

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ  
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΜΕ  
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ  
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΠΑΠΑΧΑΤΖΗ ΣΤΕΛΛΑ  
ΧΑΡΜΑΝΤΑ ΧΡΥΣΑΝΘΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΕΡΣΗ ΓΕΡΜΑΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2010**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστούμε πολύ την καθηγήτριά μας κα Έρση Γερμάνη για την πολύτιμη βοήθειά της στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Επιπλέον θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο «Γ. Παπανικολάου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, για την άδεια πρόσβασης στους ιατρικούς φακέλους που μας έδωσε, για να πραγματοποιηθεί αυτή η ερευνητική μελέτη.

Σημαντική ήταν επίσης η συμβολή όλων των ανθρώπων που εργάζονται στο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, οι οποίοι με τη θετική τους στάση και την καλή συνεργασία, μας υποστήριξαν καθ'όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>I.</b>	<b>Ευχαριστίες.....</b>	<b>2</b>
<b>II.</b>	<b>Περίληψη.....</b>	<b>6</b>
<b>III.</b>	<b>Abstract.....</b>	<b>9</b>
<b>IV.</b>	<b>Πρόλογος.....</b>	<b>12</b>
<b>V.</b>	<b>Εισαγωγή.....</b>	<b>14</b>
<b>VI.</b>	<b>Κεφάλαιο 1: Διαταραχές του λόγου και της ομιλίας στην παιδική ηλικία.....</b>	<b>18</b>
<b>VII.</b>	<b>1.1. Ορισμοί της ομιλίας και του λόγου.....</b>	<b>18</b>
<b>VIII.</b>	<b>1.2. Διαταραχές της ομιλίας και του λόγου – Ταξινομικά συστήματα.....</b>	<b>19</b>
<b>IX.</b>	<b>1.3. Διαταραχές που μπορούν να γίνουν εμφανείς στη βρεφονηπιακή και παιδική ηλικία.....</b>	<b>21</b>
<b>X.</b>	<b>1.4. Κατηγοριοποίηση διαταραχών λόγου και ομιλίας.....</b>	<b>25</b>
<b>XI.</b>	<b>1.5. Διαφορική διάγνωση των διαταραχών λόγου – ομιλίας.....</b>	<b>33</b>
<b>XII.</b>	<b>Κεφάλαιο 2: Παιδοψυχιατρικές παθήσεις και προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία.....</b>	<b>36</b>
<b>XIII.</b>	<b>2.1. Οι ψυχικές διαταραχές σε παιδιά.....</b>	<b>39</b>
<b>XIV.</b>	<b>2.2. Οι διαταραχές της διάθεσης.....</b>	<b>35</b>
<b>XV.</b>	<b>2.3. Τα προβλήματα συμπεριφοράς.....</b>	<b>43</b>
<b>XVI.</b>	<b>2.4. Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος.....</b>	<b>47</b>
<b>XVII.</b>	<b>Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση – Παράγοντες που συνδέονται με ψυχικές παθήσεις και προβλήματα συμπεριφοράς.....</b>	<b>50</b>

<b>XVIII.</b>	3.1. Ευρύματα προηγούμενων μελετών ως προς τη συνύπαρξη διαταραχών λόγου και ομιλίας με ψυχικές / συμπεριφορικές διαταραχές.....	50
<b>XIX.</b>	3.2. Ψυχιατρικές παθήσεις και προβλήματα συμπεριφοράς σε παιδιά με διαταραχές λόγου και ομιλίας.....	52
<b>XX.</b>	3.3. Προβλήματα συμπεριφοράς σε δύο ομάδες παιδιών, με διαταραχές ομιλίας, και διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί.....	56
<b>XXI.</b>	3.4. Ψυχιατρικές και αναπτυξιακές διαταραχές σε τρεις ομάδες παιδιών με διαταραχές λόγου και ομιλίας.....	58
<b>XXII.</b>	3.5. Νοημοσύνη και ψυχοπαθολογία στην παιδική ηλικία.....	62
<b>XXIII.</b>	3.6. Επιλεκτική βωβότητα και αναπτυξιακές διαταραχές.....	64
<b>XXIV.</b>	3.7. Ειδική Γλωσσική Διαταραχή και συμπεριφορικές δυσκολίες.....	65
<b>XXV.</b>	3.8. Επιπτώσεις διαταραχών λόγου / ομιλίας.....	69
<b>XXVI.</b>	3.9 Ο ρόλος του λογοθεραπευτή σε παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές.....	70
<b>XXVII.</b>	<b>Κεφάλαιο 4: Διερεύνηση συννοσηρότητας ψυχικών παθήσεων και προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά με διαταραχές λόγου και ομιλίας (Παρουσίαση δεδομένων ιατροπαιδαγωγικού κέντρου «Γ.Παπανικολάου», Γενικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης).....</b>	<b>73</b>
<b>XXVIII.</b>	<u>Μεθοδολογία</u> .....	<b>73</b>
<b>XXIX.</b>	4.1. Δείγμα.....	73
<b>XXX.</b>	4.2. Δεδομένα έρευνας.....	78
<b>XXXI.</b>	4.3. Διαδικασία.....	79
<b>XXXII.</b>	4.3.1. Καταγραφή, Ομαδοποίηση, και Κωδικοποίηση συμπεριφορών των παιδιών.....	81

<b>XXXIII.</b>	4.4. Αποτελέσματα.....	83
<b>XXXIV.</b>	<b>Κεφάλαιο 5: Συζήτηση.....</b>	<b>101</b>
<b>XXXV.</b>	5.1. Ύπαρξη συννοσηρότητας διαταραχών λόγου ή/και ομιλίας με προβλήματα συναισθηματικού τύπου ή συμπεριφοράς.....	101
<b>XXXVI.</b>	5.2. Το είδος της γλωσσικής διαταραχής μπορεί να καθορίσει το βαθμό και το είδος συννοσηρότητας.....	102
<b>XXXVII.</b>	5.3. Σε διαφορετικά είδη γλωσσικών διαταραχών υπερτερούν διαφορετικά προβλήματα ανάλογα με το είδος συννοσηρότητας....	103
<b>XXXVIII.</b>	5.4. Συνοδά προβλήματα σε σχέση με την ηλικία.....	105
<b>XXXIX.</b>	5.5. Συνοδά προβλήματα σε σχέση με το φύλο.....	106
<b>XL.</b>	5.6. Ο ρόλος της καθυστέρησης της ομιλίας.....	106
<b>XLI.</b>	5.7. Η σχέση ανάμεσα στη νοημοσύνη και τη ψυχοπαθολογία σε παιδιά με γλωσσικές διαταραχές.....	107
<b>XLII.</b>	<b>Επίλογος.....</b>	<b>109</b>
<b>XLIII.</b>	<b>Παραρτήματα.....</b>	<b>110</b>
<b>XLIV.</b>	Παράρτημα 1 : Πίνακες διαθέσιμων δεδομένων στο αρχείο/φάκελο κάθε παιδιού.....	111
<b>XLV.</b>	Παράρτημα 2 : Καταγραφή, Ομαδοποίηση, και Κωδικοποίηση συμπεριφορών των παιδιών.....	117
<b>XLVI.</b>	Παράρτημα 3 : Υπόδειγμα πρωτοκόλλου βάσει του οποίου συλλέχτηκαν, καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα δεδομένα της έρευνας.....	125
<b>XLVII.</b>	<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>127</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή, με την υπόθεση πως παιδιά με διαταραχές στην επικοινωνία θα εμφανίζουν δυσανάλογα υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών και αναπτυξιακών διαταραχών, έχει ως σκοπό να διερευνήσει τη συχνότητα με την οποία παιδιά με διεγνωσμένες διαταραχές λόγου ή/και ομιλίας, παρουσιάζουν συγχρόνως και κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας ή προβλήματα συμπεριφοράς.

Το δείγμα αυτής της μελέτης αφορά παιδιά σχολικής ηλικίας 5–12ετών (από το νηπιαγωγείο έως την έκτη δημοτικού), με δείκτη νοημοσύνης ανάλογο της ηλικίας τους, τα οποία προσήλθαν στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο «Γ. Παπανικολάου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, για αξιολόγηση λόγου/ομιλίας (σαν αρχικό αίτημα), κατά τη διάρκεια του έτους 1/2009-1/2010. Για τους σκοπούς της ανάλυσης, τα παιδιά διαχωρίστηκαν σε τρεις ομάδες ανάλογα με τη γλωσσική διαταραχή που παρουσίαζαν, σε αυτά με διαταραχή α) λόγου, β) ομιλίας, και γ) λόγου και ομιλίας μαζί.

Τα στοιχεία και δεδομένα αυτής της μελέτης, αντλήθηκαν από τα αρχεία των φακέλων του ιατροπαιδαγωγικού κέντρου, όπου περιελάμβαναν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την έρευνα αυτή.

Η παρούσα έρευνα συμφωνεί με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών (e.g., Beitchman et al., 1996; Fujiki, Brinton, Morgan, & Hart, 1999; McCabe & Meller, 2004; Redmond & Rice, 1998, Dennis P. Cantwell, Lorian Baker & Richard E. Mathison) οι οποίες έχουν δείξει τη σημαντική

σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις γλωσσικές διαταραχές και την ψυχοπαθολογία στην παιδική ηλικία, υποστηρίζοντας πως παιδιά που είχαν ως πρωταρχική διάγνωση διαταραχή λόγου ή/και ομιλίας, βρέθηκαν να εμφανίζουν σε υψηλό επίπεδο κοινωνικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, σε σύγκριση με συνομηλίκους που δεν είχαν γλωσσική διαταραχή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως περισσότερα από τα μισά παιδιά του δείγματος, παρουσιάζουν συννοσηρότητα διαταραχής λόγου ή/και ομιλίας, με συναισθηματικού τύπου προβλήματα ή συμπεριφοράς.

Ωστόσο, υπήρχαν διαφορετικά ποσοστά συννοσηρότητας ανάμεσα στις τρεις ομάδες παιδιών, και διαφορετικά ποσοστά σε σχέση με το φύλο. Το μεγαλύτερο ποσοστό συννοσηρότητας το είχε η ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας, ενώ σε σχέση με το φύλο το είχαν τα αγόρια.

Επίσης, τα αποτελέσματα σε σχέση με την καθυστέρηση ομιλίας έδειξαν ότι τα παιδιά με καθυστέρηση ομιλίας παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό συννοσηρότητας σε σχέση με αυτά που δεν έχουν καθυστέρηση, και όσον αφορά στη σχέση ανάμεσα στην καθυστέρηση ομιλίας και τις τρεις ομάδες, παρατηρήσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καθυστέρησης ομιλίας το έχει η ομάδα διαταραχής λόγου και ομιλίας μαζί, και στις πρώτες λέξεις και στις πρώτες φράσεις.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι παιδιά με γλωσσικά και κατ'επέκταση επικοινωνιακά ελλείμματα, εκδηλώνουν παράλληλα δυσκολίες και σε άλλους τομείς της ανάπτυξης, όπως τη συναισθηματική, κοινωνική, της συμπεριφοράς, και ψυχοκινητική. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί εκδηλώνονται ως συνέπεια των επικοινωνιακών

προβλημάτων, χωρίς να αποτελούν οπωσδήποτε συμπτώματα διαταραχής συννοσηρότητας, ή να εκδηλώνονται σε τέτοιο βαθμό, και με μεγάλη διάρκεια και ένταση, έτσι ώστε να αποτελούν διαταραχή συννοσηρότητας.

Σημαντικό ρόλο επίσης στην εκδήλωση ψυχιατρικών προβλημάτων σε παιδιά με γλωσσικές διαταραχές παίζει και η νοημοσύνη (Benasich, Cutiss, Tallal, 1993), και πιθανότατα, για το λόγο αυτό στην έρευνά μας τα ποσοστά που αφορούσαν στις ψυχώσεις ήταν τα μικρότερα, καθώς τα παιδιά του δείγματος είχαν μέσο όρο νοημοσύνης ανώτερο φυσιολογικό.

Τέλος, μπορούμε να πούμε πως ως προάγγελος των διαταραχών λόγου/ή και ομιλίας και κατ'επέκταση των διαταραχών συννοσηρότητας, μπορεί να θεωρηθεί η καθυστέρηση της ομιλίας είτε όσον αφορά στις πρώτες λέξεις, είτε στις πρώτες φράσεις, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που είχαν γλωσσική διαταραχή, αλλά και συννοσηρότητα γλωσσικής διαταραχής με προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματικές δυσκολίες ήταν τα παιδιά που είχαν αργήσει είτε στην παραγωγή των πρώτων λέξεων, είτε των πρώτων φράσεων.



## **ABSTRACT**

Based on the hypothesis that children with communication disorders will exhibit disproportionately high rates of psychiatric and developmental disorders, this study aims to investigate the frequency in which children with diagnosed speech and/or language disorders, also exhibit a form of psychopathology or behavioral problems.

The sample of this study includes school age children from five (5) to twelve (12) years old (from kindergarten to sixth grade), with intelligence quotient proportional to their age, that came to the medical – pedagogical center “G. Papanikolaou” of Thessaloniki, Greece, for speech and language assessment (as an initial request), during the years 1/2009-1/2010. For the purpose of the analysis, the sample was divided into three groups according to their speech and/or language disorder: a) speech disorder group, b) language disorder group, c) speech and language.

The data of this study were obtained from the records of the medical – pedagogical center.

This study is in accordance with the findings of previous studies (e.g., Beitchman et al., 1996; Fujiki, Brinton, Morgan, & Hart, 1999; McCabe & Meller, 2004; Redmond & Rice, 1998, Dennis P. Cantwell, Lorian Baker & Richard E. Mathison), which have shown the significant relationship between language disorders and psychopathology during childhood, suggesting that children formerly diagnosed as having a speech and/or language disorder, were found to experience a large number of social, emotional, and

behavioural difficulties, in comparison with peers not having a language disorder.

The results have shown that the majority of the children involved in the study, exhibit comorbidity of speech and/or language disorder with emotional or behavioural problems.

However, there were different rates of comorbidity among the three groups of children, and different rates in relation to gender. The highest rate of comorbidity appeared in the group with speech and language disorders, whereas in relation to gender it appeared in boys.

Also in relation to speech delay, the results have shown that children with speech delay exhibit a higher rate of comorbidity than those with no speech delay, and regarding the relationship between speech delay and the three groups we noticed that the highest rate of speech delay appeared in the group with speech and language disorders, both in first words and in first phrases.

This study has concluded that children with language and subsequent communication impairment, also experience simultaneous difficulties in other areas of development such as the emotional, social, behavioural, and psychokinetic ones.

These difficulties may present themselves as a consequence of communication problems, without being definite symptoms of a comorbidity disorder, or may present themselves to such a degree and with high intensity and long duration, that they must constitute a comorbidity disorder.

An important part in the manifestation of psychiatric problems by children with language disorders is played by intelligence (Benasich, Cutiss, Tallal, 1993), and possibly, due to this fact the percentages in our study concerning the psychoses were the smallest, as the children's IQ was average.

Finally it can be assumed that speech delay in both first words and first phrases is likely to lead to speech and/or language disorders, as well as to comorbidity disorders, since the highest percentage of children with language disorders, as well as with comorbidity of language disorders with behavioural problems and emotional difficulties, were those who were late in producing either their first words or their first phrases.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό να διερευνήσει μέσα από ένα τομέα ψυχικής υγείας παιδιών – εφήβων, τη συχνότητα συννοσηρότητας ψυχικών παθήσεων και συμπεριφορικών προβλημάτων σε παιδιά σχολικής ηλικίας με διαταραχές λόγου και ομιλίας, για το έτος 2009.

Το ιατροπαιδαγωγικό/διαγνωστικό αυτό κέντρο, δέχεται σε καθημερινή βάση καινούρια περιστατικά για αξιολόγηση σε όλους τους τομείς ανάπτυξης του παιδιού, και διάγνωση, και λειτουργεί υπό τις υπηρεσίες διεπιστημονικής ομάδας αποτελούμενη από επιστήμονες διαφόρων κλάδων, όπως της λογοθεραπείας, εργοθεραπείας, ψυχολογίας / παιδοψυχολογίας, ψυχιατρικής / παιδοψυχιατρικής.

Η λογοθεραπεία είναι η επιστήμη που ασχολείται κατεξοχήν με τη λειτουργική επικοινωνία του ατόμου, έτσι ώστε αυτό να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις προσωπικές και κοινωνικές ανάγκες της καθημερινότητας, όσο το δυνατόν γίνεται, αυτόνομα και αυτοδύναμα. Η επιστήμη της λογοπεδικής, είναι η επιστήμη της παθολογίας της επικοινωνίας και ασχολείται με την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και έρευνα των *διαταραχών επικοινωνίας* δηλαδή των διαταραχών του λόγου, φωνής και ομιλίας σε παιδιά και ενήλικες (Γ.Φούρλας, 1999).

Το έναυσμα για τη διερεύνηση συνύπαρξης ψυχικών παθήσεων και προβλημάτων συμπεριφοράς με διαταραχές λόγου και ομιλίας σε παιδιά, δόθηκε από την καίρια θέση που λαμβάνουν οι ψυχικές παθήσεις στην

πραγμάτωση της επικοινωνίας, - ως ικανότητα και επιθυμία έκφρασης και κατανόησης των άλλων, μέσα στη κοινωνία, σε όλες τις μορφές της - αλλά συγχρόνως και από την επίδραση αυτών των διαταραχών στην ανάπτυξη της γλώσσας ως λόγο - δηλαδή το κοινό σύστημα ήχων και εννοιών που κάθε ανθρώπινη κοινότητα χρησιμοποιεί για να επικοινωνήσει - και της γλώσσας ως ομιλία – δηλαδή τη χρήση αυτού του συστήματος επικοινωνίας από κάθε άτομο μια γλωσσικής κοινότητας – (Κατή, 2000), με αποτέλεσμα να αποτελούν τροχοπέδη στη λειτουργική χρήση της γλώσσας.

Εντούτοις, η επικοινωνία είναι πολύπλευρη και ποικιλόμορφη. Οι κύριες μορφές επικοινωνίας είναι η λεκτική, η νοηματική και η γραπτή. Είναι όμως γεγονός, ότι η λεκτική αποτελεί το κατεξοχήν μέσο επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων, αφού η επικοινωνία που βασίζεται στο όργανο της γλώσσας φαίνεται να αποτελεί την πιο αναπτυγμένη μορφή, αλλά και χαρακτηριστική του ανθρώπινου όντος και μόνο (Κατή, 2000).

Και καθώς, η ικανότητα της γλωσσικής επικοινωνίας, την οποία το παιδί αποκτά σταδιακά, φαίνεται πως αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα της όλης ψυχολογικής και κοινωνικής του εξέλιξης (Κατή, 2000), στόχος αυτής της εργασίας είναι να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στις διαταραχές λόγου/ομιλίας, με ψυχικά φαινόμενα και προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζονται σε παιδιά, και τον τρόπο με τον οποίο αλληλοεπηρεάζονται.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της καθυστέρησης στην εξέλιξη της ομιλίας και του λόγου κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής αποτελούν συνήθως ένα ερωτηματικό. Πιστεύεται ότι τα περισσότερα παιδιά που παρουσιάζουν διαταραχές της ομιλίας και του λόγου θα «ξεπεράσουν» τις γλωσσικές τους δυσκολίες μεγαλώνοντας. Οι έρευνες όμως έχουν δείξει ότι αυτή η άποψη είναι μάλλον αισιόδοξη και πιθανόν να ισχύει μόνο για παιδιά που δεν έχουν σοβαρές μειονεξίες. Αλλά ακόμα και στις περιπτώσεις εκείνες που η παθολογία δεν είναι σοβαρή, παραμένει η αμφιβολία εάν δεν υπήρξαν σημαντικά κατάλοιπα αυτής της παθολογίας, τα οποία πέρασαν απαρατήρητα αλλά εξακολουθούν να έχουν επιπτώσεις στη μετέπειτα εξέλιξη του παιδιού (Trihan Fundudis, 2001).

Οι διαταραχές λόγου και ομιλίας που αντιμετωπίζει ένα παιδί μπορεί να είναι απλές, ή πολύπλοκες όταν εμπλέκονται πολλαπλές διαταραχές επικοινωνίας (Panhellenic Association of Logopedists, 2003), και έλλειψη ικανοτήτων για κοινωνική αλληλεπίδραση. Αυτό γιατί το παιδί εκτός από τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίζει στον τρόπο της λεκτικής επικοινωνίας, θα υπολείπεται και της ίδιας της επιθυμίας για επικοινωνία, ή θα υπολείπεται δεξιοτήτων κοινωνικής αλληλεπίδρασης που είναι σημαντικές στην επικοινωνία του παιδιού με τους άλλους και το περιβάλλον του. Έρευνες έχουν δείξει την ύπαρξη των έμφυτων αυτών ικανοτήτων οι οποίες ονομάζονται ικανότητες κοινωνικής προσαρμογής (Fantz 1961, Hutt 1968).

Ωστόσο, όταν ένα παιδί έχει έμφυτες τις ικανότητες για κοινωνική αλληλεπίδραση και προσαρμογή, όμως εμφανίζει διαταραχή λόγου ή / και ομιλίας, τα επακόλουθα πολύ πιθανό να είναι κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν εντέλη την επικοινωνία και κατ'επέκταση τη συμπεριφορά, τη ψυχολογία και την ποιότητα της ζωής του. Θα ήταν πολύ δύσκολο να εξετάσει κανείς την ανάπτυξη της επικοινωνίας αποκομμένη από την κοινωνικότητα, και αυτό γιατί τα παιδιά αναπτύσσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες, βασισμένα στις έμφυτες ικανότητές τους για κοινωνική αλληλεπίδραση. Κοινωνικότητα είναι η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές συνθήκες και η επιθυμία του να συνάπτει φιλικές σχέσεις και να συμμετέχει σε κοινές δραστηριότητες. Η ικανότητα αυτή κατακτάται μέσω της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης με την οποία οι πεποιθήσεις, τα ιδανικά και οι επιθυμητές μορφές συμπεριφοράς μιας οργανωμένης κοινωνίας μεταβιβάζονται από το ένα άτομο στο άλλο (Βογινδρούκας, 2005).

Συνακολούθως, φαίνεται ότι η ομαλή ανάπτυξη των γλωσσικών και επικοινωνιακών ικανοτήτων στο παιδί, συνδέεται με πολλούς παράγοντες, όπως κοινωνικούς, οικογενειακούς και ψυχολογικούς, αλλά και με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του νευρικού συστήματος και της προσωπικότητας (Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α.Θ. Σίνη. 2005). Η προσωπικότητα, αναφέρεται σε όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά τα οποία επηρεάζουν τον τρόπο που αισθανόμαστε, σκεφτόμαστε, και συμπεριφερόμαστε και που στη διαμόρφωσή της παίζουν επίσης ρόλο

παράγοντες περιβαλλοντικοί και κληρονομικοί (Μ. Μακρόγλου –Γουώλς, Π. Σφυρίδου, Ν. Τσέργας, 2003).

Αυτό σημαίνει, πως ως προς την ουσία, τα προβλήματα της ανάπτυξης των γλωσσικών και επικοινωνιακών ικανοτήτων είναι κατεξοχήν ψυχολογικά, με την έννοια ότι αφορούν ζητήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου όντος από γνωστική, ψυχική και κοινωνική σκοπιά (Κατή, 2000).

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

Στην προσπάθειά μας να απαντηθούν τέτοιου είδους ερωτήματα, θα επιδιώξουμε μέσα από αυτή την εργασία, να διερευνήσουμε μέσα από ένα διαγνωστικό ιατροπαιδαγωγικό κέντρο δημόσιας υπηρεσίας, τη συχνότητα με την οποία παιδιά με διεγνωσμένες διαταραχές λόγου ή/και ομιλίας, παρουσιάζουν συγχρόνως και κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας ή προβλήματα συμπεριφοράς, και ποιοι τύποι προβλημάτων είναι επικρατέστεροι.



Το δείγμα αυτής της μελέτης αφορά παιδιά σχολικής ηλικίας 5–12ετών (από το νηπιαγωγείο έως την έκτη δημοτικού), τα οποία προσήλθαν στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο «Γ. Παπανικολάου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, για αξιολόγηση λόγου/ομιλίας, κατά τη διάρκεια του έτους 1/2009-1/2010.

Τα στοιχεία και δεδομένα αυτής της μελέτης, αντλήθηκαν από τα αρχεία των φακέλων του ιατροπαιδαγωγικού κέντρου, όπου περιελάμβαναν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την έρευνα αυτή.

Το ιατροπαιδαγωγικό/διαγνωστικό αυτό κέντρο, δέχεται σε καθημερινή βάση καινούρια περιστατικά για αξιολόγηση και διάγνωση, όπου παραπέμπονται είτε από το σχολείο, είτε από επαγγελματίες που ιδιωτεύουν στο χώρο της υγείας, αλλά και από τους ίδιους τους γονείς όταν το θεωρούν απαραίτητο. Για την εξυπηρέτηση των αναγκών των παιδιών αλλά και των γονιών ως προς μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση σε όλους τους τομείς ανάπτυξης του παιδιού και τη σωστή διάγνωση, το ιατροπαιδαγωγικό κέντρο του «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης, λειτουργεί υπό τις υπηρεσίες διεπιστημονικής ομάδας αποτελούμενη από επιστήμονες διαφόρων κλάδων, όπως της λογοθεραπείας, εργοθεραπείας, ψυχολογίας / παιδοψυχολογίας, ψυχιατρικής / παιδοψυχιατρικής.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΤΗΝ

### ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### **1.1. Ορισμοί της ομιλίας και του λόγου**

– Η ομιλία και ο λόγος σχηματίζουν μια πολύπλοκη σχέση «ανάμεσα στον εγκέφαλο και το νου» και αποτελούν αναπόσπαστες διεργασίες της γλωσσικής συμπεριφοράς. Παρ’όλα αυτά, η καθεμιά αναφέρεται σε ξεχωριστές πλευρές αυτής της συμπεριφοράς. Η *ομιλία* είναι η φωνητική έκφραση συστηματοποιημένων ήχων που έχουν νόημα, με μορφή ηχητικών συνδυασμών και λέξεων. Ο *λόγος* μπορεί να θεωρηθεί ως μια εσωτερική γνωστική διεργασία που προϋποθέτει τη συμβολική διαμόρφωση ιδεών, σκέψεων και συναισθημάτων σύμφωνα με σημασιολογικούς και γραμματικούς κανόνες. Η σωστή λειτουργία τους έχει θεμελιακή σημασία για τη γνωστική, επικοινωνιακή συναισθηματική, κοινωνική και ακαδημαϊκή εξέλιξη του παιδιού [Γ.Τσιαντής, Σ.Μανωλόπουλος (Tripan Fundudis σελ. 94) 2001].

– Λόγος είναι ένα πολύπλοκο και δυναμικό σύστημα αυθαίρετων συμβόλων που διέπεται από κανόνες και αποτελείται από διάφορα μέρη: το φωνολογικό, το συντακτικό, το μορφολογικό, το εννοιολογικό και το πραγματολογικό. Ο λόγος χρησιμοποιείται με πολλαπλούς τρόπους για σκέψη και επικοινωνία. Ο λόγος εξελίσσεται μέσα σε συγκεκριμένα πλαίσια κοινωνικά, ιστορικά και πολιτιστικά. Η εκμάθησή του προσδιορίζεται με την παρέμβαση και την αλληλεπίδραση βιολογικών, γνωστικών,

συναισθηματικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 1999).

Ο λόγος έχει περιεχόμενο, δομή και χρήση που μπορεί να διαταραχθούν ξεχωριστά ή σε συνδυασμό, από πολλές και διάφορες αιτίες. Χαρακτηριστικά αναφέρονται οι παρακάτω: Οργανικές αιτίες, Λειτουργικές διαταραχές, Ψυχολογικοί παράγοντες (συναισθηματικές διαταραχές, κ.τ.λ.), Περιβαλλοντική, Γλωσσική υστέρηση, Νοητική καθυστέρηση, και πάμπολλες άλλες αιτίες μπορούν να επιφέρουν διαταραχές στο λόγο, όπως: Διαταραχές στο περιεχόμενο του λόγου (στην κατανόηση), στη δομή του λόγου (στον τρόπο που εκφραζόμαστε) και στη χρήση του λόγου (στο πως και γιατί τον χρησιμοποιούμε), (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 1999).

– Ο ψυχολογικός ορισμός της γλώσσας ή του λόγου (language) είναι ο εξής: «Ένα συμβατικό σύστημα εκφραστικών σημείων που λειτουργεί ψυχολογικά (α) ενδο-ανατομικά, ως εργαλείο εννοιολογικής ανάλυσης και σύνθεσης, και (β) κοινωνικά ως μέσο επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων», [Ο.Πανοπούλου-Μαράτου, (Πρακτικά 3<sup>ου</sup> συνεδρίου του πανελλήνιου συλλόγου ειδικών στις διαταραχές λόγου, 1987)].

## **1.2. Διαταραχές της ομιλίας και του λόγου – Ταξινομικά συστήματα**

Πολλοί ερευνητές [Fundudis,T.,Kolvin, I. and Gasside, R.F., (1979), Ingram,T.T.S. and Reid, J.F. (1956), Ingram,T.T.S. (1959), Ingram,T.T.S. (1972), Morley, M. (1965)], έχουν κατά καιρούς μελετήσει τις διαταραχές της ομιλίας και του λόγου στην παιδική ηλικία και βρήκαν ότι οι διαταραχές

αυτές καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων: από την ελαφρά δυσκολία άρθρωσης (articulation), μέχρι τη σοβαρή γλωσσική δυσλειτουργία [Trijan Fundudis, (Γ.Τσιαντής, Σ.Μανωλόπουλος), 2001].

Ο Ingram, για παράδειγμα, προτείνει ένα χρήσιμο σύστημα κλινικής ταξινόμησης που αναπτύχθηκε και χρησιμοποιήθηκε από άλλους, (Fundudis, T., Kolvin, I. and Garside, R.F., 1979). Περιγράφει διάφορες κατηγορίες διαταραχών της ομιλίας και του λόγου και κάνει διάκριση ανάμεσα στη δυσρυθμία (τραυλισμό), στις *πρωτογενείς*, στις *δευτερογενείς* και στις *εξελικτικές* διαταραχές της ομιλίας, [Trijan Fundudis, (Γ.Τσιαντής, Σ.Μανωλόπουλος), 2001]. Επομένως, δεν είναι ασυνήθιστο, για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των ειδικών, να ακολουθούν κάποιο κοινό σύστημα ταξινόμησης, χρήσιμο στην κλινική άσκηση, με προγνωστική και θεραπευτική χρησιμότητα.

Τα προβλήματα των παιδιών είναι δυνατόν να μελετηθούν με βάση τα επίσημα διαγνωστικά συστήματα.

Οι ταξινομήσεις που έχουν επικρατήσει και χρησιμοποιούνται ευρύτατα είναι δύο. Και οι δύο ταξινομήσεις είναι πολυαξονικές, δηλαδή προβλέπουν διάγνωση σε διάφορα επίπεδα, όπως το κλινικό, εξελικτικό, νοητικό, οργανικό, αιτιολογικό, λειτουργικό, (Σ. Κωτσόπουλος, 2001). Η μία είναι εκείνη που περιλαμβάνεται στη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ICD-10) και αντιπροσωπεύει, βασικά, ευρωπαϊκές αντιλήψεις. Η άλλη είναι εκείνη του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Νόσων του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου (DSM-IV).

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

Το σύνολο των διαταραχών της παιδικής ηλικίας θα περιγραφεί σύμφωνα με τα συστήματα αυτά, με σκοπό να λειτουργήσουν τα στοιχεία αυτά ως ένας οδηγός αναγνώρισης διαταραχών και ψυχοπαθολογικών καταστάσεων για τις ηλικίες αυτές.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται:

- Διαταραχές που μπορούν να γίνουν εμφανείς για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή και παιδική ηλικία (κατά DSM-IV και ICD-10).
- Η κατηγοριοποίηση των διαταραχών λόγου και ομιλίας σύμφωνα με τα ισχύοντα ταξινομικά συστήματα (DSM-IV και ICD-10)
- Κριτήρια διάγνωσης – διαφοροδιάγνωσης διαταραχών λόγου και ομιλίας

### **1.3. Διαταραχές που μπορούν να γίνουν εμφανείς στη βρεφονηπιακή και παιδική ηλικία**

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

Η κατάταξη των διαταραχών οι οποίες συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή, παιδική ή εφηβική ηλικία, δίνεται σύμφωνα με το ισχύον ταξινομικό σύστημα DSM-IV<sup>1</sup> στον παρακάτω πίνακα. Αξίζει

---

<sup>1</sup> DSM IV= Σύστημα ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών το οποίο δημιουργήθηκε από την αμερικάνικη ψυχιατρική εταιρεία με σκοπό την ταξινόμηση των διαγνωστικών κριτηρίων κάθε

να σημειωθεί ότι για να δοθεί η διάγνωση οποιασδήποτε από τις παρακάτω διαταραχές, θα πρέπει το παιδί ή ο έφηβος να παρουσιάζει συγκεκριμένο αριθμό των χαρακτηριστικών που ορίζονται από το σύστημα αυτό, για ορισμένο χρονικό διάστημα και να προκαλούν σημαντική έκπτωση στην αναμενόμενη για την ηλικία λειτουργικότητα.

Πίνακας 1.3.1: Διαταραχές που μπορούν να γίνουν εμφανείς για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή και παιδική ηλικία (DSM IV).

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

---

ψυχιατρικής πάθησης έτσι ώστε με βάση αυτό να γίνονται οι διαγνώσεις από τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας. Το σύστημα αυτό αναθεωρείται συχνά και αφαιρούνται ή προστίθενται διαγνωστικές κατηγορίες. Με άλλα λόγια το DSM IV αποτελεί ένα τρόπο συνενόησης μεταξύ των ειδικών σε θέματα διάγνωσης των ψυχικών παθήσεων το οποίο υιοθετείται παγκοσμίως.

<sup>2</sup> Μ.Π.Α.= μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, διαγνωστική κατηγορία που υιοθετεί το ταξινομικό σύστημα ψυχιατρικών διαταραχών DSM-IV για να περιγράψει καταστάσεις όπου δεν πληρούνται όλα τα κριτήρια μιας διαταραχής αλλά κάποια από αυτά.

### **3) Διαταραχή των Κινητικών Δεξιοτήτων**

#### **4) Διαταραχές της Επικοινωνίας**

- Διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης
- Μεικτή διαταραχή της γλωσσικής αντίληψης – έκφρασης
- Φωνολογική διαταραχή (πρώην αναπτυξιακή διαταραχή της άρθρωσης)
- Τραυλισμός
- Διαταραχή της επικοινωνίας Μ.Π.Α.

#### **5) Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης**

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

#### **6) Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής & Διασπαστικής**

##### **Συμπεριφοράς**

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

#### **7) Διαταραχές στη Σίτιση και Πρόσληψη Τροφής**

Pica

Μηρυκαστική διαταραχή

Διαταραχές στη σίτιση και πρόσληψη τροφής

### **8) Διαταραχές Μυοσπασμάτων (Τικς)**

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

### **9) Διαταραχές της απέκκρισης**

- Εγκόπριση
- Ενούρηση

### **10) Άλλες Διαταραχές της Παιδικής / Εφηβικής ηλικίας**

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

Επιπρόσθετα, υπάρχουν και άλλες διαταραχές που μπορούν να εμφανιστούν και να διαγνωστούν κατά την παιδική ηλικία, οι οποίες όμως δεν εντάσσονται στο πλαίσιο των «διαταραχών που μπορούν να γίνουν εμφανείς για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή και παιδική ηλικία», αλλά σε άλλες ομάδες διαταραχών κατά DSM-IV (**Πίνακας 1.3.2**):

<ul style="list-style-type: none"><li>• Σχιζοφρένεια</li><li>• Διαταραχές της διάθεσης</li><li>• Αγχώδεις διαταραχές</li><li>• Διαταραχές της ταυτότητας του γένους.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Διαταραχές της προσαρμογής</li><li>• Άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής.</li></ul>
--	---



#### **1.4. Κατηγοριοποίηση διαταραχών λόγου και ομιλίας**

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1.3.1 οι διαταραχές λόγου και ομιλίας κατατάσσονται σύμφωνα με το DSM-IV στις διαταραχές επικοινωνίας, όπου περιλαμβάνονται:

- Η διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από αναπτυξιακά προβλήματα στη γλωσσική έκφραση, που αποδεικνύονται με ειδικές δοκιμασίες και παρουσιάζονται ως ελαττωμένη ποσότητα λόγου, δυσκολία στην απόκτηση καινούριων λέξεων, λάθη στο χρόνο των ρημάτων ή στο να βρεθούν οι σωστές λέξεις, μικρές προτάσεις, απλοποιημένη γραμματική και κατασκευή προτάσεων κ.ά.

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

Σημειώνουμε, ότι στα παιδιά με Διαταραχή της Γλωσσικής Έκφρασης η κατανόηση της γλώσσας παραμένει ανέπαφη (όπως και η μη λεκτική διανοητική τους ικανότητα).

Η διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης μπορεί να συνυπάρχει με φωνολογική διαταραχή, με διαταραχές της μάθησης, με αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού, με ενούρηση, με διαταραχή ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητας. Μπορεί ακόμα να υπάρχουν ΗΕΓικές

ανωμαλίες, ευρήματα στη νευροαπεικόνιση, δυσαρθρία ή απραξία, διάφορα νευρολογικά σημεία.

- Η μεικτή διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης – αντίληψης

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από αναπτυξιακά προβλήματα τόσο στη γλωσσική έκφραση, όσο και στη γλωσσική αντίληψη, που αποδεικνύονται με ειδικές δοκιμασίες και παρουσιάζονται ως δυσκολίες στη γλωσσική έκφραση (π.χ. έντονα περιορισμένο λεξιλόγιο, λάθη στο χρόνο των ρημάτων, δυσκολίες στην ανάκληση λέξεων ή στην παραγωγή σύνθετων και μεγάλων προτάσεων) και επίσης ως δυσκολίες στη γλωσσική αντίληψη / κατανόηση (π.χ. δυσκολία στην κατανόηση λέξεων, προτάσεων ή συγκεκριμένων όρων ή εννοιών, όπως για το χώρο).

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

Η μεικτή διαταραχή της γλωσσικής αντίληψης – έκφρασης μπορεί να συνυπάρχει με φωνολογική διαταραχή, με διαταραχές της μάθησης, με αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού, με ενούρηση, με διαταραχή ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητας. Μπορεί ακόμα να υπάρχουν ΗΕΓικές ανωμαλίες, ευρήματα στη νευροαπεικόνιση, δυσαρθρία ή απραξία, διάφορα νευρολογικά σημεία. Ως σύνδρομο Landau-Kleffner ορίζεται μια επίκτητη μορφή της μεικτής διαταραχής της γλωσσικής αντίληψης –

έκφρασης, που εμφανίζεται στην ηλικία των 3-8 ετών και συνοδεύεται από σπασμούς.

- Η φωνολογική διαταραχή (πρώην αναπτυξιακή διαταραχή της άρθρωσης)

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η αδυναμία του παιδιού να χρησιμοποιήσει αναπτυξιακά αναμενόμενους ήχους. Έτσι, μπορεί να υποκαθιστά ήχους, να παραλείπει ήχους όπως τα τελικά σύμφωνα κ.ά. Η διαταραχή μπορεί να αφορά την άρθρωση ή / και τη γλωσσική κατηγοριοποίηση των ήχων της ομιλίας γνωστικά.

- Ο τραυλισμός

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από προβλήματα στη φυσιολογική ροή της ομιλίας, όπως επαναλήψεις ήχων και συλλαβών, επιμηκύνσεις ήχων, μπλοκαρίσματα στην ομιλία, υποκαταστάσεις λέξεων κ.ά.

Το στρες και το άγχος επιδεινώνουν τον τραυλισμό, ιδιαίτερα όταν υπάρχει πίεση επικοινωνίας, όπως το να πει κανείς μάθημα στην τάξη ή να μιλήσει σε κόσμο ή να του πάρουν συνέντευξη. Συχνά ο τραυλισμός εξαφανίζεται όταν το άτομο διαβάζει, τραγουδά, ή μιλά σε ζώα. Η κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και πρόοδος μπορεί να επηρεαστούν σημαντικά, λόγω αποφυγής και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

- Η διαταραχή της επικοινωνίας μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

### ►► Κατηγοριοποίηση διαταραχών λόγου και ομιλίας κατά ICD-10

Οι διαταραχές λόγου και ομιλίας κατατάσσονται σύμφωνα με το ICD-10 στις Διαταραχές της Ψυχολογικής Ανάπτυξης και αναφέρονται ως Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας (του λόγου) (F80):

Πρόκειται για διαταραχές, κατά τις οποίες ο φυσιολογικός τρόπος εκμάθησης της γλώσσας διαταράσσεται από τα αρχικά στάδια της ανάπτυξης. Οι καταστάσεις αυτές δεν αποδίδονται άμεσα σε νευρολογικές ανωμαλίες ή σε ανωμαλίες του μηχανισμού της ομιλίας, σε βλάβες των αισθητήριων οργάνων, σε νοητική καθυστέρηση ή σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το παιδί μπορεί να είναι σε θέση να επικοινωνεί ή να κατανοεί καλύτερα σε ορισμένες οικείες συνθήκες παρά σε άλλες, αλλά η γλωσσική ικανότητα είναι διαταραγμένη σε κάθε περιβάλλον.

Περιλαμβάνονται

- ***Ειδικές διαταραχές της άρθρωσης:***

Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή, κατά την οποία το παιδί κάνει χρήση φθόγγων σε επίπεδο κατώτερο από εκείνο που αντιστοιχεί στη νοητική ηλικία του, αλλά με φυσιολογικό επίπεδο γλωσσικών δεξιοτήτων.

- ***Διαταραχή στην έκφραση της γλώσσας (του λόγου):***

Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή, κατά την οποία η ικανότητα του παιδιού να εκφράζεται προφορικά είναι κατά πολύ μικρότερη από την αντιστοιχούσα στη νοητική ηλικία του, αλλά η κατανόηση της γλώσσας είναι φυσιολογική. Ενδέχεται να υπάρχουν ή να μην υπάρχουν ανωμαλίες στην άρθρωση.

- ***Αντιληπτική διαταραχή της γλώσσας (του λόγου):***

Πρόκειται για Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή, κατά την οποία η ικανότητα του παιδιού να κατανοεί τη γλώσσα είναι κατώτερη από την αναμενόμενη για τη νοητική ηλικία του. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, η εκφραστική γλωσσική ικανότητα είναι έντονα διαταραγμένη, ενώ οι ανωμαλίες στην παραγωγή φθόγγων είναι συνηθισμένο φαινόμενο.

- ***Επίκτητη αφασία συνοδευόμενη από επιληψία [Σύνδρομο Landau-Kleffner]:***

Πρόκειται για διαταραχή κατά την οποία το παιδί, ενώ είχε φυσιολογική γλωσσική εξέλιξη, χάνει τόσο τις αντιληπτικές όσο και τις εκφραστικές γλωσσικές δεξιότητες, αλλά διατηρεί τη γενική νοημοσύνη του. Η έναρξη της διαταραχής συνοδεύεται από παροξυσμικές ανωμαλίες στο ΗΕΓ (σχεδόν πάντοτε από τους κροταφικούς λοβούς, συνήθως αμφοτερόπλευρα, αλλά συχνά με πιο εκτεταμένη διαταραχή) και στην πλειονότητα των περιπτώσεων από επιληπτικές κρίσεις. Στην τυπική μορφή της, η έναρξη επισυμβαίνει στην ηλικία μεταξύ 3 και 7 ετών, αλλά η διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί και νωρίτερα ή αργότερα κατά την παιδική ηλικία. Στο ένα τέταρτο των περιπτώσεων, η απώλεια της γλωσσικής ικανότητας επέρχεται βαθμιαία, σε διάστημα μερικών μηνών, αλλά πιο συχνά η απώλεια είναι αιφνίδια και οι δεξιότητες χάνονται σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες. Η χρονική σχέση ανάμεσα στην έναρξη των επιληπτικών κρίσεων και την απώλεια της γλώσσας είναι μάλλον μεταβλητή, με το ένα φαινόμενο να προηγείται του άλλου κατά λίγους μήνες έως δύο έτη. Είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική η εξημασμένη βλάβη της αντιληπτικής γλωσσικής ικανότητας, ενώ οι δυσκολίες συννεόησης που οφείλονται στην κατανόηση μέσω της ακοής συχνά είναι η πρώτη εκδήλωση αυτής της κατάστασης. Μερικά παιδιά παρουσιάζουν αλαλία, μερικά περιορίζονται στο να εκπέμπουν ασυνάρτητους ήχους και μερικά παρουσιάζουν ηπιότερα ελλείμματα στην επάρκεια της ροής και την εκφορά του λόγου, που συχνά συνοδεύεται από λάθη στην άρθρωση. Σε κάποιες περιπτώσεις, αλλοιώνεται η ποιότητα της φωνής, με απώλεια του φυσιολογικού της τόνου. Μερικές φορές, υπάρχει

διακύμανση των γλωσσικών λειτουργιών κατά τις πρώιμες φάσεις της διαταραχής. Συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς εμφανίζονται συχνά, κατά τους μήνες που ακολουθούν την αρχική απώλεια της γλωσσικής ικανότητας, αλλά τείνουν να βελτιώνονται, καθώς το παιδί επιτυγχάνει την πρόσκτηση κάποιων τρόπων επικοινωνίας.

Η αιτιολογία της κατάστασης αυτής είναι άγνωστη, όμως τα κλινικά χαρακτηριστικά της υπαινίσσονται την πιθανότητα φλεγμονώδους εγκεφαλικής επεξεργασίας. Η πορεία της διαταραχής ποικίλει ευρέως: περίπου στα δύο τρίτα των παιδιών παραμένει περισσότερο ή λιγότερο σοβαρό έλλειμμα αντιληπτικής γλωσσικής ικανότητας, ενώ στο υπόλοιπο τρίτο η αποκατάσταση είναι πλήρης.

- *Άλλες αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας (του λόγου)*
- *Αναπτυξιακή διαταραχή της ομιλίας και της γλώσσας (του λόγου), μη καθοριζόμενη:*

Η χρήση αυτής της κατηγορίας πρέπει να αποφεύγεται, στο βαθμό που αυτό είναι δυνατόν. Πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για μη καθοριζόμενες διαταραχές, στις οποίες υπάρχει σημαντική βλάβη της ανάπτυξης της ομιλίας ή της γλώσσας και οι οποίες δεν είναι δυνατόν να αποδοθούν σε νοητική καθυστέρηση ή σε νευρολογικές, αισθητηριακές ή σωματικές βλάβες που επηρεάζουν άμεσα την ομιλία ή τη γλώσσα.

Όλες οι παραπάνω διαταραχές έχουν τα ακόλουθα κοινά χαρακτηριστικά:

(α) Η έναρξή τους επισυμβαίνει πάντοτε κατά τη διάρκεια της νηπιακής ή της παιδικής ηλικίας.

(β) Υπάρχει βλάβη ή καθυστέρηση της ανάπτυξης λειτουργιών που συνδέονται στενά με τη βιολογική ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος.

(γ) Διανύουν σταθερή πορεία, χωρίς υφέσεις, υποτροπές, οι οποίες συχνά αποτελούν χαρακτηριστικό πολλών ψυχικών διαταραχών.

#### Διαφορική διάγνωση

Όπως και στις άλλες αναπτυξιακές διαταραχές, η πρώτη δυσκολία, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση, αφορά στη διαφοροποίηση από τις φυσιολογικές παραλλαγές της ανάπτυξης. Η δεύτερη διαγνωστική δυσκολία αφορά στη διάκριση από τη νοητική καθυστέρηση ή από τη γενική καθυστέρηση της ανάπτυξης. Η τρίτη διαγνωστική δυσκολία αφορά στη διαφοροποίηση από δευτεροπαθή διαταραχή, την οφειλόμενη σε βαριά κώφωση ή σε ειδική νευρολογική ή άλλη δομική ανωμαλία.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν και άλλες διαταραχές λόγου και ομιλίας, οι οποίες τοποθετούνται σε άλλη κατηγορία.

Η **Εκλεκτική Αλαλία** (διαταραχή του λόγου), κατατάσσεται στις Διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (F94) :

Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από έντονη, συναισθηματικά καθοριζόμενη επιλεκτικότητα στην ομιλία, κατά την οποία το παιδί δείχνει την ικανότητά του να μιλάει υπό ορισμένες συνθήκες, ενώ υπό άλλες δεν κατορθώνει να μιλήσει. Πιο συχνά, η διαταραχή αρχικά εκδηλώνεται κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Εμφανίζεται περίπου με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα και είναι συνηθισμένο να σχετίζεται με χαρακτηριστικά

γνωρίσματα της προσωπικότητας, όπως το κοινωνικό άγχος, η απόσυρση, η ευαισθησία ή η αντίσταση. Στην τυπική μορφή, το παιδί μιλάει στο σπίτι ή με στενούς φίλους, ενώ παραμένει αμίλητο στο σχολείο ή μπροστά σε αγνώστους, χωρίς να αποκλείονται άλλες μορφές συμπεριφοράς (χωρίς να εξαιρείται το αντίστροφο).

Επίσης, διαταραχές της ομιλίας, όπως ο Τραυλισμός (βατταρισμός), και η Διακοπτόμενη Ταχυλαλία, κατατάσσονται στις Άλλες Διαταραχές Συμπεριφοράς και του Συναισθήματος συνήθως με έναρξη κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία, (F98):

- **Τραυλισμός** (βατταρισμός)

Ομιλία που χαρακτηρίζεται από συχνή επανάληψη ή επιμήκυνση ήχων ή συλλαβών ή λέξεων ή από συχνούς δισταγμούς ή παύσεις που ανακόπτουν τη ρυθμική ροή του λόγου. Ελάχιστονες δυσρυθμίες αυτού του τύπου είναι αρκετά συχνές ως μεταβατική φάση της πρώιμης παιδικής ηλικίας ή ως ελάσσον, αλλά επίμονο, χαρακτηριστικό της ομιλίας κατά την όψιμη παιδική ηλικία και κατά την ενήλικη ζωή. Πρέπει να κωδικοποιούνται ως διαταραχή, μόνο αν η βαρύτητά τους είναι τέτοια, ώστε να διαταράσσεται ουσιαστικά η ροή του λόγου. Ενδέχεται να σχετίζονται με κινήσεις του προσώπου ή/και άλλων μερών του σώματος, οι οποίες να συμπίπτουν χρονικά με τις επαναλήψεις, τις επιμηκύνσεις ή τις διακοπές της ροής του λόγου. Ο τραυλισμός πρέπει να διαφοροποιείται από τη διακοπτόμενη ταχυλαλία και από τα μυοσπάσματα. Σε μερικές περιπτώσεις, συνυπάρχει συναφής αναπτυξιακή διαταραχή ομιλίας ή της γλώσσας, οπότε πρέπει να κωδικοποιείται στην κατηγορία «ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας (του λόγου)».



- ***Διακοπτόμενη Ταχυλαλία***

Ταχύς ρυθμός ομιλίας, με διάσπαση της συνεχούς ροής του λόγου, αλλά χωρίς επαναλήψεις ή δισταγμούς, και με βαρύτητα τέτοια ώστε να μειώνεται η ευληπτότητα του λόγου. Η ομιλία είναι ακανόνιστη και δυσρυθμική, με ταχεία σπασμωδικά ξεσπάσματα, τα οποία συνήθως διαπλέκονται με λανθασμένα εκφραστικά πρότυπα (π.χ. εναλλαγή διακοπών και παρορμητικής ομιλίας, σχηματισμός ομάδων λέξεων που δεν ακολουθούν τη συντακτική δομή της πρότασης).

### **1.5. Διαφορική διάγνωση των διαταραχών λόγου – ομιλίας**

- Διαταραχή της Γλωσσικής Έκφρασης – Μεικτή Διαταραχή της Γλωσσικής Αντίληψης – Έκφρασης

#### Διαφορική διάγνωση κατά DSM-IV:

Η Διαταραχή της Γλωσσικής Έκφρασης θα δ.δ. από τη Μεικτή Διαταραχή της Γλωσσικής Αντίληψης – Έκφρασης από το ότι δεν υπάρχει στην πρώτη σημαντική βλάβη στη γνωστική αντίληψη. Και οι δύο αυτές διαταραχές της επικοινωνίας θα δ.δ. από την Αυτιστική Διαταραχή (που κι αυτή παρουσιάζει βλάβη της γλωσσικής έκφρασης) με βάση τη χαρακτηριστική στερεότυπη χρήση της γλώσσας, την ποιοτική βλάβη της κοινωνικής διαντίδρασης και τις στερεότυπες συμπεριφορές που υπάρχουν σ' αυτήν. Η δ.δ. τόσο της Διαταραχής της Γλωσσικής Έκφρασης, όσο και της Μεικτής Διαταραχής της Γλωσσικής Αντίληψης – Έκφρασης θα γίνει ακόμα: από Διανοητική Καθυστέρηση, βλάβη της ακοής ή άλλο

αισθητηριακό έλλειμμα, κινητικό έλλειμμα της ομιλίας ή σοβαρή περιβαλλοντική αποστέρηση, με δοκιμασίες νοημοσύνης, ακουομετρικές δοκιμασίες, νευρολογικές εξετάσεις και το ιστορικό ( μπορεί όμως να μπουν και ως επιπρόσθετες διαγνώσεις, αν τα γλωσσικά προβλήματα είναι μεγαλύτερα από τα αναμενόμενα για τις διαταραχές αυτές)· από Επιλεκτική Βωβότητα με το ιστορικό και την παρατήρηση του παιδιού· από επίκτητη αφασία οφειλόμενη σε κάποια νευρολογική κατάσταση (π.χ. τραύμα κεφαλής, εγκεφαλίτιδα) με βάση το ότι αυτή είναι συνήθως παροδική (αν βέβαια επιμένει τότε η διάγνωση θα είναι Διαταραχή της Γλωσσικής Έκφρασης ή Μεικτή Διαταραχή της Γλωσσικής Αντίληψης – Έκφρασης, επίκτητος τύπος).

Η Διαταραχή της Γλωσσικής έκφρασης θα δ.δ. επίσης από Διαταραχή της Γραπτής έκφρασης με βάση το ότι σ'αυτή υπάρχει πρόβλημα στις δεξιότητες γραφής (μπορεί όμως να μπουν και οι δύο διαγνώσεις αν συνυπάρχει και πρόβλημα στην προφορική έκφραση της γλώσσας).

- Φωνολογική Διαταραχή (πρώην Αναπτυξιακή Διαταραχή της Άρθρωσης) Διαφορική διάγνωση κατά DSM-IV:

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από: Διανοητική Καθυστέρηση, βλάβη της ακοής ή άλλο αισθητηριακό έλλειμμα, κινητικό έλλειμμα της ομιλίας ή σοβαρή περιβαλλοντική αποστέρηση με δοκιμασίες νοημοσύνης, ακουομετρικές δοκιμασίες, νευρολογικές εξετάσεις και το ιστορικό (θα μπει όμως σαν επιπρόσθετη διάγνωση, αν οι δυσκολίες της ομιλίας είναι μεγαλύτερες από τις αναμενόμενες για τις διαταραχές αυτές)· διαταραχές του ρυθμού της ομιλίας ή της φωνής, οι οποίες θα διαγνωσθούν ως Τραυλισμός ή Διαταραχή της Επικοινωνίας Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

- Τραυλισμός Διαφορική διάγνωση κατά DSM-IV:

Όσον αφορά τη διαφορική διάγνωση του τραυλισμού, βλάβη της ακοής ή άλλο αισθητηριακό έλλειμμα ή κινητικό έλλειμμα της ομιλίας μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην ομιλία. Η διάγνωση του τραυλισμού θα μπει επιπρόσθετα, αν τα προβλήματα της ομιλίας είναι μεγαλύτερα από τα αναμενόμενα για τις διαταραχές αυτές.

- Διαταραχή της επικοινωνίας μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Η κατηγορία αυτή του DSM-IV είναι για διαταραχές της επικοινωνίας που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη διαταραχή της επικοινωνίας, όπως για διαταραχές της ποιότητας, του τόνου ή του ύψους της φωνής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

#### ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

##### **2.1. Οι ψυχικές διαταραχές σε παιδιά**

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

Πριν προχωρήσουμε όμως στην κατάταξή τους, ας αναρωτηθούμε τι είναι αυτές οι ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Πρόκειται για αυτοτελείς νοσολογικές ενότητες που παρουσιάζουν μια, λιγότερο ή περισσότερο, προβλέψιμη πορεία και αντιμετωπίζονται, συνήθως, αποτελεσματικά με ορισμένη θεραπευτική αγωγή; (Σ. Κωτσόπουλος, 2001)

Κάποιες από αυτές τις ψυχικές διαταραχές, είναι αυτοτελείς νοσολογικές ενότητες, δηλαδή παθήσεις που χαρακτηρίζονται από ορισμένα παθογνωμικά συμπτώματα όπως ο νηπιακός αυτισμός, το σύνδρομο Gilles de la Tourette's, και αφορούν ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων, (Σ. Κωτσόπουλος, 2001).

Άλλες διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, επηρεάζουν άμεσα την ανάπτυξη του λόγου και της ομιλία και ευρήματα στις κλινικές, νευροψυχολογικές, απεικονιστικές και νευροβιολογικές μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ της παιδικής

και της ενήλικης σχιζοφρένειας (για το λόγο αυτό, τα κριτήρια του DSM-IV και του ICD-10 για τη σχιζοφρένεια, ισχύουν για όλο το ηλικιακό φάσμα αλλά είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε ορισμένες περιπτώσεις) (Α.Κουμούλα 2007).

Εντούτοις, στην παιδοψυχιατρική, παραδοσιακά, διαφοροποιούνται οι συναισθηματικές διαταραχές που αφορούν ειδικά την παιδική και την εφηβική ηλικία από τις νευρωσικές διαταραχές του τύπου των ενηλίκων (ICD10).

Σύμφωνα με το ICD10, τέσσερις βασικοί λόγοι δικαιολογούν αυτή τη διαφοροποίηση. Πρώτον, η έρευνα έχει σταθερά δείξει ότι η πλειονότητα των παιδιών με συναισθηματικές διαταραχές εξελίσσονται σε φυσιολογικούς ενηλίκους, αφού ελάχιστα από αυτά παρουσιάζουν νευρωσικές διαταραχές κατά την ενήλικη ζωή. Αντίστροφα, πολλές νευρωσικές διαταραχές των ενηλίκων φαίνεται ότι εγκαθίσταται κατά την ενήλικη ζωή, χωρίς σημαντικές πρόδρομες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις κατά την παιδική ηλικία. Παρατηρείται λοιπόν αξιόλογη ασυνέχεια μεταξύ των συναισθηματικών διαταραχών που συμβαίνουν στις δύο αυτές περιόδους. Δεύτερον, πολλές συναισθηματικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας φαίνεται ότι μάλλον αποτελούν υπερτονισμένες φυσιολογικές αναπτυξιακές τάσεις, παρά φαινόμενα τα οποία ποιοτικώς παρεκκλίνουν αφ'εαυτών από το φυσιολογικό. Τρίτον, σε σχέση με το δεύτερο σημείο, είναι συχνά θεωρητικά παραδεκτό ότι οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στις συναισθηματικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας ίσως δεν είναι ίδιοι με τους εμπλεκόμενους στις νευρώσεις των ενηλίκων. Τέταρτον, οι συναισθηματικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας είναι

ασαφέστερα οριοθετημένες σε υποτιθέμενες ειδικές οντότητες, όπως οι φοβικές διαταραχές ή οι ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές.

Ο τρίτος από τους παραπάνω λόγους δεν έχει επιβεβαιωθεί εμπειρικά και τα επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι, εφόσον ο τέταρτος λόγος ισχύει, πρόκειται απλώς για διαφορά έντασης (με τις ασαφώς διαφοροποιημένες συναισθηματικές διαταραχές να εμφανίζονται συχνά, τόσο κατά την παιδική ηλικία όσο και κατά την ενήλικη ζωή). Κατά συνέπεια, το δεύτερο γνώρισμα (δηλαδή η αντιστοιχία με την πορεία αναπτυξης) αποτελεί το βασικό διαγνωστικό γνώρισμα, προκειμένου να καθορισθεί η διαφορά μεταξύ των συναισθηματικών διαταραχών που αρχίζουν ειδικά κατά την παιδική ηλικία και των νευρωσικών διαταραχών των ενηλίκων. Δεν υπάρχει βεβαιότητα ως προς την εγκυρότητα αυτής της διάκρισης, αλλά κάποιες εμπειρικές ενδείξεις υποδηλώνουν ότι οι αναπτυξιακά πρόσφορες συναισθηματικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας έχουν καλύτερη πρόγνωση (ICD10).

Το πλήθος όμως των διαταραχών οι οποίες παρατηρούνται στα παιδιά παρουσιάζουν, όπως είπαμε, μεγάλη πολυμορφία και συχνά δύσκολα εντάσσονται σε νοσολογικές ενότητες με σαφώς περιγραμμένα όρια (Σ. Κωτσόπουλος, 2001).

Η χρησιμότητα των συστημάτων ταξινόμησης είναι να λειτουργούν ως οδηγοί αναγνώρισης ψυχοπαθολογικών καταστάσεων για τις ηλικίες αυτές.

## 2.2. Οι διαταραχές της διάθεσης

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

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

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

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

Παρόλο που τα συμπτώματα των συναισθηματικών διαταραχών δεν διαφοροποιούνται σε παιδιά και μεγάλους, πολλοί ερευνητές πιστεύουν πως οι συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους καθίστανται από τις πιο διαγνωστικά δύσκολες κατηγορίες κυρίως γιατί τα παιδιά δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν με ευκολία κάποια πιθανή συναισθηματική δυσλειτουργία και να την περιγράψουν. Επιπλέον πολλά συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά άλλων παιδικών διανοητικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα ευερεθιστότητας και επιθετικότητας μπορεί να συνιστούν ενδείξεις τόσο της διπολικής διαταραχής όσο και της διαταραχής της ελαττωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής ή άλλων ψυχικών διαταραχών (πχ. μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια), καθώς και της κατάχρησης ουσιών.

- **Κατάθλιψη στην παιδική ηλικία**

*Για την καταθλιπτική διαταραχή : Η κατηγορία αυτή του DSM- IV περιλαμβάνει διαταραχές με καταθλιπτικά στοιχεία, που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και δυσθυμική διαταραχή.*

Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης



*Διάθεση:* Τα παιδιά με κατάθλιψη βιώνουν συχνά έντονα και παρατεταμένα συναισθήματα θλίψης (τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας και για αρκετές ώρες της ημέρας το παιδί κλαίει και είναι θλιμμένο), ενοχής, ντροπής και υπερευαισθησίας στην κριτική.

*Συμπεριφορά:* Τα παιδιά με κατάθλιψη ενδέχεται να παρουσιάσουν αυξημένη κινητική δραστηριότητα και διέγερση ή αντίθετα υποτονική διάθεση και ορισμένες φορές υπερβολικό κλάμα. Η υποτονική διάθεση συνοδεύεται συχνά από μείωση των κοινωνικών επαφών (το παιδί δεν επισκέπτεται πια τους φίλους του, ή δεν κάνει καθόλου φίλους και περνά τον περισσότερο χρόνο του μόνο, ενώ δραστηριότητες που το ευχαριστούσαν στο παρελθόν δεν έχουν πλέον ενδιαφέρον για το παιδί).

*Αντιλήψεις:* Η κατάθλιψη στα παιδιά οδηγεί συχνά σε μείωση της αυτοεκτίμησης και σε συναισθήματα προσωπικής αναξιοσύνης. Τα παιδιά αυτά πιστεύουν ότι δεν είναι ικανά για τίποτα (φράσεις όπως «Είμαι χαζός» ή «Εγώ φταίω για όλα» είναι συχνές στο καταθλιπτικό παιδί).

*Σκέψη:* Τα παιδιά με κατάθλιψη έχουν αρνητικές και απαισιόδοξες σκέψεις ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά το μέλλον. (Αρκετές φορές ένα παιδί που είναι θυμωμένο μπορεί να πει τη φράση «Μακάρι να πέθαινα». Η αυτοκτονία όμως είναι μια πραγματικότητα ακόμη και για τα παιδιά. Όταν μια τέτοια φράση προέρχεται από τα χείλη ενός παιδιού με κατάθλιψη, θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψη, καθώς τα καταθλιπτικά παιδιά παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.)

*Βιολογικές αλλαγές:* Τα παιδιά με κατάθλιψη πολλές φορές παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, ναυτία και

πόνους στο στομάχι. Επίσης, η καταθλιπτική διάθεση των παιδιών και των εφήβων συνοδεύεται συχνά από διαταραχές στον ύπνο (το παιδί μπορεί να ξυπνά πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας ή να μην μπορεί να ξυπνήσει το πρωί) και στη διατροφή (αύξηση ή ελάττωση της όρεξης).

#### Επιδημιολογία στην παιδική ηλικία

Η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης στον πληθυσμό των παιδιών ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο που ο κάθε ερευνητής χρησιμοποιεί τον όρο «κατάθλιψη». Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται στη βιβλιογραφία με τρεις τρόπους. Ο πρώτος τρόπος αναφέρεται στην κατάθλιψη ως σύμπτωμα, το οποίο μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους ως αντίδραση σε οδυνηρές καταστάσεις και γεγονότα. Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες στον Καναδά εκτιμάται ότι το 10-20% των αγοριών και το 15-20% των κοριτσιών περνούν περιόδους όπου κυριαρχεί η καταθλιπτική διάθεση, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στην εφηβεία κυμαίνονται μεταξύ 20-46% για τα αγόρια και 25-59% για τα κορίτσια (Hammen, C. & Rudolph, K.D. (1996) Childhood depression). Ο δεύτερος τρόπος αναφέρεται στην κατάθλιψη ως σύνδρομο, το οποίο αποτελείται από έναν συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως συναισθήματα στεναχώριας, μοναξιάς και νευρικότητας, τα οποία συχνά έπονται ενός οδυνηρού γεγονότος, όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, αλλά υποχωρούν σε εύλογο χρονικό διάστημα. Τέλος, ο όρος κατάθλιψη αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη διαταραχή, στην οποία τα παραπάνω συμπτώματα είναι αυξημένα σε ένταση, επιμένουν στον χρόνο και έχουν συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και έκβαση. Με την έννοια αυτή, η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό μικρότερο του 1% σε παιδιά προσχολικής ηλικίας,

αυξάνεται στο 2-3% στα παιδιά σχολικής ηλικίας ενώ κυμαίνεται μεταξύ 3-8% στους εφήβους ( Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S. & Johnson, B. A. 1997) Επίσης, στην εφηβεία ο αριθμός των κοριτσιών που λαμβάνουν τη διάγνωση της κατάθλιψης είναι διπλάσιος από τον αντίστοιχο αριθμό των αγοριών ( Hankin, B., L., Abramson, L., Y., Moffit, T. E., Silva, P. A., McGEE, R. & Angell, K. E. 1998.) Αυτό οφείλεται στα κοινωνικά στερεότυπα του φύλου. Ειδικά τα κορίτσια ενδέχεται να συμπεριφέρονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας με διαφορετικό τρόπο από ό,τι τα αγόρια. Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι τα κορίτσια στην εφηβεία βιώνουν συχνά συναισθήματα απογοήτευσης σε θέματα όπως η εξωτερική τους εμφάνιση και ο βαθμός ελκυστικότητάς τους από το αντίθετο φύλο. Επιπλέον, ενδιαφέρονται περισσότερο από ό,τι τα αγόρια για τη γνώμη των άλλων. Αυτή η υπερευαίσθησία ενδέχεται να καθιστά τα κορίτσια στην εφηβεία ιδιαίτερα ευάλωτα και να τους δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες στην επεξεργασία των αρνητικών τους συναισθημάτων, διευκολύνοντας έτσι την εμφάνιση της κατάθλιψης.

### **2.3. Τα προβλήματα συμπεριφοράς**

Τα συνηθέστερα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών μπορούν να ταξινομηθούν στις ψυχοκοινωνικές διαταραχές (psychosocial disorders), στις στερεότυπες διαταραχές συνήθειας (habit disorders), στις αγχώδεις διαταραχές (anxiety disorders), στην αποδιοργανωτική συμπεριφορά

(disruptive behaviour), και στα προβλήματα ύπνου (sleeping problems), (Laurence, 2009)

Οι Ψυχοκοινωνικές διαταραχές, μπορούν να γίνουν προφανείς με προβλήματα:

- στο συναίσθημα (π.χ. άγχος ή κατάθλιψη)
- στη συμπεριφορά (π.χ. επιθετικότητα)
- στη σωματική λειτουργικότητα (π.χ. ψυχογεννητικές διαταραχές)
- στην πνευματική δραστηριότητα (π.χ. προβλήματα στο σχολείο)

Αυτού του είδους οι διαταραχές μπορεί να προκληθούν από ποικίλους παράγοντες όπως είναι η συμπεριφορά των γονέων (ασυνεπής ή αντιφατική), τα οικογενειακά ή συζυγικά προβλήματα, η κακοποίηση του παιδιού ή παραμέληση, η υπερβολική ελευθερία, κάποιος τραυματισμός ή χρόνια ασθένεια, χωρισμός ή πένθος (Harland P., Reijneveld SA, Brugman E., et al, 2002).

Τα μικρότερα παιδιά τείνουν να αντιδρούν σε στρεσογόνες καταστάσεις με εξασθένηση των φυσιολογικών λειτουργιών, όπως είναι της σίτισης και του ύπνου. Τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα στις σχέσεις με τους φίλους και την οικογένεια, φτωχή επίδοση στο σχολείο, παλινδρόμηση σε προηγούμενο στάδιο ανάπτυξης, ανάπτυξη ειδικών ψυχολογικών διαταραχών, όπως φοβία ή ψυχοσωματική ασθένεια.

Είναι δύσκολο να αξιολογηθεί πότε η συμπεριφορά αυτών των παιδιών είναι σε φυσιολογικά πλαίσια ή αρκετά προβληματική ώστε να απαιτεί παρέμβαση. Στη διάγνωση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συχνότητα, η έκταση, και η ένταση των συμπτωμάτων, αλλά και ο βαθμός στον οποίο προκαλούν τη διαταραχή, (Laurence, 2009).

Οι Στερεότυπες διαταραχές συνήθειας περιλαμβάνουν μια ποικιλία φαινομένων τα οποία μπορούν να χαρακτηριστούν και ως αγχολυτικά (κατευνάζουν την ένταση).

Στερεοτυπικές κινητικές διαταραχές – Stereotypic movement disorder (Έως το 1994 η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση -American Psychiatric Association- αναφέρονταν στις στερεοτυπικές κινητικές διαταραχές ως στερεότυπες διαταραχές συνήθειας) :

- Δακτυλολειξία (Thumb sucking), Επαναλαμβανόμενοι ήχοι (Repetitive vocalisations), Τικ (Tics)
- Φάγωμα των νυχιών (Nail biting), Τράβηγμα των μαλλιών (Hair pulling), Κράτημα της αναπνοής (Breath holding)
- Κατάποση αέρα (Air swallowing), Χτύπημα του κεφαλιού (Head banging), Να χειρίζονται με τρόπο που τους δίνει ευχαρίστηση διάφορα μέρη του σώματός τους, με τα χέρια τους (Manipulating parts of the body)
- Μονότονες ρυθμικές κινήσεις με το σώμα τους (Body rocking), Να χτυπούν ή να δαγκώνουν τον εαυτό τους (Hitting or biting themselves)

Όλα τα παιδιά αναμένεται σε κάποιο αναπτυξιακό στάδιο να εκδηλώσουν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, αλλά το αν θα θεωρηθούν ως διαταραχές εξαρτάται από τη συχνότητα και τη διάρκεια, και την επίδρασή τους στη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα, (Laurence, 2009).

#### Αγχώδεις διαταραχές

Το άγχος και οι φοβίες αποτελούν μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης. Ωστόσο, όταν εμμένουν και γενικεύονται, μπορούν να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν σε καταστάσεις δυσλειτουργικής κοινωνικότητας, και απαιτούν

παρέμβαση. Σύμφωνα με το DSM-IV, οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν: Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία, Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού, Ειδική Φοβία, Κοινωνική φοβία, ΨΚΔ, Διαταραχή μετά από Οξύ Στρες, Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες, Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, Διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες, Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, Διαταραχή άγχους του αποχωρισμού (συναντάται στην παιδική ηλικία).

#### Αποδιοργανωτική συμπεριφορά

Πολλές ανεπιθύμητες συμπεριφορές των παιδιών είναι φυσιολογικό να υπάρχουν σ' ένα πρώιμο στάδιο ανάπτυξης. Όταν όμως αυτές εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία, μπορούν να θεωρηθούν παθολογικές. Στα μικρά παιδιά συμπεριφορές όπως το κράτημα αναπνοής ή εκρήξεις οργής είναι πιθανόν το αποτέλεσμα θυμού και απογοήτευσης, στην ανικανότητά τους να ελέγξουν το περιβάλλον τους. Επίσης, κάποια μεμονωμένα επεισόδια κλοπής ή να πουν ψέματα, θεωρούνται και αυτά φυσιολογικά σε πρώιμα στάδια ανάπτυξης, αλλά αν εμμένουν ίσως να χρειαστεί παρέμβαση. Ενώ, δεν θα πρέπει να θεωρούνται ως φυσιολογικά αναπτυξιακά χαρακτηριστικά, συμπεριφορές όπως φυγή απ' το σχολείο χωρίς άδεια, εμπρησμοί, αντικοινωνική συμπεριφορά, και επιθετικότητα, (Laurence, 2009).

#### Προβλήματα ύπνου

Οι διαταραχές ύπνου μπορούν να οριστούν σε σχέση με το αν το παιδί κοιμάται πάρα πολύ ή σχεδόν καθόλου, από το φυσιολογικό. Οι διαταραχές ύπνου μπορεί να έχουν βλαβερή επίδραση στη γνωστική ανάπτυξη του

παιδιού, αλλά και στη λειτουργικότητα των γονιών. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά ηλικίας 2 – 3 ετών, βρέθηκε ένας σημαντικός σύνδεσμος ανάμεσα στις διαταραχές ύπνου και σε διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος (Reid GJ, Hong RY, Wade TJ, 2009). Επίσης, άλλοι συσχετισμοί με τις διαταραχές ύπνου αφορούν στην απώλεια μνήμης, και τη παχυσαρκία (Lipton J, Becker RE, Kothare SV, 2008)

#### **2.4. Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος**

Σύμφωνα με το ICD-10 (F90 – F98), οι διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως την παιδική και εφηβική ηλικία, περιλαμβάνουν:

- Διαταραχές υπερκινητικού τύπου

Βασικά χαρακτηριστικά: (α) εγκαθίσταται πρώιμα, (β) συνδυάζουν υπερδραστήρια, ανεπαρκώς συντονισμένη συμπεριφορά, με εκσεσημασμένη απροσεξία και έλλειψη επιμονής κατά την ενασχόληση με κάποιο έργο, (γ) αυτά τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς υπερσχύουν άλλων καταστάσεων και επιμένουν στο χρόνο. Στις δευτερογενείς επιπλοκές περιλαμβάνονται η δυσκοινωνική συμπεριφορά και η μειωμένη αυτοεκτίμηση.

- Διαταραχές της διαγωγής

Βασικά χαρακτηριστικά: Είναι η επαναλαμβανόμενη και επίμονη δυσκοινωνική, επιθετική ή προκλητική διαγωγή. Στις πλέον ακραίες μορφές της, η συμπεριφορά αυτή συνεπάγεται πιο βίαιες από τις αναμενόμενες για την ηλικία του παιδιού παρεκτροπές από τα κοινωνικώς αναμενόμενα όρια.

Επομένως, πρόκειται για διαταραχή βαρύτερη από τη συνηθισμένη συμπεριφορά των παιδιών ή από την επαναστατικότητα των εφήβων. Μεμονωμένες δυσκοινωνικές ή εγκληματικές πράξεις δεν αποτελούν στοιχεία για να τεθεί η διάγνωση, η οποία προϋποθέτει συνεχιζόμενη συμπεριφορά.

- Μεικτές διαταραχές της διαγωγής και του συναισθήματος

Βασικά χαρακτηριστικά: Συνδυασμός επίμονα επιθετικής, δυσκοινωνικής ή προκλητικής συμπεριφοράς με έκδηλα και έντονα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους ή άλλων συναισθηματικών διαταραχών.

- Διαταραχές του συναισθήματος με έναρξη ειδικά κατά την παιδική ηλικία

- Διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία

Βασικά χαρακτηριστικά: Ετερογενής ομάδα διαταραχών, με κοινό στοιχείο ανωμαλίες της κοινωνικής λειτουργικότητας που αρχίζουν κατά την περίοδο της ανάπτυξης, στις οποίες όμως (σε αντίθεση με τις διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης) το πρωταρχικό χαρακτηριστικό δεν είναι η εμφανής ιδιοσυστατική κοινωνική ανικανότητα ή η ελλειμματικότητα που επηρεάζει όλους τους τομείς της λειτουργικότητας.

- Άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος συνήθως με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία

Βασικά χαρακτηριστικά: Ετερογενής ομάδα διαταραχών, με κάποιες από αυτές να είναι σαφώς καθοριζόμενα σύνδρομα, ενώ άλλες δεν είναι παρά αθροίσματα συμπτωμάτων χωρίς νοσολογική εγκυρότητα, τα οποία όμως εμφανίζονται συχνά, σχετίζονται με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και δεν



είναι δυνατόν να ενσωματωθούν σε άλλα σύνδρομα. Αυτές οι διαταραχές περιλαμβάνουν: Μη οργανική ενούρηση, Μη οργανική εγκόπρηση, Διαταραχές της σίτισης κατά τη νηπιακή και την παιδική ηλικία, Βρώση μη τροφικών ουσιών κατά τη νηπιακή και την παιδική ηλικία (πίκα), Διαταραχές στερεοτυπικών κινήσεων, Τραυλισμός (βατταρισμός), Διακοπτόμενη ταχυλαλία, κ.ά.

- Ψυχική διαταραχή μη άλλως καθοριζόμενη

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

#### **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ**

#### **ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

#### **3.1. Ευρύματα προηγούμενων μελετών ως προς τη συνύπαρξη διαταραχών λόγου – ομιλίας με ψυχικές / συμπεριφορικές διαταραχές**

Διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν υποστηρίζουν ότι παιδιά με διαταραχές λόγου και ομιλίας βρίσκονται σε ρίσκο ως προς την ανάπτυξη ψυχιατρικών και συμπεριφορικών διαταραχών.

Ξεκινώντας από το 1937, ο Όρτον (Orton, 1937) παρατήρησε ότι οποιαδήποτε μεμονωμένη αναπηρία, που επηρεάζει την ικανότητα επικοινωνίας, οδηγεί σε δευτερεύοντα προβλήματα συμπεριφοράς. Ωστόσο, υπάρχουν αναφορές που διαφέρουν ως προς το ποια ακριβώς μπορεί να είναι αυτά τα δευτερεύοντα προβλήματα συμπεριφοράς. Ο Fitzsimons (1958) βρήκε ότι συμπεριφορές όπως καταστροφικότητα, διατροφικά προβλήματα, φοβίες, αισθήματα ζήλειας, νευρικότητα, ανυπακοή, ντροπαλότητα, εκρήξεις οργής, και πιπίλισμα του αντίχειρα, χαρακτηρίζουν παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα στην άρθρωση. Οι Lerea & Ward (1966), βρήκαν στα παιδιά αυτά, μεγαλύτερη απροθυμία στο να αλληλεπιδράσουν με τους άλλους. Ο Solomon (1961), ανέφερε τέσσερα συμπεριφορικά μοτίβα: συμπεριφορές που εκδηλώνονται με επίκεντρο τη στοματική περιοχή (πιπίλισμα του αντίχειρα, κλάμα), παθητικότητα (ντροπαλότητα, μεγάλη προθυμία να ευχαριστήσουν τους άλλους), εσωτερίκευση συναισθημάτων (νευρικότητα, ανησυχία), εξωτερίκευση

συναισθημάτων με επιθετικό τρόπο (καταστροφικότητα, σκληρότητα). Σε έρευνα κατά την οποία εξετάστηκαν παιδιά με καθυστέρηση τόσο στο λόγο όσο και στην ομιλία (Caceres, “1971”), η υπερκινητικότητα, η επιθετικότητα, η καταστροφικότητα και η δειλία, βρέθηκαν να αποτελούν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα. Επίσης, σε έρευνα όπου αξιολογήθηκαν 80 παιδιά με «ειδική αναπτυξιακή διαταραχή του λόγου» (Ingram, “1959”), ως συχνότερες προβληματικές συμπεριφορές βρέθηκαν να είναι η τάση για απομόνωση, ανωριμότητα, εκρήξεις θυμού, ευερεθιστότητα, πιπίλισμα του αντίχειρα, ενούριση και εφιάλτες τη νύχτα.

Επιπλέον, οι Chess & Rosenberg (1974) ανέφεραν μεν σε ένα γενικό πλαίσιο τα επικρατέστερα προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών με ποικίλα και διάφορα είδη προβλημάτων λόγου και ομιλίας, αλλά δεν διαχώρισαν τα είδη αυτών των συμπεριφορικών προβλημάτων ανάλογα με τις διαφορετικές υπομορφές διαταραχών λόγου και ομιλίας που τα παιδιά παρουσίαζαν. Οι Wylie, Franchak, & McWilliamw (1965), διαχώρισαν παιδιά μόνο με προβλήματα άρθρωσης από παιδιά με προβλήματα άρθρωσης μαζί με καθυστέρηση στην ανάπτυξη και εξέλιξη της ομιλίας, και βρήκαν ένα ελαφρώς διαφορετικό μοτίβο συμπεριφορικών προβλημάτων, όπου και οι δύο ομάδες είχαν υψηλή συχνότητα εμφάνισης σε εκρήξεις οργής, καβγάδες με τους γονείς, και έλλειψη φίλων. Ωστόσο, υπήρχαν και άλλα συμπτώματα τα οποία δεν ήταν κοινά στις δύο ομάδες. Η ομάδα παιδιών με προβλήματα μόνο της άρθρωσης εκδήλωσαν περισσότερο προβλήματα σχολικής επίδοσης, δυσκολίες προσοχής, ντροπαλότητα, αισθήματα κατωτερότητας και ευαισθησία στην κριτική. Η ομάδα με προβλήματα άρθρωσης μαζί με καθυστέρηση στην ανάπτυξη και εξέλιξη της ομιλίας, είχαν περισσότερο

προβλήματα ύπνου, υπερκινητικότητα, θλίψη, χτυπήματα του κεφαλιού και εμετούς.

Αν και αυτά τα ευρήματα είναι ενδιαφέροντα και σημαντικά, δεν αντιπροσωπεύουν τα προβλήματα των περισσότερων παιδιών με προβλήματα λόγου και ομιλίας, καθώς το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας προήλθε από κλινική «καθοδήγησης παιδιών», στην οποία τα παιδιά παραπέμφθηκαν ακριβώς εξαιτίας αυτών των προβλημάτων συμπεριφοράς.

### **3.2. Ψυχιατρικές παθήσεις και προβλήματα συμπεριφοράς σε παιδιά με διαταραχές λόγου και ομιλίας**

Η σχέση ανάμεσα στις διαταραχές λόγου και ομιλίας και στις ψυχιατρικές διαταραχές έχει παρουσιαστεί σε αρκετές μελέτες (Cantewell & Baker, 1977). Στην πλειοψηφία τους, αυτές οι μελέτες έχουν βασιστεί σε κλινικά δείγματα λόγου και ακοής (Baker & Cantwell, 1987b) ή σε δείγματα που έχουν παρθεί από παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες (Chess & Rosenberg, 1974; Gualtieri, Koriath, Van Bourgondien, & Saleeby, 1983). Τα δείγματα που έχουν παρθεί από αυτά τα περιβάλλοντα, τείνουν να επηρεάζονται από μεταβλητές όπως, η κοινωνική τάξη, η εθνικότητα, το είδος και τη σοβαρότητα της παρουσίασης προβλήματος (Journal of Abnormal Child Psychology, vol. 18, No. 3, 1990, pp. 283-296).

Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για να εκτιμήσει την επικινδυνότητα των παιδιών, ηλικίας 5 ετών, που παρουσιάζουν διαταραχές λόγου και ομιλίας, να αναπτύξουν ψυχιατρική διαταραχή, βρέθηκε πως τα

κορίτσια που παρουσιάζουν διαταραχές λόγου και ομιλίας βρίσκονται σε μεγαλύτερο ρίσκο απ'ότι τα αγόρια (Joseph H. Beitchman, Jane Hood and Alison Inglis, 1990). Από την άλλη, η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών της ομιλίας και του λόγου διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στα δύο φύλα και εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια απ'ότι στα κορίτσια, με αναλογία 2:1, (Fundudis, T., Kolvin, I. and Gasside, R.F., 1979), (McCready, E.B., 1962), (Morley, M., 1965). Η αναλογία αυτή είναι συνηθισμένο εύρημα στις εξελικτικές διαταραχές και μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα στους βιολογικούς και περιγεννητικούς κινδύνους. Έτσι, αναπόφευκτα, περισσότερα αγόρια παρουσιάζουν αργότερα κάποια μειονεξία, (McCarthy, D., 1954), (Rutter, M. And Tizard, J., 1970). Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η περίπτωση της εκλεκτικής αλαλίας που εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα, (Kolvin, I. and Fundudis, T., 1981), (Wright, H.L., 1968). Οι λόγοι είναι άγνωστοι. (Γ.Τσιαντής, Σ.Μανωλόπουλος, 2001).

Μια μεγάλη μελέτη των Dennis P. Cantwell, Lorian Baker & Richard E. Mathison (1977, 1980, 1982), βασίστηκε στην υπόθεση ότι ένα μειονέκτημα στην εξέλιξη της γλώσσας και της ομιλίας προδιαθέτει στα παιδιά αυτά την εξέλιξη ψυχιατρικών διαταραχών. Το αντικείμενο της μελέτης αυτής αποτελούσαν παιδιά ηλικίας 2-15 ετών τα οποία παρουσίαζαν:

- 1) Προβλήματα ομιλίας, εννοώντας μ'αυτό την καθυστερημένη εξέλιξη άρθρωσης καθώς και τη δυσarthρία. Στα παιδιά όμως αυτά η γλωσσική αντίληψη και έκφραση, κυμαίνονταν σε φυσιολογικά επίπεδα.
- 2) Προβλήματα γλώσσας και ομιλίας, εννοώντας μ'αυτό τη μη φυσιολογική

άρθρωση σε συνδυασμό με καθυστερημένη εξέλιξη αντίληψης ή της έκφρασης του λόγου, είτε και των δύο μαζί, δηλαδή εξελικτική γλωσσική διαταραχή τύπου αντιληπτικής ή εκφραστικής δυσφασίας.

Κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα:

1) Όλα σχεδόν τα παιδιά με διαταραχή στο λόγο αποτελούν ομάδα κινδύνου ως προς το να παρουσιάσουν ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές.

2) Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται ανάλογα με το είδος και το επίπεδο της διαταραχής στο λόγο και συγκεκριμένα:

- στην περίπτωση διαταραχής της ομιλίας το ποσοστό φτάνει το 29%
- στην περίπτωση διαταραχής της γλώσσας και της ομιλίας το ποσοστό φτάνει το 45%
- στην περίπτωση διαταραχής της γλώσσας φτάνει το ποσοστό 95%.

Αν και δεν υπάρχουν μοναδικές συμπεριφερειολογικές διαταραχές ή δυσκολίες, είτε ψυχιατρικά προβλήματα τα οποία είναι χαρακτηριστικά για τα παιδιά με διαταραχές γλώσσας και ομιλίας,

στις διαταραχές ομιλίας υπερτερούν:

- σωματικές διαταραχές (44%)
- συναισθηματικές διαταραχές (21%)
- εξελικτικές διαταραχές (7%)
- διαταραχές συμπεριφοράς (6%)

στις διαταραχές της γλώσσας και της ομιλίας υπερτερούν:

- διαταραχές συμπεριφοράς (32%)
- συναισθηματικές διαταραχές (30%)
- εξελικτικές διαταραχές (26%)

- σωματικές διαταραχές (1%)

στις διαταραχές της γλώσσας υπερτερούν:

- συναισθηματικές διαταραχές (58%)

- διαταραχές συμπεριφοράς (53%)

- εξελικτικές διαταραχές (37%)

- σωματικές διαταραχές (0%)

### 3) Σχετικά με την ηλικία και το φύλο των παιδιών:

- Παιδιά ηλικίας από 5 ετών και άνω και ειδικά κορίτσια παρουσιάζουν μεγάλη διαταραχή στο συναίσθημα (στατιστική σημαντικότητα) όπου υπερτερούσε η κατάθλιψη.

- Επίσης παιδιά ηλικίας 5 ετών και άνω παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά. Σχετικά με αυτό τον παράγοντα οι μελέτες των Quay 1979, Werni & Hawthorne 1976, Goyette et all 1978, O'Donnel & Van Tuinan 1979, μας δίνουν τα εξής στοιχεία: Η διαταραχή της διαγωγής και η υπερκινητικότητα είναι πιο συχνή στα αγόρια. Ενώ η διαταραχή της συμπεριφοράς και το άγχος είναι πιο συχνή στα κορίτσια.

- Επίσης η Barbara Sawa (1981), βρήκε ότι: Στην προσχολική και νηπιακή ηλικία, τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό υπερκινητικότητα ή επιθετικότητα ή υπερευαισθησία. Ενώ κατά τη σχολική ηλικία τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν δυσκολία στη σχολική προσαρμογή, είναι ιδιαίτερα συνεσταλμένα και μη κοινωνικά.

Τέλος, ο D. Crystal διαπιστώνει ότι οι διαταραχές λόγου σε παιδιά ηλικίας 3 ετών αναγνωρίζονται από το περιβάλλον σαν διαταραχές στη συμπεριφορά. Αυτό μεταξύ άλλων αργοπορεί τη λογοπεδική εκτίμηση των

παιδιών αυτών και κατ'επέκταση αργοπορεί και την αντιμετώπιση των δυσκολιών που παρουσιάζουν τα παιδιά αυτά στο λόγο (Πρακτικά 3<sup>ου</sup> Συνεδρίου του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου, 1987).

### **3.3. Προβλήματα συμπεριφοράς σε δύο ομάδες παιδιών, με διαταραχές ομιλίας, και διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να συγκρίνει παιδιά με διαταραχές μόνο της ομιλίας, με παιδιά που παρουσιάζουν διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί, ως προς τη συχνότητα και το είδος των προβλημάτων συμπεριφοράς που μπορεί να παρουσιάζουν.

Η ομιλία των παιδιών αξιολογήθηκε μέσω δοκιμασίας για την άρθρωση των Goldman & Fristoe (Test of Articulation). Ο λόγος των παιδιών αξιολογήθηκε από τις δοκιμασίες: Peabody Picture Vocabulary Test (Dunn, 1956), Test for Auditory Comprehension of Language (Carrow, 1973), Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (Kirk, McCarthy, & Kirk, 1968), καθώς και μέσω ανάλυσης από δείγμα ελεύθερου λόγου.

Τα παιδιά και των δύο ομάδων αξιολογήθηκαν από γονείς και δασκάλους ως προς τα προβλήματα συμπεριφοράς που μπορεί να παρουσίαζαν.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία αξιολόγησης ήταν: Conners Parent and Teacher Questionnaires (Conners, 1973), και Rutter Parent and Teacher Questionnaires (Rutter, Graham, & Yule, 1970).

Τόσο οι γονείς όσο και οι δάσκαλοι εκτίμησαν ότι τα παιδιά με διαταραχές λόγου μαζί και ομιλίας είχαν περισσότερο σοβαρές και πιο



συχνές συμπεριφορικές ανωμαλίες, συγκεκριμένα συμπεριφορές υπερκινητικότητας και αναπτυξιακά προβλήματα. Οι σωματικές ενοχλήσεις ήταν πιο έντονες στην ομάδα παιδιών με διαταραχές μόνο της ομιλίας, ενώ όσον αφορά τις διαταραχές συμπεριφοράς, τα συναισθηματικά προβλήματα και τις φτωχές συναναστροφές, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Παρόλο που τα αποτελέσματα έδειξαν πως μερικά προβλήματα συνέπιπταν ανάμεσα στις δύο ομάδες, τα προβλήματα που αναφέρθηκαν ότι έχουν τη μεγαλύτερη σοβαρότητα δεν ήταν τα ίδια στις δύο ομάδες παιδιών. Σύμφωνα με τους γονείς των παιδιών, σοβαρά προβλήματα κοινά και στις δύο ομάδες, ήταν αισθήματα απογοήτευσης, συναισθήματα που πληγώνονται εύκολα, ανυπακοή, ντροπαλότητα, οξυθυμία και διατροφικά προβλήματα. Σοβαρά προβλήματα που αναφέρθηκαν από γονείς για παιδιά με προβλήματα λόγου και ομιλίας μαζί, αλλά όχι για παιδιά με διαταραχές μόνο στην ομιλία, ήταν ανωριμότητα, νευρικότητα, μικρή διάρκεια προσοχής, ευερεθιστότητα, εκρήξεις οργής, υπερδιέγερση και τάσεις για απομόνωση (μοναχική συμπεριφορά).

Σοβαρά προβλήματα που αναφέρθηκαν από γονείς για την ομάδα παιδιών με διαταραχές μόνο της ομιλίας, τα οποία δε θεωρήθηκαν σημαντικά για την άλλη ομάδα, ήταν στομαχόπονοι, εφιάλτες και αδελφικοί καβγάδες. Γενικά, όταν αναφέρθηκαν ίδια προβλήματα και για τις δύο ομάδες, οι γονείς έκριναν ότι μεγαλύτερα ήταν στην ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας.

Οι αναφορές των δασκάλων έδωσαν μια ελαφρώς πιο σταθερή εικόνα για τις δύο ομάδες. Τα μεγαλύτερα προβλήματα που ανέφεραν οι δάσκαλοι ήταν η έλλειψη ηγετικής ικανότητας, υποταγή – υποχωρητικότητα,

προβλήματα ακαδημαϊκής επίδοσης, μικρή διάρκεια προσοχής, νευρική κινητικότητα, μοναχική συμπεριφορά, ισχυρογνωμοσύνη – ξεροκεφαλιά, ανησυχία – νευρικότητα, ευερεθιστότητα, ντροπαλότητα και προβλήματα συμμετοχής στην ομάδα. Αυτά αναφέρθηκαν σαν τα σημαντικότερα προβλήματα και για τις δύο ομάδες. Αν και για τις δύο ομάδες αναφέρθηκαν κοινά προβλήματα, ωστόσο, της ομάδας με διαταραχές λόγου και ομιλίας τα προβλήματα, κρίθηκαν πιο σοβαρά. Δεν υπήρχαν μεγάλα προβλήματα που οι δάσκαλοι να έκριναν πιο σοβαρά στην ομάδα με διαταραχές μόνο της ομιλίας απ'ότι στην άλλη ομάδα. Οι δάσκαλοι εκτίμησαν ότι η ομάδα με τις διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί, στην ουσία αντιπροσώπευε περισσότερο ένα συνολικό πρόβλημα, και περισσότερο ένα πρόβλημα ακαδημαϊκής επίδοσης, γενικής συμπεριφοράς και στάσης προς την εξουσία. Η ακαδημαϊκή επίδοση θεωρήθηκε από τους δασκάλους μεγαλύτερο πρόβλημα στα παιδιά με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί, και αυτά τα παιδιά κρίθηκαν ως σημαντικά πιο φτωχά στην αγγλική γλώσσα, στο λόγο, στην ανάγνωση, στην ορθογραφία και στην αριθμητική.

### **3.4. Ψυχιατρικές και αναπτυξιακές διαταραχές σε τρεις ομάδες παιδιών με διαταραχές λόγου και ομιλίας**

I) Ψυχιατρικές διαταραχές. Τα ποσοστά εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών ήταν αρκετά διαφορετικά ανάμεσα στις τρεις ομάδες παιδιών. Σε οποιαδήποτε μορφή ψυχιατρικής διαταραχής το υψηλότερο ποσοστό το είχε η ομάδα με διαταραχές μόνο του λόγου (73%), το χαμηλότερο η ομάδα με διαταραχές μόνο της ομιλίας (31%), ενώ η ομάδα με διαταραχές του

λόγου και της ομιλίας μαζί παρουσίασε ποσοστό 58%. Επιπλέον, ειδικά ψυχιατρικά σύνδρομα κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις βασικούς τύπους διαταραχών: α) διαταραχές συμπεριφοράς (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, διαταραχή της διαγωγής, και αντιδραστικότητα), β) διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (νηπιακός αυτισμός), γ) διαταραχές του συναισθήματος (διαταραχή άγχους του αποχωρισμού, διαταραχή φοβικού άγχους, αποφευκτική διαταραχή, διαταραχή της προσαρμογής, και παρορμητικότητα), δ) άλλες διαταραχές (διαταραχές της σίτισης, διαταραχές στερεοτυπικών κινήσεων, διαταραχή ταυτότητας του φύλου, σχιζοειδή διαταραχή, ψυχική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη, και διαπροσωπικά προβλήματα). Από τα αποτελέσματα των μετρήσεων φάνηκε πως διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος είχαν σημαντικά διαφορετικά ποσοστά επικράτησης, σε σχέση με τις άλλες διαταραχές, στις τρεις ομάδες παιδιών. Στην ομάδα παιδιών με διαταραχές μόνο της ομιλίας παρουσιάστηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά (διαταραχές συμπεριφοράς 14%, και διαταραχές του συναισθήματος 15%), τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάστηκαν στην ομάδα παιδιών με διαταραχές του λόγου (47% και 31% αντίστοιχα), και η τρίτη ομάδα, παρουσίασε 30% και 21% αντίστοιχα. Ωστόσο παρατηρήθηκε σχετικά μικρός αριθμός παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και άλλες διαταραχές, γι' αυτό θεωρήθηκε ότι δε θα μπορούσε να έχει ιδιαίτερη στατιστική σημασία. Επιπλέον, ανάμεσα σε όλες τις ψυχιατρικές διαγνώσεις που μετρήθηκαν, μόνο δύο ήταν αυτές που παρουσίασαν σημαντικά διαφορετική επικράτηση μεταξύ των τριών ομάδων. Αυτές ήταν η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και η παρορμητικότητα. Η πρώτη ακολούθησε παρόμοιο μοτίβο επικράτησης, με

χαμηλότερο ποσοστό στην ομάδα με διαταραχές μόνο της ομιλίας (10%), υψηλότερο στην ομάδα με διαταραχές του λόγου (33%), και στην ομάδα με διαταραχές του λόγου και της ομιλίας μαζί 23%. Η δεύτερη ωστόσο, εμφάνιστηκε ακριβώς με το ίδιο ποσοστό (3%) και στην ομάδα με διαταραχές μόνο της ομιλίας και στην ομάδα με διαταραχές του λόγου και της ομιλίας μαζί, αλλά ήταν πολύ υψηλότερο στην ομάδα με διαταραχές του λόγου (18%).

II) Αναπτυξιακές διαταραχές: Νοητική καθυστέρηση και αναπτυξιακές διαταραχές όπως ενούριση, εγκόπριση, ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης, προβλήματα συντονισμού, και αναπτυξιακές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες, παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 21% από τα 600 παιδιά του δείγματος. Τα ποσοστά επικράτησης των αναπτυξιακών διαταραχών διέφεραν μεταξύ των τριών ομάδων, ακολουθώντας το ίδιο μοτίβο με αυτό των κλινικών ψυχιατρικών διαταραχών. Έτσι, το χαμηλότερο ποσοστό επικράτησης για οποιαδήποτε αναπτυξιακή διαταραχή βρέθηκε στην ομάδα με διαταραχές μόνο της ομιλίας (9%), το υψηλότερο στην ομάδα με διαταραχές μόνο του λόγου (31%), και στην ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί (27%). Ωστόσο, ο αριθμός των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές που παρατηρήθηκε στα 600 παιδιά του δείγματος ήταν σχετικά μικρός, γι' αυτό θεωρήθηκε ότι η στατιστική ανάλυση δε θα είχε σημασία για τη σύγκριση των διαγνωστικών δεδομένων των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών (π.χ. διαταραχή της ανάγνωσης ή της αριθμητικής). Παρ' όλα αυτά, από τα δεδομένα φάνηκε ότι παιδιά με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί έχουν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης αναπτυξιακών διαταραχών, απ' ό,τι παιδιά με διαταραχές μόνο του λόγου.

Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι ανάμεσα στις τρεις ομάδες υπήρχαν διαφορές ως προς την ηλικία και το IQ. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκαν ζευγάρια ταιριάζοντας τον μικρό αριθμό των παιδιών που είχε η ομάδα με διαταραχές μόνο του λόγου, με τα παιδιά των δύο άλλων ομάδων ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, και το επίπεδο της νοημοσύνης (IQ). Τα δεδομένα που προέκυψαν από τη σύγκριση των τροποποιημένων ομάδων έδειξαν πως οι δύο ομάδες που περιελάμβαναν διαταραχές του λόγου παρουσίασαν τις ίδιες πιθανότητες για ψυχιατρική διάγνωση (74% με διαταραχές μόνο του λόγου, και 79% με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί), απ'ότι παιδιά με διαταραχές μόνο της ομιλίας (21%), τα οποία όχι μόνο έχουν λιγότερες πιθανότητες για ύπαρξη διεγνωσμένης ψυχιατρικής διαταραχής, αλλά όταν υπάρχει, πρόκειται συνήθως για συναισθηματική διαταραχή. Από την άλλη, η ομάδα με διαταραχές λόγου παρουσίασε περισσότερες πιθανότητες διάγνωσης διαταραχών συμπεριφοράς (47%) σε σχέση με την ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί, η οποία με τη σειρά της είχε τις ίδιες πιθανότητες διάγνωσης είτε συναισθηματικών είτε συμπεριφορικών διαταραχών (47% και 37% αντίστοιχα, ενώ για την ομάδα με διαταραχές μόνο του λόγου, το ποσοστό διάγνωσης συναισθηματικών διαταραχών ήταν 16%). Επίσης, παιδιά με διαταραχές του λόγου και της ομιλίας, είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν αναπτυξιακή διαταραχή (27%) απ'ότι παιδιά με διαταραχές μόνο του λόγου (16%), όπου και αυτά με τη σειρά τους είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν αναπτυξιακή διαταραχή, απ'ότι παιδιά με διαταραχές μόνο της ομιλίας (0%).

### 3.5. Νοημοσύνη και ψυχοπαθολογία στην παιδική ηλικία

Ένας σημαντικός παράγοντας που φαίνεται να σχετίζεται με ψυχιατρικές διαταραχές, ο οποίος ίσως είναι και ο πιο σημαντικός είναι η ελλειμματική νοημοσύνη (Howlin & Rutter, 1987). Η σχέση ανάμεσα στη διανοητική λειτουργία και τη ψυχοπαθολογία της παιδικής ηλικίας, αναδείχτηκε σε μελέτες βασισμένες στην κοινότητα, μεγαλύτερων παιδιών (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1989; Cook, Greenberg, & Kusche, 1994) και σε μελέτες παιδιών που επιλέχτηκαν από το σχολικό περιβάλλον για προβλήματα συμπεριφοράς (Carlson, Lahey, & Neepner, 1986). Αυτή η σχέση βρέθηκε πως παραμένει σταθερή μέσα στο χρόνο (Anderson et al., 1989).

Επιπλέον, επιδημιολογικές μελέτες έχουν αναδείξει συσχετισμούς ανάμεσα στη χαμηλή νοημοσύνη και σε ειδικά προβλήματα όπως είναι η υπερκινητικότητα ( McGee, Partridge, Williams, & Silva, 1991) και η παραβατικότητα (White, Moffitt, & Silva, 1989). Παρόμοιοι συσχετισμοί έχουν βρεθεί για χαμηλότερα επίπεδα νοημοσύνης με συμπεριφορές τόσο εσωτερίκευσης (Pianta & Castaldi, 1989) όσο και εξωτερίκευσης<sup>3</sup> (Pianta & Caldwell, 1990) από το νηπιαγωγείο έως την πρώτη τάξη.

Επιπρόσθετα, υπάρχει μια σχέση ανάμεσα τόσο σε λεκτικές όσο και μη λεκτικές δεξιότητες και την παιδική ψυχοπαθολογία, μεταξύ των μεγαλύτερων παιδιών. Η χαμηλή λεκτική νοημοσύνη, ακόμα και εντός μίας

---

<sup>3</sup> Σύμφωνα με το DSM IV, άτομα με Διανοητική Καθυστέρηση μπορεί να είναι παθητικά και εξαρτημένα και άλλα επιθετικά και παρορμητικά. Η συνύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών είναι πολύ πιο συχνή στα καθυστερημένα άτομα απ'ότι στο γενικό πληθυσμό. Οι πιο συχνές συνοδές διαταραχές είναι η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, οι Διαταραχές της Διάθεσης, οι Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης, η Διαταραχή Στερεοτυπικών Κινήσεων και Ψυχικές Διαταραχές Οφειλόμενες σε Γενική Ιατρική Κατασταση (π.χ. Άνοια Οφειλόμενη σε Τραύμα Κεφαλής).

τυπικής απόκλισης από το μέσο όρο (85-99), συσχετίζεται με αυξημένη επικράτηση προβλημάτων συμπεριφοράς όπως είναι η υπερκινητικότητα και η επιθετικότητα μεταξύ παιδιών σχολικής ηλικίας (Beitchman, Patterson, Gelfand, & Minty, 1982). Επίσης μελέτες βασισμένες στην κοινότητα έχουν δείξει ότι παιδιά με λεκτικά ελλείμματα χαρακτηρίζονται από συμπεριφορές εξωτερίκευσης συναισθημάτων με επιθετικό τρόπο (Anderson et al., 1989; McGee, Williams, & Silva, 1984).

Παρόμοιες σχέσεις υπάρχουν μεταξύ παιδιών σχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν διαταραχές λόγου και ομιλίας. Σε ένα κλινικό δείγμα, οι Gualtieri, Koriath, Van Bourgondien, and Saleeby (1983) παρατήρησαν ότι ένας σημαντικός αριθμός παιδιών που εισήχθησαν σε ψυχιατρικές μονάδες είχαν από μέτριες έως σοβαρές γλωσσικές διαταραχές. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ένα σύνδεσμο ανάμεσα στις διαταραχές λόγου και ομιλίας και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (Beitchman, Nair, Clegg, Ferguson, & Patel, 1986; McGee et al., 1984).

Ο μηχανισμός που αποτελεί τη βάση της σχέσης ανάμεσα στη γλωσσική διαταραχή και την ψυχοπαθολογία, ακόμα δεν έχει ξεκαθαριστεί. Ο Beitchman (1985) είχε βρει ότι το χαμηλό IQ συσχετιζόνταν με ψυχιατρικά προβλήματα τόσο σε ομάδες παιδιών με διαταραχές λόγου και ομιλίας όσο και στις ομάδες ελέγχου. Οι Beitchman, Hood, Rochon και Peterson (1989) υποστήριξαν ότι τα αποτελέσματά τους αντανακλούν μια γενική νευροεξελικτική καθυστέρηση (μετρημένη από το IQ) η οποία μπορεί να συνδέει τις γλωσσικές διαταραχές με τα προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά.

Οι Benasich, Cutiss και Tallal (1993) πρότειναν επίσης ότι παράγοντες που σχετίζονται με τη γενική νοημοσύνη και όχι με λεκτικά ή γλωσσικά ελλείμματα, είναι πιο πιθανό να συσχετίζονται με την ψυχοπαθολογία των παιδιών με γλωσσική διαταραχή.

### **3.6. Επιλεκτική βωβότητα και αναπτυξιακές διαταραχές**

Η μελέτη αυτή (Kristensen H., 2000) είχε ως σκοπό να αξιολογήσει τη συννοσηρότητα αναπτυξιακής διαταραχής/καθυστέρησης σε παιδιά με επιλεκτική βωβότητα, και συννοσηρά συμπτώματα όπως το φοβικό άγχος, η ενούριση και εγκόπριση.

Η ομάδα παιδιών με επιλεκτική βωβότητα και η ομάδα ελέγχου εκτιμήθηκαν μέσω περιεκτικής αξιολόγησης σε όλους τους τομείς, και μέσω δομημένης διαγνωστικής συνέντευξης από τους γονείς, με εστίαση της προσοχής στο αναπτυξιακό ιστορικό. Οι διαγνώσεις έγιναν σύμφωνα με το DSM-IV.

Συνολικά αξιολογήθηκαν 54 παιδιά με επιλεκτική βωβότητα και 108 παιδιά που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Το 68,5% των παιδιών με επιλεκτική βωβότητα πληρούσε τα κριτήρια για μια διάγνωση που αντανάκλούσε αναπτυξιακή διαταραχή/καθυστέρηση, σε σχέση με το 13,0% στην ομάδα ελέγχου. Τα διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή φοβικού άγχους πληρούσε το 74,1% στην ομάδα με επιλεκτική βωβότητα, και για διαταραχή της απέκκρισης το 31,5 %, εναντίον του 7,4% και 9,3% αντίστοιχα, στην ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα με επιλεκτική βωβότητα το 46,3% των παιδιών πληρούσε τα κριτήρια τόσο για διάγνωση φοβικού



άγχους, όσο και για μια διάγνωση που αντανακλούσε αναπτυξιακή διαταραχή/καθυστέρηση, εναντίον του 0,9% των παιδιών στην ομάδα ελέγχου.

Συμπερασματικά, η επιλεκτική βωβότητα συσχετίζεται με αναπτυξιακή διαταραχή /καθυστέρηση σχεδόν τόσο συχνά όσο και με διαταραχές φοβικού άγχους. Η άρνηση ομιλίας από το παιδί (αφωνία/αλαλία), μπορεί να αποκρύπτει αναπτυξιακά προβλήματα σε παιδιά με επιλεκτική βωβότητα, και τα παιδιά αυτά πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια και για αναπτυξιακή και για φοβικού άγχους διαταραχή (Kristensen H., 2000).

### **3.7. Ειδική Γλωσσική Διαταραχή και συμπεριφορικές δυσκολίες**

Η ύπαρξη συννοσηρότητας κοινωνικών και συμπεριφορικών δυσκολιών σε παιδιά με ειδική γλωσσική διαταραχή (SLI) θεωρείται δεδομένη (Benner, Nelson, & Epstein, 2002; Redmond & Rice, 1998). Ποσοστά αξιολόγησης συννοσηρότητας ανάμεσα σε κοινωνικο-συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές, και στην ειδική γλωσσική διαταραχή, τα οποία συγκεντρώθηκαν από πολλαπλές μελέτες κυμαίνονται από 50% - 70% (Hummel & Prizant, 1993; Redmond & Rice, 1998). Τα ποσοστά αυτά έχουν συγκεντρωθεί από έρευνες που ακολούθησαν δύο διαφορετικές γραμμές. Παιδιά που είχαν ως πρωταρχική διάγνωση ειδική γλωσσική διαταραχή, μελετήθηκαν μακροπρόθεσμα, και βρέθηκαν να εμφανίζουν σε υψηλό επίπεδο κοινωνικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, σε σύγκριση με συνομηλίκους που δεν είχαν ειδική γλωσσική διαταραχή (e.g., Beitchman et al., 1996; Fujiki, Brinton, Morgan, & Hart, 1999;

McCabe & Meller, 2004; Redmond & Rice, 1998). Από την άλλη, παιδιά με πρωταρχική διάγνωση συναισθηματικές ή/και συμπεριφορικές διαταραχές, βρέθηκαν να εμφανίζουν από μέτρια έως σοβαρή γλωσσική διαταραχή (Benner et al., 2002; Cohen, Barwick, Horodezky, Vallance, & Im, 1998; Ruhl, Hughes, & Camarata, 1992). Και οι δύο αυτές γραμμές έρευνας, υποστήριξαν το σύνδεσμο που υπάρχει ανάμεσα στη γλωσσική διαταραχή και σε συνυπάρχουσες κοινωνικο-συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Επιπλέον, ο τρόπος με τον οποίο αυτές οι δυσκολίες συσχετίζονται, παίζει μεγάλο ρόλο στην αξιολόγηση και στη διαδικασία παρέμβασης, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ότι οι στρατηγικές θεραπείας και οι συστάσεις είναι οι κατάλληλες (Redmont & Rice, 1998). Η φύση και η σοβαρότητα των κοινωνικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών που εκδηλώνονται από παιδιά που εμφανίζουν ειδική γλωσσική διαταραχή, ποικίλουν και είναι πολύπλοκες. Τα παιδιά αυτά είναι συνήθως λιγομίλητα και επιφυλακτικά, με τα αγόρια να είναι περισσότερο μοναχικά και να αντιδρούν με συμπεριφορές απόσυρσης, απ'ότι τα κορίτσια ή άλλα συνομήλικα παιδιά που η ανάπτυξή τους ακολουθεί τυπική πορεία (Fugiki et al., 1999).

Επίσης συχνά είναι τα προβλήματα συμπεριφορών εξωτερίκευσης, όπως είναι οι διαταραχές προσοχής, η υπερκινητικότητα και η αντιπαλότητα (Baker & Cantwell, 1982; Beitchman, Nair, Clegg, Ferguson, & Patel, 1986). Η Gallagher (1999) ανέφερε ότι οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, με βάση τη βιβλιογραφία, περιλαμβάνουν μια γενική ανωριμότητα σε όλους τους τομείς, απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, απογοήτευση, επιθετικότητα, διαταραχές διαγωγής,

χαμηλό αυτοσεβασμό, χαμηλή αυτοπεποίθηση, κοινωνική απόσυρση, κατάθλιψη και ανησυχία. Επιπλέον, υποστήριξε πως η φύση των προβλημάτων συσχετίζεται με την ηλικία του παιδιού, με τα προβλήματα των συμπεριφορών εξωτερίκευσης να είναι επικρατέστερα σε μικρότερες ηλικίες, και τα προβλήματα συμπεριφορών εσωτερίκευσης να είναι πιο προφανή σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Αυτό μπορεί να αντανακλά μια δυναμική αναπτυξιακή τροχιά αποτυχίας διαπροσωπικής επικοινωνίας, όπου ένα μικρό παιδί με επικοινωνιακές δυσκολίες χρησιμοποιεί περισσότερο άμεσα, εγωκεντρικά, και σωματικά μέσα για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, όπως το να επιτίθεται σε άλλο παιδί για ένα παιχνίδι ή να εγκαταλείπει τον κύκλο της ομάδας στην οποία βρίσκεται αντί να υπομείνει να ακούσει μια ακαταλαβίστικη γι' αυτό ιστορία.

Καθώς το παιδί ωριμάζει και επιδέχεται επαναλαμβανόμενες κοινωνικές και ακαδημαϊκές αποτυχίες, αισθήματα ανεπάρκειας και χαμηλή αυτοεκτίμηση εμφανίζονται και ψυχιατρικά συμπτώματα, τα οποία γίνονται πιο εμφανή (Cantwell & Baker, 1987).

Έρευνες έχουν εντοπίσει τις πρώιμες επικοινωνιακές αδυναμίες ή «... γλωσσολογικές συμπεριφορές που δεν είναι κοινωνικά αποδεκτές σε παιδιά με γλωσσικές δυσκολίες» σαν πιθανό παράγοντα που συμβάλλει στο να εμφανιστούν προβλήματα συμπεριφοράς (Brinton & Fujiki, 1993, p.195). Οι Brinton και Fujiki (1993) επεκτάθηκαν επάνω στην ιδέα της «αρνητικά περιστρεφόμενης κοινωνικότητας» (Rice's notion, 1993), που ονομάστηκε έτσι επειδή παιδιά με επικοινωνιακές δυσκολίες είναι λιγότερο κατάλληλα να διαλεχτούν ως σύντροφοι στο παιχνίδι, εξαιτίας των περιορισμένων

συνεισφορών τους σε εμπειρικό παιχνίδι λόγω των περιορισμένων ικανοτήτων στο προφορικό λόγο, και επομένως έχουν λιγότερες ευκαιρίες να συμμετέχουν σε ευνοϊκές καταστάσεις που βοηθάνε στο χτίσιμο της γλώσσας. Κατά συνέπεια, η απόρριψη από τους συνομήλικους οδηγεί σε μεγαλύτερη παραμέληση επικοινωνιακών ανταλλαγών, έλλειψη εξάσκησης και ανατροφοδότησης, και μειωμένες ευκαιρίες για κοινωνική ανάπτυξη.

Η λογική υπαγορεύει πως η κοινωνική και συμπεριφορική προσαρμογή των παιδιών με ειδική γλωσσική διαταραχή θα ποικίλει ανάλογα με το βαθμό στον οποίο μπορούν να αρθρώσουν ξεκάθαρα τις σκέψεις τους στους άλλους, να εκφράσουν αυτά που τους απασχολούν και τις ανάγκες τους, να κατανοήσουν τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των άλλων, και να συμμετέχουν σε κοινωνικά κατάλληλη επικοινωνία (Beitchman et al., 1996; Windsor, 1995).

Επιπλέον, έχει υποστηριχτεί πως τα πραγματολογικά ελλείμματα είναι τα επικρατέστερα σε παιδιά με ειδική γλωσσική διαταραχή και με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές (Hummel & Prizant, 1993). Παιδιά με ειδική γλωσσική διαταραχή που εμφανίζουν πραγματολογικές δυσκολίες συχνά αποτυγχάνουν να αναπαραστήσουν στρατηγικές επικοινωνίας όταν συναντάνε μια κοινωνική δυσκολία, όπως το να ζητήσουν μια διευκρίνιση. Αντι γι' αυτό, βασίζονται σε συμπεριφορικές αντιδράσεις και παρορμητικές εκφράσεις για να επικοινωνίσουν, χαρακτηριστικά με ένα μη παραγωγικό ή αποδιοργανωτικό τρόπο (π.χ. πετώντας αντικείμενα στο έδαφος ή κλαίγοντας).

Η τρέχουσα βιβλιογραφία παρέχει στοιχεία που υποστηρίζουν πως τα γλωσσικά ελλείμματα είναι δυνατό να επηρεάζουν τη κοινωνική, συμπεριφορική, και συναισθηματική προσαρμογή των παιδιών, τόσο το χρονικό διάστημα που εμφανίζονται, όσο και μακροπρόθεσμα. Ο Beitchman, et al. (1996) με τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε προτάθηκε ότι συμβαίνει μια αναπτυξιακή αλλαγή στη φύση των συμπεριφορικών προβλημάτων που σχετίζονται με την ειδική γλωσσική διαταραχή, στην ηλικία μεταξύ των 5 και 12 ετών. Αυτό το αναπτυξιακό μοντέλο επεκτάθηκε και προς τα κάτω στην προσχολική ηλικία, για να αναγνωριστεί αν υπάρχουν δυσκολίες (ή αν βρίσκονται σε διαδικασία εμφάνισης) και ποιες είναι οι συμπεριφορικές δυσκολίες στις οποίες παρεμβάλλεται μια ειδική γλωσσική διαταραχή.

### **3.8. Επιπτώσεις διαταραχών λόγου / ομιλίας**

Σε αυτή τη μακροχρόνια μελέτη, οι συμμετέχοντες έδωσαν ψυχιατρικά δομημένες συνεντεύξεις σε ηλικία 19 ετών, οι οποίοι στην ηλικία των 5 ετών είχαν διαγνωστεί με διαταραχές ομιλίας, διαταραχές λόγου ή χωρίς διαταραχή. Το πρώτο στάδιο αυτής της μελέτης πραγματοποιήθηκε το 1982 όταν οι συμμετέχοντες ήταν 5 ετών, και το τελικό στάδιο μεταξύ του 1995 και 1997, όταν οι συμμετέχοντες είχαν μέσο όρο ηλικίας 19 ετών. Ο στόχος ήταν να εξεταστεί η συσχέτιση ανάμεσα σε διαταραχές λόγου/ομιλίας στην παιδική ηλικία και ψυχιατρικών αποτελεσμάτων κατά την ενηλικίωση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως παιδιά με πρώιμη γλωσσική διαταραχή είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά φοβικού άγχους κατά την ενηλικίωση,

σε σχέση με παιδιά που δεν ήταν γλωσσικά διαταραγμένα. Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες με διαταραχές φοβικού άγχους είχαν διάγνωση κοινωνικής φοβίας. Επίσης, βρέθηκαν συσχετισμοί ανάμεσα σε γλωσσικές διαταραχές και διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας. Τα αγόρια από την ομάδα με γλωσσικές διαταραχές, είχαν υψηλότερα ποσοστά αντικοινωνικής προσωπικότητας σε σχέση με τα αγόρια από την ομάδα ελέγχου.

Τα αποτελέσματα υποστήριξαν τη συσχέτιση ανάμεσα στη λειτουργία του λόγου και της ομιλίας στην πρώιμη παιδική ηλικία, και ψυχιατρικής διαταραχής στην ενηλικίωση, κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 14 ετών. Αυτή η συσχέτιση υπογραμμίζει τη σημασία μιας αποτελεσματικής και έγκαιρης παρέμβασης.

### **3.9. Ο ρόλος του λογοθεραπευτή σε παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές**

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε (A. Kotopoulos and L. Boodoosingh, 1987) σε παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών και 11 μηνών, τα οποία παραπέμφθηκαν σε ημερήσιο ψυχιατρικό πρόγραμμα και στα οποία πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση λόγου και ομιλίας, επιβεβαιώθηκαν προηγούμενα ευρύματα που αφορούσαν στην υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στις γλωσσικές και ψυχιατρικές διαταραχές. Επιπλέον, τα ευρύματα έδειξαν πως τα γλωσσικά ελλείμματα ήταν αρκετά σοβαρά ώστε να απαιτείται λογοθεραπεία στα περισσότερα παιδιά του δείγματος. Επίσης, τα παιδιά αυτά ήταν αρκετά διαταραγμένα ώστε να απαιτείται παρακολούθηση σε ειδικό σχολείο και επιπρόσθετη αποκατάσταση, ατομική και ομαδική

ψυχοθεραπεία και άλλες δραστηριότητες ενός ημερήσιου και βραδυνού προγράμματος.

Στη μελέτη αυτή (A. Kotopoulos and L. Boodoosingh, 1987), πραγματοποιήθηκε περιεκτική αξιολόγηση του γλωσσικού ελλείμματος κάθε παιδιού και το κάθε παιδί ταξινομήθηκε σε σχέση με τη σοβαρότητα και το βαθμό του γλωσσικού ελλείμματος που παρουσίαζε. Από τη διαδικασία αυτή φάνηκε πως στην κατηγορία των σοβαρά διαταραγμένων ήταν τα παιδιά που παρουσίαζαν έλλειμμα στην ακουστική επεξεργασία. Η ελλειμματική ακουστική επεξεργασία σε παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές έχει επίσης αναφερθεί και από άλλους ερευνητές (Zinkus and Gottlieb, 1983). Συνεπώς μπορεί να ειπωθεί πως η ανεπαρκής ακουστική επεξεργασία και μια ψυχιατρική διαταραχή είναι συχνά συσχετιζόμενες σε παιδιά.

Όσον αφορά στην πιθανότητα ότι οι διαταραχές επικοινωνίας μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχιατρικές διαταραχές, οι Baker and Cantwell (1985) συζητούν την υπόθεση ότι οι διαταραχές επικοινωνίας μπορεί να συνεισφέρουν στη δημιουργία μοτίβων παρεκκλίνουσας αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέων – παιδιών, τα οποία θα μπορούσαν να αυξήσουν τα συνηθισμένα άγχη της ανάπτυξης και να κάνουν το παιδί ευάλωτο σε αναπτυξιακές ψυχιατρικές διαταραχές.

Η αξιολόγηση και η διαχείριση ενός παιδιού που είναι ψυχιατρικά διαταραγμένο βασίζεται κατά πολύ στη «γλώσσα». Οι περισσότερες αξιολογήσεις από επαγγελματίες που περιλαμβάνονται σε ψυχιατρικές ομάδες (παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, δασκάλους, κ.τ.λ.), χρησιμοποιούν τη «γλώσσα» ως «εργαλείο» τους. Επιπλέον, θεραπείες όπως ψυχοθεραπεία, γνωστική,

συμπεριφορική θεραπεία, παιγνιοθεραπεία, χρησιμοποιούν τη «γλώσσα» ως το βασικό τους όργανο. Οπότε, δεν είναι υπερβολή να αμφισβητηθεί η αξιοπιστία των διάφορων αξιολογήσεων και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε ψυχικώς διαταραγμένα παιδιά με γλωσσικά ελλείμματα.

Η λειτουργία και ο ρόλος του λογοθεραπευτή σ'ένα παιδικό ψυχιατρικό πρόγραμμα, φαίνεται να είναι σημαντικός, εφόσον περιλαμβάνει την περιεκτική αξιολόγηση του λόγου και της ομιλίας κάθε παιδιού με σοβαρή συμπεριφορική και συναισθηματική διαταραχή. Καμία ψυχιατρική διάγνωση δεν είναι κατάλληλη σ'ένα παιδί που είναι σοβαρά διαταραγμένο, αν δεν προηγηθεί ολοκληρωμένη αναπτυξιακή αξιολόγηση (Gualtieri et al, 1983). Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει επίσης να λειτουργεί ως σύμβουλος των άλλων επαγγελματιών που συσχετίζονται με το παιδί, οι οποίοι με τη σειρά τους θα πρέπει να τον συμβουλευτούν όσον αφορά την κατάλληλη τοποθέτηση των παιδιών στη σχολική κοινότητα. Επίσης, στο πρόγραμμα θεραπείας του παιδιού, ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να λάβει υπόψιν του την υψηλή συχνότητα ελλειμματικής ακουστικής επεξεργασίας που παρατηρείται σ'αυτό το είδος πληθυσμού.

Η σπουδαιότητα του λόγου στη γένεση και την εξέλιξη των ψυχιατρικών διαταραχών στα παιδιά, απαιτεί περισσότερη έρευνα. Ένα πρώτο βήμα θα έπρεπε να ήταν μια μελέτη η οποία θα συγκρίνει δύο ομάδες παιδιών με παρόμοιες ψυχικές και γλωσσικές διαταραχές. Οι δύο αυτές ομάδες θα πρέπει να λάβουν όμοια ψυχιατρική θεραπεία και η μια ομάδα από τις δύο θα πρέπει επίσης να λάβει και λογοθεραπευτική παρέμβαση. Οι διαφορές στο αποτέλεσμα θα τονίσουν το μέγεθος του γλωσσικού παράγοντα σ'αυτές τις διαταραχές.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ**

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

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Ο *λειτουργικός ορισμός* ως προς τι σημαίνει *ψυχιατρική διαταραχή* που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη αυτή, ήταν παρόμοιος με αυτόν του Rutter (Rutter, Tizard, and Whitmore, 1970) : μια διαταραχή της συμπεριφοράς, του συναισθήματος ή των σχέσεων με τους άλλους η οποία είναι αρκετά σοβαρή και/ή αρκετά παρατεταμένη έτσι ώστε να προκαλεί ενόχληση στο παιδί ή αποδιοργάνωση του άμεσου περιβάλλοντός του.

Κατ'έπекταση με τον όρο *συννοσηρότητα* αναφερόμαστε σε συμπεριφορές οι οποίες όταν υπάρχουν φαίνεται να έχουν άμεση σχέση με προβλήματα της *Ψυχοκινητικής – Κοινωνικής – Σεξουαλικής – Συναισθηματικής ανάπτυξης, ιδιοσυγκρασίας και συμπεριφοράς του παιδιού.*

#### **4.1. Δείγμα**

Το δείγμα αυτής της μελέτης αποτελείται από περιπτώσεις παιδιών τα οποία προσήλθαν στο διαγνωστικό ιατροπαιδαγωγικό κέντρο του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», το έτος 2009, με αρχικό αίτημα τη λογοθεραπευτική αξιολόγηση.

Σε όλα τα παιδιά αυτής της μελέτης πραγματοποιήθηκε περιεκτική αξιολόγηση του λόγου και της ομιλίας, καθώς και ψυχιατρική αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένης της νοομετρικής αξιολόγησης.

#### Κριτήρια Επιλογής του Δείγματος

- Ηλικία 5–12ετών (από το νηπιαγωγείο έως την έκτη δημοτικού)
- Διεγνωσμένη διαταραχή Λόγου ή / και ομιλίας

#### Κριτήρια Αποκλεισμού του Δείγματος

- Από το δείγμα, αποκλείστηκαν οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου ή/και της ομιλίας οφειλόταν σε διαταραχές της ακοής, σε διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης (αυτισμός), σε νοητική υστέρηση, σε διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), καθώς και περιπτώσεις παιδιών προερχόμενα από δίγλωσσα περιβάλλοντα.

Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων που προσήλθαν στο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο το έτος 2009 ήταν 1.965 παιδιά και έφηβοι, ηλικίας από 2,5 έως 18 ετών, από τα οποία, τα 366 παιδιά προσήλθαν με αρχικό αίτημα τη λογοθεραπευτική αξιολόγηση. ( Σ' αυτό το σημείο πρέπει να επισημανθεί πως στα περισσότερα παιδιά που προσέρχονται και παρακολουθούνται στο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο πραγματοποιείται λογοθεραπευτική αξιολόγηση, χωρίς όμως να σημαίνει πως είναι και το αρχικό αίτημα παραπομπής στο κέντρο αυτό).

Από τα 366 παιδιά, τα 228 (160 αγόρια, και 68 κορίτσια) είχαν ηλικία 5 έως 12 ετών.

Από τα 228 παιδιά ηλικίας 5 έως 12 ετών, αποκλείστηκαν τα 60 παιδιά (44 αγόρια, και 16 κορίτσια), τα οποία ενώ πληρούσαν τα κριτήρια δείγματος ως προς την ηλικία και το αρχικό αίτημα προσέλευσης, η διάγνωση όμως αφορούσε διαταραχές οι οποίες δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν στην έρευνα. Συγκεκριμένα, διάγνωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής (αυτισμό ή τύπου asperger) είχαν 20 αγόρια και 4 κορίτσια, διαταραχή της ακοής (βαρηκοΐα) είχαν 10 αγόρια και 2 κορίτσια, νοητική καθυστέρηση 8 αγόρια και 8 κορίτσια, διαταραχή ελλειμματικής διαταραχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) παρουσίαζαν 3 αγόρια και 0 κορίτσια, και δίγλωσσα παιδιά ήταν 3 αγόρια και 2 κορίτσια.

Ως αποτέλεσμα είχαμε από αυτά τα 228 παιδιά, να μελετηθούν οι περιπτώσεις 168 παιδιών, με ένα εύρος ηλικίας από 5 – 12 ετών (από το νηπιαγωγείο έως την έκτη δημοτικού), και με μέσο όρο ηλικίας 6 έτη και 10 μήνες, τα οποία προσήλθαν στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο «Γ. Παπανικολάου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, με αρχικό αίτημα, όπως προαναφέρθηκε, την αξιολόγηση λόγου/ομιλίας, κατά το έτος 2009. Τα αγόρια του δείγματος ήταν 116, με μέσο όρο ηλικίας 6 έτη και 11 μήνες, και τα κορίτσια 52 με μέσο όρο ηλικίας 6 έτη και 8 μήνες.

Οι δυσκολίες των 168 παιδιών του δείγματος που μελετήθηκε, σύμφωνα με τις διαγνωστικές γνωματεύσεις στο λόγο και την ομιλία, αφορούσαν: φωνολογικές διαταραχές, διαταραχές της άρθρωσης, τραυλισμό, διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης, επιλεκτική αλαλία, αντιληπτική διαταραχή της γλώσσας (λεκτική κώφωση), και μεικτή διαταραχή της γλωσσικής αντίληψης – έκφρασης.

Τα παιδιά του δείγματος, σύμφωνα με αυτά τα διαγνωστικά κριτήρια, διαχωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: α) με διαταραχές ομιλίας, β) με διαταραχές λόγου, και γ) με διαταραχές λόγου και ομιλίας.

Η ομάδα με διαταραχές της ομιλίας περιελάμβανε παιδιά με διαταραχές της άρθρωσης, της φωνής, και της ροής της ομιλίας, ενώ οι ικανότητες επεξεργασίας, κατανόησης του λόγου, και γλωσσικής έκφρασης, βρισκόταν στο αναμενόμενο επίπεδο για την ηλικία τους.

Η ομάδα με διαταραχές του λόγου περιελάμβανε παιδιά με φωνολογική διαταραχή, διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης, που σημαίνει ότι η κατανόηση του προφορικού λόγου ήταν αντίστοιχη της χρονολογικής ηλικίας του παιδιού, ενώ η κωδικοποίηση των ιδεών και η έκφρασή τους ήταν περιορισμένη, και παιδιά με μεικτή διαταραχή της γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης, που σημαίνει απόκλιση από τη χρονολογική ηλικία τόσο στην κατανόηση του προφορικού λόγου όσο και στην εκφραστική ικανότητα.

Η τρίτη ομάδα περιελάμβανε παιδιά με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί.

Στην ομάδα με διαταραχές της ομιλίας εντάχθηκαν 40 παιδιά, στην ομάδα με διαταραχές του λόγου 99 παιδιά, και στην ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας 29 παιδιά (πίνακας 2).

Στην ομάδα με διαταραχές ομιλίας υπήρχαν 15 κορίτσια και 25 αγόρια, στην ομάδα με διαταραχές λόγου υπήρχαν 31 κορίτσια και 68 αγόρια, και

στην ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας 6 κορίτσια και 23 αγόρια (πίνακας 1).

**Πίνακας 1. Διανομή φύλου των παιδιών μεταξύ των ομάδων διαταραχής.**

	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
<b>Διαταραχή λόγου</b>	68	31
<b>Διαταραχή ομιλίας</b>	25	15
<b>Διαταραχή λόγου και ομιλίας</b>	23	6
<b>Συνολικός αριθμός παιδιών ανά φύλο</b>	116	52

Η ομάδα με διαταραχές ομιλίας είχε μέσο όρο ηλικίας 6 έτη και 10 μήνες, η ομάδα με διαταραχές λόγου είχε μέσο όρο ηλικίας 6 έτη και 11 μήνες, και η ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας 6 έτη και 7 μήνες (πίνακας 2).

**Πίνακας 2. Μέσες τιμές ηλικίας-δείγματος, ηλικίας ανά φύλο και ηλικίας ανά διαταραχή.**

	<b>Μέσος</b>	<b>Αριθμός παιδιών</b>
<b>Μέσος όρος ηλικίας όλου του δείγματος</b>	6.10	168
<b>Μέσος όρος ηλικίας αγοριών</b>	6.11	116
<b>Μέσος όρος ηλικίας κοριτσιών</b>	6.8	52
<b>Μέσος όρος των ηλικιών των παιδιών με διαταραχή λόγου</b>	6.11	99
<b>Μέσος όρος των ηλικιών των παιδιών με διαταραχή ομιλίας</b>	6.10	40
<b>Μέσος όρος των ηλικιών των παιδιών με διαταραχή λόγου και ομιλίας</b>	6.7	29

Όσον αφορά το νοητικό επίπεδο δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο φύλο, και ανάμεσα στις τρεις ομάδες, με τη νοητική ηλικία να

είναι ανάλογη της χρονολογικής, σύμφωνα με το Ελληνικό WISC-III, με μέσο όρο το ανώτερο φυσιολογικό (110.70 - 116.25 πίνακας 4). Από τον πίνακα 3 καταλαβαίνουμε ότι σε σχέση με το φύλο δεν υπάρχει διαφορά στο νοητικό επίπεδο καθώς οι μέσες τιμές διαφέρουν μόνο κατά 0.5.

**Πίνακας 3.** Σύγκριση φύλου σε σχέση με το νοητικό επίπεδο(IQ).

	Αριθμός παιδιών	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Minimum	Maximum
<b>Αγόρια</b>	116	112	9.84	75	125
<b>Κορίτσια</b>	52	112.5	7.11	85	125

**Πίνακας 4.** Σύγκριση ομάδων διαταραχής σε σχέση με το νοητικό επίπεδο(IQ).

	Αριθμός παιδιών	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Minimum	Maximum
<b>Διαταραχή λόγου</b>	99	110.70	9.20	75	125
<b>Διαταραχή ομιλίας</b>	40	116.25	3.35	115	125
<b>Διαταραχή λόγου και ομιλίας</b>	29	111.38	2.09	75	125

#### 4.2. Δεδομένα έρευνας

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε ερευνώντας τα διαγνωστικά αποτελέσματα και στοιχεία κάθε παιδιού μέσα από τα αρχεία του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου «Γ. Παπανικολάου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Το αρχείο κάθε παιδιού περιείχε όλες τις πληροφορίες και

τα στοιχεία που ήταν απαραίτητα για τη συγκέντρωση δεδομένων έτσι ώστε να διεξαχθούν βάσιμα αποτελέσματα.

Τα δεδομένα αφορούσαν: το παιδοψυχιατρικό ιστορικό, τα αποτελέσματα λογοθεραπευτικής αξιολόγησης, ψυχιατρικής αξιολόγησης, και μέτρησης της νοημοσύνης, καθώς και ερωτηματολόγια συμπληρωμένα από γονείς (CBCL – Child Behavior Checklist), και από δασκάλους / νηπιαγωγούς (TRF – Teacher’s Report Form), (παράρτημα 1).

### **4.3. Διαδικασία**

Η αξιολόγηση της επικράτησης συννοσηρότητας διαταραχών λόγου και ομιλίας με ψυχικές παθήσεις ή/και προβλήματα συμπεριφοράς, πραγματοποιήθηκε μέσω μελέτης του αρχείου κάθε παιδιού του δείγματος, το οποίο περιελάμβανε αξιολογήσεις σε όλους τους τομείς του λόγου και της ομιλίας, της ψυχοκινητικής ανάπτυξης και ψυχικής κατάστασης του παιδιού, καθώς και τη διαγνωστική γνωμάτευση, η οποία ήταν αυτή που επιβεβαίωνε τη διαταραχή και το είδος της, και τη φύση των προβλημάτων που είχε το κάθε παιδί, σύμφωνα με το βαθμό και τη σοβαρότητά τους.

Για τους σκοπούς αυτής της ανάλυσης, τα παιδιά χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες – μια μεγάλη: (1) παιδιά με διαταραχές του λόγου με  $n=99$ , και δύο μικρότερες : (2) παιδιά με διαταραχές μόνο της ομιλίας με  $n=40$ , (3) παιδιά με διαταραχές του λόγου και της ομιλίας μαζί, με  $n=29$ .

Για κάθε παιδί του δείγματος, δημιουργήσαμε από ένα πρωτόκολλο (παράρτημα 2) το οποίο συμπεριελάμβανε το είδος της διαταραχής του λόγου / ομιλίας, και το είδος της διαταραχής συννοσηρότητας ή / και των συνοδών προβλημάτων, σύμφωνα με τη διαγνωστική γνωμάτευση και το παιδοψυχιατρικό ιστορικό.

Τα στοιχεία του κάθε παιδιού συμπληρώθηκαν στο πρωτόκολλο και αφορούσαν: το φύλο, την ηλικία, τη νοημοσύνη, την ηλικία έναρξης της ομιλίας, αν υπήρχε ιστορικό ωτίτιδας και δομικές ανωμαλίες στοματικής κοιλότητας, τη δομή της οικογένειας, αν κάποιο μέλος της οικογένειας παρουσιάζε παρόμοια διαταραχή ή διαταραχή που να επηρεάζε το λόγο/ομιλία, το Είδος Διαταραχής Λόγου/Ομιλίας (Διάγνωση γνωμάτευσης Ιατροπαιδαγωγικού κέντρου), αν υπάρχει Συννοσηρότητα και το είδος της (Διάγνωση γνωμάτευσης Ιατροπαιδαγωγικού κέντρου), Προβλήματα Συμπεριφοράς, του Συναισθήματος, και Σεξουαλικής – Κοινωνικής – Ψυχοκινητικής ανάπτυξης (στοιχεία Παιδοψυχιατρικού Ιστορικού).

Οι ενότητες του παιδοψυχιατρικού ιστορικού με αναφορά στη: Ψυχοκινητική ανάπτυξη, Κοινωνική ανάπτυξη – Συμπεριφορά, Σεξουαλική ανάπτυξη – Συμπεριφορά, Συναισθηματική ανάπτυξη – Ιδιοσυγκρασία, ήταν αυτές που χρησιμοποιήθηκαν για την τελική ανάλυση του δείγματος (στο πρωτόκολλο), ως προς το κομμάτι της έρευνας που αφορούσε τις ψυχικές παθήσεις και τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών. Αυτό γιατί, οι ενότητες αυτές μας έδιναν τα απαραίτητα στοιχεία για την έρευνα, και τα οποία ήταν σε συμφωνία με όλα τα διαθέσιμα δεδομένα (Ψυχιατρική



εκτίμηση, Ερωτηματολόγιο για γονείς ανίχνευσης διαταραχών συμπεριφοράς CBCL, Ερωτηματολόγιο Προβληματικής Συμπεριφοράς, για Δασκάλους TRF) στο αρχείο / φάκελο κάθε παιδιού.

Τα στοιχεία που αφορούσαν το μέρος της έρευνας ως προς το είδος των διαταραχών λόγου / ομιλίας και της συννοσηρότητας (αν υπήρχε), αντλήθηκαν από τις διαγνωστικές γνωματεύσεις του ιατροπαιδαγωγικού κέντρου που υπήρχαν στο αρχείο κάθε παιδιού, όπου και αναγράφεται η διάγνωση των διαταραχών, από τη διεπιστημονική ομάδα του κέντρου.

Κατά την καταγραφή των στοιχείων υπήρχαν παιδιά τα οποία ενώ παρουσίαζαν συμπεριφορές που θα μπορούσαν να αποτελούν είδος συννοσηρότητας (π.χ. προσκόλληση στη μητέρα και νυχτερινή ενούρηση), στη διαγνωστική γνωμάτευση δεν αναφέρονταν καμία τέτοια διαταραχή συννοσηρότητας, παρά μόνο η διαταραχή του λόγου ή/και ομιλίας. Αυτό γιατί ο βαθμός, η ένταση και η συχνότητα εμφάνισης αυτών των συμπεριφορών, σύμφωνα με τους ειδικούς του κέντρου, δεν αποτελούσε διαταραχή, και οι συμπεριφορές αυτές ήταν ελεγχόμενες.

Τα στοιχεία για το μέρος της έρευνας που αφορούσε τη νοημοσύνη αντλήθηκαν από τα αποτελέσματα ψυχομετρικής εκτίμησης (Ελληνικό WISC-III, Wechsler Κλίμακες Νοημοσύνης για Παιδιά).

#### **4.3.1. Καταγραφή, Ομαδοποίηση και Κωδικοποίηση συμπεριφορών των παιδιών, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας**

Για τους σκοπούς της έρευνας καταγράψαμε όλες τις εκδηλωθήσες συμπεριφορές (άσχετα με το αν αυτές αποτελούσαν διαταραχή

συννοσηρότητας ή όχι) που αναφέρονταν στο παιδοψυχιατρικό ιστορικό του παιδιού, και συγκεκριμένα στις ενότητες: Ψυχοκινητική ανάπτυξη, Κοινωνική ανάπτυξη – Συμπεριφορά, Σεξουαλική ανάπτυξη – Συμπεριφορά, Συναισθηματική ανάπτυξη – Ιδιοσυγκρασία.

Στο σύνολό τους καταγράφηκαν 231 συμπεριφορές, οι οποίες ομαδοποιήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν (παράρτημα 3), ανάλογα με την ενότητα στην οποία αναφέρονταν, π.χ. η συμπεριφορά : Απομονώνεται / Δεν συμμετέχει σε δραστηριότητες, από την ενότητα Κοινωνική ανάπτυξη – Συμπεριφορά του παιδοψυχιατρικού ιστορικού, εντάχθηκε στην ομάδα με «δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής». Για τις ανάγκες της ανάλυσης, δημιουργήθηκαν 6 κύριες ομάδες συμπεριφορών – ιδιοσυγκρασίας των παιδιών με:

- 1) Ψυχοκινητική ανωριμότητα, που περιλαμβάνει τις υποομάδες: Καθυστέρηση ομιλίας, Αργό έλεγχο σφικτήρων, Δυσκολίες κινητικών δεξιοτήτων, Δυσκολίες συγκέντρωσης- προσοχής, Δυσκολίες προσανατολισμού.
- 2) Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής
- 3) Προβλήματα Συμπεριφοράς, που περιλαμβάνει τις υποομάδες: Ανώριμη συμπεριφορά, Παθητική συμπεριφορά, Παρορμητική συμπεριφορά, Εγωιστική συμπεριφορά, Προκλητική συμπεριφορά, Εναντιωματική συμπεριφορά, Νευρική συμπεριφορά, Ανυπάκουος / Δυσκολία στην ακολουθία κανόνων, Προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με το σχολείο, Προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με την οικογένεια, Επιθετική συμπεριφορά.

- 4) Συναισθηματικά προβλήματα – Ιδιοσυγκρασία, που περιλαμβάνει τις υποομάδες: Προβλήματα Άγχους, Δυσκολίες με το Φαγητό, Δυσκολίες με τον Υπνο, Εκδηλώσεις συναισθηματισμού – ευαισθησίας, Αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης, Τάση για απομόνωση και καταθλιπτικό συναίσθημα, Εκδηλώσεις θυμού και αρνητικής διάθεσης.
- 5) Ψυχικά προβλήματα, που περιλαμβάνει τις υποομάδες: Φοβίες, Εκδηλώσεις Άγχους (ψυχοσωματικά ενοχλήματα), Εμμονές, Ιδεοψυχαναγκασμοί.
- 6) Σεξουαλική ανάπτυξη – Συμπεριφορά

#### **4.4. Αποτελέσματα**

Από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης προέκυψε πως περισσότερα από τα μισά παιδιά του δείγματος, παρουσιάζουν συννοσηρότητα διαταραχής λόγου ή/και ομιλίας, με συναισθηματικού τύπου προβλήματα ή συμπεριφοράς.

**Αποτελέσματα συννοσηρότητας σε όλο το δείγμα = 55,4%**

Ωστόσο, υπήρχαν διαφορετικά ποσοστά συννοσηρότητας ανάμεσα στις τρεις ομάδες παιδιών, και διαφορετικά ποσοστά σε σχέση με το φύλο. Το μεγαλύτερο ποσοστό συννοσηρότητας το είχε η ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας (πίνακας 1), ενώ σε σχέση με το φύλο το είχαν τα αγόρια (πίνακας 2).

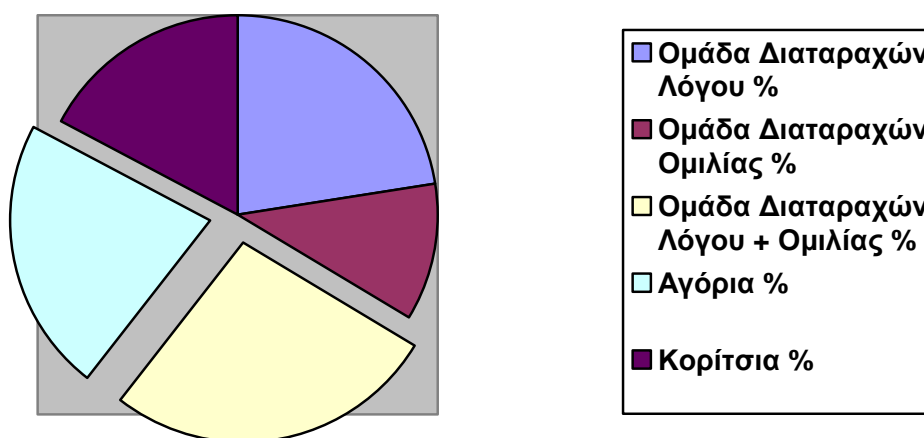
**Πίνακας 1. Ποσοστό συννοσηρότητας σε σχέση με τις ομάδες.**

	<b>Ποσοστό συννοσηρότητας</b>
Διαταραχή λόγου	60.6%
Διαταραχή ομιλίας	30.0%
Διαταραχή λόγου και ομιλίας	72.4%

**Πίνακας 2. Ποσοστό συννοσηρότητας σε σχέση με το φύλο.**

<b>Ποσοστό συννοσηρότητας</b>	<b>Αγόρια</b>	<b>Κορίτσια</b>
	59.5%	46.2%

**Σχήμα 1, 2. Ποσοστά συννοσηρότητας σε σχέση με την ομάδα και σε σχέση με το φύλο**



Όσον αφορά το είδος συννοσηρότητας που επικρατεί ανά ομάδα, σύμφωνα με την ομαδοποίηση συμπεριφορών (από την καταγραφή δεδομένων του παιδοψυχιατρικού ιστορικού), παρατηρούμε ότι τα συναισθηματικά προβλήματα είναι σε μεγαλύτερο βαθμό και στις τρεις ομάδες, ενώ η ομάδα παιδιών με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί, είναι

αυτή που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό σχεδόν σε όλα τα είδη συννοσηρότητας, στα συναισθηματικά, ψυχικά, και συμπεριφορικά προβλήματα, καθώς και στις δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής. Το μεγαλύτερο ποσοστό ψυχοκινητικής ανωριμότητας το έχει η ομάδα με διαταραχές του λόγου, ενώ το μικρότερο ποσοστό προβλημάτων συμπεριφοράς το έχει η ομάδα με διαταραχές της ομιλίας (πίνακας 3).

Όσον αφορά το είδος συννοσηρότητας σε σχέση με το φύλο, παρατηρούμε ότι στα αγόρια τα προβλήματα συμπεριφοράς υπάρχουν σε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό απ'ότι στα κορίτσια, ενώ στα κορίτσια έχουμε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό ψυχοκινητικής ανωριμότητας, απ'ότι στα αγόρια (πίνακας 4).

**Πίνακας 3.** Ποσοστό εμφάνισης κάθε είδους συννοσηρότητας σε σχέση με την κάθε ομάδα.

Είδη συννοσηρότητας	Ποσοστό %		
	Διαταραχής λόγου	Διαταραχής ομιλίας	Διαταραχής λόγου και ομιλίας
• Ψυχοκινητική ανωριμότητα	16.1	0.0	10.3
• Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής	7.0	0.0	24.1
• Προβλήματα συμπεριφοράς	23.2	7.5	24.1
• Συναισθηματικά προβλήματα	34.3	27.5	44.8
• Ψυχικά προβλήματα	4.0	0.0	6.8

**Πίνακας 4.** Ποσοστό εμφάνισης είδους συννοσηρότητας σε σχέση με το φύλο.

Είδη συννοσηρότητας	Ποσοστό %	
	Αγόρια	Κορίτσια
• Ψυχοκινητική ανωριμότητα	8.6	17.3
• Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής	9.4	5.7
• Προβλήματα συμπεριφοράς	27.5	1.9
• Συναισθηματικά προβλήματα	35.3	32.6
• Ψυχικά προβλήματα	4.3	1.9

Τα αποτελέσματα σε σχέση με την καθυστέρηση ομιλίας έδειξαν ότι τα παιδιά με καθυστέρηση ομιλίας παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό συννοσηρότητας σε σχέση με αυτά που δεν έχουν καθυστέρηση για παράδειγμα στις λέξεις το ποσοστό των παιδιών με καθυστέρηση είναι 68.5% ενώ σε εκείνα που δεν έχουν καθυστέρηση είναι 40.5% (πίνακας 5).

**Πίνακας 5.** Ποσοστό συννοσηρότητας παιδιών με καθυστέρηση ομιλίας σε σχέση με αυτό των παιδιών χωρίς καθυστέρηση.

	Αριθμός παιδιών	Λέξεις	Φράσεις
		Ποσοστό	συννοσηρότητας
Χωρίς καθυστέρηση	79	40.5%	33.3%
Με καθυστέρηση	89	68.5%	68.6%

Όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στην καθυστέρηση ομιλίας και τις τρεις ομάδες, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καθυστέρησης ομιλίας το έχει η ομάδα διαταραχής λόγου και ομιλίας μαζί, και στις λέξεις και στις φράσεις. Βλέπουμε λοιπόν στην συγκεκριμένη κατηγορία ότι κατά μέσο όρο τα παιδιά καθυστέρησαν 6 μήνες και 6 ημέρες να πουν λέξεις και 9 μήνες και 9 ημέρες να πουν φράσεις (πίνακας 6).

**Πίνακας 6.** Συσχέτιση καθυστέρησης ομιλίας και ύπαρξης διαταραχών λόγου, ομιλίας λόγου και ομιλίας.

Ομάδα	Ποσοστό Καθυστέρησης		Μέσο χρονικό διάστημα Καθυστέρησης	
	Λέξεις	Φράσεις	Λέξεις	Φράσεις
Διαταραχής λόγου	47%	77%	5 μήνες 21 ημέρες	9 μήνες 9 ημέρες
Διαταραχής ομιλίας	24%	34%	2 μήνες 27 ημέρες	4 μήνες 3 ημέρες
Διαταραχής λόγου και ομιλίας	<b>52%</b>	<b>76%</b>	6 μήνες 6 ημέρες	9 μήνες 9 ημέρες

Επιπλέον, μέσω της στατιστικής ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε, βρέθηκε πως σε κάθε είδος συννοσηρότητας που εμφανίζεται, οι συμπεριφορές που επικρατούν είναι διαφορετικές σε σχέση με την ομάδα και σε σχέση με το φύλο.

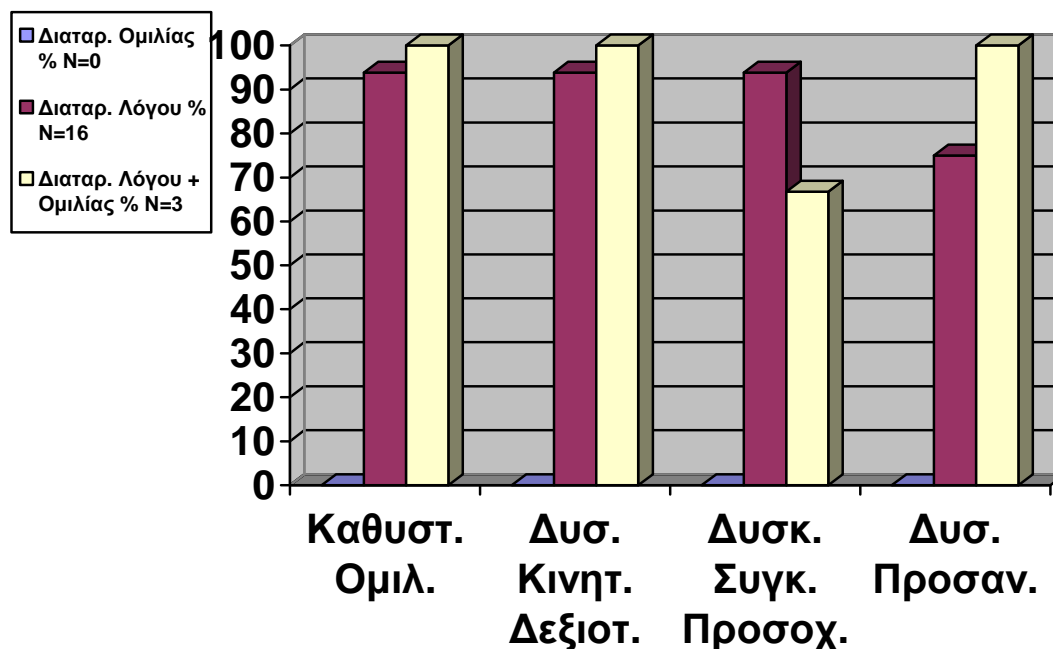
Στους παρακάτω πίνακες (7, 8, 9, 10, 11) παρουσιάζονται τα ποσοστά με τα οποία εμφανίζονται αυτές οι συμπεριφορές συννοσηρότητας ανάλογα με την ομάδα διαταραχής στην οποία εμφανίζονται.

Στο **σχήμα και πίνακα 7**, παρατηρούμε πως η ομάδα παιδιών με διαταραχές της ομιλίας δεν παρουσιάζουν καθόλου στοιχεία (συννοσηρότητα) ψυχοκινητικής ανωριμότητας, ενώ οι δυσκολίες προσανατολισμού και οι δυσκολίες συγκέντρωσης – προσοχής κατέχουν τα μικρότερα ποσοστά στις ομάδες διαταραχής του λόγου και διαταραχής λόγου και ομιλίας μαζί, αντίστοιχα.

**Πίνακας 7. Ποσοστά για τις συμπεριφορές της ψυχοκινητικής ανωριμότητας ανά ομάδες.**

Συμπεριφορές Συννοσηρότητας	Ομάδες διαταραχής		
	Διαταραχής λόγου % N=16	Διαταραχής ομιλίας % N=0	Διαταραχής λόγου και ομιλίας % N=3
Καθυστέρηση ομιλίας	93.8	-	100.0
Δυσκολίες κινητικών δεξιοτήτων	93.8	-	100.0
Δυσκολίες συγκέντρωσης-προσοχής	93.8	-	66.7
Δυσκολίες προσανατολισμού	75.0	-	100.0

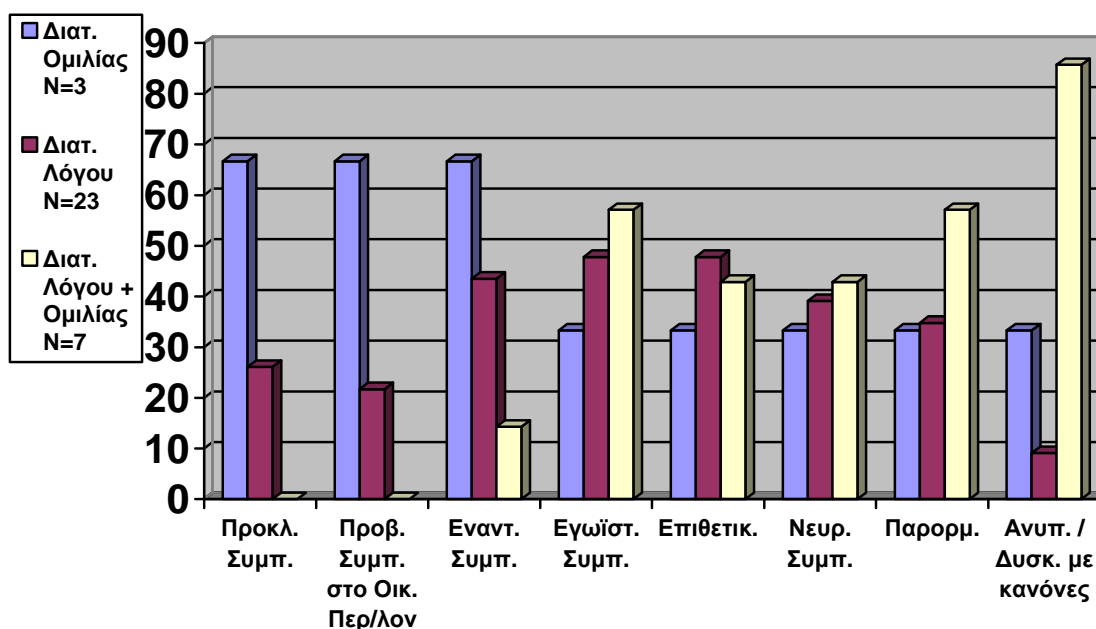
**Σχήμα 7. Ποσοστά για τις εκδηλώσεις ψυχοκινητικής ανωριμότητας  
ανά ομάδες**





Στο **σχήμα και πίνακα 8** παρατηρούμε πως η μεγαλύτερη δυσκολία των παιδιών που ανήκουν στην ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί, η οποία αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις τρεις ομάδες, είναι η δυσκολία στην ακολουθία κανόνων, όπου περιλαμβάνει την ανυπακοή στο σπίτι ή στο σχολικό περιβάλλον. Κατά τον ίδιο τρόπο, παρατηρούμε πως η ομάδα με διαταραχές μόνο της ομιλίας, εμφανίζει τα μεγαλύτερα ποσοστά εναντιωματικής και προκλητικής συμπεριφοράς, καθώς και προβλημάτων σε σχέση με την οικογενειακό περιβάλλον. Όσον αφορά την ομάδα με διαταραχές του λόγου τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζονται στην εγωϊστική συμπεριφορά (όπως, Αρχηγικές τάσεις, Απαιτητικότητα, Δεν είναι ευγενικός, Παίρνει τα πράγματα των άλλων, Θέλει πάντα να κερδίζει, Πεισματάρης, κ.ά.) και επιθετική συμπεριφορά.

Σχήμα 8. Εκδηλώσεις των προβλημάτων συμπεριφοράς ανά ομάδες.



**Πίνακας 8. Ποσοστά για τις εκδηλώσεις των προβλημάτων συμπεριφοράς ανά ομάδες.**

Συμπεριφορές Συννοσηρότητας	Ομάδες διαταραχής		
	Διαταραχής λόγου % N=23	Διαταραχής ομιλίας % N=3	Διαταραχής λόγου και ομιλίας% N=7
• Ανώριμη συμπεριφορά	30.4	0.0	14.3
• Παθητικότητα στη συμπεριφορά	8.7	0.0	0.00
• Παρορμητική συμπεριφορά	34.8	33.3	<u>57.1</u>
• Εγωϊστική συμπεριφορά	<u>47.8</u>	33.3	<u>57.1</u>
• Επιθετική συμπεριφορά	<u>47.8</u>	33.3	<u>42.9</u>
• Εναντιωματική συμπεριφορά	<u>43.5</u>	<u>66.7</u>	14.3
• Νευρική συμπεριφορά	<u>39.1</u>	33.3	<u>42.9</u>
• Ανυπάκουος / Δυσκολία στην ακολουθία κανόνων	9.1	33.3	<u>85.7</u>
• Προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με το σχολείο	34.5	33.3	28.6
• Προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με την οικογένεια	21.7	<u>66.7</u>	0.00
• Προκλητική συμπεριφορά	26.1	<u>66.7</u>	0.00

Στον πίνακα 9, παρατηρούμε επίσης πως η ομάδα παιδιών με διαταραχές της ομιλίας δεν παρουσιάζουν συννοσηρότητα με δυσκολία στην κοινωνική συναλλαγή. Ενώ οι ομάδες που περιλαμβάνουν διαταραχές του λόγου εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό.

**Πίνακας 9. Ποσοστό για τις δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής ανά ομάδες.**

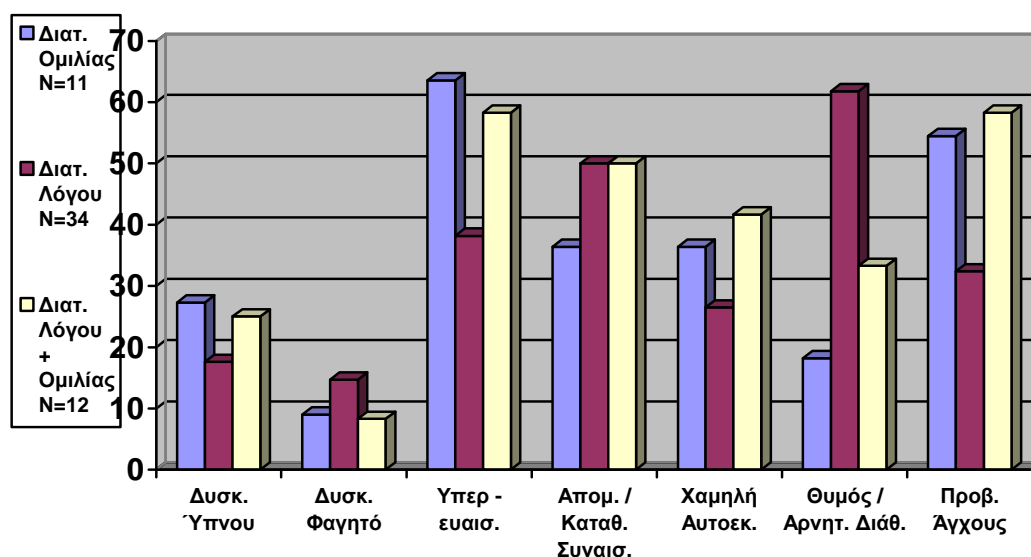
Συμπεριφορές Συννοσηρότητας	Ομάδες διαταραχής		
	Διαταραχής λόγου % N=7	Διαταραχής ομιλίας % N=0	Διαταραχής λόγου και ομιλίας% N=7
<b>Δυσκολία κοινωνικής συναλλαγής</b>	100.0	-	100.0

Στο **σχήμα και πίνακα 10** παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό είναι στην ομάδα με διαταραχές της ομιλίας και αφορά στις εκδηλώσεις συναισθηματισμού και ευαισθησίας (όπως, Ευαίσθητος / Στεναχωριέται εύκολα, Αποζητάει συνέχεια την αγκαλιά, Παραπονιάρης, Πληγώνεται εύκολα (όταν του ασκούν κριτική), Στεναχωριέται λόγω επίγνωσης της δυσκολίας του, κ.ά.). Όσον αφορά την ομάδα με διαταραχή του λόγου, βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών παρουσιάζουν εκδηλώσεις θυμού και αρνητικής διάθεσης (όπως, Γκρινιάρης, Ευερέθιστος / Ευέξαπτος, Νευρικός (σε υστερικό σημείο), Συχνά μουτρωμένος, Πολύ αρνητικός στο σπίτι, Ζηλεύει, Θυμώνει εύκολα, Μη ανοχή στη ματαίωση / Αντιδρά έντονα, Εύθικτος / Προσβάλλεται εύκολα, Δεν έχει υπομονή, κ.ά.). Ενώ, η ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας, εμφανίζει μαζί με τις εκδηλώσεις συναισθηματισμού – ευαισθησίας μεγάλο ποσοστό και σε προβλήματα άγχους (όπως, Αγχώνεται όταν μιλάει, Αγχώνεται όταν είναι στο σχολείο, Έντονο Άγχος αποχωρισμού, Άγχος πως να ευχαριστήσει τους άλλους / Δεν θέλει να στεναχωρεί κανένα).

**Πίνακας 10. Ποσοστά για τις συμπεριφορές των συναισθηματικών προβλημάτων- ιδιοσυγκρασία ανά ομάδες.**

Συμπεριφορές Συννοσηρότητας	Ομάδες διαταραχής		
	Διαταραχής λόγου % N=34	Διαταραχής ομιλίας % N=11	Διαταραχής λόγου και ομιλίας % N=12
Προβλήματα Άγχους	<u>32.4</u>	<u>54.5</u>	<u>58.3</u>
Δυσκολίες με το Φαγητό	14.7	9.01	8.3
Δυσκολίες με τον Ύπνο	17.6	27.3	25.0
Εκδηλώσεις θυμού και αρνητικής διάθεσης	<u>61.8</u>	<u>18.2</u>	<u>33.3</u>
Αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης - αυτοπεποίθησης	<u>26.5</u>	<u>36.4</u>	<u>41.7</u>
Τάση για απομόνωση και καταθλιπτικό συναίσθημα	<u>50.0</u>	<u>36.4</u>	<u>50.0</u>
Εκδηλώσεις συναισθηματισμού - ευαισθησίας	<u>38.2</u>	<u>63.6</u>	<u>58.3</u>

**Σχήμα 10. Ποσοστά για τις συμπεριφορές των συναισθηματικών προβλημάτων- ιδιοσυγκρασία ανά ομάδες.**

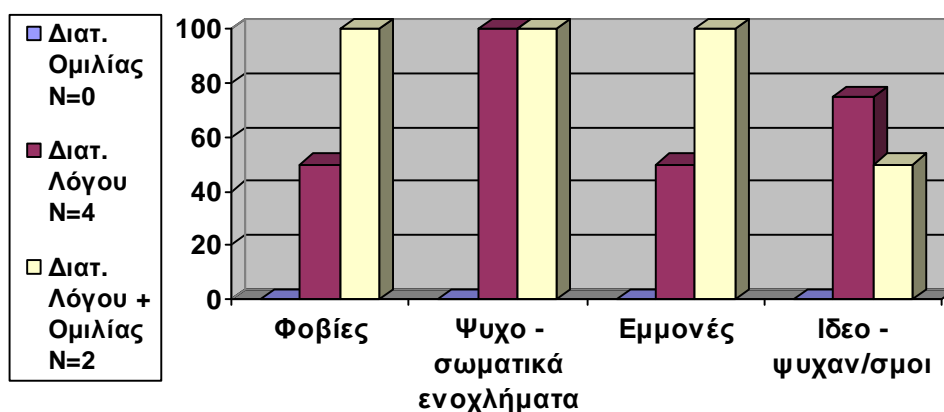


Στο **σχήμα και πίνακα 11** παρατηρούμε πως στην ομάδα διαταραχής του λόγου, συννοσηρότητα με ψυχικά προβλήματα εμφανίζουν τέσσερα παιδιά, με μεγαλύτερο ποσοστό στα ψυχοσωματικά ενοχλήματα, και στην ομάδα με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί συννοσηρότητα εμφανίζουν δύο παιδιά, με τις φοβίες, τα ψυχοσωματικά ενοχλήματα, και τις εμμονές να εμφανίζονται στον ίδιο βαθμό. Τέλος, η ομάδα με διαταραχές της ομιλίας, δεν εμφανίζει συννοσηρότητα με ψυχικά προβλήματα.

**Πίνακας 11.** Ποσοστά για τις εκδηλώσεις των **ψυχικών προβλημάτων** ανά ομάδες.

Συμπεριφορές Συννοσηρότητας	Ομάδες διαταραχής		
	Διαταραχής λόγου % N=4	Διαταραχής ομιλίας % N=0	Διαταραχής λόγου και ομιλίας % N=2
<b>Φοβίες</b>	50.0	-	100.0
<b>Εκδηλώσεις Άγχους (ψυχοσωματικά ενοχλήματα)</b>	100.0	-	100.0
<b>Εμμονές</b>	50.0	-	100.0
<b>Ιδεοψυχαναγκασμοί</b>	75.0	-	50.0
<b>Μυοσπάσματα ( Τικ )</b>	0.0	-	0.0

**Σχήμα 11**



Για τους σκοπούς της έρευνας επίσης, καταγράψαμε όλες τις εκδηλωθήσες συμπεριφορές που αναφέρονταν στο παιδοψυχιατρικό ιστορικό του παιδιού, (άσχετα με το αν αυτές αποτελούσαν διαταραχή συννοσηρότητας ή όχι).

Στους παρακάτω πίνακες φαίνονται τα αποτελέσματα που αφορούν τα ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών σε σχέση με τις τρεις ομάδες παιδιών (πίνακες 12, 13, 14), σε σχέση με το φύλο (πίνακες 15, 16), και σε σχέση με την ηλικία (πίνακες 17, 18), χωρίς κατ'ανάγκη να αποτελούν αυτές οι συμπεριφορές διαταραχή συννοσηρότητας.

Στον **πίνακα 12** και στον **πίνακα 14** για παράδειγμα, παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που παρουσίαζε διαταραχή λόγου, είχε καθυστέρηση ομιλίας. Ενώ στον **πίνακα 13** παρατηρούμε πως τα παιδιά με διαταραχή της ομιλίας είχαν περισσότερο συναισθηματικά προβλήματα.

**Πίνακας 12.** Ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών σε σχέση με την ομάδα διαταραχής λόγου.

<b>Συμπεριφορές</b>	<b>Ποσοστό % Διαταραχής λόγου N=99</b>
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b>	
Καθυστέρηση ομιλίας	56.6
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b>	
Δυσκολίες συγκέντρωσης / Διασπάται εύκολα η προσοχή του	29.3
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b>	
Ευαίσθητος / Στεναχωριέται εύκολα	26.3
<b>Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής:</b>	
Δεν έχει φίλους	23.2
<b>Προβλήματα συμπεριφοράς:</b>	
Πεισματάρης / Επίμονος	18.2

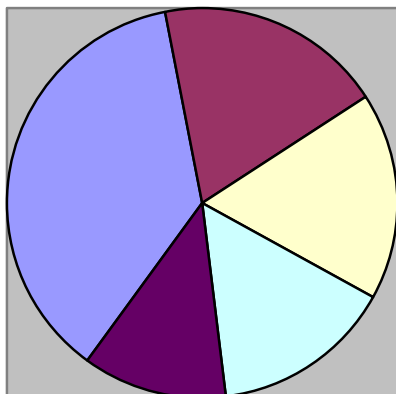
**Πίνακας 13.** Ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών σε σχέση με την ομάδα διαταραχής ομιλίας.

<b>Συμπεριφορές</b>	<b>Ποσοστό % Διαταραχής ομιλίας N=40</b>
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b> Ευαίσθητος / Στεναχωριέται εύκολα	35.0
<b>Προβλήματα συμπεριφοράς:</b> Μιλάει βιαστικά	25.0
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b> Καθυστέρηση ομιλίας	20.0
<b>Προβλήματα συμπεριφοράς:</b> Δυσκολία με τα όρια / Απείθαρχος	17.5
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b> Εσωστρεφής / Δεν εκδηλώνει τα συναισθήματά του	15.0

**Πίνακας 14.** Ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών σε σχέση με την ομάδα διαταραχής λόγου και ομιλίας.

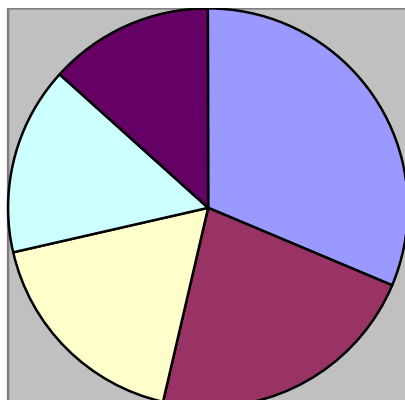
<b>Συμπεριφορές</b>	<b>Ποσοστό % Διαταραχής λόγου και ομιλίας N=29</b>
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b> Καθυστέρηση ομιλίας	62.1
<b>Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής:</b> Δεν έχει φίλους	34.5
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b> Ευαίσθητος / Στεναχωριέται εύκολα	24.1
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b> Προσκόλληση	24.1
<b>Προβλήματα συμπεριφοράς:</b> Πεισματάρης / Επίμονος	20.7

**Σχήμα 12. Ομάδα Διαταραχών Λόγου**



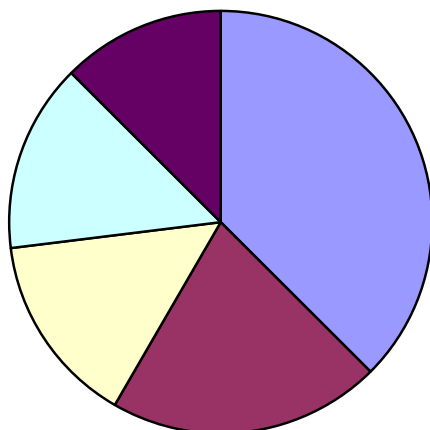
- Ψυχ/κιν. Ανωριμ.: Καθυσ. Ομιλίας
- Ψυχ/κιν. Ανωρ.: Δυσκ. Συγκ. Προσ.
- Συναισθ. Δυσκολ.: Υπερευαίσθ. / Στεναχ. Εύκολα
- Δυσκ. Κοιν. Συναλ.: Δεν έχει φίλους
- Probl. Συμπ.: Πεισματ. / Επίμον.

**Σχήμα 13. Ομάδα Διαταραχών Ομιλίας**



- Συναισθ. Δυσκολίες: Υπερευαίσθ. / Στεναχωρ. Εύκολα
- Μιλάει Βιασθηκά
- Καθυστ. Ομιλίας
- Probl. Συμπερ.: Δυσκολ. Με τα όρια / Απείθαρχ.
- Συναισθ. Δυσκολ.: Εσωστρεφής / Δεν εκδηλώνει συναίσθημα

**Σχήμα 14. Ομάδα Διαταραχών Λόγου και Ομιλίας μαζί**



- Ψυχ/κιν. Ανωριμ.: Καθυστ. Ομιλίας
- Δυσκολ. Κοινων. Συναλλαγής: Δεν έχει φίλιες
- Συναισθ. Δυσκ.: Υπερευαίσθ. / Στεναχωρ. Εύκολα
- Προσκόλληση
- Probl. Συμπερ.: Πεισματ. / Επίμονος



Στο **σχήμα και πίνακα 15** παρατηρούμε πως η καθυστέρηση ομιλίας εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια, ενώ στο **σχήμα και πίνακα 16** παρατηρούμε πως τα συναισθηματικά προβλήματα κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό στα κορίτσια.

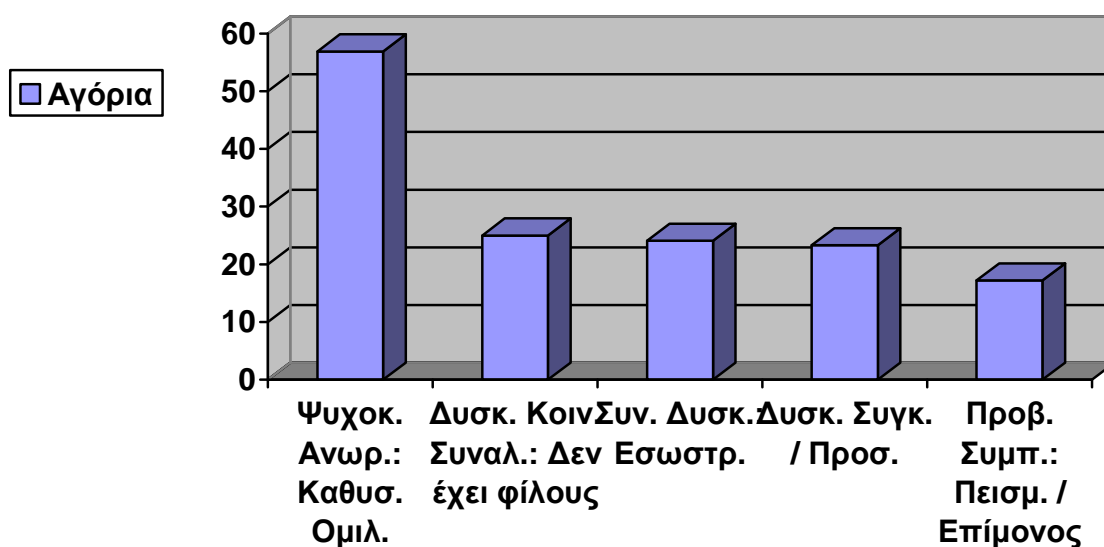
**Πίνακας 15.** Ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών στα αγόρια.

Συμπεριφορές	Ποσοστό % Αγόρια N=116
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b>	
Καθυστέρηση ομιλίας	56.9
<b>Δυσκολίες συναλλαγής:</b> Δεν έχει φίλους	25.0
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b>	
Δεν εκδηλώνει τα συναισθήματά του / Εσωστρεφής	24.1
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b> Δυσκολίες συγκέντρωσης / Διασπάται εύκολα η προσοχή του	23.3
<b>Προβλήματα συμπεριφοράς:</b>	
Πεισματάρης / Επίμονος	17.2

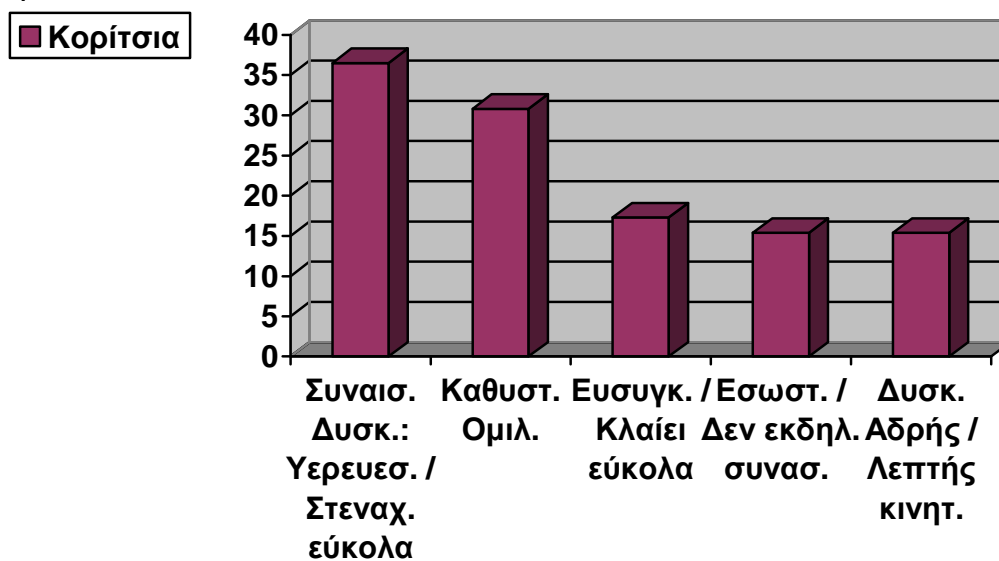
**Πίνακας 16.** Ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών στα κορίτσια.

Συμπεριφορές	Ποσοστό % Κορίτσια N=52
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b> .	
Ευαίσθητη / Στεναχωριέται εύκολα	36.5
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b>	
Καθυστέρηση ομιλίας	30.8
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b>	
Κλαίει εύκολα / Ευσυγκίνητη	17.3
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b> Δεν εκδηλώνει τα συναισθήματά της / Εσωστρεφής	15.4
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b>	
Δυσκολίες αδρής / λεπτής κινητικότητας	15.4

**Σχήμα 15.** Ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών στα αγόρια.



**Σχήμα 16.** Ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών στα κορίτσια.



Στους πίνακες 17 και 18, διαχωρίσαμε τα παιδιά σε δύο ομάδες σύμφωνα με την ηλικία (5-6 ετών πριν το δημοτικό, και 7-12). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως και στις δύο ομάδες η καθυστέρηση ομιλίας και οι

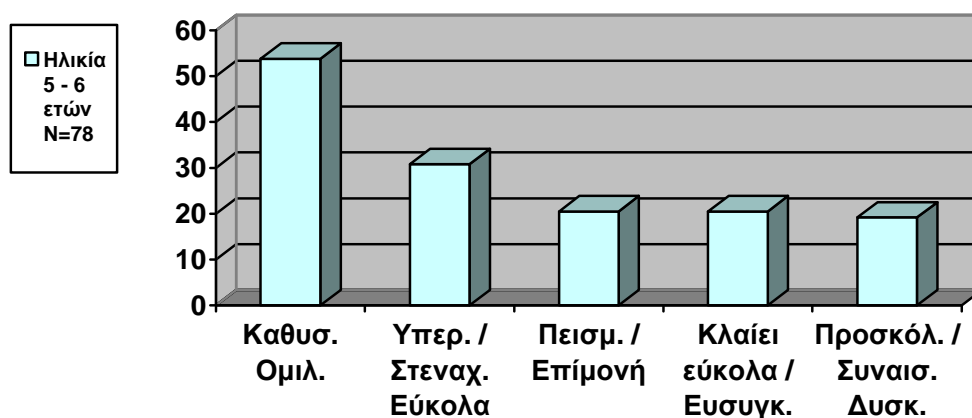
συναισθηματικές δυσκολίες είχαν τα μεγαλύτερα ποσοστά σε πρώτη και δεύτερη θέση αντίστοιχα.

Από την άλλη οι δύο ομάδες διέφεραν μεταξύ τους ως προς ότι η ομάδα με τα μικρότερα παιδιά παρουσίαζε προβλήματα συμπεριφοράς, και προσκόλλησης, ενώ η ομάδα με τα μεγαλύτερα παιδιά παρουσίαζε δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής, αλλά και δυσκολίες συγκέντρωσης της προσοχής.

**Πίνακας 17.** Ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών στις ηλικίες των 5 έως 6 ετών.

Συμπεριφορές	Ποσοστό % Ηλικία 5-6 N=78
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b>	
Καθυστέρηση ομιλίας	53.8
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b>	30.8
Ευαίσθητος / Στεναχωριέται εύκολα	
<b>Προβλήματα συμπεριφοράς:</b>	20.5
Πεισματάρης / Επίμονος	
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b>	20.5
Κλαίει εύκολα / Ευσυγκίνητος	
<b>Συναισθηματικά προβλήματα: Προσκόλληση</b>	19.2

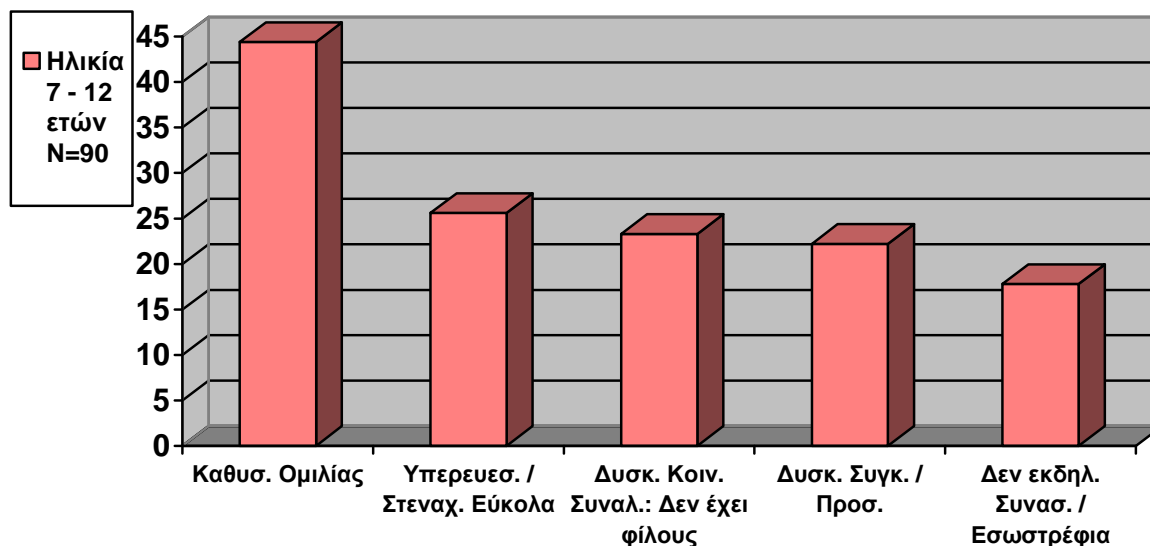
**Σχήμα 17.** Επικρατέστερες συμπεριφορές στις ηλικίες των 5 έως και 6 ετών.



**Πίνακας 18.** Ποσοστά εμφάνισης επικρατέστερων συμπεριφορών στις ηλικίες των 7 έως 12 ετών.

Συμπεριφορές	Ποσοστό % Ηλικία 7-12 N=90
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b> Καθυστέρηση ομιλίας	44.4
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b> Ευαίσθητος / Στεναχωριέται εύκολα	25.6
<b>Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής:</b> Δεν έχει φίλους	23.3
<b>Ψυχοκινητική ανωριμότητα:</b> Δυσκολίες συγκέντρωσης / Διασπάται εύκολα η προσοχή του	22.2
<b>Συναισθηματικά προβλήματα:</b> . Δεν εκδηλώνει τα συναισθήματά του / Εσωστρεφής	17.8

**Σχήμα 17.** Επικρατέστερες συμπεριφορές στις ηλικίες των 7 έως 12 ετών.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η παρούσα έρευνα συμφωνεί με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών (e.g., Beitchman et al., 1996; Fujiki, Brinton, Morgan, & Hart, 1999; McCabe & Meller, 2004; Redmond & Rice, 1998, Dennis P. Cantwell, Lorian Baker & Richard E. Mathison) υποστηρίζοντας πως παιδιά που είχαν ως πρωταρχική διάγνωση διαταραχή λόγου ή/και ομιλίας, βρέθηκαν να εμφανίζουν σε υψηλό επίπεδο κοινωνικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, σε σύγκριση με συνομηλίκους που δεν είχαν γλωσσική διαταραχή.

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης της δικής μας έρευνας μας οδήγησαν στα εξής συμπεράσματα:

#### **5.1. Ύπαρξη συννοσηρότητας διαταραχών λόγου ή/και ομιλίας με προβλήματα συναισθηματικού τύπου ή συμπεριφοράς**

Παιδιά με διαταραχή λόγου ή/και ομιλίας στο μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζουν συννοσηρότητα με προβλήματα συναισθηματικού τύπου ή συμπεριφοράς, συμπερασμα το οποίο επιβεβαιώνει παλαιότερες μελέτες των Baker L., Cantwell D.P., Mattison R.E., 1980, και Baker L., Cantwell D.P., 1982, οι οποίες αναφέρονται στην ύπαρξη ψυχικών διαταραχών και προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά με διαταραχές επικοινωνίας (λόγου ή/και ομιλίας).

## **5.2. Το είδος της γλωσσικής διαταραχής μπορεί να καθορίσει το βαθμό και το είδος συννοσηρότητας**

Ο κίνδυνος εμφάνισης και το είδος συννοσηρότητας, συνδέεται κατά μεγάλο βαθμό με το είδος της γλωσσικής διαταραχής, καθώς η ομάδα παιδιών με διαταραχές λόγου και ομιλίας μαζί, είχε το μεγαλύτερο ποσοστό συννοσηρότητας 72.4%, όπου υπερτερούσαν οι συναισθηματικές δυσκολίες, τα προβλήματα συμπεριφοράς, και οι δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής. Επίσης, στην περίπτωση της ομάδας διαταραχής του λόγου το ποσοστό είναι λίγο μικρότερο 60.6%, με τα προβλήματα συμπεριφοράς και τις συναισθηματικές δυσκολίες να είναι και αυτές σε μικρότερο ποσοστό, ενώ η ομάδα παιδιών με διαταραχή της ομιλίας εμφανίζει το μικρότερο ποσοστό 30.0%, όπου υπερτερούν με μεγάλη διαφορά μόνο οι δυσκολίες συναισθηματικού τύπου.

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν την μελέτη των Cantwell D.P., L. Baker (1987), όπου με την έρευνά τους υποστήριξαν πως διαφορετικά είδη διαταραχών λόγου και ομιλίας σηματοδοτούν και διαφορετικές ψυχικές και αναπτυξιακές διαταραχές, και πως οι σημαντικότεροι παράγοντες που διαφοροποιούν παιδιά με ψυχιατρική διάγνωση από αυτά χωρίς ψυχιατρική διάγνωση, είναι αυτοί που συνδέονται με το λόγο και την ομιλία (π.χ. το είδος της διαταραχής του λόγου και /ή της ομιλίας, τη σοβαρότητα κ.τ.λ.). Τα αποτελέσματα αυτά οδήγησαν τους μελετητές στην εξής πρόταση: Σύμφωνα με το είδος της διαταραχής που ένα παιδί μπορεί να παρουσιάζει στο λόγο ή/και στην ομιλία, θα αντιμετωπίζει τους ανάλογους κινδύνους συννοσηρότητας. Συγκεκριμένα, όταν τα παιδιά με διαταραχές εξολοκλήρου της ομιλίας εμφάνιζαν ψυχιατρική διαταραχή αυτή έτεινε να είναι

συναισθηματικού τύπου. Απο την άλλη, η ομάδα παιδιών με διαταραχές εξολοκλήρου του λόγου, έτεινε να εμφανίζει διαταραχές της συμπεριφοράς, ενώ η ομάδα με διαταραχές της ομιλίας και του λόγου μαζί, είχε τις ίδιες πιθανότητες εμφάνισης είτε συμπεριφορικών, είτε συναισθηματικών διαταραχών.

### **5.3. Σε διαφορετικά είδη γλωσσικών διαταραχών υπερτερούν διαφορετικά προβλήματα ανάλογα με το είδος συννοσηρότητας**

Στη μελέτη των Dennis P. Cantwell, Lorian Baker & Richard E. Mathison (1977, 1980, 1982), αναφέρεται πως αν και δεν υπάρχουν μοναδικές συμπεριφερειολογικές διαταραχές ή δυσκολίες, είτε ψυχιατρικά προβλήματα τα οποία να είναι χαρακτηριστικά για τα παιδιά με διαταραχές γλώσσας ή/και ομιλίας, παρόλα αυτά, σε παιδιά με διαφορετικά είδη διαταραχών λόγου ή/και ομιλίας φαίνεται να υπερτερούν και διαφορετικά προβλήματα συμπεριφοράς ή συναισθηματικές δυσκολίες ανάλογα με το είδος συννοσηρότητας το οποίο παρουσιάζουν. Παρόμοια ευρύματα παρουσιάζονται και στην έρευνά μας, με αποτέλεσμα:

#### Όσον αφορά τα Προβλήματα Συμπεριφοράς

- Στις διαταραχές λόγου, τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, να χαρακτηρίζονται ως επίμονα, απαιτητικά, μη ευγενικά, με εγωϊστική συμπεριφορά, ζωνηρά, απείθαρχα, με δυσκολία με τα όρια, αντιδραστικά, ανεξέλεγκτα, και επιθετικά, με εμπλοκή σε καυγάδες.
- Στις διαταραχές ομιλίας τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, χαρακτηρίζονται ως χειριστικά με τους γονείς, αρνητικά και αμυντικά απέναντι στους γονείς και τις υποδείξεις τους, επίσης μαλώνουν συχνά με

τ'αδέρφιά τους, και γενικά παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με την οικογένεια. Επιπλέον, λένε συχνά ψέματα, και θέλουν να προκαλούν με συμπεριφορά τους.

- Στις διαταραχές λόγου και ομιλίας, τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, χαρακτηρίζονται ως αφηρημένα, ανυπάκουα, με δυσκολία στην ακολουθία κανόνων, ανυπόμονα και να βιάζονται σε όλα, παρορμητικά, απρόβλεπτα, ρισκοκίνδυνα, απότομα στη συμπεριφορά τους, νευρικά με εκρήξεις θυμού όπως να φωνάζουν και να πετάνε πράγματα.

#### Όσον αφορά στις Συναισθηματικές Δυσκολίες

- Στις διαταραχές λόγου, τα παιδιά που παρουσιάζουν συναισθηματικές δυσκολίες, χαρακτηρίζονται ως ευερέθιστα, θυμωμένα, εύθικτα, με αρνητική διάθεση στο σπίτι και ζήλεια προς τον αδερφό / αδερφή, με την ένταση της φωνής είτε πολύ δυνατή είτε πολύ χαμηλή, και με μικρή ανοχή στη ματαίωση αντίδρώντας πολύ έντονα.

- Στις διαταραχές ομιλίας, τα παιδιά που παρουσιάζουν συναισθηματικές δυσκολίες, τείνουν να είναι υπερευαίσθητα, αποζητάνε συνέχεια την αγκαλιά, παραπονιούνται ότι δεν έχουν φίλους, στεναχωριούνται πολλές φορές λόγω επίγνωσης της δυσκολίας τους, και πληγώνονται εύκολα, ιδίως όταν τα ασκούν κριτική.

- Στις διαταραχές λόγου και ομιλίας, οι συναισθηματικές δυσκολίες που παρουσιάζουν τα παιδιά, είναι περισσότερο προβλήματα άγχους, όπου παρατηρείται προσκόλληση προς τα αγαπημένα πρόσωπα και έντονο άγχος αποχωρισμού (ιδίως για τις ηλικίες 5-6 ετών), άγχος για το σχολείο και τα μαθήματα, άγχος πως να ευχαριστήσουν τους άλλους, αγχώνονται πολύ



όταν μιλάνε, φοβούνται με τα ζωηρά παιδιά, γενικά χαρακτηρίζονται ως φοβισμένα.

#### **5.4. Συνοδά προβλήματα σε σχέση με την ηλικία**

Όσον αφορά την εμφάνιση επικρατέστερων προβλημάτων - συμπεριφορών σε σχέση με την ηλικία, σε μια προηγούμενη έρευνα η Barbara Sawa (1981), βρήκε ότι: Στην προσχολική και νηπιακή ηλικία, τα παιδιά με διαταραχές λόγου ή/και ομιλίας, παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό υπερκινητικότητα ή επιθετικότητα ή υπερευαισθησία. Ενώ κατά τη σχολική ηλικία τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν δυσκολία στη σχολική προσαρμογή, είναι ιδιαίτερα συνεσταλμένα και μη κοινωνικά.

Η παρούσα έρευνα βρήκε παρόμοια αποτελέσματα, τα οποία έδειξαν πως υπήρχαν μεν κάποιες ομοιότητες ανάμεσα στα μικρότερα παιδιά (5-6, πριν το δημοτικό) και στα μεγαλύτερα παιδιά (6-12), όπως ότι όλα τα παιδιά είχαν καθυστέρηση ομιλίας και συναισθηματικές δυσκολίες του τύπου να είναι πολύ ευαίσθητα και να στεναχωριούνται εύκολα, υπήρχαν όμως και διαφορές.

Τα μικρότερα παιδιά χαρακτηρίστηκαν περισσότερο ως επίμονα, απαιτητικά, με πείσμα και εγωϊστική συμπεριφορά, σε συνδυασμό με συναισθηματικές δυσκολίες όπως προσκόλληση, να είναι ευσυγκίνητα και να κλαίνε εύκολα.

Τα μεγαλύτερα παιδιά χαρακτηρίστηκαν περισσότερο ως εσωστρεφή, με δυσκολία στο να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους και να πουν τι νιώθουν, χωρίς πολλούς φίλους, σε συνδυασμό με δυσκολίες στη συγκέντρωση και εύκολη διάσπαση προσοχής.

### **5.5. Συνοδά προβλήματα σε σχέση με το φύλο**

Όσον αφορά την εμφάνιση επικρατέστερων προβλημάτων - συμπεριφορών σε σχέση με το φύλο των παιδιών με διαταραχές λόγου ή/και ομιλίας, οι μελέτες των Quay 1979, Werni & Hawthorne 1976, Goyette et all 1978, O'Donnell & Van Tuinan 1979, μας δίνουν τα εξής στοιχεία: Η διαταραχή της διαγωγής και η υπερκινητικότητα είναι πιο συχνή στα αγόρια. Ενώ η διαταραχή της συμπεριφοράς και το άγχος είναι πιο συχνή στα κορίτσια.

Η παρούσα έρευνα βρήκε παρόμοια αποτελέσματα, τα οποία έδειξαν πως τα κορίτσια παρουσιάζουν στο σύνολό τους περισσότερο συναισθηματικές δυσκολίες, όπως άγχος, υπερευαισθησία, και εσωστρέφια, ενώ τα αγόρια παρουσιάζουν περισσότερο δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής, και δυσκολίες συγκέντρωσης, με εύκολη διάσπαση προσοχής.

### **5.6. Ο ρόλος της καθυστέρησης της ομιλίας**

Επίσης στην παρούσα έρευνα, μέσα από τα δεδομένα και τη στατιστική τους ανάλυση, φάνηκε και ο ρόλος της καθυστέρησης ομιλίας στην ύπαρξη διαταραχών λόγου ή/και ομιλίας, αλλά και στην ύπαρξη συννοσηρότητας με προβλήματα συμπεριφοράς ή του συναισθήματος, παρόλο που δεν ήταν αυτός ο άμεσος στόχος αυτής της έρευνας.

Η επικράτηση της καθυστέρησης ομιλίας, στις διαταραχές λόγου ή/και ομιλίας επιβεβαιώνεται στην έρευνα των L.D. Shriberg, J.B. Tomblin (1999), κατά την οποία το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών που αξιολογήθηκε με καθυστέρηση ομιλίας είχε γλωσσική διαταραχή, αλλά και τα παιδιά που

αξιολογήθηκαν με γλωσσική διαταραχή είχαν παρουσιάσει καθυστέρηση ομιλίας.

Στην παρούσα έρευνα συγκεκριμένα, παραπάνω από τα μισά παιδιά του δείγματος είχαν καθυστέρηση ομιλίας, και συγχρόνως το μεγαλύτερο ποσοστό συννοσηρότητας σε σχέση με αυτά που δεν είχαν καθυστέρηση, για παράδειγμα παιδιά με καθυστέρηση στις πρώτες λέξεις το ποσοστό συννοσηρότητας είναι 68.5% ενώ σε εκείνα που δεν είχαν καθυστέρηση είναι 40.5%.

Κατ'έπекταση, η ομάδα διαταραχής λόγου και ομιλίας μαζί, βρέθηκε να έχει το μεγαλύτερο ποσοτό καθυστέρησης ομιλίας, αλλά και συννοσηρότητας, με μέσο χρονικό διάστημα καθυστέρησης 6 μήνες για την παραγωγή των πρώτων λέξεων, και 9 μήνες για την παραγωγή των πρώτων φράσεων. Ακολουθούν η ομάδα παιδιών με διαταραχές του λόγου, και η ομάδα παιδιών με διαταραχές της ομιλίας, που έχει και το μικρότερο ποσοστό καθυστέρησης της ομιλίας, αλλά και συννοσηρότητας.

### **5.7. Η σχέση ανάμεσα στη νοημοσύνη και τη ψυχοπαθολογία σε παιδιά με γλωσσικές διαταραχές**

Τέλος, θα κάνουμε μια μικρή αναφορά στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη νοημοσύνη (λεκτική – μη λεκτική), την ψυχοπαθολογία, και τις γλωσσικές διαταραχές στην παιδική ηλικία.

Στην παρούσα έρευνα ο μέσος όρος νοημοσύνης των παιδιών ήταν το ανώτερο φυσιολογικό (110 – 119) σύμφωνα με το Ελληνικό WISC-III, καθώς ένα από τα κριτήρια αποκλεισμού του δείγματος ήταν και η νοητική καθυστέρηση. Επίσης, στην έρευνά μας τα ποσοστά που αφορούσαν στις

ψυχιατρικές διαταραχές, όπως ψυχώσεις, εμμονές, ιδεοψυχαναγκασμούς κ.ά., ήταν τα μικρότερα σε σχέση με τις άλλες διαταραχές, και αντανakλούσαν το 6.9% για την ομάδα διαταραχών λόγου και ομιλίας, και 4% για την ομάδα διαταραχών λόγου, ενώ ήταν 0% για την ομάδα διαταραχών μόνο της ομιλίας. Τα μικρά ποσοστά συννοσηρότητας ψυχιατρικών διαταραχών με τις διαταραχές λόγου ή/και ομιλίας πιθανότατα οφείλονται στο φυσιολογικό μέσο όρο νοημοσύνης που είχαν τα παιδιά του δείγματος, καθώς σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες ένας σημαντικός παράγοντας που φαίνεται να σχετίζεται με ψυχικές διαταραχές, ο οποίος ίσως είναι και ο πιο σημαντικός είναι η ελλειμματική νοημοσύνη (Howlin & Rutter, 1987).

Αλλά και όσον αφορά στο μηχανισμό που αποτελεί τη βάση της σχέσης ανάμεσα στη γλωσσική διαταραχή και την ψυχοπαθολογία, ο Beitchman (1985) είχε βρει ότι το χαμηλό IQ συσχετίζονταν με ψυχιατρικά προβλήματα τόσο σε ομάδες παιδιών με διαταραχές λόγου και ομιλίας όσο και στις ομάδες ελέγχου. Οι Beitchman, Hood, Rochon και Peterson (1989) υποστήριξαν ότι τα αποτελέσματά τους αντανakλούν μια γενική νευροεξελικτική καθυστέρηση (μετρημένη από το IQ) η οποία μπορεί να συνδέει τις γλωσσικές διαταραχές με τα προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Οι Benasich, Cutiss και Tallal (1993) πρότειναν επίσης ότι παράγοντες που σχετίζονται με τη γενική νοημοσύνη είναι πιο πιθανό να συσχετίζονται με την ψυχοπαθολογία των παιδιών με γλωσσική διαταραχή.

## Επίλογος

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα η παρούσα ερευνητική μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι παιδιά με γλωσσικά και κατ'επέκταση επικοινωνιακά ελλείμματα, εκδηλώνουν παράλληλα δυσκολίες και σε άλλους τομείς της ανάπτυξης, όπως τη συναισθηματική, κοινωνική, της συμπεριφοράς, και ψυχοκινητική. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί εκδηλώνονται ως συνέπεια των επικοινωνιακών προβλημάτων, χωρίς να αποτελούν οπωσδήποτε συμπτώματα διαταραχής συννοσηρότητας, ή να εκδηλώνονται σε τέτοιο βαθμό, και με μεγάλη διάρκεια και ένταση, έτσι ώστε να αποτελούν διαταραχή συννοσηρότητας.

Τέλος, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που είχαν γλωσσική διαταραχή, αλλά και συννοσηρότητα γλωσσικής διαταραχής με προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματικές δυσκολίες ήταν τα παιδιά που είχαν αργήσει είτε στην παραγωγή των πρώτων λέξεων, είτε των πρώτων φράσεων, μπορούμε να πούμε πως ως προάγγελος των διαταραχών λόγου/ή και ομιλίας και κατ'επέκταση των διαταραχών συννοσηρότητας, μπορεί να θεωρηθεί η καθυστέρηση της ομιλίας είτε όσον αφορά στις πρώτες λέξεις, είτε στις πρώτες φράσεις.

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## Παράρτημα 1:

### Πίνακες διαθέσιμων δεδομένων στο αρχείο/φάκελο κάθε παιδιού

#### 4.α) Πίνακας των διαθέσιμων δεδομένων στο αρχείο / φάκελο κάθε παιδιού

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

#### 4.β) Το παιδοψυχιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

→ Παραπομπή από...	→ Συναισθηματική ανάπτυξη –
→ Λόγος παραπομπής – Αίτημα...	Ιδιοσυγκρασία...
→ Ιστορικό παρούσας διαταραχής...	→ Σοβαρά γεγονότα...
→ Συνθήκες σύλληψης – Εγκυμοσύνης	→ Οικογένια–Κατοικία –Περιβάλλον...
– Τοκετού – Νεογνικής περιόδου...	→ Παρούσα κατάσταση...
→ Ψυχοκινητική ανάπτυξη...	→ Άλλες προτεινόμενες εξετάσεις...
→ Ιατρικό ιστορικό...	→ Περίληψη εκτίμησης – Προβλήματα

→ Σχολικό ιστορικό...	– Προτάσεις...
→ Κοινωνική ανάπτυξη – Συμπεριφορά...	→ Διάγνωση: DSMIV: ..... / ICD10:
→ Σεξουαλική ανάπτυξη – Συμπεριφορά...	.....

#### 4.γ) Η λογοθεραπευτική εκτίμηση περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- Πληροφορίες γονέων
- Συνοδές διαταραχές
- Ακοή
- Ανάπτυξη προφορικού λόγου: α) πρώτες λέξεις, β) πρώτες προτάσεις
- Επικοινωνία :

απαντά κατάλληλα σε λέξεις που τον/την αφορούν ( στοιχεία οικογενειακού και σχολικού περιβάλλοντος),

παιρνει μέρος σε διάλογο,

παίρνει μέρος σε συζήτηση

- Παιδιά μικρής ηλικίας ή με περιορισμένο λόγο :

βλεμματική επαφή,

προσπαθεί να επικοινωνήσει με κινήσεις,

χρησιμοποιεί εκφράσεις προσώπου,

συμπεριφορά στο χώρο,

συνεργασία – κατανόηση του πλαισίου αξιολόγησης

- Εξέταση προφορικού λόγου:

Κατανόηση προφορικού λόγου: κατανόηση απλών και σύνθετων εντολών, επίπεδο μιας λέξης, επίπεδο δύο λέξεων, επίπεδο τριών λέξεων (Προθέσεις), επίπεδο τεσσάρων λέξεων (Δεν), χρήση χρόνων, χρήση αντωνυμιών, συντακτικές δομές,



Φωνηματική ακοή – ακουστική διάκριση: επανάληψη ρυθμών, επανάληψη ήχων

→ Εξέταση αρθρωτικών οργάνων :

δυναμικές και στατικές κινήσεις της γλώσσας,

χείλη,

ρινοφαρυγγική κοιλότητα,

λάρυγγας,

κατάποση,

δόντια

→ Φώνηση : χρήση αναπνοής, χροιά φωνής, ένταση φωνής, μελωδία φώνησης

→ Άρθρωση

→ Δοκιμασία φωνολογικής εξέλιξης

→ Έκφραση του προφορικού λόγου:

α) Λεξιλόγιο (Vocabulary test),

β) Περιγραφή εικόνας (Action Picture Test),

γ) Τίτλος εικόνας,

δ) Σειριοθέτηση εικόνων,

ε) Διήγηση ιστορίας σε εικόνες,

στ) Διήγηση ιστορίας που άκουσε

→ Ορισμοί λέξεων

→ Σχήματα να τα αναγνωρίσει και να τα ονομάσει

→ Μεγέθη

→ Χρώματα

→ Χωροχρονικός προσανατολισμός: μέρες, μήνες, ώρα, δεξί – αριστερό,  
πριν– μετά

→ Πλευρίωση

- Προσοχή
- Οπτική αντίληψη
- Κινητικές δεξιότητες:
  - α) Δοκιμασία της πράξης: μίμηση κινήσεων χεριών, μίμηση κινήσεων δαχτύλων, εναλλαγές κινήσεων χεριών,
  - β) Πώς πιάνει το μολύβι: σχεδίαση ανθρώπου, σπιτιού, σκάλας, κύκλου, σταυρού, τριγώνου.
- Διαγνώση κατά: α) DSM-IV, β) ICD-10, γ) Άλλη...
- Έκθεση εκτίμησης λόγου

#### **4.δ) Ερωτηματολόγια TRF (Teacher's Report Form) και CBCL (Child Behavior Checklist).**

Το TRF αναγνωρίζει 8 σύνδρομα προβληματικής συμπεριφοράς:

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

Με μια δεύτερης τάξης παραγοντική ανάλυση προκύπτουν δύο ευρύτερες ομάδες (broad band): Η Εσωτερίκευση και η Εξωτερίκευση. Η ομάδα της

Εσωτερίκευσης περιλαμβάνει τα σύνδρομα «Άγχος/κατάθλιψη», «Σωματικά ενοχλήματα» και «Κοινωνική απόσυρση - αναστολή». Η ομάδα της Εξωτερίκευσης περιλαμβάνει τα σύνδρομα «Παραπτωματική συμπεριφορά» και «Επιθετική συμπεριφορά». Τα υπόλοιπα σύνδρομα, δηλαδή τα «Κοινωνικά προβλήματα», τα «Προβλήματα σκέψης» και τα «Προβλήματα προσοχής» δεν έχουν υψηλή συσχέτιση με την Εσωτερίκευση ή την Εξωτερίκευση.

Ανάλογη είναι και η δομή της Κλίμακας του Achenbach για τους Γονείς CBCL (Child Behavior Checklist).

#### **Το CBCL βαθμολογεί τις εξής συμπεριφορές**

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

II. Απόσυρση – Κατάθλιψη : • Χαίρεται λίγα, • Προτιμά μόνος, • Δε μιλά, • Μυστικοπαθής, • Ντροπαλός, δειλός, • Χωρίς ενέργεια, • Δυστυχισμένος, • Απομονωμένος.

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

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

V. Προβλήματα σκέψης : •Δεν μπορεί να βγάλει σκέψεις, •Αυτοτραυματίζεται, •Ακούει πράγματα, •Νευρικές κινήσεις, •Τσιμπά το δέρμα, •Γεννητικό όργανο δημόσια, •Γεννητικό όργανο πάρα πολύ, •Επαναλαμβάνει πράξεις, •Βλέπει πράγματα, •Κοιμάται λιγότερο, •Μαζεύει πράγματα, •Παράξενη συμπεριφορά, •Παράξενες ιδέες, •Υπνοβατεί, παραμιλά, •Δυσκολία να κοιμηθεί.

VI. Προβλήματα προσοχής : •Φέρεται ανώριμα, •Δεν τελειώνει ό,τι αρχίζει, •Δεν συγκεντρώνεται, •Δε μπορεί να σταθεί ακίνητος, •Σε σύγχυση, •Ονειροπολεί, •Παρορμητικός, •Κακός μαθητής, •Απρόσεκτος, •Κοιτάζει με κενό βλέμμα.

VII. Παράβαση κανόνων : •Πίνει αλκοόλ, •Δεν αισθάνεται τύψεις, •Παραβαίνει κανόνες, •Κακοί φίλοι, •Ψέματα, εξαπατά, •Προτιμά μεγαλύτερα παιδιά, •Φυγές, •Βάζει φωτιές, •Σεξουαλικά προβλήματα, •Κλέβει από το σπίτι, •Κλέβει από ξένους, •Βρίζει, •Σκέφτεται το σεξ πάρα πολύ, •Καπνίζει, •Σκασιαρχείο, •Χρήση ουσιών, •Βανδαλισμοί.

VIII. Επιθετική συμπεριφορά : •Αντιμιλά, •Σκληρός, μοχθηρός, •Απαιτεί προσοχή, •Καταστρέφει τα πράγματά του, •Καταστρέφει πράγματα άλλων, •Ανυπάκουος στο σπίτι, •Ανυπάκουος στο σχολείο, •Μπλέκει σε καβγάδες, •Επιτίθεται σε άλλους, •Φωνάζει πολύ, ουρλιάζει, •Πεισματάρης, δύσθυμος, •Αλλαγές διάθεσης, •Μουτρωμένος, •Καχύποπτος, •Πειράζει πολύ, •Εκνευρίζεται εύκολα, •Απειλεί τους άλλους, •Πολλή φασαρία.

Άλλα Προβλήματα : •Κενώσεις έξω από τουαλέτα, •Καυχιέται, •Βασανίζει ζωή, •Δεν τρώει καλά, •Τρώει νύχια, •Τρώει υπερβολικά, •Υπέρβαρος, •Άλλα σωματικά προβλήματα, •Κάνει επίδειξη, •Κοιμάται περισσότερο, •Μιλά πάρα πολύ, •Πιπιλά δάκτυλο, •Ημερήσια ενούρηση, •Γκρινιάρης, •Επιθυμεί αντίθετο φύλο, •Άλλα προβλήματα.

## Παράρτημα 2:

### **Καταγραφή, Ομαδοποίηση, και Κωδικοποίηση συμπεριφορών των παιδιών**

#### Ψυχοκινητική Ανωριμότητα

##### **(1 – 2) → Καθυστέρηση ομιλίας**

1. Καθυστέρηση ομιλίας
2. Καθυστέρηση στο σχηματισμό πρώτων φράσεων

##### **(3 – 13) → Δυσκολίες κινητικών δεξιοτήτων**

3. Δυσκολίες αδρής / λεπτής κινητικότητας
4. Δυσκολίες λεπτής κινητικότητας
5. Δυσκολίες αδρής κινητικότητας
6. Δυσκολίες συντονισμού των κινήσεων
7. Δυσκολίες οπτικοκινητικού συντονισμού
8. Κινήσεις απότομες (κλωτσάει τα πόδια του) / Δυσκολία σταθερής στάσης
9. Στοιχεία ηχοπραξίας
10. Έντονα κινητικός
11. Αδέξιος
12. Χτυπάει συνέχεια / Παθαίνει εύκολα ατυχήματα
13. Αδυναμία οργάνωσης δεξιοτήτων

##### **(14 – 15) → Δυσκολίες συγκέντρωσης- προσοχής**

14. Δυσκολίες συγκέντρωσης / Διασπάται εύκολα η προσοχή του
15. Δυσκολίες παρατηρητικότητας
- 15.1 Δεν έχει καλή βλεμματική επαφή
16. Δυσκολίες σε δεξιότητες μνήμης
17. Δυσκολίες οπτικής μνήμης και οπτικής αντίληψης

##### **(18 – 20) → Δυσκολίες προσανατολισμού**

18. Δυσκολίες προσανατολισμού ως προς το χώρο και το χρόνο
19. Δυσκολίες προσανατολισμού ως προς το χρόνο
20. Δυσκολίες προσανατολισμού ως προς το χώρο

21. Δυσκολία σε γνωστικές δεξιότητες / Μπερδεύει έννοιες, πληροφορίες
22. Δυσκολία σε διαδικασίες λογικής σκέψης
23. Επανάληψη τάξης
  
24. Αργός έλεγχος σφικκτών
- (25.1 – 25.2) → Νυχτερινή ενούρηση
- 25.1 Νυχτερινή ενούρηση (πρωτοπαθής)
- 25.2 Νυχτερινή ενούρηση (δευτεροπαθής)
- 25.3 Κατακράτηση ούρων / Ημερήσια ενούρηση
26. Κατακράτηση κοπράνων / Δεν θέλει να αφοδεύσει
  
27. Παίζει με συγκεκριμένα και σταθερά παιχνίδια

<b>Δυσκολίες Κοινωνικής Συναλλαγής</b>
--

1. Έλλειψη πρωτοβουλίας και δυσκολία ανταπόκρισης σε κοινωνικές συναλλαγές
2. Έλλειψη πρωτοβουλίας σε κοινωνικές συναλλαγές
3. Δυσκολία ανταπόκρισης σε κοινωνικές συναλλαγές
4. Δεν γνωρίζει κοινωνικούς κανόνες / Κοινωνική ανωριμότητα
5. Δυσκολία στην κατανόηση κοινωνικών καταστάσεων
  
6. Δεν κάνει εύκολα παρέες / Διστακτικός
7. Διστακτικός / Επιφυλακτικός στο εξω-οικογενειακό περιβάλλον
8. Δεν έχει φίλους
9. Προτιμά για παρέα μικρότερα παιδιά
10. Προτιμά φίλιες με το αντίθετο φύλο
11. Πολύ επιλεκτικός με τους φίλους του / Αποφεύγει αυτούς που φωνάζουν
  
12. Απομονώνεται / Δεν συμμετέχει σε δραστηριότητες
13. Δυσκολίες συμμετοχής σε ομαδικές δραστηριότητες
14. Δυσκολία στην αλληλεπίδραση με συνομηλίκους
15. Δυσκολίες συνεργασίας
16. Θέλει να είναι το επίκεντρο / Εγωκεντρικός

17. Τον πειράζουν λεκτικά τ' άλλα παιδιά  
 18. Παθητικός / Δέχεται παρενοχλήσεις  
 19. Επιδιώκει παρέες αλλά τον αποφεύγουν / Δεν τον καταλαβαίνουν  
 20. Θέλει να έχει συνέχεια παρέα παιδιάκια / Κλαίει όταν φεύγουν
21. Δεν μπορεί να κάνει διάλογο / Δεν περιμένει τη σειρά του / Φεύγει από το θέμα συζήτησης
22. Δεν θέλει κόσμο μέσα στο σπίτι  
 23. Δεν θέλει να φεύγει από το σπίτι  
 24. Δυσκολίες προσαρμογής σε νέα περιβάλλοντα
25. Δύσκολη προσαρμογή στο σχολείο  
 26. Δεν θέλει να πηγαίνει σχολείο / Κλαίει  
 27. Δεν θέλει να βγαίνει στο διάλειμμα  
 28. Δεν συμμετέχει σε συζητήσεις μέσα στην τάξη
29. Αδιαφορία προς τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα  
 30. Επιλέγει συγκεκριμένα πρόσωπα με τα οποία επιθυμεί να επικοινωνήσει

### Προβλήματα Συμπεριφοράς

<p><b>(1 – 2) → Ανώριμη συμπεριφορά</b>          1. Ανώριμος στο παιχνίδι του / Στη συμπεριφορά του          2. Παλιμπαιδισμός</p> <p><b>(3 – 5) → Παθητικότητα στη συμπεριφορά</b>          3. Νωθρός / Του λείπει η ενεργητικότητα          4. Πολύ υπάκουος, δεν αντιδρά          5. Δεν μιλάει πολύ <u>5.1 Δεν μιλά καθόλου</u></p> <p><b>(6 – 15) → Παρορμητική συμπεριφορά</b>          6. Μιλάει πάρα πολύ          7. Παρασύρεται εύκολα          8. Παραιτείται εύκολα από δραστηριότητες /</p>	<p>32. Εκρήξεις θυμού, φωνάζει, πετά πράγματα</p> <p><b>(33 – 36) → Ανυπάκουος / Δυσκολία στην ακολουθία κανόνων</b>          33. Ανυπάκουος / Δυσκολία στην ακολουθία κανόνων          34. Ανυπάκουος στο σπίτι 35. Ανυπάκουος στο σχολείο          36. Αντίθετη συμπεριφορά στο σχολικό περιβάλλον, από το σπίτι</p> <p><b>(37 – 40) Προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με το σχολείο</b></p>
--	---

<p>Βαριέται εύκολα</p> <p>9. Ανυπόμονος / Βιάζεται σε όλα <u>9.1 Μιλάει βιαστικά</u></p> <p>10. Παρορμητικός</p> <p>11. Άγνοια κινδύνου (δεν προσέχει στο δρόμο)</p> <p>12. Ριψοκίνδυνος 13. Απρόβλεπτος</p> <p>14. Αφηρημένος</p> <p>15. Έντονη περιέργεια</p> <p><b>(16 – 21) → Εγωιστική συμπεριφορά</b></p> <p>16. Πεισματάρης / Επίμονος</p> <p>17. Απαιτητικός / Ζητάει συνέχεια πράγματα</p> <p>18. Δεν είναι ευγενικός</p> <p>19. Δεν θέλει να μοιράζεται τα πράγματά του / Τα διεκδικεί <u>19.1 Παίρνει τα πράγματα των άλλων</u></p> <p>20. Ανταγωνιστικός / Θέλει πάντα να κερδίζει</p> <p>21. Αρχηγικές τάσεις</p> <p><b>(22 – 26) → Επιθετική συμπεριφορά</b></p> <p>22. Πειράζει τ' άλλα παιδιά / Παράπονα για το άτομό του</p> <p>23. Εμπλοκή σε καυγάδες με το αντίθετο φύλο <u>23.1 Εμπλέκεται εύκολα σε καυγάδες</u></p> <p>24. Επιθετικά παιχνίδια</p> <p>25. Επιθετικός / Χτυπάει τ' άλλα παιδιά</p> <p>26. Επιθετικός / Δεν αντιλαμβάνεται τι κάνει</p> <p><b>(27 – 30) → Εναντιωματική συμπεριφορά</b></p> <p>27. Ανεξέλεγκτος 28. Αντιδραστικός</p> <p>29. Δυσκολία με τα όρια / Απείθαρχος</p> <p>30. Ζωηρός</p> <p><b>(31 – 32) Νευρική συμπεριφορά</b></p> <p>31. Εκνευρίζεται εύκολα / Απότομος στη συμπεριφορά του</p>	<p>37. Προκαλεί με τη συμπεριφορά του μέσα στην τάξη</p> <p>38. Δεν του αρέσει το σχολείο</p> <p>39. Δυσκολία ανταπόκρισης στα σχολικά καθήκοντα / Δεν διαβάζει</p> <p>40. Διεκδικεί / Αποζητάει την προσοχή της δασκάλας του</p> <p><b>(41 – 46) Προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με την οικογένεια</b></p> <p>41. Διεκδικεί / Αποζητάει την προσοχή της μητέρας του</p> <p>42. Εξαρτημένος (από τη μητέρα του / τα αδέρφια του)</p> <p>43. Χειριστικός με τους γονείς</p> <p>44. Προβλήματα στη σχέση με τους γονείς</p> <p>45. Αρνητική στάση απέναντι στη μητέρα / Αμυντικός στις υποδείξεις της</p> <p>46. Μαλώνει με την αδερφή του / τον αδερφό του</p> <p><b>(47 – 52) → Προκλητική συμπεριφορά</b></p> <p>47. Προκαλεί με τη συμπεριφορά του</p> <p>48. Λέει συχνά ψέματα</p> <p>49. Επιδεικνύει προκλητικά τα γεννητικά του όργανα</p> <p>50. Απροθυμία συμμόρφωσης με τους κοινωνικούς κανόνες αφοδεύσης σε αποδεκτούς χώρους</p> <p>51. Της αρέσει να ντύνεται με γυναικεία ρούχα, να βάφεται και να φοράει κοσμήματα</p> <p>52. Δεν της αρέσει να φοράει ρούχα</p>
--	---



**Συναισθηματικά προβλήματα – Ιδιοσυγκρασία**

**(1 – 11) → Προβλήματα Άγχους**

1. Προσκόλληση 1.1 Έντονο Άγχος αποχωρισμού
2. Άγχος πως να ευχαριστήσει τους άλλους / Δεν θέλει να στεναχωρεί κανένα
3. Αγχώνεται όταν μιλάει
4. Αγχώνεται όταν είναι στο σχολείο
5. Υπερβολικό άγχος για τα μαθήματα / Μήπως ξεχάσει να διαβάσει κάτι
6. Αγχώνεται σχεδόν για όλα / Ανήσυχος
7. Άγχος μήπως κάνει κάτι λάθος
8. Έντονο άγχος πριν την έναρξη της εκάστοτε τελετουργίας
9. Αγχώνεται όταν γίνονται αλλαγές στο πρόγραμμά του
10. Αγχώνεται / Φοβάται με τα ζωηρά παιδιά
11. Φοβισμένος / Φοβάται εύκολα

**(12 – 15) → Δυσκολίες με το Φαγητό**

12. Υπερφαγία - Βουλιμία
13. Υπέρβαρος (παιδική παχυσαρκία)
14. Επιλεκτικός στο φαγητό / Τρώει λίγο
15. Δυσκολία με το φαγητό / Αρνείται, δεν θέλει να τρώει

**(16 – 25) → Δυσκολίες με τον Ύπνο**

16. Δεν θέλει να κοιμάται στο κρεβάτι του
17. Ανήσυχος ύπνος / Υπερένταση στον ύπνο
18. Ξυπνάει το βράδυ και πηγαίνει στο κρεβάτι των γονιών του
19. Εφιάλτες      20. Παραμιλάει στον ύπνο του
21. Κάποιες φορές υπνοβατεί
22. Κοιμάται πολύ βαθιά / Δεν ξυπνάει εύκολα
23. Κοιμάται πολλές ώρες
24. Δυσκολία στον ύπνο, δεν κοιμάται εύκολα / Αϋπνίες

36. Μιλάει έντονα και δυνατά 36.1 Μιλά χαμηλόφωνα
37. Εύθικτος / Προσβάλλεται εύκολα
38. Μη ανοχή στη ματαιώση / Αντιδρά έντονα

**(39 – 46) → Αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης - αυτοπεποίθησης**

39. Απογοητεύεται εύκολα
40. Φοβάται την απόρριψη / Διστακτικός στο να ζητήσει πράγματα
41. Ανασφαλής
42. Χαμηλή αυτοπεποίθηση
43. Η αυτοπεποίθησή του δεν είναι σταθερή
44. Αίσθημα αυτομομφής / Χαμηλή αυτοεκτίμηση
45. Ντροπαλός / Συνεσταλμένος
46. Μειωμένο κίνητρο προσπάθειας σε δύσκολο έργο

**(47 – 57) → Τάση για απομόνωση και καταθλιπτικό συναίσθημα**

47. Δεν εκδηλώνει τα συναισθήματά του / Εσωστρεφής
48. Απομονώνεται στον εαυτό του / Προτιμά μόνος
49. Αποφυγή και άρνηση σωματικής επαφής
50. Καταθλιπτικό συναίσθημα / Δύσθυμος
51. Σκέφτεται άσχημα πράγματα / Δεν λέει τι σκέφτεται
52. Χαίρεται λίγα
53. Κλαίει εύκολα / Ευσυγκίνητος
54. Κυκλοθυμικός
55. Η ψυχολογική του κατάσταση επηρεάζεται από την εποχή του χρόνου / Εναλλαγές διάθεσης σύμφωνα με τον καιρό
56. Ονειροπολεί / Χάνεται μέσα στις σκέψεις

<p>25. Κοιμάται πολύ λίγο</p> <p><b>(26 – 38) → Εκδηλώσεις θυμού και αρνητικής διάθεσης</b></p> <p>26. Γκρινιάρης</p> <p>27. Ευερέθιστος / Ευέξαπτος</p> <p>28. Νευρικός <u>28.1 Νευρικός σε υστερικό σημείο</u></p> <p>29. Βρίζει 30. Εγωιστής – Πολύ αναπτυγμένο ΕΓΩ</p> <p>31. Συχνά μουτρωμένος</p> <p>32. Πολύ αρνητικός στο σπίτι</p> <p>33. Ζηλεύει τον αδερφό / αδερφή / γονείς του</p> <p>34. Θυμώνει εύκολα</p> <p>35. Δεν έχει υπομονή</p>	<p>του</p> <p>57. Είναι απαθής χωρίς κίνητρο</p> <p><b>(58 – 64) → Εκδηλώσεις συναισθηματισμού - ευαισθησίας</b></p> <p>58. Ευαίσθητος / Στεναχωριέται εύκολα</p> <p>59. Αποζητάει συνέχεια την αγκαλιά 60. Παραπονιάρης</p> <p>61. Στεναχωριέται που δεν έχει παρέες</p> <p>62. Στεναχωριέται λόγω επίγνωσης της δυσκολίας του</p> <p>63. Συναισθηματική επιβάρυνση λόγω διάστασης των γονιών του</p> <p>64. Πληγώνεται εύκολα (όταν του ασκούν κριτική)</p>
---	---

### Σεξουαλική ανάπτυξη – Συμπεριφορά

1. Δεν φαίνεται να ταυτίζεται με το φύλο του / Συμπεριφορές αντίθετου φύλου
  2. Κοριτσίστικα ενδιαφέροντα
  3. Ταυτίζεται με την αδερφή του
    - 3.1 Ταυτίζεται με τον αδερφό της
4. Δεν αντιλαμβάνεται τη διαφορά των δύο φύλων
  5. Κάνει παρέα περισσότερο με κορίτσια
    - 5.1 Κάνει παρέα περισσότερο με αγόρια
  6. Κάποιες φορές ισχυρίζεται ότι είναι κορίτσι
7. Ντρέπεται όταν τον βλέπει η αδερφή του να ξεντύνεται

## 5. Ψυχικά προβλήματα

### (1 – 13.1) → Φοβίες

1. Φοβία με ασανσέρ / Δεν ανεβαίνει
2. Φοβία με τον κόσμο / Δεν θέλει να βρίσκεται με πολύ κόσμο
3. Φοβία με τους ξένους / Δεν θέλει να αποχωρίζεται τους γονείς
4. Φοβία με το να μένει μόνος σε κάποιο μέρος / Θέλει να είναι μαζί με κόσμο
- 4.1 Φόβος μοναξιάς / Φοβία μήπως μείνει μόνη, Παθαίνει πανικό
5. Φοβία μήπως τον ξεχάσουν
6. Φοβία με το σχολείο / Μήπως ξεχάσει να διαβάσει ή να πάρει κάτι μαζί του
7. Φοβία με το σκοτάδι
8. Φοβία με αστραπές και βροχή / Δεν βγαίνει από το σπίτι όταν βρέχει
9. Φοβία με τα σκυλιά      10. Φοβία με την τουαλέτα
11. Φοβία με τη διαδικασία αφόδευσης / Κατακράτηση κοπράνων
12. Φοβία μην αρρωστήσει
13. Φοβία μήπως κάνει κάτι κακό 13.1 Φοβία μήπως συμβεί κάτι κακό / μήπως πάθουν κάτι οι άλλοι

14. Στοιχεία υποχονδρίασης
15. Τελειομανής

### (16 – 20) → Εκδηλώσεις Άγχους (ψυχοσωματικά ενοχλήματα)

16. Όταν φοβάται κάνει εμετό
17. Ίδρώνουν πολύ οι παλάμες του
18. Έντονες γκριμάτσες στο πρόσωπο / Μυοσπασμούς, όταν αγχώνεται

19. Βάζει τα χέρια του στο στόμα 19.1 Τρώει τα νύχια του 19.2 Πιπίλισμα δαχτύλου
20. Τρίζει τα δόντια του

### (21 – 29) → Εμμονές

21. Εμμονή ν' ακούει συγκεκριμένο παραμύθι
- 21.2 Εμμονή με το να σκέφτεται συνεχώς αν ξέχασε να διαβάσει κάτι
22. Εμμονή να ρωτάει συνέχεια τους γονείς αν έχει πυρετό
23. Εμμονή να πλένει τα χέρια του
24. Εμμονή με άναμα αναπτήρα
25. Εμμονή ν' ακουμπάει τα δάχτυλα της μαμάς του
26. Εμμονή με το να ζητάει να μένει και κάποιος τρίτος στο σπίτι (εκτός τους γονείς)
27. Εμμονή με τις πόρτες να είναι πάντα ανοιχτές
28. Εμμονή με το καπάκι από το μπιμπερό (του αδερφού του) να είναι βιδωμένο προς συγκεκριμένη κατεύθυνση
29. Εμμονή με την πόρτα της τουαλέτας και της ντουλάπας να είναι πάντα ανοιχτές

### (30 – 31) → Ιδεοψυχαναγκασμοί

30. Ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά
31. Ιδεοψυχαναγκασμός που εκφράζεται με τελετουργία (ζητά να γίνεται στην αλλαγή της πάνας με συγκεκριμένες χειρονομίες, και με κάποια στερεότυπη φράση που του αρέσει να λέει, και η μητέρα δεν κατανοεί)

### (32 – 33) → Μυοσπάσματα (Τικ)

32. Φωνητικά μυοσπάσματα (Τικ)
33. Κινητικά μυοσπάσματα (Τικ)

## ΚΩΔΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

- 0. Δεν υπάρχει
  
- 1. Ψυχοκινητική ανωριμότητα
- 2. Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής
- 3. Προβλήματα συμπεριφοράς
- 4. Συναισθηματικά προβλήματα
- 5. Ψυχικά προβλήματα
  
- 12. Ψυχοκινητική ανωριμότητα + Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής
- 13. Ψυχοκινητική ανωριμότητα + Προβλήματα συμπεριφοράς
- 14. Ψυχοκινητική ανωριμότητα + Συναισθηματικά προβλήματα
- 15. Ψυχοκινητική ανωριμότητα + Ψυχικά προβλήματα
  
- 23. Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής + Προβλήματα συμπεριφοράς
- 24. Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής + Συναισθηματικά προβλήματα
- 25. Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής + Ψυχικά προβλήματα
  
- 34. Προβλήματα συμπεριφοράς + Συναισθηματικά προβλήματα
- 35. Προβλήματα συμπεριφοράς + Ψυχικά προβλήματα
  
- 45. Συναισθηματικά προβλήματα + Ψυχικά προβλήματα
  
- 234. Δυσκολίες κοινωνικής συναλλαγής + Προβλήματα συμπεριφοράς + Συναισθηματικά προβλήματα

### Παράρτημα 3:

Υπόδειγμα πρωτοκόλλου βάσει του οποίου συλλέχτηκαν,  
καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα δεδομένα της έρευνας

Πρωτόκολλο ομάδας παιδιών με διαταραχές Λόγου / Ομιλίας							
<b>Φύλο</b>	Αγόρι	Κορίτσι					
<b>Ηλικία</b>	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12
<b>Δείκτης Νοημοσύνης:</b>	70 – 79		Οριακό Νοητικό Δυναμικό				
	80 – 89		Χαμηλό Φυσιολογικό				
	90 – 109		Μέσο Φυσιολογικό				
	110 – 119		Ανώτερο Φυσιολογικό				
	120 – 129		Ανώτερο				
	130 και πάνω		Ανώτατο				
<b>Έναρξη ομιλίας</b>	Πρώτες λέξεις			Πρώτες φράσεις			
	<b>Καθυστέρηση</b>	Ναι	Όχι	<b>Καθυστέρηση</b>	Ναι	Όχι	
<b>Ιστορικό ωτίτιδας</b>	Ναι	Όχι					
<b>Δομικές ανωμαλίες στοματικής κοιλότητας</b>				Ναι			Όχι
<b>Δομή οικογένειας</b>	Μονογονεϊκή	Ναι	Όχι	Αδέλφια	Ναι	Όχι	
<b>Μέλος της οικογένειας με παρόμοια διαταραχή ή διαταραχή που να επηρεάζει το λόγο/ομιλία</b>					Ναι		Όχι
<b>Είδος διαταραχής Λόγου / Ομιλίας (Διάγνωση γνωμάτευσης Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου)</b>	Φωνολογική διαταραχή						
	Διαταραχή της Γλωσσικής Έκφρασης						
	Μεικτή διαταραχή της Γλωσσικής Αντίληψης – Έκφρασης						
	Επιλεκτική Αλαλία						
	Διαταραχή της Άρθρωσης						
	Διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας						
	Παιδική δυσφωνία						
	Ρινολαλία						
<b>Συννοσηρότητα με:</b> (Διάγνωση γνωμάτευσης)							

ιατροπαιδαγωγικού κέντρου)	
<b>Στοιχεία παιδοψυχιατρικού ιστορικού ως προς:</b>	
• <b>Ψυχοκινητική ανάπτυξη</b>	
• <b>Κοινωνική ανάπτυξη</b>	
• <b>Προβλήματα συμπεριφοράς</b>	
• <b>Σεξουαλική ανάπτυξη – συμπεριφορά</b>	
• <b>Συναισθηματική ανάπτυξη – Ιδιοσυγκρασία</b>	
• <b>Ψυχικά προβλήματα</b>	

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., Σίνη Α.Θ. (2000). *Διαταραχές Σχολικής Μάθησης και Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.
- Baker L., Cantwell D.P.: *Psychiatric disorder in children with different types of communication disorders*. Journal of Communication Disorders. 1982 March; 15 (2): 113-126
- Baker L., Cantwell D.P., Mattison R.E.: *Behavior Problems in Children with Pure Speech Disorders and in Children with Combined Speech and Language Disorders*. Journal of Abnormal Child Psychology. 1980; 8 (2): 245-256
- Beitchman Joseph H., Hood J., Inglis A.: *Psychiatric risk in children with speech and language disorders*. Journal of Abnormal Child Psychology. 1990 June; 18 (3): 283-296
- Beitchman Joseph H., Wilson B., Jonson C.L., Atkinson L., Youhg A., Adlaf E., Escobar M., Doyglas L.: *Fourteen-Year Follow-up of Speech / Language – Impaired and Control Children: Psychiatric Outcome*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2001 January; 40 (1): 75-82
- Βογινδρούκας Ι. (2005). *Διαταραχές Επικοινωνίας και Λόγου στον αυτισμό – Εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας*. Διεπιστημονική Προσέγγιση Αυτισμός. Ζωοδόχος Πηγή, Ηράκλειο. σελ. 17-33.
- Cantwell D.P., Baker L.: *Prevalence and type of psychiatric disorder and developmental disorders in three speech and language groups*. Journal of Communication Disorders. 1987 April; 20 (2): 151-160

- Γιαννοπούλου Σ. (1987). *Ψυχολογικά Προβλήματα στα παιδιά με Δυσφασία*. Αθήνα: Πρακτικά του 3<sup>ου</sup> Συνεδρίου του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις διαταραχές του Λόγου, σελ. 89-94.
- Dietz K.R., Lavigne J.V., Arend R., Rosenbaum D.: *Relation between intelligence and psychopathology among preschoolers*. Journal of Clinical Child Psychology. 1997 Mar; 26 (1): 99-107
- Harland P., Reijneveld SA., Brugman E., et al: *Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2002 Aug; 11(4):176-84. [abstract]
- Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2004): *Ψυχοπαθολογία παιδιών και Εφήβων, Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω, σελ 197-224.
- Κατή Δ. (2000). *Γλώσσα και Επικοινωνία στο Παιδί* (4<sup>η</sup> έκδοση). Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Kotsopoulos A., Boodoosingh L.: *Language and speech disorders in children attending a day psychiatric programme*. British Journal of Disorders of Communication. 1987 March; 22: 227-236
- Kristensen H.: *Selective Mutism and Comorbidity With Developmental Disorder / Delay, Anxiety Disorder, and Elimination Disorder*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000 February; 39 (2): 249-256
- Lipton J., Becker RE., Kothare SV: *Insomnia of childhood*. Curr Opin Pediatr. 2008 Dec; 20(6):641-9. [abstract]



- Μακρόγλου Μ. – Γουώλς, Σφυρίδου Π., Τσέργας Ν. (2003). *Στοιχεία Γενικής και Εξελικτικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Διδακτικών Βιβλίων, σελ 52.
- McCabe Paul C.: *Social and behavioral correlates of preschoolers with specific language impairment*. *Psychology in the Schools*. 2005 April; 42 (4): 373-387
- Nancy J. Cohen, Denise D. Vallance, Melanie Barwick, Nancie Im, Rosanne Menna, Naomi B. Horodezky and Lila Isaacson: *The Interface between ADHD and Language Impairment: An Examination of Language, Achievement, and Cognitive Processing*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000 March; 41 (3): 353-362
- Reid GJ., Hong RY., Wade TJ: *The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2- and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology*. *J Sleep Res*. 2009 Mar; 18(1):49-59. [abstract]
- Ρούσσου Α. (επιμέλεια), Thomas M. Achenbach, Leslie A. Rescorla (2003). *Εγχειρίδιο για τα Ερωτηματολόγια και Προφίλ Σχολικής Ηλικίας του ΣΑΕΒΑ*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών (1999). *Πρόληψη, Διάγνωση, Αντιμετώπιση των Διαταραχών της Επικοινωνίας και Εκπαίδευση του Λογοπεδικού*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.
- Shriberg L.D., Tomblin J.B.: *Prevalence of speech delay in 6 – year – old children and comorbidity with language impairment*. *Journal of speech, Language, and Hearing Research*. 1999 December; 42 : 1461-1481

- Toppelberg, Claudio O. M.D., Shapiro, Theodore M.D.: *Research Update Review Language Disorders: A 10-Year Research Update Review*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000 February; 39 (2): 143-152
- Τσιαντής Γ., Μανωλόπουλος Σ. (2001). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής – Προσεγγίσεις στην ταξινόμηση και διάγνωση* (1<sup>ος</sup> τόμος – 2<sup>ο</sup> μέρος). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτης.
- Τσιαντής Γ., Μανωλόπουλος Σ. (2001). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής – Ψυχοπαθολογία* (2<sup>ος</sup> τόμος – 1<sup>ο</sup> μέρος). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτης.
- <http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/badhabit.htm>  
Bad Habits/Annoying Behavior
- <http://www.patient.co.uk/doctor/Common-Behavioural-Problems-in-Children.htm>  
Common Behavioural Problems in Children
- <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Stereotypic-movement-disorder.html>  
Encyclopedia of Mental Disorders
- <http://pediatrics.aappublications.org>  
– Children's Language Ability and Psychosocial Development: A 29-Year Follow-up Study  
– Physical Aggression During Early Childhood: Trajectories and Predictors
- <http://clt.sagepub.com>  
Social and behavioural difficulties in children with language impairment
- <http://www.psy.auth.gr>

Συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους