



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**«Πιλοτική μελέτη προσαρμογής και χορήγησης
διαγνωστικών κλιμάκων ESSENCE σε περιπτώσεις
παιδιών ηλικίας 5-15 ετών με Διαταραχή Ελλειμματικής
Προσοχής και Υπερκινητικότητας».**

Τσιμίγκου Ευρυδίκη ΑΜ: 16256

Μητσικούδη Σοφία ΑΜ:14534

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : κ. Ζακοπούλου Βικτώρια

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2017



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**«Πιλοτική μελέτη προσαρμογής και χορήγησης
διαγνωστικών κλιμάκων ESSENCE σε περιπτώσεις
παιδιών ηλικίας 5-15 ετών με Διαταραχή Ελλειμματικής
Προσοχής και Υπερκινητικότητας».**

Τσιμίγκου Ευρυδίκη ΑΜ: 16256

Μητσικούδη Σοφία ΑΜ:14534

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : κ. Ζακοπούλου Βικτώρια

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2017

**«Πιλοτική μελέτη προσαρμογής και χορήγησης
διαγνωστικών κλιμάκων ESSENCE σε περιπτώσεις
παιδιών ηλικίας 5-15 ετών με Διαταραχή Ελλειμματικής
Προσοχής και Υπερκινητικότητας».**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Τόπος, Ημερομηνία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1.Επιβλέπων καθηγητής

Όνομα Επίθετο: Βικτώρια Ζακοπούλου

τίτλος, βαθμίδα: αναπληρώτρια καθηγήτρια, Μαθησιακές δυσκολίες με ειδίκευση στην ειδική αναπτυξιακή δυσλεξία

2.Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

3.Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήμα

Όνομα Επίθετο

τίτλος, βαθμίδα

Υπογραφή

Τσιμίγκου Ευρυδίκη, 2017

Μητσικούδη Σοφία, 2017

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Επίθετο, Όνομα: Τσιμίγκου Ευρυδίκη

Υπογραφή

Επίθετο, Όνομα: Μητσικούδη Σοφία

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διεξαγωγή και περαίωση μιας πτυχιακής εργασίας, αποτελεί μια επικοδομητική εμπειρία. Φθάνοντας στο τέλος της παρούσας πτυχιακής εργασίας, συνειδητοποίησαμε ότι αποτέλεσε έναν προσωπικό αγώνα, αλλά συγχρόνως και συνδρομή και υποστήριξη πολλών ανθρώπων στους οποίους θέλουμε να εκφράσουμε την ειλικρινή μας ευγνωμοσύνη.

Αρχικά. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα της πτυχιακής μας κ. Βικτώρια Ζακοπούλου, καθηγήτρια του τμήματος Λογοθεραπείας στο ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ, η οποία μας εισήγαγε στα θέματα των αναπτυξιακών διαταραχών και στον τομέα της έρευνας. Η ευρεία γνώση της αποτέλεσε αξιοσημείωτη αξία για εμάς, καθώς οι συμβουλές της ήταν καθοριστικές στη διαφώτιση του τρόπου σκέψης μας.

Ξεχωριστά σαν Ευρυδίκη θα ήθελα ιδιαίτερα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, το σύζυγο μου και τα παιδιά μου, για την υπομονή και την συμπαράσταση τους όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε με σκοπό την πιλοτική μελέτη προσαρμογής και χορήγησης διαγνωστικών κλιμάκων ESSENCE σε περιπτώσεις παιδιών ηλικίας 5-15 ετών με αναπτυξιακές διαταραχές.

Στο πρώτο μέρος, στόχος είναι η ανάπτυξη των ειδών των αναπτυξιακών διαταραχών, καθώς επίσης, και των διαγνωστικών τους κριτηρίων. Παράλληλα, παρουσιάζονται τα κλινικά profiles περιπτώσεων παιδιών με διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Η συγκεκριμένη αποτελεί τη διαταραχή συσχέτισης μας με το «Ερωτηματολόγιο 5-15 FTF» (5-15 FTF/ Five To Fifteen), εργαλείο μέτρησης στο πλαίσιο του μοντέλου πολυπαραγοντικής διάγνωσης αναπτυξιακών διαταραχών ESSENCE. Παρουσιάζονται οι αρχές και τα χαρακτηριστικά της πολυπαραγοντικής προσέγγισης ESSENCE, τα διαγνωστικά εργαλεία, οι πρόσθετοι έλεγχοι και οι εξετάσεις οι οποίες πραγματοποιούνται.

Επιπρόσθετο στόχο της εργασίας αποτελεί η παρουσίαση του « Ερωτηματολογίου 5 -15 FTF», η πιλοτική προσαρμογή και χορήγησή του και ακουλούθως η στατιστική ανάλυσή του με προβολή στοιχείων και αποτελεσμάτων.

Τέλος, τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε από την στατιστική ανάλυση της χορήγησης του « Ερωτηματολογίου 5-15 FTF», σε σύγκριση με τα διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, μας δείχνουν ότι οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αντιστοιχούν στις υποενότητες των διαγνωστικών κριτηρίων του ICD-10, και υπάρχει απόλυτη συσχέτιση μεταξύ του συνολικό σκόρ που συγκέντρωσαν τα παιδιά του δείγματος, στις ομάδες ερωτήσεων που σχετίζονται με τις κατηγορίες των συμπτωμάτων.

Λέξεις κλειδιά: αναπτυξιακές διαταραχές, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, πολυπαραγοντική προσέγγιση ESSENCE, Ερωτηματολόγιο 5-15 FTF.

ABSTRACT

This diploma thesis was conducted in order to pilot the adaptation and administration of ESSENCE diagnostic scales in children aged 5-15 years with developmental disorders.

In the first part, the goal is to develop the types of developmental disorders as well as their diagnostic criteria. At the same time, the clinical profiles of these disorders are presented. The FTF (Five To Fifteen) Deficit Prize 5-15 is then analyzed. The purpose of the questionnaire and the reference population are presented. Then the Attention Deficit Hyperactive Disorder is analyzed. This is our correlation disorder with the 5-15 FTF Questionnaire. In addition, multifactorial diagnosis of ESSENCE developmental disorders is being approached. The principles and features of the ESSENCE approach, diagnostic tools, additional controls, and examinations are presented.

An additional objective of the work is the presentation of the FTF Questionnaire 5 -15, the pilot adaptation and delivery of the FTF Questionnaire 5-15, and its statistical analysis with data and results.

Finally, we draw conclusions from the statistical analysis of the "FTF Questionnaire 5-15" as compared to the diagnostic criteria defined by the Disturbance Attention and Hyperactivity Disorder. In addition, we provide the literature, anex and questionnaires as received from the population.

Key words : developmental disorders, Attention Deficit Hyperactive Disorder, multifactorial diagnosis of ESSENCE, Questionnaire 5-15 FTF.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT.....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
1.ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	8
1.1 Είδη αναπτυξιακών διαταραχών.....	11
1.1.1 F80 Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας (του λόγου).....	11
1.1.2 F80.0 Ειδική διαταραχή της άρθρωσης.....	11
1.1.3 F80.1 Διαταραχή στην έκφραση της γλώσσας (του λόγου).....	12
1.1.4 F80.2 Αντιληπτική διαταραχή της γλώσσας (του λόγου).....	13
1.1.5 F80.3 Επίκτητη αφασία συνοδευόμενη με επιληψία (Landau- Kleffiner).....	14
1.1.6 F80.8 Άλλες αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας.....	15
1.1.7 F80.9 Αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας, μη καθορισμένη.....	15
1.1.8 F81 Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων.....	15
1.1.9 F81.0 Ειδική διαταραχή της ανάγνωσης.....	15
1.1.10 F81.1 Ειδική διαταραχή του συλλαβισμού.....	16
1.1.11 F81.2 Ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων.....	16
1.1.12 F81.3 Μεικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων.....	17
1.1.13 F81.8 Άλλες αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων.....	17
1.1.14 F81.9 Αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων, μη καθορισμένη.....	18
1.1.15 F82 Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της κινητικής λειτουργίας.....	18
1.1.16 F83 Μεικτές ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές.....	18
1.1.17 F84 Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.....	19
1.1.18 F84.0 Αυτισμός παιδικής ηλικίας.....	19
1.1.18.1 Μορφές αυτισμού.....	20
1.1.19 F84.3 Άλλη αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (Childhood Disintegrative Disorder).....	25
1.1.20 (F70-F79) Νοητική καθυστέρηση.....	25
1.1.21 F90 Διαταραχές υπερκινητικού τύπου.....	27
1.1.21.1 Τύποι Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας.....	30
1.1.21.2 Αίτια της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας.....	30

1.1.21.3 Συννοσυρότητα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας με άλλες διαταραχές.....	32
1.1.21.4 Επιπτώσεις Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας	33
1.2 Διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας- ΔΕΠΥ	35
1.2.1 Συμπτώματα Απροσεξίας:.....	35
1.2.2 Συμπτώματα Υπερκινητικότητας – Παρορμητισμού	36
1.3 Διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ/Υ	37
1.4 Κλινικά Profiles.....	38
2. Πολυπαραγοντική διάγνωση ESSENCE	42
2.1 Αρχές- Χαρακτηριστικά προσέγγισης	42
2.1.1 Είδη διαταραχών σύμφωνα με το ESSENCE	45
2.1.2 Αίτια σύμφωνα με το μοντέλο του ESSENCE	45
2.1.3 Συμπτώματα υπό μελέτη	46
2.2 Διαγνωστικά εργαλεία	46
2.2.1 Πρόσθετοι έλεγχοι – Εξετάσεις.....	50
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ	53
3. Ερωτηματολόγιο «5 -15 FTF».....	53
3.1 Σκοπός έρευνας.....	55
3.2 Πληθυσμός Αναφοράς και Μέθοδος.....	56
3.3 Πιλοτική προσαρμογή – χορήγηση.....	56
3.4 Στατιστική ανάλυση	57
3.4.1 Συζήτηση δεδομένων	57
3.4.1.1. Περιγραφικά στοιχεία.....	57
3.4.1.2. Εσωτερική συνάφεια και αξιοπιστία ερωτηματολογίου	59
3.4.1.3 Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου σχετικά με τη Δ.Ε.Π.Υ.	61
3.4.1.3.1 Συμπτώματα Απροσεξίας.....	62
3.4.1.3.2 Συμπτώματα Υπερκινητικότητας	64
3.4.1.3.3 Συμπτώματα Παρορμητικότητας	66
3.5 Αποτελέσματα.....	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	72

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Έλεγχοι εσωτερικής συνέπειας των ενοτήτων του ερωτηματολογίου	59
Πίνακας 2: Συντελεστής συσχέτισης (Pearson r) κατηγοριών των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π.Υ., του ερωτηματολογίου.	62
Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των συμπτωμάτων Απροσεξίας που εντοπίστηκαν.	63
Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή εντοπισμού συμπτωμάτων Απροσεξίας ανά ερώτηση.	63
Πίνακας 5: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των συμπτωμάτων Υπερκινητικότητας που εντοπίστηκαν.....	65
Πίνακας 6: Ποσοστιαία κατανομή εντοπισμού συμπτωμάτων Υπερκινητικότητας ανά ερώτηση.	65
Πίνακας 7: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των συμπτωμάτων Παρορμητικότητας που εντοπίστηκαν.....	66
Πίνακας 8: Ποσοστιαία κατανομή εντοπισμού συμπτωμάτων Παρορμητικότητας ανά ερώτηση.	67

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.	57
Σχήμα 2: Ποσοστιαία κατανομή των ηλικιών του δείγματος.	58
Σχήμα 3: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των διαταραχών των παιδιών του δείγματος.....	59
Σχήμα 4: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των κατηγοριών των συμπτωμάτων που εντοπίστηκαν.....	61

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αναπτυξιακές διαταραχές είναι ένας τομέας διαταραχών, με τον οποίο έχουν ασχοληθεί κατά καιρούς, επιστήμονες όλων των ειδικοτήτων. Είναι διαταραχές που σχετίζονται κυρίως με τα παιδιά, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι αποτελούν αποκλειστικά διαταραχή της παιδικής ηλικίας, αλλά συνεχίζονται στην εφηβεία και μερικές φορές ακόμη και στην ενήλικη ζωή.

Συνδέονται με την βιολογική ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος και τα προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι πάσχοντες με αναπτυξιακές διαταραχές αφορούν τον γνωστικό τομέα αλλά και τον συναισθηματικό-κοινωνικό τομέα.

Η συγκεκριμένη εργασία έχει ως σκοπό να παρουσιάσει τις αναπτυξιακές διαταραχές μέσω της πολυπαραγοντικής διάγνωσης ESSENCE και να παρουσιάσει την πιλοτική χορήγηση του «Ερωτηματολογίου 5-15 FTF».

Το πρώτο μέρος της εργασίας αναφέρεται γενικά στις αναπτυξιακές διαταραχές και στα είδη που υπάρχουν σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10. Πλήρη αναφορά γίνεται στην Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας- ΔΕΠΥ, στην οποία έγινε η χορήγηση διαγνωστικών κλιμάκων ESSENCE, σε παιδιά ηλικίας 5 -15 ετών. Παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια αυτής της διαταραχής σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ESSENCE και παραθέτονται κλινικά profiles περιπτώσεων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην πολυπαραγοντική μέθοδο ESSENCE. Παρουσιάζονται οι αναπτυξιακές διαταραχές που πλαισιώνει η πολυπαραγοντική μέθοδος ESSENCE και περιγράφονται οι αρχές και τα χαρακτηριστικά της προσέγγισης ESSENCE. Αναφέρονται τα διαγνωστικά εργαλεία και οι πρόσθετοι έλεγχοι εξετάσεις που πραγματοποιούνται παράλληλα με την μέθοδο ESSENCE.

Στο δεύτερο μέρος, γίνεται η παρουσίαση του «ερωτηματολογίου 5-15 FTF». Περιγράφονται οι τομείς που περιλαμβάνει και γίνεται επεξήγηση του τρόπου χορήγησης του. Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο σκοπός της έρευνας για την οποία εκπονήθηκε αυτή η εργασία. Σκοπός της έρευνας είναι η διεξαγωγή συμπερασμάτων για την αξιοπιστία της διάγνωσης της ΔΕΠΥ, μετά από την χορήγηση του «ερωτηματολογίου 5 -15 FTF». Ο πληθυσμός αναφοράς της έρευνας είναι παιδιά ηλικίας από 5 έως 15 ετών και η χορήγηση

του «ερωτηματολογίου 5 -15 FTF», έγινε στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο, στο τμήμα εξωτερικών ιατρικών Μαθησιακών Δυσκολιών.

Ακολουθεί, η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής, συζήτηση δεδομένων και τα αποτελέσματα. "Τελικά, η χορήγηση κλιμάκων ESSENCE, σε περιπτώσεις παιδιών 5-15 με Διαταραχή Διάσπασης Προσοχής μπορεί να επιβεβαιώσει την διαταραχή;" είναι ένα βασικό ερώτημα που την απάντηση του θα την δούμε στο κείμενο των συμπερασμάτων.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αναπτυξιακές διαταραχές σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)(WHO 2016), είναι οι διαταραχές που συναντάμε σε παιδιά με συνήθως φυσιολογική νοημοσύνη, αλλά παρουσιάζουν κάποιου βαθμού καθυστέρηση σ' έναν ή περισσότερους τομείς ανάπτυξης. Τα φυσιολογικά πρότυπα ανάπτυξης διαταράσσονται ήδη από τα πρώιμα στάδια ανάπτυξης. Αυτή η καθυστέρηση συνδέεται στενά με τη βιολογική ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος και η πρώτη εμφάνιση τους καταγράφεται στην νηπιακή και παιδική ηλικία (Βλασσοπούλου,Μ, Λεγάκη, Λ, Ρότσικα, Β, Τσίπρα, Ι, 1998). Συνήθως η καθυστέρηση ή η βλάβη έχει εμφανιστεί τόσο νωρίς όσο μπορούσε να ανιχνευθεί αξιόπιστα και μειώνεται προοδευτικά καθώς το παιδί μεγαλώνει, αν και ήπιες υπολειμματικές καταστάσεις συχνά παραμένουν κατά την ενήλικη ζωή (ICD- 10,2008: 274). Η πορεία τους είναι σταθερή χωρίς υφέσεις και υποτροπές. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι λειτουργίες που πλήττονται περιλαμβάνουν τις γλωσσικές ικανότητες, τις οπτικό-χωρικές δεξιότητες, και τον συντονισμό των κινήσεων (ICD-10, 2008:274). Η εμφάνιση τους κατά την περίοδο της ανάπτυξης υποδηλώνεται με τον όρο «αναπτυξιακές», ενώ η απόκλιση από τις φυσιολογικές συμπεριφορές με τον όρο «διαταραχές».(Γενά,2002). Εντάσσονται στις διαταραχές ψυχολογικής ανάπτυξης (F80-F89) και αυτό συμβαίνει διότι επηρεάζουν την ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών. Μπορεί να συνυπάρχουν με άλλες διαταραχές και συμπτώματα, ενώ συνδυάζονται δευτερογενώς με κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα. Έρευνες έχουν δείξει ότι το 50% των παιδιών αυτών έχουν συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς, ποσοστό σε τριπλάσια συχνότητα από το γενικό πληθυσμό.

Δεν υπάρχει μία και μοναδική αιτιολογία και μπορεί να οφείλονται σε (Λαζαρέτου & Αναγνωστόπουλος,2001):

- Αισθητηριακές διαταραχές
- Νευρολογικά προβλήματα (ανωριμότητα ή καθυστέρηση της νευρολογικής ωρίμανσης).

- Περιβαλλοντικούς ή συναισθηματικούς παράγοντες
- Αντίξοες περιγεννητικές συνθήκες, όπως πρόωρος τοκετός, χαμηλό βάρος γέννησης, ανοξία και άλλα.
- Ασθένειες όπως μηνιγγίτιδα
- Ιδιοσυστατικοί παράγοντες

Υπάρχει βέβαια η πιθανότητα να οφείλονται και σε κληρονομικούς παράγοντες, για να υπάρξει όμως εκδήλωση της διαταραχής θα πρέπει να ευδοκιμήσει σε γόνιμο περιβάλλον. (<http://www.paidiagnosi.gr>)

Εκδηλώνεται περισσότερο σε αγόρια, σε αναλογία 4:1. Τα τελευταία χρόνια έρευνες δείχνουν ότι παρατηρείται μία αύξηση των αναπτυξιακών διαταραχών σε κλίμακα 1/10000 από 1/100. Ερευνητές ενοχοποιούν εξωτερικούς παράγοντες για την αύξηση αυτή των ποσοστών. (<http://www.paidiagnosi.gr>)

Σύμφωνα με το *ICD-10* οι αναπτυξιακές διαταραχές ή «Ειδικές Διαταραχές της Ψυχολογικής Ανάπτυξης» περιλαμβάνουν:

- Διαταραχές λόγου
- Μαθησιακές δυσκολίες
- Κινητικές διαταραχές
- Διαταραχές αυτιστικού φάσματος

Οι αναπτυξιακές διαταραχές καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα διαταραχών και για αυτό τα συμπτώματα ποικίλλουν.

Σημαντικά συμπτώματα που μας οδηγούν στη διάγνωση των αναπτυξιακών διαταραχών είναι τα εξής:

- Η γλωσσική ικανότητα δεν αναπτύσσεται με φυσιολογικό τρόπο. Η λεκτική επικοινωνία είναι περιορισμένη, με καθυστέρηση, ανώριμη, μπορεί να αποτελεί ηχώ από τις λέξεις κάποιου άλλου -ηχολαλία-, ή ακόμη και να απουσιάζει εντελώς. Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και με την μη λεκτική επικοινωνία, με αποτέλεσμα η κατανόηση να είναι περιορισμένη καθώς η επικοινωνία στερείται από χειρονομίες, από εκφράσεις προσώπου, από αλλαγή στάσης σώματος και εναλλαγές του τόνου της φωνής. Εάν υπάρχει λόγος, αυτός είναι μονότονος και κοφτός.

- Δεν κατανοούν το χιούμορ ή την ειρωνεία και δεν ακολουθούν την ροή μιας συζήτησης αλλά εμμένουν στα δικά τους θέματα.
- Μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση. Παρατηρείται κοινωνική απομόνωση και δυσκολία συσχετισμού με άλλους καθώς υπάρχει αδυναμία αντίληψης των συναισθημάτων και δυσκολία στη δημιουργία φίλων καθώς και ποιοτικές δυσκολίες στην κοινωνική συναλλαγή και συναισθηματική αμοιβαιότητα. Δεν επιδιώκει την κοινωνική επαφή, ενώ μπορεί να δίνει μεγάλη προσοχή σε αντικείμενα παρά σε ανθρώπους. Αυτούς τους δέχεται παθητικά και μπορεί να μην επιδιώκει καμία επαφή. Δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα των άλλων και να εκφράσουν τα δικά τους με κατάλληλο τρόπο.
- Αδυναμία έκφρασης και επιθυμιών.
- Δεν κατανοούν το συμβολικό παιχνίδι, έχουν περιορισμένη φαντασία και δεν μπορούν να παίζουν φανταστικά παιχνίδια με άλλους ανθρώπους.
- Παρουσιάζουν στερεότυπες συμπεριφορές και μπορεί να προσκολλώνται σε αντικείμενα με τις ώρες και να παίζουν παράξενα παιχνίδια. Επίσης κάνουν επαναλαμβανόμενες κινήσεις χωρίς νόημα.
- Παρατηρούνται εμμονές.
- Γελάνε νευρικά χωρίς αιτία.
- Αυτοεπιθετικότητα με ξεσπάσματα, εκρήξεις οργής και επιθετικότητα σε άλλους.
- Δεν ανταποκρίνονται στο όνομα τους και δεν ακολουθούν εντολές. Μοιάζουν να μην ακούν και αποφεύγουν την βλεμματική επαφή.
- Παρουσιάζουν αισθητηριακές διαταραχές διότι αντιλαμβάνονται πολύ έντονα τα ακουστικά, οπτικά, οσφρητικά, γευστικά, απτικά ερεθίσματα. Έτσι μπορεί να εμφανίζουν παράξενες αντιδράσεις στην παρουσία ενός αγγίγματος ή και κάποιου δυνατού ήχου.
- Δυσκολία στην κίνηση και στην αδρή και λεπτή κινητικότητα, στον οπτικό-χωρικό και χωροχρονικό συντονισμό.
- Έλλειψη μεταγνωστικής συνείδησης
- Ελλιπή χρήση στρατηγικών μνήμης και μάθησης.

- Καθυστέρηση στην πλευρίωση, το οποίο οφείλεται σε καθυστέρηση για αναπτυξιακούς ή ορμονικούς λόγους στο αριστερό ημισφαίριο.
- Μικρή αλλαγή στη ρουτίνα τους μπορεί να είναι πολύ ενοχλητική για το παιδί.
- Στους δώδεκα μήνες δεν κατανοούν και δεν δείχνουν με το δάχτυλο.
- Διαταραχές προσοχής και υπερκινητικότητας.
- Διαταραχές ύπνου και σίτισης.
- Μωρά πάρα πολύ ανήσυχα ή υποτονικά.
- Ασυνήθιστοι τρόποι αντίληψης και επεξεργασίας πληροφοριών.

1.1 Είδη αναπτυξιακών διαταραχών.

Τα είδη των αναπτυξιακών διαταραχών ορίζονται από το ταξινομικό σύστημα ICD -10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) (WHO 2016) ως εξής:

I. Διαταραχές της Ψυχολογικής Ανάπτυξης

1.1.1 F80 Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας (του λόγου).

«Διαταραχές κατά τις οποίες τα φυσιολογικά πρότυπα απόκτησης της γλωσσικής ικανότητας διαταράσσονται ήδη από τα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης. Οι κατακτήσεις αυτές δεν μπορούν να αποδοθούν άμεσα σε νευρολογικές ανωμαλίες ή ανωμαλίες του μηχανισμού του λόγου, βλάβες των αισθητήριων οργάνων, νοητική υστέρηση, ή σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της γλώσσας συνήθως ακολουθούνται από σχετικά προβλήματα όπως δυσχέρεια στην ανάγνωση και ορθογραφία, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς». (ICD-10, 2008:274).

1.1.2 F80.0 Ειδική διαταραχή της άρθρωσης

«Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή στην οποία η χρήση των φθόγγων βρίσκεται κάτω από το αντίστοιχο επίπεδο για τη νοητική ηλικία του παιδιού, αλλά οι γλωσσικές δεξιότητες είναι σε φυσιολογικό επίπεδο». (ICD-10, 2008:275). (<https://www.galinos.gr>)

- Αναπτυξιακή
 - Φωνητική διαταραχή
 - Διαταραχή άρθρωσης
- Δυσλαλία
- Λειτουργική διαταραχή της άρθρωσης
- Τραύλισμα (λαβδακισμός)

Εξαιρούνται:

- Βλάβη της άρθρωσης του λόγου που οφείλεται σε :
 - Αφασία ΜΚΑ (R74.0)
 - Απραξία (R48.2)
 - Απώλεια της ακοής (H90-H91)
 - Νοητική καθυστέρηση (f70-F79)
 - Με αναπτυξιακή διαταραχή της γλωσσικής ικανότητας
- Τύπου έκφρασης (F80.1)
- Τύπου αντίληψης (F80.2) (ICD-10,2008,275)

1.1.3 F80.1 Διαταραχή στην έκφραση της γλώσσας (του λόγου).

«Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή στην οποία η ικανότητα του παιδιού να εκφράζεται με τον προφορικό λόγο βρίσκεται κάτω από το αντίστοιχο επίπεδο για την νοητική του ηλικία, αλλά η κατανόηση της γλώσσας βρίσκεται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Μπορεί να υπάρχουν ή όχι ανωμαλίες στην άρθρωση». (ICD-10, 2008: 275).

Σημαντική είναι η καθυστέρηση λόγου που παρουσιάζει ενώ στην ηλικία δύο ετών έχει την ικανότητα να προφέρει μεμονωμένες λέξεις, αλλά δεν σχηματίζει απλές φράσεις δύο λέξεων. Μεταγενέστερες δυσκολίες είναι : το περιορισμένο λεξιλόγιο, η υπερβολική χρήση μικρού αριθμού λέξεων με γενική σημασία, δυσκολίες επιλογής κατάλληλων λέξεων, μικρό μήκος προτάσεων, ανώριμη δομή πρότασης, λάθη στη σύνταξη, παραλήψεις καταλήξεων, κακή χρήση γραμματικής όπως ρημάτων, αντωνυμιών και άρθρων, υπεργενικεύσεις κανόνων, όχι συνεχή ροή λόγου, δυσκολία αντίληψης χρονικής σειράς γεγονότων όταν αναφέρεται στο παρελθόν. Παρά τη γλωσσική του βλάβη, το παιδί, προσπαθεί να επικοινωνήσει και αντισταθμίζει την αδυναμία του στην έκφραση με χειρονομίες και άλαλα φωνήματα. Η διαταραχή μπορεί να συνοδεύεται από

υπερδραστηριότητα, συναισθηματική διαταραχή, απροσεξία και σπάνια από απώλεια ακοής.

- Αναπτυξιακή
 - ο δυσφασία ή αφασία τύπου έκφρασης.

Εξαιρούνται :

- Επίκτητη αφασία με επιληψία (Landau- Kleffiner).
- Δυσφασία και αφασία:
 - ο ΜΚΑ (R47.0)
 - ο Αναπτυξιακή, τύπου αντίληψης (F80.2)
- Εκλεκτική αλαλία (F94.0)
- Νοητική καθυστέρηση (F70-79)
- Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.(F84). (ICD-10,2008:275)

1.1.4 F80.2 Αντιληπτική διαταραχή της γλώσσας (του λόγου).

«Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή στην οποία η ικανότητα κατανόησης του λόγου από το παιδί βρίσκεται κάτω από το αντίστοιχο για τη νοητική του ηλικία. Πρακτικά σε όλες τις περιπτώσεις επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό επίσης και η ικανότητα γλωσσικής έκφρασης και συχνά παρατηρούνται ανωμαλίες στην παραγωγή φθόγγων» (ICD-10,2008:275).

Τα παιδιά παρουσιάζουν σημεία σημαντικής καθυστέρησης, δεν ανταποκρίνονται σε οικείες προσφωνήσεις, δεν αναγνωρίζουν συνηθισμένα αντικείμενα και δεν κατορθώνουν να ακολουθήσουν απλές συνηθισμένες οδηγίες. Μεταγενέστερες δυσκολίες είναι οι εξής: ανικανότητα κατανόησης γραμματικής δομής του λόγου (αρνήσεις, ερωτήσεις, συγκρίσεις) καθώς και των περισσότερων λεπτών χαρακτηριστικών της γλώσσας όπως ο τόνος της φωνής και οι χειρονομίες. Στην διαταραχή παρατηρείται μεγάλο ποσοστό κοινωνικό-συναισθηματικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς. Εμφανίζονται με υπερδραστηριότητα, απροσεξία, κοινωνική αδεξιότητα και απομόνωση από τους συνομήλικους. Σε πιο βαριά μορφή συναντάμε καθυστέρηση ως προς την κοινωνική ανάπτυξη, στο να μιμούνται γλώσσες και περιορισμένα ενδιαφέροντα. Παρουσιάζουν ήπιες διαταραχές στη μη λεκτική επικοινωνία και ελάχιστα περιστατικά αντιμετωπίζουν προβλήματα ακοής στις υψηλές συχνότητες.

Συγγενής ελλειμματική ακουστική αντίληψη

- Αναπτυξιακή :
 - Δυσφασία ή αφασία τύπου αντίληψης
 - Αφασία wernicke
- Λεκτική κώφωση (ICD-10,2008:275)

Εξαιρούνται:

- Επίκτητα αφασία με επιληψία (Landau- Kleffiner) (F80.3)
- Αυτισμός (F84.0- F84.1)
- Δυσφασία και αφασία:
 - ΜΚΑ (R47.0)
 - Αναπτυξιακή, τύπου έκφρασης (F80.1)
- Εκλεκτική αλαλία (F94.0)
- Γλωσσική καθυστέρηση που οφείλεται σε κώφωση (H90-H91)
- Νοητική καθυστέρηση (F70- F79)

1.1.5 F80.3 Επίκτητη αφασία συνοδευόμενη με επιληψία (Landau- Kleffiner)

«Διαταραχή στην οποία το παιδί ενώ έχει προηγούμενα επιτύχει φυσιολογική πρόοδο στη γλωσσική ανάπτυξη, χάνει τις γλωσσικές του δεξιότητες τόσο του τύπου έκφρασης όσο και αυτές του τύπου αντίληψης, ενώ διατηρεί τη γενική νοημοσύνη. Η έναρξη της διαταραχής συνοδεύεται από παροξυσμικές ανωμαλίες του ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος και στην πλειονότητα των περιπτώσεων επίσης από επιληπτικούς σπασμούς. Συνήθως, η έναρξη της διαταραχής εντοπίζεται στις ηλικίες μεταξύ τριών και επτά ετών, και οι γλωσσικές δεξιότητες χάνονται μέσα σε διάστημα ημερών ή εβδομάδων. Η χρονική συσχέτιση μεταξύ της έναρξης των σπασμών και της απώλειας των γλωσσικών δεξιοτήτων ποικίλλει, με το ένα να προηγείται του άλλου (και αντίστροφα) κατά λίγους μήνες έως δύο χρόνια. Ως πιθανή αιτία της διαταραχής έχει προταθεί μια φλεγμονώδεις διεργασία του εγκεφάλου. Περίπου στα δύο τρίτα των ασθενών μένουν με μια περισσότερο ή λιγότερο βλάβη της γλωσσικής ικανότητας» (ICD-10,2008:276).

1.1.6 F80.8 Άλλες αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας

Τραύλισμα:

Λόγος που χαρακτηρίζεται από συχνές επαναλήψεις ή παρατάσεις των ήχων ή συλλαβών ή λέξεων ή από συχνούς δισταγμούς ή παύσεις που διασπούν τη ρυθμικότητα του λόγου. Πρέπει να καταγραφεί ως διαταραχή μόνο όταν η σοβαρότητά της είναι τέτοια που επηρεάζει εμφανώς τη ροή του λόγου.

1.1.7 F80.9 Αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας, μη καθορισμένη.

Γλωσσική διαταραχή ΜΚΑ.

1.1.8 F81 Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων.

«Διαταραχές στις οποίες τα φυσιολογικά πρότυπα απόκτησης ικανοτήτων διαταράσσονται από τα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης. Δεν πρόκειται απλώς για μια συνέπεια της έλλειψης ευκαιριών μάθησης, ούτε μόνον το αποτέλεσμα νοητικής καθυστέρησης, και δεν οφείλονται σε οποιαδήποτε μορφή επίκτητου τραυματισμού ή νόσου του εγκεφάλου.» (ICD-10,2008:276).

1.1.9 F81.0 Ειδική διαταραχή της ανάγνωσης

«Το κύριο χαρακτηριστικό είναι μια ειδική και σημαντική βλάβη στην ανάπτυξη των ικανοτήτων ανάγνωσης που δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο στη νοητική ηλικία, τα προβλήματα οπτικής οξύτητας, ή στην ανεπαρκή εκπαίδευση. Η δεξιότητα της κατανόησης του γραπτού κειμένου, της αναγνώρισης των γραπτών λέξεων, η δεξιότητα της προφορικής ανάγνωσης, και της εκτέλεσης εργασιών που απαιτούν ανάγνωση, μπορεί όλα να έχουν υποστεί βλάβη. Οι ορθογραφικές δυσχέρειες συχνά σχετίζονται με ειδική διαταραχή ανάγνωσης και συχνά παραμένουν μέχρι την εφηβεία, ακόμη και όταν έχει πλέον επιτευχθεί κάποια πρόοδος στην ανάγνωση. Συνήθως, των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών της ανάγνωσης προηγείται ιστορικό διαταραχών ανάπτυξης του λόγου και της γλώσσας. Συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς είναι συχνές στη σχολική ηλικία.» (ICD-10,2008:276)

- « Ανάδρομη ανάγνωση» (ανάγνωση προς τα πίσω)
- Αναπτυξιακή δυσλεξία
- Ειδική καθυστέρηση της ανάγνωσης

Εξαιρούνται:

- Αλέξια ΜΚΑ (R48.0)
- Δυσλεξία ΜΚΑ (R48.0)
- Δυσχέρειες ανάγνωσης δευτεροπαθώς των συναισθηματικών διαταραχή (F93).

1.1.10 F81.1 Ειδική διαταραχή του συλλαβισμού

«Το κύριο χαρακτηριστικό είναι μια ειδική και σημαντική μειονεξία στην ανάπτυξη των ορθογραφικών δεξιοτήτων χωρίς να προϋπάρχει ιστορικό ειδικής διαταραχής της ανάγνωσης, και η οποία δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο σε μικρή νοητική ηλικία, στα προβλήματα οπτικής οξύτητας, ή σε ανεπαρκή σχολική εκπαίδευση. Επηρεάζονται τόσο η προφορική ικανότητα συλλαβισμού των λέξεων όσο και η ορθογραφία» (ICD-10,2008:277).

- Ειδική καθυστέρηση του συλλαβισμού (χωρίς διαταραχή της ανάγνωσης).

Εξαιρούνται:

- Αγραφία ΜΚΑ (R48.0)
- Δυσχέρειες συλλαβισμού:
 - Που σχετίζονται με διαταραχή ανάγνωσης. (F81.3)
 - Που οφείλονται σε ανεπαρκή διδασκαλία (Z55.8)

1.1.11 F81.2 Ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων.

«Πρόκειται για μια ειδική μειονεξία στις αριθμητικές ικανότητες η οποία δε μπορεί να εξηγηθεί με βάση μόνο μια γενική καθυστέρηση, ή ανεπαρκή εκπαίδευση. Η μειονεξία αφορά περισσότερο στην απόκτηση των βασικών υπολογιστικών πράξεων της πρόσθεσης, της αφαίρεσης, του πολλαπλασιασμού και της διαίρεσης, παρά σε ικανότητα κατανόησης των πλέον αφηρημένων μαθηματικών εννοιών που απαιτούνται για την άλγεβρα, την τριγωνομετρία, τη γεωμετρία ή το μαθηματικό λογισμό.» (ICD- 10,2008:277).

- Αναπτυξιακή
 - Αδυναμία εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων
 - Αριθμητική διαταραχή
 - Σύνδρομο Gerstmann

Εξαιρούνται :

- Αδυναμία εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων ΜΚΑ (R48.0)
- Αριθμητικές δυσκολίες:
 - Που σχετίζονται με διαταραχή της ανάγνωσης ή του γραμματισμού (F81.3)
 - Που οφείλονται σε ανεπαρκή διδασκαλία (Z55.8)

1.1.12 F81.3 Μεικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων

«Ασαφώς καθοριζόμενη υπολειμματική κατηγορία διαταραχών στις οποίες τόσο οι αριθμητικές ικανότητες, όσο και οι ικανότητες ανάγνωσης ή συλλαβισμού των λέξεων έχουν υποστεί σημαντική μείωση αλλά οι διαταραχές αυτές δεν μπορούν να εξηγηθούν στο πλαίσιο μόνο της γενικής νοητικής καθυστέρησης ή ανεπαρκούς διδασκαλίας. Ο κωδικός αυτός θα πρέπει να χρησιμοποιείται για διαταραχές που πληρούν τα κριτήρια του κωδικού F81.2 όσο και ενός από τους κωδικούς F81.0 ή F81.1.» (ICD- 10, 2008:277).

Εξαιρούνται:

- Ειδική :
 - Διαταραχή των αριθμητικών δεξιοτήτων (F81.2)
 - Διαταραχή της ανάγνωσης (F81.0)
 - Διαταραχή του συλλαβισμού των λέξεων (F81.1)

1.1.13 F81.8 Άλλες αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων

Αναπτυξιακή διαταραχή της έκφρασης του γραπτού λόγου

1.1.14 F81.9 Αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων, μη καθορισμένη

- Ανικανότητα απόκτησης γνώσεων ΜΚΑ
- Μαθησιακή :
 - Ανικανότητα ΜΚΑ
 - Διαταραχή ΜΚΑ

1.1.15 F82 Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της κινητικής λειτουργίας.

«Διαταραχή στην οποία το κύριο χαρακτηριστικό είναι η σοβαρή μειονεξία στην ανάπτυξη του συντονισμού των κινήσεων η οποία μπορεί να εξηγηθεί μόνο μέσα στα πλαίσια γενικής νοητικής καθυστέρησης ή κάποιας ειδικής συγγενούς ή επίκτητης νευρολογικής διαταραχής. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις, η προσεκτική κλινική εξέταση αποκαλύπτει νευροαναπτυξιακές ανωριμότητες όπως χορειόμορφες κινήσεις των ελεύθερων άκρων ή «κινήσεις καθρέπτη» και άλλα σχετικά κινητικά χαρακτηριστικά καθώς και σημεία ανεπαρκούς συντονισμού των αδρών και λεπτών κινήσεων.» (ICD- 10,2008:278).

- Σύνδρομο του αδέξιου παιδιού
- Αναπτυξιακή :
 - Διαταραχή του συντονισμού
 - Δυσπραξία

Εξαιρούνται :

- Ανωμαλίες βάδισης και της κινητικότητας (R26)
- Έλλειψη συντονισμού (R27)
 - Δευτεροπαθώς σε νοητική καθυστέρηση (F70- F79)

1.1.16 F83 Μεικτές ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές

«Υπολειμματική κατηγορία διαταραχών στις οποίες υπάρχει κάποια μείξη ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών της ομιλίας και της γλώσσας, των σχολικών δεξιοτήτων, και της κινητικής λειτουργίας, χωρίς όμως να κυριαρχεί κάποιο από αυτά αρκετά ώστε να τεθεί η πρωτεύουσα διάγνωση. Αυτή η μικτή κατηγορία πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν υπάρχει μεγάλη αλληλοεπικάλυψη μεταξύ αυτών των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών. Οι

διαταραχές συνήθως, αλλά όχι πάντα, σχετίζονται με κάποιο βαθμό γενικής βλάβης των γνωστικών λειτουργιών. Έτσι, η κατηγορία αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται όταν υπάρχουν δυσλειτουργίες που πληρούν τα κριτήρια για δύο ή περισσότερες από τις κατηγορίες F80-F81- F82.» (ICD-10,2008:278).

1.1.17 F84 Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

«Ομάδα διαταραχών χαρακτηριζόμενη από ποιοτικές ανωμαλίες στις κοινωνικές συναλλαγές και στους τρόπους επικοινωνίας, και από περιορισμένες στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα. Αυτές οι ποιοτικές ανωμαλίες είναι ένα κυρίαρχο διάχυτο χαρακτηριστικό της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλες τις περιστάσεις». (ICD-10,2008:278).

1.1.18 F84.0 Αυτισμός παιδικής ηλικίας.

«Τύπος διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής που ορίζεται από: (α) την παρουσία παθολογικής ή διαταραγμένης ανάπτυξης που εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των τριών χρόνων, και (β) τον χαρακτηριστικό τύπο παθολογικής λειτουργικότητας που εκδηλώνεται ταυτόχρονα σε τρεις περιοχές: την κοινωνική συνδιαλλαγή, την επικοινωνία, και την περιορισμένη, στερεότυπη, επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Επιπλέον αυτών των ειδικών διαγνωστικών χαρακτηριστικών, άλλα μη ειδικά προβλήματα είναι συχνά, όπως φοβίες, διαταραχές ύπνου και της λήψης τροφής, εκρήξεις οργής και επιθετικότητα (που στρέφεται κατά του ίδιου του ατόμου).» (ICD-10,2008:278).

Πρόκειται για μία νευρολογική δυσλειτουργία που επιδρά στον εγκέφαλο και περιορίζει σημαντικά κάποιες από τις βασικές λειτουργίες του ατόμου. Εμφανίζεται σε ποσοστό 1/500 παιδιά και σε συχνότητα 4/1 αγόρια έναντι των κοριτσιών. Είναι μία φασματική διαταραχή όπου τα συμπτώματα και οι δυσλειτουργίες παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι από αρκετά ελαφρά έως και έντονα ενώ ακόμα μπορεί να διαφέρουν ακόμα και σε παιδιά με της ίδιας μορφής διάγνωση. Έτσι δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη συμπεριφορά που να προσδιορίζει τα παιδιά στο φάσμα του αυτισμού ενώ και οι όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τη διαταραχή είναι επίσης ποικίλοι (π.χ. αυτιστικό φάσμα, τάση αυτισμού, υψηλά ή χαμηλά λειτουργικός αυτισμός κ.ά.).

Αναλυτικότερα κάποιες από τις διαταραχές που εμφανίζονται είναι και οι εξής:

- Δυσκολία στην επικοινωνία και την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.
- Επιθετικότητα και αυτοκαταστροφικές τάσεις (π.χ.αυτοτραυματισμός).
- Συναισθηματικές και μαθησιακές δυσκολίες.
- Ευαισθησία στην όραση, ακοή, αφή, όσφρηση και γεύση.
- Επαναλαμβανόμενες και σπασμωδικές κινήσεις του σώματος.
- Μη αναμενόμενες αντιδράσεις σε άτομα, αντικείμενα και σε οποιεσδήποτε καινούριες καταστάσεις.
- Περιορισμένα ενδιαφέροντα και ασχολίες και προσκόλληση σε συγκεκριμένες ενέργειες και αντικείμενα.

1.1.18.1 Μορφές αυτισμού

Ο αυτισμός, περιλαμβάνει το τυπικό αυτιστικό σύνδρομο άλλα και άλλα σύνδρομα με έντονες αυτιστικές διαταραχές. Τα σύνδρομα αυτά είναι τα εξής:

- 1) σύνδρομο Kanner,
- 2) σύνδρομο Asperger,
- 3) ο άτυπος αυτισμός,
- 4) το σύνδρομο Εύθραυστου Χ,
- 5) σύνδρομο Rett,
- 6) η εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης (PDD-NOS),
- 7) σύνδρομο Landau Kleffner,
- 8) σύνδρομο Williams,
- 9) σύνδρομο Cornelia de Lange,
- 10) σύνδρομο Tourette,
- 11) σύνδρομο Damp,
- 12) η αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας

13) σύνδρομο Savant.

Αναλυτικότερα:

- 1) **Σύνδρομο Kanner:** Πήρε το όνομά του από τον άνθρωπο που ανέλυσε τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Συγκεκριμένα, το σύνδρομο Kanner, εμφανίζεται στη νηπιακή ηλικία(πριν από τα 3 έτη) και τα παιδιά παρουσιάζουν διαταραχές στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία ενώ έχουν περιορισμένες και στερεότυπες συμπεριφορές. Τα άτομα με το σύνδρομο έχουν μία τάση προσκόλλησης σε «περίεργα» αντικείμενα ιδίως σε αυτά με σκληρή υφή. Επιπρόσθετες διαταραχές που παρουσιάζουν είναι, διαταραχές ύπνου και σίτισης, επιθετικότητα και αυτοτραυματισμοί ενώ είναι ευερέθιστα.
- 2) **F84.5 Σύνδρομο Asperger:** *«Διαταραχή αβέβαιης νοσολογικής εγκυρότητας, που χαρακτηρίζεται από τον ίδιο τύπο ποιοτικών διαταραχών της αμοιβαίας κοινωνικής συναλλαγής όπως στον αυτισμό, μαζί με ένα περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο φάσμα ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Διαφέρει από τον αυτισμό κυρίως στο ότι δεν υπάρχει γενική επιβράδυνση ή καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη ή στην ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών. Αυτή η διαταραχή συχνά σχετίζεται με μεγάλη αδεξιότητα. Υπάρχει σοβαρή τάση για ανωμαλίες που επιμένουν στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Ψυχωσικά επεισόδια συμβαίνουν περιστασιακά κατά τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής.»* (ICD-10,2008:280).

Το σύνδρομο Asperger είναι από τις πιο ήπιες διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια (10/1) ενώ στα κορίτσια εμφανίζεται συνήθως σε πιο βαριά μορφή. Χαρακτηρίζεται ως ήπια μορφή αυτισμού διότι ο δείκτης νοημοσύνης των ατόμων είναι συγκριτικά ο ίδιος με τα άτομα τυπικής ανάπτυξης ενώ ταυτόχρονα δεν υπάρχει καθυστέρηση στη γλωσσική λειτουργία. Ο Hans Asperger, χαρακτήρισε το σύνδρομο ως ένα είδος αυτισμού υψηλής λειτουργικότητας (1940). Στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που εμφανίζουν τα άτομα με το σύνδρομο συγκαταλέγονται, η δυσκολία στην ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων, το έντονο άγχος σε άγνωστες καταστάσεις, η ελλιπής φαντασία, η στατική και επαναλαμβανόμενη καθημερινή συμπεριφορά, η δυσκολία στην ανάπτυξη θεμάτων για συζήτηση, η μονότονη ομιλία δίχως την χρήση εκφράσεων και χειρονομιών και η μη έκφραση των συναισθημάτων. Ο Van Krevelen, τόνισε ότι ένα άτομο με τυπικό αυτισμό χαμηλής λειτουργικότητας «ζει στον κόσμο του», αντιθέτως με τα άτομα με

υψηλή λειτουργικότητα όπου «ζουν στον κόσμο μας, αλλά με τον δικό τους τρόπο», θέλοντας έτσι να εκφράσει τις διαφορές των συνδρομών σχετικά με τους βαθμούς λειτουργικότητας.

Αυτιστική ψυχοπάθεια.

Σχιζοειδής διαταραχή της παιδικής ηλικίας.

- 3) **F84.1 Άτυπος αυτισμός:** *«Τύπος διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής που διαφέρει από τον αυτισμό της παιδικής ηλικίας είτε προς την ηλικία έναρξης είτε στο ότι δεν πληροί και τα τρία διαγνωστικά κριτήρια. Αυτή η υποκατηγορία πρέπει να χρησιμοποιείται όταν υπάρχει παθολογική ή μειονεκτική ανάπτυξη η οποία εμφανίζεται μόνο μετά την ηλικία των τριών ετών, ή όταν δεν υπάρχουν αρκετές αποδείξιμες ανωμαλίες στο ένα ή τα δύο από τα τρία πεδία της ψυχοπαθολογίας, που απαιτούνται για τη διάγνωση του αυτισμού (δηλαδή στην αμοιβαία κοινωνική συνδιαλλαγή, την επικοινωνία και την περιορισμένη, στερεότυπη επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά), αν και μπορεί να υπάρχουν χαρακτηριστικές ανωμαλίες στον άλλον(ους) τομείς. Ο άτυπος αυτισμός εμφανίζεται πολύ συχνότερα σε άτομα με βαριά καθυστέρηση και σε άτομα με σοβαρή ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της γλώσσας του αναπτυξιακού τύπου».*(IDC-10, 2008:279).

Ανήκει στο φάσμα χαμηλής λειτουργικότητας.

Άτυπη ψύχωση της παιδικής ηλικίας

Νοητική καθυστέρηση με αυτιστικά χαρακτηριστικά.

- 4) **F84.2 Σύνδρομο Rett:** *«Κατάσταση, η οποία με τα ως τώρα δεδομένα απαντάται μόνο σε κορίτσια, και στην οποία η προφανώς φυσιολογική αρχική ανάπτυξη ακολουθείται από μερική ή ολική απώλεια της ομιλίας και των δεξιοτήτων λεπτών κινητικών χειρισμών, μαζί με επιβράδυνση στην ανάπτυξη του κρανίου. Συνήθως η έναρξη παρατηρείται μεταξύ του 7^{ου} και 24^{ου} μηνός της ζωής. Χαρακτηριστικά παρατηρούνται απώλεια των σκόπιμων κινήσεων των χεριών, στερεοτυπικές κινήσεις συστροφής των χεριών και υπαερισμός. Η κοινωνική ανάπτυξη και η ανάπτυξη ικανοτήτων παιχνιδιού ανακόπτονται, το κοινωνικό ενδιαφέρον όμως τείνει να διατηρείται. Αταξία του κορμού και απραξία αρχίζουν να αναπτύσσονται έως την ηλικία των τεσσάρων ετών ενώ οι χρορειαθετωσικές κινήσεις συχνά ακολουθούν. Η τελική κατάληξη είναι σχεδόν πάντα η σοβαρή νοητική καθυστέρηση».* (ICD-10,2008:279).

Πρόκειται για ένα σύνδρομο με που εμφανίζεται αποκλειστικά σε κορίτσια ενώ δεν έχει κάνει την εμφάνισή του σε αγόρια, αντιθέτως με τον τυπικό αυτισμό όπου παρουσιάζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε άρρενες. Αυτό πιθανότητα συμβαίνει διότι μεγάλο ποσοστό εμφανίζουν μεταβολή ή ελάττωμα στο γονίδιο MeCP2 του X χρωμοσώματος στο Xp28. Το γονίδιο MeCP2 είναι υπεύθυνο για την παραγωγή μιας μεθυλιωμένης πρωτεΐνης που καταγράφεται ως CPG-2 συνδετική πρωτεΐνη. Αυτή με τρία άλλα λευκώματα μετά συνδέονται με μεθυλιωμένο DNA που έχει ως αποτέλεσμα την αναστολή της μεταγραφής.. Το σύνδρομο εμφανίζεται 1 ανά 10000 γεννήσεις κοριτσιών. Με άλλα λόγια όταν το γονίδιο δεν παράγει την υγιή αυτή πρωτεΐνη CpG-2, δημιουργείται διαταραχή στη μεταγραφή που είναι σπουδαία λειτουργία του γονιδιακού υλικού και της παραγωγής λευκωμάτων. Αυτή η διαταραχή παρεμβαίνει στην στρατηγική της διαφοροποίησης των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Η ανωμαλία στο χρωμόσωμα X αποτελεί αιτία θανάτου για όλα τα άρρεν, γι' αυτό εμφανίζεται μόνο στα κορίτσια (Δελτ. Α' Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών, 54/3:266-273).

Τα συμπτώματα του συνδρόμου εμφανίζονται σταδιακά, με πρόιμη εκδήλωση της ασθένειας (6-18 μηνών) και γρήγορη καταστροφική φάση στις ηλικίες ένα έως τεσσάρων ετών. Στη συνέχεια ακολουθεί το επίπεδο 'Plateau', όπου κατά την διάρκεια του δεν χειροτερεύουν τα συμπτώματα αλλά ούτε και μειώνεται η ένταση τους και αυτό μπορεί να διαρκέσει χρόνια. Τελευταίο στάδιο είναι η όψιμη επιδείνωση των κινητικών δεξιοτήτων (απώλεια κίνησης), με έναρξη των ηλικιών μεταξύ πέντε και είκοσι πέντε ετών και ενδεχομένως διαρκεί έως και δεκαετίες ζωής. Σταδιακά, εμφανίζεται δυσλειτουργία στα άνω άκρα, παρέκκλιση της σπονδυλικής στήλης, αστάθεια στη βάρδιση και τελικά κρίνεται απαραίτητη η χρήση αναπηρικού αμαξιδίου.

5) Σύνδρομο Εύθραυστου X: Πρόκειται για μία κληρονομική διαταραχή στο χρωμόσωμα X ή αλλιώς 15. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου είναι μεγαλύτερη στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια και τα άτομα παρουσιάζουν τα τυπικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων του τυπικού αυτισμού. Κάποια από τα συμπτώματα είναι οι μαθησιακές δυσκολίες, η υπερκινητικότητα και η διάσπαση προσοχής.

6) Σύνδρομο Landau-Kleffner: Το σύνδρομο Landau-Kleffner ή επίκτητη επιληπτική αφασία της παιδικής ηλικίας, εμφανίζεται από το τρίτο έως και το έβδομο έτος της ηλικίας του παιδιού. Στα συμπτώματα ανήκουν οι διαταραχές ή και ολική εξάλειψη

του λόγου, η αδυναμία αναγνώρισης των ήχων και λέξεων και οι επιληπτικές κρίσεις οι οποίες και ελέγχονται πλήρως με αντιεπιληπτικά φάρμακα και υποχωρούν κατά την εφηβεία και την ενηλικίωση στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων.. (www.noesi.gr)

- 7) **Σύνδρομο Williams**: Πρόκειται για μία σπάνια γενετική διαταραχή όπου έχει χαρακτηριστεί ως το αντίθετο του αυτισμού. Αναγνωρίστηκε επισήμως το 1961 και συνδέθηκε με τις μαθησιακές δυσκολίες, την αναπτυξιακή υστέρηση και την καρδιοπάθεια. Χαρακτηριστικό των ατόμων με το σύνδρομο είναι η έντονη κοινωνικότητα και οι φιλικές σχέσεις, ο χαμηλός δείκτης νοημοσύνης, οι δυσκολίες στην καθημερινότητα και οι κρίσεις άγχους και η διαρκής επιζήτηση της προσοχής των τρίτων. (www.onmed.gr)
- 8) **Σύνδρομο Cornelia de Lange**: Πρόκειται για μία διαταραχή με διακριτά χαρακτηριστικά στην εξωτερική εμφάνιση, όπως το κοντό ανάστημα. Συνοδεύεται από επιπλοκές στο γαστρεντερικό, μυοσκελετικό και νευρικό σύστημα ενώ υπάρχει και έντονη τάση αυτοτραυματισμού.
- 9) **Σύνδρομο Tourette**: Τα άτομα με σύνδρομο Tourette, παρουσιάζουν υπερκινητικότητα, διάσπαση προσοχής, εμμονές, τινάγματα και χρήση αισχρολογιών στις πιο βαριές περιπτώσεις.
- 10) **Σύνδρομο Damp**: Πρόκειται για ένα σύνδρομο που παρουσιάζει δυσκολίες σε 3 σημεία:
- στην συγκέντρωση
 - στο συντονισμό των κινήσεων
 - στην αντίληψη.
- Ως θεραπευτικές μέθοδοι προτείνονται η εργοθεραπεία, η λογοθεραπεία, η ψυχολογική υποστήριξη και η συμβουλευτική οικογένειας.
- 11) **Σύνδρομο Savant**: Πρόκειται για μία αναπτυξιακή και διανοητική διαταραχή που επηρεάζει το επίπεδο νοημοσύνης των ατόμων (χαμηλότερος του μέσου όρου δείκτης IQ) ενώ αντίθετα, υπάρχει υψηλή λειτουργικότητα σε άλλους τομείς. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται ιδιαίτερη ικανότητα των ατόμων στους μαθηματικούς υπολογισμούς και στην απομνημόνευση κειμένων και καταστάσεων. Ιδιαίτερη επίσης κλίση υπάρχει και στη μιμητική συμπεριφορά, όπου τα άτομα μπορούν να αναπαράγουν αυτούσια

αυτά που έχουν δει και ακούσει. Η εμφάνισή του προκρίνεται στα αγόρια με συχνότητα 6/1 ενώ το σύνδρομο μπορεί να συνυπάρχει με νευρολογική ασθένεια όπου επηρεάζει το αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου. (Χουρσανίδου, 2013)

1.1.19 F84.3 Άλλη αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (Childhood Disintegrative Disorder).

«Τύπος διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής που ορίζεται από μία περίοδο πλήρως φυσιολογικής ανάπτυξης πριν από την έναρξη της διαταραχής, που ακολουθείται από οριστική απώλεια των δεξιοτήτων που αποκτήθηκαν σε αρκετούς τομείς της ανάπτυξης μέσα σε λίγους μήνες. Τυπικά, τούτο συνοδεύεται από μια γενική απώλεια του ενδιαφέροντος για το περιβάλλον, από στερεότυπους, επαναλαμβανόμενους κινητικούς ιδιοτροπισμούς, και από διαταραχές, στην κοινωνική συνδιαλλαγή και επικοινωνία οι οποίες μοιάζουν με τον αυτισμό. Σε ορισμένες περιπτώσεις αποδεικνύεται πως η διαταραχή οφείλεται σε κάποια συσχετιζόμενη εγκεφαλοπάθεια, αλλά η διάγνωση θα πρέπει να τίθεται σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς.» (ICD-10,2008:279)

- Βρεφική άνοια (Dementia infantilis)
- Αποδιοργανωτική ψύχωση
- Σύνδρομο Heller
- Συμβιωτική ψύχωση

Εξαιρούνται :

- Σύνδρομο Rett (F84.2)

1.1.20 (F70-F79) Νοητική καθυστέρηση

«Κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αναστολή ή ατελή ανάπτυξη της νόησης, η οποία χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από διαταραχή δεξιοτήτων που συμβάλλουν στο συνολικό επίπεδο νοημοσύνης, π.χ γνωστικών γλωσσικών, κινητικών και κοινωνικών ικανοτήτων. Η καθυστέρηση μπορεί να εμφανιστεί με ή χωρίς κάποια άλλη ψυχική ή σωματική κατάσταση.

Ο βαθμός της νοητικής καθυστέρησης εκτιμάται συμβατικά με τη χρήση προτυποποιημένων δοκιμασιών νοημοσύνης. Αυτές μπορούν να συμπληρωθούν από κλίμακες αξιολόγησης της κοινωνικής προσαρμογής, οι οποίες και αυτές πρέπει να είναι προτυποποιημένες σε

κοινωνικό περιβάλλον. Οι μετρήσεις αυτές παρέχουν μια κατά προσέγγιση ένδειξη του βαθμού νοητικής καθυστέρησης. Η διάγνωση θα εξαρτηθεί επίσης από τη συνολική αξιολόγηση των νοητικών λειτουργιών από έναν έμπειρο ειδικό στη διάγνωση.

Οι νοητικές ικανότητες μπορεί να μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου, και όσο κακές κι αν είναι, μπορούν να βελτιωθούν μετά από εκπαίδευση και αποκατάσταση. Η διάγνωση πρέπει να βασίζεται στα τρέχοντα επίπεδα λειτουργικότητας.» (ICD-10,2008:273).

Βαθμοί νοητικής καθυστέρησης:

➤ F70 Ελαφριά νοητική καθυστέρηση: Νοητικό πηλίκο (IQ) που κυμαίνεται κατά προσέγγιση από 50 έως 69 (στους ενήλικες, νοητική ηλικία από 9 έως κάτω από 12 ετών). Πιθανόν καταλήγει σε κάποιες μαθησιακές δυσκολίες στο σχολείο. Πολλοί ενήλικες θα καταφέρουν να εργαστούν και να διατηρήσουν καλές κοινωνικές σχέσεις και να συνεισφέρουν στην κοινωνία. (ICD-10,2008:273)

Περιλαμβάνονται: μικρόνοια ελαφρά νοητική δυσλειτουργία

➤ F71 Μέτρια νοητική καθυστέρηση: Νοητικό πηλίκο (IQ) που κυμαίνεται κατά προσέγγιση από 35 έως 49 (στους ενήλικες, νοητική ηλικία από 6 έως κάτω των 9 ετών). Πιθανόν καταλήγει σε σημαντική αναπτυξιακή καθυστέρηση κατά την παιδική ηλικία αλλά τα περισσότερα παιδιά μπορούν να μάθουν να αναπτύξουν κάποιου βαθμού ανεξαρτησία στην αυτο-φροντίδα, και αποκτούν επαρκείς δεξιότητες επικοινωνίας και ακαδημαϊκές δεξιότητες. Οι ενήλικες θα χρειαστούν διαφορετικού βαθμού υποστήριξη για να επιβιώσουν και να εργαστούν στην κοινότητα (ICD-10,2008:273).

Περιλαμβάνονται: μέτρια νοητική δυσλειτουργία

➤ F72 Σοβαρή νοητική καθυστέρηση: Νοητικό πηλίκο (IQ) που κυμαίνεται κατά προσέγγιση από 20 έως 34 (στους ενήλικες, νοητική ηλικία από 3 έως κάτω των 6 ετών). Πιθανόν να οδηγήσει σε συνεχή ανάγκη φροντίδας.

Περιλαμβάνονται: σοβαρή νοητική δυσλειτουργία(ICD-10,2008:274)

➤ F73 Βαριά νοητική καθυστέρηση: Νοητικό πηλίκο (IQ) κάτω του 20 (στους ενήλικες νοητική ηλικία κάτω των 3 ετών). Καταλήγει σε σοβαρό περιορισμό στην αυτο-φροντίδα, τον έλεγχο της ούρησης και της αφόδευσης, την επικοινωνία και την κινητικότητα. Περιλαμβάνονται: βαριά νοητική δυσλειτουργία (ICD-10,2008:274).

➤ F78 Άλλη νοητική καθυστέρηση

➤ F79 Μη καθορισμένη νοητική καθυστέρηση

Περιλαμβάνονται:

- νοητική:
 - ανεπάρκεια ΜΚΑ
 - δυσλειτουργία ΜΚΑ (ICD-10,2016).

II. Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (F90-F98)

1.1.21 F90 Διαταραχές υπερκινητικού τύπου

«Ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από πρόωμη έναρξη (συνήθως μέσα στα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής), έλλειψη επιμονής σε δραστηριότητες που απαιτούν γνωσιακή συμμετοχή, και από μια τάση μετακίνησης από τη μια δραστηριότητα στην άλλη χωρίς τελικά να ολοκληρώνεται καμιά. Συνυπάρχει μια ανοργάνωτη, δύσκολα αναχαιτιζόμενη, και υπερβολική δραστηριότητα. Μπορεί να υπάρχει σχέση και με πολλές άλλες ανωμαλίες. Τα υπερκινητικά παιδιά είναι απερίσκεπτα και παρορμητικά, είναι επιρρεπή σε ατυχήματα, και εμφανίζουν προβλήματα πειθαρχίας λόγω παραβίασης κανονισμών μάλλον από απερισκεψία παρά από σκόπιμη περιφρόνησή τους. Οι σχέσεις τους με τους ενήλικες χαρακτηρίζονται από έλλειψη κοινωνικών αναστολών, τυπικότητας και συστολής. Δεν είναι δημοφιλή στα άλλα παιδιά και μπορεί να οδηγηθούν σε απομόνωση. Συχνή είναι και η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών, ενώ είναι δυσανάλογα συνήθεις ορισμένες ειδικές καθυστερήσεις της κινητικής ανάπτυξης και της γλωσσικής ανάπτυξης. Οι δευτερογενείς επιπλοκές περιλαμβάνουν την αντικοινωνική συμπεριφορά και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση.»(ICD-10, 2008:280)

Εξαιρούνται:

- αγχώδεις διαταραχές (F41)
- διαταραχές της διάθεσης [συναισθηματικές] (F30-F39)
- διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (F84)
- σχιζοφρένεια (F20)

Η διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας- ΔΕΠΥ (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD), είναι μια νευροαναπτυξιακή και πολυπαραγοντική

διαταραχή και εμφανίζεται ως δυσκολία στην διατήρηση εστιασμένης προσοχής ή και / υπερκινητική- παρορμητική συμπεριφορά σε βαθμό ασύμβατο με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού. (<http://adhd.gr/>). Σχετίζεται δηλαδή, με την ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος και εμφανίζεται με σταθερή πορεία και ειδικές γνωστικές δυσλειτουργίες.

Οι πρώτες αναφορές στη ΔΕΠΥ ανάγονται από τη εποχή του Γαληνού, ο οποίος συνιστούσε όπιο ως θεραπεία για τα αεικίνητα και υπερκινητικά παιδιά. Ο Σαίξπηρ στο Ερρίκο τον VIII, αναφέρεται σε μια «αρρώστια της προσοχής». Μεταγενέστερα πολλές αναφορές και περιγραφές παρουσιάστηκαν για τη ΔΕΠΥ, με πρώτη επιστημονική αναφορά από τον Still (1902) και τον Tredgold (1908), οι οποίοι δούλεψαν πάνω σε μικρές ομάδες υπερκινητικών παιδιών (ομάδα 43 ατόμων) (Καλαντζή – Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ, 2010). Ο Still αρχικά απέδωσε την ΔΕΠΥ σε έλλειμμα, «στην ηθική βούληση» και «στον ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς», αλλά την σύνδεσε με οργανικό υπόστρωμα. Μεγάλη αύξηση ερευνών σημειώθηκε από το 1970 έως τα τέλη του 1980.

Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές σύμφωνα με τους Rutter έχουν 8 χαρακτηριστικά :

1. Εμφανίζονται με μία καθυστέρηση- απόκλιση σε ψυχολογικά χαρακτηριστικά που επηρεάζονται από την ωρίμανση (δηλαδή οι δεξιότητες αναπτύσσονται μόνον όταν η απαραίτητη νευρωνική δομή είναι διαθέσιμη)
2. Η πορεία της διαταραχής είναι σχετικά σταθερή, δεν χαρακτηρίζεται δηλαδή από υφέσεις και εξάρσεις που εμφανίζουν οι περισσότερες πολυπαραγοντικές ψυχικές διαταραχές.
3. Υπάρχει μια γενική τάση να μειώνεται με το χρόνο, η δυσλειτουργία που συνδέεται με τη διαταραχή, ενώ παράλληλα υπάρχει η τάση να επιμένει η διαταραχή στην ενήλικη ζωή.
4. Οι διαταραχές έχουν κάποιου βαθμού γενική ή ειδική δυσλειτουργία.
5. Υπάρχει τάση για αλληλοκάλυψη των διάφορων νευροαναπτυξιακών διαταραχών.
6. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει σημαντική γενετική επίδραση.
7. Η επίδραση του περιβάλλοντος είναι επίσης πολύ σημαντική.
8. Υπάρχει μεγαλύτερη επικράτηση στους άρρενες. (Rutter, Μ, 2006:276-295)

Είναι μία από τις πιο συχνά διαγνωσμένες αναπτυξιακές διαταραχές της συμπεριφοράς στα παιδιά σχολικής ηλικίας.

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων ποικίλλουν ανάλογα με το αναπτυξιακό τους στάδιο. Ιδιαίτερα κατά την νηπιακή ηλικία (3 έως 5 ετών) είναι χαρακτηριστική η υπερβολική

σωματική κίνηση, η δυσκολία στη συνεργασία με συνομήλικους, η μη συμμόρφωση σε εντολές ενηλίκων, ενώ μεταπηδούν από τη μία δραστηριότητα σε άλλη. Κατά τη σχολική ηλικία (6 έως 12 ετών) εκτός από τη πυρηνικά συμπτώματα που περιγράφουν τα ταξινομικά συστήματα, όπως απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητισμός, εμφανίζουν συχνά συμπτώματα εναντιωματικής συμπεριφοράς, συγκρούσεις με συνομήλικους και ακαδημαϊκά προβλήματα. Στην εφηβεία μειώνεται η υπερδραστηριότητα, συνεχίζονται οι συγκρούσεις με τους γονείς και εμφανίζονται συχνά συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Στους ενήλικες μειώνεται η έκδηλη υπερκινητικότητα, ενώ παραμένει η απροσεξία και ο παρορμητισμός (Κουμουλά Ε, 2012). Έχουν αντιδραστική συμπεριφορά και έλλειψη συνεργατικής διάθεσης, ενώ πολλές φορές τους αποδίδεται ο τίτλος του τεμπέλη. Με την πάροδο του χρόνου ο ρυθμός συμπτωμάτων μειώνεται, παραμένουν όμως οι επιπτώσεις και η δυσλειτουργία των συμπτωμάτων. Η νοημοσύνη τους είναι φυσιολογική, αλλά παρόλα αυτά δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Με το πέρασμα του χρόνου μπορεί να έχουν επιπρόσθετες δυσκολίες σε τομείς γνωστικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, συναισθηματικούς, συμπεριφορικούς και ακαδημαϊκούς.

Η ΔΕΠΥ ορίζεται ως διαταραχή της προσοχής, της αυτορρύθμισης και της οργάνωσης συμπεριφοράς (Barkley, 1994). Ο παράγοντας απροσεξίας εκδηλώνεται ως αφηρημάδα, δυσκολία συγκέντρωσης σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ η υπερκινητικότητα εκφράζεται με νευρικές κινήσεις, ασταμάτητη ομιλία και γενικότερη ανησυχία. Τα παιδιά αυτά λόγω της ανάρμοστης συμπεριφοράς τους έχουν προδιάθεση για ατυχήματα, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και δημιουργούν μία αναστάτωση στο περιβάλλον που βρίσκονται. Κύρια προβλήματα τους είναι η έλλειψη εκτελεστικών λειτουργιών κυρίως στον ανασταλτικό έλεγχο (inhibitory control), και τη μη ενεργό μνήμη (working memory). Επίσης παρατηρείται καθυστέρηση της αποστροφής (delay aversion), δηλαδή αυτά τα άτομα δείχνουν να έχουν προτίμηση σε μικρότερες και άμεσες αμοιβές από ότι σε μεγαλύτερες αμοιβές που όμως καθυστερούν.

Σύμφωνα με το Newman (1998), οι δυσκολίες στην προσοχή μειώνουν την ποσότητα του έργου που ολοκληρώνεται με επιτυχία. Τα άτομα με ΔΕΠΥ δεν μπορούν να διαχειριστούν ταυτόχρονα πολλές αρμοδιότητες, δεν έχουν σωστή οργάνωση και χάνουν αντικείμενα. Το 5% αυτών των ατόμων δεν ολοκληρώνει το πανεπιστήμιο, ενώ το 50% επαναλαμβάνει ξανά κάποια τάξη (Κουκούλη, 2014).

1.1.21.1 Τύποι Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας

Οι τύποι της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας είναι οι εξής :

1. **ΔΕΠ-Υ Συνδυασμένος τύπος:** η διάγνωση αναφέρεται στο παιδί όπου κυριαρχεί η απροσεξία και η υπερκινητικότητα.
2. **ΔΕΠ-Υ με προεξέχοντα τον απρόσεκτο τύπο:** το παιδί παρουσιάζει απροσεξία, αλλά δεν παρουσιάζει υπερκινητικότητα ή παρορμητικότητα. Αποσπάται εύκολα από άσχετα ερεθίσματα και δεν φαίνεται να ακούει. Δεν δίνει σημασία στις λεπτομέρειες και κάνει λάθη απροσεξίας, δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες και αποφεύγει εργασίες που απαιτούν σημαντική πνευματική προσπάθεια. Ξεχνά τις σχολικές του εργασίες και χάνει συχνά πράγματα. Τα παιδιά χωρίς υπερκινητικότητα συχνά περιγράφονται ως αδύναμοι μαθητές, αγχωμένα, απρόσεχτα, ότι ονειροπολούν, αποδιοργανωμένα, κοιμισμένα, υποτονικά, συγκριτικά με τα άλλα παιδιά.
3. **ΔΕΠ-Υ με προεξέχοντα τον υπερτονικό –παρορμητικό τύπο:** παρουσιάζει υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα η οποία είναι δυσπροσάρμοστη και ασυμβίβαστη με το αναπτυξιακό του επίπεδο. Παρατηρείται δυσκολία να παραμείνει καθισμένο, κουνάει τα χέρια του και τα πόδια του ή στριφογυρίζει στην καρέκλα. Παράλληλα μπορεί να κοιτάζει συνέχεια γύρω του και να πειράζει του άλλους. Σηκώνεται όταν δεν επιτρέπεται, τρέχει, σκαρφαλώνει. Συνήθως δεν σκέφτεται πριν αντιδράσει και απαντάει πριν την ολοκλήρωση της ερώτησης. Δυσκολεύεται να παραμείνει στην σειρά του και στα παιχνίδια δεν ακολουθεί τους κανόνες και συνέχεια διακόπτει τους άλλους
4. **ΔΕΠ-Υ μη προσδιοριζόμενη αλλιώς**
5. **ΔΕΠ-Υ σε μερική ύφεση**

1.1.21.2 Αίτια της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας

Οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας είναι οι εξής :

Οργανικοί παράγοντες:

- Προ-περι-μεταγεννητικοί
- Εγκεφαλικές βλάβες ή εγκεφαλικές δυσλειτουργίες

- Γενετικοί
- Δίαιτες- αλλεργίες

Περιβαλλοντικοί:

- Ψυχοκινητική καθυστέρηση
- Ψυχοπαθολογική διαταραχή γονέων (κατάθλιψη)
- Χαμηλό μορφωτικό – οικονομικό επίπεδο οικογένειας
- Μη άριστες κληρονομικές, περιγεννητικές και νεογνικές συνθήκες.

Οι αιτίες που πιθανολογούνται είναι:

- Το κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο
- Κληρονομικοί: το 76% των παιδιών έχουν κάποιο άτομο στο συγγενικό του περιβάλλον με αυτή την διαταραχή, ενώ η διαταραχή κάνει την εμφάνιση της και σε δίδυμα αδέρφια. Η επίπτωση είναι υψηλότερη σε μονοζυγωτές διδύμους (80-90%), ενώ σε διζυγωτές είναι αντίστοιχη του 32%. Ερευνητές μελετούν πολλά γονίδια που μπορεί να σχετίζονται με αυξημένη προδιάθεση των ατόμων που αναπτύσσουν ΔΕΠΥ. Παιδιά με ΔΕΠΥ που φέρουν ένα συγκεκριμένο αλληλόμορφο ενός γονιδίου (γονίδιο DAT1 και DRD4:εμπλέκονται στην επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης), έχουν λεπτότερο εγκεφαλικό ιστό στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την προσοχή(μετωπιαίο, βρεγματικό). Τα ευρήματα των νευροανατομικών μελετών συμβαδίζουν με τα παραπάνω και έδειξαν δομικές και λειτουργικές ανωμαλίες στο σύστημα μετωπιαίος λοβός- παρεγκεφαλίδα- βασικά γάγγλια. Το σύστημα αυτό ελέγχει τις ανώτερες εκτελεστικές λειτουργίες και ρυθμίζει τις παρορμήσεις, την προσοχή και την συμπεριφορά μας στα μέσου της αυτορύθμισης (Παπαγεωργίου,Β,2007). Παρ' όλα αυτά, το Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, έδειξε ότι το εύρημα αυτό δεν είναι μόνιμο και ότι κατά την ανάπτυξη των παιδιών, η πυκνότητα του εγκεφάλου αποκαθίστανται, ενώ τα συμπτώματα παράλληλα υποχωρούν.
- Ο εγκέφαλος παρουσιάζει διαφορά από εκείνο των συνομήλικων στη δομή, το μεταβολισμό, και τη λειτουργία συγκεκριμένων περιοχών.
- Πρόωρη γέννηση
- Το κάπνισμα, το αλκοόλ, το υπερβολικό στρες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.
- Ο εγκεφαλικός τραυματισμός (σε μικρό ποσοστό).

- Η έκθεση σε τοξικές ουσίες : νήπια που εκτέθηκαν σε μόλυβδο ο οποίος υπήρχε σε υδραυλικά εξαρτήματα και στα χρώματα παλιών κτιρίων.
- Οι συγκρούσεις γονέων
- Οι συγκρούσεις παιδιών και γονέων
- Η συναισθηματική απόσταση
- Ο λανθασμένος τρόπος διαπαιδαγώγησης
- Η ασυνέπεια των γονέων στους κανόνες που λειτουργούν
- Η υπερβολική αυστηρότητα
- Η υπερπροστασία ή η υπερβολική αδιαφορία
- Η επιθετικότητα των γονέων
- Η ψυχιατρική διαταραχή του γονέα (κατάθλιψη)
- Η παραμονή ενός παιδιού σε ίδρυμα
- Η διατροφή ενός παιδιού: για παράδειγμα τα συντηρητικά, οι τοξίνες, τα χημικά συστατικά, οι τεχνικές χρωστικές ουσίες των τροφών και η ζάχαρη.
- «πιθανό οι θορυβώδεις εκδηλώσεις της υπερκινητικότητας να θεωρούνται μανιακές άμυνες ενάντια στην κατάθλιψη» (Αναγνωστόπουλος & Ρότσικα, 2006, σελ.527)

1.1.21.3 Συννοσηρότητα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας με άλλες διαταραχές.

Τα άτομα με Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας μπορεί να εμφανίζουν παράλληλα και άλλες διαταραχές εκ των οποίων μερικές είναι οι εξής:

- **Μαθησιακές δυσκολίες:** κατά την προσχολική ηλικία τα παιδιά εμφανίζουν δυσκολία στην κατανόηση ορισμένων ήχων ή λέξεων ή προβλήματα στην έκφραση. Στην σχολική ηλικία παρουσιάζονται προβλήματα στην ανάγνωση, στην ορθογραφία, στην γραφή και στα μαθηματικά.
- **Εναντιωματική – προκλητική συμπεριφορά:** είναι η συμπεριφορά που παρουσιάζει ένα παιδί όταν είναι υπερβολικά ισχυρογνώμων ή αντιδραστικό, διαπληκτίζεται με ενήλικες και αρνείται να υπακούσει κανόνες.

- **Διαταραχή διαγωγής:** το παιδί παρουσιάζει συμπεριφορές όπως : κλέβει, καβγαδίζει, εκφοβίζει άλλους, αλλά και καταστρέφει περιουσίες, κατέχει ή χρησιμοποιεί όπλα και συμμετέχει σε διαρρήξεις. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για χρήση παράνομων ουσιών και μπλεξίματα στο σχολείο και με την αστυνομία.
- **Άγχος – κατάθλιψη**
- **Διπολική διαταραχή:** είναι οι ακραίες εναλλαγές διάθεσης που κυμαίνονται από μανία (μια υπερβολικά αυξημένη διάθεση, σε κατάθλιψη) σε σύντομα χρονικά διαστήματα.
- **Σύνδρομο Tourette:** είναι μια εγκεφαλική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από εγκεφαλικά τικ και επαναλαμβανόμενες ιδιόμορφες συμπεριφορές, όπως ανοιγοκλείσιμο ματιών, συσπάσεις προσώπου και μορφασμούς. Καθαρίζουν το λαιμό τους, ξεφυσούν ή ρουθουνίζουν συχνά ή εκτοξεύουν ανάρμοστα λόγια.
- **Διαταραχές και προβλήματα ύπνου**
- **Νυχτερινή ενούρηση**
- **Κατάχρηση ουσιών**
- **Κοινωνική ανωριμότητα και δυσκολία δημιουργίας και διατήρησης φιλικών σχέσεων.**
- **Συναισθηματικές διαταραχές**
- **Άλλες συμπεριφοριστικές ψυχοπαθολογίες**
- **Δυσλεξία**
- **Διαταραχές αυτιστικού φάσματος**
- **Διαταραχές κινητικού συντονισμού**
- **Αγχώδεις συναισθηματικές διαταραχές**
- **Διαταραχή λόγου**
- **Ειδική γλωσσική διαταραχή και γλωσσικά προβλήματα**

1.1.21.4 Επιπτώσεις Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η ΔΕΠΥ δυσκολεύει κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου αλλά και της οικογένειάς του είτε αυτό είναι παιδί, έφηβος αλλά και ενήλικας. Η ΔΕΠΥ μειώνει

τις εκτελεστικές λειτουργίες του εγκεφάλου και τα άτομα αυτά δίνουν αγώνα κυριολεκτικά να επεξεργαστούν πληροφορίες, να δώσουν προσοχή και να ιεραρχήσουν αυτά που οφείλουν να κάνουν. Οι εκτελεστικές λειτουργίες (executive functions), βοηθούν το άτομο να επικεντρώνει την προσοχή του, να ελέγχει τα συναισθήματα του, να βάζει προτεραιότητες, να διαχειρίζονται το χρόνο τους, να σχεδιάζει τις δραστηριότητες του, να οργανώνεται και να βελτιώνει τη μνήμη του. Παίζουν το ρόλο του ρυθμιστή και αν αποδιοργανωθούν τότε η κατάσταση που επικρατεί είναι χαοτική.

Κατά την σχολική ηλικία υπάρχουν επιπτώσεις στο σχολείο στην επίδοση του μαθητή, αλλά και στην σωστή αντιμετώπιση του παιδιού από τους εκπαιδευτικούς. Οι ενδοσχολικές του σχέσεις τόσο με τους εκπαιδευτικούς, όσο και με τους συνομήλικους του είναι μειωμένες και καμιά φορά ανύπαρκτες. Η μειωμένη αυτό-εκτίμηση και αυτό-αντίληψη του παιδιού επιδρούν αρνητικά στον ψυχισμό του και αγωνιά να κρατήσει φιλικές σχέσεις. Έτσι το παιδί παρουσιάζει μια αντικοινωνική συμπεριφορά, με έντονο άγχος που μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση. Το οικογενειακό του περιβάλλον, και οι ενδοοικογενειακές σχέσεις φαίνεται κι αυτές, να διαταράσσονται εξίσου, από την απρόβλεπτη κάθε φορά συμπεριφορά του.

Στην ενήλικη ζωή, τα πράγματα είναι πιο πολύπλοκα, καθώς η διαταραχή αυτή επηρεάζει την ακαδημαϊκή εξέλιξη του ατόμου, τον επαγγελματικό του προσανατολισμό, την εξερεύνηση και διατήρηση της εργασίας του, τις σχέσεις του με το άλλο φύλλο, τη διατήρηση ενός γάμου και την ανάπτυξη εθιστικών συμπεριφορών, όπως τζόγος, εξαρτησιογόνες ουσίες, παραβατική συμπεριφορά και γενικότερα επηρεάζει την ποιότητα ζωής του.

Η ΔΕΠΥ είναι ένα σύνδρομο στο οποίο εμπλέκονται διαταραχές στο εκτελεστικό σύστημα του εγκεφάλου, έτσι δημιουργούνται επιπτώσεις κυρίως : στην αυτορρύθμιση (εσωτερική, εξωτερική), στον ρυθμό (γρήγορος ή αργός), στην οπτική και ακουστική αντίληψη, στην μνήμη (βραχύχρονη και μακρύχρονη) και στην αντιληπτική «αφύπνιση» και εγρήγορση αναχαίτιση. (Λιβανίου, 2004).

Μακροπρόθεσμα οδηγεί σε δύο ειδών προσωπικότητες: το άτομο με ΔΕΠΥ γίνεται ευχάριστο εξωτερικά για να διασφαλίσει την έγκριση φίλων, και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Μετά από χρόνια επαγρύπνησης γίνεται ένας χαμαιλέοντας που έχει χάσει τα ίχνη του και τι θέλει από τη ζωή του. Κάποιοι άλλοι, φοβούνται την αποτυχία και

αρνούνται να δοκιμάσουν οτιδήποτε. Η ζωή τους γίνεται μίζερη και περιορισμένη, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε άτυπη κατάθλιψη. (William Donson, ADDITUDE).

1.2 Διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας- ΔΕΠΥ

Σύμφωνα με το ICD-10:

Αναφέρεται ως Υπερκινητική διαταραχή όταν έχει: τουλάχιστον 6 συμπτώματα Απροσεξίας και 3 συμπτώματα Υπερκινητικότητας και 1 σύμπτωμα Παρορμητισμού, που συνυπάρχουν τους τελευταίους 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα πριν από τα 7 έτη.

Σύμφωνα με το DSM-IV :

Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα απροσεξίας ή παρορμητικότητας, παρόντα τους τελευταίους 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα πριν από 7 ετών.

1.2.1 Συμπτώματα Απροσεξίας:

Απροσεξία:

1. Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, την δουλειά ή άλλες δραστηριότητες.
2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντα του ή στο παιχνίδι.
3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν.
4. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, δουλειές που του ανατίθενται ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή αδυναμία κατανόησης των οδηγιών).
5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.

6. Συχνά αποτυγχάνει ή αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν αδιάκοπη πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή μαθημάτων στο σπίτι).
7. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για δουλειές ή δραστηριότητες. (π.χ παιχνίδια, μολύβια, βιβλία, εργασίες που του έχουν δοθεί για το σπίτι).
8. Συχνά η προσοχή διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.
9. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

1.2.2 Συμπτώματα Υπερκινητικότητας – Παρορμητισμού

Υπερκινητικότητα:

1. Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του.
2. Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, οι οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος.
3. Συχνά τρέχει εδώ και εκεί και σκαφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και στους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας).
4. Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, ελεύθερου χρόνου ήσυχα (DSM-IV).
5. Συχνά κάνει θορύβους κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή δεν μπορεί να συμμετάσχει ήσυχα στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου (ICD-10).
6. Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και συχνά ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή» (DSM-IV).
7. Επιδιώκει ένα σταθερό μοντέλο, υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας το οποίο δεν τροποποιείται ουσιαστικά ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες ή απαιτήσεις (ICD-10).
8. Συχνά μιλάει υπερβολικά (DSM-IV).

Παρορμητικότητα:

1. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση
2. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει την σειρά του

3. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους (π.χ παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια)
4. Συχνά μιλά υπερβολικά, δυσανάλογα με την απαίτηση του κοινωνικού πλαισίου.

1.3 Διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ/Υ

Κάποιες φορές, μια διαταραχή ενδέχεται να αποτελεί τη βάση για την εκδήλωση μιας άλλης ενώ άλλες φορές και οι δύο διαταραχές μπορεί να βασίζονται στον ίδιο αιτιολογικό μηχανισμό και να σχετίζονται με τους ίδιους παράγοντες κινδύνου. Τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας παρατηρούνται στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠΥ. Η ΔΕΠΥ συνυπάρχει με άλλες διαταραχές σε ποσοστό 50-80% (Biderman et al., 1991). Από μόνη της η ΔΕΠΥ ενδέχεται να μην δημιουργεί πολύ σοβαρά προβλήματα, όταν όμως συνυπάρχει με άλλες διαταραχές τότε η σοβαρότητα της κατάστασης είναι μεγαλύτερη και η πρόγνωση της χειρότερη.

Είναι σημαντικό για έναν ειδικό να γνωρίζει εάν υπάρχει συννοσηρότητα, διότι έτσι μπορεί να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει μια διαταραχή, γνωρίζοντας και αξιολογώντας όλα τα συμπτώματα.

Οι διαταραχές, οι οποίες μπορεί να συνοδεύουν, να μοιάζουν, ή να συγκαλύπτουν τη ΔΕΠ/Υ παιδιών ή ενηλίκων και με τις οποίες θα πρέπει να γίνεται διαφοροδιάγνωση είναι οι εξής:

- Αγχώδης διαταραχή
- Διπολική διαταραχή ή μανία
- Καφεϊνισμός (υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης)
- Συμπεριφοριστική διαταραχή (σε παιδιά)
- Κατάθλιψη
- Διαταραχές ελέγχου παρορμητικότητας(κλεπτομανία, πυρομανία και τα σχετικά)
- Κόπωση, χρόνια
- Ιστορικό εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου
- Υπερθυρεοειδισμός ή υποθυρεοειδισμός

- Μολυβδίαση (δηλητηρίαση από μόλυβδο)
- Μαθησιακές δυσκολίες
- Λήψη φαρμάκων [π.χ. φαινυλαιθυλοβαρβιτουρικό οξύ (λουμινάλη) ή Dilantin]
- Ψυχαναγκαστική διαταραχή
- Εναντιωματική διαταραχή (σε παιδιά) και διαταραχή διαγωγής
- Παθολογικός τζόγος
- Διαταραχές προσωπικότητας, όπως ναρκισσιστική, αντικοινωνική, οριακή και παθητική- επιθετική προσωπικότητα
- Διαταραχές διάθεσης (κυρίως)στα παιδιά
- Φαιοχρωμοκύτωμα ή παραγαγγλίωμα
- Διαταραχή μετατραυματικού στρες
- Παροξυσμική διαταραχή
- Συνυπάρχουσες διαταράξεις στη ζωή ενός ατόμου, όπως διαζύγιο, απώλεια δουλειάς κ.λπ.
- Κατάχρηση εθιστικών ουσιών (κοκαΐνη, αλκοόλ, μαριχουάνα)
- Διάχυτες διαταραχές στην ανάπτυξη (στα παιδιά)
- Σύνδρομο Tourette (Hallowell- Ratey, 1994, επιμ. Λιβανίου, 2003).

Όλες οι παραπάνω διαταραχές συννοσηρότητας με την ΔΕΠΥ, μπορεί να εμφανίζονται κατά κύριο λόγο σε ενήλικες και κάποιες από αυτές σε παιδιά. Στη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης συμβάλει το ιστορικό του ατόμου.

1.4 Κλινικά Profiles

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τέσσερα περιστατικά με διαγνωσμένη την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Είναι ένα μικρό δείγμα περιπτώσεων στο οποίο φαίνονται χαρακτηριστικά τα συμπτώματα της διαταραχής.

1^η Περιστατικό :

Η Μάγδα είναι 5,5 ετών και φοιτά στο νηπιαγωγείο. Είναι μέλος μιας μονογονεϊκής πατριαρχικής οικογένειας, μετά τον αιφνίδιο θάνατο της μητέρας της, όταν η Μάγδα ήταν σε ηλικία 4 ετών. Γεννήθηκε φυσιολογικά και συμπλήρωσε όλες τις εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Στο ιστορικό αναφέρεται ότι η μητέρα της κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έπαιρνε αντιεπιληπτικά φάρμακα. Η Μάγδα παρουσιάζει ακατάληπτο λόγο, διαταραχή άρθρωσης (διαδοντικός σιγματισμός και ρωτακισμός), καθώς επίσης και διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα. Ο λόγος της είναι δυσνόητος τόσο από το οικογενειακό της περιβάλλον, όσο και από το σχολικό και φιλικό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να επικοινωνήσει με συνομήλικα παιδιά, διότι δεν την καταλαβαίνουν, κι αυτή αντιδρά και γίνεται επιθετική. Κατά την διάρκεια μιας δραστηριότητας ή ενός παιχνιδιού, σηκώνεται από την θέση της, αρνείται να ασχοληθεί για διάστημα μεγαλύτερο των πέντε λεπτών με την ίδια δραστηριότητα και αν προσπαθήσουν να την οριοθετήσουν γίνεται αντιδραστική, επιθετική και πετάει πράγματα. Εντοπίστηκαν δυσκολίες στην προγραφή, στην αντίληψη, στο χωροχρονικό προσανατολισμό, στην σωματογνωσία και στην μνήμη. Διατηρεί ελάχιστη βλεμματική επαφή, ενώ κατά την διάρκεια μιας εργασίας η προσοχή της αποσπάται πολύ εύκολα με το παραμικρό, ή μπορεί ξαφνικά να αρχίζει να κοιτάει ψηλά και να μιλάει γρήγορα και ακατάληπτα για πράγματα άσχετα χωρίς νόημα.

Μετά από αξιολόγηση από παιδοαναπτυξιολόγο, παιδοψυχίατρο και λογοθεραπευτή, η Μάγδα θα επαναλάβει την τάξη του νηπιαγωγείου και θα παρακολουθεί συνεδρίες λογοθεραπείας, εργοθεραπείας και ατομικής ψυχοθεραπείας.

2^ο περιστατικό:

Ο Ιάκωβος είναι 7 ετών και τελείωσε την Α τάξη δημοτικού. Είναι μοναχοπαιδί και το ιατρικό ιστορικό του είναι ελεύθερο. Ο Ιάκωβος παρουσιάζει διάσπαση προσοχής, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, δυσαριθμησία και δυσγραφία. Η αναγνωστική του ικανότητα είναι φτωχή για την ηλικιακή του ανάπτυξη, ενώ στον τομέα αποκωδικοποίησης του γραπτού λόγου έχει αποκωδικοποιήσει μόνο ορισμένες συλλαβές και με δυσκολία απλές δισύλλαβες λέξεις. Δεν μπορεί να συνδέσει τις συλλαβές και να διαβάσει ολόκληρη λέξη. Στα μαθηματικά, δεν έχει κατακτήσει την έννοια της αλληλοδιαδοχής των αριθμών, τους βασικούς μηχανισμούς και τις έννοιες. Η γραφή του

είναι άσχημη, με πολλά ορθογραφικά λάθη, υπερβολικά μεγάλα γράμματα, οι λέξεις δεν έχουν κενά μεταξύ τους, είναι χωρίς τόνους και δεν χρησιμοποιεί σημεία στίξης. Έχει περιορισμένο εύρος γενικών γνώσεων (δεν γνωρίζει σχήματα, τις ημέρες, τους μήνες, τις εποχές). Η δυνατότητα συγκράτησης των πληροφοριών στη βραχύχρονη μνήμη είναι πολύ περιορισμένη. Κατά την διάρκεια των εργασιών του διασπάται πολύ εύκολα η προσοχή του, είτε υπάρχει εμφανές ερέθισμα, είτε όχι. Στη συνέχεια δυσκολεύεται να επανέλθει στην δραστηριότητα που εργαζόταν και χρειάζεται ξανά καθοδήγηση για να μπορέσει να συνεχίσει. Συχνά αγχώνεται και παρουσιάζει σημεία τραυλισμού με επανάληψη συλλαβής ή και ολόκληρης λέξης. Κατά τη διάρκεια ομαδικών παιχνιδιών είναι παρορμητικός και διαχυτικός, δεν ακολουθεί τους κανόνες του παιχνιδιού, πειράζει τα υπόλοιπα παιδιά, με αποτέλεσμα να μένει εκτός παιδιού και να απομονώνεται.

Μετά από αξιολόγηση από παιδοαναπτυξιολόγο και λογοθεραπευτή, δόθηκαν οδηγίες για συνεδρίες λογοθεραπείας, εργοθεραπείας και ειδικής αγωγής.

3^ο περιστατικό:

Η Μαρία είναι 11 χρονών, με πιθανή δυσλεξία και διαταραχή Διάσπασης Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Η διάγνωση έγινε μετά από παραπομπή της Μαρίας στα ΚΕΔΥ από την μητέρα της η οποία ήταν πολύ προβληματισμένη με την συμπεριφορά του παιδιού της, είναι μοναχοπαίδι και με ιατρικό ιστορικό ελεύθερο Μαρία παρουσίαζε ανάρμοστη συμπεριφορά στο σχολείο και η μητέρα της αδυνατούσε να επιβάλλει κανόνες. Η μαθήτριά πήγαινε καθυστερημένη στο σχολείο, χωρίς να κουβαλάει μαζί της τα απαραίτητα, χρονοτριβούσε σε μεγάλο βαθμό και αρνιόταν να συμμετάσχει σε δραστηριότητες που μπορεί και η ίδια να είχε προτείνει (πχ ζωγραφική). "Πεταγόταν " και έλεγε διαρκώς άσχετα πράγματα με το θέμα του μαθήματος. Πολλές φορές προσπαθούσε να τραβήξει την προσοχή με μη αποδεκτό κοινωνικό τρόπο. Γκρίνιαζε διαρκώς για το πώς της συμπεριφέρονται οι συμμαθητές της αλλά ποτέ δεν περίμενε την σειρά της στο κυλικείο και συνεχώς τους πείραζε. Ήταν ειρωνική και απαξιωτική προς τους κανόνες της τάξης και γενικότερα του σχολείου. Δυσκολίες αντιμετώπιζε στη γραφή, την ανάγνωση, τα μαθηματικά. Δεν μπορούσε να οργανώσει το χρόνο της, αλλά και το χώρο της. Πολλές φορές, προσπαθούσε να λύσει ασκήσεις χωρία να διαβάσει την προσφώνηση. Δεν είχε αναπτυγμένες μεταγνωστικές στρατηγικές (π.χ. πώς να οργανώνει το διάβασμα της.).

Μετά την αξιολόγηση η Μαρία ακολουθεί συνεδρίες λογοθεραπείας και ατομικής ψυχοθεραπείας.

4^ο περιστατικό:

Η Eneda είναι 5.5 ετών, αλβανικής καταγωγής και είναι μοναχοπαίδι. Στην οικογένεια μιλάνε ελληνικά αλλά κυρίως αλβανικά με αποτέλεσμα να δυσχεραίνει η θέση της μικρής. Στο ιστορικό της αναφέρεται πρόωρη γέννηση. Έως τα 3.5 έτη, δεν παρουσίαζε καθόλου λόγο και η αντιληπτική της ικανότητα ήταν πολύ κατώτερη της ηλικιακής της ανάπτυξης. Εκείνη την περίοδο είχε χαρακτηριστεί ως περιστατικό Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής. Από την ηλικία των 4.5 ετών, η Eneda, άρχισε να βαβίζει και στη συνέχεια σε σύντομο χρονικό διάστημα απέκτησε λόγο. Ο λόγος αυτός βέβαια υπολείπεται σημαντικά στην κατανόηση και στην έκφραση/ δυσκολίες στη δομή και στο περιεχόμενο των προτάσεων με περιορισμένο λεξιλόγιο. Συνυπάρχουν αρθρωτικές και φωνολογικές δυσκολίες με αποτέλεσμα μη καταληπτή κυρίως αυθόρμητη ομιλία. Παράλληλα εμφανίζει χωροχρονικές διαταραχές, δεν έχει καθιερώσει την πλευρίωση και έχει δυσκολίες στον προσδιορισμό της σωματογνωσίας. Σημασιολογικά ελλείμματα είναι παρόντα. Κατά την διάρκεια των δραστηριοτήτων εμφανίζει έντονη παρορμητικότητα, διάσπαση προσοχής, εναντιωματική συμπεριφορά και συμπεριφορές μη αποδεκτές. Σηκώνεται συνεχώς από την θέση της, στριφογυρίζει στην καρέκλα της, πετάει πράγματα, αρνείται να συνεχίσει την εργασία της, έχει ακατάλληλη στάση σώματος, παρουσιάζει επιθετικότητα, κλαίει και φωνάζει. Σε υποδείξεις ενηλίκων αρνείται να ακολουθήσει τους κανόνες. Οι σχέσεις της με τους συνομήλικους της δεν είναι καλές, διότι ο λόγος της είναι ακατάληπτος και η συμπεριφορά της ανάρμοστη. Σημειώθηκαν διαταραχές ύπνου και συντονισμού κινήσεων, ενώ δυσκολίες στην λεπτή κινητικότητα έχουν παρατηρηθεί.

Μετά από αξιολόγηση, η Eneda, θα επαναλάβει την τάξη του νηπιαγωγείου, θα παρακολουθήσει συνεδρίες λογοθεραπείας, εργοθεραπείας και ατομικής ψυχοθεραπείας.

2. Πολυπαραγοντική διάγνωση ESSENCE

Τα παιδιά ηλικίας από 3 ετών και άνω με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, πολλές φορές παρουσιάζουν προβλήματα στη γλώσσα, στο λόγο, στις κινητικές δεξιότητες, στη μάθηση και σε άλλες νευρολογικές λειτουργίες (Plenty, et, at, 2013). Στην πρώιμη παιδική ηλικία παρουσιάζεται δυσκολία στη διάγνωση της πάθησης και οι ειδικοί συνήθως εξετάζουν μόνο μία πτυχή της διαταραχής, διότι δεν γίνεται αξιολόγηση του περιστατικού από μια ομάδα ειδικών, αλλά ως συνήθως από έναν κλινικό. Έτσι η διάγνωση τείνει να εξαρτάται από το πρόσωπο του ειδικού και η επίσκεψη σε άλλο ειδικό μπορεί να επιφέρει διαφορετική διάγνωση. Σύμφωνα με τα παραπάνω λοιπόν, μπορεί ένα παιδί να διαγνωσθεί με Asperger αρχικά, και στη συνέχεια με διάσπαση προσοχής. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ίσως οι διαταραχές να συνυπάρχουν. Έτσι, μετά από έρευνες έχει εδραιωθεί η άποψη συνύπαρξης συμπτωμάτων, και έτσι πολλές φορές οι διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν ταυτόχρονα με διαφορετικούς συνδυασμούς.

Δεδομένης λοιπόν της σύγχυσης των συμπτωμάτων, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο Christopher Gillberg το 2010 επινόησε την πολυπαραγοντική διαδικασία ESSENCE, η οποία βοήθησε σημαντικά στη διαδικασία της πρόγνωσης και της θεραπείας.

2.1 Αρχές- Χαρακτηριστικά προσέγγισης

Αρχικά ο Christopher Gillberg, ασχολήθηκε με τον κλάδο του αυτισμού και παράλληλα πραγματοποιήθηκε μία έρευνα για την προσέγγιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Από τα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν ότι τα παιδιά εμφάνιζαν δυσκολίες και σε άλλους τομείς όπως γλωσσικούς, αντιληπτικούς, κινητικούς, ενώ παράλληλα εκδηλώθηκαν αρκετά αυτιστικά χαρακτηριστικά. Αυτό εδώ αποτέλεσε και την αρχή δημιουργίας του ESSENCE, η άποψη δηλαδή ότι κανένα πρόβλημα δεν εμφανίζεται από μόνο του αλλά υπάρχει και συνύπαρξη και άλλων χαρακτηριστικών.

Συγκεκριμένα, το ακρωνύμιο ESSENCE αναφέρεται σε πρώιμα συμπτωματικά σύνδρομα που προκύπτουν από νευροαναπτυξιακές κλινικές εξετάσεις (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations). Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από πρόωρες νευροαναπτυξιακές και νευροψυχιατρικές διαταραχές που παρουσιάζουν συμπτώματα δυσλειτουργίας σε ένα ποσοστό μεγαλύτερο από 10% πριν την

ηλικία των 3- 5 ετών. Πρόκειται για έναν όρο που παρουσιάζει σε κλινικά περιβάλλοντα τα συμπτώματα παιδικής βλάβης στα πεδία: α) γενικής ανάπτυξης, β) επικοινωνίας και γλώσσας, γ) κοινωνικής αλληλεξάρτησης, δ) κινητικού συντονισμού,, ε) προσοχής, στ) δραστηριότητας, ζ) συμπεριφοράς, η) διάθεσης και ύπνου.

Τα παιδιά αυτά που παρουσιάζουν δυσκολίες σε ένα ή περισσότερους από τους παραπάνω τομείς, οφείλουν να εξετάζονται από ειδικούς παιδιάτρους, από παιδοαναπτυξιολόγους, από παιδοψυχιάτρους, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κλινικούς γενετιστές και γενικότερα από ένα σύνολο κλινικών και ερευνητών. Συνήθως όμως η διάγνωση μίας διαταραχής προκύπτει από την αξιολόγηση μίας μόνο ειδικότητας. Αυτό αυτομάτως ορίζει τη διαταραχή χωρίς όμως να έχει προηγηθεί επαρκής αξιολόγηση όλων των πτυχών. Επίσης, οι διαταραχές αυτές είναι συνήθως «συνιστώμενες» μεταξύ τους και μπορεί να είναι δύσκολο να διαχωριστούν το ένα από το άλλο κατά τη στιγμή της έγκυρης διάγνωσης. Μοιράζονται γονίδια, περιβαλλοντικούς παράγοντες και συμπτώματα. Αυτά μπορεί να αλληλεπικαλύπτονται με αυτά μιας άλλης διαταραχής εντός της ομάδας και τα διαγνωστικά κριτήρια μπορεί να πληρούνται για ένα ή δύο από αυτά σε μία ηλικία και για ένα τρίτο ή τέταρτο από αυτά σε άλλη ηλικία. Το Essence αντίθετα δεν αναγνωρίζει απλώς τη δυσκολία και κάποια διαγνωστικά κριτήρια π.χ. ως «Αυτισμός» αλλά στέκεται και εξετάζει όλα τα προβλήματα που περιστοιχίζουν αυτόν τον όρο (δείκτης νοημοσύνης, γλωσσικά ελλείμματα, διάσπαση προσοχής, επιληψία κ.α.). Αυτός είναι και ο λόγος που ο έλεγχος από μία διεπιστημονική ομάδα είναι τόσο σημαντικός και δίνει ακριβής πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην δημιουργία ενός εξατομικευμένου προγράμματος θεραπείας.

Το ESSENCE δεν είναι από μόνο του διάγνωση αλλά αντιπροσωπεύει ένα βήμα προς την ειδοποίηση κλινικών και ερευνητών για την ανάγκη να γνωρίζουν συνεχώς την τεράστια ποικιλία των προβλημάτων που εκδηλώνονται στα παιδιά, έφηβους και ενήλικες του πρώιμου νευροαναπτυξιακού προβλήματος. Η ακριβής διάγνωση είναι το κύριο στοιχείο και η ουσία της εφαρμογής του ESSENCE. Αυτό επιτυγχάνεται με την εξέταση κάθε προβλήματος που είναι πιθανό να συνυπάρχει με την διαταραχή και για την αποφυγή των ανακριβή αποτελεσμάτων είναι απαραίτητη η επαναξιολόγηση μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Η έγκαιρη αναγνώριση είναι απαραίτητη, αλλά αν παρόλα αυτά έχει καθυστερήσει, δεν είναι ποτέ πολύ αργά για να κάνει τη διαφορά (Gillberg et al, 2013).

Συμπεράσματα για το μοντέλο ESSENCE:

1. Το ESSENCE είναι ένα ακρωνύμιο αλλά δεν είναι ένας νέος τρόπος σκέψης σχετικά με την πρόωρη έναρξη των προβλημάτων της παιδικής ηλικίας που εξακολουθούν να επηρεάζουν την ανάπτυξη των παιδιών για καιρό μετά την προσχολική περίοδο.
2. Το ESSENCE εισάγεται έτσι ώστε να μειωθεί η τρέχουσα τάση του διαχωρισμού των συνδρόμων στην παιδική και εφηβική ψυχιατρική και στην αναπτυξιακή ιατρική στο βαθμό που ο αυτισμός και η ΔΕΠΥ θεωρούνται «κουτιά» τα οποία είναι αποκλειστικά και διαχωρίσιμα από κάθε άλλα.
3. Το ESSENCE είναι ένας όρος που εφιστά την προσοχή στο γεγονός ότι δεν υπάρχει εύκολη διέξοδος στη διάγνωση σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζονται με συμπτώματα του ESSENCE. Όλα τα παιδιά τα οποία παρουσιάζονται με ένα πρόβλημα του ESSENCE πρέπει να εξετάζονται από την άποψη των πολλών προβλημάτων και της διεπιστημονικής αξιολόγησης.
4. Τα παιδιά με ESSENCE χρειάζεται να έχουν μια ολιστική προσέγγιση, από τη διάγνωση έως τη θεραπεία. Αν το παιδί πάσχει από αυτισμό, είναι πιθανό ότι πάσχει και από ΔΕΠΥ, γλωσσική καθυστέρηση κλπ. η προσέγγιση για τη διάγνωση μπορεί να μην βοηθήσει εάν ο σκοπός είναι να αποκλειστικά η διάγνωση μιας μόνο διαταραχής.
5. Η επικάλυψη των προβλημάτων που αντιμετωπίζονται στο ESSENCE υποδηλώνει ότι δεν έχουμε να κάνουμε με διακριτές διαταραχές ή σύνδρομα, αλλά με δυσλειτουργίες του εγκεφάλου/νευροαναπτυξιακά προβλήματα τα οποία αντανακλούν κατάρρευση ή δυσλειτουργίες του δικτύου του εγκεφάλου, μειωμένη/ανώμαλη/αυξημένη συνδεσιμότητα ή, μάλιστα, σε αρκετές περιπτώσεις φυσιολογική λειτουργία των παραλλαγών του εγκεφάλου. Συνεπώς, δεν θα ήταν σκόπιμο να γίνει διάγνωση ενός προβλήματος και να μην εξεταστεί η επίπτωση των άλλων προβλημάτων.
6. Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, προκύπτει το συμπέρασμα ότι είναι αναγκαίο να οργανωθούν για όλα τα παιδιά προσχολικής ηλικίας κέντρα ESSENCE που θα παρέχουν διαγνωστικό και θεραπευτικό σχεδιασμό καθώς και παρακολούθηση των ζητημάτων που είναι σαφώς εγγυημένα για όλα τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν ένα σημαντικό σύμπτωμα του ESSENCE. Υπάρχουν άφθονες ενδείξεις ότι σημαντικά προβλήματα σε τουλάχιστον ένα τομέα του ESSENCE πριν από την ηλικία των 5 ετών σηματοδοτεί σημαντικά προβλήματα στις ίδιες ή επικαλυπτόμενες περιοχές αρκετά χρόνια αργότερα. Δεν υπάρχει χρόνος για αναμονή. Πρέπει να γίνεται κάτι και αυτό το «κάτι» αποκλείεται να βρίσκεται μόνο στον τομέα της ομιλίας και της γλώσσας, μόνο στους

τομείς του αυτισμού ή της ΔΕΠΥ ή μόνο στην ειδική εκπαίδευση (Gillberg, 2010).
(<http://gillbergcentre.gu.se/english/research/screening>)

2.1.1 Είδη διαταραχών σύμφωνα με το ESSENCE

- Κατάσταση Αυτιστικού Φάσματος, συμπεριλαμβανομένων διαταραχών (ASC)
- Διαταραχή Αποδιοργανωτικής Συμπεριφοράς (DBD)
- Σύνδρομο Tourette
- Διπολική διαταραχή(BD)
- Ειδική Γλωσσική Διαταραχή / Γλωσσική Διαταραχή (SLI/LI)
- Μαθησιακές Δυσκολίες (LD)
- Διαταραχή μη-λεκτικής μάθησης (NVLD)
- Διαταραχή της μνήμης εργασίας, Διαταραχή Αργής Επεξεργασίας
- Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού (DCD)
- Σύνδρομο Φαινότυπου Συμπεριφοράς (BPS)
- Επιληπτικά Σύνδρομα (Σύνδρομο Landau-Kleffner, CSWS, FS+)
- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ/ADHD)
- Νοητική Υστέρηση (ID)

2.1.2 Αίτια σύμφωνα με το μοντέλο του ESSENCE

Τα αίτια, σύμφωνα με το μοντέλο του ESSENCE ποικίλουν και μπορεί να είναι:

- παράγοντες γενετικού κίνδυνου,
- προ-γεννητικοί και περι-γενετικοί παράγοντες κίνδυνου
- μεταβολική διαταραχή
- διαταραχές του ανοσοποιητικού
- μολυσματικές ασθένειες
- θρεπτικοί παράγοντες

- φυσικό τραύμα
- μεταγεννητικοί τοξικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Κοινωνική στέρηση

2.1.3 Συμπτώματα υπό μελέτη

Η εμφάνιση των παθολογικών χαρακτηριστικών πριν την ηλικία των 5 ετών γίνονται στα εξής πεδία:

1. Γενετική ανάπτυξη
2. Κινητικός έλεγχος και αισθητηριακή αντίληψη
3. Επικοινωνία και γλώσσα
4. Κοινωνική αλληλεπίδραση/ Αμοιβαιότητα
5. Προσοχή
6. Δραστηριότητα/ Αυθορμητισμός
7. Συμπεριφορά
8. Εναλλαγές διάθεσης
9. Ύπνος
10. Διατροφή

2.2 Διαγνωστικά εργαλεία

Τα διαγνωστικά εργαλεία της διάγνωσης ΔΕΠΥ αποτελούνται από κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς των παιδιών. Η χρήση των κλιμάκων αξιολόγησης για γονείς και εκπαιδευτικούς απαιτεί από τον ειδικό την καλή γνώση των χαρακτηριστικών αυτών των κλιμάκων, του είδους των πληροφοριών που παρέχουν στην ψυχολογική αξιολόγηση, καθώς και των περιορισμών που πρέπει να τίθενται στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους. Αρχικά, είναι προτιμότερη η χρήση κλιμάκων που διερευνούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της παιδικής ηλικίας, όπως είναι:

- η κλίμακα BASC (Behavior Assessment System for Children, Reynolds & Kamphaus, 1994)
- η κλίμακα CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach, 1991)
- οι κλίμακες αξιολόγησης του Conners (1990).

Στην επόμενη φάση ενδείκνυται η χρήση εξειδικευμένων κλιμάκων για την ανίχνευση της ΔΕΠ/Υ, όπως είναι:

- η κλίμακα ADHD-SC4 των Gadow και Sprafkin (1997)
- η κλίμακα ADHD Rating Scale- IV του DuPaul (1998)
- η κλίμακα ADHD Rating Scale IV Ελληνικής προσαρμογής και έκδοσης (Καλαντζή- Αζίζι Α., Αγγέλη Κ., Ευσταθίου Γ., 2005) (Τρίγκα- Μερτίκα, 2005).

Ακολουθεί μια περιγραφή των παραπάνω κλιμάκων αξιολόγησης:

- **BASC (Behavior Assessment System for Children)**

Η κλίμακα BASC (Σύστημα Αξιολόγησης Συμπεριφοράς για τα Παιδιά) έχει τρεις διαφορετικές μορφές, οι οποίες απευθύνονται σε τρεις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες αντίστοιχα (4-5 ετών, 6-11 ετών, 12-18 ετών). Σχεδιάστηκε για να μετρά τόσο τις συμπεριφορικές υπερβολές, όσο και τις διαταραχές της συμπεριφοράς. Οι συμπεριφορικές υπερβολές μετριοούνται από κλινικές κλίμακες, που είναι παρόμοιες με αυτές της κλίμακας CBCL. Οι διαταραχές της συμπεριφοράς μετριοούνται από τέσσερις προσαρμοστικές κλίμακες συμπεριφοράς όπως είναι αυτή των κοινωνικών δεξιοτήτων, της ηγεσίας και της ικανότητας προσαρμογής, κάτι που αποτελεί και το κύριο πλεονέκτημα της κλίμακας.

Μιας και η κλίμακα BASC είναι αρκετά νέα, οι μελέτες για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της είναι περιορισμένες.

- **CBCL (Child Behavior Checklist)**

Η κλίμακα CBCL (Λίστα Ελέγχου της Συμπεριφοράς του Παιδιού) αναπτύχθηκε αρχικά το 1983 σαν μια ολοκληρωμένη λίστα ελέγχου για παιδιά ηλικίας 4-16 ετών. Στην πιο πρόσφατη εκδοχή της (1991) το ηλικιακό αυτό όριο αυξήθηκε στα 18 έτη και η κλίμακα περιέχει 113 ερωτήσεις, τις οποίες οι γονείς ή άλλοι φροντιστές καλούνται να απαντήσουν με βαθμολόγηση από το ένα έως το τρία. Ο χρόνος συμπλήρωσης της κλίμακας είναι περίπου είκοσι λεπτά και η βαθμολογία υποτίθεται ότι βασίζεται με βάση τη συμπεριφορά

του παιδιού τους τελευταίους έξι μήνες. Μετρά τα συμπτώματα των παιδιών και αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων. κλίμακας, που διεξήχθη σε ένα μεγάλο πληθυσμό παιδιών, αποκάλυψε δύο κύριες κατηγορίες/ παράγοντες -στους οποίους βασίζεται η κλίμακα- που αναφέρονται ως εσωτερική και εξωτερική. Οι κλίμακες που αφορούν την εσωτερική περιλαμβάνουν τις διαταραχές κοινωνικοποίησης, τις αγχώδεις/ καταθλιπτικές διαταραχές και τις σωματικές διαμαρτυρίες, ενώ οι κλίμακες που αφορούν την εξωτερική περιλαμβάνουν την παραβατική και επιθετική συμπεριφορά. Τα προβλήματα προσοχής και σκέψης δεν περιλαμβάνονται σε αυτές τις δύο κατηγορίες.

Οι εκτενείς πληροφορίες πίσω από τα τυποποιημένα αποτελέσματα της κλίμακας και των κλινικών ορίων, έχουν δώσει τη δυνατότητα χρήσης τους σε μια ευρεία ποικιλία ρυθμίσεων και έχουν βοηθήσει στη διαμόρφωση των τρεχουσών αντιλήψεων της νεανικής ψυχοπαθολογίας.

- **Κλίμακες αξιολόγησης του Conners**

Οι κλίμακες αξιολόγησης του Conners αν και έχουν τη δυνατότητα αξιολόγησης πολλών τομέων, εφαρμόστηκαν ευρύτατα για τη διάγνωση της ΔΕΠ/Υ και την αξιολόγηση των θεραπευτικών προγραμμάτων και της φαρμακευτικής αγωγής στα παιδιά με το σύνδρομο αυτό. Οι κλίμακες αξιολόγησης του Conners εκδόθηκαν για πρώτη φορά το 1969, έπειτα ακολούθησε η αναθεωρημένη έκδοσή τους το 1997 (Conners Rating Scale- Revised) και τέλος η τρίτη τους έκδοση (Conners 3rd Edition™) κυκλοφόρησε το 2008. Αυτές οι κλίμακες απευθύνονται στους γονείς/ φροντιστές του παιδιού καθώς δίνουν τη δυνατότητα στο ίδιο το παιδί να κάνει αυτό-αξιολόγηση. Οι κλίμακες διατίθενται σε βραχεία και πλήρη έκδοση. Η πλήρης έκδοση συνίσταται για τις δύο πρώτες αξιολογήσεις, διότι παρέχει πιο ολοκληρωμένα αποτελέσματα. Η βραχεία έκδοση παρέχεται όταν ο χρόνος είναι περιορισμένος ή γίνεται επαναξιολόγηση. Ο χρόνος συμπλήρωσης της πλήρους μορφής πρέπει να είναι περίπου είκοσι λεπτά, ενώ ο χρόνος συμπλήρωσης της βραχείας μορφής δέκα λεπτά. Το ηλικιακό εύρος που καλύπτουν είναι 6 -18 ετών για τις κλίμακες που απευθύνονται σε γονείς και δασκάλους και 8-18 για τις κλίμακες που απευθύνονται στα παιδιά. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται από το 0 έως το 3, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Πρέπει να σημειωθεί ότι συμπεριλαμβάνεται το ευρετήριο της ΔΕΠ/Υ (Conners 3 ADHD Index) που είναι ένας σύντομος δείκτης δέκα ερωτήσεων, ο οποίος είναι ιδανικός για την εξέταση μιας μεγάλης

ομάδας παιδιών και εφήβων, για να βρεθεί αν χρειάζεται μια περαιτέρω αξιολόγηση σε σχέση με τη ΔΕΠ/Υ (Conners, 2008).

- **Κλίμακα ADHD-SC4 (ADHD Symptoms Checklist-4)**

Η κλίμακα ADHD-SC4 είναι ένα ανιχνευτικό εργαλείο που αξιολογεί τα ήπια και μέτρια συμπτώματα των διασπαστικών διαταραχών, όπως είναι η ΔΕΠ/Υ και η εναντιωματική διαταραχή. Οι ερωτήσεις της κλίμακας είναι βασισμένες στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ/Υ με βάση το DSM/IV.

Αυτή η κλίμακα είναι διαθέσιμη σε δύο εκδοχές για γονείς και εκπαιδευτικούς αντίστοιχα. Οι δύο εκδοχές είναι αρκετά όμοιες, επιτρέποντας έτσι τη σφαιρική σύγκριση των αποτελεσμάτων, αλλά και τη σύγκριση ανά σύμπτωμα σε όλα τα πλαίσια. Οι εξατομικευμένες ερωτήσεις μπορεί να βαθμολογηθούν με δύο τρόπους. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων κατά τη ανίχνευση επιτρέπει στον κλινικό να αποφασίσει εάν τα συμπτώματα που εμφανίζει το παιδί είναι αρκετά ανησυχητικά ή όχι. Αυτή η μέθοδος επιτρέπει στον κλινικό να αποφασίσει αν χρειάζεται μια πιο λεπτομερή διερεύνηση (Goldstein S. & Goldstein M., 1998)

- **ADHD Rating Scale- IV**

Η κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ– IV εκδόθηκε το 1998 και είναι αξιόπιστο τόσο για τη διάγνωση της ΔΕΠ/Υ σε παιδιά και εφήβους, όσο και για την εκτίμηση της ανταπόκρισής τους στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Αυτή η κλίμακα περιλαμβάνει δεκαοκτώ ερωτήσεις που συνδέονται άμεσα με τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ/Υ σύμφωνα με το DSM-IV. Επίσης, περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στους γονείς/ κηδεμόνες και αφορά τη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι και ένα ερωτηματολόγιο για τους δασκάλους που αφορά τη συμπεριφορά του παιδιού στη σχολική τάξη. Οι γονείς ή οι δάσκαλοι καλούνται να αξιολογήσουν τη συχνότητα των συμπτωμάτων με βάση τη συμπεριφορά του παιδιού τους τελευταίους έξι μήνες. Η συγκεκριμένη κλίμακα αξιολογεί παιδιά και εφήβους ηλικίας 5-17 ετών και ο χρόνος συμπλήρωσής της είναι περίπου πέντε έως επτά λεπτά.

Η κλίμακα αποτελείται από δύο υποκλίμακες: της απροσεξίας (εννέα σχετικές ερωτήσεις) και της υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας (εννέα σχετικές ερωτήσεις). Εάν τρεις ή

περισσότερες ερωτήσεις δεν έχουν βαθμολογηθεί από τους γονείς ή το δάσκαλο αντίστοιχα, τότε ο κλινικός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην ερμηνεία της κλίμακας. Αυτή η κλίμακα από μόνη της δεν αποτελεί κριτήριο για την διάγνωση της ΔΕΠΥ και θα πρέπει να γίνει και περαιτέρω έλεγχος.

- **Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ- IV**

Η Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ είναι, η σταθμισμένη και προσαρμοσμένη στα Ελληνικά, έκδοση της κλίμακας ADHD Rating Scale- IV του Du Paul. Αναλυτικότερα, απαρτίζεται από δύο σύντομα ερωτηματολόγια, για γονείς και εκπαιδευτικούς αντίστοιχα, που περιλαμβάνουν τα κριτήρια του DSM-IV με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια και έχει σκοπό τη διάγνωση, την αξιολόγηση και την πρόγνωση χαρακτηριστικών του Συνδρόμου Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Συγκεκριμένα, και οι δύο κλίμακες αποτελούνται από δεκαοκτώ ερωτήσεις. Αυτές με μονή αρίθμηση περιγράφουν τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής, ενώ οι ερωτήσεις με ζυγή αρίθμηση αναφέρονται στα συμπτώματα της υπερκινητικότητας.

Οι γονείς πρέπει να προσδιορίσουν τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η αναφερόμενη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών (σύμφωνα με τις οδηγίες του DSM-IV). Και οι εκπαιδευτικοί, θα πρέπει να αξιολογήσουν τη συχνότητα με την οποία παρουσιάζεται η περιγραφόμενη συμπεριφορά του παιδιού κατά τη διάρκεια πάλι των τελευταίων έξι μηνών, ή από την αρχή του σχολικού έτους, εάν το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται σε περίοδο μικρότερη των έξι μηνών από την αρχή της σχολικής χρονιάς.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι κατά τη βαθμολόγηση, εάν ο γονέας/ δάσκαλος δεν έχει απαντήσει σε μια ερώτηση, επειδή δεν είχε την ευκαιρία να παρατηρήσει τη συμπεριφορά που περιγράφεται στη συγκεκριμένη ερώτηση, τότε η ερώτηση δεν περιλαμβάνεται στη βαθμολόγηση της κλίμακας (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγέλη, Ευσταθίου, 2005).

2.2.1 Πρόσθετοι έλεγχοι – Εξετάσεις

Σύμφωνα με το μοντέλο Essence, αναλύονται ακολούθως οι εξετάσεις που λαμβάνουν χώρα για να διαγνωσθεί μια διαταραχή. Έτσι, οι ειδικοί προβαίνουν και σε ορισμένους επιπρόσθετους ελέγχους, αναλύοντας τις διάφορες δυνατότητες καθώς και τις αδυναμίες

που προκαλούνται σε κάθε ασθενή. η πραγματοποίηση ελέγχων για ανάδειξη είναι στους εξής παράγοντες:

- Βιολογικούς- νευρολογικούς- γνωστικούς ενοχοποιητικούς παράγοντες.
- Γλωσσικούς - μαθησιακούς - κοινωνικοσυναισθηματικούς ενοχοποιητικούς παράγοντες.

Οι κατάλληλες μετρήσεις για την εφαρμογή των παραπάνω ελέγχων είναι:

- **Γονιδιακές μετρήσεις:** ειδικά γενετικά τεστ για την εύρεση πχ συνδρόμου Prader Willi, Fragile- X.
- **Νευροφυσιολογικές μετρήσεις:**
 1. ΗΕΓ: για τη διαπίστωση επιληψιών και άλλων νευρολογικών διαταραχών, συνύπαρξη Landau - Kleffner
 2. Multilevel MRI: η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου μέσω των ηλεκτρομαγνητικών πεδίων απεικονίζει διεξοδικά όλες της περιοχές του κεφαλιού. Παρέχει επίσης πολλές πληροφορίες για την ανατομική βάση του εγκεφάλου και διαγιγνώσκει διάφορες τυχόν μολύνσεις, όγκους, τραυματισμούς και παθολογικές μεταβολές. Μπορεί να αξιολογήσει αν υπάρχουν κρίσεις επιληψίας, νευρολογικά προβλήματα που δημιουργήθηκαν κατά τη γέννηση αλλά και άλλα μετωπιαία νευρολογικά προβλήματα.
 3. Ακουολογικός έλεγχος –ακοογράμματα: προτείνεται για να προσδιοριστεί πρόβλημα στο ακουστικό σύστημα, το οποίο συνδέεται με την ομιλία.
 4. Ωτακουστικές εκπομπές: Πρόκειται για μία σύντομη, ανώδυνη και ασφαλή εξέταση. Προς το αυτί εκπέμπονται ειδικά διαμορφωμένοι ήχοι με τους οποίους εξετάζονται τα κύτταρα του εσωτερικού αυτιού. Τα κύτταρα εκπέμπουν μία ηχητική απάντηση την οποία καταγράφουμε με ειδικό μικρόφωνο. Η επιτυχής καταγραφή της σημαίνει ότι το σύστημα ακοής του παιδιού εκπληρώνει τις βασικές προϋποθέσεις για φυσιολογική εξέλιξη.
 5. Έλεγχος σακκαδικών κινήσεων: Εδώ και αιώνες ο άνθρωπος βασίζεται στις κινήσεις των ματιών για να μεταδώσει και να ερμηνεύσει μη-λεκτικά μηνύματα είτε συνειδητά, είτε ασυνείδητα. Μελέτη του 2014 που δημοσιεύτηκε στην ειδική επιστημονική έκδοση Vision, βρήκε ότι οι ακούσιες κινήσεις του ματιού έδειχναν με ακρίβεια την παρουσία Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), ενώ μελέτη του 2013 που δημοσιεύτηκε στην ειδική

έκδοση Nature, διαπίστωσε ότι κατά την πρώιμη παιδική ηλικία η βλεμματική επαφή μπορεί να δώσει ενδείξεις για μία διαταραχή του φάσματος του αυτισμού. Ερευνητές του Πανεπιστημίου του Ιλινόις στο Σικάγο μελετούν πώς ανεπαίσθητες ανωμαλίες στις κινήσεις των ματιών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση ψυχικών ασθενειών και ψυχιατρικών νόσων.

- **Γνωστικές μετρήσεις:**

1. Τεστ οπτικής – ακουστικής αντίληψης και μνήμης
2. Τεστ μνήμης ακολουθιών
3. Εστίασης –διάσπασης προσοχής

- **Μετρήσεις γλωσσικής ικανότητας:**

1. Γλωσσική παραγωγή
2. Φωνολογική ανάπτυξη/ ενημερότητα
3. Δεξιότητες ανάγνωσης και γραφής

- **Μετρήσεις ψυχοκινητικής ανάπτυξης:**

1. Σωματογνωσία
2. Πλευρίωση
3. Οπτικοκοινωνικός συντονισμός
4. Χωροχρονικός προσανατολισμός
5. Διάκριση δεξιού- αριστερού

- **Μετρήσεις ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης και κοινωνικής προσαρμογής, σχέσεων με την οικογένεια.**

- **Αιματολογικό τεστ μεταβολισμού :** προτείνεται όταν άλλες εξετάσεις έχουν δείξει ανωμαλία στον αιματολογικό μεταβολισμό

- **Εξέταση ούρων**

- **Εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού:** για την διαπίστωση νευρο-μεταβολικής διαταραχής

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

3. Ερωτηματολόγιο «5 -15 FTF»

Το ερωτηματολόγιο «5 -15 FTF», δημιουργήθηκε στις Σκανδιναβικές χώρες και είναι μία χαρτογράφηση των δυσκολιών σε παιδιά και εφήβους από 5 έως 15 ετών. Περιέχει προτάσεις όσον αφορά τις δεξιότητες και τις συμπεριφορές του παιδιού, σε ποικίλους τομείς ανάπτυξης. Το κάθε παιδί είναι ξεχωριστό. Αυτό σημαίνει ότι οι ικανότητες και οι συμπεριφορές τους ποικίλουν από το ένα παιδί στο άλλο, και ανάλογα με την ηλικία.

Οι προτάσεις στο ερωτηματολόγιο ακολουθούνται από κουτάκια με την ένδειξη « Δεν ταιριάζει», «ταιριάζει μερικές φορές» και «ταιριάζει». Οι γονείς ή οι φροντιστές των παιδιών θα πρέπει να βάλουν μαρκάρουν το κουτάκι που περιέχει τις προτάσεις που αυτοί νομίζουν ότι ταιριάζουν καλύτερα στη λειτουργικότητα του παιδιού σε καθημερινές καταστάσεις. Αν η πρόταση δεν ταιριάζει, τότε θα πρέπει να σημειώσουν « Δεν ταιριάζει» στο περιθώριο.

Καθ' όλη την διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι γονείς θα πρέπει συγκρίνουν το παιδί τους με άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας, καθώς επίσης και να έχουν κατά νου την τωρινή λειτουργικότητα του παιδιού τους (τους τελευταίους 6 μήνες). Στο ερωτηματολόγιο, υπάρχουν ερωτήσεις σε ποικίλους τομείς που μπορεί να οδηγούν προβλήματα στην καθημερινότητα. Οι γονείς θα πρέπει να σκεφτούν εάν ή όχι αυτά τα προβλήματα επηρεάζουν το παιδί και τους άλλους στο σπίτι, στο σχολείο και τους φίλους τους. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις ακολουθούνται από τέσσερις επιλογές :Καθόλου – Λίγο-Αρκετά – Πολύ. Οι νόρμες / κανόνες βασίζονται αποκλειστικά στις αξιολογήσεις των γονέων.

Η χρήση αυτού του ερωτηματολογίου απαιτεί γνώσεις σχετικά με την τυπική και άτυπη ανάπτυξη του παιδιού, καθώς και βασικές γνώσεις ψυχομετρίας. Το ερωτηματολόγιο στοχεύει στο να αναδειχθούν οι απόψεις του γονέα σχετικά με τις δυνατότητες και αδυναμίες του παιδιού του σε διάφορους αναπτυξιακούς τομείς. Δεν έχει σκοπό να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδικό μέσο διάγνωσης.

Οι τομείς που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο είναι οι παρακάτω:

- Κινητικές δεξιότητες- δεξιότητες αδρής κινητικότητας: αποτελείται από επτά ερωτήσεις, οι οποίες μας δηλώνουν πώς χρησιμοποιεί το παιδί το σώμα του σε ποικίλες δραστηριότητες.
- Κινητικές δεξιότητες – δεξιότητες λεπτής κινητικότητας: περιλαμβάνει δέκα ερωτήσεις, οι οποίες μας δείχνουν πώς χρησιμοποιεί το παιδί τα χέρια του.
- Προσοχή και συγκέντρωση: συγκροτείται από εννιά ερωτήσεις οι οποίες δείχνουν την ικανότητα του παιδιού να προσέχει και να συγκεντρώνεται σε ποικίλες δοκιμασίες και δραστηριότητες.
- Υπερδραστηριότητα και παρορμητικότητα: ο τομέας αυτός έχει εννιά ερωτήσεις και μπορεί να δείξει την τάση του παιδιού να είναι υπερβολικά δραστήριο ή παρορμητικό
- Παθητικότητα/ υποτονικότητα: οι ερωτήσεις είναι τέσσερις και δηλώνουν την υποτονικότητα του παιδιού ή την τάση να είναι υπερβολικά παθητικό.
- Σχεδιασμός / οργάνωση: απαρτίζεται από τρεις ερωτήσεις και εδώ φαίνεται η ικανότητα του παιδιού να σχεδιάζει ή να οργανώνει δραστηριότητες.
- Αντίληψη του χώρου και κατευθύνσεων: πέντε ερωτήσεις για την αντίληψη του χώρου και των κατευθύνσεων του παιδιού στο φυσικό περιβάλλον.
- Έννοιες του χρόνου: τέσσερις ερωτήσεις για την ικανότητα του παιδιού να κατανοεί έννοιες του χρόνου.
- Αντίληψη του σώματος του/ της: πέντε ερωτήσεις για την αντίληψη που έχει το παιδί για το σώμα του και οι αισθητηριακές του εντυπώσεις
- Αντίληψη οπτικών μορφών και σχημάτων: τέσσερις ερωτήσεις για την ικανότητα του παιδιού να αντιλαμβάνεται φιγούρες και σχήματα.
- Μνήμη: έντεκα ερωτήσεις για την ικανότητα του παιδιού να θυμάται γεγονότα ή εμπειρίες που έχει ζήσει
- Κατανόηση της ομιλουμένης γλώσσας: πέντε ερωτήσεις για την ικανότητα του παιδιού να κατανοεί την γλώσσα και την ομιλία
- Εκφραστικός λόγος: δεκατρείς ερωτήσεις για την ικανότητα του παιδιού για γλωσσική έκφραση και προφορά λέξεων.

- Λεκτική επικοινωνία: τρεις ερωτήσεις για την ικανότητα του παιδιού να χειρίζεται την γλώσσα και να επικοινωνεί με τους άλλους.
- Κατάκτηση ακαδημαϊκών δεξιοτήτων: (για παιδιά μόνο άνω των 8 ετών), είκοσι εννιά ερωτήσεις που αναφέρονται στους τομείς της ανάγνωσης, γραφής, αριθμητικής, στα νέα πράγματα που μαθαίνει ένα παιδί και πώς τα εφαρμόζει στη σχολική γνώση, στην επίλυση προβλημάτων στο σχολείο και την προσέγγιση καινούργιων μαθησιακών συνθηκών.
- Κοινωνικές δεξιότητες: είκοσι επτά ερωτήσεις για την ικανότητα του παιδιού να συμμετέχει σε κοινωνικές περιστάσεις και να αλληλεπιδρά με τους άλλους.
- Συναισθηματικά προβλήματα: είκοσι πέντε ερωτήσεις για την συμπεριφορά του παιδιού.
- Έμμονες πράξεις ή σκέψεις: οκτώ ερωτήσεις για πράξεις ή σκέψεις τις οποίες το παιδί δυσκολεύεται να ελέγξει.

Στην συνέχεια ακολουθούν δύο παράγραφοι στις οποίες οι γονείς θα πρέπει στη μία να περιγράψουν τα προβλήματα για τα οποία ανησυχούν περισσότερο για το παιδί τους και στην άλλη για τα προτερήματα αυτού.

3.1 Σκοπός έρευνας

Συνοψίζοντας τις παραπάνω πληροφορίες καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το «ερωτηματολόγιο 5-15 FTF» είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον προς μελέτη για τη διάγνωση διαταραχών μέσω της πολυπαραγοντικής διάγνωσης ESSENCE. Στην παρούσα εργασία μελετήσαμε το «ερωτηματολόγιο 5-15 FTF», ως προς την διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης της πτυχιακής εργασίας. Σκοπός της έρευνας είναι η διεξαγωγή συμπερασμάτων για την αξιοπιστία της διάγνωσης της ΔΕΠΥ, μετά από την χορήγηση του «ερωτηματολογίου 5-15FTF».

3.2 Πληθυσμός Αναφοράς και Μέθοδος

Πληθυσμός είναι το σύνολο των υπό μελέτη στοιχείων. Συνήθως οι προς διερεύνηση πληθυσμοί είναι μεγάλοι. Στην δική μας δειγματοληψία προσπαθώντας να έχουμε ένα ενδεικτικό δείγμα επιλέξαμε στο σύνολο, τυχαία τριάντα (30) παιδιά, ηλικίας από 5-15 ετών.

Στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας για την πιλοτική μελέτη προσαρμογής και χορήγησης διαγνωστικών κλιμάκων ESSENCE σε περιπτώσεις παιδιών ηλικίας 5 έως 15 ετών με αναπτυξιακές διαταραχές, και για την επίτευξη των στόχων, την διερεύνηση και των έλεγχο των υποθέσεων αυτής χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη διαδικασία των συμπληρωμένων ανώνυμων ερωτηματολογίων, παρόντος του ερευνητή, από τους γονείς των παιδιών. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας των παιδιών.

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε 181 ερωτήσεις, οι οποίες ακολουθούνται με κουτάκια από ενδεικτικές απαντήσεις, δέκα ερωτήσεις για την λειτουργία του παιδιού σε ποικίλους τομείς, οι οποίες και αυτές ακολουθούνται από τέσσερις επιλογές απάντησης και τέλος, από δύο ερωτήσεις στις οποίες οι γονείς θα απαντήσουν με ελεύθερο κείμενο.

3.3 Πιλοτική προσαρμογή – χορήγηση

Το βασικό εργαλείο μιας προκαταρκτικής έρευνας είναι η πιλοτική μελέτη. Η πιλοτική έρευνα αφορά την λήψη προκαταρκτικών εκτιμήσεων διαφόρων σημαντικών περιληπτικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού. Μια πιλοτική έρευνα μπορεί να ρίξει φως στον τρόπο με τον οποίο τα σφάλματα απάντησης ή μη απάντησης μπορούν να συνδέονται με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και, επομένως, στον τρόπο που οδηγούν σε μεροληπτικά και μη αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα.

Η συγκεκριμένη εργασία, είναι μια πιλοτική μελέτη προσαρμογής και χορήγησης των διαγνωστικών κλιμάκων ESSENCE και έχει να κάνει με το γεγονός της δοκιμασίας του ερωτηματολογίου 5-15 κατά πόσο είναι αξιόπιστο ως μέθοδος εντοπισμού των διαταραχών. Η πιλοτική μελέτη που διεξάγουμε είναι μικρής κλίμακας. Βασίζεται στην τυχαία επιλογή ατόμων, 30 σε αριθμό, και μπορεί να αποδειχθεί πολύ σημαντική για την επιτυχή έκβαση μιας κύριας έρευνας.

Η χορήγηση και η απογραφή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο, κατά τις πρωινές ώρες, στη διάρκεια των πρωινών προγραμματισμένων ραντεβού της Γ' Παιδιατρικής κλινικής, στα εξωτερικά ιατρεία του τμήματος Μαθησιακών Δυσκολιών. Αξίζει να σημειωθεί, πώς δεν υπήρξε ιδιαίτερη δυσκολία στη συλλογή, μιας και οι περισσότεροι ήταν πολύ πρόθυμοι να συμμετέχουν στην έρευνα. Βέβαια, αρκετές διευκρινήσεις ζητήθηκαν για την δομή του ερωτηματολογίου.

3.4 Στατιστική ανάλυση

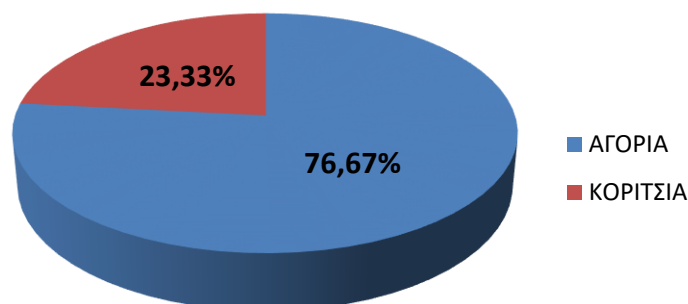
Το δείγμα της έρευνας είχε μέγεθος 30 παιδιά, το οποίο θεωρείται μικρό για την αξιοπιστία των εξαγόμενων παρατηρήσεων και συμπερασμάτων. Η χρονική περίοδος της έρευνας είναι από τον Μάιο μέχρι και τον Ιούλιο του 2017.

Για τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο IBM® SPSS® Statistics version 23 και οι σχετικοί έλεγχοι Pearson's r για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ μεταβλητών και ο έλεγχος Cronbach's Alpha για τη διερεύνηση της εσωτερικής συνέπειας των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Το επίπεδο σημαντικότητας για τη διενέργεια των ελέγχων επιλέχθηκε ίσο με $\alpha=0,05$ ή 5%.

3.4.1 Συζήτηση δεδομένων

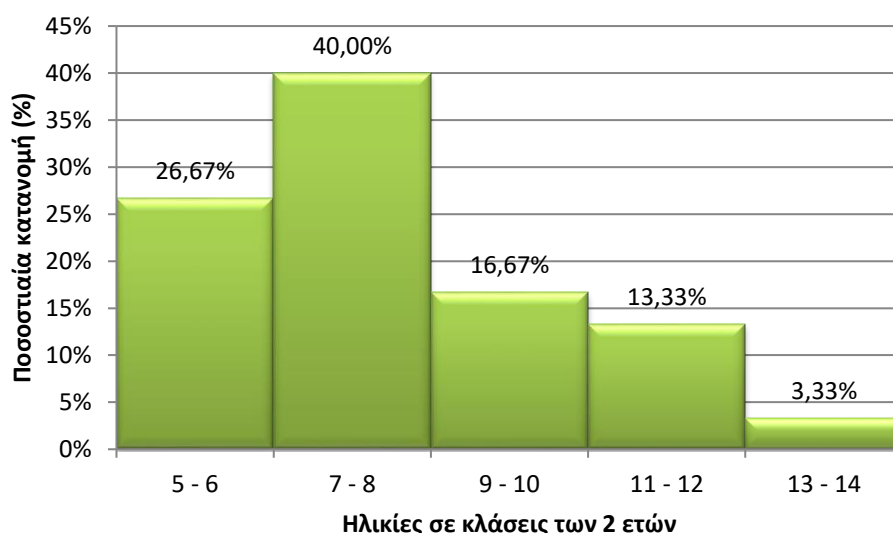
3.4.1.1. Περιγραφικά στοιχεία

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 30 παιδιά, εκ των οποίων τα 23 ήταν αγόρια και τα 7 κορίτσια. Στο Σχήμα 1 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των παιδιών ανά φύλο.



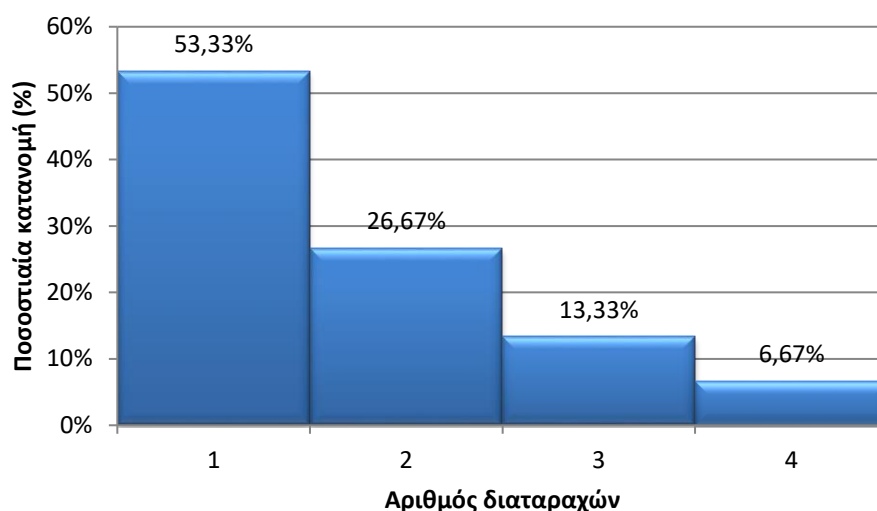
Σχήμα 1: Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

Σχετικά με τις ηλικίες των παιδιών που συμμετείχαν στη έρευνα, αυτές κυμαίνονται από τα 5 έως και τα 14 έτη, με σχεδόν τους 2 στα 3 να έχουν ηλικία μέχρι 8 ετών. Η μέση ηλικία των αγοριών του δείγματος ήταν $8\pm 2,41$ έτη και η μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρήθηκε στις ηλικίες από τα 7 μέχρι τα 8 έτη όπου φτάνουν το 40 % του δείγματος. Στο Σχήμα 2 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των ηλικιών όλου του δείγματος, ομαδοποιημένων ανά 2 έτη.



Σχήμα 2: Ποσοστιαία κατανομή των ηλικιών του δείγματος.

Όλα τα παιδιά του δείγματος διαγνώστηκαν με διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (Δ.Ε.Π.Υ.) ενώ κάποια από αυτά έχουν και άλλες διαταραχές. Οι υπόλοιπες διαταραχές που καταγράφηκαν στα παιδιά του δείγματος ήταν: δυσορθογραφία, δυσκολία στη λεπτή και την αδρή κινητικότητα, διαταραχή της άρθρωσης, μικτή διαταραχή σχολικών δεξιοτήτων, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, διαταραχή του συλλαβισμού, της ανάγνωσης, μαθησιακές δυσκολίες, δυσαναγνωσία και παρορμητικότητα. Στο Σχήμα 3 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς τον αριθμό διαταραχών. Πάνω από τα μισά παιδιά διαγνώστηκαν μόνο με Δ.Ε.Π.Υ., ενώ 1 στα 4 είχε και κάποια άλλη διαταραχή. Τα παιδιά που διαγνώστηκαν με περισσότερες από μία διαταραχές, δεν είχαν όλα την ίδια μορφή διαταραχής. Ο μέγιστος αριθμός διαταραχών στο ίδιο παιδί ήταν 4.



Σχήμα 3: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των διαταραχών των παιδιών του δείγματος.

3.4.1.2. Εσωτερική συνάφεια και αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δέκα βασικές ενότητες ερωτήσεων που σχετίζονται με διάφορους τομείς της καθημερινότητας των παιδιών. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα έλεγχος της εσωτερικής συνάφειας των ερωτήσεων κάθε ενότητας με τη χρήση του στατιστικού ελέγχου Cronbach's Alpha. Με τον τρόπο αυτό εξετάζεται η αξιοπιστία της δομής του ερωτηματολογίου και η προσαρμογή του στα Ελληνικά δεδομένα. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανά ενότητα και υποενότητα του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 1: Έλεγχοι εσωτερικής συνάφειας των ενότητων του ερωτηματολογίου

Ενότητα	Cronbach's Alpha	
ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ		0,911
Δεξιότητες Αδρής κινητικότητας	0,876	
Δεξιότητες Λεπτής Κινητικότητας	0,840	
ΠΡΟΣΟΧΗ - ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ		0,950
Προσοχή και συγκέντρωση σε ποικίλες δοκιμασίες/δραστηριότητες	0,937	
Υπερδραστηριότητα και Παρορμητικότητα	0,906	
Παθητικότητα / Υποτονικότητα	0,864	
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ / ΟΡΓΑΝΩΣΗ		0,718

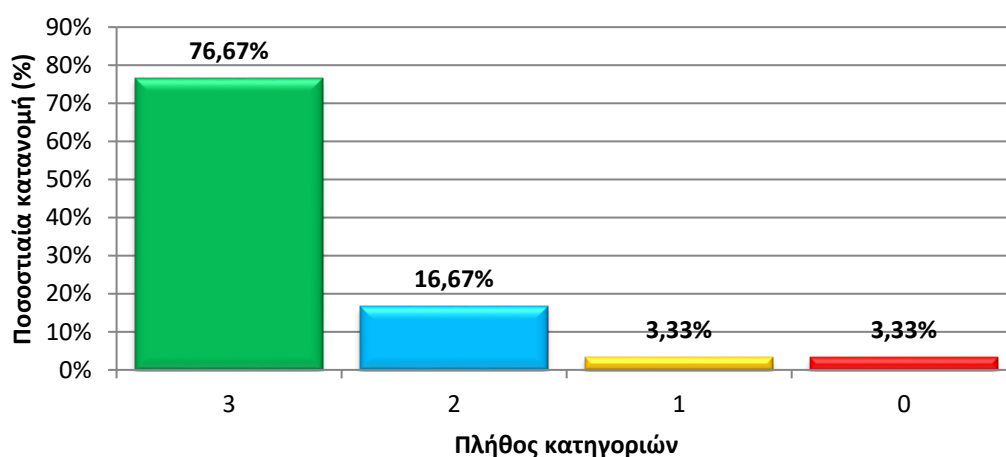
ΑΝΤΙΛΗΨΗ		0,917
Αντίληψη του Χώρου και των Κατευθύνσεων	0,864	
Έννοιες του Χρόνου	0,797	
Αντίληψη του Σώματός του/της και αισθητηριακές εντυπώσεις	0,760	
Αντίληψη Οπτικών Μορφών και Σχημάτων	0,778	
ΜΝΗΜΗ		0,940
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ / ΓΛΩΣΣΑ		0,952
Κατανόηση της Ομιλούμενης γλώσσας	0,886	
Εκφραστικός Λόγος	0,900	
Λεκτική Επικοινωνία	0,897	
ΚΑΤΑΚΤΗΣΗ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ		0,927
Ανάγνωση, Γραφή, Αριθμητική (μόνο για παιδιά 8 ετών και άνω):	0,857	
Μαθαίνοντας νέα πράγματα και Εφαρμόζοντας τη Σχολική Γνώση (μόνο για παιδιά 8 ετών και άνω):	0,623	
Επίλυση Προβλημάτων στο σχολείο και Προσέγγιση καινούργιων Μαθησιακών συνθηκών (μόνο για παιδιά 8 ετών και άνω):	0,912	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ		0,956
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ		0,909
ΕΜΜΟΝΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ Ή ΣΚΕΨΕΙΣ		0,881
ΣΥΝΟΛΙΚΑ		0,934

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του ελέγχου ο βαθμός εσωτερικής συνέπειας των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου είναι πολύ υψηλός (α Cronbach: 0,934). Πολύ υψηλός είναι και ο βαθμός εσωτερικής συνέπειας σχεδόν σε όλες τις ενότητες του ερωτηματολογίου καθώς ο συντελεστής Cronbach's Alpha είναι μεγαλύτερος του 0,88. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η ενότητα του σχεδιασμού και οργάνωσης με Cronbach's Alpha 0,718, το οποίο όμως θεωρείται υψηλό. Όσον αφορά στις υποενότητες, μόνο αυτή της εκμάθησης νέων πραγμάτων και εφαρμογής της σχολικής γνώσης έχει σχετικά χαμηλό συντελεστή Cronbach's Alpha, καθώς αυτός είναι μόνο 0,623. Γενικότερα η δομή των ερωτήσεων του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε θεωρείται πολύ ικανοποιητική και η όποια αστοχία του μπορεί να οφείλεται στο μικρό μέγεθος του δείγματος.

3.4.1.3 Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου σχετικά με τη Δ.Ε.Π.Υ.

Όσον αφορά την Δ.Ε.Π.Υ., η σχετική ενότητα του ερωτηματολογίου είναι αυτή της Προσοχή και της Συγκέντρωσης και ειδικότερα οι υποενότητες (α) της προσοχής και συγκέντρωση σε ποικίλες δοκιμασίες/δραστηριότητες και (β) της υπερδραστηριότητας και παρορμητικότητας. Σύμφωνα με το εξωτερικό κριτήριο εγκυρότητας ICD-10, ως Υπερκινητική διαταραχή διαγιγνώσκεται όταν συνυπάρχουν τους τελευταίους 6 μήνες τουλάχιστον 6 συμπτώματα Απροσεξίας, 3 συμπτώματα Υπερκινητικότητας και 1 σύμπτωμα Παρορμητισμού, σε βαθμό δυσπρασμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Στο μελετώμενο εργαλείο, οι ερωτήσεις από τη 18 μέχρι την 26 (υποενότητα: προσοχή και συγκέντρωση σε δοκιμασίες/δραστηριότητες) διερευνούν τα συμπτώματα της Απροσεξίας, από την 27 μέχρι την 31 (υποενότητα: υπερδραστηριότητα και παρορμητικότητα) τα συμπτώματα Υπερκινητικότητας και από την 32 μέχρι την 35 (υποενότητα: υπερδραστηριότητα και παρορμητικότητα) τα συμπτώματα του Παρορμητισμού.

Σύμφωνα με τις απαιτήσεις του εξωτερικού κριτηρίου ICD-10, τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου εντοπίζουν τη Δ.Ε.Π.Υ. στα 23 από τα 30 παιδιά του δείγματος. Αντίθετα, σε 5 παιδιά εντοπίστηκαν μόνο οι δυο από τις τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων, ενώ υπήρξε ένα παιδί με μόνο μια κατηγορία και άλλο ένα με καμία κατηγορία συμπτωμάτων. Η ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των κατηγοριών συμπτωμάτων που εντοπίστηκαν στα παιδιά του δείγματος παρουσιάζεται στο Σχήμα 4.



Σχήμα 4: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των κατηγοριών των συμπτωμάτων που εντοπίστηκαν.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, υπάρχει απόλυτη συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ που συγκέντρωσαν τα παιδιά του δείγματος, στις ομάδες των ερωτήσεων που σχετίζονται με τις κατηγορίες των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Pearson r p-value < 0,01), μέτριας προς ισχυρής θετικής έντασης ($r > 0,556$).

Πίνακας 2: Συντελεστής συσχέτισης (Pearson r) κατηγοριών των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π.Υ., του ερωτηματολογίου.

	<i>Υπερκινητικότητα</i>	<i>Παρορμητισμός</i>
<i>Απροσεξία</i>	0,665** p < 0,001	0,556** p = 0,001
<i>Υπερκινητικότητα</i>		0,701** p < 0,001

* Το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μικρότερο του 0,05 (p-value<0,05)
 ** Το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μικρότερο του 0,01 (p-value<0,01)

3.4.1.3.1 Συμπτώματα Απροσεξίας

Ειδικότερα για τα συμπτώματα της Απροσεξίας, οι σχετικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, αντιστοιχούν σε όλες της υποενότητας «προσοχή και συγκέντρωση σε δοκιμασίες/δραστηριότητες». Η υποενότητα αποτελείται από 9 ερωτήσεις οι οποίες αντιστοιχούν στα συμπτώματα της Απροσεξίας, σύμφωνα με το ICD-10. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων, 6 ή περισσότερα συμπτώματα εντοπίστηκαν στα 27 από τα 30 παιδιά, ενώ άλλα δυο δεν κάλυψαν οριακά τον απαιτούμενο αριθμό συμπτωμάτων καθώς είχαν 4 ή 5. Άξια αναφοράς είναι η περίπτωση ενός παιδιού το οποίο σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονέων του δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα. Η ποσοστιαία κατανομή του αριθμού των συμπτωμάτων Απροσεξίας παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των συμπτωμάτων Απροσεξίας που εντοπίστηκαν.

Συμπτώματα	Συχνότητα	Συχνότητα %
6 ή περισσότερα	27	90,01
5	1	3,33
4	1	3,33
0	1	3,33
Σύνολο	30	100

Σχετικά με την ανάλυση των ερωτήσεων που αντιστοιχούν στα συμπτώματα της Απροσεξίας, δεν εντοπίστηκε κάποια από αυτές που να υποδηλώνει πρόβλημα στη σχετική ενότητα. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4, όλα τα συμπτώματα εντοπίστηκαν σε ποσοστό που ξεπερνά το 83% των παιδιών του δείγματος, με εξαίρεση μια ερώτηση η οποία όμως έχει και αυτή υψηλό ποσοστό καθώς ξεπερνά το 76%.

Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή εντοπισμού συμπτωμάτων Απροσεξίας ανά ερώτηση.

Ερωτήσεις	ΝΑΙ	ΟΧΙ
18. Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρωθεί σε αρκετές λεπτομέρειες ή κάνει απρόσεκτα λάθη (σε σχολικές ασκήσεις, σε εργασίες μαθημάτων ή σε άλλες δραστηριότητες)	93,3%	6,7%
19. Συχνά έχει δυσκολία να διατηρεί την προσοχή σε καθήκοντα ή δραστηριότητες παιχνιδιού	90,0%	10,0%
20. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνουν το λόγο	86,7%	13,3%
21. Συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες και αποτυγχάνει να τελειώσει σχολικές εργασίες, βαρετές δουλειές ή καθήκοντα, όχι λόγω	90,0%	10,0%

εναντιωματικής συμπεριφοράς ή αποτυχίας να κατανοήσει την οδηγία		
22. Συχνά έχει δυσκολίες να οργανώνει εργασίες	83,3%	16,7%
23. Συχνά αποφεύγει, δεν του/της αρέσει, ή είναι απρόθυμος/ή να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν διαρκή νοητική προσπάθεια (όπως διάβασμα)	93,3%	6,7%
24. Συχνά χάνει πράγματα που είναι απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικό εξοπλισμό, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία)	86,7%	13,3%
25. Συχνά είναι εύκολο να αποσπαστεί από εξωτερικά ερεθίσματα (π.χ. άσχετοι ήχοι, όπως να μιλούν άλλοι άνθρωποι, αυτοκίνητα να περνούν από δίπλα)	93,3%	6,7%
26. Συχνά είναι ξεχασιάρης/α σε καθημερινές δραστηριότητες	76,7%	23,3%

3.4.1.3.2 Συμπτώματα Υπερκινητικότητας

Για τα συμπτώματα της Υπερκινητικότητας, οι σχετικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, αντιστοιχούν σε κάποιες από αυτές της υποενότητας «υπερδραστηριότητα και παρορμητικότητα». Η κατηγορία αυτή καλύπτεται από 5 ερωτήσεις της υποενότητας, οι οποίες αντιστοιχούν στα συμπτώματα της Υπερκινητικότητας, σύμφωνα με το ICD-10. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων, 3 ή περισσότερα συμπτώματα εντοπίστηκαν στα 25 από τα 30 παιδιά, και δυο συμπτώματα σε ένα. Ακόμα ένα παιδί εντοπίστηκε με ένα σύμπτωμα, ενώ σε 3 παιδιά δεν εντοπίστηκε κανένα σύμπτωμα. Η ποσοστιαία κατανομή του αριθμού των συμπτωμάτων Απροσεξίας παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των συμπτωμάτων Υπερκινητικότητας που εντοπίστηκαν.

Συμπτώματα	Συχνότητα	Συχνότητα %
3 ή περισσότερα	25	83,34
2	1	3,33
1	1	3,33
0	3	10,00
Σύνολο	30	100

Σχετικά με την ανάλυση των ερωτήσεων που αντιστοιχούν στα συμπτώματα της Υπερκινητικότητας, προέκυψαν κάποιες ενδείξεις οι οποίες μπορεί να υποδηλώνουν πρόβλημα στη σχετική ενότητα. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 6, στις ερωτήσεις «29. Συχνά τρέχει τριγύρω ή σκαρφαλώνει υπερβολικά σε καταστάσεις μη αποδεκτές» και «31. Συχνά είναι «υπ' ατμόν» ή λειτουργεί σαν να υποκινείται από κάποιον ή κάτι» αν και το ποσοστό των θετικών απαντήσεων ξεπερνά το 50%, είναι μικρότερο ή ίσο του 60% των παιδιών του δείγματος. Ένα σημαντικά μεγαλύτερο δείγμα θα ήταν κατάλληλο για την καλύτερη διερεύνηση αυτών των ενδείξεων.

Πίνακας 6: Ποσοστιαία κατανομή εντοπισμού συμπτωμάτων Υπερκινητικότητας ανά ερώτηση.

Ερωτήσεις	ΝΑΙ	ΟΧΙ
27. Βρίσκεται σε συνεχή κίνηση (στριφογυρίζει στο κάθισμα, κάνει νευρικές κινήσεις με τα δάχτυλα, διαλύει πράγματα κ.ά.)	83,3%	16,7%
28. Έχει δυσκολία να παραμένει καθισμένος/η (στριφογυρίζει στο κάθισμα, σηκώνεται και κινείται τριγύρω)	90,0%	10,0%

29. Συχνά τρέχει τριγύρω ή σκαρφαλώνει υπερβολικά σε καταστάσεις μη αποδεκτές (σε μεγαλύτερα παιδιά ή ενήλικες αυτό μπορεί να περιοριστεί σε υποκειμενικά συναισθήματα ανησυχίας)	60,0%	40,0%
30. Έχει δυσκολία να παίζει ήρεμα και ήσυχα	80,0%	20,0%
31. Συχνά είναι «υπ' ατμόν» ή λειτουργεί σαν να «υποκινείται από κάποιον ή κάτι»	53,3%	46,7%

3.4.1.3.3 Συμπτώματα Παρορμητικότητας

Τέλος για τα συμπτώματα της Παρορμητικότητας, οι σχετικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, αντιστοιχούν στις υπόλοιπες από αυτές της υποενότητας «υπερδραστηριότητα και παρορμητικότητα». Η κατηγορία αυτή καλύπτεται από 4 ερωτήσεις της υποενότητας, οι οποίες αντιστοιχούν στα συμπτώματα της Παρορμητικότητας, σύμφωνα με το ICD-10. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων, 1 ή περισσότερα συμπτώματα εντοπίστηκαν στα 28 από τα 30 παιδιά, σημειώνοντας το υψηλότερο ποσοστό εντοπισμού από όλες τις κατηγορίες συμπτωμάτων. Η ποσοστιαία κατανομή του αριθμού των συμπτωμάτων Παρορμητικότητας παρουσιάζεται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7: Ποσοστιαία κατανομή του πλήθους των συμπτωμάτων Παρορμητικότητας που εντοπίστηκαν.

Συμπτώματα	Συχνότητα	Συχνότητα %
1 ή περισσότερα	28	93,33
0	2	6,67
Σύνολο	30	100

Σχετικά με την ανάλυση των ερωτήσεων που αντιστοιχούν στα συμπτώματα της Παρορμητικότητας, αν και έχουν συγκεντρωθεί τα μικρότερα ποσοστά θετικών

απαντήσεων, δεν εντοπίστηκε κάποια από αυτές που να υποδηλώνει πρόβλημα στη σχετική ενότητα. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 8, όλα τα συμπτώματα εντοπίστηκαν σε ποσοστό από το 60% μέχρι 80% των παιδιών του δείγματος. Παρ' όλα αυτά, το όριο ύπαρξης μόνο ενός συμπτώματος Παρορμητικότητας για τη Δ.Ε.Π.Υ., είναι εύκολο να ξεπεραστεί.

Πίνακας 8: Ποσοστιαία κατανομή εντοπισμού συμπτωμάτων Παρορμητικότητας ανά ερώτηση.

Ερωτήσεις	ΝΑΙ	ΟΧΙ
32. Συχνά μιλά υπερβολικά	70,0%	30,0%
33. Συχνά του/της ξεφεύγουν απαντήσεις πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση	80,0%	20,0%
34. Έχει δυσκολία να περιμένει την σειρά του (σε παιχνίδια, κατά την διάρκεια γευμάτων κ.ά.)	63,3%	36,7%
35. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί άλλους (π.χ. πετάγεται σε συζητήσεις ή παιχνίδια)	73,3%	26,7%

3.5 Αποτελέσματα

Ολοκληρώνοντας την έρευνα «πilotική μελέτη προσαρμογής και χορήγησης διαγνωστικών κλιμάκων ESSENCE σε περιπτώσεις παιδιών ηλικίας 5-15 ετών με αναπτυξιακές διαταραχές», σε ένα δείγμα τριάντα (30) παιδιών, εκ των οποίων το 76,7% του δείγματος μας ήταν αγόρια και το 23,33% κορίτσια, με μέσο όρο ηλικίας 7-8 ετών, διαπιστώσαμε, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της χορήγησης του ερωτηματολογίου 5-15, ότι η διαταραχή ΔΕΠΥ διεγνώσθη σε όλα τα παιδιά. Από το ποσοστό προέλευσης του πληθυσμιακού μας δείγματος φαίνεται να επιβεβαιώνεται αυτό που αναφέραμε στην αρχή, ότι δηλαδή η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας εμφανίζεται στα παιδιά σε αναλογία 4:1, υπερτερώντας αριθμητικά τα αγόρια.

Σύμφωνα πάντα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου συννοσηρότητα εμφανίστηκε σε ποσοστό 46,67%, ενώ το 53,33% του δείγματος μας εμφάνισε μόνο την διαταραχή ΔΕΠΥ. Το 26,67% του δείγματος μας εμφάνισε ΔΕΠΥ και ακόμη μία διαταραχή, το 13,33% εμφάνισε ΔΕΠΥ και ακόμη δύο διαταραχές και το 6,67% εμφάνισε ΔΕΠΥ και ακόμη τρεις διαταραχές. Τα παιδιά που διαγνώστηκαν με περισσότερες από μία διαταραχές, δεν είχαν όλα την ίδια μορφή διαταραχής. Ο μέγιστος αριθμός διαταραχών στο παιδί, ήταν τέσσερις. Διαταραχές που καταγράφηκαν στα παιδιά του δείγματος ήταν : η δυσορθογραφία, η δυσκολία στη λεπτή και στην αδρή κινητικότητα, η διαταραχή της άρθρωσης, η μικτή διαταραχή σχολικών δεξιοτήτων, οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, η διαταραχή του συλλαβισμού, της ανάγνωσης, οι μαθησιακές δυσκολίες, η δυσαναγνωσία και η παρορμητικότητα. Και εδώ επιβεβαιώνεται η συννοσηρότητα που αναφέραμε ότι υπάρχει ταυτόχρονα με την διαταραχή ΔΕΠΥ και η πρόγνωση του περιστατικού γίνεται πιο δύσκολη.

Στη συνέχεια, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του ελέγχου των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, ο βαθμός εσωτερικής συνάφειας είναι υψηλός. Ο βαθμός αξιοπιστίας λοιπόν, ενός ερωτηματολογίου επηρεάζεται πολύ από τον βαθμό εσωτερικής συνάφειας των ερωτήσεων και όσο πιο υψηλός είναι τόσο πιο αξιόπιστο είναι το διαγνωστικό μας εργαλείο. Στην συγκεκριμένη περίπτωση ο βαθμός συνάφειας λοιπόν είναι υψηλός και αυτό σημαίνει ότι η δομή των ερωτήσεων του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε θεωρείται πολύ ικανοποιητική και η όποια αστοχία του οφείλεται απλά στο μικρό μέγεθος του δείγματος και όχι στο ερωτηματολόγιο αυτό καθαυτό.

Σύμφωνα με το εξωτερικό κριτήριο εγκυρότητας ICD-10, ως Υπερκινητική διαταραχή διαγιγνώσκεται όταν συνυπάρχουν τους τελευταίους 6 μήνες τουλάχιστον 6 συμπτώματα Απροσεξίας, 3 συμπτώματα Υπερκινητικότητας και 1 σύμπτωμα Παρορμητικότητας, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

Σύμφωνα με τις απαιτήσεις του εξωτερικού κριτηρίου ICD-10, τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου εντοπίζουν τη Δ.Ε.Π.Υ. στα 23 από τα 30 παιδιά του δείγματος. Αντίθετα, σε 5 παιδιά εντοπίστηκαν μόνο οι δυο από τις τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων(Απροσεξίας, Υπερκινητικότητας, Παρορμητικότητας), ενώ υπήρξε ένα παιδί με μόνο μια κατηγορία και άλλο ένα με καμία κατηγορία συμπτωμάτων. Υπάρχει δηλαδή, απόλυτη συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ που συγκέντρωσαν τα παιδιά του δείγματος, στις ομάδες των ερωτήσεων που σχετίζονται με τις κατηγορίες των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες υπάρχει στατιστικά

σημαντική συσχέτιση (Pearson r p -value < 0,01), μέτριας προς ισχυρής θετικής έντασης (r > 0,556).

Ειδικότερα για τα συμπτώματα της Απροσεξίας, οι σχετικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, αντιστοιχούν σε όλες της υποενότητας «προσοχή και συγκέντρωση σε δοκιμασίες/δραστηριότητες». Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων, 6 ή περισσότερα συμπτώματα εντοπίστηκαν στα 27 από τα 30 παιδιά, ενώ άλλα δυο δεν κάλυψαν οριακά τον απαιτούμενο αριθμό συμπτωμάτων καθώς είχαν 4 ή 5. Άξια αναφοράς είναι η περίπτωση ενός παιδιού το οποίο σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονέων του δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα. Σχετικά με την ανάλυση των ερωτήσεων που αντιστοιχούν στα συμπτώματα της Απροσεξίας, δεν εντοπίστηκε κάποια από αυτές που να υποδηλώνει πρόβλημα στη σχετική ενότητα.

Στον τομέα της Υπερκινητικότητας, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων, 3 ή περισσότερα συμπτώματα εντοπίστηκαν στα 25 από τα 30 παιδιά, και δυο συμπτώματα σε ένα. Ακόμα ένα παιδί εντοπίστηκε με ένα σύμπτωμα, ενώ σε 3 παιδιά δεν εντοπίστηκε κανένα σύμπτωμα. Σχετικά με την ανάλυση των ερωτήσεων που αντιστοιχούν στα συμπτώματα της Υπερκινητικότητας, προέκυψαν κάποιες ενδείξεις οι οποίες μπορεί να υποδηλώνουν πρόβλημα στη σχετική ενότητα. Ένα σημαντικά μεγαλύτερο δείγμα θα ήταν κατάλληλο για την καλύτερη διερεύνηση αυτών των ενδείξεων.

Τέλος για τα συμπτώματα του Παρορμητικότητας, οι σχετικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, αντιστοιχούν στις υπόλοιπες από αυτές της υποενότητας «υπερδραστηριότητα και παρορμητικότητα» του ICD-10. Και αν και έχουν συγκεντρωθεί τα μικρότερα ποσοστά θετικών απαντήσεων, δεν εντοπίστηκε κάποια από αυτές που να υποδηλώνει πρόβλημα στη σχετική ενότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παιδιά ωριμάζουν με διαφορετικούς ρυθμούς το καθένα και έχουν διαφορετική προσωπικότητα. Τα περισσότερα δρουν παρορμητικά, διασπάται η προσοχή τους και δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν κάποιες φορές. Ορισμένες φορές, οι φυσιολογικές αυτές συμπεριφορές μπορεί να θεωρηθούν λανθασμένα ως ΔΕΠΥ. Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ επειδή ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, είναι δύσκολο να διαγνωστούν.

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη εξέταση που μπορεί να διαγνώσει εάν ένα παιδί παρουσιάζει ΔΕΠΥ. Ο ειδικός συλλέγει πληροφορίες για τη συμπεριφορά του παιδιού από το κοντινό του περιβάλλον.

Μετά από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν από τα αποτελέσματα της πιλοτικής χορήγησης του «ερωτηματολογίου 5-15 FTF» στα παιδιά προκύπτει ότι το ερωτηματολόγιο αυτό τείνει να αποτελέσει ένα αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο για την Διάγνωση της διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Βέβαια ένα διαγνωστικό εργαλείο μεμονωμένα δεν στοιχειοθετεί ολοκληρωμένη διάγνωση μιας διαταραχής. Απαιτείται η χορήγηση παράλληλων πρόσθετων ελέγχων και αξιολογήσεων από ομάδα ειδικών επιστημόνων.

Κατά τον τρόπο αυτόν, η απόκλιση λάθους διάγνωσης διαρκώς θα ελαχιστοποιείται και τα άτομα αυτά θα ακολουθούν θεραπείες κατάλληλες και εξιδανικευμένα προσαρμοσμένες στην διάγνωση τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ