



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΕΠ-Υ

ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ
ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



Σπουδάστριες:

Καρκανιά Παρασκευή (17623)

Λιάσκου Γεωργία-Παρασκευή (17121)

Μισιριώτη Ελένη (17710)

Επιβλέπων: Χριστοδουλίδης Παύλος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020©



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΔΕΠ-Υ

**ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ
ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Σπουδάστριες:

Καρκανιά Παρασκευή

Λιάσκου Γεωργία-Παρασκευή

Μισιριώτη Ελένη

Επιβλέπων: Χριστοδουλίδης Παύλος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2020©

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, Ημερομηνία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Πάυλος Χριστοδουλίδης

MSc Ψυχολόγος

Υποψ. Διδ. Ιατρικής, Ακαδημαϊκός Υπότροφος

2. Μέλος επιτροπής

Δρ. Βικτωρία Ζακοπούλου

Ψυχολόγος

Αναπλ. Καθηγητής Τμ. Λογοθεραπείας

3. Μέλος επιτροπής

Δρ. Αναστασία Νούσια

Λογοθεραπεύτρια

ΕΕΠ Τμ. Λογοθεραπείας

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Υπογραφή

© Καρκανιά Παρασκευή, Λιάσκου Γεωργία - Παρασκευή, Μισιριώτη Ελένη, 2020.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

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

Καρκανιά Παρασκευή

Υπογραφή

Λιάσκου Γεωργία - Παρασκευή

Υπογραφή

Μισιριώτη Ελένη

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στο διάστημα μεταξύ Φεβρουαρίου 2020 και Ιουλίου 2020 στα πλαίσια του προπτυχιακού προγράμματος στο Τμήμα Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Ως την ελάχιστη δυνατή μνεία, με την παρούσα παράγραφο οφείλουμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της και ιδιαίτερα:

Πρώτα από όλους τον επιβλέποντα καθηγητή μας, κύριο Χριστοδουλίδη Παύλο, για την πολύτιμη υποστήριξή του, τις παραγωγικές υποδείξεις του και τον χρόνο που μας διέθεσε για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής.

Επίσης, να ευχαριστήσουμε τους καρδιακούς μας φίλους για την πολύτιμη συμπαράσταση, στήριξη και κατανόηση της προσπάθειας αυτής.

Τέλος, οφείλουμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στους ανθρώπους που κρύβονται πίσω από κάθε μας βήμα, την οικογένειά μας. Τους ευχαριστούμε για την στήριξη, την εμπιστοσύνη και τη βοήθεια που μας έδειξαν όλα τα χρόνια των μαθητικών και ακαδημαϊκών σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρεται στην ΔΕΠ-Υ στο γενικότερο πλαίσιο και ειδικότερα στο ψυχοσυναισθηματικό προφίλ των παιδιών και στην συμβολή της μουσικοθεραπείας στην διαταραχή. Αρχικά, η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή η οποία είναι νευροαναπτυξιακή και σχετίζεται με την ωρίμανση του νευρικού συστήματος, προκαλώντας γνωστικές και συμπεριφορικές δυσλειτουργίες. Στην συνέχεια, παρατίθενται τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, τα οποία είναι και διαγνωστικά. Πρόκειται κυρίως για συμπτώματα απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας τα οποία μπορεί να εμφανίζονται στην πρώιμη ηλικία, αλλά όμως μπορεί να επιμείνουν και στην ενήλικη ζωή.

Όσον αφορά το ψυχοσυναισθηματικό κομμάτι της διαταραχής, τονίζεται ότι τα παιδιά διακατέχονται από συναισθήματα όπως ο θυμός, το άγχος, η απογοήτευση, η θλίψη αλλά και η κόπωση τα οποία τους επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της πτυχιακής παρουσιάζεται εκτενώς ο τομέας της μουσικοθεραπείας ως ένα είδος παρέμβασης συνήθως με μηδενικό κόστος, ο οποίος παρέχει πολύτιμα οφέλη στο άτομο. Η θεραπεία κυρίως βασίζεται στη συστηματική χρήση μελωδιών και κινήσεων η οποία θέτει ως θεραπευτικό στόχο την αποκατάσταση, την διατήρηση και την βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας και τον περιορισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Στο τρίτο κεφάλαιο το ενδιαφέρον μας επικεντρώνεται στην χρήση της μουσικοθεραπείας στη ΔΕΠ-Υ και στον τρόπο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη διαταραχή αυτή. Δίνεται επίσης ιδιαίτερη σημασία στις τεχνικές και τα παιχνίδια που χρησιμοποιούνται, ενώ παράλληλα επισημαίνεται ο ουσιαστικός και καταλυτικός ρόλος του μουσικοθεραπευτή αλλά και ο χώρος και ο τρόπος διεξαγωγής μιας συνεδρίας.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται το πειραματικό μας ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε με κύριο άξονα θέματος την πτυχιακή μας εργασία. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις και με το τέλος της έρευνας το πλήθος αυτών που απάντησαν ήταν 207. Τέλος θα πρέπει να τονιστεί ότι η σύνθεση του ερωτηματολογίου είχε σαν κύριο στόχο την διεξαγωγή ειδικών συμπερασμάτων για την γνώση και την

ενημέρωση των ατόμων γύρω από την διαταραχή αλλά και τις απόψεις τους. Ο δεύτερος στόχος, αλλά εξίσου σημαντικός, σχετιζόταν με την γνώση στο κομμάτι της μουσικοθεραπείας αλλά και την απάντηση ερωτημάτων σχετικά με το κατά πόσο είναι εφικτή αυτού του είδους η θεραπεία στα άτομα με ΔΕΠ-Υ.

Λέξεις - Φράσεις κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, ψυχοσυναισθηματικό προφίλ, μουσικοθεραπεία, ερωματολογία, έρευνα.

ABSTRACT

This dissertation referred to ADHD generally and especially in the psycho-emotional profile of children and the contribution of music therapy to this disorder. Initially, ADHD is a neurodevelopmental disorder and associated with the maturation of the nervous system causing cognitive and behavioral dysfunctions. The characteristics of the disorder are listed below, which are also diagnostic, are mainly symptoms of inattention and impulsivity and hyperactivity which appear at an early age, but these can persist into adulthood.

Regarding the psycho-emotional part of the disorder, it is emphasized that children are possessed by emotions mainly such as anger, anxiety, frustration, sadness but also fatigue which affect them to a great extent.

In the second chapter we present extensively the field of music therapy as a type of treatment usually with zero cost, which provides many benefits to the individual. The treatment is mainly based on the systematic use of melodies and movements which sets as a therapeutic goal the restoration, the maintenance and the improvement of mental and physical health and the reduction symptoms of the disorder.

In the third chapter our interest is focused on the use of music therapy in ADHD and how and in what part it can contribute. Particular attention is also paid to the techniques and games used, but also in the essential and catalytic role of the music therapist but also in the space and manner of conducting a session.

In the fourth and last chapter of the dissertation we present our experimental questionnaire that was created with the main theme of our dissertation. The questionnaire includes 29 questions and at the end of the survey the number of respondents was 207. Finally, it should be emphasized that the main purpose of the questionnaire was to draw specific conclusions for the knowledge and information of people about the disorder and their views. The second but equally important goal was related to the knowledge in part of music therapy but also for answering questions related to how much and how this kind of treatment is possible in people with ADHD.

Keywords - Key phrases: ADHD, psycho-emotional profile, music therapy, questionnaire, research.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	8
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	10
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	12
1.1 Ορισμός ΔΕΠΥ.....	12
1.2 Διαγνωστικά κριτήρια και υπότυποι της ΔΕΠ-Υ.....	12
1.3 Κλινική Εικόνα.....	18
1.3.1 Κλινική Εικόνα Παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	18
1.3.2 Κλινική Εικόνα Ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ.....	21
1.4 Αίτια και Παθογένεια.....	23
1.5 Επιδημιολογία.....	30
1.6 Συννοσηρότητα.....	32
1.7 Συνοδά προβλήματα.....	33
1.8 Αναπτυξιακή Πορεία ατόμων με ΔΕΠ-Υ.....	42
1.9 Ψυχοσυναισθηματικό προφίλ παιδιού με ΔΕΠ-Υ.....	51
1.10 Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	55
1.10.1 Διαδικασία αξιολόγησης.....	57
1.10.2 Διαφοροδιάγνωση.....	61
1.10.3 Διεπιστημονική Ομάδα.....	62
1.11 Θεραπεία της ΔΕΠ-Υ.....	63
1.11.1 Λογοθεραπεία.....	64
1.11.2 Φαρμακευτική αγωγή.....	65
1.11.3 Ψυχοθεραπεία.....	66
1.11.4 Συμβουλευτική.....	68
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	72
2.1 Ορισμός Μουσικοθεραπείας.....	72
2.2 Ιστορική αναδρομή.....	73
2.3 Είδη Μουσικοθεραπείας.....	75

2.4 Μουσικός Αυτοσχεδιασμός.....	77
2.5 Μουσική σαν Διαγνωστικό εργαλείο.....	78
2.6 Μουσική σαν Θεραπευτικό εργαλείο.....	79
2.6.1 Η εφαρμογή της Μουσικοθεραπείας σε μεμονωμένα άτομα.....	81
2.6.2 Η εφαρμογή της Μουσικοθεραπείας σε ομάδες ατόμων.....	83
2.7 Ρόλος Μουσικοθεραπευτή.....	84
2.8 Θεραπευτικοί στόχοι Μουσικοθεραπείας.....	86
2.9 Σωματικές και συναισθηματικές επιδράσεις της μουσικής.....	87
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	91
3.1 Μουσικοθεραπεία και Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες.....	91
3.2 Μουσική και ΔΕΠ-Υ.....	92
3.3 Θεραπευτική επίδραση της μουσικής στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.....	97
3.3.1 Ρυθμική Dalcroze και ΔΕΠ-Υ.....	98
3.3.2 Μέθοδος Tomatis και ΔΕΠ-Υ.....	101
3.4 Ο ρόλος του Μουσικοθεραπευτή σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ.....	103
3.5 Χώρος συνεδριών Μουσικοθεραπείας στη ΔΕΠ-Υ.....	104
3.6 Μουσικοθεραπευτικά παιχνίδια.....	106
4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	108
4.1 Μεθοδολογία.....	108
4.2 Αποτελέσματα.....	109
4.3 Συμπεράσματα.....	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	129
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	138

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΔΕΠ-Υ

1.1 Ορισμός ΔΕΠ-Υ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) ή διεθνώς Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) αποτελεί μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή, που σχετίζεται με την ωρίμανση του νευρικού συστήματος, εκδηλώνεται με σταθερή πορεία και προκαλεί ειδικές γνωστικές και συμπεριφορικές δυσλειτουργίες. Εμφανίζεται κατά την πρώιμη ηλικία, ωστόσο επιμένει και στην ενήλικη ζωή των ατόμων (Κουμούλα, 2012). Είναι μία διαταραχή με νευροβιολογική βάση και συχνά έχει γενετικό υπόβαθρο. Η εξέλιξη της, σχετίζεται άμεσα με την επίδραση περιβαλλοντικών, και όχι μόνο, παραγόντων που επιδρούν στη ζωή του ατόμου όπως για παράδειγμα, στο οικογενειακό πλαίσιο. Σύμφωνα με το DSM-5 (2013), τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν την ελλειμματική προσοχή, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα, προκαλούν δυσκολίες οι οποίες εκδηλώνονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα και είναι πιθανό να προκαλούν σημαντικές και μακροχρόνιες επιπτώσεις στην κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη, στην ακαδημαϊκή απόδοση και αργότερα στην επαγγελματική επιτυχία του ατόμου (Παπαγεωργίου, 2005).

1.2 Διαγνωστικά κριτήρια και υπότυποι της ΔΕΠ-Υ

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ για παιδιά και ενήλικες γίνεται με βάση συγκεκριμένα κριτήρια κατά το DSM-5 (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας) και το ICD-10 (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας), μέσα από την συνεργασία του Ψυχιάτρου (ή Παιδοψυχιάτρου), της διεπιστημονικής ομάδας και της οικογένειας.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013):

Στο DSM-5 η ΔΕΠ-Υ εντάσσεται στην ενότητα με τίτλο «Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές» (Neurodevelopmental Disorders). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο εγχειρίδιο, προκειμένου να οδηγηθούμε στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει μερικά συμπτώματα να έχουν κάνει την εμφάνισή τους πριν την ηλικία των 12 ετών. Πρέπει επίσης, κάποια συμπτώματα να εμφανίζονται σε τουλάχιστον δύο πλαίσια όπως: στο σπίτι, στο εργασιακό περιβάλλον ή στο σχολείο και χρειάζεται να είναι εμφανές ότι τα συμπτώματα αυτά, δυσχεραίνουν την λειτουργικότητα του ατόμου σε προσωπικό, επαγγελματικό και ακαδημαϊκό επίπεδο. Τέλος, θα πρέπει τα συμπτώματα να μην ερμηνεύονται καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή όπως διαταραχή διάθεσης, διαταραχή άγχους, διαταραχή της προσωπικότητας ή αποσυνδεδετική διαταραχή, ούτε να εμφανίζονται μόνο κατά την εξέλιξη σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Στο DSM-5 τα συμπτώματα κατηγοριοποιούνται σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τα συμπτώματα απροσεξίας και η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, είναι απαραίτητο να εμφανίζονται από τουλάχιστον μία ομάδα, το λιγότερο έξι συμπτώματα για παιδιά κάτω των 16 ετών και τουλάχιστον 5 συμπτώματα, για άτομα 17 ετών και άνω. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την παρουσία των συμπτωμάτων, προκειμένου να δοθεί η διάγνωση, είναι το λιγότερο έξι μήνες. Επιπροσθέτως, κατά το χρονικό διάστημα αυτό, τα συμπτώματα είναι αναγκαίο να εμφανίζονται με επίμονο τρόπο σε βαθμό που δεν ταιριάζει με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου και να επιφέρουν επιπτώσεις σε κοινωνικό, ακαδημαϊκό ή επαγγελματικό επίπεδο (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

1. Συμπτώματα Απροσεξίας (DSM-5, 2013):

- Το άτομο συχνά αδυνατεί να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στην καθημερινότητα του όπως σε σχολικές εργασίες, στη δουλειά του ή σε άλλες δραστηριότητες.

- Το άτομο πολλές φορές, αδυνατεί να διατηρήσει την συγκέντρωσή του σε εργασίες, δραστηριότητες, παιχνίδια ή συζητήσεις.
- Το άτομο πολλές φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος, ακόμη και όταν δεν υπάρχει κάποιος εμφανής περισπασμός.
- Το άτομο συχνά αδυνατεί να ακολουθήσει οδηγίες μέχρι το τέλος και να διεκπεραιώσει μία σχολική ή επαγγελματική εργασία. Συχνά ξεκινάει μία εργασία, αλλά η προσοχή του γρήγορα στρέφεται σε κάποιο άλλο ερέθισμα.
- Το άτομο συχνά έχει δυσκολίες στην οργάνωση εργασιών και δραστηριοτήτων, όπως, δυσκολία στη διαχείριση του χρόνου.
- Το άτομο πολλές φορές δεν επιθυμεί να εμπλέκεται σε δραστηριότητες οι οποίες απαιτούν εκτεταμένη πνευματική προσπάθεια, όπως, η προετοιμασία των μαθημάτων στο σπίτι.
- Το άτομο αρκετές φορές χάνει προσωπικά αντικείμενα ή πράγματα που χρειάζονται για τις εργασίες ή τις δραστηριότητες όπως, το κινητό τηλέφωνο, το πορτοφόλι και το σχολικό υλικό.
- Η προσοχή του ατόμου συχνά αποσπάται από εξωτερικά ερεθίσματα. (Οι άσχετες σκέψεις περιλαμβάνονται στα ερεθίσματα αυτά).
- Το άτομο συχνά ξεχνάει καθημερινές δραστηριότητες ή υποχρεώσεις όπως, θελήματα ή πληρωμές λογαριασμών.

2. Συμπτώματα Υπερκινητικότητας και Παρορμητικότητας (DSM-5, 2013):

- Το άτομο πολλές φορές κάνει νευρικές κινήσεις με τα χέρια και τα πόδια του ή δεν μπορεί να καθίσει στη θέση του και στριφογυρίζει.
- Το άτομο συχνά δεν μπορεί να παραμείνει στη θέση του για μεγάλο χρονικό διάστημα σε συνθήκες που αυτό απαιτείται, όπως για παράδειγμα στο σχολείο ή στον εργασιακό χώρο.
- Το άτομο συχνά τρέχει και σκαρφαλώνει υπό περιστάσεις όπου η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται ανάρμοστη. Στους εφήβους είναι πιθανό η κατάσταση αυτή, να περιορίζεται σε αισθήματα ανησυχίας.
- Το άτομο αρκετές φορές δεν μπορεί να παίξει ήσυχα.
- Το άτομο πολλές φορές κινείται συνεχώς είτε επειδή δεν μπορεί να παραμείνει ακίνητο για πολλή ώρα, είτε επειδή δε νιώθει άνετα με αυτό.
- Το άτομο συχνά μιλάει υπερβολικά και ακατάπαυστα.

- Το άτομο πολλές φορές απαντάει ασυλλόγιστα και συχνά πριν καν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- Το άτομο συχνά αντιμετωπίζει έντονη δυσκολία με το να περιμένει τη σειρά του (π.χ. κατά τη διάρκεια ενός παιχνιδιού).
- Το άτομο αρκετές φορές διακόπτει τους άλλους στα πλαίσια μίας συζήτησης ή ενός παιχνιδιού.

Μερική Ύφεση:

Αν παλαιότερα πληρούνταν όλα τα κριτήρια για τη συγκεκριμένη διαταραχή αλλά στο διάστημα των τελευταίων έξι μηνών εμφανίζονται λιγότερα συμπτώματα απ' ό τι πριν, τα οποία όμως εξακολουθούν να επιφέρουν μειωμένη λειτουργικότητα στο άτομο σε κοινωνικό και ακαδημαϊκό ή/και επαγγελματικό πλαίσιο, τότε οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠ-Υ βρίσκεται σε μερική ύφεση (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016)

Βαθμός Βαρύτητας ΔΕΠ-Υ:

Ήπια Μορφή ΔΕΠ-Υ: Ο αριθμός των συμπτωμάτων σε αυτή τη μορφή είναι μικρός, πέραν αυτών που χρειάζονται για να τεθεί η διάγνωση, και δεν επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στην λειτουργικότητα του ατόμου.

Μέτρια Μορφή ΔΕΠ-Υ: Αποτελεί μία ενδιάμεση κατάσταση, κατά την οποία ο αριθμός των συμπτωμάτων και η μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου κυμαίνεται μεταξύ της «Ήπιας Μορφής» και της «Σοβαρής Μορφής».

Σοβαρή μορφή ΔΕΠ-Υ: Ο αριθμός των συμπτωμάτων είναι μεγάλος, κάποια από τα συμπτώματα αυτά είναι σοβαρά και η λειτουργικότητα του ατόμου παρουσιάζει σημαντική έκπτωση (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Τύποι ΔΕΠ-Υ:

- 1) ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο: Όταν κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών το άτομο εμφανίζει συμπτώματα, μόνο από την πρώτη ομάδα, δηλαδή συμπτώματα απροσεξίας.
- 2) ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό - παρορμητικό τύπο: Όταν κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών το άτομο εμφανίζει συμπτώματα, μόνο από τη δεύτερη ομάδα, δηλαδή συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας.
- 3) ΔΕΠ-Υ συνδυασμένος τύπος: Όταν κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών το άτομο εμφανίζει συμπτώματα και από τις δύο ομάδες, δηλαδή συμπτώματα απροσεξίας και συμπτώματα υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας. Ο συνδυασμένος τύπος αποτελεί συνδυασμό των δύο παραπάνω τύπων (American Psychiatric Association, 2013).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το ICD-10 (Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων, 1993):

Οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου στο ICD-10 κατατάσσονται στην κατηγορία F90 «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία» και κατηγοριοποιούνται με βάση 4 τύπους:

- I. F90.0 Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής.
- II. F90.1 Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου.
- III. F90.8 Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου.
- IV. F90.9 Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη.

Αν στις διαταραχές υπερκινητικού τύπου δεν υπάρχουν συμπτώματα επιθετικότητας, ενοχής ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς τότε δίνεται η διάγνωση F90.0 «Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής». Αν τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται, τότε τίθεται η διάγνωση F90.1 «Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου». Η διάγνωση F90.9 «Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη» χρησιμοποιείται μόνο όταν πληρούνται τα κριτήρια για την κατηγορία F90 γενικά παρόλα αυτά δεν είναι εφικτή η διαφοροποίηση ανάμεσα στην F90.0 και F90.1 (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Στο ICD-10 (1993), τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ χωρίζονται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Η ελλειμματική προσοχή και η υπερδραστηριότητα αποτελούν τα πρωτογενή χαρακτηριστικά. Για να επέλθει η διάγνωση σύμφωνα με το ICD-10, θα πρέπει το άτομο να

εκδηλώνει και τα δύο χαρακτηριστικά και μάλιστα θα πρέπει να έχουν κάνει την εμφάνιση τους πριν την ηλικία των 6 ετών. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι σε αυτές τις ηλικίες, συμπεριφορές που σχετίζονται με την υπερδραστηριότητα είναι δύσκολο να αναγνωριστούν ως ένδειξη για διαταραχή υπερκινητικού τύπου λόγω του γεγονότος ότι δεν έχουν καθοριστεί ακόμη τα φυσιολογικά όρια. Μόνο όταν το συγκεκριμένο σύμπτωμα είναι πολύ εμφανές, μπορεί να αποτελέσει ένδειξη για να δοθεί η διάγνωση. Παράλληλα, τα χαρακτηριστικά της ελλειμματικής προσοχής και της υπερδραστηριότητας χρειάζεται να εμφανίζονται σε περισσότερα από ένα περιβάλλοντα (π.χ. σπίτι, σχολείο), να έχουν επίμονο χαρακτήρα και να είναι ασύμφωνα με το ηλικιακό στάδιο του παιδιού.

Πέραν των παραπάνω, προκειμένου να δοθεί η διάγνωση θα πρέπει οπωσδήποτε η πιθανότητα ύπαρξης διαταραχών άγχους, συναισθηματικής διαταραχής, διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών της ανάπτυξης ή σχιζοφρένειας να ελεγχθεί και να αποκλειστεί (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Τα πρωτογενή χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

Πρωτογενή Χαρακτηριστικά των Διαταραχών Υπερκινητικού Τύπου σύμφωνα με το ICD-10	
Ελλειμματική Προσοχή	Γρήγορη εγκατάλειψη των δραστηριοτήτων και μη ολοκλήρωση τους. Το παιδί ξεκινάει μία δραστηριότητα αλλά σύντομα μεταβαίνει σε μία άλλη η οποία του τράβηξε το ενδιαφέρον (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).
Υπερδραστηριότητα	Υπερβολική ανησυχία. Το παιδί δεν μπορεί να καθίσει στη θέση του για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να είναι νευρικό ή να κινείται συνεχώς και δεν μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του σε συνθήκες που απαιτούν ηρεμία (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Τα παιδιά με διαταραχές υπερκινητικού τύπου, αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στην καθημερινότητά τους. Η απροσεξία και η παρορμητικότητα αποτελούν βασικά συμπτώματα που σχετίζονται με αυτές τις διαταραχές, με αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να χαρακτηρίζονται από ανικανότητα αφοσίωσης σε συγκεκριμένες δραστηριότητες, μετακίνηση από τη μία δραστηριότητα στην άλλη και μη ολοκλήρωσή τους. Επιπλέον, τα υπερκινητικά παιδιά είναι ακούραστα και λόγω της παρορμητικότητάς τους έχουν την τάση να παθαίνουν ατυχήματα και να τιμωρούνται συχνά εξαιτίας έλλειψης πειθαρχίας. Συμπληρωματικά, δυσκολεύονται να ακολουθήσουν κοινωνικούς κανόνες και να περιμένουν τη σειρά τους (π.χ. κατά τη διάρκεια ενός παιχνιδιού). Όλα τα παραπάνω, οδηγούν σε δυσκολίες διαμόρφωσης κοινωνικών σχέσεων με τους συνομηλίκους και συχνά σε κοινωνική απομόνωση (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Στις δευτεροπαθείς επιπλοκές συμπεριλαμβάνονται η αντικοινωνική συμπεριφορά και η δημιουργία αισθήματος χαμηλής αυτοεκτίμησης όπως επίσης, οι μαθησιακές δυσκολίες, οι συναισθηματικές αντιδράσεις και τα προβλήματα στον ύπνο. Τέλος, συχνή είναι και η εμφάνιση βλάβης στις γνωστικές λειτουργίες ενώ δεν αποκλείονται και αναπτυξιακές καθυστερήσεις αναφορικά με την κίνηση και τη γλώσσα (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016; Κάκουρος & Μανιαδάκη 2012).

1.3 Κλινική Εικόνα

1.3.1 Κλινική Εικόνα Παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: Στα πρωτογενή ή πυρηνικά χαρακτηριστικά και στα δευτερογενή χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με το DSM-5, τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ είναι η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Η εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων, έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα να εμφανίζουν περιορισμένες ικανότητες για συγκέντρωση και διατήρηση της προσοχής, καθώς και δυσκολίες στην αναστολή των παρορμήσεων τους και στη ρύθμιση της συμπεριφοράς τους σύμφωνα με συγκεκριμένους κανόνες (Barkley, 1990).

Τα παραπάνω τρία χαρακτηριστικά είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση πλήθους συμπτωμάτων και αποτελούν τα πρωτογενή ή πυρηνικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Πέρα όμως από αυτά, υπάρχουν και τα δευτερογενή χαρακτηριστικά τα οποία επίσης προκαλούν αρκετές δυσκολίες στην καθημερινότητα του ατόμου. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του παιδιού με το κοινωνικό περιβάλλον αλλά και των βιωμάτων του. Τα δευτερογενή χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων, την αντικοινωνική συμπεριφορά και τη δημιουργία αισθήματος χαμηλής αυτοεκτίμησης (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Αξίζει να αναφερθεί ότι, παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία του παιδιού και οι αντιδράσεις των γονέων και του οικογενειακού περιβάλλοντος γενικότερα, απέναντι στη συμπεριφορά του παιδιού, επηρεάζουν όχι μόνο την εκδήλωση αλλά και την συχνότητα εμφάνισης των προαναφερθέντων συμπτωμάτων και κατ' επέκταση και την κλινική εικόνα που παρουσιάζει το κάθε παιδί με την συγκεκριμένη διαταραχή. Είναι λοιπόν γενικά αποδεκτό, ότι η κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από ετερογένεια (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Συμπερασματικά, η κλινική εικόνα διαφέρει από παιδί σε παιδί, καθορίζεται από την επίδραση των εκάστοτε παραγόντων και είναι πιθανό να διαφοροποιηθεί ακόμη περισσότερο ανάλογα με τον βαθμό βαρύτητας των συμπτωμάτων απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006; Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Με βάση τα πυρηνικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, η κλινική εικόνα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι η ακόλουθη:

Όσον αφορά τα συμπτώματα απροσεξίας:

Ο όρος ελλειμματική προσοχή αναφέρεται στις δυσκολίες που προκαλούνται εξαιτίας της μικρής έκτασης της προσοχής και της αδυναμίας της συγκέντρωσης (Barkley, 1990). Το γεγονός αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα, την γρήγορη εναλλαγή δραστηριοτήτων από την πλευρά των παιδιών χωρίς ωστόσο να ολοκληρώνουν πρώτα κάποια δραστηριότητα και μετά να συνεχίζουν στην επόμενη, με συνέπεια να μένουν όλες ανολοκλήρωτες. Τα παιδιά

με ΔΕΠ-Υ συχνά φαίνεται σαν να μην ακούνε ή να είναι αφηρημένα. Επιπρόσθετα, δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν οδηγίες εξαιτίας γνωστικών ελλειμμάτων. Γενικότερα, η προσοχή τους διασπάται τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα όσο και από εσωτερικές (άσχετες και ακανόνιστες) σκέψεις. Παρόλα αυτά, έχει εξακριβωθεί ότι τα παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή μπορούν να έχουν αρκετά ικανοποιητική συγκέντρωση με την προϋπόθεση ύπαρξης ισχυρού κινήτρου για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας, ή αν κάποια δραστηριότητα τους προκαλεί έντονο ενδιαφέρον ή αν αναμένουν μία ελκυστική ανταμοιβή μετά την ολοκλήρωση της δραστηριότητας. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012)

Όσον αφορά τα συμπτώματα υπερκινητικότητας:

Η υπερκινητικότητα εκδηλώνεται ως μία υπερβολική κινητική ανησυχία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, το παιδί με ΔΕΠ-Υ να μην μπορεί να καθίσει στη θέση του για μεγάλο χρονικό διάστημα, να κινεί τα χέρια και τα πόδια του ή να στριφογυρίζει γύρω από την καρέκλα του. Επιπλέον είναι πιθανό να βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση και να φαίνεται σαν να μην κουράζεται σχεδόν ποτέ. Ένα ακόμη σύμπτωμα αυτής της κατηγορίας είναι η φλυαρία. Τα παιδιά με τέτοιου είδους διαταραχή μιλάνε ακατάπαυστα και συχνά δυνατά καθώς δυσκολεύονται να ελέγξουν την ένταση της φωνής τους. Γενικά, χαρακτηρίζονται από κινητική αδεξιότητα, κάτι το οποίο τα καθιστά επιρρεπή σε ατυχήματα και τραυματισμούς. Η υπερκινητική συμπεριφορά γίνεται εμφανώς αντιληπτή σε συνθήκες που απαιτείται έλεγχος της συμπεριφοράς και σχετική ηρεμία (π.χ. στο σχολείο). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας γίνονται εμφανή από την βρεφική ηλικία. Ωστόσο με το πέρασμα του χρόνου μεταβάλλονται αρκετά με αποτέλεσμα η κλινική εικόνα ενός παιδιού μικρότερης ηλικίας και ενός εφήβου με ΔΕΠ-Υ να διαφέρει καθώς τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας μειώνονται σε μεγάλο βαθμό κατά την εφηβική ηλικία και μετατρέπονται σε εσωτερική ανησυχία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Όσον αφορά τα συμπτώματα της παρορμητικότητας:

Η παρορμητικότητα αποτελεί τη δράση κατά την οποία δε λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες των πράξεων και αναφέρεται στην αδυναμία αναστολής της συμπεριφοράς ανάλογα με την κοινωνική κατάσταση (Barkley, 1990). Το παιδί μιλάει και ενεργεί αυθόρμητα χωρίς πρώτα να σκεφτεί τι θα πει και τι συνέπειες θα έχει αυτό που θα πει. Διακατέχεται από αποστροφή σε κάθε είδους αναμονή και επιδιώκει την άμεση ικανοποίηση των αναγκών του. Το παιδί δυσκολεύεται ιδιαίτερα να ακολουθήσει κανόνες και να περιμένει τη σειρά του. Αυτό το γεγονός οδηγεί το παιδί στις εξής συμπεριφορές: διακόπτει τους άλλους και παίρνει τον λόγο χωρίς να του έχει δοθεί, απαντάει σε ερωτήσεις οι οποίες δεν έχουν ολοκληρωθεί και πετάγεται μέσα στην τάξη.

Παράλληλα, είναι πιθανό κατά τη διάρκεια ενός παιχνιδιού, όσο περιμένει τη σειρά του να είναι ιδιαίτερα ανήσυχο, νευρικό και ανυπόμονο με αποτέλεσμα συχνά να παίρνει τη σειρά των άλλων παιδιών. Συχνά δε λαμβάνει υπόψη τα συναισθήματα των άλλων και δίνει την εντύπωση του ανεύθυνου και του ανώριμου. Τόσο η παρορμητική συμπεριφορά όσο και η άγνοια κινδύνου που προκαλείται, τα καθιστούν επιρρεπή σε ατυχήματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012; Παπαγεωργίου, 2005).

1.3.2 Κλινική Εικόνα Ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ

Η κλινική εικόνα των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ διαφέρει σε κάποια σημεία από αυτή των παιδιών. Αξίζει να αναφερθεί ότι, περίπου το 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν βελτίωση καθώς μεγαλώνουν (Barkley, 1990). Ωστόσο τα βασικά συμπτώματα της απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας συνεχίζουν να εκδηλώνονται αλλά πιθανά με λιγότερο σαφή τρόπο. Επιπρόσθετα, η κλινική εικόνα των ενηλίκων ατόμων είναι περισσότερο περίπλοκη διότι αρκετά συχνά υπάρχει συννοσηρότητα και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές στις οποίες θα αναφερθούμε σε επόμενη ενότητα 1.6.

Ενώ στα παιδιά τα πυρηνικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ είναι σχετικά εμφανή, στους ενήλικες η εκδήλωση συμπτωμάτων απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας δεν είναι πάντα ξεκάθαρη. Για παράδειγμα, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να τρέχει, να δυσκολεύεται να παρακολουθήσει το μάθημα στην τάξη και να παίζει ήσυχα. Αντίθετα, σε

έναν ενήλικα με ΔΕΠ-Υ τα συμπτώματα μετατρέπονται σε ένα εσωτερικό αίσθημα ανησυχίας, δυσκολεύονται να ηρεμήσουν και μιλούν ακατάπαυστα (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, Παπαδημητρίου, 2012). Είναι πιθανό να εμφανιστούν δυσκολίες όπως εκρήξεις θυμού, ανυπομονησία, ισχυρογνωμοσύνη και έντονη απαιτητικότητα καθώς και άλλες δυσκολίες οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικότερα παρακάτω (Barkley, 1990).

Όσον αφορά τα συμπτώματα απροσεξίας:

Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, διασπώνται εύκολα και αποσυγκεντρώνονται με αποτέλεσμα να είναι συχνά αφηρημένοι. Επιπλέον, δυσκολεύονται να κρατήσουν τις σκέψεις τους άλλα και τα πράγματα γύρω τους σε τάξη και αποδιοργανώνονται. Συχνά καθυστερούν στα ραντεβού, βαριούνται και πλήττουν εύκολα, βιώνουν αισθήματα άγχους και δυσκολεύονται στη λήψη αποφάσεων. Τα παραπάνω, οδηγούν σε αδυναμία ολοκλήρωσης ακαδημαϊκών εργασιών με συνέπεια και όχι τόσο καλές ακαδημαϊκές επιδόσεις αναφορικά με το διάβασμα και τις εργασίες (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, Παπαδημητρίου, 2012).

Όσον αφορά τα συμπτώματα υπερκινητικότητας:

Η παρορμητικότητα και τα συμπτώματα αυτής μειώνονται και μετατρέπονται σταδιακά σε εσωτερική ανησυχία ήδη από την ηλικία της εφηβείας όπως ήδη προαναφέρθηκε. Ωστόσο στους ενήλικες, οι νευρικές κινήσεις και η δυσκολία παραμονής στη θέση τους για παρατεταμένο χρονικό διάστημα ακόμα και όταν αυτό είναι απαραίτητο (π.χ. στο σινεμά), συνεχίζουν να επιμένουν (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, Παπαδημητρίου, 2012).

Όσον αφορά τα συμπτώματα παρορμητικότητας:

Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ διακατέχονται από ανυπομονησία και πράττουν συνήθως βασιζόμενοι στο συναίσθημα και όχι στη λογική. Επίσης έχουν την τάση να αλλάζουν συχνά εργασίες, καθώς απολύονται, αλλά και ερωτικούς συντρόφους. Συχνά διακόπτουν τους άλλους και δεν τους ακούν (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, Παπαδημητρίου, 2012).

Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, βιώνουν και συναισθηματικές μεταπτώσεις καθώς και εκρήξεις θυμού. Μετά την ηλικία των 30 δυσκολεύονται να διατηρήσουν μία σταθερή επαγγελματική και συναισθηματική πορεία. Αδυνατούν να παραμείνουν σε μία εργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν διατηρούν μακροχρόνιες σχέσεις. Οι νεαροί ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, είναι συχνά διασπαρμένοι, παρορμητικοί και έχουν την ανάγκη για ένταση, χαρακτηριστικά τα οποία τους καθιστούν επιρρεπείς σε τροχαία ατυχήματα αλλά και φιλονικίες. Όλα τα παραπάνω επιφέρουν σοβαρές συνέπειες στην εξέλιξη της ζωής τους καθώς, πολλά άτομα αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, βιώνουν την κοινωνική απομόνωση και αισθήματα αποτυχίας και ντροπής. Τέλος, η κατάσταση επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο, εξαιτίας της συννόσησης με άλλες ψυχικές διαταραχές (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, Παπαδημητρίου, 2012).

1.4 Αίτια και Παθογένεια

Παλαιότερα, οι ερευνητές θεωρούσαν ότι η εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ θα μπορούσε να αποδοθεί σε ένα μόνο αίτιο. Ωστόσο, μετά από έναν μεγάλο αριθμό ερευνών, έχει γίνει γενικά αποδεκτό ότι η παθογένεια της ΔΕΠ-Υ δεν οφείλεται μόνο σε μία βασική αιτία αλλά σχετίζεται με πλήθος αιτιολογικών παραγόντων με βασικότερους τους γενετικούς, νευρολογικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Castellanos & Tannock, 2002; Durston, de Zeeuw & Staal, 2009; Nigg et al., 2005; Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, Παπαδημητρίου, 2012).

Ο Alexander Crichton το 1798 και ο George Still το 1902, υποστήριξαν την άποψη ότι η διαταραχή οφείλεται στην επίδραση κληρονομικών παραγόντων ή παραγόντων που επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Η νευροβιολογική βάση της ΔΕΠ-Υ

υποστηρίζεται και από άλλες ενδείξεις όπως είναι η πρόωμη εμφάνιση των συμπτωμάτων της, η επιμονή των συμπτωμάτων αυτών σε βάθος χρόνου, αλλά και η συχνή συνύπαρξη της με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές που έχουν επίσης νευροβιολογική βάση, όπως η ειδική γλωσσική διαταραχή.

Οι έρευνες στον τομέα της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ έχουν παρουσιάσει θεαματική ανάπτυξη και μέσα από αυτές έχει πλέον διαπιστωθεί και επιβεβαιωθεί ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή της οποίας η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική και έχει γενετικό υπόβαθρο. Η εμφάνισή της είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης της γενετικής προδιάθεσης του ατόμου και ενός αριθμού περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία πολλών περιοχών του εγκεφάλου.

Με βάση τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για μία διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από ετερογένεια όσον αφορά την αιτιολογία της διότι πέρα από το ότι δεν υπάρχει μια βασική αιτία για την εκδήλωση της, κάθε παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται επίσης από ετερογένεια (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016; Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, Παπαδημητρίου, 2012; Μπιτσάκου, 2012; Sonuga-Barke, Wiersema, van der Meere & Roeyers, 2010).

Τελειώνοντας, παράγοντες όπως η εγκεφαλίτιδα, τραύματα του εγκεφάλου, τοξικές ουσίες, αλκοόλ, κάπνισμα και μόλυβδος συμβάλουν στην εκδήλωση της διαταραχής σε ποσοστό 20 – 30% των περιπτώσεων (Βλασσοπούλου, Γιαννετοπούλου, Διαμάντη, Κιρπότην, Λεβαντή, Λευθήρη & Σακελλαρίου, 2015).

Γενετικοί Παράγοντες

Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν τον συσχετισμό, και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό, της ΔΕΠ-Υ με κληρονομικούς παράγοντες. Οι μελέτες των γενετικών παραγόντων ξεκίνησαν από την διαπίστωση ότι οι γονείς και οι συγγενείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνότερα χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας (διαταραχή διαγωγής, διαταραχές κατάθλιψης

και διαταραχές χρήσης ουσιών), συγκριτικά με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Thapar, O' Donovan & Owen, 2005).

Σε παλαιότερες μελέτες σε οικογένειες παρατηρήθηκε ότι οι στενοί συγγενείς παιδιών με την συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζουν επίσης ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 10- 35% (Biederman, Faraone, Keenan, Knee & Tsuang, 1990; Pauls, 1991). Νεότερες μελέτες ωστόσο, επιβεβαιώνουν ότι εάν ένας γονέας έχει εμφανίσει ΔΕΠ-Υ, η πιθανότητα εμφάνισης της ίδιας διαταραχής στο παιδί κυμαίνεται από 40% έως 60% (Biederman, Faraone et al., 1995; Coghill & Banaschewski, 2009).

Έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί και σε δίδυμα παιδιά, μέσα από τις οποίες διαπιστώθηκε ότι η πιθανότητα εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής είναι μεγαλύτερη στα μονοζυγωτικά δίδυμα τα οποία μοιράζονται ακριβώς τα ίδια γονίδια, από ότι στα διζυγωτικά δίδυμα όπου η πιθανότητα είναι μικρότερη καθώς μοιράζονται το 50% των γονιδίων τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Επιπρόσθετα, μέσα από 20 μελέτες διδύμων ο Faraone και οι συνεργάτες του (2005), διαπίστωσαν ότι ο μέσος όρος της προβλεπόμενης κληρονομικότητας ανέρχεται στο 76% τοποθετώντας τη ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στις διαταραχές που κληρονομούνται με τη μεγαλύτερη συχνότητα.

Μελέτες πραγματοποιήθηκαν επίσης και σε υιοθετημένα παιδιά και στις οικογένειες τους. Σε αυτές τις μελέτες, συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ μεταξύ των παιδιών, των βιολογικών και θετών γονέων. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι οι βιολογικοί γονείς παρουσιάζουν περισσότερες ομοιότητες με τα παιδιά, όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, από ότι οι θετοί γονείς, κάτι το οποίο επίσης επιβεβαιώνει την συσχέτιση της ΔΕΠ-Υ με κληρονομικούς παράγοντες (Thapar, Cooper et al., 2013).

Τα τελευταία δέκα χρόνια, πλήθος ερευνών βρίσκονται εν εξελίξει με στόχο την αναζήτηση γονιδίων που αποτελούν πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση της διαταραχής. Γνωρίζουμε ότι ένας μεγάλος αριθμός γονιδίων σχετίζεται με την εμφάνιση της διαταραχής. Ωστόσο, τα γονίδια που έχουν ανακαλυφθεί έχουν μέτρια επίδραση και κανένα από αυτά δε διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Με βάση τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα λοιπόν, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠ-Υ ως προς το γενετικό επίπεδο χαρακτηρίζεται από ετερογένεια καθώς δεν υπάρχει ένα μόνο γονίδιο που να ευθύνεται για την εκδήλωση της, αλλά υπάρχουν πολλά γονίδια που επηρεάζουν την εκδήλωση της σε μικρό ή μέτριο βαθμό. Η περαιτέρω διερεύνηση των

γονιδίων που σχετίζονται με την συγκεκριμένη διαταραχή είναι πολύ σημαντική, τόσο για την κατανόηση της αιτιοπαθογένεσης της ΔΕΠ-Υ όσο και για τη φαρμακευτική της αντιμετώπιση (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Νευρολογικοί Παράγοντες

Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ έχουν νευρολογική βάση. Τα συμπεράσματα αυτά, είναι κοινώς αποδεκτά, καθώς έχει συγκεντρωθεί μεγάλος αριθμός αποδείξεων για την τεκμηρίωση τους. Πιο συγκεκριμένα, για τη μελέτη της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου χρησιμοποιούνται τεχνικές νευροαπεικόνισης όπως η μαγνητική τομογραφία υψηλής ανάλυσης (MRI) και η ποζιτρονική τομογραφία ή αλλιώς η μέθοδος PET κ.α.

Με τη βοήθεια της μαγνητικής τομογραφίας πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και του γενικού πληθυσμού σχετικά με τη δομή και το μέγεθος του εγκεφάλου. Οι μελέτες έδειξαν ότι στα άτομα με ΔΕΠ-Υ ο συνολικός όγκος του εγκεφάλου ήταν μικρότερος κατά 3- 8% τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες με τη συγκεκριμένη διαταραχή συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό (Carmona et al., 2005· Castellanos et al., 2002). Παράλληλα, παρατηρήθηκε ότι και ο όγκος μερικών περιοχών των κροταφικών λοβών στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι μικρότερος σε σύγκριση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Castellanos et al., 1996; Filipek, 1999; Hynd et al., 1990; Semrud-Clikeman et al., 1994). Ο κροταφικός λοβός σχετίζεται με την οπτική και την ακουστική διάκριση. Μορφολογικές αλλοιώσεις παρατηρήθηκαν επίσης και σε περιοχές της παρεγκεφαλίδας, των βασικών γαγγλίων, των βρεγματικών λοβών και του μεσολόβιου (Kaplan & Stevens, 2002; Valera, Faraone, Murray & Seidman, 2007).

Άλλες μελέτες χρησιμοποίησαν τη μέθοδο PET για την παρατήρηση των επιπέδων εγκεφαλικής αιματικής ροής σε τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά και σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στο δεξί ημισφαίριο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ η εγκεφαλική αιματική ροή ήταν μειωμένη (Barkley, Dulcan, et al., 2002).

Σε νευροφυσιολογικές μελέτες, στις μετρήσεις της ηλεκτροεγκεφαλικής δραστηριότητας έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένη δραστηριότητα βραδένων κυμάτων (theta) γεγονός το οποίο συνδέεται με μειωμένη δραστηριότητα του εγκεφάλου και πολύ μικρότερη δραστηριότητα των γρήγορων κυμάτων (beta). Η διαφορά αυτή στην εγκεφαλική δραστηριότητα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ παραμένει σταθερή κατά την ανάπτυξη των ατόμων και συνδέεται με την υποδιέγερση του εγκεφαλικού φλοιού (Synder & Hall, 2006; Monastra, 2008).

Επιπλέον, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ φάνηκε να ανταποκρίνονται σε φαρμακευτικές ουσίες που επιδρούν σε εγκεφαλικά νευροχημικά συστήματα και αυτό δημιούργησε την ανάγκη για διερεύνηση του νευροχημικού υπόβαθρου της διαταραχής (Συρίγου & Παπαβασιλείου, 2012). Μέσα από μελέτες λοιπόν, έγινε ευρέως γνωστό ότι το βασικό σύστημα των νευροδιαβιβαστών που εμπλέκεται στην αιτιοπαθογένεση της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας είναι το κατεχολαμινεργικό σύστημα το οποίο αποτελείται από το νοραδρενεργικό και το ντοπαμινεργικό σύστημα. Δυσλειτουργία στο ντοπαμινεργικό σύστημα στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, έχει σαν αποτέλεσμα, ελλείμματα στον τομέα των κινήτρων, της επεξεργασίας, της επιβράβευσης και της ενίσχυσης ενώ η γενική απορρύθμιση του νοραδρενεργικού συστήματος συνδέεται με τη λειτουργία της προσοχής (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Οι ερευνητές έχουν ασχοληθεί και με τον ρόλο που διαδραματίζει το σεροτονινεργικό σύστημα, το οποίο σχετίζεται με τη ρύθμιση των συναισθημάτων. Διακυμάνσεις στο σεροτονινεργικό σύστημα συνδέονται με το σύμπτωμα «αποστροφή αναμονής» χαρακτηριστικό το οποίο εκδηλώνουν πολλά άτομα με ΔΕΠ-Υ. Ολοκληρώνοντας, έχει διαπιστωθεί επίσης ότι το ντοπαμινεργικό σύστημα αλλά και το σεροτονινεργικό σύστημα αλληλοεπιδρούν με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που εκδηλώνουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αξίζει να αναφερθεί ότι η εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ δεν μπορεί να εξηγηθεί επαρκώς από την δυσλειτουργία ενός μόνο νευροδιαβιβαστικού συστήματος (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι προγεννητικοί, περιγεννητικοί και μεταγεννητικοί. Οι προγεννητικοί παράγοντες, αναφέρονται στους παράγοντες εκείνους που μπορεί να επηρεάσουν την εκδήλωση της διαταραχής κατά τη διάρκεια της κύησης. Οι περιγεννητικοί παράγοντες αναφέρονται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να συσχετιστούν με την εμφάνιση της διαταραχής κατά τη διάρκεια της γέννησης και τέλος, οι μεταγεννητικοί παράγοντες αναφέρονται στους παράγοντες εκείνους που σχετίζονται με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ μετά τη γέννηση.

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης αποτελεί έναν προγεννητικό περιβαλλοντικό παράγοντα ο οποίος σχετίζεται με την πιθανή εκδήλωση ΔΕΠ-Υ στο παιδί. Μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η εκδήλωση ΔΕΠ-Υ σε ένα παιδί που η μητέρα του κάπνιζε κατά τη διάρκεια της κύησης αυξάνεται όσο αυξάνεται και η συχνότητα του καπνίσματος από τη μητέρα, διότι η νικοτίνη επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στο έμβρυο (Langley et al., 2005). Ο Linnnet και οι συνεργάτες του (2003) πραγματοποίησαν μελέτη μέσα από την οποία διεξήχθη το συμπέρασμα ότι οι μητέρες που κάπνιζαν κατά την κύηση είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν παιδί με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τις μητέρες που δεν κάπνιζαν. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι τελικά το κάπνισμα της μητέρας δεν επηρεάζει την πιθανότητα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ στο παιδί σε τόσο μεγάλο βαθμό, όπως πιστεύαμε πρωτύτερα, και μάλιστα σχετίζεται περισσότερο με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς απ' ό,τι με την εκδήλωση διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας. Οδηγούμαστε λοιπόν στο εξής συμπέρασμα: παρόλο που το κάπνισμα κατά την περίοδο της κύησης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ΔΕΠ-Υ, η επίδρασή του είναι περιορισμένη και μπορεί σχετικά εύκολα να ελεγχθεί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Άλλοι προγεννητικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση ΔΕΠ-Υ αποτελούν η κατανάλωση αλκοόλ κατά την κύηση από τη μητέρα και ναρκωτικών ουσιών αλλά και το υπερβολικό άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Linnnet et al., 2003; Glover, 2011). Στους περιγεννητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, περιλαμβάνονται το χαμηλό βάρος του εμβρύου κατά τη γέννηση (< 2,5 κιλά) και η προωρότητα της γέννησης οι οποίοι έχουν συσχετιστεί με τον υπερκινητικό τύπο της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο ούτε τα παραπάνω αποτελούν αρκετά αποδεκτά αίτια για την εκδήλωση της διαταραχής (Bhutta, Cleves, Casey, Cradock & Anand, 2002; Nigg, 2013).

Η διατροφή, αποτελεί έναν μεταγεννητικό περιβαλλοντικό παράγοντα που πιθανόν σχετίζεται με την εκδήλωση της διαταραχής και έχει ερευνηθεί αρκετά ήδη από το παρελθόν. Αρχικά, ο Feingold (1975) υποστήριξε την άποψη ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ήταν αποτέλεσμα αλλεργικής ή τοξικής αντίδρασης ορισμένων παιδιών στις τεχνητές χρωστικές ουσίες αλλά και στα συντηρητικά που περιέχουν τα τρόφιμα. Υποστήριξε μάλιστα ότι τα συγκεκριμένα συστατικά δεν επηρέαζαν μόνο την συμπεριφορά αλλά ήταν υπεύθυνα και για πλήθος μαθησιακών δυσκολιών και διαταραχών προσοχής. Την ίδια εποχή, ο Smith (1975) ενοχοποίησε την κατανάλωση ζάχαρης για την εμφάνιση συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ. Οι συγκεκριμένες απόψεις όμως δεν έχουν τεκμηριωθεί ακόμη σε επαρκή βαθμό.

Τέλος, πρόσφατες μελέτες προσεγγίζουν το θέμα της διατροφής από την πλευρά της ενδεχόμενης έλλειψης ορισμένων διατροφικών στοιχείων όπως το μαγνήσιο, το κάλιο, ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος και τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (Nigg, Lewis, Edinger & Falk, 2012). Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι δεν έχει βρεθεί ακόμη άμεση αιτιολογική επίδραση της έλλειψης οποιουδήποτε από τα προαναφερθέντα συστατικά (Nigg, 2013).

Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Ένας παράγοντας επικυδυνότητας για την εμφάνιση ΔΕΠ-Υ τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και μετά από τη γέννηση του εμβρύου αποτελεί η ψυχοπαθολογία της μητέρας. Συγκεκριμένα, το άγχος της μητέρας όπως έχει ήδη προαναφερθεί, τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ που πιθανά εκδηλώνει η μητέρα ή/και ο πατέρας, αλλά και η κατάθλιψη αναφέρονται ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Έχει διαπιστωθεί ότι τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των γονέων αλλά και η κατάθλιψη συνδέονται άμεσα με την εκδήλωση της διαταραχής στο παιδί μέσω των γονιδιακών επιδράσεων και της κληρονομικότητας, αλλά και έμμεσα μέσα από την υιοθέτηση από την πλευρά του παιδιού των «προβληματικών» προτύπων συμπεριφοράς των γονιών. Για παράδειγμα, αν ένας γονέας δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε μία δραστηριότητα ή να οργανώσει τον χρόνο του, τότε το παιδί υιοθετεί αυτές τις συμπεριφορές και λειτουργεί με παρόμοιο και αποδιοργανωμένο τρόπο (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Επιπρόσθετος παράγοντας επικινδυνότητας για την εκδήλωση ΔΕΠ-Υ αποτελεί ο τρόπος διαπαιδαγώγησης του παιδιού ο οποίος είναι αποτέλεσμα της πιθανής ψυχοπαθολογίας των γονέων. Η σχέση ανάμεσα στους γονείς και το παιδί είναι αμφίδρομη. Πιο επεξηγηματικά, η δύσκολη συμπεριφορά ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει την συμπεριφορά των γονέων αλλά και η αρνητική συμπεριφορά των γονέων επηρεάζει το παιδί με ΔΕΠ-Υ. Επίσης παρατηρείται συχνά, ότι εάν μία μητέρα παρουσιάζει αρνητική συμπεριφορά απέναντι στο παιδί με τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι πιθανό να αποτελεί κατά κάποιον τρόπο απάντηση στη δύσκολη συμπεριφορά που παρουσιάζει το παιδί λόγω της διαταραχής. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το πιθανότερο σενάριο είναι ότι η συμπεριφορά των γονέων απορρέει σαν αποτέλεσμα της δύσκολης συμπεριφοράς του παιδιού και δεν αποτελεί βασική αιτία για την εκδήλωσή της (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

1.5 Επιδημιολογία

Με τον όρο επιδημιολογία, εννοούμε την αντικειμενική μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης μίας διαταραχής στον πληθυσμό παγκοσμίως. Στη συγκέντρωση δεδομένων για την επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ παρουσιάστηκαν δυσκολίες καθώς όχι μόνο ο ορισμός αλλά και τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής έχουν υποστεί πολλές αλλαγές με το πέρασμα του χρόνου. Έτσι τα αποτελέσματα ερευνών που είχαν σαν στόχο την συγκέντρωση επιδημιολογικών στοιχείων και πραγματοποιήθηκαν με διαφορετική μεθοδολογία ή με βάση διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια δεν μπορούν να συγκριθούν (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Παλαιότερες εκτιμήσεις σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής υποστήριζαν ότι το ποσοστό κυμαινόταν μεταξύ 1%- 20% (DuPaul, 1991; Ross & Ross, 1982).

Με βάση πιο σύγχρονα δεδομένα, η πλειοψηφία των ειδικών υπολογίζει ότι το ποσοστό συχνότητας εκδήλωσης της διαταραχής στον παιδικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 3%- 7% (American Psychiatric Association, 2000). Σύμφωνα με το DSM-5 το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής στον παιδικό πληθυσμό προσεγγίζει το 5% (American Psychological Association, 2013). Αυτό ερμηνεύεται ως εξής: Αν σε μία τάξη υπάρχουν 25-30 μαθητές,

τότε ένας τουλάχιστον μαθητής θα εμφανίζει ΔΕΠ-Υ (Βλασσοπούλου, Γιαννετοπούλου, Διαμάντη, Κιρπότην, Λεβαντή, Λευθήρη & Σακελλαρίου, 2015). Στην Ελλάδα, το ποσοστό εκδήλωσης της διαταραχής βρίσκεται μεταξύ 5% και 11%. Σε έρευνα των Κάκουρου και Μανιαδάκη (2002) σε επαρχιακή πόλη της Πελοποννήσου, ζητήθηκε από εκπαιδευτικούς να αξιολογήσουν την συμπεριφορά σε ένα δείγμα 290 μαθητών δευτέρας δημοτικού με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-4 για την συγκεκριμένη διαταραχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στον συγκεκριμένο πληθυσμό το ποσοστό πιθανότητας ύπαρξης της διαταραχής ήταν 10%.

Σε επιδημιολογική έρευνα που σημειώθηκε στην Ελλάδα από τους Palili και συνεργάτες (2010), εξετάστηκε η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ σε ένα δείγμα 2.695 παιδιών τα οποία οι ερευνητές παρατηρούσαν από την γέννηση μέχρι την ενηλικίωσή τους. Τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν από την συγκεκριμένη έρευνα είναι τα παρακάτω:

- Στα παιδιά ηλικίας 7 ετών, η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων υπερκινητικότητας έφτανε στο 7% και συγκεκριμένα 10% στα αγόρια και 3,5% στα κορίτσια.
- Η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων απροσεξίας στην ίδια ηλικία έφτανε στο 9,5% και συγκεκριμένα 12% στα αγόρια και 7% στα κορίτσια.
- Η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων παρορμητικότητας στην ίδια ηλικία έφτανε στο 7% και συγκεκριμένα 10,5 στα αγόρια και 3,5 στα κορίτσια.
- Στην ηλικία των 18 ετών, τα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας παρουσίασαν μείωση. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό υπερκινητικότητας προσέγγιζε το 3%, ενώ το ποσοστό παρορμητικότητας μόλις άγγιζε το 0,3%. Ωστόσο τα συμπτώματα της απροσεξίας συνέχισαν να υπάρχουν σε σημαντικό ποσοστό το οποίο έφτανε στο 7,3% των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν και σε άλλες χώρες με δείγματα εφήβων, επίσης διαπιστώθηκε η σημαντική μείωση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας και η διατήρηση του ποσοστού συχνότητας εμφάνισης των συμπτωμάτων της απροσεξίας σε αυτήν την ηλικία (Barkley, Fisher, et al., 1990; Biederman, Mick & Faraone, 2000). Σχετικά με τη συχνότητα εκδήλωσης της διαταραχής στους ενήλικες, σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το ποσοστό ανέρχεται στο 2,5% (APA, 2013). Ενώ σε επιδημιολογική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και στην οποία

συμμετείχαν 10 χώρες και συνολικό δείγμα 11.422 άτομα, το ποσοστό προσέγγιζε το 3,4%. (Kessler et al., 2006).

Στην έρευνα του Palili και των συνεργατών του (2010) παρατηρούμε σημαντική διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, με τα αγόρια να εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά. Ο George Still, ήταν ο πρώτος που επισήμανε τη διαφορά που υπήρχε αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα δύο φύλα, η οποία είχε παρατηρηθεί σε πλήθος ερευνών. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά διαπιστώθηκε ότι 9% των αγοριών και 3% των κοριτσιών παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή (Szatmari, Offord, & Boyle, 1989).

Με βάση τα παραπάνω ποσοστά, η αναλογία εμφάνισης της διαταραχής προσδιορίζεται κατά μέσο όρο στο 3,1:1 σε βάρος των αγοριών μέσα από τις επιδημιολογικές μελέτες (Ross & Ross, 1982; Szatmari, Offord, & Boyle, 1989). Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, υπολογίζει ότι η παραπάνω αναλογία είναι περίπου 2:1 στα παιδιά και 1,6:1 στους ενήλικες (APA, 2013; Kessler et al., 2006). Ωστόσο, όταν χρησιμοποιούνται κλινικά δείγματα, η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι έξι φορές μεγαλύτερη στα αγόρια. Σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ σε παιδιά ηλικίας 5-18 ετών τα οποία είχαν διαγνωσθεί με ΔΕΠ-Υ, το 74,2% ήταν αγόρια και το 25,8% ήταν κορίτσια (Robinson, Sclar, Skaer, & Gallin, 2004).

Το γεγονός ότι η αναλογία των αγοριών με ΔΕΠ-Υ είναι σημαντικά μεγαλύτερα από αυτή των κοριτσιών με βάση το δείγμα των παιδιών που παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πιθανά να οφείλεται στη φύση των συνοδών προβλημάτων της διαταραχής και στα δύο φύλα. Στα αγόρια εμφανίζονται συχνότερα προβλήματα που σχετίζονται με τη διασπαστική συμπεριφορά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γονείς και οι παιδαγωγοί να ανησυχούν περισσότερο για αυτά, καθώς η διασπαστική συμπεριφορά προκαλεί έντονο προβληματισμό και έτσι να απευθύνονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (Biederman, Faraone, et al., 1999; Gaub & Carlson, 1997; Kakouros, Maniadaki, & Papaeliou, 2004; Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2004; Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008; Βλασσοπούλου, Γιαννετοπούλου, Διαμάντη, Κιρπότην, Λεβαντή, Λευθήρη & Σακελλαρίου, 2015).

1.6 Συννοσηρότητα

Η ΔΕΠ-Υ σπάνια εμφανίζεται ως μεμονωμένη διαταραχή. Αντιθέτως, η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από υψηλό ποσοστό συννόσησης. Κατά την παιδική ηλικία, 65% των παιδιών διαγιγνώσκονται με μία ή και περισσότερες συνυπάρχουσες ψυχικές ή/και αναπτυξιακές διαταραχές οι οποίες καθιστούν περισσότερο περίπλοκη τόσο την εξελικτική πορεία όσο και την θεραπεία της ΔΕΠ-Υ. Στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, η συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές αποτελεί κανόνα και κατά μέσο όρο εμφανίζουν τρεις συννοσηρές καταστάσεις (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου & Παπαδημητρίου, 2012).

Γενικά, έχει διαπιστωθεί ότι η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με άλλες διαταραχές σε ποσοστό 60–100% ανάλογα βέβαια και με το δείγμα στο οποίο αναφέρονται κάθε φορά τα ερευνητικά δεδομένα (Biederman, Faraone, Keenan, Steingard & Tsuang, 1991; Ishii, Takahashi, Kawamura & Ohta, 2003; Kadesjo, 2000; Spencer, 2006; Spencer et al., 1999).

Οι συχνότερες συνυπάρχουσες διαταραχές είναι οι παρακάτω (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016):

- Ειδικές Μαθησιακές Διαταραχές (Δυσλεξία, Δυσαριθμησία, Δυσορθογραφία).
- Ειδικές Αναπτυξιακές Δυσκολίες (Λόγου και Συντονισμού των Κινήσεων).
- Διαταραχές Εναντιωματικής Συμπεριφοράς και Διαγωγής.
- Διαταραχές με συμπτώματα τικς (σύνδρομο Tourette κ.α.).
- Αγχώδεις διαταραχές.
- Συναισθηματικές διαταραχές (κατάθλιψη και διπολική διαταραχή).

1.7 Συνοδά Προβλήματα

Η ΔΕΠ-Υ στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων δεν χαρακτηρίζεται μόνο από τα πυρηνικά συμπτώματα της απροσεξίας, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα παιδιά αυτά συνήθως εμφανίζουν και τα λεγόμενα συνοδά συμπτώματα, τα οποία γίνονται πιο έντονα στην εφηβεία και στιγματίζουν την

κλινική εικόνα του ατόμου. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία και μπορεί να περιλαμβάνουν ελλειπείς κοινωνικές δεξιότητες, διαταραχές της συναισθηματικής ανάπτυξης και των γνωστικών λειτουργιών, πείσμα, αρνητισμό, έλλειψη πειθαρχίας, καθώς επίσης και μαθησιακές δυσκολίες (Polanczyk, Casella & Miguel, 2012).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τέτοιου είδους δυσκολίες δεν αντιμετωπίζονται εξίσου από όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όμως είναι πιθανό να τις εμφανίσουν συγκριτικά με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Έτσι, κρίνουμε απαραίτητο να γίνει αναφορά στις παραπάνω δυσκολίες, μολονότι η εμφάνισή τους δεν αποτελεί προϋπόθεση για διάγνωση της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Νοητική Ανάπτυξη

Σύμφωνα με σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δείκτη νοημοσύνης υπολειπόμενο κατά 7-15 μονάδες από το μέσο όρο των «φυσιολογικών» παιδιών της αντίστοιχης ηλικίας (Faraone et al., 1993; Fisher et al., 1990). Αναλυτικότερα, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να επηρεάσει τη νοητική ανάπτυξη του παιδιού με δύο τρόπους. Ο πρώτος επηρεάζει την απόκτηση των γνωστικών δεξιοτήτων, ενώ ο δεύτερος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ικανοποιητική και αποτελεσματική αξιοποίηση των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί (Barkley, 1995).

Όπως είναι γνωστό, οι σχετικά χαμηλότερες επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ,που έχουν παρατηρηθεί στις κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης, φαίνεται να παρουσιάζονται τόσο επειδή δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε ορισμένες υποδοκιμασίες των κλιμάκων αυτών, στις οποίες απαιτείται αυξημένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, όσο και λόγω των μαθησιακών δυσκολιών που συχνά εμφανίζουν αυτά τα παιδιά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σίγουρα λοιπόν, η νοημοσύνη αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της εξέλιξης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και της ικανότητας προσαρμογής τους. Κάποιες φορές το υψηλό νοητικό δυναμικό μπορεί να λειτουργήσει ως αντισταθμιστικός παράγοντας ανάμεσα στις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τις απαιτήσεις που έχει το περιβάλλον από αυτά, δεδομένου ότι η

υψηλή νοημοσύνη μπορεί να βοηθήσει το παιδί να επινοήσει τρόπους για αυτόνομο έλεγχο των δυσκολιών του (Faraone et al., 1991).

Κινητική Ανάπτυξη

Υποστηρίζεται συχνά, ότι ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών που εμφανίζει ΔΕΠ-Υ (περίπου 52%) αντιμετωπίζει δυσκολίες στη διαδικασία συντονισμού των κινήσεών του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Γι' αυτό το λόγο, τέτοια παιδιά εμφανίζουν αδυναμία στις ποικίλες αθλητικές δραστηριότητες, είναι άγαρμπα, ενώ πολλές φορές σκοντάφτουν στο περπάτημα. Με άλλα λόγια, είναι εκείνα τα παιδιά που θα έχουν τα πιο συχνά ατυχήματα τόσο στο χώρο του σχολείου όσο και στην καθημερινότητα τους, εξαιτίας των αργών αντιδράσεων στην αδρή κινητικότητα (Αποστολοπούλου, 2009; Shaywitz & Shaywitz, 1984).

Επιπρόσθετα, η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει και την λεπτή κινητικότητα των παιδιών, ειδικά σε τομείς που απαιτείται αυξημένος έλεγχος των κινητικών αντιδράσεων όπως ζωγραφική, γραφή ή και το δέσιμο των παπουτσιών και το κούμπωμα των ρούχων. Για παράδειγμα, τα παιδιά που δυσκολεύονται στο χειρισμό του μολυβιού εμφανίζουν μη προσεγμένη ποιότητα γραφής και σε καμία περίπτωση αναμενόμενη για την ηλικία τους (Barkley et al., 1996; Seidman et al., 1997).

Προσαρμοστικές ικανότητες

Ο επίσημος ορισμός της προσαρμοστικής συμπεριφοράς διατυπώθηκε πρώτος από τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοητικής Αναπηρίας (AAMR, 1961) και η έννοιά της είναι πολυδιάστατη. Κυρίως περιλαμβάνει μια σειρά από σημαντικές ικανότητες, όπως είναι η επικοινωνία, η φροντίδα του εαυτού, η κοινωνικότητα, η χρήση επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ο αυτοπροσδιορισμός, η υγεία και η ασφάλεια, οι λειτουργικές ακαδημαϊκές

δεξιότητες, οι δεξιότητες που αφορούν τη ζωή στο σπίτι, τον ελεύθερο χρόνο και τον χώρο εργασίας (AAMR, 1992).

Αρχικά, οφείλουμε να αναφέρουμε ότι με βάση κάποια ερευνητικά δεδομένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά (Greene et al., 1996; Roizen, 1994). Ακόμη, έχει παρουσιαστεί δυσκολία στην προσαρμογή τους σε σχέση με τους συμμαθητές τους όταν βρίσκονται σε ένα ενιαίο περιβάλλον (Αποστολοπούλου, 2009). Συγκεκριμένα, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική ζωή και των δύο φύλων. Έρευνα όμως δείχνει ότι τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονται πιο συχνά απ' τους συμμαθητές τους σε σχέση με τα αγόρια. Αυτό συμβαίνει διότι οι φίλιες των κοριτσιών απαιτούν πιο σύνθετη σκέψη και σταθερότητα. Για παράδειγμα, δύο αγόρια που συναντιούνται σε έναν παιδότοπο και σκάβουν μια τρύπα με τα φτυάρια τους γίνονται κατευθείαν φίλοι, ενώ η φίλια ανάμεσα στα κορίτσια απαιτεί προφορική επικοινωνία και δέσιμο, κάτι στο οποίο τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται (ADDitude Magazine).

Λόγος και Ομιλία

Είναι γεγονός ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν μια σχετική καθυστέρηση στην έναρξη του λόγου τους σε ποσοστό 6-35% (Hartsough & Lambert, 1985; Szatmari et al., 1989). Ακόμη, έχει αποδειχθεί πως αντιμετωπίζουν δυσκολία σε ποσοστό 10-54% στον προφορικό τους λόγο, ενώ όσον αφορά την κατανόηση του προφορικού λόγου αντιμετωπίζουν σχεδόν ισάριθμες δυσκολίες με τα υπόλοιπα παιδιά (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Szatmari et al., 1989). Αξίζει να σημειωθεί ότι με το πέρασμα του χρόνου και τη βοήθεια από ειδικούς μπορούμε να δούμε μια εμφανώς σημαντική βελτίωση στην ομιλία των παιδιών αυτών. Βέβαια, τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά με διαταραχή της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν λιγότερες δυσκολίες στην ομιλία απ' ό,τι τα μικρότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Grodzinsky & Diamont, 1992; Fisher et al., 1990). Παρόλα αυτά, ακόμα και στα μεγαλύτερα παιδιά εξακολουθεί να επιμένει μια δυσκολία στη ροή αλλά και στην ποιότητα της ομιλίας κυρίως σε περιπτώσεις που τους έχει ζητηθεί να οργανώσουν και να συντάξουν προηγουμένως τον λόγο τους (Αποστολοπούλου, 2009).

Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο ομιλητικά από τα τυπικά αναπτυσσόμενα όταν επικοινωνούν ελεύθερα. Σε περιπτώσεις που χρειάζεται να απαντήσουν συγκεκριμένα ερωτήματα ή να περιγράψουν κάτι, η ομιλία τους χειροτερεύει και ο λόγος χαρακτηρίζεται από έλλειψη οργάνωσης και μη ρέουσα ροή (π.χ. κάνουν παύσεις ή συμπληρώνουν στις προτάσεις ήχους και συλλαβές, όπως «εμ...», «α...»). Όσα αναφέρθηκαν αποτελούν ενδείξεις ότι τα προβλήματα των παιδιών αυτών δεν έχουν σχέση μόνο με την ομιλία, αλλά με «κενά» στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες που είναι σημαντικές για την οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Αξίζει να αναφέρουμε και την περίπτωση που τα προβλήματα ομιλίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχουν σχέση με δυσκολίες ακουστικής διάκρισης (δυσκολίες κατά τη διαδικασία πρόσληψης, ανάλυσης, οργάνωσης, μετατροπής, επεξεργασίας, ανάσυρσης και χρήσης των πληροφοριών που εμπεριέχονται στα ακουστικά σήματα) ή αποτελεσματικής επικέντρωσης της προσοχής σε ένα συγκεκριμένο ακουστικό ερέθισμα (APA, 1994). Συμπεραίνουμε ότι δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σχετίζονται άμεσα και με τις μαθησιακές δυσκολίες τις οποίες πολλές φορές αντιμετωπίζουν (Beitchman et al., 1996).

Μαθησιακές δυσκολίες

Το σχολείο αποτελεί έναν χώρο που καθρεφτίζει έντονα τον όγκο των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ο μεγαλύτερος αριθμός των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που ειδικότερα υποδεικνύονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παρουσιάζουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις συγκριτικά με το νοητικό τους επίπεδο. Συνήθως δίνουν την εντύπωση παιδιών που βρίσκονται σε «άλλον πλανήτη» και αυτό διότι προσέχουν οτιδήποτε άλλο εκτός από το μάθημα. Ας σημειωθεί το γεγονός ότι οι μειωμένες σχολικές επιδόσεις φαίνεται να σχετίζονται με την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την ανησυχία την οποία παρουσιάζουν τόσο στο πλαίσιο της σχολικής τάξης όσο και κατά τη μελέτη στο σπίτι (Barkley, 1977; Rapport et al., 1986). Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

στην τάξη, περιγράφονται με ακρίβεια στο υποκεφάλαιο που ακολουθεί και συγκεκριμένα στο σχολικό στάδιο.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ, παρουσιάζουν αδυναμίες σε σχέση με τους συμμαθητές τους αναφορικά με την ποσότητα δουλειάς που ολοκληρώνουν. Πράγματι, το 20-40% των μαθητών αυτών παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες. Ενδεικτικά, το μεγαλύτερο ποσοστό διαγιγνώσκεται με δυσλεξία, ακολουθούν περιπτώσεις με δυσορθογραφία σε εξίσου αυξημένο ποσό, έπειτα περιπτώσεις με δυσαριθμησία και 60% και πάνω μαθητές με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν και δυσγραφία (Αποστολοπούλου, 2009; Barkley et al., 1983). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι οι μισοί μαθητές με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στην χρήση και παραγωγή του γραπτού λόγου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Άλλο ένα σημείο που πρέπει να αναφερθεί είναι το ότι για όλες τις παραπάνω περιπτώσεις βρέθηκε πως η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων μπορεί να επιδράσει θετικά στις σχολικές επιδόσεις των παιδιών αυτών (Barkley, 1977; Rapport et al., 1986). Εξαιτίας των μαθησιακών δυσκολιών τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τουλάχιστον τα μισά από αυτά είναι βέβαιο ότι θα χρειαστούν τη βοήθεια ειδικού, κάπου λιγότερα σε αριθμό παιδιά ίσως επαναλάβουν κάποια τάξη και τα υπόλοιπα ίσως φοιτήσουν σε κάποια ειδική ή παράλληλη τάξη. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις γονέων παιδιών με ΔΕΠ-Υ που αναφέρουν την εγκατάλειψη του σχολείου (Κάκουρος, 1998; Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Faraone et al., 1993).

Εν κατακλείδι, η αιτιώδης σχέση της ΔΕΠ-Υ και των μαθησιακών δυσκολιών παραμένει ακόμη ασαφής και θεωρούμε ότι θα ήταν πολύ σημαντικό να διερευνηθεί περισσότερο. Έτσι λοιπόν, χρειάζεται να πραγματοποιηθούν περαιτέρω έρευνες που θα συνεκτιμήσουν, μεταξύ άλλων, και τα πιθανά συνοδά προβλήματα της ΔΕΠ-Υ (όπως για παράδειγμα, τα προβλήματα λόγου και ομιλίας), τα οποία ενδέχεται να διευκολύνουν και την αναγνώριση των υποτύπων της ΔΕΠ-Υ και/ή των μαθησιακών δυσκολιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Δυσκολία ρύθμισης συναισθημάτων – αντιδράσεων

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ προκαλούν σημαντική λειτουργική δυσλειτουργία, η οποία συχνά οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και έχει αρνητική επίδραση στη συναισθηματική ανάπτυξη (Polanczyk, Casella & Miguel, 2012). Εμφανίζουν, δευτερογενώς, έντονο αίσθημα κατωτερότητας, αποτυχίας και ανεπάρκειας (Αποστολοπούλου, 2009). Σαν παιδιά είναι ευαίσθητα και δεν αποδέχονται την απόρριψη ή την απογοήτευση. Τα συναισθήματά τους, για αυτό το λόγο, παρουσιάζονται ως ευμετάβλητα και χαρακτηρίζονται από ακραίες αλλαγές. Από όλα τα παραπάνω δεν λείπουν η ευερεθιστότητα και οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, όπως αναφέρεται από τον Alan Brown (2000), τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν μικρά προβλήματα ή ενοχλήσεις σαν να είναι γιγάντιες απειλές. Πανικοβάλλονται γρήγορα και εύκολα, αγχώνονται για μικρά πράγματα και τέλος χάνουν τη μεγάλη εικόνα ή την οπτική του άλλου, οδηγούμενα έτσι σε συμπεράσματα άτοπα και σε αποφάσεις ή ενέργειες που αργότερα μετανιώνουν.

Προβλήματα συμπεριφοράς

Όσον αφορά στην κοινωνική αλληλεπίδραση, η επικοινωνία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με παιδιά της ηλικίας τους χαρακτηρίζεται από αισθήματα αρνητισμού και έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Σύμφωνα με τους Hinshaw & Melnick (1995) έχει διαπιστωθεί ότι στις περιπτώσεις συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με την επιθετικότητα, το αρνητικό συναίσθημα των παιδιών αυτών εκδηλώνεται με μεγαλύτερη ένταση. Ακόμη, τείνουν να παίζουν λιγότερο με τους συμμαθητές τους και να είναι λιγότερο συνεργατικά, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ τείνει να απομακρύνει τους άλλους. Έτσι, πολλές φορές, κατατάσσονται στα λιγότερο συμπαθητικά παιδιά και είναι πιο πιθανόν να απορριφθούν από τους συμμαθητές τους.

Επιπρόσθετα, σαν παιδιά είναι περισσότερο ευάλωτα στις επιθέσεις των συμμαθητών τους, λιγότερο φιλικά απέναντί τους και εμφανίζουν δυσκολία στην εύρεση αποτελεσματικών λύσεων στα προβλήματα που τους προκύπτουν. Τα προβλήματα στις κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών, με ΔΕΠΥ εμμένουν ως την εφηβεία και την ενήλικη ζωή, όπου αδυνατούν να

προσαρμοστούν στις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες (Αποστολοπούλου, 2009). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δε δείχνουν να εμφανίζουν δυσκολία στην αναγνώριση και κατανόηση των συναισθηματικών αντιδράσεων των άλλων (Shapiro et al., 1993).

Παραβατική συμπεριφορά

Θα θέλαμε να αναφέρουμε την παραβατική συμπεριφορά σαν ξεχωριστό συνοδό πρόβλημα της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ, καθώς έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών και ποικίλων ερευνών. Μέσα από στοιχεία των Moffitt & Silva (1988), Satterfield & Schell (1997), καθώς και Rasmussen & Gillberg (2000) έχει παρατηρηθεί αυξημένο ποσοστό παραβατικής συμπεριφοράς τόσο σε παιδιά σχολικής όσο και εφηβικής ηλικίας που έφεραν τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ. Αυτό το γεγονός θα μπορούσε να εξηγηθεί λόγω του χαμηλού αυτοελέγχου και του ελλείμματος «αναστολής της βούλησης» που διαθέτουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και αποτελούν αφετηρία για την εκδήλωση παραβατικής ή/και μετέπειτα εγκληματικής συμπεριφοράς. Τα άτομα με παραβατική συμπεριφορά επιζητούν την άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους, ενώ παράλληλα εθελουφλούν μπροστά στις συνέπειες της συμπεριφοράς τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Κάθε παιδί είναι ξεχωριστό, γι' αυτό το λόγο πρέπει να τονιστεί πως δεν οδηγούνται νομοτελειακά όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε παραβατική συμπεριφορά. Σε κάθε περίπτωση παιδιού είναι σημαντική η διερεύνηση των παραγόντων που ευνοούν μια συμπεριφορά, όπως, ο ρόλος του οικογενειακού, σχολικού και ευρύτερου περιβάλλοντος, τομείς και άνθρωποι που επηρεάζουν άμεσα την πορεία εξέλιξης του ατόμου.

Αντίληψη του χρόνου

Είναι επόμενο στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να παρατηρούνται δυσκολίες με την αίσθηση του χρόνου. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει μιας και αυτή συνδέεται άμεσα με τη μη λεκτική μνήμη εργασίας (Αποστολοπούλου, 2009). Ενδεικτικά, παραθέτουμε μελέτες της Dooling-Liftin (1997) που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ υστερούν σε σχέση με τα «τυπικά» παιδιά ως προς την ικανότητα ακριβούς εκτίμησης του χρόνου.

Συμπληρωματικά δυσκολίες παρουσιάζονται και στο χρονικό συντονισμό, δεν μπορούν δηλαδή να συντονίσουν τις κινήσεις τους με ένα σταθερό οπτικό ή ακουστικό ερέθισμα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας τέτοιας κατάστασης αναφέρεται όταν κάνουν παρέλαση, όπου μπορεί να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία από άλλα παιδιά να συντονίσουν το βηματισμό τους με τον ρυθμό του εμβατηρίου. Παρόμοια, μπορεί να δυσκολεύονται να εκτιμήσουν το χρονικό περιθώριο που τους απομένει για το τέλος ενός διαγωνίσματος, αλλά και να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε οδηγίες που συμπεριλαμβάνουν χρονικά περιθώρια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Οδήγηση & Ατυχήματα

Η ΔΕΠ-Υ συνδέεται, ακόμη, με αρνητικές φυσικές εκβάσεις όπως τραυματισμούς, συμπεριλαμβανομένων των τροχαίων ατυχημάτων (Polanczyk, Casella & Miguel, 2012). Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσουν ατυχήματα στο δρόμο σε σχέση με άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ. Έφηβοι ή νεαροί ενήλικες με ΔΕΠ-Υ έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να προκαλέσουν ατύχημα σε σχέση με τους συνομήλικους τους (Αποστολοπούλου, 2009). Αξίζει να επισημανθεί, ότι ο κύριος λόγος που οδηγεί τα άτομα με ΔΕΠ-Υ σε περισσότερα ατυχήματα είναι η επιθετική τους συμπεριφορά, και όχι τόσο τα αυξημένα επίπεδα κινητικότητας ή παρορμητικότητας. Εννοείται πως ο βαθμός που ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι επιρρεπές στα ατυχήματα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από ορισμένα χαρακτηριστικά των γονέων του και γενικότερα από το πώς αντιμετωπίζεται ένα τέτοιο παιδί από το οικείο περιβάλλον του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Προβλήματα ύπνου

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα στον ύπνο, τα οποία αναφέρονται τόσο από τα ίδια όσο και από τους γονείς του. Ο ύπνος τους τείνει να είναι ανεπαρκής και χαμηλής ποιότητας. Ακόμη, δυσκολεύονται να κοιμηθούν το βράδυ και να ξυπνήσουν το πρωί, δυσκολίες οι οποίες παρατηρούνται από τη βρεφική ήδη ηλικία (Wilens et al., 1994; Pelham et al., 1990; Αποστολοπούλου, 2009). Ως εκ τούτου, παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Έχει καταστεί σαφές από κάποιους ειδικούς, ότι τα προβλήματα ύπνου δεν σχετίζονται καθαυτού με τα προβλήματα της ΔΕΠ-Υ, όσο με ορισμένα άλλα προβλήματα τα οποία συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, όπως είναι, για παράδειγμα, η εναντιωματική προκλητική διαταραχή ή κάποια αγχώδης διαταραχή (Corkum et al., 1997).

1.8 Αναπτυξιακή Πορεία ατόμων με ΔΕΠ-Υ

Μιλώντας για ΔΕΠ-Υ αναφερόμαστε σε μια ετερογενή αναπτυξιακή διαταραχή, της οποίας τα πυρηνικά χαρακτηριστικά εμφανίζονται συνήθως πριν από την ηλικία των επτά ετών, έχοντας ως μέση ηλικία εκδήλωσης τα τρία με τέσσερα έτη. Πρόκειται για χαρακτηριστικά, τα οποία επιμένουν στο χρόνο και στις ποικίλες περιβαλλοντικές συνθήκες (Barkley et al., 1990; Faraone et al., 2006). Η ετερογένεια της ΔΕΠ-Υ εντοπίζεται σε πολλά επίπεδα, ορισμένα εκ των οποίων είναι η διαφορετική ηλικία και ο διαφορετικός τρόπος εκδήλωσης των συμπτωμάτων της, η ένταση επιμονής ή υποχώρησης συμπτωμάτων σε κάθε αναπτυξιακή ηλικία και τέλος ο τρόπος με τον οποίο διαφοροποιούνται τα συνοδά προβλήματα και οι συννοσηρές διαταραχές ανάλογα με την ηλικία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Όπως είναι γνωστό με τον καιρό οι απαιτήσεις αυξάνονται, έτσι στις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να προστεθούν αρνητικά βιώματα από τις συνεχείς παρατηρήσεις γονέων και δασκάλων, μειωμένη απόδοση και αναποτελεσματική προσπάθεια για

ικανοποιητική ανταπόκριση στις απαιτήσεις του σχολείου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2007). Άλλωστε, ο τρόπος με τον οποίο οι ενήλικες ερμηνεύουν τη συμπεριφορά του παιδιού αποτελεί ύψιστη σημασία για την ποιότητα των σχέσεων που θα αναπτύξουν οι ίδιοι μαζί του, η οποία με τη σειρά της θα επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την περαιτέρω συμπεριφορά και εξέλιξη του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Πράγματι, συμπεραίνουμε ότι η αναπτυξιακή προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητη, καθώς ενσωματώνει σε μια αδιαίρετη θεώρηση τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού, το αναπτυξιακό του στάδιο και την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2007; Karmiloff-Smith, 1998). Με άλλα λόγια περιλαμβάνει τη γνώση τόσο των παραγόντων κινδύνου όσο και των αντισταθμιστικών παραγόντων που αλληλοεπιδρούν με τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής και επηρεάζουν την έκβασή της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Ανακεφαλαιώνοντας, κατανοούμε ότι η γνώση των χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ ανά αναπτυξιακό επίπεδο είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για την έγκαιρη διάγνωση όσο και για την ακριβή αξιολόγηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της διαταραχής, την εκτίμηση των παραγόντων που αλληλοεπιδρούν με αυτά και το σχεδιασμό κάθε φορά κατάλληλης εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Βρεφική Ηλικία

Αναμφίβολα η βρεφική ηλικία, η οποία τυπικά ξεκινάει από τη γέννηση και διαρκεί δύο χρόνια, αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για να αναγνωριστούν ξεκάθαρα τα σημάδια της ΔΕΠ-Υ, διότι δεν παρουσιάζουν όλα τα παιδιά τις ίδιες δυσκολίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Μέχρι πρόσφατα, επικρατούσε η άποψη ότι κατά τη βρεφική ηλικία δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις που να παραπέμπουν ευθέως στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ, αλλά κάποιες μορφές συμπεριφοράς που καθιστούν ορισμένα βρέφη πιο «δύσκολα» στη φροντίδα για τις μητέρες τους συγκριτικά με κάποια άλλα (Goldstein & Goldstein, 1998). Αφενός τα «δύσκολα» βρέφη είχαν αυξημένο το ενδεχόμενο να αντιμετωπίσουν στο μέλλον ένα ευρύ φάσμα αναπτυξιακών δυσκολιών, αφετέρου

εκδήλωναν δυσκολία στη λήψη τροφής, αλλά και δυσκολία στον ύπνο. Για την ακρίβεια τέτοια βρέφη ξυπνούν ανά τακτά χρονικά διαστήματα και δεν ακολουθούν σταθερό πρόγραμμα ύπνου, όπως τα τυπικά αναπτυσσόμενα βρέφη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σύμφωνα με τον Μαντούδη (2018) τα συχνότερα ανησυχητικά σημάδια υπερκινητικότητας που θα πρέπει να εστιάσουμε κατά την βρεφική ηλικία, εμφανίζονται από την ηλικία των τριών με έξι μηνών. Σε αυτή την ηλικία ένα σημάδι «καμπανάκι» είναι η έντονη κινητικότητα σε χέρια και πόδια, η οποία κατά τους επόμενους μήνες εμφανίζεται σαν αντίδραση ή δυσανασχέτηση την ώρα που κάποιος προσπαθεί να πάρει αγκαλιά το βρέφος. Έπειτα, γύρω στους δώδεκα μήνες παρατηρείται το βρέφος να είναι έντονα ανήσυχο, ενώ παράλληλα δεν φαίνεται πρόθυμο να παίξει με ένα βρεφικό παιχνίδι. Όλα τα παραπάνω συνοδεύονται από έντονο κλάμα. Από την ηλικία του ενός έτους και μετά παρουσιάζονται δυσκολίες στην επικοινωνία-βάβισμα και στην εκτέλεση εντολών. Τέλος, το βρέφος δείχνει αεικίνητο, καθώς θέλει να κάνει πάντα το δικό του, χωρίς κανέναν περιορισμό, διαφορετικά θυμώνει και κλαίει.

Συνοψίζοντας είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι εξαιτίας των περιορισμένων ερευνητικών δεδομένων που υπάρχουν μέχρι στιγμής γι' αυτή την ηλικιακή ομάδα, οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν στην άποψη ότι τα βρέφη που παρουσιάζουν σημάδια, όπως αυτά που προαναφέρθηκαν, ανήκουν σε μια γενική ομάδα υψηλού κινδύνου και θεωρούνται εξίσου ευάλωτα για την εκδήλωση μιας αλυσίδας αναπτυξιακών και συναισθηματικών διαταραχών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Αναντίρρητα το είδος αυτών θα εξαρτηθεί, εν τέλει, τόσο από τη γενετική προδιάθεση των βρεφών, όσο και από εάν το περιβάλλον που θα μεγαλώσει το βρέφος θα είναι κατάλληλα υποστηρικτικό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Νηπιακή Ηλικία

Η ανάπτυξη σε αυτή την ηλικία χαρακτηρίζεται από ραγδαίες αλλαγές, οι οποίες καθιστούν πολλές φορές δυσδιάκριτα τα όρια μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς. Είναι αποδεκτό με βάση και τα όσα αναφέρθηκαν στην βρεφική ηλικία ότι τα συμπτώματα

της ΔΕΠ-Υ εκδηλώνονται σε πολύ νεαρή ηλικία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Άλλωστε ο Barkley (1990) υποστηρίζει ότι ένα δύσκολο και με αυξημένη κινητικότητα βρέφος συχνά εξελίσσεται σε ένα υπερκινητικό και αντιδραστικό ως προς τη συμπεριφορά του νήπιο.

Μία άποψη που κερδίζει έδαφος σήμερα είναι αυτή που υποστηρίζει ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης τόσο γενετικών όσο και περιβαλλοντικών παραγόντων κατά τα πρώιμα στάδια ανάπτυξης του παιδιού, γεγονός που επιδρά στις νευρολογικές δομές που αναπτύσσονται εκείνη την περίοδο (Thapar et al., 2011; Singh, 2008). Ειδικότερα, η πλαστικότητα του εγκεφάλου στην προσχολική ηλικία επιτρέπει την επίδραση του περιβάλλοντος στη διαμόρφωση νευρικών συνάψεων στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο που έχει σαν αποτέλεσμα την τροποποίηση ορισμένων ελλειμματικών δομών. Προφανώς κάτι τέτοιο έχει δημιουργήσει την πεποίθηση, στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, ότι με πρόωρη παρέμβαση στη νηπιακή ηλικία θα ανακοπεί η πορεία εξέλιξης της από τις πρώτες κιόλας ενδείξεις ύπαρξής της, αλλά ταυτόχρονα θα επιτευχθεί και η πρόληψη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Στις μέρες μας υπάρχουν ανιχνευτικά εργαλεία για τη ΔΕΠ-Υ στη νηπιακή ηλικία και πολλές συμπεριφορικές ενδείξεις, μέσω των οποίων μπορούν να εντοπιστούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πριν την έναρξη του δημοτικού σχολείου (Calson, 2005). Σε μία έρευνα τους ο Κάκουρος & Μανιαδάκη (2000) διαπίστωσαν ότι όσα παιδιά είχαν εντοπιστεί από τις παιδαγωγούς στο νηπιαγωγείο με πιθανότητα εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ, ανταποκρίθηκαν πλήρως στα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής μετά από δύο χρόνια, που πλέον φοιτούσαν στο Δημοτικό. Ακόμη τα παιδιά αυτά εμφάνιζαν συννοσηρότητα με μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς.

Επίσης η O'Neill (2013) τόνισε: «Παρατηρήστε τη συμπεριφορά ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Παρόλο που οι αναφορές των γονέων για έλλειψη προσοχής, υπερκινητικότητα ή παρορμητικότητα είναι πολύ σημαντικές, ιδανικά δε θα έπρεπε να επαφιόμαστε αποκλειστικά σε αυτές. Τουλάχιστον για τα μικρά παιδιά, η παρακολούθηση συμπεριφοράς από ειδικούς φαίνεται να έχει προγνωστική χρησιμότητα».

Συνοπτικά τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠ-Υ στην νηπιακή ηλικία, είναι:

- Κινούνται ακατάπαυστα και φαίνονται ανήσυχα.

- Ασχολούνται μονίμως με διάφορα πράγματα, χωρίς αίσθημα κούρασης από την ακατάπαυστη δραστηριοποίησή τους.
- Βρίσκονται διαρκώς σε εγρήγορση.
- Δυσκολία συντονισμού κινήσεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).
- Εμφανίζουν δυσκολίες σε γνωστικές λειτουργίες, όπως η μνήμη (APA, 2013).
- Κινδυνεύουν να τραυματιστούν σε μεγαλύτερο βαθμό από τα υπόλοιπα παιδιά της ηλικίας τους.
- Δυσκολία απόκτησης προμαθησιακών δεξιοτήτων.
- Συχνά μπλέκονται σε καβγάδες.
- Χαμηλές οργανωτικές δεξιότητες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).
- Δυσκολία στην προ-κοινωνική και προσαρμοστική διαγωγή-συμπεριφορά.
- Δυσκολία ενσωμάτωσης σε ομάδες συνομηλίκων.
- Παραβίαση κανόνων γονέων με αποτέλεσμα δημιουργία συγκρούσεων στο οικογενειακό περιβάλλον και μεταγενέστερα στον χώρο του σχολείου (Παντελιάδου, 2019).

Συμπερασματικά, το σύνολο των επιστημονικών απόψεων συγκλίνει στο γεγονός ότι χρειάζεται και περαιτέρω μελέτη της ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία, με στόχο την πιο έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής αλλά και την καλύτερη κατανόηση τόσο της παθογένειάς της όσο των παραγόντων που παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναπτυξιακή πορεία και στην έκβασή της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σχολική Ηλικία

Η είσοδος στο σχολείο αποτελεί την πιο μελετημένη αναπτυξιακή περίοδο σε σχέση με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ και αυτό διότι μέχρι πρόσφατα η ΔΕΠ-Υ θεωρούνταν αποκλειστικά ως μια διαταραχή της σχολικής ηλικίας, της οποίας η διάγνωση δεν μπορεί να γίνει νωρίτερα και υποχωρεί στην εφηβεία. Πλέον είναι κοινώς αποδεκτό ότι όταν αναφερόμαστε στη ΔΕΠ-Υ κάνουμε λόγο για μια χρόνια διαταραχή (Wolraich, 2006).

Είναι προφανές ότι λόγω των αυξημένων απαιτήσεων για προσαρμογή σε ένα δομημένο πλαίσιο με σαφείς κανόνες, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ γίνονται συνήθως πιο εμφανή και δυσλειτουργικά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Έτσι λοιπόν, κατά την σχολική ηλικία η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αρχίζει να εμφανίζει επιπλέον χαρακτηριστικά, τα οποία είναι:

- Σηκώνονται συχνά από τη θέση τους την ώρα του μαθήματος και περιφέρονται χωρίς λόγο στη τάξη. Αναζητούν με κάθε τρόπο κάποια αφορμή για να σηκωθούν ή απλά να κινηθούν, όπως ξύσιμο μολυβιού ή τουαλέτα (DuPaul & Stoner, 2003).
- Ενοχλούν τους συμμαθητές τους.
- Κινούν νευρικά τα χέρια τους και τα πόδια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).
- Οι εργασίες που τους ανατίθενται είναι τις περισσότερες φορές ακατάστατες, ημιτελείς και γεμάτες λάθη απροσεξίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000β).
- Χάνουν πράγματα και τα ξεχνούν εύκολα (Hall et al., 1997).
- Συχνά ξεσπάσματα θυμού, έλλειψη συμμόρφωσης σε κανόνες, καθώς και ελλιπής ανταπόκριση στις απαιτήσεις και οδηγίες των ενηλίκων.
- Μειωμένες σχολικές επιδόσεις, παρά το γεγονός ότι έχουν καλό νοητικό επίπεδο.
- Μικρής σταθερότητας φιλικές επαφές και συχνοί διαπληκτισμοί (APA, 2000).
- Όλα τα παραπάνω επιδεινώνονται όταν συνυπάρχει η ΔΕΠ-Υ με μαθησιακές δυσκολίες (Flicek, 1992)

Αξίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν το 30%-50% παιδιών με ΔΕΠ-Υ ηλικίας επτά έως δέκα ετών εκδηλώνει ταυτόχρονα και συμπτώματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής ή διαταραχής διαγωγής. Ενώ το 20%-30% των παιδιών αυτών εκδηλώνει, επιπλέον, διαταραχές της διάθεσης ή αγχώδεις διαταραχές (Barkley et al., 1990). Πρέπει να τονιστεί ότι όλα τα παραπάνω δεν αφορούν όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ούτε παρουσιάζονται με την ίδια μορφή και ένταση σε όλες τις περιπτώσεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Οδηγούμαστε στο συμπέρασμα, ότι η σχολική ηλικία αποτελεί αναμφίβολα μια περίοδο κατά την οποία προκαθορίζεται σε μεγάλο βαθμό η πορεία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην υπόλοιπη ζωή του (Hallowell & Ratey, 2003). Πρόκειται για ένα χρονικό σημείο στο οποίο η ποιότητα της αλληλεπίδρασης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ με το περιβάλλον του θα κατοπτρίσει κατά κύριο λόγο την εξέλιξη του στην εφηβεία και στη ενήλικη ζωή. Αν λάβει σημαντική στήριξη και βοήθεια, η παραπάνω πορεία θα είναι ομαλή, ενώ σε αντίθετη

περίπτωση το παιδί θα βιώσει συναισθήματα αποτυχίας και απόρριψης που ίσως οδηγήσουν μελλοντικά σε νέες δυσκολίες και μεγαλύτερους κινδύνους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Εφηβική Ηλικία

Είναι γνωστό ότι η εφηβεία αποτελεί εξ ορισμού μια περίοδο έντονων βιοσωματικών, αλλά και ψυχολογικών αλλαγών. Καινούργιες αυξημένες απαιτήσεις τόσο σχολικές όσο και κοινωνικές, κατεκτημένες ικανότητες που δοκιμάζονται και το σημαντικότερο η διαδικασία αναζήτησης της ατομικής ταυτότητας, είναι μερικά από τα ευαίσθητα σημεία γύρω από τα οποία ο κάθε έφηβος δοκιμάζεται και εξελίσσεται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Με δεδομένα τα όσα αναφέρθηκαν στις προηγούμενες αναπτυξιακές περιόδους δεν εκπλήσσει το γεγονός, ότι όσοι έφηβοι είχαν από παιδιά λάβει τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στην συντριπτική τους πλειοψηφία συνεχίζουν να πληρούν τα κριτήρια αυτής της διαταραχής και στην εφηβεία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με την ADHD Hellas: «Σε αρκετά παιδιά, π.χ. έξυπνα παιδιά ή παιδιά που έχουν μεγαλώσει σε οργανωμένο περιβάλλον, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να γίνει φανερή για πρώτη φορά στην εφηβεία, ενώ είχε περάσει σχετικά απαρατήρητη κατά τη διάρκεια του Δημοτικού σχολείου».

Κατά την εφηβεία τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας τείνουν να υποχωρούν σε κάποιο βαθμό, καθώς δίνουν τη θέση τους στην αυξημένη ανησυχία, στην έντονη νευρικότητα και στη διαρκή ενασχόληση με κάτι (Κάκουρος & Μανιαδάκη 2000). Σε περίπτωση παραμονής της παρορμητικότητας οι έφηβοι αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες στην καθημερινότητά τους. Από την άλλη πλευρά σε περίπτωση επιμονής της υπερκινητικότητας οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιθανόν να εμφανίσουν Διαταραχή Διαγωγής ή Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Πράγματι, οι MacDonald & Achenbach (1996) θεωρούν ότι τον ισχυρότερο προγνωστικό δείκτη για δυσμενή εξέλιξη στην εφηβεία αποτελεί η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και Διαταραχής της Διαγωγής με πρώιμη έναρξη κατά την παιδική ηλικία. Ενώ, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, δύο από τα βασικά συμπτώματα ελαττώνονται, τα συμπτώματα απροσεξίας

καθώς και τα συνοδά προβλήματα που απορρέουν από τη ΔΕΠ-Υ παραμένουν σε έντονο βαθμό.

Συνοπτικά, μερικά επιπλέον χαρακτηριστικά που μπορούμε να εντοπίσουμε σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ κατά την εφηβεία, είναι:

- Μειωμένη αυτοεκτίμηση, η οποία καθιστά τον έφηβο με ΔΕΠ-Υ ευάλωτο και επιρρεπή στις αρνητικές επιρροές ορισμένων συνομηλίκων του (Barkley, 2006c).
- Σχολική αποτυχία λόγω χαμηλής ακαδημαϊκής επίδοσης.
- Χαμηλή κοινωνική και συναισθηματική προσαρμογή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).
- Όσοι παρουσιάζουν συννοσηρότητα με Διαταραχή Διαγωγής, έχουν αυξημένες πιθανότητες εγκατάλειψης του σχολείου, κατάχρησης ουσιών (κάπνισμα και αλκοόλ), νεανική παραβατικότητα.
- Κινδυνεύουν δύο με τρεις φορές περισσότερο από ότι άλλοι έφηβοι στο να κάνουν κατάχρηση οινόπνευματων ποτών και να αρχίσουν να χρησιμοποιούν ψυχοτρόπες ουσίες (ADHD Hellas).
- Ανώριμη συμπεριφορά.
- Χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση.
- Ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).
- Εξαιτίας της παρορμητικότητας και της αγάπης τους για τον κίνδυνο, καταφεύγουν συχνά, χωρίς να το επεξεργαστούν, σε επιπόλαιες κοινωνικές συμπεριφορές με τις συνεπακόλουθες συνέπειες (ADHD Hellas).

Εν κατακλείδι, η έκβαση της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία είναι το αποτέλεσμα της διαρκούς αλληλεπίδρασης παραγόντων, περιβαλλοντικής κυρίως φύσης, με τα συμπτώματα της διαταραχής (Hallowell & Ratey, 2003). Ο πιθανός εντοπισμός ΔΕΠ-Υ ή άλλων ψυχιατρικών προβλημάτων στους γονείς, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, η επικοινωνία που θα δημιουργηθεί μεταξύ γονέων και παιδιού, η έγκαιρη ή μη διάγνωση της διαταραχής και το πώς οι γονείς θα αντιληφθούν και θα ερμηνεύσουν τη συμπεριφορά του παιδιού είναι κάποιοι ενδεικτικοί παράγοντες, που θα ασκήσουν επιρροή στην αυτοαντίληψη του παιδιού και στο επίπεδο αυτοεκτίμησής του. Επιπλέον, θα παίξουν ιδιαίτερο ρόλο στην ικανότητα του να δημιουργεί και να διατηρεί υγιείς κοινωνικές σχέσεις και στο βαθμό με τον οποίο το ίδιο το παιδί θα μάθει να ελέγχει τις δυσκολίες του (Κάκουρος, 2001).

Ενηλικίωση

Είναι ευρύτατα διαδεδομένη η άποψη πως το ένα τρίτο των ανθρώπων με ΔΕΠ-Υ συνεχίζουν πλήρως να έχουν αυτή τη διάγνωση και στην ενηλικίωσή τους (Lie, 1992). Σύμφωνα με τον Ari Tuckman (2012, όπ. αναφ. στην ADHD Hellas), η ΔΕΠ-Υ δυσκολεύει τις σπουδές, την εργασία, τις ερωτικές και κοινωνικές σχέσεις, την καθημερινότητα, τη ψυχολογία και πολλούς άλλους τομείς στη ζωή ενός ενήλικα, που τον καθιστά κατά κάποιο τρόπο ανάπηρο, δηλ. ανάπηρο στη διαχείριση της καθημερινότητας και της ζωής του. Ακόμη, ο τρόπος που καθρεφτίζεται η ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες διαφέρει έντονα από τον τρόπο που εκδηλώνεται σε νεαρές ηλικίες. Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν αδυναμία στην ολοκλήρωση διαφόρων υποχρεώσεων, αδυναμία στη διαχείριση του χρόνου και τον προγραμματισμό, καθώς και δυσκολία στην προσπάθεια πραγματοποίησης ενός στόχου και στη συγκέντρωση.

Αποδεικνύεται ότι έχουν ανάγκη τόσο πολύ την εξωτερική δομή, ακριβώς επειδή τους λείπει η εσωτερική δομή. Αυτό απορρέει από το γεγονός ότι κουβαλούν μαζί τους μια τρομακτική αίσθηση ότι ο κόσμος τους μπορεί να καταρρεύσει ανά πάσα στιγμή (Hallowell & Ratey, 2003). Επιπρόσθετα, η επαγγελματική απόδοση αλλά και η σταθερότητα των σχέσεων του ενήλικα επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό με αποτέλεσμα πολύ συχνές αλλαγές εργασίας, ανεργία και χαμηλές αποδοχές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τέλος, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυξημένο κίνδυνο κακής σωματικής υγείας, ανάμειξη σε εγκληματικές ενέργειες καθώς και εθισμό σε τηλεόραση, υπολογιστή, κάπνισμα, τζόγο, αλκοόλ και εξαρτησιογόνες ουσίες (Hallowell & Ratey, 2003).

Όσον αφορά την προσωπική του ζωή ένας ενήλικας με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις, δυσκολεύεται να ακούσει τον/την σύντροφό του, δυσκολεύεται να τηρήσει μέσα στις σχέσεις δεσμεύσεις και υποσχέσεις. Συνεπώς, ολοένα και αυξάνονται τα συζυγικά προβλήματα και τα διαζύγια. Πέρα από τα παραπάνω, συχνά παραβιάζουν τον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (ΚΟΚ), προκαλώντας σοβαρά ατυχήματα λόγω του απρόσεκτου τρόπου οδήγησής τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές επιδεινώνει επιπλέον την κατάσταση (Πεχλιβανίδης Α., Σπυροπούλου Α., Γαλανόπουλος Α., Παπαχρήστου Χ.Α. & Παπαδημητρίου Γ.Ν., 2012).

Ανακεφαλαιώνοντας την παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών ατόμων με ΔΕΠ-Υ κατά την πορεία της ανάπτυξης, είναι ύψιστης σημασίας να τονίσουμε ότι η πορεία αυτή δεν είναι σε καμία περίπτωση προδιαγεγραμμένη και διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο. Η διαφορά στην εικόνα αυτή απορρέει από το είδος των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στο άτομο με ΔΕΠ-Υ και τα οικεία πρόσωπα του κοινωνικού και οικογενειακού περιβάλλοντός του, αλλά και από το βαθμό επίτευξης των αναπτυξιακών στόχων προγενέστερων σταδίων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

1.9 Ψυχοσυναισθηματικό Προφίλ παιδιού με ΔΕΠ-Υ



Ένας Σουηδός παραγωγός ρίχνει φως στις παρεξηγήσιμες έννοιες που καπελώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Δημιούργησε έτσι την παρακάτω βουβή και μικρού μήκους ταινία, το «Bokstavbarn» (Γράμματα που πέφτουν) για να δώσει τροφή για σκέψη στον κόσμο σχετικά με το τι συμβαίνει στο μυαλό και στην καθημερινότητα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

«Ο καθένας μας είναι διαφορετικός», ισχυρίζεται ο Erik Rosenlund. Πράγματι, όπως μας αποδεικνύει η ταινία του, μία διαταραχή προσοχής, όπως η ΔΕΠ-Υ, είναι μία πέρα για πέρα αληθινή και σοβαρή κατάσταση που απαιτεί υπομονή και, πάνω από όλα, αγάπη.

Καταρχάς, είναι γνωστό σε όλους ότι η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη είναι πολύ σημαντική από την γέννηση και την παιδική ηλικία έως τη μετέπειτα ζωή του παιδιού, καθώς θέτει τα θεμέλια για την ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη, την ψυχική του υγεία και ευεξία, τη ικανότητα του για μάθηση, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και τις επιτυχίες του σε όλους τους τομείς (Feldman, 2009).

Συνοπτικά, αναφερόμενοι στο ψυχοσυναισθηματικό προφίλ ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, παρατηρούμε τα εξής προβλήματα:

- άγχος
- φοβίες
- κοινωνική απόσυρση
- χαμηλή αυτοεικόνα
- έλλειψη αυτοπεποίθησης
- ψυχοσωματικές διαταραχές
- υπερεξάρτηση
- υπερβολική συμμόρφωση
- καταθλιπτικό συναίσθημα (ADHD Hellas; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000)

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν διαφορετικά συναισθήματα από αυτά των συνομηλίκων τους. Νιώθουν και αυτά τον πόνο, τον θυμό, τη θλίψη, την απογοήτευση, την τεμπελιά και την ανησυχία ακριβώς όπως όλοι οι άλλοι (Παπαγεωργίου 2005). Πρέπει να τονιστεί, ότι συναισθήματα, όπως θυμός, άγχος, απογοήτευση, κόπωση, θλίψη, κλπ., είναι πιο συχνά και μεγαλύτερης έντασης σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Ακόμη, διαρκούν περισσότερο και επηρεάζουν το σύνολο της ζωής του παιδιού και κατ' επέκταση και της οικογένειάς του (Παπαναστασίου, 2015).

Στη συναισθηματική αντίληψη παρατηρείται κάποια αδυναμία να αντιληφθούν και να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα και το συναισθηματικό περιεχόμενο του εαυτού τους και τις συναισθηματικές καταστάσεις των άλλων. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται έλλειψη προσοχής για την ακριβή αποκωδικοποίηση των συναισθηματικών σημάτων και των

εκφράσεων του σώματος. Παράλληλα, η δυσκολία δημιουργίας και χρήσης συναισθημάτων για την επίλυση προβλημάτων, τη λογική, τη λήψη αποφάσεων και την αποτελεσματική εργασία, συχνά παρεμποδίζεται από άγχος και θυμό (ADHD Hellas).

Όπως είναι γνωστό, το άγχος είναι μια αντίδραση που ενεργοποιεί ο οργανισμός μας προκειμένου να μπορέσει να αναλάβει δράση και να διαχειριστεί δύσκολες ή επικίνδυνες καταστάσεις (Corey, 2010). Το άγχος των παιδιών θεωρείται κάτι απόλυτα φυσιολογικό. Παρόλα αυτά, το άγχος που νιώθει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι υπερβολικό και επηρεάζει αρνητικά την συμπεριφορά του, τις σχέσεις του με τους άλλους (φίλοι και οικογένεια), τις σχολικές του επιδόσεις, την κοινωνικότητά του και γενικότερα τη λειτουργικότητά του. Έτσι, τα παιδιά αυτά κάνουν αρνητικές σκέψεις, είναι αυστηρά με τον εαυτό τους, εστιάζουν στις αρνητικές πτυχές των καταστάσεων, έχουν αρνητική αυτοεικόνα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολεύονται πολύ να εκτιμήσουν σωστά τις δύσκολες καταστάσεις και να εκπονήσουν συγκεκριμένο σχέδιο δράσης ώστε να τις αντιμετωπίσουν (ADHD Hellas; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000; Hallowell & Ratey, 2003).

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω αποτελούν διαταραχές, όπως, οι διαταραχές ύπνου, η ενούρηση, οι φοβίες και τα ψυχοσωματικά προβλήματα. Το άγχος για ένα μικρό παιδί, πόσο μάλλον για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, είναι κάτι πραγματικά «μεγάλο», που ακριβώς και λόγω ηλικίας, δεν μπορεί να το διαχειριστεί εύκολα (Schatz & Rostain, 2006). Πρέπει να τονιστεί, ότι συναισθήματα, όπως θυμός, άγχος, απογοήτευση, κόπωση, θλίψη, κλπ., είναι πιο συχνά και μεγαλύτερης έντασης σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Ακόμη, διαρκούν περισσότερο κι επηρεάζουν το σύνολο της ζωής του παιδιού και κατ' επέκταση και της οικογένειάς του (ADHD Hellas).

Αναντίρρητα, ο καθένας θέλει τα παιδιά του να αναπτύξουν σιγουριά, αυτοπεποίθηση και μια στερεά αίσθηση αυτοσεβασμού που θα τα συντροφεύει σε όλη τους τη ζωή. Σίγουρα ο αυτοσεβασμός δεν χτίζεται από τη μια μέρα στην άλλη, αλλά είναι δομημένος από νήματα εμπειρίας μιας ολόκληρης ζωής. Τα νήματα αυτά σχεδόν πάντα στις περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι φτιαγμένα από εξευτελισμό, αποτυχία, αδιέξοδη αμηχανία και ταπείνωση. Πράγματι λοιπόν, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρανοούν και παίρνουν την «ρετσίνα» ότι είναι τεμπέλικα, ατίθασα ή αλλόκοτα ή ακόμη και «κακά». Στο γεγονός αυτό δεν βοηθάει καθόλου ο μειωμένος αυτοσεβασμός και η χαμηλή αυτοεκτίμηση που διαθέτουν. Έτσι, η ζωή ενός τέτοιου παιδιού όσο και της οικογένειάς του είναι γεμάτη συγκρούσεις,

κατηγορίες, ενοχές και θλίψη, καταστάσεις που καθρεπτίζουν μια άσκοπη οδύνη (Hallowell & Ratey, 2003).

Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι η παρουσία χαμηλής αυτοεκτίμησης συχνά συμβαίνει λόγω της άδικης μεταχείρισης από τους δασκάλους, όπου σε αυτή την ηλικία η επιρροή τους είναι ύψιστης σημασίας για την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Απεναντίας, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται άμεσες ενισχύσεις περισσότερο απ' όλα τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης. Τέλος, αξίζει να τονιστεί ότι η αξία της επιτυχίας συνδέεται τόσο με τη δυσκολία του έργου όσο και με την προσπάθεια που κατέβαλε το άτομο για την επίτευξή του (Hallowell & Ratey, 2003).

Σύμφωνα με το Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) παρατηρούνται τα εξής χαρακτηριστικά στους παρακάτω τομείς:

Στην συναισθηματική ικανότητα αντίδρασης

- Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι γεμάτα πείσμα και ανεπίδεκτα.
- Απογοητεύονται πολύ εύκολα και παραιτούνται.
- Ανησυχούν πολύ ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και για ασήμαντα πράγματα.
- Συγχύζονται και ταραάζονται με ευκολία, αντιδρούν απότομα και δυσανάλογα.
- Έχουν φτωχή αντοχή στην απογοήτευση.

Στις διαπροσωπικές σχέσεις

- Έντονα ανήσυχα, θέλουν να ελέγχουν τους άλλους.
- Κοινωνικά μη οξυδερκή και μη ανεκτικά.
- Πολλές φορές χαρακτηρίζονται ως ανώριμα από τους υπόλοιπους.
- Χρόνιες ανταγωνιστικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις μπορούν να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό και στη συνέχεια σε κατάθλιψη και επιθετική ανυπακοή.

Ανικανότητα ελέγχου συμπεριφοράς

- Η προβληματική συμπεριφορά μπορεί να σηματοδοτεί την παρουσία μιας συνοσηρούμενης ψυχιατρικής διαταραχής, αλλά μπορεί να σημαίνει μια καθαρά νευροψυχιατρική διαταραχή που συναντούμε στην ΔΕΠ-Υ.

Όπως είναι αναμενόμενο, με την πάροδο του χρόνου τα παιδιά αυτά «κουράζονται» στα πλαίσια των επαναλαμβανόμενων αποτυχιών, με αποτέλεσμα να χάνουν το ηθικό τους, τα κίνητρά τους και να αναπτύσσουν μια στάση αμυντικής απείθειας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Πολύ συχνά οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζονται από τους υπόλοιπους ως παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς ή/και με ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα. Ο λόγος είναι ότι κάποια παιδιά μπορεί να βιώσουν σε κάποια φάση της ζωής τους καταστάσεις (διαζύγιο γονέων, απώλεια αγαπημένου προσώπου) που να οδηγήσουν σε ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα, με αποτέλεσμα να εκδηλώσουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της ΔΕΠ-Υ. Για την ακρίβεια τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς και με ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα μπορούν αλλά δε θέλουν να συμμορφωθούν, ενώ τα παιδιά με σύνδρομο ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να συμμορφωθούν παρόλο που το θέλουν (Λιβανίου, 2009).

Οι αρνητικές σχολικές εμπειρίες, η ακαδημαϊκή αποτυχία, η απόρριψη, η απόσυρση και η απογοήτευση στο σχολείο έχουν αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση και στον αυτοσεβασμό του παιδιού και συμμετέχουν μετέπειτα στην ανάπτυξη προβληματικών συμπεριφορών που μπορούν πολύ εύκολα να οδηγήσουν σε διαταραχές διαγωγής (Λιβανίου, 2009).

Συμπερασματικά, δεν είναι δυνατό να δημιουργηθεί ένα μοναδικό προφίλ για νέους με ΔΕΠ-Υ, διότι το καθένα φέρνει τη συγκεκριμένη ψυχολογική ατομικότητά του. Το μόνο σίγουρο είναι πως δεν πρέπει να γίνεται λόγος για ένα προφίλ αποτυχιών. Αντιθέτως, πρέπει να γίνεται λόγος για αλλαγές, οι οποίες μπορούν να ανοίξουν νέο έδαφος για να εμπλουτίσουν την εκπαιδευτική πρακτική και να δώσουν μια ευκαιρία ανάπτυξης για άτομα με ΔΕΠ-Υ (Παπαγεωργίου, 2005).

1.10 Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

Η διαδικασία διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ απαιτεί την χρήση πολλών διαγνωστικών μεθόδων. Βασική προϋπόθεση για την σωστή διάγνωση της διαταραχής είναι η συνεργασία επιστημόνων διαφορετικών ειδικοτήτων από τους οποίους θα πραγματοποιηθεί η αξιολόγηση και οι παρατηρήσεις. Επίσης, απαραίτητες είναι οι πληροφορίες που

συγκεντρώνονται από συνεντεύξεις και συζητήσεις με μια ομάδα ατόμων αποτελούμενη κυρίως από τους γονείς, τους ασθενείς, τους εκπαιδευτικούς αλλά και άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η διαδικασία της διάγνωσης περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού στο σχολείο, συμπλήρωση κλιμάκων από γονείς και εκπαιδευτικούς και τέλος την κλινική αξιολόγηση (Barkley, 1998; DuPaul & Stoner, 1994; Κάκουρος, 2001; Τρίγκα, 2005).

Στην συνέχεια κατά την διαγνωστική διαδικασία πραγματοποιούνται παρατηρήσεις συμπεριφορών, μετρήσεις της λειτουργικότητας, λεπτομερή αξιολόγηση του ασθενή σε όλα τα επίπεδα όπως γλωσσικό, γνωστικό, κοινωνικό, συμπεριφορικό, και συναισθηματικό επίπεδο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Εξίσου σημαντικό είναι στην διαδικασία που πραγματοποιείται να προσδιοριστεί η σοβαρότητα και η έκταση των συμπτωμάτων καθώς και η παρουσία άλλων δυσκολιών που μπορεί να υποδηλώνει την ταυτόχρονη ύπαρξη κάποιας άλλης διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Από την άλλη, επιδιώκουμε να εντοπίσουμε τα θετικά στοιχεία του παιδιού, έτσι ώστε οι δυνατότητές του να αξιοποιηθούν στο έπακρο. Κατά τη διαγνωστική διαδικασία είναι απαραίτητη η διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι ενδέχεται να συντελούν στη διατήρηση των δυσκολιών του παιδιού. Σύμφωνα με την Πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), τα διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ είναι παρόμοια με εκείνα του προηγούμενου εγχειριδίου (DSM-IV).

Συγκεκριμένα, παραμένουν δεκαοχτώ, κατανεμημένα σε δύο τομείς: αυτόν της απροσεξίας και αυτόν της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και αφορούν αφενός στον αριθμό των κριτηρίων και αφετέρου στην ηλικία εμφάνισης της διαταραχής:

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

Η αλλαγή στην ηλικία εμφάνισης υποδηλώνει ακριβώς ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να εξακριβωθούν με σαφήνεια μέχρι τα πρώτα εφηβικά χρόνια. Επίσης και η αλλαγή στον ελάχιστο απαιτούμενο αριθμό των συμπτωμάτων για τους ενήλικες μας παρουσιάζει την εξελικτική πορεία της διαταραχής ανάλογα με την ηλικία και πως επηρεάζεται. Συμπερασματικά, αναγκαία και υποχρεωτική είναι η σωστή διάγνωση.

1.10.1 Διαδικασία αξιολόγησης

Η διαδικασία η οποία πραγματοποιείται κατά την αξιολόγηση της διαταραχής από την ειδική διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από τρία κύρια μέρη.

Αρχικά πραγματοποιείται η κλινική συνέντευξη ή αλλιώς εκτίμηση κατά την διάρκεια της οποίας δεχόμαστε συνεχείς πληροφορίες κυρίως από τους γονείς αλλά και το κοντινό οικογενειακό περιβάλλον. Έτσι δημιουργείται ένα λεπτομερές ιστορικό του ασθενή το οποίο περιέχει πληροφορίες για το οικογενειακό ιστορικό, πληροφορίες για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό αλλά και τους ιατρικούς και φυσικούς παράγοντες για να σχηματίσει μια πιο καθαρή εικόνα της κατάστασης (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Η πρώτη συνάντηση περιλαμβάνει ανασκόπηση παλαιότερων αξιολογήσεων, ιατρικών εξετάσεων, συλλογή πληροφοριών και στην συνέχεια διαγνωστική συνέντευξη και χορήγηση κλιμάκων αξιολόγησης ώστε να γίνει σωστή διάγνωση και στην συνέχεια να υιοθετηθούν και να πραγματοποιηθούν σωστοί τρόποι παρέμβασης (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006). Κάπου εδώ οι γονείς καλούνται να κάνουν ανασκόπηση του ιστορικού της ανάπτυξης του παιδιού τους, από το οποίο ο ειδικός μπορεί να σκιαγραφήσει την αναπτυξιακή του πορεία στους τομείς της κινητικής, της γλωσσικής, της νοητικής, της συναισθηματικής και της σχολικής του ανάπτυξης. Οι πληροφορίες αυτές βοηθούν στη διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και στον εντοπισμό άλλων διαταραχών που μπορεί να συνυπάρχουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Απαραίτητη είναι η ανασκόπηση του οικογενειακού ιστορικού, προκειμένου να διερευνηθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης διαταραχών συμπεριφοράς ή άλλων ιατρικών προβλημάτων στα

μέλη της οικογένειας και να μελετηθεί η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων, αλλά και η πιθανότητα ύπαρξης συγκρούσεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η συνέντευξη με τον εκπαιδευτικό μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες στους ειδικούς σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και τη σχολική του επίδοση και για τη συμπεριφορά του παιδιού μέσα στην τάξη, αλλά και κατά τη διάρκεια του διαλείμματος. Οι σχέσεις του παιδιού με τους συμμαθητές του, η θέση του στην ομάδα και η συμπεριφορά του, κατά τη διάρκεια των ομαδικών παιχνιδιών, είναι πρόσθετοι τομείς διερεύνησης κατά τη συνέντευξη με τον εκπαιδευτικό (Achenbach & Rescorla, 2003).

Τέλος οι πληροφορίες σχετικά με την ικανότητα του παιδιού να ακολουθεί οδηγίες και να ολοκληρώνει δραστηριότητες αλλά και πόσο εύκολο είναι γι' αυτόν, οι πληροφορίες σχετικά με τον βαθμό συγκέντρωσης της προσοχής του και οι πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο των σχολικών του γνώσεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η συνέντευξη με το παιδί – ασθενή αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας. Η δομή, το περιεχόμενο και η διάρκειά της προσαρμόζονται στο αναπτυξιακό επίπεδο στο οποίο βρίσκεται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Απαραίτητη είναι η κλινική παρατήρηση η οποία ξεκινά από τη στιγμή της συνάντησης του ειδικού με το παιδί στην αίθουσα αναμονής και συνεχίζεται μέχρι την αποχώρηση του παιδιού. Οι πληροφορίες που αντλούνται από αυτή την ανεπίσημη φάση της αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Η ικανότητα του παιδιού για οπτική επαφή, η ικανότητά του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις μιας συζήτησης, το επίπεδο ανάπτυξης του λόγου του καθώς και η συναισθηματική του κατάσταση αξιολογούνται με προσοχή από τον ειδικό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στην συνέχεια πραγματοποιείται νευροψυχολογική αξιολόγηση, ειδικά τεστ προσοχής και εξέταση των λεκτικών ικανοτήτων. Η αξιολόγηση έχει στόχο να εντοπίσει τα δυνατά και αδύνατα σημεία του ατόμου στους τομείς της προσοχής, της μνήμης, της οργάνωσης. Σε αυτή τη διαδικασία εντοπίζεται και το μαθησιακό στυλ, ο τρόπος επεξεργασίας πληροφοριών και μάθησης και οι σχετικές με αυτούς τους τομείς δυσκολίες (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Επίσης, εντοπίζονται διαταραχές οι οποίες μπορεί να εμπλέκονται και να επιδεινώνουν τη διάσπαση της προσοχής, όπως η κατάθλιψη και το στρες (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006). Για

την εγκυρότητα της αξιολόγησης πραγματοποιούνται κάποια διαγνωστικά τεστ και κλίμακες αξιολόγησης.

Για τα παιδιά:

- Κλίμακα ΣΑΕΒΑ η οποία περιλαμβάνει: Ερωτηματολόγιο για Γονείς, ερωτηματολόγιο για εφήβους, ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς.
- Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ-IV η οποία είναι διαθέσιμη σε δύο παραλλαγές, μία για τους γονείς και μία για τους εκπαιδευτικούς.
- Κλίμακα αξιολόγησης του Conners η οποία περιλαμβάνει κλίμακα για γονείς και εκπαιδευτικούς.
- ADHD Rating Scale-IV.
- SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale.
- ADHD-SC4.
- Ερωτηματολόγιο για καταστάσεις στο σπίτι.
- Ερωτηματολόγιο για καταστάσεις στο σχολείο.
- El Camino Pediatrics: Κλίμακα αξιολόγησης ΔΕΠ-Υ-IV για το σπίτι.
- El Camino Pediatrics: Κλίμακα αξιολόγησης ΔΕΠ-Υ-IV για το σχολείο.
- Διαγνωστική Κλίμακα Ελέγχου Επιπέδων Προσοχής και Δραστηριότητας.

Για ενήλικες:

- Wender Utah Rating Scale.
- Κλίμακα αυτοαναφοράς ΔΕΠ-Υ για ενήλικους (ASRS-v 1.1).
- Dr. Amen's Attention Scale (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Για την γενική συμπεριφορά του ατόμου έχουμε επιπλέον:

- Το Ερωτηματολόγιο CBCL αποτελείται από δύο μέρη, τις κλίμακες ικανοτήτων και τις κλίμακες συνδρόμων. Οι πρώτες αξιολογούν τις επιδόσεις του παιδιού σε διάφορους τομείς δραστηριοτήτων, τις κοινωνικές δεξιότητες και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και δεξιότητες. Ενώ οι δεύτερες αξιολογούν την ενδεχόμενη ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στο παιδί.

- Ερωτηματολόγιο TRF επιτρέπει τη σύγκριση των πληροφοριών οι οποίες συγκεντρώνονται από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς σχετικά με τη λειτουργικότητα του παιδιού στο χώρο του σχολείου.
- Το Ερωτηματολόγιο YSR αξιολογεί τη λειτουργικότητα των εφήβων και συμπληρώνεται από τον ίδιο τον έφηβο. Περιλαμβάνει, όπως και το CBCL, ερωτήσεις που αφορούν στις ικανότητες του εφήβου, τις κοινωνικά επιθυμητές συμπεριφορές και τις προβληματικές συμπεριφορές (Achenbach & Rescorla, 2003).

Εξίσου απαραίτητη είναι και η εκτίμηση του ατόμου αλλά και της κατάστασης από ψυχολογικής άποψης. Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιούνται ψυχομετρικές δοκιμασίες.

Το τεστ που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι το WISC-III (Wechler Intelligence Scale for Children), το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά από υποδοκιμασίες (υποκλίμακες) ο συνδυασμός των οποίων δίνει τρεις δείκτες νοητικής λειτουργίας: τον προφορικό ή λεκτικό, τον πρακτικό και τον γενικό. Οι λεκτικές δοκιμασίες αποτελούνται από τις εξής υποκλίμακες: πληροφορίες, κατανόηση, αριθμητική, ομοιότητες, λεξιλόγιο, μνήμη αριθμών.

Οι πρακτικές δοκιμασίες αποτελούνται από τις εξής υποδοκιμασίες: συμπλήρωση εικόνων, κατασκευές με κύβους, τοποθέτηση εικόνων σε σειρά, συναρμολόγηση αντικειμένων, κωδικοί, λαβύρινθοι, αναζήτηση συμβόλων.

Το Αθηνά Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με μαθησιακές δυσκολίες, η αξιολόγηση των ακαδημαϊκών επιδόσεων του παιδιού, μπορεί να γίνει με τη χρήση του Αθηνά Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης. χορηγείται σε παιδιά ηλικίας 5-9 ετών και αποτελείται από 13 κλίμακες οι οποίες αξιολογούν μια πληθώρα κινητικών, αντιληπτικών, νοητικών και ψυχογλωσσικών διεργασιών.

Οι κλίμακες αυτές είναι οι εξής: γλωσσικές αναλογίες, αντιγραφή σχημάτων, λεξιλόγιο, ακουστική διάκριση, οπτική διάκριση, σύνθεση γλωσσικών φθόγγων, ολοκλήρωση ελλειπών λέξεων, ολοκλήρωση ελλειπών προτάσεων, μνήμη ακουστικών ακολουθιών - κοινές ακολουθίες (συμπληρωματική), μνήμη οπτικών ακολουθιών, γραφοκινητικός συντονισμός, αντίληψη του δεξιού και του αριστερού (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Επίσης, περιλαμβάνει δύο ακόμη συμπληρωματικές κλίμακες προκειμένου να καλύψει τον τομέα της κοινωνικο-θυμικής ανάπτυξης και αυτόν της σχολικής επίδοσης: ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής και διαγνωστικά κριτήρια σχολικής επίδοσης.

Ένας ψυχολόγος ή ψυχίατρος μαζί με την διεπιστημονική ομάδα, θα συνδυάσει όλες τις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί μέχρι αυτό το σημείο στα αρχικά στάδια της αξιολόγησης και θα παρουσιάσει στους ενδιαφερόμενους τη διάγνωση. Στη συνέχεια θα συζητήσει με αυτούς σχετικά με τους τρόπους παρέμβασης (φαρμακοθεραπεία, συμβουλευτική, εκπαιδευτική παρέμβαση, λογοθεραπεία, ατομική θεραπεία κ.λπ.) (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006). Αν πρόκειται να ακολουθηθεί φαρμακοθεραπεία, το κομμάτι αυτό θα πρέπει να το αναλάβει παιδονευρολόγος ή παιδοψυχίατρος, αν πρόκειται για παιδιά και εφήβους, και νευρολόγος ή ψυχίατρος για τους ενήλικες (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

1.10.2 Διαφοροδιάγνωση

Αρχικά τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά είναι η ελλειμματική προσοχή και η υπερδραστικότητα. Για να τεθεί η διάγνωση, πρέπει να υπάρχουν και τα δύο στην συμπεριφορά του ατόμου και επίσης να είναι εμφανή σε περισσότερες από μια καταστάσεις (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο, φιλικό περιβάλλον) (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Μία από τις σημαντικότερες δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση, είναι η διάκριση της διαταραχής από την εναντιωτική προκλητική διαταραχή και τη διαταραχή διαγωγής καθώς έχουν κοινά πρωτεύοντα χαρακτηριστικά. Η εναντιωτική προκλητική διαταραχή συνήθως εμφανίζεται ηλικιακά νωρίτερα από την διαταραχή διαγωγής κάτι που αποτελεί διαχωριστικό χαρακτηριστικό μεταξύ τους. Όμως η ΔΕΠ-Υ διαφέρει καθώς τα κοινά τους συμπτώματα εμφανίζονται ηλικιακά νωρίτερα και από τις δύο (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Επίσης, η εναντιωτική διαταραχή συμπεριφορικά χαρακτηρίζεται από βίαιη και αντιδραστική συμπεριφορά και έλλειψη πνεύματος συνεργασίας συγκριτικά περισσότερο προς τους γονείς. Αντίθετα η διαταραχή διαγωγής χαρακτηρίζεται από βίαιη και

αντιδραστική συμπεριφορά, καταστροφή αντικειμένων, εμπλοκή σε παραπτωματικές ενέργειες και χρήση ουσιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η διαφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τις άλλες δύο διαταραχές συμπεριφορικά είναι ότι τα πρώτα αδυνατούν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους, σε αντίθεση με τα παιδιά που πάσχουν από διαταραχή διαγωγής όπου οι συμπεριφορές τους χαρακτηρίζονται από κίνητρα σκοπιμότητας (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

Αναγκαία είναι η διαφοροποίηση της ΔΕΠ-Υ από τις διαταραχές διάθεσης και κυρίως από την διπολική διαταραχή. Η ουσιαστική διαφορά η οποία παρατηρείται, τοποθετείται στο ηλικιακό ορόσημο εμφάνισης των συμπτωμάτων, το οποίο στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ είναι πριν την ηλικία των 7 ετών συνήθως, ενώ στις διαταραχές διάθεσης είναι η ηλικιακά μετά τα 12 έτη ως αποτέλεσμα αλλαγής γενικά αλλά και συναισθηματικής αλλαγής ειδικά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Εξίσου σημαντική είναι και η διαφοροποίηση διαταραχών που εμφανίζονται κυρίως σε ενήλικες ασθενείς. Ενήλικες ασθενείς με διαταραχές ψυχιατρικής φύσεως περιγράφουν συμπτώματα όπως απώλεια συγκέντρωσης προσοχής και βραχύχρονης μνήμης, τα οποία αποτελούν κύρια συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, η μείζων κατάθλιψη και η χρήση ουσιών συνήθως συνοδεύουν τα ενήλικα άτομα που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ.

Δεν είναι όμως σαφές αν αυτές οι καταστάσεις είναι αποτέλεσμα της ήδη υπάρχουσας διαταραχής ή αν σχετίζονται με αυτήν. Αυτό καθιστά αναγκαία την χρήση φαρμακευτικής αγωγής κυρίως διεγερτικών τα οποία μπορούν να κατευνάσουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, σε αντίθεση με την συμπτωματολογία καταστάσεων με ψυχιατρικό υπόβαθρο, οι οποίες συνήθως καθιστούν αναγκαία την διερεύνηση της κατάστασης και την επιπρόσθετη θεραπεία (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006)

1.10.3 Διεπιστημονική Ομάδα

Πρωτεύοντα ρόλο στην διάγνωση , στην διαμόρφωση του θεραπευτικού προγράμματος αλλά και στην υλοποίηση του αποτελούν οι ειδικοί κλινικοί. Ιδανικοί είναι οι κλινικοί που έχουν γνώσεις και μπορούν να επέμβουν στην διαταραχή της ΔΕΠ-Υ. Ο παιδοψυχίατρος/ παιδοψυχολόγος, οι εξελικτικοί / συμπεριφορικοί παιδίατροι ή νευρολόγοι σε συνδυασμό με εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής, λογοθεραπευτές και εργοθεραπευτές.

Λόγω της πολυμορφικής φύσης της διαταραχής, συνήθως όλες οι παραπάνω ειδικότητες εμπλέκονται λίγο πολύ στη διαδικασία της διάγνωσης σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και όπου αυτές απαιτούνται. Πάντα όμως, για να τεθεί διάγνωση, χρειάζεται να εμπλακούν τουλάχιστον δύο γιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων. Οι παιδοψυχίατροι είναι γιατροί που ειδικεύονται στη διάγνωση και αντιμετώπιση νοητικών και συμπεριφορικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας.

Ο ψυχίατρος παρέχει θεραπεία και μπορεί να συνταγογραφήσει κάποια απαραίτητη φαρμακοθεραπεία. Οι παιδοψυχολόγοι από την άλλη πλευρά έχουν επίσης την εκπαίδευση για διάγνωση και αποκατάσταση της ΔΕΠ-Υ. Μπορούν να παρέχουν θεραπεία και να βοηθούν την οικογένεια να αναπτύξει τρόπους αντιμετώπισης της διαταραχής, αλλά δεν μπορούν να συνταγογραφήσουν φάρμακα. Και οι δυο μπορούν να παρέχουν και συμβουλευτική, η οποία αποτελεί έναν σημαντικό τρόπο παρέμβασης.

Οι νευρολόγοι, ειδικότητα που ασχολείται με διαταραχές του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, μπορούν επίσης να διαγνώσουν τη ΔΕΠ-Υ και να συνταγογραφήσουν φάρμακα, όμως σε αντίθεση με τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους, συνήθως δεν παρέχουν ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες για τις συναισθηματικές πλευρές της διαταραχής και το πως αυτές μπορούν να περιοριστούν και να δώσουν κατάλληλες οδηγίες στους άμεσα ενδιαφερόμενους.

Οι λογοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι κυρίως στην θεραπευτική παρέμβαση καθώς δίνουν πολύτιμες πληροφορίες σε συγκεκριμένους τομείς των δυσκολιών για τους οποίους έχουν εξειδικευμένες γνώσεις. Ο λογοθεραπευτής κυρίως βοηθάει στο τομέα της γλώσσας και προσδιορίζει το πόσο έχει επηρεαστεί και συμβάλει και στο συμπεριφορικό κομμάτι της διαταραχής. Οι εργοθεραπευτές κυρίως ασχολούνται με το συμπεριφορικό και τον κινητικό τομέα.

Οι κλινικοί των παραπάνω ειδικοτήτων εκτός από τις ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις τις οποίες μπορούν να διεκπεραιώσουν μπορούν επίσης να κατανοήσουν και το συναισθηματικό υπόβαθρο και να δώσουν τις κατάλληλες συμβουλές για τον περιορισμό συμπεριφορών αλλά και αρνητικών καταστάσεων (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

1.11 Θεραπεία της ΔΕΠ-Υ

1.11.1 Λογοθεραπεία

Όσον αφορά την λογοθεραπεία πρέπει να τονιστεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν είναι σπάνιο να εμφανίσουν αργή γλωσσική ανάπτυξη καθώς αυτό το ποσοστό αγγίζει το 30%-40%. Τα παιδιά αυτά έχουν την τάση να μιλάνε συνέχεια και σε μεγάλο βαθμό και η ομιλία τους χαρακτηρίζεται ως μη ορθή στον προφορικό λόγο καθώς κάνουν πολλά λάθη. Επίσης αδύνατη θεωρείται και η εκμάθηση γραμματικών και συντακτικών κανόνων σε δύσκολες περιόδους γι' αυτά.

Κάποια παιδιά μπορεί να εκφράζονται γραμματικά σωστά αλλά μπορεί να δυσκολεύονται στην επανάληψη ή προφορά μεγάλων, σύνθετων λέξεων αυθόρμητα κυρίως στην προσχολική ηλικία. Στην σχολική περίοδο της ζωής τους έχουν καλό περιγραφικό λόγο καθώς μπορούν να περιγράψουν όσα τους ζητούνται αλλά είναι μια διαδικασία αρκετά δύσκολη σχεδόν επίπονη και πιθανό είναι να γίνεται με ακαθόριστο τρόπο σχεδόν ασυνάρτητα.

Συχνά εμφανίζονται και διαταραχές ακουστικής αντίληψης, μια διαταραχή που προκαλεί προβλήματα στην ανάγνωση, την γραφή, την ακουστική μνήμη αλλά και την διδασκαλία μιας ξένης γλώσσας. Αυτά τα παιδιά χαρακτηρίζονται από μεμονωμένη ακουστική ευαισθησία παρόλο που είναι παιδιά τα οποία μιλάνε δυνατά, φωνάζουν και σχεδόν φτάνουν στα όρια της υπερακουστικότητας (υπερβολική μεταφορά ακουστικών ερεθισμάτων).

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση βοηθά στον καθορισμό των συμπεριφορών. Αποσκοπεί στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στη βλεμματική επαφή, στη βελτίωση της συγκέντρωσης και της προσοχής, στην εκμάθηση και κατανόηση των εκφράσεων του προσώπου και για τις χειρονομίες, και άλλες μορφές κυρίως μη λεκτικής επικοινωνίας. Στην πραγματοποίηση των σωστών και των κατάλληλων σχέσεων με συνομηλίκους, δηλαδή βελτίωση του επικοινωνιακού επιπέδου των παιδιών.

Επίσης χρησιμοποιεί μεθόδους για την μείωση της προσκόλλησης σε αντικείμενα και σε άμεσα ενδιαφέροντα, στην αλλαγή της προσήλωσης σε συνήθειες που πρέπει να περιοριστούν. Βελτιώνει το ενδιαφέρον που έχουν να κάνουν με επικοινωνιακές δραστηριότητες, αλλά και την κατανόηση και την εξομάλυνση της δυσκολίας κατανόησης ή χρήσης των μεταφορικών εννοιών μέσα από πολλές και διασκεδαστικές μεθόδους (Neuhaus, 1996).

1.11.2 Φαρμακευτική Αγωγή

Αξίζει να σημειωθεί πριν την παρουσίαση των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, ότι οι ειδικοί θεωρούν και ασπάζονται ότι αυτός ο τύπος της θεραπευτικής παρέμβασης είναι ένα μικρό κομμάτι της θεραπείας καθώς πιστεύουν ότι πρέπει να γίνουν προσπάθειες και να εφαρμοστούν άλλες τεχνικές πρώτα. Η φαρμακευτική θεραπεία εφαρμόζεται κυρίως σε μέτριες και σοβαρές περιπτώσεις ατόμων με ΔΕΠ-Υ (Παπαγεωργίου & Νταφούλης, 2004).

Πρέπει να τονιστεί ότι με την χορήγηση των φαρμάκων μπορεί να επιφέρει κάποιες παρενέργειες κυρίως αλλαγή συμπεριφοράς, στην ικανότητα της μάθησης, στην σκέψη αλλά και στον κοινωνικό- επικοινωνιακό τομέα. Έτσι με βάση ερευνητικά δεδομένα προκύπτει ότι υπάρχουν τρία είδη ψυχοτρόπων φαρμάκων που φέρουν θετικά αποτελέσματα στα συμπτώματα της, όπως διεγερτικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αντι-υπερτασιακά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000; Κωτσόπουλος, 2004).

Διεγερτικά: Τα φάρμακα αυτά βοηθούν στην μείωση των συμπτωμάτων μαζί με την ταυτόχρονη ψυχοθεραπεία που πραγματοποιείται. Στόχος τους είναι να μειώσουν τα

πρωτογενή και τα δευτερογενή συμπτώματα όπως εκρήξεις θυμού, παρορμητικότητα, ξαφνικές συναισθηματικές αλλαγές αλλά και την σχολική επίδοση. Στην Ελλάδα είναι εγκεκριμένα από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων δύο είδη φαρμάκων η μεθυλφαινιδάτη και η ατομοξετίνη.

Η μεθολφαινιδάτη είναι διεγέρτης του κεντρικού νευρικού συστήματος και χρησιμοποιείται συνήθως στην παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ. Η δράση της ξεκινά σχεδόν μετά την λήψη του φαρμάκου και μπορεί να διαρκέσει μέχρι τέσσερις ώρες συνήθως για το κατασκεύασμα βραδείας φράσης (Ritallin) και έως δώδεκα ώρες για το κατασκεύασμα αργής αποδέσμευσης (Concerta). Πρέπει να τονιστεί ότι δεν λαμβάνεται καθημερινά.

Η ατομοξετίνη δρα διαφορετικά καθώς αυτό αυξάνει την ποσότητα της νορανδρεαλίνης του εγκεφάλου, ουσιαστικά δρα σαν αναστολέας καθώς συντελεί θετικά στην συγκέντρωση και τον αυτοέλεγχο του ατόμου. Απαιτείται καθημερινή χορήγηση καθώς χρειάζονται περίπου είκοσι μέρες ώστε να δημιουργηθούν τα απαιτούμενα επίπεδα στον οργανισμό.

Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες των διεγερτικών είναι ήπιες και έχουν ως αποτέλεσμα την μειωμένη όρεξη για φαγητό, κεφαλαλγίες, εκνευρισμό, ξηροστομία και συνήθως διαρκούν περίπου μία εβδομάδα (ADHD Hellas).

Τα **τρικυκλικά** αντικαταθλιπτικά βοηθούν σε αρκετά μεγάλο βαθμό αλλά όχι σε τέτοιο βαθμό όπως τα διεγερτικά. Τα φάρμακα αυτά δοκιμάζονται συνήθως μετά την ανεπιτυχή χορήγηση των διεγερτικών και κυρίως απευθύνονται σε άτομα που μαζί με την ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει και κάποια άλλη διαταραχή όπως η εκδήλωση διαταραχών του Θυμικού.

Το πιο κοινό φάρμακο από τα **αντι-υπερτασιακά** που χορηγείται σε άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι η κλονιδίνη η οποία έχει την ικανότητα να διεγείρει τους αδρενεργικούς υποδοχείς του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να μπορεί να ελέγχει το αίσθημα της υπερκινητικότητας. Χορηγείται μετά την ανεπιτυχή χορήγηση διεγερτικών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

1.11.3 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία ενδείκνυται κυρίως επικουρικά , αν χρειαστεί να ενταχθεί στο θεραπευτικό πλάνο κάποια ψυχολογική παρέμβαση, κυρίως συμπεριφορικής προσέγγισης. Πρέπει να τονιστεί ότι κάθε ψυχικό φαινόμενο ή διαταραγμένο, είναι πάντοτε παράλληλο με τις εγκεφαλικές νευροχημικές διεργασίες, και πως οι ψυχοθεραπευτές ενώ δεν γνωρίζουν τη νευροφυσιολογία των ασθενών τους, αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά την ψυχική τους δυσφορία.

Είναι δεκτό και κατανοητό ότι οι ψυχοθεραπευτές συμβάλουν θετικά ως προς τη διαχείριση των συμπτωμάτων και των δυσάρεστων συναισθημάτων που επιφέρουν και στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Όταν το παιδί προσπαθεί να έρθει σε επαφή με το εσωτερικό του αντικείμενο, αυτόματα το απορρίπτει και αναπόφευκτα απογοητεύεται με τις προσπάθειές του (Gilmore, 2000). Οι συνεχείς ματαιωτικές εμπειρίες αυτού του τύπου οδηγούν το παιδί σε έντονη ψυχολογική ανισορροπία.

Συνοδεύονται με ποικίλα συναισθηματικά ξεσπάσματα, τα οποία πιθανόν εκδηλώνονται με τα συμπτώματα της διαταραχής, της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας. Η ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται στην εύρεση μιας γενικής αιτιότητας ή παθογένειας πίσω από την εκδήλωση της διαταραχής και προσδοκά να διαφωτίσει τις σύμπλοκες και ασυνείδητες διεργασίες οι οποίες οδηγούν στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Salomonsson, 2011).

Διαμορφώθηκαν δύο βασικοί άξονες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να συνεισφέρει η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία σε παιδιά με ΔΕΠΥ. Αρχικά, συμπληρώνοντας τις βασικές και διεθνώς προτεινόμενες θεραπείες, βοηθώντας έτσι το παιδί να ωριμάσει και να ολοκληρωθεί συναισθηματικά, και δεύτερον, συντελώντας στην περαιτέρω κατανόηση του εσωτερικού κόσμου των παιδιών με ΔΕΠΥ, και καθόρισε τα συναισθήματα και τον «εσωτερικό» τους κόσμο (Bürgin & Steck, 2007; Leuzinger-Bohleber et al., 2007; 2011; Rosineiri Gonçalves & Lopes, 2013).

Συμπερασματικά, η ψυχοθεραπεία αναφέρεται στην ενημέρωση των γονέων για τη φύση της διαταραχής και στην προσπάθεια εκπαίδευσής τους σε βασικές αρχές συμπεριφορικών τεχνικών. Παράλληλα, περιλαμβάνει την προσπάθεια σύνδεσης των διάφορων προβλημάτων και συμπτωμάτων που αντιμετωπίζει το παιδί και η οικογένειά του αλλά και την απόπειρα να διευκρινιστούν οι σχέσεις μεταξύ τους. Πρέπει να τονιστεί ότι είναι σημαντική η συμβολή της στη θετική έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης.

1.11.4 Συμβουλευτική

Αναπόσπαστο κομμάτι για την θεραπεία της ΔΕΠ-Υ αποτελεί η συμβουλευτική του ασθενή και το άμεσο περιβάλλον όπως γονείς και εκπαιδευτικοί σχολείου. Η συμβουλευτική πραγματοποιείται από έναν ειδικό κλινικό- σύμβουλο και είναι μια διαδικασία που επιτρέπει στον κλινικό να μεταδίδει βασικές πληροφορίες στους πελάτες του, να τους δίνει την ευκαιρία να εκφράζονται συναισθηματικά και να δημιουργεί ένα περιβάλλον άνεσης .

Ο ειδικός κλινικός είναι εφοδιασμένος με κάποια χαρακτηριστικά έτσι ώστε να γίνεται με σωστό ύφος και σωστές αρχές η αλληλεπίδραση. Αρχικά , είναι σημαντικό να υπάρχει ο κατάλληλος μερισμός έτσι ώστε να διατηρούνται τα προσωπικά όρια κατά την διάρκεια της αλληλεπίδρασης. Επίσης, απαραίτητο προσόν είναι η έλλειψη του επικριτικού ύφους, η ανοχή του κλάματος και η αναγνώριση και μετάφραση της συναισθηματικής γλώσσας.

Επίσης, η συμβουλευτική αλλά και ο σύμβουλος θα πρέπει να τοποθετεί στο κέντρο του ενδιαφέροντός του και να συγκεντρώνεται μόνο στον ασθενή του και την οικογένειά του. Εξίσου σημαντική είναι και η κατανόηση του ρόλου της συμβουλευτικής ο οποίος δεν είναι η λύση του προβλήματος αλλά η βοήθεια στον πελάτη ώστε να πραγματοποιήσει τους στόχους της θεραπείας. Τέλος , απαραίτητο προσόν αποτελούν οι γνώσεις στον τομέα τους αλλά και των τεκμηριωμένων πρακτικών (Roth & Worthington, 2016).

Σαν βασικό άξονα της αλληλεπίδρασης συμβούλου, ασθενή και κοντινού περιβάλλοντος με ασθενή θα πρέπει να είναι η χρήση σαφέστατων και μικρών οδηγιών, σταθερότητα, ενθάρρυνση, κατανόηση, εύκολη εφαρμογή και εκτέλεση εντολών και να τους δοθούν κίνητρα για μάθηση. Πρώτη διαδικασία της είναι η αποδοχή και η κατανόηση της κατάστασης κυρίως από τους γονείς καθώς και των συμπτωμάτων και των καταστάσεων που μπορούν να εκδηλωθούν.

Στην συνέχεια, αναγκαίο κομμάτι για την ορθή θεραπεία αλλά και για την έναρξή της αποτελεί η συζήτηση σχετικά με την διαταραχή και με τον ίδιο τον ασθενή, η οποία θα πρέπει να πραγματοποιηθεί με άξονα την ειλικρίνεια και μόνο, μεταφέροντας αλήθειες με την χρήση συγκεκριμένου λεξιλογίου. Επίσης, δεν θα πρέπει να υπάρχει το συναίσθημα

αποφυγής απάντησης σε ερωτήσεις και θα πρέπει να αποφευχθεί η δημιουργία συναισθημάτων φόβου προβληματισμού και ανασφάλειας.

Για τους γονείς, η συμβουλευτική και η εκτέλεση των οδηγιών που τους δίνονται μπορεί να είναι δύσκολο κομμάτι, καθώς μπορεί να νιώθουν ανασφάλεια καθώς δεν εμπιστεύονται την ικανότητα τους να εφαρμόζουν σωστά την θεραπευτική παρέμβαση. Άλλοτε πάλι κατακλύζονται με το συναίσθημα του δισταγμού γύρω από την αντικατάσταση του συνηθισμένου τρόπου λειτουργίας με έναν καινούργιο. Η επικοινωνία με τους γονείς θα πρέπει να είναι σύντομη, περιεκτική και σαφής.

Στόχος των γονέων θα πρέπει να είναι η διατήρηση της ηρεμίας και της οργάνωσης του παιδιού ώστε να είναι παραγωγικό. Ο στόχος θα πραγματοποιείται με την συμμετοχή των γονέων καθώς αποτελούν ερεθίσματα για το παιδί. Επίσης, οι γονείς θα πρέπει να βοηθήσουν το παιδί τους να αποκτήσει το συναίσθημα της αυτονομίας και να ξεφύγουν από τα πλαίσια που οριοθετούν τα παιδιά χωρίς ουσία και χωρίς να ξεπερνούν το αίσθημα που δημιουργεί η υπερπροστατευτικότητα.

Εξίσου σημαντική είναι ο ορισμός από τους γονείς κυρίως ενός τρόπου ενθάρρυνσης της προσπάθειας των παιδιών αλλά και ενός τρόπου τιμωρίας. Αναγκαία είναι η κατανόηση της σημασίας και της παροχής του δικαιώματος της επιλογής αυτόνομα χωρίς επιρροές και επιδράσεις των γονέων και να μειωθούν οι λήψεις αποφάσεων που πραγματοποιούνται μόνο από τους γονείς, χωρίς το παιδί να εκφράζει την δική του άποψη. Πάντα, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια από όλους χωρίς υπεκφυγές.

Αναπόσπαστο κομμάτι αποτελεί και η οριοθέτηση της μελέτης του παιδιού στον χώρο του σπιτιού και η διεκπεραίωση της. Προϋπόθεση αποτελεί ο καθορισμός ενός προγράμματος μελέτης από κοινού, η διαμόρφωσή του με βάση τις ανάγκες του παιδιού και με τοποθέτηση ολιγόλεπτων διαλειμμάτων κατά την διάρκειά της. Απαιτείται ενθάρρυνση, παροχή σαφέστατων οδηγιών και σταθερότητας και προσοχή στα θέλω που εκφράζουν οι γονείς και που υπόσχονται.

Για τους εκπαιδευτικούς ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν, αποδέχονται και αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες των παιδιών είναι ιδιαίτερος σημαντικό στην εξέλιξη και την αλληλεπίδραση με τα παιδιά αυτά. Το σχολικό περιβάλλον είναι ένας χώρος όπου τα παιδιά δοκιμάζουν τις ικανότητές τους αν σε αυτό υπάρχει ιδιαίτερη αποδοκimasία τότε

είναι ελάχιστες οι πιθανότητες προσπάθειας και συνεργασίας. Το κατάλληλο είναι οι αδυναμίες να καθιερωθούν ως κίνητρο και αφετηρία μάθησης.

Έτσι η συνεργασία του εκπαιδευτικού με τον ειδικό κλινικό είναι σημαντική για την ανταλλαγή πληροφοριών και εμπάθυνση στην κατάσταση ώστε να παρθούν κατάλληλα μέτρα στο σχολικό περιβάλλον. Σε ένα περιβάλλον που είναι αναγκαία η ενθάρρυνση, η σαφήνεια, η σταθερότητα, η ακρίβεια των οδηγιών τόσο από τους εκπαιδευτικούς όσο και από τους μαθητές που θα πρέπει να ενημερωθούν για την κατάσταση και να βοηθήσουν και αυτοί από την δική τους πλευρά και με τον δικό τους τρόπο.

Στόχοι θα πρέπει να καθιερωθούν γύρω από το πλαίσιο της συμπεριφοράς και πώς αυτήν εκδηλώνεται καθώς θα πρέπει να περιοριστεί η υπερκινητική δραστηριότητα μέσα στην τάξη. Η διατήρηση της προσοχής τους σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, η βελτίωση της ανταπόκρισης στις απαιτήσεις του σχολείου, η ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων είναι αναγκαία. Εξίσου σημαντική είναι η προϋπόθεση της ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων και του πνεύματος της συνεργασίας με τους συνομηλίκους του.

Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να αξιολογήσει τις ικανότητες και τις ανάγκες του μαθητή ώστε να γίνει η επιλογή των κατάλληλων διδακτικών προσεγγίσεων και η ενσωμάτωση των κατάλληλων μεθόδων-πρακτικών σε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα. Απαιτείται προβλεψιμότητα και σαφήνεια, στήριξη της ενεργούς συμμετοχής στην τάξη, χρησιμοποίηση οπτικοακουστικού υλικού. Επίσης απαιτείται συνεχής αξιολόγηση της ανταπόκρισης των μαθητών και έλεγχος της απόδοσής τους.

Παροχή βοήθειας με στόχο την αυτοδιόρθωση, την αυτοσυγκέντρωση και την μείωση των θορύβων. Πρέπει να δίνονται ιδιαίτερες οδηγίες για την εκτέλεση των εργασιών είτε κατανέμοντας τις δραστηριότητες σε μικρότερες ενότητες είτε μέσω της υπογράμμισης των σημαντικών λέξεων. Καλή θα ήταν η μείωση των διαγωνισμάτων που πραγματοποιούνται σε προκαθορισμένο χρόνο και η αξιοποίηση συνεργατικών στρατηγικών μάθησης ακόμα και χρήση της τεχνολογίας.

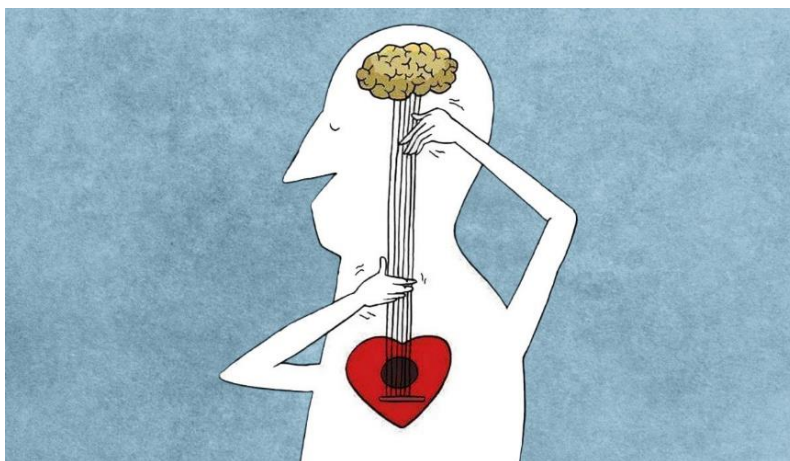
Για την οργάνωση της μελέτης μπορεί να καθιερωθεί το τετράδιο καθηκόντων για γρήγορη και σωστή εύρεση των εργασιών. Χρήση φακέλων διαφορετικού χρώματος για κάθε μάθημα καθώς και ο ορισμός συνεργάτη οργάνωσης. Εξίσου σημαντική είναι και η τακτοποίηση του θρανίου αλλά και της σχολικής τσάντας αλλά και η χρήση οπτικών μέσων για την

υπενθύμιση σημαντικών πληροφοριών, καθώς και η επιτήρηση της δραστηριότητας των παιδιών.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η καθοδήγηση του εκπαιδευτικού στην διαχείριση του χρόνου που απαιτείται για μια δραστηριότητα, η οποία πραγματοποιείται κυρίως με την χρήση ρολογιού ή με την χρήση ημερολογίου. Εξίσου όμως σημαντική είναι και η εκμάθηση και ο τρόπος αλληλοδιαδοχής των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται στην διάρκεια των ωρών του σχολικού προγράμματος (Κολιάδης, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Μουσικοθεραπεία

2.1 Ορισμός Μουσικοθεραπείας



Εικόνα 2.1 Ανακτήθηκε από: www.turciosart.com

Το 1960 διατυπώθηκε για πρώτη φορά ο ορισμός της μουσικοθεραπείας ο οποίος υποστηρίζει ότι « η μουσικοθεραπεία είναι η επιστημονική εφαρμογή της τέχνης της μουσικής για την επίτευξη θεραπευτικών σκοπών ». Η χρήση της ίδιας της μουσικής και η προσωπικότητα του ίδιου του θεραπευτή επηρεάζουν τις αλλαγές στη συμπεριφορά (Μακρής & Μακρή, 2003).

Στην συνέχεια και συγκεκριμένα την δεκαετία του 1980, το φυλλάδιο “A Career in Music Therapy” (National Association for Music Therapy), περιέγραψε την μουσικοθεραπεία ως « την χρήση της μουσικής σε συνδυασμό με θεραπευτικούς στόχους: αποκατάσταση, διατήρηση και βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας ». Είναι η συστηματική εφαρμογή της μουσικής, από τους μουσικοθεραπευτές σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον, με σκοπό τις επιθυμητές αλλαγές στην συμπεριφορά.

Από το 1980 και μετά, το επάγγελμα της μουσικοθεραπείας συνέχισε να αναπτύσσεται καθώς διερευνήθηκαν καινούργιες πρακτικές ιατρικής φροντίδας και προέκυψαν νέες πληροφορίες. Το 1997, το American Music Therapy Association, δημοσίευσε τον παρακάτω

ορισμό της μουσικοθεραπείας « Η μουσικοθεραπεία είναι μια καθιερωμένη ιατρική βοηθητική προσέγγιση χρησιμοποιώντας μουσική και μουσικές δραστηριότητες με σκοπό την αντιμετώπιση σωματικών, ψυχολογικών, γνωστικών και κοινωνικών αναγκών στα άτομα με δυσκολίες».

Τέλος, η μουσικοθεραπεία ορίστηκε ως η επιστήμη που ασχολείται με την επίδραση της μουσικής στον εγκέφαλο και το σώμα του ανθρώπου, αλλά κυρίως βασίζεται στη διαπροσωπική σχέση και βασίζεται τεχνικές και μεθόδους της κλινικής ψυχολογίας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της, είναι η ολοκληρωμένη εκπαίδευση του μουσικοθεραπευτή (Μακρής & Μακρή, 2003).

2.2 Ιστορική Αναδρομή

Οι ρίζες της θεραπευτικής δράσης και χρήσης της μουσικής κρατούν από τα αρχαία χρόνια στον Ελλαδικό χώρο και σε άλλους λαούς της Ανατολής. Η σχολή των Πυθαγόρειων ήταν αυτή που χρησιμοποίησε αλλά και υιοθέτησε την άποψη πως η αρμονία της μουσικής έχει τη δυνατότητα να αποκαταστήσει τη διαταραγμένη ψυχοσωματική ισορροπία του ασθενούς. Οι άνθρωποι δεν πίστευαν πάντα στην επιστημονική εξήγηση των ασθενειών έτσι η μουσική ήταν και είναι πρωταγωνιστικός συντελεστής στην θεραπεία ενός ατόμου (Δρίτσας, 2003).

Σημαντικό ρόλο είχε η μουσική και στην αντίληψη των αρχαίων Ελλήνων στο πλαίσιο εκπαιδευτικής διαδικασίας, για την σημασία της τέχνης της Μελπομένης. Αποτελούσε ένα μέσον προληπτικό, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μια διαρκή φροντίδα για την ισότιμη ανάπτυξη και διατήρηση της ισορροπίας σώματος και ψυχής, ένας ρόλος διατυπωμένος επιγραμματικά με τον δικό τους λόγο ο οποίος είναι γνωστός ως «νους υγιής εν σώματι υγιή» (Ντζιούνη, 2012).

Η χρήση της θεραπευτικής μουσικής αναφέρεται στα γραπτά κείμενα του Αριστοτέλη, του Πλάτωνα και πολλών σημαντικών φιλόσοφων της εποχής όπως του φιλόσοφου Κομφούκιου. Οι οποίοι πίστευαν ότι η μουσική μπορεί να μεταβάλει τον χαρακτήρα του ανθρώπου προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο. Από τους πρώτους φιλόσοφους επίσης

ήταν και ο Πυθαγόρας ο οποίος πίστευε ότι η μουσική στη βάση της δομείται κυρίως από ηθικές και θεραπευτικές ιδιότητες (Mazer, 2010).

Χρονολογικά όμως οι αναφορές στην μουσική ως επίσημο θεραπευτικό μέσο ξεκίνησαν νωρίτερα και συγκεκριμένα η πρώτη αναφορά πραγματοποιήθηκε το 1789 σε ένα ανυπόγραφο άρθρο στο Κολομβιανό περιοδικό με τίτλο "Μουσική Φυσικά Εξετασμένο".

Ακολούθησαν στις αρχές του 1800 και συγκεκριμένα το 1804 και το 1806 δύο ιατρικές διατριβές, από δύο άντρες οι οποίοι ήταν φοιτητές του Δρ. Benjamin Rush, οι οποίες υποστήριζαν θερμά τη χρήση της μουσικής για τη θεραπεία των ιατρικών ασθενειών. Στη διάρκεια του 1800, έκανε επίσης την εμφάνισή της η καταγεγραμμένη μουσικοθεραπευτική παρέμβαση στο νησί Blackwell's στη Νέα Υόρκη.

Την ίδια περίοδο πραγματοποιήθηκε και το πρώτο πείραμα στη μουσικοθεραπεία το οποίο ονομάστηκε « Corning », το οποίο χρησιμοποίησε τη μουσική ώστε να αλλάξει τις ονειρικές καταστάσεις κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Το ενδιαφέρον για τη μουσικοθεραπεία συνεχίστηκε και ενισχύθηκε το 1900 καθώς εκείνη την περίοδο δημιουργήθηκαν και οργανισμοί οι οποίοι ήταν συνδεδεμένοι με τον θεσμό της μουσικοθεραπείας.

Συγκεκριμένα, το 1903 η Eva Augusta Vescelius ίδρυσε την Εθνική Εταιρεία Μουσικής Θεραπευτικής. Το 1926, η Isa Maud Ilsen ίδρυσε την Εθνική Ένωση Μουσικής στα νοσοκομεία. Και το 1941, ο Harriet Ayer Seymour ίδρυσε το Εθνικό Ίδρυμα Μουσικοθεραπείας. Δυστυχώς δεν κατάφεραν να αναπτύξουν ένα οργανωμένο κλινικό επάγγελμα. Ο μουσικοθεραπευτής, ως το επάγγελμα του 20ού αιώνα, ξεκίνησε τυπικά μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο και τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.

Από τότε και μετά η μουσικοθεραπεία αναπτυσσόταν και υποστηριζόταν δυναμικά. Αρχικά, ο ψυχίατρος και ο μουσικοθεραπευτής Ira Altshuler, MD εισήγαγε δυναμικά τη μουσικοθεραπεία στο Michigan για τρεις δεκαετίες. Ο Willem van de Wall συμπεριέλαβε τη χρήση της μουσικοθεραπείας σε κρατικά χρηματοδοτούμενες εγκαταστάσεις. Παρόλα αυτά, ο E. Thayer Gaston ως « πατέρας της μουσικοθεραπείας» ήταν αυτός που συντέλεσε αποφασιστικά στην προώθηση του επαγγέλματος.

Την ίδια περίοδο πρωτοεμφανίστηκε το πρώτο εκπαιδευτικό πρόγραμμα θεραπευτικής μουσικής στο Το Κρατικό Πανεπιστήμιο του Michigan (1944). Αποτέλεσμα, να ακολουθήσουν και άλλα πανεπιστήμια όπως το Πανεπιστήμιο του Kansas, το Chicago Musical College, το College of the Pacific και το κολλέγιο Alverno. Στα τέλη της δεκαετίας του 1920 πρωτοεμφανίστηκε και χρησιμοποιήθηκε η μουσικοθεραπεία στο Sonnenhof στο Arlesheim της Ελβετίας.

Επιπροσθέτως, το 1950 ιδρύθηκε η Εθνική Ένωση της Μουσικοθεραπείας (National Association for Music Therapy NAMT) και έγινε ο κύριος σύλλογος για μουσικοθεραπευτές στις Ηνωμένες Πολιτείες με στόχο την διάδοση του επαγγέλματος και των γνώσεων βασιζόμενοι αποκλειστικά σε έρευνες. Στο διάστημα λειτουργίας του οργανισμού (1950 - 1997) επετεύχθη η δημιουργία ενός προγράμματος πιστοποίησης συμβούλων (1985) και αυξήθηκαν οι επαγγελματίες μουσικοθεραπευτές (Solomon, 1993).

Τέλος ένας νέος σύλλογος εμφανίζεται το 1976 με ονομασία Ο Σύλλογος Επαγγελματιών Μουσικοθεραπευτών (American Music Therapy Association APMT). Προεξέχουσα ασχολία και βασικός στόχος ήταν οι εργασιακές και επαγγελματικές απαιτήσεις των ειδικευμένων μουσικοθεραπευτών και η παροχή υπηρεσιών στους υποψήφιους επαγγελματίες. Το 1999 ο Σύλλογος Επαγγελματιών Μουσικοθεραπευτών (APMT) επικυρώνει ένα σύστημα επαγγελματικής ανάπτυξης και το 2002 πραγματοποιείται το πρώτο Παγκόσμιο Συνέδριο Μουσικοθεραπείας στην Οξφόρδη (Darnley-Smith & Patey, 2003).

2.3 Είδη Μουσικοθεραπείας

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί σε δύο τρόπους καθώς υπάρχουν δύο είδη. Πρώτος τύπος αποτελεί η ενεργή ή διαδραστική (active music therapy ή music therapy) η οποία είναι μοντέλο της ειδικής αγωγής και στηρίζεται στον αυτοσχεδιασμό του κλινικού. Δεύτερο είδος είναι η παθητική ή δεκτική (receptive music therapy ή music medicine) η οποία επιτυγχάνεται με την ακρόαση της μουσικής (Φραγκούλη, 2012).

Αρχικά, η ενεργή μουσικοθεραπεία κυρίως απαιτεί την παρουσία ειδικού μουσικοθεραπευτή και στην συνεδρία που πραγματοποιείται χρησιμοποιούνται πολλές τεχνικές αλλά και θεραπευτικές τεχνικές των δημιουργικών τεχνών όπως η χρήση του Art therapy (Δρίτσας, 2003). Σε μια ιδανική, ενεργή μουσικοθεραπεία οι ασθενείς ενθαρρύνονται να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους μέσω της μουσικής. Η διαδικασία απαιτεί μουσικούς αυτοσχεδιασμούς (Julsin & Sloboda, 2001).

Ειδικότερα η έννοια του αυτοσχεδιασμού σε αυτό το πλαίσιο πρέπει να γίνει κατανοητή λόγω της συνύπαρξης της μουσικής, της ψυχολογικής και των άλλων σχετικών διαστάσεων της διαδικασίας του αυτοσχεδιασμού. Γι' αυτό τον λόγο η διαδικασία του αυτοσχεδιασμού έχει τεράστια προσωπική και διαπροσωπική σημασία (Julsin & Sloboda, 2001).

Από την άλλη πλευρά, η παθητική μουσικοθεραπεία είναι η μουσικοθεραπεία ως ακρόαση μουσικής. Με αυτήν την μορφή της συνεδρίας ο ασθενής ακούει την μουσική με αποτέλεσμα να δέχεται πολλά συναισθήματα αλλά και να τα εξωτερικεύει. Επίσης, η μουσική χαλαρώνει, συγκεντρώνει με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται στόχοι και το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται και απεικονίζονται τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, αλλά και οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα δύο είδη που αναφέρθηκαν (Δρίτσας, 2003).

	Ενεργητική	Παθητική
Μουσική	Ναι	Ναι
Προ-επιλογή μουσικής	Όχι	Ναι
Σχέση θεραπευτή-ασθενή	Ναι	Όχι
Παρουσία θεραπευτή	Ναι	Όχι
Ακρόαση μουσικής	Ναι	Ναι
Αυτοσχεδιασμός	Ναι	Όχι
Σύνθεση	Ναι	Όχι

Ενεργή δραστηριότητα	Ναι	Όχι
Art therapy	Ναι	Όχι

Πρέπει να τονιστεί ότι και τα δύο είδη της μουσικοθεραπείας που αναφέρθηκαν μπορούν να πραγματοποιηθούν και σε ατομικό αλλά και σε ομαδικό επίπεδο δηλαδή οι θεραπείες και το θεραπευτικό πρόγραμμα να είναι ατομικό ή ομαδικό. Για την εφαρμογή τους απαιτείται ειδική και μακροχρόνια εκπαίδευση από τους ειδικούς αλλά και τους υποψήφιους μουσικοθεραπευτές.

Αρχικά, ασχολήθηκαν με τον κλάδο ειδικοί εκτός του ιατρικού χώρου κυρίως μουσικοί, ψυχολόγοι και νηπιαγωγοί, όμως με την πάροδο του χρόνου και την ανάπτυξη της τεχνολογίας πραγματοποιήθηκαν μελέτες για την θετική επίδραση της μουσικής στον ανθρώπινο εγκέφαλο από κλινικούς ιατρούς (Δρίτσας, 2003).

2.4 Μουσικός Αυτοσχεδιασμός

Η κατανόηση και η επεξήγηση του μουσικού αυτοσχεδιασμού στη μουσικοθεραπεία είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους άμεσα ενδιαφερόμενους, δηλαδή τους μουσικούς αλλά και τους ειδικούς που ασχολούνται με την θεραπεία λόγω της μουσικής, ψυχολογικής και των άλλων σχετικών διαστάσεων της διαδικασίας του αυτοσχεδιασμού. Η διαδικασία, για αυτούς έχει τεράστια προσωπική και διαπροσωπική σημασία, καθώς επιτυγχάνεται η θεραπεία έχοντας «κλινικό» και «προσωπικό» υπόβαθρο (Julsin & Sloboda, 2001).

Στο πρώτο στάδιο της θεραπείας απεικονίζονται χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της παθολογίας του θεραπευόμενου με την μορφή ηχητικών δομών μέσα από την ακρόαση της. Στην συνέχεια πραγματοποιείται η έναρξη της θεραπείας η οποία συνοδεύεται με την συνειδητοποίηση των εσωτερικών συγκρούσεων και η μουσική μετατρέπεται σε πρόδρομο της αλλαγής καθώς τα προβλήματα μετατρέπονται σε μουσικά που επιζητούν λύσεις (Φραγκούλη, 2012).

Επίσης, τα μουσικά στοιχεία όπως η μελωδία, ο ήχος, ο ρυθμός δίνουν την δυνατότητα στον θεραπευόμενο να μορφοποιήσει τις εσωτερικές του ορμές, σκέψεις και συναισθήματα και να τα εξωτερικεύσει. Αποτέλεσμα έτσι είναι η δημιουργία αληθινών σχέσεων έτσι ώστε να μπορεί να γίνει η έναρξη της θεραπείας και δημιουργείται ένα ασφαλές περιβάλλον καθώς γνωρίζουμε πλέον τον εσωτερικό κόσμο του θεραπευόμενου (Φραγκούλη, 2012).

Ο μουσικός αυτοσχεδιασμός στα πλαίσια μιας συνεδρίας επιτυγχάνεται κυρίως με ρυθμικά και μελωδικά όργανα που παράγουν ιδιαίτερους και ενδιαφέροντες ήχους που ελκύουν τον θεραπευόμενο και δεν απαιτούν κάποια μουσική γνώση και δεξιότητα. Κυρίως χρησιμοποιούνται μουσικά όργανα όπως κρουστά (ντέφια, μαράκες, μεγαλόφωνα τύμπανα), πνευστά (σφυρίχτρες, φλογέρες), έγχορδα (κιθάρα, πιάνο) συνήθως με την συνοδεία ανθρώπινης φωνής (Wigram et al., 2002).

Τέλος αξίζει να αναφέρουμε, ότι μπορούν να συνοδεύονται με μουσικές κινήσεις, από τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο αλλά και με την δημιουργία και αφήγηση μουσικών ιστοριών ή αυτοσχέδιων τραγουδιών με αποτέλεσμα την ανάπτυξη της άρθρωσης, του ρυθμού της ομιλίας αλλά και τον έλεγχο της αναπνοής. Έτσι δημιουργείται το κατάλληλο έδαφος για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων που έχουν τεθεί αλλά και η δημιουργία ασφαλών διαπροσωπικών σχέσεων (Φραγκούλη, 2012).

2.5 Μουσική σαν Διαγνωστικό εργαλείο

Η χρήση της μουσικής στον τομέα της διάγνωσης ακολουθεί κάποια συγκεκριμένα βήματα. Αρχικά, πριν από κάθε απόπειρα εφαρμογής της προηγείται μια διαδικασία ανίχνευσης, που θα βοηθήσει τον θεραπευτή να συγκεντρώσει σημαντικές πληροφορίες, ώστε να χρησιμοποιήσει την πιο κατάλληλη μέθοδο για κάθε περίπτωση ατόμου. Το πρώτο βήμα είναι μια συνομιλία, η οποία θα δώσει στον θεραπευτή μια πρώτη άποψη της προσωπικότητας και των προβλημάτων του ασθενή του, θα καταγράψει το ιστορικό του και θα κάνει μια πρώτη διάγνωση. Ακόμη, θα καταγράψει σε γενικές γραμμές τις μουσικές του προτιμήσεις, καθώς και τις μουσικές προτιμήσεις του περιβάλλοντός του, και τον τρόπο έκφρασης που προτιμά.

Στη συνέχεια οι ερωτήσεις προς τον ασθενή γίνονται πιο συγκεκριμένες, βάση του ερωτηματολογίου της μουσικοθεραπείας. Το ερωτηματολόγιο της μουσικοθεραπείας αποτελεί ένα τρόπο να γνωρίσουμε όχι μόνο την ηχητική και μουσική ιστορία του ενδιαφερόμενου, αλλά και τα φολκλορικά φαινόμενα του γενεαλογικού του δένδρου που μας αποκαλύπτουν τα ηχητικά του αρχέτυπα. Επιπλέον, μας δίνει πληροφορίες για τα κοινωνικά φαινόμενα που παρατηρήθηκαν κατά την εμβρυϊκή περίοδο αλλά και την παιδική ηλικία, καθώς και τις αναμνήσεις ήχων που διαθέτει το άτομο.

Ακολουθεί η εξέταση στο μη λεκτικό επίπεδο, που γίνεται μέσα από την παρατήρηση του εξεταζόμενου μπροστά σε ένα σύνολο απλών κρουστών και ορισμένων μελωδικών οργάνων, ώστε να ανακαλύψουμε με ποιο από αυτά καταφέρνει να επικοινωνήσει καλύτερα. Αυτό είναι και το τελευταίο βήμα, μέσα από το οποίο μπορούμε να καθορίσουμε περίπου το όργανο που θα αποτελέσει το μεσάζον αντικείμενο της μουσικοθεραπείας, αλλά και να έχουμε μια πιο συγκεκριμένη υπόθεση για την ηχητική του ταυτότητα και δημιουργικότητα (Μαντζίκος, 2015).

2.6 Μουσική σαν Θεραπευτικό εργαλείο

«Η μουσική και ο ρυθμός βρίσκουν το δρόμο τους

προς τα πιο απόκρυφα μέρη της ψυχής».

- Πλάτων -

Οι πληροφορίες που ο θεραπευτής συνέλεξε με διάφορες τεχνικές κατά τη φάση της διάγνωσης θα του είναι χρήσιμες για την πορεία που θα ακολουθήσει στη δεύτερη φάση, σε αυτή της θεραπείας. Στο σημείο αυτό ο θεραπευτής θα χρειαστεί να αναπτύξει ικανότητές του, όπως ευαισθησία, ευστροφία και φαντασία, ώστε να ανοίξει καινούργιες γέφυρες επικοινωνίας με τον ασθενή του, να βοηθήσει στην εκτόνωση αρνητικών εμπειριών και

συναισθημάτων, στην αναδιαμόρφωση θετικών, δημιουργικών και συχνά καταπιεσμένων ικανοτήτων της προσωπικότητας του και τελικά στη θεραπεία (Μαντζίκος, 2015).

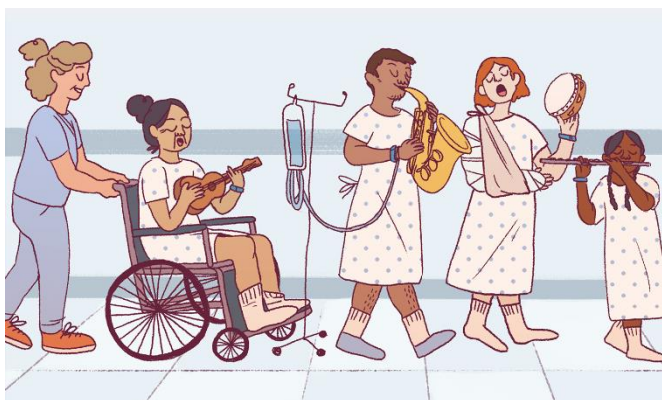
Στις μέρες μας είναι ευρέως γνωστό, ότι η μουσικοθεραπεία αποτελεί αδιαμφισβήτητα συμμαχικό επάγγελμα της υγείας που χρησιμοποιεί τη μουσική για να διευκολύνει τις θεραπευτικές διαδικασίες. Τα οφέλη της θεραπείας με χρήση της μουσικής εντοπίζονται στους ασθενείς άμεσα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικό-συναισθηματικά (Καραδήμου-Λιάτσου, 2003). Επιπλέον, σύμφωνα με την Ένωση Αμερικανικής Μουσικοθεραπείας (American Music Therapy Association's - A.M.T.A.) (2014-2017) αναφέρεται ότι οι παρεμβάσεις μουσικοθεραπείας χρησιμοποιούνται σε μια ευρεία ποικιλία θεραπευτικών περιβαλλόντων, συμπεριλαμβανομένων των σχολείων, των εξωτερικών ασθενών και των μακροχρόνιων ή βραχυχρόνιων εγκαταστάσεων θεραπείας εσωτερικών ασθενών.

Ανατρέχοντας πίσω στο χρόνο, θα δούμε πως η μουσική ενδείκνυται εδώ και εκατοντάδες χρόνια ως συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος με σκοπό να καταπραΰνει τους ασθενείς που πάσχουν από πόνο, άγχος, τραυματισμούς και άλλες ασθένειες. Αποτελούσε και αποτελεί λοιπόν, αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας των ατόμων. Τέλος, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η μουσική, η φωνή και τα μουσικά όργανα εμφανίζονταν σαν αποκούμπι στην αντιμετώπιση ψυχιατρικών, χρόνιων ή ψυχοσωματικών ασθενειών.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε ότι ειδικά στα παιδιά η χρήση της μουσικής ως θεραπευτικό μέσο έχει μελετηθεί αρκετά, ενώ αδιαμφισβήτητο γεγονός αποτελεί η θετική επιρροή που ασκεί σε παιδιά που πάσχουν από κάποια διαταραχή (Καραδήμου-Λιάτσου, 2003). Άλλωστε, η παραγωγή ήχου βοηθά το παιδί να γνωρίσει τις φωνητικές του ικανότητες και του παρέχει ευχαρίστηση. Έτσι, η μουσική θεωρείται σύμφυτη με τη γλώσσα μας από τα πρώτα στάδια κίολας της ζωής, καθώς στοιχεία της βασικής επικοινωνίας μας αποτελούν η ένταση, ο ρυθμός και η τονικότητα (Τσέργας, 2014).

Είναι κοινώς αποδεκτό στην επιστημονική κοινότητα ότι η μουσικοθεραπεία έχει τρομερή απήχηση στην παρέμβαση για τα άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ή πιο απλά με αυτισμό. Ήδη από τις δεκαετίες 1950-1960, στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι θεραπευτές Juliette Alvin, Paul Nordoff και Clive Robbins έκαναν λόγο για την ευεργετικότητα της μουσικής σε άτομα με ΔΑΦ, τα οποία παρουσίαζαν έντονο ενδιαφέρον και κίνητρο, ενώ ένιωθαν ασφάλεια και οικειότητα μέσα στο μουσικοθεραπευτικό πλαίσιο. Αναντίρρητα η μουσική μπορεί να διεγείρει και να αναπτύξει μια πιο σημαντική και πιο παιχνιδιάρικη επικοινωνία

στα άτομα με αυτισμό, χρησιμοποιώντας πολύ-αισθητηριακή διέγερση (όραση, ακοή, αφή). Όμως, οι θετικές επιδράσεις της σε παιδιά με ΔΑΦ δεν σταματούν εκεί. Η μουσικοθεραπεία αναπτύσσει τις κοινωνικές – επικοινωνιακές δεξιότητες των παιδιών αυτών, συμβάλλει στο χτίσιμο υγιών ανθρωπίνων σχέσεων, προάγει την χαλάρωση και την ανεκτικότητα του παιδιού στον ήχο, βοηθάει τις σχέσεις μεταξύ παιδιού και γονέων, αναπτύσσοντας θετικές αλληλεπιδράσεις και τέλος ενεργοποιεί πολλαπλές αναπτυξιακές λειτουργίες. Όλα αυτά διαδραματίζονται μέσα από το παιχνίδι, τη δημιουργία, τη δραματικότητα και την έκφραση.



Εικόνα 2.2

Με δεδομένα τα παραπάνω δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι η μουσικοθεραπεία είναι απανταχού παρούσα για μια ποικιλία διαγνώσεων και θεραπευτικών αναγκών, όπως η αντιμετώπιση του τραύματος Lefevre (2004), η απώλεια βάρους (McFerran, Roberts, & O'Grady, 2010), η μείωση

άγχους σε ασθενείς που βρίσκονται στο νοσοκομείο (Evans, 2002) και σε παιδιά πριν από χειρουργική επέμβαση (Kain, Caldwell-Andrews, Krivutza, et al., 2004). Πιο συγκεκριμένα, η μουσικοθεραπεία απευθύνεται σε ένα ευρύ φάσμα ανθρώπων. Για παράδειγμα σε άτομα με νευρολογικές παθήσεις (άνοια), μαθησιακές δυσκολίες, καρδιακά προβλήματα, αναπτυξιακή καθυστέρηση, κινητικά προβλήματα, ανίατες ασθένειες (AIDS, καρκίνο κλπ.), καθώς και σε άτομα που κάνουν αποτοξίνωση από εξαρτήσεις (ναρκωτικά, αλκοόλ κλπ.) (Jennings & Vance, 2002; Ward, 2000; Δρίτσας, 2003). Τα δεδομένα αυτά, λοιπόν, καθιστούν τη μουσικοθεραπεία μια ολιστική παρέμβαση, διότι μπορεί να αγγίξει ποικίλους τομείς της ανθρώπινης ανάπτυξης την ίδια στιγμή.

2.6.1 Η εφαρμογή της Μουσικοθεραπείας σε μεμονωμένα άτομα

Η ατομική εφαρμογή της μουσικοθεραπείας συνήθως ακολουθεί τρία στάδια.

Το πρώτο στάδιο ονομάζεται «προετοιμασία – κάθαρση», στο οποίο προκαλούμε μια συγκινησιακή εκτόνωση. Ενδεικτικά εδώ η χρήση κάποιου οργάνου διευκολύνει τη διοχέτευση της φορτισμένης σωματικής και ψυχικής ενέργειας. Όμως, μπορούν να προκαλέσουν την κάθαρση και κάποιοι ήχοι ή ρυθμοί, ίσως και κάποιες λεκτικές παροτρύνσεις.

Το δεύτερο στάδιο αποτελεί η εκτόνωση, κατά τη διάρκεια της οποίας ο θεραπευτής ολοκληρώνει την παρατήρηση του ασθενή του στο μη λεκτικό πεδίο. Με αυτό τον τρόπο γίνεται όλο και πιο συγκεκριμένη η υπόθεσή του για την ηχητική ταυτότητα του εξεταζόμενου. Ταυτόχρονα διαισθάνεται με όλο και μεγαλύτερη σαφήνεια, την καλύτερη στρατηγική μέσα από την οποία θα μπορέσει να ανοίξει μια γέφυρα επικοινωνίας με τον ασθενή του.

Στη συνέχεια, στο στάδιο αυτό μπαίνει ασυναίσθητα στο παιχνίδι των αντιδράσεων και των επιλογών και η ηχητική ταυτότητα του ίδιου του θεραπευτή. Κάθε αντίδραση του θεραπευτή, κάθε απάντησή του στα μηνύματα που του στέλνει ο ασθενής, εξαρτώνται από τον τρόπο με τον οποίο αφουγκράζεται αυτά τα μηνύματα, και ο τρόπος αυτός πηγάζει από τη δική του ηχητική ταυτότητα και σαφώς από την προσωπικότητά του. Για το λόγο αυτό είναι ουσιαστικό να έχει φτάσει ο θεραπευτής σε ένα όσο το δυνατόν βαθύτερο επίπεδο αυτογνωσίας, ώστε να μπορεί να συλλαμβάνει όσο πιο αντικειμενικά γίνεται, τις ανάγκες του ασθενή του (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 2003).

Η χρήση της μουσικοθεραπείας θεραπευτικά βασίζεται στο μη λεκτικό διάλογο και στην επικοινωνία. Αυτός ο «ηχητικός διάλογος» χαρακτηρίζει το τρίτο στάδιο. Η κατανόηση των εκκλήσεων και των αναγκών του ασθενή από τον θεραπευτή και η απάντησή του σ' αυτές έχει ανοίξει ήδη κάποια γέφυρα επικοινωνίας, η οποία αποτελεί το πολυτιμότερο στοιχείο της θεραπείας (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 2003).

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω αποτελεί το να ξαναζωντανεύουν με αποκαλυπτικό και θεραπευτικό τρόπο όλα τα υποσυνείδητα βιώματα του ασθενή, όπως τραυματισμοί, φοβίες, άγχη, επιθυμίες και όνειρα. Έτσι ο θεραπευτής μπορεί να του μεταδώσει μια αισιοδοξία για τη ζωή, να του ξυπνήσει καινούργια ενδιαφέροντα, να του κεντρίσει την ευαισθησία, να τον βοηθήσει να επανενταχθεί σε κάποιες κοινωνικές ομάδες (Καρτασίδου, 2004).

2.6.2 Η εφαρμογή της Μουσικοθεραπείας σε ομάδες ατόμων

Αν χρησιμοποιηθεί η τεχνική της μουσικοθεραπείας σε ομάδα ατόμων, τότε πρέπει να φροντίσουμε η ομάδα αυτή να μην είναι πολυπληθής, ιδιαίτερα αν περιλαμβάνει και άτομα



Εικόνα 2.3

με σοβαρές παθήσεις. Συγκεκριμένα, θα ήταν χρήσιμο η ομάδα να μην περιλαμβάνει περισσότερα από 6-7 άτομα. Σε άλλες, λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις, συχνά με στόχους περισσότερο εκπαιδευτικούς και λιγότερο θεραπευτικούς, η ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει μέχρι και 15 άτομα. Ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο γεγονός ότι απαιτείται από το θεραπευτή πολύ μεγάλη προσοχή. Κατά συνέπεια, όσο αυξάνεται ο αριθμός των μελών της ομάδας, τόσο περισσότερη ενέργεια πρέπει να ξοδεύει ο θεραπευτής

προσέχοντας ένα-ένα τα άτομα και συγχρόνως παρακολουθώντας τη δυναμική της ομάδας στο σύνολό της.

Σε κάθε ομάδα η παρουσία ενός συν-θεραπευτή ή συνεργάτη του μουσικοθεραπευτή, εφόσον βέβαια έχει και αυτός μια σχετική ειδικευση θα είναι πολύτιμη. Εάν αυτές οι βασικές προϋποθέσεις εκπληρώνονται, τότε το κέρδος, από τη συμμετοχή του συν-θεραπευτή σε μια θεραπευτική ομάδα είναι πολύ μεγάλο.

Ανατρέχοντας στην βιβλιογραφία, στην ομαδική μουσικοθεραπεία παρουσιάζονται δύο τύποι, αυτή της ομαδικής αποδοχής και αυτή της ενεργητικής.

Η ομαδική μουσικοθεραπεία αποδοχής είναι αρκετά ενδιαφέρουσα, γιατί επιτρέπει τη συνειδητοποίηση του πλούτου και της πληθώρας των συναισθηματικών και συγκινησιακών δονήσεων που καθορίζουν τη δυναμική μιας ομάδας. Στην περίπτωση αυτή επιτρέπεται σε κάθε μέλος της ομάδας να συνειδητοποιήσει πως η μουσική έχει άπειρες συναισθηματικές αποχρώσεις ανάλογα με την συναισθηματική κατάσταση και ιδιοσυγκρασία του θεραπευόμενου. Με αυτόν τον τρόπο ο θεραπευόμενος εμβαθύνοντας καταλαβαίνει πως η πληθώρα των μουσικών προτιμήσεων έχει και πληθώρα συμβολικών προεκτάσεων όπως η ζωή. Επιπλέον, διευκολύνεται η έκφραση, η ομιλία και η επικοινωνία καθώς η έκφραση του

ενός παροτρύνει τον άλλον. Ο θεραπευτής με αυτό τον τρόπο μπορεί να εμβαθύνει στα προβλήματα του θεραπευόμενου, προσπαθώντας να κατανοήσει τις αιτίες των μουσικών του προτιμήσεων (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 2003).

Από την άλλη πλευρά, η ομαδική ενεργητική μουσικοθεραπεία βασίζεται κυρίως στον αυτοσχεδιασμό και έχει σαν στόχο την όσο το δυνατόν πιο πηγαία και αυθόρμητη επικοινωνία των μελών της ομάδας. Θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε την ουσία της συγκεκριμένης ομαδικής μουσικοθεραπείας στο ότι αρχικά περιμένουμε τον πρώτο ήχο που θα ακουστεί από την ομάδα και έπειτα, προσθέτουμε σε αυτόν ένα διαφορετικό δικό μας ήχο την κατάλληλη στιγμή, ώστε να συνδυάζεται αρμονικά με αυτόν που ήδη ακούγεται στην ομάδα. Συνεχίζουμε προσεκτικά ακούγοντας τη σύνθεση της ομάδας προσέχοντας ώστε ο δικός μας ήχος να μην είναι παράταιρος με το σύνολο. Στο τέλος όλη η ομάδα συζητάει αυτήν την μουσική εμπειρία. Η ενεργητική ομαδική μουσικοθεραπεία δίνει ώθηση στα μέλη της ομάδας και τους επιτρέπει να συνειδητοποιήσουν σε ένα συμβολικό επίπεδο, τις ιδιαιτερότητες των διαπροσωπικών σχέσεων και την αξία της ομαδικής δημιουργίας (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 2003).

Συνοψίζοντας, η ίδια η μουσική σε συνδυασμό με την ψυχραιμία, την ηρεμία και τη σταθερότητα του θεραπευτή, βοηθάει να ξεπεραστούν σταδιακά όλες αυτές οι αντιδράσεις και να οδηγηθεί η ομάδα στον αλληλοσεβασμό και την επικοινωνία (Καραδήμου-Λιάτσου, 2003).

2.7 Ρόλος Μουσικοθεραπευτή

Ανατρέχοντας πίσω στο χρόνο, τα πρώτα προγράμματα εκπαίδευσης μουσικοθεραπευτών εμφανίστηκαν το 1944 στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η μάθησή τους εκτός από τις βασικές μουσικές δεξιότητες περιέχει την εφαρμογή διάφορων τεχνικών με βάση τη μουσική, το τραγούδι και το ρυθμό, για να προσφέρουν θεραπευτική ψυχαγωγία και να απαλύνουν το ψυχικό ή σωματικό πόνο σε διάφορες ομάδες ασθενών.



Εικόνα 2.4 Ανακτήθηκε από: https://www.ucsfbenioffchildrens.org/services/music_program/

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι βασικό συστατικό της μουσικοθεραπείας είναι η σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στον εξειδικευμένο θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, η οποία δημιουργεί ένα οικείο περιβάλλον για το θεραπευόμενο, ώστε να συμμετέχει ενεργά στη μουσική (Φρουδάκη 2003). Γι' αυτό άλλωστε το 50% της επιτυχίας μιας μουσικοθεραπευτικής διαδρομής οφείλεται στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ μουσικοθεραπευτή και θεραπευόμενου και το άλλο μισό στις μουσικοθεραπευτικές συνεδρίες.

Με βάση τα παραπάνω λοιπόν, καταλαβαίνουμε πως μεταξύ μουσικοθεραπευτή και θεραπευόμενου δημιουργείται ένα «άτυπο» θεραπευτικό συμβόλαιο σύμφωνα με το οποίο ο θεραπευτής είναι ένα άτομο το οποίο βρίσκεται εκεί προκειμένου να βοηθήσει τον ασθενή παρέχοντας του ένα συγκεκριμένο είδος υπηρεσιών το οποίο πρέπει να είναι σε θέση ψυχικά να λάβει ο ασθενής ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του. Ο συνδετικός κρίκος ανάμεσά τους είναι η μουσική, την οποία καλείται να χειριστεί καταλλήλως ο θεραπευτής. Αν η θεραπευτική σχέση θα ωριμάσει περισσότερο ή λιγότερο εξαρτάται στον μεγαλύτερο βαθμό από τον θεραπευτή (Μαντζίκος, 2015).

Πράγματι, ο θεραπευτής προσφέρει στήριξη και αποδοχή, προκειμένου να βοηθήσει τον ασθενή του να οδηγηθεί σε συναισθηματική απελευθέρωση και αποδοχή του εαυτού του (Ψαλτοπούλου, 2005). Ακόμη, είναι ο άνθρωπος που πρέπει να σχεδιάζει και να πραγματοποιεί μουσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις, στηριζόμενος στο ιστορικό και τις υπόλοιπες εμπειρίες της ζωής κάθε ατόμου (Ζαχαρενάκης, 2011). Σύμφωνα με τις απόψεις των Davis, Gfeller & Thaut (1999), ένας μουσικοθεραπευτής δεν πρέπει να είναι μόνο ένας

καλός μουσικός αλλά και καλός θεράπων. Οφείλει να έχει άριστες μουσικές δεξιότητες, συλλογική γνώση μουσικής και να μπορεί να τη χρησιμοποιεί με ευελιξία και δημιουργικότητα. Τέλος, σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η ικανότητα για διαπροσωπική επικοινωνία και καλή φυσική υγεία, καθώς η εργασία του είναι απαιτητική τόσο φυσικά όσο και διανοητικά (Davis, Gfeller & Thaut, 1999).

Ειδικότερα, επειδή ο μουσικοθεραπευτής ασχολείται με άτομα που έχουν αρκετές ιδιαιτερότητες πρέπει να είναι «οπλισμένος» από υπομονή, διακριτικότητα, κατανόηση και καλή αίσθηση του χιούμορ. Αδιαμφισβήτητο στοιχείο της προσωπικότητάς του θα πρέπει να είναι η κλινική αντικειμενικότητα. Εξάλλου, η μουσικοθεραπεία αποτελεί μία μορφή θεραπείας, στην διάρκεια της οποίας εγκαθίσταται μία αμοιβαία σχέση μεταξύ θεραπευτή και ασθενή, που δίνει το έναυσμα για αλλαγές της κατάστασης του ασθενή και υγιή διεκπεραίωση της θεραπείας (Παπαδόπουλος, 2000).

Παρόλα αυτά, οφείλουμε να τονίσουμε ότι η μουσικοθεραπεία κινείται με γνώμονα τη μουσική, σε αντίθεση με την μουσικοπαιδαγωγική όπου η μουσική θα χρησιμοποιηθεί ως μέσο αλλαγής κάποιων αποκλίσεων-λαθών. Πιο συγκεκριμένα στοχεύει στην θεραπεία του ατόμου, ενώ η μουσική εκπαίδευση στην εκπαίδευσή του (Καρτασίδου, 2004).

Αβίαστα συμπεραίνουμε ότι στόχος του μουσικοθεραπευτή δεν είναι να γίνει ο θεραπευόμενος μουσικός ή να αποκτήσει μουσικές γνώσεις, αλλά μοναδική του επιθυμία είναι η μουσική ως μέσο θεραπείας (Παπαηλιού, 2001).

Γιατί εν τέλει, το νόημα κρύβεται στα λόγια του Νίκου Καζαντζάκη: «Ο ιδανικός δάσκαλος είναι εκείνος που γίνεται γέφυρα για να περάσει απέναντι ο μαθητής του κι όταν πια του έχει διευκολύνει το πέρασμα, αφήνεται χαρούμενα να γκρεμιστεί, ενθαρρύνοντας το μαθητή του να φτιάξει δικές του γέφυρες».

2.8 Θεραπευτικοί στόχοι Μουσικοθεραπείας

Οι στόχοι της μουσικοθεραπείας είναι διαφορετικοί σε κάθε άτομο και διαμορφώνονται ανάλογα με τις ανάγκες του. Η μουσικοθεραπεία, αποτελεί μια εξατομικευμένη και

προσωπική θεραπεία για το κάθε άτομο η οποία αποσκοπεί στην ενίσχυση και ενθάρρυνση των θετικών αλλαγών στην συμπεριφορά του ατόμου προκειμένου να βελτιωθεί η καθημερινότητα του και η ποιότητα ζωής του. Περιληπτικά, η μουσικοθεραπεία έχει ως στόχο την:

- Ενίσχυση της κοινωνικότητας και την ανάπτυξη των κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, προκειμένου το άτομο να δημιουργήσει διαπροσωπικές σχέσεις και να επικοινωνήσει (λεκτικά ή μη λεκτικά).
- Καλλιέργεια δημιουργικής έκφρασης.
- Ανάπτυξη του λόγου, ενθαρρύνοντας το άτομο να χρησιμοποιεί τη φωνή του για να εκφράζεται.
- Στήριξη σε συναισθηματικό επίπεδο.
- Καλλιέργεια ενός κατάλληλου θεραπευτικού πλαισίου μέσα στο οποίο το άτομο θα μπει στη διαδικασία να βιώσει και να εκφράσει μία ποικιλία συναισθημάτων, ενισχύοντας έτσι την αυτεπίγνωση, τη συναίσθηση, την κατανόηση των συναισθημάτων του και τη συναισθηματική έκφραση με αποτέλεσμα μία πιο «εξωστρεφή» κοινωνική συμπεριφορά.
- Ανάπτυξη ή βελτίωση των ικανοτήτων της προσοχής και της συγκέντρωσης καθώς και της οργάνωσης και της μνήμης.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας το παιδί αποκτά εμπειρίες μέσω των οποίων μαθαίνει να μοιράζεται και να εκφράζεται.
- Ανάπτυξη ή ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της ανάληψης πρωτοβουλιών (Σαμαρά, 2018).

2.9 Σωματικές και συναισθηματικές επιδράσεις της μουσικής

Οι επιδράσεις της μουσικής στον άνθρωπο έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας από την αρχαιότητα. Ο Πλάτωνας θεωρούσε ότι η μουσική μπορεί να έχει είτε θετική είτε αρνητική επίδραση στους ανθρώπους και μέσα από το έργο του «Πολιτεία» υποστήριξε ότι η μουσική αποτελεί το βασικότερο μέσο ανατροφής των παιδιών και των νέων (Καϊμάκης, 2004).

Αξίζει να τονιστεί το γεγονός ότι και ο Ιπποκράτης πίστευε ιδιαίτερα στον θεραπευτικό χαρακτήρα της μουσικής, καθώς την χρησιμοποιούσε ως θεραπευτικό μέσο σε ασθενείς και παρατηρούσε τις επιδράσεις της.

Συναισθηματικές επιδράσεις

Όταν η μουσική εισέλθει στα αυτιά ενός ατόμου, οι ήχοι μετατρέπονται σε ερεθίσματα τα οποία με τη σειρά τους ταξιδεύουν από τα ακουστικά νεύρα στο θάλαμο του εγκεφάλου. Ο θάλαμος αποτελεί τον σταθμό αναμετάδοσης των συναισθημάτων και των αισθήσεων, και όταν διεγείρεται δραστηριοποιεί το φλοιό του εγκεφάλου, ο οποίος με τη σειρά του εκπέμπει ερεθίσματα στον θάλαμο, οπότε δημιουργείται ένα κύκλωμα δονήσεων που ενδυναμώνεται κατά τη διάρκεια ακρόασης της μουσικής (McClellan, 1991).

Η μουσική λοιπόν, έχει την ικανότητα να προκαλεί συναισθήματα και ως εκ τούτου να καθορίζει τη διάθεση μας. Τα συναισθήματα έχουν μελετηθεί από πολλούς ερευνητές διαφορετικών ειδικοτήτων προκειμένου να γίνουν κατανοητά σε εμάς. Παρ' όλα αυτά, δεν γνωρίζουμε αρκετά πράγματα για το πώς δημιουργούνται ή το πώς και σε ποιο βαθμό αυτά μας επηρεάζουν. Ωστόσο, υποστηρίζεται η άποψη ότι τα συναισθήματα προκαλούνται ως αντίδραση σε μία κατάσταση και στρέφονται προς ένα αντικείμενο-στόχο (π.χ. άνθρωπος, γεγονός) το οποίο αποτελεί την αιτία για την εκδήλωση αυτών των συναισθημάτων. Επίσης έχουν σύντομη χρονική διάρκεια (London, 2002; Juslin & Zentner, 2002). Αντιθέτως, οι διαθέσεις δεν έχουν προφανή αιτιολογία και έχουν μακροχρόνια διάρκεια (Juslin & Zentner, 2002).

Είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε ότι ένας άνθρωπος δεν εκδηλώνει κάθε φορά το ίδιο συναίσθημα σε μία κατάσταση ή σε ένα ερέθισμα (αντικείμενο-στόχο). Επιπλέον, ο κάθε άνθρωπος, ως διαφορετικό ον είναι πιθανό να μην αντιδράσει με τον ίδιο τρόπο σε μία συγκεκριμένη κατάσταση. Για παράδειγμα, η έναρξη της σχολικής χρονιάς σε κάποιον μαθητή μπορεί να προκαλέσει υπερβολική χαρά, ενώ κάποιον άλλον να τον αφήσει εντελώς αδιάφορο. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις επηρεάζονται από πλήθος παραγόντων κάποιιοι από τους οποίους είναι η προσωπικότητα του ατόμου και η ευαισθησία του, οι καταστάσεις,

οι συνθήκες και το περιβάλλον σε μία δεδομένη χρονική στιγμή. Εξαιτίας των παραπάνω, οι έρευνες επικεντρώνονται στην επίδραση της μουσικής και της μελωδίας στη συναισθηματική έκφραση και όχι στη δημιουργία συγκεκριμένων συναισθημάτων μέσω της μουσικής και αυτό διότι το δεύτερο αποτελεί μία περίπλοκη κατάσταση (Gabrielsson, 2001; Juslin, 2001; Juslin & Zentner, 2002).

O McClellan (1991), αναφέρει ότι η μουσική εκ φύσεως δεν είναι συγκεκριμένη, εντούτοις εκφράζει και δημιουργεί ένα περιβάλλον που υποβάλλει διαθέσεις στις οποίες εμείς αποκρινόμαστε και εκδηλώνουμε ένα συγκεκριμένο συναίσθημα. Το συναίσθημα που προκαλείται μία συγκεκριμένη στιγμή αλλά και ο τρόπος αντίδρασης μας, εξαρτώνται από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν προηγουμένως και τους συνειρμούς που είναι πιθανό να δημιουργήσουμε με το άκουσμα μίας μελωδίας.

Με λίγα λόγια, η μουσική δημιουργεί την προδιάθεση για την εκδήλωση ενός συναισθήματος, όμως το ποιο ακριβώς συναίσθημα θα εκδηλωθεί τελικά εξαρτάται από εμάς τους ίδιους και τις άλλες μεταβλητές που συμβάλλουν στην εκδήλωση της συναισθηματικής αντίδρασης. Βασική προϋπόθεση για την εκδήλωση μίας διάθεσης ή κάποιας άλλης συναισθηματικής αντίδρασης, είναι η εστίαση της προσοχής του ατόμου στο άκουσμα της μουσικής. Η διάθεση που θα προκληθεί είναι αντίστοιχη της γενικής προδιάθεσης που δημιουργεί η μουσική. Από τα παραπάνω, κατανοούμε τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η μουσικοθεραπεία στη θεραπευτική διαδικασία ατόμων με δυσκολίες.

Υποστηρίζεται επίσης η άποψη ότι η μουσική μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα τα οποία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες οι οποίες δεν είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη (Juslin & Sloboda, 2001):

- Συναισθήματα που σχετίζονται με την αισθητική αξία της μουσικής, δηλαδή τον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο καθένας από εμάς το ωραίο στη μουσική.
- Συναισθήματα που εκδηλώνονται, παράγονται και εκφράζονται μέσα από τη μουσική.

Τέλος, η «θεωρία της διέγερσης» υποστηρίζει ότι τα συναισθήματα που προκαλούνται στους ακροατές κατά την ακρόαση μίας μελωδίας είναι αντίστοιχα με αυτά που προβάλλει η ίδια (Davies, 2001).

Σωματικές επιδράσεις

Κατά το άκουσμα της μουσικής μπορεί να εκδηλωθούν εξωτερικές σωματικές αντιδράσεις, πέρα από τις εσωτερικές, όπως: λίκνισμα, ρυθμικό χτύπημα ποδιού ή χεριών ή κούνημα του κεφαλιού (McClellan, 1991).

Μέσα στον εγκέφαλο ο θάλαμος, ο υποθάλαμος, η παρεγκεφαλίδα και τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, σχετίζονται με την επεξεργασία των μουσικών τόνων και των ρυθμών. Τους μετατρέπουν σε αναγνωρίσιμες μουσικές δομές και τους προσδίδουν διανοητικό και συναισθηματικό νόημα. Ο υποθάλαμος που συνδέεται μέσω νευρικών οδών με το θάλαμο, είναι υπεύθυνος για τη ρύθμιση του μεταβολισμού, του ύπνου, της αφύπνισης και άλλων σωματικών λειτουργιών. Μέσω του υποθαλάμου, τα ερεθίσματα της μουσικής μεταφέρονται στα άλλα εγκεφαλικά κέντρα. Γύρω από τον θάλαμο βρίσκεται το κέντρο των αισθημάτων, το οποίο αλληλοεπιδρά με το ενδοκρινικό σύστημα, το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει την αναπνοή, τον παλμό, την κυκλοφορία του αίματος και τις εκκρίσεις των διαφόρων αδένων (McClellan, 1991).

Έχουν διεξαχθεί αρκετά συμπεράσματα για την επίδραση της μουσικής στο ανθρώπινο σώμα. Πιο συγκεκριμένα η μουσική:

- Επηρεάζει τον καρδιακό ρυθμό και σφυγμό.
- Επηρεάζει την ηλεκτροδερματική αντίδραση.
- Μεταβάλλει τον ρυθμό της αναπνοής.
- Προκαλεί μεταβολές στην αρτηριακή πίεση.
- Επηρεάζει την μυϊκή ένταση και τον μυϊκό τόνο.
- Επηρεάζει τον όγκο του αίματος.
- Μεταβάλλει τη δερματική θερμοκρασία.
- Επηρεάζει τη γαστρική κίνηση.
- Προκαλεί μεταβολές στα αντανακλαστικά της κόρης του οφθαλμού.
- Επηρεάζει την οξυγόνωση του αίματος.
- Μεταβάλλει τις ορμονικές εκκρίσεις (Σακαλάκ, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Μουσικοθεραπεία στη ΔΕΠ-Υ

3.1 Μουσικοθεραπεία και Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες

Πλήθος ερευνητικών δεδομένων, υποστηρίζουν το αυξημένο ποσοστό συνύπαρξης της ΔΕΠ-Υ και των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών. Αυτό σημαίνει ότι ένα παιδί το οποίο έχει διαγνωσθεί με ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσει και μαθησιακές δυσκολίες αλλά και αντίστροφα, ένα παιδί με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να εμφανίσει και ΔΕΠ-Υ χωρίς αυτό βέβαια να είναι απαραίτητο.

Οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν μία ετερογενή ομάδα διαταραχών που αφορούν τη μάθηση και εκφράζονται με έντονη και επίμονη δυσκολία του ατόμου να αναπτύξει και να χρησιμοποιήσει ικανότητες όπως η ακρόαση, η ομιλία, η ανάγνωση, η ορθογραφημένη γραφή, οι συλλογισμοί αλλά και οι μαθηματικές ικανότητες. Λόγω αυτών των δυσκολιών λοιπόν, προκύπτουν οι εξής μορφές μαθησιακών δυσκολιών:

- Δυσλεξία
- Δυσαναγνωσία
- Δυσαριθμησία
- Δυσορθογραφία
- Δυσγραφία

Οι διαταραχές αυτές υπάρχουν στο άτομο από τη γέννηση του, οφείλονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και είναι πιθανό να παραμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Hammill, 1990; Μαντζίκος, 2015).

Οι μαθησιακές δυσκολίες, εκτός από τις επιπτώσεις που επιφέρουν σε ακαδημαϊκό επίπεδο, έχουν αρνητικό αντίκτυπο και στον συναισθηματικό κόσμο του ατόμου με αποτέλεσμα να επηρεάζονται και άλλες πτυχές της ζωής του ατόμου όπως αυτή που αφορά την ανάπτυξη της επικοινωνίας.

Η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιεί -εκτός των άλλων- μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας και αποτελεί από τη φύση της μία παρέμβαση που στοχεύει στην ανάπτυξη και την βελτίωση της επικοινωνίας του ατόμου και στην έκφραση των συναισθημάτων του. Επιπρόσθετα, προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ατόμου και μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Στα παιδιά, παίρνει κυρίως τη μορφή του παιχνιδιού. Επειδή ακριβώς χρησιμοποιεί μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας μπορεί να πλησιάσει πιο εύκολα τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες και να συμβάλει θετικά στην κατάκτηση επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων, στην ενθάρρυνση της αλληλεπίδρασης του ατόμου με άλλα άτομα και στην ολοκληρωμένη ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας τους. Η μουσικοθεραπεία επίσης, μπορεί να προσφέρει σε ορισμένα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην έκφραση μέσω του λόγου, εναλλακτικές διεξόδους έκφρασης (Παπαδόπουλος, 2000; Χατζηευτυχίου, 2011).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η φιλτραρισμένη μουσική (βλ. μέθοδος Tomatis), είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου να λειτουργήσει η ακουστική επεξεργασία του παιδιού σωστά έτσι ώστε να αναπτύξει τις ικανότητες της ανάγνωσης, της γραφής και των μαθηματικών υπολογισμών. Η ακουστική επεξεργασία έχει κυρίαρχο ρόλο στη διαδικασία της μάθησης όπως και η ακουστική μνήμη. Η μουσικοθεραπεία επιδρά θετικά στην ανάπτυξη των δύο αυτών δεξιοτήτων (Μαντζίκος, 2015).

3.2 Μουσική και ΔΕΠ-Υ

Οι Malloch και Trevarthen (2009) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά γεννιούνται με ένα μοναδικό ανθρώπινο κίνητρο για επικοινωνία, ένα ταλέντο που αργότερα στη ζωή μπορεί να καλλιεργηθεί σε γενικές δεξιότητες επικοινωνίας, καθώς και συμβατικές μουσικές ικανότητες. Στη μουσική θεραπεία, τέτοιες διαδικασίες διευκολύνονται από τον θεραπευτή με στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του ατόμου (Bruscia, 2014).

Αν και υπάρχει ένα σημαντικό σώμα βιβλιογραφίας που περιγράφει την πρακτική της μουσικοθεραπείας στην ειδική αγωγή, αυτό το υλικό επικεντρώνεται ιδιαίτερα σε παιδιά με αναπηρίες όπως η εγκεφαλική παράλυση και τα παιδιά στο αυτιστικό φάσμα (Booth, 2004).

Είκοσι χρόνια πριν, η μουσική αναφέρεται ήδη ως ένα αποτελεσματικό μέσο για βελτίωση της προσοχής, της επίτευξης στόχων και της συγκέντρωσης για παιδιά με μαθησιακές διαταραχές. Επιπλέον έρευνα αναφέρει θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά σε υπερκινητικό, οχτάχρονο αγόρι που έχει υποστεί βλάβη στον εγκέφαλο ως αποτέλεσμα μουσικών δραστηριοτήτων (Roskam, 1979).

Μέσω των απεικονιστικών μεθόδων λειτουργίας του εγκεφάλου, μπορούμε να δούμε τον τρόπο με τον οποίο επιδρά η μουσική στον αριστερό και δεξιό λοβό του εγκεφάλου. Στόχος της μουσικοθεραπείας είναι να ενδυναμώσει αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου και συγκεκριμένα να βελτιώσει την συνολική λειτουργία του με την πάροδο του χρόνου. Έρευνα δείχνει ότι η ευχάριστη μουσική αυξάνει τα επίπεδα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Αυτός ο νευροδιαβιβαστής που είναι υπεύθυνος για τη ρύθμιση της προσοχής, της μνήμης εργασίας και των κινήτρων είναι σε χαμηλή παροχή στους εγκεφάλους ατόμων με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1998).

Πράγματι, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να χρησιμοποιήσουν την μουσική για να εκπαιδεύσουν τον εγκέφαλό τους να συγκεντρώνεται περισσότερο και να έχει καλύτερο αυτοέλεγχο τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο. Πιο συγκεκριμένα, έχουν την ευκαιρία να μαθαίνουν να ακούνε, να περιμένουν τη σειρά τους, να δέχονται τις αλλαγές που συμβαίνουν, καθώς επίσης να εντοπίζουν και να ερμηνεύουν ενδείξεις (Zhang et al., 2017).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ακρόαση τραγουδιών με διάφορους ρυθμούς μπορεί να επιβραδύνει ή να επιταχύνει τις ψυχικές και σωματικές διαδικασίες του παιδιού. Επιλέγοντας προσεκτικά τραγούδια, αναφέρει η Concetta Tomaino, μπορούμε να προκαλέσουμε μια διαισθητική, νευρολογική αντίδραση που το παιδί δεν γνωρίζει ότι έχει. Ακόμη είναι γεγονός ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατάλληλη μουσική τόσο για την εκτόνωσή τους όσο και για την χαλάρωση πριν από τον ύπνο. Για παράδειγμα, μείωση στο τέμπο προωθεί πιο αργές κινήσεις, ενώ αύξηση της μελωδίας προκαλεί ευχαρίστηση (Scott, 1970).

Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ η μουσικοθεραπεία ενισχύει την προσοχή και την εστίαση, μειώνει την υπερκινητικότητα και ενισχύει τις κοινωνικές δεξιότητες. Η μουσική είναι ρυθμός, ο ρυθμός είναι δομή και η δομή είναι καταπραϋντική για έναν εγκέφαλο με ΔΕΠ-Υ που αγωνίζεται να ρυθμιστεί για να παραμείνει σε μια γραμμική πορεία. «Η μουσική υπάρχει στο χρόνο, με ξεκάθαρη αρχή, μέση και τέλος», τονίζει η Kirsten Hutchison,

μουσικοθεραπεύτρια στο Music Works Northwest, μια μη κερδοσκοπική κοινοτική σχολή μουσικής κοντά στο Seattle. «Αυτή η δομή βοηθά ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ να σχεδιάσει, να προβλέψει και να αντιδράσει» (<https://www.additudemag.com/>).

Η βιβλιογραφία μουσικοθεραπείας ειδικά για νέους με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής (συμπεριλαμβανομένων ΔΕΠ και ΔΕΠ-Υ) αναφέρει τόσο την ομαδική θεραπεία όσο και την ατομική. Αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δύο παρεμβάσεις είναι εξίσου αποτελεσματικές στην επίτευξη βελτιώσεων στην προσοχή και τα κίνητρα, και σε σημαντικό βαθμό, στην εχθρότητα που παρουσιάζουν τα παιδιά αυτά (Montello & Coons, 1998). Προφανώς, οι αποφάσεις σχετικά με την επιλογή της προσέγγισης βασίζονται συνήθως σε μια εκτίμηση συνειδητοποίησης των αναγκών του ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης της πρόσβασης σε υπηρεσίες, καθώς και στον προσδιορισμό κατάλληλων στόχων για την παρέμβαση μουσικοθεραπείας.

Κατά γενική συμφωνία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ανταποκρίνονται πιο θετικά σε δομημένα προγράμματα με υψηλό επίπεδο προβλεψιμότητας (Barkley, 1998; Rickson & Watkins, 2003). Γι' αυτό το λόγο, ο γονέας ή ο δάσκαλος των υπερκινητικών παιδιών μπορούν να πειραματίζονται με τη μουσική (και ίσως άλλους τύπους διέγερσης) καθώς και συνθήκες χαμηλής διέγερσης έως ότου βρουν το βέλτιστο περιβάλλον διέγερσης για ένα συγκεκριμένο παιδί (Scott, 1970). Αναντίρρητα λοιπόν η μουσική μπορεί να κάνει θαύματα στον εγκέφαλο ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, βελτιώνοντας τα πάντα, από την ανάπτυξη της γλώσσας έως τον έλεγχο της ώθησης.

«Τίποτα δεν ενεργοποιεί τον εγκέφαλο τόσο εκτεταμένα όσο η μουσική» αναφέρει ο Oliver Sacks, καθηγητής νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο Columbia. Τα ακόλουθα κομμάτια της κλασικής μουσικής δοκιμάστηκαν επιστημονικά και βρέθηκαν να βοηθούν τα παιδιά να συγκεντρωθούν και να επικεντρωθούν καλύτερα.

- Ludwig van Beethoven: 'Emperor Concerto for Piano, No. 5'.
- Wolfgang Amadeus Mozart: 'Symphony No. 40 in G Minor'.
- Johannes Brahms: 'Concerto for Violin, D Major'.
- Johann Sebastian Bach: 'Brandenburg Concertos'.
- George Frideric Handel: «Μουσική νερού».
- Peter Ilyich Tchaikovsky: 'Concerto for Piano No. 1.

- Antonio Vivaldi: 'The Four Seasons'.



LUDWIG van
BEETHOVEN σε μια
φωτογραφία του
Granger, 2012.

Εικόνα 3.1

Εικόνα 3.1



Wolfgang Amadeus
Mozart. Εικόνα 3.2

Συγκεκριμένα, είναι ευρέως γνωστό ότι η μουσική του Mozart χρησιμοποιείται συχνά στη «Μέθοδος Tomatis» της μουσικοθεραπείας. Στη συνέχεια αξίζει να αναφερθούμε στον εκπληκτικό ρυθμό του Τσαϊκόφσκι, μέσω του οποίου τονίζεται πως η εκμάθηση ενός οργάνου βελτιώνει τις δεξιότητες συγκέντρωσης, μνήμης και χωρικής συλλογιστικής, ιδιαίτερα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Σε αυτά τα παιδιά, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τον έλεγχο των παλμών, την κατανόηση της ανάγνωσης και τη μνήμη εργασίας.

Η υπερδραστηριότητα μπορεί να μειωθεί όταν ελαχιστοποιείται η περιβαλλοντική διέγερση, όπως συμβαίνει σε χώρους μελέτης χαμηλού ερεθίσματος. Ένα παρόμοιο αποτέλεσμα μπορεί να επιτευχθεί απλά εισάγοντας μουσική υπόκρουση. Σύμφωνα με μελέτη του Scott, παρατηρήθηκε ότι η μουσική υπόκρουση φαίνεται να έχει μια ηρεμιστική επίδραση στη συμπεριφορά των υπερκινητικών παιδιών σε ένα ειδικό περιβάλλον όπως η τάξη. Τα παιδιά δούλεψαν πολύ πιο παραγωγικά σε ακαδημαϊκά καθήκοντα όταν έπαιζε μουσική από όταν έλειπε μουσική (Scott, 1970).

Μετάπειτα έρευνα που διενήργησε ο Gardstrom (2004) εντόπισε έναν αριθμό από σημαντικά οφέλη σε εφήβους με ΔΕΠ-Υ μέσα από συνεδρίες μουσικοθεραπείας, που σχετίζονται με τη συναισθηματική έκφραση, τη σύνδεση και τη συνεχή δέσμευση.

Άλλη μία έρευνα έδειξε ότι μια ομάδα εφήβων με ΔΕΠ-Υ ανέπτυξε θετικές δεξιότητες, συμπεριλαμβανομένης της ευαισθητοποίησης και της εκτίμησης για τους άλλους, την εναλλαγή, τη συνεργασία και τη συμμετοχή σε θετική δραστηριότητα με συνομηλίκους. Παράλληλα οι έφηβοι αυτοί παρουσίασαν μείωση της αντιφατικής συμπεριφοράς τους στην τάξη και συγκεκριμένα ελάττωση της κινητικής παρορμητικότητας. Αξίζει να τονιστεί το γεγονός ότι η αυτοσχεδιαστική προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε εκτενώς στη δημιουργικότητα, την αισθητική και τον συναισθηματικό αντίκτυπο της ίδιας της μουσικής (Rickson, 2006).

Η μουσικοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί ως αποτελεσματικό εργαλείο για την αύξηση της αυτοεκτίμησης εφήβων με προβλήματα συμπεριφοράς (Johnson, 1981). Οι επιτυχημένες προσπάθειες σε αυτόν τον τομέα προκάλεσαν μία προσπάθεια χρήσης μουσικοθεραπείας, συγκεκριμένα με τη βοήθεια του πιάνου, από την Kivland (1986) σε έφηβο με διαταραχή συμπεριφοράς. Στη συνεδρία χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα μέτρα αυτοεκτίμησης: α) συχνότητα αυθόρμητων θετικών και αρνητικών αυτο-δηλώσεων, β) συχνότητα προκληθέντων θετικών αυτό-δηλώσεων, γ) ικανότητα να απαριθμεί ανεξάρτητα αυτό που είχε κάνει καλά σε κάθε συνεδρία, και δ) ικανότητα αποδοχής θετικών σχολίων κατάλληλα. Αξίζει να αναφερθεί, ότι το παιχνίδι πιάνου έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην αυξημένη αποδοχή από τους συνομήλικους η οποία θα μπορούσε επίσης να αυξήσει την αυτοεκτίμηση (Cassity, 1981).

Αναντίρρητα, λοιπόν, η μουσικοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει ευεργετικά στην αύξηση της αυτοεκτίμησης παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Όπως είναι γνωστό, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ που παρουσιάζουν συννοσηρότητα με διαταραχή συμπεριφοράς, όπως έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να μειώσει τη συχνότητα κακής προσαρμογής ατόμων με ΔΕΠ-Υ και παράλληλα να μειώσει άλλες καταστάσεις ψυχικής υγείας που μιμούνται ή συνυπάρχουν με ΔΕΠ-Υ, όπως μαθησιακές διαταραχές, κατάθλιψη, διαταραχή τικ, διαταραχή προσαρμογής παρέχοντας στους ανθρώπους μια ασφαλή, δομημένη και κοινωνικά αποδεκτή μορφή στην οποία μπορούν να εκφράσουν συναισθήματα που διαφορετικά θα ήταν υπερβολικά συντριπτικά για να εκφραστούν (Zhang et al., 2017).

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω ευρήματα, η μουσικοθεραπεία είναι δυνητικά μια πολύ αποτελεσματική θεραπεία που θα μπορούσε να αντιμετωπίσει τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και των πολλαπλών διαταραχών που μπορούν να συνυπάρχουν με την ΔΕΠ-Υ. Το εάν η μουσικοθεραπεία για παιδιά και εφήβους είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ ή στη βελτίωση της εμπλοκής ή της βελτίωσης της μάθησης καθώς και άλλων ευεργετικών αποτελεσμάτων, είναι ακόμη άγνωστο. Γι' αυτό το λόγο αξίζει να δοθεί χώρος και χρόνος σε μελλοντικές έρευνες για την αξιοποίηση αυτών.

3.3 Θεραπευτική Επίδραση της Μουσικής στα Παιδιά με ΔΕΠ-Υ

Μελέτες αποδεικνύουν ότι η μουσική έχει θετική επίδραση και βελτιώνει πολλά από τα ελλείμματα και τις δυσκολίες που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τόσο στη μνήμη όσο και στην προσοχή. (Canadian Association for Music Therapy, 2006; Morton, Kershner, & Siegel, 1990). Ενδεικτικά, στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Pelham, Hoza, Sams, Gnagy, Greiner και Waschbush (1994) διαπιστώθηκε ότι το 30% από το δείγμα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, είχαν αυξημένα ποσοστά επιτυχίας, όσον αφορά την ολοκλήρωση μίας δραστηριότητας όταν άκουγαν rock μουσική. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι Καραπέτσας, Λασκαράκη και Ζηγούρης (2011) υποστηρίζουν ότι η μουσική εκπαίδευση επιδρά θετικά σε όλους τους μηχανισμούς της ακουστικής μνήμης των παιδιών.

Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η μουσική προσφέρει στα παιδιά ένα καλύτερο περιβάλλον μάθησης, κάτι το οποίο μόνο θετικά αποτελέσματα μπορεί να επιφέρει. Η μουσική βοηθάει τα παιδιά να οργανώσουν τις προσλαμβάνουσες πληροφορίες σε μικρότερα κομμάτια και έτσι είναι ευκολότερο να τις διατηρήσουν στη μνήμη τους και να τις ανακαλέσουν αργότερα (Μαντζίκος, 2015). Ας μη ξεχνάμε ότι η οργάνωση είναι κάτι που αδιαμφισβήτητα χρήζει ενίσχυσης στα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Επιπροσθέτως, μελέτες υποστηρίζουν ότι συγκεκριμένα μουσικά κομμάτια επιδρούν με θετικό τρόπο στις εναλλαγές διάθεσης αυτών των παιδιών αλλά και στα ελλείμματα διέγερσης που αντιμετωπίζουν (Husain, Thompson, & Schellenberg, 2002; Nantanis & Schellenberg, 1999; Panksepp & Bernatzky, 2002; Thompson, Schellenberg, & Husain, 2001). Η μουσική γενικότερα, έχει θετική επίδραση στις αρνητικές συμπεριφορές και στις συναισθηματικές μεταπτώσεις που βιώνει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ καθώς έχει την ιδιότητα να προσφέρει ηρεμία αλλά και εκτόνωση της ενέργειας. Κατανοούμε λοιπόν, ότι η μουσική έχει ευεργετική επίδραση στις συναισθηματικές και ψυχολογικές καταστάσεις που βιώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο δεν μπορούμε να παραλείψουμε και τη σημαντική συμβολή της στην ανάπτυξη της ομιλίας και των γλωσσικών δεξιοτήτων στα παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή (Μαντζίκος, 2016)

Με βάση τα παραπάνω, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι, η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιώντας τη μουσική ως θεραπευτικό μέσο, έχει τη δύναμη να συμβάλλει στη βελτίωση διαφόρων τομέων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που παρουσιάζουν ελλείμματα. Πιο ειδικά, συμβάλλει στην απόκτηση επίγνωσης του εαυτού τους (αυτεπίγνωση) αλλά και του

περιβάλλοντός τους, στην εκδήλωση των συναισθημάτων τους, στην κατάκτηση και ανάπτυξη των λεκτικών ή μη λεκτικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους, στην αυτοεκτίμηση, στην αυτοαποτελεσματικότητα, στη δημιουργία πιο ισχυρών κινήτρων και τέλος, στην ενίσχυση διατήρησης της προσοχής κατά τη διάρκεια των εργασιών (Μαντζίκος, 2016).

3.3.1 Ρυθμική Dalcroze και ΔΕΠ-Υ

Η μουσικοπαιδαγωγική μέθοδος της ρυθμικής Dalcroze, δημιουργήθηκε από τον Γάλλο συνθέτη Emile Jaques-Dalcroze, ο οποίος πίστευε, ότι η μουσική επειδή ακριβώς εμπεριέχει μελωδία, ρυθμό, δυναμική και έκφραση, επηρεάζει με τρόπο άμεσο την κίνηση και το σώμα του ανθρώπου (Μαντζίκος, 2015). Για τον Dalcroze, σημασία είχε η άμεση σχέση της μουσικής με την κίνηση ως έκφραση του συνόλου του πνεύματος και της ψυχής του ανθρώπου, τα οποία αντικατοπτρίζουν την ολότητα του συνειδητού με το υποσυνείδητο.

Η Ρυθμική, όταν χρησιμοποιεί κι αξιοποιεί ψυχολογικές και ψυχοθεραπευτικές γνώσεις αλλά και γνώσεις οι οποίες σχετίζονται με το δυναμικό της ομάδας θεωρείται θεραπευτική διαδικασία. Η Θεραπευτική Ρυθμική λειτουργεί υποστηρικτικά με σκοπό να μπορεί ο καθένας να εντοπίζει και να συνειδητοποιεί τις δυσκολίες του, να μπορεί να τις επεξεργαστεί και να τις διαχειριστεί. Το θεραπευτικό πρόγραμμα, δηλαδή η επιλογή των ασκήσεων και ο συνδυασμός τους καθορίζονται με βάση τις ιδιαιτερότητες της κάθε ομάδας και τις ανάγκες του κάθε συμμετέχοντα. Όταν πληρούνται οι παραπάνω προϋποθέσεις, τότε μπορούμε να χρησιμοποιούμε τον όρο «Θεραπευτική Ρυθμική». Η Ρυθμική Dalcroze, επικεντρώνεται στη διαδικασία της ανάπτυξης της προσωπικότητας του ανθρώπου και χρησιμοποιεί ως μέσα για την επίτευξη αυτού του σκοπού τη μουσική και την κίνηση όπως αναφέρθηκε προηγουμένως (Bogdanowicz, 2016).

Η συγκεκριμένη μέθοδος, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα διδασκαλίας καθώς και μαθησιακές δραστηριότητες που στοχεύουν στην ανάπτυξη της μουσικής κατανόησης, της ευαισθητοποίησης στη μουσική δομή, του χαρακτήρα και των στοιχείων των μουσικών έργων μέσω της σωματικής κίνησης, που υποκινούνται και υποστηρίζονται από την ίδια τη

μουσική και που συχνά αυτοσχεδιάζονται από τον δάσκαλο. Εμπλέκει στη διδασκαλία το μυαλό και το σώμα και έτσι ενεργοποιούνται όλες οι αισθήσεις. Χαρακτηριστικό της μεθόδου αποτελεί η ολιστική προσέγγιση στην ανάπτυξη των παιδιών, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και του σχηματισμού χαρακτήρων και προσωπικοτήτων. Λόγω της ολοκληρωμένης χρήσης της μουσικής, της κίνησης αλλά και της προσωπικής εμπειρίας, η Ρυθμική Dalcroze μπορεί να έχει μία ισχυρή και θετική επιρροή στη συμπεριφορά των παιδιών (Bogdanowicz, 2016).

Πρέπει να τονιστεί ότι στη θεραπεία παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να εφαρμόζονται όλες οι μέθοδοι που εμπλέκουν κινητικές ικανότητες, διότι επιτρέπουν στα παιδιά να εκπληρώνουν την ανάγκη κίνησης με ελεγχόμενο και κοινωνικά εγκεκριμένο τρόπο. Έτσι, οι δραστηριότητες πρέπει να περιλαμβάνουν τομείς όπως η όραση, η ακοή, η ανάπτυξη λόγου, δεξιότητες λεπτής κινητικότητας και προσανατολισμό στον χώρο. Αυτοί οι τομείς είναι και το επίκεντρο των μαθημάτων της Ρυθμικής Dalcroze καθώς σε αυτό το περιβάλλον τα παιδιά κινούνται χρησιμοποιώντας όλα τους τα άκρα, ακούνε μουσικά στοιχεία και ανταποκρίνονται κατάλληλα, παρακολουθούν το ένα το άλλο ή τον δάσκαλο, μιμούνται ή επινοούν χειρονομίες, τραγουδάνε και φωνάζουν, μαζεύουν και χρησιμοποιούν αντικείμενα όπως μπάλες και στεφάνια προκειμένου να δώσουν δημιουργικές «απαντήσεις» στη μουσική. Η συγκεκριμένη μέθοδος, επιτρέπει στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να εκπληρώσουν την ανάγκη για κίνηση, παρέχοντας όμως καλύτερο έλεγχο του παιδιού στην κάθε δραστηριότητα (Bogdanowicz, 2016).

Όλα τα παραπάνω, υποδηλώνουν ότι η μέθοδος Dalcroze πιθανά είναι ιδανική για την κάλυψη των αναγκών παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Επιπρόσθετα, είναι πιθανό η μέθοδος αυτή, να αντιμετωπίζει και προβλήματα που αφορούν την ψυχική λειτουργία εκτός από τα προβλήματα υπερκινητικότητας και διάσπασης της προσοχής που παρουσιάζουν τα παιδιά αυτά. Όλες οι δραστηριότητες που βασίζονται στη ρυθμική Dalcroze βελτιώνουν την οργάνωση και τον έλεγχο των ψυχοκινητικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφοράς. Χωρίς αμφιβολία, η ολοκληρωμένη χρήση της κίνησης (η οποία απορρέει από τις φυσικές ανάγκες του παιδιού) και της μουσικής (η οποία με τη μέθοδο Dalcroze οργανώνει την κίνηση), προσφέρει τη δυνατότητα για ενίσχυση των λειτουργιών της προσοχής και οδηγεί στη διαμόρφωση αυτοελέγχου, μέσω της ανάπτυξης δεξιοτήτων διατήρησης της προσοχής, κατά την ακρόαση, και πραγματοποίησης προγραμματισμένων

ενεργειών. Επίσης οδηγεί στην ανάπτυξη δεξιοτήτων συνεργασίας και συμπαραγωγής σε μία ομάδα. Το οποίο είναι εξίσου σημαντικό για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Bogdanowicz, 2016).

Τίθεται ωστόσο ένα βασικό ερώτημα: Μήπως οι τάξεις που περιλαμβάνουν ταυτόχρονα πολλά ερεθίσματα (μουσική, κίνηση, φωνή δασκάλου) επιβαρύνουν το νευρικό σύστημα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τα επηρεάζουν αρνητικά; Πράγματι ορισμένα μαθήματα που βασίζονται στην κίνηση εντείνουν την υπερκινητικότητα. Παρόλα αυτά, μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή δεν έχουν πρόβλημα με το φιλτράρισμα των πληροφοριών καθώς διακρίνουν το σημαντικό περιεχόμενο από το ασήμαντο. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι δεν μπορούν να συνεχίσουν να επικεντρώνονται σε μία εργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η Bogdanowicz (2016), πραγματοποίησε μία έρευνα προκειμένου να επιβεβαιώσει όλα τα παραπάνω λεγόμενα τα οποία θεωρητικά υποστηρίζονται. Στόχος της έρευνας ήταν να προσδιορίσει την αποτελεσματικότητα μαθημάτων που βασίζονται στη μέθοδο της Ρυθμικής Dalcroze, στην ενίσχυση της ανάπτυξης κινητικών και γνωστικών δεξιοτήτων και στη βελτίωση της κοινωνικότητας και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων παιδιών ηλικίας 6 ετών τα οποία παρουσίαζαν αρκετά συμπτώματα της διαταραχής αλλά δεν είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ. Τα συμπτώματα αφορούσαν κυρίως τον έλεγχο της κινητικής δραστηριότητας και τις γνωστικές διαδικασίες όπως για παράδειγμα τα ελλείμματα στην προσοχή. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η συμμετοχή στα μαθήματα Ρυθμικής Dalcroze ενίσχυσε την ικανότητα των παιδιών να ελέγχουν την κινητική δραστηριότητα ή να διατηρούν την προσοχή τους και να παραμένουν συγκεντρωμένα μειώνοντας τη διάσπαση. Από την μελέτη αυτή συμπεραίνουμε ότι η μουσική και τα στοιχεία της έχουν αξίες που δεν είναι μόνο μουσικές αλλά πάνω απ' όλα εκπαιδευτικές και επηρεάζουν την κινητική, γνωστική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών.

Τα μαθήματα που βασίζονται στη συγκεκριμένη μέθοδο, σχεδιάζονται με βάση την ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού και τις ιδιαιτερότητες της συμπεριφοράς που είναι χαρακτηριστικές για τα παιδιά με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν κατά τη διάρκεια των μαθημάτων. Η διεξαγωγή των μαθημάτων γίνεται από δασκάλους που έχουν εκπαιδευτεί στη Ρυθμική Dalcroze. Αξίζει να αναφερθεί ότι η εφαρμογή απλών, σαφών κανόνων και μία καλά καθορισμένη δομή μαθήματος είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου να υπάρξει συνεργασία και να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα (Bogdanowicz, 2016).

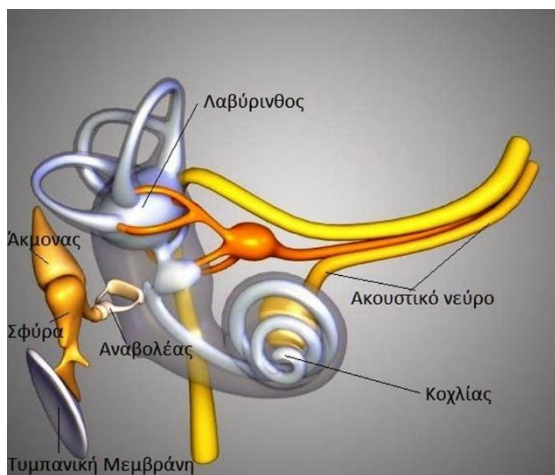
3.3.2 Μέθοδος Tomatis και ΔΕΠ-Υ



Εικόνα 3.3

Η μέθοδος Tomatis αναπτύχθηκε από τον Γάλλο καθηγητή Alfred Tomatis (1920-2001). Για να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί αυτή η μέθοδος πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ δύο εννοιών: της ακοής και της ακρόασης. Στην ακοή γίνεται παθητική πρόσληψη του ακουστικού ερεθίσματος από το αυτί ανεξάρτητα από το αν το άτομο είναι ξύπνιο ή κοιμάται. Αντίθετα στην ακρόαση, το αυτί εστιάζει την ακουστική του προσοχή και επιλέγει να ακούσει μόνο τους ήχους που ενδιαφέρουν το άτομο να ακούσει, μέσα από πλήθος περιβαλλοντικών ηχητικών ερεθισμάτων που φτάνουν σε αυτό. Για παράδειγμα, ένας μαθητής ο οποίος μπορεί να εστιάσει την προσοχή του και να αποκωδικοποιήσει το νόημα του μαθήματος μέσα σε μια τάξη με θόρυβο σημαίνει ότι ακροάται ή αλλιώς ότι έχει «ενεργητική επιλεκτική ακοή».

Το αυτί μας είναι ένα αισθητήριο όργανο πολύ σημαντικό, καθώς διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη βιολογική, νοητική και ψυχολογική ανάπτυξη του ανθρώπου. Η μέθοδος Tomatis αποτελεί την Παιδαγωγική της Ακρόασης σκοπός της οποίας είναι να φορτίσει με ενέργεια τον φλοιό του εγκεφάλου. Αυτό επιτυγχάνεται με την εκγύμναση της



Εικόνα 3.4

σφύρας και του άκμονα, των δύο ακουστικών ασταριών του έσω ωτός. Ο ρόλος των δύο αυτών ακουστικών οσταρίων είναι να ερμηνεύουν τις ακουστικές πληροφορίες στο έσω ους και να τις μεταφέρουν στον εγκέφαλο. Όταν τα ακουστικά οστάρια δυσλειτουργούν τότε ο εγκέφαλος θέτει σε λειτουργία ένα αμυντικό σύστημα και έτσι ενεργοποιούνται μηχανισμοί προστασίας που εμποδίζουν τη διαδικασία της ακρόασης.

Η μέθοδος Tomatis χρησιμοποιεί ως μέσο το «Ηλεκτρονικό Αυτί» το οποίο λειτουργεί ως ένα ιδανικό ανθρώπινο αυτί. Ο ρόλος του ηλεκτρονικού αυτιού είναι η αποκατάσταση της λειτουργίας των ακουστικών οσταρίων μέσα από την εκγύμνασή τους με φιλτραρισμένα ηχητικά κύματα, ώστε να λειτουργήσουν πλήρως και πάλι. Όταν αυτό επιτευχθεί ο εγκέφαλος αναστέλλει τους μηχανισμούς προστασίας και έτσι ο άνθρωπος είναι πάλι σε θέση να ακροάται, να επικοινωνεί και να μαθαίνει.

Εκτός όμως από την εγκεφαλική διέγερση, η εκπαιδευτική μέθοδος Tomatis είναι δυνατό να έχει θετικές επιδράσεις και στην επιλεκτική προσοχή. Ας εξηγήσουμε όμως πρώτα τι είναι η προσοχή. Με τον όρο προσοχή, αναφερόμαστε στην εγκεφαλική λειτουργία που μας επιτρέπει να ξεχωρίζουμε και να επικεντρωνόμαστε σε αυτό που μας αφορά, έχοντας την ικανότητα να το απομονώνουμε από τα άλλα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Γνωρίζουμε ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν διάσπαση προσοχής με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να συγκεντρωθούν επαρκώς σε μία εργασία της οποίας η εκτέλεση απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Στα άτομα αυτά, η συγκεκριμένη μέθοδος λειτουργεί με τον εξής τρόπο: Η μέθοδος βασίζεται στην ηλεκτρονική επιλογή ηχητικού κύματος η οποία επιφέρει μία αντιληπτική ηχητική διαφορά με σκοπό να εκπλήσσει συνεχώς τον εγκέφαλο ώστε αυτός να παραμένει σε εγρήγορση και να διατηρεί την προσοχή του. Στόχος αυτής της τεχνικής είναι να βοηθήσει τον εγκέφαλο να αναπτύξει αυτόματους μηχανισμούς που θα ανιχνεύουν τις

αλλαγές και κατά συνέπεια θα ενισχύσουν την επιλεκτική προσοχή. Έτσι το άτομο, θα είναι σε θέση να επιλέξει τις κατάλληλες πληροφορίες και να διακρίνει το σημαντικό περιεχόμενο από το ασήμαντο και θα παραμένει συγκεντρωμένο για περισσότερο χρόνο. Λόγω των παραπάνω, η μέθοδος Tomatis μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπληρωματική μέθοδος στο θεραπευτικό πρόγραμμα παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

3.4 Ο ρόλος του Μουσικοθεραπευτή στη ΔΕΠ-Υ

Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ η μουσικοθεραπεία αλλά και ο μουσικοθεραπευτής κάνει χρήση της μουσικής ως θεραπευτικό μέσο καθώς συμβάλλει στην βελτίωση των πτυχών όπου είναι πιο έντονα τα ελλείμματά τους. Συμβάλει μαζί με αυτά που προηγήθηκαν στην επίγνωσή του εαυτού τους (αυτεπίγνωση), στην αυτοεκτίμηση αλλά και στην διατήρηση της προσοχής (Μαντζίκος, 2016).

Εκτός από τα παραπάνω, ο μουσικοθεραπευτής είναι απαραίτητο να έχει βασικές γνώσεις μουσικής, ψυχολογίας, συμβουλευτικής, νοσηλευτικής, φυσιολογίας, καλή φυσική κατάσταση και καλό θεωρητικό υπόβαθρο, να είναι σταθερός συναισθηματικά και να ενδιαφέρεται πραγματικά για τα παιδιά. Χαρακτηριστικά του μουσικοθεραπευτή, όπως και κάθε άλλου θεραπευτή, πρέπει να είναι η υπομονή, η διορατικότητα, η κατανόηση καθώς και η αίσθηση του χιούμορ (Μακρής & Μακρή, 2003).

Πιο συγκεκριμένα ο ρόλος του μουσικοθεραπευτή στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η επίτευξη των στόχων όπως:

- Διέγερση του εγκεφάλου (Schlaug, 2005).
- Ενίσχυση ανάκλησης μνήμης (Parbery-Clarketal, 2009).
- Πυροδότηση κίνησης σε ένα ρυθμό, βοηθώντας έτσι τον συντονισμό (Corriveau & Goswami, 2009).
- Βοήθεια και οφέλη στην επεξεργασία ομιλίας (Patel, 2014).
- Βελτίωση της μετακίνησης στο χρόνο άρα και βελτίωση της χρονικής επεξεργασίας (Goswami, 2013).

- Αύξηση της προσοχής (Dewi, 2015; Putkinen, 2013).
- Αύξηση της ικανότητας ανίχνευσης του ήχου στο θόρυβο (Slater, 2015).
- Ενίσχυση της ανίχνευσης της «ομιλίας σε θόρυβο» (Parbery-Clarketal, 2009).
- Η μουσική επειδή είναι ελκυστική, μπορεί να προσελκύει την προσοχή (Tierney & Kraus, 2013).

3.5 Χώρος συνεδριών Μουσικοθεραπείας στη ΔΕΠ-Υ



Εικόνα 3.5



Εικόνα 3.6

The Autism Resource Center of The Arc of the South Shore. Ανακτήθηκαν από: <https://thearcofmass.org/>

Αναπόσπαστο κομμάτι της μουσικής θεραπείας αποτελεί ο χώρος των συναντήσεων του ατόμου με τον μουσικοθεραπευτή. Γι' αυτό το λόγο ο χώρος θα πρέπει να είναι άνετος, ουδέτερος και οικείος, ούτε πολύ μεγάλος αλλά και ούτε πολύ μικρός, καλυμμένος με μοκέτα και κουρτίνες σε ουδέτερα χρώματα, δίχως πίνακες και άλλες διακοσμήσεις που θα μπορούσαν εύκολα να αποσπάσουν την προσοχή του θεραπευόμενου. Ακόμη ιδανικό θα ήταν να είναι ηχητικά απομονωμένος και με καλή ακουστική.

Ενδεικτικά θα μπορούσαν να υπάρχουν σκόρπια μαξιλάρια εξίσου σε ουδέτερους χρωματισμούς, ενώ παράλληλα ο φωτισμός να είναι απαλός, αλλά με χρωματικές λάμπες που θα επιτρέπουν τη δυνατότητα εναλλαγής το φωτισμού ανάλογα με τις συνθήκες και τις

ανάγκες της εκάστοτε μουσικής θεραπείας. Απαραίτητα είναι διάφορα μηχανήματα όπως ηχεία, μικρόφωνα, μεγάφωνα, μαγνητόφωνα και κασέτες με τραγούδια, τα οποία θα συμπληρώνουν το δωμάτιο.

Φυσικά δεν νοείται μουσικοθεραπεία χωρίς μουσικά όργανα, τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της θεραπείας. Εννοείται πως αν πρόκειται για ομαδική μουσικοθεραπεία, καλό θα ήταν να υπάρχουν μουσικά όργανα για όλα τα μέλη της ομάδας. Συγκεκριμένα στην περίπτωση ομάδας παιδιών χρήσιμο είναι να παρέχονται απλά μουσικά όργανα, ώστε με τρόπο οικείο να τα ωθούν στην ανακάλυψη και κατασκευή ηχητικών αντικειμένων με τη βοήθεια της φαντασίας τους.

Εξίσου σημαντικό είναι τόσο ο θεραπευτής όσο και τα άτομα να είναι ντυμένοι με ανάλαφρα ρούχα που θα τους επιτρέπουν την ελεύθερη κίνηση στο χώρο. Τέλος, τα παπούτσια πολλές φορές αφαιρούνται σε κάποιες δραστηριότητες (Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 1995).

Όσο αναφορά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ισχύουν όσα αναφέρθηκαν παραπάνω σε συνδυασμό με κάποιες ακόμη πρακτικές αλλαγές. Όπως αναφέραμε και στα πρώτα κεφάλαια, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να αφαιρεθούν πιο εύκολα από τα υπόλοιπα παιδιά και είναι έντονα υπερδραστήρια. Καλό θα ήταν ο θεραπευτής να θέτει σαφή όρια του χώρου και κανόνες για να ξέρει το παιδί μέχρι που μπορεί να φτάσει και ποια θα είναι τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς του. Ο χώρος συνεδριών για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να είναι συγκεκριμένος, μεγάλος και αφαιρετικός. Ας μη ξεχνάμε το γεγονός ότι θα πρέπει το παιδί με ΔΕΠ-Υ να έχει ένα πίνακα ανακοινώσεων μέσα στο χώρο, όπου θα τοποθετούνται σημαντικά χαρτιά ή υπενθυμίσεις δραστηριοτήτων για την οργάνωση του παιδιού (<https://www.adhdhellas.org/>).

Τα μουσικά όργανα και τα υπόλοιπα αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν από τον θεραπευτή και το παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι οργανωμένα σε συγκεκριμένες θέσεις. Ακόμη χρήσιμα θεωρούνται τα σχεδιαγράμματα και οι συχνές επαναλήψεις. Με λίγα λόγια τόσο ο χώρος όσο και ο ίδιος ο θεραπευτής οφείλουν να απενοχοποιούν το παιδί, καθώς δεν ευθύνεται εκείνο για την δυσλειτουργική του συμπεριφορά του.

Συνειδητοποιούμε ότι μέσω της μουσικοθεραπείας τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να γνωρίσουν περισσότερο το σώμα τους, τις μουσικές τους κλίσεις και συνολικά τον εαυτό

τους. Άρα λοιπόν, δημιουργώντας έναν λειτουργικό χώρο συνεδριών μουσικοθεραπείας δίνουμε τη δυνατότητα σε αυτά τα παιδιά να καταφέρουν πολλά.

3.6 Μουσικοθεραπευτικά παιχνίδια

Το παιχνίδι σε μια συνεδρία με την χρήση της μουσικοθεραπείας αποτελεί αλληλένδετο κομμάτι. Ο συνδυασμός του παιχνιδιού με τον ήχο, την κίνηση, τον ρυθμό, την κίνηση, την έκφραση και τον αυτοσχεδιασμό, τα οποία συνυπάρχουν στην μουσικοθεραπεία δίνει πολλές δυνατότητες στο παιδί. Κατά την διάρκεια αυτής το δίνεται η δυνατότητα στο παιδί να αυτονομηθεί, να χαρεί, να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του και να αποκτήσει δεξιότητες.

Μέσα από το μουσικό παιχνίδι το παιδί κοινωνικοποιείται καθώς έρχεται σε επαφή με τους συνομήλικους του, εξοικειώνεται πιο εύκολο και έρχεται σε επαφή με τον ορισμό εννοιών και έτσι γίνεται πιο εύκολη η κατανόηση τους, ορισμοί όπως η διαφορετικότητα, η ανεκτικότητα, η αλληλεπίδραση, τα οποία γίνονται αντιληπτά μέσα από το παιχνίδι με άλλα παιδιά. Έτσι μαθαίνει να αποδέχεται και να θέτει στόχους και τους πραγματοποιεί μέσω γενικότερα της θεραπείας.

Επιπλέον, κατακτά τα αναπτυξιακά στάδια με διαδοχικό κατάλληλο ρυθμό και διαδοχικά αναπτυξιακά στάδια, καθώς εξελίσσει τις νοητικές του ικανότητες αλλά και αποκτά καινούργιες, αποκτά την αίσθηση των μελών του σώματος και πως γίνεται η κατάλληλη χρήση τους και επίσης μαθαίνει να τα ελέγχει. Κατακτά τον άμεσο και έμμεσο χώρο που απαιτείται, μαθαίνει να αυτονομείται μερικώς αλλά κυρίως ψυχαγωγείται με διαφορετικό τρόπο (Χαραλάμπους, 2002).

Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιείται αυτήν η μέθοδος μουσικοθεραπείας μέσω παιχνιδιών καθώς περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας, της παρορμητικότητας και επίσης είναι μια θεραπεία που απαιτείται η προσοχή και η συγκέντρωση. Υπάρχουν πολλών ειδών παιχνίδια μουσικοθεραπευτικά που χρησιμοποιούνται στα άτομα με ΔΕΠ-Υ όπως :

- Αισθητικοκινητικά παιχνίδια: δηλαδή παιχνίδια κινήσεων με τα μελών του σώματος και με χειρονομίες σύμφωνα με τον ήχο. Πραγματοποιείται με κρόταλα και άλλα μεταβατικά αντικείμενα.
- Παιχνίδια διερεύνησης: στα παιχνίδια αυτά πραγματοποιείται το λύσιμο αντικειμένων αλλά και η χρήση αυτών ανάλογα με την κάθε ανάγκη που εμφανίζεται και πρέπει να διεκπεραιωθεί.
- Παιχνίδια κατασκευής: κατά την διάρκεια αυτών των παιχνιδιών πραγματοποιείται η σύνθεση πρωτότυπων κατασκευών με την χρήση οργάνων.
- Συμβολικά παιχνίδια: ουσιαστικά σε αυτά τα παιχνίδια κάποια μουσικά όργανα συμβολίζουν δηλαδή παίρνουν την θέση αντικειμένων. Πιο συγκεκριμένα, ο ήχος ενός ξύλινου τυμπάνου συμβολίζει το άλογο και το πως τρέχει, ένα πιάνο με ουρά γίνεται σπηλιά για το παιχνίδι, έναν ακουστικός σταθερός ρυθμός γίνεται ένας πολεμιστής.
- Παιχνίδια ρόλων: με αυτό το μουσικοθεραπευτικό παιχνίδι το οποίο έχει ως στόχο την πολιτιστική καλλιέργεια και πραγματοποιείται παιχνίδι κοινωνικών ρόλων όπου τα όργανα αντιπροσωπεύουν τα άτομα και τα προσωπικά χαρακτηριστικά αντικατοπτρίζονται με μουσικούς ήχους.
- Παιχνίδια με καθορισμένους κανόνες: είναι ένα παιχνίδι το οποίο στηρίζεται στον αυτοσχεδιασμό στο οποίο επιτρέπεται να κινούμαστε μόνο όταν ακούγεται κάποιος ήχος (Καρτσώνα, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Ερευνητικό μέρος

4.1 Μεθοδολογία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίου. Τα άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν στο σύνολο 207 εκ των οποίων το 94,2%, δηλαδή οι 195, ήταν γυναίκες και το 5,8%, δηλαδή οι 12, ήταν άνδρες. Σκοπός της έρευνας ήταν η συλλογή πληροφοριών προκειμένου να γίνουν γνωστές οι πεποιθήσεις ατόμων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και τη συμβολή της μουσικοθεραπείας σε αυτή τη διαταραχή. Προτού απαντηθούν τα ερωτηματολόγια έγινε εξήγηση του σκοπού της έρευνας με σύντομο μήνυμα κατά την αποστολή του ερωτηματολογίου ηλεκτρονικά. Απευθυνόταν σε φοιτητές λογοθεραπείας, Λογοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Ειδικούς παιδαγωγούς και σε γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Ήταν σύντομο και περιεκτικό καθώς κατασκευάστηκε με προσοχή προκειμένου να πάρουμε τις πληροφορίες που χρειαζόμασταν. Όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν το ίδιο ερωτηματολόγιο το οποίο περιείχε τις ίδιες ερωτήσεις, με την ίδια σειρά. Αναφορικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων, το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και τηρούσε όλη τη διαδικασία που εγκρίνει η επιτροπή βιοηθικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, κάτι το οποίο επισημάνθηκε στους ερωτηθέντες πριν την χορήγηση του ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν κατά την περίοδο Ιουνίου – Ιουλίου 2020 και μετά τη συλλογή τους διαβάστηκαν προσεκτικά προκειμένου να γίνει ανάλυση των αποτελεσμάτων. Σχετικά με το είδος των ερωτήσεων, ήταν ερωτήσεις κλειστού τύπου εκ των οποίων κάποιες ήταν διχοτομικές ερωτήσεις στις οποίες η απάντηση ήταν ΝΑΙ/ΟΧΙ, άλλες ήταν ερωτήσεις βαθμονόμησης στις οποίες οι ερωτηθέντες καλούνταν να απαντήσουν τις ερωτήσεις με βάση μία πενταβάθμια κλίμακα Likert, η οποία ξεκινούσε από το 1 «καθόλου» και έφτανε στο 5 «πάρα πολύ», κάποιες άλλες ήταν ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και τέλος υπήρχαν και ερωτήσεις στις οποίες το υποκείμενο έπρεπε να επιλέξει την απάντησή του μέσα από μια σειρά απαντήσεων που του προτεινόταν. Οι ερωτήσεις ήταν στο σύνολο 29. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 1, 2 και 4 αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων όπως η ηλικία, η ιδιότητα και το φύλο. Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις 3 και 5 έως 15 αφορούσαν τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), οι ερωτήσεις 16, 17 και 27 ήταν σχετικές με την επίδραση της μουσικής στον άνθρωπο και στη διδασκαλία και

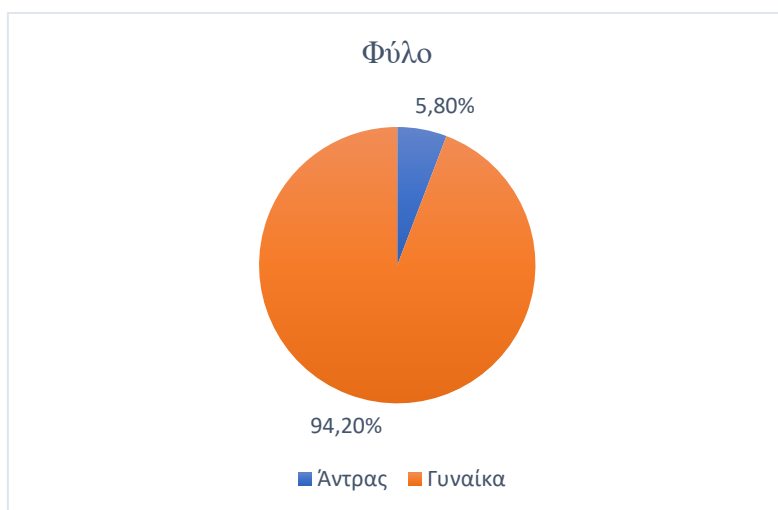
τέλος, οι ερωτήσεις 18 έως 26, 28 και 29 αφορούσαν τη συμβολή της μουσικοθεραπείας στα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Οι ερωτήσεις αναγράφονται αναλυτικά στο Παράρτημα.

4.2 Αποτελέσματα

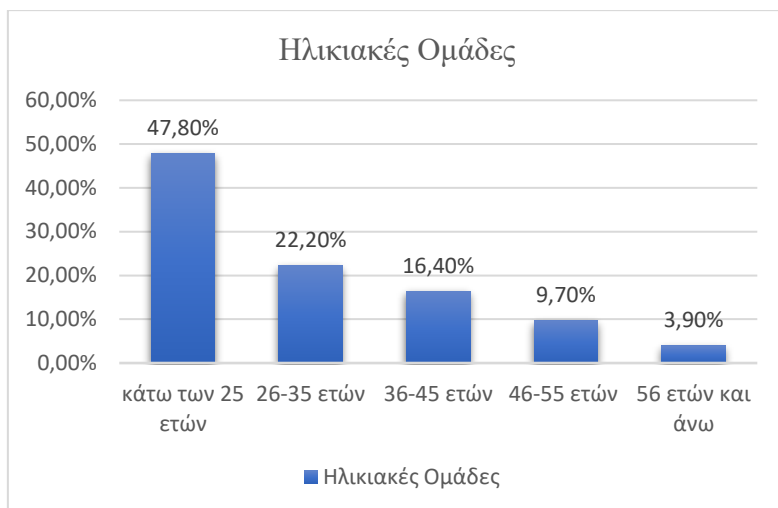
Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προκύπτει πως η πλειοψηφία του δείγματος είναι γυναίκες, καταλαμβάνοντας ποσοστό 94,2%. Το υπόλοιπο ποσοστό του 5,8% είναι άντρες.

Σχετικά με τις ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων, από τα στοιχεία της έρευνας βλέπουμε πως η πλειοψηφία ανήκει στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 25 ετών (με ποσοστό 47,8%), ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 26-35 ετών με ποσοστό 22,2% και έπειτα η ηλικιακή ομάδα των 36-45 ετών με ποσοστό 16,4%. Τέλος η ηλικιακή ομάδα των 46-55 ετών καταλαμβάνει ποσοστό 9,7%. Ενώ, η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα των 56 ετών καταγράφει χαμηλό ποσοστό συμμετοχής της τάξεως του 3,9%. Τα παραπάνω περιγράφονται αναλυτικά στο Διάγραμμα 1 και Διάγραμμα 2 που ακολουθούν.

Διάγραμμα 1: Φύλο



Διάγραμμα 2: Ηλικιακές ομάδες



Όσον αφορά τις γνώσεις των συμμετεχόντων για τη ΔΕΠ-Υ και συγκεκριμένα από που αυτές προέρχονται, πρέπει να τονίσουμε ότι οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα πάνω από μιας επιλογής. Γι' αυτό τα ποσοστά διαμορφώθηκαν ως εξής. Αρχικά, πρωτοστατεί με ποσοστό 62,8% η επιλογή Προπτυχιακό. Ακολουθούν τα Σεμινάρια με ποσοστό που ανέρχεται στα 34,6% και αμέσως μετά η επιλογή Μεταπτυχιακό με ποσοστό 10,1%. Τέλος, ποσοστό της τάξης του 2% καταλαμβάνουν οι Γονείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι λάβαμε και απαντήσεις μεμονωμένων ατόμων (συνολικά με ποσοστό 3%) όπου ανέφεραν ότι οι γνώσεις τους για τη ΔΕΠ-Υ προέρχονται από την τηλεόραση, από οικογένεια με παιδιά ΔΕΠ-Υ και τέλος από προσωπική αναζήτηση. Αναλυτικότερα τα ποσοστά αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Γνώση για τη ΔΕΠ-Υ

Γνώση για τη ΔΕΠ-Υ	N (αριθμός απαντήσεων)	%
Προπτυχιακό	130	62,8
Σεμινάρια	72	34,6
Μεταπτυχιακό	21	10,1
Γονείς	4	2
Άλλο	6	3

Στη συνέχεια σχετικά με την ιδιότητα των συμμετεχόντων, από τα στοιχεία της έρευνας διαπιστώνουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (31,4%) ανήκει στους φοιτητές Λογοθεραπείας, ενώ ακολουθεί ποσοστό της τάξεως 22,2% που αντιστοιχεί σε γονείς. Ακολουθούν Λογοθεραπευτές με ποσοστό 18,4%, Εργοθεραπευτές με ποσοστό κοντά στο 16,4% και τέλος Ειδικοί Παιδαγωγοί με ποσοστό μόλις 11,6%. Ειδικότερα τα ποσοστά αυτά παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 3.

Διάγραμμα 3: Ιδιότητα συμμετεχόντων



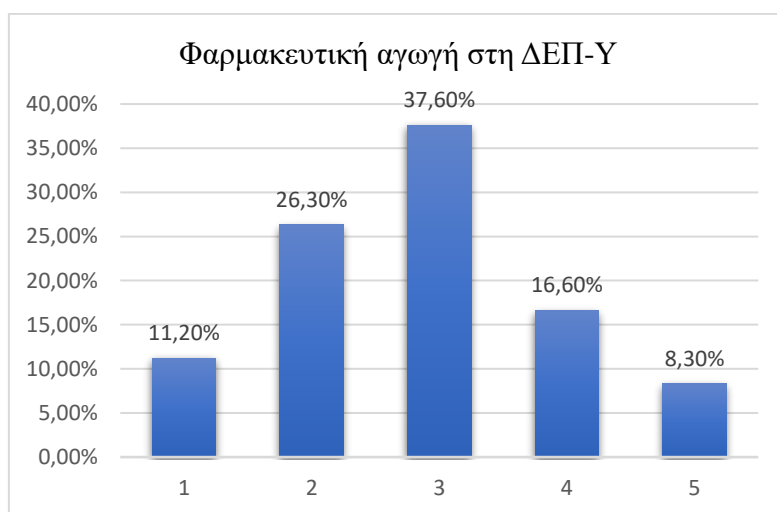
Η Ερώτηση 5 του ερωτηματολογίου αφορούσε τα άτομα τα οποία απαρτίζουν την διεπιστημονική ομάδα που εμπλέκεται στην παρέμβαση ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο πρέπει και εδώ να τονίσουμε ότι οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα για πάνω από μια επιλογή. Γι' αυτό και τα ποσοστά διαμορφώθηκαν με τον ακόλουθο τρόπο. Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων, της τάξεως του 59,9%, εντοπίζεται στην απάντηση «Όλα τα παραπάνω», η οποία εμπεριέχει τις ειδικότητες του Εργοθεραπευτή, του Λογοθεραπευτή, του Ψυχιάτρου και του Ψυχολόγου. Ειδικότερα το ποσοστό 38,2% αντιστοιχεί στον «Ψυχολόγο», το ποσοστό 35,7% αντιστοιχεί στον «Λογοθεραπευτή» και στη συνέχεια το ποσοστό 34,3% στην ειδικότητα του Εργοθεραπευτή. Το μικρότερο ποσοστό καταλαμβάνει η ειδικότητα του Ψυχιάτρου με ποσοστό 8,7%. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ανέφεραν και ειδικότητες όπως αυτή του Ειδικού παιδαγωγού (με ποσοστό 4%) και του Αναπτυξιολόγου (με ποσοστό 1%) ως επιπλέον ειδικότητες που μπορούν να εμπλακούν στην παρέμβαση (βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 2: Ειδικότητες για παρέμβαση στη ΔΕΠ-Υ

Ειδικότητες	N (αριθμός απαντήσεων)	%
Λογοθεραπευτής	74	35,7
Εργοθεραπευτής	71	34,3
Ψυχολόγος	79	38,2
Ψυχίατρος	18	8,7
Όλα τα παραπάνω	124	59,9
Άλλες Ειδικότητες	10	5

Αναφορικά με το αν η χρήση φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με ΔΕΠ-Υ, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να επιλέξουν από το 1 έως το 5, όπου το 1 αντιστοιχεί στο «καθόλου» και το 5 «πάρα πολύ». Η πλειοψηφία του δείγματος (37,6%) απάντησε με 3, ακολουθούν το ποσοστό 26,3% με απάντηση το 2 και το ποσοστό 16,6% με απάντηση το 4. Έπονται αυτοί με απάντηση «καθόλου» της τάξεως 11,2%, ενώ οι απαντήσεις με «πάρα πολύ» καταλαμβάνουν ποσοστό 8,3% (βλ. Διάγραμμα 4).

Διάγραμμα 4: Φαρμακευτική αγωγή στη ΔΕΠ-Υ



Επίσης, το 94,6% θεωρεί πως η συνδυαστική θεραπεία μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Το ποσοστό αυτό, αδιαμφισβήτητα καταρρίπτει το υπόλοιπο 5,4% των συμμετεχόντων, οι οποίοι δεν συμφωνούν με την άποψη αυτή (βλ. Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5: Συνδυαστική θεραπεία

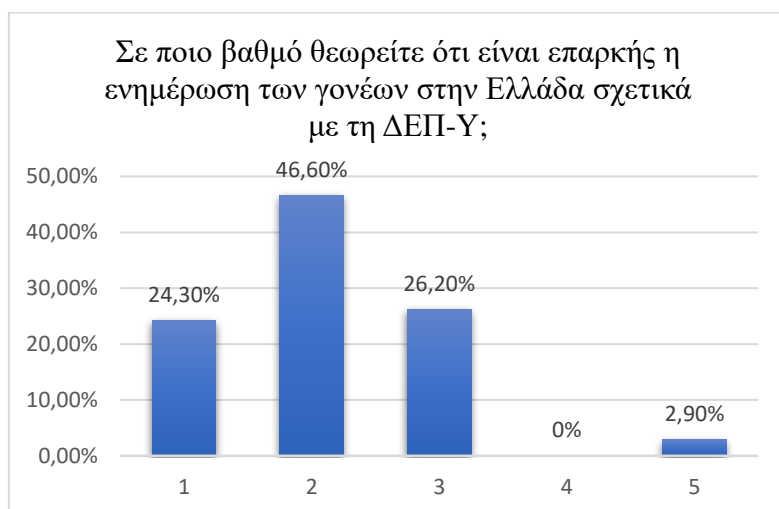


Οι επόμενες δύο ερωτήσεις αφορούν την ενημέρωση που διαθέτουν τόσο οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτικοί στην Ελλάδα για το θέμα της ΔΕΠ-Υ. Τα στοιχεία μας υποδηλώνουν, δυστυχώς, πως τόσο οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτικοί ακολουθούν ποσοστά περίπου ίδιας τάξεως. Συγκεκριμένα τα μεγαλύτερα ποσοστά 46,6% (96 απαντήσεις) σε γονείς και 41,3% (85 απαντήσεις) σε εκπαιδευτικούς αντιστοιχούν στην επιλογή 2. Ακολουθούν το ποσοστό 26,2% σε γονείς (54 απαντήσεις) και το 29,1% (60 απαντήσεις) σε εκπαιδευτικούς να αντιστοιχούν στην επιλογή 3, η οποία όπως βλέπουμε αποτελεί και τη μέση ψηφοφορία.

Έπειτα, παρατηρούμε από την έρευνα πως ποσοστό 24,3% (50 απαντήσεις) απάντησε με «καθόλου» στην ενημέρωση των γονέων και ποσοστό 15,5% (32 απαντήσεις) στην ενημέρωση των εκπαιδευτικών. Στον αντίποδα, το ποσοστό συμμετεχόντων που δήλωσε πως οι γονείς είναι ενημερωμένοι «σε μεγάλο βαθμό» είναι της τάξεως 2,9% (6 απαντήσεις) και εκείνο που αφορά τους εκπαιδευτικούς αγγίζει το 3,4% (7 απαντήσεις). Τα χαμηλά αυτά ποσοστά υποδηλώνουν μια σαφή εικόνα της ελλιπούς ενημέρωσης των γονέων και εκπαιδευτικών όσο αναφορά το θέμα της ΔΕΠ-Υ. Μέγιστης σημασία, λοιπόν, αποτελεί η άμεση και ορθή ενημέρωση όλων είτε μέσα από ομιλίες, σεμινάρια, ημερίδες ή ακόμη και

από την υπάρχουσα βιβλιογραφία που υπάρχει διαθέσιμη. Ακολουθούν το Διάγραμμα 6 και Διάγραμμα 7 που απεικονίζουν τα παραπάνω ποσοστά.

Διάγραμμα 6: Ενημέρωση γονέων για ΔΕΠ-Υ στην Ελλάδα



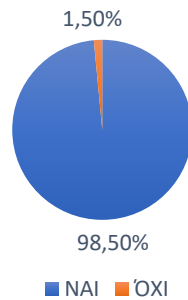
Διάγραμμα 7: Ενημέρωση εκπαιδευτικών για ΔΕΠ-Υ στην Ελλάδα



Η ένταξη περισσότερων ημερίδων/ομιλιών ευαισθητοποίησης στα σχολεία σχετικών με τη ΔΕΠ-Υ αγγίζει για την συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος θετική απάντηση με ποσοστό της τάξεως του 98,5% (βλ. Διάγραμμα 8).

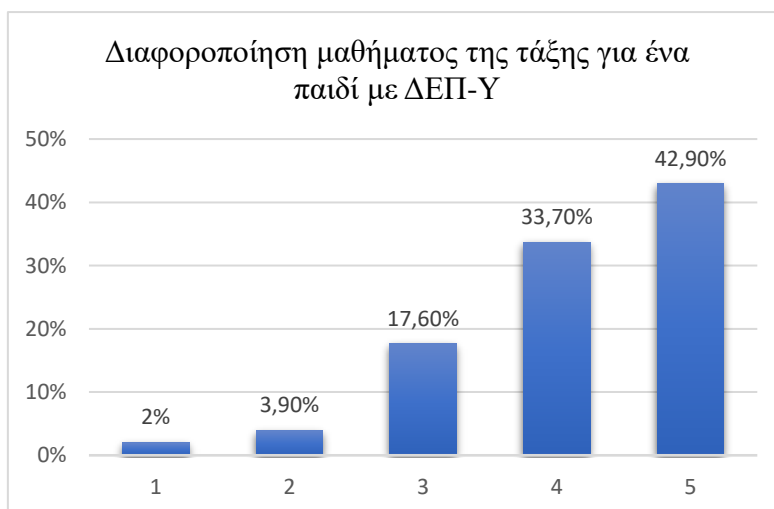
Διάγραμμα 8: Ημερίδες/ομιλίες για ΔΕΠ-Υ στα σχολεία

Κατά τη γνώμη σας, θα έπρεπε να ενταχθούν περισσότερες ημερίδες/ομιλίες ευαισθητοποίησης σχετικές με τη ΔΕΠ-Υ στα σχολεία;



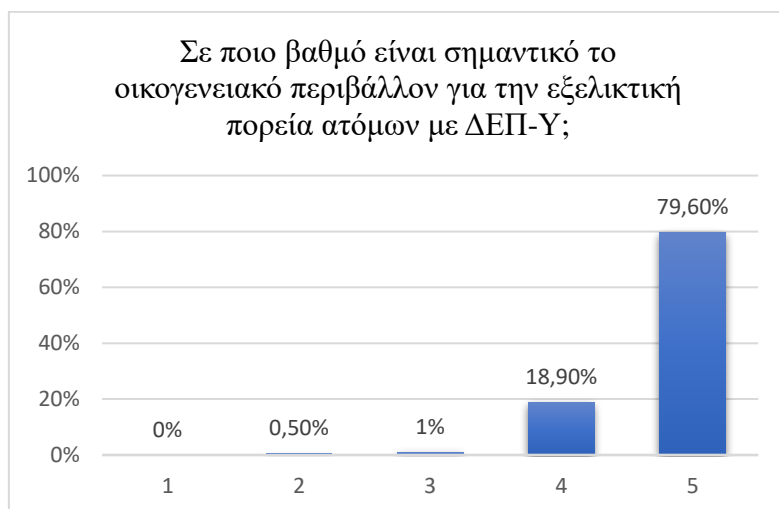
Στην Ερώτηση 10 που είναι ψήφου από 1-5, το μεγαλύτερο ποσοστό (42,9%) και το ακολούθως επόμενο (33,7%) απάντησαν θετικά στη διαφοροποίηση του μαθήματος της τάξης για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Μόνο το 17,6% απάντησε με 3, ενώ οι απαντήσεις 2 και 1 συγκέντρωσαν 3,9% και 2% αντίστοιχα (βλ. Διάγραμμα 9).

Διάγραμμα 9: Διαφοροποίηση μαθήματος για παιδί με ΔΕΠ-Υ



Τα επόμενα στοιχεία αφορούν το βαθμό που είναι σημαντικό το οικογενειακό περιβάλλον για την εξελικτική πορεία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Όπως βλέπουμε από το Ερωτηματολόγιο, το συντριπτικό ποσοστό της τάξεως του 79,6% απάντησε με 5. Ακολουθεί το ποσοστό 18,9% των συμμετεχόντων που απάντησαν με 4. Τέλος, ποσοστό 1,5% αντιστοιχεί στις απαντήσεις 1-3. Επομένως, καταλαβαίνουμε τον αδιαμφισβήτητο καίριο ρόλο του οικογενειακού πλαισίου στην εξέλιξη των ατόμων με ΔΕΠ-Υ (βλ. Διάγραμμα 10).

Διάγραμμα 10: Οικογενειακό περιβάλλον και εξελικτική πορεία ατόμων με ΔΕΠ-Υ



Παρόμοια και στην επόμενη ερώτηση που αφορά τον ενεργό ρόλο των γονέων στο θεραπευτικό πρόγραμμα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, παρατηρούμε ποσοστό υψηλό της τάξης του 80,6% να αντιστοιχεί στην απάντηση 5. Ακολουθεί πιο διστακτικά ποσοστό 16% για την απάντηση 4 και το 3,40% που συνολικά απομένει μοιράζεται στις απαντήσεις 1-3 (βλ. Διάγραμμα 11).

Διάγραμμα 11: Γονείς και θεραπευτικό πρόγραμμα



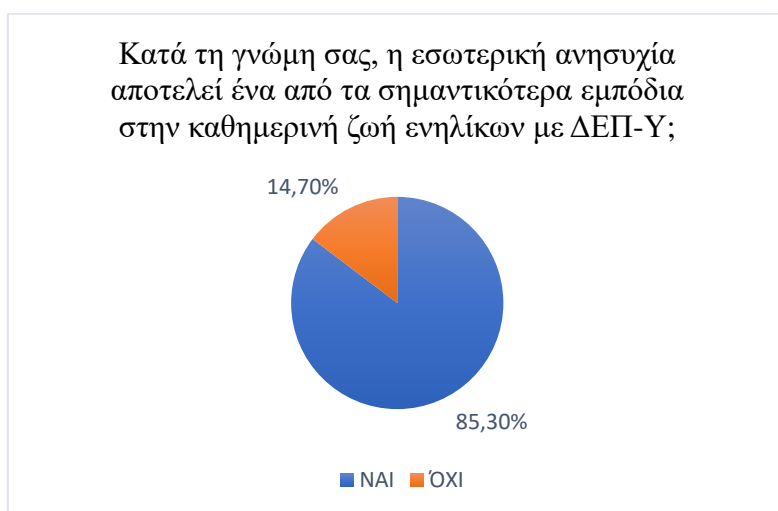
Αναφορικά με το αν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ πρέπει να φοιτούν σε ειδικά σχολεία, η πλειοψηφία με ποσοστό 86,8% απάντησε αρνητικά, ενώ θετικά απάντησε μόλις το 13,2% των συμμετεχόντων (βλ. Διάγραμμα 12).

Διάγραμμα 12: Φοίτηση παιδιών με ΔΕΠ-Υ



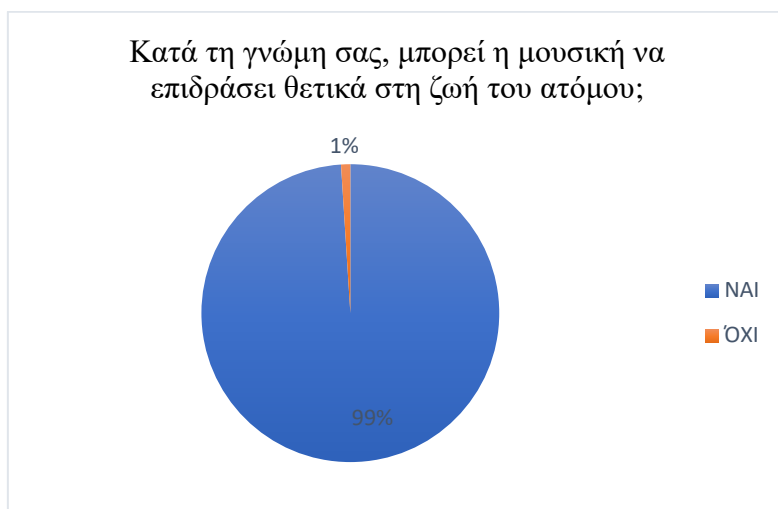
Στη συνέχεια, όσον αναφορά την ερώτηση για τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ και εάν η εσωτερική ανησυχία αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην καθημερινότητά τους, η πλειοψηφία των απαντήσεων (85,3%) απάντησε θετικά. Το υπόλοιπο 14,7% απάντησε αρνητικά (βλ. Διάγραμμα 13).

Διάγραμμα 13: Εσωτερική ανησυχία και ενήλικες με ΔΕΠ-Υ



Στην Ερώτηση 15 που τέθηκε σχετικά με το εάν η μουσική επιδρά θετικά στη ζωή του ατόμου, είναι πραγματικά αξιόλογο το ποσοστό 99% που αντιστοιχεί στην απάντηση «Ναι». Η πλειοψηφία, λοιπόν, πέρα από 2 συμμετέχοντες ανέδειξε την μουσική πολύτιμο κομμάτι της καθημερινότητας (βλ. Διάγραμμα 14).

Διάγραμμα 14: Επίδραση μουσικής στη ζωή του ατόμου



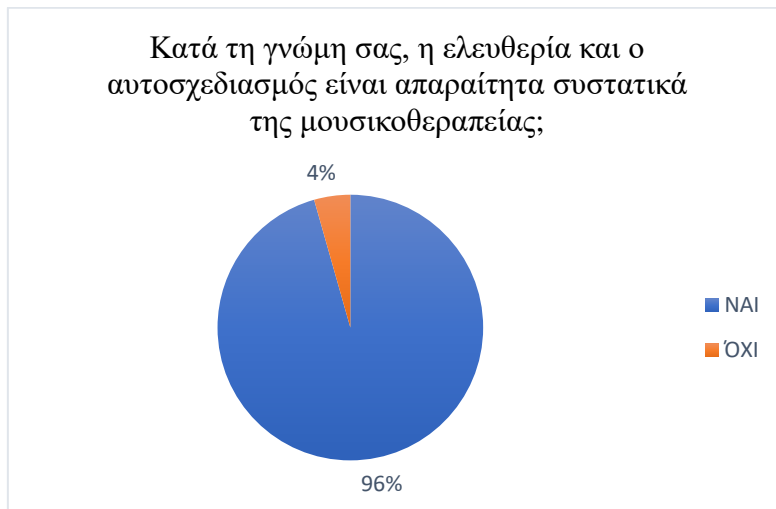
Το παραπάνω ποσοστό της τάξεως του 99%, κλήθηκε να απαντήσει και σε ποιο βαθμό η μουσική έχει θετική επίδραση. Και εδώ τα στοιχεία της έρευνας μας φανερώνουν πως η πλειοψηφία (με ποσοστό 46,8% και 39%) έδωσε τις απαντήσεις 4 και 5. Μόλις το 13,2% απάντησε με 3 και το υπόλοιπο συνολικά 1% έδωσε τις απαντήσεις 1 και 2. Αναλυτικά ακολουθεί το Διάγραμμα 15.

Διάγραμμα 15: Βαθμός επίδρασης μουσικής στη ζωή του ανθρώπου



Τα επόμενα αποτελέσματα αφορούν την ελευθερία και τον αυτοσχεδιασμό ως απαραίτητα συστατικά της μουσικοθεραπείας. Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία με ποσοστό 96% απάντησε θετικά, ενώ μόλις το 4% απάντησε με «Όχι» (βλ. Διάγραμμα 16).

Διάγραμμα 16: Ελευθερία και αυτοσχεδιασμός στη μουσικοθεραπεία

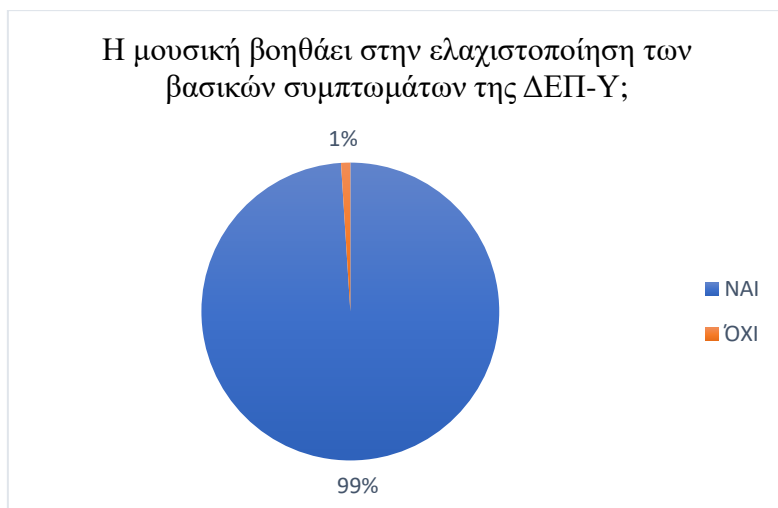


Επιπρόσθετα, στην ερώτηση 18 του ερωτηματολογίου, το ποσοστό του δείγματος που πιστεύει πως η μουσική βοηθά στην ελαχιστοποίηση των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ ανέρχεται στο 99% (βλ. Διάγραμμα 17).

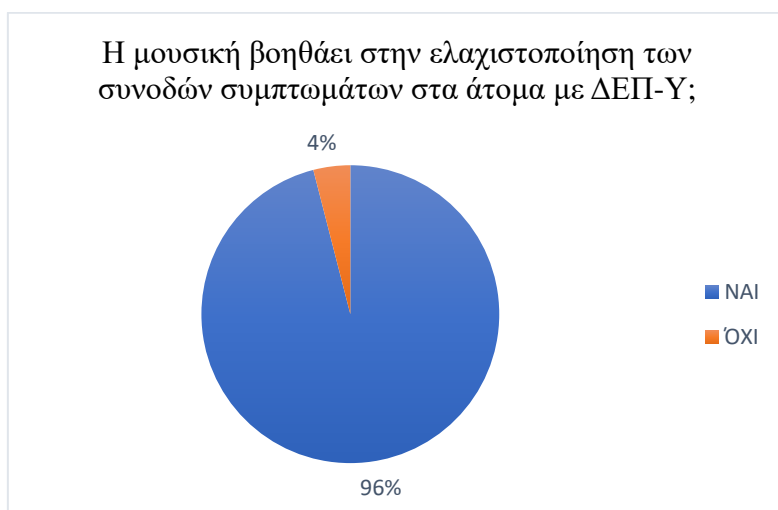
Αξιοσημείωτο είναι πως η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε θετικά και στην ερώτηση 19 του ερωτηματολογίου, η οποία εστιάζει στη μουσική ως μέσο για την ελαχιστοποίηση των συνοδών προβλημάτων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Παρατηρούμε πως και εδώ το μεγαλύτερο ποσοστό (96%), είναι υπέρ της ύπαρξης μουσικής με σκοπό να ελαττώσουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ συνοδά προβλήματα (πχ. Άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου κ.α.) (βλ. Διάγραμμα 18).

Τα ποσοστά αυτά είναι αρκετά ενθαρρυντικά για την μεταγενέστερη μελέτη πάνω στη Μουσική και ΔΕΠ-Υ, αλλά για τα ίδια τα άτομα, καθώς η μουσική αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας των ατόμων από την αρχαιότητα.

Διάγραμμα 17: Μουσική και βασικά συμπτώματα ΔΕΠ-Υ



Διάγραμμα 18: Μουσική και συνοδά συμπτώματα



Η ερώτηση 19 του ερωτηματολογίου, αφορά τα είδη μουσικής που μπορούν να επιδράσουν θετικά κατά τη διάρκεια της μουσικοθεραπείας στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οφείλουμε να τονίσουμε ότι και εδώ οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν πάνω από μία απάντηση. Η πλειοψηφία (με ποσοστό 78,7%) επέλεξε την κλασική μουσική, ακολουθεί η μουσική με λόγια (π.χ. ραδιόφωνο) με ποσοστό 32,2% και στη συνέχεια η παραδοσιακή μουσική με ποσοστό 16,3%. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός, ότι 10% των συμμετεχόντων πρόσθεσαν και άλλα είδη μουσικής, εφόσον τους δινόταν αυτή η δυνατότητα. Από τα άλλα είδη μουσικής που αναφέρθηκαν τα επικρατέστερα είναι τα εξής: χαλαρωτική μουσική, νανούρισμα, μουσική ροκ και ρυθμικά κομμάτια. Επίσης λάβαμε και απαντήσεις που τονίζουν πως πρέπει να συνυπολογιστεί και το είδος της μουσικής που αρέσει σε κάθε παιδί

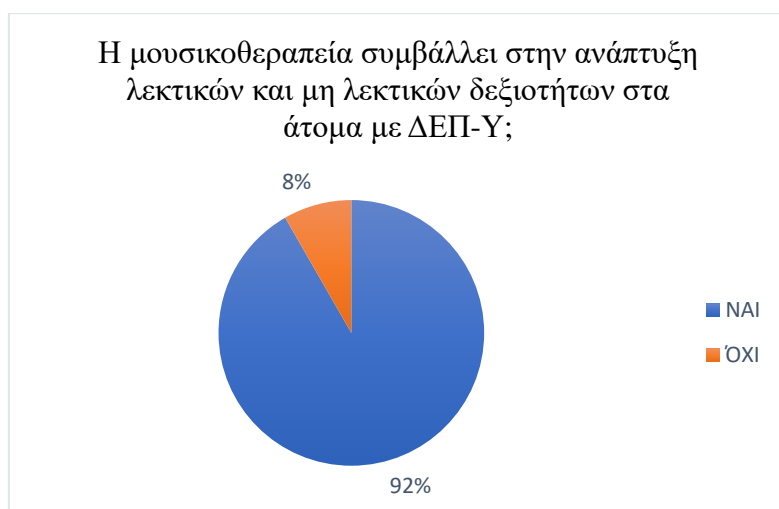
και που μπορεί να το βοηθήσει, γεγονός που εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αναλυτικότερα τα παραπάνω στοιχεία αναφέρονται στον Πίνακα 3 που ακολουθεί.

Πίνακας 3

Είδη Μουσικής	N (αριθμός απαντήσεων)	%
Κλασική μουσική	159	78,7
Παραδοσιακή μουσική	65	32,2
Μουσική με λόγια	33	16,3
Άλλα είδη μουσικής (π.χ. ροκ, νανούρισμα, χαλαρωτική)	20	10

Όσον αναφορά την ανάπτυξη λεκτικών και μη λεκτικών δεξιοτήτων μέσω της μουσικοθεραπείας στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, την πρώτη θέση κατέχει με ποσοστό 92% η απάντηση «Ναι» και ακολουθεί με το υπόλοιπο ποσοστό του 8 % η απάντηση «Όχι» (βλ. Διάγραμμα 19).

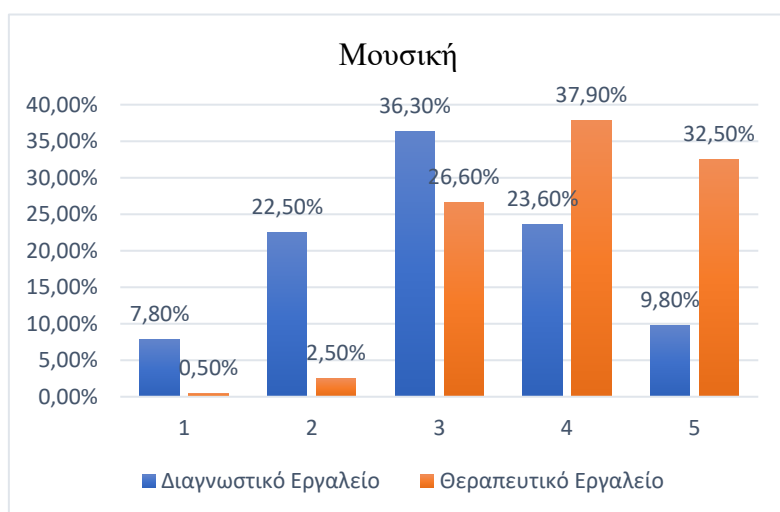
Διάγραμμα 19: Λεκτικές και μη λεκτικές δεξιότητες



Στο σημείο αυτό τέθηκαν δύο ερωτήσεις που αφορούσαν η μία τη μουσική ως διαγνωστικό εργαλείο και η άλλη τη μουσική ως θεραπευτικό εργαλείο. Συγκεκριμένα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να επιλέξουν από το 1 έως το 5 το βαθμό που πιστεύουν πως η μουσική μπορεί να αποτελέσει κομμάτι διάγνωσης και θεραπείας αντίστοιχα. Αρχικά όσον αναφορά το διαγνωστικό κομμάτι, την πρώτη θέση κατέχουν με ποσοστό απαντήσεων 36,3% όσοι ψήφισαν με 3, ακολουθεί με ποσοστό 23,5% η ψήφος 4 και έπειτα με ποσοστό 9,8% η ψήφος 5. Οι λοιποί συμμετέχοντες με 7,8% ψήφισαν με 1. Επιπλέον, όσον αναφορά το θεραπευτικό κομμάτι, την πρώτη θέση κατέχουν με ποσοστό απαντήσεων 37,9% όσοι ψήφισαν με 4, ακολουθούν όσοι ψήφισαν με 5 (ποσοστό 32,5%) και στη συνέχεια όσοι ψήφισαν με 3 (ποσοστό 26,6%). Τα λιγότερα ποσοστά αφορούν τις ψήφους 1 και 2 με ποσοστά 0,5% και 2,5% αντίστοιχα.

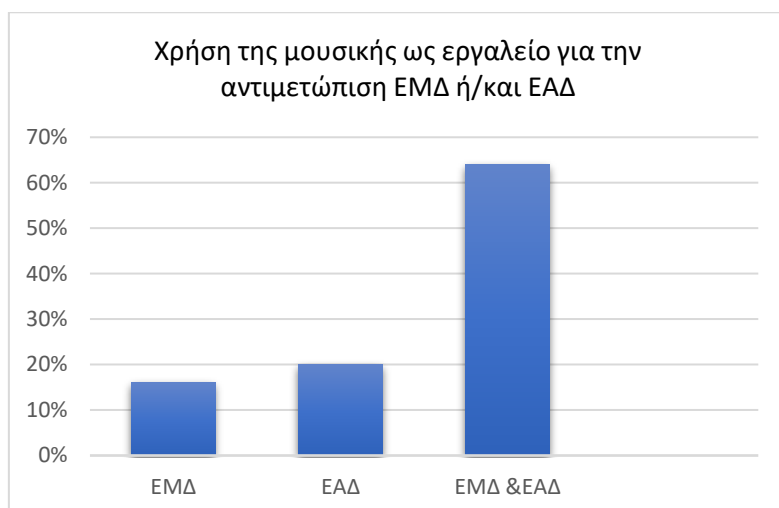
Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως ο μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων είναι υπέρ σε μεγάλο βαθμό της μουσικής ως κομμάτι της θεραπείας ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Δεν μας προκαλεί καθόλου εντύπωση σαν γεγονός, καθώς και σε προηγούμενα ερωτήματα που αφορούσαν την επίδραση της μουσικής η συντριπτική πλειοψηφία έδωσε θετικές απαντήσεις. Έτσι, παρατηρούμε πως η μουσικοθεραπεία έχει πρόσφορο έδαφος στην θεραπεία της ΔΕΠ-Υ και βιβλιογραφικά και άλλων περιπτώσεων. Όσο αναφορά το κομμάτι της διάγνωσης, οι συμμετέχοντες φαίνονται πιο επιφυλακτικοί όπως μαρτυρούν τα χαμηλά ποσοστά που συγκέντρωσαν οι ψήφοι 4-5 και το υψηλό ποσοστό της ψήφου 3. Αναλυτικότερα ακολουθεί το Διάγραμμα 20 με τα ποσοστά.

Διάγραμμα 20: Μουσική ως διαγνωστικό & θεραπευτικό εργαλείο



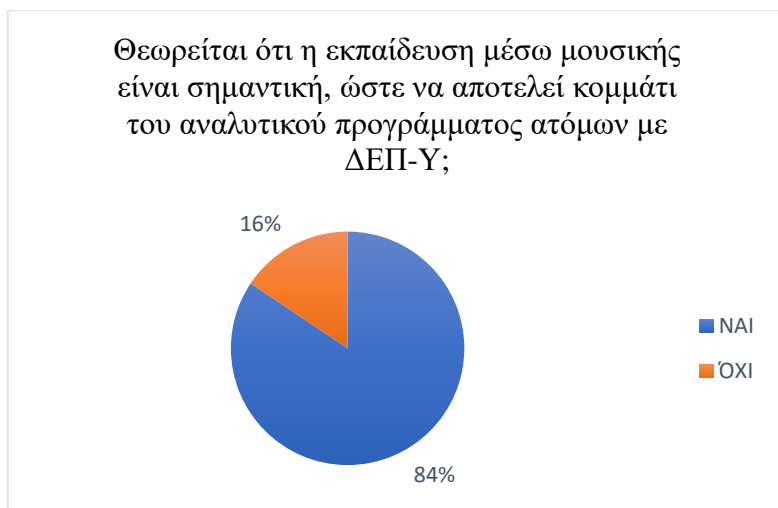
Η επόμενη ερώτηση του ερωτηματολογίου τέθηκε για να διερευνηθεί εάν η μουσική μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν εργαλείο για την αντιμετώπιση των ΕΜΔ ή/και των Ειδικών Αναπτυξιακών Δυσκολιών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (με ποσοστό 64%) εντοπίστηκε στην επιλογή και των δύο. Ποσοστό της τάξεως του 20% εντοπίστηκε στις ΕΑΔ και το υπόλοιπο 16% επέλεξε τις ΕΜΔ (βλ. Διάγραμμα 21).

Διάγραμμα 21: Μουσική στις ΕΜΔ ή/και ΕΑΔ



Όσον αναφορά το εάν η μουσική πρέπει να είναι κομμάτι του αναλυτικού προγράμματος των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, η πλειοψηφία με ποσοστό 84,4% απάντησε θετικά σε αυτή την ερώτηση κλειστού τύπου. Παράλληλα, στην ερώτηση που ακολουθούσε σχετικά με τη διδασκαλία των μαθημάτων και εάν είναι αποτελεσματική μέσω της μουσικής, η πλειοψηφία με ποσοστό της τάξεως του 88,8% απάντησε θετικά. Τα παραπάνω ποσοστά μπορούν να αποτελέσουν αρχή για αναζήτηση τρόπων δημιουργίας ενός καλύτερου αναλυτικού προγράμματος για άτομα με ΔΕΠ-Υ και ενός λειτουργικού προγράμματος διδασκαλίας τόσο για τέτοια άτομα όσο και για τα υπόλοιπα παιδιά. Αναλυτικά τα ποσοστά παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 22 και 23.

Διάγραμμα 22: Μουσική ως κομμάτι του αναλυτικού προγράμματος



Στη συνέχεια, αναφέρονται τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με το βαθμό που η μουσική θα πρέπει να είναι κομμάτι των δραστηριοτήτων (ελεύθερος χρόνος, μελέτη) ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ στο σπίτι. Η πλειοψηφία του δείγματος (39,5%) ψήφισε με 4, ακολουθεί η ψήφος 3 (ποσοστό 28,8%) και κοντά σε αυτή με ποσοστό 24,9% η ψήφος 5. Το μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 6,8% υποστηρίζει την ψήφο 2, ενώ η ψήφος 1 δεν επιλέχθηκε καθόλου (βλ. Πίνακας 4).

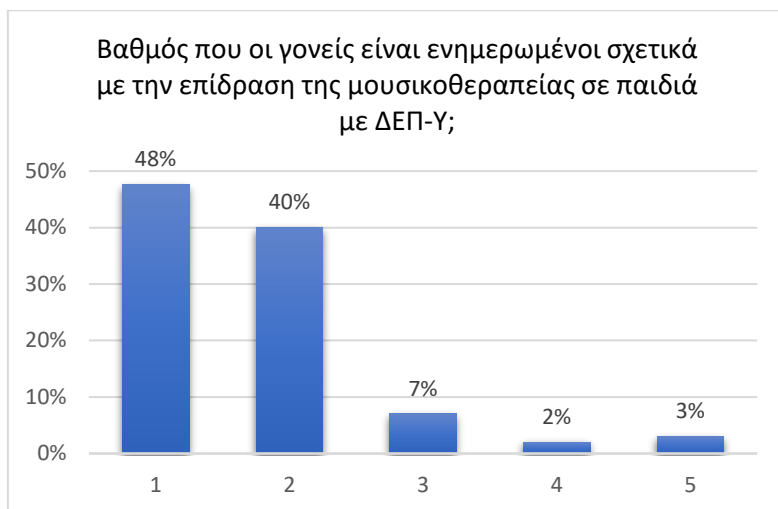
Πίνακας 4

Βαθμός	N (αριθμός απαντήσεων)	%
1	0	0
2	16	6,8
3	59	28,8
4	81	39,5
5	51	24,9

Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου αναφέρεται στην ενημέρωση των γονέων, εάν δηλαδή είναι ελλιπής ή κατάλληλη, όσον αφορά την επίδραση της μουσικοθεραπείας στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Από τα στοιχεία που παρατίθενται στο Διάγραμμα 23, φαίνεται πως η

συντριπτική πλειοψηφία (με ποσοστό 48%) θεωρεί πως δεν υπάρχει καθόλου ενημέρωση των γονέων για την επίδραση της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ ή αλλιώς ότι υπάρχει ελάχιστη ενημέρωση, γεγονός που φαίνεται από την ψήφο 2 (ποσοστό 40%). Δυστυχώς, τα στοιχεία αυτά του δείγματος δημιουργούν προβληματισμό πάνω στο θέμα της ενημέρωσης των γονέων και ευχόμαστε να αποτελέσει τροφή για σκέψη.

Διάγραμμα 23: Βαθμός ενημέρωσης γονέων σχετικά με μουσικοθεραπεία στη ΔΕΠ-Υ



4.3 Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταλήξει σε κάποια συμπεράσματα σχετικά με το επίπεδο γνώσεων και ενημέρωσης των ατόμων όσο αναφορά το κομμάτι της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) ανεξαρτήτου ειδικότητας αλλά και την αξιολόγηση της θεραπείας που χρησιμοποιείται. Παράλληλα, κοινός σκοπός ήταν να εξετάσουμε τις απόψεις του πληθυσμού σχετικά με την ύπαρξη, την γνώση και την συμβολή της μουσικοθεραπείας αλλά και των ειδών της στην θεραπεία της διαταραχής.

Μέχρι σήμερα, δεν έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες που να επικεντρώνονται στο κομμάτι της θεραπείας της ΔΕΠ-Υ με την συμβολή της μουσικοθεραπείας αλλά και της μουσικής ως θεραπευτικό μέσο γενικότερα στον Ελληνικό χώρο. Πρέπει να τονιστεί ότι το πλήθος των ατόμων που συμμετείχαν ήταν 207 με πλειοψηφία συμμετεχόντων να είναι γυναίκες και με πλειοψηφία της ηλικίας των ατόμων κάτω από τα 25 έτη. Με βάση την

πορεία του ερωτηματολογίου και με δυνατότητα πάνω από μία επιλογή ακολουθεί η γνώση των ατόμων και από που προέρχεται με την πλειοψηφία να καταλαμβάνει το προπτυχιακό επίπεδο των γνώσεων.

Αναφορικά με την ερώτηση 4 του ερωτηματολογίου πρέπει να τονιστεί ότι η ιδιότητα που είχαν οι συμμετέχοντες του ερωτηματολογίου ήταν σε πλειοψηφία φοιτητές λογοθεραπείας με τους γονείς, τους Λογοθεραπευτές, τους Εργοθεραπευτές και τους Ειδικούς Παιδαγωγούς να ακολουθούν με την σειρά που αναφέρθηκαν. Στην συνέχεια, αναφερθήκαμε στην ερώτηση για τα άτομα που είναι απαραίτητα στην διεπιστημονική ομάδα, η οποία είναι αυτή που θέτει στόχους για την θεραπεία της διαταραχής. Η πλειοψηφία έκρινε πως αναγκαίο είναι ένα σύνολο θεραπειών δηλαδή η επιλογή «όλα τα παραπάνω».

Στην συνέχεια αναφορικά με το αν η χρήση φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με ΔΕΠ-Υ, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να επιλέξουν από το 1 έως το 5, από «καθόλου» που ήταν το 1 μέχρι το «πάρα πολύ» που αντιστοιχούσε στο 5. Η πλειοψηφία συγκεντρώθηκε στην μεσαία επιλογή. Συνεπώς, οι απόψεις υπέρ της φαρμακευτικής αγωγής δίστανται. Πρέπει να τονιστεί ότι το ποσοστό που θεωρούσε ότι την συνδυαστική θεραπεία απαραίτητη ήταν συντριπτικό σχεδόν να ανέρχεται στο απόλυτο.

Είναι σημαντικό να τονιστεί το αποτέλεσμα που προέκυψε, ότι δηλαδή η γνώση και ενημέρωση των γονέων και των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή αλλά και την θεραπεία είναι ελλιπής. Γεγονός που καθιστά αναγκαία την άμεση, αντικειμενική και ορθή ενημέρωση τους είτε μέσω σεμιναρίων, ομιλιών, διαλέξεων ακόμα και από βιβλιογραφία που είναι διαθέσιμη αλλά και τη συμβολή ειδικών με εξειδικευμένη γνώση (μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα). Με απαραίτητη επιπλέον προϋπόθεση την ένταξη ομιλιών στο ωρολόγιο σχολικό πρόγραμμα χωρίς περιορισμό στο κοινό.

Επίσης όσο αναφορά το σχολικό πλαίσιο πρέπει να τονιστεί η ανάγκη της διαφοροποίησης του μαθήματος όταν σε μία τάξη υπάρχει άτομο με την συγκεκριμένη διαταραχή. Στο οικογενειακό πλαίσιο, για το οποίο πραγματοποιήθηκαν εξίσου ερωτήσεις πρέπει να τονίσουμε ότι οι συμμετέχοντες θεώρησαν πολύ σημαντική την συμμετοχή της οικογένειας στο αναπτυξιακό κομμάτι της διαταραχής. Αποτελεί εξάλλου αναπόσπαστο κομμάτι για την εξελικτική πορεία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ.

Με βάση τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου προέκυψε ότι η συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος στη θεραπεία αλλά και την πραγματοποίηση των θεραπευτικών στόχων αποτελεί σημαντικό παράγοντα και είναι ύψιστης σημασίας κυρίως

για το παιδί. Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε και στην ενήλικη ζωή των ατόμων αυτών, καθώς ρωτήθηκαν για το εάν η εσωτερική ανησυχία αποτελεί εμπόδιο, με συντριπτικό αποτέλεσμα την επιλογή «Ναι».

Στο δεύτερο κομμάτι που αφορούσε κυρίως την μουσικοθεραπεία και την μουσική ως θεραπευτικό μέσο πραγματοποιήθηκαν κάποιες ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες με βάση τις γνώσεις αλλά και τις απόψεις τους επέλεξαν ως θετική την επίδραση τόσο της μουσικής όσο και της μουσικοθεραπείας, ενώ σχετικά με το βαθμό επίδρασής της πρέπει να τονίσουμε ότι άγγιζε το απόλυτο θετικό πρόσημο. Το ίδιο θετικό πρόσημο είχε και το αποτέλεσμα της ερώτησης που αφορούσε το κομμάτι της ελευθερίας και του αυτοσχεδιασμού ως απαραίτητα κομμάτια της μουσικοθεραπείας.

Το τρίτο και τελευταίο κομμάτι του ερωτηματολογίου αφορούσε την συμβολή της μουσικοθεραπείας στην θεραπεία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα ήταν θετικά καθώς υπάρχει η αντίληψη της θετικής επίδρασης της μουσικής στην ελαχιστοποίηση τόσο των βασικών όσο και των συνοδών προβλημάτων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλασική μουσική θεωρείται ότι επιδρά περισσότερο θετικά στην θεραπεία της ΔΕΠ-Υ, με την παραδοσιακή, την μουσική με λόγια και άλλα είδη μουσικής όπως ροκ, νανούρισμα και χαλαρωτική να καταλαμβάνουν αντίστοιχα τις επόμενες επιλογές.

Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί η θετική επίδραση της μουσικής στην ανάπτυξη των λεκτικών και μη λεκτικών δεξιοτήτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά και η σημαντικότητα της μουσικοθεραπείας σαν θεραπευτικό μέσο. Αντίθετα όμως στη διαγνωστική χρήση της, οι συμμετέχοντες φάνηκαν να είναι επιφυλακτικοί. Εξίσου σημαντική είναι και η επιλογή των συμμετεχόντων για την χρήση της μουσικής ως θεραπεία και στις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, ακολουθούσαν οι Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές σαν αυτοτελή επιλογή και τέλος η επιλογή και των δύο.

Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μουσική πρέπει να συμπεριληφθεί στο αναλυτικό σχολικό πρόγραμμα και ότι η μουσική θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται κατά την διάρκεια του ελεύθερου χρόνου αλλά και της μελέτης. Κάτι το οποίο πλέον καθιστά απαραίτητη την ανάγκη για ολοκληρωμένη γνώση των γονέων για την θετική επίδραση της μουσικοθεραπείας, η οποία συμβάλει αδιαμφισβήτητα σε μεγάλο βαθμό στην θεραπεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Εκ παραλλήλου, θα μπορούσαν σε μελλοντική μελέτη-έρευνα να ερωτηθούν αναπτυξιολόγοι-παιδιάτροι σχετικά με την

ενημερότητα τους, αλλά και συγκεκριμένα γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ που έχουν δοκιμάσει ή έχουν λάβει κάποια ενημέρωση για τις ευεργετικές δυνατότητες της μουσικοθεραπείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

Aduen, P. A., Kofler, M. J., Cox, D. J., Sarver, D. E., & Lunsford, E. (2015). Motor vehicle driving in high incidence psychiatric disability: Comparison of drivers with ADHD, depression, and no known psychopathology. *Journal of Psychiatric Research*, 59–66.

American Academy of Pediatrics, (2000). Clinical practice guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 1158-1170.

American Academy of Pediatrics, (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the schoolaged child with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108, 1033-1044.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders.*, 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders (4th ed. text revision)*. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of *DSM-5*. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Barkley, R. A. (1977). A REVIEW OF STIMULANT DRUG RESEARCH WITH HYPERACTIVE CHILDREN. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 137–165.

Barkley, R.A. (1990). *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder: A hand book for diagnosis and treatment*. New York: Pergamon Press. (1998) New York, NY: The Guilford Press.

Barkley, R. A. (1995). *A closer look at DSM-IV criteria for ADHD: Some unresolved issues*. The ADHD Report, 1-5.

Barkley, R. A. (2006c). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. (3rd ed.) New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., Cunningham, C. E., & Karlsson, J. (1983). The Speech of Hyperactive Children and Their Mothers. *Journal of Learning Disabilities*, 16(2), 105–110.

Barkley, R. A., DuPaul, G. J., & McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 775–789.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 546–557.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with ADHD. *Pediatrics*, 98, 1089-1095.

Barkley, R., Cook, E., Dulcan, M., Gilberg, C., Halperin, J., Pliska S., et al. (2002, January). International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 89-111.

Beitchman, J. H., Wilson, B., Brownlie, E. B., Walters, H., Inglis, A., & Lancee, W. (1996). Long-Term Consistency in Speech/Language Profiles: II. Behavioral, Emotional, and Social

Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(6), 815–825.

Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school- aged children who were born preterm: A meta- analysis. *Journal of the American Medical Association*, 288, 728-737.

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Mick, E., & Lapey, K. A. (1994). *Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder*. *Psychiatry Research*, 53(1), 13–29. doi:10.1016/0165-1781(94)90092-2.

Biederman, J., Faraone, E. V., Keenan, k., Stengard, R., & Tsuang, M. T. (1991). Family association between attention deficit disorder (ADD) and anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 48, 633- 642.

Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM- III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533.

Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T. Wilens, T., Kiley, K., ... Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 431-435.

Biederman, J., Faraone, S. V. Mick, E., Williamson, S., Wilens, T. E., Spencer, T. J., ... Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 966- 975.

Bogdanowicz, E., (2016). *Dalcroze Eurhythmics in therapy for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms*. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*.

Canadian Association for Music Therapy. (2006). *Specific applications of musical techniques in music therapy*. Retrieved April 12, 2016, from Canadian Association for Music Therapy.

Carlson, S. M. (2005). Developmentally Sensitive Measures of Executive Function in Preschool Children. *Developmental Neuropsychology*, 28(2), 595–616.

Carmona, S., Villaroya, O., Bielsa, A., Tremols, V., Soliva, J. C., Rovira, M., ... Bulbena, A. (2005). Global and regional grey matter reduction in ADHD: a voxel- based morphometric study. *Neuroscience Letters*, 389, 88-93.

Castellanos, F. X., Giedd, G. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., ... Rapoport, J. L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607- 610.

Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 617–628.

Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., ... Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention- deficit/ hyperactivity disorder. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288, 1740- 1748.

- Coghill, D., & Banaschewski, T. (2009). The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 1547-1565.
- Corey, R. (2010). *Φόβος - Η Ιστορία μιας Πολιτικής Ιδέας*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Corkum, P., Moldofsky, H., Hogg-Johnson, S., Humphries, T., & Tannock, R. (1999). Sleep Problems in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impact of Subtype, Comorbidity, and Stimulant Medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1285-1293.
- Corriveau, K. H., & Goswami, U. (2009). Rhythmic motor entrainment in children with speech and language impairments: tapping to the beat. *Cortex*, 119-130.
- Dewi, E. K., Rusmawati, D., & Ratnaningsih, I. Z. (2015). The effect of music and motoric movement intervention to increase attention among elementary school students in Semarang central Java. *Procedia Environmental Sciences*, 23, 179-185.
- DuPaul, G.J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 242-253.
- Durston, S., de Zeeuw, P., & Staal, W. G. (2009). Imaging genetics in ADHD: A focus on cognitive control. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(5), 674-689.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K., & Tsuang, M. T. (1991). Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 109.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mennin, D., Wozniak, J., & Spencer, T. (1997b). Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1378-1387.
- Feingold, B. (1975). *Why your child is hyperactive*. New York: Random House.
- Feldman, R. S. (2009). *Εξελικτική Ψυχολογία: Δια βίου Ανάπτυξη*, Τόμος 1. (Μετάφραση: Ζ. Αντωνοπούλου-Επιμέλεια: Η. Μπεξεβέγκης, 1η έκδ.). Αθήνα: Gutenberg - Γιώργος & Κώστας Δαρδανός.
- Filipek, P. (1999). Neuroimaging in the developmental disorder: The state of science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 113-128.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional, and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 580-588.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Glover, V. (2011). Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: An evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 356-367.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners* (2nd ed.). John Wiley & Sons Inc.

- Goswami, U., Gerson, D., Astruc, L., Huss, M., & Mead, N. (2013). Dyslexia—in tune but out of time. *The Psychologist.*, 106-109.
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Ouellette, C. A., Penn, C., & Griffin, S. M. (1996). Toward a New Psychometric Definition of Social Disability in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 571–578.
- Grodzinsky, G. M., & Diamond, R. (1992). Frontal lobe functioning in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 427–445.
- Hallowell E. M. & Ratey J. J. (2003). *Ζώντας με τη Διάσπαση - Αναγνωρίζοντας και Αντιμετωπίζοντας τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ) στα Παιδιά και στους Ενήλικες*. Μετ: Μαίρη Περαντάκου – Κουκ. Επιμ: Ελένη Λιβανίου. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνική Παιδεία Α.Ε.
- Hammill, D.D. (1990). A brief history of learning disabilities. *Learning disabilities: Basic concepts, assessment practices and instructional strategies*.
- Hartsough, C. S., & Lambert, N. M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children: Prenatal, developmental, and health history findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(2), 190–201.
- Hinshaw, S. P., & Melnick, S. M. (1995). *Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression*. *Development and Psychopathology*, 7(04), 627.
- Husain, G., Thompson, W. F., & Schellenberg, E. G. (2002). Effects of musical tempo and mode on arousal, mood and spatial abilities. *Music Perception*, 151-171.
- Hynd, G. W., Semrud – Cliekman, M., Lorys, A. R., Norey, E. S., Eliopoulos, D., & Lygtinen, H. (1990). Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Neurology*, 47, 919- 926.
- Ishii, T., Takahashi, O., Kawamura, Y., & Ohta, T. (2003). Comorbidity in attention deficit-hyperactivity disorder. *Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 57, 457- 463.
- Juslin, P. N., Sloboda, J. A. (2001). *Music and Emotion: Theory and research*. Oxford: Oxford University Press
- Kadesjo, B. (2000). *Neuropsychiatric and neurodevelopmental disorders in a young school-age population*. Epidemiology and comorbidity in a school health perspective. Doctoral Dissertation Psychiatry, University of Gothenburg.
- Kakouros, E., Maniadaki, K., & Papaeliou, Ch. (2004). How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 9, 41-53.
- Kaplan, R. F., Stevens, M. C. (2002) A review of adult ADHD: A neuropsychological and neuroimaging perspective. *CNS Spectrums*, 7, 355- 362.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ,,, Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716- 723.
- Kivland, M. J. (1986). The Use of Music to Increase Self-Esteem in a Conduct Disordered Adolescent. *Journal of Music Therapy*, 23(1), 25–29.

- Langley, K., Rice, F., van der Bree, M., & Thapar, A. (2005). Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention-deficit/hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva Pediatrica*, 57, 359-371.
- Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A., ... Jarvelin, M. R. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: Review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1028-1040.
- MacDonald, V. M., & Achenbach, T. M. (1999). Attention Problems Versus Conduct Problems as 6-Year Predictors of Signs of Disturbance in a National Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1254-1261.
- Maniadaki, K. & Kakouros, E. (2007). A new approach to the etiology and treatment of stuttering. *Signal. The newsletter of SIG disorders of fluency*, 28, 2-3.
- Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1988). Self-reported delinquency: Results from an instrument for New Zealand. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 21(4), 227-240.
- Monastra, V. J. (2008). *Unlocking the potential of patients with ADHD: A model for clinical practice*. American Psychological Association.
- Nigg, J.T., Willcutt, E. G., Doyle, A., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes. *Biological Psychiatry*, 57, 1224-1230.
- Nigg, J., Lewis, K., Edinger, T., & Falk, M. (2012). Meta-analysis of attention deficit hyperactivity disorder or attention deficit hyperactivity disorder symptoms, restriction diet and synthetic food color additives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 86-97.
- Nigg, J. T. (2013). Attention deficits and hyperactivity-impulsivity: What have we learned, what next? *Development and Psychopathology*, 25, 1489-1503.
- Oestreicher, J. M. (2007). What Causes ADHD? *The Clinical Neuropsychologist*, 21(2), 363-364.
- Palili, A., Kolaitis, G., Vassi, I., Veltsista, A., Bakoula, C., & Gika, A. (2010). Inattention, hyperactivity, impulsivity-epidemiology and correlations: A nationwide Greek study from birth to 18 years. *Journal of Child Neurology*, 26, 199-204.
- Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr. Alexander Crichton and "Mental Restlessness" (1798). *Child and Adolescent Mental Health*, 6(2), 66-73.
- Parbery-Clark, A., Skoe, E., Lam, C., & Kraus, N. (2009). Musician enhancement for speech-in-noise. *Ear and hearing*, 30(6), 653-66.
- Patel, A. D. (2014). Can nonlinguistic musical training change the way the brain processes speech? The expanded OPERA hypothesis. *Hearing research*, 308, 98-108.
- Pauls, D. L. (1991). Genetic factors in the expression of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, 353-360.
- Pelham, W. E., Jr., Hoza, B., Sams, S. E., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., & Waschbusch, D. A. (1994). *Rock music and video movies as distracters for ADHD boys in the classroom: Comparison with controls, individual differences, and medication effects*. Poster session

presented at the annual meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, London.

Polanczyk, G., Casella, E., Miguel, E., & Reed, U. (2012). Attention deficit disorder/hyperactivity: a scientific overview. *Clinics*, 1125–1126.

Putkinen, V., Tervaniemi, M., & Huotilainen, M. (2013). Informal musical activities are linked to auditory discrimination and attention in 2–3-year-old children: an event-related potential study. *European Journal of Neuroscience*, 37(4), 654–661

Rappport, M. D., DuPaul, G. J., Stoner, G., & Jones, J. T. (1986). Comparing classroom and clinic measures of attention deficit disorder: Differential, idiosyncratic, and dose-response effects of methylphenidate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 334–341.

Rasmussen, P., & Gillberg, C. (2000). Natural Outcome of ADHD With Developmental Coordination Disorder at Age 22 Years: A Controlled, Longitudinal, Community-Based Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1424–1431.

Rickson, D. J. (2006). Instructional and Improvisational Models of Music Therapy with Adolescents Who Have Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Comparison of the Effects on Motor Impulsivity. *Journal of Music Therapy*, 39–62.

Robinson, L. M., Sclar, D. A., Skaer, T. L., & Galin, R. S. (2004). Treatment modalities among US children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder: 1995–99. *International Clinical Psychopharmacology*, 19, 17–22.

Roizen, N. J. (1994). Adaptive Functioning in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 148(11), 1137.

Roskam, K. (1979). Music Therapy as an Aid for Increasing Auditory Awareness and Improving Reading Skill. *Journal of Music Therapy*, 16(1), 31–42.

Ross, D. M., Ross, S. A. (1982). *Hyperactivity: Current issues, research and theory*. New York: Wiley.

Sanuga-Barke, E. J. S., Wiersma, J. R., van der Meere, J. J., & Roeyers, H. (2010). Context-dependent dynamic processes in attention deficit/hyperactivity disorders: Differentiating common and unique effects of state regulation deficits and delay aversion. *Neuropsychology Review*, 20, 86–102.

Satterfield, J. H., & Schell, A. (1997). A Prospective Study of Hyperactive Boys with Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1726–1735.

Scott, T. J. (1970). The use of music to reduce hyperactivity in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40(4), 677–680.

Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD With Comorbid Anxiety. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 141–149.

Schlaug, G., Norton, A., Overy, K., & Winner, E. (2005). Effects of music training on the child's brain and cognitive development. *Annals-New-York academy of sciences*, 1060, 219.

- Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Weber, W., Mennin, D., & Jones, J. (1997). A Pilot Study of Neuropsychological Function in Girls With ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 366–373.
- Shapiro, E.S., & Cole, C. L. (1994). *Behavior change in the classroom: selfmanagement interventions*. New York: Guilford Press.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (1984). Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder: A Pediatric Perspective. *Pediatric Clinics of North America*, 31(2), 429–457.
- Slater, J., Tierney, A., & Kraus, N. (2013). At-risk elementary school children with one year of classroom music instruction are better at keeping a beat. *PLoSOne*, 8(10), e77250.
- Smith, L. (1975). *Your child's behavior chemistry*. New York: Random House.
- Snyder, M., Hall, J. R. (2006). A Meta-analysis of Quantitative EEG Power Associated With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.
- Spencer, T., Biederman, M., Coffey, B., Geller, D., Wilens, T., & Faraone, S. (1999). The 4- year course of tic disorders in boys with attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 842- 847.
- Spencer, T. J. (2006). ADHD and comorbidity in childhood, *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 27- 31.
- Still, G. F., (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, i, 1008- 1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Szatmari, P., Boyle, M., & Offord, D. R. (1989). ADDH and Conduct Disorder: Degree of Diagnostic Overlap and Differences among Correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 865–872.
- Szatmari, P. (1992). The epidemiology of attention- deficit hyperactivity disorders. In G. Weiss (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America: Attention deficit disorder* (pp. 361- 372). Philadelphia: Saunders.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2011). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of Disease in Childhood*, 97(3), 260–265.
- Thapar, A., O' Donovan, M., & Owen. M. J. (2005). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Human Molecular Genetics*, 14, R275- 282.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 3- 16.
- Valera, E. M., Faraone, S. V., Murray, K.E., & Seidman, L. J. (2007). Meta- analysis of structural imaging findings in attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 1361- 1369.
- Zhang, F., Liu, K., An, P., You, C., Teng, L., & Liu, Q. (2017). Music therapy for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αποστολοπούλου, Κ. (2009). *Σύγχρονες Διεθνείς Παράμετροι στην Κλινική Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ και των Συνοδών Καταστάσεων. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Διεθνή δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα* (15.05.2009). Αθήνα: 6ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό συνέδριο.
- Βάρβογλη, Λ., & Γαλάνη, Μ. (2006). *Η διάγνωση της διάσπασης προσοχής. Πρακτικός οδηγός*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε.
- Κάκουρος, Ε. (1998). *Η έκβαση των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών στην Εφηβεία*. Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής, Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., Τόμ. 5, Νο 3 (19), 89-91.
- Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2000). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002 α). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυποθήτω.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Καραπέτσας Α.Β., Λασκαράκη Ε. Ρ., Ζυγούρης Ν.Χ., (2011). Η επίδραση της μουσικής εκπαίδευσης στη μνημονική λειτουργία παιδιών σχολικής ηλικίας. Βήμα Κοινωνικών Επιστημών, 78-98.
- Καρτασίδου, Λ., & Στάμου, Λ. (2006). *Μουσική Παιδαγωγική, Μουσική Εκπαίδευση στη Ειδική Αγωγή, Μουσικοθεραπεία, Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές*, Πρακτικά Ημερίδας, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
- Καρτσώνα Μ. (2016). « Η θεραπευτική χρήση της μουσικής και η συμβολή της στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων παιδιών με δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση» (Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία) Ανακτήθηκε από Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών ΤΕΑΠΗ http://www.ecd.uoa.gr/mde/web/KARTSONA_MARIA.pdf
- Kessler-Κακουλίδη, L. (2011). *Η Μέθοδος «Ρυθμική Dalcroze»: Μία Εναλλακτική Πρόταση Ανάμεσα στη Μουσικοπαιδαγωγική και τη Μουσικοθεραπεία. Μουσικοθεραπεία & Ειδική Μουσική Παιδαγωγική*. Ανακτήθηκε από: http://approaches.gr/wp-content/uploads/2015/09/Approaches_Special-Issue-2011_Kessler-Kakoulidi.pdf
- Κουμούλα, Α. (2012). Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στον χρόνο. *Ψυχιατρική*.
- Λιβανίου, Ε. (2009). *Μαθησιακές Δυσκολίες και Προβλήματα Συμπεριφοράς στην κανονική Τάξη*. Αθήνα: ΚΕΔΡΟΣ.
- Μακρής, Ι., & Μακρή, Δ. (2003). *Εισαγωγή στη Μουσικοθεραπεία*, Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Μανιαδάκη, Κ. (2001). Η φύση και τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Στο: Ε. Κάκουρος (επιμ.) *Το υπερκινητικό παιδί και οι δυσκολίες του στη μάθηση και τη συμπεριφορά* (σφ. 15-46). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2008). Οι διαφορές φύλου στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία: η περίπτωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας. Στο Η. Κουρκούτας & Chartier J.P. (επιμ.), *Δυναμική της ανάπτυξης του παιδιού: ψυχοκοινωνικές ορίζουσες και παρεκκλίσεις* (σσ. 267-286). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2016). *Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Μαντζίκος, Ν. Κ. (2015). *Η μουσική θεραπεύει. Η θεραπευτική δράση της μουσικής στις αναπτυξιακές διαταραχές*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις IWRITE.GR

Μαντζίκος, Κ. (2016). *Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) και η θεραπευτική δράση της μουσικής*. Απρίλιος 2016. Ανακτήθηκε από: <https://www.ekpaideytikos.gr/index.php/arthra/eidiki-agogi/1016-i-diataraxi-elleimmatikis-prosoxis-yperkinitikotita-depy-kai-i-therapeftiki-drasi-tis-mousikis>

Μπιτσάκου, Ε. (2012). Η ετερογένεια στη διαδικασία παθογένεσης και εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ. Στο: Ε. Κάκουρος και Κ. Μανιαδάκη (επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές Προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (σσ. 57-73). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Παπαγεωργίου Α. Β. (2005). *Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων*. Εκδόσεις: University Studio Press.

Παπαδόπουλος, Α. (2000). *Μουσικοθεραπεία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πήγασος

Παντελιάδου, Σ. (2009). *Μαθησιακές Δυσκολίες και Εκπαιδευτική Πράξη. Τι & Γιατί*. 10η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πρίνου-Πολυχρονιάδου (1995). *Μουσική και ψυχολογία, εισαγωγή στη μουσικοθεραπεία*. Τρίτη Έκδοση. Αθήνα: Θυμάρι.

Σακαλάκ, Η. (2004). *Μουσικές βιταμίνες*. Αθήνα: εκδόσεις Fagotto

Συρίγου- Παπαβασιλείου, Α. (2012). Νευρολογικά ευρήματα και φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ. Στο: Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (σσ. 223- 241). Αθήνα: Gutenberg.

Χαραλάμπος Α. (2002). *Μουσικά παιχνίδια στην προσχολική και στη σχολική*. Αθήνα: Ατραπός.

Χατζηευτυχίου, Α. (2011). *Μουσικοθεραπεία: Πως μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά*; Ανακτήθηκε από: <https://www.mousikotherapia.com/mousikotherapeia-sta-paidia>

Πηγές Διαδικτύου

ADHD Hellas. Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) <https://www.adhdhellas.org/>

Αμερικανική Ένωση για τις Διανοητικές και Αναπτυξιακές Αναπηρίες (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities/A.A.I.D.D)
<http://www.aaid.org/>

Εν Όλω, Κέντρο ολιστικής υγείας <https://enolo.gr/tomatis/>

Η μέθοδος TOMATIS®: Βελτιώστε τις Κινητικές, Συναισθηματικές και Γνωστικές Ικανότητές σας, μέσω της Μουσικής και της Γλώσσας <https://www.tomatis.com/el>

Μαντούδης, Σ. (2018, 1 Μαΐου). *Παιδί και ΔΕΠΥ: Ποια είναι τα πρώιμα σημάδια στη βρεφική ηλικία;* Ανακτήθηκε από <https://boro.gr/225813/paidi-kai-depy-poia-einai-ta-proima-simadia-sti-vrefiki-ilikia/>

Παπαναστασίου, Φ. (2015, 26 Οκτωβρίου). ΔΕΠΥ και Συναισθήματα- Τεχνικές διαχείρισης. Ανακτήθηκε από <https://eidikospaidagogos.gr/depy-synaisthimata/>

Παπαναστασίου, Φ. (2019, 5 Ιουλίου). ΔΕΠΥ και θυμός: Τρόποι Διαχείρισης. Ανακτήθηκε από <https://eidikospaidagogos.gr/depy-thimos-tropoi-diaxeirisis/>

Πεγλιβανίδης, Α., Σπυροπούλου, Α., Γαλανόπουλος, Α., Παπαχρήστου, Χ. Α. & Παπαδημητρίου, Γ. Ν. (2012, 20 Φεβρουαρίου). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις.* Ανακτήθηκε 26 Ιουνίου 2020 από <https://www.noesi.gr/sites/default/files/books/arthro-depy-adhd-plexivanidis-noesigr.pdf>

https://www.additudemag.com/slideshows/adhd-in-girls-women/?utm_source=eletter&utm_medium=email&utm_campaign=August

<https://www.additudemag.com/adhd-emotion-setback-to-positive-energy/>

Tomatis ® Η παιδαγωγική της Ακρόασης <https://tomisariston.gr/el/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ΑΝΩΝΥΜΟ)

1. Φύλο Γυναίκα/Αντρας

2. Ηλικία
 - κάτω των 25 ετών
 - 26-35
 - 36-45
 - 46-55
 - 56 και άνω

3. Η γνώση σας ως προς την ΔΕΠ-Υ προέρχεται από:
 - Προπτυχιακό
 - Μεταπτυχιακό
 - Σεμινάρια
 - Άλλο _____

4. Ποια είναι η ιδιότητά σας;
 - Λογοθεραπευτής
 - Εργοθεραπευτής
 - Ειδικός παιδαγωγός
 - Γονέας
 - Φοιτητής λογοθεραπείας

5. Κατά τη γνώμη σας, ποιες ειδικότητες απαρτίζουν τη διεπιστημονική ομάδα που εμπλέκεται στην παρέμβαση των ατόμων με ΔΕΠ-Υ
 - Λογοθεραπευτής
 - Εργοθεραπευτής
 - Ψυχολόγος
 - Ψυχίατρος
 - Άλλο _____
 - Όλα τα παραπάνω

6. Πιστεύετε η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με ΔΕΠ-Υ;
1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

7. Κατά τη γνώμη σας η συνδυαστική θεραπεία μπορεί να φέρει θετικά αποτελέσματα στα άτομα με ΔΕΠ-Υ;

ΝΑΙ/ΟΧΙ

8. Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι είναι επαρκής η ενημέρωση των γονέων στην Ελλάδα σχετικά τη ΔΕΠ-Υ;

1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

9. Σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι είναι επαρκής η ενημέρωση των εκπαιδευτικών στην Ελλάδα σχετικά τη ΔΕΠ-Υ;

1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

10. Κατά τη γνώμη σας, θα έπρεπε να ενταχθούν περισσότερα συνέδρια/ομιλίες ευαισθητοποίησης σχετικά με το θέμα της ΔΕΠ-Υ στα σχολεία;

ΝΑΙ/ΟΧΙ

11. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η διαφοροποίηση της παράδοσης ενός μαθήματος όταν σε μια σχολική τάξη υπάρχει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ;

1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

12. Σε ποιο βαθμό είναι σημαντικό το οικογενειακό περιβάλλον για την εξελικτική πορεία ατόμων με ΔΕΠ-Υ;

1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

13. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι ο ενεργός ρόλος των γονέων ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ βοηθά το θεραπευτικό πρόγραμμα;

1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

14. Κατά τη γνώμη σας, οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να φοιτούν σε Ειδικά σχολεία;
ΝΑΙ/ΟΧΙ

15. Κατά τη γνώμη σας η εσωτερική ανησυχία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια στην καθημερινή ζωή ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ;

ΝΑΙ/ΟΧΙ

16. Κατά τη γνώμη σας, μπορεί η μουσική να επιδράσει θετικά στη ζωή του ανθρώπου;
ΝΑΙ/ΟΧΙ

17. Αν απαντήσατε ναι στην πιο πάνω ερώτηση, σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η μουσική έχει θετική επίδραση στη ζωή του ανθρώπου; (Αν απαντήσατε όχι, αγνοείστε αυτήν την ερώτηση).

1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

18. Κατά τη γνώμη σας η ελευθερία και ο αυτοσχεδιασμός είναι απαραίτητα συστατικά της μουσικοθεραπείας;

ΝΑΙ/ΟΧΙ

19. Θεωρείτε η μουσική βοηθά στην ελαχιστοποίηση των βασικών συμπτωμάτων (υπερκινητικότητα, απροσεξία, παρορμητικότητα) της ΔΕΠ-Υ;

ΝΑΙ/ΟΧΙ

20. Πιστεύετε ότι η μουσική μπορεί να βοηθήσει στην ελαχιστοποίηση των συνοδών προβλημάτων (άγχος, αυτοπεποίθηση, κινητικές δεξιότητες, προσοχή κλπ.) στα άτομα με ΔΕΠ-Υ;

ΝΑΙ/ΟΧΙ

21. Κατά τη γνώμη σας ποια είδη μουσικής μπορούν να επιδράσουν θετικά στο κομμάτι της μουσικοθεραπείας παιδιών με ΔΕΠ-Υ;

- Κλασική μουσική
- Παραδοσιακή μουσική
- Μουσική με λόγια (π.χ. ραδιόφωνο)
- Άλλο _____

22. Πιστεύετε ότι η μουσικοθεραπεία συμβάλλει στην ανάπτυξη των λεκτικών και μη λεκτικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων στα άτομα με ΔΕΠ-Υ;

ΝΑΙ/ΟΧΙ

23. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε η μουσική μπορεί να εμπλακεί στο διαγνωστικό κομμάτι ατόμων με ΔΕΠ-Υ;

1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

24. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε η μουσική μπορεί να εμπλακεί στο θεραπευτικό κομμάτι ατόμων με ΔΕΠ-Υ;

1 2 3 4 5(καθόλου – έως πάρα πολύ)

25. Πιστεύετε ότι η μουσική μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν εργαλείο για την αντιμετώπιση Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών (δυσλεξία, δυσαριθμησία, δυσορθογραφία) ή/και των Ειδικών Αναπτυξιακών Δυσκολιών (λόγου, συντονισμού, κινήσεων);

- ΕΜΔ
- ΕΑΔ
- ΕΜΔ & ΕΑΔ

26. Θεωρείτε ότι η εκπαίδευση μέσω μουσικής είναι σημαντική, ώστε να αποτελεί μέρος του αναλυτικού προγράμματος ατόμων με ΔΕΠ-Υ;

ΝΑΙ/ΟΧΙ

27. Κατά τη γνώμη σας μέσω της μουσικής γίνεται πιο αποτελεσματική η διδασκαλία των μαθημάτων;

ΝΑΙ/ΟΧΙ

28. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η μουσική θα πρέπει να είναι κομμάτι των δραστηριοτήτων (ελεύθερος χρόνος, μελέτη) ενός παιδιού με ΔΕΠΥ στο σπίτι;

1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

29. Σε ποιο βαθμό θεωρείται οι γονείς είναι κατάλληλα ενημερωμένοι για την θετική επίδραση της μουσικοθεραπείας;

1 2 3 4 5 (καθόλου – έως πάρα πολύ)

ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ