



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

«Πολυπαραγοντική προσέγγιση Αναπτυξιακών
Διαταραχών σε επίπεδο διάγνωσης
Μελέτη περίπτωσης παιδιού ηλικίας 3-7 ετών με
ΔΕΠ-Υ»



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κα ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΙΚΤΩΡΙΑ

ΕΚΠΟΝΗΤΡΙΕΣ: ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Α.Μ: 15038

ΠΑΠΠΑ ΕΛΕΝΗ - ΗΛΙΑΝΑ Α.Μ: 14381

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εκπονήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μας και σαν θέμα έχει τη μελέτη αναπτυξιακών διαταραχών σε παιδιά ηλικίας 3 – 7 ετών. Μέσα από την εργασία αυτή έγινε προσπάθεια μελέτης και κατανόησης των διαταραχών και προσέγγιση τους σε επίπεδο διάγνωσης μέσα από το μοντέλο ESSENCE.

Μελετήθηκαν τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά 6 διαταραχών που μελετά το συγκεκριμένο μοντέλο και οφείλονται σε νευρολογικές διαταραχές. Συγκεκριμένα μελετήθηκε ο αυτισμός, οι μαθησιακές δυσκολίες, η ΔΕΠ – Υ, η νοητική υστέρηση, η αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού και η ειδική γλωσσική διαταραχή.

Επιπλέον μελετήθηκαν και τα διαγνωστικά εργαλεία που προσδίδουν την καταλληλότερη διάγνωση σχετικά με τις προαναφερθείσες διαταραχές.

Τέλος παρατέθηκαν στοιχεία ενός περιστατικού που παρουσιάζει συμπτώματα κάποιων διαταραχών από αυτές που αναφέρθηκαν. Παρουσιάστηκε η κλινική εικόνα και τα ευρήματα μέσω των οποίων επήλθε η διάγνωση.

Τέλος παρατέθηκαν τα συμπεράσματα για τις αναπτυξιακές διαταραχές και για την συμβολή του μοντέλου ESSENCE στη διαγνωστική διαδικασία.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Αυτισμός, ΔΕΠ-Υ, Διάγνωση, Διαγνωστικά Κριτήρια, Διαταραχή Συντονισμού, Ειδική Γλωσσική Διαταραχή, Μαθησιακές Δυσκολίες, Νοητική Υστέρηση, ESSENCE

ABSTRACT

This paper was conducted in order to fulfill our studies. The subject of this study was “The developmental disorders diagnosed in children between 3 to 7 years old. The disorders which were studied were those which are studied in the ESSENCE model.

Those 6 disorders were studied on diagnosis level. The disorders that were studied were, autism, learning disabilities, mental retardation, developmental coordination disorder and specific language impairment.

Additionally were studied the diagnostic tools that give the most appropriate diagnosis for those disorders.

The last chapter was a case study of a child showing symptoms of those disorders.

Finally were written the conclusions about developmental disorders and the contribution of ESSENCE in diagnostic procedure.

KEY WORDS

Autism, ADHD, Coordination Disorder, Diagnosis, ESSENCE Learning difficulties, Mental retardation, Specific language impairment

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί δημιούργημα το οποίο εκπονήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης των ακαδημαϊκών μας σπουδών.

Είναι μια εργασία αφιερωμένη στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως αυτές ορίζονται μέσω του ερευνητικού μοντέλου ESSENCE.

Οι νευροαναπτυξιακές αυτές διαταραχές παρουσιάζουν κοινή συμπτωματολογία με αποτέλεσμα να καθιστούν τη διάγνωση τους σε πρώιμο στάδιο αρκετά δύσκολη. Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι αξιόπιστα και βοηθούν στην έγκαιρη και ακριβή διάγνωση των διαταραχών.

Σκοπός της εργασίας είναι να συμβάλει και αυτή με τη σειρά της όσο είναι δυνατόν στην κατανόηση και έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών αυτών με αποτέλεσμα την άμεση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση.

Περιεχόμενα

ΕΞΩΦΥΛΛΟ.....	1
ΚΕΝΟ ΦΥΛΛΟ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	11
Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	11
1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ	11
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	11
1.3 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	13
1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	16
1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	17
1.6 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΟΓΟΥ.....	19
1.7 ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ	20
1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	21
1.8.1. Διάγνωση Διαταραχών Μάθησης.....	21
1.8.2. Διάγνωση των Διαταραχών του Λόγου.....	21
1.8.3 Διάγνωση των Κινητικών Δεξιοτήτων	22
1.9. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	23
1.9.1. Διαφορική διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών.....	23
1.9.2. Διαφορική διάγνωση διαταραχών λόγου.....	24
1.9.3. Διαφορική διάγνωση διαταραχών κινητικών δεξιοτήτων	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	26
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ESSENCE.....	26
2.1. ESSENCE.....	26
2.2. ΑΥΤΙΣΜΟΣ	28
2.2.1. Έννοια του αυτισμού.....	28
2.2.2. Αιτιολογία αυτισμού	29
2.2.3. Μορφές αυτισμού.....	30
2.2.4. Χαρακτηριστικά αυτισμού	32
2.2.5. Κλινική εικόνα και συνοσηρότητα αυτισμού.....	34
2.3. ΕΙΔΙΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	37

2.3.1. Επιδημιολογικά στοιχεία	38
2.3.2. Αιτιολογία ΕΓΔ	38
2.3.3. Χαρακτηριστικά της Ειδικής Γλωσσικής Διαταραχής	39
2.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	41
2.4.1. Τύποι της ΔΕΠΥ	43
2.4.2. Συμπτώματα ΔΕΠΥ.....	43
2.4.2.1 Πρωτογενή συμπτώματα	43
2.4.3. Δευτερογενή συμπτώματα.....	45
2.4.4. Επιδημιολογία	46
2.4.5. Αιτιολογία	47
2.5. ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	48
2.5.1. Τύποι μαθησιακών δυσκολιών	51
2.6. ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ	53
2.6.1. Ορισμός	53
2.6.2. Αιτιολογικοί παράγοντες.....	54
2.6.3. Ταξινόμηση της νοητικής υστέρησης.....	54
2.7. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	58
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	58
3.1. ΕΙΔΙΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	58
3.1.1. Διαγνωστικά κριτήρια	58
3.1.3. Αξιολόγηση - Διάγνωση.....	59
3.1.4. Πρώιμη παρέμβαση.....	59
3.2. ΑΥΤΙΣΜΟΣ	59
Πρόγνωση – διάγνωση – αντιμετώπιση	59
3.2.1. Διαγνωστικά κριτήρια αυτισμού	61
M - CHAT	64
3.3. ΔΕΠ – Υ	65
3.3.1. Διαγνωστικά κριτήρια	68
3.3.1.1. ICD-10.....	68
3.3.1.2 DSM-IV.....	68
3.3. ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ.....	68
3.4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ	71
Τεστ Ανίχνευσης διαταραχών Ομιλίας και Λόγου ΑνΟμιλο 4	73

ΜΕΤΑΦΩΝ ΤΕΣΤ	77
3.5. ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ	80
3.5.1. Διαγνωστικά μέσα- Δοκιμασίες Μέτρησης της Νοημοσύνης.....	80
3.5.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΤΕΣΤ.....	80
3.6. Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού	81
ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	81
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.....	83
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	101
ΦΟΡΜΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	105
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	105

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περίοδος της γρήγορης ανάπτυξης του εγκεφάλου αρχίζει στα μέσα περίπου της κύησης. Παρ' όλα αυτά, το 85% της ανάπτυξης του εγκεφάλου συμβαίνει μετεμβρυικά. Υπάρχουν ορισμένες περιόδους όπου παρατηρείται μια γρήγορη και εμφανής ανάπτυξη του εγκεφάλου. Σε αυτές τις περιόδους, ο εγκέφαλος θεωρείται ιδιαίτερα ευαίσθητος στις αλλαγές τόσο του εσωτερικού (ενδομήτριο), όσο και του εξωτερικού περιβάλλοντος αποδεικνύοντας έτσι την πλαστικότητά του (Timiras, 1972).

Κατά τη γέννηση, το τμήμα του εγκεφάλου μπροστά από την πρόσθια κεντρική αύλακα είναι καλύτερα ανεπτυγμένο από το τμήμα που βρίσκεται οπίσθια. Τα τμήματα του εγκεφάλου αναπτύσσονται χωριστά. Ο εγκεφαλικός φλοιός ενός τελειόμηνου είναι ο μισός σε πάχος σε σχέση με εκείνο του ενήλικα (Timiras, 1972).

Η αύξησή του θα προέλθει από την αύξηση του μεγέθους των νευρικών κυττάρων και του πολλαπλασιασμού τους. Οι διαδικασίες ανάπτυξης δενδριτών των φλοιωδών νευρώνων ξεκινούν λίγους μήνες μετά τη γέννηση, ενώ είναι ακόμη ατελή και ανώριμα στον εγκέφαλο του νεογέννητου. Κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της μετεμβρυικής ζωής, αυτές οι διαδικασίες αναπτύσσονται με σκοπό τη δημιουργία συνδέσεων με άλλους νευρώνες. (Timiras, 1972)

Τα εγκεφαλικά τριχοειδή αγγεία είναι σχετικά διαπερατά στη γέννηση. Έτσι σε παιδιά με ίκτερο, η χολερυθρίνη μπορεί να διαπεράσει τον εγκέφαλο, καταστρέφοντας τα βασικά γάγγλια. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι κεντρομόλες ίνες στη Σ.Σ είναι σχετικά επαρκώς μυελινωμένες ενώ οι φυγόκεντρες οδοί του φλοιού του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού καθώς και η λευκή ουσία των ημισφαιρίων του εγκεφάλου και της παρεγκεφαλίδας είναι σε μεγάλο βαθμό απομυελινωμένες. (Timiras, 1972)

Η μυελίνωση των φυγόκεντρων ινών τελειοποιείται μέχρι την ηλικία των 1 με 2 ετών. Οι οδοί της όσφρησης δεν είναι μυελινωμένες, η οπτική οδός μερικώς και τα υπόλοιπα κρανιακά νεύρα είναι πλήρως μυελινωμένα. Η πρώιμη ωρίμανση των κρανιακών φαίνεται από την ικανότητα του βρέφους να καταπίνει και να πιπιλίζει. Η

ωρίμανση της παρεγκεφαλίδας συντελείται μέχρι την ηλικία των 2 ετών. (Timiras, 1972)

Στην ηλικία των 6 μηνών, καθώς το βρέφος αποκτά πιο φλοιώδη έλεγχο των δραστηριοτήτων του, ο μετωπιαίος και ο κροταφικός λοβός ωριμάζουν περισσότερο. Τα περισσότερα τμήματα της Σ.Σ είναι μυελινωμένα και το οπτικό νεύρο είναι πλήρως μυελινωμένο. Η ανωριμότητα της παρεγκεφαλίδας σε αυτή τη φάση αποδεικνύεται από τον ελλιπή έλεγχο της σύλληψης.

Η διαδικασία της μυελίνωσης ξεκινά κοντά στα νευρικά κύτταρα και συνεχίζει κατά μήκος της νευρικής ίνας.

Στον εγκέφαλο η διαδικασία αυτή ακολουθεί ένα συγκεκριμένο πρότυπο ξεκινώντας από το εγκεφαλικό στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα για να προχωρήσει στον υπόλοιπο εγκέφαλο.

Όλες οι δομές στη Σ.Σ, στο εγκεφαλικό στέλεχος και στην παρεγκεφαλίδα έχουν μυελινωθεί μ έχρι το 2^ο έτος, ενώ οι περιφερικές οδοί ως το 3^ο έτος. Η πλήρης ωρίμανση όλων των δομών ολοκληρώνεται στο 6^ο έτος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ

- ΑΥΞΗΣΗ
- ΑΝΑΠΤΥΞΗ
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Οι όροι "αύξηση" και "ανάπτυξη" αναφέρονται στη διαδικασία κατά την οποία το γονιμοποιημένο ωάριο γίνεται ώριμος ενήλικας. Με τον όρο "αύξηση" εννοούμε αλλαγές στο μέγεθος του σώματος και των επιμέρους τμημάτων του. Ο όρος "ανάπτυξη" περιλαμβάνει τη λειτουργική διαφοροποίηση του οργανισμού κατά τη διάρκεια της οποίας αποκτώνται συνεχώς νέες ικανότητες που διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση του γενετικού υλικού με τους εξωτερικούς παράγοντες.

Διαταραχή, κατά τους Bach και Kanter (1976), αποκαλείται η μερική ή λιγότερο βαριά και περιορισμένης χρονικής διάρκειας επίδραση της ψυχοδιανοητικής και της κοινωνικής κατάστασης του ανθρώπου, δυναμένη να εξαλειφθεί ή να βελτιωθεί με κατάλληλους παιδοψυχολογικούς χειρισμούς.

1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Πριν από εκατό χρόνια ήρθε στο φως της δημοσιότητας ένας κύλινδρος παπύρου με 8 μίμους του Ηρόνδα. Ως τότε πάπυρος και συγγραφέας ήταν άγνωστοι.

Από τους 8 μίμους ο τρίτος στη σειρά φέρει το όνομα διδάσκαλος. Σε αυτόν με ενάργεια περιγράφεται ο βάρβαρος ξυλοδαρμός ενός μικρού μαθητή της ελληνιστικής περιόδου και αυτό γιατί παρουσίαζε διαταραχές ομιλίας και δυσκολία στη μάθηση. Το όνομά του ήταν Κότταλος και του τιμωρού του γραμματιστή Λαμπρίσκος. Ηθική αυτουργός του μαστιγώματος του παιδιού και της βαναυσότητας του δασκάλου ήταν η Μητροτίμα πριν από λίγο είχε αρπάξει από το αντί το γιο της και βίαια τον είχε οδηγήσει στο σχολείο. Απαίτησε δε από το Λαμπρίσκο να τον

τιμωρήσει όσο γινόταν σκληρότερα. Στην ουσία ούτε η ίδια έφταιγε. Τα προβλήματα μάθησης, συμπεριφοράς και ομιλίας του γιου της ήταν υπόλογα. Αυτά την εξόργισαν.

Απ' όσα κατά του γιου της αράδιασε στο δάσκαλο με άμεση πρόθεση να εξάψει και τη δική του οργή, εύκολα θα μπορούσε να χαρακτηρίσει το παιδί ως σκασιάρχη ή προβληματικό γενικότερα. Όπως γινόταν και στη Σπάρτη που τα ανάπηρα παιδιά ήταν καταδικασμένα να πεθαίνουν πετώντας τα στον ποταμό Καιάδα. (Landrigan, 2010)

Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και πριν οι γονείς και οι παιδαγωγοί για τα παιδιά με διαταραχές ανάπτυξης, δεν συμπεριφέρονταν άδικα και σκληρά αποκλείοντας αυτά τα παιδιά από το κοινωνικό σύνολο με σκοπό να τα εντάξουν σε μια ομάδα χρησιμοποιώντας σκληρούς όρους για να τα χαρακτηρίσουν (Landrigan, 2010).

Στο τέλος του 19ου αιώνα ο Γάλλος γιατρός μαθητής του φιλοσόφου Jean Jacques Rousseau περιγράφει τις αναπτυξιακές διαταραχές, την ίδια περίοδο Γάλλοι, Γερμανοί και Βρετανοί νευρολόγοι δημοσίευσαν περιγραφές ενηλίκων που μετά από τραυματισμό συγκεκριμένων περιοχών παρουσίασαν διαταραχές στο λόγο ή στην κίνηση.

Το 1895 ο Jacques Hinshelwood Σκωτσέζος οφθαλμίατρος περιέγραψε την ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της μάθησης.

Τα τελευταία 20 χρόνια οι ειδικοί της ψυχολογίας των ατομικών διαφορών είχαν συγκεντρώσει το ενδιαφέρον τους γύρω από την ανάπτυξη της προσωπικότητας, π.χ. τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα κίνητρα, το υπόβαθρο της ανώμαλης συμπεριφοράς, τα χαρακτήρα, το ταπεραμέντο κ.α. Τα τελευταία δέκα χρόνια το ενδιαφέρον των ειδικών μετατοπίστηκε στις ειδικές διαταραχές της ανάπτυξης όπου αναφέρονται στις μαθησιακές δυσκολίες, στις διαταραχές του λόγου και στις διαταραχές των κινητικών δεξιοτήτων (Landrigan, 2010).

1.3 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Οι ειδικές διαταραχές της ανάπτυξης αναφέρονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Διαταραχές της μάθησης

Όταν λέμε ότι ένα παιδί παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες εννοούμε κυρίως ότι παρουσιάζει δυσκολίες στο να κατανοήσει μια καθορισμένη διδακτέα ύλη και να επιτύχει ένα συγκεκριμένο μαθησιακό στόχο, πράγματα τα οποία επιτυγχάνουν τα άλλα παιδιά του αντιπροσωπευτικού πληθυσμού της ίδιας ηλικίας, στο ίδιο χρονικό διάστημα και με τις ίδιες μεθόδους διδασκαλίας. (Αλεξάνδρου, 2007)

Ο όρος μαθησιακές δυσκολίες είναι γενικός και αναφέρεται σε ετερογενή ομάδα διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από δυσκολίες μάθησης, ανάγνωσης, γραφής και μαθηματικών ικανοτήτων. Θεωρούνται ότι οφείλονται σε δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Παπαγεωργίου, 2005).

Η συχνότητα των μαθησιακών διαταραχών διαφέρει ανάλογα με τον ορισμό, με τον τρόπο προσέγγισης, καθώς και με δείγματα των διαφόρων ερευνητών. Έτσι, υπολογίζεται ότι 5-15% των μαθητών (πιο συχνά στα αγόρια) εμφανίζουν κάποια μαθησιακή διαταραχή (Landrigan, 2010).

Η σοβαρότητα των διαταραχών μάθησης ποικίλλει. Σε πολλές περιπτώσεις οι γονείς έχουν αντιληφθεί διαταραχές της συμπεριφοράς που εμποδίζουν τη μάθηση ήδη από την προσχολική περίοδο όταν το παιδί τους παρουσιάζει υπερκινητικό ήτα και απροσεξία, αλλά συνήθως οι μαθησιακές δυσκολίες γίνονται εμφανείς όταν το παιδί αρχίζει να φοιτά στις πρώτες τάξεις του σχολείου. Σε αυτή τη φάση οι δάσκαλοι μπορεί να διαπιστώσουν αδυναμίες σε συγκεκριμένους τομείς της σχολικής απόδοσης ή συμπεριφορά που εμποδίζει τη μάθηση. Στη συνέχεια ο ιατρός που θα εξετάσει το παιδί κατά τη λεπτομερή νευρολογική εξέταση είναι δυνατό να παρατηρήσει σημεία ενδεικτικά νευρολογικής ανωριμότητας και έλλειψης συντονισμού των αδρών και λεπτών κινήσεων. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι πολλές μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να οφείλονται σε κάποια ήπια νευρολογική διαταραχή ή δυσλειτουργία (Παπαγεωργίου, 2005).

2. Διαταραχές λόγου /γλώσσας

Η ανάπτυξη του λόγου είναι μια πολύπλοκη προοδευτική διαδικασία, που έχει σχέση με τη λειτουργία των φωνητικών οργάνων και την απαρτίωση αυτής της λειτουργίας στον εγκεφαλικό φλοιό, την ικανοποιητική ποιότητα και ποσότητα των λεκτικών ερεθισμάτων που προέρχονται από το περιβάλλον και τη συναισθηματική σταθερότητα. (Αλεξάνδρου, 2007)

Στις αναπτυξιακές διαταραχές ο φυσιολογικός τρόπος εκμάθησης της γλώσσας καθυστερεί χρονολογικά ή αλλοιώνεται ποιοτικά στα επίπεδα άρθρωσης και κατανόησης.

Η γλώσσα ως εργαλείο παίζει ουσιαστικό ρόλο στον τομέα της ανάπτυξης της σκέψης, αλλά κυρίως της μάθησης. Παράλληλα με το εργαλείο γλώσσα συντελείται η επικοινωνία. Κάθε μηχανισμός των κοινωνικών σχέσεων περνά μέσα από το "ΛΟΓΟ". Αυτό σημαίνει πως κάθε διαταραχή του λόγου και ομιλίας στην παιδική ηλικία, απειλεί την ανάπτυξη και εξέλιξη της προσωπικότητας του παιδιού.

Οι γλωσσικές διαταραχές αποτελούν σύνολο πολλών και ποικίλων σχέσεων ως προς την αιτιολογία και πολλών και ποικίλων μορφών ως προς την εκδήλωσή τους.

Τομείς που αφορούν τη δομή της γλώσσας διαταραχές που ανάγονται στην κατανόηση της γλώσσας, στη χρήση και την ευστροφία της ομιλίας, φωνητικές αλλοιώσεις κλπ γίνονται αισθητές μέσα από ποικίλα συμπτώματα και εκδηλώσεις (Αλεξάνδρου, 2007) Αυτά είναι:

- Προβλήματα άρθρωσης: Η θεώρηση των προβλημάτων ή δυσχερειών της άρθρωσης έχουν μελετηθεί σε τρεις ουσιαστικές τάσεις:
 - α. Ανάλυση των δυσχερειών της άρθρωσης στο επίπεδο των μεμονωμένων ήχων.
 - β. Ανάλυση των δυσχερειών της άρθρωσης στο συνολικό επίπεδο της έκφρασης.
 - γ. Ανάλυση των δυσχερειών της άρθρωσης αναλόγως της αιτιολογίας του.

- Τραυλισμός: Ο τραυλισμός φαινόμενο παγκόσμιο, είναι μια ανωμαλία της ροής της λεκτικής έκφρασης η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλήψεις ή παρατάσεις, ηχητικά ή χωρίς ήχο, κατά τη διάρκεια εκπομπής μικρών ουσιαστικά μονάδων της ομιλίας.
- Καθυστέρηση ομιλίας: Πρόκειται για καθυστέρηση της ομιλίας όχι στα στενά χρονικά πλαίσια τα οποία δίδονται έως 3 ετών, αλλά σε γενικότερα πλαίσια αναμονής. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2004)

Η καθυστέρηση της ομιλίας ή του λόγου χωρίζεται σε 3 κατηγορίες: α. Απλή καθυστέρηση του λόγου και της ομιλίας Καθυστέρηση στη δημιουργία λέξεων, καθυστέρηση στην κατανόηση της ομιλίας, δυσχέρειες στην επανάληψη λέξεων, αλλά και λεκτικών συμπλεγμάτων χωρίς έννοια.

- Δυσφασία

Το παιδί έχει τη δυνατότητα να προφέρει όλα τα φωνήματα, γράμματα, δεν έχει ακουστική δυσχέρεια, δυσχέρειες στην επανάληψη λέξεων, δυσχέρειες στην κατανόηση του λόγου κυρίως στις αφηρημένες έννοιες, πολύ περιορισμένο λεξιλόγιο, προβλήματα συμπεριφοράς και κοινωνικότητας,

- Αφωνία

Πρόκειται για ένα σπάνιο φαινόμενο όπου εντοπίζονται σοβαρότατες δυσχέρειες όσον αφορά την οργάνωση του λόγου. Συνήθως παρουσιάζονται σημεία όπως αδυναμία οργάνωσης του λόγου, σοβαρή καθυστέρηση του λόγου, πλήρης αδυναμία σε ανάγνωση και γραφή, καμία λεκτική προαγωγή, αδυναμία κατανόησης της ομιλίας.

3. Διαταραχές των κινητικών δεξιοτήτων

Η κινητική δραστηριότητα βασική λειτουργία για τη γνώση και τον έλεγχο του περιβάλλοντος αναπτύσσεται προοδευτικά με την ωρίμανση του νευρικού συστήματος και την απαρτίωση οπτικών, απτικών και ιδιοδεκτικών αισθητηρίων ερεθισμάτων.

Στις αναπτυξιακές διαταραχές της κινητικής λειτουργίας υπάρχει καθυστέρηση στην απόκτηση των κινητικών δεξιοτήτων και σοβαρή μειονεξία στην ανάπτυξη των συντονισμένων κινήσεων. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2004)

Η κινητική αδεξιότητα ανήκει στην κατηγορία των μαθησιακών δυσκολιών, όπως η δυσλεξία και η υπερκινητικότητα. Παρατηρείται σε ποσοστό 2% του συνολικού πληθυσμού. Σίγουρα υπάρχει συσχετισμός μεταξύ των δυσκολιών στην ανάγνωση και γραφή αφενός και των κινητικών δεξιοτήτων αφετέρου. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2004)

Η διαταραχή των κινητικών δεξιοτήτων χαρακτηρίζεται από έντονα αναπτυξιακά προβλήματα στο συντονισμό των κινήσεων του παιδιού.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά της διαταραχής παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές υπολογίζεται ότι αποτελούν το 3-7% των παιδιών σχολικών επιδόσεων.

Οι μαθησιακές δυσκολίες συνιστούν ένα από τα πιο σοβαρά κοινωνικά προβλήματα στο σύγχρονο κόσμο καθώς υπολογίζεται ότι παρουσιάζονται τουλάχιστον στο 20% του μαθητικού πληθυσμού.

Οι μαθησιακές δυσκολίες σε αγόρια και κορίτσια είναι αναλογικά 4:1. Επίσης, οι μαθησιακές δυσκολίες διαγιγνώσκονται καλύτερα στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια.

Υποστηρίζεται ότι οι μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζονται περισσότερο στα παιδιά των πόλεων απ' ό,τι σε αυτά των αγροτικών περιοχών.

Η συχνότητα των αναπτυξιακών διαταραχών του λόγου είναι δύσκολο να καθοριστεί και ποικίλλει ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιείται. Μελέτες στο γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι το 4% των παιδιών ηλικία 3 ετών παρουσιάζουν καθυστέρηση στο λόγο. (Σούλης., 2007)

Η αναπτυξιακή διαταραχή στην έκφραση του λόγου είναι σπανιότερη (5-6 στα 1000 παιδιά) και ακόμη πιο σπάνια είναι η σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη του λόγου (1 στα 10.000 παιδιά).

Στις κλινικές παραπομπές για προβλήματα λόγου φαίνεται ότι πιο συχνά παρουσιάζονται οι διαταραχές στην άρθρωση σε ποσοστό 80%.

Οι διαταραχές λόγου παρουσιάζονται συχνότερα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια (αναλογία 2:1) και συχνά αναφέρονται παρόμοια προβλήματα στο οικογενειακό ιστορικό.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με το μέγεθος της οικογένεια, το κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο, την παρουσία μαθησιακών διαταραχών, συναισθηματικών διαταραχών ή διαταραχών συμπεριφοράς. (Σούλης., 2007)

Η κινητική αδεξιότητα παρατηρείται σε ποσοστό περίπου μέχρι 2% του συνολικού πληθυσμού με μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια.

Υπολογίζεται ότι υπάρχει διαταραχή των κινητικών δεξιοτήτων στο 6% στα παιδιά 6- 7 ετών και η αναγνώριση της διαταραχής αυτής γίνεται συνήθως όταν το παιδί αρχίζει να τρέχει, να κουμπώνει τα ρούχα του, να παίζει μπάλα ή να χειρίζεται μαχαίρι και πιρούνι.

1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η μαθησιακή δυνατότητα του παιδιού εξαρτάται από:

- Τις ιδιοσυστασιακές του ικανότητες
- Το κίνητρο για μάθηση
- Την ασυνείδητη φαντασιωτική του λειτουργία
- Την ικανότητά του για συναισθηματική επένδυση και οριοθέτηση στόχων και επιδιώξεων που σχετίζονται με τη μάθηση
- Την εξοικείωσή του με την ομιλούμενη γλώσσα του σχολείου

- Το βαθμό που τα επιτεύγματά του στη μαθησιακή διαδικασία ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των γονέων, του σχολείου και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.

Στατιστικά οι περιβαλλοντικοί και οι συναισθηματικοί παράγοντες ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών που παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες.

Σημαντικά ευρήματα έχουμε και από τις ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες. Τα αποτελέσματα που έχουν συγκεντρωθεί μέχρι σήμερα πείθουν ότι υπάρχουν ποιοτικές διαφορές στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες σε σύγκριση με τα φυσιολογικά. Οι διαφορές είναι μεγαλύτερες στη δραστηριότητα του αριστερού ημισφαιρίου στη βρεγματική, στη μέση κροταφική και στην πλάγια μετωπιαία φλοιώδη περιοχή, ενώ καταδεικνύεται σχετική μείωση της μετωπιαίας δραστηριότητας, που φυσιολογικά παρατηρείται κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων που απαιτούν προσοχή. (Σούλης., 2007)

Κατά τον Bradley οι μαθησιακές δυσκολίες χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

A: στις εξωγενείς

B: στις ενδογενείς

Γ: στις μεικτές

A: Εξωγενείς Αιτίες

- Σημαντικές ασθένειες και λόγω αυτών των ασθενειών απουσία από το σχολείο για μεγάλα χρονικά διαστήματα.
- Συναισθηματικές αποκλίσεις
- Φόβοι

Οι φόβοι και οι ανησυχίες μπορεί να δημιουργηθούν στο παιδί από ασταθείς οικογενειακές σχέσεις, συζυγικές και οικονομικές δυσκολίες, θάνατο συγγενούς προσώπου.

- Άσχημα κίνητρα μαθήσεως

Δημιουργούνται όταν το παιδί αντιστέκεται ενεργητικά ή παθητικά απέναντι στην αυθεντία, όταν η μητέρα είναι υπερπροστατευτική απέναντι του, όταν κατέχεται από μελαγχολία ή κατάθλιψη.

- Επιδράσεις συνομηλίκων

Πολλές φορές δημιουργούνται συγκρούσεις με συνομηλίκους οι οποίοι έχουν πρόβλημα προσαρμογής.

B: Ενδογενείς Αιτίες

1. Γενετικοί παράγοντες: Εδώ υπάγονται οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες.
2. Ανωμαλίες κατά τη γέννηση του παιδιού: Εγκεφαλοπάθειες, άσχημο ενδομήτριο κλίμα, ανοξαιμία, λοιμώδεις ασθένειες.
3. Σύνδρομο εγκεφαλικής δυσλειτουργίας

Γ: Μεικτοί Παράγοντες

Στους μεικτούς παράγοντες υπάγονται οι νευρολογικές δυσλειτουργίες σε συνδυασμό με συναισθηματικές ανωμαλίες και άσχημες περιβαλλοντικές συνθήκες (χαμηλό κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο, μικρή και ακατάλληλη κατοικία, κακή διατροφή, αδιαφορία γονέων, συγκρούσεις). (Σούλης., 2007)

1.6 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΟΓΟΥ

Η αιτιολογία των διαταραχών του λόγου είναι πολυπαραγοντική, με συμμετοχή ιδιοσυστασιακών παραγόντων, κληρονομικής επιβάρυνσης, αντίξοων περιγεννητικών συνθηκών καθυστέρησης της νευρολογικής ωρίμανσης.

Οι ανωτέρω συνθήκες συχνά επιβαρύνονται από φτωχά λεκτικά και κοινωνικά ερεθίσματα.

Τα αίτια των διαταραχών λόγου χωρίζονται επίσης σε: α) Οργανικά αίτια όπως π.χ. βλάβη στα εγκεφαλικά κέντρα ή στο λοιπό νευρικό σύστημα, βλάβη στα αισθητήρια και τα φωνητικά όργανα, β) Ψυχολογικά αίτια όπως πιεσμένη

δεξιοχειρία, αδιάγνωστη ελαφρά νοητική ανεπάρκεια, πρόωμη είσοδος του παιδιού στο σχολείο.(Στάθης, 2001)

Μελέτες που έχουν γίνει σ' αυτό το θέμα έδειξαν ότι στα αίτια των διαταραχών του λόγου υπάγονται τα παρακάτω.

- Η εκ γενετής ή επίκτητη ελαττωματικότητα του γλωσσικού κέντρου
- Εγγενείς εγκεφαλικές βλάβες ή δυσλειτουργίες
- Βλάβες των γλωσσικών οργάνων
- Ψυχοσυναισθηματικά αίτια, όπως η κινητική και αισθητηριακή επιβράδυνση - λειτουργικές διαταραχές
- Διαταραχές του λόγου και της ομιλίας ψυχοκοινωνικής αιτιολογίας όπως: περιορισμένο και φτωχό γλωσσολογικό περιβάλλον

1.7 ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Ύστερα από έρευνες διαπιστώθηκε ότι η αιτιολογία της διαταραχής είναι ουσιαστικά άγνωστη. (Στάθης, 2001)

Πολλοί βιολογικοί παράγοντες π.χ. περιγεννητικοί, νευροανατομικές και νευροχημικές ανωμαλίες ενοχοποιούνται ως προδιαθεσικές πολυπαραγοντικές αιτιολογικές υποθέσεις.

Αυτές οι διαταραχές δεν μπορούν να αποδοθούν σε γενική νοητική καθυστέρηση, σε νευρολογική διαταραχή ή σε ατέλειες της όρασης και της ακοής.

Φαίνεται ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο. Συνδέονται επίσης με:

- Καθυστέρηση στην ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου
- Περιγεννητικά προβλήματα
- Μικρό βάρος γέννησης
- Προωρότητα

1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.8.1. Διάγνωση Διαταραχών Μάθησης

Η διάγνωση των διαταραχών αυτών βασίζεται στη χορήγηση ατομικά στο παιδί σταθμισμένων δοκιμασιών που μετρούν την ικανότητα για ανάγνωση, για μαθηματικά ή για γραπτή έκφραση. Για να μπει η διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής θα πρέπει να υπάρχει μια μείωση της επίδοσης του παιδιού δύο σταθερών αποκλίσεων ή περισσότερο κάτω από το δείκτη νοημοσύνης του. (Στάθης, 2001)

Αν υπάρχει κάποιο αισθητηριακό έλλειμμα, η διάγνωση της διαταραχής της μάθησης πάλι μπορεί να μπει, εφόσον οι μαθησιακές δυσκολίες που συνεπάγεται είναι μεγαλύτερες από αυτές που δικαιολογούνται από το έλλειμμα στις γνωστικές διεργασίες, κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποια ψυχική διαταραχή.

Όπως είναι αναμενόμενο, οι διαταραχές αυτές αν δεν διαγνωστούν και θεραπευτούν έγκαιρα οδηγούν σε απώλεια του ηθικού του παιδιού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχές στις κοινωνικές του δεξιότητες και ακόμη σε εγκατάλειψη του σχολείου ή σε κοινωνικές και επαγγελματικές δυσκολίες αργότερα (Zafeiriou et al, 2007).

1.8.2. Διάγνωση των Διαταραχών του Λόγου

Η διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης μπορεί να είναι αναπτυξιακού ή επίκτητου τύπου. Στου αναπτυξιακού ή επίκτητου τύπου. Στον αναπτυξιακό τύπο, δεν υπάρχει αναγνωρίσιμη νευρολογική αιτία. Στον επίκτητο τύπο, το πρόβλημα της γλωσσικής έκφρασης παρουσιάζεται ύστερα από μια περίοδο φυσιολογικής ανάπτυξης, εξαιτίας μιας νευρολογικής φύσης διαταραχής, π.χ. εγκεφαλίτιδα, τραύμα κεφαλής, ακτινοβολία. (Στάθης, 2001)

Σημειώνουμε ότι τα παιδιά με διαταραχή λόγου η κατανόηση της γλώσσας παραμένει ανέπαφη.

Η διαταραχή του λόγου μπορεί να συνυπάρχει με φωνολογική διαταραχή, με διαταραχές της μάθησης, με αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού με ενούρηση, με διαταραχή ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητας (Zafeiriou et al, 2007).

1.8.3 Διάγνωση των Κινητικών Δεξιοτήτων

Η διάγνωση της κινητικής δεξιότητας είναι ένα σύνθετο πρόβλημα του οποίου η σπουδαιότητα και αξία έγκειται στην όσο το δυνατόν εγκαίριότερη παρέμβαση. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία της κινητικής δεξιότητας, ένα πρόγραμμα έγκαιρης εντόπισης, αξιολόγησης και παρέμβασης χρήζει μιας θεωρητικής βάσης που να προσεγγίζει το σύστημα συστηματικά, εξετάζοντας όλους τους παράγοντες που συμβάλλουν και ορίζουν την καθεμιά περίπτωση.

A. Προκειμένου να διαγνώσουμε καταρχήν σε ένα παιδί την έλλειψη συντονισμού των κινήσεων, καλό είναι να παρατηρήσουμε τη γραφή του. "Θα υποψιαστούμε" ότι κάτι συμβαίνει εφόσον η γραφή του παιδιού είναι ασυνήθιστα αρυθμική και ανεξέλεγκτη, δυσανάγνωστη και μη αρμονική, αδέξια ή χονδροειδής. Υπάρχουν οκτώ παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν "υποψία" για επερχόμενη εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών και ο πρώτος από αυτούς είναι η κινητική αδεξιότητα. Παράγοντες υποψίας είναι οι περιπτώσεις "απόκλισης" που όταν εμφανιστούν έντονα στο μαθητή σηματοδοτούν ενδεχομένως επερχόμενες μαθησιακές δυσκολίες, οι οποίες εάν εντοπιστούν από την πρώτη τάξη, θα εντοπιστούν πιο εύκολα με θετική συνέπεια να αποφευχθούν δυσάρεστες καταστάσεις, α. Δυσκολίες στην κίνηση β. Δυσκολίες στη γλωσσική ανάπτυξη γ. Αριστεροχειρία δ. Δυσκολίες στην οπτική αντίληψη ε. Δυσκολίες στη συγκέντρωση στ. Υπερκινητικότητα, ζ. Δυσκολίες στα αισθητήρια όργανα (ακοή, όραση κλπ) η. Κοινωνικο - συναισθηματικές δυσκολίες.(Στάθης, 2001)

B. Μια μέθοδος διάγνωσης εκτός από τη γραφή είναι και το περπάτημα. Τα παιδιά με κινητική αδεξιότητα συνήθως περπατούν γρήγορα και γυρισμένα προς τα εμπρός, τρέχουν, σκοντάφτουν, περπατούν ακατάστατα, χωρίς να συντονίζουν - κατά τη διασταύρωση - στο βάδισμα το δεξί χέρι με το αριστερό πόδι. Αυτό συμβαίνει διότι δεν μπορούν να ισορροπήσουν και, όπως ο ποδηλάτης εάν δεν τρέξει, θα πέσει, έτσι και τα παιδιά αυτά με δυσκολίες στις αδρές κινήσεις, όπως είναι το βάδισμα, θα πέσουν αν δεν τρέξουν.

Γ. Πιο χαρακτηριστική είναι η δυσκολία στις λεπτές κινήσεις, στη ζωγραφική, στο γράψιμο και στο κόψιμο με το ψαλίδι. Τα παιδιά με κινητική αδεξιότητα δεν μπορούν να κόψουν ένα χαρτί με χαραγμένη ευθεία γραμμή και αρχίζουν συνέχεια

από την αρχή. Επίσης, τα γράμματά τους κάθε φορά διαφέρουν. Αυτό είναι σαφής ένδειξη ότι δεν αυτοματοποίησαν ακόμη τη γραφή.

Δ. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό των παιδιών αυτών είναι ότι γράφουν "σφιχτά" και πατούν με τόση δύναμη το μολύβι τους στο τετράδιο, ώστε η λέξη να διαβάζεται ακόμα και μετά από τρία ή τέσσερα φύλλα. Δυσκολεύονται αφάνταστα στην πλάγια γραφή. (Στάθης, 2001)

1.9. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.9.1. Διαφορική διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών

Η διαφορική διάγνωση κατ' αρχήν θα λάβει υπόψη της τις φυσιολογικές διακυμάνσεις στη σχολική επίδοση όπως και την έλλειψη ευκαιριών, την ανεπαρκή διδασκαλία ή πολιτισμικούς παράγοντες.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει επίσης από αισθητηριακά ελλείμματα όποιες βλάβες της όρασης και της ακοής από τη διανοητική καθυστέρηση, με βάση τη γενική έκπτωση της διανοητικής λειτουργίας που υπάρχει σ' αυτήν, από βαριές εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης και διαταραχές της μάθησης θα μπει εφόσον η συγκεκριμένη επίδοση είναι σημαντικά κατώτερη από την αναμενόμενη διαταραχή.

Οι μαθησιακές δυσκολίες πρέπει να διακρίνονται από τις φυσιολογικές παραλλαγές της ακαδημαϊκής επίδοσης και τις σχολικές δυσκολίες που οφείλονται στην απουσία επαρκούς εκπαίδευσης (Levy et al; 2009).

Παιδιά με πρωτογενείς συναισθηματικές διαταραχές συχνά έχουν δυσκολίες στο σχολείο εξαιτίας ανεπαρκούς κινήτρου, εμπλοκής της ψυχικής τους ενέργειας στην ενασχόληση με το πρόβλημά τους ή άγχους. Παιδιά με σοβαρή κατάθλιψη, μεθοριακή διαταραχή, σχολική φοβία έχουν συχνά κακή σχολική απόδοση. Παρόλα αυτά, τα παιδιά με πρωτογενείς συναισθηματικές διαταραχές διαφέρουν χαρακτηριστικά ως προς το μαθησιακό τους προφίλ από εκείνα με ειδική αναπτυξιακή διαταραχή. Ειδικότερα εάν διαπιστωθεί βαθμιαία μείωση της σχολικής απόδοσης που εμφανίστηκε μαζί ή αργότερα από τη συναισθηματική διαταραχή, τότε η διάγνωση πρέπει να απομακρυνθεί από τις ειδικές μαθησιακές διαταραχές και οι

υπάρχουσες μαθησιακές δυσκολίες να συσχετιστούν με την υποκειμενική συναισθηματική διαταραχή.

1.9.2. Διαφορική διάγνωση διαταραχών λόγου

Η διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης διαφέρει διαγνωστικά από τη μεικτή διαταραχή της γλωσσικής αντίληψης - έκφρασης από το ότι δεν υπάρχει στην πρώτη σημαντική βλάβη στη γλωσσική αντίληψη. Και οι 'δύο αυτές διαταραχές της επικοινωνίας διαφοροποιούνται από την Αυτιστική διαταραχή, με βάση τη χαρακτηριστική στερεότυπη χρήση της γλώσσας, την ποιοτική βλάβη της κοινωνικής διαντίδρασης και τις στερεότυπες συμπεριφορές που υπάρχουν σε αυτήν (Zafeiriou et al, 2007) .

Η διαφορική διάγνωση τόσο της γλωσσικής έκφρασης όσο και της μεικτής διαταραχής της γλωσσικής-αντίληψης έκφρασης θα γίνει ακόμα: από Διανοητική καθυστέρησης, βλάβη της ακοής ή άλλο αισθητήριο έλλειμμα της ομιλίας ή σοβαρή περιβαλλοντική αποστέρηση, από επιλεκτική βωβότητα και από επίκτητη αφασία με βάση ότι αυτή είναι συνήθως παροδική.

Διαφορική διάγνωση θα γίνει επίσης από τη διαταραχή της γραπτής έκφρασης με βάση το ότι σε αυτήν υπάρχει πρόβλημα στις δεξιότητες γραφής.

Για να τεθεί διάγνωση των αναπτυξιακών διαταραχών του λόγου, θα πρέπει η κατάσταση αυτή να διαφοροποιηθεί σαφώς από τις φυσιολογικές παραλλαγές της ανάπτυξης. Η κατάκτηση των γλωσσικών δεξιοτήτων ποικίλει χρονολογικά από παιδί σε παιδί και πολλά παιδιά που παρουσιάζουν μικρή καθυστέρηση στο λόγο εξελίσσονται απολύτως φυσιολογικά.

Για τη διαφορική διάγνωση χρησιμοποιούνται στατιστικά δεδομένα και η καθυστέρηση της γλωσσικής ανάπτυξης που υπερβαίνει τα όρια δύο σταθερών αποκλίσεων θεωρείται μη φυσιολογική. (Στάθης, 2001)

Πρέπει επίσης να διαφοροποιηθεί από μια δευτεροπαθή διαταραχή που οφείλεται σε βαριά κώφωση ή εγκεφαλική παράλυση ή ανατομική ανωμαλία.

Η καθυστέρηση λόγου που παρατηρείται στα παιδιά προβληματικών οικογενειών λόγω σαφούς στέρησης ερεθισμάτων, δεν θεωρείται αναπτυξιακή διαταραχή.

Καταστάσεις όπου ο λόγος είναι σαφώς διαταραγμένος ή δεν υπάρχει καθόλου αν ληφθεί υπόψη η γενική κλινική τους εικόνα είναι σχετικά εύκολο να διαφοροποιηθούν από τις αναπτυξιακές διαταραχές.

1.9.3. Διαφορική διάγνωση διαταραχών κινητικών δεξιοτήτων

Η διαφορική διάγνωση κατ' αρχήν θα γίνει από νευρολογικές διαταραχές και από τη Διανοητική καθυστέρηση.

Η διάγνωση αυτή δεν μπαίνει αν πληρούνται τα κριτήρια για Βαριά Εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης. Η διαφορική διάγνωση από τη διαταραχή ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητας όπου το παιδί μπορεί να σκοντάφτει ή να πέφτει θα βασιστεί στο ότι αυτή η συμπεριφορά οφείλεται σε διάσπαση της προσοχής και σε παρορμητικότητα κι όχι σε κινητική βλάβη, μπορεί όμως να μουν και οι δύο διαγνώσεις, αν πληρούνται τα κριτήριά τους. (Στάθης, 2001)

Η βαθμολογία που επιτυγχάνεται με σταθμισμένες ατομικά χορηγούμενες μετρήσεις της ανάπτυξης της γλωσσικής έκφρασης είναι ουσιωδώς κάτω από αυτήν που επιτυγχάνεται με σταθμισμένες μετρήσεις τόσο της μη λεκτικής διανοητικής ικανότητας όσο και της ανάπτυξης της αντιληπτικής ικανότητας. Η διαταραχή μπορεί να εκδηλώνεται κλινικά με συμπτώματα που περιλαμβάνουν το να έχει το άτομο έντονα περιορισμένο λεξιλόγιο, να κάνει λάθη στους χρόνους ή στο να παράγει προτάσεις με αναπτυξιακά κατάλληλο μήκος (Elder, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ESSENCE

2.1. ESSENCE

Το ESSENCE είναι ένα αρκτικόλεξο που αφορά πρόωρα συμπτωματικά σύνδρομα που προκύπτουν από νευροαναπτυξιακές κλινικές εξετάσεις. Επινοήθηκε από τον Christopher Gillberg το 2010. Η συγκεκριμένη μέθοδος έχει λάβει διαδεδομένη προσοχή σε όλο τον κόσμο, και πολλές μελέτες έχουν ξεκινήσει τώρα υπό αυτό το πρίσμα να μελετούν τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές βάση του μοντέλου ESSENCE. Το μοντέλο αυτό αναφέρεται σε όλη την ομάδα από νευροαναπτυξιακές/νευροψυχιατρικές διαταραχές που παρουσιάζουν συμπτώματα αλλοίωσης στην πρώιμη παιδική ηλικία και το οποίο περιλαμβάνει τις παρακάτω διαταραχές

- ✚ ελλειμματική προσοχή / υπερκινητικότητα – ΔΕΠΥ (ADHD)
- ✚ Αυτισμός (ASD)
- ✚ Αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού / αναπτυξιακή δυσπραξία (DCD)
- ✚ Πνευματικές και Αναπτυξιακές διαταραχές (IDD)
- ✚ Ειδική γλωσσική διαταραχή (SLI)
- ✚ Σύνδρομο Τουρέτ,
- ✚ Η πρώιμη διπολική διαταραχή
- ✚ Φαινοτυπικά Σύνδρομα Συμπεριφοράς
- ✚ και μια ποικιλία από νευρολογικές και άλλες διαταραχές που παρουσιάζουν σημαντικά γνωστικά / συμπεριφορικά προβλήματα σε νεαρή ηλικία.

Αυτές οι διαταραχές είναι συνήθως «αλληλένδετες» η μία με την άλλη και μπορεί να είναι δύσκολο να τις διαχωρίσουμε κατά τα αρχικά στάδια διάγνωσης. Οι περισσότερες από αυτές μοιράζονται γονίδια και εξελίσσονται με κοινούς περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, και έχουν συχνά όμοια κλινικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα της μιας διαταραχής μπορεί να συμπίπτουν με εκείνα μιας άλλης διαταραχής που βρίσκονται στο ίδιο γκρουπ και τα διαγνωστικά κριτήρια μπορεί να

πληρούνται για μία ή δύο από αυτές σε μια ηλικία και για τρεις ή τέσσερις από αυτές σε μια άλλη.

Το ESSENCE δεν αποτελεί διάγνωση από μόνο του, και το εννοιολογικό πλαίσιο γύρω από αυτό δεν είναι πραγματικά νέο, αλλά αντιπροσωπεύει ένα βοήθημα το οποίο προειδοποιεί τους κλινικούς ιατρούς και ερευνητές για την ανάγκη να γνωρίζουν την τεράστια ποικιλία των προβλημάτων που συνεχώς εκδηλώνονται σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες με κάθε είδους πρόωρη έναρξη νευροαναπτυξιακής διαταραχής.

Ακριβής διάγνωση αποτελεί σημαντικό παράγοντα και ειδικά με την χρήση του «ESSENCE», αλλά η διάγνωση από ένα μόνο είδος προβλήματος είναι πιθανό να είναι ανακριβής και η διαγνωστική αξιολόγηση να κριθεί απαραίτητη εκ νέου μετά από κάποιο χρονικό διάστημα για την πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Το ESSENCE επηρεάζει περίπου το 10% των ατόμων και είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας το οποίο έχει πολύ μεγάλο αντίκτυπο. Υπάρχουν εξαιρετικές ευκαιρίες παρέμβασης για τις περισσότερες από τις προαναφερθείσες διαταραχές και το αποτέλεσμα μπορεί να αποβεί θετικό για τις περισσότερες από αυτές. Η πρόωμη διάγνωση είναι απαραίτητη, αλλά δεν είναι ποτέ πάρα πολύ αργά για να κάνει τη διαφορά, ακόμα και όταν η διάγνωση καθυστερήσει.

Η λογική του ESSENCE είναι αντίθετη με ότι έχει καθιερωθεί μέχρι σήμερα. Δεν εστιάζει μόνο στα πολύ βαριά περιστατικά και δεν αφορά υψηλού επιπέδου εξειδικευμένες υπηρεσίες μόνο. Εστιάζει σε όλες τις ηλικιακές ομάδες που το έχουν ανάγκη.

http://www.einstein.yu.edu/uploadedFiles/departments/neurology/Divisions/Child_Neurology/Child_Neurology_References/Develop_Disorders/Gillberg%20Essence%20approach%20to%20neurodev%20disorders%202010.pdf

2.2. ΑΥΤΙΣΜΟΣ

2.2.1. Έννοια του αυτισμού

Ο αυτισμός θεωρείται πρωταρχικά μια νευροβιολογική, συναισθηματική, αντιληπτική, γλωσσική, γνωστική και επικοινωνιακή διαταραχή. Ενώ αρχικά ο αυτισμός αποδίδονταν στην αποστασιοποιημένη από το παιδί κηδεμονία, βιολογικά πρότυπα αιτιών έχουν πλέον γίνει ευρέως αποδεκτά και αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο το ότι μπορεί να εμπλέκονται πολλές και διαφορετικές αιτίες στο φαινόμενο του αυτισμού. Ο αυτισμός μπορεί καλύτερα να περιγραφεί σαν ένα σύνθετο σύνολο υποσυνδρόμων που μοιράζονται μία συμπτωματολογία σοβαρών προβλημάτων σε κοινωνικές σχέσεις και παρόμοιες αναπτυξιακές ασυγχρονίες (Grandin & Scariano, 1995).



Τη σημερινή εποχή, η επεκτεινόμενη γνώση της πρώιμης κοινωνικής, επικοινωνιακής και γνωστικής ανάπτυξης και η διασύνδεσή της με συναισθηματικές δυνάμεις, βοηθούν να κατανοηθούν τα ασυνήθιστα αναπτυξιακά προφίλ που συνδέονται με το σύνδρομο του αυτισμού. Ενώ διαφορετικά είδη κριτηρίων έχουν χρησιμοποιηθεί για τον καθορισμό του αυτισμού, οι τρόποι με τους οποίους καθορίζονται στην εποχή μας ο παιδικός αυτισμός και οι ανάλογες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι σε μεγάλο βαθμό σύμφωνοι με τις πρώιμες περιγραφές του αυτισμού, όπως διατυπώθηκαν από τον Kanner (1943). Ο πρόσφατος καθορισμός δεν περιέχει μόνο μία σειρά από φαινομενικά επίκτητες ανωμαλίες συμπεριφοράς, αλλά συγχρόνως παρουσιάζει ένα συνεκτικό σύνολο συμπεριφορών που πηγάζουν από έλλειψη αμοιβαίας αλληλεπίδρασης και ανάλογης επίκτητης δραστηριότητας (American Occupation Therapy Association, 2002).

Σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Revision και την δέκατη έκδοση της Διεθνούς κατάταξης των ασθενειών (International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) το φάσμα των διαταραχών του αυτισμού χαρακτηρίζεται από διαταραχές σε τρεις

βασικούς τομείς συμπεριφοράς: στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, στην επικοινωνία (γλώσσα) και στις συμπεριφορές/ δραστηριότητες/ ενδιαφέροντα (Π.Ο.Υ. 1993; Μάνος, 1997).

Σήμερα, η έννοια του αυτισμού συμπεριλαμβάνει τον «κλασσικό αυτισμό» του Kanner που προσδιορίζεται ως αυτισμός ή αυτιστική διαταραχή και κατατάσσεται σε ένα σύνολο διαταραχών που καλείται φάσμα των διαταραχών του αυτισμού (Kidd, 2002). Το φάσμα των διαταραχών του αυτισμού περιλαμβάνει πέντε τύπους διαταραχής: την αυτιστική διαταραχή ή κλασσικός αυτισμός ή παιδικός αυτισμός ή αυτισμός του Kanner, το σύνδρομο Asperger, την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, την διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενης αιτιολογίας και το σύνδρομο Rett (American Psychiatric Association, 2000, Stampoltzis et al; 2012, Μάνος, 1997).

Υπάρχει μια πεποίθηση ότι ο αυτισμός είναι μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας, όμως στην πραγματικότητα, αν και ο αυτισμός παρατηρείται, αρχικά, στην παιδική ηλικία και είναι μια διαταραχή της ανάπτυξης. Ο αυτισμός δεν θεωρείται μια στατική κατάσταση. Πρόκειται για μια διαταραχή που επενεργεί σε όλη τη νοητική ανάπτυξη, τα συμπτώματα θα εμφανίζονται, πολύ διαφορετικά σε διαφορετικές ηλικίες, κάποια χαρακτηριστικά θα καταστούν εμφανή αργότερα και άλλα θα εξαφανιστούν με τον καιρό. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν τεράστιες αλλαγές καθώς ο αυτισμός ως σύνθετη νευροβιολογική διαταραχή διαρκεί καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου (Frith, 1996).

2.2.2. Αιτιολογία αυτισμού

Η σαφής αιτιολογία του αυτισμού μέχρι σήμερα δεν έχει διευκρινιστεί, παρά ταύτα η πολυπαραγοντική αιτιολογία του φάσματος του αυτισμού έχει αναγνωριστεί από πλήθος ερευνητών (Currenti, 2010). Έτσι έχουν καθοριστεί ως αιτιολογικοί παράγοντες γενετικοί που μέχρι σήμερα ερμηνεύουν το 10 - 15% των διαταραχών, τοξικοί περιβαλλοντικοί, επιγενετικοί, γονιδιακοί και νευρολογικοί (Levy et al; 2009, Μάνος, 1997). Ειδικότερα:

1) Γενετικοί παράγοντες. Οι γενετικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την κληρονομικότητα και τη γενετική συνεισφορά καθώς σε έρευνες σε δίδυμους

παρουσιάστηκε συχνότητα εμφάνισης 60% σε μονοζυγωτικούς και 5% σε διζυγωτικούς δίδυμους. Σπάνια είναι η γέννηση ενός δεύτερου αυτιστικού παιδιού στην οικογένεια (Landrigan, 2010; Μάνος, 1997; Νιτσοπούλου, 1986).

2) Γονιδιακοί παράγοντες. Έχουν ανιχνευτεί 3 έως 12 αλληλόμορφα γονίδια ενώ σε ποσοστό 10% των περιπτώσεων ο αυτισμός συνυπάρχει με την οζώδη σκλήρυνση, το σύνδρομο Down, τη νευροϊνωμάτωση τύπου I. Επιπλέον, έρευνα έχει πραγματοποιηθεί και ανέδειξε συνύπαρξη του αυτισμού με το εύθραυστο X χρωμόσωμα σε ποσοστό 23% (Zafeiriou et al, 2007).

3) Προγεννητικοί περιγεννητικοί παράγοντες. Δεν είναι πολλές οι έρευνες για προγεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες αλλά έχει διατυπωθεί πως η έκθεση εμβρύων στην ενδομήτριο ζωή σε λοιμώξεις και τοξικές ουσίες, η κακή κατάσταση της υγείας της εγκύου, ο υποθυρεοειδισμός της εγκύου, η χρήση αντιεπιληπτικών και αντικαταθλιπτικών, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η κατανάλωση αλκοόλ, η μόλυνση από το μεγαλοκυτταροϊό και ιό της ερυθράς στην κύηση, η ευαισθησία στην έκθεση σε υδράργυρο (συντηρητικό εμβολίων) αλλά και η εγκεφαλοπάθεια στα νεογνά, το βάρος γέννησης και η διάρκεια κύησης.

4) Νευροορμονικοί παράγοντες. Νευροορμονικές μεταβολές έχουν αναφερθεί με κυριότερες τη διαταραχή της σεροτονίνης στην προσχολική ηλικία. Επίσης, η παρεγκεφαλίδα διαθέτει ελαττωμένο αριθμό κυττάρων Purkinje και ο ιππόκαμπος αυξημένο αριθμό νευρώνων με μικρό μέγεθος και φτωχές δενδριτικές απολήξεις.

5) Παράγοντες του γαστρεντερικού συστήματος όπως αλλεργίες και δυσανεξίες σε τρόφιμα, διαιτητικές ανεπάρκειες και χαμηλό επίπεδο καρνιτίνης μαγνησίου, ψευδαργύρου, σεληνίου, λιποδιαλυτών βιταμινών και βιταμινών Β και ω3 λιπαρών οξέων. (Glasson et al, 2004; Μάνος, 1997)

2.2.3. Μορφές αυτισμού

Οι μορφές του αυτισμού ή διαφορετικά το φάσμα των διαταραχών του αυτισμού περιλαμβάνει τύπους διαταραχής που καθορίζονται από το ICD-10 και το DSM-IV. Η ένταξη ενός παιδιού σε κάποιον από τους παραπάνω τύπους αυτισμού βασίζεται στον αριθμό και την κατανομή των παρατηρούμενων συμπεριφορών σε καθένα από τους

τομείς που περιγράφηκαν παραπάνω καθώς και στην ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων. Ειδικότερα:

- 1) Αυτιστική διαταραχή ή κλασσικός αυτισμός ή παιδικός αυτισμός ή αυτισμός του Kanner ή βρεφονηπιακός αυτισμός. Εδώ ο αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη η καθυστερημένη ανάπτυξη της επικοινωνίας και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων καθώς και μειωμένο εύρος δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων. Ο αυτισμός της παιδικής ηλικίας, εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 3 ετών. Η συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζεται κυρίως στα αγόρια τρεις έως τέσσερις φορές περισσότερο, σε σχέση με τα κορίτσια.
- 2) Το σύνδρομο Asperger. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από σοβαρή και συνεχή καθυστέρηση στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και εκδήλωση επαναλαμβανόμενων μοτίβων συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, χωρίς να χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαίνουσα καθυστέρηση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοβοηθείας, γνωσιακή ανάπτυξη, εκδήλωση περιέργειας για το περιβάλλον, ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον και ομιλία. Το σύνδρομο, προσβάλλει κυρίως τα αγόρια, που εμφανίζουν ένα σύνολο χαρακτηριστικών και η διαταραχή ποικίλει από ελαφριά έως πολύ σοβαρή. Στα παιδιά με σύνδρομο Asperger εμφανίζονται σοβαρές κοινωνικές μειονεξίες που τους καθιστούν μη ικανούς να χειριστούν διαφοροποιήσεις στο περιβάλλον τους καθώς επιλέγουν τη μονότονη καθημερινότητα.
- 3) Σύνδρομο Heller ή αποδιοργανωτική διαταραχή παιδικής ηλικίας ή βρεφονηπιακή άνοια ή αποδιοργανωτική ψύχωση. Το σύνδρομο Heller χαρακτηρίζεται από φυσιολογική αρχική ανάπτυξη ενώ ακολουθείται από απώλεια επίκτητων δεξιοτήτων σχετικών με την ομιλία, την ικανότητα προσαρμογής, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τη συγκράτηση των ούρων, το παιχνίδι και την κινητικότητα μεταξύ των ηλικιών 2 έως 10. Πιο συγκεκριμένα, το παιδί εμφανίζει διαταραχές σε κοινωνικό, επικοινωνιακό και συμπεριφοριστικό επίπεδο που παρουσιάζονται και στον κλασσικό αυτισμό. Σε αρχικό στάδιο το παιδί παρουσιάζεται ανήσυχο ενώ στη πορεία εμφανίζει σοβαρές δυσκολίες στην προφορική έκφραση του λόγου με παράλληλη ακολουθία την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.

- 4) Άτυπος αυτισμός ή διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενης αιτιολογίας. Ο άτυπος αυτισμός παρουσιάζει μια καθυστέρηση στην ηλικία έναρξης και καθίσταται για πρώτη φορά ευδιάκριτος μόνο μετά την ηλικία των 3 ετών σε σχέση με τους άλλους τύπους και συμπεριλαμβάνει τα διακριτικά χαρακτηριστικά του αυτισμού, όπως για παράδειγμα η σοβαρή καθυστέρηση της ανάπτυξης των δεξιοτήτων της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, χωρίς όμως να πληροί τα αντικειμενικά κριτήρια ένταξης σε κάποιον από τους άλλους τύπους αυτισμού.
- 5) Σύνδρομο Rett. Το σύνδρομο είναι μια γενετική διαταραχή που προκαλείται από την μετάλλαξη στο χρωμόσωμα X και παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο στα κορίτσια. Ουσιαστικά, επιδρά στη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου μετά την γέννηση και ενώ η ανάπτυξη του παιδιού παρουσιάζεται ως φυσιολογική αρχικά στη συνέχεια διακρίνεται η έλλειψη των επίκτητων δεξιοτήτων κίνησης, η μείωση του ενδιαφέροντος για το κοινωνικό περιβάλλον, η καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ομιλίας και η βαριά ψυχοκινητική καθυστέρηση (Π.Ο.Υ., 1993; American Psychiatric Association, 2000; Jonsdottir, et al, 2011; Stampoltzis et al, 2012; Μάνος, 1997).

2.2.4. Χαρακτηριστικά αυτισμού

Τα βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού μπορούν να κωδικοποιηθούν ως ελλείμματα στους διάφορους τομείς ανάπτυξης. Δηλαδή, συγκεκριμένες μειονεξίες σε παιδιά με αυτισμό παρουσιάζονται στην κοινωνικοσυναισθηματική, γλωσσική και νοητική ανάπτυξη συνδυαζόμενες με στερεότυπες συμπεριφορές και διαδικασίες (κινήσεις, παιχνίδι, φαγητό). Εδώ χαρακτηριστικά του αυτισμού θα προσδιοριστούν με κριτήριο την ηλικία. Ειδικότερα:

Χαρακτηριστικά σε παιδιά έως 3 ετών:

1. Αδιαφορία για το περιβάλλον του
2. Αδιαφορία σε δυνατούς θορύβους
3. Αποφυγή ένδειξης αντικειμένων και ανθρώπων
4. Αποφυγή χειραψίας
5. Ανύπαρκτη ή καθυστερημένη ομιλία

6. Ασυνήθιστες κινήσεις
7. Δακτυλική βάδιση
8. Αποφυγή βλεμματικής επαφής
9. Δίνει την εντύπωση ότι άλλοτε ακούει και άλλοτε όχι
10. Ευαισθησία σε αμυδρούς ήχους
11. Μη ανταπόδοση χαμόγελου
12. Μη ανταπόκριση σε ομιλίες ανθρώπων
13. Έλλειψη αντίδρασης στο άκουσμα του ονόματός του
14. Μοναχικό, στερεότυπο παιχνίδι
15. Ομιλεί απευθύνοντας λέξεις και ύστερα σταματά ξαφνικά
16. Προσκόλληση σε ένα αντικείμενο που δεν το αποχωρίζεται
17. Τοποθέτηση αντικειμένων σε διαδοχική σειρά
18. Υπερκινητικότητα
19. Απομόνωση

Χαρακτηριστικά σε παιδιά έως 6 ετών:

1. Άκομπες κινήσεις
2. Αναίτιες συμπεριφορές (γέλιο, κλάμα, φωνές)
3. Ανταγωνιστικότητα
4. Ανταπόκριση σε οσμές
5. Απομόνωση
6. Βιαστικό ή επίμονο βλέμμα
7. Δακτυλοβάδιση
8. Διακεκομμένη μνήμη
9. Διάσπαση
10. Δυσκολία αποσαφήνισης πληροφοριών
11. Δυσκολία οργάνωσης
12. Δυσκολία σε κινητικές δυσκολίες όπως γραφή
13. Δυσκολία στη μίμηση κινήσεων
14. Δυσκολία συσχετισμού ιδεών
15. Εκδικητικότητα
16. Έλλειψη έμπνευσης
17. Έλλειψη κριτικής σκέψης

18. Έλλειψη φόβου
19. Έμφαση στην λεπτομέρεια
20. Επικοινωνιακά προβλήματα
21. Καλή μνήμη
22. Λανθασμένη στάση σώματος
23. Μαθησιακή δυσκολία
24. Μη αντίληψη κινδύνου
25. Μη έκφραση συναισθημάτων
26. Μη εστίαση προσοχής
27. Μη κατανόηση νοήματος
28. Παλινδρομικές κινήσεις
29. Παρακολουθούν τηλεόραση κι επηρεάζονται από αυτή
30. Προβληματική προσωδία
31. Προγραμματισμός καθημερινής ρουτίνας
32. Προσκόλληση σε ένα αντικείμενο
33. Συγκεκριμένη σκέψη
34. Σύγχυση στις κατευθύνσεις: αριστερά -δεξιά, μπρος - πίσω, πάνω - κάτω
35. Υπερβολική προσκόλληση στον ένα γονέα και μετά αδιαφορία
36. Φτωχά συναισθήματα
37. Φτωχό παιχνίδι (Γκονέλα, 2006; Μάνος, 1997; Στάθης, 2001).

2.2.5. Κλινική εικόνα και συνοσηρότητα αυτισμού

Η κλινική εικόνα του αυτιστικού παιδιού είναι η εξής:

1) Ανάγκη του *απαρέγκλιτου* αμετακίνητου. Το αυτιστικό παιδί επιδεικνύει ενδιαφέρον για τα υλικά αντικείμενα και καταφεύγει σε έναν εξονυχιστικό έλεγχο τους καθώς συνήθως τα περιεργάζεται, τα αγγίζει, τα μυρίζει. Παρά το γεγονός ότι παρουσιάζει κλίση προς τα αντικείμενα που μετακινούνται, επιθυμεί να διατηρεί το υλικό περιβάλλον του σταθερό και αμετακίνητο καθώς οποιαδήποτε αλλαγή στη θέση των αντικειμένων μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα απόγνωσης, απογοήτευσης και θυμού. Ακόμη, το παιδί παρουσιάζει σθεναρή αντίσταση στη διαφοροποίηση του οικιακού περιβάλλοντός του καθώς είναι δυνατό να παρατηρήσει κανείς πως το αυτιστικό παιδί επαναλαμβάνει ορισμένες διαδικασίες όπως για παράδειγμα ολόιδιες διαδρομές, θέσεις στο τραπέζι και ίδιο φαγητό (Tsai et al, 2012; Στάθης, 2001).

2) Διαταραχή στο αίσθημα του πόνου και του ύπνου. Το αυτιστικό παιδί δεν μπορεί να διαχειριστεί το αίσθημα του πόνου και δεν βιώνει την αίσθηση της θερμοκρασίας (κρύο, ζεστό). Η ανοχή στον πόνο πολλές φορές το οδηγεί σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (πχ. δάγκωμα, χτύπημα, κάψιμο). Επίσης, ο ύπνος τους είναι άστατος και παρουσιάζει μη κανονικούς κύκλους (Tsai et al, 2012; Νιτσοπούλου, 1986).

3) Αυτιστική απομόνωση. Το παιδί παρουσιάζεται απομονωμένο στον δικό του μικρόκοσμο. Η συνολική του εικόνα μαρτυρά την αίσθηση ότι δεν ακούει η δεν βλέπει τα αντικείμενα και τους ανθρώπους – ενήλικες και παιδιά γύρω του, δεν εκφράζει συναισθήματα προς αυτούς (δεν γελά), δεν δηλώνει την ικανοποίησή του και αλλά και το βλέμμα του «χάνεται στον ορίζοντα». Ακόμη, παρουσιάζει μια αρνητική στάση σε οποιαδήποτε κοινωνική επαφή και αν πιεστεί αντιδρά με ξεσπάσματα θυμού και διεγερτικές κρίσεις. Ακόμη, η απομόνωση του μπορεί να εκφραστεί από το ενδιαφέρον που επιδεικνύει σε μουσικούς ήχους.

4) Διαταραχές ομιλίας. Το αυτιστικό παιδί παρουσιάζει σημαντικές γλωσσικές διαταραχές. Σε ποσοστό ακόμη και 50% η ομιλία είναι ανύπαρκτη αλλά και ίσως να περιορίζεται φράσεις χωρίς συνοχή, σημασία και χωρίς αξία επικοινωνίας ακόμα και μέχρι την ηλικία των 5 ετών και εκφράζεται με ήχους, μουρμουρητά, επαναλαμβανόμενες λέξεις η φράσεις. Το αυτιστικό παιδί που μιλά έχει διαταραγμένο λόγο σε μονότονο, μηχανικό και στερεότυπο ήχο, χωρίς γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες, αλλά και δημιουργεί νεολογισμούς και περίεργες λέξεις. Στα μικρά παιδιά με αυτισμό η επικοινωνιακή διαχείριση του λόγου είναι παρωχημένη και ανεπαρκής.

Η ανικανότητα αποκωδικοποίησης του ακουστικού ερεθίσματος καταλήγει στην λεκτική ακουστική αγνωσία (verbal auditory agnosia) η λεκτική κώφωση (word deafness). Τα παιδιά με λεκτική ακουστική αγνωσία δεν αντιλαμβάνονται (ή λίγο) τη γλώσσα με αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν να κατακτήσουν την προφορική ικανότητα της ομιλίας. Σε περιπτώσεις ήπιου βαθμού αυτισμού το παιδί παρουσιάζει μια υποτυπώδη κατανόηση της γλώσσας αλλά είναι έκδηλη η εκφραστική διαταραχή στο λόγο (φτωχή άρθρωση, σποραδικός λόγος).

Ορισμένα αυτιστικά παιδιά που καθυστερούν να μιλήσουν, ενδέχεται να μεταβούν ταχύτατα σε συνάρτηση ομιλία που όμως ο λόγος είναι κυριολεκτικός,

επαναλαμβανόμενος και μη επικοινωνιακός, ενώ έχει παρατηρηθεί ηχολαλία η και ασταμάτητη ομιλία με δυνατή και μονότονη φωνή (Στάθης, 2001).

5) Κινητικές διαταραχές. Το αυτιστικό παιδί είναι υπερδραστήριο η αντιθέτως παρουσιάζει υποτονικότητα, απάθεια και έλλειψη ισορροπίας. Επίσης, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι σύνηθες είναι τα κινητικά προβλήματα που αφορούν τα μικρότερα παιδιά, περιλαμβάνονται η αυξημένη χαλαρότητα αρθρώσεων, υποτονικότητα, αδεξιότητα, αδυναμία κίνησης και δακτυλοβάδιση (Rapin, 1997; Πολυμεροπούλου, 2008).

6) Διαταραγμένη νοητική ανάπτυξη. Επειδή είναι δύσκολο να εκτιμηθούν οι νοητικές ικανότητες είναι σχεδόν βέβαιο ότι συνυπάρχουν με τις μειονεξίες στο λόγο. Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά έχουν μειωμένες νοητικές ικανότητες και υπολείπονται σε όλες τις διεργασίες που απαιτούν συμβολική σκέψη. Περίπου το 70% των αυτιστικών παρουσιάζει νοητική καθυστέρηση (Πολυμεροπούλου, 2008).

7) Στερεοτυπίες κινήσεων. Το αυτιστικό παιδί επαναλαμβάνει αδιάκοπα κινήσεις όπως για παράδειγμα των χεριών και κυρίως των δακτύλων μπροστά στα μάτια. Οι συχνές επαναλήψεις κινήσεων είναι εμφανείς όπως το χτύπημα του άνω άκρου, βάδισμα, περιστροφή γύρω από τον εαυτό του, κυκλικό τρέξιμο, αιώρηση μπρος η πίσω, αναβόσβησμα διακοπών κ.ά

8) Συναισθηματικά απρόσφορες συμπεριφορές. Το αυτιστικό παιδί εκφράζεται συναισθηματικά με ιδιόρρυθμες συμπεριφορές όπως με γέλια, κλάματα και φωνές που δεν εκπορεύονται από αντιδράσεις σε ερεθίσματα του περιβάλλοντός του. Επίσης, το παιδί εμφανίζεται υπέρμετρα ντροπαλό και ανήσυχο με πολλαπλές μεταβολές στη διάθεση του.

9) Υπερβολικός φόβος. Το αυτιστικό παιδί πάσχει από αισθητικές στρεβλώσεις, καθώς είναι δυνατό ακόμα και απλά οπτικά ή ακουστικά ερεθίσματα να του δημιουργήσουν υπερβολικό φόβο και ενισχύσουν την απομόνωσή του (Rapin, 1997; Sivberg et al, 2003; Esterberg et al, 2008; Πολυμεροπούλου, 2008).

10) Επίσης, σε κάθε παιδί με αυτισμό υπάρχει η περίπτωση της συνοσηρότητας με άλλα παθολογικά αίτια ή παθήσεις. Ενδεικτικά αναφέρονται η νοητική υστέρηση,

επιληψία και η σχιζοφρένεια. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι μέχρι την ενηλικίωση, περίπου το 33% των αυτιστικών ατόμων αναμένεται να είχαν τουλάχιστον δύο επιληπτικές κρίσεις με την εκτίμηση της επιληψίας στον αυτισμό στο 25%. Η πιθανότητα εμφάνισης επιληψίας αυξάνεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και κορυφώνεται στην εφηβεία, ενώ συνδέεται με νοητική καθυστέρηση και κινητήριες βλάβες (Peake et al, 2006; Li et al, 2011; Tuchman et al, 2010).

2.3. ΕΙΔΙΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ



Η Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ) – Specific Language Impairment (SLI) είναι μια αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή που επηρεάζει την ανάπτυξη του προφορικού λόγου στα παιδιά και εμφανίζεται από τα πρώτα στάδια κατάκτησης της γλώσσας με τη μορφή καθυστέρησης ή/και απόκλισης στη γλωσσική ανάπτυξη. Ο λόγος των παιδιών εμφανίζει κάποιες αδυναμίες που οδηγούν στην καθυστέρηση της παραγωγής κάποιων λέξεων και συνεπώς στο μέλλον παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στην εκμάθηση και στην κατανόηση της γλώσσας.

Είναι μια διαταραχή η οποία δεν οφείλεται σε κάποιο νευρολογικό, αισθητικό/αισθητηριακό, γνωστικό, νοητικό ή συναισθηματικό/ψυχολογικό έλλειμμα. Επομένως, η διάγνωση για ΕΓΔ γίνεται αφού αποκλειστούν άλλες διαταραχές, όπως η νοητική υστέρηση, οι νευρολογικές βλάβες, τα προβλήματα ακοής, οι κινητικές διαταραχές και ο αυτισμός. Συνεπώς, ο πιο αποδεκτός ορισμός είναι ο εξής:

«Η διάγνωση της Ειδικής Γλωσσικής Διαταραχής (ΕΓΔ) πραγματοποιείται εκεί όπου υπάρχει αποτυχία ανάπτυξης ενός σωστού λόγου, ο οποίος δεν μπορεί να εξηγηθεί με κάποια νοητική ή φυσική αναπηρία, απώλεια ακοής, συναισθηματική διαταραχή ή με περιβαλλοντική στέρηση». Επίσης, η ΕΓΔ είναι γνωστή ως: γλωσσική βλάβη (language impairment), γλωσσική ανικανότητα (language disability), γλωσσική καθυστέρηση (language delay), γλωσσική διαταραχή (language disorder) και γλωσσική απόκλιση (language deviance). Ωστόσο, οι όροι αναπτυξιακή

αφασία (developmental aphasia) και αναπτυξιακή δυσφασία (developmental dysphasia) απορρίφθηκαν λόγω του ότι υπαινίσσονταν νευρολογική βλάβη, η οποία όμως δεν ισχύει στην προκειμένη διαταραχή.

Η ΕΓΔ θεωρείται ότι είναι παρούσα καθ' όλη τη διάρκεια της γλωσσικής εξέλιξης του παιδιού με τη μορφή δυσκολιών σε μερικούς ή σε όλους τους τομείς της γλώσσας, σε κάποιες περιπτώσεις όμως είναι δυνατόν να ξεπεραστεί μετά τα πέντε (5) έτη. Ωστόσο, άλλοι υποστηρίζουν ότι η ΕΓΔ παραμένει και στην ενήλικη ζωή.

2.3.1. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η συχνότητα εμφάνισης της ΕΓΔ εκτιμήθηκε, σε μια μελέτη που διεξήγαγε το National Institutes of Health (Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας), ότι κυμαίνεται στο 7,6% σε πεντάχρονα παιδιά.

Η ΕΓΔ εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια. Τα παιδιά που παρουσιάζουν ΕΓΔ είναι πιο πιθανό να έχουν γονείς και αδέρφια με ιστορικό προβλημάτων στην εκμάθηση της γλώσσας. Μελέτες έδειξαν ότι εάν ένα παιδί έχει ΕΓΔ, υπάρχει 25% πιθανότητα ότι ένα ακόμη μέλος της οικογένειας θα παρουσιάσει ΕΓΔ.

Μία μελέτη έδειξε ότι 70% των παιδιών που εξετάστηκαν στην ηλικία των πέντε (5) χρόνων και διαγνώστηκαν με ΕΓΔ, συνέχισαν να παρουσιάζουν χαμηλή γλωσσική επίδοση στην ηλικία των δεκαοκτώ (18) με είκοσι (20) χρόνων. (Rapin, 1997)

2.3.2. Αιτιολογία ΕΓΔ

Στα μέσα του 1970 πολύ λίγα ήταν γνωστά για τις πιθανές αιτίες της ΕΓΔ. Πιθανές αιτίες οι οποίες είχαν προταθεί ήταν:

- Ανεπαρκής γονεϊκή φροντίδα
- Μικρή εγκεφαλική βλάβη που προκλήθηκε κατά τη διάρκεια της γέννας
- Επαναλαμβανόμενες ωτίτιδες στην πρώιμη παιδική ηλικία

Ωστόσο, καμία από αυτές τις θεωρίες δεν είχε ιδιαίτερη υποστήριξη.

Αντ' αυτού, έγινε ξεκάθαρο ότι η γενετική σύσταση ασκεί δυνατή επιρροή στο καθορισμό για το ποιο παιδί θα αναπτύξει ΕΓΔ. Συγκεκριμένα φαίνεται να εμπλέκεται για την εμφάνιση της ΕΓΔ κάποιο ελαττωματικό γονίδιο γνωστό ως

FOXP2. Δεν είναι γονίδιο για την γλώσσα, ωστόσο είναι ένα γονίδιο που ρυθμίζει τη δραστηριότητα άλλων γονιδίων, τα οποία έχουν επιρροή σε πολλά όργανα συμπεριλαμβανομένων και των εγκεφαλικών συστημάτων που είναι σημαντικά για το λόγο και την ομιλία.

Επίσης ένα ακόμη γονίδιο γνωστό ως CNTNAP2 ίσως να σχετίζεται με την ΕΓΔ. Ωστόσο, φαίνεται ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η διαταραχή προκαλείται από αλληλεπίδραση μερικών γονιδίων σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες. Δηλαδή, εκτός από τη γενετική επιρροή αποδεικνύεται ότι και το περιβάλλον μάλλον ασκεί και αυτό σημαντική επιρροή για την πιθανή εμφάνιση της ΕΓΔ. (Γενά., 2002)

2.3.3. Χαρακτηριστικά της Ειδικής Γλωσσικής Διαταραχής

Η ΕΓΔ όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι μία γλωσσική διαταραχή (διαταραχή του λόγου). Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν τις λέξεις σε προτάσεις. Συγκεκριμένα, επηρεάζονται η ανάπτυξη του λεξιλογίου, της γραμματικής, οι δεξιότητες του λόγου, καθώς επίσης και συγκεκριμένα λειτουργικά μορφήματα (π.χ. άρθρα, προθέσεις) και γραμματικά μορφήματα (π.χ. καταλήξεις). Τα παιδιά με ΕΓΔ μπορεί να μην εκφέρουν καμία λέξη μέχρι την ηλικία των δύο (2) χρόνων.

Στην ηλικία των τριών (3) – τεσσάρων (4) χρονών μπορεί να αρχίσουν να μιλούν αλλά να μην γίνονται κατανοητά από τους γύρω τους εξαιτίας του περιορισμένου λεξιλογίου και των σύντομων εκφορών τους. Καθώς μεγαλώνουν προσπαθούν να μάθουν καινούργιες λέξεις, να κάνουν συζητήσεις και να γίνονται κατανοητά. Ωστόσο, παρατηρείται ελάχιστη πρόοδος και εξελισσιμότητα στο λόγο του παιδιού. Αυτό πολύ απλά σημαίνει πως ακόμα και ένα παιδί επτά (7) ετών είναι πιθανό να χρησιμοποιεί μόνο μια μορφή λέξης σε διάφορες περιστάσεις της καθημερινής ζωής. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να χρησιμοποιεί το ρηματικό τύπο «πάει» ως μοναδική μορφή για το ρήμα «πηγαίνω» ή και «εξαφανίζομαι». (Γενά., 2002)

Τα παιδιά με ΕΓΔ εκδηλώνουν προβλήματα στο να συνδυάζουν και να επιλέγουν γλωσσικούς ήχους προκειμένου να σχηματίσουν μονάδες λόγου που φέρουν σημασία (φωνολογική ενημερότητα). Η φωνολογική βραχυπρόθεσμη μνήμη έχει συνδεθεί με

την εκμάθηση λεξιλογίου, την κατανόηση προτάσεων, την ανάγνωση και θεωρείται ότι αποτελεί κλινικό και γενετικό δείκτη της ΕΓΔ. Έχει βρεθεί ότι τα παιδιά με ΕΓΔ έχουν σημαντικούς περιορισμούς στη φωνολογική βραχυπρόθεσμη μνήμη – το είδος της μνήμης που χρησιμοποιείται στην επεξεργασία νέων συνδυασμών φωνημάτων και εξετάζεται μέσω της επανάληψης ψευδολέξεων ή σειράς αριθμών.

Δηλαδή, τα παιδιά με ΕΓΔ παρουσιάζουν χειρότερη επίδοση από τα παιδιά με φυσιολογικές/τυπικές γλωσσικές ικανότητες στην επανάληψη ψευδολέξεων. Τα παιδιά με ΕΓΔ δυσκολεύονται στην κατανόηση και στη χρήση των σωστών λέξεων σε προτάσεις. Επίσης, έχουν δυσκολίες με τη χρήση των κατάλληλων χρόνων (παρελθόν, παρόν, μέλλον). Παρουσιάζουν διαταραχές στην έκφραση και στην κατανόηση της γλώσσας και επίσης υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να παρουσιάσουν δυσκολίες ανάγνωσης κατά τη διάρκεια των πρώτων σχολικών ετών. Εμφανίζουν προβλήματα με τη μορφή, το περιεχόμενο και τη χρήση της γλώσσας. Η πιο εμφανής διαταραχή είναι στη μορφή της γλώσσας. (Γενά., 2002)

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στις φωνολογικές δυσκολίες των παιδιών αυτών παρατηρούνται εξελικτικά πρώιμες φωνολογικές διαδικασίες (πτώση συλλαβών και συμφώνων, στιγμακοποίηση, εμπροσθοποίηση). Τα παιδιά αυτά χρησιμοποιούν απλές, μικρές προτάσεις και έχουν μειωμένο Μέσο Μήκος Εκφωνήματος (ΜΜΕ) – Mean Length of Utterance (MLU) για την ηλικία τους συγκρινόμενα με συνομηλικούς τους. Όσον αφορά στο περιεχόμενο, χρησιμοποιούν λιγότερες έννοιες και ιδέες με το λόγο τους. Έχουν δυσκολία στην εκμάθηση καινούριων λέξεων, ο λόγος τους χαρακτηρίζεται από προβλήματα εύρεσης, ανάκλησης και γνώσης μιας λέξης καθώς επίσης παρουσιάζουν δυσκολία στην αντικατάσταση και στην υπεργενίκευση λέξεων. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1993)

Σχετικά με τη χρήση της γλώσσας, οι απαντήσεις των παιδιών με ΕΓΔ σε ερωτήσεις είναι εκτός θέματος, δημιουργώντας έτσι προβλήματα στη φυσιολογική επικοινωνία με τον περίγυρό τους. Σε μερικές περιπτώσεις, παρατηρείται ηχολαλία, παλιλαλία και διστάζουν να παίρνουν πρωτοβουλίες σε μία συνομιλία. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι τα παιδιά με ΕΓΔ κυμαίνονται στα φυσιολογικά - αναμενόμενα επίπεδα όσον αφορά στις μη γλωσσικές τους ικανότητες, όπως είναι η μη λεκτική κοινωνική αλληλεπίδραση, το παιχνίδι και η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης (σίτιση και ένδυση).

2.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ



Πολλές φορές ακούμε γονείς και εκπαιδευτικούς να ~~δυσανασχετούν~~ με κάποια παιδιά και να τα χαρακτηρίζουν «ζωηρά», «ανυπάκουα» ή ακόμη και «κακομαθημένα». Ισχύει, πράγματι κάτι από τα παραπάνω ή υπάρχει κάτι βαθύτερο που ονομάζεται «υπερκινητικότητα»; Ο όρος «υπερκινητικότητα» αναφέρεται στη μεγάλη διάσπαση προσοχής και στην υπερδραστηριότητα. (www.anaptixikaikinisi.gr) Πρόκειται για μια από τις πιο μελετημένες και τεκμηριωμένες νευρολογικές διαταραχές και αποτελεί τη συχνότερη παιδοψυχιατρική διάγνωση στη σχολική ηλικία. Εμφανίζεται στο 3-7% των παιδιών, από τα οποία, το 60% θα έχουν συμπτώματα και στην ενήλικη ζωή. Είναι 3 ή 4 φορές συχνότερη στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια που πιθανά παραπέμπονται λιγότερο συχνά στους ειδικούς, καθώς έχουν πιο αθόρυβη συμπτωματολογία. Σε μια τάξη 25-30 μαθητών, η έρευνα υποστηρίζει ότι δύο από αυτούς θα έχουν συμπτώματα ΔΕΠΥ. Σύμφωνα με τον Μάνο, 1997, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα, είναι μια από τις ψυχικές διαταραχές, που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή, παιδική ή εφηβική ηλικία. Αφορά κυρίως δύο ομάδες συμπτωμάτων, απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που είναι δυσπροσαρμοστικός και ασύμφωνος με το αναπτυξιακό στάδιο. (Μάνος, 1997)

Η έλλειψη προσοχής συνήθως αναγνωρίζεται από προβλήματα στο σχολείο. Το παιδί μπορεί να μην είναι σε θέση να ολοκληρώσει τις εργασίες του, κάνοντας λάθη απροσεξίας ή ξεχνώντας αρκετά πράγματα. Σχεδόν το κάθε τι είναι σε θέση να αποσπάσει το παιδί. Η αποδιοργάνωση είναι συνήθης και το παιδί μπορεί να χάνει συχνά τα προσωπικά του αντικείμενα. Ακόμα και όταν του απευθύνουμε τον λόγο, μπορεί να μην προσέχει τι του λέμε και να μην μπορεί να απαντήσει σε αυτό που το ρωτάμε. Συμπεριφορολογικά, αυτό μεταφράζεται ως ανικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς. Τα παιδιά μπορεί να έχουν δυσκολία αφοσίωσης στη σχολική εργασία ή στο να ακούν τις υποδείξεις στο σπίτι. Αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη μάθηση και την επικοινωνία. (Tripp, 2005)

Η αντίληψη της κοινής γνώμης για τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, κυριαρχείται από μύθους, παρανοήσεις και παρεξηγήσεις σχετικά με τη φύση, την πορεία και την θεραπεία της διαταραχής. Οι παρανοήσεις της κοινής γνώμης, υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠΥ δεν είναι διαταραχή ή ότι τουλάχιστον είναι μια ήπια διαταραχή που διαγιγνώσκεται πολύ πιο συχνά από ότι θα έπρεπε. Οι επικριτές συχνά ισχυρίζονται ότι τα παιδιά λαμβάνουν χωρίς λόγο φαρμακευτική αγωγή από τους γονείς, οι οποίοι δεν αντιμετωπίζουν κατάλληλα τα απείθαρχα, χωρίς κίνητρα ή χωρίς ιδιαίτερα επιτεύγματα παιδιά τους, ή οι οποίοι επιζητούν ένα ακαδημαϊκό πλεονέκτημα (π.χ. διευθετήσεις σχετικά με τις εξετάσεις και την τάξη του σχολείου) σε ένα ανταγωνιστικό, υψηλών απαιτήσεων μορφωτικό περιβάλλον (Παπαγεωργίου, 2005).

Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι « μια αυξανόμενη δυσανεξία στην ανέμελη διάθεση της παιδικής ηλικίας, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα όλο και περισσότερα παιδιά να αποκτούν την ετικέτα της ΔΕΠΥ». Οι επικριτές σπανίως παρουσιάζουν επιχειρήματα με βάση τις ενδείξεις και συχνά ισχυρίζονται ότι οι επαγγελματίες βλάπτουν τα κατά τα άλλα φυσιολογικά παιδιά με τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΔΕΠΥ (Παπαγεωργίου, 2005).

Η ΔΕΠΥ περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν από 115 χρόνια τουλάχιστον, στην ιατρική βιβλιογραφία, και με το πέρασμα του χρόνου άλλαξε πολλά ονόματα, τα οποία αντικατοπτρίζουν αυτό το οποίο κατά καιρούς θεωρούσαν ως κεντρικό πρόβλημα της διαταραχής. Έτσι, όροι όπως «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» υποδήλωναν βλάβη στον εγκέφαλο, ενώ όροι όπως «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας», «υπερκινητικό σύνδρομο» ή «σύνδρομο του υπερκινητικού παιδιού», υποδήλωναν ότι το βασικό σύμπτωμα του συνδρόμου ήταν η υπερκινητικότητα. Άλλοι όροι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη», «εγκεφαλοπάθεια», «σύνδρομο υπερκινητικότητας».

Ο όρος που χρησιμοποιείται σήμερα στο Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV) αντικατοπτρίζει την πεποίθηση ότι τα προβλήματα προσοχής κατέχουν κεντρική θέση και εκδηλώνονται πάντοτε στα παιδιά για τα οποία είχε γίνει διάγνωση χωρίς όμως να συνοδεύονται απαραίτητα και από υπερκινητικότητα. Έτσι, στην παραπάνω ταξινόμηση αποκλείονται τα παιδιά με εγκεφαλική βλάβη. Το DSM-IV περιγράφει 3 υποκατηγορίες της διαταραχής όπως:

διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητα μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Παπαγεωργίου, 2005).

2.4.1. Τύποι της ΔΕΠΥ

Η τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV διαφοροποιεί τα παιδιά, τα προβλήματα των οποίων εστιάζονται κατά κύριο λόγο σε συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής, από εκείνα, τα οποία εκδηλώνουν πρωταρχικά συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, προσφέροντας τρεις τύπους εντός μιας ευρύτερης διαγνωστικής κατηγορίας, της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας.

1. ΔΕΠΥ υπερισχύων τύπος υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας, αν πληρούνται μόνο τα κριτήρια της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, για τουλάχιστον 6 μήνες. 2. ΔΕΠΥ υπερισχύων τύπος Απροσεξίας, αν πληρούνται μόνο τα κριτήρια για τα συμπτώματα της απροσεξίας, για τουλάχιστον 6 μήνες. 3. ΔΕΠΥ συνδυασμένος τύπος, αν πληρούνται, τόσο τα κριτήρια για συμπτώματα απροσεξίας όσο κι εκείνα της υπερκινητικότητας /παρορμητικότητας, για τουλάχιστον 6 μήνες.

2.4 .2. Συμπτώματα ΔΕΠΥ

2.4.2.1 Πρωτογενή συμπτώματα

Τα άτομα με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται να παραμείνουν συγκεντρωμένα, να μείνουν ακίνητα και να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους. Πιθανόν να βαριούνται πολύ γρήγορα και να κινούνται νευρικά ή να στριφογυρίζουν διαρκώς. Η συχνά διαλυτική συμπεριφορά τους στο σχολείο, στο σπίτι και στις παρέες δυσκολεύει τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες κάθε είδους. Εξαιτίας των συμπτωμάτων αυτών, τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠΥ μπορεί να μην τα πηγαίνουν καλά ή και να αποτύχουν στο σχολείο, παρά τη φυσιολογική ή αυξημένη νοημοσύνη τους. Επιπλέον, η πλειονότητα των ατόμων με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται να κάνουν και να διατηρήσουν φιλίες και συχνά νιώθουν μόνοι και παρεξηγημένοι (Καλαντζή, Αζίζι) .

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ μπορούν να αντιμετωπιστούν και να ελεγχθούν, με την προϋπόθεση ότι έχει γίνει σωστή διάγνωση. Η κατανόηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ θα βοηθήσει τη διάγνωση.

Τα πιθανά συμπτώματα της ΔΕΠΥ μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες:

2.4.2.1 1. Συμπτώματα απροσεξίας

1. Ο ασθενής συχνά δεν καταφέρνει να εστιάσει την προσοχή του/της σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στα σχολικά μαθήματα, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.
2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του/της ή να συμμετάσχει σε δραστηριότητες και παιχνίδια.
3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλάει κάποιος.
4. Συχνά δεν ακολουθεί τις οδηγίες και δεν καταφέρνει να αντεπεξέλθει στα μαθήματα, στις δουλειές του σπιτιού ή στα καθήκοντά του στο χώρο εργασίας. (όχι λόγω εναντιωματικής συμπεριφοράς ή έλλειψης κατανόησης των οδηγιών)
5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.
6. Συχνά αποφεύγει, αντιπαθεί ή είναι απρόθυμος να ασχοληθεί με δουλειές που απαιτούν παρατεταμένη διανοητική προσπάθεια. (όπως σχολικά μαθήματα και μελέτη).
7. Συχνά χάνει πράγματα που είναι απαραίτητα για δουλειές ή δραστηριότητες. (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία)
8. Η προσοχή του/της διασπάται συχνά από εξωτερικά ερεθίσματα
9. Ξεχνάει συχνά πράγματα που σχετίζονται με καθημερινές δραστηριότητες.

2.4.2.1 2. Συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας

1. Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια του ή στριφογυρνάει στην καρέκλα του
2. Σηκώνεται συχνά από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις όπου απαιτείται να παραμείνει καθισμένος.

3. Συχνά τρέχει τριγύρω ή σκαρφαλώνει σε περιπτώσεις όπου αυτό είναι ανάρμοστο (σε εφήβους ή ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας).
4. Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να ασχοληθεί ήσυχα με ψυχαγωγικές δραστηριότητες
5. Είναι συχνά υπερδραστήριος και υπερκινητικός
6. Συχνά μιλάει αδιάκοπα
7. Συχνά βιάζεται να απαντήσει προτού ακούσει ολόκληρη την ερώτηση.
8. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του
9. Συχνά διακόπτει τους άλλους ή παρεμβαίνει σε συζητήσεις.

2.4.3. Δευτερογενή συμπτώματα

Η συννοσηρότητα φαίνεται να εκδηλώνεται από την πρώιμη παιδική ηλικία. Τα δύο τρίτα των παιδιών με ΔΕΠΥ (άνω του 50%) που φοιτούν στο δημοτικό σχολείο, έχουν τουλάχιστον άλλη διαταραχή που μπορεί να διαγνωσθεί.

Οι πιο συχνές συνοδές διαταραχές είναι οι διαταραχές γλώσσας και επικοινωνίας. Οι διάφοροι τύποι καθυστέρησης στην ανάπτυξη γλωσσικών ικανοτήτων, χαρακτηρίζονται ως αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές και περιλαμβάνουν κάθε περίπτωση στην οποία το παιδί σε σχέση με την ηλικία του δεν κατανοεί τα λεγόμενα των άλλων, (λεξιλόγιο, έννοιες, συντακτικές δομές) δεν έχει το ίδιο επαρκές λεξιλόγιο, κάνει λάθη στη γραμματική, τη σύνταξη και την ομιλία του. Πιο απλά, το παιδί με γλωσσική διαταραχή δεν αντιλαμβάνεται και δεν χρησιμοποιεί σωστά τη γλώσσα, δηλαδή υστερεί στην απόκτηση του βασικού κώδικα επικοινωνίας. Πρέπει να αναφερθεί ωστόσο, ότι υπάρχει και ένας αριθμός παιδιών που καθυστερεί να αναπτύξει λόγο αλλά βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια. Τα παιδιά αυτά όταν αρχίσουν να μιλούν, κάνουν συνήθως γρήγορη πρόοδο και πολύ σύντομα φτάνουν το γλωσσικό επίπεδο των παιδιών της ηλικίας τους. (www.adhdhellas.org/)

2.4.4. Επιδημιολογία

Η ΔΕΠΥ δεν είναι τόσο συχνή όσο πιστεύεται. Παρόλο που πολλά παιδιά, ιδίως αγόρια, μπορούν να χαρακτηριστούν υπερκινητικά ή ανίκανα να καθίσουν ήσυχα ή να συγκεντρωθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, η πραγματική κλινική οντότητα απαιτεί έναν συγκεκριμένο αριθμό συνυπαρχόντων δυσκολιών. Αυτές, πιθανώς προσβάλλουν 1 στα 100 παιδιά κάτω των 11 ετών. Είναι πιο συνηθισμένη στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια περίπου τριπλάσια. Καθώς η σωματική υπερκινητικότητα βελτιώνεται με την ηλικία, λίγα είναι ακόμη γνωστά για τη φύση αυτών των προβλημάτων στην εφηβεία και στη μετέπειτα ζωή. Είναι πιθανόν, οι υπολειπόμενες δυσκολίες να συνδέονται κυρίως με την ικανότητα συγκέντρωσης του νεαρού ατόμου ή την κοινωνική ωριμότητα, παρόλο που η τελευταία δεν αποτελεί διαγνωστικό χαρακτηρισμό. Μεταξύ του 30% και του 50% των παιδιών με ΔΕΠΥ, έχουν επίσης προβλήματα συμπεριφοράς (εναντιωματική συμπεριφορά) και αυτός ο συνδυασμός είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1993)

Η συχνότητα με την οποία παρατηρείται η ΔΕΠΥ, έχει σχέση με τα κριτήρια που τίθενται σε κάθε κοινωνία και κάτω από ποιες συνθήκες. Γι' αυτό και πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα ποσοστά ποικίλλουν σε διάφορες χώρες. Για παράδειγμα, στην Αμερική, έρευνες τοποθετούν τη συχνότητα από 2% έως 20% σε παιδιά σχολικής ηλικίας, ενώ συνήθως κυμαίνονται από 3% έως 5%. Στην Αγγλία, το ποσοστό που αναφέρεται είναι 1%. Φαίνεται πάντως, πως ένα 4% των παιδιών παρουσιάζουν αυτήν την διαταραχή με συχνότητα 3 αγόρια προς 1 κορίτσι. Είναι πιο συχνή σε πρωτότοκα αγόρια και σε παιδιά των οποίων οι γονείς είναι οι ίδιοι υπερκινητικοί, αλκοολικοί ή έχουν κάποια άλλη διαταραχή. (Παπαγεωργίου, 2005)

Επίσης, η ΔΕΠΥ είναι από τις σημαντικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν οι ψυχίατροι παιδιών σχολικής ηλικίας. Έχει υψηλή συχνότητα, καθώς αποτελεί το 50% του πληθυσμού των παιδιών με ψυχικές διαταραχές σε κλινικά δείγματα. Είναι ένα πρόβλημα που επιμένει και αλλάζει, κατά την πορεία ανάπτυξης του ατόμου, από την προσχολική ηλικία έως την ενήλικη ζωή. Το εν λόγω πρόβλημα προξενεί δυσκολίες σε αρκετούς τομείς της λειτουργικότητας του παιδιού.

2.4.5. Αιτιολογία

Πρόκειται για νευροβιολογική διαταραχή που σχετίζεται κυρίως με τη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία κάποιων περιοχών του εγκεφάλου. Η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και οι σύγχρονες μελέτες χαρακτηρίζουν τα γονίδια ως την κύρια αιτία της. Επιπλέον, η πρόωρη γέννηση, το κάπνισμα, το αλκοόλ, το υπερβολικό στρες της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ο εγκεφαλικός τραυματισμός μπορεί να σχετίζονται με ανάπτυξη ΔΕΠΥ.

Ένας μύθος ότι η ελλιπής γονεϊκή φροντίδα, προκαλεί τη ΔΕΠΥ, καθώς όλο και περισσότερο οι επιστήμονες βρίσκουν αποδείξεις ότι δεν προέρχεται από το οικογενειακό περιβάλλον αλλά από βιολογικές αιτίες. Όμως, πληθώρα οικογενειακών, όπως ασταθής δομή και δυσλειτουργία στην οικογένεια ή έλλειψη γονεϊκού ελέγχου, συμβάλλουν στην επιδείνωση της ΔΕΠΥ ή στην εμφάνιση επιπλοκών στην συναισθηματική κατάσταση και συμπεριφορά.

Στους παράγοντες που έχουν θεωρηθεί υπεύθυνοι, συμπεριλαμβάνονται οι παρακάτω:

1. Οργανικοί παράγοντες: επειδή η υπερκινητικότητα παρατηρήθηκε για πρώτη φορά σε παιδιά με εγκεφαλικό τραύμα ή μόλυνση, οι ερευνητές προσπαθούν να συνδέσουν αιτιολογικά τη διαταραχή με διάφορους οργανικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η εγκεφαλική βλάβη, γενετικές ανωμαλίες, βιοχημικές διαταραχές, μολύνσεις, δηλητηριάσεις και ελαφρές νευρολογικές ανωμαλίες, χωρίς μέχρι σήμερα να έχουν βρεθεί στοιχεία που να αποδεικνύουν τα παραπάνω. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠΥ, δεν φάνηκε να εμφανίζουν μεγάλες δομικές βλάβες ή ασθένειες στο κεντρικό νευρικό σύστημα όταν εξετάστηκαν σε συνηθισμένες νευρολογικές μεθόδους. Αντίστροφα, πολλά παιδιά με εγκεφαλική βλάβη ή νευρολογικές διαταραχές δεν παρουσιάζουν κάποιο χαρακτηριστικό υπερκινητικότητας. Οι οργανικές βλάβες ή δυσλειτουργίες που υποτίθεται ότι προκαλούν την υπερκινητικότητα, μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες που συμβαίνουν στην εμβρυϊκή περίοδο (προγεννητικοί), στον τοκετό (περιγεννητικοί), ή μετά από τον τοκετό (μεταγεννητικοί παράγοντες).

2. Γενετικοί παράγοντες: με γενετική βάση της ΔΕΠΥ, έχει υποστηριχθεί από δεδομένα που εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα ανάμεσα σε μονοζυγωτικούς

διδύμους, απ' ότι σε διζυγωτικούς. Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι φυσικοί γονείς των παιδιών με υπερκινητικότητα, υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα, αλκοολισμό, διαταραχές της προσωπικότητας σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι γονείς άλλων παιδιών.

3. Αλλεργίες: σχετικά πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η διατροφή και η μόλυνση του περιβάλλοντος παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της ΔΕΠΥ. Κάποιοι επιστήμονες θεωρούν υπεύθυνες τις τεχνητές χρωστικές ουσίες, τις τεχνητές γεύσεις ή τα συντηρητικά, ενώ κάποιοι άλλοι αποδίδουν ευαισθησία σε κοινές τροφές, όπως το σιτάρι, το γάλα, το καλαμπόκι, τα αυγά, ακόμα και τη ζάχαρη.

4. Ψυχολογικοί παράγοντες: όταν δεν υπάρχουν ενδείξεις οργανικής βλάβης ή ιστορικό αρνητικών γεγονότων που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν ένα τέτοιο πρόβλημα, η έρευνα στρέφεται στη μελέτη περιβαλλοντικών, καθαρά ψυχολογικών παραγόντων, ως αιτιών της υπερκινητικότητας. Προδιαθεσικοί παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν την ιδιοσυγκρασία του παιδιού, τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια, την κατάθλιψη των γονέων, το χαμηλό μορφωτικό-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. (Κάκουρος & Μανιαδάκη 2012)

2.5. ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ



Οι μαθησιακές δυσκολίες ως ερευνητικό αλλά και εκπαιδευτικό θέμα αποτελεί ένα δύσκολο και ομιχλώδες τοπίο για την έρευνα και κυρίως για την εκπαιδευτική πράξη. Υπάρχουν διάφορες θεωρητικές απόψεις οι οποίες συχνά έρχονται σε αντίθεση με άλλα ερευνητικά δεδομένα, δημιουργώντας μια κατάσταση η οποία έχει ως αποτέλεσμα μέχρι και σήμερα να μην είναι εφικτό να προσδιοριστεί με ακρίβεια η έννοια του όρου των μαθησιακών δυσκολιών. Υπάρχει αδυναμία στην εύρεση μιας κοινής ορολογίας για το συγκεκριμένο θέμα. Για αυτό το λόγο συναντώνται στη βιβλιογραφία πολλές ορολογίες για τις μαθησιακές δυσκολίες (Μπόντη,2013).

Αυτή η αδυναμία του επιστημονικού κόσμου να υιοθετήσει μια κοινή ορολογία προκάλεσε σύγχυση, όπως ήταν επόμενο και στη διατύπωση και δημιουργία ενός

κοινά αποδεκτού ορισμού για το τι είναι μαθησιακές δυσκολίες. Η παραπάνω δυσκολία μπορεί να οφείλεται στην πολύπλοκη φύση του προβλήματος, αλλά και στην κατηγορία των ειδικοτήτων οι οποίες ασχολούνται με το θέμα και στην οποία ανήκει ο κάθε μελετητής (Παντελιάδου,2011).

Πιο συγκεκριμένα, με το θέμα των μαθησιακών δυσκολιών ασχολούνται παιδαγωγοί, ψυχολόγοι, γιατροί, λογοθεραπευτές αλλά και άλλες ειδικότητες. Όπως είναι φυσικό η καθεμία ομάδα προσέγγισης του θέματος έχει τη δική της θεωρητική βάση και άποψη για το θέμα. Η μελέτη λοιπόν του φαινομένου γίνεται από διαφορετική σκοπιά και με κριτήριο πάντα τα ενδιαφέροντα και το γνωστικό αντικείμενο με το οποίο, ασχολείται ο κάθε ειδικός. Συνεπώς, οι προσπάθειες για να οριστούν οι μαθησιακές δυσκολίες, υποπίπτουν σε δύο μεγάλες ομάδες ειδικών από τις οποίες απορρέουν και δυο ειδών ορισμοί (Τζουριάδου,2011).

Η πρώτη ομάδα ασχολείται με θέματα ιατρικού περιεχομένου και στους ορισμούς της τονίζονται τα χαρακτηριστικά τα οποία αφορούν τις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η δεύτερη ομάδα δεν είναι ιατροκεντρική αλλά πιο πολύ παιδαγωγική-ψυχολογική. Οι προσπάθειες της δεύτερης επιστημονικής ομάδας, για να οριστούν τα μαθησιακά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στο σχολείο, δίνουν έμφαση στην συμπεριφορά των παιδιών, χωρίς να αναφέρονται σε εγκεφαλικές δυσλειτουργίες (Τζουριάδου,2011).

Συνεπώς, έπειτα από μια μακρά έρευνα και προσπάθεια να οριστεί και υιοθετηθεί ένας μόνο ορισμός, αποδεκτός από όλη την επιστημονική κοινότητα, όλες οι απόψεις κατέληξαν στην υιοθέτηση του ορισμού του S. Kirk (Παντελιάδου,2011).

Σύμφωνα λοιπόν με τον ορισμό του Kirk ο όρος Μαθησιακές Δυσκολίες ή Διαταραχές, αναφέρεται σε γλωσσικές διαταραχές, σε διαταραχές στη γραφή, στην ορθογραφία, στην ανάγνωση, στην αριθμητική και στην επικοινωνία. Επιπλέον, σύμφωνα με τον ορισμό του, ως μαθησιακή δυσκολία θεωρείται και το σύνδρομο της υπερκινητικότητας, η διάσπαση προσοχής, η ελλειμματική προσοχή, όπως επίσης και οι δυσκολίες που σχετίζονται με τη προβληματική συμπεριφορά και τις προβληματικές ψυχολογικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν τα παιδιά (Παντελιάδου 2000).

Συνεπώς, ο όρος μαθησιακές δυσκολίες καλύπτει όλο το φάσμα εκείνο το οποίο περιλαμβάνει διαταραχές οι οποίες αφορούν τη γλώσσα, την ομιλία, τη γραφή, την αριθμητική, την αντίληψη, την προσοχή, τη μνήμη, την κίνηση, τις ικανότητες μάθησης και τη σκέψη.

Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι δεν αναφερόμαστε σε παιδιά τα οποία έχουν ανάγκη από ειδική εκπαίδευση, αλλά σε παιδιά τα οποία έχουν «κοινές» μαθησιακές δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν παιδιά τα οποία χαρακτηρίζονται από διαταραχές στη μάθηση και οι δυσκολίες αυτές τους παρουσιάζονται είτε σ' ένα μάθημα (μερική διαταραχή), είτε σε περισσότερα, είτε και σε όλα τα μαθήματα (γενική ή ολική διαταραχή). Άρα, οι μαθητές οι οποίοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις σχολικές απαιτήσεις και να επιτύχουν τις αναμενόμενες για την ηλικία τους μαθησιακές επιδόσεις, παρουσιάζουν κάποια διαταραχή ή δυσκολία στη μάθηση (Κυπριωτάκης, 1989).

Έτσι λοιπόν, στην ομάδα των μαθητών οι οποίοι έχουν μαθησιακές δυσκολίες, περιλαμβάνονται όσοι κωλύονται να αποκτήσουν αναγνωστικές, γραπτές, προφορικές και μαθηματικές δεξιότητες όπως επίσης και δεξιότητες κατανόησης, χωρίς αυτά τα παιδιά να έχουν κάποια οπτική, ακουστική και νοητική υστέρηση.

Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι μαθησιακές δυσκολίες ομαδοποιούνται στις παρακάτω κατηγορίες, τις γενικές μαθησιακές δυσκολίες (μαθητές με ελάχιστες γνώσεις), στις ήπιες μαθησιακές δυσκολίες (μαθητές με αργή πρόοδο στη μάθηση), στις μέτριες μαθησιακές δυσκολίες (παιδιά με καθυστέρηση στη μάθησή και συμπτώματα χαμηλών γλωσσικών δεξιοτήτων) και στις βαριές και σύνθετες μαθησιακές δυσκολίες (μαθησιακές δυσκολίες συνοδευόμενες από χαμηλό δείκτη νοημοσύνη και αναπτυξιακές και κοινωνικές καθυστερήσεις). Τέλος, ακολουθούν οι σοβαρές μαθησιακές αναπηρίες (μαθητές με σημαντική διανοητική και γνωστική υστέρηση), οι πολλαπλές μαθησιακές δυσκολίες και σοβαρές διασπαστικές συμπεριφορές παιδιών (παιδιά με σοβαρές αναπτυξιακές και ψυχολογικές διαταραχές) (Τζουριάδου, 2011).

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, στην Ελλάδα, στο νέο νόμο 3699/2008 για την Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (ΕΜΔ) αποτελούν μια

ομάδα μαθησιακών δυσκολιών η οποία περιλαμβάνει διάφορες μικρότερες κατηγορίες. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τη δυσλεξία, τη δυσγραφία, τη δυσαριθμησία, τη δυσανάγνωση και τη δυσορθογραφία. Επίσης, στη συγκεκριμένη νομοθεσία αναφέρονται ως δυσκολίες μάθησης και αυτές οι οποίες προέρχονται από αισθητηριακές, αναπτυξιακές και νοητικές διαταραχές και οι οποίες επηρεάζουν τη διαδικασία της μάθησης (Νόμος 3699/2008).

Στην ελληνική βιβλιογραφία συναντάται και ο όρος γενικές μαθησιακές δυσκολίες και ο όρος ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα ο όρος γενικές μαθησιακές δυσκολίες αναφέρεται σε όλα αυτά τα οποία αναφέρονται στο νόμο 3699/2008 και χρησιμοποιείται για να δηλώσει, τις δυσκολίες οι οποίες επηρεάζουν γενικότερα τη ζωή του ατόμου και όχι απλά ένα μεμονωμένο τομέα (Νόμος 3699/2008).

Οι Γενικές Μαθησιακές Δυσκολίες σχετίζονται με τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει το παιδί στην απόκτηση και εφαρμογή των δεξιοτήτων του στο σχολείο (Πολυχρόνη, 2011). Πιο συγκεκριμένα, τα προβλήματα αυτά αναφέρονται σε δυσκολίες στον τομέα του γραπτού και προφορικού λόγου, οι οποίες επηρεάζουν τη γενικότερες μαθησιακές δεξιότητες του παιδιού. Επίσης, οι γενικές μαθησιακές δυσκολίες οφείλονται κυρίως σε νευρολογικά αίτια αλλά και σε αίτια κοινωνικής, οικονομικής και ψυχολογικής προέλευσης (Πολυχρόνη, 2011).

Οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες είναι νευρολογικές διαταραχές, οι οποίες προκαλούν προβλήματα στην ανάπτυξη του γραπτού και προφορικού λόγου αλλά και σε τομείς όπως η ανάγνωση και η αριθμητική. Τα παιδιά αυτά έχουν χαμηλή σχολική επίδοση λόγω του ότι δεν δύνανται να λειτουργήσουν το ίδιο καλά γνωστικά με τους συνομηλίκους τους (Πολυχρόνη, 2011).

2.5.1. Τύποι μαθησιακών δυσκολιών

Το φάσμα της έννοιας των μαθησιακών δυσκολιών είναι εκτεταμένο και περιλαμβάνει πολλά είδη μαθησιακών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, στον ελληνικό νόμο της ειδικής αγωγής και της εκπαίδευσης ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (3699/2008), αναφέρεται ο όρος «Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες» ο οποίος αφορά μια γενικότερη ομαδοποιημένη κατηγορία, η οποία

περιλαμβάνει: δυσλεξία (αδυναμία κατάκτησης του μηχανισμού της ανάγνωσης και γραφής της μητρικής γλώσσας παρά τη φυσιολογική νοημοσύνη), δυσορθογραφία (δυσκολία στην ορθογραφία και στην τήρηση κανόνων), δυσαναγνωσία (δυσκολία αποκωδικοποίησης, πραγματοποίηση λαθών), δυσγραφία (δυσκολία γραφής και οργάνωσης ιδεών) και δυσαριθμησία (αδυναμίες στην μαθηματική σκέψη και τους μαθηματικούς συλλογισμούς) και τις αισθητηριακές, αναπτυξιακές, νοητικές, νευρο-ψυχικές διαταραχές οι οποίες παρεμποδίζουν τη διαδικασία της μάθησης (Πολυχρόνη, 2011).

Στη βιβλιογραφία όμως συναντάται και ο όρος «γενικές μαθησιακές δυσκολίες». Η διαφοροποίηση των γενικών μαθησιακών δυσκολιών και των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών έγκειται στο ότι η πρώτη κατηγορία αφορά πιο γενικές δυσκολίες σε τομείς όπως τα μαθηματικά, την ορθογραφία, τη κατανόηση, την ανάγνωση και τη γραπτή έκφραση και τις μειωμένες δεξιότητες του παιδιού με βάση την ηλικία του.

Συνήθως τα παιδιά στα οποία γίνεται διάγνωση γενικών μαθησιακών δυσκολιών είναι εκείνα τα οποία παρουσιάζουν αναπτυξιακές και συναισθηματικές διαταραχές, νοητική υστέρηση και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα (Πολυχρόνη, 2011).

Αντιθέτως, η κατηγορία των ειδικών μαθησιακών διαταραχών αναφέρεται σε περιπτώσεις στις οποίες οι γλωσσικές δεξιότητες είναι μειωμένες σε σχέση με το νοητικό και ηλικιακό επίπεδο του παιδιού και περιορίζονται μόνο στο γραπτό λόγο. Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες δεν σχετίζονται με νοητικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές διαταραχές αλλά έχουν εγγενή φύση. Αιτία ύπαρξης των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών αποτελούν οι νευροεγκεφαλικές βλάβες και η κληρονομικότητα. Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες συνοδεύουν τον άνθρωπο από την γέννηση του έως και το θάνατο (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Πιο αναλυτικά, η διαταραχή της ανάγνωσης ή αλλιώς δυσλεξία είναι η δυσκολία του ατόμου να αποκτήσει τις βασικές δεξιότητες της ανάγνωσης. Ένα δυσλεκτικό άτομο δεν μπορεί να αναγνωρίσει τις λέξεις, ούτε να κωδικοποιήσει φωνολογικά μια λέξη. Επίσης, παρουσιάζει έλλειψη φωνολογικής ενημερότητας και δυσκολία στην ορθογραφία. Αναλογικά με άλλες ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, η δυσλεξία

παρουσιάζεται πολύ πιο συχνά σε ποσοστό 80% του συνολικού πληθυσμού (Πολυχρονοπούλου,2012).

Όσον αφορά τη δυσκολία στην αριθμητική, αυτή δεν είναι τόσο συχνή όσο η δυσλεξία. Αυτός ο τύπος της ειδικής μαθησιακής δυσκολίας, αφορά την αδυναμία του ατόμου να αποκτήσει αριθμητικές δεξιότητες. Ειδικότερα, έχει να κάνει με δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζει το άτομο σε σχέση με το χώρο καθώς και την οπτικο-κινητική αντίληψη. Τα ποσοστά των μαθητών οι οποίοι πάσχουν από αυτή την ειδική μαθησιακή δυσκολία είναι λιγότερο από το 1% του μαθητικού πληθυσμού παγκοσμίως (Τζουριάδου,2011).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, είναι φανερό ότι είναι δύσκολο να οριστούν οι μαθησιακές δυσκολίες από μια μόνο πλευρά. Συνεπώς, για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, υιοθετείται ένας σύντομος ορισμός των μαθησιακών δυσκολιών σύμφωνα με τον οποίο οι μαθησιακή δυσκολία είναι «η αδυναμία πλήρους ανταπόκρισης του μαθητή στις απαιτήσεις του σχολικού προγράμματος» (Θανόπουλος,2005, σελ.3).

2.6. ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

2.6.1. Ορισμός



Η νοητική υστέρηση όπως αποκαλείται σήμερα έχει αλλάξει αρκετές ονομασίες καθώς κρίθηκε ότι απέδιδαν στο πάσχον άτομο μειωτικούς χαρακτηρισμούς. Φυσικά το κυριότερο πρόβλημα όμως δεν είναι στο πως αποκαλείται η πάθηση αυτή αλλά στο γεγονός ότι στιγματίζει τα άτομα που πάσχουν από αυτή την διαταραχή. Και ενώ πλέον ο στιγματισμός αυτών των ατόμων έχει μειωθεί σημαντικά χάρη στη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών αλλά και στη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου δεν είναι αρκετό για να μπορέσει να εξαλειφτεί πλήρως το στίγμα από τα πάσχοντα άτομα.

Η πρώτη προσπάθεια ορισμού της συγκεκριμένης διαταραχής έγινε το 1959 και από τότε μέχρι και σήμερα περιλαμβάνει τα εξής δεδομένα:

- ✚ ελλείμματα στο νοητικό δυναμικό
- ✚ ελλείμματα στις δεξιότητες προσαρμογής (adaptives kills)

✚ εμφάνιση πριν την ηλικία των 18 ετών

Ο πιο διαδεδομένος και κοινά αποδεκτός ορισμός είναι αυτός που δόθηκε από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοητικής Καθυστέρησης (A.A.M.D-American Association on Mental Deficiency).

«Η νοητική καθυστέρηση αναφέρεται στη σημαντικά κάτω του μέσου όρου γενική νοητική λειτουργία, που συνυπάρχει με ανεπάρκεια στην προσαρμοστική συμπεριφορά όπως αυτή εκδηλώνεται κατά την περίοδο της ανάπτυξης». (A.A.M.D.)

2.6.2. Αιτιολογικοί παράγοντες

Πολλά είναι τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν νοητική υστέρηση, ενώ συχνά είναι δύσκολο να γνωρίζουμε τη σημασία καθενός από αυτά με ακρίβεια. Σε αρκετές περιπτώσεις τα αίτια της νοητικής υστέρησης είναι κληρονομικά ή γενετικής προέλευσης, υπάρχουν δε και περιπτώσεις, όπου δεν είναι εύκολο να εξακριβωθεί η ακριβής αιτία που προκάλεσε την αναπηρία, παρά την ιατρική διερεύνηση που έχει γίνει. (American Psychiatric Association, 1987)

Για αρκετά χρόνια υπήρχε διαφωνία μεταξύ των ειδικών για το αν η νοητική υστέρηση οφειλόταν σε κληρονομικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Κάποιοι υποστήριζαν ότι οι νοητικές ικανότητες ενός ατόμου είχαν κατά κύριο λόγο γενετική προέλευση. Κάποιοι άλλοι, απέδιδαν τη μεταβλητότητα των ίδιων των ικανοτήτων, στις πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, κάτω από τις οποίες μεγάλωσε ένα παιδί. Στην πραγματικότητα όμως, για να γνωρίσουμε και να κατανοήσουμε ένα άτομο θα πρέπει να το αντιμετωπίσουμε συνολικά ως προσωπικότητα, διερευνώντας το συγκεκριμένο περιβάλλον στο οποίο ζει και αλληλοεπιδρά μ' αυτό. Επομένως, η ανάπτυξη της νοημοσύνης ενός ατόμου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και από τις συνθήκες μέσα στις οποίες ζει, αλλά και από το γενετικό του υλικό (Γκαλλάν Α., Γκαλλάν Ζ., 1997).

2.6.3. Ταξινόμηση της νοητικής υστέρησης

Η ταξινόμηση με βάση τον βαθμό βαρύτητας της Νοητικής Υστέρησης περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες : ελαφρά, μέτρια και βαριά και βαρύτατη (βαθιά) νοητική υστέρηση (Πολυχρονοπούλου Σ., 2001).

ΒΑΘΜΟΣ	ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΟ ΠΗΛΙΚΟ
α. Ελαφρά	50-55 μέχρι 70
β. Μέτρια	35-40 μέχρι 50-55
γ. Βαριά	20-25 μέχρι 35-40
δ. Βαρύτατη (βαθιά)	Κάτω των 20-25

2.7. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ

«Η αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού είναι μια κατάσταση κατά την οποία, λαμβανομένης υπόψη της ηλικίας τους, παιδιά με φυσιολογική πνευματική και σωματική ανάπτυξη και χωρίς εμφανή νευρολογική νόσο παρουσιάζουν δυσκολίες στην εκτέλεση πολιτισμικά τυπικών κινητικών δεξιοτήτων συμπεριλαμβανομένων δραστηριοτήτων της καθημερινής και της σχολικής ζωής» (Καραμπατζάκη, 2002).



Μικρές ή μεγάλες δυσκολίες παρουσιάζονται στις περισσότερες καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού που περιλαμβάνουν κίνηση (φαγητό, ντύσιμο, κ.λ.π.) αλλά και σε σχολικές δραστηριότητες του παιδιού, όπως η γραφή και η οργάνωση του χώρου του. Αν και το πρόβλημα γίνεται αντιληπτό στη σχολική ηλικία, κάποια συμπτώματα εμφανίζονται στη νηπιακή ηλικία.

Η δυσκολία του νηπίου στην εκμάθηση νέων κινητικών δεξιοτήτων, η καθυστέρηση στην επίτευξη οροσήμεων κινητικής ανάπτυξης (π.χ. περπάτημα), η αδεξιότητα/δυσκολία σε κινητικές δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδι με μπάλα, τρέξιμο, ισορροπία), η δυσκολία στον συντονισμό των κινήσεων στον χώρο, η καθυστέρηση στην πλευρίωση (επικράτηση αριστερού ή δεξιού χεριού/ποδιού), η δυσκολία στη χρήση αντικειμένων (π.χ. παζλ, κύβοι, λαβή μολυβιού για ζωγραφική/σχέδιο) είναι κάποια από τα συμπτώματα. Αργότερα μπορεί να διαπιστωθεί δυσκολία στην επίδοση

σε αθλήματα που απαιτούν κινητικό συντονισμό (π.χ. αθλήματα με μπάλα, κολύμπι), δυσκολία στη διάκριση της κατεύθυνσης αριστερά/δεξιά, στην αντίληψη του χώρου και δυσκολία σε δραστηριότητες που περιλαμβάνουν κατασκευές με αντικείμενα και σχέδιο/ζωγραφική.

Για τον ακριβή προσδιορισμό του προβλήματος ανακύπτουν σημαντικές δυσκολίες καθώς δεν υπάρχει ένα πλήρως καθορισμένο πρότυπο συμπεριφοράς. Οι περιοχές που διαταράσσονται αφορούν:

- Δυσκολίες αδρής κινητικότητας (περπάτημα, τρέξιμο, ισορροπία, σκαρφάλωμα κ.ά)
- Δυσκολίες λεπτής κινητικότητας (δυσκολίες συντονισμού δακτύλων)
- Οπτικο-κινητικά προβλήματα (δυσκολίες στο πιάσιμο της μπάλας, στη γραφή, στη ζωγραφική).

Οι κινητικές δυσκολίες μπορεί να επηρεάζουν μια από τις περιοχές που αναφέρθηκαν ή όλες μαζί. Ο βαθμός και το είδος των δυσκολιών διαφέρουν ανά παιδί, ενώ συνήθως υπάρχουν και άλλες δυσκολίες όπως : – Μαθησιακές δυσκολίες (προβλήματα στη γραφή, τη ζωγραφική, την ανάγνωση, τα μαθηματικά, την ορθογραφία) – Προβλήματα στον προφορικό λόγο (συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα- διαταραχές της συμπεριφοράς- έλλειψη χωρικού προσανατολισμού - προβλήματα πλευρίωσης).

Όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής συντονισμού ποικίλλει από 5% μέχρι 15% ή 20%. Συχνότερα φαίνεται να εμφανίζεται στα αγόρια παρά στα κορίτσια, με αναλογία 2 προς 1 μέχρι 4 προς 1. Τα αίτια εμφάνισης της διαταραχής πρέπει να αναζητηθούν σε παράγοντες προγεννητικούς, περιγεννητικούς, μεταγεννητικούς και περιβαλλοντικούς

Αν και η κινητική δυσλειτουργία είναι συνήθως εμφανής σε αυτή την ομάδα των παιδιών, η φύση της κινητικής έλλειψης και η διάκριση μεταξύ πρωτογενούς ελλείμματος και του δευτερεύοντος προβλήματος του ελέγχου, δεν είναι καθόλου σαφής.

Η αδυναμία ελέγχου της κίνησης μπορεί να οφείλεται σε πρωτογενή ελαττώματα της αισθητηριακής ολοκλήρωσης, που φαίνεται στην αγνωσία ή δυσπραξία ή σε διαταραχές του κινητικού ελέγχου, που φαίνεται στην αθέτηση, αταξία, την υπεραντανακλαστικότητα ή την ανώριμη κινητική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα παραδείγματα αδεξιότητας μπορεί να περιλαμβάνουν κακές δεξιότητες χρήσης ή κακή ισορροπία. Ένα παιδί μπορεί να φαίνεται να έχει μυϊκή αδυναμία ή υποτονία και έλλειψη σωματικής ενέργειας. Διαφορετικά είδη κίνησης για παράδειγμα, αιώρηση, στροβιλισμός και άλλα δεν μπορούν να γίνουν ανεκτά (Baker, 1986). Δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτό σύνολο χαρακτηριστικών των κινητικών διαταραχών. Θεωρείται γενικά ότι δεν υπάρχει γνωστική ή σημαντική κινητική, αισθητηριακή ή νευρολογική δυσλειτουργία. Ωστόσο, οι διαταραχές της ομιλίας και της ακοής έχουν περιγραφεί ως συνυπάρχουσες με την αδεξιότητα.

http://imm.demokritos.gr/epeaek/library_attach/20041132322250.%CE%A5%CF%80%CE%BF%CF%83%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%BE%CE%B7%20%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CF%8E%CE%BD%20%CE%B%CE%B5%20%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%80%CF%84%CF%85%CE%BE%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE%20%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%AE%20%CF%83%CF%85%CE%BD%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%BF%CF%8D.doc

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

3.1. ΕΙΔΙΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

3.1.1. Διαγνωστικά κριτήρια

Η γλώσσα είναι σημαντικά κάτω από το αναμενόμενο επίπεδο για την ηλικία και το IQ συχνά ερμηνεύεται με μια επίδοση στο χαμηλότερο ποσοστό 10% σε ένα σταθμισμένο τεστ για την εκφραστική και την αντιληπτική γλώσσα.

Μη λεκτικό IQ και μη γλωσσικοί τομείς της ανάπτυξης (δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, κοινωνικές δεξιότητες) είναι ανάμεσα στα φυσιολογικά όρια.

Οι γλωσσικές δυσκολίες δεν μπορούν να ερμηνευτούν από απώλεια ακοής, φυσική ανικανότητα του συστήματος ομιλίας, ή περιβαλλοντική υστέρηση.

Οι γλωσσικές δυσκολίες δεν προκαλούνται από εγκεφαλική βλάβη. (Rapin, 1997)

Συνήθη εμφανιζόμενα χαρακτηριστικά:

- Καθυστέρηση στην έναρξη της ομιλίας, οι πρώτες λέξεις μπορεί να μην έχουν εμφανιστεί μέχρι την ηλικία των (2) δύο χρόνων ή και αργότερα
- Ανώριμη ή αποκλίνουσα παραγωγή γλωσσικών ήχων, ιδιαίτερα στα παιδιά προσχολικής ηλικίας • Χρήση απλοποιημένων γραμματικών δομών
- Περιορισμένο λεξιλόγιο και στην παραγωγή και στην κατανόηση
- Αδύναμη λεκτική βραχυπρόθεσμη μνήμη όπως αποδεικνύεται στις δραστηριότητες που απαιτούν επανάληψη λέξεων ή προτάσεων

- Δυσκολίες στην κατανόηση σύνθετης ομιλίας, κυρίως όταν ο ομιλητής μιλάει γρήγορα

3.1.3. Αξιολόγηση - Διάγνωση

Η διάγνωση της ΕΓΔ μπορεί να γίνει από ένα λογοθεραπευτή ή από έναν ειδικό παιδαγωγό. Είναι πολύ σημαντικό ο λογοθεραπευτής να αξιολογεί μεθοδικά το λόγο του παιδιού και να μην προσπαθεί να ακολουθήσει πιστά τα «φυσιολογικά» μοντέλα του λόγου. Κάθε παιδί είναι διαφορετικό, έχει τις δικές του ελλείψεις και τις δικές του ανάγκες, οι κατακτήσεις και τα λάθη του είναι μοναδικά. (Rapin, 1997)

3.1.4. Πρώιμη παρέμβαση

Σε μια διαταραχή όπως είναι η ΕΓΔ, στην οποία εμπλέκονται πολλαπλοί γενετικοί και περιβαλλοντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες, υπάρχει κάθε λόγος να υποθέτουμε ότι είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν τρόποι οι οποίοι θα τροποποιούν την πορεία της διαταραχής. Ειδικότερα, η νέα γενετική γνώση θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί για να αναγνωρίζονται έγκαιρα τα παιδιά που βρίσκονται «σε αυξημένο ρίσκο», ώστε να παρέχεται πρώιμη παρέμβαση. Η πρώιμη ανίχνευση και μεσολάβηση είναι σημαντική για να καλλιεργηθεί η γλώσσα και η κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Η προσχολική μεσολάβηση στη γλώσσα μπορεί να μην εξαλείψει τον κίνδυνο για μελλοντικές δυσκολίες ανάγνωσης αλλά μπορεί να προλάβει ή ακόμα και να μειώσει πολλά προβλήματα. Σε κάθε περίπτωση, οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία και να τους δίνονται σαφείς οδηγίες ώστε να χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες μεθόδους για να βοηθήσουν το παιδί τους. Ας μην ξεχνάμε ότι στο πεδίο της μελέτης και της έρευνας για την ΕΓΔ η πολυδιεπιστημονική συνεργασία (inter disciplinary collaboration) είναι ζωτικής σημασίας.

3.2. ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Πρόγνωση – διάγνωση – αντιμετώπιση

Η πρόγνωση είναι ένα θέμα δύσκολο και λαμβάνει εξατομικευμένη μορφή σε κάθε αυτιστικό άτομο. Η πρόγνωση είναι φτωχή σε περίπτωση που ο μη λεκτικός δείκτης

νοημοσύνης είναι κάτω από 50, οι επιληπτικές κρίσεις αρχίζουν να εμφανίζονται στην παιδική ηλικία αντί για την εφηβεία. Στα αυτιστικά παιδιά οι επιληπτικές κρίσεις είναι πιθανό να παρουσιαστούν όταν ο δείκτης νοημοσύνης είναι κάτω από 70, χωρίς να αποκλείονται και σε αυτιστικά παιδιά με φυσιολογική μη λεκτική νοημοσύνη. Βέβαια, παρά το γεγονός που πολλά αυτιστικά παιδιά βελτιώνονται καθώς αναπτύσσονται, λίγα έχουν μια φυσιολογική κατάσταση. Αλλά και σε λιγότερο βαριές περιπτώσεις αυτισμού, η ατομική βελτίωση της λειτουργικότητας από την παιδική ηλικία συνεχίζεται και στις αρχές της δεκαετίας των 20 ετών (Rutter, 1990).

Βέβαια, ερευνητές υποστηρίζουν πως επειδή ο αυτισμός είναι μια ετερογενής διαταραχή και το παιδί με αυτισμό μπορεί να έχει ένα υποσύνολο των πιθανών διαταραχών σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, να είναι δύσκολο να προγνωστούν τα ευεργετικά αποτελέσματα μιας παρέμβασης, έτσι, εξετάζουν τα στοιχεία που αφορούν στην αιτιολογία και στην αντιμετώπιση του αυτισμού, ώστε μέσα από την έρευνα να εντοπίσουν τα θετικά αποτελέσματα των θεραπειών βελτιώνοντας παράλληλα και την κατανόηση του αυτισμού καθώς η αντιμετώπιση μπορεί να βοηθήσει την πρόγνωση, μολονότι δεν ξεπερνά τις δυσκολίες (Rutter, 1990).

Καλή πρόγνωση έχει αναφερθεί όταν συντρέχουν κάποιες προϋποθέσεις όπως όταν ο μη λεκτικός δείκτης νοημοσύνης κυμαίνεται στα φυσιολογικά επίπεδα, έχουν αναπτυχθεί καλές γλωσσικές δεξιότητες στην ηλικία των 5 ετών και η έναρξη των επιληπτικών κρίσεων παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη ηλικία για παράδειγμα στην εφηβεία. Ορισμένα αυτιστικά παιδιά βελτιώνονται ώστε να μπορέσουν να κοινωνικοποιηθούν και να αναπτύξουν τρόπους αυτοτέλειας, όμως παραμένουν εξαρτημένα από τους άλλους για τις καθημερινές τους ανάγκες. Έτσι, είναι απαραίτητο η οικογένεια να προσπαθεί να βοηθήσει και να ενθαρρύνει το αυτιστικό άτομο να κερδίσει το ίδιο τη ζωή του (Rutter, 1990).

Βέβαια, υπάρχουν ελάχιστες περιπτώσεις 2-3% αυτιστικών παιδιών που καταφέρνουν να τελειώσουν το σχολείο ή/και να ζήσουν και να εργαστούν σαν ενήλικοι ανεξάρτητοι ή/και να καταφέρουν να επιτύχουν και ένα γάμο ή και γέννηση παιδιών (Rapin, 1997; Μάνος, 1997).

Σ' αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί η πρόγνωση, ένα θέμα όπου τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν καλή συμφωνία. Καταρχήν είναι σαφές ότι υπάρχουν τεράστιες ατομικές διαφορές στην έκβαση: μερικά αυτιστικά παιδιά βελτιώνονται σημαντικά και σε τέτοιο βαθμό ώστε να μπορέσουν να σταθούν από μόνα τους στην κοινωνία και να κερδίσουν τη ζωή τους. Στατιστικά ένα στα δύο παιδιά θα μπορεί να αυτοεξυπηρετείται, δηλαδή να ντύνεται, να τρώει, κτλ, ένα στα δέκα θα μάθει να στοιχειωδώς ένα επάγγελμα. Βέβαια άλλα παραμένουν πολύ περιορισμένα και απόλυτα εξαρτημένα από τους άλλους για όλες τις καθημερινές τους ανάγκες (Rapin, 1997; Νιτσοπούλου, 1986).

Επιπλέον, τα κριτήρια διάγνωσης του αυτισμού παρατίθενται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM-III-R) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και στη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD-10) που εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Συνοπτικά, οι διαγνωστικές ενδείξεις του αυτισμού είναι η ποιοτική παρέκκλιση στην αμοιβαία κοινωνική συνδιαλλαγή που καλείται και αυτιστική μοναχικότητα, η ποιοτική παρέκκλιση στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και στη δημιουργική δραστηριότητα δηλαδή η απόκλιση στην ανάπτυξη του λόγου και στην επικοινωνία αλλά και το περιορισμένο εύρος δημιουργικών δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων, η ψυχαναγκαστική εμμονή στην ομοιομορφία και η ανυπαρξία συμβολικού παιχνιδιού (Lam & Yeung, 2012).

Τέλος, οι εφαρμοζόμενες θεραπείες για την αντιμετώπιση του αυτισμού είναι πολύ σημαντικές καθώς δεν υπάρχει ένα και μοναδικό πρωτόκολλο θεραπείας για όλα τα παιδιά με αυτισμό. Η θεραπεία είναι εξατομικευμένη και τα παιδιά ανταποκρίνονται διαφορετικά στα διάφορα συμπεριφορικά προγράμματα. Έτσι, οι συνήθεις θεραπευτικές μέθοδοι για το φάσμα του αυτισμού είναι η εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς, η διατροφή χωρίς γλουτένη και καζεΐνη, η εργοθεραπεία, η θεραπεία floortime, η θεραπεία αισθητηριακής ολοκλήρωσης, η λογοθεραπεία, οι μέθοδοι SCERTS, TEAACH και PECS, η παρέμβαση ανάπτυξης σχέσεων, η παρέμβαση λεκτικής συμπεριφοράς και η φυσικοθεραπεία.

3.2.1. Διαγνωστικά κριτήρια αυτισμού

Οι Διεθνείς Διαγνωστικές κατηγοριοποιήσεις των Διαταραχών είναι: το «Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Διανοητικών Διαταραχών» (1994), τέταρτη

έκδοση, DSM-IV και το « Ταξινομητικό Εγχειρίδιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας 1992», δέκατη αναθέωρηση, ICD-10.

Κατά το DSM-IV, τα Διαγνωστικά κριτήρια για την Αυτιστική Διαταραχή εντοπίζονται στη κοινωνική αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία και στα στερεότυπα πρότυπα της συμπεριφοράς. Αναλυτικότερα:

A. Ένα σύνολο έξι (ή περισσότερων) αντικειμένων από (1), (2) και (3), με τουλάχιστον δύο από το (1) και ένα από το (2) κι ένα από το (3):

1) Ποιοτική εξασθένηση σε σχέση με την κοινωνική αλληλεπίδραση, όπως εκδηλώνεται με δύο τουλάχιστον από τα ακόλουθα: i. Έντονο έλλειμμα στη χρήση πολλαπλών προφορικών συμπεριφορών όπως κοίταγμα κατά πρόσωπο, εκφράσεις προσώπου, στάσεις σώματος και χειρονομίες για ρύθμιση κοινωνικής αλληλεπίδρασης. ii. Αδυναμία ανάπτυξης σχέσεων με συνομήλικους, ανάλογες του επιπέδου ανάπτυξης. iii. Έλλειψη αυθόρμητης αναζήτησης να μοιραστεί απόλαυση, ενδιαφέροντα ή επιτεύγματα με άλλα πρόσωπα (π.χ. λόγω έλλειψης επίδειξης, παρουσίασης ή επισήμανσης αντικειμένων ενδιαφέροντος σε άλλα πρόσωπα). iv. Έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας (Μάνος, 1997; Μαδιανός, 2006).

2) Ποιοτικό έλλειμμα στην επικοινωνία όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα: i. Καθυστέρηση ή παντελής έλλειψη ανάπτυξης προφορικού λόγου, που δε συνοδεύεται από προσπάθεια για εξισορρόπηση μέσω εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας, όπως χειρονομίες ή μίμηση. ii. Σε άτομα με επαρκές επίπεδο λόγου, εμφανές έλλειμμα στην ικανότητα να ξεκινήσει ή να συνεχίσει μία συζήτηση με άλλους. iii. Στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας ή ιδιοσυγκρασιακής γλώσσας. iv. Έλλειψη ποικίλου, αυθόρμητου παιχνιδιού χρησιμοποιώντας φαντασία ή κοινωνικού μιμητικού παιχνιδιού, ανάλογου με το επίπεδο ανάπτυξης (Μάνος, 1997; Μαδιανός, 2006).

3) Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, όπως εκδηλώνονται σε ένα τουλάχιστον από τα ακόλουθα: i. Έντονη απασχόληση με ένα ή περισσότερα στερεότυπα και περιορισμένα μοτίβα ενδιαφέροντος που είναι μη φυσιολογικά είτε σε ένταση είτε σε

συγκέντρωση. ii. Προφανώς άκαμπτη εμμονή σε συγκεκριμένες, μη λειτουργικές ρουτίνες ή τυπικές συμπεριφορές. iii. Στερεότυπες και επαναληπτικές κινητικές ιδιομορφίες (π.χ. κτύπημα η στράβωμα χεριού ή δακτύλου, ή περίπλοκες κινήσεις ολόκληρου του σώματος). iv. Έμμονη απασχόληση με μέρη αντικειμένων (Μάνος, 1997; Μαδιανός, 2006).

B. Καθυστερήσεις ή μη φυσιολογική λειτουργία σε τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω τομείς με έναρξη πριν την ηλικία των 3 χρόνων: 1) Κοινωνική διαντίδραση 2) Γλώσσα όπως χρησιμοποιείται στην κοινωνική επικοινωνία 3) Συμβολικό ή φανταστικό παιχνίδι (Μάνος, 1997; Μαδιανός, 2006).

Για να διαγνωστεί «αυτισμός» θα πρέπει να πληρούνται έξι κριτήρια, από τα οποία δυο να αφορούν στην κοινωνική αλληλεπίδραση, ένα στην επικοινωνία, ένα στη στερεοτυπική συμπεριφορά και να υπάρχουν δυο ακόμη που να εμφανίζονται σε οποιονδήποτε από τους πιο πάνω τομείς, η δε πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων να γίνει πριν από την ηλικία των τριών ετών και να έχει αποκλειστεί η διάγνωση της διαταραχής Rett και της παιδικής αποδιοργανωτικής διαταραχής (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2002; Μάνος, 1997).

Σε αντίθεση το ICD-10, αναγνωρίζει ότι υπάρχει μεγάλη μεταβλητότητα στο φάσμα του αυτισμού. Παρόλο, που εντοπίζει τις διαταραχές σε τρεις ευρείες περιοχές, όπως κ το DSM-IV: διαταραχή στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, διαταραχή στην επικοινωνία και διαταραχή στη στερεοτυπικές συμπεριφορές, υποστηρίζει ότι κάθε άνθρωπος με αυτισμό έχει τα δικά του προσωπικά χαρακτηριστικά. Η ίδια δεξιοότητα μπορεί να διαφέρει μεταξύ των παιδιών αλλά και στο ίδιο παιδί, από ηλικία σε ηλικία. Επομένως, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα εργαλεία και μέσα, που να ελέγχουν την συμπτωματολογία του αυτισμού, λόγω της μεταβλητότητας και της δυσκολίας διαχωρισμού των προβλημάτων της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της επικοινωνίας και των στερεότυπων συμπεριφορών (Π.Ο.Υ., 1993).

Εφόσον, ο αυτισμός είναι μια εκ γενετής διαταραχή, στις περισσότερες περιπτώσεις θα περίμενε κανείς ότι κάποια απόκλιση θα γινόταν αντιληπτή από τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού. Στην πραγματικότητα εάν αυτό συμβεί, δεν πρόκειται για αυτισμό. Όταν το παιδί είναι σε πολύ μικρή ηλικία, η πιθανότητα αναπτυξιακής

καθυστερήσης καθώς και η πιθανότητα κάλυψης της καθυστέρησης αυτής στο μέλλον πρέπει πάντοτε να διερευνάται. Στην περίπτωση εκτεταμένης εγκεφαλικής ανωμαλίας με σοβαρή νοητική υστέρηση υπάρχουν ευδιάκριτα πρώιμα διαγνωστικά σημεία. (Lam &Yeung, 2012).

Ο εντοπισμός όμως σε μικρή ηλικία συγκεκριμένων διαγνωστικών σημείων για τον αυτισμό είναι κάτι το διαφορετικό. Ακόμα και στα φυσιολογικά παιδιά υπάρχουν παροδικά προβλήματα στην κοινωνική τους ανάπτυξη, τα οποία μπορεί να μοιάζουν με τον παιδικό αυτισμό. Βεβαίως, η προσωρινή φύση των προβλημάτων αυτών γίνεται αντιληπτή εκ των υστέρων (Park, 1987; Everard, 1980; Lovell, 1983).

M - CHAT

Ένα επιπλέον εργαλείο είναι το M – CHAT στοιχεία του οποίου παρουσιάζονται παρακάτω:

Το M-CHAT έχει πιστοποιηθεί για ανίχνευση παιδιών ηλικίας μεταξύ 16 και 30 μηνών, για αξιολόγηση της πιθανότητας εμφάνισης Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Το M-CHAT μπορεί να χορηγηθεί και να βαθμολογηθεί ως μέρος της προγραμματισμένης επίσκεψης στον παιδίατρο για τον προβλεπόμενο έλεγχο ανάπτυξης κάθε παιδιού (well child check-up), και μπορεί επιπλέον να χρησιμοποιηθεί από ειδικούς για εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος. Ο κύριος στόχος του M-CHAT είναι να μεγιστοποιήσει την ευαισθησία, δηλαδή να ανιχνεύει όσο το δυνατόν περισσότερες περιπτώσεις ΔΑΦ γίνεται. Γι' αυτό, υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών, δηλαδή δεν σημαίνει ότι όλα τα παιδιά που έχουν υψηλή βαθμολογία για εμφάνιση ΔΑΦ, θα διαγνωστούν τελικά με ΔΑΦ. Για να αντιμετωπίσουμε αυτό το θέμα, αναπτύξαμε μία δομημένη συνέντευξη follow-up για χρήση σε συνάρτηση με το M-CHAT, η οποία είναι διαθέσιμη στην επίσημη ιστοσελίδα. Οι χρήστες θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι ακόμα και με τις ερωτήσεις της συνέντευξης, ένας σημαντικός αριθμός των παιδιών που θα αποτύχουν στο M-CHAT δεν θα διαγνωστεί με μία ΔΑΦ. Όμως αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνισή άλλων αναπτυξιακών διαταραχών ή καθυστερήσεων και οπότε, απαιτείται αξιολόγηση για κάθε παιδί που αποτυγχάνει τον ανιχνευτικό έλεγχο. (Lam &Yeung, 2012).

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ M-CHAT

Το M-CHAT μπορεί να βαθμολογηθεί σε λιγότερο από δύο λεπτά.

Οι απαντήσεις Ναι/Όχι μετατρέπονται σε επιτυχημένες / αποτυχημένες απαντήσεις. Στον Πίνακα που ακολουθεί αναγράφονται οι αποτυχημένες απαντήσεις για κάθε ερώτημα του M-CHAT. Οι απαντήσεις με έντονα γράμματα , είναι τα κρίσιμα ερωτήματα.

Παιδιά που αποτυγχάνουν σε περισσότερα από 3 οποιαδήποτε ερωτήματα ή 2 κρίσιμα ερωτήματα (αριθμοί 2, 7, 9, 13, 14, 15) και ειδικότερα αν τα σκορ παραμένουν υψηλά και μετά την follow-up συνέντευξη, για μείωση των ψευδώς θετικών) θα πρέπει να παραπέμπονται για διαγνωστική αξιολόγηση από ειδικό, εκπαιδευμένο στην αξιολόγηση διαταραχών του Αυτιστικού Φάσματος σε πολύ μικρά παιδιά. Επιπρόσθετα, παιδιά για τα οποία είτε ο παιδίατρος, ο γονέας ή άλλος ειδικός έχει βάσιμες ανησυχίες για Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, θα πρέπει να παραπέμπονται για αξιολόγηση, δεδομένου ότι είναι απίθανο για οποιοδήποτε ανιχνευτικό εργαλείο, να έχει 100% ευαισθησία.

3.3. ΔΕΠ – Υ

Η διαταραχή συνήθως πρωτοαναγνωρίζεται όταν τα παιδιά πάνε στο σχολείο λόγω των αυξημένων απαιτήσεων για συγκέντρωση και τήρηση κανόνων. Μπορεί όμως να διαγνωστεί και σε άτομα όλων των ηλικιών. Στην πορεία της επιπλέκεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% από άλλα σοβαρά προβλήματα που καθορίζουν την έκβαση της, όπως κακή σχολική επίδοση και ακαδημαϊκή εξέλιξη, συναισθηματικές διαταραχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση, επιθετικότητα, παραπτωματική συμπεριφορά, μειωμένη επαγγελματική παραγωγικότητα, περιορισμένες επαγγελματικές προοπτικές και κοινωνικές σχέσεις.

Επειδή όλοι οι άνθρωποι επιδεικνύουν παρόμοιες συμπεριφορές σε δεδομένη στιγμή, τα κριτήρια για να καθοριστεί αν κάποιος έχει ΔΕΠΥ, είναι συγκεκριμένα. Η διάγνωση γίνεται από ειδικό, νευρολόγο ή ψυχολόγο. Η χρήση νευρολογικών τεστ βοηθάει στην αναγνώριση των συγκεκριμένων δυσκολιών, αλλά και των δυνατών

σημείων του εξεταζόμενου, ώστε να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες για σχολική επιτυχία και βελτίωση της συμπεριφοράς.

Η συνέντευξη με τους γονείς/φροντιστές, είναι σημαντική και χρησιμεύει στην αξιολόγηση των διαταραχών της συμπεριφοράς. Η συνέντευξη πρέπει να συμπεριλαμβάνει τη διερεύνηση παρουσίας θετικού οικογενειακού ιστορικού και την αξιολόγηση της λειτουργικότητας της οικογένειας συνολικά, λαμβάνοντας υπόψη το μοντέλο αντιμετώπισης του παιδιού από τους γονείς, την παρουσία γονεϊκής σύγκρουσης και τα μοντέλα επικοινωνίας. Επίσης, η συνέντευξη με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική. Εκτός από την ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία, παρέχει την ευκαιρία να εκτιμηθούν τα εσωτερικευμένα συμπτώματα, όπως άγχος και κατάθλιψη, τα οποία είναι σημαντικά στη διάγνωση συν-νοσηρών καταστάσεων. (Βαρβόγλη Γ., 2007)

Ο ειδικός θα παρατηρήσει κατά πόσο το παιδί βρίσκεται στα φυσιολογικά πλαίσια, σύμφωνα με την ηλικία του, βασισμένος επίσης στις πληροφορίες τις οποίες θα δοθούν από τους γονείς/φροντιστές.

Σε συνδυασμό με την παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού, ο ειδικός θα ζητήσει και την αξιολόγηση και της φυσικής κατάστασης του παιδιού. Είναι απαραίτητο ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό για να αξιολογηθούν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες παρουσιάζονται οι πιο πάνω συμπεριφορές και να διερευνηθεί εάν υπάρχουν άλλες μεταβλητές, οι οποίες μπορεί να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παιδιού. Επίσης, ο ειδικός θα μιλήσει με το παιδί για το πώς το ίδιο ενεργεί και αισθάνεται.

Τέλος, σύμφωνα με τους Tannock (2005) και Tripp (2005), πρέπει να σημειωθεί ότι είναι αρκετά θολό το κατά πόσο η ΔΕΠΥ είναι αναπηρία ή όχι. Αυτό θα πρέπει να το δει κανείς σε συνάρτηση όχι μόνο με τον αριθμό και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, αλλά και με το περιβάλλον του παιδιού. Γιατί μέσα σε αυτά τα πλαίσια μπορεί να θεωρηθεί αν ένα παιδί με ΔΕΠΥ το εμφανίζει ως αδυναμία και όχι αναπηρία.

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνεται μέσω δυο διαγνωστικών εγχειριδίων τα οποία περιλαμβάνουν τα κριτήρια με βάση τα οποία γίνεται η διάγνωση και η αξιολόγηση

του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Πρόκειται για το εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας το οποίο δίνοντας τον ορισμό της ΔΕΠ-Υ, δίνει συγχρόνως και τα κριτήρια με βάση τα οποία διαγιγνώσκεται η ΔΕΠ-Υ (Βορβόγλη & Γαλάνη,2007)).

Επίσης, υπάρχει και το εγχειρίδιο του Παγκόσμιου οργανισμού Υγείας το οποίο όμως αναφέρεται στην περιγραφή της ΥΚΔ (Υπερκινητική διαταραχή). Τα δυο διαγνωστικά εργαλεία παρουσιάζουν και ομοιότητες αλλά και διαφορές μεταξύ τους. (Γιαννοπούλου στο Κουρκούτας & Chartier,2008).

Πιο συγκεκριμένα, η ομοιότητα των δυο εγχειριδίων έγκειται στο γεγονός ότι και η ΔΕΠ-Υ και η ΥΚΔ ορίζουν ως τελική ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης διαταραχής το έβδομο έτος της ηλικίας του παιδιού καθώς και την προϋπόθεση ότι τα συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται συνεχόμενα για τουλάχιστον έξι μήνες. Επίσης απαραίτητη προϋπόθεση για την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ/ ΥΚΔ είναι το παιδί να παρουσιάζει δυσλειτουργίες σε περισσότερα από ένα περιβάλλοντα και αυτές οι δυσλειτουργίες να έχουν ως σημείο αναφοράς την αναπτυξιακή απόκλιση του παιδιού από τον φυσιολογικό μέσο όρο (Γιαννοπούλου, Κουρκούτας & Chartier,2008).

Από την άλλη οι διαφορές των δυο εγχειριδίων έγκεινται στο γεγονός ότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται υπό τη μορφή τριών τύπων οι οποίοι είναι, ο απρόσεκτος τύπος, ο υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος και ο συνδυασμένος τύπος. Αν εντοπιστεί ένας από τους παραπάνω τύπους, τότε ο ειδικός μπορεί να επιβεβαιώσει την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ. Αντιθέτως, η ύπαρξη της ΥΚΔ προϋποθέτει την σίγουρη συνύπαρξη και των τριών συμπτωμάτων, δηλαδή την απροσεξία, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα (Γιαννοπούλου, Κουρκούτας & Chartier,2008).

Το DSM-IV (Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών), χρησιμοποιείται από τους περισσότερους οργανισμούς διάγνωσης της ΔΕΠΥ. Το DSM-IV-TR αποτελεί τη τελευταία έκδοση του αμερικανικού διαγνωστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (Πολυχρονοπούλου,2012).

Παρακάτω ακολουθεί πίνακας με τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ τα οποία περιλαμβάνονται στο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV-TR.

3.3.1. Διαγνωστικά κριτήρια

Τα κυριότερα διαγνωστικά συστήματα που χρησιμοποιούνται στον ορισμό της ΔΕΠΥ είναι το ICD-10 και το DSM-IV, αντίστοιχα.

3.3.1.1. ICD-10

Τα σύγχρονα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ, απαιτούν την παρουσία συμπτωμάτων Απροσεξίας, Υπερκινητικότητας και Παρορμητικότητας, τουλάχιστον για 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Ο ασθενής πρέπει να έχει τουλάχιστον 6 συμπτώματα Απροσεξίας, 3 συμπτώματα Υπερκινητικότητας και 1 σύμπτωμα Παρορμητικότητας.

Η έναρξη των συμπτωμάτων δεν πρέπει να είναι μετά την ηλικία των 7 ετών και τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται σε περισσότερα από ένα πλαίσιο(π.χ. στο σπίτι και στο σχολείο). Τα συμπτώματα της Απροσεξίας και της Παρορμητικότητας, πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

3.3.1.2 DSM-IV

Τα σύγχρονα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ, όπως καθορίζονται από το DSM-IV, απαιτούν την παρουσία συμπτωμάτων Απροσεξίας ή / και Υπερκινητικότητας - Παρορμητικότητας, τουλάχιστον για 6 μήνες και τα οποία είναι περισσότερο συχνά και σοβαρά από τα τυπικά παρατηρούμενα παιδιά ανάλογου αναπτυξιακού επιπέδου. Ο ασθενής πρέπει να έχει: 6 ή περισσότερα συμπτώματα Απροσεξίας ή 6 ή περισσότερα συμπτώματα Υπερκινητικότητας/ Παρορμητικότητας.

3.3. ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Οι συμβουλευτικοί σταθμοί νέων αποτελούν κοινωνικούς φορείς, οι οποίοι φέρνουν σε επαφή το σχολείο με την οικογένεια καθώς τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο του παιδιού, με στόχο την αντιμετώπιση δυσκολιών που πιθανόν αυτό να αντιμετωπίζει. Η λειτουργία τους αποσκοπεί στην πρόοδο του κάθε παιδιού και σε οικογενειακό αλλά και σε σχολικό επίπεδο. Ιδρύθηκαν με το Νόμο του 1990 και έπειτα οι αρμοδιότητες του επεκτάθηκαν και διευρύνθηκαν (Συμβουλευτικός σταθμός Μαγνησίας, 2014).

Ο ρόλος των συμβουλευτικών σταθμών νέων αφορά τη δημιουργία θετικών συνθηκών επικοινωνίας ανάμεσα στο σχολείο και την οικογένεια. Προσπαθεί να καταπολεμήσει πιθανά μελλοντικά παραβατικά παραπτώματα νέων, λαμβάνοντας δράση στη πρόληψη τους σε πρωτογενές επίπεδο. Λόγω του ότι οι απαιτήσεις της καθημερινής εποχής είναι πολλές και κάθε οικογένεια έχει να αντιμετωπίσει τα δικά της προβλήματα, εμφανίζονται πολύ συχνά φαινόμενα όπου το παιδί απομονώνεται και ψάχνει άλλους τρόπους επικοινωνίας με τον έξω κόσμο. Τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει ένα παιδί στο σχολείο εφόσον δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις σχολικές απαιτήσεις, μπορούν να συντελέσουν παράγοντα παραβατικής συμπεριφοράς. Για αυτό το λόγο οι συμβουλευτικοί σταθμοί νέων επιτελούν συχνές επισκέψεις σε σχολικά περιβάλλοντα με στόχο να εντοπίσουν τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν οι μαθητές και να βελτιώσουν το σχολικό επίπεδο ζωής τους (Συμβουλευτικός σταθμός νέων Φλώρινας,2014).

Πιο συγκεκριμένα, προσπαθούν να βοηθήσουν μαθητές οι οποίοι αντιμετωπίζουν προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές ή ακόμα και μαθησιακές δυσκολίες αλλά και να εμψυχώσουν και τους εκπαιδευτικούς, οι όποιοι έρχονται αντιμέτωποι με τα προβλήματα αυτά. Εμψυχωτικός και συμβουλευτικός είναι ο ρόλος τους και για τους γονείς των μαθητών που αντιμετωπίζουν προβλήματα καθώς τους βοηθούν να αναπτύξουν επικοινωνιακές διόδους με τα παιδιά τους και το σχολείο τους (Συμβουλευτικός σταθμός νέων Φλώρινας,2014).

Η παραπομπή μαθητών και γονέων σε συμβουλευτικούς σταθμούς γίνεται είτε μετά από προτροπή του διευθυντή του σχολείου είτε μετά από αίτημα του ίδιου του διευθυντή, εφόσον οι γονείς αδιαφορήσουν για επικοινωνία με το σταθμό. Σ' αυτή την περίπτωση, ο διευθυντής καλεί ομάδα ειδικών από τον συμβουλευτικό σταθμό της περιοχής τους, η οποία ενημερώνει τους καθηγητές για τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Ο ρόλος τους δεν περιορίζεται μόνο στο βαθμό της συζήτησης αλλά πραγματοποιούν και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μέσα στην τάξη, στις οποίες είναι παρόντες/παρούσες και οι ίδιοι οι καθηγητές του τμήματος. Οι εκπαιδευτικές αυτές παρεμβάσεις γίνονται σε συνεργασία πάντα με τα Κέντρα Διάγνωσης Διαφοροδιάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών (Συμβουλευτικός σταθμός νέων, Μαγνησίας,2014).

Πιο συγκεκριμένα, οι δημόσιοι φορείς οι οποίοι είναι αρμόδιοι για τη διάγνωση μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες είναι τα Κέντρα Διάγνωσης Διαφοροδιάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών (ΚΕΔΔΥ). Πρόκειται για διαγνωστικά κέντρα τα οποία ιδρύθηκαν το 2000 και ρόλος τους είναι η αξιολόγηση μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης, η διάγνωση και αξιολόγηση μαθησιακών δυσκολιών μπορεί να γίνει και από ιδιωτικά ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής (Παντελιάδου,2011). Η προηγούμενη ονομασία των ΚΕΔΔΥ ήταν Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (ΚΔΑΥ) και άλλαξε με τον τελευταίο νόμο 3699 του 2008.

Οι συγκεκριμένοι φορείς αποτελούνται από διάφορες ειδικότητες όπως αυτή του ψυχολόγου, του ειδικού παιδαγωγού και του κοινωνικού λειτουργού. Την κύρια ομάδα εργαζομένων στα ΚΕΔΔΥ καμιά φορά πλαισιώνουν και άλλες ειδικότητες όπως αυτή του λογοπεδικού και του φυσιοθεραπευτή (Νόμος 2817/2000).

Στα ΚΕΔΔΥ και στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα όπως επίσης και τα κέντρα ψυχικής υγείας, η διάγνωση ακολουθεί συγκεκριμένα στάδια. Αρχικά ο κοινωνικός λειτουργός συλλέγει πληροφορίες για το ιατρικό και κοινωνικό υπόβαθρο του μαθητή, δίνοντας έμφαση στο οικογενειακό του περιβάλλον. Ακολουθεί η αξιολόγηση του ψυχικού κόσμου του παιδιού μέσω ατομικής και οικογενειακής κλινικής συνέντευξης. Η ψυχολογική αξιολόγηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού είναι απαραίτητη λόγω του ότι με αυτό τον τρόπο ελέγχεται η πιθανότητα προέλευσης των μαθησιακών δυσκολιών από συναισθηματικά προβλήματα και διαταραχές. Η κλινική συνέντευξη αποτελεί το πρώτο διεξοδικό βήμα του ειδικού για να ανακαλύψει το πώς νιώθει το παιδί και το αν αυτό αντιλαμβάνεται την κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

Της ψυχολογικής αξιολόγησης έπεται η μαθησιακή αξιολόγηση. Μέσα από διαγνωστικά τεστ, ο ειδικός προβαίνει στην αξιολόγηση των δυνατοτήτων του μαθητή όσον αφορά το μαθησιακό και γνωστικό κομμάτι. Τέλος, απαραίτητος είναι ο ιατρικός έλεγχος των συγκεκριμένων παιδιών, με στόχο να διευκρινιστούν το αν οι δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζει το παιδί, οφείλονται σε βιολογικά αίτια.

Μέσω όλων των παραπάνω σταδίων, το κέντρο προβαίνει στην διάγνωση, η οποία έχει ως στόχο τη δημιουργία εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης για τους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες.

3.4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Ένα από τα πιο ευρέως διαδομένα Τεστ διάγνωσης των μαθησιακών δυσκολιών είναι το Αθηνά Τεστ. Το Αθηνά Τεστ αποτελεί μια ομάδα δοκιμασιών, η οποία έχει ως στόχο την αξιολόγηση των κινητικών, νοητικών, ψυχικών και γλωσσολογικών ικανοτήτων του ατόμου. Όλα αυτά αξιολογούνται με βάση την μαθησιακή επίδοση του παιδιού στο σχολείο. Πρόκειται για ένα ενδοατομικό διαγνωστικό τεστ με ποικίλα θέματα, το οποίο έχει ως στόχο να αξιολογήσει τις μαθησιακές ικανότητες του παιδιού και να παράγει μια αναλυτική εικόνα της κατάστασης του (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου 2011).

Πιο συγκεκριμένα, το τεστ Αθηνά δημιουργήθηκε από το Ψυχιατρικό εργαστήριο του Τομέα Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών από τους Παρασκευόπουλο, Καλατζής-Αζίζι και Γιαννιτσία. Πρόκειται για ένα διαγνωστικό εργαλείο πρώιμης παρέμβασης το οποίο στηρίζεται πάνω σε ψυχολογικές δομές. Σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται από εκπαιδευτικούς αλλά και από άλλους ειδικούς, με στόχο τον εντοπισμό μαθησιακών δυσκολιών σε παιδιά μέσα στα πλαίσια του σχολείου (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου 2011).

Το Αθηνά Τεστ εξετάζει συγκεκριμένους αναπτυξιακούς τομείς του παιδιού και προσπαθεί να εντοπίσει ελλείμματα τα οποία έχουν τα παιδιά στους τομείς αυτούς. Εφόσον εντοπιστούν οι συγκεκριμένες ελλείψεις στις μαθησιακές δομές του παιδιού, τότε σχεδιάζεται και η κατάλληλη παιδαγωγική και θεραπευτική παρέμβαση. Αυτό το Τεστ αφορά παιδιά ηλικίας 5 έως 9 ετών αλλά δύναται να εφαρμοστεί και σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας τα οποία εμφανίζουν σοβαρά μαθησιακά προβλήματα (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου 2011).

Πιο συγκεκριμένα το Αθηνά τεστ αποτελείται από δεκατέσσερις ψυχομετρικές κλίμακες, μέσω των οποίων αξιολογούνται όλα τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού αλλά και οι αναπτυξιακοί τομείς οι οποίοι είναι πολύ σημαντικοί για την σχολική του πρόοδο και επίδοση (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου 2011).

Παρακάτω παρουσιάζονται οι δεκατέσσερις ψυχομετρικές κλίμακες του Αθηνά Τεστ καθώς και οι υποκατηγορίες της καθεμιάς.

I. Νοητική ικανότητα
1. Γλωσσικές αναλογίες
2. Αντιγραφή σχημάτων
3. Λεξιλόγιο
II. Μνήμη ακολούθων
4. Μνήμη αριθμών
5. Μνήμη εικόνων
6. Μνήμη σχημάτων
III. Ολοκλήρωση παραστάσεων
7. Ολοκλήρωση προτάσεων
8. Ολοκλήρωση λέξεων
IV. Γραφο-φωνολογική ενημερότητα
9. Διάκριση γραφημάτων
10. Διάκριση φθόγγων
11. Σύνθεση φθόγγων
V. Νευροψυχολογική ωριμότητα
12. Οπτικό-κινητικός συντονισμός
13. Αντίληψη Δεξιού Αριστερού
14. Πλευρίωση

Πηγή από Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου 2011

Χρησιμοποιείται σε παιδιά των πρώτων τάξεων του σχολείου και επικεντρώνεται σε εκείνους τους τομείς τους οποίους το παιδί μειονεκτεί και στους οποίους πιθανόν να οφείλεται η χαμηλή σχολική του επίδοση. Χρησιμοποιείται από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς έτσι ώστε να μπορέσουν να καταλήξουν στο τι είδους μαθησιακή δυσκολία έχει το εκάστοτε παιδί. Με βάση τα αποτελέσματα του τεστ, οι δάσκαλοι προβαίνουν στο σχεδιασμό κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία έχουν ως στόχο να βελτιώσουν τους τομείς μάθησης του παιδιού, στους οποίους παρουσιάζει πρόβλημα. Επίσης, υπάρχει και το τεστ Ιλινός, αποσκοπεί στην

διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών στις πρώτες τάξεις του δημοτικού. Σχετίζεται με τη μέτρηση των ψυχικών και γλωσσικών δεξιοτήτων του μαθητή καθώς και με τη σχολική του επίδοση.

Τεστ Ανίχνευσης διαταραχών Ομιλίας και Λόγου ΑνΟμιΛο 4

Ένα επιπλέον διαγνωστικό τεστ είναι το ΑνΟμιΛο.

Στόχος του ΑνΟμιΛο

Το ΑνΟμιΛο 4 δημιουργήθηκε για να επιτρέπει στον ειδικό την πραγματοποίηση ενός γρήγορου ελέγχου της ομιλίας, του λόγου, της φωνής και της ροής της ομιλίας των παιδιών ηλικίας 3;09 έως 4;06 ετών.

Συνίσταται στους επαγγελματίες υγείας να είναι σε εγρήγορση από τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού ώστε να ανιχνεύονται έγκαιρα ενδεχόμενα σημάδια καθυστέρησης, καθήλωσης ή δυσλειτουργίας του λόγου. Τα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι τα παιδιά στην ηλικία των 4 ετών χρησιμοποιούν επαρκώς την μητρική τους γλώσσα. Η δομή (φωνολογία, άρθρωση, μορφολογία, σύνταξη) το περιεχόμενο (σημασιολογία) και η χρήση (πραγματολογία) του λόγου που διαθέτουν τα παιδιά σε αυτή την ηλικία τους επιτρέπουν να επικοινωνούν και να έχουν πρόσβαση σε μεταγλωσσικές δεξιότητες. Για τους λόγους αυτούς η ηλικία των 4 ετών θεωρείται ως μια ευνοϊκή ηλικία για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των δυσκολιών του λόγου.

Τα 4 είναι μια οριακή ηλικία: όταν ένα παιδί παρουσιάζει μια δυσκολία στην ανάπτυξη του λόγου του, τόσο αυτό όσο και η οικογένεια του έχουν ανάγκη ειδικής βοήθειας για την αποκατάσταση ή αναπλήρωση των ελλείψεων του. Η αποκατάσταση είναι σημαντικό να έχει ολοκληρωθεί πριν το παιδί ενταχθεί στην πρώτη δημοτικού. Διαφορετικά πέρα από τις διαταραχές στον προφορικό λόγο υπάρχει κίνδυνος το παιδί να αναπτύξει και άλλου τύπου διαταραχές, όπως διαταραχές στο γραπτό λόγο, δυσλεξία, συναισθηματικές και κοινωνικές διαταραχές.

Πλεονεκτήματα του ΑνΟμιΛο 4

Πληροφορεί τον ειδικό και διευκολύνει τη διαδικασία της ανίχνευσης. Το ΑνΟμιΛο 4 δίνει την δυνατότητα στον ειδικό :

- 1) να επαληθεύσει ότι οι γλωσσικές δεξιότητες του παιδιού είναι φυσιολογικές και επαρκείς
- 2) να ανιχνεύσει πιθανά προβλήματα στη λεκτική ανάπτυξη του παιδιού
- 3) να έχει άμεση πρόσβαση σε μια βάση δεδομένων κερδίζοντας χρόνο καθώς το φυλλάδιο ενημέρωσης απαντά σε πιθανές ερωτήσεις των γονέων και το προφίλ του παιδιού τους δίνει άμεσες και εξειδικευμένες συμβουλές.

Πληροφορεί και ενημερώνει τους γονείς: οι γονείς είναι σημαντικό να ενημερώνονται και να εμπλέκονται στη διαδικασία ανάπτυξης του λόγου του παιδιού τους.

Στην περίπτωση που σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ΑνΟμιΛο 4, το παιδί χρειάζεται να παραπεμφθεί, είναι αναγκαίο να ευαισθητοποιηθούν και να ενημερωθούν οι γονείς για την πραγματοποίηση μιας πλήρους αξιολόγησης.

Δίνονται συμβουλές στους γονείς που λειτουργούν ως απλή και σταθερή βάση για να προσφέρουν ερεθίσματα στο παιδί τους.

Επιπλέον καθίσταται δυνατή η παραπομπή των γονέων που επιθυμούν να ενημερωθούν περαιτέρω για την γλωσσική ανάπτυξη (σε συλλόγους, ειδικούς, ηλεκτρονικό δίκτυο κλπ).

Παρουσίαση του ΑνΟμιΛο 4

Το ΑνΟμιΛο 4 κυκλοφορεί σε δύο μορφές, έντυπη και ηλεκτρονική. Το τεστ αποτελείται από:

- κάρτα με εικόνες, τις οποίες βλέπει το παιδί και απαντά στις ερωτήσεις του εξεταστή.
- εγχειρίδιο με πληροφορίες και οδηγίες για την χορήγηση του τεστ
- φυλλάδια ενημέρωσης για την εξέλιξη του λόγου, τα οποία δίνονται στους γονείς μετά την χορήγηση του τεστ
- προφίλ των παιδιών, ανάλογα με τα αποτελέσματά τους στο τεστ.

Χωρίζονται σε δύο μέρη. Στο πάνω μέρος ο εξεταστής συμπληρώνει και κρατά για το αρχείο του τα στοιχεία του παιδιού ενώ το κάτω μέρος περιλαμβάνει συμβουλές και δίνεται στους γονείς.

- σελίδες βαθμολόγησης

Χορήγηση του ΑνΟμιλο 4

Τα αποτελέσματα του ΑνΟμιλο 4 είναι αξιόπιστα εφόσον έχουν τηρηθεί οι όροι χορήγησης βάσει των οποίων αυτό έχει σταθμιστεί. Η άρνηση συμμετοχής από την πλευρά του παιδιού στο ΑνΟμιλο 4 μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να αποκαλύψει διαταραχές επικοινωνίας, προβλήματα ακοής, καθυστέρηση ή διαταραχή λόγου, τα οποία μπορούν να συζητηθούν με τα πρόσωπα του περιβάλλοντος του παιδιού και να αποσαφηνιστούν ώστε να ακολουθήσει επιπλέον διερεύνηση.

Συνθήκες χορήγησης

A) τα αποτελέσματα του ΑνΟμιλο 4 καθορίζονται με βάση τα ερευνητικά δεδομένα, για παιδιά 3;09 έως 4;06 ετών. Επομένως τηρούνται αυστηρά αυτά τα ηλικιακά όρια καθώς και οι εντολές χορήγησης και βαθμολόγησης.

B) το τεστ χορηγείται ατομικά και σε ήσυχο περιβάλλον.

Γ) οι εξεταστές είναι εξοικειωμένοι με τις εντολές που απευθύνονται στο παιδί και τις διατυπώνουν με ακρίβεια και φυσικότητα.

Δ) οι εξεταστές δείχνουν την κάρτα με τις εικόνες στο παιδί έχοντας μπροστά τους τη σελίδα βαθμολόγησης όπου σημειώνουν τις απαντήσεις του παιδιού.

Οδηγίες για αποτελεσματική επικοινωνία με το παιδί

A) οι εξεταστές κάθονται στο ύψος του παιδιού. Η βλεμματική επαφή είναι απαραίτητη και προάγει κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ εξεταστή και παιδιού.

Β) αφού ο εξεταστής συναντά το παιδί για πρώτη φορά, είναι σημαντικό να γίνουν οι συστάσεις. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης η χρήση του μικρού ονόματος του παιδιού το ενθαρρύνει και διευκολύνει την επικοινωνία.

Γ) στα πολύ συνεσταλμένα παιδιά, για την συμμετοχή τους προτείνεται να ζωγραφίσουν πρώτα κάτι.

Δ) αποφεύγονται εκφράσεις όπως «θέλεις κι εσύ να το πεις;» που πιθανόν να ενισχύουν την άρνηση συμμετοχής του παιδιού.

Ε) τα παιδιά σε συνθήκες αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα : αποφεύγονται λόγια και κινήσεις είτε πολύ οικείες είτε αυταρχικές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για τον καθορισμό του προφίλ του παιδιού λαμβάνεται υπόψη ο αριθμός των δοκιμασιών στις οποίες το παιδί απέτυχε και το κατατάσσει σε ένα από τα παρακάτω προφίλ :

Προφίλ 1 : καμία κόκκινη υποδοκιμασία : φυσιολογική ανάπτυξη λόγου και ομιλίας.

Προφίλ 2 : μία κόκκινη υποδοκιμασία : πιθανή δυσκολία λόγου και ομιλίας.

Προφίλ 3 : δύο ή/και περισσότερες κόκκινες υποδοκιμασίες : δυσκολία λόγου και ομιλίας.

Προφίλ 4 : κόκκινη υποδοκιμασία της ροής της ομιλίας : δυσκολία στη ροή της ομιλίας - τραυλισμός.

Η αποτυχία στο ΑνΟμιΛο 4 μπορεί να κατευθύνει τον εξεταστή να παραπέμψει για :

- 1) λογοπεδική αξιολόγηση
- 2) ΩΡΛ εξέταση για έλεγχο ακοής ή φωνής
- 3) ψυχολογική ή ψυχιατρική αξιολόγηση εάν για παράδειγμα υπάρχει δυσκολία ή άρνηση επικοινωνίας.

ΜΕΤΑΦΩΝ ΤΕΣΤ

Η Επιτροπή Έρευνας του Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών κατασκεύασε και στάθμισε το Τεστ Μεταφωνολογικής Ανάπτυξης και Αναγνωστικής Ετοιμότητας ως προς τη Φωνολογική Επίγνωση

Ένα εργαλείο που μπορεί με ακρίβεια να ανιχνεύσει πιθανές δυσκολίες στην ανάγνωση και να καθοδηγήσει στο σχεδιασμό προγράμματος αντιμετώπισης γιατί:

- A) Καταγράφει τα αναπτυξιακά στάδια της φωνολογικής ενημερότητας
- B) Αποσαφηνίζει το βαθμό δυσκολίας των δραστηριοτήτων
- Γ) Διευκρινίζει ποια από τα κριτήρια αξιολόγησης έχουν υψηλή προγνωστική ισχύ για την επιτυχή εκμάθηση της ανάγνωσης.

Τα κριτήρια επιλέχτηκαν και σχεδιάστηκαν με βάση:

- Το γλωσσολογικό επίπεδο (ρίμα, συλλαβή, φώνημα).
- Το αν ανήκουν στο επιγλωσσικό ή μεταγλωσσικό επίπεδο.
- Τη θέση που κατέχει η μονάδα προς επεξεργασία στη λέξη.
- Τα χαρακτηριστικά της μονάδας προς επεξεργασία.

Τα κριτήρια αξιολόγησης που εμπεριέχονται σε κάθε κλίμακα (Ρίμα, Συλλαβή, και Φώνημα) του ΜεταΦΩΝ τεστ, ομαδοποιούνται σύμφωνα:

1. Με τη συνθετότητα της δομής τους, η οποία προσδιορίζει και το βαθμό δυσκολίας τους.
2. Με γνώμονα τη θέση που κατέχει το φωνολογικό τεμάχιο στη λέξη.

Σε σχέση με τη θέση που κατέχει το φωνολογικό τεμάχιο στη λέξη υπάρχουν κριτήρια αξιολόγησης για τη ρίμα (Ρ), για την αρχική συλλαβή (ΑΣ), για την τελική συλλαβή (ΤΣ) και το αρχικό φώνημα (ΑΦ).

Υπάρχει μια ποιοτική διαφορά ανάμεσα σε ικανότητες επίγνωσης στις οποίες παρατηρείται μια αυθόρμητη μεταγλωσσική συμπεριφορά και σε ικανότητες που

βασίζονται σε συστηματικές αναπαραστάσεις γλωσσολογικής γνώσης που εφαρμόζονται σκόπιμα.

Η ποιοτική αυτή διαφοροποίηση οδηγεί σε δυο επίπεδα φωνολογικής επίγνωσης:

- επιγλωσσικό επίπεδο που αναφέρεται στην οργάνωση της φωνολογικής δομής της γλώσσας η οποία όμως είναι ακόμα ασαφής, και
- μεταγλωσσικό που αναφέρεται στην οργάνωση της φωνολογικής δομής της γλώσσας η οποία όμως είναι σαφής και τα στοιχεία της μπορούν να αναλυθούν

Σύμφωνα με την παραπάνω κατηγοριοποίηση τα κριτήρια αξιολόγησης του ΜΕΤΑΦΩΝ τεστ είναι δυνατόν να ομαδοποιηθούν σε κριτήρια αξιολόγησης επιγλωσσικού και μεταγλωσσικού επιπέδου:

- Στο επιγλωσσικό επίπεδο εντάσσονται κριτήρια εντοπισμού φωνολογικών τεμαχίων. Πρόκειται για έργα επισήμανσης στα οποία το παιδί καλείται να αναγνωρίσει ένα συγκεκριμένο φωνολογικό τεμάχιο.
 - Κριτήριο εντοπισμού με ένδειξη φωνολογικού τεμαχίου (ΑΣ, ΤΣ, ΑΦ)
 - Κριτήριο εντοπισμού με ένδειξη φωνολογικού τεμαχίου και λέξη στόχο (ΑΣ, ΤΣ, ΑΦ)
 - Κριτήριο εντοπισμού χωρίς ένδειξη φωνολογικού τεμαχίου με λέξη στόχο (Ρ, ΑΣ, ΤΣ, ΑΦ)
 - Κριτήριο απομόνωσης φωνολογικού τεμαχίου (ΑΣ, ΤΣ, ΑΦ)
 - Κριτήριο απόφασης μέσω σύγκρισης ζευγών (ΑΣ, ΤΣ, ΑΦ)
 - Κριτήριο διάκρισης διαφορετικού (ΑΣ, ΤΣ, ΑΦ)
 - Κριτήρια εύρεσης λέξεων □ Σε δίστιχα (Ρ)
 - Με ανάκληση λεξιλογίου (Ρ, ΑΣ, ΑΦ)
- Στο μεταγλωσσικό επίπεδο εντάσσονται κριτήρια αξιολόγησης που απαιτούν σύνθετη γνωστική λειτουργία και πολύπλοκη επεξεργασία για να διεκπεραιωθεί το μεταφωνολογικό έργο.
 - Κριτήριο συγκερασμού (π.χ κα-πε-λο/ καπέλο)
 - Κριτήριο κατάτμησης (π.χ μήλο/ μη – λο)
 - Κριτήρια χειρισμού φωνολογικών τεμαχίων

- Προσθήκη (ΑΣ, ΑΦ) (π.χ φέτα / κουφέτα)
- Απαλοιφή (ΑΣ, ΑΦ) (π.χ. καμήλα / μήλα)
- Αντικατάσταση (ΑΣ) (π.χ μοκέτα / ρακέτα)

Δομή και Χρησιμότητα του ΜΕΤΑΦΩΝ τεστ:

- Κατασκευάστηκε με σκοπό τη δημιουργία κριτηρίων αξιολόγησης μεταφωνολογικών δεξιοτήτων στην ελληνική γλώσσα. Αξιολογεί μια, μονόσημη παραγοντικά αλλά πολυεπίπεδη γλωσσολογικά, ικανότητα που είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την επίδοση στα πρώτα στάδια εκμάθησης της ανάγνωσης και της γραφής.
- Είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο που ενσωματώνει μια επίσης σταθμισμένη ανιχνευτική δοκιμασία.
- Προορίζεται να χρησιμοποιείται σε επίπεδο πρόληψης, προκειμένου να αξιολογηθούν παιδιά που δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε έργα γραπτού στο πλαίσιο της σχολικής μάθησης, εξ αιτίας συγκαλυμμένων ή έκδηλων γλωσσικών διαταραχών, ανωριμότητας ή καθυστέρησης.

Αποτελείται από δύο μέρη:

- ✚ Το Αναπτυξιακό ΜΕΤΑΦΩΝ Τεστ (πλήρης χορήγηση) για τις ηλικίες 3;10 - 6;06 ετών, με διαγνωστικό χαρακτήρα.
- ✚ Το Ανιχνευτικό ΜΕΤΑΦΩΝ Τεστ (βραχεία χορήγηση) για τις ηλικίες 5;0 - 7;0 ετών, με χαρακτήρα πρώιμου εντοπισμού Αναγνωστικής Ετοιμότητας ως προς τη Φωνολογική Επίγνωση.

Εφαρμογές και αξιοποίηση του αναπτυξιακού ΜεταΦΩΝ τεστ

Χαμηλή επίδοση στο τεστ αναμένεται να έχουν τα παιδιά υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ειδικών δυσκολιών στη γραφή και στην ανάγνωση. Συχνά παιδιά με διάγνωση «Μαθησιακές Δυσκολίες – Δυσλεξία» αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον προφορικό λόγο που μεταφέρονται και εκδηλώνονται στο γραπτό λόγο.

Περιορισμοί του Αναπτυξιακού ΜεταΦΩΝ τεστ (ΠΛΗΡΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗ)

Η εκτός χρονολογικών ηλικιών χορήγηση του τεστ για διαγνωστικούς σκοπούς δεν ενδείκνυται. Συμβουλευτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί η έννοια της αναπτυξιακής ηλικίας για ένα και μόνο έτος πάνω από το διάστημα δεδομένων του δείγματος στάθμισης. (Αγγελική Γιαννετοπούλου, Λιουντμίλα Κιρπότην)

3.5. ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

3.5.1. Διαγνωστικά μέσα- Δοκιμασίες Μέτρησης της Νοημοσύνης

Τα κυριότερα μέσα διάγνωσης της νοητικής υστέρησης είναι τα διάφορα τεστ που μετρούν τη νοημοσύνη και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Πριν γίνει όμως αναφορά σε αυτά, είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί η έννοια του νοητικού πηλίκου, που μετρούν τα τεστ νοημοσύνης.

Παραδοσιακά η νοητική λειτουργικότητα μετριέται από τις δοκιμασίες του νοητικού πηλίκου (IQ) και μια σημαντικά κάτω από το μέσο όρο νοητική λειτουργικότητα, ορίζεται αυτή που δίνει νοητικό πηλίκο 70 και κάτω.

Το νοητικό πηλίκο δημιουργήθηκε για να διαπιστωθεί, με αριθμητικές έννοιες, η σχέση που υφίσταται μεταξύ της χρονολογικής ηλικίας του ατόμου και της νοητικής του ηλικίας

Σύμφωνα με τους Γκαλλάν Α.,Γκαλλάν Ζ (1997), η νοητική ηλικία, αντιστοιχεί στο επίπεδο νοητικής ανάπτυξης που έχει κατακτηθεί από το παιδί σε μια δεδομένη στιγμή της εξέλιξής του. Το νοητικό πηλίκο προκύπτει, αν διαιρέσουμε τη νοητική ηλικία (μετατρεμμένη σε μήνες) με τη χρονολογική ηλικία (μετατρεμμένη σε μήνες) και πολλαπλασιάσουμε το πηλίκο με το 100. Το πηλίκο αυτό ονομάζεται και δείκτης νοημοσύνης. Στον κανονικό πληθυσμό ο μέσος δείκτης νοημοσύνης είναι 100 και η τυπική απόκλιση 15 (Παρασκευόπουλος, Ι.Ν.,1980).

3.5.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΤΕΣΤ

- Η κλίμακα νοημοσύνης Stanford-Binet, αφορά τις ηλικίες 2 έως 18 ετών.
- Η κλίμακα Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised (WPPSI-R), είναι σταθμισμένη για παιδιά ηλικίας 3 έως 7 χρονών.

- Η κλίμακα Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (WISC-III) αξιολογεί παιδιά ηλικίας 6 έως 16 χρονών
- Η κλίμακα Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition (WAIS-III), είναι σταθμισμένη για άτομα ηλικίας 16 έως 74 χρονών.
- Η δοκιμασία Leiter International Performance Scale-Revised (Roid & Miller, 1997), περιλαμβάνει απλά, πρακτικά θέματα, η κατανόηση των οποίων δε στηρίζεται στο λόγο για άτομα 2 έως 20 χρονών. Χρησιμοποιείται συστηματικά στην αξιολόγηση παιδιών με δυσκολίες επικοινωνίας.
- Η δοκιμασία Raven's Progressive Matrices για άτομα από 5 χρονών και πάνω. Δεν απαιτείται ομιλία για την παρουσίαση των τεστ και δεν υπάρχει χρονικός περιορισμός. Είναι χρήσιμη στην αξιολόγηση παιδιών με προβλήματα ακοής.
- Οι κλίμακες Bayley Scales for Infant Development 2nd edition (Bayley, 1993), και η Merrill Palmer, για την αξιολόγηση μικρών παιδιών.
- Η κλίμακα Vinell and Adaptive Behavior Scale, αξιολογεί την προσαρμοστική συμπεριφορά σε διαφορετικούς τομείς, όπως επικοινωνία, κοινωνικότητα, παιχνίδι, ελεύθερο χρόνο και κινητικές δεξιότητες.

Τέλος, για τη διάγνωση σημαντική παράμετρος είναι η συνέντευξη με τους γονείς και τους δασκάλους, καθώς και η παρατήρηση από τον ειδικό του ίδιου του παιδιού. Επίσης, θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι ενώ ο δείκτης νοημοσύνης είναι σημαντικός και απαραίτητος για την αξιολόγηση του παιδιού, θα πρέπει όμως να χρησιμοποιείται μόνο ως ένα στοιχείο προσανατολισμού από τον ειδικό.

3.6. Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η Αναπτυξιακή Διαταραχή Κινητικού Συντονισμού έχει επίδραση στους τομείς της αδρής κινητικότητας και συντονισμού αδρών κινήσεων, της λεπτής κινητικότητας και, κάποιες φορές, της γλωσσικής έκφρασης. Το παιδί με Αναπτυξιακή Διαταραχή Κινητικού Συντονισμού δυσκολεύεται να αντιληφθεί πώς μπορεί να λειτουργήσει το σώμα του στο φυσικό περιβάλλον, να σχεδιάσει και να οργανώσει τις κινήσεις του.

Το πιο γνωστό και πολυχρησιμοποιημένο τεστ για τη αξιολόγηση της Α.Δ.Σ. είναι το Movement Assessment Battery for Children το οποίο χαίρει ευρείας αναγνώρισης

από τους ειδικούς πάνω στα θέματα της κινητικής δεξιότητας και από την επιστημονική κοινότητα γενικότερα. (Παιδί και άθληση, 2/2013)

Το κινητικό τεστ Movement ABC είναι η εξελιγμένη έκδοση του Test of Motor Impairment. Το 2007 εμφανίστηκε το κινητικό τεστ Movement Assessment Battery for Children-2 (MABC-2), το οποίο είναι η βελτιωμένη έκδοση του κινητικού τεστ Movement Assessment Battery for Children (MABC), το οποίο υπέστη τροποποιήσεις και βελτιώσεις.

Το περιεχόμενο του MABC-2 είναι σχεδόν ίδιο με το αρχικό τεστ καθώς το αρχικό τεστ είχε κριθεί ιδιαίτερα αξιόπιστο και βασίστηκαν σε αυτό για να προσαρμόσουν τις βελτιώσεις ώστε να είναι και αυτό το ίδιο αξιόπιστο.

Περιλαμβάνει μια λίστα ελέγχου για χρήση από εκπαιδευτικούς ώστε να εντοπιστούν δυσκολίες σε διαφορετικά περιβάλλοντα και υπό διαφορετικές συνθήκες.

Περιέχει οκτώ δραστηριότητες για τρεις ηλικιακές ομάδες: 3-6 ετών, 7-10 ετών και 11 – 16 ετών. Οι δραστηριότητες αφορούν τρεις συγκεκριμένους τομείς: τη χειρωνακτική επιδεξιότητα, την ισορροπία και τις δεξιότητες μπάλας μέσω των οποίων μπορεί να δημιουργηθεί ένα προφίλ της απόδοσης ενός παιδιού κατά τη διάρκεια διαφόρων τμημάτων της δοκιμής.

Οι βαθμολογίες υπολογίζονται και μετατρέπονται σε εκατοστημόρια για τον καθορισμό του συντονισμού των κινήσεων των παιδιών συγκριτικά με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά που ανήκουν στην ίδια ηλικιακή ομάδα.

http://elearning.canchild.ca/dcd_pt_workshop/assets/identification/mabc-2.pdf

Το Movement Assessment Battery for Children είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μια μεγάλη μερίδα επαγγελματιών (καθηγητών Φυσικής Αγωγής, φυσιοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, ψυχολόγων κλπ), επιπλέον, το γεγονός ότι είναι εύκολο στη μεταφορά του το καθιστά ως ένα εύχρηστο εργαλείο (Παιδί και άθληση, 2/2013).

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ο Α. είναι ένα παιδί ηλικίας επτά ετών και φοιτά στην Α' τάξη δημοτικού. Ο πατέρας εργάζεται σε δομές Ψυχικής Υγείας και η μητέρα ως ιδιωτικός υπάλληλος στον τομέα της διοίκησης. Δεν έχει αδέρφια και σύμφωνα με πληροφορίες των γονέων, η σύλληψη του ίδιου πραγματοποιήθηκε εξωσωματικά έπειτα από αποτυχημένες προσπάθειες να επέλθει φυσιολογικά. Παραπέμφθηκε πρώτη φορά σε λογοπαθολόγο στην ηλικία των τεσσάρων ετών όταν εμφάνισε τα πρώτα σημάδια διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας.

Η διάγνωση επήλθε μέσα από παρατήρηση και αναφορές των παιδαγωγών και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Από μικρή ηλικία παρουσίαζε συνεχείς αμυγδαλίτιδες οι οποίες, όπως έγινε αντιληπτό αργότερα, ήταν αιτία λοίμωξης από το β αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας Α. Στην ηλικία των 5 ετών ο υψηλός και επίμονος πυρετός του προκάλεσε εγκεφαλική λοίμωξη με αποτέλεσμα να διαταραχθεί η συμπεριφορά και η ομιλία του. Υποβλήθηκε σε αμυγδαλεκτομή στην ηλικία των 6 ετών. Μετεγχειρητικά παρουσιάστηκαν τα πρώτα σημάδια του νευροψυχιατρικού συνδρόμου PANDAS (Paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections), ως μεταστρεπτοκοκκικό επακόλουθο. Υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και γενικές εξετάσεις, οι οποίες παρουσίασαν απόκλιση από το φυσιολογικό λόγω της βλάβης.

Η εκτίμηση, ύστερα από αναπτυξιακή και λογοπεδική εξέταση, είναι ότι το παιδί παρουσιάζει ψυχοκινητική ανωριμότητα, δυσκολίες οργάνωσης, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα, αγχώδη διαταραχή, δυσκολίες στην επικοινωνία και αρκετά χαρακτηριστικά Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής.

Ο στρεπτόκοκκος (στρεπτός κόκκος), είναι γένος βακτηρίων που αποτελούνται από θετικούς κατά Gram, μικροαεροφιλικούς διπλοκόκκους (κυκλικούς), οι οποίοι δεν είναι κινητοί και εμφανίζονται ανά αλυσίδες ή ζεύγη.

Είναι παθογόνος ιοβόλος διπλόκοκκος και ανήκει στους σχιζομύκητες. Το γένος καθορίζεται από έναν συνδυασμό αντιγονικών, αιμολυτικών και φυσιολογικών

χαρακτηριστικών στις ομάδες A, B, C, D, F, και G . Μπορεί να παρατηρηθεί στο έδαφος, στον αέρα και στο γάλα. Βρίσκεται στο ρινοφάρυγγα και στο δέρμα.

Ποσοστό περίπου 5% των υγιών ατόμων έχουν το μικρόβιο αυτό στο λαιμό τους χωρίς να έχουν λοίμωξη (υγιείς φορείς). Τους χειμερινούς μήνες οι υγιείς φορείς φθάνουν το 20%. Δεν επιβιώνει στο εξωτερικό περιβάλλον.

Ο στρεπτόκοκκος αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά το 1879 από τον Παστέρ.

Προκαλεί μια ποικιλία εκδηλώσεων, οι περισσότερες από τις οποίες συνοδεύονται με πυρετό, όπως πυώδη φαρυγγίτιδα-αμυγδαλίτιδα (φαρυγγοαμυγδαλίτιδα) (ευθύνεται για το 10–15% των περιπτώσεων), ωτίτιδα, επιλόχειο πυρετό, μαστίτιδα, μηνιγγίτιδα και σηψαιμία (κυρίως στα νεογνά), λοιμώξεις του δέρματος όπως θυλακίτιδα, ερυσίπελας, κυτταρίτιδα, μολυσματικό κηρίο, μυοσίτιδα.

Ορισμένα στελέχη του πυογόνου στρεπτόκοκκου, τα οποία παράγουν μια τοξίνη που λέγεται ερυθρογόνο, προκαλούν την οστρακιά (νόσο με γενικευμένο εξάνθημα και πυρετό). Μετά την αποδρομή της η λοίμωξη αφήνει ανοσία για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Στελέχη πυογόνου στρεπτόκοκκου που παράγουν πυρετογόνους τοξίνες, προκαλούν το σύνδρομο τοξικής καταπληξίας, σοβαρότατη έως και θανατηφόρο επιπλοκή. Γενικότερα οι επιπλοκές της στρεπτοκοκκικής λοίμωξης είναι πολύ σπάνιες, αλλά πολλές φορές πολύ σοβαρές, και γι' αυτό απαιτείται πάντα θεραπευτική αγωγή των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων.

Μια έως τέσσερις εβδομάδες μετά από στρεπτοκοκκική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα ή οστρακιά, αν δεν χορηγηθεί θεραπεία, μπορεί να εμφανισθούν οξεία σπειραματονεφρίτιδα ή ρευματικός πυρετός. Οι επιπλοκές αυτές είναι συνέπεια μιας μη φυσιολογικής απάντησης του ανοσιακού συστήματος σε λοιμώξεις από στρεπτόκοκκο σε άτομα με γενετική προδιάθεση.

Στις αναπτυγμένες χώρες σήμερα είναι σπάνιες, λόγω της μεγάλης χρήσης της πενικιλίνης για τη θεραπεία των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων. Όμως αρκετές περιπτώσεις παρατηρούνται στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Ο δε, ρευματικός πυρετός μπορεί να εκδηλώνεται με αρθρίτιδα μεταναστευτική (από άρθρωση σε άρθρωση), όπου προσβάλλονται μεγάλες αρθρώσεις (γόνατα, αγκώνες, αστράγαλοι, ώμοι), με καρδίτιδα που μπορεί να προκαλέσει στένωση της μιτροειδούς, με χορεία – νόσο του νευρικού συστήματος.

Συνήθως, τα περιστατικά φαρυγγίτιδας από στρεπτόκοκκο παρουσιάζονται στο τέλος του φθινόπωρου, το χειμώνα και νωρίς την άνοιξη.

Τρόποι μετάδοσης

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η μόλυνση είναι αποτέλεσμα ευκαιριακής επαφής με μολυσμένο άτομο. Συγκεκριμένα, ο στρεπτόκοκκος μεταδίδεται σε ένα άτομο, όταν αυτό έρθει σε άμεση επαφή με το σάλιο ή τις εκκρίσεις από τη μύτη κάποιου που είναι ήδη μολυσμένος.

Επίσης, η μετάδοση είναι δυνατόν να γίνει μέσω τροφίμων που επιμολύνθηκαν, ιδιαίτερα από γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα. Όπως είναι ευνόητο, η μετάδοση του βακτηρίου είναι πιο εύκολη σε χώρους όπου τα άτομα συνωστίζονται.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ PANDAS

Το σύνδρομο PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal infections) είναι μια Παιδιατρική Νευροψυχιατρική διαταραχή που συνδέεται με λοιμώξεις από τον β αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A.

Αιτιολογία-Παθογένεια του συνδρόμου

Οφείλεται σε μια αυτοάνοσο αντίδραση κατά την οποία τα αντισώματα που αναπτύσσονται κατά του στρεπτοκόκκου επιτίθενται εναντίον των βασικών γαγγλίων του εγκεφάλου με πλήρη αποδιοργάνωση του νευρικού συστήματος και εμφάνιση των συμπτωμάτων. Η παθογένεια αποδίδεται σε αντιδράσεις αυτοανοσίας από αντισώματα της πρωτεΐνης M που παρουσιάζουν κυτταροτοξική δράση στους νευρώνες που είναι υπεύθυνοι για τη κινητικότητα και συμπεριφορά.

Επί του παρόντος αμφισβητείται αν αποτελεί ξεχωριστή νοσολογική οντότητα ή αν είναι μέρος του συνδρόμου Turette.

Η αιτιολογία αλλά και μερικές κινήσεις του συνδρόμου ομοιάζουν με τα συμπτώματα της χορείας του Sydenham μετά από στρεπτοκοκκική λοίμωξη και εμφάνιση ρευματικού πυρετού. Στο σύνδρομο PANDAS όμως δεν υπάρχουν άλλες εκδηλώσεις του ρευματικού πυρετού, όπως καρδίτιδα, διόγκωση των αρθρώσεων και άλλα.

Χαρακτηριστικά κριτήρια του συνδρόμου / κλινική εμφάνιση

Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από ξαφνικές ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές (εμμονές, καταναγκασμούς και διάφορα tics) μετά από λοιμώξεις με β αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A.

Η συχνότητα του συνδρόμου είναι δύσκολο να υπολογισθεί λόγω της σπανιότητάς του. Δυστυχώς συχνά γίνεται υπερδιάγνωση του συνδρόμου καθώς ένας αριθμός ασθενών δεν πληροί τα πιο κάτω κριτήρια:

1. Η απότομη εμφάνιση και δραματική επιδείνωση ψυχαναγκαστικών διαταραχών.

Η εμφάνιση και επιδείνωση των συμπτωμάτων πιθανόν να σχετίζεται με στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις. Πρέπει να αναφερθεί ότι και άλλες λοιμώξεις (ιογενείς, ή μικροβιακές) μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα. Έχει διαπιστωθεί ότι η στρεπτοκοκκική λοίμωξη επιβεβαιώνεται μόνο σε 40-50% των παιδιών με σύνδρομο PANDAS.

2. Ύφεση ή εξαφάνιση των συμπτωμάτων μεταξύ των επεισοδίων.
3. Περιοδικότητα των συμπτωμάτων.

4. Εμφάνιση των συμπτωμάτων από την ηλικία των 3 ετών μέχρι τη αρχή της εφηβείας. Η μέση ηλικία είναι 7-8 ετών (3 χρόνια πιο νωρίς από την ηλικία που εμφανίζονται οι αμιγείς νευροψυχιατρικές διαταραχές).

5. Παρουσία νευροψυχιατρικών διαταραχών με ταυτόχρονη παρουσία 2 τουλάχιστον από τα πιο κάτω συμπτώματα.

Ø Ανησυχία / υπερκινητικότητα. (χορειόμορφες κινήσεις)

Ø Συναισθηματική αστάθεια και / ή κατάθλιψη.

Ø Ευερεθιστότητα, επιθετικότητα και / ή σοβαρή αντιδραστική συμπεριφορά.

Ø Αναπτυξιακή παλινδρόμηση.

Ø Επιδείνωση των σχολικών επιδόσεων.

Ø Κινητικά, αισθητικά και φωνητικά ties.

Ø Σωματικά συμπτώματα, όπως διαταραχές του ύπνου, ενούρηση ή συχνουρία.

6. Δεν υπάρχει άλλη αιτία για την εμφάνιση των συμπτωμάτων (σύνδρομο Tourette, ερυθματώδης λύκος, χορεία Sydenham, εγκεφαλομυελίτιδα, ρευματικός πυρετός, ADHD και άλλα.

7. Κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων, τα παιδιά με το σύνδρομο παρουσιάζουν παθολογικά νευρολογικά ευρήματα (υπερκινητικότητα και χορειόμορφες κινήσεις) σε αντίθεση με τα παιδιά που έχουν μόνο ψυχιατρικές διαταραχές στα οποία η νευρολογική εξέταση είναι φυσιολογική. Υπολογίζεται ότι περίπου ένα 15% των παιδιών με μανιοκατάθλιψη δυνατόν να εμπίπτουν στο σύνδρομο PANDAS όταν παρουσιάζουν μερικά από πιο πάνω χαρακτηριστικά.

Αντιμετώπιση ασθενών με σύνδρομο PANDAS

Βελτίωση των συμπτωμάτων επιτυγχάνεται με αντιμετώπιση της λοίμωξης με αντιμικροβιακή αγωγή. Προς αποφυγή υποτροπών μερικοί ερευνητές συνιστούν την προφύλαξη με πενικιλίνη ή αζιθρομυκίνη παρ όλο που μερικοί άλλοι το αμφισβητούν. Και αυτό διότι η παρουσία του στρεπτοκόκκου στο λαιμό είναι τόσο συχνή που θα οδηγούσε στην υπερβολική χρήση των αντιβιοτικών με όλα τα επακόλουθα.

Από την άλλη πλευρά όμως ή μη χρήση αντιβιοτικών σε ένα σύνδρομο PANDAS μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμες νευροψυχιατρικές διαταραχές.

Άλλοι ερευνητές ανακοίνωσαν ύφεση των συμπτωμάτων μετά από αμυγδαλεκτομή.

Όσον αφορά τις ιδιοψυχαναγκαστικές διαταραχές έχει προταθεί από ψυχιάτρους η χορήγηση αγωγής κυρίως με αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης.

Επίσης έχει δοκιμαστεί η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ενδοφλεβίως καθώς και πλασμαφαίρεση, οι απόψεις όμως δίστανται όσον αφορά την αποτελεσματικότητα.

Κλινικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με το στρεπτόκοκκο, επιβάλλουν την επαγρύπνηση των παιδιάτρων, για την έγκαιρη διάγνωση και προσεκτική θεραπευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων. (<http://tsgenesee.mbg.duth.gr/tourette-pandas.pdf>)

Κλινική εικόνα

Η γνωριμία με τον Α. επήλθε μετά από αίτηση των γονέων για παράλληλη στήριξή του στο σχολικό περιβάλλον. Τα βασικά στάδια αυτοεξυπηρέτησης είχαν κατακτηθεί, ωστόσο η έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων σε συνδυασμό με την χαμηλή αυτοεκτίμηση και το χαμηλό αίσθημα ασφάλειας καθιστούσαν αδύνατη την παραμονή του σε κάποιο χώρο χωρίς συνοδεία. Η περιπέτεια που πέρασε τον επηρέασε σημαντικά τόσο σε επικοινωνιακό όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς. Απέκτησε πολλές φοβίες, με πρωταρχική το άγχος αποχωρισμού. Παρουσίαζε σημαντική προσκόλληση στους γονείς, ιδίως στη μητέρα. Το πρώτο διάστημα, έως ότου επέλθει η προσαρμογή του, την ζητούσε συνεχώς. Παρουσίαζε έντονες κρίσεις και επιθετικότητα, φώναζε και σκαρφάλωνε στα κάγκελα προσπαθώντας να εγκαταλείψει το χώρο του σχολείου. Η αυτοεκτίμηση του ήταν ιδιαίτερα χαμηλή αφού υπήρχε αντίληψη της ιδιαιτερότητας και των αδυναμιών του. Η συμπεριφορά του ήταν υπερβολικά χειριστική κυρίως απέναντι στους γονείς. Αυτό οφείλεται στο ότι οι γονείς στάθηκαν ανήμποροι στην τοποθέτηση περιορισμών και ορίων. Αυτό είχε αποτέλεσμα να παρουσιάζει ακραίες συμπεριφορές σε καταστάσεις πίεσης και

μη πραγματοποίησης των επιθυμιών του. Η βλεμματική επαφή απουσίαζε σε σημαντικό βαθμό. Η οπτική επαφή δεν διατηρούνταν περισσότερο από κάποια δευτερόλεπτα. Ο λόγος ήταν στερεοτυπικός και επαναλαμβανόμενος. Εμφάνιζε έντονη ηχολαλία. Το λεξιλόγιο ήταν υπερβολικά περιορισμένο, κυμαινόταν στις 15 με 20 λέξεις. Η ομιλία του ήταν ακατάληπτη με πλήθος παραφρασιών. Χρησιμοποιούσε αυτοδημιούργητες λέξεις και εκφράσεις χωρίς νόημα.

Παρουσίαζε κινητικές στερεοτυπίες όπως κυκλικό τρέξιμο, tics και δείγματα αλλοτριοφαγίας. Η αλλοτριοφαγία ευρύτερα γνωστή και ως pica, έχει αναγνωριστεί ως μια διατροφική διαταραχή και αφορά την κατανάλωση μη τροφικών ουσιών. Στην περίπτωση του Α. παρατηρήθηκε βρώση μη τροφικών ουσιών όπως σαπούνι, πετραδάκια ή υπολείμματα γόμας.

Η ένταξη του πραγματοποιήθηκε ομαλά, με την παραμονή μας πρώτα στον εξωτερικό χώρο του σχολείου κι έπειτα στον εσωτερικό. Σταδιακά, η ιδέα του σχολείου άρχισε να γίνεται μέρος της καθημερινότητας του. Η αλληλεπίδραση του με τον περίγυρο αποδείχθηκε το δυσκολότερο μέρος καθώς οι κοινωνικές δεξιότητες εκλείπαν σημαντικά.

Λόγω της παρορμητικότητας και της ανικανότητας του να ελέγξει τον εαυτό και τη συμπεριφορά του, ενεργούσε απερίσκεπτα συνειδητοποιώντας τις συνέπειες των πράξεων του ετεροχρονισμένα. Χωρίς τη θέληση του χτυπούσε ή έσπρωχνε τους συμμαθητές του στην προσπάθεια του να τους προσεγγίσει. Η υπομονή ήταν μια κατάσταση άγνωστη για εκείνον, δυσκολευόταν να περιμένει τη σειρά του και τις περισσότερες φορές ενεργούσε κατά τη διάρκεια παροχής οδηγιών μιας δραστηριότητας. Διέκοπτε και ενοχλούσε με την παρουσία τους άλλους. Μιλούσε δυνατά ή φώναζε, κατάσταση η οποία σε συνδυασμό με το επίπεδο της υπερκινητικότητας του τον έκανε να ξεχωρίζει και καθιστούσε δύσκολη την παραμονή του στην αίθουσα. Κινούσε νευρικά τα άκρα του, στριφογύριζε και σηκωνόταν από τη θέση του ή έπεφτε κάτω.

Το εύρος της προσοχής του ήταν υπερβολικά μειωμένο και παρουσίαζε μεγάλη δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής του σε μια δραστηριότητα για περισσότερο από κάποια δευτερόλεπτα. Τις περισσότερες φορές χανόταν στις σκέψεις του και δεν ανταποκρινόταν όταν του απευθυνόταν ο λόγος. Ξεχνούσε ή έχανε προσωπικά του

αντικείμενα. Πολλές φορές δεν αναγνώριζε τα δικά του πράγματα με αποτέλεσμα να παίρνει των συμμαθητών του.

Σημαντικά ήταν τα ελλείματα που αφορούν τις εκτελεστικές λειτουργίες. Αντιμετώπιζε δυσκολία στην προσαρμογή, στη διαχείριση της προσοχής, της συγκέντρωσης και ελέγχου των συναισθημάτων, του άγχους και των φοβιών που αντιμετώπιζε. Δυσκολίες εμφάνιζε επίσης στην οργάνωση και στην κατανόηση της αίσθησης του χρόνου καθώς και σημαντική έκπτωση στην εργαζόμενη μνήμη. Εξαιτίας των δυσκολιών αυτών αδυνατούσε να κρατήσει σημαντικές πληροφορίες οι οποίες ήταν χρήσιμες για την πραγματοποίηση μιας δραστηριότητας.

Το μαθησιακό του προφίλ είναι αρκετά χαμηλό. Παρουσιάζει σημαντική διαταραχή στη λειτουργική χρήση του προφορικού λόγου. Δεν τηρείται η δομή Υποκείμενο -Ρήμα- Αντικείμενο, αλλά οι παραλείψεις φωνημάτων, συλλαβών ή και ολόκληρων λέξεων. Η φωνολογική ενημερότητα δεν έχει κατακτηθεί, περιορίζεται μόνο στην αναγνώριση ορισμένων φωνημάτων. Παρουσιάζει δυσκολίες στα αριθμητικά δεδομένα και τις αριθμητικές πράξεις. Κατανοεί χωρικές και χρονικές έννοιες αλλά πολλές φορές παρουσιάζει σύγχυση ως προς τον προσανατολισμό του στο χώρο.

Δυσκολεύεται επίσης σε δραστηριότητες που απαιτούν δεξιότητες αδρής και λεπτής κινητικότητας καθώς υπάρχει δυσχέρεια ελέγχου και συντονισμού των άκρων του. Αντιμετωπίζει δυσκολία στον κινητικό συντονισμό των άκρων του (πηδήματα επί τόπου) και μερική δυσχέρεια στην ισορροπία. Όσον αφορά τη λεπτή κινητικότητα οι γραφοκινητικές δεξιότητες χρήζουν ενισχύσεως. Ακόμη και στην προγραφή χρειάζεται ενίσχυση για τη σωστή λαβή και τον έλεγχο του μολυβιού.

Λόγω των δυσχερειών που αντιμετωπίζει στους παραπάνω τομείς η προτίμηση του περιορίζεται στο ελεύθερο παιχνίδι, κυρίως το κυνηγητό. Οι δυνατότητες του δεν τον καθιστούν ικανό να ακολουθήσει και να εκτελέσει τις εντολές μιας δομημένης δραστηριότητας. Παρ' όλα αυτά είναι ένα θετικό παιδί που διαθέτει ισχυρή θέληση και αντιλαμβάνεται τα λάθη και τις αδυναμίες του, ακόμη και αν αυτό συμβαίνει αργοπορημένα. Ωστόσο, το αίσθημα κατωτερότητας που βιώνει αν και τις περισσότερες φορές λειτουργεί ως τροχοπέδη στον κοινωνικό τομέα, ενισχύει την θέληση του και κατ'επέκταση τις προσπάθειες του για μάθηση.

Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ βάση DSM– IV			Συμπτώματα βάση μοντέλου ESSENCE
Ελλειμματική προσοχή	Υπερκινητικότητα	Παρορμητικότητα	
Αδυνατεί να συγκεντρώσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες	Δυσκολεύεται να παραμείνει ήσυχος	Ενεργεί απερίσκεπτα	Κινητική ανωμαλία
Κάνει λάθη απροσεξίας	Κινεί νευρικά τα άκρα του, στριφογυρίζει στη θέση του	Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του	Γενική αναπτυξιακή καθυστέρηση
Δεν ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος	Είναι συνεχώς σε υπερένταση	Απαντά πριν την ολοκλήρωση μιας ερώτησης	Γλωσσική καθυστέρηση
Δεν ακολουθεί οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει εργασίες ή δραστηριότητες	Μιλάει συνεχώς	Διακόπτει τους άλλους ή ενοχλεί με τη συμπεριφορά του	Προβλήματα επικοινωνίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης
Δυσκολία οργάνωσης και αποφυγή δραστηριοτήτων που απαιτούν παρατεταμένη σκέψη	Τρέχει, σκαρφαλώνει και κάνει πράγματα χωρίς αίσθηση του κινδύνου		Προβλήματα συμπεριφοράς
Χάνει αντικείμενα και ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες			Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα
Αποσπάται από εξωτερικά ερεθίσματα			Υπολειτουργία
			Απροσεξία
			Προβλήματα ύπνου
			Δυσκολίες σίτισης

Συμπτώματα περιστατικού βάση DSM – 4			Συμπτώματα περιστατικού βάση μοντέλου ESSENCE
Ελλειμματική προσοχή	Υπερκινητικότητα	Παρορμητικότητα	
<p>Αδυνατεί να συγκεντρώσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες</p> <p>Κάνει λάθη απροσεξίας</p> <p>Δεν ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος</p> <p>Δεν ακολουθεί οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει εργασίες ή δραστηριότητες</p> <p>Δυσκολία οργάνωσης και αποφυγή δραστηριοτήτων που απαιτούν παρατεταμένη σκέψη</p> <p>Χάνει αντικείμενα και ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες</p> <p>Αποσπάται από εξωτερικά ερεθίσματα</p>	<p>Δυσκολεύεται να παραμείνει ήσυχος</p> <p>Κινεί νευρικά τα άκρα του, στριφογυρίζει στη θέση του</p> <p>Είναι συνεχώς σε υπερένταση</p> <p>Μιλάει συνεχώς</p> <p>Τρέχει, σκαρφαλώνει</p>	<p>Ενεργεί απερίσκεπτα</p> <p>Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του</p> <p>Απαντά πριν την ολοκλήρωση μιας ερώτησης</p> <p>Διακόπτει τους άλλους ή ενοχλεί με τη συμπεριφορά του</p>	<p>Κινητικά τικ</p> <p>Προβλήματα επικοινωνίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης</p> <p>Προβλήματα συμπεριφοράς</p> <p>Υπερκινητικότητα /Παρορμητικότητα</p> <p>Απροσεξία</p> <p>Προβλήματα ύπνου</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ατομικές διαφορές αποτελούν φυσικό νόμο αλλά σε ορισμένα άτομα οι αποκλίσεις είναι τόσο σημαντικές ώστε παρεμποδίζεται η ομαλή εξέλιξη και προσαρμογή. Τα άτομα με τέτοιου είδους αποκλίσεις έχουν κατά καιρούς ονομαστεί προβληματικά, απροσάρμοστα, υπολειπόμενα, ειδικά, διαφορετικά, αποκλίνοντα. Τελευταία τείνει να επικρατήσει στην επιστημονική ορολογία διεθνώς ο όρος αποκλίνοντα άτομα. Ο όρος αυτός δεν στιγματίζει το άτομο και δεν προκαλεί θυμικές αντιδράσεις.

Σημαντικές αποκλίσεις που παρεμποδίζουν την ομαλή εξέλιξη και προσαρμογή του ατόμου παρατηρούνται κυρίως στην κατασκευή και τη λειτουργία των μελών του σώματος, στα αισθητήρια όργανα, στην εξέλιξη των νοητικών λειτουργιών, στη δομή της προσωπικότητας κ.λπ. Ανάλογα με το είδος και το βαθμό της αποκλίσεως καθορίζονται και οι κατηγορίες των αποκλινόντων ατόμων. Έτσι υπάρχουν άτομα με ελαττωματικά αισθητήρια όργανα (τυφλά, κωφάλαλα, βαρήκοα), άτομα με εμφανείς σωματικές αναπηρίες (ανάπηρα), άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες (ασθενικά, καχεκτικά), άτομα με διαταραχές του χαρακτήρα και της προσωπικότητας (ψυχασθενή, παραπτωματικά, εγκληματικά), άτομα με διαταραχές του λόγου και άτομα με ανεπαρκή νοητική ανάπτυξη.

Οι διαταραχές της ανάπτυξης ή αναπτυξιακές διαταραχές είναι διαταραχές που συνήθως πρωτοεμφανίζονται στη βρεφονηπιακή, παιδική ή εφηβική ηλικία. Στην ομάδα αυτή λοιπόν των διαταραχών χαρακτηριστικά προεξάρχει η διαταραχή στην απόκτηση δεξιοτήτων γνωστικών, γλωσσικών, κινητικών ή κοινωνικών. Η διαταραχή μπορεί να αφορά είτε γενική καθυστέρηση ή αδυναμία προόδου σε μια συγκεκριμένη περιοχή απόκτησης δεξιοτήτων, όπως στις ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές ή σε πολλαπλές περιοχές, οπότε και υπάρχουν ποιοτικές παρεκκλίσεις από τη φυσιολογική ανάπτυξη, όπως στις βαριές εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης.

Η διάγνωση βοηθά στην πρόγνωση και την θεραπευτική – αποκαταστατική παρέμβαση. Με τη διάγνωση έχουμε μια ακριβή και λεπτομερή γνώση της φύσης μιας ασθένειας, η οποία μας επιτρέπει αφενός να τη διακρίνουμε από άλλες ασθένειες

(διαφοροδιάγνωση) και αφετέρου να τη διακρίνουμε από την κανονική – «φυσιολογική» κατάσταση (από το μέσον όρο).

Για να έχουμε ένα διαγνωστικό αποτέλεσμα θα πρέπει να συγκεντρώσουμε στοιχεία που θα μας βοηθήσουν να περιγράψουμε με λεπτομέρεια το πρόβλημα. Στη συνέχεια μπορούμε να αξιολογήσουμε το βαθμό που το πρόβλημα επηρεάζει την ισορροπία του ανθρώπου με τον εαυτό του, αλλά και τη σχέση του με τον κοινωνικό περιβάλλον.

Οι επιπτώσεις του μοντέλου ESSENCE στη διάγνωση

Από όσα μελετήσαμε καταλήξαμε στο ότι το μοντέλο ESSENCE αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση των νευροαναπτυξιακών διαταραχών τις οποίες μελετά.

Είναι ένα μοντέλο το οποίο περιλαμβάνει μεγάλο εύρος συμπτωμάτων για κάθε διαταραχή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να συμβάλει στην πρόωμη διάγνωση των διαταραχών και στην κατανόηση της μορφή της αναπτυξιακής διαταραχής από την οποία πάσχει το άτομο.

Υποστηρίζει πως όλα τα παιδιά που παρουσιάζουν ένα πρόβλημα πρέπει να εξετάζονται εκτενώς και από διεπιστημονική αξιολόγηση. Η πεποίθηση λοιπόν της ολιστικής προσέγγισης, διάγνωσης και παρέμβασης, έχει επιφέρει την αποτελεσματικότερη προσέγγιση.

Τέλος, η συμβολή του μοντέλου στη διαγνωστική διαδικασία είναι αξιοσημείωτη καθώς έχει οδηγήσει στην συνειδητοποίηση ότι η συνύπαρξη των διαταραχών και η κατανομή των συμπτωμάτων των διαταραχών (η λεγόμενη συννοσηρότητα) είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση.

Μελετώντας επομένως το θέμα των ειδικών διαταραχών ανάπτυξης καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

- Το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη τέτοιου είδους διαταραχών στα παιδιά.
- Ο σωστός τρόπος χειρισμού των διαταραχών προλαμβάνει πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές.
- Τα παιδιά με ειδικές διαταραχές ανάπτυξης είναι φυσιολογικά παιδιά.
- Η σωστή και έγκαιρη διάγνωση βοηθά στην πρόγνωση και τη θεραπευτική αποκατάσταση.
- Για την αποτελεσματικότερη παρέμβαση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συνύπαρξη των διαταραχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξάνδρου, Σ., 2007. Το παιδί στο φάσμα. Προσέγγιση παιδιού-εφήβου οικογένειας. Αθήνα: Εκδόσεις Προσέγγιση παιδιού, εφήβου, οικογένειας.

Βάρβογλη, Λ., 2007. Η διάγνωση του αυτισμού. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Βλασσοπούλου, Μ, Γιαννετοπούλου Α., Διαμαντή Μ, Κιρπότην Λ, Λεβαντή Ε., Λευθήρη Κ, Σακελλαρίου Γ. (2007) Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος Αθήνα: Εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΗ

Γαλάνη Λ., Μ. (2007). Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής : Πρακτικός οδηγός Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη

Γενά, Α., 2002. Αυτισμός και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές: Αξιολόγηση – διάγνωση – αντιμετώπιση. Αθήνα: Αυτοέκδοση

Γιαννετοπούλου Λ. Αγγελική, Χ. Κιρπότην Λιουντμίλα, Εκδόσεις: Κωνσταντάρας

Γκονέλα, Ε., 2006. Αυτισμός, αίνιγμα και πραγματικότητα, από τη θεωρητική εκπαίδευση στην παρέμβαση. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.

Γκαλλάν, Α.· & Γκαλλάν, Ζ. (1997) . Το παιδί με νοητική καθυστέρηση και η κοινωνία. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ., Μουζακίτης, Χ. & Ταυλαρίδου-Καλούτση, Α., 2006. Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας: Μοντέλα παρέμβασης από την ατομική στη γενική-ολιστική προσέγγιση. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Θανόπουλος, Θ. (2005).· Εκπαιδευτικά προγράμματα για παιδιά με ιδιαίτερες μαθησιακές δυσκολίες και εκπαιδευτικές ανάγκες. Αθήνα: Ατραπός

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Α., 2004. Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός.

Κάκουρος. Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2012). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα -Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Αθήνα: Gutenberg

Καλαντζή Α. - Αζίζι, Κ. Αγγελή, Γ. Ευσταθίου (2005) Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV Κλίμακα για γονείς: Κλίμακα για εκπαιδευτικούς: Στάθμιση της κλίμακας ADHD-IV των G.J. DuPaul, T.J. Power, A.D. Anastopoulos και R. Reid Ελληνικά Γράμματα,

Κουρκούτας, Η & Chartier J.P. (2008). Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές. Αθήνα: Τόπος.

Κυπριωτάκης, Α., (1989), Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους. Ηράκλειο : Ψυχοτεχνική.

Μαδιανός, Μ., 2006. Κλινική Ψυχιατρική, Γ' έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαδιανός, Μ., 2010. Κλινική Ψυχιατρική. Γ' Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μάνος, Ν., 1997. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσ/κη: University Studio Press.

Μαρκοπούλου, Χ. (2006). Η κοινωνική διάσταση της ειδικής αγωγής- Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού. Αθήνα: Διάπλαση

Μπόντη, Ε. Ι . (2013). Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες: Μια εναλλακτική προσέγγιση... για όλους . Θεσσαλονίκη : Μέθεξις Παντελιάδου, Σ.

Νιτσοπούλου, Μ., 1986. Προβληματικά παιδιά και κοινωνική ευθύνη, Γ' έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Ειρήνη.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), 1993. Ταξινόμηση ICD - 10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς: Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. Μετάφραση: Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Β. Μαυρέας, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, ΑνΟμιλο – Τεστ ΑΝίχνευσης διαταραχών ΟΜιλίας και Λόγου για παιδιά 4 χρονών, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα

Παντελιάδου, Σ. (2000). Μαθησιακές Δυσκολίες και Εκπαιδευτική Πράξη: Τι και γιατί. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παντελιάδου, Σ. (2011). Μαθησιακές δυσκολίες και εκπαιδευτική πράξη-Τι & γιατί. Αθήνα: Πεδίο.

Παπαγεωργίου, Β.Α. (2005). Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

Παρασκευόπουλος Ι.Ν & Παρασκευοπούλου Π.Ι (2011) Αθηνά Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης – Νέα έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Αθηνά Τεστ.

Πολυμεροπούλου, Β. (2008). Ενδεικτικά Σημάδια Αναγνώρισης Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Βόλος

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

Σούλης, Γ., 2007. Μαθαίνοντας βήμα με βήμα στο σχολείο και στο σπίτι. Διδακτικές στρατηγικές εκπαίδευσης παιδιών με μέτρια ή βαριά νοητική υστέρηση. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Στάθης, Φ. (2001). Κοντά στο παιδί με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Αυτοέκδοση
Συμεωνίδου, Σ. & Φτιάκα Ε. (2012). Εκπαίδευση για την ένταξη: Από την έρευνα στην πράξη. Αθήνα : Πεδίο

Τζουριάδου, Μ. (2011). Μαθησιακές δυσκολίες : Θέματα ερμηνείας και αντιμετώπισης. Θεσσαλονίκη : Προμηθεύς

Τομαράς, Ν. (2008). Μαθησιακές δυσκολίες : Ισότιμες ευκαιρίες στην εκπαίδευση: Πρακτικές απαντήσεις στα ερωτήματα γονιών και εκπαιδευτικών για τη δυσλεξία, τις δυσαριθμησίες και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητα . Αθήνα : Εκδόσεις Πατάκη.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2013, Τμήμα Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης

Ξενόγλωσση

American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: Author.

Bailey, A., Phillips, W. & Rutter, M., 1996. 'Autism: towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives', Journal of Child Psychology and Psychiatry

Bohm, H. & Stewart, M., 2009. 'Brief report: on the concordance percentages for autistic spectrum disorder of twins', Journal of Autism and Developmental Disorders,

Esterberg, M., Trotman, H., Brasfield, J., Compton, M. & Walker, E., 2008. 'Childhood and current autistic features in adolescents with schizotypal personality disorder', Schizophrenia Research

Frith, U., 1996. Αυτισμός: εξηγώντας το αίνιγμα. Μετάφραση: Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Glasson, E., Bower, C., Petterson, B., De Klerk, N., Chaney, G. & Hallmayer J.,

2004. 'Perinatal factors and the development of autism: a population study', Archives of General Psychiatry

Grandin, T. & Scariano, M., 1995. Διάγνωση: Αυτισμός: μια αληθινή ιστορία αυτιστικού ατόμου. Μετάφραση: Υ. Τσουπαροπούλου, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Jonsdottir, S., Saemundsen, E., Antonsdottir, I., Sigurdardottir, S. & Olason, D., 2011. 'Children diagnosed with autism spectrum disorder before or after the age of 6 years', Research in Autism Spectrum Disorders

Lam, Y. & Yeung, S., 2012. 'Cognitive deficits and symbolic play in preschoolers with autism'. Research in Autism Spectrum Disorders

Landrigan, P., 2010. 'What causes autism? Exploring the environmental contribution', Curr Opin Pediatr

Levy, S., Mandell, D. & Schultz, R., 2009. 'Autism', Lancet

Lovell, A., 1983. In a summer garment: The experience of an autistic child. London: Seeker & Warburg.

Muhle, R., Trentacoste, S. & Rapin, I., 2004. 'The genetics of autism', Pediatrics

Park, C., 1987. The Siege: The first eight years of an autistic child. 2nd ed, Boston, Atlantic Little.

Peake, D., Notghi, L. & Philip, S., 2006. 'Management of epilepsy in children with autism', Current Paediatrics

Rutter, M., 2005. 'Aetiology of autism: findings and questions', Journal of Intellectual Disability Research

Stampoltzis, A., Papatrecha, V., Polychronopoulou, S. & Mavronas, D., 2012. 'Developmental, familial and educational characteristics of a sample of children with Autism Spectrum Disorders in Greece', Research in Autism Spectrum Disorders
Timiras, P.S (1972) Developmental Physiology and Aging. New York, Macmillan Company

The National Autistic Society. Sleep and autism: helping your child, 2012. Διαθέσιμο στο: <http://www.autism.org.uk/10225>

Tripp, G. (2005). ADHD: Beyond the child. In W. ØSTRENG (Ed.). Convergence: Interdisciplinary Communications, Oslo: Grafisk Senter Groset AS.

Tsai, F., Chiang, H., Lee, C., Gau, S., Lee, W., Fan, P., Wu, Y. & Chiu, Y., 2012.

‘Sleep problems in children with autism, attention deficit hyperactivity disorder, and epilepsy’, Research in Autism Spectrum Disorders

Tuchman, R., Cuccaro, M. & Alessandri, M., 2010. ‘Autism and epilepsy: Historical perspective’, Brain and Development

Van Kesteren, R. & Spencer, G., 2003. ‘The role of neurotransmitters in neurite outgrowth and synapse formation’, Review of Neuroscience

Zafeiriou, D., Ververi, A. & Vargiami, E., 2007. ‘Childhood autism and associated comorbidities’, Brain and Development

Λιαδικτυακοί Ιστοί

http://elearning.canchild.ca/dcd_pt_workshop/assets/identification/mabc-2.pdf

<https://research.agre.org/program/aboutados.cfm>

www.anaptixikaikini.gr

http://repository.edulll.gr/edulll/bitstream/10795/786/34/786_13_12_aksiologhsh.pdf

http://www.einstein.yu.edu/uploadedFiles/departments/neurology/Divisions/Child_Neurology/Child_Neurology_References/Develop_Disorders/Gillberg%20Essence%20a pproach%20to%20neurodev%20disorders%202010.pdf

http://imm.demokritos.gr/epeaek/library_attach/20041132322250.%CE%A5%CF%80%CE%BF%CF%83%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%BE%CE%B7%20%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CF%8E%CE%BD%20%CE%B C%CE%B5%20%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%80%CF%84%CF%85%CE%B E%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE%20%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF% 84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%AE%20%CF%83%CF%85%CE%B D%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%BF%CF%8D.d oc

<http://tsgenesee.mbg.duth.gr/tourette-pandas.pdf>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΦΟΡΜΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Όνοματεπώνυμο:..... Ηλικία.....
Συμπληρώθηκε από... Φύλο (♂) Λ () Κ

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθεί μια σειρά προτάσεων οι οποίες περιγράφουν την προσοχή των μαθητών. Για κάθε πρόταση σημειώστε αν *Δεν Ισχύει*, *Ισχύει μερικές φορές*, *Ισχύει πολύ συχνά*, για το συγκεκριμένο/η μαθητή ή μαθήτρια, σήμερα ή κατά την προηγούμενη εβδομάδα. Παρακαλώ σημειώστε όλες τις προτάσεις ακόμη και αν δεν φαίνεται να ισχύουν για το συγκεκριμένο/η μαθητή ή μαθήτρια.

	Δεν Ισχύει	Μερικές φορές	Πολύ συχνά
1. Αδυνατεί να τελειώσει αυτά που αρχίζει	()	()	()
2. Αδυνατεί να συγκεντρωθεί και να προσέξει για αρκετή ώρα	()	()	()
3. Δεν μπορεί να καθίσει ήσυχα, είναι ανήσυχος/η ή υπερκινητικός/η	()	()	()
4. Στριφογυρίζει νευρικά	()	()	()
5. Ονειροπολεί ή χάνεται στις σκέψεις του/της	()	()	()
6. Παρορμητικός/η ή ενεργεί χωρίς να σκέφτεται	()	()	()
7. Δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες	()	()	()
8. Μιλάει χωρίς να είναι η σειρά του/της	()	()	()
9. Οι εργασίες του/της είναι ακατάστατες	()	()	()
10. Είναι απρόσεχτος/η, εύκολα διασπάται	()	()	()
11. Μιλάει πάρα πολύ	()	()	()
12. Δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει καθήκοντα που του/της ανατίθενται	()	()	()

Σημείωση: Από C.S. Edelbrock, University of Massachusetts Medical Center, Worcester.
Reprinted by permission.

Μετάφραση: Βάγια Παπαγεωργίου - Παιδοψυχίατρος, Εύη Νταρλή - Λογοπεδικός

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ (ADHD)**

Συμπληρώνεται από τη νηπιαγωγό ή το γονέα του παιδιού.

A. ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ: Παρακαλώ κυκλώστε κάθε ερώτηση του πίνακα που πιστεύετε ότι περιγράφει τη συμπεριφορά του παιδιού το τελευταίο εξάμηνο. Οι απαντήσεις θα πρέπει να προκύπτουν αυθόρμητα, σύμφωνα με την εικόνα του παιδιού. Αν καμία από τις παρακάτω συμπεριφορές δεν παρατηρήθηκε το τελευταίο εξάμηνο, σημειώστε Χ στο στοιχείο «καμία συμπεριφορά».

1. Συχνά κουνάει ανυπόμονα τα χέρια και τα πόδια και στριφογυρίζει στο κάθισμα.
2. Δυσκολεύεται να μείνει ακίνητος στην καρέκλα.
3. Διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.
4. Δυσκολεύεται να παραμείνει στη σειρά του σε ομαδικά παιχνίδια.
5. Συχνά δίνει απάντηση πριν προλάβει να ακούσει όλη την ερώτηση (προσπετής).
6. Δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες (εντολές) και αυτό δεν οφείλεται σε ανυπακοή ή δυσκολία στην κατανόηση της εντολής.
7. Δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε συγκεκριμένη δραστηριότητα ή παιχνίδια.
8. Συχνά αφήνει απειλείωτη μία δραστηριότητα για να ασχοληθεί με κάτι άλλο.
9. Δυσκολεύεται να παίξει ήσυχα.
10. Συχνά μιλάει ασταμάτητα.
11. Συχνά διακόπτει ή διασπά τους άλλους ή τους χαλάει τα παιχνίδια.
12. Συχνά δεν παρακολουθεί αυτό που του λένε (που ακούει).
13. Συχνά χάνει τα πράγματά του: σχολικά είδη ή παιχνίδια.
14. Συχνά εμπλέκεται σε επικίνδυνες δραστηριότητες, χωρίς να μπορεί να υπολογίσει τις συνέπειές τους (όχι με σκοπό να φοβίσει τους γονείς).

B. Συμπληρώθηκε από τη νηπιαγωγό

Γ. Συμπληρώθηκε από το γονέα / κηδεμόνα

Δ. Δεν παρατηρείται καμία συμπεριφορά

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ-ΓΟΝΕΑΣ**

Όνοματεπώνυμο:..... Ηλικία:..... Ημερομηνία:.....

Όνομα (δασκάλου):..... Τάξη:.....

Πόσο καιρό γνωρίζετε το παιδί:.....

Παρακαλώ βαθμολογήστε πόσο συχνά κάθε μια από τις παρακάτω συμπεριφορές συνέβη κατά τους τελευταίους έξι μήνες:

Στη βαθμολόγηση κάθε συμπεριφοράς πρέπει να λαμβάνετε υπόψη τι είναι κατάλληλο για την ηλικία του συγκεκριμένου παιδιού που βαθμολογείτε.

Κώδικας συχνότητας: 0= Ποτέ, 1=Σπάνια, 2=Συχνά, 3=Πολύ Συχνά

1. Ξεκινείται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις στις οποίες πρέπει να παραμένει καθιστό	0	1	2	3
2. Διατάζει να δοθούν καινούργια πράγματα γιατί φοβάται μήπως κάνει λάθος	0	1	2	3
3. Κάνει πράγματα απροσίτητα για καθήκοντα ή δραστηριότητες (σχολικές εργασίες, μαθήματα ή βιβλία)	0	1	2	3
4. Δυσκολεύεται να συγκεντρώσει την προσοχή του σε καθήκοντα ή δραστηριότητες	0	1	2	3
5. Μιλιά υπερβολικά	0	1	2	3
6. Δυσκολεύεται να οργανώσει καθήκοντα και δραστηριότητες	0	1	2	3
7. Το σκαει από το σχολείο	0	1	2	3
8. Φοβερίζει, απειλεί ή τρομοκρατεί τους άλλους	0	1	2	3
9. Ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες	0	1	2	3
10. Είναι λυπημένο, μελαγχολικό ή καταθλιπτικό	0	1	2	3
11. Λέει ψέματα για να πετύχει πράγματα και χάρες ή να αποφύγει υποχρεώσεις	0	1	2	3
12. Αισθάνεται ανόητο ή κατώτερο	0	1	2	3
13. Δεν ακολουθεί οδηγίες και δεν κατορθώνει να τελειώσει τη σχολική εργασία (δεν οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή δυσκολία κατά-νόησης)	0	1	2	3
14. Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του	0	1	2	3
15. Αγνήφ ή αρνείται να συμμορφωθεί σε αιτήματα ή κανόνες των ενηλίκων	0	1	2	3
16. Κανένα νευρικό χόριο ή αόριστο ή ατριμογονμό στη θέση του	0	1	2	3
17. Δυσκολεύεται να παίξει ή να καταλακεί ήσυχα σε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο	0	1	2	3

18. Διασπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα	0	1	2	3
19. Απαντά απερίσκεπτα, πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση	0	1	2	3
20. Είναι θυμωμένο και μνησικάκο	0	1	2	3
21. Χάνει την ψυχραιμία του	0	1	2	3
22. Κατηγορεί τον εαυτό του για προβλήματα, αισθάνεται ένοχο	0	1	2	3
23. Είναι φοβισμένο, αγχώμενο ή ανήσυχο	0	1	2	3
24. Αδυνατεί να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στη σχολική εργασία	0	1	2	3
25. Ενοχλεί εσκεμμένα τους γύρω του	0	1	2	3
26. Είναι συνέχεια σε κίνηση ή κινείται σαν «νευρόσπαστο»	0	1	2	3
27. Δείχνει να μην ακούει όταν του μιλούν	0	1	2	3
28. Κατηγορεί τους άλλους για τα σφάλματα ή τη συμπεριφορά του	0	1	2	3
29. Καταστρέφει εσκεμμένα ξένη περιουσία	0	1	2	3
30. Αισθάνεται μόνο ή ανεπιθύμητο. Παραπονιέται ότι κανένας δεν το αγαπά	0	1	2	3
31. Διακόπτει ή παρεμβαίνει στους άλλους (συζητήσεις, παιχνίδια)	0	1	2	3
32. Αποφεύγει αντικαθεί ή αρνείται να εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκή διανοητική προσπάθεια	0	1	2	3
33. Θίγεται εύκολα ή νοιώθει ευκολα αμηχανία	0	1	2	3
34. Κακιώνει ή είναι εκδικητικό	0	1	2	3
35. Καυγαδίζει με ενήλικες	0	1	2	3
36. Έκλεψε αντικείμενα αξίας	0	1	2	3
37. Ξεκινά καυγάδες	0	1	2	3
38. Τρέχει ή σκαρφαλώνει υπερβολικά σε περιστάσεις που δεν επιτρέπεται	0	1	2	3
39. Είναι «μυγιάγγιχτο» ή ενοχλείται εύκολα από τους άλλους	0	1	2	3
40. Είναι βίαιο σωματικά στους άλλους	0	1	2	3

Copyright: LDRC, Children's Hospital, Boston

Μετάφραση: Β. Ντασούλης, Β. Γιαταγεωργίου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ


ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
4η Υ. ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
«ΣΠΥΡΙΔΩΝΕΙΟ»
 ΚΑΤΑΦΥΛΙΤΗΡΙΑ:

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
 ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ 49-1.Σ. 563
 Κωνσταντίνου Παλαιού 49-1.Σ. 563
 3η Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.
 Παιδιατρική
 Αριθμός Πρωτοκόλλου: 23-000001
 Αρ. Πρωτ.: 45128/16-11-2015

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
 Δεξιότητα: Τ.Κ. - Πόλη: Τηλέφωνο:
 Ηλικία: Αρσεν./Θεσ: Αρ. Μητρ. Αρ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

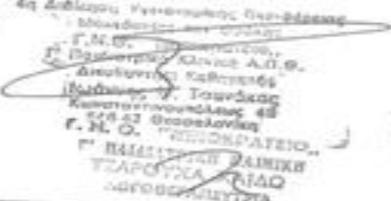
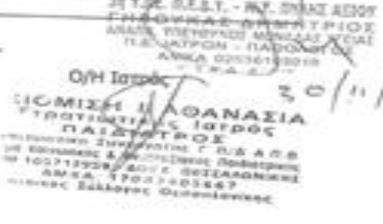
Ο/Η υπογεγραμμένος/α ιατρός **ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ** βεβαιώνει ότι ο/η υπό το
 ανωτέρω στοιχεία ασθενής **ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ**
 Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την **11/11/15** (ΑΒ) 1736
 Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,
 • στην κλινική από έως
 • στην κλινική από έως

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από *Ψευδομυϊκή αμυγδαλίτιδα, δυσκολία αναπνοής, Δυσκολία της Πρόσφαξης με Ψευδομυϊκή αμυγδαλίτιδα, αμυγδαλίτιδα, Δυσκολία στην εκκένωση, Πόδι, παραρριζοειδής Διάταση Αναπνευστική Διαταραχή*
 Υπεβλήθη σε *Αρσενιοφθοριούχο και Αρσενιοειδή Εξζημιών*

Αγωγή - Οδηγίες *Συνιστάται: 1) Αρσενιοφθοριούχο 2) Εμφυλάδα 3) Κινησιμ*
Στα παιδιατρικά βιβλία από 25 ημέρες μηνιαία / 41 βιταμίνες υψηλής
γαστρί (8 ως μηνιαία) 5) Ασταμίνη φουμαρικό (5 ως μηνιαία) 6) Συμ-
βουλική γουβίνη (4 ως 2000 μηνιαία)
 Η παρούσα χορηγείται σε απόφαση της από αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί: **ΕΛΕΓΚΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ**
για τον ασφαλιστικό του γορτα

Σφραγίστηκε για το γνήσιο της υπογραφής
 Ο/Η Διακομιστής Διακομιστής


 Ο/Η Ιατρός


ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥΠΟΛΕΩΣ 49, 546 42 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΤΗΛ. 231 331 3000, Fax. 2310 618254

ΟΡΜΟΝΕΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

	Τιμή	Μονάδες	Τιμές αναφοράς
FT4 - Ελεύθερη θυροξίνη	: 18,50	pmol/l	10.0 - 28.2
TSH - Θυροεστρώπος ορμόνη	: 3,29	μIU/ml	0.465 - 4.680

Μέθοδος: **ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΗΣ ΧΗΜΕΙΟΦΩΤΑΥΞΙΑΣ**

Η ΙΑΤΡΟΣ



Το παρόν κείμενο, ως έντυπο έκδοσης - ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΡΙΟ, αποτελεί έκδοση της Πρωτοβάθμιας
πληροφορίας για το πρόγραμμα ISO 9001:2008 πιστοποιημένο από τον φορέα πιστοποίησης BSA-HELLAS A.E.
για χρήση πιστοποιητικού 2044/5/10

Κοιμητιών 59 Οραιοκάστρο Τ.Κ. 570 13 Τ: 2310 69 88 89, F: 2310 69 88 89 Κ: 6944 642 042 & 6974 85 3008 e-mail: nicolaos.vhr@iatrika

ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

	Τιμή	Μονάδες	Τιμές αναφοράς
Ανοσοσφαιρίνη IgE	: 334,8	IU/ml	< 180.0 - ενήλικες < 1.0 < 1 έτους < 12.0 1 - 2 ετών < 25.0 3 ετών < 50.0 4 - 5 ετών < 70,0 6 ετών < 120,0 7 - 14 ετών
Συμπλήρωμα C3	: 1,370	gr/lit	0.825 - 1.800
Συμπλήρωμα C4	: 0,260	gr/lit	0.100 - 0.450
Σερουλοπλασμίνη	: 0,322	gr/L	0.15 - 0.6

Μέθοδος: ΕΝΔΕΧΥΜΕΝΗΣ ΧΗΜΕΙΟΦΩΤΑΥΓΕΙΑΣ

Η ΙΑΤΡΟΣ

Φυλλικό

Βιταμίνη

