βραχιονίδου, Αικατερίνη Καρρά. Αθήνα: Πατάκη. Magne, O. (2003). «Η ψυχολογία της θεραπείας των δυσκολιών στα μαθηματικά», Στασινός, Δ. (επιμέλεια). *Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης*. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 79-92.
- Magne, O. (2003). «Διάγνωση και θεραπευτικά προγράμματα για παιδιά με δυσκολίες στα μαθηματικά», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). *Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης*. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 219-244.
- Magowan, S. (2003). «Η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). *Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης*. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 15-20. 194
- Magowan, S. (2003). «Η σχέση μεταξύ των μαθησιακών δυσκολιών και της προβληματικής συμπεριφοράς», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). *Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης*. 3^η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 93-98.
- Monsell, S., Driver J., (2000). Control of cognitive processes, Attention and Performance XVIII. U.S.A.: TheMitPress.

- Myklebust, H. R. (1967). Psychology of deafness: Sensory deprivation, learning and adjustment. New York: Grune & Stratton.
- Neuhaus, C. (1996). Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του. (Μτφ.: Γ. Μωραΐτου, επιμ.: Μ. Ζαφειροπούλου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (1998).
- Peeters, T. (2000): Αυτισμός: από την θεωρητική κατανόηση στην εκπαιδευτική παρέμβαση. Αθήνα: Ελληνική εταιρία προστασίας αυτιστικών ατόμων (Ε.Ε.Π.Α.Α).
- Pliszka, S. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Prizant, B. M., & Duchan, J. F. (1981). The functions of immediate echolalia in autistic children. *Journal of Speech & Hearing Disorders*
- Reed V.A.,(2005).An introduction to children with language disorders. Third edition, Pearson Education Boston 255p.
- Savvas N. *Georgiades* Dr. Department of Chemistry, Imperial College London. First published: 26 May 2010. <https://doi.org/10.1002/anie.200906363>.
- Schopler, M. E. Van Bourgondien, G. J. Wellman, & S. R. Love Childhood Autism Rating Scale (2nd ed.). Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 2010.
- Slavin, R. E. (2002). Education psychology: Theory into practice. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Smith, C.R. (2004). Learning disabilities. The interaction of students and their environments. 5th edition. Boston, MA: Allyn and Bacon-Pearson.
- Snowling, M.J. (2000). Dyslexia. Oxford: Blackwell.
- Snowling, M.& Stackhouse, J. (2005). Dyslexia. Speech and Language.2nd edition. London and Philadelphia: WHURR PUBLISERS.

Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *The American journal of psychiatry*. Studio Press.

Tannock, R., (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Advances in Cognitive Neurobiological and Genetic Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 65- 99.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγαλιώτης, Ι. (2000). *Μαθησιακές δυσκολίες στα μαθηματικά. Αιτιολογία, αξιολόγηση, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αγαλιώτης, Ι. (2008). *Διδασκαλία παιδιών με δυσκολίες μάθησης και προσαρμογής. Οικοπροσαρμοστική προσέγγιση*. Τόμος Α΄. 2η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αδαμόπουλος, Π. (2002). *Δυσλεξία: Πώς να προστατέψετε το παιδί από την απειλή της*. Τόμος Α΄. Αθήνα: Σαββάλας.
- Αθανασιάδη, Χ., Καλύβης, Γ., Φραγκούλη, Α. (2007). «Αναδρομική μελέτη περιστατικών με αίτημα την αντιμετώπιση διαταραχών λόγου – μαθησιακών δυσκολιών, περίοδος 2000-2006», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). *Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης*. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 413-421.
- Αϊδίνης, Α. (2007). «Δομή και ανάπτυξη της φωνολογικής ενημερότητας στην ελληνική γλώσσα», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). *Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης*. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 223-244.
- Αναγνωστοπούλου, Α. (2007). *Εξελικτική Ψυχολογία. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος*. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). *Γνωστική Ψυχολογία. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος*. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Αναγνωστόπουλος, Δ., Σίνη, Α. (2005). *Διαταραχές Σχολικής Μάθησης & Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: ΒΗΤΑ medical arts.
- Αναστασίου, Β., Μπαντούνα, Α. (2007). «Η καθοδηγούμενη συμμετοχική ορθογραφική μέθοδος ως τρόπος στήριξης των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες μέσα στην κοινή τάξη», στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια). *Θέματα Διαχείρισης 181 Προβλημάτων Σχολικής Τάξης*. Τόμος Α΄. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 39- 54.

- Achenbach, T., Rescorla, L., (2002). *Εγχειρίδιο για τα ερωτηματολόγια και –προφίλ σχολικής ηλικίας του ΣΑΕΒΑ*. Επιμέλεια. Ρούσου Α. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αραμπατζή, Κ. (2009). Εισαγωγή στη μέθοδο «Κείμενο για όλους». Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Τμήμα Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης.
- Αυγητίδου, Σ. (2001). Το παιχνίδι. Σύγχρονες ερευνητικές & διδακτικές προσεγγίσεις. Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ – ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
- Βάρβογλη, Λ. & Γαλάνη, Μ. (2006). Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής. Πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε.
- Βάρβογλη Λ.(2005). Τι συμβαίνει στο παιδί; Νευροεξελικτικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Βαρσαμίδου, Δ., Σπαντιδάκης, Γ. (2007). «Σχέση παραγωγής και κατανόησης γραπτού λόγου», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 377-389.
- Βεκύρη, Ι. (2007). «Η μάθηση ως οικοδόμηση της γνώσης», στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσα, Γ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 1-5.
- Βλασσοπούλου, Μ., Ρότσικα, Β. (2007). «Επαναπροσδιορίζοντας τη σχολική ετοιμότητα», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 115-128.
- Βρυώνης, Γ. (2004). Παιδιατρική. Ιωάννινα: Εφύρα. Γιαννετοπούλου, Α. (2007). «Πρόγραμμα διαμόρφωσης συμπεριφοράς. Μελέτη περίπτωσης μαθητή με μαθησιακές δυσκολίες και ΔΕΠ-Υ», στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια).

Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης. Τόμος Α΄. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 290-306.

Γιαννοπούλου, Γ. Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο.

Γκίτσα, Ε. (2003). Αναπτυξιακές Γλωσσικές Διαταραχές. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Ζακοπούλου, Β. (2007). *Φωνολογική Ανάπτυξη και Διαταραχές*. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Γλύκας, Μ., Καλομοίρης, Γ. (2003). Διαταραχές Επικοινωνίας και Λόγου(:) Πρόληψη, Έρευνα, Παρέμβαση και Νέες Τεχνολογίες στην Υγεία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Δημάκος, Ι. (2007). «Εναλλακτική αξιολόγηση των γραπτών δεξιοτήτων των μαθητών του δημοτικού», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). *Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης*. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 154-163.

Δράκος, Γ. (1999). Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας. *Λογοπαιδεία – Λογοθεραπεία*. Παιδοψυχολογικές και Λογοθεραπευτικές στρατηγικές αποκατάστασης στην προσχολική και σχολική ηλικία. Αθήνα: «Περιβολάκι» & Ατραπός.

Δροσινού-Κορέα Μ. Χ. (2007). «Η ενδοοικογενειακή βία, παράγοντας γένεσης μαθησιακών δυσκολιών και επιπτώσεις στην επίδοση και συμπεριφορά. Μελέτη περίπτωσης μαθητή με παραβατική συμπεριφορά», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). *Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης*. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 336-345.

Ευκλείδη Α. (2007). «Η καλλιέργεια της σκέψης μέσα από την ανάγνωση και τη γραφή», στο Κάντα, Μ. & Νασίκα, Α. (επιμέλεια). *Γλώσσα, Σκέψη και Πράξη*

στην Εκπαίδευση. (πρακτικά συνεδρίου). Ιωάννινα: Θεοδωρίδη. σελ. 5-13.
Ζακοπούλου, Β. (2007). Φωνολογική Ανάπτυξη και Διαταραχές. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Ζάχος, Γ. (2003). «Πλαίσιο προγράμματος αποκατάστασης μαθησιακών δυσκολιών στο γραπτό λόγο», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού 183 και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 269-276.

Ζάχος, Δ. (2003). «Κατασκευή, κλινική εφαρμογή και στάθμιση διαγνωστικών κριτηρίων για τις μαθησιακές δυσκολίες στο γραπτό λόγο», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 21-30.

Ζέρβα, Ε., Βεντίκου, Π. (2007). «Η αναγνώριση και η διόρθωση του λάθους στο γραπτό λόγο ως μεταγνωστικό κριτήριο σε παιδιά με και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Α. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 318-322.

Ζησιμόπουλος, Δ. (2007). «Προσαρμογή διδακτικών στόχων στη Γλώσσα και τα Μαθηματικά. Η τεχνική της Ανάλυσης Έργου (Task Analysis)», στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια). Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης. Τόμος Α'. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 55-71.

Ζυμβρακάκης, Ι. (2007). «Γνωστικές και μεταγνωστικές στρατηγικές μάθησης σε μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες. Μελέτη περίπτωσης», στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια). Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης. Τόμος Α'. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 92-106.

Θανόπουλος, Θ. (1998). Παιδιά με μαθησιακά προβλήματα. Επιστημονικό περιοδικό «Θέματα Ειδικής Αγωγής». 1ο Τεύχος. Αθήνα: Π.Ε.Σ.Ε.Α.

Θεοχαρίδου, Σ., Μακρής, Π., Τζούλης, Χ., Μπαξεβανίδης, Κ. (2007). «Αναγνωστική δυσλεξία – αντιμετώπιση με υποστηρικτική τεχνολογία (περίπτωση παιδιού με αναγνωστική δυσλεξία)», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α.

- & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 531-239.
- Καδέρογλου, Ε. Ν. (2004). Διάχυτες Διαταραχές Ανάπτυξης: από τη θεωρία στην πράξη. Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2005). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση, Αθήνα : Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Ε & Μανιαδάκη, Κ. (2006). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων- Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Ε.(2001). Το Υπερκινητικό Παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Εκδόσεις. Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε & Μανιαδάκη, Κ. (2006). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Ε., (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε. (2001). Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος (επιμ.). Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., (2012). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα : Gutenberg.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (Επιμ.) (2004). Προσαρμογή στο σχολείο Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγέλη, Κ., Ευσταθίου, Γ., (2005). Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV, Στάθμιση της κλίμακας ADHD-IV. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2005). ADHD - διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα. Σημειώσεις μαθήματος, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

- Καλαντζή-Αζίζη Α, Ζαφειροπούλου Μ (2004). Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζής, Κ. (2011). Διαταραχές του λόγου στην παιδική ηλικία. Φωνή – Ομιλία – Ανάγνωση – Γραφή. Συμβολή στην παθολογία και θεραπευτική αγωγή του λόγου. 4η Βελτιωμένη Έκδοση. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Καλομοίρης, Γ. (2007). «Οι διαταραχές προφορικού και γραπτού λόγου: Πεδίο διεπιστημονικής έρευνας και θεωρητικής σύγχυσης», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 17-33.
- Καλτσούδα, Α. (2005). Κλινική Νευροψυχολογία. Σημειώσεις των παραδόσεων το αντίστοιχου μαθήματος. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.
- Καμπανάρου, Μ. (2007). Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας. Περιστέρι: ΕΛΛΗΝ Γ. Παρίκος & ΣΙΑ Ε.Ε. Καραντζής, Ι. Δ. (2001). Τα προβλήματα της μνήμης των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες στην αριθμητική και την ανάγνωση. Γνωστική θεώρηση. Εκπαιδευτικές προεκτάσεις. Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ – ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
- Καραπέτσας, Α.Β. (1997). Η δυσλεξία στο παιδί: διάγνωση & θεραπεία. 3η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καρβούνης, Μ. (2007). «Μαθησιακή και Ψυχολογική υποστήριξη παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες στη σχολική τάξη», στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια). Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης. Τόμος Α'. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 72-83.
- Καρπαθίου, Χ. (1990). Δυσλεξία: η παιδική ασθένεια του αιώνα μας. 3η έκδοση. Περιστέρι: Ίων.
- Καρπαθίου, Χ. Ε. (2008). Μαθησιακές Δυσκολίες τύπου Δυσλεξίας. Για Εκπαιδευτικούς & Γονείς. Αθήνα: Ι. Καραμέτος.

- Κασσέρης, Χ. (2002). Η δυσλεξία. Θεωρητική προσέγγιση. Παιδαγωγική αντιμετώπιση. Αθήνα: Σαββάλας.
- Κάτσιου-Ζαφράνα, Μ. (2003). «Σχέση μαθησιακών δυσκολιών και εγκεφάλου αναπτυσσόμενου μέσα σ' ένα στερημένο και αρνητικό περιβάλλον», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 31-52. 185
- Κιάμου, Ε. (2004). Κλινικά Θέματα Λογοπαθολογίας. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.
- Κολιάδης, Ε. (2010). Συμπεριφορά στο σχολείο. Αξιοποιούμε δυνατότητες, αντιμετωπίζουμε προβλήματα. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Κουράκης, Ι. (1997). Ανίχνευση στον κόσμο των μαθησιακών διαταραχών. Σκιαγραφώντας το πορτραίτο μιας περίπτωσης με δυσλεξία. Αθήνα: "ΕΛΛΗΝ"- Γ.ΠΑΡΙΚΟΣ & ΣΙΑ Ε.Ε.
- Κουτσοσίμου, Μ. (2008). Κλινική Ψυχολογία. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.
- Κρόκου, Ζ. (2007). «Μαθησιακές Δυσκολίες», στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια). Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης. Τόμος Α'. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 28-38.
- Κυπριωτάκης, Α. (2003). Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους. Ηράκλειο: Παπαγεωργίου.
- Κωτούλας, Β. (2008). «Ενίσχυση της φωνολογικής επίγνωσης», στο Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (επιμέλεια). Διδακτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 32-34.
- Κωτούλας, Β. (2008). «Ενίσχυση της αναγνωστικής αποκωδικοποίησης και της ευχέρειας», στο Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (επιμέλεια). Διδακτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες. (στα

πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες». Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 35-40.

Κωτσοπούλου, Α., Κωτσόπουλος, Σ. (2006). Έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση στη δυσλεξία. Περιοδικό «ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία.». 8ος Τόμος. 2ο Τεύχος. Σελ. 13-29. Αθήνα: Καστανιώτη.

Λαζαράτου, Ε., Δελατόλας, Γ., Ζέλιος, Γ., Μαγγανάρη, Ε. (2007). «Υπερκινητικό σύνδρομο, διαταραχές συμπεριφοράς και μαθησιακές δυσκολίες», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 366-374.

Λεβαντή, Ε. (2007). «Πρότυπα πρόσβασης στην ανάγνωση και στη γραφή λέξεων, προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες της ελληνικής γλώσσας», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 52-67. 186

Λεγάκη, Α. (2007). «Μια ψυχοδυναμική προσέγγιση των μαθησιακών δυσκολιών», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 346-348.

Λεγάκη, Μ. (2007). «Φωνολογική ενημερότητα και η σχέση της με την ανάπτυξη γραφής και ανάγνωσης», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 277-280.

Λεχουρίτη, Χ. (2010). Θετικά μηνύματα από τους γονείς παιδιών με ειδικές δυνατότητες στην αντιμετώπιση των δυσκολιών. Περιοδικό «Special Life». 5ο Τεύχος. Σελ. 30-32. Αθήνα: Joy Publications.

- Λιβανίου, Ε. (2004). Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη. 2η έκδοση. Αθήνα: Κέδρος. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, Α. (2010). Δυσκολίες Μάθησης. Ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση. 6η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μάρκου, Σ. (1998). Δυσλεξία: αριστεροχειρία, κινητική αδεξιότητα, υπερκινητικότητα. 6η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαστροπαύλου, Μ., Παπαδοπούλου, Δ., Τσιμπλή, Ι. (2007). «Η μελέτη της γλωσσικής επεξεργασίας γραπτού λόγου σε παιδιά με αναγνωστικές δυσκολίες», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 281-291.
- Μαυρομμάτη, Δ. (2004). Δυσλεξία. Φύση του Προβλήματος και Αντιμετώπιση. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα. Μεσσίνης, Σ. (2000). Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες – Δυσορθογραφία. Επιστημονικό Περιοδικό «Θέματα Ειδικής Αγωγής». 10ο Τεύχος. Αθήνα: Π.Ε.Σ.Ε.Α.
- Μήτσιου – Δάκτυλα, Γ. (2009). ΔΥΣΛΕΞΙΑ. Νευροψυχολογία Μαθησιακών Διαταραχών. Διάγνωση και Αντιμετώπιση. Αθήνα: ΧΡΗΣΤΟΣ Ε. ΔΑΡΔΑΝΟΣ. Μιχελogiάννης, Ι., Τζενάκη, Μ. (2000). Μαθησιακές Δυσκολίες. 2η έκδοση. Αθήνα:ΓΡΗΓΟΡΗ. 187.
- Μουζάκη, Α., Σπαντιδάκης, Ι., Βάμβουκας, Μ., Λίβα, Ε., Ράλλη, Μ. (2007). «Ανάπτυξη γνωστικών και ακαδημαϊκών δεξιοτήτων παιδιών με δυσκολίες μάθησης στις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 37-49.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (1998). Θεωρητική Γλωσσολογία. Εισαγωγή στη Σύγχρονη Γλωσσολογία. Αθήνα: Μ. ΡΩΜΑΝΟΣ Ε.Π.Ε. Μπαμπινιώτης, Γ. (2005). Λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας. 2η έκδοση. Αθήνα: ΚΕΝΤΡΟ ΛΕΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Π.Ε.

- Μπότσας, Γ. (2008). «Ενίσχυση των γνωστικών και συναισθηματικών χαρακτηριστικών των μαθητών με Μαθησιακές Δυσκολίες», στο Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (επιμέλεια). Διδακτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 18-31.
- Μπότσας, Γ., Παντελιάδου, Σ. (2007). «Χαρακτηριστικά παιδιών και εφήβων με Μαθησιακές Δυσκολίες», στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 21-41.
- Μπότσας, Γ., Παντελιάδου, Σ. (2007). «Ορισμός και περιεχόμενο των Μαθησιακών Δυσκολιών», στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 6-15.
- Μωρόγιαννης, Φ. (2007). Ψυχοφυσιολογία του λόγου, της ακοής και της ομιλίας. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.
- Νικολάου, Σ. Μ., (2007). «Διαχείριση προβλημάτων σχολικής τάξης: Προβλήματα συμπεριφοράς», στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια). Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης. Τόμος Α΄. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 203- 221. 188
- Νικολόπουλος, Δ. (2007). «Αναγνωστικές Δυσκολίες/Δυσλεξία: Βασικές Επισημάνσεις, Διλλήματα και Εκπαιδευτική Πρακτική», στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια). Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης. Τόμος Α΄. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 8-27.
- Νικολόπουλος, Δ. (2008). Γλωσσική Ανάπτυξη και Διαταραχές. Αθήνα: Τόπος και Δημήτρης Νικολόπουλος.

- Νιτσόπουλος, Μ. (2003). «Μαθησιακές δυσκολίες: κοινωνικοί-πολιτιστικοί παράγοντες», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 69-75.
- Νότας, Σ. (2005). Το φάσμα του αυτισμού. Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Ένας οδηγός για την οικογένεια. Λάρισα: Έλλα.
- Οκαλίδου, Α. (2007). «Διεθνή πρότυπα για τον καθορισμό του ρόλου του λογοπεδικού στην αποκατάσταση των δυσκολιών γραπτού λόγου», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 34-38.
- Πάμπουλου, Η., Detheridge, C., Detheridge, T. (2007). «Ο ρόλος των συμβόλων στο γραπτό λόγο», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 513-521.
- Παντελιάδου, Σ. (2007). «Οικογένειες με παιδιά με Μαθησιακές Δυσκολίες», στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσα, Γ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 16-20.
- Παντελιάδου, Σ. (2009). Μαθησιακές Δυσκολίες και Εκπαιδευτική Πράξη. Τι & Γιατί. 10η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παντελιάδου, Σ., Αντωνίου, Φ. (2007). «Η συνδρομή του προφορικού λόγου στην αντίχρεση των μαθησιακών δυσκολιών σε μαθητές δημοτικού και γυμνασίου», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και 189 Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 83-93.

- Παντελιάδου, Σ., Μπότσας, Γ. (2007). «Η ελληνική πραγματικότητα», στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 53-56.
- Παντελιάδου, Σ., Πατσιοδήμου, Α. (2007). Εφαρμογές διδακτικής αξιολόγησης και Μαθησιακές Δυσκολίες. Θεσσαλονίκη: ΓΡΑΦΗΜΑ.
- Παντελιάδου, Σ., Πατσιοδήμου, Α. (2007). «Προβλήματα στη σχολική μάθηση», στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 42-52.
- Παπαδιώτου-Αθανασίου, Β. (2003). «Η χρήση του ΙΤΡΑ ως διαγνωστικού κριτηρίου της σχολικής ετοιμότητας για τη φοίτηση στο δημοτικό στην Ελλάδα», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 53-65.
- Παπαθεοφίλου, Ρ., Χατζηβασίλη, Β., Πόγκα, Μ., Καλλινικάκη, Θ., Αλιφέρη, Μ. (2003). «Μαθησιακές δυσκολίες και έφηβοι», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 240-258.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν., Καλατζή-Αζίζι, Α., Γιαννιτσάς, Ν. Δ. (1999). Αθηνά Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παρούση, Α. (2010). Θέματα Ψυχοπαθολογίας – Συμβουλευτική στις Διαταραχές Επικοινωνίας. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.
- Πατσιοδήμου, Α., Γεωργαλά, Γ. (2008). «Ενίσχυση των μαθηματικών δεξιοτήτων και σκέψης», στο Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (επιμέλεια). Διδακτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών

Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες).
Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 57-69.

Παυλίδου, Θ. (2003). Επίπεδα Γλωσσικής Ανάλυσης. 3η έκδοση. Θεσσαλονίκη:
παρατηρητής.

Πλωμαρίτου, Β. (2010). Ανακαλύπτω τα μυστικά των λέξεων. Πρόγραμμα
Αντιμετώπισης Μαθησιακών Δυσκολιών. Ανάγνωση & ορθογραφία. Αθήνα:
ΓΡΗΓΟΡΗ.

Πολυχρόνη, Φ., Χατζηχρήστου, Χ., Μπίμπου, Α. (2010). ΘΕΜΑΤΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ -1. Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες. Δυσλεξία. Ταξινόμηση,
αξιολόγηση και παρέμβαση. 4η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πολυχρονοπούλου, Σ. (2012). Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες.
Αθήνα: Ιδιωτική.

Ρούσσου, Α. (1988). Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής. Στο: Σύγχρονα
Θέματα Παιδοψυχιατρικής (επ. Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ.). Αθήνα:
Καστανιώτης.

Σακελλαρίου, Α., Βλασσοπούλου, Μ., Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ., Πλουμπίδης, Δ.
(2007). «Η αναγνωστική ικανότητα παιδιών ηλικίας 7-8 ετών, μαθητών της Β΄
τάξης του Δημοτικού, που εμφανίζουν δυσκολίες στη σχολική μάθηση», στο
Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Α. &
Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές
Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά
συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 211-220.

Σακελλαρίου, Γ. (2007). «Η αξιολόγηση των γλωσσικών δυσκολιών του γραπτού
λόγου σε παιδιά και εφήβους ως μέρος μιας διευρυμένης διαδικασίας
προσέγγισης του θέματος στην κλινική λογοπεδική πρακτική», στο
Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Α. &
Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές
Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά
συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 68-76.

- Σαμαρά, Β. (2007). «Διερεύνηση της φωνολογικής επίγνωσης παιδιών της προσχολικής ηλικίας: μια ποσοτική έρευνα με αναλυτική ερμηνεία σε νήπια και προνήπια», στο Κάντα, Μ. & Νασίκα, Α. (επιμέλεια). Γλώσσα, Σκέψη και Πράξη στην Εκπαίδευση. (πρακτικά συνεδρίου). Ιωάννινα: Θεοδωρίδη. σελ. 32-38.
- Σερδάρης, Π. (1998). Ψυχολογία των διαταραχών του λόγου. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS.
- Σπαντιδάκης, Γ. (2007). «Σχεδιάζοντας διδακτικές προσεγγίσεις αποτελεσματικότερης διαχείρισης του γνωστικού φορτίου παραγωγής γραπτού λόγου», στο Βλασσοπούλου, 191 Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Α. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 296- 306.
- Σπαντιδάκης, Ι. Ι. (2009). Προβλήματα Παραγωγής Γραπτού Λόγου Παιδιών Σχολικής Ηλικίας. Διάγνωση. Αξιολόγηση. Αντιμετώπιση. 8η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας, Α. (2012). Θεραπευτικές Παρεμβάσεις. Αθήνα: Τόπο.
- Στασινός, Δ. (2003). «Ειδική εξελικτική δυσλεξία: θεωρία, έρευνα και σχολείο», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 114-168.
- Στασινός, Δ. (2003). «Η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών στη διδασκαλία παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες», στο Στασινός, Δ. (επιμέλεια). Μαθησιακές Δυσκολίες του Παιδιού και του Εφήβου. Η εμπειρία της Σύγχρονης Ευρώπης. 3η έκδοση. Αθήνα: GUTENBERG. σελ. 277-292.
- Στασινός, Δ. (2009). Ψυχολογία του Λόγου και της Γλώσσας. Ανάπτυξη και Παθολογία. Δυσλεξία και Λογοθεραπεία. Αθήνα: GUTENBERG.
- Σταμάτης, Σ. (1987). Οχυρωμένη σιωπή, γέφυρες επικοινωνίας με το αυτιστικό παιδί, Αθήνα: Γλάρος διαταραχές. Χίτογλου, Μ., (2000). Αυτισμός – Ελπίδα, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

- Συρίγου-Παπαβασιλείου, Α. (2007). «Αιτιοπαθογένεια των διαταραχών της μάθησης», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 325-330.
- Τάνος, Χ. (2004). Η δυσλεξία και η αντιμετώπιση του δυσλεκτικού μαθητή. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Τρίγκα-Μερτίκα, Ε. (2010). Μαθησιακές Δυσκολίες. Γενικές & Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες – Δυσλεξία. Αθήνα: ΓΡΗΓΟΡΗ.
- Τσιαντής, Κ. (2007). «Γλώσσα, σκέψη, πράξη και μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες (εργαστηριακή παρουσίαση)», στο Κάντα, Μ. & Νασίκα, Α. (επιμέλεια). Γλώσσα, Σκέψη και Πράξη στην Εκπαίδευση. (πρακτικά συνεδρίου). Ιωάννινα: Θεοδωρίδη. σελ. 97-110.
- Συνοδινού, Κ. (1994). Παιδικός αυτισμός. (Θεραπευτική προσέγγιση). Αθήνα: Πύλη
- Συνοδινού, Κ., (2001). Παιδικός Αυτισμός, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τζουριάδου, Μ., & Μπάρμπας, Γ. (2003). Δυσλεξία: Επιστημονικές αντιφάσεις και παιδαγωγικά αδιέξοδα. Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδας, 1, 11-33.
- Τρίγκα, Δ., Ε. (2010). Μαθησιακές δυσκολίες. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Τσιμπιδάκη, Α. (2013). Παιδί με ειδικές ανάγκες, Οικογένεια και Σχολείο. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τσιναρέλης, Γ., & Δράκος, Γ. (2011). Ψυχοκοινωνικές παράμετροι των σχολικών δυσκολιών. Αθήνα: Ατραπός.
- Τσίπρα, Ι. (2007). «Παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη της γραφοκινητικής ετοιμότητας του παιδιού: σύγχρονες αντιλήψεις», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & 192 Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ.131-137.

- Τσιώλης, Σ. (2007). «Η συμβολή του Κ. Καλαντζή στη διαμόρφωση των απόψεων για τη δυσλεξία στην Ελλάδα», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 102-111.
- Φατούρου, Μ. (1997). Άσκηση στην προσοχή. Ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας. Material Medica Greca.
- Φλωράτου, Μ.Μ. (2009). Μαθησιακές Δυσκολίες και όχι τεμπελιά. Διδακτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση προβλημάτων στο σχολείο και στο σπίτι σε ανάγνωση, γραφή, ορθογραφία. 9η έκδοση. Αθήνα: ΟΔΥΣΣΕΑΣ.
- Φούρλας, Γ. (2007). «Αξιολόγηση των διαταραχών του γραπτού λόγου: κλινικά θέματα και πρακτικές ανάλυσης και ερμηνείας γλωσσικών ικανοτήτων και δυσκολιών», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 180-185.
- Φραγκούλη, Α. (2004). «Βασικές αρχές λογοθεραπείας» (πρακτικά σεμιναρίου). Παρουσίαση στο 2ο Σεμινάριο Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Κοινωνική Ψυχιατρική – Παιδοψυχιατρική στην Άμφισσα.
- Χατζηγιάννογλου, Θ. (2007). «Τρόποι στήριξης των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες», στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια). Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης. Τόμος Α΄. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 84- 92.
- Χουλιάρος, Δ. (2007). «Οι νέες τεχνολογίες στην υπηρεσία της αντιμετώπισης της δυσλεξίας και ευρύτερα των μαθησιακών δυσκολιών», στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 510-512.

Χρηστάκης, Κ. (2002). Διδακτική προσέγγιση παιδιών και νέων με μέτριες και σοβαρές δυσκολίες μάθησης. Αθήνα: Ατραπός.

Χρίστου, Θ. (2008). Νευρογλωσσολογία. Σημειώσεις των παραδόσεων του αντίστοιχου μαθήματος. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ (ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-18 ΧΡΟΝΩΝ)

Μην απαντάτε αν είστε εκπαιδευτικός

Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν για τη συγκριση αυτού του μαθητή με άλλους μαθητές των σχολών οι οποίες οι δασκάλες/δασκάλοι παραμένουν άγνωστοι. Οι πληροφορίες αυτές θα χρησιμοποιηθούν επίσης για συγκριση με άλλες πληροφορίες που υπάρχουν για αυτό το μαθητή. Παρακαλούμε απαντήστε όσο καλύτερα μπορείτε, ακόμα και εάν σας λείπουν ορισμένες πληροφορίες για αυτό το μαθητή. Η βελτίωση των στοιχείων θα χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό γενικών τάσεων συμπεριφοράς. Μπορείτε να γράψετε σχόλια δίπλα στην κάθε ερώτηση και στο χώρο α αριστερά, υπάρχει στη σελίδα 2. **Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.**

ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ Όνομα Πατρώνυμο Επώνυμο

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ακόμη και εάν δεν εργάζονται τώρα (παρακαλούμε αναφέρετε με ακρίβεια για πατέρα/μητέρα, μηχανικός αυτοκινητών, στρατιωτικός, καθηγητής γυμνασίου, οικιακό)

ΦΥΛΟ ΜΑΘΗΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΜΑΘΗΤΗ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Η ΦΥΛΗ ΜΑΘΗΤΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

Αγόρι Κορίτσι

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΚΕ ΑΠΟ (γράψτε με κεφαλαία το πλήρες όνομά σας)

Ημέρα Μήνας Έτος Ημέρα Μήνας Έτος

ΤΑΞΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Το φύλο σας: Άνδρας Γυναίκα

Ο ρόλος σας στο σχολείο:

Ο δάσκαλος/καθηγητής της τάξης Δάσκαλος ειδικής αγωγής

Βοηθός δασκάλου Σύμβουλος

Διοικητικός Άλλο: _____

- I. Εδώ και πόσους μήνες γνωρίζετε το μαθητή; _____ μήνες
- II. Πόσο καλά τον γνωρίζετε; 1. Όχι καλά 2. Μέτρια 3. Πολύ καλά
- III. Πόσες ώρες την εβδομάδα είναι στην τάξη σας ή στην υπηρεσία σας;
- IV. Για τι είδους τάξη ή υπηρεσία πρόκειται; (Παρακαλούμε περιγράψτε με ακρίβεια, π.χ. κανονική 8η τάξη Δημοτικού, μαθηματικά 1ης Γυμνασίου, τάξη ένταξης, συμβουλευτική)
- V. Έχει ποτέ παραπεμφθεί σε τάξη ένταξης, ειδικές υπηρεσίες, συμπληρωματική διδασκαλία; Δεν ξέρω 0. Όχι 1. Ναι - Τι είδους και πότες;
- VI. Έχει επαναλάβει ποτέ τάξεις; Δεν ξέρω 0. Όχι 1. Ναι - Πότες τάξεις και για ποιο λόγο;

VII. Τωρινή επίδοση στα μαθήματα. Παρακαλούμε καταρτίστε αναλυτικό κατάλογο μαθημάτων και σημειώστε ένα X στη στήλη που δείχνει την επίδοση του μαθητή στο κάθε μάθημα.

Μάθημα	1. Πολύ πιο κάτω από το επίπεδο της τάξης	2. Λίγο πιο κάτω από το επίπεδο της τάξης	3. Στο επίπεδο της τάξης	4. Λίγο πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης	5. Πολύ πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Copyright © 2001 E. Annis & Co. Inc. All rights reserved. University of Vermont, 1 South College St., Burlington, VT 05401-3450. http://www.edpa.org

ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΚΑΘΕ ΕΙΣΟΔΕ ΑΝΤΙΦΑΝΗ
Επικοινωνία με τον Εκπαιδευτικό: Επικοινωνία με τον Γονέα/Πατέρα και Εκπαιδευτικό: 1-800-368-6868. Επικοινωνία με τον Εκπαιδευτικό: 1-800-368-6868. Επικοινωνία με τον Γονέα/Πατέρα και Εκπαιδευτικό: 1-800-368-6868.

6-1-01 Έκδοση - 301

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

VIII. Σε σύγκριση με το μέσο μαθητή της ίδιας ηλικίας	1. Πολύ λιγότερο	2. Λίγο λιγότερο	3. Ελάχιστα λιγότερο	4. Περίπου στο μέσο όρο	5. Ελάχιστα περισσότερο	6. Λίγο περισσότερο	7. Πολύ περισσότερο
1. Πόσο σκληρά εργάζεσαι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Πόσο σίγουρή είναι η συμπεριφορά του στην τάξη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Πόσο πολύ μαθαίνει;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Πόσο χαρούμενος είναι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Έχει ο μαθητής σας καμία αρρώστια ή αναπηρία (ψυχική, νοητική ή σωματική):

Όχι Ναι – Παρακαλούμε περιγράψτε:

Τι σας ανησυχεί περισσότερο για το μαθητή σας;

Περιγράψτε τα πιο θετικά χαρακτηριστικά του μαθητή σας:

Παρακαλούμε γράψτε όποια σχόλια νομίζετε ότι θα είναι χρήσιμα για το μαθητή. Χρησιμοποιήστε πρόσθετες σελίδες αν είναι απαραίτητο.

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με στοιχεία συμπεριφορικής μάθησης. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πρέπει να απαντήσετε σε όλα τα στοιχεία που υπάρχουν στο παρόν ή στους τελευταίους 2 μήνες. Εάν το στοιχείο της συμπεριφοράς ταυριάζει στο μαθητή **πολύ ή πολύ συχνά**, βάλτε σε κύκλο το 2. Εάν το στοιχείο της συμπεριφοράς ταυριάζει στο μαθητή **κάπως ή μερικές φορές**, βάλτε σε κύκλο το 1. Εάν το στοιχείο της συμπεριφοράς δεν του ταυριάζει **καθόλου**, βάλτε σε κύκλο το 0. Παρακαλούμε απαντήστε με όλες τις ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε, ακόμη και αν οι απαντήσεις δεν φανονται να έχουν σχέση με το μαθητή.

0= Δεν ταυριάζει (ση' 0, τι ξέρω)

1= Ταυριάζει κάπως ή μερικές φορές

2= Ταυριάζει πολύ ή πολύ συχνά

- | | | | |
|-------|---|-------|--|
| 0 1 2 | 1. Συμπεριφέρεται πολύ ανήγρη για την ηλικία του | 0 1 2 | 34. Αισθάνεται ότι οι άλλοι είναι εναντίον του, ότι τον έχουν βάλει στο μάτι |
| 0 1 2 | 2. Συστραγουδά ή κάνει άλλους παραξενικούς θόρυβους στην τάξη | 0 1 2 | 35. Αισθάνεται ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι κατώτερος |
| 0 1 2 | 3. Είναι πεισιμανόστροφος | 0 1 2 | 36. Τραυματίζεται συχνά, παθαίνει εύκολα ατυχήματα |
| 0 1 2 | 4. Δεν καταφέρνει να τελειώσει κάτι που αρχίζει | 0 1 2 | 37. Μπλέκει σε πολλούς καθηγούς |
| 0 1 2 | 5. Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που τον ευχαριστούν | 0 1 2 | 38. Τον παρόζουν πολύ οι άλλοι |
| 0 1 2 | 6. Είναι αντιδραστικός, αντιμέτα στους δασκάλους του | 0 1 2 | 39. Κάνει παρέα με παιδιά που μιλάζουν σε φαρισίες |
| 0 1 2 | 7. Καυχήται, κάνει τον κομπόσο | 0 1 2 | 40. Ακούει ήχους ή φωνές που δεν υπάρχουν (περιγράψτε): |
| 0 1 2 | 8. Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, να προσηλώσει την προσοχή του για πολλή ώρα | 0 1 2 | 41. Είναι παρορμητικός, ενεργεί χωρίς να σκέφτεται |
| 0 1 2 | 9. Δεν μπορεί να βγάλει από το μυαλό του ορισμένες σκέψεις, εμμονες ιδέες (περιγράψτε): | 0 1 2 | 42. Προτιμά να είναι μόνος του, παρά με άλλους |
| 0 1 2 | 10. Δεν μπορεί να σταθεί σκήπτος, είναι ανήγρης, υπερκινητικός | 0 1 2 | 43. Λέει ψέματα, κάνει μακροσπάτες |
| 0 1 2 | 11. Είναι προσκαλλημένος στους μεγάλους, πολύ εξαρτημένος | 0 1 2 | 44. Τρώει τα νύχια του |
| 0 1 2 | 12. Παραπονείται ότι νιώθει μοναχά | 0 1 2 | 45. Είναι νευρικός, έχει τεντωμένα νεύρα, βρίσκεται σε μεγάλη ένταση |
| 0 1 2 | 13. Είναι σε σύγχυση, σαν να είναι χαμένος | 0 1 2 | 46. Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (περιγράψτε): |
| 0 1 2 | 14. Κλαίει πολύ | 0 1 2 | 47. Είναι υπερβολικά υπάκουος στους κανόνες |
| 0 1 2 | 15. Κάποιο μέρος του σώματός του κουνιέται συνεχώς | 0 1 2 | 48. Δεν τον συμπαθούν οι συμμαθητές του |
| 0 1 2 | 16. Είναι σκληρός, μαχητός με τους άλλους, τους κάνει τον νταή | 0 1 2 | 49. Έχει δυσκολίες στη μάθηση |
| 0 1 2 | 17. Ονειροπολεί, χάνεται μέσα στις σκέψεις του | 0 1 2 | 50. Έχει πολλούς φόβους, είναι αγχώδης |
| 0 1 2 | 18. Προσπαθεί επίτηδες να τραυματιστεί ή να σκοτωθεί | 0 1 2 | 51. Αισθάνεται ζαλάδες |
| 0 1 2 | 19. Ζητά πολλή προσοχή από τους άλλους | 0 1 2 | 52. Αισθάνεται υπερβολικά ένοχος |
| 0 1 2 | 20. Καταστρέφει τα πράγματά του | 0 1 2 | 53. Μυλά χωρίς να είναι η σειρά του |
| 0 1 2 | 21. Καταστρέφει πράγματα που ανήκουν σε άλλους | 0 1 2 | 54. Φαίνεται υπερβολικά κουρασμένος χωρίς λόγο |
| 0 1 2 | 22. Δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες | 0 1 2 | 55. Είναι υπέρβαρος |
| 0 1 2 | 23. Είναι ανυπόκουος στο σχολείο | 0 1 2 | 56. Έχει σωματικά ενόχληματα χωρίς γνωστή ματρική αιτία:
α. Διάφορους πόνους (εκτός από πονοκεφάλους, πόνους στην κοιλιά)
β. Πονοκεφάλους
γ. Ναυτία, τάση για εμετό
δ. Προβλήματα με το μάτι του (όχι ότι φορά γυαλιά) (περιγράψτε): |
| 0 1 2 | 24. Ενοχλεί τους άλλους μαθητές | 0 1 2 | ε. Εξονθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα |
| 0 1 2 | 25. Δεν τα πάει καλά με τους άλλους μαθητές | 0 1 2 | στ. Κοιλιακούς πόνους |
| 0 1 2 | 26. Δεν φαίνεται να αισθάνεται τύψεις όταν έχει συμπεριφερθεί άσχημα | 0 1 2 | ζ. Κάνει εμετούς |
| 0 1 2 | 27. Ζηλεύει εύκολα | 0 1 2 | η. Άλλα (περιγράψτε): |
| 0 1 2 | 28. Παραβιάζει σχολικούς κανόνες | | |
| 0 1 2 | 29. Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη εκτός από το σχολείο (περιγράψτε): | | |
| 0 1 2 | 30. Φοβάται να πάει στο σχολείο | | |
| 0 1 2 | 31. Φοβάται μήπως σκεφθεί ή κάνει κάτι κακό | | |
| 0 1 2 | 32. Αισθάνεται ότι πρέπει να είναι τέλειος | | |
| 0 1 2 | 33. Αισθάνεται παραπονείται ότι κανείς δεν τον αγαπά | | |

Βεβαιωθείτε ότι απαντάτε σε όλες τις ερωτήσεις.

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με στοιχεία συμπεριφορικής μάθησης. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λάβετε υπόψη τη συμπεριφορά του μαθητή στο παρόν ή στους τελευταίους 2 μήνες. Εάν το στοιχείο της συμπεριφορικής ταυτότητας στο μαθητή **πολύ ή πολύ συχνά** βάλτε στο κύκλο το 2, εάν το στοιχείο της συμπεριφορικής ταυτότητας στο μαθητή **καπως ή μερικές φορές** βάλτε στο κύκλο το 1. Εάν το στοιχείο της συμπεριφορικής δεν τον ταυρίζει **καθόλου** βάλτε στο κύκλο το 0. Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε, ακούη και αν ορισμένες δεν φανόνται να έχουν σχέση με το μαθητή.

0 = Δεν ταυρίζει (σημ. 0, τι ξέρω)	1 = Ταυρίζει καπως ή μερικές φορές	2 = Ταυρίζει πολύ ή πολύ συχνά	
0 1 2	1. Συμπεριφέρεται πολύ ανώριμα για την ηλικία του	0 1 2	34. Αισθάνεται ότι οι άλλοι είναι εναντίον του, ότι τον έχουν βάλει στο ματί.
0 1 2	2. Σηστρογευδα ή κάνει άλλους παραξενους φορηούς στην τάξη	0 1 2	35. Αισθάνεται ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι κατωτερος
0 1 2	3. Είναι πνεύμα αντίλογός	0 1 2	36. Τραυματίζεται συχνά, παθαίνει ευκολα ατυχήματα
0 1 2	4. Δεν καταφέρνει να τελειώσει κάτι που αρχίζει	0 1 2	37. Μιλάει σε πολλους καθηδους
0 1 2	5. Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που τον ευχαριστούν	0 1 2	38. Τον πειράζουν πολύ οι άλλοι
0 1 2	6. Είναι αντιδραστικός, αντιμάλ στους δασκάλους του	0 1 2	39. Κάνει παρέα με παιδιά που μελάνουν σε φασαρίες
0 1 2	7. Καυχείται, κάνει τον καμώσο	0 1 2	40. Ακούει ήχους ή φωνές που δεν υπάρχουν (περιγράψτε):
0 1 2	8. Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, να προσηλώσει την προσοχή του για πολλή ώρα	0 1 2	41. Είναι παρορμητικός, ενεργεί χωρίς να σκέφτεται
0 1 2	9. Δεν μπορεί να βγάλει από το μυαλό του ορισμένες σκέψεις, έμμονες ιδέες (περιγράψτε):	0 1 2	42. Προτιμά να είναι μόνος του, παρά με άλλους
0 1 2	10. Δεν μπορεί να σταθεί ακίνητος, είναι ανήσυχος, υπερκινητικός	0 1 2	43. Λέει ψέματα, κάνει μικροσπάτες
0 1 2	11. Είναι προσκολλημένος στους μεγάλους, πολύ εξαρτημένος	0 1 2	44. Τρώει τα νύχια του
0 1 2	12. Παραπονείται ότι νιώθει μονοιά	0 1 2	45. Είναι νευρικός, έχει τεταμένα νεύρα, βρίσκεται σε μεγάλη ένταση
0 1 2	13. Είναι σε σύγχυση, σαν να είναι χαμένος	0 1 2	46. Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (περιγράψτε):
0 1 2	14. Κλαίει πολύ	0 1 2	47. Είναι υπερβολικά υπάκουος στους κανόνες
0 1 2	15. Κάποιο μέρος του σώματός του κουνιέται συνεχώς	0 1 2	48. Δεν τον συμπαθούν οι συμμαθητές του
0 1 2	16. Είναι σκληρός, μαχηθρός με τους άλλους, τους κάνει τον νταή	0 1 2	49. Έχει δυσκολίες στη μάθηση
0 1 2	17. Ονειροπαλεί, χάνεται μέσα στις σκέψεις του	0 1 2	50. Έχει πολλούς φόβους, είναι αγχώδης
0 1 2	18. Προσπαθεί επίτηδες να τραυματιστεί ή να σκοτωθεί	0 1 2	51. Αισθάνεται ζαλάδες
0 1 2	19. Ζητά πολλή προσοχή από τους άλλους	0 1 2	52. Αισθάνεται υπερβολικά ένοχος
0 1 2	20. Καταστρέφει τα πράγματά του	0 1 2	53. Μιλά χωρίς να είναι η σειρά του
0 1 2	21. Καταστρέφει πράγματα που ανήκουν σε άλλους	0 1 2	54. Φαίνεται υπερβολικά κουρασμένος χωρίς λόγο
0 1 2	22. Δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες	0 1 2	55. Είναι υπέρβουρος
0 1 2	23. Είναι ανυπάκουος στο σχολείο	0 1 2	56. Έχει σωματικά ενσλήματα χωρίς γνωστή ιατρική αιτία
0 1 2	24. Ενοχλεί τους άλλους μαθητές	0 1 2	α. Διάφορους πόνους (εκτός από πονοκεφάλους, πόνους στην κοιλιά)
0 1 2	25. Δεν τα πάει καλά με τους άλλους μαθητές	0 1 2	β. Πονοκεφάλους
0 1 2	26. Δεν φαίνεται να αισθάνεται τύψεις όταν έχει συμπεριφερθεί άσχημα	0 1 2	γ. Ναυτια, τάση για εμετό
0 1 2	27. Ζηλεύει εύκολα	0 1 2	δ. Προβλήματα με τα μάτια του (όχι ότι φορά γυαλιά) (περιγράψτε):
0 1 2	28. Παραβιάζει σχολικούς κανόνες	0 1 2	ε. Εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα
0 1 2	29. Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη εκτός από το σχολείο (περιγράψτε):	0 1 2	στ. Κοιλιακούς πόνους
0 1 2	30. Φοβάται να πάει στο σχολείο	0 1 2	ζ. Κάνει εμετούς
0 1 2	31. Φοβάται μήπως σκεφθεί ή κάνει κάτι κακό	0 1 2	η. Άλλα (περιγράψτε):
0 1 2	32. Αισθάνεται ότι πρέπει να είναι τέλειος		
0 1 2	33. Αισθάνεται, παραπονείται ότι κανείς δεν τον αγαπά		



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ (ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-18 ΧΡΟΝΩΝ)

Μόνο για χρήση της ΥΠΟΘΕΣΗΣ

ΠΛΗΡΕΣ ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Όνομα Πατρώνυμο Επώνυμο

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ακόμη και εάν δεν εργάζονται τώρα (παρακαλούμε να απαντήσετε με ακρίβεια - για παράδειγμα, μηχανικός αυτοκινήτων, στρατιωτικός, καθηγητής γυμνασίου, οικιακό)

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Η ΦΥΛΗ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

Αγόρι Κορίτσι

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΑΠΟ (γράψτε με κεφαλαία το πλήρες όνομά σας)

Ημέρα Μήνας Έτος Ημέρα Μήνας Έτος

ΤΑΣΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το έντυπο έτσι ώστε να εκφράζει τις δικές σας απόψεις για τη συμπεριφορά του παιδιού, ακόμη και εάν άλλοι μπορεί να μη συμφωνούν μαζί σας. Μπορείτε να προσθέσετε σχόλια δίπλα σε κάθε ερώτηση και στον χώρο που υπάρχει στη σελίδα 2. **Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.**

Το φύλο σας: Άνδρας Γυναίκα

Η σχέση σας με το παιδί:

Βιολογικός γονιός Πατριός/Μητριός Παππούς Ανάδοχος γονιός Θετός γονιός Άλλος:

ΔΕΝ ΠΑΙΣ

ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

I. Παρακαλούμε αναφέρετε τα κύρια σπορ στα οποία αρέσει στο παιδί σας να συμμετέχει. Για παράδειγμα: κολύμβηση, ποδόσφαιρο, μπάσκετ.

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

Κανένα

α. _____
β. _____
γ. _____

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Παρακαλούμε αναφέρετε τα αγαπημένα χόμπι, δραστηριότητες και παιχνίδια του παιδιού σας, εκτός από σπορ. Για παράδειγμα: συλλογή γραμματοσήμων, κούκλες, βιβλία, πάνο, χειροτεχνίες, ηλεκτρονικός υπολογιστής, αυτοκινητάκια, μουσική, ψάρεμα κ.τ.λ. (Μη συμπεριλάβετε το ραδιόφωνο και την τηλεόραση.)

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

Κανένα

α. _____
β. _____
γ. _____

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Παρακαλούμε αναφέρετε τις οργανώσεις, λέσχες, ομάδες ή ομάδες στις οποίες συμμετέχει το παιδί σας.

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο ενεργά συμμετέχει στην καθένα;

Καμία

α. _____
β. _____
γ. _____

Λιγότερο ενεργά	Στο μέσο όρο	Περισσότερο ενεργά	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Παρακαλούμε αναφέρετε τις εργασίες ή τα θελήματα που κάνει το παιδί σας. Για παράδειγμα: φυλάει μικρά παιδιά, στρώνει το κρεβάτι του, εργάζεται σε μαγαζί (συμπεριλάβετε και δουλειές για τις οποίες αμείβεται).

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τις κάνει;

Καμία

α. _____
β. _____
γ. _____

Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Copyright 2001 T. Achenbach
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
http://www.aseba.org

ΑΝΑΓΩΓΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΗ
Για την Ελλάδα: Αλέξανδρος Ρούσσου, Επισκόπου για την Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων,
Μεσοδίου 23 & Αγνήτου, Ιεράπετρα, τηλ. 2977211845, http://www.psyche.gr
ΣΕΛΙΔΑ 1

8-1-01 Έκδοση - 2

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

V. 1. Περίπου πόσους στενούς φίλους έχει το παιδί σας; (Μη συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

Κανένα 1 2-3 4 ή περισσότερους

2. Περίπου πόσες φορές την εβδομάδα κάνει πράγματα με τους φίλους του εκτός σχολείου; (Μη συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

Λιγότερο από 1 φορά 1-2 φορές 3 ή περισσότερες φορές

VI. Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, το παιδί σας:

Χειρότερα Στο μέσο όρο Καλύτερα

- α. Πόσο καλά τα πάει με τους αδελφούς και τις αδελφές του; Δεν έχει αδελφά
- β. Πόσο καλά τα πάει με τα άλλα παιδιά;
- γ. Πόσο καλά συμπεριφέρεται στους γονείς του;
- δ. Πόσο καλά παίζει και δουλεύει μόνο του;

VII. 1. Επίδοση στα μαθήματα

Δεν πάει σχολείο διότι

Σημειώστε για κάθε μάθημα στο κατάλληλο κουτάκι	Κάτω από τη βάση	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο
α. Γλώσσα, Ελληνικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Ιστορία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Αριθμητική ή Μαθηματικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Φυσική, Χημεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Άλλα μαθήματα π.χ. ΗΓΥ, Ξένες γλώσσες κ.λπ. Μη συμπεριλάβετε γυμναστική, μαθήματα οδήγησης ή άλλα μη σχολικά μαθήματα.

2. Βρίσκεται το παιδί σας σε ειδική αγωγή, αποκαταστασικό πρόγραμμα, τάξη ένταξης, ειδικό σχολείο;

Όχι Ναι - Είδος προγράμματος τάξης ή σχολείου:

3. Έχει το παιδί σας επαναλάβει κάποια τάξη; Όχι Ναι - Ποιες τάξεις και για ποιο λόγο;

4. Έχει το παιδί σας προβλήματα με τα μαθήματα ή άλλου είδους προβλήματα στο σχολείο; Όχι Ναι - Παρακαλούμε περιγράψτε:

Πότε άρχισαν αυτά τα προβλήματα:

Έχουν λυθεί αυτά τα προβλήματα; Όχι Ναι - Πότε;

Έχει το παιδί σας κάποια αρρώστια ή αναπηρία (ψυχική, νοητική ή σωματική); Όχι Ναι - Παρακαλούμε περιγράψτε:

Τι σας ανησυχεί περισσότερο για το παιδί σας:

Παρακαλούμε περιγράψτε το πιο θετικό χαρακτηριστικό του παιδιού σας.

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Παρακάτω είναι ένας κατάλογος με στοιχεία συμπεριφοράς παιδιών. Για τη συμπλήρωση του κριτηματολογίου λάβετε υπόψη τη συμπεριφορά του παιδιού στο παρόν ή στους τελευταίους 6 μήνες. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταυριάζει στο παιδί σας **πολύ ή πολύ συχνά**, βάλτε σε κύκλο το 2. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταυριάζει στο παιδί σας **κόπως ή μερικές φορές**, βάλτε σε κύκλο το 1. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς δεν του ταυριάζει **καθόλου** βάλτε σε κύκλο το 0. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμη και αν μερικές φάνοι να μην ταυρίζουν στο παιδί σας.

0	1	2	0	1	2	0	1	2	
0= Δεν ταυριάζει (επ' όσο ξέρετε)			1= Ταυριάζει κόπως ή μερικές φορές			2= Ταυριάζει πολύ ή πολύ συχνά			
0	1	2	1.	Συμπεριφέρεται πολύ ανώριμα για την ηλικία του	0	1	2	32.	Αισθάνεται ότι πρέπει να είναι τέλειος
0	1	2	2.	Πίνει αλκοόλ χωρίς την άδεια των γονιών (περιγράψτε): _____	0	1	2	33.	Αισθάνεται, παραπονιέται ότι κανείς δεν τον αγαπάει
0	1	2	3.	Είναι πνεύμα αντίλογίας	0	1	2	34.	Αισθάνεται ότι οι άλλοι είναι εναντίον του, ότι τον έχουν βάλει στο μάτι
0	1	2	4.	Δεν καταφέρνει να τελειώσει κάτι που αρχίζει	0	1	2	35.	Αισθάνεται ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι καλύτερος
0	1	2	5.	Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που τον ευχαριστούν	0	1	2	36.	Τραυματίζεται συχνά, παθαίνει εύκολα ατυχήματα
0	1	2	6.	Κάνει τα κακά του έξω από την τουαλέτα	0	1	2	37.	Μιλάει σε πολλούς καθηγιάδες
0	1	2	7.	Καυχιέται, κάνει τον κομπόσα	0	1	2	38.	Τον παρότρυν πολύ οι άλλοι
0	1	2	8.	Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, να προσηλώσει την προσοχή του για πολλή ώρα	0	1	2	39.	Κάνει παρέα με παιδιά που μιλάκουν σε φασαρίες
0	1	2	9.	Δεν μπορεί να βγάλει από το μυαλό του ορισμένες σκέψεις, άμμονες ιδέες (περιγράψτε): _____	0	1	2	40.	Ακούει ήχους ή φωνές που δεν υπάρχουν (περιγράψτε): _____
0	1	2	10.	Δεν μπορεί να σταθεί ακίνητος, είναι ανήσυχος, υπερκινητικός	0	1	2	41.	Είναι παρορμητικός, ενεργεί χωρίς να σκέφτεται
0	1	2	11.	Είναι προσκαλημένος στους μεγάλους, πολύ εξαρτημένος	0	1	2	42.	Προτιμά να είναι μόνος του, παρά με άλλους
0	1	2	12.	Παραπονιέται ότι κιάθει μοναδιά	0	1	2	43.	Λέει ψέματα, κάνει μικροσπάτες
0	1	2	13.	Βρίσκεται σε σύγχυση, σαν να είναι χαμένος	0	1	2	44.	Τρώει τα νύχια του
0	1	2	14.	Κλαίει πολύ	0	1	2	45.	Είναι νευρικός, έχει τεντωμένα νεύρα, βρίσκεται σε μεγάλη ένταση
0	1	2	15.	Βασανίζει ζώα	0	1	2	46.	Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (περιγράψτε): _____
0	1	2	16.	Είναι σκληρός και μοχθηρός με τους άλλους, τους κλάει τον νταή	0	1	2	47.	Έχει εφιάλτες
0	1	2	17.	Ονειροπολεί, χάνεται μέσα στις σκέψεις του	0	1	2	48.	Δεν τον συμπαθούν τα άλλα παιδιά
0	1	2	18.	Προσπαθεί επίτηδες να τραυματισθεί ή να σκοτωθεί	0	1	2	49.	Έχει δυσκολιάτητα, δεν ενεργεί κανονικά
0	1	2	19.	Ζητάει πολλή προσοχή από τους άλλους	0	1	2	50.	Έχει πολλούς φόβους, είναι αγχώδης
0	1	2	20.	Καταστρέφει τα πράγματά του	0	1	2	51.	Αισθάνεται ζηλιάρδες
0	1	2	21.	Καταστρέφει πράγματα που ανήκουν στην οικογένειά του ή σε άλλους	0	1	2	52.	Αισθάνεται υπερβολικά ένοχος
0	1	2	22.	Είναι ανυπάκουος στο σπίτι	0	1	2	53.	Τρώει υπερβολικά
0	1	2	23.	Είναι ανυπάκουος στο σχολείο	0	1	2	54.	Φαίνεται υπερβολικά κουρασμένος χωρίς λόγο
0	1	2	24.	Δεν τρώει καλά	0	1	2	55.	Είναι υπέρβαρος
0	1	2	25.	Δεν τα πάει καλά με τα άλλα παιδιά	0	1	2	56.	Έχει σωματικά ενσλήματα χωρίς γνωστή ιατρική αιτία:
0	1	2	26.	Δεν φαίνεται να αισθάνεται τύψεις όταν έχει συμπεριφέρει άσχημα	0	1	2	α.	Διαφόρους πόνους (εκτός από πονοκεφάλους, πόνους στην καρδιά)
0	1	2	27.	Ζηλεύει εύκολα	0	1	2	β.	Πονοκεφάλους
0	1	2	28.	Παραβιάζει τους κανόνες στο σπίτι, το σχολείο ή άλλου	0	1	2	γ.	Ναυτία, τάση για εμετό
0	1	2	29.	Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη, εκτός από το σχολείο (περιγράψτε): _____	0	1	2	δ.	Προβλήματα με τα μάτια του (όχι ότι φορά γυαλιά) (περιγράψτε): _____
0	1	2	30.	Φοβάται να πάει στο σχολείο	0	1	2	ε.	Εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα
0	1	2	31.	Φοβάται μήπως σκεφθεί ή κάνει κάτι κακό	0	1	2	στ.	Κολικικούς πόνους
								ζ.	Κάνει εμετούς
								η.	Άλλα (περιγράψτε): _____

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

0= Δεν ταυριάζει (ση' όσο ξέρετε)		Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις		2= Ταυριάζει πολύ ή πάρα συχνά			
		1= Ταυριάζει κάπως ή μερικές φορές					
0	1	2	57. Επιτίθεται και χτυπά τους άλλους	0	1	2	84. Έχει παράξενη συμπεριφορά (περιγράψτε): _____
0	1	2	58. Σκιαρίζει τη μύτη του, το μπά σπιάνει το μέτωπο του ή άλλα μέρη του σώματός του (περιγράψτε): _____	0	1	2	85. Έχει παράξενες ιδέες (περιγράψτε): _____
0	1	2	59. Παίζει με τα γεννητικά του όργανα δημόσια	0	1	2	86. Είναι πεισματάρης, δυσθιμικός, ανεκτίμητος
0	1	2	60. Παίζει με τα γεννητικά του όργανα πάρα πολύ	0	1	2	87. Εμφανίζει ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση του ή στα αιμοσφαιρίματά του
0	1	2	61. Είναι κακός μαθητής	0	1	2	88. Είναι πολύ συχνά μωτρωμένος
0	1	2	62. Είναι αδύσχετος, δεν έχει καλό συντονισμό	0	1	2	89. Είναι καχύποπτος
0	1	2	63. Προτιμά να κάνει παρέα με μεγαλύτερα παιδιά	0	1	2	90. Βρίζει, λέει βρομέλογα
0	1	2	64. Προτιμά να κάνει παρέα με μικρότερα παιδιά	0	1	2	91. Μιλά για αυτοκτονία
0	1	2	65. Αρνείται να μιλήσει στους άλλους	0	1	2	92. Μιλά ή κερπιά στον ύπνο του (περιγράψτε): _____
0	1	2	66. Επαναλαμβάνει ορισμένες πράξεις ξανά και ξανά σαν κάτι να τον αναγκάζει (περιγράψτε): _____	0	1	2	93. Μιλά πάρα πολύ
0	1	2	67. Κάνει φυγές από το σπίτι	0	1	2	94. Γευράζει πολύ τους άλλους, είναι πειραχτήρα
0	1	2	68. Φωνάζει πολύ, ουρλιάζει	0	1	2	95. Εμφανίζει εκρήξεις αργής, αρπάζεται εύκολα
0	1	2	69. Είναι μυστικοπαθής, κρατά πράγματα μέσα του	0	1	2	96. Σκέφτεται το σέξ πάρα πολύ
0	1	2	70. Βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν (περιγράψτε): _____	0	1	2	97. Απαλλά τους άλλους
0	1	2	71. Δεν είναι άνετος, ντροπαλίζεται εύκολα, αισθάνεται εύκολα αμηχανία	0	1	2	98. Πιλά το δάχτυλό του
0	1	2	72. Βάζει φωτιές	0	1	2	99. Κοιμάται
0	1	2	73. Έχει σεξουαλικά προβλήματα (περιγράψτε): _____	0	1	2	100. Δυσκολεύεται να κοιμηθεί (περιγράψτε): _____
0	1	2	74. Του αρέσει να κάνει επίδειξη	0	1	2	101. Κάνει σκαριαρχία ή αδικαιολόγητες απουσίες
0	1	2	75. Είναι πολύ ντροπαλός ή δειλός	0	1	2	102. Είναι κυβρός, αργός στις κινήσεις του, του λείπει η ενεργητικότητα
0	1	2	76. Κοιμάται λιγότερο απ' όσο κοιμούνται τα περισσότερα παιδιά	0	1	2	103. Είναι δυστυχισμένος, θιμμένος, μελαγχολικός
0	1	2	77. Κοιμάται περισσότερο απ' όσο κοιμούνται τα περισσότερα παιδιά κατά τη διάρκεια της ημέρας ή και της νύχτας (περιγράψτε): _____	0	1	2	104. Κάνει πολύ περισσότερη φασαρία από άλλα παιδιά
0	1	2	78. Είναι απρόσεκτος, η προσοχή του διασπάται εύκολα	0	1	2	105. Κάνει χρήση ουσιών για μη ιατρικούς λόγους (μη συμπεριλάβετε το κάπνισμα ή το αλκοόλ) (περιγράψτε): _____
0	1	2	79. Έχει προβλήματα λόγου (περιγράψτε): _____	0	1	2	106. Κάνει βανδαλισμούς
0	1	2	80. Κοιτάζει με κενό βλέμμα	0	1	2	107. Κατουράται κατά τη διάρκεια της ημέρας
0	1	2	81. Κλέβει από το σπίτι	0	1	2	108. Κατουράται στον ύπνο
0	1	2	82. Κλέβει από άλλα μέρη	0	1	2	109. Είναι γκρινιάρης
0	1	2	83. Μαζεύει πράγματα που του είναι άχρηστα (περιγράψτε): _____	0	1	2	110. Επιθυμεί να ανήκει στο αντίθετο φύλο
				0	1	2	111. Απομονώνεται στον εαυτό του, δεν κάνει σχέσεις με άλλους
				0	1	2	112. Αγινιά, είναι αγχώδης
				0	1	2	113. Παρακαλούμε γράψτε τυχόν προβλήματα του παιδιού σας που δεν αναφέρθηκαν στο ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

ΝΗΠΙΑ

I. ΑΘΛΗΜΑΤΑ										
	ΤΙΤΛΟΣ	Πόσο χρόνο αφιερώνει					Πόσο καλά τα καταφέρνει			
		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Ποδόσφαιρο		3			1		3		
2	Ποδήλατο		2			2		2		
3	Μπάσκετ		1			3		1		

II. ΧΟΜΠΙ										
Καμία:	ΤΙΤΛΟΣ	Πόσο χρόνο αφιερώνει					Πόσο καλά τα καταφέρνει			
		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Η/Υ		2	1		1		2	1	
2	Αυτοκίνητο			1		2		1		
3	Μουσική	2				3	1	1		
4	Παζλ		1			4			1	
5	Χειροτεχνίες		1			5		1		
6	Κούκλες			1		6		1		

III. ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ					V. ΣΤΕΝΟΙ ΦΙΛΟΙ					
Καμία:	ΤΙΤΛΟΣ	Πόσο ενεργά συμμετέχει					Κανένα	1	2-3	4 ή περισ.
		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		1.	1	2	
1	Ποδοσφ. Ομάδα		2			1.	>1	1-2	>3	
2	Μπάσκετ Ομάδα		1			2.		2	1	

IV. ΕΡΓΑΣΙΕΣ					VI. ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ					
Καμία: 2	ΤΙΤΛΟΣ	Πόσο καλά τις κάνει					Χειρότ.	μ.ο	Καλύτ.	Δ.Ε
		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		α.	3		
1	Στρώνει κρεβάτι	1				β.		3		
2	Άπλωμα ρούχων		1			γ.		2	1	
						δ.	1	1	1	

VII. ΕΠΙΔΟΣΗ					
1.	ΜΑΘΗΜΑΤΑ	<βάση	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο
1	Γλώσσα			3	
2	Ιστορία			-	
3	Μαθηματικά			3	
4	Χειροτεχνίες			1	
5	Ζωγραφική		1		
	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ		
2.	Ειδική Αγωγή		3		
3.	Επανάληψη τάξης		3		
4.	Πρόβλημα		3	από	
5.	Αναπηρία		3		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Α' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

I. ΑΘΛΗΜΑΤΑ										
		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει				
ΤΙΤΛΟΣ		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	
1	Ποδόσφαιρο		1	1		1		2		
2	Ποδήλατο		2	5		2		3	4	

II. ΧΟΜΠΙ										
Καμία: 1		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει				
ΤΙΤΛΟΣ		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	
1	Η/Υ		2			1		2		
2	Βιβλία		1			2		1		
3	Ζωγραφική		3	1		3		3	1	
4	Χορός			1		4			1	
5	Κούκλες		1	1		5		1	1	
6	Μουσική		1			6		1		

III. ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ						V. ΣΤΕΝΟΙ ΦΙΛΟΙ				
Καμία: 4		Πόσο ενεργά συμμετέχει				Κανένα	1	2-3	4 ή περισ.	
ΤΙΤΛΟΣ		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	1.	1	5	1	
1	Ποδοσφ. Ομάδα		1	1			>1	1-2	>3	
2	Ρυθμική		1			2.		2	5	

IV. ΕΡΓΑΣΙΕΣ						VI. ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ				
Καμία: 3		Πόσο καλά τις κάνει				Χειρότ.	μ.ο	Καλύτ.	Δ.Ε	
ΤΙΤΛΟΣ		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	α.	5	2		
1	Στρώνει κρεβάτι		2	1		β.		5	2	
2	Δουλειές σπιτιού		2			γ.		7		
						δ.		7		

VII. ΕΠΙΔΟΣΗ					
1.	ΜΑΘΗΜΑΤΑ	<βάση	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο
1	Γλώσσα			7	
2	Μαθηματικά			5	2
	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ		
2.	Ειδική Αγωγή		7		
3.	Επανάληψη τάξης		7		
4.	Πρόβλημα		7	από	
5.	Αναπηρία		7		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Β' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

I. ΑΘΛΗΜΑΤΑ										
Καμία:		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει				
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Ποδόσφαιρο		4	3		1		4	3	
2	Ποδήλατο		5	4		2		6	3	
3	Μπαλέτο		1			3		1		
4	Ρυθμική		2			4		2		

II. ΧΟΜΠΙ										
Καμία: 2		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει				
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Μουσική		2					2		
2	Τρομπέτα			1				1		
3	Η/Υ		1	1				2		
4	Χειροτεχνίες		3					3		
5	Κούκλες		2					2		
6	Ζωγραφική		1					1		
7	Αυτοκίνητα		1					1		
8	Παζλ		1						1	
9	Κατασκευή Κοσμ.		1						1	
10	Συλλογή Αυτοκολ.	1	1					1		1

III. ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ						V. ΣΤΕΝΟΙ ΦΙΛΟΙ			
Καμία: 8		Πόσο ενεργά συμμετέχει				Κανένα	1	2-3	4 ή περισ.
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	1.	3	7	2
1	Ποδοσφ. Ομάδα		1				>1	1-2	>3
2	Σκάκι	1				2.	4	5	3
3	Ορχήστρα		1						
4	Ρομποτική		1						
5	Ρυθμική		1						
6	Μπαλέτο		1						

IV. ΕΡΓΑΣΙΕΣ						VI. ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ			
Καμία: 5		Πόσο καλά τις κάνει				Χειρότ.	μ.ο	Καλύτ.	Δ.Ε
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	Δεν ξέρω	α.	6	1	5
1	Στρώνει κρεβάτι	1	4			β.	3	6	3
2	Δουλειές σπιτιού		1	2		γ.		10	2
3	Φυλάει μικρά παιδ.		1			δ,		5	7
4	Δουλειές μαγαζί			1					
5	Τακτοποιεί ρούχα		1						

VII. ΕΠΙΔΟΣΗ									
1.	ΜΑΘΗΜΑΤΑ	<βάση	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	ΕΡΩΤΗΣΗ		ΝΑΙ	ΌΧΙ
	Γλώσσα	3	2	6	1	2.	Ειδική Αγωγή	4	8
	Ιστορία		3	6		3.	Επανάλ. τάξης	0	12
	Μαθηματικά	1	4	5	2	4.	Πρόβλημα	4 (Α')	8
	Φυσική/Χημεία		2	6		5.	Αναπηρία	0	12
	Μελέτη		1	2					
	Ευέλικτη			1					

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Γ' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

I. ΑΘΛΗΜΑΤΑ									
Καμία: 1		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει			
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Ποδόσφαιρο	1	4	3		1	5	2	1
2	Ποδήλατο	1	5	3		2	7	1	1
3	Μπάσκετ		2	1		3	2	1	
4	Ρυθμική		3			4	3		

II. ΧΟΜΠΙ									
Καμία: 3		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει			
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Η/Υ		3	2			3	2	
2	Βιβλίο		1				1		
3	Μουσική	2	6	2		2	5	2	1
4	Χορός		2	1			2	1	
5	Κούκλες		2	1			2		1
6	Ζωγραφική		3	1			2	1	1
7	Συλλογή Μινιατούρες		1					1	
8	Χειροτεχνίες			1				1	
9	Play Station			1			1		
10									

III. ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ						V. ΣΤΕΝΟΙ ΦΙΛΟΙ				
Καμία: 15		Πόσο ενεργά συμμετέχει								
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	1.	Κανένα	1	2-3	4 ή περισ.
1	Ποδοσφ. Ομάδα		3	1		1.	1	9	9	2
2	Μπάσκετ Ομάδα		1			2.	>1	1-2	>3	
3	Μπαλέτο		1				2	12	7	
4	ΚΔΑΠ		1	1						
5	Χορευτικό		1							

IV. ΕΡΓΑΣΙΕΣ						VI. ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΆΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ			
Καμία: 8		Πόσο καλά τις κάνει				Χειρότ.	μ.ο	Καλύτ.	Δ.Ε
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	α.	13	3	5
1	Στρώνει κρεβάτι		7	1		β.	3	11	7
2	Φυλάει μικρά παιδ.		2			γ.	3	13	5
3	Μαγειρική		2			δ.		16	5
4	Δουλειές σπιτιού	2	3						
5	Εξωτερικές εργασ.			1					

VII. ΕΠΙΔΟΣΗ								
1.	ΜΑΘΗΜΑΤΑ	<βάση	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ
	Γλώσσα		9	8	4	2. Ειδική Αγωγή	4	17
	Ιστορία		10	9	2	3. Επανάλ. τάξης		21
	Μαθηματικά		9	8	4	4. Πρόβλημα	4	17
	Φυσική/Χημεία		6	8	1	5. Αναπηρία	2	19
	Ξένες Γλώσσες				3			
	Θρησ./ Μελέτη/ Ευελ.		4					

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Δ' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

I. ΑΘΛΗΜΑΤΑ										
Καμία: 1		Πόσο χρόνο αφιερώνει					Πόσο καλά τα καταφέρνει			
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Ποδόσφαιρο		3	2		1		2	3	
2	Ποδήλατο		1	4		2		3	2	
3	Κολύμβηση		3			3		3		
4	Ρυθμική			1		4		1		

II. ΧΟΜΠΙ										
Καμία: 1		Πόσο χρόνο αφιερώνει					Πόσο καλά τα καταφέρνει			
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Βιβλία		1	1				2		
2	Μουσική		1	1				2		
3	Ζωγραφική		1					1		
4	Χειροτεχνίες		2					1	1	
5	Η/Υ	1	3	2			1	3	2	
6	Πιάνο	1						1		
7	Ψάρεμα		2					1		

III. ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ						V. ΣΤΕΝΟΙ ΦΙΛΟΙ				
Καμία: 8		Πόσο ενεργά συμμετέχει					Κανένα	1	2-3	4 ή περισ.
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	1.		4	6	
1	Ποδοσφ. Ομάδα		1				>1	1-2	>3	
2	Ρυθμική		1			2.		6	4	

IV. ΕΡΓΑΣΙΕΣ						VI. ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ				
Καμία: 1		Πόσο καλά τις κάνει					Χειρότ.	μ.ο	Καλύτ.	Δ.Ε
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	α.		6	1	3
1	Στρώνει κρεβάτι	1	3	3		β.	1	4	5	
2	Δουλειές σπιτιού		1	2		γ.		5	5	
3	Ετοιμασία γευματ.		4	1		δ.		6	4	
4	Φυλάει αδέρφια		1							

VII. ΕΠΙΔΟΣΗ					
1.	ΜΑΘΗΜΑΤΑ	<βάση	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο
1	Γλώσσα	1		8	1
2	Ιστορία	1	1	7	1
3	Μαθηματικά	1		7	2
4	Φυσική/Χημεία	1		6	2
5	Μελέτη	1			

	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ		
2.	Ειδική Αγωγή	1	9		
3.	Επανάληψη τάξης	0	10		
4.	Πρόβλημα	2	8	από (Α')	
5.	Αναπηρία	1	9		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Ε' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

I. ΑΘΛΗΜΑΤΑ									
Καμία: 1		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει			
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Ρυθμική			2				2	
2	Μπάσκετ		1	1			1	1	
3	Ποδόσφαιρο		5	3			5	3	
4	Ποδήλατο		3	1			4		
5	Κολύμβηση			2				2	
6	Στίβος			1				1	

II. ΧΟΜΠΙ									
Καμία: 1		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει			
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Μουσική		1	1			1	1	
2	Ζωγραφική		3				3		
3	Χορός		1				1		
4	Η/Υ		4	2			4	2	
5	Βιβλίο		1	1			1	1	
6	Ψάρεμα		3				3		

III. ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ					V. ΣΤΕΝΟΙ ΦΙΛΟΙ					
Καμία: 8		Πόσο ενεργά συμμετέχει				1.	Κανένα	1	2-3	4 ή περισ.
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω					
1	Ρυθμική			2		2.	>1	1-2	>3	
2	Κολύμβηση		1					8	5	
3	Ποδόσφ. Ομάδα		2							
	Μέλος σε 5μελές		1							

IV. ΕΡΓΑΣΙΕΣ					VI. ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΆΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ				
Καμία: 3		Πόσο καλά τις κάνει				Χειρότ.	μ.ο	Καλύτ.	Δ.Ε
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	α.			
1	Στρώνει κρεβάτι		5	3		β.	8	4	1
2	Ετοιμασία γευματ.		1	1		γ.	8	5	
3	Προσέχει αδέρφια			2		δ.	7	6	
	Βοηθάει στο μαγαζί			1			8	5	

VII. ΕΠΙΔΟΣΗ

1.	ΜΑΘΗΜΑΤΑ	<βάση	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο
1	Γλώσσα		1	10	2
2	Ιστορία		2	9	2
3	Μαθηματικά		1	9	3
4	Φυσική/Χημεία			9	2
5	Ξένες Γλώσσες				1
	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ		
2.	Ειδική Αγωγή	0	13		
3.	Επανάληψη τάξης	0	13		
4.	Πρόβλημα	0	13	από	
5.	Αναπηρία	0	13		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

ΣΤ' ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ

I. ΑΘΛΗΜΑΤΑ										
Καμία: 1		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει				
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Ποδόσφαιρο	2	5	2		1		5	4	
2	Ποδήλατο		5			2		5		
3	Μπάσκετ		2			3		2		
4	Judo		1			4			1	

II. ΧΟΜΠΙ										
Καμία:		Πόσο χρόνο αφιερώνει				Πόσο καλά τα καταφέρνει				
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Η/Υ		6	1		1		6	1	
2	Ψάρεμα	1	1	1		2		1	2	
3	Ζωγραφική		1			3		1		
4	Μουσική		3			4		3		
5	Χειροτεχνίες		1			5		1		
6	Περπάτημα/ Μαστορεματα		1			6		1		

III. ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ						V. ΣΤΕΝΟΙ ΦΙΛΟΙ				
Καμία: 8		Πόσο ενεργά συμμετέχει					Κανένα	1	2-3	4 ή περισ.
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	1.				
1	Ποδοσφ. Ομάδα		2	1		1.	>1	3	8	
						2.		6	5	

IV. ΕΡΓΑΣΙΕΣ						VI. ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ				
Καμία: 1		Πόσο καλά τις κάνει					Χειρότ.	μ.ο	Καλύτ.	Δ.Ε
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	α.				
1	Στρώνει κρεβάτι		6			α.		7	2	2
2	Ετοιμασία γευμ.		3	1		β.		6	5	
3	Βοήθεια σε δουλ.		6	1		γ.		8	3	
4	Προσέχει αδέρφια		2			δ.		8	3	

VII. ΕΠΙΔΟΣΗ					
1.	ΜΑΘΗΜΑΤΑ	<βάση	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο
1	Γλώσσα			10	1
2	Ιστορία			9	2
3	Μαθηματικά			7	4
4	Φυσική/Χημεία		1	7	3
5	Η/Υ			1	

	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ		
2.	Ειδική Αγωγή	0	11		
3.	Επανάληψη τάξης	0	11		
4.	Πρόβλημα	0	11	από	
5.	Αναπηρία	0	11		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Α' ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ

I. ΑΘΛΗΜΑΤΑ										
Καμία:		Πόσο χρόνο αφιερώνει					Πόσο καλά τα καταφέρνει			
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Ποδόσφαιρο	1				1			1	
2	Κολύμβηση		1			2			1	
3	Kick Boxing			1		3			1	
4						4				

II. ΧΟΜΠΙ										
Καμία:		Πόσο χρόνο αφιερώνει					Πόσο καλά τα καταφέρνει			
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω		<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω
1	Η/Υ			1		1			1	
2						2				
3						3				
4						4				
5						5				
6						6				

III. ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ						V. ΣΤΕΝΟΙ ΦΙΛΟΙ				
Καμία: 1		Πόσο ενεργά συμμετέχει								
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω	1.	Κανένα	1	2-3	4 ή περισ.
1						1.			1	
2						2.	>1	1-2	>3	
								1		

IV. ΕΡΓΑΣΙΕΣ					VI. ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ				
Καμία:		Πόσο καλά τις κάνει				Χειρότ.	μ.ο	Καλύτ.	Δ.Ε
	ΤΙΤΛΟΣ	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο	δεν ξέρω				
			1			α.	1		
1	Στρώνει κρεβάτι		1			β.		1	
2	Ετοιμασία γευματ.			1		γ.		1	
3	Δουλειές σπιτιού		1			δ.		1	

VII. ΕΠΙΔΟΣΗ					
1.	ΜΑΘΗΜΑΤΑ	<βάση	<μ.ο	μ.ο	>μ.ο
1	Γλώσσα			1	
2	Ιστορία			1	
3	Μαθηματικά				1
4	Φυσική/Χημεία			1	
5	Η/Υ				1

	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΌΧΙ		
2.	Ειδική Αγωγή	0	1		
3.	Επανάληψη τάξης	0	1		
4.	Πρόβλημα	0	1	από	
5.	Αναπηρία	0	1		

ΠΡΟΦΙΛ CBCL ΑΓΟΡΙΑ 6-12 ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ
ΝΗΠΙΑ & Α' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

Όνομα	Πέτρος	Δημήτρης	Κλεάνθης	Αθανάσιος	
Κωδικός	038	039	040	041	
Ηλικία	6	7	7	7	
Τάξη	ΝΗΠΙΑ	Α ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	Α ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	Α ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	
Υπολογισμοί	Κλίμακα I	0	2	1	2
	Κλίμακα II	0	1	0	2
	Κλίμακα III	1	1	1	0
Εσωτερ. (α)	1	4	2	4	
Τα	41%	50%	45%	50%	
Υπολογισμοί	Κλίμακα VII	3	0	0	0
	Κλίμακα VIII	10	0	1	1
Εσωτερ. (β)	13	0	1	1	
Τα	61%	33%	40%	40%	
Υπολογισμοί	Κλίμακα IV	2	0	1	0
	Κλίμακα V	2	0	0	1
	Κλίμακα VI	2	1	2	2
Άλλα Προβλήματα	3	0	0	2	
(γ)	9	2	3	4	

ΣΥΝΟΛΟ	23	6	6	9
T%	51%	39%	39%	42%

ΠΡΟΦΙΛ CBCL ΑΓΟΡΙΑ 6-12 ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ Β ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

Όνομα	Αναστάσιος	Κων/νος	Αθανάσιος	Αλέξιος	Ορέστης	Πέτρος	Ελευθέριος	
Κωδικός	042	043	044	045	046	047	049	
Ηλικία	8	7	8	8	8	8	8	
Υπολογισμοί	Κλίμακα I	0	0	6	2	4	11	1
	Κλίμακα II	0	1	3	3	10	9	1
	Κλίμακα III	0	1	2	0	1	5	1
Εσωτερ. (α)	0	2	11	5	15	25	3	
T	34%	45%	63%	52%	67%	74%	48%	
Υπολογισμοί	Κλίμακα VII	0	0	3	0	1	1	1
	Κλίμακα VIII	0	0	9	3	5	12	2
Εσωτερ. (β)	0	0	12	3	6	13	3	
T	33%	33%	60%	48%	33%	61%	48%	
Υπολογισμοί	Κλίμακα IV	0	1	1	2	7	8	0
	Κλίμακα V	0	0	1	0	2	1	0
	Κλίμακα VI	0	1	2	0	15	15	3
Άλλα Προβλήματα	0	0	6	3	2	2	0	
(γ)	0	2	10	5	26	26	3	

ΣΥΝΟΛΟ	0	4	33	13	47	64	9
T	24%	36%	56%	45%	63%	70%	42%
ΠΡΟΦΙΛ CBCL ΑΓΟΡΙΑ 6-12 ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ Γ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ							
Όνομα	Χαράλαμπος	Κυριάκος	Θεόδωρος	Κων/νος	Ηλίας	Ιωάννης	Στυλιανός
Κωδικός	050	051	052	053	054	055	056
Ηλικία	8	8	8	9	9	9	9
Υπολογισμοί	3	2	3	2	8	3	1
	1	1	1	1	4	1	2
	3	0	1	2	5	1	1
Εσωτερ. (α)	7	3	5	5	17	5	4
Tα	57%	48%	52%	52%	68%	52%	50%
Υπολογισμοί	1	0	1	2	3	2	1
	5	0	3	9	10	5	4
Εσωτερ. (β)	6	0	4	11	13	7	5
Tα	53%	33%	50%	59%	61%	55%	51%
Υπολογισμοί	2	0	1	3	4	3	1
	0	0	0	1	2	1	0
	7	2	5	4	6	7	4
Άλλα Προβλήματα	2	0	4	2	8	2	7
(γ)	11	2	10	10	20	13	12

ΣΥΝΟΛΟ	24	5	19	26	50	25	21
Τα	52%	38%	50%	53%	65%	53%	51%
ΠΡΟΦΙΛ CBCL ΑΓΟΡΙΑ 6-12 ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ Δ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ							
Όνομα	Γεώργιος	Παναγιώτης	Θωμάς	Τριαντάφυλλος	Γεώργιος		
Κωδικός	058	059	060	061	062		
Ηλικία	10	10	10	10	10		
Υπολογισμοί	2	0	0	0	2	4	
	1	0	0	0	2	10	
	0	0	0	1	2	1	
Εσωτερ. (α)	3	0	0	1	6		
Τ	48%	34%	34%	41%	54%		
Υπολογισμοί	1	0	0	1	4	1	
	1	0	0	0	9	5	
Εσωτερ. (β)	2	0	0	1	13		
Τ	44%	33%	33%	40%	61%		
Υπολογισμοί	1	0	0	1	3	7	
	0	0	0	0	1	2	
	3	0	0	1	1	15	
Άλλα Προβλήματα	2	0	0	0	7		
(γ)	6	0	0	2	12		

ΣΥΝΟΛΟ	11	0	0	4	31		
T	44%	24%	24%	36%	55%		