



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΚΑΚΑΪΔΗ ΒΑΡΒΑΡΑ (16673)

ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ (16675)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2018



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΚΑΚΑΪΔΗ ΒΑΡΒΑΡΑ (16673)

ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ (16675)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2018

**ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER-
COUNSELING INTERVENTION**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Τόπος, Ημερομηνία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Επιβλέπων καθηγητής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Υπογραφή

© Επίθετο, Όνομα, έτος.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved

Δήλωση μη λογοκλοπής

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

Επίθετο, Όνομα

Υπογραφή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ADHD) αποτελεί μια συχνή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Πρόκειται για μια σαφώς αναγνωρισμένη διαγνωστική οντότητα, η οποία επιμένει και στην ενήλικη ζωή. Τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά της είναι η ελλειμματική προσοχή, η υπερδραστηριότητα και η παρορμητική συμπεριφορά. Δεδομένου ότι τα προαναφερόμενα συμπτώματα αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά της παιδικής ηλικίας, η ΔΕΠ-Υ παραμένει συχνά αδιάγνωστη ή εσφαλμένα διαγνωσμένη. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να ορίσει το προφίλ της διαταραχής, με σκοπό την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συνδυασμού θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπισή της.

Λέξεις-κλειδιά: αναπτυξιακή διαταραχή, ελλειμματική προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, συμβουλευτική παρέμβαση.

ABSTRACT

The Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common disorder of childhood. It is a clearly recognized diagnostic entity, which persists in adulthood. Its primary characteristics are the lack of attention, the overactivity and the impulsive behavior. Since these symptoms are common features of childhood, ADHD is often undiagnosed or misdiagnosed. This work attempts to define the profile of the disorder in order to implement an integrated combination of therapeutic approaches to address it.

Keywords: developmental disorder, attention deficit, hyperactivity, impulsivity, counseling intervention

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή.....	1
2. Περιγραφή των διαταραχών.....	4
2.1. Ιστορική αναδρομή.....	4
2.2. Ορισμοί.....	6
3. Διάκριση μεταξύ φυσιολογικής ζωηρότητας και ΔΕΠ-Υ.....	8
4. Αποσαφήνιση του όρου.....	11
4.1. Γενικά.....	11
4.2. Απροσεξία.....	12
4.3. Υπερκινητικότητα.....	13
4.4. Παρορμητικότητα.....	14
5. Συμπτωματολογία.....	18
5.1. Γενικά.....	18
5.2. Απροσεξία.....	19
5.3. Υπερκινητικότητα.....	19
5.4. Παρορμητικότητα.....	20
6. Επιδημιολογία.....	21
7. Κλινική εικόνα.....	22
8. Συννοσηρότητα.....	24
9. Τα συνοδά προβλήματα της ΔΕΠ-Υ.....	25
9.1. Γενικά.....	25
9.2. Νοητική ανάπτυξη.....	25
9.3. Προσαρμοστικές ικανότητες.....	26
9.4. Μαθησιακές δυσκολίες.....	27
9.5. Η ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας.....	29

9.6.	Η αίσθηση του χρόνου.....	30
9.7.	Συναισθηματικές αντιδράσεις.....	32
9.8.	Τα κίνητρα.....	32
9.9.	Κινητική ανάπτυξη.....	33
9.10.	Ατυχήματα.....	33
9.11.	Προβλήματα στον ύπνο.....	34
10.	Η γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	35
10.1.	Γενικά.....	35
10.2.	Δυνατότητες και ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στη γλώσσα.....	36
10.2.1.	Φωνολογία.....	36
10.2.2.	Σημασιολογία.....	37
10.2.3.	Γραμματική.....	38
10.2.4.	Πραγματολογία.....	38
11.	Αίτια	40
11.1.	Γενικά.....	40
11.2.	Νευρολογικοί παράγοντες.....	42
11.3.	Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	43
11.4.	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	46
11.5.	Γενετικοί παράγοντες.....	47
12.	Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	49
12.1.	Βασικές αρχές για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	49
12.2.	Οι δυσκολίες στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ κατά την προσχολική ηλικία.....	52
12.3.	Πρόγνωση.....	55
12.4.	Η ανακοίνωση της διάγνωσης στους γονείς.....	55
13.	Διαφορική διάγνωση.....	57
14.	Κλινική αξιολόγηση.....	60
14.1.	Γενικές αρχές διαγνωστικής προσέγγισης.....	60

14.2.	Διαγνωστική συνέντευξη και εργαλεία αξιολόγησης.....	61
14.3.	Άλλες δοκιμασίες.....	62
14.4.	Οργάνωση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων :.....	63
15.	Τα γλωσσικά προβλήματα ως κριτήριο για την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	65
16.	Αναπτυξιακή πορεία στη ΔΕΠ-Υ.....	67
16.1.	Γενικά.....	67
16.2.	Βρεφική ηλικία.....	68
16.3.	Προσχολική ηλικία.....	68
16.4.	Σχολική ηλικία.....	69
16.5.	Εφηβεία.....	70
16.6.	Ενήλικες.....	71
17.	Επιπτώσεις στη ζωή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και του περιβάλλοντός τους.....	73
17.1.	Γενικά.....	73
17.2.	Επιπτώσεις στον ασθενή.....	73
17.3.	Επιπτώσεις στην οικογένεια.....	74
17.4.	Οικονομικές επιπτώσεις.....	75
17.5.	Επιπτώσεις στη σχολική διαδικασία.....	76
17.6.	Συμπεριφορικά προβλήματα.....	77
18.	Παρεμβάσεις.....	79
18.1.	Φαρμακευτική Αγωγή.....	79
18.2.	Διεγερτικά.....	79
18.3.	Τρικυκλικά αντικαθλιπτικά.....	82
18.4.	Άλλα φάρμακα.....	82
18.5.	Υπερτασικά.....	83
18.6.	Συμπερασματικά.....	83
19.	Γνωσιακές-Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ.....	86
19.1.	Το θεωρητικό υπόβαθρο των γνωσιακών-συμπεριφορικών παρεμβάσεων.....	86

19.2.	Οι στόχοι των συμπεριφορικών προγραμμάτων.....	89
19.3.	Η εφαρμογή των συμπεριφορικών τεχνικών.....	90
19.4.	Αύξηση θετικών μορφών ενίσχυσης.....	90
19.4.1.	Η θετική ενίσχυση.....	90
19.4.2.	Η αρνητική ενίσχυση.....	92
19.4.3.	Το σύστημα των ανταλλάξιμων αμοιβών.....	92
19.4.4.	Η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς.....	93
19.4.5.	Η παροχή τμηματικής βοήθειας.....	95
19.4.6.	Η μίμηση προτύπου.....	95
19.5.	Μείωση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς.....	96
19.5.1.	Η απόσβεση.....	96
19.5.2.	Η τιμωρία.....	96
19.5.3.	Δεξιότητες αυτοδιαχείρισης.....	98
19.5.4.	Η αυτοπαρατήρηση.....	98
19.5.5.	Η αυτοενίσχυση.....	99
19.5.6.	Η αυτοκαθοδήγηση.....	99
20.	Γνωσιακές-Συμπεριφορικές παρεμβάσεις της οικογένειας παιδιών με ΔΕΠ-Υ. 101	
20.1.	Γενικά.....	101
20.2.	Ψυχοεκπαίδευση.....	102
20.3.	Ενημέρωση για τη φύση της ΔΕΠ-Υ.....	102
20.4.	Εκπαίδευση στις συμπεριφορικές τεχνικές.....	103
20.5.	Βασικοί κανόνες για τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	104
20.6.	Ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης για γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	106
21.	Πιθανή σχολική πορεία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.....	108
22.	Συμβουλευτική.....	110
22.1.	Ειδικές γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ.....	110

22.1.1.	Έλεγχος συναισθημάτων.....	110
22.1.2.	Σταδιακή αύξηση του εύρους της προσοχής.....	110
22.1.3.	Εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες.....	111
22.1.4.	Εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων.....	112
22.1.5.	Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής της συναισθηματικής δυσφορίας.....	113
22.1.6.	Εκπαίδευση στη διαχείριση του θυμού.....	113
22.1.7.	Τεχνικές χαλάρωσης-Προοδευτική Μυϊκή χαλάρωση.....	114
22.2.	Συμβουλές για τους γονείς.....	115
22.2.1.	Η συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία.....	116
22.2.2.	Τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων των γονέων.....	118
22.2.3.	Χρήσιμες συμβουλές για τους γονείς.....	121
22.2.4.	Απλές και σύντομες συμβουλές βελτίωσης της καθημερινότητας.....	123
23.	Οδηγίες για τους εκπαιδευτικούς.....	124
23.1.	Ενδεικτικές δραστηριότητες.....	127
23.1.1.	Προτεινόμενες στρατηγικές και τεχνικές.....	127

1. Εισαγωγή

Στην προσχολική ηλικία, είναι συχνό φαινόμενο να συγχέουμε τη φυσιολογική ζωηρότητα ενός παιδιού με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (στο εξής: ΔΕΠ-Υ). Πολλές φορές, ένα ζωηρό παιδί μπορεί να θεωρηθεί ότι παρουσιάζει τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής. Αυτό που ορίζει τη διάκριση μεταξύ της απλής ζωηρότητας και της διαταραχής είναι ο βαθμός ελέγχου που έχει ένα παιδί στην κινητική του δραστηριότητα, κάτω από συγκεκριμένες περιστάσεις. Συγκεκριμένα, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, για παράδειγμα, δε μπορεί να ελέγξει και να συγκρατήσει εύκολα την κινητική του δραστηριότητα, ακόμη και αν οι συνθήκες το απαιτούν, σε σχέση με ένα φυσιολογικό παιδί που συνήθως έχει τον έλεγχο της συμπεριφοράς του, παρά τη ζωηράδα του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η ΔΕΠ-Υ είναι παγκοσμίως γνωστή ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD) και απαντάται πολύ συχνά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Barkley, 1990; The British Psychological Society, 1996). Οι ερευνητικές μελέτες, που έχουν κατά καιρούς διεξαχθεί, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή οργανικής προέλευσης, και στην εμφάνισή της εμπλέκονται γενετικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, ενώ εμπεριέχει νοητικές και νευροψυχολογικές δυσλειτουργίες ή ανεπάρκειες (Nigg & Hinshaw, 1996).

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία διαταραχή με την οποία κάποιος γεννιέται. Αξίζει να σημειωθεί ότι παραμένει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου με τη δυνατότητα όμως βελτίωσης των συμπτωμάτων, όταν γίνει πρώιμη και συστηματική παρέμβαση (Pelham, 1994). Για να υφίσταται η διαταραχή, θα πρέπει κάποια από τα συμπτώματά να έχουν κάνει την εμφάνισή τους πριν από την ηλικία των 7 ετών και να εκδηλώνονται σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα. Σύμφωνα με τα Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV (1996) εντάσσεται μαζί με τη Διαταραχή της Διαγωγής και την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή στην κατηγορία «Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς» και συγχρόνως στην ευρύτερη κατηγορία «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία».

Πρόκειται για μία αναπτυξιακή διαταραχή που κατά κύριο λόγο χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, είναι

ανθεκτική στο χρόνο και συνήθως είναι η αιτία σημαντικών και ποικίλων δυσκολιών τόσο για το ίδιο το παιδί, όσο και για το άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

2. Περιγραφή των διαταραχών

2.1. Ιστορική αναδρομή

Ο πρώτος που ασχολήθηκε με την περιγραφή του συνδρόμου ΔΕΠ-Υ ήταν ο πατέρας της σύγχρονης Ιατρικής, ο Ιπποκράτης. Συγκεκριμένα, περιέγραψε αρχικά πως μερικοί ασθενείς του αντιδρούσαν πολύ γρήγορα στα αισθητηριακά ερεθίσματα, ενώ παράλληλα η προσοχή τους ήταν μειωμένη. Ως τρόπο αντιμετώπισης πρότεινε διατροφή με άφθονο ψάρι και νερό, σε συνδυασμό με πολλές φυσικές δραστηριότητες. Αργότερα, η διαταραχή περιγράφηκε πιο εκτεταμένα στην ιατρική βιβλιογραφία και έχει πια καταλήξει να βρίσκεται ανάμεσα στις πιο κοινές διαταραχές της παιδικής ηλικίας.

Με το πέρασμα των χρόνων, η ΔΕΠ-Υ άλλαξε διάφορα ονόματα, τα οποία όλο και πιο εύστοχα αποδείκνυαν ποιο είναι και το βασικό πρόβλημα της διαταραχής (Brunstetter, 1985; Still et al., 1975). Έτσι οι όροι *ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία* υποδήλωναν βλάβη στον εγκέφαλο, ενώ οι όροι *υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας*, *υπερκινητικό σύνδρομο* ή *σύνδρομο του υπερκινητικού παιδιού* υποδήλωναν ότι η υπερκινητικότητα ήταν το βασικό σύμπτωμα του συνδρόμου (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988). Λίγα χρόνια μετά, το 1902, ο γιατρός George Still (Barkley, 2006), δημοσίευσε μια σειρά από διαλέξεις στο Βασιλικό Κολλέγιο Ιατρών της Αγγλίας, όπου περιέγραφε μια ομάδα 43 παρορμητικών παιδιών με σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία με τα σημερινά δεδομένα αναγνωρίζονται ως συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά αυτά φαίνονταν να μην υπακούν στις υποδείξεις των μεγαλύτερων, παρουσίαζαν αδυναμία προσήλωσης της προσοχής τους σε μια εργασία ή ένα ερέθισμα, και απουσία ηθικού ελέγχου, ενώ ως αίτιο αυτής της συμπεριφοράς θεωρήθηκε μια πιθανή νευρολογική ανωμαλία, χωρίς βέβαια να αποκλείεται και ο κληρονομικός παράγοντας.

Το 1937, ο Bradley κατόπιν ερευνών κατέληξε στον όρο «σύνδρομο ελλιπούς ηρεμίας», συμβάλλοντας έτσι στη διάγνωση της διαταραχής στην παιδική ηλικία. Αργότερα, και συγκεκριμένα τις δεκαετίες 1960 και 1970, το οργανικό υπόβαθρο της ΔΕΠ-Υ θεωρήθηκε δεδομένο, με αποτέλεσμα στις ΗΠΑ να καταστεί απαραίτητη η χρήση διεγερτικών φαρμάκων, με θετική αντίδραση στην ντοπαμίνη και την νοραδρεναλίνη, σε αντίθεση με τις ευρωπαϊκές χώρες, όπου αυτή η διαγνωστική κατηγορία δεν χρησιμοποιούταν ακόμη. Το 1968 το σύνδρομο περιλαμβάνεται στη δεύτερη έκδοση του

DSM-II με την ονομασία «υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία», όπου και αναφέρεται ότι «...χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα, αεικινησία, εύκολη διάσπαση και μειωμένη διάρκεια προσοχής, ιδιαίτερα στα μικρότερα παιδιά. Επιπλέον, αναφέρεται ότι τα συμπτώματα της συνήθως εξασθενούν στην εφηβεία».

Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1970 και 1980, πραγματοποιήθηκαν ποικίλες βιολογικές, ψυχολογικές και ψυχοφαρμακολογικές έρευνες σχετικά με την ελλειμματική προσοχή και τότε ακριβώς ήταν που άρχισε να εκτιμάται η ετερογένεια των προβλημάτων που υπάγονται στην ίδια διαγνωστική κατηγορία (Taylor, 1995). Οι επιστήμονες τη διαχώρισαν σε υποκατηγορίες και η τρίτη έκδοση του DSM-III, (American Psychiatric Association, 1980) καθιέρωσε τον όρο «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα» (Schmidt, 1993). Αυτό αντικατοπτρίζει την πεποίθηση ότι τα προβλήματα προσοχής είναι πολύ σημαντικά και εκδηλώνονται πάντοτε στα παιδιά στα οποία έχει γίνει αυτή η διάγνωση, χωρίς όμως να συνοδεύονται πάντοτε και απαραίτητα από υπερκινητικότητα. Ταυτόχρονα, με αυτή την κατηγοριοποίηση αποκλείονται παιδιά με εγκεφαλική παράλυση.

Το DSM-III παρουσιάζει τρεις μικρότερες κατηγορίες της διαταραχής:

- ❖ διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα,
- ❖ διαταραχή ελλειμματικής προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα και
- ❖ διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπολειμματικός τύπος

Παράλληλα υπήρξε διαχωρισμός της ελλειμματικής προσοχής από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχουν σημειωθεί ορισμένες αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, οι οποίες επεκτάθηκαν στην κλινική αξιολόγηση της διαταραχής. Σε συμφωνία με τις πρόσφατα διατυπωμένες θεωρητικές προσεγγίσεις της ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1997), οι παραγοντικές αναλύσεις των βαθμολογιών των εκπαιδευτικών για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ βάσει των κριτηρίων της τρίτης έκδοσης του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (DSM-II American psychiatric Association, 1987) κατέληξαν σε δύο ξεχωριστές διαταραχές: την ελλειμματική προσοχή και την υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα (Bauermeister, Bird, Canino-Rubio-Stipeec, Bravo, & Alegria, 1995, DuPaul, 1991).

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια ψυχολογική διαταραχή που παρουσιάζεται με ένα σταθερό και διαρκές μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας το οποίο αποτελεί και το βασικό χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς του ατόμου με αυτή τη διαταραχή.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Έκδοσης 4 (DSM-IV TR, American Psychiatric Association, 2000), τα συμπτώματα θα πρέπει να κάνουν την εμφάνισή τους πριν την ηλικία των επτά ετών, να προκαλούν δυσλειτουργία σε κοινωνικό, ακαδημαϊκό ή επαγγελματικό επίπεδο και να είναι εμφανή σε δύο ή περισσότερα πλαίσια, όπως το σχολείο και το σπίτι. Τα συμπτώματα της απροσεξίας και/ή της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας θα πρέπει να εμφανίζονται για τουλάχιστον 6 μήνες.

Όπως αναφέρεται στην ομόφωνη δήλωση των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ, οι επιπτώσεις της συγκεκριμένης διαταραχής είναι έντονες και ένα σημαντικό μερίδιο των πόρων υγειονομικής περίθαλψης είναι αφιερωμένο για τη θεραπεία αυτών των ανθρώπων.

2.2. Ορισμοί

Το παιδί που παρουσιάζει υπερκινητικότητα περιγράφεται ως πολύ ανήσυχο, ταραχώδες, νευρικό, ανήμπορο να εστιάσει την προσοχή του, που όλο στριφογυρίζει και μεταπηδά από τη μία δραστηριότητα στην άλλη. Υπάρχει μεγάλη αφθονία όρων, όπως: υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, ψυχοκινητική αστάθεια, υπερκινησία, ανησυχία. Αυτοί και άλλοι όροι αποδεικνύουν τη δυσκολία των επιστημόνων να οριοθετήσουν αυτά τα «ιδιαίτερα» παιδιά. Γενικά, ο όρος ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιείται για τον ορισμό μιας διαταραχής της συμπεριφοράς οφειλόμενης σε διατάραξη της επεξεργασίας της πληροφορίας από τον εγκέφαλο. Πρόκειται για τη νευροψυχολογική μετάφραση της υπερκινητικότητας.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές συμπεριφοράς της παιδικής ηλικίας. Οι ειδικοί που ανήκουν στο χώρο της ψυχικής υγείας και της εκπαίδευσης αντιμετωπίζουν ολοένα και σε μεγαλύτερο βαθμό την πρόκληση της αξιολόγησης παιδιών και εφήβων που είναι πιθανό να εμφανίσουν ΔΕΠ-Υ. Πρόκειται για μια διαγνωστική κατηγορία η οποία χρησιμοποιείται για να περιγράψει άτομα που εμφανίζουν ακατάλληλα, για το αναπτυξιακό τους στάδιο, επίπεδα ελλειμματικής προσοχής, παρορμητικότητας και/ή υπερκινητικότητας (American Psychiatric Association, 1994).

Σύμφωνα με το DSM-IV η ΔΕΠ-Υ χωρίζεται σε τρεις τύπους:

- ❖ **Τύπος 1:** Ο *Απρόσεκτος Τύπος* της διαταραχής, τα κύρια χαρακτηριστικά του οποίου είναι η εύκολη διάσπαση της προσοχής, η αδυναμία φιλτραρίσματος των εντολών, η ανικανότητα στην αυτοσυγκέντρωση και η κακή οργάνωση ή η κακή μνήμη.
- ❖ **Τύπος 2:** Ο *Υπερκινητικός-Παρορμητικός Τύπος* της διαταραχής, τα κύρια χαρακτηριστικά του οποίου είναι η ανικανότητα να καθίσει το παιδί σε μία θέση για αρκετή ώρα, η άσκοπη περιφορά μέσα στο χώρο, η σταθερή νευρική δραστηριότητα, η δράση πριν τη σκέψη και η διακοπή αλλά και η παρέμβαση στην ομιλία άλλων ατόμων.
- ❖ **Τύπος 3:** Ο *Συνδυασμένος Τύπος* της διαταραχής, στον οποίο παρουσιάζονται χαρακτηριστικά και από τους δυο προηγούμενους τύπους, ταυτόχρονα.

Ένας άλλος ορισμός που χρησιμοποιείται συχνά στην Ευρώπη για τη διαταραχή, προήλθε από τη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας 10ης Αναθεώρησης (10th ed ICD-10, World Health Organization, 1992). Τα συμπεριφορικά συμπτώματα που περιγράφονται είναι ουσιαστικά τα ίδια με αυτά του DSM-IV, αλλά στο ICD-10 ο τύπος της Υπερκινητικής Δραστηριότητας απαιτεί την εμφάνιση περισσότερων συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας (τρία συμπτώματα της υπερκινητικότητας, ένα της παρορμητικότητας) σε σχέση με το DSM-IV. Τέλος στη Σιγκαπούρη, στις 2 Ιουνίου 2007 σε ένα δημόσιο φόρουμ, η Rosemary Tannock, καθηγήτρια ειδικής αγωγής στο Πανεπιστήμιο του Toronto, ανέφερε πως η ΔΕΠ-Υ είναι ένας ιατρικός όρος που αναφέρεται σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, οι οποίοι παρουσιάζουν ένα επίμονο, αναπτυξιακά ακατάλληλο και αλλοιωμένο μοτίβο συμπεριφοράς το οποίο χαρακτηρίζεται από προβλήματα προσοχής και αφηρημάδα, ενόχληση και διατάραξη άλλων ανθρώπων καθώς και νευρική κινήσεων ή στριφογύρισμα στο κάθισμα.

3. Διάκριση μεταξύ φυσιολογικής ζωηρότητας και ΔΕΠ-Υ

Στην προσχολική ηλικία, η διάκριση ανάμεσα σε ένα παιδί με φυσιολογική ζωηρότητα και σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά δύσκολη και για αυτό το λόγο, είναι πολύ συχνό φαινόμενο, να συγχέεται το παιδί με ΔΕΠ-Υ, με το απλώς ζωηρό παιδί. Φυσικά, αυτή η δυσκολία έχει τις ρίζες της στα φυσιολογικά χαρακτηριστικά της προσχολικής ηλικίας (Pineda et al., 1999; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Ένα λάθος το οποίο παρατηρείται συχνά, όσον αφορά στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, και κυρίως τα παιδιά μικρότερης ηλικίας, είναι η άποψη ότι πρόκειται απλά για υπερβολικά ζωηρά και κακομαθημένα παιδιά. Είναι αλήθεια ότι η αυξημένη κινητική δραστηριότητα θεωρείται κάτι φυσιολογικό και αναμενόμενο για παιδιά προσχολικής ηλικίας. Σε αυτό το στάδιο, τα παιδιά μπορεί να εκδηλώσουν κάποιες συμπεριφορές, οι οποίες να μοιάζουν με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως για παράδειγμα, αυξημένη κινητική δραστηριότητα και μειωμένη διάρκεια προσοχής. Αυτός είναι και ο λόγος που η διάκριση μεταξύ φυσιολογικής ζωηρότητας και ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά δύσκολη σε αυτήν την ηλικία.

Παρ' όλα αυτά, ήδη από αυτήν την ηλικία υπάρχουν συνήθως κάποιες ενδείξεις, οι οποίες διαφοροποιούν αισθητά τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους.

Σε αυτή τη χρονική περίοδο, η διάσπαση προσοχής, αλλά και η υπερκινητική συμπεριφορά, είναι συνηθισμένο φαινόμενο, καθώς το 40% των παιδιών παρουσιάζουν αυτά τα συμπτώματα και δε θεωρούνται παθολογικά (Smidts & Oosterlaan, 2007; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Παρόλα αυτά, χρήζει ιδιαίτερης σημασίας, να αναγνωρίζονται τα πρώιμα σημάδια της διαταραχής, καθώς η παράβλεψή τους θα έχει ως αποτέλεσμα το άσκοπο χάσιμο χρόνου, για την πρώιμη και έγκαιρη παρέμβαση.

Αρχικά, ο βαθμός ελέγχου που έχει ένα παιδί στην κινητική του δραστηριότητα, κάτω από συγκεκριμένες περιστάσεις, είναι πολύ σημαντική διαφορά, καθώς ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, δε μπορεί να ελέγξει και να συγκρατήσει εύκολα την κινητική του δραστηριότητα, ακόμη και αν οι συνθήκες το απαιτούν, σε σχέση με ένα φυσιολογικό παιδί που συνήθως έχει τον έλεγχο της συμπεριφοράς του, παρά τη ζωηράδα του. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν προβλήματα στο συντονισμό των κινήσεων και είναι πιο επιρρεπή στα ατυχήματα, από τους συνομηλίκους τους. Ακόμη και αν το παιδί με ΔΕΠ-Υ καταφέρει να παραμείνει ήσυχο, τις λίγες φορές που τα καταφέρνει, η διάρκεια της μειωμένης

κινητικότητας είναι πολύ μικρή. Επίσης, όταν καταφέρει να παραμείνει ήσυχο μπορεί να το βλέπουμε να κουνά χέρια και πόδια ή να στριφογυρνάει στο κάθισμά του σε μία προσπάθεια να ικανοποιήσει την ανάγκη του για κινητικότητα, αλλά και ταυτόχρονα να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της περίπτωσης. Γενικότερα, η ανάγκη που έχει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ να διοχετεύσει την ενέργειά του μέσα από την κίνηση είναι μεγαλύτερη από αυτήν ενός φυσιολογικά ζωηρού παιδιού και έτσι δυσκολεύεται περισσότερο στον έλεγχό του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σε αντίθεση με ένα ζωηρό παιδί, το παιδί με ΔΕΠ-Υ έχει μεγαλύτερη ανάγκη να διοχετεύσει την ενέργειά του κάπου και αυτό εκδηλώνεται μέσω της υπερκινητικότητας και του μειωμένου ελέγχου των κινητικών δραστηριοτήτων. Πολλές φορές, ίσως αυτό να αποτελεί και ένα σοβαρό λόγο, για τη δυσκολία που έχουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να ενσωματωθούν στην ομάδα των υπόλοιπων παιδιών της ηλικίας τους και αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικότητας και ελλείμματα στη συνεργατική διάθεση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Μία άλλη σημαντική διαφορά σχετίζεται με την ποιότητα της κίνησης ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως αδέξια και παρουσιάζουν ελλείμματα τόσο στην αδρή όσο και στη λεπτή τους κινητικότητα. Συχνά πέφτουν, χτυπάνε, κάνουν ζημιές και δυσκολεύονται στο κούμπωμα των κουμπιών, στη ζωγραφική και σε άλλες δραστηριότητες, που απαιτούν αδρή ή λεπτή κίνηση. Αντίθετα, τα παιδιά που είναι απλά υπερβολικά ζωηρά δεν αντιμετωπίζουν τέτοιες δυσκολίες και μπορεί μάλιστα να είναι πολύ επιδέξια.

Τελευταίο σημείο, όσον αφορά στην υπερκινητικότητα, είναι η έντονη κινητική δραστηριότητα που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ακόμη και κατά τη διάρκεια του ύπνου. Τα παιδιά αυτά μπορεί να κοιμούνται λίγο και ανήσυχα, να στριφογυρίζουν στο κρεβάτι τους και να κλοτσούν. Αντιθέτως, ανάλογη συμπεριφορά, κατά τη διάρκεια του ύπνου, δεν εντοπίζεται στα ζωηρά παιδιά.

Μία άλλη διάσταση είναι ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δύσκολα κάνουν φίλιες με συνομηλίκους τους, γεγονός που τα κάνει πιο μοναχικά και ίσως αυξάνει την επιθετικότητά τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σημαντική ειδοποιός διαφορά είναι τα προβλήματα λόγου που συχνά χαρακτηρίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία. Μεγάλος αριθμός αυτών των παιδιών, παρουσιάζουν καθυστέρηση και δυσκολίες λόγου, με σημαντικό αντίκτυπο και στους τρεις τομείς του γλωσσικού συστήματος (πραγματολογικό, συντακτικό, φωνολογικό). Οι

δυσκολίες στο λόγο αποτελούν, ίσως, ένα από τα πιο σημαντικά δείγματα για την πρόωμη ανίχνευση της διαταραχής.

Επιπρόσθετα, μια πολύ σημαντική ένδειξη για την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία είναι η μειωμένη ικανότητα των παιδιών αυτών στις λειτουργίες της προσοχής και της συγκέντρωσης. Φυσικά, το γενικότερο πλαίσιο μέσα στο οποίο εμφανίζεται μια συμπεριφορά είναι υπεύθυνο για την προσοχή και τη συγκέντρωση που απαιτείται από το παιδί, παρά τη βιολογική βάση της προσοχής, ως γνωστικής λειτουργίας.

Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν δυσχέρεια στην αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και του συγγενικού περιβάλλοντος, γεγονός που δημιουργεί ποικίλα προβλήματα στο εσωτερικό της οικογένειας.

Τέλος, ένα άλλο χαρακτηριστικό που διαχωρίζει τα παιδιά αυτά από εκείνα με τυπική ανάπτυξη είναι η παρορμητικότητά τους. Συχνά χαρακτηρίζονται ως ανυπάκουα ή ριψοκίνδυνα. Ακόμη, η αδυναμία που έχουν κάποιες φορές να αντιδράσουν ή να συμπεριφερθούν σωστά σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα, τα κάνει ευέξαπτα και πολλές φορές εμφανίζουν θυμό, επιθετικότητα ή απογοήτευση, που πολλές φορές καταλήγει σε προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά, κάτι που απέχει από τις εκρήξεις θυμού των άλλων παιδιών (Barkley, 2006c).

Να σημειώσουμε ότι αυτό που κυρίως τα διαφοροποιεί από τα παιδιά φυσιολογικής ανάπτυξης, αναφορικά με το θυμό, είναι πως στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο οξύς και έντονος, πολλές φορές χωρίς εμφανή αιτία, με μεγαλύτερη διάρκεια και δυσκολία υποχώρησης, συγκριτικά με τα απλώς ζωντανά παιδιά.

Αυτό που έχει σημασία να τονιστεί είναι ότι η διάκριση των φυσιολογικών συμπεριφορών ενός παιδιού από τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, αφού από αυτή θα εξαρτηθεί και η έγκαιρη παρέμβαση στις περιπτώσεις στις οποίες κρίνεται αναγκαία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

4. Αποσαφήνιση του όρου

4.1. Γενικά

Σε γενικές γραμμές, αυτό που, κατά κόρον, χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η εκδήλωση συμπτωμάτων απροσεξίας και/ή παρορμητικότητας-υπερκινητικότητας, και μάλιστα, σε βαθμό δυσανάλογο για την ηλικία τους, πράγμα που αναπόφευκτα οδηγεί σε περιορισμένες ικανότητες συγκέντρωσης της προσοχής, αναστολή των παρορμήσεων και αδυναμία ρύθμισης της συμπεριφοράς με βάση ένα σύστημα κανόνων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η υπερκινητικότητα μπορεί να συνυπάρχει με την ελλειμματική προσοχή, ή να εμφανίζονται μεμονωμένα. Τα υπερκινητικά παιδιά εκδηλώνουν υπερβολική κινητικότητα σε σχέση με αυτή που αναμένεται σε ανάλογες περιστάσεις από παιδιά ίδιας χρονολογικής και νοητικής ηλικίας.

Η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από τρία βασικά είδη συμπτωμάτων: αυτά που αφορούν στη δυσκολία συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής, αυτά που αφορούν στην αυξημένη κινητική δραστηριότητα και τέλος, αυτά που αφορούν στην ελλειμματική ικανότητα αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων (Burns et al., 2001). Στο DSM-IV οι τρεις αυτοί τομείς αναφέρονται με τους όρους *απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα*.

Τα ελλείμματα στους τομείς που προαναφέρθηκαν είναι πρωτογενή, πράγμα που σημαίνει ότι αποτελούν τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής και έχουν οργανική αιτιολογία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ωστόσο, ο βαθμός σοβαρότητας των ελλειμμάτων αυτών ποικίλλει από παιδί σε παιδί, ενώ ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί είτε να υπερισχύουν τα συμπτώματα της μιας ή της άλλης κατηγορίας, είτε να συνυπάρχουν συμπτώματα όλων των κατηγοριών. Αυτό είναι και το στοιχείο που θέτει την ετερογένεια στην κλινική εικόνα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ (Wahlstedt, Thorell & Bohlin, 2009). Επιπλέον, η βαρύτητα και ο τρόπος εκδήλωσης των πρωτογενών ελλειμμάτων που προαναφέρθηκαν ποικίλει ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

Συχνά, οι ενήλικες θεωρούν σκόπιμες τις απρόσεκτες ή παρορμητικές αντιδράσεις του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και τις αποδίδουν σε έλλειψη σωστής διαπαιδαγώγησης, πράγμα που

τους οδηγεί στην επιβολή αυστηρών τιμωριών (Goldstein & Goldstein, 1998; Maniadaki et al., 2006). Επομένως, αντιλαμβανόμαστε ότι η κατανόηση της πρωτογενούς φύσης των δυσκολιών αυτών είναι ύψιστης σημασίας για την έκβαση της διαταραχής.

Όπως έγινε, λοιπόν, σαφές, εκτός από τα βασικά συμπτώματα, το παιδί με ΔΕΠ-Υ έχει να αντιμετωπίσει και τα δευτερογενή προβλήματα που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση του με το κοινωνικό περιβάλλον, από τις αντιδράσεις που προκύπτουν από τη συμπεριφορά του και από τα βιώματα που έχει καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξής του.

4.2. Απροσεξία

Σύμφωνα με το DSM-IV, μία από τις βασικές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η αδυναμία συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής, ιδιαίτερα στα πλαίσια δομημένων δραστηριοτήτων, οι οποίες έχουν επαναληπτικό χαρακτήρα, δεν ελκύουν το ενδιαφέρον τους και απαιτούν ικανότητες όπως: πνευματική προσπάθεια (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Shelton et al., 2000).

Η προσοχή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να διασπαστεί τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα, όσο και από εσωτερικές σκέψεις (Wright, Shelton & Wright, 2009). Ωστόσο, μπορούν να συγκεντρωθούν ικανοποιητικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, όταν υπάρχει ισχυρό κίνητρο για την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας, όταν αυτή ελκύει το ενδιαφέρον τους ή όταν λαχταρούν πραγματικά την ανταμοιβή που θα λάβουν, φέρνοντάς την σε πέρας.

Η παραπάνω παρατήρηση οδήγησε στο συμπέρασμα ότι το βασικό έλλειμμα των παιδιών αυτών δεν εντοπίζεται στην προσοχή, αλλά σε μία βασική γνωστική λειτουργία, τον αυτοέλεγχο. Σύμφωνα με τον Barkley (2006c), «η διάσπαση της προσοχής στη ΔΕΠ-Υ συνδέεται με τη δυσκολία του παιδιού να αναστείλει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του, δηλαδή να σταματήσει άμεσα την αντίδρασή του προς ένα ερέθισμα πιο ελκυστικό από αυτό στο οποίο καλείται να συγκεντρωθεί». Η άποψη αυτή ενισχύεται και από τη διαπίστωση ότι «τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής εκδηλώνονται αργότερα στην αναπτυξιακή πορεία ενός παιδιού σε σχέση με εκείνα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας» (Barkley, 2006c).

Επιπρόσθετα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δυσκολεύονται να ακολουθήσουν οδηγίες, πράγμα που δικαιολογεί τη συχνή τους αποτυχία σε σχολικές ασκήσεις ή γενικότερα δραστηριότητες που περιλαμβάνουν κανόνες. Χάνουν γρήγορα το ενδιαφέρον τους και εναλλάσσουν συνεχώς τις δραστηριότητες, ειδικά όταν συναντήσουν δυσκολία. Απογοητεύονται εύκολα και εγκαταλείπουν γρήγορα την προσπάθεια, πράγμα που επηρεάζει ακόμη και την καθημερινή τους λειτουργικότητα.

Σύμφωνα με το DSM-IV, «όταν η ελλειμματική προσοχή αποτελεί το κυρίαρχο πρόβλημα, τότε το παιδί παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο». Ένα τέτοιο παιδί δίνει την εικόνα του αφηρημένου, μοιάζει να ονειροπολεί κατά τη διάρκεια του μαθήματος και δείχνει να μην ακούει αυτά που του λένε. Αυτός ο τύπος της ΔΕΠ-Υ απαντάται πιο συχνά στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια (Biederman et al., 2002).

Αναμφίβολα, το έλλειμμα στην προσοχή αποτελεί σημαντική δυσκολία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, καθώς επηρεάζει άμεσα τη διαδικασία της μάθησης και συχνά οδηγεί στην εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών (Masetti et al., 2008). Όπως είναι φυσικό, δυσχεραίνει τη σχολική ζωή του παιδιού σε καθημερινή βάση και μειώνει τη λειτουργικότητά του.

4.3. Υπερκινητικότητα

Η υπερκινητικότητα είναι το πιο εμφανές χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ και προκαλεί συνήθως τη μεγαλύτερη ενόχληση στο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού (Goldstein & Goldstein, 1998). Το υπερκινητικό παιδί βρίσκεται διαρκώς σε υπερδιέγερση και κίνηση, προκαλεί φασαρία και συχνά παρουσιάζει εξελικτικές ανωμαλίες (καθυστέρηση στην ομιλία, αδεξιότητα στις κινήσεις, δυσκολία στην ανάγνωση, αντιληπτικές ανεπάρκειες, δυσχέρεια στην κατανόηση των σχημάτων και μορφών και ελλιπή προσανατολισμό) (Μάρκου, 1998).

Στα παιδιά με υπερκινητικότητα οι προειδοποιήσεις, οι απειλές και οι τιμωρίες δεν επιφέρουν τα επιθυμητά και αναμενόμενα αποτελέσματα. Ωστόσο, αυτό που πολλοί δε γνωρίζουν είναι ότι τα ίδιο καταβάλλει σημαντική προσπάθεια για να διατηρήσει την ηρεμία του και να ολοκληρώσει τις δραστηριότητές του, κάτι που ξέρει πως θα ικανοποιήσει τους γονείς ή τους εκπαιδευτικούς του, αλλά παρόλα αυτά δεν είναι σε θέση να το πετύχει.

Η υπερκινητικότητα είναι εκείνο ακριβώς το στοιχείο που αλλάζει περισσότερο μορφή κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, αφού έχει διαπιστωθεί ότι περιορίζεται σημαντικά στην περίοδο της εφηβείας (Weiss & Hechtman, 1993). Γενικά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν αυξημένες ανάγκες κινητικής δραστηριότητας, τις οποίες καλύπτουν τρέχοντας, σκαρφαλώνοντας και πηδώντας, όχι μόνο κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού αλλά και σε χώρους ή περιστάσεις όπου η συμπεριφορά αυτή θεωρείται ακατάλληλη (APA, 2000). Συνηθίζουν να ασχολούνται ταυτόχρονα με διάφορα αντικείμενα, με αποτέλεσμα να κάνουν αρκετές ζημιές και να είναι ιδιαίτερα θορυβώδη. Αυτό που τα χαρακτηρίζει είναι η αδυναμία τους να ρυθμίσουν το επίπεδο της κινητικότητάς τους στις διάφορες κοινωνικές περιστάσεις (Barkley, 2006).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δίνουν την εντύπωση ότι αγνοούν τον κίνδυνο, με αποτέλεσμα να ενεργούν παρορμητικά και παράτολμα, πράγμα το οποίο οδηγεί σε τραυματισμούς και ατυχήματα. Συνήθως, δεν περνούν απαρατήρητα στο περιβάλλον στο οποίο κινούνται και μπορούν να προκαλέσουν σημαντική αναστάτωση σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως στο φαγητό, ή π.χ. σε μια επίσκεψη. Ωστόσο, η υπερκινητικότητά τους δε φαίνεται να επηρεάζει ιδιαίτερα τα ίδια, όσον αφορά στη λειτουργικότητά τους, η οποία επηρεάζεται ελάχιστα από το στοιχείο αυτό.

Αυτό που είναι σημαντικό να τονιστεί είναι ότι αν και οι ενδείξεις της υπερκινητικότητας υπάρχουν ακόμη και από τη βρεφική ηλικία, αυτή η μορφή της συμπεριφοράς συνήθως δημιουργεί πιο έντονα προβλήματα με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων που προκύπτουν για έλεγχο της κινητικής δραστηριότητας. Για το λόγο αυτό, και σε συνδυασμό με την εμφάνιση των μαθησιακών δυσκολιών, έχει διαπιστωθεί ότι η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνεται κατά μέσο όρο στην ηλικία των 8 ετών (Sonuga & Barke et al., 2005).

4.4. Παρορμητικότητα

Η παρορμητικότητα αναφέρεται στη μειωμένη ικανότητα άμεσης αναστολής μιας συμπεριφοράς πριν προλάβει να εκδηλωθεί, ως αντίδραση στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Θεωρείται ως το κεντρικό έλλειμμα της ΔΕΠ-Υ στις περισσότερες σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις (Barkley, 2006c; Wehmeier et al., 2010). Είναι εκείνο ακριβώς το στοιχείο που συνδέεται στενότερα με τα προβλήματα συμπεριφοράς που συχνά αναπτύσσονται δευτερογενώς στα πλαίσια της διαταραχής και το οποίο προκαλεί τις

σοβαρότερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του παιδιού, ιδιαίτερα στην εφηβεία (Barkley, 2005).

Επιπρόσθετα, η παρορμητικότητα δυσχεραίνει τον αυτοέλεγχο, την ρύθμιση της συμπεριφοράς στη βάση εσωτερικευμένων κανόνων και την ικανότητα διαχείρισης της καθυστέρησης άμεσης ικανοποίησης μιας επιθυμίας του παιδιού. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν την τάση να μιλούν και να ενεργούν προτού σκεφτούν. Βιάζονται να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους απευθύνονται, και συχνά απαντούν πριν καν ολοκληρωθεί η ερώτηση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να απαντούν λανθασμένα, αφού από την ανυπομονησία τους παρερμηνεύουν το νόημα της ερώτησης. Στο σχολικό πλαίσιο, αυτή η συμπεριφορά οδηγεί συχνά στη δημιουργία λανθασμένης εικόνας από τη μεριά του εκπαιδευτικού σχετικά με το γνωστικό επίπεδο του παιδιού, καθώς πολλές άστοχες απαντήσεις δεν οφείλονται σε έλλειψη γνώσεων αλλά στην έλλειψη υπομονής (DuPaul & Stoner, 2003).

Η δυσκολία τους να περιμένουν τη σειρά τους, τα καθιστά σε ορισμένες περιπτώσεις ενοχλητικά, καθώς παρεμβαίνουν στις συζητήσεις των άλλων και τις διακόπτουν. Οι σχέσεις με τους συνομήλικους τους δεν είναι στενές, καθώς η αδυναμία τους να ακολουθήσουν κανόνες σε παιχνίδια και δραστηριότητες τους οδηγεί στο να ενεργούν αυθαίρετα, χωρίς να σέβονται τη σειρά των υπολοίπων. Όταν χάνουν έχουν έντονα ξεσπάσματα (Murray & Close et al., 2010).

Η παρορμητικότητα προκαλεί και άλλες δυσκολίες. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενεργούν βιαστικά και απερίσκεπτα, με αποτέλεσμα να παραβιάζουν ορισμένους κανόνες και να δέχονται τις παρατηρήσεις των ενηλίκων. Αυτή η συνήθως έντονη και αρνητική αλληλεπίδραση με τους γονείς ή γενικότερα με τους ενήλικες τους οδηγεί σε παραβατική συμπεριφορά και εμπλοκή με το νόμο στην εφηβεία (Maniadaki, Kakouros & Karaba, 2010). Ωστόσο, δείχνουν να μη μαθαίνουν απ' τα λάθη τους, και να τα επαναλαμβάνουν (Ingersoll & Goldstein, 1993). Φαίνεται σαν να μη λαμβάνουν υπόψη τους προηγούμενες συνέπειες και να μην υπολογίζουν τις επιπτώσεις μελλοντικών πράξεων. Στην πραγματικότητα όμως, το πρόβλημα έγκειται στην αδυναμία τους να αναστείλουν τις ακατάλληλες αντιδράσεις τους (Goldstein & Goldstein, 1998).

Τέλος, τα παιδιά αυτά επιζητούν έντονα την άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών τους, πράγμα που οφείλεται στην αδυναμία τους να διαχειριστούν τη ματαίωση (Douglas & Patty, 1994). Αυτό αποδεικνύει ότι η έλλειψη αυτοελέγχου επεκτείνεται και στο συναισθηματικό τομέα. Συχνά, δείχνουν οξύθυμα και ευερέθιστα, ενώ ταυτόχρονα έχουν

έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, τις οποίες δυσκολεύονται να διαχειριστούν και οι οποίες είναι δυσανάλογες προς την αιτία που τις προκάλεσε (Anastopoulos et al., 2010).

5. Συμπτωματολογία

5.1. Γενικά

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR (APA, 2000), «η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ ταξινομείται σε τρεις υποκατηγορίες, με αποτέλεσμα η κλινική εικόνα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ να είναι πολύπλοκη και ανομοιογενής, καθώς παιδιά, τα οποία βρίσκονται στην ίδια διαγνωστική κατηγορία, είναι πολύ πιθανό να εμφανίζουν διαφορετικά συμπτώματα της διαταραχής». Αν υπολογίσει κανείς ότι για να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να εμφανίζει έξι από τα εννέα συμπτώματα στην κάθε υποκατηγορία, τότε οι πιθανοί συνδυασμοί εμφάνισης συμπτωμάτων ανέρχονται σε 504 (Tripp & Wickens, 2009). Ο αριθμός αυτός αντανάκλα από μόνος του την εν δυνάμει ετερογένεια της διαταραχής, καθώς φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ μπορεί να διαφοροποιείται ως προς την εκδήλωσή της από άτομο σε άτομο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Με βάση το DSM-IV, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν κάνει την πρώτη εμφάνιση πριν το 7ο έτος της ηλικίας, να έχουν διάρκεια τουλάχιστον έξι μήνες, να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και να προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητά του σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Συγκεκριμένα, ορίζεται ότι από τις δύο ομάδες κριτηρίων που δόθηκαν, θα πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα εννέα για την κάθε μία. Ανάλογα με τον αριθμό των κριτηρίων που πληρούνται για κάθε ομάδα, η διάγνωση μπορεί να είναι *ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο*, *ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο* ή *ΔΕΠ-Υ Συνδυασμένος Τύπος*. Να σημειωθεί ότι τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν επιμείνει σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Παρακάτω παρουσιάζονται τα συμπτώματα, σύμφωνα με τους Κάκουρο & Μανιαδάκη (2006):

5.2. Απροσεξία

- ❖ Συχνά αποτυγχάνει να συγκεντρώσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες.
- ❖ Συχνά δυσκολεύεται στη διατήρηση της προσοχής σε έργα ή δραστηριότητες παιχνιδιού.
- ❖ Συχνά δείχνει να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος.
- ❖ Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες ή άλλα καθήκοντα που του ανατίθενται στην τάξη ή στο σπίτι (χωρίς αυτό να οφείλεται σε εναντιωτική συμπεριφορά ή σε αποτυχία κατανόησης των οδηγιών).
- ❖ Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.
- ❖ Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν σταθερή και διαρκή πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).
- ❖ Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, μολύβια, βιβλία κ.λπ.).
- ❖ Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.
- ❖ Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

5.3. Υπερκινητικότητα

- ❖ Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του.
- ❖ Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται να παραμείνει στο ίδιο σημείο.
- ❖ Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί, σκαρφαλώνει και στριφογυρίζει με τρόπο υπερβολικό για τις περιστάσεις και σε χώρους που δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και τους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας).

- ❖ Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει ήσυχα σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.
- ❖ Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή».
- ❖ Συχνά μιλάει υπερβολικά. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

5.4. Παρορμητικότητα

- ❖ Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- ❖ Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του
- ❖ Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

6. Επιδημιολογία

Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει ταύτιση απόψεων για τη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ. Αυτή η δυσαρμονία προκύπτει κυρίως από τον ίδιο τον ορισμό της διαταραχής. Επιπλέον, δεν έχει προσδιοριστεί με ακρίβεια κάποια σαφής μέθοδος που να διαπιστώνει την ύπαρξή της. Τα πιο πολλά ερευνητικά δεδομένα βασίζονται σε κλίμακες αξιολόγησης που συμπληρώνονται από τους δασκάλους, τους γονείς, τους γιατρούς ή και από τις τρεις ομάδες. Η εμφάνισή της διαταραχής και η συχνότητά της ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με τη διαδικασία της αξιολόγησης.

Σύμφωνα με το APA (1994), η ΔΕΠ-Υ είναι η πιο συχνά διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, με ποσοστά επιπολασμού που κυμαίνονται από 3%-7% στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και 2%-29% σε διεθνείς μελέτες (APA, 1994). Στην Αγγλία υπάρχει μια μελέτη (1970) που έρχεται σε αντίφαση με τα παραπάνω στοιχεία η οποία αναφέρει ότι η συχνότητα είναι μόνο 1% (Rutter, Graham, & Yule, 1970). Σε μια ελληνική μελέτη της ψυχικής υγείας των παιδιών ηλικίας 6-8 χρονών αναφέρεται ότι οι γονείς του 52,8 % των αγοριών και του 55,56% των κοριτσιών ισχυρίστηκαν ότι τα παιδιά τους είναι υπερκινητικά. Επιπλέον, η ΔΕΠ-Υ είναι η πιο σημαντική διαταραχή που αντιμετωπίζουν οι ψυχίατροι παιδιών και εφήβων. Έχει υψηλή συχνότητα εμφάνισης, καθώς καλύπτει το 50% του πληθυσμού των παιδιών με ψυχικές διαταραχές σε κλινικά δείγματα. Παρ' όλο που χαρακτηρίζεται από διαρκή συμπτώματα μόνο απροσεξίας ή σε συνδυασμό με υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, το εύρος των συννοσηρών ψυχιατρικών διαταραχών, των προβλημάτων υγείας και των λειτουργικών διαταραχών σχετιζόμενες με την ΔΕΠ-Υ είναι εκτενές.

Οι αναφορές για την ύπαρξη της διαταραχής είναι συνήθως συχνότερες για τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, ενώ δεν παρατηρούνται σαφείς διαφορές ανάλογα με την εθνικότητα (Paratheophilou et al., 1971). Η διαταραχή είναι πιο συχνή στα αγόρια από ότι στα κορίτσια και η συχνότητα ποικίλλει ανάλογα με το αν οι μελέτες αφορούν γενικό ή κλινικό πληθυσμό (4:1 ως 9:1) υπέρ των αγοριών (APA, 1994; Davinson & Neale, 1998; Μάνος, 1997).

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που επιμένει και αλλάζει ως προς την εκδήλωση της κατά την πορεία της ανάπτυξης του ατόμου από την προσχολική ως την ενήλικη ζωή.

Επηρεάζει μάλιστα αρκετούς τομείς της λειτουργικότητας του παιδιού (Cantwell, 1996; Gillberg, 2003; Doggett, 2004).

7. Κλινική εικόνα

Η έναρξη της διαταραχής τοποθετείται στην ηλικία των 3-5 ετών. Μερικές μητέρες αναφέρουν ότι είχαν αντιληφθεί την υπερκινητική συμπεριφορά του παιδιού τους ήδη από τον καιρό της εγκυμοσύνης, λόγω της έντονης και συχνής κινητικότητας του μωρού. Επίσης, σε περισσότερα από τα μισά παιδιά που λαμβάνουν διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αναφέρεται στο ιστορικό τους ότι ήταν υπερβολικά ανήσυχα στη βρεφική ηλικία (Rapoport et al., 1979). Άλλο σύνηθες πρόβλημα που εμφάνιζαν τα παιδιά αυτά ήταν η τάση για συχνούς κολικούς στη βρεφική ηλικία, αν και πολλές φορές αυτό που οι γονείς συγχέουν με τον κολικό είναι απλώς μια κατάσταση αυξημένης ανησυχίας του βρέφους (Goldstein & Goldstein, 1998). Επίσης, αναφέρεται ότι στη βρεφική ηλικία ο ύπνος τους ήταν ανήσυχος, χωρίς σταθερό ωράριο, καθώς και ότι αντιδρούσαν έντονα στις αλλαγές των τροφικών συνηθειών (Greenhill, 1985; Weiss & Hechtman, 1979).

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι ιδιαίτερα επιρρεπή σε ατυχήματα λόγω της παρορμητικής τους συμπεριφοράς, της μειωμένης αντίληψης κινδύνου που τα διακρίνει και της δυσκολίας τους να μαθαίνουν από προηγούμενες εμπειρίες. Οι γονείς συχνά περιγράφουν τα υπερκινητικά νήπια ως έχοντα μειωμένη ανάγκη για ύπνο και ως πολύ απαιτητικά, με έντονες εκρήξεις θυμού όταν οι επιθυμίες τους δεν ικανοποιούνται άμεσα (Prior, Leonard & Wood, 1983).

Η υπερβολική κινητικότητα είναι περισσότερο εμφανής σε δομημένες και οργανωμένες καταστάσεις που απαιτούν υψηλό βαθμό αυτοελέγχου. Το παιδί φαίνεται ιδιαίτερα δραστήριο, αλλά η ενεργητικότητά του τις περισσότερες φορές είναι άσκοπη. Μεταπηδά με μεγάλη ευκολία από τη μια δραστηριότητα στην άλλη, χωρίς ποτέ να τελειώνει κάτι που έχει αρχίσει. Δεν μπορεί να μείνει καθιστό περισσότερο από μερικά λεπτά, τρέχει, χοροπηδάει, είναι υπερβολικά ομιλητικό και θορυβώδες, κουνά ένα μέρος του σώματός του ή στριφογυρίζει ακόμα και σε καταστάσεις που χρειάζεται να παραμείνει ήρεμο. Είναι ανυπόμονο, απαιτητικό και δεν αντέχει τις ματαιώσεις. Δυσκολεύεται να ακολουθήσει κανόνες και να σεβαστεί την επιβαλλόμενη πειθαρχία (Τσιάντης, 2001).

Το βασικό κριτήριο για την ύπαρξη της διαταραχής είναι η υπερβολική δραστηριότητα σε σχέση με αυτή που αναμένεται στην εκάστοτε περίπτωση και σε σχέση με εκείνη άλλων παιδιών της ίδιας ηλικίας και του ίδιου δείκτη νοημοσύνης.

Επιπλέον, εκδηλώνει έντονη παρορμητικότητα, εμπλέκεται σε επικίνδυνες καταστάσεις και μερικές φορές δείχνει να ενεργεί χωρίς να σκέφτεται. Έχει βρεθεί αυξημένο ποσοστό ατυχημάτων και δηλητηριάσεων στα υπερκινητικά παιδιά, τα οποία χρήζουν ιδιαίτερης επίβλεψης από κάποιον ενήλικα.

Η προσχολική ηλικία αποτελεί σημαντική περίοδο για την ανάπτυξη των βασικών και θεμελιωδών κοινωνικών δεξιοτήτων ενός ατόμου. Η δυσκολία του υπερκινητικού παιδιού να αναγνωρίζει και να κατανοεί τις συναισθηματικές αντιδράσεις των άλλων είναι ήδη εμφανής σε αυτή την περίοδο της ζωής του και συχνά εκδηλώνεται με αυξημένη επιθετικότητα τόσο προς τα αδέρφια όσο και στους συνομήλικους. Το γεγονός αυτό, όπως είναι φυσικό, επιδρά αρνητικά στις διαπροσωπικές σχέσεις, αφού το υπερκινητικό νήπιο δυσκολεύεται ιδιαίτερα να ενσωματωθεί στην ομάδα των συνομηλίκων και να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες. Το παιδί προσκαλείται σε σπίτια συνομηλίκων για παιχνίδι λιγότερο συχνά από τα παιδιά της ηλικίας του, και δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο της «αποβολής» του από τον παιδικό σταθμό ή το νηπιαγωγείο λόγω της ιδιόμορφης συμπεριφοράς του. Τα γεγονότα αυτά σηματοδοτούν την πρώιμη εμπειρία κοινωνικής απόρριψης του υπερκινητικού παιδιού, που οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και επιδείνωση της επιθετικής συμπεριφοράς (Τσιάντης, 2001). Συνήθως, δεν είναι αγαπητά στα άλλα παιδιά και καταλήγουν να απομονώνονται.

Όσον αφορά στις σχέσεις τους με τους ενήλικες, συνήθως χαρακτηρίζονται από έλλειψη κοινωνικών αναστολών, έλλειψη τυπικότητας και συστολής. Παράλληλα, εμφανίζουν συχνά διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών, ενώ είναι δυσανάλογα συχνές οι ειδικές καθυστερήσεις στην κινητική και τη γλωσσική τους ανάπτυξη (Τσιάντης, 2001). Επίσης, χαρακτηρίζονται από νευροαναπτυξιακή ανωριμότητα.

Τα προβλήματα αυτά συνήθως παραμένουν τόσο κατά τη σχολική περίοδο, όσο και στη μετέπειτα ζωή, αλλά πολλά από τα άτομα με υπερκινητικού τύπου διαταραχές παρουσιάζουν βαθμιαία βελτίωση στη δραστηριότητα και την προσοχή. Η ελλειμματική προσοχή τα καθιστά ανίκανα να συγκεντρωθούν και να εκτελέσουν καθήκοντα που απαιτούν προσήλωση και δυνατότητα συγκέντρωσης. Κατά συνέπεια, παρουσιάζουν μαθησιακές διαταραχές και η εν γένει συμπεριφορά τους τα κάνει ανεπιθύμητα στην τάξη. Χαρακτηρίζονται από γρήγορες και ξαφνικές αλλαγές της ψυχικής διάθεσης και έλλειψη αναστολών στις κοινωνικές σχέσεις. Το υπερκινητικό παιδί έχει άσχημη εικόνα για τον εαυτό του και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Τσιάντης, 2001).

8. Συννοσηρότητα

Η συννοσηρότητα είναι σημαντικό πρόβλημα στα παιδιά και τους εφήβους με ΔΕΠ-Υ. Τα 2/3 των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής που παραπέμπονται για κλινική αξιολόγηση έχουν τουλάχιστον άλλη μια διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ένας τύπος συννοσηρότητας που περιγράφεται ως «έλλειψη κοινωνικού savoir-faire» δεν είναι διαγνωστική κατάσταση, με την ακριβή έννοια των ταξινομητικών συστημάτων. Παρ' όλα αυτά, περιγράφεται ως ένα συνηθισμένο πρόβλημα που υποδηλώνει τη δυσκολία αυτών των παιδιών να προσαρμοστούν στις κοινωνικές υποδείξεις, με συνακόλουθη δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις (Biederman et al., 1991).

Επιπρόσθετα, η συννοσηρότητα περιπλέκει τη διαγνωστική διαδικασία και μπορεί να έχει επίδραση τόσο στην κλινική εικόνα και την πρόγνωση, όσο και στην αντιμετώπιση των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠ-Υ. Η διερεύνηση και η θεραπεία της συνυπάρχουσας ψυχιατρικής διαταραχής είναι συχνά τόσο σημαντική όσο και η θεραπεία της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ. Πολλές φορές, μερικές καταστάσεις συννοσηρότητας, όπως η ΔΕΠ-Υ και το σύνδρομο de la Tourette ή ΔΕΠ-Υ και διαταραχή διαγωγής, συνιστούν υποομάδες παιδιών με διαφορετική κλινική εικόνα, πορεία, αιτιολογία και ανταπόκριση στη θεραπεία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ο ειδικός χρειάζεται να διερευνά και για άλλους τύπους διαταραχών όταν προσεγγίζει ένα παιδί που έχει ΔΕΠ-Υ. Αυτό αφορά κυρίως στα εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως το άγχος και τις διαταραχές του συναισθήματος, που συχνά διαφεύγουν της προσοχής από τους γονείς και τους δασκάλους οι οποίοι συνήθως αντιλαμβάνονται καλύτερα τις διαταραχές της συμπεριφοράς.

9. Τα συνοδά προβλήματα της ΔΕΠ-Υ

9.1. Γενικά

Οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν περιορίζονται στα πρωτογενή συμπτώματα της απροσεξίας, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας. Αυτά τα παιδιά είναι πολύ πιθανό να παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, αναπτυξιακές δυσκολίες, διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών και της συναισθηματικής ανάπτυξης, καθώς επίσης και μαθησιακές δυσκολίες.

Θα πρέπει βεβαίως να επισημάνουμε ότι τέτοιου είδους δυσκολίες δεν αντιμετωπίζουν υποχρεωτικά όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, φαίνεται όμως ότι αυτά είναι περισσότερο πιθανό να τις παρουσιάσουν σε σύγκριση με τα «φυσιολογικά» παιδιά. Γι' αυτό κρίνουμε απαραίτητο να αναφερθούμε σε αυτές τις δυσκολίες, παρά το γεγονός ότι η παρουσία τους δεν συνιστά προϋπόθεση για τη διάγνωση της διαταραχής (Κάκουρος, 1996).

9.2. Νοητική ανάπτυξη

Σύμφωνα με τον Barkley (1995), «η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τη νοητική ανάπτυξη του παιδιού με δύο τρόπους: πρώτον, σε μικρότερο βαθμό, επηρεάζει την απόκτηση των γνωστικών δεξιοτήτων, δεύτερον, σε μεγαλύτερο βαθμό, επηρεάζει την ικανοποιητική και αποτελεσματική αξιοποίηση των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί». Από τις επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης ο δείκτης νοημοσύνης τους φαίνεται να υπολείπεται κατά 7-15 μονάδες από το μέσο όρο των «φυσιολογικών» παιδιών αντίστοιχης ηλικίας (Faraone et al., 1993; Fisher et al., 1990). Εντούτοις, δεν πρέπει να βιαστούμε να συμπεράνουμε ότι το εύρημα αυτό αντικατοπτρίζει πραγματικές διαφορές ανάμεσα στη νοημοσύνη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και σε αυτή των «φυσιολογικών» παιδιών.

Όπως είναι γνωστό, οι πιο διαδεδομένες κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης (για παράδειγμα, το WISC-III και το Stanford-Binet), αξιολογούν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο

των ακαδημαϊκών γνώσεων του παιδιού (Κάκουρος, 1996; Bohline, 1985). Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι και τα παιδιά τα οποία αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, ακόμη και αν δεν παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ, έχουν συνήθως χαμηλότερες επιδόσεις σε τέτοιες κλίμακες (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990). Επομένως, οι σχετικά χαμηλότερες επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στις κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης φαίνεται να συσχετίζονται τόσο με τη δυσκολία τους να ανταποκριθούν σε ορισμένες υποδοκιμασίες των κλιμάκων αυτών, όπου απαιτείται αυξημένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, όσο και με τις μαθησιακές δυσκολίες που συχνά εμφανίζουν αυτά τα παιδιά.

Ωστόσο, η νοημοσύνη θεωρείται βασικό στοιχείο για την εξέλιξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τη δυνατότητα προσαρμογής τους. Ορισμένες φορές η υψηλή νοημοσύνη μπορεί να λειτουργεί ως αντισταθμιστικός παράγοντας ανάμεσα στις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος από αυτά, αφού η υψηλή νοημοσύνη μπορεί να βοηθήσει το παιδί να επινοήσει τρόπους να ελέγχει από μόνο του τις δυσκολίες του (Faraone et al., 1991).

9.3. Προσαρμοστικές ικανότητες

Η έννοια της προσαρμογής, συνήθως, παραπέμπει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης (όπως πλύσιμο, ντύσιμο κ.α.) ανάλογων με την ηλικία του παιδιού, στην ανάπτυξη προσωπικής υπευθυνότητας και αυτονομίας (δηλαδή, να μπορεί το παιδί να κάνει μικροδουλειές, να είναι αξιόπιστο, να συμπεριφέρεται ανάλογα με τους κοινωνικούς κανόνες), καθώς και στην ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομηλίκους.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά (Greene et al., 1996; Roizen et al., 1994). Σε αυτές τις μελέτες διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ λειτουργούν τις περισσότερες φορές στα κατώτερα επίπεδα του μέσου «φυσιολογικού», όσον αφορά στις προσαρμοστικές τους δεξιότητες, παρά τη «φυσιολογική» συνήθως νοημοσύνη τους. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η ΔΕΠ-Υ ασκεί κάποια αρνητική επίδραση στις ικανότητες προσαρμογής. Έχει διαπιστωθεί επιπλέον, ότι στις περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όπου η ασυμφωνία μεταξύ νοητικού επιπέδου και προσαρμοστικότητας είναι μεγαλύτερη, η πιθανότητα να συνυπάρχει η ΔΕΠ-Υ με κάποια άλλη διαταραχή (π.χ. με διαταραχές διαγωγής) είναι επίσης μεγαλύτερη (Greene et al., 1997).

9.4. Μαθησιακές δυσκολίες

Ένας τομέας όπου τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες είναι αυτός της σχολικής μάθησης. Σχεδόν όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τα οποία παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις σε σχέση με το νοητικό τους επίπεδο. Οι μειωμένες σχολικές επιδόσεις φαίνεται να σχετίζονται με την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την ανησυχία την οποία παρουσιάζουν τόσο στο πλαίσιο της σχολικής τάξης όσο και κατά τη διάρκεια της μελέτης στο σπίτι. Το γεγονός ότι τα πρωτογενή αυτά προβλήματα της ΔΕΠ-Υ επιδρούν αρνητικά στις σχολικές επιδόσεις των παιδιών φαίνεται να επιβεβαιώνεται σε αρκετές μελέτες, στις οποίες διερευνήθηκε η επίδραση διεγερτικών φαρμάκων στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Σε αυτές τις περιπτώσεις βρέθηκε ότι η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων επιδρά θετικά στις σχολικές επιδόσεις των παιδιών (Barkley, 1977; Rapport et al., 1986).

Λόγω των μαθησιακών δυσκολιών τις οποίες αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τουλάχιστον το 56% από αυτά είναι σίγουρο ότι θα χρειαστεί τη βοήθεια ειδικού, το 30% περίπου ίσως επαναλάβει κάποια τάξη και το 30% ίσως φοιτήσει σε κάποια ειδική ή παράλληλη τάξη. Επίσης, ένα ποσοστό 10-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να εγκαταλείψει το σχολείο (Κάκουρος, 1998; Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Faraone et al., 1993).

Πολλοί ορισμοί έχουν διατυπωθεί μέχρι σήμερα για τις μαθησιακές δυσκολίες. Στην πλειονότητα όμως των περιπτώσεων οι ειδικοί αναφέρονται σε μαθησιακές δυσκολίες όταν διαπιστώνεται ασυμφωνία μεταξύ του νοητικού επιπέδου και των σχολικών επιδόσεων του παιδιού. Η ασυμφωνία αυτή καθορίζεται με βάση τις επιδόσεις του παιδιού σε σταθμισμένες κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης και σε τεστ ακαδημαϊκής επίδοσης. Ο βαθμός ασυμφωνίας μεταξύ νοητικού επιπέδου και σχολικών επιδόσεων ο οποίος απαιτείται για τον ορισμό των μαθησιακών δυσκολιών μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τις εκτιμήσεις του εκάστοτε ειδικού. Αυτός είναι και ένας από τους βασικούς λόγους για τους οποίους συχνά καταγράφονται διαφορετικά ποσοστά όταν γίνονται προσπάθειες να προσδιοριστεί η συχνότητα εμφάνισης των μαθησιακών δυσκολιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Ορισμένοι ειδικοί ορίζουν τις μαθησιακές δυσκολίες ανάλογα με τα αποτελέσματα των παιδιών σε τεστ ακαδημαϊκής επίδοσης και με το επίπεδο της τάξης στην οποία

φοιτούν, χωρίς να συνεκτιμούν το νοητικό τους επίπεδο. Σε αυτές όμως τις περιπτώσεις οι μαθησιακές δυσκολίες συνήθως εντοπίζονται συχνότερα στα παιδιά με οριακή νοημοσύνη ή ελαφρά νοητική υστέρηση. Ακολουθώντας αυτή την προσέγγιση, ο Barkley (1990) βρήκε ότι το 21% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσίαζε μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση και το 28% στα μαθηματικά.

Υιοθετώντας τα πιο αυστηρά κριτήρια για τον καθορισμό των μαθησιακών δυσκολιών έχει βρεθεί ότι το 8-39% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ανάγνωση, το 12-27% στα μαθηματικά και το 12-27% στην ορθογραφία (Frick et al., 1991). Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το εύρημα ότι ανάλογα ποσοστά μαθησιακών δυσκολιών διαπιστώθηκαν στον πληθυσμό των παιδιών με διαταραχές διαγωγής. Το γεγονός όμως αυτό θεωρήθηκε ότι σχετίζεται με τη συννοσηρότητα των διαταραχών διαγωγής και της ΔΕΠ-Υ (Frick et al., 1991).

Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ότι το 20-80% των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες ανταποκρίνεται και στα κριτήρια του DSM-IV για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Holborow & Berry, 1986; Cantwell & Baker, 1991). Έχει διαπιστωθεί επίσης, ότι το 33-80% των παιδιών που ανταποκρίνονται στα κριτήρια για τη διάγνωση της δυσλεξίας παρουσιάζει και τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (McGee & Share, 1988; Shaywitz & Shaywitz, 1988). Σε πληθυσμούς όμως παιδιών με ΔΕΠ-Υ που δεν παρουσιάζουν τα συμπτώματα της δυσλεξίας, η βλάβη συνήθως αφορά στις διαδικασίες εκτελεστικού ελέγχου, ενώ σε πληθυσμούς δυσλεξικών παιδιών που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, η βλάβη αφορά βασικά στη φωνολογική ενημερότητα (Pennington, 1991).

Η μεγάλη συχνότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ τα οποία εντοπίζονται στον πληθυσμό των παιδιών με δυσλεξία οδηγεί συχνά τους ειδικούς σε διάφορες ερμηνείες. Σε ορισμένες περιπτώσεις έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και της δυσλεξίας παραπέμπει απλώς στο γεγονός της κοινής αιτιολογίας αυτών των διαταραχών, ενώ σε άλλες περιπτώσεις θεωρήθηκε ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί δευτερογενές σύμπτωμα της δυσλεξίας (Barkley et al., 1983; Stanovich, 1986; Pennington, 1991). Ορισμένοι ειδικοί δηλαδή εκτιμούν ότι, αφού το παιδί με δυσλεξία αντιμετωπίζει μαθησιακές δυσκολίες, είναι πιθανό η σχολική του αποτυχία να συντελεί στην εμφάνιση της απροσεξίας και της παρορμητικότητας. Αν όμως ίσχυε κάτι τέτοιο, τότε τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ θα έπρεπε να εκδηλώνονται με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο και να επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου. Άλλωστε, οι μέχρι σήμερα ενδείξεις οι οποίες θα μπορούσαν να στηρίξουν αυτή την εκτίμηση είναι ασήμαντες. Όταν οι McGee και Share (1988)

διερεύνησαν αυτό το ενδεχόμενο, παρατήρησαν αρχικά μια τέτοια ένδειξη·αλλά οι Fergusson και Hogwood (1992) σε διαχρονική τους έρευνα διαπίστωσαν ότι συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Βρέθηκε δηλαδή ότι οι πρώιμες διαταραχές προσοχής αυξάνουν σε σημαντικό βαθμό την πιθανότητα να παρουσιαστούν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες, ενώ δεν διαπιστώθηκε επίδραση των μαθησιακών δυσκολιών στην εμφάνιση των διαταραχών προσοχής. Επιπλέον, η υπόθεση σύμφωνα με την οποία οι μαθησιακές δυσκολίες προκαλούν ΔΕΠ-Υ έρχεται σε αντίθεση με την εξελικτική πορεία των παιδιών αυτών, που μεταβαίνουν σταδιακά από την υπερκινητική και απρόσεκτη συμπεριφορά στη σχολική τάξη στην ακαδημαϊκή αποτυχία και ίσως αργότερα, στην εναντιωτική-προκλητική συμπεριφορά ή ακόμη και στις διαταραχές διαγωγής. Αυτή η υπόθεση έρχεται ακόμη σε αντίθεση με την επικρατούσα άποψη, ότι δηλαδή η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται νωρίς και αποτελεί, σύμφωνα με τις περισσότερες εκτιμήσεις, οργανική διαταραχή.

Κατά τη γνώμη μας, τα στοιχεία αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η αιτιολογία στις περιπτώσεις των μαθησιακών δυσκολιών και της ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιθανό να είναι η ίδια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Κάθε φορά όμως η βλάβη μπορεί να είναι διαφορετικής έκτασης και οι συνθήκες στις οποίες μεγαλώνει το παιδί μπορεί να διαφοροποιούνται σημαντικά. Ως εκ τούτου, η ποιότητα και η έκταση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά μπορεί να διαφέρουν (Κάκουρος, 1996).

Μέχρι σήμερα η αιτιώδης σχέση της ΔΕΠ-Υ και των μαθησιακών δυσκολιών (ή το αντίστροφο) παραμένει ακόμη ασαφής και πιστεύουμε ότι θα ήταν πολύ σημαντικό να διερευνηθεί περισσότερο. Γι' αυτό χρειάζεται να πραγματοποιηθούν περισσότερες και διαχρονικότερες έρευνες που θα συνεκτιμήσουν, μεταξύ άλλων, και τα πιθανά συνοδά προβλήματα της ΔΕΠ-Υ (όπως για παράδειγμα, τα προβλήματα λόγου και ομιλίας), τα οποία ενδέχεται να διευκολύνουν και την αναγνώριση των υποτύπων της ΔΕΠ-Υ και/ή των μαθησιακών δυσκολιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

9.5. Η ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές παρουσιάζουν ειδικές δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Όπως αποδεικνύεται μάλιστα από επιδημιολογικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το 6-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αργεί να μιλήσει (Hartsough & Lambert, 1985; Szatmari et al., 1989b). Ανεξάρτητα όμως από την ενδεχόμενη καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, το 10-54% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες στον

προφορικό λόγο, ενώ το 16-37% των παιδιών με προβλήματα λόγου και ομιλίας είναι παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Baker & Cantwell, 1987). Σε ό,τι αφορά στην κατανόηση του προφορικού λόγου, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν αντιμετωπίζουν συνήθως περισσότερες δυσκολίες από τα υπόλοιπα (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Szatmari et al., 1989). Έχει διαπιστωθεί επίσης, ότι τα μεγαλύτερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν πολύ λιγότερες δυσκολίες στην ομιλία απ' ό,τι τα μικρότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Grodzinsky & Diamont, 1992; Fisher et al., 1990).

Όπως είναι γνωστό, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο ομιλητικά από τα «φυσιολογικά» όταν επικοινωνούν ελεύθερα. Όταν όμως βρεθούν σε καταστάσεις στις οποίες απαιτείται να οργανώσουν προηγουμένως το λόγο τους, ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις κάποιας δραστηριότητας, τότε συνήθως μιλούν λιγότερο και ο λόγος τους δεν είναι καλά οργανωμένος, ούτε έχει πάντοτε κανονική ροή (π.χ. κάνουν παύσεις ή συμπληρώνουν στις προτάσεις ήχους και συλλαβές, όπως «εμ...», «α...»). Όταν, λοιπόν, το παιδί καλείται να απαντήσει σε συγκεκριμένα ερωτήματα ή να περιγράψει κάτι, η ομιλία του χειροτερεύει επειδή απαιτείται εκ μέρους του πιο προσεκτική και οργανωμένη σκέψη σε σχέση με την ελεύθερη ομιλία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Αυτές οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποτελούν ενδείξεις ότι τα προβλήματα τους δε σχετίζονται με την ομιλία καθ' εαυτή, αλλά με ελλείμματα στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, οι οποίες απαιτούνται για την οργάνωση τόσο της σκέψης όσο και της συμπεριφοράς.

Τα προβλήματα ομιλίας στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί συχνά να σχετίζονται με δυσκολίες ακουστικής διάκρισης ή με τη δυσκολία αποτελεσματικής επικέντρωσης της προσοχής σε ένα ορισμένο ακουστικό ερέθισμα. Πολλές φορές τα ίδια προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην εκφορά του προφορικού λόγου είναι πιθανό να εκδηλώνονται και στο γραπτό τους λόγο. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σχετίζονται άμεσα και με τις μαθησιακές δυσκολίες τις οποίες πολλές φορές αντιμετωπίζουν (Beitchman et al., 1996).

9.6. Η αίσθηση του χρόνου

Η μη λεκτική μνήμη εργασίας περιγράφεται ως αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξης της ψυχολογικής ενημερότητας του χρόνου και της οργάνωσης της συμπεριφοράς σε συνάρτηση με το χρόνο (Fuster, 1989). Ο Barkley και οι συνεργάτες του (1997) εκτιμούν ότι με βάση την περιγραφή αυτή μπορούμε να προβλέψουμε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα

έχουν δυσκολίες στην εκτίμηση του χρόνου. Αυτές οι δυσκολίες φαίνεται να αποτελούν συνέπεια εκείνων των προβλημάτων τους που σχετίζονται με τη μνήμη εργασίας. Σε έρευνα του Barkley και των συνεργατών του (1997) στην οποία ζητήθηκε από γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ να εκτιμήσουν την αίσθηση του χρόνου των παιδιών τους, καθώς και την οργάνωση της συμπεριφοράς τους σε σχέση με το χρόνο, διαπιστώθηκε ότι αυτά μειονεκτούσαν σημαντικά σε σύγκριση με τα «τυπικά» παιδιά. Και οι μελέτες της Dooling-Liftin (1997) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μειονεκτούν σε σχέση με τα «τυπικά» παιδιά ως προς την ικανότητα ακριβούς εκτίμησης του χρόνου.

9.7. Συναισθηματικές αντιδράσεις

Δύο από τα συμπτώματα που εκδηλώνουν συχνά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η ευερεθιστότητα και η εχθρότητα (Still, 1902; Barkley, 1990). Έχει παρατηρηθεί επίσης, ότι τα παιδιά αυτά με την ανάλογη ενίσχυση διεγείρονται και γίνονται περισσότερο ευερέθιστα, ενώ όταν περιοριστεί η προσφερόμενη ενίσχυση τότε βιώνουν πιο έντονα το αίσθημα της ματαίωσης (Douglas & Parry, 1994; Wigal et al., 1993).

Όσον αφορά στην κοινωνική αλληλεπίδραση, οι συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως έντονες. Η επικοινωνία τους με τους συνομηλίκους διακατέχεται από αισθήματα αρνητισμού και έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ότι στις περιπτώσεις συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με την επιθετικότητα, το αρνητικό συναίσθημα των παιδιών αυτών εκδηλώνεται με μεγαλύτερη ένταση (Hinshaw & Melnick, 1995). Ανεξάρτητα όμως από τα προβλήματα αυτά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δε φαίνεται να έχουν δυσκολία στην αναγνώριση και κατανόηση των συναισθηματικών αντιδράσεων των άλλων (Shapiro et al., 1993).

9.8. Τα κίνητρα

Οι ειδικοί περιγράφουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ως άτομα με περιορισμένα κίνητρα και μειωμένη ικανότητά να καταβάλλουν επίμονη προσπάθεια προκειμένου να επιτύχουν κάποιο στόχο. Η επιμονή και τα κίνητρα των παιδιών αυτών περιορίζονται ακόμη περισσότερο όταν απουσιάζει η ανάλογη ενθάρρυνση και ενίσχυση της προσπάθειάς τους. Ωστόσο, στην αντίθετη περίπτωση όπου υπάρχει άμεση και συνεχής ενίσχυση, η επίδοσή τους δε φαίνεται να διαφέρει από αυτή των «τυπικών» παιδιών. Στις περιπτώσεις στις οποίες η ενίσχυση είναι μερική, οι επιδόσεις τους μειώνονται (Barber et al., 1996). Φυσικά, ο βαθμός επίδοσης σε κάποια δραστηριότητα επηρεάζεται σημαντικά και από το είδος της δραστηριότητας και από το ενδιαφέρον που αυτή παρουσιάζει για το άτομο. Επομένως, όταν η δραστηριότητα είναι ανιαρή, η επίδοση θα είναι χαμηλή, ωστόσο, η επίδοση μπορεί να αυξηθεί εάν προσφερθεί στο παιδί η ανάλογη ενίσχυση.

9.9. Κινητική ανάπτυξη

Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα που έχουμε στη διάθεση μας μέχρι σήμερα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δε φαίνεται να καθυστερούν στον τομέα της κινητικής τους ανάπτυξης σε σχέση με τα «τυπικά» παιδιά. Ενώ όμως μόνο στο 35% των «τυπικών» παιδιών διαπιστώνεται φτωχός συντονισμός των κινήσεων, στην ομάδα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει το 52% (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Szatmari et al., 1989). Επιπλέον, σε νευρολογικούς ελέγχους των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εντοπίζονται συχνότερα ήπια σημεία τα οποία σχετίζονται με το συντονισμό των κινήσεων απ' ό,τι στα υπόλοιπα παιδιά.

Επιπρόσθετα, τα πρώτα παρουσιάζουν πιο αργές αντιδράσεις στην αδρή κινητικότητα (Carte et al., 1996; Shaywitz & Shaywitz, 1984), την ώρα που εμφανίζουν περισσότερες δυσκολίες συντονισμού σε δραστηριότητες που απαιτούν λεπτή κινητικότητα και γενικότερα αυξημένο έλεγχο των κινητικών αντιδράσεων (Barkley et al., 1996; Seidman et al., 1997). Γι' αυτό και ίσως τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται περισσότερο στο χειρισμό του μολυβιού, με αποτέλεσμα η ποιότητα της γραφής τους να μην είναι η αναμενόμενη.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες του Hall και των συνεργατών του (1997) τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολία στον έλεγχο των αντιδράσεών τους. Αυτές οι δυσκολίες μάλιστα, είναι ιδιαίτερα εμφανείς στις περιπτώσεις στις οποίες συνυπάρχουν προβλήματα ανάγνωσης.

9.10. Ατυχήματα

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες τραυματισμού από ατυχήματα σε σύγκριση με τα «τυπικά» παιδιά. Γενικά, περιγράφονται ως επιρρεπή σε ατυχήματα σε ποσοστό μέχρι και 57%, ενώ το 15% από αυτά έχει τέσσερις ή περισσότερους τραυματισμούς σε κάποιο ατύχημα, όπως για παράδειγμα, κάταγμα, σπασίμο δοντιών, δηλητηρίαση κ.α. Τέτοιου είδους ατυχήματα συμβαίνουν περίπου στο 4,8% του πληθυσμού των «τυπικών» παιδιών και στο 11% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Hartsough & Lambert, 1985; Reebye, 1997).

Σε έρευνες που επικεντρώθηκαν σε παιδιά που είναι επιρρεπή σε ατυχήματα διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά αυτά είναι συνήθως υπερκινητικά, παρορμητικά και ανυπάκουα (Cataldo et al., 1992; Rosen & Paterson, 1990). Σε αντίστοιχες έρευνες στον Καναδά και τη Νέα Ζηλανδία βρέθηκε ότι ενήλικες με ιστορικό ΔΕΠ-Υ έχουν αυξημένες πιθανότητες να προκαλέσουν κάποιο τροχαίο ατύχημα (Weiss & Hetchman, 1993; Nada-Raja et al., 1997).

Όπως έχει διαπιστωθεί, ο κύριος λόγος που οδηγεί τα άτομα με ΔΕΠ-Υ σε περισσότερα ατυχήματα είναι η επιθετική τους συμπεριφορά, και όχι τα αυξημένα επίπεδα κινητικότητας ή παρορμητικότητας. Φυσικά, το πόσο επιρρεπές είναι κάποιο παιδί με ΔΕΠ-Υ στα ατυχήματα θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό και από ορισμένα χαρακτηριστικά των γονέων του και γενικότερα από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται το παιδί από το περιβάλλον του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

9.11. Προβλήματα στον ύπνο

Ο Ball και οι συνεργάτες του (1997) διαπίστωσαν σε έρευνά τους ότι το 53-64% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει προβλήματα στον ύπνο σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων τους. Οι γονείς στην πλειοψηφία των περιπτώσεων παρατηρούν αυτές τις δυσκολίες ήδη από τη βρεφική ηλικία του παιδιού. Τα παιδιά αυτά δεν πηγαίνουν εύκολα στο κρεβάτι τους, ξυπνούν πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας, κοιμούνται λιγότερο από τα υπόλοιπα παιδιά και δυσκολεύονται να ξυπνήσουν το πρωί (Wilens et al., 1994; Pelham et al., 1990). Σε ό,τι αφορά στην ίδια τη φύση του ύπνου, δεν έχουν βρεθεί διαφορές ανάμεσα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και στα «τυπικά» παιδιά (Palm et al., 1992).

Ορισμένοι ειδικοί εκτιμούν ότι τα προβλήματα ύπνου δεν σχετίζονται τόσο με τα προβλήματα της ΔΕΠ-Υ, όσο με ορισμένα άλλα προβλήματα τα οποία συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, όπως είναι, για παράδειγμα, η εναντιωτική προκλητική διαταραχή ή κάποια αγχώδης διαταραχή (Corkum et al., 1997).

10. Η γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

10.1. Γενικά

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, περίπου το 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει προβλήματα σε όλους τους τομείς της γλωσσικής ανάπτυξης, ενώ περίπου το 20% καθυστερεί στην έναρξη της ομιλίας (Baird et al., 2000; Bruce et al., 2006; Oram et al., 1999; Tannock & Schachar, 1996). Σημαντικός αριθμός μελετών, που στηρίχθηκαν σε συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, όπως το DSM, εστίασε στη συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις γλωσσικές διαταραχές, ακολουθώντας την άποψη ότι αποτελούν ανεξάρτητες κλινικές οντότητες.

Από την άλλη πλευρά, πρόσφατες έρευνες εστιάζουν στη διερεύνηση προβλημάτων που εκδηλώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στους διάφορους τομείς της γλώσσας, με ιδιαίτερη έμφαση στον πραγματολογικό τομέα. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, τα γλωσσικά προβλήματα αποτελούν μέρος της ευρύτερης συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ, και είναι πιθανό να προέρχονται από τα πυρηνικά χαρακτηριστικά της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

10.2. Δυνατότητες και ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στη γλώσσα

Οι μελέτες για τη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εστιάζουν κυρίως στον τομέα της πραγματολογίας, ενώ αντίθετα, ο αριθμός των μελετών που αφορούν στην ανάπτυξη άλλων τομέων της γλώσσας είναι σχετικά περιορισμένος.

Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν την άποψη ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν περισσότερες δυσκολίες στην παραγωγή σε σχέση με την κατανόηση της γλώσσας (Baker & Cantwell, 1992; Beitchman et al., 1987; Berry et al., 1985; Kim & Kaiser, 2000).

Νεότερα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ελλείμματα τόσο στη διάκριση και την παραγωγή φωνημάτων, όσο και στην επεξεργασία και παραγωγή εκτεταμένων γλωσσικών δομών (Korkman et al., 1998; Wassenberg et al., 2010).

10.2.1. Φωνολογία

Σύμφωνα με κλινικούς ψυχολόγους και λογοπεδικούς, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα στην άρθρωση ορισμένων φωνημάτων, αλλά και στην ικανότητα ακουστικής διάκρισης φωνημάτων, ιδιαίτερα σε κάποιους συγκεκριμένους συνδυασμούς. Αυτός είναι και ο λόγος που στο ιστορικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αναφέρεται η παρακολούθηση προγράμματος λογοθεραπείας στην προσχολική ηλικία. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνηθίζουν να προφέρουν εσφαλμένα ή να παραλείπουν ορισμένα φωνήματα, δυσκολεύονται να προφέρουν τις λέξεις με ομαλό ρυθμό, αντιστρέφουν φωνήματα ή συλλαβές κατά την εκφορά λέξεων και αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την εκφορά συμφωνικών συμπλεγμάτων και πολυσύλλαβων λέξεων. Η ποιότητα της φωνής τους είναι παράδοξη και ο ρυθμός της ομιλίας τους ασυνήθιστος, καθώς μπορεί να μιλούν είτε πολύ γρήγορα, είτε πολύ αργά (Breier et al., 2002; Kroese et al., 2000; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012.).

Σύμφωνα με έρευνες, τα προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στην ομιλία καλύπτουν το ίδιο ή και μεγαλύτερο ποσοστό των προβλημάτων σε σχέση με αυτό που παρατηρείται στους υπόλοιπους τομείς της γλώσσας (Baker & Cantwell, 1992; Beitchman et al., 1989). Μάλιστα, οι δυσκολίες τους στην άρθρωση καθιστούν την ομιλία τους δύσκολα καταληπτή για το συνομιλητή τους, πράγμα που τους προκαλεί έντονη

δυσαρέσκεια. Οι δυσκολίες αυτές αποχωρούν στη σχολική ηλικία, σε αντίθεση με εκείνες της ακουστικής διάκρισης που παραμένουν και συχνά σχετίζονται με τις μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί δεν αντιλαμβάνονται αυτή ακριβώς τη δυσκολία των παιδιών, τα οποία αποφεύγουν να χρησιμοποιούν τις λέξεις που δυσκολεύονται να εκφέρουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

10.2.2. Σημασιολογία

Οι έρευνες που διεξήχθησαν σχετικά με την ανάπτυξη του λόγου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είχαν αντικρουόμενα ευρήματα. Από τη μία πλευρά υπήρξαν ερευνητές οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι επιδόσεις τους στην παραγωγή και κατανόηση του λεξιλογίου δε διαφέρουν από αυτές των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Kim & Kaiser, 2000). Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι αγόρια σχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ δεν παρουσίαζαν διαφορές σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά όσον αφορά στην ταξινόμηση λέξεων σε κατηγορίες, στην εύρεση συνώνυμων και αντίθετων λέξεων, και τέλος την ικανότητα εντοπισμού ομοιότητας ή διαφοράς μεταξύ εννοιών (Purvis & Tannock, 1997; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σε έρευνα που χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Παραγωγικού Λεξιλογίου της Δοκιμασίας Λεκτικής Νοημοσύνης (Stavrakaki & Tsimpli, 2000) παρατηρήθηκαν παρόμοιες επιδόσεις μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά στην Κλίμακα Λεξιλογίου του Wisc-III, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σημείωσαν χαμηλότερες επιδόσεις (Andreou et al., 2005). Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι η μεν πρώτη ζητά από το παιδί να ονομάσει ένα αντικείμενο ή μια ενέργεια που του παρουσιάζεται ως οπτικό ερέθισμα, η δε δεύτερη, ζητά από το παιδί να δώσει τον ορισμό μιας λέξης η οποία του παρουσιάζεται απλά και μόνο ακουστικά, πράγμα το οποίο θεωρείται δυσκολότερο, αφού απαιτεί μακρόχρονη μνήμη και οργάνωση της ομιλίας (Lorch et al., 2010; Purvis & Tannock, 1997; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

10.2.3. Γραμματική

Οι έρευνες που επιχείρησαν να εξετάσουν την ανάπτυξη λεξιλογίου και τη μορφολογία σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ελάχιστες. Σε δοκιμασία που περιλάμβανε την «Κλίμακα Κατανόησης Οδηγιών» του τεστ «Αναπτυξιακή Νευροψυχολογική Αξιολόγηση» ζητήθηκε από τα παιδιά να δείξουν αντικείμενα που παρουσιάζονταν σε εικόνες και διαπιστώθηκε ότι οι επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ήταν στατιστικά, σημαντικά χαμηλότερες σε σχέση με εκείνες των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Korkman, Kirk & Kemp, 1998). Από την άλλη πλευρά, σε διαφορετική έρευνα αποδείχθηκε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ κατανοούν περίπλοκες προτάσεις με την ίδια ακρίβεια, όπως και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, απλά με πιο αργό ρυθμό (Wassenberg et al., 2010).

Τέλος, δεδομένου ότι η ελληνική γλώσσα παρουσιάζει ένα ιδιαίτερα περίπλοκο μορφολογικό σύστημα, η μελέτη της κατάκτησής του από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα διαφώτιζε περαιτέρω την πορεία της γλωσσικής ανάπτυξης του συγκεκριμένου πληθυσμού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

10.2.4. Πραγματολογία

Ο τομέας της πραγματολογίας έχει μελετηθεί διεξοδικά από τους ερευνητές. Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ελλείμματα σε ποικίλες ικανότητες που σχετίζονται με την κατανόηση μιας αφήγησης (Bailey et al., 2009; Berthiaume et al., 2010; Lorch et al., 1999-2000, 2004, 2007, 2010). Επιπρόσθετα, αντιμετωπίζουν προβλήματα στην κατανόηση των αιτιωδών σχέσεων, δυσκολεύονται να αξιοποιήσουν τη δομή της αφήγησης προκειμένου να διαμορφώσουν μια αναπαράσταση της ιστορίας, και συνήθως δε μπορούν να εξάγουν συμπεράσματα με βάση την αφήγηση. Κάτι που έχει ακόμη αποδειχθεί είναι ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στην κατανόηση της θεματικής σημασίας των γεγονότων μιας αφήγησης, η οποία αναφέρεται στην κατανόηση της κρισιμότητας ενός γεγονότος για την εξέλιξη μιας ιστορίας και σχετίζεται εννοιολογικά και εμπειρικά με την ευαισθητοποίηση στην αιτιακή δομή της ιστορίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Μελέτες σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας οι οποίες ακολουθούν διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις καταδεικνύουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ανακαλούν λιγότερα γεγονότα μιας αφήγησης και είναι λιγότερο ευαισθητοποιημένα στη θεματική σημασία των γεγονότων, εφόσον ανακαλούν εξίσου τα γεγονότα με υψηλή και χαμηλή θεματική σημασία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Όσον αφορά στην παραγωγή, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνηθίζουν να μιλούν ακατάπαυστα σε ελεύθερες συζητήσεις ή στο παιχνίδι, σε αντίθεση με τις περιστάσεις εκείνες όπου απαιτείται να οργανώσουν το λόγο τους προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις κάποιας δραστηριότητας. Στη δεύτερη περίπτωση, μιλούν λίγο και ο λόγος τους δεν έχει ομαλή ροή. Ταυτόχρονα, δείχνουν να δυσκολεύονται ιδιαίτερα, όταν καλούνται να αφηγηθούν μια ιστορία ή ένα γεγονός, να δώσουν έναν ορισμό, να δώσουν οδηγίες ή να απαντήσουν σε ερωτήματα. Έχει παρατηρηθεί ότι αδυνατούν να επιλέξουν τις κατάλληλες εκφράσεις ανάλογα με την περίσταση και το επίπεδο γνώσης του ακροατή και να ελέγξουν τα λεγόμενά τους (Lorch et al., 2010; Tannock & Schachar, 1996).

Τέλος, στα πλαίσια του διαλόγου αδυνατούν να παραμείνουν προσηλωμένα στο θέμα μιας συζήτησης ή να μεταβούν σε άλλο θέμα ομαλά, ενώ συχνά έχουν την τάση να διακόπτουν το συνομιλητή τους και να αναφέρονται σε θέματα άσχετα με το θέμα της συζήτησης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

11. Αίτια

11.1. Γενικά

Στις μέρες μας, έχουν αναπτυχθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα στα οποία τονίζεται η σημαντικότητα της ετερογενούς φύσης της ΔΕΠ-Υ. Μολονότι, έχουν αυξηθεί κατά πολύ τα ερευνητικά δεδομένα που αναφέρονται στην πιθανή αιτιολογία της, εντούτοις δεν μας έχουν οδηγήσει ακόμη σε ασφαλή συμπεράσματα. Παρότι έχουν αναφερθεί διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες, οι τεκμηριωμένες αποδείξεις δεν επαρκούν, ενώ σε άλλες περιπτώσεις απουσιάζουν εντελώς. Γνωρίζουμε βεβαίως αρκετούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό με την πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής, αλλά δεν γνωρίζουμε με ακρίβεια εκείνους που ευθύνονται άμεσα για τα συμπτώματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ούτε τις διαδικασίες μέσω των οποίων επηρεάζουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της διαταραχής. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Παλαιότερα, οι ερευνητές θεωρούσαν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορούσαν να αποδοθούν σε μία και βασική αιτία, ωστόσο, ύστερα από πολλές ερευνητικές μελέτες παρατηρήθηκε ότι η ΔΕΠ-Υ δεν οφείλεται σε έναν μόνο αιτιολογικό παράγοντα, αλλά σχετίζεται με περισσότερους. Πιο συγκεκριμένα, γενετικοί, περιβαλλοντικοί και νευροψυχολογικοί παράγοντες έχουν άμεσα συσχετισθεί με την παθογένεση της ΔΕΠ-Υ (Castellanos & Tannock, 2002; Durston, de Zeeuw & Staal, 2009; Nigg et al, 2005). Ωστόσο, οι ίδιοι παράγοντες συνδέονται και με την εκδήλωση άλλων διαταραχών, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο την πολυπλοκότητα ως προς την παθογένεση της ΔΕΠ-Υ.

Γενικά, δεν υπάρχει μόνο ένας γενετικός, περιβαλλοντικός ή νευροψυχολογικός παράγοντας που να οδηγεί στη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, αλλά μία πληθώρα τέτοιων παραγόντων, που μπορεί να εμφανίζονται και να συνδυάζονται με διαφορετικό τρόπο στην κάθε περίπτωση.

Οι προσπάθειες διερεύνησης των αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ συναντούν πολλές μεθοδολογικές δυσκολίες. Συχνά, μάλιστα, διαπιστώνεται ασυμφωνία στα ευρήματα των διάφορων ερευνών. Παρ' όλα αυτά φαίνεται ότι τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν πλέον την εκτίμηση ότι, αν και η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική, τον πρώτο λόγο έχουν οι γενετικοί και οι νευρολογικοί παράγοντες. Η

συντριπτική πλειοψηφία των αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ που έχουν τύχει ως τώρα μεγαλύτερης ερευνητικής στήριξης είναι βιολογικοί, αναφέρονται δηλαδή στην ανάπτυξη και στη λειτουργία του εγκεφάλου (Castellanos et al., 2006).

Ο τρόπος με τον οποίο νευρολογικοί και γενετικοί παράγοντες μπορούν να συντελέσουν στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ δεν είναι γνωστός. Τα ερευνητικά δεδομένα που έχουμε στη διάθεση μας αναφέρονται συνήθως σε συνάφειες και γι' αυτό δεν αποδεικνύουν άμεσα την πρωτογενή αιτία η οποία ευθύνεται για τη ΔΕΠ-Υ. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι χρειάζεται πάντα ιδιαίτερη προσοχή όταν ερμηνεύονται τα αποτελέσματα ερευνών οι οποίες στηρίζονται σε μεθόδους συσχέτισεων (Castellanos & Tannock, 2002; Durston, de Zeeuw & Staal, 2009; Nigg et al., 2005).

Από την άλλη πλευρά, οι εκτιμήσεις ορισμένων ερευνητών, οι οποίοι κάνουν λόγο για ψυχοκοινωνικά αίτια, δεν έχουν τεκμηριωθεί επιστημονικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις κατά τις οποίες βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ ορισμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως μεταξύ της κακής διαπαιδαγώγησης του παιδιού από τους γονείς του, των οικογενειακών συγκρούσεων, της ψυχοπαθολογίας των γονέων και της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, μια προσεκτικότερη ανάλυση ή μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι η σχέση αυτή είναι μάλλον το αποτέλεσμα της επίδρασης των προβλημάτων του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη συμπεριφορά των γονέων παρά το αίτιο εμφάνισης της διαταραχής. Σε άλλες περιπτώσεις πάλι φάνηκε ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν και οι ίδιοι τη διαταραχή και επομένως ήταν αυτή η κληρονομική διάσταση που δυσχέραινε περισσότερο τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και επηρέαζε τις μεθόδους διαπαιδαγώγησης αυτών των γονέων (Plomin, 1995).

Από την άλλη πλευρά, οι λιγοστοί ισχυρισμοί ότι η ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι αποτέλεσμα κακής διαπαιδαγώγησης του παιδιού από τους γονείς του (Silverman & Ragusa, 1992; Willis & Lonaas, 1977) θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό, τουλάχιστον μέχρι να διευκρινιστούν τα πρωτογενή αίτια της συμπεριφοράς αυτών των γονέων. Θα πρέπει επίσης, να επισημάνουμε ότι τόσο το οικογενειακό όσο και το σχολικό περιβάλλον διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία εξέλιξης των δυσκολιών του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

Στα πλαίσια αυτής της συλλογιστικής, παρακάτω θα παρουσιαστούν τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τον προσδιορισμό των γενετικών, περιβαλλοντικών, νευρολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που έχουν παρατηρηθεί να συνδέονται με τη ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

11.2. Νευρολογικοί παράγοντες

Οι σύγχρονες έρευνες ασχολούνται με την επίδραση κληρονομικών παραγόντων και κάποιας πιθανής εγκεφαλικής βλάβης, παράγοντες για τους οποίους έχει συγκεντρωθεί και ο μεγαλύτερος αριθμός αποδείξεων. Η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε νευρολογική δυσλειτουργία, η οποία εξηγείται από τα χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας των νευροδιαβιβαστών στο μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου, ο οποίος ελέγχει τις παρορμήσεις και ρυθμίζει τον τρόπο με τον οποίο κατευθύνουμε την προσοχή μας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Στη διάρκεια του 20ού αιώνα οι ερευνητές εντόπισαν πολλές ομοιότητες ανάμεσα στα συμπτώματα ατόμων με ΔΕΠ-Υ και ατόμων που είχαν υποστεί κάποια βλάβη ή τραυματισμό στο μετωπιαίο λοβό και, ειδικότερα, στον προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου (Mattes, 1980; Benton, 1991; Heilman et al., 1991). Τόσο τα παιδιά, όσο και οι ενήλικες που έχουν υποστεί βλάβη στο προμετωπιαίο τμήμα του φλοιού του εγκεφάλου παρουσιάζουν ελλείμματα στη συντηρούμενη προσοχή, τον ανασταλτικό έλεγχο, τη ρύθμιση του συναισθήματος και των κινήτρων, καθώς επίσης στην ικανότητα για διαχρονική οργάνωση της συμπεριφοράς (Stuss & Benson, 1986; Grattan & Eslinger, 1991).

Η πρόωμη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, η επιμονή τους στο χρόνο και η σχέση τους με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές αποδεικνύουν τη νευρολογική βάση της και συνηγορούν υπέρ της ύπαρξης νευρολογικών βλαβών. Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλει και η βελτίωση των συμπτωμάτων που παρατηρείται σε άτομα με ΔΕΠ-Υ, όταν τους χορηγηθούν διεγερτικά φάρμακα.

Σε μελέτες που βασίζονταν σε νευροφυσιολογικές μετρήσεις, διαπιστώθηκαν χαμηλότερα επίπεδα διέγερσης σε άτομα με ΔΕΠ-Υ και χαμηλότερες επιδόσεις στις δοκιμασίες επαγρύπνησης. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν μειωμένη μεταβολική δραστηριότητα γλυκόζης σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό, κυρίως όσον αφορά στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου (Zametkin et al., 1990). Αναλυτικότερα, μέσω της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) επιβεβαιώθηκαν παλαιότερες απόψεις που έκαναν λόγο για μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου. Οι επιδόσεις αυτές φάνηκε ότι μπορούν να βελτιωθούν με τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων (Frank et al., 1992; Kuperman et al., 1996).

Στην ανάλυση της δομής του εγκεφάλου ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό παρατηρήθηκαν σημαντικές δομικές διαφορές σε συγκεκριμένες περιοχές

(Castellanos et al., 1996). Συγκεκριμένα, για παράδειγμα διαπιστώθηκε ότι το μέγεθος ορισμένων περιοχών των κροταφικών λοβών είναι μικρότερο (Hynd et al., 1990; Filipek, 1999).

Σύμφωνα, λοιπόν, με όσα προαναφέρθηκαν φαίνεται να υπάρχει όντως σχέση μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και διάφορων ανωμαλιών στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και κυρίως στις προμετωπιαίες περιοχές, οι οποίες προκύπτουν στην εμβρυική περίοδο. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι το πρόσθιο τμήμα του εγκεφάλου είναι εκείνο στο οποίο πραγματοποιούνται σημαντικές διεργασίες όπως ο σχεδιασμός της ακολουθίας των πράξεων, ο έλεγχος των παρορμήσεων, η εκτίμηση του χρόνου, και σύνθετες σκέψεις που απαιτούν την ανάκληση της μνήμης για την εκτέλεση της ενέργειας. Επομένως, εάν το τμήμα αυτό υποστεί βλάβη, ο εγκέφαλος δε μπορεί να αποτρέψει τις «αυθόρμητες» αντιδράσεις στα προσλαμβανόμενα ερεθίσματα (Neuhauser, 1996).

Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες που στηρίχθηκαν σε νευροαπεικονιστικές μεθόδους δεν επιβεβαίωσαν την άποψη για βλάβη στη δομή του εγκεφάλου, αλλά αποκάλυψαν το μικρότερο μέγεθος των περιοχών που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ. Η εγκεφαλική βλάβη είναι πιθανό να ευθύνεται για το 5% περίπου των περιπτώσεων υπερκινητικότητας (Butter, 1977, 1983).

Γενικά, τα ευρήματα που έχουμε στη διάθεση μας μέχρι σήμερα, αποδεικνύουν ότι τα γονίδια ελέγχουν κατά ένα μεγάλο μέρος την αναπτυξιακή δομή του εγκεφάλου.

11.3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Εκτός από τους νευρολογικούς παράγοντες που προαναφέρθηκαν και φαίνεται να σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται και στους περιβαλλοντικούς, οι οποίοι επίσης συμβάλλουν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Linnert et al., 2003).

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα πολυετών ερευνών απέδειξαν ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, αλλά και μεταξύ των γονέων και των παιδιών, η συναισθηματική απόσταση μεταξύ τους, οι λανθασμένοι τρόποι διαπαιδαγώγησης των παιδιών, η ασυνέπεια των γονέων στους κανόνες που θέτουν, η υπερβολική αυστηρότητα, η υπερπροστασία ή η υπερβολική αδιαφορία τους είναι μερικές από τις αιτίες επιδείνωσης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Καλαντζή-Αζίζι &

Ζαφειροπούλου, 2010). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η υπερκινητικότητα είναι αποτέλεσμα λανθασμένης αγωγής και αναποτελεσματικού χειρισμού των παιδιών από τους γονείς τους. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε από ειδικούς τόσο της ψυχαναλυτικής όσο και της συμπεριφορικής σχολής, με διαφορετική, ωστόσο, ερμηνεία των αιτιολογικών μηχανισμών. Οι ψυχαναλυτές (Bettelheim, 1973; Harticollis, 1968) υποστήριξαν ότι οι γονείς που αντιμετωπίζουν χωρίς ανοχή την αυξημένη δραστηριότητα των βρεφών τους, εκδηλώνουν εξαιρετικά αρνητικές αντιδράσεις και οδηγούν την υπερκινητικότητα των παιδιών τους σε παθολογικά επίπεδα. Όσο για τους συμπεριφοριστές (Willis & Lovaas, 1977), αυτοί υποστήριξαν ότι η ανεπαρκής δημιουργία συνεξαρτήσεων ανάμεσα στις εντολές και οδηγίες και στον έλεγχο των ερεθισμάτων από τα παιδιά οδηγεί σε μη συνεργάσιμη και αντικοινωνική συμπεριφορά.

Γενικά, η επιθετικότητα των γονέων, η ψυχιατρική διαταραχή ενός γονέα, η κατάθλιψη της μητέρας, καθώς επίσης η παραμονή ενός παιδιού σε ίδρυμα είναι παράγοντες, οι οποίοι συστηματικά συνδέονται με τη ΔΕΠ-Υ (Overmeyer et al., 1999; Roy et al., 2000; Sonuga-Barke et al., 1996; Taylor et al., 1991, όπως αναφέρεται από την Γιαννοπούλου, 2008).

Η διατροφή, επίσης, του παιδιού έχει κατηγορηθεί ότι ενδέχεται να συντελεί στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, τα συντηρητικά, οι διάφορες τοξίνες, τα χημικά συστατικά, οι τεχνικές χρωστικές ουσίες των τροφών, αλλά και η ζάχαρη έχουν συνδεθεί με συμπεριφορές υπερκινητικού τύπου (Boris & Mandel, 1994). Σε αυτό το πλαίσιο εμφανίστηκε μια θεωρία για τη ΔΕΠ-Υ η οποία υποστήριζε ότι η υπερκινητική συμπεριφορά ήταν αποτέλεσμα αλλεργικής ή τοξικής αντίδρασης σε ορισμένα συστατικά της διατροφής, όπως οι τεχνητές χρωστικές ουσίες ή τα συντηρητικά (Feingold, 1975). Υποστηρίχθηκε ότι η προβληματική συμπεριφορά περίπου των μισών υπερκινητικών παιδιών ήταν απόρροια της κακής τους διατροφής.

Η άποψη αυτή γνώρισε τόσο ευρεία διάδοση ώστε δημιουργήθηκαν ομάδες γονέων με σκοπό την προώθηση και διάδοση της δίαιτας που πρότεινε ο Feingold. Στην Καλιφόρνια μάλιστα προτάθηκε νόμος για την απομάκρυνση των «επιβλαβών» τροφών από τα κυλικεία των σχολείων. Η άποψη αυτή μελετήθηκε από πολλούς ερευνητές και τελικά η Εθνική Επιτροπή που συστάθηκε γι' αυτό το θέμα (National Advisory Committee on Hyperkinesia and Food Additives, 1980) αποφάνθηκε ότι δεν υπήρχαν στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την άποψη του Feingold. Παρά ταύτα, πέρασαν τουλάχιστον δέκα χρόνια

προτού αυτή η θεωρία χάσει έδαφος στην αντίληψη της κοινής γνώμης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Το 1980, οι Συμβουλευτικές Επιτροπές στην Αμερική, κατόπιν επίμονων ερευνών, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι δεν υπάρχει απόδειξη για κάποια σχέση μεταξύ τεχνητών προσθέτων και υπερκινητικότητας ή ικανότητας μάθησης των παιδιών. Έτσι λοιπόν, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο περιορισμός του διαιτολογίου ήταν ευεργετικός εξαιτίας της ψυχολογικής επίδρασης που είχε στα άτομα η συγκεκριμένη θεραπεία. Άλλα στοιχεία των τροφών που έχουν ενοχοποιηθεί ότι προκαλούν υπερκινητικότητα είναι τα τεχνητά γλυκαντικά με ή χωρίς θερμιδική αξία. Πολλοί γονείς για παράδειγμα υποστηρίζουν ότι τα παιδιά τους εκδηλώνουν μια ανεξέλεγκτη συμπεριφορά μετά την κατανάλωση τροφών που περιέχουν ζάχαρη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σύμφωνα με την Cordula Neuhaus (1996), πολλά παιδιά και ενήλικες αναφέρουν ότι η κατάσταση τους βελτιώνεται όταν η διατροφή τους περιλαμβάνει λιγότερα συντηρητικά και τεχνητά χρώματα. Η Krause (1995), στο συμβουλευτικό της οδηγό αναφέρει τα πιο συνηθισμένα γλυκά που γίνονται μανία για τα υπερκινητικά παιδιά, καθώς και τις επιπτώσεις τους στα επίπεδα σεροτονίνης. Σύμφωνα με την Krause, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μια κλινική στο Mannheim, παρατηρήθηκε βελτίωση των κύριων συμπτωμάτων μόνο στο 10% των παιδιών που ακολούθησαν μια ολιγοαντιγονική δίαιτα. Η ίδια επισημαίνει ότι υπάρχει ανεπαρκής έρευνα όσον αφορά στην επίδραση της διατροφής στη ΔΕΠ-Υ.

Καθίσταται πλέον φανερό ότι οι περιβαλλοντικοί αυτοί παράγοντες, είτε «υποβοηθούν» τους γενετικούς παράγοντες, ώστε να εμφανιστούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, είτε συμβάλλουν σε μέγιστο βαθμό από μόνοι τους, σε συνδυασμό με τους γενετικούς παράγοντες, ώστε να προκαλέσουν με ακρίβεια τη σοβαρότητα στην εκδήλωση των συμπτωμάτων (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010).

Από την άλλη πλευρά, ο Block (1977) πρότεινε μια θεωρία σύμφωνα με την οποία η τεχνολογική ανάπτυξη και ο γρήγορος ρυθμός των πολιτισμικών αλλαγών δημιουργούν αυξημένη νευρική υπερδιέγερση, η οποία αλληλεπιδρά με μια προϋπάρχουσα τάση σε ορισμένα παιδιά για υπερκινητικότητα και προκαλεί την εκδήλωση της. Επιπρόσθετα, θεώρησε ότι η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της υπερκινητικότητας στις αναπτυσσόμενες δυτικές κοινωνίες ενισχύει την εγκυρότητα της θεωρίας του. Στην άποψη αυτή ασκήθηκε έντονη κριτική (Ross & Ross, 1982) καθώς δεν στηριζόταν σε ερευνητικά δεδομένα που να την επιβεβαιώνουν. Ασφαλώς, είναι αλήθεια ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται

άμεσα με κοινωνικές και πολιτιστικές παραμέτρους όχι σε επίπεδο αιτιολογίας αλλά σε σχέση με την επίδραση της στην ομαλή κοινωνικοποίηση του ατόμου.

11.4. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Οι προσπάθειες αναζήτησης της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ στο περιβάλλον του παιδιού δεν έτυχαν ιδιαίτερης αποδοχής. Οι Willis και Lonaas (1977) υποστήριξαν ότι για την υπερκινητικότητα των παιδιών ευθύνονται οι ίδιοι οι γονείς, οι οποίοι δεν χειρίζονται σωστά τη συμπεριφορά των παιδιών τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Ευρήματα διαχρονικών ερευνών απέδειξαν ότι η αρνητική αλληλεπίδραση μεταξύ μητέρας και παιδιού στην προσχολική ηλικία ευνόησε τη διατήρηση της υπερκινητικότητας και στην παιδική και εφηβική ηλικία (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990). Ωστόσο, η συνάφεια αυτή δεν αποδεικνύει αιτιώδη σχέση ανάμεσα στις αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού και στην εμφάνιση της υπερκινητικότητας παρά μόνο μία συσχέτιση των αλληλεπιδράσεων αυτών με την επίμονη εκδήλωση συμπτωμάτων υπερκινητικότητας. Επιπλέον, διαχρονικές έρευνες επισημαίνουν πως ο βαθμός σοβαρότητας της υπερκινητικότητας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την επίμονη των συμπτωμάτων της (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Campbell & Ewing, 1990).

Επιπλέον, από έρευνες που επικεντρώθηκαν στις επιδράσεις από τη χρήση διεγερτικών φαρμάκων στην επικοινωνία γονέα-παιδιού αποδείχθηκε ότι τα υπερκινητικά παιδιά ήταν λιγότερο συνεργάσιμα και πιο αντιδραστικά από τα υπόλοιπα παιδιά, την ώρα που οι μητέρες των πρώτων ήταν πιο αυταρχικές από τις μητέρες των δεύτερων. Τα αποτελέσματα αυτής της αλληλεπίδρασης, ωστόσο, βελτιωνόταν αμέσως μετά τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων (Humphries et al., 1978). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι η χρήση διεγερτικών συντέλεσε στον περιορισμό των συμπτωμάτων υπερκινητικότητας και στην αύξηση της συνεργατικής διάθεσης των παιδιών. Ταυτόχρονα, οι αρνητικές αντιδράσεις των μητέρων περιορίστηκαν σημαντικά (Barkley et al., 1985; Danforth et al., 1991). Αυτό που συμπεραίνουμε από τα παραπάνω είναι ότι η συμπεριφορά των γονέων απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα της διαταραχής που παρουσιάζει το παιδί και όχι αίτιο πρόκλησης της ΔΕΠ-Υ.

Ωστόσο, αυτό που είναι σημαντικό να τονιστεί είναι ότι συχνά οι υπερβολικές αντιδράσεις των γονέων οδηγούν σε περαιτέρω συγκρούσεις, αυξάνουν την ένταση των συμπτωμάτων του παιδιού, προκαλούν την εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων της διαταραχής και συντελούν στην εμφάνιση εναντιωτικής συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Αυτό που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την αλληλεπίδραση γονέα και παιδιού είναι η ύπαρξη της διαταραχής στη μητέρα ή στον πατέρα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, πράγμα το οποίο, ως ένα βαθμό δικαιολογεί και τις ακατάλληλες αντιδράσεις του γονέα.

Σε γενικές γραμμές, λοιπόν, το οικογενειακό αλλά και το σχολικό περιβάλλον του παιδιού, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία εξέλιξης της ΔΕΠ-Υ, ωστόσο δε φαίνεται να σχετίζονται με τα εκλυτικά αίτια της διαταραχής. Ακόμη κι αν δεχτούμε τη συμμετοχή των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει να σκεφτούμε ότι οι παράγοντες αυτοί επηρεάζονται και από εγγενή αίτια. Επομένως, η επίδραση της κληρονομικότητας παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

11.5. Γενετικοί παράγοντες

Παρότι, όπως έχει γίνει ήδη κατανοητό, η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική, η κληρονομικότητα φαίνεται πως διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή της. Ωστόσο, σε αντίθεση με την περίπτωση των παιδιών με σύνδρομο Down, δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για ανωμαλίες στη δομή των χρωμοσωμάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Όπως είναι γνωστό, τα παιδιά με χρωμοσωμικές ανωμαλίες μπορεί να παρουσιάσουν περισσότερα προβλήματα προσοχής σε σύγκριση με τα «τυπικά» παιδιά (Zelazo & Stack, 1997).

Αφορμή για την έναρξη των γενετικών μελετών στάθηκε η διαπίστωση ότι οι γονείς, και γενικότερα συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας συχνότερα από ό,τι εκείνοι των «τυπικών» παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση που ο ένας γονέας παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ η πιθανότητα να παρουσιάσει το παιδί του την ίδια διαταραχή φτάνει στο 57% (Biederman et al., 1995a). Επιπρόσθετα, οι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών.

Οι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στην παθογένεση της διαταραχής, καθώς φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι «οικογενειακή υπόθεση». Μελέτες επιβεβαιώνουν το υψηλό ποσοστό επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ μεταξύ των μελών της οικογένειας του παιδιού με αυτή τη διαταραχή (Biederman et al., 1992; Faraone et al., 2000). Ο πιο άμεσος τρόπος για να μελετήσει κανείς την επίδραση της κληρονομικότητας στην επίδραση της διαταραχής είναι η μελέτη διδύμων. Η γενετική επίδραση στην εκδήλωση της διαταραχής είναι υψηλότερη μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων, οι οποίοι μοιράζονται το 100% των γονιδίων τους σε αντίθεση με τους διζυγωτικούς διδύμους, οι οποίοι μοιράζονται μόνο το 50% των γονιδίων τους. Ο Faraone και οι συνεργάτες του (2005), στηριζόμενοι σε 20 μελέτες διδύμων, αναφέρουν ότι ο μέσος όρος της προβλεπόμενης κληρονομικότητας ανέρχεται στο 76%. Το γεγονός αυτό τοποθετεί τη ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στις διαταραχές που κληρονομούνται με τη μεγαλύτερη συχνότητα. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η αναζήτηση γονιδίων που αποτελούν πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ είναι σε εξέλιξη τα τελευταία δέκα χρόνια. Είναι αποδεκτό ότι υπάρχει ένα μεγάλο εύρος γονιδίων που σχετίζονται με τη διαταραχή, τα οποία έχουν μέτρια επίδραση (Tripp & Wickens, 2009). Σε μια πρόσφατη ανάλυση (Faraone et al., 2005) αναφέρεται ότι μόνο επτά υποψήφια γονίδια μπορούν να επηρεάσουν την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Σε αυτά τα γονίδια περιλαμβάνονται τέσσερα γονίδια κατεχολαμίνης, ο μεταφορέας ντοπαμίνης, δύο γονίδια του συστήματος σεροτονίνης, ο μεταφορέας σεροτονίνης και το γονίδιο SNAP-25 (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σύμφωνα λοιπόν με τις μέχρι τώρα ερευνητικές μελέτες, φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι ετερογενής σε γενετικό επίπεδο, δεδομένου ότι δεν υπάρχει ένα και μοναδικό γονίδιο το οποίο αιτιολογεί τη διαταραχή, αλλά μια πληθώρα γονιδίων με μέτρια έως μικρή επίδραση στην εκδήλωση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

12. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

12.1. Βασικές αρχές για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, πέρα από την κλινική συνέντευξη και τη χορήγηση κλιμάκων, απαιτεί και το συνδυασμό των υπάρχουσών μεθόδων αξιολόγησης. Σε κάθε περίπτωση κρίνεται σκόπιμη μια πολυεπίπεδη διαγνωστική αξιολόγηση, η οποία να κινείται σε τρεις βασικούς άξονες: α) τη λήψη έγκυρου και αξιόπιστου αναπτυξιακού ιστορικού, β) τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις τρέχουσες δυσκολίες του παιδιού και γ) την κλινική αξιολόγηση του ίδιου του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011). Για τη διάγνωση απαιτείται η συνεργασία μεταξύ ειδικών και η χρήση μιας μεγάλης ποικιλίας ψυχομετρικών εργαλείων (Barkley, 1998).

Αυτό που επιδιώκουμε να διερευνήσουμε κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης είναι η προέλευση και η αναπτυξιακή πορεία των συμπτωμάτων, η έκταση και η σοβαρότητα με την οποία εκδηλώνονται, καθώς και η παρουσία άλλου είδους δυσκολιών που τυχόν να συνυπάρχουν (Barkley, 1998). Από την άλλη, επιδιώκουμε να εντοπίσουμε τα θετικά στοιχεία του παιδιού, έτσι ώστε οι δυνατότητές του να αξιοποιηθούν στο έπακρο. Κατά τη διαγνωστική διαδικασία είναι σημαντική η διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι ενδέχεται να συντελούν στη διατήρηση των δυσκολιών του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τέλος, σημαντικός παράγοντας που θα διευκολύνει και τον καθορισμό της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η διερεύνηση της πιθανής συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Η διαδικασία της διάγνωσης αποτελεί το πρώτο βήμα για την κατανόηση των δυσκολιών του παιδιού από τους ειδικούς και τους γονείς (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή & Ευσταθίου, 2006; Λιβανίου, 2004). Εκείνοι με τη σειρά τους θα πρέπει να προσαρμόσουν τη συμπεριφορά και τις απαιτήσεις τους απέναντί του και να το υποστηρίξουν αποτελεσματικά σε όλους τους τομείς της ζωής του.

Η διαδικασία της διάγνωσης περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, διαγνωστικές συνεντεύξεις με τους γονείς, το ίδιο το παιδί και τους εκπαιδευτικούς, άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού στο σχολείο, συμπλήρωση κλιμάκων από γονείς και εκπαιδευτικούς και τέλος, την κλινική αξιολόγηση (Barkley, 1998; DuPaul & Stoner,

1994; Κάκουρος, 2001; Καλαντζή-Αζίζι, 1998; Λιβανίου, 2004; Neuhaus, 1999; Τρίγκα-Μερτίκα, 2005).

Σύμφωνα με το βρετανικό ίδρυμα National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), μια πλήρης αξιολογητική διαδικασία της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει αρχικά την αξιολόγηση με πλήρως δομημένες συνεντεύξεις, όπως η Διαγνωστική Συνέντευξη για παιδιά (Diagnostic Interview Schedule for children-Revised Version; DISC-R; Shaffer et al., 1993), η Διαγνωστική Συνέντευξη για Ενήλικες (Diagnostic Interview Schedule for Adults; DIS; Robins et al., 1981) και η Διαγνωστική Συνέντευξη Connors για τη ΔΕΠ-Υ (Connors' ADHD Adult Diagnostic Interview for DSM-IV; Epstein, Johnson, & Connors, 2001). Ωστόσο, αυτά τα εργαλεία χρησιμοποιούνται σπάνια στην κλινική πράξη λόγω της μεγάλης έκτασης και της περιορισμένης ευελιξίας τους (NICE, 2009). Σύμφωνα με τη Nadeau (1991), στην κλινική πρακτική ενδείκνυται η χρήση ημιδομημένων συνεντεύξεων όπως της Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1997) και της Parental Account of Children's Symptoms (PACS; Taylor et al., 1991; (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του NICE (2009), για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ κρίνεται απαραίτητη τόσο η αξιολόγηση με τη χρήση γενικών κλιμάκων αξιολόγησης της συμπεριφοράς όσο και με εξειδικευμένες κλίμακες για τη διαταραχή αυτή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011). Περαιτέρω αξιολόγηση πραγματοποιείται με κλίμακες κατασκευασμένες ειδικά για τη ΔΕΠ-Υ, οι οποίες συνήθως στηρίζονται στα διαγνωστικά κριτήρια των συστημάτων ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχουν ενδείξεις για χαμηλή σχολική επίδοση σχετιζόμενη με δυσλεξία, δυσαριθμησία ή γνωστικά ελλείμματα, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση και εκτίμηση των μαθησιακών δυσκολιών (NICE, 2009). Ο παράγοντας των μαθησιακών δυσκολιών λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο θεραπευτικό σχεδιασμό. Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν διαφορές σε σχέση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά σε αρκετούς τομείς της νοητικής τους λειτουργίας, όπως προκύπτει από τις νευροψυχολογικές μετρήσεις των εκτελεστικών λειτουργιών (Tannock, 1998). Επιπλέον, ο εντοπισμός των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι εφικτός και μέσω των κλιμάκων που αξιολογούν την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, την αναστολή αντίδρασης και το χρονικό εύρος της παρατεταμένης προσπάθειας και προσοχής (Barkley, Grodzinsky & DuPaul, 1992).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να απαιτούνται πρόσθετες εκτιμήσεις. Σημαντική συνιστώσα της αξιολογητικής διαδικασίας αποτελεί η παρατήρηση και η λήψη πληροφοριών μέσα από μη δομημένες συνθήκες, κυρίως στις περιπτώσεις που διαπιστώνονται δυσκολίες σε ό,τι αφορά στην κοινωνική και τη σχολική λειτουργικότητα. Συχνά απαιτείται νευροψυχολογική αξιολόγηση ώστε να καταστεί δυνατή η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από άλλες νευρολογικές και αναπτυξιακές διαταραχές, καθώς επίσης και για τη διαμόρφωση του είδους της θεραπευτικής παρέμβασης (Nutt et al., 2007). Στην κλινική πράξη, για την αξιολόγηση της οπτικής και ακουστικής προσοχής σε παιδιά, συχνά χορηγούνται νευροψυχολογικές συστοιχίες και δοκιμασίες μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται μέσω των ψυχομετρικών κλιμάκων συμβάλλουν στον έγκαιρο εντοπισμό των παιδιών με συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ, και μπορεί να οδηγήσουν σε εκτενέστερη κλινική αξιολόγηση, γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Οι κλίμακες προκριματικής αξιολόγησης, όπως τις αποκαλούμε, συμπληρώνονται από τους γονείς ή τους δασκάλους και διακρίνονται σε γενικές και ειδικές. Οι πρώτες αφορούν σε διάφορες ομάδες συμπτωμάτων της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας, όπως το άγχος, η ελλειμματική προσοχή, η κατάθλιψη κ.α. (Achenbach & Elderbroch, 1983), ενώ οι δεύτερες αφορούν σε μια σαφή διαγνωστική κατηγορία ή μια συγκεκριμένη ομάδα συμπτωμάτων, όπως η ΔΕΠ-Υ (Birmacher, Khetarpal, & Brent, 1997; Cooper & Goodyer, 1993).

Σύμφωνα με την Πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), τα διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ είναι παρόμοια με εκείνα του προηγούμενου εγχειριδίου (DSM-IV). Συγκεκριμένα, παραμένουν δεκαοχτώ, κατανεμημένα σε δύο τομείς: αυτόν της απροσεξίας και αυτόν της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. **Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και αφορούν αφενός στον αριθμό των κριτηρίων και αφετέρου στην ηλικία εμφάνισης της διαταραχής:**

- Για τους μεγαλύτερους εφήβους, ηλικίας πάνω από 17 ετών, και τους ενήλικες απαιτείται η παρουσία τεσσάρων συμπτωμάτων, είτε απροσεξίας είτε υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, από τα έξι που είναι σήμερα.
- Η ηλικία εμφάνισης συμπτωμάτων απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας αλλάζει από τα 7 έτη στα 12 έτη.

Η αλλαγή στην ηλικία εμφάνισης υποδηλώνει ακριβώς ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθούν με σαφήνεια μέχρι τα πρώτα εφηβικά χρόνια. Η αλλαγή στον ελάχιστο απαιτούμενο αριθμό των συμπτωμάτων για τους ενήλικες αναγνωρίζει την εξελικτική πορεία της διαταραχής ανάλογα με την ηλικία. Οι μεταβολές αυτές οδηγούν σε διαφορετική διάγνωση όσον αφορά στους ενήλικες, για τους οποίους, με βάση τα προηγούμενα κριτήρια, ίσχυε ο προσδιορισμός της διαταραχής «σε μερική ύφεση», ενώ με βάση το DSM-V, ορίζονται ως άτομα με ΔΕΠ-Υ. Οι διαφοροποιήσεις αυτές βέβαια αφορούν κυρίως στους ειδικούς και η πρώιμη εμφάνιση συμπτωμάτων παραμένει το σημαντικότερο διαγνωστικό στοιχείο για αυτή τη διαταραχή.

12.2. Οι δυσκολίες στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ κατά την προσχολική ηλικία

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας δυσχεραίνεται από μια σειρά αιτιών και συχνά αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Πρώτον, οι συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή, δηλαδή η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, μπορεί να έχουν διαφορετικό σημασιολογικό περιεχόμενο για διαφορετικούς ανθρώπους. Έτσι, για παράδειγμα, η υπερκινητικότητα μπορεί να σημαίνει «ζωηράδα» ή να σηματοδοτεί ποιοτική αλλαγή στη φύση της κινητικότητας (άσκοπη, μη οργανωμένη, κλπ). Επίσης, η ελλειμματική προσοχή μπορεί να σημαίνει ότι το παιδί «δε συγκεντρώνεται», «δεν ακούει» ή «ονειροπολεί». Οι γονείς ή οι νηπιαγωγοί που καλούνται να δώσουν πληροφορίες για το παιδί συγχέουν εύκολα τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ με τις συνήθεις αντιδραστικές συμπεριφορές των παιδιών κάτω των 6 ετών και χρησιμοποιούν τον όρο «υπερκινητικότητα», όταν αναφέρονται σε προβλήματα ύπνου και αντιδραστικής-ανυπάκουης συμπεριφοράς (Swanson et al., 1998; Taylor, 1994).

Δεύτερον, τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και της ελλειμματικής προσοχής παρατηρούνται σε ένα μεγάλο φάσμα ψυχοπαθολογίας. Για παράδειγμα, η υπερκινητικότητα είναι χαρακτηριστικό παιδιών με άγχος (κινητική ανησυχία), κατάθλιψη (ψυχοκινητική διέγερση), μανία (υπερβολική ομιλητικότητα και ενέργεια) και αυτιστική διαταραχή. Η παρορμητική συμπεριφορά έχει παρατηρηθεί σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αλλά

επίσης παρατηρείται συχνά και σε παιδιά μη υπερκινητικά που είναι ανυπάκουα, αντιδραστικά ή επιθετικά (Taylor et al., 1991). Επίσης, οι συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠ-Υ συχνά συναντώνται σε παιδιά τα οποία βιώνουν δυσάρεστες οικογενειακές καταστάσεις (π.χ. ενδοοικογενειακή βία, επιθετικότητα, γονική ψυχοπαθολογία), δυσκολίες στη σχέση γονέα-παιδιού, καθώς και σε παιδιά με Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή, η οποία είναι συχνή σε αυτό το ηλικιακό φάσμα.

Τρίτον, δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ των φυσιολογικών και μη επιπέδων κινητικότητας και προσοχής. Για παράδειγμα, όσον αφορά στο ιδιοσυγκρασιακό χαρακτηριστικό της «κινητικότητας» υπάρχει μεγάλη ενδοατομική μεταβλητότητα κατά την προσχολική ηλικία (Buss & Plomin, 1975). Επομένως, η αξιολόγηση που συχνά στηρίζεται σε υποκειμενικά κριτήρια θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη το βαθμό στον οποίο επηρεάζεται η καθημερινή λειτουργικότητα του παιδιού. Επισημαίνεται η σχετική έλλειψη ειδικών και αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων που προσδιορίζουν τις τυπικές αναπτυξιακές καμπύλες της κινητικής δραστηριότητας, της παρορμητικότητας, του εύρους της προσοχής και της ανυπάκουης συμπεριφοράς σε αυτό το ηλικιακό φάσμα. Το γεγονός αυτό αναμφισβήτητα έχει συμβάλει στον κατανοητό δισταγμό εκ μέρους των ειδικών να θέσουν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τέταρτον, ένα βασικό πρόβλημα είναι ότι τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής έχουν αναπτυχθεί για παιδιά σχολικής ηλικίας. Αφενός, η εφαρμογή των κριτηρίων αυτών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας δυνητικά περιορίζει το εύρος των μορφών συμπεριφοράς που ο κλινικός έχει στη διάθεσή του, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα να τεθεί η διάγνωση. Αφετέρου, πολλές από τις μορφές συμπεριφοράς που συμβάλλουν στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ εμπύπτουν εντός του φυσιολογικού φάσματος των καθημερινών εκδηλώσεων συμπεριφοράς των νηπίων, ακόμα κι αν αυτή προκαλεί εκνευρισμό στους ενήλικες. Με άλλα λόγια, ο κλινικός καλείται να εκτιμήσει εάν πρόκειται για απόκλιση από την ακραία μορφή της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς του νηπίου, που προσπαθεί να αυτονομηθεί, να διερευνήσει και να ελέγξει το περιβάλλον του, ή για παρερμηνεία της συμπεριφοράς του παιδιού εκ μέρους των γονέων, κυρίως λόγω της μειωμένης ανεκτικότητας, ή/και αντοχής αυτών (Campbell, 1995; Taylor, 1994). Πράγματι, αρκετοί ερευνητές έχουν επισημάνει ότι τα παιδιά αυτής της ηλικίας παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις στην ικανότητά τους να ρυθμίζουν τη δραστηριότητά τους, την προσοχή, τις παρορμήσεις και την έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων τους. Άρα, απαιτείται προσοχή ώστε να μη χαρακτηρίζεται ως

παθολογική από τους ειδικούς η φυσιολογική συμπεριφορά των παιδιών προσχολικής ηλικίας (Bennett et al., 1998; Campbell, 2002; McClellan & Speltz, 2003). Οι μελέτες έχουν δείξει ότι μέχρι και το 40% των παιδιών, ηλικίας 4 ετών, εμφανίζει προβλήματα στη συγκέντρωση, σε βαθμό που ανησυχεί τους γονείς και τους νηπιαγωγούς. Εντούτοις στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα προβλήματα αυτά φαίνεται να είναι παροδικά και συνήθως υποχωρούν εντός 3 έως 6 μηνών (Campbell, 1995; Palfrey et al., 1985). Το ποσοστό των παιδιών που λαμβάνουν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία και συνεχίζουν να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής κατά τη σχολική και εφηβική ηλικία ανέρχεται στο 48% (Barkley, 1998). Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την άποψη ότι η εμφάνιση κλινικά σημαντικής υπερκινητικής συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία δεν αποτελεί από μόνη της ένδειξη για τη συνέχεια της προσχολικής ΔΕΠ-Υ σε μεταγενέστερο αναπτυξιακό στάδιο.

Τέλος, η επικάλυψη συμπτωμάτων και η συννοσηρότητα επιτείνουν τη διαγνωστική δυσκολία (Barkley et al, 2002).

Η Campbell (2002) έχει προτείνει σημεία που βοηθούν στη διάκριση της συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Σύμφωνα με αυτά, αναγνωρίζεται το σύνολο των προβλημάτων συμπεριφοράς, τα οποία θα πρέπει να συνυπάρχουν σε μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση (σοβαρότητα) από τα αναμενόμενα για την ηλικία επίπεδα για επαρκές χρονικό διάστημα, να διαφοροποιούνται από τις δύσκολες αναπτυξιακές μεταβατικές περιόδους ή από τις αντιδράσεις προσαρμογής σε γεγονότα ζωής, να εκδηλώνονται σε όλα τα πλαίσια (π.χ. σπίτι, παιδικός σταθμός) και σε όλες τις σχέσεις (π.χ. γονείς, άλλα άτομα που έχουν τη φροντίδα του παιδιού) και να επηρεάζουν την αναπτυξιακή πρόοδο του παιδιού (Τσιάντης, 2008). Ωστόσο, το κριτήριο της έκπτωσης της λειτουργικότητας του νηπίου είναι ιδιαίτερα προβληματικό όταν στηρίζεται μόνο στις αντιλήψεις και τις προσδοκίες των γονέων σχετικά με το τι αποτελεί φυσιολογική λειτουργικότητα/ προσαρμοστικότητα σε αυτή την ηλικία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Αναμφίβολα, υπάρχει επιτακτική ανάγκη για την ανάπτυξη αντικειμενικών και ειδικών για την προσχολική ηλικία κριτηρίων, τα οποία δε θα στηρίζονται στις αναφορές των γονέων και θα αξιολογούν την προσαρμοστικότητα του παιδιού.

12.3. Πρόγνωση

Το υπερκινητικό σύνδρομο με διάσπαση προσοχής είναι μια διαταραχή με έναρξη στα πρώτα παιδικά χρόνια που εξελίσσεται μέχρι την εφηβεία ή την αρχή της ενήλικης ζωής. Έρευνες δείχνουν ότι τα ποσοστά από 31% έως 71,5% παιδιών που είχαν τη διάγνωση του υπερκινητικού συνδρόμου στην παιδική ηλικία εξακολουθούν να έχουν την ίδια διάγνωση στην εφηβεία. Το ποσοστό όμως μειώνεται κατά πολύ στην ενήλικη ζωή (Τσιάντης, 2001).

Πέρα από την επιμονή ορισμένων συμπτωμάτων, αυτά τα παιδιά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο συννοσηρότητας στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Γενικά, τα υπερκινητικά παιδιά έχουν χαμηλότερες σχολικές επιδόσεις απ' ό,τι οι συνομήλικοί τους. Έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολών στο γυμνάσιο και διακόπτουν συχνότερα το σχολείο (Τσιάντης, 2001).

Πολλοί έφηβοι με ιστορικό υπερκινητικότητας εμφανίζουν παραπτωματική συμπεριφορά. Έχουν αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και χαμηλή κοινωνική αποδοχή. Εξακολουθεί να είναι έντονη η παρουσία της παρορμητικότητας και της κινητικής ανησυχίας, ενώ η διάσπαση της προσοχής είναι μια διάγνωση που τίθεται και στην ενήλικη ζωή.

Παρατηρούνται επίσης διαταραχές προσωπικότητας (κυρίως αντικοινωνικού τύπου), αλκοολισμός και χρήση ουσιών. Αγχώδεις ή συναισθηματικές διαταραχές δε διαπιστώνονται στην εξέλιξη του υπερκινητικού συνδρόμου. Παράγοντες κινδύνου για τη συνέχεια αυτής της παθολογίας θεωρούνται το φύλο, η συνύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών, η οικογενειακή δυσλειτουργία και το ιστορικό αντικοινωνικών πράξεων εκ μέρους των γονέων (Τσιάντης, 2001).

12.4. Η ανακοίνωση της διάγνωσης στους γονείς

Ένα από τα κρίσιμότερα στάδια της ψυχολογικής αξιολόγησης είναι η ανακοίνωση της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ του παιδιού στους γονείς. Μαζί με την ανακοίνωση αυτή, ο κλινικός καλείται να παρέχει εξηγήσεις σχετικά με τα δεδομένα εκείνα που οδήγησαν σε αυτή τη διάγνωση, βοηθώντας τους γονείς να κατανοήσουν την αιτιολογία των δυσκολιών του παιδιού τους, κάνοντας έτσι την κατάλληλη εισαγωγή και στη θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής. Το σίγουρο είναι ότι οι γονείς θα πρέπει να

διαφοροποιήσουν τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις τους απέναντι στο παιδί. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που διαπιστώθηκε από έρευνες είναι ότι η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ κάνει τους γονείς να αισθανθούν πιο καλά με τον εαυτό τους, να κατανοήσουν καλύτερα το παιδί τους και να νιώσουν πιο ικανοί στο να το βοηθήσουν (Siegal, 1992).

Επιπρόσθετα, ο κλινικός καλείται να βοηθήσει τους γονείς να κατανοήσουν ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή και όχι μια ψυχική ασθένεια, και σε καμία περίπτωση δεν οφείλεται στην κακή διαπαιδαγώγηση που πιθανά έλαβε το παιδί, είτε από τους ίδιους, είτε από το σχολείο. Η ΔΕΠ-Υ, όντας αναπτυξιακή διαταραχή, επηρεάζει την ικανότητα του παιδιού να ρυθμίζει τη συμπεριφορά του στη βάση κάποιων κανόνων καθώς και να διατηρεί την προσοχή του για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μια σημαντική παράμετρος που αφορά στην ανακοίνωση της διάγνωσης είναι η προσαρμογή του λόγου του ειδικού στο μορφωτικό επίπεδο των γονέων, έτσι ώστε να καθίσταται απόλυτα βέβαιο ότι οι τελευταίοι μπορούν να κατανοήσουν όλες τις λεπτομέρειες για τις οποίες ενδεχομένως ανησυχούν. Σίγουρα εδώ δεν ταιριάζει η πολύπλοκη και αυστηρά εξειδικευμένη επιστημονική ορολογία. Αυτό που πρέπει να καταστεί σαφές στους γονείς είναι ότι το παιδί τους είναι πιο ενεργητικό, παρορμητικό και απρόσεκτο από άλλα παιδιά της ηλικίας του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Για την καλύτερη κατανόηση της φύσης του προβλήματος από τη μεριά των γονέων, καλό θα ήταν ο ειδικός να παρουσιάσει ορισμένα στοιχεία στα οποία στηρίχθηκε η διάγνωση του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι χρειάζεται η ανασκόπηση όλων των λεπτομερειών της διαδικασίας. Επιπλέον, η ανακοίνωση της διάγνωσης θα πρέπει να ακολουθείται από συγκεκριμένες προτάσεις για το θεραπευτικό πρόγραμμα που ενδείκνυται για το εκάστοτε παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Συνοπτικά, θα λέγαμε ότι το σημαντικό είναι οι γονείς, φεύγοντας από το γραφείο του κλινικού, να έχουν κατανοήσει τις αιτίες των δυσκολιών του παιδιού τους, να έχουν πάρει σαφείς απαντήσεις στα ερωτήματα που τους απασχολούν, να έχουν απαλλαγεί από τις τύψεις και τις ενοχές σχετικά με το ρόλο τους στην εμφάνιση αυτών των δυσκολιών, να μη νιώθουν απογοήτευση για το γεγονός ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει μια αναπτυξιακή διαταραχή και πάνω από όλα να πιστεύουν ότι με την κατάλληλη ενεργοποίηση και συνεργασία με την ομάδα των ειδικών οι δυσκολίες μπορούν να περιοριστούν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

13. Διαφορική διάγνωση

Σύμφωνα με την ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10), οι υπερκινητικές διαταραχές είναι μια ομάδα διαταραχών που έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: εγκαθίστανται πρώιμα, συνδυάζουν υπερδραστήρια, ανεπαρκώς συντονισμένη συμπεριφορά με εκσεσημασμένη απροσεξία και έλλειψη επιμονής κατά την ενασχόληση με κάποιο έργο, και τα χαρακτηριστικά αυτά της συμπεριφοράς υπερισχύουν άλλων καταστάσεων και επιμένουν στο χρόνο.

Το ICD-10 κατατάσσει τις διαταραχές υπερκινητικού τύπου ως εξής :

- α) διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής,
- β) διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου,
- γ) άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου,
- δ) διαταραχή υπερκινητικού τύπου, μη καθοριζόμενη (Τσιάντης, 2001).

Στην ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV), ο όρος που επικρατεί είναι «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής». Τα προβλήματα προσοχής αποκτούν έτσι κεντρική θέση και μπορούν να υπάρχουν χωρίς να συνοδεύονται απαραίτητα από υπερκινητικότητα. Προτείνονται τρεις διαγνωστικές κατηγορίες διαταραχών:

- α) Ελαττωματική Προσοχή/ Υπερκινητικότητα, Συνδυασμένος Τύπος.
- β) Ελαττωματική Προσοχή/ Υπερκινητικότητα, με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο.
- γ) Ελαττωματική Προσοχή/ Υπερκινητικότητα, με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο (Τσιάντης, 2001).

Συνολικά τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά είναι η ελλειμματική προσοχή και η υπερδραστικότητα. Για να τεθεί η διάγνωση, πρέπει να υπάρχουν και τα δύο και να είναι εμφανή σε περισσότερες από μια καταστάσεις (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο του ιατροείου).

Οι διαταραχές συμπεριφοράς με μορφές αντιδραστικής, προκλητικής, επιθετικής συμπεριφοράς συνευρίσκονται πολύ συχνά με την υπερκινητικότητα. Πρέπει να εξεταστούν όχι απαραίτητα στο πλαίσιο της διαφορικής διάγνωσης, αλλά ως

συννοσηρότητα ή ως επιπλοκή του υπερκινητικού συνδρόμου. Μελέτες δείχνουν ότι παιδιά με καθαρά υπερκινητική διαταραχή μπορούν να αναπτύξουν αργότερα διαταραχές συμπεριφοράς. Αντίθετα, οι διαταραχές συμπεριφοράς δεν οδηγούν στο υπερκινητικό σύνδρομο (Τσιάντης, 2001).

Παιδιά με υπερκινητική διαταραχή συχνά παρουσιάζουν αναπτυξιακές καθυστερήσεις σε διάφορους τομείς. Η κατάκτηση του λόγου επιτυγχάνεται αργότερα από το κανονικό, ο οπτικοκινητικός συντονισμός είναι φτωχός, η γραφή είναι δυσανάγνωστη και η αναγνωστική ικανότητα υπολείπεται από την αναμενόμενη, σύμφωνα με τη χρονολογική ηλικία.

Έχει παρατηρηθεί όμως ότι τα παιδιά με υπερκινητικότητα μεταγενέστερης έναρξης (μετά την έναρξη της σχολικής φοίτησης) αναπτύσσουν συχνότερα προβλήματα συμπεριφοράς και ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Συμπεραίνεται ότι υπάρχει μια αναπτυξιακή πορεία διαφορετική απ' ό,τι στην υπερκινητική διαταραχή. Το παιδί πηγαίνει στο σχολείο με αναπτυξιακές καθυστερήσεις, που επηρεάζουν τη γνωστική του ικανότητα. Το στρες που δημιουργείται από την αδυναμία του να ανταποκριθεί στις σχολικές απαιτήσεις οδηγεί σε διαταραχές στον έλεγχο της κινητικότητας και της προσοχής.

Η διαφορική διάγνωση του συνδρόμου της υπερκινητικότητας πρέπει να γίνει καταρχάς με τις αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές. Στις κλινικές εκδηλώσεις του άγχους και της κατάθλιψης περιλαμβάνονται η διάσπαση της προσοχής και η ανησυχία, χωρίς όμως να υπάρχει έντονη κινητικότητα, και αυτές δεν είναι σταθερές στο χρόνο ή σε διαφορετικές καταστάσεις (Τσιάντης, 2001).

Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές της ανάπτυξης μπορούν να παρουσιάσουν συμπτωματολογία υπερκινητικού συνδρόμου. Ωστόσο, διαφοροποιούνται εύκολα λόγω των χαμηλών νοητικών ικανοτήτων, των δυσκολιών στην κοινωνική επαφή, την παρουσία έντονων προβλημάτων στο λόγο και των στερεοτυπικών συμπεριφορών.

Ορισμένα συμπτώματα του υπερκινητικού συνδρόμου μπορούν να παρατηρηθούν σε παιδιά που παρουσιάζουν νοητική υστέρηση (μέτρια ή σοβαρή).

Επιπλέον, αναφέρεται αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης κινητικών τικ και υπερκινητικής διαταραχής. Προβλήματα ελέγχου της παρορμητικής κινητικής εκφόρτισης χαρακτηρίζουν επίσης και το σύνδρομο Gilles de la Tourette. Ενίοτε η παρουσία τικ στα παιδιά με υπερκινητική διαταραχή μπορεί να αποδοθεί στις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής με ψυχοδιεγερτικές ουσίες.

Η αιφνίδια έναρξη της διαταραχής σε παιδιά σχολικής ηλικίας παραπέμπει σε πιθανή οργανική αιτιολογία (δηλητηρίαση, ρευματικός πυρετός) ή σε ψυχογενή αντίδραση σε έντονο στρες (Τσιάντης, 2001).

14. Κλινική αξιολόγηση

14.1. Γενικές αρχές διαγνωστικής προσέγγισης

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ βασίζεται σε προσεκτική και συστηματική αξιολόγηση της παρουσίας και της επίπτωσης των συμπτωμάτων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και όχι στην απλή κλινική εντύπωση που σχηματίζεται κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας (Barkley, 1998).

Κεντρικό ρόλο στη διαδικασία αυτή διαδραματίζει η έναρξη των συμπτωμάτων κατά την παιδική ηλικία, τα τρέχοντα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, καθώς και η παρουσία τους σε δύο τουλάχιστον μείζονες τομείς της λειτουργικότητας (σχολείο, σπίτι, εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις). Σημείο διαφοροποίησης από την αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί η αποδοχή των αναφορών των ενηλίκων από τους ίδιους, σε σχέση με τα παιδιά, για τα οποία βασιζόμαστε περισσότερο σε πληροφορίες από γονείς και δασκάλους. Ωστόσο, αυτές οι αυτοαναφορές των ασθενών μπορεί να μην είναι απόλυτα αξιόπιστες, καθώς η ανάκληση συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία είναι συχνά δύσκολη, με κύριο ζήτημα την υποεκτίμησή τους. Αν υπάρχει δυνατότητα, είναι επιθυμητή η άντληση συμπληρωματικών πληροφοριών από κάποιον συγγενή (συνήθως γονέα) που έχει γνώση της εικόνας του ασθενούς στην παιδική ηλικία, καθώς και από ένα γονέα ή σύντροφο για την εκτίμηση της παρούσας κλινικής του εικόνας. Ακόμη και οι γονείς όμως είναι δυνατόν να μην μπορούν να ανακαλέσουν με ακρίβεια το χρόνο έναρξης των συμπτωμάτων. Πρόσφατα στοιχεία έχουν δείξει ότι οι γονείς αναφέρουν ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων περίπου τα 5 έτη, ακόμη και όταν προηγούμενες ιατρικές καταγραφές κάνουν αναφορά για πιο πρόωμη έναρξη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Ένας τρόπος να ξεπεραστεί το παραπάνω πρόβλημα θα ήταν η αναζήτηση πληροφοριών από τις σχολικές αναφορές και τις επιδόσεις των παιδιών, οι οποίες μπορεί να δώσουν πιο αξιόπιστες και ακριβείς πληροφορίες για την ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη όταν τα τυπικά σημεία του συνδρόμου είναι παρόντα και υπάρχει απόδειξη για την παρουσία και τις επιπτώσεις τους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, ακόμη κι αν δεν είναι δυνατόν να

εξακριβωθεί η έναρξη των συμπτωμάτων στην παιδική ηλικία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Για παράδειγμα, αυτό μπορεί να συμβαίνει σε κάποιους ανθρώπους που πάσχουν από τον απρόσεκτο τύπο, αλλά οι δεξιότητές τους, το υψηλό νοητικό δυναμικό και το δομημένο περιβάλλον τους βοήθησαν ώστε να τα καταφέρουν κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας.

Το πρόβλημα της απροσεξίας μπορεί να μην είναι αναγνωρίσιμο, μέχρι να αποφασίσουν να διαμένουν ανεξάρτητα από τους γονείς τους και να έρθουν αντιμέτωποι με τις απαιτήσεις οργάνωσης και προσοχής ενός εκπαιδευτικού ή επαγγελματικού περιβάλλοντος υψηλής βαθμίδας. Επειδή η ύπαρξη συννοσηρότητας είναι ιδιαίτερα συχνή, η αξιολόγηση των συνυπαρχόντων συμπτωμάτων, συνδρόμων και διαταραχών πρέπει πάντοτε να αποτελεί τμήμα της κλινικής αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

14.2. Διαγνωστική συνέντευξη και εργαλεία αξιολόγησης

Αρχικά, είναι σημαντικό να πούμε ότι το πλήρες ιατρικό ιστορικό ψυχιατρικών και σωματικών θεραπειών, καθώς και το οικογενειακό ιστορικό για την ύπαρξη ψυχιατρικών ή νευρολογικών προβλημάτων είναι απαραίτητο. Ως κύριο εργαλείο αξιολόγησης συνιστάται η χρήση μιας δομημένης διαγνωστικής συνέντευξης, όπως η διαγνωστική συνέντευξη της ΔΕΠ-Υ για το DSM-IV-TR Conners Adult ADHD (CAADID). Εναλλακτικά, προτείνεται η διαγνωστική συνέντευξη για τη ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες (DIVA). Εκτός από τις διαγνωστικές συνεντεύξεις, στις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες αξιολόγησης περιλαμβάνεται η κλίμακα αξιολόγησης για τη ΔΕΠ-Υ (που βασίζεται στα κριτήρια του DSM-IV-TR), καθώς και η κλίμακα αυτοαξιολόγησης συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας 6 θεμάτων (ASRS). Η τελευταία είναι διαθέσιμη στο διαδίκτυο, χωρίς περιορισμούς, σε αρκετές γλώσσες (<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>). Άλλα διαθέσιμα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς είναι η Brown ADD Scale Diagnostic Form (BADDS), η οποία μετρά μόνο συμπεριφορές που άπτονται της εκτελεστικής λειτουργίας και της απροσεξίας, η Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS) που περιλαμβάνει τα DSM-IV-TR κριτήρια και έχει διαφορετικές εκδοχές για τους ασθενείς και για τους σημαντικούς άλλους (CAARS) και η

Wender Utah Rating Scale (WURS), η οποία περιλαμβάνει επίσης συμπτώματα άλλων διαταραχών που συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

14.3. Άλλες δοκιμασίες

Δεν υπάρχουν νευροβιολογικές ή νευροψυχολογικές δοκιμασίες για τη ΔΕΠ-Υ με επαρκή ευαισθησία και ειδικότητα, ώστε να χρησιμοποιηθούν ως μεμονωμένες διαγνωστικές δοκιμασίες. Η λειτουργική απεικόνιση φαίνεται πολλά υποσχόμενη, αν και απαιτείται περισσότερη έρευνα προκειμένου να καθοριστεί η αξία της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Νευροψυχολογικές δοκιμασίες (π.χ. η δοκιμασία Cantab, το Stop Signal Reaction Time, δοκιμασίες μέτρησης IQ ή η εξέταση των εκτελεστικών λειτουργιών μέσω μηχανογραφημένου συστήματος και η δοκιμασία ανταπόκρισης χρονικής ταχύτητας) μπορεί να συμπληρώσουν τη διαγνωστική αξιολόγηση και να παράσχουν έναν αντικειμενικό δείκτη νοητικών λειτουργιών των ασθενών που πάσχουν από σύνδρομο ΔΕΠ-Υ. Οι ασθενείς με ΔΕΠ-Υ μπορεί επιπλέον να εμφανίζουν γνωστικά ελλείμματα, όπως δυσκολίες στη μάθηση, την ανάγνωση και τη γραφή, τα οποία συμβάλλουν στη λειτουργική έκπτωση, εκτός από τις βλάβες που σχετίζονται με τα αυτιστικά χαρακτηριστικά. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει καθορισμένο πρότυπο για μαθησιακές διαταραχές σε ενήλικες, μπορεί να είναι δύσκολο να διακρίνει κάποιος αυτές τις διαταραχές από τα μαθησιακά ελλείμματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να κατανοηθούν πλήρως οι γνωστικές διαταραχές που συνδέονται με τη ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες. Παρά την πτωχή προγνωστική αξία των δοκιμασιών των γνωστικών επιδόσεων, κάποιοι ειδικοί αντιλαμβάνονται τη ΔΕΠ-Υ κυρίως ως έλλειμμα των εκτελεστικών λειτουργιών. Αν και αυτό δεν εμφανίζεται πάντα στα ελλείμματα των γνωστικών επιδόσεων, διαταραχές είναι συχνά ορατές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ διαχειρίζονται τα καθημερινά τους ζητήματα. Πολλά από τα προβλήματα που αναφέρονται από τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ θεωρείται ότι αντικατοπτρίζουν δυσλειτουργίες εκτελεστικών λειτουργιών, όπως η διαταραχή της αυτο-οργάνωσης, η ρύθμιση της προσοχής και του συναισθήματος, η διατήρηση της προσπάθειας και η εγρήγορση. Τα ελλείμματα αυτά αποκαλύπτονται μετά από ενδελεχή αξιολόγηση των επιδόσεων στην καθημερινή ζωή παρά από τις δοκιμασίες του εργαστηρίου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

14.4. Οργάνωση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων :

Η οργάνωση των αποτελεσμάτων που συλλέγονται από τη χρήση διαφορετικών μέσων αξιολόγησης δεν έχει μόνο στόχο την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ αλλά και τη διαφορική της διάγνωση από άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας, στην οποία θα αναφερθούμε αργότερα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Με την ολοκλήρωση της διαγνωστικής διαδικασίας ο ειδικός έχει στη διάθεσή του έναν μεγάλο αριθμό πληροφοριών και δεδομένων, τα οποία προέρχονται από κλίμακες αξιολόγησης, ψυχομετρικές δοκιμασίες, ιατρικές εξετάσεις, συνεντεύξεις από γονείς και δασκάλους, και από τις δικές του κλινικές παρατηρήσεις. Όλα αυτά τα στοιχεία είναι πολύτιμα, κανένα όμως, δεν μπορεί να οδηγήσει από μόνο του στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ο καθορισμός της διάγνωσης έγκειται λοιπόν, στην κρίση του ειδικού. Αυτό που είναι σημαντικό να επισημάνουμε είναι ότι διάγνωση δε σημαίνει απόδοση ενός ονόματος σε ένα σύνολο μορφών προβληματικής συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σημαίνει τη λεπτομερή περιγραφή αυτής της συμπεριφοράς μέσα στο πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται και σε σχέση με το φύλο και την ηλικία του παιδιού, τον καθορισμό των κυρίαρχων συμπτωμάτων και των δευτερογενών συμπτωμάτων που τα πλαισιώνουν και τον εντοπισμό των παραγόντων οι οποίοι ενδέχεται να συντηρούν ή και να επιδεινώνουν την παρούσα κατάσταση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Υπό την έννοια αυτή, η διάγνωση είναι εκείνη που καθορίζει το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης που θα ακολουθήσει, της οποίας μάλιστα αποτελεί το πρώτο στάδιο με την αποκατάσταση των λανθασμένων αντιλήψεων των γονέων, του δασκάλου και του ίδιου του παιδιού σχετικά με τα αίτια των δυσκολιών που αντιμετωπίζει. Επιπλέον, να σημειωθεί ότι η διάγνωση συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης, συμβάλλοντας έτσι και στην ανανέωση των στόχων της και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της.

Σύμφωνα με τους Schaughency και Rothlind (1991), η οργάνωση των αποτελεσμάτων για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ πρέπει να ακολουθήσει τέσσερα στάδια. Κατ' αρχάς ο ειδικός θα πρέπει να διαπιστώσει αν το παιδί πληροί τα κριτήρια του DSM για τη διάγνωση της διαταραχής. Εν συνεχεία, θα πρέπει να αποφανθεί αν υπάρχει κάποια άλλη διαταραχή που

να εξηγεί καλύτερα την παρουσία των συμπτωμάτων αυτών (διαφορική διάγνωση). Το τρίτο στάδιο είναι η σύγκριση αυτών των μορφών συμπεριφοράς με την αντίστοιχη συμπεριφορά παιδιών ίδιας χρονολογικής και νοητικής ηλικίας, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός απόκλισης από την «τυπική» συμπεριφορά, σύμφωνα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Το τέταρτο και τελευταίο στάδιο αναφέρεται στον καθορισμό της επίδρασης των συμπτωμάτων αυτών στη λειτουργικότητα του παιδιού στο σχολικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Οι DuPaul και Stoner (1994) συμπληρώνουν ότι ο ειδικός πρέπει να συνεκτιμήσει την ηλικία της πρώτης εμφάνισης των συμπτωμάτων αυτών, καθώς και την επιμονή τους στο χρόνο και τη σταθερότητα εμφάνισής τους σε διαφορετικά πλαίσια.

Ο ειδικός ο οποίος στηρίζεται στα κριτήρια του DSM-IV για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να έχει υπόψη του ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι προκύπτουν από τη χρήση αυτών των κριτηρίων, και να κάνει τις ανάλογες προσαρμογές όπου και όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε άλλο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ το παιδί θα πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον έξι από τα εννέα κριτήρια τα οποία αναφέρονται στο DSM-IV. Αυτό ισχύει για παιδιά ηλικίας 16 ετών, δεδομένου ότι σε αυτές τις ηλικίες βασίστηκε αρχικά η ανάπτυξη των διαγνωστικών κριτηρίων της ΔΕΠ-Υ. Για να τεθεί η διάγνωση σε παιδιά μικρότερης ηλικίας (2-4 ετών), το παιδί θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε περισσότερα κριτήρια, ενώ για τις ηλικίες άνω των 16 ετών αρκεί η ύπαρξη λιγότερων των έξι κριτηρίων (Murphy & Barkley, 1996b).

Ένα επιπλέον στοιχείο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής είναι ότι το δείγμα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ των οποίων η συμπεριφορά αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV αποτελούνταν κυρίως από αγόρια. Γι' αυτό η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στα κορίτσια θα πρέπει να γίνεται με κάποιες επιφυλάξεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, σύμφωνα με το DSM-IV, προϋπόθεση για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι η έναρξη των συμπτωμάτων να τοποθετείται πριν από την ηλικία των 7 ετών. Ωστόσο, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, σε κάποιες περιπτώσεις τα συμπτώματα που εμφανίστηκαν μετά την ηλικία των επτά ετών δε διέφεραν ουσιαστικά από εκείνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Applegate et al., 1997). Επομένως, η ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων θα πρέπει να συνεκτιμάται και σε σχέση με άλλους παράγοντες.

15. Τα γλωσσικά προβλήματα ως κριτήριο για την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

Η έγκαιρη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία είναι ένα ζήτημα πρωταρχικής σημασίας, αφού μπορεί να προληφθεί τόσο ο περιορισμός των πρωτογενών συμπτωμάτων, όσο και η αποφυγή των δευτερογενών συνεπειών, όπως για παράδειγμα οι μαθησιακές δυσκολίες ή τα προβλήματα στην κοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Παρόλα αυτά, δυστυχώς δεν έχει ακόμη διαμορφωθεί ένα σύνολο αξιόπιστων κριτηρίων για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ πριν από την ηλικία των 6 ετών (Sonuga-Barke, 2002). Κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής στην προσχολική ηλικία θα μπορούσαν να αναζητηθούν μεταξύ των συνοδών προβλημάτων, όπως είναι και τα προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη. Τα γλωσσικά προβλήματα μπορεί γενικά να θεωρηθούν ως ένδειξη για περαιτέρω διερεύνηση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Ένα θετικό στοιχείο για την έγκαιρη διάγνωση είναι ότι τα γλωσσικά προβλήματα μπορούν εύκολα να γίνουν αντιληπτά τόσο από τους γονείς, όσο και από τους εκπαιδευτικούς των παιδιών. Τα προβλήματα αυτά προκαλούν έντονα αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και μείωση του επιπέδου αυτοεκτίμησης στο ίδιο το παιδί. Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι παιδιά με ιστορικό γλωσσικών προβλημάτων στην προσχολική ηλικία, έχουν πολύ αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες (Agaritou & Andreou, 2008). Ένα ενδιαφέρον σημείο είναι ότι ενώ στα παιδιά σχολικής ηλικίας οι γονείς και οι ειδικοί εστιάζουν συνήθως στις προεξάρχουσες μορφές διασπαστικής συμπεριφοράς, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας επικεντρώνονται στα γλωσσικά προβλήματα, καθώς οι πρώτες θεωρούνται ως φυσιολογικές για το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Επομένως, τα γλωσσικά προβλήματα είναι εκείνα που ωθούν τους γονείς στην περαιτέρω διερεύνηση του θέματος με την επίσκεψη σε κάποιον ειδικό.

Υποστηρίζεται ότι για να αντιμετωπιστούν τα γλωσσικά προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει αρχικά να περιοριστούν τα συμπτώματα της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας. Αυτό στηρίζεται στην άποψη ότι τα γλωσσικά προβλήματα των παιδιών αυτών προκύπτουν από τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής μέσω μιας διαδικασίας επιγένεσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011). Η

αντιμετώπιση των πρωτογενών συμπτωμάτων μπορεί να βελτιώσει την ικανότητα των παιδιών να επικεντρώνονται στα γλωσσικά ερεθίσματα, πράγμα που θα έχει ως αποτέλεσμα, αφενός μεν την καλύτερη πρόσληψη και επεξεργασία περισσότερων γλωσσικών πληροφοριών, αφετέρου δε τον περιορισμό των δυσκολιών της ακουστικής διάκρισης και την απομνημόνευση περισσότερων λέξεων.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα για τη νευρολογική ανάπτυξη, μέχρι την ηλικία των 6 ετών, ο ανθρώπινος εγκέφαλος παρουσιάζει αυξημένη ετοιμότητα να προσλάβει και να αφομοιώσει γλωσσικά ερεθίσματα και ταυτόχρονα παρουσιάζει αυξημένη πλαστικότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011). Επομένως, όπως γίνεται κατανοητό, σε περιπτώσεις ήπιας εγκεφαλικής βλάβης, εάν τα παιδιά δεχθούν τα κατάλληλα ερεθίσματα από το περιβάλλον, μπορούν να ανακτήσουν τις γλωσσικές τους λειτουργίες.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα γλωσσικά προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν αποτελούν μια ανεξάρτητη διαταραχή, αλλά προκύπτουν από τα πρωτογενή συμπτώματα μέσω μιας διαδικασίας επιγένεσης. Επομένως, η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει πρωτίστως να στοχεύει στον περιορισμό των πρωτογενών συμπτωμάτων της διαταραχής. Σε κάθε περίπτωση ή έγκαιρη διάγνωση και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση μπορούν να οδηγήσουν σε θεαματικά αποτελέσματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

16. Αναπτυξιακή πορεία στη ΔΕΠ-Υ

16.1. Γενικά

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, τα πρωτογενή συμπτώματα της οποίας εκδηλώνονται κατά κανόνα πριν από την ηλικία των 7 ετών, με μέση ηλικία εκδήλωσης μεταξύ τριών και τεσσάρων ετών και επιμονή στο χρόνο και στις διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες (Barkley et al., 1990; Faraone et al., 2006). Πρόκειται για μια ετερογενή διαταραχή σε πολλά επίπεδα, ορισμένα εκ των οποίων είναι η διαφορετική ηλικία εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της, η διαφοροποίηση του τρόπου εκδήλωσης ορισμένων εκ των συμπτωμάτων της στην πορεία της ανάπτυξης, η υποχώρηση ή η επιμονή ορισμένων συμπτωμάτων ανάλογα με την ηλικία του ατόμου και η διαφοροποίηση των συννοσηρών διαταραχών και των συνοδών προβλημάτων ανά αναπτυξιακό στάδιο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η αναπτυξιακή προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ είναι αναγκαία, καθώς ενσωματώνει σε μια ενιαία θεώρηση τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού, το αναπτυξιακό του στάδιο και την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2007; Karmiloff-Smith, 1998). Επιπλέον, διευκολύνει την κατανόηση της διαδικασίας επιγένεσης, κατά την οποία οι νέες γνώσεις και μορφές συμπεριφοράς δομούνται πάνω σε προηγούμενες γνωστικές και συμπεριφορικές κατακτήσεις και επηρεάζουν τη μελλοντική αναπτυξιακή πορεία του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002α). Η κατανόηση της επιγένεσης στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ διευκολύνει τον ειδικό στην περαιτέρω κατανόηση της συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές, καθώς και των πολλών διαφορετικών αναπτυξιακών διαδρομών που ακολουθούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Συνοψίζοντας, κατανοούμε ότι η γνώση των χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ ανά αναπτυξιακό επίπεδο συμβάλλει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση, την αξιολόγηση των συμπτωμάτων και το σχεδιασμό της κατάλληλης εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

16.2. Βρεφική ηλικία

Το 60% περίπου των παιδιών τα οποία στη μέση ηλικία είχαν ΔΕΠ-Υ υπήρξαν υπερβολικά ανήσυχα μωρά (Fiedler, 1969). Στο ιστορικό τους αναφέρεται ότι είχαν κωλικούς, έκλαιγαν πολύ, νύσταζαν συνέχεια, είχαν προβλήματα φαγητού και ύπνου και δεν τους άρεσε η αγκαλιά. Η κινητική τους εξέλιξη ήταν κάπως πιο γρήγορη αλλά παρουσίαζαν καθυστέρηση στον έλεγχο των σφικτήρων και στην πρόσκτηση της γλώσσας (Fiedler, 1969). Τα προβλήματα αυτά, αναμφισβήτητα είναι πιθανό να επηρεάσουν τη σχέση μητέρας-παιδιού και με μετέπειτα επιπτώσεις. Ελάχιστες είναι όμως οι περιπτώσεις στις οποίες οι γονείς αναζητούν βοήθεια από ειδικό. Είναι αναμφίβολα μια δύσκολη περίοδος για να αναγνωριστούν ξεκάθαρα τα σημεία της ΔΕΠ-Υ, διότι τα παιδιά δεν παρουσιάζουν όλα τις ίδιες δυσκολίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Τα συχνότερα αναφερθέντα σημεία, και σε μια προσπάθεια να οργανωθούν και να συστηματοποιηθούν, είναι:

- ❖ *Ο διαταραγμένος ύπνος.* Δύο περιπτώσεις: από τη μία παιδιά που κοιμούνται υπερβολικά, καθιστάμενα έτσι λιγότερο ευαίσθητα στην αντίληψη του περιβάλλοντος, από τη άλλη παιδιά που κοιμούνται λίγο, με ύπνο ανήσυχο και διαταραγμένο.
- ❖ *Τα συχνά κλάματα.* Η συχνότητα και η ένταση του κλάματος μπορεί να είναι τόσο μεγάλες που επηρεάζουν τον γαλακτισμό.
- ❖ *Δυσκολία να βρει το παιδί παρηγοριά.* Μερικοί ερευνητές (Hornig, 1998) επισημαίνουν μια ελαφρά καθυστέρηση στην εμφάνιση των πρώτων φωνητικών ήχων. Η πλειονότητα των παιδιών εκπέμπουν τους πρώτους ήχους κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους. Μερικά όμως υπερκινητικά παιδιά δεν βαβίζουν, παρά μετά τα πρώτα τους γενέθλια (Nayebi, 2006).

16.3. Προσχολική ηλικία

Για πολλούς γονείς υπερκινητικών παιδιών οι πρώτες δυσκολίες εμφανίζονται σε αυτήν ακριβώς την ηλικία. Αυτό αφορά τόσο στα παιδιά που είχαν ήδη εκδηλώσει δυσκολίες, όσο και σε εκείνα που δεν είχαν κανένα σύμπτωμα. Στην ηλικία αυτή τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι εξαιρετικά δραστήρια, με άσκοπη ενεργητικότητα, χωρίς συγκεκριμένη δραστηριότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011). Μεταπηδούν από τον ένα στόχο στον

άλλο. Εξαιρετικά σπάνια μπορούν να ασχοληθούν με την ίδια δραστηριότητα πάνω από τρία λεπτά. Δείχνουν να μη φοβούνται τίποτα. Αυτό το έλλειμμα φόβου πολλές φορές οδηγεί το παιδί σε επικίνδυνες καταστάσεις. Γι' αυτό και παρατηρούνται περισσότερα ατυχήματα και δηλητηριάσεις σε σχέση με τα «τυπικά» παιδιά. Επιπλέον, αποζητούν περισσότερο από όσο πρέπει την προσοχή των γονιών τους (Minde, 1971; Ross, 1982; Werry, 1964).

Πολλές φορές η ανάγκη τους για ύπνο είναι μικρότερη από τα άλλα παιδιά. Η κινητική τους ανησυχία αρχίζει να τραβάει την προσοχή. Ενώ παίζουν, αλλάζουν συχνά και γρήγορα παιχνίδια και συχνότατα αυτό έχει αποτέλεσμα να συγκρούονται με άλλα παιδιά, μιας και χαρακτηρίζονται πολύ απαιτητικά και δύσκολα μπορούν να παίξουν μόνα τους ή με άλλα παιδιά. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό τους πολλές φορές από τους παιδικούς σταθμούς και από χώρους της γειτονιάς. Στον παιδικό σταθμό, στη διάρκεια του παιχνιδιού μπορεί να μη ξεχωρίσουν από τα άλλα παιδιά. Η διαφορά παρατηρείται όταν θα πρέπει να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες υπό την καθοδήγηση του δασκάλου (Campell, 1982; Schleifer, 1975). Περνούν περισσότερη ώρα όρθια και ασχολούνται με άσχετα πράγματα. Διάφοροι ερευνητές αναφέρουν επίσης ότι δυσκολεύονται να μάθουν την καθαριότητα, ο ύπνος τους μειώνεται ή/και γίνεται ανήσυχος και αρχίζουν να παρατηρούνται καθυστερήσεις της κινητικής και της γλωσσικής ανάπτυξης.

Οφείλουμε φυσικά να πούμε ότι αναφορικά με τη βρεφική και την προσχολική περίοδο, η διάκριση μεταξύ φυσιολογικών και μη φυσιολογικών συμπεριφορών είναι εξαιρετικά λεπτή. Τα προαναφερθέντα δεν αποκτούν λοιπόν παρά μεταγενέστερα την αξία τους, με την κλινική έννοια του όρου, όταν δηλαδή ο γιατρός ή ο κλινικός ψυχολόγος προβούν σε έρευνα αναφορικά με το ιστορικό (Nayebi, 2006).

16.4. Σχολική ηλικία

Έρευνες και περιγραφές από κλινικούς έδειξαν ότι η ΔΕΠ-Υ παρεμβαίνει σε σημαντικές πλευρές της ζωής του παιδιού και τα περισσότερα παιδιά με αυτή τη διαταραχή γίνονται αντιληπτά στις τρεις πρώτες τάξεις του δημοτικού.

Η υπερκινητικότητα είναι κάτι που απασχολεί πάρα πολύ τόσο στο σπίτι, όσο και στο σχολείο, παρόλο που κάποιες αθλητικές δραστηριότητες κάποιες φορές είναι κοινωνικά αποδεκτές διέξοδοι (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Με τις αυξανόμενες σχολικές απαιτήσεις, τα υπερκινητικά παιδιά αρχίζουν να ξεχωρίζουν. Για όσα είναι υπερκινητικά με προεξάρχουσα την απροσεξία, η δυσκολία να διατηρήσουν την προσοχή τους γίνεται εύκολα αντιληπτή. Για όσα εκδηλώσουν ένα μεικτό ή έναν παρορμητικό τύπο, οι διαταραχές συμπεριφοράς καθίστανται ολοένα και πιο ορατές. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει ξαφνικές και γρήγορες εναλλαγές ψυχικής διάθεσης. Δυσκολεύεται να συμμορφωθεί στις οδηγίες, να παραμείνει καθιστό ή/και να ακολουθήσει κανόνες. Συχνά επαναστατεί εναντίον οποιασδήποτε μορφής πειθαρχίας και γίνεται πεισματάρικο και ανταγωνιστικό. Η κινητικότητα του γίνεται ολοένα και πιο ανεξέλεγκτη και τα μαθήματα και οι εργασίες που έχει για το σπίτι χάνουν κάθε ειρμό και γεμίζουν πολλά και επαναλαμβανόμενα λάθη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Αυτές οι εκδηλώσεις είναι η αιτία διενέξεων μέσα στην οικογένεια και στο σχολείο και οι διενέξεις αυτές κάνουν το παιδί να αισθάνεται ενοχές και ανικανότητα, κάτι που συμβάλλει στην κοινωνική του απομόνωση. Παρατηρούμε επίσης ότι καταφεύγει στο αστείο με αποτέλεσμα να μειώνεται η αυτοεκτίμησή του (Nayebi, 2006).

Οι συνομήλικοι τα θεωρούν δειλά, κακούς συμπαίκτες και παιδιά με επιθετικότητα, την οποία πολλές φορές τη στρέφουν σε μικρότερα παιδιά (Campbell, 1982). Στο σχολείο η επίδοσή τους συνήθως μειώνεται, εξαιτίας της έλλειψης προσοχής και της παρορμητικότητας, ενώ η ανάγκη για ενίσχυση επιδεινώνει τα κοινωνικά προβλήματα με τους συνομήλικους και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση.

16.5. Εφηβεία

Σε κάποιες περιπτώσεις, η κινητική ανησυχία μειώνεται σε όφελος της υποκειμενικής, μερικοί όμως παραμένουν «νευρικοί» έφηβοι δηλαδή εξακολουθούν να είναι πιο ενεργητικοί και παρορμητικοί από τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους και να ξεχωρίζουν στην τάξη. Εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς. Η έλλειψη προσοχής εξακολουθεί να τους βασανίζει, και μιλάμε κατά συνέπεια για σχολική καθυστέρηση, κυρίως όταν η κατάσταση επιδεινώνεται από ενδεχόμενη συννοσηρότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011). Η σχέση με την εξουσία και οι κοινωνικές

αλληλεπιδράσεις είναι συχνά προβληματικές. Ενίοτε διαπιστώνουμε ξεκάθαρα σημεία κατάθλιψης σχετιζόμενης με τη σχολική καθυστέρηση, τις οικογενειακές συγκρούσεις ή την έλλειψη κινήτρου (Nayebi, 2006). Σε μια διεξοδική και διαχρονική μελέτη 64 παιδιών με μέσο όρο ηλικίας τα 13 έτη και φυσιολογική νοημοσύνη, οι Weiss και οι συνεργάτες αναφέρουν ότι στο 70% των περιπτώσεων οι μητέρες περιγράφουν τα παιδιά τους ως επιθετικά, συναισθηματικά ανώριμα και με κακή σχολική επίδοση, ενώ μόνο στο 5% των περιπτώσεων αναφέρεται φυσιολογική σχολική επίδοση. Επιπλέον, 30% δεν είχαν στενούς φίλους και 25% είχαν εκδηλώσει αντικοινωνική συμπεριφορά στην οποία συμπεριλαμβάνονταν κλοπές, αλητεία, καθώς και χρήση οινόπνευματων ποτών και τοξικών ουσιών. (Weiss et al., 1971).

Έτσι, τα παιδιά όταν φτάσουν στην εφηβεία, έχουν ήδη διαμορφώσει μια πολύ κακή εικόνα του εαυτού τους, εξαιτίας των χρόνιων σχολικών και κοινωνικών προβλημάτων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

16.6. Ενήλικες

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΔΕΠ-Υ της παιδικής ηλικίας συνδέεται με συγκεκριμένες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις της ενήλικης ζωής, όπως ο αλκοολισμός στους άντρες και οι διαταραχές μετατροπής στις γυναίκες.

Μια μελέτη δεκαετούς παρακολούθησης 76 υπερκινητικών ατόμων ηλικίας 17-24 ετών (με αντίστοιχους μάρτυρες), που έγινε στο νοσοκομείο παιδιών του Μόντρεαλ, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ενώ λίγα υπερκινητικά παιδιά παρουσιάζουν αργότερα σοβαρές διαταραχές (στις περισσότερες περιπτώσεις ψύχωση ή σχιζοφρένεια) ή είναι μόνιμοι παραβάτες του νόμου, η πλειοψηφία εξακολουθεί και στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής να παρουσιάζει διάφορα συμπτώματα του συνδρόμου του υπερκινητικού παιδιού. Έτσι, σε σύγκριση με τους μάρτυρες, η *παρορμητικότητα* είναι εμμένον χαρακτηριστικό. Επιπλέον, παρουσιάζουν *χαμηλές κοινωνικές δεξιότητες, χαμηλή αυτοεκτίμηση* καθώς και *χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση*. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι πιο υπερκινητικά όταν συγκρίνονται με τους μάρτυρες. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι είχαν διαπράξει κάποιο ποινικό αδίκημα την πενταετία πριν από την έρευνα (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Klein & Mannuzza, 1991).

Ο υπερκινητικός ενήλικας πολύ συχνά ξεχνάει, έχει προβλήματα απώλειας αντικειμένων και παραπονιέται ότι δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί. Δυσκολεύεται να κάνει ό,τι απαιτεί οργάνωση, τείνει μάλιστα να αλλάζει συχνά στόχους και σχέδια. Οι περισσότεροι εξακολουθούν να είναι παρορμητικοί με όλες τις σχετικές δυσκολίες ελέγχου (και παρά τις προόδους που έχουν σημειωθεί από την παιδική ηλικία). Τσακώνονται συχνά με άλλους οδηγούς όταν είναι στο τιμόνι με τη σύζυγό τους, με τον εργοδότη τους γιατί δεν τηρεί τους κανονισμούς κλπ. Στο ψυχολογικό επίπεδο, η απόσταση από την κανονικότητα που βίωσαν ως παιδιά δε βοηθά την αυτοεικόνα τους: η αυτοεκτίμηση τους παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, με σοβαρές συνέπειες για τον ενήλικο ναρκισσισμό (Nayebi, 2006).

17. Επιπτώσεις στη ζωή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και του περιβάλλοντός τους

17.1. Γενικά

Η ΔΕΠ-Υ, ως αναπτυξιακή διαταραχή, έχει επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα της ζωής του ατόμου, αλλά και όλων αυτών που έρχονται σε επαφή μαζί του, ιδιαίτερα την οικογένεια, τους φίλους, τους συνομηλίκους, τους δασκάλους και τους συναδέλφους. Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει αρχικά, την ακαδημαϊκή, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα του ασθενή, οδηγώντας τον σε φτώχη ακαδημαϊκή επίδοση και χαμηλή επαγγελματική αποκατάσταση. Οι ασθενείς με ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα αυτοί με συνυπάρχουσα τη διαταραχή διαγωγής, έρχονται συχνά σε σύγκρουση με το νόμο και παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς και κατάχρησης ουσιών. Οι επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ αφορούν συνήθως ολόκληρη την οικογένεια, προκαλώντας αυξημένο στρες και συγκρούσεις, χαμηλή παραγωγικότητα των γονέων και συχνή απουσία τους από την εργασία (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Η διασπαστική συμπεριφορά στο σχολείο και το πανεπιστήμιο, συνήθως οδηγεί σε χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση, που μειώνει τις προοπτικές εργασίας και την επαγγελματική αποκατάσταση στην ενήλικη ζωή. Οι διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις των ασθενών με ΔΕΠ-Υ συχνά επιβαρύνουν την λειτουργικότητα της οικογένειας και εμποδίζουν τη δημιουργία ώριμων σχέσεων μεταξύ των μελών. Οι συνέπειες της ΔΕΠ-Υ και των συμπτωμάτων της, αν δεν αντιμετωπιστούν σωστά, μπορεί να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς αλλά και των ατόμων που βρίσκονται γύρω του (Καμούτσα, Κοτσίφη, Νικολακοπούλου, 2011).

17.2. Επιπτώσεις στον ασθενή

Οι επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ στην ανάπτυξη του παιδιού μπορεί να είναι μακροχρόνιες, ιδιαίτερα αν δεν υπάρξει έγκαιρη και σωστή παρέμβαση. Κάποιες από αυτές αποτελούν τις άμεσες συνέπειες της διαταραχής, οι περισσότερες όμως σχετίζονται με τα επακόλουθα προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις, την ακαδημαϊκή επίδοση και την συναισθηματική

ανάπτυξη. Με τη σωστή θεραπευτική παρέμβαση οι επιπτώσεις της διαταραχής μπορούν να περιοριστούν σημαντικά (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

17.3. Επιπτώσεις στην οικογένεια

Οι επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ στην οικογένεια των παιδιών με αυτή τη διαταραχή μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι σοβαρές. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, κοινωνικής απομόνωσης, κατάθλιψης και ενδοσυζυγικών συγκρούσεων. Επιπρόσθετα, συχνά έρχεται να προστεθεί εδώ και η οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της αναγκαστικής απουσίας των γονέων από τη δουλειά ή της οικειοθελούς παραίτησης, προκειμένου να καλυφθούν οι απαιτήσεις και οι ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Μια σχετική έρευνα αναφέρει ότι το 40% περίπου των φροντιστών γονέων, άλλαξαν την εργασιακή τους κατάσταση μετά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Αυτό περιλαμβάνει είτε τη μείωση των ωρών εργασίας (44%), είτε τη μετατροπή του ωραρίου εργασίας (21%), είτε την αλλαγή του τύπου της εργασίας (14%), είτε ακόμη και τη διακοπή της (10%). Η απορρέουσα οικονομική επιβάρυνση είναι πιθανό να ενισχύσει ακόμη περισσότερο το στρες της οικογένειας και να δυσχεράνει τις γονικές σχέσεις (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Συχνά, με την ανακοίνωση της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, πολλοί γονείς μπορεί να ανησυχήσουν ή να ταραχτούν, την ώρα που άλλοι μπορεί να ανακουφιστούν, εφόσον έχει βρεθεί η αιτία για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί τους. Είναι σημαντικό για τους γονείς να γνωρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ δεν είναι αποτέλεσμα «κακής γονικής φροντίδας» και ότι υπάρχει ένα ευρύ φάσμα θεραπειών που βοηθούν στον έλεγχο και τον περιορισμό των συμπτωμάτων. Ωστόσο, η ανάγκη που προκύπτει για διαρκή και στενή επίβλεψη του παιδιού από πλευράς των γονιών μπορεί να προκαλέσει πίεση στη ζωή της οικογένειας. Είναι γνωστό ότι στις οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ, οι γονείς βιώνουν αυξημένο αίσθημα αποτυχίας και απογοήτευσης και έχουν συχνότερες συγκρούσεις μεταξύ τους (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Επιπρόσθετα, η παρουσία ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλεί ταραχή και αναστάτωση στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας. Ορισμένα παιδιά μπορεί να γίνονται ανυπάκουα εξαιτίας της διέγερσης και της αναστάτωσης που μπορεί γενικά να χαρακτηρίζουν τις σχέσεις των μελών (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν ανάγκη από οργάνωση και σταθερότητα στη ζωή τους. Οι διακοπές, οι αργίες και άλλα ιδιαίτερα γεγονότα μπορεί να διαταράξουν τη σταθερότητά τους και να προκαλέσουν καταστάσεις στρες. Για να αποφευχθεί αυτό, οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνουν το παιδί εκ των προτέρων για το τι πρόκειται να συμβεί. Όταν αναστατώνεται θα πρέπει να αποσπών την προσοχή του και να του παρέχουν στιγμές εκτόνωσης (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Οι συγκρούσεις με πρόσωπα εξουσίας και η απόρριψη από τους συνομηλίκους επιβαρύνει ακόμη περισσότερο τη σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Οι σχέσεις με την οικογένεια, την τοπική κοινότητα και το σχολείο μπορεί να επηρεασθούν απ' τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε σημαντικό βαθμό. Στο σπίτι η συμπεριφορά των παιδιών αυτών οδηγεί συχνά σε σύγκρουση με τους γονείς και τα αδέρφια. Το στρες που προκαλείται στις ενδοοικογενειακές σχέσεις μπορεί να οδηγήσει σε διατάραξη της ομαλής οικογενειακής ζωής.

Η οργάνωση, η συγκρότηση και η σταθερότητα αποτελούν βασικά συστατικά στοιχεία για τη ζωή των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους να αποκτήσει σταθερές συνήθειες στο σπίτι και να του παράσχουν ένα τακτικό, οργανωμένο περιβάλλον. Μπορούν να μάθουν στο παιδί πώς να οργανώνει τη μελέτη του και πώς να ξεπερνά την εσωτερική αποδιοργάνωσή. Για παράδειγμα, η χρήση μιας καθημερινής λίστας και αυτοκόλλητων σημειωμάτων ως οπτικών υπενθυμίσεων μπορούν να βοηθήσουν τους εφήβους να οργανώσουν τη μελέτη τους. Ακόμη, η συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες μπορεί να βελτιώσει τις κοινωνικές δεξιότητες και την αυτοεκτίμηση του παιδιού και να το βοηθήσει να εκτονώσει την περίσσια ενέργεια (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

17.4. Οικονομικές επιπτώσεις

Η οικονομική επιβάρυνση είναι μια ακόμη επίπτωση που αφορά όχι μόνο το ίδιο το παιδί, αλλά κυρίως την οικογένειά του. Ασθενείς με ΔΕΠ-Υ κάνουν συχνότερη χρήση του συστήματος ψυχικής υγείας, των ιατρικών, κοινωνικών και ειδικών εκπαιδευτικών υπηρεσιών. Για παράδειγμα, έρευνα που συνέκρινε το οικονομικό κόστος των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με αυτό των παιδιών που δεν πάσχουν από ΔΕΠ-Υ, κατέδειξε ότι το κόστος ιατρικής φροντίδας είναι σχεδόν διπλάσιο για την πρώτη ομάδα. Το κόστος αυτό, αφορά μόνο το άτομο με ΔΕΠ-Υ, χωρίς να συνεκτιμηθεί το επιπρόσθετο κόστος που

προκύπτει από το αυξημένο στρες της οικογένειας, την επιβάρυνση της υγείας της οικογένειας, την ελάττωση της επαγγελματικής παραγωγικότητας των γονέων και τις απουσίες τους από την εργασία. Παρά το γεγονός ότι το κόστος αυτό δεν έχει επαρκώς τεκμηριωθεί, εκτιμάται ότι επιβαρύνει τόσο τους εργοδότες όσο και το σύστημα υγείας με τη μορφή του άμεσου κόστους για την περίθαλψη της οικογένειας και του έμμεσου κόστους από την ελάττωση της παραγωγικότητας (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

17.5. Ελλπτώσεις στη σχολική διαδικασία

Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν χαμηλότερες σχολικές επιδόσεις (Barkley, 1990). Το μοντέλο χαμηλής ακαδημαϊκής επίδοσης, συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή αν η διαταραχή μείνει χωρίς αντιμετώπιση. Η χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση θεωρείται αποτέλεσμα της τριάδας των συμπτωμάτων της νόσου μέσα στην τάξη, γεγονός που υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα μελετών, στις οποίες βρέθηκε ότι η θεραπεία με διεγερτικά, βελτιώνει τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αλλά και την ακαδημαϊκή επίδοση του παιδιού. Η επίδοση στο σχολείο επηρεάζεται, επίσης, από τις μαθησιακές δυσκολίες, που συνήθως συνυπάρχουν, και την καθυστέρηση στην νοητική και τη γλωσσική ανάπτυξη (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές χαρακτηρίζονται ανυπάκουα ή «πεισματάρικα». Αυτό συχνά οφείλεται στο ότι δυσκολεύονται να μείνουν συγκεντρωμένα και στο ότι χάνουν σημαντικά κομμάτια μιας συζήτησης ή των οδηγιών που τους δίνονται. Ένα παιδί που παρουσιάζει παρόμοια συμπτώματα συχνά νιώθει ότι το αδικούν. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό μπορεί να είναι αλήθεια. Για παράδειγμα, σε μια σχολική τάξη, ο δάσκαλος μπαίνει και βρίσκει όλα τα παιδιά να κάνουν φασαρία. Όλοι σταματούν αμέσως ό,τι κάνουν, εκτός από το παιδί με ΔΕΠ-Υ, το οποίο μπορεί να μην έχει δει το δάσκαλο και όταν τον δει να μην είναι σε θέση να σταματήσει αμέσως την ανάρμοστη συμπεριφορά. Κατά συνέπεια, ο δάσκαλος μαλώνει μόνο αυτό (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (δυσκολία του παιδιού να μείνει ακίνητο, να συγκεντρωθεί και να ακούσει) μπορεί να καταστήσουν το σχολείο ως ένα περιβάλλον δύσκολο για το παιδί. Παρόλο που τα περισσότερα παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠ-Υ έχουν φυσιολογική ή αυξημένη νοημοσύνη, σε ποσοστό 40-60% παρουσιάζουν σοβαρές μαθησιακές

δυσκολίες. Αντιμετωπίζουν προβλήματα απόδοσης στο σχολείο λόγω κακής οργάνωσης, παρορμητικότητας/ υπερκινητικότητας και διάσπασης της προσοχής. Ως αποτέλεσμα, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να «μείνουν» στην ίδια τάξη, να εγκαταλείψουν το σχολείο και να παρουσιάσουν χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις (Κάκουρος, 1998; Barkley, Fisher, Eldelbrock & Smallish, 1990; Faraone et al, 1993). Ωστόσο, με το σωστό συνδυασμό κατάλληλων εκπαιδευτικών πρακτικών και θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής αγωγής και της συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, οι επιπτώσεις αυτές μπορούν να περιοριστούν σημαντικά. Η σταθερότητα και η οργάνωση μπορούν να διευκολύνουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του σχολείου (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

17.6. Συμπεριφορικά προβλήματα

Μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση παραβατικής συμπεριφοράς και κατάχρηση ουσιών. Επιπλέον, οι επιπτώσεις της νόσου στις κοινωνικές σχέσεις και την ακαδημαϊκή επίδοση στην παιδική και εφηβική ηλικία μπορεί να επηρεάσουν και την ενήλικη ζωή. Ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να έχουν κατώτερες επαγγελματικές θέσεις, φτωχές κοινωνικές συναναστροφές και να έρθουν σε σύγκρουση με το νόμο. Οι παραβάσεις του κώδικα οδικής κυκλοφορίας είναι συχνότερες στα άτομα αυτά σε σύγκριση με τους μάρτυρες (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Σε κοινωνικό επίπεδο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δυσκολεύονται να αναπτύξουν καλές σχέσεις με πρόσωπα κύρους και συνομηλίκους τους. Η διαταραχή δεν επηρεάζει μόνο το παιδί που πάσχει, αλλά και την οικογένειά του. Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να δυσχεράνει ιδιαίτερα τις παιδικές φιλίες ή τις σχέσεις με συνομηλίκους. Η απόρριψη από τους συνομηλίκους ή η έλλειψη στενών φίλων ενισχύουν το αίσθημα μοναξιάς που συχνά νιώθουν αυτά τα παιδιά (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν άγχος, διαταραχές της διάθεσης, κατάχρηση ουσιών και εγκληματικότητα κατά την εφηβεία. Ωστόσο, δεν είναι σαφές το πώς ακριβώς συμβάλλει η διαταραχή στα κοινωνικά προβλήματα. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (κυρίως του τύπου ελλειμματικής προσοχής) συχνά θεωρούνται από τους συνομηλίκους τους ντροπαλά ή απόμακρα. Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η επιθετική συμπεριφορά παιδιών με

συμπτώματα παρορμητικότητας/ υπερκινητικότητας παίζει σημαντικό ρόλο στην απόρριψή τους από τους συνομηλίκους. Άλλοι παράγοντες που μπορούν να συντελέσουν στην απόρριψη από τους συνομηλίκους είναι η φλυαρία, η αδυναμία του παιδιού να ελέγξει τις παρορμήσεις του, να περιμένει τη σειρά του και να ακολουθήσει οδηγίες (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).

Όπως συμπεραίνουμε, η φύση της ΔΕΠ-Υ είναι τέτοια που επηρεάζει τις περισσότερες εκφάνσεις της ζωής του ατόμου, πράγμα που καθιστά επιτακτική την παρέμβαση.

18. Παρεμβάσεις

18.1. Φαρμακευτική Αγωγή

Αξίζει να σημειωθεί ότι η φαρμακοθεραπεία για τη διάσπαση της ελλειμματικής προσοχής αποτελεί ένα μικρό κομμάτι της θεραπευτικής παρέμβασης του συνδρόμου και είναι εξαιρετικά σπάνια. Οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν ότι πρώτα πρέπει να εφαρμοστούν όλες οι άλλες τεχνικές και στο τέλος η χορήγηση φαρμάκων.

Η φαρμακευτική θεραπεία στα παιδιά με μέτρια ή σοβαρή ΔΕΠ-Υ μπορεί να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά, τη σκέψη, την ικανότητα μάθησης και τις σχέσεις με τους άλλους (Παπαγεωργίου & Νταφούλης, 2004). Τα ερευνητικά δεδομένα που διαθέτουμε μέχρι σήμερα υποστηρίζουν την ύπαρξη τριών ειδών ψυχοτρόπων φαρμάκων τα οποία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ: τα διεγερτικά, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά (Κωτσόπουλος, 2004; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα φάρμακα αυτά επιδρούν στη δραστηριότητα των προμετωπιαίων περιοχών του εγκεφάλου και μέσω αυτής σε τρεις νευροδιαβιβαστές που είναι σημαντικοί για τη λειτουργία των περιοχών αυτών και σχετίζονται με την αναστολή της συμπεριφοράς και την αυτορρύθμιση: τη ντοπαμίνη, την επινεφρίνη, την νορεπινεφρίνη και, ίσως, τη σεροτονίνη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

18.2. Διεγερτικά

Φάρμακα πρώτης επιλογής είναι τα διεγερτικά (*stimulants*) όπως η μεθυλφενιδάτη (*Ritalin*) και η δεξτροαμφεταμίνη (*Dexedrine*) (Miller, Lee et al, 1998; Barkley, 1998). Εξίσου αποτελεσματικό φάρμακο για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ είναι και η πεμολίνη μαγνησίου (*Cylert*) η οποία χρησιμοποιείται λιγότερο λόγω σπάνιων αλλά θανατηφόρων ηπατοτοξικών επιπλοκών (Marotta, Roberts, 1998; Safer, Zito, Gardner). Τα φάρμακα στοχεύουν στα κύρια συμπτώματα της διαταραχής δηλαδή τη διάσπαση της προσοχής, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Η αποτελεσματικότητα των διεγερτικών φαρμάκων στην ΔΕΠ-Υ έχει αποδειχθεί από πολλές μελέτες.

Ο τρόπος δράσης των διεγερτικών δεν είναι γνωστός υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι αυτά ενεργούν στη συναπτική σχισμή (synaptic cleft) όπου και αυξάνουν τη συγκέντρωση των κατεχολαμινών (ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη) (Zametkin & Rapoport, 1987). Τα δυο αυτά φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά αν και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί το ένα να αποτυγχάνει και το άλλο να επιτυγχάνει. Ο χρόνος ημίσειας ζωής για την μεθυλφενιδάτη είναι 4 με 5 ώρες, ενώ για την δεξτροαμφεταμίνη είναι διπλάσιος. Η ανώτατη ημερήσια δόση κατά Kg βάρους είναι για την πρώτη 1 mgr, ενώ για τη δεύτερη 0,5 mgr. Το φάρμακο δίνεται το πρωί και αρχίζει να ενεργεί σε 20 ή 30 λεπτά. Η ενέργεια του φαρμάκου, προπάντων της μεθυλφενιδάτης, έχει τελειώσει μέχρι το μεσημέρι οπότε μπορεί να δοθεί μια δεύτερη δόση. Και για τα δυο φάρμακα κυκλοφορούν μορφές βραδείας αποδέσμευσης 20 mgr και 10 mgr αντιστοίχως που συχνά προτιμώνται γιατί καλύπτουν το παιδί για όλες τις ώρες που βρίσκεται στο σχολείο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η ανταπόκριση στο φάρμακο είναι άμεση και διακριτή από την πρώτη ημέρα λήψης. Συνεπώς, μια δοκιμή ολίγων ημερών είναι αρκετή ώστε να φανεί αν το φάρμακο έχει θετικά αποτελέσματα προκειμένου ν' αποφασισθεί η τακτική χορήγηση. Πριν αρχίσει η φαρμακευτική αγωγή ενός παιδιού, θα πρέπει να προσδιοριστούν με σαφήνεια τα συμπτώματα που αποτελούν το στόχο της θεραπείας και ο καλύτερος δυνατός τρόπος με τον οποίο τα συμπτώματα μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο. Η ανταπόκριση είναι πολύ καλή στο 50% των περιστατικών και μέτρια στο 25%. Στην περίπτωση καλής ανταπόκρισης, τα αποτελέσματα είναι εμφανή στην σχολική τάξη. Τα διεγερτικά βελτιώνουν την προσοχή, μειώνουν την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα και έτσι καταλήγουν να βελτιώνουν τη συμπεριφορά. Όμως δε βελτιώνουν τις σχολικές δεξιότητες, αν και μπορεί να αυξήσουν τη δεκτικότητα στη μάθηση. Το παιδί μπορεί να μείνει στη θέση του συγκεντρωμένο στην εργασία για μεγάλες περιόδους. Η συνακόλουθη βελτίωση στην απόδοση είναι σημαντική. Η διαταρακτική συμπεριφορά στο σχολικό πλαίσιο έχει επίσης κοπάσει. Το σχολικό πλαίσιο, και ειδικά ο δάσκαλος είναι οι πιο αρμόδιοι φορείς να αξιολογήσουν την επίδραση των διεγερτικών πάνω στη συμπεριφορά και την προσοχή του παιδιού. Η χορήγηση του φαρμάκου δεν είναι αναγκαία την περίοδο των διακοπών. Επίσης, συνίσταται μια δοκιμαστική διακοπή της χορήγησης για μερικές εβδομάδες, κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους, για να διαπιστωθεί αν το παιδί εξακολουθεί να χρειάζεται φάρμακα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Οι παρενέργειες, όταν υπάρχουν, είναι άμεσες π.χ. κακοκεφιά, κεφαλαλγία, διάχυτοι κοιλιακοί πόνοι, απώλεια όρεξης κατά τις ώρες ενέργειας του φαρμάκου, και αϋπνία, αν χρησιμοποιείται η συσκευασία βραδείας αποδέσμευσης. Σπανιότερα έχουν παρατηρηθεί ψευδαισθήσεις, τικ και τοξική ψύχωση με την έναρξη χορήγησης του φαρμάκου. Παλαιότερες αιτιάσεις ότι τα διεγερτικά προκαλούσαν αναστολή στην ανάπτυξη δεν έχουν επιβεβαιωθεί όμως μικρό έλλειμμα στο βάρος έχει παρατηρηθεί ($p < 0.04$) στη διάρκεια θεραπείας δεκαπέντε μηνών. Γενικότερα, σε μακροχρόνια χρήση, τουλάχιστον μεταξύ 15 και 24 μηνών δεν έχουν παρατηρηθεί μη αναστρέψιμες παρενέργειες. Οι τελευταίες συνήθως εξαφανίζονται, καθώς το παιδί αναπτύσσει ανοχή στο φάρμακο, ή υποχωρούν, αν μειωθεί η δοσολογία. Η καταστολή της ανάπτυξης και η μείωση του βάρους δημιούργησαν ανησυχίες. Η παρενέργεια αυτή, όμως, δεν είναι συχνή και παρατηρείται σε περιπτώσεις αυξημένων δόσεων που χορηγούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Γι' αυτό και χρειάζεται διακοπή χορήγησης σε συγκεκριμένα διαστήματα, π.χ. καλοκαίρι, σαββατοκύριακα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η χρήση διεγερτικών στην παιδική ηλικία, σύμφωνα με τις ενδείξεις, δεν αυξάνει τις πιθανότητες για χρήση ουσιών αργότερα. (Barkley, 2003; Wilens, 2003). Επιπλέον, άλλες παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι παιδιά με ΔΕΠ-Υ που έλαβαν *μεθυλφενιδάτη* παρουσίασαν λιγότερες πιθανότητες να στραφούν αργότερα στα ναρκωτικά ή στο αλκοόλ σε σύγκριση με εκείνα που με την ίδια διαταραχή δεν υποβλήθηκαν σε θεραπευτική αγωγή με το ίδιο φάρμακο.

Η χορήγηση διεγερτικών δεν συνιστάται σε παιδιά στα οποία προέχον χαρακτηριστικό στη συμπτωματολογία είναι το άγχος. Σύγχυση στην διάγνωση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και αγχώδους διαταραχής μπορεί να υπάρξει, δεδομένου ότι η υπερκινητικότητα είναι συμπεριφορά που μπορεί να είναι παρούσα και στις δυο διαταραχές. Συνεπώς, η διαφορική διάγνωση είναι απαραίτητη πριν από την έναρξη θεραπείας. Στην περίπτωση της υπερκινητικότητας με αγχώδη διαταραχή, αν η χρήση φαρμάκου θεωρηθεί αναγκαία, μπορεί να προτιμηθεί ένα *τρικυκλικό αντικαθλιπτικό* (π.χ. *ιμιπραμίνη*). Μέχρι πρόσφατα αντένδειξη για την χρήση διεγερτικών θεωρούνταν η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ με το σύνδρομο *Gilles de la Tourette* γιατί τα διεγερτικά φάρμακα πιθανόν προκαλούν επιδείνωση των τικ. Όμως, πρόσφατες μελέτες δεν έχουν επιβεβαιώσει την αρχική παρατήρηση ότι πράγματι υπάρχει τέτοια παρενέργεια (Law, Schachar, 1999; Castellanos, 1999). Αν σε κάποια συγκεκριμένη περίπτωση συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και Tourette τα διεγερτικά προκαλούν αύξηση των τικ μπορεί στην αγωγή να προστεθεί *κλονιδίνη* ή αντί των διεγερτικών να

δοκιμασθεί θεραπεία με τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό (βλέπε παρακάτω) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

18.3. Τρικυκλικά αντικαθλιπτικά

Τα φάρμακα αυτά έχουν κάποια αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής αλλά όχι στον ίδιο βαθμό με τα διεγερτικά.

Τα τρικυκλικά θεωρούνται ως φάρμακα δεύτερης επιλογής για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Υπάρχουν όμως μελέτες που έχουν δείξει ότι τα τρικυκλικά μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα διεγερτικά. Με επιτυχία έχουν δοκιμασθεί η *ιμιπραμίνη*, *ντεζιπραμίνη*, *αμιτριπυλίνη* και *νοτριπυλίνη* σε μέσες δόσεις 2,2 mg. κατά Kg βάρους την ημέρα. Σημαντική επιφύλαξη για τη χρήση τρικυκλικών στην παιδική ηλικία αποτελεί η πιθανότητα καρδιοτοξικών παρενεργειών (στην βιβλιογραφία αναφέρονται 5 θάνατοι με ντεζιπραμίνη και ένας με ιμιπραμίνη σε παιδί 7 χρόνων που έπαιρνε 150 mg το βράδυ μαζί με 75 mg θειοριδαζίνη) (Varley, 1997). Για το λόγο αυτό συνιστάται καρδιολογικός έλεγχος του παιδιού πριν και μετά την έναρξη της θεραπείας με τρικυκλικό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

18.4. Άλλα φάρμακα

Τα διεγερτικά έχουν δοθεί σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα αν υπάρχουν σχετικές ενδείξεις π.χ. *κλονιδίνη* (σε διαταραχή του ύπνου, εκρήξεις οργής, σύνδρομο *Gilles de la Tourette*), *ρισπεριδόνη* (σε επιθετική συμπεριφορά που μπορεί να συνυπάρχει με ΔΕΠ-Υ). Η *κλονιδίνη* (α_2 -αγωνιστικό φάρμακο με κεντρική δράση, αντιυπερτασικό) έχει χρησιμοποιηθεί εμπειρικά εδώ και αρκετά χρόνια σαν συμπληρωματικό φάρμακο στα διεγερτικά για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ. Πέρα από τα θετικά αποτελέσματα έχουν καταγραφεί και σοβαρές παρενέργειες συμπεριλαμβανομένων και αιφνίδιων θανάτων. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011). Μελέτη του θεραπευτικού αποτελέσματος χωριστά και σε συνδυασμό της *μεθυλφενιδάτης* και της *κλονιδίνης* έδειξε ότι η ταυτόχρονη χρήση των δυο φαρμάκων δίνει καλύτερα αποτελέσματα στην ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς τικ. Η μέση ημερήσια δόση της *κλονιδίνης* ήταν 0,25 mg. Η υπνηλία ήταν η κύρια παρενέργεια που μειωνόταν με την μείωση της δόσης του φαρμάκου. Από το δείγμα είχαν αποκλεισθεί

παιδιά με καρδιακά προβλήματα. Άλλοτε η υπνωτική παρενέργεια της κλονιδίνης αποτελεί επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, όταν η χρήση *διεγερτικών* προκαλεί αϋπνία. Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης η οποία έδειξε ότι η κλονιδίνη είχε θετικά αποτελέσματα σε συμπεριφορές διαταραχής διαγωγής που συνυπήρχαν με την ΔΕΠ-Υ. Σε περίπτωση ΔΕΠ-Υ με τικ όπου η αγωγή με *μεθυλφενιδάτη* και κλονιδίνη ήταν ανεπιτυχής, η *γουανφανσίνη* (guanfacine) 1,5 έως 3,0 mg. την ημέρα υπήρξε επιτυχής και στις δυο διαταραχές, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη σε 34 παιδιά. Από αυτά, το 37% έδειξαν σημαντική βελτίωση (Scahill, 2001; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

18.5. Υπερτασικά

Υπάρχουν ενδείξεις ότι και τα αντιυπερτασικά φάρμακα βοηθούν στη μείωση των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Παρόλα αυτά, χρησιμοποιούνται λιγότερο γιατί έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να οδηγήσουν σε υπόταση ή και υπέρταση. (Olfson, 2004).

18.6. Συμπερασματικά

Με τη χορήγηση φαρμάκων σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρατηρείται σημαντική μείωση των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων. Βελτιώνονται οι σχολικές τους επιδόσεις, συνεργάζονται καλύτερα με γονείς και δασκάλους και ακολουθούν αποτελεσματικότερα εντολές και κανόνες (Olfson, 2004). Το παιδί αποκτά τη δυνατότητα να ελέγχει τη συμπεριφορά του και να επικοινωνεί. Παρόλα αυτά, η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι σε όλες τις περιπτώσεις αποτελεσματική. Μερικά παιδιά παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση με μικρές δόσεις φαρμάκων, ενώ άλλα χρειάζονται ισχυρότερες δόσεις. Επίσης, ένα ποσοστό 10-30% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή ή παρουσιάζει ακόμη και επιδείνωση των συμπτωμάτων του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000; Κωτσόπουλος, 2004).

Σύμφωνα με τους Κάκουρο & Μανιαδάκη (2000): Οι παράγοντες τους οποίους πρέπει να συνεκτιμήσει ο ειδικός προκειμένου να προτείνει τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι οι εξής:

- ❖ *Η ηλικία του παιδιού.*

- ❖ *Η διάρκεια και σοβαρότητα των συμπτωμάτων.*
- ❖ *Ο κίνδυνος τραυματισμού του παιδιού εξαιτίας της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του.*
- ❖ *Η επιτυχία προηγούμενων παρεμβάσεων.*
- ❖ *Το επίπεδο του άγχους.*
- ❖ *Η απουσία ιστορικού κατάχρησης ουσιών από το παιδί ή τους γονείς του.*
- ❖ *Η ικανότητα των γονέων να χορηγούν το φάρμακο με υπευθυνότητα, ακολουθώντας πιστά τις οδηγίες του γιατρού.*

Ωστόσο, παρόλα τα οφέλη που προσφέρουν αυτές οι ομάδες φαρμάκων, έχουν υπάρξει και ορισμένες αντιδράσεις και ανησυχίες για τη χρήση τους. Μια σημαντική ομάδα παιδιών δεν ωφελείται από τα διεγερτικά φάρμακα. Όταν η ΔΕΠ-Υ συνδέεται με άλλα σημαντικά προβλήματα, όπως ανησυχία ή κατάθλιψη, τα διεγερτικά φάρμακα δεν έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Αυτό οδηγεί σε περαιτέρω διερεύνηση της κατάστασης για την εύρεση της σωστής φαρμακευτικής αγωγής (Wicks-Nelson, Israel, 2003; Κωτσόπουλος, 2004). Μια δεύτερη ανησυχία, όσον αφορά σε αυτά τα φάρμακα είναι οι πιθανές παρενέργειες που μπορεί να παρουσιαστούν στον οργανισμό και οι οποίες θα πρέπει να εκτιμώνται με προσοχή. Μέτριες παρενέργειες εμφανίζονται στο 4 με 10% των περιπτώσεων επηρεάζοντας περισσότερο τα μικρά παιδιά και λιγότερο τα μεγαλύτερα (Wicks-Nelson, Israel, 2003; Κωτσόπουλος, 2004). Γενικά, όταν τα φάρμακα είναι συνταγογραφούμενα και χρησιμοποιούνται σωστά, θεωρούνται ασφαλή για τα περισσότερα παιδιά. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι η παρακολούθηση αυτών των παιδιών δεν είναι απαραίτητη. Κάθε παιδί ανταποκρίνεται διαφορετικά στο κάθε φάρμακο και την κάθε δόση (Wicks-Nelson & Israel, 2003).

Σε αντίθεση με τις ανησυχίες που ήδη παρουσιάστηκαν, υπάρχουν και κάποιοι που υποστηρίζουν ότι τα φάρμακα παρέχονται στα παιδιά πάρα πολύ νωρίς εξαιτίας της αποτελεσματικότητάς τους. Η χορήγηση των φαρμάκων έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και αυτό οφείλεται στην αύξηση της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ. Ίσως και να οφείλεται στην αύξηση της χρήσης των φαρμάκων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από έφηβους, ενήλικες, κορίτσια, και παιδιά με δυσκολίες μάθησης. Σε κάθε μια από αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ελλιπής έρευνα. Για παράδειγμα, σε μια αξιολόγηση που έγινε σε τέσσερις πόλεις καταγράφηκε ότι μόνο 1 στα 8 παιδιά που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ πληρούσε τα χαρακτηριστικά. Σε μια δεύτερη αξιολόγηση βρέθηκε ότι το

72% των παιδιών που έπαιρναν αντίστοιχη αγωγή δεν πληρούσε τις προδιαγραφές (Wicks-Nelson & Israel, 2003).

Βάση των παραπάνω πληροφοριών καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου συνίσταται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, αυτή δε θα πρέπει να αποτελεί το μοναδικό είδος παρέμβασης. Θα πρέπει να υπάρξει παρέμβαση τόσο σε ψυχολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο συμβουλευτικής. *Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί μια προσωρινή και βραχυπρόθεσμη λύση στα ενοχλητικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αλλά, όπως έχουμε αναφέρει, το παιδί πρέπει να αποκτήσει τον έλεγχο της συμπεριφοράς του, μακροπρόθεσμα.* Σε αυτό θα βοηθήσουν εναλλακτικές μορφές θεραπείας όπως η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων κ.α., σε συνδυασμό με τη χορήγηση φαρμάκων, θεραπείες οι οποίες μπορούν να αντιμετωπίσουν ή να προλάβουν τα δευτερογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και τις επιπτώσεις που αντιμετωπίζει συχνά ολόκληρη η οικογένεια εξαιτίας των δυσκολιών και της συμπεριφοράς του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000; Κωτσόπουλος, 2004; Ronald et al., 2005). Αν αποφασιστεί η χορήγηση φαρμάκων σε ένα παιδί θα πρέπει να γίνει λεπτομερής αξιολόγηση των συμπτωμάτων αλλά και των παραγόντων που προαναφέραμε για να αποφασιστεί η καταλληλότερη αγωγή. Η χορήγηση ψυχοφαρμάκων απαιτεί έγκυρη γνώση και εξοικείωση του γιατρού με αυτά τα θέματα, ώστε να επιτυγχάνεται το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα με τη μικρότερη δόση και τις λιγότερες πιθανές παρενέργειες (Κωτσόπουλος, 2004). Φυσικά, κατά τη διάρκεια λήψης των φαρμάκων, θα πρέπει το παιδί να βρίσκεται υπό συνεχή ιατρική παρακολούθηση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

19. Γνωσιακές-Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ

19.1. Το θεωρητικό υπόβαθρο των γνωσιακών-συμπεριφορικών παρεμβάσεων.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες αντλούν τα βασικά τους στοιχεία από τις γνωσιακές και τις συμπεριφορικές θεωρίες. Σύμφωνα με τους Fabiano et al (2009), οι σημαντικότερες θεωρητικές επιρροές έχουν συμβάλει καθοριστικά στη διαμόρφωση της (ΓΣΘ). Μέσα από τη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση επιχειρείται η διατήρηση των θετικών στοιχείων των συμπεριφορικών παρεμβάσεων σε ένα λιγότερο δογματικό πλαίσιο. Παράλληλα, συνεκτιμώνται και ενσωματώνονται σε αυτήν οι γνωσιακές διεργασίες και τα συναισθηματικά βιώματα του παιδιού, με βασικό στόχο την αλλαγή των δυσλειτουργικών στοιχείων σε γνωσιακό και συμπεριφορικό επίπεδο (Kendall, 2006; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τα συμπεριφορικά προγράμματα στοχεύουν στην περιγραφή, την αξιολόγηση και την τροποποίηση της συμπεριφοράς και βασίζονται ουσιαστικά σε τρεις μορφές μάθησης: την κλασική, τη συντελεστική και την κοινωνική (Kazdin, 2001). Ο σχεδιασμός ενός τέτοιου προγράμματος βασίζεται στη λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς (Flick, 1998), στα πλαίσια της οποίας κάθε προβληματική ή δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά του παιδιού αναλύεται στη βάση τριών στοιχείων: τα *προγενόμενα* (*A-Antecedents*) τις συνθήκες, δηλαδή, μέσα στις οποίες εκδηλώνεται η δυσλειτουργική συμπεριφορά, τη *συμπεριφορά-στόχο* (*B-Behavior*) και τα *επακόλουθα* της συμπεριφοράς αυτής (*C-Consequences*) (Flick, 1998; Kazdin, 2001; Martin & Pear, 2003). Το μοντέλο αυτό ονομάζεται *ABC* (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τα *προγενόμενα* της συμπεριφοράς αναφέρονται στις συνθήκες μέσα στις οποίες εκδηλώνεται μια συμπεριφορά. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά διασπώνται σε συνθήκες στις οποίες απαιτείται αυξημένη νοητική προσπάθεια και συγκέντρωση προσοχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η συμπεριφορά-στόχος θα πρέπει να είναι συγκεκριμένη, παρατηρήσιμη και μετρήσιμη, ενώ παράλληλα να μην αναφέρεται σε αξιολογικές κρίσεις, ούτε σε γενικούς χαρακτηρισμούς του τύπου «είναι τεμπέλης» ή «είναι ευπρόσδεκτος και υπερκινητικός» (Kaazdin, 2001). Τα κριτήρια στα οποία στηρίζεται ο καθορισμός της συμπεριφοράς-στόχου είναι η αντικειμενικότητα, η σαφήνεια και η αρτιότητα. Συμπεριφορές στόχοι στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ θα μπορούσαν για παράδειγμα να οριστούν οι εξής: «σηκώνεται κατά τη διάρκεια της διδακτικής ώρας τουλάχιστον δύο φορές», «δεν ολοκληρώνει τις ασκήσεις της γλώσσας», «δυσκολεύεται στην κατανόηση περίπλοκων οδηγιών». Κατά τον καθορισμό της συμπεριφοράς-στόχου καταγράφονται τα χαρακτηριστικά τα οποία τη διακρίνουν πριν από την έναρξη της παρέμβασης (διάρκεια, ένταση, συχνότητα) και τα οποία αποτελούν στην ουσία τη «γραμμή βάσης», δηλαδή το σημείο αναφοράς και το μέτρο σύγκρισης για τα επόμενα στάδια της προσπάθειας, ώστε να διευκολυνθεί η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης. Για παράδειγμα, αν στο ξεκίνημα της παρέμβασης το παιδί μπορεί να συγκεντρωθεί για δύο συνεχόμενα λεπτά στην προσπάθεια εκτέλεσης ενός έργου, σε επόμενη φάση ο στόχος θα είναι η σταδιακή αύξηση αυτού του χρονικού διαστήματος συγκέντρωσης της προσοχής και έτσι, βάσει αυτού, θα αξιολογηθεί η επιτυχία της παρέμβασης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τα επακόλουθα αναφέρονται στις συνέπειες της συμπεριφοράς και επηρεάζουν την πιθανότητα επανάληψης της εκδήλωσης της στο μέλλον. Προκειμένου να αλλάξει η συμπεριφορά, θα πρέπει τα επακόλουθά της να είναι «εξαρτημένα» από τη συμπεριφορά, δηλαδή να εμφανίζονται χρονικά, αμέσως μετά την εκδήλωσή της, και να μην έπονται καμιάς άλλης συμπεριφοράς, εκτός της συμπεριφοράς-στόχου (Kaazdin, 2001). Σε κάθε περίπτωση, μετά την εκδήλωση κάποιας συμπεριφοράς, τα επακόλουθά της, δηλαδή οι συνέπειες της, μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

- *Θετικά επακόλουθα:* Σε αυτά περιλαμβάνονται τόσο η παροχή κάποιας αμοιβής ή κάποιου θετικού ερεθίσματος, όσο και η αποφυγή κάποιας δυσάρεστης κατάστασης ή κάποιου δυσάρεστου ερεθίσματος.
- *Αρνητικά επακόλουθα:* Σε αυτά περιλαμβάνονται τόσο η παροχή κάποιου δυσάρεστου ή τιμωρητικού ερεθίσματος, όσο και η στέρηση κάποιου θετικού ερεθίσματος.
- *Κανένα επακόλουθο:* Στην περίπτωση αυτή, η δεδομένη συμπεριφορά δεν ακολουθείται από καμία αλλαγή στις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τη Γενά (1996), η εφαρμογή της λειτουργικής ανάλυσης της συμπεριφοράς μπορεί να διευκολύνει την κατανόηση της σκοπιμότητας μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, όσο περίπλοκη και αν είναι αυτή. Η καταγραφή των επακόλουθων της συμπεριφοράς μας διευκολύνει στην κατανόηση της σκοπιμότητας της. Για παράδειγμα, αν μια συμπεριφορά έχει ως επακόλουθο την αποφυγή κάποιας δυσάρεστης ή επίπονης δραστηριότητας, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η σκοπιμότητα της συμπεριφοράς είναι η αποφυγή της δραστηριότητας αυτής. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι η ανεπιθύμητη συμπεριφορά επαναλαμβάνεται και εξακολουθεί να υφίσταται χωρίς να μειώνεται η συχνότητα και/ή η διάρκειά της. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι τα επακόλουθά της λειτουργούν ως ενίσχυση για το παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Οι συμπεριφορές-στόχοι στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να ταξινομηθούν σε τρεις τομείς, σύμφωνα με τα κυρίαρχα συμπτώματα της διαταραχής: υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και ελλειμματική προσοχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Πίνακας 1: Το μοντέλο ανάλυσης της συμπεριφοράς ABC σε παραδείγματα προσαρμοσμένα στις περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ		
Συνήθη προγενόμενα	Συμπεριφορά	Συνήθεις θετικές συνέπειες
Συνθήκες στις οποίες απαιτείται συγκέντρωση της προσοχής για παρατεταμένο χρονικό διάστημα και παραμονή του παιδιού στη θέση του.	Παρορμητικότητα	Προσέλκυση της προσοχής των άλλων.
Συνθήκες στις οποίες απαιτείται αυξημένη νοητική προσπάθεια.	Διάσπαση προσοχής	Αποφυγή-αναβολή «δύσκολου» έργου.
Συνθήκες έλλειψης ενδιαφερόντων ερεθισμάτων για το παιδί.	Υπερκινητικότητα	Εκτόνωση ενεργητικότητας.

Πίνακας 2: Παραδείγματα λειτουργικής ανάλυσης της συμπεριφοράς σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ		
Προγενόμενα	Συμπεριφορά	Συνέπειες
Στο σπίτι, την ώρα της μελέτης, με τη μητέρα.	Το παιδί σηκώνεται και τρέχει γύρω από το τραπέζι.	Η μητέρα σηκώνεται και το κυνηγάει.
Στη λογοθεραπεία, την ώρα των «δύσκολων» ασκήσεων.	Το παιδί ζητάει να πάει στην τουαλέτα.	Ο λογοπεδικός το επιτρέπει δυσανασχετώντας.

Οι πίνακες 1,2 προέρχονται από τους Κάκουρο & Μανιαδάκη (2012)

19.2. Οι στόχοι των συμπεριφορικών προγραμμάτων

Οι βασικοί στόχοι που επιδιώκονται μέσα από τα συμπεριφορικά προγράμματα είναι η αύξηση των επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς, π.χ. του εύρους της προσοχής, η μείωση ή η εξάλειψη των διασπαστικών μορφών συμπεριφοράς, π.χ. της επιθετικής συμπεριφοράς, και η ανάπτυξη νέων, λειτουργικών μορφών συμπεριφοράς, π.χ. της αυτονομίας στη μελέτη (Kazdin, 2001; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Αυτό επιτυγχάνεται με την αλλαγή ή την τροποποίηση των προγενόμενων ή των επακόλουθων. Συνήθως, τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν και την εκπαίδευση, τόσο των γονέων όσο και των δασκάλων, στις συμπεριφορικές τεχνικές (American Academy of Pediatrics, 2001). Σύμφωνα με τους Κάκουρο & Μανιαδάκη (2012), ο σχεδιασμός ενός συμπεριφορικού προγράμματος θα πρέπει να διέπεται από τις παρακάτω βασικές αρχές:

- Οι στόχοι θα πρέπει να προσδιορίζονται με σαφήνεια και ακρίβεια. Έτσι λοιπόν, εάν ο στόχος αφορά στη διάρκεια του χρόνου συγκέντρωσης της προσοχής, θα πρέπει να προσδιοριστεί για παράδειγμα πόση ώρα το παιδί πρέπει να μείνει συγκεντρωμένο στη σχολική του εργασία προκειμένου να θεωρηθεί ότι έχει επιτευχθεί ο στόχος.
- Θα πρέπει να ορίζεται με σαφήνεια ο τρόπος εφαρμογής των αμοιβών και συνεπειών. Για παράδειγμα, όταν το παιδί παραμένει συγκεντρωμένο στη σχολική εργασία για το διάστημα το οποίο έχει οριστεί ως στόχος, τότε δίνεται μια συγκεκριμένη και καθορισμένη αμοιβή, ενώ εάν το παιδί δεν πετυχαίνει το συγκεκριμένο στόχο, εφαρμόζεται μια συνέπεια, π.χ. αφαίρεση προνομίων.
- Θα πρέπει να υπάρχει σταθερότητα στην εφαρμογή των συνεπειών και των αμοιβών. Μόνο όταν εφαρμόζονται σταθερά θα επιτευχθεί η προσδοκώμενη αλλαγή στη συμπεριφορά.

Οι γενικοί στόχοι των συμπεριφορικών παρεμβάσεων στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ αφορούν στην αύξηση της ικανότητας ελέγχου των αντιδράσεων της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας, καθώς και στη βελτίωση της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής. Οι στόχοι αυτοί εξειδικεύονται και ορίζονται ως συμπεριφορές-στόχοι προκειμένου να προσαρμοστούν στις ανάγκες και στις δυνατότητες του εκάστοτε παιδιού. Στη συνέχεια, η επίτευξη των στόχων αυτών επιδιώκεται μέσω της εφαρμογής ειδικών τεχνικών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.3. Η εφαρμογή των συμπεριφορικών τεχνικών

Οι συμπεριφορικές τεχνικές διευκολύνουν την οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή, του παιδιού και των γονιών του, και επιφέρουν αλλαγές οι οποίες βελτιώνουν, τόσο τη σχέση, όσο και την καθημερινότητά τους (Friedberg, McClure & Hilliwing, Garcia, 2009; Stallard, 2006). Οι κυριότερες από αυτές τις τεχνικές στοχεύουν: α) στην αύξηση των θετικών μορφών συμπεριφοράς του παιδιού και στην ανάπτυξη συμπεριφορών που δεν υπάρχουν στο ρεπερτόριό του, β) στη μείωση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς, και γ) στην εκμάθηση δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.4. Αύξηση θετικών μορφών ενίσχυσης

19.4.1. Η θετική ενίσχυση

Η ενίσχυση αποτελεί τη βάση κάθε συμπεριφορικού προγράμματος παρέμβασης. Η θετική ενίσχυση αναφέρεται σε οποιοδήποτε γεγονός ή ερέθισμα, η επίδραση του οποίου αυξάνει την πιθανότητα επανεμφάνισης της συμπεριφοράς της οποίας έπεται (Kazdin, 2001). Για παράδειγμα, ένας μαθητής μπορεί να προσπαθήσει κατά τη διάρκεια του μαθήματος να μη σηκωθεί από την καρέκλα του, προκειμένου να κερδίσει μια χρωματιστή σφραγίδα και την επιδοκιμασία του δασκάλου με τη λήξη της διδακτικής ώρας. Η ενίσχυση των θετικών μορφών συμπεριφοράς συχνά οδηγεί από μόνη της σε περιορισμό της εκδήλωσης ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς (Αγγελή & Βλάχου, 2004). Για το λόγο αυτό, στην αρχή κάθε προγράμματος παρέμβασης, είναι σημαντικό το παιδί να ενισχύεται για κάθε θετική ή έστω όχι αρνητική συμπεριφορά του. Για παράδειγμα, οι γονείς ενθαρρύνονται ώστε ανά τακτά χρονικά διαστήματα να ενισχύουν το παιδί τους, λέγοντας «μπράβο» ή αγκαλιάζοντας το φιλικά, όταν εκείνη την ώρα αυτό είναι ήσυχο, παίζει ήρεμα με το αδελφάκι του ή ασχολείται ήσυχα με μια δραστηριότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Οι ενισχυτές κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: τους πρωτογενείς (τροφή, νερό) και τους δευτερογενείς (έπαινος, βαθμοί, χρήματα, δώρα, αγαπημένες δραστηριότητες, αυτοκόλλητα) (Γενά, 2002; Kazdin, 2001; Σοφianoπούλου, 2011). Οι δευτερογενείς ενισχυτές αποκτούν την ενισχυτική τους επίδραση μέσα από τη διαδικασία της μάθησης.

Οι ενισχυτές/αμοιβές μπορεί να είναι: α) υλικά αντικείμενα (π.χ. αντικείμενα που αρέσουν στο παιδί, όπως παιχνίδια, αγαπημένες τροφές, σφραγίδες, αυτοκόλλητα, κλπ), β) δραστηριότητες οι οποίες είναι ευχάριστες για το παιδί, (όπως να πάει στο λούνα παρκ, ή σε ένα πάρτυ, να επισκεφτεί κάποιον φίλο του), γ) πληροφόρηση, δηλαδή ανατροφοδότηση ως προς την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών του παιδιού (π.χ. «έλυσες σωστά την άσκηση», «έκανες σωστά την άσκηση», «έκανες σωστά αυτή τη διαίρεση»), δ) κοινωνικοί ενισχυτές (π.χ. εκφράσεις, κινήσεις, χειρονομίες που εκφράζουν αναγνώριση και είναι ευχάριστες στο παιδί, όπως οι αγκαλιές και τα φιλιά (Καλαντζί- Αζίζι, 1992; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Το κάθε παιδί έχει τις δικές του προτιμήσεις, με αποτέλεσμα να έλκεται και να κινητοποιείται από διαφορετικά ερεθίσματα. Ακόμη και το ίδιο το παιδί, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και συνθήκες μπορεί να επιθυμεί και να κινητοποιείται από διαφορετικά ερεθίσματα. Για το λόγο αυτό, δεν είναι δυνατό να ορίσουμε και να προβλέψουμε με τρόπο απόλυτο ποια πράγματα ή δραστηριότητες αποτελούν ενισχυτές της συμπεριφοράς (Αγγελή, 2011). Επομένως, είναι σημαντικό να γίνεται προσεκτική εκτίμηση ως προς το τι αποτελεί ενισχυτή για το κάθε παιδί. Οι ενισχυτές μπορούν να οριστούν διερευνώντας τι θα ήθελε το ίδιο το παιδί να έχει ή να κερδίσει. Ένας δεύτερος τρόπος εντοπισμού αποτελεσματικών ενισχυτών μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την παρατήρηση του παιδιού στο φυσικό περιβάλλον. Αυτά που αρέσουν στο παιδί να κάνει μπορεί να θεωρηθούν ως αποτελεσματικοί ενισχυτές, ενώ αυτά που κάνει με μικρότερη συχνότητα μπορεί να αξιολογηθούν ως μικρότερης ενισχυτικής αξίας για την εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς (Morgan & Jenson, 1998). Όταν δύο συμπεριφορές εμφανίζονται με διαφορετική συχνότητα, η πιο συχνή συμπεριφορά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θετικός ενισχυτής προκειμένου να αυξηθεί η συχνότητα εμφάνισης της λιγότερο συχνής συμπεριφοράς. Η αρχή αυτή είναι γνωστή ως «Αρχή Premack» (Premack, 1959). Η αποτελεσματικότητα των ενισχυτών εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:

- Την **αμεσότητα**, η οποία αυξάνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της θετικής ενίσχυσης. Σε περίπτωση που η αμοιβή καθυστερήσει, είναι πιθανό να μεσολαβήσουν άλλοι παράγοντες μεταξύ της συμπεριφοράς στόχου και της ενίσχυσης, οπότε μπορεί να περιορίσουν ή και να εξουδετερώσουν την επίδρασή της.

- Την **ποσότητα της ενίσχυσης**, η οποία χορηγείται σε κάθε περίπτωση. Αυτή θα πρέπει να είναι αρκετά μεγάλη, ώστε να είναι πραγματικά ενισχυτική, αλλά όχι τόσο μεγάλη ώστε να προκαλέσει σύντομα κορεσμό (Favell, 1977).
- Την **αποστέρηση της ενίσχυσης**, η οποία επιδρά με τον αντίθετο τρόπο σε σχέση με τον κορεσμό. Αυτή αυξάνει την αποτελεσματικότητα του ενισχυτή επειδή το παιδί δεν έχει πρόσφατα ενισχυθεί (Morgan & Jenson, 1998).
- Τη **σταθερότητα** με την οποία χορηγείται ένας ενισχυτής κάθε φορά που εμφανίζεται η επιθυμητή συμπεριφορά. Η σταθερότητα είναι κεντρικής σημασίας, ιδιαίτερα όταν επιδιώκεται η εκμάθηση νέων μορφών συμπεριφοράς. Για τη διατήρηση της συμπεριφοράς προτιμάται συνήθως η μερική μεταβαλλόμενη ενίσχυση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Ερευνητικά δεδομένα έχουν καταδείξει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διακρίνονται από μειωμένη ικανότητα διατήρησης της προσοχής όταν η ενίσχυση δεν είναι συστηματική (Aase & Sagvolden, 2006). Για το λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντική η σταθερότητα και η αμεσότητα της ενίσχυσης. Σύμφωνα με τους Vollmer & Wright (2003), τα βασικά στοιχεία ενός προγράμματος ενίσχυσης θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Τη **λειτουργική ανάλυση** της προβληματικής συμπεριφοράς, κατά τη διάρκεια της οποίας θα πρέπει να εντοπίζονται οι ενισχυτές οι οποίοι τη συντηρούν.
- Την **εφαρμογή** ενός προγράμματος στα πλαίσια του οποίου να προσφέρεται σταθερή ενίσχυση, προκειμένου να επιτευχθεί γρήγορη αλλαγή.
- Τη **σταδιακή μείωση της ποσότητας** και του χρόνου παροχής των ενισχυτών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.4.2. Η αρνητική ενίσχυση

Η αρνητική ενίσχυση αναφέρεται στην αύξηση της πιθανότητας επανεμφάνισης μιας συμπεριφοράς με την απομάκρυνση ενός αποστροφικού ερεθίσματος, αμέσως μόλις εμφανιστεί η συμπεριφορά (Kazdin, 2001).

19.4.3. Το σύστημα των ανταλλάξιμων αμοιβών.

Με το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών, ο θεραπευτής μπορεί να προκαλέσει όχι μόνο την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς, για παράδειγμα τη συγκέντρωση της προσοχής ή την παραμονή του παιδιού στην καρέκλα για ορισμένο χρονικό διάστημα,

αλλά και τον περιορισμό της αρνητικής συμπεριφοράς, μέσω της στέρησης προνομίων. Το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών αποτελεί ένα σύστημα συμβολικής ενίσχυσης, στο οποίο τη θέση της άμεσης ενίσχυσης μπορεί να λαμβάνουν κουπόνια, αυτοκόλλητα, ή σφραγίδες, τα οποία τα παιδιά μπορεί να ανταλλάξει στη συνέχεια με κάποιον ενισχυτή. Με τον τρόπο αυτό παρέχεται άμεση ανατροφοδότηση και ενίσχυση στο παιδί για τις επιθυμητές του αντιδράσεις, ακόμα και σε συνθήκες όπου η άμεση ενίσχυση με κάποιον ενισχυτή δεν είναι εφικτή, ενώ παράλληλα αποφεύγεται ο κορεσμός, ο οποίος θα επερχόταν με τη συχνή παροχή κάποιου ενισχυτή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Με τη χρήση αυτής της τεχνικής, μπορεί επίσης να αποφευχθεί η διακοπή της δραστηριότητας με την οποία ασχολείται το παιδί. Για παράδειγμα, στην περίπτωση που θέλουμε να ενισχύσουμε ένα παιδί επειδή έγραψε σωστά μία λέξη στην ορθογραφία, θα προκαλέσουμε πιθανότατα διάσπαση της προσοχής του, αν του δώσουμε εκείνη τη στιγμή σοκολατάκι. Επιπλέον, το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών μας επιτρέπει να προσαρμόζουμε το μέγεθος της ενίσχυσης στο μέγεθος των επιτευγμάτων του παιδιού. Για παράδειγμα, η αγορά ενός παιχνιδιού θα ήταν δυσανάλογα μεγάλη, για την ολοκλήρωση μιας άσκησης. Η κάθε άσκηση θα μπορούσε να ενισχύεται με ένα αυτοκόλλητο και στη συνέχεια ένας αριθμός αυτοκόλλητων να αντιστοιχεί στην αγορά ενός συγκεκριμένου παιχνιδιού (Αγγέλη, 2011; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Συνήθως, τα προγράμματα ενίσχυσης διαμορφώνονται έτσι ώστε, ανά συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, να έχουν συγκεντρωθεί αρκετά αυτοκόλλητα ή σφραγίδες τα οποία να ανταλλαχθούν στη συνέχεια με συγκεκριμένους ενισχυτές (Lauth, 2000). Ένας εναλλακτικός τρόπος εφαρμογής του συστήματος των ανταλλάξιμων αμοιβών, θα μπορούσε να είναι η διάθεση στο παιδί ορισμένων αυτοκόλλητων ή κουπονιών πριν από την έναρξη κάθε συνεδρίας και η αφαίρεση ενός από αυτά κάθε φορά που το παιδί παραβιάζει κάποιον κανόνα από αυτούς που έχουν τεθεί. Τα αυτοκόλλητα ή κουπόνια τα οποία έχουν απομείνει στο παιδί στο τέλος της συνεδρίας, μπορούν να ανταλλαχθούν με κάποια προνόμια, αντικείμενα ή δραστηριότητες που έχουν προσυμφωνηθεί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.4.4. Η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς

Για την εκμάθηση συμπεριφορών οι οποίες δεν υπάρχουν στο ρεπερτόριο του παιδιού, χρησιμοποιούνται συνήθως οι τεχνικές της σταδιακής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, της παροχής τμηματικής βοήθειας και της μίμησης προτύπου.

Στα πλαίσια της προσπάθειας σταδιακής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, ενισχύουμε κάθε συμπεριφορά που μοιάζει με την τελική *συμπεριφορά-στόχο* (Gelfand & Hartmann, 1984) ή κάθε βήμα προς αυτή (Gena & Taylor, 1993). Πιο συγκεκριμένα, η απόσταση ανάμεσα στη συμπεριφορά που παρουσιάζει το παιδί και στην επιθυμητή χωρίζεται σε μικρά βήματα, το καθένα εκ των οποίων αποτελεί τη *συμπεριφορά-στόχο* για την οποία ενισχύεται το παιδί. Αν ένας στόχος είναι δύσκολο να επιτευχθεί, τον διαιρούμε εκ νέου σε επιμέρους στόχους. Σύμφωνα με τον Ferguson (2003), τα προγράμματα σταδιακής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν τα ακόλουθα στάδια:

- Επιλέγεται η *συμπεριφορά-στόχος*. Για παράδειγμα, το παιδί δεν πρέπει να σηκώνεται καθόλου από την καρέκλα του κατά τη διάρκεια του μαθήματος, πρέπει να συγκεντρώνεται για 15 λεπτά, κλπ.
- Αξιολογείται το υπάρχον επίπεδο δεξιοτήτων του παιδιού ως προς τη συμπεριφορά-στόχο, δηλαδή προσδιορίζεται η «γραμμή βάσης» σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της επιθυμητής συμπεριφοράς και τη διάρκειά της. Για παράδειγμα, μπορεί να διαπιστώσουμε ότι το παιδί σηκώνεται τουλάχιστον τρεις φορές σε κάθε διδακτική ώρα ή ότι μπορεί να συγκεντρωθεί μόνο για τρία λεπτά.
- Επιλέγεται η πρώτη συμπεριφορά-στόχος. Για παράδειγμα, ως αρχικός στόχος τίθεται το να παραμείνει το παιδί καθισμένο στην καρέκλα του για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κατά την ώρα του μαθήματος ή να παραμείνει συγκεντρωμένο για πέντε λεπτά ή και λιγότερο, ανάλογα με τις δυνατότητές του.
- Επιλέγονται οι κατάλληλοι ενισχυτές. Για παράδειγμα, αν το παιδί επιτύχει το στόχο, ο θεραπευτής ή ο δάσκαλος του βάζει μια σφραγίδα πάνω σε μια κάρτα που έχει δημιουργηθεί για αυτό το σκοπό.
- Εφαρμόζεται πρόγραμμα συνεχούς ενίσχυσης, δηλαδή ενισχύεται κάθε επιτυχημένη προσπάθεια προσέγγισης της συμπεριφοράς στόχου.
- Μόλις η επιθυμητή συμπεριφορά κατακτηθεί, η παρεχόμενη ενίσχυση μετατρέπεται από συνεχή σε μεταβαλλόμενη, δηλαδή ενισχύονται μόνο ορισμένες από τις επιτυχημένες προσπάθειες. Στη συνέχεια, ορίζεται η επόμενη συμπεριφορά-στόχος, η οποία είναι λίγο πιο δύσκολη σε σχέση με τη συμπεριφορά που έχει κατακτηθεί. Οι συμπεριφορές στόχοι πρέπει να είναι διαβαθμιζόμενης δυσκολίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.4.5. Η παροχή τμηματικής βοήθειας

Μερικές φορές χρειάζεται να παρασχεθεί τμηματική βοήθεια στο παιδί προκειμένου να δρομολογηθεί η εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς (Morgan & Jenson, 1998). Η τμηματική βοήθεια προηγείται της συμπεριφοράς-στόχου και αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισής της (Gena & Taylor, 1993). Στην πορεία της παρέμβασης, αυτή αποσύρεται σταδιακά, προκειμένου να μπορέσει το παιδί να εκδηλώνει πλέον την επιθυμητή συμπεριφορά ως αποτέλεσμα των φυσικών ερεθισμάτων που προηγούνται αυτής και να αποφευχθεί έτσι το φαινόμενο της εξάρτησης από την τμηματική βοήθεια (Gena & Taylor, 1993). Στο πλαίσιο της διαδικασίας αυτής, ο ενήλικας μπορεί να καθοδηγήσει την εκτέλεση μιας δραστηριότητας, να κατευθύνει την επίλυση περίπλοκων προβλημάτων μέσω ερωτήσεων (π.χ. «πως θα μπορούσες τώρα να προχωρήσεις») ή να λειτουργήσει ως πρότυπο για το παιδί (Lauth, 2000; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Δύο παραδείγματα εφαρμογής της τεχνικής αυτής στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ είναι τα εξής: Προκειμένου να μάθει το παιδί με ΔΕΠ-Υ να απαντά σε ερωτήσεις αφού πρώτα σκεφτεί και όχι παρορμητικά, μπορεί ο θεραπευτής σε αρχικό στάδιο να κάνει ένα νεύμα ή να πει στο παιδί αμέσως μετά τη διατύπωση της ερώτησης τη φράση «σκέψου πρώτα». Επίσης, προκειμένου να μάθει το παιδί να συγκεντρώνεται και να κατανοεί περίπλοκες οδηγίες, ο θεραπευτής μπορεί να «σπάει» τις οδηγίες σε μικρότερα κομμάτια και να επαναλαμβάνει δύο φορές το κάθε κομμάτι (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.4.6. Η μίμηση προτύπου

Η μίμηση προτύπου αναφέρεται στην εκμάθηση νέων μορφών συμπεριφοράς. Το παιδί ενθαρρύνεται να παρακολουθήσει πρώτα ένα πρότυπο, το οποίο θα μπορούσε να είναι ο θεραπευτής, ο γονέας ή κάποιος συμμαθητής του, και στη συνέχεια, καλείται να μιμηθεί τη συμπεριφορά του προτύπου (Bandura, 1973). Για παράδειγμα, ο γονέας που θέλει να μάθει στο παιδί του να μην είναι υπερβολικά αυστηρό με τον εαυτό του όταν κάνει λάθη, μπορεί ο ίδιος να κάνει εσκεμμένα κάποια λανθασμένη κίνηση και στη συνέχεια να πει: «Αυτά συμβαίνουν. Ας πάρω μερικές βαθιές ανάσες για να σκεφτώ πως θα το αντιμετωπίσω» (Αγγελή, 2011; Friedberg et al., 2009). Η τεχνική της μίμησης προτύπου χρησιμοποιείται συχνά στα πλαίσια της εκπαίδευσης των παιδιών σε κοινωνικές δεξιότητες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.5. Μείωση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς

19.5.1. Η απόσβεση

Η απόσβεση αναφέρεται στη διακοπή της ενίσχυσης μιας συμπεριφοράς η οποία έχει ως αποτέλεσμα να μειωθεί η πιθανότητα επανεμφάνισής της στο μέλλον (Kazdin, 2001; Martin & Pear, 2003). Αν μια συμπεριφορά η οποία μέχρι κάποια στιγμή ενισχυόταν, σταματήσει πια να ενισχύεται αναμένεται η σταδιακή εξάλειψή της. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί εκδηλώσει διασπαστική συμπεριφορά την ώρα της μελέτης (π.χ. κάνει συχνά άσχετες ερωτήσεις) με στόχο να αποφύγει την αυξημένη νοητική προσπάθεια που απαιτείται, τότε ο γονέας ή ο δάσκαλος που το βοηθά πρέπει να συνεχίσει τη διαδικασία της μελέτης χωρίς να ενδώσει και να απαντήσει ή έστω να σχολιάσει τις άσχετες ερωτήσεις του παιδιού. Αυτή η τακτική θα έχει ως αποτέλεσμα να μην ενισχυθεί η διασπαστική συμπεριφορά του παιδιού και να αποσβεστεί σταδιακά. Ταυτόχρονα, ο γονέας ή ο δάσκαλος πρέπει να προγραμματίσει σύντομα ένα διάλλειμα από τη μελέτη, το οποίο όμως θα φροντίσει να πραγματοποιηθεί αμέσως μετά την εκδήλωση μιας λειτουργικής συμπεριφοράς εκ μέρους του παιδιού, όταν αυτό απαντήσει σωστά σε μια ερώτηση και όχι μετά την εκδήλωση μιας διασπαστικής συμπεριφοράς, για παράδειγμα όταν το παιδί στριφογυρίζει στην καρέκλα ενώ διαβάζει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Βέβαια, σε ορισμένες περιπτώσεις αρνητικών μορφών συμπεριφοράς, όπως η έντονα επιθετική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, η χρήση της απόσβεσης δεν ενδείκνυται, καθότι μπορεί να κινδυνεύει η σωματική ακεραιότητα του παιδιού ή κάποιου άλλου εξαιτίας της προβληματικής συμπεριφοράς. Στις περιπτώσεις αυτές ενδείκνυται η διακοπή της χρήσης των θετικών ενισχύσεων (Αγγελή, 2011).

19.5.2. Η τιμωρία

Η τιμωρία αναφέρεται στα επακόλουθα μιας συμπεριφοράς τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα να μειωθεί η πιθανότητα επανεμφάνισής της (Kazdin, 2001; Martin & Pear, 2003). Ωστόσο, για να εφαρμοστεί η τιμωρία χρειάζεται να ληφθούν υπόψη οι εξής παράγοντες (Αγγελή & Βλάχου, 2004):

α) Η τιμωρία στοχεύει στη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης μιας αρνητικής συμπεριφοράς και όχι στη μείωση του ίδιου του παιδιού.

β) Η τιμωρία πρέπει να δίνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την εκδήλωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, σε κλίμα σταθερότητας και ηρεμίας εκ μέρους του γονέα.

γ) Η τιμωρία θα πρέπει να είναι σύντομη, κατανοητή από το παιδί και να έχει σαφή ώρα λήξης.

δ) Τέλος, επισημαίνεται πως η τιμωρία είναι καλό να εφαρμόζεται μόνο σε περιπτώσεις όπου τα προγράμματα ενίσχυσης και απόσβεσης αποδεικνύονται ανεπαρκή στην προσπάθεια περιορισμού των δυσλειτουργικών μορφών συμπεριφοράς.

Οι κυριότερες μορφές τιμωρίας αφορούν στην *αφαίρεση προνομίων, τη διακοπή των θετικών ενισχύσεων και την υπερδιόρθωση.*

Η αφαίρεση προνομίων αποτελεί στην ουσία μια μορφή τιμωρίας η οποία μπορεί να οδηγήσει στον περιορισμό των ακατάλληλων μορφών συμπεριφοράς. Χρησιμοποιείται συνήθως σε περιπτώσεις στις οποίες τα παιδιά έχουν κερδίσει ήδη προνόμια ή ανταμοιβές για κάποιες μορφές συμπεριφοράς που θεωρήθηκαν κατάλληλες ή σωστές (Iwata & Bailey, 1974). Πριν από αυτή την εφαρμογή θα πρέπει να εφαρμοστεί το πρόγραμμα θετικής ενίσχυσης, ώστε θετικές μορφές συμπεριφοράς να επιβραβεύονται. Σε κάθε περίπτωση το παιδί θα πρέπει να ξέρει τι θα χάσει με τη λάθος συμπεριφορά, δηλαδή να είναι επακριβώς σχεδιασμένο το τι θα χάσει ο μαθητής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η διακοπή των θετικών ενισχύσεων είναι μια διαδικασία με την οποία το παιδί αποκλείεται προσωρινά από τις ευκαιρίες να λάβει ενίσχυση (Sloane et al., 1979). Για την επιτυχή εφαρμογή της, είναι απαραίτητο να εξηγήσουμε όλη τη διαδικασία της συγκεκριμένης τεχνικής, καθώς και τους λόγους για τους οποίους θα την εφαρμόσουμε, εφόσον χρειαστεί. Διακόπτουμε την εφαρμογή μόνο εφόσον το παιδί έχει ηρεμήσει. Σε διαφορετική περίπτωση δε διακόπτουμε γιατί το παιδί μαθαίνει ότι όταν γελάει, τσιρίζει ή φωνάζει μπορεί να συμπεριφέρεται με λάθος τρόπο (Αγγελή, 2011; Αγγελή & Βλάχου, 2004).

Η υπερδιόρθωση γίνεται με προσπάθεια επιστροφής στην αρχική κατάσταση πριν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά του παιδιού. Αν για παράδειγμα το παιδί έχει ρίξει όλα τα παιχνίδια του στο δωμάτιο του θα πρέπει να τα τοποθετήσει ξανά στη θέση τους και να καθαρίσει το δωμάτιο. Επίσης, ένας άλλος τρόπος αφορά στην επανάληψη της επιθυμητής συμπεριφοράς. Εάν αφήνει τη ζακέτα του σε διάφορα σημεία του σπιτιού θα πρέπει να του ζητηθεί να την κρεμάσει τέσσερις φορές αφού πρώτα του εξηγήσουμε για ποιο λόγο του το ζητάμε (Αγγελή, 2011; Αγγελή & Βλάχου, 2004).

Από τις διάφορες μορφές τιμωρίας, η αφαίρεση προνομίων έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. (Carlson, Mann & Alexander, 2000). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ενίσχυση και την επιβράβευση παρά στην τιμωρία (Luman, Meel, Oosterlaan & Geurts, 2011). Άλλωστε είναι γεγονός ότι όταν κάποιος είναι καλός γνώστης των τεχνικών της ενίσχυσης σπάνια χρησιμοποιεί την τιμωρία.

19.5.3. Δεξιότητες αυτοδιαχείρισης

Οι στρατηγικές που στοχεύουν στον αυτοέλεγχο ή την αυτοδιαχείριση ανήκουν στις τεχνικές στις οποίες πολλοί επιστήμονες έχουν εναποθέσει ελπίδες προκειμένου να επιτευχθεί η επιθυμητή συμπεριφορά. Οι δεξιότητες αυτές εστιάζουν στον έλεγχο που θα πρέπει να έχει το παιδί στη συμπεριφορά του με τη βοήθεια των συμπεριφορικών τεχνικών. Όλο αυτό στοχεύει στο να μεταφερθεί ο έλεγχος από τα άτομα που εμπλέκονται στη θεραπεία στο ίδιο το παιδί. (Rosenbaum & Drabman, 1979). Μέσα από αυτή τη διαδικασία το παιδί γίνεται λιγότερο εξαρτημένο (Frith & Armstrong, 1986; Rehm & Adams, 2003). Οι τεχνικές απόσβεσης δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης είναι πιο ανθεκτικές στην απόσβεση (Kanfer & Duerfeld, 1967; Rosenbaum & Drabman, 1979).

Οι δεξιότητες αυτοδιαχείρισης γίνονται με μια σειρά από δεξιότητες αυτοπαρατήρησης και αυτοκαταγραφής, αυτοκαθορισμού της ενίσχυσης, της αυτοκαθοδήγησης, της αυτοαξιολόγησης, της αυτοαπόδοσης της ενίσχυσης και της αυτοτιμωρίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.5.4. Η αυτοπαρατήρηση

Με την τεχνική της αυτοπαρατήρησης το παιδί μπαίνει σε μια διαδικασία αυτοκαταγραφής και αυτοαξιολόγησης. Μέσα από τη διαδικασία της αυτοπαρατήρησης, το παιδί εκπαιδύεται στο να παρατηρεί συγκεκριμένες πλευρές της συμπεριφοράς του και να προσπαθεί να τις καταγράψει αντικειμενικά. Η καταγραφή της συμπεριφοράς μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με τη βοήθεια κάποιου άλλου προσώπου είτε με τη βοήθεια κάποιου μηχανήματος (π.χ. μαγνητοφώνου). Το παιδί καλείται, για παράδειγμα, να σημειώσει σε μια σελίδα αν μέχρι την ώρα που ακούστηκε ο ήχος διασπάστηκε η προσοχή του ή ήταν συγκεντρωμένο σε αυτό που έκανε. Το παιδί μπορεί να βαθμολογήσει τον εαυτό του με (+) και (-) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Με τον τρόπο αυτό έχει ενεργητικό ρόλο στην εμφάνιση ή μη των συμπεριφορών στόχων, κάτι που το βοηθά να έχει μεγαλύτερη αυτορρυθμιστική ικανότητα (Braswell &

Bloomquist, 1991). Η αυτοπαρατήρηση χρησιμοποιείται για τη βελτίωση των σχολικών δεξιοτήτων και την αύξηση της σχολικής επίδοσης (Lovitt, 1973) και παράλληλα βοηθά στη μείωση της αναβλητικότητας και της διάσπασης της προσοχής, ενισχύοντας την επιδιωκόμενη συμπεριφορά (Heidt & Marx, 2003). Επίσης, η αυτοπαρατήρηση μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της όταν συνδυαστεί με προγράμματα αυτοενίσχυσης (Braswell & Bloomquist, 1991; Heidt & Marx, 2003; Rhode, Morgan & Young, 1983; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.5.5. Η αυτοενίσχυση

Με τη μέθοδο αυτή μεταφέρεται η ευθύνη της συμπεριφοράς από τους σημαντικούς άλλους στο ίδιο το παιδί (Shapiro & Cole, 1994). Με την τεχνική αυτή το παιδί έχει την ευθύνη να αξιολογήσει τον εαυτό του, ώστε να ενισχύσει τη σωστή συμπεριφορά. Η δεξιότητα αυτή αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές μορφές της αυτοδιαχείρισης. Αρχικά, καλούνται μαθητής και δάσκαλος να αξιολογήσουν από κοινού τη συμπεριφορά του παιδιού με μια κλίμακα από 0 έως 5. Ο μαθητής κερδίζει βαθμούς όταν η αξιολόγηση του συμπίπτει με του δασκάλου. Σταδιακά ο δάσκαλος δε βαθμολογεί το μαθητή έτσι ώστε να ενισχυθεί η αυτονομία του μαθητή στη διαδικασία της αυτοαξιολόγησης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

19.5.6. Η αυτοκαθοδήγηση

Η αυτοκαθοδήγηση είναι μια διαδικασία κατά την οποία ο μαθητής κάνει λεκτικές δηλώσεις στον εαυτό του, προκειμένου να καθοδηγήσει, να κατευθύνει και να συμβάλλει στη διατήρηση της συμπεριφοράς του (O' Leary & Dubey, 1979). Το πρόγραμμα έχει διάφορα στάδια:

1. Ο θεραπευτής λειτουργεί ως μοντέλο και παρουσιάζει προφορικά τις οδηγίες προς τον εαυτό του. «Πρέπει να απαντήσω σε αυτή την ερώτηση... Πρώτα ακούω προσεκτικά. Μετά σταματάω, σκέφτομαι την απάντηση και μετά απαντάω»
2. Το παιδί εκτελεί την ίδια δραστηριότητα με την καθοδήγηση του συντονιστή. «Τώρα θα το κάνεις εσύ: άκου την ερώτηση. Σταμάτα...Σκέψου...Τώρα δώσε την απάντησή σου».
3. Το παιδί επιχειρεί τη δραστηριότητα εκφέροντας δυνατά τις οδηγίες στον εαυτό του. Για παράδειγμα λέει: «Άκου την ερώτηση. Σταματάω... Σκέφτομαι... Απαντάω».

4. Το παιδί εκτελεί τη δραστηριότητα, εκφέροντας ψιθυριστά τις οδηγίες.
5. Το παιδί εκτελεί τη δραστηριότητα ενώ καθοδηγεί τον εαυτό του με εσωτερικευμένο λόγο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τα ερευνητικά δεδομένα δεν τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της τεχνικής. Για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα θα πρέπει να συνδυάζεται με τεχνικές αυτοπαρατήρησης και αυτοενίσχυσης (Erwin, Bankert & DuPaul, 1996; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

20. Γνωσιακές-Συμπεριφορικές παρεμβάσεις της οικογένειας παιδιών με ΔΕΠ-Υ

20.1. Γενικά

Η ύπαρξη ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις των μελών της (Biederman et al., 1992).

Σε παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ οι δυσκολίες μπορεί να αφορούν τόσο σε προβλήματα εναντιωτικής συμπεριφοράς όσο και σε προβλήματα διαγωγής, κάτι που μπορεί να είναι αποτέλεσμα τόσο των κακών ενδοοικογενειακών σχέσεων, όσο και της χρήσης αναποτελεσματικών μεθόδων διαπαιδαγώγησης (National Collaborating Centre for mental Health, 2009). Για την απαιτητική και προκλητική συμπεριφορά αυτών των παιδιών μπορεί να ευθύνεται η ανάγκη προσοχής με ακατάλληλο τρόπο. Έτσι, οι μητέρες των παιδιών αυτών αυξάνουν τις απαιτήσεις τους, στέκονται περισσότερο στις αρνητικές συμπεριφορές των παιδιών τους και δεν επιβραβεύουν όσο πρέπει τις θετικές συμπεριφορές. Χρησιμοποιούν αρκετά συχνά την επίπληξη και την τιμωρία (Woodward, Taylor & Dowdney, 1998). Νιώθουν ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Παρατηρούνται λοιπόν, δυσλειτουργία στην οικογένεια και υψηλά επίπεδα άγχους, σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και ψυχοπαθολογία των γονιών. Τα προβλήματα πολλαπλασιάζονται στις περιπτώσεις που το παιδί με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει παράλληλα και διαταραχή διαγωγής ή εναντιωτική προκλητική διαταραχή (Deault, 2010). Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα, η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ παιδιών και γονιών να χειροτερεύει (Woodward et al., 1998; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η εχθρική στάση των γονιών περιορίζεται όταν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μειώνονται με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (Schachar et al., 1997).

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται υποστήριξη μέσα από εξειδικευμένα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που ακόμη και η φαρμακευτική αγωγή είναι αναποτελεσματική (Danforth et al., 2006). Βέβαια ακόμη και οι γονείς των παιδιών που ανταποκρίνονται στα φάρμακα μπορούν να επωφεληθούν από τέτοιου είδους παρεμβάσεις, μιας και η δράση των φαρμάκων ατονεί

όταν τα παιδιά είναι στο σπίτι και δε χορηγείται καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου (Willis, 2003).

Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν και την ψυχοεκπαίδευση. Συγκεκριμένα, γίνεται προσπάθεια να ενημερωθούν οι γονείς για τη φύση της διαταραχής, καθώς επίσης και να εκπαιδευτούν στην εκμάθηση τεχνικών υπό την καθοδήγηση του θεραπευτή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

20.2. Ψυχοεκπαίδευση

Η ψυχοεκπαίδευση αναφέρεται στην ενημέρωση των γονέων για τη φύση της διαταραχής και στην προσπάθεια εκπαίδευσής τους σε βασικές αρχές συμπεριφορικών τεχνικών. Επίσης, περιλαμβάνει την προσπάθεια σύνδεσης των διάφορων προβλημάτων που αντιμετωπίζει το παιδί και η οικογένειά του και την απόπειρα να διευκρινιστούν οι αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ τους. Μια μετα-ανάλυση ερευνών σχετικά με την ψυχοεκπαίδευση των γονέων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ κατέδειξε τη σημαντική της συμβολή στη θετική έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης (Montoya, Colom & Ferrin, 2010; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

20.3. Ενημέρωση για τη φύση της ΔΕΠ-Υ

Η ενημέρωση των γονιών από τους ειδικούς για τη φύση της ΔΕΠ-Υ είναι βασικό στοιχείο για όλα τα σχέδια παρέμβασης. Μέσα από τη γνώση οι γονείς καθίστανται ικανοί να συμβάλλουν στην τήρηση της θεραπευτικής παρέμβασης και στο σπίτι (Cheng & Jethmalani, 2009). Η ενημέρωση θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω πληροφορίες:

- ❖ Η ΔΕΠ-Υ έχει γενετική προέλευση.
- ❖ Τα συμπτώματα που εντοπίζονται στη διαταραχή μπορεί να βρεθούν και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά αλλά περιστασιακά. Η διαφορά εντοπίζεται στο ότι στην πρώτη περίπτωση τα συμπτώματα είναι πιο έντονα και σταθερά στο χρόνο, ενώ παράλληλα επηρεάζουν αρνητικά τις προσαρμοστικές τους ικανότητες και τη λειτουργικότητά τους.

- ❖ Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν παρουσιάζουν δυσκολίες συγκέντρωσης της προσοχής, κυρίως σε δραστηριότητες για τις οποίες έχουν υψηλό ενδιαφέρον π.χ. ηλεκτρονικά παιχνίδια, αθλητισμό κλπ.
- ❖ Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις.
- ❖ Για τα συμπτώματα δεν ευθύνεται ούτε το παιδί αλλά ούτε οι γονείς.
- ❖ Πολλές φορές η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει.
- ❖ Η διάγνωση μπορεί να συνοδεύει το παιδί και στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή.
- ❖ Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά τόσο στον έλεγχο των συμπτωμάτων όσο και στον περιορισμό των δευτερογενών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τις κακές διαπροσωπικές σχέσεις και τις μαθησιακές δυσκολίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

20.4. Εκπαίδευση στις συμπεριφορικές τεχνικές

Στα πλαίσια της εκπαίδευσης των γονέων γίνεται προσπάθεια να αντιληφθούν τη φύση και τους κανόνες που διέπουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους και πώς εκείνοι είναι ικανοί να συμβάλλουν είτε στη βελτίωση είτε στην επιδείνωση της. Γίνεται δηλαδή προσπάθεια ώστε οι γονείς να γίνουν περισσότερο επαρκείς και να δημιουργήσουν μια πιο αποτελεσματική επικοινωνία (Nice, 2009).

Το δεύτερο κομμάτι της παρέμβασης αναφέρεται στην εκπαίδευση στο γνωσιακό μοντέλο. Πολλές φορές, οι γονείς αισθάνονται ότι είναι ανεπαρκείς και ότι κάνουν λάθος χειρισμούς, κάτι που τους δημιουργεί έντονο αίσθημα ενοχής. Άλλες φορές ενοχοποιούν το παιδί τους για τη δύσκολη συμπεριφορά του και τελικά φέρονται αυστηρά ή εχθρικά (Maniadaki, Sonuga-Barke & Kakouros, 2005).

Τέλος, γίνεται προσπάθεια να αντιληφθούν ότι οι σκέψεις τους συνδέονται με τα συναισθήματά τους και πως πολλές από αυτές είναι απλά μια δική τους εκτίμηση που μπορεί να μην ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα (Friedberg, McClure & Hillwing Garcia, 2009).

20.5. Βασικοί κανόνες για τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Σύμφωνα με τις βασικές αρχές του μοντέλου ανάλυσης της συμπεριφοράς και του γνωσιακού μοντέλου για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, είναι δυνατή η διατύπωση ορισμένων κανόνων με την υιοθέτηση και εφαρμογή των οποίων μπορεί να διευκολυνθεί σημαντικά η καθημερινότητα τους και η βελτίωση της σχέσης τους με το παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Γενικές πρακτικές οδηγίες προς τους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ:

- ❖ Αποδεχτείτε τα όρια του παιδιού σας. Κάθε παιδί χρειάζεται την αγάπη, την αποδοχή και τη στοργή των οικείων του.
- ❖ Καθιερώστε και διατηρείστε ένα πρόγραμμα.
- ❖ Επικοινωνήστε με σαφήνεια ένα πρόγραμμα.
- ❖ Προσπαθήστε να είστε συνεπείς.
- ❖ Προσπαθήστε να είστε υπομονετικοί.
- ❖ Δώστε στο παιδί ευκαιρίες να ασχοληθεί με αγαπημένες του δραστηριότητες.
- ❖ Προστατέψτε το από την αρνητική αντίδραση τρίτων που πιθανώς ενοχλούνται από τη συμπεριφορά του.
- ❖ Η «επιθυμητή» συμπεριφορά προϋποθέτει ένα θετικό περιβάλλον, χωρίς ερεθίσματα που διασπούν την προσοχή, πλούσιο σε θετικούς ενισχυτές και θετική ανατροφοδότηση.
- ❖ Αποφύγετε τη σωματική τιμωρία.
- ❖ Προσαρμόστε τις απαιτήσεις σας στις δυνατότητες του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Πρακτικές οδηγίες για τη μελέτη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ:

- ❖ Καθορίστε ρουτίνα και ένα πρόγραμμα μελέτης, ορίστε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο, και προσπαθήστε να τα ακολουθήσετε όσο το δυνατόν πιο πιστά. Μην επιτρέπετε να ξεκινάει το παιδί το διάβασμα αργά το απόγευμα.
- ❖ Περιορίστε τα ερεθίσματα τα οποία αποσπούν την προσοχή του στο σπίτι την ώρα της μελέτης, για παράδειγμα αποφύγετε θορύβους, κλείστε την τηλεόραση, μειώστε την ένταση του τηλεφώνου.

- ❖ Βοηθήστε το παιδί να χωρίσει τις εργασίες του σε μικρότερα κομμάτια ή ενότητες, έτσι ώστε η μελέτη να είναι πιο εύκολη και λιγότερο κουραστική.
- ❖ Βοηθήστε το παιδί να ξεκινήσει με τις εργασίες, διαβάζοντας μαζί τις οδηγίες και κάνοντας μαζί τα πρώτα βήματα. Στη συνέχεια, παρατηρήστε το καθώς προχωράει στην επόμενη άσκηση και σταδιακά απομακρυνθείτε.
- ❖ Παρακολουθείστε το παιδί και δώστε ανατροφοδότηση, χωρίς να κάνετε όλη τη δουλειά μαζί. Ο στόχος είναι να προσπαθεί το παιδί όσο το δυνατό περισσότερο μόνο του, με στόχο να αποκτήσει κάποια στιγμή πλήρη αυτονομία στη μελέτη του.
- ❖ Ενισχύστε και επαινέστε το παιδί όταν προσπαθεί και ολοκληρώνει τις ασκήσεις του. Η βοήθεια στην επισήμανση και στη διόρθωση των λαθών στις ασκήσεις είναι θεμιτή και κατάλληλη όταν γίνεται με υποστηρικτικό και όχι επικριτικό τρόπο.
- ❖ Δεν είναι δική σας ευθύνη να παραδίδει τέλειες ασκήσεις ή να διορθώνετε όλα τα λάθη στις εργασίες του.
- ❖ Υπενθυμίστε στο παιδί να κάνει τις εργασίες του και προσφέρετέ του κίνητρα «Όταν τελειώσεις το διάβασμα, τότε μπορείς..»
- ❖ Μπορείτε να συμφωνήσετε με το παιδί υπογράφοντας ένα είδος συμβολαίου για μεγαλύτερο κίνητρο, σαν ένα μέρος ενός σχεδίου για να το κινητοποιήσετε ώστε να επιμένει στην ολοκλήρωση του διαβάσματος του (αν ολοκληρώνεις το διάβασμα σου στην ώρα σου αυτή την εβδομάδα, τότε θα κερδίσεις...)
- ❖ Ενημερώστε το δάσκαλο για την απογοήτευση και το επίπεδο ανοχής του το προηγούμενο απόγευμα. Εκείνος γνωρίζει το εύρος του χρόνου που απαιτείται για να ολοκληρώσει το διάβασμά του και το είδος των προσπαθειών που κάνετε στο σπίτι για να το βοηθήσετε.
- ❖ Βοηθήστε το παιδί να προετοιμαστεί για τα τεστ. Μελετήστε μαζί. Εξετάστε το με διάφορους τρόπους
- ❖ Δουλέψτε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και μετά σταματήστε. Μην αναγκάζετε το παιδί να αφιερώνει υπερβολικό χρόνο στη σχολική μελέτη. Αν νιώθετε ότι διάβασε αρκετά για ένα απόγευμα, ακόμα και αν δεν τελείωσε τα μαθήματά του, σταματήστε. Γράψτε ένα σημείωμα για τη δασκάλα/ ή το δάσκαλο.
- ❖ Βεβαιωθείτε ότι τα τετράδια και τα βιβλία του είναι μέσα στην τσάντα. Είναι πολύ συνηθισμένο για τους μαθητές με διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα να μην παραδίδουν τις εργασίες τους.

- ❖ Για μεγάλες εργασίες που απαιτούν πολύ χρόνο για να ολοκληρωθούν, καλό θα ήταν να καταστρώσετε ένα πλάνο. Ζητείστε από το σχολείο τις απαιτήσεις της εργασίας, κάντε μια λίστα και αναρτήστε την στο σπίτι. Σημειώστε την ημερομηνία παράδοσης σε ένα ημερολόγιο. Μετά σχεδιάστε πως θα χωρίσετε την εργασία σε μικρότερα, πιο εύκολα κομμάτια, προγραμματίζοντας τα επιμέρους βήματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

20.6. Ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης για γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Εκτός από τις ατομικές συνεδρίες οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορούν να συμμετάσχουν και σε ομαδικά προγράμματα παρέμβασης. Η διαχείριση της συμπεριφοράς και η συντελεστική μάθηση είναι βασικές αρχές πάνω στις οποίες βασίζονται αυτά τα προγράμματα (Barkley, 1987; Braswell & Bloomquist, 1991). Βασικός σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι η ανάπτυξη συγκεκριμένων δεξιοτήτων έτσι ώστε να μειωθούν οι διασπαστικές συμπεριφορές και να βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ των γονιών και το παιδιού (Danforth, 1998).

Τα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων στοχεύουν στην αντικατάσταση του σκληρού και ασυνεπή τρόπου πειθαρχίας με πιο αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης της συμπεριφοράς. Για να μπορέσει να γίνει αυτό θα πρέπει οι γονείς να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τη συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Hupp et al., 2008).

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι σημαντικό να περιλαμβάνουν τεχνικές όπως το παιχνίδι ρόλων και τις στρατηγικές προαγωγής των σχέσεων γονέων -παιδιών. Τα προγράμματα αυτά δεν πρέπει να στοχεύουν απλώς στη διδασκαλία, αλλά να προσπαθούν να ενθαρρύνουν τους γονείς, προκειμένου να αναγνωρίσουν τους δικούς τους στόχους σε ότι αφορά στην ανατροφή και τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους (NICE, 2007). Είναι σημαντικό, οι τεχνικές να εμπλουτίζονται προκειμένου να μπορούν να τροποποιήσουν τη γονική αντίληψη (Mah & Johnston, 2008; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Για να είναι τα ομαδικά προγράμματα όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ορισμένοι παράγοντες :

- ❖ Η δομή, η διαδικασία και το πλαίσιο των προγραμμάτων εκπαίδευσης.

- ❖ Παράγοντες που σχετίζονται με τους γονείς π.χ. η ψυχοπαθολογία, τα προβλήματα στο γάμο, τα γνωστικά σχήματα και η συμμετοχή του πατέρα.
- ❖ Παράγοντες που σχετίζονται με το παιδί π.χ. το αναπτυξιακό του επίπεδο, η ενδεχόμενη συννοσηρότητα κ.α. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι η ενεργητική συμμετοχή των γονιών στο πρόγραμμα της θεραπευτικής προσέγγισης της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και εφήβους είναι ζωτικής σημασίας.

Ο γονιός θα πρέπει να διευκολύνεται να συνειδητοποιήσει ότι η αιτία βρίσκεται στο νευροβιολογικό υπόβαθρο και η εξέλιξη του παιδιού με τη διαταραχή καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις εμπειρίες που θα αποκτήσει στο πλαίσιο της οικογένειας και στο σχολείο. Αυτές οι εμπειρίες που θα αποκτήσουν από κοινού γονείς και παιδιά μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά στην καλύτερη δυνατή έκβαση της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

21. Πιθανή σχολική πορεία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ

Κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας τα παιδιά αποκτούν τις απαραίτητες κοινωνικές, συμπεριφορικές και γλωσσικές ικανότητες προκειμένου να μεταβούν ομαλά στο δημοτικό σχολείο. Από την άλλη πλευρά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, στην έναρξη της σχολικής τους πορείας φαίνεται να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν ικανοποιητικά στο δομημένο πλαίσιο της σχολικής τάξης και να συμμορφωθούν με τους κανόνες που τη διέπουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Το ιστορικό των δυσκολιών στην ανάπτυξη του λόγου που έχουν πολλά από αυτά τα παιδιά επιδρά δυσμενώς στις ικανότητες αναδυόμενου αλφαριθμητισμού, που σχετίζεται με τις δεξιότητες της ανάγνωσης και της γραφής (Whitehurst & Linigan, 1998). Αυτό σημαίνει ότι ξεκινούν με ελλειπείς ικανότητες την προσπάθειά τους να κατακτήσουν το μηχανισμό της ανάγνωσης. Έχει διαπιστωθεί ότι τα ελλείμματα στη φωνολογική αποκωδικοποίηση που είναι απαραίτητη για την εκμάθηση της ανάγνωσης συνδέονται με τη φωνολογική ενημερότητα, η οποία πολλές φορές είναι ελλειμματική στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Agaritou & Andreou, 2008; Gayan & Olson, 2001).

Στην τάξη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποφεύγουν την ενεργή συμμετοχή και εκδηλώνουν πολλές φορές διασπαστική συμπεριφορά, πράγμα που αποδιοργανώνει ολόκληρη την τάξη. Οι δυσκολίες αυτές αυξάνονται με το πέρασμα του χρόνου εξαιτίας της αύξησης των μαθησιακών κενών και της απογοήτευσης του παιδιού όταν συνειδητοποιεί ότι παρότι προσπαθεί οι επιδόσεις του δεν είναι οι αναμενόμενες.

Στη συσσώρευση των μαθησιακών κενών που προαναφέρθηκε, συμβάλλει η ελλιπής προετοιμασία του παιδιού στο σπίτι (Mautone, Lefler & Power, 2011). Η προετοιμασία για το σχολείο είναι μια επίπονη διαδικασία τόσο για τους γονείς, όσο και για το ίδιο το παιδί, και χαρακτηρίζεται από πολλά διαλείμματα, εντάσεις, κακή διαχείριση του χρόνου και διασπαστική συμπεριφορά (Rogers et al., 2009).

Κατά συνέπεια, για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ η προετοιμασία για το σχολείο δεν είναι μια δημιουργική απασχόληση, αλλά μια διαδικασία που τους προκαλεί έντονα αισθήματα άγχους και αποτυχίας. Οι γονείς των παιδιών αυτών αναφέρουν ότι δεν νιώθουν αποτελεσματικοί ως προς την ικανότητά τους να βοηθήσουν τα παιδιά (Hoza et al., 2000; Rogers et al., 2009). Το εύρημα αυτό εστιάζει κυρίως στους πατέρες, οι οποίοι είτε απασύρονται, είτε γίνονται αυταρχικοί στην προσπάθειά τους να συνεργαστούν με το

παιδί. Όπως είναι φυσικό, οι δυσκολίες αυτές εντείνονται όταν κάποιος από τους γονείς εμφανίζει και ο ίδιος συμπτώματα της διαταραχής. Ωστόσο, η απόσυρση των γονέων από την προσπάθεια στήριξης του παιδιού έχει δυσμενείς συνέπειες στη σχολική πορεία του παιδιού.

Με το πέρασμα του χρόνου και την αύξηση των σχολικών απαιτήσεων, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν εντονότερα τις συνέπειες των συνεχών παρατηρήσεων από γονείς και εκπαιδευτικούς με αποτέλεσμα να νιώθουν όλο και περισσότερο αισθήματα απογοήτευσης και απαξίας. Στη χειρότερη περίπτωση, μπορεί να οδηγηθούν στην παραίτηση και στην ολοκληρωτική εγκατάλειψη του σχολείου, ωστόσο αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις όπου οι γονείς αγνοούν τη διαταραχή του παιδιού και δεν έχουν λάβει την απαραίτητη καθοδήγηση από ειδικούς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σε κάθε περίπτωση, για την ομαλή σχολική πορεία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ οι σύγχρονες θεραπευτικές κατευθύνσεις προτείνουν τη συμμετοχή τόσο των γονέων, όσο και των εκπαιδευτικών, η οποία υπόσχεται θετικά αποτελέσματα τόσο στις σχολικές επιδόσεις, όσο και στη συμπεριφορά των παιδιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

22. Συμβουλευτική

22.1. Ειδικές γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ.

22.1.1. Έλεγχος συναισθημάτων

Η τεχνική αυτή στοχεύει στον έλεγχο των προγενόμενων της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Αφού εντοπίσουμε τις συνθήκες που προηγούνται της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, φροντίζουμε να τις τροποποιήσουμε ή να τις αποφύγουμε προκειμένου να προλάβουμε την εμφάνισή της (Αγγελή, 2011). Για την επίτευξη του σκοπού αυτού είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο θεραπευτής να δίνει συγκεκριμένες οδηγίες. Για παράδειγμα, προκειμένου να αποφευχθεί η διασπαστική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της μελέτης του παιδιού, ο θεραπευτής μπορεί να τονίσει στους γονείς πως το δωμάτιο όπου μελετά το παιδί θα πρέπει να είναι φωτεινό και το παιδί δεν θα πρέπει να περιτριγυρίζεται από αντικείμενα τα οποία θα μπορούσαν να του αποσπάσουν την προσοχή. Αντιθέτως, θα πρέπει να έχει στο γραφείο του μόνο το βιβλίο και το τετράδιο που χρειάζεται για το συγκεκριμένο μάθημα και να μην κυκλοφορούν άλλα άτομα στο χώρο κατά τη διάρκεια της μελέτης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Επίσης, είναι καθοριστικής σημασίας ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς διατυπώνουν τις οδηγίες τους στο παιδί. Είναι περισσότερο αποτελεσματικό όταν οι γονείς δίνουν στο παιδί μία εντολή κάθε φορά, ενώ παράλληλα επιβεβαιώνουν ότι εκείνο έχει κατανοήσει τι του ζητούν. Επίσης, η εντολή δε θα πρέπει να έχει ερωτηματική μορφή, π.χ. «θέλεις να καθίσεις ήσυχα στην καρέκλα σου;» αλλά να διατυπώνεται με σταθερότητα και απόλυτο τρόπο, π.χ. «Κάθισε ήσυχα στην καρέκλα σου» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

22.1.2. Σταδιακή αύξηση του εύρους της προσοχής

Με την τεχνική αυτή επιδιώκεται η σταδιακή προσέγγιση του στόχου, ο οποίος είναι η διατήρηση της προσοχής για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κατά την εκτέλεση ενός έργου (Φατούρου, 1977). Η διαδικασία ξεκινά με σχετικά εύκολες δραστηριότητες, προκειμένου το παιδί να αποκτήσει θετική στάση απέναντι στην αποτελεσματική εκτέλεση ορισμένων εργασιών, ενώ στη συνέχεια ενθαρρύνεται να ασχοληθεί με πιο περίπλοκες

δραστηριότητες, οι οποίες σχετίζονται με την καθημερινότητά του, όπως για παράδειγμα τις σχολικές του εργασίες. Οι δραστηριότητες τις οποίες συνήθως καλείται το παιδί να εκτελέσει μπορεί να αφορούν στην τακτοποίηση και τη συμπλήρωση εικόνων, στην επίλυση λαβύρινθων καθώς και σε ασκήσεις μνήμης. Στα πλαίσια της διαδικασίας αυτής, οι εντολές προσαρμόζονται στο πρόγραμμα άσκησης σύμφωνα με συγκεκριμένους κανόνες έτσι ώστε να διευκολυνθεί η μεταφορά και εφαρμογή της αποκτηθείσας δεξιότητας σε πραγματικές καταστάσεις. Για την επιτυχία αυτής της προσπάθειας, είναι σημαντικό το επίπεδο δυσκολίας να αυξάνεται σταδιακά, ανάλογα με την πρόοδο του παιδιού (Lauth, 2000; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η χρήση ρολογιού, ξυπνητηριού ή χρονομέτρου ενδείκνυται, προκειμένου το παιδί να διευκολυνθεί στην κατανόηση της έννοιας του χρόνου καθώς επίσης και στη διατήρηση της προσοχής του στην εκάστοτε δραστηριότητα. Ο αρχικός στόχος είναι το παιδί να παραμείνει συγκεντρωμένο για ορισμένο χρονικό διάστημα το οποίο να είναι ελάχιστα μεγαλύτερο από αυτό στο οποίο μπορεί με ευκολία να παραμείνει συνήθως συγκεντρωμένο. Στη συνέχεια, όταν το παιδί καταφέρει αυτό το στόχο, τίθεται ως επόμενος στόχος η διατήρησης τη συγκέντρωσης της προσοχής για χρονικό διάστημα το οποίο να υπερβαίνει ελάχιστα αυτό του προηγούμενου στόχου κ.ο.κ.. Με την εξέλιξη αυτής της διαδικασίας, το παιδί μπορεί σταδιακά να αυξήσει το χρονικό διάστημα κατά το οποίο καταφέρνει να παραμείνει συγκεντρωμένο (Safren et al 2005; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

22.1.3. Εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά διαθέτουν ελλειπείς κοινωνικές δεξιότητες. Μάλιστα, θεωρείται ότι η δυσκολία σύναψης και διατήρησης θετικών σχέσεων με τους συνομηλίκους αποτελεί ένα από τα βασικά τους χαρακτηριστικά (Morgan & Jenson, 1998). Πολλές φορές, εξαιτίας της παρορμητικής τους συμπεριφοράς, τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή μπορεί να διακόπτουν ή να χαλάνε το παιχνίδι των άλλων παιδιών, ενώ συχνά δεν μπορούν να συμμορφωθούν στους κανόνες ενός παιχνιδιού. Επίσης, στο σχολείο είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες και συχνά γίνονται τα «μαύρα πρόβατα», στην προσπάθειά τους να προσελκύσουν την προσοχή των συμμαθητών τους ή και του δασκάλου, με αποτέλεσμα τελικά να περιθωριοποιούνται από την ομάδα των συνομηλίκων. Όσο περισσότερο όμως περιθωριοποιούνται, τόσο στερούνται και των ευκαιριών απόκτησης νέων κοινωνικών δεξιοτήτων, ενώ παράλληλα

είναι πολύ πιθανό να νιώσουν πως αδικούνται, να θυμώσουν, κι έτσι να γίνουν πιο επιθετικά ή να αποσυρθούν, με αποτέλεσμα την περαιτέρω απομόνωση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Για τους πιο πάνω λόγους, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να επωφεληθούν σημαντικά από την εκπαίδευσή τους σε κοινωνικές δεξιότητες, την ανάπτυξη της ικανότητας της ενσυναίσθησης, τη διαχείριση του θυμού και της επιθετικότητας, τη διατύπωση και αποδοχή θετικών σχολίων προς και από τους άλλους, την αναζήτηση βοήθειας και υποστήριξης, την έκφραση διαμαρτυρίας, τη διεκδίκηση, την έκφραση άρνησης, τη συμμόρφωση με τους κανόνες της ομάδας, κ.ο.κ.. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες, σημαντική θέση καταλαμβάνουν η συμμετοχή των συνομηλίκων, τα παιχνίδια ρόλων και η μάθηση μέσω της μίμησης προτύπου (Petermann, 1999).

22.1.4. Εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων

Οι τεχνικές επίλυσης προβλημάτων εφαρμόζονται συχνά στα πλαίσια παρέμβασης σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να μάθουν σταδιακά να αξιολογούν τα ίδια τις καταστάσεις και να διαχειρίζονται τις δυσκολίες ή τα προβλήματα με τον αποτελεσματικότερο τρόπο (Ψύλλου & Ζαφειροπούλου, 2009).

Στα πλαίσια της εκπαίδευσης στην επίλυση προβλημάτων, μπορεί να ενταχθεί και η τεχνική «Σταμάτα-Σκέψου-Πράξε» (*Stop-Think-Do*), η οποία βασίζεται στις αρχές της εκπαίδευσης του παιδιού στην αυτοκαθοδήγηση. Στόχος της προσπάθειας αυτής είναι το παιδί να μάθει να ελέγχει την παρορμητική συμπεριφορά, έτσι ώστε πριν από κάθε του ενέργεια, να σκέφτεται και να αξιολογεί συνολικά την κατάσταση ή το πρόβλημα. Η τεχνική αυτή, όπως προτείνεται από τον Eisert (1999), αναπτύσσεται μέσα από τα παρακάτω έξι στάδια:

- ❖ Ορισμός του προβλήματος: «Πρέπει να σκεφτώ ακριβώς τι πρέπει να κάνω»
«Σταμάτα! Σκέψου πρώτα! Ποιο είναι το πρόβλημα εδώ;»
- ❖ Προσέγγιση του προβλήματος: «Χρειάζεται να σκεφτώ προσεκτικά όλες τις εναλλακτικές». Τι μπορεί να κάνει κανείς εδώ; Πως προχωράει κανείς τώρα;»
- ❖ Εστίαση προσοχής: «Πρέπει να σκεφτώ μόνο το τι θα κάνω τώρα».
«Συγκεντρώσου σε αυτό που πρέπει να κάνεις!»
- ❖ Επιλογή της καλύτερης λύσης ή της κατάλληλης αντίδρασης: «Χμ... ποια είναι η καλύτερη λύση;» «Λοιπόν αυτό θα κάνω»

- ❖ Έλεγχος της συμπεριφοράς: «Το έκανα σωστά;» «Πέτυχα; Πώς το έκανα;».
- ❖ Αυτοενίσχυση: «Ναι, το έκανα σωστά» «Μπράβο!». Εναλλακτικά, σε περίπτωση που δεν υπήρξε επιτυχία: «Εντάξει, όταν κάνω ένα λάθος, θα πρέπει να προσέχω περισσότερο και τότε θα τα καταφέρω καλύτερα» «Δεν το κατάφερα ακριβώς, τουλάχιστον όμως προσπάθησα»

Μέχρι το παιδί να μάθει να εκτελεί σωστά και χωρίς βοήθεια όλα τα βήματα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν βοηθητικές κάρτες οι οποίες θα του θυμίζουν τα βήματα, και τις οποίες ο θεραπευτής ή ο γονιός θα φτιάξει μαζί με το παιδί. Η εφαρμογή των βημάτων και εκτός θεραπευτικού πλαισίου, όπως στο σπίτι ή στο σχολείο, συντελεί στη γενίκευση του αποτελέσματος (Eisert, 1999; Αγγελή, 2011).

22.1.5. Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής της συναισθηματικής δυσφορίας

Οι τεχνικές που εντάσσονται σε αυτό το πλαίσιο έχουν ως στόχο να βοηθήσουν το παιδί να δεχτεί και να διαχειριστεί τη συναισθηματική του δυσφορία, η οποία μπορεί να πηγάζει, για παράδειγμα, από το θυμό, την αδικία, την απογοήτευση ή τη στεναχώρια. Στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται προκειμένου να αυξηθεί ο έλεγχος των παρορμητικών και συναισθηματικών αντιδράσεων. Το παιδί μαθαίνει να εντοπίζει σημάδια της συναισθηματικής του δυσφορίας και να αναπτύσσει ανταγωνιστικές με αυτή συμπεριφορές, οι οποίες δρουν μέσω της αισθητηριακής διέγερσης (π.χ. να ακούει την αγαπημένη του μουσική, να χαϊδέψει το αγαπημένο του κατοικίδιο, να κάνει μασάζ στον εαυτό του, κ.λ.π) (Αγγελή, 2011; Friedberg et al., 2009).

22.1.6. Εκπαίδευση στη διαχείριση του θυμού

Στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, πολλές φορές προκύπτει η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης τους στον έλεγχο του θυμού, καθώς, εξαιτίας της παρορμητικότητας τους, μπορεί εύκολα να θυμώσουν και να τον εκδηλώσουν. Σύμφωνα με τον Eisert (1999), η τεχνική περιλαμβάνει:

- ❖ Την αναγνώριση του συναισθήματος του θυμού και την αξιολόγηση της έντασής του.
- ❖ Τον εντοπισμό των καταστάσεων όπου το παιδί είναι πιθανότερο να θυμώσει.
- ❖ Την εκπαίδευση μέσω μίμησης προτύπου και λεκτικής αυτοκαθοδήγησης σε εναλλακτικές αντιδράσεις, αντί της επιθετικής συμπεριφοράς. Το παιδί μπορεί να

μάθει για παράδειγμα να αναπνέει βαθιά μέχρι να μειωθεί η ένταση του θυμού ή να φεύγει από το μέρος όπου ο θυμός πυροδοτήθηκε, π.χ. «Είμαι έτοιμος να θυμώσω και να χάσω τον έλεγχο. Θα καταφέρω να ελέγξω το θυμό μου, ας φύγω από εδώ και ας πάρω βαθιές ανάσες», «να θυμάμαι να παραμένω ψύχραιμος, για να μην έχω προβλήματα».

- ❖ Τη χρήση γνωσιακών τεχνικών, μέσω των οποίων το παιδί μαθαίνει να ερμηνεύει τα συναισθήματα του θυμού που προκαλούν την επιθετική συμπεριφορά ως παραποιημένη ερμηνεία πληροφοριών από το περιβάλλον. Το παιδί λοιπόν, εκπαιδεύεται στην εναλλακτική ερμηνεία και στην παραγωγή εναλλακτικών σκέψεων για γεγονότα που πυροδοτούν το θυμό του.
- ❖ Την εκπαίδευση σε εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης των συγκρούσεων ή των δυσκολιών μέσω μίμησης προτύπου.
- ❖ Την εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης (Αγγελή, 2011).

22.1.7. Τεχνικές χαλάρωσης-Προοδευτική Μυϊκή χαλάρωση

Η Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση (ΠΜΧ) μπορεί να βοηθήσει το παιδί με ΔΕΠ-Υ να διαχειριστεί την παρορμητικότητα και την εκρηκτικότητα του, εμπλουτίζοντας τη συμπεριφορά του με λειτουργική αντίδραση, την οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει ως εναλλακτική στις παραπάνω δυσλειτουργικές του αντιδράσεις. Στην (ΠΜΧ) το παιδί εκπαιδεύεται αρχικά στη σύσφιξη ομάδων μυών για μερικά δευτερόλεπτα, ενώ στη συνέχεια αφήνει τους μύες να χαλαρώσουν, έτσι ώστε να διακρίνει τη διαφορά ανάμεσα στη μυϊκή ένταση και τη χαλάρωση (Friedberg, McClure & Hillwig, Garcia, 2009; Merell, 2008). Για την άσκηση του παιδιού στην τεχνική αυτή, μπορεί να χρησιμοποιηθούν ορισμένα βοηθήματα, όπως για παράδειγμα ένα μαλακό μπαλάκι ή ζωάκι, το οποίο το παιδί καλείται να σφίγγει. Η επίδειξη αυτής της τεχνικής μπορεί να γίνει από το θεραπευτή στα πλαίσια της συνεδρίας με το παιδί και στη συνέχεια να ζητηθεί από το παιδί να την υιοθετεί και στο σπίτι. Στα πλαίσια της ίδιας τεχνικής, το παιδί μπορεί επίσης να ασκηθεί στον έλεγχο του ρυθμού της αναπνοής του (Αγγελή, 2011).

Συμπερασματικά, οι γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις αποτελούν κεντρικό στοιχείο ενός θεραπευτικού προγράμματος για τη ΔΕΠ-Υ και μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να μάθει να ασκεί το ίδιο τον έλεγχο στη συμπεριφορά του και στους παράγοντες που την επηρεάζουν, προκειμένου να αντιμετωπίσει το κεντρικό έλλειμμα της διαταραχής

αυτής, το οποίο αφορά στις περιορισμένες δεξιότητες αυτοελέγχου και αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς και του συναισθήματος (Αγγελή, 2011).

22.2. Συμβουλές για τους γονείς

Όπως είναι φυσικό, η ζωή των γονέων του παιδιού με ΔΕΠ-Υ δεν μπορεί να μείνει ανεπηρέαστη, και κατά καιρούς εμφανίζονται δυσκολίες που, χωρίς την κατάλληλη καθοδήγηση, μπορεί να φαντάζουν ανυπέρβλητες. Οι προκλήσεις είναι καθημερινές και οι γονείς καλούνται να αντεπεξέρχονται στις όποιες δυσκολίες με διάθεση για την από κοινού αντιμετώπιση και τον περιορισμό των αρνητικών συνεπειών. Ευτυχώς για τους γονείς, υπάρχουν πολλές χρήσιμες συμβουλές που θα βοηθήσουν το παιδί να κρατήσει τα συμπτώματα υπό έλεγχο. Όσο νωρίτερα εντοπίσουν, βρουν και συνειδητοποιήσουν τις δυσκολίες, τόσο πιο εύκολα θα καταφέρουν να αντιμετωπίσουν τα ζητήματα της ΔΕΠ-Υ. Όσο πιο συνεπείς θα είναι στην επιλογή μεθόδων θεραπείας, τόσο πιο ευτυχισμένο και πιο επιτυχημένο θα είναι το παιδί τους. Οι αρχές στη συμβουλευτική των γονέων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν κοινά σημεία με τις οδηγίες προς τους εκπαιδευτικούς τους: *σαφείς και μικρές οδηγίες, σταθερότητα, ενθάρρυνση, εύκολη εφαρμογή, κατανόηση, σύντομα και πολλά διαλλείματα, κίνητρα για μάθηση.* (Κουράκης, 2004).

Σε γενικές γραμμές, το παιδί με ΔΕΠ ή ΔΕΠ-Υ έχει περιορισμένη εκτελεστική λειτουργία. Αυτό σημαίνει ότι δυσκολεύεται στο σχεδιασμό, τον έλεγχο των παρορμήσεων και τη συγκέντρωση για αρκετό χρονικό διάστημα όταν προσπαθεί να ολοκληρώσει τα σχολικά ή άλλα καθήκοντα που του ανατίθενται στο σπίτι ή άλλες δραστηριότητες. Ένα τέτοιο παιδί χρειάζεται πρόσθετη βοήθεια και καθοδήγηση από τους γονείς και τους δασκάλους, στη διάρκεια που μαθαίνει να αναπτύσσει τις δεξιότητες του.

Οι οδηγίες που δίνουμε στο παιδί, θα πρέπει να είναι σαφείς. Θα μπορούσε εύκολα να αποσπαστεί η προσοχή του από ό, τι του ζητάμε να κάνει. Το παιδί με διαταραχή της προσοχής τείνει να διακόπτει τις συνομιλίες και να κάνει άκαιρες ερωτήσεις, ή να λέει πράγματα παρορμητικά, χωρίς διακριτικότητα. Επιπλέον, πολλά παιδιά παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου, παρόλο που είναι κουρασμένα και υπερκινητικά κατά τη διάρκεια της ημέρας (Κουράκης, 2004).

Γενικά ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς είναι ότι η ΔΕΠ-Υ δεν είναι συνειδητή συμπεριφορά. Αυτό σημαίνει ότι ακόμη και όταν ο γονιός

νιώθει ότι το παιδί τον αγνοεί, πράγμα που τον εξοργίζει, δεν το κάνει συνειδητά. Το ίδιο θέλει πραγματικά, όπως κάθε παιδί, να ολοκληρώσει την εργασία του ή οποιαδήποτε δραστηριότητα για να ικανοποιηθεί και να ευχαριστήσει τον γονέα ή τον δάσκαλο, αλλά αδυνατεί να το πετύχει. Ο γονιός δε θα πρέπει να παίρνει αυτή τη στάση αρνητικά, διότι δεν είναι στο χέρι του παιδιού η διεκπεραίωση της άσκησης χωρίς εμπόδια (Κουράκης, 2004).

22.2.1. Η συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία

Η ένταξη ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης συνήθως ανακουφίζει τους γονείς, δεδομένου ότι νιώθουν σιγουριά πως οι έμπειροι ειδικοί θα καταφέρουν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες του παιδιού τους. Ωστόσο, παρότι φαίνεται πως η αναζήτηση βοήθειας από τους γονείς προϋποθέτει την συνειδητοποίηση του προβλήματος, σε ορισμένες περιπτώσεις οι γονείς φαίνεται να μην έχουν κατανοήσει πως απαραίτητη προϋπόθεσή για την επιτυχή έκβαση της παρέμβασης αποτελεί και η δική τους συμμετοχή στο πρόγραμμα. Ειδικά στην αρχή της παρέμβασης, ένα μόνο μικρό ποσοστό γονέων κατανοεί ότι η δική του διαθεσιμότητα και συνεργασία είναι επιτακτική. Εάν δεν αλλάξουν οι ίδιοι τη στάση τους, δεν μπορεί να επιχειρηθεί καμία αλλαγή στο παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Όπως αποδεικνύεται από ερευνητικά δεδομένα, η θεραπεία είναι επιτυχής όταν εμπλέκονται σ' αυτή και οι γονείς, και μάλιστα με πρωταγωνιστικό ρόλο. Οι σύγχρονες μέθοδοι γνωσιακής-συμπεριφορικής κατεύθυνσης απευθύνονται τόσο στο ίδιο το παιδί, όσο και στους γονείς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Από τη στιγμή που οι γονείς ενημερώνονται για τη φύση της ΔΕΠ-Υ και τις δυσκολίες του παιδιού αρχίζει και η εμπλοκή τους στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Μάλιστα, με τον τρόπο αυτό μπορούν και να αποδεχτούν ευκολότερα την εικόνα του παιδιού τους. Με τη σωστή ενημέρωση των γονέων επιτυγχάνεται η τροποποίηση πολλών λανθασμένων αντιλήψεων που αφορούν στη συμπεριφορά του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Για να επιτευχθεί η συμμετοχή των γονέων σε όλη τη διαδικασία απαιτείται η κινητοποίησή τους, η αύξηση των κινήτρων, η ενθάρρυνση και η απαλλαγή από ενδεχόμενες ενοχές για συμμετοχή τους στο «φταιξιμο». Εάν οι γονείς δεν προετοιμαστούν κατάλληλα από τον κλινικό, οι δυσκολίες του παιδιού δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Όπως είναι φυσικό για κάθε νέα κατάσταση, φυσικά και οι γονείς χρειάζονται χρόνο για να αποδεχτούν τη διαταραχή, πράγμα που καθιστά απαραίτητη τη συχνή επαφή με τον ειδικό. Επιπλέον, από εκεί και πέρα θα πρέπει να υιοθετήσουν νέες μορφές επικοινωνίας με το παιδί τους και γενικά να αναπροσαρμόσουν το καθημερινό πρόγραμμα της οικογένειας έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού. Μόνο με τη συστηματική εκπαίδευση των γονέων αλλά και την επιμονή και τη σταθερότητα στην τήρηση των κατάλληλων τεχνικών και αρχών στο σπίτι μπορούν να παγιωθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Οι γονείς θα πρέπει να λειτουργούν ουσιαστικά ως «συνθεραπευτές» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Γίνεται κατανοητό, πως δεν ανταποκρίνονται όλοι οι γονείς με τον ίδιο τρόπο στη συνεργασία γι' αυτό και ο βαθμός συνεργασίας θα πρέπει να αξιολογείται συχνά από τον ειδικό, έτσι ώστε να κατευθύνεται σωστά η στοχοθεσία της παρέμβασης. Συχνά, η συνεργασία του κλινικού με τους γονείς αντιμετωπίζει δυσκολίες και οι αιτίες αυτών είναι πολλές. Οι γονείς συχνά, νιώθουν ανασφάλεια και δεν εμπιστεύονται την ικανότητά τους να εφαρμόσουν τις οδηγίες της θεραπείας και να χειριστούν αποτελεσματικά τα παιδιά τους. Άλλοτε πάλι, διστάζουν να αντικαταστήσουν ένα συνήθη τρόπο λειτουργίας με ένα καινούριο και «ξένο» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ωστόσο, η κατανόηση των λόγων της ελλιπούς συνεργασίας των γονέων από τον ειδικό κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου ο τελευταίος να μπορέσει να εφαρμόσει νέες στρατηγικές για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της δυσπιστίας των γονέων.

Στην επικοινωνία με τους γονείς, ο κλινικός θα πρέπει να είναι σαφής και σύντομος, ενώ παράλληλα θα πρέπει να αποφεύγει να παρασυρθεί από τα απανωτά ερωτήματα των γονέων. Η συζήτηση θα πρέπει να κατευθύνεται από εκείνον, και να περιορίζεται σε λίγες οδηγίες κάθε φορά. Όταν κρίνεται απαραίτητο, μπορεί να επαναλαμβάνονται προηγούμενες οδηγίες. Στις περιπτώσεις στις οποίες οι γονείς αντιμετωπίζουν προσωπικά προβλήματα που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική ενασχόληση τους με την θεραπευτική διαδικασία του παιδιού τους, ο κλινικός θα πρέπει να διερευνά την ψυχολογική τους κατάσταση, παρέχοντας τους τις κατάλληλες συμβουλές ή ακόμη και ψυχοθεραπεία. Φυσικά και αυτό απαιτεί τις επιστημονικές γνώσεις και την εμπειρία του κλινικού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

22.2.2. Τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων των γονέων

Στις περιπτώσεις παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες, η παρέμβαση έχει ως στόχο συνήθως να βοηθήσει τους γονείς να κατανοήσουν και να αποδεχτούν τις αντιδράσεις τους απέναντι στην κατάσταση του παιδιού, και να προσφέρει εναλλακτικές μεθόδους χειρισμού τόσο των δικών τους αντιδράσεων, όσο και εκείνων του παιδιού.

Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει κανείς τα γεγονότα επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που αισθάνεται και αντιδρά απέναντι σε αυτά. Επομένως, οι αντιλήψεις των γονέων σχετικά με τα αίτια της συμπεριφοράς του παιδιού τους επηρεάζουν άμεσα τις αντιδράσεις τους απέναντι σε αυτό, τόσο σε συναισθηματικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι ειδικοί που εφαρμόζουν τη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση εντοπίζουν τις δυσλειτουργικές αντιλήψεις που έχουν οι γονείς για το παιδί τους και σχετίζονται με τις δυσκολίες που εκείνο αντιμετωπίζει και επιχειρούν να τις τροποποιήσουν, προκειμένου να επιτύχουν την αλλαγή της συμπεριφοράς τους απέναντι στο παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Όσον αφορά στη ΔΕΠ-Υ, η δυσκολία που συχνά αντιμετωπίζουν οι γονείς έγκειται στη διάκριση της σκόπιμης αντιδραστικότητας από εκείνες τις μορφές συμπεριφοράς που οφείλονται στην ίδια τη διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Από έρευνες που έχουν γίνει σε οικογένειες παιδιών με ή χωρίς προβλήματα συμπεριφοράς αποδείχθηκε ότι οι γονείς των πρώτων τείνουν να αποδίδουν αυτή τη συμπεριφορά σε εγγενή προδιάθεση, ενώ οι δεύτεροι συνήθως αποδίδουν την αρνητική συμπεριφορά του παιδιού σε εξωγενείς παράγοντες (Baden & Howe, 1992). Ωστόσο, στις περιπτώσεις στις οποίες οι γονείς αντιλαμβάνονται την αρνητική συμπεριφορά του παιδιού ως αποτέλεσμα σκόπιμης αντιδραστικότητας, την οποία το παιδί ενώ θέλει δε μπορεί να ελέγξει, συνηθίζουν να αντιδρούν αρνητικά και επίμονα. Η επιθετικότητα και ο θυμός τους περιορίζεται μόνο όταν ο ειδικός τους πείσει πως η συμπεριφορά αυτή οφείλεται σε αντικειμενικές δυσκολίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Επιπρόσθετα, η άποψη των γονέων σχετικά με τη δυνατότητα αλλαγής της συμπεριφοράς του παιδιού παίζει καταλυτικό ρόλο στην ποιότητα της συνεργασίας τους με τον ειδικό. Όταν οι γονείς αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ως σταθερά χαρακτηριστικά ης προσωπικότητας του παιδιού, είναι πολύ δύσκολο να υπάρξει διάθεση από την πλευρά τους για συνεργασία στη θεραπευτική διαδικασία. Από την άλλη πλευρά, αν μπορούν να αναγνωρίσουν ότι η κατανόηση των συμπτωμάτων της διαταραχής και η

αλλαγή στις αντιλήψεις τους και τη συμπεριφορά τους μπορούν να διευκολύνουν τη θεραπευτική διαδικασία, τότε τα αποτελέσματα είναι πολύ πιο θεαματικά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Συχνά, οι γονείς αυτών των παιδιών ενοχοποιούν τον εαυτό τους και θεωρούν ότι το παιδί συμπεριφέρεται έτσι εξαιτίας της δικής τους αδυναμίας να το διαπαιδαγωγήσουν σωστά, με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονα ένα αίσθημα μειωμένης γονικής ικανοποίησης. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι οι γονείς αυτοί συχνά δεν έχουν ρεαλιστική εικόνα ούτε για τον εαυτό τους, ούτε για το παιδί, με αποτέλεσμα και οι προσδοκίες τους να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Μπορεί, λοιπόν, οι αντιλήψεις και η συμπεριφορά των γονέων να μην είναι αυτές που προκαλούν τη διαταραχή, ωστόσο, ασκούν επίδραση στη συχνότητα και την ένταση με την οποία παρουσιάζονται τα συμπτώματα, επηρεάζοντας τελικά και την ίδια τη λειτουργικότητα του παιδιού. Επομένως, η σημασία της αλλαγής των αντιλήψεων των γονέων σχετικά με τα αίτια της αρνητικής συμπεριφοράς των παιδιών τους και με τη δυνατότητα ελέγχου αυτής της συμπεριφοράς από το ίδιο το παιδί είναι εμφανής. Αυτές οι δυσλειτουργικές αντιλήψεις θα πρέπει να αντικατασταθούν από λειτουργικές και πιο ρεαλιστικές προσδοκίες.

Αυτό που θα πρέπει να γίνει από τον ειδικό σε πρώτο στάδιο, είναι να καθησυχάσει τους γονείς λέγοντάς τους πως είναι λογικό να έχουν τέτοιες σκέψεις. Ακόμη, θα πρέπει να τους βοηθήσει να κατανοήσουν την επίδραση που μπορεί να έχουν αυτές οι αντιλήψεις στη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί και στα μηνύματα που λαμβάνει ως αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Το πιο συχνό παράπονο των γονέων ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι ότι εκείνο δημιουργεί συνεχώς προβλήματα, και μάλιστα σκόπιμα, τόσο στην οικογένεια όσο και στο σχολείο. Ο ειδικός εδώ, θα πρέπει να τους βοηθήσει να κατανοήσουν ότι αυτές οι ενοχλητικές συμπεριφορές δεν υπόκεινται στον έλεγχό του και δεν εκφράζουν καμία σκοπιμότητα, παρά μόνο αδυναμία ελέγχου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Είναι πολύ σημαντικό να αποδεχτούν ότι η πλειοψηφία των παιδιών με αυτή τη διαταραχή αντιμετωπίζει παρόμοιες δυσκολίες.

Επιπρόσθετα, οι γονείς συνηθίζουν να κατηγορούν τους εαυτούς τους ή τους εκπαιδευτικούς για την εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών του παιδιού. Εκεί το έργο του ειδικού είναι να τους ενημερώσει για τα γνωστικά ελλείμματα και τις διαταραχές στην προσοχή που παρουσιάζουν πολλές φορές αυτά τα παιδιά, καθώς και για τις συνέπειες των

ελλειμμάτων αυτών στη διαδικασία μάθησης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Επιπλέον, θα πρέπει να τους εξηγήσει ότι είναι λογικό να γίνονται λάθη, ειδικά όταν μιλάμε για ένα παιδί που είναι δύσκολο στο χειρισμό του. Το ζητούμενο σε αυτό είναι η ανεύρεση τρόπων αποτελεσματικής αντιμετώπισης των δυσκολιών του παιδιού, και σε καμία περίπτωση η αναζήτηση των ενόχων ή η επίρριψη ευθυνών. Οι γονείς θα πρέπει να κατανοήσουν τα λάθη τους, απλά και μόνο για να μην τα επαναλάβουν.

Πολλές φορές, οι γονείς βιάζονται και ανυπομονούν να δουν το παιδί τους να αλλάζει και να βελτιώνεται. Αυτό που πρέπει να καταλάβουν είναι ότι η ταχύτητα με την οποία θα πραγματοποιηθεί η επιθυμητή αλλαγή είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, ένας από τους οποίους είναι και η δική τους αλλαγή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Όπως οι ίδιοι δυσκολεύονται να αλλάξουν και αδυνατούν να αλλάξουν από τη μια μέρα στην άλλη, έτσι και το παιδί τους δεν μπορεί ξαφνικά να επιτύχει θεαματικές αλλαγές. Αυτό που χρειάζεται είναι επιμονή και υπομονή, και πάνω από όλα εμπιστοσύνη στην προσπάθειά τους και στον ίδιο τον ειδικό. Η υιοθέτηση νέων μορφών συμπεριφοράς και η σταθεροποίηση τους προϋποθέτει χρόνο. Οι γονείς οφείλουν να είναι προετοιμασμένοι και να περιμένουν ότι το παιδί τους συχνά μπορεί να επανέρχεται σε παλαιότερες μορφές συμπεριφοράς για να δοκιμάσει τη σταθερότητά τους. Στην περίπτωση αυτή όμως, δεν πρέπει να πανικοβάλλονται αλλά να διατηρούν σταθερή στάση, έχοντας την πεποίθηση ότι η επιτυχής αντιμετώπιση αυτών των παλινδρομήσεων προωθεί και δεν ανακόπτει την πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας.

Πολλοί γονείς δυσκολεύονται να αποδεχτούν ότι το δικό τους παιδί αντιμετωπίζει αυτές τις δυσκολίες και ότι σε πολλούς τομείς δε μπορεί να επιτύχει τους επιθυμητούς στόχους. Δυσκολεύονται ακόμη, να δεχτούν ότι δεν είναι άριστος μαθητής, δεν έχει καλές επιδόσεις στα σπορ και δεν επιδεικνύει πάντοτε την κοινωνική συμπεριφορά που θα τους έκανε υπερήφανους. Αυτό που δυσκολεύονται να κατανοήσουν όμως περισσότερο από όλα είναι ότι τα συμπτώματα του παιδιού δυσκολεύουν πρώτα και κυριότερα το ίδιο το παιδί. Επομένως, ο ειδικός θα πρέπει να βοηθήσει τους γονείς να αναθεωρήσουν τις προτεραιότητές τους και να επικεντρωθούν στις ικανότητες του παιδιού τους, οι οποίες είναι πολύ περισσότερες από ό,τι συχνά νομίζουν. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να αξιολογούνται με διαφορετικά κριτήρια από τα υπόλοιπα παιδιά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ακόμη και οι πιο μικρές ενδείξεις ελέγχου της συμπεριφοράς και συγκέντρωσης της προσοχής σε μια δραστηριότητα, είναι απαραίτητο να ενισχύονται από

τους γονείς, γιατί συνήθως είναι αποτέλεσμα κοπιαστικής και επίμονης προσπάθειας του παιδιού.

Τέλος, πολλοί γονείς ανησυχούν για το μέλλον του παιδιού τους και συχνά διατυπώνουν ερωτήσεις που αφορούν θέματα τα οποία ανήκουν στο πολύ μακρινό μέλλον. Ο ειδικός οφείλει εδώ να καθησυχάσει τους γονείς, εξηγώντας τους ότι η γενίκευση των δυσκολιών του παιδιού δε βοηθά. Ακόμη, θα πρέπει να τους ενθαρρύνει, καθώς ξεκινούν μια προσπάθεια να βοηθήσουν το παιδί τους, γεγονός που σίγουρα επηρεάζει θετικά τη μετέπειτα πορεία του. Είναι πολύ σημαντικό να καταφέρουν να κατανοήσουν ότι η ποιότητα της συνεργασίας τους με τον ειδικό και η ενεργός συμμετοχή τους σε όλη τη θεραπευτική διαδικασία είναι στενά συνυφασμένες με τις απαντήσεις σε τέτοιου είδους ερωτήματα. Σε κάθε περίπτωση, είναι πιο αποτελεσματικό να επικεντρωνόμαστε σε αυτά που μπορούμε να κάνουμε τώρα για το παιδί, και όχι σε αυτά που υποθέτουμε για το μέλλον του (Κουράκης, 2004; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

22.2.3. Χρήσιμες συμβουλές για τους γονείς

Παρακάτω δίνονται κάποιες χρήσιμες συμβουλές, που αποσκοπούν στο να κρατήσουν το παιδί ήρεμο και οργανωμένο, προκειμένου να γίνει όσο το δυνατόν πιο παραγωγικό.

Το παιδί παίρνει ερεθίσματα από το οικογενειακό του περιβάλλον.

Γενικά, ο γονιός θα πρέπει να αντιμετωπίζει ήρεμα οποιαδήποτε συμπεριφορά του παιδιού, διότι η κόντρα και η αντιπαράθεση είναι αντιπαραγωγικές. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ νιώθει έτσι κι αλλιώς απογοητευμένο όταν δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει την εργασία του, και το να δει ότι ο γονιός χάνει την ψυχραιμία του, το καθιστά ακόμη πιο αδύναμο. Χρησιμοποιήστε φράσεις που θα κάνουν το παιδί να νιώσει ότι το καταλαβαίνετε και είστε κοντά του για να το βοηθήσετε (Ζαφειροπούλου, 1998).

Βοηθήστε το να νιώσει αυτονομία.

Συχνά, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δε δείχνουν εμπιστοσύνη σε αυτά, και γίνονται υπερπροστατευτικοί, παρεμποδίζοντάς τα από την ανάληψη πρωτοβουλιών. Από την άλλη πλευρά, το παιδί για να οργανωθεί και να λειτουργήσει σωστά χρειάζεται πρόγραμμα. Η χρυσή τομή σε αυτή την περίπτωση είναι ο καθορισμός ενός καθημερινού ολόημερου προγράμματος, το οποίο θα βρίσκει σύμφωνο το παιδί και η εκτέλεσή του χωρίς πιέσεις.

Από τη στιγμή που το παιδί θα εξοικειωθεί με το πρόγραμμά του, θα αναλαμβάνει μόνο του την πρωτοβουλία για να αρχίσει την επόμενη δραστηριότητα, πράγμα το οποίο θα αποφορτίζει και τους γονείς από το άβολο έργο της συνεχούς υπενθύμισης του επόμενου βήματος, που μπορεί συχνά να γίνεται παράγοντας για την πρόκληση αντιδράσεων (Ζαφειροπούλου, 1998).

Ορίστε ένα σύστημα ανταμοιβών και τιμωριών και τηρήστε το αυστηρά.

Όπως όλα τα παιδιά, έτσι και το παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να κατανοήσει απόλυτα ότι η μη τήρηση των υποχρεώσεών του μπορεί να επιφέρει αρνητικές συνέπειες και στέρηση της ανταμοιβής. Υποσχεθείτε του ότι θα του κάνετε το χατίρι όταν καταφέρει να ολοκληρώσει γρήγορα και σωστά τη δραστηριότητά του, και ενημερώστε το ότι, σε αντίθετη περίπτωση, δεν θα του επιτραπεί να λάβει την ανταμοιβή που τόσο επιθυμεί. Ωστόσο, να τονίσουμε ότι το σύστημα κανόνων είναι μια συμφωνία που θα πρέπει να τηρείτε σωστά και από τις δύο πλευρές (Ζαφειροπούλου, 1998).

Δώστε του δικαίωμα στην επιλογή.

Σε κανένα παιδί δεν αρέσει η τυφλή καθοδήγηση από έναν ενήλικα. Κάθε άνθρωπος έχει την ανάγκη να παίρνει αποφάσεις για τη ζωή του. Έτσι και το παιδί με ΔΕΠ-Υ επιθυμεί να μπορεί να επιλέξει ανάμεσα σε δύο δραστηριότητες που θα πρέπει να ολοκληρώσει για το ποια θα αρχίσει πρώτη, ή για το ποιο θα είναι το «δώρο» του για την επιτυχή διεκπεραίωση μιας άσκησης. Δώστε του τη χαρά και την ευχαρίστηση να νιώσει ότι μπορεί να επιλέξει και είναι ικανό να το κάνει, πράγμα που θα το βοηθήσει για όλη του τη ζωή, όταν θα κληθεί να παίρνει σημαντικές αποφάσεις μόνο του (Ζαφειροπούλου, 1998).

Μην εγκαταλείπετε την προσπάθεια.

Η απογοήτευση δε βοηθά κανέναν να προχωρήσει, πόσο μάλλον έναν γονέα που καλείται να σταθεί στο πλευρό του παιδιού του. Το παιδί μπορεί να μην καταφέρει να ολοκληρώσει με την πρώτη αυτό που θα του ζητηθεί. Μπορεί όμως να το καταφέρει με τη δεύτερη. Οι επανειλημμένες προσπάθειες δεν αναιρούν ένα επιτυχημένο αποτέλεσμα. Κάποιες φορές, μάλιστα, έτσι αποκτά και μεγαλύτερη σημασία.

Οι γονείς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, όπως και κάθε γονιός που θέλει μέρα με τη μέρα να γίνεται καλύτερος και να έρχεται ένα βήμα πιο κοντά στο παιδί του, θα πρέπει να ψάχνουν καθημερινά, να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται. Κανείς δε γεννιέται γνωρίζοντας τις οδηγίες για το πώς θα μεγαλώσει σωστά ένα παιδί. Άλλωστε το κάθε παιδί είναι διαφορετικό. Η δοκιμή και το λάθος είναι σε ορισμένες περιπτώσεις ο μοναδικός

δρόμος για να ανακαλύψει κάποιος το σωστό. Μη φοβάστε τα λάθη. Αλλά μη σταματάτε να προσπαθείτε. Συμβουλευτείτε τους κατάλληλους ανθρώπους και θυμηθείτε ότι όσο πιο πολύ συμμετέχετε στη διαδικασία της εκπαίδευσης του παιδιού σας, τόσο πιο θετικά θα είναι τα αποτελέσματα (Ζαφειροπούλου, 1998).

22.2.4. Απλές και σύντομες συμβουλές για τη βελτίωση της καθημερινότητας στο σπίτι

- ❖ Οργανώστε το πρόγραμμά σας στο σπίτι, καθορίζοντας συγκεκριμένες ώρες για φαγητό, παιχνίδι, εργασίες για το σχολείο.
- ❖ Φροντίστε να έχει το παιδί συγκεκριμένο χώρο όπου θα διαβάζει. Ο χώρος αυτός δεν πρέπει να έχει πολλά ερεθίσματα που να του αποσπούν την προσοχή (π.χ. τηλεόραση, παιχνίδια κτλ.). Ενθαρρύνετε το παιδί να τοποθετεί τα αντικείμενα, που χρησιμοποιεί συχνά, στον ίδιο πάντα τόπο.
- ❖ Αν το παιδί έχει πολλές εργασίες για το σχολείο, βοηθήστε το να οργανώσει το διάβασμά του με τρόπο ώστε να κάνει αρκετά ολιγόλεπτα διαλείμματα ενδιάμεσα, για να ξεκουράζεται.
- ❖ Ο τρόπος μελέτης θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένος στους ρυθμούς του παιδιού, δίνοντάς του πάντα πολλή ενθάρρυνση.
- ❖ Όταν δίνετε οδηγίες στο παιδί, βεβαιωθείτε πως έχετε την προσοχή του και πως σας κοιτάζει. Οι οδηγίες πρέπει να είναι απλές, σύντομες και κατανοητές.
- ❖ Πάντα να λέτε στο παιδί αυτό που θέλετε να κάνει και όχι αυτό που δεν θέλετε.
- ❖ Επαινείτε κάθε θετική προσπάθεια ή καλή συμπεριφορά, κάνοντας το παιδί να αισθανθεί ότι το εμπιστεύεστε, ώστε να εμπιστευθεί και το ίδιο τον εαυτό του.
- ❖ Να είστε σταθεροί σε αυτά που υπόσχεστε και σ' αυτά που λέτε στο παιδί.
- ❖ Να βάζετε όρια και κανόνες, ώστε να είναι ξεκάθαρο στο παιδί ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και ποιες όχι.
- ❖ Βοηθήστε το παιδί να βρει τα ρούχα του και να ετοιμάσει την τσάντα του από το προηγούμενο βράδυ, ώστε το πρωί να έχει αρκετό χρόνο να ντυθεί και να φάει ένα καλό πρόγευμα. (Ζαφειροπούλου, 1998).

23. Οδηγίες για τους εκπαιδευτικούς

Η γραμμική επεξεργασία ταιριάζει στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ γιατί, ενώ επηρεάζονται ταυτόχρονα από πολλές πληροφορίες, δεν είναι σε θέση να επιλέξουν το πιο σημαντικό και να επικεντρώσουν την προσοχή τους σε αυτό όταν λέγεται ή γράφεται, ή παρουσιάζεται εκπαιδευτικά, παράλληλα ή μαζί, ή σε αντιδιαστολή με κάποιο άλλο ερέθισμα. Επομένως, η επιλογή μιας πληροφορίας πρέπει να γίνεται μονοδιάστατα, γραμμικά, επαναληπτικά, με μικρά και συχνά διαλλείματα και να έχει όσο το δυνατό απλές και στερεότυπες λέξεις (Αγγελή, 2011).

Εάν είναι δυνατόν (κάτι που είναι δύσκολο) να έχει σχέση με την προσωπικότητά τους, με τα βιώματα τους και με τον τρόπο σκέψης τους. Εάν μπορούμε να εξασφαλίσουμε μια προσέγγιση στις προαναφερόμενες συνθήκες τότε πετυχαίνουμε ένα πλαίσιο στο οποίο τα υπερκινητικά παιδιά, θα εμφανίσουν τη μέγιστη δυνατή απόδοσή.

Αντίθετα, τα μη υπερκινητικά παιδιά μπορούν παράλληλα να επεξεργάζονται περισσότερα από ένα ερεθίσματα, μπορούν να αφομοιώνουν, να επαναλαμβάνουν και να έχουν τη συντηρούμενη προσοχή τους πάνω σε αυτά χωρίς μεγάλη προσπάθεια. Λειτουργεί καλύτερα η συγκράτηση των ερεθισμάτων αυτών στη βραχύχρονη και στη μακρόχρονη μνήμη τους, άσχετα με το αν τα ερεθίσματα είναι βιωματικά ή όχι.

Σύμφωνα με το C. Jones (1989), υπάρχουν τρεις έννοιες κλειδιά για τους δασκάλους των παιδιών με ΔΕΠ-Υ: *η συντομία, η ποικιλία, και η δόμηση των δραστηριοτήτων.*

- ❖ Κάθε δραστηριότητα πρέπει να χωρίζεται σε μικρότερες ενότητες και να μην παρουσιάζεται στο σύνολό της, διότι έτσι μειώνονται οι πιθανότητες εγκατάλειψης της προσπάθειας.
- ❖ Η παρουσίαση του ίδιου διδακτικού υλικού από το δάσκαλο με μικρές παραλλαγές, μεγιστοποιεί το ενδιαφέρον των παιδιών αυτών για τη δραστηριότητα και δεν τα αφήνει να βαρεθούν από την επανάληψη.
- ❖ Η οργάνωση των καθημερινών δραστηριοτήτων στην τάξη με τρόπο ώστε τα παιδιά να γνωρίζουν το καθημερινό πρόγραμμα, τα βοηθά να μην ξεφεύγουν από αυτό. Οι κανόνες, οι προσδοκίες και οι συνέπειες από την τήρηση ή την παραβίαση των κανόνων, θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες για τα παιδιά και να

εφαρμόζοντα με συνέπεια. Εκτός αυτών, ο δάσκαλος, οφείλει να απλοποιήσει τις οδηγίες που δίνει στο παιδί με ΔΕΠ-Υ και να βεβαιώνεται ότι έγιναν κατανοητές. Πολλές φορές τα παιδιά αυτά, βοηθιούνται όταν επαναλαμβάνουν φωναχτά τις οδηγίες που τους δόθηκαν προτού τις εφαρμόσουν. Το όφελος από αυτή τη διαδικασία είναι διπλό. Αφενός ο δάσκαλος βεβαιώνεται ότι το παιδί κατάλαβε απόλυτα αυτό που του ζητήθηκε και αφετέρου η επανάληψη των οδηγιών από το ίδιο το εισάγει στη διαδικασία της αυτό-καθοδήγησης, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική (Αγγελή, 2011).

Γενικά ο δάσκαλος θα πρέπει να επιτρέπει στο παιδί να σκέφτεται φωναχτά και να μην ενθαρρύνει την ταχύτητα στις απαντήσεις.

Σε τακτά διαστήματα ο δάσκαλος, καλό είναι να υπενθυμίζει στα παιδιά το χρόνο που έχουν στη διάθεσή τους για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας. Η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζεται περισσότερο από τα γεγονότα του παρόντος, που συμβαίνουν άμεσα, παρά από εσωτερικές πληροφορίες που αφορούν το μέλλον.

Η αρχή της διαφορικής προσοχής, την οποία παρουσιάσαμε όταν αναφερθήκαμε στη συμβουλευτική γονέων, θα πρέπει να υιοθετείται και από τους δασκάλους. Για παράδειγμα, πολλοί δάσκαλοι δεν ασχολούνται με το παιδί όταν αυτό εκτελεί κάποια δραστηριότητα, αλλά στρέφουν σε αυτό την προσοχή τους για να του κάνουν παρατήρηση μόλις ξεφύγει από τη δραστηριότητα.

Το παιδί λοιπόν, μαθαίνει ότι για να προσελκύσει την προσοχή του δασκάλου αρκεί να σταματά τη δουλειά και να ενοχλεί την τάξη. Η σωστή αντίδραση του δασκάλου θα ήταν να πλησιάζει και να επιβραβεύει το παιδί όταν αυτό εκτελεί τη δραστηριότητα και να το αγνοεί όταν αυτό αφαιρείται και σταματά.

Είναι σημαντικό για το δάσκαλο να είναι σε θέση να χειρίζεται αποτελεσματικά την αντιδραστική συμπεριφορά ορισμένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και να μη χάνει τον έλεγχο της κατάστασης. Προϋπόθεση είναι να μπορεί να διακρίνει πότε η συμπεριφορά ενός παιδιού είναι σκόπιμα αντιδραστική και πότε προκαλείται από την αδυναμία του να την ελέγξει λόγω της ΔΕΠ-Υ.

Σε γενικές γραμμές, οι παρατηρήσεις του δασκάλου πρέπει να αφορούν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά του παιδιού, να μη θίγουν την προσωπικότητά του και να διατυπώνονται άμεσα, με συντομία και ηρεμία, χωρίς συναισθηματική ένταση.

Αν το παιδί έχει δεχτεί επανειλημμένες παρατηρήσεις, και έχει τιμωρηθεί για μορφές συμπεριφοράς που αποτελούν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αν έχει βιώσει

επανελημμένα το συναίσθημα της αποτυχίας και έχει διαπιστώσει την απογοήτευση των ενηλίκων επειδή αδυνατεί να ανταποκριθεί στις προσδοκίες τους και στα καθήκοντα που του ανατίθενται, τότε είναι πιθανό, να έχει διαμορφώσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, να πιστεύει ότι είναι λιγότερο έξυπνο από τα άλλα παιδιά, και να θεωρεί ότι δεν μπορεί να καταφέρει τίποτε μόνο του!

23.1. Ενδεικτικές δραστηριότητες

23.1.1. Προτεινόμενες στρατηγικές και τεχνικές.

Μπορεί να επινοηθούν στρατηγικές μάθησης που να εμπλέκουν τόσο το αριστερό όσο και το δεξί ημισφαίριο, με λεκτικά, οπτικά, ακουστικά απτικά, κιναισθητικά, γευστικά και οσφρητικά πρότυπα.

Η Barbara Vitale (1982) έχει προτείνει μεθόδους εκμάθησης λέξεων από παιδιά με τη χρήση του δεξιού ημισφαιρίου :

Γραφή της λέξης στο χαρτί.

Γραφή με το φως φακού σε τοίχο, στο σκοτάδι. Γραφή της λέξης με διαφορετικού χρώματος γράμματα.

Γραφή της λέξης με το δάκτυλο στο χώμα.

Γραφή της λέξης στον αέρα με ανοιχτά κι ύστερα με κλειστά μάτια.

Γραφή με οδοντογλυφίδες.

Γραφή κατακόρυφα.

Να φέρει τη λέξη στο μυαλό του με κλειστά μάτια και μετά να φέρει το αντικείμενο στο μυαλό του.

Να νιώσει τη λέξη με την αφή (ανάγλυφα γράμματα).

Να ακούσει τη λέξη μέσα στο κεφάλι του.

Να φανταστεί τα γράμματα της λέξης σαν εμπόδια (να μπουσουλήσει κάτω από το η, να περδήξει πάνω από το υ, να περάσει μέσα από το ο, να σκαρφαλώσει πάνω από το ε...)

Τα παιδιά που λειτουργούν κυρίως με το δεξί ημισφαίριο δυσκολεύονται να εκτιμήσουν το χρόνο και να μάθουν την ώρα. Μια αποτελεσματική μέθοδος είναι το «σώμα ρολόι». Το κεφάλι τους είναι ο αριθμός 12 και τα πόδια τους το 6, ενώ τα χέρια τους είναι οι δείκτες του ρολογιού. Η ώρα είναι 12 όταν και τα δύο χέρια είναι τεντωμένα πάνω από το κεφάλι. Αυτή η αναφορά στο σώμα τους, με τα κιναισθητικά ερεθίσματα σε κάθε αλλαγή χεριών-δεικτών του ρολογιού, υποβοηθά την αντίληψη της ώρα από το δεξί ημισφαίριο.

Επιπλέον, τα παιδιά αυτά έχουν συχνά μεγάλη ευαισθησία στα χρώματα. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν διάφορα χρώματα για διαφορετικούς φακέλους, για συρτάρια με

ειδικό περιεχόμενο, για κρεμάστρες για διάφορα ρούχα, καθώς επίσης και ζωγραφιστές αναπαραστάσεις έξω από τα συρτάρια και τα ντουλάπια για το «τί μπάινει πού».

Το γεγονός ότι μετά από αφαίρεση του αριστερού ημισφαιρίου, σε νεογνική ηλικία, το δεξί ημισφαίριο (που δεν είναι ανταγωνιστικό με το αριστερό) αναλαμβάνει ικανότητες ομιλίας, σημαίνει ότι η εξελικτική διαφορά μεταξύ των δύο ημισφαιρίων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις διαφορετικές εμπειρίες και κυρίως από την εκπαίδευση και την παιδική ηλικία.

Το σημερινό σύστημα εκπαίδευσης ασχολείται με την ανάπτυξη λεκτικών και λογικών ικανοτήτων αναλυτικού, σειριακού τύπου, δηλαδή απευθύνεται στο αριστερό ημισφαίριο. Είναι γεγονός ότι η εξωλεκτική πλευρά της γνώσης σχεδόν αγνοείται, ενώ η διαισθητική σκέψη αποθαρρύνεται στο σχολείο.

Ένα λειτουργικό εκπαιδευτικό περιβάλλον για μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι καλό εκπαιδευτικό περιβάλλον για όλα τα παιδιά (Reeve, 1994). Μόνο που τα «τυπικά» παιδιά έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται και σε λιγότερο ευνοϊκές συνθήκες, ενώ τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται τροποποίηση των συνθηκών αυτών, προκειμένου να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις του σχολείου.

Σύμφωνα με τον Greene (1993) ένα πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης στο σχολείο έχει τους εξής στόχους :

- ❖ *Μείωση της υπερκινητικής συμπεριφοράς.*
- ❖ *Διατήρηση της προσοχής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια του μαθήματος.*
- ❖ *Ικανοποιητική ανταπόκριση στις απαιτήσεις του σχολείου.*
- ❖ *Ολοκλήρωση δραστηριοτήτων.*
- ❖ *Πρόθυμη εκτέλεση οδηγιών και εντολών.*
- ❖ *Βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομηλίκους.*

Επίλογος

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια νευρο-αναπτυξιακή διαταραχή, πολύ-παραγοντικής αιτιολογίας, τα χαρακτηριστικά της οποίας προκύπτουν από την αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων με πολλαπλά γονίδια. Οι ενδείξεις για τη συνέχεια ή την ασυνέχεια στη φαινοτυπική έκφραση των συμπτωμάτων υποδηλώνουν υψηλό βαθμό ετερογένειας της διαταραχής και ύπαρξη πολλαπλών αναπτυξιακών οδών, καθεμιά εκ των οποίων χαρακτηρίζεται από ευδιάκριτα χαρακτηριστικά (Τσιάντης & Αλεξανδρίδης, 2008).

Επομένως, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στη διάκριση εκείνων των δεικτών οι οποίοι χαρακτηρίζουν τις ρυθμιστικές διαδικασίες και προσδιορίζουν τις διαφορετικές οδούς, με στόχο την αναγνώριση των πιθανών αναπτυξιακών τύπων της συμπεριφοράς. Ο προσδιορισμός των αναπτυξιακών τύπων της προσχολικής ΔΕΠ-Υ δύναται να μας βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση της ετερογενούς αναπτυξιακής πορείας της διαταραχής. Επίσης, είναι δυνατόν να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στο σχεδιασμό συγκεκριμένων στρατηγικών παρέμβασης, που θα στοχεύουν στη διακοπή της πορείας ή στην αποτροπή ανάδυσης άλλων προβλημάτων συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα, δύναται να προσδιορίσει εκείνη την ομάδα παιδιών η οποία ίσως χρήζει πολυεπίπεδης παρέμβασης, συμπεριλαμβανόμενης της φαρμακοθεραπείας. Η ανάγκη για επιστημονικά τεκμηριωμένες και ασφαλείς μεθόδους θεραπείας στην πρώτη παιδική ηλικία είναι επιτακτική (Τσιάντης & Αλεξανδρίδης, 2008).

Τέλος, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εστιάσει στην τροποποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων για τη ΔΕΠ-Υ προσχολικής ηλικίας και στη βελτίωση και ανάπτυξη εργαλείων για την έγκυρη, αξιόπιστη και έγκαιρη αναγνώριση των «περιστατικών».

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aase, H., & sagvolden, T, (2006). Infrequent, but not frequent, reinforcers produce more variable responding and deficient sustained attention in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 47 (5), 457-471.

American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108 (4), 1033-1044.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D. C.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth edition, Text Revision. Washington, DC.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.

Barkley, R. A. (1993). Continuing concerns about EEG biofeedback/neurofeedback. *ADHD Report*, 1, 1-3

Barkley, R. A. (1998). *Can neurofeedback treat attention deficit hyperactivity disorder?* *Physician's Weekly*, 15

Barkley, R. A. (1998). *Treatment of Childhood Disorders*, New York, The Guilford Press, (55-110).

Barkley R. A, (1999): Attention-deficit hyperactivity disorder In (eds.) EJ Mash, RA.

Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. (2003). Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics*, 111:97-109.

Barkley, R. A. (2006). *The Relevance of the Still Lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Commentary* *Journal of Attention Disorders*, 10 (2), 137-140.

Bauermeister, j. J., Bird H. R., Canino , G., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., @ Alegria, M. (1995). Dimensions of attention deficit hyperactivity disorder Findings from teacher and parent reports in a community sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 264-271.

Biederman, J., Faraone, S.V. Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Uggaglia, K., Jellinek, M.S., & Steingard, R. (1992). Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically referred samples. *Archives of general Psychiatry*, 49, 728-738.

Braswell, L., Bloomquist, M.L. (1991). *Cognitive- behavioral therapy with ADHD children : child, family and school interventions*. New York: Guilford Press

Brunstetter, R.W. and Silver, B. (1985). *Attention Deficit Disorder*. In Kaplan, H.I., & Adock, B.J (eds), "Comprehensive Textbook of Psychiatry, vol. IV, Williams and Wilkins.

Campell, S.B., Szumowski, Ewing, L.G., Gluck, D. S., Breaux, A.M. (1982). "A multidimensional assessment of parent-identified behavior problem toddlers". *Journal of Abnormal child psychology*, 10:569

Campell, S. B., Cluss, P. (1982). "Peer relationships of young children with behavior problems". In k. H. Rubin & H.S. Ross (eds), *Peer relationships and social skills in childhood*, Springer –Verlag, New York

Cantwell, D P (1996). "Attention deficit disorder A review of the past 10 years." *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 35 (8), 978-987.

Castellanos F X. "Stimulants and tic disorders: from dogma to data". *Arch Gen Psychiatry* 5.6, 337-338.

Castellanos, F.X., Sonuga-Barke, E.J.S., Milham, M.P., & Tannock, R. (2006). Characterising cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10, 117-123.

Castellanos, F.X. & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nature reviews*, 3, 617-628.

Charles –Jean Nayebi. (2006). *Το υπερκινητικό παιδί*. 90 Απαντήσεις στα Βασικά ερωτήματα. Εκδ. Πατάκη.

Cheng, K., & Jetmalani, A. (2009). It takes a village to treat ADHD: Community and Clinical considerations, *Consultant For Pediatricians*, 8,10. Ανακτήθηκε στις 13 Ιουλίου 2017 από <http://www.psychiatrictimes.com/adhd/content/article/10162/1470179>

Danforth, S.J., (1998). The behavior management flow chart: A component analysis of behavior management strategies. *Clinical Psychology Review*, 18 (2), 229-257.

Danforth, S.J., Harvey, E., Ulaszek, R.W., & Eberhardt Mc kee, T. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of behavior Therapy and experimental Psychiatry*, 37, 188-205.

Davinson, G. C., C Neale J.M. (1998). *Abnormal psychology* (7th Edition). New York: John Wiley & sons, INC.

Deault, C.L. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidity and functional impairments in children with attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child psychiatry and human development*, 41 (2), 168-192.

Doggetti, M (2004). ADHD and drug therapy; Is it still a valid treatment? *Journal of child Health care*, 8 (1) 69-81.

DuPaul, G.J. (1991). Parent and teacher rating of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 245-253.

DuPaul, G.J., Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: The Guilford Press.

DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretations*. New York: The Guilford Press.

Erwin, R. A., Bankert, B.L., & Dupaul, G.J (1996). Treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. In M.A Reinecke, F.M. Dattilio, & A. Freeman (eds). *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (pp.38-61). New York: The Guilford press

Ferguson, K.E. (2003). Shaping. In W. O'Donohue, J.E. Fisher & S.C. Hayes (eds), *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice* (pp 374-383). New Jersey: John Wiley & Sons.

Fiedler, M. F., Lenneberg, E.H., Rolfe, U.T, Drorbaugh, J. E. (1971). "A Speech Screening Procedure with three -Year-old children". *"Pediatrics"*, 48:268.

Flick, L.G. (1998). *ADD/ADHD Behavior-Change Resource Kit*. San Francisco: John Wiley & Sons Inc.

Friedberg, D.L., Roberts, W., Humphries, T., & Dawe, G. (1991). Cognitive behavioral therapy may improve the home behavior of children with ADHD, *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 12, 223-228.

Friedberg, R.D., McClure, J.M., & Hillwing Garcia, J.H. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: Tools for enhancing practice*. New York: The Guilford Press

Frith, G.H., & Armstrong, S.W. (1986). Self-monitoring or behavior disordered students. *Teaching exceptional children*, 18, 144-148.

Gelfand, D.M., & Hartmann, D.P. (1984). *Child behavior analysis and therapy (2nd ed)*. New York: Pergamon Press

Gena, A., & Taylor, B. (1993). *Alpine learning group: Staff training manual*. Alpine learning group

Gillberg C, Melander H, von Knorring A-L, Janols L-O, Thernlund G, Hagglof B, Eidenvall-Wallin L, Gustafsson P, Kopp S, (1997). "Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms". *Arch Gen Psychiatry*, 54:857-864.

Gillberg. C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception. A brief review. *Archives of disease in childhood*, 88, 904-910.

Hechtman L, Abikoff H. (1995). "Multimodal treatment plus stimulants vs. stimulant treatment in ADHD children: Results from a two-year comparative treatment study". *Proceedings of the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, New Orleans LA, 17-22.

Heidt, J. M., & Mrx, B.P. (2003). Self-monitoring as a treatment vehicle. In W. O; Donohue, J. E. Fisher & S.C. Hayes (eds), *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: Tools for enhancing practice* (pp. 361-367). New Jersey: John Wiley & Sons

Hupp, S.D.A., Reitman, D., Forde, D.A., Shriver, M.D., & Lou Kelley, M. (2008). Advancing the assessment of parent-child interactions. Development of the parent instruction-giving game with youngsters. *Behavior therapy*, 39 (1), 91-106.

Kanfer, F. H. & Duerfelkdt, P.H. (1967). Effects of retention of externally or self-reinforced rehearsal trials following acquisition. *Psychological Reports*, 21, 194-196.

Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings (6th ed)*. Belmont, US: Wadsworth/ Thomson Learning.

Lauth, G W. (2000). Konzentrat -/. Aufmerksamkeitstraining. In M. Hautzinger (Hrsg). Verhaltenstherapie Manual, (4. Aufl.) (247-252). Berlin: Springer.

Law S F, Schachar R J. (1999). "Do typical doses of methylphenidate cause tics in children treated for attention-deficit/hyperactivity disorder" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 944-951.

Linnet, K.M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wilborg, K., Henriksen, T.B., Rodriguez, A., Kotimaa, A., Moilanen, I., Thomsen, P.H., Olsen, J., & Jarvelin, M-R. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *American journal of Psychiatry*, 160, 1028-1040.

Lovitt, T.C. (1973). Self-management projects with children with behavioral disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 6, 138-150.

Maniadaki, k., Sonuga -Barke, E., & kakouros, E. (2005). Parents' causal attributions about Attention Deficit /Hyperactivity disorder: the effect of child and parent sex. *Child: care, health and Development*, 31 (3), 331-340.

Marotta PJ, Roberts EA. Pemoline hepatotoxicity in children. *J Pediatrics*, 1998, 132:894-897.

Martin, G., Pear, J. (2003). Functional assessment of the causes of problem behavior, *Behavior Modification What it is and How to do it*. New Jersey: Prentice Hall Inc.

Miller A, Lee S et al (1998). A Review of Therapies for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Canadian Coordinating Office for Health and Technology Assessment (eds.)

Minde, K., Lewin, D., Weiss, G., Lavigneur, H., Douglas, V, Yks, D. (1971). "The hyperactive child in elementary school: a 5- year controlled follow-up". *Exceptionaal children*, 33:215

Montoya, A., Colom, F., Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review, *European Psychiatry*, 26, 166-175.

Morgan, D.P., & Jenson, W.R. (1998). *Teaching behaviorally Disordered students*. New Jersey: prentice-Hall Inc.

National Collaborating Centre for mental health (2009). *Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, Alden Press

NICE (2007). Parent-training / education programmes in the management of children with conduct disorders. Ανακτήθηκε στις 13 Ιουλίου 2017 από το NICE Website: www.nice.org.uk/TA_102

NICE (2009). *Parent- training/ Education programmes in the Management of Children with conduct Disorders*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.

Olfson, M., (2004). New Options In The Pharmacological Management of ADHD. *The American Journal of Managed Care*, 10:4, 117- 124

Petermann, U. (1999). Anstoeurungen. In H.-C Seinhausen & M. von aster (eds), *Verhaltenstherapie und Verhatsmedizin bei Kindern und Jugendlichen* 9187-213). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Rehm, L.P., Adams, J. H. (2003). Self-management. In W. O; Donohue, j.E. Fisher & S.C.hayes (eds), *Cognitive behavior Therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 354-360). New jersey: John Wiley & Sons.

Rhode, G., morgan, D.P., & Yong, K. R. (1983). Generalization and maintenance of treatment gains of behaviorally handicapped students from resource rooms to regular cassrooms using selfevaluation procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16, 171-188.

Rosenbaum, M.S., & Drabman, r.S. (1979). Self-control training in the class-room: A review and critique. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 467-485.

Ross, D. M., Ross, S. a. (1982). "Hyperactivity: Theory, research and action" (2nd ed.), Wiley, New York.

Rutter. M., Graham. P, Yule. W (1970). "A Neuropsychiatric Study in Chilhood", Heinemann, London.

Safer DJ, Zito JM, Gardner JE. "Pemoline hepatotoxicity and postmarketing surveillance". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:622-629.

Safreenn, S.A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C.L., Wolens, T.E., & Biederman, J.(2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued syntoms. *Behaviour research and therapy*, 43, 831-842.

Scahill L, Chappell P, Kim YS, Schultz RT, Katsovich, Shepherd E, Arnsten AFT, Cohen DJ, Leckman J F, (2001). "A placebo-controlled study of guanfancine in the treatment of children with tic disorder and attention deficit hyperactivity disorder". *Am J Psychiatry*, 8:1067-1074.

Schachar, R.J., Tannock, R., Cunningham, C., & Corkum, P.V. (1997). Behavioral, situational and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 36, 754-763.

Shapiro, E.S., & Cole, C. L. (1994). *Behavior change in the classroom: self-management interventions*. New York: Guilford Press.

Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996, 35:409-432.

Stewart, A.M. et al (1996). "*The Hyperactive child syndrome*". *American Journal of Orthopsychiatry* 36:861

Still, G.F. (1902). The Coulstonian Lectures on Some abnormal Physicial Conditions in Children. "*Lancet*", 1: 1008-1082, 1163.

Varley CK, McClellan J, (1997). Case study: Two additional sudden deaths with tricyclic antidepressants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:390-394.

Vitale B., (1982). "*Unicorns are Real. A right Brained Approach to learning*" Jalmar Press, Rolling Hills Estates, CA.

Vollumer, T.R., & Wright, C.S. (2003). Noncontingent reinforcement as treatment for problem behavior. In W. O' Donohue, J.E. Fisher & S.C. Hayes (eds), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically supported techniques in you practice* (pp. 266 -272). New Jersey: John Wiley & Sons.

Wicks- Nelson, R., Israel, A., (2003). *Behavior Disorders of Childhood*. USA: Prentice Hall Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature, *Pediatrics*, 2003, 111: 179-185.

Weiss. G et al (1971). "*Studies on the hyperactive child. VIII: Five year follow up*". *Archives of general psychiatry*, 24:409.

Weiss. G., Hechtman. L.T. (1984). "*Hyperactive children grow up*". Guilford Press, New York.

Werry, J.S., Weis, G., Douglas, V. (1964). "*Studies on the Hyperactivity in twins*". *Child Development*, 44:288.

Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parentig and family functioning of children with Hyperactivity. *Journal of child Psychology and psychiatry*, 29 (2), 161-169.

Zametkin AJ, Rapoport JL. *Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: where have we come in 50 years?* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1987, 26:676-686.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελή, Κ. (2011). *Γνωσιακές Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία: Φάκελος άρθρων (27-50)*. Αθήνα: Μέθοδοι/Τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους.

Αγγελή, Κ., Βλάχου, Μ. (2004). *Τεχνικές και μέθοδοι αντιμετώπισης προβλημάτων στην τάξη*. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι & Μ. Ζαφειροπούλου (επιμ). Προσαρμογή στο σχολείο: πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών (σσ. 77-131). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γενά, Α. (1996). *Αξιολόγηση, θεραπεία και εκπαίδευση ατόμων με αυτισμό*. Στο: Γ Μπουλουγούρης (επιμ), *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής θεραπείας* (σ. 69-93). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ζαφειροπούλου Μαρία (1998). *Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του γνωσιακή- συμπεριφοριστική προσέγγιση*.

Κάκουρος, Ε., (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2000). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Γιώργος Δαρδανός.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2011). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Gutenberg.

Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ., Ευσταθίου, Γ., (2005). *Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV, Στάθμιση της κλίμακας ADHD-IV*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καμούτσα, Ι., Κοτσίφη, Μ., Νικολακοπούλου, Θ., (2011). *Αντιλήψεις εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με την διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητα*. (Πτυχιακή εργασία). Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Κουράκης, Σ. (2004). *Διάσπαση προσοχής η άλλη όψη της αφαίρεσης*.

Κωτσόπουλος, Σ. Ι., (2004). *Φαρμακευτική Αγωγή των Ψυχιατρικών Διαταραχών στο Παιδί και Έφηβο*. Εγκέφαλος, 41: 1, 3- 18.

Μάρκου, Σ., (1998). *Δυσλεξία. Αριστεροχειρία. Κινητική Αδεξιότητα. Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σοφianoπούλου, Α. (2011). *Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με/ή χωρίς υπερκινητικότητα*. Στο Α. Καλαντζί-Αζίζι 9επιμ), *Γνωσιακές- Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία: Φάκελος Άρθρων* (σ. 51-78). Αθήνα: Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, ΕΚΠΑ.

Τσιάντης. Γ. (2001). *Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική*. 2^η έκδοση. Εκδ. Καστανιώτη.

Τσιάντης Γ., Αλεξανδρίδης. Α., (2009). *Προσχολική Παιδοψυχιατρική. 2. Κλινική και θεραπευτικές παρεμβάσεις*. Εκδ. Καστανιώτη.

Τσιάντης Γ. Μανωλόπουλος Σ. (1998). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Τόμος 2^{ος} Ψυχοπαθολογία*. Εκδ. Καστανιώτη.