



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΕΠ-Υ: ΤΟ ΜΑΘΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ,
Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ &
Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

Λαζόγκα Χαρά

Μαυρίδου Σοφία

Επιβλέπων Καθηγητής: Χριστοδουλίδης Παύλος

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2020

**ADHD: THE LEARNING PROFILE OF CHILDREN,
PARENTS PSYCHOLOGICAL STATUS &
ITS CONSULTING APPROACH**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2020

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Πάυλος Χριστοδουλίδης

MSc Psychologist

Ακαδημαϊκός Υπότροφος Παν. Ιωαννίνων

2. Δρ. Βικτωρία Ζακοπούλου

Ψυχολόγος

Αναπλ. Καθηγήτρια Τμ. Λογοθεραπείας

3. Δρ. Αναστασία Νούσια

Λογοθεραπεύτρια

ΕΕΠ Τμ. Λογοθεραπείας

Προϊστάμενος Τμήματος

Δρ. Ναυσικά Ζιάβρα

ΩΡΛ, Καθηγήτρια Τμ. Λογοθεραπείας

Υπογραφή

*«Ο καθένας είναι μεγαλοφυΐα, αλλά αν κρίνεις ένα ψάρι από την ικανότητά του να
σκαρφαλώσει σ' ένα δέντρο, θα περάσει όλη του τη ζωή πιστεύοντας πως είναι ηλίθιο».*

Άλμπερτ Αϊνστάιν

© Μαυρίδου Σοφία, Λαζόγκα Χαρά 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 εξολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Ονοματεπώνυμο: Λαζόγκα Χαρά, Μαυρίδου Σοφία

Υπογραφή:

Two handwritten signatures in blue ink. The signature on the left is a stylized, cursive 'X' shape. The signature on the right is more complex, with multiple overlapping loops and a horizontal line at the bottom.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλλαν στην υλοποίηση της. Αρχικά, νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας, κύριο Χριστοδουλίδη Παύλο, για τις πολύτιμες συμβουλές του, την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, καθώς και την καθοδήγηση του σε κάθε στάδιο εκπόνησης της εργασίας μας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας, για την κατανόηση και την συμπαράσταση που μας έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια. Χωρίς την αγάπη και την στήριξη τους δεν θα μπορούσαμε να φτάσουμε, εδώ που βρισκόμαστε σήμερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να ενημερώσει και να βοηθήσει τον αναγνώστη για την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας, δίνοντας αρχικά έναν ορισμό. Παράλληλα, γίνεται προσπάθεια αναφοράς στην ιστορική αναδρομή της διαταραχής, που στόχο έχει να καταδείξει το πέρασμα της στις διάφορες δεκαετίες. Έπειτα, αναπτύσσεται η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, των δυσκολιών και των τύπων της. Γίνεται ακόμη, μία αναφορά στην εξελικτική πορεία της ΔΕΠ-Υ, καθώς και στις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα δύο φύλα. Στην συνέχεια, παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά στοιχεία της διαταραχής και δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στα αίτια εμφάνισης της, καθώς και στην συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές. Έπειτα, παρουσιάζονται οι μέθοδοι διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ και προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης με βάση της κατεστημένες θεραπείες και αγωγές. Ακολουθεί αναφορά στο μαθησιακό προφίλ των παιδιών και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε κάθε τομέα μάθησης ξεχωριστά. Επιπλέον, προτείνονται στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών, καθώς και συμβουλές προς τους εκπαιδευτικούς για την καλύτερη διαχείριση ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη. Στην συνέχεια των κεφαλαίων, αναπτύσσεται περισσότερο μια ψυχαναλυτική προσέγγιση. Αρχικά, αναλύεται η ψυχική κατάσταση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των γονέων τους, καθώς και το προφίλ προσωπικότητας των τελευταίων, με στόχο να γίνει κατανοητή η ψυχολογία και η συμπεριφορά και των δύο, αλλά και ο βαθμός που η συμπεριφορά και η ψυχολογία των γονέων επηρεάζει τα παιδιά αυτά. Ακολουθεί μια αναφορά στην συνεργασία γονέων-εκπαιδευτικών τονίζοντας την σημαντικότητα της, για την βέλτιστη πρόοδο του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Τέλος, στο τέταρτο (4^ο) και τελευταίο κεφάλαιο αυτής της πτυχιακής εργασίας, αναπτύσσεται μια συμβουλευτική προσέγγιση προς τους γονείς, όχι μόνο για την καλύτερη επικοινωνία και αλληλεπίδραση με τα παιδιά τους, αλλά και για την βέλτιστη διαχείριση των δικών τους συναισθημάτων.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), Ψυχική κατάσταση, Γονείς, Εκπαιδευτικός, Μαθησιακές δυσκολίες

ABSTRACT

The purpose of this paper is to inform the reader about Attention Deficit Hyperactivity Disorder, initially giving a definition. At the same time, an attempt is made to refer to the historical background of the disorder, which aims to demonstrate its passage over the various decades. Then, the symptoms of ADHD, its difficulties and types develop. There is also a reference to the evolutionary course of ADHD, as well as the differences that exist between the two sexes. Then, the epidemiological elements of the disorder are presented, and special emphasis is given to the causes of its occurrence, as well as to the comorbidity with other disorders. Then, the methods of diagnosing ADHD are presented, and ways of treatment are proposed based on the established treatments and treatments. The following is a reference to the learning profile of children and the difficulties they face in each learning area separately. In addition, strategies for dealing with learning disabilities are suggested, as well as advice to teachers for the better management of a student with ADHD in the classroom. In the following chapters, a psychoanalytic approach is further developed. First, the mental state of children with ADHD and their parents is analyzed, as well as the personality profile of the latter, in order to understand the psychology and behavior of both, but also the degree to which the behavior and psychology of parents affect these children. Following is a report on parent-teacher collaboration emphasizing its importance for the optimal progress of the child with ADHD. Finally, in the fourth (4th) and last chapter of this dissertation, a counseling approach to parents is developed, not only for better communication and interaction with their children, but also for the optimal management of their own emotions.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Mental Health, Parents, Learning Disabilities

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	12
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	13
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Μια γενική εικόνα για την ΔΕΠ-Υ	16
1.1 Ορισμός	16
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	16
1.3 Τύποι εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ	19
1.4 Συμπτώματα.....	19
1.4.1 Υπερκινητικότητα	19
1.4.2 Παρορμητικότητα	19
1.4.3 Έλλειψη προσοχής.....	20
1.5 Εξελικτική πορεία	21
1.6 ΔΕΠ-Υ και διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα.....	23
1.7 Επιδημιολογία.....	24
1.8 Αίτια εμφάνισης ΔΕΠ-Υ	26
1.8.1 Γενετικοί.....	26
1.8.2 Άλλοι παράγοντες	27
1.8.3 Μύθοι για την ΔΕΠ-Υ	29
1.9 Συννοσηρότητα	30
1.9.1 Μαθησιακές δυσκολίες	30
1.9.2 Ψυχιατρικά προβλήματα.....	31
1.9.3 Διαταραχές συμπεριφοράς	32
1.10 Διάγνωση	33
1.11 Θεραπεία	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Μαθησιακό προφίλ παιδιού με ΔΕΠ-Υ	40
2.1 Εκτελεστικές λειτουργίες και ΔΕΠ-Υ.....	41
2.2 Ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας.....	44
2.3 Μαθησιακές δυσκολίες παιδιών με ΔΕΠ-Υ	46
2.3.1 Δυσκολίες στην Ανάγνωση.....	46
2.3.2 Δυσκολίες στην γραφή.....	48
2.3.3 Δυσκολίες στα μαθηματικά	50

2.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών.....	51
2.4.1 Στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών ανάγνωσης	52
2.4.2 Φωνολογία.....	53
2.4.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης δυσκολιών γραφής.....	53
2.4.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών στα μαθηματικά	58
2.5 Τεχνικές διαχείρισης μαθητών με ΔΕΠ-Υ: Συμβουλές προς εκπαιδευτικούς	60
2.5.1 Έγκαιρη ενημέρωση της σχολικής κοινότητας από τους γονείς του μαθητή με ΔΕΠ-Υ.....	60
2.5.2 Τροποποίηση του περιβάλλοντος της τάξης.....	60
2.5.3 Προσαρμογή διδασκαλίας.....	63
2.5.4 Διαχείριση συμπεριφοράς στην τάξη	67
Κεφάλαιο 3: Η ψυχική κατάσταση γονέων και παιδιών.....	70
3.1 Η ψυχική κατάσταση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ.....	70
3.2 Προφίλ προσωπικότητας των γονέων με παιδιά ΔΕΠ-Υ	75
3.2.1 Η εμπειρία μητέρας παιδιού με ΔΕΠ-Υ.....	77
3.2.2 Συναισθήματα γονέων απέναντι στην διαταραχή των παιδιών τους	80
3.2.3 Επηρεάζει η ψυχολογία των γονέων το παιδί με ΔΕΠ-Υ;	85
3.3 Η συνεργασία γονέων–εκπαιδευτικών και η γονεϊκή εμπλοκή στις σχολικές υποχρεώσεις	96
3.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασία γονέων–εκπαιδευτικών	101
3.3.2 Χρήσιμες συμβουλές για την σωστή επικοινωνία γονέων-εκπαιδευτικών....	104
Κεφάλαιο 4: Η συμβουλευτική προσέγγιση	110
4.1 Συμβουλευτική προς τους γονείς για δομή και οργάνωση της ζωής του παιδιού με ΔΕΠ-Υ	110
4.1.1 Βλέποντας την διαταραχή από την θετική πλευρά..	118
Ξένη Βιβλιογραφία	120
Ελληνική Βιβλιογραφία	133

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3.1: Δυσκολίες παιδιών	85
--------------------------------------	----

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 2.1.....	61
Εικόνα 2.2.....	62
Εικόνα 2.3.....	64
Εικόνα 2.4.....	64
Εικόνα 3.5.....	81

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΔΕΠ-Υ.....	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας
ΕΕΠ.....	Εξατομικευμένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα
ΑΑΡ.....	American Associated Pharmacies
CDC.....	Centers for Disease Control and Prevention
CPRC.....	Community Psychiatric Rehabilitation Center
ΙΕΠ.....	Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πριν αρκετό καιρό ο Piaget μας έκανε γνωστό το γεγονός ότι ακόμη και τα βρέφη είναι ικανά να επιλύουν προβλήματα και έμμεσα να αναρωτιούνται για το «τι είναι αυτό;» και για το «πώς δουλεύει αυτό;», μέχρι, που στο τέλος περίπου του πρώτου έτους, να αρχίσουν να πειραματίζονται ενεργά με το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Τα νήπια με έναν παρόμοιο τρόπο έχουν την σημαντική ικανότητα να εστιάζουν την προσοχή τους μόνο σε έργα που σχετίζονται με την εξερεύνηση. Μεγαλώνοντας το παιδί, στο σχολείο αποκτά το στοιχείο του καθήκοντος στην εγγενή περιέργεια, η οποία με την σειρά της αλλάζει και γίνεται μάθηση για συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα.

Παρόλα αυτά η ικανότητα συγκέντρωσης των νηπίων και των παιδιών προσχολικής ηλικίας μπορεί να περιοριστεί σημαντικά λόγω της υπερκινητικότητας και των ελλειμμάτων στην προσοχή, τα οποία εμποδίζουν τα παιδιά να διατηρήσουν τη συγκέντρωση της προσοχής τους σε συγκεκριμένα έργα (Wenar & Kerig, 2008).

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μια από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η διάσπαση προσοχής ή/και υπερκινητική –παρορμητική συμπεριφορά σε τέτοια ένταση και διάρκεια που δεν αντιστοιχεί στο αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού. Τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής συνήθως εμφανίζονται με διάφορους συνδυασμούς και τις περισσότερες φορές συσχετίζονται με άλλα συναισθηματικά προβλήματα ή διαταραχές συμπεριφοράς. Την σημερινή εποχή θεωρείται ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με πολλαπλούς γενετικούς ή άλλους βιολογικούς παράγοντες που προκαλούν ιδιαιτερότητες στην δομή και στην λειτουργία του εγκεφάλου.

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας αποτελεί συνήθως την πιο συχνή δυσκολία μάθησης και συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της, είναι πολύ σημαντική για την πρόληψη των μακροχρόνιων επιδράσεων στην καθημερινή λειτουργικότητα και προσαρμογή των ατόμων αυτών στο σχολικό, οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης ΔΕΠ-Υ, n.d.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Μια γενική εικόνα για την ΔΕΠ-Υ

1.1 Ορισμός

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας [όπου διεθνώς ονομάζεται Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)] είναι από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές στην παιδική ηλικία που πολλές φορές συνεχίζει μέχρι την ενήλικη ζωή. Η διάσπαση προσοχής (δυσκολία συγκέντρωσης, εστίασης σε λεπτομέρειες και παρακολούθησης των γεγονότων), η υπερκινητικότητα (αυξημένη ενεργητική συμπεριφορά) και η παρορμητικότητα (μειωμένο έλεγχο συμπεριφοράς) είναι τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Είναι τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την λειτουργικότητα του παιδιού καθώς η ένταση και η εμφάνιση τους δεν αντιστοιχούν στην χρονολογική ηλικία του. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καταστάσεις στις οποίες τα υπόλοιπα άτομα τα καταφέρνουν πολύ εύκολα. Οι δυσκολίες αυτές εκδηλώνονται σε διαφορετικά πλαίσια και μπορεί να έχουν μακροχρόνιες, σοβαρές επιπτώσεις.

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια νευροσυμπεριφορική διαταραχή που παρουσιάζεται σε ποσοστό 5-7% των παιδιών που πηγαίνουν σχολείο, η εμφάνιση της είναι πιο συχνή στα αγόρια από ότι στα κορίτσια σε ποσοστό 3 προς 1. Αυτό ωστόσο θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι τα κορίτσια εμφανίζουν λιγότερο συχνά συνοδά προβλήματα όπως εναντιωματική και διαταραγμένη συμπεριφορά, που είναι πιθανότερο να γίνει παραπομπή για διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από ότι τα αγόρια (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠ-Υ, 2013) (Γκίκα, 2011) («Θέραπειν» Τ. κ., 2018) (Κωσταπαππά, Μαντά, Μουχτή, Νάσσίου, & Σταλικά, 2016) (Wenar & Kerig, 2008) (ONMED, 2017) (Παπαγεωργίου, 2005).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Πριν περίπου 2500 χρόνια ο Ιπποκράτης περιέγραψε μια διαταραχή που έμοιαζε με την ΔΕΠ-Υ. Αναφέρθηκε σε παιδιά που «...αντιδρούν εσπευσμένα στα ερεθίσματα, επιμένουν όμως λιγότερο γιατί η ψυχή μετακινείται γρήγορα στην επόμενη εμπειρία...» ο Ιπποκράτης περιέγραφε την κατάστασή σαν «...διαταραχή της ισορροπίας του νερού και της φωτιάς », πρότεινε για θεραπεία «κατανάλωση ψαριού αντί κρέατος, μεγάλες ποσότητες νερού και πολλές σωματικές δραστηριότητες».

«Από τους αφορισμούς του Ιπποκράτη » («Θέραπειν» Τ. κ., 2018).

Το 1798 ο γιατρός Alexander Chichon περιέγραψε με κάθε λεπτομέρεια τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής της προσοχής που είχε πολλά κοινά με τα σημερινά

διαγνωστικά κριτήρια για την ΔΕΠ-Υ, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν σχεδόν όπως αναφέρθηκαν από τον γιατρό στο DSM-IV (Palmer & Finger, 2001).

Το 1809 αναφέρθηκε από τον Haslam μια περίπτωση παιδιού με τα χαρακτηριστικά του υπερκινητικού τύπου της διαταραχής. Από το 1809 που έγινε η αναφορά μέχρι και στις αρχές του 20 αιώνα η διεθνής επιστημονική κοινότητα παρακολουθεί με προσοχή τέτοιες περιπτώσεις παιδιών και δίνει ιδιαίτερη σημασία στο πως θα περιγράψει και θα καταγράψει αυτές τις περιπτώσεις (Sandberg & Barton, 1996).

Το 1897 πραγματοποιήθηκε από τον Bourneville, η πρώτη περιγραφή για την ψυχοκινητική αστάθεια των παιδιών. Ο οποίος θεώρησε την ψυχοκινητική αστάθεια ως το κύριο σύμπτωμα για μερικές ελαφρές μορφές νοητικής καθυστέρησης (Λαζαράτου, 2011).

Το 1902 αναφέρθηκε για πρώτη φορά η ΔΕΠ-Υ από τον γιατρό George Still. Περιέγραψε έναν αριθμό παιδιών που τα βασικά χαρακτηριστικά τους ήταν η έντονη επιθετική και προκλητική συμπεριφορά καθώς και η αντίσταση τους στην πειθαρχία. Επιπρόσθετα η συμπεριφορά των παιδιών αυτών χαρακτηριζόταν από μεγάλου βαθμού παρορμητικότητα και από δυσκολία ελέγχου των αντιδράσεων. Δεν ήταν ευαισθητοποιημένα όσο αφορά την τιμωρία και παρουσίαζαν υπερκινητικότητα καθώς και διάσπαση προσοχής. Ο Still χαρακτήρισε τα παιδιά αυτά ως «άτομα με αδύναμη βούληση και μικρή ικανότητα για ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς τους», τα αίτια ήταν βιολογικά και οφειλόταν στο νευρολογικό υπόβαθρο της διαταραχής (Κ. Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη, 2006).

Το 1917-1918 εμφανίστηκε ξαφνικά στην Βόρεια Αμερική μια επιδημία εγκεφαλίτιδας. Τότε χρειάστηκε να αντιμετωπιστούν πολλαπλά κρούσματα παιδιών που αντιμετώπιζαν σοβαρές δυσκολίες στην συμπεριφορά τους καθώς και στις γνωστικές λειτουργίες τους. Αυτές οι δυσκολίες έχουν συσχετιστεί σήμερα με την ΔΕΠ-Υ καθώς τα βασικά συμπτώματα που παρουσίαζαν τα παιδιά ήταν η παρορμητική, επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά, η υπερκινητικότητα, η διάσπαση προσοχής καθώς και οι μαθησιακές δυσκολίες .

Με βάση τις προηγούμενες έρευνες το 1947 πρώτο εμφανίστηκε η θεωρία της «εγκεφαλικής βλάβης» (Strauss & Lehtinen 1947 στο Κάκουρος, 2001) ύστερα ο όρος «εγκεφαλική βλάβη» μετονομάστηκε σε «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Kessler 1980 στο Κάκουρος , 2001).

Μεγάλο εύρος ερευνών παρουσιάζουν διαφορετικά αποτελέσματα όσον αφορά τον ορισμό της υπερκινητικότητας, απροσεξίας στην ΔΕΠ-Υ. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η διαταραχή προσοχής έχει πολλές κλινικές εικόνες. Οι πολλές διαφορετικές απόψεις σχετικά με τον ορισμό της ΔΕΠ-Υ έχει ως αποτέλεσμα τις επαναλαμβανόμενες τροποποιήσεις στον ορισμό και τις συνεχείς εκδόσεις του DSM (Λαζαράτου, 2011).

Το 1968 (Decker, 2013) η διαταραχή πρωτοεμφανίστηκε στο DSM-II με τον όρο «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας» επικεντρώνοντας την προσοχή στα υπερκινητικά συμπτώματα (Λαζαράτου, 2011).

Το 1980 στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III χρησιμοποιήθηκε ο όρος «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής» (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη, 2012), Αθήνα, 2014.) Έδιναν ιδιαίτερη σημασία στην παρορμητικότητα καθώς και στην διάσπαση προσοχής. Γι' αυτό στο DSM-III η ΔΕΠ-Υ καταγράφεται ότι εκδηλώνεται με 2 μορφές: Η πρώτη μορφή είναι τα παιδιά που παρουσιάζουν υπερκινητικότητα, ενώ η δεύτερη μορφή είναι τα παιδιά που δεν παρουσιάζουν υπερκινητικότητα και στις δυο περιπτώσεις, ωστόσο τα παιδιά παρουσιάζουν ως κύριο σύμπτωμα την παρορμητικότητα και την διάσπαση προσοχής η οποία σε μερικές περιπτώσεις συνδυάζονταν με υπερκινητικότητα (Λαζαράτου, 2011).

Το 1987 το DSM-III-R συμπεριέλαβε την υπερκινητικότητα στην ονομασία της διαταραχής με τον όρο «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας»

Το 1994 στο DSM-IV η διαταραχή πλέον καταγράφεται με τον όρο «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής» και διακρίνεται σε τρεις τύπους:

- 1) Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας με πιο σημαντικό τον απρόσεκτο τύπο.
- 2) Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας με πιο σημαντικό τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο.
- 3) Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, συνδυασμένος τύπος, όταν υπάρχουν όλα τα συμπτώματα από τους δύο προηγούμενους τύπους.

Τέλος, το 2013 στο DSM-V συμπεριλαμβάνεται και ο τέταρτος τύπος της διαταραχής, ο οποίος αναφέρεται σε άτομα με δυσκολία εστίασης προσοχής χωρίς τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Καθώς επίσης, παρουσιάζεται αλλαγή στα κριτήρια του απρόσεκτου τύπου. Εν κατακλείδι, συμπεριλαμβάνεται και

το κριτήριο εμφάνισης της διαταραχής πριν τα 7 έτη (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη, 2012).

1.3 Τύποι εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ

Σύμφωνα με τα Διεθνή Συστήματα Ταξινόμησης των παιδικών διαταραχών η ΔΕΠ-Υ διακρίνεται σε τρεις τύπους:

1^{ος} Έλλειψη προσοχής

2^{ος} Υπερκινητικότητα – Παρορμητικότητα

3^{ος} Συνδυασμένου τύπου, Διάσπαση Προσοχής, Υπερκινητικότητα – Παρορμητικότητα

1.4 Συμπτώματα

1.4.1 Υπερκινητικότητα

Η χαρακτηριστική συμπεριφορά ενός παιδιού με υπερκινητικότητα είναι ότι συχνά κουνά νευρικά τα χέρια και τα πόδια του ή στριφογυρίζει στη θέση του. Επίσης μπορεί να σηκώνεται από την θέση του κατά τη διάρκεια του μαθήματος ή σε άλλες καταστάσεις, όπου αναμένεται να παραμείνει καθιστός, δυσκολεύεται να παραμείνει σε ένα σημείο για αρκετή ώρα. Επιπλέον πολύ συχνό είναι το φαινόμενο να τρέχει να στριφογυρνά ή να σκαρφαλώνει σε δέντρα, παράθυρα, σε βαθμό υπερβολικό σε καταστάσεις όπου αυτό είναι ανάρμοστο, διατρέχει υψηλό κίνδυνο για ατυχήματα. Δυσκολεύεται να παίξει ή να εμπλακεί σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες ήσυχα και χωρίς να προκαλέσει κάποια φασαρία. Τις περισσότερες φορές βρίσκεται «σε κίνηση» και συχνά ενεργεί σαν να είναι «κουρδισμένος». Συχνά μιλά υπερβολικά και ασταμάτητα.

1.4.2 Παρορμητικότητα

Η πιο συνηθισμένη συμπεριφορά ενός παιδιού με παρορμητικότητα είναι ότι συχνά δίνει βεβιασμένες απαντήσεις, πριν ακόμη ολοκληρωθεί η ερώτηση, απαντά χωρίς να σκεφτεί πρώτα την σωστή απάντηση. Επιπλέον πολύ συχνά βλέπουμε να δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του και να διακόπτει τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις) (Wenar & Kerig, 2008) («Θέραπειν» Τ. κ., 2018). Το παιδί φαίνεται να μην λαμβάνει υπόψη του τις συνέπειες των πράξεων του, παρουσιάζει αδυναμία αναστολής της συμπεριφοράς του ανάλογα με την κοινωνική περίσταση. Δεν περιμένει οδηγίες, δεν αξιολογεί την κατάσταση, δε λαμβάνει υπόψη τα συναισθήματα των άλλων, δίνει την εντύπωση του ανεύθυνου και του ανώριμου. Έχει σοβαρή δυσκολία να ελέγξει τις αντιδράσεις του σε άσχετα ερεθίσματα ή γεγονότα, αδυνατεί να

συγκρατηθεί και να αγνοήσει πιο ενδιαφέροντα ερεθίσματα (Παπαγεωργίου, 2005) (Barkley A. , 1990) .

1.4.3 Έλλειψη προσοχής

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της έλλειψης προσοχής είναι ότι συχνά δεν καταφέρνει να επικεντρωθεί σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες. Επιπλέον πολλές φορές δυσκολεύεται να διατηρήσει την συγκέντρωση της προσοχής του σε έργα ή δραστηριότητες παιχνιδιού. Δεν ανταποκρίνεται όταν του απευθύνουν το λόγο, φαίνεται σαν να μην ακούει, όταν κάποιος του μιλάει. Επίσης συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες με συνέπεια και δεν καταφέρνει να φέρει σε πέρας τις σχολικές εργασίες και τα καθήκοντα στο σπίτι ή στη δουλειά (όχι εξαιτίας εναντιωματικής συμπεριφοράς ή αποτυχίας στην κατανόηση των οδηγιών). Επιπρόσθετα δυσκολεύεται να οργανώσει έργα και δραστηριότητες. Πολλές φορές αποφεύγει, αντιπαθεί ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν νοητική προσπάθεια (όπως τις σχολικές εργασίες). Συχνά χάνει πράγματα που είναι απαραίτητα για έργα ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, οδηγίες για σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία). Πολύ συνηθισμένη συμπεριφορά είναι επίσης να αποσπάται εύκολα από εξωτερικούς ερεθισμούς. Τέλος επανειλημμένα μπορεί να ξεχάσει τις καθημερινές δραστηριότητες του. (Wenar & Kerig, 2008) («Θεράπειν» Τ. κ., 2018) (Σιαφάκα, 2019)

Εκτός από τα τρία βασικά συμπτώματα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας υπάρχουν και κάποια δευτερεύοντα που προμηνύουν την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ:

Αρχικά, είναι αδέξιος και επιρρεπής στα ατυχήματα, πολλές φορές μπορεί να προκαλεί επανειλημμένα διάφορα ατυχήματα αυτό μπορεί να προκαλείται από την μειωμένη ακουστική και οπτική αντίληψη. Είναι αρκετά εγωκεντρικός, παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά και πολλές απαιτήσεις. Πολλές φορές, μπορεί να παρουσιάζει μια ανώριμη συμπεριφορά, ή να είναι νευρικός και επιθετικός ή οργισμένος άλλες πάλι φορές μπορεί να αναπτύξει μια έντονα συναισθηματική συμπεριφορά. Αυτές οι αλλαγές της συμπεριφοράς ή της διάθεσης μπορούν να συμβούν πολύ ξαφνικά από την μία στιγμή στην άλλη. Επιπλέον μια ακόμη δυσκολία που αντιμετωπίζει το παιδί είναι με την διαχείριση του χρόνου του. Δυσκολεύεται να ολοκληρώσει την εργασία του μέσα στο απαιτούμενο χρονικό όριο. Μπορεί να αντιμετωπίζει μαθησιακά προβλήματα ή δυσλεξία. Επίσης μπορεί να αντιμετωπίζει προβλήματα στην σύναψη καθώς και στην διατήρηση στενών σχέσεων είτε με τους γονείς είτε με τους δασκάλους είτε με φίλους.

Πολύ πιθανόν είναι να έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση (Αποστολοπούλου,Κ., 2009). Επιπλέον τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν δυσκολία με τον ύπνο, κοιμούνται πολύ αργά ξυπνάν πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας και ξυπνάνε πολύ νωρίς το πρωί. Τέλος κάτι πολύ συνηθισμένο είναι να παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας τους (Faraone, 2005) .

Τέλος, καλό θα ήταν να γίνει γνωστό ότι η ΔΕΠ-Υ συνοδεύεται και από άλλες κλινικές καταστάσεις, όπως είναι κατάθλιψη, διαταραχές άγχους, εθισμός, αυτισμός. Ωστόσο, αυτά δεν θεωρούνται δευτερογενή συμπτώματα αλλά μάλλον ανεξάρτητες κλινικές συνθήκες (Sigurd, 2018).

1.5 Εξελικτική πορεία

Βρεφική ηλικία:

Αρχικά, ήδη από την βρεφική ηλικία μπορεί να εμφανιστούν κάποια συμπτώματα που να προμηνύουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Τα βρέφη τα οποία είναι πιθανόν να διαγνωστούν με ΔΕΠ-Υ σε μεγαλύτερη ηλικία χαρακτηρίζονται από υπερβολική ευαισθησία σε ερεθίσματα, τα οποία μπορεί να σχετίζονται με τον θόρυβο, το σκοτάδι ή την θερμοκρασία. Τις περισσότερες φορές χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα στην κούνια τους, κλαίνει ασταμάτητα και κοιμούνται ελάχιστα. Τα μωρά αυτά χαρακτηρίζονται ως «δύσκολα βρέφη». Παρουσιάζουν δυσκολίες στις διατροφικές τους συνήθειες κυρίως στην αλλαγή τροφής από υγρή σε στερεά (ONMED, 2017).

Προσχολική ηλικία:

Συνήθως τα παιδιά σε αυτήν την ηλικία είναι ιδιαίτερα δραστήρια και ενεργητικά. Πώς μπορεί να πει κάποιος ότι ένα παιδί σε αυτήν την ηλικία έχει ΔΕΠ-Υ; Αυτό μπορεί να συμβεί από την ένταση και την διάρκεια εμφάνισης των συμπτωμάτων.

Τα παιδιά αυτά αναφέρει ο Steve Cuffe «τρέχουν συνεχώς, κάνουν άλματα, κάνουν αναρρίχηση παντού, δεν μπορούν να καθίσουν σε ένα μέρος, και ακόμη μιλάνε όλη την ώρα». Συχνά, συνεχίζει ο ίδιος, περιγράφονται ως «εν κινήσει» ή ότι «οδηγούνται από κίνητρα»

Ο Russell A. Barkley, περιγράφει την νευρική και την ανήσυχη συμπεριφορά, αναφέροντας ότι «Απλά δεν μπορούν να επικεντρωθούν αρκετή ώρα σε τίποτα». Μερικά παιδιά με ΔΕΠ-Υ ωστόσο, μπορούν να επικεντρωθούν σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν, όπως είναι ορισμένα παιχνίδια ή βιντεοπαιχνίδια. Παρόλο που μπορεί να

υπάρχουν προειδοποιητικά σημάδια από νωρίς, η διάγνωση συνήθως γίνεται σε μεγαλύτερη ηλικία (Wait, 2015).

Σχολική ηλικία:

Στο σχολείο οι απαιτήσεις πληθαίνουν, το παιδί χρειάζεται να διατηρεί την συγκέντρωση του στο μάθημα και να παραμένει ακίνητο στην καρέκλα του κατά τη διάρκεια του μαθήματος, γι' αυτό και η ΔΕΠ-Υ σε αυτήν την ηλικία γίνεται περισσότερο διακριτή. Τα παιδιά συνήθως αυτής της ηλικίας αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες στο σχολείο, όπως δυσκολίες στην ανάγνωση, στην ορθογραφία, στα μαθηματικά. Επιπρόσθετα, εξαιτίας της απουσίας κινήτρων και της παρορμητικής τους συμπεριφοράς χαρακτηρίζονται από ασυνέπεια στις υποχρεώσεις τους. Επιπλέον, λόγω των επαναλαμβανόμενων αποτυχιών στο σχολείο παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Επίσης λόγω της επιθετικής συμπεριφοράς τους και της μειωμένης κοινωνικής δεξιότητας δυσκολεύονται στο να γίνουν αποδεκτά από παρέες συνομηλίκων (ONMED, 2017).

Η υπερκινητικότητα είναι ένα από τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής ωστόσο, δεν παρουσιάζουν όλα τα παιδιά. Το πιο πιθανό είναι ότι, εάν ένα παιδί παρουσιάσει υπερκινητικότητα τότε θα εμφανιστεί στα σχολικά χρόνια. Υπάρχουν όμως και άλλα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όπως να μην μπορεί να συγκεντρωθεί και να παρουσιάζει δυσκολία στην λήψη αποφάσεων. Μπορεί επίσης, να παρουσιάζει και άλλες δυσκολίες σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά της ηλικίας του. Όπως είναι στην προσπάθεια τους να κάνουν στροφές, πολλές φορές δεν αφήνουν τους άλλους να μιλάνε ή τους διακόπτουν συνεχώς. Δυσκολεύονται να τελειώσουν τις εργασίες τους ή τις δουλειές που τους έχουν ανατεθεί. Τέλος, πολλές φορές δρουν χωρίς να το σκεφτούν για αυτό και είναι αρκετά επιρρεπείς σε ατυχήματα (Wait, 2015).

Εφηβεία:

Στο παρελθόν υπήρχε η πεποίθηση ότι η ΔΕΠ-Υ θεραπευόταν στην εφηβεία, σήμερα είναι γνωστό ότι κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Το 50% με 80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συνεχίζουν και στην εφηβεία να παρουσιάζουν την διαταραχή. Ωστόσο, τα συμπτώματα της διαταραχής αρχίζουν και μειώνονται και είναι λιγότερο εμφανή σε σχέση με την παιδική ηλικία (Cantwell D. P., Attention deficit disorder: A review of the past 10 year., 1996)

Στην εφηβεία οι προσδοκίες, οι ευθύνες, οι ακαδημαϊκές υποχρεώσεις και οι κοινωνικές πιέσεις αυξάνονται. Οι έφηβοι έχουν να αντιμετωπίσουν μια σειρά νέων

προκλήσεων, καθώς πρέπει να γίνουν περισσότερο υπεύθυνοι και να διαχειρίζονται οι ίδιοι τις υποχρεώσεις τους. Πολλές φορές τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, γίνονται ακόμη πιο έντονα όταν απαιτείται από τους εφήβους να σχεδιάσουν το πρόγραμμα τους να ρυθμίσουν το χρόνο τους και να ολοκληρώσουν ολοένα και μεγαλύτερα έργα και εργασίες. Προβλήματα όπως, η παρορμητικότητα, η έλλειψη προσοχής, η χαμηλή αυτοεκτίμηση πολλές φορές μπορεί να οδηγήσουν τους εφήβους στην χρήση ναρκωτικών ουσιών, στην εφηβική εγκυμοσύνη και στην απρόσεκτη οδήγηση με αποτέλεσμα να προκαλούνται σοβαρά ατυχήματα (Low K. , 2020).

Ενήλικη ζωή:

Καθώς περνούν τα χρόνια και όσο ο άνθρωπος μεγαλώνει, ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά που είναι η υπερκινητικότητα εξασθενεί. Παρόλο που η υπερκινητικότητα εξασθενεί, εξακολουθούν να υπάρχουν άλλα βασικά συμπτώματα της διαταραχής που συνεχίζουν να ταλαιπωρούν τα άτομα και στην ενήλικη ζωή τους. Αρχικά, οι περισσότεροι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά ακατάστατοι και αποδιοργανωμένοι και αντιμετωπίζουν δυσκολία με την διατήρηση της προσοχής τους. Λόγω της διάσπασης προσοχής πολλοί ενήλικες δυσκολεύονται στην ολοκλήρωση των εργασιών τους, καθώς επίσης χάνουν συχνά κλειδιά, πορτοφόλι, γυαλιά, κινητό. Επιπλέον, μπορεί να κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ, να χρησιμοποιούν σε υπερβολικό βαθμό πιστωτικές κάρτες και να τρέφονται πολύ συχνά με ανθυγιεινή τροφή. Τέλος, το ποσοστό διαζυγίου τους είναι πολύ μεγαλύτερο όπως λέει ο Barkley (Wait, 2015).

Υπολογίζεται ότι περίπου το 30% των εφήβων «ξεπερνούν» την ΔΕΠ-Υ, το 40% συνεχίζουν να παρουσιάζουν συμπτώματα υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας και διάσπαση προσοχής, ενώ το 30% παρουσιάζουν επιπρόσθετες διαταραχές (Cantwell D. , 1996).

1.6 ΔΕΠ-Υ και διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα

Αρχικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας στο παρελθόν θεωρούνταν ότι ήταν μια διαταραχή που εμφανιζόταν μόνο στα αγόρια. Πλέον είναι γνωστό ότι αυτή η λανθασμένη εντύπωση έχει αλλάξει. Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να εκδηλωθεί τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, η διαφορά είναι ότι εκδηλώνεται με διαφορετικά συμπτώματα ανάμεσα στα δυο φύλα (Gaub & Carlson, 1997) (Skogli, Teicher, Andersen, Hovik, & Øie, 2013).

Τα συμπτώματα που εμφανίζονται στα αγόρια είναι πολύ πιο έντονα και γίνονται άμεσα αντιληπτά σε σχέση με των κοριτσιών. Γι' αυτό και η διάγνωση στα αγόρια είναι

πιο εύκολη και πιο συνηθισμένη (3 φορές περισσότερες πιθανότητες) από ότι στα κορίτσια, που είναι πιο περίπλοκη και λιγότερο συνηθισμένη. Η διάγνωση στα αγόρια γίνεται περίπου στην ηλικία των 7 ετών ενώ στα κορίτσια στην ηλικία των 12 ετών (Παπαναστασίου, 2019).

Τα κορίτσια αντιμετωπίζουν κυρίως δυσκολίες στο σχολικό περιβάλλον, συνήθως είναι υποκινητικά (γι' αυτό και υπάρχει κίνδυνος να μην γίνει αντιληπτή η διαταραχή) μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την σύναψη σχέσεων και με τις παρέες στο σχολείο. Χαρακτηρίζονται από περισσότερο άγχος και καταθλιπτικά συναισθήματα από ότι τα αγόρια, που συχνά αντιμετωπίζουν ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως είναι η κατάθλιψη.

Τα αγόρια παρουσιάζουν κυρίως μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από «θόρυβο». Είναι επιθετικά ήδη από την προσχολική ηλικία, και η εξέλιξη τους είναι κακή, καθώς χαρακτηρίζεται από εγκληματικότητα και καταχρήσεις (ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ, 2019).

Τέλος, τις περισσότερες φορές τα κορίτσια χρησιμοποιούν διάφορες αντισταθμιστικές στρατηγικές προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που δημιουργούνται από την ΔΕΠ-Υ. Γι' αυτό το λόγο ο εντοπισμός της διαταραχής είναι δύσκολός να συμβεί. Ακόμη και κάποιες συμπεριφορές μπορεί να αποδοθούν σε ανωριμότητα ή σε ελλειμματικές ακαδημαϊκές ικανότητες παρά σε ΔΕΠ-Υ. Τα αγόρια συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο που είναι αρκετά έντονος για να παραμείνει απαρατήρητος από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς (Παπαναστασίου, 2014).

1.7 Επιδημιολογία

Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι μεταξύ 3-5% στο σχολικό πληθυσμό. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΔΕΠ-Υ σταδιακά καθώς το παιδί μεγαλώνει, μειώνεται. Το γεγονός αυτό συμβαίνει κυρίως στα αγόρια. Ωστόσο, η μείωση δεν είναι απόλυτα σαφής, αφού μπορεί να οφείλεται στα εργαλεία αξιολόγησης, καθώς τα κριτήρια μπορεί να είναι περισσότερο κατάλληλα για παιδιά από ότι για εφήβους (Barkley R. , 1996). Όσον αφορά τους ενήλικες (ηλικίες μεταξύ 18-44 ετών) με βάση τα δεδομένα της διαγνωστικής συνέντευξης από την Εθνική Αναπαραγωγή Έρευνας τα ευρήματα έδειξαν ότι ο επιπολασμός ήταν 4.4%. Η συχνότητα εμφάνισης ήταν μεγαλύτερη στους άνδρες (5,4%) από ότι στις γυναίκες (3,2%) (National Institute of Mental Health , 2017).

Επιπρόσθετα, μελέτες που έγιναν με βάση τα ερωτηματολόγια αναφέρουν ότι στο γενικό πληθυσμό το ποσοστό είναι μεταξύ 10% και 20%. Μελέτες που έγιναν με βάση

το DSM-IV αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά, 3-10% (Scahiil & Schwab- Stone, 2000), και τέλος μελέτες που δεν συμπεριλαμβάνουν την συννοσηρότητα αναφέρουν ποσοστά στο γενικό πληθυσμό 1-2% (Taylor E. S., 1991).

Κάτι σημαντικό είναι επίσης ότι τα ποσοστά φαίνεται να ποικίλλουν πολύ με βάση την γεωγραφία. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 13% σε χώρες όπως η Αλαμπάμα, το Αρκάνσας, το Κεντάκι, το Οχάιο, το Ρόουντ Άιλαντ και η Νότια Καρολίνα. Ενώ σε ποσοστό 7% εμφανίζεται στην Καλιφόρνια, στο Κολοράντο και στη Νεβάδα (Brody, 2015). Στη Σουηδία παρατηρήθηκε εφτά φορές μεγαλύτερη αύξηση των διαγνώσεων για παιδιά ηλικίας έως 10 ετών από το 1990 μέχρι το 2007. Παρόμοια στοιχεία διαγιγνώσκονται και σε χώρες όπως Ταιβάν και ΗΠΑ (Αποστολίδου, 2018). Στις ΗΠΑ ο αριθμός των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με μια εθνική έρευνα για το 2016 είναι 6,1 εκατομμύρια (9.4%) αυτός ο αριθμός περιλαμβάνει: 388.000 παιδιά ηλικίας 2-5 ετών, 4 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας 6-12 ετών και 3 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας 12-17 ετών (Center for Disease Control and Prevention, 2019).

Τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι οι άνθρωποι εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ περισσότερο σε σχέση με το παρελθόν; Αυτό δεν συμβαίνει απαραίτητα. Καθώς πλέον υπάρχει περισσότερη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση από τους κλινικούς, τους γονείς, τους δασκάλους, όσον αφορά την ΔΕΠ-Υ σε σχέση με το παρελθόν, γι' αυτό και η διάγνωση της διαταραχής μπορεί να είναι πιο συχνή χωρίς απαραίτητα να σημαίνει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο εάν αυτό δεν είναι επαρκές η αληθής τότε τα συμπτώματα ίσως να έχουν αυξηθεί.

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Journal of child Psychology and Psychiatry όπου συμμετείχαν 20.000 άνθρωποι, αναφέρει ότι τα άτομα με ήπια συμπτώματα της διαταραχής παρουσιάζουν αύξηση. Ενώ ο αριθμός των ατόμων που παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα και χρειάζονται κλινική διάγνωση παραμένει σταθερός. Η αύξηση του ποσοστού εμφάνισης της διαταραχής πιθανόν να οφείλεται σε άλλους παράγοντες όπως είναι αλλαγές ως προς την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση του περιβάλλοντος του παιδιού και την πιο εύκολη πρόσβαση σε χώρους υγείας. Ωστόσο, οι ερευνητές τονίζουν ότι τα ευρήματα της μελέτης θα πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή (Αποστολίδου, 2018).

1.8 Αίτια εμφάνισης ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες μέσα στην οικογένεια, στο σχολείο, στην εργασία. Οι γονείς είναι πολύ πιθανόν να θεωρήσουν ότι έκαναν κάτι λάθος στην ανατροφή του παιδιού τους. Οι εκπαιδευτικοί μπορεί να θεωρήσουν ότι η συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ οφείλεται στην τεμπελιά ή την ανυπακοή. Οι σύντροφοι μπορεί να θεωρήσουν αυτούς τους ανθρώπους αδιάφορους για τις ανάγκες τους. Το βασικότερο για την διαταραχή είναι να γίνει απόλυτα κατανοητή η προέλευση της, έτσι ώστε να μην ρίχνονται ευθύνες στους γονείς, αλλά και στα ίδια τα άτομα με ΔΕΠ-Υ (Smith, 2019)

Ένας μεγάλος αριθμός γονιδίων, μη κληρονομικοί παράγοντες και η αλληλεπίδρασή τους είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, όπως και σε άλλες πολύ συχνές ιατρικές και ψυχιατρικές διαταραχές (Thapar A. L., 2007). Η αιτία εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ δεν είναι μόνο μια, καθώς και η έκθεση σε έναν παράγοντα κινδύνου δεν οδηγεί απαραίτητα στην εμφάνιση της διαταραχής. Οι παράγοντες κινδύνου που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ πιθανόν να μην είναι οι ίδιοι που συμβάλουν στην πορεία και στα αποτελέσματα της διαταραχής.

Ακόμη κάτι σημαντικό, είναι ότι οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν έμμεσα την διαταραχή μέσω της αλληλεπίδρασής τους με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τα γονίδια μπορούν να οδηγήσουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ στην έκθεση τους με περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, δείχνοντας πως η κληρονομικότητα και το περιβάλλον δεν είναι και τόσο διαφορετικές αιτιολογίες (Rutter M. T., 2009).

1.8.1 Γενετικοί

Πολλές μελέτες σήμερα αποδεικνύουν ότι η κληρονομικότητα είναι μια από τις αιτίες εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ (Biederman, 2005). Υπολογίζεται ότι η κληρονομικότητα της ΔΕΠ-Υ είναι περίπου 0.75 και 0.91 (1.0 = τελείως γενετικό νόσημα, 0.0 = απολύτως καμία επίδραση γενετικών παραγόντων) («Θέραπειν», 2018). Ένα από τα βασικά στοιχεία ότι η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες είναι ότι με βάση μελέτες που έγιναν σε οικογένειες έχει αποδειχθεί ότι το ποσοστό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι αυξημένο μέσα σε οικογένειες, διπλάσιο έως και οκταπλάσιο ποσοστό εμφάνισης. Μεγάλος αριθμός παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει ένα κοντινό συγγενή με ίδια διαταραχή (Biederman, 2005). Περίπου πάνω από το 25% των γονέων με ΔΕΠ-Υ θα αποκτήσουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε δίδυμα έδειξαν ότι στα μονοζυγωτικά δίδυμα οι πιθανότητες εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ και στα δυο παιδιά είναι 87% ενώ στα ετεροζυγωτικά δίδυμα οι πιθανότητες εμφάνισης είναι περίπου 38%. Επίσης, στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που υιοθετήθηκαν το ποσοστό εκδήλωσης της

διαταραχής είναι πιο αυξημένο στις βιολογικές οικογένειες παρά στις θετές οικογένειες (Smith, 2019).

1.8.2 Άλλοι παράγοντες

Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες που έχουν σχέση με τα γονίδια υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που μπορεί σχετίζονται με την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, η εξακρίβωση τους όμως είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί. Το γεγονός αυτό συμβαίνει γιατί πολλές παρατηρούμενες συμπεριφορές μπορεί να είναι αποτέλεσμα διάφορων γεγονότων ή μίας διαταραχής του παιδιού ή του γονέα. Η απόρριψη από άλλους ανθρώπους, οι οικογενειακές αντιξοότητες, η χαμηλή κοινωνική κατάσταση, ο τραυματισμός στο κεφάλι μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση της διαταραχής (Pineda, Ardila, & Rosselli, 1999) (Keenan, Hall, & Marshall, 1984).

Με το πέρασμα του χρόνου μελέτες έχουν δείξει ότι ο αριθμός ατόμων με ΔΕΠ-Υ δεν έχει αυξηθεί, αν και ο αριθμός των διαγνώσεων είναι μεγαλύτερος (Collishaw, Maughan, & Goodman, 2004). Οι συμπεριφορικές δυσκολίες των παιδιών έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και διαφέρουν γεωγραφικά (Collishaw, Maughan, & Goodman, 2004) (Rutter & Smith, 1995). Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τον μειωμένο αριθμό ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε ορισμένες χώρες, δεν έχουν δώσει κάποιο αποτέλεσμα. Τα γονίδια ωστόσο, μπορούν να τροποποιήσουν ορισμένες από αυτές τις περιβαλλοντικές επιδράσεις μέσω της αλληλεπίδρασης γονιδίου-περιβάλλοντος (Meaney, 2010).

Μητρικό κάπνισμα:

Οι κλινικές και επιδημιολογικές συσχετίσεις δείχνουν μια σταθερή συσχέτιση, (OR=2.39) (Langley & Rice, 2005) μεταξύ της έκθεσης της μητέρας στο τσιγάρο και στην γέννηση παιδιών με ΔΕΠ-Υ (D'Onofrio, Van Hulle, & Waldman, Smoking during pregnancy and offspring externalizing problems: an exploration of genetic and environmental confounds, 2008) (D'Onofrio, Thapar, Rice, & Hay, 2009). Ευρήματα επίσης, δείχνουν ότι ακόμη και το προγεννητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠ-Υ. Οι μελέτες δείχνουν ότι οι μητέρες που δεν έχουν καπνίσει ποτέ στην ζωή τους τα ποσοστά να αποκτήσουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ ή μαθησιακές δυσκολίες ή υπερκινητικότητα είναι πολύ λιγότερα από εκείνες που έχουν καπνίσει, έστω και πριν την εγκυμοσύνη τους («Θέραπειν», 2018).

Ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας είναι η κατανάλωση αλκοόλ από την μητέρα. Ακόμη και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ προγεννητικά μπορεί να προκαλέσει το σύνδρομο εμβρυικού αλκοολισμού το οποίο χαρακτηρίζεται από

συμπεριφορές όπως απροσεξία και υπερκινητικότητα. Ωστόσο οι συσχετίσεις της κατανάλωσης αλκοόλ σε λιγότερο ακραία μορφή κατά την εγκυμοσύνη και η απόκτηση ενός παιδιού με συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι μη επαρκής. Τα αποτελέσματα όσο αφορά την χρήση ναρκωτικών ουσιών από τις μητέρες είναι επίσης ανεπαρκή.

Επιπλέον έχει διατυπωθεί ότι το άγχος της μητέρας συσχετίζεται με συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Από πρόσφατες μελέτες έχει γίνει αναφορά στην ευθύνη της κληρονομικότητας μεταξύ των σχέσεων μητέρας- παιδιού. Εν κατακλείδι, τα στοιχεία για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ μετά από την χρήση τσιγάρων από την μητέρα, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλλά και η κατανάλωση αλκοόλ (με εξαίρεση το σύνδρομο εμβρυικού αλκοολισμού) καθώς και το άγχος κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης είναι αμφιλεγόμενα (Bhutta, Cleves, & Casey, 2002).

Χαμηλό βάρος γέννησης -προωρότητα:

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η πρόωρη γέννηση ενός μωρού καθώς και το χαμηλό βάρος γέννησης συσχετίζεται με την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Ο κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής φαίνεται να μεγαλώνει όταν υπάρχει ακραία πρόωρη γέννηση και πολύ χαμηλό βάρος, κατά την γέννηση (Hack, Youngstrom, & Cartar, 2004) (Johnson, Hollis, & Kochhar, 2010). Σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι επίσης, ο ενδομήτριος περιορισμός του βρέφους κατά την ανάπτυξη.

Τοξίνες και διατροφή:

Η έκθεση σε διάφορες περιβαλλοντικές συνθήκες όπως είναι τα φυτοφάρμακα, το μόλυβδο και άλλα, μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, καθώς μπορούν να βλάψουν γνωστικά και νευρικά συστήματα που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με την ΔΕΠ-Υ (Nigg, 2008).

Με βάση μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με την έκθεση των ανθρώπων σε διάφορους ρύπους, έδειξαν ότι προκαλούνται βλάβες στην μνήμη εργασίας, στην αναστολή ανταπόκρισης καθώς και στην γνωστική λειτουργία (Savig, Thurston, & Bellinger, 2010). Σε μια πρόσφατη μελέτη επίσης τα αποτελέσματα ανθρώπων που έχουν εκτεθεί σε μόλυβδο έχουν δείξει διαταραχή στις εκτελεστικές λειτουργίες, στην προσοχή, στην νοητική ευελιξία, στην επαγρύπνηση και την εγρήγορση. Βέβαια απαιτείται περαιτέρω εργασία για την διεξαγωγή σταθερών συμπερασμάτων σχετικά με το πόσο σημαντικοί είναι οι διάφοροι ρύποι ως αιτία εμφάνισης ΔΕΠ-Υ (Pelsser, Frankena, & Toorman, 2011).

Επίσης κάτι ακόμη που έχει συσχετιστεί με την ΔΕΠ-Υ είναι τα διαιτητικά συστατικά. Τα τεχνητά χρωστικά τροφίμων, ο ψευδάργυρος, το σίδηρο, το μαγνήσιο, τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα. Ωστόσο, η ακριβής σχέση αυτών των συστατικών με την ΔΕΠ-Υ δεν έχει βρεθεί. Μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την διατροφή και την ΔΕΠ-Υ δεν έχουν επαρκή στοιχεία για την συσχέτιση ότι η διατροφή μπορεί να μειώσει ή να αυξήσει τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες:

Άσχημα κοινωνικά και οικογενειακά περιβάλλοντα, όπως η χαμηλή κοινωνική τάξη, η φτώχεια, ο εκφοβισμός, η κακομεταχείριση, ίσως να σχετίζονται με την ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν ως τώρα δεν δείχνει ότι πρόκειται για καθορισμένες αιτίες. Μελέτες που αφορούν τις αρνητικές σχέσεις μητέρας παιδιού αναφέρουν ότι η σχέση αυτή μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων της διαταραχής (Lifford, Harold, & Thapar, 2008). Βέβαια η ΔΕΠ-Υ δεν σχετίζεται με την αντικοινωνική συμπεριφορά παιδιών όπου σε αυτήν την διαταραχή βασική αιτιολογία θεωρείται το οικογενειακό περιβάλλον. Επίσης, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την αύξηση της εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, ειδικά στα άτομα που είναι περισσότερο ευαίσθητα. Επιπλέον, επηρεάζουν την συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ, όπως με την διαταραχή συμπεριφοράς ή την κατάθλιψη (Kreppner, Kumsta, & Rutter, 2010).

1.8.3 Μύθοι για την ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ τις τελευταίες δεκαετίες έχει συσχετιστεί με διάφορους μύθους που αφορούν την αιτία εμφάνισης της. Επικρατούσε η άποψη ότι ορισμένα τρόφιμα όπως είναι η ζάχαρη, ο καφές προκαλούν αύξηση της εμφάνισης της διαταραχής. Παρόλα αυτά οι ειδικοί αμφισβητούν την σχέση μεταξύ αυτών των ουσιών και της συμπεριφοράς παιδιών σχετικά με την ΔΕΠ-Υ και την ικανότητα μάθησης. Επιπλέον με βάση έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει εξαλειφθεί η ιδέα ότι ορμόνες ή το αιθουσαίο σύστημα (τμήμα εγκεφάλου υπεύθυνο για την ισορροπία) σχετίζεται με την υπερκινητικότητα ή την ΔΕΠ-Υ.

Ένας ακόμη πολύ συνηθισμένος μύθος είναι ότι η φτώχη γονική μέριμνα ή ένα δύσκολο οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠ-Υ. Η ανύπαρκτη πειθαρχία, η υπερβολική χρήση της τηλεόρασης, των βιντεοπαιχνιδιών, ή χρήση του ιντερνέτ μπορεί να συσχετιστούν με την διαταραχή, αλλά δεν την προκαλούν.

1.9 Συννοσηρότητα

Η Διάσπαση προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα αποτελούν τα βασικότερα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Η σοβαρότητα τους όμως καθώς και ο βαθμός εμφάνισης τους διαφέρουν από άτομο σε άτομο κατά την περίοδο ανάπτυξης. Η πιθανότητα ύπαρξης δευτερογενών προβλημάτων ή η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με κάποια άλλη διαταραχή μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη του παιδιού σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής (Κάκουρος, Ε & Μανιαδάκη, Κ, 2012).

Η Εθνική Έρευνα για την Υγεία των Παιδιών, το 2007 διαπίστωσε ότι το 33% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είχαν μια συνυπάρχουσα πάθηση, το 16% είχαν δύο και το 18% είχαν τρεις ή περισσότερες. Αναλυτικότερα το 45% των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετώπιζε συννοσηρότητα με την ΔΕΠ-Υ, έναντι του 5% που δεν αντιμετώπιζαν. Το 27% των παιδιών με διαταραχές συμπεριφοράς παρουσιάζουν συννοσηρότητα με την ΔΕΠ-Υ, ενώ μόνο το 2% δεν παρουσιάζει. Η κατάθλιψη με την ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται σε ποσοστό 15%, ενώ η παρουσία μόνο της κατάθλιψης είναι σε ποσοστό 1%. Τέλος, τα παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα λόγου και ΔΕΠ-Υ είναι σε ποσοστό 12%, ενώ αυτά που δεν παρουσιάζουν και ΔΕΠ-Υ είναι 3% (Larson, Kandyce et al, 2007).

1.9.1 Μαθησιακές δυσκολίες

Πραγματοποιήθηκαν διάφορες έρευνες που φανερώνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει και μαθησιακές δυσκολίες, ενώ πολλά παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (Δυσλεξία, Δυσορθογραφία, Δυσαναγνωσία) παρουσιάζουν πολλές φορές διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα. Το 20% με 30% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συννοσηρότητα με μαθησιακές δυσκολίες όπως αναφέρει το National Institute of Mental Health (Mayes & Calhoun, 2006). Μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και είχε δείγματα από 29 μαθητές Α και Β δημοτικού με ΔΕΠ-Υ, έδειξε ότι το 75,9% των μαθητών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να ανταποκριθούν κατάλληλα μέσα στην τάξη, ενώ οι σχολικές επιδόσεις των παιδιών αυτών στο 50% ήταν χαμηλές έως κακές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές έχουν πιο χαμηλούς βαθμούς σε σχέση με τους συμμαθητές τους, οι επιδόσεις τους στα διαγωνίσματα δεν είναι καλές, ενώ συχνά παραπέμπονται σε υπηρεσίες ειδικής αγωγής. Η παρουσία των μαθησιακών δυσκολιών είναι ιδιαίτερα αυξημένη στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όπως διαπιστώθηκε από διάφορες έρευνες και βιβλιογραφικές αναφορές. Τέλος, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στο σχολείο αλλά και στην γενικότερη

εξέλιξη τους έως την ενηλικίωση τους. Οι μαθησιακές δυσκολίες που συνυπάρχουν με την ΔΕΠ-Υ δημιουργούν πολλά προβλήματα, τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες, στον επαγγελματικό χώρο, αλλά και στις κοινωνικές σχέσεις (Weiss & Hetchman, 1993).

Αρχικά ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ στο νηπιαγωγείο εμφανίζει δυσκολίες που έχουν σχέση με την κατανόηση συγκεκριμένων ήχων ή λέξεων, καθώς και δυσκολία στην έκφραση. Στην συνέχεια, στην σχολική ηλικία πολύ πιθανό είναι να παρουσιάσουν δυσκολίες στην ανάγνωση, στην γραφή, στα μαθηματικά. Στην σχολική ηλικία τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αντιλαμβάνονται την μαθησιακή διαδικασία με έναν εντελώς διαφορετικό τρόπο από αυτών των συμμαθητών τους. Επιπρόσθετα η διάσπαση προσοχής τους εμποδίζει να μένουν συγκεντρωμένοι μέσα στην τάξη σε τέτοιο βαθμό που αυτό γίνεται αντιληπτό από τους συμμαθητές τους. Τα διάφορα αισθητηριακά ερεθίσματα μέσα στην τάξη οδηγούν πολύ συχνά στην διάσπαση της προσοχής τους χάνοντας σημαντικές πληροφορίες του μαθήματος. Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην γραφή τους καθώς λόγω της βιασύνης και της απροσεξίας τους η γραφή τους είναι δυσανάγνωστη με αποτέλεσμα αυτό να δημιουργεί κακή εντύπωση στους καθηγητές και να λαμβάνουν χαμηλούς βαθμούς (Munden, 2009).

Τέλος, η δυσλεξία είναι μια από τις πιο συχνές ειδικές μαθησιακές δυσκολίες που συνυπάρχουν με την ΔΕΠ-Υ. Ένα ποσοστό 8% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάγνωση και την γραφή. Η ακαδημαϊκή επίδοση αυτών των παιδιών επηρεάζεται αρκετά λόγω των αναγνωστικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν σε συνδυασμό με τις βασικές δυσκολίες που χαρακτηρίζουν την ΔΕΠ-Υ. Από αποτελέσματα από διάφορες έρευνες έγινε σαφές ότι η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με την δυσλεξία θα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση και άρνηση για συμμετοχή στις σχολικές υποχρεώσεις. Αυτά αποτελούν συχνό φαινόμενο σε σύγκριση με τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μόνο μια διαταραχή όπως η ΔΕΠ-Υ (Willcutt & Pennington, 2000).

1.9.2 Ψυχιατρικά προβλήματα

Η Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα(ΔΕΠ-Υ) είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που συνδέεται τόσο με κοινωνικό όσο και με προσωπικό βάρος (Lange, Reichl, Lange, & Tucha, 2010). Είναι ένα αρκετά κοινό πρόβλημα που αντιμετωπίζεται στην κλινική πρακτική. Το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής στα παιδιά είναι περίπου 3-8% και παρουσιάζει μεγάλη συννοσηρότητα. Αυτό που

χρειάζεται λοιπόν είναι να εξεταστεί και η παρουσία άλλων συναισθηματικών διαταραχών όταν ένα παιδί διαγιγνώσκεται με ΔΕΠ-Υ. Η πολυπλοκότητα της διάγνωσης είναι συχνή λόγω της μεγάλης συννοσηρότητας της (Ries Merikangas & al, 2010), (Graham & al, 2011), (Acquavia & Stordeur, 2014), (KesslerRC, 2006), (Spencer, 2006).

Με το πέρασμα του χρόνου και κατά την διάρκεια της ανάπτυξης τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ καθώς και οι συννοσηρές διαταραχές αλλάζουν. Στην προσχολική ηλικία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάσουν ταυτόχρονα ενοούρηση και γλωσσική διαταραχή. Κατά την μέση παιδική ηλικία ίσως παρουσιάσουν ως συννοσηρή διαταραχή το άγχος. Ενώ στην εφηβεία μπορεί να παρουσιαστεί η διαταραχή της διάθεσης, της προσωπικότητας καθώς και νοητικές αναπηρίες που συναντώνται τρεις φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό (Mayes, Cahoun, & Crowell, 2000), (Barkley & Bierderman, 1997).

1.9.3 Διαταραχές συμπεριφοράς

Τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής της συμπεριφοράς είναι περίπου 2-9% (Baker K. , 2013). Η ΔΕΠ-Υ στο 1/3 των περιπτώσεων παρουσιάζει συννοσηρότητα με την διαταραχή συμπεριφοράς κάτι που κάνει ακόμη πιο σοβαρή την κατάσταση (Sirois & al, 2013). Τις περισσότερες φορές τα παιδιά που παρουσιάζουν συννοσηρότητα αυτών των δύο διαταραχών οδηγούνται σε κακή πρόγνωση για την ενήλικη ζωή, καθώς πολλές φορές κάνουν χρήση ουσιών και οδηγούνται σε αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (Barkley RA ,et al, 2004).Σημαντικό είναι επίσης ότι οι δύο διαταραχές αντιμετωπίζουν τους ίδιους παράγοντες κινδύνου. Έτσι η μια διαταραχή πολλές φορές οδηγεί στην άλλη (Shachar & Tannock, 1995). Η αντιμετώπιση των δυο διαταραχών μπορεί να γίνει με έναν συνδυασμό φαρμάκων για την ΔΕΠ-Υ αλλά και ψυχοτρόπων φαρμάκων για την αντιμετώπιση της επιθετικότητας, σε συνδυασμό με την ψυχοκοινωνική προσέγγιση (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002).

Άλλες διαταραχές που ενδέχεται να συνυπάρχουν με την ΔΕΠ-Υ, αναφορικά είναι οι εξής: η Αντιφατική Διαταραχή, από Διαταραχές της διάθεσης: η Κατάθλιψη, η Διπολική Διαταραχή, η Διαταραχή Δυσλειτουργίας της Διάθεσης, Εθισμός: η Διαταραχή Χρήσης Ουσιών. Άλλες συννοσηρές διαταραχές είναι η Αγχώδης Διαταραχή, η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, τα Tics- Σύνδρομο Tourette, οι Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, η Διατροφική Διαταραχή, η Διαταραχή Προσωπικότητας και η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας. Τέλος, ιατρικά προβλήματα, όπως η Διαταραχή Ύπνου.

1.10 Διάγνωση

Η Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε ένα παιδί είναι αρκετά δύσκολή και περίπλοκη διαδικασία. Για να πραγματοποιηθεί χρειάζεται να ληφθούν πληροφορίες από διάφορους ειδικούς, από το ίδιο το παιδί, καθώς και από πλαίσια συμμετοχής του παιδιού. Οι γονείς μπορούν πριν ζητήσουν βοήθεια από γιατρό να συζητήσουν την συμπεριφορά του παιδιού τους μέσα στην τάξη με τον/ην δάσκαλο/α της τάξης. Στην συνέχεια εφόσον χρειάζεται, να απευθυνθούν σε κάποιο γιατρό με τον οποίο θα συζητήσουν τις ανησυχίες τους.

Στην περίπτωση που ο γιατρός θεωρήσει πιθανό ότι το παιδί έχει ΔΕΠ-Υ ίσως προτείνει μια περίοδο «προσεγμένης αναμονής» που διαρκεί περίπου 2,5 μήνες για να διαπιστωθεί εάν τα συμπτώματα του παιδιού βελτιώνονται, παραμένουν ίδια ή χειροτερεύουν. Επίσης, μπορεί να προτείνει την έναρξη εκπαιδευτικού προγράμματος για τους γονείς με γνώμονα την καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Στην περίπτωση που τα συμπτώματα παραμένουν ανησυχητικά, τότε ο γιατρός θα παραπέμψει τους γονείς στην επίσημη αξιολόγηση από ειδικό.

Υπάρχουν διάφοροι ειδικοί που μπορούν να αναλάβουν την αξιολόγηση του παιδιού, όπως ένας ψυχολόγος, ένας κλινικός κοινωνικός λειτουργός, ή ένας εξειδικευμένος παιδίατρος. Μία τυπική αξιολόγηση μπορεί να περιλαμβάνει:

- Μια φυσική εξέταση, η οποία γίνεται για να εξαλείψει άλλες πιθανές αιτίες για τα συμπτώματα.
- Μια σειρά από συνεντεύξεις στο παιδί αλλά και στους γονείς.
- Συνεντεύξεις και αναφορές και μια γενικότερη συλλογή πληροφοριών από διάφορους σημαντικούς ανθρώπους που έρχονται σε επαφή με το παιδί όπως τους εκπαιδευτικούς.

Ένα σύνολο αυστηρών κριτηρίων είναι απαραίτητο για την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά (NHS, 2018). Οι ειδικοί υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν τις οδηγίες από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας στην πέμπτη έκδοση (DSM-5) για να πραγματοποιηθεί ευκολότερα η διάγνωση. Αυτό το διαγνωστικό εργαλείο βοηθάει στην σωστή διάγνωση και θεραπεία των ανθρώπων με ΔΕΠ-Υ. Κάτι σημαντικό είναι επίσης ότι ένα κοινό για όλους πρότυπο βοηθάει στην εξακρίβωση του αριθμού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ καθώς και στον τρόπο που επηρεάζει αυτήν η διαταραχή την δημόσια υγεία.

Η λειτουργία και η ανάπτυξη των ατόμων με ΔΕΠ-Υ επηρεάζονται αρκετά από τα επίμονα συμπτώματα τις έλλειψης προσοχής, παρορμητικότητας, υπερκινητικότητας. Σύμφωνα με τα Κριτήρια DSM-5 για την ΔΕΠ-Υ:

1. Έλλειψη Προσοχής: έξι ή περισσότερα συμπτώματα απροσεξίας για παιδιά έως 16 ετών ή πέντε ή περισσότερα για εφήβους 17 ετών και άνω και ενήλικες. Τα συμπτώματα αυτά είναι παρόντα για τουλάχιστον έξι μήνες και είναι ακατάλληλα για το αναπτυξιακό επίπεδο:
 - Συχνά δεν δίνει ιδιαίτερη προσοχή στις λεπτομέρειες ή κάνει απρόσεκτα λάθη στο σχολείο, στην εργασία ή με άλλες δραστηριότητες.
 - Συχνά δυσκολεύεται να κρατήσει την προσοχή του σε εργασίες, δραστηριότητες παιχνιδιού.
 - Συχνά δεν φαίνεται να ακούει όταν του απευθύνουν το λόγο.
 - Αρκετές φορές δεν ακολουθεί τις οδηγίες και δεν ολοκληρώνει το σχολείο, τις δουλειές ή τα καθήκοντα στο χώρο εργασίας.
 - Πολλές φορές παρουσιάζει δυσκολία στην οργάνωση των καθηκόντων και δραστηριοτήτων του.
 - Συχνά αποφεύγει, αντιπαθεί ή διστάζει να κάνει καθήκοντα που απαιτούν ψυχική προσπάθεια για μεγάλο χρονικό διάστημα (όπως σχολείο, εργασία, εργασία στο σπίτι).
 - Αρκετές φορές χάνει τα πράγματα του που είναι απαραίτητα για εργασίες και δραστηριότητες (σχολικά υλικά, μολύβια, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, γυαλιά.)
 - Αποσπάται εύκολα αρκετά συχνά.
 - Ξεχνάει συχνά τις καθημερινές του δραστηριότητες.
2. Υπερκινητικότητα: έξι ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας για παιδιά έως 16 ετών ή πέντε ή περισσότερα για εφήβους 17 ετών και άνω και ενήλικες. Τα συμπτώματα αυτά είναι παρόντα για τουλάχιστον έξι μήνες και είναι ακατάλληλα για το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου:
 - Συχνά κουνά νευρικά τα χεριά ή τα πόδια του ή στριφογυρίζει στη θέση του.

- Συχνά σηκώνεται από την θέση του κατά την διάρκεια του μαθήματος ή σε άλλες καταστάσεις που αναμένεται να μείνει καθιστός.
- Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει σε καταστάσεις που δεν θα έπρεπε.
- Συχνά δεν μπορούν να παίξουν ή να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες αναψυχής ήσυχα.
- Συχνά μιλά υπερβολικά.

3. Παρορμητικότητα:

- Συχνά δίνει μια απάντηση πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- Συχνά έχει πρόβλημα να περιμένει την σειρά του.
- Συχνά διακόπτει τους άλλους η παρεμβαίνει σε συζήτηση (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2019).

Για να υπάρξει διάγνωση ενός παιδιού θα πρέπει επίσης, να έχει:

- Παρουσιάσει συμπτώματα πριν την ηλικία των 12 ετών.
- Εμφανίσει τα συμπτώματα σε τουλάχιστον 2 διαφορετικά περιβάλλοντα όπως στο σπίτι και στο σχολείο. Έτσι ώστε το ενδεχόμενο να είναι η συμπεριφορά του παιδιού, αντίδραση σε εκπαιδευτικούς ή σε γονικό έλεγχο να αποκλειστεί.
- Παρουσιάσει δυσκολία στην κοινωνική ζωή, στο ακαδημαϊκό ή επαγγελματικό επίπεδο λόγω της εμφάνισης των συμπτωμάτων.
- Αποκλειστεί το ενδεχόμενο ότι τα συμπτώματα που εμφανίζονται δεν αποτελούν μέρος μίας αναπτυξιακής διαταραχής ή μιας δύσκολης φάσης και δεν αντιμετωπίζονται καλύτερα από μια άλλη κατάσταση (NHS, 2018).

Με βάση τα είδη των συμπτωμάτων μπορούν να παρουσιαστούν τρία είδη της ΔΕΠ-Υ:

- Συνδυασμένο είδος: αν υπάρχουν αρκετά συμπτώματα και των δυο κριτηρίων ή έλλειψη προσοχής ή υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα τους τελευταίους 6 μήνες.
- Απρόσεκτο είδος: εάν υπάρχουν αρκετά συμπτώματα απροσεξίας, αλλά όχι υπερκινητικότητας -παρορμητικότητας, τους τελευταίους έξι μήνες.
- Υπερκινητικό-Παρορμητικό είδος: αν υπάρχουν αρκετά συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας αλλά όχι απροσεξίας κατά τους

τελευταίους έξι μήνες (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2019)

Σημαντικό είναι επίσης ή ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων. Στο DSM-IV η ηλικία ορίζεται πριν από τα 7 χρόνια. Από ερευνά που πραγματοποιήθηκε ωστόσο σε 380 άτομα ηλικίας 4 έως 17 ετών, έδειξε ότι η παρουσία των συμπτωμάτων πριν τα 7 έτη εμφανίζεται κυρίως στο υπερκινητικό–παρορμητικό είδος. Η έρευνα έδειξε επίσης ότι το 43% του απρόσεκτου είδους και το 18% του συνδυασμένου είδους παρουσίασαν συμπτώματα μετά τα 7 έτη. Αξίζει να επισημάνουμε ότι η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων επηρέαζαν την σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας που θα αναπτυχθεί στο άτομο (Applegate, et al., 1997).

Διάγνωση σε ενήλικες:

Η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται συχνά στην ενήλικη ζωή. Για τους ενήλικες και τους εφήβους ηλικίας 17 ετών και άνω η διάγνωση για να πραγματοποιηθεί χρειάζεται μόνο 5 συμπτώματα αντί για 6 που ισχύει για τα παιδιά μικρότερης ηλικίας. Σε πιο μεγάλες ηλικίες τα συμπτώματα παρουσιάζονται διαφορετικά. Στους ενήλικες παραδείγματος χάριν η υπερκινητικότητα μπορεί να παρουσιαστεί ως ανησυχία (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2019).

1.11 Θεραπεία

Η θεραπεία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί μπορεί να βοηθήσει στην μειώσει και ανακούφιση των συμπτωμάτων και να οδηγήσει τους ανθρώπους στην βελτίωση της καθημερινής τους ζωής (NHS, 2018). Κάτι σημαντικό είναι επίσης, ότι η ΔΕΠ-Υ πολλές φορές παρουσιάζει συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές. Αυτό αποτελεί επιπλέον πρόκληση για τα ίδια τα παιδιά, τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς αλλά και τους ειδικούς υγειονομικής περίθαλψης που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, αλλά και των άλλων διαταραχών.

Αρκετές φορές υπάρχει αυξημένη ανησυχία από την πλευρά των γονιών για το ποια είναι η πιο κατάλληλη θεραπεία για το παιδί τους. Οι θεραπείες που βοηθούν στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι πολλές. Η επιλογή θα γίνει με βάση ποια θεραπεία ανταποκρίνεται καλύτερα στο παιδί, αλλά και στην οικογένεια του. Οι γονείς θα πρέπει να συνεργαστούν με τους κατάλληλους ειδικούς υγειονομικής περίθαλψης και να βοηθήσουν στο μέγιστο βαθμό το παιδί (CDC, 2019).

Η διαταραχή μπορεί να αντιμετωπιστεί με φάρμακα ή ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αλλά συχνά αυτό που έχει περισσότερα θετικά αποτελέσματα είναι ο συνδυασμός αυτών των δυο (NHS, 2018).

A) Φαρμακευτική Αγωγή:

Λαμβάνοντας την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή τα παιδιά μπορεί να βοηθηθούν στην καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και στην βελτίωση της καθημερινής τους ζωής, ελέγχοντας συμπεριφορές που προκαλούν στην οικογένεια, τους φίλους και στο σχολείο.

Το κάθε παιδί αντιδρά διαφορετικά στην λήψη κάθε φαρμάκου. Ορισμένα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες όπως μειωμένη όρεξη ή διαταραχή ύπνου. Κάποια φάρμακα μπορεί να λειτουργήσουν κατάλληλα σε ένα παιδί ενώ στο άλλο όχι.

Το American Associated Pharmacies (AAP) προτείνει, η χορήγηση των φαρμάκων να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου, να παρατηρείται η κάθε συμπεριφορά ώστε να βρεθεί η σωστή ισορροπία μεταξύ των οφελών και των παρενεργειών. Σημαντικό είναι οι γονείς να συνεργάζονται κατάλληλα με τους ειδικούς, προκειμένου να βρεθεί το φάρμακο που ανταποκρίνεται καλύτερα στο παιδί τους

Υπάρχουν αρκετά διαφορετικά είδη φαρμάκων. Αναλυτικότερα:

- Τα διεγερτικά: Είναι φάρμακα που είναι τα πιο γνωστά και διαδεδομένα για την ΔΕΠ-Υ. Ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών (70%-80%) παρουσιάζουν μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ με την χρήση αυτών των φαρμάκων ταχείας δράσης.
- Τα μη διεγερτικά: Το 2003 κρίθηκαν κατάλληλα για την θεραπεία της ΔΕΠΥ. Μπορούν να διαρκέσουν έως και 24 ώρες, παρόλο που δεν δρουν τόσο γρήγορα όσο τα διεγερτικά (CDC, 2019).

Υπάρχουν 5 τύποι φαρμακευτικών αδειών για την ΔΕΠ-Υ.

1^{ος} methylphenidate

2^{ος} dexamphetamine

3^{ος} lisdexafetamine

4^{ος} atomoxetine

5^{ος} guanfacine

Τα φάρμακα δεν αποτελούν μια μόνιμη θεραπεία, βοηθούν όμως στην συγκέντρωση, στην μείωση της παρορμητικότητας, στην δημιουργία ηρεμίας καθώς και στην ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων.

Η λήψη των φαρμάκων διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και από φάρμακο σε φάρμακο, καθώς η λήψη ορισμένων φαρμάκων μπορεί να γίνεται καθημερινά, ορισμένων όμως μπορεί να γίνεται μόνο όταν το παιδί πάει σχολείο. Σημαντικό είναι επίσης να γίνονται διαλείμματα στην χορήγηση των φαρμάκων προκειμένου να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητά του. Επίσης η δόση των φαρμάκων στην αρχή μπορεί να γίνει σταδιακά. Αρχικά, μπορεί να χορηγηθούν μικρές δόσεις και στην συνέχεια να αυξάνονται. Ο ειδικός μπορεί να εντοπίσει τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων και να κρίνει εάν χρειάζεται αλλαγή στην δόση ή ακόμη και στο ίδιο το φάρμακο, και τέλος να κρίνει για πόσο χρονικό διάστημα πρέπει να ληφθεί η θεραπεία και αν πρέπει να ολοκληρωθεί ή όχι.

Β) Ψυχοεκπαίδευση:

Όπως είναι γνωστό τα φάρμακα δεν θεραπεύουν όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ειδικότερα στις συννοσηρές διαταραχές, όπως οι γονική ψυχοπαθολογία. Επομένως χρειάζονται άλλα θεραπευτικά μέτρα η συνδυασμός θεραπευτικών διαδικασιών (AACAP, 1997).

Γ) Τροποποίηση της συμπεριφοράς:

Για την τροποποίηση συμπεριφοράς δηλαδή για την μείωση των προβλημάτων και την αύξηση των προσαρμοστικών συμπεριφορών χρησιμοποιούνται οι περιβαλλοντικές ανταμοιβές και τιμωρίες μαζί με μίμηση προτύπων. Έτσι στη συντελεστική μάθηση βραχυπρόθεσμα βελτιώνουν τις κοινωνικές δεξιότητες και τις επιδόσεις στο σχολείο. Έρευνες αποδεικνύουν ότι η συμπεριφορά του παιδιού μέσα στην τάξη βελτιώνεται με την συντελεστική μάθηση. Παρόλο που υπάρχει βελτίωση της συμπεριφοράς υπάρχουν και κάποιες δυσκολίες όπως το να διατηρηθεί στο χρόνο η βελτίωση της συμπεριφοράς και να γενικευτεί σε άλλα πλαίσια και συνθήκες. Θετικό είναι το γεγονός ότι έχουν αναπτυχθεί τεχνικές για την βελτίωση αυτών των προβλημάτων. Γενικά η αποτελεσματικότητά της συντελεστικής μάθησης είναι σε χαμηλότερο επίπεδο από ότι η φαρμακευτική αγωγή.

Δ) Γνωστική Τροποποίηση της Συμπεριφοράς:

Η μέθοδος αυτή αναπτύχθηκε για να αντιμετωπίσει τις αδυναμίες της προηγούμενης μεθόδου που αναφέρθηκε παραπάνω. Η γνωστική τροποποίηση της συμπεριφοράς

στοχεύει στη διδασκαλία συμπεριφορών, με γνωστικές στρατηγικές όπως βήμα- βήμα εξέταση προβλημάτων η αυτό-εξέταση. Παρότι αρχικά οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν θετικά αποτελέσματα, στην συνέχεια τα ευρήματα ήταν απογοητευτικά.

Ε) Άσκηση Κοινωνικών Δεξιοτήτων:

Η μέθοδος αυτή προσπαθεί να μάθει στα παιδιά τεχνικές για θετικές αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλίκους τους, ενώ παράλληλα απομακρύνει την αναποτελεσματική «άμεση» προσέγγιση τους. Η άσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι πιο αποτελεσματική όταν πραγματοποιηθεί μέσα σε ομάδες, στις οποίες οι συμπεριφορές στόχοι προκύπτουν χωρίς ιδιαίτερη προσπάθεια και μπορούν να διορθωθούν και να αντιμετωπιστούν μέσω της μίμησης, εξάσκηση ανατροφοδότησης και της συντελεστικής ενίσχυσης.

ΣΤ) Άσκηση Σχολικών Δεξιοτήτων:

Περιλαμβάνει εξειδικευμένη ατομική και ομαδική εκπαίδευση, που διδάσκει στα παιδιά να ακολουθούν οδηγίες, να οργανώνονται, να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά το χρόνο τους, να ελέγχουν την δουλειά τους, να κρατούν σημειώσεις και γενικότερα να μελετούν αποτελεσματικά. Σημαντικό είναι επίσης, να πραγματοποιηθεί και η αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών, ως συννοσηρή διαταραχή με την ΔΕΠ-Υ.

Ζ) Εκπαίδευση γονέων:

Η εκπαίδευση γονέων έχει ως στόχο να αλλάξει τους δυσπροσαρμοστικούς τρόπους που χρησιμοποιούν οι γονείς στα παιδιά τους με προσαρμοστικούς τρόπους. Οι γονείς μαθαίνουν να δίνουν σημασία σε συγκεκριμένες προβληματικές συμπεριφορές και να σκέφτονται να βρουν τρόπους και στρατηγικές για να τις αλλάξουν. Η στρατηγική να συμμετέχουν και οι γονείς στην εκπαίδευση των παιδιών τους είναι αρκετά αποτελεσματική. Ωστόσο, ορισμένες φορές αυτό είναι αρκετά δύσκολο να πραγματοποιηθεί λόγω του ότι πολλοί γονείς μπορεί να αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι ΔΕΠ-Υ (Pelham, Wheeler, & Chronis, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Μαθησιακό προφίλ παιδιού με ΔΕΠ-Υ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας έχει αρκετές αρνητικές επιπτώσεις στην ακαδημαϊκή επίδοση. Από σύγχρονες έρευνες έχουν διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες σχολικής αποτυχίας, επαναφοίτησης στην ίδια τάξη ή φοίτησης σε πλαίσιο εκπαιδεύσεις ειδικής αγωγής καθώς και εγκατάλειψης του σχολείου, από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Σκαλούμπακας, 2013) λόγω των αυξημένων μαθησιακών δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Ο επιπολασμός που παρουσιάζει είναι στο 3% με 10% στο σχολικό πληθυσμό (Brown T. , 2009) και συχνά θεωρείται ως η πιο συχνή διαγνωσμένη διαταραχή στο μαθητικό πληθυσμό (Willcut, 2012). Εκτιμάται ότι τα 2/3 του πληθυσμού με ΔΕΠ-Υ έχουν ακόμη μια συνυπάρχουσα διαταραχή ή δυσκολία (Barkley RA, 2006).

Από μελέτη των Mayes και Calhoun, το 2006 στις Η.Π.Α. με δείγμα 949 παιδιά ηλικίας από 6 έως 16 ετών, διαπίστωσαν ότι το 71% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (συνδυασμένος τύπος) παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα το 63% αντιμετωπίζουν δυσκολίες που αφορούν την γραπτή έκφραση, το 26% τα μαθηματικά και το 33% την ανάγνωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να προκύψουν ως δευτερογενές σύμπτωμα λόγω των κύριων χαρακτηριστικών (Gayan, 2005), (Zumberge, 2007).

Τα βασικά χαρακτηριστικά που μπορεί να προκαλέσουν αρκετές δυσκολίες στα παιδιά μέσα στην τάξη είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και συχνά η υπερκινητικότητα. Ευρήματα από μελέτες δείχνουν ότι το 40% των παιδιών με την διαταραχή μπορεί να μην παρουσιάσουν σχεδόν καθόλου υπερκινητικά χαρακτηριστικά.

Επίσης, βάση έρευνας η λειτουργία του εγκεφάλου ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά διαφορετική από τα υπόλοιπα παιδιά. Πιο αναλυτικά, ορισμένα τμήμα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος λειτουργούν διαφορετικά από τα υπόλοιπα, αφού διεγείρονται περισσότερο από κάποια άλλα τμήματα. Επιπλέον, σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου υπάρχει περισσότερη αιμάτωση από κάποιες άλλες περιοχές, αυτό συμβαίνει κυρίως στα υπερκινητικά παιδιά.

Από τα πιο βασικά συμπτώματα που παρατηρούνται σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη είναι:

Τις περισσότερες φορές ενεργεί παρορμητικά. Συνήθως δεν σκέφτεται πριν ενεργήσει, δεν μπορεί να αναλογιστεί από πριν τις συνέπειες των πράξεων του. Πολλές φορές δεν μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματα του οδηγώντας τα στα άκρα, και προκαλώντας διέγερση σε υπερβολικό βαθμό. Στόχος του συνήθως είναι να προκαλέσει την προσοχή όλης της τάξης. Επίσης, ο γραφικός του χαρακτήρας τις περισσότερες φορές είναι κακός. Δυσκολεύεται, να κάνει εργασίες αλλά και να τις ολοκληρώσει καθώς και να μείνει καθισμένος στην θέση του για αρκετή ώρα. Επιπρόσθετα, αντιμετωπίζει προβλήματα στην μάθηση και την συμπεριφορά του λόγω της δυσκολίας στην επεξεργασία πληροφοριών που λαμβάνονται μέσω των αισθήσεων του. Τέλος, από έρευνες έχει βρεθεί ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ υπολείπονται αναπτυξιακά στο 20% με 40% σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά ίδιας ηλικίας.

Εάν διαπιστωθούν αυτά τα σημάδια καλό θα είναι να συζητηθούν με τους υπόλοιπους συναδέλφους της τάξης, και να γίνει ενημέρωση προς τους γονείς προκειμένου να υπάρξει σωστή και έγκαιρη διάγνωση του παιδιού, η οποία θα είναι καθοριστική για την εξέλιξη του.

Όλες αυτές οι δυσκολίες τις περισσότερες φορές μπορούν να αντιμετωπιστούν, με την σωστή φαρμακευτική αγωγή και την κατάλληλη θεραπεία, αλλά και την σωστή παρέμβαση από την πλευρά του εκπαιδευτικού. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ τις περισσότερες φορές μπορεί να φοιτήσει σε κανονική τάξη (Τσαμούρα, 2013)

2.1 Εκτελεστικές λειτουργίες και ΔΕΠ-Υ

Για να γίνει η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ ένα μεγάλο μέρος βασίζεται στην παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού. Όπως έχει αναφερθεί επανειλημμένα τα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των ατόμων με ΔΕΠ-Υ είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα. Αυτές όμως οι συμπεριφορές όπως έχει διαπιστωθεί είναι αποτέλεσμα δυσλειτουργίας του εγκεφάλου. Στην ουσία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σημαντικές γνωστικές αδυναμίες που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.

Ο ρόλος των εκτελεστικών λειτουργιών του εγκεφάλου είναι να οργανώνουν τις πράξεις και τα συναισθήματα του ατόμου ώστε να ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του κάθε στιγμή. Έτσι τα άτομα με αδυναμία στις εκτελεστικές λειτουργίες δυσκολεύονται να οργανωθούν και να προσαρμοστούν σε διάφορα πλαίσια ή καταστάσεις («Θέραπειν» Κ. Σ., 2018).

Οι εκτελεστικές λειτουργίες κρίνονται από την δύναμη των παρακάτω επτά δεξιοτήτων:

- **Αυτογνωσία:** Είναι η αναγνώριση και η προσοχή που δίνονται στις πράξεις.
- **Αναστολή:** Είναι η ικανότητα ελέγχου της συμπεριφοράς, περιορίζοντας την εκεί που χρειάζεται.
- **Μη λεκτική μνήμη εργασία:** Η ικανότητα διατήρησης πραγμάτων στο μυαλό, όπως εικόνες.
- **Λεκτική μνήμη εργασίας:** Είναι ο «εσωτερικός μονόλογος» του ανθρώπου.
- **Συναισθηματική αυτορρύθμιση:** Η ικανότητα χρήσης των προηγούμενων τεσσάρων εκτελεστικών λειτουργιών για την διαχείριση συναισθηματικών καταστάσεων. Εννοώντας χρήσης λέξεων, εικόνων αλλά και της ικανότητας της αυτογνωσίας για την επεξεργασία και την αλλαγή των συναισθημάτων απέναντι στα πράγματα.
- **Κινητοποίηση εαυτού:** Η ικανότητα κινητοποίησης του εαυτού, για την ολοκλήρωση μιας εργασίας χωρίς άμεση εξωτερική συνέπεια.
- **Σχεδιασμός και επίλυση προβλημάτων:** Η ικανότητα επεξεργασίας διαφόρων πληροφοριών στο μυαλό ώστε να βρεθούν νέοι τρόποι δημιουργίας ενός αντικειμένου. Με την αναλύσει και την ανακατασκευή πραγμάτων με διάφορους τρόπους καθώς και των σχεδιασμό λύσεων στα διάφορα προβλήματα (Μιχαλοπούλου, 2013).

Από τα παραπάνω είναι φανερό ότι τα παιδιά που αντιμετωπίζουν αδυναμίες στις εκτελεστικές λειτουργίες θα παρουσιάσουν προβλήματα με την ανάλυση, το σχεδιασμό, την οργάνωση, τον προγραμματισμό και την ολοκλήρωση των εργασιών τους στο σχολείο.

Τα ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες οδηγούν σε προβλήματα στην οργάνωση των υλικών καθώς και στα χρονοδιαγράμματα. Τα παιδιά ξεχνούν ή τοποθετούν σε λάθος σημείο χαρτιά, αναφορές και άλλα σχολικά υλικά. Επίσης ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν παρόμοιες δυσκολίες στα προσωπικά τους αντικείμενα η στην οργάνωση του χώρου τους. Ακόμη έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και δυσκολίες στις εκτελεστικές λειτουργίες έχουν χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση.

Από τις βασικότερες συμπεριφορές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη λόγω της αδυναμίας των εκτελεστικών λειτουργιών είναι:

- Δυσκολεύονται στο σχεδιασμό, στην εκτέλεση και στον έλεγχο των ασκήσεων και των εργασιών.
- Δυσκολεύονται στο να συγκρατήσουν πολλές οδηγίες στο μυαλό τους ειδικά εάν είναι σύνθετες και με πολλά βήματα.
- Αδυνατούν να ολοκληρώσουν σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα διάφορες δραστηριότητες.
- Δεν μπορούν να αντισταθούν ή να καθυστερήσουν τις παρορμήσεις τους (τάση να απαντάν χωρίς να σηκώνουν χέρι).
- Δυσκολεύονται στην έναρξη εργασίας.
- Δυσκολεύονται στον έλεγχο των σχολικών εργασιών, δεν μπορούν να ελέγξουν τα λάθη τους.
- Αδυνατούν να ελέγξουν τις πράξεις τους, και να κατανοήσουν πως αυτές επηρεάζουν μια κοινωνική κατάσταση.
- Παρουσιάζουν αδυναμία στην σωστή διαχείριση του χρόνου.
- Δυσκολεύονται στην οργάνωση των πληροφοριών ώστε να παρουσιαστούν προφορικά ή γραπτά («Θέραπειν» Κ. Σ., 2018).

Οι εκτελεστικές λειτουργίες αναπτύσσονται με την πάροδο του χρόνου. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ υστερούν κατά 30% με 40% από τα υπόλοιπα παιδιά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να συμπεριφέρονται σαν μικρότερα παιδιά από την ηλικία που είναι. Μέσα στην τάξη δημιουργούνται πολλές φορές δυσκολίες τόσο για τον ίδιο τον μαθητή όσο και τους υπόλοιπους (δάσκαλο- συμμαθητές) (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠ-Υ, χ.χ.).

2.2 Ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας

Κάθε παιδί είναι διαφορετικό, από την στιγμή που γεννιέται μέχρι την σχολική ηλικία αλλά και την ενήλική ζωή, οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την σχολική επιτυχία ή αποτυχία και να οδηγήσουν στην ομαλή κοινωνικοποίηση ή όχι και στην απομάκρυνση από την κοινωνία, είναι πολλοί και διαφορετικοί.

Ορισμένοι μαθητές από τα πρώτα σχολικά χρόνια παρουσιάζουν συμπεριφορές που είναι αρκετά διαφορετικές και έντονες. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει τα παιδιά αυτά να είναι το «επίκεντρο» της τάξης και να λαμβάνουν διαφορετική αντιμετώπιση, τόσο από τους συμμαθητές τους, όσο και από τον ίδιο τον δάσκαλο/α, όλη αυτή την κατάσταση το κάθε παιδί ανάλογα την προσωπικότητα του, την αντιμετωπίζει διαφορετικά. Βασικός στόχος είναι η αντιμετώπιση των «προβληματικών» συμπεριφορών, έτσι ώστε το παιδί να μπορέσει να βρει τις ισορροπίες του μέσα στο σχολείο.

Επιπλέον, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλέσει αντιδράσεις και στο οικογενειακό περιβάλλον. Δημιουργώντας στους γονείς αρνητικά συναισθήματα, αυτό έχει ως αντίκτυπο το παιδί να νιώθει ενοχές και να θεωρεί τον εαυτό του κύρια αιτία για την συναισθηματική κατάσταση της οικογένειας του.

Ακόμη, ένα συχνό φαινόμενο που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η δυσκολία στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Από τα κύρια χαρακτηριστικά είναι η καθυστέρηση του λόγου, αλλά και γενικότερα προβλήματα στο προφορικό λόγο. Στην κατανόηση του προφορικού λόγου δεν φαίνεται να αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες από τα υπόλοιπα παιδιά. Επίσης η ηλικία του παιδιού επηρεάζει τον λόγο του. Όσο μεγαλύτερο είναι το παιδί τόσο λιγότερες δυσκολίες φαίνεται να αντιμετωπίζει στο λόγο του.

Ο ελεύθερος λόγος των παιδιών με την διαταραχή φαίνεται να είναι σε πολύ καλύτερο επίπεδο από μια οργανωμένη ομιλία. Καθώς παρουσιάζουν μια πιο ομιλητική συμπεριφορά και επικοινωνούν με περισσότερη ευκολία. Σε αντίθεση με μια δομημένη ομιλία όπως είναι η αφήγηση και η περιγραφή όπου η ομιλία τους δεν είναι σε καλό επίπεδο όπως τα «φυσιολογικά» παιδιά της ίδιας ηλικίας. Αυτό συμβαίνει γιατί στην ελεύθερη ομιλία δεν χρειάζεται να οργανώσει την σκέψη του, ούτε χρειάζεται να είναι προσεκτικό στο τι ακριβώς πρέπει να πει, όπως συμβαίνει στην δομημένη ομιλία.

Στην ουσία αυτό που πραγματικά προκαλεί μεγάλη δυσκολία στο παιδί είναι ότι πρέπει να βάλει όρια στον εαυτό του για να τα καταφέρει. Αυτές οι δυσκολίες αποδεικνύουν ότι τα προβλήματα λόγου και ομιλίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

σχετίζονται με βαθύτερα αίτια που προκαλούν δυσκολίες σε ανώτερες γνωστικές λειτουργίες που απαιτούν οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς.

Αναλυτικότερα, θα αναφερθούν παρακάτω τα ελλείμματα και οι αδυναμίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στους τομείς της γλώσσας. Φωνολογία, Σημασιολογία, Γραμματική και Πραγματολογία. Με βάση έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2000 εξετάστηκαν 11 παιδιά με ΔΕΠ-Υ και 11 τυπικής ανάπτυξης και διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με την διαταραχή αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στην μίμηση προτάσεων και στην άρθρωση από τα υπόλοιπα παιδιά. Στο τομέα της διάκρισης λέξεων και στην κατανόηση γραμματικών δομών το επίπεδο ήταν ίδιο. Πιο αναλυτικά:

Φωνολογία: Οι κλινικοί ψυχολόγοι και οι λογοπεδικοί αναφέρουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην άρθρωση αλλά και στην ακουστική κατανόηση ορισμένων φωνημάτων. Πιο συγκεκριμένα, τα λάθη που παρουσιάζουν τα παιδιά είναι η εσφαλμένη προφορά ή η παράλειψη ορισμένων φωνημάτων, δυσκολεύονται πολλές φορές στην προφορά ορισμένων λέξεων με φυσιολογικό ρυθμό, επίσης αρκετές φορές αντιστρέφουν φωνήματα ή ακόμη και ολόκληρες συλλαβές κατά την εκφορά των λέξεων. Τέλος, αντιμετωπίζουν δυσκολία κατά την εκφορά των συμφωνικών συμπλεγμάτων και πολυσύλλαβων λέξεων.

Σημασιολογία: Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Kim και Kaiser το 2000 διαπιστώθηκε ότι όσο αφορά την παραγωγή και την κατανόηση του λεξιλογίου στην σχολική ηλικία τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά δεν διέφεραν από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αν και τα αποτελέσματα που έχουν βρεθεί δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρα.

Γραμματική: Αν και η σύνταξη και η μορφολογία δεν έχουν μελετηθεί αρκετά για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, από ορισμένες έρευνες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι σε κατώτερο επίπεδο από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά. Μια από τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από τους Korkman, Kirk και Kemp το 1998 αφορούσε την ικανότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να κατανοούν σύνθετες προτάσεις. Με την κλίμακα «κατανόησης οδηγιών» της δοκιμασίας ανάπτυξης «αναπτυξιακή νευροψυχολογική αξιολόγηση» διαπιστώθηκε ότι τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά παρουσίαζαν καλύτερες επιδόσεις.

Πραγματολογία: Μια από τις βασικότερες αδυναμίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η αφήγηση. Αναλυτικότερα, δεν μπορούν από τις πληροφορίες που έχουν από την αφήγηση να εξάγουν συμπεράσματα αλλά και να κατανοήσουν ποια γεγονότα είναι υπεύθυνα για την εξέλιξη της ιστορίας, και το πώς ένα γεγονός μπορεί να επηρεάσει και να αλλάξει την έκβαση της ιστορίας (Αντωνούδη & Βρακά, 2019).

Επιπρόσθετα, υπάρχουν ακόμη αρκετές μελέτες που ασχολήθηκαν με τις διαταραχές λόγου και ομιλίας, που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Geurts & Embrechts, 2008), (Nison, Mangal, & Macdonald, 2013). Οι Baker και Cantwell (Baker & Cantwell, 1992) μελέτησαν 65 παιδιά ηλικίας από 3 έως και 16 ετών τα οποία είχαν διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Από την μελέτη βρήκαν ότι το 17% των παιδιών αντιμετωπίζουν δυσκολία στην ομιλία και το 22% στο λόγο, ενώ το 61% αντιμετωπίζουν δυσκολίες ομιλίας και λόγου. Επίσης, από μελέτη του Beitchman et al (Beitchman, Hood, Rochon, & Peterson, 1989) που αφορούσε 17 δείγματα παιδιών νηπιαγωγείου, έδειξε ότι το 76% είχε κάποια μορφή ομιλίας και γλωσσικής δυσλειτουργίας.

Σημαντική είναι επίσης η έρευνα του Trautman et al. που σε δείγμα 67 παιδιών με ΔΕΠ-Υ δείχνει ότι είχαν κάποια γλωσσική δυσκολία. Η έρευνα αυτή είναι σύμφωνη με την έρευνα των Gualtieri et al (Gualtieri, Koriath, Van Bourgondien, & Saleeby, 1983) που παρουσιάζει ότι το 90% των 26 παιδιών με ΔΕΠ-Υ ηλικίας από 5 έως 13 είχαν γλωσσική διαταραχή. Αποτελέσματα παρόμοια με την μελέτη των Warr Leeper et al (Warr-Leeper, Wright, & Mack, 1994) που δείχνει ποσοστό 80% των παιδιών με παρόμοιες δυσκολίες στην γλώσσα.

Όλες αυτές οι μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠ-Υ έχει στενή σχέση με τις διαταραχές του λόγου και της ομιλίας.

2.3 Μαθησιακές δυσκολίες παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ τις περισσότερες φορές τείνει να συνυπάρχει με τις μαθησιακές δυσκολίες. Η συννοσηρότητα των δυο διαταραχών μπορεί να κάνει την προσπάθεια για ομαλή έναρξη στο σχολικό πλαίσιο αρκετά δυσχερή. Παρακάτω θα αναφερθούν οι δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ λόγω των μαθησιακών δυσκολιών.

2.3.1 Δυσκολίες στην Ανάγνωση

Η ανάγνωση είναι ένα πολύπλευρο σύνολο δεξιοτήτων που επηρεάζει απόλυτα την ακαδημαϊκή απόδοση ενός παιδιού. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αλλά και τα παιδιά που παρουσιάζουν συννοσηρότητα και με άλλες διαταραχές όπως είναι οι μαθησιακές δυσκολίες, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον τομέα της ανάγνωσης. Δυσκολίες που αφορούν ανάγνωση λέξεων, αποκωδικοποίηση ή κατανόηση της ανάγνωσης.

Συμφωνά με τον Barkley (Barkley R. A., 1997) υπάρχει ένα νευροψυχολογικό μοντέλο όπου η αναστολή συμπεριφοράς επιτρέπει την επάρκεια σε τέσσερις ικανότητες. Την μνήμη εργασίας, την εσωτερίκευση της ομιλίας, την αυτορρύθμιση της επιρροής-κινήτρου-διέγερσης και τέλος της ανασύστασης/συμπεριφορικής

ανάλυσης και σύνθεσης. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν επάρκεια στην εκτέλεση αυτών των δεξιοτήτων, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον τομέα την ανάγνωσης (Brock & Knapp, 1996).

Για παράδειγμα, η μνήμη εργασίας είναι απαραίτητη για την αποκωδικοποίηση άγνωστων λέξεων ή για την ανάκληση προηγούμενου κειμένου για την πρόβλεψη ιστορίας. Χρειάζονται δεξιότητες σχεδιασμού και επίλυσης προβλημάτων για τα άγνωστα λόγια που συναντώνται κατά την ανάγνωση, χρειάζεται οργάνωση για την κατανόηση της ροής ενός αποσπάσματος (Sesma, Mahone, Levine, Eason, & Cutting, 2009), καθώς και ταχύτητα επεξεργασίας για την ανάγνωση με ευχέρεια (Mahone, 2011). Όσον αφορά την κατανόηση κατά την ανάγνωση, μπορεί τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να παρουσιάσουν ελλείμματα (Miller, Keenan, Betjemann, Willcutt, & Pennington, 2013), (Fienup, Reyes-Giordano, Woloski, Aghjayan, & Chacko, 2015). Ωστόσο σε πολλές μελέτες που διεξήχθησαν τα ευρήματα ήταν διαφορετικά, σε άλλες αναφέρονται δυσκολίες στην κατανόηση κατά την ανάγνωση (Cherkes-Julkowski M., 1995), (Brock & Knapp, 1996), (Miller, Keenan, Betjemann, Willcutt, & Pennington, 2013), ενώ σε άλλες όχι (Ghelani, Sidhu, Jain, & Tannock, 2004)

Έτσι τα ελλείμματα που αναφέρθηκαν προηγουμένως σε συνδυασμό με τα ελλείμματα προσοχής-παρορμητικότητας -υπερκινητικότητας επηρεάζουν άμεσα την ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (American Psychiatric Association [APA], 2013). Υποδηλώνοντας ότι η δυσκολία ανάγνωσης ορισμένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να οφείλεται σε νευρολογικές διαταραχές.

Από διάφορες έρευνες που διεξήχθησαν φαίνεται πως ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ταυτόχρονα και δυσκολίες στην ανάγνωση. Σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), σχεδόν το 50% των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ έχουν επίσης μια μαθησιακή δυσκολία, όπως η δυσλεξία (J.Legg & Joy, 2019). Από μελέτη που διεξήχθη στο Rochester, Minn με δείγμα 5.718 παιδιά, εξετάστηκαν από την ηλικία 5 ετών και άνω τα ιατρικά, σχολικά και ιδιωτικά αρχεία διδασκαλίας με σκοπό να προσδιοριστεί ο αριθμός των παιδιών που αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην ανάγνωση, πριν την αποφοίτηση από το λύκειο. Από την μελέτη προέκυψε ότι το 51% των αγοριών και το 46.7% των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ είχαν προβλήματα στην ανάγνωση. Εν αντιθέσει το 14,5% των αγοριών και το 7,7% των κοριτσιών χωρίς ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν δυσκολία στην ανάγνωση (Mann, 2010).

Η ανάγνωση είναι μια αρκετά απαιτητική διαδικασία γι' αυτό και προκαλεί γρήγορη κόπωση στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Η ανάγνωση αυτών των παιδιών χαρακτηρίζεται από παραλείψεις σημείων στίξης και παραγράφων, λανθασμένη ανάγνωση λέξεων ακόμη και παράλειψη συλλαβών (Dakin & Erenberg, 2005) (Tridas, 2007). Συνήθως χαρακτηρίζονται ως «δυσλειτουργικοί αναγνώστες», αποσπώνται εύκολα, κουράζονται πολύ γρήγορα και πολλές φορές αρνούνται να διαβάσουν (J.Legg & Joy, 2019). Αυτές οι δυσκολίες μπορεί να επηρεάσουν άμεσα την κατανόηση κάνοντας την διαδικασία της ανάγνωσης μια δυσάρεστη εμπειρία.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όπως είναι γνωστό αντιμετωπίζουν προβλήματα προσοχής. Αυτό τα κάνει να δυσκολεύονται ακόμη περισσότερο στο να επικεντρωθούν σε ένα κείμενο. Συχνά δεν μπορούν να ακολουθήσουν με ευκολία μια αφήγηση καθώς και να συνδέσουν τις πληροφορίες που ήδη γνωρίζουν με τις πληροφορίες που λαμβάνουν εκείνη την στιγμή, καταλήγοντας να μην κατανοούν το κείμενο. Η δυσλειτουργία στην ακουστική επεξεργασία κάνει την ακρόαση λέξεων πιο δύσκολη.

Επιπλέον, όταν η ΔΕΠ-Υ και η δυσλεξία εμφανίζονται μαζί, δηλαδή στο 1/3 των περιπτώσεων με ΔΕΠ-Υ τότε η ικανότητα της ανάγνωσης αλλά και της κατανόησης επηρεάζονται ακόμη περισσότερο. Όταν υπάρχει συννοσηρότητα αυτών των δυο διαταραχών το παιδί καθυστερεί περισσότερο κατά την ανάγνωση και δυσκολεύεται σε μεγαλύτερο βαθμό να διαβάσει δυνατά. Επίσης, η ικανότητα του παιδιού να μείνει ακίνητο στην καρέκλα και να διαβάσει μειώνεται. Όλα αυτά οδηγούν το παιδί στην απογοήτευση, στην άρνηση για συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες και στην χειρότερη περίπτωση στην κατάθλιψη (Cicerchia, 2017).

2.3.2 Δυσκολίες στην γραφή

Η γραφή αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία. Ειδικά η σωστά ορθογραφημένη και ευανάγνωστη γραφή. Για το κάθε παιδί η διαδικασία της εκμάθησης της γραφής αποτελεί μια πρόκληση, πόσο μάλλον για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αφού φαίνεται ότι κατακτούν την ορθή γραφή πιο δύσκολα από τα υπόλοιπα παιδιά της ίδιας τάξης (Παπαναστασίου Φ. , Γιατί τα παιδιά με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται στη γραφή; Τεχνικές Αντιμετώπισης, 2015).

Η διάσπαση προσοχής αυτών των παιδιών αποτελεί αιτία ο γραφικός τους χαρακτήρας να είναι άστατος και να γίνεται ακόμη χειρότερος στο τέλος του γραπτού τους. Επίσης, επειδή η προσοχή τους είναι επιφανειακή πολλές φορές δίνουν σημασία μόνο στην μορφή δηλαδή στα επιφανειακά χαρακτηριστικά των λέξεων (κάτσο αντί για κάστρο) ή στην φωνολογική απόδοση των λέξεων χωρίς να δώσουν σημασία στην

σωστή ορθογραφία (μίλο αντί για μήλο). Εξαιτίας του γρήγορου ρυθμού σκέψης τους αυτά τα παιδιά προσπαθούν να γράψουν στο χαρτί τόσο γρήγορα όσο σκέφτονται με αποτέλεσμα πολλές φορές να παραλείπουν γράμματα, συλλαβές να γράφουν μια λέξη δύο φορές ή την ίδια λέξη με διαφορετικό τρόπο ακόμη και στην ίδια παράγραφο. Επίσης δυσκολεύονται να εντοπίσουν τα λάθη τους και να τα διορθώσουν. Ορισμένα παιδιά λόγω της παρορμητικότητας αναθεωρούν συχνά, δεν περιμένουν να ελέγξουν ποιες λέξεις έγραψαν σωστά με αποτέλεσμα να σβήνουν τις λέξεις που νομίζουν ότι έχουν κάνει λάθος και να δημιουργείται μια κακή εικόνα του γραπτού τους (Χυτήρη Ε.Φ., 2005)

Επίσης όταν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ δέχεται ένα πλήθος πληροφοριών αυτό του προκαλεί σύγχυση κάνοντας του να δυσκολεύετε να τις επεξεργαστεί κατάλληλα και να τις οργανώσει στην σκέψη του ώστε να τις διατυπώσει στο χαρτί. Πολλές φορές προσπαθούν να κάνουν ωραία γράμματα για ένα ευανάγνωστο γραπτό χάνοντας έτσι την ουσία του γραπτού τους αφού ξεχνάν λέξεις, προτάσεις με αποτέλεσμα τα γραπτά τους να μην βγάζουν νόημα.

Σημαντικό είναι επίσης ότι από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο περιοδικό Journal of child Neurology αναφέρθηκαν ότι το 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κίνηση κατά την γραφή, στον προσανατολισμό και στον συντονισμό. Προκαλώντας δυσκολίες όπως να μην αφήνουν κενά ανάμεσα στις λέξεις ή να αφήνουν πολύ μεγάλα κενά και να είναι τα γράμματα τους δυσανάγνωστα. Επίσης, δεν τηρούν τους κανόνες της γραφής σε μια σελίδα, ξεκινώντας να γράφουν από το μέσο της σελίδας, παραλείπουν γραμμές ή και γράφουν έξω από τα περιθώρια (Παπαναστασίου Φ. , Γιατί τα παιδιά με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται στη γραφή; Τεχνικές Αντιμετώπισης, 2015).

Από έρευνα που διεξήχθη Α' ΚΕΔΔΥ Αθηνών, μελετήθηκε η πιθανή συνύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών σε παιδιά με διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Το δείγμα της έρευνας ήταν 45 μαθητές ηλικίας 8 έως 12 ετών οι οποίοι φοιτούσαν από Γ' έως την ΣΤ' δημοτικού.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες παρουσίασαν δυσκολίες στην γραπτή έκφραση. Πιο αναλυτικά παρουσίασαν δυσγραφία λόγω των αδυναμιών στην λεπτή κινητικότητα και την οπτικό-κινητική ολοκλήρωση. Επίσης, παρουσιάστηκαν δυσκολίες στην μνήμη εργασίας, στην προσοχή, στην οργάνωση και στον σχεδιασμό κατά την διάρκεια της γραπτής έκφρασης.

Τα αποτελέσματα από την συγκεκριμένη έρευνα συμπίπτουν με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που αναφέρουν περισσότερες δυσκολίες στην ορθογραφία και την γραπτή έκφραση σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ από ότι στα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ (Re AM, Pedron, & Cornoldi, 2007) (Pitcher, JP, & Hay, 2003) (Yoshimasu, et al., 2011) (Μπαστέα & Παπαδάτος, 2016)

2.3.3 Δυσκολίες στα μαθηματικά

Τα μαθηματικά στην καθημερινή ζωή και όχι μόνο είναι ιδιαίτερα χρήσιμα. Πολλές φορές αυτά χρησιμοποιούνται χωρίς να γίνεται συνειδητό. Από τον υπολογισμό του χρόνου ενός ταξιδιού μέχρι το μέτρημα των συστατικών για το μαγείρεμα. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ τείνουν να αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες από ότι τα υπόλοιπα παιδιά (Low K. , 2019)

Η δυσκολία στα μαθηματικά εμφανίζεται στα παιδιά με διάγνωση ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 26%. Οι μαθητές με δυσκολίες στα μαθηματικά μπορεί να εκδηλώσουν διαφορετικά λάθη ο κάθε ένας. Επίσης, ο βαθμός σοβαρότητας των δυσκολιών διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής. Δείχνοντας ότι οι δυσκολίες στα μαθηματικά δεν είναι ίδιες για όλους (Ardila, A. & Rosselli, M. , 2002). Στο σχολικό πληθυσμό το ποσοστό εμφάνισης των μαθηματικών δυσκολιών είναι ανάμεσα στο 5% και 8% (Jitendra, 2005).

Παρακάτω αναφέρονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στα μαθηματικά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ:

- Οι δυσκολίες στην μνήμη εργασίας μπορεί να κάνουν δύσκολο σε έναν μαθητή να κρατά πληροφορίες στο μυαλό του και να παρακολουθεί αυτές τις πληροφορίες, ενώ εκτελεί τους διάφορους μαθηματικούς υπολογισμούς (Low K. , 2019). Προκαλούνται επίσης δυσκολίες στην κατανόηση μαθηματικών πράξεων, την αναπαράσταση και την αυτόματη ανάκληση μαθηματικών δεδομένων, την εκμάθηση αλγόριθμων και μαθηματικών τύπων.
- Σε περιπτώσεις που χρειάζεται να διαβάσουν, να γράψουν και να συζητήσουν ιδέες σχετικά με τα μαθηματικά, τα παιδιά δυσκολεύονται αρκετά λόγω των διαταραχών στην επικοινωνία και στην γλώσσα που εμποδίζουν την λειτουργικότητα τους.
- Δυσκολίες που σχετίζονται με την επίλυση μαθηματικών πράξεων μπορεί επίσης να σχετίζονται με την κατανόηση προβλημάτων σε κείμενο και την επεξεργασία των προβλημάτων αυτών με μαθηματικούς συλλογισμούς.

- Μια σειρά από ακαδημαϊκές αποτυχίες μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή αυτό-εκτίμηση, καθώς και περιορισμένα κίνητρα. Η εμπιστοσύνη του μαθητή για την ικανότητα του στα μαθηματικά μπορεί να κλονιστεί (Montague, Student perception, mathematical problem solving, and learning disabilities., 1996).
- Η διάσπαση προσοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμποδίζει στην εκμάθηση των μαθηματικών. Η απομνημόνευση των γεγονότων και η ακολουθία των βημάτων, η αυτό-παρακολούθηση και ο έλεγχος των απαντήσεων επηρεάζονται. Τα ζητήματα προσοχής επηρεάζουν και την ταχύτητα όπου ένας μαθητής θα κάνει υπολογισμούς, θα ακολουθήσει διαδικασίες πολλαπλών βημάτων. Οι μαθητές με την διαταραχή τείνουν να έχουν αργή ταχύτητα επεξεργασίας και να χρειάζονται αρκετό χρόνο για την επίλυση μαθηματικών προβλημάτων (Low K. , 2019). Δυσκολίες στην εστίαση της προσοχής τους μπορεί να εμφανίσουν λάθη στους υπολογισμούς εξαιτίας της αμέλειας των συμβόλων, των δεκαδικών ψηφίων. Επίσης, παρουσιάζουν δυσκολίες επίλυσης προβλημάτων, δυσκολία εντοπισμού των λαθών σε μια αλληλουχία μαθηματικών πράξεων (Rief, 2008)

Από έρευνα το 2000 από των (Montague & Applegate, 2000), που αφορούσε μαθητές με ΔΕΠ-Υ προέκυψε ότι θεωρούσαν διάφορα μαθηματικά προβλήματα δύσκολα, χρησιμοποιώντας λιγότερες στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων αυτών και ότι η επίδοσή τους στα μαθηματικά σε σχέση με τους υπόλοιπους μαθητές ήταν σε χαμηλότερο επίπεδο. Οι λόγοι της χαμηλής επίδοσης αυτών των παιδιών είναι διάφοροι όπως, η δυσκολία που παρουσιάζουν στον τομέα της ανάγνωσης, ακατάλληλη ή αναποτελεσματική διδασκαλία, δυσκολία στην μνήμη, στην προσοχή, στην κωδικοποίηση πληροφοριών, στην οργάνωση (Mastropieri, Scruggs, & Chung, 1998). Επίσης από άλλη έρευνα προέκυψε ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες δυσκολεύονται να κατανοήσουν στρατηγικές για βασικά μαθηματικά δεδομένα (deBettencourt, Putnam, & Leinhardt, 1993).

2.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών

Βασικός στόχος σε ένα σχολικό περιβάλλον είναι η εύρεση του ορθού τρόπου αντιμετώπισης των δυσκολιών, για να έχει ως αποτέλεσμα την επιτυχία του μαθητή και γενικότερα την πραγματοποίηση των μαθησιακών στόχων. Σημαντικό είναι να δημιουργηθεί ένα πολυπαραγοντικό σχέδιο δράσης το οποίο θα έχει στοχευμένη παρέμβαση και ενεργεί υποστήριξη τόσο από τον εκπαιδευτικό όσο και από τα υπόλοιπα μέλη που θα λάβουν μέρος στο πρόγραμμα παρέμβασης (Kutcher, 2005).

Είναι πολύ σημαντικό να δημιουργηθεί μέσα στην τάξη όσο αυτό είναι δυνατό ένα Εξατομικευμένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα (ΕΕΠ), με την παρουσία βραχυπρόθεσμων-μακροπρόθεσμων στόχων καθώς και χρονοδιάγραμμα επίτευξης, ώστε να ανταποκρίνεται στις μαθησιακές ανάγκες του κάθε παιδιού (Shaywitz, 2003). Επιπλέον, όσον αφορά την διαχείριση της συμπεριφοράς στο σπίτι και στο σχολείο θα πρέπει να δίνεται περισσότερη προσοχή στην δομή, στην οργάνωση και στην ενίσχυση θετικών συμπεριφορών και συνάμα θα πρέπει να αποφεύγεται η επιβολή τιμωριών (Reif, 2005)

Τέλος, σημαντικό στοιχείο για την επιτυχία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες είναι η θετική συμπεριφορά και προσέγγιση καθώς και η έμφαση στα δυνατά σημεία του παιδιού. Οι εκπαιδευτικοί είναι σημαντικό να παρέχουν στα παιδιά ευκαιρίες να διαχειρίζονται εναλλακτικούς τρόπους επίτευξης στόχων και να αναπτύξουν τα ταλέντα τους. Δεν είναι αποδεκτό ένα παιδί λόγω της διαφορετικότητας του στην μάθηση, στην προσοχή και στην κινητικότητα του να περιορίζεται. Αυτό που θα πρέπει να γίνεται είναι να ενισχύεται για να χρησιμοποιεί αυτές τις διαφορετικές δυνατότητες του (Σκαναβή Ε. , 2009).

2.4.1 Στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών ανάγνωσης

- Ο εκπαιδευτικός καλό θα ήταν να αφιερώνει καθημερινά χρόνο μέσα στην τάξη για σιωπηλή ανάγνωση των μαθητών.
- Ανάγνωση με συνεργασία. Ο εκπαιδευτικός ζητά από τον μαθητή με ΔΕΠ-Υ να κάνει ομάδα με ένα μαθητή καλό στην ανάγνωση. Στην συνέχεια ο «καλός» μαθητής αρχίζει την ανάγνωση ενώ το παιδί με ΔΕΠ-Υ ακούει, μόλις φτάσει σε τελεία ξεκινάει ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ, αυτή η διαδικασία επαναλαμβάνεται μέχρι το τέλος του κειμένου.
- Ο δάσκαλος μπορεί να αφιερώσει κάποιες ώρες της εβδομάδας σε πρόγραμμα αφήγησης. Οι μαθητές και συγκεκριμένα ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ θα αφηγείται μια ιστορία που διάβασε πρόσφατα.
- Play- acting. Σε αυτήν την δραστηριότητα το παιδί μπορεί να διαδραματίσει ένα ρόλο ή διαφορετικούς από την αγαπημένη του ταινία, μαθαίνοντας τα λόγια μέσω της διαδικασίας της ανάγνωσης.
- Ο εκπαιδευτικός μπορεί να παρουσιάσει δραστηριότητες στα παιδιά όπως είναι τα επιτραπέζια παιχνίδια. Ένα από αυτά τα παιχνίδια είναι το scrabble όπου βοηθάει στην βελτίωση της αναγνωστικής κατανόησης.

- Μπορεί να γίνει χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή με δραστηριότητες που αφορούν τον εμπλουτισμό του λεξιλογίου.
- Ο εκπαιδευτικός επίσης θα μπορούσε να κάνει χρήση ηχογραφημένων βιβλίων τα οποία είναι διαθέσιμα σε πολλές βιβλιοθήκες. Τα βιβλία αυτά μπορούν να τονώσουν το ενδιαφέρον για την παραδοσιακή ανάγνωση. Επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ενισχύσουν και να συμπληρώσουν την ανάγνωση.
- Τέλος, ο εκπαιδευτικός θα μπορούσε να κάνει χρήση της δανειστικής βιβλιοθήκης του σχολείου. Να δίνει στα παιδιά στην αρχή της εβδομάδας ένα βιβλίο και να ζητάει στο τέλος της εβδομάδας να γράψουν την περίληψη του βιβλίου που διαβάσανε (Manzo & Zehr, 1998).

2.4.2 Φωνολογία

- Ο εκπαιδευτικός μέσω διάφορων δραστηριοτήτων προσπαθεί να βελτιώσει την μνήμη του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Διδάσκει μνημονικά το παιδί παρέχοντας υπενθυμίσεις σχετικά με τους δύσκολους φωνολογικούς κανόνες. Για παράδειγμα στα φωνήεντα που είναι κολλητά το ένα με το άλλο (αι, ου, οι) ο τόνος πηγαίνει στο δεύτερο γράμμα.
- Ο εκπαιδευτικός επίσης, μπορεί να ασχοληθεί με δραστηριότητες όπως τα επιτραπέζια παιχνίδια. Το bingo για παράδειγμα βοηθάει στην βελτίωση της φωνολογίας.
- Επίσης, μπορεί να γίνει χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή με δραστηριότητες που εξασκούν την φωνολογία και την γραμματική (Scruggs & Mastropieri, 2000)

2.4.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης δυσκολιών γραφής

A) Γραπτός Λόγος:

- 1) Δυσκολία στην συγκέντρωση στην παραγωγή γραπτού λόγου. Από τα πρώτα καθήκοντα του δασκάλου είναι να διδάξει στα παιδιά να εστιάζουν την προσοχή τους στην παραγωγή γραπτού λόγου. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως δυσκολεύονται στην διατήρηση της προσοχής.

Λύση: Καλό θα ήταν να δίνονται συνοπτικές οδηγίες. Στην παράδοση των εργασιών χρειάζονται ξεκάθαρες και ακριβείς οδηγίες και απαιτήσεις. Μια έκθεση που με θέμα έχει «Γράψε ένα αστείο περιστατικό» είναι πολύ γενική και θα χρειαστεί παραπάνω

οδηγίες όπως : Σκέψου πότε αισθάνθηκες τελευταία χαρούμενος, για ποιο λόγο το ένιωσες αυτό; με τι άλλο μπορεί να συγκριθεί αυτό το συναίσθημα;

Να γίνει σαφές στους μαθητές ότι σε περίπτωση που κάποιος έχει απορία να πάει κατευθείαν στο δάσκαλο. Καλό θα ήταν να γίνει προσπάθεια έξτρα χρόνου για κάθε μαθητή, καταγράφοντας σύντομες οδηγίες.

- 2) Δυσκολία να οργανώσει την σκέψη του στο χαρτί. Αρκετοί μαθητές με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να οργανώσουν την σκέψη τους και να ανακαλέσουν πληροφορίες. Συνήθως μπορούν να εκφράσουν τις σκέψεις τους καλύτερα προφορικά και όχι τόσο γραπτά.

Λύση: Καλό θα ήταν να γίνει καθοδήγηση από την αρχή. Να δοθούν στους μαθητές λεπτομερείς σημειώσεις για τις δραστηριότητες. Μπορούν να κρατούν και οι ίδιοι σημειώσεις και να συζητηθούν μαζί με τον δάσκαλο. Μπορεί να τονιστεί στους μαθητές να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στην αρχειοθέτηση των σημειώσεων ώστε να αποθηκεύονται και να ανακτούνται με περισσότερη ευκολία.

Το σχεδιάγραμμα είναι μια καλή λύση για να μπορέσουν τα παιδιά να οργανώσουν τις γραπτές τους σκέψεις. Ένα εύχρηστο σχεδιάγραμμα θα μπορούσε να συμπεριλάβει, κύρια επίθετα, ουσιαστικά καθώς και χρήσιμες φράσεις για κάθε παράγραφο.

- 3) Δυσκολία στην διατήρηση της προσοχής τους σε μια μόνο δραστηριότητα. Όταν μια εργασία απαιτεί συγκέντρωση και παρατεταμένο χρόνο η ΔΕΠ-Υ εμποδίζει τα παιδιά να διατηρήσουν την προσοχή τους με μακροπρόθεσμους στόχους κάνοντας την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων αρκετά δύσκολη.

Λύση: Καλό θα ήταν να καθοριστούν κάθε φορά μικρά βήματα που να μπορούν να ελεγχθούν. Ο διαχωρισμός ενός κειμένου σε μικρότερα κομμάτια θα βοηθούσε στην καλύτερη διαχείριση του από το παιδί. Εάν ο χρόνος το επιτρέψει το κάθε κομμάτι μπορεί να ελέγχεται χωριστά.

- 4) Δυσκολία να αντιμετωπίσουν χρονικά όρια. Συχνά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διασπώνται από την εργασία που κάνουν, δουλεύουν πιο αργά από τα υπόλοιπα παιδιά και γενικά έχουν την τάση να χρονοτριβούν, γι' αυτό και τα χρονικά όρια αποθαρρύνουν τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ.

Λύση: Καλό θα ήταν να δινόταν αρκετός χρόνος στα παιδιά για να σκεφτούν την απάντηση, όπως και να τους επιτρεπόταν να κάνουν μικρά διαλείμματα.

- 5) Ζητήματα τελικής επεξεργασίας του κειμένου. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ συνήθως δυσκολεύονται κατά την διάρκεια της τελικής επεξεργασίας της δουλειάς τους. Πολλές φορές διαβάζουν και αναθεωρούν το γραπτό τους και ίσως να μην δώσουν προσοχή στα λάθη.

Λύση: Θα βοηθούσε ιδιαίτερα η εκπαίδευση των μαθητών για τον έλεγχο του γραπτού τους. Μέσω εύκολων παραδειγμάτων ως πρότυπο μπορούν τα παιδιά να διδαχθούν την διαδικασία του αυτό-ελέγχου. Μπορεί να ζητηθεί από τους μαθητές να ελέγξουν ο ένας το κείμενο του άλλου, έτσι ώστε αργότερα στο δικό τους κείμενο να ξέρουν που πρέπει να δώσουν περισσότερη προσοχή (Tracy, 2015).

B) Τεχνικές για αναγνωρίσιμη γραφή:

- Καλό θα ήταν ,οι εκπαιδευτικοί να επιτρέπουν στο μαθητή να χρησιμοποιεί όποιο στυλ/μορφή γραψίματος του είναι πιο εύκολο.
- Να δίνουν στο μαθητή αρκετό χρόνο για τη εργασία του.
- Να μην τιμωρούν τον μαθητή για την δυσανάγνωστη γραφή του. Αντίθετα να τον επιβραβεύουν και να τον ενθαρρύνουν σε κάθε προσπάθεια κάνει για ευανάγνωστη γραφή.
- Οι εκπαιδευτικοί επίσης, καλό θα ήταν να δίνουν στο μαθητή να κάνει ασκήσεις εξάσκησης, όπως να ενώνει διακεκομμένες γραμμές, ίσιες και καμπύλες.
- Να μειώσουν τις γραπτές εργασίες καθώς και το μέγεθος της αντιγραφής στο σπίτι.
- Να Επιτρέψουν στο μαθητή να γράφει με ότι τον διευκολύνει στο γράψιμο, στυλό/μολύβι.
- Μπορούν επίσης, να δακτυλογραφήσουν τα λάθη του μαθητή και να ζητήσουν να διορθώσει τα λάθη του αυτά.
- Μια ακόμη δραστηριότητα για των μαθητή, θα ήταν να του ζητηθεί όσο αυτό είναι εφικτό να κρατήσει το κεφάλι του σταθερό και να διατηρήσει την προσοχή του για να βρει τις διαφορές από δυο εικόνες.
- Καλό θα ήταν να δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να εξασκήσει τον τρόπο γραφής του από δραστηριότητες όπως να ζωγραφίζει με το δάκτυλο του σε άμμο, σε αφρό.

- Καλό θα ήταν να δοθεί επίσης, στο παιδί η δυνατότητα να εξασκηθεί σε δραστηριότητες λεπτής κινητικότητας, όπως να περνά χάντρες διαφορετικού μεγέθους μέσα σε κορδόνι, να παίζει με πηλό ή πλαστελίνη, να τοποθετεί κέρματα με το ένα χέρι στο κουμπάρα.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η δυσγραφία και η δυσκολία στην γραφή δεν αντιμετωπίζεται με συνεχή και αδιάκοπη αντιγραφή κειμένων.

Γ) Τεχνικές ορθογραφικής γραφής:

Μέθοδος Gillingham:

Είναι μια μέθοδος συνήθως προφορικής ορθογραφίας και δίνει στην άσκηση και στην επανάληψη περισσότερη έμφαση. Η στρατηγική έχει ως εξής ξεκινά ο μαθητής από τις λέξεις που υπάρχει αντιστοιχία φωνημάτων-γραφημάτων. Αφού μάθει να γράφει σωστά τέτοιες λέξεις προχωρά στις πιο περίπλοκες λέξεις που ομαδοποιούνται ανάλογα με το μοτίβο που ακολουθούν.

Πολυαισθητηριακή προσέγγιση Fernald:

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιεί οπτική, ακουστική, κινητική και απτική αίσθηση. Τα βήματα είναι:

- 1) Ο εκπαιδευτικός γράφει και λέει την λέξη.
- 2) Ο μαθητής εντοπίζει την λέξη στον «αέρα», ενώ την λέει. Στην συνέχεια γράφει την λέξη στο χαρτί.
- 3) Ο μαθητής ξανά γράφει την λέξη όπως την θυμάται εάν είναι σωστή τότε μπαίνει στο κουτί των λέξεων, αλλιώς επαναλαμβάνεται η διαδικασία από την αρχή.

Μέθοδος Horn:

Κατά την διάρκεια της προφοράς, της ανάκλησης, της οπτικοποίησης και της διόρθωσης της ανάγνωσης επιτυγχάνεται η μέθοδος αυτή με την πρόοδο του μαθητή. Αν ο μαθητής κάνει λάθος κατά την διάρκεια της παραπάνω διαδικασίας τότε θα χρειαστεί να επαναλάβει την διαδικασία μέχρι να γίνει σωστά.

Εικονογραφικές μέθοδοι:

Ο εκπαιδευτικός χρησιμοποιεί λέξεις καθώς και εικονογραφήματα που αντιπροσωπεύουν τις λέξεις διαλέγοντας τα πριν διδαχτούν. Γίνεται μια συζήτηση με τους μαθητές

σχετικά με την σημασία της λέξης και την εικόνα που ταιριάζει περισσότερο στην λέξη. Η συζήτηση είναι κατευθυνόμενη. Στόχος αυτής της λεξικής μεθόδου είναι ο μνημονικός σύνδεσμος μεταξύ της εικόνας και της φόρμας της λέξης.

Φωνοοπτική μέθοδος:

Στη μέθοδο αυτή παρουσιάζονται απομονωμένα φωνήματα με την μορφή εικόνων. Στόχος του εκπαιδευτικού είναι να συνδέσει ο μαθητής κάποιο φώνημα με την εικόνα κάποιου αντικειμένου του οποίου αρχίζει ή περιέχει το συγκεκριμένο φώνημα. Στο μαθητή δίνεται η ευκαιρία μέσω της σύνδεσης να θυμηθεί με την βοήθεια της εικόνας και να γράψει το σωστό φώνημα όταν πρέπει.

Μέθοδοι μίμησης:

Αυτή η μέθοδος συνήθως χρησιμοποιείται για να βοηθήσει τα παιδιά να μάθουν ορθογραφία χωρίς να γίνεται χρήση του συνηθισμένου τρόπου μάθησης. Ο εκπαιδευτικός προφέρει και γράφει την λέξη δειγματικά. Το παιδί μέχρι να μάθει την λέξη κάνει το ίδιο αντιγράφοντας το μοντέλο του εκπαιδευτικού. Έτσι κι οι άλλες λέξεις διδάσκονται με τον ίδιο τρόπο. Η συγκεκριμένη διαδικασία είναι πιο ευχάριστη και πιο αποτελεσματική όταν γίνεται με tablet/ ipad ή ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Διδασκαλία βασισμένη σε κανόνες:

Στην μέθοδο αυτή διδάσκονται κανόνες που ισχύουν σε μεγάλο αριθμό λέξεων [τα ρήματα που τελειώνουν σε (-αίνω)] και έχουν λίγες εξαιρέσεις, όπως για παράδειγμα (μένω, δένω, πλένω). Οι κανόνες μπορούν να γίνουν κατανοητοί και μέσα από διάφορες δραστηριότητες. Στη συνέχεια οι κανόνες εφαρμόζονται σε άγνωστες λέξεις και γενικεύονται. Έπειτα διδάσκονται οι λέξεις που εξαιρούνται από τον κανόνα.

Χρονική καθυστέρηση:

Οι συμπεριφοριστές χρησιμοποιούν αυτή την μέθοδο για την τροποποίηση της συμπεριφοράς, η τεχνική που χρησιμοποιείται είναι: Αρχικά ο εκπαιδευτικός διορθώνει το μαθητή αμέσως μόλις κάνει το λάθος χωρίς χρονική καθυστέρηση. Έπειτα από λίγο αρχίζει να καθυστερεί χρονικά να διορθώσει το λάθος του μαθητή. Γεγονός που δίνει χρόνο στο μαθητή να σκεφτεί περισσότερο και να διορθώσει το λάθος του. Στην συνέχεια ο χρόνος καθυστέρησης αυξάνεται μέχρι να βελτιώσει ο μαθητής την ορθογραφία του και να αποκτήσει τις απαραίτητες δεξιότητες αυτοδιόρθωσης.

Αυτοδιόρθωση:

Αφού ο μαθητής κατακτήσει τις απαιτούμενες στρατηγικές αυτοδιόρθωσης, τότε ο μαθητής προσπαθεί να διορθώσει ο ίδιος τις λέξεις ή το κείμενο που γράφει, χωρίς την βοήθεια του εκπαιδευτικού ή κάποιου συμμαθητή. Η αυτοδιόρθωση γίνεται στην αρχή γράμμα- γράμμα και μετά γίνεται διόρθωση ολόκληρης της λέξης.

Λίστες λέξεων :

Ο εκπαιδευτικός δίνει στους μαθητές κάθε Δευτέρα μια λίστα λέξεων που πρέπει να μάθουν μέχρι το τέλος της εβδομάδας. Ο έλεγχος γίνεται συνήθως με διάφορες δοκιμασίες, ακόμη και από τα ίδια τα παιδιά και έχει ομαδικό χαρακτήρα. Όταν το παιδί μαθαίνει τις λέξεις τότε φεύγουν από την λίστα και προστίθενται άλλες.

Χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή/ tablets/ ipad:

Τα σύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα είναι ιδιαίτερα γνωστά στα παιδιά. Γι' αυτό και πολλές φορές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκμάθηση ορθογραφίας και όχι μόνο.

Οι παραπάνω τεχνικές καλό θα ήταν να μην αλλάζουν συνέχεια γιατί αυτό μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στο παιδί και να μην έχουν το κατάλληλο αποτέλεσμα. Επίσης, οι τεχνικές μπορούν να γίνουν και συνδυαστικά που ίσως αυτό βοηθήσει αρκετά το μαθητή. Τέλος, καλό θα ήταν να υπήρχε σωστή ενίσχυση και επιβράβευση (Παπαναστασίου, 2015).

2.4.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών στα μαθηματικά

Η παρορμητικότητα και η δυσκολία στην συγκέντρωση δυσκολεύουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να θυμούνται οδηγίες και κανόνες στα μαθηματικά καθώς και να λύνουν σύνθετα προβλήματα. Οι εκπαιδευτικοί των παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να χρησιμοποιούν συγκεκριμένες στρατηγικές και σαφείς οδηγίες κατά την διδασκαλία των μαθηματικών. Παρακάτω θα αναφερθούν στρατηγικές που θα διευκολύνουν την συμμετοχή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στα μαθηματικά.

Ανάλυση μαθηματικών προβλημάτων:

Η ανάγνωση ενός μαθηματικού προβλήματος δυσκολεύει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όπως και η επιλογή των πράξεων για την επίλυση του προβλήματος. Δυσκολεύονται στην εντόπιση των σημαντικών πληροφοριών του προβλήματος. Καλό θα ήταν να διαβαστεί από τον εκπαιδευτικό δυνατά το πρόβλημα και σε περίπτωση που είναι γραμμένο στον πίνακα να δοθεί αντίγραφο στο παιδί για να το έχει μπροστά του. Με την βοήθεια του εκπαιδευτικού να βρεθούν και να υπογραμμιστούν μαζί με το παιδί τα αριθμητικά στοιχεία του προβλήματος καθώς και τις λέξεις που επιδεικνύουν την λύση του. Σε περίπτωση που κάποια λέξη δεν είναι κατανοητή από το παιδί καλό θα ήταν να

αντικατασταθεί από κάποια οικεία για εκείνο. Επίσης, μια καλή βοήθεια για το παιδί είναι να υπάρχει στο θρανίο του παιδιού μια καρτέλα με λέξεις κλειδιά και τις αντίστοιχες αριθμητικές πράξεις (π.χ. η λέξη "παίρνω" σημαίνει αφαίρεση).

Οπτικοποίηση του προβλήματος:

Για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων καλό θα ήταν να γίνει ενθάρρυνση του παιδιού να χρησιμοποιεί μέρη του σώματος του ή τα δάχτυλα του. Επίσης, μπορεί να γίνει χρήση σχημάτων, εικόνων χρωμάτων ή άλλων αντικειμένων για την κατανόηση των προβλημάτων. Με αυτόν τον τρόπο το παιδί μπορεί να λύσει πιο εύκολα ένα πρόβλημα καθώς οργανώνει οπτικά τις πληροφορίες.

Παιχνίδι ρόλων:

Σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι δύσκολο να καθίσει για αρκετή ώρα στην θέση του και να είναι συγκεντρωμένο, γι' αυτό και η επίλυση μαθηματικών προβλημάτων είναι δύσκολή. Ένα παιχνίδι ρόλων θα βοηθήσει τα παιδιά να μείνουν και περισσότερη ώρα συγκεντρωμένα και να κατανοήσουν το πρόβλημα αλλά και να εκτονώσουν την υπερκινητικότητα τους. Καλό θα ήταν να δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να βιώσει το πρόβλημα και έτσι θα οδηγηθεί πιο εύκολα στην λύση του.

Διάφορα περιβάλλοντα εργασίας:

Καλό θα ήταν να επιτραπεί σε έναν μαθητή με ΔΕΠ-Υ να εργαστεί σε διάφορα σημεία μέσα στο χώρο, όπως σε ένα άλλο θρανίο εκτός από το δικό του ή σε μια ομαδική εργασία. Αυτό θα κρατήσει για περισσότερη ώρα την προσοχή του μαθητή και θα το βοηθήσει να εκτονωθεί αλλά και να μην βαρεθεί.

Δομή:

Η δομή παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην διδασκαλία των μαθημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Από την αρχή του μαθήματος θα πρέπει να γίνεται κατανοητή η διαδικασία της διδασκαλίας, οι στόχοι του μαθήματος καθώς και τι περιμένετε από τον μαθητή καλό θα ήταν να παρουσιάζονται και γραπτώς, για να μπορεί ο μαθητής να τα βλέπει όποτε το θεωρεί απαραίτητο. Τέλος, καλό θα ήταν να δοθούν στο παιδί οι προηγούμενες γνώσεις και πληροφορίες που θα του χρειαστούν για την κατανόηση του νέου μαθήματος (Παπαναστασίου, 2015).

2.5 Τεχνικές διαχείρισης μαθητών με ΔΕΠ-Υ: Συμβουλές προς εκπαιδευτικούς

Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν στους μαθητές τους, μα προπάντων στον εαυτό τους να διευκολύνουν την διαδικασία της μάθησης και να την κάνουν προσιτή για όλους. Ακόμη περισσότερο, όταν στην τάξη υπάρχει μαθητής που αντιμετωπίζει Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, η ανακάλυψη νέων τρόπων και στρατηγικών μάθησης που διευκολύνουν όχι μόνο τον μαθητή με ΔΕΠ-Υ αλλά και τους υπόλοιπους μαθητές της τάξης, είναι απόλυτη ανάγκη.

Έτσι ο εκπαιδευτικός για να επιτύχει την μαθησιακή διαδικασία και να υλοποιηθούν οι μαθησιακοί στόχοι θα πρέπει να έχει στο νου του, ότι ένα επιτυχημένο πρόγραμμα διαχείρισης μαθητών με ΔΕΠ-Υ πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής (Σκαναβή Ε. , 2012).

2.5.1 Έγκαιρη ενημέρωση της σχολικής κοινότητας από τους γονείς του μαθητή με ΔΕΠ-Υ

Η ενημέρωση των εκπαιδευτικών, ιδιαιτέρως για την διάγνωση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ σημαντικό να πραγματοποιηθεί αμέσως μετά την επίσημη διάγνωση. Ο εκπαιδευτικός γνωρίζοντας την κατάσταση του μαθητή του, θα πρέπει να βρει νέες τεχνικές και νέους τρόπους μάθησης για να βοηθήσει το παιδί με ΔΕΠ-Υ, αλλά και να αποφύγει λανθασμένη απόδοση συμπεριφορών που είναι διαφορετικές σε σχέση με τους υπόλοιπους μαθητές. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο εκπαιδευτικός να λάβει γνώση για το τι ακριβώς είναι η ΔΕΠ-Υ ποίες οι παράμετροι της και σε ποίο βαθμό επηρεάζει την μάθηση. Σημαντικό είναι επίσης οι πληροφορίες για το αν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και αν πραγματοποιείται συγκεκριμένη εκπαίδευση, παρέμβαση εκτός σχολείου (Σκαναβή Ε. , 2012).

2.5.2 Τροποποίηση του περιβάλλοντος της τάξης

Α) Ειδική τοποθέτηση μαθητή με ΔΕΠ-Υ:

- Ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει σωματική ευαισθησία σε εξωτερικά ερεθίσματα, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους μαθητές που έχουν την δυνατότητα να αναγνωρίσουν αυτά τα ερεθίσματα. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να προταθεί να καθίσει κοντά στο δάσκαλο και μακριά από ποικίλα ερεθίσματα όπως ανοικτές πόρτες, παράθυρα, αυτοκόλλητα, φωτογραφίες, εξωσχολικές ανακοινώσεις, τα οποία μπορούν να του αποσπάσουν την προσοχή του, όπως φαίνεται και στην εικόνα 2.1 (Σκαναβή Ε. , 2012).



Εικόνα 2.1 Πηγή: (Σκαναβή Ε. , 2012)

- Ο μαθητής καλό θα ήταν να είχε πάνω στο θρανίο του μόνο τα απαραίτητα υλικά για το μάθημα (Αγαπητού-Χαλμέ, 2010).
- Ιδιαίτερα σημαντικό θα ήταν ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ να καθίσει μαζί με έναν μαθητή υπόδειγμα, ο οποίος θα βοηθήσει το μαθητή με ΔΕΠ-Υ, καθώς δεν θα του αποσπά την προσοχή και ταυτόχρονα θα αποτελεί για αυτόν πρότυπο μίμησης.

Β) Αναγνώριση και διοχέτευσης κινητικής ενέργειας του μαθητή:

- Καλό θα ήταν ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ να έχει ελευθερία κινήσεων στο θρανίο του. Λόγω της υπερκινητικότητας του δεν μπορεί να καθίσει για πολύ ώρα στο θρανίο (Σκαναβή Ε. , 2012). Επίσης εάν το παιδί παρουσιάσει έντονη υπερκινητικότητα, καλό θα ήταν σταλθεί για κάποιο θέλημα εκτός ή εντός της τάξης προκειμένου να εκτονωθεί.
- Επίσης, καλό θα ήταν να υπήρχαν μέσα στην τάξη «γωνίες χαλάρωσης» ή «ζώνες κινητικότητας» όπου το παιδί θα μπορεί να πηγαίνει όταν πια δεν μπορεί να μείνει καθιστό. Σημαντικό είναι η «γωνία χαλάρωσης» να μην λειτουργεί ως τιμωρία (Αγαπητού-Χαλμέ, 2010).
- Μπορεί να του ανατεθεί η θέση του υπεύθυνου για το σβήσιμο του πίνακα στο τέλος του μαθήματος ή το μοίρασμα των τετραδίων ή των φυλλαδίων.
- Καλό θα ήταν να γίνει ενσωμάτωση των τρόπων διοχέτευσης της κινητικότητας στο καθημερινό πρόγραμμα και ταυτόχρονα να γίνει χρήση ως αφορμή για θετική ενίσχυση και αναγνώριση της αξίας του ως μαθητή (Σκαναβή Ε. , 2012).

Γ) Οργάνωση του χώρου της τάξης:

- Ωφέλιμο θα ήταν, να γίνει δημιουργία «Κανόνων της τάξης» μαζί με όλους τους μαθητές της τάξης, και να καταγραφούν ομαδικά οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των μαθητών αλλά και του δασκάλου.

- Για την οργάνωση και καθαριότητα της τάξης καλό θα ήταν να γίνει συζήτηση με όλους τους μαθητές. Έτσι ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ θα μάθει να οργανώνεται, να οριοθετείται, ενώ ταυτόχρονα θα μειωθούν οι πιθανότητες για διάσπαση προσοχής.
- Επίσης, θα μπορούσε να γίνει ανάρτηση ενός Μηνιαίου Ημερολόγιου, με σημειωμένες τις προγραμματισμένες εκδρομές, εκδηλώσεις του σχολείου, διαγωνίσματα, όπως γίνεται φανερό με την εικόνα 2.2 (Σκαναβή Ε. , 2012).



Εικόνα 2.2 (Slide Share, 2018) 1

Δ) Αναγνώριση ενδείξεων αισθητηριακής υπερφόρτισης και διάσπασης προσοχής του μαθητή με ΔΕΠ-Υ:

- Καλό θα ήταν να γίνει προσπάθεια του εκπαιδευτικού να βρίσκεται κοντά στο μαθητή με ΔΕΠ-Υ ανά διαστήματα.
- Σε περίπτωση αποπροσανατολισμού της συμπεριφοράς καλό θα ήταν να γίνει προσπάθεια ξανά προσαρμογής της. Είτε με το να βγει ο μαθητής για λίγο εκτός τάξης, είτε με το να πιεί νερό ή να φέρει κάτι από το γραφείο των καθηγητών.
- Μέσω ενός αγγίγματος στον ώμο ή με ένα διακριτικό χτύπημα στο θρανίο μπορεί να γίνει επαναφορά του μαθητή στην «πραγματικότητα» της τάξης.
- Καλό θα ήταν να γίνει χρήση κατευθυντήριων επισημάνσεων, όπως «Αυτό είναι σημαντικό» (Σκαναβή Ε. , 2012), ή πριν γίνει οποιαδήποτε ερώτηση να πραγματοποιούνται παύσεις για να δημιουργείτε ένα κλίμα αγωνίας (Σκουντή, 2009)

- Καλό θα ήταν να δημιουργηθεί μια ρουτίνα στις δραστηριότητες της τάξης. Είναι σημαντικό ο εκπαιδευτικός να καθοδηγεί και να ενημερώνει για τις μεταβάσεις μεταξύ των δραστηριοτήτων (Σκαναβή Ε. , 2012).
- Θα βοηθούσε επίσης να υπήρχε εναλλαγή των δραστηριοτήτων από ενεργητικές σε παθητικές και το αντίστροφο για να διατηρηθεί η προσοχή των μαθητών και κυρίως του μαθητή με ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη, 2012)
- Οι προβλέψιμη και σταθερή ρουτίνα ευνοούν τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Το πρόγραμμα των καθημερινών δραστηριοτήτων θα πρέπει να είναι οργανωμένο και δομημένο και τα παιδιά να το γνωρίζουν από πριν. Γεγονός που θα τους κάνει πιο εύκολο να μην ξεφεύγουν από αυτό (Αγαπητού-Χαλμέ, 2010).

2.5.3 Προσαρμογή διδασκαλίας

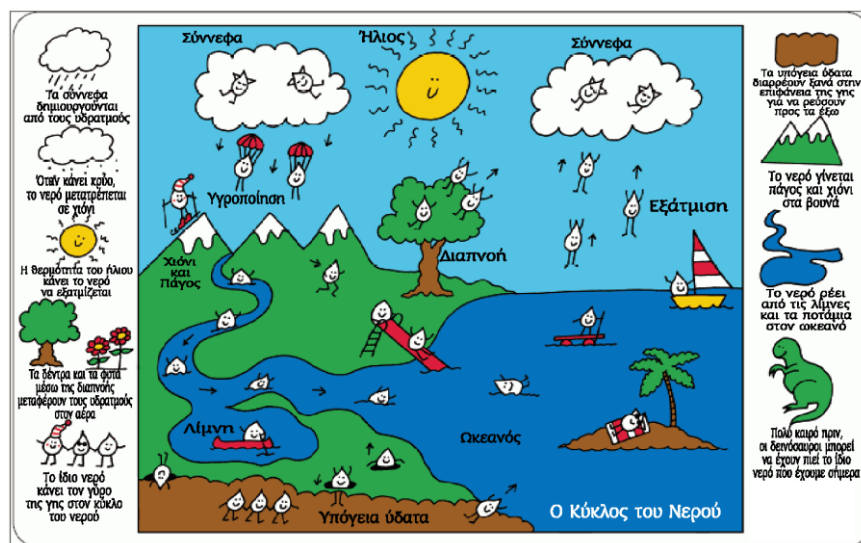
Α) Παρουσιάζοντας το μαθησιακό υλικό:

- Καλό θα ήταν πριν την παράδοση του νέου μαθήματος να γίνει μια αναφορά στο προηγούμενο μάθημα. Αυτό μπορεί να συμβεί με διάφορες ερωτήσεις κατανόησης.
- Σε περίπτωση που η νέα ενότητα που πρόκειται να διδαχτεί είναι μεγάλη μπορεί να γίνει «χωρισμός» της σε κομμάτια, ώστε να είναι πιο εύκολο για τα παιδιά να την μάθουν.
- Καλό θα ήταν να γίνει παρουσίαση του μαθησιακού υλικού με όσο το δυνατόν διαφορετικό τρόπο. Μπορούν οι εκπαιδευτικοί να μοιραστούν φυλλάδια με συνοπτικά σχεδιαγράμματα, να προβληθεί μαθησιακό υλικό με διάφορες εικόνες σχετικές με το μάθημα, και να δημιουργηθούν δραστηριότητες με στόχο τη μάθηση, όπως για παράδειγμα φαίνεται στην παρακάτω εικόνα 2.3.



Εικόνα 2.3 Πηγή: (Δασκάλα ΒΜ, 2010)

- Όσον αφορά την εκμάθηση θεωρητικών κομματιών, μπορεί να γίνει χρήση εννοιολογικών χαρτών. Για παράδειγμα, μπορεί να γίνει εφαρμογή της τεχνικής καταγισμού ιδεών για την διδασκαλία παραγωγής λόγου.
- Καλό θα ήταν να γίνεται συχνός έλεγχος για το εάν έχει γίνει επαρκώς κατανοητή η νέα μαθησιακή γνώση κάνοντας διάφορες ερωτήσεις κατανόησης.
- Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως προσέχουν περισσότερο αυτό που διεγείρει τις αισθήσεις. Χρήσιμο ακόμη θα ήταν, να γίνει εφαρμογή υλικού με «ζωντανό» τρόπο, χρησιμοποιώντας κόμικς, εικονογραφημένες ιστορίες, έτσι ώστε να διατηρείται σταθερό το ενδιαφέρον του παιδιού, όπως φαίνεται (Σκαναβή Ε. , 2012).



Εικόνα 2.4 Πηγή: (sch.gr, 2014)

- Καλό θα ήταν επίσης οι δραστηριότητες που ανατίθενται στο παιδί να είναι ανάλογες των δυνατοτήτων του. Οι δραστηριότητες αυτές δεν θα πρέπει να είναι σύνθετες ώστε να μην απογοητεύετε (Σκουντή, 2009)
- Σημαντικό είναι επίσης κατά την παράδοση του μαθήματος να γίνονται συχνά διαλλείματα με χαλαρωτικές δραστηριότητες (όπως είναι η ζωγραφική, η μουσική) (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη, 2012).

Γενικότερα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ επεξεργάζεται συνήθως το 30% αυτών που ακούει. Γι' αυτό το λόγο η διδασκαλία που εμπεριέχει πολυαισθητηριακές μεθόδους, όπως διάφορες εικόνες, οπτικό υλικό, σχέδια, ομαδικές εργασίες, θεατρικό παιχνίδι, τραγούδι, κινητικές δραστηριότητες και εναλλαγή ρόλων, είναι απόλυτα αποτελεσματικές για τον κάθε μαθητή με αυτήν την διαταραχή. Ο οποίος θα μπορέσει να συμμετέχει ενεργά χωρίς να χάσει το ενδιαφέρον του για την μαθησιακή διαδικασία (Σκαναβή Ε. , 2012).

Β) Δίνοντας οδηγίες:

- Για να δώσει προσοχή ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ σε οδηγίες για ασκήσεις ή διαγωνίσματα καλό θα ήταν ο εκπαιδευτικός να κάνει χρήση ενός πιο ενθουσιώδους τόνου φωνής.
- Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ εξαιτίας της αδυναμίας να συγκρατήσουν στην βραχυπρόθεσμη μνήμη πληροφορίες δυσκολεύονται να διατηρήσουν πάνω από δυο μέρη οδηγιών. Καλό θα ήταν να γίνει αποφυγή των πολύπλοκων οδηγιών. Οι οδηγίες είναι σημαντικό να δίνονται με σαφήνεια, συντομία, αργό και καθαρό λόγο στους μαθητές.
- Σε περιπτώσεις που χρειαστεί να γίνει επανάληψη των οδηγιών καλό ήταν να γίνει με ήρεμη φωνή, χωρίς βιασύνη και διατηρώντας την βλεμματική επαφή με τον μαθητή.
- Σε περίπτωση που τα παιδιά παρουσιάσουν δυσκολία σε κάποιες ερωτήσεις μπορεί να γίνει αρχικά εκμάθηση και στην συνέχεια χρήση των διευκρινιστικών ερωτήσεων (Σκαναβή Ε. , 2012), καλό θα ήταν να ζητηθεί από το παιδί πριν απαντήσει να επαναλάβει την ερώτηση για να είναι σίγουρο ότι την θυμάται (Σκουντή, 2009).

Γ) Σχολικές εργασίες:

- Καλό είναι να γίνει παρότρυνση του μαθητή με ΔΕΠ-Υ να κάνει χρήση ημερολογίου ή καθημερινού πλάνου εργασιών. Έτσι ώστε να μπορεί να γίνει έλεγχος αν σημειώνει τις ασκήσεις του, τις ημερομηνίες των διαγωνισμάτων και αν οργανώνει το χρόνο του.
- Για την ολοκλήρωση της εργασίας του ή του διαγωνίσματος ο μαθητής μπορεί να χρειαστεί επιπρόσθετο χρόνο, τον οποίο ωφέλιμο θα ήταν να του δοθεί.
- Σημαντικό είναι επίσης, ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ χάνουν την αίσθηση του χρόνου, δεν μπορούν να προσαρμοστούν εύκολα σε χρονικά πλαίσια. Γι' αυτό καλό θα ήταν να του γίνεται υπενθύμιση, ανά συγκεκριμένα διαστήματα. Η υπενθύμιση θα πρέπει να γίνεται με ήρεμη φωνή και σταθερότητα, ώστε να μην δημιουργεί παραπάνω άγχος ή ακόμη και πανικό.
- Οι σελίδες βιβλίων που είναι γεμάτες με ασκήσεις είναι αποθαρρυντικές για πολλά παιδιά, πόσο μάλλον για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Γι' αυτό το λόγο θα ήταν χρήσιμο να μειωθεί ο αριθμός εργασιών ανά σελίδα.
- Καλό θα ήταν να καθοριστεί από πριν ο αριθμός ασκήσεων που θα έχουν τα παιδιά για το σπίτι και να τα επιτραπεί να διαλέξουν αυτά ποιες ασκήσεις να κάνουν. Χρήσιμο θα ήταν επίσης, να γινόταν στην τάξη ένα μέρος από κάθε άσκηση που δίνετε στο σπίτι.
- Χρήσιμο θα ήταν να γίνει χρήση των ομαδικών εργασιών. Μπορεί να ανατεθεί στο παιδί υπεύθυνη θέση στην ομάδα, και να ενισχυθεί η εργασία μέσα σε αυτήν. Μέσω των ομαδικών εργασιών θα μάθει να συνεργάζεται και να εντάσσεται σε ομάδες.
- Καλό θα ήταν να γίνει αντιληπτό από τον μαθητή ότι η ταχύτητα σε μια απάντηση δεν είναι τόσο σημαντική όσο η ακρίβεια (Σκαναβή Ε. , 2012)
- Πολλές φορές τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν προλαβαίνουν να σημειώσουν όσα γράφονται στον πίνακα ή εργασίες που έχουν να κάνουν για την επόμενη μέρα. Ο δάσκαλος καλό θα ήταν να τους βοηθήσει σημειώνοντας τα διακριτικά ή δίνοντας φυλλάδια για το τι πρέπει να κάνει στο σπίτι.
- Οι φωτοτυπίες αλλά και τα τεστ μπορούν να έχουν μέσα διάφορες εικόνες όπως από κόμικς, για να τραβάει το ενδιαφέρον των παιδιών. Επίσης, βοηθάει να είναι γραμμένες στον υπολογιστή με μεγάλη γραμματοσειρά και όχι πυκνογραμμένες.

- Στα μαθήματα, όπως η ιστορία, τα μαθηματικά, τα θρησκευτικά, η μελέτη περιβάλλοντος που είναι κατά κύριο λόγο θεωρητικά, θα πρέπει να συνδέονται από σχεδιαγράμματα και μια περίληψη ώστε το παιδί να μην μπερδεύεται και χάνεται από τις λεπτομέρειες του βιβλίου. Καλό θα ήταν οι ερωτήσεις να είναι κλειστού τύπου για την εξέταση του μαθήματος. Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου θα δυσκολεύουν τα παιδιά με αυτή την διαταραχή.
- Για την αφομοίωση της σχολικής ύλης, θα βοηθούσαν οι συχνές επαναλήψεις αλλά και τα σύντομα τεστ (Καλαντζή-Αζίζ, 1992)
- Οι εργασίες με ζευγάρια ίσως να είναι καλύτερες από τις ομαδικές εργασίες, καθώς στις ομαδικές εργασίες λόγω των πολλαπλών ερεθισμάτων υπάρχει περίπτωση η προσοχή του να διασπαστή πιο εύκολα.
- Η διαδικασία των μεταγνωστικών στρατηγικών μάθησης διευκολύνει όχι μόνο τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, αλλά και όλους τους υπόλοιπους μαθητές. Ωφέλιμο θα ήταν να γίνει καθοδήγηση των παιδιών να ρωτούν τους εαυτούς τους «Ποιος είναι ο στόχος μου;», «Τι πρέπει να κάνω για να πραγματοποιήσω τον στόχο;», «Τι θα χρειαστώ;», «Πώς θα το κάνω;», «Πόσο χρόνο θα χρειαστώ;»
- Επίσης, θα βοηθούσε τους μαθητές να εκπαιδευτούν στο να παρακολουθούν και να διορθώνουν μόνοι τους τον εαυτό τους, ρωτώντας τον «Πώς θα πάω;», «Χρειάζομαι περισσότερες πληροφορίες;», «Χρειάζομαι βοήθεια;».
- Επιπρόσθετα καλό θα ήταν να διδαχτούν πώς να αξιολογούν μόνοι τους τον εαυτό τους, κάνοντας ερωτήσεις «Πώς τα πήγα;»
- Καλό θα ήταν να αποφευχθεί το μεγάλο φόρτο εργασίας στο σπίτι, καθώς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βλέποντας το μεγάλο αριθμό ασκήσεων αποθαρρύνονται. Στόχος είναι οι ποιοτικές ασκήσεις και όχι οι ποσοτικές.
- Καλό θα ήταν επίσης, να γίνει χρήση διάφορων οπτικών τεχνικών, για να τραβήξουν την προσοχή των παιδιών, όπως χρωματιστούς μαρκαδόρους για τον πίνακα και λέξεις κλειδιά σε έντονα χρώματα (Rief, S, 2005).

2.5.4 Διαχείριση συμπεριφοράς στην τάξη

- Καλό θα ήταν να γινόταν σαφείς οι κανόνες της τάξης για το ποια είναι η κατάλληλη συμπεριφορά μέσα στην αίθουσα. Θα βοηθούσε η θετική ενίσχυση για την προσπάθεια και την επιθυμητή συμπεριφορά. Καλό θα ήταν να βρεθούν διάφοροι τρόποι για να επιβραβευνθεί άμεσα η θετική συμπεριφορά του παιδιού.

- Η συνέπεια και η ειλικρίνεια είναι απαραίτητες κάθε φορά, ακόμη και στην επιβράβευση.
- Καλό θα ήταν να γίνει προσπάθεια των εκπαιδευτικών ώστε να είναι σαφής και συνεπής με τις προσδοκίες τους για μια σχολική δραστηριότητα. Επίσης, χρήσιμο θα ήταν να γίνει προσπάθεια τήρησης ρεαλιστικών και διαφορετικών στόχων για κάθε μαθητή. Τέλος, να γίνει έλεγχος των στόχων απέναντι στην ανταπόκριση, στις ανάγκες, όσο και στις ικανότητες του κάθε μαθητή.
- Προσοχή χρειάζεται επίσης στους εκπαιδευτικούς ο τόνο της φωνής, η ταχύτητα της ομιλίας, η στάση του σώματος καθώς οι λεκτικές παρατηρήσεις κατά την διάρκεια του μαθήματος.
- Για κάθε συμπεριφορά του μαθητή καλό θα ήταν να γίνει έλεγχος τι προηγήθηκε. Μπορεί η συμπεριφορά του μαθητή με ΔΕΠ-Υ να είναι αποτέλεσμα των συμπεριφορών των υπόλοιπων μαθητών.
- Σε περιπτώσεις εκφοβισμού, στιγματισμού, απρεπές σχολιασμού προς το μαθητή, η ανοχή του εκπαιδευτικού καλό θα ήταν, να είναι μηδενική. Να μην επιτραπεί η υπάρξει τέτοιων σχολίων μέσα αλλά και όσο το δυνατόν έξω από την τάξη.
- Μέσω δραστηριοτήτων όπως το παιχνίδι ρόλων, κοινωνικών ιστοριών και δραστηριοτήτων ενδυνάμωσης της ομάδας, ωφέλιμο θα ήταν να δοθεί η δυνατότητα στο παιδί και να του αφιερωθεί αρκετός χρόνος, για να μάθει την αποδεκτή κοινωνική συμπεριφορά (Σκαναβή Ε., 2012)
- Κάτι που θα μπορούσε να φανεί αρκετά χρήσιμο, δίνοντας στο παιδί κίνητρο για να πραγματοποιήσει τους στόχους που τέθηκαν είναι ένα «τετράδιο επιβράβευσης».
- Κάτι που θα μπορούσε να βοηθήσει θα ήταν να γίνει ευαισθητοποίηση των μαθητών της τάξης από τον εκπαιδευτικό, εξηγώντας και αναλύοντας τα χαρακτηριστικά και τις δυσκολίες της ΔΕΠ-Υ.
- Καλό θα ήταν όσο είναι αυτό εφικτό να αναδειχθούν τα θετικά στοιχεία του παιδιού, μέσω διάφορων δραστηριοτήτων μέσα στην τάξη, ώστε να τονωθεί η αυτοεκτίμηση του, αλλά και η υπευθυνότητα του.
- Καλό θα ήταν να γίνει προσπάθεια χρήσης περισσότερων θετικών ενισχυτών (αμοιβών) παρά ποινών. Ο εκπαιδευτικός θα μπορούσε να εστιάσει σε

επιθυμητά αποτελέσματα και όχι σε ανεπιθύμητες συμπεριφορές. (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη, 2012). Η συχνότητα που δίνονται οι αμοιβές θα πρέπει να είναι τόσο ώστε να διατηρείται η πρακτική χρησιμότητα τους.

- Σε περίπτωση που χρειαστεί η επιβολή κάποιας τιμωρίας στο μαθητή, αυτό θα ήταν καλό να γίνει με ήρεμο τρόπο, ώστε να γίνει κατανοητός από το παιδί ο λόγος της τιμωρίας (Σκουντή, 2009).

Πολύ σημαντικό για την υλοποίηση του προγράμματος διαχείρισης και εκπαίδευσης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ είναι να υπάρξει σωστή συνεργασία με τους γονείς του παιδιού. Εκείνοι είναι που περνάνε περισσότερες ώρες με το παιδί και του μαθαίνουν πώς να διαβάσει, πώς να διαχειρίζεται τον χρόνο των εργασιών και άλλων σημαντικών στοιχείων, που βοηθούν απεριόριστα στο έργο των εκπαιδευτικών. Οι εκπαιδευτικοί από την μεριά τους καλό θα ήταν να ενημερώνουν τους γονείς για τυχόν αλλαγές στην συμπεριφορά του παιδιού τους, αλλά και την σχολική απόδοση του μαθητή με ΔΕΠ-Υ. Όπως έχει αποδειχτεί αρκετές φορές, αυτό που βοηθάει στην καλύτερη απόδοση του μαθητή με ΔΕΠ-Υ είναι η λειτουργική και αμοιβαία συνεργασία εκπαιδευτικού-γονέα.

Συμπερασματικά, καλό θα ήταν να αναφερθεί ότι το παιδί με ΔΕΠ-Υ από την στιγμή της γέννησης του αντιμετωπίζει κάποιες δυσκολίες, οι οποίες οι περισσότερες έχουν οργανική αιτιολογία που επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να οδηγήσουν το παιδί στην εμφάνιση κι άλλων δυσκολιών, όπως είναι οι μαθησιακές δυσκολίες. Παρόλα αυτά, οι κατάλληλές και εξειδικευμένες παρεμβάσεις μπορούν να δημιουργήσουν ένα σωστά προσαρμοσμένο στις ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκπαιδευτικό περιβάλλον, που αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα και μαθησιακές δυσκολίες. (Μπαστέα & Παπαδάτος, 2016).

Κεφάλαιο 3: Η ψυχική κατάσταση γονέων και παιδιών

3.1 Η ψυχική κατάσταση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ

Είναι σαφές το γεγονός ότι ένα παιδί με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, βιώνει έντονα τα συναισθήματα, τόσο από τις αλληλεπιδράσεις με το οικογενειακό του περιβάλλον, όσο και με το κοινωνικό. Πιο αναλυτικά, όπως κάθε παιδί, αλλά περισσότερο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν δυσκολία στην διαχείριση των συναισθημάτων τους. Οι ερευνητές κάνουν αναφορά στο σημαντικό ρόλο που παίζουν τα συναισθήματα στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Τα παιδιά αυτά δεν έχουν διαφορετικά συναισθήματα από αυτά των συνομήλικων τους. Αισθάνονται ακριβώς τον πόνο, τον θυμό, τη θλίψη, την απογοήτευση, την τεμπελιά και την ανησυχία, όπως όλοι οι άλλοι. Αυτό όμως που διαφέρει, είναι ο βαθμός έντασης που τα βιώνουν, που είναι συχνά μεγαλύτερος συγκριτικά με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Επίσης, διαρκούν περισσότερο και επηρεάζουν το σύνολο της ζωής του παιδιού και κατ' επέκταση της οικογένειας του. Επιπλέον, τα παιδιά αυτά, τη στιγμή της μη διαχείρισης των συναισθημάτων τους, μπορούν να εκδηλώσουν διάφορες συμπεριφορές. Για παράδειγμα, ορισμένα παιδιά ενδεχομένως να αδυνατούν να σταματήσουν τον θυμό τους, να ολοκληρώσουν μια δραστηριότητα ή ακόμη να την ξεκινήσουν.

Συνήθως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αισθάνονται εύκολα απογοήτευση, που τους οδηγεί στην παραίτηση, αισθάνονται έντονη ανησυχία για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμη και για ασήμαντα γεγονότα. Επίσης, νιώθουν το αίσθημα της αδικίας με την παραμικρή επίπληξη ή κριτική, και τέλος, τους χαρακτηρίζει η ανυπομονησία στην απόκτηση ενός πράγματος ή στην επίτευξη ενός στόχου. Επιπροσθέτως, παρουσιάζουν δυσκολίες με την εργασιακή μνήμη, γεγονός που καθιστά δύσκολο να θυμούνται την συμπεριφορά τους και την κατάσταση που βιώνουν γενικά, και επικεντρώνονται μόνο στα συναισθήματα και στις πράξεις εκείνης της στιγμής. Τέλος, στα παιδιά αυτά είναι πιο αργή η ανάπτυξη δεξιοτήτων του ελέγχου των συναισθημάτων τους, καθώς η άμεση συγκίνηση της στιγμής επηρεάζει όλες τις σκέψεις τους (Παπαναστασίου, Φώτης, 2018).

Στην πραγματικότητα, τα παιδιά αυτά καταλαβαίνουν τι συμβαίνει, αλλά δεν μπορούν πάντα να το εκφράσουν λεκτικά. Λόγω των προβλημάτων που προκαλούνται από τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να πιστεύουν ότι δεν είναι αρκετά έξυπνα, εξειδικευμένα και

καλά παιδιά. Αυτό φυσικά, επηρεάζει την αυτοπεποίθησή τους. Επειδή, τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (παρορμητικότητα, έλλειψη προσοχής, υπερκινητικότητα) μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ακαδημαϊκή επιτυχία του παιδιού, τις κοινωνικές σχέσεις και την επικοινωνία μέσα στην οικογένεια, αυτά τα παιδιά ενδέχεται πολλές φορές στην διάρκεια της ημέρας να εκτίθενται σε προειδοποιήσεις και αρνητικά σχόλια. Όλα αυτά τα αρνητικά σχόλια επηρεάζουν αρνητικά τη φυσική αίσθηση του παιδιού. Ύστερα, εκτός από τη ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανιστούν δευτερεύοντα συναισθηματικά προβλήματα (κατάθλιψη, διαταραχές άγχους, κ.λπ.). Προκειμένου να προστατευθεί η ψυχική υγεία του παιδιού και να υποστηριχθεί η προσωπική του ανάπτυξη, είναι πολύ σημαντικό να γίνει παρέμβαση την κατάλληλη στιγμή και με τις κατάλληλες μεθόδους (BAKANAY, 2019).

Ένα από τα μεγαλύτερα ζητήματα που έρχονται αντιμέτωποι τόσο οι γονείς, όσο και τα ίδια τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι ο θυμός και η εναντιωματική συμπεριφορά. Αυτές οι δύο συμπεριφορές είναι συνήθως, που οδηγούν τους γονείς στην ζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς, και αυτές που στιγματίζουν τα παιδιά αυτά. Για το λόγο αυτό, χρήζει αναφοράς το γεγονός ότι δεν είναι σκοπός των παιδιών να ταλαιπωρούν τους γονείς τους, παρόλο που ορισμένες φορές δίνεται αυτή η εντύπωση. Όταν μία συμπεριφορά είναι βιολογική, σημαίνει ότι το παιδί δεν έχει τον έλεγχο της συμπεριφοράς του, δεν έχει την δυνατότητα να σκεφτεί και να επεξεργαστεί τον τρόπο αντίδρασης του, καθώς συμβαίνει αυτόματα. Για τον λόγο αυτό, πολλά παιδιά αισθάνονται ενοχές εκ των υστέρων, για την παρορμητική τους συμπεριφορά. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ, λοιπόν, δεν διαθέτει τους μηχανισμούς εκείνους που του επιτρέπουν να ελέγξει τα συναισθήματα του. Άλλωστε, ο Dr Edward Hallowell χαρακτήρισε το μυαλό ενός ατόμου με ΔΕΠ-Υ ως «μία Ferrari με φρένα ποδηλάτου» (Καραμάνη, 2019) (Edward Hallowell, 2014).

Εν συνεχεία, ένα επιπλέον πρόβλημα που συχνά συνοδεύει την διαταραχή είναι η δυσκολία να αναπτύξουν καλές σχέσεις με συνομηλίκους τους. Η ενοχλητική, παρεισφρητική και απρόσεκτη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες κοινωνικής απομόνωσης και απόρριψης από τους συνομηλίκους, τα οποία συμβάλλουν στο γεγονός ότι πολλά από τα παιδιά αυτά συχνά νιώθουν μόνα και παρεξηγημένα (Hinshaw, et al., 1997). Επιπλέον, ο χρόνος που χρειάζονται οι συνομήλικοι για να προσέξουν και να αντιδράσουν αρνητικά σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ που μόλις γνωρίζουν, είναι οδυνηρά σύντομος, και μετριέται σε λεπτά και ώρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα παιδιά αυτά μπορεί επίσης να κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν άγχος, διαταραχές της διάθεσης, κατάχρηση ουσιών και

εγκληματικότητα, κυρίως κατά την εφηβεία. Δεν γνωρίζουμε ακόμα πλήρως πώς ακριβώς συμβάλλει η ΔΕΠ-Υ στα κοινωνικά προβλήματα. Οι έρευνες δείχνουν ότι η επιθετική συμπεριφορά στα παιδιά με συμπτώματα παρορμητικότητας/υπερκινητικότητας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην απόρριψή τους από τους συνομηλίκους. Πολλές μελέτες επίσης, δείχνουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ του τύπου κυρίως ελλειμματικής προσοχής, συχνά θεωρούνται από τους συνομηλίκους τους ντροπαλά ή απόμακρα. Άλλοι παράγοντες που μπορούν να συντελέσουν στην απόρριψη από τους συνομηλίκους είναι η αδυναμία του παιδιού να ελέγξει τις παρορμήσεις του, να περιμένει τη σειρά του, να ακολουθήσει οδηγίες, καθώς και η έντονη φλυαρία που συχνά παρουσιάζει (ΒΕΡΒΕΡΗ, 2013).

Η γονεϊκή συμπεριφορά διαδραματίζει επίσης, ένα ρόλο στη σχέση των παιδιών με τους συνομηλίκους τους. Ο Hinshaw και οι συνεργάτες του (1997) βρήκαν ότι η αυστηρή διαπαιδαγώγηση, με το συνδυασμό των σταθερών ορίων, της κατάλληλης αντιπαράθεσης, των λογικών επιχειρημάτων, της ζεστασίας και της υποστήριξης, βελτιώνει σημαντικά τις κοινωνικές ικανότητες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η ρύθμιση συμπεριφοράς των παιδιών αυτών, θα βοηθήσει στη βελτίωση της συγκέντρωσης, στην πιο κατάλληλη ανταπόκριση στις κοινωνικές περιστάσεις και στην μείωση των ξεσπασμάτων θυμού και των επιθετικών εκρήξεων (Βοστάνης, 2006).

Στο Γερμανικό περιοδικό Eltern Magazin, δύο παιδιά, ο Μάικλ και η Λάουρα, που έχουν διαγνωστεί με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, έδωσαν συνέντευξη αναφέροντας την δική τους προσωπική εμπειρία, πώς το βιώνουν οι ίδιοι, αλλά και το περιβάλλον τους.

Ο Μάικλ διαγνώστηκε με ΔΕΠ-Υ στην 1^η τάξη. Πήρε το Ritalin για πέντε χρόνια. Η θεραπεία διακόπηκε. Από την 6^η τάξη και μετά, ο Μάικλ αρνήθηκε τόσο την ιατρική όσο και την ψυχολογική υποστήριξη. Τώρα βρίσκεται στην 8^η τάξη και θα μεταβεί σε ιδιωτικό σχολείο αυτό το φθινόπωρο για να αποφοιτήσει από το σχολείο. Ο ίδιος αναφέρει: *«Σηκώνομαι άσχημα το πρωί επειδή δεν μπορώ να κοιμηθώ το βράδυ, οπότε συχνά αργώ για το σχολείο. Μπορώ τώρα και αντισταθμίζω τον χαμένο χρόνο, πηγαίνοντας με το ποδήλατο στο σχολείο. Οι δάσκαλοί μου και η μητέρα μου συνεχίζουν να λένε ότι πρέπει να δοκιμάσω φάρμακα ή να πάω σε ψυχολόγο. Δεν το θέλω αυτό. Πήρα φάρμακα για αρκετό καιρό. Με έκαναν πολύ αργό, κάτι που δεν μου άρεσε και δεν πεινούσα πια. Εφόσον είμαι καλά, δεν καταλαβαίνω γιατί πρέπει να πάω σε ψυχολόγο».*

Η Λάουρα διαγνώστηκε με διάσπαση προσοχής στην 1^η τάξη. Πήρε το Ritalin για αρκετά χρόνια, αλλά μαζί με τον αδερφό της αποφάσισε να παραιτηθεί από τα φάρμακα

και την ψυχολογική υποστήριξη. Σήμερα είναι στην 7^η τάξη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, έχει καλούς βαθμούς και όνειρα. Η ίδια στην συνέντευξη που έδωσε ανέφερε: «Στο σχολείο συχνά αποσπάται η προσοχή μου από τα απλούστερα πράγματα. Για παράδειγμα τι συμβαίνει έξω από το παράθυρο ή τι κάνουν οι συμμαθητές μου, τι βλέπουν, τι γράφουν. Όσον αφορά τις εξετάσεις, δεν επικεντρώνομαι στα βασικά, δηλαδή στο γράψιμο των εξετάσεων, αλλά στο τι συμβαίνει γύρω μου. Έτσι πολλές φορές χάνω την αίσθηση του χρόνου. Αυτό συμβαίνει όχι μόνο στα πλαίσια του σχολείου, αλλά και με τους φίλους μου. Συχνά κανονίζουμε και δίνουμε ραντεβού σε συγκεκριμένα μέρη μετά το σχολείο. Αλλά το ξεχνάω συχνά, και τότε προσπαθώ να τους εξηγήσω ζητώντας τους συγγνώμη. Μερικές φορές τους υπόσχομαι ότι θα τους βοηθήσω σε κάποιο μάθημα. Αλλά αυτό αφαιρείται γρήγορα από το μυαλό μου. Το καταλαβαίνω μόνο όταν είναι πολύ αργά.

Στην συνέχεια η Λάουρα μίλησε για τον ελεύθερο της χρόνο. «Στον ελεύθερο χρόνο μου με τους φίλους μου, μερικές φορές μου συμβαίνει το εξής: ξαφνικά έχω ένα «ενεργειακό σοκ» και θέλω να σηκωθώ ή να πηδήξω. Τότε ελπίζω μέσα μου οι φίλοι μου να αντιδράσουν θετικά. Ευτυχώς για μένα, τις περισσότερες φορές αντιδρούν ευγενικά και με ζητούν να σταματήσω. Μερικές φορές το τραβάω στα άκρα και μετά έχω πρόβλημα. Εν μέρει δεν θέλω καθόλου αυτή τη συμπεριφορά, δεν θέλω καμία αντίδραση ή απάντηση από αυτούς. Τότε νιώθω ότι οι άλλοι δεν κάνουν τίποτα και απλώς στέκονται τριγύρω. Γι' αυτό συνεχίζω να διαφωνώ με τους φίλους μου. Όταν καθόμαστε στο τραπέζι της οικογένειας και μιλάμε ή τρώμε, είναι δύσκολο για μένα να καθίσω εκεί και να μην κάνω τίποτα για να ακούω τους υπόλοιπους. Αλλά κατάφερα να ξεπεράσω αυτήν την αδυναμία και όλο και περισσότερο πετυχαίνω να παραμένω ήρεμη στο τραπέζι, αλλά και με φίλους ή στο σχολείο. Από τις αρχές της 1^{ης} έως της 4^{ης} τάξης, πήρα φάρμακα, αλλά δεν λειτουργούσε πάντα. Η οργή μου με έφερε αντιμέτωπη με μερικές ενοχλητικές στιγμές με τους φίλους μου. Για παράδειγμα, στο πάρτι γενεθλίων μου είχα μια τόσο βίαιη έκρηξη θυμού και φώναζα τρομερά, που στο τέλος σταματήσαμε να παίζουμε. Δεν μπορούσα να σταματήσω να φωνάζω και να ουρλιάζω, παρόλο που η μητέρα μου προσπάθησε να με ηρεμήσει. Είχα αυτά τα ξεσπάσματα για πολύ καιρό. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω, ούτε να παρηγορηθώ από άλλους. Οι φίλοι δεν ήθελαν να έρθουν σε μένα τα επόμενα χρόνια. Δεν πίστευα ότι το φάρμακο θα μπορούσε να με βοηθήσει με αυτά τα ξεσπάσματα συναισθήματος. Έτσι ήθελα να μάθω να ελέγχω τον εαυτό μου» (Hotz, 2015).

Επιπροσθέτως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά βρίσκονται σε μόνιμο αγώνα ενάντια στον υπόλοιπο κόσμο, τον οποίο βιώνουν με πολύ αδικία και στον οποίο αισθάνονται

ότι παραμελούνται συνεχώς. Μαθαίνουν λίγα από την εμπειρία της ζωής και είναι πρόθυμα να αναλάβουν κινδύνους, επειδή δεν φαίνεται να σκέφτονται τις συνέπειες των πράξεων τους. Αυτό οδηγεί επίσης σε αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων. Η συνεχής αλλαγή της διάθεσης και οι βίαιες εκρήξεις θυμού οδηγούν σε δύσκολες οικογενειακές καταστάσεις στις οποίες οι γονείς χάνουν την ψυχραιμία τους και μπορούν επίσης, να αντιδράσουν συναισθηματικά και βίαια (ADHS NETZWERK, 2018).

Σε μία Γερμανική ιστοσελίδα, ένας άνθρωπος παραθέτει μία συνέντευξη αναφέροντας την εμπειρία του και τα συναισθήματά του, καθώς διαπίστωσε ότι πάσχει από την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας σε ηλικία 44 ετών. Ο ίδιος αναφέρει: *«Σε όλη μου τη ζωή έπρεπε να εφαρμόσω πειθαρχία. Πειθαρχία να μην ξεχωρίζω αρνητικά. Πειθαρχία να καθίσω και να φάω σωστά. Πειθαρχία να μην θυμώνω. Πειθαρχία να απομνημονεύω πράγματα ακόμα κι αν δεν καταλαβαίνω το νόημα πίσω τους, μια σχεδόν αδύνατη προσπάθεια, πολύ επώδυνη που καταναλώνει ενέργεια – όπως όλα στη ζωή μου. Διατηρώντας την πειθαρχία, διαχειρίζομαι τον εαυτό μου, την οικογένειά μου, και είμαι εκεί για όλους.*

Είναι πολύ κουραστικό. Παίρνει την τελευταία μου δύναμη. Δραστηριότητες και χαρακτηριστικά που μπορούν να τα διαχειριστούν άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ χωρίς μεγάλη προσπάθεια, χωρίς σπουδαία πειθαρχικά μέτρα. Ως παιδί, μου είπαν να μην ονειρεύομαι τόσο πολύ και να μην αποσπάται τόσο πολύ η προσοχή μου. Δεν κατάλαβα τι μου πήγε στραβά. Κατά τη γνώμη μου, ήμουν πάντα πολύ συγκεντρωμένος, ποτέ δεν ονειρευόμουν. Αντίθετα, υπάρχουν πάντα τόσες πολλές πρόσθετες σκέψεις που δεν μπορώ να λύσω αμέσως. Χρειάζεται μόνο χρόνος. Από τη δική μου άποψη ήμουν πάντα φιλικός - παρόλο που ήθελα να φωνάξω στον κόσμο "πόσο αγενής είσαι".

Ναι, μου χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να μάθω κάτι. Δεν είμαι ηλίθιος, γιατί έχω πολλά ενδιαφέροντα. Είμαι περίεργος για τα πάντα, θέλω να ξέρω και να βιώσω τα πάντα. Γιατί δεν το θέλουν και οι άλλοι; Αν ήξεραν πόσο δύναμη χρειάζεται - θα είχαν εγκαταλείψει τα πάντα.

Είμαι τόσο θυμωμένος. Μου έλεγαν για μια ζωή ότι ήμουν ηλίθιος, ότι δεν ήμουν αξιαγάπητος. Αυτό δεν μπορεί να συμβεί ούτως ή άλλως. Ποιος θέλει ή μπορεί να είναι πάντα σε όλους αξιαγάπητος; Σε μια κοινωνία όπου όλα και όλοι είναι τυποποιημένοι είναι τόσο απλό και τόσο βαρετό. Είμαι δυνατός και αρνούμαι να δεχτώ τις αξιολογήσεις των ανίδεων ανθρώπων που δεν αισθάνονται, που δεν βλέπουν, που δεν μπορούν να σκεφτούν και να φανταστούν σαν εμένα.

Είμαι 44 ετών τώρα. Το γνωρίζω μόνο για περίπου 6 εβδομάδες ότι έχω αυτό το «ταλέντο». Ήταν μια τεράστια ανακούφιση για μένα να ξέρω ότι μπορώ να είμαι αυτό που είμαι. Και τώρα περισσότερο από ποτέ.» (BIRGIT BOEKHOFF, 2017).

3.2 Προφίλ προσωπικότητας των γονέων με παιδιά ΔΕΠ-Υ

Μια ολοκληρωμένη άποψη σχετικά με τις πτυχές της ψυχικής κατάστασης των γονέων, αποτελεί πρακτική απάντηση για τους κλινικούς ιατρούς, με σκοπό να προσδιορίσουν τη σωστή αντιμετώπιση των γονέων, αλλά και των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Σε αυτό το πλαίσιο, ορισμένες μελέτες που διεξήχθησαν στο Ιράν, δείχνουν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στις μητέρες και στους πατέρες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι 48,1% και 43% αντίστοιχα (Ghanizadeh, Mohammadi, & Moini, 2008). Μία άλλη μελέτη, έδειξε ότι το 87% των πατεράδων με παιδιά ΔΕΠ-Υ, είχαν ιστορικό κατάχρησης ουσιών, καθώς υπέφεραν και από ψυχιατρικές ασθένειες σε μεγαλύτερο ποσοστό, συγκριτικά με τις μητέρες (Latha, Nair, & Bhat, 2012). Άλλες έρευνες σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς, έδειξαν ότι είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και καταθλιπτική διαταραχή της προσωπικότητας, σε σχέση με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Η παραπάνω μελέτη έδειξε επίσης, ότι οι μητέρες παρουσίαζαν προβλήματα συναφή με την κατάθλιψη, τις διαταραχές της διάθεσης, διαταραχές του άγχους και εξαρτήσεις διεγερτικών, ενώ οι πατέρες συναφή με τον αλκοολισμό (Margari, et al., 2013) (Chronis, et al., 2003) (Segenreich, Fortes, Coutinho, Pastura, & Mattos, 2009).

Επιπλέον, όσον αφορά τα προβλήματα της προσωπικότητας, παλαιότερα, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας σε σχέση με τους γονείς παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ (Morrison, 1980). Αξίζει να σημειωθεί ότι, η έλλειψη ψυχικής υγείας στους γονείς είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς αυξάνει τον κίνδυνο ψυχολογικών προβλημάτων στα παιδιά.

Αν λάβουμε, ως δεδομένο ότι η προσωπικότητα των γονέων αντικατοπτρίζει την γενικότερη ψυχική τους κατάσταση και τον τρόπο συμπεριφοράς τους, (Lippincott & Wilkins, 2005), διαταραχές προσωπικότητας των γονέων μπορεί να προδιαθέτουν τα παιδιά τους σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Staroselsky, et al., 2009). Ο προσδιορισμός των διαταραχών της προσωπικότητας των γονέων βοηθά στο να κατανοήσουμε καλύτερα και να προβλέψουμε τη μελλοντική συμπεριφορά τους, καθώς και να προσδιορίσουμε τους παράγοντες των προβλημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στο Community Psychiatric Rehabilitation Center (CPRC) του Πανεπιστημίου Ταμπρίζ Ιατρικών Επιστημών στο Ιράν, με σκοπό να προσδιορίσει το προφίλ προσωπικότητας των γονέων με παιδιά ΔΕΠ-Υ από 6 έως 12 ετών, από τα 170 παιδιά, τα 80 παρουσίασαν συνοδά προβλήματα, ενώ τα 90 δεν παρουσίασαν. Όσον αφορά την εκπαίδευση που έλαβαν οι γονείς στην διάρκεια της ζωής τους, 61 άτομα, δηλαδή το 35% είχαν λάβει σχολική εκπαίδευση, 11 άτομα (6,5%) είχαν λάβει απολυτήριο λυκείου, 75 άτομα (44,1%) είχαν λάβει δίπλωμα σε μία ιδιότητα, 19 άτομα (11,2%) είχαν λάβει πτυχίο Πανεπιστημίου, ενώ μόνο 4 άτομα (2,4%) είχαν λάβει Master Class και Ph. D πτυχία.

Συμπερασματικά, η παραπάνω έρευνα είχε ως στόχο να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από 6 έως 12 ετών, και διαπίστωσε ότι ο συνολικός επιπολασμός των διαταραχών της προσωπικότητας στους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ που βασίζονται στη MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory- Third Edition) ήταν 55,9%. Οι διαταραχές προσωπικότητας ήταν περισσότερο επικρατέστερες στις μητέρες με 63,9%, έναντι των πατεράδων με 45,2%. Ο επιπολασμός της αντικοινωνικής διαταραχής ήταν υψηλότερος στους πατέρες των παιδιών. Με βάση το ακριβές τεστ του Fisher, 49 παιδιά (61,3%) χωρίς συνοδά νοσήματα και 46 παιδιά (51,1%) με συνοδά προβλήματα, είχαν γονείς με διαταραχή προσωπικότητας. Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία αυτά, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η θεραπεία των προβλημάτων προσωπικότητας των γονέων είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την θεραπεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Dadashzadeh, Amiri, Atapour, Salman, & Mahan, 2014).

Συνολικά, σύμφωνα με τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας, παρόλο που υπάρχει υψηλός επιπολασμός των διαταραχών προσωπικότητας στους γονείς, δεν μπορεί να θεωρηθεί αυτό και μόνο ως η αιτία εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά, υπενθυμίζουν την σημασία των κλινικών παρεμβάσεων και θεραπειών στους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Αναφέρθηκε επίσης, ότι η ελλειμματική προσοχή και οι συνοδές διαταραχές στα παιδιά, καθώς και η κατάθλιψη στις μητέρες, συσχετίζεται σημαντικά με μειωμένη μητρική συναισθηματική φροντίδα. Επίσης, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα των παιδιών, καθώς και τα νευρωτικά χαρακτηριστικά των μητέρων συνδέονται με μία υπερ-προστατευτική μητέρα, με μειωμένη αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού και με μία κακή στήριξη της οικογένειας (Gau & Chang, 2013). Τα ευρήματα τόνισαν επίσης, ότι τα παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές είχαν γονείς που υπέφεραν

από ψυχικές διαταραχές (Dean, et al., 2010) (Gottesman, Laursen, Bertelsen, & Mortensen, 2010) (Agha, Zammit, Thapar, & Langley, 2013). Σύμφωνα με την θεωρία της οικογένειας του συστήματος, η συμπεριφορά του κάθε μέλους της οικογένειας, και ιδιαίτερα των γονιών, επηρεάζει τη συμπεριφορά των άλλων μελών της, και ιδιαίτερα των παιδιών. Ως εκ τούτου, η ύπαρξη οποιασδήποτε ψυχιατρικής διαταραχής στους γονείς, επηρεάζει τη συμπεριφορά των παιδιών και αυξάνει τα προβλήματα συμπεριφοράς τους (Lee, Lin, Yang, Chen, & Niew, 2013).

Ωστόσο, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις συνδυαστικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα είναι περισσότερο αποδοτικές, αν διεξαχθεί παράλληλα και μια οικογενειακή-θεραπευτική προσέγγιση, η οποία θα είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων των παιδιών αυτών (Matos, Bauermeister, & Bernal, 2009) (Robin, 2008).

Τέλος, σε μία μελέτη που έγινε στο Kaiser Permanente, ένα κέντρο οργανωμένης φροντίδας με έδρα την Καλιφόρνια στις ΗΠΑ, χρησιμοποιήθηκαν αυτοματοποιημένα δεδομένα, συγκρίνοντας μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τις μητέρες με παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ, και κατέληξαν ότι οι πρώτες είναι περισσότερο πιθανό να διαγνωστούν από ασθένειες ψυχικής υγείας. Οι λόγοι για τις διαφορές αυτές εξηγούνται πιθανώς από ένα συνδυασμό βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Thomas Ray, Croen, & Habel, 2010).

3.2.1 Η εμπειρία μητέρας παιδιού με ΔΕΠ-Υ

Ακολουθούν λίγα λόγια από την ομιλία της Ζωής Σολωμάκου στη θεματική «Η ΔΕΠΥ από τη πλευρά των ασθενών» που παρουσιάστηκε στο 1ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο για τη ΔΕΠΥ "Από το Παιδί στον Ενήλικα" στις ημερομηνίες 9 - 11 Οκτωβρίου 2015 στην Αθήνα. Η Ζωή Σολωμάκου είναι μητέρα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, αλλά και γυναίκα συζύγου με ΔΕΠ-Υ. Στα πλαίσια της ομιλίας της, με σκοπό να μοιραστεί με το κοινό τις δυσκολίες που έχει περάσει για να φτάσει να γνωρίζει τι συμβαίνει και τι έχει να αντιμετωπίσει, τόσο με το παιδί της, όσο και με τον σύζυγο της, αναφέρονται τα παρακάτω λόγια. Παρόλα αυτά, επισημαίνει ότι το συναίσθημα της γνώσης αυτής, είναι πολύ ανακουφιστικό, εν αντιθέσει με τον δύσκολο δρόμο τον οποίο καλείται να βαδίζει καθημερινά (Σολωμάκου, 2015).

«Κανείς δεν μας διδάσκει πώς να γίνουμε γονείς. Και πολλές φορές σε κάποιους τα πράγματα έρχονται πολύ εύκολα! Έχουν τα πιο ήσυχα, τα πιο υπάκουα και τα πιο διαβαστερά παιδιά!!! Άλλοι όμως όχι. Δεν είναι τόσο τυχεροί! Έ αυτοί οι γονείς πρέπει να εκπαιδευτούν υποχρεωτικά. Και επειδή δεν υπάρχει κανένα σχολείο για να το κάνει

αυτό, πρέπει να το κάνουμε μόνοι μας!!! Για να βοηθήσουμε τα παιδιά μας και να κάνουμε την ζωή μας και την οικογένειά μας πιο ευτυχισμένη!»

Επιπροσθέτως, σε μία συνέντευξη του Γερμανικού περιοδικού Eltern Magazin, μία μητέρα, η Nadja L. παραθέτει την εμπειρία της σχετικά με το μέγλωμα παιδιών με ΔΕΠ-Υ, καθώς κυριαρχεί στη ζωή της η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής των δύο εκ των τεσσάρων παιδιών της.

Η ίδια αναφέρει: *«Ήταν ήδη σαφές για μένα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και θα γινόταν εμφανές γρήγορα και σε όλους τους άλλους μετά τη γέννηση: το δεύτερο παιδί, ο γιος μας, ήταν διαφορετικό, πολύ πιο ζωντανό από το πρώτο. Από την αρχή ήταν δύσκολο να κοιμηθεί, καθώς και να κοιμηθεί στο νηπιαγωγείο ήταν αδύνατο. Αν αντιμετώπιζε ένα εμπόδιο την στιγμή που θα σερνόταν κάτω στο πάτωμα, θα χτυπούσε το μέτωπό του στο πάτωμα ή στον τοίχο. Παρά την γρήγορη παρέμβασή μου, είχε μώλωπες σε όλο το μέτωπό του. Ο παιδίατρος, σημείωσε «αυτόνομη συμπεριφορά» στο σημειωματάριο. Η ιδιοσυγκρασιακή, οδονηρή και ακατάλληλη συμπεριφορά του γιού μας, παρέμεινε το σήμα κατατεθέν του.*

Είναι δεκαέξι ετών σήμερα. Εκτιμώ τα θετικά του χαρακτηριστικά, όπως τη γοητευτική, ευαίσθητη και όμορφη προσωπικότητα του, τη προθυμία του να βοηθήσει και το έντονο αίσθημα της δικαιοσύνης.

Το ίδιο ισχύει και για το τρίτο μας παιδί, μία κόρη που ξεκίνησε πολύ διαφορετικά, αλλά παρόμοια με τον αδερφό της. Η παρορμητική, πολύ συναισθηματική, ανυπόμονη συμπεριφορά και αντίδραση των δύο μου παιδιών με προκαλεί ακόμη και σήμερα. Για χρόνια, χρειάζονταν τη συνεχή προσοχή μου, έτσι ώστε η μέρα να μην τελειώσει με ταραχή ή να καταλήξει σε ένα δωμάτιο έκτακτης ανάγκης του νοσοκομείου.

Ως μητέρα τριών παιδιών προσχολικής ηλικίας, έπρεπε να επικεντρωθώ στο να λειτουργούμε όλοι μας (συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού μου!), όλη την διάρκεια της ημέρας με ασφάλεια. Μπορούσα να φροντίζω μόνο ένα παιδί κάθε φορά.

Τα υπερκινητικά παιδιά λειτουργούν σαν μπάλες φλίπερ: μέχρι να φτάσουν στο κρεβάτι, μετακινούνται σε τουλάχιστον δέκα διαφορετικά σημεία του σπιτιού, και μερικές φορές ξεκινάνε ξανά το παιχνίδι. Έπρεπε να σταματήσω να σκέφτομαι ότι θα απολαύσω το δείπνο ως μία ιδιαίτερη στιγμή. Επικεντρωθήκαμε με τον σύζυγό μου να κάνουμε τα παιδιά μας, να κάθονται και να τρώνε.

Οι ερωτήσεις σύντομα εμφανίστηκαν: δεν θέλουν τα παιδιά μου ή δεν μπορούν; Ποιοι κανόνες συνύπαρξης είναι αρκετά σημαντικοί για να τους απαιτήσουμε και να τους επιβάλουμε για χρόνια, καθημερινά, ξανά και ξανά;

Οδηγίες που έχουν σύντομη μορφή, όπως «Βάλτε όλα τα βιβλία στο μπλε κουτί», είναι πιο επιτυχημένες από το να τους ζητήσουν να τακτοποιήσουν το δωμάτιο πριν από το δείπνο. Απαιτούνται επίσης δημιουργικές λύσεις για την εξισορρόπηση των διαφορετικών αναγκών των δύο παιδιών. Τα σχολεία επίσης, δημιούργησαν νέες προκλήσεις: τα παιδιά που έχουν μικρό χρονικό διάστημα προσοχής, λίγη αντοχή, συγκέντρωση και οργάνωση δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις του σχολείου. Βρίσκοντας όμως, μεμονωμένες μαθηματικές λύσεις ανεξάρτητα για το κάθε παιδί, ακολουθώντας προφορικές οδηγίες, δουλεύοντας σε ομάδες ή δουλεύοντας σε μακροπρόθεσμους στόχους βοηθήθηκαν πολύ τα παιδιά μου.

Μετά από αρκετές ανεπιτυχείς προσπάθειες παιδίατρων και σχολικών ψυχολόγων, τα παιδιά ανταποκρίθηκαν στο Kinder und Jugend Psychiatrischen Dienste (KJPD) (ψυχιατρική υπηρεσία παιδιών και εφήβων). Βρέθηκε η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ για τον γιο μου και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής για την κόρη μου».

Η ίδια συνεχίζει λέγοντας: «Ήμουν ευγνώμων για τους δασκάλους που δίδαξαν σταθερά, αντιλήφθηκαν το παιδί διαφορετικά, είχαν αίσθηση του χιούμορ και γενικά είχαν ισχυρά νεύρα και υπομονή. Ωστόσο, η αποζημίωση μειονεκτημάτων δεν είναι δυνατή στα περισσότερα σχολεία, οι αντιδράσεις των εκπαιδευτικών στις ειδικές ανάγκες του παιδιού λόγω έλλειψης πόρων είναι ως επί το πλείστον αρνητικές.

Για τον γιο μου, η απάντηση ήταν κάποια στιγμή το ιδιωτικό σχολείο. Η φιλόδοξη κόρη μου, από την άλλη πλευρά, βιώνει μια (σχεδόν) κανονική σχολική καριέρα. Οι ανησυχίες για τη σχολική σταδιοδρομία, για την ένταξη στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή είναι οι συνεχείς σκέψεις μου. Η πίεση να δικαιολογηθώ στους έξω μου δημιουργούσε ακριβώς το ίδιο πρόβλημα. Η κατηγορία για ακινητοποίηση παιδιών με φαρμακευτική αγωγή είναι επίπονη δήλωση για μένα.

Παρόλα αυτά, ορισμένοι από τους ειδικούς που επισκέφτηκα συμπεριφέρθηκαν συγκλονιστικά ως μη επαγγελματίες: Οι παιδίατροι προφανώς κατάφεραν να αποκλείσουν την υπερκινητικότητα στην αίθουσα αναμονής λόγω της συμπεριφοράς του παιδιού και να εντοπίσουν ένα εκπαιδευτικό πρόβλημα εκ μέρους μου. Οι σχολικοί ψυχολόγοι αρνήθηκαν την υπερκινητικότητα χωρίς περαιτέρω διευκρινίσεις. Στο σχολείο κατηγορήθηκα ότι δεν βοηθήσαμε το παιδί, επειδή δεν του δώσαμε φάρμακα ή του δώσαμε λάθος φάρμακα.

Παρά αυτήν την εξωτερική πίεση, εμείς οι γονείς πρέπει να επικεντρωθούμε στην ευημερία του παιδιού μας: Πώς είναι ο γιος μας; Τι θέλει η κόρη μας; Πόσο συχνά χρειάζεται αποσαφήνιση και πόσο εντατικά πρέπει να χορηγείται θεραπεία; Πόσο καιρό πρέπει να παίρνουν φάρμακα; Τα φάρμακα βοηθάνε πραγματικά να αισθάνονται καλύτερα ή απλά λειτουργούν καλύτερα; Δικαιούνται να είναι διαφορετικοί και σε ποιο βαθμό;

Τα παιδιά μας πήραν φάρμακα για τέσσερα χρόνια. Ήταν μια απίστευτη εμπειρία για μένα πώς ο γιος μου μπορούσε να επικοινωνήσει μαζί μου σε ένα μεγάλο βαθμό. Οι κοινωνικές του δεξιότητες αναπτύχθηκαν θετικά. Το φάρμακο δεν τον βοήθησε στο σχολείο. Παρά την αποδεδειγμένη μέση νοημοσύνη του, σύντομα έλαβε ειδικούς μαθησιακούς στόχους που τον οδήγησαν στην τάξη υποστήριξης. Σε ηλικία δεκατριών ετών, άρχισε να αρνείται τη φαρμακευτική αγωγή με διαφοροποιημένα επιχειρήματα. Η κόρη μας μαζί του. Μετά από μακρές συζητήσεις, σεβαστήκαμε την επιθυμία της.

Τέλος, το ερώτημα παραμένει το εξής: Πώς εμείς οι γονείς ως ζευγάρι και ως άτομα, παραμένουμε ψυχικά και σωματικά υγιείς από τα αγχωτικά σχολικά έτη και τα ακόμα πιο επίπονα εφηβικά χρόνια. Έμαθα να δέχομαι ότι τα παιδιά μας, όπως και εμείς ως οικογένεια, είναι εν μέρει συμβατά ή συγκρίσιμα με τα άλλα παιδιά. Από την άλλη, ο κοινωνικός αποκλεισμός των παιδιών, μας ενώνει περισσότερο ως οικογένεια».

Κλείνοντας, η Nadja L. αναφέρει: «Τα συνειδητά διαλείμματα στην οικογένεια είναι σημαντικά για όλους. Δημιουργούν μια απόσταση από την αγχωτική οικογενειακή ζωή, έτσι ώστε η ευγνωμοσύνη και η χαρά να μπορούν να προκύψουν ξανά και ξανά, να θαυμάζουμε τα συναρπαστικά παιδιά μας να μεγαλώνουν και να μπορούμε να τα στηρίζουμε στις εμπειρίες τους» (Hotz, 2015).

3.2.2 Συναισθήματα γονέων απέναντι στην διαταραχή των παιδιών τους

Η ανατροφή ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια πολύ σημαντική εμπειρία για τον γονέα, ταυτόχρονα όμως μπορεί να είναι πολύ δύσκολη και αγχώδης. Οι γονείς μπορεί να δυσκολεύονται να αποδεχτούν ότι τα προβλήματα του παιδιού τους περιγράφουν μία διαταραχή ή να δυσκολεύονται να κατανοήσουν ποια ακριβώς είναι η κατάσταση. Δεν πρέπει όμως, να αποφεύγουν να ρωτάνε, να συζητάνε, να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν και τη διάγνωση (BAKANAY, 2019). Η ΔΕΠ-Υ, κατά κανόνα, δημιουργεί διάφορα προβλήματα στο ζεύγος, στα αδέρφια και στην οικογένεια γενικότερα, καθώς ο καθένας από αυτούς επηρεάζεται από τη

συμπεριφορά του παιδιού και καλείται να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες στην καθημερινή ζωή που απορρέουν από αυτή την διαταραχή.



Εικόνα 3.5 Πηγή: (onmed.gr, 2019) 1

Για κάθε γονέα, το παιδί τους είναι, φυσικά, το πιο πολύτιμο και τέλειο. Στην πραγματικότητα όμως, δεν χρειάζεται να είναι τέλειο για να το αγαπάει ο γονέας, διότι η αγάπη των γονέων είναι άνευ όρων. Κάθε γονέας θέλει το καλύτερο και το πιο όμορφο για το παιδί του, αλλά μερικές φορές τα πράγματα έχουν διαφορετική πορεία. Δεν είναι τόσο εύκολο όσο γράφεται στα βιβλία να βλέπεις, να δέχεσαι και να παλεύεις με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί ως ένδειξη σοβαρού προβλήματος. Όταν προκύπτει ένα πρόβλημα με ένα παιδί, κάθε γονέας αρχικά πηγαίνει στην άμυνα, καθώς η προστασία της οικογένειας και του παιδιού του από εξωτερικούς παράγοντες είναι ένα φυσικό συναίσθημα.

Αν και είναι πεπεισμένοι για τις δυσκολίες που έχει βιώσει το παιδί με την πάροδο του χρόνου, υπάρχουν αναπάντητες ερωτήσεις από μεριά τους. Για παράδειγμα, πολλοί γονείς αναρωτιούνται «Έχει πραγματικά ΔΕΠΥ το παιδί μου ή είναι αυτό ένα από τα σχόλια του δασκάλου/του σχολείου/του ειδικού;» «Είναι απαραίτητη η θεραπεία με φάρμακα;» «Τι μέλλον περιμένει το παιδί; Μέχρι πότε θα χρειάζεται βοήθεια;» «Το παιδί είναι έτσι λόγω της συμπεριφοράς μας;», και πολλές άλλες ερωτήσεις. Είναι σημαντικό αυτά τα ερωτήματα να εκφραστούν και να συζητηθούν με σαφήνεια με τον ειδικό βοήθειας (ιατρός, ψυχολογικός σύμβουλος, παιδοψυχίατρος). Οι ακλόνητες ανησυχίες επηρεάζουν δυσμενώς τη διαδικασία βοήθειας του παιδιού (BAKANAY, 2019).

Η αγάπη της μητέρας είναι κάτι πρωτόγονο, κάτι ακατέργαστο. Η μητρική αγάπη έχει μέσα της ένα κτητικό αίσθημα, μία ορμή, ακόμη κι ένα στοιχείο οργής που

εκφράζεται με τη φράση: «τ' αναθεματισμένο μωρό», ακόμη και αυτή η φράση έχει μέσα της μεγαλοψυχία και δύναμη (Winnicott, 1971).

Στην περίπτωση του ερχομού ενός ανάπηρου παιδιού ή ενός παιδιού με διαταραχή, τα συναισθήματα στους γονείς, και κυρίως στις μητέρες είναι πολύ διαφορετικά συγκριτικά με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Στην αρχή οι γονείς, και κυρίως οι μητέρες, βιώνουν μία κατάσταση σοκ. Η συγκεκριμένη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας συνοδεύεται με την επιθυμία της για το θάνατο του παιδιού της ή ακόμη και για το δικό της θάνατο. Το παιδί με αναπηρία ή με διαταραχή, αποτελεί προσβολή του ναρκισσισμού των μητέρων και συχνά οι ίδιες, κάνουν προσπάθειες κύησης ενός δεύτερου παιδιού, είτε για να μειώσουν τις τύψεις για την γέννηση του μη τυπικά αναπτυσσόμενου παιδιού, είτε για την άνοδο της κλονισμένης τους αυτοπεποίθησης. Ύστερα, περνούν στην φάση της προσαρμογής και της αποκατάστασης της σχέσης, η οποία σε κάθε περίπτωση εκδηλώνεται διαφορετικά. Παραδείγματος χάριν, είτε με υπερβολική σύνδεση με το παιδί, είτε με τη συνειδητή σύγκρουση με την διαταραχή ή αναπηρία του παιδιού (Ζωνίου - Σιδέρη, 1998).

Τα συναισθήματα του πατέρα, από την άλλη, ποικίλουν αναλόγως. Αρχικά, βλέπει να αμφισβητείται ο ανδρικός του ρόλος, επειδή ο ίδιος αισθάνεται σαν ένα άτομο που έχει ανάγκη την προστασία. Πολλοί πατέρες, επίσης, αισθάνονται αμήχανοι και συχνά σεξουαλικά ανίκανοι. Η οικογενειακή ζωή είναι προσαρμοσμένη στο παιδί με την διαταραχή, ενώ τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας συνήθως αμελούνται. Επίσης, σε έρευνες παρατηρήθηκε ότι οι πατέρες, ασχολούνται λιγότερο αποτελεσματικά με το παιδί τους, όταν η διαταραχή είναι εμφανής (Ζωνίου - Σιδέρη, 1998).

Σε μια έρευνα που έγινε από τους B. Carpenter και C. Towers (2008) σχετικά με τους πατέρες των παιδιών με αναπηρία, όπως αναφέρουν στο άρθρο τους «Recognising fathers: the needs of fathers of children with disabilities», παίρνοντας συνεντεύξεις από 21 πατέρες κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα. Παρ' όλο που κατηγορούνται ως «δυσπρόσιτοι», «άφαντοι» στην οικογένεια ή «περιφερικοί» γονείς, οι περισσότεροι πατέρες περιέγραψαν πως επιθυμούσαν να έχουν έναν ισχυρό συναισθηματικό δεσμό με το παιδί τους, ο οποίος συνδεόταν με την διαταραχή του. Ήθελαν να έχουν καθημερινή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και στη ζωή του παιδιού τους. Επιπλέον, θεωρούσαν πολύ σημαντική την επαγγελματική τους αποκατάσταση και την ευελιξία στην εργασία τους, για να μπορούν να προσφέρουν στα παιδιά τους ευκαιρίες για μάθηση και ανάπτυξη. Προκειμένου να συμμετέχουν σε υποστηρικτικές συζητήσεις

και θεραπευτικές συνεδρίες με ειδικούς, ζητούσαν να υπάρχει ευελιξία στο ωράριο εργασίας τους, ώστε να μη δημιουργείται πρόβλημα με το εργασιακό τους περιβάλλον.

Τέλος, οι περισσότεροι επιθυμούσαν την ύπαρξη ισότητας με τις συντρόφους τους στο ρόλο τους στην οικογένεια, καθώς και την ύπαρξη σεβασμού για όσα προσφέρουν στην οικογένεια. Ωστόσο, υπάρχουν και οι περιπτώσεις πατεράδων που εκδηλώνουν απογοήτευση, άγχος ή ακόμη και αδιαφορία όταν συνειδητοποιούν τον αγώνα και τις θυσίες που χρειάζεται η ανατροφή ενός παιδιού με διαταραχή. Ανησυχούν για τη μελλοντική αποκατάστασή τους, καθώς και για το ενδεχόμενο μελλοντικής απουσίας των ίδιων από την ζωή. Πολλοί είναι αυτοί που καταφεύγουν στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, ως μια διέξοδο από την καθημερινή αντιμετώπιση της κατάστασης στο σπίτι.

Ο Αναστόπουλος, διαπίστωσε ότι το άγχος των γονέων που έχουν παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας, ήταν εξαιρετικά υψηλό, και ότι η επιθετικότητα και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων των παιδιών αυτών, συνδέεται με το αυξημένο άγχος των γονέων (Anastopoulos A, 1992).

Όπως σε όλες τις διαταραχές και τις δυσκολίες των παιδιών, έτσι και στην Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, είναι γνωστά τα στάδια που περνούν οι γονείς μετά τη διάγνωση, όταν τους ανακοινώνεται το πρόβλημα του παιδιού τους, μέχρι να φτάσουν στην παραδοχή, στην επένδυση θετικής ενέργειας και άμεσης βοήθειας για τα παιδιά τους (Χρηστάκης, 2013).

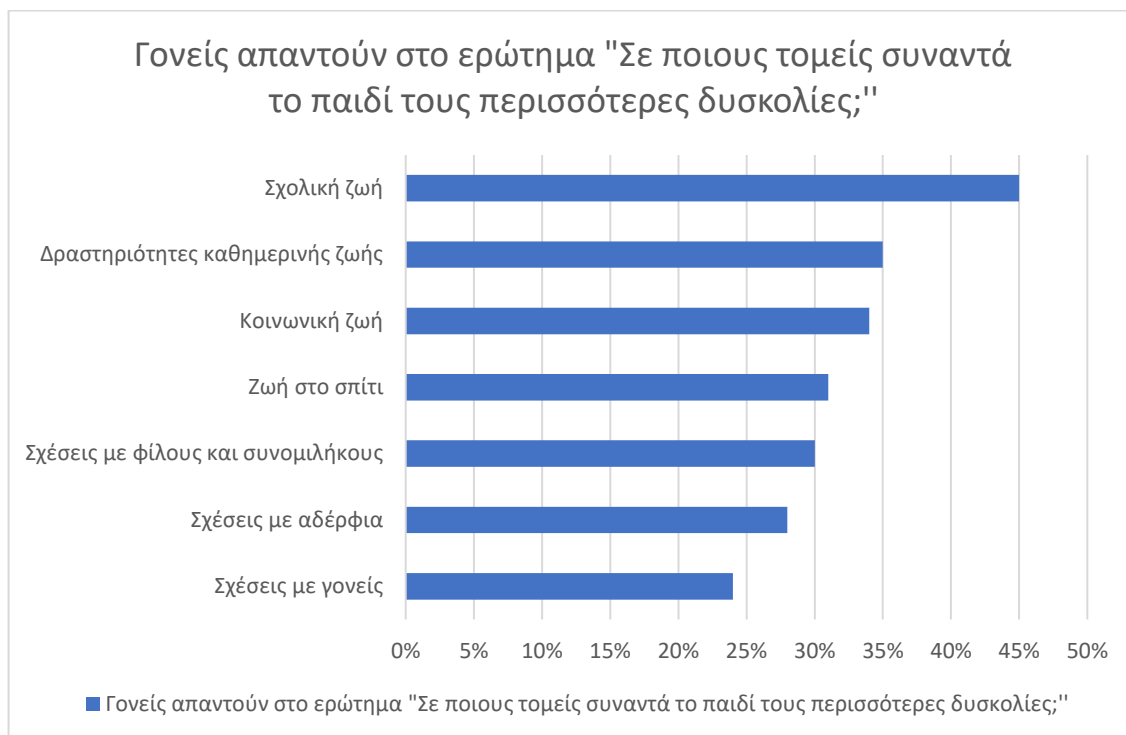
Την άμεση αποδοχή του προβλήματος από τους γονείς, την αντιμετώπιση του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων των γονέων, επηρεάζουν ορισμένα σημαντικά κριτήρια. Αρχικά, η προσωπικότητα, η ιδιοσυγκρασία και η ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας συμβάλλουν σημαντικά στον τρόπο αντιμετώπισης και συμπεριφοράς απέναντι στο πρόβλημα του παιδιού. Επιπροσθέτως, οι σχέσεις των μελών, ο τρόπος επικοινωνίας, η δυναμική της οικογένειας, καθώς και οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και τα στερεότυπα απέναντι στη διαταραχή, είναι κριτήρια που επηρεάζουν την άμεση αποδοχή του προβλήματος. Τέλος, η κοινωνική και οικονομική υποστήριξη, καθώς και ο βαθμός χρήσης των υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης και διεκδίκησης των δικαιωμάτων είναι παράγοντες που επίσης, επηρεάζουν (Νότας, 2006).

Όταν γίνει η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, αρκετοί γονείς ενδέχεται να εμφανίσουν κάποια ανησυχία ή ταραχή, ενώ αντίθετα άλλοι, ενδέχεται να αισθανθούν ανακούφιση εφόσον έχει βρεθεί η αιτία του προβλήματος του παιδιού τους. Είναι εξαιρετικά σημαντικό, να

γνωρίζουν οι γονείς ότι η ΔΕΠ-Υ δεν είναι αποτέλεσμα «κακής γονεϊκής φροντίδας», και πως παρέχει μία ποικιλία θεραπειών που βοηθούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων. Χρήζει αναφοράς το γεγονός, ότι στις οικογένειες που υπάρχει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, οι γονείς βιώνουν αυξημένα συναισθήματα αποτυχίας, απογοήτευσης, συχνά αισθάνονται ανεπαρκείς και με σημαντικά χαμηλή αυτοεκτίμηση για τον ρόλο τους ως γονείς, ενώ βιώνουν πολύ μεγαλύτερη πίεση στον ρόλο τους ως γονείς (Anastopoulos A, 1992) συγκριτικά με τους γονείς υγιών παιδιών (Breen & Barkley RA, 1988) και από τους γονείς παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ (Mash & Johnston, 1983) (Mash & Johnston, 1983) (Forehand, Lautenschlager, Faust, & Graziano, 1986) (Ινστιτούτο Γνωστικής και Μαθησιακής Αποκατάστασης, 2014).

Ο Edward Hallowell (Edward Hallowell, 2014) έκανε μία παρομοίωση όσον αφορά την ανατροφή παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Αναφέρει λοιπόν, ότι είναι «σαν ένα τρενάκι στο Λούνα Παρκ», καθώς παρουσιάζει πολλά σκαμπανεβάσματα και καμία σταθερότητα. Με την παραπάνω παρομοίωση, ο Edward Hallowell ήθελε να εξηγήσει ότι, τη μία μέρα οι γονείς παρουσιάζουν αισθήματα χαράς και ενθουσιασμού για τη δημιουργικότητα του παιδιού τους, ενώ την άλλη μέρα παρουσιάζουν στεναχώρια για την κοινωνική τους απομόνωση, την έλλειψη πειθαρχίας στο σχολικό περιβάλλον, ντροπή και απογοήτευση.

Επίσης, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (ΙΕΠ), με σκοπό την εντόπιση των δυσκολιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε διάφορους τομείς της ζωής τους, μοιράστηκαν ερωτηματολόγια στους γονείς. Με βάση, λοιπόν, το παρακάτω γράφημα 3.1 γίνονται σαφές οι δυσκολίες των παιδιών αυτών. Αναλυτικότερα, με ποσοστό 45% επηρεάζεται η σχολική τους ζωή, αποτελώντας την μεγαλύτερη δυσκολία τους, ακολουθεί το αμέσως επόμενο 35%, που αφορά τις δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή, ενώ το μικρότερο ποσοστό που είναι στο ύψος του 24%, αφορά τις σχέσεις των παιδιών αυτών με τους γονείς.



Πίνακας 3.1: Δυσκολίες παιδιών 1 (Σκαλούμπακας & Κόρπα, 2013)

Επιπροσθέτως, διάφορες μελέτες οι οποίες αφορούν τις αλληλεπιδράσεις γονέων-παιδιών υποδεικνύουν ότι, οι γονείς των παιδιών αυτών έχουν την τάση να υιοθετούν περισσότερο αρνητικές, εχθρικές και καταναγκαστικές συμπεριφορές, καθώς θεωρούν τον εαυτό τους μη επαρκή, στον ρόλο τους ως γονείς. Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, τείνουν να αποδοκιμάζουν ευκολότερα και να κάνουν παρέμβαση για τον έλεγχο της συμπεριφοράς και των παρορμήσεων των παιδιών τους, ενώ είναι περισσότερο απαιτητικοί και επικριτικοί συγκριτικά με τους γονείς παιδιών που δεν παρουσιάζουν την διαταραχή.

3.2.3 Επηρεάζει η ψυχολογία των γονέων το παιδί με ΔΕΠ-Υ;

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, η ΔΕΠ-Υ δεν προκαλείται από εξωτερικούς παράγοντες. Οι εξωτερικοί παράγοντες ωστόσο, όπως μια κακώς δομημένη καθημερινή ρουτίνα, προβλήματα με τη φροντίδα του παιδιού, η συχνή αλλαγή των φροντιστών και ο εκφοβισμός στο σχολείο μπορούν να αυξήσουν σημαντικά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (Institut für Sinnes- und Sprachneurologie, 2013).

Πρόσφατα ευρήματα δείχνουν ότι το παιδί με ΔΕΠ-Υ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και επηρεάζει σημαντικά τη γονεϊκή ψυχολογία (Fischer, 1990). Για παράδειγμα, το άγχος το γονέων έχει συσχετιστεί με την αύξηση προβλημάτων στην συμπεριφορά παιδιών (Baker D., 1994) (Mash & Johnston, 1983).

Σε μία πρόσφατη έρευνα από το Φιλανδικό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας, η Τζοάνα Πιετικάϊνεν επισημαίνει πως η βεβαρυμμένη ψυχολογία της μητέρας, που επιδεινώνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ και επιθετικότητας στα παιδιά.

Επίσης, ενδιαφέρον προκαλεί η διαπίστωση ότι, εάν ο πατέρας υποφέρει από κατάθλιψη, η ψυχολογία και η συμπεριφορά των παιδιών επηρεάζεται μόνο στην περίπτωση που και η μητέρα βιώνει ανάλογα συναισθήματα.

«Η κατάθλιψη των γονέων, πέρα από τους ίδιους, επηρεάζει μακροπρόθεσμα την ψυχολογία και την συμπεριφορά του νεογέννητου παιδιού. Ακόμα και σε περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης, είναι σημαντικό να εντοπίζονται τα συμπτώματα και να παρέχεται υποστήριξη στους γονείς το συντομότερο δυνατόν, εάν είναι απαραίτητο και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης», δήλωσε η ερευνήτρια Τζοάνα Πιετικάϊνεν.

Επιπροσθέτως, οι ερευνητές ανέλυσαν το γεγονός, πως η ψυχολογία του ενός συντρόφου μπορεί μακροπρόθεσμα να επηρεάσει και τον άλλον σύντροφο, καθώς και το παιδί, ενώ δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στη γενικότερη εικόνα της ψυχικής κατάστασης του ζευγαριού πριν την εγκυμοσύνη. Σύμφωνα με τις σχετικές έρευνες επιστημόνων, εάν η μητέρα βιώνει επιλόχειο κατάθλιψη, το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα που αισθάνεται, είναι πιθανό να μεταφερθούν τόσο στον σύντροφο όσο και στο νεογέννητο μωρό, το οποίο έχει σοβαρές πιθανότητες να εκδηλώσει ΔΕΠ-Υ. Εξίσου σημαντικό είναι και οι δύο γονείς να λαμβάνουν ψυχολογική στήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προκειμένου να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι ψυχολογικές επιπτώσεις-μεταπτώσεις που επιφέρει αυτή η σημαντική αλλαγή στην ζωή του ζευγαριού. Οι ερευνητές τονίζουν ότι, τα συμπτώματα της κατάθλιψης και για τους δύο, πιθανόν να έχουν ξεκινήσει πριν την εγκυμοσύνη, κατά τη διάρκεια της να επιδεινωθούν, και να συνεχιστούν για ένα χρόνο κατόπιν της γέννησης του παιδιού.

«Είναι σημαντικό να παρακολουθούμε την ψυχική κατάσταση και των δύο γονέων, τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και μετά τη γέννηση του παιδιού. Πρέπει να εξετάζονται και οι δύο γιατί εάν ο ένας εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης, τότε είναι πολύ πιθανό να επηρεαστεί και ο άλλος. Και τα δύο μέρη είναι εξίσου ευάλωτα», επισημαίνει η Πιετικάϊνεν (Pietikainen, 2019).

Επίσης, ακόμη μία έρευνα που αποδεικνύει ότι η συμπεριφορά και η ψυχολογία των γονέων επηρεάζει την συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, είναι μία έρευνα που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Clinical Psychological Science, στην οποία έγινε παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μίας ομάδας γονέων και παιδιών

που συμμετείχαν σε ένα ειδικό πρόγραμμα παρέμβασης. Το πρόγραμμα αυτό, παρείχε ξεχωριστές συνεδρίες για γονείς και παιδιά, όπου οι γονείς μάθαιναν να ανταποκρίνονται καλύτερα στη συμπεριφορά των παιδιών τους, και τα παιδιά αντίστοιχα να διαχειρίζονται τον θυμό, τη ρύθμιση των συναισθημάτων, την συναισθηματική συνειδητότητα και τις κατάλληλες κοινωνικές συμπεριφορές (Fiks, 2017).

Κατόπιν το πέρας του ειδικού προγράμματος, και εφόσον έμαθαν οι γονείς την αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων και προσαρμόστηκαν στην συναισθηματική κατάσταση των παιδιών και στην ρύθμιση αυτής, τα παιδιά άρχισαν να επιδεικνύουν βελτιώσεις στην συμπεριφορά τους. Επιπλέον, μετά το πέρας της παρέμβασης αυτής, οι καρδιακοί ρυθμοί των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επιβραδύνθηκαν και ήταν περισσότερο ήρεμα, εξηγεί ο καθηγητής ψυχολογίας Beauchaine στο Πανεπιστήμιο του Οχάιο (Beauchaine, 2017).

Επίσης, σε μία ακόμη μελέτη που υποστηρίχθηκε με επιχορηγήσεις από το Συμβούλιο Ιατρικών Ερευνών του Καναδά και το Ίδρυμα Έρευνας Υγείας της Βρετανικής Κολομβίας, η οποία πραγματοποιήθηκε με σκοπό την σύγκριση οικογενειών με παιδιά ΔΕΠ-Υ και με παιδιά τυπικής ανάπτυξης, καθώς και των αλληλεπιδράσεων γονέα-παιδιού, παρατηρήθηκαν τα παρακάτω. Όσον αφορά τα προβλήματα της συμπεριφοράς του παιδιού απέναντι στους γονείς, ήταν υψηλότερα τα επίπεδα στην ομάδα παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Εκτός αυτού, παρατηρήθηκε ότι στους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ, η αυτοεκτίμηση τους ήταν χαμηλότερη, ενώ στους γονείς με παιδιά τυπικής ανάπτυξης ήταν υψηλότερη.

Εκτός από τις επικρατέστερες και συνηθισμένες δυσκολίες των παιδιών με την αναφερόμενη διαταραχή, βιώνουν συχνά και δυσκολίες στις οικογενειακές τους σχέσεις. Για παράδειγμα, σε μελέτες, οι Cunningham και BarNey (Cunningham & BarNey, 1979) και οι Mash and Johnston (Mash & Johnston, 1983), έδειξαν ότι σε αντίθεση με τα τυπικής ανάπτυξης παιδιά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ήταν λιγότερο συγκαταβατικά και περισσότερο αρνητικά, ενώ οι μητέρες τους τούς έδιναν περισσότερες εντολές, λιγότερες ανταμοιβές και ήταν λιγότερες διαδραστικές σε δραστηριότητες με τα παιδιά τους. Αργότερα, οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αποτέλεσαν και πάλι το επίκεντρο της επανεξέτασης. Συγκεκριμένα, οι Mash και Johnston διαπίστωσαν ότι, οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ ανέφεραν λιγότερη αυτοπεποίθηση και περισσότερο άγχος ως γονείς απ' ότι οι μητέρες παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, ψυχιατρικές διαγνώσεις, καθώς και συζυγική δυσαρέσκεια

εντοπίστηκε επίσης, στους γονείς παιδιών με την διαταραχή (Cantwell D. P., Psychiatric illness in the families of hyperactive children , 1972) (Cunningham, Benness, & Siegel, 1988) (Befera & Barkley, 1985) (Morrison, 1980).

Σημαντικά στοιχεία υποστηρίζουν επίσης, τη διακριτική, αν και αλληλένδετη φύση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ με τις αντικοινωνικές συμπεριφορές (Abikoff & Klein, 1992) (Hinshaw, On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology., 1987). Συμπερασματικά, σε αυτήν την έρευνα έχει γενικά διαπιστωθεί ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές, η κατάχρηση ουσιών, το οικογενειακό περιβάλλον, οι αδικίες, οι εντάσεις και οι ανισοροπίες μέσα σ' αυτό, οι χωρισμοί γονέων, το άγχος των γονέων και οι εγκληματικές ενέργειες είναι συνηθέστερα σε οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ, απ' ότι σε οικογένειες παιδιών που δεν εμφανίζεται η εν λόγω διαταραχή.

Λίγες είναι οι μελέτες που έχουν συγκρίνει τις αλληλεπιδράσεις γονέων-παιδιών σε οικογένειες παιδιών με χαμηλά και υψηλά ποσοστά έντονης συμπεριφοράς. Οι Schachar και Wachsmuth (Schachar & Wachsmuth, 1991) έδειξαν ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και γενικά με διαταραχές συμπεριφοράς, ανέφεραν περισσότερα προβλήματα στην σχέση γονέα-παιδιού, από τους γονείς παιδιών χωρίς τις παραπάνω διαταραχές (Loney, Langhorne, Jr., & Paternite, 1978). Αυτό εξάλλου, είχε προβλεφθεί, το γεγονός δηλαδή, ότι η σύγκρουση γονέα-παιδιού και οι γονικές διαταραχές θα εμφανίζονταν συχνότερα στις οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Τα αποτελέσματα από το δείγμα αυτό των οικογενειών με παιδιά με ΔΕΠ-Υ υποδεικνύουν ότι, παρόλο που ορισμένες δυσκολίες στις αλληλεπιδράσεις γονέα-παιδιού είναι πιο συχνές σε οικογένειες που έχουν παιδιά ΔΕΠ-Υ με υψηλότερα επίπεδα έντονης συμπεριφοράς απέναντι σε οικογένειες με παιδιά χωρίς προβλήματα, οι δυσκολίες εμφανίζονται συχνά και σε οικογένειες παιδιών ΔΕΠ-Υ με χαμηλότερα επίπεδα έντονης συμπεριφοράς. Αντίθετα, οι περισσότερες παρατηρούμενες συμπεριφορές των γονέων, η συμπεριφορά των παιδιών στην ακαδημαϊκή τους κατάσταση, η ψυχολογική λειτουργία της μητέρας και η γενική προσαρμογή έδειξαν λίγες διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ΔΕΠ-Υ.

Παρόλο που αυτή η μελέτη ανίχνευσε μόνο λίγες διαφορές στις συμπεριφορές των γονέων στα παιδιά με υψηλά και χαμηλά ποσοστά μη επιθυμητής συμπεριφοράς, οι απαντήσεις των γονέων υποδηλώνουν ότι οι γονείς αισθάνονται διαφορετικά στην σκέψη ότι είναι γονείς αυτών των τύπων παιδιών. Αυτές οι διαφορές στην αυτοεκτίμηση μπορεί να μεταφραστούν σε παραλλαγές στη συμπεριφορά γονέων,

όπως η ζεστασιά ή η υπευθυνότητα, που δεν αποτυπώνονται από παρατηρήσεις ή αναφορές των στρατηγικών της παραπάνω γονικής έρευνας.

Συμπερασματικά, αυτά τα αποτελέσματα διευρύνουν την κατανόησή μας για τις οικογένειες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και επικυρώνουν τη χρήση των γονικών αξιολογήσεων για την υποομάδα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Τα ευρήματα πολλών υποστήριξαν την ανάγκη διάκρισης των παιδιών ΔΕΠ-Υ ανάλογα με το επίπεδο αντιθετικής συμπεριφοράς τους. Ωστόσο, άλλα ευρήματα έδειξαν ότι οι οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ με σχετικά χαμηλά επίπεδα αντιθετικής συμπεριφοράς, συνεχίζουν να διαφέρουν από τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Σαφώς, οι οικογενειακές και γονικές μεταβλητές είναι πιθανό να παραμείνουν σημαντικές εκτιμήσεις, όχι μόνο στην αντιμετώπιση και τη θεραπεία των παιδιών ΔΕΠ-Υ, αλλά και των παιδιών με ΔΕΠ-Υ χωρίς αυτά τα συνοδά προβλήματα (Charlotte, 1996).

Στοιχεία, τόσο από ψυχολογικές έρευνες, όσο και από μελέτες κλινικής παρέμβασης, υποδηλώνουν ότι υπάρχουν αμφίδρομες επιδράσεις μεταξύ προβλημάτων συμπεριφοράς παιδιών και σχέσεων γονέα-παιδιού. Ωστόσο, μικρή είναι η έρευνα που έχει εξετάσει το μοτίβο των σχέσεων που υπάρχουν μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και της σχέσης γονέα-παιδιού σε ένα διαχρονικό πλαίσιο. Χρησιμοποιώντας, λοιπόν, ένα διαχρονικό δείγμα κοινότητας από το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο περιλάμβανε 194 παιδιά σχολικής ηλικίας (46% αγόρια και 54% κορίτσια) και τους δύο γονείς, πραγματοποιήθηκε μελέτη που εξέτασε τη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ του παιδιού και των ενδείξεων απόρριψης, στη σχέση του με τον γονέα. Αυτές οι σχέσεις διερευνήθηκαν χωριστά για τις μητέρες και χωριστά για τους πατέρες. Μητέρες και πατέρες, ανέφεραν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και τα παιδιά ανέφεραν το αίσθημα απόρριψης στις σχέσεις τους με την μητέρα και στις σχέσεις του με τον πατέρα. Τα αποτελέσματα έδειξαν διαφορές στην συμπεριφορά και στα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ του παιδιού, από τις επιδράσεις που ασκεί η απόρριψη της μητέρας και του πατέρα στο παιδί. Επίσης τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ επηρεάζουν τη σχέση μητέρας-παιδιού, καθώς και το ίδιο μοτίβο σημειώνεται και στους πατέρες.

Η σχέση γονέα-παιδιού, συνήθως η σχέση μητέρας-παιδιού, έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός οικογενειακός παράγοντας για τη διαφοροποίηση της φυσιολογικής και μη φυσιολογικής συναισθηματικής συμπεριφοράς και κοινωνικής ανάπτυξης των παιδιών (Cox & Paley, 1997) (Paley, R. D, Conger, & Harold, 2000) (Waters, Cummings, & E. M, 2000). Έχει γίνει κατανοητό από την προσήλωση των επιστημών (Bowlby, 1969) στην γονική μέριμνα (Baumrind, 1966), ότι η συναισθηματική ποιότητα της σχέσης

γονέα-παιδιού έχει θεωρηθεί καθοριστική για τη διαμόρφωση της μακροχρόνιας ψυχολογικής ανάπτυξης των παιδιών. Έκτοτε, οι μελέτες έχουν αποστραφεί από την κυρίως αξιολόγηση κατηγορηματικών πτυχών της γονικής μέριμνας (π.χ. σωστής έναντι αυταρχικής), στην αξιολόγηση πιο διαστατικών πτυχών (π.χ. ζεστασιάς έναντι εχθρότητας), καθώς και στις επιδράσεις αυτών στη συναισθηματική και συμπεριφορική ανάπτυξη των παιδιών.

Η απόρριψη των γονέων είναι μια τόσο σημαντική κατάσταση, που έχει συσχετιστεί με εμφανή προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών (Muris, Meesters, & Van De Berg, 2003) (Roelofs, et al., 2006) (Shaw, et al., 1998). Για παράδειγμα, ο Shaw και οι συνεργάτες του (1998), διαπίστωσαν ότι η απόρριψη από τη μητέρα ήταν ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της εξωτερικής συμπεριφοράς για 18 μήνες αργότερα. Πιο πρόσφατα, βρέθηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ της απόρριψης της μητέρας και του πατέρα και της επιθετικότητας των παιδιών σε ένα κοινοτικό δείγμα παιδιών ηλικίας 9 έως 12 ετών (Roelofs, et al., 2006). Τέλος, σε μια μελέτη διατομής των εφήβων που εξέτασε μια σειρά διαστάσεων της σχέσης γονέα-παιδιού και της συμπεριφοράς στο κοινωνικό περιβάλλον, ο Muris και οι συνεργάτες του (2003) διαπίστωσαν ότι η ισχυρότερη συσχέτιση ήταν μεταξύ της αντιληπτής γονικής απόρριψης και της συμπεριφοράς στο κοινωνικό περιβάλλον (Muris, Meesters, & Van De Berg, 2003).

Λαμβάνοντας υπόψιν αυτά τα ερευνητικά ευρήματα, η απόρριψη στη σχέση γονέων-παιδιών διερευνήθηκε στην παρούσα μελέτη, εστιάζοντας στη σχέση ειδικά με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Η ΔΕΠ-Υ, λοιπόν, είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία και προκαλεί ιδιαίτερες διαταράξεις στην συμπεριφορά του παιδιού. Ενώ ενδεχομένως πρόκειται για μια κληρονομική διαταραχή (Thapar, O' Donovan, & Owen, The genetics of attention deficit hyperactivity disorder., 2005), τα αναπτυξιακά αποτελέσματα δίνουν την εντύπωση ότι επηρεάζονται και από οικογενειακούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Johnston & Mash, 2001) (Thapar, Van De Bree, Fowler, Langley, & Whittinger, 2006b). Για τα παιδιά αυτά, οι σχέσεις τους με τους γονείς, σε σύγκριση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, χαρακτηρίζονται από περισσότερες συγκρούσεις, με λιγότερη συμμόρφωση από το ίδιο το παιδί και περισσότερες οδηγίες, έλεγχο και αυταρχισμό από τους γονείς (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1991) (Johnston & Mash, 2001) (Lange, et al., 2005).

Η έρευνα τείνει να διερευνήσει, είτε τις επιδράσεις της παιδικής φαρμακευτικής αγωγής στα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και τις σχέσεις γονέα-παιδιού, είτε τις επιδράσεις

συμπεριφοράς στην ΔΕΠ-Υ. Η φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τις σχέσεις γονέα-παιδιού. Για παράδειγμα, οι Barkley και Cunningham (1979) χρησιμοποίησαν μια δοκιμή εικονικού φαρμάκου, που διαπίστωσαν ότι τα υπερκινητικά αγόρια ήταν πιο συμμορφωμένα, όταν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και οι μητέρες έδειχναν αυξημένη θετική προσοχή στη συμμόρφωση συμπεριφοράς του παιδιού τους. Ο Schachar (1987) διαπίστωσε ότι οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠΥ ή / και με διαταραχή συμπεριφοράς, των οποίων η συμπεριφορά βελτιώθηκε σημαντικά με τη φαρμακευτική αγωγή, εμφάνισαν περισσότερη ζεστασιά και λιγότερη κριτική, καθώς επίσης, είχαν περισσότερες επαφές και λιγότερες αρνητικές παρατηρήσεις, από αυτές των παιδιών με την λήψη εικονικού φαρμάκου. Αντίθετα με τις μητέρες, στους πατέρες δεν υπήρχε διαφορά στην ποσότητα επαφής με τα παιδιά τους, σε σχέση με εκείνους που έλαβαν φάρμακα, έναντι εικονικού φαρμάκου (Schachar R. , 1987).

Παρόλο που η φαρμακευτική αγωγή για παιδιά με ΔΕΠΥ, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τη σχέση γονέα-παιδιού, αυτό δεν αποκλείει την πιθανότητα οι σχέσεις γονέα-παιδιού να επηρεάσουν τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των παιδιών. Η έρευνα έχει επίσης εντάξει διαφορετικές στρατηγικές, για να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της γονικής μέριμνας, για να βελτιώσει τη σχέση γονέα-παιδιού και τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, μια πρόσφατη κριτική αναφέρει ότι, ενώ η συμπεριφορική θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να βελτιώσει τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠΥ και την αρνητική συμπεριφορά των γονιών τους, υπάρχει μία ετερογένεια στις αντιλήψεις γύρω από αυτό (Chronis, et al., 2004).

Η μεγαλύτερη δοκιμαστική θεραπεία της ΔΕΠ-Υ έως σήμερα είναι η Μελέτη Πολυτροπικής Θεραπείας για Παιδιά με ΔΕΠ-Υ (MTA Cooperative Group, 1999). Αυτή η μελέτη συνέκρινε τις επιδράσεις της φαρμακευτικής αγωγής, της θεραπείας συμπεριφοράς και της συνδυασμένης θεραπείας (φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία συμπεριφοράς), στην ΔΕΠ-Υ και επίσης εξέτασε τις διαδικασίες μεταξύ γονικής μέριμνας και διαταραχής για περίοδο 14 μηνών. Και οι τρεις ομάδες θεραπείας βελτίωσαν σημαντικά την αρνητική πειθαρχία των γονέων, σε σύγκριση με την ομάδα κοινοτικής φροντίδας (Wells, et al., 2000). Ωστόσο, μόνο τα φάρμακα και ένας συνδυασμός φαρμάκων με θεραπεία συμπεριφοράς, μείωσαν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σημαντικά περισσότερο, από την περίπτωση της αποκλειστικής θεραπείας συμπεριφοράς και τις ομάδες κοινοτικής φροντίδας (MTA Cooperative Group, 1999). Φαίνεται λοιπόν, ότι ενώ οι παρεμβάσεις θεραπευτικής συμπεριφοράς βελτίωσαν τη

γονική μέριμνα, δεν παρατηρήθηκαν παράλληλες βελτιώσεις στα συμπτώματα της διαταραχής στη δοκιμή των 14 μηνών. Πιο πρόσφατα, ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής και της θεραπείας συμπεριφοράς έχει αποδειχθεί, ότι βελτιώνει τη θετική γονική μέριμνα, μια βελτίωση που ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από τη φαρμακευτική αγωγή ή τις κοινοτικές θεραπείες (Wells, et al., 2006).

Μεγάλο μέρος της έρευνας για τις σχέσεις γονέα-παιδιού και την ψυχοπαθολογία του παιδιού επικεντρώθηκε στη σχέση μητέρας-παιδιού. Ωστόσο, υπάρχει μια συνεχής έρευνα που υπογραμμίζει τη σημασία της σχέσης πατέρα-παιδιού όσον αφορά τη συναισθηματική και συμπεριφορική ανάπτυξη των παιδιών (Volling & Belsky, 1992). Επίσης, σε δείγματα κοινότητας, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παιδιών και των γονιών τους έχουν αποδειχθεί ότι ποικίλλουν για τις μητέρες και τους πατέρες. Οι μητέρες, για παράδειγμα, τείνουν να είναι πιο κατευθυντικές και απαιτητικές προς τα παιδιά, για να μπορούν να περνούν περισσότερο χρόνο με τα παιδιά τους, ενώ εκφράζουν επίσης περισσότερη ζεστασιά προς τα παιδιά τους (Patterson, 1982). Οι πατέρες, σε αντίθεση, τείνουν να είναι πιο παιχνιδιάρικοι και λιγότερο κατευθυντικοί (Lewis & Lamb, 2003). Μελέτες που λαμβάνουν υπόψη τον αντίστοιχο ρόλο της σχέσης μητέρας-παιδιού και πατέρα-παιδιού στη συμπεριφορά των προβλημάτων του παιδιού και προσαρμόζουν την αξιολόγηση των αμοιβαίων ή αμφίδρομων επιρροών από τον γονέα στο παιδί, τη σχέση με το παιδί, τη συμπεριφορά και τις συσκευές, λείπουν σαφώς από την ψυχολογική βιβλιογραφία. Η παρούσα μελέτη αντιμετωπίζει αυτήν την έλλειψη, αξιολογώντας τους αντίστοιχους δεσμούς μεταξύ της συμπεριφοράς που απορρίπτει η μητέρα και ο πατέρας το παιδί, στο πλαίσιο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Τα ευρήματα για τις σχέσεις πατέρα και μητέρας με το παιδί στον κλινικό πληθυσμό ΔΕΠ-Υ, υποδηλώνουν επίσης ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ της σχέσης μητέρας-πατέρα-παιδιού (Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001). Οι Buhrmester και οι συνεργάτες (Buhrmester, Camparo, Christensen, Gonzalez, & Hinshaw, 1992) βρήκαν διαφορετικές γονικές συμπεριφορές μεταξύ μητέρων και πατέρων κατά τη διάρκεια αλληλεπιδράσεων με τα υπερκινητικά παιδιά τους. Επίσης, σε καταστάσεις όπου και οι δύο γονείς ήταν παρόντες οι σχέσεις ήταν και πάλι διαφορετικές, υποδηλώνοντας έτσι πολύπλοκες οικογενειακές σχέσεις σε οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Buhrmester, Camparo, Christensen, Gonzalez, & Hinshaw, 1992).

Όσον αφορά την διαδικασία της έρευνας, μετά από την αρχική επαφή με τα σχολεία, οι γονείς έλαβαν μια επιστολή καλώντας αυτούς και τα παιδιά τους να συμμετάσχουν

σε ένα ερευνητικό έργο που εστιάζει στη σχέση μεταξύ της καθημερινής οικογενειακής ζωής και της ανάπτυξης των παιδιών. Οι γονείς στη συνέχεια, ενημερώθηκαν περαιτέρω για τη μελέτη, σε μια παρουσίαση που πραγματοποιήθηκε σε ένα προγραμματισμένο απόγευμα γονέα και δασκάλου, όπου εκεί έλαβαν ένα δεύτερο γράμμα και ένα έντυπο συγκατάθεσης που περιέγραφε τους στόχους και το κάθε στάδιο με περισσότερες λεπτομέρειες. Από όλους τους γονείς που ήρθαν σε επαφή, το 83% των οικογενειών συμφώνησαν να συμμετάσχουν. Δεν πραγματοποιήθηκε κάποια πληρωμή στις οικογένειες, αλλά οι γονείς ενημερώθηκαν ότι θα διανεμηθεί σε όλες τις οικογένειες μετά την ολοκλήρωση της μελέτης, ένα συνοπτικό φυλλάδιο που θα περιγράφει τα βασικά ευρήματα της έρευνας.

Οι γονείς έλαβαν τα ερωτηματολόγια τους μαζί με οδηγίες, τα συμπλήρωσαν, τα σφράγισαν στους φακέλους, και τα επέστρεψαν συμπληρωμένα. Τα γονικά ερωτηματολόγια περιείχαν μια ποικιλία ερωτήσεων που σχετίζονταν με την ποιότητα της οικογενειακής αλληλεπίδρασης, την οικογενειακή ικανοποίηση, την ψυχολογική υγεία γονέα και παιδιού, τις οικονομικές συνθήκες και τα οικογενειακά δημογραφικά στοιχεία. Ζητήθηκε από τους γονείς να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγιά τους ανεξάρτητα και τους δόθηκε ένας αριθμός επικοινωνίας για προβληματισμούς ή ερωτήματα. Μετά τη συγκατάθεση τους, τα παιδιά συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια της κανονικής σχολικής ημέρας. Τα πακέτα ερωτηματολογίων τους περιείχαν μια ποικιλία ερωτήσεων που σχετίζονταν με την ποιότητα της οικογενειακής αλληλεπίδρασης, των σχέσεων γονέα-παιδιού, την οικογενειακή σύγκρουση, την ψυχολογική υγεία των παιδιών, τις οικονομικές συνθήκες και τα οικογενειακά δημογραφικά στοιχεία. Στο πλαίσιο μιας συνολικής ενημέρωσης, οι ερευνητές και τα παιδιά συζήτησαν τα οφέλη της επιτυχούς διαπραγμάτευσης και επίλυσης των συγκρούσεων μεταξύ ατόμων.

Αυτά τα διαχρονικά αποτελέσματα των δειγμάτων της κοινότητας συμφωνούν με στοιχεία κι από άλλα σχέδια μελέτης, όπως δοκιμές θεραπείας που περιλαμβάνουν παιδιά με διάγνωση ΔΕΠ-Υ, που υποδηλώνουν ότι το παιδί με ΔΕΠ-Υ έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σχέση του με τον γονέα (Barkley & Cunningham, 1979).

Το εύρημα ότι τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είχαν μεγαλύτερη επίδραση στην απόρριψη στη σχέση μητέρας-παιδιού από τη σχέση πατέρα-παιδιού μπορεί εν μέρει να οφείλεται στη διαφορετική συμμετοχή των γονέων με τα παιδιά τους. Συνήθως, η συμμετοχή στις ενασχολήσεις των παιδιών στην καθημερινότητα είναι μικρότερη για τους πατέρες, σε σχέση με τις μητέρες. Δεδομένου ότι οι μητέρες τείνουν να εμπλέκονται περισσότερο

στις καθημερινές δραστηριότητες, τα αποτελέσματα των συμπεριφορών ΔΕΠ-Υ του παιδιού τους μπορεί να είναι πιο εμφανή σε αυτούς τους τύπους καταστάσεων (για παράδειγμα οδηγίες για την προετοιμασία για το σχολείο ή τις δουλειές) από ό, τι στην περίπτωση των πατέρων. Αντίθετα, οι πατέρες έχουν αποδειχθεί ότι εμπλέκονται περισσότερο σε συμπεριφορές που εστιάζουν στο παιχνίδι και στην εργασία, όταν αλληλοεπιδρούν με παιδιά όλων των ηλικιών (Lewis & Lamb, 2003). Αυτός ο διαφορετικός τύπος σχέσης μεταξύ των πατέρων και των παιδιών, μπορεί να έχει μεγαλύτερες επιπτώσεις στις συμπεριφορές των παιδιών, από τη σχέση μεταξύ των μητέρων και των παιδιών.

Λόγω των περιορισμών μεγέθους του δείγματος δεν ήταν δυνατό να εξεταστούν αναλύσεις υποομάδων ανά φύλο παιδιών. Όχι μόνο η ΔΕΠ-Υ είναι πιο διαδεδομένη στα αγόρια, τόσο σε κλινικά όσο και σε επιδημιολογικά δείγματα (Barkley, R. A, 1998), αλλά οι σχέσεις μεταξύ του παιδιού και του γονέα μπορεί να είναι διαφορετικές ανάλογα με το φύλο του παιδιού, καθώς και το γονικό φύλο (Russell & Saebel, 1997). Ωστόσο, σε αυτό το δείγμα μόνο ο πατέρας ανέφερε, ότι τα νούμερα ήταν σημαντικά υψηλότερα για τα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια και οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων μεταξύ της απόρριψης της μητέρας και του πατέρα δεν ήταν σημαντικά διαφορετικές. Ωστόσο, παραμένει ένα σημαντικό ερώτημα που χρήζει περαιτέρω έρευνας με ένα μεγαλύτερο δείγμα μελέτης.

Επίσης, δεν είναι σαφές εάν τα ευρήματα θα γενικευτούν σε όλους τους τύπους οικογένειας, καθώς μόνο δύο οικογενειακά μοτίβα συμπεριλήφθηκαν σε αυτή τη μελέτη. Αυτό οφειλόταν στη φύση των ερωτήσεων που εξετάστηκαν και στο ότι μας ενδιέφερε το μοτίβο σχέσεων τόσο των μητέρων όσο και των πατέρων, με τα συμπτώματα των παιδιών τους. Προκειμένου να είναι δυνατή η σύγκριση μεταξύ των μητέρων και των πατέρων, ήταν απαραίτητο να συμπεριληφθούν πυρηνικές οικογένειες. Και αυτό διότι, είναι δυνατόν να υπάρχουν διαφορές στις σχέσεις γονέων-παιδιών, όταν τα παιδιά ζουν με έναν γονέα και όχι και με τους δύο. Ομοίως, η σχέση μεταξύ του γονέα και του παιδιού που ζουν μαζί μπορεί να είναι διαφορετική, από εκείνη του γονέα και του παιδιού που δεν ζουν μαζί, επομένως η σχέση μεταξύ συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και απόρριψης γονέα-παιδιού ενδέχεται επίσης, να ποικίλει.

Συμπερασματικά, αυτή η μελέτη ξεκίνησε για να εξετάσει τη σχέση απόρριψης μεταξύ γονέα-παιδιού και συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ, για διάστημα ενός έτους σε ένα διάμηκες δείγμα κοινότητας. Υπήρξαν ενδείξεις ότι η φύση της σχέσης απόρριψης μεταξύ γονέα-παιδιού και συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ διέφερε για τις μητέρες και τους

πατέρες. Τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των παιδιών επηρέασαν την απόρριψη μητέρας-παιδιού, ενώ η απόρριψη πατέρα επηρέασε τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των παιδιών. Δεν υπήρχαν ενδείξεις αμφίδρομων επιδράσεων. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για την αναπαραγωγή και επέκταση των ευρημάτων αυτής της μελέτης. Η διερεύνηση των μηχανισμών που διέπουν τη σχέση μεταξύ απόρριψης γονέα-παιδιού και συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ, είναι απαραίτητη για την περαιτέρω κατανόηση και ενημέρωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Lifford, Harold , & Thapar, 2007).

Το DSM-IV χαρακτηρίζει τη ΔΕΠ-Υ ως μια «διαταραχή διαταρακτικής συμπεριφοράς», επειδή τα συμπτώματα της -η επιθετικότητα, η εναντιωματικότητα, η παρείσφρηση και η έλλειψη οργάνωσης- διαταράσσουν το συνηθισμένο δούναι και λαβείν της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Όπως είναι αναμενόμενο, τέτοιου είδους συμπτώματα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στις οικογενειακές σχέσεις. Οι μητέρες ανταποκρίνονται λιγότερο στα παιδιά τους με ΔΕΠ-Υ και τα ενισχύουν λιγότερο, και είναι πιο αρνητικές και πιο κατευθυντικές, όταν απαντούν σε αυτά (Barkley R. , Attention-deficit/hyperactivity disorder, 1996).

Υπάρχουν επίσης στοιχεία που υποδεικνύουν ότι δεν είναι η ΔΕΠ-Υ αυτή καθ' εαυτή, αλλά η εναντιωματική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή της συμπεριφοράς που τη συνοδεύουν, που συνδέονται με τις περισσότερες διαπροσωπικές συγκρούσεις κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Το ίδιο μοτίβο συννοσηρότητας συνδέεται με μεγαλύτερο ποσοστό γονεϊκής ψυχοπαθολογίας, συζυγικών συγκρούσεων και διαζυγίου συγκριτικά με την αποκλειστική παρουσία της ΔΕΠ-Υ (Anastopoulos A, 1992).

Το μόνιμο πρόβλημα με τις διαδράσεις αφορά την κατεύθυνση της επίδρασης. Αποτελούν οι αρνητικές γονεϊκές συμπεριφορές την αιτία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ ή μήπως αποτελούν αντίδραση σ' αυτά τα συμπτώματα; Τα δεδομένα υποδεικνύουν το δεύτερο, ότι δηλαδή οι γονείς αντιδρούν στη συμπεριφορά του παιδιού τους. Τα δεδομένα προέρχονται κυρίως από έρευνες που χρησιμοποιούν διεγερτικά φάρμακα με στόχο τη βελτίωση της συμμόρφωσης και τη μείωση της αρνητικότητας, της ομιλητικότητας και γενικά της υπερβολικής συμπεριφοράς των παιδιών. Σ' αυτές τις συνθήκες οι γονείς γίνονται επίσης λιγότερο αρνητικοί και κατευθυντικοί (Barkley R. , Attention-deficit/hyperactivity disorder, 1996).

Οι γονείς και μερικές φορές άλλοι άνθρωποι, πιστεύουν ότι η στάση των γονέων προκαλεί αυτό το πρόβλημα. Ωστόσο, σε μελέτες που διεξήχθησαν με την πάροδο των ετών, αναφέρεται ότι η στάση του γονέα από μόνη της δεν προκαλεί αυτό το πρόβλημα

και ότι η ΔΕΠ-Υ είναι πρόβλημα με νευρολογικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο, οι γονικές συμπεριφορές είναι φυσικά πολύ σημαντικές, μερικές φορές γιατί διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη διευκόλυνση της επίλυσης του προβλήματος και μερικές φορές μπορεί να είναι ο παράγοντας που κάνει τα πράγματα ακόμη πιο σοβαρά. Με το να βιώνουν συναισθήματα ενοχής και έλλειψης βοήθειας, δυσκολεύουν την κατάσταση καθώς δεν δημιουργείται άμεση υποστήριξη απέναντι στα παιδιά τους. Κλείνοντας η ΔΕΠΥ, είναι ένα πρόβλημα που μπορεί να λυθεί με συνεργασία και υποστήριξη, και να είναι ένα πρόβλημα που υπάρχει λύση (BAKANAY, 2019).

Ωστόσο, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως είναι η γονική μέριμνα, οι παράγοντες άγχους στην οικογένεια μπορούν να επηρεάσουν την σοβαρότητα των συμπτωμάτων, αλλά δεν προκαλούν ΔΕΠ-Υ.

Οι γονείς δεν χρειάζεται να κατηγορούν τους εαυτούς τους για την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα των παιδιών τους. Αυτό που πρέπει να κάνουν είναι να επικεντρωθούν στον καλύτερο τρόπο να βοηθήσουν το παιδί τους για να λάβει αυτά που χρειάζεται. Η αντικειμενικότητα σχετικά με την προέλευση της διαταραχής θα βοηθήσει στο να γίνει πλήρως κατανοητό από τους γονείς τι χρειάζεται πραγματικά να κάνουν, και να βρουν έξυπνες υγιείς λύσεις για αυτούς αλλά και για το παιδί τους, έτσι ώστε να το βοηθήσουν με την καλύτερη δυνατή λύση για την ΔΕΠ-Υ (Smith, 2019).

Τέλος, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η διαταραχή της συμπεριφοράς του παιδιού, επηρεάζει την λειτουργία των γονέων, και παράλληλα, η στάση των γονέων επηρεάζει την εξέλιξη της διαταραχής του παιδιού. Αυτοί οι τύποι αλληλεπιδράσεων έχουν ως αποτέλεσμα, να επιβαρύνεται σημαντικά το παιδί, να επιδεινώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, και να περιορίζεται σημαντικά η ικανότητα αυτοδιαχείρισης και αυτορρύθμισης του παιδιού, γεγονός που οδηγεί με τη σειρά του σε ανασφαλή πρότυπα δεσμού των σχέσεων μεταξύ μητέρας – παιδιού. Επομένως, η ικανότητα των γονέων να διαχειρίζονται τα παιδιά τους με θετικό και παραγωγικό τρόπο είναι πολύ σημαντική για τα ίδια τα παιδιά (Κουρκούτας & Caldin , 2012).

3.3 Η συνεργασία γονέων–εκπαιδευτικών και η γονεϊκή εμπλοκή στις σχολικές υποχρεώσεις

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία σύνθετη διαταραχή, που σημαίνει ότι εκδηλώνεται όχι μόνο στο σπίτι και στο σχολείο, αλλά και σε άλλα εξωσχολικά πλαίσια. Για την βέλτιστη επίτευξη της μαθησιακής υποστήριξης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, απαραίτητη είναι η

συχνή και αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ γονέων και εκπαιδευτικών δασκάλων. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί δεν είναι υπεύθυνοι για τη διάγνωση ή την ανάπτυξη κατάλληλου προγράμματος παρέμβασης. Ωστόσο, είναι σημαντικό οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς να προσπαθούν να κατανοήσουν τα παιδιά, και όχι να τα χαρακτηρίζουν ως «άτακτα» ή «ατελή», θέτοντας τα τιμωρία στο σχολείο και στο σπίτι με συνεχή επίπληξη (Özcan, 2019). Η επικοινωνία συχνά περιλαμβάνει τις ανησυχίες από την πλευρά των γονέων, τις στρατηγικές παρέμβασης και μάθησης που χρησιμοποιεί ο δάσκαλος, καθώς και την παρακολούθηση της προόδου.

Η επικοινωνία μεταξύ γονέων και εκπαιδευτικών είναι ζωτικής σημασίας για την οικοδόμηση μιας συνεργατικής και υποστηρικτικής σχέσης. Αναλυτικότερα, για να βοηθηθεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί του δάσκαλοι, θα πρέπει να κατανοήσουν τις ιδιαίτερες απαιτήσεις και τις ανάγκες που συνδέονται με τον χαρακτήρα, καθώς και το προφίλ του παιδιού. Οι γονείς αποτελούν σημαντική αρωγή για τους εκπαιδευτικούς, ιδιαίτερα όσον αφορά το ακαδημαϊκό και αναπτυξιακό ιστορικό των παιδιών. Ωστόσο, μέσο βοήθειας είναι και οι εκπαιδευτικοί για τους γονείς, καθώς μπορούν να παρέχουν πληροφορίες αναφορικά με τις εκπαιδευτικές τεχνικές βοήθειας που παρέχουν στο παιδί μέσα στην τάξη, αλλά και με την πρόοδο του.

Ενδεχομένως, οι γονείς να παρουσιάζουν ιδιαίτερες προτιμήσεις, όσον αφορά την φύση και την συχνότητα επικοινωνίας, είτε με τους εκπαιδευτικούς είτε με τους ειδικούς. Αυτό σημαίνει, ότι αρκετοί μπορεί να προτιμούν επικοινωνία σε καθημερινή βάση, ενώ αντίθετα άλλοι μπορεί να προτιμούν εναλλακτικές μορφές επικοινωνίας σε λιγότερη συχνή βάση. Λαμβάνοντας υπόψιν, επίσης, το γεγονός ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μία διαταραχή με αυξημένο βαθμό κληρονομικότητας -ενδέχεται δηλαδή ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ να έχει έναν γονέα με αντίστοιχα συμπτώματα-, μπορεί να επηρεαστεί το είδος και η ποιότητα της επικοινωνίας (Σκαλούμπακας & Κόρπα, 2013).

Η συνεργασία σχολείου-οικογένειας αναδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας στην υγιή γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Η παραδοχή της σημαντικότητας της αποτελεσματικής συνεργασίας και της ουσιαστικής επικοινωνίας εκπαιδευτικών-γονέων θέτει ως αναγκαιότητα τη μελέτη του πολύπλευρου αυτού πεδίου και την κατανόηση των παραγόντων που τη διαμορφώνουν.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα ζητήματα που αφορούν τη συνεργασία σχολείου-οικογένειας, το οποίο εκφράζεται μέσα από τη

διεξαγωγή ερευνών που προτείνουν θεωρητικά μοντέλα, μελετούν τις βέλτιστες πρακτικές και στοχεύουν στην ανάδειξη των θετικών επιδράσεων στη διαδικασία της μάθησης και στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2009).

Για την ολοκληρωμένη κατανόηση του συγκεκριμένου πεδίου κρίνεται αρχικά αναγκαία η παρουσίαση των βασικών θεωρητικών μοντέλων που περιγράφουν τη συνεργασία σχολείου-οικογένειας, η αποσαφήνιση της έννοιας «γονεϊκή εμπλοκή», καθώς και η παρουσίαση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Στη συνέχεια, περιγράφονται το θεωρητικό υπόβαθρο της επικοινωνίας και οι βασικές δεξιότητες που μπορούν να αξιοποιηθούν από τους εκπαιδευτικούς. Τέλος, ολοκληρώνεται με την παρουσίαση πρακτικών ενίσχυσης της συνεργασίας σχολείου-οικογένειας και αντιμετώπισης των δυσκολιών.

Σφαιρικό μοντέλο ή μοντέλο των επικαλυπτόμενων σφαιρών επιρροής της Epstein

Το μοντέλο των επικαλυπτόμενων σφαιρών επιρροής της Epstein (Epstein J. , 1995) έχει σαφή συστημικό προσανατολισμό και διευρύνει το σχήμα της συνεργασίας σχολείου-οικογένειας, αναγνωρίζοντας τον ρόλο της κοινότητας.

Ειδικότερα, υποστηρίζει ότι οι μαθητές μαθαίνουν και εξελίσσονται μέσα σε τρία ευρύτερα πλαίσια (οικογένεια, σχολείο, κοινότητα), τα οποία χρειάζεται να συνυπάρχουν λειτουργικά. Οι τρεις σφαίρες πλησιάζουν ή απομακρύνονται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, τη στάση των εκπαιδευτικών και τον βαθμό ευαισθητοποίησης της κοινότητας σε θέματα γονεϊκής εμπλοκής στην εκπαιδευτική διαδικασία. Αναγνωρίζεται ότι η οικογένεια, το σχολείο και η κοινότητα, διαθέτουν χωριστά διάφορους μηχανισμούς που ενισχύουν την επίδοση των μαθητών, αλλά η από κοινού υιοθέτηση σχεδιασμένων και προγραμματισμένων μεθόδων μπορεί να δώσει επιπλέον κίνητρα στα παιδιά για επίμονη και αποδοτική εργασία με στόχο τη σχολική επιτυχία και τη μείωση της σχολικής διαρροής.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνει η Epstein στη γονεϊκή εμπλοκή, η οποία ακολουθεί μια συγκεκριμένη τυπολογία που προέκυψε μετά από έρευνες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός στον σχεδιασμό προγραμμάτων συνεργασίας σχολείου-οικογένειας.

Μοντέλο των σχέσεων οικογένειας-σχολείου των Ryan και Adams

Το μοντέλο των Ryan και Adams (Ryan & Adams, 1995), με συστημικό προσανατολισμό επίσης, εστιάζει στο παιδί-μαθητή και στα μέλη του άμεσου οικογενειακού του περιβάλλοντος, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στην επίδραση που έχουν στην επιτυχία του παιδιού, τόσο στο σχολικό όσο και στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αυτό δραστηριοποιείται. Τα συστήματα των σχέσεων και οι παράμετροι ανάλογα με την εγγύτητα επίδρασης που έχουν στη συμπεριφορά και στην επίδοση του παιδιού στο σχολείο ιεραρχούνται σε έξι επίπεδα, με το παιδί να τοποθετείται στη βάση. Κάθε επίπεδο περιλαμβάνει ένα συγκεκριμένο σύνολο από μεταβλητές και αντιπροσωπεύεται από έναν αριθμό που δηλώνει την απόσταση μεταξύ τους.

Πιο αναλυτικά, στο μηδενικό επίπεδο περιλαμβάνονται μεταβλητές που αφορούν την επίδοση και τη συμπεριφορά του παιδιού στο σχολείο (π.χ. βαθμολογία, συμμετοχή). Στο πρώτο επίπεδο εντάσσονται μεταβλητές που περιγράφουν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και συσχετίζονται περισσότερο με τη σχολική επίδοση (π.χ. ευφυΐα, αυτοεκτίμηση, συναισθηματική έκφραση). Το δεύτερο επίπεδο περιέχει μεταβλητές που σχετίζονται με την εμπλοκή των γονέων στις σχολικές υποχρεώσεις του παιδιού (π.χ. βοήθεια στην κατ' οίκον εργασία), ενώ το τρίτο επίπεδο περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση γονέων και παιδιών σε εξωσχολικές δραστηριότητες. Στο τέταρτο επίπεδο περιγράφονται οι μεταβλητές που αφορούν την αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος (π.χ. επικοινωνία, συνεργασία, συνοχή, έκφραση επιθετικότητας). Το πέμπτο επίπεδο αφορά πιο συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων, τις προσδοκίες για την επίδοση των παιδιών και τη στάση τους απέναντι στην εκπαίδευση. Το έκτο και τελευταίο επίπεδο αφορά το εξωτερικό περιβάλλον της οικογένειας και ειδικότερα τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες που την πλαισιώνουν (π.χ. μορφωτικό επίπεδο οικογένειας) (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2009).

Μοντέλο της γονεϊκής εμπλοκής των Hoover-Dempsey και Sandler

Το μοντέλο που προτείνεται από τους Hoover-Dempsey και Sandler (Hoover-Dempsey & Sandler, 1995) επικεντρώνεται σε ψυχολογικές παραμέτρους που αφορούν τους γονείς και επηρεάζουν τις σχέσεις που αναπτύσσουν με το σχολείο και συγκροτείται από πέντε επίπεδα.

Συμπερασματικά, τα παραπάνω μοντέλα αν και υιοθετούν διαφορετικούς επιστημονικούς προσανατολισμούς, συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση των

διεργασιών και των παραμέτρων που επηρεάζουν τη συνεργασία σχολείου, οικογένειας και κοινότητας. Σύμφωνα με τη Μυλωνάκου-Κεκέ, μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή μιας επιτυχημένης εκπαιδευτικής πολιτικής για τη συνεργασία σχολείου, οικογένειας και κοινότητας.

Ο όρος «γονεϊκή εμπλοκή» είναι πολυδιάστατος και χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων των γονέων στο σπίτι και στο σχολείο, οι οποίες στοχεύουν στην υποστήριξη των παιδιών στην εκπαιδευτική διαδικασία (Μπόνια, Μπρούζος, & Κοσσυβάκη, 2008).

Σύμφωνα με τους Fantuzzo, Tighe & Childs (Fantuzzo, Tighe, & Childs, 2000), η γονεϊκή εμπλοκή λαμβάνει χώρα σε τρία επίπεδα: α) στο πλαίσιο της οικογένειας, β) στο πλαίσιο του σχολείου και γ) στο πλαίσιο της επικοινωνίας σχολείου-οικογένειας. Επιπλέον, η Epstein (Epstein J. , 1995) περιγράφει έξι διαφορετικούς τύπους γονεϊκής εμπλοκής: α) δραστηριότητες των γονέων με στόχο τη δημιουργία θετικού κλίματος μάθησης στο σπίτι, β) επικοινωνία γονέων-εκπαιδευτικών για το σχολικό πρόγραμμα και την πρόοδο των παιδιών, γ) συμμετοχή των γονέων στις σχολικές δραστηριότητες και εθελοντική προσφορά προς το σχολείο, δ) εμπλοκή των γονέων στην προετοιμασία των παιδιών για το σχολείο και γενικότερα στη μάθηση στο σπίτι, ε) εμπλοκή των γονέων στα συμβούλια λήψης αποφάσεων και στη διοίκηση του σχολείου και στ) εμπλοκή των γονέων στην αναζήτηση πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες με στόχο τη βελτίωση των ευκαιριών μάθησης.

Η μελέτη της επίδρασης της γονεϊκής εμπλοκής στη σχολική εκπαίδευση των παιδιών υποστηρίζει τη θετική της επίδραση στους μαθητές, στους γονείς και στους εκπαιδευτικούς αλλά και στην ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης συνολικά (Γεωργίου, 2000) (Epstein & Sheldon, 2002) (Μπρούζος, 2009). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η ενεργός συμμετοχή των γονέων έχει σημαντικά οφέλη για όλους τους μαθητές ανεξάρτητα από την ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το πολιτισμικό πλαίσιο. Συμβάλλει στη βελτίωση της σχολικής επίδοσης μέσα από την αύξηση του βαθμού συμμετοχής και ενδιαφέροντος στην τάξη, την ανάληψη ευθύνης για μάθηση και την υπευθυνότητα στην ολοκλήρωση των κατ' οίκον εργασιών. Παράλληλα, ενισχύει την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των μαθητών μέσα από την ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και την υιοθέτηση θετικής στάσης και συμπεριφοράς στο σχολικό πλαίσιο, ενώ προλαμβάνει και αντιμετωπίζει

τις δυσκολίες προσαρμογής και μειώνει τα ποσοστά της σχολικής διαρροής (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2009).

Όσον αφορά τους γονείς, η γονεϊκή εμπλοκή φαίνεται ότι οδηγεί στη βελτίωση των σχέσεων με τα παιδιά τους και στην απόκτηση πρόσθετων δεξιοτήτων για την υποστήριξή τους στο σπίτι. Παράλληλα, ενισχύει την εκτίμηση και την ικανοποίηση από τη συνεργασία με το σχολείο, αλλά και την αίσθηση της αποτελεσματικότητάς τους ως προς την άσκηση του γονεϊκού τους ρόλου.

Τέλος, οι εκπαιδευτικοί έχουν τη δυνατότητα να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες των μαθητών τους, να υποστηριχθούν κατάλληλα στο έργο τους από τους γονείς και να είναι πιο αποτελεσματικοί μέσα από την ενίσχυση των διδακτικών πρακτικών που ακολουθούν (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2009).

3.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασία γονέων-εκπαιδευτικών

Παρά την αναγνώριση της σπουδαιότητας της γονεϊκής εμπλοκής, αυτή δεν είναι πάντα επιτεύξιμη. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τη διαμόρφωση της γονεϊκής εμπλοκής και κατ' επέκταση τη συνεργασία σχολείου-οικογένειας. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν τα χαρακτηριστικά του παιδιού, τις στάσεις και προσδοκίες των γονέων και των εκπαιδευτικών, τις εξωτερικές συνθήκες αλλά και τα χαρακτηριστικά της σχολικής μονάδας (Πνευματικός, Παπακανάκης, & Γάκη, 2008).

Αναλυτικότερα, φαίνεται ότι η ηλικία, το φύλο και οι μαθησιακές ανάγκες του μαθητή επηρεάζουν σημαντικά τη γονεϊκή εμπλοκή. Αναφορικά με την ηλικία, προκύπτει ότι, η γονεϊκή εμπλοκή είναι εντονότερη κατά τη φοίτηση στο δημοτικό σχολείο και σταδιακά μειώνεται καθώς το παιδί μεγαλώνει. Επιπλέον, το φύλο του παιδιού επηρεάζει τη γονεϊκή εμπλοκή, καθώς σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα οι γονείς των αγοριών εμπλέκονται περισσότερο στην εκπαιδευτική διαδικασία από τους γονείς των κοριτσιών. Τέλος, οι μαθησιακές ανάγκες του παιδιού φαίνεται ότι ρυθμίζουν τη γονεϊκή εμπλοκή, καθώς η τελευταία αυξάνεται όταν η ανατροφοδότηση για την επίδοση από το σχολείο είναι αρνητική και μειώνεται όταν είναι θετική.

Αναφορικά με τους γονείς, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η εκπαιδευτική εμπειρία τους, καθώς φαίνεται ότι γονείς που είχαν αρνητικές εμπειρίες ως μαθητές από την εκπαίδευση και τους εκπαιδευτικούς, μπορεί να διατηρούν επιφυλακτική στάση απέναντι στη συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς ή ακόμη και να απέχουν από τις

σχολικές δραστηριότητες. Επιπλέον, αντικειμενικοί παράγοντες διαμορφώνουν τις πεποιθήσεις και τις στάσεις για τη γονεϊκή εμπλοκή. Για παράδειγμα, οι γονείς με υψηλό ή μεσαίο κοινωνικο-μορφωτικό επίπεδο θεωρούν τον εαυτό τους συνυπεύθυνο για την εκπαίδευση των παιδιών τους και εμπλέκονται ενεργά σε αυτήν. Επιπλέον, μπορεί να θεωρούν τις καλές επιδόσεις των παιδιών τους αποτέλεσμα της δικής τους επιρροής ή των ικανοτήτων των παιδιών τους, ενώ οι δυσκολίες μάθησης και οι χαμηλές επιδόσεις καταλογίζονται στον εκπαιδευτικό και στο σχολείο. Αντίθετα, οι γονείς από χαμηλά στρώματα θεωρούν ότι η εκπαίδευση είναι αποκλειστικό καθήκον των εκπαιδευτικών ή αισθάνονται ότι δεν κατέχουν τις απαραίτητες εξειδικευμένες γνώσεις για την υποστήριξη των παιδιών τους (Πνευματικός, Παπακανάκης, & Γάκη, 2008).

Παράλληλα, δεν είναι λίγες οι αντικειμενικές δυσκολίες που ενδέχεται να εμποδίζουν τη γονεϊκή εμπλοκή. Για παράδειγμα, τα σοβαρά βιοποριστικά προβλήματα, η μονογονεϊκότητα και η απουσία ελεύθερου χρόνου λόγω φόρτου εργασίας και ωραρίου, μπορεί να μην επιτρέπουν στους γονείς να διαθέσουν τον απαιτούμενο χρόνο για εμπλοκή στην εκπαίδευση των παιδιών τους (Μπόνια, Μπρούζος, & Κοσσυβάκη, 2008). Τέλος, οι διαφορές εκπαιδευτικών και γονέων σε γλωσσικό και πολιτισμικό επίπεδο μπορεί να δυσχεραίνουν τη συνεργασία (π.χ. μετανάστες, Ρομά) (Μπρούζος, 2009).

Από την πλευρά τους, οι εκπαιδευτικοί συχνά μπορεί να αποθαρρύνουν τη γονεϊκή εμπλοκή, καθώς την αντιλαμβάνονται ως απειλή για το επαγγελματικό τους κύρος, θεωρούν τον εαυτό τους αποκλειστικά αρμόδιο για την εκπαίδευση των παιδιών, αμφιβάλλουν ότι οι γονείς μπορούν να συμβάλουν θετικά στο έργο τους ή είναι απρόθυμοι να δεχτούν ότι χρειάζονται τη βοήθεια των γονέων. Παράλληλα, συνήθεις αρνητικές πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών είναι ότι οι γονείς ενδιαφέρονται μόνο για τη σχολική επίδοση του παιδιού και αδιαφορούν για τη συνολική εικόνα του στο σχολείο και ανάγουν τις καλές επιδόσεις των μαθητών στην καλή ποιότητα του μαθήματός τους, ενώ για τις κακές καθιστούν υπεύθυνους τους γονείς ή τις ανεπαρκείς ικανότητες των μαθητών. Συχνά μπορεί να υιοθετούν την τεχνοκρατική θεώρηση και προσέγγιση του εκπαιδευτικού έργου, σύμφωνα με την οποία τα «προσωπικά» προβλήματα των μαθητών και των γονέων θεωρούνται προσωπική υπόθεση αυτών και η ενασχόληση με αυτά δεν αποτελεί υποχρέωσή τους (Μπρούζος, 2009).

Τέλος, καθοριστικό, επίσης, ρόλο στην ανάπτυξη της γονεϊκής εμπλοκής διαδραματίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της σχολικής μονάδας, όπως η αναλογία μαθητών-εκπαιδευτικών, η δυσκολία πρόσβασης στο σχολείο, το σχολικό κλίμα και κυρίως η στάση του διευθυντή της σχολικής μονάδας απέναντι στη γονεϊκή εμπλοκή (Μπρούζος, 2009).

3.3.2 Χρήσιμες συμβουλές για την σωστή επικοινωνία γονέων-εκπαιδευτικών

Πέρα από την αντιμετώπιση των εμποδίων που περιεγράφηκαν, η αρμονική συνεργασία σχολείου-οικογένειας προϋποθέτει την αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στα δύο μέρη, η οποία προκύπτει μέσα από τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης και αμοιβαίου σεβασμού. Για τη δημιουργία των συνθηκών που θα προάγουν την ειλικρινή επικοινωνία, ο εκπαιδευτικός καλείται να υιοθετήσει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και να αξιοποιήσει βασικές δεξιότητες, οι οποίες περιγράφονται στην ανθρωποκεντρική θεωρία του C. Rogers (Μπρούζος, 2009).

Ως διαπροσωπική επικοινωνία ορίζεται η κάθε λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά που γίνεται αντιληπτή από ένα άλλο άτομο. Δε συνίσταται στην απλή ανταλλαγή πληροφοριών, αλλά θεωρείται αποτελεσματική όταν ο ακροατής (δέκτης) κατανοεί το μήνυμα του ομιλητή (πομπού) αποδίδοντας σε αυτό τη σημασία που έχει για τον ομιλητή. Σε μια αλληλεπίδραση τα άτομα είναι ταυτόχρονα αποστολείς και λήπτες των μηνυμάτων. Παράλληλα, η επικοινωνία θεωρείται αποτελεσματική, όταν αντλεί από την αρχή της ισότητας και του αμοιβαίου σεβασμού και στοχεύει στην επίτευξη της αρχής «και οι δυο κερδισμένοι». Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να εγκαθιδρυθεί αμοιβαία εμπιστοσύνη ανάμεσα στον εκπαιδευτικό και στους γονείς, η οποία ενισχύει τη συνεργασία, προλαμβάνει αλλά και συμβάλλει στην επίλυση προβλημάτων και συγκρούσεων (Σακαλάκη, 1994).

Πριν αναφερθούν οι βασικές δεξιότητες της αποτελεσματικής επικοινωνίας, κρίνεται απαραίτητη η αναφορά στους παράγοντες που την παρεμποδίζουν. Ως βασικά εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία έχουν αναφερθεί αντιδράσεις, όπως: η εντολή, όταν το άτομο δίνει εντολές στον συνομιλητή του, η προειδοποίηση/απειλή, όταν επισημαίνονται οι αρνητικές συνέπειες των πράξεων, η ηθικολογία, όταν υποδεικνύεται στο άτομο τι πρέπει ή τι θα έπρεπε να κάνει, η παροχή συμβουλών, όταν προσφέρονται οδηγίες και υποδείξεις χωρίς να έχουν ζητηθεί, η κριτική, όταν εκφράζεται μια αρνητική κρίση ή κατηγορία για το άτομο, ο χαρακτηρισμός, όταν αποδίδονται αρνητικοί χαρακτηρισμοί στο άτομο οι οποίοι μειώνουν και προσβάλλουν την προσωπικότητά του, η ερμηνεία για τα κίνητρα της συμπεριφοράς του ατόμου, χωρίς να του δίνεται η δυνατότητα να αυτοπροσδιοριστεί, η υποτίμηση των συναισθημάτων που εκφράζει το άτομο, ο αποπροσανατολισμός, όταν επιχειρείται η αλλαγή του θέματος συζήτησης μέσα από την αποφυγή, την αγνόηση ή το χιούμορ και

η ανάκριση, όταν τίθενται υπερβολικές και ακατάλληλες ερωτήσεις, οι οποίες δεν επιτρέπουν στο άτομο να ολοκληρώσει τις σκέψεις του (Χατζηχρήστου, 2004).

Από την άλλη πλευρά, η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να επιτευχθεί όταν η στάση του εκπαιδευτικού χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση, η οποία αφορά μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την κατανόηση του εσωτερικού κόσμου του ομιλητή και στη συνέχεια την κοινοποίηση όσων κατανοήθηκαν σε αυτόν. Συνεπώς, απαιτείται ο ακροατής να διαθέτει την ικανότητα να «μπαίνει» στη θέση του ομιλητή και να κατανοεί με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια τα συναισθήματα και τις σκέψεις του, χωρίς όμως να χάνει την επαφή με τον εαυτό του (Μπρούζος, Α., 2004). Βασική προϋπόθεση για την επιτυχή πραγμάτωση της ενσυναίσθησης είναι η ενεργητική ακρόαση, η οποία πρωταρχικά συνίσταται στην έκφραση αποδοχής και σεβασμού προς τον ομιλητή. Παράλληλα, απαιτεί από τον ακροατή να εστιάζει στον ομιλητή (π.χ. βιώματα, επιθυμίες, συναισθήματα, προτερήματα, αδυναμίες) και να του επιτρέψει να εκφραστεί και να ολοκληρώσει τις σκέψεις του, χωρίς να επεμβαίνει πρόωρα εξωτερικεύοντας προσωπικές απόψεις, ερμηνείες ή ερωτήσεις. Χρειάζεται να δείξει προσοχή όχι μόνο σε όσα εκφράζει ο ομιλητής, αλλά και σε αυτά που θέλει, αλλά πιθανόν δυσκολεύεται να εκφράσει (Μπρούζος, Α., 2004). Επιπλέον, χρειάζεται να χρησιμοποιήσει όλες τις αισθήσεις του για να κατανοήσει όχι μόνο τα λεκτικά αλλά και τα μη λεκτικά μηνύματα, τα οποία μεταφέρουν εξίσου σημαντικές πληροφορίες, ολοκληρώνουν το λεκτικό μήνυμα και συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόησή του (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2008).

Επιπροσθέτως, η άνευ όρων αποδοχή, η οποία βασίζεται στην αρχή ότι το άτομο είναι μοναδική και ξεχωριστή οντότητα, στην οποία αναγνωρίζεται το δικαίωμα σεβασμού της. Η αποδοχή χωρίς όρους σημαίνει αποδοχή των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων του ατόμου χωρίς αξιολόγηση και άσκηση κριτικής και αποτελεί έκφραση ενδιαφέροντος και φροντίδας. Ωστόσο, η αποδοχή χωρίς όρους δε σημαίνει ότι ο ακροατής επιδοκιμάζει και ενστερνίζεται το σύνολο των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων του ομιλητή. Αντίθετα, έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τη διαφοροποίησή του, χωρίς όμως να ασκεί κριτική ή να τον απορρίπτει (Μπρούζος, Α., 2004).

Τέλος, η γνησιότητα, η οποία εκφράζει τη συμφωνία και την αρμονία των σκέψεων και συναισθημάτων, της εμπειρίας και της στάσης του ακροατή κατά την επικοινωνία. Διακρίνονται δύο διαστάσεις της γνησιότητας. Η συμφωνία αφορά την εσωτερική

διάσταση της γνησιότητας, δηλαδή τον βαθμό στον οποίο το άτομο είναι ανοιχτό προς κάθε πλευρά των βιωμάτων του και αποδέχεται τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές πλευρές τις προσωπικότητάς του. Η διαφάνεια αναφέρεται στην εξωτερική διάσταση της γνησιότητας, κατά την οποία το άτομο εκφράζει τα συναισθήματά του με ειλικρίνεια στον συνομιλητή του (Μπρούζος, Α., 2004).

Η στάση του εκπαιδευτικού που χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση, άνευ όρων αποδοχή και γνησιότητα πραγματώνεται μέσα από την εφαρμογή των ακόλουθων δεξιοτήτων:

Αντανάκλαση συναισθήματος:

Η αντανάκλαση συναισθήματος συνίσταται στην επανάληψη ή αναδιατύπωση των λεγομένων του συνομιλητή. Με αυτόν τον τρόπο, ο ακροατής βοηθά τον ομιλητή να αισθανθεί ότι τον ακούει προσεκτικά και ότι ενδιαφέρεται πραγματικά για αυτόν. Παράλληλα, του επιτρέπει να αναγνωρίσει, να διαλευκάνει και να εκφράσει τα συναισθήματά του, ώστε να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις σε σχέση με τη συμπεριφορά του. Για μια «ενεργητική ακρόαση» χρειάζεται να:

- Γίνει εστίαση στο συναίσθημα του ομιλητή και όχι μόνο στο περιεχόμενο των λεγομένων του
- Δοθεί προσοχή στον τρόπο που μιλάει (π.χ. με θυμό, με λύπη, με αδιαφορία) και στα μη λεκτικά μηνύματα που μεταφέρει
- Γίνει εντοπισμός των αντιφατικών στάσεων και συναισθημάτων
- Γίνει κατονομασία του συναισθήματος και περιγραφή της αιτίας που το προκαλεί (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2008).

Παράφραση:

Η παράφραση συνίσταται στην επανάληψη των λεγομένων του συνομιλητή, η οποία δείχνει ότι ο ομιλητής τον ακούει προσεκτικά. Παράλληλα, βοηθά τον ακροατή να ελέγξει αν άκουσε ορθά τα λεγόμενά του ή και να τα συνοψίσει. Επιπλέον, η παράφραση στοχεύει στη διευκόλυνση της διερεύνησης των θεμάτων που απασχολούν τον ομιλητή και στην αποσαφήνισή τους (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2008).

Χρήση των ερωτήσεων:

Η υποβολή των ερωτήσεων στοχεύει στη συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών και στη διευκρίνιση ασαφών σημείων. Διακρίνονται δύο τύποι ερωτήσεων. Οι «κλειστές» ερωτήσεις, οι οποίες έχουν πληροφοριακό χαρακτήρα και απαντώνται σύντομα και μονολεκτικά (π.χ. «ναι», «όχι») και οι «ανοιχτές» (π.χ. «πώς», «τι»), οι οποίες στοχεύουν στη διερεύνηση σκέψεων και συναισθημάτων και οδηγούν σε περιφραστικές και μακροσκελείς απαντήσεις. Η χρήση των «ανοιχτών» ερωτήσεων θεωρείται ιδιαίτερα βοηθητική στη διαπροσωπική επικοινωνία, καθώς δε στοχεύει στη λήψη μιας συγκεκριμένης απάντησης, αλλά ενθαρρύνει τον ομιλητή να αναγνωρίσει και να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2008).

Μήνυμα σε πρώτο πρόσωπο:

Όπως σε όλες τις διαπροσωπικές σχέσεις, η επικοινωνία ανάμεσα σε γονείς και εκπαιδευτικούς μπορεί να διαταραχθεί και να προκληθεί έντονη διαφωνία ή ακόμη και σύγκρουση. Πιθανοί λόγοι που διαταράσσουν την επικοινωνία αποτελούν η απουσία ή η ακατάλληλη χρήση των δεξιοτήτων επικοινωνίας, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των εμπλεκόμενων μερών και η διάσταση απόψεων κατά τη λήψη αποφάσεων για τον μαθητή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο εκπαιδευτικός οφείλει να αναλάβει την πρωτοβουλία για την αποκατάσταση της επικοινωνίας με τους γονείς. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, πέρα από τις δεξιότητες επικοινωνίας που προαναφέρθηκαν, ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να επιδείξει διεκδικητικότητα.

Η διεκδικητική συμπεριφορά προάγει την ισοτιμία στις διαπροσωπικές σχέσεις, δίνοντας τη δυνατότητα για υπεράσπιση του εαυτού χωρίς υπερβολικό άγχος, ειλικρινή έκφραση συναισθημάτων και άσκηση των προσωπικών δικαιωμάτων με σεβασμό προς τα δικαιώματα των άλλων. Βασική έκφραση διεκδικητικότητας αποτελεί το μήνυμα σε πρώτο πρόσωπο, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν ο ακροατής αισθάνεται ότι ο ομιλητής δεν εκφράζει σεβασμό, γίνεται προσβλητικός ή επιθετικός. Εκφράζει σεβασμό, αποτρέπει τη σύγκρουση, δεν κατηγορεί, αλλά πληροφορεί για την επίδραση της συμπεριφοράς στον ακροατή. Για τη σύνταξη ενός μηνύματος σε πρώτο πρόσωπο χρειάζεται να:

- Γίνει περιγραφή της συμπεριφοράς που δημιουργεί πρόβλημα με σαφήνεια, χωρίς τη διατύπωση κατηγοριών
- Γίνει προσδιορισμός του συναισθήματος που προκαλείται

- Γίνει γνωστοποίηση της επίδρασης που προκαλείται (Garner, 2001) (Alberti & Emmons, 2011).

Πέρα από τις δεξιότητες που αφορούν τη λεκτική επικοινωνία, ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να αναπτύξει και δεξιότητες που αφορούν τη μη λεκτική επικοινωνία:

- Η βλεμματική επαφή με τον γονέα δεν πρέπει να είναι επίμονη, αλλά με μικρά διαλείμματα
- Η στάση του σώματος να διακρίνεται από μια ελαφριά κλίση προς τα μπροστά
- Ο τόνος της φωνής χρειάζεται να διατηρείται χαμηλός και ήρεμος
- Η φυσική απόσταση που τηρείται από τον συνομιλητή, χρειάζεται να διευκολύνει την επικοινωνία και όχι να την εμποδίζει. Για παράδειγμα, ο εκπαιδευτικός που επιλέγει να συναντήσει τους γονείς καθισμένος πίσω από το γραφείο του δημιουργεί μια «απόσταση» εξουσίας.

Συνολικά, όσον αφορά τη μη λεκτική επικοινωνία ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη του πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και διαφυλικές διαφορές, οι οποίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανόηση των μη λεκτικών μηνυμάτων που μεταφέρονται (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1998).

Απαραίτητη για την ομαλή διεξαγωγή της επικοινωνίας θεωρείται η διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών που διασφαλίζουν την ιδιωτικότητα και αποτρέπουν τη διακοπή από εξωτερικούς παράγοντες (Μπρούζος, 2009).

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η συνεργασία σχολείου-οικογένειας συχνά παρεμποδίζεται από πληθώρα παραγόντων που αφορούν όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Σύμφωνα με τη Μυλωνάκου-Κεκέ, η προσπάθεια για τη βελτίωση της συνεργασίας σχολείου-οικογένειας αποτελεί βασική ευθύνη των εκπαιδευτικών και προϋποθέτει τη συνεκτίμηση όλων των περιορισμών που προαναφέρθηκαν και την ανεύρεση των κατάλληλων μέσων αντιμετώπισης των εμποδίων.

Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητο κάθε σχολική μονάδα να προσδιορίζει τις στρατηγικές και τις πολιτικές που υιοθετεί για τη βελτίωση της συνεργασίας της με τους γονείς. Η αποτελεσματικότητα των δράσεων που υιοθετεί το σχολείο ενισχύεται, όταν αυτές ορίζονται με σαφήνεια ως προς τους στόχους και τα μέσα που θα αξιοποιηθούν, αλλά και διαμορφώνονται λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες

των μαθητών και των γονέων τους. Επιπλέον, η εφαρμογή των δράσεων χρειάζεται να ξεκινά από την έναρξη της σχολικής χρονιάς και απαιτεί τη δέσμευση των εκπαιδευτικών για συνεχή προσπάθεια διατήρησης της συνεργασίας και της επικοινωνίας με τους γονείς καθ' όλη τη διάρκεια του σχολικού έτους (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2009).

Τέλος, απαραίτητη κρίνεται η υπεύθυνη και συστηματική αξιολόγηση των δραστηριοτήτων που στοχεύουν στη συνεργασία σχολείου-οικογένειας. Μέσα από τη διερεύνηση των απόψεων των γονέων και των παιδιών, οι εκπαιδευτικοί απαιτείται να είναι σε ετοιμότητα και να διαθέτουν ευελιξία για την αναπροσαρμογή της δράσης τους εφόσον κριθεί αναγκαίο. Κατά τη λήξη του σχολικού έτους, τα πορίσματα της συνολικής αξιολόγησης χρειάζεται να ενσωματώνονται στον σχεδιασμό για τον επόμενο χρόνο (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2009). Πέρα από τον προσεκτικό σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των κατάλληλων στρατηγικών, η δημιουργία ενός σχολείου «ανοιχτού» στη συνεργασία με τους γονείς προϋποθέτει τη διαρκή δέσμευση των εκπαιδευτικών στον συγκεκριμένο στόχο (Γεωργίου, 2000).

Κεφάλαιο 4: Η συμβουλευτική προσέγγιση

4.1 Συμβουλευτική προς τους γονείς για δομή και οργάνωση της ζωής του παιδιού με ΔΕΠ-Υ

Μετά την αξιολόγηση του παιδιού και της τελικής του διάγνωσης, η ανακοίνωση ύπαρξης ΔΕΠ-Υ επιφέρει στους γονείς ποίκιλα συναισθήματα. Ανάμεσα σ' αυτά περιλαμβάνονται η απογοήτευση, ο θυμός, η απελπισία και οι τύψεις, ειδικά στην περίπτωση που ενημερώνονται για την πιθανή κληρονομική φύση της διαταραχής. Σε αυτό το σημείο λοιπόν, είναι σημαντικό να ξεκινήσει η συμβουλευτική υποστήριξη της οικογένειας.

Σύμφωνα με τον ορισμό που προτείνει η Βρετανική Εταιρεία Συμβουλευτικής (British Association of Counseling-BAC), η Συμβουλευτική «...συμπεριλαμβάνει την εργασία με άτομα και με σχέσεις, η οποία μπορεί να συνδέεται με την ανάπτυξη, την υποστήριξη κρίσεων, να είναι ψυχοθεραπευτική, καθοδηγητική ή να έχει στόχο την επίλυση προβλημάτων...» (BAC, 1984).

Πολύ σημαντικό στοιχείο για τον τρόπο διαχείρισης των συναισθημάτων των γονέων, αποτελούν οι αντιλήψεις, οι υποθέσεις ή πεποιθήσεις για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τα παιδιά τους, αυτό δηλαδή που θεωρούν ότι ευθύνεται για τη διαταραχή. Αρχικά ενημερώνονται για τα ευρήματα της διάγνωσης, όπου κατά κανόνα προκύπτει το ερώτημα για τα αίτια των συμπτωμάτων, τα οποία πρέπει να συζητηθούν εκτενώς σε σχέση με τις γονεϊκές αντιλήψεις (MTA Cooperative Group, 1999).

Η εκπαίδευση των γονέων στοχεύει στην αντικατάσταση των δυσπροσαρμοστικών τρόπων με τους οποίους οι γονείς αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους με προσαρμοστικούς τρόπους. Οι γονείς εκπαιδεύονται στο να επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες προβληματικές συμπεριφορές και να εφευρίσκουν στρατηγικές για να τις αλλάξουν. Η αποτελεσματικότητα της συμπεριφορικής εκπαίδευσης γονέων είναι καλά τεκμηριωμένη (Pelham, Wheeler , & Chronis, 1998). Ωστόσο, πρόβλημα αποτελεί η διατήρηση της εμπλοκής των γονέων, αφού και οι γονείς ενδέχεται να εκδηλώνουν ΔΕΠ-Υ.

Γνωρίζοντας, λοιπόν, οι γονείς τον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται, αντιδρούν και εκφράζονται τα παιδιά τους, θα βοηθήσει να κατανοήσουν το παιδί και να ανταπεξέλθουν στη δυσκολία του. Αυτό που ζητείται από τους γονείς δεν είναι να «θυσιαστούν» για ένα παιδί που αρέσκεται να τους δυσκολεύει, αλλά να κατανοήσουν την εγγενή δυσκολία του παιδιού και να την επαναφέρουν στο μυαλό τους κάθε φορά που η συμπεριφορά του παιδιού τους γίνεται προκλητική. Έτσι, ο γονιός θα μπορέσει

να έχει την κατάλληλη ανταπόκριση στο θυμό ή την εναντιωματική συμπεριφορά του παιδιού του, η οποία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την σωστή εκπαίδευση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Όπως όλοι μας, έτσι και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όταν ενηλικιωθούν θα χρειαστεί να ανταπεξέλθουν σε κοινωνικές σταθερές, κοινές για όλους και συχνά, απαιτητικές. Τα πιο δυνατά θεμέλια που μπορούν να τους παρέχουν οι γονείς τους, είναι τα υγιή και μη τιμωρητικά όρια και όχι την χωρίς όρια ανοχή οποιασδήποτε συμπεριφοράς, με την δικαιολογία της ύπαρξης της διαταραχής (Καραμάνη, 2019).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, που απευθύνονται προς τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, στοχεύουν στην ενημέρωση και εκπαίδευση τους σχετικά με τη φύση και την πορεία της διαταραχής, και στην εκμάθηση αποτελεσματικών και κατάλληλων τρόπων αντιμετώπισης των προβληματικών συμπεριφορών, που σχετίζονται ή απορρέουν από τη ΔΕΠ-Υ (MTA Cooperative Group, 1999) (Barkley, Taking Charge of ADHD, 1995).

Για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ, οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και οι ειδικοί ενδέχεται να θεωρήσουν χρήσιμο να δημιουργηθεί ένα Καθημερινό Δελτίο Ενημέρωσης (ΚΔΕ) (Daily Report Card-DRC). Μελέτες που έχουν γίνει, έδειξαν ότι τα DRC μπορεί να βοηθήσουν τόσο το ίδιο το παιδί και τους γονείς, όσο και τον εκπαιδευτικό-ειδικό, ο οποίος μπορεί να παρακολουθεί την πρόοδο που έχει σημειωθεί σχετικά με τους στόχους που έχουν τεθεί (Σκαλούμπακας & Κόρπα, 2013).

Διάφορες κλινικές μελέτες που αφορούν τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, υπογραμμίζουν τη σημασία των ψυχολογικών παρεμβάσεων στη θεραπεία και στη πρόληψη των υποτροπών, οι οποίες είτε χορηγούνται μόνες τους είτε σε συνδυασμό με την φαρμακοθεραπεία. Άλλωστε η ΔΕΠ-Υ, όπως και οι συχνότερες νοσηρές μ' αυτήν καταστάσεις, αποτελούν τις κυριότερες διαταραχές της συμπεριφοράς που απαιτούν συμπεριφορική προσέγγιση. Συνεπώς, μία πλήρης και ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση οφείλει να περιλαμβάνει μη-φαρμακολογικές θεραπείες.

Βασικό στόχο όλων των ψυχολογικών παρεμβάσεων αποτελεί η βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας του παιδιού μέσω της βελτίωσης της συμπεριφοράς του, και της ομαλής σχέσης του, τόσο με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, όσο και με τους συνομήλικους του (MTA Cooperative Group, 1999).

Οι βασικοί στόχοι στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης και ελέγχου της συμπεριφοράς του παιδιού, η ενίσχυση της

ικανότητας τους και της αυτοπεποίθησής τους στην ανατροφή του παιδιού καθώς και η βελτίωση της σχέσης γονέων- παιδιού με τη χρήση κατάλληλων μορφών επικοινωνίας και θετικής προσοχής. Η δομή των προγραμμάτων αυτών είναι στη βάση εβδομαδιαίων συνεδριών, συνήθως σε ομάδες αλλά δύναται να τροποποιηθούν ώστε να χορηγούνται και ατομικά. Η κύρια συμπεριφορική τεχνική στην οποία εκπαιδεύονται οι γονείς, είναι η χρήση ανταλλάξιμων αμοιβών και ενισχυτών που κινητοποιούν και προτρέπουν το παιδί να ελέγξει τη συμπεριφορά, την παρορμητικότητα και τη διάσπαση της προσοχής του. Οι ενισχυτές αυτοί, μπορεί να είναι άμεσοι, όπως για παράδειγμα επιπλέον χρόνος παιχνιδιού ή να έχουν τη μορφή «πόντων» που συγκεντρώνει το παιδί, προκειμένου να αποκτήσει κάτι που επιθυμεί. Άλλοι τύποι ενισχυτών, όπως είναι ο έπαινος είναι εξίσου βοηθητικοί.

Άλλη συμπεριφορική τεχνική αποτελούν οι αρνητικές συνέπειες ή επιπτώσεις για τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Παρόλο που πρέπει να χρησιμοποιείται με μικρότερη συχνότητα από την ενίσχυση, η προσέγγιση αυτή έχει σημαντική λειτουργία ιδιαίτερα όταν η συμπεριφορά του παιδιού είναι ιδιαίτερα διασπαστική και ενοχλητική για τους άλλους και πρέπει να σταματήσει άμεσα. Παραδείγματα αυτής της τεχνικής αποτελούν, οι λεκτικές προειδοποιήσεις, η απώλεια ενισχυτών από αυτούς που το παιδί έχει ήδη κερδίσει ή η διακοπή μιας δραστηριότητας, κατά την οποία το παιδί απομακρύνεται από τους υπόλοιπους για μια συγκεκριμένη περίοδο (MTA Cooperative Group, 1999).

Για την βέλτιστη επικοινωνία μεταξύ γονέα και παιδιού, καθώς και την ομαλή λειτουργία της σχέσης αυτής στην διάρκεια της ημέρας, προτείνεται στους γονείς να δώσουν στο παιδί τους άμεση, συχνή και σαφή ανατροφοδότηση για τη συμπεριφορά του, όταν αυτή είναι κατάλληλη. Επίσης, να έχουν συνέπεια στις αντιδράσεις, τους κανόνες και τις υποσχέσεις τους. Επιθυμητό στοιχείο από την πλευρά των γονέων είναι επίσης, το γεγονός να προτιμούν την δράση απέναντι στο πρόβλημα του παιδιού τους και όχι τις φωνές, διότι η ΔΕΠ-Υ προκαλεί το πρόβλημα και όχι το ίδιο το παιδί (MTA Cooperative Group, 1999).

Συμπληρωματικά, θα ήταν ωφέλιμο προς τους γονείς, με σκοπό να βοηθηθούν τόσο τα παιδιά τους, όσο και οι ίδιοι, οι παρακάτω αλληλεπιδράσεις συμπεριφοράς. Πρώτο βήμα αποτελεί, η αποδοχή των συναισθημάτων του παιδιού. Θα πρέπει να σημειωθεί όμως, πως η αποδοχή των συναισθημάτων δε σημαίνει αποδοχή όλων των συμπεριφορών. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να διδαχθεί σταδιακά να ξεχωρίζει την αθέμητη, «κακή» συμπεριφορά, να την αναγνωρίζει και να κατανοεί τις συνέπειές της.

Επίσης, όταν το παιδί είναι εκτός ελέγχου και θυμωμένο δεν ωφελεί να γίνει εκείνη τη στιγμή καμία συζήτηση. Καλό θα είναι να γίνει μία συζήτηση αφού το παιδί έχει ηρεμήσει και έχετε εξασφαλίσει τη βλεμματική επαφή. Αντιθέτως, όταν το παιδί βλέπει τηλεόραση ή παίζει κάποιο παιχνίδι στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, δεν θα πρέπει να αρχίσει κάποια συζήτηση.

Πέρα από αυτό, καλό θα είναι οι γονείς να κρατάνε καθημερινά σημειώσεις σχετικά με τις συμπεριφορές του παιδιού τους. Αυτό, θα βοηθήσει ώστε να κατανοήσουν τι ακριβώς δημιουργήσε τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, αλλά και θα τους δώσει την ευκαιρία αργότερα να δουν με μία πιο αντικειμενική ματιά τα γεγονότα. Οι σημειώσεις επίσης, θα αποτελούν και χρήσιμη πηγή πληροφοριών για τους ειδικούς που εμπλέκονται στην εκπαίδευση του παιδιού. Επιπλέον, καλό θα ήταν, να γίνεται αποφυγή της χρήσης των αρνητικών εκφράσεων, καθώς το λεξιλόγιο και το ύφος της συζήτησης θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στο επίπεδο του παιδιού. Σημαντικό είναι επίσης, να αποφεύγονται οι ατέρμονες και μεγάλες συζητήσεις, διότι συνήθως κουράζουν το παιδί κι έχουν αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Τέλος, θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένας χώρος ή μια γωνιά «ηρεμίας», όπου εκεί το παιδί θα μπορεί να καταφεύγει έως ότου ηρεμήσει (Παπαναστασίου, Φώτης, 2018).

Το σύστημα υγείας του Πανεπιστημίου Michigan προσφέρει αυτές τις προτάσεις για τους γονείς ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Kohnle, 2008):

Αρχικά, προτείνει να δοθεί προσοχή από τους γονείς στις καλές ιδιότητες που έχει το παιδί, και όταν παρατηρηθεί καλή συμπεριφορά του παιδιού, να επιβραβεύεται με επαίνους, λέγοντας τον λόγο και τονίζοντας την σωστή πράξη που επαινείται, και όχι την λανθασμένη. Επίσης, τα παιδιά αυτά χρειάζονται κίνητρα για την επίτευξη μιας δραστηριότητας ή για την ένδειξη καλής συμπεριφοράς, οπότε καλό θα ήταν να υπάρχει άμεση και συνεχή ανατροφοδότηση καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας. Από την άλλη, ορισμένα παιδιά με αυτήν την διαταραχή, λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, η οποία ενδέχεται να επηρεάσει την όρεξη τους για φαγητό. Για τον λόγο αυτό, ωφέλιμο θα ήταν να υπάρχουν υγιεινά γεύματα και σνακ καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας, εξασφαλίζοντας έτσι την σωστή λειτουργία και υγεία του οργανισμού τους. Τέλος, για την αποφυγή τραυματισμών, λόγω της παρορμητικής τους συμπεριφοράς, το σύστημα υγείας του Πανεπιστημίου Michigan, προτείνει να αφιερωθεί χρόνος στην προσοχή του παιδιού εν ώρα παιχνιδιού και άσκησης (Kohnle, 2008).

Η ανατροφή, λοιπόν, ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ έχει περισσότερες διακυμάνσεις και από ένα τρενάκι του Λούννα Παρκ, όπως αναφέρει ο Edward Hallowell (Edward Hallowell, 2014). Αυτό σημαίνει ότι, η συμπεριφορά του παιδιού μπορεί να διαφέρει είτε στην διάρκεια της ημέρας, είτε από ημέρα σε ημέρα. Αναλυτικότερα, υπάρχει πιθανότητα, την μία μέρα να παρουσιάζει δημιουργικότητα, την επόμενη κοινωνική απομόνωση, ενώ την μεθεπόμενη ασυνέπεια και απειθαρχία στο σχολικό περιβάλλον. Για τον λόγο αυτό, θα ήταν καλό οι γονείς, με σκοπό να διαχειριστούν την συναισθηματική κατάσταση των παιδιών τους και να συντηρήσουν μια σταθερότητα και ισορροπία στην μεταξύ τους σχέση, να ακολουθήσουν ορισμένες συμβουλές.

Αρχικά, είναι αναγκαίο σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, να δημιουργηθεί από τους γονείς, και ειδικότερα από τη μητέρα, δεσμός στην οικογένεια, που θα παρέχει στο παιδί ένα περιβάλλον αποδοχής, ασφάλειας και ζεστασιάς, του οποίου θα νιώθει ότι είναι μέλος. Επίσης, συναντάται συχνά από τους γονείς να εστιάζουν μόνο στα προβλήματα που συνδέονται με την ΔΕΠ-Υ. Δεν αμφισβητείται το γεγονός, ότι τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες, όπως είναι η δυσκολία μνήμης, η έλλειψη ευθύνης σε προσωπικά τους αντικείμενα, η συχνή απογοήτευση από τις επιδόσεις τους και τις καθημερινές καταστάσεις, όμως με τον σχολιασμό των λαθών τους από τους γονείς, το μόνο που επιτυγχάνεται είναι η υπονόμηση της αυτοπεποίθησης και της αισιοδοξίας των παιδιών αυτών. Καλό θα ήταν, να πραγματοποιηθεί εστίαση στα θετικά στοιχεία του κάθε παιδιού, αναδεικνύοντας έτσι τα δυνατά στοιχεία της προσωπικότητας του και τονώνοντας την αυτοπεποίθηση του (Edward Hallowell, 2014).

Μία ακόμη χρήσιμη συμβουλή για τους γονείς παιδιών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, είναι να γνωρίζουν ότι η φαρμακευτική αγωγή δεν αποτελεί την μοναδική μορφή θεραπείας για τη ΔΕΠ-Υ, χρειάζονται πολλά περισσότερα πράγματα για την σωστή και πλήρη φροντίδα του παιδιού. Ορισμένα από αυτά, παρατίθενται παρακάτω ως χρήσιμες και πρακτικές συμβουλές για τους γονείς.

Οι γονείς θα πρέπει επίσης, να συμφωνήσουν μεταξύ τους στο πώς θα υιοθετήσουν μια σταθερή αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού τους. Βεβαίως αυτό είναι δύσκολο αν αντιλαμβάνονται διαφορετικά τα προβλήματα και τις δυσκολίες, αν για παράδειγμα ο ένας γονιός βλέπει το παιδί σαν "άτακτο" ενώ ο άλλος εξηγεί την συμπεριφορά του παιδιού ως αποτέλεσμα μιας αναπτυσσόμενης αρρώστιας, το θεωρεί δηλαδή "διαφορετικό" (Βοστάνης, 2006)

Είναι καθοριστική η σταθερή και κοινή πορεία αντιμετώπισης και συμπεριφοράς και από τους δύο γονείς. Θα πρέπει επίσης, οι γονείς να θέτουν σαφή όρια και κανόνες, με συνέπεια και σταθερότητα, καθώς το παιδί έχει ανάγκη να γνωρίζει τα όρια του και ποια θα είναι τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς του. Όσον αφορά τον χώρο μελέτης του παιδιού, καλό θα ήταν να είναι συγκεκριμένος, μεγάλος και αφαιρετικός, ξεκινώντας με τα μαθήματα που απαιτούν απομνημόνευση. Η μελέτη στον χώρο του σπιτιού πρέπει να είναι οργανωμένη με συχνά διαλλείματα, καθώς και στον χώρο του γραφείου να τοποθετείται ένα μάθημα την φορά με τα απαραίτητα μόνο αντικείμενα. Όπως σε όλα τα παιδιά, έτσι και περισσότερο, στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ σημαντικό να επαινείται άμεσα και συχνά η συγκεκριμένη λειτουργική συμπεριφορά. Επιπροσθέτως, συνίσταται να εστιάζετε στην επιθυμητή συμπεριφορά του παιδιού, και όχι σ αυτήν που επιθυμείτε να σταματήσει. Όσον αφορά τις τιμωρίες, θα πρέπει να διατυπώνονται σε ήρεμο τόνο, με αμεσότητα και ακρίβεια, για να είναι κατανοητές προς το παιδί. Είναι βέβαιο ότι οι σωματικές τιμωρίες δεν έχουν καμία αποτελεσματικότητα.

Πέρα των προαναφερόμενων, καλό θα ήταν οι απαιτήσεις από ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, να είναι προσαρμοσμένες στις δικές του δυνατότητες και όχι στις δυνατότητες του οικογενειακού και οικείου περιβάλλοντος. Σε αυτό θα ήταν βοηθητικό το γεγονός να είστε ακριβείς στη διατύπωση του αιτήματός σας προς το παιδί, χωρίς πολυπλοκότητα οδηγιών προκαλώντας του σύγχυση. Καλό είναι το παιδί με ΔΕΠ-Υ, να εκτονώνεται σε φυσικές δραστηριότητες, όπως είναι το κολύμπι, το τρέξιμο και γενικότερα μέσα από αθλητικά προγράμματα. Εκτός των φυσικών δραστηριοτήτων ενδείκνυνται και δραστηριότητες που προάγουν την συγκέντρωση και προσοχή όπως είναι το παζλ, το σκάκι, τα επιτραπέζια εκπαιδευτικά παιχνίδια κ.ά.

Το δωμάτιο του παιδιού, προτείνεται να βρίσκεται σε οργάνωση με συγκεκριμένες θέσεις για τα αντικείμενα, καθώς αυτό βοηθάει να παραμείνει η σκέψη, η μνήμη και ο συντονισμός του παιδιού σε καλή κατάσταση. Σε αυτήν την οργάνωση, θα βοηθούσε η ύπαρξη πίνακα ανακοινώσεων μέσα στο δωμάτιο, όπου θα τοποθετούνται σημαντικά έγγραφα ή υπενθυμίσεις δραστηριοτήτων ή υποχρεώσεων, όπου το παιδί θα ανατρέχει και θα κρατάει την μνήμη του σε λειτουργία. Επιπλέον, το ωράριο του ύπνου και της διατροφής πρέπει να είναι σταθερό. Βοηθητικές επίσης είναι, οι ασκήσεις υπευθυνότητας, όπως η επιλογή ρούχων από το προηγούμενο βράδυ, η ετοιμασία της σχολικής τσάντας, και οι ασκήσεις προσανατολισμού και κατευθύνσεων στον χώρο, για την βελτίωση της οπτικο-χωρικής του αντίληψης. Επιπλέον, η θεατρική-μουσική

έκφραση και ο χορός, ενδείκνυνται για τη βελτίωση της αυτοέκφρασης και του οπτικο-κινητικού συντονισμού. Απαραίτητη είναι η συχνή επικοινωνία με τον εκπαιδευτικό, για την σωστή τήρηση του θεραπευτικού προγράμματος, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.

Επίσης είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι οι γονείς θα πρέπει να απενεχοποιήσουν τον εαυτό τους για την ύπαρξη της διαταραχής στα παιδιά τους, καθώς δεν αποτελεί δική τους ευθύνη, αλλά ούτε και του ίδιου του παιδιού. Δεν ευθύνεται αυτό για την δυσλειτουργική του συμπεριφορά, καθώς δεν μπορεί να την χειραγωγήσει ούτε να την ελέγξει. Κάθε παρέμβαση, ξεκινάει από την αλλαγή πρώτα των γονεϊκών αντιλήψεων, του παιδιού και των ανθρώπων που δραστηριοποιούνται με το παιδί για τη φύση της διαταραχής και τα εν γένει προβλήματα του. Είναι γνωστός ο πολυπαραγοντικός, αλλά και άγνωστος χαρακτήρας της ΔΕΠ-Υ, δεν υπάρχει σαφής αιτία για την ύπαρξη της. Καμία θεραπεία από μόνη της δεν θεραπεύει την ίδια την διαταραχή, όπως και είναι σαφές ότι δεν υπάρχει πλήρης αποθεραπεία από την ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, με την σωστή προσέγγιση από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον, με την καθοδήγηση των ειδικών, η βελτίωση που επέρχεται στην συμπεριφορά του παιδιού είναι θεαματική (Σουντή, 2018).

Συνήθως η συμπτωματολογία που συνδέεται με τη ΔΕΠΥ και τις συννοσηρές διαταραχές που συχνά συνυπάρχουν, απαιτεί πολυεπίπεδη θεραπευτική αντιμετώπιση, κατά την οποία η φαρμακοθεραπεία συνοδεύεται και από ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις – ανάλογα με το είδος των προβλημάτων – όπως είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, συγκεκριμένες συμπεριφορικές τεχνικές, και τέλος η οικογενειακή θεραπεία. Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές πρέπει να αξιολογούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους και να προσαρμόζονται ανάλογα με την πορεία του ασθενούς και τις αλλαγές που επιφέρουν στο περιβάλλον του (Taylor, et al., 2004).

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ψυχοεκπαίδευση των γονέων αποτελεί απαραίτητο βήμα για μια ολοκληρωμένη και όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών με ΔΕΠΥ, δεδομένου ότι η διαταραχή συνήθως διαγιγνώσκεται κατά την σχολική ζωή του παιδιού και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζουν αρνητικά τόσο το ίδιο το παιδί, όσο και την οικογένεια του (Montoya, 2011).

Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν λεπτομερή και σε βάθος ενημέρωση για τη διαταραχή και τις πιθανές αιτίες, για την επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής, που πιθανόν να λαμβάνει το παιδί, και συμβουλές για την αντιμετώπιση των καθημερινών μικρών ή μεγαλύτερων προβλημάτων που προκύπτουν στην επικοινωνία γονέων και παιδιών. Λαμβάνοντας υπόψη, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, ένας γονέας έχει ΔΕΠΥ, στόχος είναι να αποκτήσουν οι γονείς, πλην άλλων, δεξιότητες να αναλύουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους, να προλαβαίνουν την κλιμάκωση των κρίσεων εφόσον συμβούν και να τις αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά, χωρίς δραματικές εξάρσεις και αρνητικές συναισθηματικές επιπτώσεις για την οικογένεια. Οι γονείς ασκούνται να διασφαλίσουν ένα πιο ήρεμο κλίμα στην καθημερινότητα, γεγονός που τους βοηθά όλους και ακόμα περισσότερο το παιδί με ΔΕΠΥ στην καθημερινή του λειτουργία (Scmeck , et al., 2008).

Αναφορικά ορισμένες βασικές αρχές στην επαφή γονέων και παιδιών με ΔΕΠΥ, στις οποίες ασκούνται οι γονείς, είναι να αναπτύσσουν θετικές σχέσεις με τα παιδιά τους, να τα επαινούν και να τα ενισχύουν, να θέτουν σαφείς κανόνες και όρια, και να ελέγχουν αν αυτοί εφαρμόζονται, καθώς και να προλαβαίνουν ορισμένες επερχόμενες κρίσεις.

Επιπρόσθετα, οι γονείς καλό θα ήταν να δημιουργήσουν μια ρουτίνα για τα παιδιά. Να γίνει προσπάθεια να ακολουθεί το παιδί το ίδιο πρόγραμμα κάθε μέρα. Επίσης, για να μην αισθάνεται πολλές φορές το παιδί σύγχυση, καλό θα ήταν να του δοθεί η δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε δύο και όχι σε περισσότερα, όπως για παράδειγμα παιχνίδια ή ρούχα. Επιπλέον, όταν οι γονείς απευθύνονται στο παιδί, ωφέλιμο θα ήταν να χρησιμοποιούν σαφείς και σύντομες οδηγίες και πληροφορίες. Ακόμη, η χρήση στόχων και επαίνων βοηθάει ιδιαίτερα τα παιδιά αυτά. Σημαντικό είναι οι στόχοι να είναι ρεαλιστικοί και με μικρά βήματα κάθε φορά. Η πειθαρχία είναι επίσης, αποτελεσματική. Αντί να χρησιμοποιούνται φωνές για να σας ακούσει το παιδί, θα ήταν προτιμότερο να δίνονται αποτελεσματικές οδηγίες και χρονικά όρια για να απομακρύνεται η ακατάλληλη συμπεριφορά. Τέλος, πολλές καταστάσεις τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να τις βρουν αγχωτικές. Παρολ' αυτά, εάν οι γονείς επιβραβεύουν την προσπάθεια των παιδιών τους, αυτόματα θα δημιουργηθούν θετικές εμπειρίες γι' αυτά (CDC, 2019).

Είναι αξιοσημείωτο, τέλος, να αναφερθεί, ότι η ύπαρξη αποτελεσμάτων ανεξαρτήτων μελετών, υποστηρίζουν υπό προϋποθέσεις τη θετική επίδραση των

προγραμμάτων αυτών στη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών με ΔΕΠΥ και τη συμβολή τους στην εγκατάσταση θετικού κλίματος εντός της οικογένειας (MTA Cooperative Group, 1999)

4.1.1 Βλέποντας την διαταραχή από την θετική πλευρά..

Ο καθηγητής Buitelaar σε μια ομιλία του στο Συνέδριο EPCN στη Βαρκελώνη το 2003, είπε: «Η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναγνωρίσιμη νευροβιολογική διαταραχή που περιβάλλεται από μύθους και παρεξηγήσεις. Ωστόσο, η πραγματικότητα είναι ότι τα παιδιά αυτά μπορούν να ζήσουν μια ευτυχισμένη και ικανοποιητική ζωή εάν λάβουν την κατάλληλη θεραπεία και υποστήριξη» (Buitelaar, 2003).

Έρευνες δείχνουν ότι άτομα με ΔΕΠ-Υ, βιώνουν εντονότερα τα συναισθήματα της απογοήτευσης, της ανυπομονησίας, του θυμού και της ευερεθιστότητας. Ακολουθούν κάποιες στρατηγικές για την ρύθμιση των υπερβολικών συναισθηματικών αντιδράσεων στις απογοητεύσεις και τις αποτυχίες, ώστε να επιτευχθούν ομαλά οι στόχοι και η πορεία της ζωής.

Όλοι βιώνουν απογοητεύσεις, αποτυχίες και προκλήσεις, αλλά όλοι δεν αντιδρούν το ίδιο έντονα με τα άτομα αυτά. Μικρές, σχετικά ασήμαντες δυσκολίες επηρεάζουν περισσότερο άτομα με ΔΕΠ-Υ. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αυτή η διαταραχή, εμποδίζει την ικανότητα της ρύθμισης και ελέγχου των συναισθημάτων. «Η ΔΕΠ-Υ δεν είναι συναισθηματική διαταραχή. Πρόκειται για μια διαταραχή στη ρύθμιση της διάθεσης», τονίζει ο ειδικός της ΔΕΠ-Υ, Russell Barkley.

Το πρώτο βήμα που θα βοηθήσει στην διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων είναι να το αντιληφθούν την ώρα που συμβαίνει, να «ακούσουν» το σώμα τους. Αφού έρθουν σε επαφή με το σώμα τους, να αναγνωρίσουν και να ονομάσουν το συναίσθημα τους, χρησιμοποιώντας παραπάνω από δύο λέξεις. Για παράδειγμα, «Ναι, είμαι θυμωμένος, αλλά μάλλον και θιγμένος και αδικημένος» ή «Στεναχωρήθηκα, και αισθάνθηκα μόνος και παρεξηγημένος». Επίσης, είναι πολύ βοηθητικό για τα παιδιά το γεγονός, της καταγραφής τριών πραγμάτων που είναι ευγνώμονες. Έχει αποδειχθεί στην έρευνα του Shawn Achor του Χάρβαρντ, ότι μειώνει την αντιδραστικότητα και ενισχύει θετικές απαντήσεις σε προκλήσεις. Ακόμη βοηθάει, η καταγραφή των συναισθημάτων ή των στιγμών που τους θύμωσαν σε ένα χαρτί.

Κλείνοντας, οι γονείς καλό θα ήταν να αντικαταστήσουν το αρνητικό συναίσθημα με ένα θετικό. Ο καλύτερος τρόπος, για παράδειγμα, για να απελευθερώσετε ένα

συναίσθημα είναι να το αντικαταστήσετε με ευγνωμοσύνη. Η ευγνωμοσύνη απελευθερώνει τα αρνητικά συναισθήματα. Ο Tony Robbins, δάσκαλος προσωπικής ανάπτυξης, σημειώνει: «Όταν είστε ευγνώμονες, δεν υπάρχει θυμός. Είναι αδύνατο να είσαι θυμωμένος και ευγνώμων ταυτόχρονα». Ανατρέψτε, λοιπόν, την οργή σας και εστιάστε στην αισιοδοξία, κατανόηση και στήριξη για τα παιδιά αυτά (Brown A. , 2020).

Ξένη Βιβλιογραφία

- Barkley RA. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. NEY YOPK: The Guilford press.
- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. (2019, November 1). Symptoms and Diagnosis of ADHD. Ανάκτηση από www.cdc.gov: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/diagnosis.html>
- AACAP, ο. Α. (1997). Practice parameter for assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Abikoff, H., & Klein, R. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. Στο Journal of Consulting and Clinical Psychology (σσ. 881-892).
- Acquavia, E., & Stordeur, C. (2014). Comorbidité TDAH et TSA. Annales Médico-Psychologiques.
- ADHS NETZWERK. (2018). ADHS NETZWERK. Ανάκτηση από AD/HS bei Kindern, Chaos im Kopf, Wut im Bauch, neben der Spur: <https://adhs-netz.com/adhs-bei-kindern-und-jugendlichen/>
- Adult psychiatric disorders in the parents of hyperactive children. (1980). Στο American Journal of Psychiatric (σσ. 825-827).
- Agha, S., Zammit, S., Thapar, A., & Langley, K. (2013). Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD. Στο European Child and Adolescent Psychiatry (σσ. 369-377).
- Alberti, R., & Emmons, M. (2011). Δικαίωμα σας! Ένας οδηγός για περισσότερο ισότιμες σχέσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, 5th Edn. . Washington,DC: American Psychiatric Publishing.
- Anastopoulos A, G. D. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. Στο child psychology 20 (σσ. 503-522). J Abnorm.
- Applegate, . B., Lahey, B., Hart, E., Biederman, J., Hynd, G., Barkley, R., . . . & Shaffer, D. (1997). Validity of the age -of-onset criterion for ADHD. A report from the DSM-IV field trials. Στο Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry (σσ. 1211-1221).
- Ardila, A. & Rosselli, M. . (2002). Acalculia and Dyscalculia. Neuropsychology Review,.
- BAC. (1984). όπ. αναφέρεται στο McLeod, σελ. 30.
- BAKANAY, A. (2019). Uzman Psikolojik Danışman. Ανάκτηση από GÜNCE Psikolojik Danışmanlık ve Grup Çalışmaları Merkezi: http://www.guncedanismanlik.net/index.php?option=com_content&view=article&id=133:dikkat-eksikligi-ve-hiperaktivite-bozuklugu-ile-yasamak&catid=21&Itemid=113&lang=tr
- Baker , D. (1994). Parenting stress and ADHD: a comparison of mothers and fathers . Στο Emotional behavior disorder 2 (σσ. 46-50). J.
- Baker, K. (2013). Conduct disorders in children and adolescents. Paediatrics and Child Health.

- Baker, L., & Cantwell, D. (1992). Attention deficit disorder and speech/language disorders. *Comprehensive Mental Health Care*.
- Barkley. (1995). *Taking Charge of ADHD*. New York: Guilford Press.
- Barkley R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol. Bull.*
- Barkley RA ,et al. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 45.
- Barkley, & Cunningham. (1979). The effects of methylphenidate on the mother – child interactions of hyperactive children. *Στο Archives of General Psychiatry*, 36 (σσ. 201-208).
- Barkley, A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York-London: Guilford Press.
- Barkley, R. (1996). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Στο Child Psychopathology* (σσ. 63-112). New York: Guilford: E. J Mash & R. A Barkley .
- Barkley, R. (1996). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E. J. Mask & R.A.Barkley, *Child psychopathology*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd edition). New York: The Guildford Press.
- Barkley, R., & Bierderman, J. (1997). Toward a broader definition of the age –of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:.
- Barkley, R., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. Mother–child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Στο Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32 (σσ. 233-255).
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behaviour. *Στο Child Development* 37 (σσ. 887-907).
- Beauchaine, T. (2017, November 7). *Clinical Psychological Science. Ανάκτηση από Calm Parents Help Calm Kids With ADHD*: <https://consumer.healthday.com/kids-health-information-23/attention-deficit-disorder-adhd-news-50/calm-parents-help-calm-kids-with-adhd-728476.html>
- Befera, M., & Barkley, R. (1985). Hyperactive and normal boys and girls: Mother-child interactions, parent psychiatric status, and child psychopathology. *Στο Journal of Child Psychology and Psychiatry* (σσ. 439-452).
- Beitchman, J., Hood, J., Rochon, J., & Peterson, M. (1989). Empirical classification of speech/language impairment in children. *Behavioral Characteristics. Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*.
- Berk, L. (1993). *Infants, children and adolescents*. Needham Heights. Allyn & Bacon.
- Bhutta, A., Cleves, M., & Casey, P. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA*.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*.

- BIRGIT BOEKHOFF. (2017). BIRGIT BOEKHOFF DIE ADHS-TRAINERIN. Ανάκτηση από Wie Menschen mit ADHS sich wirklich fühlen – und was keiner weiß: <https://adhs-trainerin.de/menschen-adhs-fuehlen/>
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. Στο Attachment. New York: Basic Books.
- Breen , M., & Barkley RA. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having deficit disorder with hyperactivity . Στο Pediatric Psychology 13 (σσ. 265-280). J.
- Brock, S., & Knapp, P. (1996). Reading comprehension abilities of children with attention deficit/hyperactivity disorder. J. Atten. Disord.
- Brock, S., & Knapp, P. (1996). Reading comprehension abilities of children with attention deficit/hyperactivity disorder. J. Atten. Disord.
- Brody, B. (2015, August 12). How Common Is ADHD? Ανάκτηση από <https://www.webmd.com: https://www.webmd.com/add-adhd/guide/adhd-how-common>
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. Στο Annals of child development, 6, (σσ. 187-251). JAI: R. Vasta.
- Brown, A. (2020, Απρίλιος 3). Why We Feel So Much — and Ways to Overcome It. ADDitude, Inside the ADHD mind, σ. 4.
- Brown, T. (2009). ADHD comorbidities . Handbook for ADHD complication in Children and Adults. American Journal of Psychiatry.
- Buhrmester, D., Camparo, L., Christensen, A., Gonzalez, L., & Hinshaw, S. (1992). Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. Στο Developmental Psychology 28 (σσ. 500-509).
- Buitelaar, J. (2003). Barmherzige Brueder. Ανάκτηση από Aufmerksamkeitsstörung (ADHS): <https://www.barmherzige-brueder.at/unit/issn/sprachundtherapiezentrum/adhs>
- Burke, J., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41.
- Cantwell, D. (1996). Classification of child and adolescent psychopathology. Στο Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines (σσ. 3-12).
- Cantwell, D. P. (1972). Psychiatric illness in the families of hyperactive children . Στο Archives of General Psychiatry (σσ. 414-427).
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 year. Στο American Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry (σσ. 978-987).
- CDC, N. C. (2019, October 8). Treatment of ADHD. Ανάκτηση από [www.cdc.gov: https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/treatment.html](https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/treatment.html)
- Center for Disease Control and Prevention. (2019, October 15). Data and Statistics About ADHD , Fact about ADHD. Ανάκτηση από [cdc.gov: https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html](https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html)
- Charlotte, J. (1996). Parent Characteristics and Parent-Child Interactions in Families of Nonproblem Children and ADHD Children with Higher and Lower Levels of Oppositional-Defiant Behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, σσ. 85-104.

- Cherkes-Julkowski M., S. J. (1995). Methodological issues in assessing the relationship among ADD, medication effects and reading performance. *J. Learn. Disabil.*
- Chronis , A., Lahey, B., Pelham , J., Kipp, H., Baumann, B., & Lee, S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Στο Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (σσ. 1424-1432).
- Chronis, A., Chacko, A., Fabiano, G. A, Wymbs, B., & Pelham, W. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Στο Clinical Child and Family Psychology Review* 7 (σσ. 1-27).
- Cicerchia, M. (2017). ADHD reading problems. Ανάκτηση από readandspell: <https://www.readandspell.com/ADHD-reading-problems>
- Collishaw, S., Maughan, B., & Goodman, R. (2004). Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*.
- Cox, M., & Paley, B. (1997). Annual Review of Psychology. *Στο Families as systems* (σσ. 243-267).
- Cunningham , & BarNey. (1979). Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADD-H children. *Στο Journal of Clinical Child Psychology* 2.
- Cunningham, C., Benness, B., & Siegel, L. (1988). Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADD-H children. *Στο Journal of Clinical Child Psychology* (σσ. 169-177).
- Dadashzadeh, H., Amiri, S., Atapour, A., Salman , A., & Mahan, A. (2014, November 26). The Scientific World Journal. Personality Profile of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, σ. 5.
- Dakin, K. E., & Erenberg, G. (2005). Questions about attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia. Baltimore: The International Dyslexia Association.
- Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P., Murray, R., Walsh, E., & Pedersen, C. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Στο Archives of General Psychiatry* (σσ. 822-829).
- deBettencourt, L., Putnam, R., & Leinhardt, G. (1993). Learning disabled students' understanding of derived fact strategies in addition and subtraction. Focus on Learning Problems in Mathematics.
- Decker, H. (2013). The Making of the DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry. New York: Oxford University Press.
- D'Onofrio, B., Thapar, A., Rice, F., & Hay, D. (2009). Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a novel design. *Biol Psychiatry*.
- D'Onofrio, B., Van Hulle, C., & Waldman, I. (2008). Smoking during pregnancy and offspring externalizing problems: an exploration of genetic and environmental confounds. *Dev Psychopathol.*
- Edward Hallowell, M. (2014). ADDitude. Ανάκτηση από Inside the ADHD mind: <https://www.additudemag.com/?s=Hallowell+Edward&fs=&orderby=&weight=>

- Edwards, G., Barkley, R., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. Στο *Journal of Abnormal Child Psychology* 29 (σσ. 557-572).
- Epstein, & Sheldon. (2002). Present and accounted for improving students attendance through family and community involvement. Στο *The Journal of Educational Research* (σσ. 308-318).
- Epstein, J. (1995). School- family- community partnerships: caring for the children we share. Στο *Phi Delta Kappan*, 76 (σσ. 701-712).
- Fantuzzo, J., Tighe, E., & Childs, S. (2000). Family involvement questionnaire: A multivariate assessment of family participation in early childhood education. Στο *Journal of Education Research* (σσ. 330-337).
- Faraone, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders. *BIOL PSYCHIATRY*.
- Fienup, D., Reyes-Giordano, K., Woloski, K., Aghjayan, A., & Chacko, A. (2015). Brief experimental analysis of reading deficits for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav. Modif.*
- Fiks, A. (2017, November 17). Clinical Psychological Science - Healh Day. Ανάκτηση από Calm Parents Help Calm Kids With ADHD: <https://consumer.healthday.com/kids-health-information-23/attention-deficit-disorder-adhd-news-50/calm-parents-help-calm-kids-with-adhd-728476.html>
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. Στο *Clinical Child Psychology* (σσ. 337-346). J.
- Forehand, R., Lautenschlager, G., Faust, J., & Graziano, W. (1986). Parent perceptions and parent-child interactions in a clinic sample. Στο *Behavioral therapy* (σσ. 211-212).
- Garner, A. (2001). Η τέχνη της επικοινωνίας. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Gau, S.-F., & Chang, J.-C. (2013). Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. Στο *Research in Developmental Disabilities* (σσ. 1581-1594).
- Gaub, M., & Carlson, C. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, .
- Gayan, J. W. (2005). Bivariate linkage scan for reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder localizes pleiotropic loci. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Geurts, H., & Embrechts, M. (2008). Language profiles in ASF, SLI and ADHD. *Journal of Autism and Development Disorders*.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M., & Moini, R. (2008). Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. Στο *Journal of attention disorders*, no 2 (σσ. 149-155).
- Ghelani, K., Sidhu, R., Jain, U., & Tannock, R. (2004). Reading comprehension and reading related abilities in adolescents with reading disabilities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dyslexia*.

- Gottesman, I., Laursen, T., Bertelsen, A., & Mortensen, P. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. Στο Archives of General Psychiatry (σσ. 252-257).
- Graham, J., & al, e. (2011). European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. European Child & Adolescent Psychiatry.
- Gualtieri, C., Koriath, U., Van Bourgondien, M., & Saleeby, N. (1983). Language disorders in children referred for psychiatric services. Journal of Child Psychology and Psychiatry , and Allied Disciplines.
- Hack, M., Youngstrom, E., & Cartar, L. (2004). Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. Pediatrics.
- Hinshaw, S. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. Στο Psychological Bulletin (σσ. 443-463).
- Hinshaw, S., Zupan, B., Simmel, C. , Nigg, J. T, & Melnick, S. (1997). Peer status in boys with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. Predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs. Στο Child Development 68 (σσ. 880-896).
- Hoover-Dempsey, K., & Sandler, H. (1995). Parental Involvement in children's education: Why does it make a difference? Στο Teachers' College Record 97 (σσ. 310-331).
- Hotz, S. (2015, Οκτωβρίου 20). Eltern Magazin. (I. f. -beratung, Επιμ.) Ανάκτηση από <https://www.fritzundfraenzi.ch/gesundheit/psychologie/mein-kind-hat-adhs>
- Institut für Sinnes- und Sprachneurologie. (2013). Barmherzige Brüder KONVENTHOSPITAL LINZ. Ανάκτηση από Aufmerksamkeitsstörung (ADHS): <https://www.barmherzige-brueder.at/unit/issn/sprachundtherapiezentrum/adhs>
- J.Legg, J. T., & Joy, R. (2019, March 8). Dyslexia and ADHD: Which is it or is it Both? Ανάκτηση από healthline Parenthood: <https://www.healthline.com/health/adhd/dyslexia-and-adhd>
- Jitendra, A. (2005). Mathematics assessment: Introduction to the special issue. Assessment for Effective Intervention.
- Johnson, S., Hollis, C., & Kochhar, P. (2010). Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.
- Johnston, C., & Mash, E. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. Στο Clinical Child and Family Psychology Review 4 (σσ. 183-207).
- Keenan, H., Hall, G., & Marshall, S. (1984). Early head injury and attention deficit hyperactivity disorder: retrospective cohort study. BMJ 2008.
- Kessler 1980 στο Κάκουρος . (2001). Το υπερκινητικό παιδί. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- KesslerRC. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. . Am J Psychiatry.
- Kohnle, D. (2008, Οκτωβρίου 3). Health Day . Ανάκτηση από Health Tip: Parenting a Child With ADHD: <https://consumer.healthday.com/kids-health-information-23/attention-deficit-disorder-adhd-news-50/health-tip-parenting-a-child-with-adhd-619707.html>

- Kreppner, J., Kumsta, R., & Rutter, M. (2010). Developmental course of deprivation-specific psychological patterns: early manifestations, persistence to age 15, and clinical features. *Monogr Soc Res Child Dev*.
- Kutcher, M. (2005). *Kids in Syndrome Mix of ADHD, LD, Asperger's, Tourette's, Bipolar and More*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., & Marshall, D. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Στο Journal of Family Therapy* 27 (σσ. 76-96).
- Lange, K., Reichl, S., Lange, K., & Tucha, O. (2010). *Atten Defic Hyperact Disord*. *Στο The history of attention deficit hyperactivity disorder*. (σσ. 241-255).
- Langley, K., & Rice, F. (2005). Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. *Minerva Pediatr*.
- Larson, Kandyce et al. (2007). Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD. *Pediatrics*.
- Latha, K., Nair, R., & Bhat, S. (2012). Frequency of parental psychopathology in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Στο Online Journal of Health and Allied Sciences* (σ. Article 7).
- Lee, P., Lin, K., Yang, H., Chen, V.-H., & Niew, W. (2013). Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. *Στο Research in Developmental Disabilities* (σσ. 656-668).
- Lewis, C., & Lamb, M. (2003). Fathers' influences on children's development: The evidence from two-parent families. *Στο European Journal of Psychology of Education* 18 (σσ. 211-228).
- Lifford, K., Harold, G., & Thapar, A. (2007, Σεπτεμβρίου 13). Parent-Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis. *Springer Science+Business Media*, σσ. 285-296.
- Lifford, K., Harold, G., & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *J Abnorm Child Psychol*.
- Lippincott, W., & Wilkins. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia, USA: 8th Edition.
- Loney, J., Langhorne, J., Jr., & Paternite, C. (1978). An empirical basis for subgrouping the hyperkinetic/minimal brain dysfunction syndrome. *Στο Journal of Abnormal Psychology* (σσ. 431-441).
- Low, K. (2019, August 7). The Challenges of Building Math Skills With ADHD. *Ανάκτηση από verywellmind*: <https://www.verywellmind.com/adhd-and-math-skills-20804>
- Low, K. (2020, JANUARY 29). Is it Possible to Develop ADHD in Adulthood? *Ανάκτηση από* <https://www.verywellmind.com>: <https://www.verywellmind.com/can-adhd-develop-in-adulthood-20485>
- Mahone, E. (2011). The Effects of ADHD (Beyond Decoding Accuracy) on Reading Fluency and Comprehension, *New Horizons for Learning*. *Ανάκτηση από* Available at: <http://education.jhu.edu/PD/newhorizons/Journals/Winter2011/Mahone>

- Mann, D. (2010, September 27). Many ADHD Kids Also Have Reading Problems. Ανάκτηση από WebMD Health News: <https://www.webmd.com/add-adhd/childhood-adhd/news/20100927/many-adhd-kids-also-have-reading-problems>
- Manzo, J. K., & Zehr, J. M. (1998). Take note. *Education Week*.
- Margari, F., Craig, F., Petruzzelli, M., Lamanna, A., Matera, E., & Margari, L. (2013). Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Στο Research in Developmental Disabilities* (σσ. 1036-1043).
- Mash, E., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behaviour problems, parenting self esteem, and mother's reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Στο Consult Clinical Psychology* 51 (σσ. 86-99). J.
- Mastropieri, M., Scruggs, T., & Chung, S. (1998). Instructional interventions for students with mathematics learning disabilities. San Diego: Academic Press.
- Matos, M., Bauermeister, J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: a pilot efficacy study. *Στο Family Process* (σσ. 232-252).
- Mayes, S., & Calhoun, S. (2006). Frequency of reading, math and writing disabilities in children with clinical disorders: Learning and Individual Differences.
- Mayes, S., Calhoun, S., & Crowell, E. (2000). Learning disabilities and ADHD: overlapping spectrum disorders. *J Learn Disabil* 33.
- Meaney, M. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child Dev*.
- Miller, A., Keenan, J., Betjemann, R., Willcutt, E., & Pennington, B. (2013). Reading comprehension in children with ADHD: cognitive underpinnings of the centrality deficit. *J. Abnorm. Child Psychol*.
- Montague, M. (1996). Student perception, mathematical problem solving, and learning disabilities. *Remedial and Special Education*.
- Montague, M., & Applegate, B. (2000). *Learning Disability Quarterly*, 23.
- Montoya, E. A. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Στο European Psychiatry* (σσ. 166-175).
- Morrison, J. (1980). Adult psychiatric disorders in parents of hyperactive children. *Στο The American Journal of Psychiatry*, no 7 (σσ. 825-827).
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder: The multimodal treatment study of children with ADHD. *Στο Archives of General Psychiatry* (σσ. 1073-1086).
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized control trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Στο Archives of General Psychiatry* 56 (σσ. 1073-1086).
- MTA Cooperative Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention deficit hyperactivity disorder: the MTA study. *Στο Arch Genetic Psychiatry* (σσ. 1088-1096).
- MTA Cooperative Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit- hyperactivity disorder: The multimodal treatment

- study of children with attention-deficit hyperactivity disorder. Στο Archives of General Psychiatry (σσ. 1088-1096).
- Munden, A. (2009). The ADHD Handbook: A Guide for Parents and Professionals on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Muris, P., Meesters, C., & Van De Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. Στο Journal of Child and Family Studies 12 (σσ. 171-183).
- National Institute of Mental Health . (2017, November). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Prevalence of ADHD Among Adults. Ανάκτηση 2020, από <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd.shtml>
- NHS. (2018, May 30). Diagnosis Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Ανάκτηση από [www.nhs.uk](https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/diagnosis/): <https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/diagnosis/>
- NHS. (2018, May 30). Treatment Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Ανάκτηση από [www.nhs.uk](https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/treatment/): <https://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/treatment/>
- Nigg, J. (2008). ADHD, lead exposure and prevention: how much lead or how much evidence is needed? Expert Rev Neurother.
- Nison, E., Mangal, L., & Macdonald, K. (2013). Referential communication in children with ADHD. Challenge in the role of listener. Journal of Speech , Language and Hearing Research.
- ONMED. (2017, Σεπτεμβρίου 7). ΔΕΠΥ: Ποιοι είναι οι 3 τύποι της και ποια τα χαρακτηριστικά τους. Ανάκτηση από [www.onmed.gr](https://www.onmed.gr/ygeia/story/358953/dep): <https://www.onmed.gr/ygeia/story/358953/dep>
- onmed.gr. (2019, 10 1). Onmed.gr. Ανάκτηση από Πώς η ψυχολογία της μητέρας αυξάνει τον κίνδυνο ΔΕΠΥ στα παιδιά: <https://www.onmed.gr/ygeia/story/379197/pos-i-psyxologia-tis-miteras-ayxanei-ton-kindyno-depy-sta-paidia>
- Özcan, Y. S. (2019, Σεπτεμβρίου 30). Çocukta Dikkat Eksikliği Nasıl Anlaşılır? TRT Çocuk Ebeveyn Akademisi, σ. 2. Ανάκτηση από Çocukta Dikkat Eksikliği Nasıl Anlaşılır?: <https://www.trtcocuk.net.tr/ebeveyn-akademisi/cocuk-gelisimi/cocukta-dikkat-eksikligi-nasil-anlasilir>
- Paley, R. D, Conger, & Harold. (2000). Parents' affect, adolescent cognitive representations, and adolescent social development. Στο Journal of Marriage and the Family (σσ. 761-776).
- Palmer, E., & Finger, S. (2001). An early description of Attention Deficit Hyperactivity Disorders. Στο Child Psychology and Psychiatry Review (σσ. 66-73).
- Patterson, G. (1982). Coercive family process. Στο Eugene. Castalia.
- Pelham, W., Wheeler , T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactive disorder. Στο Journal of clinical child psychology 27 (σσ. 190-205).
- Pelham, W., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatment for attention deficit hyperactive disorder. Journal of Clinical Child Psychology.

- Pelsser, L., Frankena, K., & Toorman, J. (2011). Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *Lancet*.
- Pietikainen, J. (2019, 9 30). Health Day. Ανάκτηση από Depressed Moms, More Anxious, Troubled Kids?: <https://consumer.healthday.com/women-s-health-information-34/motherhood-health-news-484/depressed-moms-more-anxious-troubled-kids-750719.html>
- Pineda, D., Ardila, a., & Rosselli, M. (1999). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol*.
- Pitcher, T., JP, P., & Hay, D. (2003). Fine and gross motor ability in males with. *Dev Med Child Neurol*.
- Re AM, Pedron, M., & Cornoldi, C. (2007). Expressive writing difficulties in children. *J Learn Disabil*.
- Reif, ., S. (2005). *How to Reach and Teach ADD/ADHD Students: Practical Techniques, Strategies, and Interventions for Helping Children with Attention Problems and Hyperactivity Revised*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rief, S. (2005). *How to reach and teach children with ADD/ADHD: Practical techniques, strategies and interventions*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Rief, S. (2008). *The ADD/ADHD Checklist - A Practical Reference for Parents & Teachers*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Ries Merikangas, K., & al, e. (2010). Prevalence and Treatment of Mental Disorders among US Children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*.
- Robin, A. (2008). Family intervantion for home-based problems of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Στο *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews* (σσ. 268-277).
- Roelofs, J., Meesters, C., Ter Huurne, M., Bamelis, L., & Muris, P. (2006). On the links between attachment style, parental rearing behaviors, and internalizing and externalising problems in nonclinical children. Στο *Journal of Child and Family Studies* 15 (σσ. 331-344).
- Russell , A., & Saebel, J. (1997). Mother–son, mother–daughter, father–son, and father–daughter: Are they distinct relationships? Στο *Developmental Review* 17 (σσ. 111-147).
- Rutter, M. T. (2009). A Gene-envvironment interaction : biologically valid pathway or artifact? *Arch Gen Psychiatry* .
- Rutter, M., & Smith, D. (1995). *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryan, B., & Adams, G. (1995). *The family- school relationships model: The family school connection*. B. Ryan, G. Adams, T. Gullotta, R. Weissberg, & R. Hampton Sage Publications.
- Sandberg, S., & Barton, J. (1996). *Historical development*. Στο *Hyperactivity Disorders of Childhood* (σσ. 1-25). Cambridge: Cambridge University Press.

- Savig, S., Thurston, S., & Bellinger, D. (2010). Prenatal organochlorine exposure and behaviors associated with attention deficit hyperactivity disorder in school-aged children. *Am J Epidemiol*.
- Scahill, L., & Schwab- Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiat N Am.*, 9 (3): 541-555.
- sch.gr. (2014). 109 Δημοτικό Σχολείο Αθηνών "ΟΔΥΣΣΕΑΣ ΕΛΥΤΗΣ". Ανάκτηση από Ο κύκλος του Νερού: <https://blogs.sch.gr/109dimat>
- Schachar, R. (1987). Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. Στο *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26 (σσ. 728-732).
- Schachar, R., & Wachsuth, R. (1991). Family dysfunction and psychosocial adversity: Comparison of attention deficit disorder, conduct disorder, normal and clinical controls. Στο *Canadian Journal of Behavioral Science* (σσ. 332-348).
- Scmeck, K., Albermann, K., Bader, M., Haenggeli, C.-A., Ryffel, M., Zollinger, M., & Steinhausen, H.-C. (2008). Behandlung von ADHS bei Kindern u. Jugendlichen. *Schweiz Med Forum*.
- Scruggs, T., & Mastropieri, M. (2000). The effectiveness of mnemonic instruction for students with learning and behavior problems: An update and research synthesis. *Journal of Behavioral Education*.
- Segenreich, D., Fortes, D., Coutinho, G., Pastura, G., & Mattos, P. (2009). Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder students. Στο *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* (σσ. 465-469).
- Sesma, H., Mahone, E., Levine, T., Eason, S., & Cutting, L. (2009). The contribution of executive skills to reading comprehension. *Child Neuropsychol*.
- Shachar, R., & Tannock, R. (1995). Test of four hypotheses for the comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.
- Shaw, D., Winslow, E., Owens, E., Vondra, J., Cohn, J., & Bell, R. (1998). The development of early externalizing problems among children from low-income families: A transformational perspective. Στο *Journal of Abnormal Child Psychology* 26 (σσ. 95-107).
- Shaywitz, S. (2003). *Overcoming Dyslexia: A New and Complete Science-Based Program for Reading Problems at Any Level* MD New York. Alfred A. Knopf.
- Sigurd, P. (2018, May). ADHD: SECONDARY SYMPTOMS, MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG. Ανάκτηση από ALL ABOYT ADHD: <https://www.adhd-information.com/adhd-secondary-symptoms.html>
- Sirois, M., & al, e. (2013). Evaluation du TDAH au cabinet. *Le Médecin du Québec* 48.
- Skogli, E., Teicher, M., Andersen, P., Hovik, K., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys--gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*.
- Slide Share. (2018). Slide Share. Ανάκτηση από Ημερολόγιο Σχολικής Χρονιάς : <https://www.slideshare.net/theodoratz/2018-2019-110746975>

- Smith, K. (2019, September 12). Causes of ADHD ,ADHD and Heredity Other Causes ADHD Myths. Ανάκτηση από psycom: <https://www.psycom.net/adhd-causes>
- Spencer, T. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. J Clin Psychiatry 67 Suppl 8.
- Staroselsky, A., Fantus , E., Sussman, R., Sandor, P., Koren , G., & Nulman , I. (2009). Both parental psychopathology and prenatal maternal alcohol dependency can predict the behavioral phenotype in children. Στο Pediatric Drugs (σσ. 22-25).
- Strauss & Lehtinen 1947 στο Κάκουρος. (2001). Το υπερκινητικό παιδί. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Taylor, E. S. (1991). The epidemiology of childhood hyperactivity. London: Oxford University Press.pp. 21-38.
- Taylor, E., Doepfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., & Buitelaar, J. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder-first upgrade. European Child Adolesc Psychiatry, σσ. 7-13.
- Thapar, A. L. (2007). Gene-environment interplay in attention-deficit hyperactivity disorders and the importance of a developmental perspective. Br J Psychiatry .
- Thapar, A., O' Donovan, M., & Owen, M. (2005). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. Στο Human Molecular Genetics 14(2) (σσ. 275-282).
- Thapar, A., Van De Bree, M., Fowler, T., Langley, K., & Whittinger, N. (2006b). Predictors of antisocial behaviour in children with attention deficit hyperactivity disorder. Στο European Child and Adolescent Psychiatry 15 (σσ. 118-125).
- Thomas Ray, G., Croen , L., & Habel, L. (2010, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1). Mothers of Children Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Health Conditions and Medical Care Utilization in Periods Before and After Birth of the Child. PMC, σσ. 105-114.
- Tracy, C. (2015, April 21). edutopia. Ανάκτηση από Writing Strategies for Students With ADHD.Here are six challenges and solutions, based on task simplicity and clear instruction, for helping students with ADHD develop their essay-writing skills.: <https://www.edutopia.org/blog/writing-strategies-students-with-adhd-tracy-collins>
- Tridas, E. Q. (2007). From ABC to ADHD: What parents should know about dyslexia and attention problems. Baltimore: The International Dyslexia Association.
- Volling, B., & Belsky, J. (1992). The contribution of mother–child and father–child relationships to the quality of sibling interaction: A longitudinal study. Στο Child Development 63 (σσ. 1209-1222).
- Wait, M. (2015, May 12). How to Recognize ADHD Symptoms at Every Age. Ανάκτηση από <https://www.webmd.com: https://www.webmd.com/add-adhd/childhood-adhd/adhd-symptoms-age>
- Warr-Leeper, G., Wright, N., & Mack, A. (1994). Language disabilities of antisocial boys in residential treatment. Behavioral Disorders.
- Waters, Cummings, & E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. Στο Child Development 71 (σσ. 164-172).
- Weiss, G., & Hetchman, L. (1993). Hyperactive Children Grown Up. New York: Guilford Press.

- Wells, K., Chi, T., Hinshaw, S., Epstein, J., Pfiffner, L., & Nebel-Schwalm, M. (2006). Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Στο Journal of Consulting and Clinical Psychology 74 (σσ. 649-657).
- Wells, K., Epstein, J., Hinshaw, S., Conners, C., Klaric, J., & Abikoff, H. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA study. Στο Journal of Abnormal Child Psychology 28 (σσ. 543-553).
- Wenar, C., & Kerig, P. K. (2008). ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ. Αθήνα: GUTENBERG.
- Willcutt, E. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention -Deficit/ Hyperactive Disorder. A Meta- Analytic Review. Neurotherapeutic.
- Willcutt, E., & Pennington, B. (2000). Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: differences by gender and subtype. Journal of Learning Disabilities.
- Winnicott, W. (1971). Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός του κόσμος (Μετάφραση: Θ. Παραδέλλης). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W., Colligan, R., Killian, J., Voigt, R., & Weaver, A. (2011). Written-language disorder among children with and without ADHD in a. Pediatrics.
- Zumberge, A. B. (2007). Focus on words: a twin study of reading and inattention. Behavior genetics,.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αγαπητού-Χαλμέ, Β. (2010). Το υπερκινητικό παιδί στην προσχολική και την πρώτη σχολική ηλικία. Αθήνα: Πεδίο.
- Αντωνούδη, Μ., & Βρακά, Ν. (2019, 2 17). Ανάπτυξη του Λόγου και της ομιλίας στα παιδιά με ΔΕΠΥ. Ανάκτηση από eidikospaidagogos.gr/anaptiksi-logou-omilias-depy/
- Αποστολίδου, Α. (2018, Απριλίου 2). Η δραματική αύξηση της διάγνωσης της ΔΕΠΥ δεν συνοδεύεται απαραίτητα από την αύξηση σημαντικών κλινικών συμπτωμάτων. Ανάκτηση από PsychologyNow.gr: <https://www.psychologynow.gr/arhra-psyxikis-ygeias/psyxikes-diataraxes/dep-y/4871-i-dramatiki-ayksisi-tis-diagnosis-tis-depy-den-synodeyetai.html>
- Αποστολοπούλου,Κ. (2009). Σύγχρονες Διεθνής Παράμετροι στην Κλινική Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ και των Συνοδών Καταστάσεων .Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής -Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ).Διεθνής δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα. 6 Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό συνέδριο.
- Βοστάνης, Π. (2006). ΔΕΠ-Υ: Γενικές Οδηγίες για Γονείς και Εκπαιδευτικούς. Κέντρο πληροφόρησης για την ψυχική υγεία του Παιδιού και του Εφήβου.
- Χυτήρη Ε.Φ. (2005). Γνωστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη μάθηση και τη γνώση των. Έκδοση ΕΠΕΑΕΚ 2000-2006 Υπουργείο Εθνικής Παιδείας.
- «Θέραπειν». (2018, Μαρτίου 29). Αιτιολογία, Πιθανές αιτίες ΔΕΠ-Υ. Ανάκτηση από therapin.gr/
- «Θέραπειν», Κ. Σ. (2018, Οκτωμβίου 26). ΔΕΠΥ και Εκτελεστικές Λειτουργίες. Ανάκτηση από therapin.gr/
- «Θέραπειν», Τ. κ. (2018, ΜΑΡΤΙΟΣ 29). Τι είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας? . Ανάκτηση από <https://therapin.gr/τι-ειναι-η-διαταραχη-ελλειμμα>
- ΒΕΡΒΕΡΗ, Μ. (2013, 09 30). Πως επηρεάζεται η ζωή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ;. LESVOSNEWS.
- Γεωργίου, Σ. (2000). Σχέση Σχολείου- Οικογένειας και Ανάπτυξη του Παιδιού. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γκίκα, Α. (2011). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) - Πώς αναγνωρίζεται, πώς αντιμετωπίζεται. Ανάκτηση από http://www.letto.gr/page.aspx?p_id=1507
- Δασκάλα ΒΜ. (2010, Δεκεμβρίου Τρίτη 7). Ανάκτηση από Ο Τρωικός πόλεμος : http://www.daskalabm2blogspotcom.blogspot.com/2010/12/blog-post_07.html
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης ΔΕΠ-Υ. (χ.χ.). Ανάκτηση από [adhd.gr/](https://www.adhd.gr/) <https://www.adhd.gr/>
- Ζωνίου - Σιδέρη, Α. (1998). Οι ανάπηροι και η εκπαίδευση τους. Αθήνα: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.
- ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ. (2019, Σεπτέμβριος). Νευροψυχιατρικές λειτουργικές διαταραχές σε παιδιά – ΔΕΠΥ(ADHD)/ ΔΕΠ(ADD)/ ΑΔΣΚ(DCD). Ανάκτηση από <https://www.iatrikistinpraxi.gr/paidiatrika/>

- Ινστιτούτο Γνωστικής και Μαθησιακής Αποκατάστασης . (2014, Σεπτέμβριος). Ανάκτηση από Dyslexia-Cyprus.com: <http://www.dyslexia-cyprus.com/new-website/diasima-atoma.htm>
- Κ. Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη. (2006). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη. (2012). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα. Αθήνα: GUTENBERG.
- Κάκουρος, Ε & Μανιαδάκη , Κ. (2012). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές Προσεγγίσεις και θεραπευτική Αντιμετώπιση. Αθήνα: Gutenberg.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002). Το σύνδρομο της ΔΕΠ-Υ και η επίδρασή του στη σχολική επίδοση και στη συμπεριφορά των παιδιών. Νέα Παιδεία.
- Καλαντζή-Αζίζ, Α. (1992). Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο του σχολείου. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα .
- Καραμάνη, Ε. (2019, Ιουνίου 17). ΔΕΠ-Υ και θυμός . Mental Health Athens .
- Κουρκούτας, Η., & Caldin , R. (2012). Οικογένειες παιδιών με ιδιαίρες δυσκολίες στη σχολική ένταξη. Αθήνα: Πεδίο.
- Κωσταπαππά, Δ., Μαντά, Μ., Μουχτή, Μ., Νάσιου, Α., & Σταλικά, Μ. (2016). «Διαταραχές της παιδικής ηλικίας, με άμεση επίπτωση στη σχολική πορεία των παιδιών». Ανάκτηση από <http://apotheitirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789>
- Λαζαράτου, Ε. (2011). <https://www.paidiatriki.g>. Ανάκτηση από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Κλινική εικόνα, διάγνωση και αντιμετώπιση: https://www.paidiatriki.gr/diataraxi_elleimmatikis_prosoxis_a_yperkinitikotitas_depy_kliniki_eikona_diagnosi_kai_antimetopisi/
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (2008). Η Συμβουλευτική ψυχολογία στην εκπαίδευση: από τη θεωρία στην πράξη. Αθήνα: 12η Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα.
- Μιχαλοπούλου, Ν. (2013). Επτά εκτελεστικές λειτουργίες που επηρεάζονται από τη ΔΕΠΥ. Ανάκτηση από Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): <https://www.adhdhellas.org/2013-11-05-08-51-15/item/517-epta-ektelestikes-leitourgies-pou-epireazontai-apo-ti-depy>
- Μπαστέα, Α., & Παπαδάτος, Γ. (2016, Ιούνιος <https://eproceedings.epublishing.ekt.gr/index.php/edusc/article/viewFile/1025/1153>). ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ. Αθήνα.
- Μπόνια, Α., Μπρούζος, Α., & Κοσσυβάκη, Φ. (2008). Αντιλήψεις και στάση των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τους παράγοντες που δυσχεραίνουν τη γονεϊκή εμπλοκή στο σχολείο. Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, σσ. 69-95.
- Μπρούζος, Α. (2004). Προσωποκεντρική συμβουλευτική: θεωρία, έρευνα και εφαρμογές. Αθήνα: Γ.Δαρδανός.
- Μπρούζος, Α. (2009). Ο εκπαιδευτικός ως λειτουργός συμβουλευτικής: μια ανθρωπιστική θεώρηση της εκπαίδευσης. Αθήνα: Gutenberg.

- Μυλωνάκου-Κεκέ. (2009). Συνεργασία σχολείου, οικογένειας και κοινότητας: θεωρητικές προσεγγίσεις και πρακτικές εφαρμογές. Αθήνα: Παπαζήση ΑΕΒΕ.
- Νότας, Σ. (2006). Οι γονείς και τα αδέρφια των παιδιών με Αυτισμό. Τρίκαλα, Νομός Λάρισας, Ελλάδα.
- Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠ-Υ. (χ.χ.). Πως επηρεάζουν οι εκτελεστικές λειτουργίες τη ΔΕΠ-Υ. Ανάκτηση από <https://www.adhdhellas.org/component/k2/item/468-pos-epireazoun-oi-ektelestikes-leitourgies-ti-depy>
- Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠ-Υ. (2013, 9 13). Τι είναι η ΔΕΠΥ? Ανάκτηση από www.adhdhellas.gr: <http://www.adhdhellas.org/2013-09-13-13-14-13/ti-ein>
- Παπαγεωργίου, Β. (2005). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων: University Studio Press.
- Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε. (1998). Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων: η μη λεκτική επικοινωνία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαναστασίου. (2014, Απριλίου 21). Τα κορίτσια με ΔΕΠΥ έχουν τα ίδια συμπτώματα με τα αγόρια;. Ανάκτηση από www.eidikospaidagogos.gr: <https://eidikospaidagogos.gr/ta-koritsia-me-depy-exoun-ta-idia-symptomata-me-ta-agoria/>
- Παπαναστασίου. (2015, Φεβρουαρίου 18). Γιατί τα παιδιά με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται στη γραφή; Τεχνικές Αντιμετώπισης. Ανάκτηση από [eidikospaidagogos](http://www.eidikospaidagogos.gr): <https://eidikospaidagogos.gr/adhd-grafi-technikes-1-2/>
- Παπαναστασίου. (2015, Μαρτίου 1). ΔΕΠΥ και Μαθηματικά- 5 Στρατηγικές Μάθησης. Ανάκτηση από [eidikospaidagogos](http://www.eidikospaidagogos.gr): <https://eidikospaidagogos.gr/adhd-5-stritigikes-mathishis-1/>
- Παπαναστασίου. (2019, Ιουλίου 14). Το παιδί με ΔΕΠΥ χρειάζεται ό,τι όλα τα παιδιά: αγάπη, αποδοχή, προστασία και ελευθερία. Ανάκτηση από [freesunday.gr](http://www.freesunday.gr): <https://freesunday.gr/sunentefxeis/item/30218-fwths-papanastasiou-to-paidi-me-depy-chreiazetai-o-ti-ola-ta-paidia-agaph,-apodochh,-prostasia-kai-eleytheria#itemImageGalleryAnchor>
- Παπαναστασίου, Φ. (2015, 2 18). Γιατί τα παιδιά με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται στη γραφή; Τεχνικές Αντιμετώπισης. Ανάκτηση από [eidikospaidagogos](http://www.eidikospaidagogos.gr): <https://eidikospaidagogos.gr/adhd-grafi-technikes-1-2/>
- Παπαναστασίου, Φ. (2018, Ιουλίου 29). Mother's Blog. Ανάκτηση από Πώς να μάθετε στα παιδιά με ΔΕΠΥ να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους: <https://www.mothersblog.gr/paidi/psychologia/story/61167/pos-na-mathete-sta-paidia-me-depy-na-diaxeirizontai-ta-synaisthimata-toys>
- Πνευματικός, Δ., Παπακανάκης, Π., & Γάκη, Ε. (2008). Γονεϊκή εμπλοκή στην εκπαίδευση των παιδιών: Διερεύνηση των πεποιθήσεων των γονέων. Στο Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος (σσ. 193- 216).
- Σακαλάκη, Μ. (1994). Ψυχολογία της επικοινωνίας: θεωρητικά ρεύματα και προοπτικές της έρευνας. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σιαφάκα, Β. (2019, 12 7). Ανάκτηση από ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ: https://moodle.ioa.teiep.gr/pluginfile.php/34134/mod_resour

- Σκαλούμπακας, Χ. (2013). Οδηγός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος (ΕΕΠ) (ΔΕΠΥ). Ανάκτηση από ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ: [http://prosvasimo.iiep.edu.gr/EDEAY/%CE%95%CE%94%CE%95%CE%91%CE%A5_%CE%9F%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CE%BF%CF%82_%CE%94%CE%95%CE%A0%CE%A5%20\(1\)_%CF%84%CE%B5%CE%BB.pdf](http://prosvasimo.iiep.edu.gr/EDEAY/%CE%95%CE%94%CE%95%CE%91%CE%A5_%CE%9F%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CE%BF%CF%82_%CE%94%CE%95%CE%A0%CE%A5%20(1)_%CF%84%CE%B5%CE%BB.pdf)
- Σκαλούμπακας, Χ., & Κόρπα, Τ. (2013). Οδηγός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος (ΕΕΠ) για μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Ανάκτηση από Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής ΙΕΠ: <http://prosvasimo.iiep.edu.gr/EDEAY/>
- Σκαναβή, Ε. (2009). Η συνύπαρξη της ΔΕΠΥ με τις μαθησιακές δυσκολίες. Ανάκτηση από adhdhellas: <https://www.adhdhellas.org/component/k2/item/300-i-synyparksi-tis-depy-me-tis-mathisiakes-dyskolies>
- Σκαναβή, Ε. (2012, 9 9). Τεχνικές διαχείρισης μαθητών με ΔΕΠΥ: Συμβουλές προς εκπαιδευτικούς. Ανάκτηση από adhdhellas.org, Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): <https://www.adhdhellas.org/ekpaidefsi/ekpaideftikoi/item/302-texnikes-diaxeirisis-mathiton-me-depy-symvoules-pros-ekpaideftikoys>
- Σκουντή, Μ. (2009). ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ. Ανάκτηση από Δημοτικό Σχολείο Ερυθραίων: <https://ilektra.weebly.com/deltaepsilonpiupsilon.html>
- Σολωμάκου, Ζ. (2015, Οκτωβρίου 9-11). Μεγαλώνοντας ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Η ΔΕΠ-Υ από την πλευρά των ασθενών .
- Σουντή, Μ. (2018, Σεπτεμβρίου 1). Πρακτικές Συμβουλές για Γονείς, Εκπαιδευτικός Ειδικής Αγωγής, Δρ. Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης. Αθήνα.
- Τσαμούρα, Ε. (2013). Αναγνωρίζοντας τη ΔΕΠΥ στη σχολική τάξη. Ανάκτηση από www.adhdhellas.org: <https://www.adhdhellas.org/ekpaidefsi/ekpaideftikoi/item/347-anagnorizontas-ti-depy-sti-sxoliki-taksi>
- Χατζηχρήστου, Χ. (2004). Πρόγραμμα προαγωγής της ψυχικής υγείας και της μάθησης: κοινωνική και συναισθηματική αγωγή στο σχολείο. Στο Βιβλίο για τον εκπαιδευτικό Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Αθήνα: Δαρδανός.
- Χρηστάκης, Κ. (2013). περιληπτικές σημειώσεις στο γνωστικό αντικείμενο «ΕΑΕ06. Ψυχοδυναμική της ανάπτυξης και των οικογενειακών σχέσεων. Στο Ψυχοδυναμική της ανάπτυξης των παιδιών και των οικογενειακών σχέσεων . Πανεπιστήμιο Πελλοπονήσου, Καλαμάτα : Διακρατικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών.