

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



**«Εφαρμογή Μοντέλου ESSENCE σε Περίπτωση Νηπίου με Αναπτυξιακή
Νευρολογική Διαταραχή»**

Μπάμη Θεοδώρα

A.M.: 13092

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ζακοπούλου Βικτωρία

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με στόχο τη μελέτη, αξιολόγηση και εφαρμογή του μοντέλου ESSENCE σε περίπτωση μελέτης νηπίου 3.3 ετών, με νευροαναπτυξιακή διαταραχή. Σύμφωνα με τις αρχές της πολυπαραγοντικής προσέγγισης αρχικά εφαρμόστηκε η διαγνωστική διαδικασία και ακολούθως, εφαρμόστηκε κατάλληλα στοχοθετημένο πρόγραμμα παράλληλης στήριξης για χρονικό διάστημα τριών (3) μηνών στο πλαίσιο του παιδικού σταθμού. Στο πρώτο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται οι αρχές και το περιεχόμενο του μοντέλου καθώς και οι έντεκα (11) νευροαναπτυξιακές διαταραχές οι οποίες έχουν καθοριστεί από αυτό. Κύριο στόχο αποτελεί η κατανόηση και η σημαντικότητα διάκρισης και διαφοροποίησης που υπάρχει μεταξύ των διαγνωστικών χαρακτηριστικών κατά την εφαρμογή της διαφοροδιάγνωσης στις νηπιακές ηλικίες. Στο δεύτερο μέρος, γίνεται παρουσίαση της μελέτης περίπτωσης, και επιχειρείται η ανάδειξη της σημαντικότητας της παράλληλης στήριξης. Τέλος, καταγράφεται και αναλύεται η σταδιακή εξέλιξη της μελέτης περίπτωσης κατά την τρίμηνη παρέμβαση που δέχτηκε στο σχολικό πλαίσιο. Ως αποτέλεσμα ανάλυσης των χαρακτηριστικών τόσο της διαγνωστικής όσο και της διαδικασίας παρέμβασης, προκύπτει ότι η πολυπαραγοντική προσέγγιση του μοντέλου ESSENCE θεωρείται αναγκαία προκειμένου αφενός για την ασφαλέστερη και ακριβέστερη διάγνωση των πολυσύνθετων πρώιμων νευροαναπτυξιακών διαταραχών και αφετέρου για την αποτελεσματικότερη εξατομικευμένη πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση.

Λέξεις κλειδιά: νευροαναπτυξιακές διαταραχές, μοντέλο ESSENCE, διαταραχές πρώιμης ηλικίας, διαφοροδιάγνωση, πολυπαραγοντική προσέγγιση, μελέτη περίπτωσης

Abstract

This project was developed to study, evaluation and implementation of ESSENCE model on case study in infant of 3.3 years old with neurodevelopmental disorder. According to the principles of multifactorial approach, first was applied the diagnostic process and then, was implemented a targeted co-teaching program for a period of three (3) months at the kindergarten. In the first part are presented the principles and the content of this model as well as the eleven (11) neurodevelopmental disorders which have been defined by ESSENCE model. Main objective is the understanding and the importance of discrimination and differentiation that exists between the diagnostic features in the application of differential diagnosis in early childhood. In the second part is presented the case study and is attempted to highlight the significance of co-teaching. Finally, the gradual development of the case study recorded and analyzed during the three-month intervention which have done in kindergarten. As a result of analysis of the characteristics of both the diagnostic and intervention procedure, indicates that the multivariate approach of ESSENCE model considered necessary, on the one hand for safer and more accurate early diagnosis of complex neurodevelopmental disorders and on the other hand for more effective personalized early therapeutic intervention.

Key words: neurodevelopmental disorders, ESSENCE model, early age disorders, differential diagnosis, multifactorial approach, case study

Ευχαριστίες

Η ενασχόλησή μου για την παρούσα πτυχιακή εργασία προήλθε από το επιστημονικό μου ενδιαφέρον για τις εγκεφαλικές διεργασίες κατά την αναπτυξιακή περίοδο. Υλοποιήθηκε χάρη ενός αριθμού ατόμων καθώς και ενός πολύ ιδιαίτερου κλινικού περιστατικού. Το συγκεκριμένο περιστατικό μου δίδαξε να παρατηρώ βαθύτερα τη κάθε εγκεφαλική διεργασία του νηπίου, να εντοπίζω, να διαφοροποιώ και να αιτιολογώ το κάθε χαρακτηριστικό του. Επίσης, παρατήρησα πόσο εύκολα μπορεί να γίνει λανθασμένη διάγνωση σε παιδιά πρώιμης ηλικίας καθώς και πόσο σημαντική είναι η διαφοροδιάγνωση, η πολυπαραγοντική προσέγγιση και η «ιδέα» της αποδοχής για συνεκδήλωση διαταραχών. Ακολουθώντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγητριά μου κα. Ζακοπούλου Βικτωρία αρχικά για την υπομονή της, έπειτα για την ελευθερία κινήσεων εντός του πλαισίου και τέλος για το εύρος των γνώσεων που μου μετέδωσε. Επίσης, οφείλω ένα Ευχαριστώ στην οικογένεια μου που με στήριξε στην ολοκλήρωση των σπουδών μου και μου έδωσε την ευκαιρία να διευρύνω τις γνώσεις μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Μέρος Πρώτο

Εισαγωγή.....	σελ. 01
----------------------	----------------

1.1 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ) – Autism Spectrum Disorder (ASD)

1.1.1 Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες.....	σελ. 02
1.1.2 Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης.....	σελ. 04
1.1.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....	σελ. 22
1.1.4 Διαφορική Διάγνωση.....	σελ. 27
1.1.5 Συννοσηρότητα.....	σελ. 30

1.2 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) – Attention-Dificit / Hyperavtivity Disorder (ADHD)

1.2.1 Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες.....	σελ. 31
1.2.2 Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης.....	σελ. 33
1.2.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....	σελ. 37
1.2.4 Διαφορική Διάγνωση.....	σελ. 39
1.2.5 Συννοσηρότητα.....	σελ. 44

1.3 Διαταραχή Μυοσπασμάτων ή Διαταραχή Τικ (Tic Disorder)

1.3.1 Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες.....	σελ. 45
1.3.2 Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης.....	σελ. 47
1.3.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....	σελ. 52
1.3.4 Διαφορική Διάγνωση.....	σελ. 56
1.3.5 Συννοσηρότητα.....	σελ. 58

1.4 Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ) / Γλωσσική Διαταραχή (ΓΔ) – Specific Language Impermaint (SLI) / Language Disorder (LD)

1.4.1 Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες.....	σελ. 59
1.4.2 Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης.....	σελ. 61
1.4.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....	σελ. 63

1.4.4	Διαφορική Διάγνωση.....	σελ. 64
1.4.5	Συννοσηρότητα.....	σελ. 66
1.5	(Ειδικές) Μαθησιακές Δυσκολίες / (Specific) Learning Disorders (SLD)	
1.5.1	Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες.....	σελ. 67
1.5.2	Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης.....	σελ. 69
1.5.3	Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....	σελ. 70
1.5.4	Διαφορική Διάγνωση.....	σελ. 75
1.5.5	Συννοσηρότητα.....	σελ. 77
1.6	Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού (ΑΔΣ) – Developmental Coordination Disorder (DCD)	
1.6.1	Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες.....	σελ. 78
1.6.2	Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης.....	σελ. 79
1.6.3	Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....	σελ. 80
1.6.4	Διαφορική Διάγνωση.....	σελ. 82
1.6.5	Συννοσηρότητα.....	σελ. 84
1.7	Νοητική Υστέρηση (NY) [Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή] - Intellectual Disability (ID) [Intellectual Developmental Disorder]	
1.7.1	Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες.....	σελ. 85
1.7.2	Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης.....	σελ. 86
1.7.3	Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....	σελ. 87
1.7.4	Διαφορική Διάγνωση.....	σελ. 90
1.7.5	Συννοσηρότητα.....	σελ. 92
1.8	Διαταραχές Αποδιοργανωτικής Συμπεριφοράς (συμπεριλαμβάνοντας ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς Ενατιωματική Προκλητική Συμπεριφορά / Διαταραχή Διαγωγής) [Disruptive Behaviour Disorder (DBD), including ADHD with or without Oppositional Defiant Disorder (ODD) / Conduct Disorder (CD)]	
1.8.1	Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες.....	σελ. 93
1.8.2	Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης.....	σελ. 95
1.8.3	Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....	σελ. 97
	<i>Εναντιωματική προκλητική Διαταραχή.....</i>	<i>σελ. 97</i>
	<i>Διαταραχή της Διαγωγής.....</i>	<i>σελ.99</i>

1.8.4	Διαφορική Διάγνωση.....	σελ. 101
	<i>Εναντιωματική προκλητική Διαταραχή.....</i>	<i>σελ. 101</i>
	<i>Διαταραχή της Διαγωγής.....</i>	<i>σελ. 103</i>
1.8.5	Συννοσηρότητα.....	σελ. 106
1.9	Διπολικές Διαταραχές I-II (Bipolar Disorders I-II)	
1.9.1	Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες.....	σελ. 107
1.9.2	Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης.....	σελ. 108
1.9.3	Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....	σελ. 109
	<i>Διπολική Διαταραχή I.....</i>	<i>σελ. 109</i>
	<i>Διπολική Διαταραχή II.....</i>	<i>σελ. 114</i>
1.9.4	Διαφορική Διάγνωση.....	σελ. 117
	<i>Διπολική Διαταραχή I.....</i>	<i>σελ. 117</i>
	<i>Διπολική Διαταραχή II.....</i>	<i>σελ. 119</i>
1.9.5	Συννοσηρότητα.....	σελ. 122
1.10	Σύνδρομα Φαινότυπου Συμπεριφοράς (Behavioural Phenotype Syndromes)	
1.10.1	Ορισμοί/ Ερμηνευτικές Θεωρίες.....	σελ. 124
1.	Διαταραχή Lesch-Nyhan [Lesch-Nyhan Disease (LND)].....	σελ. 125
2.	Σύνδρομο Prader-Willi [Prader-Willi Syndrome (PWS)].....	σελ. 127
3.	Σύνδρομο Fragile-x (Fragile-x Syndrome).....	σελ. 130
4.	Σύνδρομο Williams [Williams Syndrome (WMS)].....	σελ. 132
5.	Σύνδρομο Angelman (Angelman Syndrome).....	σελ. 135
1.11	Επιληπτικά Σύνδρομα	
1.11.1	Ορισμοί / Ερμηνευτικές Θεωρίες.....	σελ. 137
1.	Σύνδρομο Landau-Kleffner (LKS).....	σελ. 138
2.	FS+ (Febrile Seizure Plus) / GEFS+ (Generalized/Genetic Epilepsy with Febrile Seizure).....	σελ. 140
2.	Η μέθοδος ESSENCE	
2.1	Συμβολή στην αντιμετώπιση διαταραχών.....	σελ. 143
2.2	Παρουσίαση του Μοντέλου ESSENCE.....	σελ. 145

Δεύτερο Μέρος

3. Συνδιδασκαλία.....	σελ. 147
4. Μελέτη περίπτωσης	
4.1 Παρουσίαση περίπτωσης νηπίου.....	σελ. 150
4.1.1 Διαγνωστικοί έλεγχοι.....	σελ. 151
4.2 Πρόγραμμα Παράλληλης Στήριξης – Παρέμβαση	
4.2.1 Στοχοθεσία – Τομείς Παρέμβασης.....	σελ. 152
4.2.2 Καταγραφή προόδου στο πλαίσιο παράλληλης στήριξης ανά τομέα παρέμβασης.....	σελ. 153
Συμπεράσματα.....	σελ. 163
Βιβλιογραφία.....	σελ. 164
Παραρτήματα.....	σελ.

Εισαγωγή

Οι αναπτυξιακές διαταραχές είναι μία ομάδα καταστάσεων με έναρξη κατά την αναπτυξιακή περίοδο. Οι διαταραχές συνήθως εκδηλώνονται νωρίς στην ανάπτυξη, πριν την έναρξη φοίτησης στο δημοτικό σχολείο και χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακές δυσκολίες οι οποίες προκαλούν βλάβες/φθορές των προσωπικών, κοινωνικών, ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών λειτουργιών. Το εύρος των αναπτυξιακών δυσκολιών ποικίλλει από τους πολύ συγκεκριμένους περιορισμούς της μάθησης ή ελέγχους των εκτελεστικών λειτουργιών έως των γενικών δυσκολιών των κοινωνικών δεξιοτήτων ή την ευφυΐα. Στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές συχνά παρουσιάζεται συνεκδήλωση δύο διαταραχών, για παράδειγμα τα άτομα όπου βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού συχνά έχουν και νοητική υστέρηση και πολλά παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) , έχουν επίσης μία ειδική διαταραχή μάθησης. Επιπλέον, σε ορισμένες διαταραχές η κλινική εικόνα περιλαμβάνει τα συμπτώματα της διαταραχής που υπερισχύει καθώς και ελλείμματα ή καθυστερήσεις των αναμενόμενων σημείων επίτευξης. Για παράδειγμα το φάσμα του αυτισμού διαγιγνώσκεται μόνο όταν τα χαρακτηριστικά ελλείμματα της κοινωνικής επικοινωνίας συνοδεύονται από εξαιρετικά επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, περιορισμένα ενδιαφέροντα και επιμονή στην μονοτονία (σύμφωνα με DSM5) Παρακάτω αναπτύσσονται οι έντεκα νευροαναπτυξιακές διαταραχές και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη διαφοροδιάγνωση. Το μοντέλο ESSENCE εξετάζει τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά, βρίσκει πια διαταραχή υπερισχύει καθώς και με ποια μπορεί να συνεκδηλώνεται και προσεγγίζει πολυπαραγοντικά τη κάθε διαταραχή.

Μέρος Πρώτο

1.1 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ) – Autism Spectrum Disorder (ASD)

1.1.1 Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες

Ετυμολογικά ο όρος «αυτισμός» προέρχεται από την ελληνική λέξη «εαυτός» και υποδηλώνει την απομόνωση ενός ατόμου στον εαυτό του. Ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο αυτό το 1911, για να χαρακτηρίσει τα άτομα με σχιζοφρένεια που είχαν χάσει την επαφή με την πραγματικότητα. Στη συνέχεια, στις αρχές της δεκαετίας του 1940, άλλοι δύο ψυχίατροι, ο Leo Kanner και ο Hans Asperger περιέγραψαν περιπτώσεις παιδιών που παρουσίαζαν ελλείμματα στην κοινωνική ανάπτυξη, ιδιόμορφη γλωσσική ανάπτυξη και περιορισμένα στερεότυπικά ενδιαφέροντα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Σήμερα ο αυτισμός θεωρείται μία σύνθετη νευροβιολογική διαταραχή η οποία διαρκεί καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου και επηρεάζει την επικοινωνία του ατόμου με του άλλους ανθρώπους καθώς και το νόημα που προσδίδει στον κόσμο γύρω του. Σύμφωνα με του, ο αυτισμός είναι μια νευρο-αναπτυξιακή διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από διαταραχές στην κοινωνική προσαρμογή, την επικοινωνία (λεκτική και μη-λεκτική επικοινωνία) και τη συμπεριφορά.

Ο αυτισμός είναι μία κατάσταση φάσματος. Όλα τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού μοιράζονται ορισμένες δυσκολίες αλλά η κατάσταση του κάθε ατόμου θα τους επηρεάσει με διαφορετικούς τρόπους. Η διαταραχή αυτή, εμποδίζει την ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί και να συσχετίζεται με τους άλλους. Επίσης, είναι έντονα συνδεδεμένη με δύσκαμπτες ρουτίνες και με επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, όπως η έμμονη ταξινόμηση αντικειμένων ή η ακολουθία πολύ συγκεκριμένων ρουτινών. Τα συμπτώματα του αυτιστικού φάσματος ποικίλουν από πολύ ήπια έως αρκετά σοβαρά. Ορισμένα άτομα είναι σε θέση να ανεξαρτητοποιηθούν και να ζουν χωρίς την υποστήριξη τρίτων, ενώ κάποια άλλα άτομα μπορεί να έχουν σύνοδες μαθησιακές

δυσκολίες και να χρειάζονται εξειδικευμένη υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ο επιπολασμός του φάσματος μας δείχνει ότι 1 στα 50 άτομα διαγιγνώσκονται με αυτή τη διαταραχή, καθιστώντας τον αυτισμό πιο κοινό από το συνολικό ποσοστό του παιδικού καρκίνου, του διαβήτη και του AIDS. Τέλος, η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος δεν κάνει διακρίσεις και εμφανίζεται σε όλες τις φυλετικές, εθνικές και κοινωνικές ομάδες. Επιπλέον είναι τέσσερης (4) φορές πιο πιθανό να εμφανιστεί σε αγόρια απ' ό,τι σε κορίτσια.

Ένας ορισμός που γίνεται ευρύτερα αποδεκτός, είναι αυτός ο οποίος περιγράφεται στον Αμερικάνικο νόμο 105-17 του 1997 και αφορά στα άτομα με εκπαιδευτικές δυσκολίες:

«Αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή δυσκολία, η οποία επηρεάζει σημαντικά τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και τη κοινωνική αλληλεπίδραση, η οποία συχνά εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 3 ετών, και επηρεάζει αρνητικά την εκπαιδευτική παρουσία του παιδιού. Άλλα χαρακτηριστικά που συνυπάρχουν με τον αυτισμό είναι η απασχόληση με σταθερά επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες και στερεοτυπικές κινήσεις, και η αντίσταση στις αλλαγές του περιβάλλοντος ή στις αλλαγές της καθημερινής ρουτίνας και συχνά στις αισθητηριακές εμπειρίες».

1.1.2 Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης

Η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος δεν είναι μία θεραπεύσιμη κατάσταση άλλα μία βελτιώσιμη με τις κατάλληλες, δια βίου εκπαιδευτικές προσεγγίσεις, λαμβάνοντας υπόψη την ποικιλία των προσωπικών χαρακτηριστικών, των επιπέδων λειτουργικότητας, των συνοδών μειονεξιών και των διαφορετικών δυνατοτήτων του περιβάλλοντος, το θεραπευτικό σχέδιο πρέπει να εξατομικεύεται. Το θεραπευτικό σχέδιο πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ατόμου καθώς και στις ανάγκες που προέρχονται από την διαταραχή αυτή. Ένα τέτοιο θεραπευτικό σχέδιο πρέπει να δημιουργείται από μία καταρτισμένη διεπιστημονική ομάδα και να περιλαμβάνει τις οπτικές και τους στόχους όλων όσων εμπλέκονται. Πλέον οι πιο έγκυρες θεραπευτικές προσεγγίσεις βασίζονται στις θεωρίες της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας όπου δίνεται έμφαση στην κοινωνική κατανόηση, την αυτογνωσία, την εκμάθηση της επικοινωνίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων, την ενίσχυση του κινήτρου και τον έλεγχο των δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Οποιαδήποτε παρέμβαση που πραγματοποιείται θα πρέπει να επικεντρώνεται στις σημαντικές αναπτυξιακές πτυχές του παιδιού (δηλαδή επικοινωνιακές δεξιότητες, δεξιότητες της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, φανταστικό παιχνίδι και ακαδημαϊκές δεξιότητες).

Τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης θεωρούνται απαραίτητα για την θετική – λειτουργική εξέλιξη των παιδιών με αυτισμό, ενώ οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι: η ειδική εκπαίδευση, οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις, η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας και η φαρμακοθεραπεία, σε ορισμένες περιπτώσεις. Με την πάροδο του χρόνου έχει φανεί ότι τα περισσότερα άτομα ανταποκρίνονται καλύτερα στα ισχυρώς δομημένα συμπεριφορικά προγράμματα.

Κατά την δημιουργία του θεραπευτικού σχεδίου θα πρέπει να υπολογίσουμε κάποιους παράγοντες όπως: τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού, το βαθμό της διαταραχής, τη συχνότητα και την ένταση των προβληματικών συμπεριφορών του παιδιού, η επιλεγμένη προσέγγιση τι στόχους θέτει για την εξέλιξη του παιδιού καθώς και αν ταιριάζει με το προσωπικό ύφος του εκπαιδευτή και της οικογένειας (Σταύρου, 2004), το κόστος της μεθόδου και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας και τέλος τι μπορεί να συμβεί αν δεν επιτευχθούν οι στόχοι (Cumine, Leach & Stevenson, 2000)

A. Γνωστικές - Συμπεριφορικές προσεγγίσεις (Cognitive - Behavioral Approaches)

Η συμπεριφοριστική θεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται στις εφαρμογές της εμπειριστατωμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς, δηλαδή στην άμεση σύνδεση της αξιολόγησης της συμπεριφοράς με τη θεραπεία της. Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιεί τη θετική ενίσχυση, την αυτοβοήθεια και την κατάρτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων για τη βελτίωση της συμπεριφοράς και της επικοινωνίας. Σύμφωνα με διάφορες έρευνες έχει αποδειχτεί ότι η συγκεκριμένη προσέγγιση μπορεί να επιφέρει γρήγορη, σύνθετη και σταθερή βελτίωση σε γνωστικές, επικοινωνιακές, κοινωνικές, αλλά και σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και παιχνιδιού. Τα ευεργετικά αποτελέσματα της συμπεριφοριστικής προσέγγισης μεγιστοποιούνται όταν η θεραπευτική παρέμβαση ξεκινήσει κατά την προσχολική ηλικία, γεγονός που οδηγεί στη σχολική και κοινωνική ένταξη των παιδιών αυτών σε ποσοστό τριπλάσιο από αυτό των παιδιών που αρχίζουν τη θεραπεία μετά τα 5 έτη.

A1. Εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis – ABA)

Η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς είναι μία συμπεριφορική προσέγγιση (Helfin & Alberto, 2001) που βασίζεται στις θεμελιώδεις αρχές της συντελεστικής μάθησης, καθώς και σε άλλες αρχές συμπεριφορικής μάθησης με στόχο την αλλαγή των προβληματικών συμπεριφορών που μπορούν να βελτιωθούν όταν αντιμετωπιστούν μέσα σε ελεγχόμενα πλαίσια ,μέχρι το πέρας της παρέμβασης (Baer,Wolf, &Risley,1968 ; Sulzer-Azaroff & Mayer,1991).

Η A.B.A– Lovaas βασίζεται στην ιδέα ότι ένα άτομο είναι πιο πιθανό να επαναλάβει τις ενέργειες/συμπεριφορές όπου επιβραβεύονται, παρά αυτές οι οποίες αγνοούνται ή δεν αναγνωρίζονται. Το θεωρητικό υπόβαθρο της προσέγγισης βασίζεται στο ότι όλες οι συμπεριφορές μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο μάθησης (Skinner) (Lovaas, 1987). Από τη δεκαετία του 1960, οι ερευνητές έχουν αναγνωρίσει ότι η A.B.A μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά με αυτισμό και αυτό συμβαίνει διότι βοηθάει τα παιδιά να αναπτύξουν μια σειρά από σύνολα δεξιοτήτων και μειώνει την πιθανότητα εμπλοκής τους σε προβληματικές συμπεριφορές. Η προσέγγιση αυτή έχει εγκριθεί ως θεραπεία για

τον αυτισμό από την American Medical Association, American Academy of Pediatrics and the U.S. Surgeon General.

Η εκπαίδευση της A.B.A συνήθως πραγματοποιείται από έναν καταρτισμένο θεραπευτή. Στη «παραδοσιακή» A.B.A, ο θεραπευτής αφιερώνει 20 έως 40 ώρες την εβδομάδα και εργάζεται κατ' ιδίαν με το παιδί. Τις περισσότερες φορές, όμως, ένας θεραπευτής μπορεί να επιλέξει την «τροποποιημένη» έκδοση θεραπείας A.B.A, όπου ο θεραπευτής αφιερώνει 10-15 ώρες την εβδομάδα με το παιδί, αφήνοντάς του, έτσι, χρόνο και για τις άλλες θεραπείες (λογοθεραπεία - εργοθεραπεία). Ο θεραπευτής θα πρέπει να προσαρμόσει το συγκεκριμένο πρόγραμμα για να καλύψει τις εκάστοτε ανάγκες του κάθε ατόμου. Κατά την έναρξη της θεραπείας το παιδί αξιολογείται και καθορίζονται οι κατακτημένες δεξιότητες και οι αδυναμίες του. Έπειτα, ο θεραπευτής δημιουργεί το πρόγραμμα με στόχο την αύξηση των δεξιοτήτων του παιδιού σε πολλούς τομείς. Αρχικά, ξεκινά από την εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων λόγου και αυτοεξυπηρέτησης και στη συνέχεια διδάσκονται σταδιακά μη λεκτικές και λεκτικές δεξιότητες μίμησης και η εδραίωση της απαρχής της ενασχόλησης με παιχνίδια. Για να είναι αποτελεσματικό το πρόγραμμα, είναι απαραίτητο να εμπλέκονται όλα τα άτομα που εργάζονται με το παιδί.

Κατά τον Lovaas παρατίθενται τα παρακάτω βήματα:

- 1) Δημιουργία αρμονικής σχέσης
- 2) Επέκταση της πρόσληψης της γλώσσας με τη χρήση δομημένου λόγου
- 3) Ανάπτυξη δεξιοτήτων μίμησης – μη λεκτικής σωματικής μίμησης
- 4) Ανάπτυξη της μίμησης στο παιχνίδι ρόλων
- 5) Ανάπτυξη της λεκτικής μίμησης

A2. Πρόγραμμα TEACCH (TEACCH Autism Program)

Το πρόγραμμα TEACCH έχει δημιουργηθεί από τον Eric Schopler και τον Robert Reichler στη ψυχιατρική σχολή στο Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας κατά τη δεκαετία του '60 και υλοποιήθηκε το 1972 (Schopler & Reichler, 1971). Είναι ευρέως αποδεκτό ανά τον κόσμο μιας και έχει σχεδιαστεί για μαθητές με αυτισμό με θεαματικά

αποτελέσματα. Είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που ασχολείται με τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, την επαγγελματική κατάρτιση και τη διαβίωση των ατόμων με αυτισμό. Αν και αποτελεί μια συμπεριφοριστική προσέγγιση, ωστόσο χαρακτηρίζεται για την ευελιξία του, η οποία επιτρέπει τόσο τη μάθηση και τη δομημένη εκπαίδευση όσο και την ανάπτυξη των σωστών επικοινωνιακών δεξιοτήτων και της προσωπικής αυτονομίας. (Cumine, Leach & Stevenson, 2000). Τα αρχικά TEACCH σημαίνουν: 'Αντιμετώπιση και Εκπαίδευση των παιδιών με Αυτισμό και με συναφείς Επικοινωνιακές Μειονεξίες' ('Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children').

Το πιο βασικό στοιχείο του προγράμματος TEACCH είναι η Δομημένη Εκπαίδευση η οποία έχει αναπτυχθεί ως μια μέθοδος συνδυασμού των εκπαιδευτικών πρακτικών με τους διαφορετικούς τρόπους κατανόησης, σκέψης και μάθησης, που παρουσιάζουν τα άτομα με αυτισμό. Σύμφωνα με αυτήν, η τάξη οργανώνεται με τον κατάλληλο τρόπο και η διαδικασία της μάθησης γίνεται με πολύ φιλικό και ευκολότερο τρόπο. Σκοπός της είναι η ανεξαρτητοποίηση των ατόμων και η ανάπτυξη συμπεριφορών που θα βασίζεται στις γνωστικές ικανότητες, ανάγκες και ενδιαφέροντά τους (Mesibov & Howley, 2003).

A3. Πρόγραμμα Επιστημών Υγείας του Denver (Denver Health Sciences Program)

Το Πρόγραμμα Επιστημών Υγείας του Denver ξεκίνησε το 1981 από τον Rogers και δίνει ιδιαίτερη βάση στη χρήση του παιχνιδιού για τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις διαδικασίες ανάπτυξης του λόγου, τις τεχνικές διευκόλυνσης της συμβολικής σκέψης, τη δομή και τη ρουτίνα στην τάξη (Rogers & Lewis, 1989). Έχει αναπτυξιακή έμφαση και βασίζεται στις αρχές της θεωρίας του Piaget. Το ημερήσιο πρόγραμμα για κάθε παιδί διαρκεί 22 ώρες την εβδομάδα για 12 μήνες και η αναλογία δασκάλου/βοηθού και παιδιού είναι 2 προς 1. Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι τα παιδιά που συμμετείχαν σε προγράμματα παρουσίασαν αναπτυξιακά οφέλη σε πολλούς τομείς όπως ο λόγος, οι δεξιότητες στο παιχνίδι και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τους γονείς (Rogers & DiLalla, 1991).

A4. Μέθοδος Floortime

Είναι μία μέθοδος θεραπείας που αναπτύχθηκε από τον Stanley I. Greenspan και τη Serena Wieder. Σε αντίθεση με άλλες μεθόδους που δίνουν έμφαση και στην ανάπτυξη γνωστικών, γλωσσικών και κινητικών δεξιοτήτων, το πρόγραμμα Floortime, αποσκοπεί στην ανάπτυξη όλων των παραπάνω μέσω του παιχνιδιού, όπου προάγεται η μάθηση, η περαιτέρω εξέλιξη και ανάπτυξη του παιδιού.

Ο βασικός στόχος στο Floortime είναι να κατακτήσει το παιδί τα έξι βασικά αναπτυξιακά στάδια για την συναισθηματική και την νοητική ανάπτυξη. Ο Greenspan περιγράφει τα έξι στάδια στην «σκάλα της ανάπτυξης» ως:

1. αυτό-ρύθμιση και ενδιαφέρον για τον κόσμο
2. οικειότητα ή ιδιαίτερη αγάπη για τον κόσμο των ανθρωπίνων σχέσεων
3. επικοινωνία δύο κατευθύνσεων
4. σύνθετη επικοινωνία
5. συναισθηματικές ιδέες και
6. συναισθηματική σκέψη.

Το παιδί που βρίσκεται στο φάσμα καλείται να κινηθεί φυσικά μέσα από αυτά τα στάδια ως αποτέλεσμα αισθητηριακών υπέρ- ή υπό- αντιδράσεων, διεργασίας των δυσκολιών, και/ ή φτωχού ελέγχου των φυσικών αντιδράσεων.

Το Floortime δεν ξεχωρίζει και δεν εστιάζει στην ομιλία, την κίνηση, ή τις γνωστικές δεξιότητες αλλά κυρίως απευθύνεται σε αυτούς τους τομείς μέσω της σύνθετης έμφασης στην συναισθηματική ανάπτυξη.

Στο Floortime, ο γονέας δεσμεύει το παιδί σε ένα επίπεδο το οποίο είναι ευχάριστο για το παιδί, εμπλέκεται στις δραστηριότητες του παιδιού και ακολουθεί την καθοδήγηση του παιδιού. Από μία κοινώς μοιραζόμενη δέσμευση, ο γονέας εκπαιδεύεται στο πώς να οδηγεί το παιδί μέσα από αυξανόμενα πιο σύνθετες αλληλεπιδράσεις, μία διαδικασία γνωστή ως «άνοιγμα και κλείσιμο κύκλων επικοινωνίας».

A5. Μαθησιακές Εμπειρίες: Ένα Εναλλακτικό Πρόγραμμα για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας και Γονείς - LEAP (Learning Experiences: An Alternative Program for Preschoolers and Parents)

Το πρόγραμμα LEAP είναι ένα πολύπλευρο πρόγραμμα για μικρά παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού. Συνδυάζει μια ποικιλία στρατηγικών όπως: την A.B.A, τη διδασκαλία μέσω των συνομηλίκων, την τυχαία διδασκαλία (Incidental Teaching), την εκπαίδευση της αυτό-διαχείρισης, την ενθάρρυνση των στρατηγικών (Prompting Strategies) και την συστηματική εκπαίδευση των γονέων. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει αναπτυχθεί από τον Phillip Strain στην Πενσυλβανία για τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού αλλά και για τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά.

Το πρόγραμμα δεν παρέχει την ένας προς έναν παρέμβαση, αντιθέτως οι υπηρεσίες αποτελούνται από 15 ώρες διδασκαλίας την εβδομάδα στην τάξη και παρέχονται από ένα δάσκαλο και έναν βοηθό, οι οποίοι εφαρμόζουν το πρόγραμμα με 10 τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά και 3-4 παιδιά με αυτισμό. Επίσης, τα παιδιά εργάζονται μαζί με λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή και φυσικοθεραπευτή σε ειδικά διαμορφωμένες τάξεις οι οποίες προάγουν το κατευθυνόμενο παιχνίδι.

Οι πρωταρχικοί στόχοι του προγράμματος είναι να εκτεθεί το παιδί με αυτισμό σε τυπικές δραστηριότητες προσχολικής ηλικίας καθώς και να προσαρμόσουν το τυπικό πρόγραμμα σπουδών για παιδιά με αυτισμό μόνο όταν αυτό κριθεί απαραίτητο. Οι Kohler et al. (1996) παρουσίασαν τις πέντε βασικές αρχές που διαμόρφωσαν το πρόγραμμα LEAP: α) όλα τα παιδιά μπορούν να επωφεληθούν από ενσωματωμένα πλαίσια ένταξης, β) τα οφέλη της παρέμβασης μεγιστοποιούνται όταν εφαρμόζονται στο σπίτι, στο σχολείο ή στην κοινότητα, γ) οι παρεμβάσεις είναι περισσότερο αποτελεσματικές όταν συνεργάζονται γονείς και επαγγελματίες, δ) τα μικρά παιδιά με αυτισμό μπορούν να μάθουν σημαντικές δεξιότητες και κατάλληλες συμπεριφορές από συνομηλίκους με φυσιολογική ανάπτυξη και ε) τα παιδιά με ή χωρίς αναπηρίες επωφελούνται από δραστηριότητες που αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό τους επίπεδο.

A6. Παρέμβαση Λεκτικής Συμπεριφοράς (Verbal Behavior Intervention)

Η παρέμβαση λεκτικής συμπεριφοράς συχνά συναντιέται ως συμπληρωματική της ABA. Αν και τα δύο βασίζονται σε θεωρίες που αναπτύχθηκαν από τον Skinner διαφέρουν στην γενική ιδέα. Στα τέλη του 1950 και αρχές του '60 όταν ο dr. Ivar Lovaas

ανέπτυξε τις αρχές της ABA, ο Skinner δημοσίευσε την Λεκτική Συμπεριφορά όπου περιέγραφε την λειτουργική ανάλυση της γλώσσας. Η παρέμβαση της λεκτικής συμπεριφοράς παρακινεί το παιδί, τον έφηβο ή τον ενήλικα να μάθει τη γλώσσα συνδέοντας τις λέξεις με τους σκοπούς της (δηλαδή μαθαίνουν τη λειτουργική σημασία των λέξεων). Η προσέγγιση αυτή δεν εστιάζει στις λέξεις ως απλές ετικέτες (γάτα, αυτοκίνητο κλπ.) αλλά παρακινεί το άτομο να μάθει πώς να χρησιμοποιεί την γλώσσα για να υποβάλλει αιτήματα καθώς και να επικοινωνεί ιδέες. Στην ουσία η συγκεκριμένη παρέμβαση επικεντρώνεται στην κατανόηση του γιατί χρησιμοποιούμε τις λέξεις. Ο Skinner ταξινομεί τη γλώσσα σε τύπους ή σε «operants» (λειτουργικές τάξεις δράσεων) όπου ο κάθε τύπος έχει μία διαφορετική λειτουργία. Η παρέμβαση αυτή επικεντρώνεται σε 4 τύπους λέξεων: mands, tacts, intraverbals και echoics.

Σύμφωνα με τον Skinner (1957) το **echoics** ορίζεται ως μία φωνητική λεκτική συμπεριφορά. Δηλαδή, αν ο γονέας παράγει τη λέξη «μπισκότο» και το παιδί επαναλαμβάνει τη λέξη, τότε επιτυγχάνεται η echoics συμπεριφορά.

Το **mands** είναι « ένας λεκτικός συντελεστής όπου η απάντηση ενισχύεται από ένα χαρακτηριστικό επακόλουθο και είναι υπό τον λειτουργικό έλεγχο των σχετικών προϋποθέσεων της στέρησης ή της έλλειψης κινήτρων » (Skinner, 1957, σ. 36). Εδώ στην ουσία το παιδί μαθαίνει να ζητάει. Π.χ. μαθαίνει να λέει ή να δείχνει τη λέξη «χυμός» για όταν ενδιαφέρεται να πιεί έναν χυμό. Όταν του δίνεται ο χυμός η λέξη ενισχύεται και χρησιμοποιείται ξανά στο ίδιο πλαίσιο, έτσι σε αντίθεση με την μέθοδο Lovaas το άτομο μαθαίνει την λειτουργία της λέξης και όχι μόνο την ετικετικοποίηση της.

Τα **tacts** είναι λεκτικοί συντελεστές οι οποίοι περιλαμβάνουν προγενέστερες μη λεκτικές συμπεριφορές (nonverbal antecedent), τα απτά αντικείμενα (tacted stimulus) τα οποία είναι παρόντα και τον γενικευμένο ενισχυτή (generalized reinforcer), όπως είναι ο έπαινος ή η επιβεβαίωση από έναν ενήλικα. Έτσι, όταν ένα παιδί λέει «σοκολάτα» και η σοκολάτα βρίσκεται στον χώρο τότε ο γονέας επιβεβαιώνει την εκφορά του παιδιού, λέγοντας «ναι, αυτό είναι σοκολάτα» τότε επιτυγχάνεται η λειτουργία των tacts.

Τα **intraverbals** είναι λέξεις οι οποίες χρησιμοποιούνται ως απάντηση ή ως ανταπόκριση σε μια ερώτηση ή σε ένα γλωσσικό ερέθισμα.

A7. Μέθοδος Miller (Miller Method)

Η μέθοδος Miller απευθύνεται σε παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα σωματικής οργάνωσης, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας. Η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιεί δύο βασικές στρατηγικές για την επαναφορά της τυπικής-φυσιολογικής ανάπτυξης.

Η πρώτη αναφέρεται στις αποκλίνουσες αναπτυξιακές συμπεριφορές όπου καταγράφονται και έπειτα χρησιμοποιούνται με σκοπό την αποκομιδή αναπτυξιακών οφελών που στηρίζεται στην πεποίθηση ότι όλες οι οργανωμένες συμπεριφορές (ακόμα και οι αποκλίνουσες) μπορούν να ωφελήσουν τελικά το παιδί σε κάποιο αναπτυξιακό τομέα.

Η δεύτερη στρατηγική είναι η συστηματική και επαναλαμβανόμενη εισαγωγή των αναπτυξιακά σχετικών δραστηριοτήτων και την ανοικοδόμηση των αναπτυξιακών ακολουθιών περιλαμβάνοντας αντικείμενα και ανθρώπους.

Οι δραστηριότητες επιλέγονται βάσει των αναπτυξιακών κενών όπου θέλουμε να αναπτύξουμε. Οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο ως προς τη γενίκευση των επιτευγμάτων του παιδιού σε οποιοδήποτε περιβάλλον και αν βρίσκονται.

B. Προσεγγίσεις Ενίσχυσης της Εναλλακτικής Επικοινωνίας

Τα μισά περίπου παιδιά με αυτισμό δεν χρησιμοποιούν λόγο. Υπάρχουν ανεξάρτητες τεχνικές εναλλακτικής επικοινωνίας όπου βοηθούν ορισμένα παιδιά να μάθουν να ζητάνε κάποια πράγματα έτσι ώστε να καλύπτουν μερικές βασικές ανάγκες, χωρίς όμως να διδάσκονται το νόημα και τη σημασία της επικοινωνίας. Η επιλογή του συστήματος εναλλακτικής επικοινωνίας που θα ακολουθήσει τελικά το παιδί καθορίζεται συνήθως είτε από την προτίμηση των γονέων είτε από την εκπαίδευση που έχουν λάβει οι εκάστοτε θεραπευτές (Anderson, 2002).

B1. Επικοινωνιακό Σύστημα Ανταλλαγής Εικόνων – PECS: Picture Exchange Communication System

Το PECS αναπτύχθηκε το 1985 από τους Andrew S. Bondy, Ph.D. & Lori Frost, M.S., CCC/SLP, είναι μία προσαυξητική και εναλλακτική τεχνική όπου τα άτομα με λίγη ή καθόλου λεκτική ικανότητα μαθαίνουν να επικοινωνούν χρησιμοποιώντας κάρτες με

εικόνες. Τα παιδιά χρησιμοποιούν εικόνες για να «φωνοποιήσουν» μία επιθυμία, παρατήρηση ή συναίσθημα.

Το PECS ξεκινάει διδάσκοντας στο άτομο να δίνει την εικόνα ενός επιθυμητού αντικειμένου σε έναν «σύντροφο επικοινωνίας», ο οποίος αμέσως ανταποκρίνεται στην ανταλλαγή σαν να είναι αίτημα. Το σύστημα περνά στη διδασκαλία της διάκρισης μεταξύ εικόνων και πώς να τις βάζουμε μαζί σχηματίζοντας προτάσεις. Στα πιο προχωρημένα στάδια τα άτομα μαθαίνουν να απαντούν σε ερωτήσεις και να κάνουν σχόλια.

Το PECS σημειώνει επιτυχία με άτομα όλων των ηλικιών που έχουν διάφορες επικοινωνιακές, γνωστικές και σωματικές δυσκολίες. Πολλά παιδιά προσχολικής ηλικίας αρχίζουν να αναπτύσσουν λόγο χρησιμοποιώντας το PECS.

B2. Γλωσσικό πρόγραμμα MAKATON

Το γλωσσικό πρόγραμμα MAKATON αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 και το όνομά του προέρχεται από τα αρχικά γράμματα των ονομάτων των τριών λογοθεραπευτές που βοήθησαν στο σχεδιασμό του προγράμματος, Margaret Walker, and Katharine Johnston and Tony Cornforth, οι οποίοι είναι συνεργάτες στη Royal Association for Deaf people (Sheehy et. Al, 2014). Είναι ένα μέσο επικοινωνίας που ενθαρρύνει την ανάπτυξη των γλωσσικών δεξιοτήτων σε παιδιά και ενήλικους με επικοινωνιακές διαταραχές. Επίσης, χρησιμοποιείται για την εισαγωγή στη διαδικασία εκμάθησης της γραφής και της ανάγνωσης, αλλά και ως ένας τρόπος εναλλακτικής επικοινωνίας, όπου αυτό κριθεί απαραίτητο. Αποτελείται από ένα βασικό λεξιλόγιο που περιέχει 450 έννοιες και το οποίο είναι χωρισμένο σε 8 αναπτυξιακά στάδια.

Για τη διδασκαλία του χρησιμοποιείται η πολυαισθητηριακή προσέγγιση, εφόσον συνδυάζει τη χρήση προφορικής ομιλίας, νοημάτων και γραπτών συμβόλων (Βογονδρούκας, 2005).

Γ. Αισθητηριακές – Κινητικές Προσεγγίσεις (Sensorimotor Approaches)

Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με αυτισμό είναι υπερευαίσθητα ή υποευαίσθητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα να βιώνουν υπερβολική ή ανεπαρκή αισθητηριακή διέγερση σε σύγκριση με τους περισσότερους ανθρώπους

(Dawson & Walting, 2000). Η αρχή αυτή αποτελεί την βάση των αισθητηριακών – κινητικών θεραπειών σύμφωνα με τον Smith (1996), όπου απαριθμούνται περισσότερες από 1.800 παραλλαγές. Παρακάτω αναφέρονται 5 βασικές προσεγγίσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά με άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα ως προς την αντιμετώπιση μερικών συμπτωμάτων.

Γ1. Μουσικοθεραπεία (Music Therapy)

Η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με αυτισμό ξεκίνησε στην Αγγλία κατά τη δεκαετία 1950-60, από τους μουσικοθεραπευτές Juliette Alvin (1897–1982), Paul Nordoff (1910-1977) και Clive Robbins (1927) (Τσίρης 2005:41-42) έχοντας ως βάση την ουμανιστική ψυχολογία. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να προσεγγίσει τα πιο καίρια σημεία της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος και να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση βασικών δεξιοτήτων. Έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα συχνά παρουσιάζουν έντονο ενδιαφέρον και ανταπόκριση στη μουσική. Η μουσική σκοπεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην καλλιέργεια μιας θετικής σχέσης ανάμεσα στο παιδί με αυτισμό, την οικογένεια του και το θεραπευτή (Trevanthen, 2002).

Μέσω της μουσικοθεραπείας έχουν παρατηρηθεί κάποια ευεργετικά σημεία σε διάφορους τομείς, όπως: 1) αναπτύσσεται η επίγνωση του εαυτού τους, οδηγώντας τους έτσι σε μία πιο εξωστρεφή κοινωνική συμπεριφορά, 2) διεγείρεται και αναπτύσσεται η επικοινωνιακή χρήση της φωνής καθώς και των προ-λεκτικών διαλόγων με ένα άλλο άτομο, 3) αυξάνεται η ανεκτικότητα στα ακουστικά ερεθίσματα, 4) αναπτύσσεται η ανεκτικότητα και η ικανότητα του παιδιού για αμφίδρομη επικοινωνία, 5) προσφέρει την ευκαιρία για κοινή εστίαση της προσοχής του παιδιού μαζί με ένα άλλο άτομο καθώς και άλλες συναισθηματικές ανάγκες που καλύπτονται κατά τη θεραπευτική διαδικασία και 6) μπορεί να βοηθήσει τους γονείς των παιδιών με αυτισμό, βελτιώνοντας τις σχέσεις μεταξύ γονιών και παιδιού και αναπτύσσοντας θετικές αλληλεπιδράσεις.

Γ2. Αισθητηριακή ολοκλήρωση (Sensory Integration)

Η αισθητηριακή ολοκλήρωση (Baranek, 2002) είναι η εγκεφαλική οργάνωση και ερμηνεία των εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως αυτά προέρχονται μέσω της κίνησης, της

αφής, της όσφρησης, της όρασης και της ακοής. Τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα παρουσιάζουν έντονες υπο- ή υπερ- ευαισθησίες στα διάφορα ερεθίσματα που δέχονται και έτσι αδυνατούν να τα επεξεργαστούν.

Οι πιο βασικοί στόχοι της αισθητηριακής ολοκλήρωσης είναι:

- Η βελτίωση της επεξεργασίας και της οργάνωσης των αισθητηριακών ερεθισμάτων
- Η αύξηση της συχνότητας και της διάρκειας των αντιδράσεων προσαρμογής σε συγκεκριμένα ερεθίσματα (απευαισθητοποίηση)
- Η βελτίωση των αντιληπτικών δεξιοτήτων
- Η ανάπτυξη της λεκτικής ικανότητας
- Η προσαρμογή στις απαιτήσεις της καθημερινότητας και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων

Γ3. Ακουστική ολοκλήρωση (Auditory Integration Therapy)

Η μέθοδος της ακουστικής ολοκλήρωσης απευθύνεται σε άτομα που βρίσκονται στο φάσμα και που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες σε αυτούς τους τρεις αναπτυξιακούς τομείς: ακουστική επεξεργασία, κινητικό σχεδιασμό και αισθητηριακή ολοκλήρωση.

Η ακουστική ολοκλήρωση αναφέρεται συγκεκριμένα στην ευαισθησία του ατόμου στα ακουστικά ερεθίσματα. Βασίζεται στην υπόθεση ότι η υπερευαίσθητη ακοή των ατόμων που βρίσκονται στο φάσμα μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση μιας προβληματικής συμπεριφοράς και να εμποδίσει την εκπαίδευση του ατόμου.

Γ4. Οπτικές θεραπείες (Vision Therapy)

Οι οπτικές θεραπείες χορηγούνται πάντα με συνταγή γιατρού. Υπάρχουν διάφορα είδη οπτικών θεραπειών τα οποία έχουν εφαρμοστεί (μερικές είναι οι κινητικές ασκήσεις του ματιού, οι φακοί επαφής και τα χρωματιστά φίλτρα) και στοχεύουν στην βελτίωση της οπτικής επεξεργασίας και της οπτικής/χωρικής αντίληψης που μπορεί να σχετίζονται με ορισμένα συμπτώματα του αυτισμού. (American Optometric Association, 2012)

Δ. Βιοχημικές Προσεγγίσεις (Biochemical Approaches)

Δ1. Φαρμακευτική Αγωγή (Medication)

Εφόσον γίνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά που βρίσκονται σε αναπτυξιακή περίοδο επρόκειτο για μία κρίσιμη απόφαση διότι μπορεί να παρουσιαστούν επιπλοκές. Οι Langworthy- Lam, Aman και Van Bourgodien (2002) αναφέρουν ότι τα παιδιά με αυτισμό είναι μία ομάδα που λαμβάνει αρκετά φάρμακα. Οι φαρμακευτικές αγωγές δεν θεραπεύουν τον αυτισμό αλλά έχει αποδειχτεί ότι μπορούν να βελτιώσουν αρκετά συμπτώματα καθώς και να λειτουργήσουν θετικά ως προς τις εκπαιδευτικές και τις συμπεριφορικές παρεμβάσεις, επίσης, παρατηρείται βελτίωση στη συμπεριφορά.

Η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να γίνεται σταδιακά έτσι ώστε να σταματήσει η οργανική εξάρτηση του παιδιού από την εκάστοτε αγωγή και από τις παρενέργειες που επιφέρει (Aman & Langworthy, 2000).

Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να είναι η τελευταία επιλογή ως προς την αντιμετώπιση μερικών συμπτωμάτων του αυτισμού, ιδιαίτερα όταν το άτομο εκδηλώνει συμπεριφορές που μπορεί να είναι καταστροφικές ή όταν έχει συνωδά οργανικά προβλήματα. Τέλος, τα φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται σε παιδιά που δεν έχουν πρόσβαση σε εναλλακτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες και τα χρησιμοποιούμε για να καταστείλουμε ορισμένες ανεπιθύμητες συμπεριφορές.

Δ2. Δίαιτα ελεύθερη από καζεΐνη και γλουτένιο (Gluten-free, casein-free diet/ GFCF)

Η αφαίρεση της γλουτένης (μία πρωτεΐνη που την βρίσκουμε στο κριθάρι, τη σίκαλη, τη βρώμη και το σιτάρι) και της καζεΐνης (μία πρωτεΐνη που την βρίσκουμε στα γαλακτοκομικά προϊόντα), γνωστή και ως «Δίαιτα χωρίς γλουτένη και χωρίς καζεΐνη» (ή GFCF), είναι μία δημοφιλής διατροφική θεραπεία για τα συμπτώματα του αυτισμού. Θεωρείται ότι οι πρωτεΐνες αυτές απορροφούνται με διαφορετικό τρόπο σε άτομα που βρίσκονται στο φάσμα και ότι δρουν σαν ψευδο-οπιούχα (φάρμακα) στον εγκέφαλο τους.

Η συγκεκριμένη παρέμβαση δεν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένη αλλά πολλές οικογένειες αναφέρουν ότι η συγκεκριμένη διατροφή βοηθάει στην ρύθμιση των εντερικών συνηθειών, του ύπνου, της δραστηριότητας, των συνηθισμένων συμπεριφορών καθώς και βελτιώνει την συνολική ανάπτυξη του παιδιού τους. Δεν

υπάρχουν συγκεκριμένες εργαστηριακές εξετάσεις για την θετική παρέμβαση αυτής της διατροφής και για αυτόν τον λόγο οι περισσότερες οικογένειες διαλέγουν μία δοκιμή διατροφικού περιορισμού με στενή παρακολούθηση από την ίδια την οικογένεια και την ομάδα παρατήρησης (Millward *et al.*, (2008)

E. Προσεγγίσεις Ενίσχυσης του Παιχνιδιού

E1. Μη-κατευθυνόμενο παιχνίδι

Για την ενίσχυση της ανάπτυξης της αλληλεπίδρασης καθώς και για την κατανόηση και τη χρήση του προφορικού λόγου χρησιμοποιούμε το μη-κατευθυνόμενο παιχνίδι. Το έργο του θεραπευτή ή του γονέα είναι να παίζει δίπλα στο παιδί μιμούμενος τις κινήσεις του και κάνοντας κάποιο λεκτικό σχόλιο που αρμόζει στο λεκτικό επίπεδο του παιδιού ή του πλαισίου, τα οποία γίνονται συγχρονισμένα με τη δραστηριότητα που εκτελεί το παιδί (Harris, 1992).

Η διαρρύθμιση του περιβάλλοντος παίζει σημαντικό ρόλο προκειμένου να αυξηθούν τα κίνητρα και οι ευκαιρίες του παιδιού με αυτισμό και η ανταπόκριση του σε διαφορετικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα (Koegel, & Carter, 1999). Τα βασικά χαρακτηριστικά του μη-κατευθυνόμενου παιχνιδιού είναι να επιτύχει ο ενήλικας τα ακόλουθα: i) επίτευξη της συνδυαστικής προσοχής ακολουθώντας το παράδειγμα του παιδιού, ii) να προκαλεί ελαφρώς το επίπεδο μάθησης του παιδιού, iii) να ανταποκρίνεται με συνέπεια και προσαρμοστικότητα στις προσπάθειες επικοινωνίας του παιδιού, iv) να δημιουργεί πλαίσια και ευκαιρίες για να αναπτύξει το παιδί το παιχνίδι του και v) να σχολιάζει το αντικείμενο ή τη δραστηριότητα που προσέχει και ενδιαφέρει το παιδί.

E2. Εκπαίδευση στην πιλοτική αντίδραση

Η εκπαίδευση στην πιλοτική αντίδραση είναι μια παρεμβατική μέθοδος που έχει σχεδιαστεί για να χρησιμοποιείται από ανθρώπους που ζούνε ή εργάζονται με άτομα με αυτισμό (Terpstra, Higgins, & Pierce, 2002). Η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιεί μια πιλοτική συμπεριφορά για να μεταβάλλει μια άλλη συμπεριφορά.

Τα παιδιά που αναπτύσσονται φυσιολογικά πρέπει να εκπαιδευτούν για να χρησιμοποιούν την πιλοτική εκπαίδευση μέσω υπόδησης ρόλου, μίμησης προτύπου και

διδασκαλίας (Pierce & Schreibman, 1997). Εν συνεχεία, ο συνομηλίκος εφαρμόζει τις στρατηγικές που έμαθε με το παιδί με αυτισμό σε ένα πλαίσιο όπου ο δάσκαλος μπορεί να παρατηρήσει και να κάνει εποικοδομητικά σχόλια για τη χρήση των στρατηγικών. Ο Stahmer (1995) ανέφερε ότι μετά την εφαρμογή της πιλοτικής εκπαίδευσης τα παιδιά έδειξαν αυξημένο συμβολικό παιχνίδι. Τα παιδιά με αυτισμό που συμμετείχαν σε προγράμματα πιλοτικής εκπαίδευσης ήταν σε θέση και μετά το πέρας τους να εμπλακούν σε υψηλά επίπεδα αλληλεπίδρασης, διαφόρων παιχνιδιών με αντικείμενα και χρήση του λόγου. Οι δεξιότητες τους γενικεύτηκαν σε διάφορα πλαίσια, ερεθίσματα και συνομηλίκους (Pierce, Schreibman, 1995, 1997). Οι Thorp, Stahmer και Schreibman (1995) ανέφεραν θετικές αλλαγές στο παιχνίδι, στο λόγο και στις κοινωνικές δεξιότητες, αλλά με περιορισμένη γενίκευση σε άλλα άτομα και πλαίσια.

E3. Ενσωματωμένες ομάδες παιχνιδιού (Integrated Play Groups)

Στα τέλη της δεκαετίας του '80 η Pamela Wolfberg αναπτύσσει τις ενσωματωμένες ομάδες παιχνιδιού οι οποίες προάγουν το παιχνίδι ανάμεσα στα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα και τα τυπικά αναπτυσσόμενα. Στην κάθε ομάδα συμμετέχουν τρία έως πέντε παιδιά που έχουν ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες και το παιδί που βρίσκεται στο φάσμα, εφόσον η ομάδα έχει δημιουργηθεί τότε ο ενήλικας, ο οποίος έχει εκπαιδευτεί για να δομεί αλληλεπιδράσεις παιχνιδιού με συνομηλίκους, έρχεται να οργανώσει την αναπτυξιακά κατάλληλη δραστηριότητα.

Αυτές οι αλληλεπιδράσεις είναι μη-παρεμβατικές και επικεντρώνονται στο μη τυπικά αναπτυσσόμενο παιδί, το οποίο επειδή ανταποκρίνεται καλά στη ρουτίνα, οι συναντήσεις γίνονται 2 με 3 φορές την εβδομάδα και διαρκούν από μισή έως μία ώρα.

Οι Wolfberg και Schuler (1993) αξιολόγησαν την επίδραση του συγκεκριμένου μοντέλου στις κοινωνικές και γνωστικές διαστάσεις του παιχνιδιού σε τρία παιδιά με αυτισμό. Ανακάλυψαν ότι μειώθηκε το μοναχικό και στερεοτυπικό παιχνίδι τους και αυξήθηκε το αλληλεπιδραστικό παιχνίδι. Θετικές αλλαγές παρατηρήθηκαν και στις στάσεις, στις πεποιθήσεις και στη γνώση των συνομηλίκων που αναπτύσσονται φυσιολογικά εξαιτίας της συμμετοχής τους σε μια ενσωματωμένη ομάδα παιχνιδιού. Οι Boucher και Lewis (1990), Charman και BaronCohen (1997) και Jarrold, Boucher και Smith (1996) υποστήριξαν ότι τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να εμπλακούν και να

κατανοήσουν το συμβολικό παιχνίδι όταν τους παρέχονται πρόσθετες υποστηρικτικές δομές.

ΣΤ. Προσεγγίσεις ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης

ΣΤ1. Κοινωνικές Ιστορίες (Social Stories)

Οι κοινωνικές ιστορίες είναι περισσότερο κατάλληλες για υψηλά λειτουργικά άτομα με αυτισμό, μαθησιακές δυσκολίες και σύνδρομο Asperger. Ο Tony Attwood αναφέρει ότι οι κοινωνικές ιστορίες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στο να καταφέρει το παιδί με αυτισμό να κατανοήσει πώς πρέπει να αντιδράσει σε συγκεκριμένες καταστάσεις και να εντοπίσει τις πράξεις που πρέπει να αποφεύγει.

ΣΤ2. Ο Κύκλος των Φίλων (Friendship Circle)

Ο κύκλος των φίλων συνήθως αποτελείται από 6-8 παιδιά τα οποία συναντώνται τακτικά, 1 φορά την εβδομάδα για 8 - 12 συνεδρίες με την κάθε συνεδρία να διαρκεί 30 λεπτά. Τα άτομα που επρόκειτο να συμπεριληφθούν σε αυτόν τον κύκλο επιλέγονται με ιδιαίτερη προσοχή από τον εκπαιδευτικό βάσει της ευαισθησίας και το είδος των επαφών που έχουν με το παιδί που βρίσκεται στο φάσμα. Έπειτα τα παιδιά αυτά ενημερώνονται για τη λειτουργικότητα του κύκλου καθώς και με ποιον τρόπο μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να αλληλεπιδράσει.

Ο κύκλος των φίλων είναι μία παρέμβαση που δεν στοχεύει στη δημιουργία φιλικών σχέσεων, αλλά στην ανάπτυξη και βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας του παιδιού με αυτισμό, που μπορεί εν συνεχεία να οδηγήσουν στη δημιουργία μιας φιλίας.

ΣΤ3. Παρέμβαση Ανάπτυξη Σχέσεων - (Relationship Development Intervention (RDI)

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκτελείται κατα κόρων από τους γονείς και σύμφωνα με τον Steven Gustein εστιάζει στη βελτίωση συγκεκριμένων δεξιοτήτων, όπως η δημιουργία της φιλίας, το αίσθημα της συμπάθειας, η έκφραση της αγάπης και η ικανότητα του ατόμου να μοιράζεται εμπειρίες με άλλους ανθρώπους, οι οποίες δεξιότητες θεωρούνται ως απαραίτητες για την διαχείριση διαφόρων καταστάσεων της

πραγματικής ζωής. Ο Steven Gustein αυτές τις ικανότητες τις αποκαλεί ως δυναμική νοημοσύνη και περιγράφει έξι τομείς:

1) *Συναισθηματικές Αναφορές*: είναι η ικανότητα χρήσης ενός συστήματος συναισθηματικής ανατροφοδότησης για τη μάθηση μέσα από των υποκειμενικών εμπειριών των άλλων.

2) *Κοινωνικός Συντονισμός*: είναι η ικανότητα παρατήρησης και ρύθμισης της συμπεριφοράς με σκοπό τη συμμετοχή σε αυθόρμητες σχέσεις όπως είναι η συνεργασία και η ανταλλαγή συναισθημάτων.

3) *Δηλωτική Γλώσσα*: είναι η χρήση της γλώσσας και της μη- λεκτικής επικοινωνίας για να εκφράσουμε την περιέργεια, να καλέσουμε άλλους σε αλληλεπίδραση, να μοιραστούμε αντιλήψεις και συναισθήματα και να συντονίσουμε τις πράξεις μας με τους άλλους.

4) *Ευέλικτη σκέψη*: είναι η ικανότητα της γρήγορης προσαρμογής, αλλαγής στρατηγικών και μεταποίησης σχεδίων που βασίζεται στην αλλαγή των καταστάσεων.

5) *Επεξεργασία Σχεσιακών Πληροφοριών*: είναι η ικανότητα διατήρησης μίας έννοιας σε ένα ευρύτερο πλαίσιο. Η επίλυση προβλημάτων που δεν έχουν μόνο «σωστή και λάθος» λύση.

6) *Πρόβλεψη και Γνώση εκ των υστέρων*: είναι η ικανότητα να συλλογίζομαστε παρελθοντικές εμπειρίες και να προβλέπουμε πιθανά μελλοντικά σενάρια με παραγωγικό τρόπο.

ΣΤ4. Scerts Model

Το SCERTS είναι ένα καινοτόμο εκπαιδευτικό μοντέλο το οποίο απευθύνεται σε παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού και στις οικογένειες αυτών. Το μοντέλο αυτο παρέχει συγκεκριμένες καντευθυντήριες γραμμές για να βοηθήσει το παιδί να γίνει ένας ικανός και με αυτοπεποίθηση κοινωνικός συνομιλητής καθώς μαθαίνει να

αποτρέπει προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία παρεμβαίνουν στη μάθηση και στην ανάπτυξη των σχέσεων. Επίσης, είναι έτσι σχεδιασμένο για να βοηθάει τις οικογένειες, τους εκπαιδευτικούς και τους θεραπευτές να λειτουργούν ως ομάδα, με συντονισμένο τρόπο έτσι ώστε κατά την υποστήριξη του παιδιού να επέλθει η μέγιστη πρόοδος.

Το SCERTS είναι ένα ακρονύμιο το οποίο αναφέρετε:

«SC» - Social Communication (Κοινωνική Επικοινωνία): η ανάπτυξη της αυθόρμητης και λειτουργικής επικοινωνίας, της συναισθηματικής έκφρασης καθώς και τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ παιδιών και γονέων.

«ER» - Emotional Regulation (Συναισθηματική Ρύθμιση): η ανάπτυξη της ικανότητας διατήρησης μίας καλά οργανωμένης συναισθηματικής κατάστασης έτσι ώστε το άτομο να διαχειρίζεται το άγχος της καθημερινότητας με αποτέλεσμα το παιδί να είναι πιο θετικό ως προς τη μάθηση και την αλληλεπίδραση.

«TS» - Transactional Support (Συναλλακτική Υποστήριξη): η ανάπτυξη και η εφαρμογή υποστηρικτικών μέσων για να καταφέρουν οι συνεργάτες του παιδιού να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα του καθώς και να τροποποιήσουν και να προσρμόσουν το περιβάλλον παρέχοντας τα κατάλληλα εργαλεία για την ενίσχυση της μάθησης (π.χ. εικόνες επικοινωνίας, γραμμένα χρονοδιαγράμματα και αισθητηριακά ερεθίσματα). Επιπλέον τα συγκεκριμένα προγράμματα ανάπτυσσονται για την παροχή εκπαιδευτικής και συναισθηματικής υποστήριξης στις οικογένειες καθώς προωθεί και την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών.

Τέλος, το μοντέλο SCERTS μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε παιδιά και σε ενήλικες διαφόρων αναπτυξιακών δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των λεκτικών και των μη λεκτικών ατόμων. Πρόκειται για ένα μοντέλο που χρησιμοποιείται καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από την πρώτη διάγνωση, καθ' όλη τη σχολική περίοδο και κατά την ενηλικίωση του ατόμου. Επιπλέον, το μοντέλο αυτό μπορεί να προσαρμοστεί και να καλύψει τις ιδιαίτερες απαιτήσεις των διαφορετικών κοινωνικών πλαισίων (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο, στη κοινότητα καθώς και στον εργασιακό περιβάλλον) για νέα και για ενήλικα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα.

Z. Λογοθεραπεία (Speech Therapy) – Εργοθεραπεία (Occupational Therapy)

Η εργοθεραπεία στο πλαίσιο του αυτιστικού φάσματος έχει ως σκοπό τη διατήρηση, βελτίωση ή εισαγωγή δεξιοτήτων οι οποίες θα επιτρέψουν στο άτομο να συμμετάσχει όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα σε καθημερινές δραστηριότητες.

Μέσω των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων το παιδί μπορεί να βοηθηθεί σε πολλούς τομείς και να αυτονομηθεί σε διάφορα περιβάλλοντα.

Δεξιότητες όπως το ντύσιμο, η σίτιση, η εκπαίδευση της τουαλέτας, η διαμονή στο σπίτι, οι κοινωνικές δεξιότητες, η αισθητηριακή ολοκλήρωση, η λεπτή – αδρή κινητικότητα, οι οπτικές δεξιότητες, η αντιμετώπιση καταστάσεων, η αυτοεξηγηρέτηση κλπ., επιτυγχάνονται μέσω της εργοθεραπείας.

Η λογοθεραπεία συμβάλλει στην ανάπτυξη του λόγου, της επικοινωνίας και διδάσκει την πρακτική χρήση της γλώσσας (δηλαδή το να ξέρει τι να πει, πώς να το πει, και πότε να το πει καθώς και το πώς να αλληλεπιδράσει κοινωνικά με άλλους ανθρώπους). Άτομα που βρίσκονται στο φάσμα παρατηρείται πως η ομιλία τους θα είναι είτε περιορισμένη , είτε απύσα, είτε δε θα γίνετε σωστή χρήση και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μη αποτελεσματική επικοινωνία του ατόμου που βρίσκεται στο φάσμα μαζί με άλλους ανθρώπους. Μέσω της λογοθεραπείας μπορούμε να βοηθήσουμε το παιδί να αλληλοεπιδρά πιο σωστά με το περιβάλλον του.

1.1.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται σε ελεύθερη μετάφραση τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά όπως αυτά ορίζονται στο DSM5 (βλέπε παράρτημα 1, σελ. 153 Για τα διαγνωστικά κριτήρια)

Τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος είναι οι ανυποχώρητες μειώσεις στην αμοιβαία κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση και στα περιορισμένα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων. Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και περιορίζουν ή επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργία του ατόμου. Το στάδιο όπου η λειτουργική ανεπάρκεια θα γίνει προφανές, ποικίλλει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου και το περιβάλλον του. Ο πυρήνας των διαγνωστικών χαρακτηριστικών γίνεται εμφανής κατά την αναπτυξιακή περίοδο, αλλά παρεμβάσεις, αντισταθμίσεις και τρέχουσες στηρίξεις μπορούν να καλύψουν τις δυσκολίες τουλάχιστον σε ορισμένα πλαίσια. Επίσης, οι εκδηλώσεις της διαταραχής διαφέρουν κατά πολύ ανάλογα με τη σοβαρότητα της αυτιστικής κατάστασης, το αναπτυξιακό επίπεδο και τη χρονολογική ηλικία του κάθε ατόμου. Η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος περιλαμβάνει διαταραχές που παλαιότερα έχουν αναφερθεί ως: πρώιμος παιδικός αυτισμός, αυτισμός της παιδικής ηλικίας, αυτισμός του Kanner, άτυπος αυτισμός, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη-προσδιοριζόμενη αλλιώς, αποσυνθετική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και διαταραχή Asperger.

Αναλυτικότερα, οι φθορές στην επικοινωνία και στην κοινωνική αλληλεπίδραση είναι διάχυτες και διατηρητέες/συνεχές. Οι διαγνώσεις είναι πιο έγκυρες και πιο αξιόπιστες όταν βασίζονται σε πολλαπλές πηγές πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένων των παρατηρήσεων του κλινικού ιατρού, το ιστορικό από τον φροντιστή και την αναφορά του ίδιου του ατόμου όταν αυτό είναι δυνατόν. Λεκτικά και μη-λεκτικά ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία έχουν ποικίλες εκδηλώσεις ανάλογα με την ηλικία, το νοητικό επίπεδο και την γλωσσική ικανότητα του ατόμου καθώς και άλλων παραγόντων όπως το ιστορικό της θεραπείας και της τρέχουσας υποστήριξης. Πολλά άτομα έχουν γλωσσικά ελλείμματα που κυμαίνονται από την πλήρη έλλειψη ομιλίας έως και την καθυστέρηση της ομιλίας, την φτωχή κατανόηση του λόγου, την αντίληψη του

λόγου ή την αφύσικη και την υπερβολικά κυριολεκτική ομιλία. Στην διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, ακόμη και όταν οι κυρίαρχες γλωσσικές ικανότητες (π.χ. το λεξιλόγιο και η γραμματική) είναι άθικτες, η χρήση της γλώσσας στην αμοιβαία κοινωνική επικοινωνία διαταράσσεται.

Ελλείμματα στην κοινωνικο-συναισθηματική αμοιβαιότητα (δηλαδή, την ικανότητα να συνεργαστεί με άλλους και να μοιραστεί σκέψεις και συναισθήματα), είναι εμφανές στοιχείο νεαρών παιδιών με τη διαταραχή, όπου η έναρξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, η ανταλλαγή συναισθημάτων καθώς και μίμηση της συμπεριφοράς των άλλων μπορεί να μην εμφανίζονται ή να εμφανίζονται μερικώς. Η όποια λεκτική ικανότητα υπάρχει είναι συχνά μονόπλευρη, υπάρχει έλλειψη της κοινωνικής αμοιβαιότητας και η ομιλία χρησιμοποιείται μόνο για να ζητήσει ή να επισημάνει κάτι παρά για να σχολιάσει ή για να μοιραστεί συναισθήματα. Σε ενήλικες χωρίς νοητική υστέρηση ή καθυστέρηση της ομιλίας, οι δυσκολίες των ελλειμμάτων στην κοινωνικό-συναισθηματική αμοιβαιότητα μπορεί να είναι πιο εμφανείς κατά την επεξεργασία και κατά την ανταπόκριση σύνθετων κοινωνικών νύξεων (π.χ. πότε και πως να συμμετέχει σε μία συνομιλία και τι να μην πει). Ενήλικες οι οποίοι έχουν αναπτύξει αντισταθμιστικές στρατηγικές για ορισμένες κοινωνικές προκλήσεις εξακολουθούν να δυσκολεύονται σε νέες και μη υποστηρικτικές καταστάσεις και να υποφέρουν από την προσπάθεια και την αγωνία του συνειδητού υπολογισμού τι είναι κοινωνικά αποδεκτό για τα περισσότερα άτομα.

Ελλείμματα στις μη λεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές όπου χρησιμοποιούνται για την κοινωνική αλληλεπίδραση, εκδηλώνονται με μειωμένη ή απύουσα ή άτυπη χρήση της βλεμματικής επαφής (αναλογικά με τις πολιτισμικές νόρμες), των χειρονομιών, των εκφράσεων του προσώπου, τον προσανατολισμό του σώματος ή τον τονισμό της ομιλίας. Ένα από τα πρώτα χαρακτηριστικά του ατόμου με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος είναι η μειωμένη συλλογιστική προσοχή η οποία εκδηλώνεται με την έλλειψη ένδειξης ή παρουσίασης αντικειμένων έτσι ώστε να μοιραστεί το ενδιαφέρον του μαζί με άλλους ή την αδυναμία να ακολουθήσει την ένδειξη κάποιου ή να παρατηρήσει κάτι με το βλέμμα του. Το άτομο μπορεί να μάθει μερικές λειτουργικές χειρονομίες άλλα το ρεπερτόριό του είναι μικρότερο από των άλλων και συχνά αποτυγχάνει να χρησιμοποιήσει τις

εκφραστικές χειρονομίες αυθόρμητα κατά την επικοινωνία. Μεταξύ των ενηλίκων με ευφράδεια στη γλώσσα, η δυσκολία στον συντονισμό της μη λεκτικής επικοινωνίας με την ομιλία μπορεί να δώσει την εντύπωση μιας περιέργης, άχαρης ή υπερβολικής χρήσης της γλώσσας του σώματος κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων. Οι απομειώσεις μπορεί να είναι σχετικά διακριτικές σε επιμέρους καταστάσεις (π.χ. κάποιος μπορεί να έχει σχετικά καλή βλεμματική επαφή όταν μιλάει) αλλά η φτωχή ενσωμάτωση της βλεμματικής επαφής, των χειρονομιών, των στάσεων του σώματος, της προσωδίας και των εκφράσεων του προσώπου γίνονται εμφανείς κατά την κοινωνική επικοινωνία.

Επιπλέον, τα ελλείμματα στην ανάπτυξη, τη διατήρηση και την κατανόηση των σχέσεων θα πρέπει να κρίνονται βάσει των νορμών για την ηλικία, το φύλο και τον πολιτισμό. Το κοινωνικό ενδιαφέρον μπορεί να είναι, απών, μειωμένο ή άτυπο, το οποίο εκδηλώνεται με την απόρριψη των άλλων, την παθητικότητα ή με τις ακατάλληλες προσεγγίσεις οι οποίες φαίνονται επιθετικές ή αποδιοργανωτικές. Οι δυσκολίες αυτές είναι εμφανείς στα νεαρά παιδιά, όπου συχνά παρατηρείται η έλλειψη των κοινωνικών παιχνιδιών και της φαντασίας (π.χ. ηλικιακά κατάλληλο συμβολικό παιχνίδι) και αργότερα, η επιμονή σε παιχνίδια με πολύ σταθερούς κανόνες. Άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να δυσκολεύονται να κατανοήσουν πια συμπεριφορά θεωρείται ως κατάλληλη σε μία κατάσταση αλλά όχι σε μία άλλη (π.χ. περιστασιακή συμπεριφορά κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης εργασίας), ή τους διάφορους τρόπους με τους οποίους μπορεί να χρησιμοποιηθεί η γλώσσα για την επικοινωνία (π.χ. η ειρωνεία ή τα αθώα ψέματα). Μπορεί να υπάρχει μια εμφανής προτίμηση για μοναχικές δραστηριότητες ή για την αλληλεπίδραση με πολύ νεότερους ή ηλικιωμένους ανθρώπους. Συχνά, υπάρχει η επιθυμία για τη δημιουργία φιλίας χωρίς την πλήρη ή την ρεαλιστική ιδέα για το τι συνεπάγεται η φιλία (π.χ. μονόπλευρες φιλίες ή φιλίες που βασίζονται αποκλειστικά σε κοινά ειδικά ενδιαφέροντα). Οι σχέσεις με τα αδέρφια, τους συναδέλφους, και τους φροντιστές είναι επίσης σημαντικό να εξεταστούν (από την άποψη της αμοιβαιότητας).

Η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, επίσης, ορίζεται από τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων όπου παρουσιάζεται μία ποικιλία εκδηλώσεων ανάλογα με την ηλικία και την ικανότητα, την

παρέμβαση και την τρέχουσα υποστήριξη. Οι στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές περιλαμβάνουν: απλές στερεοτυπικές κινήσεις (π.χ. τίναγμα ή χτύπημα των χεριών ή των δακτύλων), επαναλαμβανόμενη χρήση των αντικειμένων (π.χ. στρίψιμο νομισμάτων ή σειροθέτηση των παιχνιδιών) και επαναληπτική ομιλία (π.χ. ηχολαλία, καθυστερημένη ή άμεση παπαγαλία αυτών που άκουσε, χρήση του «εσύ» όταν αναφέρεται στον εαυτό του, στερεοτυπική χρήση των λέξεων ή/και των φράσεων ή στερεοτυπική χρήση των προσωδιακών μοτίβων). Η υπερβολική προσκόλληση σε ρουτίνες και σε περιορισμένα πρότυπα συμπεριφοράς μπορεί να παρουσιάσουν αντιδράσεις κατά την αλλαγή (π.χ. άγχος σε μικρές αλλαγές, όπως αλλαγή της συσκευασίας των αγαπημένων του τροφίμων, επιμονή στην προσκόλληση των κανόνων, ακαμψία της σκέψης) ή να παρατηρηθούν τελετουργικά πρότυπα της λεκτικής ή της μη-λεκτικής συμπεριφοράς (π.χ., επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις ή περιμετρικός βηματισμός). Τα εξαιρετικά περιορισμένα και «εμμονικά» ενδιαφέροντα του ατόμου με τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος τείνουν να είναι μη φυσιολογικά στην ένταση ή στην εστίαση (π.χ. ένα νήπιο μπορεί να προσηλωθεί έντονα σε ένα σκεύος, ένα παιδί να απορροφηθεί με μία ηλεκτρική σκούπα, ένας ενήλικας να γράφει με τις ώρες χρονοδιαγράμματα). Μερικές καταστάσεις ή αντικείμενα που τον γοητεύουν ή ρουτίνες μπορεί να σχετίζονται με υπερβολική ή με μειωμένη αντίδραση στα αισθητηριακά ερεθίσματα και αυτό μπορεί να εκδηλωθεί με υπερβολικές αντιδράσεις σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, με το να μυρίζει υπερβολικά κάτι ή να αγγίζει αντικείμενα, να γοητεύεται με τα φώτα ή να στριφογυρίζει αντικείμενα, και μερικές φορές να παρατηρείται εμφανής αδιαφορία στον πόνο, στην θερμότητα ή στο κρύο. Οι υπερβολικές αντιδράσεις στην γεύση, την όσφρηση, την υφή ή την εμφάνιση τροφής ή οι υπερβολικοί περιορισμοί στις τροφές είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό της διαταραχής. Πολλοί ενήλικες με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος χωρίς νοητική υστέρηση ή γλωσσικές δυσκολίες μαθαίνουν πως να καταστείλουν την επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά τους στο κοινό. Τα ειδικά ενδιαφέροντα μπορεί να είναι πηγή ευχαρίστησης και κινήτρου και μπορούν να παρέχουν κατευθύνσεις για την εκπαίδευση και την μετέπειτα απασχόληση στη ζωή. Τα διαγνωστικά κριτήρια μπορούν να αναγνωριστούν όταν τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων είχαν παρουσιαστεί έντονα κατά την παιδική ηλικία ή

σε κάποια χρονική στιγμή στο παρελθόν, ακόμη και αν τα συμπτώματα αυτά δεν παρουσιάζονται πλέον.

Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικές σημαντικές φθορές στον κοινωνικό, επαγγελματικό, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της τρέχουσας λειτουργίας.

Τα ελλείμματα της κοινωνικής επικοινωνίας, παρ' όλο που μερικές φορές συνοδεύονται από τη νοητική υστέρηση (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή) δεν είναι σύμφωνα με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου και τα ελλείμματα υπερβαίνουν τις δυσκολίες που αναμένονται με βάση το αναπτυξιακό επίπεδο.

Εν κατακλείδι, συμπεραίνεται ότι διαγνωστικά εργαλεία τυποποιημένων συμπεριφορών με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, η συνέντευξη από τον φροντιστή, τα ερωτηματολόγια καθώς και οι κλινικές παρατηρήσεις, μπορεί να βελτιώσουν την αξιοπιστία της διάγνωσης με την πάροδο του χρόνου και μεταξύ των κλινικών.

1.1.4 Διαφορική Διάγνωση

Σύνδρομο Rett (Rett syndrome)

Διατάραξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια της οπισθοδρομικής φάσης του συνδρόμου Rett (συνήθως μεταξύ 1-4 ετών), έτσι, ένα σημαντικό ποσοστό των προσβεβλημένων νεαρών κοριτσιών μπορεί να έχουν μια παρουσίαση η οποία συναντά τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Ωστόσο, μετά από τη συγκεκριμένη περίοδο, τα περισσότερα άτομα με σύνδρομο Rett βελτιώνουν τις δεξιότητες της κοινωνικής επικοινωνίας και τα χαρακτηριστικά του αυτισμού δεν είναι πλέον ένας σημαντικός τομέας ανησυχίας. Συνεπώς, η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος θα πρέπει να υπολογίζετε μόνο όταν συναντώνται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια.

Επιλεκτική Αλαλία (Selective Mutism)

Στην επιλεκτική αλαλία συνήθως δεν επηρεάζεται η πρόωρη ανάπτυξη. Το προσβεβλημένο παιδί συνήθως επιδεικνύει κατάλληλες δεξιότητες επικοινωνίας σε ορισμένα πλαίσια και καταστάσεις. Ακόμα και σε καταστάσεις όπου το παιδί είναι βουβό, η κοινωνική αμοιβαιότητα δεν είναι μειωμένη καθώς και τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφορών δεν παρουσιάζονται.

Γλωσσικές Διαταραχές και Κοινωνική (Πραγματολογική) Διαταραχή της Επικοινωνίας (Language Disorders and Social (Pragmatic) Communication Disorder)

Σε ορισμένες μορφές της γλωσσικής διαταραχής, μπορεί να υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας και ορισμένες δευτερεύουσες κοινωνικές δυσκολίες. Ωστόσο, η ειδική γλωσσική διαταραχή δεν σχετίζεται με μη φυσιολογική μη λεκτική επικοινωνία, ούτε και με την παρουσία του επαναλαμβανόμενου, περιορισμένου μοτίβου συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων.

Όταν ένα άτομο παρουσιάζει ελλείμματα στη κοινωνική επικοινωνία και τη κοινωνική αλληλεπίδραση αλλά δεν παρουσιάζει περιορισμένη και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά ή ενδιαφέροντα, τότε συναντώνται τα κριτήρια για τη κοινωνική (πραγματολογική) διαταραχή της επικοινωνίας αντί για τη διαταραχή του αυτιστικού

φάσματος. Η διάγνωση της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος αντικαθιστά εκείνη της κοινωνικής (πραγματολογικής) διαταραχής της επικοινωνίας, όταν πληρούνται τα κριτήρια για τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, και θα πρέπει να δοθεί προσοχή στις ερωτήσεις σχετικά με τις παρελθοντικές ή τις τρέχουσες περιορισμένες/επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.

Νοητική Υστέρηση (Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) χωρίς τη Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) without Autism Spectrum Disorder)

Η νοητική υστέρηση χωρίς τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος σε πολύ νεαρά παιδιά. Άτομα με νοητική υστέρηση που δεν έχουν αναπτύξει τις γλωσσικές ή τις συμβολικές δεξιότητες, είναι μία πρόκληση για την διαφορική διάγνωση διότι η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά συχνά εμφανίζεται και σε αυτά τα άτομα. Η διάγνωση της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος σε ένα άτομο με νοητική υστέρηση είναι κατάλληλη όταν η κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση είναι σημαντικά μειωμένη σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο των μη λεκτικών δεξιοτήτων του ατόμου (π.χ. δεξιότητες λεπτής κινητικότητας, μη λεκτική επίλυση προβλημάτων). Σε αντίθεση, η νοητική υστέρηση είναι η κατάλληλη διάγνωση όταν δεν υπάρχει εμφανής απόκλιση μεταξύ του επιπέδου των κοινωνικών – επικοινωνιακών δεξιοτήτων και άλλων νοητικών δεξιοτήτων.

Στερεοτυπική Διαταραχή της Κίνησης (Stereotypic Movement Disorder)

Οι κινητικές στερεοτυπίες είναι ένα από τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της διαταραχής του αυτισμού, έτσι μία επιπρόσθετη διάγνωση στερεοτυπικής διαταραχής της κίνησης δε δίνεται όταν αυτές οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές εξηγούνται καλύτερα με τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Ωστόσο, όταν οι στερεοτυπίες προκαλούν αυτό-τραυματισμό και ο αυτό-τραυματισμός γίνεται το επίκεντρο της θεραπείας, τότε και οι δύο διαγνώσεις μπορεί να είναι κατάλληλες.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

Διαταραχές της προσοχής (υπερβολική εστίαση ή εύκολη απόσπαση) είναι κοινές σε άτομα με τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος καθώς και της υπερκινητικότητας. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν οι δυσκολίες της προσοχής ή της υπερκινητικότητας υπερβαίνουν αυτές που συνήθως εμφανίζονται σε άτομα συγκρίσιμης νοητικής ηλικίας.

Σχιζοφρένεια (Schizophrenia)

Η σχιζοφρένεια με έναρξη κατά την παιδική ηλικία συνήθως αναπτύσσεται μετά από μία περίοδο φυσιολογικής, ή σχεδόν φυσιολογικής, ανάπτυξης. Έχει γίνει περιγραφή μίας προδρομικής φάσης (prodromal state) κατά την οποία παρουσιάζονται κοινωνικές δυσλειτουργίες καθώς και άτυπα ενδιαφέροντα και πεποιθήσεις, τα οποία θα μπορούσαν να συγχέονται με τα κοινωνικά ελλείμματα της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος. Δύο καθοριστικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας είναι οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις, τα οποία δεν είναι χαρακτηριστικά για τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Ωστόσο, οι κλινικοί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους το δυναμικό των ατόμων με τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος και να είναι πιο συγκεκριμένοι ως προς την ερμηνεία τους από ερωτήσεις σχετικά με τα βασικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας (π.χ., " ακούτε φωνές, όταν κανείς δεν είναι εκεί;" «Ναι [στο ραδιόφωνο]").

1.1.5 Συννοσηρότητα

Η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος συχνά σχετίζεται με νοητικά ελλείμματα και με δομικές διαταραχές της γλώσσας (structural language disorder) (π.χ. ανικανότητα κατανόησης και δημιουργίας προτάσεων με τη κατάλληλη γραμματική), όπου θα πρέπει να σημειωθούν υπό το πλαίσιο των σχετικών προσδιοριστικών όταν εφαρμόζεται. Πολλά άτομα με τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος έχουν ψυχιατρικά συμπτώματα που δεν αποτελούν μέρος των διαγνωστικών κριτηρίων για τη διαταραχή (περίπου 70% των ατόμων με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος μπορεί να έχει μία συννοσηρή ψυχική διαταραχή, και 40% μπορεί να έχει δύο ή περισσότερες συννοσηρές ψυχικές διαταραχές). Όταν συναντούνται τα κριτήρια και για τη Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας και για την Διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, τότε θα πρέπει να δίνονται και οι δύο διαγνώσεις. Η ίδια αρχή ισχύει και για την ταυτόχρονη διάγνωση της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος και την αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού, διαταραχές άγχους, καταθλιπτικές διαταραχές, καθώς και για άλλες συννοσηρές διαγνώσεις. Μεταξύ των ατόμων που δεν επικοινωνούν λεκτικά ή έχουν λεκτικά ελλείμματα, όπου παρατηρούνται συμπτώματα όπως αλλαγές στον ύπνο ή στο φαγητό καθώς και πιο έντονη προκλητική συμπεριφορά, θα πρέπει να αξιολογηθούν για άγχος ή για κατάθλιψη. Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (ανάγνωση και αριθμητική) είναι κοινά όπως είναι και η αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού. Ιατρικές παθήσεις που συνήθως συνδέονται με τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, θα πρέπει να σημειώνονται σύμφωνα με τον προσδιοριστή (π.χ. σχετίζεται με μια ιατρικά/γενετική ή περιβαλλοντική/επίκτητη κατάσταση). Τέτοιες ιατρικές καταστάσεις περιλαμβάνουν επιληψία, προβλήματα ύπνου και δυσκοιλιότητα. Αποφευκτική-περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής (Avoidant-restrictive food intake disorder) είναι ένα αρκετά συχνό χαρακτηριστικό που παρουσιάζεται στη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος και ακραίες ή περιορισμένες διατροφικές προτιμήσεις μπορεί να επιμένουν.

1.2 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) – Attention-Dificit / Hyperavtivity Disorder (ADHD)

1.2.1 Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μία από τις πιο συχνές συμπεριφορικές διαταραχές καθώς και η πιο συχνή νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Είναι μία εκ γενετής διαταραχή η οποία εμμένει καθ' όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου και εμφανίζεται με διπλάσιο ποσοστό στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται από απροσεξία, αδεξιότητα, δυσκολίες στην αφοσίωση των σχολικών υποχρεώσεων ή τη συμμόρφωση σε υποδείξεις. Η διαταραχή μεταφράζεται ως ανικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς και συχνά, σχετίζεται με αρνητικές επιδόσεις στο σχολείο, καθυστέρηση (ελλείμματα) στη μάθηση και στην επικοινωνία.

Η ΔΕΠ-Υ για πρώτη φορά αναφέρθηκε το 1902 από τον βρετανό παιδίατρο Sir George Still ο οποίος περιέγραψε «μη φυσιολογικά ελαττώματα στον ηθικό έλεγχο των παιδιών». Βρήκε ότι τα επηρεασμένα παιδιά ενώ ήταν ευφυής δεν μπορούσαν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους με τον ίδιο τρόπο όπως τα τυπικά αναπτυσσόμενα.

Το 1968 η APA (American Phychological Association) συμπεριέλαβε το σύνδρομο στο 2^ο διαγνωστικό εγχειρίδιο (DSM-II) ως υπερκινητική – παρορμητική διαταραχή (hyperkinetic impulse disorder).

Το 1980 το DSM-III άλλαξε την ονομασία σε «Διαταραχή Ελειμματικής Προσοχής» (Attention Deficit Disorder (ADD) και επειδή οι επιστήμονες πίστευαν ότι η υπερκινητικότητα δεν είναι κοινό χαρακτηριστικό της διαταραχής, δημιούργησαν δύο υποτύπους: 1) διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα και 2) διαταραχή ελλειμματικής προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα.

Το 1987 το αναθεωρημένο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-III, έδωσε τον όρο « Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας» ένας ορισμός που χρησιμοποιούμε ακόμα και σήμερα. Επίσης, συνδύασαν τα τρία συμπτώματα (έλλειψη

προσοχής, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας) σε έναν τύπο της διαταραχής και απέρριψαν τους προηγούμενους υποτύπους.

Το 2000 κυκλοφόρησε το DSM-IV όπου καθόρισε τρεις υποκατηγορίες : α) συνδυαζόμενη ΔΕΠ-Υ, β) ΔΕΠ-Υ όπου κυρίως παρατηρείται η απροσεξία και γ) ΔΕΠ-Υ όπου κυρίως παρατηρείται η υπερκινητικότητα / παρορμητικότητα , αυτές οι υποκατηγορίες συνήθως χρησιμοποιούνται από επαγγελματίες στον τομέα της υγείας.

Το 2013 κυκλοφόρησε το DSM-5 όπου δεν έχει γίνει κάποια αλλαγή στην ονομασία της διαταραχής καθώς και στις υποκατηγορίες της, η μόνη διαφοροποίηση ανάμεσα στο DSM-IV και στο DSM5 είναι στο διαγνωστικό επίπεδο όπου στο DSM5 πρόσθεσαν κάποια επιπλέον διαγνωστικά κριτήρια καθώς και συγκεκριμενοποίησαν την ηλικία εμφάνισης της διαταραχής.

Το DSM-5 ορίζει την ΔΕΠ-Υ ως *«ένα επίμονο μοτίβο της έλλειψης προσοχής ή/και της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας όπου παρεμβαίνουν στην λειτουργικότητα ή στην ανάπτυξη του ατόμου και παρουσιάζονται συμπτώματα σε δύο ή σε περισσότερα περιβάλλοντα (π.χ. στο σπίτι, το σχολείο ή την εργασία, με φίλους ή με συγγενείς, σε άλλες δραστηριότητες) και επιδρούν αρνητικά στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργία του ατόμου. Επίσης, αρκετά συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα πριν την ηλικία των δώδεκα ετών»*.

Ένας άλλος ορισμός που δίνεται είναι:

«Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, δηλαδή σχετίζεται με την ωρίμανση του νευρικού συστήματος και εμφανίζεται με σταθερή πορεία και ειδικές γνωστικές δυσλειτουργίες. Πρόκειται για μια συνήθη συμπεριφορική διαταραχή της παιδικής ηλικίας, η οποία ωστόσο παραμένει και στην ενήλικη ζωή των παιδιών με ΔΕΠΥ, όπως κατέδειξαν μακροχρόνιες μελέτες» (Κουμούλα, 2012).

1.2.2 Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης

Η συγκεκριμένη διαταραχή δεν θεωρείται θεραπεύσιμη αλλά αρκετά συμπτώματα τα οποία παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου μπορούν να βελτιωθούν – ελεγχθούν μέσω μίας πολυδιάστατης θεραπείας. Όπως όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, έτσι και η αυτή θα πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατόν έτσι ώστε το παιδί να προσαρμοστεί πιο εύκολα και με καλύτερο τρόπο στο περιβάλλον του και να αποδώσει στις εκάστοτε απαιτήσεις με το μέγιστο των δυνατοτήτων του.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις κυμαίνονται από τις φαρμακευτικές αγωγές ως και τις συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται ότι η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της είναι αποτελεσματική αλλά το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας της Αμερικής (National Institutes of Mental Health) δηλώνει ότι και άλλες θεραπευτικές επιλογές, όπως είναι η ψυχοθεραπεία, η συμπεριφορική θεραπεία, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, η εκπαίδευση των γονέων ακόμα ίσως και η διατροφή, είναι σημαντικές.

A. Φαρμακευτική Αγωγή (Medication Treatment)

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει **διεγερτικά** και **μη διεγερτικά** φάρμακα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Τα φάρμακα χορηγούνται για τον αποτελεσματικότερο έλεγχο των επιπέδων της υπερκινητικότητας, της ελλειμματικής προσοχής και της γνωστικής προσοχής των μαθητών (Friemoth, 2005). Ωστόσο, πάντα υπάρχουν και παρενέργειες όπου συνήθως είναι η καταστολή της όρεξης, η αϋπνία, το άγχος /οξυθυμία, αλλά και σοβαρότερα (σπάνια αλλά πιθανά), όπως, καρδιακά προβλήματα και ψυχωτικές αντιδράσεις. Οι γονείς και οι γιατροί του παιδιού θα πρέπει να αποφασίζουν από κοινού για το ποια θεραπεία είναι η καταλληλότερη για το παιδί καθώς και για το αν το παιδί χρειάζεται να λαμβάνει αγωγή μόνο κατά τη διάρκεια του σχολείου ή ακόμα και τα απογεύματα και τα Σαββατοκύριακα. Επίσης, περιστασιακά συνιστούνται διαλλείματα κατά τη φαρμακευτική αγωγή για να γίνετε εκτίμηση της αναγκαιότητάς της.

Διεργετικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Κοινά διεργετικά του ΚΝΣ περιλαμβάνουν:

- διεργετικά τύπου αμφεταμίνης (Adderall, Dexedrine, Dextrostat)
- dextromethamphetamine (Desoxyn)
- dextromethylphenidate (Focalin)
- methylphenidate (Concerta, Daytrana, Metadate, Ritalin)

Τα μη διεργετικά φάρμακα λαμβάνονται όταν τα διεργετικά δεν επιφέρουν θετικά αποτελέσματα καθώς και όταν προκαλούν «ανυπόφορες» παρενέργειες.

Μη διεργετικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν: Atomoxetine (Strattera) και αντικαταθλιπτικά όπως νορτριπυλίνη HCl (Pamelor)

B. Ψυχοθεραπεία (Psychotherapy)

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με ΔΕΠ-Υ (αλλά και τις οικογένειες αυτών των ατόμων) να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους καθώς και να αποδεχτούν αλλά και να αντιμετωπίσουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Όπως ήδη γνωρίζουμε άτομα που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσουν προβλήματα με πρόσωπα κύρους και με συνομηλίκους, η ψυχοθεραπεία βοηθά τα άτομα ως προς την κατάλληλη διαχείριση αυτών των σχέσεων.

Επιπλέον, στα πλαίσια της ψυχοθεραπείας δίνεται η δυνατότητα στα άτομα να διερευνήσουν τα πρότυπα της συμπεριφοράς τους και να μάθουν να κάνουν κατάλληλες επιλογές έτσι ώστε να είναι ωφέλιμες ως προς την μελλοντική τους πορεία. Τέλος, συμβάλλει θετικά ως προς την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης του ατόμου.

Γ. Συμπεριφορική Θεραπεία [Behavior Therapy (BT)]

Η συμπεριφορική θεραπεία προσπαθεί να διδάξει το άτομο να αντιλαμβάνεται καλύτερα τις συμπεριφορές του και στη συνέχεια να τροποποιεί αυτές τις συμπεριφορές κατάλληλα. Το παιδί και οι οικογένεια του παιδιού ή ο δάσκαλος θα πρέπει να συνεργαστούν ως προς την ανάπτυξη στρατηγικών για την αντιμετώπιση ορισμένων

καταστάσεων και των συμπεριφορών που προκύπτουν. Συχνά, για την εκμάθηση κατάλληλων συμπεριφορών απαιτείται μία άμεση ανατροφοδότηση. Λόγου χάριν, θα μπορούσε να επινοηθεί ένα συμβολικό σύστημα ανταμοιβής ως προς την ενίσχυση των θετικών - κατάλληλων συμπεριφορών.

Δ. Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία [Cognitive Behavioural Therapy (CBT)]

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι μία θεραπεία δια του λόγου (talking therapy) όπου βοηθά τα άτομα να διαχειριστούν τα προβλήματά τους αλλάζοντας τον τρόπο σκέψης τους και τη συμπεριφορά τους. Ο θεραπευτής θα προσπαθήσει να αλλάξει τα αισθήματα του ατόμου ως προς μία κατάσταση, όπου σιγά σιγά ενδέχεται να αλλάξει η γενική συμπεριφορά του ατόμου. Η συγκεκριμένη θεραπεία μπορεί να διεξαχθεί με έναν θεραπευτή ατομικά ή σε μια ομάδα.

Ε. Εκπαίδευση Κοινωνικών Δεξιοτήτων (Social Skills Training)

Η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι χρήσιμη όταν το παιδί παρουσιάζει σημαντικά ζητήματα λειτουργικότητας σε κοινωνικά περιβάλλοντα. Όπως η συμπεριφορική θεραπεία, έτσι και η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων προσπαθεί να διδάξει νέες και πιο κατάλληλες συμπεριφορές καθώς και το πώς οι συμπεριφορές τους επηρεάζει τους άλλους. Αυτές οι συμπεριφορές σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορούν να διδαχτούν μέσω του παιχνιδιού. Μερικές συμπεριφορές που μπορεί να διδάξει ο θεραπευτής είναι: να περιμένει το παιδί τη σειρά του, να μοιράζεται τα παιχνίδια, να ζητά βοήθεια, να αντιμετωπίζει τα «πειράγματα» και το πιο βασικό να μάθει να λειτουργεί καλύτερα με τον κόσμο γύρω του.

ΣΤ. Εκπαίδευση γονέων (Parent Training)

Η συγκεκριμένη εκπαίδευση παρέχει στους γονείς εργαλεία και τεχνικές για την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα μαθαίνει στους γονείς με ποιους τρόπους μπορούν να επικοινωνήσουν, να παίξουν ή να εργαστούν με το παιδί τους έτσι ώστε να βελτιώσουν την προσοχή τους και την συμπεριφορά τους. Ο βασικός σκοπός αυτής της εκπαίδευσης είναι να αυξηθεί η

αυτοπεποίθηση των γονέων ως προς την ικανότητά τους για να βοηθήσουν το παιδί τους αλλά και να βελτιωθεί η σχέση τους.

Z. Διατροφή (Diet)

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ (και όχι μόνο) καλό είναι να έχουν μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή. Η ιατρική συμβολή είναι απαραίτητη ως προς την αποφυγή συγκεκριμένων τροφών.

Μερικά άτομα μπορεί να έχουν παρατηρήσει μια συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων τροφών και την επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Για παράδειγμα, η ζάχαρη, οι χρωστικές και οι προσθετικές ουσίες των τροφίμων καθώς και η καφεΐνη έχουν κατηγορηθεί για την επιδείνωση της υπερκινητικότητας.

Συμπληρώματα Διατροφής (Food Supplements).

Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα συμπληρώματα ωμέγα-3 και ωμέγα-6 λιπαρών οξέων μπορεί να είναι ευεργετικά σε άτομα με ΔΕΠ-Υ, αν και τα στοιχεία που το υποστηρίζουν αυτό είναι πολύ περιορισμένα. Η ιατρική συμβολή ως προς τη χρήση συμπληρωμάτων είναι απαραίτητη καθώς και τα συμπληρώματα δεν θα πρέπει να λαμβάνονται μακροπρόθεσμα διότι μπορούν να φτάσουν σε επικίνδυνα επίπεδα στον οργανισμό του ατόμου.

1.2.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά σε ελεύθερη μετάφραση όπως αυτά ορίζονται στο DSM5 (βλέπε παράρτημα 2, σελ. 158 Για τα διαγνωστικά κριτήρια)

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι το επίμονο μοτίβο της αφηρημάδας/απροσεξίας του ατόμου ή/και της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που παρεμβαίνει στη λειτουργικότητα ή την ανάπτυξη. Η έλλειψη προσοχής εκδηλώνεται στη ΔΕΠ-Υ ως: «περιπλάνηση» μακριά από το καθήκον, έλλειψη επιμονής, δυσκολία διατήρησης της προσοχής και έλλειψη οργάνωσης όπου δεν οφείλονται σε ανυπακοή ή έλλειψη κατανόησης. Η υπερκινητικότητα αναφέρεται ως υπερβολικά κινητική δραστηριότητα σε μη κατάλληλες περιστάσεις, υπερβολικά νευρικά κουνήματα ή χτυπήματα ή υπερβολική ομιλητικότητα. Στους ενήλικες, η υπερκινητικότητα μπορεί να εκδηλωθεί ως υπερβολική ανησυχία ή μπορεί να κουράζουν τους άλλους με την δραστηριότητά τους. Η παρορμητικότητα αναφέρεται σε βιαστικές ενέργειες που συμβαίνουν ξαφνικά σε μια στιγμή, χωρίς να το πολυσκεφτούνε και έχουν υψηλές πιθανότητες τραυματισμού (π.χ. να πεταχτούν στον δρόμο χωρίς να κοιτάζουν). Η παρορμητικότητα μπορεί να αντανakλά την επιθυμία για άμεση ανταμοιβή ή την ανικανότητα του ατόμου να περιμένει να κάνει κάτι που το ευχαριστεί. Οι παρορμητικές συμπεριφορές μπορεί να εκδηλωθούν ως κοινωνική παρεμβατικότητα – αδιακρισία (π.χ. διακόπτοντας τους άλλους υπερβολικά) ή/και ως λήψη σημαντικών αποφάσεων χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τις μακροπρόθεσμες συνέπειες (π.χ. λαμβάνοντας μια θέση εργασίας χωρίς επαρκείς πληροφορίες).

Η ΔΕΠ-Υ ξεκινά στην παιδική ηλικία. Μια απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι να είναι παρόντα πολλά συμπτώματα πριν την ηλικία των δώδεκα (12) ετών. Η ακριβής ηλικία έναρξης είναι δύσκολο να καθοριστεί διότι παρουσιάζονται δυσκολίες κατά τον καθορισμό της ακριβούς ηλικιακής παλινδρόμησης. Επιπλέον, η ανάκληση των συμπτωμάτων κατά την παιδική ηλικία από τους ενήλικες, ενώ μπορεί να είναι αναξιόπιστη ταυτόχρονα μπορεί να είναι ωφέλιμη ως προς την απόκτηση βοηθητικών πληροφοριών.

Οι εκδηλώσεις της διαταραχής θα πρέπει να είναι παρούσες σε παραπάνω από ένα περιβάλλον (π.χ. στο σπίτι, το σχολείο ή/και τη δουλειά). Η επιβεβαίωση των σημαντικών συμπτωμάτων δε μπορεί να γίνει ακριβής, χωρίς να συμβουλευτούμε πληροφοριοδότες που έχουν δει τα άτομα σε αυτά τα περιβάλλοντα. Συνήθως, τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με το περιεχόμενο του περιβάλλοντος. Τέλος, τα σημάδια της διαταραχής μπορεί να είναι ελάχιστα ή απών όταν το άτομο λαμβάνει συχνές ανταμοιβές για κατάλληλες συμπεριφορές ή όταν είναι υπό στενή επιτήρηση ή όταν είναι σε ένα νέο περιβάλλον ή όταν ασχολείται με ενδιαφέρουσες δραστηριότητες ή όταν έχει κάποιο συνεχές εξωτερικό ερέθισμα (π.χ. ηλεκτρονική οθόνη) ή σε καταστάσεις που αλληλεπιδρά ιδιαίτερος (π.χ. στο γραφείο του κλινικού ιατρού).

1.2.4 Διαφορική Διάγνωση

Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder)

Άτομα με εναντιωματική προκλητική διαταραχή μπορεί να εναντιώνονται σε εργασίες της δουλειάς ή του σχολείου όπου απαιτούν αυτό-εφαρμογή (self-application) διότι αντιτίθενται στις απαιτήσεις των άλλων. Η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται από αρνητισμό, εχθρότητα και περιφρόνηση. Σε άτομα με ΔΕΠ-Υ αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει να διαφοροποιηθούν από την αποστροφή προς στο σχολείο ή από τα διανοητικά καθήκοντα που απαιτούνται λόγω της δυσκολίας διατήρησης της διανοητικής προσπάθειας, της έλλειψης μνήμης (ξεχνά τις εντολές) και της παρορμητικότητας. Η διαφορική διάγνωση περιπλέκεται λόγω του γεγονότος ότι ορισμένα άτομα με ΔΕΠ-Υ μπορεί να αναπτύξουν δευτερογενή εναντιωματική συμπεριφορά απέναντι σε τέτοια καθήκοντα και να υποτιμηθεί η σημασία τους.

Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή (Intermittent Explosive Disorder)

Η ΔΕΠ-Υ και η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή μοιράζονται υψηλά ποσοστά της παρορμητικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, άτομα με διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή εμφανίζουν σοβαρή επιθετικότητα απέναντι σε άλλους, κάτι το οποίο δεν είναι χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ, και δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη διατήρηση της προσοχής, όπως φαίνεται στη ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή είναι σπάνια στην παιδική ηλικία. Η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή μπορεί να διαγνωσθεί υπό την παρουσία της ΔΕΠ-Υ.

Άλλες Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (Other Neurodevelopmental Disorders).

Η αυξημένη κινητική δραστηριότητα που μπορεί να συμβαίνει στη ΔΕΠ-Υ πρέπει να διακρίνεται από την επαναλαμβανόμενη κινητική συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζει την στερεοτυπική διαταραχή της κίνησης και σε μερικές περιπτώσεις τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Στην στερεοτυπική διαταραχή της κίνησης, η κινητική συμπεριφορά είναι γενικά σταθερές και επαναλαμβανόμενες κινήσεις (π.χ. κούνημα του σώματος, αυτό-δαγκώματα), ενώ η νευρική και η ανησυχία στη ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως γενικευμένα και δεν χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές

κινήσεις. Τα συχνά πολλαπλά μυοσπασμάτα (Tics) της διαταραχής Tourette μπορεί εσφαλμένα να θεωρηθούν και ως γενικευμένες νευρικές κινήσεις της ΔΕΠ-Υ. Μπορεί να χρειαστεί παρατεταμένη παρατήρηση για τη διαφοροποίηση της νευρικότητας από την έξαρση των πολλαπλών μυοσπασμάτων.

Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Specific Learning Disorder)

Παιδιά με ειδική μαθησιακή διαταραχή μπορεί να παρουσιάζονται ως αφηρημένα/απρόσεκτα λόγω της απογοήτευσης, της έλλειψης ενδιαφέροντος ή της περιορισμένης ικανότητας. Ωστόσο, η απροσεξία/αφηρημάδα σε άτομα με ειδική μαθησιακή διαταραχή, χωρίς ΔΕΠ-Υ δεν προκαλεί έκπτωση ικανοτήτων εκτός της ακαδημαϊκής εργασίας.

Νοητική Υστέρηση (Αναπτυξιακή Νοητική Διαταραχή) [Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)]

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι κοινά μεταξύ των παιδιών που τοποθετούνται σε ακαδημαϊκά πλαίσια τα οποία είναι ακατάλληλα της νοητικής τους ικανότητας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα συμπτώματα δεν είναι εμφανή κατά τη διάρκεια των μη-ακαδημαϊκών καθηκόντων. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στη νοητική υστέρηση προϋποθέτει ότι η απροσεξία ή η υπερκινητικότητα είναι υπερβολικά για τη νοητική ηλικία.

Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) [Autism spectrum disorder (ASD)]

Άτομα με ΔΕΠ-Υ και άτομα τα οποία βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν απροσεξία, κοινωνική δυσλειτουργία και δυσκολία διαχείρισης της συμπεριφοράς. Η κοινωνική δυσλειτουργία και η απόρριψη των συνομηλίκων τα οποία παρουσιάζονται σε άτομα με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να διαφοροποιούνται από την κοινωνική απαγκίστρωση, την απομόνωση καθώς και την έλλειψη επικοινωνιακών προσωδιακών στοιχείων (της φωνής και του προσώπου) τα οποία παρουσιάζονται σε άτομα με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να παρουσιάσουν εκρήξεις θυμού διότι αδυνατούν να διαχειριστούν την οποιαδήποτε αλλαγή από την αναμενόμενη πορεία των γεγονότων. Σε αντίθεση, τα

παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να επιδεικνύουν ή να έχουν μία έκρηξη θυμού κατά τη διάρκεια μιας μεγάλης μετάβασης, λόγω της παρορμητικότητας και του φτωχού αυτο-ελέγχου.

Αντιδραστική Διαταραχή της Προσκόλλησης (Reactive Attachment Disorder)

Παιδιά με την αντιδραστική διαταραχή της προσκόλλησης μπορεί να παρουσιάσουν άρση κοινωνικών αναστολών, αλλά όχι το πλήρες σύμπλεγμα συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, επιπλέον, εμφανίζουν και άλλα χαρακτηριστικά όπως η έλλειψη μακροχρόνιων σχέσεων το οποίο δεν είναι χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ.

Αγχώδεις Διαταραχές (Anxiety Disorders)

Η ΔΕΠ-Υ μοιράζεται τα συμπτώματα της έλλειψης προσοχής με τις αγχώδεις διαταραχές. Άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι αφηρημένα, λόγω της έλξης από εξωτερικά ερεθίσματα, από νέες δραστηριότητες ή από την ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες. Ενώ, στις αγχώδεις διαταραχές η έλλειψη προσοχής παρουσιάζεται λόγω της ανησυχίας και του έντονου στοχασμού. Η νευρικότητα μπορεί να παρουσιάζεται και στις δύο διαταραχές. Ωστόσο, στη ΔΕΠ-Υ, αυτό το σύμπτωμα δεν σχετίζεται με την ανησυχία και τον έντονο στοχασμό.

Καταθλιπτικές Διαταραχές (Depressive Disorders)

Τα άτομα με καταθλιπτικές διαταραχές μπορεί να παρουσιάσουν αδυναμία συγκέντρωσης. Ωστόσο, η κακή συγκέντρωση σε διαταραχές της διάθεσης γίνεται εμφανής μόνο κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου.

Διπολική Διαταραχή (Bipolar Disorder)

Τα άτομα με διπολική διαταραχή μπορεί να έχουν αυξημένη δραστηριότητα, κακή συγκέντρωση και αυξημένη παρορμητικότητα, αλλά αυτά τα χαρακτηριστικά είναι επεισοδιακά και συμβαίνουν αρκετές ημέρες του χρόνου. Στη διπολική διαταραχή η αυξημένη παρορμητικότητα και η έλλειψη προσοχής συνοδεύονται από αυξημένη διάθεση, μεγαλοπρέπεια (αίσθημα μεγαλείου) και άλλα ειδικά διπολικά χαρακτηριστικά. Παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάσουν σημαντικές αλλαγές της διάθεσης μέσα στην ημέρα, όμως αυτή η αστάθεια της διάθεσης διαφοροποιείται από ένα μανιακό επεισόδιο,

το οποίο πρέπει να διαρκέσει για τέσσερις (4) ή περισσότερες ημέρες έτσι ώστε να θεωρηθεί μία κλινική ένδειξη της διπολικής διαταραχής, ακόμα και σε παιδιά. Η διπολική διαταραχή είναι σπάνια σε παιδιά προ-εφηβικής ηλικίας ακόμα και όταν είναι εμφανής η σοβαρή ευερεθιστότητα και ο θυμός, ενώ η ΔΕΠ-Υ είναι κοινή μεταξύ των παιδιών και των εφήβων που εμφανίζουν υπερβολικό θυμό και ευερεθιστότητα.

Αποδιοργανωτική Διαταραχή και Απορρύθμιση Διάθεσης (Disruptive Mood Dysregulation Disorder).

Χαρακτηρίζεται από τη διάχυτη ευερεθιστότητα και την έλλειψη υπομονής λόγω της απογοήτευσης όμως η παρορμητικότητα και η ανοργάνωτη προσοχή δεν είναι βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής. Ωστόσο, τα περισσότερα παιδιά και έφηβοι με τη διαταραχή παρουσιάζουν συμπτώματα τα οποία πληρούν τα κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, η οποία διαγιγνώσκεται ξεχωριστά.

Διαταραχές λόγω Χρήσης Ουσιών (Substance Use Disorders)

Η διαφοροποίηση της ΔΕΠ-Υ από της διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών μπορεί να είναι προβληματική αν η πρώτη παρουσίαση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ έπεται της έναρξης της κατάχρησης ή της συχνής χρήσης. Σαφείς ενδείξεις της ΔΕΠ-Υ πριν την κατάχρηση ουσιών από πληροφοριοδότες ή από προηγούμενα αρχεία μπορεί να είναι απαραίτητες για τη διαφορική διάγνωση.

Διαταραχές της Προσωπικότητας (Personality Disorders)

Σε εφήβους και ενήλικες, μπορεί να είναι δύσκολο να διακρίνουμε τη ΔΕΠ-Υ από την οριακή (μεταιχμιακή), τη ναρκισσιστική και από άλλες διαταραχές της προσωπικότητας. Όλες αυτές οι διαταραχές τείνουν να μοιράζονται τα χαρακτηριστικά της αποδιοργάνωσης, της κοινωνικής παρεμβατικότητας, της συναισθηματικής και της γνωστικής δυσλειτουργίας. Ωστόσο, η ΔΕΠ-Υ δεν χαρακτηρίζεται από το φόβο της εγκατάλειψης, τον αυτο-τραυματισμό, την ακραία αμφιθυμία ή από άλλα χαρακτηριστικά των διαταραχών της προσωπικότητας. Για να πραγματοποιηθεί η διαφορική διάγνωση μπορεί να χρειαστούν εκτεταμένη κλινική παρατήρηση, συνεντεύξεις από πληροφοριοδότες ή λεπτομερές ιστορικό για την διάκριση της

παρορμητικής, της κοινωνικά αδιάκριτης ή ανάρμοστης συμπεριφοράς από την ναρκισσιστική, επιθετική ή αυταρχική συμπεριφορά.

Ψυχωτικές Διαταραχές (Psychotic Disorders)

Η ΔΕΠ-Υ δεν διαγιγνώσκεται εάν τα συμπτώματα της έλλειψης προσοχής και της υπερκινητικότητας εμφανίζονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια μιας ψυχωτικής διαταραχής.

Συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ λόγω Φαρμακευτικής Αγωγής (Medication-Induced Symptoms of ADHD)

Τα συμπτώματα της έλλειψης προσοχής, της υπερκινητικότητας ή της παρορμητικότητας που αποδίδονται στη χρήση φαρμάκων (π.χ. βρογχοδιασταλτικά, ισονιαζίδη, νευροληπτικά [Με αποτέλεσμα την ακαθυσία], αντικατάσταση θυρεοειδούς φάρμακα), διαγιγνώσκονται ως άλλη συγκεκριμένη ή μη-συγκεκριμένη διαταραχή σχετιζόμενη με ουσίες.

Νευρογνωστικές Διαταραχές (Neurocognitive Disorders)

Πρώιμη σημαντική νευρογνωστική διαταραχή (άνοια) και/ή η ήπια νευρογνωστική διαταραχή δεν είναι γνωστό ότι σχετίζονται με την ΔΕΠ-Υ, άλλα μπορεί να παρουσιάσουν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά. Αυτές οι καταστάσεις διακρίνονται από τη ΔΕΠ-Υ λόγω της καθυστερημένης έναρξής τους.

1.2.5 Συννοσηρότητα

Σε κλινικά περιβάλλοντα, οι συνυπάρχουσες διαταραχές είναι συχνές σε άτομα των οποίων τα συμπτώματα πληρούν τα κριτήρια της ΔΕΠ-Υ. Στον γενικό πληθυσμό η εναντιωματική προκλητική διαταραχή εμφανίζεται μαζί με τη ΔΕΠ-Υ, όπου περίπου στο ήμισυ των παιδιών παρουσιάζεται με μεικτά χαρακτηριστικά και στο εν τέταρτον, παρουσιάζονται κατά βάση τα συμπτώματα της έλλειψης προσοχής. Η διαταραχή της συμπεριφοράς συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ περίπου στο ένα τέταρτο των παιδιών ή των εφήβων με μεικτά χαρακτηριστικά, ανάλογα με την ηλικία και το περιβάλλον. Τα περισσότερα παιδιά και οι έφηβοι με αποδιοργανωτική διαταραχή και απορρύθμιση διάθεσης έχουν συμπτώματα που πληρούν επίσης τα κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, επιπλέον, ένα μικρότερο ποσοστό παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια της αποδιοργανωτικής διαταραχής και απορρύθμισης της διάθεσης. Η ειδική γλωσσική διαταραχή συνήθως συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ. Οι αγχώδεις διαταραχές και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συμβαίνουν σε μια μειοψηφία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, αλλά πιο συχνά από ό, τι στο γενικό πληθυσμό. Η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή εμφανίζεται σε μια μειοψηφία των ενηλίκων με ΔΕΠΥ, αλλά με ποσοστά πάνω από τα επίπεδα του πληθυσμού. Οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών είναι σχετικά πιο συχνές μεταξύ των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ στο γενικό πληθυσμό, οι διαταραχές είναι παρόντες μόνο σε μία μειοψηφία των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ. Στους ενήλικες, η αντικοινωνική και οι άλλες διαταραχές της προσωπικότητας μπορεί να συνυπάρχουν με ΔΕΠ-Υ. Άλλες διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν την ψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχές μυοσπασμάτων (τικ) και τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος.

1.3 Διαταραχή Μυοσπασμάτων ή Διαταραχή Τικ (Tic Disorder)

1.3.1 Ορισμοί – Ερμηνευτικές θεωρίες

Η διαταραχή μυοσπασμάτων ή Διαταραχή Τικ είναι μικρού εύρους στερεότυπες κινήσεις ή φωνητικές αντιδράσεις οι οποίες πραγματοποιούνται παρά τη θέλησή του ατόμου και χωρίς να έχουν κάποιο λειτουργικό σκοπό. Τα μυοσπάσματα χαρακτηρίζονται από μεγάλη ποικιλομορφία στην εμφάνισή τους, μπορεί να είναι παροδικά ή χρόνια και να εκδηλώνονται με μεγαλύτερη ή μικρότερη συχνότητα και ένταση ανάλογα με το εκάστοτε βίωμα του ατόμου.

Η διαταραχή των μυοσπασμάτων διακρίνεται σε: α) χρόνια διαταραχή κινητικών ή φωνητικών μυοσπασμάτων, β) προσωρινή διαταραχή μυοσπασμάτων και γ) Διαταραχή Tourette.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι μυοσπασμάτων, όπως:

Απλά κινητικά: ανοιγοκλείσιμο ματιών, ανασήκωμα φρυδιών, ανασήκωμα ή άγγιγμα μύτης, τίναγμα κεφαλής, ανασήκωμα του ώμου, μορφασμοί προσώπου, τέντωμα του λαιμού, σούφρωμα ή δάγκωμα ή γλείψιμο χειλιών, διάφορες γκριμάτσες κλπ.

Απλά Φωνητικά: καθάρισμα λαιμού, ρούφηγμα της μύτης, κραυγές, βήξιμο, σφύριγμα, γρύλλισμα, αναστεναγμός, μίμηση ήχων εντόμου κλπ.

Σύνθετα κινητικά: πηδήματα, άγγιγμα άλλων προσώπων ή πραγμάτων, στριφογύρισμα γύρω από τον εαυτό και μερικές φορές αυτοτραυματικές πράξεις όπως δάγκωμα ή κτύπημα των χεριών, τράβηγμα ρούχων, κλωτσήματα κλπ.

Σύνθετα Φωνητικά: άσχετες λέξεις ή φράσεις, κοπρολαλία (έκφραση χυδαιοτήτων), ηχολαλία (επανάληψη φράσης ή λέξης που ειπώθηκε από άλλα άτομα), παλιλαλία (επανάληψη μιας φράσης ή λέξης που το παιδί έχει πει προηγουμένως), ήχοι ζώων κλπ.

Διαταραχή Tourette (Tourette's disorder)

Η Διαταραχή Tourette [Tourette's disorder (TD)] είναι μια νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες, στερεοτυπικές, ακούσιες κινητικές και

φωνητικές κινήσεις που ονομάζονται τικ (μυοσπάσματα). Η διαταραχή ονομάστηκε από τον πρωτοποριακό Γάλλο νευρολόγο, Δρ Georges Gilles de la Tourette, ο οποίος το 1885 περιέγραψε πρώτος την κατάσταση σε έναν 86 ετών γάλλο ευγενή.

Τα πρώιμα συμπτώματα του συνδρόμου σχεδόν πάντα παρατηρούνται κατά την παιδική ηλικία, με ένα μέσο όρο μεταξύ 7-10 ετών. Οι άνδρες επηρεάζονται περίπου 3-4 φορές πιο συχνά από τις γυναίκες. Αν και το σύνδρομο Tourette μπορεί να είναι μια χρόνια κατάσταση με συμπτώματα που διαρκούν εφ' όρου ζωής, τα περισσότερα άτομα βιώνουν τα χειρότερα συμπτώματα κατά την έναρξη της εφηβείας, με βελτίωση κατά το τέλος της εφηβείας και συνεχίζεται κατά την ενηλικίωση.

1.3.2 Αντιμετώπιση – Μορφές παρέμβασης

Αρχικά, πριν την επιλογή οποιασδήποτε θεραπείας θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα μυοσπάσματα τείνουν να βελτιώνονται ή να χειροτερεύουν σε διάφορες στιγμές και συχνά να παρουσιάζουν βελτίωση κατά το τέλος της εφηβείας ή κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή. Επίσης, συνιστάται μία ολιστική προσέγγιση για την συγκεκριμένη θεραπεία καθώς και ένα ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας το οποίο θα δημιουργηθεί από μία διεπιστημονική ομάδα, από τους γονείς καθώς και από τους δασκάλους του πάσχοντος παιδιού.

Κάποιες βασικές αρχές πριν την έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι οι ακόλουθες:

- Εκπαίδευση των γονέων και του ασθενή για την πορεία της διαταραχής με έναν καθησυχαστικό τρόπο.
- Ολοκλήρωση των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων, συμπεριλαμβανομένων των αυτό-αναφορών (από το παιδί και τους γονείς), βαθμολογίες από τα χορηγούμενα τεστ του κλινικού ιατρού και άμεσες μεθόδους παρακολούθησης.
- Ολοκληρωμένες αξιολογήσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνουν τις γνωστικές ικανότητες του παιδιού, την αντίληψη, τις κινητικές δεξιότητες, τη συμπεριφορά και την προσαρμοστική λειτουργία.
- Συνεργασία με το προσωπικό του σχολείου για την δημιουργία ενός ευνοϊκού μαθησιακού περιβάλλοντος με στόχο την ακαδημαϊκή επιτυχία.
- Επιλογή κατάλληλης θεραπείας (συνήθως συνιστάται η συμπεριφορική θεραπεία άλλα και άλλοι τρόποι μπορεί να είναι κατάλληλοι).
- Αξιολόγηση για φαρμακευτική αγωγή εάν είναι απαραίτητη.

Ωστόσο, καλό είναι να σημειωθεί ότι η αντιμετώπιση των μυοσπασμάτων δεν είναι πάντοτε απαραίτητη. Εάν τα μυοσπάσματα είναι ήπια και δεν παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου (πχ. σχολείο, εργασία, καθημερινή ζωή) τότε το άτομο μπορεί να αποφασίσει εάν θέλει θεραπεία ή όχι.

Εάν, όμως τα μυοσπασμάτα παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, τότε, το άτομο καλείται μαζί με τον ιατρό να επιλέξουν μία κατάλληλη θεραπεία. Υπάρχουν διάφορες θεραπείες, όπως : η ψυχοθεραπεία (psychotherapy) στην οποία συμπεριλαμβάνεται η συμπεριφορική θεραπεία (behavioural therapy),μία άλλη θεραπεία είναι η φαρμακευτική αγωγή (medication) και σε πιο βαριές περιπτώσεις προτείνετε η εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση (deep brain stimulation) και τέλος υπάρχουν και οι εναλλακτικές θεραπείες.

A. Ψυχοθεραπεία (Psychotherapy)

Η ψυχοθεραπεία των μυοσπασμάτων περιλαμβάνει την εκπαίδευση σχετικά με τις διαταραχές των μυοσπασμάτων, την θεραπεία για την οικογένεια καθώς και την ατομική θεραπεία για το παιδί. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP]) προτρέπει τους γονείς να αποφεύγουν να κατηγορούν ή να τιμωρούν το παιδί για τα μυοσπασμάτα διότι η διαπόμπευση συνήθως αυξάνει το συναισθηματικό στρες του παιδιού και χειροτερεύει τα μυοσπασμάτα.

Η **Συμπεριφορική Προσέγγιση** (Behavioural Therapy), των μυοσπασμάτων είναι ο πιο κοινός τύπος της ψυχοθεραπείας. Οι ειδικές συμπεριφορικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- *Μαζικές αρνητικές πρακτικές:* σε αυτή τη μορφή της συμπεριφορικής θεραπείας το παιδί καλείται να εκτελέσει σκόπιμα το μύοσπασμα για συγκεκριμένες χρονικές περιόδους με διάσπαρτες περιόδους ανάπαυσης.
- *Αυτό-παρακολούθηση:* στην εκπαίδευση της ευαισθητοποίησης, το παιδί κρατά ένα ημερολόγιο ή ένα μικρό σημειωματάριο για την καταγραφή των μυοσπασμάτων. Υποτίθεται ότι αυτό βοηθά στη μείωση της συχνότητας των μυοσπασμάτων μέσω της αύξησης της ευαισθητοποίησης του παιδιού.
- *Απρόοπτες διαχειρίσεις:* η συγκεκριμένη προσέγγιση λειτουργεί καλύτερα σε περιβάλλοντα εκτός του θεραπευτικού πλαισίου (π.χ. σπίτι, πάρκο, σχολείο κλπ) και ο σκοπός είναι ο έπαινος ή η ανταμοιβή για τη μη εκτέλεση των

μυοσπασμάτων καθώς και για την αντικατάσταση αυτών με αποδεκτές εναλλακτικές συμπεριφορές.

- *Αντιστροφή συνήθειας*: είναι μία από τις πιο συχνές τεχνικές όπου συνδυάζονται ασκήσεις χαλάρωσης, η εκπαίδευση για την απευαισθητοποίηση και η απρόοπτη διαχείριση για την θετική ενίσχυση. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει ένα ποσοστό επιτυχίας 64 -100%.
- *Έκθεση και πρόληψη απόκρισης*: έχει ως σκοπό να βοηθήσει το άτομο να μάθει να καταστέλλει το αυξανόμενο συναίσθημα όπου διεγείρει τα μυοσπασμάτα έως ότου υποχωρήσει το συναίσθημα.

Όλες οι παραπάνω προσεγγίσεις παρατηρούνται ότι φέρουν αποτελέσματα εφόσον δουλεύονται τακτικά.

B. Φαρμακευτική Αγωγή (Medication)

Δεν υπάρχει κάποιο φάρμακο το οποίο μπορεί να θεραπεύσει τα μυοσπασμάτα άλλα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως προς την διαχείριση αυτών. Σε γενικές γραμμές, οι γιατροί προτιμούν να αποφεύγουν τα φάρμακα για τη θεραπεία των ήπιων μυοσπασμάτων, άλλα προτείνουν μια φαρμακευτική αγωγή για τα μέτρια – σοβαρά μυοσπασμάτα η οποία θα έχει σχετικά λίγες παρενέργειες. Η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής συνήθως βασίζεται: α) στους πιο προβληματικούς τύπους συμπτωμάτων, β) στην σοβαρότητα των συμπτωμάτων, γ) στο πόσο σημαντική είναι η θεραπεία για το άτομο και δ) στον κίνδυνο των πιθανών παρενεργειών.

Τα φάρμακα που προβλέπονται για τους ασθενείς με διαταραχές των μυοσπασμάτων περιλαμβάνουν:

- Τυπικά νευροληπτικά (αντιψυχωσικά φάρμακα), συμπεριλαμβανομένου αλοπεριδόλη (Haldol) και πιμοζίδη (Orap). Τα νευροληπτικά μπορεί να έχουν σημαντικές παρενέργειες, οι οποίες περιλαμβάνουν προβλήματα συγκέντρωσης, γνωστική άμβλυνση και σπάνια, όψιμη δυσκινησία (μια διαταραχή της κίνησης που αποτελείται από τις κινήσεις των χειλιών, του στόματος και της γλώσσας). Επίσης παρενέργειες όπως η ακαμψία, ο τρόμος, η καταστολή και η κατάθλιψη είναι κοινά της αλοπεριδόλης, και λιγότερο κοινά της πιμοζίδης.

- Οι αγωνιστές του άλφα-αδρενεργικού υποδοχέα (Alpha-adrenergic receptor agonists), συμπεριλαμβανομένων της κλονιδίνης (Catapres) και γκουανφασίνης (Tenex). Η κλονιδίνη έχει λιγότερες και ηπιότερες παρενέργειες από τα νευροληπτικά όπου η πιο κοινή είναι η καταστολή. Η καταστολή συμβαίνει στο 10% -20% των περιπτώσεων και μπορεί συχνά να ελεγχθεί μέσω της προσαρμογής της δοσολογίας.
- Οι φαινοθειαζίνες μπορεί να χρησιμοποιηθούν όταν η αλοπεριδόλη ή η πιμοζίδη αποδεικνύονται αναποτελεσματικές.
- Άτυπα αντιψυχωσικά και άλλοι παράγοντες που μπλοκάρουν τους υποδοχείς της ντοπαμίνης περιλαμβάνουν την ρισπεριδόνη (Risperdal) και την κλοζαπίνη (Clozaril).
- Η τετραβεναζίνη είναι ένα νέο πολλά υποσχόμενο φάρμακο με λιγότερες παρενέργειες από ό, τι τα άλλα τυπικά νευροληπτικά. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τα παλαιότερα αντιψυχωσικά φάρμακα, επιτρέποντας χαμηλότερες δόσεις και των δύο φαρμάκων με σημαντική ελάφρυνση.
- Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), οι οποίοι περιλαμβάνουν φάρμακα όπως: η φλουοξετίνη (Prozac) και η σερτραλίνη (Zoloft), όπου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς η οποία σχετίζεται με τη διαταραχή Tourette. Η SSRIs, ωστόσο, μπορεί να προκαλέσει γαστρική διαταραχή και ναυτία.
- Οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται σε ορισμένες περιπτώσεις για τη μείωση του επιπέδου του άγχους του ασθενούς, αλλά συχνά αποφεύγονται επειδή μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση και ανοχή.
- Η τσίχλα νικοτίνης φαίνεται να μειώνει τα μυοσπάσματα όταν προστίθεται σε ήδη υπάρχουσα θεραπεία με αλοπεριδόλη, αλλά βρίσκεται ακόμα υπό μελέτη.

Γ. Εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση (Deep Brain Stimulation)

Η εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση είναι ένα είδος χειρουργικής επέμβασης που έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία σοβαρών περιπτώσεων του συνδρόμου Tourette. Είναι μια σχετικά νέα θεραπεία η οποία βρίσκεται ακόμη υπό μελέτη.

Η εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση περιλαμβάνει την τοποθέτηση ενός ή περισσότερων ηλεκτροδίων σε μια περιοχή του εγκεφάλου η οποία σχετίζεται με τα μυοσπασμάτα. Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στον εγκεφαλο εισάγοντας λεπτές βελόνες μέσα από μικρές τρύπες στο κρανίο. Αυτό γίνεται υπό γενική αναισθησία. Το αποτέλεσμα των ηλεκτρικών ρευμάτων που δέχεται ο εγκεφαλος είναι η ρύθμιση των εγκεφαλικών κυμάτων και τον έλεγχο των μυοσπασμάτων.

Μερικές μελέτες έχουν αναφέρει θετικά αποτελέσματα όπου τα μυοσπασμάτα φαίνεται να μειώνονται κατά το ένα πέμπτο ή σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται η εξαφάνιση αυτών.

Λόγω της αβεβαιότητας που περιβάλλει αυτή τη θεραπεία προς το παρόν συνιστάται μόνο για ενήλικες που πάσχουν από σοβαρή διαταραχή των μυοσπασμάτων όπου δεν έχουν ανταποκριθεί σε άλλη θεραπεία.

1.3.3 Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά σε ελεύθερη μετάφραση όπως αυτά ορίζονται στο DSM5 (βλέπε παράρτημα 3, σελ. 162 Για τα διαγνωστικά κριτήρια)

Οι διαταραχές των μυοσπασμάτων περιλαμβάνουν τέσσερις διαγνωστικές κατηγορίες:

- Διαταραχή Tourette (Tourette's disorder)
- Χρόνια Διαταραχή Κινητικών ή Φωνητικών Μυοσπασμάτων (Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder)
- Προσωρινή Διαταραχή Μυοσπασμάτων (Tic) (Provisional Tic Disorder)
- Άλλες Συγκεκριμένες ή Μη Συγκεκριμένες Μυοσπασματικές Διαταραχές (other specified and unspecified tic disorders)

Η διάγνωση για οποιαδήποτε μυοσπασματική διαταραχή βασίζεται στη παρουσία των κινητικών ή/και των φωνητικών μυοσπασμάτων, στη διάρκεια των μυοσπασματικών συμπτωμάτων, στη ηλικία έναρξης και στην απουσία οποιασδήποτε γνωστής αιτίας όπως μίας άλλης ιατρικής κατάστασης ή της χρήσης ουσιών. Οι μυοσπασματικές διαταραχές είναι σε ιεραρχική θέση (δηλαδή, διαταραχή Tourette, ακολουθούμενη από τη χρόνια διαταραχή κινητικών ή φωνητικών μυοσπασμάτων, ακολουθούμενη από τη προσωρινή διαταραχή μυοσπασμάτων, ακολουθούμενη από τις άλλες συγκεκριμένες ή μη συγκεκριμένες μυοσπασματικές διαταραχές), έτσι ώστε μόλις μία μυοσπασματική διαταραχή σε ένα επίπεδο της ιεραρχίας έχει διαγνωστεί, τότε διάγνωση σε ένα κατώτερο επίπεδο της ιεραρχίας δε μπορεί να γίνει.

Τα μυοσπάσματα είναι ξαφνικές, ταχείες, επαναλαμβανόμενες, μη ρυθμικές κινητικές κινήσεις ή φωνητικές εκφορές. Ένα άτομο μπορεί να έχει διάφορα μυοσπασματικά συμπτώματα με τη πάροδο του χρόνου, άλλα σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή το ρεπερτόριο των μυοσπασμάτων επαναλαμβάνεται με έναν χαρακτηριστικό τρόπο. Αν και τα μυοσπάσματα περιλαμβάνουν σχεδόν κάθε μυϊκή ομάδα, ορισμένα μυοσπασματικά συμπτώματα, όπως το βλεφάρισμα (ανοιγοκλείσιμο) των ματιών ή το καθάρισμα του λαιμού είναι κοινά σε όλους τους ασθενείς. Γενικά τα μυοσπάσματα

παρουσιάζονται ακούσια άλλα μπορούν να κατασταλθούν εκούσια για διάφορα χρονικά διαστήματα.

Τα μυοσπάσματα μπορεί να είναι απλά ή σύνθετα. Τα απλά κινητικά μυοσπάσματα είναι μικρής διάρκειας (δηλαδή,για χιλιοστά του δευτερολέπτου) και μπορεί να περιλαμβάνουν το βλεφάρισμα (ανοιγοκλείσιμο) των ματιών, το ανασήκωμα των ώμων και την επέκταση των άκρων. Τα απλά φωνητικά μυοσπάσματα περιλαμβάνουν, το καθάρισμα του λαιμού, της μύτης (sniffing), και το γρύλισμα (grunting) που συχνά προκαλούνται από τη συστολή του διαφράγματος ή από τους μύες του στοματοφάρυγγα. Τα σύνθετα κινητικά μυοσπάσματα είναι μεγαλύτερης διάρκειας (δευτερολέπτων) και συχνά περιλαμβάνουν έναν συνδυασμό απλών τικ, όπως ταυτόχρονη στροφή της κεφαλής και ανασήκωμα του ώμου. Τα σύνθετα μυοσπάσματα μπορεί να εμφανιστούν σκόπιμα, όπως τα μυοσπάσματα που μοιάζουν με άσεμνες ή σεξουαλικές χειρονομίες (corporalpraxia) ή μυοσπάσματα που φαίνεται να μιμούνται κινήσεις άλλων ατόμων (echopraxia). Παρομοίως, τα σύνθετα φωνητικά μυοσπάσματα περιλαμβάνουν την επανάληψη των δικών τους λέξεων ή ήχων (palilalia), την επανάληψη της τελευταίας λέξης ή φράσης που άκουσε (ηχολαλία/echolalia) ή την εκφορά κοινωνικά απαράδεκτων λέξεων (κοπρολαλία/coprolalia). Εδώ είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι η μυοσπασματική κοπρολαλία είναι μία απότομη , έντονη εκφορά λέξης ή φράσης η οποία δεν παρουσιάζει προσωδία όπως αυτή παρατηρείται στις παρόμοιες ανάρμοστες ομιλίες των άλλων ανθρώπων.

Η παρουσία των κινητικών ή/και των φωνητικών μυοσπασμάτων ποικίλλει μεταξύ των τεσσάρων μυοσπασματικών διαταραχών. Για τη διαταραχή Tourette, τόσο τα κινητικά όσο και τα φωνητικά μυοσπάσματα θα πρέπει να είναι παρόντα, ενώ για τα χρόνια κινητικά ή φωνητικά μυοσπάσματα παρόντα θα είναι μόνο τα κινητικά ή μόνο τα φωνητικά. Για την προσωρινή διαταραχή των μυοσπασμάτων παρόντα μπορεί να είναι τα κινητικά ή/και τα φωνητικά. Για τις άλλες συγκεκριμένες ή μη συγκεκριμένες μυοσπασματικές διαταραχές τα συμπτώματα της κινητικής διαταραχής χαρακτηρίζονται καλύτερα ως μυοσπάσματα άλλα είναι άτυπα ως προς τη παρουσίασή τους ή ως προς την ηλικιακή έναρξη ή έχουν μία γνωστή αιτιολογία.

Η ελάχιστη διάρκεια ενός έτους εξασφαλίζει τη διάγνωση της σωστής διαταραχής των ατόμων είτε με διαταραχή Tourette, είτε με τη χρόνια διαταραχή κινητικών ή φωνητικών μυοσπασμάτων. Η σοβαρότητα των μυοσπασμάτων διακυμαίνεται και σε μερικά άτομα μπορεί να παρατηρείται μία περίοδος εβδομάδων έως και μηνών χωρίς μυοσπάσματα. Ωστόσο, ένα άτομο που έχει μυοσπασματικά συμπτώματα μεγαλύτερης διάρκειας του ενός έτους από την πρώτη εμφάνιση των μυοσπασμάτων, μπορεί να θεωρηθεί ότι τα συμπτώματα εμμένουν ανεξάρτητα από τις περιόδους και την διάρκεια που δεν εμφανίζονται. Για ένα άτομο με κινητικά ή/και φωνητικά μυοσπάσματα που διαρκούν λιγότερο από ένα έτος από την πρώτη τους εμφάνιση τότε η διάγνωση μπορεί να είναι η προσωρινή διαταραχή μυοσπασμάτων. Για τις άλλες μη-συγκεκριμένες ή συγκεκριμένες μυοσπασματικές διαταραχές δεν έχει προσδιοριστεί το χρονικό διάστημα. Η εμφάνιση των μυοσπασμάτων πρέπει να είναι πριν την ηλικία των 18 ετών. Οι μυοσπασματικές διαταραχές τυπικά ξεκινούν κατά την προεφηβική περίοδο, με μέση ηλικία έναρξης μεταξύ των 4-6 ετών, και κατά τα εφηβικά χρόνια η συχνότητα εμφάνισης της «νέας έναρξης» μυοσπασματικών διαταραχών να αρχίζει να μειώνεται. Πρωτοεμφανιζόμενα μυοσπασματικά συμπτώματα κατά την ενήλικη ζωή είναι εξαιρετικά σπάνια και συχνά οφείλονται σε χρήση ναρκωτικών (υπερβολική χρήση κοκαΐνης) ή είναι αποτέλεσμα προσβολής του κεντρικού νευρικού συστήματος (postviral encephalitis). Παρά το γεγονός ότι η εμφάνιση των μυοσπασμάτων είναι ασυνήθιστη κατά την εφηβική και την ενήλικη ζωή, δεν είναι όμως ασυνήθιστο να γίνει μία πρώτη διάγνωστική αξιολόγηση σε αυτή τη περίοδο και όταν αυτά τα άτομα αξιολογηθούν προσεκτικά να παρατηρηθούν ήπια συμπτώματα κατά την παιδική ηλικία. Νέα έναρξη μη φυσιολογικών κινήσεων που υποδηλώνουν μυοσπάσματα εκτός από το συνηθισμένο ηλικιακό εύρος θα πρέπει να οδηγείται σε αξιολόγηση για άλλες κινητικές διαταραχές ή για συγκεκριμένες αιτιολογίες.

Τα μυοσπασματικά συμπτώματα δεν αποδίδονται σε φυσιολογικές επιπτώσεις ουσιών, ή σε άλλες ιατρικές καταστάσεις. Όταν υπάρχουν ακράδαντα στοιχεία από το ιστορικό, τις ιατρικές εξετάσεις ή/και τα εργαστηριακά αποτελέσματα, για να προτείνουμε μια αληθοφανής, πλησιέστερη, και πιθανή αιτία της διαταραχής των μυοσπασμάτων, θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε τη διάγνωση των άλλων ειδικών μυοσπασματικών διαταραχών.

Τέλος, εάν έχουμε συναντήσει διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή Tourette τότε ακυρώνεται μία πιθανή διάγνωση της χρόνιας διαταραχής κινητικών ή/και φωνητικών μυοσπασμάτων. Ομοίως, μια προηγούμενη διάγνωση της χρόνιας διαταραχής κινητικών ή/και φωνητικών μυοσπασμάτων αναιρεί τη διάγνωση της προσωρινής διαταραχής μυοσπασμάτων ή των άλλων συγκεκριμένων ή μη συγκεκριμένων μυοσπασματικών διαταραχών.

1.3.4 Διαφορική διάγνωση

Μη φυσιολογικές κινήσεις που μπορεί να συνοδεύουν άλλες ιατρικές παθήσεις και τη στερεοτυπική διαταραχή της κίνησης (Abnormal movements that may accompany other medical conditions and stereotypic movement disorder)

Οι *κινητικές στερεοτυπίες* ορίζονται ως ακούσιες, ρυθμικές, επαναλαμβανόμενες, προβλέψιμες κινήσεις οι οποίες εμφανίζονται σκόπιμα, αλλά δεν εξυπηρετούν καμία προφανή προσαρμοστική λειτουργία ή σκοπό και σταματούν με την απόσπαση προσοχής. Παραδείγματα περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενο κούνημα ή περιστροφή του χεριού, χτύπημα χεριών και νευρικό κούνημα των δακτύλων. Οι κινητικές στερεοτυπίες μπορούν να διαφοροποιηθούν από τα μυοσπασματα (τικς) με βάση την ηλικία έναρξης (κάτω των 3 ετών), την παρατεταμένη διάρκεια (από δευτερόλεπτα έως λεπτά), την σταθερά επαναλαμβανόμενη καθοριστική μορφή και θέση, την επιδείνωση κατά τη διάρκεια που απορροφάτε σε μία δραστηριότητα, lack of a premonitory urge και την παύση με την απόσπαση της προσοχής. Η *χορεία* αντιπροσωπεύει γρήγορες, τυχαίες, συνεχείς, απότομες, ακανόνιστες, απρόβλεπτες, μη στερεοτυπικές ενέργειες οι οποίες συνήθως είναι διμερείς και επηρεάζουν όλα τα μέρη του σώματος (δηλαδή, το πρόσωπο, κορμό, και τα άκρα). Ο χρόνος, η κατεύθυνση και η κατανομή των κινήσεων ποικίλλουν από στιγμή σε στιγμή και οι κινήσεις συνήθως επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια μιας εθελοντικής εργασίας. Η *δυστονία* είναι η ταυτόχρονη παρατεταμένη σύσπαση και των δύο μυών, του αγωνιστή και του ανταγωνιστή (agonist and antagonist), με αποτέλεσμα τη παραμορφωμένη στάση ή κίνηση ορισμένων μερών του σώματος. Οι δυστονικές στάσεις συχνά πυροδοτούνται κατά την απόπειρα εκούσιων κινήσεων και δεν παρατηρούνται κατά την διάρκεια του ύπνου.

Χρήση Ουσιών και Παροξυσμικές Δυσκινήσιες (Substance-induced and paroxysmal dyskinesias)

Οι παροξυσμικές (σπασμωδικές) δυσκινήσιες συνήθως εμφανίζονται όπως οι δυστονικές ή χορείαθετωσικές κινήσεις οι οποίες γίνονται πιο γρήγορα από τις εκούσιες κινήσεις ή ασκήσεις και προκύπτουν λιγότερο συχνά κατά τη διάρκεια μιας κανονικής – συνηθισμένης δραστηριότητας.

Μυόκλωνος (Myoclonus)

Ο μυόκλωνος χαρακτηρίζεται από μια ξαφνική, μονής κατεύθυνσης κίνηση η οποία συχνά είναι μη ρυθμική. Μπορεί να επιδεινωθεί κατά την κίνηση και να εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια του ύπνου. Ο μυόκλωνος διαφοροποιείται από τα μυοσπάσματα λόγω της ταχύτητας, της έλλειψης suppressibility, and absence of a premonitory urge.

Ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική και συναφείς διαταραχές (Obsessive-compulsive and related disorders)

Η διαφοροποίηση των ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών από τα μυοσπάσματα μπορεί να είναι δύσκολη. Ενδείξεις που ευνοούν την ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά περιλαμβάνουν cognitive-based drive (π.χ. φόβος μόλυνσης) και την ανάγκη να εκτελέσει την ενέργεια με έναν συγκεκριμένο τρόπο σε έναν ορισμένο αριθμό φορών, εξίσου και στις δύο πλευρές του σώματος ή μέχρι να επιτευχθεί το «σωστό» συναίσθημα. Τα προβλήματα ελέγχου της παρορμητικότητας και άλλες επαναληπτικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένων το επίμονο τράβηγμα μαλλιών, το μάζεμα του δέρματος και το δάγκωμα των νυχιών, εμφανίζονται πιο στοχευμένα και πιο περίπλοκα απ' ό τι τα μυοσπάσματα (τικς).

1.3.5 Συννοσηρότητα

Πολλές ιατρικές και ψυχιατρικές παθήσεις έχουν περιγραφεί ως συνυπάρχουσες με τις μυοσπασματικές διαταραχές (τικ), με τη ΔΕΠ-Υ και τον ιδεοψυχαναγκασμό καθώς και συναφείς διαταραχές είναι ιδιαίτερα συχνές. Τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα που παρατηρούνται στις μυοσπασματικές διαταραχές τείνουν να χαρακτηρίζονται από μία πιο επιθετική συμμετρία και τάξη, επίσης ανταποκρίνονται λιγότερο στην φαρμακοθεραπεία με επιλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (selective serotonin reuptake inhibitors). Παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να επιδείξουν αποδιοργανωτική συμπεριφορά, κοινωνική ανωριμότητα και μαθησιακές δυσκολίες που μπορεί να επηρεάσουν την ακαδημαϊκή πρόοδο και τις διαπροσωπικές σχέσεις και να οδηγήσει σε μεγαλύτερα ελλείμματα από εκείνα όπου προκαλούνται λόγω της μυοσπασματικής διαταραχής. Άτομα με μυοσπασματικές διαταραχές μπορεί να έχουν και άλλες κινητικές διαταραχές καθώς και άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως καταθλιπτική διαταραχή, διπολική διαταραχή και διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών.

1.4 Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ) / Γλωσσική Διαταραχή (ΓΔ) – Specific Language Impairment (SLI) / Language Disorder (LD)

1.4.1 Ορισμοί - Ερμηνευτικές θεωρίες

Η Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ) είναι μία επιλεκτική και άγνωστης αιτιολογίας αναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αργή ανάπτυξη του λόγου, με το γλωσσικό επίπεδο του παιδιού να είναι σημαντικά χαμηλότερο του μη λεκτικού νοητικού επιπέδου, η περιορισμένη αυτή γλωσσική ικανότητα δεν αποδίδεται σε ακουστικό έλλειμμα, σε χαμηλή μη λεκτική (πρακτική) νοημοσύνη, σε νευρολογική βλάβη, σε περιβαλλοντικούς παράγοντες ή σε ψυχολογικά προβλήματα (Bishop, 1992. Tomblin & Zhang, 1999).

Η Ειδική Γλωσσική Διαταραχή επίσης ονομάζεται και Αναπτυξιακή Διαταραχή της Γλώσσας (Developmental Language Disorder), Γλωσσική Καθυστέρηση (Language Delay) ή Αναπτυξιακή Δυσφασία (Developmental Dysphasia). Είναι μία από τις πιο κοινές νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπου επηρεάζει περίπου ένα ποσοστό 7-8% των παιδιών στο νηπιαγωγείο και εμμένει στην ενήλικη ζωή.

Δεν υπάρχει συγκεκριμένο μοτίβο ελλειμμάτων στα παιδιά με ΕΓΔ. Μερικές γενικές παρατηρήσεις είναι :

Α) προβλήματα κατανόησης του λόγου (προσληπτικό επίπεδο). Σε καθημερινές καταστάσεις το παιδί μπορεί να μην είναι σε θέση να ακολουθήσει μακροσκελής οδηγίες ή να καταλάβει το νόημα από μία συζήτηση. Μπορεί να χάσει το ενδιαφέρον στο παιχνίδι ή στη συνομιλία διότι δεν μπορεί να ακολουθήσει τη ροή. Μερικά παιδιά μπορούν να καλύψουν τα προσληπτικά ελλείμματά τους χρησιμοποιώντας οπτικά στοιχεία του περιβάλλοντος.

Β) προβλήματα στη χρήση της γλώσσας (εκφραστικό επίπεδο). Σε καθημερινή βάση παρατηρείται ότι το παιδί δε μπορεί να σχηματίσει ολοκληρωμένες και μακροσκελής προτάσεις, αργεί να βρει την κατάλληλη λέξη ή δεν την βρίσκει καθόλου (έλλειψη λεξιλογίου) ή συγχέει τις λέξεις μέσα στις προτάσεις. Αν και μερικά παιδιά μιλούν αρκετά δυσκολεύονται να φτάσουν στο νόημα των σκέψεών τους.

Γ) φωνολογικά προβλήματα. Σε καθημερινή βάση η ομιλία του παιδιού δεν είναι κατανοητή λόγω των ελλειμμάτων της φωνολογικής ενημερότητας.

Μερικές φορές τα παιδιά με ΕΓΔ δυσκολεύονται να κοινωνικοποιηθούν με τους συνομηλίκους τους, επειδή δεν μπορούν να επικοινωνήσουν τόσο αποτελεσματικά όσο τα άλλα παιδιά.

1.4.2 Αντιμετώπιση / Μορφές Πρέμβασης

Η ΕΓΔ δεν είναι μια θεραπεύσιμη διαταραχή αλλά μία βελτιώσιμη με την εκμάθηση κατάλληλων στρατηγικών για τα εκάστοτε ελλείμματα του κάθε ατόμου.

Στην παρέμβαση της ΕΓΔ πρωταρχικό ρόλο παίζει ο λογοθεραπευτής. Ο οποίος καλείται να δουλέψει όχι μόνο με το παιδί αλλά με τους γονείς και με τους δασκάλους έτσι ώστε να βοηθήσουν το παιδί να φτάσει τις δυνατότητές του. Η θεραπευτική προσέγγιση βασίζεται τόσο στην ανάγκη αντιμετώπισης των προβλημάτων της έκφρασης και της κατανόησης όσο και στην ανάγκη της ψυχολογικής στήριξης του παιδιού (Λιβανίου, 2004). Εάν η ΕΓΔ συνοδεύεται από δυσκολίες στις κινητικές και τις γνωστικές ικανότητες τότε η παρέμβαση του εργοθεραπευτή είναι εξίσου σημαντική.

Πριν την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να έχει πραγματοποιηθεί μία πλήρης λογοθεραπευτική αξιολόγηση. Έπειτα γίνεται ο σχεδιασμός και η προσαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος στις ανάγκες του παιδιού. Σε γενικές γραμμές η λογοθεραπευτική παρέμβαση επικεντρώνεται:

1. στην αντίληψη του λόγου (κατανόηση λέξεων, προτάσεων, ιστοριών)
2. στον εμπλουτισμό του λεξιλογίου (εκμάθηση καινούριων εννοιών)
3. στην αποκατάσταση των αρθρωτικών και των φωνολογικών δυσκολιών (σωστή προφορά των φωνημάτων σε λέξεις, φράσεις και στον αυθόρμητο λόγο)
4. στην οργάνωση του εκφραστικού λόγου (ανάπτυξη της σύνταξης, εκμάθηση και χρήση των γραμματικών κανόνων)
5. στην ανάπτυξη της περιγραφικής και αφηγηματικής ικανότητας (περιγραφή προσώπων, καταστάσεων, εικόνων, αφήγηση ιστορίας) και
6. στην ενίσχυση της πραγματολογίας (καλή βλεμματική επαφή, κανονική εναλλαγή στη σειρά κατά τη συζήτηση, συνέχιση ομιλίας πάνω στο θέμα)

Μέσω της λογοθεραπευτικής παρέμβασης επιτυγχάνεται μια πιο αποτελεσματική επικοινωνία με αποτέλεσμα την πιο ομαλή και ανώδυνη κοινωνικοποίηση του παιδιού. Επιπλέον, οι σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους του αλλά και με τους ενήλικες γίνονται πιο ποιοτικές, το παιχνίδι του είναι πιο ήρεμο και δημιουργικό και τέλος, αποκτούν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση.

1.4.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά σε ελεύθερη μετάφραση όπως αυτά ορίζονται στο DSM5 (βλέπε παράρτημα 4, σελ. 164 Για τα διαγνωστικά κριτήρια)

Τα βασικά διαγνωστικά χαρακτηρίστηκα της ειδικής γλωσσικής διαταραχής/γλωσσικής διαταραχής είναι οι δυσκολίες στην κατάκτηση και την χρήση της γλώσσας που οφείλονται σε ελλείμματα στην κατανόηση ή την παραγωγή του λεξιλογίου, της πρότασης, της δομής και της ομιλίας. Τα γλωσσικά ελλείμματα είναι εμφανή στην προφορική επικοινωνία, τον γραπτό λόγο ή τη νοηματική γλώσσα. Η χρήση και η εκμάθηση της γλώσσας εξαρτάται τόσο από τις προσληπτικές ικανότητες όσο και από τις εκφραστικές. Η εκφραστική ικανότητα αναφέρεται στην παραγωγή των φωνητικών, χειρονομιακών ή λεκτικών σημείων ενώ η προσληπτική ικανότητα αναφέρεται στη διαδικασία της λήψης και της κατανόησης των γλωσσικών μηνυμάτων. Οι γλωσσικές ικανότητες θα πρέπει να αξιολογηθούν τόσο στον εκφραστικό τομέα όσο και στον προσληπτικό διότι η σοβαρότητα από τον ένα τομέα στον άλλον μπορεί να διαφέρει. Για παράδειγμα, η εκφραστική ικανότητα ενός ατόμου μπορεί να έχει σοβαρά ελλείμματα ενώ η προσληπτική ικανότητα να μην έχει επηρεαστεί καθόλου.

Στη ειδική γλωσσική διαταραχή/ γλωσσική διαταραχή συνήθως επηρεάζονται το λεξιλόγιο και η γραμματική και αυτά στη συνέχεια περιορίζουν την ικανότητα της ομιλίας. Οι πρώτες λέξεις και φράσεις του παιδιού είναι πιθανό να καθυστερήσουν. Το μέγεθος του λεξιλογίου είναι μικρότερο και λιγότερο πλούσιο από το αναμενόμενο και οι προτάσεις είναι μικρότερες και λιγότερο πολύπλοκες με γραμματικά λάθη, ειδικά στον παρελθοντικό χρόνο. Τα ελλείμματα στη κατανόηση της γλώσσας συχνά καλύπτονται, καθώς το παιδί μπορεί να είναι καλό στο να χρησιμοποιεί το πλαίσιο για να συνάγει το νόημα. Μπορεί να υπάρχουν προβλήματα στην εύρεση των λέξεων, φτωχοί λεκτικοί ορισμοί ή φτωχή κατανόηση των συνωνύμων, των πολλαπλών εννοιών ή ακατάλληλο παιχνίδι λέξεων για την ηλικία και τον πολιτισμό του παιδιού. Τα προβλήματα με την απομνημόνευση των νέων λέξεων και των προτάσεων εκδηλώνονται με δυσκολίες στο να ακολουθήσουν οδηγίες αυξανόμενου μήκους, δυσκολίες στο να επαναλάβουν ακολουθίες από λεκτικές πληροφορίες (π.χ. να θυμηθούν έναν αριθμό τηλεφώνου ή μία

λίστα με ψώνια) καθώς και δυσκολίες στο να θυμηθούν νέες ακολουθίες ήχων, μία ικανότητα σημαντική κατά την εκμάθηση νέων λέξεων. Οι δυσκολίες στον λόγο παρουσιάζονται από την μειωμένη ικανότητα παροχής επαρκών πληροφοριών σχετικά με τα βασικά γεγονότα μίας ιστορίας ή την αφήγηση μίας ιστορίας με συνοχή.

Η ειδική γλωσσική διαταραχή/ γλωσσική διαταραχή εκδηλώνεται όταν οι ικανότητες είναι σημαντικά και ποσοτικά χαμηλότερες από το αναμενόμενο ηλικιακό επίπεδο και επηρεάζει σημαντικά την ακαδημαϊκή επίδοση, την επαγγελματική απόδοση, την αποτελεσματική επικοινωνία ή την κοινωνικοποίηση. Η διάγνωση της ειδικής γλωσσικής διαταραχής/ γλωσσικής διαταραχής γίνεται με βάση της σύνθεσης του ιστορικού του ατόμου, την άμεση κλινική παρατήρηση σε διάφορα πλαίσια (δηλαδή, το σπίτι, το σχολείο ή την εργασία) και τα αποτελέσματα από τα σταθμισμένα τεστ των γλωσσικών ικανοτήτων τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καθοδήγηση ως προς την εκτίμηση της σοβαρότητας.

1.4.4 Διαφορική Διάγνωση

Φυσιολογικές Διακυμάνσεις της Γλώσσας (Normal Variations in Language)

Η ειδική γλωσσική διαταραχή/ γλωσσική διαταραχή θα πρέπει να διακρίνεται από τις φυσιολογικές αναπτυξιακές διακυμάνσεις και αυτή η διάκριση μπορεί να είναι δύσκολη να πραγματοποιηθεί πριν την ηλικία των 4 ετών. Κοινωνικές, πολιτιστικές/εθνικές διακυμάνσεις της γλώσσας (π.χ. διάλεκτος) θα πρέπει να υπολογίζονται κατά την αξιολόγηση του ατόμου με γλωσσικά ελλείμματα.

Ακουστικά ή Άλλα Αισθητηριακά Ελλείμματα (Hearing or Other Sensory Impairment.)

Η έλλειψη ακοής θα πρέπει να αποκλειστεί από τις κύριες αιτίες των γλωσσικών δυσκολιών. Τα γλωσσικά ελλείμματα μπορεί να σχετίζονται με ακουστικά ελλείμματα, με άλλα αισθητηριακά ελλείμματα ή με ελλείμματα του κινητήρα της ομιλίας. Όταν τα γλωσσικά ελλείμματα υπερβαίνουν τα συσχετιζόμενα προβλήματα, τότε μπορεί να γίνει η διάγνωση για τη γλωσσική διαταραχή.

Νοητική Υστέρηση (Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) [Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)]

Η γλωσσική καθυστέρηση είναι το σύνηθες χαρακτηριστικό της νοητικής υστέρησης και η οριστική διάγνωση δεν μπορεί να γίνει έως ότου το παιδί είναι σε θέση να ολοκληρώσει τις τυποποιημένες αξιολογήσεις. Δεν δίνετε ξεχωριστή διάγνωση εκτός και αν τα γλωσσικά ελλείμματα υπερβαίνουν τους νοητικούς περιορισμούς.

Νευρολογικές Διαταραχές (Neurological Disorders)

Η γλωσσική διαταραχή μπορεί να αποκτηθεί σε συνδυασμό με τις νευρολογικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένης της επιληψίας (π.χ. επίκτητη αφασία ή σύνδρομο Landau-Kleffner).

Γλωσσική Παλινδρόμηση (Language Regression)

Η απώλεια της ομιλίας και της γλώσσας σε ένα παιδί ηλικίας κάτω των 3 ετών μπορεί να είναι ένα σημάδι της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος (με αναπτυξιακή καθυστέρηση) ή μια συγκεκριμένη νευρολογική πάθηση, όπως το σύνδρομο Landau-Kleffner. Μεταξύ των παιδιών άνω των 3 ετών, η απώλεια της γλώσσας μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα των κρίσεων, επίσης, μια διαγνωστική αξιολόγηση είναι απαραίτητη για να αποκλειστεί η παρουσία της επιληψίας.

1.4.5 Συννοσηρότητα

Η ειδική γλωσσική διαταραχή/ γλωσσική διαταραχή συνδέεται στενά με άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές υπό τους όρους της ειδικής μαθησιακής διαταραχής (ανάγνωση και αριθμητική), της ΔΕΠ-Υ, του αυτιστικού φάσματος και της αναπτυξιακής διαταραχής του συντονισμού. Επίσης, σχετίζεται με τη διαταραχή της κοινωνικής (πραγματολογικής) επικοινωνίας. Τέλος, ένα θετικό ιστορικό με διαταραχές του λόγου ή της γλώσσας συχνά είναι παρόν.

1.5 (Ειδικές) Μαθησιακές Δυσκολίες / (Specific) Learning Disorders (SLD)

1.5.1 Ορισμοί - Ερμηνευτικές Θεωρίες

Το DSM5 ορίζει την Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή ως: «μία βιολογικής προέλευσης νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία είναι η βάση για τις ανωμαλίες του γνωστικού επιπέδου που σχετίζονται με συμπεριφοριστικά σημάδια της διαταραχής. Η βιολογική προέλευση περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση γενετικών, επιγενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν την ικανότητα του εγκεφάλου να αντιλαμβάνεται ή να επεξεργάζεται αποτελεσματικά και με ακρίβεια τις λεκτικές ή τις μη λεκτικές πληροφορίες».

Οι μαθησιακές δυσκολίες αναφέρονται σε μία σειρά από παθήσεις οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την απόκτηση, οργάνωση, διατήρηση, κατανόηση ή την χρήση των λεκτικών και των μη λεκτικών πληροφοριών. Αυτές οι διαταραχές επηρεάζουν την μάθηση των ατόμων, τα οποία διαφορετικά θα παρουσίαζαν τουλάχιστον μια μέση ικανότητα της στοιχειώδης σκέψης ή/και της συλλογιστικής σκέψης. Ως εκ τούτου οι μαθησιακές δυσκολίες διακρίνονται από την γενικευμένη νοητική ανεπάρκεια (global intellectual deficiency).

Οι μαθησιακές δυσκολίες προκύπτουν από απομειώσεις σε μία ή σε περισσότερες διαδικασίες οι οποίες σχετίζονται με την αντίληψη, τη σκέψη, την απομνημόνευση ή τη μάθηση. Οι δυσκολίες αυτές περιλαμβάνουν: την επεξεργασία την γλώσσας, την φωνολογική επεξεργασία, την οπτική – χωρική επεξεργασία, την ταχύτητα της επεξεργασίας, την μνήμη, την προσοχή καθώς και τις εκτελεστικές λειτουργίες (π.χ. τον σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων) αλλά δεν περιορίζονται μόνο σε αυτές.

Οι μαθησιακές δυσκολίες ποικίλουν στο επίπεδο σοβαρότητας και μπορούν να αλληλεπιδράσουν με την απόκτηση και τη χρήση ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα: α) προφορική γλώσσα (π.χ. ακρόαση, ομιλία, κατανόηση), β) ανάγνωση (π.χ. αποκωδικοποίηση, φωνολογική γνώση, αναγνώριση λέξεων, κατανόηση), γ) γραπτή γλώσσα (π.χ. ορθογραφία και γραπτή έκφραση) και δ) μαθηματικά (π.χ. υπολογισμός, επίλυση προβλημάτων). Επίσης, μπορεί να παρουσιάζονται δυσκολίες με: τις δεξιότητες

της οργάνωσης, την κοινωνική αντίληψη, την κοινωνική αλληλεπίδραση και perspective taking.

Οι μαθησιακές δυσκολίες εμμένουν καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου. Ο τρόπος με τον οποίο εκφράζονται μπορεί να ποικίλει με την πάροδο των χρόνων και επηρεάζονται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των απαιτήσεων του περιβάλλοντος και τις δυνατότητες και τις ανάγκες του ατόμου. Κάνουμε λόγο για μαθησιακές δυσκολίες όταν οι σχολικές επιδόσεις είναι κάτω από το αναμενόμενο όριο και εφ' όσον το άτομο έχει δεχτεί υποστηρικτή βοήθεια καθώς και όταν έχει καταβάλει υπερβολικές προσπάθειες.

Οι μαθησιακές δυσκολίες οφείλονται σε γενετικούς ή/και νευροβιολογικούς παράγοντες ή σε τραυματισμό του εγκεφάλου ο οποίος επηρεάζει τη φυσιολογική λειτουργία σε μία ή σε περισσότερες διαδικασίες που σχετίζονται με τη μάθηση. Αυτές οι διαταραχές δεν οφείλονται κατά κύριο λόγο σε προβλήματα ακοής και / ή όρασης, σε κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, σε πολιτιστικές ή γλωσσικές διαφορές, σε έλλειψη κινήτρων ή αναποτελεσματική διδασκαλία, αν και οι παράγοντες αυτοί μπορεί να περιπλέξουν περαιτέρω τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες.

Οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να συνυπάρχουν με διάφορες καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων της προσοχής, της συμπεριφοράς και τις συναισθηματικές διαταραχές, τις διαταραχές των αισθητηρίων οργάνων ή άλλες ιατρικές παθήσεις.

1.5.2 Αντιμετώπιση / Μορφές Παρέμβασης

Τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες απαιτούν έγκαιρο εντοπισμό και έγκαιρες εξειδικευμένες εκτιμήσεις και παρεμβάσεις από ειδικούς (ψυχολόγους, λογοθεραπευτές, ειδικούς εκπαιδευτικούς), οι οποίες αφορούν όλα τα περιβάλλοντα του ατόμου, όπως, το σπίτι, το σχολείο, την κοινότητα και την εργασία. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι εξατομικευμένες και προσαρμοσμένες για τον υπότυπο της μαθησιακής δυσκολίας του κάθε ατόμου.

Είναι πολύ σημαντικό η διάγνωση και η παρέμβαση των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες να γίνονται έγκαιρα διότι διαφορετικά μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε απώλεια ηθικού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχές στις κοινωνικές δεξιότητες ή ακόμα και σε εγκατάλειψη του σχολείου. Επίσης, ο ειδικός θα πρέπει να βρίσκεται σε στενή συνεργασία τόσο με τους γονείς όσο και με τους εκπαιδευτικούς προκειμένου το παιδί να ωφεληθεί σε μεγαλύτερο βαθμό από το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Μια από τις πιο συνηθισμένες μεθόδους προσέγγισης είναι η **πολυαισθητηριακή**. Η χρήση όλων των αισθήσεων (όραση-ακοή-αφή) θεωρείται απαραίτητη για την καλύτερη πρόσληψη, επεξεργασία και εμπέδωση των εισερχομένων διδακτικών πληροφοριών. Επιπλέον, το διδακτικό υλικό θα πρέπει να είναι αυστηρά δομημένο και να χαρακτηρίζεται από μία σταδιακή διαβάθμιση. Είναι σημαντικό η διδακτέα ύλη να ξεκινά από ένα κατώτερο επίπεδο προκειμένου να ενθαρρυνθεί το παιδί για να συνεχίσει στην επόμενη διδακτική ενότητα. Η διδασκαλία θα πρέπει γίνεται με έναν ευχάριστο και ικανοποιητικό τρόπο ως προς το παιδί έτσι ώστε να επιφέρει θετικά αποτελέσματα όχι μόνο στην αποκατάσταση των μαθησιακών δυσκολιών αλλά και να διατηρήσει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση του παιδιού σε υψηλά επίπεδα.

1.5.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά σε ελεύθερη μετάφραση όπως αυτά ορίζονται στο DSM5 (βλέπε παράρτημα 5, σελ. 165 Για τα διαγνωστικά κριτήρια)

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της ειδικής μαθησιακής διαταραχής είναι οι συνεχές δυσκολίες μάθησης στις θεμελιώδης ακαδημαϊκές δεξιότητες, με έναρξη κατά τη διάρκεια της επίσημης σχολικής εκπαίδευσης (δηλαδή, κατά την αναπτυξιακή περίοδο). Οι βασικές ακαδημαϊκές δεξιότητες περιλαμβάνουν την ανάγνωση μεμονωμένων λέξεων με ακρίβεια και με ευφράδεια, την κατανόηση του γραπτού λόγου, την γραπτή έκφραση και την ορθογραφία, τους αριθμητικούς υπολογισμούς και τη συλλογιστική των μαθηματικών (επίλυση μαθηματικών προβλημάτων). Σε αντίθεση με την ομιλία και το βάδισμα, τα δύο κύρια αναπτυξιακά σημεία τα οποία κατακτούνται κατά την ωρίμανση του εγκεφάλου, οι ακαδημαϊκές δεξιότητες (π.χ. ανάγνωση, γραφή, ορθογραφία, μαθηματικά) πρέπει να διδάσκονται και να μαθαίνονται αναλυτικά και διεξοδικά. Η ειδική μαθησιακή διαταραχή διαταράσσει τα φυσιολογικά πρότυπα της μάθησης των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, δεν είναι απλά μια συνέπεια της έλλειψης ευκαιριών μάθησης ή ανεπαρκή διδασκαλία. Δυσκολίες κατάκτησης αυτών των βασικών ακαδημαϊκών ικανοτήτων μπορεί να παρεμποδίσουν τη μάθηση άλλων ακαδημαϊκών θεμάτων (π.χ. μάθημα ιστορίας, φυσικής-χημείας, κοινωνιολογίας) αλλά αυτά τα προβλήματα αποδίδονται σε δυσκολίες μάθησης των υποκείμενων ακαδημαϊκών δεξιοτήτων. Μία από τις πιο κοινές εκδηλώσεις της ειδικής μαθησιακής διαταραχής, είναι η δυσκολία αντιστοίχισης φωνήματος-γραφήματος, δηλαδή η ανάγνωση λέξεων (συχνά ονομάζεται και δυσλεξία). Οι μαθησιακές δυσκολίες εκδηλώνονται ως μια σειρά από παρατηρήσιμες, περιγραφικές συμπεριφορές ή συμπτώματα (όπως παρατίθενται στα κριτήρια A1-A6). Αυτά τα κλινικά συμπτώματα θα πρέπει να παρατηρούνται - ανιχνεύονται με τη βοήθεια της κλινικής συνέντευξης ή να διαπιστώνονται από τις εκθέσεις του σχολείου, της κλίμακες αξιολόγησης ή από τις προηγούμενες εκπαιδευτικές ή ψυχολογικές αξιολογήσεις. Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι συνεχές και όχι παροδικές. Στα παιδιά και στους εφήβους η επιμονή-διατήρηση των δυσκολιών ορίζεται ως περιορισμένη πρόοδος της μάθησης (δηλαδή, δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι το άτομο

πλησιάζει τους συμμαθητές του) για τουλάχιστον 6 μήνες, παρά την παροχή πρόσθετης βοήθειας στο σπίτι ή στο σχολείο. Αποδεικτικά στοιχεία ότι οι μαθησιακές δυσκολίες εμμένουν (είναι συνεχής) μπορεί να προέρχονται από τη συσσώρευση των σχολικών εκθέσεων, τις αξιολογημένες εργασίες στον σχολικό του χαρτοφύλακα, curriculum-based measures ή την κλινική αξιολόγηση. Στους ενήλικες οι δυσκολίες που εμμένουν αναφέρονται ως συνεχής δυσκολίες στο επίπεδο της στοιχειώδους μόρφωσης οι οποίες εκδηλώνονται κατά την διάρκεια της παιδικής ή εφηβικής ηλικίας όπως προκύπτουν από συσσωρευμένες αποδείξεις, τις σχολικές εκθέσεις, τις αξιολογήσεις των εργασιών ή από τις προηγούμενες εκτιμήσεις.

Ένα δεύτερο βασικό χαρακτηριστικό λόγω των επηρεασμένων ακαδημαϊκών δεξιοτήτων είναι ότι η απόδοση του ατόμου είναι πολύ χαμηλότερη του μέσου όρου για την ηλικία. Μία ισχυρή κλινική ένδειξη των δυσκολιών μάθησης των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων είναι η χαμηλή ακαδημαϊκή επίτευξη για την ηλικία του ατόμου ή η μέση επίτευξη η οποία θα είναι βιώσιμη μόνο από εξαιρετικά υψηλά επίπεδα προσπάθειας ή υποστήριξης. Στα παιδιά, οι χαμηλές ακαδημαϊκές δεξιότητες επηρεάζουν σημαντικά τις σχολικές επιδόσεις (όπως αυτό φαίνεται από τις σχολικές αναφορές και από τις αξιολογήσεις (βαθμούς) του δασκάλου). Μια άλλη κλινική ένδειξη, ιδιαίτερα για τους ενήλικες, είναι η αποφυγή δραστηριοτήτων όπου απαιτούνται ακαδημαϊκές δεξιότητες. Επίσης, στην ενήλικη ζωή, οι χαμηλές ακαδημαϊκές δεξιότητες παρεμβαίνουν στις επαγγελματικές επιδόσεις του ατόμου ή στις καθημερινές δραστηριότητες όπου απαιτούνται αυτές οι δεξιότητες. Ωστόσο, αυτό το κριτήριο απαιτεί και ψυχομετρικές ενδείξεις από μεμονωμένες χορηγήσεις, ψυχομετρικών ήχων (psychometrically sound) και πολιτισμικά κατάλληλες δοκιμές των ακαδημαϊκών επιτευγμάτων βάση των αναφερόμενων κριτηρίων ή νόρμων. Οι ακαδημαϊκές δεξιότητες διανέμονται καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης (κατά μήκος μίας συνέχειας) και έτσι δεν υπάρχει κανένα φυσικό σημείο αποκοπής που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διαφοροποίηση των ατόμων με ή χωρίς ειδικές μαθησιακές διαταραχές. Κατά συνέπεια οποιοδήποτε κατώτατο όριο που χρησιμοποιείται για να διευκρινίσει αυτό που αποτελεί την σημαντικά χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση (π.χ. ακαδημαϊκές δεξιότητες αρκετά κατώτερες από το ηλικιακό προσδοκώμενο) είναι σε έναν μεγάλο βαθμό αυθαίρετο. Χαμηλά αποτελέσματα σε ένα ή περισσότερα τυποποιημένα τεστ ή υποδοκιμές εντός ενός

ακαδημαϊκού τομέα (π.χ. τουλάχιστον 1.5 τυπική απόκλιση χαμηλότερη από την ηλικία του γενικού πληθυσμού) απαιτούνται για τη μέγιστη διαγνωστική βεβαιότητα. Ωστόσο, τα ακριβείς αποτελέσματα ποικίλουν ανάλογα με τις ιδιαίτερες τυποποιημένες δοκιμές που χρησιμοποιούνται. Με βάση την κλινική κρίση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα πιο επιεική όριο (π.χ. 1.0 – 2.5 τυπική απόκλιση, χαμηλότερη από την ηλικία του γενικού πληθυσμού) όταν οι μαθησιακές δυσκολίες υποστηρίζονται από συγκλίνουσες ενδείξεις από την κλινική αξιολόγηση, το ακαδημαϊκό ιστορικό, τις σχολικές αναφορές ή τα αποτελέσματα των δοκιμών – τεστ. Επιπλέον, δεδομένου ότι τυποποιημένες δοκιμασίες δεν είναι διαθέσιμες σε όλες τις γλώσσες, η διάγνωση μπορεί να βασιστεί σε μέρος της κλινικής κρίσης των αποτελεσμάτων από τα διαθέσιμα μέτρα ελέγχου.

Ένα τρίτο χαρακτηριστικό είναι ότι στα περισσότερα άτομα οι μαθησιακές δυσκολίες είναι άμεσα εμφανείς στα πρώιμα σχολικά έτη. Ωστόσο, σε άλλους οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να εκδηλωθούν αργότερα όπου ο χρόνος μάθησης αυξάνεται και οι προσδοκίες υπερβαίνουν τις περιορισμένες δυνατότητες του ατόμου.

Ένα άλλο βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό είναι ότι οι μαθησιακές δυσκολίες θεωρούνται «ειδικές», αυτό συμβαίνει για τέσσερις λόγους. Πρώτον, δεν αποδίδονται σε νοητική υστέρηση (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή), σε γενική αναπτυξιακή καθυστέρηση, σε διαταραχές όρασης ή ακοής, σε νευρολογικές ή σε κινητικές διαταραχές). Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες επηρεάζουν τη μάθηση σε άτομα τα οποία επιδεικνύουν διαφορετικά φυσιολογικά επίπεδα της νοητικής λειτουργίας (υπολογίζεται γενικά με βαθμολογία IQ μεγαλύτερη από 70 [επιτρέποντας ± 5 πόντους για σφάλματα κατά τη μέτρηση]). Η φράση «απροσδόκητα χαμηλή σχολική επίδοση» αναφέρεται συχνά ως το γενικό χαρακτηριστικό των ειδικών μαθησιακών διαταραχών από το γεγονός ότι οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες δεν αποτελούν μέρος μιας γενικότερης μαθησιακής δυσκολίας, όπως εκδηλώνεται στη νοητική στέρηση ή στη γενική αναπτυξιακή καθυστέρηση. Οι ειδικές μαθησιακές διαταραχές μπορεί επίσης να εμφανιστούν σε άτομα που έχουν οριστεί ως διανοητικά "προικισμένα". Αυτά τα άτομα μπορεί να είναι σε θέση να διατηρήσουν φαινομενικά επαρκή ακαδημαϊκή λειτουργία με τη χρήση αντισταθμιστικών στρατηγικών, με εξαιρετικά μεγάλη προσπάθεια ή υποστήριξη μέχρι οι μαθησιακές απαιτήσεις ή οι διαδικασίες αξιολόγησης (π.χ. εξετάσεις

με χρονικό όριο) να θέτουν εμπόδια στην επίδειξη της μάθησης ή στην πραγματοποίηση των απαιτούμενων εργασιών. Δεύτερον, οι μαθησιακές δυσκολίες δε μπορούν να αποδοθούν σε εξωτερικούς παράγοντες, όπως το οικονομικό ή το περιβαλλοντικό μειονέκτημα, ή χρόνια συστηματική αποχή από την εκπαίδευση ή έλλειψη αυτής, όπως χαρακτηριστικά παρέχεται στο κοινοτικό πλαίσιο του ατόμου. Τρίτον, οι μαθησιακές δυσκολίες δε μπορούν να αποδοθούν σε νευρολογικές ή κινητικές διαταραχές ή σε διαταραχές όρασης ή ακοής, οπου συχνά συνδέονται με προβλήματα εκμάθησης των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων αλλά διακρίνονται λόγω της παρουσίας των νευρολογικών συμπτωμάτων. Τέλος, οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να περιορίζονται σε μία ακαδημαϊκή δεξιότητα ή σε έναν τομέα (π.χ. ανάγνωση μεμονωμένων λέξεων, ανάκτηση ή υπολογισμός αριθμητικών δεδομένων).

Απαιτείται ολοκληρωμένη αξιολόγηση. Η ειδική μαθησιακή διαταραχή μπορεί να διαγνωστεί μόνο μετά την έναρξη της επίσημης εκπαίδευσης αλλά μπορεί να διαγνωστεί και αργότερα σε παιδιά, εφήβους ή ενήλικες εφόσον υπάρχει ένδειξη έναρξης κατά τη διάρκεια των ετών της επίσημης σχολικής εκπαίδευσης (δηλαδή, κατά την αναπτυξιακή περίοδο). Δεν υπάρχει κάποια επαρκής πηγή δεδομένων για τη διάγνωση της ειδικής μαθησιακής διαταραχής. Αντίθετα, οι ειδικές μαθησιακές διαταραχές είναι μια κλινική διάγνωση που βασίζεται σε μια σύνθεση του ιατρικού, του αναπτυξιακού, του εκπαιδευτικού και του οικογενειακού ιστορικού του ατόμου, του ιστορικού της μαθησιακής δυσκολίας συμπεριλαμβανομένης της προηγούμενης και της τρέχουσας εκδήλωσης, της επίδρασης της δυσκολίας στην ακαδημαϊκή, την επαγγελματική ή την κοινωνική λειτουργικότητα, τις προηγούμενες ή τις τρέχουσες σχολικές αναφορές, τις εργασίες που απαιτούν τη χρήση των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, τις αξιολογήσεις βάσει της διδακτέας ύλης και σε προηγούμενα ή τρέχοντα αποτελέσματα από επιμέρους τυποποιημένες δοκιμασίες των ακαδημαϊκών επιτευγμάτων. Εάν, μία νοητική, νευρολογική, αισθητηριακή ή κινητική διαταραχή παρατηρείται, τότε η κλινική αξιολόγηση για την ειδική μαθησιακή διαταραχή θα πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλες μεθόδους για αυτές τις διαταραχές. Συνεπώς, μία ολοκληρωμένη αξιολόγηση θα περιλαμβάνει επαγγελματίες με εμπειρία στις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες καθώς και σε ψυχολογικές/γνωστικές αξιολογήσεις. Εφ' όσον, η ειδική μαθησιακή διαταραχή συνήθως παραμένει και κατά την ενηλικίωση, η επαναξιολόγηση σπάνια είναι

απαραίτητη, εκτός αν επισημαίνονται σοβαρές διακυμάνσεις στη μάθηση (βελτίωση ή επιδείνωση) ή ζητείται για συγκεκριμένο σκοπό.

1.5.4 Διαφορική διάγνωση

Φυσιολογικές διακυμάνσεις της ακαδημαϊκής επίτευξης (Normal variations in academic attainment)

Η ειδική μαθησιακή διαταραχή διαφοροποιείται από τις φυσιολογικές διακυμάνσεις της ακαδημαϊκής επίτευξης, οι οποίες οφείλονται σε εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. έλλειψη εκπαιδευτικών ευκαιριών, επανειλημμένη κακή διδασκαλία, μάθηση σε δεύτερη γλώσσα), διότι οι μαθησιακές δυσκολίες εξακολουθούν να υπάρχουν κατά την ύπαρξη κατάλληλων εκπαιδευτικών ευκαιριών και κατά της έκθεσης του παιδιού στην ίδια διδασκαλία με την ομάδα των συνομηλίκων καθώς και κατά την επάρκεια στη διδασκαλία της γλώσσας ακόμα και όταν είναι διαφορετική από την κύρια γλώσσα του.

Νοητική Υστέρηση (Αναπτυξιακή Νοητική Διαταραχή) [Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)]

Η ειδική μαθησιακή διαταραχή διαφέρει από τις γενικές μαθησιακές δυσκολίες οι οποίες συνδέονται με την νοητική υστέρηση, διότι οι μαθησιακές δυσκολίες προκύπτουν κατά την παρουσίαση φυσιολογικών επιπέδων της νοητικής λειτουργίας (δηλαδή, βαθμολογία IQ τουλάχιστον 70 ± 5). Αν η νοητική υστέρηση είναι παρούσα, τότε οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες μπορούν να διαγνωστούν μόνο όταν οι μαθησιακές δυσκολίες υπερβαίνουν αυτές τις δυσκολίες που συνήθως συνδέονται με την νοητική υστέρηση.

Μαθησιακές Δυσκολίες Που Οφείλονται σε Νευρολογικές ή Αισθητηριακές Διαταραχές (Learning Difficulties Due to Neurological or Sensory Disorders)

Η ειδική διαταραχή της μάθησης διακρίνεται από τις μαθησιακές δυσκολίες οι οποίες οφείλονται σε νευρολογικές ή σε αισθητηριακές διαταραχές (π.χ. παιδιατρικό εγκεφαλικό επεισόδιο, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ελλείμματα όρασης ή/και ακοής, διότι σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν παθολογικά ευρήματα κατά την νευρολογική εξέταση).

Νευρογνωστικές Διαταραχές (Neurocognitive Disorders)

Η ειδική διαταραχή της μάθησης διακρίνεται από τα προβλήματα μάθησης που σχετίζονται με τις νευροεκφυλιστικές γνωστικές διαταραχές, διότι στην ειδική μαθησιακή διαταραχή η κλινική παρουσίαση προκύπτει κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου και οι δυσκολίες δεν εκδηλώνονται ως μία σημαντική έκπτωση από μία προηγούμενη κατάσταση.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

Η ειδική μαθησιακή διαταραχή διακρίνεται από τη φτωχή ακαδημαϊκή επίδοση η οποία συνδέεται με τη ΔΕΠ-Υ, διότι στην τελευταία κατάσταση τα προβλήματα μπορεί να μην αντανakλούν απαραίτητα ειδικές δυσκολίες κατά την μάθηση των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων αλλά μπορεί να αντανakλούν δυσκολίες στην εκτέλεση αυτών των δεξιοτήτων. Ωστόσο, η συνύπαρξη της ειδικής μαθησιακής δυσκολίας με τη ΔΕΠ-Υ είναι πιο συχνή από το αναμενόμενο. Εάν πληρούνται και τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές τότε θα πρέπει να δίνονται και οι δύο διαγνώσεις.

Ψυχωτικές Διαταραχές (Psychotic Disorders)

Οι ειδική μαθησιακή διαταραχή διαφοροποιείται από τις ακαδημαϊκές και της γνωστικής επεξεργασίας δυσκολίες που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια ή τη ψύχωση, διότι σε αυτές τις διαταραχές, υπάρχει μια μείωση (συχνά ταχεία) σε αυτούς τους λειτουργικούς τομείς.

1.5.5 Συννοσηρότητα

Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες συνήθως συνυπάρχουν με τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. ΔΕΠ-Υ, διαταραχές επικοινωνίας, αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού, διαταραχή του αυτιστικού φάσματος) ή με άλλες ψυχικές διαταραχές (π.χ. διαταραχές άγχους, κατάθλιψη και διπολικών διαταραχών). Αυτές οι συννοσηρότητες δεν αποκλείουν τη διάγνωση της ειδικής μαθησιακής δυσκολίας αλλά μπορεί να δυσκολέψουν τις δοκιμές (τεστ) καθώς και τη διαφοροδιάγνωση διότι κάθε μία από τις συνυπάρχουσες διαταραχές παρεμβαίνουν στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανόμενης και της εκπαίδευσης. Έτσι, απαιτείται κλινική κρίση για να καταλογίσουμε μία έκπτωση των μαθησιακών δυσκολιών. Αν υπάρχει η ένδειξη ότι οι μαθησιακές δυσκολίες που περιγράφονται στο κριτήριο Α, εξηγούνται καλύτερα από κάποια άλλη διαταραχή, τότε η διάγνωση για την ειδική μαθησιακή διαταραχή δεν θα πρέπει να γίνεται.

1.6 Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού (ΑΔΣ) – Developmental Coordination Disorder (DCD)

1.6.1 Ορισμοί - Ερμηνευτικές Θεωρίες

Η Αναπτυξιακή Διαταραχή του Συντονισμού (ΑΔΣ), γνωστή και ως αναπτυξιακή δυσπραξία ή «το σύνδρομο του αδέξιου παιδιού» ή αναπτυξιακή διαταραχή της κινητικής λειτουργίας, χαρακτηρίζεται από την αποτυχία του παιδιού να κατακτήσει τα φυσιολογικά αναπτυξιακά κινητικά ορόσημα, όπως είναι οι καθημερινές δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης (π.χ. περπάτημα, φαγητό, ντύσιμο) ή οι σχολικές εργασίες όπως είναι η γραφή και η ζωγραφική.

Η ΑΔΣ είναι μία χρόνια νευρολογική διαταραχή η οποία ξεκινά κατά την παιδική ηλικία, διαφοροποιείται από την απλή αναπτυξιακή καθυστέρηση και επηρεάζει τον κινητικό σχεδιασμό αλλά και τον συντονισμό των κινήσεων. Επιπλέον, τα παιδιά με ΑΔΣ έχουν φυσιολογική νοημοσύνη. Η διαταραχή αυτή μπορεί να διαγνωσθεί σε απουσία άλλων κινητικών ή αισθητηριακών ελλειμμάτων όπως είναι η εγκεφαλική παράλυση, η μυϊκή δυστροφία, η σκλήρυνση κατά πλάκας και η νόσος του Parkinson.

Τα παιδιά με ΑΔΣ έχουν συχνά δυσκολίες στις κινητικές εκτελέσεις που αφορούν και τις μικρές (λεπτή κινητικότητα / γραφή, κούμπωμα κουμπιών κλπ.) άλλα και τις μεγάλες (αδρή κινητικότητα / ρίψη μπάλας, τρέξιμο, κλπ.) μυϊκές ομάδες. Επίσης, η διαταραχή αυτή μπορεί οδηγήσει το παιδί σε κοινωνική απομόνωση ή να δημιουργήσει ακαδημαϊκά προβλήματα. Τέλος, αν και η κατάσταση αυτή θεωρείται ως παιδική διαταραχή, τα αποτελέσματα της εμμένουν και στην ενήλικη ζωή.

1.6.2 Αντιμετώπιση - Μορφές Παρέμβασης

Πριν την οποιαδήποτε παρέμβαση είναι απαραίτητη η αξιολόγηση και η λήψη αναπτυξιακού ιστορικού κινητικότητας. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η Αναπτυξιακή Διαταραχή της Κινητικότητας δεν θεραπεύεται, άλλα μπορεί να βελτιωθεί μέσω μακροπρόθεσμων εξειδικευμένων παρεμβάσεων από συγκεκριμένους θεραπευτές, όπως είναι ο φυσικοθεραπευτής, ο εργοθεραπευτής και ο ψυχοθεραπευτής.

Η *φυσική αγωγή* μπορεί να βοηθήσει ως προς την ανάπτυξη του συντονισμού, της ισορροπίας και ως προς την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ εγκεφάλου και σώματος. Η καθημερινή άσκηση σε ατομικά αθλήματα όπως, το κολύμπι ή το ποδήλατο μπορεί να προσφέρουν καλύτερες ευκαιρίες για την οικοδόμηση των κινητικών δεξιοτήτων.

Οι *εργοθεραπευτές* μπορούν να βοηθήσουν ως προς την εδραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων μέσω εξειδικευμένων τεχνικών. Επιπλέον, είναι σημαντικό να συνεργαστεί με τον διευθυντή του σχολείου έτσι ώστε να προσδιορίσουν κάποιες αναγκαίες αλλαγές οι οποίες θα επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην ακαδημαϊκή απόδοση του παιδιού.

Τέλος, η *ψυχοθεραπεία* θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των δευτερογενών συναισθηματικών δυσκολιών (π.χ. αίσθημα αποτυχίας, χαμηλή αυτό-εκτίμηση) που μπορεί να αντιμετωπίζει το παιδί λόγω της διαταραχής.

1.6.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά σε ελεύθερη μετάφραση όπως αυτά ορίζονται στο DSM5 (βλέπε παράρτημα 6, σελ. 169 Για τα διαγνωστικά κριτήρια)

Η διάγνωση της αναπτυξιακής διαταραχής του συντονισμού γίνεται μέσω μίας κλινικής σύνθεσης του ιστορικού (αναπτυξιακού και ιατρικού), των ιατρικών εξετάσεων, των σχολικών και των εργασιακών αναφορών και των ατομικών αξιολογήσεων που χρησιμοποιούν ψυχομετρικές (psychometrically sound) και πολιτισμικά κατάλληλες τυποποιημένες δοκιμασίες-τεστ. Οι εκδηλώσεις των διαταραγμένων ικανοτήτων που απαιτούν κινητικό συντονισμό, ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία. Τα μικρά παιδιά μπορεί να καθυστερήσουν στα κύρια σημεία των κινητικών επιτευγμάτων (π.χ. να κάθονται, να μπουσουλάνε, να περπατάνε) αν και πολλά το επιτυγχάνουν χωρίς καμία καθυστέρηση. Επίσης, μπορεί να καθυστερήσουν να αναπτύξουν ικανότητες όπως, να ανεβαίνουν σκάλες ή σκαλιά, να κάνουν πετάλι, να κουμπώνουν τα κουμπιά από ένα πουκάμισο, να ολοκληρώνουν ένα πάζλ και να χρησιμοποιούν φερμουάρ. Ακόμη και όταν αυτές οι δεξιότητες επιτευγθούν, οι εκτελεστική κίνηση μπορεί να φαίνεται αδέξια/περίεργη, αργή και λιγότερο ακριβής από εκείνη των συνομηλίκων. Τα μεγαλύτερα παιδιά ή οι ενήλικες μπορεί να εμφανίζουν αργή ταχύτητα ή ανακρίβεια με δραστηριότητες που απαιτούν κίνηση, όπως η συναρμολόγηση πάζλ, η κατασκευή μοντέλων, παιχνίδια με μπάλα (ειδικά σε ομάδες), η γραφή, η δακτυλογράφηση, η οδήγηση ή η εκτέλεση δεξιοτήτων για την προσωπική φροντίδα.

Η αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού διαγιγνώσκεται μόνο εάν η δυσλειτουργία των κινητικών δεξιοτήτων παρεμβαίνει σημαντικά στις καθημερινές δραστηριότητες του οικογενειακού, του σχολικού ή του κοινωνικού περιβάλλοντος. Παραδείγματα τέτοιων δραστηριοτήτων περιλαμβάνουν, το ντύσιμο, τη σίτιση με τα κατάλληλα για την ηλικία σκεύη και χωρίς να τα κάνει χάλια, την εμπλοκή σε παιχνίδια φυσικής αγωγής με άλλους, τη χρήση ειδικών εργαλείων στη τάξη, όπως ο χάρακας ή το ψαλίδι και να συμμετέχει σε ομαδικές εργασίες στο σχολείο. Δεν διαταράσσετε μόνο η ικανότητα εκτέλεσης αυτών των ενεργειών αλλά παρατηρείτε και βραδύτητα κατά την εκτέλεση. Η ικανότητα της γραφής συχνά επηρεάζεται και αυτό έχει ως συνέπεια τον

επηρεασμό της αναγνωσιμότητας και/ή της ταχύτητας της γραπτής απόδοσης και της ακαδημαϊκής επίδοσης (η επίπτωση διακρίνεται από την ειδική μαθησιακή δυσκολία λόγω της έμφασης στον κινητικό παράγοντα των δεξιοτήτων της γραπτής απόδοσης). Στους ενήλικες, οι καθημερινές δεξιότητες στην εκπαίδευση και την εργασία, ιδιαίτερα εκείνες που απαιτούν ταχύτητα και ακρίβεια, επηρεάζονται λόγω προβλημάτων συντονισμού.

Ένα επιπλέον σημαντικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό είναι η έναρξη των συμπτωμάτων που θα πρέπει να είναι στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο. Ωστόσο, η αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού συνήθως δε διαγιγνώσκεται πριν την ηλικία των 5 ετών, επειδή υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ηλικία κατάκτησης πολλών κινητικών δεξιοτήτων ή έλλειψη σταθερότητας της μέτρησης κατά την πρώιμη παιδική ηλικία (π.χ. μερικά παιδιά καταφέρνουν να φτάσουν τους συνομηλίκους τους) ή λόγω άλλων αιτιών της κινητικής καθυστέρησης όπου μπορεί να μην έχουν εκδηλωθεί πλήρως.

Τέλος, η διάγνωση της αναπτυξιακής διαταραχής του συντονισμού γίνεται όταν οι δυσκολίες συντονισμού δεν εξηγούνται καλύτερα από διαταραχές της όρασης ή δεν αποδίδεται σε νευρολογική κατάσταση. Συνεπώς, οπτικές και νευρολογικές εξετάσεις θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαγνωστική εκτίμηση. Αν η νοητική υστέρηση (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή) είναι παρόν, τότε οι κινητικές δυσκολίες είναι μεγαλύτερες από τις αναμενόμενες για την νοητική ηλικία.

Η αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού δεν έχει διακριτές υποκατηγορίες (υποτύπους), ωστόσο τα άτομα μπορεί να έχουν επηρεαστεί κυρίως στις αδρές ή λεπτές κινητικές δεξιότητες, συμπεριλαμβανομένης και της δεξιότητας της γραφής.

Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού είναι η Παιδική Απραξία (Childhood Dyspraxia), η Ειδική Αναπτυξιακή Διαταραχή της Κινητικής Λειτουργίας (Specific Developmental Disorder of Motor Function) και το Σύνδρομο του Αδέξιου Παιδιού (Clumsy Child Syndrome).

1.6.4 Διαφορική Διάγνωση

Κινητικά Προβλήματα που Οφείλονται σε Άλλη Ιατρική Κατάσταση (Motor Impairments Due to Another Medical Condition)

Προβλήματα συντονισμού μπορεί να οφείλονται σε προβλήματα όρασης και σε συγκεκριμένες νευρολογικές διαταραχές (π.χ. εγκεφαλική παράλυση, προοδευτική αλλοίωση της παρεγκεφαλίδας, νευρομυϊκές διαταραχές). Σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχουν πρόσθετα αποτελέσματα στις νευρολογικές εξετάσεις.

Νοητική Υστέρηση (Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) [Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)]

Εάν η νοητική υστέρηση είναι παρόν, τότε οι κινητικές ικανότητες μπορεί να απομειωθούν. Ωστόσο, εάν οι κινητικές δυσκολίες υπερβαίνουν τις δυσκολίες λόγω της νοητικής υστέρησης καθώς και τα κριτήρια για την αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού πληρούνται, τότε η διάγνωση για την αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού μπορεί να δοθεί.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ μπορεί να πέφτουν, να χτυπούν σε αντικείμενα ή σε πράγματα. Απαιτείται προσεκτική παρατήρηση σε διάφορα περιβάλλοντα για να εξακριβωθεί εάν η έλλειψη της κινητικής ικανότητας οφείλεται στην έλλειψη προσοχής και στην παρορμητικότητα ή στην αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού. Αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές τότε μπορούν να δοθούν και οι δύο διαγνώσεις.

Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) [Autism Spectrum Disorder(ASD)]

Τα άτομα με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος μπορεί να μην ενδιαφέρονται να συμμετέχουν σε καθήκοντα που απαιτούν σύνθετες δεξιότητες συντονισμού, όπως αθλήματα με μπάλα, και αυτός ο λόγος μπορεί να επηρεάσει την απόδοση των δοκιμών (τεστ) καθώς και την λειτουργία, αλλά δεν αντικατοπτρίζει τις βασικές κινητικές

ικανότητες του ατόμου. Η συνύπαρξη της αναπτυξιακής διαταραχής του συντονισμού και της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος είναι κοινή. Εάν πληρούνται τα κριτήρια για τις δύο διαταραχές, μπορούν να δίνονται και οι δύο διαγνώσεις.

Σύνδρομο Υπερκινητικότητας των Αρθρώσεων (Joint Hypermobility Syndrome)

Τα άτομα με σύνδρομο που προκαλούν υπερεκτασιμότητα των αρθρώσεων (συνήθως εντοπίζεται κατά την σωματική εξέταση με το παράπονο του πόνου) μπορεί να εμφανίσουν παρόμοια συμπτώματα με εκείνα της αναπτυξιακής διαταραχής του συντονισμού.

1.6.5 Συννοσηρότητα

Διαταραχές που συχνά συνυπάρχουν με την αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού περιλαμβάνουν: τις διαταραχές λόγου και ομιλίας, τις ειδικές μαθησιακές διαταραχές (κυρίως ανάγνωση και γραφή), τα προβλήματα έλλειψης προσοχής συμπεριλαμβανομένων ΔΕΠ-Υ (η οποία είναι η πιο συχνή συνυπάρχουσα πάθηση, με ποσοστό περίπου 50%), τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, τα προβλήματα αποδιοργανωτικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς καθώς και το σύνδρομο υπερκινητικότητας των αρθρώσεων. Διαφορετικά συμπλέγματα συνύπαρξης μπορεί να είναι παρόντα (π.χ. σύμπλεγμα με σοβαρές διαταραχές της ανάγνωσης, προβλήματα της λεπτής κινητικότητας και της γραφής και ένα άλλο σύμπλεγμα με απομείωση του κινητικού ελέγχου καθώς και τον σχεδιασμό των κινήσεων). Η παρουσία άλλων διαταραχών δεν αποκλείει την αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού, άλλα μπορεί να κάνει τις δοκιμές (τεστ) πιο δύσκολα και μπορεί να παρεμβαίνουν στην καθημερινή εκτέλεση των δραστηριοτήτων. Έτσι, απαιτείται η κρίση του εξεταστή ως προς την απόδοση της απομείωσης των κινητικών διαταραχών.

1.7 Νοητική Υστέρηση (NY) [Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή] - Intellectual Disability (ID) [Intellectual Developmental Disorder]

1.7.1 Ορισμοί - Ερμηνευτικές Θεωρίες

Η Νοητική Υστέρηση (Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) είναι μία αναπηρία η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντικούς περιορισμούς τόσο στην νοητική λειτουργία όσο και στην προσαρμοστική συμπεριφορά, η οποία αφορά αρκετές καθημερινές κοινωνικές και πρακτικές δεξιότητες. Επίσης, η αναπηρία παρουσιάζεται κατά την αναπτυξιακή περίοδο (δηλαδή πριν την ηλικία των 18 ετών) και διακρίνεται σε 4 επίπεδα: ήπια, μέτρια, σοβαρή και πολύ σοβαρή.

Η νοητική λειτουργία αναφέρεται στην διανοητική ικανότητα του ατόμου όπως είναι η μάθηση, η επίλυση προβλημάτων, η λογική και ούτω καθεξής.

- Η *προσαρμοστική συμπεριφορά* είναι: η συλλογή των εννοιολογικών, κοινωνικών και πρακτικών δεξιοτήτων που μαθαίνονται και εκτελούνται από τους ανθρώπους στην καθημερινή τους ζωή.
- Οι *εννοιολογικές δεξιότητες* θεωρούνται: η εκμάθηση της γλώσσας, της ανάγνωσης της γραφής, η αντίληψη των εννοιών του χρήματος, του χρόνου και των αριθμών και η αυτονομία του ατόμου.
- Στις *κοινωνικές δεξιότητες* συμπεριλαμβάνονται: οι διαπροσωπικές δεξιότητες, η κοινωνική ευθύνη, η αυτό-εκτίμηση, η ευπιστία, η επιφυλακτικότητα, η επίλυση κοινωνικών προβλημάτων, η ικανότητα του ατόμου να ακολουθεί / υπακούει τους κανόνες / νόμους και η αποφυγή της κακοποίησης.
- Στις *πρακτικές δεξιότητες συναντάμε*: τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (προσωπική φροντίδα), τις επαγγελματικές δεξιότητες, την υγειονομική περίθαλψη, τα ταξίδια, τις καθημερινές μετακινήσεις με τα μέσα ή με το προσωπικό όχημα, την ασφάλεια, την χρήση χρημάτων και τη χρήση τηλεφώνου.

1.7.2 Αντιμετώπιση / Μορφές Παρέμβασης

Ο πιο βασικός στόχος της θεραπείας είναι το κάθε άτομο να αναπτύξει τις δυνατότητές του στο έπακρον και αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από ένα ολοκληρωμένο εξατομικευμένο θεραπευτικό σχέδιο. Το σύνθετο πρόγραμμα εκπαίδευσης απαιτεί τη συμβολή υγειονομικών παρόχων όπως είναι οι ειδικοί παιδαγωγοί, οι λογοθεραπευτές, οι συμπεριφορικοί θεραπευτές, οι εργοθεραπευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί οι οποίοι καλούνται να δουλέψουν υποστηρικτικά με τις οικογένειες αυτών των ατόμων.

1.7.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά σε ελεύθερη μετάφραση όπως αυτά ορίζονται στο DSM5 (βλέπε παράρτημα 7, σελ. 170 Για τα διαγνωστικά κριτήρια)

Τα στοιχειώδη χαρακτηριστικά της νοητικής υστέρησης (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή) είναι τα ελλείμματα στις γενικές νοητικές ικανότητες και η «φθορά» στην καθημερινή προσαρμοστική λειτουργικότητα, σε συνδυασμό με τη ηλικία, το γένος και την κοινωνικοπολιτισμικότητα του ατόμου με τους συνομηλίκους του. Η έναρξη είναι κατά την διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου. Η διάγνωση της νοητικής υστέρησης βασίζεται στις κλινικές αξιολογήσεις και σε σταθμισμένα τεστ των νοητικών και των προσαρμοστικών λειτουργιών.

Ένα πρώτο διαγνωστικό χαρακτηριστικό είναι τα ελλείμματα που παρουσιάζονται στις νοητικές λειτουργίες, οι οποίες περιλαμβάνουν τον συλλογισμό (reasoning), την επίλυση προβλημάτων (problem solving), τον σχεδιασμό/προγραμματισμό (planning), την αφηρημένη σκέψη (abstract thinking), την κριτική σκέψη (κρίση) (judgment), την μάθηση μέσω οδηγιών και μέσω εμπειριών (learning from instruction and experience) καθώς και την πρακτική κατανόηση (practical understanding). Κρίσιμοι συντελεστές είναι η λεκτική κατανόηση (verbal comprehension), η μνήμη εργασίας (working memory), ο αντιληπτικός συλλογισμός (perceptual reasoning), ο ποσοτικός συλλογισμός (quantitative reasoning) και η γνωστική αποτελεσματικότητα (cognitive efficacy). Η νοητική λειτουργία συνήθως μετράται με ατομική χορήγηση και ψυχομετρικά έγκυρα, ολοκληρωμένα, πολιτισμικά κατάλληλα, ηχητικά ψυχομετρικά (psychometrically sound) τεστ της νοημοσύνης. Το άτομο με νοητική υστέρηση έχει αποτέλεσμα περίπου δύο (2) τυπικές αποκλίσεις ή περισσότερο, κάτω από τη μέση τιμή του πληθυσμού, συμπεριλαμβάνοντας το περιθώριο για σφάλμα μέτρησης (γενικώς +5 πόντους). Σε δοκιμές με μια τυπική απόκλιση 15 και μια μέση τιμή 100, αυτό συνεπάγεται ένα σκορ 65-75 (70 ± 5). Η κλινική εκπαίδευση και η κρίση είναι απαραίτητα για να ερμηνεύσουμε τα αποτελέσματα των τεστ και να αξιολογήσουμε την νοητική επίδοση.

Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα των τεστ περιλαμβάνουν τις επιδράσεις της πρακτικής και τις «επιδράσεις του Flynn» (δηλαδή, υπερβολικά υψηλή βαθμολογία λόγω ξεπερασμένων τεστ). Μη έγκυρα αποτελέσματα μπορεί να προκύψουν από τη χρήση σύντομων διαγνωστικών τεστ νοημοσύνης ή των ομαδικών τεστ, άκρως αντιφατικές επιμέρους βαθμολογίες υπο-δοκιμών μπορεί να κάνουν μια συνολική βαθμολογία IQ μη έγκυρη. Τα εργαλεία πρέπει να προσαρμοστούν τόσο για το κοινωνικοπολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου όσο και για την μητρική του γλώσσα. Συνυπάρχουσες διαταραχές οι οποίες επηρεάζουν την επικοινωνία, την γλώσσα και/ή την κινητική ή την αισθητική λειτουργία μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα των τεστ. Ατομικά γνωστικά προφίλ βασιζόμενα σε νευροφυσιολογικές εξετάσεις είναι περισσότερο χρήσιμα ως προς την κατανόηση των νοητικών ικανοτήτων παρά από μια βαθμολογία IQ. Τέτοιες δοκιμές μπορεί να εντοπίσουν τομείς των σχετικών δυνατοτήτων ή αδυναμιών, η αξιολόγηση είναι σημαντική για τον ακαδημαϊκό και επαγγελματικό σχεδιασμό.

Τα αποτελέσματα των τεστ νοημοσύνης προσεγγίζουν κατά ένα ποσοστό την εννοιολογική λειτουργία αλλά μπορεί να είναι ανεπαρκή για την αξιολόγηση του συλλογισμού σε πραγματικές καταστάσεις και την εν βάθην γνώση των πρακτικών καθηκόντων. Για παράδειγμα, ένα άτομο με βαθμολογία IQ πάνω από 70, μπορεί να έχει σοβαρά προβλήματα προσαρμοστικής συμπεριφοράς στην κοινωνική κρίση, στην κοινωνική κατανόηση και σε άλλους τομείς της προσαρμοστικής λειτουργίας κι έτσι η λειτουργικότητα του ατόμου γίνεται συγκρίσιμη με άτομα χαμηλότερης νοημοσύνης.

Τα ελλείμματα της προσαρμοστικής λειτουργίας αναφέρονται στο πόσο καλά ένα άτομο ανταποκρίνεται στα κοινωνικά πρότυπα της προσωπικής ανεξαρτησίας και της κοινωνικής ευθύνης σε σύγκριση με άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας και του ίδιου κοινωνικοπολιτισμικού υποβάθρου. Η προσαρμοστική λειτουργία περιλαμβάνει την προσαρμοστική συλλογιστική (adaptive reasoning) σε τρεις τομείς: τον εννοιολογικό, τον κοινωνικό και τον πρακτικό. Ο εννοιολογικός (ακαδημαϊκός) τομέας μεταξύ άλλων περιλαμβάνει: επάρκεια της μνήμης, της γλώσσας, της ανάγνωσης, της γραφής, τον μαθηματικό συλλογισμό, την απόκτηση της πρακτικής γνώσης, την λύση προβλημάτων και τις αποφάσεις σε νέες καταστάσεις. Ο κοινωνικός τομέας μεταξύ άλλων,

περιλαμβάνει: την επίγνωση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των εμπειριών των άλλων ατόμων, την ενσυναίσθηση, τις διαπροσωπικές δεξιότητες της επικοινωνίας, τις ικανότητες φιλίας και την κοινωνική κρίση. Ο πρακτικός τομέας, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει: την μάθηση και την αυτοδιαχείριση κατά την διάρκεια της ζωής, συμπεριλαμβάνοντας την προσωπική φροντίδα, τις ευθύνες της εργασίας, τον διαχειρισμό των χρημάτων, την αντίδραση, τον αυτοδιαχειρισμό της συμπεριφοράς και την οργάνωση των καθηκόντων του σχολείου και της δουλειάς. Η νοητική ικανότητα, η εκπαίδευση, τα κίνητρα, η κοινωνικοποίηση, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η επαγγελματική ευκαιρία, η πολιτιστική εμπειρία και η συνυπάρχουσες γενικές ιατρικές καταστάσεις ή ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν την προσαρμοστική λειτουργία.

Το διαγνωστικό χαρακτηριστικό της προσαρμοστικής λειτουργίας συναντάται όταν τουλάχιστον ένας τομέας της (εννοιολογικός, κοινωνικός ή πρακτικός) είναι επαρκώς διαταραγμένος όπου το άτομο χρειάζεται μια συνεχής υποστήριξη προκειμένου να αποδίδει ικανοποιητικά σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής του (στο σχολείο, τη δουλειά, το σπίτι ή τη κοινότητα). Για να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια της νοητικής υστέρησης θα πρέπει τα ελλείμματα στην προσαρμοστική λειτουργία να είναι άμεσα συνδεδεμένα με τις διανοητικές βλάβες που περιγράφονται στη δεύτερη (2^η) παράγραφο.

Τέλος, η έναρξη θα πρέπει να είναι κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου, δηλαδή η αναγνώριση των νοητικών και των προσαρμοστικών ελλειμμάτων θα πρέπει να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας.

1.7.4 Διαφορική Διάγνωση

Για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση της νοητικής υστέρησης θα πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια Α, Β και Γ (βλέπε παράρτημα 7, σελ. 170). Η διάγνωση της νοητικής υστέρησης δεν θα πρέπει να θεωρείται λόγω μιας συγκεκριμένης γενετικής ή ιατρικής κατάστασης. Ένα γενετικό σύνδρομο το οποίο συνδέεται με την νοητική θα πρέπει να σημειώνεται ως μία συντρέχουσα διάγνωση.

Μείζων και Ηπιες Νευρογνωστικές Διαταραχές (Major and Mild Neurocognitive Disorders)

Η νοητική υστέρηση κατηγοριοποιείται ως νευροαναπτυξιακή διαταραχή και είναι διαφορετική από τις νευρογνωστικές διαταραχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την απώλεια της νοητικής λειτουργίας. Οι μείζων νευρογνωστικές διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν με την νοητική υστέρηση (π.χ., ένα άτομο με σύνδρομο Down που αναπτύσσει νόσο του Alzheimer, ή ένα άτομο με νοητική αναπηρία που χάνει περαιτέρω γνωστική ικανότητα μετά από έναν τραυματισμό στο κεφάλι). Σε τέτοιες περιπτώσεις δίνονται και οι δύο διαγνώσεις.

Διαταραχές Επικοινωνίας και Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Communication Disorders and Specific Learning Disorder)

Αυτές οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές είναι ειδικά για τους τομείς της επικοινωνίας και της μάθησης και δεν παρουσιάζουν ελλείμματα στην νοητική και στην προσαρμοστική συμπεριφορά. Ωστόσο, μπορεί να συνυπάρχουν με την νοητική υστέρηση. Οι δύο διαγνώσεις γίνονται εφ' όσον πληρούνται πλήρως τα κριτήρια για την νοητική υστέρηση αλλά και για τη διαταραχή της επικοινωνίας ή της ειδικής μαθησιακής δυσκολίας.

Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (Autism Spectrum Disorder)

Η νοητική υστέρηση είναι κοινή μεταξύ των ατόμων με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Η αξιολόγηση της νοητικής ικανότητας μπορεί να περιπλέκεται από τα

κοινωνικά–επικοινωνιακά ελλείμματα και την εγγενή συμπεριφορά της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος, η οποία μπορεί να επηρεάσει την κατανόηση και την υπακοή κατά την διαδικασία των δοκιμών (τεστ). Η κατάλληλη αξιολόγηση της νοητικής λειτουργίας στη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος είναι απαραίτητη, με επανεκτίμηση καθ' όλη την αναπτυξιακή περίοδο, διότι η βαθμολογίες IQ στην διαταραχή του αυτιστικού φάσματος μπορεί να είναι ασταθής, ιδιαίτερα στην πρώιμη παιδική ηλικία.

1.7.5 Συννοσηρότητα

Συνυπάρχουσες ψυχικές, νευρολογικές, ιατρικές και σωματικές καταστάσεις είναι συχνές στην νοητική υστέρηση, όπου σε ορισμένες καταστάσεις (π.χ. ψυχικές διαταραχές, εγκεφαλική παράλυση, και επιληψία) το ποσοστό εμφάνισης είναι τρεις έως τέσσερις φορές υψηλότερο απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Η πρόγνωση και το αποτέλεσμα των συνυπαρχουσών διαγνώσεων μπορεί να επηρεάζονται από την παρουσία της νοητικής υστέρησης. Οι διαδικασίες αξιολόγησης μπορεί να χρειαστούν τροποποιήσεις λόγω των διαταραχών που σχετίζονται με διαταραχές επικοινωνίας, διαταραχή του αυτιστικού φάσματος και κινητικές, αισθητηριακές ή άλλες διαταραχές. Οι καλά ενημερωμένοι πληροφοριοδότες είναι απαραίτητοι για τον εντοπισμό συμπτωμάτων όπως η ευερεθιστότητα, η απορρύθμιση της διάθεσης, η επιθετικότητα, τα διατροφικά προβλήματα, τα προβλήματα ύπνου καθώς και για την αξιολόγηση της προσαρμοστικής λειτουργίας σε διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα.

Οι πιο συχνές συνυπάρχουσες ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές είναι: η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, οι καταθλιπτικές και διπολικές διαταραχές, οι αγχώδεις διαταραχές, η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, η στερεοτυπική διαταραχή της κίνησης (με ή χωρίς την αυτό-ζημιογόνο συμπεριφορά), οι διαταραχές ελέγχου της παρορμητικότητας και οι μείζων νευρογνωστικές διαταραχές. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να προκύψει σε όλο το εύρος της σοβαρότητας την νοητικής υστέρησης. Η αυτό-τραυματική συμπεριφορά απαιτεί άμεση διαγνωστική προσοχή και μπορεί να διαβεβαιώνει την ξεχωριστή διάγνωση για την στερεοτυπική διαταραχή της κίνησης. Τα άτομα με νοητική υστέρηση, ιδιαίτερα εκείνα με πιο σοβαρή νοητική υστέρηση, μπορεί επίσης, να εμφανίζουν επιθετικές και αποδιοργανωτικές συμπεριφορές συμπεριλαμβάνοντας το τραυματισμό άλλων ή την καταστροφή περιουσίας.

1.8 Διαταραχές Αποδιοργανωτικής Συμπεριφοράς (συμπεριλαμβάνοντας ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς Εναντιωματική Προκλητική Συμπεριφορά / Διαταραχή Διαγωγής)
[Disruptive Behaviour Disorder (DBD), including ADHD with or without Oppositional Defiant Disorder (ODD) / Conduct Disorder (CD)]

1.8.1 Ορισμοί - Ερμηνευτικές Θεωρίες

Οι διαταραχές αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς είναι μία ομάδα συμπεριφορικών διαταραχών στις οποίες υπάρχουν πρότυπα μίας συνεχιζόμενης μη συνεργάσιμης, προκλητικής και εχθρικής συμπεριφοράς ως προς τις αρχές και σε πρόσωπα κύρους με αποτέλεσμα σοβαρών επιπτώσεων στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου.

Δύο από τους πιο κοινούς τύπους των διαταραχών της αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς είναι η Εναντιωματική προκλητική διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder (ODD) και η Διαταραχή της διαγωγής (Conduct Disorder (CD). Η βασική διαφορά μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών είναι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, με την διαταραχή της διαγωγής συχνά να θεωρείται πιο σοβαρή.

Η **Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή** χαρακτηρίζεται από ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο αρνητικής, εχθρικής, προκλητικής και ανυπάκουης συμπεριφοράς ως προς τις αρχές η οποία διαρκεί για έξι μήνες ή περισσότερο. Τα παιδιά με εναντιωματική προκλητική συμπεριφορά συχνά χάνουν την ψυχραιμία τους, διαφωνούν με τους ενήλικες για τους κανόνες και τα αιτήματα που τους θέτουν. Συνήθως ενοχλούνται εύκολα από άλλους ανθρώπους και κατηγορούν τρίτα άτομα για τα λάθη τους ή για την ανάρμοστη συμπεριφορά τους. Επιπλέον, τις περισσότερες φορές είναι θυμωμένα, μνησικάκα, μοχθηρά και εκδικητικά προς άλλα άτομα. Ενώ, είναι λογικό όλα τα παιδιά (και οι άνθρωποι) να παρουσιάσουν τέτοιες συμπεριφορές, τα παιδιά με εναντιωματική προκλητική διαταραχή επιδεικνύουν αυτές τις συμπεριφορές πολύ πιο συχνά απ' ό τι οι συνομήλικοί τους. Τέλος, τέτοιου είδους συμπεριφορές επηρεάζουν σοβαρά την κοινωνική, επαγγελματική ή ακαδημαϊκή λειτουργικότητα του παιδιού.

Η **Διαταραχή της Διαγωγής** συνήθως ονομάζεται και ως «παραβατικότητα» είναι πιο σοβαρή από την εναντιωματική προκλητική συμπεριφορά διότι το χαρακτηριστικό

της «σκληρής» συμπεριφοράς εμφανίζεται σε πολύ πιο υψηλά ποσοστά. Τα παιδιά και οι έφηβοι με διαταραχή διαγωγής μπορεί να επιδείξουν επιθετικότητα προς άλλα άτομα αλλά ακόμα και προς τα ζώα, θα καταστρέψουν εσκεμμένα μία ιδιοκτησία ή/και θα κλέψουν, θα πούνε ψέματα και θα αποφύγουν το σχολείο.

1.8.2 Αντιμετώπιση / Μορφές Παρέμβασης

Η παρέμβαση στις διαταραχές της αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς θα πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένους κλινικούς. Πρωταρχικός σκοπός των διαταραχών αυτών είναι η εκπαίδευση των γονέων και η ψυχοθεραπεία των πάσχοντων ατόμων. Σαν επιλογή υπάρχουν και τα ψυχιατρικά φάρμακα τα οποία μπορούν να βελτιώσουν μεμονωμένα συμπτώματα και όχι το σύνολο της διαταραχής.

➤ *Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή*

A. Εκπαίδευση γονέων (Parent training)

Η γονείς εκπαιδεύονται και αναπτύσσουν σημαντικές δεξιότητες από έναν καταρτισμένο θεραπευτή ψυχικής υγείας ως προς την πρόβλεψη της έναρξης μίας προβληματικής συμπεριφοράς, τη κατάλληλη διαχείριση των ξεσπασμάτων του παιδιού και την εφαρμογή μιας σταθερής συμπεριφοράς στη καθημερινή ρουτίνα του παιδιού.

B. Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού [Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)]

Κατά τη συγκεκριμένη παρέμβαση ο θεραπευτής εκπαιδεύει τους γονείς ενώ αλληλεπιδρούν με το παιδί τους. Ο θεραπευτής κάθεται πίσω από το τζάμι-καθρέφτης, επικοινωνεί με τους γονείς μέσω ενός ακουστικού και τους καθοδηγεί με στρατηγικές οι οποίες ενισχύουν τη θετική συμπεριφορά των παιδιών τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι γονείς να μάθουν περισσότερες αποτελεσματικές τεχνικές, επίσης η σχέση γονέα – παιδιού γίνεται πιο ποιοτική και οι προβληματικές συμπεριφορές μειώνονται.

Γ. Εκπαίδευση Κοινωνικο-Συναισθηματικών Δεξιοτήτων (Training on Social-Emotion Skills)

Μέσω της συγκεκριμένης εκπαίδευσης το παιδί μαθαίνει: α) νέες δεξιότητες για τον εντοπισμό και τη διαχείριση των συναισθημάτων του, β) πώς να τα πηγαίνει καλύτερα με τους άλλους ανθρώπους και γ) στρατηγικές για τη λήψη θετικών αποφάσεων οι οποίες θα βασίζονται στη λογική και όχι στο συναίσθημα.

Δ. Ψυχιατρικά Φάρμακα (Psychiatric Medications)

Επί του παρόντος δεν υπάρχουν φάρμακα τα οποία να συνταγογραφούνται ειδικά για την κατάσταση, αλλά ορισμένα συμπτώματα όπως η ΔΕΠ-Υ ή/και η κατάθλιψη, μπορεί να ανταποκριθούν πολύ καλά στη φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία.

➤ Διαταραχή της Διαγωγής

Παιδιά και έφηβοι με διαταραχή διαγωγής τείνουν να έχουν και ένα άλλο πρόβλημα ψυχικής υγείας, όπως είναι η αγχώδης διαταραχή ή διαταραχή της διάθεσης (όπως κατάθλιψη) όπου σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι σημαντικό και οι δύο καταστάσεις να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα.

Η διαταραχή της διαγωγής απαιτεί μία σύνθετη, προσεκτική και μακροχρόνια θεραπεία, και συνήθως οι μέθοδοι περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό εντατικής ψυχοθεραπείας και ψυχιατρικών φαρμάκων. Μερικές φορές όπου οι αρνητικές συμπεριφορές παρουσιάζονται σε έντονο βαθμό, προτείνεται η παραμονή του παιδιού σε ένα ειδικό κέντρο θεραπείας με σκοπό την απομάκρυνσή του από το συνηθισμένο περιβάλλον έτσι ώστε να αντιμετωπισθεί κατάλληλα έως ότου η συμπεριφορά του σταθεροποιηθεί και θεωρηθεί ασφαλές.

1.8.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά σε ελεύθερη μετάφραση όπως αυτά ορίζονται στο DSM5 (βλέπε παράρτημα 8, σελ. 175 Για τα διαγνωστικά κριτήρια)

➤ *Εναντιωματική προκλητική Διαταραχή*

Το βασικό χαρακτηριστικό της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής είναι το συχνό και το επίμονο μοτίβο της θυμωμένης/ευέξαπτης διάθεσης, της εριστικής/προκλητικής συμπεριφοράς ή της εκδικητικότητας. Δεν είναι ασυνήθιστο τα άτομα αυτά να παρουσιάζουν τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά της διαταραχής χωρίς τα προβλήματα της αρνητικής διάθεσης. Ωστόσο, τα άτομα που παρουσιάζουν τα συμπτώματα της θυμωμένης/ευέξαπτης διάθεσης, συνήθως παρουσιάζουν και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά.

Τα συμπτώματα της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής μπορεί να περιορίζονται μόνο σε ένα περιβάλλον και αυτό πιο συχνά είναι το σπίτι. Άτομα τα οποία παρουσιάζουν αρκετά συμπτώματα, όπου συναντούν τα διαγνωστικά όρια, ακόμα και αν είναι μόνο στο σπίτι, μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά η κοινωνική τους λειτουργικότητα. Ωστόσο, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, τα συμπτώματα της διαταραχής είναι παρόντα σε πολλαπλά περιβάλλοντα. Δεδομένου ότι η διεισδυτικότητα των συμπτωμάτων είναι ένας δείκτης της σοβαρότητας της διαταραχής, είναι σημαντικό η συμπεριφορά του ατόμου να αξιολογηθεί σε διάφορα πλαίσια καθώς και σε διάφορες σχέσεις. Επειδή αυτές οι συμπεριφορές είναι κοινές μεταξύ των αδελφών, τα άτομα θα πρέπει να παρατηρούνται κατά τη διάρκεια αλληλεπιδράσεις με άλλα πρόσωπα εκτός από τα αδέλφια. Επίσης, επειδή τα συμπτώματα της διαταραχής είναι συνήθως πιο εμφανή σε αλληλεπιδράσεις με ενήλικες ή συνομηλίκους τους οποίους το άτομο γνωρίζει καλά, μπορεί να μην είναι εμφανή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής εξέτασης.

Τα συμπτώματα της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής μπορεί να εμφανιστούν ως ένα βαθμό σε άτομα χωρίς τη διαταραχή αυτή. Υπάρχουν πολλές

βασικές θεωρήσεις για το εάν οι συμπεριφορές είναι συμπτωματικές της διαταραχής αυτής. Κατ' αρχάς, πρέπει να πληρείται το διαγνωστικό όριο από τέσσερα ή περισσότερα συμπτώματα τα οποία παρουσιάζονται εντός των προηγούμενων 6 μηνών. Δεύτερον, η παραμονή και η συχνότητα των συμπτωμάτων θα πρέπει να υπερβαίνει ότι είναι κανονιστικό για την ηλικία, το φύλο και τον πολιτισμό του ατόμου. Για παράδειγμα, δεν είναι ασυνήθιστο τα παιδιά προσχολικής ηλικίας να δείχνουν εκρήξεις θυμού σε εβδομαδιαία βάση. Τα ξεσπάσματα της διάθεσης για ένα παιδί προσχολικής ηλικίας θα μπορούσαν να θεωρηθούν ένα σύμπτωμα της διαταραχής μόνο εάν παρουσιάζονται τις περισσότερες ημέρες για τους τελευταίους έξι μήνες, εάν παρουσιάζονται με τρία άλλα συμπτώματα της διαταραχής και εάν τα ξεσπάσματα της διάθεσης συμβάλουν στη σημαντική έκπτωση που σχετίζετε με τη διαταραχή (π.χ. το άτομο να οδηγηθεί στη καταστροφή μιας περιουσίας κατά το ξέσπασμα).

Τα συμπτώματα της διαταραχής συχνά αποτελούν μέρος ενός μοτίβου προβληματικών σχέσεων με άλλους. Επιπλέον, τα άτομα με αυτή τη διαταραχή συνήθως δεν θεωρούν τους εαυτούς τους θυμωμένους, εναντιωματικούς ή επιθετικούς. Αντ' αυτού, συχνά δικαιολογούν τη συμπεριφορά τους ως απάντηση στις παράλογες απαιτήσεις ή περιστάσεις. Έτσι, μπορεί να είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε τη σχετική συμβολή του ατόμου με τη διαταραχή στις προβληματικές αλληλεπιδράσεις όπου βιώνει. Για παράδειγμα, τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή μπορεί να έχουν βιώσει ένα παρελθόν με εχθρική ανατροφή και συχνά είναι αδύνατον να καθοριστεί εάν η συμπεριφορά του παιδιού προκαλεί τους γονείς να ενεργήσουν με πιο εχθρικό τρόπο, εάν η εχθρικότητα των γονέων οδήγησαν το παιδί σε αυτή τη προβληματική συμπεριφορά ή εάν υπάρχει κάποιος συνδυασμός των δύο αυτών καταστάσεων. Ακόμα και αν ο κλινικός μπορεί να διαφοροποιήσει τις σχετικές συμβολές των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων δεν πρέπει να επηρεαστεί από τη διάγνωση που έγινε. Σε περίπτωση που το παιδί, μπορεί να ζει σε ιδιαίτερα ακατάλληλες συνθήκες, όπως συνθήκες παραμέλησης ή κακομεταχείρισης (π.χ., σε ιδρύματα), η κλινική προσοχή στη μείωση της συμβολής του περιβάλλοντος, μπορεί να είναι χρήσιμη.

➤ Διαταραχή της Διαγωγής

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής της διαγωγής είναι ένα επαναλαμβανόμενο και επίμονο μοτίβο συμπεριφοράς στο οποίο τα βασικά δικαιώματα των άλλων ή οι σημαντικές ηλικιακές κοινωνικές νόρμες ή κανόνες παραβιάζονται. Αυτές οι συμπεριφορές εντάσσονται σε τέσσερις κύριες ομάδες: επιθετική συμπεριφορά η οποία προκαλεί ή υπάρχει κίνδυνος για πρόκληση σωματικής βλάβης σε άλλους ανθρώπους ή ζώα, μη επιθετική συμπεριφορά που προκαλεί απώλεια ή ζημιά της περιουσίας, απάτη ή κλοπή, και τις σοβαρές παραβιάσεις των κανόνων. Τρεις ή περισσότερες χαρακτηριστικές συμπεριφορές πρέπει να είναι παρούσες κατά τους τελευταίους 12 μήνες, με τουλάχιστον μία συμπεριφορά να είναι παρόν τους τελευταίους 6 μήνες. Επιπλέον, η διαταραχή διαγωγής προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργία. Το μοτίβο συμπεριφοράς συνήθως είναι παρών σε διάφορα περιβάλλοντα, όπως στο σπίτι, το σχολείο ή τη κοινότητα. Επειδή τα άτομα με διαταραχή διαγωγής είναι πιθανό να ελαχιστοποιήσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς, ο κλινικός γιατρός πρέπει συχνά να βασίζεται σε πρόσθετους πληροφοριοδότες. Ωστόσο, η γνώση των πληροφοριοδοτών για τα άτομα με τη διαταραχή συμπεριφοράς μπορεί να είναι περιορισμένη εάν η εποπτεία του ατόμου είναι ανεπαρκής ή εάν το άτομο έχει αποκρύψει τα συμπτώματα συμπεριφοράς.

Τα άτομα με διαταραχή της διαγωγής συχνά ξεκινούν μία επιθετική συμπεριφορά και αντιδρούν επιθετικά σε άλλους. Μπορεί να επιδείξουν εκφοβισμό, απειλή ή εκφοβιστική συμπεριφορά (συμπεριλαμβανομένων τον εκφοβισμό μέσω μηνυμάτων σε κάποιο κοινωνικό δίκτυο), ξεκινά σωματικές πάλες, χρησιμοποιεί όπλο με το οποίο μπορεί να προκαλέσει σοβαρή σωματική βλάβη (π.χ. ρόπαλο, τούβλο, σπασμένο μπουκάλι, μαχαίρι, πιστόλι), είναι σωματικά βάνανσος ως προς τους ανθρώπους ή τα ζώα, κλέβει ενώ αντιμετωπίζει ένα θύμα (π.χ. ληστεία, αρπαγή τσάντας, εκβιασμός, ένοπλη ληστεία), ή αναγκάζει κάποιον σε σεξουαλική δραστηριότητα. Η σωματική βία μπορεί να λάβει τη μορφή του βιασμού, της επίθεσης ή σε σπάνιες περιπτώσεις, της ανθρωποκτονίας. Εσκεμμένη καταστροφή της περιουσίας των άλλων μπορεί να περιλαμβάνει σκόπιμη πυρκαγιά με την πρόθεση να προκαλέσει σοβαρή βλάβη ή εσκεμμένη καταστροφή της περιουσίας των άλλων ανθρώπων με άλλους τρόπους (π.χ.

σπάζοντας τα παράθυρα των αυτοκινήτων, βανδαλισμοί της σχολικής περιουσίας). Πράξεις εξαπάτησης ή κλοπής μπορεί να περιλαμβάνουν τη διάρρηξη ενός σπιτιού, κτηρίου ή αυτοκινήτου, συνήθως ψεύδεται ή δε τηρεί τις υποσχέσεις του για να αποκτήσει αγαθά ή για να του κάνουν χάρες ή για να αποφύγει χρέη ή υποχρεώσεις (π.χ. εξαπάτηση τρίτων ατόμων), ή κλέβει αντικείμενα μερικής αξίας χωρίς να έρθει αντιμέτωπος με κάποιο θύμα (π.χ. κλοπές σε καταστήματα, αλλά χωρίς διάρρηξη και τη είσοδο σε αυτά με πλαστογραφία).

Τα άτομα με διαταραχή της διαγωγής μπορεί συχνά να διαπράττουν σοβαρές παραβιάσεις των κανόνων (π.χ. κανόνες σχολείου, γονέων, εργασίας κοκ). Παιδιά με διαταραχή διαγωγής συνήθως μένουν εκτός σπιτιού μέχρι αργά το βράδυ παρά τις γονικές απαγορεύσεις και το μοτίβο αυτό συνήθως ξεκινά πριν την ηλικία των 13 ετών. Επίσης τα παιδιά μπορεί να το σκάνε από το σπίτι κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η φυγή από το σπίτι, για να θεωρηθεί ως ένα κριτήριο της διαταραχής θα πρέπει να συμβεί τουλάχιστον δύο φορές (ή μόνο μία φορά εάν το άτομο παραμείνει εκτός για μεγάλο χρονικό διάστημα). Επεισόδια φυγής που συμβαίνουν ως άμεση συνέπεια σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης , συνήθως δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για το κριτήριο αυτό. Τέλος, πριν την ηλικία των 13 ετών, συχνά το «σκάει» από το σχολείο.

1.8.4 Διαφορική Διάγνωση

➤ Εναντιωματική προκλητική Διαταραχή

Διαταραχή Διαγωγής (Conduct Disorder)

Η διαταραχή της διαγωγής και η εναντιωματική προκλητική διαταραχή σχετίζονται με προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία φέρνουν το άτομο σε σύγκρουση με τους ενήλικες και με άλλα πρόσωπα κύρους (π.χ. δάσκαλοι, επόπτες εργασίας). Οι συμπεριφορές της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής, συνήθως είναι λιγότερης σοβαρής φύσεως από εκείνες της διαταραχής της διαγωγής και δεν περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως την επιθετικότητα προς τους ανθρώπους ή τα ζώα, την καταστροφή περιουσίας ή την κλοπή και την εξαπάτηση. Επιπλέον, η εναντιωματική προκλητική διαταραχή περιλαμβάνει προβλήματα συναισθηματικής δυσλειτουργίας (δηλαδή, θυμό και ευερέθιστη διάθεση) τα οποία δεν περιλαμβάνονται στον ορισμό της διαταραχής της διαγωγής.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) [Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)]

Η ΔΕΠ-Υ συχνά συνυπάρχει με την εναντιωματική προκλητική διαταραχή. Για να πραγματοποιηθεί η πρόσθετη διάγνωση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής είναι σημαντικό να προσδιοριστεί εάν η αποτυχία του ατόμου να συμμορφωθεί με τα αιτήματα των άλλων οφείλετε αποκλειστικά και μόνο σε καταστάσεις που απαιτούν διαρκή προσπάθεια και προσοχή ή παραμονή του ατόμου στην ίδια θέση.

Καταθλιπτικές και Διπολικές Διαταραχές (Depressive and Bipolar Disorders)

Οι καταθλιπτικές και οι διπολικές διαταραχές συχνά περιλαμβάνουν αρνητικές επιπτώσεις και ευερεθιστότητα. Ως αποτέλεσμα, η διάγνωση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται εάν τα συμπτώματα εμφανίζονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια μίας διαταραχής της διάθεσης.

Αποδιοργανωτική Διαταραχή και Απορρύθμιση Διάθεσης (Disruptive Mood Dysregulation Disorder)

Η εναντιωματική προκλητική διαταραχή μοιράζεται με την αποδιοργανωτική διαταραχή και απορρύθμιση διάθεσης τα συμπτώματα της χρόνιας αρνητικής διάθεσης και τα ξεσπάσματα της διάθεσης. Ωστόσο, η σοβαρότητα και η συχνότητα των χρόνιων ξεσπασμάτων της διάθεσης είναι πιο σοβαρά σε άτομα με αποδιοργανωτική διαταραχή και απορρύθμιση διάθεσης απ' ό,τι σε εκείνα με εναντιωματική προκλητική διαταραχή. Έτσι, μόνο μια μειοψηφία των παιδιών και των εφήβων των οποίων τα συμπτώματα πληρούν τα κριτήρια για την εναντιωματική προκλητική διαταραχή θα μπορούσε επίσης να διαγνωστεί με αποδιοργανωτική διαταραχή και απορρύθμιση διάθεσης. Όταν η διατάραξη της διάθεσης είναι αρκετά σοβαρή ώστε να πληροί τα κριτήρια της αποδιοργανωτικής διαταραχής και απορρύθμισης διάθεσης, τότε η διάγνωση για την εναντιωματική προκλητική διαταραχή δεν δίνεται, ακόμα και αν πληρούνται όλα τα κριτήρια για αυτή.

Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή (Intermittent Explosive Disorder)

Η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή περιλαμβάνει υψηλά ποσοστά θυμού. Ωστόσο, τα άτομα με αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν σοβαρή επιθετικότητα προς άλλους, η οποία δεν είναι μέρος του ορισμού της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής.

Νοητική Υστέρηση (Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) [Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)]

Σε άτομα με νοητική υστέρηση, η διάγνωση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής δίνεται μόνο εάν η εναντιωματική συμπεριφορά είναι σημαντικά μεγαλύτερη απ' ό,τι παρατηρείται συνήθως μεταξύ των ατόμων με συγκρίσιμη νοητική ηλικία και με συγκρίσιμη σοβαρότητα της νοητικής υστέρησης.

Γλωσσική Διαταραχή (Language Disorder)

Η εναντιωματική προκλητική διαταραχή πρέπει να διακρίνεται από την αποτυχία ακολούθησης οδηγιών που είναι το αποτέλεσμα της διαταραγμένης κατανόησης της γλώσσας (π.χ. απώλεια ακοής).

Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή (Κοινωνική Φοβία) [Social Anxiety Disorder (Social Phobia)]

Η ενατιωματική προκλητική διαταραχή πρέπει να διαφοροποιηθεί από την περιφρόνηση –ανυπακοή λόγω του φόβου της αρνητικής εκτίμησης που συνδέεται με την κοινωνική αγχώδης διαταραχή.

➤ Διαταραχή της Διαγωγής

Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder)

Η διαταραχή της διαγωγής και η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, σχετίζονται και οι δύο με συμπτώματα τα οποία φέρνουν το άτομο σε σύγκρουση με τους ενήλικες ή με άλλα πρόσωπα κύρους (π.χ. γονείς, δάσκαλοι, επόπτες εργασίας). Οι συμπεριφορές της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής, συνήθως είναι λιγότερης σοβαρής φύσεως από εκείνες της διαταραχής της διαγωγής και δεν περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως την επιθετικότητα προς τους ανθρώπους ή τα ζώα, την καταστροφή περιουσίας ή την κλοπή και την εξαπάτηση. Επιπλέον, η εναντιωματική προκλητική διαταραχή περιλαμβάνει προβλήματα συναισθηματικής δυσλειτουργίας (δηλαδή, θυμό και ευερέθιστη διάθεση) τα οποία δεν περιλαμβάνονται στον ορισμό της διαταραχής της διαγωγής. Όταν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές τότε μπορούν να δοθούν και οι δύο διαγνώσεις.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής–Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) [Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder]

Παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά παρουσιάζουν υπερκινητική και παρορμητική συμπεριφορά η οποία μπορεί να είναι αποδιοργανωτική, αυτή όμως η συμπεριφορά από μόνη της δεν κάνει τα άτομα να παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες ή τα δικαιώματα των άλλων και ως εκ τούτου συνήθως δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διαταραχή της διαγωγής. Όταν πληρούνται τα κριτήρια τόσο για την ΔΕΠ-Υ όσο και για την διαταραχή της διαγωγής τότε θα πρέπει να δίνονται και οι δύο διαγνώσεις.

Καταθλιπτικές και Διπολικές Διαταραχές (Depressive and Bipolar Disorders)

Ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, και προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να εμφανίζονται σε παιδιά ή εφήβους με μείζων καταθλιπτική διαταραχή, διπολική διαταραχή ή αποδιοργανωτική διαταραχή και απορρύθμιση διάθεσης. Τα προβλήματα συμπεριφοράς που συνδέονται με αυτές τις διαταραχές της διάθεσης μπορεί συνήθως να διακρίνονται από το πρότυπο συμπεριφοράς των προβλημάτων που διαπιστώνονται στη διαταραχή της διαγωγής με βάση την πορεία τους. Συγκεκριμένα, τα άτομα με διαταραχή της διαγωγής θα εμφανίσουν σημαντικά προβλήματα επιθετικής ή μη-επιθετικής συμπεριφοράς ανά περιόδους χωρίς να υπάρχουν προβλήματα διάθεσης, είτε στο παρελθόν (δηλαδή, ένα ιστορικό με προβλήματα συμπεριφοράς προγενέστερα της έναρξης της διατάραξης της διάθεσης) είτε ταυτόχρονα (δηλαδή, εμφάνιση κάποιων προβλημάτων συμπεριφοράς που είναι προμελετημένα και δεν εμφανίζονται σε περιόδους έντονης συναισθηματικής διέγερσης). Σε αυτές τις περιπτώσεις όπου πληρούνται τα κριτήρια για τη διαταραχή της διαγωγής και για τη διαταραχή της διάθεσης, μπορούν να δίνονται και οι δύο διαγνώσεις.

Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή (Intermittent Explosive Disorder)

Τόσο η διαταραχή της διαγωγής όσο και η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή περιλαμβάνουν υψηλά ποσοστά επιθετικότητας. Ωστόσο, η επιθετικότητα σε άτομα με διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή περιορίζεται στην παρορμητική επιθετικότητα και δεν είναι εκ προμελέτης, ούτε υπηρετεί το άτομο ως προς την επίτευξη κάποιου στόχου (π.χ. χρήματα, δύναμη, εκφοβισμός). Επίσης, ο ορισμός της διαλείπουσας εκρηκτικής διαταραχής δεν περιλαμβάνει τα μη επιθετικά συμπτώματα της διαταραχής της διαγωγής. Εάν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές, τότε η διάγνωση για τη διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή θα πρέπει να δοθεί μόνο όταν τα επαναλαμβανόμενα παρορμητικά επιθετικά ξεσπάσματα αρκούν για μια ανεξάρτητη κλινική προσοχή.

Διαταραχές Προσαρμογής (Adjustment Disorders)

Η διάγνωση μιας διαταραχής της προσαρμογής (με διατάραξη της συμπεριφοράς ή με μικτή διατάραξη των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς) θα πρέπει να εξετάζεται μόνο εάν παρατηρούνται σημαντικά κλινικά προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία δεν

πληρούν τα κριτήρια για άλλη ειδική διαταραχή η οποία αναπτύσσεται κατά την εμφάνιση ενός ψυχοκοινωνικού στρεσογόνου παράγοντα και δεν επιλύεται εντός 6 μηνών από τη λήξη του στρεσογόνου παράγοντα (ή τις συνέπειές του). Η διαταραχή της διαγωγής διαγιγνώσκεται μόνο όταν τα προβλήματα συμπεριφοράς αποτελούν ένα επαναλαμβανόμενο και επίμονο μοτίβο το οποίο σχετίζεται με δυσλειτουργία στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

1.8.5 Συννοσηρότητα

➤ *Εναντιωματική προκλητική Διαταραχή*

Ποσοστά της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής είναι πολύ υψηλότερα σε δείγματα παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ, και αυτό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των κοινών ιδιοσυγκρασιακών παραγόντων κινδύνου. Επίσης, η εναντιωματική προκλητική διαταραχή συχνά προηγείται της διαταραχής της διαγωγής αν και αυτό φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα σε παιδιά με τον υπότυπο της έναρξης κατά την παιδική ηλικία (childhood-onset subtype). Άτομα με εναντιωματική προκλητική διαταραχή βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για αγχώδεις διαταραχές και για μείζων καταθλιπτική διαταραχή και αυτό φαίνεται να οφείλεται στην παρουσία των συμπτωμάτων του θυμού και της ευερεθιστότητας της διάθεσης. Επίσης, έφηβοι και ενήλικες με εναντιωματική προκλητική διαταραχή εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχών λόγω χρήσης ουσιών, αν και είναι ασαφές εάν αυτή η συσχέτιση είναι ανεξάρτητη της συννοσηρότητας με τη διαταραχή της συμπεριφοράς.

➤ *Διαταραχή Διαγωγής*

Η ΔΕΠ-Υ και η εναντιωματική προκλητική διαταραχή είναι πολύ συχνές σε άτομα με διαταραχή της διαγωγής και λόγω αυτής της συννοσηρότητας παρουσιάζονται άσχημα αποτελέσματα. Τα άτομα που παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας συχνά παραβιάζουν τα βασικά δικαιώματα των άλλων ή παραβιάζουν σημαντικές κοινωνικές ηλικιακές νόρμες και ως αποτέλεσμα αυτό το μοτίβο συμπεριφοράς συχνά συναντά τα κριτήρια της διαταραχής της συμπεριφοράς. Η διαταραχή της συμπεριφοράς μπορεί επίσης, να εμφανιστεί μαζί με μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες ψυχικές διαταραχές: ειδική μαθησιακή διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές, καταθλιπτικές ή διπολικές διαταραχές και διαταραχές που σχετίζονται με τις ουσίες. Τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, ιδιαίτερα η ανάγνωση και οι άλλες λεκτικές δεξιότητες, συχνά βρίσκονται κάτω από το αναμενόμενο ηλικιακό και νοητικό επίπεδο και αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί με την επιπρόσθετη διάγνωση της ειδικής μαθησιακής διαταραχής ή της επικοινωνιακής διαταραχής.

1.9 Διπολικές Διαταραχές I-II (Bipolar Disorders I-II)

1.9.1 Ορισμοί - ερμηνευτικές θεωρίες

Η διπολική διαταραχή (η οποία παλαιότερα ονομαζόταν μανιοκαταθλιπτική ασθένεια) είναι μια εγκεφαλική ασθένεια η οποία προκαλεί ακραίες εναλλαγές στη διάθεση, στο επίπεδο ενέργειας, σκέψης αλλά και συμπεριφοράς ενός παιδιού, εφήβου ή ενήλικα. Η διπολική διαταραχή συνήθως χαρακτηρίζεται από μανιακά (υπερδιέγερση του ατόμου) και από καταθλιπτικά (υπερβολικά μειωμένη ενέργεια του ατόμου) επεισόδια καθώς και από τον συνδυασμό αυτών με αποτέλεσμα να έχουμε μια μικτή κατάσταση. Τις περισσότερες φορές η πρώτη διάγνωση πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή στην αρχή της ενήλικης ζωής, ωστόσο υπάρχουν άτομα τα οποία παρουσιάζουν συμπτώματα της ασθένειας κατά την πρώιμη παιδική ηλικία.

Στο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM5 οι διπολικές διαταραχές και οι συσχετιζόμενες διαταραχές διαχωρίζονται από τις καταθλιπτικές διαταραχές και τοποθετούνται ανάμεσα στα κεφάλαια που σχετίζονται με το φάσμα της σχιζοφρένειας, άλλων ψυχωτικών διαταραχών και καταθλιπτικών διαταραχών.

1.9.2 Αντιμετώπιση / Μορφές Παρέμβασης

Η διπολική διαταραχή δεν είναι μία θεραπεύσιμη κατάσταση άλλα όπως οι περισσότερες διαταραχές είναι μία βελτιώσιμη μέσω των κατάλληλων παρεμβάσεων. Ο συνδυασμός της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής μαζί με την ψυχοθεραπεία παίζουν κρίσιμο ρόλο ως προς τη διαχείριση των συμπτωμάτων καθώς και βοηθά στην σταθεροποίηση και προβλεψιμότητα της συμπεριφοράς του παιδιού. Τέλος, καλό είναι να σημειωθεί ότι μία σταθερή και αξιόπιστη θεραπεία ανταποκρίνεται καλύτερα από μία θεραπεία η οποία ξεκινά και σταματά.

A. Φαρμακευτική Αγωγή (Medication)

Στην διπολική διαταραχή η φαρμακευτική αγωγή έρχεται να ελαττώσει τα συμπτώματα της διαταραχής. Υπάρχουν διάφοροι τύποι φαρμάκων και το κάθε άτομο ανταποκρίνεται με διαφορετικό τρόπο, οπότε η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής εξαρτάται από το κάθε άτομο. Επίσης, παιδιά που παρουσιάζουν μία πιο σύνθετη κατάσταση είναι αναμενόμενο να λαμβάνουν διάφορους τύπους φαρμάκων με σκοπό να γίνει η καταλληλότερη επιλογή για το συγκεκριμένο παιδί. Είναι πολύ σημαντικό τα παιδιά να λαμβάνουν όσο πιο ελάχιστα φάρμακα καθώς και όσο λιγότερες δόσεις γίνεται. Παρενέργειες είναι πολύ πιθανόν να προκληθούν και ο ιατρός πρέπει πάντα να ενημερώνετε για αυτές. Επιπλέον, η ξαφνική διακοπή, οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να είναι επικίνδυνη καθώς και να επιδεινώσει τα συμπτώματα της διαταραχής.

B. Ψυχοθεραπεία (Psychotherapy)

Διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας βοηθούν ως προς την πλήρη κατανόηση της διαταραχής τόσο από το παιδί όσο και από τους γονείς και αυτό αποτελεί στην αλλαγή της συμπεριφοράς και της διαχείρισης της ρουτίνας του παιδιού. Βασικός σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος με τεχνικές για την καλύτερη ανακατεύθυνση της συμπεριφοράς του παιδιού για πιο θετικά αποτελέσματα καθώς και η αποφυγή υποτροπής αλλά και η προώθηση μιας υγιούς συναισθηματικής και γενικής ανάπτυξης.

1.9.3 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά σε ελεύθερη μετάφραση όπως αυτά ορίζονται στο DSM5 (βλέπε παράρτημα 9, σελ.180. Για τα διαγνωστικά κριτήρια)

➤ *Διπολική Διαταραχή I*

Για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής I θα πρέπει να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια (βλέπε παράρτημα 9, σελ.) για το μανιακό επεισόδιο. Το μανιακό επεισόδιο μπορεί να προηγείται ή να έπεται του υπομανιακού ή του μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου.

Το βασικό χαρακτηριστικό ενός μανιακού επεισοδίου είναι μία ευδιάκριτη περίοδος κατά την οποία υπάρχει μία μη συνηθισμένη, διαρκώς αυξημένη, εκτεταμένη ή ευερέθιστη διάθεση καθώς και μη φυσιολογική και διαρκώς αυξημένη δραστηριότητα ή ενέργεια όπου είναι παρούσα σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα και για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον μίας εβδομάδας (ή οποιασδήποτε διάρκειας εάν απαιτείται νοσηλεία), συνοδευόμενη από τουλάχιστον τριών επιπλέον συμπτωμάτων του κριτηρίου B (βλέπε παράρτημα 9 σελ.180). Εάν παρουσιάζεται ευερέθιστη διάθεση παρά αυξημένη και εκτεταμένη τότε τουλάχιστον τέσσερα συμπτώματα του κριτηρίου B θα πρέπει να είναι παρόντα.

Η διάθεση σε ένα μανιακό επεισόδιο συχνά περιγράφεται ως αίσθημα ευφορίας ή υπερβολικής χαράς. Σε μερικές περιπτώσεις, η διάθεση του ατόμου είναι τόσο ευδιάκριτη όπου αναγνωρίζεται εύκολα ως υπερβολική και μπορεί να χαρακτηρίζεται από απεριόριστο και τυχαίο ενθουσιασμό για τις διαπροσωπικές, σεξουαλικές ή επαγγελματικές αλληλεπιδράσεις. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί αυθόρμητα να αρχίσει εκτενείς συνομιλίες με ξένους. Συχνά, η κυρίαρχη διάθεση του ατόμου είναι οξύθυμη παρά αυξημένη, ιδιαίτερα όταν οι επιθυμίες του ατόμου απορρίπτονται ή αν το άτομο έχει χρησιμοποιήσει ουσίες. Γρήγορες εναλλαγές της διάθεσης σε μικρό χρονικό διάστημα μπορεί να συμβούν και αναφέρονται ως αστάθεια (δηλαδή, η εναλλαγή μεταξύ ευφορίας, δυσφορίας και ευερεθιστότητας). Σε παιδιά, η ευτυχία, η ανοησία και η «βλακεία» είναι φυσιολογικά εντός του πλαισίου των ειδικών περιπτώσεων, ωστόσο, εάν

τα συμπτώματα είναι επαναλαμβανόμενα και ακατάλληλα για το πλαίσιο καθώς και δεν είναι αναμενόμενα του αναπτυξιακού επιπέδου, τότε το κριτήριο Α (βλέπε παράρτημα 9, σελ.180) μπορεί να πληροίτε. Αν η ευτυχία-χαρά του παιδιού είναι ασυνήθιστη (δηλαδή, διακριτή από το συνηθισμένο επίπεδο) και την ίδια στιγμή εμφανίζεται και η αλλαγή της διάθεσης ως συμπτώματα τα οποία πληρούν το κριτήριο Β (βλέπε παράρτημα 9, σελ.180) για τη μανία, τότε η διαγνωστική βεβαιότητα αυξάνεται. Ωστόσο, η αλλαγή της διάθεσης πρέπει να συνοδεύεται από επίμονα αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας ή ενέργειας που είναι προφανές σε όσους γνωρίζουν το παιδί καλά.

Κατά τη διάρκεια του μανιακού επεισοδίου, το άτομο μπορεί να συμμετάσχει σε πολλαπλές επικαλυπτόμενες νέες εργασίες. Οι εργασίες συχνά ξεκινούν με λίγη γνώση του κεντρικού θέματος και τίποτα δεν φαίνεται να ξεπερνά τις δυνατότητες του ατόμου. Τα αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας μπορεί να εκδηλωθούν σε τυχαίες ώρες της ημέρας.

Η αυξημένη αυτοεκτίμηση, συνήθως, είναι παρόν και κυμαίνεται από την άκριτη αυτοπεποίθηση έως και τις παραληρητικές ιδέες. Παρά την έλλειψη οποιουδήποτε συγκεκριμένου ταλέντου ή εμπειρίας, το άτομο μπορεί να ξεκινήσει πολύπλοκες δραστηριότητες όπως είναι η γραφή ενός μυθιστορήματος ή να γνωρίσει τη δημοσιότητα για κάποια πρακτική εφεύρεση. Οι μεγαλειώδης παραισθήσεις είναι κοινές (π.χ. να έχουν μια ιδιαίτερη σχέση με ένα διάσημο πρόσωπο). Σε παιδιά, η υπερεκτίμηση των ικανοτήτων και η πεποίθηση ότι, για παράδειγμα, είναι ο καλύτερος σε ένα άθλημα ή ο πιο έξυπνος στην τάξη είναι φυσιολογικά, ωστόσο, όταν αυτές οι πεποιθήσεις είναι παρόντες παρά τις σαφείς αποδείξεις για το αντίθετο ή όταν το παιδί προσπαθεί να κατορθώσει κάτι που είναι σαφώς επικίνδυνο, και πιο σημαντικό, αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην κανονική συμπεριφορά του παιδιού, τότε το κριτήριο της μεγαλοπρέπειας πληρείται.

Ένα από τα πιο κοινά χαρακτηριστικά είναι η μειωμένη ανάγκη για ύπνο όπου και διαφοροποιείται από την αϋπνία. Το άτομο επιθυμεί ή αισθάνεται την ανάγκη να κοιμηθεί άλλα δεν μπορεί. Το άτομο μπορεί να κοιμηθεί λίγο, αν όχι καθόλου, ή να ξυπνήσει αρκετές ώρες νωρίτερα από ό, τι συνήθως και να αισθάνεται ξεκούραστο και γεμάτο ενέργεια. Όταν η διαταραχή του ύπνου είναι σοβαρή, το άτομο μπορεί να

παραμένει για μέρες χωρίς ύπνο και να μην αισθάνεται κουρασμένος. Συχνά η μειωμένη ανάγκη για ύπνο προαναγγέλλει την έναρξη ενός μανιακού επεισοδίου.

Η ομιλία μπορεί να είναι ταχεία, δυνατή και με πίεση και είναι δύσκολο να διακοπεί. Τα άτομα μπορούν να μιλούν συνεχώς και χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τις επικοινωνιακές επιθυμίες των άλλων, συχνά με ένα παρεμβατικό τρόπο ή χωρίς την ανησυχία για τη συνάφεια του τι λέγεται. Η ομιλία μερικές φορές χαρακτηρίζεται από αστεία, λογοπαίγνια και θεατρικότητα, με δραματικές ιδιομορφίες, τραγούδι, και υπερβολική χρήση χειρονομιών. Η ένταση και η σθεναρότητα του λόγου συχνά γίνετε πιο σημαντική από αυτό που εκφράζεται. Εάν η διάθεση του ατόμου είναι περισσότερο οξύθυμη απ' ό τι εκτεταμένη, τότε η ομιλία μπορεί να χαρακτηρίζεται από παράπονα, εχθρικά σχόλια ή ξεσπάσματα θυμού, ειδικά εάν γίνονται προσπάθειες για να διακόψουν την ομιλία του ατόμου.

Συχνά οι σκέψεις του ατόμου τρέχουν με ταχύτερο ρυθμό απ' ό τι μπορούν να εκφραστούν μέσω του λόγου. Συχνά το «πέταγμα» των ιδεών αποδεικνύεται από μία σχεδόν συνεχή επιταχυνόμενη ροή του λόγου, με απότομες εναλλαγές θεμάτων. Όταν το «πέταγμα» των ιδεών είναι σοβαρό, τότε ο λόγος μπορεί να είναι αποδιοργανωμένος, χωρίς συνοχή και ιδιαίτερα αγχωτικός για το άτομο. Μερικές φορές το άτομο νιώθει ότι οι σκέψεις του είναι τόσες πολλές που του είναι δύσκολο να μιλήσει.

Η αφηρημάδα αποδεικνύεται από την αδυναμία του ατόμου να λογοκρίνει τα άυλα εξωτερικά ερεθίσματα (π.χ. την ενδυμασία του εξεταστή, τους θορύβους του περιβάλλοντος ή άλλες συζητήσεις, τα έπιπλα στο δωμάτιο) και αυτό αποτρέπει τα άτομα που βιώνουν τη μανία να κατέχουν μια ορθολογική συζήτηση ή να παρακολουθήσουν τις οδηγίες.

Η αύξηση της στοχευόμενης δραστηριότητας συχνά αποτελείται από υπερβολικό σχεδιασμό και τη συμμετοχή σε πολλαπλές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικών, των επαγγελματικών, των πολιτικών ή των θρησκευτικών δραστηριοτήτων. Η αυξημένη σεξουαλική ορμή, οι φαντασιώσεις, και η συμπεριφορά είναι συχνά παρόντα. Τα άτομα σε ένα μανιακό επεισόδιο συνήθως δείχνουν αυξημένη κοινωνικότητα (π.χ. ανανέωση παλιών γνωριμιών ή καλώντας ή επικοινωνώντας με τους

φίλους ή ακόμα και ξένους), χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η παρεμβατική, αυταρχική, και κυρίαρχη φύση αυτών των αλληλεπιδράσεων. Συχνά εμφανίζουν ψυχοκινητική διέγερση ή ανησυχία (π.χ. άσκοπη δραστηριότητα) και αυτό μπορεί να φανεί από τον άσκοπο βηματισμό ή από τις ταυτόχρονες πολλαπλές συζητήσεις. Μερικά άτομα γράφουν εκτεταμένες επιστολές, μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μηνύματα κειμένου, και ούτω καθεξής, για πολλά διαφορετικά θέματα και τα στέλνουν σε φίλους, σε δημόσια πρόσωπα, ή στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Το κριτήριο της αυξημένης δραστηριότητας είναι δύσκολο να εξακριβωθεί σε παιδιά, ωστόσο όταν το παιδί αναλαμβάνει πολλά καθήκοντα ταυτόχρονα, ξεκινά την επινόηση περίτεχνων και μη ρεαλιστικών σχεδίων για τις εργασίες και αναπτύσσει αναπτυξιακά ανάρμοστες σεξουαλικές ανησυχίες (που δεν εξηγούνται από τη σεξουαλική κακοποίηση ή την έκθεση σε σεξουαλικό υλικό), τότε το Κριτήριο Β (βλέπε παράρτημα 9, σελ.) θα μπορούσε να επιτευχθεί, με βάση την κλινική εκτίμηση. Είναι απαραίτητο να καθοριστεί αν η συμπεριφορά αντιπροσωπεύει μια μεταβολή από την αρχική συμπεριφορά του παιδιού, αν συμβαίνει κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα για το απαιτούμενο χρονικό διάστημα και αν εμφανίζεται κατά την ίδια χρονική στιγμή με τα άλλα συμπτώματα της μανίας.

Η εκτεταμένη διάθεση, η υπερβολική αισιοδοξία, το αίσθημα μεγαλείου, και η κακή κρίση οδηγούν συχνά σε απερίσκεπτη εμπλοκή δραστηριοτήτων όπως, η ανεξέλεγκτη καταναλωτική μανία, το χάρισμα των υπαρχόντων τους, η απερίσκεπτη οδήγηση, οι ανόητες επιχειρηματικές επενδύσεις και η σεξουαλική ασυδοσία τα οποία είναι ασυνήθιστα για το άτομο, ακόμη και αν οι δραστηριότητες αυτές πιθανόν να έχουν καταστροφικές συνέπειες. Το άτομο μπορεί να αγοράσει πολλά άχρηστα αντικείμενα χωρίς να έχει λεφτά και σε μερικές περιπτώσεις να τα χαρίζει. Η σεξουαλική συμπεριφορά μπορεί να περιλαμβάνει την απιστία ή τις αδιάκριτες σεξουαλικές επαφές με ξένους, συχνά αγνοώντας τον κίνδυνο των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων ή τις διαπροσωπικές συνέπειες.

Το μανιακό επεισόδιο θα πρέπει να οδηγήσει σε σημαντική έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας ή να απαιτείται νοσηλεία για την πρόληψη του αυτοτραυματισμού ή του τραυματισμού άλλων (π.χ. οικονομικές απώλειες,

παράνομες δραστηριότητες, απώλεια της εργασίας, αυτοτραυματική συμπεριφορά). Εξ ορισμού, η παρουσία των ψυχωτικών χαρακτηριστικών κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου πληροί το κριτήριο Γ (βλέπε παράρτημα 9, σελ.180).

Μανιακά συμπτώματα ή σύνδρομα που οφείλονται σε φυσιολογικές επιδράσεις κατάχρησης ουσιών (π.χ. στο πλαίσιο της κοκαΐνης ή αμφεταμίνης) ή σε παρενέργειες φαρμάκων ή θεραπειών (π.χ., στεροειδή, L-dopa, αντικαταθλιπτικά, διεγερτικά) ή σε άλλη ιατρική πάθηση δεν συνυπολογίζονται ως προς τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής I. Ωστόσο, ένα πλήρες συνδρομικό μανιακό επεισόδιο το οποίο προκύπτει κατά τη διάρκεια μιας θεραπείας (π.χ., με τα φάρμακα, με ηλεκτροσπασμοθεραπεία [electroconvulsive therapy], θεραπεία με φως [light therapy]) ή κατά τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και επιμένει πέρα από τη φυσιολογική επίδραση της ουσίας (δηλαδή, όταν το φάρμακο αποβάλλετε εντελώς από τον οργανισμό του ατόμου ή όταν οι επιπτώσεις της ηλεκτροσπασμοθεραπείας αναμένεται να έχουν διαλυθεί εντελώς) τότε υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία για τη διάγνωση ενός μανιακού επεισοδίου. Ωστόσο, χρειάζεται προσοχή διότι ένα ή δύο συμπτώματα (ιδιαίτερα αυξημένη ευερεθιστότητα, νευρικότητα και ταραχή μετά τη χρήση αντικαταθλιπτικών) δεν λαμβάνονται ως επαρκεί για τη διάγνωση ενός μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου καθώς και όχι απαραίτητα ενδεικτικό μίας διπολικής προδιάθεσης. *Για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση της διπολικής διαταραχής I είναι αναγκαίο να πληρούνται τα κριτήρια για το μανιακό επεισόδιο, αλλά δεν απαιτούνται υπομανιακά και μείζον καταθλιπτικά επεισόδια.* Ωστόσο, μπορεί να προηγείται ή να έπεται ένα μανιακό επεισόδιο. Πλήρης περιγραφές των διαγνωστικών χαρακτηριστικών ενός υπομανιακού επεισοδίου μπορεί να βρεθούν μέσα σε κείμενα της διπολικής διαταραχής II και τα χαρακτηριστικά ενός μείζον καταθλιπτικού επεισοδίου περιγράφονται σε κείμενα της μείζον καταθλιπτικής διαταραχής.

➤ Διπολική Διαταραχή II

Για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής II, είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια (βλέπε παράρτημα 9.1 σελ.186) για τρέχον ή παρελθοντικά υπομανιακά επεισόδια καθώς και τα κριτήρια για τρέχον ή παρελθοντικά μείζον καταθλιπτικά επεισόδια.

Η διπολική διαταραχή II χαρακτηρίζεται από μια κλινική πορεία των επαναλαμβανόμενων επεισοδίων διάθεσης η οποία αποτελείται από ένα ή περισσότερα μείζον καταθλιπτικά επεισόδια (βλέπε παράρτημα 9.1, Κριτήρια Α-Γ υπό τον τίτλο "Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο») και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο (βλέπε παράρτημα 9.1, Κριτήρια Α-ΣΤ υπό τον τίτλο "Υπομανιακό επεισόδιο»). Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει να διαρκεί για τουλάχιστον δύο (2) εβδομάδες και το υπομανιακό επεισόδιο πρέπει να διαρκεί για τουλάχιστον τέσσερις (4) ημέρες, έτσι ώστε να καλυφθούν τα διαγνωστικά κριτήρια. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της διάθεσης πρέπει να είναι παρόν για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα ένας απαιτούμενος αριθμός συμπτωμάτων και να αντιπροσωπεύουν μια αξιοσημείωτη αλλαγή από τη συνήθη συμπεριφορά και τη λειτουργία του ατόμου. Η παρουσία ενός μανιακού επεισοδίου κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας αποκλείει τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής II. Επεισόδια από ουσίες/φάρμακα που προκαλούν καταθλιπτική διαταραχή ή ουσίες/φάρμακα που προκαλούν διπολική διαταραχή και συναφή διαταραχές (που αντιπροσωπεύουν τις φυσιολογικές επιδράσεις του φαρμάκου, άλλες σωματικές θεραπείες για την κατάθλιψη, την κατάχρηση ουσιών ή την έκθεση σε τοξίνες) ή επεισόδια κατάθλιψης και των συναφών διαταραχών ή διπολικής και συναφών διαταραχών που οφείλονται σε άλλη ιατρική πάθηση δεν υπολογίζονται ως προς τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής II, εκτός αν επιμένουν πέρα από τις φυσιολογικές επιδράσεις της θεραπείας ή της ουσίας και στη συνέχεια πληρούν τα κριτήρια της διάρκειας ενός επεισοδίου. Επιπλέον, τα επεισόδια δεν πρέπει να εξηγούνται καλύτερα από τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή καθώς και να μην επικαλύπτονται από τη σχιζοφρένεια, τη διαταραχή σχιζοφρενικής μορφής, τη παραληρηματική διαταραχή ή από άλλο συγκεκριμένο ή μη συγκεκριμένο φάσμα της σχιζοφρένειας καθώς και άλλων ψυχωτικών διαταραχών. Τα καταθλιπτικά επεισόδια ή οι υπομανιακές διακυμάνσεις

πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, επαγγελματική ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας, ωστόσο αυτό δεν είναι προαπαιτούμενο σε ένα υπομανιακό επεισόδιο. Ένα υπομανιακό επεισόδιο που προκαλεί σημαντική βλάβη είναι πιθανό να πληροί τις προϋποθέσεις για τη διάγνωση ενός μανιακού επεισοδίου και ως εκ τούτου για την εφ' όρου ζωής διάγνωση της διπολικής διαταραχής I. Τα υποτροπιάζοντα μείζον καταθλιπτικά επεισόδια συνήθως είναι πιο συχνά και πιο εκτενής απ' ό,τι αυτά που παρουσιάζονται στην διπολική διαταραχή I.

Τα άτομα με διπολική διαταραχή II επισκέπτονται έναν κλινικό κατά τη διάρκεια ενός μείζον καταθλιπτικού επεισοδίου και είναι απίθανο αρχικά να παραπονιούνται για υπομανία. Συνήθως, τα υπομανιακά επεισόδια από μόνα τους δεν προκαλούν κάποια βλάβη. Αντ' αυτού, η απομείωση είναι αποτέλεσμα μείζον καταθλιπτικών επεισοδίων ή ενός επίμονου μοτίβου απρόβλεπτων αλλαγών ή διακυμάνσεων της διάθεσης και προκαλεί αναξιόπιστη διαπροσωπική ή επαγγελματική λειτουργικότητα. Τα άτομα με διπολική διαταραχή II δεν μπορούν να δουν τα υπομανιακά επεισόδια ως παθολογικά ή επιζήμια, αν και το περιβάλλον του μπορεί να είναι προβληματισμένο από την αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά του ατόμου. Οι κλινικές πληροφορίες από άλλους πληροφοριοδότες, όπως από στενούς φίλους ή συγγενείς, είναι συχνά χρήσιμες για τον καθορισμό της διάγνωσης της διπολικής διαταραχής II.

Ένα υπομανιακό επεισόδιο δεν πρέπει να συγχέεται με τις αρκετές μέρες ευθυμίας και ανάκτησης ενέργειας ή δραστηριότητας που μπορεί να εμφανιστούν μετά την υποχώρηση ενός μείζον καταθλιπτικού επεισοδίου. Παρά τις σημαντικές διαφορές ως προς τη διάρκεια και τη σοβαρότητα μεταξύ ενός μανιακού και υπομανιακού επεισοδίου, η διπολική διαταραχή II δεν είναι μια «πιο ήπια μορφή» από τη διπολική διαταραχή I. Σε σύγκριση με τα άτομα με διπολική διαταραχή I, τα άτομα με διπολική διαταραχή II έχουν πιο μακροχρόνιες ασθένειες και απομειώσεις καθώς και κατά μέσο όρο περνούν περισσότερο χρόνο κατά την καταθλιπτική φάση της ασθένειάς τους, η οποία μπορεί να είναι σοβαρή ή/και «αναπηρική». Στη διπολική διαταραχή II είναι κοινό να συνυπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα με υπομανιακά επεισόδια ή να συνυπάρχουν συμπτώματα υπομανίας με καταθλιπτικά επεισόδια και να εμφανίζονται περισσότερο στις γυναίκες,

ιδιαίτερα, επεισόδια υπομανίας με μικτά χαρακτηριστικά. Τα άτομα που βιώνουν υπομανία με ανάμεικτα χαρακτηριστικά μπορεί να μην επισημαίνουν τα συμπτώματά τους ως υπομανιακά, αλλά, αντιθέτως, να τα βιώνουν ως κατάθλιψη με αυξημένη ενέργεια ή ευερεθιστότητα.

1.9.4 Διαφορική Διάγνωση

➤ Διπολική Διαταραχή I

Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή (Major Depressive Disorder)

Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να συνοδεύεται από μανιακά και από υπομανιακά συμπτώματα (δηλαδή, λιγότερα συμπτώματα ή μικρότερη διάρκεια απ' ό τι απαιτείται για την μανία και την υπομανία). Όταν το άτομο παρουσιάζει ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, τότε θα πρέπει να επιβεβαιωθεί εάν στο παρελθόν υπήρχαν επεισόδια μανίας ή υπομανίας. Τα συμπτώματα της ευερεθιστότητας μπορεί να σχετίζονται είτε με τη μείζον καταθλιπτική διαταραχή είτε με τη διπολική διαταραχή και αυτό επιβαρύνει την διαφοροδιάγνωση.

Άλλες Διπολικές Διαταραχές (Other Bipolar Disorders)

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής I διαφοροποιείται από την διπολική διαταραχή II, καθορίζοντας εάν έχει υπάρξει κάποιο μανιακό επεισόδιο στο παρελθόν. Άλλες συγκεκριμένες και μη συγκεκριμένες διπολικές και σχετικές διαταραχές θα πρέπει να διαφοροποιούνται από την διπολική διαταραχή I και II, εξετάζοντας κατά πόσο τα συμπτώματα της μανίας, της υπομανίας ή της κατάθλιψης δεν πληρούν τα κριτήρια για αυτές τις καταστάσεις.

Η διπολική διαταραχή που οφείλεται σε άλλη ιατρική κατάσταση μπορεί να διαφοροποιηθεί από τη διπολική διαταραχή I και II με βάση των βέλτιστων κλινικών ενδείξεων όπου σχετίζονται αιτιολογικά με την ιατρική κατάσταση.

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (Generalized Anxiety Disorder), Διαταραχή Πανικού (Panic Disorder), Διαταραχή Μετα-τραυματικού Στρες (Posttraumatic Stress Disorder), ή Άλλες Αγχώδεις Διαταραχές (Other Anxiety Disorders). Αυτές οι διαταραχές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφορική διάγνωση είτε ως πρωτογενείς διαταραχές είτε, σε ορισμένες περιπτώσεις, συννοσηρές διαταραχές. Μια προσεκτική ματιά στο ιστορικό των συμπτωμάτων είναι απαραίτητη για τη

διαφοροποίηση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής από τη διπολική διαταραχή, διότι ο ανήσυχος στοχασμός μπορεί εσφαλμένα να θεωρηθεί ως «πέταγμα» ιδεών καθώς και οι προσπάθειες για την ελαχιστοποίηση των αγχωτικών συναισθημάτων μπορεί να αποδοθεί ως παρορμητική συμπεριφορά. Παρομοίως, τα συμπτώματα της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής θα πρέπει να διαφοροποιηθούν από τη διπολική διαταραχή. Είναι χρήσιμο να αξιολογηθεί η επεισοδιακή φύση των συμπτωμάτων, όπως αυτά περιγράφονται, καθώς και τα συμπτώματα όπου πυροδοτείτε για την λήψη της διαφοροδιάγνωσης.

Ουσίες/Φαρμακευτική Αγωγή που Προκαλεί Διπολική Διαταραχή (Substance/Medication-Induced Bipolar Disorder)

Διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών μπορεί να εκδηλωθούν με μανιακά συμπτώματα τα οποία προκαλούνται από ουσίες ή φαρμακευτική αγωγή τα οποία πρέπει να διακρίνονται από την διπολική διαταραχή I. Η ανταπόκριση στους σταθεροποιητές διάθεσης κατά την διάρκεια της μανίας λόγω ουσιών/φαρμακευτικής αγωγής δεν μπορεί κατ' ανάγκη να είναι διαγνωστικό κριτήριο για τη διπολική διαταραχή. Θα πρέπει να δημιουργηθεί μια αρχική διάγνωση της διπολικής διαταραχής βασιζόμενη στα συμπτώματα που παραμένουν ενώ οι ουσίες δεν χρησιμοποιούνται πλέον.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

Αυτή η διαταραχή μπορεί να διαγνωσθεί λανθασμένα ως διπολική διαταραχή, ειδικά σε εφήβους και παιδιά. Πολλά συμπτώματα συμπίπτουν με τα συμπτώματα της μανίας, όπως είναι η γρήγορη ομιλία, οι «τρεχούμενες» σκέψεις, η αφηρημάδα, και η μικρότερη ανάγκη για ύπνο. Η «διπλή καταμέτρηση» των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και της διπολικής διαταραχής μπορεί να αποφευχθεί εάν ο κλινικός ιατρός διευκρινίσει εάν τα συμπτώματα αντιπροσωπεύουν ένα ξεχωριστό επεισόδιο.

Διαταραχές της Προσωπικότητας (Personality Disorders)

Διαταραχές της προσωπικότητας, όπως η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί να έχουν σημαντική συμπτωματική επικάλυψη με τις διπολικές

διαταραχές, αφού η αστάθεια της διάθεσης και η παρορμητικότητα είναι κοινά και στις δύο καταστάσεις. Τα συμπτώματα θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν ένα ξεχωριστό επεισόδιο καθώς και η αξιοσημείωτη αύξηση έναντι της βασικής γραμμής που απαιτείται για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής θα πρέπει να είναι παρόν. Δεν θα πρέπει να γίνεται διάγνωση μιας διαταραχής της προσωπικότητας κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου διάθεσης χωρίς θεραπεία.

Διαταραχές με Εξέχουσα την Ευερεθιστότητα (Disorders with Prominent Irritability)

Σε άτομα με σοβαρή ευερεθιστότητα, ιδιαίτερα σε παιδιά και εφήβους, θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα έτσι ώστε η διάγνωση της διπολικής διαταραχής να γίνει μόνο σε εκείνους που είχαν ένα σαφές επεισόδιο μανίας ή υπομανίας, δηλαδή μια ξεχωριστή χρονική περίοδο της απαιτούμενης διάρκειας κατά την οποία η ευερεθιστότητα ήταν σαφώς διαφορετική από τα αρχικά επίπεδα του ατόμου και συνοδεύτηκε από την έναρξη των συμπτωμάτων του Κριτήριου Β (βλέπε παράρτημα 9, σελ.). Όταν η ευερεθιστότητα ενός παιδιού είναι ιδιαίτερα σοβαρή και επιμένει τότε η διάγνωση της αποδιοργανωτικής διαταραχής και απορρύθμιση διάθεσης θα ήταν πιο κατάλληλη. Ωστόσο, όταν οποιοδήποτε παιδί αξιολογείται για τη μανία, είναι σημαντικό τα συμπτώματα να αντιπροσωπεύουν μια σαφή αλλαγή από την τυπική συμπεριφορά του παιδιού.

➤ Διπολική Διαταραχή II

Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή (Major Depressive Disorder)

Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή θεωρείται ως μία από τις πιο δύσκολες διαφορικές διαγνώσεις διότι μπορεί να συνοδεύεται από συμπτώματα υπομανίας ή μανίας τα οποία δεν ανταποκρίνονται πλήρως στα κριτήρια (δηλαδή, είτε λιγότερα συμπτώματα είτε μικρότερη διάρκεια από ό,τι απαιτείται για ένα υπομανιακό επεισόδιο). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα κατά την αξιολόγηση ατόμων με ευερεθιστότητα, η οποία μπορεί να σχετίζεται είτε με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είτε με διπολική διαταραχή II.

Κυκλοθυμική Διαταραχή (Cyclothymic Disorder)

Στην κυκλοθυμική διαταραχή υπάρχουν πολυάριθμες περίοδοι με υπομανιακά και με καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία δεν πληρούν τα συμπτώματα ή τη διάρκεια των κριτηρίων ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Η διπολική διαταραχή II διακρίνεται από την κυκλοθυμική διαταραχή από την παρουσία ενός ή περισσότερων μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων. Εάν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο συμβαίνει μετά τα πρώτα 2 έτη της κυκλοθυμικής διαταραχής, τότε η πρόσθετη διάγνωση της διπολικής διαταραχής II είναι δεδομένη.

Φάσμα της Σχιζοφρένειας και Άλλων Συναφών Ψυχωτικών Διαταραχών (Schizophrenia Spectrum and Other Related Psychotic Disorders)

Η διπολική διαταραχή II πρέπει να διακρίνεται από τις ψυχωτικές διαταραχές (π.χ. σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια και παραληρηματική διαταραχή). Η σχιζοφρένεια, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η παραληρηματική διαταραχή χαρακτηρίζονται από περιόδους ψυχωσικών συμπτωμάτων τα οποία εμφανίζονται κατά την απουσία σημαντικών συμπτωμάτων της διάθεσης. Άλλες χρήσιμες παρατηρήσεις περιλαμβάνουν τα συνοδά συμπτώματα, την προηγούμενη πορεία και το οικογενειακό ιστορικό.

Διαταραχή Πανικού ή Άλλες Αγχώδεις Διαταραχές (Panic Disorder or Other Anxiety Disorders)

Οι αγχώδεις διαταραχές πρέπει να εξεταστούν κατά τη διαφορική διάγνωση και συχνά, μπορεί να είναι παρούσες ως συνυπάρχουσες διαταραχές.

Διαταραχές Λόγω Χρήση Ουσιών (Substance Use Disorders)

Οι διαταραχές λόγω χρήση ουσιών περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (Attention-Deficit/hyperactivity Disorder)

Αυτή η διαταραχή μπορεί να διαγνωσθεί λανθασμένα ως διπολική διαταραχή II, ειδικά σε εφήβους και παιδιά. Πολλά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως η γρήγορη ομιλία, οι «τρεχούμενες» σκέψεις, η αφηρημάδα και η μικρότερη ανάγκη για ύπνο,

επικαλύπτονται από τα συμπτώματα υπομανίας. Η «διπλή καταμέτρηση» των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και της διπολικής διαταραχής μπορεί να αποφευχθεί εάν ο κλινικός ιατρός διευκρινίσει εάν τα συμπτώματα αντιπροσωπεύουν ένα ξεχωριστό επεισόδιο και εάν, η αξιοσημείωτη αύξηση έναντι της βασικής γραμμής που απαιτείται για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής ΙΙ, είναι παρούσα.

Διαταραχές της Προσωπικότητας (Personality Disorders)

Ο ίδιος κανόνας που ισχύει για την ΔΕΠ-Υ, ισχύει και κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου για μία διαταραχή της προσωπικότητας, όπως η οριακή (μεταιχμιακή) διαταραχή προσωπικότητας, εφόσον η αστάθεια της διάθεσης και η παρορμητικότητα είναι κοινά στοιχεία και στις διαταραχές της προσωπικότητας αλλά και στην διπολική διαταραχή ΙΙ. Τα συμπτώματα πρέπει να αντιπροσωπεύουν ένα ευδιάκριτο επεισόδιο καθώς και να είναι παρούσα η αξιοσημείωτη αύξηση έναντι της βασικής γραμμής που απαιτείται για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής ΙΙ. Δεν θα πρέπει να γίνετε διάγνωση μιας διαταραχής της προσωπικότητας κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου διάθεσης χωρίς θεραπεία, εκτός εάν το ιστορικό της ζωής του ατόμου υποστηρίζει την παρουσία μιας διαταραχής προσωπικότητας.

Άλλες Διπολικές Διαταραχές (Other Bipolar Disorders)

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής ΙΙ θα πρέπει να διαφοροποιείται από διπολική διαταραχή Ι, μέσω της προσεκτικής εξέτασης εάν έχουν υπάρξει οποιαδήποτε παρελθοντικά επεισόδια μανίας, και από άλλες συγκεκριμένες και μη συγκεκριμένες διπολικές και συναφείς διαταραχές, επιβεβαιώνοντας τη παρουσία της πλήρους συνδρομικής υπομανίας και της κατάθλιψης.

1.9.5 Συννοσηρότητα

➤ *Διπολική Διαταραχή I*

Συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές είναι συχνές και οι πιο συχνές διαταραχές είναι οποιεσδήποτε αγχώδης διαταραχές (π.χ. κρίσεις πανικού, διαταραχή κοινωνικού άγχους [κοινωνική φοβία], ειδική φοβία) που συμβαίνουν περίπου στα τρία τέταρτα των ατόμων, ενώ η ΔΕΠ-Υ, οποιαδήποτε διασπαστική, παρορμητική ή διαταραχή της συμπεριφοράς (π.χ., διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή, αντιθετική προκλητική διαταραχή, διαταραχή συμπεριφοράς) καθώς και οποιαδήποτε διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών (π.χ., διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ) συμβαίνουν σε περισσότερο από το ήμισυ των ατόμων με διπολική διαταραχή I. Ενήλικες με διπολική διαταραχή I έχουν υψηλά ποσοστά σοβαρών ή / και μη θεραπεύσιμων συνυπάρχουσων ιατρικών καταστάσεων. Το μεταβολικό σύνδρομο και η ημικρανία είναι πιο κοινή μεταξύ των ατόμων με διπολική διαταραχή σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Περισσότερο από το ήμισυ των ατόμων των οποίων τα συμπτώματα πληρούν τα κριτήρια για τη διπολική διαταραχή έχουν μια διαταραχή χρήσης αλκοόλ, καθώς και εκείνα τα άτομα που έχουν και τις δύο διαταραχές είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας.

➤ *Διπολική Διαταραχή II*

Η διπολική διαταραχή II είναι μία διαταραχή η οποία τις περισσότερες φορές συνδέεται με μία ή με περισσότερες ψυχικές διαταραχές, όπου οι αγχώδεις διαταραχές είναι η πιο κοινές. Περίπου το 60% των ατόμων με διπολική διαταραχή II έχουν τρεις ή περισσότερες συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές, με το 75% να έχει μια αγχώδης διαταραχή και το 37% να έχει μια διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών. Τα παιδιά και οι έφηβοι με διπολική διαταραχή II έχουν ένα υψηλότερο ποσοστό συνυπάρχουσων αγχωτικών διαταραχών σε σύγκριση με εκείνους με διπολική διαταραχή I και η αγχώδης διαταραχή πιο συχνά προηγείται της διπολικής διαταραχής. Οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών και οι αγχώδης διαταραχές προκύπτουν σε άτομα με διπολική διαταραχή II σε

υψηλότερο ποσοστό από ό, τι στο γενικό πληθυσμό. Περίπου το 14% των ατόμων με διπολική διαταραχή II έχουν τουλάχιστον μία διατροφική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους με την διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας να είναι πιο συχνή από την νευρική βουλιμία και την νευρική ανορεξία.

Συνήθως, αυτές οι συνυπάρχουσες διαταραχές δεν φαίνεται να ακολουθούν μια πορεία της ασθένειας η οποία να είναι πραγματικά ανεξάρτητη από εκείνη της διπολικής διαταραχής, αλλά αντιθέτως έχουν ισχυρές ενώσεις με τις καταστάσεις της διάθεσης. Για παράδειγμα οι αγχώδεις και οι διατροφικές διαταραχές τείνουν να συνδέονται περισσότερο με καταθλιπτικά επεισόδια και οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών είναι μετρίως συσχετιζόμενη με τα συμπτώματα της μανίας.

1.10 Σύνδρομα Φαινότυπου Συμπεριφοράς (Behavioural Phenotype Syndromes)

1.10.1 Ορισμοί/ Ερμηνευτικές Θεωρίες

Ακόμη δεν υπάρχει ομόφωνη συναίνεση για το τι είναι η φαινοτυπική συμπεριφορά, όμως ο Flint έχει προτείνει το εξής: «είναι μια συμπεριφορά η οποία συμπεριλαμβάνει τις γνωστικές διεργασίες και το ύφος της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και η συμπεριφορά αυτή συνδέεται πάντα με ένα σύνδρομο το οποίο έχει χρωμοσωμικές ή γενετικές αιτιολογίες», επιπλέον, προσθέτει: «υπάρχει μια μικρή αμφιβολία πως ο φαινότυπος είναι συνέπεια της υποκείμενης ανωμαλίας», όμως όλοι πιστεύουν πως αυτός ο ορισμός είναι πολύ περιοριστικός. Στην πράξη, οι περισσότεροι φαινότυποι συμπεριφοράς σχετίζονται με χρωμοσωμικές ανευπλοϊδίες και μικροελλείψεις παρά με μεταλλάξεις ενός σημείου σε ένα μόνο γονίδιο.

Το 1994 ο Flint και ο Yule προτείνουν τον εξής ορισμό: « η φαινοτυπική συμπεριφορά είναι ένα χαρακτηριστικό μοτίβο κινητικών, γνωστικών, γλωσσικών και κοινωνικών ανωμαλιών το οποίο μονίμως συνδέεται με μία βιολογική διαταραχή. Σε μερικές περιπτώσεις, ο φαινότυπος συμπεριφοράς μπορεί να αποτελεί μία ψυχιατρική διαταραχή, επίσης, μπορεί να παρατηρηθούν συμπεριφορές οι οποίες συνήθως μπορεί να μην θεωρούνται ως συμπτώματα μίας ψυχιατρικής διαταραχής».

Παρακάτω αναφέρονται πέντε (5) σύνδρομα φαινοτυπικής συμπεριφοράς. Δίνετε ο ορισμός, τα χαρακτηριστικά και η θεραπευτική παρέμβαση. Τα σύνδρομα είναι τα εξής:

1. Διαταραχή Lesch-Nyhan [Lesch-Nyhan Disease (LND)]
2. Σύνδρομο Prader-Willi [Prader-Willi Syndrome (PWS)]
3. Σύνδρομο Fragile-x (Fragile-x Syndrome)
4. Σύνδρομο Williams (Williams Syndrome (WMS))
5. Σύνδρομο Angelman (Angelman Syndrome)

1. Διαταραχή Lesch-Nyhan [Lesch-Nyhan Disease (LND)]

▪ Ορισμός-Ερμηνευτικές Θεωρίες

Η νόσος ή το σύνδρομο του Lesch-Nyhan είναι μια σπάνια, κληρονομική και συνήθως θανατηφόρα γενετική διαταραχή η οποία εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια και σχετίζεται με τρία (3) μεγάλα κλινικά στοιχεία: 1^{ον}) την υπερπαραγωγή του ουρικού οξέος, 2^{ον}) τις νευρολογικές αναπηρίες και 3^{ον}) τα προβλήματα συμπεριφοράς.

▪ Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Τα πρώτα συμπτώματα του συνδρόμου εμφανίζονται και αρχίζουν να αναπτύσσονται κατά τους πρώτους 3-6 μήνες ζωής του βρέφους.

Το πρώτο σημάδι είναι το πορτοκαλί χρώμα στα ούρα του βρέφους το οποίο οφείλετε στις αποθέσεις κρυστάλλων. Έπειτα οι αναπτυξιακή καθυστέρηση γίνετε εμφανής κυρίως στα προσβεβλημένα αγόρια. Οι πιο εμφανείς αναπτυξιακές καθυστερήσεις είναι η αδυναμία στήριξης της κεφαλής στον 4^ο – 5^ο μήνα του βρέφους, η ανικανότητα του βρέφους να μπουσουλήσει ή να σταθεί στα πόδια του κατά τον 9ο μήνα, η ανικανότητα να περπατήσει όταν το βρέφος είναι ήδη ενός έτους και η παρουσίαση σπασμών των άκρων και των μυών του προσώπου που αυτοί φυσιολογικά παρουσιάζονται μετά την ολοκλήρωση του 1ου έτους.

Το υπερβολικό επίπεδο ουρικού οξέος συνήθως προκαλεί αποθέσεις κρυστάλλων οι οποίες οδηγούν σε μία ασθένεια που ονομάζεται ουρική αρθρίτιδα και αυτή με τη σειρά της προκαλεί οιδήματα και ευαισθησία στις αρθρώσεις. Επιπλέον, λόγω των υψηλών επιπέδων του ουρικού οξέος συνήθως αναπτύσσεται πέτρα στα νεφρά και της χοληδόχου κύστης.

Λόγω της καθυστερημένης ανάπτυξης παρουσιάζεται μία δυσκολία στην ομιλία. Επίσης, η υπερβολική έλλειψη του ελέγχου των κινήσεων εμποδίζει το άτομο να σταθεί στα πόδια του ή να περπατήσει και έτσι το άτομο αναγκαστικά εξαρτάται από το αναπηρικό καροτσάκι. Επιπλέον, παρουσιάζουν αυτό τραυματικές, γνωστικές και παρορμητικές συμπεριφορές. Αυτοτραυματικές θεωρούνται συμπεριφορές όπως το

φάγωμα των νυχιών, των χειλιών και της γλώσσας καθώς και το χτύπημα της κεφαλής. Τέλος, γνωστικές και παρορμητικές συμπεριφορές θεωρούνται ο εμμετός, το φτύσιμο, ο καταναγκασμός στον ίδιο τους τον εαυτό, η εναλλαγές της διάθεσης κοκ.

- **Διαφορική Διάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει και άλλες αιτίες βρεφικής υποτονίας και δυστονίας. Συνηθέστερα, τα παιδιά διαγιγνώσκονται ως παιδιά με αθετοειδή εγκεφαλική παράλυση. Η διάγνωση για εγκεφαλική παράλυση θεωρείται ύποπτη σε ένα βρέφος όταν η προγεννητική, περιγεννητική και μεταγεννητική περίοδος είναι φυσιολογική και τότε θα πρέπει υποπτευόμαστε το σύνδρομο Lesch-Nyhan.

- **Αντιμετώπιση-Μορφές Παρέμβασης**

Η θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου είναι περιορισμένη και κατά βάση φαρμακευτική.

Για τον έλεγχο της υπερπαραγωγής του ουρικού οξέος καθώς και για την μείωση ανάπτυξης νεφρολιθίασης και ουρικής αρθρίτιδας η αλλοπουρινόλη (Allopurinolo) είναι αρκετά χρήσιμη.

Για τα νευρολογικά προβλήματα (κινητικές δυσκολίες) δίνονται μυοχαλαρωτικά φάρμακα όπως είναι η διαζεπάμη (diazepam).

Τα συμπεριφορικά προβλήματα διαχειρίζονται μέσω ενός συνδυασμού φαρμάκων και τεχνικών αλλαγής της συμπεριφοράς.

2. Σύνδρομο Prader-Willi [Prader-Willi Syndrome (PWS)]

▪ Ορισμοί-Ερμηνευτικές Θεωρίες

Αρχικά το σύνδρομο Prader-Willi περιγράφηκε στην ιατρική βιβλιογραφία το 1956, και ήταν η πρώτη διαταραχή η οποία οφειλόταν σε σφάλματα γονιδιακής αποτύπωσης. Η διαταραχή ήταν κάποτε γνωστή ως Υπογοναδισμός, Υποτονία, *Hypomentia* και Παχυσαρκία (Hypogonadism, Hypotonia, Hypomentia, Obesity (HHHO)).

Το σύνδρομο Prader-Willi είναι μια πολύπλοκη νευροαναπτυξιακή γενετική διαταραχή η οποία οφείλεται σε μια βλάβη του 15^{ου} χρωμοσώματος και επηρεάζει πολλά μέρη του σώματος. Στη βρεφική ηλικία, αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται από αδύναμο μυϊκό τόνο (υποτονία), δυσκολίες σίτισης, φτωχή και καθυστερημένη ανάπτυξη. Κατά την παιδική ηλικία, τα προσβεβλημένα άτομα αναπτύσσουν μια ακόρεστη όρεξη, η οποία οδηγεί σε χρόνια υπερκατανάλωση τροφής (υπερφαγία) και τέλος σε παχυσαρκία. Ορισμένα άτομα με σύνδρομο Prader-Willi, ιδιαίτερα εκείνα με παχυσαρκία, αναπτύσσουν και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (η πιο κοινή μορφή διαβήτη).

▪ Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Τα Κύρια Χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι:

- Χαρακτηριστικά προσώπου: αμυγδαλωτά μάτια, τριγωνικό στόμα, στενό μέτωπο, λεπτό άνω χείλος.
- Καθυστερημένη ανάπτυξη
- Προβλήματα σίτισης / αδυναμία ανάπτυξης κατά την βρεφική ηλικία.
- Υπογοναδισμός: μπορεί να περιλαμβάνει κρυπορχία, υποπλασία οσχέου και μικροί όρχεις στα αγόρια, υποπλασία, μικρά χείλη του αιδοίου και της κλειτορίδας στα κορίτσια και εφηβικής ανεπάρκεια)
- Βρεφική κεντρική υποτονία
- Ραγδαία αύξηση βάρους μεταξύ 1-6 ετών

Τα Μείζονα Χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι:

- Μειωμένη κινητικότητα του εμβρύου και του βρεφικού λήθαργου
- Μυωπία
- Υποχρωματισμός
- Στενά χέρια
- Κοντό ανάστημα (σε σύγκριση με τα μέλη της οικογένειας)
- Μάζεμα δέρματος
- Διαταραχές ύπνου
- Μικρά χέρια και πόδια
- Αρθρωτικά προβλήματα στο λόγο
- Παχύρευστος σίελος
- Τυπικά προβλήματα συμπεριφοράς

▪ **Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης**

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από τα συμπτώματα του κάθε ατόμου.

Γενικά η θεραπεία του συνδρόμου μπορεί να περιλαμβάνει:

- Χρήση ειδικών θηλών ή σωλήνων για τις δυσκολίες σίτισης.
- Αυστηρή επίβλεψη της ημερήσιας πρόσληψης τροφής
- Αυξητικές ορμόνες
- Αντιμετώπιση των προβλημάτων των ματιών από παιδοοφθαλμίατρο
- Θεραπεία της καμπυλότητας της σπονδυλικής στήλης από ορθοπεδικό
- Μελέτες για την ποιότητα του ύπνου καθώς και παρέμβαση αυτών των προβλημάτων
- Φυσικοθεραπεία
- Συμπεριφορική θεραπεία
- Φαρμακευτική αγωγή
- Εγκαιρη παρέμβαση / προγράμματα για άτομα με ειδικές ανάγκες
- Θεραπείες ορμονών του φύλου ή / και διορθωτική χειρουργική επέμβαση
- Αντικατάσταση των ορμονών του φύλου

▪ **Διαφορική Διάγνωση**

Υπάρχουν αρκετές διαταραχές που παρουσιάζουν συγκεκριμένα σημεία και συμπτώματα τα οποία είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται σε άτομα με σύνδρομο Prader-Willi.

Τέτοιες διαταραχές είναι: το σύνδρομο εύθραυστου X, το σύνδρομο Bardet-Biedl, το σύνδρομο Cohen, το σύνδρομο Börjesson-Forssman-Lehmann, το σύνδρομο Alstrom, η μονογονεϊκή δισωμία για το χρωμόσωμα 14, οι αρκετές διαφορετικές χρωμοσωμικές ανωμαλίες, η κληρονομική οστεοδυστροφία Ολμπράιτ (Albright), η συγγενή μυϊκή δυστροφία και η νωτιαία μυϊκή ατροφία. Τέλος, το σύνδρομο Angelman παρά της διαφορετικής κλινικής εικόνας συχνά συζητάτε παράλληλα με το σύνδρομο Prader-Willi και αυτό συμβαίνει λόγω της παρόμοιας γονιδιακής ανωμαλίας.

3. Σύνδρομο Fragile-x (Fragile-x Syndrome)

▪ Ορισμοί - Ερμηνευτικές Θεωρίες

Το σύνδρομο Εύθραυστο X προκαλείται από μια μετάλλαξη στο γονίδιο Fmr1. Το σύνδρομο Εύθραυστο X είναι μια κληρονομική γενετική ασθένεια η οποία προκαλεί νοητικές και αναπτυξιακές δυσκολίες. Επίσης, είναι η πιο κοινή κληρονομική πηγή μέτριας νοητικής υστέρησης για τα αγόρια και ήπιας για τα κορίτσια. Τα άτομα με σύνδρομο εύθραυστου X συνήθως βιώνουν μια σειρά από αναπτυξιακά και μαθησιακά προβλήματα. Η ασθένεια είναι μια ισόβια κατάσταση. Μόνο μερικοί άνθρωποι με σύνδρομο εύθραυστου X είναι σε θέση να ζήσουν ανεξάρτητα.

▪ Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Το σύνδρομο Εύθραυστο X χαρακτηρίζεται από μέτρια νοητική υστέρηση για τα αγόρια και ήπια για τα κορίτσια. Τα φυσικά χαρακτηριστικά των αγοριών είναι μεταβλητά και μπορεί να μην είναι εμφανή μέχρι και την εφηβεία. Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να περιλαμβάνουν: μεγάλο κεφάλι, μακρύ πρόσωπο, εξέχοντα μέτωπο και πηγούνι, πεταχτά αυτιά, χαλαρές αρθρώσεις και μεγάλους όρχεις. Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν: πλατυποδία, συχνές λοιμώξεις του αυτιού, χαμηλό μυϊκό τόνο, μακρύ στενό πρόσωπο, υψηλά τοξωτή υπερώα, οδοντικά προβλήματα, στραβισμό καθώς και καρδιακά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων τη πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Επίσης, παρουσιάζεται καθυστερημένη κινητική ανάπτυξη, υπερκινητικότητα, προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα βάδισης και/ή περιστασιακές επιληπτικές κρίσεις. Επιπλέον, μπορεί να είναι κοινές οι αυτιστικές συμπεριφορές όπως, η κακή βλεμματική επαφή, το χτύπημα χεριών και/ή αυτό-διεγερτικές συμπεριφορές. Κινητικές και γλωσσικές καθυστερήσεις είναι παρόντες αλλά γίνονται πιο εμφανής με την πάροδο του χρόνου.

▪ Διαφορική Διάγνωση

Το σύνδρομο Εύθραυστο X θα πρέπει να διαφοροποιείται από σύνδρομα και καταστάσεις όπως: το σύνδρομο Άσπεργκερ, την διαταραχή αυτιστικού φάσματος, το σύνδρομο Marfan, τον γιγαντισμό και την ακρομεγαλία, την ΔΕΠ-Υ, το σύνδρομο Prader-Willi και το σύνδρομο Rett.

- **Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης**

Αν και το σύνδρομο Εύθραυστου Χ δεν μπορεί να θεραπευτεί, η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στο να βοηθήσει το άτομο να μάθει τις βασικές δεξιότητες, όπως, τη χρήση της γλώσσας και τη κατάλληλη κοινωνική αλληλεπίδραση. Η απόκτηση των βασικών δεξιοτήτων επιτυγχάνεται μέσω της ειδικής εκπαίδευσης, της λογοθεραπείας, της εργοθεραπείας, της φυσικοθεραπείας και των προγραμμάτων τροποποίησης της συμπεριφοράς καθώς και της φαρμακευτικής αγωγής. Η συμμετοχή επιπλέον βοήθειας από δασκάλους, θεραπευτές, μέλη της οικογένειας και γιατρούς είναι ιδιαίτερα σημαντική.

4. Σύνδρομο Williams [Williams Syndrome (WMS)]

▪ Ορισμοί - Ερμηνευτικές Θεωρίες

Το σύνδρομο Williams σχετίζεται με μία μικρο διαγραφή στο χρωμόσωμα 7. Η συγκεκριμένη μικρο διαγραφή αντιπροσωπεύει τη διάσπαση του γονιδίου της ελαστίνης, η οποία είναι υπεύθυνη για την δύναμη και την ελαστικότητα των αιμοφόρων αγγείων. Το σύνδρομο Williams είναι μία σπάνια γενετική διαταραχή κατά την οποία παρουσιάζονται συμπεριφορικές διαταραχές, γνωστικές καθυστερήσεις, αναπτυξιακά ελλείμματα και τέλος συνδέεται με καρδιακές και αγγειακές δυσμορφίες. Το συγκεκριμένο σύνδρομο δεν θεωρείται κληρονομικό διότι επιπολάζεται τυχαία και απροσδόκητα.

▪ Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

Η φαινοτυπική έκφραση του συνδρόμου Williams ποικίλλει σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις. Όμως υπάρχουν τυπικά χαρακτηριστικά του προσώπου που μπορεί να αναγνωριστούν ακόμα και κατά τη γέννηση, όπως είναι τα ακόλουθα:

- Τα βρέφη είναι τελειόμηνα άλλα παρουσιάζουν προγεννητική καθυστέρηση της ανάπτυξης. Οι ειδικές καμπύλες ανάπτυξης για το σύνδρομο Williams έχουν τεκμηριωθεί
- Η μικροκεφαλία παρατηρείται στο ένα τρίτο των παιδιών και η μεταγεννητική αποτυχία της ανάπτυξης είναι τυπική

Σχεδόν όλα τα παιδιά και οι ενήλικες με σύνδρομο Williams έχουν κάποιο συνδυασμό των ακόλουθων χαρακτηριστικών του προσώπου: μύτη κλείνουσα προς τα άνω, μάτια σε απόσταση μεταξύ τους, πλατιά στοματική κοιλότητα και σαρκώδη χείλη, μικρό πηγούνι, ελαφρώς φουσκωμένα χείλη, περίεργα σε απόσταση μεταξύ τους δόντια.

Το συγκεκριμένο σύνδρομο θα πρέπει να εξετάζεται μετά από ένα τυχαίο εύρημα της ιδιοπαθούς υπερασβεστιαμίας ή μετά από μία καρδιακή βλάβη (όπως είναι η supralvalvar aortic stenosis). Άλλες καρδιακές βλάβες σε ασθενείς με σύνδρομο Williams μπορεί να περιλαμβάνουν την πνευμονική στένωση και την ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας. Επίσης, η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να είναι παρόν. Αν τα διακριτά

χαρακτηριστικά του προσώπου δεν είναι εμφανείς, τότε πραγματοποιείται παραπομπή σε ιατρό με εμπειρία στην εξέταση των χαρακτηριστικών του προσώπου του συνδρόμου Williams, όπως ο κλινικός γενετιστής ή σε καρδιολόγο με εμπειρία στην δυσμορφολογία.

Οφθαλμικά ευρήματα μπορεί να περιλαμβάνουν: στραβισμό (συνήθως οφείλεται σε εσωτροπία), μία αστεροειδή ίριδα, καταρράκτη, αμφιβληστροειδούς αγγειακή στρεβλότητα, και μειωμένη διοφθαλμική όραση.

Νευροαισθητήρια απώλεια ακοής μπορεί να είναι παρόν η οποία συνήθως δεν διαγιγνώσκεται και συχνά έχει προοδευτικό χαρακτήρα.

Οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται για πρόιμη εφηβεία.

Άλλα ευρήματα περιλαμβάνουν υπερακουσία (παρά την απώλεια ακοής), βραχνή φωνή, κοινή υπερελαστικότητα, μυϊκές συσπάσεις, κυφωσκολίωση και λόρδωση.

Μία γενικευμένη υποτονία εμφανίζεται στα βρέφη η οποία εξελίσσεται σε σπαστικότητα με την πάροδο των χρόνων.

Οδοντιατρική θέματα μπορεί να περιλαμβάνουν μικροδοντία, υποπλασία της αδαμαντίνης, και ανώμαλη σύγκλειση.

▪ **Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης**

Το σύνδρομο Williams δεν είναι μια θεραπεύσιμη κατάσταση όμως υπάρχουν μερικές υποδείξεις για μια μερική βελτίωση των συμπτωμάτων. Μερικές προτάσεις περιλαμβάνουν την αποφυγή επιπλέον ασβεστίου και βιταμίνης D, καθώς και τη θεραπεία των υψηλών επιπέδων ασβεστίου στο αίμα. Η φυσικοθεραπεία είναι χρήσιμη σε ασθενείς με δυσκαμψία των αρθρώσεων και χαμηλό μυϊκό τόνο. Η λογοθεραπεία και οι συμπεριφοριστικές θεραπείες μπορεί να βοηθήσουν τα παιδιά και να αυξήσουν την επιτυχία των κοινωνικών τους αλληλεπιδράσεων. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συνιστά ετήσιες αξιολογήσεις καρδιολογίας για τα άτομα με σύνδρομο Williams. Ίσως η πιο αποτελεσματική θεραπεία να είναι η μουσική. Εκείνοι με το σύνδρομο Williams έχουν δείξει μια σχέση αλληλεπίδρασης με τη μουσική. Έχει φανεί

ότι η μουσική μπορεί να βοηθήσει με την εσωτερική και την εξωτερική ανησυχία των ατόμων.(Jasmin, 2009)

- **Διαφορική Διάγνωση**

Το σύνδρομο Williams θα πρέπει να διαφοροποιείται από άλλα σύνδρομα όπου περιλαμβάνουν αναπτυξιακή καθυστέρηση, κοντό ανάστημα, διακριτικό προσωπείο, και συγγενή καρδιοπάθεια. Μερικά σύνδρομα είναι: Σύνδρομο Noonan (Noonan Syndrome), Διαγραφή 22q11 [deletion 22q11 (DiGeorge Syndrome)], Σύνδρομο Smith-Magenis (Smith-Magenis Syndrome), Σύνδρομο Kabuki (Kabuki Syndrome) και το Εμβρυϊκό Αλκοολικό Σύνδρομο [Fetal Alcohol Syndrome (FAS)].

5. Σύνδρομο Angelman (Angelman Syndrome)

▪ Ορισμοί-Ερμηνευτικές Θεωρίες

Το σύνδρομο Angelman είναι μια σπάνια γενετική και νευρολογική διαταραχή η οποία προκαλείται λόγω της διαγραφής ή της μη φυσιολογικής έκφρασης του γονιδίου UBE3A.

Το σύνδρομο Angelman περιγράφηκε για πρώτη από τον άγγλο ιατρό Harry Angelman. Στην ελληνική βιβλιογραφία θα το συναντήσουμε και ως Σύνδρομο Έιντζελμαν ή Άγγελμαν. Παλαιότερα ονομαζόταν και ως happy puppet .

▪ Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Το σύνδρομο Angelman χαρακτηρίζεται από σοβαρές αναπτυξιακές καθυστερήσεις και μαθησιακές δυσκολίες (απουσία ή μερική απουσία του λόγου), αδυναμία να συντονίσει τις εκούσιες κινήσεις (αταξία), τρεμούλιασμα με σπασμωδικές κινήσεις των χεριών και των ποδιών και ένα ξεχωριστό μοτίβο συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από μια ευτυχισμένη διάθεση και απρόκλητα επεισόδια γέλιου, μία συμπεριφορά που αρκετές φορές χαρακτηρίζεται και ως ανάρμοστη. Παρά το γεγονός ότι τα άτομα με αυτό το σύνδρομο μπορούν να είναι σε θέση να μιλήσουν, πολλά άτομα σταδιακά μαθαίνουν να επικοινωνούν με άλλα μέσα, όπως χειρονομίες. Σε αντίθεση με την εκφραστική τους ικανότητα, τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν σχετικά καλές δεκτικές/αντιληπτικές ικανότητες ως προς την κατανόηση των απλών μορφών της γλωσσικής επικοινωνίας. Επιπλέον συμπτώματα όπως, επιληπτικές κρίσεις, διαταραχές ύπνου και δυσκολίες σίτισης είναι πολύ πιθανόν να εμφανίζονται. Τέλος, τα χαρακτηριστικά ευρήματα του συνδρόμου Angelman δεν είναι συνήθως εμφανή κατά τη γέννηση και η διάγνωση της διαταραχής συνήθως γίνεται μεταξύ 1 και 4 ετών.

▪ Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης

Αυτή τη στιγμή, οι θεραπείες για το σύνδρομο Angelman είναι συμπτωματικές και υποστηρικτικές. Αρκετές κλινικές μελέτες σχετικά με το σύνδρομο Angelman βρίσκονται σε εξέλιξη, αλλά δεν υπάρχει γενετική θεραπεία ή διαθέσιμη θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή. Η γενική σωματική υγεία των ατόμων με σύνδρομο Angelman

είναι καλή και οι συνήθειες παιδιατρική φροντίδα, συνήθως συμπεριλαμβάνει τους συνήθεις εμβολιασμούς της παιδικής ηλικίας.

- **Διαφορική Διάγνωση**

Βρέφη με σύνδρομο Angelman συνήθως παρουσιάζουν μη συγκεκριμένου τύπου ψυχοκινητικές καθυστερήσεις ή/και επιληπτικές κρίσεις και έτσι η διαφορική διάγνωση συχνά είναι ευρεία και μη συγκεκριμένη και μπορεί να περιλαμβάνει οντότητες όπως, εγκεφαλική παράλυση, στατική εγκεφαλοπάθεια ή μιτοχονδριακή εγκεφαλομυοπάθεια. Το τρεμούλιασμα και οι σπασμωδικές κινήσεις των άκρων όπου παρουσιάζονται στα βρέφη με το σύνδρομο συνήθως βοηθούν στη διάκριση μεταξύ του συνδρόμου και των προηγούμενων συνθηκών.

Το σύνδρομο Mowat-Wilson παρουσιάζει χαρακτηριστικά όπως, η ευτυχισμένη συμπεριφορά, η εξέχοντα κάτω γνάθος, η μειωμένη ομιλία, η μικροκεφαλία και η δυσκοιλιότητα, τα οποία είναι κοινά με εκείνα του συνδρόμου Angelman.

Το σύνδρομο Christianson είναι μία φυλοσύνδετη (X-linked) διαταραχή η οποία μπορεί να μιμηθεί το σύνδρομο Angelman και εμπλέκει μεταλλάξεις στο γονίδιο SLC9A6. Τα κλινικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν ευτυχισμένη διάθεση, σοβαρή νοητική καθυστέρηση, αταξία, μικροκεφαλία και μια διαταραχή επιληπτικών κρίσεων. Ορισμένοι μπορεί να έχουν ατροφία του εγκεφαλικού στελέχους και της παρεγκεφαλίδας. Τα άτομα με διαταραχή SLC9A6 μπορεί να έχουν λεπτότερη εμφάνιση του σώματος και μπορεί να χάσουν την βάδιση πέραν των δέκα (10) ετών.

Τέλος, το Σύνδρομο Angelman θα πρέπει να διαφοροποιείται από: το σύνδρομο Pitt-Hopkins, το σύνδρομο Rett, το σύνδρομο Prader-Willi και το σύνδρομο Phelan-McDermid.

1.11 Επιληπτικά Σύνδρομα

1.11.1 Ορισμοί - Ερμηνευτικές Θεωρίες

Η πρώτη αναγνώριση της επιληψίας ως μία οργανική διαδικασία η οποία οφείλεται σε μία διαταραχή του εγκεφάλου είχε ειπωθεί από τον Ιπποκράτη, βεβαίως η γενική αντίληψη της αρχαιότητας ήταν ότι πρόκειται για μία διαδικασία επικοινωνίας με τους ανώτερους θεούς, για αυτό άλλωστε και η ετοιμολογία της λέξεις είναι επί-λαμβάνω.

Η επίσημη αναγνώριση έγινε στα τέλη του 19ου αιώνα από τον J.H.Jackson ο οποίος περιέγραψε την επιληψία ως: « μια συχνή, υπερβάλλουσα και μη-οργανωμένη εκφόρτιση νευρωνικού ιστού» και εν συνεχεία συμπέρανε: «Αυτή η εκφόρτιση λαμβάνει χώρα με διάφορους βαθμούς έντασης, σε διάφορες συνθήκες ασθένειας, σε όλες τις ηλικίες και σε αμέτρητες συγκυρίες».

Μία επιληπτική κρίση χαρακτηρίζεται από την συχνή παροξυσμική υπερβάλλουσα και μη-οργανωμένη εκφόρτιση νευρώνων η οποία μπορεί να εντοπιστεί ή από κλινικές εκδηλώσεις ή/και από την ηλεκτροεγκεφαλική (HEΓ) καταγραφή. Επιπλέον, είναι ένα σύνθετο σύμπτωμα προκαλούμενο από μια ποικιλία παθολογικών διαδικασιών στον εγκέφαλο.

Υπάρχουν αρκετά επιληπτικά σύνδρομα αλλά σε αυτό το υποκεφάλαιο θα αναφερθούν μόνο δύο τα οποία συνδέονται με τη μέθοδο ESSENCE.

1. Σύνδρομο Landau-Kleffner (LKS)

▪ Ορισμοί- Ερμηνευτικές Θεωρίες

Το σύνδρομο Landau-Kleffner (LKS) είναι μια σπάνια νευρολογική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από την ξαφνική ή σταδιακή ανάπτυξη της αφασίας (αδυναμία κατανόησης ή έκφρασης της γλώσσας) και από ένα μη φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ). Το σύνδρομο Landau-Kleffner επηρεάζει τα μέρη του εγκεφάλου τα οποία ελέγχουν την κατανόηση και την ομιλία. Η διαταραχή εμφανίζεται συνήθως σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 3 και 6 ετών. Συνήθως, τα παιδιά με το συγκεκριμένο σύνδρομο αναπτύσσονται κανονικά τα πρώτα χρόνια, αλλά στη συνέχεια χάνουν τις γλωσσικές τους δεξιότητες. Επίσης, έχουν συχνά πρόσθετες διαταραχές στη συμπεριφορά, την κοινωνική αλληλεπίδραση, τις κινητικές δεξιότητες και τη μάθηση.

▪ Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι η γλωσσική ακουστική αγνωσία η οποία αρχίζει να παρατηρείται με το πέρασμα των χρόνων και ενώ το παιδί έχει φτάσει σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο κατάκτησης δεξιοτήτων. Αυτή η απώλεια μπορεί να είναι ξαφνική (μέσα σε μία νύχτα) ή σταδιακή (σε διάστημα μηνών) και συνήθως συγχέεται με την κώφωση, ωστόσο οι ακουστικές δοκιμές εμφανίζουν μία φυσιολογική ακοή. Η συγκεκριμένη αδυναμία, κατανόησης της γλώσσας, σταδιακά αρχίζει να επηρεάζει και την ομιλούμενη γλώσσα του παιδιού, όπου μπορεί να εξελιχθεί στη πλήρη απώλεια της ικανότητας της ομιλίας (αφωνία). Εν συνεχεία, τα προβλήματα επικοινωνίας μπορεί να οδηγήσουν σε συμπεριφορικά ή ψυχολογικά προβλήματα. Ωστόσο, η νοημοσύνη συνήθως φαίνεται να είναι ανεπηρέαστη.

Τέλος, η απώλεια της γλώσσας μπορεί να προηγείται των επιληπτικών κρίσεων όπου συνήθως εμφανίζονται την νύχτα. Σε κάποια στιγμή, το 80 % των παιδιών με LKS έχουν μία ή περισσότερες κρίσεις. Οι επιληπτικές κρίσεις συνήθως περνάνε από τη στιγμή που το παιδί γίνεται έφηβος. Όλα τα παιδιά με LKS έχουν ανώμαλη ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου και στην δεξιά και στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου τους.

- **Διαφορική Διάγνωση**

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα παιδιά με σύνδρομο Landau-Kleffner διαγιγνώσκονται αρχικά για κώφωση ή για αυτισμό, ενώ δεν αποκλείονται: η ΔΕΠ-Υ, η επιθετικότητα, η εναντιωματική ή η ψυχωτική συμπεριφορά, οι νευροεκφυλιστικές διαταραχές καθώς και η νοητική υστέρηση. Επίσης, ένα τραύμα στο κεφάλι, τα εγκεφαλικά νεοπλάσματα και οι λοιμωξιογόνες και οι αγγειοεγκεφαλικές θρομβοεμβολές μπορούν να συνδέονται με την επίκτητη αφασία, με ένα επιληπτόμορφο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και με επιληπτικές κρίσεις.

- **Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης**

Η θεραπεία για το σύνδρομο Landau-Kleffner συνήθως αποτελείται από φάρμακα, όπως αντισπασμωδικά και κορτικοστεροειδή, επίσης η λογοθεραπευτική παρέμβαση είναι σημαντικό να ξεκινάει νωρίς. Τέλος, υπάρχει και μια αμφιλεγόμενη επιλογή θεραπείας η οποία περιλαμβάνει μια χειρουργική τεχνική που ονομάζεται πολλαπλές υποχωριοειδείς διατομή στην οποία κόβονται τα μονοπάτια της μη φυσιολογικής ηλεκτρικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο

2. FS+ (Febrile Seizure Plus) / GEFS+ (Generalized/Genetic Epilepsy with Febrile Seizure)

▪ Ορισμός – Ερμηνευτικές Θεωρίες

Η γενικευμένη επιληψία με πυρετικούς σπασμούς + (GEFS+) είναι ένα ασυνήθιστο επιληπτικό σύνδρομο, το οποίο περιγράφει οικογένειες όπου έχουν πολλά μέλη από διαφορετικές γενιές με διαφορετικούς τύπους επιληπτικών κρίσεων ή με διαφορετικά επιληπτικά σύνδρομα. Οι επιληπτικές κρίσεις συχνά αρχίζουν σε ένα μέλος της οικογένειας το οποίο είχε παρουσιάσει εμπύρετο σπασμό.

Οι πυρετικοί σπασμοί είναι κρίσεις όπου σχετίζονται με υψηλή θερμοκρασία. Συνήθως οι πυρετικοί σπασμοί σταματούν μετά την ηλικία των 6 ετών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορούν να ξαναεμφανιστούν με το πέρας της συγκεκριμένης ηλικίας. Επίσης, υπάρχει πιθανότητα ανάπτυξης και άλλων επιληπτικών κρίσεων όπου δεν συνδέονται με την υψηλή θερμοκρασία.

Πολύ σπάνια, μπορεί να υπάρχει ένα μέλος της οικογένειας με μια πολύ σοβαρή μορφή επιληψίας που ονομάζεται σύνδρομο Dravet ή λιγότερο σοβαρή μορφή, μυοκλωνική-αστατική επιληψία (σύνδρομο Doose).

Η γενικευμένη επιληψία με πυρετικούς σπασμούς + (GEFS+) περιγράφηκε ως ένα μεμονωμένο επιληπτικό σύνδρομο όταν εντοπίστηκε μία συγκεκριμένη γονιδιακή μετάλλαξη.

▪ Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Οι πυρετικοί σπασμοί + (FS+), σχεδόν πάντα συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μίας ασθένειας, όπως μια ιογενής λοίμωξη. Οι σπασμοί συνδέονται με υψηλό πυρετό και οι κρίσεις συνήθως έχουν τονικοκλονικό (tonic-clonic) χαρακτήρα με διάρκεια λιγότερη των 5 λεπτών. Μερικές φορές οι κρίσεις μπορεί να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια και τότε το άτομο χρήζει επείγουσα ιατρική θεραπεία.

Το φυσιολογικό εύρος ηλικίας για αυτό το είδος επιληπτικών κρίσεων είναι από 6 μηνών έως 6 ετών, αν και παρατηρούνται κρίσεις και μετά το πέρας αυτής της ηλικίας και παρατηρείται ότι οι κρίσεις συνήθως σταματούν στην ηλικία των 10 ή των 12 ετών.

Παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα παιδιά έχουν μόνο ένα μικρό αριθμό κρίσεων (> 5), κάποια παιδιά μπορεί να έχουν πυρετικούς σπασμούς σε όλη την παιδική ηλικία.

Η πλειοψηφία των ατόμων με GEFS + έχουν φυσιολογική νοημοσύνη καθώς και ικανότητες μάθησης. Ωστόσο, άτομα με μυοκλωνική-αστατική επιληψία, και ιδιαίτερα με σύνδρομο Dravet, μπορεί να έχουν διάφορους βαθμούς μαθησιακών δυσκολιών, προβλήματα συμπεριφοράς καθώς και μπορεί να παρουσιάζουν αυτιστικά χαρακτηριστικά.

Οι επιληπτικές κρίσεις αυτού του συνδρόμου ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Μπορεί να περιλαμβάνονται: πυρετικοί σπασμοί (febrile convulsions), πυρετικοί σπασμοί+ (febrile seizures plus), τονικοκλονικές κρίσεις (tonic-clonic seizures), αφαιρετικές κρίσεις (absence seizures), μυοκλονικές κρίσεις (myoclonic seizures), ατονικές κρίσεις [atonic seizures (drop attacks)] και εστιακή (μερική) επιληπτική κρίση (focal (partial) seizures).

- **Διαφορική Διάγνωση**

Ο συγκεκριμένος τύπος επιληψίας θα πρέπει να διαφοροποιείται από άλλες επιληψίες και συμπτωματικές κρίσεις λόγω εμπύρετων ασθενειών.

- **Αντιμετώπιση – Μορφές Παρέμβασης**

Η θεραπευτική παρέμβαση εξαρτάται από τον τύπο των κρίσεων που εμφανίζει το κάθε άτομο.

Για τα παιδιά (και τους ενήλικες) που έχουν μόνο εμπύρετους σπασμούς, συνήθως δεν απαιτείται η τακτική φαρμακευτική αγωγή της επιληψίας, αν και σε μερικές επείγουσες καταστάσεις (παρατεταμένοι εμπύρετοι σπασμοί) για τη διάσωση του ατόμου μπορεί να δοθούν φάρμακα αλλά μόνο από ένα εκπαιδευμένο άτομο ή από το νοσοκομείο. Επιπλέον, η οξεία διαχείριση περιλαμβάνει τον έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων, τη θεραπεία του πυρετού και της υποκείμενης νόσου. Καλό είναι να σημειωθεί πως η αντιπυρετική θεραπεία κατά τη διάρκεια της εμπύρετης ασθένειας δεν μειώνει το ποσοστό υποτροπής.

Σε άτομα που έχουν άλλες επιληπτικές κρίσεις οι οποίες δεν συνδέονται με την υψηλή θερμοκρασία μπορεί να τους συνταγογραφούνται φάρμακα επιληψίας όπως το βαλπροϊκό νάτριο (Epilim), η λεβετιρακετάμη (Keppra), η λαμοτριγίνη (Lamictal), η αιθοσουξιμίδη (Zarontin) και η κλοβαζάμη (Frisium).

Τέλος, η εκπαίδευση των γονέων θεωρείται υποχρεωτική καθώς και η ψυχιατρική υποστήριξη στις βαριές περιπτώσεις.

2. Η μέθοδος ESSENCE

2.1 Συμβολή στην αντιμετώπιση διαταραχών

Παιδιά κάτω από την ηλικία των πέντε (5) ετών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα με τη γλώσσα και τον λόγο, με τις κινητικές δεξιότητες, με τη μάθηση ή άλλες νευρολογικές λειτουργίες (Plenty et al., 2013). Επίσης, αυτές οι δυσκολίες συχνά συσχετίζονται με συνοδά προβλήματα όπως αισθητικοκινητικά, ύπνου και γαστρεντερικά προβλήματα (Berlin, 2011; Hyman et al., 2012). Όλες οι περιγραφές νεαρών παιδιών με πρόωρη έναρξη νευροαναπτυξιακών διαταραχών δημιουργούν προβλήματα λόγω του νεαρού της ηλικίας και του μικτού χαρακτήρα των δυσκολιών. Και όπως ήδη γνωρίζουμε, είναι δύσκολο να διαγνωσουμε από τι πάσχει ένα παιδί στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Επίσης, σήμερα οι άνθρωποι συχνά επικεντρώνονται μόνο σε μία πτυχή όλων αυτών των προβλημάτων, πιστεύοντας ότι πρέπει να είναι «μόνο αυτισμός» ή «μόνο ΔΕΠ-Υ» κοκ. . Αλλά με το πέρασμα των χρόνων έχουμε δει ότι πολλά σύνδρομα μπορεί να συνυπάρχουν και με άλλα (Plenty et al., 2013). Για παράδειγμα, πολλές διαταραχές όπως: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ODD), Διαταραχές TIC (TIC Disorders) ,Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού (DCD), Γλωσσική Διαταραχή(LD) και Νοητική Στέρωση(ID) μπορεί να συνυπάρχουν στα παιδιά με διαφορετικούς συνδυασμούς και όλες αυτές οι διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν με Αυτισμό(ASD) (Simonoff et al., 2008).

Επιπλέον, πολλές από αυτές τις διαταραχές συνοδεύονται απο διαφορετικούς τύπους συμπεριφορικών προβλημάτων –ξεσπάσματα, προβλήματα ύπνου, προβλήματα σίτισης και αισθητικές υπέρ- / υπό –ευαισθησίες (Barkley, 1993; Anderson et al., 1987; Bird et al., 1988; Milberger et al., 1995; Tseng & Biagioli, 2009). Ασθενείς στο φάσμα του αυτισμού ή/και με ΔΕΠ-Υ , τείνουν να αντιμετωπίζουν μία σειρά διαφορετικών συμπεριφοριστικών και αναπτυξιακών προβλημάτων. Και τα δύο σύνδρομα σχετίζονται με ελλείμματα στη γλώσσα και στις κινητικές δεξιότητες καθώς και με διαταραχές της διάθεσης και του ύπνου. Επίσης, τείνουν να περιλαμβάνονται γνωστικά ελλείμματα συμπεριλαμβανομένων των εκτελεστικών λειτουργιών , την αντίληψη του χρόνου και τις λειτουργίες της μνήμης.

Λόγω όλης αυτής της συγχύσεως των συμπτωμάτων ο Christopher Gillberg (2011) έχει αναπτύξει μια νέα μέθοδο αξιολόγησης των μικρών παιδιών με γνωστικές και ψυχιατρικές διαταραχές την οποία έχει ονομάσει ESSENCE .

Εν κατακλείδι, χρειάζεται να κατανοήσουμε ότι πρόκειται για αναπτυξιακές διαταραχές στις οποίες η συμπτωματολογία παρουσιάζει διακυμάνσεις με το πέρασμα του χρόνου. Έτσι, ανάλογα με τον ποιόν ειδικό βλέπετε καθώς και τότε τον βλέπετε, θα έχετε μια διαφορετική διαγνωση σε σύγκριση με την επόμενη. Για παράδειγμα, είναι πολύ κοινό για τα παιδιά στην αρχή να διαγνωστούν με σύνδρομο Asperger και αργότερα με ΔΕΠ-Υ και μετά οι ειδικοί συζητούν εάν είναι η μία ή η άλλη διαταραχή. Έτσι λοιπόν, πρέπει να αναλογιστούμε ότι ίσως είναι και οι δύο διαταραχές και όντως είναι και οι δύο.

Όλα τα παιδιά που παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στη συμπτωματολογία του ESSENCE (αναπτυξιακή καθυστέρηση, γλωσσική καθυστέρηση, προβλήματα κινητικού ελέγχου, αντιληπτικά/αισθητηριακά προβλήματα, προβλήματα δραστηριότητας, έλλειψη προσοχής, κοινωνική αλληλεπίδραση, γενική συμπεριφορά, διάθεση ή προβλήματα ύπνου), θα πρέπει να παρακολουθούνται. Και όταν θα πρέπει να καθοριστεί μια διάγνωση στα αρχικά στάδια της ζωής, ίσως το ESSENCE να είναι η μόνη ασφαλής ετικέτα.

2.2 Παρουσίαση του Μοντέλου ESSENCE

Το ESSENCE έρχεται να κοιτάξει πιο μεμονωμένα τη κάθε αναπηρία.

Το ESSENCE είναι ακρονύμιο το οποίο αναφέρεται στα: Πρόωρα Συνδρομικά Συμπτώματα τα οποία Εκμαιεύουν Νευροαναπτυξιακές Κλινικές Εξετάσεις (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations). Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα απο πρόωρες νευροαναπτυξιακές διαταραχές οι οποίες επηρεάζουν ένα ποσοστό μεγαλύτερο απο 10% πριν την ηλικία των 5 ετών.

Στο ESSENCE περιλαμβάνονται:

- 1) Κατάσταση Αυτιστικού Φάσματος, συμπεριλαμβανομένων διαταραχών(ASC)
- 2) Διαταραχή Αποδιοργανωτικής Συμπεριφοράς(DBD), συμπεριλαμβάνοντας ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ODD)/ Διαταραχή Συμπεριφοράς (CD)
- 3) Σύνδρομο Tourette
- 4) Διπολική διαταραχή(BD)
- 5) Ειδική Γλωσσική Διαταραχή / Γλωσσική Διαταραχή (SLI/LI)
- 6) Μαθησιακές Δυσκολίες (LD)/ Νοητική Υστέρηση(MR), Διαταραχή μη-λεκτικής μάθησης(NVLD), Διαταραχή της μνήμης εργασίας , Διαταραχή Αργής Επεξεργασίας.
- 7) Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού(DCD)
- 8) Σύνδρομο Φαινότυπου Συμπεριφοράς(BPS)
- 9) Επιληπτικά Σύνδρομα (Σύνδρομο Landau-Kleffner , CSWS, FS+)
- 10) Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ/ADHD)
- 11) Νοητική Υστέρηση(ID)

Σοβαρά συμπτώματα απο έναν ή παραπάνω (συνήθως είναι αρκετά) απο τους ακόλουθους τομείς , πριν την ηλικία των 5 ετών είναι οι δείκτες του ESSENCE :

- 1) Γενική ανάπτυξη
- 2) Κινητικός έλεγχος και αισθητηριακή αντίληψη
- 3) Επικοινωνία και γλώσσα

- 4) Κοινωνική Αλληλεπίδραση / Αμοιβαιότητα
- 5) Προσοχή
- 6) Δραστηριότητα / Αυθορμητισμός
- 7) Συμπεριφορά
- 8) Εναλλαγές διάθεσης
- 9) Υπνος
- 10) Διατροφή

Τα αίτια του ESSENCE ποικίλουν απο : σοβαρό κοινωνικό αποκλεισμό, παράγοντες γενετικού κινδύνου, προ-γεννητικοί και περι-γενετικοί παράγοντες κινδύνου, μεταβολική διαταραχή, διαταραχές του ανοσοποιητικού, μολυσματικές ασθένειες, θρεπτικοί παράγοντες, φυσικό τραύμα και μεταγεννητικοί τοξικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (καθώς και των συνδυασμών/αλληλεπιδράσεων ορισμένων ή πολλών απο αυτών).

Δεύτερο Μέρος

3. Συνδιδασκαλία

Γενικά, η συνδιδασκαλία μπορεί να οριστεί ως ένας τρόπος διδασκαλίας όπου δύο ή περισσότεροι εκπαιδευτές ή άλλα πιστοποιημένα μέλη του προσωπικού, μοιράζονται την ευθύνη για μία ετερογενή ομάδα μαθητών σε μία ενιαία τάξη ή χώρο εργασίας. Είναι πολύ βασικό να κατανοηθεί ότι η συνδιδασκαλία στηρίζεται στις «δυνάμεις» τόσο του βασικού εκπαιδευτή, ο οποίος καλείται να κατανοήσει τη δομή, το περιεχόμενο και να δώσει τον βασικό ρυθμό του γενικού προγράμματος σπουδών, όσο και του ειδικού παιδαγωγού, ο οποίος καλείται να εντοπίσει την διαφορετικότητα των μαθησιακών αναγκών του κάθε μαθητή και να ενισχύσει το πρόγραμμα σπουδών αλλά και τον τρόπο διδασκαλίας έτσι ώστε να εξατομικεύεται στις ανάγκες του κάθε μαθητή. Οι ερευνητές σημειώνουν ότι οι βασικές απαιτήσεις της συνδιδασκαλίας είναι: η ισοτιμία μεταξύ των συν-εκπαιδευτών, η ετερογένεια των μαθητών και η χρήση ποικίλων διδακτικών μοντέλων. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι με την χρήση του όρου ισοτιμία εννοούμε την ισοδύναμη εκπαιδευτική ιδιότητα και των δύο εκπαιδευτικών καθώς και την πλήρη συμμετοχή τους στην εκπαιδευτική διαδικασία (Murawski, 2008). Δηλαδή, ο ειδικός παιδαγωγός δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνος για τους μαθητές που παρουσιάζουν δυσκολίες μάθησης καθώς και ούτε ο βασικός εκπαιδευτικός ευθύνεται μόνο για την παράδοση της ύλης στους υπόλοιπους μαθητές.

Για να θεωρηθεί μία συνδιδασκαλία επιτυχής θα πρέπει ο γενικός και ο ειδικός εκπαιδευτικός να δημιουργούν χρόνο για τον κοινό σχεδιασμό της διδασκαλίας. Μέσω αυτού του τρόπου οι εκπαιδευτικοί ανταλλάσσουν ιδέες, αλλά πάνω απ' όλα ανταλλάσσουν γνώσεις ως προς την γενική και την εξατομικευμένη εκπαιδευτική προσέγγιση, το περιεχόμενο του κάθε μαθήματος, τον χρόνο διδασκαλίας καθώς και την διαδικασία της βαθμολόγησης.

Τα είδη της συνδιδασκαλίας που έχουν οριστεί κατά τους Friend & Cook (2004) είναι τα εξής 6:

1. **Ένας διδάσκει, ένας παρατηρεί** (One teach, one observe): ένας δάσκαλος παραδίδει το μάθημα ενώ ο άλλος παρατηρεί το μαθητή κατά τη διδασκαλία και

- ταυτόχρονα αξιολογεί την κατανόηση του μαθητή καθώς και την ακαδημαϊκή λειτουργία
2. **Ένας διδάσκει, ένας βοηθάει** (One teach, one assist): ένας δάσκαλος αναλαμβάνει ηγετικό ρόλο κατά τη διδασκαλία ενώ ο άλλος κινείται κατά την παράδοση του μαθήματος και βοηθά τους μαθητές όπου μπορεί να δυσκολεύονται
 3. **Παράλληλη Διδασκαλία** (Parallel Teaching): η τάξη χωρίζεται στη μέση και το ίδιο υλικό παρουσιάζεται ταυτόχρονα και από τους δύο εκπαιδευτικούς (εδώ γίνεται πιο διαχειρίσιμη η αναλογία δασκάλου προς μαθητή)
 4. **Διδασκαλία σταθμός** (Station Teaching): και οι δύο εκπαιδευτικοί συμμετέχουν ενεργά στη διδασκαλία και οι μαθητές περιστρέφονται από τον έναν σταθμό στον άλλο μαθαίνοντας έτσι νέο εκπαιδευτικό υλικό
 5. **Εναλλακτική Διδασκαλία** (Alternative Teaching): ένα δάσκαλος αναλαμβάνει μία μικρή ομάδα μαθητών και παρέχει μία διαφορετική διδασκαλία απ' ότι παρέχεται στην μεγαλύτερη ομάδα
 6. **Ομαδική διδασκαλία** (Team Teaching): και οι δύο δάσκαλοι παραδίδουν το ίδιο μάθημα με όλους τους μαθητές παρόντες
 - 7.

Μέσω της ομαδικής συνεργασίας των εκπαιδευτικών καθώς και την προσπάθεια επίτευξης ενός ενιαίου στόχου, η συνδιδασκαλία μπορεί να επιφέρει μόνο θετικά αποτελέσματα και ως προς τους μαθητές αλλά και ως προς τους εκπαιδευτικούς. Αρχικά, παρέχεται πρόσβαση στο γενικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ή/και με ειδικές ανάγκες, τα άτομα αυτά λαμβάνουν εξατομικευμένη εκπαίδευση όπου τα βοηθά να αποδώσουν στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Επίσης, μέσω της ετερογενούς ομάδας που δημιουργείται, όλα τα παιδιά μαθαίνουν να σέβονται και να κατανοούν τη διαφορετικότητα του κάθε ατόμου καθώς και να αναπτύσσουν την έννοια της ομαδικής δουλειάς. Επιπλέον, η ανταλλαγή γνώσεων των εκπαιδευτικών τους βοηθά να επεκτείνουν το πεδίο δράσης των διδακτικών τους δυνατοτήτων. Τέλος, και ίσως από τα πιο βασικά πλεονεκτήματα της συνδιδασκαλίας είναι η μείωση του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης των μαθητών με ειδικές ανάγκες, καθώς μέσω της ένταξής τους σε φυσιολογικά σχολεία τα

παιδιά με δυσκολίες αισθάνονται περισσότερο συνδεδεμένα με τους συνομηλίκους τους και κατά συνέπεια, αυξάνεται η αυτοεκτίμησή τους.

4. Μελέτη περίπτωσης

4.1 Παρουσίαση περίπτωσης νηπίου

Η μελέτη περίπτωσης η οποία ερευνάται στην συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία αφορά σε νήπιο, αγόρι ηλικίας 3,3 ετών. Ο Α. μέχρι τα τρία του χρόνια παρουσίαζε τυπική ανάπτυξη με στοιχεία καθυστέρησης λόγου. Από την περίοδο αυτή και εξής, η μητέρα παρατήρησε ότι η λεκτική ανάπτυξη δεν παρουσίαζε καμία εξέλιξη για σχετικά μεγάλο διάστημα και για το λόγο αυτόν, απευθύνθηκε για αξιολόγηση στην παιδιατρική κλινική του Παν/κού Νοσ/μείου Ιωαννίνων, στο παιδονευρολογικό ιατρείο.

Σύμφωνα με την αρχική παιδονευρολογική εκτίμηση, στον Α. διαγνώστηκαν κλινικά χαρακτηριστικά του φάσματος του αυτισμού.

Πιο συγκεκριμένα, στον Α. καταγράφηκαν τα ακόλουθα κλινικά συμπτώματα:

- έντονη υπερκινητικότητα,
- αδυναμία εστίασης βλεμματικής επαφής για μεγάλο χρονικό διάστημα
- προσδιορισμός του λόγου ως άναρθροι ήχοι
- μη κατανόηση λεκτικών εντολών
- γενική νευροαναπτυξιακή καθυστέρηση

4.1.1 Διαγνωστικοί έλεγχοι

Η πρώτη εξέταση πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2015 όπου ήταν η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου (fMRI) και τα ευρήματα παρουσίασαν ένα νευρολογικό πρόβλημα μυελίνωσης το οποίο βρισκόταν μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού ορίου. Τον Μάιο του 2015 ξεκίνησε ατομικό πρόγραμμα λογοθεραπείας και τον ίδιο μήνα πραγματοποιήθηκε η ακοολογική εξέταση με φυσιολογικά αποτελέσματα. Η επόμενη εξέταση πραγματοποιήθηκε τον Αύγουστο του 2015 όπου ήταν ο γενετικός έλεγχος για σύνδρομο εύθραστου-X ο οποίος παρουσίασε αρνητικά αποτελέσματα. Και τέλος τον Οκτώβριο του 2015 πραγματοποιήθηκε οφθαλμοκινητικός έλεγχος με φυσιολογικά αποτελέσματα.

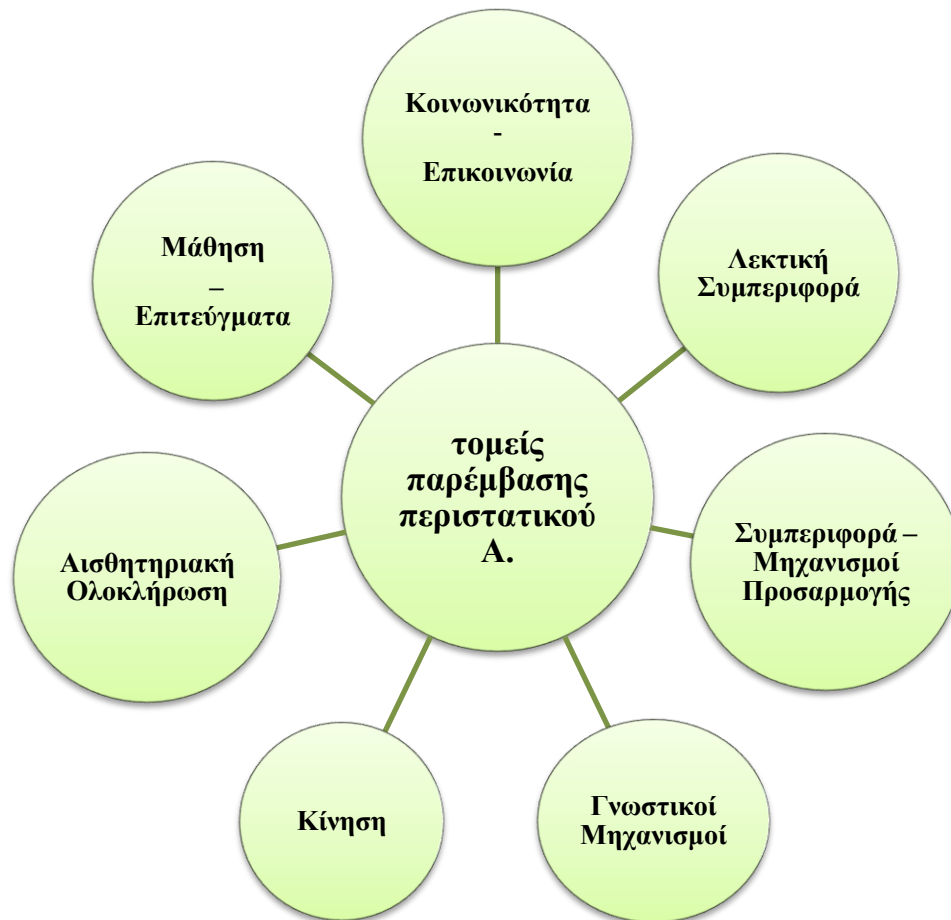
4.2 Πρόγραμμα Παράλληλης Στήριξης – Παρέμβαση

Ο Α. άρχισε να δέχεται παράλληλη στήριξη τον Οκτώβριο του 2015, στο πλαίσιο του ιδιωτικού παιδικού σταθμού όπου άρχισε να φοιτά από τον Μάιο του 2015. Ο παιδικός σταθμός βρίσκεται στην πόλη των Ιωαννίνων και τα παιδιά όπου φοιτούν εκεί είναι τυπικής ανάπτυξης. Η παράλληλη στήριξη διήρκησε για τρεις (3) μήνες. Σε αυτό το υποκεφάλαιο αναφέρονται οι τομείς παρέμβασης καθώς και η πορεία εξέλιξης της μελέτης περίπτωσης.

4.2.1 Στοχοθεσία – Τομείς Παρέμβασης

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των διαγνωστικών ελέγχων, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, σύμφωνα με τις εκπτώσεις οι οποίες παρατηρούνται σε παιδιά με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, όπως έχουν περιγραφεί στο πρώτο κεφάλαιο και σύμφωνα με τις κύριες αρχές του μοντέλου ESSENCE (βλέπε κεφ. 2), προσδιορίστηκαν ως τομείς παρέμβασης οι ακόλουθοι επτά (7) τομείς οι οποίοι αφορούν στην:

- εκτελεστική λειτουργία
- προσαρμοστική και γλωσσική συμπεριφορά
- ψυχοκινητική ανάπτυξη και αισθητηριακή ολοκλήρωση
- γνωστική / μαθησιακή ανάπτυξη.



1. Συμπεριφορά – Μηχανισμοί Προσαρμογής (οριοθέτηση και έλεγχος της συμπεριφοράς – αλλαγή έκφρασης/συναισθήματος)
2. Λεκτική Συμπεριφορά (ανάπτυξη του λόγου)
3. Κίνηση (ανάπτυξη αδρής/λεπτής κινητικότητας, ανάπτυξη γραφοκινητικότητας καθώς και ανάπτυξη συντονισμού χεριού-ματιού)
4. Κοινωνικότητα – Επικοινωνία (ανάπτυξη κοινωνικής αλληλεπίδρασης)
5. Γνωστικοί Μηχανισμοί (ενίσχυση μνήμης, προσοχής και οπτικο-ακουστικής αντίληψης)
6. Μάθηση – Επιτεύγματα
7. Αισθητηριακή Ολοκλήρωση

4.2.2 Καταγραφή προόδου στο πλαίσιο παράλληλης στήριξης ανά τομέα παρέμβασης

1. Συμπεριφορά – Μηχανισμοί Προσαρμογής

1^{ος} μήνας (28/09/2015 – 30/10/2015)

Στην αρχή ο Α. εκδηλώνει μία πλήρης αρνητική /μη ελεγχόμενη συμπεριφορά σε κάθε μετάβαση ή ενέργεια που πρέπει να εκτελέσει. Εμφανίζει άρνηση αποδοχής του ατόμου μου, δεν κάθεται στο κύκλο/τραπέζι εργασίας ή φαγητού, δεν ακολουθεί την ομάδα, γκρινιάζει χωρίς αιτία.

Με το πέρασμα των εβδομάδων αρχίζει να οριοθετείται ως προς τις καθημερινές ενέργειες. Δηλαδή αρχίζει να: κάνει αποδοχή της τουαλέτας (κάθεται στη λεκάνη ακόμα και αν δεν επιθυμεί να κάνει κάτι), μπαίνει στο τρενάκι και το ακολουθεί, κάθεται μόνος του στο κύκλο/τραπέζι εργασίας ή φαγητού χωρίς τάση φυγής. Επιπλέον, αρχίζει να εμφανίζει συναισθήματα χαράς ή λύπης/παραπόνου, χαίρεται όταν έρχεται σε επαφή με άλλα παιδιά και εκφράζει παράπονο όταν του ζητηθεί να σταματήσει μία ενέργεια.

2^{ος} μήνας (02/11/2015 – 27/11/2015)

Κατά τον 2^ο μήνα ο Α. εμφανίζει μία συστηματικά αυξανόμενη βελτίωση. Αρχίζει να εκδηλώνει ελεγχόμενες συμπεριφορές, στο πρόγραμμα ρουτίνας, με ομαλές μεταβάσεις χωρίς γκρίνια (εάν υπάρξει γκρίνια θα είναι για πάρα πολύ λίγο), επιπλέον συστηματικά παρουσιάζει συμπεριφορές που φανερώνουν κάποιο σκοπό και ξεκινά να περιορίζει τις αρνητικές συμπεριφορές μόνο όταν πρόκειται να κάνει κάτι καινούριο. Τέλος, ο Α. αρχίζει να παρουσιάζει προσωδιακά στοιχεία στο πρόσωπό του (εκφράσεις χαράς, έκπληξης, απορίας, παραπόνου) καθώς και έντονη ενσυναισθησία.

3^{ος} μήνας (30/11/2015 – 23/12/2015)

Στον 3^ο μήνα η εξέλιξη του Α. γίνεται εμφανής διότι πλέον η συμπεριφορά του είναι απόλυτα ελεγχόμενη σε καθημερινές ενέργειες. Δεν γκρινιάζει εάν δεν υπάρχει κάποια αιτία, η αρνητική του συμπεριφορά παρουσιάζεται ξεκάθαρα πλέον μόνο σε νέες καταστάσεις και η γκρίνια του είναι μικρής διάρκειας και την σταματάει εάν του ζητηθεί.

Επίσης, στο πρόσωπό του εκδηλώνονται ξεκάθαρα πλέον συναισθήματα όπως η χαρά, η λύπη, η έκπληξη, η απορία και το παράπονο. Τέλος, αρχίζει να αντιλαμβάνεται τότε κάποιος τον μαλώνει και βγάζει παράπονο και χαμογελάει έντονα όταν έρχεται σε βλεμματική επαφή με άλλα παιδιά.

2. Λεκτική Συμπεριφορά

1ος μήνας (28/09/2015 – 30/10/2015)

Ο Α. παρουσιάζει έντονη λεκτική δραστηριότητα (άναρθροι ήχοι) χωρίς κανέναν περιορισμό δηλαδή δεν σταματά ακόμη και όταν του ζητηθεί, (/A/, /ABA/, /AGA/, /BA/, /BABA/, /BABABA/, /GAGA/, /OGI/, /GUA/), επιπλέον, κατά περίπτωση παρουσιάζει λεκτική δραστηριότητα με περισσότερη ένταση στη φωνή και αρχίζει να μειώνει την ένταση εάν του ζητηθεί, τέλος, περιστασιακά καταβάλλει μία μικρή προσπάθεια μίμησης λέξεων (/OGI/ -> /OXI/, /BLE -> /BL.../, /BALA/ -> /BAL../)

2ος μήνας (02/11/2015 – 27/11/2015)

Κατά τον 2^ο μήνα ο Α. αρχίζει να παράγει νέες φωνολογικές συνθέσεις (/AGUA/, /BAI/, /GI/ , /MAMA/ , /PA-PI/, / APA/, /AKI/, /A-PA-PA/, /KATO/, /EDO/, /O/, /PAI/) και να περιορίζει την λεκτική του δραστηριότητα, επίσης, μερικές φορές δίνει την εντύπωση ότι προσπαθεί να μιλήσει.

Επιπλέον, περιστασιακά καταβάλλει μία μικρή προσπάθεια επανάληψης λέξεων καθημερινής χρήσης (εντό = εδώ, κάτω, άκι = καζανάκι), αντιλαμβάνεται την μελωδικότητα της λέξης και προσπαθεί να την μιμηθεί. Τέλος, κατά περίπτωση παράγει έντονη λεκτική δραστηριότητα και μουρμουρητό, τα οποία τα σταματάει όταν του ζητηθεί.

3ος μήνας (30/11/2015 – 23/12/2015)

Τον 3^ο μήνα ο Α. εμφανίζει έντονη παραγωγή νέων φωνολογικών συνθέσεων (/GUF/, /BI-O-A/, /EG/, /O/, /AM/, /GI/, /BI/, /GA/, /AGI/, /AGA/, /ABA/, /ABI/, /BABA-BI/, /MAMA/, /OXI/, /PAI/, /GIA/, /BIBI/, /BIBO/, /BIBABO/, /BIAO/, GI/,

/ΑΟΥ/, /Ο/) καθώς και παιχνίδι μελωδικότητας. Αρχίζει να παίζει με τον τόνο της φωνής του και όταν ζορίζεται αρκετά κάνει παραγωγή μερικών λέξεων (μαμά, όχι, πάει).

3. Κίνηση

1ος μήνας (28/09/2015 – 30/10/2015)

Τις πρώτες εβδομάδες όλες οι κινητικές λειτουργίες του Α. παρατηρούνται μειωμένες, η αδρή-λεπτή κινητικότητα βρίσκονται πολύ πίσω αναπτυξιακά (μειωμένη στήριξη του κορμού, δεν μπορεί να βάλει την κατάλληλη δύναμη για να κρατήσει τη κηρομπογιά/ κόλλα κλπ.), ποτέ δε κρατά το βλέμμα του σε αυτό που κάνει με το χέρι του ή σε αυτό που κρατάει ή σε αυτό που του δείχνουμε, επίσης, όταν κάθεται στον κύκλο, αδυνατεί να κρατήσει τον κορμό του ίσιο για πάνω από 5 λεπτά (θα αρχίσει να γέρνει το κορμί του προς τα εμπρός και στο τέλος θα ξαπλώσει).

Προς το τέλος του μήνα εμφανίζει μικρή βελτίωση. Η στήριξη του κορμού βελτιώνεται, ειδικά όταν κάθεται στο σκαμπό, καθώς και στον κύκλο έχει αρχίσει και δεν ξαπλώνει σχεδόν καθόλου. Επιπλέον, στο επίπεδο της γραφοκινητικότητας αρχίζει να βάζει την κατάλληλη δύναμη για να ζωγραφίσει και τέλος, ο συντονισμός χεριού-ματιού αρχίζει να εμφανίζεται, κοιτάζει για πολύ λίγο τι κάνει ή τι δείχνει με το χέρι του ή ακόμα και αυτό που ζωγραφίζει.

2ος μήνας (02/11/2015 – 27/11/2015)

Παρουσιάζει βελτίωση σε όλα τα επίπεδα. Η ανάπτυξη της αδρής / λεπτής κινητικότητας καθώς και η οφθαλμοκινητικότητας είναι αισθητή. Πιο αναλυτικά, έχει βελτιωθεί η στάση σώματος μέσα στον χώρο, πιάνει από μόνος του την κηρομπογιά και αρχίζει να κάνει γραμμές, κρατάει την κόλλα και κολλάει μικρά χαρτάκια, ξεκουμπώνει το μπουφάν μόνος του και προσπαθεί να το κρεμάσει, μαθαίνει να βάζει την κατάλληλη δύναμη για να πατήσει το καζανάκι, να ανοίξει τη βρύση, να βάλει σαπούνη στα χέρια του. Τέλος, κατά τη διάρκεια της ζωγραφικής έχει αρχίσει να παρατηρεί τη κίνηση του χεριού του (για πολύ μικρό χρονικό διάστημα).

3ος μήνας (30/11/2015 – 23/12/2015)

Κατά τον 3^ο μήνα παρουσιάζει συστηματικά αυξανόμενη βελτίωση σε όλους τους τομείς. Παρουσιάζει ορατή βελτίωση της γραφοκινητικότητας (αρχίζει να κάνει και καμπύλες) καθώς και της λεπτής κινητικότητας, αρχίζει να παρατείνει το χρόνο εστίασης στο αντικείμενο που κρατά στο χέρι του ή στην ενέργεια (κοιτάζει από μόνος του για μικρό χρονικό διάστημα αυτό που κάνει κατά τη διάρκεια της ζωγραφικής), βελτιώνει τη θέση του σώματος μέσα στο χώρο (φαίνεται να αντιλαμβάνεται το σώμα του μέσα στον χώρο).

4. Κοινωνικότητα – Επικοινωνία

1ος μήνας (28/09/2015 – 30/10/2015)

Τον πρώτο μήνα ο Α. είναι αρνητικός ως προς τους συνομηλίκους του, εμφανίζει μία ενόχληση κατά την σωματική επαφή με τα άλλα παιδιά καθώς και δεν επιθυμεί ούτε ο ίδιος να ακουμπάει άλλα παιδιά. Αυτό όμως παρατηρείται μόνο με τους συνομηλίκους διότι με τις δασκάλες ή γενικά με τους ενήλικες ήταν απόλυτα θετικός.

Με το πέραςμα των εβδομάδων παρατηρείται σταδιακά μία μερική αποδοχή. Ο Α. αρχίζει να αισθάνεται μέλος της ομάδας και να παραμένει δίπλα σε αυτή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα καθώς και να ακολουθεί την ομάδα. Τέλος, δεν έχει άμεση επικοινωνία με τις δασκάλες και το προσωπικό, ο μόνος τρόπος που χρησιμοποιεί για να ζητήσει κάτι είναι η κίνηση «έλα» με το χέρι του.

2ος μήνας (02/11/2015 – 27/11/2015)

Κατά τον 2^ο μήνα παρατηρείται συστηματικά αυξανόμενη αποδοχή. Αρχίζει να χαμογελάει όταν έρχεται σε βλεμματική επαφή με τα άλλα παιδιά, να τα αγκαλιάζει καθώς και να τους κάνει ντροπές. Όταν θέλει να ζητήσει κάτι από κάποιον θα τον κοιτάζει έντονα στα μάτια, επιπλέον, κάνει ντροπές όταν έρχεται σε επαφή με τις άλλες δασκάλες καθώς και αρχίζει να ανταποκρίνεται και σε αυτές.

Αρχίζει να δείχνει αυτό που θέλει καθώς και να με τραβάει για να μου δείξει τι θέλει. Πλέον, δέχεται να τον αγγίζουν και χαίρεται ιδιαιτέρως όταν αυτός αγγίζει τα άλλα

παιδιά, επιπλέον, δίνει την εντύπωση ότι θέλει να είναι μόνο με τα παιδιά, ακολουθεί την ομάδα, παραμένει στην ομάδα, ακόμα και αν δεν κάνουν κάτι. Τέλος, για πρώτη φορά έπιασε άλλα παιδάκια από το χέρι και χόρεψε μαζί τους σε κύκλο.

3ος μήνας (30/11/2015 – 23/12/2015)

Τον 3^ο μήνα ο Α. παρουσιάζει πλήρης αποδοχή της ομάδας καθώς και αρχίζει να επικοινωνεί με όλα τα πρόσωπα του παιδικού σταθμού. Κοιτάζει το άτομο που του μιλάει, ζητά πράγματα και από άλλες δασκάλες, κάνει ντροπές και χαίρεται έντονα με όλες τις δασκάλες, τραβάει άλλα παιδιά για να παίξει μαζί τους.

5. Γνωστική Μηχανισμοί

1ος μήνας (28/09/2015 – 30/10/2015)

Όλοι οι γνωστικοί μηχανισμοί του Α. κατά τον πρώτο μήνα βρίσκονται πίσω από την αναπτυξιακή του ηλικία άλλα παρατηρούνται πολλά θετικά σημάδια ανάπτυξης. Εκτελεί εντολές δύο λέξεων, μαζεύει τα παιχνίδια όταν του ζητηθεί, αλλά δε θυμάται τη θέση τους (με το πέρασμα των εβδομάδων αρχίζει να ταυτίζει το αντικείμενο με το μέρος), δίνει προσοχή στο άτομο που του μιλάει για μικρό χρονικό διάστημα, παρατηρεί πολύ έντονα τι γίνεται γύρω του, ανταποκρίνεται σε παιχνίδια ταύτισης και στα ενσφηνώματα, δίνει την εντύπωση πως αρχίζει να αντιλαμβάνεται την αίσθηση των «τσίσσα» του.

2ος μήνας (02/11/2015 – 27/11/2015)

Κατά τον 2^ο μήνα η βελτίωση είναι εμφανής. Δίνει ενδείξεις ότι ακούει πολύ καλύτερα, ανταποκρίνεται πολύ πιο γρήγορα και ξέρει τι ζητάει, αρχίζει και ανταποκρίνεται μόνο σε λεκτικές εντολές, έχει μειωθεί η πρώτη ώθηση που χρειαζόταν με το χέρι (είτε να δείξω , είτε να τον μετακινήσω μέχρι ένα σημείο), κοιτάζει τη δασκάλα (κυρίως στο στόμα) καθ' όλη τη διάρκεια που μιλάει καθώς και παρατηρεί τα πάντα ακόμα πιο έντονα, διατηρεί έντονη βλεμματική επαφή με τις δασκάλες, κάνει ταύτιση λέξεων-χώρων / αντικειμένων, αρχίζει να επιλέγει ανάμεσα σε δύο επιλογές,

αρχίζει διστακτικά να μιμείται τα άλλα παιδάκια κατά τη διάρκεια του κύκλου, αρχίζει και κάνει συνειδητά «τσίσσα», παρακολουθεί κουκλοθέατρο χωρίς να αποσπάται το βλέμμα του και παρατηρεί την όλη πορεία που κάνουν τα παιδιά όταν περνάνε από δίπλα του και πηγαίνουν κάπου.

3ος μήνας (30/11/2015 – 23/12/2015)

Κατά τον 3^ο μήνα ο Α. έχει περισσότερο εστιασμένη και παρατεταμένη βλεμματική επαφή, όχι μόνο σε άτομα που μιλάνε άλλα και σε αντικείμενα που κρατάει, ανταποκρίνεται άμεσα ακόμα και σε εντολές 3 λέξεων, θυμάται την όλη ροή του προγράμματος του σχολείου, δίνει την εντύπωση ότι κάτι σκέφτεται όταν παρατηρεί την δασκάλα του και τα παιδιά, εκτελεί άψογα τις καθημερινές λειτουργίες, μιμείται λίγο πιο γρήγορα άλλα σταματάει αμέσως.

6. Μάθηση – Επιτεύγματα

1ος μήνας (28/09/2015 – 30/10/2015)

Τον 1^ο μήνα ο Α. κατάφερε να επιτύχει τα εξής: 1^ο) κάθεται καθ' όλη τη διάρκεια του φαγητού στο τραπέζι, 2^ο) κάθεται στον κύκλο χωρίς την δική μου (υποστήριξη, 3^ο) ακολουθεί όλη τη ροή του μαθήματος από μόνος του και 4^ο) αρχίζει να επιλέγει ανάμεσα σε δύο επιλογές

2ος μήνας (02/11/2015 – 27/11/2015)

Τον 2^ο μήνα: 1^ο) έμαθε να αντιλαμβάνεται πότε χρειάζεται να πάει στην τουαλέτα και άρχισε να πηγαίνει ακόμα και μόνος του καθώς και έχει μάθει να σκουπίζεται, να πετάει το χαρτί, να σηκώνει τα ρούχα του, να πατάει καζανάκι και να πλένει τα χέρια του, 2^ο) παραμένει στην περίμετρο της ομάδας καθώς και να παραμένει στη θέση του ακόμα και όταν η ομάδα δεν κάνει κάτι, 3^ο) κατά τη διάρκεια του κύκλου κάθεται ανάμεσα στα παιδάκια και μακριά από εμένα, 4^ο) ζητάει αυτό που θέλει και δεν γκρινιάζει μέχρι να βρούμε τι θέλει, και 5^ο) ανταποκρίνεται σε όλους.

3ος μήνας (30/11/2015 – 23/12/2015)

Το 3^ο μήνα τα επιτεύγματα του Α. είναι αξιοσημείωτα: 1^ο) συνεργάζεται με την ομάδα στις πρόβες για τη γιορτή, 2^ο) κρατάει από το χέρι άλλο παιδάκι χωρίς γκρίνια, 3^ο) κάνει ταύτιση ονόματος-προσώπου, λέξης-μέρους και 4^ο) αποδέχεται νέες καταστάσεις πιο ομαλά.

7. Αισθητηριακή Ολοκλήρωση

1ος μήνας (28/09/2015 – 30/10/2015)

Ο Α. αισθητηριακά είναι πολύ ευαίσθητος. Αυτά που σημειώνονται εδώ είναι ελάχιστα και σχετίζονται μόνο με αυτά που δέχεται στον παιδικό σταθμό.

Αρχικά, δεν του αρέσει καθόλου να αισθάνεται το κρύο/χλιαρό νερό όταν πλένει τα χέρια του, δε δέχεται να φορέσει κάτι άλλο εκτός από φόρμες, δεν του αρέσει να αισθάνεται τα βρεγμένα ρούχα.

2ος μήνας (02/11/2015 – 27/11/2015)

Κατά τον 2^ο μήνα αρχίζει σιγά-σιγά να αποδέχεται μερικά αισθητηριακά ερεθίσματα όπως, την αίσθηση του κρύου νερού στα χέρια του καθώς και τα βρεγμένα ρούχα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, δεν του αρέσει να αισθάνεται κρεμώδεις υφές σε όλη τη παλάμη του, αλλά μπορεί να τις αποδεχτεί για μικρό χρονικό διάστημα μόνο σε ένα – δύο δάκτυλα, τέλος, του αρέσει να δέχεται έντονα ερεθίσματα στο σώμα του.

3ος μήνας (30/11/2015 – 23/12/2015)

Τον 3^ο μήνα αποδέχεται πλήρως την αίσθηση του κρύου νερού, αρχίζει να αποδέχεται νέες υφές, επιπλέον, έχει αρχίσει και περνάει σχεδόν όλα τα αντικείμενα από το στόμα του .

Γενικές παρατηρήσεις:

Το νήπιο Α. από την πλήρη και παρατεταμένη άρνηση συνεργασίας και οριοθέτησης, αρχίζει σταδιακά να παρουσιάζει καθημερινή εξέλιξη σε όλους τους τομείς. Σε πρώτο επίπεδο, άρχισε να αποδέχεται τη ροή του σχολικού προγράμματος και την ομάδα του και σε δεύτερο επίπεδο, άρχισε να βελτιώνεται στους γνωστικούς μηχανισμούς, την κινητικότητα και τη λεκτική δραστηριότητα.

Πιο αναλυτικά, το νήπιο Α. σταδιακά απευαισθητοποιείται αισθητηριακά και αυτό αρχίζει να βοηθά στη γενική νευρολογική ανάπτυξη. Το νήπιο αλληλεπιδρά με τους ενήλικες του παιδικού σταθμού καθώς και να παρατηρεί τα παιδιά την ώρα του παιχνιδιού. Επιπλέον, ασχολείται με όλα τα παιχνίδια της τάξης.

Με το πέρασμα του χρόνου, αρχίζει να αλληλεπιδρά με τα παιδιά της τάξης τους καθώς και να χαίρεται ιδιαιτέρως με το παιχνίδι τους. Οι φωνολογικές του συνθέσεις αυξάνονται, τα προσωδιακά του στοιχεία και οι εκφράσεις του προσώπου γίνονται εμφανή και αντανakλούν σε αυτό που πραγματικά αισθάνεται. Η αδρή και η λεπτή κινητικότητα βελτιώνονται σημαντικά. Το νήπιο Α. νιώθει πιο αυτόνομο και έχει περισσότερη αυτοπεποίθηση και έτσι σιγά σιγά περνά σε γνωστικές διεργασίες.

Σήμερα, το νήπιο Α. συνεχίζει να παρουσιάζει θετικά ανοδική και με γρήγορους ρυθμούς εξέλιξη σε όλους τους τομείς. Η νευρολογική ωρίμανση είναι εμφανής. Συνθέτει λέξεις, μιμείται, έχει αυτονομηθεί στο φαγητό και στη χρήση της τουαλέτας. Τέλος, αλληλεπιδρά σε όλα τα πλαίσια και ανταποκρίνεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Συμπεράσματα

Στα προηγούμενα κεφάλαια έγινε αναφορά στις έντεκα (11) νευροαναπτυξιακές διαταραχές της πρώιμης νηπιακής ηλικίας οι οποίες έχουν επιλεχθεί σύμφωνα με το μοντέλο ESSENCE και έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα διαγνωστικά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με το μοντέλο ESSENCE το οποίο εισήγαγε ο Gillberg (2010), η προσέγγιση των παραπάνω διαταραχών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, καθώς κατά τα πρώιμα στάδια της αναπτυξιακής πορείας του ατόμου οι φαινότυποι των διαταραχών αυτών χαρακτηρίζονται από κοινή συμπτωματολογία και συχνά παρατηρείται συνεκδήλωση περισσότερων της μιας, διαταραχών.

Το παραπάνω πόρισμα επιβεβαιώθηκε από τη μελέτη περίπτωσης η οποία αναπτύσσεται στο δεύτερο μέρος της εργασίας. Συγκεκριμένα γίνεται παρουσίαση της μελέτης περίπτωσης νηπίου 3,3 ετών με παραπομπή για νευροαναπτυξιακή καθυστέρηση για την προσέγγιση της οποίας, επιχειρήθηκε πολυπαραγοντική και διεπιστημονική διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία. Σε ακολουθία με το ερμηνευτικό μοντέλο ESSENCE, εφαρμόστηκε ένα σύνολο ελέγχων και στη συνέχεια, τα δεδομένα των ελέγχων αναλύθηκαν, συσχετίστηκαν και αξιολογήθηκαν προκειμένου για την επίτευξη των ακόλουθων στόχων: i) ανάδειξη των παραγόντων εκείνων οι οποίοι κρίνονται ισχυροί και επικρατέστεροι για τη σχηματοποίηση ενός σαφούς profile διαταραχής του νηπίου, ii) ανάδειξη βαθμού συνεκδήλωσης με άλλες διαταραχές, iii) προσδιορισμός και εφαρμογή κατάλληλων μορφών παρέμβασης σε ατομικό και επίπεδο ομάδας. Ως αποτέλεσμα της ανάλυσης των παραπάνω ελέγχων σχηματοποιήθηκε profile σοβαρής γλωσσικής καθυστέρησης με συνεκδήλωση δυσπραξίας και εκδήλωση προβλημάτων κοινωνικής προσαρμογής και προτάθηκε προς εφαρμογή εξατομικευμένη λογοθεραπευτική και εργοθεραπευτική παρέμβαση και παράλληλη στήριξη στο πλαίσιο καθημερινής παρακολούθησης προγράμματος παιδικού σταθμού.

Συμπερασματικά, η διάκριση και η διαφοροποίηση μεταξύ διαγνωστικών χαρακτηριστικών κατά τη διαφοροδιάγνωση νευροαναπτυξιακών διαταραχών στην πρώιμη νηπιακή ηλικία παίζουν καθοριστικό ρόλο α) στην διαφοροδιάγνωση του νηπίου, β) στην θεραπευτική παρέμβαση και γ) στην αποδοχή συνεκδήλωσης δύο (2) διαταραχών. Η παρούσα πτυχιακή εργασία επέφερα θετικά αποτελέσματα και φανέρωσε

τη θετική συμβολή του μοντέλου ESSENCE κατα τη διαφοροποίηση καθώς και κατά την πολυπαραγοντική παρέμβαση των νευροαναπτυξιακών διαταραχών κατά τη πρώιμη νηπιακή ηλικία.

Κλείνοντας, θα ήθελα να τονίσω τη σημαντικότητα της διαφορικής διάγνωσης, της θεραπευτικής προσέγγισης και τη πιθανή συνεκδήλωση των διαταραχών στις πρώιμες νηπιακές ηλικίες διότι τα κοινά σημεία στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές είναι αρκετά. Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται διακυμάνσεις με το πέρασμα του χρόνου, όποτε μία σωστή διαφορική διάγνωση και μία επανάληψη αυτής είναι αρκετά χρήσιμη για τον καθορισμό της διαταραχής. Επιπλέον, σύμφωνα με το μοντέλο ESSENCE, είναι καλό να μην περιοριζόμαστε μονάχα σε μία διάγνωση αλλά να λάβουμε υπόψιν μας 1^{ον}) την πιθανότητα συνεκδήλωσης δύο ή και περισσότερων διαταραχών και 2^{ον}) την συνεκδήλωση ποικίλων συμπτωμάτων που μπορεί να παρουσιάζονται σε μία διαταραχή.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

- Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., (2005), Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Κουμούλα Α. (2012), . Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στον χρόνο, Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», 23:Π49–Π59, Αθήνα
- Ι. Βογινδρούκας - D.Sherratt, "Οδηγός εκπαίδευσης παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές", Ταξιδευτής : Αθήνα 2005

Ξένη Βιβλιογραφία

- American Optometric Association, Vision Therapy, 2012-
- Aman MG, Langworthy KS. Pharmacotherapy for hyperactivity in children with autism and other pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2000;30:451–459. [[PubMed](#)]
- Baer D.M., Wolf M.M., & Risley, T. R. (1968), Some current dimensions of applied behaviour analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*
- Barkley R. (1993). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press
- Berlin KS, Lobato DJ, Pinkos B, Cerezo CS, LeLeiko NS. (2011). Patterns of medical and developmental comorbidities among children presenting with feeding problems: a latent class analysis. *J Dev Behav Pediatr*. 32 (1), 41–47.
- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, H., et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 45, 120-1126.
- Bishop, C.P. (1992). Evidence for intrinsic differences in the formation of chromatin domains in *Drosophila melanogaster*. *Genetics* 132: 1063--1069
- Cumine V., Leach J & Stevenson G. (2000), Εισαγωγή στον αυτισμό. Είκοσι ερωτήσεις και απαντήσεις. Αθήνα. Προστασίας αυτιστικών ατόμων
- Dawson G. & Watling R. (2000), Interventions to facilitate auditory, visual and monitor integration in autism: A review of the evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 415-421
- Flynt J. & Yule W. (1994). Behavioural phenotypew. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry : Modern approaches*, 3rd ed., pp. 587-666. London: Blackwell Scientific
- Harris, Phillip. (1992). Restructuring for learning. In Costa, A., Bellanca, J. & Fogarty, R. (Eds.). *If Minds Matter: A Foreword to the Future* vol 1. (pp. 3 - 11) Illinois: SkyLight Training and Publishing, Inc.
- Hyman, S., Stewart, P., Schmidt, B., Cain, U., Lemcke, N. Foley, J., Peck, R., Clemons, T., Reynolds, A., Johnson, C., Handen, B., James, J., Courtney,

- P.M., Molloy, C., Philip, K. (2012). Nutrient Intake from Food in Children with Autism. *Pediatrics*, 130 (2), doi:10.1542/peds.2012-0900L
- Jasmin, L., Williams syndrome, MedlinePlus, 2009
 - Koegel, R.L., Koegel, L.K., & Carter, C.M. (1999). Pivotal teaching interactions for children with autism. *School Psychology Review*, 28, 576—594.
 - Langworthy-Lam, K. S., Aman, M. G., & Van Bourgondien, M. E. (2002). Prevalence and patterns of use of psychoactive medicines in individuals with autism in the Autism Society of North Carolina. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(4), 311-321.
 - Lovaas, O. I. (1987), Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,
 - Mesibov, G.B and Howley, M. (2003) *Accessing the Curriculum for Pupils with Autistic Spectrum Disorders: Using the TEACCH Programme to Help Inclusion*. London: David Fulton
 - Milberger S, Biederman J, Faraone SV, et al. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry*.152, 1793-1799.
 - Millward C, Ferriter M, Calver S, Connell-Jones G; Ferriter; Calver; Connell-Jones, Gluten- and casein-free diets for autistic spectrum disorder , 2008
 - Heflin, L.J., & Alberto, P.A. (2001). Establishing a behavioral context for learning for students with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16, 93— 101
 - Plenty, S., Heurlin, D., Arlinde, C. & Bejerot, S. (2013). Applying an ESSENCE Framework to Understanding Adult Autism Spectrum Disorder and ADHD: Retrospective Parent Reports of Childhood Problems. *The Scientific World Journal*, doi.10.1155/2013/469594.
 - Pierce K, Schreibman L (1995). Increasing complex social behaviors in children with autism: effects of peer-implemented pivotal response training. *J. Appl Behav Anal* 28: 285-295

- Pierce K, Schreibman L (1997), Using peer trainers to promote social behavior in autism: Are they effective at enhancing multiple social modalities? Focus on autism and other developmental disabilities. 12: 207-218
- Smith, E. R. (1996). What do connectionism and social psychology offer each other? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 893-912
- Sheehy, K. & Duffy, H. Attitudes to Makaton in the ages of integration and inclusion, *International Journal of Special Education*, 2014, 91–102.
- Simonoff, E., Pickles, T., Charman, S., Chandler, R., Loucas, T. & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity and associated factors in a population-derived sample. *Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (8), 921-929.
- Tomblin, J.B., & Zhang, X. (1999). Language patterns and etiology in children with specific language impairment. In: Tager-Flusberg H, editor. *Neurodevelopmental disorders*. Cambridge, MA: MIT press, pp 361–382.
- Terpstra, J. E., Higgins, K., & Pierce, T. (2002). Can I play? Classroom-based interventions for teaching play skills to children with autism. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 17, 119–126
- Trevarthen, C. (2002) Learning in companionship. *Education in the North*, New Series, No. 10: 16-25. The University of Aberdeen.
- Tseng, A.G., Biagioli, F.E. (2009). Counseling on early childhood concerns: sleep issues, thumb sucking, picky eating, and school readiness. *Am Fam Physician*. 80(2), 139–142.

Επιπρόσθετη προτεινόμενη ξένη βιβλιογραφία

- Baranek GT, Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2002;32:397–422. [PubMed]
- Barkley, R.A. (1990). *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder: A hand book for diagnosis and treatment*. New York: Pergamon Press. (1998) New York, NY: The Guilford Press.

- Biederman, J. Newcorn, J. Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorder. *American Journal of Psychiatry*.
- Campbell SB: Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36:113-149 CrossRef, Medline
- Christison GW, Ivany K; Ivany, Elimination diets in autism spectrum disorders: any wheat amidst the chaff?, 2006, *J Dev Behav Pediatr*. 27 (2 Suppl 2): S162–71
- Committee On, Genetics, American Academy of Pediatrics: Health care supervision for children with Williams syndrome, 2001, *Pediatrics*. 107 (5): 1192–204
- Cook CR, Blacher J. Evidence-based psychosocial treatments for tic disorders. *Clin Psychol (New York)*. 2007;14 (3):252–267. Roessner V, Wanderer S (2010).
- Dykens, Elisabeth M.; Rosner, Beth A.; Ly, Tran; Sagun, Jaclyn, Music and Anxiety in Williams Syndrome: A Harmonious or Discordant Relationship?, *American Journal on Mental Retardation* 2005
- European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: behavioural and psychosocial interventions, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20:197-207.
- Eustis RS, (1947), Specific reading disability. *New England Journal of Medicine*, 237. 243-249
- Friemoth, J. (2005) What is the most effective treatment for ADHD in children? *Journal of Family Practice*, 54, 166-168
- Friend & Cook (2004), *Co-Teaching: Principles, Practices, and Pragmatics*, New Mexico Public Education Department Quarterly Special Education Meeting Albuquerque, NM

- Gillberg, C. & O'Brien, G. (eds) (2000) Developmental Disability and Behaviour. London: Mac Keith Press.
- Gillberg C, Gillberg Ch., (Febr. 1989) . Children with Preschool Neurodevelopmental Disorders, IV: Behavior and School Achievements at age 13,. Developmental Medicine and Child Neurology
- Keenan K, Wakschlag LS: More than the terrible twos: the nature and severity of disruptive behavior problems in clinic-referred preschool children. J Abnorm Child Psychol 2000; 28:33-46 CrossRef, Medline
- Kurlan, Roger, ed. Handbook of Tourette's Syndrome and Related Tic and Behavioral Disorders. New York: Marcel Dekker, Inc., 1993.
- Leckman, James. F., and Donald J. Cohen. Tourette's Syndrome Tics, Obsessions, Compulsions: Developmental Psychopathology and Clinical Care. New York: John Wiley and Sons, Inc., 1999.
- Mantovani JF. Landau-Kleffner Syndrome. In: The NORD Guide to Rare Disorders, Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003:547-8.
- MERLIN.G BLUTLER, PHILLIP D.K LEE AND BARBARA Y. WHITMAN, MANAGEMENT OF PRADER-WILLI SYNDROME, NEW YORK, 2006
- O'Brien, G. (ed.) (2002) Behavioural Phenotypes in Clinical Practice. London: Mac Keith Press.
- O'Brien, G. & Pearson, J. (2005) Defining behavioural phenotypes: exploring genotype/phenotype interrelationships. In Neurodevelopmental Disorders: Cognitive/behavioural Phenotypes" (eds D. Riva, U. Bellugi & M. B. Denckla), pp. 9–18. Milan: Mariani Foundation for Paediatric Neurology
- Pelham, W.E. (1994). Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinician's guide. New York: Plenum.

- Rogers, S.J. and D. DiLalla (1991). "A comparative study of a developmentally based preschool curriculum on young children with autism and young children with other disorders of behavior or development", *Topics in Early Childhood Special Education* 11, pp. 29-48.
- Rogers, S.J. and H. Lewis (1989). "An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28, 207-214.
- Robertson, Mary M., and Simon Baron-Cohen. *Tourette Syndrome: The Facts*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Sadock, Benjamin J., and Virginia A. Sadock, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Vol. 2. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
- Schopler, E. & Reichler, R. (1971). "'Parents as Co-therapists in the Treatment of Psychotic Children'". *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*. 1 (1): 87–102. doi:10.1007/BF01537746.
- Sulzer-Azaroff, B. & Mayer, R. (1991). *Behavior analysis for lasting change*, Fort Worth, TX: Holt, Reinhart & Winston, Inc
- Tremblay RE: The development of aggressive behaviour during childhood: what have we learned in the past century? *Int J Behav Dev* 2000; 24:129-141 CrossRef
- University of Southampton (χ.η). *Dyslexia in the workplace: A guide for students*. Προσβάσιμο ηλεκτρονικά: Downing J, (1973), Cognitive factors in dyslexia . *Children psychiatry and human development*, 237, 243-249

Προτεινόμενοι διαδικτυακοί τόποι

- <http://aidd.org/intellectual-disability/definition#.VzMRzCFGQq8>
- <http://adc.bmj.com/content/82/3/222.full>
- <http://www.adhd-institute.com/assessment-diagnosis/diagnosis/dsm-5tm/>
- <http://www.apa.org/topics/adhhttp://www.dsm5.org/documents/adhd%20fact%20sheet.pdf/>
- <http://www.angelman.org/what-is-as/medical-information/diagnostic-criteria/>
- <http://www.ascentchs.com/mental-health/disruptive-behavior/symptoms-signs-effects>
- <http://www.autism.org.uk>
- www.autismgreece.gr
- www.autismhellas.gr
- <http://www.autism-help.org>
- <http://autismparents.net>
- <https://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/verbal-behavior-therapy>
- www.autism-society.org
- <http://www.asha.org>
- <http://www.childbrain.com/ticdisorder.shtml>
- <http://www.childrenshospital.org>
- http://councilfordisabledchildren.org.uk/sites/default/files/uploads/documents/import/sli_handbook_early_support-040413.pdf
- <http://www.dyslexia.gr/index.php/12-diffs/61-dyslexia-kai-enilikes>
- <http://www.eduportal.gr/musitherapy/>
- <http://www.e-psychology.gr>
- <http://emedicine.medscape.com>
- <http://emedicine.medscape.com>

- <http://www.epilepsy.com>
- <https://www.epilepsy.org.uk>
- <http://epilepsygenetics.net>
- <http://www.eumedline.eu>
- <http://www.healthline.com>
- <http://www.helpguide.org>
- <https://iatrikadedomena.wordpress.com/>
- <http://www.iatronet.gr>
- <http://www.medicinenet.com>
- <http://www.millermethod.org/what.html>
- <http://www.minddisorders.com>
- <http://www.nas.org.uk>
- <http://www.nhs.uk>
- <https://www.nidcd.nih.gov>
- <https://www.nottingham.ac.uk/studentservices/documents/dyslexiaintheworkplacebooklet-southamptonunistudentguide.pdf>
- www.languageimpairment.gr
- <http://www.ldac-acta.ca>
- <http://www.paidiatriki.gr>
- <http://www.pecs-greece.com/pecs.php>
- <http://psycnet.apa.org/journals/eib/1/2/141.html>
- <http://rarediseases.org>
- http://www.sismanoglio.gr/OTHER/Tics_WB_parents_protocol_GR_v2.pdf
- www.specialeducation.gr
- <http://www.ssli.ie>
- www.teacch.com
- http://tourette.org/Medical/images/medications_and_tourettes_berlin.pdf

- www.udel.edu/bkirby/asperger
- <https://www.understood.org>
- <http://www.webmd.com/brain/autism/autism-treatment-overview>
- <https://books.google.gr/books?id=yJQQzPTcbYIC&pg=PA265&lpg=PA265&dq=FS%2B+syndrome&source=bl&ots=oyR8gy5hsS&sig=w2nmVQZRLsk9VCyrAAAYCWk96fuk&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwimhIG4yePMAhXI7RQKHZR5DsMQ6AEITzAG#v=onepage&q=FS%2B%20syndrome&f=false>
- <https://books.google.gr/books?id=97wyTTXKZV4C&pg=PA482&lpg=PA482&dq=FS%2B+syndrome&source=bl&ots=qG1At7Vgy&sig=PNnMUCRiYrj6O1XPcCmT5494yQk&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwimhIG4yePMAhXI7RQKHZR5DsMQ6AEIYDAJ#v=onepage&q=FS%2B%20syndrome&f=false>
- <https://books.google.gr/books?id=0iBvkX715z0C&pg=PA133&lpg=PA133&dq=GSW+syndrome&source=bl&ots=0JKX0YNnLw&sig=yYTo4Iye9I2IYYXYhoVFVaS3sP0&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwiliPrKyOPMAhWB6xQKH aRPBD0Q6AEIMDAC#v=onepage&q=GSW%20syndrome&f=false>
- https://books.google.gr/books?id=30BdCQbMYU8C&pg=PA574&lpg=PA574&dq=generalised+spike+wave+syndrome&source=bl&ots=M975cy2Fcs&sig=2SGtvQg1mNeK9KLo00QpeQ8eIkc&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjUy_rWqPDMAhXoKJoKHdJiACgQ6AEIejAJ#v=onepage&q=generalised%20spike%20wave%20syndrome&f=false
- <https://books.google.gr/books?id=PhBOC-7flAkC&pg=PA41&lpg=PA41&dq=denver+health+sciences+program+autism&source=bl&ots=dxe1cwnV10&sig=0kviOFx7i3CtdhaOhAETlA6b2Yc&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjSlorOnITMAhXGbZoKHeBhCzwQ6AEIZDAG#v=onepage&q=denver%20health%20sciences%20program%20autism&f=false>
- <https://books.google.gr/books?id=t2w4L2cCFrcC&pg=PA2&lpg=PA2&dq=bbehavioural+phenotype+definition&source=bl&ots=OSTIL8fylT&sig=O88On>

[RVa6g6KKGHcYv2Qi8hIVGM&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjOILaUytmMAhXqJ5oKHahaCVAQ6AEIUzAF#v=onepage&q=behavioural%20phenotype%20definition&f=false](https://books.google.gr/books?id=0iBvkX715z0C&pg=PA133&lpg=PA133&dq=GSW+syndrome&source=bl&ots=0JKX0YNnLw&sig=yYTo4Iye9I2lYYXYhoVFVaS3sP0&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjOILaUytmMAhXqJ5oKHahaCVAQ6AEIUzAF#v=onepage&q=behavioural%20phenotype%20definition&f=false)

- <https://books.google.gr/books?id=0iBvkX715z0C&pg=PA133&lpg=PA133&dq=GSW+syndrome&source=bl&ots=0JKX0YNnLw&sig=yYTo4Iye9I2lYYXYhoVFVaS3sP0&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwiliPrKyOPMAhWB6xQKH aRPBD0Q6AEIMDAC#v=onepage&q=GSW%20syndrome&f=false>
- https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=43S7AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=specific+language+impairment+definition&ots=c2ROLLglfg&sig=NY7bU9thhwNVyQMPbeQTosoUQ3w&redir_esc=y#v=onepage&q=specific%20language%20impairment%20definition&f=false

Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με DSM5

Παράρτημα 1

➤ **Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)**

A. Διαρκή ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ πολλαπλών πλαισίων, όπως εκδηλώνονται επί του παρόντος ή από το παρελθόν (τα παραδείγματα είναι επεξηγηματικά και όχι καθοριστικά):

1. Ελλείμματα στην κοινωνικοσυναισθηματική αμοιβαιότητα, που κυμαίνονται από μη-φυσιολογική κοινωνική προσέγγιση και την αποτυχία της φυσιολογικής συνομιλίας, όπου μειώνεται η ανταλλαγή ενδιαφερόντων, συναισθημάτων ή αποτυγχάνει κατά την έναρξη ή την ανταπόκριση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

2. Ελλείψεις σε μη-λεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές οι οποίες χρησιμοποιούνται για την κοινωνική αλληλεπίδραση και οι οποίες κυμαίνονται από φτωχή λεκτική ή μη-λεκτική επικοινωνία, μη φυσιολογική βλεμματική επαφή και γλώσσα του σώματος ή ελλείμματα στην κατανόηση και στη χρήση των χειρονομιών έως και στην απόλυτη έλλειψη των εκφράσεων του προσώπου και της μη-λεκτικής επικοινωνίας.

3. Ελλείμματα στην ανάπτυξη, τη διατήρηση και τη κατανόηση των σχέσεων, που κυμαίνονται από τις δυσκολίες προσαρμογής της συμπεριφοράς στα διάφορα κοινωνικά πλαίσια, δυσκολίες στη συμμετοχή ενός φανταστικού παιχνιδιού ή στο να κάνει φίλους, έως την απουσία ενδιαφέροντος για τους συνομηλίκους.

Καθορισμός της τρέχουσας σοβαρότητας:

Η σοβαρότητα βασίζεται σε προβλήματα κοινωνικής επικοινωνίας και σε περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς (βλέπε επίπεδα σοβαρότητας σελ.).

B. Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες, όπως εκδηλώνονται, τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα, επί του παρόντος ή επί του παρελθόντος (τα παραδείγματα είναι επεξηγηματικά και όχι καθοριστικά):

1. Στερεοτυπικές ή επαναληπτικές κινήσεις, χρήση αντικειμένων, ή λόγου. (π.χ. απλές κινητικές στερεοτυπίες, σειροθέτηση/ευθυγράμμιση των παιχνιδιών ή στριφογύρισμα αντικειμένων, ηχολαλία, ιδιοσυγκρασιακές φράσεις).

2. Επιμονή στην ομοιότητα, άκαμπτη εμμονή σε ρουτίνες, ή τελετουργικά λεκτικά ή μη λεκτικά πρότυπα συμπεριφοράς (π.χ. έντονη δυσφορία σε μικρές αλλαγές, δυσκολίες με τις μεταβάσεις, άκαμπτο τρόπο σκέψης, πρέπει να ακολουθούν την ίδια διαδρομή ή να τρώνε το ίδιο φαγητό κάθε μέρα).

3. Εξαιρετικά περιορισμένα, προσκολλημένα ενδιαφέροντα που είναι μη φυσιολογικά σε ένταση ή στην εστίαση. (π.χ. ισχυρή προσκόλληση ή ενασχόληση με ασυνήθιστα αντικείμενα, υπερβολική οριοθέτηση των πραγμάτων ή εμμονή των ενδιαφερόντων).

4. Υπέρ- ή υπό-αντιδραστικότητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον σε αισθητηριακές πτυχές του περιβάλλοντος (π.χ. προφανή αδιαφορία στον πόνο ή τη θερμοκρασία, αρνητική αντίδραση σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, υπερβολική όσφρηση ή άγγιγμα των αντικειμένων, έντονο οπτικό ενδιαφέρον με τα φώτα ή την κίνηση).

Καθορισμός της τρέχουσας σοβαρότητας:

Η σοβαρότητα βασίζεται σε προβλήματα κοινωνικής επικοινωνίας και σε περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς (βλέπε επίπεδα σοβαρότητας σελ.).

Γ. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο (αλλά μπορεί να μην έχουν εκδηλωθεί πλήρως, μέχρι οι κοινωνικές απαιτήσεις να υπερβούν το περιορισμένο δυναμικό του ατόμου ή μπορεί να επικαλυφθούν από την εκμάθηση στρατηγικών για την μετέπειτα πορεία στη ζωή).

Δ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντικές φθορές στον κοινωνικό, τον επαγγελματικό, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς.

Ε. Οι εν λόγω διαταραχές δεν εξηγούνται καλύτερα με την νοητική υστέρηση (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή) ή τη γενική αναπτυξιακή καθυστέρηση. Η νοητική υστέρηση και η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος συχνά συνυπάρχουν. Για να πραγματοποιηθεί συνεκδήλουσα διάγνωση στη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος και στη νοητική υστέρηση, η κοινωνική επικοινωνία θα πρέπει να είναι κατώτερη του αναμενόμενου/γενικού αναπτυξιακού επιπέδου.

Σημείωση¹: στα άτομα με εδραιωμένη διάγνωση, σύμφωνα με το DSM-IV, της αυτιστικής διαταραχής, της διαταραχής Asperger, ή της αναπτυξιακής διαταραχής μη-προσδιοριζόμενης αλλιώς, θα πρέπει να δίνεται η διάγνωση της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος. Άτομα στα οποία έχουν επισημανθεί δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία αλλά των οποίων τα συμπτώματα δεν πληρούν τα υπόλοιπα κριτήρια για τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, θα πρέπει να αξιολογούνται για την κοινωνική (πραγματολογική) διαταραχή της επικοινωνίας.

Προσδιορίστε αν:

- συνοδεύεται με ή χωρίς νοητικά ελλείμματα
- συνοδεύεται με ή χωρίς γλωσσικά ελλείμματα
- εάν σχετίζεται με γνωστούς ιατρικούς ή γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες
- εάν σχετίζεται με άλλη νευροαναπτυξιακή, νοητική ή συμπεριφοριστική διαταραχή
- εάν υπάρχει κατατονία.

Επίπεδα Σοβαρότητας

- ***Επίπεδο 3:*** απαιτείται πολύ ουσιαστική / σημαντική υποστήριξη

Κοινωνική επικοινωνία: σοβαρά ελλείμματα της λεκτικής και της μη-λεκτικής επικοινωνίας προκαλούν σοβαρά ελλείμματα στην λειτουργικότητα, πολύ περιορισμένη διαδικασία έναρξης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και ελάχιστη

ανταπόκριση στις κοινωνικές προσεγγίσεις από άλλους. Για παράδειγμα, ένα άτομο με ελάχιστη καταληπτή ομιλία, σπάνια ξεκινά μία αλληλεπίδραση και όταν αυτό συμβαίνει, το κάνει με ασυνήθιστες προσεγγίσεις και το κάνει μόνο για να καλύψει δικές του ανάγκες καθώς και ανταποκρίνεται μόνο σε πολύ άμεσες κοινωνικές προσεγγίσεις.

Περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά: «ακαμψία» της συμπεριφοράς, υπερβολική δυσκολία στην αντιμετώπιση των αλλαγών, ή άλλες περιορισμένες/επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές παρεμβαίνουν αισθητά στη λειτουργικότητα του ατόμου σε όλα τα επίπεδα. Μεγάλη αγωνία/δυσκολία στην αλλαγή εστίασης ή ενέργειας.

▪ **Επίπεδο 2:** απαιτείται ουσιαστική / σημαντική υποστήριξη

Κοινωνική επικοινωνία: παρουσιάζονται ελλείμματα στις δεξιότητες της λεκτικής και της μη-λεκτικής επικοινωνίας, τα κοινωνικά ελλείμματα είναι εμφανή ακόμα και με την υποστήριξη που μπορεί να δέχεται, περιορισμένη διαδικασία έναρξης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και μειωμένη ή μη φυσιολογική ανταπόκριση στις κοινωνικές προσεγγίσεις από άλλους. Για παράδειγμα, το άτομο μιλά με απλές προτάσεις, η αλληλεπίδραση είναι περιορισμένη σε πολύ συγκεκριμένα ενδιαφέροντα και έχει αισθητά παράξενη μη λεκτική επικοινωνία.

Περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά: «ακαμψία» της συμπεριφοράς, δυσκολία στην αντιμετώπιση των αλλαγών, ή άλλες περιορισμένες/επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές γίνονται εμφανείς σε έναν τυχαίο παρατηρητή διότι παρουσιάζονται αρκετά συχνά σε ποικίλα πλαίσια. Αγωνία και/ή δυσκολία στην αλλαγή εστίασης ή ενέργειας.

▪ **Επίπεδο 1:** απαιτείται υποστήριξη

Κοινωνική επικοινωνία: χωρίς υποστήριξη οι δυσκολίες της κοινωνικής επικοινωνίας προκαλούν αξιοσημείωτα ελλείμματα. Δυσκολία έναρξης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και σαφή παραδείγματα άτυπων ή μη επιτυχημένων ανταποκρίσεων σε κοινωνικές προσεγγίσεις από άλλους. Μπορεί να εμφανίζουν μειωμένο ενδιαφέρον στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Για παράδειγμα, το άτομο είναι ικανό να μιλά με

ολοκληρωμένες προτάσεις και να εμπλέκεται στην επικοινωνία αλλά αποτυγχάνει στην παλινδρομική συζήτηση. Οι προσπάθειες για τη δημιουργία φιλίας είναι παράξενες και συνήθως ανεπιτυχείς.

Περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά: η ακαμψία της συμπεριφοράς παρεμβαίνει σημαντικά στη λειτουργικότητα ενός ή περισσότερων πλαισίων. Παρουσιάζονται δυσκολίες μεταξύ των εναλλαγών των δραστηριοτήτων. Προβλήματα οργάνωσης και προγραμματισμού παρεμποδίζουν την ανεξαρτησία του ατόμου.

Παράρτημα 2

➤ Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

Α. Ένα μοτίβο έλλειψης προσοχής και/ ή υπερκινητικότητας –παρορμητικότητας το οποίο εμμένει και παρεμβαίνει στη λειτουργικότητα ή στην ανάπτυξη, όπως χαρακτηρίζεται από το 1. ή/και το 2. :

1. **έλλειψη προσοχής:** έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες έως έναν βαθμό ο οποίος είναι ασυμβίβαστος με το αναπτυξιακό επίπεδο και έχει άμεση αρνητική επίδραση στις κοινωνικές, ακαδημαϊκές και επαγγελματικές δραστηριότητες.

Σημείωση: τα συμπτώματα δεν είναι μόνο μία εκδήλωση της εναντιωματικής συμπεριφοράς, της ανυπακοής, της εχθρότητας, ή της αποτυχίας να κατανοήσουν τα καθήκοντα ή της οδηγίες που τους δίνονται. Για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες (17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

α. Συχνά αποτυγχάνουν να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνουν λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στη δουλειά, ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων (π.χ. παραβλέπουν ή χάνουν τις λεπτομέρειες ,η εργασία τους είναι ανακριβής).

β. Συχνά έχουν δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής σε καθήκοντα ή σε δραστηριότητες παιχνιδιών (π.χ. έχουν δυσκολίες στο να παραμείνουν προσηλωμένοι κατά τη διάρκεια διαλέξεων, συζητήσεων ή μακράς ανάγνωσης).

γ. Συχνά φαίνεται να μην ακούνε όταν τους μιλάμε άμεσα (π.χ. ο νους τους φαίνεται να βρίσκεται κάπου αλλού, ακόμα και όταν δεν υπάρχει κάποιος προφανής αντιπερισπασμός).

δ. Συχνά δεν ακολουθούν μέχρι τέλους τις οδηγίες και δεν καταφέρνουν να τελειώσουν τις σχολικές εργασίες, τις δουλειές του σπιτιού, ή τα καθήκοντα στο χώρο εργασίας (π.χ. ξεκινούν εργασίες αλλά γρήγορα χάνουν την συγκέντρωση και είναι εύκολο να αποπροσανατολιστούν).

ε. Συχνά έχουν δυσκολίες να οργανώσουν τα καθήκοντά τους και τις δραστηριότητές τους (π.χ. δυσκολεύονται να διαχειριστούν τις διαδοχικές εργασίες,

δυσκολεύονται να διατηρήσουν τα πράγματά τους και τα υλικά σε μία σειρά, οι εργασίες τους είναι ακατάστατες και ανοργάνωτες, έχουν κακή διατήρηση του χρόνου και αδυνατούν να τηρούν τις χρονικές προθεσμίες).

στ. Συχνά αποφεύγουν, αντιπαθούν ή είναι απρόθυμοι να συμμετάσχουν σε εργασίες οι οποίες απαιτούν διαρκή νοητική προσπάθεια (π.χ. σχολικές εργασίες, προετοιμασία εκθέσεων / αναφορών ή αναθεώρηση πολυσέλιδων έγγραφων στη δουλειά)

ζ. Συχνά χάνουν απαραίτητα πράγματα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. υλικά του σχολείου, μολύβια, γόμες, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, χαρτιά εργασίας, γυαλιά, κινητά τηλέφωνα).

η. Συχνά διασπώνται από εξωτερικά ερεθίσματα (για έφηβους και ενήλικες περιλαμβάνονται και οι άσχετες σκέψεις).

θ. Συχνά ξεχνάνε τις καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. δουλειές ή θελήματα που τους έχουν αναθέσει, πληρωμή λογαριασμών, να καλέσουν κάποιον πίσω, ή να τηρήσουν ένα ραντεβού).

2. Υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα : έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες έως έναν βαθμό ο οποίος είναι ασυμβίβαστος με το αναπτυξιακό επίπεδο και έχει άμεση αρνητική επίδραση στις κοινωνικές, ακαδημαϊκές και επαγγελματικές δραστηριότητες.

Σημείωση: τα συμπτώματα δεν είναι μόνο μία εκδήλωση της εναντιωματικής συμπεριφοράς, της ανυπακοής, της εχθρότητας ή της αποτυχίας να κατανοήσουν τα καθήκοντα ή τις οδηγίες που τους δίνονται. Για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες (17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε (5) συμπτώματα.

α. Συχνά όταν κάθονται κάνουν νευρικές κινήσεις είτε με τα πόδια τους, είτε με τα χέρια τους, είτε συστρέφονται.

β. Συχνά σηκώνονται από τη θέση τους. Αδυνατούν να παραμείνουν καθισμένοι για αρκετή ώρα.

γ. Συχνά τρέχουν ή σκαρφαλώνουν σε μη αρμόζουσες περιπτώσεις. (οι έφηβοι ή οι ηλικιωμένοι μπορεί να φαίνονται ανήσυχοι – νευρικοί).

δ. Συχνά αδυνατούν να παίξουν χωρίς να κάνουν θόρυβο.

ε. Είναι συχνά «εν κινήσει» (π.χ. αδυνατούν να παραμείνουν καθισμένοι για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, όπως σε ένα εστιατόριο ή σε συναντήσεις. Από τον περίγυρο συχνά παρατηρείται σαν ένα ανήσυχο άτομο το οποίο δε μπορεί να συμβαδίσει με τη συνθήκη).

στ. Συχνά μιλούν υπερβολικά.

ζ. Συχνά απαντούν, πριν ο συνομιλητής ολοκληρώσει την ερώτησή του. (π.χ. ολοκληρώνουν προτάσεις άλλων ανθρώπων, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του σε μία συνομιλία).

η. Συχνά έχουν δυσκολία στο να περιμένουν τη σειρά τους (π.χ περιμένοντας σε μία ουρά)

θ. Συχνά διακόπτουν ή παρεμβαίνουν σε συζητήσεις ή σε δραστηριότητες άλλων. Μπορεί να πάρουν αντικείμενα άλλων χωρίς να ζητήσουν άδεια.

Β. Αρκετά συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας καθώς και αδιαφορίας – απροσεξίας ήταν φανερά πριν την ηλικία των 12 ετών.

Γ. Αρκετά συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας καθώς και αδιαφορίας – απροσεξίας είναι παρόντα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. στο σχολείο, στο σπίτι ή την εργασία. Με φίλους ή με συγγενείς. Σε άλλες δραστηριότητες).

Δ. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα παρεμποδίζουν ή μειώνουν την ποιότητα της ακαδημαϊκής, της κοινωνικής ή της επαγγελματικής λειτουργικότητας.

Ε. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την διάρκεια της σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα από μια άλλη διανοητική διαταραχή (π.χ. διαταραχή της διάθεσης, διαταραχή άγχους, αποσυνδεδετική διαταραχή, διαταραχή προσωπικότητας).

Καθορίστε εάν:

- 314,01 (F90.2) παρατηρείται συνδυασμός: Αν και τα δύο Κριτήρια A1 (έλλειψη προσοχής) και A2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) πληρούνται για τους τελευταίους 6 μήνες.
- 314.00 (F90.0) κυρίως παρατηρείται αφηρημένος: Αν το Κριτήριο A1 (έλλειψη προσοχής) πληρείται αλλά το Κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) δεν πληρείται για τους τελευταίους 6 μήνες.
- 314,01 (F90.1), κυρίως παρατηρείται η υπερκινητικότητα / παρορμητικότητα: Αν το Κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) πληρείται και το κριτήριο A1 (έλλειψη προσοχής) δεν πληρείται για τους τελευταίους 6 μήνες.

Προσδιορίστε αν:

Σε μερική ύφεση: όταν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια (A-E) έχουν παρουσιαστεί στο παρελθόν, λιγότερα από αυτά έχουν τηρηθεί για τους τελευταίους 6 μήνες και τα συμπτώματα εξακολουθούν να μειώνουν την κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου.

Καθορίστε τη σοβαρότητα:

- **Ήπια:** εάν υπάρχουν, λίγα συμπτώματα πέραν εκείνων που απαιτούνται για να γίνει η διάγνωση και τα συμπτώματα δεν οδηγούν σε σημαντική έκπτωση της κοινωνικής ή της επαγγελματικής λειτουργικότητας.
- **Μέτρια:** συμπτώματα ή λειτουργική ανεπάρκεια μεταξύ «ήπιας» και «σοβαρής» είναι παρόντα.
- **Σοβαρή:** είναι παρόντα πολλά συμπτώματα πέραν εκείνων που απαιτούνται για να γίνει η διάγνωση, ή διάφορα συμπτώματα που είναι ιδιαίτερα σοβαρά, ή τα συμπτώματα οδηγούν σε σημαντική έκπτωση της κοινωνικής ή της επαγγελματικής λειτουργικότητας.

Παράρτημα 3

➤ Μυοσπασματικές Διαταραχές (tic)

▪ Διαταραχή Tourette (Tourette's disorder) 307,23 (F95.2)

A. Πολλαπλά κινητικά ή ένα ή περισσότερα φωνητικά μυοσπασματα έχουν παρατηρηθεί σε κάποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια κάποιας ασθένειας άλλα όχι απαραίτητα ταυτόχρονα.

B. Τα μυοσπασματα μπορεί να διακυμαίνονται σε συχνότητα άλλα διαρκούν για περισσότερο από ένα χρόνο από την πρώτη τους εμφάνιση.

Γ. Η έναρξη είναι πριν την ηλικία των 18 ετών.

Δ. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε φυσιολογικές επιπτώσεις από ουσίες (π.χ. κοκαΐνη), ή σε άλλη ιατρική κατάσταση (νόσος του Huntington, postviral encephalitis).

▪ Χρόνια διαταραχή κινητικών ή φωνητικών μυοσπασμάτων. (Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder) 307.22 (F95.1)

A. Ένα ή πολλαπλά κινητικά ή φωνητικά μυοσπασματα έχουν παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας, αλλά όχι και τα δύο μαζί (κινητικά και φωνητικά).

B. Τα μυοσπασματα μπορεί να διακυμαίνονται σε συχνότητα αλλά διαρκούν για περισσότερο από ένα χρόνο από την πρώτη τους εμφάνιση.

Γ. Η έναρξη είναι πριν την ηλικία των 18 ετών.

Δ. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε φυσιολογικές επιπτώσεις από ουσίες (π.χ. κοκαΐνη) , ή σε άλλη ιατρική κατάσταση (νόσος του Huntington, postviral encephalitis).

E. Ποτέ δεν συναντώνται τα κριτήρια της διαταραχής Tourette.

Προσδιορίστε αν:

Παρουσιάζονται μόνο κινητικά μυοσπασματα (τικ)

Παρουσιάζονται μόνο φωνητικά μυοσπασματα (τικ)

▪ **Προσωρινή διαταραχή μυοσπασμάτων (Tic) (Provisional Tic Disorder)**
307.21 (F95.0)

A. Ένα ή πολλαπλά κινητικά ή/και φωνητικά μυοσπάσματα.

B. Τα μυοσπάσματα έχουν παρατηρηθεί για λιγότερο από ένα χρόνο από την πρώτη τους εμφάνιση.

Γ. Η έναρξη είναι πριν την ηλικία των 18 ετών.

Δ. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε φυσιολογικές επιπτώσεις από ουσίες (π.χ. κοκαΐνη), ή σε άλλη ιατρική κατάσταση (νόσος του Huntington, postviral encephalitis).

Ε. Ποτέ δεν συναντώνται τα κριτήρια της διαταραχής Tourette ή της Χρόνιας διαταραχής κινητικών ή φωνητικών μυοσπασμάτων.

Παράρτημα 4

➤ Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ)

A. Δυσκολίες που εμμένουν κατά την κατάκτηση της γλώσσας σε όλους τους τρόπους (π.χ. προφορική, γραπτή, νοηματική ή άλλη) που οφείλονται σε ελλείμματα στην κατανόηση ή την παραγωγή τα οποία περιλαμβάνουν τα εξής :

1. μειωμένο λεξιλόγιο (χρήση και γνώση)
2. περιορισμένη δομή της πρότασης (η ικανότητα να συνθέσει τις λέξεις καθώς και να τις βάλει μαζί έτσι ώστε να σχηματίσει προτάσεις βασιζόμενες στους κανόνες της γραμματικής και της μορφολογίας).
3. ελλείμματα στην ομιλία (η ικανότητα να χρησιμοποιεί το λεξιλόγιο και να συνδέει τις προτάσεις έτσι ώστε να εξηγήσει ή να περιγράψει ένα θέμα ή μία σειρά από γεγονότα ή να κάνει μία συζήτηση).

B. Οι γλωσσικές ικανότητες είναι σημαντικά και ποσοτικά χαμηλότερες από το αναμενόμενο ηλικιακό επίπεδο, με αποτέλεσμα την παρουσίαση λειτουργικών περιορισμών στην αποτελεσματική επικοινωνία, την κοινωνική συμμετοχή, την ακαδημαϊκή επίτευξη ή την επαγγελματική απόδοση, αυτό μπορεί να παρουσιαστεί μεμονωμένα ή σε οποιονδήποτε συνδυασμό.

Γ. Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο.

Δ. Οι διαταραχές δεν μπορούν να αποδοθούν στην έλλειψη ακοής ή σε άλλες αισθητηριακές διαταραχές, σε κινητική δυσλειτουργία ή σε άλλη ιατρική ή νευρολογική πάθηση καθώς και δεν μπορούν να αποδοθούν καλύτερα από την νοητική υστέρηση (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή) ή από την γενική αναπτυξιακή καθυστέρηση.

Παράρτημα 5

➤ (Ειδικές) Μαθησιακές Δυσκολίες

A. Δυσκολίες μάθησης και χρήσης ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, όπως υποδεικνύονται από την παρουσία τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα συμπτώματα τα οποία διαρκούν για τουλάχιστον 6 μήνες, παρά την παροχή παρεμβάσεων οι οποίες στοχεύουν σε αυτές τις δυσκολίες:

1. η ανάγνωση λέξεων είναι ανακριβής ή αργή ή γίνεται με υπερβολική προσπάθεια (π.χ. διαβάζει μεμονωμένες λέξεις φωναχτά και λανθασμένα ή αργά και διστακτικά, συχνά μαντεύει τις λέξεις, έχει δυσκολίες στην ήχηση της λέξης).

2. δυσκολία στην κατανόηση κειμένου (π.χ. μπορεί να διαβάσει το κείμενο με ακρίβεια αλλά δεν καταλαβαίνει την αλληλουχία, τα συμπεράσματα, ή το βαθύτερο νόημα).

3. δυσκολίες στην ορθογραφία (π.χ. μπορεί να προσθέσει, να παραλείψει ή να αντικαταστήσει φωνήεν ή σύμφωνο).

4. δυσκολίες με την γραπτή έκφραση (π.χ. κάνει πολλαπλά γραμματικά λάθη ή λάθη με τα σημεία στίξεως μέσα στις προτάσεις, έχει κακή οργάνωση παραγράφων και στερείται σαφήνεια στη γραπτή έκφραση των ιδεών).

5. δυσκολίες στην κατάκτηση των αριθμητικών εννοιών ή των υπολογισμών (π.χ. έχει φτωχή κατανόηση των αριθμών, του μεγέθους αυτών καθώς και των σχέσεων, για παράδειγμα αντί να κάνει ανάκληση του αποτελέσματος όπως οι συνομήλικοί του, κάνει τις πράξεις στα δάχτυλα, χάνεται στη μέση ενός μαθηματικού υπολογισμού και μπορεί να αλλάξει τις διαδικασίες).

6. δυσκολίες με τη μαθηματική λογική ή με τα μαθηματικά προβλήματα (π.χ. έχει σοβαρή δυσκολία στην εφαρμογή των μαθηματικών εννοιών, γεγονότων ή διαδικασιών για την επίλυση ποσοτικών προβλημάτων).

B. Οι ακαδημαϊκές ικανότητες που επηρεάζονται είναι σημαντικά και ποσοτικά χαμηλότερες από αυτές που αναμένονται για την χρονολογική ηλικία του ατόμου και παρεμβαίνουν σημαντικά στην ακαδημαϊκή ή την επαγγελματική απόδοση ή στις καθημερινές δραστηριότητες όπως επιβεβαιώνεται από τις μεμονωμένες χορηγήσεις

τυποποιημένων μέτρων επίτευξης και τη συνολική κλινική εκτίμηση. Για άτομα ηλικίας 17 ετών και άνω, με επίσημο ιστορικό μαθησιακών δυσκολιών μπορεί να υποκατασταθεί με μια τυποποιημένη εκτίμηση.

Γ. Οι μαθησιακές δυσκολίες αρχίζουν κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας, αλλά δε μπορεί να εκδηλωθούν πλήρως έως ότου οι απαιτήσεις υπερβούν τις ακαδημαϊκές ικανότητες του ατόμου (π.χ. όπως στις χρονομετρημένες δοκιμές, ανάγνωση ή εγγραφή χρονοβόρων και πολύπλοκων εκθέσεων σε συγκεκριμένο χρονικό περιθώριο).

Δ. Οι μαθησιακές δυσκολίες δεν εξηγούνται καλύτερα από τις νοητικές δυσκολίες, την μη διορθωμένη οπτική ή ακουστική οξύτητα, άλλες ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές, τις ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες, την έλλειψη επάρκειας της γλώσσας στην ακαδημαϊκή διδασκαλία ή την ανεπαρκή εκπαιδευτική διδασκαλία.

Σημείωση: Τα τέσσερα διαγνωστικά κριτήρια που πρέπει να πληρούνται βασίζονται σε μια κλινική σύνθεση από το ιστορικό του ατόμου (αναπτυξιακό, ιατρικό, οικογενειακό, εκπαιδευτικό), τις εκθέσεις από το σχολείο και την ψυχοπαιδαγωγική εκτίμηση.

Σημείωση κωδικοποίησης: προσδιορίστε όλους τους ακαδημαϊκούς τομείς και τις επιμέρους δεξιότητες που έχουν απομειωθεί. Όταν παραπάνω από ένας τομέας έχει υποστεί απομείωση τότε θα πρέπει ο καθένας να κωδικοποιηθεί μεμονωμένα, σύμφωνα με τους ακόλουθους προσδιορισμούς.

Προσδιορίστε αν:

315.00 (F81.0) Με απομείωση στην ανάγνωση:

- Ανάγνωση των λέξεων με ακρίβεια
- Ανάγνωση με ευφράδεια ή με ρυθμό
- Κατανόηση του γραπτού λόγου

Σημείωση: η *δυσλεξία* είναι ένας εναλλακτικός όρος ο οποίος αναφέρεται σε ένα μοτίβο μαθησιακών δυσκολιών που χαρακτηρίζεται από προβλήματα όπως η ακριβής αναγνώριση λέξεων ή η ευφράδεια, η κακή αποκωδικοποίηση και οι φτωχές ορθογραφικές ικανότητες. Εάν η δυσλεξία χρησιμοποιείται ως προς τον προσδιορισμό του συγκεκριμένου μοτίβου δυσκολιών, τότε είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε τις οποιεσδήποτε πρόσθετες δυσκολίες που είναι παρούσες, όπως η δυσκολία στην αναγνωστική κατανόηση και στον μαθηματικό συλλογισμό.

315,2 (F81.81) Με απομείωση στην γραπτή έκφραση:

- Ορθογραφική ακρίβεια
- Ακρίβεια στη γραμματική και στα σημεία στίξης
- Σαφήνεια ή οργάνωση της γραπτής έκφρασης

315,1 (FBI .2) Με απομείωση στα μαθηματικά:

- Αριθμητική έννοια
- Απομνημόνευση των αριθμητικών δεδομένων
- Ακριβής ή ευφραδής υπολογισμός
- Ακριβής μαθηματική συλλογιστική

Σημείωση: η *δυσαριθμησία* είναι ένας εναλλακτικός όρος ο οποίος αναφέρεται σε συγκεκριμένα μοτίβα δυσκολιών τα οποία χαρακτηρίζονται από προβλήματα στην επεξεργασία των αριθμητικών πληροφοριών, τη μάθηση αριθμητικών δεδομένων και την εκτέλεση υπολογισμών με ακρίβεια και με ευχέρεια. Αν η δυσαριθμησία χρησιμοποιείται για να καθορίσει αυτό το συγκεκριμένο μοτίβο μαθησιακών δυσκολιών, τότε είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε τις οποιεσδήποτε πρόσθετες δυσκολίες που είναι παρούσες, όπως είναι οι δυσκολίες στην μαθηματική λογική ή τον ακριβή συλλογισμό της λέξης.

Καθορίστε την τρέχουσα σοβαρότητα:

Ήπια: μερικές δυσκολίες των μαθησιακών δεξιοτήτων σε ένα ή δύο ακαδημαϊκά πεδία. Όμως, αρκετά ήπια σοβαρότητα όταν το άτομο μπορεί να αντισταθμίσει ή να έχει καλή λειτουργικότητα όταν του παρέχονται τα κατάλληλα πλαίσια ή οι υποστηρικτικές υπηρεσίες, ειδικά κατά την διάρκεια των σχολικών χρόνων.

Μέτρια: παρατηρούνται δυσκολίες των μαθησιακών δεξιοτήτων σε ένα ή περισσότερα ακαδημαϊκά πεδία, το άτομο είναι απίθανο να γίνει ικανό χωρίς κάποια διαστήματα εντατικής και εξειδικευμένης διδασκαλίας κατά τα σχολικά έτη. Κάποια πλαίσια ή υποστηρικτικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι ένα μέρος του σχολείου, του εργασιακού χώρου ή του σπιτιού, για να ολοκληρωθούν οι δραστηριότητες με ακρίβεια και αποτελεσματικότητα.

Σοβαρή: παρατηρούνται σοβαρές δυσκολίες των μαθησιακών δεξιοτήτων, που επηρεάζουν διάφορα ακαδημαϊκά πεδία, το άτομο αυτό είναι απίθανο να μάθει αυτές τις δεξιότητες χωρίς συνεχιζόμενη εντατική εξατομικευμένη και εξειδικευμένη διδασκαλία για τα περισσότερα χρόνια του σχολείου. Ακόμα και με μία σειρά κατάλληλων πλαισίων και υπηρεσιών στο σπίτι, το σχολείο ή το χώρο εργασίας, το άτομο μπορεί να μην είναι σε θέση να ολοκληρώσει αποτελεσματικά όλες τις δραστηριότητες.

Παράρτημα 6

➤ Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού (ΑΔΣ)

A. Η απόκτηση και η εκτέλεση συντονισμένων κινητικών δεξιοτήτων είναι σημαντικά χαμηλότερη από το προσδοκώμενο όριο της χρονολογικής ηλικίας του ατόμου καθώς και της ευκαιρίας για εκμάθηση και χρήση των δεξιοτήτων. Οι δυσκολίες εκδηλώνονται ως αδεξιότητα (π.χ. πτώση ή πρόσκρουση αντικειμένων) καθώς και με βραδύτητα ή/και με ανακρίβεια κατά την επίδοση των κινητικών δεξιοτήτων (π.χ. να πιάσει ένα αντικείμενο, να χρησιμοποιήσει ψαλίδι ή μαχαιροπίρουνα, να γράψει, να κάνει ποδήλατο ή να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες).

B. Το έλλειμμα στις κινητικές δεξιότητες του κριτηρίου A παρεμβαίνει σημαντικά στις δραστηριότητες της καθημερινής διαβίωσης του ατόμου (π.χ. αυτο-εξυπηρέτηση και αυτο-συντήρηση) και είναι ακατάλληλες για την χρονολογική ηλικία. Επιπλέον, επιδρά στην ακαδημαϊκή/σχολική παραγωγικότητα, στις προ-επαγγελματικές και στις επαγγελματικές δραστηριότητες, στον ελεύθερο χρόνο και στο παιχνίδι.

Γ. Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο.

Δ. Τα ελλείμματα των κινητικών δεξιοτήτων δεν εξηγούνται καλύτερα από την Νοητική υστέρηση (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή) ή από διαταραχές όρασης. Επίσης, δε μπορούν να αποδοθούν σε μία νευρολογική πάθηση η οποία επηρεάζει την κίνηση (π.χ. εγκεφαλική παράλυση, μυϊκή δυστροφία, εκφυλιστική διαταραχή).

Παράρτημα 7

➤ **Νοητική Υστέρηση (ΝΥ)**

Νοητική Υστέρηση (Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) είναι μια διαταραχή με έναρξη κατά την αναπτυξιακή περίοδο η οποία περιλαμβάνει διαταραχές και στις νοητικές λειτουργίες καθώς και στις προσαρμοστικές λειτουργίες στους εξής τομείς: τον εννοιολογικό, τον κοινωνικό και τον πρακτικό. Θα πρέπει να συναντώνται τα παρακάτω τρία κριτήρια :

A. ελλείμματα των διανοητικών λειτουργιών, όπως ο συλλογισμός, η επίλυση προβλημάτων, ο σχεδιασμός, η αφηρημένη σκέψη, η κρίση, η ακαδημαϊκή μάθηση καθώς και η μάθηση μέσω της εμπειρίας. Αυτά επιβεβαιώνονται από τις κλινικές συνεδρίες και από τα εξατομικευμένα, τυποποιημένα τέστ νοημοσύνης.

B. ελλείμματα στην προσαρμοστική λειτουργία που οδηγούν στην ανεπιτυχή ανταπόκριση των αναπτυξιακών και των κοινωνικοπολιτισμικών προτύπων για προσωπική ανεξαρτησία και κοινωνική ευθύνη.

Γ. η έναρξη των διανοητικών και των προσαρμοστικών ελλειμμάτων παρατηρείται κατά την αναπτυξιακή περίοδο.

- Υπάρχουν τέσσερα είδη νοητικής υστέρησης : (F70)ήπια, (F71) Μέτρια, (F73) σοβαρή, (F74) βαριά.

Τα ποικίλα επίπεδα σοβαρότητας καθορίζονται βάσει της προσαρμοστικής λειτουργίας και όχι από τον δείκτη νοημοσύνης (IQ), διότι η απαιτούμενη υποστήριξη καθορίζεται από την προσαρμοστική λειτουργία. Επιπλέον, οι μετρήσεις του δείκτη νοημοσύνης είναι λιγότερο έγκυρες στο κάτω άκρο της κλίμακας.

Επίπεδα σοβαρότητας της Νοητικής Υστέρησης (Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή)

- **Ήπιο επίπεδο (F70)**

Νοητικός τομέας: στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, μπορεί να μην υπάρχουν εμφανείς εννοιολογικές διαφορές. Σε μεγαλύτερα παιδιά και σε ενήλικες υπάρχουν δυσκολίες στην εκμάθηση των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, όπως είναι η ανάγνωση, η γραφή, η αριθμητική, η ώρα ή τα χρήματα και χρειάζονται υποστήριξη σε έναν ή

περισσότερους τομείς έτσι ώστε να συναντήσει το ηλικιακό προσδοκώμενο επίπεδο. Στους ενήλικες η αφηρημένη σκέψη, η εκτελεστική λειτουργία (π.χ. ο προγραμματισμός, η στρατηγική, ο καθορισμός προτεραιοτήτων και η γνωστική ευελιξία), η βραχυπρόθεσμη μνήμη και η λειτουργική χρήση των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων (π.χ. ανάγνωση, διαχειρισμός χρημάτων) είναι επηρεασμένα. Υπάρχει κάπως συγκεκριμένη προσέγγιση στα προβλήματα και τις λύσεις σε σχέση με τους συνομηλίκους.

Κοινωνικός τομέας: συγκριτικά με τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους, το άτομο είναι ανώριμο ως προς την κοινωνική αλληλεπίδραση. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρξει δυσκολία ως προς την ακριβή αντίληψη των κοινωνικών «συνθημάτων» από τους συνομηλίκους. Η επικοινωνία, η συζήτηση και η ομιλία είναι πιο σαφής ή ανώριμη από την αναμενόμενη ηλικία. Μπορεί να υπάρχουν δυσκολίες στη διαχείριση των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς. Η αντίληψη του κινδύνου είναι περιορισμένη σε κοινωνικές καταστάσεις (η κοινωνική κρίση είναι ανώριμη για την ηλικία του και το άτομο μπορεί εύκολα να χειραγωγηθεί από άλλους).

Πρακτικός τομέας: το άτομο μπορεί να λειτουργεί ηλικιακά κατάλληλα ως προς την προσωπική φροντίδα. Σε σύγκριση, όμως, με τους συνομηλίκους του χρειάζεται υποστηρικτική βοήθεια στις σύνθετες καθημερινές εργασίες διαβίωσης. Στην ενήλικη ζωή, η υποστηρικτική βοήθεια συνήθως περιλαμβάνει, τα ψώνια, την μετακίνηση, την φροντίδα του σπιτιού ή του παιδιού, την προετοιμασία ενός γεύματος καθώς και την διαχείριση χρημάτων ή τραπεζικών λογαριασμών. Οι ψυχαγωγικές ικανότητες μοιάζουν με εκείνες των συνομηλίκων αν και οι αποφάσεις που σχετίζονται με την ευημερία και την οργάνωση γύρω από την ψυχαγωγία απαιτούν υποστήριξη. Το άτομα συνήθως χρειάζεται υποστήριξη για να πάρει ιατρικές και νομικές αποφάσεις καθώς και για να μάθει να εκτελεί μια εξειδικευμένη επαγγελματική αρμοδιότητα. Συνήθως το άτομα χρειάζεται υποστήριξη για την ανατροφή μιας οικογένειας.

▪ **Μέτριο Επίπεδο (F71)**

Νοητικός τομέας: καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης, οι νοητικές δεξιότητες του ατόμου υστερούν σημαντικά έναντι αυτών των συνομηλίκων. Για παιδιά προσχολικής ηλικίας, η γλώσσα και οι προ-ακαδημαϊκές δεξιότητες αναπτύσσονται αργά. Για παιδιά σχολικής ηλικίας, η διαδικασία της ανάγνωσης, της γραφής, των μαθηματικών και η κατανόηση του χρόνου και των χρημάτων εμφανίζεται σιγά-σιγά κατά μήκος

των σχολικών ετών και είναι σημαντικά περιορισμένη σε σύγκριση με εκείνη των συνομηλίκων. Για τους ενήλικες, η ανάπτυξη των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων βρίσκεται συνήθως σε στοιχειώδες επίπεδο, επιπλέον απαιτείται υποστήριξη για κάθε χρήση των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων στην εργασία και την προσωπική ζωή. Χρειάζεται συνεχής βοήθεια σε καθημερινή βάση για την ολοκλήρωση νοητικών εργασιών και είναι πιθανό άλλο άτομο να αναλάβει την πλήρη ευθύνη για το άτομο.

Κοινωνικός τομέας: κατά την ανάπτυξη το άτομο παρουσιάζει εμφανής διαφορές από τους συνομηλίκους στην κοινωνική και επικοινωνιακή συμπεριφορά. Η ομιλούμενη γλώσσα είναι συνήθως ένα κύριο εργαλείο για την κοινωνική επικοινωνία αλλά είναι πολύ πιο απλό απ' ό,τι των συνομηλίκων. Η ικανότητα για σχέσεις είναι εμφανής στις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, και το άτομο μπορεί να έχει επιτυχή φιλίες σε όλη τη ζωή και μερικές φορές ρομαντικές σχέσεις στην ενήλικη ζωή. Ωστόσο, το άτομο μπορεί να μην αντιληφθεί και να μην ερμηνεύσει με ακρίβεια τα κοινωνικά συνθήματα. Η κοινωνική κρίση και η ικανότητα του να λαμβάνει αποφάσεις είναι περιορισμένα και οι φροντιστές θα πρέπει να βοηθούν το άτομο για αποφάσεις ζωής. Φιλίες με τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους συνήθως επηρεάζονται από τους κοινωνικούς και επικοινωνιακούς περιορισμούς. Η κοινωνική και η επικοινωνιακή υποστήριξη είναι απαραίτητη στο εργασιακό περιβάλλον για την επιτυχία του ατόμου.

Πρακτικός τομέας: το άτομο μπορεί να φροντίσει τις προσωπικές του ανάγκες σαν ενήλικας, όπως το να τρώει, να ντύνεται καθώς και την προσωπική του υγιεινή, μολοντί χρειάζεται παρατεταμένη περίοδο διδασκαλίας και χρόνο για να αυτονομηθεί σε αυτούς τους τομείς, επίσης, μπορεί να χρειάζεται υπενθυμίσεις. Παρομοίως, οι δουλειές του σπιτιού μπορούν επιτευχθούν κατά την ενηλικίωση, μολοντί χρειάζεται παρατεταμένη περίοδο διδασκαλίας και συνεχόμενη υποστήριξη για να επιτύχει το προσδοκώμενο επίπεδο ενός ενήλικα. Ανεξάρτητη απασχόληση σε θέσεις εργασίας που απαιτούν περιορισμένες δεξιότητες σε νοητικό και επικοινωνιακό επίπεδο μπορούν να επιτευχθούν αλλά το άτομο χρειάζεται σημαντική υποστήριξη από τους συναδέλφους, τους επόπτες και άλλους για να καταφέρει να διαχειριστεί την κοινωνική αλληλεπίδραση, την πολυπλοκότητα της εργασίας καθώς και τις δευτερεύουσες ευθύνες όπως, ο προγραμματισμός, η μεταφορά και η διαχείριση των χρημάτων. Μπορεί να αναπτύξει μια ποικιλία ψυχαγωγικών δεξιοτήτων. Οι οποίες συνήθως απαιτούν πρόσθετες υποστηρίξεις και ευκαιρίες

μάθησης για μια εκτεταμένη χρονική περίοδο. Δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές είναι παρούσες στη μειονότητα και προκαλούν κοινωνικά προβλήματα.

▪ **Σοβαρό Επίπεδο (F72)**

Νοητικός τομέας: η επίτευξη των νοητικών δεξιοτήτων είναι περιορισμένη. Το άτομο συνηθίζεται να έχει ελάχιστη κατανόηση του γραπτού λόγου ή των εννοιών που περιέχουν αριθμούς, ποσότητες, χρόνο και χρήματα. Οι φροντιστές παρέχουν εκτεταμένη υποστήριξη καθ' όλη τη ζωή του ατόμου για την επίλυση προβλημάτων.

Κοινωνικός τομέας: η ομιλούμενη γλώσσα είναι πολύ περιορισμένη ως προς τη γραμματική και το λεξιλόγιο. Η ομιλία μπορεί χαρακτηρίζεται από μεμονωμένες λέξεις ή φράσεις και μπορεί να ενισχυθεί με αυξητικά μέσα (augmentative means) . Η ομιλία και η επικοινωνία επικεντρώνονται στο εδώ και τώρα των καθημερινών γεγονότων. Η γλώσσα χρησιμοποιείται για κοινωνική επικοινωνία παρά για ένα εξηγήσει κάτι. Το άτομο κατανοεί την απλή ομιλία καθώς και τις απλές χειρονομίες της επικοινωνίας. Σχέσεις με μέλη της οικογένειας και με γνωστούς είναι πηγή ευχαρίστησης και βοήθειας.

Πρακτικός τομέας: το άτομο χρειάζεται υποστήριξη για την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων (ετοιμασία γεύματος, ντύσιμο, προσωπική υγιεινή). Το άτομο χρειάζεται επίβλεψη καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Το άτομο δε μπορεί να πάρει υπεύθυνες αποφάσεις όσον αφορά την προσωπική του ευημερία καθώς και την ευημερία των άλλων. Στην ενήλικη ζωή απαιτείται συνεχιζόμενη υποστήριξη και βοήθεια ως προς την συμμετοχή του ατόμου στις δουλειές του σπιτιού, την ψυχαγωγία και την δουλειά. Η εκμάθηση δεξιοτήτων σε όλους τους τομείς περιλαμβάνει μακροπρόθεσμη διδασκαλία και συνεχιζόμενη υποστήριξη. Η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένου και του αυτό-τραυματισμού, είναι παρούσα στη μειονότητα των ατόμων.

▪ **Πολύ Σοβαρό Επίπεδο (F73)**

Νοητικός τομέας: οι νοητικές δεξιότητες γενικά εμπλέκουν τον φυσικό κόσμο παρά τις συμβολικές διεργασίες. Η χρήση των πραγμάτων γίνεται με «απόλυτο» τρόπο για την αυτοεξυπηρέτηση, τη δουλειά και την ψυχαγωγία. Μερικές οπτικο-χωρικές δεξιότητες όπως, το ταίριασμα και η ταξινόμηση βάση φυσικών χαρακτηριστικών,

μπορεί να επιτευχθούν. Ωστόσο, συνυπάρχουσα κινητικά και αισθητηριακά ελλείμματα μπορεί να αποτρέψουν την λειτουργική χρήση των αντικειμένων.

Κοινωνικός τομέας: το άτομο έχει περιορισμένη κατανόηση της συμβολικής επικοινωνίας της ομιλίας ή των χειρονομιών. Μπορεί να καταλάβει μερικές απλές οδηγίες ή χειρονομίες. Το άτομο εκφράζει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του κυρίως μέσω της μη λεκτικής, μη συμβολικής επικοινωνίας. Το άτομο απολαμβάνει σχέσεις με πολύ γνωστά οικογενειακά μέλη, τους φροντιστές και με γνωστούς όπου ξεκινά και ανταποκρίνεται στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μέσα από χειρονομίες και συναισθηματικά «σήματα». Συνυπάρχουσα αισθητηριακά και σωματικά ελλείμματα αποτρέπουν το άτομο από πολλές κοινωνικές δραστηριότητες.

Πρακτικός τομέας: το άτομο εξαρτάται από άλλους για όλες τις πτυχές της καθημερινής σωματικής φροντίδας, της υγείας και της ασφάλειας αν και μπορεί να είναι ικανό να συμμετάσχει σε μερικές από αυτές τις δραστηριότητες. Άτομα χωρίς σοβαρά σωματικά ελλείμματα είναι δυνατό να βοηθήσουν σε κάποιες καθημερινές δουλειές του σπιτιού όπως, η μεταφορά των πιάτων στο τραπέζι. Απλές ενέργειες με αντικείμενα μπορεί να είναι η βάση της συμμετοχής σε ορισμένες επαγγελματικές δραστηριότητες με υψηλά επίπεδα συνεχιζόμενης υποστήριξης. Δραστηριότητες ψυχαγωγίας με την υποστήριξη άλλων, όπως η ακρόαση μουσικής, η παρακολούθηση ταινιών, η βόλτα με τα πόδια ή δραστηριότητες στο νερό μπορούν να πραγματοποιηθούν και να είναι πηγή ευχαρίστησης για το άτομο. Συνυπάρχουσα σωματικά και αισθητηριακά ελλείμματα είναι συχνά εμπόδια για τη συμμετοχή του ατόμου σε δραστηριότητες στο σπίτι, ψυχαγωγίας και εργασίας. Δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά παρατηρείται στη μειονότητα.

Παράρτημα 8

➤ Διαταραχές Αποδιοργανωτικής Συμπεριφοράς

▪ A. Εναντιωματική προκλητική Διαταραχή. (Oppositional Defiant Disorder 313.81 (F91.3))

A. ένα πρότυπο θυμωμένης/ευέξαπτης διάθεσης, εριστικής/προκλητικής συμπεριφοράς ή εκδικητικότητας το οποίο διαρκεί για τουλάχιστον 6 μήνες όπως αποδεικνύεται από τουλάχιστον τέσσερα συμπτώματα από οποιαδήποτε από τις ακόλουθες κατηγορίες, και παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της αλληλεπίδρασης με τουλάχιστον ένα άτομο το οποίο δεν είναι γνώριμο.

Θυμωμένη/ευέξαπτη διάθεση:

1. Χάνει συχνά την ψυχραιμία του
2. Συχνά παρεξηγείται ή ενοχλείται εύκολα
3. Είναι συχνά θυμωμένος και αγανακτισμένος

Εριστική/προκλητική συμπεριφορά

4. Συχνά διαφωνεί με τις αρχές (ή παιδιά και έφηβοι να διαφωνούν με ενήλικες)
5. Συχνά ενεργεί αψηφώντας ή αρνείται να συμμορφωθεί με τα αιτήματα των αρχών ή των κανόνων
6. Συχνά ενοχλεί εσκεμμένα τους άλλους
7. Συχνά κατηγορεί τους άλλους για τα λάθη ή για την κακή συμπεριφορά του

Εκδικητικότητα

8. Έχει υπάρξει κακός ή εκδικητικός για τουλάχιστον δύο φορές εντός των τελευταίων 6 μηνών

Σημείωση: η παραμονή και η συχνότητα αυτών των συμπεριφορών θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη διάκριση μιας συμπεριφοράς που βρίσκεται εντός των φυσιολογικών ορίων από μια συμπεριφορά η οποία είναι συμπτωματική. Για παιδιά

ηλικίας κάτω των 5 ετών, η συμπεριφορά θα πρέπει να συμβαίνει τις περισσότερες ημέρες για μία περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών (Κριτήριο Α8). Για άτομα 5 ετών και άνω, η συμπεριφορά θα πρέπει να συμβαίνει τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τουλάχιστον 6 μήνες (Κριτήριο Α8). Καθώς αυτά τα κριτήρια συχνότητας παρέχουν καθοδήγηση σχετικά με ένα ελάχιστο επίπεδο συχνότητας ως προς τον καθορισμό των συμπτωμάτων, θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες όπως, εάν η συχνότητα και η ένταση της συμπεριφοράς είναι εκτός των φυσιολογικών ορίων του αναπτυξιακού επιπέδου, του φύλου και της κουλτούρας του ατόμου.

Β. Η διατάραξη της συμπεριφοράς σχετίζεται με τη δυσφορία του ίδιου του ατόμου ή του άμεσου κοινωνικού του πλαισίου (π.χ. οικογένεια, ομάδα συνομηλίκων, συνάδελφοι) ή επηρεάζει αρνητικά την κοινωνική, εκπαιδευτική, επαγγελματική ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

Γ. Οι συμπεριφορές δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την διάρκεια ενός ψυχωτικού επεισοδίου, κατά τη χρήση ουσιών, κατά την κατάθλιψη ή κατά τη διπολική διαταραχή. Επίσης, δεν συναντώνται τα κριτήρια της αποδιοργανωτικής διαταραχής και απορρύθμισης διάθεσης (disruptive mood dysregulation disorder).

Προσδιορισμός Σοβαρότητας:

- **Ήπια:** Τα συμπτώματα περιορίζονται σε ένα μόνο περιβάλλον (π.χ. στο σπίτι, το σχολείο, την εργασία, με συνομηλίκους).
- **Μέτρια:** Μερικά συμπτώματα είναι παρόντα σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα.
- **Σοβαρή:** Μερικά συμπτώματα είναι παρόντα σε τρία ή περισσότερα περιβάλλοντα.

▪ **B. Διαταραχή Διαγωγής (Conduct Disorder)**

A. Ένα επαναλαμβανόμενο και επίμονο μοτίβο συμπεριφοράς, στο οποίο τα βασικά δικαιώματα των άλλων ή οι ηλικιακές κοινωνικές νόρμες ή οι κανόνες παραβιάζονται, όπως αυτό εκδηλώνεται από την παρουσία τριών (3) από τα ακόλουθα δεκαπέντε (15) κριτήρια για τους τελευταίους δώδεκα (12) μήνες, από οποιαδήποτε από τις παρακάτω κατηγορίες και τουλάχιστον ένα (1) κριτήριο να είναι παρόν τους τελευταίους έξι (6) μήνες:

Επιθετικότητα σε ανθρώπους και ζώα

1. Συχνά εκφοβίζει, απειλεί ή τρομοκρατεί τους άλλους
2. Συχνά ξεκινά σωματικές πάλες
3. Έχει χρησιμοποιήσει ένα όπλο με το οποίο έχει προκαλέσει σωματική βλάβη σε κάποιον (π.χ. ρόπαλο, τούβλο, σπασμένο μπουκάλι, μαχαίρι, πιστόλι)
4. Έχει υπάρξει σωματικά βάνανσος ως προς τους ανθρώπους
5. Έχει υπάρξει σωματικά βάνανσος ως προς τα ζώα
6. Έχει κλέψει καθώς αντιμετωπίζει ένα θύμα (π.χ. ληστεία, αρπαγή τσάντα, εκβιασμός, ένοπλη ληστεία).
7. Έχει αναγκάσει κάποιον σε σεξουαλική δραστηριότητα.

Καταστροφή Περιουσίας

8. Έχει ασχοληθεί σκόπιμα με το να βάζει φωτιές με πρόθεση τη πρόκληση σοβαρών ζημιών
9. Έχει καταστρέψει σκόπιμα ιδιοκτησίες των άλλων (πλην βάζοντας φωτιά)

Απάτη ή κλοπή

10. Έχει διαρρήξει κάποιο σπίτι, κάποιο αμάξι ή κάποιο κτήριο
11. Συχνά ψεύδεται για να αποκτήσει αγαθά ή για να του κάνουν τις χάρες ή για να αποφύγει τις υποχρεώσεις του
12. Έχει κλέψει αντικείμενα μερικής αξίας χωρίς να έρθει αντιμέτωπος με κάποιο θύμα (π.χ. κλοπές σε καταστήματα, αλλά χωρίς διάρρηξη και τη είσοδο σε αυτά με πλαστογραφία)

Σοβαρές παραβιάσεις των κανόνων

13. Συχνά, πριν την ηλικία των 13 ετών μένει έξω τη νύχτα, παρά τις γονικές απαγορεύσεις
14. Το έχει σκάσει από το πατρικό σπίτι κατά τη διάρκεια της νύχτας, τουλάχιστον δύο φορές ή μία φορά χωρίς να έχει επιστρέψει για μεγάλο χρονικό διάστημα
15. Πριν την ηλικία των 13 ετών, συχνά το «σκάει» από το σχολείο

Β. Η διαταραχή διαγωγής προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργία.

Γ. Αν το άτομο είναι 18 ετών και άνω, τότε τα κριτήρια για την διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας (antisocial personality disorder) δεν πληρούνται.

Προσδιορίστε εάν:

- *Τύπου Έναρξη κατά την Παιδική Ηλικία (Childhood-onset type) 312.81 (F91.1):* τα άτομα παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα της διαταραχής της διαγωγής πριν από την ηλικία των 10 ετών.
- *Τύπου Έναρξη κατά την Εφηβική Ηλικία (Adolescent-onset type) 312.82 (F91.2):* τα άτομα δεν παρουσιάζουν κανένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα διαταραχής της διαγωγής πριν από την ηλικία των 10 ετών.
- *Απροσδιόριστης Έναρξης (Unspecified onset) 312.89 (F91.9):* συναντώνται τα κριτήρια για τη διαταραχή της διαγωγής, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για να προσδιορίσουν αν η έναρξη του πρώτου συμπτώματος ήταν πριν ή μετά την ηλικία των 10 ετών.

Προσδιορισμός Σοβαρότητας:

- **Ήπια:** λίγα προβλήματα συμπεριφοράς πέραν εκείνων που απατούνται για να γίνει η διάγνωση είναι παρόντα και τα προβλήματα συμπεριφοράς προκαλούν σχετικά μικρή βλάβη στους άλλους (π.χ. ψεύδεται, το σκάει από το σχολείο, μένει εκτός σπιτιού μετά τα μεσάνυχτα χωρίς άδεια, παραβιάζει κανόνες).
- **Μέτρια:** ο αριθμός των προβλημάτων συμπεριφοράς καθώς και η επίδραση των πράξεων επάνω σε άλλα άτομα είναι σε ένα ενδιάμεσο επίπεδο μεταξύ

εκείνων που αναφέρονται στο «ήπιο» και εκείνων του «σοβαρού» (π.χ. κλοπή χωρίς θύματα, βανδαλισμός).

- **Σοβαρή:** πολλά προβλήματα συμπεριφοράς πέραν εκείνων που απατούνται για να γίνει η διάγνωση είναι παρόντα και τα προβλήματα συμπεριφοράς προκαλούν σοβαρή βλάβη στους άλλους (π.χ. σωματική σκληρότητα, σεξουαλικός αναγκασμός, χρήση όπλου, κλοπή ενώ αντιμετωπίζει ένα θύμα).

Παράρτημα 9

➤ Διπολικές Διαταραχές I-II (Bipolar Disorders I-II)

▪ A. Διπολική Διαταραχή τύπου I

Για τη διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής I θα πρέπει να πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια για το μανιακό επεισόδιο. Το μανιακό επεισόδιο μπορεί να προηγείται ή να έπεται του υπομανιακού ή του μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου.

❖ Μανιακό Επεισόδιο

A. μία ευδιάκριτη περίοδος μη φυσιολογικής και διαρκώς αυξημένης, εκτεταμένης ή ευερέθιστης διάθεσης καθώς και μη φυσιολογικής και διαρκώς αυξημένης στοχευόμενης δραστηριότητας (goal-directed activity) ή ενέργειας, η οποία διαρκεί τουλάχιστον για μία εβδομάδα και οι συμπεριφορές αυτές παρουσιάζονται για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.

B. κατά τη περίοδο της διαταραγμένης διάθεσης και της αυξημένης ενέργειας ή δραστηριότητας, τρία (3) (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα (τέσσερα (4) εάν μόνο η διάθεση είναι ευερέθιστη/οξύθυμη) είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό και αποτελούν μια αξιοσημείωτη αλλαγή στη συμπεριφορά:

1. Υπερβολική αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ. αισθάνεται ξεκούραστος μετά από μόλις 3 ώρες ύπνου)
3. Πιο ομιλητικός από ό, τι συνήθως ή ασκεί πίεση για να συνεχίσετε να μιλάτε
4. «Πέταγμα» ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
5. Αφηρημάδα (δηλαδή αποσπάτε εύκολα η προσοχή του από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα) όπως αναφέρετε ή παρατηρείτε
6. Αυξημένη στοχευόμενη δραστηριότητα (είτε κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση (δηλαδή, άσκοπη μη- στοχευόμενη δραστηριότητα)

7. Υπερβολικό ενδιαφέρον συμμετοχής σε δραστηριότητες που έχουν υψηλές πιθανότητες για οδυνηρές συνέπειες (π.χ. συμμετοχή σε σεξουαλικές αδιακρίσιες ή ανόητες επιχειρηματικές επενδύσεις ή ανεξέλεγκτη καταναλωτική μανία)

Γ. Η διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει σημαντική βλάβη στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ή να απαιτείται νοσηλεία για τη πρόληψη βλάβης στον εαυτό του ή σε άλλους, ή υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά

Δ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση φαρμακευτικής αγωγής, άλλης θεραπείας) ή σε μια άλλη ιατρική κατάσταση

Σημείωση: Ένα πλήρες μανιακό επεισόδιο που προκύπτει κατά τη διάρκεια μίας αντικαταθληπτικής θεραπείας (π.χ., φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία [electroconvulsive therapy]) αλλά παραμένει σε πλήρως συνδρομικό επίπεδο πέραν τα φυσιολογικά αποτελέσματα αυτής της θεραπείας, είναι επαρκές αποδεικτικό στοιχείο ενός μανιακού επεισοδίου και ως εκ τούτου μία διάγνωση για Διπολική Διαταραχή Τύπου I.

Σημείωση: Τα κριτήρια Α-Δ αποτελούν ένα μανιακό επεισόδιο. Απαιτείται τουλάχιστον ένα μανιακό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής I.

❖ **Υπομανιακό Επεισόδιο**

Α. Μία ευδιάκριτη περίοδος μη φυσιολογικής και διαρκώς αυξημένης, εκτεταμένης ή ευερέθιστης διάθεσης καθώς και μη φυσιολογικής και διαρκώς αυξημένης δραστηριότητας ή ενέργειας, η οποία διαρκεί 4 διαδοχικές ημέρες και είναι παρόν σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.

Β. κατά τη περίοδο της διαταραγμένης διάθεσης και της αυξημένης ενέργειας ή δραστηριότητας, τρία (3) (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα (τέσσερα (4) εάν μόνο η διάθεση είναι ευερέθιστη/οξύθυμη) εξακολουθούν να υπάρχουν σε σημαντικό βαθμό και αποτελούν μια αξιοσημείωτη αλλαγή στη συμπεριφορά:

1. Υπερβολική αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
 2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ., αισθάνεται ξεκούραστος μετά από μόλις 3 ώρες ύπνου)
 3. Πιο ομιλητικός από ό, τι συνήθως ή ασκεί πίεση για να συνεχίσετε να μιλάτε
 4. «Πέταγμα» ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
 5. Αφηρημάδα (δηλαδή αποσπάτε εύκολα η προσοχή του από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα) όπως αναφέρετε ή παρατηρείτε
 6. Αυξημένη στοχευόμενη δραστηριότητα (είτε κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση (δηλαδή, άσκοπη μη- στοχευόμενη δραστηριότητα)
 7. Υπερβολικό ενδιαφέρον συμμετοχής σε δραστηριότητες που έχουν υψηλές πιθανότητες για οδυνηρές συνέπειες (π.χ. συμμετοχή σε σεξουαλικές αδιακρισίες ή ανόητες επιχειρηματικές επενδύσεις ή ανεξέλεγκτη καταναλωτική μανία)
- Γ. Το επεισόδιο συνδέεται με αδιαμφισβήτητη αλλαγή στη λειτουργία του ατόμου η οποία είναι ασυνήθιστη όταν δεν είναι συμπτωματικώς
- Δ. Η διαταραχή της διάθεσης και η αλλαγή στη λειτουργία του ατόμου είναι παρατηρήσιμα από άλλους
- Ε. το επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει αξιοσημείωτες αλλαγές στην κοινωνική ή εργασιακή λειτουργικότητα ή να απαιτείται νοσηλεία. Εάν υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά τότε το επεισόδιο είναι εξ ορισμού μανιακό
- ΣΤ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση φαρμακευτικής αγωγής, άλλης θεραπείας) ή σε μια άλλη ιατρική κατάσταση

Σημείωση: Ένα πλήρες υπομανιακό επεισόδιο που προκύπτει κατά τη διάρκεια μίας αντικαταθληπτικής θεραπείας (π.χ., φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία [electroconvulsive therapy]) αλλά παραμένει σε πλήρως συνδρομικό επίπεδο πέραν τα φυσιολογικά αποτελέσματα αυτής της θεραπείας, είναι επαρκή αποδεικτικό στοιχείο ενός υπομανιακού επεισοδίου. Ωστόσο, χρειάζεται προσοχή διότι ένα ή δύο

συμπτώματα (ιδιαίτερα αυξημένη ευερεθιστότητα, νευρικότητα και ταραχή μετά τη χρήση αντικαταθλιπτικών) δεν λαμβάνονται ως επαρκεί για τη διάγνωση ενός υπομανιακού επεισοδίου καθώς και όχι απαραίτητα ενδεικτικό μίας διπολικής προδιάθεσης.

Σημείωση: τα κριτήρια Α-ΣΤ αποτελούν ένα υπομανιακό επεισόδιο. Τα υπομανιακά επεισόδια είναι συνηθισμένα στην διπολική διαταραχή Ι, αλλά δεν απαιτούνται για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής Ι.

❖ Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

Α. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα ήταν παρόντα για 2 εβδομάδες και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργία του ατόμου, τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είτε είναι (1) καταθλιπτική διάθεση, είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

Σημείωση: μην περιλαμβάνετε συμπτώματα που σαφώς αποδίδονται σε άλλη ιατρική κατάσταση.

1. Καταθλιπτική διάθεση για τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως υποδεικνύεται από κάθε υποκειμενική αναφορά (π.χ., αισθάνεται λυπημένος, κενός ή απελπισμένος) ή από παρατήρηση τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). (Σημείωση: Σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να παρουσιάζεται ευερέθιστη διάθεση).
2. Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες, ή σχεδόν σε όλες, τις δραστηριότητες για τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως υποδεικνύεται από υποκειμενικές αναφορές ή από παρατήρηση).
3. Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. μία μεταβολή μεγαλύτερη από 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. (Σημείωση: Στα παιδιά, θεωρείται αδυναμία το να μην πραγματοποιηθεί αναμενόμενη αύξηση του σωματικού βάρους).
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.

5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από άλλους, όπου δεν είναι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).
6. Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.
7. Αισθήματα αναξιοτήτας ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητικά/ψευδαισθητικά) σχεδόν κάθε μέρα (και όχι απλώς αισθήματα αυτόδυσάρεσκειας).
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν καθημερινά (είτε από υποκειμενικές αναφορές ή από παρατήρηση τρίτων).
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς ένα συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία.

Β. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, επαγγελματική ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Γ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας ή άλλης ιατρικής κατάστασης.

Σημείωση: τα κριτήρια Α-Γ αποτελούν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα μείζον καταθλιπτικά επεισόδια είναι κοινά στη διπολική διαταραχή Ι, αλλά δεν απαιτούνται για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής Ι.

Σημείωση: η αντίδραση ενός ατόμου σε μία σημαντική απώλεια (π.χ. πένθος, οικονομική καταστροφή, απώλειες από μια φυσική καταστροφή, μια σοβαρή ιατρική ασθένεια ή αναπηρία) μπορεί να περιλαμβάνει αισθήματα έντονης θλίψης, στοχασμό για την απώλεια, αϋπνία, ανορεξία και απώλεια βάρους όπως σημειώνεται στο κριτήριο Α και μπορεί να μοιάζουν με ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Παρά το γεγονός ότι αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι κατανοητά ή να θεωρούνται κατάλληλα για την απώλεια, η παρουσία ενός μείζον καταθλιπτικού επεισοδίου μαζί με την φυσιολογική αντίδραση της σημαντικής απώλειας θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά. Αυτή η απόφαση απαιτεί αναπόφευκτα την κλινική κρίση του ιατρού, η οποία βασίζεται στο ιστορικό του ατόμου και στις πολιτισμικές νόρμες για την έκφραση της αγωνίας στο πλαίσιο της απώλειας.

❖ *Διπολική Διαταραχή τύπου I*

A. Πληρούνται τα κριτήρια για τουλάχιστον ενός μανιακού επεισοδίου (Κριτήρια Α-Δ από το πλαίσιο «μανιακό επεισόδιο»)

B. Η εμφάνιση της μανίας και των μείζων καταθλιπτικών επεισοδίων δεν εξηγούνται καλύτερα από την σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, τη σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, τη παραληρητική διαταραχή ή από άλλο συγκεκριμένο ή μη συγκεκριμένο φάσμα της σχιζοφρένειας καθώς και άλλων ψυχωτικών διαταραχών.

▪ **B. Διπολική Διαταραχή II**

Για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής II, είναι απαραίτητο να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια για τρέχον ή παρελθοντικά υπομανιακά επεισόδια καθώς και τα κριτήρια για τρέχον ή παρελθοντικά μείζον καταθλιπτικά επεισόδια:

❖ **Υπομανιακό επεισόδιο**

A. Μία ευδιάκριτη περίοδος με μη συνηθισμένη και διαρκώς αυξανόμενη, επεκτατική ή ευερέθιστη διάθεση και μη συνηθισμένη και διαρκώς αυξανόμενη δραστηριότητα ή ενέργεια, όπου διαρκεί τουλάχιστον 4 συνεχόμενες ημέρες και παρουσιάζονται για τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας , σχεδόν κάθε μέρα.

B. Κατά την περίοδο της διαταραγμένης διάθεσης και της αυξημένης ενεργητικότητας και δραστηριότητας, τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα παραμένουν(4 εάν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη), θα πρέπει να υπάρξει αξιοσημείωτη αλλαγή της συνηθισμένης συμπεριφοράς και να είναι παρόντα σε μεγάλο βαθμό.

1. υπερβολική αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ., αισθάνεται ξεκούραστος μετά από μόλις 3 ώρες ύπνου).
3. Πιο ομιλητικός από ό, τι συνήθως ή ασκεί πίεση για να συνεχίσετε να μιλάτε.
4. «Πέταγμα» ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
5. Αφηρημάδα (δηλαδή αποσπάτε εύκολα η προσοχή του από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα) όπως αναφέρετε ή παρατηρείτε.
6. Αυξημένη στοχευόμενη δραστηριότητα (είτε κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση (δηλαδή, άσκοπη μη- στοχευόμενη δραστηριότητα).
7. Υπερβολικό ενδιαφέρον συμμετοχής σε δραστηριότητες που έχουν υψηλές πιθανότητες για οδυνηρές συνέπειες (π.χ. συμμετοχή σε σεξουαλικές αδιακρίσιες ή ανόητες επιχειρηματικές επενδύσεις ή ανεξέλεγκτη καταναλωτική μανία).

Γ. Το επεισόδιο συνδέεται με αδιαμφισβήτητη αλλαγή στη λειτουργία του ατόμου η οποία είναι ασυνήθιστη όταν δεν είναι συμπτωματικώς.

Δ. Η διαταραχή της διάθεσης και η αλλαγή στη λειτουργία του ατόμου είναι παρατηρήσιμα από άλλους.

Ε. Το επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει αξιοσημείωτες αλλαγές στην κοινωνική ή εργασιακή λειτουργικότητα ή να απαιτείται νοσηλεία. Εάν υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά τότε το επεισόδιο είναι εξ ορισμού μανιακό.

ΣΤ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση φαρμακευτικής αγωγής, άλλης θεραπείας) ή σε μια άλλη ιατρική κατάσταση.

Σημείωση: Ένα πλήρες υπομανιακό επεισόδιο που προκύπτει κατά τη διάρκεια μίας αντικαταθλιπτικής θεραπείας (π.χ., φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία [electroconvulsive therapy]) αλλά παραμένει σε πλήρως συνδρομικό επίπεδο πέραν τα φυσιολογικά αποτελέσματα αυτής της θεραπείας, είναι επαρκή αποδεικτικό στοιχείο ενός υπομανιακού επεισοδίου. Ωστόσο, χρειάζεται προσοχή διότι ένα ή δύο συμπτώματα (ιδιαίτερα αυξημένη ευερεθιστότητα, νευρικότητα και ταραχή μετά τη χρήση αντικαταθλιπτικών) δεν λαμβάνονται ως επαρκεί για τη διάγνωση ενός υπομανιακού επεισοδίου καθώς και όχι απαραίτητα ενδεικτικό μίας διπολικής προδιάθεσης.

❖ Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

Α. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα ήταν παρόντα για 2 εβδομάδες και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργία του ατόμου, τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είτε είναι (1) καταθλιπτική διάθεση, είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

Σημείωση: μην περιλαμβάνετε συμπτώματα που σαφώς αποδίδονται σε άλλη ιατρική κατάσταση.

1. Καταθλιπτική διάθεση για τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως υποδεικνύεται από κάθε υποκειμενική αναφορά (π.χ., αισθάνεται λυπημένος, κενός ή απελπισμένος) ή από παρατήρηση τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). (Σημείωση: Σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να παρουσιάζεται ευερέθιστη διάθεση).

2. Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες, ή σχεδόν σε όλες, τις δραστηριότητες για τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρα, σχεδόν κάθε μέρα (όπως υποδεικνύεται από υποκειμενικές αναφορές ή από παρατήρηση).

3. Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. μία μεταβολή μεγαλύτερη από 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. (Σημείωση: Στα παιδιά, θεωρείται αδυναμία το να μην πραγματοποιηθεί αναμενόμενη αύξηση του σωματικού βάρους).

4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.

5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από άλλους, όπου δεν είναι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).

6. Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.

7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητικά/ψευδαισθητικά) σχεδόν κάθε μέρα (και όχι απλώς αισθήματα αυτόδυσαρέσκειας).

8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν καθημερινά (είτε από υποκειμενικές αναφορές ή από παρατήρηση τρίτων).

9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς ένα συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία.

Β. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, επαγγελματική ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Γ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας ή άλλης ιατρικής κατάστασης.

Σημείωση: τα κριτήρια Α-Γ αποτελούν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα μείζον καταθλιπτικά επεισόδια μπορεί να είναι κοινά στη διπολική διαταραχή Ι αλλά δεν απαιτούνται για τη διάγνωση της διπολικής Ι .

Σημείωση: η αντίδραση ενός ατόμου σε μία σημαντική απώλεια (π.χ. πένθος, οικονομική καταστροφή, απώλειες από μια φυσική καταστροφή, μια σοβαρή ιατρική ασθένεια ή αναπηρία) μπορεί να περιλαμβάνει αισθήματα έντονης θλίψης, στοχασμό για την απώλεια, αϋπνία, ανορεξία και απώλεια βάρους όπως σημειώνεται στο κριτήριο Α και μπορεί να μοιάζουν με ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Παρά το γεγονός ότι αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι κατανοητά ή να θεωρούνται κατάλληλα για την απώλεια, η παρουσία ενός μείζον καταθλιπτικού επεισοδίου μαζί με την φυσιολογική αντίδραση της σημαντικής απώλειας θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά. Αυτή η απόφαση απαιτεί αναπόφευκτα την κλινική κρίση του ιατρού, η οποία βασίζεται στο ιστορικό του ατόμου και στις πολιτισμικές νόρμες για την έκφραση της αγωνίας στο πλαίσιο της απώλειας.

❖ Διπολική Διαταραχή II

A. Θα πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια για τουλάχιστον ενός υπομανιακού επεισοδίου (κριτήρια Α-ΣΤ υπό τον τίτλο "Υπομανιακό επεισόδιο") και τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (κριτήρια Α-Γ υπό τον τίτλο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο).

B. Δεν έχει υπάρξει ποτέ μανιακό επεισόδιο.

Γ. Η εμφάνιση του υπομανιακού επεισοδίου καθώς και του μείζον καταθλιπτικού επεισοδίου δεν εξηγείται καλύτερα από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, την σχιζοφρένεια, την σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, την παραληρητική διαταραχή, διαταραχή ή από άλλο συγκεκριμένο ή μη συγκεκριμένο φάσμα της σχιζοφρένειας καθώς και άλλων ψυχωτικών διαταραχών.

Δ. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ή του απρόβλεπτου που προκαλείται από τη συχνή εναλλαγή μεταξύ περιόδους κατάθλιψης και υπομανίας προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή δυσλειτουργία στην κοινωνική, επαγγελματική, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.