



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ  
ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΣΤΕΡΓΙΟΥ ΑΦΡΟΔΙΤΗ  
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΤΑΣΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2010**



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Ηπείρου του τμήματος Λογοθεραπείας. Εφαλτήριο για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος στάθηκε το ενδιαφέρον μου για τα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση καθώς επίσης και η πρακτική μου άσκηση, που μου έδωσε την ευκαιρία να γνωρίσω και να έρθω πιο κοντά στα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση.

Μέσω αυτής της εργασίας κατάφερα να γνωρίζω από κοντά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση και να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου στο συγκεκριμένο θέμα.

Η εργασία χωρίζεται σε τρία κεφάλαια το καθένα από τα οποία πραγματεύεται:

- Το 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιέχει τους ορισμούς, την κλινική εικόνα, τις μορφές αλλά και τα συνοδά προβλήματα της εγκεφαλικής παράλυσης.
- Το 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο πραγματεύεται τη θεραπεία της εγκεφαλικής παράλυσης και κυρίως ασχολείται με τη λογοθεραπευτική παρέμβαση. Επίσης παρουσιάζεται η διεπιστημονική ομάδα και οι γονείς των παιδιών αυτών.
- Το 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο εμπεριέχει το ιστορικό του περιστατικού που μελέτησα αλλά και τη θεραπεία που ακολουθήθηκε στην εξαμηνιαία διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την ΕΛΕΠΑΠ (Ελληνική Εταιρία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Παίδων) Αγρινίου που με φιλοξένησε και μου έδωσε την ευκαιρία να πραγματοποιήσω την πρακτική μου άσκηση στο χώρο της. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη μητέρα του μικρού Δημήτρη για τη βοήθεια και τη συνεργασία της. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους θεραπευτές της ΕΛΕΠΑΠ που μου έδωσαν τις απαραίτητες πληροφορίες για το ιστορικό αλλά και τις θεραπείες του Δημήτρη. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κυρία Παρασκευή Τάσση για τη βοήθειά της να φέρω εις πέρας την παρακάτω εργασία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία ασχολείται με την εγκεφαλική παράλυση (Ε.Π). Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι ορισμοί της, η επιδημιολογία καθώς επίσης και τα αίτια που την προκαλούν. Επιπρόσθετα παρουσιάζονται και οι μορφές της Ε.Π., η κλινική της εικόνα για κάθε μορφή, η διάγνωση και η διαφοροδιάγνωση από άλλες διαταραχές. Το πρώτο κεφάλαιο κλείνει με τα συνοδά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα περιστατικά με Ε.Π.

Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται τη θεραπεία της Ε.Π. Παρουσιάζονται οι διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την Ε.Π. όπως είναι η φυσικοθεραπεία (απαραίτητη στις περισσότερες περιπτώσεις με Ε.Π.), την εργοθεραπεία, την ιπποθεραπεία, την υδροθεραπεία κ.α. Παρουσιάζονται, επίσης και συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές οι οποίες έχουν δημιουργηθεί μόνο για περιστατικά με Ε.Π. Το δεύτερο κεφάλαιο ασχολείται εκτενέστερα με τη λογοθεραπευτική παρέμβαση για κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται (στο λόγο και στην ομιλία) ξεχωριστά. Τέλος του δευτέρου κεφαλαίου καταλαμβάνει η διεπιστημονική ομάδα της Ε.Π. και οι γονείς των παιδιών με Ε.Π.

Το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο είναι αυτό που εμπεριέχει το περιστατικό. Στην αρχή υπάρχουν οι απαραίτητες πληροφορίες για το περιστατικό, όπως το ιατρικό ιστορικό, οι αξιολογήσεις των θεραπειών και οι στόχοι τους. Και το δεύτερο μέρος πραγματεύεται το λογοθεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθήθηκε, για το συγκεκριμένο περιστατικό κατά τη διάρκεια της εξαμηνιαίας πρακτικής μου άσκησης στην ΕΛΕΠΑΠ Αργινίου.

Λέξεις κλειδιά: εγκεφαλική παράλυση (Ε.Π.), λογοθεραπευτής, λογοθεραπευτική παρέμβαση.

## SUMMARY

The present final work deals with cerebral palsy (CP). In the first chapter they are presented her definitions, the epidemiology as well as the reasons that cause CP. Besides they are presented also the forms of CP., her clinical picture for each form and the diagnosis and the diaforodiagnosis from other disorders. The first chapter closes with the additional problems that can face the incidents with CP.

The second chapter deals with treatment of CP. They are presented the various therapeutic interventions for CP such as physiotherapy (essential in most cases with CP), the occupational therapy, hippotherapy, the hydrotherapy e.t.c.. They are also presented the concrete therapeutic techniques that have been created only for incidents with CP. The second chapter deals, more extensively with the speech language intervention for each problem that is presented (in speech and language) separately. Finally the second chapter occupy the interdisciplinary team of CP and the parents of children with CP.

The third and last capital includes the incident. In the beginning exists the essential information on the incident, as the medical background, the assessment of therapists and their objectives. And the second part deals with the speech language program that was followed, for the particular incident at duration of my semi-annual practical exercise in ELEPAP in Agrinio.

Key words: cerebral palsy (CP), speech language therapy, speech language pathologist.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	3
Περίληψη.....	4
Περιεχόμενα.....	6
Εισαγωγή.....	8
Εγκέφαλος.....	8
<i>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup></i> .....	11
Ορισμοί .....	11
Επιδημιολογία.....	13
Αιτιολογία.....	13
Προγεννητικοί παράγοντες.....	14
Περίγεννητικοί παράγοντες.....	16
Μεταγεννητικοί παράγοντες.....	17
Μορφές εγκεφαλικής παράλυσης.....	18
Κλινικά χαρακτηριστικά της εγκεφαλικής παράλυσης.....	20
Σπαστική εγκεφαλική παράλυση.....	20
Αθροιστική εγκεφαλική παράλυση.....	20
Αταξική εγκεφαλική παράλυση.....	21
Υποτονία.....	22
Υπερτονία.....	23
Τρόμος.....	23
Πυραμιδικές – εξωπυραμιδικές μορφές.....	23
Διάγνωση.....	24
Διαφοροδιάγνωση.....	26
Συνοδά προβλήματα στην εγκεφαλική παράλυση.....	27
Επιληψία.....	27
Προβλήματα όρασης.....	27
Προβλήματα ακοής.....	28
Προβλήματα γλώσσας και ομιλίας.....	28
Αναπνευστικές ασθένειες.....	29
Σίτιση – κατάποση.....	29
Προβλήματα συμπεριφοράς.....	29
Προβλήματα επικοινωνίας.....	29

Σιελόρροια.....	30
Διατροφή.....	30
Διαταραχές του ρυθμού της ομιλίας.....	30
Διαταραχές στην κατανόηση του λόγου.....	31
Πάρηση μυών.....	31
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> .....	32
Θεραπεία.....	32
Φυσικοθεραπεία.....	32
Εργοθεραπεία.....	33
Υδροθεραπεία.....	34
Συμπεριφοριστική θεραπεία.....	34
Φαρμακευτική αγωγή.....	35
Χειρουργική αποκατάσταση.....	35
Βοηθήματα.....	36
Ιπποθεραπεία.....	36
Βλαστοκύτταρα και εγκεφαλική παράλυση.....	37
Αισθητηριακή ολοκλήρωση.....	38
Τεχνική Bobath.....	39
Τεχνική Rood.....	39
Τεχνική Ayers.....	39
Τεχνική Vojta.....	40
Τεχνική Peto.....	40
Τεχνική Doman – Delacato.....	41
Λογοθεραπεία και εγκεφαλική παράλυση.....	41
Έργο του λογοθεραπευτή στην εγκεφαλική παράλυση.....	42
Θεραπεία σίτισης και κατάποσης.....	42
Θεραπεία σιελόρροιας.....	44
Θεραπεία δυσαρθρίας.....	48
Διεπιστημονική ομάδα.....	53
Γονείς και εγκεφαλική παράλυση.....	55
Συμπεράσματα.....	59
Παρουσίαση περιστατικού.....	61
Βιβλιογραφία.....	86

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι το υπέρτατο επίτευγμα της φυσικής επιλογής. Απείρως πιο περίπλοκος από οποιονδήποτε υπολογιστή, είναι το φυσικό προϊόν εκατομμυρίων ετών εξέλιξης.

Ο εγκέφαλος διαιρείται στον οπίσθιο, το μέσο και τον πρόσθιο εγκέφαλο. Ο οπίσθιος εγκέφαλος υποδιαιρείται περαιτέρω στον προμήκη, τη γέφυρα και την παρεγκεφαλίδα. Το εγκεφαλικό στέλεχος αποτελείται από τον προμήκη, τη γέφυρα και το μέσο εγκέφαλο. Το εγκεφαλικό στέλεχος συνδέεται με την παρεγκεφαλίδα με μια μεγάλη μάζα νευρικών ινών. Ο πρόσθιος εγκέφαλος αποτελείται από το θάλαμο, τον υποθάλαμο και τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Επίσης ο εγκέφαλος αποτελείται από κοιλότητες οι οποίες περιέχουν εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY).

Τα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου συνδέονται μεταξύ τους με τις ίνες του μεσολόβιου και διακρίνονται σε τέσσερις λοβούς: το μετωπιαίο, τον βρεγματικό, τον κροταφικό και τον ινιακό. Τέλος, ο εγκέφαλος διαθέτει δώδεκα ζεύγη εγκεφαλικών νευρών τα οποία έχουν φυγόκεντρες και κεντρομόλες ίνες. (Crossman,A.,R,2003 :14-19)

Όπως όλοι γνωρίζουμε ο εγκέφαλος είναι υπεύθυνος για τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Οι λειτουργίες για τις οποίες είναι υπεύθυνος είναι οι εξής: το εγκεφαλικό στέλεχος είναι υπεύθυνο για τη σωστή λειτουργία των πιο βασικών λειτουργιών του ανθρώπου. Ο προμήκης συμβάλει στη σωστή κυκλοφορία και αναπνοή, ελέγχει τη μάσηση, την έκκριση σιέλου και τις κινήσεις των μυών του προσώπου. Η γέφυρα είναι αυτή που συντονίζει τις κινήσεις του σώματος. Η παρεγκεφαλίδα ελέγχει την ισορροπία του σώματος αλλά και την ομαλή εκτέλεση των κινήσεων μέσα στο χώρο. Ο υποθάλαμος είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο των βασικών αναγκών του ανθρώπου όπως η πείνα, η δίψα και ρυθμίζει της θερμοκρασία του σώματος. Ο θάλαμος είναι σημαντικός γιατί συμβάλει στην ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων. (Crossman,A.,R,2003:52-65)

Όπως τα υπόλοιπα όργανα έτσι και οι λοβοί του εγκεφάλου έχουν κάποιες συγκεκριμένες λειτουργίες. Ο μετωπιαίος λοβός είναι υπεύθυνος για τις πολύπλοκες γνωστικές λειτουργίες. Ο βρεγματικός λοβός ερμηνεύει τις γενικές αισθητικές



πληροφορίες. Ο κροταφικός λοβός ερμηνεύει τα ακουστικά ερεθίσματα. Τέλος ο ινιακός λοβός είναι υπεύθυνος για την ερμηνεία των οπτικών πληροφοριών και ερεθισμάτων. (Crossman,A.,R,2003:141-145)

Η περιοχή Broca και η περιοχή Wernicke είναι δυο πολύ σημαντικές περιοχές του εγκεφάλου για τη γλώσσα και την ομιλία. Όταν ακούμε μία λέξη από το όργανο της ακοής, η πληροφορία μεταβιβάζεται στο ακουστικό νεύρο. Από εκεί, στη συνέχεια πηγαίνει στον πρωτογενή ακουστικό φλοιό και στο τέλος φτάνει στην περιοχή Wernicke. Η περιοχή αυτή σχετίζεται με την αντίληψη της λέξης. Μετά την περιοχή Wernicke η πληροφορία φτάνει στην περιοχή Broca. Εκεί η ακουστική πληροφορία διαμορφώνεται σε φράση, αποθηκεύεται στη μνήμη και μπορεί, στη συνέχεια να αρθρωθεί. (Kandel,R.,Eric.,Schwartz,H.,James.,Jessell,M.,Thomas.,2006:675)

Οι δώδεκα εγκεφαλικές συζυγίες ή τα εγκεφαλικά νεύρα παρουσιάζονται παρακάτω μαζί με τις λειτουργίες τους.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΝΕΥΡΑ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
I. Οσφρητικό	Όσφρηση.
II. Οπτικό	Όραση.
III. Κοινό κινητικό	Κίνηση του οφθαλμικού βολβού, μύση και προσαρμογή.
IV. Τροχιακό	Κίνηση του οφθαλμού
V. Τρίδυμο	Γενικές αισθήσεις, άνοιγμα-κλείσιμο στόματος, έκταση τυμπανικής μεμβράνης.
VI. Απαγωγή	Κίνηση του οφθαλμού.
VII. Προσωπικό	Γεύση, κινήσεις του προσώπου. Τάση οστών μέσου ωτός και έκκριση σιέλου και δακρύων.
VIII. Στατικοακουστικό	Αιθουσαία αίσθηση (στάση και κίνηση κεφαλή) και ακοή.
IX. Γλωσσοφαρυγγικό	Γενικές αισθήσεις και γεύση, κατάποση και έκκριση σιέλου.
X. Πνευμονογαστρικό	Γενικές αισθήσεις, σπλαγγνική αισθητικότητα, ομιλία, κατάποση,

	έλεγχος καρδιακού, αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος.
XI. Παραπληρωματικό	Κίνηση κεφαλής και ώμων.
XII. Υπογλώσσιο	Κίνηση της γλώσσας.

(Crossman,A.,R.,2003:105-116)

Όσον αφορά τους εγκεφαλικούς φλοιούς, αποτελούν τη θέση των πλέον εξελιγμένων νοητικών ικανοτήτων. Περιέχουν κέντρα, τα οποία συγκεντρώνουν τις πληροφορίες από τις αισθήσεις, τις σκέψεις, τις αναμνήσεις με σκοπό να επεξεργαστούν το τι συμβαίνει στον κόσμο σε σχέση με εμάς. Τέλος ένα ιδιαίτερα σημαντικό χαρακτηριστικό του εγκεφάλου είναι η *συνδεσιμότητα*. Ανώτερα και κατώτερα κέντρα συνδέονται σταθερά μέσω ανιόντων και κατιόντων δεματίων ινών. Αυτά διατηρούν την επικοινωνία ανάμεσα στις δομές του ρομβοειδούς εγκεφάλου, του μεσεγκεφάλου και του προσθίου εγκεφάλου και με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται η *ενοποίηση σώματος και νου*(Σακάς Ε. Δαμιανός,2007:46).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΟΡΙΣΜΟΙ

Ορισμός 1: Η Ε. Π. θεωρείται ως μια ομάδα μόνιμων αλλά μεταβλητών διαταραχών της κινητικότητας και των στάσεων του σώματος και οφείλονται σε μια μη προοδευτική διαταραχή του ανώριμου εγκεφάλου. Μπορεί να εμφανιστεί στην βρεφική ή πρώιμη παιδική ηλικία και οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλλουν ανάλογα με την αιτιολογία και τη βαρύτητά τους. (Ε. Αινωλίδου, Γ. Αντωνιάδης, Μεσσήνης, 2001:19)

Πιο συγκεκριμένα ο όρος εγκεφαλική παράλυση υποδηλώνει την ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων οι οποίες έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Ενδεικτικά μερικά από αυτά είναι τα εξής:

1. Κύριο αίτιο της Ε.Π. είναι η ανώμαλη λειτουργία του εγκεφάλου και οφείλεται είτε στην ανώμαλη ανάπτυξη του είτε σε διάχυτη ή εντοπισμένη βλάβη αυτού.
2. Η εγκεφαλική ανωμαλία μπορεί να δημιουργηθεί κατά τη σύλληψη ή κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής αλλά και κατά τον τοκετό ή και μετά από αυτόν και παραμένει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.
3. Τα συμπτώματα της Ε.Π. εκδηλώνονται κατά τη βρεφική ή παιδική ηλικία.
4. Η Ε.Π συνδέεται πάντα με δυσλειτουργία στο συντονισμό της κινητικής ενέργειας και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη διαταραχή της κινητικότητας και της θέσης, που όμως μπορούν να μεταβληθούν με την ανάπτυξη ή τη θεραπεία.
5. Σε πολλά περιστατικά συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές όπως νοητική καθυστέρηση κ.α.

Στον ορισμό της Ε.Π. δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται διαταραχές οι οποίες οφείλονται σε εξελικτική βλάβη του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού. Επίσης δεν θα πρέπει να θεωρείται εγκεφαλική παράλυση η καθυστέρηση της κινητικής λειτουργίας, συχνό φαινόμενο που παρατηρείται στα διανοητικά καθυστερημένα παιδιά. ( Αποστολόπουλος, 1975:15-17)

Ορισμός 2: «Ε.Π. είναι το κοινό όνομα το οποίο χρησιμοποιείται για μια ομάδα καταστάσεων οι οποίες χαρακτηρίζονται από κινητική δυσλειτουργία που οφείλεται σε μια μη-προοδευτική εγκεφαλική βλάβη από τα πρώτα στάδια της ζωής. Μπορεί να

θεωρήσει κανείς τις εγκεφαλικές παραλύσεις ως τμήμα μιας διαβαθμισμένης δυσλειτουργίας η οποία στο ένα άκρο συγχωνεύεται μέσα στο πεδίο των σοβαρών και προφανών ανικανοτήτων μάθησης και στο άλλο άκρο τελειώνει μέσα στην ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία. Ακριβώς αυτό το άκρο είναι εκείνο όπου ευρίσκουμε τα αδέξια παιδιά τα οποία είναι μεν έξυπνα αλλά έχουν ειδικά προβλήματα μάθησης.»(Levitt Sophie, 2001:1)

Ορισμός 3: Η Ε.Π. είναι μια ομάδα συνδρόμων με κύριο χαρακτηριστικό την κινητική αναπηρία, που οφείλεται σε μια μη προϊούσα βλάβη στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. (Παντελιάδης Χ. & Παπαβασιλείου Α., 2002)

Ορισμός 4: Η Ε.Π. έχει καθοριστεί από τον Bax (1964) ως μια διαταραχή της κίνησης και της στάσης λόγω μιας ανεπάρκειας ή βλάβης του ανώριμου εγκέφαλου.

Ο Bobath (1980) περιγράφει τον όρο στην ακόλουθη δήλωση: η εγκεφαλική βλάβη είναι μια μη-προοδευτική και προκαλεί μεταβλητή εξασθένηση του συντονισμού των μυών δράσης, με την προκύπτουσα ανικανότητα του παιδιού να διατηρήσει την κανονική στάση και να εκτελεί κανονικές κινήσεις. Αυτή η κεντρική κινητική αναπηρία συνδέεται συχνά με επηρεασμένο λόγο, όραση και ακοή, με διάφορους τύπους αντιληπτικών διαταραχών, κάποιους βαθμούς διανοητικής καθυστέρησης ή και επιληψία. (Workinger Seif Marilyn, 2005:1)

Ορισμός 5: Η Ε.Π. είναι μια κατάσταση της παιδικής ηλικίας στην οποία υπάρχει μια κινητική ανικανότητα που προκαλείται από μια στατική, μη προοδευτική βλάβη του εγκέφαλου. Το αιτιολογικό γεγονός πρέπει να εμφανιστεί στην πρώιμη παιδική ηλικία, που ορίζεται συνήθως ως λιγότερο από 2 χρόνια. Τα παιδιά με Ε.Π. έχουν μια κατάσταση η οποία είναι σταθερή και μη προοδευτική, γι αυτό, τα περισσότερα είναι κανονικά παιδιά με ειδικές ανάγκες. Η κατανόηση των ιατρικών και ανατομικών προβλημάτων στα άτομα με Ε.Π. είναι σημαντική, εντούτοις είναι εξίσου σημαντικό να λαμβάνεται πάντα υπόψη ο μεγαλύτερος μακροπρόθεσμος στόχος που είναι παρόμοιος με αυτόν για όλα τα κανονικά παιδιά. Ο στόχος γι αυτά τα παιδιά, τις οικογένειές τους, την ιατρική φροντίδα, την εκπαίδευση και την κοινωνία ευρέως είναι να αυξάνουν και να αναπτύσσουν στο μέγιστο τις ικανότητές τους έτσι ώστε να μπορούν να πετύχουν ως μέλη της κοινωνίας. (Freeman Miller, 2005:3)

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα της Ε.Π. υπολογίζεται στα 1,0-2,5 ανά 1.000 παιδιά που γεννιούνται ζωντανά. Στην Ελλάδα περίπου 300 παιδιά το χρόνο γεννιούνται με Ε.Π ενώ περίπου 10.000 άτομα πάσχουν από Ε.Π. Όλα αυτά τα στατιστικά δεδομένα είναι παλιά, που δεν υπήρχαν τα μέσα για τη σωστή διάγνωση (π.χ. ο υπέρηχος) και θα περίμενε κανείς το ποσοστό να μειωθεί. Όμως διεθνής στατιστική μελέτη, που έχει διεξαχθεί σε έξι χώρες και έχει δημοσιευθεί, αναφέρει ότι 2,12-2,45 περιστατικά ανά 1.000 γεννήσεις πάσχουν από Ε.Π. αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι σήμερα η τεχνολογία βοηθάει στη διατήρηση στη ζωή ελλιποβαρή νεογνά και έτσι αυξάνεται το ποσοστό της πάθησης. ([http://el.Wikipedia.org/wiki/Εγκεφαλική\\_Παράλυση](http://el.Wikipedia.org/wiki/Εγκεφαλική_Παράλυση))

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρει το ποσοστό της Ε.Π. ανάλογα με το βάρος των νεογνών.

Βάρος	Ποσοστό Ε.Π. ανά 1.000 ζωντανά παιδιά.
<1000 γρ.	82
1000-1499	54
1500-2500	6,7

(Walker M. Audrey, 2008:226)

Στις Η.Π.Α. ένα σε κάθε 1.000 μωρά διαγιγνώσκεται ότι έχει Ε.Π. Ετησίως υπολογίζεται ότι 3.500 με 4.000 βρέφη γεννιούνται με Ε.Π. και επιπρόσθετα 1.500 παιδιά, προσχολική ηλικίας, έχουν Ε.Π. ως αποτέλεσμα ατυχήματος ή κατάχρησης. (Pincus Dion, 2000:14)

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να αυξήσει το ποσοστό της Ε.Π. είναι και οι πολλαπλές γεννήσεις. Ενδεικτικά το ποσοστό επικράτησης ανά εγκυμοσύνη για ένα παιδί είναι 0,2%, για δίδυμα 1,5%, για τρίδυμα 8% και για τετράδυμα 43%. (Freeman Miller, 2005:39)

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει η Ε.Π. είναι μια ομάδα διαταραχών και προκαλείται από βλάβη στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Η βλάβη του εγκεφάλου μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά την προγεννητική, περιγεννητική ή μεταγεννητική περίοδο.

Κατά συνέπεια για να καθορίσουμε την αιτία της Ε.Π. πρέπει να λάβουμε υπόψη τον τύπο της, το ιατρικό ιστορικό της μητέρας καθώς επίσης και του παιδιού.(Workinger Seif Marilyn, 2005:225-230).

Οι αιτίες της Ε.Π. μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο ομάδες: τις *κληρονομικές* και τις *επίκτητες*.

Σε περιπτώσεις όπου δεν αναφέρονται επιπλοκές κατά της εγκυμοσύνης ή τον τοκετό, πιθανώς να υπάρχει μια συγγενής γενετικής καθορισμένη ανωμαλία που έχει σχέση με την ανάπτυξη του εγκεφάλου.

Σε μια στατιστική μελέτη μόνο το 4% των παιδιών με Ε.Π. είχαν και κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας με το ίδιο πρόβλημα. Όμως, δεν πρέπει, μάλλον να θεωρήσουμε την Ε.Π. ως κληρονομική πάθηση, διότι πιθανώς το γεγονός αυτό να οφείλεται σε μια ανωμαλία της μήτρας ή του πλακούντα.

Στην Ε.Π. οι κληρονομικοί παράγοντες είναι ελάχιστοι και δύσκολα καθορίζονται, αυτούς όμως που μπορούμε να ενοχοποιήσουμε είναι η πολλαπλή κύηση και ο πρώιμος τοκετός. (Αποστολόπουλος Γ.,1975:23-24)

Οι επίκτητοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: προγεννητικοί, περιγεννητικοί και μεταγεννητικοί. Οι προγεννητικοί παράγοντες είναι αυτοί που επιδρούν στη μητέρα ή στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέχρι και την 28<sup>η</sup> εβδομάδα. Οι παράγοντες που επιδρούν στη μητέρα ή στο έμβρυο από την 28<sup>η</sup> εβδομάδα μέχρι και την 7<sup>η</sup> ημέρα της ζωής ονομάζονται περιγεννητικοί. Τέλος οι μεταγεννητικοί παράγοντες είναι αυτοί που μπορεί να βλάψουν τον εγκέφαλο του νεογνού από την 7<sup>η</sup> ημέρα της ζωής έως και το τρίτο έτος της ηλικίας. (Παπαϊωάννου-Σταυροπούλου Ντέμη, 2003:101-102)

## **ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Τα κυριότερα προγεννητικά αίτια είναι τα παρακάτω:

- *Συγγενείς δυσπλασίες του εγκεφάλου*: στις περιπτώσεις αυτές έχουμε λανθασμένη κατασκευή του εγκεφάλου που πολλές φορές δεν είναι δυνατόν να εντοπιστεί η βλάβη με απεικονιστικές μεθόδους και γι' αυτό το λόγο το 30%, περίπου, των περιστατικών με Ε.Π. έχουν άγνωστη αιτιολογία.

- *Ενδομήτριες ή συγγενείς λοιμώξεις*: οι κυριότερες λοιμώξεις από τις οποίες μπορεί να προσβληθεί το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα κατά τους πρώτους μήνες της είναι: η ερυθρά, ο κυτταρομεγαλοϊός, η τοξοπλάσμωση, ο ιός του απλού έρπητα, της σύφιλης, της πολιομυελίτιδας και της ηπατίτιδας καθώς επίσης η ιλαρά, η ανεμοβλογιά και η σοβαρή γρίπη.
- *Ενδομήτρια ανοξία*: η ενδομήτρια ανοξία μπορεί να προκληθεί από ανεπάρκεια του πλακούντα (η οποία συνήθως δεν εντοπίζεται) και έχει σαν αποτέλεσμα την κακή οξυγόνωση του εμβρύου και συμβαίνει συνήθως το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.
- *Ενδομήτρια αγγειακά επεισόδια (έμφρακτα)*: κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων αποφράσσονται ένα ή περισσότερα αγγεία του εγκεφάλου του εμβρύου που προκαλείται από έμβολα του πλακούντα και εισέρχονται μέσω του ομφάλιου λώρου. Συνήθως ως αποτέλεσμα των επεισοδίων αυτών έχουμε ημιπληγία, η οποία δεν είναι ορατή κατά τη γέννηση. (Παπαϊωάννου-Σταυροπούλου Ντέμη, 2003:103-110)
- *Ενδομήτρια εγκεφαλική αιμορραγία*: η ενδομήτρια εγκεφαλική αιμορραγία προκαλείται συνήθως από τραυματισμό, τοξιναιμία της κύησης και αιμορραγική διάθεση της μητέρας (π.χ. διαταραχή της πήκτικότητας του αίματος, χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κ.α.)
- *Αιμολυτική αναιμία του εμβρύου συνέπεια Rh ασυμβατότητας*: μπορεί να προκαλέσει το θάνατο του εμβρύου ακόμη και στο πρώτο 24ωρο μετά τη γέννηση λόγω της σοβαρής αναιμίας.
- *Μεταβολικές διαταραχές της μητέρας*: σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερφαινωλαανιναιμία, η υπερβολική λήψη βιταμίνης D ή η ανεπάρκεια βιταμίνης B 12 κ.α.
- *Ακτινοβολία της μητέρας*: η ακτινοβολία της μητέρας, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι επικίνδυνη για το έμβρυο τους πρώτους 4-6 μήνες. Μπορεί να προκαλέσει διάφορα προβλήματα, ακόμη και χρωμοσωμική μεταβολή δεδομένου ότι τα γεννητικά κύτταρα είναι πολύ ευαίσθητα.
- *Κακή διατροφή της μητέρας*: ότι αφορά τις πρωτεΐνες, τα αμινοξέα, την έλλειψη βιταμινών και αλάτων.

- *Αιμορραγία της μητέρας*: μπορεί αν συσχετιστεί με την Ε.Π. και την προωρότητα.
- *Ψυχολογικές διαταραχές και κόπωση της μητέρας*
- *Κάπνισμα*: επιδρά στην ανάπτυξη του εμβρύου και μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό και αυξάνει την πιθανότητα θανάτου του εμβρύου πριν ή μετά τη γέννηση. (Αποστολόπουλος Τ.,1975:26-28)

## ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Κατά τη διάρκεια του τοκετού θεωρείται ότι εμφανίζονται οι περισσότερες περιπτώσεις Ε.Π. γι' αυτό το λόγο το βρέφος εξετάζεται όταν γεννηθεί. Συγκεκριμένα εξετάζεται το νεογνό αν είναι φυσιολογικό, αν κλάψει αμέσως μετά τη γέννηση του ή αν παρουσιάσει άπνοια, κυάνωση, υπερβολική ευερεθιστότητα κ.α. Συνήθως, όμως, τα συμπτώματα δεν εκδηλώνονται αμέσως μετά τον τοκετό αλλά λίγους μήνες αργότερα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τμήματα του εγκεφάλου δεν έχουν αναπτύξει τη λειτουργία τους επαρκώς, κατά την νεογνική περίοδο και έτσι δεν είναι δυνατόν να είναι εμφανής οι διαταραχές που μπορεί να προκληθούν. (Αποστολόπουλος Τ.,1975:28-30)

Στους περιγεννητικούς παράγοντες μπορούμε ακόμη να συμπεριλάβουμε την *περιγεννητική ασφυξία*. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οφείλεται σε εμφράγματα, σε έντονες συσπάσεις της μήτρας, σε μηχανική απόφραξη, σε ανεπάρκεια ή πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, σε καθυστερημένη έξοδο της κεφαλής, σε νάρκωση του νεογνού λόγω χορήγησης στη μητέρα αναισθητικού για ανώδυνο τοκετό. (Ε. Αινωλίδου, Γ. Αντωνιάδης, Λ. Μεσσήνης, 2001:28). Κατά την περιγεννητική ασφυξία το νεογνό δεν αναπνέει αμέσως μετά τον τοκετό. Υπάρχει ανοξία, άθροισμα CO<sub>2</sub> και γαλακτικού οξέως στο αίμα και στους ιστούς ενώ παράλληλα ο καρδιακός ρυθμός επιβραδύνεται.

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να ενοχοποιηθεί για εμφάνιση Ε.Π. είναι η *εγκεφαλική κάκωση* και η *αιμορραγία* κατά τον τοκετό. Οι εγκεφαλικές κακώσεις εμφανίζονται συχνότερα κατά της διάρκεια μαιευτικών επεμβάσεων ενώ η ενδοκρανιακή αιμορραγία είναι αρκετά συχνή και μπορεί να εμφανιστεί χωρίς να έχουμε τραυματισμό του νεογνού. Οι κυριότερες αιτίες για την ανάπτυξη



τραυματικής εγκεφαλικής βλάβης είναι: η ενδομήτρια ασφυξία και η μεγάλη συμπίεση ή παραμόρφωση του κρανίου του νεογνού κατά τον τοκετό.

Άλλοι περιγεννητικοί παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εμφάνιση Κ.Ε.Κ.(Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις) ή Ε.Π. είναι η *καισαρική τομή*, η *προωρότητα* και η *πολλαπλή κύηση*. (Αποστολόπουλος Τ.,1975:31-35). Το 35% του ποσοστού της Ε.Π. είναι αποτέλεσμα προωρότητας.(Παπαϊωάννου-Σταυροπούλου Ντέμη, 2003:111). Όσο αναφορά την πολλαπλή κύηση, τα δίδυμα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Ε.Π. απ' ότι η γέννηση ενός παιδιού. (Grether JK., Nelson KB, Cummings CK, 1985, Williams K., Hennessy E., Alberman E., 1996). Αυτό αποδίδεται στην πρόωρη γέννηση καθώς επίσης και στο χαμηλό βάρος των νεογνών. (Pharoah POD, Adi Y., 2000, Glinianaia SV., Pharoah POD, Wright C.,2001).

## **ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**

Μερικοί από μεταγεννητικούς παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση Ε.Π. σε νεογνά είναι οι παρακάτω:

- *Υπερχοληρυθριναιμία – νεογνικός ίκτερος*: όταν αυξάνονται τα επίπεδα χοληρυθρίνης στο αίμα τότε υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης Ε.Π. (από μια ελαφρά νοητική έκπτωση έως και πυρηνικό ίκτερο).
- *Ατυχήματα*: σε παιδιά ηλικίας 1-14 ετών τα ατυχήματα αποτελούν την πιο συχνή επίκτητη αιτία εμφάνισης Ε.Π. και δυστυχώς πολλά από αυτά καταλήγουν στο θάνατο. Η συνηθέστερα αιτία ατυχημάτων είναι τα ποδήλατα και τα αυτοκίνητα, ενώ το μέρος του σώματος που τραυματίζεται συνήθως είναι το κεφάλι. Τα αγόρια είναι αυτά που παθαίνουν τα περισσότερα ατυχήματα και η συχνότερη ηλικία είναι 2-3 ετών.
- *Λοιμώξεις*: οι λοιμώξεις μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες ομάδες: στις οξείες όπως για παράδειγμα η εγκεφαλίτιδα και η μηνιγγίτιδα και στις χρόνιες όπως η σύφιλη και το εγκεφαλικό οίδημα. Είναι συχνή αιτία στα μικρά παιδιά για το λόγο ότι ο εγκέφαλός τους είναι περισσότερο ευαίσθητος απ' ότι σε μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά. Όσο αναφορά την

εγκεφαλίτιδα και την μηνιγγίτιδα απαιτείται μεγάλη προσοχή γιατί είναι δύσκολο να προβλέψει κανείς την εξέλιξη τους καθώς επίσης και τυχόν προβλήματα που μπορούν να προκαλέσουν.

- *Αγγειακά επεισόδια:* οι κυριότερες αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν αγγειακά επεισόδια και κατά συνέπεια Ε.Π. μπορεί να είναι: θρόμβωση των κόλπων της μέσης γραμμής, αιμορραγία από ρήξη ανευρύσματος, αρτηριακή εμβολή, φλεβική θρόμβωση και αγγειακός σπασμός.
- *Υπογλυκαιμία:* οι επίμονες ή επανειλημμένες κρίσεις υπογλυκαιμίας μπορεί να επηρεάσουν την εγκεφαλική λειτουργία.
- *Ακτινοβολία:* η έκθεση στην ακτινοβολία κατά την βρεφική ηλικία είναι πιθανό να προκαλέσει αλλοιώσεις στον εγκέφαλο ή εκτεταμένες εστίες νέκρωσης.
- *Νεόπλασμα:* πολλές περιπτώσεις νεοπλασμάτων μπορούν αρχικά να διαγνωστούν ως περιπτώσεις Ε.Π.
- *Άλλα αίτια:* άλλες αιτίες που μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στη λειτουργία του εγκεφάλου αποτελούν οι διάφορες δηλητηριάσεις από μόλυβδο και μονοξείδιο του άνθρακα. Επίσης οι περιπτώσεις όπου παρεμποδίζεται η διέλευση του Ε.Ν.Υ. και έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση σοβαρής εγκεφαλικής βλάβης. (Αποστολόπουλος Τ.,1975:35-40).

Αυτό που θα πρέπει να λαμβάνουμε πάντα υπόψιν είναι ότι υπάρχουν απρόβλεπτοι, άγνωστοι και αστάθμητοι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν οποιαδήποτε εγκεφαλική βλάβη στο νεογνό.(Παπαϊωάννου-Σταυροπούλου Ντέμη, 2003:114).

## **ΜΟΡΦΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ**

Για πολλά χρόνια υπήρξαν πολλές διαμάχες σχετικά με την ταξινόμηση της Ε.Π. Ο λόγος των διαμαχιών αυτών ήταν προς το εάν η ταξινόμηση πρέπει να βασιστεί στα παθολογικά/νευροανατομικά ευρήματα ή στην κλινική εικόνα. Οι διάφορες ταξινομήσεις βασίστηκαν κυρίως στα κλινικά ευρήματα παρ' ότι στην αιτιολογία.

Η ταξινόμηση της Ε.Π. άρχισε τον τελευταίο αιώνα με τον Sigmund Freud. Παρ' όλα αυτά ακολούθησαν πολλές αλλαγές δεδομένου ότι η Ε.Π. έχει πολλές πτυχές και είναι γνωστό ότι διαφορετικοί τύποι της μπορούν να εμφανιστούν στον ίδιο ασθενή. Ο στόχος της ταξινόμησης είναι η καλύτερη κατανόηση της θεραπείας αλλά και της πρόγνωσης της διαταραχής. (Panteliadis P. Christos, Hans-Michael Strassburg,2004:17-18)

Η πρώτη ταξινόμηση της Ε.Π. αφορά το κατά πόσο επηρεάζεται η *κίνηση* του ασθενούς και περιλαμβάνει τις παρακάτω μορφές:

- *Σπαστική,*
- *αθέτωση,*
- *αταξία,*
- *υποτονία,*
- *υπερτονία* και (Peacock Jubith,2000:13-14)
- *τρόμος.* (Αποστολόπουλος Τ.,1975:44).

Η δεύτερη ταξινόμηση μπορεί να γίνει ανάλογα με τον *εντοπισμό της βλάβης* στον εγκέφαλο και περιλαμβάνει δύο τύπους: τους πυραμιδικούς και τους *εξωπυραμιδικούς*. (Harris C. James,1998:129-130).

Μια άλλη ταξινόμηση που μπορούμε να εξετάσουμε, αφορά το *μέρος του σώματος* που επηρεάζεται και η Ε.Π. μπορεί να διακριθεί σε :

- *Μονοπληγία,*
- *διπληγία,*
- *τριπληγία,*
- *τετραπληγία,*
- *ημιπληγία* και (Peacock Jubith,2000:15)
- *παραπληγία.*

Μια τελευταία ταξινόμηση που περιγράφει την *κατάσταση* των περιστατικών με Ε.Π., διακρίνεται σε *ήπια, μέτρια* και *σοβαρή*. (Falvo Donna,2005:57).

## **ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ**

### **ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ**

Σπαστικότητα σημαίνει ακαμψία ή συμπίεση των μυών. Οι μύες είναι δύσκαμπτοι επειδή το μήνυμα, για να κινηθούν μεταδίδεται σ' αυτούς ανακριβές, μέσω του επηρεασμένου μέρους του εγκεφάλου. Όταν οι άνθρωποι χωρίς Ε.Π. θέλουν να εκτελέσουν μια εκούσια κίνηση, μερικές ομάδες μυών γίνονται σφιχτότεροι και μερικές χαλαρώνουν σύμφωνα με μια σειρά οδηγιών που δίδονται από τον εγκέφαλο. Στην σπαστική Ε.Π. οι οδηγίες αυτές είναι μπερδεμένες και οι δύο αυτές ομάδες μυών γίνονται σφιχτότερες με αποτέλεσμα να καθιστά την κίνηση δύσκολη ή αδύνατη. Η σπαστική Ε.Π. είναι ο πιο συχνός τύπος που εμφανίζεται. (Gilman Anne Laura,2001:9).

Άλλα αποτελέσματα της σπαστικότητας μπορούν να αποτελέσουν οι συσπάσεις, η επηρεασμένη κίνηση, ο διαταραγμένος ύπνος και ο πόνος που όλα αυτά αποτελούν τη βάση για πολλές θεραπευτικές επεμβάσεις. (Singer S. Harvey, Kossoff H. Eric, Hartman L. Adam, Crawford O. Thomas,2005)

Επιπρόσθετα άλλα προβλήματα που συνοδεύουν τη σπαστική Ε.Π. είναι οι επιληψίες, οι οποίες είναι πολύ συχνές σε αυτόν τον τύπο, οι αναπνευστικές δυσκολίες, προβλήματα αντίληψης και αισθήσεων καθώς επίσης και νοητικά προβλήματα που ποικίλουν. (Levitt Sophie,2001:12)

### **ΑΘΕΤΩΣΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ - ΑΘΕΤΩΣΗ**

Σήμερα οι ειδικοί χρησιμοποιούν τον όρο αθέτωση όλο και λιγότερο. Ο όρος αυτός περιγράφει το συνδυασμό δυστονία και χορείας στους ασθενείς με Ε.Π. (Jankovic Joseph, Tolosa Eduardo,2007:243)

Η αθέτωση έχει επιπτώσεις σε πολύ λιγότερα παιδιά με Ε.Π. και προκαλείται από βλάβη των βασικών γαγγλίων, τα οποία είναι υπεύθυνα για την οργάνωση της κινητικής δραστηριότητας του σώματος. Είναι πιθανό να εμφανίσουν μορφασμούς στο πρόσωπο, δυσκολία στη ομιλία, σιελόρροια κ.α. (Gulliford Ronald, Upton Graham,1992:151-153). Επίσης ο ασθενής μπορεί να εκτελεί άσκοπες κινήσεις που

γίνονται εντονότερες όταν εκφοβίζεται ή είναι ενθουσιασμένος. Οι συσπάσεις είναι ασυνήθιστες ενώ ο μυϊκός τόνος δεν μπορεί να αυξηθεί.

Το ποσοστό που κατείχε δεκαετίες πριν η αθετωσική Ε.Π. είναι της τάξεως των 25% περίπου των περιστατικών. (Lovell W. Wood, Winter B, Raymond T. Morrissy, Stuard L. Weinstein,2006:553). Συχνά δεν είναι προφανής μέχρι την παιδική ηλικία και οι αιτίες που την προκαλούν είναι ο συνδυασμός υποξίας, προωρότητας και υπερχολερυθριναιμίας. (Kautman Myland David,2007:415-416)

Η *χορεία* χαρακτηρίζεται από "χορευτικές" ακούσιες κινήσεις οι οποίες είναι γρήγορες και ανώμαλες. Επιπρόσθετα στα άτομα με χορεία παρουσιάζεται και υποτονία, κινητική καθυστέρηση και ακούσιες κινήσεις. (Sawle Guy,1999)

Η *δυστονία* χαρακτηρίζεται από αργό, μακρύ-συνεχή έλεγχο, ακούσιες κινήσεις και στάσεις. Επίσης παρουσιάζει εκτενής ομο-σύσπαση των ανταγωνιστών μυών κατά τη διάρκεια εκούσιας κίνησης και αυθόρμητους σπασμούς της ομο-συστολής. Η αθετωσική δυστονία χαρακτηρίζεται από τον αργό ρυθμό στην κίνηση ενώ η μυοκλονική δυστονία από τα ακούσια, γρήγορα τραντάγματα (δυστονικοί σπασμοί). (Brazis W. Paul, Masdeu C. Jose, Biller Jose,2007:430-431)

## ΑΤΑΞΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ – ΑΤΑΞΙΑ

Αταξία είναι ο γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον ανώμαλο συντονισμό των κινήσεων. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της αταξίας είναι τα ελλείμματα στην ομιλία, στο εύρος και στη δύναμη της κίνησης καθώς επίσης και στην κατευθυντική ακρίβεια.

Οι διαταραχές που μπορεί να προκαλέσει η αταξία είναι οι εξής:

- *Δυσμετρία*: παρουσιάζεται ανακριβές εύρος κίνησης και τοποθέτηση της δύναμης σε λάθος μέρος και απεικονίζει της εξασθένιση στο συγχρονισμό της δύναμης των μυών.
- *Φαινόμενο αναπήδησης*: στη διαταραχή αυτή το άτομο παρουσιάζει έλλειψη ελέγχου, δυσλειτουργία ανάμεσα σε αγωνιστές και ανταγωνιστές μύες όπως και αδυναμία στο να σταματήσει μια κίνηση που εκτελεί, όταν του ζητηθεί.
- *Δυσδιαδοχικησία*: αυτός ο όρος περιγράφει τη δυσκολία εκτέλεσης γρήγορων και εναλλασσόμενων κινήσεων. Αναφέρεται στη ανωμαλία που

παρατηρείται όταν το άτομο εκτελεί γρήγορες και εναλλασσόμενες κινήσεις όπως για παράδειγμα το επαναλαμβανόμενο τρύπημα.

- *Τρόμος*: είναι ταλαντευτική κίνηση που γίνεται κατά τη διάρκεια συστολής αγωνιστών και ανταγωνιστών μυών κυρίως κατά την κίνηση των άκρων και όχι του υπόλοιπου κορμού. Παρατηρείται κυρίως κατά το τέλος της κίνησης και παρουσιάζεται δυσκολία στον έλεγχο κατά της προσπάθειας επιβράδυνσης της κίνησης.
- *Δυσενεργεία*: η αποκαλούμενη "αποσύνθεση της κίνησης" καταδεικνύει μια έλλειψη συνεργασίας αγωνιστών, ανταγωνιστών καθώς και άλλων συνεργών μυών με συνέπεια την απουσία της κανονικής, ομαλής, διαδοχικής απόδοσης των διαφόρων συστατικών μιας δράσης.
- *Δυσρθρία*: στην διαταραχή της ομιλίας τα σύμβολα άρθρωσης είναι κανονικά αλλά οι μηχανικές πτυχές είναι εξασθενημένες. Η ομιλία είναι αργή με παρατεταμένες συλλαβές (ομιλία ανίχνευσης). Μπορεί επίσης να υπάρχει και έλλειψη συντονισμού αναπνοής και αρθρωτικών μυών.
- *Νυσταγμός*: είναι η ρυθμική κίνηση των ματιών. Είναι ένα σημάδι προθλαμιαίας δυσλειτουργίας και όταν είναι συνδεδεμένη με μονομερές τραύμα, το μάτι μπορεί να εκτραπεί προς την πλευρά του τραύματος. (Carr Janet, Shepherd Roberta, 1998:209-212)

## ΥΠΟΤΟΝΙΑ

Η υποτονική Ε.Π. είναι ένας κοινός όρος και χαρακτηρίζεται από την γενικευμένη μυϊκή υποτονία που εμμένει πέρα από τα 2 με 3 χρόνια. (Menkes H. John, Sarnat B. Harvey, Maria L. Bernard, 2006:403-403). Στην υποτονία πρέπει να δώσουμε βάση στις συσπάσεις και στις παραμορφώσεις γιατί μπορούν να μας δώσουν λανθασμένη εντύπωση ότι πρόκειται για σπαστική Ε.Π.. Στην υποτονική Ε.Π. η υποτονία εμμένει και η διανοητική καθυστέρηση είναι πάντα παρούσα. (Baird W. Henry, Gordon C. Eleanora, 1983:109)

## ΥΠΕΡΤΟΝΙΑ

Υπερτονία είναι μια δυσκαμψία αλλά ορισμένες φορές, σε αθετωσικούς τετραπληγικούς μπορεί να παρουσιαστεί και σπαστικότητα. Αρκετές φορές είναι πιθανό να παρατηρηθούν διακυμάνσεις της τονικότητας ανάλογα με τις αλλαγές της διάθεσης και του συναισθήματος. (Levitt Sophie,2001:13)

## ΤΡΟΜΟΣ

Ως τρόμο ορίζουμε τις ακούσιες, ρυθμικές, μικρούς εύρους κινήσεις που έχουν συχνότητα 2-3 δευτερόλεπτα. Ο τρόμος διακρίνεται σε δύο κατηγορίες τον σπαστικό και τον σκόπιμο. Ο στατικός τρόμος παρουσιάζεται όταν ο ασθενής δεν προσπαθεί να κάνει καμία κίνηση, συνήθως όταν είναι ξαπλωμένος ή κάθεται άνετα και αισθάνεται ασφάλεια. Ο δε σκόπιμος τρόμος παρατηρείται κατά την εκούσια προσπάθεια του ασθενούς και ο εντοπισμός της βλάβης είναι το εξωπυραμιδικό σύστημα. (Αποστολόπουλος Τ.,1975:44).

## ΠΥΡΑΜΙΔΙΚΗ – ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις μορφές της Ε.Π. που παρατηρούνται ανάλογα με το που έχει εντοπιστεί η βλάβη.

Πυραμιδική	Εξωπυραμιδική
Σπαστική διπληγία	Αθέτωση
Σπαστική τετραπληγία	Αταξία
Σπαστική ημιπληγία	

(Panteliadis P. Christos, Hans-Michael Strassburg,2004:19)

*ΜΟΝΟΠΛΗΓΙΑ*: στη μορφή αυτή επηρεάζεται ένα άκρο (πόδι ή χέρι). (Peacock Jubith,2000:15)

*ΔΙΠΠΛΗΓΙΑ*: αναφέρεται στη συμμετοχή και των δύο κάτω άκρων. (David B. Ronald, 2005:462-465)

*ΤΡΙΠΛΗΓΙΑ*: στην τριπληγία έχουν επηρεαστεί τρία άκρα. (Peacock Jubith,2000:15)

*ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑ*: αφορά τη δυσλειτουργία όλων των άκρων, άνω και κάτω.

*ΗΜΠΛΗΓΙΑ*: αναφέρεται σε άτομα με μονομερή κινητική δυσλειτουργία. Μια ασυνήθιστη κατάσταση η οποία ονομάζεται διπλή ημιπληγία εμφανίζεται όταν τα άνω άκρα "συμμετέχουν" περισσότερο απ' ό,τι τα κάτω. (David B. Ronald, 2005:462-465)

*ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑ*: είναι η μορφή αυτή που έχει σχέση με τη δυσλειτουργία των κάτω άκρων. (Falvo Donna,2005:57)

*ΗΠΙΑ Ε.Π.*: σ' αυτή τη μορφή επηρεάζεται η λεπτή κινητικότητα των ασθενών.

*ΜΕΤΡΙΑ Ε.Π.*: η κινητικότητα των μυών, η λεπτή κινητικότητα καθώς επίσης και η σαφήνεια της ομιλίας είναι κάποιες από τις επιπτώσεις της μέτρια Ε.Π.. Επιπρόσθετα οι δραστηριότητες της καθημερινότητας και της επικοινωνίας είναι σαφώς επηρεασμένες αλλά το άτομο είναι ακόμη λειτουργικό.

*ΣΟΒΑΡΗ Ε.Π.*: η σοβαρή Ε.Π. λειτουργεί αρνητικά στη βάδιση, στη χρήση των χεριών, στις δραστηριότητες της καθημερινότητας καθώς και της επικοινωνίας. (Falvo Donna,2005:57).

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εξέταση ενός παιδιού με κινητικά προβλήματα έχει δύο βασικούς σκοπούς. Καταρχάς την εξέταση του παιδιού που συνοδεύεται από ένα λεπτομερές ιστορικό έτσι ώστε να επικρατεί μια ακριβής διάγνωση. Δεύτερον, επιτρέπει στον θεράποντα ιατρό να καθορίσει τις δυσκολίες του παιδιού έτσι ώστε να πετύχουμε την καλύτερη πρόγνωση αλλά και τους στόχους της θεραπείας, του παιδιού με Ε.Π.

Για την διευκόλυνση, της διαδικασίας της εξέτασης, μπορούμε να τη χωρίσουμε στους παρακάτω τομείς:

- ✓ *Απλή παρατήρηση*: όπως είναι φυσικό το παιδί είναι πιθανό να είναι φοβισμένο με την πρώτη του επίσκεψη στον γιατρό. Ο γιατρός, από την



πλευρά του, θα πρέπει να του δώσει λίγο χρόνο έτσι ώστε να συνηθίσει το περιβάλλον γύρω του. Όση ώρα το παιδί βρίσκεται στο ιατρείο ο γιατρός παρατηρεί το παιδί. Αυτή η απλή παρατήρηση του παιδιού δίνει πολλές και χρήσιμες πληροφορίες στο γιατρό. Επιπρόσθετα αν το παιδί δεν είναι συνεργάσιμο, ο γιατρός μπορεί να του δώσει παιχνίδια, ενώ ταυτόχρονα το παρακολουθεί και έχει την ευκαιρία να δημιουργήσει μια σχέση μεταξύ τους.

- ✓ *Λήψη ιστορικού:* η λήψη του ιστορικού είναι το συστατικό κλειδί στην αξιολόγηση του παιδιού. Παρέχει πολλές και χρήσιμες πληροφορίες για τη διάγνωση. Ο γιατρός γίνεται γνώστης των προσδοκιών αλλά και των απογοητεύσεων των γονέων. Παίρνει πληροφορίες σχετικά με την εγκυμοσύνη, τη γέννηση, το βάρος του παιδιού, τις καθημερινές του δραστηριότητες, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένεια κ.α. Ακόμη η λήψη του ιστορικού παρέχει το χρόνο και την ευκαιρία ώστε να δημιουργηθεί μια σχέση κατανόησης μεταξύ οικογένειας και γιατρού. Ο στόχος είναι να αισθάνεται το παιδί αλλά και οι γονείς άνετα με αποτέλεσμα η κλινική εξέταση να είναι ακριβής. Όσο για τον γιατρό θα πρέπει να είναι ευχάριστος, να χαμογελά και να είναι όσο το δυνατόν πιο προσιτός για να τον εμπιστευτούν οι γονείς και να είναι πιο ειλικρινείς απέναντί του. (όσο αφορά τις προσδοκίες και τις απογοητεύσεις τους) .
- ✓ *Κλινική εξέταση:* η παρατήρηση των κινήσεων του παιδιού είναι ένα αρχικό στάδιο αλλά και κρίσιμο μέρος της εξέτασης. Τα απαιτούμενα εργαλεία που πρέπει να παρέχει ο γιατρός στο παιδί είναι πολύ απλά όπως παιχνίδια, μπάλα, στρογγυλές χάντρες, τριγωνικά και τετραγωνικά διαμορφωμένα αντικείμενα κ.α.. Ο γιατρός παρατηρεί το παιδί πως επεξεργάζεται όλα αυτά τα αντικείμενα που του έχουν δοθεί. Εάν το παιδί δεν είναι συνεργάσιμο, γκρινιάζει ή κλαίει τότε μπορεί να συμμετέχει και η μητέρα, για να καθησυχάσει το παιδί και να συνεχιστεί η εξέταση
- ✓ *Νευρολογική εξέταση:* η νευρολογική αξιολόγηση του νεογνού ή του παιδιού απαιτεί την επαρκή επίγνωση των νευρολογικών αναπτυξιακών σταδίων. Κατά τη διάρκεια της νευρολογικής εξέτασης ο γιατρός παρατηρεί τον προσανατολισμό αλλά και το ενδιαφέρον του παιδιού για το περιβάλλον. Επίσης εξετάζεται η βλεμματική του επαφή, αν ακολουθεί αντικείμενα, την εγρήγορση του, τη δυνατότητα υπακοής σε απλές εντολές κ.α. Η διάγνωση της οπτικής και ακουστικής αντίληψης στα νήπια είναι εύκολη. Φωνάζουμε

το παιδί όταν δεν μας κοιτάει ή χτυπάμε τα χέρια μας πίσω του για να προσέξουμε την απάντηση. Εάν φαίνεται ότι το παιδί δεν ακούει τότε εξετάζονται τα αυτιά του για κερί ή τυχόν μολύνσεις. Κάθε παιδί με Ε.Π. πρέπει να υποβληθεί σε λεπτομερές οφθαλμολογικές και ακουολογικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Οι εξετάσεις αυτές θα πρέπει να επαναλαμβάνονται ετησίως μέχρι τη σχολική ηλικία. Στην νευρολογική εξέταση συμπεριλαμβάνεται, επίσης και η εξέταση της δύναμης των μυών αλλά και του ελέγχου αυτών. Παιδιά με Ε.Π. δεν μπορούν να εκτελέσουν ακούσιες κινήσεις ή να χαλαρώσουν τους μυς τους. Για παράδειγμα όταν ένα παιδί με Ε.Π. θέλει να εκτίνει τον αγκώνα του ακούσια κινεί ολόκληρο το βραχίονά του. Αυτό αποδίδεται στην έλλειψη ελέγχου που καθιστά αδύνατο να καθορίσει τη δύναμη των μυών. Ο γιατρός παρατηρεί τη δύναμη των μυών με προσοχή όταν, για παράδειγμα, το παιδί ρίχνει μια μπάλα. Τέλος εξετάζεται, ακόμη και ο μυϊκός τόνος όπου το παιδί πρέπει να είναι ήρεμο για να γίνει σωστή αξιολόγηση.

✚ **ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ:** η διαφορική διάγνωση πρέπει να διακρίνει την Ε.Π. από τις άλλες προοδευτικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Η διανοητική καθυστέρηση, ο αυτισμός και άλλες μη κινητικές αναπηρίες όπως η τύφλωση και οι συναισθηματικές διαταραχές προκαλούν κινητική καθυστέρηση. Τα γνωστικά προβλήματα είναι κυρίαρχα σ' αυτές τις διαταραχές εκτός από τη τύφλωση. Αντίθετα τα κινητικά προβλήματα παρουσιάζονται στην Ε.Π.. Όλα τα παιδιά με πιθανή κινητική καθυστέρηση πρέπει να αξιολογούνται από παιδονευρολόγο για την ακριβή διάγνωση. Οι απεικονιστικές μέθοδοι βοηθάνε τον γιατρό στον εντοπισμό της εγκεφαλικής βλάβης, για να διαφοροποιήσει τα προοδευτικά νευρολογικά σύνδρομα. Για παράδειγμα ο CT τομογράφος είναι χρήσιμος στη διάγνωση της ενδοκρανιακής αιμορραγίας στο νεογνό. (Nadire Berker, Selim Yalcin,2003:15-17)

## ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ

Πολλά μπορεί να είναι τα προβλήματα που μπορεί να συνοδεύουν την Ε.Π.. Μερικά από αυτά τα προβλήματα παρουσιάζονται παρακάτω.

### ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Τα παιδιά με Ε.Π. είναι πιθανότερο, από άλλα παιδιά, να έχουν μια κρίση ή ένα σπασμό κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτό μπορεί να συμβεί στο μισό περίπου πληθυσμό με Ε.Π.. Μερικά μωρά εμφανίζουν νεογνικούς σπασμούς. Επίσης ένας αριθμός περιστατικών με Ε.Π. μπορεί να έχουν μια ή περισσότερες κρίσεις στην πρώιμη παιδική ηλικία χωρίς όμως σοβαρές συνέπειες.

Γενικά, οι κρίσεις μπορούν να διαιρεθούν σε δύο ομάδες: στις ακαθόριστες ή γενικευμένες κρίσεις. Στην μια ομάδα το σώμα τρέμει και το παιδί χάνει τις αισθήσεις του ενώ στην άλλη υπάρχει μια συνοπτική στιγμή απώλειας της συνείδησης που μπορεί να συνδέεται και με την κίνηση των ματιών, και που μπορεί οι άνθρωποι να μην γνωρίζουν ότι εμφανίζεται η κρίση.

Όσο αναφορά τη θεραπεία, υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία φαρμάκων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διαφορετικούς τύπους κρίσεων, που μπορεί να εμφανιστούν. Μερικά είναι αποτελεσματικά για ένα τύπο σπασμών και μερικά για κάποιον άλλο. Γενικά, όμως, είναι καλό να αποφεύγεται η χρήση αντιεπιληπτικών φαρμάκων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μερικά άλλα φάρμακα, είναι γνωστά για την παρεμπόδιση της λειτουργίας του εγκεφάλου, ιδιαίτερα στα παιδιά με εγκεφαλική δυσλειτουργία. Είναι γενικός κανόνας να αποφεύγεται, όσο το δυνατόν περισσότερο, ο συνδυασμός δύο ή τριών φαρμάκων. Αυτά τα φάρμακα πρέπει να δοκιμάζονται μεμονωμένα και διαδοχικά, πριν χρησιμοποιηθούν δύο ή περισσότερα φάρμακα σε συνδυασμό.

### ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

Ένα μικρό ποσοστό στην Ε.Π. παρουσιάζουν βλάβη στα νεύρα, που συνδέουν το μάτι με το μέρος του εγκεφάλου, το οποίο είναι υπεύθυνο για την ερμηνεία των οπτικών ερεθισμάτων. Πολλά παιδιά με Ε.Π. εμφανίζουν στραβισμό και αυτό είναι

πιθανό να εμφανιστεί μέχρι και στο μισό πληθυσμό. Ο στραβισμός απαιτεί προσοχή και διορθώνεται με χειρουργική επέμβαση. Όταν υπάρχει μια ανικανότητα, πρέπει να αντιμετωπίζεται όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα. Επομένως τα παιδιά με Ε.Π. πρέπει να έχουν μια σωστή αξιολόγηση της όρασης από τον οφθαλμίατρο. (Finnie R Nancie,1997:12-13)

## **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ**

Τα προβλήματα ακοής εμφανίζονται σε περίπου 12% των περιστατικών με Ε.Π. Εμφανίζονται συχνότερα όταν η αιτιολογία της συσχετίζεται με το χαμηλό βάρος γέννησης, με νεογνική μηνιγγίτιδα κ.α. Τα παιδιά με Ε.Π. που έχουν διανοητική καθυστέρηση διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για προβλήματα ακοής. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι τα μισά παιδιά έχουν βρεθεί να έχουν σύμφυτη απώλεια ακοής. (Ronald B. David,2009:442)

## **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΛΩΣΣΑΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ**

Η γλώσσα είναι ο τρόπος που σκεφτόμαστε, ο εσωτερικός συμβολισμός της σκέψης ενώ η ομιλία είναι ένας τρόπος έκφρασης όταν επιθυμούμε να επικοινωνήσουμε. Υπάρχουν και άλλοι τρόποι ή μέσα για να εκφράσουμε την εσωτερική μας γλώσσα όπως π.χ. το γράψιμο. Αυτό που είναι σημαντικό, είναι να έχουμε εσωτερική γλώσσα αλλά και ένα καλό μέσο για να την εκφράσουμε. Μερικά παιδιά με Ε.Π. έχουν μεγάλη δυσκολία στην κίνηση των μυών που ελέγχουν την λειτουργία της ομιλίας. Αυτό είναι ιδιαίτερα κοινό στα παιδιά με αθετωσική μορφή, τα οποία να μεν έχουν πολύ καλή εσωτερική γλώσσα και ξέρουν ακριβώς τι θέλουν να πουν αλλά δεν μπορούν να το πουν. Σε αρκετά παιδιά με Ε.Π. η ανάπτυξη την ομιλίας και της γλώσσας καθυστερεί. (Finnie R Nancie,1997:12)

## **ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ**

Τα παιδιά με Ε.Π. μπορούν να υπόκεινται είτε σε οξείες είτε σε χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες ανάλογα με τη φύση και την έκταση της νευρολογικής και ανατομικής λειτουργίας. Οι χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες περιλαμβάνουν την επαναλαμβανόμενη πνευμονία, την βρογχιεκτασία και την περιορισμένη ασθένεια των πνευμόνων. Η σκολίωση, που εμφανίζεται σε παιδιά με σπαστική τετραπληγία, μπορεί επίσης να παρεμποδίσει την αναπνοή.

## **ΣΙΤΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗ**

Η δυσλειτουργία της σίτισης και της κατάποσης είναι συχνό φαινόμενο στα παιδιά με μέτρια ή σοβαρή Ε.Π., ειδικά εκείνα με σπαστική τετραπληγία. Έρευνες έχουν δείξει ότι η λειτουργία της σίτισης στην Ε.Π. συνδέεται με την εξασθενημένη υγεία και τη θεραπευτική στάση. Επίσης τα πιο συχνά προβλήματα που παρουσιάζονται είναι η δυσφαγία, η γαστροεισοφαγική παλινδρόμηση και/ή δυσκοιλιότητα.

## **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Τα πιο κοινά συμπεριφορικά προβλήματα είναι: η εξάρτηση, η υπερκινητικότητα κ.α. Δεν είναι ασυνήθιστο για τα παιδιά με Ε.Π. να γίνουν εξαρτώμενα άτομα από τους φροντιστές τους γιατί τους εμπιστεύονται και ξέρουν τις ανάγκες τους όπως τη διατροφή, την προσωπική υγιεινή κ.α. Άλλα προβλήματα συμπεριφοράς που συνδέονται με την Ε.Π. είναι οι φτωχές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, η δυσκολία στην αποδοχή της αλλαγής, άλλες αντιδράσεις που μπορεί να προέρχονται από γνωστικά ή/και επικοινωνιακά ελλείμματα κ.α.

## **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Τα άτομα με Ε.Π. μπορεί επίσης να καταδείξουν μια ευρεία ποικιλία επικοινωνιακών διαταραχών. Η πιο κοινή λεκτική διαταραχή είναι η δυσarthρία.

Άλλες λεκτικές διαταραχές μπορούν επίσης να είναι παρούσες και σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές όπως π.χ. ένα άτομο μπορεί να παρουσιάσει δυσαρθρία και δυσπραξία. Γλωσσικά προβλήματα μπορεί να είναι συχνά όπως η καθυστερημένη γλωσσική ανάπτυξη, συγκεκριμένα γλωσσικά προβλήματα κ.α. (Workinger Seif Marilyn,2005:8-9)

## **ΣΙΕΛΟΡΡΟΙΑ**

Τα προβλήματα της σιελόρροιας μπορεί να είναι υπεύθυνα για σοβαρές δερματικούς ερεθισμούς αλλά μεγαλύτερης σημασίας είναι η δυσάρεστη αισθητική επίδρασή του. Οι περισσότερες μελέτες στην Ε.Π. προτείνουν ότι η αιτία του προβλήματος είναι η δυσλειτουργία των μυών. Οι φλοροσκοπικές μελέτες παρουσιάζουν ατελέσφορη και ανεπαρκή μηχανισμό κατάποσης. Ανεπιθύμητες παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν είναι η αυξανόμενη δυσκολία στην κατάποση των τροφών κ.α.

## **ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

Η φτωχή διατροφή μπορεί, επίσης να αποτελέσει ένα σοβαρό πρόβλημα. Διάφορες μελέτες αναφέρουν τη μειωμένη αύξηση βάρους και ύψους σε παιδιά με σοβαρή σπαστική και αθροιστική Ε.Π. Αυτά τα προβλήματα δημιουργούν διάφορα ερωτήματα όπως για παράδειγμα πως θα πρέπει να παρέχεται η επαρκής και κατάλληλη τροφή ή αν αυτή η τροφή που παρέχεται θα συμβάλει στην αύξηση του βάρους και του ύψους. Άλλες πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η σίτιση με σωληνάκι ή η παρεντερική οδηγούν σε μια σημαντική αύξηση του ύψους και του βάρους σε μερικούς ασθενείς. (David B Ronald,2005:471)

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ**

Οι δυσκολίες στην αναπνευστική λειτουργία αλλά και στην κινητικότητα των οργάνων της ομιλίας και της φώνησης μπορούν να επηρεάσουν το ρυθμό της ομιλίας και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, πολλές φορές, να επηρεάζεται και η καταληπτότητα του ασθενούς.

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ**

Αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται συνήθως όταν συνυπάρχουν και άλλες δυσλειτουργίες όπως η νοητική υστέρηση, διάφοροι τύποι αντιληπτικών διαταραχών κ.α.

### **ΠΑΡΕΣΗ ΜΥΩΝ**

Πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου εμφανίζονται παρέσεις στα όργανα της ομιλίας (γλώσσα, χείλη, υπερώα, γνάθος, παρειές). Τα προβλήματα τα οποία μπορούν να εμφανιστούν είναι πολλά και μερικά από αυτά είναι τα παρακάτω: μειωμένη κινητικότητα της γλώσσας, των χειλιών, της γνάθου και των παρειών. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην εμφάνιση διαφόρων σοβαρών προβλημάτων στην ομιλία και στη σίτιση. (Αινωλίδου Ε., Αντωνιάδης Γ., Μεσσήνης Λ., 2001:40-42)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup>

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν και δεν είναι ακόμη δυνατόν να έχουμε μια πλήρης θεραπεία για τη διαγνωσθείσα Ε.Π., με την υιοθέτηση ορισμένων μεθόδων, μπορούμε να βοηθήσουμε τα παιδιά με Ε.Π. να διαχειρίζονται και να ελέγχουν τα προβλήματά τους, όσο το δυνατόν περισσότερο. Δεδομένου ότι η Ε.Π. αποτελεί μια ομάδα διαταραχών και η θεραπεία θα είναι ανάλογη με την ομάδα αυτή. Εντούτοις, ανάλογα με τα συμπεράσματα της διάγνωσης, της γενικής αξιολόγησης αλλά και της διαθέσιμης θεραπείας μπορούμε να δοκιμάσουμε ένα συγκεκριμένο πλάνο για κάθε παιδί. (Mangal S. K., 2007:376)

Για τα άτομα που πάσχουν από Ε.Π. η αποκατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο στην επανάκτηση της λειτουργίας τους. Οι διάφορες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της φυσικοθεραπείας, της εργοθεραπείας και της λογοθεραπείας, είναι στις περισσότερες περιπτώσεις απαραίτητες για την αποκατάσταση. Επίσης μια άλλη πτυχή της αποκατάστασης που πρέπει να δίδεται μεγάλη σημασία είναι η διεπιστημονική ομάδα. (Frontera R. Walter, Silver K. Julia, Rizzo D. Thomas, 2008:632)

### ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι κινητικές βλάβες, που συνδέονται με την Ε.Π., είναι τέτοιες που η φυσικοθεραπεία είναι συχνά μια από τις πρώτες παρεμβάσεις που συνιστώνται. (Gage R James, Schwartz H. Michael, Koop E. Steven, Novacheck F. Tom, 2009:315) Η φυσικοθεραπεία πραγματοποιείται υπό την επίβλεψη και την καθοδήγηση του φυσικοθεραπευτή, ειδικός για την κίνηση και τις διαταραχές αυτής. Με τη βοήθεια κάποιων συγκεκριμένων σωματικών ασκήσεων και σταθερή ενθάρρυνση, ο φυσικοθεραπευτής συνεργάζεται με το εκάστοτε περιστατικό για το επίτευγμα των ακόλουθων τριών αντικειμένων:

- να αποτραπεί η αποδυνάμωση ή η επιδείνωση των μυών (που μπορεί να ακολουθήσει και απουσία χρήσης αυτών: ατροφία),
- να βελτιωθεί η κινητική ανάπτυξη, όσο το δυνατόν περισσότερο,



- να μην γίνουν οι μύες άκαμπτοι και σταθεροί.

Η φυσικοθεραπεία, για τα άτομα με Ε.Π., είναι στην πραγματικότητα μια μακροχρόνια βοήθεια που παρέχεται για την προώθηση της λειτουργικής κινητικότητάς τους. Κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας, η φυσικοθεραπεία εστιάζει κυρίως στην βελτίωση της κινητικότητας του παιδιού. Στα μετέπειτα χρόνια, στη σχολική ηλικία και στην ενήλικη ζωή, η εστίαση μετατοπίζεται στην προετοιμασία για τις σχολικής αλλά και για της ενεργής ζωής καταστάσεις, βοηθώντας το να επιτύχει, όσο το δυνατόν περισσότερο, τη λειτουργική κινητικότητα όσο αφορά την εκμάθηση και τη χρήση δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και επικοινωνίας. (Mangal S. K., 2007:376-377)

## **ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η εργοθεραπεία στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας των χεριών και γενικά των άνω άκρων, μέσω του παιχνιδιού και της σκόπιμης δραστηριότητας. Υπάρχουν καθορισμένες συστηματικές μέθοδοι για την εργοθεραπεία. Συνήθως η εργοθεραπεία ξεκινά όταν το παιδί μπορεί να τρώει μόνο του με το κουτάλι και να παίζει με τα παιχνίδια. Διδάσκονται στο παιδί δραστηριότητες κατάλληλες για την ηλικία του όπως το ντύσιμο, του βούρτσισμα των δοντιών κ.α. Το παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται να βοηθά σε διάφορες δραστηριότητες ακόμη και αν είναι αδύνατο να αποδώσει ανεξάρτητο. Το παιχνίδι βελτιώνει τη διανοητική ικανότητα και παρέχει ψυχολογική ικανοποίηση. Επιπρόσθετα, το οργανωμένο παιχνίδι μπορεί να δώσει πληροφορίες για τα προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν στην αδρή και λεπτή κινητικότητα. Για παράδειγμα η χρήση ενός παιχνιδιού με μορφή αλόγου μπορεί να βελτιώσει τη μετατόπιση του βάρους πέρα από τη λεκάνη, η ταλάντευση μπορεί να βελτιώσει την αίσθηση της κίνησης κ.α.. Η χρήση ενός αλόγου είναι ευεργετική για το παιδί από πολλές απόψεις. Μπορεί να βελτιώσει την ισορροπία αλλά και τη στάση του σώματος. ( Kulkarn GS,2008:3487) Τέλος η εργοθεραπεία συμβάλει στην βελτίωση του προσανατολισμού, της μνήμης, της αλληλουχίας, του επιπέδου διέγερσης, της πλευρίωσης, της κοινωνικής συμπεριφοράς κ.α. (Stanley Paul, Orchanian P. David,2003:43-44).

## ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική άσκηση στο νερό, γνωστή και ως υδροθεραπεία είναι ο πιο γρήγορος και ασφαλής τρόπος για την αποκατάσταση. Η υδροθεραπεία είναι γνωστή ακόμα από τον πατέρα της ιατρικής, τον Ιπποκράτη. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποιούσε ζεστό ή κρύο νερό για τη θεραπεία διάφορων παθήσεων όπως παραλύσεων, ρευματισμών κ.α. Σήμερα οι φυσικοθεραπευτές χρησιμοποιούν τη θεραπευτική δράση του νερού βασιζόμενοι στις ιδιότητες και στις αρχές του οι οποίες είναι: η άνωση, η υδροστατική πίεση, η αντίσταση του ρευστού και η θερμοκρασία.

Η άνωση βοηθά το σώμα και το αίμα να κινούνται πιο εύκολα και ελεύθερα. Η υδροστατική πίεση συμβάλει στην καλύτερη λειτουργία του λεμφικού συστήματος αλλά και της αναπνευστικής λειτουργίας. Όσο αφορά την αντίσταση του ρευστού, είναι μια ιδιότητα του νερού που δίνει τη δυνατότητα στο θεραπευτή να εφαρμόσει τη κινήσιοθεραπεία, σε αυστηρό πρόγραμμα, έτσι ώστε να έχουμε γρηγορότερα και ασφαλέστερα αποτελέσματα. Τέλος η θερμοκρασία του νερού θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 33° C και 35° C και είναι αυτή που προσφέρει μυϊκή χαλάρωση, μείωση της ευαισθησίας στον πόνο, μείωση του μυϊκού σπασμού και της σπαστικότητας.

Η υδροθεραπεία ενδείκνυται για τις παρακάτω παθήσεις: κρανιοεγκεφαλικές και αθλητικές κακώσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιαναπνευστικές παθήσεις, ορθοπεδικές και ρευματικές παθήσεις και φυσικά εγκεφαλική παράλυση. ([www.agorapress.gr-υδροθεραπεία](http://www.agorapress.gr-υδροθεραπεία), 28/08/2010)

## ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιεί την τεχνική και τη θεωρία της ψυχολογίας και μπορεί να συμπληρώσει τη φυσικοθεραπεία, τη λογοθεραπεία ή την εργοθεραπεία. Παραδείγματος χάριν η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει το κρύψιμο ενός παιχνιδιού σε ένα κιβώτιο για να μάθει το παιδί να φτάσει το παιδί στο κιβώτιο με το πιο αδύναμο χέρι. Επιπλέον σε ένα παιδί που μαθαίνει λέξεις από /β/ του δίδεται ένα αντικείμενο που αρχίζει η λέξη από /β/ (π.χ. βίδα) για να κατακτήσει τη λέξη. (Rees M. Alan,1997:387)

## ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Οι θεράποντες ιατροί συνήθως συστήνουν φαρμακευτική αγωγή για όσους έχουν επιληπτικές κρίσεις οι οποίες συνδέονται με την Ε.Π. και είναι αποτελεσματική για την παρεμπόδιση των κρίσεων. Γενικά τα χάπια δίνονται σε μεμονωμένους ασθενείς και επιλέγονται με βάση τον τύπο των κρίσεων, αφού κανένα φάρμακο δεν ελέγχει όλους τους τύπους επιληψίας. Εντούτοις, μερικοί ασθενείς με τον ίδιο τύπο κρίσεων μπορούν να αντιδρούν καλύτερα σε διαφορετικά φάρμακα και μερικά άτομα είναι πιθανό να χρειάζονται ένα συνδυασμό δύο ή περισσότερων φαρμάκων για να πετύχουν τον καλύτερο έλεγχο των κρίσεων. Φάρμακα, επίσης, μπορούν να χορηγηθούν και για τη μείωση της σπαστικότητας και κυρίως μετά από χειρουργική επέμβαση. (Rees M. Alan,1997:387). Μια άλλη φαρμακευτική αγωγή, η οποία συμβάλει στη μείωση της σπαστικότητας, είναι η έγχυση αλλαντικής τοξίνης ή ΒΟΤΟΧ. Δρα τοπικά στο μυ και τον χαλαρώνει. Η χορήγησή του γίνεται σε παιδιά άνω των 2 ετών και επαναλαμβάνεται όταν παρέλθει η δράση του. Μετά το ΒΟΤΟΧ είναι πολύ σημαντικό να ακολουθηθεί φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα για καλύτερα αποτελέσματα. ([www.handitech.gr](http://www.handitech.gr)- πληροφορίες για γονείς-η θεραπεία με ΒΟΤΟΧ, 24/08/2010). Σε ασθενείς με αθετωσική μορφή, μερικές φορές τους δίδονται φάρμακα τα οποία μειώνουν τις ανώμαλες κινήσεις. Τα φάρμακα αυτά ανήκουν σε ομάδα η οποία είναι υπεύθυνη για τη μείωση της δραστηριότητας της ακετυλοχολίνη. Η ακετυλοχολίνη είναι χημικός αγγελιοφόρος που βοηθά μερικά εγκεφαλικά κύτταρα να επικοινωνήσουν μεταξύ τους και προκαλούν συστολή των μυών. (Rees M. Alan,1997:387).

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η χειρουργική επέμβαση είναι μια άλλη μορφή θεραπείας που χρησιμοποιείται στην Ε.Π. Είναι χρήσιμη σε μερικές περιπτώσεις σε άλλες όμως όχι. Η χειρουργική επέμβαση, πολλές φορές μπορεί να κάνει πολύ χειρότερη την κατάσταση του ασθενούς απ'ότι ήταν στην αρχή. Χειρουργικές και στατιστικές μελέτες, τα τελευταία είκοσι χρόνια, έχουν δείξει ότι η χειρουργική επέμβαση, γενικά είναι απογοητευτική στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. (Soden H. William,2007:119)

Η χειρουργική επέμβαση ακολουθείται για να αποφευχθούν τυχόν παραμορφώσεις, οι οποίες είναι πιθανό να εμφανιστούν. Είναι πολύ σημαντικό να γίνεται στην κατάλληλη ηλικία αλλά και να ακολουθείται φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα πριν και μετά το χειρουργείο. ([www.handitech.gr](http://www.handitech.gr)- πληροφόρηση για γονείς - η θεραπεία με ΒΟΤΟΧ, 24/08/2010)

## **ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ**

Τα βοηθήματα χρησιμεύουν για την καλύτερη ποιότητα της ζωής αλλά και για τις φυσιολογικές θέσεις και κινήσεις. Βασικός κανόνας για την επιλογή του κατάλληλου βοηθήματος είναι το γεγονός ότι πρέπει να προσαρμόζεται στον ασθενή και όχι ο ασθενής σ' αυτό. Η επιλογή του γίνεται σε συνεργασία με το επιστημονικό προσωπικό καθώς επίσης και με αυτούς που τα εμπορεύονται. Θα πρέπει να γίνεται δοκιμή πριν από την αγορά διότι το λάθος βοήθημα μπορεί να δημιουργήσει ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Η έγκαιρη χρήση είναι απαραίτητη και αυτοί οι οποίοι είναι αρμόδιοι να υποδείξουν πότε και ποιο βοήθημα είναι κατάλληλο, είναι οι θεραπευτές. Μερικά από τα βοηθήματα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι ορθοστάτες, τα αμαξίδια, τα ειδικά καθίσματα, οι περιπατητήρες, τα ορθωτικά βοηθήματα κ.α. ([www.handitech.gr](http://www.handitech.gr) – πληροφορίες για γονείς – τα βοηθήματα – 24/08/2010)

## **ΙΠΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η θεραπεία που χρησιμοποιεί την οδήγηση των αλόγων καλείται ιπποθεραπεία. Η ιπποθεραπεία έχει μεγάλη ιστορία στην Ευρώπη. Οι κάθετες μετακινήσεις των αλόγων θεωρούνται ότι παρέχουν το αισθητηριακό ερέθισμα για την μείωση του μυϊκού τόνου. Η μορφή της πλάτης του αλόγου βοηθά στο τέντωμα των προσαγωγών ισχύων και βελτιώνει τη θέση του κορμού. Συχνά ο θεραπευτής είναι αυτός που καθοδηγεί το άλογο εμπρός και πίσω. Η ιπποθεραπεία παρέχει ένα ευχάριστο περιβάλλον σε αντίθεση με το αποστειρωμένο δωμάτιο της θεραπείας. Μελέτες αναφέρουν τα θετικά αποτελέσματά της όπως τη μείωση της σπαστικότητας και την βελτίωση στις ρουτίνες του ύπνου και του εντέρου. Εντούτοις, τα συγκεκριμένα

οφέλη δεν είναι τεκμηριωμένα και αυτό αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο για την αναγνώριση αλλά και την επιλογή αυτής της θεραπείας. Τέλος η ιπποθεραπεία είναι μια εναλλακτική λύση η οποία μπορεί να ενσωματωθεί στο πλήρες πρόγραμμα αποκατάστασης του ασθενούς. (Freeman Miller,2007:130)



## **ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ**

Είναι γνωστό, τα τελευταία χρόνια, ότι το αίμα του πλακούντα περιέχει κύτταρα τα οποία μπορούν να μετατραπούν σε νευρικά. Η καταστροφή των νευρικών κυττάρων είναι η αιτία της Ε.Π., άρα η θεραπεία της είναι η αναγέννηση αυτών των κυττάρων. Έτσι οι πρώτες μελέτες άρχισαν στην Αιματολογική Κλινική του Πανεπιστημίου του Duke, όπου χρησιμοποιούσαν βλαστοκύτταρα του αίματος του ομφάλιου λώρου για τη θεραπεία αιματολογικών ασθενειών και αποδείχθηκε ότι μέρος αυτών εντοπίστηκε στον εγκέφαλο των παιδιών. Τα αποτελέσματα των μελετών έδειξαν βελτίωση στην επικοινωνία, στην ομιλία, στην κινητικότητα αλλά και στη σπαστικότητα των παιδιών. Η επιλογή των παιδιών έγινε με βάση την ηλικία (έως τριών ετών) αλλά και με το εάν διέθεταν κρυοσυντηρημένα βλαστοκύτταρα από το αίμα του δικού τους πλακούντα. (Ελευθεροτυπία)

## ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ

Η αισθητηριακή ολοκλήρωση αποτελεί ένα εννοιολογικό πρότυπο της πρακτικής θεραπείας που αναπτύχθηκε αρχικά από μια εργοθεραπεύτρια, την Jean Ayres στη δεκαετία του '60. Η Ayres εστίασε στις νευρολογικές διαδικασίες που επιτρέπουν στο άτομο να δεχθεί και να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες από το σώμα και το περιβάλλον του για να παράγει την οργανωμένη κινητική συμπεριφορά. (Ayres,1972, Fisher and Bundy,1992:41-42)

Η προσέγγιση της αισθητηριακής ολοκλήρωσης είναι βασισμένη στην υπόθεση ότι η εκμάθηση εξαρτάται από τη δυνατότητα της αποδοχής των αισθητηριακών πληροφοριών από το περιβάλλον (συμπεριλαμβανομένων αιθουσαίων ιδιοδεκτικών, οπτικών, ακουστικών και απτικών ερεθισμάτων) για να ενσωματωθούν αυτές οι αισθητηριακές εισαγωγές μέσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.). Έτσι το Κ.Ν.Σ. θα είναι ικανό να χρησιμοποιήσει αυτές τις πληροφορίες που είναι υπεύθυνες για τον προγραμματισμό και την οργάνωση της συμπεριφοράς. (Mayston Margaret).

Η χρήση της αισθητηριακής ολοκλήρωσης έχει προσαρμοστεί στα παιδιά και στους ενήλικες με νευρολογικές ανωμαλίες, συμπεριλαμβανομένου την Ε.Π. και έχει συνδυαστεί επίσης με την νευροαναπτυξιακή προσέγγιση. (Blance,1995:43). Δεδομένου ότι ένας σημαντικός αριθμός παιδιών με Ε.Π. έχει επηρεασμένες τις αισθητηριακές λειτουργίες, η αισθητηριακή ολοκλήρωση μπορεί και είναι χρήσιμη στο να επιτρέψει στο παιδί να κερδίσει και να επεξεργαστεί τις αισθητηριακές πληροφορίες καλύτερα και επομένως να ενισχύσει τη λειτουργικότητά τους. (Mayston Margaret:44)

Η αισθητηριακή ολοκλήρωση αποτελεί μια αυτό-οργανωμένη δραστηριότητα του ατόμου η οποία αλληλεπιδρά μέσα σε ένα περιβαλλοντικό πλαίσιο. Το άτομο λαμβάνει και οργανώνει τις αισθητηριακές πληροφορίες μέσω των αλληλεπιδράσεων του με το περιβάλλον. Ταυτόχρονα η αισθητηριακή ολοκλήρωση καθοδηγεί και σε μία τελική φάση, τοποθετεί μαζικά όλες τις αισθητηριακές εισαγωγές των ατόμων σε μία ολοκληρωμένη λειτουργία του εγκεφάλου. Έτσι όταν οι λειτουργίες του εγκεφάλου είναι ολοκληρωμένες και ισορροπημένες, αισθητικοκινητικά, οι κινήσεις του σώματος είναι υψηλά ευπροσάρμοστες, η εκμάθηση είναι εύκολη και η καλή συμπεριφορά αποτελεί μια φυσική έκβαση. (Ayres,1979:45)

## **ΤΕΧΝΙΚΗ BOBATH**

### **Neurodevelopmental Treatment Approach (NDT)**

Η τεχνική Bobath αναπτύχθηκε στη Αγγλία στη δεκαετία του '40 και του '50 από το Δρ. και την κ. Bobath, βασισμένη στην κατανόηση της νευρολογικής ανάπτυξης αλλά και την εμπειρία τους πάνω στη θεραπεία παιδιών. Η τεχνική αυτή έχει γίνει η ευρύτερα χρησιμοποιημένη θεραπεία παγκοσμίως, λόγω των καλών ανεπτυγμένων εννοιών αλλά και της σαφούς λογικής προσέγγισης. Με βάση την κατανόηση της ανάπτυξης η τεχνική εστιάζει πρώτον στη διόρθωση του ανώμαλου τόνου, δεύτερον στα ανώμαλα πρωτόγονα αντανακλαστικά, μέσω της χρήσης της επαναλαμβανόμενης υποκίνησης και τέλος ο τρίτος στόχος είναι η χρήση αυτόματων αντιδράσεων. Έναντι άλλων θεραπειών. Η τεχνική Bobath έχει σημαντικά και λειτουργικά κέρδη.

## **ΤΕΧΝΙΚΗ ROOD**

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '50, στις ΗΠΑ, η Margaret Rood ανέπτυξε την αισθητικο-κινητική προσέγγιση ή αλλιώς τεχνική Rood. Η κ. Rood εκπαιδεύτηκε ως φυσικοθεραπεύτρια αλλά και ως εργοθεραπεύτρια. Όπως και η τεχνική Bobath έτσι και η τεχνική Rood βασίστηκε στην κατανόηση της νευροκινητικής ανάπτυξης και αναπτύχθηκαν περίπου το ίδιο χρονικό διάστημα. Ο γενικός στόχος είναι να ενεργοποιηθεί η κίνηση σε αυτόματο επίπεδο όπως ενεργοποιείται και στα φυσιολογικά άτομα. Η τεχνική χρησιμοποιεί μια σειρά οκτώ, σαφώς καθορισμένων, αναπτυξιακών σχεδίων και εφαρμόζεται ευρέως σε παιδιά με Ε.Π. εντούτοις δεν υπάρχει καμία έκθεση που να τεκμηριώνει συγκεκριμένα την αποτελεσματικότητά της.

## **ΤΕΧΝΙΚΗ AYERS**

Αυτή η τεχνική αναπτύχθηκε στη δεκαετία του '70 από την A.J. Ayers η οποία εκπαιδεύτηκε ως εργοθεραπεύτρια. Ο βασικός στόχος της θεραπείας αυτής, τεχνικώς είναι να διδαχθούν τα παιδιά πώς να ενσωματώσουν την αισθητηριακή

ανατροφοδότηση αλλά και την παραγωγή χρήσιμων και σκόπιμων κινητικών απαντήσεων. Η εκπαίδευση των γονέων αναγνωρίζεται ως σημαντική πτυχή της θεραπείας αυτής, βοηθώντας τους να κατανοήσουν τα προβλήματα των παιδιών τους.

### **ΤΕΧΝΙΚΗ VOJTA**

Η θεραπευτική τεχνική Vojta αναπτύχθηκε στην Τσεχοσλοβακία κατά τη διάρκεια την δεκαετίας του '50 και '60 από το Δρ. Vojta. Αυτή η προσέγγιση εφαρμόστηκε σε νήπια και ο στόχος ήταν να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης Ε.Π. αλλά και η επίδραση και η σοβαρότητά της σε εκείνους που παρουσίασαν τα συμπτώματά της. Η θεραπεία θα πρέπει να γίνεται καθημερινά με τη βοήθεια της οικογένειας και περισσότερο όφελος παρουσιάζεται στο πρώτο και δεύτερο έτος ζωής. Η τεχνική Vojta συνεχίζει να ασκείται στην Ευρώπη και στην Ιαπωνία και συνδυάζεται μερικές φορές με το βελονισμό. Στο Βορρά και στη Νότια Αφρική χρησιμοποιείται λιγότερο.

### **ΤΕΧΝΙΚΗ PETO**

Η τεχνική Peto αναπτύχθηκε στη Βουδαπέστη και στην Ουγγαρία στη δεκαετία του '40 και του '50 από τον Αντρέα Peto ως εκπαιδευτική τεχνική για τα παιδιά με Ε.Π. Στη Βόρεια Αμερική και στην υπόλοιπη Ευρώπη αντιμετωπίζεται ως φυσικοθεραπεία. Η τεχνική βασίστηκε στην εκπαίδευση αρχών οι οποίες εστίαζαν στη συνεχή επανάληψη κινητικών δραστηριοτήτων που τα παιδιά δεν μπορούσαν να εκτελέσουν μόνα τους. Η συνεχή επανάληψη βοηθούσε τα παιδιά να κινούνται ανεξάρτητα, όσο το δυνατόν περισσότερο. Επίσης χρησιμοποιούνται συσκευές για να βοηθήσουν τη στάση, το περπάτημα ακόμα και τις δραστηριότητες καθίσματος. Οι μελέτες της αποτελεσματικότητας αυτής της τεχνικής έδειξαν ότι είναι ίση με τα τυποποιημένα προγράμματα θεραπείας ή μπορεί να είναι ελαφρώς καλύτερη στις κινητικές δεξιότητες.



## **ΤΕΧΝΙΚΗ DOMAN-DELACATO**

Ο φυσικοθεραπευτής G. Doman και οι εκπαιδευτικοί R. Doman και C. Delacato ανέπτυξαν την τεχνική Doman-Delacato. Ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής στη διάρκεια της δεκαετίας του '60 και '70, στην Καλιφόρνια και σε περιοχές της Φιλαδέλφειας, όπου υπήρχαν ειδικά κέντρα. Για τη θεραπεία αυτή δεν υπάρχει καμιά επιστημονική ένδειξη ότι μπορεί να παράγει τα απαιτούμενα οφέλη. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δέκα ετών, η θεραπεία είχε σχεδόν εξαφανιστεί, ακόμη και σε περιοχές της Φιλαδέλφειας που ήταν το τελευταίο της φρούριο. Πολύ λίγα, αυτής της προσέγγισης, μπορούν να εφαρμοστούν λειτουργικά, εκτός εάν χρησιμοποιηθούν ως παράδειγμα για να παρουσιαστούν οι βλάβες που μπορεί να προκληθούν από μία ακατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση. (Freeman Miller, 2007:118-121)

## **ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ**

Ο λογοθεραπευτής είναι ο ειδικός ο οποίος ασχολείται με την πρόληψη, τη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία των διαφόρων διαταραχών που παρουσιάζονται στο λόγο, στην ομιλία, στην φωνή και στην επικοινωνία. Είναι αυτός ο οποίος αξιολογεί τα προβλήματα και με τη βοήθεια των γονέων συμπληρώνει το πλήρες ιστορικό του παιδιού. (Ε. Αινωλίδου, Γ. Αντωνιάδης, Μεσσήνης, 2001:43-44)

Εάν το παιδί χρειάζεται λογοθεραπεία θα πρέπει να ερωτηθεί πρώτα ο ειδικός. Πολύ συχνά τα σχολεία δεν έχουν τη δυνατότητα παραπομπής σε κάποιον ειδικό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι γονείς πρέπει να έρθουν σε επαφή με το πλησιέστερο κέντρο αποκατάστασης. Γενικά η λογοθεραπεία βοηθάει το παιδί να διορθώσει και να ελαττώσει τα προβλήματα άρθρωσης. Επίσης μειώνεται και ο τραυλισμός όσο το δυνατόν περισσότερο. (Jampala Madhu Bala, Digumarti Bhaskara R., 2004:65-66)

Στις περιπτώσεις όπου τα περιστατικά δεν έχουν λόγο, έχουμε μόνο μη λεκτική επικοινωνία, τότε ο λογοθεραπευτής μπορεί να διδάξει άλλους τρόπους επικοινωνίας. Για παράδειγμα μπορεί το περιστατικό να μάθει να χρησιμοποιεί τα χέρια του ή να κουνά τα μάτια του όταν θέλει να επικοινωνήσει με κάποιον. Ένας πίνακας συμβόλων ή ένα ηλεκτρονικό συνθεσάιζερ, είναι μερικές από τις ειδικές συσκευές

που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εναλλακτική επικοινωνία. (Peacock Jubith,2000:32)

## **ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ**

### ***ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ***

Μόλις καθοριστεί η αιτιολογία των προβλημάτων σίτισης και κατάποσης, αποφασίζεται η θεραπεία. Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι της θεραπείας περιλαμβάνουν:

- Την ασφαλή σίτιση,
- Την αποδοτικότερη και ευχάριστη σίτιση για το παιδί και τον συνοδό του.

Εάν ο γενικός μυϊκός τόνος του και οι ανώμαλες κινήσεις παρεμποδίζουν την επαρκή θέση, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, πρέπει να ρυθμίζονται με τις διαβουλεύσεις του φυσικοθεραπευτή ή του εργοθεραπευτή. Για το παιδί με σοβαρή σπαστικότητα, θα ήταν επωφελές να περάσει ένα μικρό χρονικό διάστημα, προετοιμάζοντάς το για τη σίτιση, χρησιμοποιώντας τεχνικές για να μειωθεί ο μυϊκός τόνος. Εάν ο μυϊκός τόνος λειτουργεί αρνητικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορεί να είναι απαραίτητο να γίνουν κάποια διαλλείματα έτσι ώστε να μειωθεί (ο μυϊκός τόνος) ή να τροποποιηθεί η θέση του παιδιού. Ιδανικά, ένα παιδί πρέπει να καθίσει κατακόρυφα ή να ξαπλώσει ελαφρώς με αρκετή υποστήριξη για να επιτρέπεται η εστίασή του/της στο φαγητό παρά στην πάλη με τη βαρύτητα ή τις ανώμαλες κινήσεις.

Ο μυϊκός τόνος επηρεάζει, επίσης και την κίνηση της γλώσσας, των χειλιών και των σαγονιών. Τεχνικές όπως το χαμόγελο ή το σούφρωμα των χειλιών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθεί ο μυϊκός τόνος. Επίσης η προφορική υποκίνησης αλλά και η γενικευμένη μείωση του τόνου των μυών βοηθούν τον ασθενή.

Όσον αφορά τη σίτιση, μερικές φορές, η αντικατάσταση η τροποποίηση στα εργαλεία του ασθενή μπορεί να συμβάλουν στην αύξηση της αποδοτικότητας αλλά και της ασφαλέστερης σίτισης. Κουτάλια, για παράδειγμα, φτιαγμένα από σκληρό πλαστικό μπορεί να είναι ιδανικά για τη λήψη σωστών ποσοτήτων τροφής αλλά και

αποφυγή αντανακλαστικών δαγκώματος. Επιπλέον, είναι διαθέσιμα στην αγορά φλιτζάνια που επιτρέπουν την εισροή μικρών ποσοτήτων υγρών στο στόμα. Για μερικά παιδιά τα οποία δεν μπορούν να πίνουν από φλιτζάνι ή από ποτήρι (και έχουν περάσει κατά πολύ την ηλικία του απογαλακτισμού) κατάλληλος και εναλλακτικός τρόπος, για την πόση, είναι το μπουκάλι.

Μερικά παιδιά αντιμετωπίζουν δυσκολία στην μάσηση κρέατος ή άλλων ειδών τροφών. Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι οι δεξιότητες σίτισης δεν είναι ακόμα σε αναπτυξιακό στάδιο που να επιτρέπει την ασφαλή και αποδοτική σίτιση αυτών των τροφών. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να συστηθούν τα κατάλληλα τρόφιμα ή η κατάλληλη προετοιμασία των τροφίμων για να έχουμε ασφαλή σίτιση. (Workinger Seif Marilyn,2005:104-110)

Για την αύξηση της κινητικότητας της γλώσσας θα πρέπει να γίνουν διάφορες ασκήσεις. Αρχικά ο λογοθεραπευτής ζητά από τον ασθενή να βγάλει τη γλώσσα του έξω και να την ανυψώσει για 1'' όσο περισσότερο μπορεί. Μετά του ζητείτε να ανυψώσει τη γλώσσα του και προ το πίσω μέρος της υπερώας, μέσα στο στόμα. Η κάθε άσκηση επαναλαμβάνεται 4-5' για δέκα με δεκαπέντε φορές.

Για τη βελτίωση της δύναμης της γλώσσας θα πρέπει, ο λογοθεραπευτής να ζητήσει από τον ασθενή να σπρώξει, όσο περισσότερο μπορεί, με τη γλώσσα του ένα γλωσσοπίεστρο ή ένα άλλο αντικείμενο όπως γλειφιτζούρι ή το δάκτυλο , φορώντας πάντα γάντια.

Ότι έχει σχέση με τον χειρισμό του βλωμού ή άλλων υλικών μέσα στο στόμα, ο λογοθεραπευτής μπορεί να δώσει ένα μαλακό υλικό, στον ασθενή, για να μπορέσει να το χειριστεί. Το υλικό αυτό μπορεί να είναι μια μπάλα από γάζα ή ένα ειδικό λαστιχάκι. Ο ασθενής επεξεργάζεται το ένα άκρο του υλικό, κινώντας το κυκλικά μέσα στο στόμα με τη βοήθεια της γλώσσας, πιέζοντας το πάνω στα δόντια, ενώ το άλλο άκρο το κρατάει ο λογοθεραπευτής ελαφρώς.

Για να μπορέσει ο ασθενής να καταφέρει να κρατήσει το βλωμό μέσα στο στόμα θα πρέπει να τοποθετήσει ένα μικρό βλωμό στη γλώσσα και να ζητηθεί να την κινήσει χωρίς να διαλυθεί. Μετά το πέρας της διαδικασίας αυτής, ο βλωμός αποβάλλεται και γίνεται έλεγχος για τυχών παραμονής υπολειμμάτων του βλωμού μέσα στο στόμα.

Αφού κατακτηθεί η διατήρηση του βλωμού μέσα στο στόμα, στη συνέχεια θα πρέπει να γίνουν ασκήσεις για την προώθηση του βλωμού. Σε αυτήν την περίπτωση χρησιμοποιείται μια γάζα εμποτισμένη με υγρό, συνήθως χυμό, η οποία τοποθετείται στο στόμα του ασθενούς και το ένα άκρο το κρατάει ο λογοθεραπευτής ελαφρώς.

Αφού γίνει η τοποθέτηση, ο λογοθεραπευτής ζητά από τον ασθενή να σπρώξει με τη γλώσσα του, προς τα πάνω, τη γάζα έτσι ώστε να μπορεί να σπρώξει το υγρό προς τα πίσω και να γίνει η κατάποση.

Όλες οι παραπάνω ασκήσεις γίνονται εφόσον το παιδί είναι σε θέση να αντιληφθεί τι του ζητείτε κάθε φορά, αλλιώς οι ασκήσεις έχουν παθητικό χαρακτήρα. (Γ. Αντωνιάδης, Μεσσήνης, 2001:132-134)

Εάν υπάρχουν συμπεριφοριστικά ζητήματα που καταδεικνύονται από τα παιδιά και παρεμποδίζουν τη θεραπεία, πολλές φορές κρίνεται απαραίτητο να ρυθμιστούν τα συμπεριφοριστικά ζητήματα διακόπτοντας προσωρινά τη θεραπεία της σίτισης και κατάποσης.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΙΕΛΟΡΡΟΙΑΣ**

Για την αντιμετώπιση της σιελόρροιας χρειάζεται ένας συνδυασμός προσεγγίσεων που μπορούν να συμβάλουν και να μειώσουν το ποσοστό της και να καταστεί ευκολότερη η διαχείριση του ασθενούς από τους συνοδούς.

### **ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ**

Για τα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών που παρουσιάζουν ήπια σιελόρροια, προτείνεται μια συντηρητική προσέγγιση για τη διαχείρισή της. Τα παιδιά αυτά μπορεί να παρουσιάσουν μυϊκή έκλυση. Οποιοδήποτε αιτιολογικοί παράγοντες, όπως η κακή υγιεινή ή οι διευρυμένες αδενοειδείς εκβλαστήσεις, πρέπει να ρυθμιστούν όπως θα αντιμετωπίζονταν τα άτομα οποιασδήποτε ηλικίας που παρουσιάζουν σιελόρροια. Εάν η ιατρική κατάστασή τους δεν επιτρέπει τη φαρμακολογική ή χειρουργική αντιμετώπιση, κατόπιν μπορεί να υποδειχθεί ο προσδιορισμός της θέσης για τη διευκόλυνσή τους.

Όταν η στάση είναι ένας αιτιολογικός παράγοντας, τότε είναι χαρακτηριστικά εύκολο να διαχειριστεί. Ωστόσο, είναι εντελώς απίθανο ότι η αλλαγή στη στάση θα οδηγήσει στη πλήρη λύση του προβλήματος της σιελόρροιας. Πολύ συχνά, όλα τα άτομα με προβλήματα στη διαχείριση του σάλιου τους παρουσιάζουν, είτε όταν στέκονται είτε όταν κάθονται, λυγισμένη στάση με τα στόματά τους ανοικτά. Είτε στο σπίτι, είτε στο σχολείο, είτε στη δουλειά, τα άτομα αυτά επικεντρώνονται σε

υλικό που είναι επιτραπέζιο (στο επίπεδο του τραπεζιού), που απαιτείται να κοιτάζουν κάτω σε χαρτιά, παιχνίδια, συστήματα επικοινωνίας κ.α. Σε αυτή τη θέση το σάλιο μπορεί εύκολα να «φύγει» και να πέσει στην επιφάνεια εργασίας. Η καταλληλότερη θέση είναι η εξής: οι ώμοι θα πρέπει να βρίσκονται στο επίπεδο της λεκάνης και του κορμού, το κεφάλι θα πρέπει να είναι τοποθετημένο με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε τα μάτια και το στόμα να είναι μπροστά και τα πόδια να είναι αρκετά άνετα ή στο πάτωμα. Όταν ένα άτομο πρέπει να λειτουργήσει για πολλές ώρες κατά τη διάρκεια της ημέρας σε αυτή τη θέση, μπορεί να είναι συχνά απαραίτητο να βελτιώνεται η θέση του ή οι θέσεις των αντικειμένων που χρησιμοποιεί.

### *ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ*

Ένα άτομο για να πετύχει ή να διατηρήσει το κλείσιμο των χειλιών που σχετίζεται με την ανεπαρκή συνεργασία της κίνησης των χειλιών αλλά και της γλώσσας, μπορεί να το πετύχει μέσω των συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων. Οι κινητικές δεξιότητες που απαιτούνται για να διαχειριστούν το σάλιο μπορεί να είναι διαφορετικές από τις κινητικές δεξιότητες που απαιτούνται για να λάβουν την τροφή ή για να μιλήσουν. Η επιδεξιότητα που απαιτείται για την κατάποση του σάλιου είναι μεγαλύτερη από αυτή για την κατάποση των βλωμών, γιατί ο βλωμός του σάλιου είναι διαφορετικός σε μέγεθος, υφή και βάρος. Το γεγονός ότι τα παιδιά και πιθανώς οι ενήλικοι με Ε.Π. καταπίνουν με ένα ποσοστό 75%, μπορεί επίσης να συμβάλει στο πρόβλημα.

### *ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΧΕΙΛΙΩΝ*

Η συγκεκριμένη θεραπεία, η οποία εστιάζει στην επίτευξη και στη διατήρηση της χειλικής περάτωσης, μπορεί να προσφερθεί σε παιδιά και ενήλικες που είναι ικανοί να συμμετέχουν στο στόχο και να ελέγχουν για τη διατήρηση της χειλικής περάτωσης ακόμη και αν ο θεραπευτής δεν είναι παρόν. Δραστηριότητες όπως το κράτημα ενός σημείου των χειλιών (ή προσπαθώντας να κρατήσει ένα γλωσσοπίεστρο ή ένα καλαμάκι με τα χείλη του) κοιτώντας τηλεόραση ή ακούγοντας μουσική μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να αυξήσουν το χρονικό διάστημα που οι ασθενείς είναι ικανοί να διατηρήσουν τα χείλη τους κλειστά. Ο χρόνος μπορεί να μετρηθεί με ένα ρολόι ή ένα χρονόμετρο, ένα διάγραμμα της προόδου μπορεί να προετοιμαστεί και οι

ανταμοιβές μπορούν να δοθούν ανάλογα με το συμφέρον και το αναπτυξιακό επίπεδο του πελάτη. Επιπλέον, εάν η χειλική απόσυρση είναι πιθανό να προκύψει από τον ανεπαρκή προσδιορισμό της θέσης, της στάσης ή του αυξημένου μυϊκού τόνου. Ο κατάλληλος προσδιορισμός της θέσης ή τεχνικές όπως σταθερότητα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να επιτρέψουν την πιο ενεργή κίνηση των χειλιών από τον ασθενή.

### *ΩΘΗΣΗ ΣΑΓΟΝΙΩΝ*

Είναι πολύ σημαντικό, όταν προσδιοριστούν οι αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν την ώθηση των σαγονιών, να ρυθμιστούν ή να μειωθούν τα αποτελέσματα όσο το δυνατόν περισσότερο. Τεχνικές που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των σαγονιών περιγράφονται παρακάτω: (Workinger Seif Marilyn, 2005:110-116)

Εάν ο θεραπευτής είναι είτε πλάγια είτε πίσω από τον ασθενή:

- Ο θεραπευτής τοποθετεί το μέσο δάκτυλο κάτω από το σαγόني του ασθενούς και ακριβώς πίσω από το πηγούνι του.
- Ο δείκτης τοποθετείται ακριβώς κάτω από το κάτω χείλος και ο αντίχειρας στην κροταφικογναθιαία ένωση για να σταθεροποιηθεί το χέρι.
- Το μέσο δάκτυλο βοηθά ήπια την άνοδο του σαγονιού ή περιορίζει την προς τα πάνω ώθηση και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιορίσει την ισχυρή ώθηση της γλώσσας.
- Ο δείκτης μπορεί να αποτρέψει την έκταση της κεφαλής.

Εάν ο θεραπευτής κάθεται μπροστά από τον ασθενή:

- Ο θεραπευτής τοποθετεί το μέσο δάκτυλο κάτω από το σαγόني και πίσω από το πηγούνι.
- Ο δείκτης τοποθετείται στο επίπεδο της κροταφικογναθιαίας ένωσης και ο αντίχειρας τοποθετείται στο πηγούνι ακριβώς κάτω από το κάτω χείλος.
- Το μέσο δάκτυλο βοηθά στην ανοδική κίνηση του σαγονιού ή περιορίζει την προς τα πάνω ώθηση και περιορίζει και την ώθηση της γλώσσας.
- Ο δείκτης του θεραπευτή είναι αυτό το δάκτυλο που σταθεροποιεί το χέρι ενώ ο αντίχειρας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει την προς τα κάτω

κίνηση του σαγονιού, σταθεροποιεί το κάτω χείλος ή/και αποτρέπει την έκταση της κεφαλής.

Η αφή του θεραπευτή στο πρόσωπο του παιδιού πρέπει να είναι σταθερή. Ωστόσο, η διαχείριση του σαγονιού δεν πρέπει ποτέ να είναι ισχυρή. Εάν το σαγόκι είναι ανοικτό δεν πρέπει να αναγκαστεί να κλείσει. (Workinger Seif Marilyn, 2005:149-150)

### *ΩΘΗΣΗ ΓΛΩΣΣΑΣ*

Οποιοδήποτε καταστάσεις ή τύποι υποκινήσεων που αποσπών ή επιδεινώνουν των ώθηση της γλώσσας πρέπει να αναγνωρίζονται και να τροποποιούνται. Η σταθεροποίηση του σαγονιού μπορεί, μερικές φορές, να χρησιμοποιηθεί για να μειωθεί η ώθηση της γλώσσας. Άλλες τεχνικές οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση, κατά τη διάρκεια της σίτισης, είναι η χρήση κουταλιού. Αυτό γίνεται πιέζοντας τη γλώσσα, με το κουτάλι, προς τα κάτω μειώνοντας την ώθησή της. Η ίδια διαδικασία μπορεί να γίνει και με γλωσσοπίεστρο ή οδοντόβουρτσα.

### *ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΓΛΩΣΣΑ*

Υπάρχουν ασκήσεις και δραστηριότητες για την ανύψωση της γλώσσας. Η επιτυχία αυτών των ασκήσεων στηρίζεται στη γνωστική ικανότητα αυτών των ατόμων και τη δυνατότητά τους να ελέγξουν τη χειλική περάτωση, τη διαμόρφωση αλλά και την κίνηση.

### *ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ*

Τα συμπεριφοριστικά προγράμματα στοχεύουν στην αυξημένη συχνότητας της κατάποσης ή στην αυξημένη αισθητηριακή συνειδητοποίηση. Τα διάφορα προγράμματα συμπεριλαμβάνουν τη χρήση συσκευών που υπενθυμίζουν στον ασθενή να καταπιεί ή τον/την επαινεί. Η επιτυχία όλων αυτών των προγραμμάτων εξαρτάται από το κίνητρο του ασθενή ή/και του συνοδού αλλά και τη δυνατότητα του ασθενή να διατήρηση και να χρησιμοποιήσει τις στρατηγικές που μαθαίνει.

## *ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ*

Πολλοί τύποι φαρμάκων έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μείωση της σιελόρροιας. Αυτά τα φάρμακα έχουν την επιθυμητή δράση των μειωμένων εκκρίσεων ή της ξηροστομίας. Εκείνα που χρησιμοποιούνται πολύ συχνά είναι τα αντιισταμινικά και τα αντιχολινεργικά φάρμακα. Κοινές παρενέργειες που μπορεί να παρουσιαστούν είναι η κατάθλιψη, η μειωμένη ρινική έκκριση, η ταχυκαρδία και η δυσκοιλιότητα. Η χρήση φαρμάκων είναι πιθανώς το αποτελεσματικότερο εργαλείο αντιμετώπισης της σιελόρροιας και μπορεί, πολλές φορές, να μην έχει σημαντικές παρενέργειες.

## *ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ*

Οι χειρουργικές διαδικασίες περιλαμβάνουν τους διάφορους αδένες που ευθύνονται για την έκκριση του σάλιου. Στοχεύουν στη μείωση της ροής του σάλιου, δεδομένου ότι το στόμα γεμάτο σάλια παρουσιάζει προβλήματα όπως κακή στοματική υγιεινή, προβλήματα σίτισης κ.α. Η εκτομή νεύρου είναι η πιο συχνή χειρουργική αντιμετώπιση οδηγεί στη μείωση της παραγωγής σάλιου στις αρχές μετά από τη χειρουργική επέμβαση, αλλά το αποτέλεσμα δεν είναι μερικές φορές μακράς διάρκειας. Γενικά, η σιελόρροια είναι ένα σύνθετο ζήτημα για αυτό το λόγο είναι καλύτερο να ρυθμιστεί χρησιμοποιώντας μια ομαδική προσέγγιση για να καθοριστεί ποια χειρουργική επέμβαση ή επεμβάσεις είναι καταλληλότερες για πιο μακράς διάρκειας αποτελέσματα, με τις λιγότερες παρενέργειες. (Workinger Seif Marilyn,2005:110-116)

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΥΣΑΡΘΡΙΑΣ**

Η δυσαρθρία είναι μια κοινή νευρογενής γλωσσική διαταραχή. Σε μια από τις πολλές μελέτες που έγινε, το 1999 βρέθηκε ότι από τα παιδιά που διαγνώστηκαν με δυσαρθρία το 50% είχαν ένα τύπο Ε.Π., το 21% είχε κρανιοεγκεφαλική κάκωση, το 3% είχε νευρομυϊκή διαταραχή (π.χ. μυϊκή δυστροφία) και άλλο 3% δεν είχε καμία νευρολογική διάγνωση. Σε διαταραχές όπως η Ε.Π. η δυσαρθρία είναι χαρακτηριστική γλωσσική διαταραχή. (Cummings Louise,2008:142)



Ο θεραπευτής είναι αυτός που καθορίζει και επιλέγει τις κατάλληλες τεχνικές για να πετύχει τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος. Επειδή, όμως, η απόδοση των ασθενών με Ε.Π. ποικίλει σε καθημερινή βάση λόγω κούρασης, κινήτρου, αποτελέσματα μυϊκού τόνου ή άλλοι παράγοντες, ο θεραπευτής θα πρέπει να επαναξιολογεί την απόδοση του ασθενούς αρκετά συχνά και να ρυθμίζει κατάλληλα τους στόχους. Εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται θετικά σε μία τεχνική, τότε ο θεραπευτής θα πρέπει να αναλύσει την αιτία της αποτυχίας και να ρυθμίζει τη θεραπεία με μια πιο κατάλληλη τεχνική. Η συνέχιση μια θεραπείας η οποία δεν είναι επιτυχής ματαιώνει και το θεραπευτή και τον ασθενή.

Είναι πολύ σημαντικό για ένα λογοθεραπευτή να συνεργάζεται με το φυσικοθεραπευτή και τον εργοθεραπευτή για να αποφασίζουν, από κοινού για τις καλύτερες τεχνικές προσδιορισμού της θέσης και επεξεργασίας που βελτιστοποιούν τη λεκτική παραγωγή του ασθενούς. Οι ανάγκες εστιάζονται στη ρύθμιση του μυϊκού τόνου αλλά και στον έλεγχο και την ευθυγράμμιση του κεφαλιού και του κορμιού. Σε ένα παιδί με χαμηλό μυϊκό τόνο, εστιάζει στη βελτίωση της σταθερότητας, ενώ σε ένα παιδί πάρα πολύ σταθερότητα, σαν στόχος θέτεται η μείωση της σταθερότητας για να μην πιέζεται ο κορμός. Εάν ένα παιδί καταδεικνύει χαμηλό μυϊκό τόνο και δεν μπορεί να διατηρήσει το κορμό και το κεφάλι του στη σωστή θέση τότε μπορεί να είναι χρήσιμο να τοποθετηθεί σε μια ύπτια θέση για να εργαστεί στη λεκτική παραγωγή. Έτσι το παιδί δίνει την αρμόζουσα προσοχή στη λεκτική παραγωγή και όχι στη βελτίωση της αστάθειας.

Όσον αφορά την αναπνευστική λειτουργία, η σωστή θέση και στάση του κορμού είναι αυτά που συμβάλουν στην αποδοτικότερη χρήση της αναπνοής κατά τη διάρκεια της λεκτικής παραγωγής.

Η φωνητική δυσλειτουργία στα βρέφη και στα μικρά παιδιά σχετίζεται με τη μειωμένη αναπνευστική λειτουργία. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής, η κατάχρηση της φώνησης όπως το δυνατό κλάμα ή οι φωνές είναι πιθανό να γίνουν αιτίες της φωνητικής δυσλειτουργίας. Είναι σημαντικό, λοιπόν, οι γονείς να δεχτούν συμβουλές για την επικινδυνότητα τέτοιων συμπεριφορών και να προσπαθούν, όσο το δυνατόν περισσότερο, να μειώσουν αυτές τις συμπεριφορές. Εάν, όμως η φωνητική δυσλειτουργία συνδέεται με γενικευμένη υπέρταση, τότε είναι σημαντική η συνεργασία με ένα φυσικοθεραπευτή για τη μείωση του αυξημένου τόνου. Συμβουλές και υποδείξεις, πρέπει να δίνονται και στους γονείς.

Η ώθηση της γλώσσας και των σαγονιών είναι η πιο συχνή ανώμαλη κίνηση που βλέπουμε στα βρέφη και μικρά παιδιά με Ε.Π. Είναι σημαντικό, τα άτομα που φροντίζουν αυτά τα παιδιά αλλά και οι γονείς, να εστιάζουν την προσοχή τους στη μείωση αυτών των συμπεριφορών. Με αυτόν τον τρόπο το παιδί θα έχει την ευκαιρία για κανονικότερη λεκτική ικανότητα. Όσο αφορά τα χείλη, η εφαρμογή της πίεσης στα μάγουλα του παιδιού, διακόπτει τη χειλική απόσυρση και επιτρέπει στο παιδί να μιμηθεί την παραγωγή διάφορων φωνημάτων. Το παιδί θα πρέπει να διδαχθεί για να μπορέσει να χρησιμοποιήσει τις κατάλληλες χειλικές στάσεις δίνοντας προσοχή στη στάση του σώματος. Ο θεραπευτής είναι αυτός που παρακολουθεί τη στάση του παιδιού και τις κινήσεις του στόματος κατά τη διάρκεια της λεκτικής παραγωγής. Τέλος ο καθρέφτης μπορεί να φανεί χρήσιμος γιατί παρέχει την οπτική ανατροφοδότηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας. (Workinger Seif Marilyn, 2005:91-101)

Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να εστιάζει την προσοχή του στην κίνηση των μυών του προσώπου και γενικά εκείνων που συμμετέχουν στη λεκτική παραγωγή. Για την ελάττωση της υπερευαισθησίας αυτών των μυών ενδείκνυται το μασάζ εσωτερικά και εξωτερικά. Αρχικά γίνεται με το χέρι (φορώντας πάντα γάντια) και μετά με μια μαλακή οδοντόβουρτσα. Για τη διευκόλυνση της μάσησης, της κατάποσης αλλά και της άρθρωσης γίνεται μασάζ κατά μήκος της γνάθου και της γλώσσας (εξωτερικά). Τέλος για τη μείωση της σιελόρροιας θα πρέπει το παιδί να μπορεί να κλείνει σωστά το στόμα του. (Γ. Αντωνιάδης, Μεσσήνης, 2001:245)

Παρακάτω παρουσιάζονται μερικά πράγματα που μπορεί να κάνει γενικά ο λογοθεραπευτής όταν έχει να αντιμετωπίσει ένα περιστατικό με Ε.Π.:

- Προσπαθήστε να επικοινωνήσετε με το παιδί με ήχους.
- Μιλήστε αργά και ευδιάκριτα αλλά όχι με υπερβολική άρθρωση.
- Πείτε αντικείμενα γνωστών αντικειμένων ή χρωμάτων.
- Καταδείξτε και ονομάστε τα μέρη του σώματος.
- Παίξτε παιχνίδια με τη γλώσσα και τα χείλη και βάλτε το να γλείψει καραμέλα ή γλειφιτζούρι.
- Μην τελειώνετε την πρόταση αντί γι αυτόν/ην αν μπορεί να το κάνει ο/η ίδιος/α στο χρόνο του/της.
- Ερευνήστε εναλλακτικές μορφές επικοινωνίας.
- Ενθαρρύνετε το παιδί να συμμετέχει σε τραγούδια, κίνηση σώματος και παιχνίδια με τα δάκτυλα των χεριών.

- Το παιδί πρέπει να είναι σε θέση να βλέπει το πρόσωπό σας σε καλό φως κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Προσπαθήστε να είστε στο επίπεδο των ματιών του/της όσο είναι δυνατόν. (Sunder S.,2002:77)

Γονείς και θεραπευτές θα πρέπει να δώσουν βάση όχι μόνο στην αποκατάσταση των κινητικών και συνοδών προβλημάτων που παρουσιάζονται (που με την εξέλιξη της τεχνολογίας είναι ευκολότερο από ότι παλαιότερα) αλλά και στη νοητική ανάπτυξη, στην επαγγελματική εκπαίδευση και στην επαγγελματική και στην κοινωνική αποκατάσταση. Στην επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση θα πρέπει να δίδεται μεγάλη σημασία διότι ο αριθμός των παιδιών που είναι ικανά να δουλέψουν, στην ενήλικη ζωή τους, είναι αρκετά σημαντικός.

Όπως σε όλες τις διαταραχές έτσι και στην Ε.Π. η έγκαιρη διάγνωση και η παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος είναι καθοριστικά για την καλύτερη αποκατάσταση των πασχόντων. Τέλος, ο παιδίατρος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση της εξέλιξης του παιδιού αλλά και για την έγκαιρη διάγνωση. (Αποστολόπουλος Τ.,1975:295-301)

Παιδιά με νευρομυϊκά προβλήματα όπως Ε.Π., δυσαρθρία και δυσφαγία παρουσιάζουν πολλαπλές αναπηρίες. Στο παρελθόν τέτοια παιδιά παραμερίζονταν σε ιδρύματα ή ειδικά ολόημερα σχολεία. Σήμερα έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθούν κανονικές ή ειδικές τάξεις μέσα σε δημόσια σχολεία. Οι δάσκαλοι μπορούν να βοηθήσουν αυτά τα παιδιά παρέχοντας την δέουσα προσοχή (όχι όμως υπερβολική) και ζητώντας βοήθεια, αν βέβαια χρειάζεται από τους θεραπευτές.

Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιες προτάσεις για την αντιμετώπιση αυτών των παιδιών από τους δασκάλους:

- ✚ Βοηθήστε το μαθητή να προσαρμοστεί μέσα στην ομάδα και να ενσταλάξει ένα αίσθημα ένταξης. Είναι δύσκολο, για ένα μαθητή, να γίνει αποδεκτός από τους συνομήλικές του όταν μπορεί να φαίνεται διαφορετικός ή να μιλά διαφορετικά από τους άλλους.
- ✚ Να παρέχει κατανόηση και όχι συμπόνια ή οίκτο.
- ✚ Να ενθαρρύνουν και να παρέχουν ευκαιρίες στους συμμαθητές έτσι ώστε να διατηρείται επαφή και επικοινωνία με το μαθητή.
- ✚ Αναμείνετε το μαθητή για να εκτελέσει τους στόχους του που είναι μέσα στις ικανότητές του. Μην επιτρέπεται στην αναπηρία να γίνει δικαιολογία.
- ✚ Η ομιλία είναι πάντα καλύτερη όταν χαλαρώνει ο μαθητής.

- ✚ Ενισχύστε οποιασδήποτε προσαρμοσμένη εκπαίδευση που χρειάζεται όπως διάφορα τεστ, σημειώσεις, εκτυπώσεις και ότι άλλο είναι απαραίτητο.
- ✚ Τροποποιήστε το περιβάλλον για να ταιριάζει στις ικανότητες του μαθητή. Παραδείγματος χάριν, τοποθετήστε το θρανίο του μαθητή (ή άλλες συσκευές) στην πιο προσιτή θέση.
- ✚ Συχνή αναθεώρηση των ικανοτήτων εκμάθησης.
- ✚ Δίδεται βοήθεια στο παιδί να διευκολύνεται με μία οργανωμένη και επιτυχής προσέγγιση.
- ✚ Γνωρίστε οποιαδήποτε δυσλειτουργία στη μάθηση ή στην κατάποση και όπου χρειάζεται βοηθήστε με ασφαλή προσέγγιση κατά τη διάρκεια του μεσημεριανού ή πρόχειρου φαγητού.
- ✚ Ενθαρρύνεται τη συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες της τάξης, όμως επιτρέψτε την ιδιαίτερη προσοχή. Για παράδειγμα, αν ένας μαθητής δεν μπορεί να γράψει ευανάγνωστα ή να κρατήσει καλά το μολύβι είναι πιθανό να κάνει πολύ καλύτερη εργασία σε ένα άλλο τομέα, όπως στην δακτυλογράφηση στον υπολογιστή.
- ✚ Να είστε πρόθυμος να βοηθήσετε το λογοθεραπευτή στο να χρησιμοποιεί ο μαθητής τη γλώσσα και την ομιλία ή εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας καθ' όλη τη διάρκεια της σχολικής μέρας. Επίσης χρειάζεται πολύ ενθάρρυνση και αλληλεπίδραση με τους άλλους μαθητές. Η βοήθεια του δασκάλου σε αυτόν τον τομέα είναι ανεκτίμητη. (Haynes O. William, Moran J. Michael, Pindzola H. Rebekah,2006)

## ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η Ε.Π. έχει επιπτώσεις όχι μόνο στη στάση του βρέφους και του παιδιού αλλά και στην κίνηση, στις κινητικές δεξιότητες, στην ανάπτυξη των γλωσσικών δεξιοτήτων, στη γνώση και στην κοινωνικό-συναισθηματική ανάπτυξη. Κατόπιν τα παιδιά θα πρέπει αν έχουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που να εξετάζει το παιδί συνολικά και όχι μεμονωμένο μέλος ενός συστήματος

Εκτός από τις ιδιαίτερες ανάγκες που έχουν αυτά τα παιδιά, θα πρέπει να τα βλέπουμε ως μέλος μια οικογενειακής ομάδας. Ο αντίκτυπος των ιδιαίτερων αναγκών αυτών των παιδιών στους γονείς θα πρέπει να εξετάζεται στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Παρόλο που οι γονείς αναμένεται να εκτελούν τα ειδικά θεραπευτικά προγράμματα, οι επαγγελματίες πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσουν ότι τα μέλη της οικογένειας είναι πιθανό να χρειαστούν την περιοδική ανακούφιση από το φόρτο της φροντίδας των παιδιών.

Η ιατρική φροντίδα περιλαμβάνει τις υπηρεσίες ενός παιδίατρου, νευρολόγου, χειρουργού ορθοπαιδικού, οφθαλμιάτρου, φυσίατρου και άλλων ειδικοτήτων όπως ψυχολόγου ή ψυχιάτρου, ανπτυξιολόγου, διατροφολόγου, ωτορινολαρυγγολόγου, γαστρεντερολόγου κ.α. ο φυσικοθεραπευτής, ο εργοθεραπευτής και ο λογοθεραπευτής επίσης συμπεριλαμβάνονται στην διεπιστημονική ομάδα. Εάν το παιδί είναι στην πρώιμη παιδική ηλικία τότε είναι πιθανό να χρειάζεται η παρέμβαση και ενός ειδικού εκπαιδευτικού. Οι νοσοκόμες συμπεριλαμβάνονται μερικές φορές στην πρώιμη παρέμβαση όταν το παιδί καλείται ως "εύθραυστο" ή σε κίνδυνο. Η επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και των μελών της ιατρικής ομάδας είναι ζωτικής σημασίας για την καλύτερη εξέλιξη και διαβίωση του παιδιού.

Ο εργοθεραπευτής ασχολείται με τον έλεγχο της στάσης του σώματος, των κινήσεων, της λεπτής κινητικότητας και των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας όπως ντύσιμο, φαγητό, ντους και παιχνίδι. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας ο εργοθεραπευτής αναμιγνύεται περισσότερο με τον προεπαγγελματική κατάσταση και τις γραφοκινητικές δεξιότητες.

Ο λογοθεραπευτής ασχολείται με την κατάκτηση της σταθερότητας του κεφαλιού και των κινήσεων του ενάντια της βαρύτητας. Συγκεκριμένη προσοχή πρέπει να δοθεί στην ευθυγράμμιση του κεφαλιού, του κορμού και της λεκάνης προκειμένου να

βελτιωθεί η λειτουργία της αναπνοής για την ομιλία. Ο συντονισμός της αναπνοής είναι απαραίτητος για τη σίτιση και την ομιλία. Εάν η ομιλία δεν είναι δυνατή τότε ως εναλλακτικός τρόπος επικοινωνίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένας χειρονακτικός ή ηλεκτρονικός πίνακας. Στο σπίτι και στην τάξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα σύστημα χειρονομιών και σημαδιών.

Ο ψυχολόγος συμμετέχει στην ψυχολογική δοκιμασία του παιδιού όπου εξετάζονται οι γνωστικές δυνατότητες και τα ελλείμματά του. Είναι αυτός που υποβάλλει συστάσεις για την κατάλληλη εκπαίδευση του παιδιού αλλά και για την καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών του. Η ψυχολογική υποστήριξη υποδεικνύεται όταν είναι αναγκαία εάν τα συμπεριφοριστικά ή συναισθηματικά προβλήματα παρεμποδίζουν την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και της οικογένειας.

Ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει στην εντόπιση των υπηρεσιών για άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες. Μπορεί, επίσης, να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο στην καθοδήγηση και τη διδασκαλία των μελών της οικογένειας. Τέλος είναι δυνατόν να παρέχει συμβουλές αλλά και να υποστηρίξει την οικογένεια για την επίλυση περαιτέρω προβλημάτων που την απασχολούν. ( Tecklin S. Jan,2008:224-225)

Όσον αφορά τη φυσικοθεραπευτική παρέμβαση, ο φυσικοθεραπευτής είναι αυτός που ελέγχει αν το παιδί ανταποκρίνεται στις λειτουργικές του ανάγκες. Αξιολογεί τις δυνατότητες και θέτει στόχους, σε συνεργασία με το γονέα. Ο κυριότερος και βασικότερος στόχος του φυσικοθεραπευτή σε ένα παιδί με Ε.Π. είναι να το διδάξει να κινείται όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικά. (Παντελιάδης Χ., Παπαβασιλείου Α.,2002:133-135)

Ο νευρολόγος είναι αυτός που δίνει τις βασικές πληροφορίες για τον εντοπισμό, την έκταση και τη σοβαρότητα του προβλήματος. Επίσης διαχειρίζεται και άλλα νευρολογικά προβλήματα που μπορεί να συνυπάρχουν ή να εμφανιστούν ξαφνικά.

Ο χειρουργός ορθοπεδικός σε συνεργασία με το νευροχειρουργό είναι υπεύθυνος για την αποκατάσταση των ορθοπεδικών προβλημάτων.

Ο παιδίατρος ασχολείται με την παρακολούθηση του παιδιού από τη μέρα της γέννησής του και παρατηρεί την ανάπτυξή του σε όλα τα επίπεδα. (Γ. Αντωνιάδης, Μεσσήνης, 2001:34-35)

## ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ

Είναι αναμφίβολο ότι οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού σε όλα τα επίπεδα. Είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και αναπτύσσουν διαπροσωπικές σχέσεις. Είναι αυτοί οι οποίοι πρέπει να κατανοούν, να υποστηρίζουν, να αγαπούν και να προσφέρουν διάφορα αισθήματα στα παιδιά τους.

Το πρώτο συναίσθημα το οποίο κυριεύει τους γονείς, όταν γνωστοποιείται η διαταραχή του παιδιού τους είναι η άρνηση και η δυσπιστία ως προς τη διάγνωση. Δημιουργούνται απορίες για τη διαταραχή και το διάστημα το οποίο μπορεί να διαρκέσει αυτή η "φάση" μπορεί να είναι εβδομάδες ή μήνες. Θεωρούν ότι έχει γίνει λάθος στη διάγνωση, δεν εμπιστεύονται το γιατρό που τους το έχει ανακοινώσει και συνήθως θέλουν να πάρουν μια "δεύτερη γνώμη" για το παιδί τους.

Όταν ξεπεραστεί η άρνηση και η δυσπιστία, ακολουθεί το αίσθημα του φόβου αλλά και της απογοήτευσης. Οι γονείς προσπαθούν να βρουν διάφορους τρόπους για να βοηθήσουν το παιδί τους, αλλά διαπιστώνουν ότι δεν μπορούν (για να γίνει εντελώς υγιές) και απογοητεύονται. Οι απορίες που έχουν για τη διαταραχή παραμένουν και προσπαθούν με κάθε τρόπο να βρουν ποιος ευθύνεται για το πρόβλημα του παιδιού τους. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι γονείς είναι αρκετά φορτισμένοι και αυτό, πολύ συχνά, έχει σαν αποτέλεσμα να επέρχεται η κρίση ανάμεσα στο ζευγάρι. Συχνό φαινόμενο είναι και τα διαζύγια.

Μετά το φόβο και την απογοήτευση έρχεται η αποδοχή του προβλήματος. Επειδή κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός έτσι και οι αντιδράσεις του κάθε γονέα θα είναι διαφορετικές. Άλλοι γονείς μπορεί να αποδεχτούν τη διαταραχή χωρίς περαιτέρω αντιδράσεις ενώ άλλοι μπορεί να το αποδεχτούν αλλά να είναι πάντα απογοητευμένοι, να κλαίνε και να απομονώνονται από δική τους επιλογή. Ανεξάρτητα όμως με τα δικά τους συναισθήματα θα πρέπει να είναι σε θέση να επιλέγουν τρόπους για να αντιμετωπίζουν τα διάφορα προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν. (Παντελιάδης Χ., Παπαβασιλείου Α., 2002:219-220)

Τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού (ειδικότερα το πρώτο έτος) παίζουν σημαντικό ρόλο και είναι αυτά που καθορίζουν το μέλλον του. Γι αυτό το λόγο η αντιμετώπιση των παιδιών από τους γονείς θα πρέπει να είναι αρκετά προσεκτικοί. Για παράδειγμα, οι γονείς δε θα πρέπει να προστατεύουν πάρα πολύ το παιδί τους,

γιατί δεν θα καταφέρει ποτέ να μάθει τις βασικές κινήσεις για να προστατεύσει τον εαυτό του. Βέβαια χρειάζεται την υποστήριξη και την καθοδήγηση αλλά μόνο όταν αυτό είναι απαραίτητο για να μπορεί το παιδί να έχει ευκαιρία να κάνει κάτι μόνο του.

Ένα άλλο σημαντικό κομμάτι στην ανάπτυξη του παιδιού είναι η διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. Οι γονείς θα πρέπει να μάθουν στο παιδί να ενδιαφέρεται για τα προβλήματα των άλλων, να τους βοηθά και γενικά να προσπαθεί να κάνει διάφορα πράγματα μόνο του έστω και αν είναι μικρά. Αν το παιδί δεν μπορεί να κάνει απολύτως τίποτα, θα πρέπει έστω να ενδιαφέρεται για τους άλλους. Οι γονείς πρέπει να αποφεύγουν να έχουν τα παιδιά τους στο κέντρο της προσοχής και να προσπαθούν να μην γίνονται όλα από τους άλλους.

Σημαντικός παράγοντας για τα παιδιά με Ε.Π. είναι η γνώση και η κατανόηση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους. Είναι φυσικό τα πρώτα χρόνια να είναι και πιο δύσκολα, αν όμως είναι σε θέση να παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα από μικρή ηλικία τότε τα θετικά αποτελέσματα είναι συνήθως περισσότερα. Αν τα παιδιά αυτά γνωρίζουν τι μπορούν και τι δεν μπορούν να κάνουν θα είναι ευκολότερο να προσαρμοστούν στο κοινωνικό σύνολο και να γίνουν αποδεκτά από τους συνανθρώπους τους. (Σταυροπούλου-Τζαβάρα Λυδία,2003:142-145)

Οι γονείς είναι αναγκαίο να είναι σε θέση να προσαρμόζονται σε νέα προβλήματα που είναι πιθανό να εμφανιστούν ανά πάσα στιγμή. Θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν το θεραπευτικό πρόγραμμα και γενικά την καθημερινότητά τους. (Αποστολόπουλος Γ.,1975:301-303)

Τα υπόλοιπα παιδιά τα οποία μπορεί να υπάρχουν στην οικογένεια δεν θα πρέπει να φορτώνονται με ευθύνες για να ξεκουράσουν ή να βοηθήσουν τους γονείς. Μπορούν όμως να ασχολούνται με θεραπευτικά παιχνίδια βοηθώντας συγχρόνως τα αδέρφια τους. (Levitt Sophie,2001:82-83,85-86)

Σημαντικοί παράγοντες στην αποκατάσταση αυτών των παιδιών είναι η οικονομική και κοινωνική κατάσταση της οικογένειας. Αν μια οικογένεια έχει ένα χαμηλό εισόδημα και έχει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της Ε.Π. μπορεί κανείς να φανταστεί πόσο δύσκολα ακόμη γίνονται τα πράγματα. Επίσης αν μία τέτοια οικογένεια ζει σε ένα χωριό ή μια απομακρυσμένη περιοχή έχει να αντιμετωπίσει και το πρόβλημα του εντοπισμού και την εύρεση θεραπειών ή κέντρου αποκατάστασης. Η κατάσταση, όμως, είναι εντελώς διαφορετική σε μία οικογένεια με κοινωνική και οικονομική επιφάνεια. Τα πράγματα γι αυτούς είναι εντελώς διαφορετικά, πιο



εύκολα, αλλά το πρόβλημα παραμένει. (Παντελιάδης Χ., Παπαβασιλείου Α.,2002:224-225)

Παρακάτω παρουσιάζονται κάποια πράγματα που μπορούν να κάνουν οι γονείς για παιδιά με Ε.Π.:

- ✓ Να μαθαίνουν στα παιδιά τους να επιμένουν και να έχουν ψυχική δύναμη και αν αποτύχουν να προσπαθούν ξανά.
- ✓ Να συζητούν με τα παιδιά τους για τις διάφορες ανησυχίες που μπορεί να έχουν και να τα ακούνε με προσοχή.
- ✓ Να τους προσφέρουν συχνά αγάπη και ενδιαφέρον έτσι ώστε τα παιδιά να αισθάνονται αποδεκτά.
- ✓ Να τα διδάσκουν να βοηθούν, όσο μπορούν, και να νοιάζονται για τους άλλους.
- ✓ Να τονίζουν ότι το σχολείο προσφέρει γνώση και μάθηση και δεν είναι απλά μια καθημερινή ρουτίνα.
- ✓ Να τους μαθαίνουν να ενταχθούν έγκαιρα στην κοινωνία και να γίνουν όσο πιο ενεργά μέλη γίνεται.
- ✓ Να ξέρουν ότι είναι ισότιμα μέλη της οικογένειας.
- ✓ Να φροντίζουν να απασχολούνται όσο το δυνατόν περισσότερο για να έχουν το αίσθημα της ικανοποίησης και να μην νιώθουν πλήξη και απογοήτευση. (Παπαϊωάννου- Σταυροπούλου Ντέμη,2003:207-209)

## *ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ*

Η συνεργασία γονέων και θεραπειών είναι απαραίτητη για την οργάνωση αλλά και την εφαρμογή των θεραπευτικών προγραμμάτων. Οι θεραπευτές θα πρέπει να ενημερώνουν λεπτομερώς τους γονείς ότι αφορά το παιδί τους ούτως ώστε να είναι γνώστες των καταστάσεων που αντιμετωπίζουν ή θα αντιμετωπίσουν. Και οι γονείς όμως από τη δική τους πλευρά θα πρέπει να αναφέρονται συχνά στη γενική εικόνα του παιδιού στο σπίτι (συνήθειες, δεξιότητες, δραστηριότητες, συνθήκες διαβίωσης κ.α.)

Με αυτόν τον τρόπο γονείς και θεραπευτές δημιουργούν μια σχέση-επαφή που πρέπει να υπάρχει έτσι ώστε να μπορεί να εμπιστευτεί ο ένας τον άλλο. Οι θεραπευτές θα πρέπει να δείχνουν την κατανόηση τους αλλά και να βοηθούν τους

γονείς για τις απαραίτητες πληροφορίες ή οτιδήποτε άλλο που να αφορά το παιδί. Οφείλουν να εξηγούν τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος και να δίνουν οδηγίες για το σπίτι. Όμως και οι γονείς, από την πλευρά του, θα είναι καλό να εφαρμόζουν τις οδηγίες των θεραπειών στο σπίτι για καλύτερα αποτελέσματα. (Παπαϊωάννου- Σταυροπούλου Ντέμη,2003:144-146)

Οι θεραπευτές μέσα από τις εμπειρίες τους είναι ικανοί να κατανοήσουν τη συναισθηματική κατάσταση των γονέων. Έτσι θα πρέπει να στηρίζουν τους γονείς όταν το χρειάζονται και να συζητούν τα γονεϊκά προβλήματα με την ομάδα ή ειδικό ψυχοθεραπευτή, αν είναι αναγκαίο. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσουν να χειριστούν και να καθοδηγήσουν τους γονείς καλύτερα. (Levitt Sophie,2001:82-83,85-86)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της παραπάνω εργασίας ήταν να παρουσιαστεί το πρόβλημα της Ε.Π., η θεραπεία που ακολουθείται καθώς επίσης και να παρουσιαστεί το περιστατικό.

Η Ε.Π. είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία προκαλείται από διάφορες προγεννητικές, περιγεννητικές και μεταγεννητικές αιτίες. Οι μορφές της Ε.Π. είναι αρκετές και η καθεμία έχει τα δικά της χαρακτηριστικά. Τα παιδιά με Ε.Π. έχουν να αντιμετωπίσουν πολλά προβλήματα, όπως το πρόβλημα της αστάθειας και της κινητικότητα τα οποία είναι πολύ σημαντικά για ένα παιδί. Τα συγκεκριμένα παιδιά μεγαλώνοντας δεν κουβαλούν μόνο τα κινητικό-αισθητικά ελλείμματα αλλά και ένα μεγάλο ψυχολογικό φορτίο. Αντιθέτως από τα υγιή παιδιά της ίδιας ηλικίας που είναι ικανά να τρέχουν, να πηδήξουν, να αγκαλιάσουν, να ανεβοκατεβούν σκάλες και να παίζουν με ένα παιχνίδι.

Όσον αφορά το λόγο τους, τα προβλήματα είναι που αντιμετωπίζουν είναι αρκετά σοβαρά. Η παράλυση των νεύρων και των μυών, η δυσαρθρία, η σιελόρροια, τα προβλήματα σίτισης και κατάποσης καθώς επίσης και τα αρθρωτικά προβλήματα είναι ενδεικτικά μερικά από αυτά. Η παράλυση και τα προβλήματα σίτισης και κατάποσης αντιμετωπίζονται με λογοθεραπευτικό μασάζ και με διάφορες ασκήσεις με οδοντόβουρτσα ή ειδικά λαστιχάκια με παθητικό ή ενεργητικό χαρακτήρα. Η σιελόρροια αντιμετωπίζεται και αυτή με μασάζ (εσωτερικό και εξωτερικό) ή χειρουργικά. Όσον αφορά της δυσαρθρία και τα αρθρωτικά προβλήματα χρειάζεται έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να έχει την κατάλληλη εμπειρία για να αντιμετωπίσει ένα περιστατικό με Ε.Π.. Θα πρέπει, επίσης, να έχει κάποιες βασικές γνώσεις για τις στάσεις και τις θέσεις του σώματος ή να ακολουθεί οδηγίες που μπορεί να πάρει από ένα φυσικοθεραπευτή ή έναν εργοθεραπευτή. Με αυτό τον τρόπο το περιστατικό, κατά τη διάρκεια της θεραπείας κάθεται ή στέκεται σωστά.

Η διεπιστημονική ομάδα είναι πολύ σημαντική διότι είναι αυτή που καθορίζει το θεραπευτικό πρόγραμμα που πρέπει να ακολουθεί το περιστατικό για να έχει τα καλύτερα αποτελέσματα. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία και κατανόηση μεταξύ των μελών της.

Οι γονείς των παιδιών με Ε.Π. είναι αυτοί οι οποίοι έχουν πολλές ευθύνες αλλά και προβλήματα. Πρέπει να αντιμετωπίσουν την καθημερινότητα όπως για

παράδειγμα τη μετακίνηση του παιδιού στη θεραπεία (και είναι πιο δύσκολο αν έχει ειδικό αμαξίδιο) τη φροντίδα της οικογένειας και των άλλων παιδιών, αν υπάρχουν, αλλά και τον εαυτό τους. Πολλοί γονείς είναι πιθανό να νιώθουν ενοχές για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους, άλλοι όμως μπορεί να το έχουν αποδεχθεί και άλλοι ναι μεν να το έχουν αποδεχθεί αλλά να νιώθουν θλίψη και απογοήτευση σε όλη τους τη ζωή.

Το περιστατικό που παρουσιάστηκε στην πτυχιακή πάσχει από σπαστική διπληγία αλλά έχει να αντιμετωπίσει και άλλα προβλήματα όπως ο στραβισμός, αρθρωτικά προβλήματα κ.α. Είναι σημαντικό που ακολουθεί κατά γράμμα το πρόγραμμά του και η μέχρι τώρα πορεία του στο κινητικό και γλωσσικό κομμάτι έχει πολύ καλή εξέλιξη.

Όπως σε όλες τις διαταραχές έτσι και στην Ε.Π. είναι απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη αλλά και η καλύτερη θεραπεία είναι η έγκαιρη διάγνωση.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ο Δημήτρης είναι 5,6 ετών με ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον. Πάσχει από σπαστική διπληγία εξαιτίας Ε.Π. Ζει με την οικογένεια του σε μια επαρχιακή πόλη. Ο Δημήτρης έχει ξεκινήσει φέτος τα νήπια και είναι πολύ χαρούμενος με το γεγονός αυτό.

### *ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ*

Ο Δημήτρης ζει με την οικογένειά του και τον αδερφό του ο οποίος είναι 10 ετών. Ο μπαμπάς του Δημήτρη δουλεύει ενώ η μαμά δεν εργάζεται. Ο μπαμπάς του λόγω της δουλείας του λείπει αρκετές ώρες από το σπίτι.

Η μαμά είναι αυτή που ασχολείται με την πρόοδο του Δημήτρη και με τη βοήθεια του άλλου παιδιού της οικογένειας, όσο βέβαια μπορούν. Είναι αυτή που αναλαμβάνει τη μεταφορά του Δημήτρη στο σχολείο αλλά και στις θεραπείες του. Η μητέρα είναι αρκετά συνεργάσιμη με όλους τους θεραπευτές, ακολουθώντας πάντα τις οδηγίες που δίνονται για το σπίτι.

Σε γενικές γραμμές ο Δημήτρης είναι ένα πολύ ευχάριστο και κοινωνικό παιδί. Η κοινωνική του συναλλαγή και η συναισθηματική του επαφή είναι αρκετά καλές. Η κοινωνικοποίησή του και η αποδοχή του από τα άλλα παιδιά στο σχολείο, παρά τα κινητικά του προβλήματα, βοήθησε τη δασκάλα και τον ίδιο να έρθει σε επαφή με τα άλλα παιδιά.

### *ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ*

Ο Δημήτρης γεννήθηκε πρόωρος με καισαρική τομή, ύστερα από κύηση 30 εβδομάδων. Μετά από τη γέννηση χρειάστηκε να νοσηλευτεί στη ΜΕΝ (Μονάδα Εντατικής Νεογνών) για 25 ημέρες λόγω λοίμωξης και αναπνευστικής δυσχέρειας που παρουσιάστηκαν. Κατά την παραμονή του στη ΜΕΝ του χορηγήθηκε αντιβίωση.

Η σίτισή του ήταν αρκετά ικανοποιητική σε αντίθεση με την κίνησή του. Ύστερα από μια εξέταση ρουτίνας του παιδίατρου στο 5<sup>ο</sup> περίπου μήνα συστήθηκε η εξέταση του και από παιδονευρολόγο, ο οποίος ζήτησε να γίνει μαγνητική τομογραφία (MRI).

Ο έλεγχος της κεφαλής του υπολείπονταν από το φυσιολογικό, δεν μπορούσε να καθίσει ούτε να περπατήσει χωρίς τη βοήθεια κάποιου. Μέχρι και τον Σεπτέμβριο του 2010 έχουν γίνει δύο εγχύσεις με αλλαντική τοξίνη (BOTOX).

## *ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ*

Σε γενικές γραμμές ο Δημήτρης είναι πολύ ευχάριστος. Όμως παρουσιάζει και αρκετές δυσκολίες. Κάποιες από αυτές παρουσιάζονται παρακάτω. Δυσκολεύεται να περιμένει, αρνείται να συνεργαστεί όταν δεν γίνεται αυτό που θέλει αυτός, το παιχνίδι του είναι φτωχό, έχει γρήγορες αλλαγές στα θέματά του και παρουσιάζει αρκετή μεγάλη διάσπαση προσοχής.

## *ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ*

Ο Δημήτρης αξιολογήθηκε από φυσικοθεραπευτή για πρώτη φορά τον Ιανουάριο του 2007. Ως αρχικός στόχος ορίστηκε η βελτίωση της όρθιας στάσης του, να καθίσει στον ποπό του και να μπορέσει να περπατήσει με βοηθητικό μέσο.

Η επόμενη επαναξιολόγηση έγινε το 2008 όπου η βελτίωση ήταν αρκετά εμφανής. Πλέον μπορούσε να καθίσει στον ποπό του και χρησιμοποιούσε ναρθηκάκια τα οποία άλλαξαν την κινητική του κατάσταση. Μπορούσε και χρησιμοποιούσε πρόσθιο περιπατητήρα, τον οποίο έσπρωχνε αρκετά καλά. Υποστηριζόμενος κατάφερε να κάνει πλάγια βήματα ενώ προσπαθούσε να σταθεί όρθιος μόνος τους, για δευτερόλεπτα όμως. Το καλοκαίρι του 2008 έγινε έγχυση αλλαντική τοξίνη (BOTOX)

Το 2009, έγινε και τρίτη αξιολόγηση από το φυσικοθεραπευτή. Φαινόταν να είναι πιο συνεργάσιμος από ότι ήταν πριν, έχοντας πλέον συνηθίσει το θεραπευτή και το περιβάλλον. Έκανε πλάγια βήματα, ενώ μπορούσε να αλλάξει μικρά βήματα χρησιμοποιώντας κνημοποδικούς νάρθηκες. Κατάφερε να στηριχθεί μόνος του όρθιος, χωρίς τους νάρθηκες, φορώντας τα παπούτσια του για λίγα δευτερόλεπτα.

Η αξιολόγηση του 2010 βρίσκει το Δημήτρη σε αρκετά πιο καλή κατάσταση. Συνεχίζει να φορά τους κνημοποδικούς νάρθηκες, μπορώντας πλέον να περπατήσει μόνος του. Στέκεται όρθιος με ή χωρίς νάρθηκες, χωρίς να χρειάζεται υποστήριξη.

## *ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ*

Ο Δημήτρης ήταν αρκετά υποτονικός και χρησιμοποιούσε ορθοστάτη όσο περισσότερο μπορούσε. Ο οπτικοκινητικός συντονισμός του ήταν ελλιπής ενώ με τον

έλεγχο των σφικτήρων δεν υπήρχε κανένα απολύτως πρόβλημα. Ήταν αρκετά ευερέθιστος και βιαστικός με χαμηλό επίπεδο διέγερσης. Η οπτικό-ακουστική μνήμη του ήταν καλή αλλά δεν μπορούσε να ολοκληρώσει τις δραστηριότητες που άρχιζε.

Τα χρώματα τα είχε κατακτήσει όμως δυσκολευόταν στην κατηγοριοποίηση. Ο χώρο-χρονικός προσανατολισμός του ήταν ελλιπής. Δεν κατάφερνε να πιάσει το μολύβι καλά ενώ το σχέδιο του ήταν αρκετά ανώριμο και δεν ανταποκρινόταν στην ηλικία του. Είχε μειωμένη συγκέντρωση και η προσοχή του διασπώνταν πολύ εύκολα.

Ο κυριότερος στόχος της θεραπείας ήταν και είναι η βελτίωση της συγκέντρωσης και της λειτουργικότητάς του.

### *ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ*

Η πρώτη λογοθεραπευτική αξιολόγηση του Δημήτρη έγινε το 2007. Είχε καλή βλεμματική επαφή αλλά μη λεκτική επικοινωνία. Υπήρχε καλός έλεγχος και συντονισμός των στοματοπροσωπικών μυών αλλά αρκετή σιελόρροια. Προσπαθούσε να δημιουργήσει προτάσεις των δύο λέξεων αλλά σε γενικές γραμμές ο λόγος του ήταν με καταληπτός.

Η επόμενη αξιολόγηση έγινε το 2008. η βελτίωση του Δημήτρη ήταν αρκετά εμφανής σε όλους τους τομείς. Μπορούσε να ελέγξει και να συντονίσει τους αρθρωτές καλύτερα και η σιελόρροια του είχε μειωθεί αισθητά. Ο Δημήτρης κατάφερνε να επικοινωνήσει λεκτικά, φτιάχνοντας πρόταση με τρεις τέσσερις λέξεις, σύμφωνα με τη βασική δομή μια πρότασης (Υ-Ρ-Α). δεν έκανε καθόλου χρήση άρθρων, τα φωνολογικά σφάλματα ήταν πολλά κι έτσι ο λόγος του κάποιες φορές γινόταν ακατάληπτος.

Οι βασικοί θεραπευτικοί στόχοι εμπεριείχαν τον εμπλουτισμό του λεξιλογίου, την ενίσχυση στο γνωστικό τομέα αλλά και την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης.

Ο Δημήτρης αξιολογήθηκε ξανά το 2010 όπου διορθώθηκε το φωνολογικό κομμάτι με το φώνημα /δ/. Δείχθηκε ο σωστός τρόπος και ο τόπος άρθρωσης με λέξεις που το φώνημα /δ/ υπήρχε στην αρχική, στη μέση και τελική συλλαβή. Επίσης δόθηκε ιδιαίτερη βάση στη αυτοματοποίησή του στο λόγο. Στη συνέχεια ακολούθησε το φώνημα /θ/ που δυσκολεύεται αρκετά ακόμη και σήμερα. Δουλεύτηκε αρχικά η ακουστική διάκριση και απέκτησε ένα αρκετά εμπλουτισμένο λεξιλόγιο.

Ακολούθησαν διάφορες ασκήσεις για την ενίσχυση του γνωστικού τομέα έτσι ώστε να βοηθηθεί η ένταξή του στο σχολείο. Η δομή της πρότασης ήταν αρκετά ικανοποιητική αλλά συνεχίζεται να δουλεύεται. Τέλος δινόταν και δίνεται βάση στην εκμάθηση διήγησης μια ιστορίας και τοποθέτηση καρτών αλληλουχίας στη σωστή σειρά.

## **ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

Αφού είχε προηγηθεί η ακουστική διάκριση των φωνημάτων δ και θ και ο Δημήτρης τα πήγε πολύ καλά ως στόχοι για το εξάμηνο της πρακτικής μου άσκησης μαζί με τη λογοθεραπεύτρια του τμήματος θέσαμε

α)την άρθρωση των φωνημάτων θ και δ και

β)την οπτική διάκρισή τους.

Για τη επίτευξη του πρώτου στόχου μας ακολουθήθηκε η μέθοδος της ανάλυσης μιας δοκιμασίας: η διαδικασία διαχωρισμού των δραστηριοτήτων σε συστατικά τα οποία μπορούν να διδαχθούν σαν μονάδες και να ενωθούν σε μια λειτουργική ολότητα.

Τα συστατικά της ανάλυσης ήταν άλλοτε οπτικές και άλλοτε λεκτικές προτροπές. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ενίσχυση και την ενθάρρυνση του παιδιού γιατί παίζουν σημαντικό ρόλο για την κατεύθυνση της προσοχής στο πρόγραμμα. οικοδόμησης μιας δραστηριότητας και την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων



## **Συγκεκριμένα**

***Συνεδρία 12/04/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/***

***Εποπτικό υλικό: καθρέφτης, υπολογιστής.***

Εκμάθηση σωστού τρόπου και τόπου άρθρωσης του φωνήματος /θ/.

Η συνεδρία ξεκινούσε με εκγύμναση και ενδυνάμωση των αρθρωτών κάνοντας πολλές στοματοπροσωπικές ασκήσεις μπροστά στον καθρέφτη.

Έπειτα δείξαμε στο Δημήτρη το σωστό τρόπο και τόπο άρθρωσης του φωνήματος θ. Ο Δημήτρης δυσκολευόταν αρκετά. Ήταν όμως πολύ συνεργάσιμος και με τη βοήθεια του καθρέφτη κατάφερε να τοποθετήσει τους αρθρωτές στη σωστή θέση. Ακολούθησαν πολλές επαναλήψεις για τη σωστή εκφορά του φωνήματος.

Για ολιγόλεπτη ξεκούραση δείξαμε του Δημήτρη βιντεάκι όπου παρακολουθούσε την σωστό τρόπο και τόπο άρθρωσης του θ.

Στη συνέχεια με τη μορφή παιχνιδιού επιχειρήθηκε η εκμάθηση όλων των συλλαβών του φωνήματος :θα, θε , θι ,θο και θυ.

***Συνεδρία 14/04/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/***

***Εποπτικό υλικό: καθρέφτης, υπολογιστής, μικρόφωνο***

Η συνεδρία ξεκίνησε με εκγύμναση και ενδυνάμωση των αρθρωτών κάνοντας πολλές στοματοπροσωπικές ασκήσεις μπροστά στον καθρέφτη. Ακολουθούσε επίδειξη της εκφοράς του φωνήματος για ενθύμηση και στη συνέχεια ζητήθηκε από

το Δημήτρη να επαναλάβει . Έγιναν πολλές επαναλήψεις έως ότου ο Δημήτρης καταφέρει να εκφέρει χωρίς βοήθεια το φώνημα.

Με τη βοήθεια του υπολογιστή ο Δημήτρης άκουγε και επαναλάμβανε τους ήχους: αθα, αθε, αθο, αθί, αθυ.

Στη συνέχεια για να γίνει πιο ευχάριστη η συνεδρία και για να κρατήσουμε την προσοχή του Δημήτρη του ζητήθηκε να επαναλαμβάνει στο μικρόφωνο όλες τις παραπάνω συλλαβές του θ να τον ηχογραφούμε για να τον ακούμε.

Κάθε φορά που ο Δημήτρης τα κατάφερνε τον επιβραβεύαμε και κέρδιζε ένα αυτοκόλλητο από τα αγαπημένα του στο τέλος της συνεδρίας.

### ***Συνεδρία 19/04/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση δισύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση***

***Εποπτικό υλικό: καθρέφτης, τετράδιο***

Ξεκινήσαμε τη συνεδρία κάνοντας επανάληψη στην άρθρωση του φωνήματος /θ/ μπροστά στον καθρέφτη, αφού είχαμε δείξει ξανά στο μικρό Δημήτρη τη σωστή άρθρωση για να την θυμηθεί. Αφού έγινε η επανάληψη, έγραψα στο τετράδιο του δισύλλαβες λέξεις με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση. Για τη διευκόλυνση και την χρήση των λέξεων στον αυθόρμητο λόγο του τις εντάξαμε σε προτάσεις και τις γράψαμε στο τετράδιό του. Για παράδειγμα:

*Θέλω*

Εγώ *θέλω* ένα ποτήρι γάλα

“Τι *θέλεις* να φας το μεσημέρι;” ρώτησε η μαμά το Δημήτρη.

*Θείος*

Έχω ένα *θείο* που τον λένε Θανάση.

Ο *θείος* μου, μου αγόρασε καινούριο παιχνίδι.

Στο τέλος της συνεδρίας δόθηκαν οδηγίες στη μαμά να διαβάσει μαζί με το Δημήτρη τις λέξεις, που είχαμε γράψει, στο σπίτι για να τις ξέρει την επόμενη φορά.

### ***Συνεδρία 21/04/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος /θ/ - άρθρωση δισύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση***

#### ***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Η συνένδρια ξεκίνησε κάνοντας επανάληψη τις λέξεις που είχαμε γράψει την προηγούμενη φορά στο τετράδιο του Δημήτρη. Ανταποκρίθηκε αρκετά καλά γιατί τις είχε διαβάσει στο σπίτι με τη μαμά. Αφού ξεκουράστηκε λίγο, κάνοντας ένα μικρό διάλογο ρωτώντας τον πως τα πέρασε την προηγούμενη μέρα, συνεχίσαμε γράφοντας ξανά δισύλλαβες λέξεις με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση και τις εντάξαμε σε προτάσεις.

### ***Συνεδρία 26/04/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος /θ/ - άρθρωση τρισύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση***

#### ***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Αρχίζοντας τη θεραπείας επαναλάβαμε όλες τις δισύλλαβες λέξεις με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση. Ο Δημήτρης τα πήγε πολύ καλά και δε χρειάστηκε να του δείξουμε αρχικά το σωστό τρόπο άρθρωσης του φωνήματος /θ/. Για αυτό το λόγο κολλήσαμε στο τετράδιο μερικά αυτοκόλλητα για να τον επιβραβεύσουμε. Αφού κάναμε την επανάληψή μας, συνεχίσαμε γράφοντας τρισύλλαβες λέξεις με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση μαζί με προτάσεις. Παραδείγματος χάριν:

*Θάλασσα*

Το καλοκαίρι πάμε για μπάνιο στη *θάλασσα*.

Πήγαμε στη *θάλασσα*, με τον μπαμπά να ψαρεύουμε.

*Θυμάρι*

Το *θυμάρι* είναι ένα μπαχαρικό.

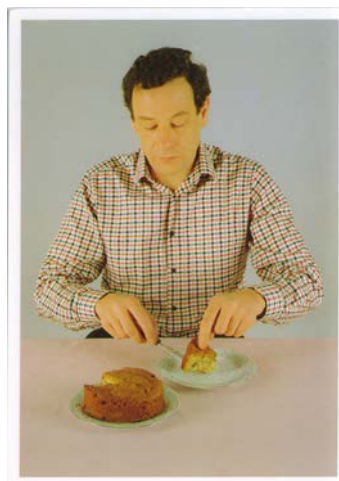
Η μαμά βάζει *θυμάρι* στις πατάτες.

### ***Συνεδρία 28/04/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - τοποθέτηση καρτών αλληλουχίας στη σωστή σειρά - άρθρωση τρισύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες***

Όπως πάντα ξεκινήσαμε τη συνεδρία με την καθιερωμένη επανάληψη. Ο Δημήτρης ανταποκρινόταν αρκετά καλά κάθε φορά διότι διάβαζε τις λέξεις με τη μαμά του στο σπίτι. Η συνεδρία συνεχίστηκε γράφοντας πάλι λέξεις τρισύλλαβες λέξεις με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση και προτάσεις με τις λέξεις αυτές. Αφού ξεκουράστηκε για λίγο, του δώσαμε κάρτες αλληλουχίας εξηγώντας ότι απεικονίζουν μια ιστορία και πρέπει να τις βάλει στη σειρά γιατί ήταν μπερδεμένες. Ο Δημήτρης δε τα πήγε καλά στη δραστηριότητα αυτή. Ενδεικτικά χρησιμοποιήσαμε μερικές από τις παρακάτω εικόνες.



*Συνεδρία 03/05/2010*

*Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος /θ/ - άρθρωση πολυσύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση*

*Εποπτικό υλικό: τετράδιο*

Μπαίνοντας μέσα στην αίθουσα ο Δημήτρης φαινόταν λίγο κουρασμένος. Γι αυτό το λόγο έγραφα στο τετράδιό του μερικές πολυσύλλαβες λέξεις με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση και μερικές προτάσεις. Για παράδειγμα:

*Θερμόμετρο*

Όταν έχω πυρετό βάζω *θερμόμετρο*.

Αγοράσαμε ένα καινούριο ηλεκτρονικό *θερμόμετρο*.

*Θεατρικός*

Χθες πήγαμε και είδαμε μια *θεατρική* παράσταση.

Στη *θεατρική* παράσταση του σχολείου, το καλοκαίρι έκανα τον ψαρά.

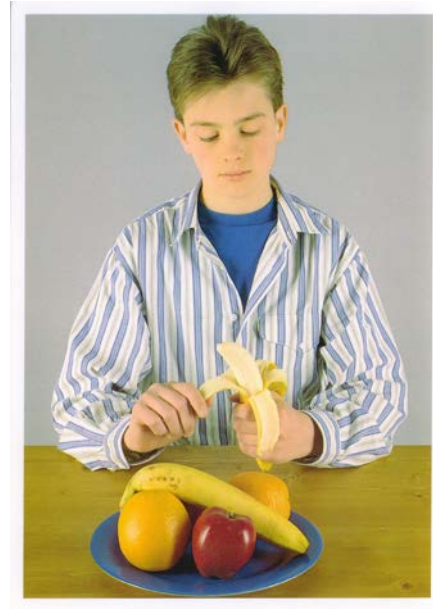
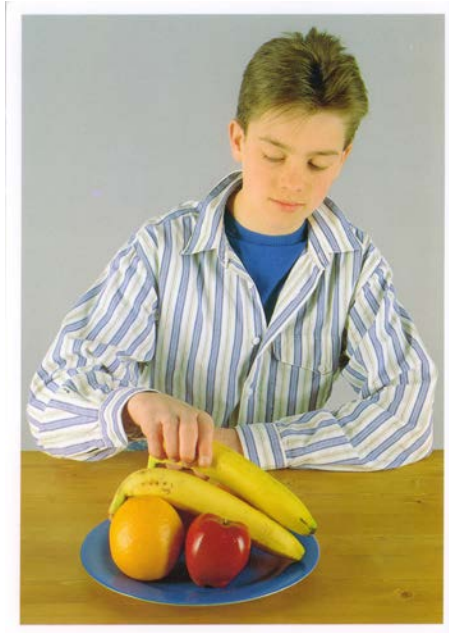
### ***Συνεδρία 10/05/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση πολυσύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση – τοποθέτηση καρτών αλληλουχίας στη σωστή σειρά***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες***

Η συνεδρία ξεκίνησε με την επανάληψη των λέξεων και των προτάσεων που γράψαμε την προηγούμενη φορά. Επειδή ο Δημήτρης ήταν αρκετά καλός και είχε διαβάσει γράψαμε πάλι πολυσύλλαβες λέξεις με προτάσεις και στη συνέχεια ασχοληθήκαμε περισσότερο με τις κάρτες αλληλουχίας. Εξηγήσαμε στο μικρό Δημήτρη τι ακριβώς έδειχναν οι κάρτες, οι οποίες ήταν μπερδεμένες και του ζητήσαμε να τις βάλει στη σωστή σειρά. Αυτή τη φορά, ήταν λίγο καλύτερος από την

προηγούμενη αλλά δεν ανταποκρίθηκε θετικά στη παραπάνω δραστηριότητα.  
Χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω κάρτες.



### ***Συνεδρία 12/05/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση λέξεων με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση – τοποθέτηση καρτών αλληλουχίας στη σωστή σειρά***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες***

Στη συνεδρία αυτή αρχίσαμε κάνοντας επανάληψη όλες τις λέξεις από την αρχή με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση και τις προτάσεις αυτών. Τα πήγε πολύ καλά και για αυτό το λόγο του δώσαμε και αυτοκόλλητα με αυτοκινητάκια. Στη συνέχεια, επειδή οι λέξεις ήταν αρκετές του δώσαμε λίγο χρόνο να χαλαρώσει και συνεχίσαμε τη θεραπεία μας με τις κάρτες αλληλουχίας. Χρησιμοποιήσαμε τις κάρτες που είχαμε ήδη δείξει στο Δημήτρη κατά τη διάρκεια της προηγούμενης συνεδρίας.

### ***Συνεδρία 17/05/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση δισύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε μέση θέση***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Ξεκινήσαμε επαναλαμβάνοντας τις λέξεις και τις προτάσεις με το φώνημα /θ/ σε αρχική θέση και διαπιστώσαμε ότι τις έχει κατακτήσει, συνηγήσαμε γράφοντας λέξεις δισύλλαβες με το φώνημα /θ/ σε μέση θέση. Παραδείγματος χάριν:

Κάθε

Κάθε χρόνο πάμε το καλοκαίρι στη θάλασσα

Κάθε φορά που βρέχει κρατάμε ομπρέλα.



*Λάθος*

Όταν μιλάω προσπαθώ να μην κάνω λάθη.

Μέσα από τα λάθη μας μαθαίνουμε.

### ***Συνεδρία 19/05/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση δισύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε μέση θέση***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Η συνεδρία άρχισε κάνοντας την καθιερωμένη μας επανάληψη, όπως σε κάθε συνεδρία. Έγραψα ξανά λέξεις δισύλλαβες με το φώνημα /θ/ σε μέση θέση και τις τοποθετήσαμε σε προτάσεις.

### ***Συνεδρία 26/05/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση τρισύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε μέση θέση***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Αρχίσαμε κάνοντας μια επανάληψη από την αρχή όλων των λέξεων με το φώνημα /θ/ σε αρχική και μέση συλλαβή καθώς και των προτάσεων. Στη συνέχεια γράψαμε τρισύλλαβες λέξεις με το φώνημα/θ/ σε μέση θέση. Για παράδειγμα:

*Καθαρός*

Τα ρούχα μου είναι πάντα *καθαρά*.

Η μαμά έβαλε σκούπα στο σωματίο μου και ήταν *καθαρό*.

*Καλάθι*

Έβαλα τα ρούχα μου στο *καλάθι* του μπάνιου.

Όταν παίζουμε μπάσκετ πρέπει να βάλουμε τη μπάλα στο *καλάθι*.

### ***Συνεδρία 31/05/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση τρισύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε μέση θέση***

#### ***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Όπως σε κάθε συνεδρία, έτσι και σε αυτή ξεκινήσαμε κάνοντας επανάληψη τα προηγούμενα. Ο Δημήτρης σχεδόν πάντα ανταποκρινόταν πολύ καλά γιατί τα διάβαζε πάντα με τη μαμά του στο σπίτι. Ελάχιστες φορές δεν ανταποκρινόταν και αυτό γινόταν συνήθως όταν ήταν κουρασμένος. Αφού ξεκουράστηκε για λίγο έγραψε ξανά λέξεις τρισύλλαβες με το φώνημα /θ/ σε μέση θέση.

### ***Συνεδρία 02/06/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση πολυσύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε μέση θέση – περιγραφή πολυαισθητηριακή εικόνας.***

#### ***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, εικόνες***

Η συνεδρία ξεκίνησε κάνοντας μια επανάληψη τα προηγούμενα. Στη συνέχεια, δώσαμε στο Δημήτρη μια εικόνα με πολλά ερεθίσματα και του ζητήσαμε να την περιγράψει. Αυτό έγινε για να εμπλουτίσει όσο μπορεί περισσότερο το λεξιλόγιό του και για να ενισχυθεί ο γνωστικός του τομέας.

Μια εικόνα που χρησιμοποιήσαμε ήταν η παρακάτω:



***Συνεδρία 07/06/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση πολυσύλλαβων λέξεων με το φώνημα /θ/ σε μέση θέση – περιγραφή πολυαισθητηριακή εικόνας.***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, εικόνες***

Αρχίσαμε τη θεραπεία με την επανάληψη όλων των λέξεων που εμπεριείχαν το φώνημα /θ/ σε μέση θέση μαζί με τις προτάσεις. Στη συνέχεια έγραψα ξανά πολυσύλλαβες λέξεις με το φώνημα στόχο σε μέση θέση. Και στο τέλος της θεραπείας ζητήσαμε πάλι από το Δημήτρη να μας περιγράψει μια πολυαισθητηριακή εικόνα.

***Συνεδρία 09/06/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση λέξεων με το φώνημα /θ/ σε αρχική και μέση θέση***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Με την έναρξη της συνεδρίας κάναμε την καθιερωμένη επανάληψή μας και συνεχίσαμε γράφοντας μικρά ποιηματάκια για να μπορέσει ο Δημήτρης να αυτοματοποιήσει το /θ/ στο λόγο του που δυσκολευόταν αρκετά.

Ενδεικτικά χρησιμοποιήσαμε ποιηματάκια όπως το παρακάτω:

*Ένα θηρίο, μα ποίο θηρίο; Ένα θηρίο που κάθεται σε θαλασσί θρανίο.*

### ***Συνεδρία 14/06/2010***

***Στόχος: σωστή άρθρωση του φωνήματος/θ/ - άρθρωση λέξεων με το φώνημα /θ/ - επιλογή εικόνων που να εμπεριέχουν το φώνημα/θ/***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, εικόνες***

Χρησιμοποιούμε πάλι ποιηματάκια ή μικρά κειμενάκια που εμπεριέχουν λέξεις με το φώνημα /θ/, αφού πρώτα έχουμε κάνει επανάληψη τα προηγούμενα. Μετά την επανάληψη και τα κειμενάκια χρησιμοποιούμε μερικές εικόνες και ζητάμε από το Δημήτρη να μας δείξει ποιες από αυτές αρχίζουν από το /θ/. Συγκεκριμένα δείχνουμε στο Δημήτρη τέσσερις εικόνες: μια θάλασσα, μια θήκη, ένα θερμόμετρο και μια φώκια και ζητάμε από το μικρό Δημήτρη να μας δείξει τις εικόνες που να αρχίζουν από το φώνημα στόχο.

### ***Συνεδρία 16/06/2010***

***Στόχος: κατηγοριοποίηση φρούτων – κατανόηση νοήματος ενός κειμένου***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κείμενο.***

Ξεκινήσαμε τη θεραπείας διαβάζοντας από την αρχή τις λέξεις με το φώνημα /θ/ σε κάθε θέση. Αφού τελειώσαμε, έγραψα στο τετράδιο τα φρούτα. Αρχικά προσπαθήσαμε να τα πούμε μαζί με το Δημήτρη αλλά επειδή δεν ανταποκρινόταν θετικά, τον βοηθούσα. Για να ξεκουραστεί λίγο, του διαβάσαμε ένα μικρό κειμενάκι το οποίο αναφερόταν στη κότα ( τι κάνει, τι τρώει κ.τ.λ.) και του ζητήσαμε να

προσέχει πολύ όταν το διαβάζα για να μπορέσει μετά να απαντήσει σε ερωτήσεις. Χρειάστηκε να διαβάσω το κείμενο αρκετές φορές αλλά και πάλι ο Δημήτρης κατάφερε να απαντήσει μόνο σε δύο ερωτήσεις.

### ***Συνεδρία 21/06/2010***

***Στόχος: κατηγοριοποίηση φρούτων – κατανόηση νοήματος ενός κειμένου***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κείμενο.***

Επειδή στην προηγούμενη συνεδρία ο μικρός Δημήτρης δεν τα πήγε καλά χρειάστηκε να πούμε ξανά τα προηγούμενα. Αυτή τη φορά ήταν καλύτερος στην κατηγοριοποίηση των φρούτων αλλά όσον αφορά το κείμενο, πάλι δεν μπόρεσε να απαντήσει σε περισσότερες από δύο ερωτήσεις.

### ***Συνεδρία 23/06/2010***

***Στόχος: εκμάθηση αντιθέτων***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες***

Στη συγκεκριμένη συνεδρία ασχοληθήκαμε με κάτι καινούριο έτσι ώστε να μην δίνουμε το περιθώριο στο Δημήτρη να βαριέται στη διάρκεια των θεραπειών. Χρησιμοποιήσαμε αρχικά κάρτες οι οποίες απεικόνιζαν διάφορες αντίθετες έννοιες και ζητήσαμε από το Δημήτρη να μας τις αντιστοιχίσει. Σε αυτή τη δραστηριότητα τα πήγε αρκετά καλά. Στη συνέχεια του έγγραφα τα αντίθετα στο τετράδιό του και ζητήσαμε από τη μαμά μου να τα διαβάσουν μαζί στο σπίτι για την επόμενη φορά.

Οι παρακάτω εικόνες είναι μερικές από αυτές που χρησιμοποιήσαμε στη θεραπεία:



Εμπρός – πίσω



Ευπνώ - κοιμάμαι

***Συνεδρία 28/06/2010***

***Στόχος: εκμάθηση αντιθέτων***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες***

Στη συνεδρία αυτή δεν καταφέραμε να υλοποιήσουμε το στόχο μας. Είχαμε μια χαλαρή συζήτηση γιατί ο μικρός Δημήτρης δεν είχε όρεξη και γκρίνιαζε αρκετά, καθώς ήταν ήδη κουρασμένος από το σχολείο αλλά και από τις υπόλοιπες θεραπείες (φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία).

***Συνεδρία 30/06/2010***

***Στόχος: εκμάθηση επαγγελμάτων***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες***

Αυτή τη φορά η συνεδρία ξεκίνησε κάνοντας επανάληψη τα αντίθετα, λέγοντας τα αλλά και χρησιμοποιώντας τις κάρτες. Μετά χρησιμοποιήσαμε εικόνες οι οποίες απεικόνιζαν τα επαγγέλματα. Στην αρχή τα είπαμε μαζί με το Δημήτρη και μετά του τα έγγραφα στο τετράδιο για να μπορέσει να τα διαβάσει στο σπίτι με τη μαμά του.

***Συνεδρία 05/07/2010***

***Στόχος: εκμάθηση αντιθέτων – επανάληψη φωνήματος /θ/***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες***

Αρχίσαμε τη συνεδρία κάνοντας επανάληψη τα επαγγέλματα και στη συνέχεια για να μην το φορτώσουμε με αρκετά καινούρια πράγματα κάναμε μια επανάληψη από την αρχή το φώνημα /θ/. Επειδή είχε περάσει αρκετός καιρός από την τελευταία επανάληψη κάποιες φορές χρειαζόταν να του υπαγορεύουμε δύο ή ακόμη και τρεις φορές μια λέξη για να την πει σωστά. Γι αυτό το λόγο είπαμε πάλι στη μαμά να κάνουν επανάληψη το φώνημα /θ/ στο σπίτι.

***Συνεδρία 07/07/2010***

***Στόχος: εκμάθηση αίτιου - αποτελέσματος***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες***

Με την έναρξη της θεραπείας κάναμε ξανά επανάληψη τα επαγγέλματα και πήγε αρκετά καλά αφού τα είχε διαβάσει στο σπίτι με τη μαμά. Στη συνέχεια της θεραπείας κάναμε χρήση καρτών που απεικόνιζαν το αίτιο και το αποτέλεσμα και ζητούσαμε από το Δημήτρη να τα αντιστοιχίσει. Δεν ήταν καθόλου καλός στην παραπάνω δραστηριότητα και τα γράψαμε στο τετράδιο για να τα διαβάσει με τη μαμά του.

Ενδεικτικά χρησιμοποιήσαμε μερικές από τις παρακάτω κάρτες:

Κάηκε η μπλούζα με το σίδερο





***Συνεδρία 12/07/2010***

***Στόχος: εκμάθηση αίτιου - αποτελέσματος***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες***

Επειδή ο μικρός Δημήτρης δεν τα πήγε καθόλου καλά στην προηγούμενη θεραπεία με την αντιστοίχιση της αιτίας και του αποτελέσματος κάναμε ξανά την ίδια δραστηριότητα.

***Συνεδρία 14/07/2010***

***Στόχος: εκμάθηση αίτιου – αποτελέσματος – αντιστοίχιση ήχων με εικόνες***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες, βιβλίο***

Η θεραπείας μας άρχισε κάνοντας για ακόμη μια φορά επανάληψη την προηγούμενη δραστηριότητα, στην οποία ανταποκρίθηκε λίγο καλύτερα από την προηγούμενη φορά. Συνεχίσαμε κάνοντας χρήση ενός βιβλίο το οποίο απεικόνιζε τα οχήματα (τρένο, αυτοκίνητο, τρακτέρ, λεωφορείο κ.τ.λ.) και έπρεπε να αντιστοιχίσουμε το κάθε όχημα με τους ήχους που είχε.

***Συνεδρία 19/07/2010***

***Στόχος: εκμάθηση αίτιου – αποτελέσματος – αντιστοίχιση ήχων με εικόνες***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο, κάρτες, βιβλίο***

Στην προηγούμενη συνεδρία ο Δημήτρης δεν ανταποκρίθηκε θετικά γι αυτό το λόγο κάναμε μια επανάληψη των αιτιών και των αποτελεσμάτων καθώς επίσης και των αντιστοιχιών των ήχων με τις εικόνες.

### ***Συνεδρία 21/07/2010***

***Στόχος: εκμάθηση αισθήσεων***

***Εποπτικό υλικό: κάρτες***

Επειδή η συγκεκριμένη συνεδρία ήταν και η τελευταία μας για το καλοκαίρι δεν θελήσαμε να κουράσουμε πολύ το Δημητράκη με επανάληψη γι αυτό του δώσαμε κάρτες οι οποίες απεικόνιζαν διάφορες δραστηριότητες που κάνουμε οι οποίες αντιστοιχούν σε μια από τις αισθήσεις μας. Για παράδειγμα, μια εικόνα έδειχνε μια κυρία να μυρίζει ένα άρωμα και έπρεπε αντιστοιχίσει την εικόνα αυτή στην μύτη που είναι η όσφρηση. Μερικά τα οποία ήταν πολύ εύκολα ο Δημήτρης τα έβρισκε αμέσως, σε αλλά όμως δυσκολευόταν γιατί δεν τα ήξερε, όπως για παράδειγμα μια κυρία κοιτούσε σε ένα μικροσκόπιο

### ***Συνεδρία 25/08/2010***

***Στόχος: εκμάθηση αισθήσεων***

***Εποπτικό υλικό: κάρτες***

Η συνεδρία αυτή ήταν η πρώτη μας συνάντηση μετά από τις καλοκαιρινές διακοπές κι έτσι είχαμε μια χαλαρή συζήτηση με το Δημήτρη λέγοντας μας πως τα πέρασε το καλοκαίρι.

### ***Συνεδρία 30/08/2010***

***Στόχος: διήγηση ιστορίας***

***Εποπτικό υλικό: παραμύθι***

Ξεκινήσαμε τη θεραπεία κάνοντας μια επανάληψη στο φώνημα /θ/ για να το θυμηθεί ξανά. Στη συνέχεια, αφού είχαμε ζητήσει από τη μαμά να αγοράσει ένα παραμύθι, προσπαθήσαμε να το πούμε βλέποντας μία μία τις εικόνες. Ο Δημήτρης δεν τα πήγε καθόλου καλά, δεν είχε ειρμό στην σκέψη του και δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί στην παραπάνω δραστηριότητα.

### ***Συνεδρία 01/09/2010***

***Στόχος: διήγηση ιστορίας - κατηγοριοποίηση***

***Εποπτικό υλικό: παραμύθι - κάρτες***

Αρχίσαμε τη συνεδρία κάνοντας επανάληψη τα φρούτα για να μπορέσει να τα κατηγοριοποίηση αλλά συνέχισε να δυσκολεύεται. Τελειώνοντας την κατηγοριοποίηση ασχοληθήκαμε με τη διήγηση του παραμυθιού και πάλι όμως δεν τα κατάφερε.

### ***Συνεδρία 06/09/2010***

***Στόχος: επανάληψη φωνήματος /θ/***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Στη συγκεκριμένη συνεδρία ασχοληθήκαμε μόνο με το φώνημα /θ/. Αρχίσαμε να λέμε από την αρχή τις λέξεις με το φώνημα σε αρχική και μέση συλλαβή σε δισύλλαβες, τρισύλλαβες και πολυσύλλαβες λέξεις. Επειδή δυσκολευόταν πολύ να το αυτοματοποιήσει αρκετές ήταν οι φορές που χρειάστηκε να επιμείνουμε για να αρθρώσει σωστά τις λέξεις που του υπαγόρευα.

***Συνεδρία 08/09/2010***

***Στόχος: εκμάθηση εποχών – διήγηση παραμυθιού***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Επειδή στη διήγηση του παραμυθιού δυσκολεύεται πάρα πολύ κάναμε πάλι μια επανάληψη. Αυτή τη φορά γράψαμε κάποιες ερωτήσεις στο τετράδιο που είχαν σχέση με το παραμύθι και ζητήσαμε από τη μαμά να τις διαβάσουν πολύ καλά. Στη συνέχεια επειδή ο Δημήτρης δεν ήξερε τις εποχές, τις γράψαμε στο τετράδιο κα για να μπορεί να τις μάθει ευκολότερα έγγραφα και προτάσεις που αντιστοιχούν στις εποχές. Για παράδειγμα:

Το καλοκαίρι πάμε για μπάνιο στη θάλασσα.

Το φθινόπωρο ανοίγουν τα σχολεία και πέφτουν τα φύλλα από τα δέντρα.

***Συνεδρία 13/09/2010***

***Στόχος: εκμάθηση εποχών – διήγηση παραμυθιού***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Στη συνεδρία αυτή ασχοληθήκαμε πάλι με τις εποχές και με τις ερωτήσεις που είχα γράψει για το παραμύθι. Όμως επειδή ο Δημήτρης ήταν άρρωστος δεν τα είχε διαβάσει στο σπίτι με τη μαμά του κι έτσι δεν τα ήξερε καλά.

***Συνεδρία 15/09/2010***

***Στόχος: εκμάθηση εποχών – επανάληψη /θ/***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Αρχίσαμε τη θεραπεία μας με τις εποχές όπου τα πήγε λίγο καλύτερα από ότι την προηγούμενη φορά. Στη συνέχεια μας είπε όλες τις λέξεις που είχαμε στο τετράδιο με το φώνημα /θ/ σε κάθε θέση

### ***Συνεδρία 20/09/2010***

***Στόχος: οπτική διάκριση /θ/ - /δ/***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Σε αυτή τη συνεδρία ο Δημήτρης κατάφερε χωρίς ενίσχυση από το θεραπευτή να ονομάσει τις εποχές. Ήταν εξαιρετικά καλός. Ακολούθησαν δραστηριότητες για την οπτική διάκριση του φωνήματος /θ/.

### ***Συνεδρία 22/09/2010***

***Στόχος: οπτική διάκριση /θ/ - /δ/***

***Εποπτικό υλικό: τετράδιο***

Στη συγκεκριμένη θεραπεία ο Δημήτρης δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί σε καμία δραστηριότητα διότι ήταν άρρωστος.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αινωλίδου,Ε.,Αντωνιάδης,Γ.,Μεσσήνης,Λ.,(2001), *Οδηγός για την εγκεφαλική πάρεση*. Νευρολογικά στοιχεία και χειρισμός. Αθήνα, εκδ: Ελλην.
- Αντωνιάδης,Γ.,Μεσσήνης,Λ.,(2001),*Διαταραχές κατάποσης – Δυσφαγία*. Νευρολογικά στοιχεία και χειρισμός. Αθήνα, εκδ: Ελλην.
- Αποστολόπουλος,Τ.,(1975), *Το σπαστικό παιδί* (η εγκεφαλική παράλυση). Αθήνα.
- Crossman,A.,R.,(2003),Νευροανατομία. Μτφ-επιμ: Αναγνωστοπούλου Σοφία. 2<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα, εκδ: Παρισιάνου
- Kandel,R.,Eric.,Schwartz,H.,James.,Jessell,M.,Thomas.,(2006),Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά. Μτφ: Καζλαρής Χάρης, Καραμανλίδης Αζαρίας, Παπαδόπουλος Χ. Γεώργιος. Επιστ. Επιμ.: Καραμανλίδης Αζαρίας. 4<sup>η</sup> έκδοση. Ηράκλει, εκδ: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
- Παντελιάδης,Χ.,Παπαβασιλείου,Α.,(2002),*Εγκεφαλική παράλυση*. Σύγχρονη προσέγγιση. 2<sup>η</sup> έκδοση. Θεσσαλονίκη, εκδ: Γιαχούδη – Γιαπούλη.
- Παπαϊωάννου – Σταυροπούλου, Ντέμη,(2003),*Στου πόνου τη γυάλινη πίστα*. Συνάντησα το πρόσωπο. Αθήνα, εκδ: Ακρίτας.
- Σακάς, Ε. Δαμιανός.,(2007),*Γνωρίζοντας τον νου και τον εγκέφαλο*. Εκδ: Παρισιάνου.
- Σταυροπούλου-Τζαβάρη Λυδία.,*Μεταπτυχιακή εκπαίδευση BOBATH (N.D.T), 09/07/2003-18/07/2003 & 18/08/2003-29/08/2003*. Αθήνα, ΕΛΕΠΑΠ.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ayeres, Jean., (1972), *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, εκδ: Western Psychological Services.
- Ayeres, Jean., (1979), *Sensory integration and the child*. Los Angeles, εκδ: Western Psychological Services.
- Berke, Nudire., Yalan, Selim., (2003), *The help guide to cerebral palsy*. Global help publication.
- Blance, E., Botticelli, Hallway., (1995), *Combining neurodevelopment treatment and sensory integration principles*. Tucson, AZ: The skill builders.
- Brazis, W., Paul, Masdeu, L., Jose, Biller, Jose., (2007), *Localization in clinical neurology*. 5<sup>η</sup> έκδοση. USA εκδ: Lippincott Williams and Wilkins.
- Blance, W., Henry, Gordon, C., Eleanora, (1983), *Neurological evaluation of infants and children*. Volume 84-85. Cambridge University Press.
- Carr, Janet., Shepherd, Roberta., (1998), *Neurological rehabilitation*. Optimizing Motor Performance. Australia, εκδ: Butterworth – Heinemann.
- Cummings, Louise., (2008), *Clinical linguistics*. Edinburgh, εκδ: Edinburgh University Press.
- Falvo, Donna., (2005), *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. 3<sup>η</sup> έκδοση. USA, εκδ: Jones and Bartlett Publishers.
- Finnie, R., Nancie., (1997), *Handling the young child with cerebral palsy at home*. 3<sup>η</sup> έκδοση. Grait Britain εκδ: Butterworth – Heinemann.
- Fisher, Miller., (1992), *Sensory integration therapy*.
- Freeman, Miller., (2005), *Cerebral palsy*. USA, εκδ: Springer.
- Freeman, Miller., (2007), *Physical therapy of cerebral palsy*. USA, εκδ: Springer.
- Frontera, R., Walter., Silver, K., Julie., Rizzo, D., Thomas., (2008), *Essentials of physical medicine and rehabilitation. Musculoskeletal disorders, pain and rehabilitation*. 2<sup>η</sup> έκδοση. Canada εκδ: Saunders Elsevier.
- Gage, R., James., Schwartz, H., Michael., Koop, E., Steven., Novacheck, F., Tom., (2009) *The indification and treatment of gent problems in cerebral palsy*. Clinics in developmental medicine. No.180-181, 2<sup>η</sup> έκδοση. London, εκδ: Mac Keith Press.

- Gilman, Anne, Laura., (2001) *Coping with cerebral palsy*. New York, εκδ: Rosen Publishing Group.
- Glinianaia, SV., Phoroah, POV, Wright, C., (2001), *Fetal and infant death in twin pregnancy: consequence for the survivor*. Arch Dis Child Fetal Neonatal.
- Grether, TK., Nelson, KB., Cummings, CK. (1993), *Twinning and cerebral palsy: experience in four Northern Californian countries, births 1983 through 1985*. εκδ: Pediatrics.
- Gulliford, Ronald., Upton, Graham., (1992), *Special education needs*. London, εκδ: Routledge.
- Harris, C., James., (1998), *Developmental neuropsychiatry. Volume II. Assessment, diagnosis and treatment of developmental disorders*. New York, εκδ: Oxford University Press.
- Hayes, O., William., Moran, J., Michael., Pindola, H., Rebekah., (2006), *Communication disorders in the classroom. An introduction for professionals in school settings*. 4<sup>η</sup> έκδοση. UK, εκδ: Jones and Bartlett Publishers.
- Jankovic, Joseph., Tolosa, Eduardo., (2007), *Parkinson's disease and movement disorders*. 5<sup>η</sup> έκδοση. USA εκδ: Lippincott Williams and Wilkins.
- Jampala, Madha, Bala., Digumarti, Bhaskara, R., (2004), *Methods of teaching. Exceptional children*. India, εκδ: Discovery Publishing House.
- Kautman, Myland, David., (2007), *Clinical neurology for psychiatrists*. 5<sup>η</sup> έκδοση. New York, εκδ: Saunders – Elsevier.
- Kulkarni, GS., (2008), *Textbook of orthopedics and trauma*. 2<sup>η</sup> έκδοση. India εκδ: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Levitt, Sophie., (2001), *Θεραπεία της εγκεφαλικής παράλυσης και της κινητικής καθυστέρησης*. 3<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα, εκδ: Παρισιάνου.
- Lovell, W., Wood., Winter, B., Raymond, T., Morrissy., Stuard, L., Weinstein., (2006), *Pediatric orthopedics*. 6<sup>η</sup> έκδοση. USA, εκδ: Lippincott Williams and Wilkins.
- Manyal, S., K., (2007), *Education exceptional children. An introduction to special education*. New Delhi, εκδ: Drentice.
- Mayston, Margaret., *Physiotherapy management in cerebral palsy, an update on treatments approaches*.



- Menkes,H.,John.,Sarnat,B.,Harvey.,Bernard,L.,Maria.,(2006),*Child neurology*. 7<sup>η</sup> έκδοση. USA εκδ: Lippincott Williams and Wilkins.
- Panteliadis,P.,Christos.,Hans-Michael,Strassburg.,(2004),*Cerebral palsy. Principles and management*. New York, εκδ: Thieme.
- Peacock,Judith.,(2000),*Cerebral palsy, perspectives on disease and illness*. USA, εκδ: Capstore Press.
- Pharoah,POD.,Adi,Y.,(2000),*Consequences of in-utero death in a twin pregrance*. Lancet.
- Pincus,Dion.,(2000),*Everything you need to know about cerebral palsy*. New York, εκδ: Rosen Pubring Group.
- Rees,M.,Ala.,(1997),*Consumer health USA*.Volume2. USA, εκδ: Oryx Press.
- Ronald,B.,David.,(2005),*Child and adolescent neurology*. 2<sup>η</sup> έκδοση. USA εκδ: Blackweell Publishing.
- Ronald,B.,David.,(2009),*Clinical pediatric neurology*. 3<sup>η</sup> έκδοση. Demos Medical Publishing.
- Sawel,Guy.,(1999),*Movement disorders in clinical practice*. Volume 1. Oxford, εκδ: Isis Medical Media.
- Singer,S.,Harvey.,Kossoff,H.,Eric.,Hartman,L.,Adam.,Crawford,O.,Thomas.,(1005),*Treatment of pediatric neurological disorders*. USA, εκδ: Taylor and Francis Group.
- Soden,H.,William.,(2007),*Rehabilitation of the handicapped*. Red books.
- Stanley,Paul.,Orchanian,P.,David.,(2003),*Pocket guide to assessment in occupational therapy*. USA, εκδ: Thomson Delmor Learning.
- Sunder,S.,(2002),*Textbook of rehabilitation*. 2<sup>η</sup> έκδοση. New Delhi, εκδ: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Tecklin,S.,Jan.,(2008),*Pediatric physical therapy*. 4<sup>η</sup> έκδοση. USA, εκδ: Lippincott Williams and Wilkins.
- Walker,M.,Audrey.,Kaufman,Myland,David.,Preffer,R.,Cynthia.,Gail,E.,Solo mon.,(2008),*Child and adolescent neurology for physhiatrists*. USA, εκδ: Lippincott Williams and Wilkins.
- Williams,K.,Hennessy,E.,Alberman,E.,(1996),*Cerebral palsy: effects of twinning birthweight and gestational age*. Arch dis child Fetal Neonatal.

- Workinger, Seif, Marilyn., (2005), *Cerebral palsy. Resource guide for speech-language pathologists*. USA, εκδ: Thomson.

### **Ιστοσελίδες στο διαδίκτυο**

- <http://www.agorapress.gr-υδροθεραπεία>, 28/08/2010.
- <http://www.handitech.gr>- πληροφορίες για γονείς-η θεραπεία με BOTOX, 24/08/2010.
- <http://www.handitech.gr>- πληροφόρηση για γονείς - η θεραπεία με BOTOX, 24/08/2010.
- <http://www.handitech.gr> – πληροφορίες για γονείς – τα βοηθήματα – 24/08/2010.
- [http://el.Wikipedia.org/wiki/Εγκεφαλική\\_Παράλυση](http://el.Wikipedia.org/wiki/Εγκεφαλική_Παράλυση).

### **ΑΡΘΡΑ**

- Γεώργιος Κολιάκος, Ελευθεροτυπία, Τρίτη 23/03/2010. Βλαστοκύτταρα στη θεραπεία της εγκεφαλικής παράλυσης. ([www.enet.gr](http://www.enet.gr), 25/08/2010)