



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ: ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: «Προβλήματα ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης και κοινωνικής συμπεριφοράς μαθητών σχολικής ηλικίας με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και ΔΕΠ-Υ»

Δετοράκη Λουμάι Ελισάβετ Έλλη (Α.Μ.: 1394)

Παπαδοπούλου Αναστασία (Α.Μ.: 1472)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ζακοπούλου Βικτωρία

Ιωάννινα, Ιούλιος, 2026

***“PSYCHO-EMOTIONAL DEVELOPMENT AND
SOCIAL BEHAVIOR PROBLEMS OF SCHOOL-
AGE STUDENTS WITH SPECIFIC LEARNING
DISABILITIES AND ADHD”.***

Δήλωση μη λογοκλοπής

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

Δετοράκη Λουμάι Ελισάβετ Έλλη

Υπογραφή

Παπαδοπούλου Αναστασία

Υπογραφή

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί το αποτέλεσμα μιας μακράς και ουσιαστικής ερευνητικής πορείας, η οποία είχε ως κεντρικό άξονα τη μελέτη των ψυχοσυναισθηματικών και συμπεριφορικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι μαθητές σχολικής ηλικίας με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (ΕΜΔ) και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Η ανάγκη για μια ολιστική, διεπιστημονική προσέγγιση αυτών των νευροαναπτυξιακών διαταραχών αποτέλεσε το έναυσμα για τη συγγραφή της παρούσας μελέτης, η οποία επιχειρεί να αναδείξει την πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ γνωστικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και οικογενειακών παραγόντων.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας σηματοδοτεί το τέλος μιας σημαντικής ακαδημαϊκής διαδρομής, η οποία δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την πολύτιμη υποστήριξη και συμπαράσταση σημαντικών ανθρώπων που στάθηκαν δίπλα μας καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας αυτής.

Εκφράζουμε τις θερμότερες ευχαριστίες μας στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, κυρία Βικτωρία Ζακοπούλου, για την πολύτιμη καθοδήγησή της, την επιστημονική της εμπειρία και την ανεκτίμητη συμβολή της στη διαμόρφωση του θεωρητικού και ερευνητικού πλαισίου της εργασίας. Η συνεχής ενθάρρυνση, η υπομονή και η ουσιαστική ανατροφοδότησή της υπήρξαν καθοριστικές για την πορεία της έρευνάς μας.

Ευχαριστούμε ολόψυχα τους γονείς και τις οικογένειές μας, οι οποίοι με την αμέριστη συμπαράσταση, την υπομονή και την κατανόησή τους στάθηκαν αρωγοί σε κάθε βήμα αυτής της ακαδημαϊκής πορείας. Η ηθική και υλική τους υποστήριξη αποτέλεσε το θεμέλιο πάνω στο οποίο οικοδομήθηκε η προσπάθειά μας.

Τέλος, η εργασία αυτή αφιερώνεται σε όλους τους μαθητές και φοιτητές με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και ΔΕΠΥ που καθημερινά αγωνίζονται να βρουν τη θέση τους στο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και στις οικογένειές τους, που με θυσίες και αφοσίωση στηρίζουν την προσπάθειά τους να ξεπεράσουν τα εμπόδια και να αναδείξουν το μοναδικό τους δυναμικό.

Με εκτίμηση,

Δετοράκη Λουμιά Ελισάβετ Έλλη

Παπαδοπούλου Αναστασία

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
Εισαγωγή	11
Κεφάλαιο 1: Θεωρητικές προσεγγίσεις στις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες	12
1.1 Η έννοια των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών	12
1.1.1 Τι είναι οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες	12
1.1.2 Επιπολασμός	14
1.1.3 Ιστορική αναδρομή των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών	15
1.2 Κλινική εικόνα και τύποι των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών	17
1.3 Διαγνωστικά κριτήρια και Διαγνωστικά εργαλεία	22
1.3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια	23
1.3.2 Διαγνωστικά εργαλεία	25
1.4 Το βιολογικό και νευροβιολογικό μοντέλο	25
Κεφάλαιο 2: Θεωρητικές προσεγγίσεις στη ΔΕΠΥ	27
2.1 Η έννοια της ΔΕΠΥ	27
2.1.1 Τι είναι η ΔΕΠΥ	27
2.1.2 Ιστορική αναδρομή	28
2.2 Κλινική Εικόνα	31
2.2.1 Χαρακτηριστικά	32
2.2.2 Παρουσιάσεις της ΔΕΠΥ	32
2.3 Διαγνωστικά Κριτήρια και Διαγνωστικά Εργαλεία	33
2.3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια	33
2.3.2 Διαγνωστικά Εργαλεία της ΔΕΠΥ	36
2.4 Νευροβιολογικές Βάσεις της ΔΕΠΥ	40
Κεφάλαιο 3: Πρότυπα Συμπεριφοράς στις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και στη ΔΕΠΥ	42
3.1 Χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που σχετίζονται με τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες	42

3.2	Εσωτερικευόμενες και εξωτερικευόμενες εκδηλώσεις συμπεριφορών της ΔΕΠΥ ανά περιβάλλον	45
3.3	Συμπεριφορές που συνυπάρχουν μεταξύ Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών και ΔΕΠΥ	49
Κεφάλαιο 4: Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και ΔΕΠΥ		53
4.1	Επιπτώσεις στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη.....	53
4.2	Ακαδημαϊκές επιπτώσεις - σχολική αποτυχία	57
4.3	Ο ρόλος της οικογένειας και του σχολικού περιβάλλοντος.....	59
Κεφάλαιο 5: Στρατηγικές Υποστήριξης και Ενίσχυσης στις περιπτώσεις μαθητών με Μαθησιακές δυσκολίες και ΔΕΠΥ		63
5.1	Παιδαγωγικές και διδακτικές παρεμβάσεις στο σχολικό πλαίσιο	63
5.2	Στρατηγικές ενίσχυσης της αυτορρύθμισης και των κοινωνικών δεξιοτήτων.....	66
5.3	Συμβουλευτική γονέων και ενδυνάμωση του οικογενειακού περιβάλλοντος	69
5.4	Η σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας.....	72
Συμπεράσματα		75
Βιβλιογραφία.....		78

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιική εργασία πραγματεύεται την πολυδιάστατη φύση των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών (ΕΜΔ) και της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) σε μαθητές σχολικής ηλικίας, εξετάζοντας το θεωρητικό, επιδημιολογικό, νευροβιολογικό και κλινικό τους υπόβαθρο. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχοσυναισθηματικών, συμπεριφορικών και ακαδημαϊκών επιπτώσεων των εν λόγω νευροαναπτυξιακών διαταραχών, με ιδιαίτερη έμφαση στα φαινόμενα συννοσηρότητας και στις σύγχρονες στρατηγικές διεπιστημονικής παρέμβασης.

Στο πρώτο στάδιο της έρευνας επιχειρείται η εννοιολογική οριοθέτηση και η ιστορική αναδρομή των ΕΜΔ, υπό το πρίσμα των σύγχρονων ταξινομικών συστημάτων (DSM-5-TR) και του διεθνούς νομικού πλαισίου (IDEA). Αναλύονται διεξοδικά οι επιμέρους κλινικοί τύποι των μαθησιακών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της δυσλεξίας, της δυσγραφίας, της δυσορθογραφίας, της δυσπραξίας, της αναπτυξιακής δυσαριθμησίας και της μη λεκτικής μαθησιακής διαταραχής. Παράλληλα, εξετάζονται τα βιολογικά και νευροβιολογικά μοντέλα των ΕΜΔ, τα οποία αναδεικνύουν δομικές και λειτουργικές αλλοιώσεις στα νευρωνικά δίκτυα.

Στη συνέχεια, η εργασία εστιάζει στη ΔΕΠΥ, προσεγγίζοντάς την ως ενιαία νευροαναπτυξιακή οντότητα με διακριτές κλινικές παρουσιάσεις. Μέσω επιδημιολογικών δεδομένων προσδιορίζεται ο παγκόσμιος επιπολασμός της διαταραχής, ενώ αναλύονται τα πυρηνικά της συμπτώματα και η συχνά συνυπάρχουσα συναισθηματική δυσρύθμιση. Στο διαγνωστικό πεδίο, υπογραμμίζεται η ανάγκη για μια πολυδιάστατη κλινική αξιολόγηση μέσω δομημένων συνεντεύξεων, σταθμισμένων κλιμάκων συμπεριφοράς και νευροψυχολογικών δοκιμασιών, ενώ το νευροβιολογικό υπόβαθρο της διαταραχής συνδέεται άμεσα με την καθυστέρηση της φλοιώδους ωρίμανσης στον προμετωπιαίο φλοιό και με δυσλειτουργίες των κατεχολαμινεργικών συστημάτων.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη μελέτη της υψηλής συννοσηρότητας μεταξύ ΕΜΔ και ΔΕΠΥ, η οποία αναγνωρίζεται ως μείζων επιβαρυντικός παράγοντας που πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο σχολικής αποτυχίας. Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση τεκμηριώνεται ότι η μειωμένη ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών και τα ελλείμματα στην εργαζόμενη μνήμη αποτελούν κοινούς γνωστικούς δείκτες ευαλωτότητας και για τις δύο διαταραχές. Επιπροσθέτως, χαρτογραφούνται οι εσωτερικευμένες και εξωτερικευμένες εκδηλώσεις συμπεριφοράς των μαθητών εντός του οικογενειακού και σχολικού περιβάλλοντος, αναδεικνύοντας τις σοβαρές επιπτώσεις στην κοινωνική τους λειτουργικότητα, με κυριότερες

την κοινωνική απόσυρση, την απόρριψη από τους συνομηλίκους και την έκθεση σε φαινόμενα σχολικού εκφοβισμού.

Τέλος, η εργασία αξιολογεί τις σύγχρονες θεραπευτικές και παιδαγωγικές προσεγγίσεις. Προκρίνεται η εφαρμογή της «ρητής διδασκαλίας» για την αποκατάσταση των ελλειμμάτων δεξιοτήτων, σε συνδυασμό με στοχευμένες συμπεριφορικές παρεμβάσεις (συστήματα ενίσχυσης, ημερήσιες κάρτες προόδου) και στρατηγικές αυτορρύθμισης για τη διαχείριση των ελλειμμάτων απόδοσης. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου προϋποθέτει την ενδυνάμωση του οικογενειακού περιβάλλοντος μέσω της συμπεριφορικής εκπαίδευσης γονέων και, πρωτίστως, τη συγκρότηση ενός συνεκτικού, διεπιστημονικού δικτύου συνεργασίας μεταξύ εκπαιδευτικών, ψυχολόγων και επαγγελματιών υγείας εντός της σχολικής κοινότητας.

Λέξεις-κλειδιά: Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, ΔΕΠΥ, Συννοσηρότητα, Νευροβιολογικό Υπόβαθρο, Ψυχοσυναισθηματική Ανάπτυξη, Διεπιστημονική Παρέμβαση.

ABSTRACT

This undergraduate thesis examines the complex nature of Specific Learning Disabilities (SLDs) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in school-aged children, focusing on their theoretical, epidemiological, neurobiological, and clinical foundations. The study aims to investigate how these neurodevelopmental disorders impact students psychically, emotionally, behaviorally, and academically, with a specific focus on comorbidity and modern multidisciplinary interventions.

The first section establishes the conceptual boundaries and historical background of SLDs, aligned with contemporary diagnostic frameworks (DSM-5-TR) and international legislation (IDEA). It provides a detailed analysis of specific clinical subtypes, including dyslexia, dysgraphia, spelling disorders, dyspraxia, developmental dyscalculia, and non-verbal learning disability. It also reviews the biological and neurobiological models of SLDs, highlighting structural and functional differences in neural networks.

The next part of the thesis treats ADHD as a single neurodevelopmental condition with distinct clinical presentations. Using recent epidemiological data to establish its global prevalence, the paper analyzes core symptoms alongside frequently co-occurring emotional dysregulation. Regarding diagnosis, the study emphasizes the importance of a comprehensive

clinical assessment using structured interviews, standardized behavior rating scales, and neuropsychological testing. The neurobiological basis of ADHD is linked directly to delayed cortical maturation in the prefrontal cortex and catecholaminergic system dysfunction.

A significant portion of the research is dedicated to the high comorbidity rates between SLDs and ADHD, which serve as a major compounding factor that increases the risk of academic failure. A review of the literature indicates that slower information processing speeds and working memory deficits are shared cognitive markers of vulnerability in both conditions. Furthermore, the paper traces how these students exhibit internalizing and externalizing behaviors at home and school, noting the severe consequences on social functioning, such as social withdrawal, peer rejection, and school bullying.

Finally, the thesis evaluates current therapeutic and pedagogical approaches. It supports the use of "explicit instruction" to address skill deficits, combined with targeted behavioral strategies and self-regulation techniques to manage performance issues. The study concludes that managing these disorders effectively requires supporting families through behavioral parent training and, crucially, building a cohesive, multidisciplinary network of teachers, psychologists, and healthcare professionals within the school community.

Keywords: Specific Learning Disabilities, ADHD, Comorbidity, Neurobiological Background, Psycho-emotional Development, Multidisciplinary Intervention

Εισαγωγή

Οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (ΕΜΔ) και η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αποτελούν δύο από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές στο σχολικό πληθυσμό, με σημαντικές επιπτώσεις στη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Παρά τη μεγάλη έρευνα που έχει διεξαχθεί, η επιστημονική κοινότητα συχνά εξακολουθεί να τις εξετάζει ως ξεχωριστές και ανεξάρτητες διαταραχές, χρησιμοποιώντας απλοϊκές και αποσπασματικές προσεγγίσεις. Αυτή η άποψη όμως δεν ανταποκρίνεται στην πραγματική πολυπλοκότητα της κλινικής εικόνας και δυσχεραίνει την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Σύγχρονα νευροεπιστημονικά ευρήματα δείχνουν ότι οι δύο διαταραχές συνδέονται στενά: εμφανίζουν υψηλό βαθμό συννοσηρότητας, κοινά νευροβιολογικά χαρακτηριστικά και σημαντική επικάλυψη σε επίπεδο νευρογνωστικών ελλειμμάτων. Κοινά γνωστικά φαινόμενα, όπως διαταραχές στη λειτουργία των εγκεφαλικών δικτύων, προβλήματα στην εργαζόμενη μνήμη και μειωμένη ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, υποδηλώνουν μια κοινή αιτιολογική ρίζα. Η αναγνώριση αυτής της σχέσης έχει σημαντικές επιπτώσεις στη διάγνωση, αλλά και στον σχεδιασμό θεραπευτικών και εκπαιδευτικών στρατηγικών.

Επιπλέον, οι επιπτώσεις των ΕΜΔ και της ΔΕΠΥ εκτείνονται πέρα από την ακαδημαϊκή απόδοση. Η διαρκής εμπειρία αποτυχίας, η κοινωνική απομόνωση, η συναισθηματική αστάθεια και η αύξηση του οικογενειακού άγχους δημιουργούν ένα περίπλοκο και αλληλοεπιδρώμενο πλαίσιο δυσκολιών. Χωρίς έγκαιρη και ολιστική παρέμβαση, αυτό το πλαίσιο μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπτώσεις για την ψυχική υγεία και την κοινωνική ένταξη καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στη συστηματική ανάλυση των θεωρητικών, κλινικών και νευροβιολογικών πτυχών των ΕΜΔ και της ΔΕΠΥ, με ιδιαίτερη προσοχή στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους. Εξετάζονται οι κοινοί γνωστικοί μηχανισμοί, οι ψυχοσυναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις για το παιδί και την οικογένεια, καθώς και το φάσμα των επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων που μπορούν να τους υποστηρίξουν στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον. Στόχος είναι να υπογραμμιστεί η ανάγκη για ένα διεπιστημονικό και συστημικό πλαίσιο αντιμετώπισης, ικανό να ανταποκριθεί στην πολυσύνθετη φύση των αναγκών αυτών των μαθητών.

Κεφάλαιο 1: Θεωρητικές προσεγγίσεις στις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες

1.1 Η έννοια των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών

1.1.1 Τι είναι οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες

Το 1962, ο Kirk χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «ειδικές μαθησιακές διαταραχές» σε μια επιστημονική εργασία του. Σε αυτήν, περιέγραψε τις δυσκολίες στη μάθηση ως καθυστερήσεις ή διαταραχές στην ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων, όπως η ομιλία, η γραφή, η ανάγνωση και ο λογισμός. Αυτές οι δυσκολίες προκύπτουν από κάποια νευρολογική δυσλειτουργία, η οποία μερικές φορές σχετίζεται με συμπεριφορικά ή συναισθηματικά ζητήματα. Δεν οφείλονται, ωστόσο, σε χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης, προβλήματα όρασης, ανεπαρκή εκπαίδευση ή το κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο μεγάλωσε το άτομο (Elliot & Grigorenko ,2014 ; Kirk ,1962).

Σε σχέση με άλλα ταξινομικά συστήματα το DSM-5, παρέχει τα κλινικά κριτήρια για τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, περιλαμβάνοντας διάφορους ορισμούς. Εκτός από αυτό, υπάρχει και το IDEIA, ένα νομικό πλαίσιο που διέπει την εκπαίδευση ατόμων με αναπηρίες (Schott & Wright-Gallo, 2025). Ένα παιδί με αναπηρία δικαιούται ένα Προσωπικό Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα (IEP) όταν , σύμφωνα με το IDEA, είναι δικαιούχο του Δωρεάν Κατάλληλου Δημοσίου Εκπαιδευτικού Προγράμματος (FAPE). Το εν λόγω πρόγραμμα καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο η αναπηρία επηρεάζει τη συμμετοχή και την επίδοση του μαθητή στο σχολικό περιβάλλον. Η διδασκαλία βασίζεται στο κοινό αναλυτικό πρόγραμμα που ακολουθείται για όλους τους μαθητές , ενώ οι εκπαιδευτικοί προσαρμόζονται δεόντως ώστε να ανταποκρίνονται στις ειδικές ανάγκες του κάθε ατόμου. Μέσω αυτής της διαδικασίας, το παιδί δύναται να συμμετέχει ομαλά στην εκπαιδευτική διαδικασία και να πετύχει σταδιακή πρόοδο. Σύμφωνα με το IDEA, η δυσκολία αφορά μια δυσλειτουργία σε μία ή περισσότερες ψυχικές διεργασίες που σχετίζονται με τη γλώσσα, προφορική ή γραπτή. Αυτό μπορεί να εκδηλώνεται ως μειωμένη ικανότητα ακρόασης, δυσκολία στη σκέψη, προβλήματα στην ομιλία, μη ρευστή ανάγνωση, δυσκολία στη γραφή, λάθη στη συλλαβισμό ή ανακρίβειες στα μαθηματικά.

Ωστόσο, υπάρχει μία σημαντική διένεξη σχετικά με την ανάγκη για γνωστική αξιολόγηση στο πλαίσιο εκτίμησης προβλημάτων μάθησης και προσοχής. Σύμφωνα με το

IDEA εξετάστηκαν πέντε συνηθισμένες πηγές στοιχείων που επικαλούνται υπέρ της συμπερίληψης της γνωστικής αξιολόγησης στη διαδικασία αναγνώρισης μαθησιακών δυσκολιών. Μετά από ενδελεχή ανάλυση, διαπιστώθηκε ότι τα διαθέσιμα δεδομένα δεν επαρκούν για να υποστηρίξουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της γνωστικής αξιολόγησης. Ως εκ τούτου, προτείνεται μία εναλλακτική προσέγγιση βασισμένη σε ένα υβριδικό μοντέλο, το οποίο στοχεύει στην άμεση διευκόλυνση της παρέμβασης και βασίζεται στην απόδειξη χαμηλής ακαδημαϊκής επίδοσης, στην ανεπαρκή αντίδραση σε οργανωμένες παρεμβάσεις και στην αξιολόγηση παραγόντων που αποκλείουν άλλες αιτίες (Fletcher & Miciak, 2017).

Περίπου το 5% των μαθητών διαγιγνώσκεται ότι αντιμετωπίζει μαθησιακές δυσκολίες (Lyon, 1996). Αυτές δεν αφορούν απλώς σε μια ενιαία διαταραχή, αλλά περιλαμβάνουν δυσκολίες σε έναν ή περισσότερους από τους επτά τομείς που σχετίζονται με την ανάγνωση, τη γλώσσα και τα μαθηματικά (Lyon, 1996). Οι συγκεκριμένοι τύποι νευροαναπτυξιακών διαταραχών συχνά εμφανίζονται ταυτόχρονα, ενώ συνδέονται επίσης με ελλείψεις στις κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και με συναισθηματικές ή συμπεριφορικές δυσκολίες. Η πλειονότητα των παιδιών παρουσιάζει βασικές ελλείψεις στις δεξιότητες ανάγνωσης. Παράλληλα, υπάρχουν ορισμένοι εξειδικευμένοι ορισμοί για τις μαθησιακές δυσκολίες, σύμφωνα με τους οποίους αυτές δεν μπορούν να αποδοθούν κυρίως σε νοητική υστέρηση, συναισθηματική διαταραχή, πολιτισμική διαφορά ή ανεπαρκή εκπαιδευτικό περιβάλλον. Σήμερα, είναι σαφές ότι οι δυσκολίες στην ανάγνωση έχουν κυρίως ρίζες σε προβλήματα φωνολογικής επίγνωσης, τα οποία συνήθως γίνονται αντιληπτά έως το τέλος του νηπιαγωγείου, και σίγουρα όχι αργότερα από την πρώτη τάξη του δημοτικού (Lyon, 1996). Αυτό δεν είναι τυχαίο: μια μελέτη Delphi, στην οποία συμμετείχαν ειδικοί, ακαδημαϊκοί, εκπαιδευτικοί, ψυχολόγοι και άτομα με δυσλεξία, αποκάλυψε ξεκάθαρα ότι οι δυσκολίες στην ανάγνωση και την ορθογραφία αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της δυσλεξίας, ανεξάρτητα από την ηλικία ή τη γλώσσα (Carroll et al., 2025).

Πέραν των γνωστών στοιχείων, μία επιστημονική προσέγγιση προς την υπόθεση Guckenheimer (Siegel, 1999) εναντίον του Πανεπιστημίου της Βοστώνης εξέτασε ενδελεχώς την έννοια της μαθησιακής δυσκολίας. Διαμορφώθηκαν τέσσερις βασικές αναλυτικές κατηγορίες: ποιος εμφανίζει ενδείξεις τέτοιων δυσλειτουργιών; με ποιους μεθοδολογικούς τρόπους επιτυγχάνεται η αξιολόγησή τους; ποιος φορέας διαθέτει τη νομική και επιστημονική αρμοδιότητα για τον καθορισμό της ύπαρξης μαθησιακής δυσκολίας; Στο πλαίσιο αυτό, ποια

είδη λειτουργικών προσαρμογών απαιτούνται από τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα και με ποια κριτήρια επιλέγονται (Siegel, 1999).

Μια εναλλακτική προσέγγιση προς τις μαθησιακές δυσκολίες τις αντιμετωπίζει ως σύνολο ετερογενών διαταραχών, οι οποίες δεν εμφανίζουν μονοδιάστατη ή σταθερή εκδήλωση, αλλά διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τη συμπτωματολογία και τα λειτουργικά εμπόδια που παρουσιάζουν. Λόγω αυτής της ποικιλομορφίας, η διαμόρφωση ενός ενιαίου μοντέλου διάγνωσης ή παρέμβασης αποδεικνύεται εξαιρετικά δύσκολη, όπως επίσης και η εφαρμογή μιας ομοιόμορφης διδακτικής μεθοδολογίας (Παντελιάδου, 2011). Στην ουσία, το φαινόμενο ερμηνεύεται ως μια σημαντική απόκλιση από την αναμενόμενη επίδοση βάσει της ηλικίας και των γνωστικών προϋποθέσεων του ατόμου, γεγονός που επιβάλλει την ανάγκη για εξατομικευμένες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις, προσαρμοσμένα διδακτικά υλικά και πολυδιάστατη υποστήριξη, η οποία πρέπει να προέρχεται από την οικογένεια, το σχολικό περιβάλλον και, όπου απαιτείται, από εξειδικευμένους φορείς (Σακκάς, 2002).

1.1.2 Επιπολασμός

Μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης που βασίζεται στα κριτήρια του DSM-V (2013), επιχειρείται η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, στις οποίες περιλαμβάνονται και οι μαθησιακές δυσκολίες. Μετά την αξιολόγηση σχετικών ερευνών, προέκυψε ότι τα ποσοστά επιπολασμού αυτών των διαταραχών διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στις χώρες, κυμαινόμενα από 4,70% έως 88,50% (Francés et al., 2022). Η διαφοροποίηση αυτή φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό διαγνωστικής δραστηριότητας και την επάρκεια της εκπαίδευσης των επαγγελματιών που εργάζονται στον τομέα της παιδικής και εφηβικής φροντίδας.

Γι' αυτόν τον λόγο, είναι ζωτικής σημασίας η ανάπτυξη δευτερογενών παρεμβάσεων στα πεδία της εκπαίδευσης και της δημόσιας υγείας, με στόχο τη μείωση των κοινωνικών και συναισθηματικών επιπτώσεων, την αποφυγή της ακαδημαϊκής αποτυχίας και τον περιορισμό του οικονομικού βάρους για την κοινωνία (Francés κ.ά., 2022). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου οι μισοί από τους μαθητές που λαμβάνουν υπηρεσίες ειδικής αγωγής αντιμετωπίζουν κάποια μορφή ειδικής μαθησιακής δυσκολίας (Denton, Vaughn, & Fletcher, 2003). Επιπλέον, περίπου το 8% των παιδιών ηλικίας 5 έως 17 ετών – με ποσοστό 10% στα αγόρια και 6% στα κορίτσια – διαγιγνώσκονται με μαθησιακή δυσκολία (Pullen, n.d.). Σύμφωνα με το DSM-V,

τα ποσοστά επιπολασμού των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών κυμαίνονται από 5% έως 15% (Linda Wilmschurst, 2017).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, το 5,7% των παιδιών προσχολικής ηλικίας είχε αυξημένο κίνδυνο να αντιμετωπίσει ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και ψυχικές διαταραχές (Bozatlı et al., 2024). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε πόλη της Κρήτης, εξετάστηκαν 208 παιδιά για να διαπιστωθεί η συχνότητα μαθησιακών και συναισθηματικών-συμπεριφορικών προβλημάτων. Η αξιολόγηση έγινε με την ελληνική έκδοση της κλίμακας νοημοσύνης Wechsler για παιδιά, η οποία έδειξε ότι το 25,5% των παιδιών είχε ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, το 18,75% παρουσίαζε συμπτώματα ΔΕΠΥ και το 5,29% αντιμετώπιζε συναισθηματικά ή συμπεριφορικά ζητήματα (Lioliou et al., 2025).

Έρευνα σε μαθητές έδειξε ότι η αναπτυξιακή δυσαριθμσία εμφανίζεται σε ποσοστό 3% έως 6%, ένα εύρος συγκρίσιμο με τα ποσοστά της δυσλεξίας και της ΔΕΠΥ (Shalev et al., 1988). Με τη χρήση τυποποιημένων μεθόδων, εκτιμήθηκε η διάδοση της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό (Shalev et al., 2000). Όταν εφαρμόστηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-V, διαπιστώθηκε ότι το 6% των παιδιών αντιμετώπιζε σοβαρές δυσκολίες στα μαθηματικά. Αφού αποκλείστηκαν άλλοι παράγοντες, το 5,7% εμφάνιζε ένα συγκεκριμένο προφίλ: ειδική μαθησιακή διαταραχή στα μαθηματικά. Μερικά από αυτά τα παιδιά είχαν επίσης αυτισμό ή δυσκολίες στην κοινωνική και συναισθηματική συμπεριφορά, ενώ άλλα αντιμετώπιζαν προβλήματα προσοχής και υπερκινητικότητας (Morsanyi et al., 2018).

1.1.3 Ιστορική αναδρομή των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών

Οι Hallajan και Mock (2003) αναγνωρίζουν πέντε διακριτές φάσεις στην εξέλιξη των μαθησιακών διαταραχών. Η πρώτη, που καλύπτει το διάστημα από το 1800 έως το 1920, βασίστηκε σε κλινικές παρατηρήσεις σχετικά με εγκεφαλικές και γνωστικές δυσλειτουργίες. Από το 1920 μέχρι το 1960, η έρευνα επικεντρώθηκε σε προγράμματα επανένταξης και εκπαίδευσης, χαρακτηριστικό της αμερικανικής προσέγγισης της εποχής. Την περίοδο 1960–1975, άρχισαν να δραστηριοποιούνται νέες οργανώσεις υπέρ των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Ακολούθησε η φάση της Σταθεροποίησης (1975–1985), κατά την οποία επικράτησε σχετική ακινησία στον τομέα. Τέλος, η περίοδος 1985–2000 χαρακτηρίστηκε ως «ταραγμένη», λόγω της απότομης αύξησης των διαγνώσεων μαθησιακών δυσκολιών σε μαθητές (Hallahan & Mock, 2003).

Το 1896, ο βρετανός γιατρός William Pringle Morgan ανέφερε την περίπτωση ενός αγοριού, του Percy. Το παιδί ήταν ιδιαίτερα δεξιό στα παιχνίδια, πολύ έξυπνο και δεν υστερούσε σε κανένα τομέα σε σχέση με τους συνομηλίκους του. Ωστόσο, αντιμετώπιζε σοβαρές δυσκολίες στην απόκτηση της ικανότητας ανάγνωσης. Η περίπτωση του Percy θεωρείται μία από τις πρώτες που περιεγράφηκαν ως λεξική τύφλωση — όρος που σήμερα αντικαθίσταται από τον όρο «δυσλεξία». Ξεκινώντας από αυτή την παρατήρηση, ο Philip Kirby μαζί με τη Margaret Snowling αναλύουν πώς η ιατρική σκέψη, από τη Βικτωριανή εποχή και μετά, οδήγησε στην παγκόσμια αναγνώριση της δυσλεξίας ως ειδικής μαθησιακής δυσκολίας. Κατά τη διάρκεια αυτής της εξέλιξης, άλλαξαν οι αντιλήψεις, ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύεται η διάγνωση, καθώς και οι επιπτώσεις της στο εκπαιδευτικό πλαίσιο (Kirby & Snowling, 2022).

Πριν από σχεδόν πενήντα χρόνια, ο Samuel Kirk (1962) επιχείρησε να οριοθετήσει τις μαθησιακές δυσκολίες ως ξεχωριστό επιστημονικό πεδίο, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να έχει διευκρινιστεί η ακριβής αιτιολογία της διαταραχής. Μετά τον αρχικό ορισμό, η εξέλιξη του θέματος ήταν εντυπωσιακά γρήγορη και είχε σημαντικές επιπτώσεις στην ειδική εκπαίδευση, ωστόσο η ασάφεια σχετικά με τη φύση της παραμένει σημαντικό εμπόδιο για την ταξινόμησή της (Mather & Roberts et al., 1994). Δύο ζητήματα φαίνεται να χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής: πρώτον, η ουσία των δυσκολιών στο λόγο και την ανάγνωση που προκύπτουν από εγκεφαλική δυσλειτουργία, και δεύτερον, η θέση της Ειδικής Αγωγής ως ανεξάρτητος τομέας μέσα στην εκπαιδευτική πολιτική (Μαίρη Τζουριάδου, 2011).

Αργότερα, πραγματοποιήθηκε μια έρευνα στο Κέιπ Κοντ της Μασαχουσέτης, η οποία εξέταζε τη χωρική διαφοροποίηση τριών δεικτών σχετικών με εκπαιδευτικές και αναπτυξιακές δυσκολίες. Για τις ανάγκες της μελέτης, συγκεντρώθηκαν δεδομένα από μητέρες παιδιών που γεννήθηκαν μεταξύ 1969 και 1983, σχετικά με την ανάγκη για ειδική αγωγή, δυσκολίες συγκέντρωσης και υπερκινητικότητα, καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων. Παρότι τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, φαίνεται ότι τα παιδιά σε συγκεκριμένες περιοχές του Κέιπ Κοντ είχαν υψηλότερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν μαθησιακά προβλήματα (Hoffman et al., 2010).

Μεταξύ του 1992 και του 2008 πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική έρευνα, η οποία εξέτασε 835 ιατρικά ιστορικά ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Διαπιστώθηκε ότι άτομα με ειδικές δυσκολίες στη μάθηση, τα οποία μεγάλωσαν σε κοινωνικά ασταθείς συνθήκες και αντιμετώπισαν

προβλήματα συμπεριφοράς, είχαν υψηλότερη πιθανότητα να διαγνωστούν με σχιζοφρένεια σε σύγκριση με άλλες ψυχικές διαταραχές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κλινική εικόνα συνοδεύτηκε από οικογενειακές δυσχέρειες, όπως η απώλεια γονέα ή η ύπαρξη αλκοολισμού στο οικογενειακό περιβάλλον. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης μπορούν να συμβάλουν στην κατανόηση των αιτιών των ψυχικών διαταραχών, υποδεικνύοντας ότι η έγκαιρη παρέμβαση σε μαθησιακές ή άλλες δυσκολίες ίσως μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων στην ενήλικη ζωή των παιδιών (Zakoroulou et al., 2014).

Τα τελευταία πενήντα χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νευροψυχολογική έρευνα που εστίαζε αρχικά στη διεξαγωγή δοκιμασιών ευαίσθητων σε εγκεφαλικές δυσλειτουργίες, με στόχο την ανίχνευση των εγκεφαλικών διεργασιών που βρίσκονται πίσω από τις μαθησιακές δυσκολίες και θα μπορούσαν να αποτελέσουν βάση για θεραπευτικές παρεμβάσεις. Παράλληλα με την προσπάθεια ταξινόμησης και διάγνωσης των μαθησιακών δυσκολιών, τέσσερις σημαντικές εξελίξεις σε ερευνητικό πλαίσιο έχουν συμβάλει στη διαμόρφωση μιας σύγχρονης, επιστημονικά τεκμηριωμένης, διεπιστημονικής και διεθνούς προσέγγισης αυτών των ειδικών μαθησιακών αναγκών. Αυτές περιλαμβάνουν την εισαγωγή της γνωστικής επιστήμης, την πρόοδο στην ποσοτική και μοριακή γενετική, την ανάπτυξη μη επεμβατικών μεθόδων δομικής και λειτουργικής νευροαπεικόνισης, καθώς και τη διεξαγωγή πειραματικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βελτίωση των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων και στη διαχείριση συνυπαρχουσών διαταραχών (Fletcher & Grigorenko, 2017).

1.2 Κλινική εικόνα και τύποι των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών

Άτομα με ειδικές μαθησιακές διαταραχές, οι οποίες εντάσσονται στο πλαίσιο των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, παρουσιάζουν διαφοροποιημένα κλινικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένες δυσλειτουργίες στη νοητική επεξεργασία επηρεάζουν σημαντικά τη σχολική τους απόδοση, ειδικά σε τομείς όπως η ορθογραφία, η ανάγνωση, η γραπτή έκφραση, τα μαθηματικά, η χωρική αντίληψη και οι λεπτές κινητικές δεξιότητες. Η ετερογένεια μεταξύ των παιδιών είναι εμφανής ως προς τις ψυχοκινητικές, μνημονικές και εκτελεστικές λειτουργίες, δείχνοντας σαφώς τόσο τις περιοχές δυσκολίας όσο και εκείνες στις οποίες επιδεικνύουν σχετική επάρκεια (Fenwick et al., 2016).

- Δυσλεξία

Η κλινική εικόνα της δυσλεξίας περιλαμβάνει σημαντικές δυσκολίες στην ανάγνωση, τη γραφή και την επεξεργασία της γλώσσας, παρά την κανονική νοημοσύνη. Χαρακτηρίζεται από συλλαβική, αργή ανάγνωση, αδυναμία κατανόησης κειμένου, συχνά ορθογραφικά/γραμματικά λάθη, αντιστροφή γραμμάτων (π.χ. ε-3) και δυσκολίες στην αρίθμηση.

Βασικά Χαρακτηριστικά της Κλινικής Εικόνας:

- Ανάγνωση: Συλλαβική, αργή, με λάθη, παραλείψεις ή αντικαταστάσεις λέξεων.
- Γραφή/Ορθογραφία: Παθολογικά αργή γραφή, συχνά ορθογραφικά λάθη, δυσκολία στη γραπτή έκφραση, αντιστροφή γραμμάτων
- Γλωσσικές Δυσκολίες: Δυσκολία στην επεξεργασία της γλώσσας, φωνολογική ενημερότητα.
- Μαθηματικά: Σημαντικές δυσκολίες στην αριθμητική.
- Άλλες ενδείξεις: Προβλήματα προσανατολισμού (δεξιά-αριστερά), μνήμης και οργάνωσης. Η εικόνα διαφέρει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με το δυναμικό του, και συχνά συνυπάρχει με συναισθηματικές δυσκολίες λόγω των σχολικών αποτυχιών.

- Δυσγραφία

Η δυσγραφία μπορεί να παρουσιάσει μια ποικιλία συμπτωμάτων, τα οποία μπορεί να διαφέρουν σε σοβαρότητα από άτομο σε άτομο.

Τα συνηθισμένα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Δυσανάγνωστη γραφή: Τα γράμματα μπορεί να έχουν κακή μορφοποίηση, ασυνέπεια σε μέγεθος ή δυσκολία στην ανάγνωση.
- Ασυνεπής απόσταση: Οι λέξεις μπορεί να έχουν πολύ μικρή ή πολύ μεγάλη απόσταση μεταξύ τους, γεγονός που καθιστά δύσκολη την παρακολούθηση της γραπτής εργασίας.
- Δυσκολία στην ορθογραφία: Τα άτομα μπορεί να δυσκολεύονται να γράψουν

σωστά τις λέξεις, συχνά παραλείποντας γράμματα ή χρησιμοποιώντας λανθασμένη ακολουθία γραμμάτων.

- Κακή οργάνωση: Η γραπτή εργασία μπορεί να μην έχει δομή, με τις ιδέες να παρουσιάζονται με ασταθή τρόπο.
- Σωματική δυσφορία: Η γραφή μπορεί να προκαλέσει δυσφορία ή κόπωση, οδηγώντας σε απροθυμία συμμετοχής σε γραπτές εργασίες.
- Αργή ταχύτητα γραφής: Τα άτομα μπορεί να χρειαστούν περισσότερο χρόνο για να ολοκληρώσουν γραπτές εργασίες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Σημάδια προειδοποίησης Ορισμένα προειδοποιητικά σημάδια μπορεί να υποδηλώνουν την ανάγκη για άμεση ιατρική φροντίδα, όπως:
- Σημαντική απογοήτευση ή άγχος που σχετίζονται με γραπτές εργασίες.
- Μια ξαφνική μείωση της ακαδημαϊκής επίδοσης, ιδιαίτερα σε θέματα που σχετίζονται με τη συγγραφή.
- Επίμονη δυσκολία στην έκφραση σκέψεων προφορικά ή γραπτά, πέρα από τα συνηθισμένα για την ηλικία τους.

- Δυσορθογραφία

Η δυσορθογραφία είναι μια ειδική μαθησιακή δυσκολία που χαρακτηρίζεται από επίμονα και συστηματικά ορθογραφικά λάθη, τα οποία δεν δικαιολογούνται από το νοητικό επίπεδο, την εκπαίδευση ή τις αισθητηριακές ικανότητες του παιδιού.

Η κλινική εικόνα της δυσορθογραφίας περιλαμβάνει τα εξής κύρια χαρακτηριστικά: 1. Τύποι Ορθογραφικών Λαθών

- Παραλείψεις γραμμάτων: Το παιδί ξεχνάει γράμματα μέσα σε λέξεις (π.χ. «πρατήριο» αντί «τραπεζάκι»).
- Αντιστροφές/Μεταθέσεις: Αλλάζει τη σειρά των γραμμάτων (π.χ. «πορτοκάλι» αντί «προτοκάλι»).
- Αντικαταστάσεις γραμμάτων: Μπερδεύει γράμματα που ακούγονται παρόμοια ή μοιάζουν οπτικά (π.χ. φ-θ, β-φ, π-τ, δ-θ).
- Προσθήκες γραμμάτων: Προσθέτει περιττά γράμματα (π.χ. «καλλοκαιρι»).
- Κολλημένες λέξεις: Δεν βάζει κενά ανάμεσα στις λέξεις ή κολλάει άρθρα με ουσιαστικά (π.χ. «οσκύλος»).

2. Γραμματικά και Συντακτικά Λάθη

- Λάθη σε κανόνες: Δυσκολία στην εφαρμογή βασικών γραμματικών κανόνων, όπως οι καταλήξεις ρημάτων, τα άρθρα, και η ορθογραφία των πτώσεων.
- Λάθη στον τονισμό: Παράλειψη ή λάθος τοποθέτηση τόνων, ακόμη και σε απλές, καθημερινές λέξεις.

3. Δυσκολία στη Φωνολογική

Επεξεργασία Η δυσορθογραφία συχνά σχετίζεται με φωνολογικό έλλειμμα, δηλαδή δυσκολία του παιδιού να αντιστοιχίσει σωστά τους φθόγγους (ήχους) με τα γράμματα (γραφήματα). 4. Γενικότερα Χαρακτηριστικά • Συννοσηρότητα με Δυσλεξία: Σε ποσοστό περίπου 20%, η δυσορθογραφία συνυπάρχει με τη δυσλεξία. • Ανομοιομορφία: Το παιδί μπορεί να γράψει σωστά μια λέξη τη μία στιγμή και λανθασμένα την επόμενη. • Συναισθηματική φόρτιση: Αποφυγή γραπτών εργασιών, χαμηλή αυτοπεποίθηση και άγχος λόγω των συνεχών διορθώσεων. Η έγκαιρη διάγνωση από ειδικό (логоθεραπευτή ή ειδικό παιδαγωγό) είναι καθοριστική για την αντιμετώπιση της, καθώς η δυσορθογραφία δεν ξεπερνιέται μόνο με την «περισσότερη εξάσκηση»

- Δυσπραξία

Η δυσπραξία, γνωστή και ως Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού (DCD), είναι μια νευρολογική κατάσταση που επηρεάζει τον σχεδιασμό και την οργάνωση των κινήσεων. Δεν οφείλεται σε μυϊκή αδυναμία, αλλά στον τρόπο που ο εγκέφαλος επεξεργάζεται τις πληροφορίες και δίνει εντολές στο σώμα.

Η κλινική εικόνα διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, αλλά περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά: 1. Κινητικές Δυσκολίες (Αδρή και Λεπτή Κινητικότητα) • Αδεξιότητα: Συχνές πτώσεις, προσκρούσεις σε αντικείμενα ή έλλειψη ισορροπίας. • Λεπτή Κινητικότητα: Δυσκολία στο γράψιμο (δυσγραφία), στο δέσιμο κορδονιών, στο κούμπωμα κουμπιών, στη χρήση ψαλιδιού ή μαχαιροπίρουνων. • Αδρή Κινητικότητα: Δυσκολία στον συντονισμό για τρέξιμο, άλμα, κλότσημα μπάλας, ποδήλατο ή κολύμπι. 2. Οργάνωση και Σχεδιασμός (Δυσπραξία) • Δυσκολία στην εκτέλεση ακολουθίας κινήσεων (π.χ. ντύσιμο με συγκεκριμένη σειρά). • Δυσκολία στην κατανόηση του χώρου (χωρική αντίληψη). • Αργός ρυθμός εργασίας και δυσκολία στην οργάνωση σχολικών ή καθημερινών εργασιών. 3. Κλινική Εικόνα σε Παιδιά (Συμπτώματα) • Καθυστέρηση στην επίτευξη κινητικών οροσήμων (π.χ. καθυστέρηση στο περπάτημα). • Καθυστέρηση στην ανάπτυξη λόγου (σε περιπτώσεις λεκτικής δυσπραξίας). • Δυσκολία στη συγκέντρωση και εύκολη κόπωση. • Προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση λόγω της αδεξιότητας. 4. Γνωσιακά και Συμπεριφορικά Χαρακτηριστικά • Συνήθως η δυσπραξία συνυπάρχει με ΔΕΠΥ(Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας). • Εμφάνιση γνωσιακών δυσκολιών και συναισθηματικών

προβλημάτων. Η έγκαιρη διάγνωση από ειδικούς (εργοθεραπευτές, παιδοψυχολόγους, λογοθεραπευτές) είναι καθοριστική για την υποστήριξη του ατόμου.

- Αναπτυξιακή δυσαριθμησία

Η κλινική εικόνα της δυσαριθμησίας, μιας ειδικής μαθησιακής δυσκολίας που επηρεάζει την κατανόηση και επεξεργασία αριθμητικών εννοιών, ποικίλλει ανάλογα με το άτομο. Κεντρικό έλλειμμα θεωρείται η δυσκολία στην «αίσθηση του αριθμού» (number sense).

Κύρια Συμπτώματα & Κλινική Εικόνα:

- Αριθμητική Κατανόηση: Δυσκολία στην κατανόηση των αριθμών, της αξίας τους (π.χ. ότι το 5 είναι μεγαλύτερο από το 3) και των συμβόλων (+, -, x, ÷).
- Βασικές Πράξεις: Προβλήματα στην εκμάθηση και εκτέλεση βασικών μαθηματικών πράξεων, όπως πρόσθεση, αφαίρεση, πολλαπλασιασμός και διαίρεση.
- Αρίθμηση & Ακολουθίες: Δυσκολία στην αναγνώριση αριθμητικών μοτίβων, στην αντίστροφη μέτρηση ή στην εκμάθηση της προπαίδειας.
- Διαχείριση Χρόνου & Χρήματος: Προβλήματα στην ανάγνωση της ώρας (αναλογικό ρολόι), στη διαχείριση χρημάτων (ρέστα) ή στην εκτίμηση της διάρκειας μιας δραστηριότητας.
- Μαθηματική Μνήμη: Δυσκολία στην απομνημόνευση μαθηματικών γεγονότων, τύπων ή κανόνων.
- Χωρική Αντίληψη: Συχνά συνυπάρχουν δυσκολίες στον προσανατολισμό (δεξιά-αριστερά) ή στην οργάνωση αριθμών στο χαρτί (στοίχιση). Γενικά Χαρακτηριστικά:
- Δια βίου δυσκολία: Πρόκειται για μια μαθησιακή δυσκολία που διαρκεί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.
- Δεν οφείλεται σε χαμηλή νοημοσύνη: Η δυσαριθμησία δεν σχετίζεται με τη γενική νοητική ικανότητα, καθώς άτομα με μέτριο ή υψηλό IQ μπορεί να παρουσιάζουν αυτή τη δυσκολία. Η έγκαιρη διάγνωση και η εξειδικευμένη παιδαγωγική παρέμβαση είναι καθοριστικής σημασίας.

- Μη λεκτική μαθησιακή διαταραχή

Η μη λεκτική μαθησιακή διαταραχή (Non-Verbal Learning Disorder - NVLD/NLD) είναι μια νευροαναπτυξιακή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σημαντικές δυσκολίες στην επεξεργασία μη λεκτικών πληροφοριών, παρά το γεγονός ότι οι λεκτικές ικανότητες (λόγος, λεξιλόγιο) μπορεί να είναι πολύ καλές ή και ανώτερες του μετρίου.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει δυσκολίες σε τρεις βασικούς άξονες: γνωστικό/ακαδημαϊκό, κινητικό και κοινωνικό. 1. Κινητικές Δεξιότητες (Motor Skills) • Κακός συντονισμός: Δυσκολία στο συντονισμό των κινήσεων (αδεξιότητα), συχνές πτώσεις ή συγκρούσεις με αντικείμενα. • Λεπτή κινητικότητα: Προβλήματα στη γραφή (δυσγραφία), στη χρήση ψαλιδιού, στο δέσιμο κορδονιών ή στο χειρισμό μικρών αντικειμένων. 2. Οπτικο-χωρικές και Οργανωτικές Δεξιότητες • Δυσκολία στην οπτική αντίληψη: Προβλήματα στην ερμηνεία χαρτών, γραφημάτων, εικόνων ή στην εκτίμηση αποστάσεων. • Οργάνωση: Δυσκολία στην οργάνωση του χώρου, του χρόνου, των σχολικών υλικών και στη διαχείριση νέων καταστάσεων. • Διαχείριση νέων πληροφοριών: Δυσκολία στην προσαρμογή σε αλλαγές και στην κατανόηση εννοιών που απαιτούν οπτική φαντασία. 3. Κοινωνικές και Συναισθηματικές Δεξιότητες • Παρερμηνεία μη λεκτικών σημάτων: Δυσκολία στην ανάγνωση της γλώσσας του σώματος, των εκφράσεων του προσώπου, του τόνου της φωνής. • Κοινωνική αδεξιότητα: Μπορεί να φαίνονται "παράξενοι" κοινωνικά, καθώς δυσκολεύονται να κατανοήσουν τους άγραφους κανόνες των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. • Κυριολεκτική ερμηνεία: Δυσκολεύονται να κατανοήσουν το χιούμορ, τις μεταφορές, τον σαρκασμό ή τις αλληγορίες. 4. Ακαδημαϊκή Εικόνα • Μαθηματικά: Ενώ η ανάγνωση (αποκωδικοποίηση) είναι συχνά καλή, τα μαθηματικά αποτελούν πρόκληση, ειδικά η γεωμετρία και τα προβλήματα που απαιτούν οπτική απεικόνιση. • Γραπτός λόγος: Δυσκολία στην οργάνωση του γραπτού λόγου (εκθέσεις), παρά την καλή ικανότητα στην προφορική ομιλία. 5. Λεκτικές Ικανότητες (Διαφοροποίηση) • Καλό λεξιλόγιο: Συχνά έχουν πολύ καλή μνήμη για ακουστικές πληροφορίες και καλή ικανότητα λόγου (λογοδιάρροια). • "Κοκτέιλ" λόγου: Μπορούν να μιλούν πολύ, αλλά συχνά χωρίς να κατανοούν το ουσιαστικό νόημα ή το πλαίσιο της συζήτησης. Σύνοψη Η κλινική εικόνα της μη λεκτικής μαθησιακής διαταραχής παρουσιάζει συχνά ομοιότητες με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (π.χ. Σύνδρομο Asperger), γι' αυτό απαιτείται εξειδικευμένη διάγνωση. Η βασική διαφορά είναι η υπεροχή του λεκτικού έναντι του μη λεκτικού τομέα.

1.3 Διαγνωστικά κριτήρια και Διαγνωστικά εργαλεία

Σύμφωνα με το γενικότερο πλαίσιο, η διάγνωση απαιτεί την πλήρη αξιολόγηση των τεσσάρων διαγνωστικών κριτηρίων μέσω κλινικής εξέτασης του προσωπικού ιστορικού, συμπεριλαμβανομένης της αναπτυξιακής πορείας του ατόμου.

1.3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια

Σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του DSM-V-TR ακολουθούν τα εξής κριτήρια:

A. Δυσκολίες στην εκμάθηση και τη χρήση ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, όπως υποδηλώνεται από την παρουσία τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα συμπτώματα που επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες, παρά την εφαρμογή παρεμβάσεων που στοχεύουν στις συγκεκριμένες δυσκολίες:

1. Ανακριβής ή αργή και επίπονη ανάγνωση λέξεων (π.χ., διαβάζει μεμονωμένες λέξεις φωναχτά λανθασμένα ή αργά και διστακτικά, συχνά μαντεύει τις λέξεις, έχει δυσκολία στην προφορά των λέξεων).

2. Δυσκολία στην κατανόηση του νοήματος του κειμένου που διαβάζεται (π.χ., μπορεί να διαβάζει το κείμενο με ακρίβεια, αλλά να μην κατανοεί την ακολουθία, τις σχέσεις, τα συμπεράσματα ή τα βαθύτερα νοήματα του κειμένου που διαβάζεται).

3. Δυσκολίες στην ορθογραφία (π.χ., μπορεί να προσθέτει, να παραλείπει ή να αντικαθιστά φωνήεντα ή σύμφωνα).

4. Δυσκολίες στη γραπτή έκφραση (π.χ., κάνει πολλαπλά γραμματικά ή σημεία στίξης λάθη μέσα στις προτάσεις, χρησιμοποιεί κακή οργάνωση παραγράφων, η γραπτή έκφραση των ιδεών στερείται σαφήνειας).

5. Δυσκολίες στην κατάκτηση της αριθμητικής αντίληψης, των αριθμητικών γεγονότων ή του υπολογισμού (π.χ., έχει κακή κατανόηση των αριθμών, του μεγέθους τους και των σχέσεων τους· μετράει με τα δάχτυλα για να προσθέσει μονοψήφιους αριθμούς αντί να ανακαλεί το μαθηματικό γεγονός όπως κάνουν οι συμμαθητές του· χάνεται στη μέση του αριθμητικού υπολογισμού και μπορεί να αλλάξει διαδικασίες).

6. Δυσκολίες στη μαθηματική συλλογιστική (π.χ., έχει σοβαρή δυσκολία στην εφαρμογή μαθηματικών εννοιών, γεγονότων ή διαδικασιών για την επίλυση ποσοτικών προβλημάτων).

B. Οι επηρεαζόμενες μαθησιακές δεξιότητες βρίσκονται σημαντικά και μετρήσιμα κάτω από το επίπεδο που αναμένεται για τη χρονολογική ηλικία του ατόμου και προκαλούν σημαντική

παρεμπόδιση στις ακαδημαϊκές ή επαγγελματικές επιδόσεις, ή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως επιβεβαιώνεται από τυποποιημένες δοκιμασίες επίδοσης που διεξάγονται ατομικά και από ολοκληρωμένη κλινική αξιολόγηση. Για άτομα ηλικίας 17 ετών και άνω, ένα τεκμηριωμένο ιστορικό μαθησιακών δυσκολιών που επηρεάζουν την απόδοση μπορεί να αντικαταστήσει την τυποποιημένη αξιολόγηση.

Γ. Οι μαθησιακές δυσκολίες αρχίζουν κατά τη σχολική ηλικία, αλλά ενδέχεται να μην εκδηλωθούν πλήρως έως ότου οι απαιτήσεις για τις επηρεαζόμενες ακαδημαϊκές δεξιότητες υπερβούν τις περιορισμένες ικανότητες του ατόμου (π.χ. όπως σε χρονομετρημένες εξετάσεις, ανάγνωση ή συγγραφή μακροσκελών και σύνθετων εκθέσεων με αυστηρή προθεσμία, υπερβολικά βαρύ ακαδημαϊκό φορτίο).

Δ. Οι μαθησιακές δυσκολίες δεν εξηγούνται καλύτερα από νοητικές αναπηρίες, μη διορθωμένη οπτική ή ακουστική οξύτητα, άλλες ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες, έλλειψη επάρκειας στη γλώσσα της ακαδημαϊκής διδασκαλίας ή ανεπαρκή εκπαιδευτική διδασκαλία.

Προσδιορίστε την τρέχουσα σοβαρότητα:

Ήπια: Ορισμένες δυσκολίες στην εκμάθηση δεξιοτήτων σε έναν ή δύο ακαδημαϊκούς τομείς, οι οποίες όμως είναι τόσο ήπιες ώστε το άτομο να μπορεί να τις αντισταθμίσει ή να λειτουργεί καλά όταν του παρέχονται κατάλληλες διευκολύνσεις ή υπηρεσίες υποστήριξης, ειδικά κατά τη διάρκεια της σχολικής φοίτησης.

Μέτρια: Σημαντικές δυσκολίες στην εκμάθηση δεξιοτήτων σε έναν ή περισσότερους

ακαδημαϊκούς τομείς, έτσι ώστε το άτομο να είναι απίθανο να γίνει ικανό χωρίς κάποια διαστήματα εντατικής και εξειδικευμένης διδασκαλίας κατά τη διάρκεια των σχολικών ετών.

Ορισμένες προσαρμογές ή υποστηρικτικές υπηρεσίες τουλάχιστον για ένα μέρος της ημέρας στο σχολείο, στον χώρο εργασίας ή στο σπίτι μπορεί να είναι απαραίτητες για την ολοκλήρωση δραστηριοτήτων με ακρίβεια και αποτελεσματικότητα.

Σοβαρή: Σοβαρές δυσκολίες στην εκμάθηση δεξιοτήτων, που επηρεάζουν διάφορους ακαδημαϊκούς τομείς, με αποτέλεσμα το άτομο να είναι απίθανο να μάθει αυτές τις δεξιότητες χωρίς συνεχή εντατική εξατομικευμένη και εξειδικευμένη διδασκαλία για το μεγαλύτερο μέρος της σχολικής ηλικίας. Ακόμη και με μια σειρά από κατάλληλες διευκολύνσεις ή

υπηρεσίες στο σπίτι, στο σχολείο ή στον χώρο εργασίας, το άτομο ενδέχεται να μην είναι σε θέση να ολοκληρώσει όλες τις δραστηριότητες αποτελεσματικά.

1.3.2 Διαγνωστικά εργαλεία

Επιχειρήθηκε μια αξιολόγηση με ένα τεστ 6 λεπτών, το Zippy6 για να το συγκρίνουν με μια σειρά από καθιερωμένα διαγνωστικά εργαλεία. Πραγματοποιήθηκε μια μελέτη στο Ιατρικό Κέντρο του Νοσοκομείου Παίδων στο Σινσινάτι της ΗΠΑ όπου έλαβαν μέρος 81 παιδιά με αναγνωστικές δυσκολίες και 44 αναγνώστες τυπικής ανάπτυξης. Τα μέλη προχώρησαν σε εκτενής αξιολόγηση ανάγνωσης η οποία περιείχε τυποποιημένα τεστ και το διαγνωστικό εργαλείο Zippy6. Η εφαρμογή του Zippy6 παρείχε τη δυνατότητα να προσφέρει πληροφορίες σε σχέση με τις αναγνωστικές και γνωστικές δεξιότητες. Αυτό το εργαλείο είναι χρήσιμο για τους κλινικούς ιατρούς είτε ως προ διαγνωστικό εργαλείο είτε για αξιολόγηση μετά την παρέμβαση (Shamir et al., 2019).

Ακόμη ένα διαδικτυακό/διαγνωστικό εργαλείο, γνωστό ως Εθνικό Τεστ Δυσλεξίας όπου δομείται σε δύο επιμέρους υποθέσεις : μία πρωτεύουσα, που αξιολογεί την άριστη κατανόηση του βασικού αλφαριθμητικού κώδικα , και μία δευτερεύουσα, μικρότερη κατά έκταση, η οποία αφορά την αξιολόγηση του βασικού αλφαριθμητικού κώδικα. Το εργαλείο λειτουργεί αυτόνομα, χωρίς ανθρώπινη παρέμβαση, παρέχοντας ηχητικές οδηγίες και ενσωματώνοντας πρακτικά παραδείγματα που ενεργοποιούνται για την έναρξη της διαδικασίας. Δεν περιλαμβάνει δοκιμασία ανάγνωσης πραγματικών λέξεων, δεδομένου ότι η γνώση τέτοιων λέξεων παρουσιάζει σημαντική ατομική μεταβλητότητα και δεν συνδέεται άμεσα με την κατανόηση της αλφαριθμητικής αντιστοιχίας (Poulsen et al., 2023).

1.4 Το βιολογικό και νευροβιολογικό μοντέλο

Οι γενετικές επιδράσεις φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο τα παιδιά με υψηλό δείκτη νοημοσύνης σε σύγκριση με τα παιδιά με κατώτερο δείκτη νοημοσύνης (Demonet Taylor & Chaix, 2004). Κατά προσέγγιση το 50% των παιδιών που μεγάλωσαν με γονείς με δυσλεξία παρουσιάζουν και τα ίδια δυσλεξία (Wilmschurt, 2017). Συγκεκριμένες αναλύσεις έγιναν για να ανακαλύψουν την κύρια αιτία δυσκολίας στην εκμάθηση της ανάγνωσης. Η εφαρμογή τεχνικών λειτουργικής νευροαπεικόνισης, όπως η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, η φασματοσκοπική μαγνητική τομογραφία και η λειτουργική μαγνητική τομογραφία, μας δίνει την δυνατότητα μέτρησης των αλλαγών που συμβαίνουν στη βιοχημική

δραστηριότητα που συνάπτονται με αλλοιώσεις στα νευρωνικά δίκτυα που συμμετέχουν στη διαδικασία ανάγνωσης. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων κατέδειξαν ότι στα άτομα με δυσλεξία διαπιστώνεται μια κροταφοβρεγματοινιακή αποσύνδεση και μια αποσύνδεση με τον αριστερό μετωπιαίο φλοιό αναφορικά με τις απαιτήσεις για γρήγορη ακουστική επεξεργασία, ενώ παράλληλα παρουσιάστηκαν και δυσλειτουργίες στις δικτυώσεις μεταξύ του κροταφοβρεγματικού φλοιού και της παρεγκεφαλίδας με άλλα μέρη του εγκεφάλου. Τέλος, συμπεραίνουμε ότι αυτές οι διαταραχές του εγκεφάλου είναι πιθανό να είναι η κύρια αιτία της εμφάνισης της δυσλεξίας (Lozano et al., 2003).

Με βάση προγενέστερες διερευνήσεις νευροαπεικόνισης έχει βρεθεί μη τυπική παρεγκεφαλιδική ενεργοποίηση σε άτομα με δυσλεξία είτε σε κινητικές είτε σε γλωσσικές δεξιότητες. Υπάρχει μια αμφισβήτηση για το αν η παρεγκεφαλίδα των ατόμων με δυσλεξία εκτελεί τις λειτουργίες της επαρκώς κατά την ορθογραφική επεξεργασία λέξεων, ενώ συγχρόνως η παρεγκεφαλίδα συμμετέχει στην οπτική και χωρική επεξεργασία. Σε αυτό το σημείο διεξήγαμε έρευνα σχετικά με την παρεγκεφαλιδική ενεργοποίηση και την εγκεφαλο-παρεγκεφαλική λειτουργική συνδεσιμότητα κατά την ανάλυση κειμένου σε άτομα με δυσλεξία σε σχέση με άτομα τυπικής ανάπτυξης, εφαρμόζοντας εργασίες που σχετίζονται με ορθογραφικά και φωνολογικά συστήματα αναπαράστασης. Σε παιδιά σχολικής ηλικίας με δυσλεξία εντοπίστηκε μια μη συνηθισμένη αυξημένη εμπλοκή της αμφοτερόπλευρης παρεγκεφαλίδας για την ορθογραφική εργασία η οποία συνδέθηκε δυσμενώς με τις μετρήσεις του γραμματισμού. Με λίγα λόγια, όσο υψηλότερη ήταν η αναγνωστική λειτουργική διαταραχή για τα παιδιά με δυσλεξία, τόσο πιο δραστική ήταν η παρεγκεφαλιδική ενεργοποίηση. Τέλος το ίδιο εξακριβώθηκε και για την φωνολογική διεργασία. Παράλληλα, η λειτουργική συνδεσιμότητα ήταν και αυτή αυξημένη για τους αναγνώστες με δυσλεξία σε σύγκριση με τους αναπτυξιακά τυπικούς αναγνώστες στο πλαίσιο του λοβίου VI της δεξιάς παρεγκεφαλίδας και της αριστερής ατρακτοειδούς έλικας κατά τη διάρκεια της ορθογραφικής και της φωνολογικής αξιολόγησης (Feng et al., 2017)

Κεφάλαιο 2: Θεωρητικές προσεγγίσεις στη ΔΕΠΥ

2.1 Η έννοια της ΔΕΠΥ

2.1.1 Τι είναι η ΔΕΠΥ

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επίμονα πρότυπα υπερκινητικότητας, απροσεξίας και παρορμητικότητας που παρεμποδίζουν τη λειτουργία και την ανάπτυξη (Hooley et al., 2016). Σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (2013), που εκδόθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ πρέπει να εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 12 ετών και σε πολλαπλά περιβάλλοντα, όπως το σχολείο και το σπίτι. Αυτά τα συμπτώματα επηρεάζουν συχνά την ακαδημαϊκή απόδοση, τις κοινωνικές σχέσεις και τη ρύθμιση των συναισθημάτων σε παιδιά και εφήβους (Thapar & Cooper, 2016).

Σύμφωνα με το DSM-V-TR, η ΔΕΠΥ δεν ταξινομείται πλέον σε σταθερούς υπότυπους, αλλά αντιμετωπίζεται ως μία ενιαία διαταραχή που εμφανίζεται με τρεις διαφορετικούς τρόπους έκφρασης, ανάλογα με το ποια κατηγορία συμπτωμάτων επικρατεί τους τελευταίους έξι μήνες (Barkley, 2015). Η μορφή με κυρίαρχη απροσεξία εφαρμόζεται όταν πληρούνται μόνο τα κριτήρια για την απροσεξία. Αντίστοιχα, η μορφή με κυρίαρχη υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα διαγιγνώσκεται όταν τα κριτήρια ικανοποιούνται αποκλειστικά για τη συγκεκριμένη ομάδα συμπτωμάτων. Η συνδυασμένη μορφή διαγιγνώσκεται όταν παρατηρούνται συμπτώματα και απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια (Barkley, 2015).

Η ΔΕΠΥ είναι μια από τις πιο συχνές διαταραχές με βαθιά επίδραση στη σχολική ζωή και ψυχική υγεία. Αν και υπάρχει μεγάλος όγκος έρευνας, η ακριβής συχνότητα παραμένει θέμα συζήτησης. Δημοσιεύσεις δείχνουν ποσοστά από 1% μέχρι 20% εμφάνισης σε παιδιά (G. Polanczyk et al., 2007).

Η πρώτη εκτεταμένη μετα-ανάλυση για τον επιπολασμό της ΔΕΠΥ πραγματοποιήθηκε από τους Polanczyk και συνεργάτες το 2007. Συγκέντρωσαν 102 μελέτες από όλες της ηπείρους, με σύνολο 171,756 συμμετέχοντες, ηλικίας έως 18 ετών, και διαπίστωσαν μέσω επιπολασμό 5,29%. Παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των μελετών, όπως τα

διαγνωστικά κριτήρια, η προέλευση των δεδομένων και η αναγκαιότητα λειτουργικής επιβάρυνσης για τη διάγνωση (G. Polanczyk et al., 2007). Αφού λήφθηκαν υπόψη οι μεθοδολογικές διαφορές, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της Βόρειας Αμερικής και της Ευρώπης, αμφισβητώντας έτσι την ιδέα ότι η ΔΕΠΥ είναι μια «αμερικάνικη» διαταραχή.

Αργότερα, οι Polanczyk και συνεργάτες πραγματοποίησαν μια δεύτερη μετα-ανάλυση το 2014, η οποία περιλάμβανε 154 μελέτες δημοσιευμένες μεταξύ 1985 και 2012, και επιχείρησε να εξετάσει αν ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ έχει αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου. Αντίθετα από την διαδεδομένη άποψη ότι η διαταραχή γίνεται όλο και πιο συχνή, δεν ανιχνεύτηκε στατιστικά σημαντική η συσχέτιση μεταξύ του έτους δημοσιεύσεις και των εκτιμήσεων επιπολασμού. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι τις τελευταίες τρεις δεκαετίες δεν υπάρχει στοιχείο για αύξηση του αριθμού των παιδιών στο γενικό πληθυσμό που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για ΔΕΠΥ όταν εφαρμόζονται τυποποιημένες μέθοδοι αξιολόγησης (G. V. Polanczyk et al., 2014). Η αύξηση των διαγνώσεων που καταγράφεται σε διοικητικές βάσεις δεδομένων φαίνεται περισσότερο να οφείλεται σε μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και βελτιωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

2.1.2 Ιστορική αναδρομή

Η ΔΕΠΥ είναι μια από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές στην παιδική και εφηβική ηλικία, με διαφορετικά συμπτώματα, χρόνο εμφάνισης και συνύπαρξη με άλλες διαταραχές (Barkley, 2015).

- 18^{ος} και 19^{ος} αιώνας

Από το 1775, η ΔΕΠΥ αναφέρεται στην ιατρική βιβλιογραφία, όταν ο Γερμανός γιατρός Melchior Adam Weikard περιέγραψε άτομα διαφόρων ηλικιών που αντιμετώπιζαν δυσκολίες συγκέντρωσης, ανυπομονούσαν, είχαν υπερβολική κινητικότητα και παρορμητικές τάσεις — φαινόμενα που μοιάζουν σχεδόν τελείως με τη σύγχρονη εικόνα της ΔΕΠΥ (Barkley, 2015). Για τη διαχείριση αυτών των περιπτώσεων, πρότεινε φυσικές θεραπείες, ενώ σε πιο ανθεκτικές καταστάσεις συνέστησε και απομόνωση (Barkley, 2015).

Το 1798, ο Σκωτσέζος γιατρός Alexander Crichton διέκρινε δύο διαφορετικά είδη δυσλειτουργιών προσοχής: το πρώτο χαρακτηριζόταν από διάχυτη προσοχή, κάτι που θυμίζει τη σύγχρονη ΔΕΠΥ, και το δεύτερο από ελλιπή διανοητική δραστηριότητα (Barkley, 2015).

Κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα, αρκετοί γιατροί παρατήρησαν και κατέγραψαν συμπτώματα που σήμερα αναγνωρίζουμε ως ενδείξεις ΔΕΠΥ. Ο John Haslam το 1809 και ο Benjamin Rush το 1812 αναφέρθηκαν σε περιπτώσεις παιδιών που δυσκολεύονταν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους και να διατηρήσουν την προσοχή τους (Barkley, 2015). Ο γερμανός παιδίατρος Heinrich Hoffmann προσέγγισε το ζήτημα με δημιουργικό τρόπο, δημοσιεύοντας το 1865 ποιήματα που παρουσίαζαν παιδιά με χαρακτηριστικά συμπεριφοράς όπως η υπερκινητικότητα, όπως ο «Φιλ», και η απροσεξία, όπως ο «Τζόνι με το κεφάλι στον αέρα» (Barkley, 2015; Wilmshurt, 2017).

- 1900 – 1959: Από τον Ηθικό έλεγχο στην Εγκεφαλική Βλάβη

Το 1902, ο George Still περιέγραψε 43 περιπτώσεις παιδιών που αντιμετώπιζαν σημαντικές δυσκολίες στη συγκέντρωση, εμφάνιζαν υπερβολική κινητικότητα και έλλειψη αυτοεξέλεγχου, θεωρώντας ότι η κατάσταση οφείλεται σε βιολογικούς και γενετικούς παράγοντες (Barkley, 2015). Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του, τα αγόρια επηρεάζονταν περίπου τρεις φορές περισσότερο από τα κορίτσια, τα συμπτώματα γίνονταν αντιληπτά πριν την ηλικία των οκτώ ετών, ενώ στους βιολογικούς συγγενείς των παιδιών εμφανίζονταν συχνότερα προβλήματα όπως αλκοολισμός, εγκληματική συμπεριφορά και συναισθηματικές δυσλειτουργίες (Barkley, 2015).

Το 1917, ο Rodriguez-Lafora περιέγραψε παιδιά που εμφάνιζαν δυσκολίες στην προσοχή, υπερβολική κινητικότητα και παρορμητικές συμπεριφορές, γνωρίσματα που μοιάζουν με τα σύγχρονα κριτήρια της ΔΕΠΥ, χαρακτηρίζοντάς τα ως «ασταθή» μέσα σε μια «ψυχοπαθητική διάθεση» (Barkley, 2015).

Μετά την επιδημία εγκεφαλίτιδας το 1917–1918, η έρευνα συνέδεσε τα προβλήματα προσοχής και αυτοελέγχου με βλάβες στον εγκέφαλο, οδηγώντας στη διάγνωση της «μετεγκεφαλιτικής διαταραχής της συμπεριφοράς» (Barkley, 2015; Wilmshurt, 2017). Στις επόμενες δεκαετίες, καθώς διερευνήθηκαν και άλλες πιθανές αιτίες, όπως επιπλοκές κατά τη διάρκεια τοκετού, επιληψία ή έκθεση σε μόλυβδο, ο όρος άλλαξε σταδιακά, αρχικά σε «ήπια εγκεφαλική βλάβη» και αργότερα σε «ήπια εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Barkley, 2015).

- 1960 – 1969: Η Άνοδος της Υπερκινητικότητας

Μέσα στο DSM – II (Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία, 1968) ξεκίνησε να εμφανίζεται η διάγνωση «υπερκινητικής αντίδρασης της παιδικής ηλικίας», περιγράφοντας την πολύ κινητικότητα, ασταμάτητη συμπεριφορά, έλλειψη προσοχής και στενό εύρος εστίασης

(Barkley, 2015; Wilmschurt, 2017). Η Chess (1960) την εξήγησε σαν κίνηση που ξεπερνά το φυσιολογικό επίπεδο ή ως μόνιμη δραστηριότητα, τονίζοντας ότι χρειάζονται αντικειμενικά στοιχεία και διαχωρίζοντας τη συμπεριφορά από οποιαδήποτε ιδέα εγκεφαλικής βλάβης (Barkley, 2015).

- 1970 – 1979: Η κεντρική θέση των Ελλειμμάτων Προσοχής

Τη δεκαετία του 1970, η επιστημονική έρευνα γύρω από τη ΔΕΠΥ αναπτύχθηκε ραγδαία, φτάνοντας πάνω από 2.000 δημοσιεύσεις, με τη Virginia Douglas (1972) να επικεντρώνει το ενδιαφέρον στις δυσκολίες προσοχής και παρορμητικότητας, αντί στην υπερκινητικότητα (Barkley, 2015; Wilmschurt, 2017). Πρότεινε τέσσερις βασικές λειτουργικές δυσχέρειες: διατήρηση της προσοχής, έλεγχος της άμεσης αντίδρασης, ρύθμιση του επιπέδου διέγερσης και προτίμηση άμεσης ανταμοιβής (Barkley, 2015). Την ίδια περίοδο, η χρήση φαρμακευτικής αγωγής προκάλεσε έντονες αντιδράσεις, όταν ο τύπος ανέφερε, λόγω τυπογραφικού λάθους, ότι το 10% των μαθητών στην Όμαχα έπαιρνε Ritalin, γεγονός που ξεκίνησε ακροάσεις στο Κογκρέσο και προκάλεσε ευρεία κοινωνική ανησυχία (Barkley, 2015; Diller, 1996).

- 1980 – 1989: Η Δημιουργία του συνδρόμου ΔΕΠΥ

Το DSM-III εισήγαγε για πρώτη φορά τον όρο «διαταραχή ελλειμματικής προσοχής» (ADD), με ή χωρίς υπερκινητικότητα, βασιζόμενο σε τρία σύνολα κριτηρίων που αφορούσαν τη δυσκολία συγκέντρωσης και τον ανεπαρκή έλεγχο της παρορμητικότητας (Barkley, 2015; Wilmschurt, 2017). Το 1987, με την έκδοση του DSM-III-R, η διάγνωση μετονομάστηκε σε «διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας» (ΔΕΠΥ) και περιλάμβανε 14 συμπτώματα, εκ των οποίων απαιτούνταν τουλάχιστον οκτώ για τη διάγνωση. Παράλληλα, καταργήθηκε η ξεχωριστή κατηγορία της ΔΕΠ χωρίς υπερκινητικότητα, η οποία πλέον εντάχθηκε στην ασαφή ομάδα της «αδιαφοροποίητης ΔΕΠ» (Barkley, 2015).

- 1990 – 1999: Νευροαπεικόνιση και Γενετική Έρευνα

Στη δεκαετία του 1990, η γνώση για νευριβιολογία της ΔΕΠΥ προχώρησε αρκετά. Με μια έρευνα PET, ο Zametkin και η ομάδα του στο National Institute of Mental Health (NIMH) βρήκαν χαμηλότερη εγκεφαλική μεταβολική δραστηριότητα σε ενήλικες με τη διαταραχή, ειδικά στις μετωπιαίες και ραβδωτές ζώνες (Barkley, 2015). Παράλληλα, απεικονιστικές μελέτες με MRI έδειξαν μικρότερο όγκο σε περιοχές του προμετωπιαίου-ραβδωτού δικτύου

σε παιδιά με ΔΕΠΥ (Barkley, 2015; Castellanos et al., 1994, 1996; Filipek et al., 1997; Goodyear & Hynd, 1992).

- 2000 – 2022: Νέες διαγνωστικές Προσεγγίσεις και θεραπείες

Η μεταφορά της ΔΕΠΥ σε νέα κατηγορία στο DSM – 5 (2013) φανερώνει αλλαγή προσέγγισης. Αντί να παραμένει στις διαταραχές συμπεριφοράς, βρέθηκε στις νευροαναπτυξιακές (Barkley, 2015; Wilmshurt, 2017). Παραδείγματα από την εφηβική και ενήλικη φάση προστέθηκαν στα κριτήρια, χάρη στην επέκταση των δεικτών. Η ηλικία έναρξης δεν είναι πλέον τα 7 χρόνια, αλλά τα 12 (Faraone et al., 2021; Wilmshurt, 2017).

Το 2019, η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα διεθνής μελέτη συσχέτισης γονιδιώματος (Genome-Wide Association Study - GWAS), εξέτασε γενετικό υλικό από πάνω από 20.000 ανθρώπους με ΔΕΠΥ και 35.000 χωρίς την διαταραχή (Demontis et al., 2019). Βρέθηκαν 12 νέοι γενετικοί τόποι σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Αποδείχθηκε πως η διαταραχή δεν οφείλεται σε ένα μόνο γονίδιο, αλλά προκύπτει από πολλές μικρές γενετικές διαφορές που συμπίπτουν (Demontis et al., 2019).

Σημαντική είναι και η αναφορά στην αρνητική επίδραση της ΔΕΠΥ στην καθημερινότητα και στις κοινωνικές σχέσεις. Όσοι έχουν τη διάγνωση φέρουν μεγαλύτερο πιθανό κίνδυνο να βιώσουν χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή, προβλήματα με ουσίες, ατυχήματα, δυσκολίες στο σχολείο, έλλειψη εργασίας, συγκρούσεις με τη δικαιοσύνη, εγκυμοσύνη στην εφηβεία, προσπάθειες αυτοκτονίας και θάνατο νωρίτερα από ό,τι οι υπόλοιποι (Faraone et al., 2021).

2.2 Κλινική Εικόνα

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ παρουσιάζει σημαντική ποικιλομορφία και δέχεται δυναμικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ζωής, υπό την επίδραση παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο και η παρουσία συνδυασμένων ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με πρόσφατες επιστημονικές ανασκοπήσεις, η ΔΕΠΥ δεν περιορίζεται στα βασικά συμπτώματα της απροσεξίας, υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας, αλλά εκδηλώνεται σε ευρύτερο σύνδρομο και επιβαρύνει την κοινωνική λειτουργικότητα, με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Faraone et al., 2021; Kooij et al., 2019).

2.2.1 Χαρακτηριστικά

Η ΔΕΠΥ εκδηλώνεται μέσω τεσσάρων αλληλένδετων διαστάσεων. Η απροσεξία περιλαμβάνει δυσκολίες στην αντίληψη λεπτομερειών, στην οργάνωση και στη διαχείριση χρόνου, αλλά και το παράδοξο φαινόμενο της υπερεστίασης σε ελκυστικές δραστηριότητες καθώς και την ανεξέλεγκτη νοητική περιπλάνηση που μειώνει την καθημερινή λειτουργικότητα (Barkley, 2015; Kooij et al., 2019). Η υπερκινητικότητα, που στα μικρά παιδιά εκφράζεται σωματικά μέσω συνεχούς κίνησης και υπερβολικής ομιλίας, μετασχηματίζεται στην εφηβεία και την ενηλικίωση σε εσωτερικευμένη αίσθηση αδιάκοπης ανησυχίας και γνωστικής διέγερσης. Η παρορμητικότητα, από βιαστικές απαντήσεις και διακοπές στη συνομιλία έως αλόγιστες αποφάσεις, επηρεάζει διαπροσωπικές σχέσεις, οικονομική συμπεριφορά και ασφάλεια. Τέλος, η συναισθηματική δυσρύθμιση αν και βοηθητικό κριτήριο στο DSM-V αποτελεί κεντρικό βίωμα για πολλούς: έντονες, απρόβλεπτες αντιδράσεις που ενεργοποιούνται από ασήμαντα ερεθίσματα και υποχωρούν γρήγορα, χωρίς τα παρατεταμένα επεισόδια που χαρακτηρίζουν τη διπολική διαταραχή (Kooij et al., 2019).

Ορισμένοι ενήλικες με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν ήπιες έως μέτριες δυσλειτουργίες σε γνωστικές λειτουργίες, όπως η εργαζόμενη μνήμη, η διατήρηση της προσοχής σε επίπονα καθήκοντα και ο έλεγχος της αυτόματης αντίδρασης (Faraone et al., 2021). Ωστόσο, οι δυσκολίες αυτές δεν αποτελούν βάση για διάγνωση από μόνες τους. Συχνά δε συσχετίζονται άμεσα με τις πραγματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή λειτουργικότητα, ενδεχομένως λόγω της παρουσίας μηχανισμών αντιστάθμισης ή της επιλεκτικής επίδρασης του περιβάλλοντος (Kooij et al., 2019).

2.2.2 Παρουσιάσεις της ΔΕΠΥ

Στο DSM-5, η ΔΕΠΥ θεωρείται μια ενιαία διαταραχή που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικές "παρουσιάσεις" ανάλογα με το ποια διάσταση συμπτωμάτων υπερισχύει.

Η διαταραχή της ΔΕΠΥ με επικρατούσα απροσεξία χαρακτηρίζεται από σημαντικές δυσκολίες στη διατήρηση της προσοχής, την οργάνωση και την ολοκλήρωση εργασιών, χωρίς όμως να παρουσιάζονται έντονα συμπτώματα υπερκινητικότητας ή παρορμητικότητας (Wilmschurt, 2017). Λόγω αυτού, συχνά παραβλέπεται, ιδιαίτερα σε κορίτσια και γυναίκες, που αντί να θεωρηθούν ότι αντιμετωπίζουν διαταραχή, αποκαλούνται «ονειροπόλα» (Kooij et al., 2019). Η απροσεξία συνδέεται με ακαδημαϊκές δυσκολίες, χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσμενείς επαγγελματικές προοπτικές (Faraone et al., 2021). Επιπλέον, ορισμένα άτομα

εμφανίζουν το φαινόμενο της «Νωθρά Αργής Γνωστικής Ταχύτητας» (Sluggish Cognitive Tempo – SCT), που περιλαμβάνει συμπτώματα όπως λήθαργος, υπνηλία, αργή επεξεργασία πληροφοριών και κοινωνική απομόνωση· υπάρχει υποψία ότι πρόκειται για μια ξεχωριστή μορφή διαταραχής προσοχής (Barkley, 2015).

Στην υπερκινητική-παρορμητική μορφή της ΔΕΠΥ, επικρατούν έντονα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, ενώ τα προβλήματα προσοχής είναι λιγότερο εμφανή, γεγονός που την καθιστά τη λιγότερο συχνή υπομορφή (Barkley, 2015). Εμφανίζεται κυρίως σε νεαρά παιδιά και μπορεί να αποτελεί μια πρόιμη φάση, πριν εμφανιστούν πλήρως τα συμπτώματα απροσεξίας. Οι επηρεαζόμενοι αντιμετωπίζουν συνεχή εσωτερική ανησυχία, υπερβολική σωματική δραστηριότητα και έντονη ομιλία. Η παρορμητικότητα εκφράζεται μέσα από πράξεις χωρίς προηγούμενη σκέψη και συχνές διακοπές κατά τη διάρκεια συζητήσεων, πράγμα που δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Αυτή η μορφή συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα απόρριψης από τους συνομηλίκους, επιθετικές τάσεις και κίνδυνο εμφάνισης επικίνδυνων συμπεριφορών, επισημαίνοντας την ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση (Faraone et al., 2021; Kooij et al., 2019).

Ο μικτός τύπος αποτελεί την πιο συχνή και εκτενώς μελετημένη διάγνωση στη ΔΕΠΥ, ιδίως σε κλινικούς πληθυσμούς. Αυτό συμβαίνει διότι πληρούνται ταυτόχρονα τα κριτήρια τόσο της απροσεξίας όσο και της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, με αποτέλεσμα να εκδηλώνεται το σύνολο των δυσλειτουργιών της διαταραχής. Άτομα που εμφανίζουν αυτή τη μορφή αντιμετωπίζουν διπλή λειτουργική επιβάρυνση: παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες στη διατήρηση της προσοχής, στην εσωτερική οργάνωση και στην ολοκλήρωση εργασιών, και βιώνουν έντονη υπερκινητικότητα, εσωτερική ταραχή και παρορμητικές αντιδράσεις, οι οποίες επιδεινώνουν τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και τη λήψη στοχευμένων αποφάσεων (Barkley, 2015; Faraone et al., 2021).

2.3 Διαγνωστικά Κριτήρια και Διαγνωστικά Εργαλεία

2.3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια

Σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας

Α. Επίμονο μοτίβο ελλειμματικής προσοχής ή/και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα ή την ανάπτυξη, όπως χαρακτηρίζεται από (1) και/ή (2):

1. Απροσεξία: Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό μη αντίστοιχο με το αναπτυξιακό επίπεδο και αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις άμεσα στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες: Σημείωση: Τα συμπτώματα δεν είναι απλώς μια εκδήλωση εναντιωματικής συμπεριφοράς, απειθαρχίας, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή εντολών. Για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες (ηλικίας 17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

α. Συχνά αδυνατεί να επικεντρώσει την προσοχή του στις λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στο σχολείο, στην εργασία ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων (π.χ., παραβλέπει ή χάνει λεπτομέρειες, η εργασία είναι ανακριβής).

β. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού (π.χ., δυσκολεύεται να μένει συγκεντρωμένο κατά τη διάρκεια διαλέξεων, συνομιλιών ή μακράς ανάγνωσης).

γ. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνουν τον λόγο (π.χ., ο νους φαίνεται να πλανιέται κάπου αλλού, ακόμη και αν δεν υπάρχει καμία προφανής διάσπαση της προσοχής).

δ. Συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες μέχρι το τέλος και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, δουλειές που του ανατίθενται ή καθήκοντα στον χώρο εργασίας (π.χ., ξεκινά εργασίες αλλά γρήγορα χάνει τη συγκέντρωση και αποσυντονίζεται εύκολα).

ε. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες (π.χ., δυσκολία διαχείρισης διαδοχικών εργασιών, δυσκολία διατήρησης υλικών και αντικειμένων σε τάξη, ακατάστατη, αποδιοργανωμένη εργασία, κακή διαχείριση χρόνου· αδυναμία τήρησης προθεσμιών).

στ. Συχνά αποφεύγει, αντιπαθεί ή είναι απρόθυμο να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν παρατεταμένη νοητική προσπάθεια (π.χ., σχολική εργασία ή εργασία στο σχολείο· για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, προετοιμασία εκθέσεων, συμπλήρωση εντύπων, ανασκόπηση μακροσκελών εγγράφων).

ζ. Συχνά χάνει αντικείμενα που είναι απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ., σχολικό υλικό, μολύβια, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, χαρτιά, γυαλιά, κινητά τηλέφωνα).

η. Συχνά η προσοχή διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα (για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, μπορεί να περιλαμβάνει και άσχετες σκέψεις).

θ. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (π.χ., να κάνει δουλειές του σπιτιού, μικροδουλειές· για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, να επιστρέψει τηλεφωνικές κλήσεις, να πληρώσει λογαριασμούς, να κρατά ραντεβού).

2. Υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα: Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό μη αντίστοιχο με το αναπτυξιακό επίπεδο και αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις άμεσα στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες:

Σημείωση: Τα συμπτώματα δεν είναι απλώς μια εκδήλωση εναντιωματικής συμπεριφοράς, απειθαρχίας, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή εντολών. Για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες (ηλικίας 17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

- α. Συχνά κινεί νευρικά ή χτυπάει τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει το κάθισμα.
- β. Συχνά φεύγει από το κάθισμά του σε καταστάσεις όπου αναμένεται να παραμείνει καθιστό (π.χ., αφήνει το κάθισμά του στην τάξη, στο γραφείο ή σε άλλο χώρο εργασίας ή σε άλλες καταστάσεις που απαιτούν να παραμείνει στη θέση του).
- γ. Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί ή σκαρφαλώνει σε καταστάσεις οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες.

Σημείωση: Σε εφήβους και ενήλικες, μπορεί να περιορίζεται στο να αισθάνονται ανήσυχοι.

- δ. Συχνά αδυνατεί να παίξει ή να ασχοληθεί με δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, ήρεμα.
- ε. Είναι συχνά «σε διαρκή κίνηση», ενεργώντας σαν να «βρίσκεται στην πρίζα» (π.χ., αδυνατεί ή δυσφορεί να παραμείνει ακίνητος για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, όπως σε εστιατόρια, συναντήσεις· μπορεί να θεωρείται από τους άλλους ως ανήσυχος ή ότι έχει δυσκολία να συμβαδίσει μαζί τους).

στ. Συχνά μιλάει πάρα πολύ.

- ζ. Συχνά πετάγεται και απαντά πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση (π.χ., συμπληρώνει τις προτάσεις των ανθρώπων· δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του στη συζήτηση).
- η. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του (π.χ., ενώ περιμένει στη σειρά).
- θ. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί τους άλλους (π.χ., παρεμβαίνει σε συνομιλίες, παιχνίδια ή δραστηριότητες· μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα αντικείμενα άλλων ανθρώπων χωρίς να τους τα ζητάει ή να λαμβάνει άδεια· για εφήβους και ενήλικες μπορεί να επεμβαίνει ή να αναλαμβάνει αυτό που κάνουν οι άλλοι).

Β. Κάποια από τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή ελλειμματικής προσοχής είχαν εμφανιστεί πριν από την ηλικία των 12 ετών.

Γ. Πολλά συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή ελλειμματικής προσοχής υπάρχουν σε δύο ή περισσότερα περιβάλλοντα (π.χ., στο σπίτι, το σχολείο ή την εργασία· με φίλους ή συγγενείς· σε άλλες δραστηριότητες).

Δ. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα επηρεάζουν σημαντικά ή μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.

Ε. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια πορείας της σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα από μια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ., διαταραχή διάθεσης, αγχώδη διαταραχή, διασχιστική διαταραχή, διαταραχή προσωπικότητας, τοξίκωση από ουσία ή απόσυρση).

2.3.2 Διαγνωστικά Εργαλεία της ΔΕΠΥ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αποτελεί μία από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές, με επίπτωση περίπου 5,9% σε παιδιά και εφήβους και 3,10% σε ενήλικους (Musullulu, 2025). Η διάγνωσή της παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία, καθώς απαιτείται αξιολόγηση σε ποικίλα περιβάλλοντα, ενώ η κλινική της εικόνα μπορεί να επικαλύπτεται από συμπτώματα άλλων ψυχικών διαταραχών (Crocker et al., 2025). Στο πλαίσιο της έλλειψης αξιόπιστων βιολογικών δεικτών, η χρήση εργαλείων συμπεριφορικής παρατήρησης παραμένει αναγκαία (Chang et al., 2016). Τα κύρια διαγνωστικά μέσα περιλαμβάνουν κλινικές συνεντεύξεις, κλίμακες αξιολόγησης, νευροψυχολογικές δοκιμασίες και Δοκιμασίες Συνεχούς Απόδοσης (CPTs), ενώ τα τελευταία χρόνια έχουν ενσωματωθεί και νέες τεχνολογίες, όπως η εικονική πραγματικότητα και οι αλγόριθμοι μηχανικής μάθησης (Crocker et al., 2025).

- **Κλινικές Συνεντεύξεις**

Οι κλινικές συνεντεύξεις θεωρούνται ο βασικός τρόπος διάγνωσης της ΔΕΠΥ και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τις δομημένες, που μειώνουν την υποκειμενικότητα, και τις αδόμητες, που είναι πιο εύκαμπτες αλλά απαιτούν σημαντική κλινική εμπειρία (Musullulu, 2025). Μεταξύ των γνωστότερων μεθόδων, η DIVA-5 εξετάζει τα συμπτώματα με βάση τα 18 κριτήρια του DSM, τόσο για παιδιά όσο και για ενήλικους, και διακρίνεται για την υψηλή ευαισθησία και αξιοπιστία της (Hong et al., 2020). Η DISC-V, από την άλλη πλευρά, είναι ένα από τα πιο λεπτομερή δομημένα εργαλεία για παιδιά, περιλαμβάνοντας πάνω από 3.000 ερωτήσεις σε έξι διαφορετικές ενότητες (Musullulu, 2025). Παρ' όλα αυτά, ένα σημαντικό μειονέκτημα παραμένει η αβεβαιότητα που σχετίζεται με την ανάκληση παρελθόντων

συμπτωμάτων, ιδιαίτερα όταν ενήλικες καλούνται να αναφέρουν εμπειρίες από την παιδική τους ηλικία (Knyazhansky & Shrot, 2025).

- Κλίμακες Αξιολόγησης

Οι κλίμακες αξιολόγησης αποτελούν το δεύτερο πιο συνηθισμένο διαγνωστικό εργαλείο, με βασικό πλεονέκτημα τη δυνατότητα συγκέντρωσης πληροφοριών από διάφορες πηγές, όπως γονείς, δασκάλους και τον ίδιο τον ασθενή, σε ποικίλα περιβάλλοντα (Musullulu, 2025). Ανάμεσα στα πιο διαδεδομένα εργαλεία για παιδιά και εφήβους περιλαμβάνονται οι κλίμακες Conners, το CBCL, οι Vanderbilt Assessment Scales και η SNAP-IV (Bard et al., 2013; Conners et al., 1997; Papachristou et al., 2016; Tallberg et al., 2025). Μια μετα-ανάλυση των Chang et al. (2016) έδειξε ότι το CBCL-Attention Problem και οι Conners Rating Scales-Revised έχουν παρόμοια διαγνωστική απόδοση, με ευαισθησία που κυμαίνεται από 0,72 έως 0,83 και ειδικότητα από 0,73 έως 0,84. Ωστόσο, το Conners ASQ ξεχωρίζει με AUC 0,90, δείχνοντας ιδιαίτερα υψηλή διαγνωστική αποτελεσματικότητα (Chang et al., 2016).

Η ανασκόπηση των Crocker et al. (2025), η οποία εξέτασε 11 διαγνωστικά εργαλεία ως προς τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες και τη συμβατότητά τους με τα κριτήρια του DSM-5, κατέδειξε ότι η ADDES παρουσιάζει την υψηλότερη αξιοπιστία, με συντελεστές εσωτερικής συνοχής από 0,96 έως 0,99 και συντελεστές επαναληψιμότητας από 0,88 έως 0,97 (Vicente et al., 2010). Αντίθετα, το SC-4 θεωρήθηκε το λιγότερο αξιόπιστο, καθώς παρουσιάζει περιορισμένη κλίμακα βαθμολόγησης και δεν επιτρέπει την αξιολόγηση της διάρκειας ή της ηλικίας έναρξης των συμπτωμάτων (Crocker et al., 2025). Βασικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι καμία κλίμακα από μόνη της δεν επαρκεί για τη διάγνωση, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη χρήση πολυδιάστατης διαγνωστικής προσέγγισης (Crocker et al., 2025).

- Νευροψυχολογικές Δοκιμασίες

Οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες χρησιμοποιούνται για την αντικειμενική εκτίμηση των εκτελεστικών δυσλειτουργιών που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ, και βασικά εργαλεία περιλαμβάνουν την Digit Span Task, τη Go/No-Go Task, τη Δοκιμασία Stroop, το Trail Making Test και το WCST (Breitling-Ziegler et al., 2020; Lee et al., 2010; Musullulu, 2025; Reitan, 1955; Stroop, 1935). Η Go/No-Go διακρίνεται για την υψηλή ευαισθησία (96,7%) και

ειδικότητα (83,3%) της στο να διακρίνει άτομα με ΔΕΠΥ από υγιείς συμμετέχοντες, ενώ η Δοκιμασία Stroop εξετάζει τον ανασταλτικό έλεγχο, την επιλεκτική προσοχή και τη γνωστική ταχύτητα, βοηθώντας παράλληλα στη διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠΥ από άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Musullulu, 2025). Σε πρόσφατη έρευνα που εξέτασε τη χρήση της Stroop για τη διάκριση της Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής (ΕΜΔ) σε παιδιά με ΔΕΠΥ, παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά με συνδυασμό ΔΕΠΥ και ΕΜΔ είχαν σημαντικά μεγαλύτερους χρόνους απόκρισης και διέπραξαν περισσότερα λάθη. Κάθε επιπλέον λάθος στην πέμπτη φάση της δοκιμασίας συνδέθηκε με 52,7% αύξηση της πιθανότητας να υπάρχει ταυτόχρονα ΕΜΔ, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο ή ένταση των συμπτωμάτων (Güler et al., 2025).

Παρά την ευρεία χρήση τους, οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες αντιμετωπίζουν σημαντικά μειονεκτήματα, καθώς πολλές αξιολογούν γνωστικές λειτουργίες που επικαλύπτονται. Για παράδειγμα, το WCST, αν και επικεντρώνεται στη γνωστική ευελιξία, απαιτεί επίσης την εμπλοκή της εργαζόμενης μνήμης (Musullulu, 2025). Επιπλέον, η ευαισθησία και η ειδικότητά τους ποικίλλουν ανάλογα με τον υπότυπο ΔΕΠΥ, την ηλικία και την παρουσία άλλων διαταραχών, γεγονός που καθιστά ανέφικτη τη διάγνωση μέσω ενός μόνο εργαλείου (Musullulu, 2025).

- Δοκιμασίες Συνεχούς Προσοχής (CPTs)

Οι Δοκιμασίες Συνεχούς Προσοχής (CPTs) χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της διατήρησης της προσοχής, της εγρήγορσης και της ικανότητας αναστολής των αντιδράσεων, με βάση υπολογιστικές μετρήσεις (Musullulu, 2025). Ανάμεσα στα πιο διαδεδομένα εργαλεία, το QbTest παρουσιάζει μέτρια ευαισθησία (0,78) και ειδικότητα (0,70), το MOXO dCPT και το TOVA εμφανίζουν ευαισθησία 82% και 77% αντίστοιχα, ενώ το Conners CPT-3, παρότι διαθέτει υψηλή ειδικότητα ($\geq 90\%$), έχει χαμηλή ευαισθησία (19–41%), γεγονός που το καθιστά περισσότερο κατάλληλο για τον αποκλεισμό παρά για την επιβεβαίωση μιας διάγνωσης (Emser et al., 2018; Keith Conners et al., 2018; Knyazhansky & Shrot, 2025; Musullulu, 2025; Özaslan et al., 2024; Rodríguez et al., 2018). Η επιστημονική κοινότητα θεωρεί ότι οι CPTs δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά, καθώς η τεχνητή φύση του δοκιμαστικού περιβάλλοντος περιορίζει την εγκυρότητά τους σε πραγματικές καθημερινές καταστάσεις (Knyazhansky & Shrot, 2025; Musullulu, 2025).

- Τεχνολογικές Καινοτομίες: Εικονική Πραγματικότητα και Μηχανική Μάθηση

Η νέα γενιά διαγνωστικών εργαλείων αξιοποιεί τεχνολογίες εικονικής πραγματικότητας (VR) και μηχανικής μάθησης (ML), ώστε να ξεπεράσει τα εμπόδια των συμβατικών μεθόδων. Παράλληλα, αλγόριθμοι μηχανικής μάθησης που συνδυάζουν ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ), παρακολούθηση των κινήσεων των ματιών και κινηματικές μετρήσεις επιτυγχάνουν ποσοστά ταξινόμησης πάνω από 0,85 και AUC έως 0,90 (Knyazhansky & Shrot, 2025). Ωστόσο, οι υψηλές επιδόσεις που παρατηρούνται σε μικρά δείγματα μπορεί να μην αντανακλούν την πραγματική απόδοση των μοντέλων σε ευρύτερους πληθυσμούς, γεγονός που καθιστά αναγκαίες πολυκεντρικές μελέτες με ενιαία πρωτόκολλα πριν από την εφαρμογή τους στην κλινική πράξη (Knyazhansky & Shrot, 2025).

Ένα βασικό ζήτημα που προκύπτει από την επιστημονική βιβλιογραφία αφορά τις διαφορές στη διάγνωση της ΔΕΠΥ ανάλογα με το φύλο. Εμπειρικές έρευνες δείχνουν ότι τα κορίτσια διαγιγνώσκονται σε πολύ χαμηλότερο βαθμό σε σύγκριση με τα αγόρια, ακόμη και όταν εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι τα αγόρια παρουσιάζουν πιο έντονα συμπτώματα υπερκινητικότητας και εξωτερικευμένης συμπεριφοράς, τα οποία εντοπίζονται ευκολότερα στο σχολικό περιβάλλον (Crocker et al., 2025). Παρότι τα αγόρια έχουν υψηλότερο ποσοστό λανθασμένης διάγνωσης (157 στις 231 περιπτώσεις έναντι 73 στα κορίτσια), τα κορίτσια αντιμετωπίζουν συστηματικά την υποδιάγνωση, κάτι που σχετίζεται άμεσα με το ότι τα διαγνωστικά κριτήρια αναπτύχθηκαν κυρίως με βάση δείγματα αγοριών (Musullulu, 2025). Επομένως, τα διαγνωστικά εργαλεία δεν αποτυπώνουν ικανοποιητικά τη γυναικεία έκφραση της διαταραχής, η οποία εμφανίζεται κυρίως μέσω εσωτερικευμένων συμπτωμάτων και συγκεκριμένων μορφών διανοητικής αποσύνδεσης, καθιστώντας την ανίχνευσή της ιδιαίτερα δύσκολη (Musullulu, 2025).

Η σύγχρονη επιστημονική βιβλιογραφία συμφωνεί ότι η ακριβής διάγνωση της ΔΕΠΥ απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει κλινικές συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια αξιολόγησης από διάφορους παρατηρητές, νευροψυχολογικές δοκιμασίες και, όπου υπάρχουν, αντικειμενικά διαγνωστικά εργαλεία (Crocker et al., 2025; Knyazhansky & Shrot, 2025). Δεν υπάρχει μία μόνο μέθοδος που να εγγυάται αξιόπιστη διάγνωση, ενώ η κλινική κρίση παραμένει αναγκαία για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και τη διάκριση της ΔΕΠΥ από άλλες διαταραχές που παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα (Chang et al., 2016; Crocker et al., 2025).

2.4 Νευροβιολογικές Βάσεις της ΔΕΠΥ

Η ΔΕΠΥ δεν περιορίζεται απλώς σε απροσεξία ή υπερβολική κινητικότητα. Σχετίζεται μάλλον με δυσκολίες στον έλεγχο των συναισθημάτων και σε λειτουργικές δυσχέρειες εγκεφαλικών περιοχών που ασχολούνται με τον σχεδιασμό και την οργάνωση. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται διαφορετικά, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο ή την ύπαρξη άλλων συνδυασμένων διαταραχών. Οι επιπτώσεις εντοπίζονται κυρίως στις εμπρόσθιες περιοχές του εγκεφάλου, όπου βρίσκονται δομές που χρησιμοποιούν ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη. Για τη διάγνωση χρησιμοποιούνται πολλαπλά κριτήρια, καθώς καμία μέθοδος δεν είναι αποτελεσματική μόνη της. Αυτό που κάποτε θεωρούνταν ως απόκλιση, σήμερα αντιλαμβανόμαστε ως καθυστέρηση στη νευρωτική ανάπτυξη, γεγονός που καθιστά την έγκαιρη παρέμβαση ιδιαίτερα σημαντική.

Η ΔΕΠΥ είναι μια πολύπλοκη νευροαναπτυξιακή διαταραχή, της οποίας η βασική αιτία σχετίζεται με δομικές, λειτουργικές και νευροχημικές διαφοροποιήσεις στον εγκέφαλο. Μελέτες με νευροαπεικονίσεις έχουν δείξει ότι άτομα με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν μειωμένο όγκο και χαμηλότερη δραστηριότητα τόσο στη λευκή όσο και στη φαιά ουσία, γεγονός που επηρεάζει σημαντικές γνωστικές λειτουργίες, όπως η προσοχή, ο σχεδιασμός, η επεξεργασία πληροφοριών και η συμπεριφορά (Mehta et al., 2019). Ο προμετωπιαίος φλοιός (PFC) έχει καθοριστική σημασία στη νευροβιολογία της διαταραχής, καθώς συνδέεται με άλλες σημαντικές εγκεφαλικές περιοχές, όπως ο κερκοφόρος πυρήνας και η παρεγκεφαλίδα, οι οποίες μαζί διαχειρίζονται την προσοχή και τη συμπεριφορική ρύθμιση (Mehta et al., 2019).

Στο πλαίσιο της αναπτυξιακής νευροβιολογίας, ένα βασικό εύρημα αφορά την καθυστερημένη ωρίμανση του εγκεφαλικού φλοιού. Οι Shaw και συν. (2007) μελέτησαν 824 εικόνες μαγνητικής τομογραφίας από 223 παιδιά με ΔΕΠΥ και 223 παιδιά με τυπική ανάπτυξη, προκειμένου να μετρήσουν το πάχος του φλοιού σε πάνω από 40.000 σημεία του εγκεφάλου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η διάμεση ηλικία στην οποία το μισό των φλοιικών περιοχών είχε φτάσει στο μέγιστο πάχος τους ήταν τα 10,5 έτη για τα παιδιά με ΔΕΠΥ, ενώ για τα παιδιά χωρίς διαταραχή ήταν τα 7,5 έτη. Η καθυστέρηση αυτή ήταν ιδιαίτερα εμφανής στον πλευρικό προμετωπιαίο φλοιό, μια περιοχή που σχετίζεται με λειτουργίες όπως ο έλεγχος ακατάλληλων αντιδράσεων, η διαχείριση της προσοχής και η εργαζόμενη μνήμη. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η ΔΕΠΥ δεν αποκλίνει από το πρότυπο της φυσιολογικής ανάπτυξης, αλλά απλώς

εμφανίζει καθυστέρηση σε αυτό, διαφοροποιώντας την έτσι από άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο αυτισμός (Shaw et al., 2007).

Σε νευροχημικό επίπεδο, η ΔΕΠΥ σχετίζεται κυρίως με τη ντοπαμίνη και τη νορεπινεφρίνη. Η δυσλειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος, ειδικά στις μεσοφλοιώδεις, μεσολιμβικές και νιγρο-ραβδωτές νευρωνικές οδούς, συνδέεται με γνωστικές ανεπάρκειες, προβλήματα στην έναρξη και διατήρηση δραστηριοτήτων, καθώς και με διαταραχές στο κύκλωμα της ανταμοιβής (Mehta et al., 2019). Κεντρικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η μειωμένη παρουσία ντοπαμίνης στον εξωκυττάριο χώρο, λόγω υπερβολικής επαναπρόσληψής της, κάτι που επιβεβαιώνεται από την αποτελεσματικότητα της μεθυλφαινιδάτης, η οποία δρα ως αναστολέας της επαναπρόσληψης της ντοπαμίνης (Mehta et al., 2019). Επιπλέον, γενετικές παραλλαγές στο γονίδιο SLC6A2, που κωδικοποιεί τον μεταφορέα της νορεπινεφρίνης (NET), έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση φαινοτύπων ΔΕΠΥ, ενώ η αύξηση των εξωκυτταρικών επιπέδων νορεπινεφρίνης φαίνεται να επιφέρει βελτίωση των συμπτωμάτων, όπως δείχνει η δράση της ατομοξετίνης (Mehta et al., 2019).

Η νευροβιολογία της ΔΕΠΥ δεν περιορίζεται αποκλειστικά στον προμετωπιαίο φλοιό. Μελέτες με νευροαπεικόνιση έχουν δείξει ότι άτομα με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν μειωμένο όγκο στην ωχρά σφαίρα και το ραβδωτό σώμα, ενώ παρατηρούνται διαφορές και στον κερκοφόρο πυρήνα, οι οποίες όμως φαίνεται να μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας (Mehta et al., 2019). Επιπλέον, ο ραχιαίος πρόσθιος προσαγωγίος φλοιός (dACC), μια περιοχή που σχετίζεται με την αντίχνευση λαθών, την παρακολούθηση συμπεριφορικών αντιδράσεων και τη λήψη αποφάσεων βάσει επιβράβευσης, εμφανίζει μειωμένο όγκο και πάχος σε αυτούς τους ασθενείς (Mehta et al., 2019). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με γενετικές παρατηρήσεις: η εκτεταμένη μελέτη GWAS των Demontis et al. (2023) αποκάλυψε ότι οι γενετικές παραλλαγές που σχετίζονται με τον κίνδυνο για ΔΕΠΥ είναι πιο συχνές σε γονίδια που εκφράζονται στους ντοπαμινεργικούς νευρώνες του μεσοεγκεφάλου και στον μετωπιαίο φλοιό, επιβεβαιώνοντας έτσι τη βιολογική σύνδεση ανάμεσα στη γενετική υπόσταση και τα νευροβιολογικά χαρακτηριστικά της διαταραχής (Demontis et al., 2023).

Κεφάλαιο 3: Πρότυπα Συμπεριφοράς στις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και στη ΔΕΠΥ

3.1 Χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που σχετίζονται με τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες

- Οικογενειακό περιβάλλον

Προκλητική συμπεριφορά ενδέχεται να εμφανιστεί για πρώτη φορά κατά την παιδική ηλικία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κατάσταση παρουσιάζει σημαντική πολυπλοκότητα στα παιδιά, οι γονείς βιώνουν έντονο άγχος, οι υπεύθυνοι αντιμετωπίζουν δυσκολία στη λήψη απόφασης, ενώ τα ίδια τα παιδιά παραμένουν σε κατάσταση αβεβαιότητας. Τα μέλη της οικογένειας, ως φροντιστές και υποστηρικτικό πλαίσιο, καλούνται να αναλάβουν δράση με σύνεση και οργανωμένο τρόπο. Είναι δυνατόν κάποιος να απευθυνθεί σε ιατρό, συμπεριλαμβάνοντας και του θεράποντος ιατρού του, εφόσον αισθάνεται ανησυχία. Σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης, πρέπει να επικοινωνήσει άμεσα με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι σκέψεις και οι ανησυχίες σχετικά με την υγεία μπορεί να ανταλλαχθούν με τον ιατρό της οικογένειας, ο οποίος δύναται να παρέχει πρώτη γραμμή καθοδήγησης. Επιπλέον, υπάρχει η δυνατότητα ειδικής υποστήριξης από επαγγελματίες του τομέα. Η διαδικασία αντιμετώπισης της ανησυχίας μπορεί να ξεκινήσει μέσω μιας ενδελεχούς συζήτησης με τον ιατρό. Η συμπεριφορά των παιδιών αποτελεί συχνά δείκτη πιθανής υποκείμενης δυσκολίας. Η προκλητική συμπεριφορά μπορεί να αποτελεί ένδειξη μη διαγνωσμένης μαθησιακής δυσκολίας, η οποία απαιτεί προσεκτική παρατήρηση και επαγγελματική αξιολόγηση (Absoud et al., 2019).

Παραδείγματα συμπεριφορών που μπορεί να εκδηλωθούν ως προκλητικές συμπεριφορές, οι γονείς ερμηνεύουν ορισμένες συμπεριφορές ως ενδείξεις παραβατικότητας. Ωστόσο, προκύπτει το ερώτημα εάν πράγματι πρόκειται για σφάλματα ή απλώς για έλλειψη κατανόησης. Η ανεπαρκής ερμηνεία τέτοιων φαινομένων δυσχεραίνει σημαντικά τη διαχείρισή τους. Ορισμένοι ειδικοί τις αντιλαμβάνονται ως αντιδράσεις προσαρμογής, μάλλον παρά ως ενδείξεις παθολογικής συμπεριφοράς. Έτσι, δεν είναι πάντοτε εφικτό να εξασφαλιστούν συμπεράσματα βάσει της επιφάνειας της εξωτερικής εμφάνισης. Μεταξύ των ενδεικτικών εκδηλώσεων περιλαμβάνονται η σωματική επιθετικότητα, όπως δάγκωμα, γρατζούνισμα ή χτύπημα, καθώς και αυτοκαταστροφικές πράξεις, όπως χτύπημα στο κεφάλι

ή δάγκωμα των χεριών. Επιπλέον, παρατηρούνται επαναλαμβανόμενες κινητικές και φωνητικές ενέργειες, οι οποίες δεν κατευθύνονται προς συγκεκριμένο άτομο. Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσονται φαινόμενα όπως βανδαλισμός, ακατάσχετος τρόπος κινητικής έκφρασης εντός κλειστών χώρων, καθώς και διαταραχές στον ύπνο και τη διατροφή (Absoud et al., 2019).

- Σχολικό περιβάλλον

Αντί για μια απλή σύνδεση, η σχέση μεταξύ νεανικής εγκληματικότητας και μαθησιακών δυσκολιών προκαλεί διαφορετικές ερμηνείες. Πολλοί αμφισβητούν την έλλειψη άμεσης σύγκρισης ανάμεσα στα δύο φαινόμενα (Meltzer et al., 1986). Αν και ορισμένες έρευνες επικεντρώθηκαν στην αντικοινωνική συμπεριφορά και τα σχολικά προβλήματα, ο τρόπος σχεδίου τους επηρεάζει τα συμπεράσματα που εξηγούνται με βραχυπρόθεσμη βάση. Λόγω διαφορετικών προσεγγίσεων, τα αποτελέσματα συχνά δίστανται, με αποτέλεσμα η συμφωνία να παραμένει περιορισμένη (Meltzer et al., 1986). Παιδιά με δυσλεξία εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά επιθετικών συμπεριφορών, συναισθήματα άγχους, καταθλιπτική διάθεση και δυσκολίες συγκέντρωσης. Παράλληλα, αντιμετώπισαν προβλήματα σε γνωστικές λειτουργίες, όπως η δυσκολία και η αδυναμία σε εξωτερικές παρεμβάσεις ή η αδυναμία γρήγορης εύρεσης λέξεων, κάτι που δείχνει την επίδραση της δυσλεξίας σε αυτούς τους τομείς (López-Zamora et al., 2025). Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι παιδιά με δυσλεξία, κατά την αρχή της εφηβείας, αντιμετωπίζουν διάφορα συμπεριφορικά προβλήματα. Ωστόσο, δεν μπορούν να αποδοθούν ούτε σε κοινωνικούς παράγοντες ούτε σε φυσιολογικές αλλαγές (Heiervang et al., 2001). Ακόμη παρατηρήθηκαν προβλήματα διαγωγής όπου θέτουν τα παιδιά σε αυξημένο κίνδυνο για ένα ευρύ φάσμα αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία και την κοινωνία, που περιλαμβάνουν διαταραχή διαγωγής, τραυματισμούς και βία, σχολική αποτυχία, κατάχρηση ουσιών, κατάθλιψη και αυτοκτονία (Bennett et al., 2003).

Μέσω μιας έρευνας που διήρκεσε από τη δεύτερη έως την όγδοη τάξη, αποκαλύφθηκαν οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα των μαθητών. Συχνά παρατηρείται έλλειψη ενδιαφέροντος ή δυσκολία συγκέντρωσης, τα οποία αναδεικνύονται ως κεντρικά προβλήματα (Klicpera & Schabmann, 1993). Ως προς τη σύγκριση μεταξύ ομάδων, δεν επικρατεί ομοιόμορφη εικόνα, τα παιδιά με δυσκολίες στην ανάγνωση και την ορθογραφία εμφανίζουν συχνότερα συμπεριφορές που δυσχεραίνουν τη λειτουργία της τάξης, οι οποίες συχνά είναι επιθετικές. Παρ' όλα αυτά, τα συμπεριφορικά ζητήματα παρέμειναν εξίσου σταθερά τόσο σε αυτά τα παιδιά όσο και σε εκείνα χωρίς δυσκολίες στη γραφή ή την ανάγνωση, ενώ η έντασή τους αυξανόταν σχεδόν με τον ίδιο ρυθμό

καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου παρατήρησης. Επομένως, δεν υποστηρίζεται η υπόθεση ότι η δυσχερής συμπεριφορά προκύπτει αποκλειστικά από μαθησιακές αδυναμίες (Klicpera & Schabmann, 1993). Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη μάθηση ενδέχεται να προβληθούν σε συμπεριφορές που θεωρούνται απαγορευμένες ή απρεπείς. Δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στα κοινωνικά πρότυπα συμπεριφοράς που αναμένονται από το περιβάλλον τους. Οι διαπροσωπικές τους σχέσεις με συνομηλίκους συχνά χαρακτηρίζονται από ενδείξεις έλλειψης ευκολίας και συναισθηματικής αστάθειας. Αντί να ερμηνεύουν ορθά τις μη λεκτικές εκφράσεις όπως τις εκφράσεις του προσώπου ή τις σωματικές κινήσεις των άλλων, αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην αντίληψη των υποκειμένων εννοιών και των έμμεσων μηνυμάτων που μεταδίδουν οι συνομήλικοί τους (de Lima et al., 2020).

Ορισμένα παιδιά αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην ανάγνωση, γεγονός που καθιστά τη δυσλεξία μια σχετικά συχνή διαταραχή. Αντί να εκφράζουν ενθουσιασμό, πολλά από αυτά βιώνουν αίσθημα απομόνωσης. Στο πλαίσιο μιας έρευνάς, τις προσωπικές τους ιδιαιτερότητες, τις καθημερινές τους δραστηριότητες και τον τρόπο ζωής τους (Huang et al., 2020). Παρουσιάζουν μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα σε σύγκριση με συνομήλικους τους, αντιμετωπίζουν επιπλέον δυσκολίες στην ακαδημαϊκή απόδοση, επιδεικνύουν συνεχή κινητική δραστηριότητα και αδυνατούν να παραμείνουν ακίνητα. Η καθημερινότητά τους βιώνεται ως επιβαρυντική, λόγω της δυσλεξίας που τα πιέζει (Huang et al., 2020). Πολλά παιδιά που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάγνωση εμφανίζουν ταυτόχρονα και άλλα προβλήματα, ωστόσο η φύση της σχέσης μεταξύ αυτών των δυσκολιών δεν είναι πάντοτε σαφής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, φαίνονται να παρουσιάζονται συχνότερα συμπεριφορικές δυσλειτουργίες. Μεγάλο μέρος της ερευνητικής προσπάθειας επικεντρώνεται στην αξιολόγησή της των γονέων, όπως αυτή καταγράφεται μέσω της Κλίμακας Συμπεριφορικής Παιδικής Αξιολόγησης (CBCL) (Huang et al., 2020). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν για κάθε παιδί από την περίοδο του νηπιαγωγείου μέχρι και τη δεύτερη τάξη του δημοτικού σχολείου. Ετησίως διενεργείται αξιολόγηση της αναγνωστικής ικανότητας, ενώ ταυτόχρονα οι γονείς συμπλήρωσαν σε ερωτηματολόγια σχετικά με τη συμπεριφορά των παιδιών τους, παρέχοντας έτσι μια δυναμική εικόνα της εξέλιξης των συμπεριφορικών χαρακτηριστικών κατά τη διάρκεια του χρόνου (Horbach & Günther, 2017). Οι αναλύσεις διακύμανσης έδειξαν ότι οι μαθητές με χαμηλή αναγνωστική απόδοση λάμβαναν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην CBCL και στην κλίμακα εξωτερίκευσης συμπεριφοράς κατά την πρώτη τάξη, σε σύγκριση με την περίοδο του νηπιαγωγείου. Στο νηπιαγωγείο, τα παιδιά που αργότερα

ταξινομήθηκαν ως αδύναμοι αναγνώστες δεν διέφεραν σημαντικά από τους ισχυρούς αναγνώστες όσον αφορά τα συμπτώματα εξωτερίκευσης ή εσωτερίκευσης, παρουσίαζαν όμως εμφανέστερα προβλήματα προσοχής (Horbach & Günther, 2017). Κατά την πρώτη και δεύτερη τάξη, οι αδύναμοι αναγνώστες εμφάνιζαν συνολικά περισσότερες συμπεριφορικές δυσκολίες σε σχέση με τους ισχυρούς αναγνώστες. Έπειτα, το ποσοστό των παιδιών που πληρούσαν τα κριτήρια για κλινικές σημαντικές συμπεριφορικές διαταραχές αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα των αδύναμων αναγνωστών κατά τις εν λόγω σχολικών τάξεων. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η αντιμετώπιση των αυξημένων απαιτήσεων από την παράδοση στο σχολικό περιβάλλον επιβαρύνει ιδιαίτερα τα παιδιά με την υποβάθμιση στην ανάγνωση (Horbach & Günther, 2017).

Τέλος οι Bennett, Brown, Boyle, Racine, and Offord παρατήρησαν ότι η σχέση μεταξύ της επίδοσης στην ανάγνωση και συγκεκριμένων συμπεριφορικών ενδείξεων παραμένει σταθερή επί σειρά ετών. Από την πρώτη χρονιά στο σχολείο και για δύο ακόμη έτη, εμφανίζονται σταδιακές αλλαγές στη συμπεριφορά των μαθητών. Παρατηρείται δυσκολία στην κοινωνική προσαρμογή, η οποία με την πάροδο του χρόνου εντάσσεται, οδηγώντας σε αυξανόμενη απομόνωση κυρίως στα αγόρια. Γενικά, θεωρείται ευρέως αποδεκτό ότι τα αγόρια αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην ανάγνωση σε σύγκριση με τα κορίτσια, ενώ επιπλέον εμφανίζουν συχνότερα εξωστρεφείς συμπεριφορικές τάσεις (Kempe et al., 2011).

3.2 Εσωτερικευόμενες και εξωτερικευόμενες εκδηλώσεις συμπεριφορών της ΔΕΠΥ ανά περιβάλλον

Η ΔΕΠΥ περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και συμπεριφορών, τα οποία μπορούν να χωριστούν σε δύο βασικές κατηγορίες: τις εξωτερικευμένες, όπως η επιθετικότητα και η υπερκινητικότητα, και τις εσωτερικευμένες, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η απομόνωση από την κοινωνική ζωή. Η έκφραση αυτών των συμπεριφορών διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το περιβάλλον, για παράδειγμα στο σχολείο, στο σπίτι ή σε κοινωνικές ομάδες (Faraone et al., 2021; Johnston & Mash, 2001; Kooij et al., 2019).

- Σχολικό περιβάλλον

Το σχολείο αποτελεί ένα περιβάλλον υψηλής απαίτησης, όπου απαιτούνται συγκέντρωση, αυτοσυγκράτηση, τήρηση κανόνων και αποτελεσματική κοινωνική επαφή. Σε

αυτό το πλαίσιο, οι εξωτερικευόμενες συμπεριφορές παιδιών με ΔΕΠΥ είναι συχνά οι πιο εμφανείς και δημιουργούν σημαντικές δυσκολίες. Όπως αναφέρουν οι McQuade & Hoza (2008), τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να απορριφθούν από τους συμμαθητές τους, με τα ποσοστά απόρριψης να φτάνουν το 50-80%. Αυτή η απόρριψη δεν είναι τυχαία, αλλά αποτέλεσμα συγκεκριμένων συμπεριφορικών χαρακτηριστικών (McQuade & Hoza, 2008).

Συγκεκριμένα, η μελέτη των McQuade & Hoza (2008), δείχνει ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ, κυρίως με το συνδυασμένο υπότυπο, συμμετέχουν συχνότερα σε διαμάχες, εμφανίζουν ανυπακοή και παραβιάζουν τους κανόνες της τάξης. Οι διαφορές ανάμεσα στους υπότυπους είναι σημαντικές: τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνδυασμένου τύπου θεωρούνται επιθετικά και ως πρωτεργάτες συγκρούσεων, γεγονός που τα οδηγεί σε κοινωνική απόρριψη. Αντίθετα, τα παιδιά με ΔΕΠΥ απροσεξίας περιγράφονται ως επιφυλακτικά, κοινωνικά απομακρυσμένα και παθητικά, με τάσεις προς εσωτερικευμένες συμπεριφορές. Αυτό δεν οδηγεί σε ενεργητική απόρριψη, αλλά σε κοινωνική απόρριψη, με αποτέλεσμα επίσης την περιθωριοποίηση (McQuade & Hoza, 2008).

Επιπλέον, τα κορίτσια με ΔΕΠΥ μπορεί να εκδηλώνουν διαφορετικές μορφές εξωτερικευόμενης συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τους McQuade & Hoza (2008), σε σύγκριση με τα αγόρια, τείνουν να χρησιμοποιούν έμμεση ή σχεσιακή επιθετικότητα, όπως τη διάδοση φημών ή τον κοινωνικό αποκλεισμό, αντί για σωματική βία. Η συγκεκριμένη μορφή επιθετικότητας μπορεί να περνά απαρατήρητη από τους εκπαιδευτικούς, αλλά έχει εξίσου δυσμενείς επιπτώσεις στις κοινωνικές διαπροσωπικές σχέσεις. Η θετική ψευδαισθησιακή προκατάληψη (positive illusory bias) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο: τα παιδιά με ΔΕΠΥ συχνά υπερεκτιμούν τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές τους δεξιότητες (McQuade & Hoza, 2008). Αυτό τους καθιστά λιγότερο ευαίσθητοποιημένα στα κοινωνικά λάθη τους και λιγότερο ανοιχτά στην ανατροφοδότηση, με αποτέλεσμα τη διατήρηση δυσλειτουργικών συμπεριφορών.

Η έρευνα των Sevincok et al. (2019) προσθέτει μια σημαντική νέα πλευρά: το φαινόμενο του Νωθρού Γνωστικού Ρυθμού (Sluggish Cognitive Tempo - SCT). Ο SCT, που περιγράφεται από επιδράσεις όπως λήθαργος, ονειροπόληση, έλλειψη δραστηριότητας και σύγχυση, λειτουργεί ως βασικός διαμεσολαβητής. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η σχέση ανάμεσα στα συμπτώματα απροσεξίας της ΔΕΠΥ και τα εσωτερικευμένα προβλήματα, και ειδικά η κοινωνική απόσυρση, δεν είναι άμεση, αλλά διαμεσολαβείται εξ ολοκλήρου από τον

SCT (Sevincok et al., 2020). Αυτό σημαίνει ότι η απροσεξία δεν οδηγεί από μόνη της αναπόφευκτα σε κοινωνική απόσυρση, αλλά όταν συνυπάρχει με νωθρότητα και έλλειψη ενέργειας, ο κίνδυνος αυξάνεται σημαντικά. Από την άλλη πλευρά, τα εξωτερικευόμενα συμπτώματα συνδέονται ιδιαίτερα με την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα, υποδεικνύοντας έτσι δύο πιθανώς ξεχωριστές αναπτυξιακές πορείες (Sevincok et al., 2020).

- Οικογενειακό περιβάλλον

Η οικογένεια, επίσης, αποτελεί ένα βασικό περιβάλλον για τη συναισθηματική ανάπτυξη και την κοινωνικοποίηση. Σε οικογένειες όπου υπάρχει παιδί με ΔΕΠΥ, οι εσωτερικευμένες και εξωτερικευμένες συμπεριφορές του παιδιού συνδέονται στενά με την ψυχική υγεία των γονιών και τις στρατηγικές που ακολουθούν.

Από τη σκοπιά της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας, οι Johnston και Mash (2001) υπογραμμίζουν ότι η συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και των οικογενειακών παραγόντων δεν ακολουθεί γραμμικό αιτιώδη πρότυπο, αλλά εκφράζεται μέσω ενός διαρκούς, αμοιβαίου δυναμικού βρόχου. Γονεϊκές πρακτικές χαρακτηριζόμενες από υπερβολική τιμωρητική συμπεριφορά, ασυνέπεια στην εφαρμογή κανόνων ή έλλειψη συναισθηματικής διαθεσιμότητας μπορούν να επιδεινώσουν την εμφάνιση δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Αντιστρόφως, η παρορμητικότητα και η δυσρυθμία που παρατηρούνται σε παιδιά με ΔΕΠΥ δύναται να εξαντλήσουν τους γονείς, προκαλώντας μετατόπιση προς λιγότερο υποστηρικτικές και περισσότερο αποκλειστικές αντιδράσεις. Η αλληλεπίδραση αυτή εντείνεται σημαντικά όταν συνυπάρχουν διαταραχές διαγωγής. Ωστόσο, η κατεύθυνση της αιτιώδους σχέσης παραμένει αδιευκρίνιστη: ενώ η δυσλειτουργική γονεϊκή συμπεριφορά συσχετίζεται σταθερά με προβλήματα διαγωγής, η συνδέση της με τα πυρήνα συμπτώματα της ΔΕΠΥ—όπως η απροσεξία και η υπερκινητικότητα—δεν εμφανίζει την ίδια βαθμίδα συνέπειας (Johnston & Mash, 2001).

Η έρευνα των Melegari et al. (2022), που διεξήχθη κατά τη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19, προσφέρει σημαντικές επιστημονικές διαπιστώσεις. Όσον αφορά τις εξωτερικευμένες συμπεριφορές, διαπιστώθηκε ότι η μη τήρηση των κανόνων καραντίνας από το παιδί ήταν ο πιο ισχυρός παράγοντας. Ωστόσο, αυτή η σχέση μετριαζόταν σημαντικά όταν οι γονείς χρησιμοποιούσαν θετικές στρατηγικές, όπως υποστήριξη, ηρεμία και προσπάθεια εύρεσης συμβιβασμών (Melegari et al., 2022). Σε τέτοιες περιπτώσεις, ακόμη και αν το παιδί δεν συμμορφωνόταν, οι εξωτερικευμένες συμπεριφορές ήταν λιγότερο έντονες. Αντίθετα, αρνητικά

συναισθήματα των γονιών, όπως απογοήτευση ή θυμός, καθώς και η χρήση έντονης φωνής ή υπερβολικών τιμωριών, συνδέονταν με πιο έντονες εξωτερικευμένες εκδηλώσεις, επιβεβαιώνοντας το φαινόμενο του «κύκλου καταναγκασμού» (Melegari et al., 2022). Οι γονείς που βιώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα δυσκολεύονται να διατηρήσουν σταθερές ρουτίνες, οι οποίες αποτελούν σημαντικό προστατευτικό παράγοντα (Melegari et al., 2022).

Τα ευρήματα σχετικά με τις εσωτερικευμένες συμπεριφορές, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, παρουσίασαν μεγαλύτερη πολυπλοκότητα από ό,τι αρχικά προβλεπόταν (Melegari et al., 2022). Παρατηρήθηκε ότι συνδέονται τόσο με αρνητικά όσο και με θετικά γονεϊκά συναισθήματα, πράγμα που εξηγείται από τις ειδικές συνθήκες της πανδημίας: ακόμη και όταν οι γονείς επιδίδονταν σε προσπάθειες υποστήριξης των παιδιών τους, η αδυναμία αντιμετώπισης του δικού τους συναισθηματικού φόρτου οδηγούσε σε αναποτελεσματικές ή ακόμη και επιδεινωτικές επιπτώσεις στην ψυχική κατάσταση των παιδιών. Το κεντρικό συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι η αντίδραση του παιδιού εξαρτάται σημαντικά από τη συναισθηματική κατάσταση του γονέα. Συγκεκριμένα, όταν ο γονέας εμφάνιζε υψηλά επίπεδα αγχώδους ή θλιμμένης διάθεσης, η μη συμμόρφωση του παιδιού συνδεόταν με επιδεινωμένα συμπεριφορικά προβλήματα. Αντιθέτως, σε περιπτώσεις όπου ο γονέας διέπονταν από ηρεμία, η ίδια συμπεριφορά δεν είχε σοβαρές επιπτώσεις. Συνολικά, τα ψυχικά προβλήματα των γονέων συσχετίζονται ισχυρότερα με την εμφάνιση συμπεριφορικών δυσκολιών στα παιδιά παρά με τη ΔΕΠΥ, γεγονός που επισημαίνει την αναγκαιότητα διαχωρισμού των δύο φαινομένων (Melegari et al., 2022).

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης διαφορετικών περιβαλλόντων δείχνουν ότι η συμπεριφορά ατόμων με ΔΕΠΥ δεν είναι σταθερή σε όλα τα πλαίσια, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με τις συνθήκες.

Όσον αφορά τις εξωτερικευόμενες συμπεριφορές, όπως η επιθετικότητα και η ανυπακοή, αυτές εντείνονται κυρίως σε δομημένα περιβάλλοντα όπου απαιτείται αυτοσυγκράτηση, καθώς και σε περιπτώσεις αρνητικής γονεϊκής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τους Melegari et al. (2022), τέτοιες συμπεριφορές προκαλούνται από αρνητικά συναισθήματα των γονιών ή από καταστάσεις που προκαλούν απογοήτευση. Αντίθετα, σε περιβάλλοντα χαλαρής επίβλεψης, όπως ο ελεύθερος χρόνος με φίλους, οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να είναι λιγότερο εμφανείς, αν και συχνά παρατηρείται απομόνωση από την ομάδα.

Οι εσωτερικευόμενες συμπεριφορές, όπως η κοινωνική απόσυρση ή το άγχος, είναι λιγότερο εμφανείς αλλά παρόλ' αυτά παρουσία σε όλα τα πλαίσια, με διαφορετικές

εκδηλώσεις ανάλογα με την κατάσταση. Η κοινωνική απόσυρση είναι πιο έντονη σε μη δομημένες κοινωνικές στιγμές, όπου απαιτείται πρωτοβουλία και ενεργή συμμετοχή (McQuade & Hoza, 2008). Το άγχος και η κατάθλιψη εντείνονται σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης ή συναισθηματικής αβεβαιότητας, όπως αυτά που βιώθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Melegari et al., 2022). Η σχέση με το SCT υποδεικνύει ότι αυτές οι συμπεριφορές συνδέονται με ένα ειδικό γνωστικό προφίλ, το οποίο γίνεται πρόβλημα όταν το περιβάλλον απαιτεί γρήγορη και ενεργή αντίδραση (Sevincok et al., 2020).

3.3 Συμπεριφορές που συνυπάρχουν μεταξύ Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών και ΔΕΠΥ

Το γεγονός ότι οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (ΕΜΔ) και η ΔΕΠΥ εμφανίζονται συχνά μαζί, αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των νευροαναπτυξιακών διαταραχών (Aksoy, 2024). Η συχνότητα της συννοσηρότητας είναι αρκετά υψηλή δημιουργώντας σημαντικές δυσκολίες στη διάγνωση, την πρόβλεψη της εξέλιξης και την αποτελεσματική παρέμβαση. Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες, το ποσοστό των παιδιών με ΕΜΔ που εμφανίζουν επίσης ΔΕΠΥ κυμαίνεται από 18% έως 60%, ενώ αντίστοιχα, το 25% έως 40% των παιδιών με ΔΕΠΥ έχουν και κάποια μορφή μαθησιακής δυσκολίας (Aksoy, 2024). Αυτά τα επίπεδα υποδηλώνουν την ύπαρξη κοινών αιτιολογικών παραγόντων. Επιπλέον, μια ανασκόπηση μελετών που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2001 και 2011 ανέφερε ακόμη μεγαλύτερο μέσο όρο συννοσηρότητας, περίπου 45,1%, όταν στις μαθησιακές δυσκολίες συμπεριλαμβάνεται και η δυσγραφία. Η δυσγραφία είναι ιδιαίτερα συχνή σε παιδιά με ΔΕΠΥ, γεγονός που μπορεί να οφείλεται σε κοινά ελλείμματα στην οργάνωση, την προσοχή στη λεπτομέρεια και τη διατήρηση της προσπάθειας, δεξιότητες που είναι κρίσιμες για τη γραπτή έκφραση (DuPaul et al., 2013).

Η υψηλή συννοσηρότητα φαίνεται να μην επηρεάζεται ιδιαίτερα από το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο (Español-Martín et al., 2023). Σύμφωνα με μια εκτεταμένη διαπολιτισμική έρευνα, η αρνητική επίδραση της ΔΕΠΥ και των ΕΜΔ στην ακαδημαϊκή επίδοση παραμένει σταθερή σε όλες τις χρονικές περιόδους και εμφανίζεται τόσο σε πληθυσμούς χαμηλού-μεσαίου όσο και υψηλού εισοδήματος (Español-Martín et al., 2023). Αυτό δείχνει ότι οι βιολογικοί και νευρογνωστικοί παράγοντες έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα από τις περιβαλλοντικές επιρροές όσον αφορά την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Παρ' όλα

αυτά, πρέπει να τονιστεί ότι παιδιά από κοινωνικά και οικονομικά κατώτερα περιβάλλοντα εμφανίζουν συχνότερα και τις δύο διαταραχές. Κάτι που πιθανώς οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών παραγόντων κινδύνου και περιορισμένης πρόσβασης σε πρόωρες εκπαιδευτικές υποστηρίξεις και υπηρεσίες υγείας (Español-Martín et al., 2023· Margari et al., 2013).

Η δυσκολία ακαδημαϊκή απόδοση αποτελεί το κέντρο των συμπεριφορικών προβλημάτων όταν συνυπάρχουν οι δύο διαταραχές. Αν και παιδιά με μόνο ΔΕΠΥ συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη μάθηση ως δευτερεύουσα συνέπεια προβλημάτων προσοχής, οργάνωσης και παρορμητικότητας, η πρόσθετη παρουσία μιας ειδικής μαθησιακής δυσκολίας επιδεινώνει σημαντικά την κατάσταση, καθιστώντας τις ακαδημαϊκές δυσκολίες πιο έντονες (Español-Martín et al., 2023). Τα παιδιά που έχουν ταυτόχρονα ΔΕΠΥ και ΕΜΔ εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερες επιδόσεις σε όλα τα γνωστικά αντικείμενα, με μεγαλύτερη δυσκολία στην ελληνική, τις ξένες γλώσσες και τα μαθηματικά, σε σύγκριση με παιδιά που έχουν μόνο μία από τις δύο διαγνώσεις (Español-Martín et al., 2023; Willcutt & Petrill, 2023). Ποσοτικές μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά με διπλή διάγνωση έχουν μέχρι και έξι φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να υστερούν στη μητρική γλώσσα και πάνω από τρεις φορές στα μαθηματικά, με επίπεδα επίδρασης που θεωρούνται μεγάλα έως πολύ μεγάλα (Español-Martín et al., 2023). Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι αυτές οι δυσκολίες παραμένουν ακόμη και όταν λαμβάνονται υπόψη ο νοητικός δείκτης, η ηλικία και η ύπαρξη άλλων συναισθηματικών ή συμπεριφορικών προβλημάτων.

Επιπλέον, τα παιδιά με συνδυασμό ΔΕΠΥ και ΕΜΔ αντιμετωπίζουν σημαντικά μεγαλύτερες δυσκολίες στην ολοκλήρωση των σχολικών εργασιών στο σπίτι και σε άλλες καθημερινές ακαδημαϊκές υποχρεώσεις (Willcutt & Petrill, 2023). Αυτή η συμπεριφορά, αντικατοπτρίζει στην πραγματικότητα την επίδραση δύο διαφορετικών παραγόντων: τη γνωστική δυσκολία που προκύπτει από την ΕΜΔ και την αδυναμία στην αυτορρύθμιση, την οργάνωση και την επιμονή σε απαιτητικές εργασίες, η οποία σχετίζεται με τη ΔΕΠΥ. Λόγω αυτών των επιπτώσεων, τα παιδιά με διπλή διάγνωση έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να διαγνωστούν με μαθησιακή δυσκολία, να ενταχθούν σε προγράμματα ειδικής αγωγής ή να λάβουν επιπλέον υποστήριξη εκτός του σχολείου, σε σύγκριση με εκείνα που έχουν μόνο ΕΜΔ (Willcutt & Petrill, 2023). Χαρακτηριστικό είναι ότι η ταυτόχρονη παρουσία ΔΕΠΥ και δυσλεξίας συνδέεται όχι μόνο με χαμηλότερη επίδοση στην ανάγνωση, αλλά και στα μαθηματικά και τη γραφή, δείχνοντας μια ευρύτερη ακαδημαϊκή ευπάθεια που δεν περιορίζεται στον ειδικό τομέα της ΕΜΔ (Español-Martín et al., 2023).

Στο συναισθηματικό επίπεδο, η κατάσταση είναι εξίσου πολύπλοκη. Η ΕΜΔ συνδέεται ανεξάρτητα με αυξημένα επίπεδα αγχώδους συμπεριφοράς και κατάθλιψης, ακόμη και όταν λαμβάνεται υπόψη η πιθανή επίδραση της ΔΕΠΥ (Willcutt & Petrill, 2023; Margari et al., 2013). Αυτό πιθανόν να προκύπτει από τη χρόνια απογοήτευση, το αίσθημα ανικανότητας και το στίγμα που συνδέονται με τη συνεχή ακαδημαϊκή αποτυχία. Ωστόσο, η παράλληλη παρουσία ΔΕΠΥ επιδεινώνει σημαντικά την ψυχική δυσπραγία. Τα παιδιά με διπλή διάγνωση εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με εκείνα που έχουν μόνο ΕΜΔ, και αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στα κορίτσια (Willcutt & Petrill, 2023). Η συνδυασμένη πίεση από ακαδημαϊκή αποτυχία, κοινωνική απόρριψη και συναισθηματική αστάθεια, που συχνά συνοδεύει τη ΔΕΠΥ, δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για την εμφάνιση σοβαρών εσωτερικευμένων διαταραχών.

Αντίθετα, η σχέση μεταξύ ΕΜΔ και εξωτερικευμένων διαταραχών, όπως η Διαταραχή Αντίδρασης και η Διαταραχή Συμπεριφοράς, φαίνεται να εξηγείται πλήρως από τη συνυπάρχουσα ΔΕΠΥ. Αυτό σημαίνει ότι οι αυξημένες εκδηλώσεις επιθετικότητας και παραβατικής συμπεριφοράς σε παιδιά με ΕΜΔ οφείλονται αποκλειστικά στο υποσύνολο εκείνων που παρουσιάζουν ταυτόχρονα και ΔΕΠΥ (Willcutt & Petrill, 2023). Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ, όπως η παρορμητικότητα, η δυσκολία στην αναστολή της συμπεριφοράς και η αναζήτηση άμεσης ικανοποίησης, είναι οι κύριοι παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις με γονείς, δασκάλους και συνομηλίκους, και όχι η ίδια η μαθησιακή δυσκολία (Willcutt & Petrill, 2023). Η παρατήρηση αυτή έχει σημαντικές επιπτώσεις στη θεραπεία, καθώς υποδεικνύει ότι η αντιμετώπιση των εξωτερικευμένων προβλημάτων πρέπει να εστιάζει στη ΔΕΠΥ και όχι στην ΕΜΔ.

Αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης που εξετάζουν ταυτόχρονα όλες τις γνωστικές μεταβλητές δείχνουν ότι η ταχύτητα επεξεργασίας και η εργαζόμενη μνήμη αποτελούν κοινούς γνωστικούς παράγοντες κινδύνου για τις δύο διαταραχές, καθώς σχετίζονται ανεξάρτητα και με τις ΕΜΔ και με τη ΔΕΠΥ (Willcutt & Petrill, 2023). Αυτό υποδηλώνει ότι ένα υποκείμενο έλλειμμα στην ικανότητα γρήγορης επεξεργασίας και προσωρινής διαχείρισης πληροφοριών αυξάνει τον κίνδυνο για τόσο μαθησιακές όσο και παρορμητικές δυσκολίες. Αντίθετα, η δυσκολία στην αναστολή απόκρισης συνδέεται αποκλειστικά με τις ΕΜΔ, ενώ η δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής σχετίζεται περισσότερο με την ΔΕΠΥ (Willcutt & Petrill, 2023). Η διπλή αυτή διάσταση των γνωστικών ελλειμμάτων έχει σημαντικές επιπτώσεις στην αξιολόγηση, καθώς δείχνει ότι τα παιδιά με διπλή διάγνωση χρειάζονται εκτεταμένη

νευροψυχολογική εκτίμηση που να καλύπτει τόσο τις βασικές εκτελεστικές λειτουργίες όσο και την ταχύτητα επεξεργασίας και την εργαζόμενη μνήμη.

Ενδιαφέρον είναι ότι από την προσχολική ηλικία, παιδιά με οικογενειακό ιστορικό για δυσλεξία εμφανίζουν πρώιμα ελλείμματα σε εκτελεστικές λειτουργίες, όπως η αναστολή και η εργαζόμενη μνήμη, ακόμα και πριν ξεκινήσει η διδασκαλία της ανάγνωσης (Kellens et al., 2024). Η προσθήκη συμπεριφορικού κινδύνου για ΔΕΠΥ, φαίνεται να εντείνει αυτά τα προβλήματα, επιβεβαιώνοντας ότι οι εκτελεστικές δυσκολίες αποτελούν έναν πρώιμο δείκτη ευαλωτότητας που προϋπάρχει της σχολικής εμπειρίας (Kellens et al., 2024). Αυτό το εύρημα έχει ισχυρές προληπτικές προοπτικές, υποδεικνύοντας ότι η ενίσχυση των εκτελεστικών λειτουργιών στην προσχολική ηλικία θα μπορούσε να μειώσει την έκφραση τόσο των μαθησιακών όσο και των συμπεριφορικών δυσκολιών.

Κεφάλαιο 4: Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και ΔΕΠΥ

4.1 Επιπτώσεις στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη

Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη παιδιών με ΔΕΠΥ και ΕΜΔ αποτελεί ένα εξαιρετικά πολύπλοκο φαινόμενο, στο οποίο νευροαναπτυξιακές δυσλειτουργίες διασταυρώνονται με περιβαλλοντικούς παράγοντες, προκαλώντας μια σειρά προβλημάτων που κινούνται από την εσωτερική συναισθηματική αστάθεια μέχρι την κοινωνική απομόνωση και τις εντάσεις μέσα στην οικογένεια.

Μία από τις λιγότερο αναγνωρισμένες, αλλά χαρακτηριστικές, πλευρές της ΔΕΠΥ είναι η συναισθηματική δυσρύθμιση. Σύμφωνα με σύγχρονες προσεγγίσεις, αυτή δεν αφορά μόνο στην ένταση των συναισθημάτων, αλλά κυρίως τη δυσκολία στον έλεγχο της έναρξης, της αιχμής και της επαναφοράς στη συναισθηματική ισορροπία, με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις να επηρεάζουν σημαντικά διάφορους τομείς της καθημερινότητας (Bunford et al., 2015). Εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι περίπου το 61% των αγοριών και το 65% των κοριτσιών με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον έλεγχο του θυμού, ενώ παράλληλα υψηλά ποσοστά εμφανίζονται και στη διαχείριση της θλίψης (61% και 50% αντίστοιχα) και ακόμη και της χαράς (52% και 48%) (Bunford et al., 2015). Αυτό υποδεικνύει ότι η συναισθηματική δυσλειτουργία είναι ευρείας έκτασης και δεν περιορίζεται σε μία μόνο κατεύθυνση (Bunford et al., 2015).

Πέρα από τη συναισθηματική δυσρύθμιση, ο ψυχικός μηρυκασμός φαίνεται να αποτελεί έναν κεντρικό ψυχολογικό μηχανισμό, ειδικά σε παιδιά με ΕΜΔ. Ως ψυχικός μηρυκασμός χαρακτηρίζεται μια γνωστική διαδικασία που περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενη, αφηρημένη και παθητική εστίαση στα αρνητικά συναισθήματα. Καθώς και στις αιτίες και τις επιπτώσεις τους, και έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την ανάπτυξη εσωτερικευμένων διαταραχών, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, ακόμη και στην παιδική ηλικία (Bonifacci et al., 2020a). Σε μια έρευνα που διεξήχθη σε παιδιά με ΕΜΔ περίπου 10 ετών, διαπιστώθηκε ότι εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη ρουμίνηση (επαναλαμβανόμενες σκέψεις) σε σύγκριση με συνομηλίκους τους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, αλλά μόνο όταν το αρνητικό γεγονός είναι κοινωνικό (Bonifacci et al., 2020a). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η ευαλωτότητα των παιδιών με ΕΜΔ δεν οφείλεται κυρίως στην ίδια τη

μαθησιακή δυσκολία, αλλά στην κοινωνική της επίπτωση. Παρότι αυτά τα παιδιά ανέφεραν ότι βιώνουν συχνότερα αρνητικά γεγονότα στο σχολείο, όπως κακούς βαθμούς, δεν εμφάνιζαν αυξημένη ρουμίνηση γι' αυτά. Αντιθέτως, αυτό το μοτίβο σκέψης εντείνεται όταν το παιδί αισθάνεται κοινωνική απόρριψη. Αυτό υποδηλώνει ότι η αποδοχή από την ομάδα των συνομηλίκων αποτελεί κρίσιμο προστατευτικό παράγοντα γι' αυτόν τον πληθυσμό, και η απώλειά της ή η απειλή της προκαλεί βαθιά συναισθηματική αναστάτωση, η οποία εκδηλώνεται μέσω επαναλαμβανόμενων αρνητικών σκέψεων (Bonifacci et al., 2020a). Επιπλέον ο ψυχικός μηρυκασμός συσχετίστηκε ιδιαίτερα μόνο με το κοινωνικό άγχος, κάτι που ενισχύει την άποψη ότι το κοινωνικό περιβάλλον αποτελεί τον τομέα όπου τα παιδιά με ΕΜΔ αντιμετωπίζουν τις μεγαλύτερες ψυχοσυναισθηματικές προκλήσεις (Bonifacci et al., 2020b).

Η ψυχοσυναισθηματική πίεση δεν επηρεάζει μόνο το ίδιο το παιδί, αλλά επεκτείνεται σε όλο το οικογενειακό περιβάλλον, δημιουργώντας περίπλοκες δυναμικές που συχνά ενισχύουν την ύπαρξη ψυχολογικών δυσκολιών. Γονείς παιδιών με ΔΕΠΥ και ΕΜΔ αναφέρουν αυξημένα επίπεδα γονικού άγχους, περισσότερες διαμάχες με τα παιδιά τους και λιγότερο αποτελεσματικές μεθόδους ανατροφής, οι οποίες κυμαίνονται από υπερβολική επιείκεια έως υπερβολική αντίδραση (Bonifacci et al., 2020a; Wehmeier et al., 2010). Η παρουσία ενός παιδιού με ΔΕΠΥ ή ΕΜΔ ή συννοσηρότητα στο οικογενειακό πλαίσιο συνδέεται με δυσλειτουργίες στη σχέση των γονιών και στη λειτουργία της οικογένειας, κάτι που επιδεινώνεται ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν διαταραχές συμπεριφοράς (Wehmeier et al., 2010). Τόσο οι μητέρες όσο και οι πατέρες παιδιών με ΕΜΔ δείχνουν παρόμοια αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών ενδείξεων, με τις μητέρες να βαθμολογούνται υψηλότερα και στις δύο πτυχές (Bonifacci et al., 2020a). Αυτό υποδηλώνει ότι η ρουμινιστική συμπεριφορά μπορεί να μεταδίδεται εντός της οικογένειας (Bonifacci et al., 2020a). Σύμφωνα με το μοντέλο της συναισθηματικής ακύρωσης, ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από κριτική, σύγκρουση και έλλειψη συμπόνιας, μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στο παιδί σχετικά με τα δικά του συναισθήματα. Το παιδί μαθαίνει ότι τα συναισθήματά του είναι ακατάλληλα ή υπερβολικά, με αποτέλεσμα να μην αναπτύσσει αποτελεσματικούς τρόπους διαχείρισής τους. Έτσι εγκλωβίζεται σε έναν κύκλο όπου η δυσρύθμιση εντείνει τη ρουμίνηση και η ρουμίνηση επιδεινώνει τη δυσρύθμιση (Bonifacci et al., 2020a; Bunford et al., 2015; Fruzzetti et al., 2005).

Μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα και κλινικά σημαντική διάσταση είναι η συστηματική απόκλιση μεταξύ της αυτο-αξιολόγησης του παιδιού και της αξιολόγησης των γονέων όσον αφορά τα ψυχοσυναισθηματικά συμπτώματα. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι παιδιά με ΕΜΔ ή

ΔΕΠΥ δεν αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης ή σωματικών ενοχλίσεων σε σύγκριση με συνομήλικα χωρίς διαταραχές, ενώ οι γονείς τους περιγράφουν ένα πολύ πιο δυσλειτουργικό εύρημα, με εντονότερα συμπτώματα τόσο εσωτερικευμένα όσο και εξωτερικευμένα (Bonifacci et al., 2020a; Wehmeier et al., 2010). Η διαφωνία αυτή μπορεί να έχει πολλές αιτίες. Αφενός, τα ίδια τα παιδιά ίσως δεν αντιλαμβάνονται πλήρως τις δυσκολίες τους, λόγω έλλειψης μεταγνωστικής ικανότητας, ή ίσως υποβιβάζουν τα προβλήματά τους ως μηχανισμό άμυνας για να προστατεύσουν τον εαυτό τους. Αφετέρου, οι γονείς, οι οποίοι συχνά βιώνουν γονικό άγχος και παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, μπορεί να ερμηνεύουν υπερβολικά τη συμπεριφορά του παιδιού, αντανακλώντας σ' αυτό τη δική τους ψυχική αναστάτωση (Bonifacci et al., 2020a; Wehmeier et al., 2010). Αυτή η διαφορά έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κλινική πράξη, καθώς τονίζει την ανάγκη για αξιολόγηση μέσω πολλαπλών πηγών πληροφόρησης και προειδοποιεί για τον κίνδυνο να χαθούν σημαντικές ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες αν βασιστούμε μόνο στις δηλώσεις των παιδιών.

Εκτός από τις οικογενειακές δυναμικές, ιδιαίτερη σημασία κατέχει η σχέση μεταξύ μαθητή και εκπαιδευτικού, ειδικά κατά τη μετάβαση από το δημοτικό στο γυμνάσιο, μια φάση κατά την οποία η ποιότητα αυτής της σχέσης συχνά υποβαθμίζεται (Al-Yagon, 2012). Τα παιδιά με ΔΕΠΥ αντιλαμβάνονται τους εκπαιδευτικούς τους ως λιγότερο υποστηρικτικούς και πιο αποστασιοποιημένους σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους χωρίς δυσκολίες. Κάτι που συμβάλλει στην επιδείνωση της δικής τους συναισθηματικής προσαρμογής (Al-Yagon, 2012). Αξιοσημείωτο είναι ότι η αντίληψη της απορριπτικής στάσης του δασκάλου επηρεάζει ιδιαίτερα τα εξωτερικευμένα προβλήματα, όπως η επιθετικότητα και η παραβατική συμπεριφορά, τόσο σε εφήβους με ΔΕΠΥ όσο και σε εκείνους με τυπική ανάπτυξη. Αυτό υποδηλώνει ότι η τάξη μπορεί να αποτελέσει πλαίσιο όπου η συναισθηματική αστάθεια εκδηλώνεται μέσω συμπεριφορών που διαταράσσουν την ομαδική λειτουργία και εντείνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό (Al-Yagon, 2016). Στην περίπτωση εφήβων που παρουσιάζουν ταυτόχρονα ΔΕΠΥ ή ΕΜΔ και συναισθηματικές διαταραχές, η κατάσταση γίνεται ακόμη πιο πολύπλοκη. Αυτή η ομάδα δείχνει τα υψηλότερα επίπεδα τόσο εσωτερικευμένων όσο και εξωτερικευμένων συμπτωμάτων, αλλά ταυτόχρονα φαίνεται να επηρεάζεται λιγότερο από τις αρνητικές επιπτώσεις των σχέσεων τους με τον δάσκαλο, πιθανόν λόγω ενός αμυντικού μηχανισμού που οδηγεί σε απομάκρυνση από σημαντικές σχέσεις στήριξης (Al-Yagon, 2016; Bonifacci et al., 2020a). Ωστόσο, αυτή η αποστασιοποίηση στερεί από το παιδί πρόσβαση σε σημαντικούς προστατευτικούς παράγοντες, μειώνοντας περαιτέρω τις δυνατότητες αντιμετώπισης.

Οι ακαδημαϊκές δυσκολίες συνδέονται άμεσα με σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογική λειτουργία και την αυτοεκτίμηση του παιδιού. Παιδιά με ΔΕΠΥ και ΕΜΔ συχνά αντιμετωπίζουν ισχυρά συμπτώματα αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης. Αν και η διαταραχή συμπεριφοράς και η αντιθετική προκλητική διαταραχή φαίνεται να σχετίζονται κυρίως με την παρουσία ΔΕΠΥ, η κατάθλιψη και το άγχος είναι αυξημένα ακόμα και σε παιδιά με μόνο ΕΜΔ. Αυτό υποδηλώνει ότι η ίδια η μαθησιακή δυσκολία, ως πηγή συνεχούς απογοήτευσης και κοινωνικού στιγματισμού, μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εσωτερικευμένα προβλήματα (Willcutt & Petrill, 2023). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονται σε παιδιά με συννοσηρότητα, ιδιαίτερα στα κορίτσια (31%), κάτι που δείχνει την ιδιαίτερη ευαλωτότητα αυτής της ομάδας (Willcutt & Petrill, 2023). Σε κοινωνικό επίπεδο, τα παιδιά με και τις δύο διαταραχές είναι πιο επιρρεπή σε απόρριψη από τους συνομηλίκους, κοινωνική απομόνωση και επιθετική συμπεριφορά, σε σύγκριση με εκείνα που έχουν μόνο ΕΜΔ (Aksoy, 2024; Willcutt & Petrill, 2023).

Η κοινωνική λειτουργία αποτελεί πιθανότατα τον τομέα όπου οι ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες εκδηλώνονται με τον πιο έντονο και οδυνηρό τρόπο για παιδιά και εφήβους με ΔΕΠΥ και ΕΜΔ. Συχνά, τα παιδιά με ΔΕΠΥ χαρακτηρίζονται από τους συνομηλίκους τους ως εγωκεντρικά, επιθετικά, παρορμητικά και με ανεπαρκή κοινωνική αντίληψη, γεγονός που τα καθιστά λιγότερο δημοφιλή και πιο ευάλωτα σε συστηματική απόρριψη. Είναι χαρακτηριστικό ότι πάνω από το 50% των παιδιών με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους, ενώ έως και το 70% τους μπορεί να μην έχει κανένα στενό φίλο έως την τρίτη τάξη του δημοτικού, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν διαταραχές συμπεριφοράς (Wehmeier et al., 2010). Η απουσία αμοιβαίων φιλικών δεσμών είναι ιδιαίτερα βλαπτική, αφού τέτοιες φιλίες αποτελούν έναν από τους ισχυρότερους προστατευτικούς παράγοντες για την ψυχική υγεία και την κοινωνική προσαρμογή (Wehmeier et al., 2010). Αν η κοινωνική απόρριψη συνεχιστεί στην εφηβεία, τα παιδιά με ΔΕΠΥ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμπλακούν νωρίς σε κατανάλωση αλκοόλ, ναρκωτικών και παραβατικές συμπεριφορές (Wehmeier et al., 2010).

Ακόμη πιο ανησυχητικά είναι τα ευρήματα για τη σεξουαλική συμπεριφορά. Οι έφηβοι με ΔΕΠΥ ξεκινούν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα νωρίτερα, έχουν περισσότερους συντρόφους, χρησιμοποιούν σπανιότερα αντισύλληψη και αντιμετωπίζουν τετραπλάσιο κίνδυνο μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ενώ η πιθανότητα να γίνουν γονείς πριν την ηλικία των 20 ετών είναι σημαντικά αυξημένη (Wehmeier et al., 2010). Για τα παιδιά με ΕΜΔ, ο κίνδυνος είναι διαφορετικός, αλλά εξίσου σοβαρός. Συχνά υφίστανται

σχολικό εκφοβισμό, ενώ μπορεί να αναπτύξουν επιθετικές αντιδράσεις ως απάντηση στην απόρριψη, δημιουργώντας ένα περίπλοκο μοτίβο όπου ταυτόχρονα λειτουργούν ως θύτες και ως θύματα (Bonifacci et al., 2020a).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να κατανοήσουμε ότι η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη επηρεάζεται επίσης από την ηλικία και την ανάπτυξη. Η συναισθηματική δυσρύθμιση που σχετίζεται με τη ΔΕΠΥ δεν παραμένει σταθερή κατά τη διάρκεια της ζωής. Η μετάβαση στην εφηβεία εισάγει νέες δυσκολίες: η ανάγκη για αυτονομία, η μεγαλύτερη σημασία των φίλων, καθώς και η εμπλοκή σε δραστηριότητες όπως η οδήγηση, η σεξουαλική ζωή και ο πειραματισμός με ουσίες (Al-Yagon, 2016; Wehmeier et al., 2010). Για έναν έφηβο με ΔΕΠΥ ή ΕΜΔ και δυσρύθμιση στα συναισθήματα, αυτές οι καταστάσεις μπορούν να μετατραπούν σε υψηλού κινδύνου καταστάσεις. Η ψυχοσυναισθηματική εικόνα ενός παιδιού ή εφήβου με ΔΕΠΥ ή ΕΜΔ δεν ακολουθεί απλή αιτιώδη λογική, αλλά αποτελεί ένα δυναμικό και πολύπλοκο δίκτυο αλληλεπιδράσεων, όπου βιολογικές αδυναμίες, περιβαλλοντικοί παράγοντες, οικογενειακές δυναμικές και ατομικοί ψυχολογικοί μηχανισμοί συνδέονται για να δημιουργήσουν ένα μοναδικό και συχνά δυσλειτουργικό προφίλ, το οποίο απαιτεί μια εξίσου πολύπλευρη και προσαρμοσμένη θεραπευτική προσέγγιση (Al-Yagon, 2016; Wehmeier et al., 2010).

4.2 Ακαδημαϊκές επιπτώσεις - σχολική αποτυχία

Μία από τις πιο επίμονες και καλά τεκμηριωμένες επιπτώσεις της ΔΕΠΥ και των ΕΔΜ είναι η σημαντικά χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση. Αυτό γίνεται αντιληπτή από τα πρώτα σχολικά χρόνια και τείνει να μεγαλώνει με την πάροδο του χρόνου. Σύμφωνα με μια μελέτη πληθυσμού, η οποία εξέτασε δεδομένα από πάνω από 4.000 μαθητές μέσω εθνικών τυποποιημένων δοκιμασιών (NAPLAN), οι μαθητές με ΔΕΠΥ εμφανίζουν ήδη από την Τρίτη Τάξη (~8 ετών) σημαντική απόκλιση (Lawrence et al., 2021). Κατά μέσο όρο, βρίσκονταν έναν ολόκληρο σχολικό χρόνο πίσω από τους συνομηλίκους τους στην ανάγνωση και την αριθμητική, και εννέα μήνες πίσω στη γραφή. Αυτή η αρχική διαφορά δεν μειώνεται, αλλά αντίθετα επεκτείνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της φοίτησης. Μέχρι την Ένατη Τάξη (~14 ετών), οι έφηβοι με ΔΕΠΥ είχαν υστέρηση 2,5 έτη στην ανάγνωση, 3 έτη στην αριθμητική και 4,5 έτη στη γραφή σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Το γεγονός ότι η γραφή επηρεάζεται ιδιαίτερα δείχνει τη βαθιά επίδραση της ΔΕΠΥ στις εκτελεστικές λειτουργίες, όπως η

οργάνωση και ο σχεδιασμός, καθώς και στην ικανότητα παραγωγής συνεκτικού γραπτού λόγου, δεξιότητες που γίνονται όλο και πιο σημαντικές στις ανώτερες τάξεις (Lawrence et al., 2021).

Όταν η ΔΕΠΥ εμφανίζεται ταυτόχρονα με ΕΜΔ, οι ακαδημαϊκές δυσκολίες αθροίζονται και ενισχύονται αμοιβαία, δημιουργώντας μια πιο περίπλοκη κλινική εικόνα με σημαντικότερα ελλείμματα (Aksoy, 2024). Οι Willcutt και Petrill (2023) διαπίστωσαν στην μελέτη τους, που εξέταζε τρεις ομάδες (ομάδα ελέγχου, ομάδα μόνο με ΕΜΔ και ομάδα με συνδυασμένη ΕΜΔ και ΔΕΠΥ), ότι οι δύο ομάδες με ΕΜΔ είχαν χαμηλότερη επίδοση από την ομάδα ελέγχου, η ομάδα με τη συννοσηρότητα είχε σημαντικά χειρότερα αποτελέσματα σε όλους τους ακαδημαϊκούς τομείς σε σύγκριση με την ομάδα μόνο με ΕΜΔ. Οι διαφορές είχαν μεγάλα μεγέθη επίδρασης, δείχνοντας μια κλινικά σημαντική απόκλιση μεταξύ των ομάδων. Στην πράξη, αυτό σημαίνει ότι ένας μαθητής με συνδυασμένη διάγνωση έχει πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να βρίσκεται στο κατώτατο επίπεδο επίδοσης, να αντιμετωπίζει επανειλημμένες αποτυχίες και να χρειάζεται ιδιαίτερα εντατική εκπαιδευτική στήριξη (Willcutt & Petrill, 2023).

Για να κατανοηθεί πλήρως η σοβαρότητα των ακαδημαϊκών δυσκολιών που αναφέρθηκαν, είναι απαραίτητος ο έλεγχος των βαθύτερων νευρογνωστικών μηχανισμών. Η ΔΕΠΥ και οι ΕΜΔ παρουσιάζουν σημαντικές κοινές νευροψυχολογικές δυσλειτουργίες, και η ανάλυση αυτών των ελλειμμάτων βοηθά στην κατανόηση της συχνής συννοσηρότητας. Μια πρωτοποριακή έρευνα εξέτασε τη σύνθετη αλληλεπίδραση ανάμεσα στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, την ταχύτητα επεξεργασίας, την εργαζόμενη μνήμη και την ακαδημαϊκή επίδοση, με εξαιρετικά ενδεικτικά αποτελέσματα (Hulsbosch et al., 2025). Διαπιστώθηκε ότι η σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της απροσεξίας, της διάστασης που συσχετίζεται με ακαδημαϊκή αποτυχία, και της επίδοσης σε ανάγνωση, μαθηματικά και ορθογραφία διαμεσολαβείται διαδοχικά: πρώτα μέσω της ταχύτητας επεξεργασίας και στη συνέχεια μέσω της εργαζόμενης μνήμης. Αυτό σημαίνει ότι η μειωμένη ταχύτητα επεξεργασίας, που είναι χαρακτηριστική σε παιδιά με ΔΕΠΥ, προκαλεί γνωστική υπερφόρτωση, η οποία με τη σειρά της εξαντλεί τους πόρους της εργαζόμενης μνήμης. Όταν η εργαζόμενη μνήμη είναι εξαντλημένη, δυσκολεύεται άμεσα η απόκτηση πολύπλοκων ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, όπως η κατανόηση κειμένου, η επίλυση προβλημάτων και η σωστή ορθογραφία (Hulsbosch et al., 2025). Αυτή η αλυσιδωτή επίδραση δείχνει ότι το αρχικό πρόβλημα μπορεί να είναι η χαμηλή ταχύτητα επεξεργασίας, η οποία στη συνέχεια προκαλεί μια σειρά γνωστικών ελλειμμάτων (Hulsbosch et al., 2025). Σημαντικό είναι ότι η ταχύτητα επεξεργασίας αποδείχθηκε ισχυρός διαμεσολαβητής ακόμα

και από μόνη της για την επίδοση στα μαθηματικά και την ορθογραφία, κάτι που τονίζει τον κεντρικό της ρόλο (Hulsbosch et al., 2025).

Η άποψη αυτή υποστηρίζεται και από τη μελέτη των Willcutt και Petrill (2023), οι οποίοι, συγκρίνοντας τις τρεις ομάδες, διαπίστωσαν ότι η ομάδα με συννοσηρότητα είχε τα πιο έντονα προβλήματα σε όλες τις νευροψυχολογικές λειτουργίες: ταχύτητα επεξεργασίας, εργαζόμενη μνήμη, αναστολή απόκρισης και διατήρηση προσοχής. Ωστόσο, όταν εφάρμοσαν μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης για να λάβουν υπόψη την ταυτόχρονη επίδραση όλων των γνωστικών παραγόντων, βρήκαν ότι μόνο η χαμηλή ταχύτητα επεξεργασίας και οι δυσκολίες στην εργαζόμενη μνήμη προβλέπουν ανεξάρτητα τόσο τη ΔΕΠΥ όσο και τις ΕΜΔ. Αντίθετα, η αδυναμία στην αναστολή απόκρισης συνδέθηκε αποκλειστικά με τη ΕΜΔ, ενώ τα προβλήματα στη διατήρηση της προσοχής με την ΔΕΠΥ (Hulsbosch et al., 2025; Willcutt & Petrill, 2023). Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς υποδεικνύει ότι η συχνή συνύπαρξη των δύο διαταραχών δεν είναι τυχαία, αλλά οφείλεται σε κοινά νευρογνωστικά ελλείμματα, που αποτελούν κοινούς παράγοντες κινδύνου.

4.3 Ο ρόλος της οικογένειας και του σχολικού περιβάλλοντος

Το σχολικό και το οικογενειακό περιβάλλον ασκούν καθοριστική επίδραση στη γνωστική, γλωσσική, συναισθηματική, κοινωνική και ηθική ανάπτυξη του παιδιού (Sahoo et al., 2015). Η απόκτηση βασικών ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, όπως η ανάγνωση, η γραφή και οι μαθηματικές γνώσεις, αποτελούν το κύριο κριτήριο της σχολικής επίδοσης. Η ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα ανικανότητας και ντροπής, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπεριφορικών διαταραχών. Κάθε μορφή αρνητικής ανατροφοδότησης που προέρχεται από το σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη συναισθηματική σταθερότητα, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη λειτουργικότητα της οικογένειας του παιδιού (Sahoo et al., 2015). Παιδιά που αντιμετωπίζουν ΕΜΔ απαιτούν ένα περιβάλλον στο οποίο η οικογένεια και οι κύριοι φροντιστές κατανοούν τη λειτουργική φύση της διαταραχής. Επιπλέον, η συνεχής συναισθηματική υποστήριξη συμβάλλει στη δημιουργία αίσθησης ασφάλειας για το παιδί. Στην απουσία τέτοιας βάσης, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις ενδέχεται να αποβούν αναποτελεσματικές (Tiengsomboon & Luvira, 2024).

Η συνοχή της οικογένειας και η ποιότητα της σχέσης μεταξύ γονέα και παιδιού αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη. Παιδιά και

έφηβοι με ΕΜΔ δείχνουν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά ασφαλούς προσκόλλησης στους γονείς τους σε σύγκριση με παιδιά φυσιολογικής ανάπτυξης. Αντιθέτως, η ανασφαλής προσκόλληση λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου που επιδεινώνει την κοινωνικο-συναισθηματική δυσπροσαρμογή (Al-Yagon, 2012, 2016). Μια παρατήρηση από τη μελέτη των οικογενειακών δυναμικών αφορά στη διαφορετική επίδραση της σχέσης με τον πατέρα σε σύγκριση με τη μητέρα. Σε έφηβους με τυπική ανάπτυξη, και οι δύο γονείς συμβάλλουν ισχυρά στη θετική ψυχοσυναισθηματική προσαρμογή. Αντίθετα, σε έφηβους με ΕΜΔ, η σχέση με τον πατέρα φαίνεται να έχει περιορισμένη επίδραση, εντοπίζοντας την επιρροή της κυρίως στο αρνητικό συναίσθημα (Al-Yagon, 2012). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι πατέρες εφήβων με ΕΜΔ μπορεί να είναι λιγότερο παρόντες ή λιγότερο εμπλεκόμενοι στη συναισθηματική ζωή των παιδιών τους, πιθανόν λόγω δυσκολίας να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις της διαταραχής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά να στερούνται μια σημαντική πηγή συναισθηματικής στήριξης (Al-Yagon, 2012). Από την άλλη, η σχέση με τη μητέρα διατηρεί τη σημασία της και για τους δύο πληθυσμούς (Al-Yagon, 2012). Η διαφοροποίηση αυτή τονίζει την ανάγκη για εξειδικευμένες παρεμβάσεις που να ενισχύουν τη συμμετοχή και τη συναισθηματική παρουσία και των δύο γονέων, ιδιαίτερα σε οικογένειες παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές.

Παρά την αναγνωρισμένη νευροβιολογική υπόστασή τους, οι ΕΜΔ συχνά παρουσιάζουν συνύπαρξη με συναισθηματικές διαταραχές στα παιδιά, ενώ παράλληλα εντείνεται η επιστημονική προσοχή στις περιβαλλοντικές και συγκυριακές παραμέτρους που δύναται να συμβάλουν στη διαμόρφωση των αναπτυξιακών προτύπων (P et al., 2016). Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του ψυχολογικού προφίλ γονέων και παιδιών, καθώς και η ανάλυση των συναφειών μεταξύ σχετικών μεταβλητών. Συμμετείχαν γονείς με ΕΜΔ και γονείς με παιδιά με τυπική ανάπτυξη, οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για τον προσδιορισμό του γονικού στυλ, της ιστορικής αναγνωστικής επίδοσης, του γονικού άγχους, ψυχοπαθολογικών δεικτών και τις αξιολογήσεις του άγχους και της κατάθλιψης των παιδιών τους. Τα παιδιά υποβλήθηκαν σε αυτοαξιολόγηση μέσω ερωτηματολογίων για άγχος, κατάθλιψη και αυτοεκτίμηση, καθώς και σε κλίμακα αξιολόγησης της αντίληψής τους για τη γονική συμπεριφορά (P et al., 2016). Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι γονείς με ΕΜΔ αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα γονικού άγχους, πιο φτωχό αναγνωστικό ιστορικό και διαφοροποιημένα πρότυπα ανατροφής σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές ως προς τους ψυχοπαθολογικούς δείκτες (P et al., 2016). Τα παιδιά με ΕΜΔ ανέφεραν χαμηλότερη ψυχική ηρεμία και πιο βαριά διάθεση, σύμφωνα με την ομάδα ΕΜΔ, εμφανιζόταν μειωμένη αυτοπεποίθηση στο σχολείο και κοινωνικό περιβάλλον,

χωρίς ωστόσο να διαφέρουν στην εκτίμησή τους για τους γονείς τους σε σχέση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Οι εκτιμήσεις των γονέων από τα παιδιά με ΕΜΔ δεν διέφεραν σημαντικά από εκείνες των ομηλικών τους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Επιπλέον, εξετάστηκαν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονεϊκών και παιδικών μεταβλητών. Συζητούνται τα ευρήματα για την ερευνητική πρακτική και την εφαρμοσμένη ψυχολογία (P et al., 2016).

Το μεγαλύτερο ποσοστό της σχολικής και κοινωνικής διαμόρφωσης των παιδιών προσδιορίζεται από τις αποφάσεις των γονέων (Sahu et al., 2018). Παρ'όλα αυτά, ελάχιστοι διαθέτουν την απαραίτητη γνώση για να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τα παιδιά τους, με αποτέλεσμα να προκύψουν αρνητικές συνέπειες τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς τους (Sahu et al., 2018). Σήμερα, υπάρχουν ελάχιστα εμπειρικά δεδομένα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς αντιμετωπίζουν τις ειδικές μαθησιακές διαταραχές (ΕΜΔ). Για τη διερεύνηση αυτού του φαινομένου, η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στις εμπειρίες οικογενειών που αντιμετωπίζουν ΕΜΔ. Διεξήχθησαν πέντε ομαδικές συζητήσεις με παιδιά ηλικίας 8 έως 14 ετών που διαγνώστηκαν με διαταραχές μάθησης. Για τη διασφάλιση της συνοχής και της συγκρισιμότητας των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε προκαθορισμένο διαλογικό πλαίσιο. Μετά τη μεταγραφή των συζητήσεων, εφαρμόστηκε ανάλυση περιεχομένου για την αναγνώριση των βασικών νοηματικών όρων. Η κατανόηση των συμπτωμάτων ήταν περιορισμένη, ενώ οι γονείς διέθεταν ελάχιστες πληροφορίες σχετικά με τις πρακτικές υποστήριξης. Ορισμένοι αντέδρασαν με σκεπτικισμό ή απόσυρση μετά τη διάγνωση, ενώ άλλοι ανέφεραν αίσθημα ανυποψίαστης ανικανότητας, επιθυμία κρύψης της κατάστασης ή υπερβολικής προστασίας. Ωστόσο, η φροντίδα που παρέχεται στα παιδιά από τους γονείς θεωρήθηκε συχνά ως επιβαρυντική, με αποτέλεσμα να αναφέρουν κόπωση, κοινωνική απομάκρυνση, οικονομικό άγχος και απώλεια αυτοεκτίμησης (Sahu et al., 2018).

Σε μια πρόσφατη έρευνα εξετάστηκαν οι συνέπειες όταν τα παιδιά λαμβάνουν λεκτική επιθετικότητα μέσω μηνυμάτων στο διαδίκτυο, καθώς και τις υπερβολικές διαδικτυακές δραστηριότητες (Eden & Tal, 2025). Σημαντικός αριθμός των εμπλεκόμενων παιδιών παρουσιάζουν δυσκολίες μάθησης ή διάγνωση ΔΕΠΥ. Η μελέτη επικεντρώθηκε στην ανάλυση της γονικής αντίδρασης είτε μέσω επιεικών, είτε αυστηρού, είτε ισορροπημένου προτύπου ανατροφής. Το δείγμα περιλάμβανε παιδιά ηλικίας 9 με 12 ετών, σε συνδυασμό με τους γονείς τους, μερικά από τα οποία αντιμετώπιζαν διαταραχές μάθησης και άλλα όχι. Οι εμπειρικές μετρήσεις αποκάλυψαν αυξημένο βαθμό αυστηρότητας σε οικογένειες όπου υπήρχε παρουσία ΕΜΔ ή ΔΕΠΥ. Ενδεικτικότερο είναι ότι οι γονείς οι οποίοι υιοθετούν

ισορροπημένη προσέγγιση ανατροφής παρατηρούν σημαντικά μειωμένες εκδηλώσεις διαδικτυακού εκφοβισμού και παθολογικής χρήσης διαδικτύου (PIU). Αυτή η συσχέτιση δεν είναι τυχαία: η ισορροπημένη στάση ενισχύει τη διαγενειακή επικοινωνία, η οποία με τη σειρά της μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης τέτοιων συμπεριφορών. Τα ευρήματα υποδεικνύουν με σαφήνεια την ανάγκη για πιο αυθεντικές και ισορροπημένες μεθόδους ανατροφής, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις παιδιών με ΕΜΔ ή ΔΕΠΥ (Eden & Tal, 2025). Οι εκπαιδευτικοί, μέσω της υλοποίησης πολυδιάστατων προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού, μπορούν να συμβάλουν στη διαμόρφωση θετικού κοινωνικού πλαισίου ανάμεσα στους μαθητές. Ωστόσο, στο πλαίσιο τέτοιων παρεμβάσεων, είναι δυνατή η παροχή εξειδικευμένης υποστήριξης προς τις ευάλωτες ομάδες παιδιών. Η προσέγγιση του κινδύνου είναι ενιαία αλλά προσαρμόζεται διαφοροποιημένα ανάλογα με τον βαθμό εκτεθειμένων ατόμων που σε αυξημένο κίνδυνο (Rose et al., 2015).

Άτομα με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν τη σχολική βία ως ένα ενδημικό φαινόμενο, το οποίο επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική τους συμμετοχή, με προφανείς επιπτώσεις και στην υγεία και στην ευημερία τους (Wiseman & Watson, 2022). Οι εμπειρίες αυτές διαφέρουν ουσιαστικά από εκείνες των τυπικά αναπτυσσόμενων συνομηλίκων, ενώ η σχολική βία και η θυματοποίηση συχνά παραλείπονται ή αποσιωπώνται. Τα άτομα που βιώνουν τέτοιες καταστάσεις αποκαλύπτουν τη συστηματική απειλή από τους ανθρώπους, όπου η κακοποίηση, η απαξίωση και η έλλειψη βασικού σεβασμού επιφέρουν βαθιές και διαρκείς συνέπειες. Η πολύπλοκη και πολυδιάστατη φύση της βίας αποτελεί κεντρικό στοιχείο για τη νόσηση των υφιστάμενων ανισοτήτων στην υγεία. Σε αντίθεση με τη συνηθισμένη αντιμετώπιση, η βία και η θέση του θύματος αναγνωρίζεται πλέον ως ζητήματα δημόσιας υγείας και κοινωνικής ευζωίας, ενώ ταυτόχρονα επιχειρείται μια εκτεταμένη ερμηνεία των κοινωνικών παραγόντων που διαμορφώνουν την υγεία (Wiseman & Watson, 2022).

Κεφάλαιο 5: Στρατηγικές Υποστήριξης και Ενίσχυσης στις περιπτώσεις μαθητών με Μαθησιακές δυσκολίες και ΔΕΠΥ

5.1 Παιδαγωγικές και διδακτικές παρεμβάσεις στο σχολικό πλαίσιο

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των DuPaul και συνεργατών (2012) που έχει προαναφερθεί, το ποσοστό συννοσηρότητας των ΕΔΜ και της ΔΕΠΥ είναι υψηλότερο από παλαιότερες εκτιμήσεις. Αυτή η υψηλή συννοσηρότητα υπογραμμίζει την ανάγκη για στόχευμενες παρεμβάσεις στο σχολικό πλαίσιο. Συνεπώς, αποτελεσματικές παρεμβάσεις δεν μπορούν να επικεντρώνονται αποκλειστικά ούτε στη ΔΕΠΥ ούτε στις μαθησιακές δυσκολίες, αλλά χρειάζονται ένα ενιαίο και σύνθετο σχολικό πλαίσιο (DuPaul et al., 2013). Καθοριστική για τον σχεδιασμό της παρέμβασης είναι η διάκριση ανάμεσα στο «έλλειμμα δεξιότητας», που σχετίζεται με τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, και το «έλλειμμα απόδοσης», που συνδέεται με τη ΔΕΠΥ. Ενώ τα ελλείμματα απόδοσης μπορούν να διαχειριστούν με συμπεριφορικές στρατηγικές και φαρμακευτική αγωγή, οι ακαδημαϊκές ελλείψεις δεξιοτήτων απαιτούν στοχευμένη και ρητή διδασκαλία. Στην πράξη, συχνά αποδεικνύεται πιο αποδοτικό να αντιμετωπίζονται πρώτα οι ελλείψεις δεξιοτήτων, αφού η βελτίωση σε αυτόν τον τομέα μπορεί να προκαλέσει θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά (DuPaul et al., 2013). Συνεπώς, οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις δεν μπορούν να αντιμετωπίζουν μεμονωμένα είτε τη ΔΕΠΥ είτε τις ΕΔΜ, αλλά απαιτούν ένα ολοκληρωμένο, πολυδιάστατο πλαίσιο (DuPaul et al., 2013). Η διάκριση μεταξύ «ελλείμματος δεξιοτήτων», που σχετίζεται με ΕΔΜ, και «ελλείμματος απόδοσης», που σχετίζεται με τη ΔΕΠΥ είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό της παρέμβασης. Ενώ τα ελλείμματα απόδοσης μπορεί να αντιμετωπιστούν με συμπεριφορικές παρεμβάσεις και φαρμακευτική αγωγή, οι ακαδημαϊκές ελλείψεις δεξιοτήτων απαιτούν άμεση, ρητή διδασκαλία. Είναι συχνά πιο αποτελεσματικό να αντιμετωπιστούν πρώτα οι ελλείψεις δεξιοτήτων, καθώς η βελτίωση σε αυτόν τον τομέα μπορεί να οδηγήσει σε θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά (DuPaul et al., 2013)

Η ρητή διδασκαλία αποτελεί βασικό στοιχείο για την αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών, ιδιαίτερα σε μαθητές που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην ανάγνωση. Όπως επισημαίνουν οι Vaughn και Fletcher (2021), η επιστημονική έρευνα έχει δείξει ότι αυτή η προσέγγιση συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα και μπορεί να θεωρηθεί καθοριστικός παράγοντας επιτυχίας. Σε αντίθεση με λιγότερο δομημένες μεθόδους, η ρητή διδασκαλία είναι

μια συστηματική διαδικασία, που καθοδηγείται από τον εκπαιδευτικό, και περιλαμβάνει: α) την ανάλυση εργασίας που διασπά πολύπλοκες δεξιότητες σε μικρότερα, πιο εύκολα διαχειρίσιμα βήματα, β) τη δημιουργία παραδειγμάτων και την έκφραση της σκέψης του δασκάλου κατά τη διδασκαλία, γ) τη σταδιακή μείωση της υποστήριξης και την παροχή πολλαπλών ευκαιριών για ενεργή συμμετοχή, δ) άμεση και διορθωτική ανατροφοδότηση, και ε) σκόπιμη και επαναλαμβανόμενη εξάσκηση (Vaughn & Fletcher, 2021). Δεν είναι απαραίτητο το μάθημα να ακολουθεί αυστηρό σενάριο, αρκεί να είναι καλά οργανωμένο και να προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε μαθητή. Μελέτες δείχνουν ότι τόσο οι δομημένες προσεγγίσεις με σενάριο όσο και οι ευέλικτες, αλλά οργανωμένες, μπορούν να είναι αποτελεσματικές, εφόσον η διδασκαλία είναι ρητή (Vaughn & Fletcher, 2021). Για μαθητές με ΕΔΜ, που αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στην αποκωδικοποίηση και την ορθογραφία, η συστηματική και ρητή διδασκαλία της φωνολογικής επίγνωσης και της φωνικής είναι απαραίτητη (Hall et al., 2023).

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις αποτελούν την καλύτερα τεκμηριωμένη κατηγορία στρατηγικών για τη διαχείριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ στην τάξη και κατατάσσονται ως παρέμβαση επιπέδου 1 από το Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (DuPaul et al., 2013). Χωρίζονται σε προληπτικές και αντιδραστικές. Οι προληπτικές περιλαμβάνουν τη χρήση οπτικών ερεθισμάτων, την υπενθύμιση των κανόνων, τη διατήρηση οπτικής επαφής, την ενεργή παρακολούθηση των μαθητών και τη διασφάλιση ενός σταθερού και προβλέψιμου προγράμματος (DuPaul et al., 2013). Ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι η στοχευμένη προσοχή του εκπαιδευτικού, μέσω συγκεκριμένου επαίνου για την επιθυμητή συμπεριφορά και της σκόπιμης αγνόησης ήπιων ενοχλητικών ενεργειών. Τα συστήματα ενίσχυσης αποτελούν μια ισχυρή αντιδραστική τακτική. Η ενίσχυση με μάρκες, όπου ο μαθητής λαμβάνει άμεσα μια ανταμοιβή για την επίτευξη συμπεριφορικού στόχου, η οποία αργότερα ανταλλάσσεται με μια μεγαλύτερη ανταμοιβή, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για μαθητές με ΔΕΠΥ που χρειάζονται άμεση ανατροφοδότηση. Αντίθετα, στα συστήματα μείωσης της ενίσχυσης, ο μαθητής ξεκινά με πρόσβαση στην ανταμοιβή, από την οποία αφαιρείται ένα μέρος για κάθε ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Ο συνδυασμός των δύο προσεγγίσεων φαίνεται να δίνει καλύτερα αποτελέσματα (DuPaul et al., 2013).

Μια ιδιαίτερα αποτελεσματική παρέμβαση που συνδέει το σχολείο με το σπίτι είναι η ημερήσια κάρτα προόδου (DuPaul et al., 2013). Περιλαμβάνει μια σειρά σαφών, συγκεκριμένων συμπεριφορικών στόχων. Ο δάσκαλος αξιολογεί την επίτευξη αυτών των στόχων κατά τη διάρκεια της ημέρας και η κάρτα στέλνεται στο σπίτι, όπου οι γονείς παρέχουν

μια προκαθορισμένη ανταμοιβή αν οι στόχοι επιτευχθούν. Προγράμματα που επεκτείνονται και στο σπίτι αποδεικνύονται πιο αποτελεσματικά από εκείνα που εφαρμόζονται μόνο στο σχολείο (DuPaul et al., 2013). Η ημερήσια κάρτα προόδου συνδυάζει προληπτικές και αντιδραστικές τεχνικές (DuPaul et al., 2013).

Όσον αφορά τις ακαδημαϊκές παρεμβάσεις, αν και τα συμπεριφορικά προγράμματα βοηθούν στη βελτίωση της προσοχής, συχνά δεν επαρκούν για σημαντική αύξηση της ακαδημαϊκής επίδοσης. Γι' αυτό χρειάζονται εξειδικευμένες εκπαιδευτικές στρατηγικές. Η διδασκαλία με υπολογιστή έχει δείξει ευχάριστα αποτελέσματα, καθώς μπορεί να διατηρήσει το ενδιαφέρον και να αυξήσει την κινητοποίηση των μαθητών με ΔΕΠΥ και ΕΜΔ. Τα προγράμματα αυτά συχνά περιλαμβάνουν σαφείς στόχους, άμεση διόρθωση λαθών, άμεση ανατροφοδότηση και παιχνιδιάρικη μορφή, χαρακτηριστικά που ταιριάζουν ιδιαίτερα σε αυτούς τους μαθητές (DuPaul et al., 2013). Μια ακόμη αποτελεσματική προσέγγιση είναι η συνεργατική διδασκαλία σε όλη την τάξη. Σε αυτή, οι μαθητές εργάζονται σε ζεύγη, εναλλάσσοντας τους ρόλους δασκάλου και μαθητή, και κερδίζουν πόντους για σωστές απαντήσεις. Η μέθοδος προσφέρει πολλές ευκαιρίες για ενεργή συμμετοχή, άμεση ανατροφοδότηση και εξάσκηση προσαρμοσμένη στον ρυθμό του κάθε μαθητή, βελτιώνοντας τόσο την ακαδημαϊκή επίδοση όσο και την προσήλωση στην εργασία για μαθητές με ΔΕΠΥ και ΕΜΔ (DuPaul et al., 2013).

Οι παρεμβάσεις αυτορρύθμισης αποτελούν μία τρίτη κατηγορία, η οποία σχετίζεται άμεσα με τις δυσκολίες στην αναστολή και τις εκτελεστικές λειτουργίες που παρατηρούνται σε μαθητές με ΔΕΠΥ και ΕΜΔ (DuPaul et al., 2013). Στόχος τους είναι να ενισχύσουν την ικανότητα των μαθητών να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους, μέσω της παρατήρησης, της αξιολόγησης και της αυτοενίσχυσης της δικής τους δράσης. Συχνά εφαρμόζονται για την παρακολούθηση της προσοχής κατά την εκτέλεση εργασιών, ωστόσο έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και στη βελτίωση της ακαδημαϊκής επίδοσης (DuPaul et al., 2013). Η διαδικασία περιλαμβάνει τον καθορισμό μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς-στόχου, την επιλογή μεθόδου καταγραφής και τη χρήση υπενθυμίσεων, όπως ηχητικά σήματα κάθε τρία λεπτά. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να ελέγχει την ακρίβεια της αυτοπαρακολούθησης, να την αξιοποιεί για ανατροφοδότηση και να προσφέρει ενίσχυση βαθμιαία, ανάλογα με την πρόοδο.

Μια νέα και υποσχόμενη προσέγγιση που αναδύεται στη διεθνή έρευνα είναι η εφαρμογή εξειδικευμένων προγραμμάτων φυσικής αγωγής για την υποστήριξη της συμπερίληψης και της εμπλοκής μαθητών με ΔΕΠΥ και ΕΜΔ (Tafari & Di Palma, 2025). Ένα

δομημένο πρόγραμμα, προσαρμοσμένο στις ανάγκες των μαθητών, είχε σημαντικά θετικά αποτελέσματα τόσο στην αίσθηση συμπερίληψης, με βάση την Κλίμακα Συμπερίληψης του Ainscow, όσο και στη σχολική εμπλοκή, με ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δύο (Tafuri & Di Palma, 2025). Το πρόγραμμα βασίζεται σε τέσσερις βασικούς πυλώνες: (α) δραστηριότητες που ενισχύουν την αυτορρύθμιση και τον έλεγχο της προσοχής, προσαρμοσμένες στη διάρκεια προσοχής των μαθητών, (β) συνεργατικές και αγωνιστικές δραστηριότητες για την προώθηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, (γ) ποικιλία φυσικών δραστηριοτήτων για τη διατήρηση του ενδιαφέροντος και την απορρόφηση της ενέργειας, και (δ) στοχαστική πρακτική στο τέλος κάθε συνεδρίας, όπου οι μαθητές, με καθοδήγηση, αναλύουν τη συμπεριφορά τους, ενισχύοντας τη μεταγνώση και την αυτοεπίγνωση (Tafuri & Di Palma, 2025). Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην επιμόρφωση των εκπαιδευτικών: οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν σε 20-ωρο εξειδικευμένο πρόγραμμα ανέφεραν ότι αισθάνονταν πιο έτοιμοι να διαχειριστούν τη συμπεριφορά και να εφαρμόσουν αποτελεσματικά το πρόγραμμα, επισημαίνοντας την ανάγκη για συνεχή επαγγελματική εκπαίδευση (Tafuri & Di Palma, 2025).

5.2 Στρατηγικές ενίσχυσης της αυτορρύθμισης και των κοινωνικών δεξιοτήτων

Ως αυτορρύθμιση εννοείται η ικανότητα ενός ατόμου να ελέγχει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του, ώστε να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και να επιτυγχάνει προσωπικούς στόχους. Σε παιδιά με ΔΕΠΥ και μαθησιακές δυσκολίες, αυτή η ικανότητα συχνά είναι ελλιπής, με επιπτώσεις που εκτείνονται πέρα από την ακαδημαϊκή επίδοση, επηρεάζοντας την κοινωνική λειτουργία, την ψυχολογική ευεξία και την συνολική προσαρμογή (Faraone et al., 2019; Habibzadeh et al., 2015).

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη σχέση μεταξύ των εκτελεστικών λειτουργιών και της συναισθηματικής αυτορρύθμισης. Η μελέτη των Groves et al. (2022), η οποία ήταν η πρώτη που εξέτασε ταυτόχρονα και τις τρεις βασικές εκτελεστικές λειτουργίες, εργαζόμενη μνήμη, αναστολή απόκρισης και ευελιξία προσοχής, σε κλινικά διαφοροποιημένο δείγμα παιδιών με και χωρίς ΔΕΠΥ, έδειξε ότι η ανάπτυξη της εργαζόμενης μνήμης συνδέεται με καλύτερη συναισθηματική ρύθμιση. Συγκεκριμένα, σε δείγμα 151 παιδιών ηλικίας 8 έως 13 ετών, διαπιστώθηκε ότι η εργαζόμενη μνήμη επηρεάζει τη συναισθηματική ρύθμιση τόσο άμεσα όσο και έμμεσα, μέσω των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Περίπου το 30% της σχέσης αυτής

αποδίδεται στη συσχέτιση με τα συμπτώματα απροσεξίας και το 18% στα υπερκινητικά-παρορμητικά συμπτώματα (Groves et al., 2022).

Αξιοσημείωτα, η ίδια μελέτη δεν ανίχνευσε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ανασταλτικού ελέγχου ή της ευελιξίας προσοχής και της συναισθηματικής ρύθμισης, όταν λαμβανόταν υπόψη η μνήμη εργασίας (Groves et al., 2022). Αυτό το αποτέλεσμα είναι σημαντικό, καθώς υποδηλώνει ότι προηγούμενες έρευνες που συνέδεαν την ανασταλτική ικανότητα με τη συναισθηματική ρύθμιση ίσως δε λάμβαναν υπόψη τις κρυφές απαιτήσεις της εργαζόμενης μνήμης που περιλαμβάνονται σε τέτοιες δοκιμασίες. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η εργαζόμενη μνήμη διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στις δυσκολίες αυτορρύθμισης που παρατηρούνται στη ΔΕΠΥ και ότι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωσή της, μπορεί να επηρεάσουν θετικά και τη συναισθηματική ρύθμιση (Groves et al., 2022).

Ως εκ τούτου, η ενίσχυση των εκτελεστικών λειτουργιών αποτελεί σημαντικό στόχο για τη βελτίωση της αυτορρύθμισης σε παιδιά με ΔΕΠΥ. Όπως αναφέρουν οι Coghill et al. (2023), προγράμματα βασισμένα στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και στην εκπαίδευση εκτελεστικών δεξιοτήτων μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να διαχειρίζονται καλύτερα τα συναισθήματά τους και να ανταποκρίνονται πιο αποτελεσματικά σε κοινωνικές καταστάσεις (Coghill et al., 2023). Επιπλέον, η φαρμακευτική αγωγή, και ιδιαίτερα οι διεγερτικές ουσίες, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, με έμμεση θετική επίδραση στην αυτορρύθμιση, αν και η έκταση αυτής της επίδρασης είναι περιορισμένη σε σύγκριση με την επίδραση στα βασικά συμπτώματα της διαταραχής (Faraone et al., 2019).

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία έχει αποδειχθεί μια εξαιρετικά αποτελεσματική παρέμβαση στην υποστήριξη της αυτορρύθμισης σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. Όπως αναφέρουν οι Habibzadeh και συνεργάτες (2015), η εκπαίδευση στη διαχείριση των συναισθημάτων μπορεί να μειώσει σημαντικά τις συναισθηματικές δυσκολίες και τις αυτοτραυματικές συμπεριφορές σε μαθητές με ΕΜΔ. Η μελέτη τους, που διεξήχθη σε 40 μαθητές, έδειξε ότι η παρέμβαση στη ρύθμιση των συναισθημάτων είχε θετική επίδραση σε όλες τις πτυχές της συναισθηματικής δυσλειτουργίας, όπως η δυσκολία στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων και η τάση για εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη (Habibzadeh et al., 2015).

Οι Habibzadeh και συν. (2015) υπογραμμίζουν ότι η χρήση θετικών στρατηγικών διαχείρισης των συναισθημάτων συνδέεται με αύξηση της θετικής διάθεσης και μείωση των συναισθηματικών προβλημάτων. Η εκπαίδευση αυτή περιλαμβάνει τη διδασκαλία τεχνικών

όπως η επανεκτίμηση των συναισθηματικών αντιδράσεων, η αμερόληπτη αποδοχή των συναισθημάτων και η έκφρασή τους σε πραγματικές καθημερινές καταστάσεις. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το εύρημα ότι η παρέμβαση μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στη μείωση των αυτοτραυματικών συμπεριφορών, οι οποίες συχνά λειτουργούν ως μηχανισμός αντιμετώπισης έντονων αρνητικών συναισθημάτων.

Η εφαρμογή της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας σε παιδιά με δυσλεξία έχει επίσης αποδειχθεί αποτελεσματική, όπως δείχνει η έρευνα του Swargiary (2024) σε 60 μαθητές ηλικίας 8 έως 12 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση τόσο στις δεξιότητες ανάγνωσης όσο και στη συναισθηματική ευεξία. Συγκεκριμένα, το επίπεδο άγχους μειώθηκε από 60,3 σε 50,5 στην Κλίμακα Άγχους των Παιδιών, ενώ η αυτοεκτίμηση αυξήθηκε από 35,7 σε 50,1. Οι ποιοτικές συνεντεύξεις επιβεβαίωσαν τα ποσοτικά δεδομένα: το 66,7% των μαθητών στην ομάδα Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας ανέφερε αύξηση της αυτοπεποίθησης, ενώ το 73,3% αναφέρει βελτίωση στην ακαδημαϊκή τους επίδοση. Οι βασικοί μηχανισμοί που ενεργοποιεί η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία περιλαμβάνουν την αναδιαμόρφωση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων για την ακαδημαϊκή απόδοση και την ενίσχυση των στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης (Swargiary, 2024)

Οι Coghill και συνεργάτες (2023) τονίζουν τη σημασία της ενσωμάτωσης της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας σε ένα ευρύτερο πλαίσιο υποστήριξης, που να περιλαμβάνει ψυχοεκπαίδευση, εκπαίδευση των γονέων και παρεμβάσεις στο σχολείο. Οι κατευθυντήριες οδηγίες υποστηρίζουν ότι η ψυχοεκπαίδευση πρέπει να βοηθά τις οικογένειες και τα παιδιά να κατανοούν καλύτερα τη ΔΕΠΥ και τις συνυπάρχουσες δυσκολίες, λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές, οικογενειακές και πολιτισμικές διαφορές. Αυτή η προσέγγιση ενισχύει την ενεργό συμμετοχή των εμπλεκόμενων στη θεραπεία και βελτιώνει τη συμμόρφωση (Coghill et al., 2023). Επιπλέον, διαμορφώνεται ένα κοινό σχέδιο διαχείρισης, το οποίο κατατάσσει τα προβλήματα και τα μετατρέπει σε συγκεκριμένους στόχους και ενέργειες, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορετικές προτεραιότητες που μπορεί να έχουν γονείς και παιδιά όσον αφορά τους θεραπευτικούς στόχους.

Η υποστήριξη της αυτορρύθμισης και των κοινωνικών δεξιοτήτων σε παιδιά με ΔΕΠΥ και μαθησιακές δυσκολίες αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες σε διάφορα επίπεδα. η διαχείριση της ΔΕΠΥ και των ΕΜΔ δεν περιορίζεται στην εφαρμογή πρωτοκόλλων, αλλά πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια συνεργατική διαδικασία με τους γονείς και τα παιδιά, η οποία στηρίζεται στην ψυχοεκπαίδευση και στη δημιουργία ενός

κοινού σχεδίου διαχείρισης, προσαρμοσμένου στις ατομικές ανάγκες, προτεραιότητες και προτιμήσεις (Coghill et al., 2023; Habibzadeh et al., 2015).

5.3 Συμβουλευτική γονέων και ενδυνάμωση του οικογενειακού περιβάλλοντος

Περίπου το 15% των παιδιών παγκοσμίως πάσχουν από ειδική μαθησιακή διαταραχή, μια αναπτυξιακή δυσλειτουργία που εμποδίζει την απόκτηση βασικών δεξιοτήτων στην ανάγνωση, τη γραφή ή τα μαθηματικά (Bishop, 2018). Η δυσλεξία αποτελεί την πλέον διαδεδομένη μορφή αυτής της κατηγορίας διαταραχών. Οι αναφερόμενες δεν περιορίζονται στα παιδιά μόνο, αλλά επεκτείνονται και στους γονείς τους, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για εκπαιδευτική και συναισθηματική υποστήριξη. Στην απουσία τέτοιας υποστήριξης, οι οικογένειες αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες. Αν και υπάρχουν πολλά προγράμματα που στοχεύουν στην ενίσχυση των γονέων, λίγες έρευνες έχουν διερευνήσει τα συγκεκριμένα στοιχεία που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων (Bishop, 2018). Η παρούσα ανάλυση εξέτασε τη λειτουργία των ψυχοθεραπευτικών και ψυχοεκπαιδευτικών προσεγγίσεων προς τους γονείς, με βάση τη συστηματική αναζήτηση ερευνητικών δεδομένων από διάφορες πηγές, σύμφωνα με τα κριτήρια του PRISMA. Από τις 1.519 αρχικές καταχωρίσεις, μόλις δέκα πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υποστήριξη των γονέων συνέβαλε στη βελτίωση της διαχείρισης των συναισθημάτων τους, ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε αύξηση των αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά παρουσίασαν βελτίωση στη σχολική τους απόδοση, τη συμπεριφορά και τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις (Bishop, 2018). Παρά τις διαφορές στη δομή και την εφαρμογή των παρεμβάσεων, όλες είχαν ως κοινό στόχο την ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων στους γονείς. Ο συνδυασμός συναισθηματικής υποστήριξης με εκπαιδευτική καθοδήγηση φαίνεται να διευκολύνει τη δημιουργία ευνοϊκού περιβάλλοντος για την ανάπτυξη του παιδιού. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες για την αξιολόγηση της σχετικής αποτελεσματικότητας διαφορετικών μεθόδων σε ειδικές ομάδες πληθυσμού (Bishop, 2018).

Παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα προσοχής βιώνουν συχνά έντονες ψυχικές εντάσεις, ιδίως όσον αφορά τη διαχείριση της προσωπικής αξίας, τη διαχείριση των συναισθημάτων και την αντοχή σε δυσμενείς καταστάσεις (Ziegler & Holden, 1988). Ωστόσο,

η φύση και η έκφραση αυτών των πιέσεων δεν είναι ομοιόμορφη σε όλα τα οικογενειακά περιβάλλοντα, καθώς οι οικογένειες αντιμετωπίζουν τη διαταραχή με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με τις δικές τους δυναμικές και πεποιθήσεις. Η ενδυνάμωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, προκειμένου να είναι αποτελεσματική, πρέπει να λαμβάνει τόσο υπόψη την ελυσόμενη ψυχολογική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού όσο και τη δομή, τις αλληλεπιδράσεις και τις θεραπευτικές ανάγκες της οικογένειας. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις απαιτούν εξατομίκευση, ώστε να ανταποκρίνονται πραγματικά στις ειδικές ρυθμιστικές ανάγκες αυτών των παιδιών. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος του θεραπευτή είναι κρίσιμος, καθώς πρέπει να υποστηρίξει τόσο το παιδί όσο και την οικογένεια, διακρίνοντας τις διαφορετικές εκδηλώσεις και τις συνέπειες της διαταραχής. Η ενδυνάμωση πρέπει να βασίζεται στην εξέλιξη της μαθησιακής δυσκολίας κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τις ειδικές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτές εμφανίζονται στο οικογενειακό πλαίσιο (Ziegler & Holden, 1988).

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα αποτελούν κρίσιμους θεσμικούς χώρους παροχής υπηρεσιών σε παιδιά και εφήβους με διαταραχές ψυχικής υγείας, μεταξύ των ατόμων και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (Power et al., 2013). Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και οι εκπαιδευτικοί επαγγελματίες διαδραματίζουν συμπληρωματικές λειτουργίες στην αντιμετώπιση παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Οι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν βασικό ρόλο στη διαγνωστική αξιολόγηση ψυχικών διαταραχών, στην ενημέρωση των οικογενειών, στον προσδιορισμό της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή. Καθώς και σε επιπρόσθετες υπηρεσίες όπως στην παρακολούθηση της συμπεριφορικής και ψυχολογικής εξέλιξης παιδιών με ΔΕΠΥ και άλλες διαταραχές μάθησης και στον συντονισμό της πολυδιάστατης φροντίδας. Από την άλλη πλευρά, οι εκπαιδευτικοί επαγγελματίες διακρίνονται για τη σημαντική συμβολή τους στον εντοπισμό μαθησιακών δυσχερειών, στην ανάλυση της επίδρασης των ψυχικών διαταραχών, στη σχολική απόδοση και στη σχεδίαση των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που ανταποκρίνονται σε εκπαιδευτικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των μαθητών εντός του σχολικού πλαισίου (Power et al., 2013). Λόγω της λειτουργικής συμπληρωματικότητας των δύο ρόλων, οι επαγγελματίες υγείας και οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αποτελέσουν βασικό μέσο υποστήριξης για οικογένειες που δυσκολεύονται στην αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠΥ και των μαθησιακών δυσκολιών (Power et al., 2013).

Παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) εμφανίζουν αυξημένη ευαλωτότητα σε ψυχολογικές δυσλειτουργίες, ιδίως όσον αφορά την αυτοεκτίμηση, την αυτορρύθμιση και την ανοχή στην αποτυχία (Ziegler & Holden, 1988). Η υποστήριξη και η ενίσχυση της οικογένειας είναι καθοριστικός παράγοντας στη διαμόρφωση της ικανότητας του παιδιού να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τόσο τη διαταραχή όσο και τις συνεπαγόμενες συναισθηματικές αντιδράσεις. Εάν, η θεραπευτική παρέμβαση είναι, είτε ατομική είτε οικογενειακή, πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες βελτίωσης του παιδιού. Ένα από τα μέσα υποστήριξης αποτελεί, το μοντέλο της συνθεραπείας όπου αποδεικνύεται ιδιαίτερα ενδεδειγμένο για την υποστήριξη παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες ή ΔΕΠΥ. Η θεραπεία σε κέντρα ψυχολογικής υποστήριξης περιλαμβάνει συχνά τη συμμετοχή ειδικευμένου παιδικού ιατρού, ο οποίος συμβάλλει στην αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής και συναισθηματικής λειτουργίας του παιδιού. Παράλληλα, ο στόχος της παρέμβασης είναι να ενισχύσει την ικανότητα του παιδιού και της οικογένειάς του να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες με αποτελεσματικότερο τρόπο. Σχολικά προγράμματα, σε συνδυασμό με την συμβολή εξειδικευμένου θεραπευτή, μπορούν να αποφέρουν σημαντικά αποτελέσματα (Ziegler & Holden, 1988).

Τα άτομα σχολικής ηλικίας με μαθησιακές δυσκολίες και ΔΕΠΥ συχνά εμφανίζουν προβλήματα συναισθηματικής έντασης και απογοήτευσης, κυρίως λόγω της ανεπάρκειας των υπαρχόντων συστημάτων αξιολόγησης και υποστήριξης (Xu et al., 2025). Αντίθετα, όταν υπάρχει συστηματική ψυχολογική υποστήριξη, παρατηρείται μείωση του συναισθηματικού φορτίου, βελτίωση της συναισθηματικής ευεξίας και σταδιακή εξέλιξη στη σχολική επίδοση. Παρότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αποτελούν κρίσιμο παράγοντα, η φυσική υγεία και η οικογενειακή υποστήριξη συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση των ατόμων με μαθησιακά προβλήματα. Επιπλέον, η δημιουργία ενιαίων και συνεκτικών δικτύων υποστήριξης μπορεί να μετασχηματίσει τόσο την εμπειρία μάθησης όσο και την καθημερινή λειτουργία αυτών των παιδιών (Xu et al., 2025).

Η συμπεριφορική εκπαίδευση γονέων αποτελεί μια επιστημονική τεκμηριωμένη παρέμβαση για παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), ωστόσο η σχετική βιβλιογραφία δεν διευκρινίζει ποια στοιχεία της είναι κρίσιμα για την επιτυχία της. Η εφαρμογή της παλινδρομικής ανάλυσης εξέτασε τη συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων συμπεριφορικών τεχνικών που διδάσκονται στους γονείς κατά τη διάρκεια της παρέμβασης και των αποτελεσμάτων σε επίπεδο γονικής λειτουργίας. Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών που εξέτασαν την

εκπαίδευση γονέων για παιδιά με ΔΕΠΥ. Για παράδειγμα μετρήσεις αποτελεσμάτων που περιλάμβαναν θετική και αρνητική γονική φροντίδα, αίσθημα γονικής ικανότητας, ποιότητα της σχέσης γονέα-παιδιού και γονική ψυχική υγεία. Τα ευρήματα έδειξαν στατιστικά σημαντικές, μικρές έως μεσαίου μεγέθους επιδράσεις υπέρ της εκπαίδευσης γονέων σε όλες τις μεταβλητές αποτελέσματος. Οι τεχνικές που εστίαζαν στην αντιμετώπιση των υποκειμένων αιτιών της παιδικής συμπεριφοράς συσχετίστηκαν με αυξημένη γονική άνεση στον ρόλο και τη βελτιωμένη ψυχική κατάσταση. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις που τονίζουν την ενίσχυση της θετικής φροντίδας προκάλεσαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της αρνητικής φροντίδας. Αντίθετα, η εκτεταμένη χρήση ψυχοεκπαίδευσης δεν συνέβαλε θετικά, αλλά συνδέθηκε με λιγότερο ευνοϊκά γονικά αποτελέσματα (Dekkers et al., 2022).

5.4 Η σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας

Η δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων είναι απαραίτητη και πρέπει να αποτελείται από ειδικούς διαφορετικών πεδίων, οι οποίοι θα λειτουργούν εντός των σχολικών μονάδων. Στους χώρους όπου οι εκπαιδευτικοί αποκτούν επαγγελματική γνώση, πρέπει να ενσωματωθούν στοιχεία της διδακτικής πράξης και της μαθησιακής διαδικασίας. Η πρόσβαση σε διδακτικά εργαλεία πρέπει να διέπεται από αρχές ισότητας και να διασφαλίζεται με ομοιόμορφο τρόπο για όλους τους εμπλεκόμενους. Μόνο κατ' αυτόν τον τρόπο είναι η εφικτή η μείωση του χάσματος μεταξύ των επίσημων διατάξεων και της πραγματικής εκπαιδευτικής πρακτικής (Ulubaş & Gök, 2026).

Προτείνεται ένα μοντέλο συνεργατικής φροντίδας βασισμένο σε ομάδες, το οποίο αποσκοπεί στην ενίσχυση της διασυστημικής επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των τομέων υγείας και εκπαίδευσης, μέσω της ενσωμάτωσης των επιστημονικών προσεγγίσεων για την υιοθέτηση και διατήρηση αποδεδειγμένων πρακτικών υπέρ των νέων με ΔΕΠΥ και ειδικές μαθησιακές διαταραχές (Talbot et al., 2021). Τα θεμελιώδη στοιχεία του μοντέλου περιλαμβάνουν: (α) αποδοτική ηγεσία και λειτουργική ομαδικότητα εντός των δύο δομών, της εκπαίδευσης και της υγειονομικής περίθαλψης, (β) τη συστηματική χρήση διαφορετικών δεδομένων για την περιγραφή και την παρακολούθηση της μαθησιακής και συμπεριφορικής απόδοσης των μαθητών εντός και μεταξύ περιβαλλόντων, και (γ) την εφαρμογή και προσαρμογή πρακτικών στηριζόμενων από επιστημονικά τεκμήρια. Προβλέπεται ότι η ενσωμάτωση επιστημονικών μεθοδολογιών στο πλαίσιο μιας δομημένης ομαδικής

συνεργασίας θα ενισχύσει την αποτελεσματικότητα των επεμβατικών ομάδων στα δύο συστήματα, προάγοντας έτσι τη βελτιστοποίηση των εκβάσεων για παιδιά και εφήβους με ΔΕΠΥ και ειδικές μαθησιακές διαταραχές (Talbot et al., 2021).

Ταυτόχρονα, ο σχολικός ψυχολόγος διενεργεί μια σειρά ψυχομετρικών δοκιμασιών σύμφωνα με την καθιερωμένη διαδικασία, οι οποίες μπορούν να περιληφθούν στο WISC-IV, στο WIAT-II ή στο VMI (McGonnell et al., 2009). Κατά τη διάρκεια του πρωινού, οι γονείς και οι κηδεμόνες παρακολουθούν την διαδικασία της αξιολόγησης του παιδιού, όπου ο κλινικός ψυχολόγος και ο παιδίατρος λειτουργούν ως εποπτεύοντες, διευκρινίζοντας κάθε φάση της διαδικασίας και σχολιάζοντας τη συμπεριφορά του παιδιού κατά την εκτέλεση των δοκιμασιών. Μετά την ολοκλήρωση των αξιολογήσεων, η διεπιστημονική ομάδα συνεδριάζει για να αναλύσει τα συλλογικά δεδομένα, να επιτύχει σε μια γνωσιακή συναίνεση και να σχεδιάσει τις παρεμβάσεις που επεκτείνονται στο οικογενειακό περιβάλλον, την κοινότητα και τη σχολική τάξη. Την επόμενη ημέρα, το απόγευμα, οι γονείς ή κηδεμόνες επιστρέφουν στην κλινική για να λάβουν την επίσημη αναφορά της ομάδας (McGonnell et al., 2009). Ακολουθώντας, ο σχολικός ψυχολόγος αναλαμβάνει την παρακολούθηση, διοργανώνοντας συνάντηση στο σχολείο προκειμένου να διανεμηθούν τα αποτελέσματα, στην οποία προσκαλούνται πάντοτε να συμμετάσχουν οι γονείς (McGonnell et al., 2009).

Ακόμη στο πλαίσιο των σχολείων ένταξης, οι εργοθεραπευτές συνεργάζονται στενά με τους εκπαιδευτικούς προκειμένου να υποστηρίξουν παιδιά με ειδικές μαθησιακές διαταραχές και ΔΕΠΥ. Η παρουσία τους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, ταυτόχρονα με την συμμετοχή τους στην καθημερινή λειτουργία της τάξης. Συχνά, οι παρεμβάσεις τους δε διεξάγονται σε απομόνωση, αλλά ενσωματώνονται οργανικά στην εκπαιδευτική ρουτίνα. Παρ' όλα αυτά, η διατομεακή συνεργασία δεν εξασφαλίζεται αυτόματα αντιθέτως, παρουσιάζονται εμπόδια που προέρχονται από τη δομή του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος, την οργανωτική διαμόρφωση ή ακόμη και τις διαπροσωπικές δυναμικές μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων (Ianni et al., 2025).

Τέλος, η συμβολή της διεπιστημονικής προσέγγισης φαίνεται να είναι βασικός παράγοντας στην αποτελεσματική υποστήριξη ατόμων με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και ΔΕΠΥ. Αντί για αποσπασματικές ή μονομερείς προσεγγίσεις, η διεπιστημονική σύμπραξη επιτρέπει την ολιστική αντίληψη του φάσματος των αναγκών τους, ενώ ταυτόχρονα διασφαλίζει τη διαμόρφωση εξατομικευμένων και ευέλικτων παρεμβάσεων. Κατά συνέπεια, αυτή η συνεργασία δεν αποτελεί απλώς ένα βοηθητικό στοιχείο, αλλά αναδεικνύεται ως

θεμελιώδης προϋπόθεση για την παροχή εξειδικευμένης και λειτουργικής υποστήριξης (Ianni et al., 2025).

Συμπεράσματα

Η συστηματική διερεύνηση του θεωρητικού, κλινικού και νευροβιολογικού υποβάθρου των ΕΜΔ και της ΔΕΠΥ οδηγεί σε μια σειρά από κρίσιμες επιστημονικές διαπιστώσεις, οι οποίες ανατρέπουν τις παραδοσιακές, μονοδιάστατες προσεγγίσεις του πεδίου. Η σύγχρονη βιβλιογραφική τεκμηρίωση επιβάλλει την εξέταση των δύο αυτών οντοτήτων όχι ως ανεξάρτητων διαταραχών, αλλά ως δυναμικών, αλληλοεπικαλυπτόμενων νευροαναπτυξιακών συνδρόμων. Η οργανική τους βάση, η οποία αντανακλάται σε δομικές και λειτουργικές αλλοιώσεις των νευρωνικών δικτύων, κροταφοβρεγματοινιακές αποσυνδέσεις και σαφή καθυστέρηση στη φλοιώδη ωρίμανση του προμετωπιαίου φλοιού, αποτελεί το υπόστρωμα πάνω στο οποίο εκδηλώνεται η υψηλή κλινική συννοσηρότητά τους (Barkley, 2015; Hooley et al., 2016).

Το πλέον θεμελιώδες συμπέρασμα σε γνωστικό επίπεδο αφορά την αναγνώριση της μειωμένης ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών και των ελλειμμάτων στην εργαζόμενη μνήμη ως κοινών, υποκείμενων παραγόντων κινδύνου. Η αλυσιδωτή επίδραση αυτών των ελλειμμάτων είναι καθοριστική: η χαμηλή γνωστική ταχύτητα προκαλεί άμεση υπερφόρτωση του συστήματος επεξεργασίας, η οποία με τη σειρά της εξαντλεί τους περιορισμένους πόρους της εργαζόμενης μνήμης. Όταν η εργαζόμενη μνήμη αδυνατεί να ανταποκριθεί, παρεμποδίζεται δομικά τόσο η αυτοματοποίηση των ακαδημαϊκών εργασιών όσο και η ικανότητα συμπεριφορικής αυτορρύθμισης και αναστολής των παρορμήσεων. Συνεπώς, η συνύπαρξη ΕΜΔ και ΔΕΠΥ δεν αποτελεί μια τυχαία σύμπτωση δύο διαφορετικών παθολογιών, αλλά την έκφραση μιας κοινής, βαθύτερης νευρογνωστικής ευπάθειας, η οποία επιφέρει μια πολλαπλασιαστική λειτουργική επιβάρυνση στον μαθητή (Mehta et al., 2019).

Η γνωστική αυτή ευπάθεια πυροδοτεί μια σύνθετη αναπτυξιακή πορεία με βαρύ ψυχοσυναισθηματικό και κοινωνικό κόστος, το οποίο διαχέεται από το άτομο προς το σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον. Η χρόνια έκθεση στην ακαδημαϊκή αποτυχία και η διαρκής εμπειρία της ματαίωσης, σε συνδυασμό με την εγγενή συναισθηματική δυσρύθμιση της ΔΕΠΥ, λειτουργούν ως ισχυρή πηγή κινδύνου για την εκδήλωση εωτερικευμένων διαταραχών, με κυριότερες το άγχος και την κατάθλιψη. Στο σημείο αυτό, ο ψυχικός μηρυκασμός (ρουμίνηση) αναδεικνύεται σε κεντρικό ψυχολογικό μηχανισμό σταθεροποίησης της αρνητικής συναισθηματικής διάθεσης. Το γεγονός ότι η ρουμινιστική συμπεριφορά των παιδιών με ΕΜΔ ενεργοποιείται κατά κύριο λόγο από κοινωνικά και όχι από αμιγώς

ακαδημαϊκά αρνητικά γεγονότα, υπογραμμίζει ότι η μεγαλύτερη πηγή ψυχικής οδύνης για αυτούς τους μαθητές δεν είναι η χαμηλή βαθμολογία αυτή καθεαυτή, αλλά οι κοινωνικές της προεκτάσεις (Mehta et al., 2019).

Η κοινωνική περιθωριοποίηση, η συστηματική απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων και η θυματοποίηση μέσω του σχολικού εκφοβισμού συνιστούν μια ενδημική πραγματικότητα για τον συγκεκριμένο μαθησιακό πληθυσμό. Οι εκδηλώσεις αυτές διαφοροποιούνται σημαντικά βάσει του φύλου και της κλινικής παρουσίασης της διαταραχής. Ενώ οι μαθητές με υπερκινητικά και μικτά χαρακτηριστικά εκδηλώνουν εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς (επιθετικότητα, ανυπακοή, παραβίαση κανόνων) που προκαλούν την άμεση και ενεργητική απόρριψη του περιβάλλοντος, οι μαθητές με κυρίαρχη την απροσεξία οδηγούνται σε μια παθητική, εσωτερικευμένη κοινωνική απόσυρση και απομόνωση. Ιδιαίτερη προσοχή χρήζει η διαπίστωση της συστηματικής υποδιάγνωσης του γυναικείου πληθυσμού, καθώς τα κορίτσια τείνουν να εμφανίζουν λιγότερο θορυβώδη, εσωτερικευμένα συμπτώματα και μορφές σχεσιακής ή έμμεσης επιθετικότητας, οι οποίες διαφεύγουν της προσοχής των εκπαιδευτικών, στερώντας τους την έγκαιρη πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης. Αν οι δυσλειτουργικές αυτές πορείες δεν ανακοπούν νωρίς, η εφηβεία εισάγει νέες, υψηλού κινδύνου συμπεριφορές, όπως η πρόωρη εμπλοκή σε παραβατικές ενέργειες, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και οι ριψοκίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές (Sevincok et al., 2020).

Στο επίπεδο του οικογενειακού συστήματος, αποδεικνύεται ότι η διαταραχή δεν περιορίζεται εντός των ορίων του παιδιού, αλλά επιβαρύνει καθολικά το οικογενειακό οικοσύστημα. Το αυξημένο γονικό άγχος, η χρόνια κόπωση και τα καταθλιπτικά συμπτώματα των φροντιστών εγκλωβίζουν την οικογένεια σε έναν «κύκλο καταναγκασμού», όπου οι αρνητικές, τιμωρητικές ή υπερπροστατευτικές αντιδράσεις των γονέων τροφοδοτούν και κλιμακώνουν τη συμπεριφορική δυσρυθμία του παιδιού. Η ανάπτυξη ανασφαλών προτύπων προσκόλλησης και η διαπιστωμένη συναισθηματική αποστασιοποίηση ή μειωμένη εμπλοκή των πατέρων στερούν από τον μαθητή το απαραίτητο υποστηρικτικό πλαίσιο, καθιστώντας ακόμα και τις πιο άρτιες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις εντός του σχολείου μερικώς αναποτελεσματικές. Επιπλέον, η τεκμηριωμένη επιστημονική απόκλιση μεταξύ της αυτο-αξιολόγησης του παιδιού (το οποίο συχνά αναπτύσσει μια θετική ψευδαισθησιακή προκατάληψη ως μηχανισμό άμυνας) και της αξιολόγησης των γονέων, επιβάλλει στους κλινικούς την υιοθέτηση πολυδιάστατων πηγών πληροφόρησης, προκειμένου να αποφευχθεί

ο κίνδυνος απώλειας κρίσιμων ψυχοπαθολογικών δεικτών(Melegari et al., 2022; Sahu et al., 2018).

Η επιστημονική σύνθεση των δεδομένων επιτάσσει μια ριζική αναθεώρηση των θεραπευτικών και εκπαιδευτικών στρατηγικών, η οποία οφείλει να εδράζεται στην αυστηρή κλινική διάκριση μεταξύ «ελλειμμάτων απόδοσης» και «ελλειμμάτων δεξιοτήτων». Στην πρώτη κατηγορία, η διαχείριση της συμπεριφοράς και η ενίσχυση της προσοχής στην τάξη επιτυγχάνονται αποτελεσματικά μέσω προληπτικών συμπεριφορικών σχημάτων, όπως τα συστήματα ενίσχυσης με μάρκες, οι ημερήσιες κάρτες προόδου και οι εξειδικευμένες παρεμβάσεις αυτορρύθμισης. Αντίθετα, οι ακαδημαϊκές ελλείψεις που απορρέουν από τις ΕΜΔ απαιτούν τη συστηματική εφαρμογή της «ρητής διδασκαλίας». Η προσέγγιση αυτή, μέσω της ανάλυσης έργου, της γνωστικής μοντελοποίησης και της άμεσης διορθωτικής ανατροφοδότησης, συνιστά τον μοναδικό επιστημονικά τεκμηριωμένο δρόμο για την αποκατάσταση των ελλειμμάτων γραμματισμού και φωνολογικής επίγνωσης. Η εν λόγω παιδαγωγική μεθοδολογία κρίνεται απαραίτητο να πλαισιώνεται τόσο από τεχνικές Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ), με στόχο την αναδιαμόρφωση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και τη μείωση του κοινωνικού άγχους του μαθητή, όσο και από καινοτόμα, προσαρμοσμένα κινητικά προγράμματα που προάγουν τη μεταγνώση και τη συμπερίληψη. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των σχολικών παρεμβάσεων παραμένει μετεωρη χωρίς την παράλληλη συμπεριφορική εκπαίδευση και ψυχοεκπαίδευση των γονέων, η οποία μετατρέπει το οικογενειακό περιβάλλον από εστία στρες σε πεδίο συναισθηματικής ασφάλειας.

Η ολιστική αντιμετώπιση των ψυχοσυναισθηματικών και συμπεριφορικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΕΜΔ και ΔΕΠΥ προϋποθέτει την οριστική εγκατάλειψη των αποσπασματικών ή αμιγώς ιατροκεντρικών μοντέλων. Η πολυπλοκότητα των κοινών νευρογνωστικών μηχανισμών και οι βαθιές συστημικές επιπτώσεις των διαταραχών καθιστούν σαφές ότι η βελτιστοποίηση των εκβάσεων εξαρτάται απόλυτα από τη συγκρότηση ενός συνεκτικού, διεπιστημονικού δικτύου συνεργασίας. Η θεσμοθέτηση και η οργανική λειτουργία επιστημονικών ομάδων εντός των σχολικών μονάδων δεν αποτελεί μια απλή παιδαγωγική πολυτέλεια. Αντίθετα, αναδεικνύεται σε θεμελιώδη επιστημονική, κοινωνική και θεσμική αναγκαιότητα για τη δημιουργία ενός αυθεντικά συμπεριληπτικού εκπαιδευτικού οικοσυστήματος, ικανού να θωρακίσει την ψυχική υγεία, την κοινωνική ισότητα και τη συνολική ευημερία των ευάλωτων μαθητών σε όλη τη διάρκεια της αναπτυξιακής τους πορείας (Bonifacci et al., 2020a; Bunford et al., 2015).

Βιβλιογραφία

- Absoud, M., Wake, H., Ziriati, M., & Hassiotis, A. (2019). Managing challenging behaviour in children with possible learning disability. *BMJ*, 365, 11663. <https://doi.org/10.1136/bmj.11663>
- Aksoy, Ş. G. (2024). The Comorbidity of Specific Learning Disorders in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Comprehensive Medicine*, 58–62. <https://doi.org/10.14744/cm.2023.30602>
- Al-Yagon, M. (2012). Adolescents with learning disabilities: Socioemotional and behavioral functioning and attachment relationships with fathers, mothers, and teachers. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(10), 1294–1311. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9767-6>
- Al-Yagon, M. (2016). Perceived Close Relationships With Parents, Teachers, and Peers: Predictors of Social, Emotional, and Behavioral Features in Adolescents With LD or Comorbid LD and ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 49(6), 597–615. <https://doi.org/10.1177/0022219415620569>
- Bard, D. E., Wolraich, M. L., Neas, B., Doffing, M., & Beck, L. (2013). The psychometric properties of the Vanderbilt attention-deficit hyperactivity disorder diagnostic parent rating scale in a community population. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 34(2), 72–82. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31827a3a22>
- Barkley, R. A. (2015). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis & Treatment*.
- Bennett, K. J., Brown, K. S., Boyle, M., Racine, Y., & Offord, D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56(12), 2443–2448. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00247-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00247-2)
- Bishop, T. W. (2018). Mental Disorders and Learning Disabilities in Children and Adolescents: Learning Disabilities. *FP Essentials*, 475, 18–22.
- Bonifacci, P., Tobia, V., Marra, V., Desideri, L., Baiocco, R., & Ottaviani, C. (2020a). Rumination and Emotional Profile in Children with Specific Learning Disorders and Their Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 389. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020389>
- Bonifacci, P., Tobia, V., Marra, V., Desideri, L., Baiocco, R., & Ottaviani, C. (2020b). Rumination and Emotional Profile in Children with Specific Learning Disorders and Their Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 389. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020389>
- Bozatlı, L., Aykutlu, H. C., Sivrikaya Giray, A., Ataş, T., Özkan, Ç., Güneydaş Yıldırım, B., & Görker, I. (2024). Children at Risk of Specific Learning Disorder: A Study on Prevalence and Risk Factors. *Children*, 11(7), 759. <https://doi.org/10.3390/children11070759>
- Breitling-Ziegler, C., Tegelbeckers, J., Flechtner, H.-H., & Krauel, K. (2020). Economical Assessment of Working Memory and Response Inhibition in ADHD Using a Combined n-back/Nogo

Paradigm: An ERP Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14, 322.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00322>

Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and Emotion Dysregulation Among Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(3), 185–217.
<https://doi.org/10.1007/s10567-015-0187-5>

Carroll, J. M., Holden, C., Kirby, P., Thompson, P. A., Snowling, M. J., & Dyslexia Delphi Panel. (2025). Toward a consensus on dyslexia: Findings from a Delphi study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 66(7), 1065–1076.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.14123>

Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Eckburg, P., Marsh, W. L., Vaituzis, A. C., Kaysen, D., Hamburger, S. D., & Rapoport, J. L. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1791–1796.
<https://doi.org/10.1176/ajp.151.12.1791>

Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., Sarfatti, S. E., Vauss, Y. C., Snell, J. W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A. L., Ritchie, G. F., Rajapakse, J. C., & Rapoport, J. L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53(7), 607–616.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830070053009>

Chang, L.-Y., Wang, M.-Y., & Tsai, P.-S. (2016). Diagnostic Accuracy of Rating Scales for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(3), e20152749.
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-2749>

Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Paramala, S., Sonuga-Barke, E., Soutullo, C., Steinhausen, H.-C., Van der Oord, S., Wong, I. C. K., ... Simonoff, E. (2023). The management of ADHD in children and adolescents: Bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(8), 1337–1361.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01871-x>

Conners, C. K., Wells, K. C., Parker, J. D., Sitarenios, G., Diamond, J. M., & Powell, J. W. (1997). A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: Factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(6), 487–497. <https://doi.org/10.1023/a:1022637815797>

Crocker, S., Roemer, A., Strohmaier, S., Wang, G., & Medvedev, O. (2025). A Scoping Review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Assessment and Diagnosis: Tools, Practices, and Sex Bias. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s41252-025-00452-2>

de Lima, R. F., Salgado-Azoni, C. A., Dell’Agli, B. A. V., Baptista, M. N., & Ciasca, S. M. (2020). Behavior Problems and Depressive Symptoms in Developmental Dyslexia: Risk Assessment

in Brazilian Students. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(3), 141–148.
<https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20200301>

Dekkers, T. J., Hornstra, R., van der Oord, S., Luman, M., Hoekstra, P. J., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2022). Meta-analysis: Which Components of Parent Training Work for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(4), 478–494. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.06.015>

Demonet Taylor & Chaix. (2004).

Demontis, D., Walters, G. B., Athanasiadis, G., Walters, R., Therrien, K., Nielsen, T. T., Farajzadeh, L., Voloudakis, G., Bendl, J., Zeng, B., Zhang, W., Grove, J., Als, T. D., Duan, J., Satterstrom, F. K., Bybjerg-Grauholm, J., Bækved-Hansen, M., Gudmundsson, O. O., Magnusson, S. H., ... Børglum, A. D. (2023). Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci, refine the genetic architecture and implicate several cognitive domains. *Nature Genetics*, 55(2), 198–208. <https://doi.org/10.1038/s41588-022-01285-8>

Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., Baldursson, G., Belliveau, R., Bybjerg-Grauholm, J., Bækvad-Hansen, M., Cerrato, F., Chambert, K., Churchhouse, C., Dumont, A., Eriksson, N., Gandal, M., Goldstein, J. I., Grasby, K. L., Grove, J., ... Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*, 51(1), 63–75. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7>

Diller, L. H. (1996). The run on Ritalin. Attention deficit disorder and stimulant treatment in the 1990s. *The Hastings Center Report*, 26(2), 12–18.

DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43–51. <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>

Eden, S., & Tal, H. (2025). Why Do Parenting Styles Matter? The Relation Between Parenting Styles, Cyberbullying, and Problematic Internet Use Among Children With and Without SLD/ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 58(5), 359–373. <https://doi.org/10.1177/00222194241301051>

Emser, T. S., Johnston, B. A., Steele, J. D., Kooij, S., Thorell, L., & Christiansen, H. (2018). Assessing ADHD symptoms in children and adults: Evaluating the role of objective measures. *Behavioral and Brain Functions*, 14(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12993-018-0143-x>

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

- Faraone, S. V., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F., & Newcorn, J. H. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder - implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(2), 133–150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>
- Feng, X., Li, L., Zhang, M., Yang, X., Tian, M., Xie, W., Lu, Y., Liu, L., Bélanger, N. N., Meng, X., & Ding, G. (2017). Dyslexic Children Show Atypical Cerebellar Activation and Cerebro-Cerebellar Functional Connectivity in Orthographic and Phonological Processing. *Cerebellum*, 16(2), 496–507. <https://doi.org/10.1007/s12311-016-0829-2>
- Fenwick, M. E., Kubas, H. A., Witzke, J. W., Fitzer, K. R., Miller, D. C., Maricle, D. E., Harrison, G. L., Macoun, S. J., & Hale, J. B. (2016). Neuropsychological Profiles of Written Expression Learning Disabilities Determined by Concordance-Discordance Model Criteria. *Applied Neuropsychology. Child*, 5(2), 83–96. <https://doi.org/10.1080/21622965.2014.993396>
- Filipek, P. A., Semrud-Clikeman, M., Steingard, R. J., Renshaw, P. F., Kennedy, D. N., & Biederman, J. (1997). Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology*, 48(3), 589–601. <https://doi.org/10.1212/wnl.48.3.589>
- Fletcher, J. M., & Grigorenko, E. L. (2017). Neuropsychology of Learning Disabilities: The Past and the Future. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 23(9–10), 930–940. <https://doi.org/10.1017/S1355617717001084>
- Fletcher, J. M., & Miciak, J. (2017). Comprehensive Cognitive Assessments are not Necessary for the Identification and Treatment of Learning Disabilities. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 32(1), 2–7. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw103>
- Francés, L., Quintero, J., Fernández, A., Ruiz, A., Caules, J., Fillon, G., Hervás, A., & Soler, C. V. (2022). Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: A systematic review in accordance with the PRISMA criteria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00462-1>
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007–1030. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050479>
- Goodyear, P., & Hynd, G. W. (1992). Attention-deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: Behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 273–305. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2103_9
- Groves, N. B., Wells, E. L., Soto, E. F., Marsh, C. L., Jaisle, E. M., Harvey, T. K., & Kofler, M. J. (2022). Executive Functioning and Emotion Regulation in Children with and without ADHD. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(6), 721–735. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00883-0>

- Güler, H. A., Dündar, F. U., Kuz Keleş, M., & Tezcan, M. E. (2025). Can the Stroop Test be useful in differentiating specific learning disorder from attention deficit hyperactivity disorder in medication-free children? *Research in Developmental Disabilities*, 161, 105021. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2025.105021>
- Habibzadeh, A., Pourabdol, S., & Saravani, S. (2015). The effect of emotion regulation training in decreasing emotion failures and self-injurious behaviors among students suffering from specific learning disorder (SLD). *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, 279.
- Hall, C., Dahl-Leonard, K., Cho, E., Solari, E. J., Capin, P., Conner, C. L., Henry, A. R., Cook, L., Hayes, L., Vargas, I., Richmond, C. L., & Kehoe, K. F. (2023). Forty Years of Reading Intervention Research for Elementary Students with or at Risk for Dyslexia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Reading Research Quarterly*, 58(2), 285–312. <https://doi.org/10.1002/rrq.477>
- Heiervang, E., Stevenson, J., Lund, A., & Hugdahl, K. (2001). Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(4), 251–256. <https://doi.org/10.1080/080394801681019101>
- Hoffman, K., Webster, T. F., Weinberg, J. M., Aschengrau, A., Janulewicz, P. A., White, R. F., & Vieira, V. M. (2010). Spatial analysis of learning and developmental disorders in upper Cape Cod, Massachusetts using generalized additive models. *International Journal of Health Geographics*, 9, 7. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-9-7>
- Hong, M., Kooij, J. J. S., Kim, B., Joung, Y.-S., Yoo, H. K., Kim, E.-J., Lee, S. I., Bhang, S.-Y., Lee, S. Y., Han, D. H., Lee, Y. S., & Bahn, G. H. (2020). Validity of the Korean Version of DIVA-5: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2371–2376. <https://doi.org/10.2147/NDT.S262995>
- Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K., & Mineka, S. (2016). *Abnormal Psychology* (17th Edition).
- Horbach, J., & Günther, T. (2017). [Development of parent's judgment of behavioral problems from kindergarten to second grade in children dependent on their reading performance: First results of a longitudinal study]. *Zeitschrift Fur Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 45(1), 23–33. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000447>
- Huang, Y., He, M., Li, A., Lin, Y., Zhang, X., & Wu, K. (2020). Personality, Behavior Characteristics, and Life Quality Impact of Children with Dyslexia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1415. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041415>
- Hulsbosch, A.-K., Van der Oord, S., & Tripp, G. (2025). Academic Achievement in Children with ADHD: The Role of Processing Speed and Working Memory. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 53(10), 1469–1484. <https://doi.org/10.1007/s10802-025-01346-6>
- Ianni, L., Camden, C., Campbell, W., Colquhoun, H., & Anaby, D. (2025). Occupational Therapist–Teacher Collaboration in Inclusive Education in Québec: A Qualitative Descriptive Study.

Canadian Journal of Occupational Therapy, 92(2), 135–147.
<https://doi.org/10.1177/00084174241310078>

- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207. <https://doi.org/10.1023/a:1017592030434>
- Keith Conners, C., Sitarenios, G., & Ayearst, L. E. (2018). Conners' Continuous Performance Test Third Edition. In *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 929–933). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9_1535
- Kempe, C., Gustafson, S., & Samuelsson, S. (2011). A longitudinal study of early reading difficulties and subsequent problem behaviors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(3), 242–250. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00870.x>
- Klicpera, C., & Schabmann, A. (1993). [Incidence of emotional problems and behavioral difficulties in school and correlation with reading and writing disorders: Results of a longitudinal study]. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 42(10), 358–363.
- Knopik et al. (2002).
- Knyazhansky, M., & Shrot, T. (2025). ADHD diagnostic tools across ages: Traditional and digital approaches. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1668070. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1668070>
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J. M., Richarte, V., Kjemis Philipsen, A., Pehlivanidis, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Lawrence, D., Houghton, S., Dawson, V., Sawyer, M., & Carroll, A. (2021). Trajectories of academic achievement for students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The British Journal of Educational Psychology*, 91(2), 755–774. <https://doi.org/10.1111/bjep.12392>
- Lee, S. I., Lim, E.-J., Park, J.-H., & Jung, H.-Y. (2010). Comparison of Working Memory Among the Subtypes of Child and Adolescent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 17(2), 70–78.
- Lioliou, S., Pedioti, N., Vagionaki, K., Kounali, V., Bitsakos, N., Pitsikaki, S., & Papadakaki, M. (2025). Exploring the Prevalence of Learning Disabilities in a Community Sample of Children Using the Greek Weschler Intelligence Scale for Children (WISC-V GR). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(3), 377. <https://doi.org/10.3390/ijerph22030377>
- López-Zamora, M., Porcar-Gozalbo, N., Cano-Villagrasa, A., & López-Chicheri, I. (2025). Executive, behavioural and emotional functioning in Spanish children with dyslexia. *CoDAS*, 37(6), e20240352. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/e20240352es>

- Lozano, A., Ramírez, M., & Ostrosky-Solís, F. (2003). [The neurobiology of developmental dyslexia: A survey]. *Revista De Neurologia*, 36(11), 1077–1082.
- Lyon, G. R. (1996). Learning disabilities. *The Future of Children*, 6(1), 54–76.
- McGonnell, M., Corkum, P., McKinnon, M., MacPherson, M., Williams, T., Davidson, C., Jones, D. B., & Stephenson, D. (2009). Doing it Right: An Interdisciplinary Model for the Diagnosis of ADHD. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(4), 283–286.
- McQuade, J. D., & Hoza, B. (2008). Peer problems in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Current status and future directions. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(4), 320–324. <https://doi.org/10.1002/ddrr.35>
- Mehta, T. R., Monegro, A., Nene, Y., Fayyaz, M., & Bollu, P. C. (2019). Neurobiology of ADHD: A Review. *Current Developmental Disorders Reports*, 6(4), 235–240. <https://doi.org/10.1007/s40474-019-00182-w>
- Melegari, M. G., Muratori, P., Bruni, O., Donolato, E., Giallonardo, M., & Mammarella, I. (2022). Externalizing and Internalizing Behaviors in Children with ADHD during Lockdown for COVID-19: The Role of Parental Emotions, Parenting Strategies, and Breaking Lockdown Rules. *Children*, 9(6), 923. <https://doi.org/10.3390/children9060923>
- Meltzer, L. J., Roditi, B. N., & Fenton, T. (1986). Cognitive and learning profiles of delinquent and learning-disabled adolescents. *Adolescence*, 21(83), 581–591.
- Musullulu, H. (2025). Evaluating attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD): A review of current methods and issues. *Frontiers in Psychology*, 16, 1466088. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1466088>
- Özaslan, A., Sevri, M., İşeri, E., Karacan, B., Cengiz, M., Karacan, H., Sarıpinar, E. G., Dikmen, A. U., & Güney, E. (2024). A New Objective Diagnostic Tool for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Development of the Distractor-Embedded Auditory Continuous Performance Test. *Journal of Clinical Medicine*, 13(21), 6438. <https://doi.org/10.3390/jcm13216438>
- P, B., M, S., V, T., & A, S. (2016). Specific Learning Disorders: A Look Inside Children's and Parents' Psychological Well-Being and Relationships. *Journal of Learning Disabilities*, 49(5). <https://doi.org/10.1177/0022219414566681>
- Papachristou, E., Schulz, K., Newcorn, J., Bédard, A.-C. V., Halperin, J. M., & Frangou, S. (2016). Comparative Evaluation of Child Behavior Checklist-Derived Scales in Children Clinically Referred for Emotional and Behavioral Dysregulation. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 146. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00146>
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>

- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Poulsen, M., Juul, H., & Elbro, C. (2023). A national test of dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 73(3), 337–355. <https://doi.org/10.1007/s11881-023-00285-5>
- Power, T. J., Blum, N. J., Guevara, J. P., Jones, H. A., & Leslie, L. K. (2013). Coordinating Mental Health Care Across Primary Care and Schools: ADHD as a Case Example. *Advances in School Mental Health Promotion*, 6(1), 68–80. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.749089>
- Reitan, R. M. (1955). The relation of the Trail Making Test to organic brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 19(5), 393–394. <https://doi.org/10.1037/h0044509>
- Rodríguez, C., Areces, D., García, T., Cueli, M., & González-Castro, P. (2018). Comparison between two continuous performance tests for identifying ADHD: Traditional vs. virtual reality. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(3), 254–263. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.06.003>
- Rose, C. A., Espelage, D. L., Monda-Amaya, L. E., Shogren, K. A., & Aragon, S. R. (2015). Bullying and middle school students with and without specific learning disabilities: An examination of social-ecological predictors. *Journal of Learning Disabilities*, 48(3), 239–254. <https://doi.org/10.1177/0022219413496279>
- Sahoo, M. K., Biswas, H., & Padhy, S. K. (2015). Psychological Co-morbidity in Children with Specific Learning Disorders. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(1), 21–25. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.152243>
- Sahu, A., Bhargava, R., Sagar, R., & Mehta, M. (2018). Perception of Families of Children with Specific Learning Disorder: An Exploratory Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(5), 406–413. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_148_18
- Schott, A., & Wright-Gallo, G. (2025). Building and Sustaining Inclusive Educational Practices. *Individuals with Disabilities Education Act*. <https://sites.ed.gov/idea/idea-files/building-and-sustaining-inclusive-educational-practices-january-2025/>
- Sevincok, D., Ozbay, H. C., Ozbek, M. M., Tunagur, M. T., & Aksu, H. (2020). ADHD symptoms in relation to internalizing and externalizing symptoms in children: The mediating role of sluggish cognitive tempo. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(4), 265–272. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1697746>
- Shalev, R. S., Weirman, R., & Amir, N. (1988). Developmental dyscalculia. *Cortex; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 24(4), 555–561. [https://doi.org/10.1016/s0010-9452\(88\)80049-2](https://doi.org/10.1016/s0010-9452(88)80049-2)
- Shamir, N., Zivan, M., & Horowitz-Kraus, T. (2019). Six-minute screening test can provide valid information about the skills that underlie childhood reading and cognitive abilities. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1278–1284. <https://doi.org/10.1111/apa.14680>

- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., & Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(49), 19649–19654. <https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>
- Siegel, L. S. (1999). Issues in the definition and diagnosis of learning disabilities: A perspective on Guckenberger v. Boston University. *Journal of Learning Disabilities*, 32(4), 304–319. <https://doi.org/10.1177/002221949903200405>
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643–662. <https://doi.org/10.1037/h0054651>
- Swargiary, K. (2024). *The Impact of Cognitive Behavioral Therapy on Reading Skills and Emotional Well-being in Students with Dyslexia: A Mixed-Methods Study* (SSRN Scholarly Paper No. 4899449). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4899449>
- Tafari, D., & Di Palma, D. (2025). Inclusion of Students with ADHD in Secondary School Through an Innovative Motor Science Educational Curriculum. *Education Sciences*, 15(1), 78. <https://doi.org/10.3390/educsci15010078>
- Talbott, E., De Los Reyes, A., Power, T. J., Michel, J. J., & Racz, S. J. (2021). A Team-Based Collaborative Care Model for Youth With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Education and Health Care Settings. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 29(1), 24–33. <https://doi.org/10.1177/1063426620949987>
- Tallberg, P., Vahlström, R., Martí Valls, C., Andersson, M., Bergman, S., Dahlgren, J., & Roswall, J. (2025). Psychometric properties of the Swedish version of the SNAP-IV rating scale parent form in a birth cohort of 11-year-old children. *Nordic Journal of Psychiatry*, 79(7), 503–514. <https://doi.org/10.1080/08039488.2025.2531230>
- Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 387(10024), 1240–1250. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X)
- Tiengsomboon, U., & Luvira, V. (2024). Family support for children with learning disabilities to attain good academic performance: A qualitative study. *Malaysian Family Physician: The Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 19, 25. <https://doi.org/10.51866/oa.529>
- Ulubaş, S. C., & Gök, M. (2026). Parental awareness, diagnostic processes, and support needs regarding mathematical learning difficulties. *BMC Psychology*, 14(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s40359-026-04025-3>
- Vaughn, S., & Fletcher, J. (2021). Explicit Instruction as the Essential Tool for Executing the Science of Reading. *The Reading League Journal*, 2(2), 4.
- Vicente, B., Navas, L., Belmar, M., & Holgado, F. P. (2010). [Analysis of a scale for the assessment of attention deficit disorder with hyperactivity in Chilean children]. *Revista Medica De Chile*, 138(12), 1502–1509.

- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 46(3), 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>
- Willcutt, E. G., & Petrill, S. A. (2023). Comorbidity between reading disability and ADHD in a community sample: Implications for academic, social, and neuropsychological functioning. *Mind, Brain and Education: The Official Journal of the International Mind, Brain, and Education Society*, 17(4), 338–348. <https://doi.org/10.1111/mbe.12393>
- Wilmshurt, L. (2017). *Abnormal Child and Adolescent Psychology. A developmental perspective*.
- Wiseman, P., & Watson, N. (2022). “Because I’ve Got a Learning Disability, They Don’t Take Me Seriously:” Violence, Wellbeing, and Devaluing People With Learning Disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13–14), NP10912–NP10937. <https://doi.org/10.1177/0886260521990828>
- Xu, Y., Azhar, A., Rehman, N., & Yaseen, F. (2025). The role of psychological assessment and family support in enhancing emotional well-being and academic performance of children with learning disabilities. *Acta Psychologica*, 260, 105582. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105582>
- Zakopoulou, V., Mavreas, V., Christodoulides, P., Lavidas, A., Fili, E., Georgiou, G., Dimakopoulos, G., & Vergou, M. (2014). Specific learning difficulties: A retrospective study of their co morbidity and continuity as early indicators of mental disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), 3496–3507. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.07.040>
- Ziegler, R., & Holden, L. (1988). Family therapy for learning disabled and attention-deficit disordered children. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 58(2), 196–210. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01581.x>

