

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΚΑΙ
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ
«Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ -

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΙΚΤΩΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΖΟΣΙΜΙΔΟΥ ΟΞΑΝΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2011

Περίληψη

Η εμφάνιση αυξημένης συννοσηρότητας θεωρείται συχνό φαινόμενο στην παιδοψυχιατρική. Θεωρίες υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ μαθησιακών δυσκολιών και ψυχιατρικών διαταραχών, παράλληλα οι μαθησιακές διαταραχές θεωρείται πως αποτελούν την αρχή ενός συνεχούς ψυχικών διαταραχών που ακολουθούν το άτομο σε ολόκληρη τη ζωή του. Ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να καταγράψει το κλινικό προφίλ παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες σε συνδυασμό με ψυχιατρικές διαταραχές καθώς και να ερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ αυτών. Η έρευνα παραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα 54 παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες (20 κορίτσια και 34 αγόρια) ηλικίας 6 έως 11 ετών, στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο του Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου. Τα ευρήματα μαρτυρούν τη συννοσηρότητα μεταξύ μαθησιακών δυσκολιών και ενός ευρέως φάσματος ψυχικών διαταραχών όπως η ΔΕΠ-Υ(31,5%), οι μεικτές διαταραχές διαγωγής και συναισθήματος (13,7%), οι διαταραχές συναισθήματος (40,7%) και οι διαταραχές κοινωνικής λειτουργικότητας (14,8%). Συμπερασματικά τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν τη συννοσηρότητα μεταξύ μαθησιακών δυσκολιών και ψυχικών διαταραχών. Συχνά παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανικανότητα και καταθλιπτικό συναίσθημα.

Abstract

The presence of increased comorbidity in child psychiatry is considered to be a frequent phenomenon. Theories have been put forward, pointing to the close relation between learning disorders and a wide spectrum of mental disorders. It has been suggested that learning disorders constitute the outcome of a continuum of mental disorders which accompany the individual through life. The aim of my research was to document the clinical profile of children with learning disorders and co-occurring mental disorders, and to establish a pattern between the two. Observational study was conducted on a random group of 54 children with learning disorders (20 girls and 34 boys), of varying ages ranging from 6-11. The research was conducted at George Papanikolaou General hospital, mental health care sector of children and adolescents, children medical center, Thessaloniki. Findings indicated associations between learning disorder and a wide spectrum of mental disorders such as hyperactivity (31.5%), conduct and emotional disorders (13.7%), childhood emotional disorders (40.7%), disturbed social functionality (14.8%). In conclusion, the above findings confirm a degree of comorbidity between learning disorders and mental disorders. Frequently, children with learning disorders also present emotional disorders, low self-esteem, inadequacy, incompetence and depressive feelings.

Ευχαριστίες

Με την πιο βαθιά ευγνωμοσύνη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με τον ένα ή άλλο τρόπο συνέβαλαν στην εκπόνηση και ολοκλήρωση αυτής της εργασίας. Πρωτίστως ευχαριστώ ιδιαίτερα θερμά την καθηγήτρια του τμήματος Λογοθεραπείας κ. Βικτωρία Ζακοπούλου γιατί ανέλαβε την εποπτεία μου και με καθοδήγησε στο ερευνητικό και συγγραφικό έργο που απαιτούσε η εργασία αυτή, μεταδίδοντας τη γνώση και εμπειρία της. Το ενδιαφέρον της και η υπομονή της αποτέλεσαν ουσιαστικό στήριγμα για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

Η εργασία αυτή, όμως, μπόρεσε να ολοκληρωθεί, γιατί δόθηκε η δυνατότητα συνεργασίας με το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο του Γ. Ν Γ.Παπανικολάου. Έτσι , οφείλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου :

Στη διευθύντρια της ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας του Ψυχιατρικού Τμήματος Παιδιών και Εφήβων του Νοσοκομείου Παπανικολάου Μπέκα Αναστασία γιατί μου έδωσε τη δυνατότητα να ενταχθώ πλήρως στη διαγνωστική εργασία περιστατικών του Τμήματος και να συλλέξω τα απαραίτητα ερευνητικά δεδομένα. Στη παιδο-ψυχίατρο της ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας του Γ.Ν.Γ. Παπανικολάου κ. Αθανασοπούλου για τις τόσο χρήσιμες και βοηθητικές υποδείξεις της καθώς και στη συμβολή της τόσο στην ανάλυση των αποτελεσμάτων όσο και στην ερμηνεία αυτών.

Στην ειδική παιδαγωγό της ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας του Γ. Ν Γ.Παπανικολάου Μήτσαλα Αναστασία για την πολύτιμη βοήθειά της στην συλλογή φακέλων , εξετάζοντας περιστατικά παιδιών που παραπέμπονταν για μαθησιακές δυσκολίες. Επιπλέον θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλη την ομάδα του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου του Γ. Ν Γ.Παπανικολάου, γιατί χωρίς την γενναιοδωρία τους και την συναίνεση τους θα ήταν αδύνατον να διεκπεραιωθεί η έρευνα που συμπεριλαμβάνεται στην εργασία αυτή. Τέλος , ένα μεγάλο ευχαριστώ στα παιδιά που πήραν μέρος , δίνοντας νόημα στην έρευνα αυτή.

Πρόλογος

Τα προβλήματα ή οι διαταραχές που είναι πιθανό να αντιμετωπίσει ένα παιδί από τη γέννησή του, και τα οποία θα το οδηγήσουν σε μια ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία είναι πολλά και ποικίλα. Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν τα προβλήματα και οι δυσκολίες που αποτελούν λόγο παραπομπής για τα παιδιά σχολικής ηλικίας, και τα οποία διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία. Τέτοιου είδους είναι οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, οι συναισθηματικές διαταραχές, τα προβλήματα συμπεριφοράς και οι διαταραχές προσοχής.

Παράλληλα η εργασία αυτή έχει ως σκοπό να διερευνήσει μέσα απο έναν τομέα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, τη συχνότητα συννοσηρότητας ψυχικών διαταραχών και συμπεριφορικών προβλημάτων σε παιδιά με δυσκολίες μάθησης.

Είναι γνωστό ότι τα παιδιά με ειδικού τύπου μαθησιακές δυσκολίες έχουν χαμηλή επίδοση στο σχολείο, που εύκολα μετατρέπεται σε σχολική αποτυχία η οποία κατ'έπεκτασιν οδηγεί σε σχολική διαρροή. Επίσης, συχνά η σχολική αποτυχία συνδέεται με δυσκολίες κοινωνικής και προσωπικής προσαρμογής. Αυτό δεν είναι τυχαίο, δεδομένου ότι με τη μορφή και τη σημασία που έχει η εκπαίδευση σήμερα, η οποιαδήποτε σχολική δυσκολία επηρεάζει δυσμενώς συνολικά την ψυχοκοινωνική του εξέλιξη. Ποιά είναι λοιπόν η σχέση μεταξύ μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων συμπεριφοράς; κατά πόσο είναι αλληλένδετα και σε τι βαθμό επηρεάζει το ένα το άλλο;

Η καινοτομία της παρούσας μελέτης έγκειται , πέρα από την κάλυψη ερευνητικών κενών και στην προσέγγιση που ακολουθεί. Πέρα από την αναζήτηση της μεταξύ τους σχέσης και των ποσοτικών αποτελεσμάτων θα επιχειρηθεί να γίνει και μια σύγκριση με παρόμοιες έρευνες που έγιναν στο παρελθόν τόσο στον ελλαδικό όσο και στον διεθνή χώρο. Λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης των διαταραχών επόμενο είναι να μην υπάρχει πλήρης ταύτιση όσον αφορά τα αποτελέσματα.

Περιεχόμενα	σελ.
Εισαγωγή	8
 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1.Μαθησιακές Δυσκολίες	
1.1 Ορισμοί – Είδη μαθησιακών δυσκολιών	10
1.2 Μαθησιακές δυσκολίες και σχολική επίδοση.	33
1.3 Διαγνωστική διαδικασία και αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών	34
2.Παιδο-ψυχιατρικές διαταραχές	
2.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις – Ορισμοί	38
2.1.1 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας	39
2.1.2 Αγχώδεις και Φοβικές διαταραχές	40
2.1.3 Διαταραχές του Συναισθήματος	42
2.1.4 Διαταραχές διαγωγής (Συμπεριφοράς).....	46
2.2 Διαγνωστικά κριτήρια – Ταξινόμηση – Συμπτωματολογία	50
2.2.1 Η χρησιμότητα των συστημάτων ταξινόμησης ως οδηγός αναγνώρισης ψυχοπαθολογικών καταστάσεων για τις ηλικίες αυτές	50
2.2.2 Ταξινόμηση - Κατάταξη διαταραχών παιδικής ηλικίας σύμφωνα με το DSM-IV	50
2.2.3 Ταξινόμηση - Κατάταξη διαταραχών παιδικής / εφηβικής ηλικίας σύμφωνα με το ICD-10	51
 3. Συννοσηρότητα Μαθησιακών Δυσκολιών και Παιδο-ψυχιατρικών διαταραχών	
3.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις ως προς τη διάγνωση και την αντιμετώπιση	52
3.2 Ερευνητικά δεδομένα – Τομείς προσέγγισης	55
 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
4. Μαθησιακές Δυσκολίες και Παιδο-ψυχιατρικές διαταραχές στην κλινική πράξη	
4.1 Μεθοδολογία έρευνας	58
4.1.1 Μέθοδος – τεχνικές έρευνας	58
4.1.2 Δείγμα έρευνας	60

4.1.3 Επεξεργασία δεδομένων	61
4.1.3.1 Στατιστικές υποθέσεις	61
4.1.3.2 Στατιστικά αποτελέσματα	62
4.1.4 Συζήτηση δεδομένων	81
4.1.5 Διαπιστώσεις	82
Βιβλιογραφία	86
Παράρτημα	
A. Πρωτόκολλο επιλογής και κατάταξης δείγματος	91
B. Ατομικός φάκελος παιδιού	94
Γ. Πρωτόκολλο μαθησιακής εκτίμησης	95
Δ. Ερωτηματολόγια <u>TRF</u> (Teacher's Report Form) και <u>CBCL</u> (Child Behavior Checklist).	96
E. Πίνακας ταξινόμησης διαταραχών κατά DSM-IV	98
ΣΤ. Πίνακας ταξινόμησης διαταραχών κατά ICD-10	101

Εισαγωγή

Οι μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα παιδί μπορεί να είναι απλές ή πολύπλοκες. Αυτό γιατί το παιδί εκτός από τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίζει στο σχολικό πλαίσιο θα υπολείπεται και της ίδιας της επιθυμίας για μάθηση.

Συνακολούθως, φαίνεται ότι η ομαλή ανάπτυξη των μαθησιακών ικανοτήτων στο παιδί, συνδέεται με πολλούς παράγοντες, όπως κοινωνικούς, οικογενειακούς και ψυχολογικούς, όπως και με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του νευρικού συστήματος και της προσωπικότητας (Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ., 2001), η οποία προσωπικότητα, αναφέρεται σε όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά τα οποία επηρεάζουν τον τρόπο που αισθανόμαστε, σκεφτόμαστε, και συμπεριφερόμαστε και που στη διαμόρφωσή της παίζουν επίσης ρόλο παράγοντες περιβαλλοντικοί και κληρονομικοί. Επιπλέον, επειδή αναφερόμαστε σε παιδιά, θα πρέπει να υπολογίζουμε στο γεγονός ότι μπορεί να είναι δύσκολο να περιγράψουμε επαρκώς τις ψυχιατρικές και συμπεριφορικές διαταραχές, έτσι ώστε να τις εντάξουμε σε συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία, γιατί ενδεχομένως να παρουσιάζουν μεγάλη πολυμορφία.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, προκύπτουν ζητήματα όπως, το αν οι μαθησιακές δυσκολίες είναι δυνατό να βοηθήσουν στην κατανόηση των ψυχολογικών φαινομένων, ή το αντίθετο. Αν ισχύει κάτι τέτοιο, τότε θα μπορούσαμε να αναρωτηθούμε, και αν συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές συνοδεύονται με συγκεκριμένες δυσκολίες μάθησης, αλλά και αν ένα παιδί που παρουσιάζει κάποια διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων αναμένεται να παρουσιάζει και συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία, ανάλογη της διαταραχής.

Στην προσπάθειά μας να απαντηθούν τέτοιου είδους ερωτήματα, θα επιδιώξουμε μέσα από αυτή την εργασία, να διερευνήσουμε τη συχνότητα με την οποία μέσα σ'ένα διαγνωστικό ιατροπαιδαγωγικό κέντρο δημόσιας υπηρεσίας, μαθησιακές δυσκολίες διαγιγνώσκονται μαζί με ψυχικές διαταραχές ή/και προβλήματα συμπεριφοράς, και ποιοι τύποι διαταραχών είναι επικρατέστεροι.

Η εργασία περιλαμβάνει δύο μεγάλες ενότητες : το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό μέρος. Το θεωρητικό μέρος αναλύει τις ειδικές μαθησιακές διαταραχές, τις ψυχιατρικές διαταραχές καθώς και θεωρητικές προσεγγίσεις σε σχέση με την συννοσηρότητα των δύο. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ερευνητικά δεδομένα και τα αποτελέσματα του Ιατροπαιδαγωγικού τμήματος «Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου» και γίνονται συγκρίσεις με αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών.

1. Μαθησιακές Δυσκολίες

1.1 Ορισμοί- Είδη μαθησιακών δυσκολιών

Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται ευρέως στην σχολική καθημερινότητα και αναφέρεται στα μαθησιακά προβλήματα που μπορεί να παρουσιάζει ένας μαθητής ή μια μαθήτρια μέσα στην τάξη. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να οφείλονται σε ποικίλες αιτίες, όπως σε προβλήματα σωματικής υγείας, σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα, σε χαμηλό νοητικό δυναμικό, σε ανεπαρκές οικογενειακό περιβάλλον, σε πολιτισμική αποστέρηση και σε άλλους παράγοντες.

Υπάρχουν ωστόσο περιπτώσεις παιδιών τα οποία χωρίς να υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες σαν αυτούς που προαναφέρθηκαν, παρουσιάζουν δυσκολίες σε έναν ή περισσότερους τομείς μάθησης. Αυτού του τύπου οι δυσκολίες σχετίζονται με ειδικές καθυστερήσεις στην ανάπτυξη (Μαρκοβίτης & Τζουριάδου, 1991). Πολλοί επιστήμονες χρησιμοποιούν τον όρο «μαθησιακές δυσκολίες» ή «σχολικές δυσκολίες» ή «δυσκολίες μάθησης», για να αναφερθούν σε αυτές τις εξελικτικές καθυστερήσεις ενώ άλλοι με τον όρο αυτό χαρακτηρίζουν κάθε δυσκολία που αντιμετωπίζει το παιδί στο σχολείο η οποία οδηγεί σε υποεπίδοση και σχολική αποτυχία. Στην συγκεκριμένη μελέτη θα χρησιμοποιηθεί ο όρος «ειδικές μαθησιακές δυσκολίες» (ΕΜΔ), ο οποίος χρησιμοποιείται και στους επίσημους ορισμούς (specific learning disabilities), ο οποίος αναφέρεται στις εξελικτικές δυσκολίες που θα παρουσιαστούν και θα αναλυθούν στη συνέχεια.

Πολλοί ορισμοί έχουν δοθεί για τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και υπάρχουν διαφωνίες ανάμεσα στους ειδικούς, οι οποίες καταγράφονται σε κάθε σύγγραμμα που προσπαθεί να αποτυπώσει μια εικόνα του χώρου. Αυτό οφείλεται από τη μια μεριά στην πολλαπλότητα της αιτιολογίας και μορφολογίας των μαθησιακών δυσκολιών και από την άλλη στην εμπλοκή επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων και κατευθύνσεων. Έτσι διαμορφώθηκαν δύο κυρίως τάσεις, η ιατροκεντρική και η παιδαγωγικοκεντρική (Μαρκοβίτης & Τζουριάδου, 1991).

Ο όρος «ειδικές μαθησιακές δυσκολίες» χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1963 από τον Kirk και αποτελεί τον πιο γνωστό ορισμό καθώς υιοθετήθηκε και από το National Advisor Committee on Handicapped Children (1967) (Hammill, 1990).

Ένας απο τους γνωστούς ορισμούς (Kavale & Forness, 2000) για τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες προέρχεται απο το Νόμο για την Εκπαίδευση των Ατόμων με Αδυναμίες (Individuals with Disabilities Education ACT) που αρχικά διατυπώθηκε το 1977. Η τελική του διατύπωση έγινε το 1999 σύμφωνα με την οποία «ο όρος ειδικές μαθησιακές δυσκολίες αναφέρεται στη διαταραχή μιας ή περισσότερων από τις βασικές ψυχολογικές διεργασίες που εμπλέκονται στην κατανόηση ή τη χρήση του προφορικού λόγου μπορεί να εκδηλώνεται ως αδυναμία στην ακοή, στη σκέψη, στην ομιλία, στην ανάγνωση, στην ορθογραφία ή στους μαθηματικούς υπολογισμούς. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει περιπτώσεις αντιληπτικών αδυναμιών, εγκεφαλικού τραύματος, ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, δυσλεξίας και εξελικτικής αφασίας. Δεν περιλαμβάνει προβλήματα μάθησης που προέρχονται απο αναπηρίες οπτικού, ακουστικού ή κινητικού τύπου, από νοητική υστέρηση, από συναισθηματικές διαταραχές ή από την απουσία περιβαλλοντικών, πολιτισμικών και οικονομικών προνομίων» (Rechly. et al, 2003).

Ένας δεύτερος εξίσου γνωστός ορισμός προέρχεται από την Ενιαία Εθνική Επιτροπή για τις Μαθησιακές Δυσκολίες των ΗΠΑ (National Joint Committee on Learning Disabilities). Βάση αυτού του ορισμού «οι Μαθησιακές Δυσκολίες είναι ένας γενικός όρος ο οποίος αναφέρεται σε μια ετερογενή ομάδα διαταραχών, οι οποίες εκδηλώνονται με σημαντικές δυσκολίες στην απόκτηση ή τη χρήση του λόγου, της ανάγνωσης, της γραφής και των μαθηματικών ικανοτήτων. Οι διαταραχές αυτές είναι εγγενείς και υποστηρίζεται ότι οφείλονται σε δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Προβλήματα στις συμπεριφορές αυτορρύθμισης, στην κοινωνική αντίληψη και στην κοινωνική αλληλεπίδραση παρουσιάζονται στις μαθησιακές δυσκολίες, αλλά δεν αποτελούν μαθησιακές δυσκολίες. Παρότι οι ΕΜΔ μπορεί να συνυπάρχουν με άλλες αναπηρίες (αισθητηριακή βλάβη, νοητική υστέρηση, κοινωνικές και συναισθηματικές δυσκολίες) ή να επηρεάζονται από εξωτερικές επιδράσεις (πολιτισμικές διαφορές, ανεπαρκή φοίτηση) δεν προέρχονται από αυτές τις καταστάσεις ή τις επιδράσεις»

(Kavale & Forness, 2000). Αυτός ο ορισμός επισημοποιεί την εξελικτική φύση των μαθησιακών δυσκολιών, τονίζει την ετερογένεια των δυσκολιών που παρουσιάζουν τα άτομα και δίνει στοιχεία σχετικά με την αιτιολογία.

Συμπερασματικά και με βάση τα κοινά στοιχεία των ορισμών, θα λέγαμε οτι οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (ΕΜΔ) αναφέρονται σε διαταραχές που μπορεί να παρατηρούνται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, οφείλονται σε δυσλειτουργίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και παρατηρούνται παρά την

ύπαρξη ευνοϊκών συνθηκών και καταστάσεων, όπως η επαρκής νοημοσύνη, η απουσία προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας και το κατάλληλο κοινωνικο-πολιτισμικό και εκπαιδευτικό περιβάλλον.

Το ICD-10 ταξινομεί τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες στις εξής κατηγορίες: ειδική διαταραχή της ανάγνωσης, ειδική διαταραχή του συλλαβισμού, ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων και μεικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων.

Έτσι μπορούμε να μιλήσουμε για Δυσλεξία, Δυσορθογραφία, και Δυσαριθμσία.

➤ Ειδική Διαταραχή της Ανάγνωσης (Δυσλεξία)

Η διαταραχή της ανάγνωσης ή δυσλεξία έχει διερευνηθεί περισσότερο από όλες τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Συχνά χρησιμοποιείται με λανθασμένο τρόπο για να περιγράψει ποικίλα προβλήματα μάθησης, γεγονός που επηρεάζει όχι μόνο τον προσδιορισμό του όρου, αλλά και την ερευνητική του θεώρηση (Πόρποδας, 1999). Η παγκόσμια ομοσπονδία της νευρολογίας καθορίζει τη δυσλεξία ως "αναταραχή που φανερώνεται από τις δυσκολίες στην εκμάθηση του διαβάσματος, παρά την επαρκή νοημοσύνη και τις κοινωνικές και πολιτιστικές ευκαιρίες του ατόμου".

Η δυσλεξία αναφέρεται στη δυσκολία του ατόμου να κατακτήσει τις βασικές δεξιότητες της ανάγνωσης, όπως η αναγνώριση των λέξεων, η φωνολογική κωδικοποίηση (απο γράμμα σε φθόγγο) και η φωνολογική ενημερότητα (Vellutino, et al, 2004) ή, με άλλη διατύπωση, στις δυσκολίες στη φωνολογική επεξεργασία (Παντελιάδου, 2000). Η δυσλεξία είναι μια ανικανότητα η οποία αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο εγκέφαλος επεξεργάζεται το γραπτό υλικό. Έχει επιπτώσεις που ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Εντούτοις, όλοι οι δυσλεκτικοί διαβάζουν σε επίπεδα σημαντικά χαμηλότερα από αυτά που χαρακτηρίζουν την ηλικία ή τη νοημοσύνη τους. Ταυτόχρονα είναι μια μαθησιακή δυσκολία που χαρακτηρίζεται από τα προβλήματα με τη γραπτή ή προφορική γλώσσα όπως η ανάγνωση, η γραφή, ο συλλαβισμός, η ομιλία ή η ακοή. Η λέξη δυσλεξία περιγράφει ένα διαφορετικό είδος μυαλού, συχνά ταλαντούχο, υπερ-παραγωγικό, και το οποίο μαθαίνει με έναν διαφορετικό τρόπο. Ο Πόρποδας (1999) μέσα στον όρο δυσλεξία τοποθετεί εκτός από τη δυσκολία της ανάγνωσης και τη δυσκολία της ορθογραφημένης γραφής.

➤ Συχνότητα

Η συχνότητα του φαινομένου ποικίλλει ανάλογα με τη χώρα. Έτσι θεωρείται ότι στις δυτικές κοινωνίες απαντάται συχνότερα (Μαρκοβίτης & Τζουριάδου, 1991). Στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι ένα 15% του μαθητικού πληθυσμού έχει σοβαρές αναγνωστικές δυσκολίες, ενώ το ποσοστό ανέρχεται στο 3,5-6% στη Μεγάλη Βρετανία, ενώ υπάρχει και η εκτίμηση ότι τα δυσλεξικά παιδιά ανέρχονται στο 4-5% όλων των παιδιών με αναγνωστικές δυσκολίες (Στασινός, 1999α). Σε σχέση με τις άλλες ΕΜΔ η δυσλεξία είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη με ποσοστά που ανέρχονται στο 80% του συνολικού πληθυσμού με ΕΜΔ (Meyer, 2000. Scruggs, 2003). Οι Μαρκοβίτης και Τζουριάδου (1991) αναφέρουν ότι το ποσοστό κυμαίνεται από 3% έως 15%, ενώ ο Ζάχος (1999) υπολογίζει ένα ποσοστό 4% του ελληνικού μαθητικού πληθυσμού. Οι Νικοδήμου και Σινανίδου (1993) σε έρευνα όπου συμμετείχαν σαράντα σχολεία της Ελλάδας αναφέρουν ότι ένα ποσοστό 3,4% των μαθητών παρουσιάζει προβλήματα δυσλεκτικού τύπου, εκτίμηση που προκύπτει από τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών σε ερωτηματολόγια.

➤ Αίτια

Μολονότι η ακριβής αιτιολογία του συνδρόμου της δυσλεξίας είναι άγνωστη, φαίνεται ότι έχουμε να κάνουμε με δυσλειτουργία συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου ο οποίος είναι φυσιολογικός κατά τα άλλα, πολλές φορές μάλιστα μπορεί να είναι και μεγαλοφυής. Αξίζει να σημειωθεί ότι στον παγκόσμιο κατάλογο των δυσλεξικών συμπεριλαμβάνονται προικισμένοι και διάσημοι άνδρες με μεγάλες πνευματικές ικανότητες όπως ο Άλμπερτ Αϊνστάιν, ο Θωμάς Έντισον, ο Χανς Κρίστιαν Άντερσεν κ.α.

Σήμερα, μολονότι είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, από πολλές νευρολογικές μελέτες πως η αιτία της δυσλεξίας οφείλεται σε νευρολογική διαταραχή, η ακριβής θέση των δυσλειτουργούντων κυκλωμάτων του εγκεφάλου δεν έχει ακόμα εντοπισθεί με ακρίβεια. Από πρόσφατες νευροφυσιολογικές και παθολο-ανατομικές μελέτες εγκεφάλων δυσλεξικών ανθρώπων καθώς και από πειραματικά δεδομένα, ενισχύεται η πεποίθηση ότι η δυσλεξία οφείλεται σε φλοιώδη εγκεφαλική μικροδυσγενεσία συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου. Η φλοιώδης αυτή μικροδυσγενεσία είναι αποτέλεσμα διαταραχών στη μετανάστευση νευρικών κυττάρων που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της εμβρυϊκής ζωής (Θωμαΐδου, 2003)

Οι Frith και Frith (1996) υποστηρίζουν ότι για τη δυσλεξία ευθύνονται νευρολογικές διαταραχές που έχουν σχέση με κληρονομικούς παράγοντες, και οι

οποίες προκαλούν πρόβλημα στη λειτουργία περιοχών του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται αυτές οι δυσκολίες. Σήμερα, μολονότι είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, από πολλές νευρολογικές μελέτες πως η αιτία της δυσλεξίας οφείλεται σε νευρολογική διαταραχή, η ακριβής θέση των δυσλειτουργούντων κυκλωμάτων του εγκεφάλου δεν έχει ακόμα εντοπισθεί με ακρίβεια. Από πρόσφατες νευροφυσιολογικές και παθολο-ανατομικές μελέτες εγκεφάλων δυσλεξικών ανθρώπων καθώς και από πειραματικά δεδομένα, ενισχύεται η πεποίθηση ότι η δυσλεξία οφείλεται σε φλοιώδη εγκεφαλική μικροδυσγενεσία συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου. Η φλοιώδης αυτή μικροδυσγενεσία είναι αποτέλεσμα διαταραχών στη μετανάστευση νευρικών κυττάρων που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της εμβρυϊκής ζωής.

Παλαιότερα γινόταν διάκριση σε 3 μορφές δυσλεξίας :1)διαταραχές ανάγνωσης που οφείλονται σε δυσκολία επικράτησης οπτικής κυριαρχίας, η οποία είναι αποτέλεσμα προβλημάτων μορφής-πλαισίου, 2)διαταραχές που οφείλονται σε προβλήματα οπτικής ανάλυσης-σύνθεσης, π.χ στην εκμάθηση των σχέσεων μέρους και όλου και 3)διαταραχές που οφείλονται κυρίως σε προβλήματα ολοκλήρωσης μεταξύ των αισθήσεων (Birch 1962), ενώ σήμερα γίνεται λόγος για φωνολογική δυσλεξία και δυσλεξία εικόνας των λέξεων (οπτική) και παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά :

1) Αδυναμία ακουστικής σύλληψης και διάκρισης φθόγγων: Η αδυναμία ακουστικής σύλληψης και διάκρισης των φθόγγων έχει χαρακτηριστεί και με τον όρο "κωφότητα φθόγγων". Τα παιδιά στην προκειμένη περίπτωση δεν μπορούν να συλλάβουν και να διακρίνουν ακουστικά τις λεπτές εκείνες αποχρώσεις που υπάρχουν στους φθόγγους. Με άλλα λόγια υπάρχει έλλειψη ακουστικής διαφοροποίησης (auditory dyslexia).Αυτό έχει ως συνέπεια να δυσκολεύονται να ξεχωρίσουν τους φθόγγους που μοιάζουν ηχητικά μεταξύ τους και συχνά συγχέουν τα:

α-ο

ο-ου

ε-ι

Το ίδιο συμβαίνει με την οξύτητα άλλων φθόγγων, όπως:

β-φ (φάρος-βάρος)

δ-θ (δεσμός-θεςμός)

σ-ζ-ξ (σώζω-συζήτηση-σύζευξη)

Επίσης δεν ακούνε τη διαφορά στον τονισμό των λέξεων, κυρίως στα παρώνυμα, και σε συνηθισμένες λέξεις:

γνωρίζω γυρίζω χωρίζω

Φάνης-Φανή

πόδια-ποδιά

Πολλές φορές δεν ακούνε τις καταλήξεις των λέξεων και συχνά παραλείπουν το τελικό -ς.

Οι ακουστικές αυτές δυσκολίες είναι έντονες σε δυσλεξία βαριάς μορφής, πιθανώς να είναι η αιτία που μερικά παιδιά μιλούν ακόμα και μέχρι τη σχολική ηλικία δυσδιάκριτα και κατά κάποιο τρόπο "μασημένα". Η δυσκολία στην ακουστική αντίληψη αποδίδεται επίσης με τον όρο "τύφλωση των φθογγικών αποχρώσεων".

Η μειωμένη ακουστική αντίληψη προκαλεί προβλήματα στην ανάλυση και σύνθεση των λέξεων και έχει αρνητική επίπτωση στην αναγνωστική ικανότητα του μαθητή. Πέραν των καταλήξεων, οι δυσλεξικοί μαθητές αντιμετωπίζουν επιπλέον δυσκολίες στην ικανότητα τους να συλλάβουν και να συγκρατούν στη μακρόχρονη μνήμη τους τις ομοιότητες των αρχικών φθόγγων στις λέξεις:

γ-		
κγ-	τ-	
γγ	δ	ζ-
και	τ-	τζ
γ-	ντ	τζ-
γκ	π-	τσ
κ-	μπ	σ-
γκ	θ-	τσ
γ-χ	φ	θ-σ
κ-χ		

2) Αδυναμία οπτικής αντίληψης και μνήμης καθώς και αδυναμία παρατηρητικότητας των μορφών:

Η ανάπτυξη της οπτικής αντίληψης συνεπάγεται και την ανάπτυξη της οπτικής διαφοροποίησης, της ικανότητας, δηλαδή, για διάκριση οπτικών λεπτομερειών ανάμεσα στα διάφορα σύμβολα, σχήματα ή μορφές. Αυτό όμως δε συμβαίνει με τα δυσλεξικά παιδιά και γίνεται λόγος για οπτική δυσλεξία (visual dyslexia). Τα παιδιά με αυτής της μορφής δυσλεξία, εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν μπορούν να

διακρίνουν και επομένως και να ταξινομήσουν σωστά, δεν μπορούν και να συγκρατήσουν στη μνήμη τους τις λεπτές διαφορές μεταξύ μερικών γραμμάτων, αριθμών, μορφών ή σχημάτων.

Ιδιαίτερη δυσκολία παρουσιάζεται στους φθόγγους που μοιάζουν μεταξύ τους:

α-		
ο	θ-	ρ-θ
ε-	θ	οτ-
ω	ζ-	το
ή	ξ	κ-
3	η-	γκ
β-	ω	π-
Φ	κ-	μπ
β-	χ	
θ		

Επίσης δυσκολεύονται πολύ στη συγκράτηση της ολικής "εικόνας" των λέξεων που έχουν ομοιότητες μεταξύ τους:

θερμός	προσβάλλω-	σπάζω
δεσμός	προσβολή	στάζω
	προβάλλω-	
	προβολή	

Οι δυσλεξικοί μαθητές παρουσιάζουν την καθρεπτική ανάγνωση ή γραφή, διαβάζουν δηλ. -χα αντί για -άχ και γράφουν τις λέξεις από δεξιά προς τα αριστερά. Σε σχέση με την αδυναμία παρατηρητικότητας των μορφών, πρέπει να πούμε ότι έχουν δυσκολία συγκράτησης στη μακρόχρονη μνήμη τους του σχήματος και της μορφής γεωγραφικών διαμερισμάτων, χωρών, ηπείρων, βουνών, χερσονήσων, ποταμών. Ακόμα και τα πιο χαρακτηριστικά από αυτά, όπως η Πελοπόννησος (σχήμα πλατανόφυλλου), η Χαλκιδική (τρία δάκτυλα), η Ιταλία (σχήμα μπότας) κ.ά., δημιουργούν προβλήματα στα δυσλεξικά παιδιά.

Για τον ίδιο λόγο τα δυσλεξικά παιδιά συγχέουν τους αριθμούς που μοιάζουν (είτε μονοψήφιους είτε διψήφιους), όπως :

7-1	23-32
6-9	39-93
5-3	45-54

Επίσης προβλήματα δημιουργούν τα μαθηματικά σύμβολα των τεσσάρων αριθμητικών πράξεων:

(+)	με το (χ)
(-)	
το επί (.)	με το δια(:)

Αυτή η σύγχυση των συμβόλων μπορεί να συμβεί ακόμα και στις ανώτερες τάξεις του λυκείου και σε άριστους μαθητές στα μαθηματικά. Η σύγχυση αυτή επέρχεται όταν για οποιονδήποτε λόγο καταλαμβάνονται από άγχος, οπότε "μπλοκάρουν" ξαφνικά στα απλά σύμβολα της πρόσθεσης, του πολλαπλασιασμού, της αφαίρεσης και της διαίρεσης, ενώ λύνουν ασκήσεις άλγεβρας!

Τα δυσλεξικά παιδιά δυσκολεύονται όχι μόνο στην απομνημόνευση της εικόνας των λέξεων που αναφέρθηκε πιο πάνω, αλλά ακόμα και εκείνης των προτάσεων.

Όταν βλέπουν μια λέξη ή πρόταση και πρέπει να τη διαβάσουν ή να την γράψουν, δίνουν την εντύπωση ότι τη βλέπουν πάντα για πρώτη φορά, έστω κι αν την έχουν ήδη διαβάσει ή γράψει αρκετές φορές. Δεν μπορούν να συγκρατήσουν στη μακρόχρονη μνήμη τους τη δομή και τη μορφή της πρότασης (Αύριο θα πάω στη θάλασσα).

Ο δυσλεξικός μαθητής δυσκολεύεται επιπλέον στην ικανότητα του να αναλύει την πρόταση σε συλλαβές ή φθόγγους και να τη συνθέσει. Έχει προβλήματα στο να τη γράψει και να τη διαβάσει σωστά.

Αντιμετωπίζει δυσκολίες στη σύνταξη, στον ορισμό του ρήματος, στους χρόνους του ρήματος - ιδίως στον αόριστο, (που χρησιμοποιείται πολύ συχνά στην γλώσσα μας), στον ορισμό του υποκειμένου, του αντικειμένου, των προσδιορισμών. Δυσκολεύεται, ακόμη, να ορίσει το είδος της πρότασης (π.χ., πρόταση τελική ή αναφορική κ.λπ.), να ονομάσει τα μέρη του λόγου και να διακρίνει στην πρόταση το ρήμα, το ουσιαστικό, το επίθετο.

Έχει δυσκολίες στη χρήση των συνδέσμων και γι' αυτό σχηματίζει πάντα μικρές και φτωχές προτάσεις, χωρίς πολύπλοκα νοήματα. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι η αδυναμία στην ακουστική διάκριση και στην οπτική διαφοροποίηση-αντίληψη, σπάνια συμβαίνει να συμπίπτουν στο ίδιο άτομο και, βέβαια, σχεδόν ποτέ στον ίδιο βαθμό βαρύτητας.

Υπάρχουν, φυσικά, λάθη τα οποία γίνονται από δυσλεξικά παιδιά και τα οποία

συσχετίζονται τόσο με την ακουστική όσο και με την οπτική αντίληψη. Αυτό συμβαίνει στην αντιστροφή και αντικατάσταση γραμμμάτων μέσα στη λέξη ή στην αρχή της:

φελώ (αντί θέλω), Χίριστος (αντί Χρίστος).

Η αδυναμία ανάλυσης και σύνθεσης των λέξεων σε συλλαβές ή φθόγγους, όπως ήδη αναφέρθηκε, έχει σίγουρα σχέση όχι μόνο με την οπτική αντίληψη αλλά και με την ακουστική. Όταν συμπίπτουν οι δύο αυτές περιπτώσεις χαρακτηριστικών, τότε έχουμε αδυναμία στην ικανότητα της αυτοσυγκέντρωσης.

Το άκουσμα, η αναγνώριση και διάκριση καθώς και η συγκράτηση λέξεων και γραμμμάτων απαιτούν συγκέντρωση, χρόνο και γρήγορη αντίδραση, όπως π.χ. στην υπαγόρευση ορθογραφίας ή στην αντιγραφή ενός κειμένου από τον πίνακα. Το δυσλεξικό παιδί αδυνατεί ν' ακολουθήσει την τάξη του στο ρυθμό δουλειάς της, ανεξάρτητα από το μάθημα.

3) Αδυναμία ανάγνωσης και κατανόησης κειμένου:

Από την περιγραφή των δύο περιπτώσεων που προαναφέρθηκαν, προκύπτει ο λόγος για τον οποίο παρατηρείται στο δυσλεξικό παιδί αδυναμία ανάγνωσης και κατανόησης κειμένου. Ενώ πράγματι καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια να διακρίνει ακουστικά ή οπτικά τις συλλαβές ή τα γράμματα και τις λέξεις στο κείμενο, όχι μόνο διαβάσει αργά αλλά χάνει και το νόημα όσων διαβάσει, ακριβώς διότι η προσπάθεια του εστιάζεται στην αναγνώριση των λέξεων. Οι δύο αυτές διαδικασίες, δηλαδή η αναγνώριση των λέξεων και η κατανόηση τους παρουσιάζουν την εικόνα δύο παράλληλων γραμμών οι οποίες δεν μπορούν να συναντηθούν, ενώ θα έπρεπε να συμπίπτουν και να γίνονται ταυτόχρονα και αυτόματα, όπως συμβαίνει στον κανονικό αναγνώστη.

Ο λανθασμένος τονισμός κατά την ανάγνωση έχει επίσης ως αιτία αυτό το γεγονός. Τη στιγμή της ανάγνωσης ο δυσλεξικός μαθητής δεν ξέρει πού ακριβώς τονίζεται η λέξη που διαβάσει, ενώ πολλές φορές δε γνωρίζει την ίδια τη λέξη. Αυτό βέβαια δημιουργεί προβλήματα και έλλειψη διάθεσης για διάβασμα και πρέπει να αντιμετωπιστεί με συγκεκριμένα μέτρα.

4) Δυσκολίες και αστάθεια στον προσανατολισμό στο χώρο και χρόνο, αδυναμία στη θέση, στη μορφή και στις "αυθαίρετες" σειροθετήσεις:

Τα δυσλεξικά παιδιά αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες κατά τον προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο.

Δυσκολεύονται να διακρίνουν τις προμαθηματικές έννοιες:

πάνω-κάτω
δεξιά-αριστερά
μπροστά-πίσω

καθώς και τα τέσσερα σημεία του ορίζοντα:

Ανατολή-Δύση
Βορράς-Νότος

Έτσι οι δυσλεξικοί μαθητές δεν μπορούν να μάθουν την ώρα, διότι δεν μπορούν να διακρίνουν την κατεύθυνση του ωροδείκτη και λεπτοδείκτη και τη διαφορά τους (ποιος δείχνει τι)

Δυσκολεύονται στη μαθηματική σειρά των αριθμών, αλλά και στην αναγνώριση τους. Ανάλογες δυσκολίες παρουσιάζουν στις "αυθαίρετες" σειροθετήσεις, όπως:

- οι ημέρες της εβδομάδας,
- οι μήνες, καθώς και ποιοι από αυτούς έχουν 30 και ποιοι 31 ημέρες,
- το αλφάβητο,
- η προ-παίδεια (πολλαπλασιασμός),
- τα ρήματα στις ξένες γλώσσες ,
- οι αριθμοί τηλεφώνου,
- οι μουσικές νότες.

Ακόμη και ενήλικες δυσλεξικοί δυσκολεύονται να απομνημονεύσουν και να διαβάσουν έναν αριθμό τηλεφώνου. Δηλαδή, ενώ ο κανονικός αναγνώστης θα πει 445-146 ή 44-51-46, το δυσλεξικό άτομο θα προφέρει τον κάθε ένα αριθμό ξεχωριστά: 4-4-5-1-4-6.

Δυσκολίες αντιμετωπίζουν και στα κλάσματα, αφού συγχέουν το πάνω με το κάτω. Αυτό δημιουργεί προβλήματα στη διάκριση του αριθμητή από τον παρανομαστή.

Μεγάλη δυσκολία επίσης έχουν στη μετατροπή όλων των ειδών μέτρησης ποσότητας, διαστήματος, χρονικής διάρκειας σε μεγαλύτερη ή μικρότερη μονάδα, π.χ. στη μετατροπή του κιλού σε γραμμάρια, του χιλιομέτρου σε μέτρα ή εκατοστά, της ώρας σε λεπτά ή δευτερόλεπτα κ.τ.ό.

Δυσκολεύονται στη μεταφορά και χρήση νομοτελειών και κανόνων γενικής

εφαρμογής, π.χ. στις αναλογίες, στις εξισώσεις ή σε προβλήματα Φυσικής, Χημείας και Βιολογίας (Βακάλη,2009).

➤ Ειδική Διαταραχή του συλλαβισμού (δυσορθογραφία)

Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι μια ειδική και σημαντική μειονεξία στην ανάπτυξη των ορθογραφικών δεξιοτήτων. Αφορά στην δυσκολία της γραφής τόσο στο επίπεδο της λέξης, όσο και στο επίπεδο της πρότασης και της σύνταξης γραπτής παραγράφου. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να εξετάσουμε τί ονομάζουμε γραφή και ποιά είναι τα είδη της.

Γραφή ονομάζεται η διαδικασία εγγραφής της φυσικής γλώσσας με την μορφή οπτικών συμβόλων ή γραφικών σημείων πάνω σε επιφάνεια υλικού φορέα. Η επινόηση της αποτελεί σταθμό στην εξέλιξη του πολιτισμού, μια και το γλωσσικό μήνυμα, μέσω αυτής, διατηρείται στο χρόνο και απελευθερώνεται από την εξάρτηση του(Δημητρίου,Σ. 1994).

Υπάρχουν διάφορα είδη γραφής και κάποια από αυτά αποτελούν στάδια της ανάπτυξης της.

Σημαντικότερα όλων είναι η αλφαβητική, η φωνημική ή φωνολογική, η φωνητική και η ιστορική γραφή ή χρήσης. Η πρώτη αποτελείται από ένα σύνολο γραφικών σημείων που ονομάζονται γράμματα και όπου το καθένα μπορεί να αναπαραστήσει έναν ή περισσότερους φθόγγους μιας συγκεκριμένης γλώσσας, ενώ η δεύτερη αναπαριστά μέσω των γραφικών σημείων της φωνήματα και όχι φθόγγους . Η φωνητική γραφή είναι το τελευταίο στάδιο της εξέλιξης της γραφής όπου υπάρχει ένα μόνο γραφικό σημείο για κάθε φθόγγο της συγκεκριμένης γλώσσας. Τέλος, στην ιστορική γραφή ή χρήσης, τα γραφικά σύμβολα έχουν μικρή σχέση με τα φωνήματα της λέξης, τα φωνήματα αναπαριστώνται με περισσότερα γραφικά σύμβολα με σκοπό να δηλώσουν την γραμματική ποιότητα της λέξης ή την ετυμολογική της καταγωγή. Εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων της Νεοελληνικής γλώσσας και για την αποφυγή σύγχυσης, προτείνεται για το τελευταίο αυτό είδος της γραφής να χρησιμοποιείται ο όρος "γραφή χρήσης" και να χωρίζεται σε δύο υποομάδες την ιστορική ορθογραφία, που αφορά στο θέμα της λέξης και την γραμματική ορθογραφία, που αφορά στην κατάληξη της λέξης (Βογινδρούκας, Γ.2000).

Η Νεοελληνική γλώσσα, ως απόγονος της αρχαίας ελληνικής γλώσσας, παρουσιάζει μία σύνθετη μορφή γραφής που αποτελείται από περισσότερα από ένα από τα παραπάνω τέσσερα είδη που αναφέρθηκαν. Αυτή η σημερινή εικόνα της Νεοελληνικής γλώσσας είναι αποτέλεσμα των αλλαγών που δέχτηκε η αρχαία

ελληνική γλώσσα σε διάφορες χρονικές περιόδους.

Σύμφωνα με τον Ζάχο (1991), οι αλλαγές ξεκινούν από τον 1ο μ.Χ. αιώνα, όπου αποφασίζεται η κατάργηση της προφοράς της γλώσσας που ίσχυε στην κλασική περίοδο. Οι μετέπειτα προσπάθειες είχαν σαν στόχο την κατάργηση του τρόπου γραφής της κλασικής περιόδου και την καθιέρωση της φωνητικής γραφής. Ενώ κατά τον 19ο αιώνα, γίνεται προσπάθεια για κατάργηση της ιστορικής γραφής. Τελικά, η γραφή της Νεοελληνικής γλώσσας συστηματοποιείται από τον Μ. Τριανταφυλλίδη, ο οποίος παρόλο που θεωρούσε ότι ορθογραφία σημαίνει η απόδοση των φθόγγων της ζωντανής γλώσσας με γραφικά σύμβολα, δεν φαίνεται η σημερινή εικόνα της Νεοελληνικής γραφής να υποστηρίζει αυτή του την άποψη.

Η Νεοελληνική γραφή έχει ένα αλφάβητο που περιέχει 24 γράμματα τα οποία συνδυάζονται για να αποδώσουν τα 25 φωνήματα της ελληνικής γλώσσας και τους επιπλέον δίφθογγους, το γεγονός αυτό την καθιστά βασικά αλφαβητική γραφή αλλά επειδή σε πολλές περιπτώσεις, οι λέξεις της Νεοελληνικής γλώσσας γράφονται μόνο με φωνητικό τρόπο π.χ (κ-α-π-ε-λ-ο) μπορεί να θεωρηθεί μερικώς φωνητική γραφή. Σε άλλες περιπτώσεις πάλι, η γραπτή απεικόνιση της λέξης δεν ανταποκρίνεται στην προφορική της εκφορά π.χ (λ-ο-γ-χ-η), όπου ακούγεται (λ-ο-ν-γ-χ-η) και αυτό την καθιστά μερικώς φωνητική ή φωνολογική γραφή. Σύμφωνα με τον Βουγιούκα (1994), η ιδιαιτερότητα αυτή της Νεοελληνικής γλώσσας μαζί με τον μεγάλο αριθμό δίψηφων συμφώνων που χρησιμοποιεί, δημιουργεί επιπρόσθετες δυσκολίες μια και δεν είναι λίγες αυτές οι περιπτώσεις (γκ, γγ, κσ, λλ, μμ, ββ, ππ, κκ, σσ, αυ, ευ, κλπ). Τέλος, σχεδόν πάντα, είναι ιδιαίτερα σημαντική η επιλογή των κατάλληλων γραφημάτων τα οποία ενώ προφέρονται με τον ίδιο τρόπο απεικονίζονται διαφορετικά (ω,ο/ αι,ε/ ει,ι,υ,οι,η), γιατί αυτά δηλώνουν την γραμματική ποιότητα της λέξης και την ετυμολογική της καταγωγή π.χ (βάζο - βάζω, ή λέξεις - λέξης, ή κλίνω - κλείνω) και το γεγονός αυτό καθιστά την Νεοελληνική γραφή ιστορική ή χρήσης.

Δικαίως λοιπόν υποστηρίζεται ότι η συντήρηση της ιστορικής ορθογραφίας γίνεται αιτία μορφωτικής δυσπραγίας στην χώρα μας και ακόμη δικαίως υπάρχει το μεγάλο αυτό ποσοστό ανορθογραφίας στον μαθητικό πληθυσμό ακόμη και σε παιδιά που δεν παρουσιάζουν αναπτυξιακές διαταραχές(Παπαγεωργίου, 1974) .

Το γεγονός αυτό καθιστά την διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και στην γενικότερη σχολική αποτυχία από μη ειδικούς λόγους απαραίτητη και άξια της ερευνητικής προσοχής. Μόνο με τον τρόπο αυτό θα αποφύγουμε να δημιουργήσουμε μια κοινωνία "δυσλεξιών" και να αναγκαστούμε να αναπτύξουμε

ειδικά διαμορφωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα από την προσχολική ηλικία ακόμη που να αποτρέψουν τον παραπάνω κίνδυνο.

Οφείλουμε να επισημάνουμε ότι η γραφή αποτελείται από τη γραφική κίνηση, την ορθογραφία και την γραπτή σύνθεση.

Η γραφική κίνηση είναι αποτέλεσμα μιας μακρόχρονης εκμάθησης που απαιτεί τον έλεγχο της λεπτής και της αδρής κινητικότητας του χεριού και των δαχτύλων.

Η κινητικότητα βελτιώνεται με την ηλικία, το νοητικό δυναμικό και την κοινωνικό-συναισθηματική ωριμότητα (Campolini , 1988).

Η ανάπτυξη της γραφής περνά από τρία στάδια:

1. 5-8 ετών, το παιδί είναι προσκολλημένο στην σωστή αναπαράσταση της μορφής και της αναλογίας των γραμμμάτων.
2. 8-11 ετών, ενώ οι μορφές των γραμμμάτων είναι πιο οικείες και η γραφική κίνηση πιο άνετη, ο ρυθμός της γραφής είναι συχνά ακανόνιστος γιατί το παιδί διστάζει στην ορθογραφία των λέξεων.
3. 11 ετών και αργότερα, αναπτύσσεται ο προσωπικός χαρακτήρας γραφής.

Η Ορθογραφία είναι η καταγραφή των φθόγγων με τυποποιημένους κανόνες που δεν τηρούν τη φωνητική πραγματικότητα της γλώσσας (Δημητρίου, 1994).

Το παιδί που γράφει πρέπει:

- να καθιστά σχέσεις μεταξύ ήχων και γραμμμάτων
- να ανακαλεί την μορφή του γράμματος και να την αναπαριστά
- να διαλέγει το σωστό γράφημα γνωρίζοντας ότι η σχέση μεταξύ ήχου και γράμματος δεν είναι αυτόματη π.χ (ε, αι)
- να ομαδοποιεί τα γραφήματα σύμφωνα με συγκεκριμένους κανόνες, για να δημιουργεί λέξεις.

Η Γραπτή Σύνθεση είναι η πιο σημαντική πλευρά του γραπτού λόγου, γιατί αφορά την χρήση του ως μέσο και όργανο μετάδοσης της σκέψης. Η γραπτή σύνθεση είναι το αντίστοιχο της χρήσης του προφορικού λόγου για την επίτευξη της επικοινωνίας. Θεωρείται δε, το ίδιο σημαντική με την εκμάθηση του προφορικού λόγου και πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη σημασία στην εκμάθηση της από ότι στις άλλες πλευρές της γραφής δηλαδή στην γραφική κίνηση και στην ορθογραφία.

Η διαδικασία της παραγωγής και της αντίληψης του προφορικού λόγου μέσω των διαφόρων συστημάτων (ομιλία, γραφή, ανάγνωση) έχει μελετηθεί από διάφορους ερευνητές με παρόμοιες περιγραφές για την διαδικασία γραφής τόσο για την

αυθόρμητη, όσο και για την καθ' υπαγόρευση (Frith, 1980), (Kay & Lesser & Coltheart 1984), (Spooner, 1997), (Ζάχος 1992).

Τα στάδια της ορθογραφημένης αυθόρμητης γραφής είναι οχτώ ξεκινώντας από την σύλληψη της ιδέας και ταυτόχρονα τον έλεγχο της συνοχής της ιδέας με το υπόλοιπο κείμενο ή με το θέμα του κειμένου, προχωρώντας στην εύρεση των κατάλληλων λέξεων οι οποίες θα εκφράσουν την ιδέα, έπειτα ακολουθεί η φωνημική ανάλυση των λέξεων, η γραμματική τους και ετυμολογική του ποιότητα μέσω της κατανόησης του περιεχομένου της πρότασης, η γραφοφωνημική αντιστοίχιση, η εύρεση των κατάλληλων γραφημάτων με την βοήθεια των ορθογραφικών κανόνων, η ανάκληση του κινητικού μοντέλου απεικόνισης των γραφημάτων, φτάνοντας στο τελικό αποτέλεσμα που είναι η γραφή ενός κειμένου. Ανάμεσα σε αυτά τα στάδια υπάρχουν σημεία βραχύχρονης αποθήκευσης των πληροφοριών που εξυπηρετούν την επεξεργασία των παλαιών και νέων πληροφοριών για το κατάλληλο αποτέλεσμα. Το διαφορετικό ίσως από άλλες γλώσσες που συναντάται στην Νεοελληνική γλώσσα είναι η ανάγκη κατανόησης του περιεχομένου της πρότασης και η συμμετοχή της στην επιλογή των κατάλληλων γραφημάτων, μια και όπως ήδη έχουμε αναφέρει υπάρχουν λέξεις στην Νεοελληνική που ενώ είναι ομόηχες γράφονται με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το νόημα της πρότασης και την γραμματική τους ποιότητα. (Βογινδρούκας, 2000).

Αξιοσημείωτο είναι πως η δυσορθογραφία είναι ειδική διαταραχή της μάθησης της ορθογραφίας που συναντάται σε παιδιά με φυσιολογική νοημοσύνη. Η δυσορθογραφία πολύ συχνά συνοδεύει την δυσλεξία (διαταραχή της ανάγνωσης) αλλά μπορεί να υπάρχει και μονή της χωρίς εμφανείς διαταραχές στην ανάγνωση (Snowling & Stackhouse 1997).

Τα λάθη μπορεί να οφείλονται σε:

- Διαταραχές της οπτικής και ακουστικής αντίληψης
- Διαταραχές της ανάπτυξης του προφορικού λόγου
- Δυσκολία στην οργάνωση του χώρου και του χρόνου (Borel-Maisony 1977)

Οι δυσκολίες που μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είναι:

1. Δυσκολία στην αναπαραγωγή της ακουστικής μορφής που προσλαμβάνει απαιτεί:
 - α) ακουστική διάκριση των ήχων και της σειράς διαδοχής τους
 - β) οπτική διάκριση των χαρακτηριστικών των γραφημάτων

- γ) κατανόηση του κώδικα συμβολισμού ενός ήχου από ένα γραφικό σύμβολο
2. Δυσκολία χωρισμού των λέξεων
 3. Δυσκολία στην απομνημόνευση του κατάλληλου γραφήματος
 4. Δυσκολία στην κατανόηση των γραμματικών χαρακτηριστικών.

Η γραμματική βοηθάει στην διαφοροποίηση της γραφής των λέξεων βάσει της "Λογικής Διάκρισης" (φύση της λέξης, γένος, αριθμός κλπ) και των "Λογικών Σχέσεων" ανάμεσα στα μέρη του λόγου (γραμματικοί κανόνες).

Αυτό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν κώδικας ο οποίος συμπεριλαμβάνει:

- α) την φύση της λέξης,
- β) το κατάλληλο γραφικό σύμβολο για την αναπαράσταση της φύσης της λέξης και
- γ) τον γραμματικό κανόνα που διέπει τα δύο προηγούμενα.

Τα παιδιά με δυσορθογραφία μπορεί:

- α) να γνωρίζουν το γραφικό σύμβολο για την σωστή αναπαράσταση μιας λέξης, αλλά να μην γνωρίζουν την φύση της λέξης, ή
- β) να γνωρίζουν την φύση της λέξης αλλά όχι το γραφικό σύμβολο.

Η δυσκολία αυτή δεν οφείλεται σε άγνοια, αλλά σε ανικανότητα κατανόησης των γραμματικών χαρακτηριστικών. Η δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι δεν μπορούν να κατατάξουν τις λέξεις σε λογικές κατηγορίες σύμφωνα με την φύση τους. Παράδειγμα: Η λέξη "φακή" είναι θηλυκού γένους (φύση της λέξης). Η κατάληξη -η δηλώνει τα θηλυκά ονόματα (γραφικό σύμβολο). Ο κανόνας λέει ότι "Τα θηλυκά σε (ι) γράφονται με -η" (λογική σχέση).

5. Δυσκολία στην χρήση των "Λογικών Σχέσεων" που διέπουν τις γραμματικές συμφωνίες. Παρόλο που γνωρίζουν τους γραμματικούς κανόνες δεν μπορούν να τους χρησιμοποιήσουν.

6. Δυσκολία με τα γραφικά σύμβολα. Τα γραφικά σύμβολα μολονότι μπορεί ακουστικά να είναι τα ίδια διαφέρουν ως προς την μορφή βάση της λογικής διάκρισης της λέξης. π.χ (επιστημονική, επιστημονικοί) (-η και -οι). Η δυσκολία αυτή αυξάνεται όταν το ίδιο διακριτικό σύμβολο χρησιμοποιείται σε διαφορετικές περιπτώσεις. π.χ η κατάληξη (-εις) στις λέξεις (τρέχεις) και (αποφάσεις) (Campolini 1988).

Τα λάθη των παιδιών με δυσορθογραφία μπορούν να ταξινομηθούν σε επτά μεγάλες κατηγορίες οι οποίες αναλύονται παρακάτω :

A. Λάθη στην τοποθέτηση των γραφημάτων στο χώρο

1. Αντικατάσταση γραμμάτων από άλλα γειτονικών μορφών
- διαφορετικά προσανατολισμένα {ε 3, ρ 9, δ 2}

- γειτονικής μορφής {χ γ}
- 2. Αντιστροφές
 - αντιστροφή αρχικού φωνήεντος {αρ ρα}
 - αντιστροφές μέσα στην συλλαβή ή σε διαδοχικά σύμφωνα {τρία τίρα}
- 3. Παράλειψη γραμμάτων ή συλλαβών
- 4. Πρόσθεση γραμμάτων ή συλλαβών
- 5. Σύνδεση των λέξεων: { της μαμάς του - της μαμάστου}

B. Φωνολογικά Λάθη

1. Αντικατάσταση άηχου ηχηρού φωνήματος
2. Απλοποίηση συμπλέγματος: {βάφτισα βάφισα}
3. Αφομοίωση: {παγώνω παγώγω}
4. Επένθεση: {κλαίω καλαίω}
5. Παραποίηση φωνηέντων: {πέντε πέντα}

Γ. Λάθη Χρήσης (Ιστορική Ορθογραφία): ωραίος - ορέος, κοιμάμαι - κιμάμαι

Δ. Λάθη στη χρήση διαφορετικών γραμμάτων ενός ίδιου ήχου: ευχαριστώ-εφχαριστώ, ευαίσθητος - εβαίσθητος

Ε. Λάθη συμφωνίας γραμματικής κλίσης. Τα παιδιά με δυσορθογραφία μπορεί να γνωρίζουν τους γραμματικούς κανόνες αλλά δεν μπορούν να τους εφαρμόσουν.

Ζ. Αντικατάσταση λέξεων: γάτα - σκύλος

Η. Ομόηχες λέξεις: λίπη - λύπη – λείπει (Βογινδρούκας, 2000)

Μια ενδεικτική έρευνα που θα παρουσιαστεί παρακάτω είχε σαν στόχο τον καθορισμό των ορθογραφικών λαθών που κάνουν συνήθως τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, έτσι ώστε να βοηθηθεί η αναγνώριση των δυσκολιών της ορθογραφίας που οφείλονται σε αναπτυξιακές δυσκολίες και να συμβάλλει στην βελτίωση των δυσκολιών αυτών μέσω της εκπόνησης συγκεκριμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από μία ομάδα δέκα παιδιών με διάγνωση Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (ΕΜΔ) (ομάδα έρευνας). Η διάγνωση δόθηκε από την διεπιστημονική ομάδα του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου Βορείου Ελλάδας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Τα παιδιά της έρευνας ήταν μαθητές της Γ΄ γυμνασίου και με μέτριου βαθμού ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.

Οι προϋποθέσεις επιλογής των μαθητών ήταν: 1. Η ελληνική γλώσσα να είναι μητρική τους γλώσσα, 2. Να μην παρουσιάζουν κάποιου είδους αναπτυξιακή διαταραχή, 3. Να μην απουσιάζουν πέρα του συνηθισμένου από το σχολείο. Στην

συλλογή των παραπάνω πληροφοριών βοήθησαν οι υπεύθυνοι εκπαιδευτικοί της κάθε τάξης. Για τον σκοπό της έρευνας δημιουργήθηκε αρχικά μία λίστα 170 λέξεων, οι οποίες αντιστοιχούσαν σε όλες τις γραμματικές καταλήξεις που συναντούνται στην ελληνική γλώσσα και στις οποίες υπάρχει πιθανότητα ορθογραφικού λάθους. Οι λέξεις αυτές αφορούσαν όλα τα μέρη του λόγου (ρήματα, ουσιαστικά, επίθετα, άρθρα).

Επιλέχθηκαν από αυτές, οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες καταλήξεις, εξετάζοντας τα "Σκέφτομαι και Γράφω" μαθητών ενός Δημοτικού σχολείου από την Β' έως και την ΣΤ' τάξη και από τις καταλήξεις αυτές δημιουργήθηκε μια δοκιμασία 130 λέξεων. Οι λέξεις που συμπεριλήφθησαν στην δοκιμασία αφορούν όλα τα μέρη του λόγου (άρθρα, επίθετα, ρήματα, ανώμαλα ρήματα και ουσιαστικά). Αποκλείστηκαν οι καταλήξεις εκείνες στις οποίες δεν υπάρχει πιθανότητα ορθογραφικού λάθους, όπως θηλυκά σε (-α) και αρσενικά σε (-ας) κλπ. Η κάθε κατάληξη επαναλαμβάνεται τέσσερις φορές στην δοκιμασία, για να αποκλειστεί με αυτό τον τρόπο η περίπτωση τυχαίας σωστής ή λάθος απάντησης από τους μαθητές. Οι καταλήξεις που συμπεριλήφθησαν κατεγράφησαν βάσει των αντιθετικών στοιχείων που αυτές έχουν στην ορθογραφία της Νεοελληνικής γλώσσας, π.χ όπου συναντάται η κατάληξη (-με) γραμμένη με διαφορετικούς τρόπους και όχι βάσει του διαχωρισμού τους από την ελληνική γραμματική, π.χ κάτω από την γενική κατάληξη -ης, συμπεριλήφθησαν τα αρσενικά ανισοσύλλαβα σε -ης και όλα τα αρσενικά σε -της. Επίσης εκτός από τις γραμματικές καταλήξεις των ρημάτων και των ουσιαστικών, συμπεριλήφθησαν συχνά χρησιμοποιούμενα ρήματα με στόχο να μελετηθεί η ιστορική τους ορθογραφία, το επίθετο (πολύς), και άρθρα στα οποία η γραμματική ποιότητα των λέξεων που συνοδεύουν καθορίζει τον τρόπο γραφής τους.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα περισσότερα λάθη γίνονται στα ρήματα σε -ωνω, -αίνω, και -εύω, στις γραμματικές καταλήξεις του αορίστου -ησα, -ισα και -ωσα, στην κατάληξη του τρίτου ενικού των παθητικών ρημάτων και στην κατάληξη της μετοχής -οντας γεγονός που δείχνει την δυσκολία τους στην χρήση των γραμματικών κανόνων και την δυσκολία τους να χειριστούν ταυτόχρονα όλες τις απαραίτητες διαδικασίες που χρειάζονται για την ορθογραφημένη γραφή.

Δεν συναντούνται λάθη στις καταλήξεις του πρώτου πληθυντικού και τρίτου πληθυντικού(-με και -τε) και στην κατάληξη της μετοχής -οντας, όχι γιατί τα παιδιά με ΕΜΔ γνωρίζουν τον τρόπο γραφής τους, αλλά γιατί τείνουν να υπέρ-χρησιμοποιούν τα γραφήματα {ο και ε} και λιγότερο έως καθόλου τα άλλα

γραφήματα (αι και ω), που χρησιμοποιούνται για την αναπαράσταση των ίδιων φωνημάτων.

Επίσης στα ανώμαλα ρήματα φαίνεται να δυσκολεύονται στο {ήπια και είπα} και συνήθως αντιστρέφουν τον τρόπο γραφής τους πιθανόν γιατί μοιάζουν ηχητικά. Ταυτόχρονα όμως υποστηρίζεται η δυσκολία των παιδιών να κατασκευάσουν ένα οπτικό ορθογραφικό λεξικό που θα τους βοηθούσε να ανακαλούν γρήγορα και σωστά την κατάλληλη λέξη (Frith, 1980). Έτσι καταφεύγουν κάθε φορά στην ακολουθία όλης της διαδικασίας της ορθογραφημένης γραφής αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο την πιθανότητα λάθους.

Οι γραμματικοί τύποι του επιθέτου {πολύς} δυσκολεύουν ιδιαίτερα τα παιδιά με ΕΜΔ, γεγονός που συναντάται και στους μαθητές χωρίς ΕΜΔ, με αποκορύφωμα και εδώ τον τύπο του θηλυκού γένους του ενικού αριθμού {πολλή}. Το εύρημα αυτό μπορεί πιθανόν να υποστηρίξει αρχικά την ύπαρξη του οπτικού ορθογραφικού λεξικού στα άτομα χωρίς ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, μια και τα άτομα αυτά ανακαλούν αυτόματα από το οπτικό λεξικό τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη λέξη, που είναι το επίρρημα (πολύ) και επίσης να δικαιολογήσει τον μηχανισμό δημιουργίας λαθών που συναντάται στα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, όταν δεν χρησιμοποιούν όλα τα στάδια διαδικασίας της ορθογραφημένης γραφής.

Στα ουσιαστικά παρατηρούνται λάθη στις καταλήξεις που δεν γράφονται με (η, ι, ή ο) μια και αυτά είναι τα γραφήματα που χρησιμοποιούνται περισσότερο για την αναπαράσταση των φωνημάτων (ι και ο). Αυτό δείχνει την ανάγκη τους για απλοποίηση της γραπτής διαδικασίας, που πηγάζει από την αδυναμία ταυτόχρονης επεξεργασίας όλων των απαιτούμενων πληροφοριών για την ορθογραφημένη γραφή. Επίσης μπορεί να δείχνει τον μηχανισμό απλοποίησης που χρησιμοποιούν και σύμφωνα με τον οποίο θεωρούν σημαντική την φωνολογική-γραφημική αντιστοιχία την οποία και κρατούν, μια και έχει άμεση σχέση με την κατανόηση της έννοιας της λέξης, ενώ αφήνουν τους κανόνες της ορθογραφίας που έχουν μικρότερη σχέση στις περισσότερες λέξεις, με την σημασία τους, αφού αυτή μπορεί να γίνει κατανοητή από τα συμφραζόμενα σε μια πρόταση.

Σε ότι αφορά τα άρθρα, φαίνεται να γράφουν σωστά τα οριστικά άρθρα αρσενικού και θηλυκού γένους, ενικού αριθμού, γιατί όπως προαναφέρθηκε χρησιμοποιούν κυρίως τα γραφήματα (η και ο) για τα φωνήματα (ι και ο). Αντίθετα όπου χρειάζεται να γίνει χρήση του γραμματικού κανόνα που αφορά την γραφή των πτώσεων και του αριθμού, τότε αυξάνονται θεαματικά τα ποσοστά λάθους.

Τα ευρήματα αυτά δείχνουν την σημαντική δυσκολία που συναντούν τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες στην κατάκτηση της ορθογραφημένης γραφής στην Νεοελληνική γλώσσα. Η δυσκολία οφείλεται βέβαια στο είδος της αναπτυξιακής διαταραχής που συνοδεύει τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, αλλά εντείνεται και από την συχνότητα που τα δύσκολα γραφήματα συναντιούνται στο γραπτό λόγο. Η έρευνα του Mirambel το 1959 (Τομπαϊδης 1995), σε κείμενα της Νεοελληνικής γλώσσας δείχνει ότι τη μεγαλύτερη συχνότητα έχουν τα φωνήματα (α) με 12,7%, (ι) με 12,4%, (ε) με 9,5% και το (ο) με 8,9. Φαίνεται λοιπόν ότι τα δύσκολα φωνήματα είναι και τα περισσότερο χρησιμοποιούμενα γεγονός που ανεβάζει το ποσοστό λάθους στον γραπτό λόγο.

Συμπερασματικά λοιπόν φαίνεται ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα ορθογραφημένης γραφής στην Νεοελληνική γλώσσα οφείλονται αρχικά στο είδος της διαταραχής που συνοδεύει τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, αλλά επίσης και στο είδος της Νεοελληνικής γλώσσας που αφήνει περιθώρια αύξησης των λαθών πέρα από την αναπτυξιακή δυσκολία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δεν είναι αρκετά για να υποστηρίξουν τα παραπάνω συμπεράσματα, μια και έγινε σε περιορισμένη κλίμακα και με μικρό αριθμό δείγματος. Παρ' όλα αυτά όμως δίνει κάποιες πρώτες πληροφορίες για το είδος των δυσκολιών στην ορθογραφία των μαθητών με ΕΜΔ (Βογινδρούκας, 2000)

➤ Ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων (δυσαριθμησία)

Εκτός από τη δυσλεξία, όπου στο παιδί λείπουν αυτοματοποιημένες δεξιότητες και γι' αυτό δυσκολεύεται να διαβάσει άνετα (δηλαδή γρήγορα, σωστά και ταυτόχρονα κατανοώντας το κείμενο), στα σχολεία παρατηρούμε και την ύπαρξη μιας άλλης κατάστασης, που έχει σχέση όχι με τη γλώσσα, αλλά με τα μαθηματικά. Η εξελικτική δυσκολία αριθμητικής συναντάται πιο σπάνια και δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης σε τέτοιο βαθμό όπως η δυσλεξία, καθώς είναι ένας σχετικά καινούργιος όρος. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για δυσκολίες στη σχέση στο χώρο, διαταραχές στην οπτικο-κινητική αντίληψη, δυσκολίες συμβολισμού κ.τ.λ(Μαρκοβίτης & Τζουριάδου, 1991). Τα παιδιά με δυσαριθμησία δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα μαθηματικά και οτιδήποτε έχει σχέση με αυτά. Για π.χ. δεν μπορούν να μάθουν εύκολα τα 10 αριθμητικά ψηφία, δεν μαθαίνουν εύκολα να διαβάζουν και να γράφουν πολυψήφιους αριθμούς, δεν μετράν γρήγορα και χωρίς λάθη, δεν αντιλαμβάνονται καλά ποιος αριθμός είναι μεγαλύτερος και ποιος είναι μικρότερος, δεν μπορούν να κάνουν υπολογισμούς νοερά, «με το μυαλό τους», μπερδεύουν τις πράξεις

αριθμητικής μεταξύ τους, δεν μαθαίνουν εύκολα πώς λύνονται μαθηματικά προβλήματα, μπερδεύουν τα μαθηματικά σύμβολα (+, -, =, <, > κλπ.). Σε όσες χώρες έχουν επιχειρηθεί έρευνες για να εντοπιστεί ο αριθμός των παιδιών με αυτές τις δυσκολίες, βρέθηκε ότι πρόκειται για ένα 4% περίπου των παιδιών. Το ίδιο και στην Ελλάδα. Έχουν πρόβλημα μόνο με τα μαθηματικά και δεν είναι απαραίτητο να παρουσιάσουν δυσκολίες στην ανάγνωση, την ορθογραφία και γενικά το γραπτό λόγο. Αντίθετα, μπορεί να έχουν ικανοποιητική επίδοση σε όλα τα άλλα σχολικά μαθήματα. Πρόκειται επομένως για μια ειδική μαθησιακή δυσκολία, διακριτή από τις υπόλοιπες, και χρειάζεται διαφορετική μεταχείριση.

Η κατάσταση αυτή έχει πάρει διάφορα ονόματα: μαθηματική διαταραχή, αναπτυξιακή διαταραχή των μαθηματικών ικανοτήτων ή του υπολογισμού κλπ. Επικρατέστερος όρος διεθνώς είναι η Διαταραχή του Υπολογισμού (dyscalculia), αν και στην Ελλάδα έχει επικρατήσει μάλλον η λέξη δυσαριθμησία. Αυτό πάντως δεν είναι πολύ σωστό, διότι η δυσαριθμησία είναι ένας όρος με στενή έννοια: έτσι λέγεται διεθνώς η δυσκολία ανάγνωσης και σωστής γραφής των αριθμών (σαν δυσλεξία αριθμών δηλαδή), χωρίς να περιλαμβάνονται όλες οι άλλες δυσκολίες που αναφέραμε παραπάνω. Γι' αυτό τα παιδιά με δυσλεξία έχουν συχνά δυσαριθμησία, χωρίς αυτό να σημαίνει πως έχουν και Διαταραχή του Υπολογισμού.

Όταν ένα νήπιο ήδη δείχνει ότι δεν κατανοεί εύκολα το «πολύ» και το «λίγο». Όταν δυσκολεύεται να συγκρίνει ποσότητες βρίσκοντας το «περισσότερο» και το «λιγότερο». Όταν ένα νήπιο δυσκολεύεται να μετρήσει σωστά μέχρι πέντε αντικείμενα. Όταν έχει μάθει να γράφει το όνομά του, αλλά μπερδεύει συνεχώς τα νούμερα από το 1 ως το 10. Τότε έχουμε ένα παιδί σε «ομάδα κινδύνου» και πρέπει να είμαστε σε επιφυλακή όταν το παιδί αρχίσει τη φοίτηση στο Δημοτικό, γιατί μπορεί να εκδηλώσει τα ελλείμματα που έχουμε αναφέρει, και από κάποιο σημείο και μετά να «κολλήσει» στα μαθηματικά κατά τη διάρκεια της Α΄ τάξης. Αν συμβεί αυτό, καλό θα είναι να ελεγχθεί. Υπάρχει μάλιστα και ειδικό τεστ διάγνωσης της δυσαριθμησίας (Διαταραχής υπολογισμού) στα ελληνικά, σταθμισμένο για Έλληνες μαθητές.

Τα παιδιά με αναπτυξιακή δυσαριθμησία έχουν ανάγκη ειδικών τεχνικών για να αναπτύξουν την αντίληψη και κατανόηση των ποσοτήτων, για να αυτοματοποιήσουν την αναγνώριση και τη γραφή των αριθμών, καθώς και τον χειρισμό ποσοτήτων, για να αντιληφθούν και να κατανοήσουν τις λειτουργίες των 4 πράξεων και τη χρήση τους στην επίλυση προβλημάτων. Είναι μια διαδικασία

μακρόχρονη και κοπιαστική για το παιδί, που απαιτεί μεγάλη ενθάρρυνση και επιβράβευση. Ελάχιστος στόχος είναι το παιδί να κατακτήσει κάποια στιγμή τις βασικές μαθηματικές δεξιότητες που απαιτούνται στην καθημερινή ζωή. Τα παιδιά με υψηλή λεκτική νοημοσύνη και δυσαριθμησία, στο γυμνάσιο και εξής, είναι ικανά να κατανοήσουν προχωρημένα μαθηματικά, αλλά πάντα δυσκολεύονται στους υπολογισμούς (Καφαντάρης, 2010).

Τα παιδιά με δυσαριθμησία μπορεί να μειονεκτούν στο μέτρημα και στους υπολογισμούς και να δυσκολεύονται στην κατανόηση προμαθηματικών εννοιών (π.χ. πολλά-λίγα, μεγάλο-μικρό). Πιο σπάνια, η δυσαριθμησία επηρεάζει την κατανόηση της γεωμετρίας και της τριγωνομετρίας. Έτσι, λοιπόν, πρέπει να προβληματιστείτε και να κινητοποιηθείτε όταν το παιδί σας παρουσιάζει όλα ή κάποια από τα συμπτώματα που ακολουθούν:

- Δεν μπορεί να διαβάσει και να γράψει αριθμούς. Συχνά κάνει λάθη με αριθμούς, όπως παραλείψεις, αντιστροφές και αντικαταστάσεις (ενός αντί άλλου).
- Δυσκολεύεται να κάνει πρόσθεση, αφαίρεση, διαίρεση, πολλαπλασιασμό, είτε νοερά είτε γραπτά.
- Δεν έχει καλή αίσθηση του χρόνου, δεν κατανοεί γεγονότα που αναφέρονται στο παρελθόν και το μέλλον.
- Δεν μπορεί να διαβάσει τους δείκτες του ρολογιού.
- Δυσκολεύεται στον προσανατολισμό στο χώρο και χάνεται εύκολα. Δεν μπορεί να διαβάσει χάρτες.
- Συνήθως δεν μαθαίνει εύκολα μουσικές νότες.
- Δυσκολεύεται να παίξει παιχνίδια που απαιτούν μια λογική σειρά πράξεων (π.χ. σκάκι), να θυμάται τη σειρά του ή να κρατάει το σκορ σε άλλα επιτραπέζια παιχνίδια.
- Δεν διαχειρίζεται καλά τα χρήματα.
- Δυσκολεύεται να ολοκληρώσει εργασίες που χρειάζονται τη συνεργασία ματιού-χειριού, όπως να απαριθμήσει, να μετρήσει σωστά, να εκτελέσει πράξεις και να αντιγράψει (Βασιλοπούλου, 2008).

➤ Αίτια Δυσαριθμησίας

Το πρόβλημα της δυσαριθμησίας δεν οφείλεται σε αισθητηριακές βλάβες, συναισθηματικές διαταραχές, ακατάλληλη εκπαίδευση ή χαμηλή νοημοσύνη του παιδιού. Δεν έχει βρεθεί, όμως, ακόμα η αιτία που το προκαλεί. Ωστόσο, υπάρχουν θεωρίες σύμφωνα με τις οποίες το πρόβλημα ενδέχεται να οφείλεται σε δυσλειτουργία διαφόρων περιοχών του εγκεφάλου (του αριστερού ή του δεξιού

εγκεφαλικού ημισφαιρίου, του θαλάμου κλπ.). Ο Στασινός (1999^α) αναφέρει ότι ενδεχομένως η δυσλεξία και η δυσαριθμησία να μην είναι διαφορετικά σύνδρομα, αφού σύμφωνα με τον Miles (1992 στο Στασινός, 1999^α) οι νοητικές ικανότητες που σχετίζονται με τις μαθηματικές δεξιότητες είναι πολλές και, έτσι, είναι πιθανό ότι θα επηρεάζει και άλλες δεξιότητες. Ο Kosci (1974) αναφέρει ότι η εξελικτική δυσαριθμησία προέρχεται από τη γενετική ή συγγενική διαταραχή των μερών του εγκεφάλου που ευθύνονται για την ωρίμανση των μαθηματικών ικανοτήτων.

Όσο πιο γρήγορα εντοπιστεί το πρόβλημα και τεθεί στις σωστές του διαστάσεις, τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η αντιμετώπισή του. Είναι σημαντικό η διάγνωση να γίνει από το ξεκίνημα του σχολείου, ώστε η δυσαριθμησία να μην εμποδίσει την πρόοδο του παιδιού, αλλά και να μην υπονομεύσει την ψυχολογική του κατάσταση. Διαφορετικά, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος το παιδί να στιγματιστεί ως κακός μαθητής. Η αξιολόγηση των μαθηματικών δεξιοτήτων του παιδιού πρέπει να γίνεται από ειδικό παιδαγωγό, ειδικευμένο στις μαθησιακές δυσκολίες. Έτσι, αποφεύγεται η περίπτωση λάθους, δηλαδή μπορείτε να σιγουρευτείτε ότι το παιδί δεν είναι απλά αδύναμο στα μαθηματικά επειδή έχει κενά ή επειδή βαριέται να μελετήσει.

Η διαδικασία διάγνωσης περιλαμβάνει:

- Ειδικά τεστ (τα λεγόμενα σταθμισμένα τεστ, όπου τα αποτελέσματα κάθε παιδιού συγκρίνονται με τα αποτελέσματα ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος παιδιών).
- Αξιολόγηση παραγόντων που επηρεάζουν την ικανότητα του παιδιού για μαθηματική γνώση (δυνατά σημεία, αδυναμίες, στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, συναισθηματικούς παράγοντες).

Από τη στιγμή που έχει γίνει διάγνωση δυσαριθμησίας, οι γονείς πρέπει να συνεργαστούν στενά με τον ειδικό παιδαγωγό. Είναι σαφές ότι η κακή επίδοση του παιδιού τους στα μαθηματικά δεν οφείλεται σε έλλειψη μελέτης. Επομένως, οι φωνές και οι τιμωρίες δεν ωφελούν. Από εκεί και πέρα ο ειδικός θα θέσει τους σωστούς στόχους και θα «χτίσει» το κατάλληλο πρόγραμμα αποκατάστασης, προσαρμοσμένο στις αδυναμίες, αλλά και στα δυνατά σημεία του παιδιού.

- Θα εντοπίσει ποιο αισθητηριακό κανάλι (οπτικό, ακουστικό, απτικό, κιναισθητικό) χρειάζεται να ενεργοποιηθεί προκειμένου να προσλάβει καλύτερα την καινούργια γνώση.
- Θα ενεργοποιήσει στρατηγικές και διαδικασίες τόσο του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου (υπεύθυνο για την αρίθμηση, για την εφαρμογή των πράξεων, για τη γνώση αριθμών και συμβόλων κλπ.) όσο και του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου

(υπεύθυνου για την έννοια του κρατούμενου και του δανεισμού, για τα γεωμετρικά σχήματα, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων ενός προβλήματος κλπ.), αφού για τη μαθηματική σκέψη χρησιμοποιούνται και τα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου.

- Θα ενημερώσει το δάσκαλο του παιδιού στο σχολείο για το μαθηματικό του προφίλ, αφού είναι αυτός που καθημερινά έρχεται σε επαφή με το παιδί και μπορεί να ενισχύσει την προσπάθειά του στη σχολική τάξη, αλλά και την αυτοπεποίθησή του.

Συμπερασματικά η ποικιλία, η έκταση και οι ιδιαιτερότητες των διδασκόμενων εννοιών στα Μαθηματικά είναι πολύ μεγάλη. Το πλήθος των δραστηριοτήτων και του υλικού που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι επίσης ανεξάντλητο. Κανένα βοήθημα δεν μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας εκπαιδευτικός σε μια τάξη με παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες για τα μαθηματικά.

Ωστόσο η αλλαγή από την παραδοσιακή μορφή μετωπικής διδασκαλίας σε μια διδασκαλία που ενθαρρύνει τη δραστηριοποίηση και την ενεργητική οικοδόμηση της γνώσης από τους μαθητές και η αντίληψη του ρόλου του εκπαιδευτικού ως οργανωτή μιας ενεργητικής μάθησης, μαζί με τις προσαρμογές και το υποστηρικτικό υλικό μπορούν να τον βοηθήσουν να αποκτήσει ευλυγισία στην αναζήτηση ή το σχεδιασμό των κατάλληλων δραστηριοτήτων που επιτρέπουν τη στήριξη και το προχώρημα των παιδιών που παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες, με ανάπτυξη μέσων, μεθόδων και στρατηγικών που θα τους επιτρέψουν να ανταποκριθούν στις μαθηματικές απαιτήσεις των σπουδών τους στο γυμνάσιο.

➤ Μεικτή Διαταραχή των σχολικών Ικανοτήτων

Πρόκειται για ασαφή, ανεπαρκώς καθορισμένη από εννοιολογικής απόψεως (αλλά απαραίτητη) υπολειμματική κατηγορία διαταραχών, στις οποίες τόσο οι ικανότητες διεξαγωγής αριθμητικών υπολογισμών όσο και οι δεξιότητες ανάγνωσης ή συλλαβισμού έχουν υποστεί σημαντική μείωση, αλλά στην οποία η διαταραχή δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί αποκλειστικά σε γενική νοητική καθυστέρηση ή σε ανεπαρκή διδασκαλία στο σχολείο. Βάση του ICD-10 ο όρος αυτός πρέπει να χρησιμοποιείται για διαταραχές που πληρούν τα κριτήρια για την Ειδική Διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων και για τουλάχιστον μία από τις ειδικές διαταραχές της ανάγνωσης ή του συλλαβισμού.

1.2 Μαθησιακές δυσκολίες και σχολική επίδοση

Τα παιδιά με ΕΜΔ (ειδικές μαθησιακές δυσκολίες) σε σχέση με τα παιδιά χωρίς ΕΜΔ αναγνωρίζεται από τους δασκάλους τους ότι έχουν δυσκολίες σε γνωστικές δεξιότητες, όπως η ακουστική κατανόηση, ο προφορικός λόγος, ο προσανατολισμός στο χώρο (Charman, 1998). Όσον αφορά τις σχολικές δεξιότητες, τα παιδιά με ΕΜΔ αναφέρουν χαμηλή απόδοση στην ανάγνωση, στο γραπτό λόγο και στην ορθογραφία και οι δάσκαλοί τους συμφωνούν, αλλά προσθέτουν και τα μαθηματικά στους τομείς, όπου αυτά αντιμετωπίζουν δυσκολίες (Meltzer, et al., 1998). Σε άλλη έρευνα οι δάσκαλοι αναγνωρίζουν ότι, εκτός από τα μαθηματικά και την ορθογραφία, αντιμετωπίζουν δυσκολίες και στην προφορική έκφραση, τη μνήμη, και την ικανότητα να ακολουθούν οδηγίες (Oakland, et al., 1990). Η απόδοσή τους σε σταθμισμένα εργαλεία επιβεβαιώνει τα παραπάνω (Wilson, et al., 1986).

Τόσο η γενική βαθμολογία τους (Charman, 1998), όσο και η βαθμολογία στα μαθήματα της Γλώσσας, της Ιστορίας και των Μαθηματικών (Hatzichristou & Hopf, 1993) είναι χαμηλότερη. Οι δάσκαλοί τους θεωρούν ότι η γενική επίδοσή τους είναι χαμηλότερη αυτής άλλων παιδιών (Hatzichristou & Hopf, 1993).

Παράλληλα μέσα στην τάξη τα παιδιά με ΕΜΔ δεν προσέχουν αρκετά, δεν ακολουθούν τις δραστηριότητες της τάξης, δεν μπορούν να οργανωθούν και να αντιμετωπίσουν καινούριες καταστάσεις, και δυσκολεύονται να ολοκληρώσουν την εργασία τους (Cardell & Parmar, 1988. Bender & Smith, 1990).

Όσον αφορά την ικανότητα οργάνωσης και χρήσης στρατηγικών μάθησης σε σχετική έρευνα που έγινε (Meltzer et al., 1998) οι δάσκαλοι παρατηρούν ότι σε σχέση με τους συμμαθητές τους τα παιδιά με ΕΜΔ δεν οργανώνονται καλά, δεν ελέγχουν τη δουλειά τους, δεν την προγραμματίζουν, δεν προσπαθούν αρκετά και δεν χρησιμοποιούν κατάλληλες στρατηγικές. Αντίθετα, όταν ρωτήθηκαν τα ίδια τα παιδιά, δε βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στις δυο ομάδες, καθώς τα παιδιά με ΕΜΔ κρίνουν ότι τα πετυχαίνουν αρκετά καλά σε όλα τα παραπάνω εκτός από τον έλεγχο και τον προγραμματισμό. Επίσης, δηλώνουν ότι χρησιμοποιούν στρατηγικές για την ανάγνωση, το γράψιμο, την ορθογραφία, τα μαθηματικά και την οργάνωσή τους σε ικανοποιητικό βαθμό, όπως και οι άλλοι συνομήλικοί τους και διαφορά στις δυο ομάδες προκύπτει μόνο όσον αφορά τις στρατηγικές στην ανάγνωση. Οι δάσκαλοί τους βέβαια θεωρούν ότι τα παιδιά με ΕΜΔ χρησιμοποιούν στρατηγικές στους

παραπάνω τομείς σε μικρότερο βαθμό από ότι οι άλλοι συμμαθητές τους (Meltzer et al., 1998).

1.3 Διαγνωστική διαδικασία και αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών

Η διάγνωση των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών των σχολικών ικανοτήτων τίθεται συνήθως δι' αποκλεισμού. Η διαγνωστική διαδικασία αποτελεί μια προσπάθεια περιορισμού των περιβαλλοντικών και βιωματικών παραγόντων, είναι αξιόπιστη μετά την έναρξη της φοίτησης στο Δημοτικό Σχολείο κι εφόσον αυτή είναι τακτική και σταθερή. Κατά τη διάγνωση αξιολογούνται δεδομένα του οικογενειακού καθώς και του αναπτυξιακού ιστορικού του παιδιού, τα οποία συσχετίζονται με το τύπο της "μαθησιακής δυσκολίας" που εμφανίζει. Παιδιά με διαφορετικό εθνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο απ' αυτό του εκπαιδευτικού συστήματος στο οποίο εκπαιδεύονται συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο σχολείο εξαιτίας ελλειπών κατανόησης και χρήσης της γλώσσας μέσω της οποίας διαδάσκονται κι όχι εξαιτίας πραγματικής αδυναμίας κατάκτησης των σχολικών γνώσεων. Διαταραχές της όρασης και της ακοής επηρεάζουν σημαντικά την διαδικασία της σχολικής μάθησης, αλλά και την ανάπτυξη δεξιοτήτων που συνδέονται μ' αυτήν. Γι' αυτό είναι αναγκαία η διερεύνηση της ύπαρξης τέτοιων διαταραχών. Στα παιδιά με νοητική καθυστέρηση οι μαθησιακές δυσκολίες είναι το αποτέλεσμα των εν γένει ελλειμμάτων των νοητικών λειτουργιών. Όμως σε περιπτώσεις ελαφριάς ή μέτριας νοητικής καθυστέρησης κι εφόσον το παιδί παρουσιάζει μεγαλύτερου βαθμού δυσκολίες μάθησης απ' αυτές που αναμένονται σε σχέση με το επίπεδο της νοητικής του καθυστέρησης πρέπει να διερευνώνται οι επιμέρους μαθησιακές του δυσκολίες. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στο χρόνο έναρξης των "μαθησιακών δυσκολιών" και στην πορεία που αυτές ακολουθούν. Βαθμιαία ή αιφνίδια παρατεινόμενη μείωση της σχολικής απόδοσης είναι ένα δεδομένο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. (Cordieu, A. 1995)

Το πρώτο βήμα στη διαδικασία διάγνωσης και αξιολόγησης είναι η ανίχνευση των προβλημάτων (De Moor, et al, 1996). Εφόσον πρόκειται για μαθησιακές δυσκολίες είναι φυσικό ο εκπαιδευτικός να είναι ο πρώτος που τα εντοπίζει και τα αξιολογεί. Έρευνες ωστόσο έδειξαν ότι ο εκπαιδευτικός περιορίζεται συνήθως στον εντοπισμό των χαρακτηριστικών της επίδοσης και δε διερευνά τη σχέση του μαθητή με τη διδασκόμενη γνώση και τις αντίστοιχες μαθησιακές συμπεριφορές (Torgeson & Dice, 1980, Shepard & Smith, 1983, Pugach, 1985). Ανάλογα είναι τα ευρήματα που

έχουν διαπιστωθεί σε έρευνες που έγιναν στον ελλαδικό χώρο (Πόρποδας, 1981, Τζουριάδου και συν., 2001). Είναι εμφανές λοιπόν πως προκύπτει η ανάγκη να αναπτυχθούν ανιχνευτικά εργαλεία που θα βοηθήσουν τον εκπαιδευτικό αλλά και τους άλλους ειδικούς στη διερεύνηση των μαθησιακών δυσκολιών.

Τα σταθμισμένα διαγνωστικά εργαλεία προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας είναι (Ζακοπούλου , Β.,2007):

- Αθηνά Τέστ (διάγνωσης δυσκολιών μάθησης) : Παρασκευόπουλος, Ι., Καλαντζή – Αζίζι , Α., & Γιαννίτσας , Ν., 5-9 ετών , Ελληνικά Γράμματα
- Αναθεωρημένη Διαγνωστική Συνέντευξη για τον Αυτισμό : Παπαγεωργίου , Β., ημιδομημένη συνέντευξη , Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Βορείου Ελλάδας
- Ελληνικό WISC-III: Γεώργας, Δ., Παρασκευόπουλος, Ι., Μπεζεβέγκης , Η., Γιαννίτσας, Ν., 6-16 ετών , Ελληνικά Γράμματα
- Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικής και Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ) : Παρασκευόπουλος, Ι., Γιαννίτσας , νηπιαγωγείο-σχολική ηλικία, Ελληνικά Γράμματα.
- Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις Προσωπικότητας Παιδιών και Εφήβων» για παιδιά 2-4 ετών (Ε-ΔΙΠΡΟΠΕ 3) : Μπεζεβέγκης , Η., Παυλόπουλος , Β., (συμπληρώνεται από γονείς) , 2-4 ετών, Ψυχομετρικό Εργαστήριο, Τομέας Ψυχολογίας , Παν/μιο Αθηνών.
- Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις Προσωπικότητας Παιδιών και Εφήβων» για παιδιά 5-7 ετών (Ε-ΔΙΠΡΟΠΕ 6)) : Μπεζεβέγκης , Η., Παυλόπουλος , Β., (συμπληρώνεται από γονείς) , 5-7 ετών, Ψυχομετρικό Εργαστήριο, Τομέας Ψυχολογίας , Παν/μιο Αθηνών.
- Πως Αντιλαμβάνομαι τον Εαυτό μου Ι (ΠΑΤΕΜ Ι) : Μακρή- Μπότσαρη , Ε., 6-8 ετών , Ελληνικά Γράμματα
- Τεστ Αναγνώρισης και Ονομασίας Αντικειμένων σε Εικόνες : (αξιολόγηση της αντιληπτικής-αναγνωριστικής και γλωσσικής ικανότητας) Μάνιου-Βακάλη, Μ., 2-7 ετών , Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσσαλονίκης.
- Τεστ Πρώιμης Ανίχνευσης Δυσλεξίας στο Νηπιαγωγείο : Ζακοπούλου , Β., 5-6 ετών , Ελληνικά Γράμματα
- ΑνΟμιΛο 4. Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών Ομιλίας Λόγου . Για παιδιά 4 χρόνων: Παννελήγιος Σύλλογος Λογοπεδικών , Ελληνικά Γράμματα

- Ελληνική ADHD Rating Scale – IV (Κλίμακα Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) κατά DSM-IV : Καλαντζή-Αζίζι, Α, νηπιαγωγείο- Γ Λυκείου , Ελληνικά Γράμματα

Ένα άλλο εργαλείο που μπορεί να φανεί χρήσιμο στους εκπαιδευτικούς είναι το Ανιχνευτικό Κριτήριο Μαθησιακών Δυσκολιών (Learning Disabilities Diagnostic Inventory) των Hammill & Bryant. Κατασκευάστηκε στο Πανεπιστήμιο του Detroit και συμπληρώνεται από το δάσκαλο. Δημιουργήθηκε με σκοπό να βοηθήσει τους ειδικούς να αναγνωρίζουν σε παιδιά ηλικίας 8 εως 18 ετών μαθησιακές δυσκολίες και να τις διαφοροποιούν από άλλες μορφές σχολικών δυσκολιών (Μπάρμπας , και συν.,2006). Ωστόσο πρόκειται για εργαλείο που δεν έχει σταθμιστεί στα ελληνικά δεδομένα παρόλο που έχει προσαρμοστεί γλωσσικά και έχει χρησιμοποιηθεί για ερευνητικές ανάγκες (Τζουριάδου και συν, 2002) , επιπλέον θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από ειδικούς που ασχολούνται με προβλήματα σχολικής μάθησης προκειμένου να καλύψει ένα κενό σε επίπεδο διαγνωστικών εργαλείων.

Η αντιμετώπιση του παιδιού με "μαθησιακές δυσκολίες" είναι μια σύνθετη και μακροχρόνια διαδικασία που έχει ως στόχο αφενός ν' αναπτύξει ή να βελτιώσει το παιδί ικανότητες που συνδέονται με τη σχολική μάθηση και αφετέρου ν' απαλύνει ή να ουδετεροποιήσει και τις συναισθηματικές δυσκολίες που το συνοδεύουν. Ανάλογα με τη μορφή και τη σοβαρότητα των "μαθησιακών διαταραχών", τις άλλες τυχόν συνυπάρχουσες νοσολογικές οντότητες, καθώς και την ηλικία του παιδιού, η αντιμετώπιση επιδιώκει την αξιοποίηση των δυνατοτήτων του παιδιού, τόσο στο γνωστικό, όσο και στον αντιληπτικό τομέα, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του παιδιού και τις ικανότητες που διαθέτει. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ενδεδειγμένη για κάθε παιδί αντιμετώπιση είναι αυτή να υλοποιείται από ειδικούς, εκπαιδευμένους στον τομέα "μαθησιακών δυσκολιών" που γνωρίζουν να στηρίζουν την εκπαιδευτική διαδικασία με την αμοιβαία διακίνηση συναισθημάτων εμπιστοσύνης και σεβασμού ανάμεσα στο παιδί και στον ειδικό. Παράλληλα με την αντιμετώπιση του παιδιού, θεωρείται αναγκαία η συμβουλευτική παρέμβαση στους γονείς του καθώς και η συνεργασία με το σχολείο. Η ειδική αντιμετώπιση των "μαθησιακών δυσκολιών" ενός παιδιού δεν δικαιολογεί την απομάκρυνσή του από το "κανονικό σχολείο". Αντίθετα θεωρείται ως πλέον ενδεδειγμένο να παρέχεται η ειδική αντιμετώπιση μέσα στους κόλπους του σχολείου. Εξίσου απαραίτητη με την ειδική αντιμετώπιση είναι η ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού και της οικογένειάς

του. Συχνά και εφόσον οι συναισθηματικές διαταραχές του παιδιού δυσκολεύουν και το ίδιο αλλά και τις διαπροσωπικές του σχέσεις απαιτείται παράλληλα με την αντιμετώπιση των μαθησιακών του δυσκολιών και η ατομική ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση. Επίσης, οι γονείς των παιδιών σε πολλές περιπτώσεις χρειάζονται εξειδικευμένη ψυχοθεραπευτική βοήθεια προκειμένου να διεργαστούν τα συναισθήματά τους απέναντι στην αποτυχία και τις δυσκολίες των παιδιών τους. (Salzberger et al., 1996)

Η έγκαιρη πρόγνωση των διαταραχών της ψυχοκινητικής και ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού που σχετίζονται και επιδρούν στις διαδικασίες της σχολικής μάθησης αποτελεί το ασφαλέστερο μέσο πρόληψης. Η πρόγνωση σε ότι αφορά την πορεία των "μαθησιακών δυσκολιών" ενός παιδιού εξαρτάται από την πρόωμη διάγνωση, αλλά και από την έγκαιρη αντιμετώπισή τους.

2. Παιδοψυχιατρικές Διαταραχές

2.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις-Ορισμοί

Όπως και στην ενήλικη ζωή, έτσι και κατά την παιδική ηλικία παρουσιάζονται παθολογικές καταστάσεις προερχόμενες από τη ψυχική σφαίρα οι οποίες είναι αντικείμενο μελέτης και αντιμετώπισης από τους ειδικούς στα πλαίσια της παιδοψυχιατρικής, της ψυχολογίας παιδιού, αλλά και άλλων ειδικοτήτων όπως είναι η επιστήμη της λογοθεραπείας.

Ο χαρακτηρισμός μιας συμπεριφοράς ως παθολογική δεν είναι εύκολος και απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Στο DSM-IV ο Μάνου (1994) αναφέρει ότι τα παιδιά σπάνια ζητούν από μόνα τους ψυχιατρική βοήθεια, επιπλέον το γεγονός ότι οι φυσιολογικές σταθερές, τα κριτήρια και τα όρια θεωρούνται μεταβαλλόμενα καθιστούν την διάγνωση εξαιρετικά δύσκολη.

Το σύνολο των διαταραχών της παιδικής ηλικίας θα περιγραφεί παρακάτω συνοπτικά, με σκοπό να λειτουργήσουν τα στοιχεία αυτά ως ένας οδηγός αναγνώρισης ψυχοπαθολογικών καταστάσεων για τις ηλικίες αυτές. Πριν προχωρήσουμε όμως στην κατάταξή τους, ας αναρωτηθούμε τι είναι αυτές οι ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας; Πρόκειται για αυτοτελείς νοσολογικές ενότητες που παρουσιάζουν μια, λιγότερο ή περισσότερο, προβλέψιμη πορεία και αντιμετωπίζονται, συνήθως, αποτελεσματικά με ορισμένη θεραπευτική αγωγή;

➤ Προβλήματα εξωτερίκευσης και εσωτερίκευσης

Τα προβλήματα εξωτερίκευσης αναφέρονται σε προβλήματα διαπροσωπικής προσαρμογής, ενώ τα προβλήματα εσωτερίκευσης αναφέρονται σε προβλήματα ενδο-προσωπικής προσαρμογής (Achenbach & Edelbrock, 1983). Σύμφωνα με τον Achenbach (1995) τα πρώτα περιλαμβάνουν την παραβατική συμπεριφορά και την επιθετικότητα και τα δεύτερα την απόσυρση, το άγχος, την κατάθλιψη και τα σωματικά συμπτώματα. Προβλήματα εξωτερίκευσης (παραβατική συμπεριφορά και επιθετικότητα) εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα τα αγόρια και προβλήματα εσωτερίκευσης (απόσυρση, άγχος, κατάθλιψη και σωματικά συμπτώματα) τα κορίτσια (Carr, 1999). Τα αίτια αναζητούνται στην αλληλεπίδραση βιολογικών, κοινωνικών και οικογενειακών παραγόντων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004)

Παρακάτω πρόκειται να παρατεθούν ορισμένες κατηγορίες ψυχιατρικών διαταραχών στην παιδική ηλικία με κύριο γνώμονα τη συχνότητα εμφάνισης τους.

2.1.1 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής πρόκειται για μια από τις περισσότερο μελετημένες και τεκμηριωμένες νευροβιολογικές διαταραχές και αποτελεί τη συχνότερη παιδοψυχιατρική διάγνωση στη σχολική ηλικία. Κατά το DSM-IV (1994) το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από υπερβολική ενεργητικότητα και κινητικότητα, από παρορμητικότητα και από δυσκολία συγκέντρωσης και διατήρησης της προσοχής. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι τα συμπτώματα να εμφανίζονται πριν την ηλικία των επτά χρόνων και να έχουν διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών. Η παραπομπή των παιδιών αυτών γίνεται κυρίως κατά τη σχολική ηλικία γιατί τότε εμφανίζονται και πιο έντονα τα συμπτώματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη , 2004).

Το ποσοστό των παιδιών που έχουν το σύνδρομο υπολογίζεται στο 4-6% του μαθητικού πληθυσμού από τα οποία το 60% θα έχουν συμπτώματα και στην ενήλικη ζωή. Είναι 3 ή 4 φορές συχνότερη στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια που πιθανά παραπέμπονται λιγότερο συχνά στους ειδικούς καθώς έχουν πιο αθόρυβη συμπτωματολογία (Conte , 1991). Σε μια τάξη 25-30 μαθητών, η έρευνα υποστηρίζει ότι δυο από αυτούς θα έχουν συμπτώματα Δ.Ε.Π.Υ.

Παρά το γεγονός ότι είναι η συχνότερη παιδοψυχιατρική διαταραχή και εκδηλώνεται σε όλες τις εθνότητες, φυλετικές ομάδες και κοινωνικές τάξεις, δεν αναγνωρίζεται (ιδίως όταν υπάρχει μόνο απροσεξία χωρίς υπερκινητικότητα: ΔΕΠ) ούτε είναι αποδεκτή από όλες τις επιστημονικές τάσεις. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει έγκαιρη αντίχνευση και διάγνωση σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα.

Σχετικά με την αιτιολογία του συνδρόμου τα ερευνητικά δεδομένα αφήνουν κενά. Οι Μαρκοβίτης και Τζουριάδου (1991) αναφέρουν βιολογικούς παράγοντες, το ίδιο και οι Κάκουρος και Μανιαδάκη (2000) πιο συγκεκριμένα πρόκειται για νευροβιολογική διαταραχή που σχετίζεται κυρίως με τη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία κάποιων περιοχών του εγκεφάλου(ανωμαλίες στις προμετωπιαίες περιοχές, οι οποίες συνέβησαν κατά την εμβρτική περίοδο της ανάπτυξης του εγκεφάλου). Ο Conte (1991) αναφέρει ότι εξελικτικά προβλήματα, όπως προβλήματα λόγου, αδεξιότητα, καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και του βαδίσματος και χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, καθώς και χρόνια προβλήματα υγείας φαίνεται να

συμβάλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και οι σύγχρονες μελέτες χαρακτηρίζουν τα γονίδια ως την κύρια αιτία της. Επίσης υπάρχει μια συσχέτιση του συνδρόμου με την ύπαρξη αλλεργιών. Επιπλέον, η πρόωγη γέννηση, το κάπνισμα, το αλκοόλ, το υπερβολικό στρες της μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ο εγκεφαλικός τραυματισμός μπορεί να σχετίζονται με ανάπτυξη Δ.Ε.Π.Υ. Είναι μύθος ότι η ελλιπής γονεϊκή φροντίδα προκαλεί τη Δ.Ε.Π.Υ, καθώς όλο και περισσότερο οι επιστήμονες βρίσκουν αποδείξεις ότι δεν προέρχεται από το οικογενειακό περιβάλλον αλλά από βιολογικές αιτίες. Όμως πληθώρα οικογενειακών χαρακτηριστικών, όπως ασταθής δομή και δυσλειτουργία στην οικογένεια ή έλλειψη γονεϊκού ελέγχου, συμβάλλουν στην επιδείνωση της Δ.Ε.Π.Υ. ή στην εμφάνιση επιπλοκών στη συναισθηματική κατάσταση και συμπεριφορά.

Είναι σημαντικό οι γονείς να μην διστάζουν να απευθύνονται στον ειδικό αν υποψιάζονται ότι το παιδί τους μπορεί να έχει Δ.Ε.Π.Υ. Με τον τρόπο αυτό, μπορούν να προλάβουν την επιδείνωση της λειτουργικότητας του παιδιού και την αποδιοργάνωση της οικογένειάς τους.

2.1.2 Αγχώδεις και Φοβικές διαταραχές

Το άγχος και ο φόβος αποτελούν εγγενή χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους . πρόκειται κυρίως για αντιδράσεις προσαρμοστικού χαρακτήρα στην αντίληψη ή στην αναμονή ακαθόριστου κινδύνου ή δυσάρεστου γεγονότος, οι οποίες προστατεύουν το άτομο, ρυθμίζουν τους κοινωνικούς δεσμούς και ταυτόχρονα βελτιώνουν τις ευκαιρίες της καθημερινής ζωής (Graham , 1999). Τα περισσότερα παιδιά βιώνουν άγχος και φόβους κατά τη διάρκεια της ομαλής ανάπτυξής τους.

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές κατά την παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισης στον παιδικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 3-18%. Οι διαταραχές άγχους χαρακτηρίζονται από έντονο και χρόνιο άγχος, το οποίο ορίζεται ως ένα πολύπλοκο μοτίβο κινητικών, υποκειμενικών και φυσιολογικών αντιδράσεων απέναντι σε μια αληθινή ή υποτιθέμενη απειλή.(Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ. 2004). Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα στα κορίτσια. Η επικράτηση των κοριτσιών μάλιστα εμφανίζεται πριν την ήβη. Εξαιρέση αποτελεί η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή , που γίνεται συχνότερη στα κορίτσια κατά την εφηβεία. Συγκεκριμένα, το άγχος αποτελεί ένα φυσιολογικό

μοτίβο αντιδράσεων που όλοι οι άνθρωποι εμφανίζουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις που θεωρούν τρομακτικές ή δύσκολες. Επομένως, το άγχος αποτελεί μία λειτουργική αντίδραση, αφού θέτει το άτομο σε κατάσταση ετοιμότητας (Μάνος, Ν. 1997). Ένα παιδί που έχει κάποια φοβία αντιμετωπίζει έντονα συμπτώματα άγχους. Το άγχος αυτό πυροδοτείται από συγκεκριμένες καταστάσεις που το φοβίζουν και τις οποίες τείνει να αποφύγει (Royal College of Psychiatrists 2008). Το συναίσθημα του άγχους σε αυτήν την περίπτωση έχει μεγάλη ένταση, η οποία είναι δυσανάλογη σε σχέση με το ερέθισμα που την προκαλεί και επιπλέον έχει διάρκεια στο χρόνο. Έτσι, το άγχος γίνεται ανασταλτικό με αποτέλεσμα το παιδί να προσπαθεί συνεχώς να αποφύγει την κατάσταση που το προκαλεί. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην κορύφωση και την γενίκευση του άγχους, ακόμη και όταν η κατάσταση αυτή απουσιάζει. Τα παιδιά, είναι πιθανόν να μην αντιλαμβάνονται πάντα πότε οι φόβοι τους είναι υπερβολικοί και αδικαιολόγητοι. (Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ 2004).

Στρεσογόνα γεγονότα, όπως το να ξεκινήσει ένα παιδί να πηγαίνει στο σχολείο, η μετακόμιση, ο θάνατος ενός συγγενή ή ο χωρισμός των γονιών μπορούν να προκαλέσουν την απαρχή αυτών των διαταραχών, αλλά χρειάζεται και κάποιος συγκεκριμένος στρεσογόνος παράγοντας, ώστε να αναπτυχθεί η διαταραχή. Αν οι διαταραχές άγχους δεν αντιμετωπιστούν, τότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος το παιδί να αποτύχει στο σχολείο, να μην αναπτύξει πλήρως τις κοινωνικές δεξιότητες και να οδηγηθεί στο μέλλον στην κατάχρηση ουσιών (Royal College of Psychiatrists 2008). Τα παιδιά είναι δυνατόν να αναπτύξουν οποιαδήποτε από τις διαταραχές άγχους, όμως κάποιες είναι πιο συχνές στην παιδική ηλικία. Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού και οι ειδικές φοβίες εμφανίζονται συχνότερα στα μικρότερα παιδιά ηλικίας 6-9 ετών. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η κοινωνική φοβία είναι οι πιο συνηθισμένες στη μέση παιδική ηλικία. (Royal College of Psychiatrists 2008). Τα παιδιά βιώνουν τα ίδια συμπτώματα άγχους με τους ενήλικες, ωστόσο αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο, γεγονός που κάνει δυσκολότερη τη διάγνωση της διαταραχής κατά την παιδική ηλικία. Επιπλέον η διαταραχή δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή, καθώς τα συμπτώματά της δεν προκαλούν επιβλαβείς συνέπειες στο περιβάλλον των παιδιών. Τέλος, οι γονείς δεν είναι πάντα σε θέση να καταλάβουν αν τα συμπτώματα άγχους του παιδιού τους βρίσκονται στα όρια του φυσιολογικού. (Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ. 2004)

Σχετικά με τα αίτια η Παπαγεωργίου (2005) αναφέρει ότι μελέτες διδύμων δείχνουν ότι οι γενετικοί παράγοντες σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες

παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής. Επιπρόσθετα ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες, κληρονομικότητα και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των γονέων συμβάλουν σε μη λειτουργικές διαδράσεις μεταξύ γονέων και παιδιών καθώς και στη δημιουργία άγχους στα παιδιά.

2.1.3 Διαταραχές του Συναισθήματος

Οι διαταραχές της διάθεσης είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood), είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό.

Σύμφωνα με την Anne Brown (1996), πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι οι διαταραχές διάθεσης στα παιδιά και τους εφήβους αντιπροσωπεύουν μια από τις πιο δύσκολα διαγνωσθείσες ομάδες ασθενειών στην ψυχιατρική. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Μερικοί από αυτούς είναι ότι α) τα παιδιά δεν είναι πάντα ικανά να εκφράσουν το πώς αισθάνονται, β) τα συμπτώματα των διαταραχών διάθεσης λαμβάνουν διαφορετικές μορφές στα παιδιά απ' ό,τι στους ενήλικους, γ) οι διαταραχές διάθεσης συνοδεύονται συχνά από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που μπορούν να καλύψουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, και τέλος δ) πολλοί παθολόγοι τείνουν να σκεφτούν την κατάθλιψη και τη διπολική διαταραχή ως ασθένειες της ενηλικίωσης.

Στην ερευνά της, επίσης, η Anne Brown (1996) αναφέρει ότι το 7-14% των παιδιών έχουν την εμπειρία ενός επεισοδίου μείζονος καταθλιπτικής διάθεσης πριν από την ηλικία των 15 χρόνων, το 20-30% των ενήλικων διπολικών ασθενών αναφέρουν ότι το πρώτο τους επεισόδιο έκανε την εμφάνισή του πριν την ηλικία των 20 ετών και τέλος ότι από τους 100.000 εφήβους, 2-3000 θα έχουν διαταραχές διάθεσης και 8-10 θα έχουν τάσεις αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με το DSM-IV (1994), οι διαταραχές της Διάθεσης διαιρούνται α) στις καταθλιπτικές διαταραχές όπου υποδιαιρούνται στη μείζων καταθλιπτική διαταραχή, στη δυσθυμική διαταραχή και στην καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, β) στις Διπολικές Διαταραχές οι οποίες υποδιαιρούνται σε Διπολική 1 Διαταραχή, Διπολική 2 Διαταραχή, Κυκλοθυμική Διαταραχή και Διπολική Διαταραχή Μη προσδιοριζόμενη Αλλιώς και χαρακτηρίζονται από την παρουσία ή το

ιστορικό Μανιακών, Μεικτών ή Υπομανιακών επεισοδίων που συνήθως συνοδεύονται από την απουσία ή το ιστορικό Μείζονων Καταθλιπτικών επεισοδίων, γ) μη προσδιοριζόμενη αλλιώς σε δυο διαταραχές βασισμένες στην αιτιολογία του, όπως η Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική κατάσταση και η Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες και τέλος δ) σε διαταραχή της διάθεσης Μη προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Στη συνέχεια της εργασίας θα αναφερθούν οι Διαταραχές της Διάθεσης, εκτενέστερα όμως θα αναλυθούν αυτή της Κατάθλιψης και της Διπολικής Διαταραχής ως οι πιο συχνά εμφανιζόμενες σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες. Παρόλο που τα συμπτώματα των συναισθηματικών διαταραχών δεν διαφοροποιούνται σε παιδιά και μεγάλους, πολλοί ερευνητές πιστεύουν πως οι συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους καθίστανται από τις πιο διαγνωστικά δύσκολες κατηγορίες κυρίως γιατί τα παιδιά δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν με ευκολία κάποια πιθανή συναισθηματική δυσλειτουργία και να την περιγράψουν. Επιπλέον πολλά συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά άλλων παιδικών διανοητικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα ευερεθιστότητας και επιθετικότητας μπορεί να συνιστούν ενδείξεις τόσο της διπολικής διαταραχής όσο και της διαταραχής της ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητας, της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής ή άλλων ψυχικών διαταραχών (πχ. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια), καθώς και της κατάχρησης ουσιών

➤ Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Το βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι το επίμονο και διαρκές συναίσθημα θλίψης, η ευερεθιστότητα και η απουσία ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από οποιαδήποτε δραστηριότητα. Η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε προσωπική αδυναμία του ατόμου ούτε σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Πρόκειται για μια ψυχική ασθένεια που επηρεάζει όλο το σώμα και έχει αντίκτυπο στον τρόπο που έναν άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και συμπεριφέρεται.

Η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης στον πληθυσμό των παιδιών ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο που ο κάθε ερευνητής χρησιμοποιεί τον όρο «κατάθλιψη». Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται στη βιβλιογραφία με τρεις τρόπους. Ο πρώτος τρόπος αναφέρεται στην κατάθλιψη ως σύμπτωμα, το οποίο μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους ως αντίδραση σε οδυνηρές καταστάσεις και γεγονότα. Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες στον Καναδά εκτιμάται ότι το 10-20% των αγοριών και το 15-20% των κοριτσιών περνούν περιόδους όπου κυριαρχεί η

καταθλιπτική διάθεση, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στην εφηβεία κυμαίνονται μεταξύ 20-46% για τα αγόρια και 25-59% για τα κορίτσια (Hammen, C. & Rudolph, K.D.1996). Ο δεύτερος τρόπος αναφέρεται στην κατάθλιψη ως σύνδρομο, το οποίο αποτελείται από έναν συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως συναισθήματα στεναχώριας, μοναξιάς και νευρικότητας, τα οποία συχνά έπονται ενός οδυνηρού γεγονότος, όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, αλλά υποχωρούν σε εύλογο χρονικό διάστημα. Τέλος, ο όρος κατάθλιψη αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη διαταραχή, στην οποία τα παραπάνω συμπτώματα είναι αυξημένα σε ένταση, επιμένουν στον χρόνο και έχουν συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και έκβαση. Με την έννοια αυτή, η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό μικρότερο του 1% σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, αυξάνεται στο 2-3% στα παιδιά σχολικής ηλικίας ενώ κυμαίνεται μεταξύ 3-8% στους εφήβους (Brent, D.A., et al.,1997) Επίσης, στην εφηβεία ο αριθμός των κοριτσιών που λαμβάνουν τη διάγνωση της κατάθλιψης είναι διπλάσιος από τον αντίστοιχο αριθμό των αγοριών (Hankin, B., et al.,1998). Αυτό οφείλεται στα κοινωνικά στερεότυπα του φύλου.

Στα αίτια της κατάθλιψης κυριαρχούν γενετικές και βιολογικές θεωρίες. Τα παιδιά των γονέων με κάποια διαταραχή της διάθεσης έχουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σχέση με τα παιδιά γονέων χωρίς κάποια ψυχική διαταραχή. (Keller M.B., et al., 1993). Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που ενδέχεται να διευκολύνουν την εμφάνιση της κατάθλιψης στα παιδιά που ζουν με έναν καταθλιπτικό γονέα είναι ποικίλοι. Έτσι, η κατάθλιψη μπορεί να είναι το αποτέλεσμα είτε της κοινωνικής απομόνωσης στην οποία πολλές φορές αναγκάζεται να ζήσει ένα παιδί του οποίου κάποιος γονιός πάσχει από κατάθλιψη είτε των αρνητικών αλληλεπιδράσεων του παιδιού με τον καταθλιπτικό γονέα.

Υπάρχουν βέβαια και οι περιβαλλοντικές θεωρίες. Η κατάθλιψη συσχετίζεται συχνά με αρνητικά γεγονότα, όπως είναι το διαζύγιο, ο θάνατος των γονέων, οι κακές συνθήκες διαβίωσης ή ακόμη και η αλλαγή γειτονιάς και σχολείου (Kovacs, M. 1997). Ο τρόπος που τα παιδιά αντιδρούν στα αρνητικά γεγονότα διαφοροποιείται ανάλογα με το αναπτυξιακό τους επίπεδο. Για παράδειγμα, οι αντιδράσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας στο διαζύγιο των γονέων είναι συνήθως η εμφάνιση φοβιών και οι διαταραχές στον ύπνο, ενώ τα παιδιά 5 έως 8 ετών μπορεί να παρουσιάσουν μείωση των σχολικών τους επιδόσεων και τα παιδιά 9 έως 12 ετών μπορεί να αντιδράσουν με θυμό, άγχος και προβλήματα συμπεριφοράς. (Wallerstein,

J.S. & Kelly, J.B. 1980). Η σχέση, λοιπόν, μεταξύ αρνητικών γεγονότων και κατάθλιψης δεν είναι ευθύγραμμη.

Ορισμένα συμπτώματα της κατάθλιψης συνδέονται άμεσα με τη λειτουργικότητα των παιδιών και των εφήβων σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Η δυσκολία στη συγκέντρωση της προσοχής δυσχεραίνει την εκτέλεση πολύπλοκων δραστηριοτήτων, ενώ η έλλειψη κινήτρου και ενδιαφέροντος μειώνει την προσπάθεια που καταβάλλουν τα παιδιά κατά τη μελέτη.

➤ Διπολική διαταραχή

Ένας γενικότερος ορισμός που θα μπορούσε να αποδοθεί στη Δ.Δ. είναι αυτός των συχνών και έντονων συναισθηματικών μεταπτώσεων και έχει παρατηρηθεί πως χαρακτηρίζεται ως κάτι κληρονομικό που μεταφέρεται από γενιά σε γενιά. Ο πάσχοντας από μανιοκατάθλιψη αντιμετωπίζει καθημερινά προβλήματα αφού επηρεάζεται έντονα η λειτουργικότητά του, πόσο μάλλον όταν ο πάσχοντας είναι ένα παιδί! Παρόλο που τα συμπτώματα όχι μόνο της Δ.Δ., αλλά και των άλλων συναισθηματικών διαταραχών δεν διαφοροποιούνται σε παιδιά και μεγάλους, πολλοί ερευνητές πιστεύουν πως οι συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους καθίστανται από τις πιο διαγνωστικά δύσκολες κατηγορίες κυρίως γιατί τα παιδιά δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν με ευκολία κάποια πιθανή συναισθηματική δυσλειτουργία και να την περιγράψουν. Επιπλέον λόγος είναι πως πολλά συμπτώματα της Δ.Δ είναι παρόμοια με αυτά άλλων παιδικών διανοητικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα ευερεθιστότητας και επιθετικότητας μπορεί να συνιστούν ενδείξεις τόσο της διπολικής διαταραχής όσο και της διαταραχής της ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητας, της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής ή άλλων ψυχικών διαταραχών (πχ. μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια).

Στην συμπτωματολογία της διπολικής διαταραχής διακρίνονται δύο συναισθηματικές διαθέσεις: Κατάθλιψη και Μανία. Προκαλεί έντονες μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης, από ευφορία ή/και ευερεθιστότητα σε μελαγχολία και απελπισία. Πρόκειται για επεισόδια μανίας και κατάθλιψης αντίστοιχα, τα οποία έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται διαδοχικά, συχνά με μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης. Παράλληλα παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές στην ενεργητικότητα και τη συμπεριφορά. Σε αντίθεση με τους ενήλικες, οι οποίοι εκδηλώνουν σαφώς ξεκάθαρα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης, τα παιδιά και οι νεαροί έφηβοι παρουσιάζουν συνήθως ταχείες εναλλαγές της διάθεσης, πολλές φορές

την ημέρα. Τα παιδιά σε φάση μανίας εκδηλώνουν περισσότερο στοιχεία ευερεθιστότητας με αρκετά ξεσπάσματα παρά ευφορική διάθεση. Η μεικτή συμπτωματολογία είναι, επίσης, κοινή μεταξύ των νέων, ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας έφηβοι εκδηλώνουν περισσότερο την τυπική μορφή της νόσου.

2.1.4 Διαταραχές διαγωγής (Συμπεριφοράς)

Η διάγνωση των «διαταραχών διαγωγής» αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε μία συμπτωματολογία που εκφράζεται μέσω της συμπεριφοράς του παιδιού ή του εφήβου: συμπεριφορά ενοχλητική, καταστροφική, επικίνδυνη ή παραβατική, που σχεδόν επιδεικνύει πολλές φορές ένα είδος «αναισθησίας» στις σχέσεις με τους άλλους, καθώς και μία μειωμένη ικανότητα μάθησης μέσω της εμπειρίας. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών Και Διαταραχών της Συμπεριφοράς (ICD-10), «τα βασικά χαρακτηριστικά των διαταραχών της διαγωγής είναι η επαναλαμβανόμενη και επίμονη δυσκοινωνική, επιθετική ή προκλητική διαγωγή, η οποία στις πλέον ακραίες μορφές της συνεπάγεται πιο βίαιες από τις αναμενόμενες για την ηλικία του παιδιού παρεκτροπές. Πρόκειται επομένως για διαταραχή βαρύτερη από τη συνηθισμένη συμπεριφορά των παιδιών ή από την επαναστατικότητα των εφήβων. Μεμονωμένες δυσκοινωνικές ή εγκληματικές πράξεις δεν αποτελούν στοιχεία για να τεθεί η διάγνωση, η οποία προϋποθέτει συνεχιζόμενη συμπεριφορά».

Σχεδόν όλα τα παιδιά σε κάποια στιγμή της ζωής τους είναι πιθανόν να δείξουν συμπεριφορές που παραβαίνουν τους κοινωνικά αποδεκτούς κανόνες, όπως πχ να κλέψουν ή να πουν ψέματα. Μερικά παιδιά μπορεί επίσης να εμφανίσουν περιόδους επιθετικότητας στο σχολείο, ή συμπεριφορές φυγής από αυτό (αδικαιολόγητες απουσίες). Το παιδί όμως το οποίο θα θεωρήσουμε ότι παρουσιάζει διαταραχές διαγωγής (ή που εκφράζεται μέσω αυτών) διαφέρει από τα «άτακτα» ή τα δύσκολα παιδιά ως προς τον βαθμό, την ένταση, την έκταση και τη σοβαρότητα των αντιθετικών ή διαταρακτικών συμπεριφορών του, σε σημείο που να μπορούμε να τις χαρακτηρίσουμε κάποιες φορές ως «αντικοινωνικές». Παρόλα αυτά η διαχωριστική γραμμή μεταξύ φυσιολογικών και διαταραγμένων συμπεριφορών δεν είναι πάντα πολύ ευκρινής.

Η συζήτηση γύρω από τους αιτιολογικούς παράγοντες παραμένει σε πολλά σημεία της ανοικτή ακόμη και σήμερα, κυρίως όσον αφορά το ρόλο των ενδογενών ή

«έμφυτων» παραγόντων (κληρονομικότητα, βιολογικό υπόστρωμα) και τον αντίστοιχο ρόλο παραγόντων του περιβάλλοντος (οικογένεια κυρίως, αλλά και σχολείο, παρέες, τηλεόραση κλπ). Οι μελέτες γύρω από τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις γονιών-βρεφών μπορούν να φωτίσουν την παθογένεια με ένα διαφορετικό τρόπο, προτείνοντας ευρηματικές διεξόδους απέναντι στα συχνά ψευδή διλήμματα μεταξύ έμφυτου και επίκτητου, καθώς εισάγουν τους κλινικούς ερευνητές στην λογική μιας δυναμικής αλληλουχίας παραγόντων από την αρχή της ζωής, που περιλαμβάνει τόσο τα δεδομένα της ιδιοσυγκρασίας του παιδιού όσο και την οικογενειακή ιστορία του σε περισσότερες από μία γενιές. Το σύμπτωμα «διαταραχές της διαγωγής» μπορεί έτσι να γίνει κατανοητό ως το αποτέλεσμα της δημιουργίας πολλαπλών φαύλων κύκλων στα πλαίσια μιας οικογενειακής ιστορίας.

Η λειτουργία και η ποιότητα της οικογενειακής ζωής αποτελούν σίγουρα τους κεντρικότερους αιτιολογικούς παράγοντες. Οι οικογένειες με πτωχή συναισθηματική επικοινωνία, με ασαφή όρια ως προς τους ρόλους και τις ευθύνες, με συγκεχυμένες στάσεις ως προς τη διαφορά των γενεών και την ευθύνη των ενηλίκων, με χαμηλό επίπεδο σεβασμού και αλληλοεκτίμησης και κυρίως με απουσία σεβασμού ως προς τις ιδιαίτερες συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών, με σαφείς τιμωρητικές τάσεις που δεν συνοδεύονται σχεδόν ποτέ από διάθεση ανταμοιβής και επαίνου ως προς τα παιδιά, αποτελούν ένα «φυτώριο» όπου πολύ πιθανόν θα εμφανιστούν οι διαταραχές στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Τα ίδια ισχύουν για διαλυμένες οικογένειες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτες εντάσεις μεταξύ των γονιών, στις οποίες αυτοί τείνουν να εμπλέξουν τα παιδιά τους καθιστώντας τα εχθρούς ή συμμάχους της κάθε αντιμαχόμενης πλευράς, θυσιάζοντάς τα κατά κάποιο τρόπο στη σύγκρουση των ενηλίκων. Ισχύουν επίσης για έντονα δυσαρμονικές «ενωμένες» οικογένειες, με υπόγειους ανταγωνισμούς και ασυνάρτητη-χάωδη συναισθηματική συνδιαλλαγή μεταξύ των μελών τους, που παγιδεύουν τα παιδιά τους σε δυσεπίλυτες και αντιφατικές συναισθηματικές καταστάσεις. Η κατάθλιψη ενός ή και των δύο γονιών, ή γενικότερα η καταθλιπτική ατμόσφαιρα της οικογενειακής ζωής, δείχνουν να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, ιδιαίτερα αν συμπέσουν με ευαίσθητες φάσεις της ζωής του παιδιού. Αντίθετα η αντικοινωνική συμπεριφορά ενός από τους δύο γονείς δεν δείχνει να επηρεάζει ιδιαίτερα την εξέλιξη του παιδιού προς αυτή την κατεύθυνση. Τα παιδιά κάποιων πολυμελών οικογενειών επίσης μπορούν να θεωρηθούν σε κίνδυνο, εφόσον όμως συντρέχουν παράγοντες ανεπαρκούς φροντίδας και ελλιπούς συναισθηματικής κάλυψης.

Κοινωνικά χαρακτηριστικά οικογενειών έχουν μελετηθεί ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για αντικοινωνική εξέλιξη των παιδιών. Η κοινωνική κατάσταση των οικογενειών θεωρήθηκε αρχικά ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας. Κυρίως μελετήθηκαν κοινωνικά χαρακτηριστικά των οικογενειών, όπως η φτώχεια, η μετανάστευση, η ένταξη σε μειονότητες. Οι έρευνες αυτές είναι συχνά διαποτισμένες από κοινωνικές προκαταλήψεις που αντανακλώνται και στη μεθοδολογία τους (πχ δεν λαμβάνουν επαρκώς υπόψη το γεγονός του «στιγματισμού» και τα επακόλουθά του, όπως τη μετατροπή ενός αδύναμου κοινωνικά ατόμου σε εύκολο στόχο για τις υπηρεσίες, ή την «έλξη» που ασκούν στους ερευνητές οι δικές τους προκαταλήψεις). Δεν έχουν όμως παρόλα αυτά αποδείξει κάποιο σημαντικό ρόλο του κοινωνικού στάτους ως προς το θέμα αυτό. Ο μόνος παράγοντας που θα είχε νόημα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι οι υπερβολικά δύσκολες συνθήκες ζωής, όταν αυτές έχουν επίπτωση στη φροντίδα του παιδιού. Μπορούμε να αντιληφθούμε ότι αντίστοιχες κοινωνικά και ψυχικά τραυματικές συνθήκες, με επίπτωση στη φροντίδα των παιδιών, μπορούν να επικρατήσουν και σε εύπορες οικογένειες μετά από μία οικονομική καταστροφή. Επίσης θα άξιζε να δοθεί περισσότερη ερευνητική προσοχή σε κοινωνικούς παράγοντες όπως η απότομη κοινωνική άνοδος, η ασύδοτη κοινωνική ευμάρεια κλπ και η αντανάκλασή τους στη φροντίδα των παιδιών (δηλαδή κατά κάποιο τρόπο οι υπερβολικά «εύκολες» συνθήκες ζωής).

Ένα κοινωνικό και πολιτισμικό γεγονός που απασχολεί ιδιαίτερα το ερευνητικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια είναι το θέμα της τηλεόρασης και η επίδρασή της στα παιδιά και στις συμπεριφορές τους. Θα άξιζε να τονιστεί ότι η «λειτουργία» της τηλεόρασης σε ένα σπίτι δεν είναι ανεξάρτητη από το σύνολο της λειτουργίας της οικογενειακής ζωής του σπιτιού, αλλά και ότι τα πρότυπα που καλλιεργεί η σύγχρονη τηλεόραση ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα, προωθούν μεταξύ άλλων την συνεχή υπερδιέγερση, την βία ως κοινωνική αξία, το σκάνδαλο σε βάρος της αξιοπρέπειας και σίγουρα δεν αφήνουν ανεπηρέαστα ούτε τα παιδιά ούτε τους γονείς τους.

Πρόκειται για ένα μεγάλο θέμα πολιτισμού και κοινωνίας, το οποίο ξεπερνά και πρέπει να ξεπερνά τα στενά παιδοψυχιατρικά πλαίσια. Οι ομάδες εφήβων έχουν επίσης μελετηθεί ως παράγοντες επικινδυνότητας, κυρίως στις ακραίες μορφές τους του «χουλιγκανισμού». Στις περιπτώσεις αυτές σύνθετοι κοινωνιολογικοί παράγοντες συμπίπτουν με την ψυχοπαθολογία ενός ηγέτη που οδηγεί όλη την ομάδα σε αντικοινωνικές δράσεις.

Οι επιθετικές συμπεριφορές των παιδιών μειώνονται μετά την ηλικία των 8-9 χρόνων. Υπάρχει πολλές φορές μια έξαρση μεταξύ 13-15 χρόνων. Στις μικρές ηλικίες (μέχρι 3 χρόνων) δεν υπάρχει διαφορά ως προς τις επιθετικές ή «άτακτες» συμπεριφορές μεταξύ των δύο φύλων. Μετά την ηλικία των 4 χρόνων υπερισχύουν τα προβλήματα διαγωγής στα αγόρια. Στην εφηβεία οι καταδίκες για αντικοινωνική συμπεριφορά βαραίνουν 7 φορές περισσότερο τα αγόρια από τα κορίτσια.

Οι γενετικοί παράγοντες δείχνουν να έχουν μικρή επίδραση, εκτός ίσως από τις ελάχιστες περιπτώσεις που συνεχίζουν να εμφανίζουν επιθετικές ή εγκληματικές συμπεριφορές στην ενήλικη ζωή παρόλες τις θεραπευτικές προσπάθειες. Οι αντιδράσεις του βρέφους αποτελούν έναν από τους παράγοντες που μελετάται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, κυρίως σε συνάρτηση με τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις γονιών-βρέφους. Τα «δύσκολα» μωρά περιπλέκουν πολλές φορές με το ταμπεραμέντό τους τις συνθήκες δημιουργίας πρώιμων δεσμών, ιδιαίτερα αν για κάποιους λόγους οι γονείς δυσκολεύονται με τη σειρά τους να προσαρμοστούν στις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού τους, πχ σε καταστάσεις πρόσφατου πένθους των γονιών ή υπερβολικής αγωνίας ως προς την εξέλιξη του παιδιού (αν έχει προηγηθεί μία δύσκολη εγκυμοσύνη, περιγεννητικά συμβάντα, ιατρικοί λόγοι ανησυχίας κλπ.).

Πάνω σε αυτές τις αρχικές δυσκολίες της εγκατάστασης μιας επαρκώς καλής πρώιμης αλληλεπίδρασης, μπορούν στη συνέχεια να δημιουργηθούν σχέσεις υπερπροστασίας και υπερδιέγερσης, ή αντίθετα κενά στη φροντίδα και καταστάσεις παραμέλησης - κυρίως όμως συνθήκες *ασυνέχειας* της γονεϊκής φροντίδας- που πολλές φορές εκφράζονται με επιθετικές συμπεριφορές του παιδιού ή με άλλου είδους διαταραχές της συμπεριφοράς του.

Η σχολική αποτυχία αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης των διαταραχών διαγωγής, κυρίως λόγω των συναισθημάτων υποτίμησης που τη συνοδεύουν ή εντείνονται από αυτήν. Και στη περίπτωση αυτή υπάρχει το ενδεχόμενο δημιουργίας ενός φαύλου και δυσεπίλυτου κύκλου, καθώς η παρορμητικότητα και η ευερεθιστότητα που χαρακτηρίζουν τις διαταραχές διαγωγής μπορούν να αποτελέσουν αρνητικούς παράγοντες ως προς τη μάθηση.

2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

2.2.1 Η χρησιμότητα των συστημάτων ταξινόμησης ως οδηγός αναγνώρισης ψυχοπαθολογικών καταστάσεων για τις ηλικίες αυτές

Το πλήθος των διαταραχών οι οποίες παρατηρούνται στα παιδιά παρουσιάζουν, όπως είπαμε, μεγάλη πολυμορφία και συχνά δύσκολα εντάσσονται σε νοσολογικές ενότητες με σαφώς περιγραμμένα όρια (Παπαγεωργίου, Β., 2005).

Εντούτοις, οι ταξινομήσεις που έχουν επικρατήσει και χρησιμοποιούνται ευρύτατα είναι δύο. Η μία είναι εκείνη που περιλαμβάνεται στη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων της Παγκόσμιου Οργάνωσης Υγείας (ICD-10) και αντιπροσωπεύει, βασικά, ευρωπαϊκές αντιλήψεις. Η άλλη είναι εκείνη του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Νόσων της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV).

Και οι δύο ταξινομήσεις είναι πολυαξονικές, δηλαδή προβλέπουν διάγνωση σε διάφορα επίπεδα, όπως το κλινικό, εξελικτικό, νοητικό, οργανικό, αιτιολογικό, λειτουργικό. (Παπαγεωργίου, Β., 2005).

Παρακάτω πρόκειται να παρατεθούν οι διαγνωστικές κατηγορίες διαταραχών παιδικής και εφηβικής ηλικίας και των δύο ταξινομήσεων (DSM-IV και ICD-10), καθώς και οι δύο χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς που έχουν ως αποδέκτη των υπηρεσιών τους παιδιά και εφήβους.

2.2.2 Ταξινόμηση - Κατάταξη διαταραχών παιδικής / εφηβικής ηλικίας σύμφωνα με το DSM-IV

Η κατάταξη των διαταραχών οι οποίες συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή, παιδική ή εφηβική ηλικία, δίνεται σύμφωνα με το ισχύον ταξινομικό σύστημα DSM-IV¹ σε πίνακες (βλ.παράρτημα Ε). Αξίζει να σημειωθεί ότι για να δοθεί η διάγνωση οποιασδήποτε από τις παρακάτω διαταραχές, θα πρέπει το παιδί ή ο έφηβος να παρουσιάζει συγκεκριμένο αριθμό των χαρακτηριστικών που ορίζονται από το σύστημα αυτό, για ορισμένο χρονικό διάστημα και να προκαλούν σημαντική έκπτωση στην αναμενόμενη για την ηλικία λειτουργικότητα.

¹ DSM IV= Σύστημα ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών το οποίο δημιουργήθηκε από την αμερικάνικη ψυχιατρική εταιρεία με σκοπό την ταξινόμηση των διαγνωστικών κριτηρίων κάθε ψυχιατρικής πάθησης έτσι ώστε με βάση αυτό να γίνονται οι διαγνώσεις από τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας. Το σύστημα αυτό αναθεωρείται συχνά και αφαιρούνται ή προστίθενται διαγνωστικές κατηγορίες. Με άλλα λόγια το DSM IV αποτελεί ένα τρόπο συνενόησης μεταξύ των ειδικών σε θέματα διάγνωσης των ψυχικών παθήσεων το οποίο υιοθετείται παγκοσμίως.

Επιπρόσθετα υπάρχουν οι διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες διαγιγνώσκονται συνήθως στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή και η ένταση των παθολογικών χαρακτηριστικών ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας. Σ'ένα άτομο είναι δυνατό να συνυπάρχουν στοιχεία από διάφορες διαταραχές. Αυτό που είναι σημαντικό και πρέπει να κατανοήσουμε είναι ότι η ένταση, η χρονική διάρκεια και ο βαθμός δυσλειτουργικότητας που προκαλεί το σύνολο των διαταρακτικών στοιχείων καθορίζουν το αν μιλάμε για διαταραχή προσωπικότητας και ποια είναι αυτή. Στον πίνακα Ε (βλ. παράρτημα Ε) δίνονται οι διαταραχές προσωπικότητας όπως παρουσιάζονται στο ισχύον σύστημα ταξινόμησης ψυχιατρικών νόσων DSM-IV.

2.2.3 Ταξινόμηση - Κατάταξη διαταραχών παιδικής / εφηβικής ηλικίας σύμφωνα με το ICD-10

Η κατάταξη των διαταραχών οι οποίες συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή, παιδική ή εφηβική ηλικία, δίνεται σύμφωνα με το ισχύον ταξινομικό σύστημα ICD-10 στον πίνακα ΣΤ(βλ. παράρτημα ΣΤ)

Συμπληρώνοντας τις κατηγορίες πρέπει να αναφέρουμε πως στα νοητικώς καθυστερημένα άτομα, η προσαρμοστική συμπεριφορά τους είναι πάντοτε διαταραγμένη, αλλά οι διαταραχές αυτές μπορεί να μην είναι καθόλου εμφανείς σε άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση, τα οποία βρίσκονται σε προστατευτικά και υποστηρικτικά περιβάλλοντα.

Για το λόγο αυτό υπάρχει αυτός ένας επιπλέον χαρακτήρας που αναφέρεται παραπάνω, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδιορισθεί η έκταση των διαταραχών της συμπεριφοράς (που έχουν σχέση με τη νοητική καθυστέρηση), αν αυτές δεν οφείλονται σε κάποια άλλη συνυπάρχουσα διαταραχή και εξωτερίκευσης² (Pianta & Caldwell, 1990) από το νηπιαγωγείο έως την πρώτη τάξη.

² Σύμφωνα με το DSM IV, άτομα με Διανοητική Καθυστέρηση μπορεί να είναι παθητικά και εξαρτημένα και άλλα επιθετικά και παρορμητικά. Η συνύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών είναι πολύ πιο συχνή στα καθυστερημένα άτομα απ'ότι στο γενικό πληθυσμό. Οι πιο συχνές συνοδές διαταραχές είναι η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, οι Διαταραχές της Διάθεσης, οι Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης, η Διαταραχή Στερεοτυπικών Κινήσεων και Ψυχικές Διαταραχές Οφειλόμενες σε Γενική Ιατρική Κατασταση (π.χ. Άνοια Οφειλόμενη σε Τραύμα Κεφαλής).

3. Συννοσηρότητα μαθησιακών δυσκολιών και παιδοψυχιατρικών διαταραχών

3.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις

Ο όρος συννοσηρότητα εννοείται:

- είτε ως συνύπαρξη δυο νόσων στον ίδιο ασθενή
- είτε ως συνύπαρξη δύο καταστάσεων που έχουν μεταξύ τους κάποια αιτιολογική συνάφεια με παθοφυσιολογική βάση (όπως στην περίπτωση της επίδρασης του Stress στην λειτουργία των διαφόρων συστημάτων),
- είτε ως συνύπαρξη καταστάσεων που έχουν μεταξύ τους κάποια αιτιολογική σχέση σε επίπεδο αλληλεπίδρασης (όπως όταν μιλάμε για τις ψυχολογικές και ψυχιατρικές συνέπειες που έχει μια σωματική νόσος),
- είτε ως συνύπαρξη που επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την πορεία και την πρόγνωση της κάθε νόσου.

Σε κάθε ανάλογη υποδιαίρεση, θα μπορούσε κανείς ακόμη παραπέρα να εννοεί διαφορετικά πράγματα λέγοντας Συννοσηρότητα. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της «συνύπαρξης δύο νόσων», το θέμα δεν εξαντλείται εκεί, αλλά μπορεί να επεκταθεί στον «τρόπο» με τον οποίο αυτές συνυπάρχουν.

Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΕΜΔ έχουν απασχολήσει ιδιαίτερα τους ερευνητές. Η ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων στα παιδιά με ΕΜΔ οδήγησε το 1985 την Εταιρεία για Παιδιά και Ενήλικες με μαθησιακές δυσκολίες (Association for Children and Adults with Learning Disabilities) να συμπερίλαβε στον ορισμό της για τις ΕΜΔ και τα κοινωνικά προβλήματα (Bryan, 1998).

Η εμφάνιση αυξημένης συννοσηρότητας στην Παιδική Ψυχιατρική θεωρείται εξαιρετικά συχνό φαινόμενο. «Οι μαθησιακές διαταραχές (ΜΔ) θεωρείται ότι αποτελούν την αρχή ενός συνεχούς ψυχικών διαταραχών, που ακολουθούν το άτομο σε ολόκληρη τη ζωή του και έχουν συσχετιστεί με ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών» (Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ.,2001).

Όπως έχει προαναφερθεί οι σχολικές δυσκολίες αποτελούν κατάσταση πολυκαθοριζόμενη αιτιολογικά . Λογικό επακόλουθο είναι να υπάρχουν διαφωνίες με το ποια αίτια έχουν πρωτεύουσα σημασία. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα ταξινομητικά σχήματα με μικρές ή και μεγάλες διαφορές , ωστόσο το σχήμα που θα εξεταστεί στο παρών κεφάλαιο βασίζεται στην πολυαξονική αντίληψη ταξινόμησης

που επεξεργάστηκαν κυρίως οι Rutter, Shaffer, και Sturge για την 9^η Αναθεώρηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1979).

Πιο συγκεκριμένα θα εξεταστεί η σχέση μεταξύ των μαθησιακών δυσκολιών και παιδο-ψυχιατρικών διαταραχών στη σχολική ηλικία. Με μια πρώτη προσέγγιση που βασίζεται σε παλαιότερες αλλά και πιο πρόσφατες έρευνες, υποστηρίζεται ότι παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζουν προβλήματα στην κοινωνική συμπεριφορά, δυσκολίες στις ομαδικές σχέσεις, ενώ γενικώς φαίνεται ότι είναι λιγότερο δημοφιλείς και αποδεκτοί από τους συμμαθητές τους. Ως εκ τούτου παραπέμπονται πιο συχνά για ψυχοθεραπεία για διάφορους λόγους, με συχνότερους τα προβλήματα και τις εκδηλώσεις αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Μαρκοβίτης & Τζουριάδου, 1991). Κατά τους Silver και Brunstetter (1987) «τα παιδιά και οι έφηβοι με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα και δυσκολεύονται στο πέρασμα του κάθε σταδίου ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης». Παράλληλα η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες στα χρόνια φοίτησής τους στο σχολείο οδηγούνται σε μια μη-ομαλή σχολικο-μαθησιακή αλλά και γενικότερα ψυχοκοινωνική εξέλιξη, το ποσοστό αυτό μάλιστα ανέρχεται στο 25%. Είναι επίσης, γνωστό ότι η μη-ομαλή εξέλιξη ψυχοκοινωνικών μαθησιακών διαδικασιών (είτε ως αποτέλεσμα είτε ως αίτιο σχολικομαθησιακών δυσκολιών), δεν αφήνει το παιδί απερίσπαστο, έτσι το παιδί δεν είναι δεκτικό στην πρόσκτηση σχολικών γνώσεων.

Ο Silver αναφέρει πως δεν υπάρχουν σταθερά δεδομένα για την συχνότερη εμφάνιση ορισμένων διαταραχών, εντούτοις επικρατεί η άποψη ότι υπάρχει μεγαλύτερη σχέση ανάμεσα σε μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές συναισθηματικού τύπου, κάτι που επιβεβαιώνεται και από άλλες πηγές (Rutter & Yule, 1973, Rutter & Giller, 1983, Bender, 1987)

Παράλληλα οι δάσκαλοι των ειδικών σχολείων συχνά αναφέρουν μια μεγαλύτερη αναλογία παιδιών με συναισθηματικές διαταραχές ή έλλειμμα προσαρμογής ανάμεσα στους μαθητές τους, απ'ό,τι οι δάσκαλοι των κοινών σχολείων (Στασινός, Π., 2003)

Όσον αφορά το είδος των ψυχιατρικών διαταραχών αυτό δεν είναι απόλυτα σταθερό καθώς παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο.

Συνήθως τα παιδιά με ΜΔ βιώνουν πολύ περισσότερο άγχος κι έχουν εντονότερο το συναίσθημα της μοναξιάς και του θυμού και μικρότερη «αντοχή στη ματαίωση». Μπορεί να παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας, επιληψία και τη διαταραχή Gilles de la Tourette.

Το μεγαλύτερο ερευνητικό ενδιαφέρον έχει συγκεντρωθεί στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις ΜΔ με το υπερκινητικό σύνδρομο, τις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Ήδη από τη δεκαετία του '70 επιβεβαιώνεται ερευνητικά η κλινική εντύπωση της συχνής συνύπαρξης ΜΔ και υπερκινητικότητας. Επίσης, διαπιστώνεται η παρουσία ελλειμματικής προσοχής ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη υπερκινητικότητας. Ο βαθμός συννοσηρότητας ανάμεσα στις ΜΔ και το υπερκινητικό σύνδρομο κυμαίνεται από 10-92%. Μελέτες επανεξέτασης (follow-up) έδειξαν ότι οι ακαδημαϊκές και οι μαθησιακές δυσκολίες των υπερκινητικών παιδιών παραμένουν και στην εφηβεία και συνδέονται με τη χρονία σχολική αποτυχία και την εγκατάλειψη του σχολείου.

Τα παιδιά με ΜΔ πολύ συχνά παρουσιάζουν διαταραχές συμπεριφοράς και το αντίστροφο. Οι παρατηρήσεις αυτές έχουν επιβεβαιωθεί σε πληθώρα εργασιών, με αποτέλεσμα να επικρατεί η άποψη ότι τα παιδιά με ΜΔ ρέπουν στην παραπτωματικότητα. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη παραπτωματικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΜΔ αυξάνει κατά την εφηβεία και συνδυάζεται με την ακαδημαϊκή αποτυχία, την εγκατάλειψη του σχολείου, την πενιχρή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η παρορμητικότητα και η συναισθηματική αστάθεια. Παρόλα αυτά, η ύπαρξη της σχέσης ανάμεσα στις διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς δεν γίνεται δεκτή απ' όλους, τόσο ως προς την έκτασή της, όσο -κυρίως- ως προς την αιτιολογική σύνδεσή τους.

Τα παιδιά με ΜΔ συχνά παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές, που εκτείνονται από το απλό άγχος μέχρι τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την απόπειρα αυτοκτονίας ή την αυτοκτονία. Επίσης, εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποθάρρυνση και καταθλιπτικό συναίσθημα. Η ταυτότητά τους συχνά οργανώνεται γύρω από αισθήματα αδυναμίας, ανεπάρκειας, ανικανότητας, με αποτέλεσμα το σχηματισμό αρνητικής εικόνας για τον εαυτό τους.

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις συχνότερες συνοδές διαγνώσεις. Η επίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να είναι μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη από ότι στο μέσο όρο του παιδικού πληθυσμού. Υποστηρίζεται, μάλιστα, ότι ορισμένες μορφές ΜΔ (μη λεκτικές) σχετίζονται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. (Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ., 2001)

Από τα παραπάνω γίνεται ξεκάθαρο ότι η σχέση μεταξύ των μαθησιακών δυσκολιών με διαταραχές ψυχιατρικής φύσεως, τόσο του συναισθήματος όσο και της

συμπεριφοράς είναι ομόφωνα αποδεκτή. Ωστόσο αυτό που θα πρέπει να διευκρινιστεί και που απαιτεί μεγαλύτερη διερεύνηση είναι η φύση και η σημασία της σχέσης αυτής (Μαρκοβίτης, Μ., & Τζουριάδου, Μ., 1991, Rutter Μ., & Giller, Η., 1983).

3.2 Ερευνητικά δεδομένα - Τομείς προσέγγισης

Οι μαθησιακές δυσκολίες έχουν συσχετιστεί μ' ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, όπως άγχος που εκφράζεται ως φόβος, ποικίλα σωματικά ενοχλήματα, συναισθήματα μοναξιάς και θυμού. Δημοσιευμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις διαταραχές προσωπικότητας και τις μαθησιακές διαταραχές. Στη χώρα μας, τα αποτελέσματα ανάλογων ερευνών είναι αντιφατικά και πολλών τα ευρήματα δεν συμβαδίζουν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας. Οι μαθησιακές δυσκολίες συχνά συνοδεύονται από διαταραχές στη συμπεριφορά, στο συναίσθημα και στην ικανότητα προσοχής και συγκέντρωσης. Στις περιπτώσεις συννοσηρότητας η ανεύρεση της αιτιολογικής σχέσης μεταξύ των διαταραχών είναι εξαιρετικά δύσκολη επειδή η αλληλεπίδραση μεταξύ των διαταραχών επιδεινώνει καθεμιά απ' αυτές και επιβαρύνει την εν γένει κατάσταση του παιδιού.

Όπως έχει προαναφερθεί σύμφωνα με κοινώς αποδεκτές εκτιμήσεις υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μαθησιακών δυσκολιών και ψυχιατρικών διαταραχών. Το ερώτημα που προκύπτει είναι εάν οι μαθησιακές δυσκολίες ευθύνονται για την εκδήλωση συννοσηρότητας με ψυχιατρικές διαταραχές ή εάν συμβαίνει το αντίστροφο.

Από το ερώτημα αυτό προέκυψαν δυο προσεγγίσεις-υποθέσεις. Η πρώτη θεωρεί τα ψυχιατρικά προβλήματα απόρροια της σχολικής αποτυχίας και της χαμηλής επίδοσης, η οποία οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, σε συναισθηματικά προβλήματα και ακολούθως σε διαταραχές συμπεριφοράς. Ενώ η δεύτερη υπόθεση θεωρεί ότι τόσο οι μαθησιακές δυσκολίες όσο και τα προβλήματα συμπεριφοράς έχουν μια κοινή αιτιολογία που μπορεί να είναι κοινωνικο-οικογενειακοί παράγοντες ή ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά όπως η υπερκινητικότητα, η φτωχική ικανότητα συγκέντρωσης και η παρορμητικότητα (Μαρκοβίτης, Μ., & Τζουριάδου, Μ., 1991, Richman et al., 1982)

Έρευνες που ενισχύουν την πρώτη υπόθεση έχουν δείξει ότι το μαθησιακό προφίλ παιδιών με διαταραχές συμπεριφοράς είναι σε πολλές περιπτώσεις ανάλογο με το προφίλ παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες (Rutter et al., 1970, Meltzer et al., 1974). Επιπλέον το γεγονός ότι κάποια βελτίωση στο σχολείο επιδρά θετικά στα

προβλήματα συμπεριφοράς καθώς και το γεγονός ότι με την περάτωση του σχολείου μειώνονται οι διαταραχές συμπεριφοράς αποτελούν εν μέρη τεκμήριο στην υπόθεση αυτή. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν παράλληλα άλλες έρευνες που έρχονται σε αντίθεση με την υπόθεση αυτή, υποστηρίζοντας πως οι διαταραχές συμπεριφοράς εμφανίζονται πριν τις γνωστικές δυσκολίες, ενίοτε πριν και από την προσχολική ηλικία (McMichael, 1979, Richman et al., 1982)

Οι κύριες θεραπευτικές αρχές μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

1. Είναι σημαντικό να αποφευχθεί από τη πλευρά της θεραπευτικής ομάδας οποιαδήποτε ζοφερή πρόβλεψη για το μέλλον του παιδιού και οποιαδήποτε στάση προκατάληψης. Οι διαταραχές πρέπει να τοποθετηθούν στο πλαίσιο της ηλικίας του παιδιού και να συσχετισθούν με παράγοντες του περιβάλλοντος.
2. Η συμβουλευτική-ψυχοθεραπευτική προσέγγιση με δυναμικό προσανατολισμό αποτελεί στις περιπτώσεις αυτές ένα είδος ιδανικής θεραπευτικής προσέγγισης που δεν είναι πάντα εύκολο να επιτευχθεί. Απαιτεί μεγάλη και επίμονη προσπάθεια από την πλευρά της παιδοψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας, ώστε να δημιουργείται και να συντηρείται ένα επαρκώς ανθεκτικό θεραπευτικό και παιδαγωγικό πλαίσιο.
3. Εφόσον εξασφαλιστεί και διατηρηθεί το παραπάνω ψυχοθεραπευτικό πνεύμα προσέγγισης, διάφορες άλλες θεραπευτικές μέθοδοι μπορούν να συμπληρώσουν την θεραπευτική προσπάθεια, όπως συμπεριφορικές μέθοδοι, φαρμακοθεραπεία ή ακόμη και βραχεία νοσηλεία σε κάποιες περιπτώσεις.
4. Γενικότερα η όλη θεραπευτική προσπάθεια είναι καλό να γίνει αντιληπτή ως εργασία θεραπευτικής ομάδας στα πλαίσια ενός δικτύου συνεργασίας, που περιλαμβάνει την παιδοψυχιατρική υπηρεσία, τις κοινωνικές υπηρεσίες, το σχολείο και τις δικαστικές υπηρεσίες. Το δίκτυο αυτό απαιτεί συνοχή και ευελιξία, καλό συντονισμό με καταμερισμό ευθυνών, διακριτούς ρόλους και σαφείς στόχους.
5. Η θεραπευτική προσπάθεια πρέπει να στοχεύει στην συμμετοχή και των δύο γονιών, σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις και άλλων προσώπων του οικογενειακού περιβάλλοντος, που μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο.

Γενικότερα μπορούν να αξιοποιηθούν στο θεραπευτικό σχεδιασμό και άλλοι σημαντικοί ενήλικες (πχ καθηγητές). Κάθε σχέση εμπιστοσύνης την οποία αναπτύσσει ένα παιδί με έναν ενήλικο, που μπορεί να ενταχθεί στον θεραπευτικό σχεδιασμό, μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη.

6. Η κατανόηση της ιστορίας του παιδιού στα πλαίσια της οικογενειακής ιστορίας και της οικογενειακής δυναμικής αποτελεί σημαντικό οδηγό για τους θεραπευτικούς

χειρισμούς. Η θορυβώδης συμπτωματολογία και ο γενικευμένος πανικός που προκαλείται από αυτήν στον οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περίγυρο, μπορούν να παρασύρουν τις θεραπευτικές ομάδες στην αναζήτηση άμεσων δράσεων ελέγχου της συμπεριφοράς του παιδιού, παραμελώντας έτσι την ιστορία του. Το ιστορικό πρέπει να ανατρέχει σε όλη την ιστορία του παιδιού και της οικογένειάς του, δίνοντας έμφαση στις πρώιμες σχέσεις παιδιού- γονιών, στα τραυματικά γεγονότα, στους αποχωρισμούς. Η φαρμακευτική αγωγή δεν προσφέρει ιδιαίτερη βοήθεια σε αυτές τις περιπτώσεις. Η απομάκρυνση του παιδιού (κυρίως κατά την εφηβική ηλικία) από το περιβάλλον του σε μία προσαρμοσμένη δομή υποδοχής, μπορεί να επιχειρηθεί σε ορισμένες περιπτώσεις ως προσωρινό θεραπευτικό μέτρο, εφόσον έχει προηγηθεί η κατάλληλη προεργασία. Η συνδρομή των δικαστικών αρχών είναι επίσης απαραίτητη σε ορισμένες περιπτώσεις, κυρίως όταν οι παραβατικές συμπεριφορές αποκτούν ιδιαίτερη ένταση. Η ψυχολογική βοήθεια και η ψυχοθεραπευτική προσπάθεια σε συνδυασμό με καλά συντονισμένες ψυχοκοινωνικές δράσεις, μπορούν να αποδώσουν καλύτερα αποτελέσματα, ειδικά όταν βρίσκουν συμμάχους τη θέληση του παιδιού και της οικογένειάς του και μπορούν να στηριχθούν στη συνεργασία άλλων σημαντικών για το παιδί ενηλίκων από το οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον του. (Brazelton & Cramer, 1991)

4. Μαθησιακές δυσκολίες και παιδοψυχιατρικές διαταραχές στην κλινική πράξη

Παρουσίαση δεδομένων απο το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Γ.Ν. Παπανικολάου Θεσσαλονίκης κατά την τελευταία τετραετία

4.1 Μεθοδολογία έρευνας

4.1.1 Μέθοδος- τεχνικές έρευνας

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε ερευνώντας τα διαγνωστικά αποτελέσματα και στοιχεία κάθε παιδιού μέσα από τα αρχεία του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου «Γ. Παπανικολάου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Το αρχείο κάθε παιδιού περιλάμβανε όλες τις πληροφορίες και τα στοιχεία που ήταν απαραίτητα για τη συγκέντρωση δεδομένων έτσι ώστε να διεξαχθούν βάσιμα αποτελέσματα. Τα δεδομένα αφορούσαν το παιδοψυχιατρικό ιστορικό, τα αποτελέσματα της μαθησιακής αξιολόγησης, ψυχιατρικής αξιολόγησης, και μέτρησης της νοημοσύνης, καθώς και ερωτηματολόγια συμπληρωμένα από γονείς (CBCL – Child Behavior Checklist), και από δασκάλους (TRF – Teacher’s Report Form) (βλ.πάραρτημα Δ)

Σε όλα τα παιδιά αυτής της μελέτης πραγματοποιήθηκε περιεκτική μαθησιακή αξιολόγηση, και ψυχιατρική αξιολόγηση, ενώ οι δυσκολίες τους δεν οφείλονται σε σωματικές νόσους και τραύματα καθώς πραγματοποιούνται οι απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις (κάτι που δεν γίνεται σε άλλες υπηρεσίες διάγνωσης μαθησιακών δυσκολιών όπως είναι τα ΚΕΔΔΥ) .

Λόγω του μεγάλου όγκου του δείγματος (σχεδόν 5600 φάκελοι) η προσέγγιση βασίστηκε αρχικά βάση της μαθησιακής εκτίμησης. Η ειδική παιδαγωγός του Ιατροπαιδαγωγικού κέντρου κ.Μήτσαλα Αναστασία μου παρείχε τους αριθμούς των φακέλων που πραγματοποιήθηκε μαθησιακή εκτίμηση. Ακολουθήθηκε η μέθοδος τυχαίας δειγματοληψίας.

Συνολικά μελετήθηκαν 148 περιπτώσεις παιδιών, ,τα οποία προσήλθαν στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο «Γ. Παπανικολάου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, με αίτημα τη μαθησιακή αξιολόγηση, ή επαναξιολόγηση κατά τη διάρκεια των τεσσάρων τελευταίων ετών (2006-2010). Επαναξιολόγηση πραγματοποιείται σε περιπτώσεις που το ίδιο παιδί είχε επισκεφθεί την υπηρεσία στο παρελθόν είτε για

μαθησιακή είτε για κάποια άλλη εξέταση πλύν της μαθησιακής (π.χ λόγω μιας φωνολογικής διαταραχής) .

Όσον αφορά τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τη μαθησιακή εκτίμηση, αυτά περιλαμβάνονται στον προσωπικό φάκελο του παιδιού, σε ένα πρωτόκολλο (βλ.παράρτημα Γ) το οποίο έχει συντάξει η ειδική παιδαγωγός του τμήματος κ.Μήτσαλα Αναστασία και που καταγράφει αναλυτικά σε ποιον τομέα της σχολικής ικανότητας υπολείπεται το παιδί. Το ίδιο πρωτόκολλο περιέχει την τελική διάγνωση για το αν πρόκειται για ειδικού τύπου μαθησιακή δυσκολία ή παρουσιάζει μια γενική δυσκολία στη μάθηση χωρίς να είναι αναπτυξιακού χαρακτήρα.

Σε ένα πρώτο στάδιο αποκλείστηκαν τα 49 παιδιά (το 33% του αρχικού δείγματος) καθώς αυτά είτε δεν παρουσίασαν ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων, είτε ανήκαν στην κατηγορία των παιδιών με δείκτη νοημοσύνης κάτω του μέσου όρου, είτε είχαν διαγνωσθεί με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Στην συνέχεια μελετήθηκε το παιδοψυχιατρικό ιστορικό του κάθε παιδιού, πιο συγκεκριμένα τα στοιχεία από το ιστορικό που έλαβα σοβαρά υπόψη και από τα οποία αντλήθηκαν αρκετές πληροφορίες ήταν :

- Το ιστορικό παρούσας διαταραχής
- Η Ψυχοκινητική ανάπτυξη
- Η Κοινωνική ανάπτυξη – Συμπεριφορά
- Η Σεξουαλική ανάπτυξη – Συμπεριφορά
- Η Συναισθηματική ανάπτυξη – Ιδιοσυγκρασία
- Τα Σοβαρά γεγονότα

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονισθεί κάτι που αφορά την ταξινόμηση των παιδιών ανάλογα την παιδο-ψυχιατρική διαταραχή. Μεγάλος αριθμός των παιδιών δεν είχε ξεκάθαρη διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής καθώς όπως προαναφέραμε ο χαρακτηρισμός μιας συμπεριφοράς ως παθολογική δεν είναι εύκολος στην παιδική ηλικία εξαιτίας της αλληλεπίδρασης διαφορετικών παραγόντων στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς.Παράγοντες όπως οι ιδιαιτερότητες του αναπτυξιακού σταδίου, τα εύκαμπτα και μεταβαλλόμενα όρια καθώς και η συχνότητα και σοβαρότητα της συμπεριφοράς λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά τη διαγνωση (Παπαγεωργίου Β.,2005. Μάνου, Ν.). Έτσι μπορούμε να μιλήσουμε κυρίως για συμπτωματολογία ψυχιατρικών διαταραχών.

Από τα 99 εναπομείναντα παιδιά τα 54 παρουσίασαν συμπτώματα παιδοψυχιατρικής διαταραχής. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείται επομένως από 54 παιδιά με ειδικού τύπου μαθησιακές δυσκολίες και συμπτωματολογία παιδοψυχιατρικών διαταραχών. Για κάθε ένα από τα 54 παιδιά του δείγματος συμπληρώθηκε το πρωτόκολλο επιλογής και κατάταξης δείγματος κατά ICD-10 (βλ. παράρτημα Α). Βάση αυτού του πρωτοκόλλου έγινε η στατιστική ομαδοποίηση και η διεξαγωγή των αποτελεσμάτων.

4.1.2 Δείγμα έρευνας

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από περιπτώσεις παιδιών τα οποία προσήλθαν στο διαγνωστικό ιατροπαιδαγωγικό κέντρο του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», με αρχικό αίτημα τη μαθησιακή αξιολόγηση, καθώς και αυτών που παρουσίασαν πρώιμες ενδείξεις δυσκολιών σε θέματα ανάπτυξης (λόγου, ομιλίας, συναισθηματικής ανάπτυξης κ.α) και πραγματοποιήθηκε επαναξιολόγηση. Πρόκειται ουσιαστικά για μια ανασκόπηση σε φακέλους παιδιών με μαθησιακές εκτιμήσεις.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν

- η ηλικία (σχολική ηλικία, από 6-12)
- η διάγνωση ειδικού τύπου μαθησιακής δυσκολίας
- η συμπτωματολογία παιδο-ψυχιατρικής διαταραχής
- το φυσιολογικό νοομετρικό δυναμικό

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε επιλεγμένο δείγμα 54 παιδιών με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων ανεξαρτήτως φύλου, (συνολικά το δείγμα αποτελείται από 20 κορίτσια και 34 αγόρια). Το εύρος της ηλικίας είναι από 6 έως 12 ετών (από την πρώτη έως την έκτη δημοτικού), με έναν μέσο όρο αυτόν της ηλικίας των 9 χρόνων.

Από το δείγμα αποκλείστηκαν τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ), τα παιδιά με σύνδρομα και τα παιδιά με νοητική υστέρηση.

4.1.3 Επεξεργασία δεδομένων

4.1.3.1 Στατιστικές υποθέσεις

Στις στατιστικές υποθέσεις περιλαμβάνονται όλες οι υποθέσεις που έχουμε θέσει για την παρούσα έρευνα. Αυτές αφορούν τις ακόλουθες συγκρίσεις :

1. Ηλικία-Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων
Σε ποιά ηλικία έχουμε τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες ειδικού τύπου;
2. Φύλο-Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων
Ποιο είναι το επικρατέστερο φύλο στην εμφάνιση συννοσηρότητας μαθησιακών δυσκολιών και ψυχιατρικών διαταραχών;
3. Φύλο-Ηλικία
Πόσα αγόρια και πόσα κορίτσια αντιστοιχούν σε κάθε ηλικία;
4. Διαταραχές σχολικών ικανοτήτων
Ποια είναι η συχνότητα εμφάνισης ανά είδος ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών των σχολικών ικανοτήτων;
5. Διαταραχές της διαγωγής-Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων
Ποια η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών της διαγωγής στα παιδιά με ΕΜΔ;
6. Μεικτές διαταραχές της διαγωγής και του συναισθήματος-Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων
Ποια η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών της διαγωγής και του συναισθήματος στα παιδιά με ΕΜΔ;
7. Διαταραχές του συναισθήματος- Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων
Ποιος είναι ο βαθμός συννοσηρότητας μεταξύ συναισθηματικών διαταραχών και ΕΜΔ;
8. Διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας-Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων
Ποια είναι η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών κοινωνικής λειτουργικότητας σε σχέση με τις ΕΜΔ;
9. Διαταραχές που εκδηλώνονται με μωσπάσματα-Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων
Ποιος είναι ο βαθμός συννοσηρότητας μεταξύ διαταραχών που εκδηλώνονται με μωσπάσματα και των ΕΜΔ;
10. Άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος-Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων
Ποια η συσχέτιση των άλλων διαταραχών της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με τις ΕΜΔ;
11. Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων-Διαταραχές υπερκινητικού τύπου
Τέλος συγκρίναμε τη σχέση των ΕΜΔ ανα είδος με τις διαταραχές υπερκινητικού τύπου;

4.1.3.2 Στατιστικά αποτελέσματα

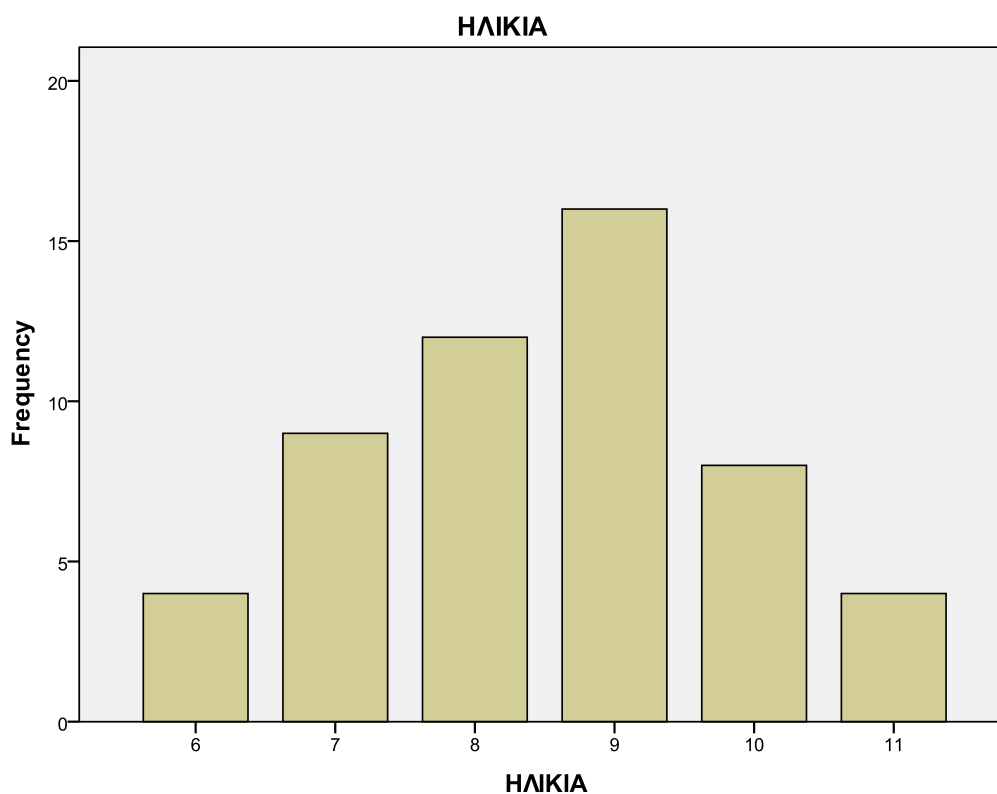
Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο PASW Statistics 18.

Η έρευνα έγινε σε τυχαίο δείγμα 54 παιδιών. Από το δείγμα των 54 παιδιών, το 7,5% (4 άτομα) είναι ηλικίας 6 ετών, το 17,0% (9 άτομα) είναι 7 ετών, το 22,6%(12 άτομα) είναι 8 ετών, το 30,2%(17 άτομα) είναι 9 ετών, το 15,1%(8 άτομα) είναι 10 ετών και τέλος το 7,5%(4 άτομα) είναι 11 ετών. Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται το δείγμα της έρευνας κατά ηλικία.

Πίνακας 1. Συχνότητα εμφάνισης παιδιών με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων ανά ηλικία

		Frequenc y	Valid Percent
Valid	6	4	7,5
	7	9	17,0
	8	12	22,6
	9	17	30,2
	10	8	15,1
	11	4	7,5
	Total	54	100,0
Missing	System	0	
Total		54	

Διάγραμμα 1. Συχνότητα εμφάνισης παιδιών με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων ανά ηλικία



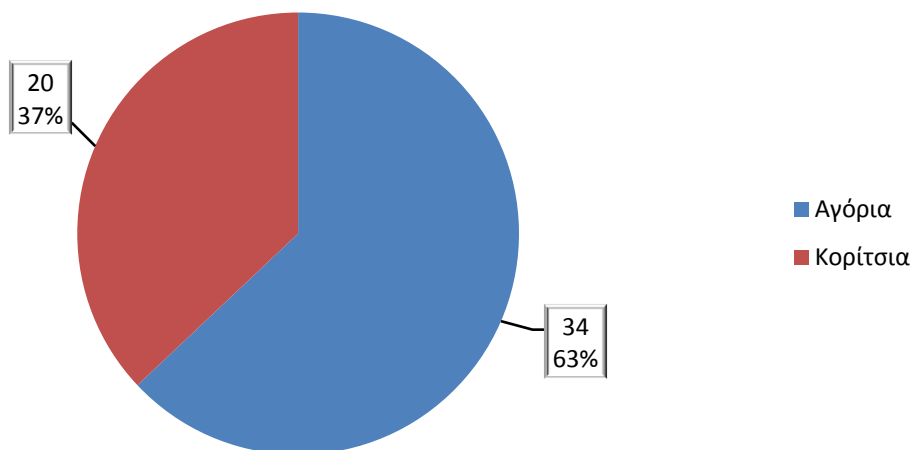
- φύλο- ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων

Σχετικά με το φύλο των ερωτηθέντων παιδιών, το 35,0%(20 άτομα) είναι κορίτσια ενώ το 61,0 %(34 άτομα) είναι αγόρια.

Πίνακας 2. Συχνότητα εμφάνισης παιδιών με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων ανά φύλο

ΦΥΛΟ		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΟΡΙΑ	34	62,8	63,5	63,5
	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	20	37,2	36,5	100,0
	Total	52	100,0	100,0	
Missing	System	0	0		
Total		54	100,0		

Διάγραμμα 2 . Συχνότητα εμφάνιση παιδιών με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων ανά φύλο (% κατά προσέγγιση).



ο φύλο-ηλικία

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης ανάμεσα σε φύλο και ηλικία.

Πίνακας 3. Σύγκριση φύλου και ηλικίας σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων

ΦΥΛΟ * ΗΛΙΚΙΑ Crosstabulation

	ΗΛΙΚΙΑ						Total
	6	7	8	9	10	11	
ΦΥΛΟ ΑΓΟΡΙ	2	7	9	12	2	2	34
ΚΟΡΙΤΣ I	2	2	3	5	6	2	20
Total	4	9	12	17	8	4	54

ο **διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων**

Στο δείγμα μοιράστηκαν ερωτηματολόγια και σύμφωνα με τις απαντήσεις τους μελετήθηκαν οι διαταραχές της ψυχικής ανάπτυξης.

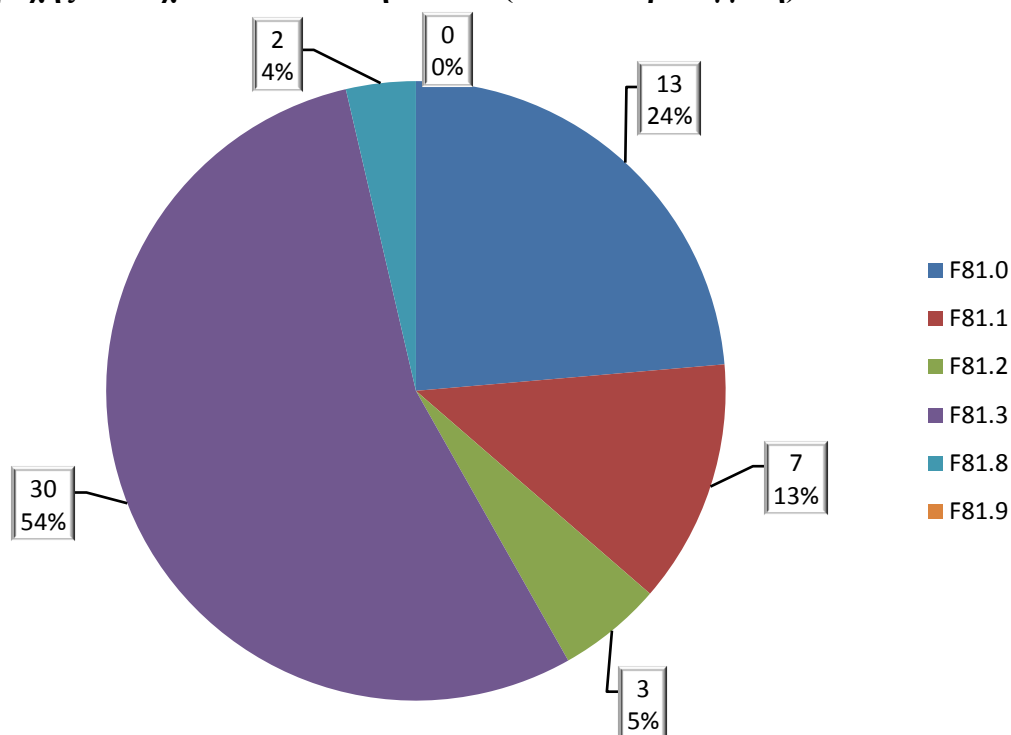
Όσο αναφορά τις διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων (F81) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και στα 54 άτομα του δείγματος διαγνώστηκαν διαφορετικού τύπου διαταραχές.

Αναλυτικότερα η έρευνα έδειξε: στο 23,6%(13 άτομα) διαγνώστηκε ειδική διαταραχή της ανάγνωσης(F81.0), στο 13,0%(7 άτομα) διαγνώστηκε ειδική διαταραχή του συλλαβισμού(F81.1), στο 5,6%(3 άτομα) διαγνώστηκε ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων(F81.2), στο 55,6%(30 άτομα) διαγνώστηκε μεικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων(F81.3) και τέλος στο 3,7%(2 άτομα) διαγνώστηκαν άλλες αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων. Σε ένα άτομο του δείγματος διαγνώστηκαν δύο είδη διαταραχών F81.0 και F81.1. Σε κανένα από τα άτομα του δείγματος δεν διαγνώστηκε αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων μη καθορισμένη(F81.9)

Πίνακας 4. Συχνότητα εμφάνισης παιδιών ανά είδος ειδικής αναπτυξιακής διαταραχής των σχολικών ικανοτήτων F81

\$Diataraxes_sxolikon_ikanotiton Frequencies			
	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
\$Diataraxes_sxolikon_i F81.0	13	23,6%	24,1%
kanotiton ^a F81.1	7	12,7%	13,0%
F81.2	3	5,5%	5,6%
F81.3	30	54,5%	55,6%
F81.8	2	3,6%	3,7%
Total	55	100,0%	101,9%

Διάγραμμα 3. Συχνότητα εμφάνισης παιδιών ανά είδος ειδικής αναπτυξιακής διαταραχής των σχολικών ικανοτήτων F81(% κατά προσέγγιση)



ο **διαταραχές υπερκινητικού τύπου**

Σε σχέση με τις διαταραχές υπερκινητικού τύπου (F90) η έρευνα έδειξε ότι το 31,5%(17 άτομα) παρουσίασε κάποιου είδους διαταραχή ενώ το 68,5%(37 άτομα) δεν παρουσίασε κανένα είδος διαταραχής υπερκινητικού τύπου.

Πίνακας 5.Συχνότητα εμφάνισης παιδιών με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων και διαταραχές υπερκινητικού τύπου F81-F90

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$ΔΕΠΥ ^a	17	31,5%	37	68,5%	54	100,0%

Αναλυτικότερα στο δείγμα έχουμε τα εξής: στο 7,0%(4 άτομα) διαγνώσθηκε διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής(F90.0), στο 24,0%(13 άτομα)διαγνώσθηκε διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου(F90.1) και τέλος στο 2,0%(1 άτομο) διαγνώσθηκαν άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου(F90.8).Σε

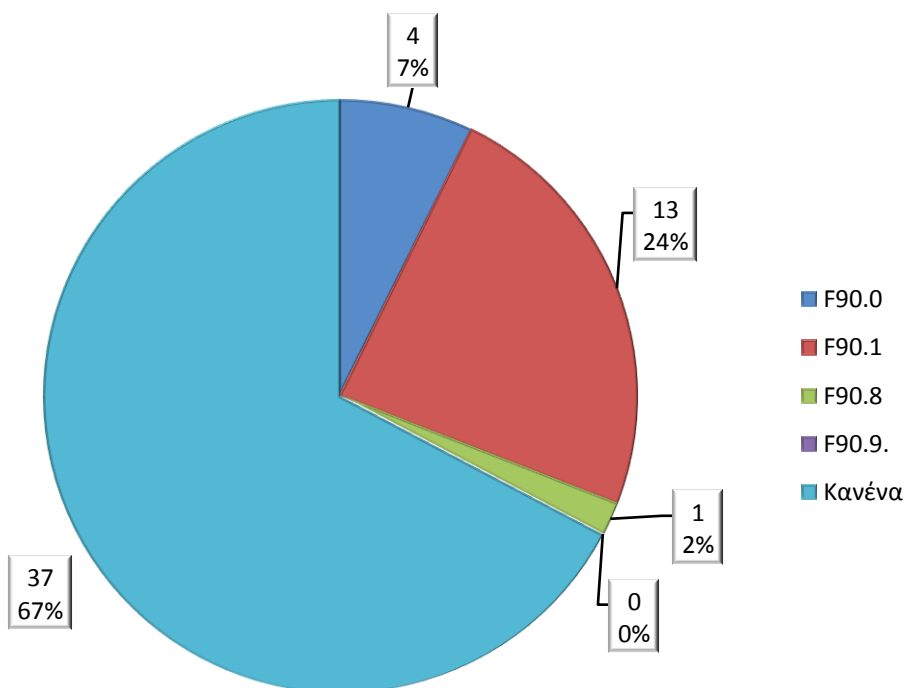
ένα άτομο παρατηρήθηκαν δύο είδη διαταραχών F90.0 και F90.1. Σε κανένα από τα άτομα του δείγματος δεν διαγνώσθηκε μη διαχωριζόμενη διαταραχή υπερκινητικού τύπου(F90.9).

Πίνακας 6 (ποσοστά στο 17% του δείγματος).

\$ΔΕΠΥ Frequencies

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
\$ΔΕΠΥ F90.0 ^a	4	22,2%	23,5%
F90.1	13	72,2%	76,5%
F90.8	1	5,6%	5,9%
Total	18	100,0%	105,9%

Διάγραμμα 4. Συχνότητα εμφάνισης παιδιών με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων και διαταραχές υπερκινητικού τύπου F81-F90(% κατά προσέγγιση)



- ο διαταραχές της διαγωγής- ειδική αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων

Όσο αναφορά τις διαταραχές διαγωγής (F91) η έρευνα έδειξε ότι το 27,8%(15 άτομα) παρουσίασε κάποιου είδους διαταραχή ενώ το 72,2%(39 άτομα) δεν παρουσίασε κανένα είδος διαταραχή διαγωγής.

Πίνακας 7.Συχνότητα εμφάνισης διαταραχών της διαγωγής σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F91

Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$Diataraxes_diagogi S ^a	15	27,8%	39	72,2%	54	100,0%

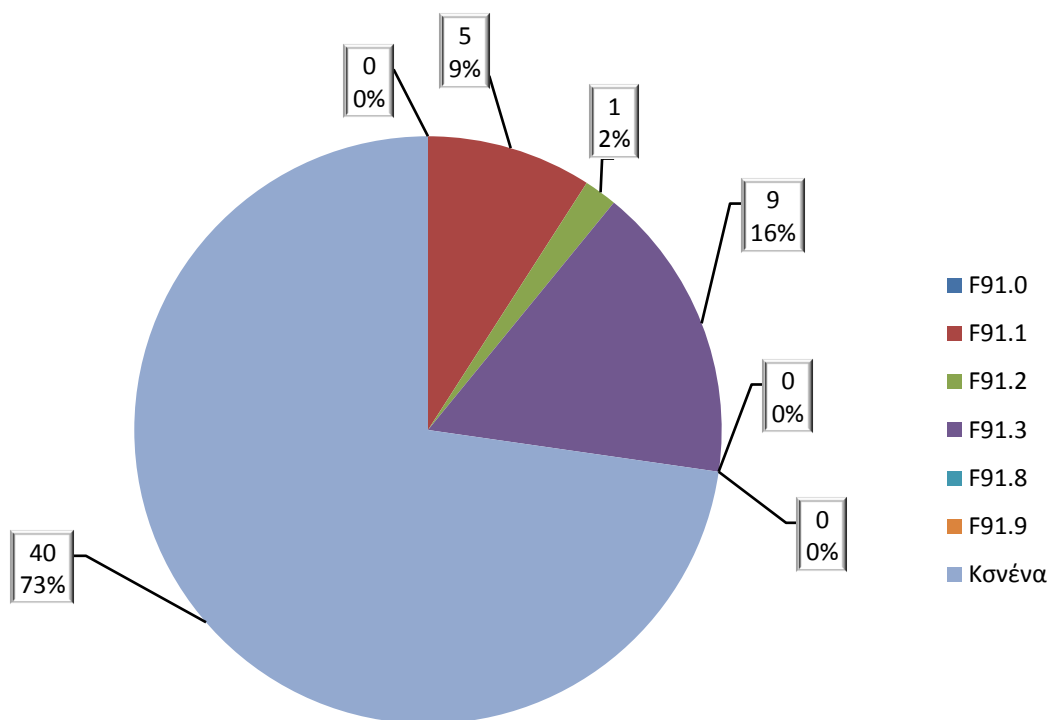
Αναλυτικότερα η έρευνα έδειξε: στο 9,0% (5 άτομα) διαταραχή της διαγωγής με διαταραγμένη κοινωνικοποίηση(F91.1), στο 2,0% (1 άτομο) διαταραχή της διαγωγής με ομαλή κοινωνικοποίηση(F91.2) ενώ τέλος στο 16,0%(9 άτομα) διαγνώσθηκε διαταραχή προκλητικής εναντίωσης(F91.3). Σε κανένα από τα άτομα του δείγματος δεν διαγνώσθηκε διαταραχή της διαγωγής περιορισμένη στο οικογενειακό περιβάλλον(F91.0), άλλη μορφή διαταραχή διαγωγής(F91.8) και μη καθοριζόμενη διαταραχή διαγωγής(F91.9).

Πίνακας 8(ποσοστά στο 27,8% του δείγματος).

\$Diataraxes_diagogis Frequencies

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
\$Diataraxes_diagogis F91.1 a	5	33,3%	33,3%
F91.2	1	6,7%	6,7%
F91.3	9	60,0%	60,0%
Total	15	100,0%	100,0%

Διάγραμμα 5. Συχνότητα εμφάνισης διαταραχών της διαγωγής σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F91(% κατά προσέγγιση)



- ο μεικτές διαταραχές της διαγωγής και του συναισθήματος- ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων

Σε σχέση με τις μεικτές διαταραχές της διαγωγής και του συναισθήματος (F92) η έρευνα έδειξε ότι το 13,0%(7 άτομα) παρουσίασε κάποιου είδους διαταραχή ενώ το 87,0%(47 άτομα) δεν παρουσίασε κανένα είδος διαταραχής μεικτής διαταραχής της διαγωγής και του συναισθήματος.

Πίνακας 9.Συχνότητα εμφάνισης μεικτών διαταραχών της διαγωγής και του συναισθήματος σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F92

Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$Miktes_diataraxes_diagogis_sinaisthimatos ^a	7	13,0%	47	87,0%	54	100,0%

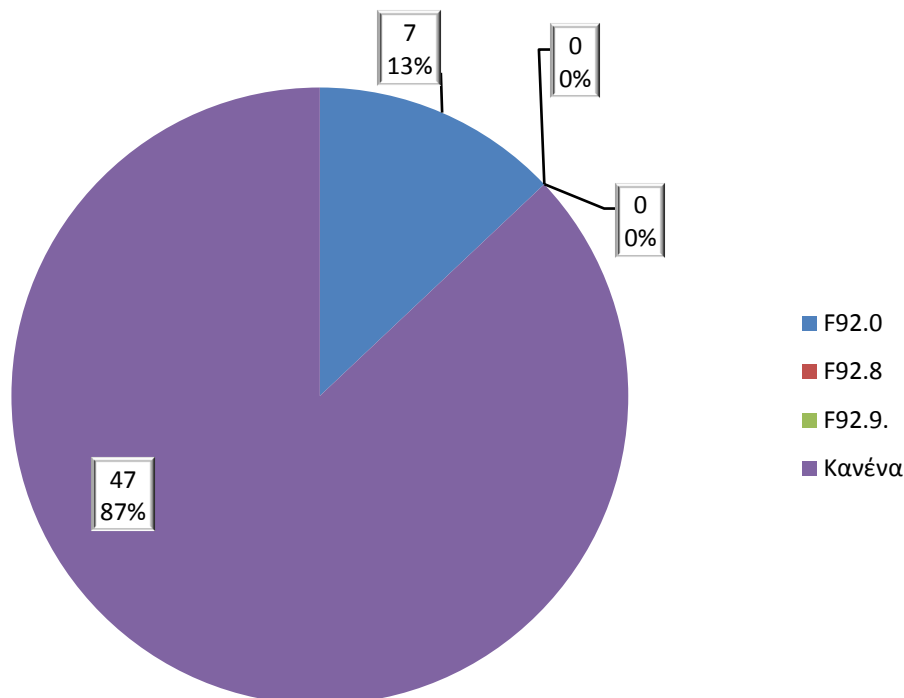
Αναλυτικότερα η έρευνα έδειξε ότι και στα 7 άτομα διαγνώσθηκε διαταραχή της διαγωγής καταθλιπτικού τύπου(F92.0). Σε κανένα από τα άτομα δε διαγνώσθηκαν άλλες μεικτές διαταραχές διαγωγής και συναισθήματος (F92.8) και μη καθοριζόμενη μεικτή διαταραχή διαγωγής και συναισθήματος (F92.9).

Πίνακας 10(ποσοστά στο 13% του δείγματος).

\$Miktes_diataraxes_diagogis_sinaisthimatos Frequencies

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
\$Miktes_diataraxes_diagogis_sinaisthimatos ^a F92.0	7	100,0%	100,0%
Total	7	100,0%	100,0%

Διάγραμμα 6. Συχνότητα εμφάνισης μεικτών διαταραχών της διαγωγής και του συναισθήματος σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F92(% κατά προσέγγιση)



- ο **διαταραχές του συναισθήματος- ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων**

Όσο αναφορά διαταραχές του συναισθήματος, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική ηλικία (F93) η έρευνα έδειξε ότι το 40,7%(22 άτομα) παρουσίασε κάποιου είδους διαταραχή ενώ το 59,3%(32 άτομα) δεν παρουσίασε κανένα είδος διαταραχή συναισθήματος.

Πίνακας 11.Συχνότητα εμφάνισης διαταραχών του συναισθήματος σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F93

Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$diataraxi_sinaisthimat os ^a	22	40,7%	32	59,3%	54	100,0%

Αναλυτικότερα η έρευνα έδειξε: στο 2,0%(1 άτομο) διαγνώσθηκε διαταραχή άγχους αποχωρισμού κατά την παιδική ηλικία(F93.0), στο 15,0% (8 άτομα) διαταραχή φοβικού άγχους κατά την παιδική ηλικία(F93.1), στο 16,0% (9 άτομα) διαταραχή

κοινωνικού άγχους κατά την παιδική ηλικία(F93.2), στο 4,0%(2 άτομα) διαγνώστηκαν άλλες διαταραχές του συναισθήματος κατά την παιδική ηλικία(F93.8) ενώ τέλος στο 2,0%(1 άτομο) διαγνώστηκε μη καθοριζόμενη διαταραχή συναισθήματος κατά την παιδική ηλικία(F93.9).

Πίνακας 12(ποσοστά στο 40,7% του δείγματος).

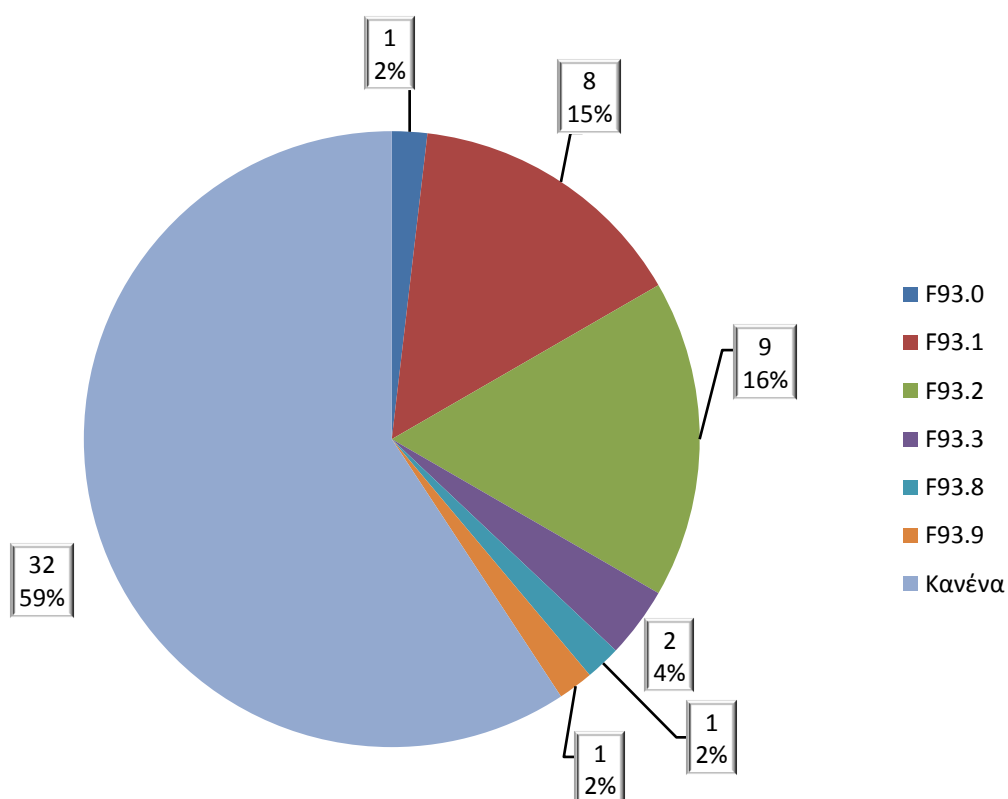
\$diataraxi_sinaisthimatosa Frequencies

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
\$diataraxi_sinaisthimatosa ^a F93.0	1	4,5%	4,5%
F93.1	8	36,4%	36,4%
F93.2	9	40,9%	40,9%
F93.3	2	9,1%	9,1%
F93.8	1	4,5%	4,5%
F93.9	1	4,5%	4,5%
Total	22	100,0%	100,0%

\$diataraxi_sinaisthimatosa Frequencies

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
\$diataraxi_sinaisthimat F93.0	1	4,5%	4,5%
osa ^a F93.1	8	36,4%	36,4%
F93.2	9	40,9%	40,9%
F93.3	2	9,1%	9,1%
F93.8	1	4,5%	4,5%
F93.9	1	4,5%	4,5%
Total	22	100,0%	100,0%

Διάγραμμα 7. Συχνότητα εμφάνισης διαταραχών του συναισθήματος με έναρξη κυρίως κατά την παιδική ηλικία σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F93 (% κατά προσέγγιση)



- ο διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας-ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων

Σε σχέση με τις διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία (F94), η έρευνα έδειξε ότι το 14,8%(8 άτομα) παρουσίασε κάποιου είδους διαταραχή ενώ το 85,2%(46 άτομα) δεν παρουσίασε κανένα είδος διαταραχή κοινωνικής λειτουργικότητας.

Πίνακας 13. Συχνότητα εμφάνισης διαταραχών κοινωνικής λειτουργικότητας σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F94

Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$diataraxes_koinonikis_leitourgikotitas ^a	8	14,8%	46	85,2%	54	100,0%

Αναλυτικότερα στο δείγμα έχουμε τα εξής: στο 2,0%(1 άτομο) διαγνώσθηκε εκλεκτική αλαλία (F94.0), στο 6,0%(3 άτομα) διαγνώσθηκε διαταραχή προσκόλλησης

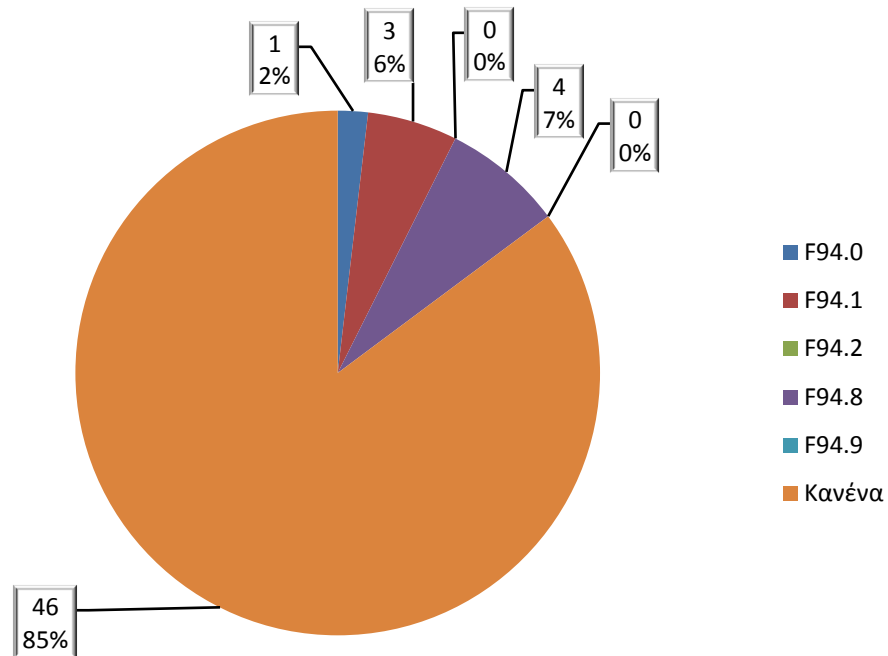
αντιδραστικού τύπου κατά την παιδική ηλικία(F94.1) και τέλος στο 7,0%(4 άτομα) διαγνώστηκαν άλλες διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας κατά την παιδική ηλικία(F94.8). Σε κανένα από τα άτομα του δείγματος δεν διαγνώστηκε μη αναστελλόμενη διαταραχή προσκόλλησης κατά την παιδική ηλικία(F94.2) και μη καθοριζόμενη διαταραχή της λειτουργικότητας κατά την παιδική ηλικία(F94.9).

Πίνακας 14(ποσοστά στο 14,8% του δείγματος).

\$diataraxes_koinonikis_leitourgikotitas Frequencies

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
\$diataraxes_koinonikis F94.0	1	12,5%	12,5%
_leitourgikotitas ^a F94.1	3	37,5%	37,5%
F94.8	4	50,0%	50,0%
Total	8	100,0%	100,0%

Διάγραμμα 8. Συχνότητα εμφάνισης διαταραχών κοινωνικής λειτουργικότητας σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F94 (% κατά προσέγγιση)



- ο διαταραχές που εκδηλώνονται με μιοσπάσματα-ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων

Όσο αναφορά τις διαταραχές που εκδηλώνονται με μιοσπάσματα (F95), η έρευνα έδειξε ότι μόνο το 1,9%(1 άτομο) παρουσίασε κάποιου είδους διαταραχή ενώ το 98,1%(53 άτομα) δεν παρουσίασε κανένα είδος διαταραχή.

Πίνακας 15.Συχνότητα εμφάνισης διαταραχών που εκδηλώνονται με μιοσπάσματα σε παιδιά με ειδικες αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F95

Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$diataraxes_miospasmata ^a	1	1,9%	53	98,1%	54	100,0%

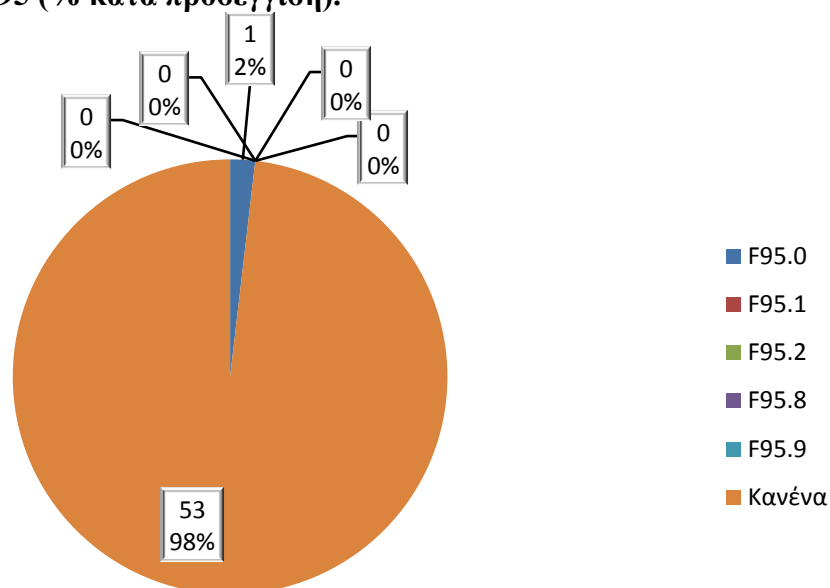
Αναλυτικότερα στο δείγμα μόνο στο 2%(1 άτομο) του δείγματος διαγνώσθηκε διαταραχή παροδικών μιοσπασμάτων (F95.0). Σε κανένα από τα άτομα του δείγματος δεν διαγνώσθηκε διαταραχή χρόνιων κινητικών ή φωνητικών μιοσπασμάτων(F95.1), ούτε σύνδρομο Tourette (F95.2), ή άλλες διαταραχές που εκδηλώνονται με μιοσπάσματα(F95.8) ή τέλος μη καθοριζόμενη διαταραχή που εκδηλώνεται με μιοσπάσματα(F95.9).

Πίνακας 16(ποσοστά στο 1,9% του δείγματος).

\$diataraxes_miospasmata Frequencies

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
\$diataraxes_miospasmata ^a F95.0	1	100,0%	100,0%
Total	1	100,0%	100,0%

Διάγραμμα 9. Συχνότητα εμφάνισης διαταραχών που εκδηλώνονται με μυσπάσματα σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F95 (% κατά προσέγγιση).



- ο άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος –ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων

Σε σχέση άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, συνήθως με έναρξη κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία(F98), μόνο το 3,7%(2 άτομα) παρουσίασε κάποιου είδους διαταραχή ενώ το 96,3%(52 άτομα) δεν παρουσίασε κανένα είδος διαταραχή.

Πίνακας 17.Συχνότητα εμφάνισης άλλων διαταραχών της συμπεριφοράς και του συναισθήματος σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F98

Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$alles_diataraxes_simp eriforas_sinaisthimatos a	2	3,7%	52	96,3%	54	100,0%

Αναλυτικότερα στο δείγμα μόνο στο 2%(2 άτομα) του δείγματος διαγνώσθηκε μη οργανική ενούρηση (F98.0). Σε κανένα από τα άτομα του δείγματος δεν διαγνώσθηκε οργανική εγκόπρηση (F98.1), ούτε διαταραχές της σίτισης κατά την νηπιακή ή παιδική ηλικία (F98.2), ή βρώση μη τροφικών ουσιών (F98.3) ή διαταραχές στερεοτυπικών κινήσεων(F98.4), ούτε τραυλισμός (F98.5), ούτε διακοπτόμενη

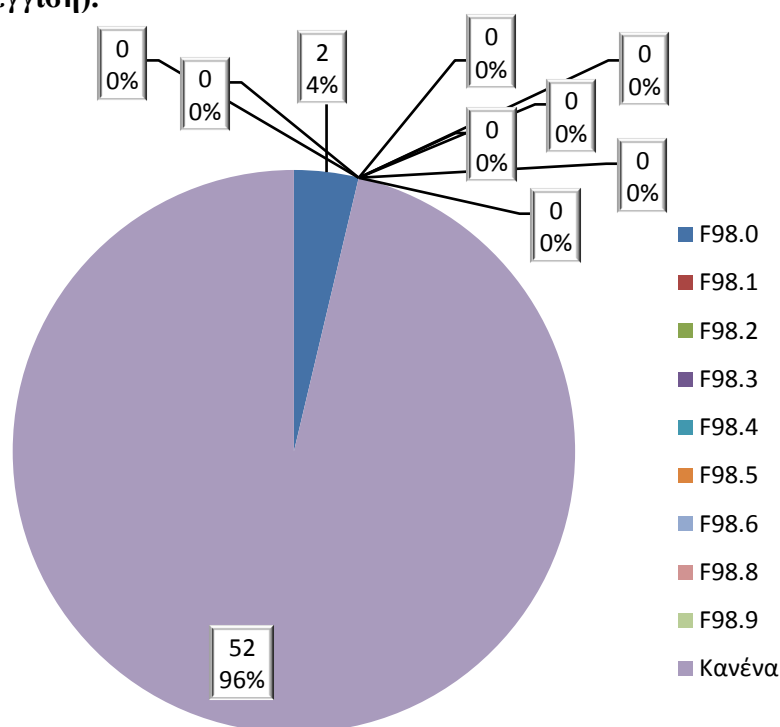
ταχυλαλία(F98.6) ή άλλες καθοριζόμενες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος(F98.8) ή τέλος μη καθοριζόμενες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος(F98.9).

Πίνακας 18(ποσοστά στο 3,7% του δείγματος).

\$alles_diataraxes_simperiforas_sinaisthimatos_Frequencies

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
\$alles_diataraxes_simp F98.0 eriforas_sinaisthimatos a _	2	100,0%	100,0%
Total	2	100,0%	100,0%

Διάγραμμα 10. Συχνότητα εμφάνισης άλλων διαταραχών της συμπεριφοράς και του συναισθήματος σε παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων F81-F98 (% κατά προσέγγιση).



Τέλος σε κανένα από τα άτομα δεν διαγνώσθηκε ψυχική διαταραχή, μη άλλως καθοριζόμενη (F99).

- ο ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων- διαταραχές υπερκινητικού τύπου

Στη συνέχεια της έρευνας έγινε σύγκριση ανάμεσα στα άτομα στα οποία διαγνώστηκαν διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων (F81) και διαταραχές υπερκινητικού τύπου (F90).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στο 31,5%(17 άτομα) διαγνώστηκαν και οι δύο τύποι διαταραχές ενώ στο 68,5%(37 άτομα) δεν υπήρχε συσχετισμός των δύο διαταραχών

Πίνακας 19.

Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$Mathisiakes_diskolies *\$ΔΕΠΥ	17	31,5%	37	68,5%	54	100,0%

Πίνακας 20.

	\$Mathisiakes_diskolies					
	F81.0	F81.1	F81.2	F81.3	F81.8	F81.9
	Count	Count	Count	Count	Count	Count
\$ΔΕΠ F90.0	2	0	0	2	0	0
Y F90.1	4	2	1	6	0	0
F90.8	0	0	0	1	0	0
F90.9	0	0	0	0	0	0

4.1.4 Συζήτηση δεδομένων

Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής (πίνακας 3) :

- Στην ηλικία των 6 ετών η αναλογία των αγοριών και των κοριτσιών είναι ίση, συγκεκριμένα έχουμε 2 αγόρια ηλικίας 6 και 2 κορίτσια.
- Από τα 9 παιδιά του δείγματος ηλικίας 7 ετών, τα 7 είναι αγόρια ενώ τα 2 κορίτσια
- Στην ηλικία των 8, από τα 12 παιδιά, τα 9 είναι αγόρια και τα 3 κορίτσια.
- Αντίστοιχα στην ηλικία των 9 όπου έχουμε και το μεγαλύτερο δείγμα παιδιών, από τα 17 παιδιά τα 12 είναι αγόρια ενώ τα 5 κορίτσια.
- Στην ηλικία των 10 ετών παρατηρείται μια διαφορά στην αναλογία αγοριών-κοριτσιών καθώς όπως φαίνεται και από τον πίνακα από τα 8 παιδιά που ανήκουν σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα τα 2 είναι αγόρια ενώ τα υπόλοιπα 6 είναι κορίτσια
- Τέλος η ηλικιακή ομάδα των 11 ετών εμφανίζει ίση αναλογία αγοριών κοριτσιών έτσι από τα 4 παιδιά τα 2 είναι αγόρια και τα 2 είναι κορίτσια.

Η σύγκριση των ειδικών διαταραχών των σχολικών ικανοτήτων σε σχέση με τις διαταραχές υπερκινητικού τύπου έδειξε ότι στο 31,5% (17 άτομα) διαγνώστηκαν και οι δύο τύποι διαταραχών ενώ στο 68,5% (37 άτομα) δεν υπήρχε συσχετισμός των δύο διαταραχών.

Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής (πίνακας 19) :

- σε 2 άτομα διαγνώστηκε ειδική διαταραχή της ανάγνωσης(F81.0) μαζί με διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής(F90.0) ενώ σε 4 άτομα στα οποία διαγνώστηκε ειδική διαταραχή της ανάγνωσης(F81.0) διαγνώστηκε επίσης διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου(F90.1).
- σε 2 άτομα διαγνώστηκε ειδική διαταραχή του συλλαβισμού(F81.1) ενώ παράλληλα διαγνώστηκε διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου(F90.1).
- σε 1 άτομο διαγνώστηκε ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων(F81.2) και διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου(F90.1).
- σε 2 άτομα διαγνώστηκε μεικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων(F81.3) μαζί με διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής(F90.0), σε 6 άτομα διαγνώστηκε μεικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων(F81.3) ενώ παράλληλα διαγνώστηκε διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου(F90.1) και τέλος σε 1 άτομο διαγνώστηκε μεικτή διαταραχή των

σχολικών ικανοτήτων(F81.3) και άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου(F90.8)

4.1.5 Διαπιστώσεις

Από την επεξεργασία των δεδομένων προκύπτουν σημαντικές διαπιστώσεις και ευρήματα που φαίνεται να συμφωνούν με υπάρχουσες έρευνες. Συγκεκριμένα όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή του δείγματος προκύπτει ότι το 22,6% του δείγματος (12 παιδιά) είναι ηλικίας 8 ετών, το 30,2% (17 παιδιά) είναι ηλικίας 9 ετών, ενώ το ποσοστό μειώνεται στην ηλικία των 10 και 11 ετών (8 και 4 παιδιά αντίστοιχα). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ηλικία των 9 αντιστοιχεί στην Γ' τάξη όπου αρχίζουν να γίνονται ευδιάκριτες οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μαθητές, έτσι δικαιολογείται και το μεγάλο ποσοστό, στοιχείο, που ανταποκρίνεται και προς τα διεθνή δεδομένα (Μαρκοβίτης, Μ. & Τζουριάδου Μ., 1991). Ενώ στη Ε' τάξη σταθεροποιούνται οι επιδόσεις και οι δυσκολίες τους και ως αποτέλεσμα μειώνεται το ποσοστό.

Αναφορικά με το φύλο του δείγματος η παρούσα έρευνα έρχεται να επαληθεύσει τη βιβλιογραφία που κατατάσσει τα αγόρια πιο επιρρεπή στην εμφάνιση διαταραχών μάθησης αλλά και παιδοψυχιατρικών διαταραχών. Αναλυτικότερα το 61,0% (34 άτομα) των αγοριών παρουσίασαν συννοσηρότητα έναντι του 35,0% (20 άτομα) που ήταν κορίτσια. Αυτή η κυριαρχία των αγοριών στο φύλο έχει αναφερθεί ότι ισχύει σε κάθε χώρα που έχει γίνει αντίστοιχη μελέτη (Jorm, A.F., 1983).

Σε σχέση με την ηλικία και το φύλο οι διαπιστώσεις της έρευνας δείχνουν ότι στην ηλικία των 6 ετών η αναλογία κοριτσιών και αγοριών είναι ίση (1:1) το ίδιο συμβαίνει και στην ηλικία των 11 ετών. Στην ηλικία των 7 ετών, από τα 9 παιδιά του δείγματος τα 7 είναι αγόρια, αντίστοιχα στην ηλικία των 8 ετών, η αναλογία των κοριτσιών και των αγοριών είναι 1:3. Το ποσοστό αυτό αντιστρέφεται στην ηλικία των 10, υπέρ των κοριτσιών ενώ, η περίπτωση αυτή αποτελεί και τη μοναδική στην οποία τα κορίτσια είναι περισσότερα σε σχέση με τα αγόρια (δεν βρέθηκαν σχετικές έρευνες για περαιτέρω διερεύνηση του αποτελέσματος).

Ακολουθεί η ανάλυση της συχνότητας εμφάνισης των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών των σχολικών ικανοτήτων ανά είδος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πιο συχνή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων είναι η μεικτή διαταραχή με ποσοστό 54% (30 παιδιά). Εδώ θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι για να κατατάξουμε ένα παιδί με διαταραχές σε αυτήν την κατηγορία θα πρέπει να πληρεί τα κριτήρια για την

Ειδική Διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων και για τουλάχιστον μία από τις ειδικές διαταραχές της ανάγνωσης ή του συλλαβισμού. Η αμέσως επόμενη κατηγορία ΕΜΔ είναι η ειδική διαταραχή της ανάγνωσης με ποσοστό 24 %. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι το πιο συχνό και το πιο ερευνημένο είδος μαθησιακής διαταραχής είναι η διαταραχή της ανάγνωσης, (Beitchman, MD., et al., 1996). Ακολουθεί η ειδική διαταραχή του συλλαβισμού με ποσοστό 12,7% (7 παιδιά), η ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων ανέρχεται σε ποσοστό 5,5% (3 άτομα) ενώ τελευταία έρχεται η κατηγορία των άλλων αναπτυξιακών διαταραχών των σχολικών ικανοτήτων σε ποσοστό 3,6% (2 παιδιά).

Από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου ανέρχονται σε ποσοστό 31,5% (17 παιδιά). Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία, σε τμήμα παιδιατρικής διαπιστώθηκε ότι η διαταραχή ελλειμματικής-προσοχής με υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) εμφανίζεται ως συνοσηρότητα με μαθησιακές δυσκολίες σε περίπου 20% αυτών των παιδιών (Karande, S., et al., 2007). Ωστόσο σε έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α τα ευρήματα διαφέρουν, συγκεκριμένα έδειξαν ότι οι μαθησιακές δυσκολίες είναι συχνές σε κλινικές διαταραχές με συχνότητα εμφάνισης 66% των διαταραχών υπερκινητικού τύπου (Mayes, S.D., Calhoun, S.L., 2004)

Όσον αφορά τις ψυχιατρικές διαταραχές όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα αυτά έχουν ως εξής: πρώτες σε συχνότητα εμφάνισης διαταραχές σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζονται οι διαταραχές του συναισθήματος με έναρξη ειδικά κατά την παιδική ηλικία και σε ποσοστό που φτάνει το 40,7 %. Ακολουθούν οι διαταραχές της διαγωγής σε ποσοστό που ανέρχεται στο 27,8%(15 παιδιά). Σε σχέση με τις διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας, η έρευνα έδειξε ότι το 14,8% (8 παιδιά) παρουσίασε κάποιου είδους διαταραχή, ακολουθούν οι μεικτές διαταραχές της διαγωγής και του συναισθήματος με ποσοστό 13,0% (7 παιδιά). Τελευταίες στην κατάταξη των ψυχιατρικών διαταραχών βρίσκονται οι άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος και οι διαταραχές που εκδηλώνονται με μυσπάσματα (σε ποσοστά 3,7% και 1,9% αντίστοιχα).

Οι έρευνες που εξετάζουν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την κοινωνική επάρκεια των παιδιών με ΕΜΔ. Στη βιβλιογραφία η διερεύνηση της κοινωνικής επάρκειας επιχειρείται μέσα από τη διερεύνηση διαφορετικών διαστάσεων, και ο όρος εμφανίζεται σε ποικίλες έρευνες που εξετάζουν διαφορετικά πράγματα με διαφορετικό τρόπο. Ενδεικτικά αναφέρεται το μοντέλο κοινωνικής

επάρκειας που υιοθετούν οι Vaughn και Hogan (1990), σύμφωνα με το οποίο οι κοινωνικές δεξιότητες, η απουσία δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς, η κοινωνική γνώση (π.χ. αυτοαντίληψη) και οι θετικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους είναι στοιχεία η αλληλοεπίδραση των οποίων συνιστά την κοινωνική επάρκεια. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΕΜΔ, όπως οι κοινωνικές δεξιότητες και η εμφάνιση προβληματικής συμπεριφοράς.

Γενικά, οι δυσκολίες στις κοινωνικές δεξιότητες είναι ακόμη ένα κοινωνικό χαρακτηριστικό των παιδιών με ΕΜΔ. Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι οι συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα στις επαφές με τους άλλους ανθρώπους και για να σχηματιστούν θετικές κρίσεις για την κοινωνική επάρκεια (Spence, 1991). Οι Kavale και Forness (1996) υποστηρίζουν ότι δεν είναι εύκολο να ορίσει κάποιος τις κοινωνικές δεξιότητες, γεγονός που δημιουργεί δυσκολίες και στην αξιολόγηση τους. Οι ίδιοι υιοθετούν την αντίληψη ότι, ενώ η κοινωνική επάρκεια αναφέρεται σε ένα γνώρισμα της προσωπικότητας, ένα χαρακτηριστικό του ατόμου, οι κοινωνικές δεξιότητες αναφέρονται σε συμπεριφορές. Σε μια μετα-ανάλυση των σχετικών ερευνών καταλήγουν ότι το 75% των παιδιών με ΕΜΔ έχουν προβλήματα στις κοινωνικές δεξιότητες, με βάση τις εκτιμήσεις των ιδίων, των δασκάλων και των συμμαθητών τους.

Τα παιδιά με ΕΜΔ εμφανίζουν συχνά προβληματική συμπεριφορά. Η συμπεριφορά συνήθως αξιολογείται με κλίμακες που συμπληρώνονται από εκπαιδευτικούς και γονείς ή, σπανιότερα, μετά από παρατήρηση του παιδιού στο φυσικό περιβάλλον (Bryan, 1997). Η βιβλιογραφία δίνει πολλές πληροφορίες για τη συμπεριφορά που εκδηλώνουν τα παιδιά με ΕΜΔ σύμφωνα με την έρευνα των Lindsay και Dockrell (2000), με βάση τις εκτιμήσεις των γονέων το 36,7% των παιδιών με ΕΜΔ είχαν μη φυσιολογική συμπεριφορά, και με βάση τις εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών το ποσοστό ανερχόταν στο 30,2%. Η συμπεριφορά των παιδιών αυτών στην τάξη δημιουργεί πρόβλημα (Toro, et al., 1990), καθώς ενοχλούν και χάνουν τη υπομονή τους (Wilson, et al., 1986). Επίσης, αναφέρονται τόσο προβλήματα εσωτερίκευσης, όπως άγχος, εκδήλωση σωματικών πόνων, κοινωνική απόσυρση, όσο και προβλήματα εξωτερίκευσης, όπως επιθετικότητα και προβλήματα διαγωγής (Epstein, et al., 1984. Dyson, 2003. Gadeyne, et al., 2004. Grolnick & Ryan, 1990. Lindsay & Dockrell, 2000. McConaughty & Ritter, 1985). Στην έρευνά μας Όπως διαφαίνεται, δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο μοτίβο, όσον αφορά τον τύπο συμπεριφοράς που εκδηλώνουν τα παιδιά με ΕΜΔ, αλλά σε αυτό που συμφωνεί τόσο

η διεθνής όσο και η εγχώρια βιβλιογραφία είναι ότι σε σχέση με τους συνομηλίκους τους αυτά είναι πιο πιθανό (at risk) να παρουσιάζουν προβληματική συμπεριφορά.

Τα αντιφατικά αποτελέσματα που προκύπτουν από τις σχετικές έρευνες οφείλονται και στην ανάγκη να ελεγχθούν και οι άλλοι παράμετροι καθώς οι παιδοψυχιατρικές διαταραχές είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Βέβαια η χρήση διαφορετικών εργαλείων, καθώς και η ετερογένεια του πληθυσμού που αποκαλείται παιδιά με ΕΜΔ δυσκολεύει την εξαγωγή συμπερασμάτων. Συμπερασματικά μπορεί να πει κανείς ότι τα παιδιά με ΕΜΔ αντιμετωπίζουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή τόσο σε παιδική όσο και στην πρώτη εφηβική ηλικία.

Συνοψίζοντας οι επιστήμονες τόσο σε θεωρητικό, σε ερευνητικό αλλά και σε εμπειρικό επίπεδο, αναγνωρίζουν ότι τα παιδιά με ΕΜΔ αντιμετωπίζουν δυσκολίες ψυχοκοινωνικού τύπου. Παρά τα αντικρουόμενα αποτελέσματα, φαίνεται ότι τα παιδιά με ΕΜΔ είναι μια ομάδα σε επικινδυνότητα να αντιμετωπίσει δυσκολίες στις σχέσεις με συνομηλίκους, να εμφανίσει προβλήματα συμπεριφοράς, να έχει ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες και να σχηματίσει αρνητική αυτοεικόνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Achenbach, T.M.& Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, UT: Department of Psychiatry, University of Vermont
- Achenbach, T.M., Howell, C.T., Quay, H.C., & Conners, C.K.(1991). National survey of problems and competencies among four-to sixteen-year-olds :parents' reports for normative and clinical samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 225, 56, 1-120.
- Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ. (2001). Μαθησιακές Διαταραχές, στο Γ. Τσιάντης (επιμ.), *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*, Αθήνα, Καστανιώτη, 315 – 342
- Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ.(2000). *Η αιτιοπαθογένεια των μαθησιακών διαταραχών*, Αρχειά Ελληνικής Ιατρικής, 17 (5), 506 – 517
- Bender, W.N., (1987). «Secondary personality and behavioral problems in adolescents with learning disabilities». *Journal of Learning Disabilities* 20, 280-285,
- Brazelton T.B., Cramer B.C. (1991). *The earliest relationship*, London, Karnac Carr,
- A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach*. London : Routledge
- Bryan, T. (1997). Assessing the personal and social status of students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice*, 12, 63-76
- Bryan, T. (1998). Social competence of students with learning disabilities in B.Y.L. Wong (Ed.), *Learning about Learning Disabilities* 2nd Edition. San Diego: Academic Press.
- Cardell, C.D., & Parmar, R.S (1988). Teacher perceptions of temperament characteristics of children classified as learning disabled. *Journal of Learning Disabilities*, 21, 497-502
- Chapman, J.W. (1988). Cognitive-motivational characteristics and academic achievement of learning-disabled children : a longitudinal study. *Journal of Educational Psychology*, 80, 357-365
- Clark MM: *Reading difficulties in school*. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex, 1970.
- Conte , R.(1991). Attention Disorders. In B.Y.L. Wong(Ed.), *Learning about Learning Disabilities*. San Diego Q Academic Press
- Cordieu A. (1995) *Κουμπούρες δεν υπάρχουν*, Αθήνα. Εκδόσεις Ολκός

- Dyson, L. (2003). Children with learning disabilities in the family context: A comparison with siblings in the global self-concept, academic self-perception and social competence. *Learning Disabilities Research & Practice, 18*, 1-9
- Epstein, M.H., Cullinan, D., & Niemenen, G. (1984). Social behavior problems of learning disabled and normal girls. *Journal of Learning Disabilities, 17*, 609-611
- Gadeyene, E., Chesquiere, P., & Onghena, P. (2004). Psychosocial functioning of young children with learning problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 510-521
- Graham, S. (1991). A review of attribution theory in achievement contexts. *Educational Psychology Review, 3*, 5-39
- Gresham, F.M., & Reschly, D.J. (1986). Social skill deficits and lower peer acceptance of mainstreamed learning disabled children. *Learning Disability Quarterly, 9*, 23-32
- Gronlneck, W.S. & Ryan, R.M. (1990). Self-perceptions, motivation, and adjustment in children with learning disabilities: a multiple group comparison study. *Journal of Learning Disabilities, 23*, 177-184
- Ζακοπούλου, Β. (2007) *Μαθησιακές Δυσκολίες- Δυσλεξίες*
- Graham , P., Turk, J.,& Verhulst, f.(1999). *Child Psychiatry. A developmental approach*. 3rd Ed. Oxford.
- Ζάχος , Δ. (1999). Κατασκευή, κλινική εφαρμογή και στάθμιση διαγνωστικών κριτηρίων για τις μαθησιακές δυσκολίες στο γραπτό λόγο. Στο Δ.Π. Στασινός (Επιμ.), *Μαθησιακές Δυσκολίες του παιδιού και του εφήβου*. Αθήνα : Gutenberg
- Hammill, D. (1990). On defining learning disabilities : an emerging consensus. *Journal of Learning Disabilities, 23*, 74-84
- Hatzichristou, C., & Hopf, D. (1993). Students with learning disabilities: academic and psychosocial aspects of adaptation. *School Psychology International, 14*, 43-56
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., (2000). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., (2004). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα, Τυποθήτω-Γιώργος Δάρδανος
- Kavale, K.A, Forness S.(1985). *Science of learning disabilities*, San Diego, California. College-Hill Press

- Kavale, K.A., Fuchs, D. and Scruggs, T.E. (1994). What definitions of learning disabilities say and don't say. A critical analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 239-256
- Kavale, K.A., & Forness, S.R. (1996). Social skills deficit and learning disabilities: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 226-237
- Kirk, S.A., & Chalfant, J. (1984). *Academic and developmental learning disabilities*, Denver: Love
- Kosc, L. (1974). Developmental dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities* ,7, 164-177
- Margalit, & Ben-Dov (1995). Learning disabilities and social environments: Kibbutz versus city comparisons of loneliness and social competence. *International Journal of Behavioral Development*, 18, 519-536
- Μαρκοβίτης , Μ., & Τζουριάδου, Μ. (1991). *Μαθησιακές Δυσκολίες. Θεωρία και πράξη*. Θεσσαλονίκη : Προμηθεύς
- McConaughty, S.H., & Ritter, D.R. (1985). Social competence and behavioral problems of learning disabled aged 6-11. *Journal of Learning Disabilities*, 18, 547-553
- Meltzer, L., Roditi, B., Houser, R.F., & Perlman, M .(1998). Perceptions of academic strategies and competence in students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 437-451
- Meyer, M.S. (2000). The ability-achievement discrepancy: does it contribute to an understanding of learning disabilities? *Educational Psychology Review*, 12, 315-337
- Νικοδήμου, Σ., & Σινανίδου, Μ. (1993) Μαθητές με δυσλεξία. Μια εμπειρική έρευνα σε 40 σχολεία της Δυτ. Αττικής. *Νέα Παιδεία*, 135-149
- Oakland, T., Shermis, M.D., & Coleman, M.(1990). Teacher perceptions of differences among elementary students with and without learning disabilities in referred samples. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 499-504, 520
- Ochoa, S.H., Palmer, D.J. (1995) A meta-analysis of peer rating sociometric studies with learning disabled pupils. *Journal of Special Education*, 29, 1-9
- Παντελιάδου, Σ. (2000). *Μαθησιακές δυσκολίες και εκπαιδευτική πράξη : Τι και γιατί*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Πόρποδας, Κ. (1999). Δυσλεξία : η γνωστική προσέγγιση. Στο Σ. Παπαστάμου, Σ. Κανελλάκης, Α. Μαντόγλου, Σ. Σμαρτζή, & Ν. Χρηστάκης (Επιμ.), *Η ψυχολογία στο σταυροδρόμι των επιστημών του ανθρώπου και της κοινωνίας*. Αθήνα, Καστανιώτης

Rechsly, D.J., Hosp, J.L., & Schmied, C.M.(2003). And miles to go...: state SLD requirements and authoritative recommendations.

www.nrcld.org/html/research/states/milestogo.pdf

Rutter, M., & Yule W. (1973). Specific reading retardation. In Mann, L. and Sabatino, D. (Eds), *The first review of Special Education, Buttonwood Farms, Philadelphia*,

Scruggs, T. (2003). *Alternatives to Rtl in the assessment of learning disabilities*. Paper presented at the National Research Center on Learning Disabilities Responsiveness-to Intervention Symposium, Kansas City, MO.

Στασινός, Δ.Π. (1999^α). *Δυσλεξία και Σχολείο. Η εμπειρία ενός αιώνα*. Αθήνα, Gutenberg

Saltzberger – Witenberg I., Henry J. Oseborn E. (1996). *Η συναισθηματική εμπειρία της μάθησης και της διδασκαλίας*, Αθήνα, Καστανιώτη

Silver LB: «Emotional and social problems of the family with a child who has developmental disabilities». In Weber, RE (ed.), *Handbook of Learning Disabilities. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1974b*.

Silver, L.B., Brunstetter RW: «Learning Disabilities: Recent advances». In *Basic Handbook of Child Psychiatry*, Vol.V, editor - in - chief, J. Nospbpitz, p. 494-502, Basic Books, New York, 1987.

Spence, S.H. (1991). Developments in the assessment of skill and social competence in children. *Behaviour change*, 8, 148-166

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

Tur-Kaspa, H. and Bryan, T. (1995). Teachers' ratings of the social competence and school adjustment of students with LD in elementary and junior high-school. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 44-52

Vellutino, F.R., Fletcher, J.M., Snowling, M.J., & Scanlon, D.M. (2004). Specific reading disability (dyslexia) : what have we learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 2-40

Wilson, L., Cone, T., Bradley, C., & Reese, J. (1986). The characteristics of learning disabled and other handicapped students referred for evaluation in the state of Iowa. *Journal of Learning Disabilities*, 19, 553-557

Vaughn, S., & Hogan, A. (1990). Social competence and learning disabilities. A prospective study. In H.L. Swanson & B.K. Keogh (Eds.). *Learning disabilities: Theoretical and research issues*. Hillsdale, NJ: Erlbaum

Wilson, L., Cone, T., Bradley, C., & Reese, J. (1986). The characteristics of learning disabled and other handicapped students referred for evaluation in the state of Iowa. *Journal of Learning Disabilities, 19*, 553-557

Παράρτημα

Α. πρωτόκολλο επιλογής και κατάταξης δείγματος κατά ICD-10

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Ηλικία:

Φύλλο:

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές των Σχολικών Ικανοτήτων F81 :

• ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ	F81.0	
• ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΣΥΛΛΑΒΙΣΜΟΥ	F81.1	
• ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ	F81.2	
• ΜΕΙΚΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ	F81.3	
• ΑΛΛΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ	F81.8	
• ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ	F81.9	

1.) Διαταραχές Υπερκινητικού Τύπου F90 (Αποκλείονται → Αγχώδεις διαταραχές, Συναισθηματικές διαταραχές, Διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης, Σχιζοφρένεια):

• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ	F90.0	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ	F90.1	
• ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ	F90.8	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ, ΜΗ ΔΙΑΧΩΡΙΖΟΜΕΝΗ	F90.9	

2.) Διαταραχές της Διαγωγής F91 (Αποκλείονται → Διαταραχές της διαγωγής που σχετίζονται με συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές υπερκινητικού τύπου, Συναισθηματικές διαταραχές, Διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης, Σχιζοφρένεια):

• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	F91.0	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ (Αντικοινωνικού Τύπου)	F91.1	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΜΕ ΟΜΑΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ (Κοινωνικού Τύπου)	F91.2	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΗΣ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ	F91.3	
• ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ	F91.8	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ	F91.9	

3.) Μεικτές Διαταραχές της Διαγωγής και του Συναισθήματος F92 :

• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ	F92.0	
• ΑΛΛΕΣ ΜΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ	F92.8	
• ΜΕΙΚΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ	F92.9	

4.) Διαταραχές του συναισθήματος, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική ηλικία F93:

• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΓΧΟΥΣ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	F93.0	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΦΟΒΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	F93.1	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	F93.2	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΑΝΤΙΠΑΛΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΞΥ ΑΔΕΛΦΩΝ	F93.3	
• ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	F93.8	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ	F93.9	

5.) Διαταραχές της Κοινωνικής Λειτουργικότητας, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία F94 :

• ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΑΛΛΑΛΙΑ	F94.0	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	F94.1	
• ΜΗ ΑΝΑΣΤΕΛΛΟΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	F94.2	
• ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	F94.8	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ	F94.9	

6.) Διαταραχές που εκδηλώνονται με μυοσπάσματα (τικ) F95 :

• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΡΟΔΙΚΩΝ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΩΝ (ΤΙΚ)	F95.0	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ Ή ΦΩΝΗΤΙΚΩΝ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΩΝ (ΤΙΚ)	F95.1	
• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΦΩΝΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΩΝ (ΤΙΚ) [ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE]	F95.2	
• ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΝΟΝΤΑΙ ΜΕ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΑ (ΤΙΚ)	F95.8	

<ul style="list-style-type: none"> ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΑ (ΤΙΚ) , ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ 	F95.9	
--	-------	--

7.) Άλλες Διαταραχές της Συμπεριφοράς και του Συναισθήματος, συνήθως με έναρξη κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία (Αποκλείονται→Κρίσεις συγκράτησης της αναπνοής, Διαταραχή της ταυτότητας του φύλου κατά την παιδική ηλικία, Υπερυπνία και υπερφαγία (σύνδρομο *Kleine-Levin*), ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, Διαταραχές του ύπνου) **F98 :**

<ul style="list-style-type: none"> ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΝΟΥΡΗΣΗ 	F98.0	
<ul style="list-style-type: none"> ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΓΚΟΠΡΗΣΗ 	F98.1	
<ul style="list-style-type: none"> ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΗΠΙΑΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ 	F98.2	
<ul style="list-style-type: none"> ΒΡΩΣΗ ΜΗ ΤΡΟΦΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΗΠΙΑΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (ΠΙΚΑ) 	F98.3	
<ul style="list-style-type: none"> ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΙΚΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ 	F98.4	
<ul style="list-style-type: none"> ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ (βατταρισμός) 	F98.5	
<ul style="list-style-type: none"> ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΤΑΧΥΛΑΛΙΑ 	F98.6	
<ul style="list-style-type: none"> Άλλες καθοριζόμενες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία 	F98.8	
<ul style="list-style-type: none"> Μη καθοριζόμενες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία 	F98.9	

8.) Ψυχική Διαταραχή ,μη άλλως καθοριζόμενη **F99**

B. Ατομικός φάκελος παιδιού

Δεδομένα έρευνας

- Παιδοψυχιατρικό ιστορικό
- Μαθησιακή εκτίμηση
- Ψυχιατρική εκτίμηση
- Αποτελέσματα νοομετρικής νοημοσύνης (Ελληνικό WISC-III, Wechsler Κλίμακες Νοημοσύνης για Παιδιά)
- Ερωτηματολόγιο Προβληματικής Συμπεριφοράς, για Δασκάλους (Teacher's Report Form – TRF)
- Ερωτηματολόγιο για γονείς, ανίχνευσης διαταραχών συμπεριφοράς CBCL (Child Behavior Checklist)

Περιγραφικοί πίνακες της διαδικασίας αξιολόγησης κάθε παιδιού, σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα

Το παιδοψυχιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- Παραπομπή από...
- Λόγος παραπομπής – Αίτημα...
- Ιστορικό παρούσας διαταραχής...
- Συνθήκες σύλληψης – Εγκυμοσύνης – Τοκετού – Νεογνικής περιόδου
- Ψυχοκινητική ανάπτυξη
- Ιατρικό ιστορικό
- Σχολικό ιστορικό
- Κοινωνική ανάπτυξη – Συμπεριφορά
- Σεξουαλική ανάπτυξη – Συμπεριφορά
- Συναισθηματική ανάπτυξη – Ιδιοσυγκρασία
- Σοβαρά γεγονότα
- Οικογένια – Κατοικία – Περιβάλλον
- Παρούσα κατάσταση

Γ.πρωτόκολλο μαθησιακής εκτίμησης

Η μαθησιακή εκτίμηση περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- γενική εικόνα – κατανόηση προφορικού λόγου
- περιγραφή εικόνας (προσδιορισμός χώρου και χρόνου, πρωτοτυπία, λεξιλόγιο, δομή προτάσεων)
- αναγνωστική ικανότητα : απλές φωνο – μορφολογικά λέξεις
Σύνθετες φωνο – μορφολογικά λέξεις
Εξάρτηση από τα συμφραζόμενα
Ροή , ταχύτητα, ακρίβεια
- κατανόηση : ακουστικού τύπου
Αναγνωστικού τύπου
- γραφή: αντιγραφή
Ορθογραφία
Τονισμός
Ελεύθερη γραπτή έκφραση
- μαθηματικά: ανάγνωση και γραφή αριθμών
Εντοπισμός μεγαλύτερου – μικρότερου αριθμού
Εύρεση του προηγούμενου και του επόμενου ενός συγκεκριμένου αριθμού
Αυτοματοποίηση βασικών υπολογισμών: πρόσθεση
Αφαίρεση
Αυτοματοποίηση πίνακα πολλαπλασιασμού: πολλαπλασιασμός
Διαίρεση
- ανάπτυξη μαθηματικής σκέψης
- γενικά συμπεράσματα

Δ.Ερωτηματολόγιο TRF (Teacher's Report Form) και CBCL (Child Behavior Checklist).

Το Ερωτηματολόγιο του Achenbach για τους Εκπαιδευτικούς TRF (Teacher's Report Form - TRF) αποτελείται από τρεις ενότητες. Η πρώτη περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία του μαθητή καθώς και στοιχεία σχετικά με το πόσο διάστημα και πόσο καλά γνωρίζει ο εκπαιδευτικός το παιδί, εάν το παιδί είχε δεχθεί στο παρελθόν κάποια μορφή ειδικής βοήθειας, εάν είχε επαναλάβει τάξη και τη σχολική του επίδοση. Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει τις εκτιμήσεις του εκπαιδευτικού σε τέσσερα γενικά χαρακτηριστικά, το σύνολο των οποίων μας δίνει την προσαρμοστική κλίμακα. Η τελευταία ενότητα περιλαμβάνει 113 περιγραφές συμπεριφοράς παιδιών, τις οποίες ο δάσκαλος καλείται να βαθμολογήσει με 0 όταν η συγκεκριμένη συμπεριφορά δεν ταιριάζει στον μαθητή (από όσο γνωρίζουν), με 1 όταν η συγκεκριμένη συμπεριφορά ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές στον μαθητή και με 2 όταν η συγκεκριμένη συμπεριφορά ταιριάζει πολύ ή παρουσιάζεται πολύ συχνά στο

μαθητή.

Το TRF αναγνωρίζει 8 σύνδρομα προβληματικής συμπεριφοράς:

1. Κοινωνική απόσυρση - αναστολή
2. Σωματικά ενοχλήματα
3. Άγχος/κατάθλιψη
4. Κοινωνικά προβλήματα
5. Προβλήματα σκέψης
6. Προβλήματα προσοχής
7. Παραπτωματική συμπεριφορά
8. Επιθετική συμπεριφορά

Με μια δεύτερης τάξης παραγοντική ανάλυση προκύπτουν δύο ευρύτερες ομάδες (broad band): Η Εσωτερική και η Εξωτερική. Η ομάδα της Εσωτερικής περιλαμβάνει τα σύνδρομα «Άγχος/κατάθλιψη», «Σωματικά ενοχλήματα» και «Κοινωνική απόσυρση - αναστολή». Η ομάδα της Εξωτερικής περιλαμβάνει τα σύνδρομα «Παραπτωματική συμπεριφορά» και «Επιθετική συμπεριφορά». Τα υπόλοιπα σύνδρομα, δηλαδή τα «Κοινωνικά προβλήματα», τα «Προβλήματα σκέψης» και τα «Προβλήματα προσοχής» δεν έχουν υψηλή συσχέτιση με την Εσωτερική ή την Εξωτερική. Ανάλογη είναι και η δομή της Κλίμακας του Achenbach για τους Γονείς CBCL

(Child Behavior Checklist). Το ερωτηματολόγιο για τους γονείς διαφέρει μόνο στις πληροφορίες που ζητούνται στην πρώτη ενότητα.

Οι γονείς βαθμολογούν την κάθε συμπεριφορά ανάλογα με το πόσο αληθινή και προφανής είναι, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα βαθμολόγησης: 0 = δεν υπάρχει (δεν έχει πέσει ποτέ στην αντίληψή των γονιών), 1 = εκδηλώνεται κάποιες φορές, 2 = η εκδήλωση είναι συνεχής ή αρκετά συχνή. Οι κλίμακες αφορούν: Άγχος – Κατάθλιψη, Απόσυρση – Κατάθλιψη, Σωματικά ενοχλήματα, Κοινωνικά προβλήματα, Προβλήματα σκέψης, Προβλήματα προσοχής, Παράβαση κανόνων, Επιθετική συμπεριφορά, και Άλλα προβλήματα.

Το CBCL βαθμολογεί τις εξής συμπεριφορές

I. Άγχος – Κατάθλιψη :

- Κλαίει πολύ, • Φόβοι, • Φοβάται το σχολείο, • Φοβάται μήπως κάνει κάτι κακό,
- Πρέπει να είναι τέλειος, • Αισθάνεται ότι δεν αγαπιέται, • Αισθάνεται ανάξιος,
- Νευρικός, • Φοβισμένος, • Αισθάνεται πολύ ένοχος, • Αμήχανος, • Μιλά για αυτοκτονία, • Ανησυχεί.

II. Απόσυρση – Κατάθλιψη :

- Χαίρεται λίγο, • Προτιμά μόνος, • Δε μιλά, • Μυστικοπαθής, • Ντροπαλός, δειλός,
- Χωρίς ενέργεια, • Δυστυχισμένος, • Απομονωμένος.

III. Σωματικά ενοχλήματα : • Εφιάλτες, • Δυσκοίλιος, • Έχει ζαλάδες, • Υπερβολικά κουρασμένος, • Διάφοροι πόνοι, • Πονοκέφαλοι, • Ναυτία, • Οφθαλμικά προβλήματα, • Δερματικά, • Κοιλιακά, • Εμετοί.

IV. Κοινωνικά προβλήματα : • Εξαρτημένος, • Αισθάνεται μόνος, • Δεν τα πάει καλά με άλλους, • Ζηλιάρης, • Άλλοι είναι εναντίον του, • Ατυχήματα, τον πειράζουν, • Μη αγαπητός, • Αδέξιος, • Προτιμά μικρότερα παιδιά, • Προβλήματα λόγου.

Ε. Πίνακας ταξινόμησης διαταραχών κατά DSM-IV

<u>1) Διανοητική Καθυστέρηση</u>	<u>2) Διαταραχές της Μάθησης</u>
<ul style="list-style-type: none">• Ελαφρά διανοητική καθυστέρηση• Μέτρια διανοητική καθυστέρηση• Βαριά διανοητική καθυστέρηση• Βαθιά διανοητική καθυστέρηση	<ul style="list-style-type: none">• Διαταραχή της ανάγνωσης• Διαταραχή των μαθηματικών• Διαταραχή της γραπτής έκφρασης• Διαταραχή της μάθησης Μ.Π.Α.³

³ Μ.Π.Α.= μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, διαγνωστική κατηγορία που υιοθετεί το ταξινομικό σύστημα ψυχιατρικών διαταραχών DSM-IV για να περιγράψει καταστάσεις όπου δεν πληρούνται όλα τα κριτήρια μιας διαταραχής αλλά κάποια από αυτά.

3) Διαταραχή των Κινητικών Δεξιοτήτων

4) Διαταραχή της Επικοινωνίας

- Διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης
- Μεικτή διαταραχή της γλωσσικής αντίληψης – έκφρασης
- Φωνολογική διαταραχή
- Τραυλισμός
- Διαταραχή της επικοινωνίας Μ.Π.Α.

5) Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης

- Αυτιστική διαταραχή
- Διαταραχή Rett
- Αποδιοργανωτική διαταραχή
- Διαταραχή Asperger
- Βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης Μ.Π.Α.

6) Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής & Διασπαστικής Συμπεριφοράς

- Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητας
- Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητας Μ.Π.Α.
- Διαταραχή της διαγωγής
- Εναντιωματική προκλητική διαταραχή

7) Διαταραχές στη Σίτιση και Πρόσληψη Τροφής

- Pica
- Μηρυκαστική διαταραχή
- Διαταραχές στη σίτιση και πρόσληψη τροφής

8) Διαταραχές Τικς

- Διαταραχή Tourette
- Χρόνια διαταραχή φωνητικών ή κινητικών τικ
- Παροδική διαταραχή τικ
- Διαταραχή τικ Μ.Π.Α.

9) Διαταραχές της απέκκρισης

- Εγκόπριση
- Ενούριση

10) Άλλες Διαταραχές της Παιδικής / Εφηβικής ηλικίας

- Διαταραχή άγχους αποχωρισμού
- Εκλεκτική βωβότητα
- Διαταραχή στερεοτυπικών κινήσεων
- Διαταραχή παιδικής / εφηβικής ηλικίας Μ.Π.Α.

1) ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

- Ελαφρά νοητική καθυστέρηση
Περιλαμβάνονται: Μικρόνοια, Ελαφρά νοητική ανωμαλία, Ελαφρά αλιγοφρένεια, Μωρία.
- Μέτρια νοητική καθυστέρηση
Περιλαμβάνονται: Βλακεία, Μέτρια νοητική ανωμαλία, Μέτρια ολιγοφρένεια.
- Σοβαρή νοητική καθυστέρηση
Περιλαμβάνονται: Σοβαρή νοητική ανωμαλία, Σοβαρή ολιγοφρένεια.
- Βαριά νοητική καθυστέρηση
Περιλαμβάνονται: Ιδιωτεία, Βαριά νοητική ανωμαλία, Βαριά ολιγοφρένεια.
- Άλλη νοητική καθυστέρηση
- Νοητική καθυστέρηση, μη καθοριζόμενη
Περιλαμβάνονται: Νοητική ανεπάρκεια ΜΑΚ⁴, Νοητική ανωμαλία ΜΑΚ, Ολιγοφρένεια.

Επιπλέον χαρακτήρας ο οποίος χρησιμοποιείται για να προσδιορισθεί η έκταση των διαταραχών της συμπεριφοράς που έχουν σχέση με τη νοητική καθυστέρηση:

- Χωρίς ή με ελάχιστες διαταραχές συμπεριφοράς
- Με σημαντική διαταραχή της συμπεριφοράς, για την οποία απαιτείται φροντίδα ή θεραπεία
- Με άλλες διαταραχές συμπεριφοράς
- Με μη αναφερόμενες διαταραχές της συμπεριφοράς

2) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

2.α) Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές της Ομιλίας και της Γλώσσας (του λόγου):

- ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ
Περιλαμβάνονται: Αναπτυξιακή διαταραχή της άρθρωσης, Αναπτυξιακή φωνητική διαταραχή, Δυσλαλία, Λειτουργική διαταραχή της άρθρωσης, Λαβδακισμός.
Αποκλείονται: Διαταραχή της άρθρωσης οφειλόμενη σε αφασία ΜΑΚ / απραξία, Βλάβες της άρθρωσης σχετιζόμενες με αναπτυξιακή διαταραχή της εκφραστικής ή της αντιληπτική

⁴ Μη άλλως καθοριζόμενη

γλωσσικής ικανότητας, Υπερωιοσχιστία (λυκόστομα) ή άλλες δομικές ανωμαλίες της στοματικής κοιλότητας εμπλεκόμενες στην ομιλία, Απώλεια της ακοής, Νοητική καθυστέρηση.

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ (του λόγου)

Περιλαμβάνεται: Αναπτυξιακή δυσφασία ή αφασία, εκφραστικού τύπου.

Αποκλείονται: Επίκτητη αφασία με επιληψία [σύνδρομο Landau – Kleffner], Αναπτυξιακή δυσφασία ή αφασία αντιληπτικού τύπου, Δυσφασία και αφασία ΜΑΚ, Εκλεκτική αλαλία, Νοητική καθυστέρηση, Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

- ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ (του λόγου)

Περιλαμβάνονται: Συγγενείς ελλειμματική ακουστική αντίληψη, Αναπτυξιακή δυσφασία ή αφασία αντιληπτικού τύπου, Αναπτυξιακή αφασία του Wernicke, Λεκτική κώφωση.

Αποκλείονται: Επίκτητη αφασία με επιληψία [Σύνδρομο Landau – Kleffner], Αυτισμός, Δυσφασία και αφασία ΜΑΚ ή εκφραστικού τύπου, Εκλεκτική αλαλία, Γλωσσική καθυστέρηση οφειλόμενη σε κώφωση, Νοητική καθυστέρηση.

- ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΦΑΣΙΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

[Σύνδρομο Landau – Kleffner]

Αποκλείονται: Επίκτητη αφασία οφειλόμενη σε εγκεφαλικό τραύμα, όγκο ή άλλη γνωστή νόσο, Αυτισμός, Άλλη αποργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας.

- ΆΛΛΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ (του λόγου)

Περιλαμβάνεται: Ψεύδισμα.

- ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ (του λόγου), ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ

Περιλαμβάνεται: Γλωσσική διαταραχή ΜΑΚ.

2.β) Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές των Σχολικών Ικανοτήτων:

- ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ

Περιλαμβάνονται: Ανάγνωση προς τα πίσω (backward), Αναπτυξιακή δυσλεξία, Ειδική καθυστέρηση στην ανάγνωση, Δυσκολίες συλλαβισμού που σχετίζονται με διαταραχή της ανάγνωσης.

Αποκλείονται: Επίκτητη αλεξία και δυσλεξία, Επίκτητες δυσκολίες στην ανάγνωση δευτεροπαθείς σε συναισθηματική διαταραχή, Διαταραχή του συλλαβισμού που δε σχετίζεται με δυσκολίες στην ανάγνωση.

- **ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΣΥΛΛΑΒΙΣΜΟΥ**
Περιλαμβάνεται: Ειδική καθυστέρηση του συλλαβισμού (χωρίς διαταραχή της ανάγνωσης).
Αποκλείονται: Επίκτητη διαταραχή του συλλαβισμού, Δυσκολίες συλλαβισμού που σχετίζονται με διαταραχή της ανάγνωσης, Δυσκολίες συλλαβισμού που κατά κύριο λόγο αποδίδονται σε ανεπαρκή διαδικασία.
- **ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ**
Περιλαμβάνονται: Αναπτυξιακή αναριθμησία, Αναπτυξιακού τύπου διαταραχή της αρίθμησης, Αναπτυξιακό σύνδρομο Gerstmann.
Αποκλείονται: Επίκτητη διαταραχή της αρίθμησης (αναριθμησία), Δυσκολίες στην αρίθμηση που σχετίζονται με διαταραχή ανάγνωσης ή συλλαβισμού, Δυσκολίες στην αρίθμηση που κατά κύριο λόγο αποδίδονται σε ανεπαρκή διδασκαλία.
- **ΜΕΙΚΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ**
Αποκλείονται: Ειδική διαταραχή των αριθμητικών δεξιοτήτων, Ειδική διαταραχή της ανάγνωσης, Ειδική διαταραχή του συλλαβισμού.
- **ΆΛΛΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ**
Περιλαμβάνεται: Αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών δεξιοτήτων.
- **ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ**
Περιλαμβάνονται: Ανικανότητα αφομοίωσης γνώσεων ΜΑΚ, Ανικανότητα μάθησης ΜΑΚ, Διαταραχή μάθησης ΜΑΚ.

2.γ) Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές της Κινητικής Λειτουργίας → *Περιλαμβάνονται:* Σύνδρομο του αδέξιου παιδιού, Διαταραχή αναπτυξιακού συντονισμού, Αναπτυξιακή δυσπραξία.
Αποκλείονται: Ανωμαλίες βάδισης και κινητικότητας, Αδυναμία συντονισμού, δευτεροπαθείς είτε ως προς νοητική καθυστέρηση, είτε ως προς διαγνώσιμη ειδική νευρολογική διαταραχή.

2.δ) Μεικτές Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές

2.ε) Διάγντες Αναπτυξιακές Διαταραχές:

- **ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**
Περιλαμβάνονται: Αυτιστική διαταραχή, Βρεφικός αυτισμός, Βρεφική ψύχωση, Σύνδρομο του Kanner.
Αποκλείεται: Αυτιστική ψυχοπαθητική διαταραχή.

- ΑΤΥΠΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Περιλαμβάνονται: Άτυπη ψύχωση της παιδικής ηλικίας, Νοητική καθυστέρηση με αυτιστικά χαρακτηριστικά.

- ΣΥΝΔΡΟΜΟ RETT

- ΆΛΛΗ ΑΠΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Περιλαμβάνονται: Βρεφική άνοια, Αποργανωτική ψύχωση, Σύνδρομο του Heller, Συμβιωτική ψύχωση.

Αποκλείονται: Επίκτητη αφασία επί επιληψίας, Εκλεκτική αλαλία, Σύνδρομο Rett, Σχιζοφρένεια.

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

- ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

Περιλαμβάνονται: Αυτιστική ψυχοπαθητική διαταραχή, Σχιζοειδής διαταραχή της παιδικής ηλικίας.

Αποκλείονται: Διαταραχή της προσωπικότητας καταναγκαστικού τύπου, Διαταραχή προσκόλλησης στην παιδική ηλικία, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, Σχιζότυπική διαταραχή, Απλή σχιζοφρένεια.

- ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ

2.στ) Άλλες Διαταραχές της Ψυχολογικής Ανάπτυξης → Περιλαμβάνεται: *Αγνωσία αναπτυξιακού τύπου*

2.ζ) Μη καθοριζόμενη Διαταραχή της Ψυχολογικής Ανάπτυξης → Περιλαμβάνεται: Αναπτυξιακού τύπου διαταραχή ΜΑΚ

3) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ, ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΗΘΩΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.α) Διαταραχές Υπερκινητικού Τύπου (Αποκλείονται → Αγγώδεις διαταραχές, Συναισθηματικές διαταραχές, Διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης, Σχιζοφρένεια) :

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ
Περιλαμβάνεται: Διαταραχή ή Σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με υπερδραστηριότητα.
Αποκλείεται: Διαταραχή υπερκινητικού τύπου που σχετίζεται με διαταραχή διαγωγής.
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
- ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ
Περιλαμβάνεται: Αντίδραση ή σύνδρομο υπερκινητικού τύπου της παιδικής ή της εφηβικής ηλικίας, ΜΑΚ.

3.β) Διαταραχές της Διαγωγής (Αποκλείονται → Διαταραχές της διαγωγής που σχετίζονται με συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές υπερκινητικού τύπου, Συναισθηματικές διαταραχές, Διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης, Σχιζοφρένεια) :

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ (Αντικοινωνικού Τύπου)
Περιλαμβάνονται: Διαταραχή της διαγωγής με μοναδικό στοιχείο την επιθετικότητα, Επιθετική διαταραχή ακοινωνικού τύπου.
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΜΕ ΟΜΑΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ (Κοινωνικού Τύπου)
Περιλαμβάνονται: Διαταραχή της διαγωγής στο πλαίσιο ομάδας, Παραπτωματικότητα

ομάδας, Παραπτωματικότητα στα πλαίσιο συμμετοχής σε συμμορία, Κλοπές σε συνεργασία με άλλους, Αδικαιολόγητη απουσία από το σχολείο.

Αποκλείεται: Δραστηριότητα σε συμμορία χωρίς εμφανή ψυχιατρική διαταραχή.

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΗΣ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

Αποκλείονται: Διαταραχές της διαγωγής οι οποίες εκδηλώνονται με εμφανώς δυσκοινωνική ή επιθετική συμπεριφορά.

- ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ

Περιλαμβάνονται: Διαταραχή συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία ΜΑΚ, Διαταραχή διαγωγής κατά την παιδική ηλικία ΜΑΚ.

3.γ) Μεικτές Διαταραχές της Διαγωγής και του Συναισθήματος:

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

Περιλαμβάνεται: Διαταραχή της διαγωγής που σχετίζεται με καταθλιπτική διαταραχή.

- ΆΛΛΕΣ ΜΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Περιλαμβάνεται: Διαταραχή της διαγωγής που σχετίζεται με συναισθηματική διαταραχή ή νευρωσική διαταραχή.

- ΜΕΙΚΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ

3.δ) Διαταραχές του Συναισθήματος, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική ηλικία:

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΓΧΟΥΣ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Αποκλείονται: Συναισθηματικές διαταραχές, Νευρωσικές διαταραχές, Διαταραχή φοβικού άγχους κατά την παιδική ηλικία, Διαταραχή κοινωνικού άγχους κατά την παιδική ηλικία.

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΦΟΒΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Αποκλείεται: Διαταραχή γενικευμένου άγχους.

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Περιλαμβάνεται: Διαταραχή αποφυγής κατά την παιδική ηλικία ή την εφηβική ηλικία.

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΑΝΤΙΠΑΛΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΞΥ ΑΔΕΛΦΩΝ
Περιλαμβάνεται: Αδελφική ζηλοτυπία.
Αποκλείεται: Αντιπαλότητα μεταξύ συνομηλίκων (εκτός αδελφών).
- ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ
Περιλαμβάνονται: Διαταραχή ταυτότητας, Διαταραχή υπερβολικού άγχους, Αντιπαλότητα μεταξύ συνομηλίκων (εκτός αδελφών)
Αποκλείεται: Διαταραχή ταυτότητας του φύλου κατά την παιδική ηλικία.
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ
Περιλαμβάνεται: Συναισθηματική διαταραχή κατά την παιδική ηλικία ΜΑΚ.

3.ε) Διαταραχές της Κοινωνικής Λειτουργικότητας, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία:

- ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΑΛΑΛΙΑ
Περιλαμβάνεται: Επιλεκτική αλαλία.
Αποκλείονται: Διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης, Σχιζοφρένεια, Ειδικές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας κατά την ανάπτυξη, Παροδική αλαλία ως μέρος του άγχους αποχωρισμού στα μικρά παιδιά.
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ
Αποκλείονται: Σύνδρομο Asperger, Μη αναστελλόμενη διαταραχή προσκόλλησης κατά την παιδική ηλικία, Σύνδρομο κακομεταχείρισης που έχουν ως αποτέλεσμα σωματικά προβλήματα, Φυσιολογική παραλλαγή του τύπου της επιλεκτική προσκόλλησης, Σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία που επιφέρει ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- ΜΗ ΑΝΑΣΤΕΛΛΟΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ
Περιλαμβάνονται: Ψυχοπαθητική διαταραχή εξαιτίας έλλειψης στοργής, Σύνδρομο

ιδρυματισμού.

Αποκλείονται: Σύνδρομο Asperger, Αντίδραση παιδιών σε νοσηλεία στο νοσοκομείο, Διαταραχή υπερκινητικού τύπου ή διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, Διαταραχή προσκόλλησης αντιδραστικού τύπου κατά την παιδική ηλικία.

- ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Περιλαμβάνονται: Διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας με απόσυρση και δειλία, οφειλόμενες σε ελλειμματικές κοινωνικές ικανότητες.

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ

3.στ) Διαταραχές που εκδηλώνονται με Μυοσπάσματα (τικ) :

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΡΟΔΙΚΩΝ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΩΝ (ΤΙΚ)
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ Ή ΦΩΝΗΤΙΚΩΝ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΩΝ (ΤΙΚ)
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΦΩΝΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΩΝ (ΤΙΚ) [ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE]
- ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΝΟΝΤΑΙ ΜΕ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΑ (ΤΙΚ)
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΜΥΟΣΠΑΣΜΑΤΑ (ΤΙΚ), ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΗ

3.ζ) Άλλες Διαταραχές της Συμπεριφοράς και του Συναισθήματος, συνήθως με έναρξη κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία (Αποκλείονται → Κρίσεις συγκράτησης της αναπνοής, Διαταραχή της ταυτότητας του φύλου κατά την παιδική ηλικία, Υπερυπνία και υπερφαγία (σύνδρομο Kleine – Levin), Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, Διαταραχές του ύπνου) :

- ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΝΟΥΡΗΣΗ

Περιλαμβάνονται: Ενούρηση (πρωτοπαθής) (δευτεροπαθής) μη οργανικής αιτιολογίας, Λειτουργική ή ψυχογενής ενούρηση, Ακράτεια ούρων μη οργανικής αιτιολογίας.

Αποκλείεται: Ενούρηση ΜΑΚ.

- ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΕΓΚΟΠΡΙΣΗ
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΗΠΙΑΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Περιλαμβάνεται: Διαταραχή μηρυκασμού κατά την παιδική ηλικία

- ΒΡΩΣΗ ΜΗ ΤΡΟΦΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΗΠΙΑΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

(ΠΙΚΑ)

- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΙΚΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ

Αποκλείονται: Μη φυσιολογικές ακούσιες κινήσεις, Κινητικές διαταραχές με οργανική προέλευση, Ονυχοφαγία – σκάλισμα της μύτης – δακτυλολειχία, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, Στερεοτυπίες που εντάσσονται σε ευρύτερη ψυχιατρική κατάσταση (όπως η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή), Διαταραχές που εκδηλώνονται με μυοσπάσματα (τικ), Τριχοτιλλομανία.

- ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ (Βατταρισμός)

Αποκλείονται: Διακοποτόμενη ταχυλαλία, Δυσρυθμίες της ομιλίας οφειλόμενες σε νευρολογικές διαταραχή, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, Διαταραχές που εκδηλώνονται με μυοσπάσματα (τικ).

- ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΤΑΧΥΛΑΛΙΑ

Αποκλείονται: Νευρολογική διαταραχή που προκαλεί δυσρυθμία της ομιλίας, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, Τραυλισμός (βατταρισμός), Διαταραχές που εκδηλώνονται με μυοσπάσματα (τικ).

- ΆΛΛΕΣ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ, ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΗΘΩΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Περιλαμβάνονται: Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής χωρίς υπερδραστηριότητα, Αυνανισμός (υπερβολικός), Ονυχοφαγία, Σκάλισμα της μύτης, Δακτυλολειχία.

- ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ, ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΗΘΩΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.η) Ψυχική διαταραχή, μη άλλως καθοριζόμενη

