



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

Σχολή Επαγγελματών Υγείας & Πρόνοιας
(Σ.Ε.Υ.Π)

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ
ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ:

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ 3-7 ΕΤΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΥ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΨΗ: ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΙΚΤΩΡΙΑ

ΕΚΠΟΝΗΣΗ: ΚΑΛΤΕΚΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΚΥΡΚΟΥ ΑΝΝΕΤΑ – ΜΑΡΙΑ

ΜΠΙΚΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2017



Τ. Ε. Ι ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ
ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ:

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ 3-7 ΕΤΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ
ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΚΠΟΝΗΣΗ: ΚΑΛΤΕΚΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ Α.Μ 15855

ΚΥΡΚΟΥ ΑΝΝΕΤΑ – ΜΑΡΙΑ Α.Μ 15838

ΜΠΙΚΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ Α.Μ 15757

ΕΠΙΒΛΕΨΗ: ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΙΚΤΩΡΙΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ, 2017

Κουράστηκα

Και δεν μπορώ να τα καταφέρω όλα

Όταν βιάζεσαι,

Και θέλεις να βιάζομαι και εγώ.

Τότε το κάθε τι

Παίρνει πολύ περισσότερο χρόνο

Μπορώ να κάνω πολύ περισσότερα

Από όσα πιστεύεις,

Όταν μου επιτρέπεις να το κάνω

Με τον τρόπο που θέλω εγώ.

Από το « Ποιήματα για όλους » του BenktErikHedin

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας οφείλουμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν για την ολοκλήρωση της. Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Κα. Ζακοπούλου Βικτωρία, επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μας, για την υπομονή της καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας και της συγγραφής της για τις βοηθητικές για εμάς κατευθύνσεις της. Επίσης, ευχαριστούμε όλους όσους συνεργάστηκαν μαζί μας και μας εμπιστεύτηκαν σημαντικές πληροφορίες για την έρευνα της εργασίας μας. Ωστόσο οφείλουμε πολλά στους καθηγητές του Τμήματος Λογοθεραπείας, οι οποίοι μέσω των γνώσεων τους και των εμπειριών τους μας πρόσφεραν την ευκαιρία να γνωρίσουμε τον εαυτό μας να ανακαλύψουμε τις δυνατότητες μας και να αγαπήσουμε το μελλοντικό μας επάγγελμα. Καταληκτικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πολύ τις οικογένειες και όλους τους δικούς μας ανθρώπους που μας στήριξαν σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα και πίστεψαν σε εμάς. Με την αγάπη τους, την υπομονή τους καταφέραμε να επιτύχουμε τον σημαντικό στόχο του πτυχίου μας την παρούσα πτυχιακή μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	12
----------------------	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	13
--------------------------------	-----------

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	13
--	-----------

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	13
1.1.1 ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ KANNER	13
1.1.2 ΤΑ ΠΡΩΤΕΥΟΝΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΟΥ KANNER	14
1.1.3 ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ASPERGER	16
1.1.4 ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ.....	18
1.1.5 ΑΥΤΙΣΜΟΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ.....	18
1.1.6 «ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ».....	20
1.1.6.1 Τι είναι αυτισμός.....	20
1.1.6.2 Τι δεν είναι αυτισμός;.....	21
1.1.7 ΠΡΩΙΜΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ (ΔΑΔ).....	22
1.1.8 « ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΥ ».....	27
1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	29
1.2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	29
1.2.2 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΜΕ:	29
1.2.3 ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΕΙ Ο ΑΥΤΙΣΜΟΣ;.....	30
1.2.4 Διαφοροδιάγνωση	32
1.2.4.1 Άλλες νευρολογικές βλάβες.....	33
1.2.5 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	33
1.2.5.1 Χαρακτηριστικά Συμπτώματα – Κλινικό Προφίλ Παιδιού	34
1.2.5.2 Άλλα χαρακτηριστικά που δεν είναι απαραίτητα για τη διάγνωση.....	36
1.2.6 ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	38
1.2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ – ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	39
1.2.7.1 Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σήμερα	39
ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ DSM-5	40
1.2.8 ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΗ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	46
1.2.9 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	48
1.2.10 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ.....	49
1.2.11 ΕΙΝΑΙ Ο ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΣ;.....	50
1.2.12 Ο ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΘΕΙ;.....	52
1.2.12.1 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Ο ΑΥΤΙΣΜΟΣ;	52
1.2.13 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	52
1.2.14 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ TEACH	55

1.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	58
---	-----------

1.3.1	ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΠΑΣΙΑ	58
1.3.2	ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	61
1.3.3	Η ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΔΑΦ	62

2.ΕΙΣΑΓΩΓΗ –ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΠΡΟΦΙΛ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....65

2.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	65
2.1.1	ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ Ο ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ	66
2.1.2	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ.....	68
2.1.3	ΑΤΥΠΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	69
2.1.4	ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	70

2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΟΥ71

2.2.1	ΛΕΚΤΙΚΗ - ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	71
2.2.2	ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΑΔΡΗ - ΛΕΠΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗ)	72
2.2.3	ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ	72
2.2.4	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ.....	73
2.2.5	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	73
2.2.6	ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΈΚΘΕΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	73

2.2.7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ79

2.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ82

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....82

1.1	ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	83
1.1.2	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	84
1.1.2.1	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	85
1.1.3	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	86
1.1.4	ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	89

1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ – ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ90

1.2.1	DSM –IV –TR ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	90
1.2.1.1	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ.....	92
1.2.1.2	ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΝΟΟΜΕΤΡΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ WECHSLER	92
1.2.2	ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ	92
1.2.3	ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΙΚΡΟΚΕΦΑΛΙΑΣ	96
1.2.3.1	ΝΕΥΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΚΕΦΑΛΙΑ	96
1.2.3.2	ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΙΚΡΟΚΕΦΑΛΙΑΣ ΜΕ ΑΛΛΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ	97

1.2.4	ΣΥΝΟΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ Η ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ	98
<u>1.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</u>		101
1.3.1	ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	106
<u>1.4 ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u>		109
<u>1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....</u>		110
1.5.1	ΤΕΣΤ ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ.....	112
1.5.2	ΨΥΧΟΤΕΧΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	115
1.5.3	ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ	116
1.5.4	ΚΛΙΜΑΚΑ WECHSLER.....	117
1.5.5	ΚΛΙΜΑΚΑ RAVEN.....	118
1.5.6	ΤΟΤΕΣΤΤΟΥ GOODENOUGH	120
1.5.7	ΤΟΤΕΣΤΤΟΥ ΚΟΗΣ.....	121
1.5.8	ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑUFMAN.....	122
1.5.9	ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΕΩΣ ΤΗΣ BAYLEY	123
1.5.10	ΆΛΛΑ ΤΕΣΤ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΕΙΝΑΙ:	124
1.5.11	ΤΕΣΤ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ WISC - III.....	125
<u>1.6 ΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ-ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....</u>		125
<u>2.ΕΙΣΑΓΩΓΗ –ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΠΡΟΦΙΛ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....</u>		127
2.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	127
2.1.1	ΠΡΩΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ.....	128
<u>2.1.2 ΈΚΘΕΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΕΝΤΡΟΥ</u>		129
2.1.3	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	129
2.1.4	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	130
2.1.5	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	130
2.1.6	ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	131
2.1.7	ΆΤΥΠΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	132
2.1.8	ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	133
2.1.9	ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ (ΟΤΑΝ ΤΟ ΑΓΟΡΙ ΗΤΑΝ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ).....	134
2.1.10	ΑΙΣΘΗΤΙΚΟ ΚΙΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	134
2.1.11	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ	134
2.1.12	ΓΛΩΣΣΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	135
2.1.13	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ – ΠΟΡΙΣΜΑ ΚΕΝΤΡΟΥ	135
2.1.14	ΤΕΛΙΚΟ ΠΟΡΙΣΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	136

<u>2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΟΥ</u>	<u>136</u>
2.2.1 ΠΙΝΑΚΑΣ DSM- IV- TR.....	140
2.2.2 ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ	141
2.2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	142
2.2.4 ΓΝΩΣΤΙΚΟΣ – ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΚΙΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	142
2.2.5 ΛΕΚΤΙΚΗ – ΜΗΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	143
<u>2.3 ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ</u>	<u>144</u>
2.3.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	146
2.3.1.1 ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ, ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΕ ΟΤΙ:	146
2.3.1.2 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.....	146
2.3.2 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ 21/1/2013.....	147
2.3.3 ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ	148
2.3.4 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:	151
2.3.5 ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.....	152
<u>2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ.....</u>	<u>152</u>
<u>2.5 DSM-IV</u>	<u>154</u>
2.5.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ	156
ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ	164
ΤΕΛΙΚΟ ΠΟΡΙΣΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΟΥ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ)	164
3.1 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ(ΒΛ. ΠΙΝΑΚΑ 5)	165
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	<u>166</u>
<u>HELFRICH-MILLER, KR. RECTOR, KL. STRAKA, JA.(1986).DYSPHAGIA: ITS TREATMENT IN THE PROFOUNDLY RETARDED PATIENT WITH CEREBRAL PALSY. ΑΝΑΚΤΗΘΗΚΕ, 13 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ,2017, ΑΠΟ:HTTPS://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/3741076</u>	<u>167</u>
<u>SHIPLEY, K.G. – MCAFEE, J.G.ASSESSMENTIN SPEECH- LANGUAGE PATHOLOGY: A RESOURCE MANUAL 4TH EDITION. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ (2013) 4Η ΕΚΔΟΣΗ - 1Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ, (ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ- ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΒΙΡΒΙΔΑΚΗ ΣΤ.Ε. & ΤΑΦΙΑΛΗΣ Δ.) ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΓΚΟΤΣΗΣ.....</u>	<u>168</u>
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....</u>	<u>169</u>

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΥΤΙΣΜΟΥ.....169

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	169
ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΜΕ ΜΙΑ ΜΑΤΙΑ.....	169
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	170
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.....	171
ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ.....	171
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ.....	173
ΚΛΕΙΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ.....	173

Περίληψη

Πραγματοποιείται πτυχιακή εργασία με θέμα « Πολυπαραγοντική προσέγγιση αναπτυξιακών διαταραχών σε επίπεδο διάγνωσης » στο Τ.Ε.Ι Ηπείρου και στο τμήμα Λογοθεραπείας, με σκοπό να κατανοήσουμε και να προσεγγίσουμε τις διαταραχές του «αυτισμού» και της «νοητικής υστέρησης» πιο αναλυτικά.

Η πτυχιακή εργασία, αποτελείται από δυο μέρη. Το πρώτο μέρος αναλύει τα ερευνητικά δεδομένα στο κομμάτι του Αυτισμού και της νοητικής υστέρησης. Στο δεύτερο μέρος , περιλαμβάνονται περιστατικά παιδιών και η γενική κλινική τους εικόνα - προφίλ. Έπειτα από πολλές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε κέντρα διαφόρων περιοχών, συλλέξαμε ανώνυμα ένα ιστορικό- προφίλ ενός παιδιού με « αυτισμό », και δύο παιδιών με νοητική υστέρηση και τα διατυπώνουμε θεωρητικά στο δεύτερο μέρος της εργασίας.

Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι να παρουσιάσουμε και να αναλύσουμε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους αυτά τα άτομα. Γίνεται αναφορά, στην πιθανή αιτιολογία της, στη συμπεριφορά και επικοινωνία, στα χαρακτηριστικά και αν συνυπάρχει κάποια άλλη διαταραχή. Και τελικά, αν συμπίπτει το πόρισμα του κέντρου με το δικό μας συμπέρασμα έπειτα από την βαθιά μελέτη των περιστατικών.

Επίσης, θα αναφερθούν κάποια εργαλεία ανίχνευσης και αξιολόγησης αυτών των διαταραχών.

Τέλος, παρατίθενται μερικά από τα προγράμματα αντιμετώπισης των διαταραχών μαζί με κάποιες εναλλακτικές μεθόδους.

Λέξεις - κλειδιά: Αυτισμός, νοητική υστέρηση, διάγνωση, πολυπαραγοντική προσέγγιση, προφίλ, αξιολόγηση, περιστατικό, θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Summary

The subject of this thesis is “Multifactorial approach of developed disorders on a diagnostic level” . It is carried out at the TEI of Epirus at the department of Speech Therapy in order to understand and approach the disorders of “autism” and “mental retardation” in more detail.

This thesis is divided into two sections. The first section analyzes the research data on “Autism” and “mental retardation”. On the second section we analyze the anonymous data of specifically 3 children , one with autism and two with mental retardation . So the second part basically includes the clinical profile of these children.

Our basic aim is to present and analyze the difficulties that these people face on a daily basis. We refer to the possible causes of this behavior and way of communication, the characteristics of this condition and the possibility that other disorders coexist. Finally we conclude if our own diagnose is similar to that of the “diagnostic center” the patient has attended. We will also refer to the detection and evaluation tools that have been used. At the end we have listed some of the response programs and alternative methods that have been used during the treatment of the patients.

Key Words: Autism, mental retardation, diagnosis, multifactorial approach, profile, incident, therapeutic approach

Πρόλογος

Αναφερόμενοι στις Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές όπου υπάρχει και στα δύο έγκυρα ταξινομήσιμα εγχειρίδια που είναι το ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και το DSM-IV διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης.

Ο όρος αυτός, καλύπτει όλο το Φάσμα του Αυτισμού αν και περιέχει και άλλα σύνδρομα. Στην μια άκρη του φάσματος βρίσκεται η τυπική μορφή του αυτισμού γνωστή ως σύνδρομο Kanner, στην άλλη τα υψηλής λειτουργικότητας, το σύνδρομο Asperger και ενδιάμεσα οι άλλες μορφές του αυτισμού.

Αυτή η ομάδα διαταραχών χαρακτηρίζεται από ποιοτικές ανωμαλίες στις κοινωνικές συναλλαγές και στους τρόπους επικοινωνίας καθώς και από περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Οι ποιοτικές αυτές ανωμαλίες αποτελούν διάχυτο χαρακτηριστικό της λειτουργικότητας του ατόμου, από οποιανδήποτε συνθήκη, αν και είναι δυνατό να ποικίλουν σε βαρύτητα.

Η διάγνωση απαιτεί άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς, καθώς και ένα αναπτυξιακό ιστορικό από την παιδική ηλικία. Ειδικότερα, όσοι ασχολούνται με τη διάγνωση θα πρέπει να ψάχνουν για συγκεκριμένα στοιχεία της τριάδας των διαταραχών και της στερεότυπης συμπεριφοράς.

Η πορεία κάθε παιδιού με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή είναι ιδιαίτερη και συχνά έχει απρόσμενη έκβαση, οπότε αυτό καθιστά δύσκολη την πρόβλεψη της εξέλιξής του. Αυτό όμως που μπορούμε να προβλέψουμε αρχικά, είναι ότι, έχουν καταδείξει πολυετείς και έμπειρες έρευνες, ακολουθώντας ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που βασίζεται στην Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς, μπορούμε να βοηθήσουμε κάθε παιδί με αυτισμό να αναπτύξει στο μέγιστο βαθμό τις δυνατότητές του (Γενά, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

1. Εισαγωγή – Θεωρητική προσέγγιση

1.1 Ιστορική αναδρομή

1.1.1 Σύμφωνα με τον Kanner

Ο Αυτισμός προσδιορίστηκε για πρώτη φορά από τον παιδοψυχίατρο Kanner (1943) και χρησιμοποίησε τον όρο «παιδικός αυτισμός». Έχουν περάσει από τότε πενήντα χρόνια. Περιέγραψε για πρώτη φορά 11 παιδιά που παρουσίαζαν κάποια ασυνήθιστα χαρακτηριστικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά συνεχίζουν να ανησυχούν τους επαγγελματίες και τους γονείς.

Αρχικά ο αυτισμός θεωρείται μια συναισθηματική, αντιληπτική, γλωσσική, γνωστική και επικοινωνιακή διαταραχή. Επεξηγηματικές διανοητικές συνθέσεις αμφιταλαντεύονται μεταξύ ψυχογενών, βιολογικών, συμπεριφορικών και αλληλεπιδραστικών μοντέλων αιτιολόγησης.

Αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο το ότι μπορεί να εμπλέκονται πολλές και διαφορετικές αιτίες στο φαινόμενο του αυτισμού. Μπορεί η διαταραχή αυτή να περιγραφεί καλύτερα σαν ένα σύνθετο σύνολο υποσυνδρόμων που μοιράζονται μια συμπτωματολογία σοβαρών προβλημάτων σε κοινωνικές σχέσεις και παρόμοιες αναπτυξιακές ασυγχρονίες.

Επειδή μέχρι τα μέσα του αιώνα γνωρίζαμε ελάχιστα για την πρώιμη κοινωνική και επικοινωνιακή ανάπτυξη, ο Kanner δε μπορούσε παρά να ενεργεί χωρίς θεωρητική κάλυψη για τις παρατηρήσεις του.

Στις μέρες μας, η ολοένα επεκτεινόμενη γνώση της πρώιμης κοινωνικής, επικοινωνιακής και γνωστικής ανάπτυξης και διασύνδεσή της με συναισθηματικές δυνάμεις, μας βοηθούν να κατανοήσουμε τα ασυνήθιστα αναπτυξιακά προφίλ που συνδέονται με το σύνδρομο του αυτισμού. Ενώ διαφορετικά είδη κριτηρίων έχουν χρησιμοποιηθεί για τον καθορισμό 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. 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 (DSMIII-R, American Psychiatric Association, 1987).

1.1.2 Τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Kanner

Ο Kanner θεωρούσε ότι μόνο δυο χαρακτηριστικά γνωρίσματα είχαν πρωτεύοντα ρόλο. Αυτό σημαίνει ότι τα θεωρούσε αναγκαία και επαρκή για τη διάγνωση του αυτισμού. Τα χαρακτηριστικά αυτά γνωρίσματα δεν αφορούν άμεσα την παρατηρούμενη συμπεριφορά, αλλά βαθύτερα ψυχολογικά προβλήματα ικανά να εξηγήσουν ένα μεγάλο φάσμα συμπεριφορών.

Η αυτιστική μοναχικότητα δεν αναφέρεται στη φυσική- σωματική απομόνωση αλλά στη διανοητική.

Το δεύτερο κύριο χαρακτηριστικό ονομάστηκε ψυχαναγκαστική εμμονή. Και πάλι ο Kanner προσδιόρισε μια ιδιότητα σε βαθύτερο επίπεδο που σχετίζονται με την ψυχαναγκαστική εμμονή αναφέροντας τρεις συγγενικές κατηγορίες:

- ✓ Απλές επαναλαμβανόμενες κινήσεις, φράσεις και σκέψεις.
- ✓ Περίπλοκες στερεοτυπικές διαδικασίες που εκδηλώνονται στην πράξη, το λόγο ή τη σκέψη χωρίς προφανή αιτία.
- ✓ Διαρκή ενασχόληση με υπερβολικά περιορισμένα ενδιαφέροντα (Frith,1999).

Από την πρώτη μελέτη του Kanner για τον αυτισμό υπογραμμίζει μια σειρά από χαρακτηριστικά γνωρίσματα τα οποία ο ίδιος εξέλαβε ότι είναι όλων των παιδιών που είδε και είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Αυτιστική μοναχικότητα

Τα παιδιά αποτύγχαναν να συναλλάσσονται ομαλά με ανθρώπους και φάνηκαν να είναι πάρα πολύ ευτυχισμένα όταν αφήνονταν μόνα τους. Αυτό το έλλειμμα κοινωνικής ανταπόκρισης εμφανίστηκε κατά τον Kanner, πολύ νωρίς στη ζωή, όπως έδειξε η αποτυχία του αυτιστικού νηπίου να απλώσει τα χέρια του στο γονιό που προσπαθούσε να το πάρει ή να τον αγκαλιάσει.

- ✓ Αγχωτική καταθλιπτική επιθυμία για τη διατήρηση ομοιότητας

Τα παιδιά ήταν υπερβολικά εκνευρισμένα σε αλλαγές ρουτίνας ή του περιβάλλοντός τους. Μια διαφορετική ρουτίνα του σχολείου, θα μπορούσε να είναι η αιτία μιας έκρηξης και το παιδί να μη μπορεί να ηρεμήσει.

- ✓ Εξαιρετική μνήμη

Τα παιδιά που ο Kanner είδε, έδειχναν μια ικανότητα να ενθουσιάζονται μεγάλες και χωρίς σημασία ποσότητες ύλης που δεν συμβάδιζε με τις σαφείς μαθησιακές τους δυσκολίες ή της νοητικής τους υστέρησης σε άλλες περιπτώσεις.

- ✓ Καθυστερημένη ηχολαλία

Τα παιδιά επαναλαμβάνουν τη γλώσσα που άκουγαν, αλλά αποτύγγαναν να χρησιμοποιούν λέξεις για να επικοινωνούν σε θέματα πέρα από τις άμεσες ανάγκες τους. Η ηχολαλία πιθανόν να εξηγεί την αντιστροφή αντωνυμιών που ο Kanner κατέγραψε. Μπορεί να χρησιμοποιούν το «εσύ» όταν αναφέρονται στον εαυτό τους και το «εγώ» αναφερόμενα σε άλλο άτομο.

- ✓ Υπερευαίσθησία σε ερεθίσματα

Ο Kanner σημείωσε ότι πολλά παιδιά που ο ίδιος είδε αντιδρούσαν έντονα σε ορισμένους θορύβους και σε αντικείμενα (ηλεκτρικές σκούπες, ασανσέρ, φύσημα του αέρα).

Μερικά παιδιά έδειξαν ότι έχουν προβλήματα ή φαντασιώσεις με το φαγητό.

- ✓ Περιορισμός στη διαφορετικότητα αυθόρμητης δραστηριότητας

Είναι φανερό οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις των παιδιών, στις λεκτικές τους εκφράσεις και στα ενδιαφέροντά τους. Ο Kanner αντιλήφθηκε ότι τα παιδιά έδειχναν να έχουν μια καλή σχέση με τα αντικείμενα, με τις δεξιότητες στην περιστροφή των πραγμάτων και στη συμπλήρωση του παζλ (Happé, 1998).

1.1.3 Σύμφωνα με τον Asperger

Ο όρος «σύνδρομο Asperger» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τη Wing (1981), η οποία στην προσπάθησε να πραγματοποιήσει διάγνωση αναγνωρίζοντας έτσι τα πολύ ικανά άτομα με αυτισμό στα οποία δεν ταιριάζει το στερεότυπο του Kanner, να είναι δηλαδή σιωπηλά και αδιάφορα. Κατέγραψε η ίδια σε έναν πίνακα έξι διαγνωστικά κριτήρια που είναι βασισμένα στην περιγραφή του Asperger (1994).

Στάδια

1. Λόγος, καμία καθυστέρηση, αλλά στο περιεχόμενό του είναι περίεργο και σχολαστικό, στερεότυπο.
2. Μη λεκτική επικοινωνία, ελάχιστη έκφραση προσώπου, μονότονη φωνή, ακατάλληλη χειρονομία
3. Κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, έλλειμμα αμοιβαιότητας, έλλειμμα εμπάθειας
4. Αντίσταση στην αλλαγή, αρέσκεται σε επαναλαμβανόμενες ενέργειες
5. Συντονισμός κινήσεων, βάδισμα και κορμостаσιά που προκαλούν περιέργεια, χονδροειδείς αδέξιες κινήσεις, μερικές φορές στερεότυπες
6. Δεξιότητες και διαφέροντα, καλή μνήμη, καθορισμένα ειδικά ενδιαφέροντα.

Σύμφωνα με τη Wing (1980) ισχυρίζεται ότι η διαταραχή Asperger είναι συχνότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες και σπάνια αναγνωρίζεται πριν από την ηλικία των πρώτων τριών χρόνων. Σύμφωνα με την κλινική εμπειρία της αναφέρεται στα κριτήρια με τρεις αλλαγές:

1. Γλωσσική καθυστέρηση
2. Πρώιμη ανάπτυξη, το παιδί πριν από την ηλικία των 3 ετών, μπορεί να δείχνει περίεργη συμπεριφορά, π.χ. να μην έχει συνδυαστική προσοχή
3. Δημιουργικότητα, θεωρεί η Wing ότι αυτά τα άτομα δεν είναι δημιουργικά, δεν δείχνουν ότι έχουν αληθινό υποκριτικό λόγο στο

παιχνίδι. Η σκέψη τους αντί να είναι πρωτότυπη είναι ακατάλληλη.

Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν ακολουθήσει πιστά τις προτάσεις της Wing σε ό, τι αφορά τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου Asperger, έτσι στη δεκαετία του '80 φάνηκε να διέκριναν πέντε χαρακτηριστικά του συνδρόμου αυτού, ο Burd και Kerbeshian (1987).

- ✓ Ομιλία σχολαστική, στερεότυπη και χωρίς προσωδία
- ✓ Ανεπαρκής μη λεκτική επικοινωνία
- ✓ Κοινωνική αλληλεπίδραση με ιδιαιτερότητες
- ✓ Καθορισμένα ενδιαφέροντα και επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες
- ✓ Κινήσεις αδέξιες ή στερεότυπες

Ο Asperger έλεγε ότι τα αυτιστικά παιδιά δεν ήταν ποτέ στο ίδιο μήκος κύματος με τους συνομήλικούς τους σε καμία ομαδική δραστηριότητα αυτή η διαφορά της συμπεριφοράς των αυτιστικών παιδιών γίνεται αντιληπτή από τον έμπειρο ειδικό.

Το 1944, ακριβώς ένα χρόνο μετά τη δημοσίευση του άρθρου του Kanner, που είχε μεγάλη απήχηση, ένας Αυστριακός γιατρός, ο Asperger, δημοσίευσε την «αυτιστική ψυχοπάθεια» στην παιδική ηλικία.

Ο όρος αυτιστικός προέρχεται από τον Bleuler (1908), ο οποίος χρησιμοποίησε τη λέξη από το ελληνικό «αυτός» που σημαίνει «εαυτός», για να περιγράψει την κοινωνική συμπεριφορά που παρατηρείται στους ενηλίκους σχιζοφρενείς.

Ο Kanner και ο Asperger πίστευαν ότι το κοινωνικό έλλειμμα του αυτισμού υπάρχει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ενήλικου. Επίσης, και οι δύο σημείωσαν την ελλειμματική οπτική επαφή των παιδιών, τα στερεότυπα λέξεων και κινήσεων και την αντίστασή τους στην αλλαγή.

Συμπερασματικά ο αυτισμός είναι μια σχετικά καινούργια διάγνωση, αν και η διαταραχή αυτή πιθανόν να υπήρχε ανέκαθεν. Είναι απίθανο να δεχτεί κανείς ότι θα μπορούσε να είχε σημειωθεί μεγάλη πρόοδος τα τελευταία

πενήντα και πλέον χρόνια. Αν ο Kanner και ο Asperger δεν είχαν παρουσιάσει τα γνωρίσματα που φαίνονταν να διέπουν μια πολύ ειδική ομάδα παιδιών (Happe, 1998).

Οι διαφορές μεταξύ του τύπου του αυτισμού που υπέδειξε ο Kanner και του συνδρόμου Asperger θα ερμηνεύονταν από μια διαφορά στο βαθμό σοβαρότητας. Τα άτομα με σύνδρομο Asperger είναι τα άτομα με αυτισμό αλλά με υψηλές ικανότητες (Happe, 1998).

1.1.4 Το Φάσμα του Αυτισμού

Ο Αυτισμός είναι ο πιο συνήθης όρος που χρησιμοποιείται για όλο το φάσμα των συνθηκών που σχετίζονται με τις δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις και την επικοινωνία (βλ. Παράρτημα Δ).

Όταν μιλάμε για φάσμα του αυτισμού εννοούμε τις συναφείς με τον αυτισμό διαταραχές δηλαδή :

- A. Κοινωνική συναλλαγή
- B. Επικοινωνία
- C. Φαντασία

Το φάσμα του αυτισμού περιλαμβάνει εξελικτικές διαταραχές με βιολογικό υπόβαθρο που οδηγούν σε ένα διαφορετικό τρόπο σκέψης, αντίληψης και μάθησης (Γκονέλα,2006).

1.1.5 Αυτισμός - Ορισμός

Ο όρος «Αυτισμός» προέρχεται από την ελληνική λέξη «εαυτός» και υποδηλώνει την απομόνωση ενός ατόμου στον εαυτό του. Είναι ένα σπάνιο και τραγικό γεγονός, που μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε άνθρωπο ή οικογένεια χωρίς προειδοποίηση.

Ο Kanner ονόμασε τον τύπο αυτό της συμπεριφοράς «πρώιμο παιδικό αυτισμό» και ο Asperger, «αυτιστική ψυχοπάθεια». Και οι δύο πίστευαν ότι

υπήρχε εκ γενετής ανωμαλία που προκαλούσε τα ιδιαιτέρως χαρακτηριστικά. Παρατηρείται στην παιδική ηλικία, ωστόσο, δεν είναι μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας αλλά μια διαταραχή της ανάπτυξης και οι διαταραχές τους μπορούν να διαγνωστούν αξιόπιστα από την ηλικία 2 και 3 ετών. Πρόσφατα μία έρευνα διαπίστωσε ότι η ηλικία διάγνωσης μπορεί να γίνει και στην ηλικία 6 μηνών.

Θεωρείται μια νευροβιολογική διαταραχή που διαρκεί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Ο Αυτισμός ή αλλιώς το Φάσμα του Αυτισμού είναι ένα σύνδρομο ή μια κατάσταση με πολλές πιθανές αιτίες. Πρόκειται για μια διαταραχή που επηρεάζει όλη τη νοητική ανάπτυξη και τα συμπτώματα παρουσιάζονται πολύ διαφορετικά σε διαφορετικές ηλικίες.

Είναι μια ομάδα από νευροαναπτυξιακές παθήσεις γνωστή ως Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ). Πιο συγκεκριμένα, ο αυτισμός εντάσσεται στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ). Αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στη λεκτική επικοινωνία, στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στη μη λεκτική επικοινωνία και τέλος, σε περιορισμένη επαναλαμβανόμενη στερεότυπη συμπεριφορά ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (American Psychiatric Association, 2000).

Ο Ελβετός ψυχίατρος Bleuler (1911) χρησιμοποίησε αυτή τη λέξη για να χαρακτηρίσει ορισμένα άτομα που έπασχαν από σχιζοφρένεια και δεν είχαν καμία επαφή με την πραγματικότητα.

Αργότερα, όμως, ο Kanner (1943), όπως επίσης και ο Asperger (1944), χρησιμοποίησαν τον ίδιο όρο για να περιγράψουν παρόμοιες διαταραχές στη συμπεριφορά.

Συνοπτικά, σύμφωνα με το στατιστικό διαγνωστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών έκδοσης του (DSM-IV) και της Διεθνούς Ταξινόμησης των νόσων της έκδοσης (ICD-10), φέρεται να εντάσσονται εκτός από τον αυτισμό στην ομάδα των ΔΑΔ, η διαταραχή Asperger, η διαταραχή του Rett, η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Το σύνδρομο του Rett και η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή είναι σπάνιες και συνδέονται με αναπτυξιακές διαταραχές παλινδρόμησης.

Τέλος, μελέτες έχουν δείξει, με συνέπεια και σταθερότητα, ότι ο αυτισμός δεν είναι μια αλλοπρόσαλλη έννοια, ένα φανταστικό κατασκευάσμα με λογοτεχνικές διασυνδέσεις, αλλά ένα φαινόμενο της καθημερινής ζωής. Σύμφωνα με συγκεκριμένα συμπεριφορικά κριτήρια, ο αυτισμός μπορεί να εντοπιστεί υπεύθυνα από διαφορετικούς ειδικούς σε διαφορετικές χώρες. Το αυτιστικό φάσμα, όπως κατανοούμε σήμερα αποσαφηνίστηκε το 1980(Frith,1999).

1.1.6 «Μύθοι και Αλήθειες»

1.1.6.1 Τι είναι αυτισμός

- ❖ Είναι μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, ισόβια και συνήθως παρουσία από τη γέννα.
- ❖ Μια βιολογικά προσδιοριζόμενη διαταραχή.
- ❖ Μια διαταραχή της νοητικής ανάπτυξης
- ❖ Από τις βαριές, πιο περίπλοκες και πιο δυσεξήγητες ψυχοπνευματικές αναπηρίες.
- ❖ Μια νευροαισθητηριακή διαταραχή (δυσλειτουργία αισθητηρίων).
- ❖ Μια νευροφυσική διαταραχή, στο πολύ αυστηρά επιστημονικό επίπεδο.
- ❖ Μια αναδίπλωση του παιδιού στον εαυτό του. Δεν είναι παθητική, αλλά δυναμική και αντιδραστική.
- ❖ Μια ιδιαιτέρως ιδιοσυγκρασιακή κατάσταση, με εμβέλεια από το ένα άκρο μέχρι το άλλο.
- ❖ Μια σοβαρή διαταραχή επικοινωνίας, κοινωνικοποίησης και δημιουργικής φαντασίας.
- ❖ Μια από τις οδυνηρές ανάμεσα σε όλες τις μειονεκτικές καταστάσεις.
- ❖ Μια δυσαναλογία κάποιων συγκεκριμένων νευροχημικών ουσιών στον εγκέφαλο.
- ❖ Μια μεταβολική διαταραχή.
- ❖ Μια ανωμαλία στη λειτουργία της πρόσληψης και προσοχής.

- ❖ Μια εξελικτική διαταραχή.
- ❖ Μια γλωσσική δυσλειτουργία που συχνά χαρακτηρίζεται από μια ολοκληρωτική έλλειψη επιθυμίας για επικοινωνία.
- ❖ Μια διαταραχή κοινωνικής κατανόησης.
- ❖ Ένα ξεχωριστό με ιδιαίτερο νόημα σύνδρομο.
- ❖ Ένα σύνδρομο αρκετά πολύπλοκο, μια βαριά μορφή με επιπτώσεις και σε πολλούς άλλους.
- ❖ Ένα ψυχολογικό πρόβλημα σε όλο το φάσμα των ψυχολογικών λειτουργιών.
- ❖ Ένα φάσμα συμπεριφορών.
- ❖ Το αποτέλεσμα οργανικής δυσλειτουργίας με βιολογική προέλευση.
- ❖ Μια απόρροια, ενός συνδυασμού διαφόρων αιτιών.

1.1.6.2 Τιθενείναι αυτισμός;

- ❖ Δεν είναι νόσος.
- ❖ Δεν είναι ετικέτα, είναι ένδειξη.
- ❖ Δεν είναι μια συγκεκριμένη «αυτιστική» συμπεριφορά, αλλά ο συνολικός τρόπος εκδήλωσης συμπεριφορών και τα υποκείμενα αίτια της αποτελούν ένδειξη αυτισμού.
- ❖ Δεν είναι νοητική υστέρηση. Όμως μπορεί να υπάρχει μόνος του ή σε συνδυασμό με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (νοητική υστέρηση, αδυναμίες στη μάθηση, επιληψία, κώφωση, τύφλωση κ.ά.).
- ❖ Δεν είναι απλά μια γλωσσική διαταραχή. Η ίδια είναι βασικό χαρακτηριστικό, αλλά χωρίς να είναι αυτισμός, όταν υπάρχει μόνη της.
- ❖ Δεν είναι φταίξιμο των γονέων.
- ❖ Δεν είναι απλά ένα «κέλυφος» από το οποίο ένα «φυσιολογικό» παιδί περιμένει να εξέλθει.
- ❖ Δεν περιορίζεται στην παιδική ηλικία.
- ❖ Δε χαρακτηρίζεται από «ψυχρό» γονεϊκό περιβάλλον.
- ❖ Δεν χωρίζεται από το πρόσωπο.
- ❖ Δεν γεννιούνται με έναν φυσικό τρόπο, για να συντονιστούν.
- ❖ Αναπτύσσουν δικούς τους τρόπους κατανόησης (βλ. Παράρτημα Β).
- ❖ Δε θεωρείται ψύχωση, ούτε ψυχική ασθένεια (Γκονέλα, 2006).

1.1.7 Πρώιμες ενδείξεις των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ)

Από το 1960 άρχισαν να ανακοινώνουν ιδέες σχετικά με τη φύση των αυτιστικών διαταραχών. Το 1980, στο DSM-III και στο ICD, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά ο όρος διάχυτη «αναπτυξιακή διαταραχή».

Ο όρος «διάχυτη» δηλώνει ότι η διαταραχή επηρεάζει πολλές πλευρές της λειτουργικότητας του ατόμου. Οι εκδοχές της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής είναι τρεις:

- 1) Νηπιακός αυτισμός
- 2) Διάχυτη διαταραχή με έναρξη στην παιδική ηλικία
- 3) Άτυπη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή

Μετά από ερευνητικές μελέτες, όπως του Camberwell και του Gillberg και των συνεργατών του στη Σουηδία και άλλων μελετητών, στην τρίτη αναθεωρητική έκδοση (1987) οι τρεις κατηγορίες έγιναν δύο:

- A. Αυτιστική διαταραχή
- B. Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Στην 4η έκδοση του DSM (1994) έχουμε πέντε τύπους διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής:

- A. Αυτιστική διαταραχή
- B. Παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή
- C. Σύνδρομο Rett
- D. Σύνδρομο Asperger
- E. Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

«Για μικρό διάστημα ο αυτισμός θεωρείται μια νηπιακή ψύχωση. Σήμερα είναι σαφές ότι αυτή η αντίληψη ήταν λανθασμένη. Τα αυτιστικά παιδιά δεν έχουν αποσυρθεί από την πραγματικότητα λόγω κάποιας ψυχικής αρρώστιας, μάλλον έχουν αποτύχει να βγουν, στην πραγματικότητα λόγω μιας σοβαρής και σε μεγάλη έκταση διαταραχής, στη διαδικασία της ανάπτυξης».

Σαν συνέπεια, ο αυτισμός δε θεωρείται ψύχωση, αλλά ταξινομείται σαν μια Διάχυτη ή (Διεισδυτική) Διαταραχή της Ανάπτυξης (pervasive developmental disorder). Αυτό σημαίνει ότι κατατάσσεται μαζί με τις άλλες δυσκολίες της ανάπτυξης μάλλον, παρά με τις ψυχικές αρρώστιες (Rutter,1990).

Σήμερα, επικρατεί η άποψη, ότι υπάρχει φάσμα αυτιστικών καταστάσεων, οι οποίες είναι διαταραχές ανάπτυξης και όχι «ψυχώσεις». Το όνομα που χρησιμοποιείται και στα δύο συστήματα ταξινόμησης είναι «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» (ΔΑΔ).

Οι ειδικοί στο χώρο του αυτισμού δε συμφωνούν με τις «ετικέτες» που μπαίνουν στα παιδιά κάτω από την ομπρέλα της Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής.

Είναι καλύτερα να χρησιμοποιείται ο όρος «Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος».

Η εμφάνιση των ΔΑΔ είναι υψηλότερη στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια (ποσοστό 4:1). Το σύνδρομο του Rett και η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή είναι σπάνιες. Το σύνδρομο Asperger μερικές φορές αποκαλείται και «αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας» επειδή και οι δυο διαταραχές μοιράζονται κοινή συμπτωματολογία.

Η διάγνωση γίνεται στην προσχολική ηλικία ή πιο μετά, ωστόσο υπάρχει μία συνεχή αύξηση της γνώσης η οποία θα μας επιτρέψει να κάνουμε νωρίτερα τη διάγνωση. Είναι επιθυμητό από όλα τα μέλη της κλινικής κοινότητας να διαγιγνώσκονται οι ΔΦΑ όσο το δυνατόν νωρίτερα για να αρχίσει και η παρέμβαση γρηγορότερα.

Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωση (πριν την ηλικία τριών ετών), μπορεί με την παρέμβαση έμπειρων και ενημερωμένων θεραπειών να εμποδίσουν την ανάπτυξη της διαταραχής.

Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (ΔΑΔ) ή Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Διαφορετικά (ΜΠΔ) μπορεί να διαγνωστεί σε παιδιά που δεν ανταποκρίνονται σε 8 από τα 16 χαρακτηριστικά της «λίστας συμπτωμάτων» του DSM-IV.

Ο Αυτισμός / Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Α/ΔΑΔ) παρουσιάζεται με πάρα πολλούς τρόπους, όπως και τα συμπτώματα των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζουν σοβαρές διαφορές. Τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με Α/ΔΑΔ είναι:

- A. Ανεπάρκεια ή έλλειψη λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας
- B. Στερεότυπες επαναλαμβανόμενες κινήσεις και φράσεις
- C. Αντίδραση στην αλλαγή
- D. Αντιδράσεις σε αισθητηριακά ερεθίσματα π.χ. φως, θόρυβος, γεύσεις, μυρωδιές κλπ).
- E. Διαφορετικός αναπτυξιακός τρόπος.

Πολλές από τις πρώιμες ενδείξεις για τις ΔΦΑ έχουν να κάνουν με το τι το παιδί δεν κάνει παρά με το τι το παιδί κάνει. Έτσι, τα παιδιά με αυτισμό πιθανόν να μη μπορούν να:

- Αποκρίνονται στα κοινωνικά επαγγέλματα
- Χαμογελάνε αποκριτικά
- Δείχνουν τρυφερότητα ανταποδοτικά
- Μιμούνται τις κινήσεις των άλλων ανθρώπων (π.χ. χαιρετάνε)
- Επαναλαμβάνουν κινήσεις που προκαλούν την προσοχή ή το γέλιο
- Δείχνει ενδιαφέρον και για άλλα παιδιά
- Χρησιμοποιεί χειρονομίες για να επικοινωνήσει
- Κατανοεί τη γλώσσα και τις χειρονομίες
- Υιοθετεί ένα μεγάλο εύρος λειτουργικών δραστηριοτήτων παιχνιδιού
- Μπορεί να δημιουργήσει ένα σκετς παιχνιδιού ή μια σειρά από παιχνίδια
- Μπορεί να ενταχθεί στο φανταστικό παιχνίδι

Τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να παρουσιάζουν κάποιες από τις παρακάτω συμπεριφορές:

- Μπορεί να ενταχθεί σε επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες παιχνιδιού
- Μπορεί να αποκρίνεται ελλιπώς στους ήχους
- Παρουσιάζει ασυνήθιστο ενδιαφέρον οπτικά σε αντικείμενα (π.χ.

περιστρεφόμενα παιχνίδια, υλικά παρατήρησης)

Μπορεί να παρουσιαστούν και άλλες πρώιμες ενδείξεις για την ύπαρξη της διαταραχής αυτής όπως:

- Δε βαδίζει για 12 μήνες
- Δε χρησιμοποιεί χειρονομίες (π.χ. χαιρετά) μέχρι τους 12 μήνες
- Δε λέει μεμονωμένες λέξεις μέχρι τους 16 μήνες
- Δεν παράγει φράσεις 2 λέξεων έως τους 24 μήνες (μπορεί να υπάρχουν φράσεις που ηχολαλεί)
- Ξεκάθαρη απώλεια κάθε κοινωνικών και γλωσσικών ικανοτήτων σε κάθε ηλικία

Τα παιδιά με σύνδρομο Down και τα αυτιστικά παιδιά παρουσίασαν την ίδια σειρά εμφάνισης μεγάλου αριθμού συντακτικών δομών και γραμματικής μορφολογίας. Οι ομοιότητες υπήρχαν παρά το γεγονός ότι τα αυτιστικά παιδιά χρησιμοποιούσαν ένα μικρότερο φάσμα γραμματικών δομών και περισσότερες επαναλαμβανόμενες και στερεότυπες γλωσσικές εκφράσεις. Από την άλλη μεριά παρατηρήθηκαν έντονες διαφορές στη χρήση των γλωσσικών μορφών (Frith, 1999).

Ένα άτομο με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να παρουσιάσει συγκεκριμένες συμπεριφορές ως προς την:

- Έκφραση
- Κατανόηση της γλώσσας
- Την πραγματολογία
- Χρήση της γλώσσας
- Σημασιολογία
- Σύνταξη
- Μορφολογία
- Φωνολογία

Πολλές συμπεριφορές οι οποίες είναι τυπικές στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού θα αναφερθούν ως έχει:

Γενική έκφραση και κατανόηση

- Δυσκολία στην κατανόηση της γλώσσας
- Μονότονη φωνή και υψηλού τόνου φωνή
- Ηχολαλία
- Στερεοτυπικές χωρίς νόημα ομιλία
- Μη κοινωνικοί διάλογοι
- Προτίμηση σε μηχανικούς ήχους παρά στην ανθρώπινη φωνή
- Μειωμένο ενδιαφέρον για επικοινωνία
- Λάθη στην αναγνώριση προσώπων
- Φτωχή χρήση των περιβαλλοντολογικών στοιχείων
- Φτωχή ανταπόκριση στις εντολές

Πραγματολογία

- Έλλειψη απόκρισης στους άλλους
- Δυσκολία στη διατήρηση του θέματος σε μία συζήτηση
- Χρήση μόνο μερικών στρατηγικών επικοινωνίας
- Ελάχιστη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας
- Έλλειψη της γνώσης των συνομιλητών και του ρόλου των ακροατών
- Έλλειψη βλεμματικής επαφής
- Δυσκολία με την εναλλαγή θεμάτων
- Επιλογή για απομόνωση
- Απροθυμία να τον/την κρατάνε, ακουμπάνε, αγκαλιάζουν

Σημασιολογία μας επιτρέπει να κατανοούμε και να σχηματίζουμε το νόημα

- Αργή κατάκτηση της ομιλίας
- Δυσκολία στην ανάκληση λέξεων
- Γρήγορη εκμάθηση συγκεκριμένων λέξεων σε σχέση με τις αφηρημένες, ειδικά αυτές οι αφηρημένες που σχετίζονται με τις

ανθρώπινες σχέσεις ή τα συναισθήματα

- Δυσκολία στην χρήση των σωστών ονομάτων άλλων ατόμων
- Περιορισμένη χρήση του νοήματος των λέξεων
- Φτωχή ικανότητα κατηγοριοποίησης
- Φτωχή κατανόηση στη σχέση των λέξεων

Σύνταξη την ικανότητα να χειριζόμαστε τους κανόνες γραμματικής και μορφολογία

- Αντίστροφη χρήση αντωνυμιών
- Δυσκολία με τους μορφολογικούς κανόνες (πληθυντικός αριθμός, κλίσεις, χρόνοι ρημάτων)
- Κατάχρηση ενός ή δυο βασικών προτασιακών μορφών
- Δυσκολία ως προς τη σειρά των λέξεων
- Απαλοιφή των γραμματικών μορφημάτων

Φωνολογία μας επιτρέπει να χειριζόμαστε τους ήχους της γλώσσας

- Ποικιλομορφία
- Αρθρωτικές διαταραχές
- Καθυστερημένη κατάκτηση των ήχων της ομιλίας, αλλά κατάλληλα πρότυπα ομιλίας αναπτύσσονται σε βάθος χρόνου
- Δυσκολία στον διαχωρισμό των ήχων και των ορίων των λέξεων

Οι γονείς αναφέρουν τέτοια χαρακτηριστικά, εκ των οποίων άλλα είναι εμφανή από βρεφική ηλικία και άλλα όχι, ίσως μέχρι και την προσχολική ηλικία. Η ηλικία που συνήθως παρατηρείται κάποια παρέκκλιση από τη φυσιολογική ανάπτυξη είναι μεταξύ 1,5-3 ετών (Statkiewicz - Gayhardt και συνεργάτες, 2001; Γκονέλα, 2006).

1.1.8 « Θεωρία του Νου »

Ο όρος « θεωρία του νου » αναφέρεται στην ικανότητα να αντιληφθούμε ότι οι άλλοι διαθέτουν νοητικές λειτουργίες (π.χ. προθέσεις, ανάγκες, επιθυμίες, πεποιθήσεις), οι οποίες μπορεί να διαφέρουν από τις δικές μας (Γληνού, 1999).

Οι Cohen, LesliandFrith (1985) εξέτασαν 20 παιδιά με αυτισμό και με Νοητική ηλικία άνω των 4 ετών στο κλασικό Sally- Ann τεστ. Υποστήριξαν ότι τα άτομα με αυτισμό δε διαθέτουν τη «θεωρία της Νόησης». Υπέδειξαν ότι η τριάδα των μειονεκτημάτων της συμπεριφοράς, που διέπει τον αυτισμό, είναι το αποτέλεσμα μιας ανεπάρκειας της ανθρώπινης ικανότητας που αφορά την «ανάγνωση του νου», ικανότητα που δε διαθέτουν τα άτομα με αυτισμό (Happe, 1998).

Ο Leslie (1987) στην έρευνά του σχετικά με την υπόκριση υπέθεσε ότι τα παιδιά με αυτισμό διακρίνονται για έλλειψη μετά-αναπαραστάσεων και έτσι αδυνατούν να σκεφτούν νοητικές καταστάσεις. Δεν δείχνουν υποκριτική συμπεριφορά (π.χ. «σκέφτομαι», «γράφω»).

Η Frith με τους συνεργάτες της (1989) ερεύνησαν τη «θεωρία της Νόησης» σε παιδιά με αυτισμό Kanner και διαπίστωσαν ότι, η δυσχέρεια στον αυτισμό έγκειται στην κατανόηση των ψυχικών καταστάσεων, όπως σκέψη και συναίσθημα. Αυτό οδηγεί σε μια σειρά συνεπειών για τη μάθηση, τη συμπεριφορά και επικοινωνία.

Ο Cohen (1990) περιέγραψε την έλλειψη της «θεωρίας της Νόησης» ως «Νοητική Τύφλωση», δηλαδή ως έλλειψη της ικανότητας του ατόμου να «δραστηριοποιείται διανοητικά».

Υποδεικνύεται ότι τα άτομα με αυτισμό δεν έχουν την ικανότητα να σκέφτονται με ιδέες (δικές τους και των άλλων), οπότε είναι ανεπαρκή ορισμένες δεξιότητες που αφορούν την κοινωνικότητα, την επικοινωνία, δημιουργική φαντασία. Δεν κατανοούν τις ψυχικές καταστάσεις, άρα δεν έχουν συναίσθηση, ούτε επικοινωνιακή έφεση.

Τέλος, υποστηρίζεται ότι οι μειονεξίες στον αυτισμό είναι δευτερογενείς σύμφωνα με τη θεωρία. Δηλαδή, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν γνωσιακό έλλειμμα και πολλές διαταραχές. Ακόμη παρουσιάζουν αδυναμία εκτέλεσης ιστοριών με νοητική κατάσταση.

Τέλος, αδυναμία στην ανάπτυξη συμπεριφορών που συνιστώνται στα φυσιολογικά παιδιά (Γκονέλα, 2006).

1.2 Διάγνωση – Αξιολόγηση

1.2.1 Σκοπός της διάγνωσης

Θεωρείται πως δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο στο οποίο μπορεί κανείς να βασιστεί για να διαγνώσει έγκαιρα τον αυτισμό. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει η εμπειρία του ειδικού και να χρησιμοποιήσουμε και να συλλεγουμε πολλές πληροφορίες για να κάνουμε τη διάγνωση του αυτισμού πιο αξιόπιστη.

1.2.2 Η διάγνωση μπορεί να γίνει με:

- Συνέντευξη με τους γονείς, ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες και παραδείγματα για αυτιστικές συμπεριφορές του παιδιού.
- Χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, όπως τεστ νοημοσύνης ή εξελικτικά τεστ (ανάλογα με την ηλικία του παιδιού).
- Χορήγηση ερωτηματολογίων στους γονείς.
- Παρατήρηση του παιδιού στο γραφείο/ιατρείο του ειδικού .
- Εμπειρία με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV ή και ICD-10, ώστε να συγκριθούν και να κατηγοριοποιηθούν οι συμπεριφορές του παιδιού με βάση τα στατιστικά στοιχεία του εύρους των συμπεριφορών που παρουσιάζουν τα παιδιά με αυτισμό.
- Χωρίς τη σωστή διάγνωση, τα παιδιά με αυτισμό, Asperger ή κάποια εξελικτική διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού, δε θα λάβουν τις απαραίτητες παρεμβάσεις, δε θα έχουν τη φροντίδα που χρειάζονται και, κατά συνέπεια, το επίπεδο ζωής τους θα είναι χαμηλό.
- Έρευνες δείχνουν ότι όσο πιο νωρίς γίνει η διάγνωση, τόσο πιο έγκυρη και εντατική είναι η εκπαιδευτική/θεραπευτική παρέμβαση στο παιδί, κάτι που συντελεί στην εμφάνιση γλωσσικών ικανοτήτων στο 75% των παιδιών, αλλά και γενικότερα στην καλύτερη ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και νοητική εξέλιξη του παιδιού.
- Επίσης, η έγκαιρη και σωστή διάγνωση επιτρέπει στην οικογένεια να

βρει υποστήριξη, να μειώσει το στρες της και να πάρει σωστές αποφάσεις για τις παρεμβάσεις και θεραπείες που θα πρέπει να προσφερθούν στο παιδί.

- Ακόμα, η σωστή και έγκαιρη διάγνωση βοηθάει ώστε να μειωθούν τα συμπεριφορικά προβλήματα του παιδιού και να μη γίνουν μόνιμα, κάτι που θα είναι πιο δύσκολο να αλλάξει καθώς το παιδί μεγαλώνει.
- Επίσης, γονείς και δάσκαλοι μαθαίνουν κατάλληλους τρόπους επικοινωνίας και χειρισμού του παιδιού, ώστε να μεγιστοποιείται η μάθηση και να ελαχιστοποιούνται τα προβλήματα συμπεριφοράς.

Κλείνοντας, γνωρίζουμε ότι αν μια οικογένεια έχει ένα παιδί με αυτισμό, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα μελλοντικά τα παιδιά που θα κάνουν να έχουν διάφορα χαρακτηριστικά αυτισμού (όχι απαραίτητα αυτισμό).

Έτσι, τα αδέρφια του παιδιού με αυτισμό μπορεί να μην έχουν τα ίδια βαριά συμπτώματα, αλλά να έχουν πραγματικά προβλήματα στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων ή της επικοινωνίας, τα οποία η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση θα μπορούσαν να διορθώσουν.

1.2.3 Είναι δύσκολο να διαγνωστεί ο αυτισμός;

Η διάγνωση του αυτισμού δε θεωρείται εύκολη διαδικασία, γιατί δεν πραγματοποιείται έως σήμερα με εργαστηριακές και αιματολογικές εξετάσεις.

Είναι απαραίτητη όμως, η ψυχολογική εκτίμηση με τη χρήση κατάλληλων δοκιμασιών. Κρίνεται απαραίτητο μερικές φορές να γίνονται και ιατρικές εξετάσεις ώστε να αποκλειστούν άλλες παθήσεις, όπως το σύνδρομο Angelman κ.α.

Ακόμη και έμπειροι επαγγελματίες δυσκολεύονται στη διάγνωση, όταν υπάρχει πιθανότητα συνύπαρξης του αυτισμού με άλλες κλινικές καταστάσεις.

Οι ειδικοί παρατηρούν, ακολουθούν ψυχολογικές διαδικασίες και συντάσσουν πλήρες ιστορικό, για να υπάρξει υπεύθυνη διάγνωση. Ο πιο σπουδαίος

κλινικός στόχος είναι οι ειδικοί να καταλήξουν εάν το άτομο έχει διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και στη συνέχεια να εκτιμήσουν τις ικανότητές τους.

Θεωρούνται κατάλληλες και κρίσιμες οι εξετάσεις για τη διάγνωση του αυτισμού. Πρέπει να γίνονται όσο το δυνατό πιο νωρίς γιατί ο αυτισμός επηρεάζει κάθε άτομο ξεχωριστά και σε διαφορετικό βαθμό, ανεξάρτητα με το φύλο και την ηλικία του κάθε ατόμου. Η ηλικία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διάγνωση. Το άτομο έχει διαφορετικές αντιδράσεις σε διαφορετικές ηλικίες.

Σύμφωνα με έρευνα της Lord (1998), μπορεί να διαγνωστεί το παιδί σε ηλικία δυο μηνών, χωρίς αναγκαία διαγνωστικά κριτήρια.

Σε κάθε περίπτωση, παιδιά ηλικίας δύο ετών με υποψίες αυτισμού, σπάνια έχουν φυσιολογική ανάπτυξη. Αν στην ηλικία του ενός έτους παρατηρηθεί ότι δεν πηγαίνει παιχνίδι στους γονείς, τότε υπάρχει πρόβλημα.

Σύμφωνα με την Cohen (2004), τα χαρακτηριστικά που διερευνούνται σε μικρότερα παιδιά τριών ετών για να διαγνωστεί με αυτισμό είναι:

- Η έλλειψη βλεμματικής επαφής
- Η έλλειψη συμβολικού και κοινωνικού παιχνιδιού
- Διαταραχές στην κινητική ανάπτυξη
- Η έλλειψη των χειρονομιών δειξίματος

Αν τέτοια συμπεριφορά εμφανίζεται στο παιδί, μπορεί να θεωρηθεί ανησυχητικό αρκετά οπότε θα είναι σημαντικό να κινηθούμε για λεπτομερείς εξετάσεις χωρίς καμία καθυστέρηση. Στην περίπτωση που το παιδί εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού και η παρέμβαση ξεκινήσει νωρίς, τότε το μέλλον του παιδιού μπορεί να αλλάξει.

Τέλος, συμπεραίνουμε πως η διάγνωση είναι πολύ σημαντική, γιατί πρέπει να γίνεται έγκαιρα και με ακρίβεια ειδικά στους παραπάνω τομείς που αναφέρθηκαν (Βογινδρούκας & Βάρβογλη, 2007; Γκονέλα, 2006).

1.2.4 Διαφοροδιάγνωση

Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης είναι πολύ σημαντικό να εξαχθούν αποτελέσματα, τα οποία θα μας οδηγήσουν στη διαφοροδιάγνωση του αυτισμού από τις άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (σύνδρομο Rett, σύνδρομο Asperger, παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, αυτισμός μη προσδιοριζόμενος αλλιώς) αλλά και από διαταραχές διαφορετικού τύπου που συχνά συγχέονται στην κλινική πρακτική. Για να δοθεί η διάγνωση του αυτισμού θα πρέπει να αποκλείονται κάποιες από τις παρακάτω διαταραχές:

- Γλωσσικές διαταραχές (π.χ. προβλήματα λόγου μόνο)
- Νοητική υστέρηση, χωρίς διάχυτη
- Υπερκινητικότητα
- Ελλειμματική προσοχή
- Προβλήματα ακοής (Είναι απαραίτητο να εξεταστεί η ακουστική ικανότητα σε ένα παιδί με πιθανό ή διαγνωσθέντα αυτισμό, έτσι ώστε, να αποκλειστεί η πιθανότητα βλάβης στο ακουστικό σύστημα, η οποία ευθύνεται ίσως, για τα προβλήματα επικοινωνίας του παιδιού. Εάν υπάρχει οποιαδήποτε ένδειξη τέτοια, τότε είναι σημαντικό να παραπεμφθεί το παιδί για μια αξιολόγηση ακουστικής ικανότητας από έναν ωτορινολαρυγγολόγο) (Βάρβογλη, 2007).
- Όρασης
- Διαταραχές προσοχής
- Κινητικού συντονισμού
- Αντίληψης/πρόσληψης
- Εκλεκτική αλαλία (επιλεκτική βωβότητα), δηλαδή όταν το παιδί μιλά μόνο με τους γονείς του
- Προσκόλληση ως «αντίδραση»(συνήθως σε κακοποιημένα παιδιά)

Ακόμη, ο αυτισμός μπορεί να παρουσιαστεί μαζί με κάποια άλλη φυσική ή ψυχολογική διαταραχή όπως:

- ✓ Σύνδρομο Rett (ανικανότητα χρησιμοποίησης χεριών και συναντάται μόνο σε κορίτσια)
- ✓ Σύνδρομο του εύθραυστου X (ανωμαλία του χρωμοσώματος X που είναι κληρονομικό και περισσότερο εμφανίζεται στα αγόρια).

- ✓ Σύνδρομο Lanadau- Kleffner

Σύνδρομο του Fragile X (Στα περισσότερα παιδιά με πιθανό ή διαγνωσθέντα αυτισμό είναι χρήσιμο να γίνει μια κατάλληλη εργαστηριακή εξέταση για το σύνδρομο αυτό. Είναι λιγότερο πιθανό να βρεθεί σε παιδιά με αυτισμό που έχουν νοημοσύνη στο μέσο όρο ή πάνω από το μέσο όρο).

- ✓ Σύνδρομο Asperger (είναι παρόμοιο με τον αυτισμό εκτός από το ότι η γλωσσική ανάπτυξη είναι φυσιολογική.
- ✓ Σπασμοί
- ✓ Σύνδρομο Williams
- ✓ Σύνδρομο Tourette

1.2.4.1 Άλλες νευρολογικές βλάβες

Όπως είναι :

- ✓ Γενετικές
- ✓ Οζώδης σκλήρυνση (είναι μια σπάνια γενετική διαταραχή που προκαλεί καλοήθεις όγκους στον εγκέφαλο και σε άλλα ζωτικά όργανα)
- ✓ Φαινυλκετονουρία (μια γενετική διαταραχή του μεταβολισμού η οποία καταλήγει σε εγκεφαλική βλάβη κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής αν δε ειδικά διατροφικά μέτρα).
- ✓ Ιώσεις, εγκεφαλίτιδα

Τέλος, μπορεί να παρουσιάζει και σημασιολογικές/πραγματολογικές διαταραχές, ψυχιατρικές καταστάσεις κ.λπ.) (Wing, 2000;Βάρβογλη, 2007;Γκονέλα, 2006).

1.2.5 Ψυχοεκπαιδευτική Αξιολόγηση στην Ελλάδα

Η ψυχοεκπαιδευτική αξιολόγηση στην Ελλάδα γίνεται από τις ιατρο-παιδαγωγικές υπηρεσίες. Χρησιμοποιούνται ψυχοεκπαιδευτικά μέσα αξιολόγησης για τις ικανότητες / δεξιότητες των ατόμων με αυτισμό και για τα συμπτώματα αυτών.

Επίσης, και για την εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης και λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος, της νοημοσύνης, της οπτικοκινητικότητας, των γλωσσικών ικανοτήτων, των μαθησιακών ικανοτήτων, της σχέσης του ατόμου με αυτισμό με την οικογένειά του, της συναισθηματικής κατάστασής του, της κοινωνικής ωριμότητας και προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

Η ομάδα αξιολόγησης αποτελείται από ψυχίατρο, κλινικό ψυχολόγο, λογοπαιδικό και κοινωνικό λειτουργό. Όμως πρέπει να λαμβάνει μέρος και η αξιολογική ομάδα του φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ειδικού παιδαγωγού, νοσηλεύτη, ειδικού παρατηρητή και τους γονείς του παιδιού (Κοντοπούλου,2001).

Για να απαντηθούν τα ερωτήματα σχετικά με την αξιολόγηση, αλλά και την αντιμετώπιση του αυτισμού από τους γονείς, εκπαιδευτές και θεραπευτές θα πρέπει πρώτα να γίνει σύνδεση αξιολόγησης - παρέμβασης, να εξειδικευτούν οι Έλληνες ειδικοί στην αξιολόγηση, η οποία θα βασίζεται στην εκπαίδευση και τέλος, να συμμετέχει ενεργά ο γονέας στη διαδικασία αξιολόγησης (Γκονέλα,2006).

1.2.5.1 Χαρακτηριστικά Συμπτώματα – Κλινικό Προφίλ Παιδιού

Τα πρώιμα ανησυχητικά σημάδια συμπεριφοράς - εικόνα του παιδιού για διάγνωση του αυτισμού:

- ❖ Δεν ανταποδίδει χαμόγελο.
- ❖ Δε γνέφει με τη λέξη «γεια σου », ούτε δείχνει.
- ❖ Μοιάζει άλλοτε να ακούει και άλλοτε όχι.
- ❖ Δεν ανταποκρίνεται στο όνομά του.
- ❖ Αργεί να μιλήσει.
- ❖ Έχει ξεσπάσματα θυμού
- ❖ Δε ξέρει πως να παίζει με παιχνίδια
- ❖ Ξεκινά να μιλάει, λέγοντας κάποιες λέξεις και μετά σταματά.
- ❖ Είναι στον « κόσμο » του, για τον « εαυτό » του.
- ❖ Δεν ενδιαφέρεται για τους άλλους, τους αγνοεί.

- ❖ Δεν κοιτά, ούτε ανταποκρίνεται στις ομιλίες των άλλων.
- ❖ Περιπατάει στα δάχτυλα.
- ❖ Κάνει παράξενες, ασυνήθιστες κινήσεις.
- ❖ Προσκολλάται σε αντικείμενο και δεν το αποχωρίζεται.
- ❖ Βάζει τα αντικείμενα στη σειρά, παίζοντας για ώρες.
- ❖ Λέει ακατάληπτες λέξεις.
- ❖ Έχει ευαισθησία σε αμυδρούς ήχους και αγνοεί δυνατούς θορύβους.
- ❖ Είναι υπερκινητικό.
- ❖ Δεν προσποιείται στο παιχνίδι ούτε μιμείται.

Μητέρες αναφέρουν ότι το παιδί τους γενικά κάνει πράγματα που δεν κάνουν για την ηλικία του (Brown, 2004; Γκονέλα, 2006).

1) Διαταραχή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης:

- ✓ Δεν ενδιαφέρεται για τα άλλα παιδιά
- ✓ Προτιμά να παίζει μόνο του
- ✓ Δεν δίνει προσοχή στους άλλους
- ✓ Δεν κοιτάζει τους άλλους στα μάτια
- ✓ Κάνει πράγματα νωρίς για την ηλικία του
- ✓ Παθητική κοινωνική επαφή
- ✓ Παράξενο πλησίασμα των ανθρώπων με λίγη ή καθόλου προσοχή
- ✓ Ακατάλληλος ο τρόπος αλληλεπίδρασης, τυπικός (με οικογένειες, φίλους, ξένους)

2) Διαταραχή της επικοινωνίας:

- ✓ Δεν μιλούν, ούτε κατανοούν συναισθήματα και σκέψεις των άλλων
- ✓ Έλλειψη χρήσης χειρονομιών, μιμικής έκφρασης προσώπου, τόνου και φωνής
- ✓ Έχει καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου
- ✓ Χρήση πομπωδών λέξεων και εκφράσεων (όταν μιλούν)
- ✓ Δεν τους προκαλεί ευχαρίστηση και επικοινωνία
- ✓ Δεν ακολουθεί οδηγίες
- ✓ Μοιάζει κατά καιρούς σαν να είναι κωφό
- ✓ Μερικές φορές ακούει, μερικές όχι

- ✓ Δεν μπορεί να εκφράσει αυτό που θέλει
- ✓ Το παιδί, ενώ έχει αποκτήσει γλωσσικές ικανότητες (λέξεις ή φράσεις), ξαφνικά παύει να τις χρησιμοποιεί
- ✓ Οι γονείς παρατηρούν ότι το παιδί έχει μερική ή ολική απώλεια λόγου ή κοινωνικών δεξιοτήτων, σε οποιαδήποτε ηλικία.

3) Διαταραχή της φαντασίας:

- ✓ Ανικανότητα για φανταστικό παιχνίδι
- ✓ Προσοχή ασήμαντων πραγμάτων
- ✓ Ακαμψία, στερεοτυπικός χαρακτήρας, περιορισμένο ενδιαφέρον
- ✓ Έλλειψη κατανόησης λέξεων (σε κοινωνικές συζητήσεις), έλλειψη κινήτρου για συμμετοχή σε τέτοιες δραστηριότητες, έλλειψη λεπτού χιούμορ

4) Επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές δραστηριότητες:

- ✓ Κινήσεις δακτύλων, χεριών και ποδιών
- ✓ Στριφογύρισμα αντικειμένων
- ✓ Ξύσιμο σώματος
- ✓ Χτύπημα κεφαλιού
- ✓ Τρίξιμο των δοντιών
- ✓ Αυτοτραυματισμός
- ✓ Προσκόλληση σε συγκεκριμένα αντικείμενα
- ✓ Ενθουσιασμός με αντικείμενα, ήχους κ.λπ.
- ✓ Τακτοποίηση αντικειμένων σε σειρά
- ✓ Εμμονές
- ✓ Ενθουσιασμός με ορισμένα θέματα (αστρονομία, πουλιά, τρένα, αντικείμενα)
- ✓ Επαναληπτικές ερωτήσεις, με απαίτηση συγκεκριμένων απαντήσεων (Βάρβογλη, 2007; Γκονέλα, 2006).

1.2.5.2 Άλλα χαρακτηριστικά που δεν είναι απαραίτητα για τη διάγνωση

1) Προβλήματα λόγου:

- ✓ Πρόβλημα κατανόησης

- ✓ Διαταραχές στη χρήση του λόγου
 - ✓ Ηχολαλίες « καθυστερημένη ηχολαλία»
 - ✓ Επαναλαμβανόμενες / στερεοτυπικές χρήσεις λέξεων ή πράξεων
 - ✓ Μπέρδεμα της σειράς των γραμμάτων και λέξεων
 - ✓ Πρόβλημα με τις αντωνυμίες
 - ✓ Μη έλεγχος ρυθμού, έντασης, τόνου φωνής
- 2) Διαταραχές οπτικού ελέγχου και βλεμματικής επαφής:
- ✓ Βιαστικές, γρήγορες ματιές
 - ✓ Επίμονο κοίταγμα για πολύ ώρα και πολύ σταθερά
- 3) Προβλήματα μίμησης της κίνησης:
- ✓ Δυσκολία στη μίμηση κινήσεων
 - ✓ Μπέρδεμα των: αριστερά- δεξιά, μπρος- πίσω, πάνω- κάτω
- 4) Προβλήματα στον έλεγχο της κίνησης:
- ✓ Παλινδρομικές κινήσεις
 - ✓ Βάδισμα στις μύτες των ποδιών
 - ✓ Αδέξιες μη χαριτωμένες κινήσεις
 - ✓ Παράξενη στάση σώματος, διαφορά δεξιάς και αριστερής πλευράς στις κινήσεις
- 5) Ασυνήθιστες- παράξενες αντιδράσεις σε αισθητηριακές εμπειρίες:
- ✓ Αδιαφορία, δυσφορία σε αισθητηριακά ερεθίσματα (θόρυβο, πόνο, ζέστη κρύο, γεύσεις, μυρωδιές) λόγω υπερευαισθησίας ή ανικανότητας ή μη ευαισθησίας σε αυτά.
- 6) Ακατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις:
- ✓ Έλλειψη φόβου για τον πραγματικό κίνδυνο
 - ✓ Γέλιο, κλάμα, ξεφωνητό χωρίς λόγο
- 7) Ποικίλες διαταραχές στις φυσικές λειτουργίες και στη φυσική ανάπτυξη :
- ✓ Ακανόνιστος ύπνος

- ✓ Κατανάλωση μεγάλης ποσότητας υγρών
- ✓ Διαταραχές στη λήψη φαγητού
- ✓ Έλλειψη ναυτίας από το στριφογύρισμα

8) Ιδιαίτερες ικανότητες σε:

- ✓ Αριθμητική, πάζλ, μουσική, συναρμολογήσεις

9) Ασυνήθιστη μορφή μνήμης σε:

- ✓ Σε μακροσκελή ποιήματα, ιστορικά γεγονότα (ημερομηνίες), δρόμους (ονόματα), μακροσκελείς καταλόγους (Γκονέλα, 2006).

1.2.6 Συνοδά Προβλήματα του Αυτισμού

Σε πολλές περιπτώσεις παιδιών με αυτισμό έχουν παρατηρηθεί τάσεις για:

- Εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς όπως για παράδειγμα: τραβάνε τα μαλλιά τους, χτυπάνε το κεφάλι τους ή δαγκώνουν τα χέρια τους. Αυτό συμβαίνει όταν βρεθούν σε κατάσταση αμηχανίας και έντασης.
- Διαταραχές στο φαγητό και στον ύπνο για παράδειγμα: αποκτούν ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες ή κοιμούνται λιγότερο και ξυπνούν συχνά.
- Έντονες φοβικές αντιδράσεις απέναντι σε καθημερινά αντικείμενα.
- Δυσκολεύονται επίσης, να συνδυάσουν και να οργανώσουν πληροφορίες από διαφορετικές Αισθήσεις.
- Εκδηλώνουν συχνά υπερκινητικότητα και διάσπαση προσοχής.
- Τέλος, το 20-30% των παιδιών με αυτισμό εκδηλώνουν επιληψία η οποία συνήθως εμφανίζεται στο τέλος της εφηβείας(Κάκουρος & Μανιαδάκη 2006).

1.2.7 Διαγνωστικά Κριτήρια – Κλίμακες αξιολόγησης

1.2.7.1 Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σήμερα

Τα κριτήρια αναφέρονται ρητώς στα επιστημονικά εγχειρίδια. Το πλέον λεπτομερές και πρόσφατο διαγνωστικό σύστημα είναι το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM-III-R) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (1987). Ένα παρόμοιο διαγνωστικό σύστημα είναι η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD-10) που εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1990) που είναι βασισμένη στα τρία θεμελιώδη ελλείμματα που ανταποκρίνονται στην τριάδα της Wing.

- Ποιοτικό έλλειμμα στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση
- Ποιοτικό έλλειμμα στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και στη δραστηριότητα που απορρέει από τη δημιουργική φαντασία
- Περιορισμένο ρεπερτόριο δραστηριοτήτων και διαφερόντων (Γκονέλα, 2006).

A. Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (1994)

Πρέπει να εμφανίζει 6 ή περισσότερα από τα παρακάτω εκ των οποίων δύο τουλάχιστον να σχετίζονται με τη Διαταραγμένη Κοινωνική Συμπεριφορά. Ένα τουλάχιστον με Διαταραγμένη Επικοινωνία και τέλος, ένα τουλάχιστον με Περιορισμένα Ενδιαφέροντα και Επαναληπτική ή Στερεότυπη Συμπεριφορά (Γκονέλα, 2006).

1. Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική αντίδραση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω:
 - ❖ έντονη έκπτωση στην χρησιμοποίηση πολλαπλών μη λεκτικών συμπεριφορών όπως βλεμματικής επαφής, έκφρασης προσώπου, στάσεων του σώματος και χειρονομιών για τη ρύθμιση της κοινωνικής αντίδρασης.
 - ❖ αδυναμία να αναπτύξει σχέσεις με συνομήλικους που να ταιριάζουν στο αναπτυξιακό τους επίπεδο.
 - ❖ μία έλλειψη αυθόρμητης αναζήτησης για να μοιραστεί χαρά, ενδιαφέροντα ή επιδόσεις με άλλα άτομα (π.χ. με έλλειψη να επιδεικνύει, να φέρνει στην κουβέντα ή να επισημαίνει αντικείμενα

ενδιαφέροντος).

❖ έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας.

2. Ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

❖ καθυστέρηση ή πλήρης έλλειψη ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας (που δεν συνοδεύεται από προσπάθεια αντιστάθμισης μέσα από εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας όπως χειρονομίες ή μίμηση).

❖ σε άτομα με επαρκή ομιλία, έντονη έκπτωση στην ικανότητα να ξεκινήσουν ή να διατηρήσουν μία συζήτηση με άλλους.

❖ στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας ή ιδιοσυγκρασιακή χρήση της γλώσσας.

❖ έλλειψη ποικίλου, αυθόρμητου παιγνιδιού φαντασίας ή παιγνιδιού κοινωνικής μίμησης που να ταιριάζει στο αναπτυξιακό του επίπεδο.

3. Περιορισμένοι, επαναλαμβανόμενοι και στερεότυποι τύποι συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

❖ περικλειστη απασχόληση με έναν ή περισσότερους στερεότυπους και περιορισμένους τύπους ενδιαφερόντων που είναι μη φυσιολογική είτε σε ένταση είτε σε εστιασμό.

❖ προφανώς άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες, μη λειτουργικές ρουτίνες ή τελετουργίες

❖ στερεότυποι και επαναλαμβανόμενοι κινητικοί μαννερισμοί (π.χ. "πέταγμα" ή συστροφή των χεριών ή των δακτύλων ή σύμπλοκες κινήσεις όλου του σώματος).

❖ επίμονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων (Γενά, 2002)

Αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5

Το Μάιο του 2013 δημοσιεύτηκε η αναθεωρημένη έκδοση του DSM (DSM – 5), η οποία περιλαμβάνει σημαντικές αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια (βλ. παράρτημα Α).

Οι αλλαγές αυτές είναι οι εξής:

- Ο γενικός όρος «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» (ΔΑΔ) αντικαταστάθηκε από τον όρο «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (ΔΑΦ).
- Η ΔΑΦ θεωρείται τώρα ως μία διαγνωστική κατηγορία με μία ομάδα συμπτωμάτων.
- Οι διαγνωστικές υποκατηγορίες (Αυτισμός, Σύνδρομο Asperger και ΔΑΔ-μη άλλως προσδιοριζόμενη) απαλείφθηκαν.
- Η βαρύτητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες (μετρούμενες με σχετικούς δείκτες):
 - Επίπεδο 3 - «Ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης» (σοβαρές δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και την ευελιξία)
 - Επίπεδο 2- «Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης» (αξιοσημείωτες δυσκολίες)
 - Επίπεδο 1- «Ανάγκη υποστήριξης» (δυσκολίες στα παραπάνω).

Όσον αφορά στη τριάδα συμπτωμάτων, οι δυσκολίες στην κοινωνική επαφή και στην επικοινωνία ενοποιήθηκαν σε μία ομάδα που τώρα ονομάζεται προβλήματα στην κοινωνική επικοινωνία.

Έτσι η τριάδα των συμπτωμάτων που αναφέραμε παραπάνω έχει αντικατασταθεί από 2 ομάδες: κοινωνική επικοινωνία και στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα.

B) Ταξινόμηση του (ICD-10), ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς

Αυτή η ομάδα χαρακτηρίζεται από ποιοτικές ανωμαλίες στις κοινωνικές συναλλαγές και στους τρόπους επικοινωνίας, καθώς και περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων.

1) Αυτισμός της παιδικής ηλικίας:

- ✓ Αυτιστική Διαταραχή
- ✓ Βρεφικός Αυτισμός
- ✓ Βρεφική Ψύχωση
- ✓ Σύνδρομο του Kanner

2) Άτυπος αυτισμός:

- ✓ Άτυπη ψύχωση της παιδικής ηλικίας
- ✓ Νοητική υστέρηση με αυτιστικά χαρακτηριστικά

3) Σύνδρομο Rett

4) Άλλη αποργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας:

- ✓ Βρεφική άνοια
- ✓ Αποργανωτική ψύχωση
- ✓ Σύνδρομο Heller
- ✓ Συμβιωτική ψύχωση

Αποκλείονται όμως τα εξής:

- ✓ Επίκτητη αφασία επί επιληψίας
- ✓ Εκλεκτική αλαλία
- ✓ Σύνδρομο Rett
- ✓ Σχιζοφρένεια

5) Διαταραχή υπερδραστηριότητας σχετιζόμενη με νοητική καθυστέρηση και στερεότυπες κινήσεις:

6) Σύνδρομο Asperger

- ✓ Αυτιστική ψυχοπαθητική διαταραχή
- ✓ Σχιζοειδής διαταραχή της παιδικής ηλικίας

Αποκλείονται όμως εδώ τα εξής:

- ✓ Διαταραχή της προσωπικότητας, καταναγκαστικού τύπου

- ✓ Διαταραχή προσκόλλησης στην παιδική ηλικία
- ✓ Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- ✓ Σχιζότυπη διαταραχή
- ✓ Απλή σχιζοφρένεια

7) Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

8) διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη καθοριζόμενη (Γκονέλα,2006).

Γ) Διαγνωστικά κριτήρια αυτιστικής διαταραχής από το DSM-III-R

Τουλάχιστον από τα παρακάτω γνωρίσματα είναι παρόντα και περιλαμβάνουν δύο από τα παρακάτω γνωρίσματα

❖ Ποιοτική ανεπάρκεια σε αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση όπως εκδηλώνεται με τα παρακάτω:

1. Σαφής έλλειψη επαγρύπνησης σε ό, τι αφορά την ύπαρξη ή τα συναισθήματα άλλων (π.χ. μεταχειρίζεται ένα άτομο σαν να ήταν κομμάτι επίπλου, δεν αντιλαμβάνεται την ανάγκη άλλων για ιδιωτική ζωή κλπ.).
2. Έλλειψη ή μη φυσιολογική επιδίωξη ανακούφισης σε περιόδους αγωνίας (π.χ. δεν επιδιώκει την ανακούφιση ακόμη και όταν είναι άρρωστο, πληγωμένο ή κουρασμένο, επιδιώκει την ανακούφιση με έναν τρόπο στερεότυπο π.χ. λέει «τυρί, τυρί, τυρί» κάθε φορά που είναι πληγωμένο).
3. Έλλειψη ή ανεπαρκής μίμηση (π.χ. δεν κουνάει το χέρι του όταν λέει «γεια σας», δεν αντιγράφει τις δραστηριότητες της μητέρας στο σπίτι, μηχανική μίμηση ενεργειών χωρίς περιεχόμενο).
4. Έλλειψη ή μη φυσιολογικό παιχνίδι με άλλους (δε συμμετέχει

ενεργά σε απλά παιχνίδια, προτιμά μοναχικές δραστηριότητες παιχνιδιού, εμπλέκεται στο παιχνίδι άλλων παιδιών μόνο ως «μηχανική βοήθεια»).

5. Σαφής έλλειψη ικανότητας για σύναψη φιλίας με συνομηλίκους (κανένα ενδιαφέρον για σύναψη φιλίας με συνομηλίκους, παρά το ενδιαφέρον να κάνει φίλους δείχνει έλλειψη κατανόησης των συνηθειών που διέπουν στην κοινωνική συναλλαγή, για παράδειγμα, διαβάζει τηλεφωνικό κατάλογο σε μη ενδιαφερόμενους συνομηλίκους).

❖ Ποιοτική ανεπάρκεια στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και σε δραστηριότητες δημιουργικής φαντασίας, όπως εκδηλώνεται από τα παρακάτω:

1.Κανένας τρόπος επικοινωνίας, όπως χρήση άναρθρων κραυγών επικοινωνίας, έκφραση προσώπου, χειρονομία, μίμηση ή ομιλούμενη γλώσσα.

2.Σαφής ανώμαλη μη λεκτική επικοινωνία σε θέματα όπως ερευνητική ματιά, έκφραση προσώπου, στάση σώματος ή χειρονομίες για την έναρξη ή ρύθμιση της κοινωνικής συναλλαγής (π.χ. δεν προβλέπει ότι πρόκειται να το κρατήσουν στα χέρια, δε λυγίζει το σώμα του όταν κρατείται, δεν κοιτάζει το άτομο ή δε γελά όταν πραγματοποιεί μια κοινωνική προσέγγιση, δε χαιρετά με χειραψία τους γονείς του ή επισκέπτες, έχει ένα σταθερό απλανές βλέμμα σε κοινωνικές καταστάσεις).

3. Έλλειψη δραστηριότητας δημιουργικής φαντασίας, όπως παίζοντας ρόλους ενηλίκου, φανταστικών προσώπων ή ζώων, έλλειψη ενδιαφέροντος για ιστορίες φανταστικών γεγονότων.

4. Σαφείς ανωμαλίες στη μορφή ή το περιεχόμενο της ομιλίας, η οποία συμπεριλαμβάνει στερεότυπη και επαναληπτική χρήση ομιλίας (π.χ.

άμεση ηχολαλία ή μηχανική επανάληψη διαφημίσεων στην τηλεόραση), χρήση του «εσύ» αντί για «εγώ» (π.χ. χρησιμοποιεί «θέλεις παξιμάδι;» για να εννοήσει «θέλω ένα παξιμάδι») κλπ.

5. Σαφείς ανωμαλίες στην παραγωγή ομιλίας, η οποία συμπεριλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως ένταση, χρωματισμός, αγωνία, αναλογία, ρυθμός και τόνος (π.χ. μονότονη ομιλία, μελωδία που μοιάζει με ερώτηση ή υψηλός χρωματισμός).

6. Σαφής ανεπαρκής ικανότητα να ξεκινάει ή να διατηρεί μια συζήτηση με άλλους πέρα από την επαρκή ομιλία.

❖ Περιορισμένο ρεπερτόριο δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων, όπως φαίνεται παρακάτω:

1. Στερεότυπες κινήσεις του σώματος, π.χ. χτύπημα - στρίψιμο - πλέξιμο των χεριών, δυνατό χτύπημα του κεφαλιού, σύνθετες κινήσεις ολόκληρου του σώματος.

2. Σταθερή προκατάληψη σε ότι αφορά τα αντικείμενα (π.χ. μύρισμα αντικειμένων, επαναληπτική αισθησιακή επαφή με υλικά, περιστροφή τροχών αυτοκινήτων - παιχνιδιών) ή προσκόλληση σε ασυνήθιστα αντικείμενα (π.χ. επιμένει στην περιστροφή ενός σχοινού).

3. Σαφής αγωνία για αλλαγές στο περιβάλλον (π.χ. όταν ένα βάζο μετακινείται από τη συνηθισμένη θέση).

4. Αλόγιστη εμμονή σε ρουτίνες με ακριβή λεπτομέρεια

5. Σαφώς περιορισμένο εύρος διαφερόντων (π.χ. ενδιαφέρεται να βάζει

στη σειρά τα αντικείμενα ή να προσποιείται ότι είναι ένα φανταστικό πρόσωπο).

❖ Έναρξη στη διάρκεια της νηπιακής και παιδικής ηλικίας:

Προσδιόρισε την έναρξη της παιδικής ηλικίας (μετά τους 36 μήνες της ηλικίας), (Harpe, 1998).

1.2.8 Σταθμισμένα και μη Εργαλεία Αξιολόγησης

Να επισημάνουμε ότι, οποιοδήποτε εργαλείο θα χρησιμοποιείται από έμπειρους ειδικούς . Αναφέρονται κάποια εργαλεία αξιολόγησης παρακάτω (βλ. παράρτημα Γ).

- Η Διαγνωστική Συνέντευξη για τον Αυτισμό (Rutter και συνεργάτες, 1995). Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται με τη συνεργασία των γονιών όπου χρησιμοποιούνται ερωτήσεις ανοιχτού τύπου ώστε να συλλεχθούν έγκυρες πληροφορίες.
- Η κλίμακα Διαγνωστικής Παρατήρησης για τον Αυτισμό (ADS-G) (Lord και συνεργάτες, 1999). Αφορά ατομική αξιολόγηση και περιλαμβάνει μια σειρά δραστηριοτήτων συναρτώμενων με κοινωνικές δεξιότητες, (δημιουργική) φαντασία, ικανότητες (συμβολικού) παιχνιδιού και ικανότητα κατανόησης συναισθημάτων.
- Η κλίμακα Αξιολόγησης Παιδικού Αυτισμού (CARS) (Shopler και συνεργάτες, 1980). Κατασκευάστηκε στις ΗΠΑ (Πανεπιστήμιο της Β. Καρολίνας, Chapel Hill) από την ομάδα TEACH και αξιολογεί την ύπαρξη αυτισμού.
- Αναθεωρημένο Ψυχοεκπαιδευτικό Προφίλ (PEP - R) (Shopler και συνεργάτες, 1990). Αξιολογούνται οι αναπτυξιακές δεξιότητες του παιδιού με αυτισμό (κοινωνικότητα, αντίληψη, μίμηση, συντονισμός

ματιού-χεριού, αυτοεξυπηρέτηση, λεπτή κίνηση, γλωσσική έκφραση κλπ) σε 10 τομείς.

➤ Το Ελληνικό WISC-III, σταθμισμένο διαγνωστικό εργαλείο το οποίο αποτελείται από 13 υποκλίμακες: 6 από αυτές αξιολογούν τη λεκτική νοημοσύνη του παιδιού (πληροφορίες, ομοιότητες, αριθμητική, λεξιλόγιο, κατανόηση, μνήμη αριθμών) και οι 7 υποκλίμακες αξιολογούν την πρακτική νοημοσύνη (συμπλήρωση εικόνων, κωδικοποίηση, σειροθέτηση εικόνων, σχέδια με κύβους, συναρμολόγηση αντικειμένων, σύμβολα, λαβύρινθοι).

➤ Η αναθεωρημένη κλίμακα νοημοσύνης Wechslerpreschoolandprimaryscale, (WPPSI-R) (Wechsler, 1989) αξιολογούνται οι ικανότητες των παιδιών ηλικίας 3 και 7 ετών. Η χορήγησή του διαρκεί περίπου 60 λεπτά.

➤ ADOS AutismDiagnosticObservation Schedule (Lord και συνεργάτες, 1989): χρησιμοποιείται για όλες τις ηλικίες και διαρκεί 30 έως 45 λεπτά. Χορηγείται με σκοπό να διαγνωσθεί ο αυτισμός ή διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, σε αναπτυξιακά επίπεδα και σε γλωσσικές δεξιότητες.

➤ Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο για παιδιά με διαταραγμένη συμπεριφορά (ΤΥΠΟΣ E-2) TheAutismResearchInstitute 's Form E-2 CheckList. Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο πρωτίστως για παιδιά μεταξύ 3 και 5 ετών.

1.2.9 Αιτιολογία Αυτισμού

Η αιτιολογία του αυτισμού είναι δύσκολο να βρεθεί αν και οι έρευνες επικεντρώνονται στη γενετική βάση.

Οι τομείς της έρευνας για το τι προκαλεί τον αυτισμό περιλαμβάνουν:

1. Γενετικούς παράγοντες
2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες
3. Εγκεφαλική βλάβη
4. Ανοσοποιητική δυσλειτουργία
5. Ιογενή μόλυνση (π.χ. μόλυνση αυτιού)
6. Αντιβιώσεις
7. Εμβόλια
8. Τροφικές αλλεργίες
9. Ελλείψεις σε βιταμίνες ή μέταλλα
10. Ελλείψεις σε ένζυμα
11. Μεταβολική διαταραχή
12. Αφρώδεις μολύνσεις (Νότας, 2004).

Σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο, μπορούμε να πούμε ότι μέχρι σήμερα δεν είναι δυνατόν να γίνει. Σήμερα, όμως, γνωρίζουμε ότι τον αυτισμό δεν το προκαλούν τα εξής:

- Η προσωπικότητα των γονέων
- Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις
- Ο τρόπος ανατροφής των παιδιών
- Η σκέψη της «ψυχρής» μητέρας δεν ισχύει πια.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι στον αυτισμό υπάρχει ισχυρό γενετικό υπόστρωμα, υψηλός βαθμός κληρονομικότητας και συσχέτιση με ορισμένα γονίδια (Brown, 2004; Γκονέλα, 2006).

1.2.10 Επιδημιολογία - Συχνότητα

Είναι αδύνατο να ξέρουμε τον ακριβή αριθμό, εφόσον δεν γνωρίζουμε ακόμη τη φύση του αυτισμού. Ωστόσο, οι πληθυσμιακές έρευνες βασίζονται σε συγκεκριμένα συμπεριφορικά κριτήρια.

Η εμφάνιση των ΔΑΔ όπως προαναφέρθηκε είναι υψηλότερη στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια με ποσοστό 4:1. Το σύνδρομο του Rett και η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή είναι σπάνιες.

Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν, σύμφωνα με τον Kanner (1943) και με τη συμμετοχή ατόμων που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια, σήμερα η συχνότητα του αυτισμού αυξάνεται και φτάνει σε 2-5 στα 1.000 παιδιά. Υπολογίζεται ότι το διάστημα 1966 έως 1997 η ετήσια αύξηση της συχνότητας των αυτιστικών περιστατικών ήταν 4%, στατιστικά πολύ σημαντική, ώστε αρκετοί να μιλούν για «επιδημική έξαρση του αυτισμού».

Στην Ελλάδα επίσημα δεν υπάρχει κανένα στοιχείο και δεν έχει γίνει καμία καταγραφή για τον αριθμό των παιδιών αυτών.

Πριν από 20 χρόνια η συχνότητά του υπολογιζόταν σε 1 στα 10.000 άτομα.

Είναι σαφές ότι οι αυτιστικές διαταραχές δεν είναι σπάνιες, αντίθετα είναι πιο συχνές από πολλά άλλα παιδιατρικά νοσήματα (όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης ή το Σύνδρομο Down), γεγονός που καθιστά τον αυτισμό πιεστικό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, λόγω της μεγάλης αύξησης εμφάνισης του προβλήματος, η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συνιστά προληπτικό έλεγχο για την ανίχνευση διαταραχών αυτιστικού τύπου σε όλα τα φυσιολογικά παιδιά στην ηλικία των 18-36 μηνών. Προτείνει μάλιστα για τον έλεγχο αυτό και ειδικές δοκιμασίες. Ωστόσο, ο αυτισμός δεν αποτελεί συγκεκριμένο νόσημα που μπορεί να διαγνωστεί με κάποιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα ή με κάποια εργαστηριακή εξέταση (δεν υπάρχει δηλαδή εξέταση που θα την κάνουμε και θα μας λέει ότι το παιδί έχει ή δεν έχει αυτισμό).

Ο λόγος είναι ότι ο αυτισμός αποτελεί ένα σύνδρομο χαρακτηριστικών διαταραχών της συμπεριφοράς που οφείλονται σε διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες. Γι' αυτό και ο όρος «Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος» είναι πιο δόκιμος (Frith, 2009; Happe, 1998).

1.2.11 Είναι ο Αυτισμός Κληρονομικός;

Οι γενετικές μελέτες δηλώνουν ότι ο αυτισμός μπορεί να οφείλεται σε ένα γενετικά ετερογενή μηχανισμό, ανάλογα με την περίπτωση. Έρευνες έδειξαν ότι σε οικογένεια με παιδί με αυτισμό οι πιθανότητες για ένα άλλο παιδί με αυτισμό κυμαίνονται από 5% έως 10%. Όταν υπάρχουν δυο παιδιά με αυτισμό, το ποσοστό όμως αυξάνεται σε 35 - 40%. Η πιθανότητα ο αδερφός του παιδιού με αυτισμό να κάνει παιδί με αυτισμό είναι περίπου 2%, ενώ τα ξαδέρφια έχουν πολύ μειωμένες πιθανότητες (Νότας,2004). Μονοζυγωτικοί δίδυμοι επίσης συμπίπτουν περισσότερο με τον αυτισμό απ' ότι οι ζυγωτικοί (απλοί) δίδυμοι (Folstein&Rutter,1977) πράγμα που δείχνει ότι το οικογενειακό φορτίο δεν οφείλεται απλά σε μια τάση της μητέρας να βιώνει δύσκολες εγκυμοσύνες.

Η μαρτυρία για μία γενετική σύσταση του αυτισμού είναι βαρύνουσα, παρόλο που ο ακριβής ρόλος των γονιδίων του παιδιού δεν είναι σαφής (Rutter και συνεργάτες, 1990). Μια πιθανότητα είναι ότι μπορεί να υπάρχει μια γενετική προδιάθεση για αυτισμό η οποία εκπληρώνεται μόνο αν ενεργοποιηθεί από προγεννητικές ή περιγεννητικές δυσκολίες. Μητέρες αυτιστικών παιδιών αναφέρουν ότι αντιμετώπισαν περισσότερα προβλήματα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού απ' ότι οι μητέρες παιδιών που αργότερα ανέπτυξαν σχιζοφρένεια .

Το ρίσκο δηλαδή όπως προαναφέρθηκε, για να αναπτύξει κανείς αυτισμό είναι αν υπάρχουν αδέλφια ή άλλοι συγγενείς με αυτισμό. Εάν μια οικογένεια έχει ένα παιδί με αυτισμό, υπάρχει κίνδυνος 45-50% (δηλαδή ένα στα δυο παιδιά), το δεύτερο παιδί να έχει:

- Η άτυπο αυτισμό, ή σύνδρομο Asperger, ή κάποια ήπια δυσκολία που μπορεί να μην αναγνωρίζεται, ή οτιδήποτε μέσα στο αυτιστικό φάσμα.

Ο αυτισμός είναι κληρονομικός. Ο όρος «κληρονομικότητα» είναι τεχνικός στη γενετική και υποδηλώνει το γενετικό έλεγχο σε μια νοσολογική κατάσταση.

Ο Bolton και οι συνεργάτες του (1994) σε δημοσίευση τόνισαν ότι: « Τα παιδιά με σύνδρομο Down είναι ιδιαίτερα απίθανο να έχουν βλάβες αυτιστικού τύπου. Τα αδέρφια των παιδιών με τυπικό αυτισμό είναι πολύ πιθανότερο να έχουν αυτισμό ή αυτιστικού τύπου χαρακτηριστικά απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός».

Τα αδέρφια των ατόμων με αυτισμό παρουσιάζουν, σε κάποιο μόνο ποσοστό ή διαταραχές λόγου ή δυσλεξία ή γνωστικές μειονεξίες (μαθησιακές δυσκολίες).

Κλείνοντας ας αναφέρουμε ότι: Οι Szatmari&Jones (1991) συζήτησαν τους τύπους κληρονομικότητας που μπορεί να εμπλέκονται με τον αυτισμό και συμπεραίνουν ότι οι περιπτώσεις αυτισμού μπορούν να διαχωριστούν σε τρεις αιτιολογικές ομάδες.

Οι αιτιολογικές ομάδες είναι:

- ✓ Εξωγενείς που προκαλούνται από εξωγενείς παράγοντες (προγεννητικά ατυχήματα).
- ✓ Αυτοσωματικές υπολειπόμενες που μεταφέρονται με χρωμόσωμα και δεν έχουν φύλο αλλά εκφράζονται μόνο αν είναι κληρονομημένα από τον πατέρα και τη μητέρα.
- ✓ Συνδεδεόμενες με το συστατικό X που μεταφέρεται με το χρωμόσωμα του γυναικείου φύλου.

Οι ερευνητές τονίζουν ότι χρειάζεται να συγκεντρώσουν περισσότερα δεδομένα σε ό,τι αφορά τη διαταραχή αυτή μέσα στην οικογένεια και τη σοβαρότητα των συνοδών μαθησιακών δυσκολιών ώστε να διερευνηθούν οι πιθανοί τρόποι κληρονομικότητας (Happe, 1998;Γκονέλα, 2006).

1.2.12 Ο αυτισμός μπορεί να θεραπευθεί;

Δεν υπάρχει μέχρι σήμερα καμία θεραπεία του αυτισμού, παρόλο που πολλές διαδικασίες αντιμετώπισης και θεραπείας είναι διαθέσιμες. Οι θεραπείες με τα φάρμακα μειώνουν το άγχος και συμβάλλουν στη βελτίωση της συμπεριφοράς αλλά δεν θεραπεύεται αυτή η διαταραχή.

Οι θεραπείες συμπεριφοράς και ιδιαίτερα εκπαιδευτικά συστήματα με διορατικούς και αφοσιωμένους στο ρόλο τους εκπαιδευτικούς, μπορεί να έχουν μια τεράστια επίδραση στα άτομα με αυτισμό μειώνοντας προβληματικές συμπεριφορές, διδάσκοντας δεξιότητες αντιμετώπισης καταστάσεων και μεγιστοποιώντας δυνατότητες με την επικέντρωση της θεραπευτικής τους παρέμβασης σε προσόντα και ταλέντα του ατόμου.

1.2.12.1 Πως αντιμετωπίζεται ο αυτισμός;

Ο αυτισμός αντιμετωπίζεται με την επιλογή κατάλληλων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι, προς το παρόν, η «η τέλεια» θεραπεία για τον αυτισμό δεν υπάρχει. Όμως, θεραπευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και προσεγγίσεις υπάρχουν πολλές.

1.2.13 Το πρόβλημα και η αντιμετώπιση του στην Ελλάδα

Σε όσους έχουν μια επαρκή εμπειρία, βιοματική ή επαγγελματική, είναι σήμερα γνωστό και αποδεκτό, πως ο αυτισμός είναι μία από τις πιο περίπλοκες, δύσκολες και οδυνηρές, στην αντιμετώπισή τους, νευροψυχικές διαταραχές.

Η αντιμετώπισή της είναι δύσκολη γιατί εμφανίζεται με μεγάλη ποικιλία που προκύπτει από πολυπαραγοντικές αναπτυξιακές δυσλειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Τα περισσότερα αυτιστικά άτομα το βρίσκουν αδύνατο ή πολύ δύσκολο να μιλήσουν. Πολλά μιλούν κανονικά ή με κάποιον ιδιαίτερο τρόπο. Τα περισσότερα έχουν πολύ ισχυρή μνήμη. Κάποια άτομα φαίνεται να έχουν μια

κανονική νοημοσύνη, ενώ άλλα παρουσιάζουν μια υψηλή νοημοσύνη ή ευφυΐα, σε μερικές περιπτώσεις και ιδιοφυΐα, συνδεδεμένη, όμως, πάντα με ορισμένα γνωστικά αντικείμενα.

Τα άτομα όμως που μιλούν κανονικά ή με κάποιο ιδιόμορφο τρόπο με υψηλή νοημοσύνη το βρίσκουν δύσκολο ή αδύνατο να σκεφθούν σύμφωνα με τη λογική των μη αυτιστικών ατόμων, να κατανοήσουν τον κόσμο μέσα στον οποίο ζουν, να δημιουργήσουν σχέσεις, να αποκτήσουν κοινωνικές δεξιότητες, ευαισθησίες και αντιδράσεις, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη του ανθρώπου και για την ίδια τη ζωή.

Η αντίληψή τους για τον κόσμο, και για τα πράγματα του κόσμου, είναι κυριολεκτική. Λείπουν ή υστερούν σημαντικά, η δημιουργική φαντασία και ο μεταφορικός λόγος, η συγκριτική και η κριτική σκέψη.

Από τις δυσλειτουργίες αυτές προκύπτουν σοβαρές διαταραχές στη συμπεριφορά των ατόμων με αυτισμό, στην ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων και αμοιβαίων αλληλεπιδράσεων με άλλα άτομα, με τα οποία συμβιώνουν, ή γενικότερα, με το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Πολλά άτομα με αυτισμό κλείνονται στον εαυτό τους. Ο όρος αυτισμός, που προέρχεται από τη λέξη εαυτός, επιλέχθηκε από τους ερευνητές γιατί υποδηλώνει ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των αυτιστικών ατόμων με αυτισμό, το κλείσιμο στον εαυτό τους και την κοινωνική τους απομόνωση.

Άλλα άτομα με αυτισμό μένουν παθητικά στις κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις ή παρουσιάζουν ένα ασθενές ή περαστικό ενδιαφέρον για συναθρώπους τους. Μερικά άτομα με αυτισμό παρουσιάζουν μια ενεργητική συμμετοχή σε κοινωνικά δρώμενα, αλλά με έναν παράδοξο, μονόπλευρο και αδιάκριτο τρόπο, που αγνοεί τις αντιδράσεις των άλλων και οδηγεί σε αυτιστικές εμμονές για πρόσωπα, πράγματα ή ενέργειες, που συχνά καταλήγουν να είναι αντικοινωνικές και να εμποδίζουν, αντί να βοηθούν την κοινωνική συμβίωση και αλληλεπίδραση.

Σε ακραίες περιπτώσεις και ιδιαίτερα όταν το άτομο με αυτισμό περνάει από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και στην ενηλικίωση ή αδυναμία ή ανεπάρκεια λεκτικής ή μη λεκτικής επικοινωνίας, η δυσκολία να κάνει το

οικογενειακό ή κοινωνικό του περιβάλλον να κατανοήσει τα αισθήματά του, τις επιθυμίες τους, τις οδύνες ή τις ανάγκες του και η δυσκολία των άλλων να το κατανοήσουν και να το βοηθήσουν να εκφράσει και να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του, κάνουν το αυτιστικό άτομο να ξεσπάει σε πολύ σοβαρές νευροψυχιατρικές διαταραχές, που καταλήγουν σε επιθετικές συμπεριφορές.

Αυτές είναι καταστροφικές ή αυτοκαταστροφικές και κάνουν τη δική του ζωή εξαιρετικά οδυνηρή, ενώ η συμβίωσή του με τους άλλους καθίσταται προβληματική.

Όλα αυτά περιορίζουν την ικανότητα των ατόμων με αυτισμό να αναπτύξουν ή να δείξουν τα συναισθήματά τους για τους άλλους και δημιουργούν την εντύπωση ότι τα άτομα με αυτισμό δεν έχουν αισθήματα για τους άλλους, εντύπωση λαθεμένη, γιατί τα άτομα με αυτισμό είναι ικανά μα δείξουν ενδιαφέρον, αγάπη και στοργή για τους άλλους με δικό τους τρόπο, μόνο που χρειάζονται γι' αυτό την κατανόηση και βοήθεια των άλλων.

Η αντιμετώπισή της νευροψυχικής διαταραχής του αυτισμού είναι περίπλοκη και δύσκολη γιατί με τις έρευνες έως τώρα έχει τεκμηριωθεί πως είναι βιολογική και όχι ψυχολογική ως προς την αιτία της. Δεν έχει βρεθεί μια μεμονωμένη βιολογική αιτία που την προκαλεί και η αιτιολογία της εμφανίζεται να είναι όπως η κλινική της έκφραση, πολυπαραγοντική.

Η πολυπαραγοντική της εμφάνιση, τόσο στην αιτιολογία της όσο και στην κλινική έκφραση της, έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα πως ο αυτισμός αποτελεί ένα φάσμα διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών που προκύπτουν από ανεξακρίβωτες πολυπαραγοντικές αναπτυξιακές δυσλειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Είναι γενικά αποδεκτό πως οι αναπτυξιακές διαταραχές του αυτιστικού φάσματος δεν θεραπεύονται. Είναι, επίσης, γενικά αποδεκτό πως βελτιώνονται ή χειροτερεύουν. Η βελτίωση εξαρτάται από τη σωστή και όσο γίνεται πιο έγκαιρη διάγνωση και αξιολόγηση, τη σωστή εκπαίδευση με εξειδικευμένους εκπαιδευτές, τη σωστή φαρμακευτική παρέμβαση, όταν αυτή χρειάζεται, αλλά και από το βαθμό κατανόησης του αυτιστικού ατόμου στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Αν δεν αντιμετωπιστεί με τέτοιους τρόπους η κατάσταση αυτών των ατόμων αντί να βελτιώνεται θα χειροτερεύει και θα κάνει προβληματική και συχνά αφόρητη τη ζωή τους, όταν οι γονείς πεθάνουν ή αδυνατούν να τα φροντίσουν είναι εφιαλτική. Η προοπτική αυτή κάνει εφιαλτική και τη ζωή των γονιών τους, όσο ζουν (Βογινδρούκας & Καλομοίρης, 2007).

1.2.14 Εκπαιδευτικό πρόγραμμα – μέθοδος TEACH

Η μέθοδος αυτή αποτελεί ένα πρόγραμμα εναλλακτικής εκπαίδευσης, για παιδιά με διαταραχές αυτιστικού φάσματος. Αυτού του είδους εκπαίδευση δρα με θετικά αποτελέσματα. Αυτό το πρόγραμμα δημιουργήθηκε στη Ψυχιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ (Schopler & Reichler, 1971) και έχει εξαπλωθεί και χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες του κόσμου (Shopler & Mesibon, 2000).

Το πρόγραμμα στηρίζεται σε μια αυστηρά δομημένη διδασκαλία και χρησιμοποιείται συστηματικά για να καταστήσει το περιβάλλον προβλέψιμο, ώστε το παιδί να το κατανοήσει και να λειτουργήσει με περισσότερη ασφάλεια, αξιοποιώντας και εξασκώντας τις ικανότητές του.

Θεωρείται ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που ασχολείται με τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, την επαγγελματική κατάρτιση και τη διαβίωση των ατόμων με αυτισμό.

Η φυσική δόμηση του περιβάλλοντος

✓ Αφορά στον τρόπο οργάνωσης του περιβάλλοντος. Δόμηση δεν σημαίνει κατά ανάγκη ομοιομορφία.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, να εκπαιδύσουμε τα παιδιά με αυτισμό να μπορούν να παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα σε ένα μέρος. Στη δομημένη τάξη πρέπει να υπάρχει ένας χώρος για ομαδικές δραστηριότητες, όπως επίσης και ένας χώρος για ατομική απασχόληση ή εργασία. Για αυτό τον λόγο προϋπόθεση είναι το κατάλληλο μέγεθος του χώρου.

Είναι αναγκαίο ο εκπαιδευτικός να έχει άμεση οπτική επαφή με τον χώρο εργασίας του μαθητή. Τοποθετώντας κατάλληλα έπιπλα βοηθάμε τα παιδιά να

κατανοήσουν τον χώρο, όπου θα κάνουν μία δραστηριότητα, δημιουργώντας ταυτόχρονα συνθήκες εύκολης μετάβασης από τη μία δραστηριότητα σε άλλη. Επιπλέον, από έναν δομημένο χώρο, το παιδί δεν μπορεί να φύγει παρά μόνο από ένα σημείο. Το γεγονός αυτό βοηθά τον εκπαιδευτικό να προλάβει το παιδί, αν προσπαθήσει να απομακρυνθεί πριν ολοκληρώσει τη εργασία του και επίσης να το προστατέψει.

Αν οι μαθητές δεν εκπαιδευτούν νωρίς να μπορούν να κάθονται σε ένα μέρος είναι πολύ δύσκολο να τους ελέγξει κανείς αργότερα π.χ. στην εφηβεία ή την ενήλικη ζωή, όταν η σωματική ανάπτυξη και η δύναμη δεν επιτρέπει στον εκπαιδευτικό να ελέγξει με ευκολία το άτομο. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι περιοχές διδασκαλίας, οι χώροι δόμησης μιας τάξης. Κάθε χώρος έχει τη ιδιαίτερη σημασία του.

Η δομημένη τάξη:

- Περιοχή διδασκαλίας
- Περιοχή ανεξάρτητης εργασίας
- Περιοχή ελεύθερου παιχνιδιού
- Περιοχή δομημένου παιχνιδιού
- Περιοχή φαγητού
- Περιοχή ομαδικής εργασίας
- Περιοχή μεταβατική

Το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα

- Ελεύθερο παιχνίδι
- Δουλειά με το δάσκαλο
- Δομημένο παιχνίδι (αξιοποιούμε τα ενδιαφέροντα του παιδιού)
- Ελεύθερο παιχνίδι (επανάληψη)
- Ατομική εργασία (ανεξάρτητη)
- Τουαλέτα
- Φαγητό
- Έξω (στην αυλή)
- Ατομική εργασία

- Δουλειά με το δάσκαλο (επανάληψη)
- Κολατσιό
- Τουαλέτα (επανάληψη)
- Σπίτι (φεύγω!)

Κάθε παιδί θα πρέπει να έχει κρεμασμένο το δικό του εξατομικευμένο πρόγραμμα.

Το σύστημα ατομικής εργασίας:

Αποτελεί ένα τρόπο οργάνωσης μιας δραστηριότητας στο σχολείο ή στο σπίτι, ώστε να μπορεί το άτομο με αυτισμό να το εφαρμόσει.

- Τα ερωτήματα της ατομικής εργασίας είναι:
- Τι δουλειά θα κάνω;
- Πού και πότε θα την κάνω
- Πόση θα κάνω
- Πώς ξέρω ότι τελείωσα;
- Τί ακολουθεί και τί κάνω μετά

Οπτική παρουσίαση δραστηριοτήτων

Παρουσιάζονται οπτικά ερεθίσματα, για να είναι σαφές το κάθε τι από το παιδί και για να δοθεί έμφαση στις σημαντικές πληροφορίες. Για να επιτευχθεί αυτό ακολουθούνται τα εξής 3 στάδια:

- ✓ Οπτική οργάνωση (τοποθέτηση των υλικών σε χωριστά κουτιά)
- ✓ Οπτικές οδηγίες (ο τρόπος που θα ασχοληθεί με τα υλικά)
- ✓ Οπτική σαφήνεια (σηματοδότηση σκοπού δραστηριότητας, π.χ. κωδικοποίηση με χρώματα, ετικέτες).

Οργάνωση προγράμματος ανά ηλικία

Το πρόγραμμα οργανώνεται σε 3 επίπεδα ανάλογα με την ηλικία:

- ✓ Προκαταρκτικό Στάδιο (5 - 10 ετών): Τα παιδιά περνούν τον περισσότερο χρόνο στη τάξη.

✓ Μεσαίο Στάδιο (10 - 15 ετών): Τα παιδιά περνούν περισσότερο χρόνο στο χώρο του σχολείου, όχι αναγκαία με παιδιά άλλων τάξεων.

✓ Υψηλό Στάδιο (15 - 21 ετών): Οι έφηβοι περνούν περισσότερο χρόνο στην κοινότητα και στο χώρο εργασίας (Γκονέλα,2006).

1.3 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

1.3.1 Αυτισμός και θεραπευτική ιπασία

Η θεραπευτική ιπασία είναι μία δραστηριότητα η οποία χρησιμοποιεί την κίνηση του αλόγου, για να βελτιώσει νευρολογικές και αισθητηριακές δυσλειτουργίες σε ασθενείς με κινητικά και νοητικά προβλήματα, ενώ η ιπποθεραπεία, είναι το πιο εξειδικευμένο κομμάτι της θεραπευτικής ιπασίας καθώς πρόκειται για μια φυσιοθεραπευτική, εργοθεραπευτική ή λογοθεραπευτική πράξη, η οποία χρησιμοποιεί, την κίνηση του αλόγου ως μέρος ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού προγράμματος για να πετύχει λειτουργικά αποτελέσματα. Άνθρωποι με διαφορετικές αναπηρίες και όλων των ηλικιών έχουν ωφεληθεί από αυτή (Πολύζος, 2012).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας απλές ασκήσεις ιπασίας προσαρμόζονται στο παιδί σύμφωνα με τις ανάγκες του, με σκοπό να συμβάλλουν θετικά στην ανάπτυξή του, στην καλή ψυχική κατάσταση και στην επιθυμητή συμπεριφορά.

Επισημαίνεται ότι η δυσκολία των ατόμων με αυτισμό να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον τους μετριάζεται κατά πολύ με τη βοήθεια του αλόγου και γενικά επηρεάζεται θετικά η συμπεριφορά. Επίσης, αναφέρεται ότι η θεραπευτική ιπασία επιδρά θετικά στους τομείς των στερεοτυπιών, επικοινωνίας, της κινητοποίησης, της αλληλεπίδρασης και της αντιληπτικότητας (Seyfried, 1984).

Τα οφέλη ενός τέτοιου προγράμματος κατά τους τομείς που έχουν ήδη αναφερθεί περιγράφονται ως εξής:

Συμπεριφορά: Τα παιδιά με αυτισμό αρχίζουν να χρησιμοποιούν το σώμα τους καλύτερα κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων τους. Μειώνονται οι στερεοτυπίες τους, οι στάσεις τους, οι αυτοτραυματισμοί και η επιθετικότητα προς τους άλλους. Έχουν καλύτερο έλεγχο των σφιγκτήρων τους, λιγότερα προβλήματα κατά τη διάρκεια του ύπνου και είναι λιγότερο απαθή.

Αντιληπτικότητα: με την πρόοδο του προγράμματος διαπιστώνεται μια καθαρά μεγαλύτερη συναίσθηση και αντίληψη του αλόγου εκ μέρους των παιδιών, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται και από τους γονείς. Κάποια παιδιά, από την αρχή ακόμη της επαφής τους με το άλογο, χρησιμοποιούν την αίσθηση της αφής και στη συνέχεια το αγγίζουν όλο και συχνότερα και συνειδητά.

Κινητικότητα: πολλά παιδιά μόλις μετά βίας κινητοποιούνται, ώστε να είναι σε καλή φυσική κατάσταση, όταν μετέχουν στο πρόγραμμα γίνονται πιο ενεργητικά περπατώντας και τρέχοντας με το άλογο, ενώ ισοροπία, συντονισμός των κινήσεων, λεπτή και αδρή κινητικότητα καλλιεργούνται καλύτερα πάνω στη ράχη του αλόγου.

Αλληλεπίδραση: η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αλόγου και αναβάτη είναι καλύτερη. Υπάρχει διάθεση για σωματική και ψυχική επαφή. Η φοβισμένη και απαθής συμπεριφορά είναι πιο σπάνια. Έχει παρατηρηθεί σε μερικά παιδιά να θέλουν να κάνουν καινούριες ανακαλύψεις και είναι περισσότερο ενεργητικά.

Επικοινωνία - ομιλία: δουλεύοντας με το άλογο τα παιδιά παρακινούνται να μιλήσουν. Η καλύτερη στιγμή για ομιλία είναι αυτή του τροχασμού (trot), καθώς ο ρυθμός είναι πιο έντονος και προτρέπει το παιδί να αρθρώσει λέξεις. Αυξάνονται οι φράσεις, οι λέξεις και τα φωνήεντα, ενώ την ίδια στιγμή παρατηρήθηκε μείωση των δομημένων προτάσεων. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι ότι η επικοινωνία με το άλογο δε χρειάζεται ολόκληρες προτάσεις και τα παιδιά προσαρμόζονται αναλόγως. Εκφράζονται ευκολότερα και ζητούν βοήθεια είτε λεκτικά, είτε με τη γλώσσα τους σώματος.

Στερεοτυπίες: Μερικά παιδιά για τουλάχιστον λίγο χρόνο, σταματούν τις στερεοτυπίες τους και είναι πιο ήρεμα πάνω στο άλογο.

Κοινωνικότητα: Υπάρχει καλύτερη βλεμματική επαφή. Οι αντιδράσεις του φόβου είναι λιγότερο παρατεταμένες και η ανταπόκριση στις απαιτήσεις του θεραπευτή βελτιωμένη. Δείχνουν ότι καταλαβαίνουν τους επαίνους του θεραπευτή και τη σημασία τους. Μιμούνται πιο εύκολα τις κινήσεις των άλλων γεγονός που κατά τον Schopler (1994), είναι πολύ βασικό πριν αρχίσει η μίμηση και η ενίσχυση των γλωσσικών δεξιοτήτων.

Πολλά από αυτά που περιγράφονται παραπάνω μπορεί σαφώς να επιτυγχάνονται στην τάξη ή στο σπίτι. Το άλογο αποδεικνύεται ότι είναι ένας πολύ καλός ρυθμιστής και διαχειριστής της συμπεριφοράς του παιδιού.

Ο σημαντικότερος παράγοντας που διαφοροποιεί την ιπποθεραπεία από τις άλλες θεραπείες είναι ο χώρος που διεξάγονται οι συνεδρίες (ένας χώρος πλούσιος σε κινητικά, οπτικά και αισθητικά ερεθίσματα).

Οι ενδείξεις αφορούν μια σειρά νευρολογικών αλλά και αναπτυξιακών διαταραχών, όπως είναι:

- Εγκεφαλική παράλυση
- Μυασθένειες
- Ημιπληγία
- Αυτισμός
- Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή
- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)
- Σύνδρομο Rett
- Νοητική υστέρηση
- Μαθησιακές δυσκολίες
- Σύνδρομο Down κ.α.

Η θεραπευτική ιππασία θα ήταν ωφέλιμο να είναι ενσωματωμένη σε δομημένα εκπαιδευτικά πλαίσια δρώντας συμπληρωματικά και ενδυναμώνοντας ή ενισχύοντας τα αποτελέσματα και οφέλη του σχολείου. Είναι προτιμότερες οι μικρές ομάδες των 2-3 παιδιών με τους γονείς τους ή τους δασκάλους τους, σε μία όσο το δυνατόν μόνιμη συντροφιά.

Μόνο έτσι θα δομηθεί αυτή η θεραπευτική παρέμβαση προσαρμοσμένη στις διαφορετικές ανάγκες, χαρακτήρες και δυνατότητες του κάθε παιδιού, εξασφαλίζοντας όσο το δυνατόν, καλύτερο αποτέλεσμα.

Το άλογο είναι πηγή ευχαρίστησης και κίνητρο για να χτιστούν σχέσεις και φιλίες. Με την ιππασία εναρμονίζονται, σώμα, ψυχή και μυαλό. Βοηθάει στο να μετατραπεί μια ανθρώπινη ύπαρξη σε μια άλλη, συναισθηματικά πιο ώριμη και ενσωματωμένη κοινωνικά. Το παιδί κάνει βουτιά μέσα στα συναισθήματά του και προσπαθεί να κολυμπήσει και εμείς είμαστε εκεί, βοηθοί και συμπαραστάτες (Βογινδρούκας & Καλομοίρης,2007).

1.3.2 Μουσικοθεραπεία

Η μουσική είναι το κατ' εξοχήν εύκαμπτο και ευπροσάρμοστο μέσο, με το οποίο μπορεί να έρθει σε επαφή κάθε άτομο σε οποιοδήποτε επίπεδο εξυπνάδας ή κατανόησης.

Η μουσικοθεραπεία σήμερα, είναι αναγνωρισμένη ως μία αποτελεσματική παρέμβαση για τα άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ή πιο απλά με αυτισμό.

Σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, ήδη από το 1950-60, η Alvin και οι Nordoff και Robbins υπέδειξαν με την πρακτική τους την ευεργετικότητα της μουσικοθεραπείας στα άτομα με αυτισμό.

Η ανταπόκριση στη μουσική ξεκινά από πολύ μικρό αναπτυξιακό στάδιο (πριν τη γέννηση). Οι ήχοι και η μουσική επιτρέπουν στα άτομα με σοβαρές αναπηρίες να επικοινωνούν. Μεγάλο μέρος από του νοήματος της γλώσσας προέρχεται από μουσικά στοιχεία, όπως η ταχύτητα και η ένταση του ήχου. Όλοι μας χρησιμοποιούμε μουσικά στοιχεία, ώστε να επικοινωνούμε και να καταλαβαίνουμε ο ένας τον άλλον (Jordan,1999).

Η μουσική βοηθάει τα άτομα αυτά, με την έννοια ότι προσθέτει ενδιαφέρον και συνάμα νόημα στις κοινωνικές καταστάσεις, οι οποίες σε διαφορετική περίπτωση δεν υπήρχαν (Jordan&Libby, 1999).

Επίσης, θεωρείται χρήσιμο εργαλείο για την αποκωδικοποίηση των εκφράσεων του προσώπου, στις χειρονομίες και στις στάσεις σώματος του άλλου (Jordan, 1996).

Ενθουσιάζονται, συμμετέχουν και χαλαρώνουν με αυτό τον τρόπο.

Όπως αναφέρει ο Williams, άτομο με αυτισμό: «με τη μουσική, κάποιος μπορεί να έρχεται πιο έμμεσα αντιμέτωπος απ' ότι με το λόγο και έτσι, ίσως, φανεί ιδιαίτερη χρήσιμη σε ανθρώπους που υποφέρουν από έντονη υπερευαισθησία ή από έντονη ανησυχία». Ο σκοπός της μουσικοθεραπείας, μπορούμε να πούμε, ότι ποικίλλουν από παιδί σε παιδί. Γενικά, λειτουργούν για όλα τα άτομα με αυτισμό, «θεραπευτικά» (Γκονέλα,2006).

1.3.3 Η διάκριση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ

Παρά τις πολλές ομοιότητες ωστόσο, υπάρχουν και σημαντικές διαφορές μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ στην κοινωνική κρίση και στη λεκτική έκφραση, όπως φαίνεται από τις επιδόσεις τους στη λεκτική κλίμακα και της δοκιμασίας WISC-IV (Zayat, Kald & Wodka, 2011).

Υπάρχουν κάποια κοινά συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, όπως δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής και κοινωνικές δυσκολίες, αλλά το πρότυπο των λεκτικών δοκιμασιών με υψηλή επίδοση στην υποκλίμακα με τις «Ομοιότητες» και χαμηλή επίδοση στην υποκλίμακα της «Κατανόησης», σε συνδυασμό και με άλλα συμπτώματα των ΔΑΦ, δεν παρατηρείται στη ΔΕΠ-Υ και είναι βοηθητικό στη διαφορική διάγνωση.

Οι διαφορές μεταξύ των δύο διαταραχών υποστηρίζονται και από άλλες μελέτες. Στις ΔΑΦ παρατηρούνται περισσότερα προβλήματα λόγου και επικοινωνίας, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και σχέσεων, ιδιοσυγκρασιακός λόγος και στερεοτυπίες, δυσκολίες στο παιχνίδι, στη συναισθηματική ανταπόκριση και στη βλεμματική επαφή, στη χρήση αντικειμένων και στις συναισθηματικές εκδηλώσεις.

Σύμφωνα με τους Hartley, 2009 και Hattori, 2006, στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ παρατηρούνται υψηλότερα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας και λιγότερα αισθητηριακά προβλήματα, όπως με την αφή, τη γεύση και την όσφρηση, σε σχέση με τις ΔΑΦ.

Σε μελέτη του Mayes και των συνεργατών του (2011), η οποία εστιάζει στη διερεύνηση της επικάλυψης και της διαφοροποίησης των συμπτωμάτων στις περιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ και των ΔΑΦ, αναφέρεται σημαντικά μειωμένη αντίδραση στα λεκτικά ερεθίσματα (82%) και υπερευαισθησία σε θορύβους (74%) των παιδιών με ΔΑΦ. Τα αντίστοιχα ποσοστά στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και ΕΠΔ, χωρίς να υπάρχουν ανάλογα ευρήματα για τις ΔΑΦ.

Τέλος, η αισθητηριακή υπερευαισθησία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να εξηγείται καλύτερα από το κριτήριο του DSM-IV «εύθικτο ή εύκολα ενοχλείται από τους άλλους» παρά από τη σχέση με τις ΔΑΦ.

Ο Mayes και οι συνεργάτες του (2011) υποστηρίζουν ότι η διάκριση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ είναι εύκολη με βάση το προφίλ των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ένα παιδί και τις σημαντικές διαφορές στην ποιότητα των προβλημάτων προσοχής που παρατηρούνται στις δυο διαταραχές. Στις περιπτώσεις παιδιών με ΔΑΦ υψηλής και χαμηλής λειτουργικότητας, παρατηρείται σημαντικά καλύτερη επιλεκτική προσοχή σε σχέση με τη ΔΕΠ-Υ (98%) και τη ΔΕΠ (21%).

Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους εστιασμένη σε δραστηριότητες που παρουσιάζουν μονοτονία ή απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια, ενώ τα παιδιά με ΔΑΦ υπερεστιάζουν την προσοχή τους σε δραστηριότητες που τα ενδιαφέρουν και μπορούν να περάσουν ώρες φτιάχνοντας ένα πάζλ, στριφογυρίζοντας ένα σκονί ή διαβάζοντας επαναληπτικά το ίδιο βιβλίο.

Η μελέτη αυτή υποστηρίζει την άποψη που προωθεί το DSM-IV, ότι οι ΔΑΦ δηλαδή διαφέρουν από τη ΔΕΠ-Υ και ότι τα συμπτώματα απροσεξίας και παρορμητικότητας, που εκδηλώνουν συχνά τα παιδιά με ΔΑΦ, αποτελούν μέρος του αυτισμού.

Στα πλαίσια της μελέτης αυτής, συμπεραίνεται ότι όσο η ΔΕΠ-Υ όσο και οι ΔΑΦ είναι νευροβιολογικές διαταραχές με παρόμοια νευροψυχολογικά ελλείμματα, που διακρίνονται, ωστόσο, εύκολα η μία από την άλλη με βάση το προφίλ των συμπτωμάτων που εκδηλώνει ένα παιδί στη συμπεριφορά.

Ωστόσο, στις ΔΑΦ εκδηλώνονται συχνά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, ενώ το αντίθετο είναι πιο σπάνιο. Γι' αυτό το λόγο, πολλά παιδιά με ΔΑΦ λαμβάνουν πολλές φορές αρχικά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Η υψηλή συχνότητα εκδήλωσης των αυτιστικών συμπτωμάτων σε μερικές μελέτες παιδιών με ΔΕΠ-Υ σημαίνει ότι τα παιδιά αυτά μπορεί να έχουν στην πραγματικότητα ΔΑΦ. Σε αυτές τις περιπτώσεις, σύμφωνα με το DSM-IV, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δεν ισχύει. Γι' αυτό, σε όλα τα παιδιά που παραπέμπονται ή έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα παρουσίας ΔΑΦ.

Η επικάλυψη των συμπτωμάτων μεταξύ ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ συχνά παρεμποδίζει τη διαγνωστική διαδικασία και αυξάνει τον κίνδυνο διαγνωστικού λάθους. Εξαιτίας του υψηλού ποσοστού κοινών συμπτωμάτων στις διαταραχές αυτές, αμφισβητείται ολοένα και περισσότερο η προσέγγιση των διαγνωστικών εγχειριδίων. Σήμερα υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα που θα διευκολύνει τη διαγνωστική διαδικασία στην κλινική πράξη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

2.Εισαγωγή –Κλινική Προσέγγιση – Προφίλ Περιστατικών

2.1 Εισαγωγή

Κλείνοντας το πρώτο μέρος της θεωρητικής μας έρευνας είμαστε σε θέση να αναλύσουμε παρακάτω ένα κλινικό περιστατικό - προφίλ παιδιού με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Ύστερα από πολλές μελέτες, έρευνες και πληροφορίες που συλλέξαμε στο κομμάτι του αυτισμού μπορούμε να συνεχίσουμε στην ανάλυση ενός ιστορικού και κλινικής εικόνας του παιδιού.

Πραγματοποιήθηκε μία διαρκής αναζήτηση σε κέντρα ώστε να μπορέσουμε να λάβουμε ένα ανώνυμο ιστορικό ενός παιδιού και να το αναλύσουμε στην πτυχιακή μας εργασία. Πιο συγκεκριμένα, συλλέξαμε το ιστορικό από ένα ειδικό διαγνωστικό κέντρο το οποίο όμως δεν αξιολογήθηκε με κάποιο πιστοποιημένο διαγνωστικό τεστ ή εργαλείο, αλλά εφαρμόστηκαν μόνο άτυπες αξιολογήσεις από τους ειδικούς.

Συγκεντρώσαμε όλα τα δεδομένα που αναφέρονται στο ιστορικό από την γέννησή του μέχρι την ηλικία 5 ετών. Πληροφορίες σημαντικές από την οικογένεια από ειδικούς όπως, λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, παιδοψυχολόγο και φυσιοθεραπευτή. Αφού μελετήσουμε προσεκτικά την κάθε λεπτομέρεια στην εικόνα του παιδιού και με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV ή του ICD-10, μπορούμε στη συνέχεια να καταλήξουμε σε ένα διαφορετικό συμπέρασμα ή και στο ίδιο ακόμη συμπέρασμα με αυτό που έχει παραθέσει το ειδικό κέντρο και φυσικά με τις ίδιες ακριβώς πληροφορίες και τα άτυπα διαγνωστικά τεστ.

Μελέτη Περίπτωσης Παιδιού με Αυτισμό

2.1.1 Εξέλιξη της Ανάπτυξης και ο εντοπισμός των δυσκολιών

Το παιδί είναι αγόρι ηλικίας 6 ετών το οποίο γεννήθηκε με καισαρική λόγω μη εξέλιξης του τοκετού την 40 εβδομ. Με Β.Γ. 3490 kgr. Παρέμεινε όμως για 5ημέρες στη MENN λόγω νεογνικής λοίμωξης.

Το παιδί διαγνώστηκε με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ).

Η Ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού ήταν φυσιολογική μέχρι την ηλικία 3 ετών. Με την πάροδο του χρόνου όμως, παρουσίαζε καθυστέρηση στον εκφραστικό λόγο, διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα.

Στην ηλικία 3,5 έως 4,5 ετών, οι γονείς απευθύνθηκαν σε Αναπτυξιολογική Κλινική και παραπέμφθηκαν για άμεση έναρξη θεραπειών γιατί παρατήρησαν μεγάλη καθυστέρηση στον εκφραστικό λόγο και επίσης, διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητας.

Μάλιστα, παρουσιάστηκε ιδιαίτερη δυσκολία στην τήρηση των ορίων, ηχολαλία και διαταραχές άρθρωσης.

Τέλος, οι κοινωνικές του δεξιότητες θεωρήθηκαν από τους ειδικούς και τους γονείς ελλειμματικές, τόσο στον κοινωνικό και επικοινωνιακό τομέα, όσο και στις ομαδικές δραστηριότητες που τείνει να απομονώνεται.

Φαίνεται στο ζευγάρι να απασχολεί πολύ το «στίγμα» της όποιας αναπηρίας του παιδιού τους. Δεν έχουν καταλάβει ακόμη το πρόβλημα γι' αυτό ακόμη βρίσκεται υπό διερεύνηση.

Κλείνοντας να προσθέσουμε ότι, το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού καταβάλλουν προσπάθειες αντιμετώπισης των δυσχερειών του παιδιού. Ωστόσο, διαφάνηκε η ανάγκη για υποστήριξη των γονέων με στόχο την ενδυνάμωση και την εκπαίδευσή τους ως προς την πιο αποτελεσματική διαχείριση των δυσκολιών του παιδιού.

Πόρισμα Ειδικού Κέντρου

Από τη διαδικασία λήψης του κοινωνικού και ιατρικού ιστορικού προκύπτει ότι το παιδί φοιτά σε ένα Νηπιαγωγείο και αξιολογήθηκε από ένα ειδικό κέντρο, έπειτα από αίτημα των γονέων του.

Όπως προκύπτει από τις πληροφορίες που παρείχαν οι γονείς στο πλαίσιο της συνέντευξης, το παιδί εμφανίζει:

- ✓ καθυστέρηση στον προφορικό λόγο,
- ✓ διάσπαση προσοχής,
- ✓ υπερκινητικότητα και
- ✓ δυσκολία στην τήρηση των ορίων.

Σύμφωνα με το πιστοποιητικό που έλαβαν οι γονείς του και στη συνέχεια προσκόμισαν οι ίδιοι στο κέντρο «παρουσιάζει σοβαρές διαταραχές άρθρωσης καθώς και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας».

Ενώ, τα μέλη της ειδικής ομάδας με βάση τα στοιχεία της διάγνωσης - αξιολόγησης καταλήγουν ότι το παιδί παρουσιάζει σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα.

- ✓ Ψυχολογική Εκτίμηση

Σε ψυχολογική εκτίμηση που πραγματοποιήθηκε σε ένα κέντρο κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης του παιδιού παρατηρήθηκαν τα εξής ακόλουθα:

- ✓ Υπερκινητικότητα
- ✓ Στιγμιαία βλεμματική επαφή
- ✓ Ανοργάνωτο παιχνίδι
- ✓ Δεν εκτελεί άμεσες εντολές
- ✓ Φτωχή έκφραση συναισθήματος
- ✓ Έλλειμμα στον κοινωνικό και επικοινωνιακό τομέα
- ✓ Φτωχή έκφραση λόγου
- ✓ Μερικές φορές ηχολαλεί
- ✓ Σχετικά καλή απόδοση στον γνωστικό τομέα
- ✓ Ανωριμότητα στη συμπεριφορά (αποχή από συμβολικό παιχνίδι,

ανικανότητα στο παιχνίδι με φαντασία με άλλα άτομα ή αντικείμενα, τάση να εστιάζει σε μεμονωμένα χαρακτηριστικά των αντικειμένων).

Η μητέρα του παιδιού παρουσιάζεται ιδιαίτερα αγχωμένη και δε μπορεί να αντιληφθεί ακόμη τη φύση των δυσκολιών του.

Ο πατέρας του παιδιού απουσιάζει από τη διαδικασία διάγνωσης-αξιολόγησης.

2.1.2 Αξιολόγηση από τους Θεραπευτές του Κέντρου

Ψυχολογική Αξιολόγηση

Βάσει της παρατήρησης του νηπίου στο χώρο του διαγνωστικού κέντρου και από τις πληροφορίες της μητέρας του, οι δυσκολίες του εστιάζονται:

- στην κοινωνική συναναστροφή
- στην επικοινωνία και
- στη συμπεριφορά.

Παρατηρήσεις:

- Αδυναμία στην κοινωνική συναναστροφή πιο συγκεκριμένα να χρησιμοποιήσει και να καταλάβει μη λεκτικές συμπεριφορές.
- Δε διατηρούσε βλεμματική επαφή, δεν είχε κατάλληλες με την περίσταση εκφράσεις προσώπου, στάσεις σώματος και χειρονομίες.
- Δεν έδειξε ενδιαφέρον για επαφή με τους ανθρώπους γύρω του. Αναφέρθηκε επίσης, αδυναμία να δημιουργήσει σχέσεις με τους συνομηλίκους του.

Στην επικοινωνία δε χρησιμοποίησε το λόγο, παρά λίγες φορές μόνο με επανάληψη των προτάσεων του ενήλικα (ηχολαλία) και όταν ήθελε να φύγει λέγοντας «μαμά». Παράλληλα δεν παρατηρήθηκε προσπάθεια να επικοινωνήσει με χειρονομίες.

Σύμφωνα με τις πληροφορίες είναι ικανός να χρησιμοποιεί το λόγο για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του (π.χ. να ζητάει νερό), αλλά δε δείχνει να

καταλαβαίνει πως οι λέξεις μπορούν να χρησιμοποιούνται για να μεταδώσουν συναισθηματικές και κοινωνικές πληροφορίες (π.χ. «είμαι λυπημένος»).

Στη συμπεριφορά παρατηρήθηκαν συμπεριφορές αντίστοιχες της χρονολογικής του ηλικίας στο παιχνίδι και στα ενδιαφέροντά του.

- Αποχή από το συμβολικό παιχνίδι
- Ανικανότητα να παίζει με φαντασία με άλλα άτομα ή με αντικείμενα
- Τάση να εστιάζει την προσοχή του σε μεμονωμένα χαρακτηριστικά των αντικειμένων του περιβάλλοντος αντί να επεξεργάζεται και να κατανοεί ολόκληρο το αντικείμενο (π.χ. επικεντρώνεται στη ρόδα του αυτοκινήτου και όχι σε όλο το αυτοκίνητο).

Εκπαιδευτική Αξιολόγηση

Κατά την εκπαιδευτική αξιολόγηση του νηπίου συλλέχθηκαν στοιχεία από:

1. Την παρατήρηση του νηπίου στο σχολείο που φοιτά
2. Τη συνεργασία με την εκπαιδευτικό γενικής αγωγής, η οποία διατύπωσε τις παρατηρήσεις της σχετικά με το νήπιο.

2.1.3 Άτυπη Λογοθεραπευτική Εκτίμηση

Κατά την λογοθεραπευτική αξιολόγηση, η οποία ήταν άτυπη, βασίστηκε στην αλληλεπίδραση μέσω ελεύθερων δραστηριοτήτων. Το παιδί εδώ, επέδειξε αυξημένη κινητικότητα και μεγάλη δυσκολία να παραμείνει στη θέση του, χωρίς σταθερή πλαισίωση και υπενθύμιση από τον ενήλικα. Επιπλέον, η ενασχόλησή του με μία δραστηριότητα ήταν εξαιρετικά περιορισμένη χρονικά.

Επίσης, δυσκολεύτηκε σημαντικά να εξοικειωθεί με το χώρο και να αλληλεπιδράσει με άγνωστα σε αυτόν άτομα. Δεν μπόρεσε να καταφέρει να διατηρήσει βλεμματική επαφή με τον συνομιλητή του και δεν έκανε προσπάθειες εμπλοκής του ενήλικα στο παιχνίδι του. Φάνηκε να μην είναι σε

θέση να ξεκινήσει ή να διατηρήσει μια συζήτηση, ακόμη και για απλά βιωματικά θέματα.

Δε χρησιμοποίησε αυθόρμητα τον προφορικό λόγο για να αλληλεπιδράσει με τον εξεταστή, παρά μόνο για να εκφράσει την επιθυμία του να φύγει.

Από το μικρό δείγμα ομιλίας, παρατηρείται καθυστέρηση στην ανάπτυξη του προφορικού λόγο.

Τέλος, το παιδί δεν κάνει προσπάθειες να αντισταθμίσει το γλωσσικό του έλλειμμα μέσω χειρονομιών, ενώ παράλληλα η ποικιλία εκφράσεων του προσώπου είναι περιορισμένη. Επιπλέον, παρατηρήθηκε έμμεση ηχολαλία.

2.1.4 Εργοθεραπευτική Εκτίμηση

Από την φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση προκύπτει η γενική κλινική εικόνα, παιδιού μικρότερης χρονολογικής ηλικίας με πιθανά αυτιστικά στοιχεία.

Η συνεργασία και το επίπεδο επικοινωνίας είναι πολύ χαμηλά. Δεν ανταποκρίνεται σε εντολές και αποφεύγει την βλεμματική επαφή.

Από την παρατήρηση σε ελεύθερες μη οργανωμένες κινητικές δραστηριότητες φαίνεται ότι η φυσική κατάσταση του παιδιού αναφορικά με τη μυϊκή ισχύ, τη βάρδιση - μετακίνηση, τη λήψη θέσεων, την ανατακλαστική δραστηριότητα, τις ισορροπητικές - προστατευτικές αντιδράσεις κινείται εντός φυσιολογικών ορίων.

Από την κλείδα παρατήρησης της κινητικής συμπεριφοράς του παιδιού για την εκτίμηση της ποιότητας εκτέλεσης των δεξιοτήτων παρατηρούνται:

- ✓ Δυσκολίες στην άνεση των κινήσεων (τόσο στην αδρή όσο και στην λεπτή κινητικότητα)
- ✓ Κινείται ασταμάτητα στο χώρο δίχως εμφανή στόχο
- ✓ Απουσιάζει από το συμβολικό ή φανταστικό παιχνίδι

- ✓ Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί
- ✓ Δυσκολία στην αντίληψη
- ✓ Μειωμένα ενδιαφέροντα

- ✓ Απουσία των ορίων και κινητικής οργάνωσης
- ✓ Δυσκολίες όταν του ζητείται η ακρίβεια σε χειρισμούς
- ✓ Φτωχός συντονισμός ματιού- χεριού

- ✓ Υπερκινητικότητα

Πρόκειται για δεξιόχειρα που χρησιμοποιεί ανώριμη λαβή με τις άπω φάλαγγες των πέντε δακτύλων για τη σύλληψη του γραφικού μέσου και μουντζουρώνει.

2.2 Διαγνωστικό Προφίλ Παιδιού

Συγκεκριμένα οι τομείς που αξιολογήθηκαν είναι οι εξής:

2.2.1 Λεκτική - μη λεκτική επικοινωνία

Παρατηρήθηκαν σημαντικές δυσκολίες στον προφορικό λόγο. Χρησιμοποιεί λίγες λέξεις και απαντά συνήθως μονολεκτικά. Δυσκολεύεται να συμμετέχει σε έναν διάλογο. Κάποιες φορές υπακούει σε εντολές, ιδιαίτερα όταν αυτές γίνονται με υπόδειξη και καθοδήγηση από τον ενήλικα. Δεν προσεγγίζει μόνος του τον ενήλικα και δεν καταφέρνει να αρχίσει αυθόρμητα μια επικοινωνιακή συνδιαλλαγή μαζί του.

2.2.2 Ψυχοκινητικότητα (αδρή - λεπτή κινητικότητα και γραφή)

Το παιδί φαίνεται να είναι ανεξάρτητο τόσο στην κίνηση όσο και στην αυτοεξυπηρέτηση (τουαλέτα, σίτιση).

Όσον αφορά τη λεπτή κινητικότητα όμως, παρουσιάζει δυσκολίες. Χρησιμοποιεί το αριστερό χέρι, αλλά, κάποιες φορές και το δεξί του χέρι, χωρίς όμως, να κατακτήσει ακόμη την ορθή λαβή (π.χ. πιάνει το μαρκαδόρο με όλη την παλάμη).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι στον τομέα της γραφοκινητικής ανάπτυξης υπολείπεται σημαντικά, καθώς και οι γραφισμοί του, το ιχνογράφημά του βρίσκονται σε αρκετά πρώιμο στάδιο και είναι αντίστοιχοι παιδιού μικρότερης χρονολογικής ηλικίας.

2.2.3 Νοητικές Δεξιότητες και Ικανότητες

Κατά τη διάρκεια της παρατήρησης στο χώρο του σχολείου διαφάνηκε η δυσκολία του στο να συμμορφωθεί στο ημερήσιο πρόγραμμα του νηπιαγωγείου. Δεν παρατηρήθηκε έντονη κινητική δραστηριότητα, αλλά μάλλον υπήρξε περισσότερο εμφανής η προσπάθεια και η διάθεσή του να «αποτραβιέται» σε άλλο χώρο προκειμένου να απασχοληθεί με κάποια άλλη μοναχική δραστηριότητα, αποφεύγοντας να ακολουθήσει την κάθε φορά ομαδική μαθησιακή διαδικασία.

Ωστόσο, κατά την ώρα του φαγητού, εμφάνιζε μια εικόνα καλύτερης προσαρμογής. Μάλιστα, μετά από υπόδειξη της εκπαιδευτικού ακολούθησε, χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία, την υπόλοιπη ομάδα (πήρε την τσάντα του, έστρωσε την πετσέτα του και άνοιξε το φαγητό του).

Όπως, αναδείχθηκε, με κατάλληλη και σταθερή παρέμβαση εκ μέρους του ενηλίκου, έχει τελικά τη δυνατότητα να παραμένει σε μια δραστηριότητα για όσο χρόνο απαιτείται έως ότου αυτή ολοκληρωθεί.

Κατά τη διάρκεια του ελεύθερου παιχνιδιού, το παιδί, δε συμμετείχε στις ομάδες των συνομηλίκων του. Προτιμούσε να παίζει με τα αυτοκινητάκια μόνος

του. Δεν αντιδρούσε όταν κάποιος διεκδικούσε το αντικείμενο - παιχνίδι . Δεν κοιτάζει πάντα στα μάτια τον συνομιλητή του με στόχο την αλληλεπίδραση.

2.2.4 Συναισθηματική Οργάνωση

Παρατηρήθηκε ότι είναι ένα παιδί που δε δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη μαθησιακή διαδικασία και παρουσιάζει δυσκολία να ακολουθήσει ένα οργανωμένο πρόγραμμα όπως αυτό του σχολείου.

Χρειάζεται συνεχή παρέμβαση και καθοδήγηση από κάποιον ενήλικα ώστε να ακολουθήσει το σχολικό πρόγραμμα και να συμμετέχει έτσι και στις δραστηριότητες του σχολείου.

Φαίνεται να παρουσιάζει δυσκολίες προσαρμογής στο σχολικό του περιβάλλον, ωστόσο, όμως, με κατάλληλη παρέμβαση μπορεί να επιτευχθεί η συμμόρφωσή του στο πρόγραμμα καθώς και η ένταξή του στην ομάδα των συνομηλίκων του.

2.2.5 Συμπεράσματα – προτάσεις

Με βάση τα αποτελέσματα από τις αξιολογήσεις της Ομάδας του κέντρου, διαπιστώνεται ότι το παιδί αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες.

- ✓ στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία
- ✓ στην ψυχοκινητική ανάπτυξη
- ✓ στην κοινωνική συναναστροφή και συμπεριφορά.

2.2.6 Λογοθεραπευτική Έκθεση Αξιολόγησης

Το παιδί παρακολουθεί ένα πρόγραμμα λογοθεραπευτικής παρέμβασης το τελευταίο χρόνο. Σήμερα, μετά από αυτό το χρονικό διάστημα, μπορούμε να συνοψίσουμε τη γενική εικόνα του.

Παρατηρήθηκε στις θεραπείες να μην είναι ιδιαίτερα συνεργάσιμος. Έχει επίγνωση του διακριτού ρόλου στη σχέση μαθητή - δασκάλου, αλλά λόγω του υψηλού επιπέδου διέγερσης η επίδοση σε όλους τους τομείς είναι φτωχή.

Στον λεκτικό τομέα, ονοματίζει όλα τα αντικείμενα χωρίς κάποια δυσκολία στην άρθρωση, αλλά, όλα τα άλλα ποιοτικά χαρακτηριστικά του προφορικού του λόγου (τονικότητα, ηχηρότητα, προσωδία) είναι επηρεασμένα.

Η ροή του λόγου του είναι χωρίς κανονικότητα και ρυθμό. Επαναλαμβάνει λέξεις και φράσεις, ενώ πολλές φορές χρησιμοποιεί το 3ο ενικό πρόσωπο, ιδιαίτερα όταν δέχεται παρατηρήσεις ή αναγνωρίζει τη παραβατική του συμπεριφορά.

Στο γνωστικό τομέα, το παιδί υπολείπεται της τυπικής για την ηλικία του επίδοσης. Αναγνωρίζει και ονοματίζει τα αντικείμενα που του δίνονται. Γνωρίζει τα χρώματα και έχει καλή σωματοαγνωσία. Στα άλλα βασικά κομμάτια του γνωστικού τομέα (σχήματα και βασικές έννοιες) έχει πολύ χαμηλή επίδοση (βλ. πίνακα 1, 2, 3).

2.2.7 Εκπαιδευτική αξιολόγηση

Πίνακας 1 : Αξιολόγηση Γνωστικού Τομέα

<p><u>Σωματογνωσία</u></p>	<p>Προσανατολισμός στο χώρο:</p> <p>Πάνω/κάτω ναι</p> <p>Μέσα/ έξω ναι</p> <p>Μπροστά/ πίσω όχι</p> <p>Δεξιά/ αριστερά όχι</p> <p>Πλευρίωση, επικρατέστερο χέρι: δεξί</p> <p>Προσανατολισμός στο χρόνο (αλληλουχία γεγονότων, ημέρες εβδομάδας, μήνες, έτος, ώρα) όχι</p>
<p><u>Προαναγνωστικό στάδιο</u></p>	<p>Ταυτίσεις (κατά χρώμα, κατά μέγεθος, σχήμα): ταυτίζει τα σχήματα</p> <p>Ομοιότητες και διαφορές: όχι</p> <p>Ομαδοποιήσεις όχι</p> <p>Αντίληψη συγκεκριμένων και αφηρημένων εννοιών: όχι</p> <p>Αντίληψη ονομασίας και χρήσης αντικειμένων και εντολών: όχι πάντα λόγω της αδυναμίας συγκέντρωσης</p> <p>Χρώματα (διαχωρισμός και ονομασία)</p> <p>Ονοματίζει και διαχωρίζει τα χρώματα</p> <p>Σχήματα (διαχωρισμός και ονομασία, κύκλος, τετράγωνο, παραλληλόγραμμο, έλλειψη, ρόμβος, τραπέζιο): Δεν αναγνωρίζει τα σχήματα</p>

Ιδιότητες αντικειμένων σε σχέση με την:

1. Όραση (σκοτεινός / φωτεινός).....x
2. Αφή (μαλακό / σκληρό, λείο/ τραχύ).....x
3. Ακοή (δυνατός/ σιγανός, σύντομος/διαρκής).....x
4. Όσφρηση (λουλούδια, καφές κ.λπ.).....x
5. Γεύση (ξινό /γλυκό, πικρό/αλμυρό, ζεστό / κρύο).....x

Πίνακας 2 : Προμαθηματικό Στάδιο

Προμαθηματικό Στάδιο

Ιδιότητες αντικειμένων σε σχέση με:

- A) τον όγκο.....x
- B) το βάρος.....x
- Γ) το πλάτος.....x
- Δ) το μήκος.....x

Προγραφικό Στάδιο:

- ✓ Παρατηρήθηκε στη ζωγραφική μέσα σε πλαίσιο κυρίως να μην τα καταφέρνει.
- ✓ Δεν σχεδιάζει και δεν ζωγραφίζει έναν άνθρωπο.
- ✓ Γενικά στη ζωγραφική με δακτυλομπογιά και νερομπογιά αδυνατεί να τα χειριστεί σωστά τα υλικά.
- ✓ Μπορεί να χειριστεί όμως σωστά έναν χοντρό και λεπτό μαρκαδόρο και επίσης το μολύβι.

Αντιγραφή:

✓ Στην αντιγραφή ενός κύκλου δεν μπορεί ακριβώς να το σχεδιάσει κάνει μόνο κάτι γραμμές ίσιες. Το ίδιο συμβαίνει με την αντιγραφή περισσότερων σχημάτων όπως στο τετράγωνο, το τρίγωνο και το ρόμβο.

Γραφή:

- ✓ Θα μπορέσει να σχεδιάσει έναν κύκλο μόνος του αλλά αν του ζητηθεί δεν θα το κάνει.
- ✓ Δε σχεδιάζει καθόλου το τετράγωνο, το τρίγωνο και το ρόμβο ούτε μόνος του, αλλά ούτε όταν του ζητηθεί.
- ✓ Δε χαράζει καθόλου γραμμές πάνω σε χαρτί.
- ✓ Επίσης, δε χαράζει καθόλου γραμμές όπως (ευθεία, καμπύλη ή τεθλασμένη).
- ✓ Δεν αντιγράφει ούτε σχεδιάζει περίγραμμα ενός σχεδίου που θα του δοθεί.

Γραφή

- Παρατηρήθηκε στη όταν γράφει να μην διατηρεί αποστάσεις ανάμεσα στα γράμματα.
- Δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος τρόπος καθώς γράφει. Δεν γράφει από τα αριστερά προς τα δεξιά.
- Τα μόνα γράμματα που αναγνωρίζει και γράφει είναι τα γράμματα που περιλαμβάνει το όνομά του.
- Δεν αντιγράφει και δε γράφει συλλαβές.
- Δεν αντιγράφει και δε γράφει λέξεις.
- Δεν αντιγράφει και δε γράφει μία πρόταση ή ένα κείμενο.

Πίνακας 3 : Ανάγνωση - Μέτρηση- αριθμητική

<u>Ανάγνωση</u>
✧ Παρατηρήθηκε να αναγνωρίζει τα γράμματα γενικά.
✧ Ονοματίζει όλα τα γράμματα της αλφαβήτας (π.χ κάπα, όμικρον κλπ).
✧ Δεν αναγνωρίζει συλλαβές και τη σημασία τους.
✧ Δεν αναγνωρίζει και δεν ονοματίζει δίγηφα φωνήεντα, σύμφωνα και συμπλέγματα.
✧ Αναγνωρίζει και διαβάζει μόνο το όνομά του.
✧ Δεν αναγνωρίζει τη σύνθεση και ανάλυση των φθόγγων.
✧ Δεν αποδίδει στο νόημα ενός κειμένου που θα του δοθεί.
<u>Μέτρηση- αριθμητική</u>
✧ Αναδύεται στην ταύτιση ομοίων αριθμών.
✧ Αναγνωρίζει τους αριθμούς αλλά μέχρι το 10.
✧ Αριθμεί μέχρι το 10.
✧ Δεν γράφει καθόλου αριθμούς.
✧ Δεν κάνει πρόσθεση με αριθμούς.
✧ Δεν κάνει αφαίρεση με αριθμούς.
✧ Δεν κάνει πολλαπλασιασμό με αριθμούς.
✧ Δεν κάνει διαίρεση με αριθμούς.
✧ Δεν αναγνωρίζει τη χρήση και την αξία των χρημάτων και ούτε τα αναγνωρίζει.
✧ Δεν σχεδιάζει καθόλου σύμβολα στο χαρτί.

Συμπεριφορά:

- **Αρνητισμός:** πολύ συχνά μέσα στη μέρα παρατηρείται μια άρνηση να ακολουθήσει εντολές.
- **Επιθετικότητα:** παρατηρείται μία μεγάλη επιθετικότητα στους συνομηλίκους του.
- **Κοινωνικότητα:** μετά από προτροπή λέει ευχαριστώ, καλό μεσημέρι κλπ
- **Συνεργασία:** παρατηρείται μεγάλη δυσκολία στη με ενηλίκους και κυρίως συνομηλίκους του. Δεν υπάρχει συμβολικό και συντροφικό παιχνίδι.

Άλλες ικανότητες και ενδιαφέροντα:

Διακρίνει και αναγνωρίζει πολύ καλά όλες τις μάρκες αυτοκινήτων.

Επιμέρους γνωστικές ικανότητες

Παρατηρήθηκαν ελλείμματα σε περισσότερους από ένα τομείς. Παρατηρήθηκαν ελλείμματα στους παρακάτω τομείς:

1. Μνήμη
2. Προσοχή
3. Αντίληψη
4. Οπτική διάκριση
5. Ακουστική διάκριση

2.2.7 Αποτελέσματα

Συνοψίζοντας τις πληροφορίες μας, καταλήγουμε ότι, είναι ένα παιδί με δυνατότητες αλλά η μεγάλη διάσπαση είναι ο ανασταλτικός παράγοντας για την πορεία του. Η επικοινωνία μαζί του είναι εφικτή. Υπάρχουν δεδομένες σοβαρές αδυναμίες στην πρόσληψη, στην επεξεργασία και στην εκπομπή των επικοινωνιακών σημάτων (λεκτικών και μη λεκτικών). Αξίζει να σημειωθεί ότι

υπάρχει επιδείνωση της διάσπασής του καθώς και εμφάνιση ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

2.3 Συμπέρασμα

Μελέτη περίπτωσης παιδιού με Αυτισμό

Τελικό Πόρισμα Αξιολόγησης Προφίλ παιδιού (Σύμφωνα με την πολυπαραγοντική προσέγγιση)

Σύμφωνα με τα παραπάνω αναλυτικά στοιχεία και τις έρευνες της θεωρίας τόσο στα διαγνωστικά κριτήρια όσο και στα χαρακτηριστικά του παιδιού καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως το παιδί έχει πολλαπλά στοιχεία αυτισμού. Ίσως να συνυπάρχει και ελαφρώς με στοιχεία ελλειμματικής προσοχής - υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ).

Σύμφωνα με τις άτυπες αξιολογήσεις του κέντρου, το παιδί παρουσιάζει καθυστέρηση λόγου, επαναλαμβάνει λέξεις και φράσεις, πολλές φορές χρησιμοποιεί το 3ο ενικό πρόσωπο. Παρατηρείται στιγμιαία βλεμματική επαφή προς απύσχα, δυσκολία στην τήρηση ορίων και ελέγχου.

Στην ψυχολογική εκτίμηση από την παρατήρηση που πραγματοποιήθηκε οι δυσκολίες βρίσκονται τόσο στην κοινωνική συναναστροφή όσο και στην επικοινωνία και τη συμπεριφορά. Επίσης, δεν παρουσίαζε κατάλληλες εκφράσεις προσώπου, στάσεις σώματος και χειρονομίες. Απουσίαζε το συναίσθημα στο παιδί και το συμβολικό ή φανταστικό παιχνίδι. Παρουσιάστηκαν μάλιστα δυσκολίες στην αδρή κινητικότητα και στη λεπτή. Φάνηκε η δυσκολία στη συγκέντρωση της προσοχής και στη συμμετοχή του σε ομαδικές δραστηριότητες. Τα σημάδια απομόνωσης ήταν φανερά.

Θεωρείται πως δεν αρκούν μόνο οι άτυπες αξιολογήσεις για τη σωστή και πλήρη διάγνωση του αυτισμού. Θα μπορούσαμε να πραγματοποιήσουμε και περαιτέρω εξετάσεις με πιστοποιημένα διαγνωστικά εργαλεία που θα αποκλείσουν το ενδεχόμενο για συνοδά χαρακτηριστικά της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού φάνηκε να αποδέχτηκε το παιδί με τις δυσκολίες του και προσπαθεί από τη μεριά της να το αντιμετωπίσει όσο το δυνατόν καλύτερα. Αν και η οικογένεια στηρίζεται από ειδικούς για την προσπάθεια που κάνουν και με στόχο την ενδυνάμωση και την εκπαίδευσή τους για μια πιο αποτελεσματική διαχείριση των δυσκολιών του παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

1. Εισαγωγή – Θεωρητική Προσέγγιση

Η νοητική Υστέρηση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θέματα που απασχολούν τους ψυχικούς υγείας εδώ και αρκετές δεκαετίες. Η κατανόηση της φύσης της νοητικής υστέρησης, η προσπάθεια ταξινόμησης της, η διερεύνηση της αιτιολογίας της, ο καθορισμός του κατάλληλου εκπαιδευτικού πλαισίου, καθώς και η επεξεργασία ειδικών εκπαιδευτικών μεθόδων για τα άτομα με νοητική υστέρηση αποτελούν ορισμένα μόνο από τα παιδιά έρευνας στα οποία συμμετέχουν επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων όπως γιατροί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, εκπαιδευτικοί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Η νοητική υστέρηση αναφέρεται στην επιβράδυνση ή αναστολή της ανάπτυξης των νοητικών ικανοτήτων του ατόμου. Η νοητική υστέρηση αποτελεί την πιο πολυμελετημένη, αλλά και ταυτόχρονα την πιο πολύπαθη διαταραχή. Πρόκειται για την πιο ανομοιογενή ομάδα ως προς την αιτιολογία, το δείκτη νοημοσύνης, την κοινωνική προσαρμογή, την ύπαρξη και άλλων συνοδών προβλημάτων (Σολδάτος, 2006)

Σήμερα, ο όρος της νοητικής υστέρησης ή νοητικής καθυστέρησης, όπως είναι γνωστός στο ευρύ κοινό, εξακολουθεί να είναι ένας όρος με ένα ασαφές νόημα που δημιουργεί απαισιοδοξία και απελπισία. Για ένα μεγάλο μέρος του κοινού, η νοητική υστέρηση είναι μια αρρώστια, μια παθολογική κατάσταση, μια τραυματική εμπειρία που αποκτά το παιδί πριν ή λίγο μετά τη γέννησή του ή κατά τη διάρκεια ενός τοκετού. Στην πραγματικότητα όμως, η νοητική υστέρηση δεν είναι τίποτα περισσότερο ή λιγότερο από ένα σύμπτωμα, μια μορφή συμπεριφοράς που απορρέει από μία ή περισσότερες από τις πολυποίκιλες αιτίες που την προκαλούν (Πολυχρονοπούλου, 1997)

1.1 Ορισμός νοητικής υστέρησης

Εγχειρίδιο Αμερικάνικης Ένωσης Ψυχιάτρων

Ο Tredgold ορίζει τη νοητική καθυστέρηση ως μια κατάσταση ανεπαρκούς νοητικής αναπτύξεως σε τέτοιο βαθμό, ώστε να είναι ανίκανο να προσαρμοστεί στο σύνηθες περιβάλλον και να διατηρηθεί χωρίς καθοδήγηση, προστασία εξωτερική βοήθεια (Παρασκευόπουλος, 1980).

Ο Doll θεωρεί ως βασικά κριτήρια της νοητικής καθυστέρησης τα εξής:

- Ότι εμφανίζεται κατά τη γέννηση ή μέχρι την παιδική ηλικία
- Χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή νοητική ανάπτυξη
- Συνοδεύεται από ανεπαρκή κοινωνική προσαρμοστικότητα
- Καταλήγει σε κοινωνική ανεπάρκεια κατά την ώριμη ηλικία
- Οφείλεται σε οργανικά αίτια
- Και είναι βασικώς ανίατη

Τα δύο τελευταία κριτήρια έχουν αμφισβητηθεί σοβαρά από εκείνους που θεωρούν ότι η νοητική καθυστέρηση δεν είναι αναγκαστικά οργανική αθεράπευτη ασθένεια, αλλά ένα σύμπτωμα, που είναι δυνατό να οφείλεται και σε παροδικά ψυχολογικά ή περιβαλλοντικά αίτια και να πάψει να υπάρχει σε μία ορισμένη περίοδο της ζωής του ατόμου (Παρασκευόπουλος, 1980).

Σύμφωνα με τον Gold, η νοητική καθυστέρηση πρέπει να εκλαμβάνεται ως «η αποτυχία της σύγχρονης κοινωνίας να παράσχει επαρκή εκπαίδευση και κατάλληλη υποστήριξη, παρά ως μειονέκτημα του ίδιου του ατόμου» (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Για την καλύτερη κατανόηση του ορισμού ισχύουν οι παρακάτω σημαντικές υποθέσεις:

1. Η ύπαρξη περιορισμών στις δεξιότητες προσαρμογής εμφανίζονται μέσα στο περιβάλλον της κοινωνίας ή της κοινότητας, όταν

συγκρίνονται με συνομηλίκους και αποτελούν τις ατομικές ανάγκες για υποστήριξη

2. Οι συγκεκριμένοι προσαρμοστικοί περιορισμοί συνήθως συνυπάρχουν με ικανότητες σε άλλες προσαρμοστικές δεξιότητες ή άλλες προσωπικές δυνατότητες

3. Με την κατάλληλη υποστήριξη σε ένα επαρκή χρονικό διάστημα η λειτουργική του ατόμου με νοητική καθυστέρηση θα βελτιώσει.

1.1.2 Ταξινόμηση Νοητικής Καθυστέρησης

Διαφορές παρατηρούνται ως προς την αιτία και το βαθμό της νοητικής καθυστέρησης, ως προς τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, ως προς το πλήθος και το είδος των άλλων διαταραχών που συνυπάρχουν με τα κύρια συμπτώματα, ως προς την πρόγνωση για το τελικό επίπεδο αναπτύξεως, ως προς το είδος των απαιτούμενων προγραμμάτων.

Τα περισσότερα από τα συστήματα αυτά, έχουν προσεγγίσει το πρόβλημα από την πλευρά της σοβαρότητας της μειονεξίας, της αιτιολογίας και της εικόνας των συμπτωμάτων ή του συνδρόμου (Πολυχρονοπούλου, 2001).

1.1.2.1 Ταξινόμηση με κοινωνικά κριτήρια

Η ταξινόμηση με βάση τα κοινωνικά κριτήρια γίνεται κυρίως από ψυχοκοινωνιολόγους, οι οποίοι θεωρούν ότι ένα άτομο με διανοητική καθυστέρηση διακρίνεται από την αδυναμία του να προσαρμοστεί πλήρως στο περιβάλλον και την κοινωνία.

Ο δείκτης νοημοσύνης (Δ.Ν.) δεν αποτελεί το μοναδικό κριτήριο για να αξιολογηθούν αυτά τα άτομα, καθώς θα πρέπει να υπολογίζονται και οι οι συνθήκες που επικρατούν μέσα στην οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον.

Η ταξινόμηση που προτάθηκε από τον Grossman (1983), υιοθετήθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση και διατηρήθηκε μέχρι την έκδοση του DSM-IV.

Η ταξινόμηση λοιπόν που προκύπτει, έχει ως εξής:

Η μορφή ταξινόμησης της νοητικής καθυστέρησης είναι αυτή που χρησιμοποιούμε με βάση το δείκτη νοημοσύνης:

Πίνακας 1.1: Δείκτης Νοημοσύνης

Ελαφρά Νοητική Υστέρηση	Δ.Ν 50-55 έως 70
Μέτρια Νοητική Υστέρηση	Δ.Ν 35-40 έως 50 -55
Σοβαρή Νοητική Υστέρηση	Δ.Ν 20-25 έως 35- 40
Βαριά Νοητική Υστέρηση	Δ.Ν κάτω από 20-25
Όταν υπάρχει ενδεχόμενο για μια απροσδιόριστη μορφή νοητικής καθυστέρησης η νοημοσύνη του ατόμου δεν μπορεί να μετρηθεί μόνο με τα σταθμισμένα τεστ	

1.1.3 Χαρακτηριστικά ατόμων με νοητική καθυστέρηση

Ελαφρά Νοητική Καθυστέρηση

Αποτελεί την πολυπληθέστερη ομάδα ανάμεσα στα άτομα με νοητική καθυστέρηση (85%). Μια από τις κυριότερες αιτίες είναι η κοινωνικοπολιτισμική αποστέρηση, εξαιτίας του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας (Παρασκευόπουλος,1980). Μόνο ένα μικρό ποσοστό της ομάδας αυτής (10%-20%) έχει αναγνωρισθεί ότι έχει οργανικές παθολογίες. Η διάγνωση της σπάνια γίνεται στην προσχολική ηλικία, αν και φαίνονται τα παιδιά αυτά να παρουσιάζουν ήδη κάποιες δυσκολίες. Η είσοδος τους στο δημοτικό σχολείο σηματοδοτεί και την αναγνώριση τους. Το ύψος και το βάρος τους δεν παρουσιάζει διαφορές από των φυσιολογικών ατόμων. Όμως εξαιτίας της ύπαρξης περισσότερων νευρολογικών προβλημάτων η φυσική και η κινητική τους κατάσταση είναι λίγο πιο χαμηλό (Πολυχρονοπούλου,1995).

Μπορεί να παρουσιαστούν βλάβες στην ακοή, στην όραση ή και στον συντονισμό των κινήσεων τους, οι περιπτώσεις, όμως αυτές δεν είναι πολύ συχνές. Είναι πιθανόν να παρουσιαστούν ελαφρές διαταραχές του λόγου ή της ομιλίας. Κατανοούν τα περισσότερα μαθήματα του δημοτικού σχολείου ή τουλάχιστον των περισσότερων τάξεων του δημοτικού. Προσαρμόζονται κοινωνικά, έτσι που να μπορούν να είναι ανεξάρτητοι μέσα στην κοινωνία. Επιτυγχάνουν επαγγελματικές δεξιότητες, όμως μπορεί να χρειάζονται επίβλεψη και βοήθεια (Πολυχρονοπούλου,1995).

Μέτρια Νοητική Καθυστέρηση

Οφείλεται κυρίως σε βιολογικά αίτια, καθώς και σε ατυχήματα, τραυματισμούς ή μολυσματικές ασθένειες κατά την ενδομήτρια, την περιγεννητική, την βρεφική ή και τη νηπιακή περίοδο. Έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος, σωματική κατασκευή, χαρακτηριστικά

προσώπου) και τη διάγνωση μπορεί να γίνει από τη βρεφική ή την πρώτη παιδική ηλικία. Αποτελεί το 10% του πληθυσμού των ατόμων με νοητική καθυστέρηση.

Εξ αιτίας βλαβών ή διαταραχών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα η κινητική τους ικανότητα είναι φτωχή και χαρακτηρίζεται από προβλήματα τόσο στην αδρή, όσο και στη λεπτή κινητικότητα. Παρουσιάζουν περισσότερα και σοβαρότερα προβλήματα στην ακοή, όραση, στο λόγο και στην ομιλία (προβλήματα άρθρωσης, φτωχό λεξιλόγιο, τηλεγραφικός λόγος, χαμηλό επίπεδο κατανόησης εννοιών, φτωχή ακουστική διάκριση, προβλήματα στην γραμματικοσυντακτική δομή). Καταφέρουν, παρόλα αυτά να αποκτήσουν τις στοιχειώδεις σχολικές δεξιότητες, όπως ανάγνωση, γραφή απλών φράσεων ή μικρών κειμένων ή απλές αριθμητικές πράξεις

Στον κοινωνικό τομέα μπορούν να επιτύχουν κάποιο βαθμό κοινωνικής υπευθυνότητας, να αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, να ντύνονται, να τρώνε και να προστατεύσουν τον εαυτό τους από συνηθισμένους κινδύνους στο σπίτι να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του σπιτιού και να συνεργάζονται με τα άλλα άτομα γύρω τους (Πολυχρονοπούλου, 1995).

Σοβαρή Νοητική Καθυστέρηση

Αποτελούν συνήθως το 3%- 4% του πληθυσμού της νοητικής καθυστέρησης. Οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά σε βιολογικά αίτια, δεν αποκλείονται, όμως, ατυχήματα ή ασθένειες κατά την προγεννητική, την περιγεννητική ή τη μεταγεννητική περίοδο (Πολυχρονοπούλου, 1995).

Όλα τα άτομα σχεδόν έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά και συνήθως συνοδεύεται από σοβαρά προβλήματα όπως εγκεφαλική παράλυση, απώλεια ακοής ή όρασης και συναισθηματικών διαταραχών.

Στα άτομα αυτά ο λόγος τους είναι πολύ στοιχειώδης και συνοδεύεται από προβλήματα άρθρωσης. Μπορούν να ωφεληθούν μέχρι ενός περιορισμένου σημείου από τη διδασκαλία προ-ακαδημαϊκών αντικειμένων, όπως η οικειότητα με το αλφάβητο ή την απλή αρίθμηση. Τα εκπαιδευτικά τους προγράμματα

στοχεύουν στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ελεγχόμενο περιβάλλον (Πολυχρονοπούλου, 1995).

Βαριά Νοητική Καθυστέρηση

Με νοητική καθυστέρηση έχουν διαγνωσθεί το 1% - 2% των ατόμων. Οι περισσότεροι έχουν ένα διαγνωσμένο νευρολογικό πρόβλημα, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη νοητική καθυστέρηση (Πολυχρονοπούλου, 1995).

Τα εκπαιδευτικά τους προγράμματα, όπως στη σοβαρή καθυστέρηση, στοχεύουν στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον (Κυπριωτάκης, 2000).

Απροσδιόριστη Νοητική Καθυστέρηση

Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης ως απροσδιόριστη, θα πρέπει να χρησιμοποιείται, όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης νοητικής καθυστέρησης, αλλά το άτομο δε μπορεί να εξεταστεί ευτυχώς από τα σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης. Αυτό μπορεί να συμβαίνει σε παιδιά, έφηβους και ενήλικες, που είναι ιδιαίτερα ανίκανοι ή μη συνεργάσιμοι, ώστε να εξεταστούν ή σε βρέφη, που υπάρχει κλινική κρίση σημαντικά χαμηλής νοητικής λειτουργίας, αλλά τα διαθέσιμα τεστ (όπως κλίμακα Bayley για τη βρεφική ανάπτυξη, κλίμακα Cattell για τη βρεφική νοημοσύνη, κ.α.) δεν αποφέρουν μέτρησης της νοημοσύνης. Γενικά, όσο πιο μικρή είναι η ηλικία, τόσο πιο δύσκολο είναι να εκτιμηθεί η ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης, εκτός από τις περιπτώσεις με βαριές αναπηρίες (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 1994).

1.1.4 Αίτια της Νοητικής Υστέρησης

Η νοητική υστέρηση με την κληρονομικότητα Tregold (1937) είχε συχετισθεί κατά τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Αργότερα, ο Sarason (1953) υποστήριξε ότι ο κληρονομικός παράγοντας δεν είναι καθοριστικό αίτιο της νοητικής υστέρησης και πρέπει να υπάρχουν αποδείξεις για αυτή την άποψη και όχι να εικάζεται. Κάποιες έρευνες οι οποίες διεξήχθησαν από τους Newman, Freeman και Holzinger (1937), έδειξαν πόσο σημαντικό ρόλο παίζει το περιβάλλον και την επίδραση που ασκεί στην πρόκληση της νοητικής υστέρησης. Ο Kirk (1958) απέδειξε ότι η νοητική υστέρηση συσχετίζεται άμεσα από κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες.

Παιδιά των οποίων έχουν μικρή ή μεγάλη νοητική ανεπάρκεια, έχουν μεγάλες πιθανότητες να κληρονομήσουν νοητική υστέρηση. Επιπροσθέτως, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν την αρνητική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της νοημοσύνης. Τα παιδιά χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων δεν έχουν κίνητρα για μια καλή επίδοση στις σταθμισμένες δοκιμασίες της νοημοσύνης και αυτό οδηγεί σε βαθμολογίες που εμπίπτουν στην περιοχή της ελαφριάς νοητικής υστέρησης (Τσιάντης, 1988).

Γενικά δεν είναι γνωστά τα αίτια της νοητικής υστέρησης, επίσης το 30% - 40% είναι άγνωστης αιτιολογίας. Τα αίτια μπορεί να είναι προγεννητικά, περιγεννητικά, η μεταγεννητικά.

❖ Στην προγεννητική περίοδο διάφοροι παράγοντες μπορεί να δράσουν στην νοητική εξέλιξη του εμβρύου, όπως η ασυμβατότητα του Rhesus μητέρας – παιδιού, ερυθρά, κληρονομική σύφιλη, χρήση φαρμάκων από τη μητέρα, χρήση ναρκωτικών και εξαρτησιογόνων ουσιών ή χρήση αλκοόλ, οι ακτινοβολίες, η μεγάλη ηλικία της μητέρας, ο υποσιτισμός της εγκύου, η συγγενής τοξοπλάσμωση, η έλλειψη ερυθρών αιμοσφαιρίων από το αίμα της μητέρας, η συγγένεια του αίματος των γονέων, καρδιακές και ψυχικές ασθένειες των γονέων, τραυματισμοί κατά την κύηση, μολυσματικές ασθένειες, υπερθυροειδισμός ή υποθυροειδισμός (Κρασανάκης, 1989).

❖ Περιγεννητικά αίτια της νοητικής υστέρησης μπορεί να είναι ένας δύσκολος ή πρόωρος τοκετός περιγεννητική ασφυξία, ανοξία ή νευροτοξικότητα με Hexschlorophen, τραύμα στο κεφάλι ή τον εγκέφαλο κατά τον τοκετό (Βασιλείου, 1998).

❖ Μεταγεννητικά αίτια της νοητικής είναι δηλαδή οι αρνητικές συνέπειες που μπορεί να υπάρχουν μετά τη γέννηση του παιδιού. Διότι δεν αποκλείεται το γεγονός παρότι το παιδί να έχει γεννηθεί φυσιολογικό και χωρίς κάποιο αρνητικό κληρονομικό αργότερα κατά την τη ανάπτυξη του παιδιού να εμφανιστούν στοιχεία χαμηλής νοητικής ικανότητας. Στα μεταγεννητικά αίτια μπορούμε να εντάξουμε όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν ή και ανακόπτουν την ομαλή ανάπτυξη του νευρικού συστήματος..

Φαίνεται έτσι καθαρά η σπουδαιότητα της κατηγορίας αυτής των αιτίων νοητικής ανεπάρκειας είναι μεγάλη. Αυτό μπορούν να το βεβαιώσουν οι παιδίατροι, παιδοψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί και ειδικοί παιδαγωγοί. Οι πιο βασικοί παράγοντες της νοητικής ανεπάρκειας είναι :

1. Ασθένειες
2. Τραύματα
3. Κακή Διατροφή
4. Δηλητηριάσεις
5. Ελαττωματικά αισθητήρια όργανα
6. Ενδοκρινικές ανωμαλίες
7. Ακατάλληλο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον

1.2 Διαγνωστικά Κριτήρια – Κλινικό Προφίλ

1.2.1 DSM –IV –TR Νοητική Καθυστέρηση

1. Πνευματική λειτουργία σημαντικά κατώτερη από το μέσο όρο IQ ίσο περίπου με 70 ή λιγότερο σε άτομα που έχει υποβληθεί σε τεστ νοημοσύνη (στα βρέφη, κλινική κρίση, ότι πνευματική λειτουργία είναι σημαντικά κατώτερη από το μέσο όρο).

2. Συνυπάρχουν ελλείμματα ή έκπτωση της παρούσας προσαρμοστικής λειτουργίας (δηλαδή της αποτελεσματικότητας του ατόμου να ανταποκριθεί στις σταθερές που αναμένονται για τη ηλικία του από την πολιτιστική του ομάδα) σε τουλάχιστον δυο από τις ακόλουθες περιοχές:

- Επικοινωνία, Αυτοεξυπηρέτηση
- Διαβίωση στο σπίτι
- Κοινωνικές / Διαπροσωπικές δεξιότητες
- Χρήση των κοινοτικών πηγών
- Αυτονομία
- Λειτουργικές σχολικές δεξιότητες
- Εργασία
- Ελεύθερος χρόνος
- Υγεία και Ασφάλεια

3. Έναρξη πριν από την ηλικία των 18 ετών

Κωδικοποίηση με βάση το βαθμό ή τη βαρύτητα του αντίστοιχου επιπέδου πνευματικής έκπτωσης:

317 Ήπια Νοητική Καθυστέρηση:

Επίπεδο IQ 50-55 έως περίπου 70

318.0 Μέτρια Νοητική Καθυστέρηση:

Επίπεδο IQ 35-40 έως 50-55

318.1 Βαριά Νοητική Καθυστέρηση:

Επίπεδο IQ 20-25 έως 35-40

318.2 Βαθιά Νοητική Καθυστέρηση :

Επίπεδο IQ 20 ή 25

319 **Νοητική Καθυστέρηση, Απροσδιόριστη Βαρύτητα**, όταν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις νοητικής καθυστέρησης, αλλά η νοημοσύνη δεν μπορεί να μετρηθεί με σταθμισμένες δοκιμασίες (π.χ. σε άτομα εξαιρετικά διαταραγμένα ή μη συνεργάσιμα και σε βρέφη).

1.2.1.1 Διαγνωστικά κριτήρια μέτρησης της νοημοσύνης

1. Ομαδικά και ατομικά τεστ
2. Μονοφασικά τεστ
3. Κριτήρια Γενικής Νοημοσύνης
4. Νοητική ηλικία, δείκτης νοημοσύνης και ατομικά πολυπαραγοντικά κριτήρια νοομετρικού ελέγχου
5. Δείκτης νοημοσύνης και Δ.Ν τυπικής απόκλισης

1.2.1.2 Κλίμακες νοομετρικού ελέγχου Wechsler

Ένας μεγάλος αριθμός κλινικών και εκπαιδευτικών ψυχολόγων, χρησιμοποιεί τις κλίμακες Wechsler προκειμένου να εκτιμήσουν το νοητικό επίπεδο και να παραπέμψουν τα συγκεκριμένα άτομα στην κατάλληλη εκπαίδευση.

Οι κλίμακες Wechsler διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

1. WPPSI: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, για παιδιά 4-6 ½ ετών
2. WISC: Wechsler Intelligence Scale for Children, για παιδιά 5-16 ετών
3. WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, για ενήλικες

1.2.2 Κλινικό προφίλ παιδιού με νοητική υστέρηση

Ο Αμερικανός ψυχολόγος Edgar επινοητής της κλίμακας Vineland Social Maturity Scale, διατύπωσε το 1941 τα χαρακτηριστικά της νοητικής υστέρησης. Συγκεκριμένα υποστηρίζει:

- Το άτομο με νοητική ανεπάρκεια είναι κοινωνικά ανίκανο, δηλαδή παρουσιάζει ανεπάρκεια στις κοινωνικές και επαγγελματικές του δραστηριότητες και γενικά σ' όλο το φάσμα της κοινωνικής προσαρμοστικότητας.
- Η γνωστική εξέλιξή του βρίσκεται κάτω του φυσιολογικού επιπέδου.

- Η νοητική υστέρηση εμφανίζεται χρονικά από τη γέννηση ή πολύ νωρίς στην παιδική ηλικία.
- Η κοινωνική του ανωριμότητα συνεχίζεται και μετά την παιδική ηλικία, σ' όλη του τη ζωή.
- Η νοητική υστέρηση οφείλεται σε οργανικά αίτια
- Παραμένει ανίατη

Τα χαρακτηριστικά αυτά σχεδόν καλύπτουν τις διαστάσεις του προβλήματος διότι, τα τρία τελευταία κριτήρια έχουν σοβαρότητα αμφισβητηθεί. Σήμερα είναι πια βεβαιωμένο ότι η νοητική υστέρηση οφείλεται και σε περιβαλλοντικά αίτια.

Εξαιτίας των δυσλειτουργιών που διατρέχει το γνωστικό τους σύστημα, άτομα με νοητική υστέρηση, αντιμετωπίζουν αρκετές γνωστικές δυσκολίες, από τις οποίες κάποιες αντιμετωπίζονται, κάποιες παραμένουν.

Άτομα με νοητική υστέρηση, στην ευρύτερη κοινωνία θεωρούνται ως ανίκανα να αναλάβουν τις πράξεις τους, να πάρουν διάφορες αποφάσεις για τη ζωή τους, να κάνουν επιλογές όπως θα έκανε ο κάθε ένας σε θέματα που αφορούν κατοικία, εργασία, σπουδές, επιλογή συντρόφου, κλπ.

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα περισσότερα παιδιά με Ν.Υ. έχουν ελάχιστη, σχεδόν καθόλου εμπιστοσύνη στον εαυτό τους κι ότι τείνουν να ζητούν συνέχεια βοήθεια των άλλων ακόμα και σε θέματα που μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι τους. Έχουν χαμηλά κίνητρα για μάθηση και πτωχή ικανότητα αυτό-ρύθμισης (Stavroussi, Papalexopoulos & Vavougiotis, 2010).

Λόγο του χαμηλού δείκτη νοημοσύνης θεωρούνται ανίκανοι να αναπτύξουν δεξιότητες που αναπτύσσουν τα υπόλοιπα άτομα. Εξαιτίας της δυσλειτουργίας που διατρέχει το γνωστικό τους σύστημα αντιμετωπίζουν πολλές γνωστικές δυσκολίες:

- Προσοχή
- Ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών
- Μνήμη-Εύρος μνήμης
- Οργάνωση των πληροφοριών και χρήση της λογικής
- Γνωσιακή βάση

ο Μεταγνώση

Τα παιδιά με νοητική υστέρηση χαρακτηρίζονται από αγχώδη, παρορμητική και προβληματική συμπεριφορά, παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων. Δεν λαμβάνουν, ούτε αποκωδικοποιούν πάντα σωστά τα εξωτερικά ερεθίσματα και γι αυτό το λόγο, εκδηλώνουν επιθετικότητα, παθητικότητα ή φοβίες. Καθοριστικό ρόλο παίζουν οι σχέσεις με τους συνομηλικούς και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον. Όταν ασκούν θετική επιρροή, είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την ομαλή ψυχική ανάπτυξη του παιδιού.

Πρέπει να σημειώσουμε, πως το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων με νοητική υστέρηση, παρουσιάζει ελαφρά νοητική υστέρηση. Κάποια από αυτά τα άτομα προέρχονται από κάποιο στερητικό οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο περιβάλετε από χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό επίπεδο και πολιτισμική αποστέρηση. Τα συγκεκριμένα παιδιά αδυνατούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της κοινωνίας, πράγμα που εντείνει τη σύγκρουση με το περιβάλλον τους. Έτσι έχουμε παιδιά με προβλήματα προσαρμογής και ακατάλληλα ή παράνομα μέσα άμυνας (ψέμα, επιθετικότητα, κλοπή, φοβίες κ.α.).

Στα παιδιά με σοβαρή νοητική υστέρηση αυτά τα χαρακτηριστικά οφείλονται κυρίως στο χαμηλό βαθμό νοημοσύνης τους. Καθώς τους είναι αδύνατο να αντιληφθούν και να ερμηνεύσουν σωστά τα εξωτερικά ερεθίσματα. Για παράδειγμα, κάποια εμφάνιση ενός αγνώστου μπορεί να την εκλάβουν ως απειλή και να εκδηλώσουν συμπτώματα επιθετικότητας ή φοβίας.

Βιολογικοί παράγοντες που συνδέονται με το ίδιο το γεγονός της μειωμένης νοητικής δυνατότητας και συχνά δυσμενείς ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, μέσα από ποικίλες συνδυασμούς και αλληλεπιδράσεις, καθιστούν τα καθυστερημένα άτομα πιο ευάλωτα στις ψυχιατρικές διαταραχές» (Καρανάνος, 1992).

Η διεθνής έρευνα, έχει αποδείξει ότι τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά έχουν γενική δυσκολία της γνωστικής λειτουργίας. Η ανάπτυξη τους ακολουθεί σχεδόν τα ίδια εξελικτικά στάδια με αυτά των φυσιολογικών παιδιών. Ο ρυθμός ανάπτυξης όμως είναι βραδύτερος, με αποτέλεσμα να μην ολοκληρώνεται η

πνευματική τους ανάπτυξη. Η επιβράδυνση του ρυθμού είναι ευθέως ανάλογη της αύξησης του βαθμού της νοητικής υστέρησης. Έτσι έχουμε παιδιά που αναπτύσσονται με το 1/3 του ρυθμού των συνηθισμένων παιδιών και άλλα με το 1/2.

Το προφίλ ενός παιδιού με ελαφρά νοητική υστέρηση διανύει ομαλά το σχολικό πρόγραμμα και αντιστοιχεί με το προφίλ ενός συνηθισμένου παιδιού της ίδιας περίπου πνευματικής ηλικίας. Το προφίλ ενός παιδιού με σοβαρή νοητική υστέρηση συγκρινόμενο με ένα φυσιολογικό παιδί, μπορεί να παρουσιάσει ομαλές διακυμάνσεις που αποκαλύπτουν τις ποιοτικές τους διαφορές. Έτσι, κατανοούμε πως τα ελαφρά καθυστερημένα παιδιά αναπτύσσονται πιο ομαλά, περνώντας από τα ίδια αναπτυξιακά στάδια ενός συνηθισμένου παιδιού με τη διαφορά ότι τα περνούν σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ στα σοβαρά καθυστερημένα παιδιά, η ανάπτυξή τους επηρεάζεται κατευθείαν από την οργανική αιτία της νοητικής τους καθυστέρησης (εγκεφαλικό τραύμα, χρωμοσωμική ανωμαλία, κ.ά.)

Είναι γνωστό ότι τα παιδιά με νοητική υστέρηση γεύονται από νωρίς την απόρριψη και την αποτυχία, οι οποίες έχουν αρνητικές επιπτώσεις στο ενδιαφέρον του για μάθηση. Όσον αφορά λοιπόν την μάθηση και την καλλιέργεια των ατόμων αυτών, καθίσταται αναγκαία η παροχή πολλών πληροφοριών για άσκηση και εμπέδωση των εννοιών που θα λαμβάνει συνεχώς. Ο σχεδιασμός εξατομικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την αναγνωστική ετοιμότητα και την αντιμετώπιση των αναγνωστικών προβλημάτων αυτών των ατόμων είναι απαραίτητος. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του τη συναισθηματική, κοινωνική, γνωστική και αντιληπτική ανάπτυξη του παιδιού. Τέλος λόγω ότι οι αποτυχίες έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογία και το ενδιαφέρον του παιδιού για μάθηση, θα πρέπει να το επαινούν συχνά γονείς και δάσκαλοι για να συνεχίσει να αγωνίζεται για την επιτυχία.

1.2.3 Ορισμός μικροκεφαλίας

Μικροκεφαλία ονομάζεται η κατάσταση στην οποία η περίμετρος της κεφαλής (ΠΚ) είναι μικρότερη από τον μέσο όρο μείον δύο σταθερές αποκλίσεις ή από την 2η εκατοστιαία θέση για την ηλικία και το φύλο. Απαραίτητη προϋπόθεση φυσικά για να διαπιστωθεί η πάθηση είναι η σωστή μέτρηση της ΠΚ με πλαστική μεζούρα και η χρήση των κατάλληλων διαγραμμάτων (πρόωρα, αγόρια, κορίτσια).

Υπάρχει διάσταση απόψεων μεταξύ των επιστημόνων για τον ορισμό της μικροκεφαλίας, επειδή μπορεί να συμβαίνει από τη γέννηση ενός εμβρύου, μπορεί όμως και να σταματήσει να μεγαλώνει το κεφάλι του παιδιού κατά τους πρώτους μήνες ή τα πρώτα χρόνια της ζωής του (Abuelo, 2007).

1.2.3.1 Νευρογνωστικό και συμπεριφορικό προφίλ παιδιών με μικροκεφαλία

Οι κλινικές εκδηλώσεις που συνοδεύουν τη μικροκεφαλία είναι επίσης ποικίλες. Όσον αφορά στην πρόγνωση, το 90% των ζώντων παιδιών που γεννιούνται με μικροκεφαλία παρουσιάζουν πνευματική υστέρηση. Γενικά έχουμε νοημοσύνη χαμηλότερη του μέσου όρου, όχι όμως πάντα. Σε άλλες περιπτώσεις εμφανίζονται και σοβαρότερα νευρολογικά προβλήματα όπως σπαστικότητα και επιληψία (ανθεκτική).

Συγκεντρωτικά, θα λέγαμε ότι ανάλογα με τη σοβαρότητα του συνοδευτικού συνδρόμου, παιδιά με μικροκεφαλία μπορεί να έχουν:

- **Νοητική υστέρηση**
- Καθυστέρηση κινητικών λειτουργιών
- Καθυστέρηση στην ομιλία
- Μαθησιακές δυσκολίες
- Κάποια παιδιά θα έχουν μόνο ήπιες μαθησιακές δυσκολίες
- Δυσκολίες με το συντονισμό
- Υπερκινητικότητα
- Εγκεφαλική παράλυση

- Επιληπτικές κρίσεις
- Δυσκολίες με την ισορροπία
- Άλλες νευρολογικές διαταραχές
- Προβλήματα στην όραση
- Στρεβλώσεις του προσώπου
- Νανισμό ή κοντό ανάστημα
- Κύρτωση / καμπούριασμα της πλάτη
- Καρδιαγγειακά νοσήματα
- Επιθετική συμπεριφορά
- Οξυθυμία

Άλλα παιδιά που κατά τα άλλα μεγαλώνουν και ανταπτύσσονται κανονικά θα έχουν κανονικό δείκτη νοημοσύνης, θα συνεχίζουν να αναπτύσσονται φυσιολογικά και θα έχουν τις ίδιες ικανότητες με τα συνομήλικα παιδιά (Abuelo, 2007).

1.2.3.2 Σύνδεση μικροκεφαλίας με άλλα σύνδρομα

Το Σύνδρομο Angelman διαταραχή με συχνότητα 1 στις 20.000 γεννήσεις. Τα τυπικά κλινικά χαρακτηριστικά που εμφανίζει η πλειοψηφία των ασθενών με σύνδρομο Angelman, πριν από την ηλικία των 3 ετών, περιλαμβάνουν:

- **Σοβαρή αναπτυξιακή και νοητική καθυστέρηση.**
- Διαταραχές του λόγου.
- Κινητικά προβλήματα ή προβλήματα ισορροπίας (κυρίως αταξικό βάδισμα).
- **Μικροκεφαλία, πιο συγκεκριμένα επίπεδο το πίσω μέρος της κεφαλής.**
- Επιληπτικές κρίσεις.

Επίσης, οι ασθενείς με σύνδρομο Angelman παρουσιάζουν ένα τυπικό προφίλ συμπεριφοράς, το οποίο διακρίνεται από συχνά και αναίτια ξεσπάσματα γέλιου και χαρακτηριστικές αταξικές κινήσεις των χεριών “Happy puppet” syndrome (www.noesi.gr).

1.2.4 Συνοδά προβλήματα που εμφανίζει η νοητική υστέρηση

Ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων, μπορεί να είναι αποτέλεσμα της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν στην επεξεργασία ερεθισμάτων και των συναισθημάτων τους, ή να είναι αποτέλεσμα άλλων οργανικών ή αισθητηριακών διαταραχών. Πάντως, το είδος των προβλημάτων που παρουσιάζονται ποικίλοι ανάλογα με το βαθμό της νοητικής υστέρησης (Κοντοπούλου, 2007)

Επικρατεί επίσης η άποψη ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση εμφανίζουν ψυχοπαθολογίες, συχνότερα απ' ό,τι οι πληθυσμιακές ομάδες χωρίς νοητική υστέρηση. Εκτιμάται μάλιστα ότι η συχνότητα εμφάνισης συναισθηματικών προβλημάτων και δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών στα παιδιά με νοητική υστέρηση είναι 4 – 6 φορές υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Borthwick – Duffy, 1994; McLean, 1993). Αυτή, όμως, η δήλωση πρέπει να διατυπώνεται με επιφύλαξη λόγω των πολλών δυσκολιών που παρουσιάζει η μέτρηση της ψυχοπαθολογίας σε ομάδες ατόμων με νοητική υστέρηση (Reiss, Levitan & Szyszko, 1982).

Η νοητική υστέρηση ενδέχεται να μην ενυπάρχει μόνη της στο άτομο, αλλά να συνοδεύεται από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Στην περίπτωση αυτή γίνεται χρήση και της φαρμακοθεραπείας για να αντιμετωπιστούν σύννοδα συμπτώματα όπως μπορεί να είναι η επιθετικότητα ή συννόσηρη ψυχική διαταραχή – κατάθλιψη, που μπορεί να έχει προκληθεί εξαιτίας της αδυναμίας αυτών στις διάφορες καθημερινές προκλήσεις, αλλά και διαφόρων ειδών ψυχώσεων και ασθενειών που μπορεί να έχουν (Barlow & Durand, 2001).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα συνοδά προβλήματα αφορούν τη συννοσηρότητα. Ο όρος συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ, 1995) ως η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μίας διαταραχής οφειλόμενης σε μία άλλη ψυχιατρική ή αναπτυξιακή διαταραχή.

Τα παιδιά με νοητική υστέρηση αντιμετωπίζουν συχνά και άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες καθώς και διάφορα προβλήματα σωματικής υγείας.

Υπολογίζεται ότι το 10-40% των παιδιών με νοητική υστέρηση αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια επιπλέον αναπτυξιακή δυσκολία (Nesu, Nesu, & Gill – Weiss, 1992).

Οι διαταραχές λόγου και ομιλίας, οι διαταραχές στην προσοχή, η επιληψία, οι νευρομυικές, ψυχοκινητικές διαταραχές, οι ψυχώσεις, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις είναι ορισμένα μόνο από τα συνοδά προβλήματα που εμφανίζονται συχνά στα παιδιά με νοητική υστέρηση (Γκαλλάν & Γκαλλάν 1997, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002; Κουτσούκη, 1997, Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με τους Volkmar, Burack & Cohen (1990), στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, πρόκειται για συνύπαρξη μορφών προβληματικής συμπεριφοράς, και όχι για συνύπαρξη άλλης διαταραχής. Υποστηρίζουν ότι, οι διάφορες μορφές προβληματικής συμπεριφοράς αναπτύσσονται, στη βάση της νοητικής υστέρησης αλλά, και των κοινωνικών και γνωστικών αδυναμιών, που χαρακτηρίζουν αυτά τα άτομα.

Οι πιο συχνές συνοδές διαταραχές της νοητικής υστέρησης, είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, οι Διαταραχές Διάθεσης, οι Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης, η Διαταραχή Στερεοτυπικών Κινήσεων, καθώς και οι ψυχικές Διαταραχές, οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση. Συχνό είναι επίσης, το φαινόμενο, λόγω έλλειψης επικοινωνιακών δεξιοτήτων, να υπάρχει δυσκολία στη συλλογή ενός ικανοποιητικού ιστορικού, και έτσι η διάγνωση να ανήκει στη κατηγορία, της νοητικής υστέρησης μη προσδιοριζόμενης αλλιώς (Μάνου, 1997).

Σημαντικότερο ωστόσο, χαρακτηριστικό των παιδιών με αναπηρία και κυρίως των παιδιών με νοητική υστέρηση, είναι ότι επηρεάζει τη μαθησιακή διαδικασία και τα αποτελέσματα της εκπαίδευσής τους γιατί είναι οι περιορισμένες γνωστικές δεξιότητες που διαθέτουν. Ο περιορισμός αυτός είναι κυρίως αισθητός στην περιοχή της ακαδημαϊκής εργασίας (Χρηστάκης, 2002).

Όσο αναφορά το γνωστικό τομέα ένα από τα προβλήματα της νοητικής υστέρησης, είναι η μειωμένη ικανότητα για μάθηση. Η νοητική υστέρηση η

οποία συχνά προϋπάρχει από τη γέννηση του παιδιού, συνήθως γίνεται η διάγνωση οριστικά όταν το παιδί αρχίζει να παρουσιάζει δυσκολίες στο σχολείο. Τα παιδιά συνήθως εμφανίζουν δυσκολίες στις δραστηριότητες που αφορούν τα μαθήματα τους. Όταν η δυσκολία στη μάθηση είναι μικρή μπορεί να μην εντοπιστεί στην καθημερινή ομιλία, μπορεί να εμφανίσει προβλήματα στη ενέργεια μνήμης. Αν παρουσιάζει το παιδί σοβαρό πρόβλημα στη μάθηση τότε αυτό πιθανόν θα έχει επηρεάσει και τη γραφή, τη συζήτηση, την ικανότητα οργάνωσης και συγκέντρωσης του.

Επισημαίνοντας παρουσιάζονται διαφορές στο ρυθμό ανάπτυξης, ο οποίος είναι βραδύτερος νοητικά υστερημένα άτομα, με αποτέλεσμα η πνευματική τους ανάπτυξη, να μην ολοκληρώνεται και να μη φτάνουν τελικά τα ανώτερα πνευματικά στάδια, που αντιστοιχούν στην ηλικία τους. Η επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης είναι ευθέως ανάλογη, της αύξησης του βαθμού της νοητικής υστέρησης. Τα ελαφρά υστερημένα παιδιά αναπτύσσονται ομαλά, περνώντας τα ίδια στάδια ανάπτυξης με ένα φυσιολογικό παιδί με τη διαφορά όμως ότι τα περνούν σε μεγαλύτερη ηλικία. Αντίθετα, τα σοβαρά υστερημένα παιδιά, έχουν βραδύτερη ανάπτυξη, η οποία επηρεάζεται άμεσα από την οργανική αιτία της νοητικής υστέρησης (Πολυχρονοπούλου,2001).

Άτομα με βαριά νοητική υστέρηση διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο από τις επιπλοκές που οφείλονται σε διαταραχές κατάποσης. Η θνησιμότητα στα άτομα αυτά πιο συχνά οφείλεται σε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Σε αυτό το πληθυσμό υπάρχουν αρκετές ανωμαλίες στο μηχανισμό της κατάποσης, όπως είναι η παρατεταμένη προπαρασκευαστική και προωθητική φάση του στοματικού σταδίου, η δυσλειτουργία της γλώσσας και η καθυστέρηση της ενεργοποίησης του αντανακλαστικού της κατάποσης, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη φαρυγγική κατάποση. Η καθυστέρηση στην ενεργοποίηση του αντανακλαστικού της κατάποσης αυξάνει τον κίνδυνο εισρόφησης, δεδομένου ότι η γλωττίδα παραμένει ανοιχτή μέχρι να ολοκληρωθεί η κατάποση και ο βλωμός μπορεί να φτάσει στο λάρυγγα πρόωρα. Η θεραπεία σε αυτό το πληθυσμό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη την περιορισμένη ικανότητα των ασθενών αυτών να συνεργάζονται με θεραπευτικές τεχνικές (Helfrich-Miller, Rector & Starka, 1986).

1.3 Αντιμετώπιση-Μορφές παρέμβασης

Η νοητική υστέρηση, είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από νοητική ανεπάρκεια και χρονολογείται χωρίς αμφιβολία από τα πρώτα χρόνια της ιστορίας του ανθρώπινου είδους. Άτομα με αδυναμίες προσαρμογής στις απαιτήσεις της κοινωνίας αναγνωρίστηκαν και περιγράφηκαν προφορικά και γραπτά στην αρχαία 30 εποχή από Εβραίους, Έλληνες και Ρωμαίους, στη Μεσαιωνική Ευρώπη, αλλά και σε όλες τις σύγχρονες κοινωνίες (Πολυχρονοπούλου, 2003).

Η στάση μιας ολόκληρης κοινωνίας απέναντι στα άτομα με διαταραχές διαφέρει από εποχή σε εποχή και από κοινωνία σε κοινωνία. Παλιότερα οι κοινωνίες απλά αγνοούσαν τα συγκεκριμένα παιδιά, τα καταδίωκαν ή τα θανάτωναν. Τα τελευταία χρόνια και συγκεκριμένα μετά τον παγκόσμιο πόλεμο παρατηρείται μια έντονη επιθυμία για μια πλήρη αποδοχή των ατόμων με διαταραχές και ενδιαφέρον για την παροχή συστηματικής βοήθειας, έτσι ώστε να μπορέσουν να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο όσο πιο ομαλά είναι δυνατό. Στις μέρες μας παρατηρείται διεθνώς μια προσπάθεια εκπαίδευσης των ατόμων αυτών και ανάπτυξης των ικανοτήτων τους με σκοπό να γίνουν κοινωνικά αποδεκτά και να αποκατασταθούν. Μετά από μια μεγάλη περίοδο, στην οποία ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης θεωρούνταν η ιδρυματική πρόνοια, βρισκόμαστε σήμερα σε μια περίοδο αισιοδοξίας στην οποία επικρατεί η πεποίθηση, ότι με την κατάλληλη αγωγή και άσκηση, είναι δυνατόν τα άτομα αυτά να γίνουν οικονομικά και κοινωνικά ανεξάρτητα, ολικά ή μερικά. Έτσι, από την απομόνωση και την ιδρυματική προστασία, φτάσαμε σήμερα στην εποχή που διεθνώς επιδιώκεται η ομαλοποίηση, δηλαδή η παροχή συστηματικής βοήθειας και φροντίδας, ώστε τα άτομα αυτά να ζήσουν, όσο βέβαια επιτρέπουν οι ικανότητες του κάθε ατόμου, μέσα στο κοινωνικό σύνολο με τους συνανθρώπους τους.

Από τις βαθμίδες των παιδιών με νοητική υστέρηση, όλες οι εκπαιδευτικές προσπάθειες επικεντρώνονται στα παιδιά τα οποία έχουν ήπια νοητική καθυστέρηση (εκπαιδεύσιμα), υποστηρίζεται πως αν αντιμετωπιστούν έγκαιρα και με τα κατάλληλα προγράμματα, μπορούν να εκπαιδευτούν, να ενταχθούν ομαλά στην κοινωνία και να ζήσουν ανεξάρτητα. Η νοητική ανάπτυξη αυτών των παιδιών ακολουθεί πορεία ανάλογη με των κανονικών παιδιών. Υπάρχουν,

όμως κάποιες διαφορές κυρίως στο τελικό επίπεδο ανάπτυξης. Παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα στις ανώτερες νοητικές λειτουργίες. Στις μέρες μας πιστεύεται ότι με την πρώιμη παρέμβαση είναι αρκετά πιθανό να φτάσουν στο ανώτερο δυνατό σημείο της νοητικής τους ανάπτυξης, στο μισό έως τα τρία τέταρτα του κανονικού. Αυτός είναι ο λόγος που αναπτύχθηκαν πολλά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης.

Η στενή συνεργασία της οικογένειας και του σχολείου έχει αναμφισβήτητη σημασία για την επίλυση του έργου, της αγωγής και εκπαίδευσης που επιδιώκεται σε κάθε ομάδα παιδιών και σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης. Στην περίπτωση των παιδιών με νοητική υστέρηση, η στενή επαφή και η συνεργασία του σχολείου και της οικογένειας έχουν ιδιαίτερη σημασία για το παιδί με νοητική υστέρηση, καθώς το πρόβλημα δεν είναι μόνο ατομικό αλλά και οικογενειακό. Η παρουσία ενός παιδιού με νοητική υστέρηση στην οικογένεια έχει σοβαρές ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στους γονείς και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Η συνεργασία σχολείου και οικογένειας πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατόν νωρίτερα, από τη προσχολική ηλικία και να συνεχίζεται σε όλα τα διαδοχικά στάδια της ανάπτυξης του παιδιού ως την τελική επαγγελματική και κοινωνική του αποκατάσταση (Παρασκευόπουλος, 1977).

Η οικογένεια μπορεί να συμβάλλει στην εκπαίδευση των παιδιών με νοητική υστέρηση μέσα από πολλαπλούς ρόλους. Οι αποδείξεις που παρουσιάζει η διεθνής βιβλιογραφία για την αποτελεσματικότητα της συμμετοχής των γονέων στην εκπαίδευση των παιδιών με ειδικές ανάγκες είναι τόσο πειστικές, ώστε οι επόμενες γενιές θα βλέπουν τις δεκαετίες αυτές σαν μια εποχή όπου οι γονείς «ξαναανακαλύφθηκαν» (Πολυχρονοπούλου, 2003).

Ο ρόλος των γονέων σαν παιδαγωγοί, σύμφωνα με την τυπολογία του Goode (Λαλούμη - Βιδάλη, 2002) μπορεί να είναι: επιβεβαιωτικός, συμπληρωματικός ή ενισχυτικός.

- Επιβεβαιωτικός ο ρόλος των γονιών να ενθαρρύνουν και να ελέγχουν ή να συνεχίζουν στο σπίτι τις εργασίες του σχολείου. Ο ρόλος τους επηρεάζεται από την επικοινωνία τους με τον

εκπαιδευτικό και η εργασία του σχολείου θα επιβεβαιώνεται στο σπίτι.

- Συμπληρωματικός είναι ο ρόλος των γονέων όταν εισάγουν τα παιδιά τους στις διαδικασίες μάθησης. Χρησιμοποιούν μέσα τα οποία θεωρούν οι ίδιοι κατάλληλα και τα χρησιμοποιούν σε χρόνο και χώρο που οι ίδιοι αξιολογούν.
- Ενισχυτικός είναι ο παιδαγωγικός ρόλος των γονέων όταν προσπαθούν να ενισχύσουν το παιδί τους σε ένα τομέα μετά από ενημέρωση με τον εκπαιδευτικό ότι το παιδί έχει παρουσιάσει μειωμένη απόδοση.

Ταυτόχρονα, οι γονείς εάν θέλουν μπορούν να συμμετέχουν στην ειδική αγωγή με αρκετούς τρόπους. Οι γονείς μπορούν να χαρακτηριστούν ως υποστηρικτές, εκπαιδευόμενοι εκπαιδευτές των παιδιών τους, βοηθοί δάσκαλοι, εθελοντές στις σχολικές τάξεις, συνέταιροι στο σχεδιασμό εκπαιδευτικής πολιτικής και συνεργάτες (Smith, 1980).

Μέσα στα προσχολικά χρόνια το παιδί είναι αναγκαίο να αναπτύξει την εικόνα του εαυτού του για να μπορέσει να εξερευνήσει τον κόσμο και να αναπτύξει τον ψυχοκινητικό τομέα. Η ανάπτυξη του ψυχοκινητικού τομέα, καθώς επίσης και θέματα κοινωνικών σχέσεων είναι μέσα στην προσχολική εκπαίδευση του παιδιού. Το περιβάλλον του σπιτιού μπορεί να βοηθήσει θετικά στους παραπάνω τομείς καθώς και στην ανάπτυξη της γλώσσας και της επικοινωνίας, όπου παρουσιάζονται έντονα προβλήματα. Οι γονείς έχουν πάντα την καλή διάθεση και θέλουν να βοηθούν στην ανάπτυξη των παιδιών τους, πολλές φορές όμως, δε διαθέτουν οι ίδιοι τις αναγκαίες γνώσεις για να μπορούν να ανταποκριθούν. Η συμβουλευτική των γονιών σε θέματα που αφορούν την ανάπτυξη του παιδιού μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη του λόγου.

Όπως έχει τονιστεί τα παιδιά με νοητική υστέρηση έχουν γευτεί από μικρά την αποτυχία. Στόχος των εκπαιδευτικών και της οικογένειας είναι να βρίσκουν κάθε φορά την ευκαιρία ή να δημιουργούν καταστάσεις που θα επιτρέπουν στο παιδί να έρχεται πιο κοντά με την επιτυχία.

Τα άτομα με νοητική υστέρηση έχουν την ανάγκη για δυνατότητες βελτίωσης σε όλους τους τομείς, μέχρι κάποιο επιτρεπτό επίπεδο. Αυτά τα

παιδιά δεν είναι σαν όλους τους ανθρώπους, για αυτό θα πρέπει να δίνεται βάση στις ιδιαιτερότητες τους, που θα έχει ως αποτέλεσμα να καλλιεργηθούν. Όπως επίσης θα πρέπει να διδάσκονται βασικά καθημερινά πράγματα που είναι αδύνατον να κατανοήσουν από μόνα τους. Εκπαιδευτικοί και γονείς, οφείλουν να λάβουν υπόψη τον ελαττωματικό ψυχισμό αυτού του παιδιού, προκειμένου να διαμορφώσει τις αυτόνομες συμπεριφορές για τις μετέπειτα δραστηριότητες της ζωής του.

Η μάθηση σε αυτήν την περίπτωση προχωρά με βραδύ ρυθμό και καθιστά αναγκαία την επανάληψη και την παροχή πολλών ευκαιριών. Τα κίνητρα είναι λιγοστά και κρίνεται απαραίτητο να τα αυξήσουμε εκμεταλλευόμενοι τα ενδιαφέροντά τους. Να σημειώσουμε, πως πολλοί ερευνητές προσδιόρισαν βλάβες στην μνήμη των ατόμων με νοητική υστέρηση. Έτσι οι ευκαιρίες που θα δίνονται στο παιδί επανειλημμένα, θα βοηθήσουν να αντισταθμιστούν τα μειονεκτήματα της μνήμης.

Η γλωσσική τους ικανότητα είναι αρκετά μειωμένη, όμως με την κατάλληλη παροχή πρακτικών δραστηριοτήτων και εμπειριών από εκπαιδευτικούς και οικογένεια, μπορεί να αυξηθεί. Ωστόσο υπάρχουν κάποιες αρχές οι οποίες θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη ώστε η διδασκαλία να είναι αποτελεσματική. Οι αρχές που θα παρουσιάσουμε παρακάτω έχουν διατυπωθεί από τον Bach (1980) και έχουν ασκήσει μεγάλη επιρροή στην εκπαίδευση αυτών των ατόμων:

1. Η εκπαίδευση των ατόμων με νοητική υστέρηση, πρέπει να ακολουθεί τον ρυθμό ανάπτυξης και τις δυνατότητές του.
2. Το διαφορετικό επίπεδο των μαθητών, καθορίζει το πρόγραμμα διδασκαλίας που θα ακολουθηθεί. (Το πρόγραμμα μπορεί να τροποποιηθεί κατά την εκπαιδευτική διαδικασία).
3. Ο τρόπος διδασκαλίας πρέπει να καθορίζεται από τον ρυθμό του κάθε παιδιού και ο εκπαιδευτικός δεν είναι ανάγκη να μένει στα χρονικά πλαίσια.

4. Το ημερήσιο και εβδομαδιαίο πρόγραμμα του παιδιού θα πρέπει να μένει σταθερό.
5. Τα θέματα διδασκαλίας επιτρέπεται να προέρχονται από διάφορους τομείς της ζωής του παιδιού και η διδασκαλία να εντάσσει μέσα αφήγηση, ζωγραφική, τραγούδι, κ.α.
6. Το κάθε παιδί θα πρέπει να έχει ατομικές οδηγίες.
7. Η ενίσχυση θα πρέπει να είναι έντονη και επαναλαμβανόμενη.
8. Κάθε εργασία θα πρέπει να κατανοείται και να έχει σαφή οριοθέτηση.
9. Η εργασία οργανώνεται με μικρά βήματα, από το εύκολο προς το δύσκολο για να γίνεται κατανοητή.
10. Μέσω της πρακτικής εφαρμογής και της προσωπικής δοκιμής οι έννοιες και οι δεξιότητες γίνονται ευκολότερα κατανοητές.
11. Οι δραστηριότητες πρέπει να ακολουθούν το στάδιο ανάπτυξης του κάθε παιδιού για να παραμένει το ενδιαφέρον.
12. Οι δραστηριότητες είναι πιο αποτελεσματικές αν περιλαμβάνουν όλες τις αισθήσεις.
13. Για να κατανοεί το κάθε παιδί τις έννοιες που του παρουσιάζεται θα πρέπει να παρουσιάζονται με παραδείγματα από την καθημερινή ζωή.
14. Συχνή επανάληψη όσων έχουν διδαχθεί.
15. Η μόνη παρέμβαση του δασκάλου πάνω σε άσκηση, θα πρέπει να είναι η παρότρυνση και η ενθάρρυνση.

16. Το περιβάλλον θα πρέπει να είναι προστατευμένο από εξωτερικούς παράγοντες, καθώς η προσοχή αυτών των παιδιών αποσπάται εύκολα.

17. Η εκπαίδευση θα πρέπει να είναι ευχάριστη τόσο στο παιδί όσο και στον εκπαιδευτικό.

1.3.1 Μορφές παρέμβασης

Ο σκοπός της εκπαίδευσης των παιδιών με νοητική υστέρηση για να έχουν αποτέλεσμα και να παραμένουν στο ίδιο επίπεδο, πρέπει να βασίζονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και δυνατότητες για μάθηση του κάθε παιδιού ξεχωριστά. Ο βασικός στόχος της εκπαίδευσης, είναι να βελτιώσουμε τις σκέψεις, την ψυχολογία, την επαφή με τους γύρω του και να τους καταστήσουμε αποδεκτούς από την ανθρώπινη κοινωνία.

Παρακάτω θα αναφερθούμε σε ένα πλάνο προγράμματος για την ανάπτυξη των βασικών δεξιοτήτων. Ο Kirk (1973) αναφέρει ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων που αφορά κυρίως ελαφρά και μέτρια νοητική υστέρηση το οποίο περιλαμβάνει:

- Αναγνωστικές δραστηριότητες. Το παιδί με νοητική υστέρηση δεν είναι έτοιμο για πραγματική ανάγνωση, διότι δεν υπάρχει το απαιτούμενο πνευματικό επίπεδο. Εδώ αναφερόμαστε στην αναγνώριση λέξεων που συναντά στην καθημερινή του ζωή, (το όνομά του, διεύθυνση σπιτιού, χρήσιμες ενδείξεις, κ.α.) Οι συγκεκριμένες ασκήσεις βοηθούν αρκετά και στην μνήμη του παιδιού.
- Αριθμητική. Δραστηριότητες για την αντίληψη του χώρου (μεγέθη, αποστάσεις, κ.α.), για την αντίληψη της ποσότητας, για την απομνημόνευση χρήσιμων αριθμών (ηλικία, αριθμός σπιτιού, αριθμός τηλεφώνου, κ.α.) κ.λπ.

- Τέχνες και χειροτεχνία. Αποβλέπουν στην κινητικότητα, στην απόκτηση δεξιοτήτων και τη γενικότερη καλλιέργεια της προσωπικότητας.
- Δραματοποιήσεις. Για τη βελτίωση της ικανότητας για κατανόηση, αλλά και την βοήθεια να εκφράζει το παιδί τα συναισθήματά του και αυτό που νιώθει ή θέλει να πει.
- Νοητική ανάπτυξη. Αναφέρεται στην άσκηση με την βοήθεια ποικίλων ερεθισμάτων και των γνωστικών λειτουργιών
- Πρακτικές δεξιότητες
- Γλώσσα
- Κινητική ανάπτυξη.
- Κοινωνικοποίηση
- Αυτοεξυπηρέτηση
- Μουσική. Για την ψυχαγωγία του παιδιού, την εξάσκηση της φωνής και βοήθεια της άρθρωσης, την άσκηση της ακοής και τη γενικότερη καλλιέργεια.

Η ανάπτυξη της γλώσσας αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό τομέα της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Η γλώσσα αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα για την ανάπτυξη της επικοινωνιακής ικανότητας και της κοινωνικοποίησης του παιδιού. Η μάθηση λοιπόν, εντάσσει ομαλά την ανάπτυξη του λεξιλογίου, την πραγματολογία και τον τρόπο ομιλίας. Υπάρχουν πολλές θεωρίες για να γίνεται κατανοητός και καταλληλότερος ο τρόπος διδασκαλίας, της μάθησης και της ανάπτυξης της γλώσσας. Οι θεωρίες αυτές αποτελούν γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη που εστιάζει στον τρόπο που οι μαθητές σκέφτονται και μαθαίνουν.

Υπάρχουν κατάλληλες διδακτικές στρατηγικές για την μάθηση της γλώσσας και η επιλογή τους είναι κρίσιμη για την εκπαίδευση των μαθητών. Αρχικά ξεκινάμε με την κατάκτηση μια νέας δεξιότητας και στο τέλος καταλήγουμε στην γενίκευσή της. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να έχει υπομονή και να προτρέπει τα παιδιά με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, να εργάζονται πάνω σε αυτά τα πλαίσια της εκπαίδευσης και με τον καιρό να γίνεται χωρίς την βοήθεια του εκπαιδευτικού. Με αυτόν τον τρόπο τα παιδιά μαθαίνουν να διαχειρίζονται τις συμπεριφορές τους, να επικοινωνούν και να εντάσσονται στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι στρατηγικές της μάθησης που χρησιμοποιούνται για την εκπαίδευση των μαθητών με νοητική υστέρηση ,αλλά και γενικότερα ειδικές ανάγκες διαχωρίζονται σε συμπεριφορικές και σε γνωστικές. Οι συμπεριφορικές έχουν να κάνουν με την καθοδηγούμενη εκπαίδευση που λαμβάνουν οι μαθητές από τους δασκάλους τους ώστε να υλοποιηθούν οι ασκήσεις που του ανατέθηκαν. Οι γνωστικές αναφέρονται στα ίδια τα παιδιά και το πώς διαχειρίζονται τις γνώσεις, τις σκέψεις, το πώς κινούνται στο χώρο και ότι τους έχει διδαχθεί έως τώρα. Η συγκεκριμένη εκπαίδευση μπορεί να γίνει με το κάθε παιδί ξεχωριστά ή συνδυαστικά. Οι παρακάτω εκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι εφαρμοσμένες σε διδασκαλίες της γλώσσας σε παιδιά με νοητική υστέρηση.

Γραφικοί οργανωτές

Ο εκπαιδευτικός με τη συγκεκριμένη διδασκαλία έχει στόχο να δίνει πληροφορίες στον μαθητή, ώστε να ενισχύσει την κατανόηση και την οπτικοποίηση της πληροφορίας. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με νοητική υστέρηση, ενίσχυσαν τις εργασίες τους με γραφικούς οργανωτές που επεξηγούν συγκεκριμένες πληροφορίες. Αποδείχθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη για την ένταξη και κατανόηση των παιδιών σε μια συζήτηση.

Μνημονικές στρατηγικές

Οι μνημονικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται για την ενίσχυση της μνήμης των παιδιών με νοητική υστέρηση. Ο εκπαιδευτικός καλείται να δίνει συνεχώς πληροφορίες αφού πρώτα θα πρέπει να κωδικοποιεί το νόημά τους με τα μνημονικά βοηθήματα. Είναι χρήσιμο να αξιοποιεί πληροφορίες της καθημερινής ζωής και των ενδιαφερόντων των παιδιών, έτσι θα γίνεται πιο κατανοητό. Οι τύποι των μνημονικών στρατηγικών είναι τρεις:

- η οργάνωση και η συσχέτιση των πληροφοριών,
- η οπτικοποίηση και η νοητική αναπαράσταση,
- η επανάληψη

Στρατηγικές αυτορρύθμισης και αυτοδιαχείρισης

Τα παιδιά καλούνται μόνα τους να ενεργούν, να σχεδιάζουν, να μαθαίνουν στην αυτοδιαχείριση και να λαμβάνουν μέρος στην εκπαιδευτική διαδικασία. Μαθαίνουν να επιλύουν μόνοι τους προβλήματα και στη συνέχεια να λειτουργούν αυτόνομα. Ο μαθητής με αυτόν τον τρόπο ελέγχει την συμπεριφορά του ανάλογα με κάθε περίπτωση και διασφαλίζει την επιτυχή εκπαίδευση.

1.4 Πολυπαραγοντική Διάγνωση

Η Αμερικανική Εταιρεία Νοητικής Καθυστέρησης (AAMR) μας δείχνει ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο για την διάγνωση της νοητικής υστέρησης. Παρακάτω θα δούμε τους παράγοντες που μας κινούν στην διάγνωση της νοητικής υστέρησης:

Βιοιατρικοί παράγοντες: παράγοντες που σχετίζονται με βιολογικές διεργασίες και λειτουργίες, γενετικές διαταραχές και ποιότητα.

Κοινωνικοί /οικογενειακοί παράγοντες: περιβαλλοντικοί και εξωτερικοί παράγοντες, σταθερή προσφορά ερεθισμάτων και ποιότητα της ανταπόκρισης των ενηλίκων.

Συμπεριφορικοί παράγοντες: παράγοντες που σχετίζονται με την συμπεριφορά των γονέων ή του περιβάλλοντος. Συνδεδεμένες με συμπεριφορές κακοποίησης, βαριάς σωματικής βλάβης, κλπ. ή χρήση χημικών ουσιών από τη μητέρα κ.α.

Εκπαιδευτικοί παράγοντες: παράγοντες παροχής εκπαιδευτικών ευκαιριών και κατάλληλη υποστήριξη.

Άλλοι παράγοντες που επιδρούν στην νοητική υστέρηση είναι κυρίως:

- οργανικές

- πολυγενετικές
- κοινωνικοοικονομικές
- ψυχικές διαταραχές

Διαταραχές της βιολογικής λειτουργίας της μητέρας κατά την διάρκεια της κύησης, μπορούν να αποτελέσουν αιτίες νοητικής ανωμαλίας και καθυστέρησης. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να προκληθούν από παράγοντες, όπως η χρήση χημικών ουσιών, το αλκοόλ ή άλλες τοξικές ουσίες. Λόγω υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ από την μητέρα τους πρώτους τρεις μήνες της κύησης, είναι μία συνήθης περίπτωση νοητικής υστέρησης. Ενοχοποιείται επίσης η κατανάλωση νικοτίνης.

Ασθένειες και λοιμώξεις της μητέρας κατά την διάρκεια της κύησης, πιθανόν να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση. Υψηλή αρτηριακή πίεση ή μόλυνση του αίματος έχουν αποτέλεσμα να προκαλέσουν βλάβες στον εγκέφαλο και βέβαια νοητική καθυστέρηση (AAMR, 1992).

Επιπλοκές και ανωμαλίες κατά την διάρκεια της γέννας και της εξόδου του εμβρύου μπορούν επίσης να προκαλέσουν βλάβες ή παραμορφώσεις του εγκεφάλου με αποτέλεσμα την νοητική υστέρηση.

1.5 Διαγνωστικά Εργαλεία

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια έγκυρη διάγνωση και μια πλήρη κλινική αξιολόγηση των νοητικά υστερημένων, είναι η συλλογή πληροφοριών από ποικίλους τομείς. Η νοητική υστέρηση είναι ένα πολύπλοκο σύνδρομο με ποικίλα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων και συνθηκών και επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου.

Όσα έχουν αναφερθεί μέχρι τώρα για την νοητική ανεπάρκεια και τα αίτια που την προκαλούν οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η διάγνωσή της δεν μπορεί να είναι ένα εύκολο έργο. Μόνο στις πολύ βαριές μορφές της μπορεί να διαπιστωθεί εύκολα, συνήθως, η διάγνωση απαιτεί πολύπλευρη και πολύμορφη ερευνητική διαδικασία, χωρίς την οποία κάθε συμπέρασμα κινδυνεύει να είναι

επιφανειακό και χωρίς επιστημονική εγκυρότητα. Όσο πιο ελαφρά είναι η μορφή της νοητικής ανεπάρκειας τόσο πιο δύσκολο είναι να διαγνωσθεί. Πρέπει να τονιστεί πως όταν πρόκειται για μικρά παιδιά, νηπιακής και βρεφικής ηλικίας, τόσο πιο δύσκολο είναι να διαγνωσθεί.

Δυσκολία μπορεί να προκύψει ακόμα, από την χρήση των διαγνωστικών οργάνων. Στις μικρές ηλικίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν εύκολα τεστ μελέτης της προσωπικότητας και της νοητικής ανάπτυξης του παιδιού. Η εγκυρότητά τους είναι σχετική, αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι το παιδί δύσκολα μπορεί να εκφρασθεί σε μικρή ηλικία. Πριν από την ηλικία των 3-4, η ψυχολογική εξέταση ενός παιδιού δεν μπορεί να οδηγήσει σε έγκυρα αποτελέσματα, κατά την περίοδο αυτήν, τα τεστ δεν αποτελούν το καλύτερο διαγνωστικό μέσο. Καλύτερη μέθοδος διάγνωσης είναι η συστηματική παρατήρηση από γονείς, ψυχολόγους και παιδαγωγούς.

Όταν το παιδί φοιτά στο δημοτικό είναι, η διάγνωση γίνεται ευκολότερα. Η συστηματική παρατήρηση οδηγεί σε καλύτερα συμπεράσματα. Ο έμπειρος δάσκαλος, εκείνος που παίζει άριστα τον ψυχοπαιδαγωγικό του ρόλο, μπορεί να καταγράψει, να αναλύσει και να αξιολογήσει ποικίλες μορφές δύσκολης ή προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού μέσα στην τάξη (διαταραχές γλώσσας, αδεξιότητες κίνησης, αδυναμίες συγκέντρωσης προσοχής, δυσκολίες στις λειτουργίες μάθησης κλπ). Τα δεδομένα των παρατηρήσεων, σε συνδυασμό με τα τεστ δίνουν μια πληρέστερη εικόνα της νοητικής κατάστασης του παιδιού. Μπορεί έτσι να βγει ένα πρώτο συμπέρασμα για μια ενδεχόμενη νοητική ανεπάρκεια. Το συμπέρασμα αυτό θεωρείτε εγκυρότερο όταν το παιδί εξετασθεί με ποικίλα κριτήρια γνώσεων και δεξιοτήτων.

Για την πιο συστηματική διάγνωση θα πρέπει να συνεργασθούν διάφοροι ειδικοί επιστήμονες, οι οποίοι θα δημιουργήσουν μια διαγνωστική ομάδα. Οι οποίοι θα είναι οι εξής: ένας παιδίατρος ή παιδοψυχίατρος, ένας ψυχολόγος, ένας ειδικός παιδαγωγός και ένας κοινωνικός λειτουργός. Καθένας από τους επιστήμονες έχει να επιτελέσει ιδιαίτερο έργο. Ο γιατρός θα ερευνήσει την κληρονομικότητα και θα εξετάσει την σωματική κατάσταση (λειτουργία αισθητηρίων οργάνων, νευρικού συστήματος κλπ). Ο ψυχολόγος είναι υπεύθυνος για την πνευματική κατάσταση του παιδιού. Παράλληλα μια

ψυχοκοινωνιολογική εξέταση θα αποκαλύψει τις συνθήκες ζωής της οικογένειας, ενώ μια ψυχοπαιδαγωγική εξέταση θα φέρει στο φώς τις δυσκολίες μάθησης και συμπεριφοράς μέσα στην σχολική τάξη. Η νοητική καθυστέρηση είναι ένα πολύπλοκο σύνδρομο με ποικίλα συμπτώματα και είναι αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων και συνθηκών (πολυπαραγοντική αιτιολογία)

Η νοητική καθυστέρηση είναι πολύπλοκο σύνδρομο με συμπτώματα και επιπτώσεις ιατρικές, βιολογικές, ψυχολογικές και εκπαιδευτικές, επομένως η διάγνωσή της δεν είναι έργο μόνο ενός ειδικού, αλλά ομάδας ειδικών οι οποίοι αντιπροσωπεύουν ποικίλους επιστημονικούς κλάδους.

Οι ειδικοί επιστήμονες οι οποίοι συμμετέχουν στην διάγνωση είναι ο γιατρός (παθολόγος, παιδίατρος ή παιδοψυχίατρος), ο ψυχολόγος (κλινικός ή σχολικός), ο κοινωνικός λειτουργός και ο ειδικός παιδαγωγός ή επαγγελματικός σύμβουλος. Τις πληροφορίες και τις αξιολογήσεις τους προσκομίζουν σε ειδική συνεδρία της διαγνωστικής ομάδας. Στη συνεδρία αυτή γίνεται ανακεφαλαίωση, συσχέτιση και σύνδεση των πληροφοριών και διατυπώνετε το τελικό διαγνωστικό πόρισμα

Σε παιδιά σχολικής ηλικίας απαραίτητος είναι ο παιδοψυχίατρος, γιατί συνήθως παιδιά ελαφράς μορφής παραμένουν αδιάγνωστες. Ο παιδοψυχίατρος αναλαμβάνει την αξιολόγηση του Ιατρικού ιστορικού και του αποτελέσματος των εργαστηριακών εξετάσεων, προβαίνει στην νευρολογική εξέταση του παιδιού και έτσι εντοπίζει τυχόν βλάβες του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων, διενεργεί ψυχιατρική εξέταση και εντοπίζει διαταραχές της προσωπικότητας και του χαρακτήρα.

1.5.1 Τεστ γενικής νοημοσύνης

Τα συνήθη τεστ γενικής νοημοσύνης βοηθούν ώστε να μετρηθεί και να αξιολογηθεί:

- ✓ το ποσό των γενικών πληροφοριών και γνώσεων, τις οποίες το άτομο έχει αποκομίσει από τη ζωή
- ✓ ο πλούτος του λεξιλογίου του

✓ η ικανότητα να βρίσκει λύσεις σε πρακτικά προβλήματα και καταστάσεις της καθημερινής ζωής

✓ η ικανότητα για εντύπωση, διατήρηση και ανάπλαση παραστάσεων

✓ η ικανότητα να δίνει ορισμούς εννοιών και να εκφράζει τις ιδέες του σαφώς

✓ η ικανότητα για αφηρημένη σκέψη, να κατανοεί δηλαδή ένα πρόβλημα βρίσκοντας τις πιθανές λύσεις και βγάζοντας ένα λογικό συμπέρασμα με επαγωγικούς ή απαγωγικούς συλλογισμούς

✓ η ικανότητα να κατανοεί και να χρησιμοποιεί αριθμητικές και ποσοτικές έννοιες (Παρασκευόπουλος, 1980).

Τα τεστ γενικής νοημοσύνης χρησιμοποιούνται για να μετρήσουν δύο βασικές κατηγορίες διεργασιών.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι διεργασίες που αναφέρονται στη λεκτική νοημοσύνη και περιλαμβάνουν τη χρήση γλωσσικών και αριθμητικών συμβόλων, ορισμούς εννοιών.

Στη δεύτερη κατηγορία αντίθετα, ανήκουν οι διεργασίες που αναφέρονται στην πρακτική νοημοσύνη και αφορούν τον χειρισμό αντικειμένων, το συντονισμό χεριού-ματιού, τη διάκριση σχημάτων-χρωμάτων-μεγεθών.

Η εφαρμογή ενός τεστ μας επιτρέπει να υπολογίσουμε αριθμητικά δύο ψυχομετρικούς δείκτες, τη νοητική ηλικία και το νοητικό πηλίκο ή δείκτη νοημοσύνης του ατόμου που εξετάζεται. Νοητική ηλικία είναι ο ψυχομετρικός δείκτης που εκφράζει το επίπεδο της νοητικής αναπτύξεως του παιδιού σε μια δεδομένη στιγμή.

Για παράδειγμα, αν ένα παιδί έχει σε ένα τεστ νοητική ηλικία 5 ετών και 8 μηνών, αυτό σημαίνει ότι ανεξάρτητα από την χρονολογική του ηλικία, έχει στο

τεστ αυτό το βαθμό αναπτύξεως του μέσου-φυσιολογικού παιδιού χρονολογικής ηλικίας 5 ετών και 8 μηνών. Η ηλικία αυτή μπορεί να είναι μεγαλύτερη, μικρότερη ή ίση με τη χρονολογική ηλικία του παιδιού. Ειδικότερα, η νοητική ηλικία του μέσου-κανονικού παιδιού είναι ίση με την χρονολογική του ηλικία.

Παιδιά όμως που η νοητική τους ηλικία είναι σημαντικά κατώτερη της χρονολογικής, θεωρούνται καθυστερημένα, ενώ παιδιά με νοητική ηλικία σημαντικά ανώτερη της χρονολογικής, θεωρούνται ότι έχουν εξαιρετική νοητική ανάπτυξη.

Το νοητικό πηλίκο ή δείκτης νοημοσύνης εισήγαγε για πρώτη φορά ο Γερμανός ψυχολόγος Stern (1912) και εκφράζει τη σχέση χρονολογικής και νοητικής ηλικίας.

Για να υπολογίσουμε το δείκτη νοημοσύνης πρώτα μετατρέπουμε τις δυο αυτές ηλικίες σε μήνες και στη συνέχεια διαιρούμε τη νοητική ηλικία διά της χρονολογικής πολλαπλασιάζοντας επί 100.

Η σχέση αυτή δίνεται με τον τύπο:

$$\text{Δείκτης νοημοσύνης} = \frac{\text{Νοητική ηλικία (σε μήνες)}}{\text{Χρονολογική ηλικία (σε μήνες)}} \times 100$$

Ο μέσος όρος των δεικτών νοημοσύνης στο γενικό πληθυσμό είναι 100 και η τυπική απόκλιση 15. Η γενική κατάταξη των παιδιών ως προς το νοητικό πηλίκο είναι η εξής: Νοητικό πηλίκο μεταξύ 85 και 115 σημαίνει ότι το παιδί είναι μέσο-κανονικό· μέσα στα όρια αυτά κατατάσσονται τα 2/3 (68,3%) των παιδιών. Νοητικό πηλίκο άνω από το 115 συνεπάγεται πως το παιδί έχει εξαιρετική νοητική ανάπτυξη, ενώ κάτω από το 85 σημαίνει ότι το παιδί παρουσιάζει καθυστέρηση.

Πιο συγκεκριμένα, νοητικό πηλίκο μεταξύ 75 και 85 σημαίνει ότι το παιδί έχει οριακή νοητική υστέρηση, ενώ κάτω του 75 δείχνει σημαντική νοητική υστέρηση.

Επισημαίνοντας, γίνεται φανερό ότι η νοητική ηλικία εκφράζει το επίπεδο αναπτύξεως σε μια δεδομένη στιγμή, γι' αυτό μεταβάλλεται από ηλικία σε ηλικία. Αντίθετα, ο δείκτης νοημοσύνης εκφράζει το ρυθμό αναπτύξεως, γι' αυτό παραμένει σχετικά σταθερός από ηλικία σε ηλικία.

1.5.2 Ψυχοτεχνικά μέτρα διάγνωσης

Η διάγνωση της νοητικής υστέρησης είναι έργο πολύπλοκο και δύσκολο. Απαιτεί ειδική εκπαίδευση κλινική πείρα και χρήση επιστημονικών μέσων. Από τις αρχές του αιώνα μας, ψυχολόγοι και ψυχομετρητές επιδόθηκαν στην κατασκευή ψυχομετρικών κλιμάκων για την αντικειμενική μέτρηση και αξιολόγηση των διάφορων μορφών της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι προσπάθειες αυτές είχαν ως αποτέλεσμα να κατασκευαστούν και χρησιμοποιούνται πλήθος ψυχομετρικών κλιμάκων, για την μέτρηση και την αξιολόγηση της νοημοσύνης, της προσωπικότητας, των διαφορόντων, των ειδικών ικανοτήτων, της σχολικής επίδοσης κ.α.

Μια σύντομη περιγραφή των κυριότερων και συνηθέστερα χρησιμοποιούμενων τεστ για την διάγνωση και κλινική αξιολόγηση της νοητικώς καθυστερημένων παιδιών σχολικής και προσχολικής ηλικίας είναι οι εξής πέντε τομείς:

- ✓ η γενική νοημοσύνη
- ✓ οι ειδικές λειτουργίες
- ✓ η κοινωνική ωριμότητα
- ✓ η προσωπικότητα
- ✓ η σχολική επίδοση.

1.5.3 Κλίμακες μέτρησης νοημοσύνης

Κλίμακα Binet – Simon

Όλα τα σύγχρονα τεστ νοημοσύνης έχουν τις ρίζες τους στο τεστ Binet-Simon Intelligence Scale. Δημιουργήθηκε το 1905 στη Γαλλία με την συνεργασία του Binet (1857-1911) και Simon (1873-1961). Το 1905 το Υπουργείο Παιδείας της Γαλλίας μελέτησε την αδυναμία ορισμένων παιδιών στις σχολικές επιδόσεις, σε σύγκριση με τους άλλους μαθητές. Ο Binet έθεσε αμέσως το πρόβλημα της διαγνώσεως της νοητικής υστέρησης. Είναι ένα από τα δυσκολότερα έργα διότι είναι το πρώτο στο είδος του.

Η έκδοση βελτιώθηκε το 1908, η κλίμακα διαρθρώθηκε ανάλογα με την ηλικία των παιδιών. Το 1911 η έκδοση της κλίμακας ήταν ακόμα πιο βελτιωμένη, στην οποία διορθώθηκαν συγκεκριμένες δοκιμασίες. Το 1916 η κλίμακα προσαρμόστηκε σε Αμερικανικό πληθυσμό από τον Lewis Terman, καθηγητή στο πανεπιστήμιο του Stanford και πήρε το όνομα Stanford-Binet. Το 1986 θεωρείται μία από τις πιο αξιόπιστες κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης και χορηγείται σε παιδιά από 2 ετών ως την ενηλικίωση. Αποτελείται από 15 υποκλίμακες (βλ. εικόνα 1) που επιτρέπουν την αξιολόγηση του αναπτυξιακού προφίλ μέσω σταθμισμένων τιμών για τις διάφορες ηλικίες (Standardized Age Scores – SASs)

Πρέπει αναφερθεί ότι, μέχρι τότε υπήρχαν δυο διαφορετικές τάσεις στο ερευνητικό πεδίο της ψυχολογίας, οι οποίες ήταν: η ενδοσκόπηση και το εργαστήριο. Η ενδοσκόπηση στηριζόταν στην χρήση αντικειμενικών πειραματικών δεδομένων, κατά τον Binet η μελέτη της νοημοσύνης στηριζόταν όχι τόσο στις γνώσεις, όσο στην μνήμη, την κρίση, την φαντασία και την προσοχή.

Οι αρχικές κλίμακες βασίστηκαν στην Γενική Νοητική Ικανότητα (επίπεδο I), οι οποίες αναλύονται σε τρεις βασικές διαστάσεις (επίπεδο II). Οι πρώτες δυο προκύπτουν από την θεωρία των Cattell και Horn και είναι η Αποκρυσταλλωμένη και η Ρευστή Νοημοσύνη. Η τρίτη διάσταση είναι η Βραχυπρόθεσμη Μνήμη, η οποία σχετίζεται τόσο με τη μακροπρόθεσμη μνήμη, όσο και με τις λύσεις προβλημάτων και τις σύνθετες διεργασίες.

Οι αρχικές τιμές των υποκλιμάκων μετατρέπονται σε σταθμισμένες ηλικιακά τιμές (SASs). Οι οποίες έχουν μέσο όρο 50, τυπική απόκλιση 8, ενώ οι τέσσερις επιμέρους κλίμακες (Προφορική, Ποσοτική, Αφηρημένη/Οπτική Λογική και Βραχυπρόθεσμη Μνήμη), με τον Γενικό δείκτη μετατρέπονται σε σταθμισμένες τιμές IQ με μέσον όρο 100 και τυπική απόκλιση 16.

Εικόνα 1



1.5.4 Κλίμακα Wechsler

Η πρώτη κλίμακα μέτρησης της νοημοσύνης που κατασκεύασε ο Wechsler, ήταν για ενήλικες (17 ετών και άνω) και είχε τα αρχικά γράμματα WAIS. Η επόμενη κλίμακα που κατασκεύασε ήταν για παιδιά σχολικής ηλικίας (5 ετών έως 15) γνωστή με τα αρχικά WISC και η τελευταία κλίμακα που αφορούσε παιδιά προσχολικής ηλικίας (4 ετών έως 6 ½) ονομάστηκε WIPPSI.

Οι ερωτήσεις των κλιμάκων Wechsler, είναι ταξινομημένες ως προς το βαθμό δυσκολίας και ως προς το περιεχόμενο σε επιμέρους κλίμακες και κατηγορίες, οι οποίες έχουν σαφές πλεονέκτημα, σε σύγκριση με την κλίμακα

του Binet-Simon, οι οποίες είναι ταξινομημένες μόνο ως προς το βαθμό δυσκολίας σε αλληπάλλληλα επίπεδα κατά ηλικία (Παρασκευόπουλος, 1980).

Στις κλίμακες του Wechsler επιτρέπεται ο καθορισμός τριών παραμέτρων του IQ: το λεκτικό, το πρακτικό και ένα γενικό πηλίκο. Επιπρόσθετα, δίνει και δείκτη επιδόσεως για κάθε επιμέρους τεστ. Ο μέσος δείκτης νοημοσύνης του γενικού πληθυσμού είναι 100 και η τυπική απόκλιση 15. Στα επιμέρους τεστ ο μέσος δείκτης επίδοσης είναι 10 και η τυπική απόκλιση 3.

1.5.5 Κλίμακα Raven

Ο Άγγλος ψυχολόγος Raven (1938), δημιούργησε την κλίμακα των προοδευτικών μητρών-τύπων. Υπάρχουν τρεις παραλλαγές της κλίμακας Raven's Progressive Matrices (RPM):

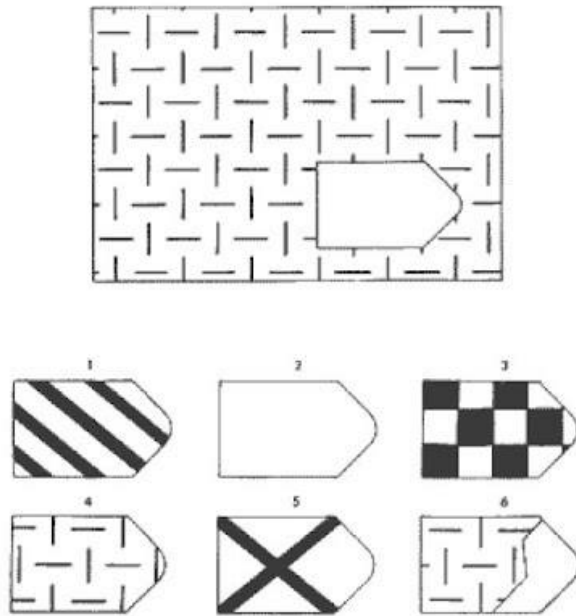
- ❖ Το Colour ed Progressive Matrices (CPM) για τα παιδιά 5-11 ετών,
- ❖ Το Standard Progressive Matrices (SPM) για τις υπόλοιπες ηλικίες
- ❖ και το Advanced Progressive Matrices (APM) κατάλληλο για άτομα υψηλού νοητικού επιπέδου.

Το CPM και το SPM περιέχουν 36 και 60 προβλήματα αντίστοιχα, τα οποία είναι ταξινομημένα με βάση το βαθμό δυσκολίας τους. Κάθε πρόβλημα περιλαμβάνει γεωμετρικά σχήματα, από τις οποίες λείπει το κάτω δεξιά σχήμα. Στο κάτω μέρος της σελίδας υπάρχουν έξι ή οχτώ γεωμετρικά σχήματα, από τα οποία ο εξεταζόμενος πρέπει να διαλέξει το σχήμα που συμπληρώνει την εικόνα-ερέθισμα. Σε δυσκολότερες ερωτήσεις τα σχήματα υπάρχουν σε σειρές, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους οριζόντια και κάθετα με κάποια επαγωγική λογική σχέση. Το παιδί καλείται να ανακαλύψει τη σχέση αυτή και να επιλέξει το ζητούμενο σχήμα που συμπληρώνει την αλληλουχία με τον κατάλληλο τρόπο.

Με αυτό το τεστ μπορούμε να μετρήσουμε την ικανότητα του παιδιού στις συγκρίσεις, στους συλλογισμούς και στην αντίληψη του χώρου. Η χορήγηση και η βαθμολόγηση του τεστ αυτού είναι εύκολη (χρόνος χορηγήσεως περίπου 15

λεπτά). Οι κλίμακες Raven χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου η λεκτική επικοινωνία είναι δυσχερής, για αυτό το λόγο κατατάσσονται στις μη λεκτικές (βλ. εικόνα 2). Τέλος, να αναφέρουμε πως είναι κατάλληλες για την αξιολόγηση των ατόμων από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.

Εικόνα 2



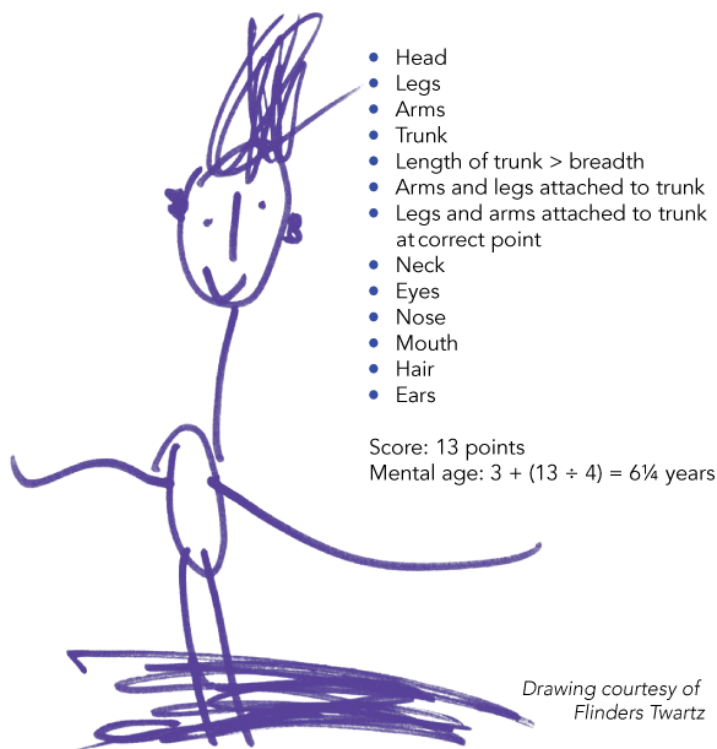
1.5.6 Το τεστ του Goodenough

Πρόκειται για το γνωστό και ως το «σχέδιο του ανθρωπάκου» (βλ. εικόνα 3). Είναι ένα εύκολο, και πολύ ενδιαφέρον για τα παιδιά τεστ. Η οδηγία του είναι: «Ζωγράφισε έναν άνθρωπο». Δεν υπάρχει κάποιος χρονικός περιορισμός και δε δίνεται καμία βοήθεια στον εξεταζόμενο. Το παιδί πρέπει να ζωγραφίσει τον ανθρωπάκο με βάση την φαντασία του. Η αξιολόγηση γίνεται με βάση 52 στοιχεία, όπως τη δομή του σχεδίου, την ποσότητα και την ποιότητα των λεπτομερειών των μερών του σώματος και της ενδυμασίας κ.ά., και βαθμολογούνται με μία μονάδα το καθένα. Χορηγείται σε παιδιά 3-13 ετών. Η αντιστοιχία βαθμών και πνευματικής ηλικίας παρουσιάζεται ως εξής:

Ηλικία: 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

Βαθμοί: 2 6 10 14 18 22 26 30 34 38 42

Εικόνα 3



1.5.7 Το τεστ του Kohs

Πρόκειται για το γνωστό «τεστ των κύβων». Επινοήθηκε το 1923 από τον Kohs, και χρησιμοποιήθηκε για την μελέτη ποικίλων διαταραχών του λόγου. Επίσης διαπιστώθηκαν αρκετές στενές συνάφειες ανάμεσα την κλίμακα του Kohs και σε αυτήν του Binet - Simon.

Το αρχικό τεστ αποτελείται από 18 χρωματιστά μωσαϊκά, τυπωμένα σε ισάριθμα χαρτονάκια. Το παιδί, χρησιμοποιώντας 4 ή 9 ή 12 (ανάλογα με την περίπτωση) κύβους, πρέπει να σχηματίσει τα μωσαϊκά. Οι κύβοι είναι ξύλινοι, έχουν ακμή 2,5cm και είναι χρωματισμένοι ομοιόμορφα (βλ. εικόνα 4).

Η αρίθμηση των μωσαϊκών ακολουθεί τα ευκολότερα προς τα δυσκολότερα. Οι πρόσθετες δυσκολίες είναι:

1. Αυξάνεται ο αριθμός των κύβων.
2. Γίνεται πιο πολύπλοκος ο συνδυασμός των χρωμάτων.
3. Αλλάζει η μορφή και ο προσανατολισμός του μοντέλου.

Εξαιτίας των δυσκολιών του, το τεστ των κύβων δεν χρησιμοποιήθηκε αυτούσιο σε μεγάλη κλίμακα. Παρουσιάστηκαν όμως παραλλαγές του, όπως το Kohs - GraceArthur και το Kohs - Goldstein. Το τελευταίο χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα. Οι κύριες τροποποιήσεις του είναι:

1. Όλα τα μωσαϊκά κατασκευάζονται με 4 κύβους.
2. Τα μωσαϊκά περιορίζονται σε 12.
3. Σε περιπτώσεις δυσκολίας, αντί για μωσαϊκό παρουσιάζεται κατασκευή με κύβους.
4. Προβλέπονται πρόσθετες διευκολύνσεις.

Εικόνα 4



1.5.8 Κλίμακες του Kaufman

Τα πιο σύγχρονα μέσα για την αξιολόγηση της νοημοσύνης στην παιδική ηλικία είναι η κλίμακα Kaufman – Assessment Battery for Children (K-ABC). Είναι βασισμένη κυρίως σε νευροψυχολογικά μοντέλα για τη νοημοσύνη και δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη διαδικασία κατά την επίλυση προβλημάτων. Η K-ABC διαφοροποιείται από τις περισσότερες κλίμακες (WISC, Stanford - Binet), οι οποίες συνήθως αξιολογούν το αποτέλεσμα και λιγότερο τη διαδικασία. Επιπλέον, η αναλυτική προσέγγιση των διεργασιών παρέχει σημαντικές, ενδείξεις σχετικά με το είδος της παρέμβασης που απαιτείται σε κάθε περίπτωση. Το K-ABC απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 2½ έως 12 ½ ετών (βλ. εικόνα 5).

Εικόνα 5



1.5.9 Κλίμακες Νοητικής και Κινητικής Εξελίξεως της Bayley

Κατάλληλες για παιδιά ηλικίας 2 μηνών έως 2 ½ ετών. Ο απαιτούμενος χρόνος για την χορήγηση τους είναι 45-75 λεπτά (βλ. εικόνα 6). Ένα μειονέκτημα είναι πως ο χρόνος είναι πολύ μεγάλος. Οι κλίμακες της Bayley αποτελούνται από τρία μέρη:

α) τη νοητική κλίμακα, η οποία αξιολογεί την αισθητηριακή – αντιληπτική οξύτητα, την ταχύτητα αντιλήψεως και διακρίσεως, καθώς και την ικανότητα αντίδρασης σε ερεθισμούς

β) την κινητική κλίμακα, με την οποία αξιολογείται ο βαθμός ελέγχου του σώματος και ο συντονισμός των κινήσεων

και γ) το ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς, που αξιολογεί την κοινωνική ανάπτυξη και προσαρμογή (Παρασκευόπουλος, 1980).

Εικόνα 6



1.5.10 Άλλα τεστ που μπορούν να χορηγηθούν είναι:

Σχεδιασμός « Άνδρα ή Γυναίκα των Harris και Goodenough»:

Αντικείμενο αυτού του τεστ είναι η από μνήμης ζωγραφική αναπαράσταση ενός ανθρώπου. Είναι σχετικά εύκολο τεστ νοημοσύνης για παιδιά όλων των ηλικιών . Η αξιολόγηση γίνεται με βάση την δομή του σχεδίου, την ποσότητα και την ποιότητα των λεπτομερειών των μερών του σώματος και της ενδυμασίας.

Προοδευτικοί τύποι του Raven 2:

Το τεστ αυτό μετράει την ικανότητα του παιδιού να πραγματοποιεί κατά αναλογία συγκρίσεις και συλλογισμούς και να οργανώνει τις αντιλήψεις του χώρου σε σύνολα διατεταγμένα συστηματικά .Τόσο η χορήγηση όσο και η

βαθμολόγηση είναι εύκολη (χρόνος 15'). Δεν απαιτεί γνώσεις και γλωσσική επικοινωνία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε παιδιά με γλωσσική ανεπάρκεια.

Λεξιλόγιο με εικόνες Peabody (PPVT):

Αποτελείται από 150 σελίδες, καθεμιά από τις οποίες περιλαμβάνει τέσσερις εικόνες. Ο εξεταστέας δίνει την εντολή ‘‘δείξε μου μια γάτα’’. Το υποκείμενο από τις τέσσερις εικόνες, επιλέγει την απάντησή του. Η διάρκεια της εξέτασης είναι περίπου 15’.

1.5.11 Τεστ Νοημοσύνης WISC - III

Το WISC (Wechler Intelligence Scale for Children) είναι μια κλίμακα μέτρησης της νοημοσύνης για ηλικίες από 5 έως 16 ετών. Το τεστ WISC είναι το καλύτερο τεστ για να εξετασθεί η νοημοσύνη ενός παιδιού.

Η κλίμακα WISC σχεδιάστηκε κατά τέτοιο τρόπο που να επιτρέπει τη σύγκριση ποικίλων ικανοτήτων του υποκειμένου και προσφέρει όχι μόνον ένα γενικό δείκτη νοημοσύνης, αλλά ένα συγκεκριμένο IQ για λεκτικές και ένα για μη λεκτικές ικανότητες. Το τεστ αποτελείται από λεκτικές και πρακτικές κλίμακες, οι οποίες συνήθως εναλλάσσονται κατά τη χορήγηση. Οι πρώτες δίνουν έμφαση στο λεξιλόγιο, στις γενικές γνώσεις, στην αντιληπτική ικανότητα, στην κρίση, στην μνήμη και στη σκέψη, ενώ οι δεύτερες στη σωστή διάταξη και συμπλήρωση εικόνων, στη σύνθεσή τους με χρωματιστούς κύβους (από το τεστ του Kohs), σε αποκρυπτογράφηση κώδικα κ.λπ. (Κυπριωτάκης, 1989).

1.6 Πρόσθετοι έλεγχοι-εξετάσεις

Πέρα από τις ψυχομετρικές κλίμακες, υπάρχουν πολλές άλλες, συνήθως αγγλοσαξονικής προέλευσης, που αξιολογούν την συνολική ψυχοσυναισθηματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού, από την πρώιμη παιδική ηλικία.

Με βάση την Αμερικάνικη Εταιρεία Νοητικής Καθυστέρησης (AAMR) μπορούμε να αξιολογήσουμε με διάφορους μεθόδους ένα παιδί με τους παρακάτω επιμέρους τομείς

- ✓ επικοινωνία
- ✓ φροντίδα του εαυτού
- ✓ αυτοεξυπηρέτηση και διαβίωση σε οικία
- ✓ κοινωνικές δεξιότητες
- ✓ χρήση της κοινότητας
- ✓ ικανότητα για έλεγχο ζωής (self – direction)
- ✓ ικανότητα διασφάλισης υγείας και
- ✓ στοιχειώδεις ακαδημαϊκές λειτουργίες
- ✓ χρήση ελεύθερου χρόνου
- ✓ εργασία (ικανότητα εργασίας)

2.Εισαγωγή –Κλινική Προσέγγιση – Προφίλ Περιστατικών

2.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τις παραπάνω αξιολογήσεις και την κλινική εικόνα δηλαδή με τα αίτια, τα διαγνωστικά κομμάτια που συλλέξαμε για τις διαταραχές αναπτυξιακών διαταραχών και πιο συγκεκριμένα της νοητικής υστέρησης, καταλήξαμε σε σημείο να μπορούμε να παραθέσουμε μια μελέτη περιπτώσεων δυο κλινικών περιστατικών με βάση προφίλ παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή .

Αρχικά, συλλέξαμε πληροφορίες για συγκεκριμένα περιστατικά που έχουν την ίδια διαταραχή όμως το καθένα παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στην εξέλιξη σε επίπεδο νοημοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη κλινική περίπτωση συλλέξαμε ιστορικό παιδιού από διαγνωστικό κέντρο με συγκεκριμένες πληροφορίες οι οποίες αξιολογήθηκαν και έγιναν με βάση πιστοποιημένα διαγνωστικά τεστ όπως WISC – III (σκορ) . Και στη δεύτερη περίπτωση συλλέξαμε ιστορικό και πληροφορίες από ένα άλλο διαγνωστικό κέντρο. Ωστόσο, οι αξιολογήσεις που εφαρμόστηκαν ήταν άτυπες.

Έχοντας ως βάση τα δυο κλινικά περιστατικά συγκεντρώσαμε όλα τα δεδομένα των περιπτώσεων που αναφέρονται στο ιστορικό από την γέννηση μέχρι και την ηλικία 7 ετών, πληροφορίες σε οικογενειακό, εκπαιδευτικό, ιατρικό, κοινωνικό επίπεδο και σταθμισμένα τεστ (WISC – III) . Λαμβάνουμε σοβαρά όλες τις επαναξιολογήσεις που έγιναν σε αυτά τα χρόνια ανάπτυξης των παιδιών από τα κέντρα. Πρέπει να μελετήσουμε όλα τα συμπτώματα την αναπτυξιακής διαταραχής (νοητική υστέρηση) τις αλλαγές συμπεριφοράς που έχουν διαπιστωθεί σε όλα στάδια ανάπτυξης των παιδιών και να δούμε τα κοινά και τις διαφορές που παρουσιάζει κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Με βάση όλα αυτά μπορούμε να καταλήξουμε σε ένα τελείως διαφορετικό συμπέρασμα ή και στο ίδιο συμπέρασμα με διαφορετική προσέγγισης της διάγνωσης από ότι έχουν παραθέσει τα ειδικά κέντρα ,με τις όλες τις ακριβώς πληροφορίες και τα ίδια διαγνωστικά τεστ.

Θα αναφέρουμε σε πρώτη φάση αναλυτική παρουσίαση πληροφοριών των δυο περιπτώσεων όπως δόθηκαν σε εμάς από τα ειδικά κέντρα και στην

συνέχεια θα παραθέσουμε την δική μας ανάλυση με συμπεράσματα, επιχειρήματα η οποία θα γίνει με τη λεπτομερή μελέτη των δυο περιπτώσεων (γνωστικές μετρήσεις, αποτελέσματα σταθμισμένων τεστ, μετρήσεις ψυχομετρικών τεστ, διάφορες συμπεριφορές, κοινωνική κατάσταση, ελέγχους, συνθήκες διαβίωσης)

2.1.1 Πρώτη Μελέτη Περίπτωσης Παιδιού με Νοητική

Σύμφωνα με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας με βάση τα στοιχεία της διάγνωσης – αξιολόγησης καταλήγουν στο πόρισμα ότι το συγκεκριμένο παιδί παρουσιάζει:

Νοητική Αναπηρία (Μικροκεφαλία)

Συνολική εκτίμηση: Διαγνωστικό Κέντρο

Από τη διαδικασία λήψης του κοινωνικού ιστορικού προκύπτουν τα παρακάτω στοιχεία:

- Το παρόν περιστατικό είναι αγόρι 7 ετών
- Αποφοίτησε πρόσφατα από το Διαγνωστικό Κέντρο

Αξιολογήθηκε πρόσφατα από την υπηρεσία ειδικού κέντρου έπειτα από αίτημα των γονέων του προκειμένου να προταθεί κατάλληλο εκπαιδευτικό μέτρο για την συνέχιση εκπαίδευσης του στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση.

Στη διαδικασία αξιολόγησης, οι γονείς κατέθεσαν στην υπηρεσία:

A. Πιστοποιητικό του Παιδονευρολογικού Ιατρείου του Νοσοκομείου στο οποίο αναφέρεται ότι το αγόρι παρουσιάζει «Νοητική Υστέρηση-Μικροκεφαλία»

B. Προσκόμισαν Πρόσφατο ιατρικό σημείωμα του Ω.Ρ.Λ εξωτερικού ιατρείου του Νοσοκομείου στο οποίο σημειώνεται «Εικόνα συμβατή με πιθανή μικρού βαθμού νευροαισθητηριακού τύπου βαρηκοΐα άμφω»

Από τη διερεύνηση του ατομικού ιστορικού του παιδιού προκύπτει ότι γεννήθηκε με καισαρική τομή και αντιμετώπισε ορισμένες περιγεννητικές

δυσκολίες. Σύμφωνα με αναφορές των γονέων, το αγόρι παρουσίασε σημαντική καθυστέρηση στα αναπτυξιακά του στάδια και ακολούθησε εντατικό πρόγραμμα φυσιοθεραπείας, λογοθεραπεία και εργοθεραπεία από την ηλικία του ενός έτους στο Κέντρο.

Όπως προκύπτει από τις πληροφορίες που δόθηκαν από τους γονείς, το παιδί έχει κατακτήσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο αυτονομίας στους βασικούς τομείς της προσωπικής του φροντίδας. Σύμφωνα με τις περιγραφές πρόκειται για ένα αγόρι ήσυχο και φιλικό, που αποζητά την επικοινωνία και τη συσχέτιση με τα άλλα παιδιά.

2.1.2 Έκθεση Αξιολόγησης Κέντρου

Φύλο Παιδιού: Άρρεν

Διάγνωση : Ψυχοκινητική Καθυστέρηση – Μικροκεφαλία

❖ Το παιδί παρακολουθεί το τμήμα Ειδικής Προσχολικής Αγωγής από τον Οκτώβριο του 2011 έως το 2015.

2.1.3 Κοινωνικό Ιστορικό

Πρόκειται για μια τριμελή οικογένεια μεταναστών. Ο πατέρας, 39 ετών εργάζεται ως ιδιωτικός υπάλληλος. Ζει στην Ελλάδα 16 χρόνια και μιλά καλά την γλώσσα. Η μητέρα, 27 ετών ασχολείται με το μέγλωμα του παιδιού και την φροντίδα του σπιτιού. Ζει στην Ελλάδα 11 χρόνια και μιλά καλά την γλώσσα. Το παιδί είναι το μοναδικό στην οικογένεια. Υπάρχει βοήθεια από την πατρική οικογένεια της μητέρας.

Οι ρόλοι στην οικογένεια είναι ξεκάθαροι και οι σχέσεις φαίνονται καλές. Πρόκειται για ένα ζεστό οικογενειακό περιβάλλον που στηρίζει το παιδί πολύ.

Όλα αυτά τα χρόνια υπήρξε μια πολύ καλή συνεργασία με την οικογένεια. Ανταποκρίθηκαν θετικά σε όλες τις οδηγίες και συμμετείχαν σε όλη την εκπαιδευτική και θεραπευτική διαδικασία.

2.1.4 Ατομικό Ιστορικό

Πρώτη εβδομάδα εγκυμοσύνη της μητέρας. Γεννήθηκε με καισαρική στις 38 εβδομάδες και 6 ημέρες με χαμηλό βάρος γέννησης 1935 kgr. Επειδή δεν έπαιρνε βάρος και παρέμεινε στην ΜΕΝΝ για 6 ημέρες. Στην πρώτη αξιολόγηση σε ηλικία 12 μηνών το παιδί παρουσίασε κινητική καθυστέρηση και δυσκολίες στην λεπτή κινητικότητα.

- Από τον ακοολογικό έλεγχο βρέθηκε ότι παρουσιάζει νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα (ΑΡ) η οποία χρήζει επανεξέτασης.
- Ο οφθαλμολογικός έλεγχος κατέδειξε αστιγματισμό.
- Το παιδί έχει νοσηλευτεί αρκετές φορές λόγω λοιμώξεων κυρίως του αναπνευστικού

2.1.5 Ψυχολογική Εκτίμηση

Το παιδί συμμετέχει στα θεραπευτικά προγράμματα του Κέντρου 6 χρόνια και παρακολουθεί το εκπαιδευτικό πρόγραμμα 4 χρόνια. Η αρχική αξιολόγηση είχε δείξει ότι πρόκειται για ένα παιδί με δυσκολίες στον τομέα της κινητικής εξέλιξης, της λεπτής κινητικότητας και της αντίληψης.

Όσον αναφορά το νοητικό του δυναμικό από την άτυπη αξιολόγηση που προηγήθηκε κυμαίνεται στα πλαίσια ελαφριάς προς μέτριας νοητικής υστέρησης.

Παρουσιάζει διάσπαση προσοχής η οποία έχει βελτιωθεί σημαντικά. Παρόλο αυτά όμως δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να επεξεργαστεί νέα δεδομένα.

Το γνωσιακό του προφίλ εμφανίζεται αδύναμο καθώς υπολείπεται σημαντικά στους τομείς της οπτικής και ακουστικής διάκρισης, της αντίληψης και της μνήμης.

Σε αρκετά καλό επίπεδο κυμαίνονται οι κοινωνικές του δεξιότητες.

Δουλεύει άψογα σε ομαδικό πλαίσιο, ακολουθεί κοινωνικούς κανόνες, συνεργάζεται χωρίς προβλήματα, έχει υιοθετήσει και χρησιμοποιεί κανόνες συμπεριφοράς. Παρουσιάζεται υπερβολικά κοινωνικός, χαιρετά και συστήνει τον εαυτό του.

Πρόκειται για ένα χαρούμενο και γελαστό παιδί. Εκδηλώνει το συναίσθημα του, το μοιράζεται και καταφέρνει να αναγνωρίζει τα δυο βασικά συναισθήματα λύπη-χαρά. Κατανοεί το συναίσθημα των συνομηλίκων του και συμμετέχει σε αυτό.

2.1.6 Εργοθεραπευτική και Λογοθεραπευτική Αξιολόγηση

Το παιδί ξεκίνησε θεραπευτικό πρόγραμμα το 2009. Είναι ένα αρκετά ευχάριστο και δεκτικό παιδί. Αναπτυξιακά είναι αρκετά πίσω σε σχέση με την ηλικία του.

Πιο Συγκεκριμένα,

Είναι συνεργάσιμος καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας μπορεί να παραμείνει στον χώρο μόνος του και έχει καλή δυαδική και ομαδική αλληλεπίδραση.

Δεν έχει έναρξη και λήξη δραστηριότητας, χρειάζεται κάποιον να τον οργανώνει, όταν δεν μπορεί να καταφέρει μια δραστηριότητα ζητά βοήθεια, σπάνια όμως θα προσπαθήσει να βρει μόνος του τη λύση και έχει ανοχή στη ματαιώση. Λέει το όνομα του όταν ρωτηθεί αλλά όχι το επίθετο.

Κάνει ταυτίσεις, αναγνωρίζει και διαχωρίζει όλα τα χρώματα και τα βασικά σχήματα. Εκτελεί δυο (2) απλές εντολές. Έχει μακροπρόθεσμη μνήμη και φέρνει εις πέρας memory με 5 κάρτες.

Γνωρίζει κάποιες ποσοτικές έννοιες όπως το μεγάλο –μικρό, βαρύ – ελαφρύ. Επίσης ξέρει κάποιες έννοιες προσανατολισμού χώρου όπως: μέσα – έξω, πάνω –κάτω δεν διαχωρίζει όμως το δεξιά –αριστερά και στον χρόνο όπως μέρα –νύχτα, πρωί –βράδυ μιμούμενος λέει τις μέρες της εβδομάδας.

Έχει σωματογνωσία, ξέρει τα μέρη του σώματος και φτιάχνει ανθρωπάκι με τρία (3) μέρη.

Γνωρίζει ότι είναι αγόρι αλλά δεν απαντά πάντα εύστοχα όταν ρωτηθεί για τρία άτομα.

Δεν διαχωρίζει την δεξιά από την αριστερή του πλευρά.

Η κοινωνική του συμπεριφορά δεν είναι ανάλογη της ηλικίας του, χαιρετά γνωστούς αλλά και άγνωστους.

Κλαίει αρκετές φορές με το παραμικρό και τον ξεγελάνε εύκολα σαν ένα παιδί μικρότερης ηλικίας.

Δεν έχει καθόλου επιθετική συμπεριφορά και δεν διεκδικεί τα παιχνίδια.

2.1.7 Άτυπη Λογοθεραπευτική Αξιολόγηση

- Το παιδί παρουσιάζει καθυστέρηση στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου και προβλήματα ομιλίας.
- Επιπλέον παρουσιάζει δυσφαγία με κύριο χαρακτηριστικό την μετάβαση από το ένα σύστημα στο άλλο.
- Πιο συγκεκριμένα, σε επίπεδο ομιλίας το παιδί αντιμετωπίζει αρθρωτικές δυσκολίες και δεν έχει γενικεύσει την ορθή παραγωγή αρκετών φωνημάτων και συμπλεγμάτων.
- Σε αντιληπτικό επίπεδο το παιδί αναγνωρίζει βασικές έννοιες όπως χρώματα και σχήματα και γνωρίζει κάποιες ποσοτικές έννοιες. Δυσκολία φαίνεται να συναντά στην αντίληψη χωροχρονικών εννοιών.
- Σε εκφραστικό επίπεδο το παιδί εκφράζεται με απλές προτασιακές δομές του τύπου Y-P-A. Το λεξιλόγιο του δεν είναι αντίστοιχο της ηλικίας του και χρήζει εμπλουτισμού.

2.1.8 Φυσιοθεραπευτική Αξιολόγηση

Αρχικά διαφάνηκε ότι το νήπιο εμφανίζει έναν πιο αργό ρυθμό στη γενικότερη αναπτυξιακή του πορεία και γενική κλινική εικόνα ανάλογη του ιατρικού του ιστορικού. Υπολείπεται των παιδιών της ίδιας χρονολογικής ηλικίας σε δοκιμασίες –στοιχεία της αδρής και λεπτής κινητικής ανάπτυξης, αλλά και εκφοράς του λόγου.

Η συνεργασία και το επίπεδο επικοινωνίας κινούνται σε ικανοποιητικά επίπεδα, απαιτείται η οργάνωση και οι οδηγίες για την εκτέλεση των δραστηριοτήτων. Η διάρκεια προσοχής είναι φτωχή, καθώς δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να επεξεργαστεί νέα δεδομένα. Δεν αντιμετωπίζει δυσκολία στην πλαγιότητα και στην αντίληψη του προσανατολισμού του σώματος σε σχέση με τα αντικείμενα γύρω του.

Μετακινείται ανεξάρτητος, δεν τρέχει με φάση αιώρησης, δεν ανεβοκατεβαίνει σκάλες με τρόπο ενήλικα. Δυσκολίες εμφανίζει στη διατήρηση της στατικής ισορροπίας και γενικά σε δραστηριότητες που απαιτούν μεγαλύτερη ταχύτητα.

Από την κλείδα παρατήρησης της κινητικής συμπεριφοράς του παιδιού για την εκτίμηση της ποιότητας εκτέλεσης των δεξιοτήτων παρατηρούνται μειωμένη άνεση στις κινήσεις, δυσκολίες στο ενδιαφέρον και στη συγκέντρωση της προσοχής, στη ταχύτητα αντίληψης και αντίδρασης, δυσκολία όταν του ζητείται η ακρίβεια σε χειρισμούς και φτωχός συντονισμός ματιού-χεριού.

Πρόκειται για αριστερόχειρα που χρησιμοποιεί τριποδική λαβή για τη σύλληψη του μολυβιού, υπολείπεται της χρονολογικής του ηλικίας στη σχεδίαση των βασικών σχημάτων και της σχεδίασης σπιτιού και ανθρώπινης φιγούρας (στάδιο I).

2.1.9 Εργοθεραπευτική Εκτίμηση (όταν το αγόρι ήταν ενός έτους)

- Το αγόρι είναι χαμογελαστό και έχει βλεμματική επαφή. Οι γονείς φαίνονται συνεργάσιμοι.
- Στην κινητική λειτουργικότητα το παιδί παρουσιάζει πολύ καλή στήριξη κεφαλής και κορμιού. Κάθεται στην εδραία. Δεν έχει ρολλάρισμα, τετραποδική, έχει σφικτή ωμική ζώνη. Κεντρώνει τα χέρια και τα φέρνει στο σώμα. Βγάζει προστατευτικές στα πλάγια. Ο μυϊκός τόνος είναι υποτονικός(νευρολογικό)
- Παράγει μόνο ήχους
- Εντοπίζει και ακολουθεί ήχους
- Εντοπίζει οπτικό ερέθισμα.

2.1.10 Αισθητικοκινητικός Τομέας

Φτιάχνει πύργο μιμείται σχέδια –πρότυπα με τρία –έξι (3-6) κομμάτια.

Πετάει ψηλά την μπάλα, προσπαθεί να την πιάσει και την κλωτσάει. Αναπηδά επιτόπου αλλά δεν ανεβαίνει σκάλες με εναλλαγή ποδιών, δεν ισορροπεί μόνος του στο ένα πόδι, δεν πηδάει εμπόδια και δεν περπατάει σε δοκό ισορροπίας. Η λαβή του είναι ακόμα ανώριμη.

Γραφοκινητικά είναι αρκετά πίσω κάνει ορίζοντες και κάθετες γραμμές, κύκλο, τρίγωνο, τετράγωνο προσπαθεί να μιμηθεί σταυρό μέσα στο τετράγωνο και ν. Κόβει με βοήθεια με το ψαλίδι.

2.1.11 Δραστηριότητες καθημερινής ζωής

Το παιδί είναι μερικώς ανεξάρτητο, πιο συγκεκριμένα τρώει και πίνει μόνος του, αυτοεξυπηρετείται στο μπάνιο, βγάζει και βάζει τα παπούτσια μόνος του χρειάζεται ακόμα βοήθεια με την απόδυση.

2.1.12 Γλωσσικός Τομέας

Ο λόγος του διαρκώς εξελίσσεται αλλά σε καμία περίπτωση δεν συμβαδίζει με την τυπική για την ηλικία του επίδοση.

Το λεξιλόγιο του είναι ελλιπώς εμπλουτισμένο και κατά την εκφορά των λέξεων παρατηρούνται αρθρωτικά προβλήματα σε κάποια φωνήματα (δ, θ, λ, ρ, ξ, ψ) και στα περισσότερα συμπλέγματα.

Σημαντική πρόοδο έχει κάνει στο σχηματισμό προτάσεων καθώς ακολουθεί τη βασική αρχή Y-P-A (Υποκείμενο, Ρήμα, Αντικείμενο).

Στα προβλήματα του λόγου σημαντικός καθώς και επιβαρυντικός παράγοντας είναι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στα όργανα άρθρωσης καθώς και κάκιστη στοματική υγιεινή.

Αυτές οι διαταραχές έχουν επίπτωση και σε ζωτικής σημασίας λειτουργίες όπως στη σίτιση και στην αναπνοή.

2.1.13 Συμπερασματικά – Πόρισμα Κέντρου

Τα έξι χρόνια αυτά που το παιδί ακολουθεί θεραπευτικό πρόγραμμα από την πλευρά της λογοθεραπείας ως βασικός στόχος από την αρχή τέθηκε η αντιμετώπιση της δυσφαγίας. Σήμερα το Κέντρο ειδικής Αγωγής αναφέρει ότι το παιδί σιτίζεται σε ικανοποιητικό βαθμό καθώς τρώει όλων των ειδών τροφές, χωρίς όμως να έχουν εξαιρεθεί τα προβλήματα με κύριο χαρακτηριστικό την αργή μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο.

2.1.14 ΤελικόΠόρισμα ΑξιολόγησηςΠεριστατικού

Διάγνωση (Από το Κέντρο)

Πρόκειται για ένα παιδί με ελαφρά προς μέτρια νοητική υστέρηση και με ένα αδύναμο γνωσιακό προφίλ. Παρουσιάζει αναπτυγμένες κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες.

2.2 Διαγνωστικό Προφίλ Παιδιού

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία του κοινωνικού πρόκειται για την περίπτωση παιδιού 7 χρονών γεννημένο στην Ελλάδα από μετανάστες γονείς. Μιλάνε και οι δυο γονείς καλά τη γλώσσα. Είναι το μοναδικό τους παιδί οι γονείς έχουν μια πολύ καλή σχέση μεταξύ τους, η μητέρα φροντίζει το παιδί πολύ και ασχολείται κατά αποκλειστικά με αυτό. Το παιδί έχει υποστηρικτικό περιβάλλον που είναι βασικό.

✓ Κοινωνικό Ιστορικό :

Το οικογενειακό του περιβάλλον είναι λειτουργικό και υποστηρικτικό. Οι γονείς παρά τις αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, καταβάλλουν προσπάθειες ώστε να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες του παιδιού, διαμέσου ενός δομημένου προγράμματος παρεμβάσεων που στοχεύει την ενίσχυση των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

✓ Ιστορικό Μαθητή

Το παιδί είναι αρκετά συνεργάσιμο αντιμετωπίζει δυσκολίες αποχωρισμού από τους γονείς του και οι αξιολογήσεις γίνονται ενώπιον των γονιών του.

✓ Οικογενειακό Ιστορικό

Πρόκειται για τριμελή οικογένεια μεταναστών. Στην Ελλάδα ζουν τα τελευταία 11 χρόνια μόνιμα και γνωρίζουν καλά τη γλώσσα. Έχουν μόνο ένα παιδί.

✓ Αναπτυξιακό Ιστορικό

Είναι αρκετά καθυστερημένη η ανάπτυξη για την ηλικία του. Όταν κάνει κάποια δραστηριότητα συνήθως δεν την τελειώνει ποτέ, ζητάει βοήθεια, σπάνια θα προσπαθήσει να βρει λύσεις μόνος του. Εκτελεί δυο εντολές . Έχει

μακροπρόθεσμη μνήμη. Δεν διαχωρίζει το δεξιά από το αριστερά. Όσο αναφορά την κοινωνική του συμπεριφορά δεν είναι ανάλογη της ηλικίας του χαιρετά γνωστούς και άγνωστους. Δεν έχει καθόλου επιθετική συμπεριφορά και δεν διεκδικεί καν τα παιχνίδια του. Γραφοκινητικά είναι αρκετά πίσω και παρουσιάζει δυσκολίες. Αναπηδά επιτόπου και δεν ανεβαίνει σκάλες με εναλλαγή ποδιών. (βλ. πίνακα 1)

Πίνακας 1: Αξιολογήσεις Περιστατικού

<p>Δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης του παιδιού</p>	<p>Είναι μερικώς ανεξάρτητος πιο συγκεκριμένα τρώει και πίνει μόνος του, αυτοεξυπηρετείται στο μπάνιο, βγάζει και βάζει τα παπούτσια μόνος του όμως χρειάζεται βοήθεια με την απόδυση.</p>
<p>Γλωσσική ανάπτυξη</p>	<p>Το λεξιλόγιο του είναι ελλιπώς εμπλουτισμένο και κατά την εκφορά των λέξεων παρατηρούνται αρθρωτικά προβλήματα σε κάποια φωνήματα (δ, θ, λ, ρ, ξ, ψ) και στα περισσότερα συμπλέγματα. Σημαντική πρόοδο έχει κάνει στο σχηματισμό προτάσεων. Στα προβλήματα του λόγου σημαντικός καθώς και επιβαρυντικός παράγοντας είναι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στα όργανα άρθρωσης. Αυτές οι διαταραχές έχουν επίπτωση και σε ζωτικής σημασίας λειτουργίες όπως στη σίτιση και στην αναπνοή.</p>

Δυσφαγία	Τα έξι χρόνια αυτά που το παιδί ακολουθεί θεραπευτικό πρόγραμμα από την μεριά της λογοθεραπείας βασικός στόχος από την αρχή ήταν η αντιμετώπιση της δυσφαγίας. Σήμερα το Κέντρο ειδικής Αγωγής αναφέρει ότι το παιδί σιτίζεται σε ικανοποιητικό βαθμό καθώς τρώει όλων των ειδών τροφές, χωρίς όμως να έχουν εξαλειφθεί τα προβλήματα με κύριο χαρακτηριστικό την αργή μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο.
-----------------	---

✓ Ιατρικό Ιστορικό

Από τα ιατρικά στοιχεία που προκύπτουν το παιδί αντιμετώπισε μια κρίσιμη κατάσταση από την πρώτη στιγμή της ζωής του. Κατά την κύηση του νεογνού προκλήθηκαν περιγεννητικές ανωμαλίες. Όπως έχουμε προαναφέρει μπορεί να είναι αιτία αυτές περιγεννητικές ανωμαλίες ώστε να προκληθεί η νοητική υστέρηση. Έπειτα το νεογνό διακομίστηκε στην ΜΕΝΝ (Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών) στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο λόγω διάφορων ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Υπάρχει μεγάλο ενδεχόμενο λόγω των ασθενειών που προσέβαλλαν τον οργανισμό του νεογνού να επρόκειτο για μολυσματικές ασθένειες, οι οποίες προκάλεσαν υψηλό πυρετό και με άλλους διάφορους παράγοντες έτσι να προκλήθηκε άμεση βλάβη στα εγκεφαλικά κύτταρα με αποτέλεσμα να είναι ικανά να προκαλέσουν μόνιμες βλάβες στον εγκέφαλο. Αυτό είναι ένα στοιχεία που θα πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερος διότι με αυτά τα δυο συμβάντα ο εγκέφαλος έχει υποστεί μεγάλη ζημία. Ήδη είναι αξιοσημείωτο γεγονός λόγω της διάγνωσης.

Η συστηματική παρακολούθηση του παιδιού από την ίδια στιγμή από την έξοδο του νεογνού από το νοσοκομείο δεν σημειώθηκε ωστόσο παραλήφθηκε με άγνωστη συνέπεια της κατάστασης του παιδιού. Και έλεγχος του παιδιού έγινε όταν το παιδί πήγε ενός έτους.

Ακοή: Κατά τον Νευρο-ωτολογικό έλεγχο καθώς και τον έλεγχο ουδών με ακουστικά προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους (ABR) . Διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

- Φυσιολογική καταγραφή των κυματομορφών δεξιά, ενώ αριστερά δεν καταγράφονται οι κυματομορφές και ιδίως το κύμα n από τα 60 dB και κάτω, γεγονός που υποδηλώνει νευροαισθητήρια βαρηκοΐα γύρω στα 50dB στις συχνότητες 1000-4000 Hz. (Ζητήθηκε επανάληψη εξέτασης ακοής μετά από 3 μήνες)
- Οφθαλμολογικός έλεγχος: Κατέδειξε αστιγματισμό
- Νοσηλεία: Έχει νοσηλευτεί αρκετές φορές λόγω λοιμώξεων κυρίως του αναπνευστικού.

✓ Συναισθήματα – Διάθεση μαθητή

Το αγόρι έχει εξαιρετική καλή προσαρμογή στο σχολικό πλαίσιο του Ειδικού σχολείου και έχει ενταχθεί πολύ καλά στην ομάδα των συνομηλίκων. Είναι ιδιαίτερα κοινωνικός, χαμογελαστός και φιλικός όχι μόνο με οικεία πρόσωπα, αλλά και με άτομα που δεν γνωρίζει.

- Με βάση την 4η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για τις Ψυχικές Διαταραχές (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV) της Αμερικάνικης Ένωσης Ψυχιάτρων (American Psychiatric Association- APA), μπορούμε να δούμε τα εξής διαγνωστικά κριτήρια για τη νοητική υστέρηση:

- ✓ Ύπαρξη νοητικού πηλίκου περίπου στο 70 ή πιο κάτω, όπως αυτό ορίζεται από τα ψυχομετρικά τεστ.

- ✓ Ταυτόχρονη ύπαρξη ελλειμμάτων στην τωρινή προσαρμοστική λειτουργικότητα (αποτελεσματικότητα ενός ατόμου στο να πετυχαίνει ότι απαιτείται για την ηλικία του) σε τουλάχιστον δύο από τους ακόλουθους τομείς: επικοινωνία, ζωή μέσα στο σπίτι, αυτοεξυπηρέτηση, κοινωνικές/ διαπροσωπικές δεξιότητες, χρήση των κοινοτικών πόρων, λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, ψυχαγωγία, υγεία και ασφάλεια.

- ✓ ηλικία έναρξης πριν από τα 18 χρόνια

2.2.1 Πίνακας DSM- IV- TR

Σύμφωνα με τα στοιχεία του κέντρου και το διαγνωστικό κριτήριο του DSM –IV –TR (Νοητική Καθυστέρηση) Το παιδί παρουσιάζει τα εξής κοινά στοιχεία:

Τέστ IQ	Λεκτική Νοημοσύνη : 46 Πρακτική Νοημοσύνη: 49 Γενική Νοημοσύνη : 40 (Αποτελέσματα WISC-III τεστ)
Ελλείμματα ή έκπτωση της παρούσας προσαρμοστικής λειτουργίας	Ο γνωστικός και αισθητικοκινητικός τομέα υπολείπεται της χρονολογικής του παιδιού. Στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα περιγράφεται ως ένα παιδί συνεργάσιμο, φιλικό, κοινωνικό που ακολουθεί κανόνες και συνεργάζεται και σε δυαδικό και ομαδικό επίπεδο. Σχετικά αυτοεξυπηρετείται σε ικανοποιητικό βαθμό.
Ηλικία έναρξης πριν τα 18	Παρακολουθεί ειδικό πρόγραμμα σε ειδικό κέντρο από την ηλικία ενός έτους.

2.2.2 Νοητικές Δεξιότητες και Ικανότητες

- Το αγόρι αντιμετωπίζει δυσκολίες στο γνωστικό τομέα και υπολείπεται της ηλικίας του, καθώς δυσκολία στην αφομοίωση νέων εννοιών.
- Είναι ικανός να ακολουθεί τους κανόνες του νηπιαγωγείου και κάνει χρήση των κανόνων κοινωνικής συμπεριφοράς.
- Μπορεί να παρακολουθήσει το μάθημα, να περιμένει τη σειρά του καθώς και να ολοκληρώνει τις εργασίες του με την επίβλεψη της εκπαιδευτικού.
- Αναγνωρίζει τα χρώματα και τα σήματα και είναι ικανός να κάνει ταυτίσεις.
- Αναγνωρίζει και γράφει ορισμένα από τα γράμματα του ονόματος του.
- Αναγνωρίζει οπτικά τους αριθμούς μέχρι το δέκα, αλλά έχει κατακτήσει την έννοια της πληθικότητας μέχρι το δυο.
- Έχει καλή μακροπρόθεσμη μνήμη και αναγνωρίζει κάποιες ποσοτικές έννοιες (π.χ. μεγάλο-μικρό).
- Στο ιχνογράφημα του μπορεί να κάνει άνθρωπο με κεφάλι και όλα τα χαρακτηριστικά του προσώπου.

2.2.3 Ψυχολογική Αξιολόγηση

Κατά τη διάρκεια της ψυχολογικής αξιολόγησης το παιδί ήταν συνεργάσιμος. Αντιμετώπισε δυσκολία αποχωρισμού από το γονέα και η αξιολόγηση έγινε με τη παρουσία του πατέρα. Παρατηρήθηκαν τα εξής στοιχεία:

- Χαίρεται και αποζητά την επιβράβευση.
- Παρουσιάζει ελλείμματα στον προφορικό λόγο και την ομιλία.
- Χειρίστηκε με αργό ρυθμό το υλικό του τεστ, χρειάστηκε επανάληψη των οδηγιών και καθοδήγηση προκειμένου να κατανοήσει τις οδηγίες.

Σύμφωνα με την επίδοση του νοομετρικού τεστ WISCIII λειτουργεί νοητικά σε σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο σε σχέση με τα παιδιά της ίδιας χρονολογικής ηλικίας (μέτρια νοητική υστέρηση)

2.2.4 Γνωστικός – Αισθητικοκινητικός Τομέας

Οι αξιολογήσεις που περιγράφονται παρακάτω (εκπαιδευτική, λογοθεραπευτική και φυσιοθεραπευτική) στηρίζονται σε

- Σε στοιχεία που περιγράφονται σε μια ενδεδειγμένη έκθεση αξιολόγησης του νηπίου, την οποία συνέταξαν τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας του Κέντρου το οποίο αποτελείται από (ειδικούς παιδαγωγούς, ψυχολόγο, λογοθεραπεύτρια, εργοθεραπευτή, κοινωνική λειτουργό)

Μετά από σχετικό Αίτημα της σχετικής Υπηρεσίας (Διαγνωστικό Κέντρο), στην κλινική –αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε στις 27/04/2015 τα στοιχεία που προκύπτουν από την Εκπαιδευτική αξιολόγηση είναι τα ακόλουθα:

2.2.5 Λεκτική – Μη Λεκτική Επικοινωνία

- Το αγόρι εμφανίζει δυσκολίες στον προφορικό λόγο (Κυρίως αρθρωτικές).
- Σχηματίζει μικρές προτάσεις και τις αναγνωρίζει σε εικόνες.
- Είναι ικανός να συμμετέχει σε διάλογο και μάλιστα πολλές φορές ξεκινάει ο ίδιος μια επικοινωνιακή συνδιαλλαγή με τον ενήλικα.
- Έχει πολύ καλή αλληλεπίδραση τόσο με τους ενήλικες όσο και με τους συνομηλίκους του.

2.2.6 Ψυχοκινητικότητα (Γενική και Λεπτή Κινητικότητα)

- Το αγόρι είναι αυτόνομο κινητικά, στη σίτιση και στη χρήση τουαλέτας.
- Γραφοκινητικά εμφανίζει δυσκολίες και ανώριμη λαβή χειρισμού των γραφικών μέσων.
- Χρησιμοποιεί το αριστερό χέρι.
- Μπορεί να χρωματίσει σε πλαίσιο και με βοήθεια μπορεί να κόψει γραμμή με το ψαλίδι.
- Από τα σχήματα αντιγράφει τον κύκλο, ενώ βρίσκεται στο στάδιο ανάδυσης της γραφικής απεικόνισης και των άλλων σχημάτων.
- Έχει καλή σωματογνωσία, αλλά δε διαχωρίζει τη δεξιά από την αριστερή πλευρά του σώματος.
- Επαναλαμβάνει τις μέρες τις ημέρες της εβδομάδας.
- Συμμετέχει με ευχαρίστηση σε μουσικοκινητικές δραστηριότητες και δείχνει να το απολαμβάνει ιδιαίτερα.

2.3 Δεύτερη Μελέτη Περίπτωσης Παιδιού Με Νοητική Υστέρηση

Ο Α. νήπιο του 25 νηπιαγωγείου προσήλθε στο διαγνωστικό κέντρο συνοδευόμενος από τη μητέρα του με αίτημα την επαναξιολόγηση. Οι γονείς του γεννήθηκαν στην Αλβανία, για αυτό μεγαλώνει σε ένα δίγλωσσο οικογενειακό περιβάλλον. Από την παιδοψυχιατρική αξιολόγηση και την κλινική εξέταση, ο Α. είναι βελτιωμένος στη συμπεριφορά και την συνεργασία. Παραμένει η εικόνα της νοητικής καθυστέρησης και της εξεζητημένης δυσκολίας στην λεκτική έκφραση. Υπάρχει η εκτίμηση, ότι η συνολική λειτουργικότητα είναι σε καλύτερο επίπεδο.

Από τη λογοπεδική αξιολόγηση διαπιστώθηκε ότι, παρουσιάζει διαταραχή λόγου ομιλίας σε επίπεδο προφορικής λεκτικής επικοινωνίας, αναπτυξιακή διαταραχή 3ου βαθμού, η οποία εκδηλώνεται με πολλά αρθρωτικά –φωνολογικά προβλήματα, απλοποιήσεις, αρμονίες, μορφοσυντακτικές ελλείψεις, μειωμένο προσληπτικό και εκφραστικό λεξιλόγιο, δυσφασικά στοιχεία, περιορισμένη χρήση πρότασης, μεγάλη δυσκολία στην προφορική έκφραση, καθώς επίσης και εμφάνιση ιδιογλωσσίας.

Από την εκπαιδευτική επαναξιολόγηση διαπιστώθηκε ότι, παρουσιάζει μεγάλη βελτίωση στη συνεργασία και στις κοινωνικές δεξιότητες. Συνεχίζουν να υπάρχουν δυσκολίες στη συγκέντρωση και στη βλεμματική ακολουθία. Ο λόγος του παραμένει δυσνόητος. Αναγνωρίζει και ονομάζει με δυσκολία βασικά μέρη του σώματος.

Στις δεξιότητες λεπτής κινητικότητας, χρησιμοποιεί τετραποδική δαχτυλική λαβή του μαρκαδόρου, τα έργα του είναι σχηματοποιημένα, γεμίζει σωστά το περίγραμμα με ποιοτικό πλέον αποτέλεσμα. Πιάνει σωστά το ψαλίδι και κόβει ευθείες, κάθετες, πλάγιες γραμμές και σχήματα. Δεν αναγνωρίζει και δεν ονομάζει τα περισσότερα γράμματα της αλφαβήτου. Δεν μπορεί να περιγράψει μια εικόνα, να διηγηθεί μια ημέρα του, ή μια μικρή ιστορία που άκουσε. Στις γνωστικές δεξιότητες γνωρίζει και ονομάζει χρώματα, εκτός από πράσινο και μαύρο και από τα σχήματα το τρίγωνο, (τον κύκλο τον ονομάζει Ο) και καθόλου το τετράγωνο. Παρατηρηθήκαν ιδιαίτερες δυσκολίες στην ανάκληση ονομάτων, φρούτων, ζώων, ημερών, γραμμάτων κ.λπ. Κατέχει τις

έννοιες του χώρου πάνω-κάτω ,μέσα- έξω, μπροστά-πίσω ,κοντά- μακριά ,τις προμαθηματικές έννοιες του χρόνου και της διαδοχής του. Μετρά ποσότητες, αναγνωρίζει και γράφει τους αριθμούς μέχρι το δέκα, κάνει ομαδοποιήσεις και ταξινομήσεις αντικειμένων.

Μετά από συνάντηση και συζήτηση με τους γονείς δόθηκαν οι παρακάτω πληροφορίες. Πρέπει να σημειωθεί πως στη γέννησή του ο Α. δεν έκλαψε, έκανε σπασμούς και εισήχθη σε θερμοκοιτίδα για 10 ημέρες. Σε ηλικία 1,5 έτους διαπιστώθηκε αργοπορία στην ανάπτυξη και προτάθηκε φυσιοθεραπεία που κάνει μέχρι και σήμερα.

Οι γονείς του αναφέρουν πως ο Α. στο σπίτι νευριάζει εύκολα. Δεν θέλει να τον διορθώνουν ,καθώς μόλις το κάνουν κλείνει τα αυτιά του. Δεν πηγαίνει σε δωμάτια στα οποία δεν υπάρχει κανείς άλλος. Η συμπεριφορά του δεν είναι η καλύτερη ,ώστε να πετυχαίνει αυτό που θέλει. Το οικογενειακό περιβάλλον λειτουργεί θετικά στην εξέλιξη του. Υπάρχει το απαραίτητο ενδιαφέρον ,η βοήθεια αλλά και η κατανόηση για τις δυσκολίες του Α. Υπάρχουν όμως και εντάσεις ανάμεσα στα αδέρφια αλλά και ανάμεσα στους γονείς με κύριο αίτιο την τάση του πατέρα να πίνει.

Έχει αργή ψυχοκινητική ανάπτυξη. Περπατάει αυτόνομα, ανεβοκατεβαίνει σκάλες, τρέχει, κάνει ποδήλατο, με δυσκολία και έλλειψη ισορροπίας καθώς σκοντάφτει εύκολα. Η δεξιά πλευρά του σώματος (χέρι, πόδι) τον δυσκολεύει περισσότερο. Έχει πλευρίωση στην δεξιά πλευρά και δυσκολία στη μάσηση.

Η διάθεσή και το συναίσθημά του ως μαθητής είναι αρκετά καλή. Δείχνει να είναι χαρούμενος και ζωηρός. Φοβάται να κυκλοφορεί σε χώρους που δεν υπάρχει άλλο άτομο, όπως ακριβώς κάνει και στο σπίτι. Ο Α. έχει διάθεση για κοινωνική συσχέτιση. Στο σπίτι παίζει με την αδερφή του και με κάποια παιδιά της γειτονιάς. Δυσκολεύεται σε δεξιότητες ομάδας. Του αρέσει ο Η/Υ και τα παιχνίδια με μπάλα.

2.3.1 Αξιολογήσεις Περιστατικού

2.3.1.1 Φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση, Διαπιστώθηκε ότι:

- Κινείται ανεξάρτητος στο χώρο, βάδιση, τρέξιμο, σκάλα.
- Παρουσιάζει ποιοτικά ελλείμματα σε δραστηριότητες που απαιτούν, έντονη δυναμική διατήρηση, ή εναλλαγή της στάσης της, κουτσό, λήψη μπάλας πάνω από το κεφάλι.
- Στη λεπτή κινητικότητα παρατηρήθηκαν ελλείμματα στη δυναμική διαχείριση της άκρας χείρας ,γραφίδα, ψαλίδι, μανταλάκι.

2.3.1.2 Λογοθεραπευτική εκτίμηση

Ο Α. βρίσκεται σε λογοθεραπευτικό πρόγραμμα για την αποκατάσταση των δυσκολιών του στο λόγο-ομιλία .Σύμφωνα με βεβαίωση διαγνωστικού κέντρου παρουσιάζει γλωσσική αναπτυξιακή διαταραχή. Από τη λογοθεραπευτική αξιολόγηση, ο μαθητής είναι καλός σε γνωστικό-αντιληπτικό επίπεδο, έχει καλή συγκέντρωση προσοχής, σε επίπεδο λόγου-ομιλίας παράγει λέξεις και συντάσσει μικρές απλές προτάσεις χωρίς τους επαυξημένους όρους της πρότασης. Ο Α. παρουσιάζει τις ακόλουθες δυσκολίες.

Από τη στοματοπροσωπική αξιολόγηση, παρουσιάζει:

1. αδύναμη γλώσσα.
2. Καθυστέρηση στην λεκτική έκφραση, η οποία εκδηλώνεται με αρθρωτικά φωνολογικά προβλήματα και διαδικασίες απλοποίησης στη δομή της συλλαβής, της λέξης και της πρότασης.

Πιο συγκεκριμένα, στην άρθρωση δεν παράγει τα φωνήματα/ θ-δ/, /σ/, /ζ/, /ξ/, /ψ/, /ρ/ και κάνει απλοποιήσεις σε όλα τα συμπλέγματα.

2) Σε επίπεδο παραγωγής λέξης, κάνει τις εξής δομικές απλοποιήσεις:

- Απαλοιφή μη τονισμένης συλλαβής, αναδιπλασιασμούς (μερικούς-ολικούς), απλοποιήσεις συμπλεγμάτων, απαλοιφή ενός συμφώνου,

προσομοιώσεις, μεταθέσεις και μετακινήσεις φωνημάτων, καθώς και συστημικές δομικές απλοποιήσεις, εμπροσθοποιήσεις

Το διάστημα αυτό ο Α. δουλεύει την ενδυνάμωση της γλώσσας και ειδικά του πίσω τμήματος της, της σωστή άρθρωση /κ/, /γ/, /γκ/, /χ/ και εγκαθίδρυση αυτών στον αυθόρμητο λόγο .Σε επίπεδο λέξης δουλεύει τη δομή της πρότασης και βελτίωση της συγκέντρωσης της προσοχής.

Το παιδί χρήζει συνέχιση του προγράμματος λογοθεραπευτικής ασκησιοθεραπείας για αποκατάσταση των δυσκολιών.

Ο Α. παρακολουθεί μαθήματα λογοθεραπείας στο κέντρο, κατόπιν αξιολόγησης που έγινε ο μαθητής παρουσιάζει αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα τα προβλήματα ομιλίας του παιδιού είναι λόγος σε συλλαβές και λίγες δισύλλαβες λέξεις. Αυτό το διάστημα δουλεύουμε δισύλλαβες και τρισύλλαβες λέξεις. Ο μαθητής για ψυχολογικούς λόγους πρέπει να παραμείνει στον παιδικό σταθμό ,γιατί η ομιλία του δεν συμβαδίζει με το επίπεδο ομιλίας παιδιού που τώρα θα πάει στον παιδικό σταθμό. Χρήζει επανάληψη της σχολικής χρονιάς για ανάπτυξη του λόγου στο επίπεδο ανάλογο των προνηπίων.

2.3.2 Λογοθεραπευτική Εκτίμηση 21/1/2013

Ο Α. παρακολουθεί μαθήματα λογοθεραπείας με σκοπό την αποκατάσταση των διαταραχών στην ομιλία – επικοινωνία που εμφανίζει. Κατόπιν αξιολόγησης ο μαθητής παρουσιάζει ειδική γλωσσική διαταραχή που έχουν ως επακόλουθες συμπεριφορές και κοινωνικές δυσκολίες. Σε επίπεδο ομιλίας έχει επιτευχθεί η κατάκτηση δισύλλαβων και τρισύλλαβων λέξεων στον αυθόρμητο λόγο και η παραγωγή μικρών προτάσεων με δύο λέξεις. Ο μαθητής βρίσκεται σε ώριμο στάδιο εξέλιξης στο λόγο του και την επικοινωνία. Κρίνεται αναγκαία η κατάλληλη ώθηση από ειδικούς δασκάλους – οικογένεια – σχολικό περιβάλλον, ώστε να βελτιώνεται διαρκώς η συμπεριφορά του και η στάση του στο λόγο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω συμμετοχή του σε πλάνο.

Στις 7/5/2014 ο Α. βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο ψυχοκινητικής εξέλιξης:

- Περπατά σε λεπτή γραμμή, παίζει μπάλα, κουτσό. Είναι ενταγμένος σε ομαδικά παιχνίδια, αντιλαμβάνεται όλους τους κανόνες και ανταποκρίνεται επάξια στις ανάγκες των παιδιών της ηλικίας του
- Πηδάει και με τα δυο πόδια, έχει άριστη ισορροπία και καμία ανασφάλεια. Δεν έχει καθόλου πτώσεις και τραυματισμούς,
- Πρόσφατα έχουμε εντάξει στο θεραπευτικό του πρόγραμμα και την αθλοπαιδία του κολυμβητηρίου.

2.3.3 Εργοθεραπευτική Αναφορά

Πραγματοποιήθηκε στις 09/04/14

Ο Α. εισήλθε στο χώρο εργοθεραπείας συνοδευόμενος από τη μητέρα του και την αδερφή του με αίτημα εργοθεραπευτικής αξιολόγησης.

Κατά την προσέλευσή τους στο χώρο, το μικρό αγόρι ήταν με επιμελημένη εμφάνιση και ανάλογη των παιδιών της ηλικίας του. Αρχικά, περίμενε με τα συγγενικά του πρόσωπα στο χώρο αναμονής, έδειξε έντονο ενδιαφέρον για δραστηριοποίηση και η μετάβαση των δραστηριοτήτων ήταν εύκολη. Επίσης, η εξερεύνηση του παιδιού στο χώρο ήταν καλή, όμως με δυσκολία στην αυτό-οργάνωση.

Η εργοθεραπευτική αξιολόγηση περιλαμβάνει εκτίμηση στους τομείς:

- Ανάπτυξης (αισθητικοκινητικό, γνωστικό και ψυχοκοινωνικό τομέα) και
- Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (Δ.Κ.Ζ.), μέσω συνέντευξης του γονέα, κλινικής παρατήρησης του παιδιού, συμπλήρωσης του προγεννητικού και προγεννητικού ιστορικού και υποβολή του <<ΠΡ-Η>> τεστ Αναπτυξιακής Προσαρμοστικής Αντίδρασης.

Κατά την κλινική παρατήρηση, το παιδί προσαρμόστηκε γρήγορα στον χώρο και χρησιμοποιήθηκαν δραστηριότητες μεγάλου και μικρού εξοπλισμού σε δομημένο περιβάλλον.

Ο Α. είναι ένα παιδί το οποίο παρουσιάζει καλό δυναμικό και λειτουργεί οριοθετημένα με προσπάθεια συγκέντρωσης, ωστόσο εντοπίστηκαν δυσκολίες αισθητηριακής ολοκλήρωσης, οι οποίες αφορούν και επηρεάζουν όλους τους τομείς ανάπτυξης (τον αισθητικοκινητικό, τον γνωστικό και τον ψυχοκοινωνικό τομέα)

Όσον αφορά τον αισθητικοκινητικό τομέα, διαπιστώθηκαν δυσκολίες:

- Στο κατάλληλο επίπεδο εγρήγορσης
- Στη σωματαιοσθησία
- Στην λεπτή κινητικότητα και στον αδρό συντονισμό
- Στον αμφίπλευρο συντονισμό και στη διαδοχοκινησία
- Στον οπτικοκινητικό συντονισμό
- Στην οπτική αντίληψη και στη παρατήρηση
- Στον συντονισμό άνω και κάτω μέρους σώματος
- Στις προβολικές κινήσεις

Αντιληπτικά, υπάρχει η ικανότητα κατανόησης απλών εντολών και το παιδί γνωρίζει βασικές έννοιες, ενώ η ανταπόκρισή του στη μίμηση είναι καλή. Όμως χρειάζεται παρότρυνση και καθοδήγηση:

- Στη διάρκεια της προσοχής
- Στην ολοκλήρωση σύνθετων δραστηριοτήτων
- Στην οργάνωση μιας δραστηριότητας
- Στην άμεση εκτέλεση διαδοχικών εντολών
- Και σε χώρο-χρονικές λειτουργίες στην αναπαράσταση και αντιγραφή

Εντούτοις, όσον αφορά το επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης, ο Α. εκτελεί καθημερινής ζωής υποβοηθούμενα. Στον ψυχοκοινωνικό τομέα, είναι ένα χαρούμενο αγοράκι, το οποίο αγαπάει το παιχνίδι τόσο με συνομηλίκους όσο και με ενήλικες. Είναι αρκετά συνεργάσιμος με κάθε εμπλεκόμενο μαζί του,

ωστόσο χρειάζεται ενθάρρυνση για ομαδική αλληλεπίδραση, επιβράβευση και ανάδειξη της αυτοεκτίμησης

Προτεινόμενο πρόγραμμα

Δύο φορές την εβδομάδα εμπλοκή σε πρόγραμμα εργοθεραπείας (με σκοπό την άμεση βελτίωση των δεξιοτήτων και την ομαλή ένταξη του παιδιού στο εκπαιδευτικό πλαίσιο)

Η λεπτή του κινητικότητα είναι σε καλύτερη εξέλιξη. Μπορεί πλέον να πιάσει μικρά αντικείμενα και να τα χειριστεί αρκετά επιδέξια. Αν και δεν έχει παλαμιαία λαβή χρησιμοποιεί όλα του τα δάχτυλα για να κρατήσει το μολύβι. Γραφοκινητικά είναι σε επίπεδο προγραφής (ένωση τελειών), αλλά μπορεί και να αντιγράψει αρκετά επιδέξια ορισμένα σχέδια. Επίσης στο γέμισμα πλαισίου είναι καλύτερος.

Στη χρήση ψαλιδιού κατανοεί πλέον το περίγραμμα του σχήματος που είναι να κόψει αλλά δεν μπορεί ακόμη να κόψει πάνω στη γραμμή. Όπως είναι φυσικό οι καμπύλες γραμμές του είναι πολύ πιο δύσκολες σε σχέση με τις ευθείες. Πολλές φορές μάλιστα κρατάει το ψαλίδι ανάποδα. Το μόνο που μερδεύει συχνά είναι το δεξί με το αριστερό στον εαυτό του, αλλά και στους άλλους.

Η εξωλεκτική του επικοινωνία είναι πολύ καλή και σχεδόν πάντα γίνεται κατανοητός από τους γύρω του. Η συνύπαρξη του μέσα σε ομάδα, δεν δημιουργεί ιδιαίτερο πρόβλημα. Στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής είναι σχεδόν ανεξάρτητες. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει αφορούν την ένδυση ορισμένων ρούχων όπως κάλτσες. Δυσκολεύεται ακόμη στο κούμπωμα και ξεκούμπωμα μικρών κουμπιών, στη χρήση του φερμουάρ, καθώς και στο δέσιμο κορδονιών. Ως προς την διαχείριση κανόνων υγιεινής λειτουργεί, αλλά είναι ακόμη απαραίτητη η επίβλεψη και η υπενθύμιση ατόμων του περιβάλλοντος του.

Ο μικρός Α. εντάθηκε σε πρόγραμμα φυσιοθεραπείας από την ηλικία των δύο ετών με σοβαρά προβλήματα ασυμμετρίας, έλλειψη σταθερής βάδισης και χαμηλό επίπεδο λειτουργικότητας.

2.3.4 Λογοθεραπευτική Εκτίμηση:

Ο Α. παρακολουθείται με σκοπό την αποκατάσταση των δυσκολιών του στο λόγο – ομιλία. Το πρόγραμμα θεραπείας περιλαμβάνει τρεις συνεδρίες εβδομαδιαίως. Οι στόχοι μας είναι:

✓ Άρθρωση: Σωστή παραγωγή των φωνημάτων /β-φ/, /χ-κ/, /π/ ,/τ/, /μ/, /λ/, /θ-δ/ ,/ω/, /σ/, /ζ/ ,που έχει ήδη μάθει.

✓ Εγκαθίδρυση τον αυθόρμητο λόγο, υπολείπονται τα φωνήματα /ξ/, /ψ/, /ρ/, καθώς και τα συμπλέγματα /φτ/, /φθ/, /σκ/, /στ/, /χτ/ .

Αυτό το διάστημα γίνονται επαναλήψεις στα φωνήματα που έχει μάθει, εφόσον το παιδί θα τα αφομοιώσει, θα προχωρήσουμε το πρόγραμμα στα φωνήματα /ξ/, /ψ/ και στα υπόλοιπα συμπλέγματα.

Στοματοπροσωπική ενδυνάμωση: Χείλη- Γλώσσα- Διαφραγματική Αναπνοή

- Ασκήσεις αναπνοής για αύξηση ζωτικής χωρητικότητας ,κατάλληλη αναπνευστική υποστήριξη για παραγωγή καταληπτικής ομιλίας. Βρισκόμαστε στο επίπεδο βαθιά αναπνοή ομιλίας (εκροή αέρα με ήμερη ισομερώς στη διάρκεια της πρότασης). ΟΑ. Χρειάζεται συνέχιση του προγράμματος θεραπείας λόγου για την αποκατάσταση των δυσκολιών του.

Παρουσιάζει δυσκολίες:

- Στις δεξιότητες της λεπτής και αδρής κινητικότητας
- Στη συγκέντρωση προσοχής
- Στον οπτικοκινητικό συντονισμό και οπτικές δυσλειτουργίες
- Στις γραφοκινητικές του δεξιότητες(έλλειψη τριποδικής λαβής)

Ασχοληθήκαμε με την εξέλιξη των ανωτέρω δεξιοτήτων του οι οποίες είναι απαραίτητες και για τη σχολική του ετοιμότητα όπου και σημειώθηκε σημαντική βελτίωση. Λόγο των δυσκολιών αυτών όμως, δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της τάξης νηπίων. Συστήνεται η παραμονή του στα προνήπια για το επόμενο σχολικό έτος.

2.3.5 Φυσιοθεραπευτική Εκτίμηση

Ο μικρός Α. παρακολουθεί πρόγραμμα Νευροεξελικτικής αγωγής στο θεραπευτήριο τα τελευταία χρόνια με τους κυρίαρχους στόχους και ελλείμματα:

- ✓ Ενίσχυση συμμετρίας και διαγώνιας δραστηριοποίησης
- ✓ Κάλυψη ελλειμμάτων στον αισθητικοκινητικό τομέα (ενίσχυση ανεξαρτησίας του παιδιού σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής)
- ✓ Αύξηση μυϊκής αντοχής σε σωματικές δραστηριότητες
- ✓ Βελτίωση της οργάνωσης σε ομαδικό παιχνίδι
- ✓ Βελτίωση ισορροπίας
- ✓ Συμμετρική φόρτιση κάτω άκρων και αμφοτερόπλευρη δραστηριοποίησης και ενδυνάμωση άνω άκρων
- ✓ Διατήρηση των κινήσεων των κάτω άκρων

2.4 Διαγνωστικό Προφίλ

- ✓ Κοινωνικό Ιστορικό:

Μέλη τα οποία έχουν συμμετέχει είναι οι γονείς του Α.

Η γνωμάτευση της Επιτροπής/Ιατρού είναι Νοητική υστέρηση, Δυσκολίες λόγου και ομιλίας

- ✓ Ιστορικό μαθητή:

Είναι συνεργάσιμος και η συνολική λειτουργικότητα είναι σε καλό επίπεδο. Υπάρχουν αρκετές στιγμές που ο Α. νευριάζει και δεν ακούει κανέναν στο σπίτι. Συνηθίζει να κλείνει τα αυτιά του και αποφεύγει τα δωμάτια και μέρη που δεν είναι κανείς.

- ✓ Οικογενειακό Ιστορικό:

Οι γονείς είναι γεννημένοι στην Αλβανία. Ο Α. έχει ακόμη μία αδερφή και πλέον ζούνε στην Ελλάδα μόνιμα.

- ✓ Αναπτυξιακό Ιστορικό:

Η ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού είναι αρκετά αργή για την ηλικία του. Περπατάει αυτόνομα και ανεβοκατεβαίνει σκάλες, κάνει ποδήλατο και τρέφεται μόνος του. Όλα τα παραπάνω τα κάνει με αρκετή δυσκολία καθώς υπάρχει έλλειψη της ισορροπίας και σκοντάφτει αρκετές φορές. Η δεξιά πλευρά του σώματός του Α. (χέρι, πόδι) τον δυσκολεύει περισσότερο. Παρακολουθεί μαθήματα εργοθεραπείας από 4 ετών μέχρι και σήμερα (βλ. πίνακα 2).

Πίνακας 2 : Αξιολόγηση Περιστατικού

Δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης του μαθητή	Ντύνεται και ξεντύνεται με βοήθεια, πλένει χέρια και πρόσωπο με βοήθεια, καθώς μπάνιο είναι αδύνατον να κάνει μόνος του, τρώει μόνος του, αλλά λόγω δυσκολίας στη μάσηση τρώει αργά
Πλευρίωση	Δεξιά
Γλωσσική ανάπτυξη	Παρακολουθεί μαθήματα λογοθεραπείας από 3 ετών μέχρι και σήμερα. Χρησιμοποιεί αρκετές λέξεις και δημιουργεί κάποιες προτάσεις για να επικοινωνεί, αλλά δεν είναι εύκολα κατανοητός, επίσης υπάρχει δυσκολία στον γραπτό λόγο

✓ Ιατρικό Ιστορικό:

Καλή εγκυμοσύνη της μητέρας. Στην γέννηση δεν έκλαψε καθόλου και ακολούθησαν σπασμοί. Έμεινε στην θερμοκοιτίδα για 10 μέρες, δεν ξανά υπήρξαν σπασμοί.

Ακοή	✓
Όραση	✓

✓ Συναισθήματα-Διάθεση μαθητή:

Είναι ένα χαρούμενο και ζωνρό παιδί, φοβάται να κυκλοφορεί μόνος του στο σχολείο ή στο σπίτι, ειδικά σε χώρους που δεν υπάρχει κάποιο άλλο άτομο μαζί του (βλ. πίνακα 3).

Πίνακας 3 : Αξιολόγηση Περιστατικού

Κοινωνικές δεξιότητες	Έχει αρκετή διάθεση για κοινωνική συσχέτιση, στο σπίτι παίζει με την αδερφή του και με έναν φίλο του που μένουν στην ίδια γειτονιά. Δυσκολεύεται να εντάξει τον εαυτό του σε ομαδικές δεξιότητες. Τον περισσότερο χρόνο ασχολείται με τον Η/Υ και με διάφορα παιχνίδια με την μπάλα
Συμπεριφορά	Η συμπεριφορά του στο σπίτι είναι χειριστική, έτσι ώστε να πετυχαίνει αυτό που θέλει.

✓ Ενδοοικογενειακές σχέσεις – ευρύτερο περιβάλλον:

Το οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο ζει ο Α. λειτουργεί θετικά στην εξέλιξη της θεραπείας του. Υπάρχει το απαραίτητο ενδιαφέρον των γονιών, η βοήθεια, καθώς και η κατανόηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο μαθητής. Υπάρχουν όμως εντάσεις ανάμεσα στα δύο αδέρφια και αρκετές φορές ανάμεσα στους γονείς των παιδιών με κύριο αίτιο την τάση του πατέρα να πίνει.

✓ Εκπαίδευση (μητρική γλώσσα):

Η μητρική γλώσσα του Α. είναι η Αλβανική, ο ίδιος όμως χρησιμοποιεί την Ελληνική, καθώς αυτήν χρησιμοποιεί η οικογένειά του.

Φοίτησε 2 χρόνια στο νηπιαγωγείο με μεγάλη δυσκολία συμμετοχής στις δραστηριότητες. Συνέχισε στην Α΄ Δημοτικού χωρίς καλή προσαρμογή στο χώρο και στην απόδοσή του στις εργασίες.

2.5 DSM-IV

Με βάση την 4η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για τις Ψυχικές Διαταραχές (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV) της Αμερικάνικης Ένωσης Ψυχιάτρων (American

Psychiatric Association - APA), μπορούμε να δούμε τα εξής διαγνωστικά κριτήρια για τη νοητική υστέρηση:

- ✓ Ύπαρξη νοητικού πηλίκου περίπου στο 70 ή πιο κάτω, όπως αυτό ορίζεται από τα ψυχομετρικά τεστ.
- ✓ Ταυτόχρονη ύπαρξη ελλειμμάτων στην τωρινή προσαρμοστική λειτουργικότητα (αποτελεσματικότητα ενός ατόμου στο να πετυχαίνει ότι απαιτείται για την ηλικία του) σε τουλάχιστον δύο από τους ακόλουθες τομείς: επικοινωνία, ζωή μέσα στο σπίτι, αυτοεξυπηρέτηση, κοινωνικές/ διαπροσωπικές δεξιότητες, χρήση των κοινοτικών πόρων, λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, ψυχαγωγία, υγεία και ασφάλεια.
- ✓ ηλικία έναρξης πριν από τα 18 χρόνια.

Με τα παραπάνω διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV μπορούμε να συγκρίνουμε τα χαρακτηριστικά του Α (βλ. πίνακα 4).

Πίνακας 4 : Αξιολόγηση Περιστατικού

<p>Τεστ IQ</p>	<p>Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου <u>Προσαρμογή- Πράξη - Προσέγγιση</u>:</p> <p>Επίπεδο 1: 0-12 μήνες Επίπεδο 2: 12-28 μήνες Επίπεδο 3: 2,5-5 ετών Επίπεδο 4: 5,5 12 ετών</p> <p>Στο επίπεδο 1 αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πολύπλοκη δράση της βρεφικής ακόμα απόδοσης (καθώς και στο επίπεδο 2).</p> <p>Το λειτουργικό υπόβαθρο προσχολικής και σχολικής ηλικίας στο επίπεδο 3 και 4 είναι αναδυόμενες. Επίπεδο 4 χρειάζεται ενίσχυση δεξιοτήτων.</p>
<p>Ελλείμματα στην προσαρμοστική λειτουργικότητα</p>	<p>Καθυστέρηση στη λεκτική έκφραση, δυσκολία στην αυτό – οργάνωση μέσα στο σπίτι, υποβοηθούμενη καθημερινή</p>

	αυτοεξυπηρέτηση, αισθητηριακά ελλείμματα, διάθεση για κοινωνική συσχέτιση ,δυσκολία σε δεξιότητες ομάδας, χειριστική συμπεριφορά, κοινωνικές δυσκολίες, δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του σχολείου, καλή υγεία με δεξιά πλευρίωση
Ηλικία έναρξης πριν τα 18	Παρακολουθεί ειδική θεραπεία από 4 χρονών

2.5.1 Γενικές Αξιολογήσεις

Πίνακας 2.5.1 : Αξιολόγηση Περιστατικού

Στοματοπροσωπική αξιολόγηση	Αδύναμη γλώσσα, μειωμένη ζωτική χωρητικότητα και αναπνευστική υποστήριξη για παραγωγή καταληπτικής ομιλίας αρθρωτικά φωνολογικά προβλήματα
Γνωστικός και Ψυχοκοινωνικός τομέας	Δυσκολίες αισθητηριακής ολοκλήρωσης, οι οποίες αφορούν και επηρεάζουν όλους τους τομείς ανάπτυξης (αισθητηριακό, γνωστικό, ψυχοκοινωνικό)
Λεπτή και αδρή κινητικότητα	Αν και δεν έχει παλαμιαία λαβή, χρησιμοποιεί όλα του τα δάχτυλά. Γραφοκινητικά είναι σε επίπεδο προγραφής (ένωση τελειών)
Εξωλεκτική επικοινωνία	Είναι αρκετά καλή και σχεδόν πάντα γίνεται κατανοητός
Προσοχή	Αντιμετωπίζει δυσκολίες στην συγκέντρωση προσοχής και στη βλεμματική επαφή
Οπτικοκινητικό συντονισμό	Εμφανίζει οπτικές δυσλειτουργίες
	Παίζει, περπατάει και

Λειτουργικό επίπεδο	δραστηριοποιείται σε επίπεδο παιδικού σταθμού και σπιτιού
---------------------	---

Προτείνεται το παρακάτω πλαίσιο εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος

Δημιουργική έκφραση

- Να αναπτύξει τη δημιουργικότητα μέσα από τα καλλιτεχνικά (ζωγραφική, κολλάζ, μουσική).

Προφορικός λόγος (ακρόαση και ομιλία)

- Οργάνωση των εμπειριών σε θεματικούς κύκλους που επιτρέπει την προσέγγιση εννοιών μέσα από την καθημερινότητα (η διαθεματικότητα οδηγεί στην ενοποίηση της γνώσης και στη λειτουργική χρήση της)

Οι θεματικοί κύκλοι (μπορεί να τροποποιηθούν)

- Το σχολείο
- Το φθινόπωρο – ο τρύγος
- Τα φυτά 28^η Οκτωβρίου
- Η γειτονία μου
- Η ελιά
- Ο χειμώνας
- Τα Χριστούγεννα
- Ο χρόνος – οι εποχές – οι μήνες
- Το σώμα μου
- Διατροφή
- Απόκριες – οι φυλές της γης
- Η άνοιξη
- Η 25^η Μαρτίου
- Το Πάσχα
- Τα μέσα μεταφοράς
- Κυκλοφορώ με ασφάλεια
- Παιχνίδια

- Το καλοκαίρι
- Η θάλασσα

Προφορικός λόγος

- Οργάνωση των εμπειριών σε θεματικούς κύκλους που επιτρέπει την προσέγγιση εννοιών, μέσα από την καθημερινότητα.
- Προγράμματα περιβαλλοντικής αγωγής: «Τι να κάνω με τα χέρια μου;», «Κυκλοφορώ με ασφάλεια»

Ακρόαση – Ομιλία

- Να ακροάται, να μπορεί να παίρνει πληροφορίες από διαφορετικές απόψεις σε συζήτηση που γίνεται στην τάξη.
- Να παίρνει το λόγο σύμφωνα με τους κανόνες της τάξης, συνειδητοποιώντας το ρόλο του ομιλητή και του ακροατή αντίστοιχα.
- Να παίζει ρόλους που αφορούν ιστορίες σχετικές με το θέμα. (απομνημόνευση ιστορίας)
- Να αποκτήσει φωνολογική ενημερότητα (φθόγγοι. Συλλαβές, λέξεις, προτάσεις).

Γραφή

- Να ασκηθεί στη γραφή γραμμάτων, συλλαβών, λέξεων (Σ-Φ-Σ-Φ) και των αριθμών, βελτιώνοντας τη λεπτή κινητικότητα και γραφοκινητική δεξιότητα.
- Να γνωρίζει το φθόγγο και τη συλλαβή που αντιστοιχούν στα γραφήματα.
- Να γράφει συλλαβές και λέξεις (με φθόγγο και τη συλλαβή που αντιστοιχούν στο γράφημα).
- Να μπορεί να διαβάζει αυτόματα τις συλλαβές σε οποιαδήποτε σειρά και αν εμφανίζονται, ώστε να αυτοματοποιήσει την αναγνώριση και την ανάγνωσή τους.
- Να εσωτερικεύει τον μηχανισμό των συλλαβών και να διαβάζει δυσύλλαβες λέξεις (Σ-Φ-Σ-Φ και Φ-Σ-Φ) και τρισύλλαβες λέξεις.
- Να διαβάσει προτάσεις και μικρά κείμενα.

Μαθηματικά

- Να αναπτύξει δεξιότητες ταξινόμησης και σειροθέτησης αντικειμένων με βάση το μέγεθος, μήκος, ύψος, ποσότητα.
- Να αναπτύξει δεξιότητες ορισμού της θέσης των αντικειμένων, μπροστά, πίσω κλπ.
- Να γράφει τους αριθμούς 1-100.
- Να κάνει αντιστοίχιση αριθμών με ποσότητα μέσα στην εικοσάδα.
- Να προσθέτει και να αφαιρεί με αντικείμενα ή σχήματα μέχρι το 50 .
- Εξοικείωση με την τεχνολογία και τους υπολογιστές.
- Να παίζει διαδραστικά παιχνίδια στον υπολογιστή.

Κοινωνικές δεξιότητες

A. Διαπροσωπικές σχέσεις

- Να απαντά κατάλληλα σε συνθήκες συνομιλίας.
- Να Εκφράζει τα προσωπικά συναισθήματα και να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων
- Να μοιράζεται πράγματα για να βοηθά τους συμμαθητές του.
- Α περιμένει τη σειρά και να σέβεται ότι ανήκει στους άλλους.
- Να χρησιμοποιεί κατάλληλο λεξιλόγιο.

B. Επικοινωνία

- Να αναγνωρίζει επικίνδυνες καταστάσεις και να ζητά βοήθεια.
- Να ζητά κάτι που επιθυμεί.
- Να πληροφορεί τους άλλους για το πώς αισθάνεται.

C. Υπευθυνότητα

- Να αναγνωρίζει και να αποφεύγει τους κινδύνους.
- Να ακολουθεί κανόνες για μια καινούρια δραστηριότητα και για ένα παιχνίδι.
- Να προσφέρει βοήθεια όταν του ζητείται.

D. Αυτοεκτίμηση – Αυτοαντίληψη

- Να ζητά και να δέχεται βοήθεια για να γίνει καλύτερος.
- Να συνεχίσει την προσπάθεια του για να σημειώσει επιτυχία.
- Να αναγνωρίζει την επιτυχία του.

- Να μάθει ότι η προσπάθεια οδηγεί στην επιτυχία.
- Να αντιλαμβάνεται τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του.

Προεπαγγελματική εκπαίδευση

- Να συνειδητοποιήσει ότι κάθε μέλος της οικογένειας αναλαμβάνει συγκεκριμένες δουλειές στο σπίτι.
- Να αναλαμβάνει την ευθύνη συγκεκριμένου έργου μέσα στην τάξη ή στο σχολείο γενικότερα.
- Να ζητάει την άδεια να χρησιμοποιήσει κάτι που δεν είναι δικό του.
- Να συνεργάζεται με τη δασκάλα στην εκτέλεση κάποιου έργου.
- Να μοιράζεται και να περιμένει τη σειρά του. Να παίζει με άλλα παιδιά σε μικρές ομάδες.
- Να χρησιμοποιεί τους κανόνες οδικής ασφάλειας για να διασχίσει το δρόμο.
- Να ονομάζει και να περιγράφει τα τοπικά μέσα συγκοινωνίας και πως χρησιμοποιούνται.

Αισθητική αγωγή

- Να αναγνωρίζει σχήματα (γραμμή, κύκλο, τρίγωνο, ορθογώνιο, τετράγωνο).
- Να χρησιμοποιεί και να πειραματίζεται με διάφορα υλικά.
- Να καλλιεργήσει τη φαντασία και τη δημιουργικότητα του.
- Να εξασκήσει τις δεξιότητες λεπτής και αδρής κινητικότητας.
- Να αντιληφθεί την δυνατότητα έκφρασης στο χώρο μέσα από τις κινήσεις του σώματος.
- Να συντονίσει τις κινήσεις του.
- Να αποδεχτεί τον εαυτό του και τους άλλους ως ισότιμα μέλη μιας ομάδας.

- Να ακολουθεί κανόνες.
- Να μπορεί να μιμείται και να υποδύεται ρόλους.
- Να εκφράζεται κινητικά ή λεκτικά.

Μουσική

- Να αναγνωρίζει ήχους που προέρχονται από διάφορες πηγές.
- Να κατανοήσει την έννοια του ρυθμού και να εκτελεί ρυθμικές κινήσεις.
- Να γνωρίζει τα μουσικά όργανα.
- Να τραγουδά απλά τραγουδάκια.
- Να ακολουθεί απλά βήματα χορευτικά

Διδακτική Μεθοδολογία

Συμπεριφορικό μοντέλο:

Ανάλυση έργου, συνεχή καθοδήγηση και συνεχή ανατροφοδοτικό έλεγχο.

3. Συμπεράσματα

Πρώτη Μελέτη περίπτωσης παιδιού με Νοητική Υστέρηση

Τελικό Πόρισμα Αξιολόγησης Προφίλ παιδιού (Συμφωνά με την πολυπαραγοντική προσέγγιση)

Σύμφωνα με όλες τις διαγνωστικές προσεγγίσεις που αναφέρονται στην μέτρια νοητική καθυστέρηση, καταλήξαμε στο πόρισμα από την μελέτη περίπτωσης του παιδιού ότι συμπίπτουν πολλά κοινά στοιχεία όπως είναι η βλάβη στην ακοή και στην όραση (νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, αστιγματισμό). Καθώς και εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος, σωματική κατασκευή χαρακτηριστικά πρόσωπου) καθώς το παιδί παρουσιάζει μικροκεφαλία. Επισημαίνοντας εξαιτίας βλαβών και διαταραχών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα η κινητική του ικανότητα έχει επηρεαστεί σημαντικά καθώς δεν μπορεί να ανεβεί τις σκάλες με εναλλαγή ποδιού.

Επίσης, παρατηρήσαμε σοβαρού βαθμού καθυστέρηση στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου και πολλά προβλήματα ομιλίας στην άρθρωση, εμφανή φτωχό λεξιλόγιο, δυσκολία στην ακουστική κατανόηση (δυο μόνο εντολών) γραφοκινητικά εμφανίζει δυσκολίες καθώς και ανώριμη λαβή χειρισμού των γραφικών μέσων.

Έχει και σημαντικού βαθμού σοβαρότητας δυσφαγίας με κύριο χαρακτηριστικό την μετάβαση από το ένα σύστημα στο άλλο. Παρατηρείται δυσκολία στην αφομοίωση εννοιών και διάσπαση προσοχής. Σε αντιληπτικό επίπεδο το παιδί αναγνωρίζει βασικές έννοιες όπως χρώματα και σχήματα και γνωρίζει κάποιες ποσοτικές έννοιες. Δυσκολία φαίνεται να συναντά στην αντίληψη χωροχρονικών εννοιών. Σε εκφραστικό επίπεδο το παιδί εκφράζεται με απλές προτασιακές δομές του τύπου Y-P-A. Το λεξιλόγιο του δεν είναι αντίστοιχο της ηλικίας του και χρήζει εμπλουτισμού. Το νοητικό επίπεδο του παιδιού υπολείπεται από αυτό της χρονολογικής του ηλικίας.

Παράβλεψη εικόνας παιδιού καθώς το παιδί επανεξετάστηκε μετά από 12 μήνες ενώ υπήρχαν ενδείξεις από τον τοκετό για συνέπεια βλάβης του εγκεφάλου καθώς υπήρχαν περιγεννητικές δυσκολίες στην γέννα.

Μεταγεννητικές δυσκολίες (πυρετός και λοιμώξεις του αναπνευστικού) υπήρχαν και δεν επισημάνθηκαν πουθενά στο ιστορικό καθώς το παιδί νοσηλεύτηκε αρκετές φορές μετά την γέννα. Ελλιπής λογοθεραπευτική αξιολόγηση ειδικά στο κομμάτι της δυσφαγίας, καθώς από το προφίλ του παιδιού υπάρχει σίγουρα κάποια νευρολογική διαταραχή και σαφώς δεν μπορεί να γίνει καλή σίτιση από το ένα στάδιο στο άλλο.

Με βάση το διαγνωστικό προφίλ παιδιού που προσεγγίσαμε σε αυτό το περιστατικό και με τα στοιχεία που έχουμε και τις εξετάσεις και τους ελέγχους που έγιναν αλλά και κάποια σοβαρά περιστατικά που συνέβησαν από την πρώτη στιγμή της ζωής του παιδιού και δεν δόθηκε η κατάλληλη προσοχή επιβάρυναν την εξέλιξη του παιδιού. Εν κατακλείδι δεν καταλήξαμε στο ίδιο συμπέρασμα με το κέντρο που απεφάνθη ότι το παιδί έχει ελαφρά προς μέτρια νοητική καθυστέρηση αλλά εμείς με βάση όλα τα στοιχεία αναφέρουμε παραπάνω αναφέρουμε ότι το παιδί έχει μετρίου βαθμού νοητική καθυστέρηση (μικροκεφαλία).

Δεύτερη Μελέτη περίπτωσης παιδιού με Νοητική Υστέρηση

Τελικό Πόρισμα Αξιολόγησης Προφίλ παιδιού (Συμφωνά με την πολυπαραγοντική προσέγγιση)

Ο Α. είναι ένα ευχάριστο παιδί με διάθεση για κοινωνικές σχέσεις. Η λειτουργικότητα του βρίσκεται στις τελευταίες συνεδρίες σε καλό επίπεδο, όμως υπάρχουν αρκετά αρθρωτικά-φωνολογικά προβλήματα, αδυναμία στο να αναγνωρίζει και να κατανοεί τα γράμματα της αλφαβήτου, δυσκολίες στον προφορικό λόγο, στη συγκέντρωση, στη βλεμματική ακολουθία με αργή ψυχοκινητική ανάπτυξη. Γενικά παρουσιάζει χαμηλό επίπεδο λειτουργικότητας και ασυμμετρία στην βάδιση. Λεκτικά είναι σε θέση να επικοινωνήσει με κατάλληλη βοήθεια, κυμαίνεται σε απλή συζήτηση, έως πολύ απλό λόγο, που περιορίζεται στην κάλυψη των βασικών αναγκών, λειτουργεί σε χαμηλότερο επίπεδο εξαιτίας της διαταραχής στον κινητικό συντονισμό, όπως έλλειψη ισορροπίας, πλευρίωση στη δεξιά πλευρά και χρησιμοποιεί τετραποδική δαχτυλική λαβή. Οι δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και οι κινητικές δεξιότητες δεν τον δυσκολεύουν όμως είναι περιορισμένες. Εξίσου και η σχολική επίδοση.

Με βάση τα αναλυτικά στοιχεία του μαθητή συμπεραίνουμε ότι παρουσιάζει μέτρια νοητική υστέρηση και διαταραχή λόγου ομιλίας σε επίπεδο προφορικής και λεκτικής επικοινωνίας. Επίσης χρήζει την συνέχιση των θεραπευτικών προγραμμάτων.

3.1 Διαφορές που προκύπτουν από την μελέτη των περιστατικών Νοητικής Υστέρησης(βλ. πίνακα 5)

Στον παρακάτω πίνακα παραθέτουμε τις διαφορές ανάμεσα στα δυο περιστατικά με την ίδια διαταραχή :

Πίνακας 5: Διαφορές Περιστατικών

Νοητική αναπηρία- μικροκεφαλία	Νοητική υστέρηση- διαταραχή λόγου και ομιλίας
Ακοή: βαρηκοΐα αμφοτερόπλευρα	Ακοή: εντάξει
Καισαρική τομή <ul style="list-style-type: none"> • Περιγεννητικές δυσκολίες 	Φυσιολογικός τοκετός <ul style="list-style-type: none"> • Περιγεννητικό στρες με δυσχέρεια στην αναπνοή • Πρωτοπαθή άπνοια, μηχανική υποστήριξη
Υποστηρικτικό περιβάλλον	Υποστηρικτικό περιβάλλον, με μοναδικό πρόβλημα τον αλκοολισμό του πατέρα
Ελλείμματα στον προφορικό λόγο και την ομιλία	Αναπτυξιακή διαταραχή 3 ^{ου} βαθμού με δυσφασικά στοιχεία
Χορηγία του WISCIII <ul style="list-style-type: none"> • Αργός ρυθμός, επανάληψη οδηγιών • Μέτρια νοητική στέρηση 	Χορηγία ερωτηματολογίου Προσαρμογή-Πράξη-Προσέγγιση <ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργεί οριοθετημένα με προσπάθεια συγκέντρωσης • Δυσκολίες αισθητηριακής ολοκλήρωσης, οι οποίες επηρεάζουν όλους τους τομείς ανάπτυξης
Όραση: αστιγματισμός	Όραση: εντάξει
Μοναχοπαίδι	Έχει αδερφή
Συναισθηματικά: <ul style="list-style-type: none"> • Ήρεμος • Κλαίει και αναζητά τους γονείς του 	Συναισθηματικά: <ul style="list-style-type: none"> • Σχετικά ήρεμος • Νευριάζει κάθε φορά που ζητάει ή θέλει κάτι • Δεν μπαίνει σε δωμάτια μόνος του

Βιβλιογραφία

- Abuello, D. (2007). *Microcephalysyndromes*. Semin Pediatric Neurol 2007 Elsevier inc
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition). USA: Washington, DC.
- Αρμπουνιώτη, Β. Κουτσοκλένη, Ι. Μαρνελάκης, Μ. (2007). *Διαναπηρικός Οδηγός Επιμόρφωσης. Νοητική Υστέρηση*, Αθήνα, (Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας)
- Βάρβογλη, Α. (2007). *Η διάγνωση του αυτισμού - πρακτικός οδηγός*, Αθήνα: Καστανιώτη
- Barlow & Durand, (2001). *Psicología anormal*, International Thomson Editores, S. A. de C. V
- Βασιλείου, Γ.Ε. (1998). *Τα εκπαιδεύσιμα νοητικά καθυστερημένα παιδιά και έφηβοι*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Batshaw, M.L. (1997). *Children with disabilities* (4th ad). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Βογινδρούκας, Ι. Καλομοίρης, Γ. Παπαγεωργίου, Β. (2007). *Αυτισμός Θέσεις και Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Ταξιδευτής
- Βότσος, Ι. (1993). *Παιδαγωγικά και διδακτικά θέματα για παιδιά με «ειδικές» εκπαιδευτικές ανάγκες*, Εκδόσεις: Ζήτη
- Christoph, A. (2012). *Βασικές αρχές της παιδαγωγικής για τα νοητικά καθυστερημένα άτομα, μετάφραση: Λευτέρης Αναγνώστου, επιμέλεια: Αθηνά Ζωνιού - Σιδέρη, Πεδίο*
- Φίτση, Μ. (2005). *Διαταραχές του λόγου σε παιδιά με νοητική υστέρηση*. Ανακτήθηκε 10 Ιανουαρίου, 2017, από: <http://www.patris.gr/articles/72274?PHPSESSID=%23.Ump8PXB7J5J#.WtlK4VOLIU>
- Frith, U. & Happe, F. (1994). *Autism: Beyond theory of mind. (Cognition), 50, 115-132*
- Frith, U. (1999). *Αυτισμός: (1989). Εξηγώντας το αίνιγμα*, (Μετάφραση: Καλομοίρης, Γ. Γ έκδοση), Ελληνικά γράμματα (έτος πρωτότυπης έκδοσης, Αθήνα)
- Γενά, Α. (2002). *Αυτισμός και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές: αξιολόγηση, διάγνωση, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Γενά Αγγελική Κ.
- Γκαλλάν, Α. & Γκαλλάν, Ζ. (1997). *Το παιδί με νοητική καθυστέρηση και η κοινωνία*. Αθήνα: Πατάκη
- Γκονέλα, Ε.Χ. (2006). *Αυτισμός: Αίνιγμα και πραγματικότητα*, εκδόσεις Οδυσσέας, (Αθήνα)
- Γκουγκούμη, Μ. & Καραμπά, Α. (2013). *Συνοδά προβλήματα της Νοητικής Υστέρησης*. Ανακτήθηκε, 7 Ιανουαρίου, 2017 από: <http://grafwnimata.blogspot.gr/2013/09/blog->

[post_7.html](#)

Happe, F. (1998). Αυτισμός - ψυχολογική θεώρηση. (Μετάφραση - Επιμέλεια: Δημήτρης Στασίνος), Gutenberg – Αθήνα

Helfrich - Miller, KR. Rector, KL. Straka, JA. (1986). *Dysphagia: its treatment in the profoundly retarded patient with cerebral palsy*. Ανακτήθηκε, 13 Ιανουαρίου, 2017, από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3741076>

Jordan, R. (2000). Η εκπαίδευση των παιδιών και νεαρών ατόμων με αυτισμό. (Μετάφραση: Ιγνάτιος Καφαντάρης, Αθήνα: Ελληνική

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). Ψυχοπαθολογία παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση

Καμπανάρου, Μ. (2007). Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας. Αθήνα: Έλλην

Κουτουμάνος, Α. (2006) Νόηση τα τέσσερα βασικά στοιχεία του Teacch. Ανακτήθηκε, 9 Ιανουαρίου, 2017 από: <http://www.noesi.gr/book/intervention/teacch>

Κρασανάκης, Γ. (2009). Παιδιά με Νοητική Ανεπάρκεια. Αθήνα: Γρηγόρη

Κυπριωτάκης, Α. (1982). Η νοημοσύνη και η εξέλιξή της: σύγχρονες απόψεις. Ηράκλειο: Ψυχοτεχνική

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

Λαλούμη - Βιδάλη, Ε. (2002). Αρχίζω δραστηριότητες για παιδιά 3-4 ετών. Σύγχρονες εκδόσεις, Θέρμη Θεσσαλονίκη

Μάνος, Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press- Εκδόσεις: Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη

Μανωλόπουλος, Σ. & Τσιάντης, Γ. (1988). Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής- Ψυχοπαθολογία, Τόμος Β, Αθήνα: Καστανιώτη

Moss, S. Emerson, E. Kiernan, C. Turner, S. Hatton, C. & Alborz, A. (2000). *Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behavior*. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456

Μπαρδή, Π. (1985). Νοητική Καθυστέρηση. Φύση- Αιτιολογία- Αντιμετώπιση, Εκδόσεις: Εκτυπωτική Καρδίτσας, Αθήνα

Νότας, Σ. (2013). Διαγνωστικά κριτήρια για τις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού. Ανακτήθηκε, 5 Ιανουαρίου, 2017 από: http://www.autismhellas.gr/files/el/DSM-V_%CE%91%CE%9B%CE%9B%CE%91%CE%93%CE%95%CE%A3.pdf

Παγιάτσου, Μ. Δημητρίου, Ε. Χατζησάββα, Π. (2012). Μελέτη για τον ορισμό της Νοητικής Αναπηρίας στα πλαίσια της τροποποίησης του Νόμου 117/89, Λευκωσία, Κύπρος

Παπουτσάκη, Κ.Γ. (2009). Νοητική Υστέρηση και Μοναξιά. Εκδόσεις: Γρηγόρη

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1980). Νοητική Καθυστέρηση: Διαφορική Διάγνωση, Αιτιολογία- Πρόληψη, Ψυχοπαιδαγωγική Αντιμετώπιση, Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση

Πατιού, Ι. (2011). Ψυχοπαιδαγωγική & Δυναμική Της Νοημοσύνης Καθυστέρησης. Ανακτήθηκε 15 Ιανουαρίου, 2017 από:

<http://blogs.sch.gr/ipatiou/archives/category/%CE%BD%CE%BF%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%B8%CF%85%CF%83%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B7%CF%83%CE%B7#.WTggyOvyi01>

Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες, Τόμος Β, Αθήνα: Ατραπός

Reiss, S. Levitan, G.W. & Szyszko, J. (1982). *Emotional disturbance and mental retardation*. Diagnostic Overshadowing. American Journal of Mental Deficiency, 86, 567-574.

Reiss, S. & Trenn, E. (1984). *Consumer demand for outpatient mental health services for mentally retarded people*. Mental Retardation, 22, 112-115.

Shipley, K.G. – McAfee, J.G. Assessment in Speech - Language Pathology: A Resource Manual 4th Edition. Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία (2013) 4η έκδοση - 1η Ελληνική έκδοση, (Μετάφραση- Επιμέλεια: Βιρβιδάκη ΣΤ.Ε. & Ταφιάδης Δ.) Εκδόσεις: Γκότση

Συριοπούλου – Δελλή, Κ.Χ. (2011). *Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές*, Αθήνα: Γρηγόρη

Stavroussi, P. Papalexopoulos, P.F & Vavougiotis, D. (2010). *Science education and students with intellectual disability*. Teaching approaches and implications, 103-112

Στεφάνης, Κ. Σολδάτος, Κ. Μαυρέας, Β. (1992). ICD-10, Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη

Stevenson, R.E. Hall, J. (2006). *Human Malformations and Related Anomalies*

Τζουριάδου, Μ. (1996). Παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Θεσσαλονίκη: Προμηθεύς

Τσιμπιδάκη, Α. (2005). Η οικογένεια με ένα παιδί προσχολικής και ειδικής αγωγής με ειδικές ανάγκες. Διδακτορική διατριβή, σχολή ανθρωπιστικών επιστημών, τμήμα επιστημών της προσχολικής αγωγής και του εκπαιδευτικού σχεδιασμού, Ρόδος, (Πανεπιστήμιο Αιγαίου).

Χρηστάκης, Κ.Γ. (2012). *Διδακτική Προσέγγιση παιδιών και νέων με μέτριες και σοβαρές δυσκολίες μάθησης*. Αθήνα: Διάδραση

Παραρτήματα

Περίπτωση Αυτισμού

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Οι διαφορές ανάμεσα στα συστήματα διάγνωσης με μια ματιά

	ICD-10	DSM-IV	DSM-5
Γενικός όρος	Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΔ)	Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΔ)	Διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ)
Διάγνωση	Παιδικός αυτισμός, σύνδρομο Asperger, ΔΑΔ-μη άλλως προσδιοριζόμενη	Αυτισμός, σύνδρομο Asperger, ΔΑΔ-μη άλλως προσδιοριζόμενη	Διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ)
Συμπτώματα	Δυσκολίες στην επικοινωνία, δυσκολίες στην κοινωνική επαφή, επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές	Δυσκολίες στην επικοινωνία, δυσκολίες στην κοινωνική επαφή, επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές	Δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία, επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές
Ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων	Μέχρι 3 ετών (όχι για το σύνδρομο Asperger)	Μέχρι 3 ετών (όχι για το σύνδρομο Asperger)	Πρώιμη παιδική ηλικία να και τα λειτουργικά προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν αργότερα
Αισθητηριακά προβλήματα	Δεν υπάρχουν στα διαγνωστικά κριτήρια	Δεν υπάρχουν στα διαγνωστικά κριτήρια	Περιλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια (υπερευαισθησία/ υποευαισθησία στην ομάδα των επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών συμπεριφορών)
Τι συμβαίνει όταν ένα άτομο εμφανίζει κάποια αλλά όχι όλα τα συμπτώματα;	Λαμβάνει Διάγνωση ΔΑΔ-μη άλλως καθοριζόμενης	Λαμβάνει Διάγνωση ΔΑΔ-μη άλλως καθοριζόμενης	Όσοι εμφανίζουν συμπτώματα κοινωνικής επικοινωνίας αλλά όχι επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές, λαμβάνουν διάγνωση Διαταραχής Κοινωνικής Επικοινωνίας

Πώς φαίνονται οι διαφορές στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων;	Μέσω των διαγνωστικών υποκατηγοριών	Μέσω των διαγνωστικών υποκατηγοριών	Μέσω εκτίμησης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων (επίπεδο 1, 2, 3)
--	-------------------------------------	-------------------------------------	--

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β
Διαφορές παιδιών με φυσιολογική ανάπτυξη και αυτισμό

Παιδιά με αυτισμό	Παιδιά χωρίς αυτισμό
Επικοινωνία	
Αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή. Δείχνουν κωφά. Ξεκινούν να αναπτύσσουν τη γλώσσα αλλά σταματούν να μιλούν.	Παρατηρούν το πρόσωπό της μητέρας τους. Διεγείρονται εύκολα με τους ήχους. Εμπλουτίζουν σταδιακά και αδιάκοπα το λεξιλόγιο και τις γλωσσικές τους ικανότητες.
Κοινωνικές συναναστροφές	
Λειτουργούν σαν να μην αντιλαμβάνονται την εμφάνιση και απομάκρυνση των άλλων. Επιτίθενται στους άλλους χωρίς να έχουν προκληθεί. Είναι απόμακρα σαν να βρίσκονται κλεισμένα σε καβούκι.	Κλαίει όταν η μητέρα τους απομακρύνεται από κοντά τους και είναι ανήσυχα. Εκνευρίζονται όταν πεινούν ή ενοχλούνται. Αναγνωρίζουν οικεία πρόσωπα.
Εξερεύνηση του περιβάλλοντος	
Παραμένουν προσκολλημένα σε ένα μόνο αντικείμενο ή δραστηριότητα για αρκετή ώρα. Μυρίζουν ή γλείφουν διάφορα παιχνίδια. Δε δείχνουν ευαισθησία ή πόνο σε κάψιμο ή μελανιές.	Ασχολούνται με πολλές δραστηριότητες, εναλλάσσοντας τη μία μετά την άλλη. Χρησιμοποιούν συνειδητά το σώμα τους για να φτάσουν και να πιάσουν κάποιο αντικείμενο. Εξερευνούν διάφορα παιχνίδια και παίζουν με αυτά. Αναζητούν ευχαρίστηση και αποφεύγουν τον πόνο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Διάγνωση Αναπτυξιακή Διαταραχή και συμπτώματα Αυτισμού

Διαγνωστικό εργαλείο/ ταξινομική κλίμακα	Για ηλικίες (έτη)	Ποιος συμπληρώνει τη λίστα: αριθμός σημείων	Χρόνος συμπλήρωσης (λεπτά)	Δωρεάν παρουσίαση στο ίντερνετ;
τεστ παιδικού αυτισμού - (CHAT) DETAIL	3-22	Γονέα: 9 Ειδικός: 5	5	ΝΑΙ
Διαγνωστικό εργαλείο αυτισμού για πλάνο εκπαίδευσης- (ASIEP-2) DETAIL	3-5	Ειδικός: 5 υποτεστ	90-120	
Διαγνωστική συνέντευξη αυτισμού- αναθεωρημένη- (ADI-R) DETAIL	4+	Ειδικός: 93	90-150	
Χρονοδιάγραμμα διαγνωστικής παρακολούθησης αυτισμού - (ADOS) DETAIL	5-12	Ειδικός: 4 ενότητες	35-45 λεπτά Ανά ενότητα	
Ταξινομική κλίμακα παιδικού αυτισμού- (CARS) DETAIL	6-12	Ειδικός: 15		

Λίστα αυτιστικής συμπεριφοράς - (ABC) DETAIL	1,5+	Γονέας, Δάσκαλος: 57		
--	------	-------------------------	--	--

Διαγνωστικό εργαλείο/ ταξινομική κλίμακα	Για ηλικίες (έτη)	Ποιος συμπληρώνει τη λίστα: αριθμός σημείων	Χρόνος συμπλήρωσης (λεπτά)	Δωρεάν παρουσίαση στο ίντερνετ
Ταξινομική κλίμακα αυτισμού του Gilliam - (GARS) DETAIL	1.5+	Γονέας, δάσκαλος, Ειδικός: 56	5-10	ΝΑΙ
Τύπος E-2 του Ινστιτούτου Έρευνας Αυτισμού - DETAIL	2+	Γονέας:109	15-20	ΝΑΙ
Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής επικοινωνίας- (SCQ) DEATAIL	2+	Γονέας: 40	10	ΝΑΙ
Εκτίμηση θεραπείας αυτισμού: πρόγραμμα αποτελεσμάτων στο Ίντερνετ - (ATEC): DETAIL	2+	Γονέας, ειδικός: 77	10-15	ΝΑΙ

Προσδιοριστική κλίμακα PDD- (PDDAS) DETAIL	3+	Γονέας: 15	5-10	ΝΑΙ
--	----	------------	------	-----

Τεστ που δεν προτείνονται σε συνήθη βάση

Ανάλυση μαλλιών, κοιλιακά αντισώματα, αλλεργικό τεστ και τεστ βιταμινών. Επιπλέον μπορούν να αποφευχθούν, η ανάλυση ούρων και κοπράνων, η εξέταση του θυρεοειδή, του γαλακτικού οξέος ή άλλες εξεζητημένες μεταβολικές εξετάσεις (Βάρβογλη, 2007).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Κλειδιά για την κατανόηση του αυτισμού

Αυτισμός	
Είναι νευροβιολογική διαταραχή η οποία επηρεάζει διάφορους τομείς της εξέλιξης του παιδιού.	Παρουσιάζεται από τη γέννηση του παιδιού ή πολύ νωρίς στη ζωή, αλλά η φύση της διαταραχής είναι τέτοια που πολλές φορές η διάγνωση αργεί να γίνει (και χρειάζονται μήνες ή και χρόνια)
Η πρόιμη παρέμβαση βελτιώνει τις ικανότητες του παιδιού και βοηθάει την οικογένεια.	Τα βρέφη με αυτισμό παρουσιάζουν χαρακτηριστικό βλέμμα, μοτίβο ακοής, κοινωνική ανάπτυξη και παιχνίδι.
Συχνά άλλες μαθησιακές δυσκολίες συνυπάρχουν με τον αυτισμό.	Ο αυτισμός δεν είναι συνώνυμο της νοητικής υστέρησης, παρόλο που σε πολλές περιπτώσεις ο δείκτης νοημοσύνης είναι κάτω του κανονικού. Τα συμπτώματά του ποικίλλουν, κάτι το οποίο εξηγεί γιατί ο αυτισμός θεωρείται «διαταραχή φάσματος».

