



Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία



Παιδαγωγικό τμήμα



Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

**Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών**

**Προσεγγίσεων**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η συμβολή της εργοθεραπείας στα πλαίσια της συμπερίληψης σε παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ)»**

POST GRADUATE THESIS

**"The contribution of occupational therapy in the context of inclusion in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)"**



ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ/NAME OF STUDENT

**Σισαμπέρη Δέσποινα**

Sisamperi Despoina

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

**Κωνσταντή Ουρανία**

Konstanti Ourania

ΑΙΓΑΛΕΩ/AIGALEO 2022



Faculty of Health and Caring Professions  
Department of Biomedical Sciences  
Faculty of Administrative, Financial and Social Sciences  
Department of Early Childhood Education and Care



Department of Pedagogy



Inter-Institutional Post Graduate Program  
**Pedagogy through innovative Technologies and Biomedical approaches**

POST GRADUATE THESIS

**"The contribution of occupational therapy in the context of inclusion in  
children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)"**

SISAMPERI DESPOINA

20098

[despsisa95@hotmail.com](mailto:despsisa95@hotmail.com)

FIRST SUPERVISOR

KONSTANTI OURANIA

SECOND SUPERVISOR

TRAPALI MARIA

AIGALEO 2022

## Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Σισαμπέρη Δέσποινα του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 20098 φοιτήτρια του Διιδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων των Τμημάτων Βιοϊατρικών Επιστημών/ Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία/Παιδαγωγική τμήμα των Σχολών Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας/Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και της Ανώτατης Σχολής Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

Σισαμπέρη Δέσποινα

**DESPOINA  
SISAMPERI**

Digitally signed by  
DESPOINA SISAMPERI  
Date: 2022.02.08  
14:47:27 +02'00'

**Ourania  
Konstanti**  
Digitally signed  
by Ourania  
Konstanti  
Date:  
2022.02.26  
16:08:49 +02'00'

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Α' επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Κωνσταντή Ουρανία που με βοήθησε από την αρχή και στη δομή και στη μορφολογία της εργασίας με σωστές οδηγίες και παρατηρήσεις.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την Β' επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Τράπαλη Μαρία για την άμεση ανταπόκρισή της σε οποιαδήποτε διευκρίνηση.

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω το οικογενειακό μου περιβάλλον για την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια σε πολλούς τομείς καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού μου.

## Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που μπορεί να εμφανιστεί στη παιδική ηλικία και να παραμείνει μέχρι την ενηλικίωση. Σημαντική θεωρείται η διάγνωση, η εύρεση της αιτιοπαθογένειας αλλά και η συννοσηρότητα που μπορεί να υπάρξει. Αναλύονται επίσης, τα χαρακτηριστικά των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ, τα οποία χωρίζονται σε τρεις τύπους: τον παρορμητικό-υπερδραστήριο, τον απρόσεκτο σε βαθμό που είναι αδικαιολόγητος για την αναπτυξιακή τους ηλικία και τον συνδυασμένο τύπο. Τα ελλείμματα αυτά της εκτελεστικής λειτουργίας, επηρεάζουν έντονα την καθημερινή λειτουργική ικανότητα του παιδιού με ΔΕΠΥ, συμβάλλοντας στη μειωμένη ακαδημαϊκή και σχολική επίδοση που σχετίζονται με τη διαταραχή. Στη συνέχεια, αναλύονται οι τομείς και οι λειτουργίες της εργοθεραπείας, τα μοντέλα και οι προσεγγίσεις που μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠΥ να ξεπεράσουν ελλείμματα και αδυναμίες στην καθημερινή τους ζωή. Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να αναδειχθεί ο ρόλος της εργοθεραπείας στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον μέσα από την αισθητηριακή προσέγγιση. Διάφορες στρατηγικές έχουν ακολουθηθεί για αυτό το σκοπό, όπως οι αισθητηριακές τεχνικές, οι προσαρμογές στη σχολική αίθουσα ή άλλου είδους μέθοδοι με επίκεντρο την οικογένεια. Τέλος, αναφέρεται η σημασία της συνεργασίας των εργοθεραπευτών με τους εκπαιδευτικούς στο περιβάλλον του σχολείου, αλλά και των εργοθεραπευτών με τους γονείς, ώστε μέσα από τη συντονισμένη διεπιστημονική προσπάθεια να υποστηριχθεί το παιδί με ΔΕΠΥ.

**Λέξεις κλειδιά:** ΔΕΠΥ, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα, εργοθεραπεία, σχολικό περιβάλλον, οικογένεια, αισθητηριακές τεχνικές

## **Abstract**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that can occur in childhood and persist into adulthood. The diagnosis is considered important, the finding of the etiology and the comorbidity that can occur. It also analyzes the characteristics of children diagnosed with ADHD, which are divided into three types: impulsive-hyperactive, inattentive to the extent that it is unjustifiable for their developmental age and the combined type. These deficits in the executive function strongly affect the daily functional ability of the child with ADHD, contributing to the reduced academic and school performance associated with the disorder. Next, the areas and functions of occupational therapy are analyzed, the models and approaches that can help children with ADHD to overcome deficits and weaknesses in their daily lives. The aim of this dissertation is to highlight the role of occupational therapy in the treatment of ADHD in the school and family environment through the sensory approach. Various strategies have been followed for this purpose, such as sensory techniques, classroom adaptations or other family-centered methods. Finally, the importance of the cooperation of occupational therapists with teachers in the school environment, but also of occupational therapists with parents is mentioned, so that through the coordinated interdisciplinary effort to support the child with ADHD.

**Key words:** ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Occupational Therapy, School Environment, Family, Sensory Techniques

## Περιεχόμενα

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας.....	iii
Ευχαριστίες .....	iii
Περίληψη .....	v
Abstract .....	vi
Συνομογραφίες .....	ix
Πρόλογος.....	11
<b>Κεφάλαιο 1: Το Σύνδρομο της ΔΕΠ-Υ .....</b>	<b>13</b>
1.1 Εισαγωγή .....	13
1.2 Ιστορική αναδρομή της χρήσης του όρου.....	14
1.3 Αιτιολογία.....	14
1.4 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	15
1.5 Διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ.....	16
1.6 Κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ.....	18
1.7. Συννοσηρότητα.....	21
<b>Κεφάλαιο 2: Η Συμβολή της Εργοθεραπείας .....</b>	<b>23</b>
2.1 Ορισμός .....	23
2.2.1 Σχολική Εργοθεραπεία .....	23
2.2 Τομείς και λειτουργίες τις εργοθεραπείας .....	24
2.3 Μοντέλα και προσεγγίσεις της σχολικής εργοθεραπείας .....	24
2.4 Υπηρεσίες εργοθεραπείας στο σχολικό περιβάλλον .....	27
2.5 Η αισθητηριακή προσέγγιση ως βασική προϋπόθεση της συμπερίληψης.....	28
<b>Κεφάλαιο 3: Εργοθεραπευτική Παρέμβαση σε μαθητές με ΔΕΠΥ .....</b>	<b>29</b>
3.1 Εργοθεραπευτική Αξιολόγηση .....	29
3.2 Άξονες αντιμετώπισης παιδιών με ΔΕΠΥ .....	31
3.3 Στρατηγικές αισθητηριακής αφύπνισης που χρησιμοποιούνται σε παιδιά με ΔΕΠΥ ..	32
3.4 Προσαρμογές στη σχολική αίθουσα για έναν μαθητή με ΔΕΠΥ.....	33

3.5 Πρακτικές συμβουλές προς του εκπαιδευτικούς.....	35
3.7 Συνεργασία μεταξύ οικογένειας-εργοθεραπευτή .....	36
3.8 Συνεργασία μεταξύ εκπαιδευτικού-εργοθεραπευτή.....	38
3.10 Παράδειγμα ενός μαθητή με ΔΕΠΥ σε σχολικό περιβάλλον πριν και μετά από την παρέμβαση.....	39
<b>Επίλογος.....</b>	<b>41</b>
<b>Αναφορές.....</b>	<b>42</b>
<b>Παραρτήματα .....</b>	<b>51</b>



## Συντομογραφίες

	Αγγλική Ορολογία	Ελληνική Ορολογία
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής -Υπερικινητικότητα (ΔΕΠΥ)
GP	General Practitioners	Γενικοί Ιατροί
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχιατρικών Διαταραχών
ICD	International Classification of Diseases	Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire	Ερωτηματολόγιο Δυνατών σημείων και Δυσκολιών
WFOT	World Federation of Occupational Therapy	Παγκόσμια Ομοσπονδία Εργοθεραπείας
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health	Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας της Αναπηρίας και της Υγείας
SBOT	School Based Occupational Therapy	Σχολική Εργοθεραπεία
ADL	Activities of Daily Living	Δεξιότητες Αυτοφροντίδας
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire	Ερωτηματολόγιο δυνατών σημείων και δυσκολιών
AOTA	American Occupational Therapy Association	Αμερικανικής Εταιρείας Εργοθεραπείας
P4C	Partnering for Change	
SNAP	Swanson Nolan And Pelham	
ΔΑΦ		Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος
ΠΟΥ		Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

*«Ο εγκέφαλός σου είναι σαν μια Ferrari. Ξέρεις τι είναι η Ferrari;»*

*Ο Τζέρεμι γνέφει χαμογελώντας.*

*«Λοιπόν, ο εγκέφαλός σου είναι σαν μία μηχανή του αγωνιστικού αυτοκινήτου Ferrari.*

*Είναι πολύ δυνατό. Με τη σωστή φροντίδα, θα κερδίσεις πολλούς αγώνες στη ζωή σου.»*

## Πρόλογος

Τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότερο αυξάνεται το ποσοστό εμφάνισης της Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) από μικρή ηλικία. Το γεγονός αυτό απασχολεί όλο και περισσότερο τους ειδικούς, τους επαγγελματίες υγείας, τους εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων αλλά και τους όλους εκείνους που συναναστρέφονται με παιδιά με ΔΕΠΥ.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία θα αναλυθούν τα αίτια που την προκαλούν, τα χαρακτηριστικά των παιδιών αυτών, αλλά και οι συνοδές διαταραχές που μπορεί να παρουσιαστούν. Είναι μια από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία ως επί των πλείστων παρατηρείται και μέχρι την ενήλικη ζωή.

Η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί νωρίς σε ηλικία 2-3 ετών ή αργότερα σε ηλικία περίπου 7 ετών, αλλά η επιβεβαίωση της διάγνωσης δεν θα γίνει πριν από τα 6-9 έτη. Η διαταραχή παρουσιάζει συνήθως διαταραχές συμπεριφοράς που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα της καθημερινής δραστηριότητας του παιδιού (υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και απροσεξία) και αυτά τα συμπτώματα αρχίζουν κυρίως σε μικρές ηλικίες (LaForett & Murray, 2008). Καθώς αυτά τα συμπτώματα αναπτύσσονται και γίνονται πιο έντονα κατά την νηπιακή και παιδική ηλικία, αυτό κάνει την οικογένεια αβέβαιη για το πώς να αντιμετωπίσει και να βοηθήσει το παιδί, ειδικά όταν μπαίνει στο σχολείο.

Η αντιμετώπιση ενός παιδιού με ΔΕΠΥ πρέπει να είναι πολύπλευρη (γονείς, δασκάλους, θεραπευτές), επομένως υπάρχει ανάγκη για προγράμματα υποστήριξης και εκπαίδευσης. Σε αυτή την κατεύθυνση και έχοντας αναγνωρίσει το σημαντικό ρόλο των γονέων και δασκάλων στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση παιδιών με ΔΕΠΥ, πρέπει να τονιστεί ότι η έναρξη των υπηρεσιών εργοθεραπείας στα γενικά σχολεία διότι είναι αναμφισβήτητα σημαντική. Επίσης, επαρκής στήριξη πρέπει να παρέχεται από επαγγελματίες υγείας στους δασκάλους. Στην παρούσα εργασία, θα αναδειχθεί επίσης η συνεργασία μεταξύ των γονέων, των δασκάλων και των εργοθεραπευτών για τη διαχείριση παιδιών με ΔΕΠΥ και θα προωθηθούν οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις που απαιτούν συνεχείς προσπάθειες από όλους όσους συναναστρέφονται με αυτά τα παιδιά.

Βασική επιδίωξη θεωρείται η συνειδητοποίηση ότι η εργοθεραπεία, αποτελεί ένα είδος παρέμβασης που θα πρέπει να παρέχεται στα παιδιά εντός της σχολικής μονάδας για να τα βοηθήσει να είναι πιο επιτυχημένα στη λειτουργικότητα της καθημερινής τους ζωής. Ένας εργοθεραπευτής αξιολογεί το παιδί ώστε να κρίνει εάν χρειάζεται τέτοιου είδους ενίσχυση στο σχολείο, προτείνει συγκεκριμένες τεχνικές παρέμβασης στη σχολική

τάξη, επαναξιολογεί την απόδοση του παιδιού και συνομιλεί με τους δασκάλους αλλά και με τις υπόλοιπες ειδικότητες του σχολείου, ώστε να κατευθυνθούν όλοι προς την ίδια πορεία με σκοπό την εξέλιξη των παιδιών αυτών. Συγκεκριμένα, θα αναφερθούν διεξοδικά συγκεκριμένες προσαρμογές που αφορούν το περιβάλλον της σχολικής αίθουσας αλλά και στρατηγικές αισθητηριακής αφύπνισης, με στόχο την αύξηση της διάρκειας της προσχής του παιδιού με ΔΕΠΥ.

Επίσης, στο τέλος αυτής της εργασίας θα αναλυθεί ένα παράδειγμα ενός παιδιού με ΔΕΠΥ και συγκεκριμένες αισθητηριακές τεχνικές που εφαρμόστηκαν με σκοπό την αυτορρύθμιση του παιδιού όταν αυξάνεται το επίπεδο διέγερσης στην τάξη και δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της τάξης του. Είναι φανερός ο κρίσιμος ρόλος της εισαγωγής της σχολικής εργοθεραπείας στις μονάδες των γενικών σχολείων για να υποστηρίξουν τα παιδιά και να συμπεριλάβουν στο πρόγραμμα του σχολείου τις πρακτικές συμβουλές τόσο για τους δασκάλους όσο και για τους γονείς.

# Κεφάλαιο 1: Το Σύνδρομο της ΔΕΠ-Υ

## 1.1 Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) που διεθνώς ορίζεται ως «Attention Deficit Hyperactivity Disorder» (ADHD) είναι μια από τις πιο συχνά διαγνωσθείσες νευρο-αναπτυξιακές διαταραχές, επηρεάζοντας περίπου το 8%-12% των παιδιών παγκοσμίως, με έως και το 65% να συνεχίζει να έχει συμπτώματα ΔΕΠΥ και νευρο-ψυχολογικές βλάβες στην ενήλικη ζωή (Polanczyk et al., 2015).

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ επηρεάζουν αρνητικά πολλές πτυχές της ζωής, των οικογενειών και της κοινωνίας των ατόμων, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, των εκπαιδευτικών και κοινωνικών αποτελεσμάτων λειτουργικότητας, των τεταμένων σχέσεων γονέα-παιδιού και των αυξημένων δαπανών για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Προηγούμενες μελέτες έχουν επανειλημμένα τονίσει ότι η ΔΕΠΥ είναι μια ετερογενής διαταραχή, όσον αφορά τους πολυπαραγοντικούς αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου, τις ποικίλες εκφράσεις στον τομέα των συμπτωμάτων, τις συνοδές διαταραχές, τις νευροψυχολογικές βλάβες και τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις (Castellanos et al., 2006; Costa Dias et al., 2015). Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, οι διαταραχές άγχους και διάθεσης και η κατάχρηση ναρκωτικών είναι οι πιο συχνές συννοσηρότητες (Πεχλιβανίδης, et al., 2012). Η αιτιολογική ετερογένεια όσον αφορά τους βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες πιθανότατα αντανακλάται στη διακύμανση των νευρικών συσχετισμών (Costa Dias et al., 2015; Karalunas et al., 2014) και έχει ως αποτέλεσμα τα διαφορετικά γνωστικά και συμπεριφορικά προφίλ και τις αναπτυξιακές διακυμάνσεις της διαταραχής (Rajendran et al., 2013; Schulz et al., 2017).

Η διάγνωση βασίζεται σε συγκεκριμένα κλινικά κριτήρια και απαιτεί εξειδικευμένες μεθόδους. Η εμφάνιση συμπτωμάτων στην παιδική ηλικία, η συνέχιση των συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή και η επίδρασή τους σε κύριες λειτουργικές περιοχές αποτελούν τη βάση για τη διαγνωστική αξιολόγηση. Χρησιμοποιείται κυρίως για διαφορική διάγνωση με διπολική διαταραχή και οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η μέθοδος θεραπείας είναι πολυεπίπεδη. Πρώτα απ' όλα, πρέπει να αντιμετωπίζονται οι συννοσηρότητες (Πεχλιβανίδης, et al., 2012).

## 1.2 Ιστορική αναδρομή της χρήσης του όρου

Η πρώτη περιγραφή του όρου της ΔΕΠΥ έγινε από τον George Still το 1902. Η διαγνωστική σύλληψη αυτών των συμπτωμάτων έχει μεταβληθεί σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Στη δεκαετία του 1930 εισήχθησαν οι έννοιες της ελάχιστης εγκεφαλικής βλάβης και της ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, με βάση την παρατήρηση διαταραχών συμπεριφοράς όπως αυτές που παρατηρήθηκαν στην πανδημία της εγκεφαλίτιδας στη δεκαετία του 1920 ή μετά από τραυματικό τοκετό. Είναι ενδιαφέρον ότι η αποτελεσματικότητα των αμφεταμινών στη διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων διαπιστώθηκε περίπου την ίδια περίοδο (Ougrin et al., 2010). Ανάμεσα στις δεκαετίες 1940-1960 τα παιδιά που εμφάνιζαν διαταραχές στο συντονισμό των κινήσεων, μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές στα συναισθήματα αλλά χωρίς να υπάρχει νευρολογικό υπόβαθρο, χαρακτηρίζονταν ως παιδιά με «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία». Στις αρχές του 20ου αιώνα τα υπερκινητικά παιδιά χαρακτηρίστηκαν ως πάσχοντα από ένα νοσογόνο ελάττωμα ηθικού ελέγχου και αυτά τα παιδιά που ήταν παρορμητικά και υπερκινητικά εισέρχονταν στην ομάδα που ορίζονταν ως «υπερκινητικό σύνδρομο» ή «σύνδρομο υπερκινητικού παιδιού» (Sadock et al., 2013; Ρούσου, 1988).

Η ορολογία εξελίχθηκε περαιτέρω με το «σύνδρομο υπερκινητικού παιδιού» και την «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας» να χρησιμοποιούνται πριν από την εισαγωγή της «διαταραχής ελλειμματικής προσοχής» στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχιατρικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM III) τη δεκαετία του 1980 και τελικά τη «διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας» στο DSM-IV (1994) (Ougrin et al., 2010).

## 1.3 Αιτιολογία

Με βάση τις έρευνες υπάρχουν πολλοί παράγοντες για την αιτιολογία της ΔΕΠΥ που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους και χωρίζονται σε βιολογικούς/γενετικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς (Ράλλη, 2010).

α) Βιολογικοί/γενετικοί παράγοντες: Ο φαινότυπος της ΔΕΠΥ σχετίζεται με ταλλάξεις στο γονίδιο που κωδικοποιεί έναν μεταφορέα ντοπαμίνης (DAT1) και στο γονίδιο που κωδικοποιεί τον υποδοχέα ντοπαμίνης D4. Υπάρχει δυσλειτουργία του μεταβολισμού της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης, καθώς και της νευροδιαβίβασης που εντοπίζεται στον προμετωπιαίο φλοιό και στις σχετικές υποφλοιώδεις δομές του εγκεφάλου,

γεγονός που επιμένει και στην ενήλικη ζωή. Υπάρχουν διάφορα στοιχεία για την κληρονομικότητα των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ. Μελέτες έχουν βρει συσχέτιση έως και 80% σε πανομοιότυπα μονοζυγωτικά δίδυμα παιδιά, 32% σε διζυγωτικά δίδυμα και 25% σε συγγενείς πρώτου βαθμού (Ougrin et al., 2010). “

Από την άλλη πλευρά, το άγχος της μητέρας και το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η ελλιπής φροντίδα της υγείας της μητέρας, οι προγεννητικές επιπλοκές αλλά και η προωρότητα του τοκετού παίζουν επίσης ρόλο στην αιτιολογία της ΔΕΠΥ. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για να συνηγορήσουν ότι τα παιδιά με συμπτώματα ΔΕΠΥ, που προέρχονται από ασταθή οικογενειακά περιβάλλοντα, διαφέρουν θεμελιωδώς από αυτά που προέρχονται από σταθερές οικογένειες (Ougrin et al., 2010).

β) Ψυχολογικοί παράγοντες: Η Ράλλη (2010) αναφέρει ότι, σύμφωνα με τον Barkley το 1997, τα ελλείμματα των ατόμων σε πέντε γνωστικούς τομείς που αφορούν την εκτελεστική λειτουργία έχουν άμεση σύνδεση με την μείωση ή την εξάλειψη των αυθόρμητων συμπεριφορών ενός ατόμου. Αυτοί οι γνωστικοί τομείς στους οποίους υπολείπονται κάποια άτομα αφορούν τη μνήμη εργασίας, τον ιδεασμό, τον σχεδιασμό και την εκτέλεση μιας πράξης.

γ) Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Μια κοινή άποψη είναι ότι το πρόβλημα με τα παιδιά που εμφανίζουν ΔΕΠΥ είναι η ανατροφή τους, το χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον ή η έκθεση σε κάποια μορφή κακοποίηση. Αυτό είναι ένα σημαντικό σημείο που υπόκειται σε πολλές αμφισβητήσεις. Τα μέχρι στιγμής στοιχεία δείχνουν ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην αιτιολογία της ΔΕΠΥ (Ougrin et al., 2010).

Επιπροσθέτως, υπάρχουν πολλοί που υποστηρίζουν ότι τα πρόσθετα και τα συντηρητικά των τροφίμων παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της υπερκινητικότητας στα παιδιά. Μερικοί θεωρούν ότι η ύπαρξη ευαισθησίας σε συνηθισμένες τροφές (όπως είναι το γάλα, το καλαμπόκι, τα αυγά, η ζάχαρη) μπορεί να ευθύνεται για την ΔΕΠΥ. Υπάρχει πιθανώς μια υποομάδα παιδιών των οποίων η υπερκινητικότητα θα μπορούσε να μειωθεί με την προσεκτική εφαρμογή μιας δίαιτας αποκλεισμού κάποιων συστατικών, ωστόσο η έρευνα σε αυτόν τον τομέα είναι πολύ πρώιμη (Ράλλη, 2010; Ougrin et al., 2010).

#### **1.4 Επιδημιολογικά στοιχεία**

Η ΔΕΠΥ είναι δύσκολο να διαγνωσθεί και κατά συνέπεια δύσκολο να μετρηθεί με ακρίβεια. Από το γεγονός ότι σε κάθε χώρα χρησιμοποιούνται διαφορετικά διαγνωστικά ερ-

γαλεία, διαφορετικά κριτήρια, μεταβλητή προέλευση του δείγματος αλλά και διαφορετικός βαθμός συμφωνίας μεταξύ γονέων και δασκάλων κατά τη δική τους αξιολόγηση γι' αυτό το λόγο πολλές έρευνες παρουσιάζουν διαφορετικά επιδημιολογικά στοιχεία (Κιούρτη, 2007).

Ο επιπολασμός στα παιδιά της πρωτοβάθμιας σχολικής ηλικίας είναι 1% για την υπερκινητική διαταραχή και 5% για τη ΔΕΠΥ με τριπλάσια σχετική αναλογία εμφάνισης σε αγόρια σε σχέση με την εμφάνιση σε κορίτσια (Dorfner et al., 2008). Τα κορίτσια αποτελούν το 25% των υπερκινητικών περιπτώσεων. Επιδεικνύουν λιγότερη παρορμητικότητα και επιθετικότητα, αλλά περισσότερο φόβο, εναλλαγές διάθεσης, κοινωνική απόσυρση και γνωστικά και γλωσσικά προβλήματα (Swanson et al., 1998).

Οι διαφορές που σχετίζονται με το φύλο στη ΔΕΠΥ έχουν καθοριστεί από διάφορες μελέτες. Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με ΔΕΠΥ παρά τα κορίτσια, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω. Σε μια μελέτη επιπολασμού του 2011, ο εκτιμώμενος επιπολασμός της ΔΕΠΥ στους άνδρες ήταν 12 %, ενώ στις γυναίκες ήταν μόνο 4,7 % (Perou et al., 2013). Εν τω μεταξύ, τα προφίλ των συμπτωμάτων διαφέρουν μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τις γυναίκες να είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με κυρίως την έλλειψη προσοχής ως σύμπτωμα (Biederman et al., 2005). Πρόσφατα, ένας αυξανόμενος αριθμός εφήβων και νεαρών ενηλίκων προσήλθαν σε κλινικές με συμπτώματα ΔΕΠΥ που ξεκίνησαν μετά τα 12 ή και αργότερα στη ζωή τους (Moffitt et al., 2015). Μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι το 2,5%-10,7% των ατόμων με ΔΕΠΥ εμφανίζονται για πρώτη φορά στην εφηβεία ή την ενηλικίωση, με την πλειοψηφία των ενηλίκων με ΔΕΠΥ (67,5%-90,0%) να μην εμφανίζουν συμπτώματα στην παιδική ηλικία (Agnew-Blais et al., 2016). Είναι ακόμη συζητήσιμο για το εάν η ΔΕΠΥ ενηλίκων ορίζεται ως νευρο-αναπτυξιακή διαταραχή που ξεκινά από την παιδική ηλικία ή όχι (Agnew-Blais et al., 2016).

### **1.5 Διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ**

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας με βάση την κατάταξη DSM-IV, προσδιορίζει τρεις υποομάδες ΔΕΠΥ: συνδυαστικού τύπου, του απρόσεκτου και του υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου (βλ. Παράρτημα Β). Η υπερκινητική διαταραχή στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας-10 (International Classification of Diseases – ICD-10) είναι σε γενικές γραμμές παρόμοια με τον συνδυασμένο τύπο ΔΕΠΥ με σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας του παιδιού. (Dorfner et al., 2008). Η διάγνωση βασίζεται σε μια



προσεκτική και συστηματική αξιολόγηση της παρουσίας και του αντίκτυπου των συμπτωμάτων σε όλη τη διάρκεια της ζωής και όχι σε απλές κλινικές εντυπώσεις που σχηματίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Πεχλιβανίδης, et al., 2012).

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ καθορίζεται τυπικά από έναν κλινικό ιατρό με βάση τον αριθμό, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων συμπεριφοράς που παρατηρούνται από γονείς/φροντιστές και δασκάλους. Δεν ορίζονται με βάση αιτιολογικές πηγές ή άλλους βιολογικά αναγνωρισμένους δείκτες. Παραμένει ένα ανοιχτό ερώτημα σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ των κλινικών ορισμών, των αιτιολογικών πηγών και των νευροβιολογικών υποστρωμάτων της ΔΕΠΥ (Agnew-Blais et al., 2016).

Οι γενικοί ιατροί (general practitioners- GP) διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον αρχικό εντοπισμό πιθανών περιπτώσεων ΔΕΠΥ. Αν και μόνο ένας ειδικός στην υγεία των παιδιών θα πρέπει να διαγνώσει τη ΔΕΠΥ, οι περισσότερες παραπομπές σε εξειδικευμένες υπηρεσίες/ δομές υγείας γίνονται από γενικούς ιατρούς. Επιπλέον, οι γενικοί ιατροί βρίσκονται σε ιδιαίτερα πλεονεκτική θέση όσον αφορά τον εντοπισμό πιθανών περιπτώσεων, καθώς έχουν δει πολλές εκατοντάδες παιδιά στο ιατρείο τους, και ως εκ τούτου έχουν μια μεγάλη ομάδα αναφοράς για σύγκριση. Το ίδιο μάλλον ισχύει και για την αναγνώριση των παιδιών με ΔΕΠΥ από τους δασκάλους (Agnew-Blais et al., 2016).

Οι περισσότερες διαγνώσεις ΔΕΠΥ γίνονται σε παιδιά σχολικής ηλικίας, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Η ΔΕΠΥ, σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV, απαιτεί τα συμπτώματα να εμφανίζονται σε πολλαπλές περιπτώσεις πριν από την ηλικία των 12 ετών. Ωστόσο, η πορεία και η έκβαση της ΔΕΠΥ σε κάθε παιδί είναι εξαιρετικά ετερογενής. Μελέτες έχουν βρει ότι τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ έχουν χαρακτηριστικά ειδικά για την ανάπτυξη, με κινητική ανησυχία, επιθετικές και ενοχλητικές συμπεριφορές, που παρατηρούνται συνήθως σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Επίσης αποδιοργανωμένα, παρορμητικά και απρόσεκτα παιδιά μικρής ηλικίας, εμφανίζουν τα παραπάνω συμπτώματα που παρουσιάζονται πιο τυπικά σε εφήβους και ενήλικες (Wilens et al., 2009). Μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης υποδηλώνουν ότι οι υπερκινητικές και παρορμητικές συμπεριφορές τείνουν να μειώνονται με την ηλικία, ενώ τα συμπτώματα απροσεξίας και έλλειψης προσοχής παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιμονή και μπορεί να παραμείνουν για όλη τη ζωή (Molina et al., 2009).

Ίσως η καλύτερη κλίμακα αξιολόγησης που χρησιμοποιείται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για τον εντοπισμό περιπτώσεων που δικαιολογούν την παραπομπή σε δομή ή

ιατρό δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι το ερωτηματολόγιο δυνατών σημείων και δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire- SDQ) (Goodman et al., 2000). Το SDQ αποτελείται από 25 στοιχεία που αποτελούν πέντε υποκλίμακες πέντε στοιχείων που αξιολογούν προβλήματα συμπεριφοράς, υπερκινητικότητα-απροσεξία, συναισθηματικά συμπτώματα, προβλήματα με συνομηλίκους και προ-κοινωνιοπαθή συμπεριφορά. Η κλίμακα αυτή υπάρχει και σε έκδοση για αξιολόγηση από το γονέα και το δάσκαλο ενώ υπάρχει διαθέσιμη και έκδοση αυτοαναφοράς. Η έκδοση του SDQ με αξιολόγηση από τρίτο θα μπορούσε να συμπληρωθεί για παιδιά και εφήβους ηλικίας μεταξύ τεσσάρων και 16 ετών. Η έκδοση αυτοαναφοράς προορίζεται για άτομα ηλικίας περίπου 11 έως 16 ετών (Goodman et al., 2000). Κάθε παιδί με συνολική βαθμολογία προβλήματος 17+ από τον γονέα με βάση το SDQ, με βαθμολογία 16+ από τον δάσκαλο ή με αυτό- βαθμολογία 2+ θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για παραπομπή σε ειδική δομή ή ειδικό ιατρό για αξιολόγηση. Η βαθμολογία που υποδεικνύει υψηλή πιθανότητα για διάγνωση ΔΕΠΥ είναι 7+ στον άξονα υπερκινητικότητας-απροσεξίας. Άλλες κλίμακες αξιολόγησης που έχουν σχεδιαστεί ειδικά για τον έλεγχο της ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν το SNAP-IV, ή οι κλίμακες αξιολόγησης Conner's Rating Scale (Goodman et al., 2000).

### **1.6 Κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ**

Η ΔΕΠΥ είναι μια από τις πιο κοινές νευροβιολογικές ασθένειες και χαρακτηρίζεται από τους τρεις κύριους τύπους συμπτωμάτων που ορίζονται από το διαγνωστικό εργαλείο DSM-IV: συμπτώματα που σχετίζονται με απροσεξία και υπερβολική προσοχή και συμπτώματα που σχετίζονται με αυξημένη κινητική δραστηριότητα, όπως επίσης και αυτά που σχετίζονται με την ανεπαρκή ικανότητα καταστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων. Στο DSM-IV, αυτές οι τρεις περιοχές ονομάζονται: απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (Τζικόπουλος, 2017).

Η έναρξη των συμπτωμάτων συνήθως παρατηρείται πριν από την ηλικία των 7 ετών και συνήθως υπάρχουν ήδη από τη γέννηση. Θα παρατηρηθεί μια τουλάχιστον μέτρια διαταραχή της λειτουργικότητας του παιδιού κατά την ενασχόλησή του σε περισσότερα από ένα περιβάλλοντα. Επιπλέον τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν μια τουλάχιστον μέτρια έκπτωση της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς της ζωής τους (όπως είναι η σχολική επίδοση, οι κοινωνικές σχέσεις με συνομηλίκους, οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου αλλά και η ζωή στο σπίτι) (Ougrin et al., 2010).

Για τη διάγνωση της διαταραχής αυτής δεν αρκεί η ύπαρξη ενός μόνο χαρακτηριστικού αλλά πολλών συμπτωμάτων που εμφανίζονται ταυτόχρονα και συνεχίζουν να υφίστανται σε διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών με περίοδο εμφάνισης πριν τα 7 έτη και την ύπαρξή τους σε δύο βασικούς λειτουργικούς τομείς (σχολείο, οικογένεια, εργασία και σχέσεις (Ράλλη, 2010).

Τα συμπτώματα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες στα πρωτογενή και στα δευτερογενή συμπτώματα. Αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν διαφορετική ένταση σε κάθε παιδί, και καθώς εξελίσσεται και ωριμάζει τα συμπτώματα μεταβάλλονται και με βάση τις εκάστοτε συνθήκες (Larsson et. al, 2011). Τα πρωτογενή συμπτώματα διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες με βάση το DSM-IV-TR σε τρεις υποτύπους της ΔΕΠ-Υ και είναι οι εξής:

1) Τύπος Απροσεξίας (Inattentive Type):

Αυτός ο τύπος έχει να κάνει με τη δυσκολία διατήρησης της προσοχής του για αρκετό χρονικό διάστημα σε κάτι που εκτελείται γύρω του. Αδιαφορεί για τις οδηγίες που του δίνονται με σκοπό να εκτελέσει κάποια εργασία είτε στο σχολείο είτε στο σπίτι, χωρίς όμως να υπάρχει συσχέτιση με αδυναμία κατανόησης της οδηγίας ή με αντιδραστική συμπεριφορά. Κάποιες φορές φαίνεται σαν να μην ακούει όταν κάποιος του μιλάει. Δυσκολεύεται να οργανώσει την τσάντα του και τις εργασίες της καθημερινότητάς του. Επίσης συχνά μπορεί να ξεχάσει κάποιο αντικείμενο ή να το χάσει. Δεν δείχνει προθυμία ενασχόλησης με εργασίες που απαιτούν σκέψη και συγκέντρωση (Κιούρτη, 2007).

2) Υπερκινητικός/Παρορμητικός Τύπος (Hyperactive-Impulsive Type):

Τα παιδιά που ανήκουν σε αυτόν τον τύπο της ΔΕΠΥ συχνά παρουσιάζουν μια υπερβολική εγρήγορση ακόμα και σε χώρους που αυτό δεν επιτρέπεται. Χαρακτηριστική είναι η συμπεριφορά τους στο σχολικό περιβάλλον όπου δυσκολεύονται να καθίσουν για αρκετή ώρα στο θρανίο τους, διακόπτουν τον δάσκαλο ή τους συμμαθητές τους, θέλουν να επιβάλλουν την παρουσία τους και είναι ανυπόμονα σε ομαδικά παιχνίδια μέσα στην τάξη. Πολύ συχνά μπορεί να παίζουν νευρικά με ένα αντικείμενο, να κουνάνε διαρκώς τα πόδια τους ή να στριφογυρίζουν στην καρέκλα τους (Ρούσσου,1988-Μανιαδάκη,2001). Επιπλέον, τα παιδιά αυτά συχνά μιλούν υπερβολικά πολύ και ενεργούν χωρίς να περιμένουν να έρθει η σειρά τους, , είναι ανήσυχα όταν αναμένεται ηρεμία και συχνά παραβιάζουν τους κανόνες με απερίσκεπτο τρόπο. Τέλος, τα μεγαλύτερα παιδιά και οι νέοι συχνά παρουσιάζουν επιμονή μικρότερη από τους συνομηλίκους τους (<30 λεπτά), έλλειψη εστίασης στις λεπτομέρειες μιας εργασίας, κακό προγραμματισμό, ανεπαρκή αυτοέλεγχο και απερίσκεπτη ανάληψη κινδύνων (Agnew-Blais et al., 2016).

### 3) Συνδυασμένος Τύπος (Combined Type):

Πρόκειται για μια μικτή συμπεριφορά που μπορεί να παρουσιάσει ένα παιδί με ΔΕΠΥ και εκδηλώνεται με τον συνδυασμό όλων των παραπάνω συμπτωμάτων. Αυτά τα πρωτογενή συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται όταν το παιδί ξεκινάει τη φοίτησή του σε δημοτικό σχολείο, διότι τότε αυξάνονται οι απαιτήσεις και τα καθήκοντά του. Πολύ συχνά αυτή η ξαφνική αύξηση των σχολικών αναγκών του παιδιού μπορεί να του προκαλέσει τη εμφάνιση των δευτερογενών συμπτωμάτων όπως είναι η μειωμένη αυτοεκτίμηση, οι χαμηλές επιδόσεις στα μαθήματα και διάφορα συμπεριφορικά προβλήματα (Πεχλιβανίδης, et al., 2012).

Όσον αφορά λοιπόν τα δευτερογενή συμπτώματα αυτά μπορεί να προέλθουν από την επίδραση των πρωτογενών συμπτωμάτων και είναι τα εξής:

- Επιθετική στάση και δείγματα απειθαρχίας
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό του
- Δυσκολία επεξεργασίας εισερχόμενων πληροφοριών και γνώσεων
- Δυσκολία σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων με συνομήλικους
- Προβλήματα στον ύπνο
- Καθυστέρηση στην ομιλία
- Δυσκολία ανάγνωσης ενός κειμένου (Ρούσσου, 1988·Μανιαδάκη, 2001).

Εάν είναι δυνατόν, είναι καλύτερο να ληφθούν πρόσθετες πληροφορίες από συγγενείς (συνήθως γονείς) ή φροντιστές που γνωρίζουν τις εικόνες της παιδικής ηλικίας του ασθενούς για να αξιολογήσουν την τρέχουσα κλινική του κατάσταση. Αλλά ακόμη και οι γονείς μπορεί να μην είναι σε θέση να προσδιορίσουν την ακριβή ώρα εμφάνισης των συμπτωμάτων. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι ακόμη και αν προηγούμενα ιατρικά αρχεία υποδεικνύουν μια πρώιμη έναρξη, η ηλικία των συμπτωμάτων που αναφέρθηκαν από τους γονείς είναι περίπου 5 ετών. Ένας τρόπος για να ξεπεραστούν τα παραπάνω προβλήματα είναι οι πληροφορίες από τις σχολικές εκθέσεις και τις επιδόσεις των παιδιών, οι οποίες μπορούν να παρέχουν πιο αξιόπιστες και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την ηλικία στην οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα τα οποία είναι διαφορετικά στη παιδική ηλικία, στην εφηβεία και στην ενηλικίωση (βλ. Παράρτημα Α) (Πεχλιβανίδης, et al., 2012).

### 1.7. Συννοσηρότητα

Η ΔΕΠΥ είναι μια διαταραχή η οποία κατά κύριο λόγο δεν εμφανίζεται μεμονωμένα. Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό παιδιών με ΔΕΠΥ (65%) συνυπάρχουν μία ή περισσότερες ψυχικές ή αναπτυξιακές διαταραχές. Οι κυριότερες δυσκολίες που μπορεί να εμφανιστούν είναι οι εξής:

- Ειδικές Μαθησιακές Διαταραχές (δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσαριθμησία): Η δυσκολία του μαθητή με διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα δυσχεραίνει την μαθησιακή διαδικασία ήδη από την νηπιακή ηλικία (Αλεξάνδρου, 2009). Όταν ένα άτομο έχει συνοδές διαταραχές, όπως η ΔΕΠΥ με μαθησιακές δυσκολίες, σημαίνει ότι βιώνει την ευρεία έκπτωση των εκτελεστικών λειτουργιών σε συνδυασμό με την έκπτωση των ιδιαίτερων δεξιοτήτων που απαιτούνται για την ανάγνωση, τη γραφή και τα μαθηματικά. (Miller et al., 2013). Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠΥ συχνά παρουσιάζουν δυσκολίες στην αποκωδικοποίηση των λέξεων και γραμμάτων σε ένα κείμενο, παλεύοντας με τον εντοπισμό γραπτών λέξεων (McGrath et al., 2011).

Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει δυσκολίες αναγνωστικής κατανόησης σε παιδιά με ΔΕΠΥ (Brock & Knapp, 1996; Miller et al., 2013), ενώ άλλες όχι (Ghelani et al., 2004). Σε εκείνα που σημείωσαν δυσκολίες, η αναγνωστική κατανόηση βρέθηκε να μειώνεται για τα παιδιά με ΔΕΠΥ όταν η διάρκεια ενός αναγνωστικού αποσπάσματος αυξήθηκε, σε σύγκριση με τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά (Cherkes-Julkowski et al., 1995). Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν επίσης χαμηλότερες βαθμολογίες αναγνωστικής κατανόησης και μεγαλύτερη δυσκολία να αναφέρουν την κεντρική ιδέα από ένα απόσπασμα από εκείνα χωρίς ΔΕΠΥ. Αυτή η δυσκολία μπορεί να οφείλεται στις απαιτήσεις προσοχής των μακρών αποσπασμάτων ανάγνωσης, που απαιτούν πιο επίπονη επεξεργασία (Brock & Knapp, 1996). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν ελλείμματα στην ανάκληση κεντρικών πληροφοριών σε ένα απόσπασμα κειμένου, πιθανότατα ως αποτέλεσμα δυσκολιών στη μνήμη (Miller et al., 2013).

Αρκετές μελέτες έχουν συνδέσει τις διαδικασίες προσοχής στη ΔΕΠΥ και με τις μαθηματικές ικανότητες (Bauermeister et al., 2005). Καθώς η προσοχή διαδραματίζει βασικό ρόλο στη μαθηματική ικανότητα, οι έρευνες που επικεντρώνονται στη σχέση μεταξύ της ΔΕΠΥ και των μαθηματικών μπορεί να παρέχουν περαιτέρω πληροφορίες για τη διαταραχή και τους μηχανισμούς της μαθηματικής σκέψης. Οι ανασκοπήσεις σχετικά με τις μαθηματικές ικανότητες και τη ΔΕΠΥ ήταν σπάνιες στο παρελθόν λόγω του περιορισμέ-

νου αριθμού μελετών που επικεντρώνονται στα μαθηματικά και τη ΔΕΠΥ. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μια μελέτη ανασκόπησης, μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, η απροσεξία έδειξε ισχυρότερη συσχέτιση με μαθηματικά προβλήματα στο σχολείο σε σύγκριση με τα υπερκινητικά-παρορμητικά συμπτώματα (82 % έναντι 38 %, αντίστοιχα). Στη μελέτη αυτή φαίνεται ότι η σχέση μεταξύ της ΔΕΠΥ και της χαμηλής απόδοσης στα μαθηματικά μπορεί να είναι ισχυρότερη για τα παιδιά με απροσεξία και έλλειψη προσοχής (Tosto et al., 2015).

- Διαταραχή συντονισμού των κινήσεων: Παρουσιάζουν σημαντική δυσκολία κινητικού σχεδιασμού με αποτέλεσμα να εμφανίζουν μια γενικευμένη αδεξιότητα στις κινήσεις τους, ιδιαίτερα σε δραστηριότητες που απαιτούν λεπτή κινητικότητα και στοχοκατευθυνόμενες κινήσεις. Έτσι, στην αρχή της σχολικής τους πορείας διαπιστώνονται αδυναμίες στη σύλληψη του μολυβιού, δυσκολία κατά την παραμονή τους στο θρανίο και πολύ συχνά άσκοπες κινήσεις που προκαλούν θόρυβο και διαταράσσουν την εύρυθμη λειτουργία της τάξης (Κικίδης & Μανιαδάκη, 2012).
- Διαταραχές λόγου και ομιλίας: Εμφανίζεται επίσης δυσκολία κατανόησης της λεκτικής πληροφορίας αλλά και της σύνθεσης δομημένου λόγου (γραπτού ή προφορικού).
- Διαταραχές εναντιωματικής συμπεριφοράς και διαγωγής: Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζει υψηλά ποσοστά εμφάνισης σε παιδιά και μαθητές με τις κύριες υποκατηγορίες να είναι η εναντιωματική προκλητική διαταραχή (35-50%) και οι διαταραχές διαγωγής (25%) (Ougrin et al., 2010).
- Αισθητηριακές διαταραχές ή Διαταραχές με συμπτώματα τικς (σ. Tourette)
- Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης μετά τα 8 έτη, αγχώδεις διαταραχές (Αλεξάνδρου, 2009).
- Διαταραχές αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ): Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) και οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) είναι νευροαναπτυξιακές καταστάσεις που συχνά συνυπάρχουν. Επί του παρόντος γίνεται εντατική έρευνα για τη νευρική βάση αυτών των διαταραχών. Περίπου το ¼ των παιδιών με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού και συνήθως σχετίζονται με έκπτωση στις κοινωνικές δεξιότητες ή την μεγάλη ευαισθησία τους στις υφές των ρούχων ([www.adhdhellas.org](http://www.adhdhellas.org)).

## **Κεφάλαιο 2: Η Συμβολή της Εργοθεραπείας**

### **2.1 Ορισμός**

Η εργοθεραπεία αποτελεί το αντικείμενο της σύγχρονης επιστήμης υγείας που έχει ξεκινήσει από την αρχαιότητα και πλέον έχει εξελιχθεί σε πολύ σημαντικό επάγγελμα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής από τον 20ο αιώνα. Η εργοθεραπεία στοχεύει την ρουτίνα της καθημερινότητας και αφορά μια ομάδα καθημερινών δραστηριοτήτων με πολλαπλούς σκοπούς και περιεχόμενα. Οι καθημερινές δραστηριότητες βρίσκονται εντός πλαισίων, της οικογένειας, του σχολείου και της κοινότητας.

Ο στόχος της εργοθεραπείας είναι να βοηθήσει τα παιδιά να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που είτε είναι απαραίτητες για την επιβίωσή τους (σίτιση, ένδυση κ.α.), είτε προσφέρουν ευχαρίστηση (χόμπι, αθλήματα, ελεύθερος χρόνος, παιχνίδι), είτε είναι τμήματα απαραίτητης κοινωνικής δραστηριότητας (φοίτηση στο σχολείο, συμμετοχή σε κοινά).

#### **2.2.1 Σχολική Εργοθεραπεία**

Η σχολική εργοθεραπεία (school-based occupational therapy-SBOT) είναι ένας τομέας αυξανόμενης διεθνούς προσοχής που αντικατοπτρίζεται στην πρώτη δημοσίευση σχετικά με αυτό το θέμα από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Εργοθεραπείας (World Federation of Occupational Therapy-WFOT) το 2016. Σε αυτή τη μελέτη, η WFOT καθόρισε τον ρόλο των εργοθεραπευτών στο σχολείο ως πρακτική που βασίζεται στην λειτουργικότητα και έχει εκπαιδευτική σημασία, υποστηρίζοντας την ευημερία των μαθητών, ενώ παράλληλα προωθεί και μεγιστοποιεί τη συμμετοχή τους (WFOT, 2016). Οι εργοθεραπευτές καθοδηγούνται με σκοπό να δράσουν, εντοπίζοντας τα δυνατά σημεία αλλά και τις αδυναμίες των μαθητών για να βρουν λύσεις και να περιορίσουν ή να αφαιρέσουν τις προκλήσεις στη μάθηση. Αυτό επεκτείνεται στην καθοδήγηση της Αμερικανικής Εταιρείας Εργοθεραπείας (American occupational therapy Association- AOTA) σχετικά με την πρακτική της SBOT, η οποία δίνει έμφαση στη χρήση τεχνογνωσίας για να μπορέσουν τα παιδιά να προετοιμαστούν και να συμμετάσχουν σε σημαντικές μαθησιακές και αναπτυξιακές δραστηριότητες εντός του σχολικού περιβάλλοντος (Clark et al., 2016). Επομένως, η SBOT σχετίζεται πιο ξεκάθαρα με τη δυνατότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες που γίνονται στο σχολείο συνολικά (Kaelin et al., 2019).

## 2.2 Τομείς και λειτουργίες τις εργοθεραπείας

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό σύλλογο εργοθεραπείας, οι τομείς εργοθεραπείας σχετίζονται με 8 κατηγορίες δραστηριοτήτων, που στοχεύουν την αποτελεσματική δραστηριοποίηση του παιδιού με ΔΕΠΥ. Αυτές οι κατηγορίες είναι:

- Βασικές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (πχ ένδυση, σίτιση, ατομική υγιεινή κ.λπ.)
- Σύνθετες δραστηριότητες καθημερινής ζωής (διαχείριση χρημάτων, φροντίδα του σπιτιού, προετοιμασία γεύματος, καθαριότητα κ.λπ.)
- Εκπαίδευση και σχολικό περιβάλλον
- Χαλάρωση και ρουτίνα ύπνου
- Συμμετοχή σε παιχνίδια
- Κοινωνική συμμετοχή και δραστηριοποίηση σε πλαίσια παρέας συνομηλίκων
- Εργασία
- Δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου (Rodger et al., 2005).

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της εργοθεραπείας στον τομέα της πρακτικής θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

- α) συμμετοχή παιδιών και νέων σε δραστηριότητες ζωής σε διάφορα περιβάλλοντα,
- β) πρόληψη της κοινωνικής απομόνωσης,
- γ) υποστήριξη της ανάπτυξης των ρόλων και της αίσθησης ικανότητας από τα παιδιά , και
- δ) κριτική ανάλυση των μεταβατικών περιόδων. Ως εκ τούτου, ένα επιτυχημένο αποτέλεσμα της εργοθεραπείας για τα παιδιά και τους νέους είναι η ικανότητα να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη της κοινότητας με μια αίσθηση ένταξης και ικανότητας (Rodger et al., 2005).

## 2.3 Μοντέλα και προσεγγίσεις της σχολικής εργοθεραπείας

Οι πρακτικές των παιδιατρικών εργοθεραπευτών έχουν εξελιχθεί και αλλάξει με βάση την έρευνα και τη θεωρία των Rodger et al. το 2005, όπως η Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), από το 2001.

Αυτά τα πλαίσια οδήγησαν πολλούς εργοθεραπευτές να απομακρυνθούν από παρεμβάσεις που βασίζονται σε βλάβες σε επίπεδο σωματικών δομών και λειτουργιών που στοχεύουν στην αποκατάσταση των ελλειμμάτων του παιδιού ,γνωστές ως παρεμβάσεις «από κάτω προς τα πάνω», και να επικεντρωθούν στη βελτίωση της απόδοσης και της συμμετοχής στη λειτουργική δραστηριότητα (παρέμβαση «από πάνω προς τα κάτω»)



(Weinstock et al., 2004), καθώς και στη συνεργασία με γονείς για την παροχή θεραπείας ενσωματωμένη στην καθημερινή ζωή. Οι κλινικοί εργοθεραπευτές έχουν την τεχνογνωσία και τις προτιμήσεις ως προς τις παρεμβάσεις που θα επιλέξουν, αλλά υπάρχουν οικονομικές και ηθικές συνέπειες της παροχής των παρεμβάσεων. Υπάρχουν πολλές παιδιατρικές εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων στόχων των παιδιών (Urton et al., 2014).

Ωστόσο, μέχρι σήμερα, ενώ είναι προφανές ότι οι εργοθεραπευτές έχουν να παίξουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στα σχολεία, υπάρχουν ακόμη περιορισμένα στοιχεία για το πώς συμβαίνει αυτό σε σχέση με τα εργαλεία και τις προσεγγίσεις παρέμβασης που χρησιμοποιούνται, ειδικά σε περιπτώσεις παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες (Binnard et al., 2016). Επομένως, ο καθορισμός των καλύτερων αποδεικτικών στοιχείων για την εργασία σε σχολικά περιβάλλοντα αποτελεί βασική προτεραιότητα. Σύμφωνα με το WFOT, οι εκπαιδευτικές ανάγκες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σε εκπαιδευτικά περιβάλλοντα ως θέμα βέλτιστης πρακτικής, καθώς οι παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές όταν εφαρμόζονται στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού που αντιμετωπίζει τις δυσκολίες (Kaelin et al., 2019).

Σε μελέτες στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι πολλοί εργοθεραπευτές εφαρμόζουν μια προσέγγιση «pull-out», απομακρύνοντας τον μαθητή από την τάξη για να διεξάγουν άμεσες παρεμβάσεις ένας προς έναν σε αίθουσες εργοθεραπείας (Benson, 2013; Bucey, 2018). Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτό οφείλεται στις προσδοκίες των δασκάλων ή επειδή οι εργοθεραπευτές έχουν μεγαλύτερη αυτονομία έναντι των παρεμβάσεων, ενώ στη μελέτη των Rodrigues and Seruya (2019), οι εργοθεραπευτές ανέφεραν ότι ήταν πιο αποτελεσματικό από άποψη χρόνου και ευνοούσε τα προγράμματα των μαθητών. Υπάρχουν δυνατά σημεία στην προσέγγιση «pull-out». Ωστόσο, έχουν εντοπιστεί και πολλές αδυναμίες. Ο Christner, το 2015 διαπίστωσε ότι όταν οι θεραπευτές απομακρύνουν το παιδί από το «φυσικό πλαίσιο» της τάξης, αυτό θα επηρεάσει αναπόφευκτα την πρόσβασή του στο πρόγραμμα σπουδών που καλύπτεται στην τάξη, κάτι που θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει σε ακαδημαϊκές προκλήσεις. Αντίθετα, διαπίστωσε ότι υπήρχε βελτίωση στα αποτελέσματα της θεραπείας όταν εκτελούνταν στο φυσικό σχολικό περιβάλλον. Οι δάσκαλοι απέδωσαν τα βελτιωμένα αποτελέσματα στην παρουσία των εργοθεραπευτών στην τάξη που επέτρεψαν αυξημένες συνεργατικές παρεμβάσεις, τις οποίες οι δάσκαλοι βρήκαν λιγότερο ενοχλητικές από τις πιο παραδοσιακές παρεμβάσεις απόσυρσης (Christner, 2015).

Η μετάβαση από το μοντέλο «pull-out» σε μια προσέγγιση που περιλαμβάνει μεγαλύτερη συνεργασία έχει γίνει ευπρόσδεκτη από τους εργοθεραπευτές κατ' αρχήν, ωστόσο αυτό έχει αποδειχθεί δύσκολο για τους επαγγελματίες της διδασκαλίας λόγω της μη εξοικείωσης με την ύπαρξη του εργοθεραπευτή στην τάξη (Clough et al., 2019). Η εξοικείωση μεταξύ τους είναι προφανώς σημαντική προϋπόθεση για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της προσέγγισης SBOT. Τα τελευταία χρόνια, δεν αποτελεί έκπληξη, η έρευνα εξέτασε πιο προσεκτικά τη σχέση που στηρίζει τη SBOT. Για παράδειγμα, η δημιουργία σχέσεων και η αποτελεσματική συνεργασία έχουν προσδιοριστεί ως βασικοί στόχοι του SBOT (Christner, 2015). Η συνεργασία είναι η ικανότητα των εργοθεραπευτών και των συναδέλφων τους να μοιράζονται αμοιβαία την τεχνογνωσία και να σέβονται ο ένας τις μοναδικές δεξιότητες του άλλου για την εφαρμογή στρατηγικών για την επίτευξη ενός στόχου (Curtin et al., 2017).

Έχουν αναπτυχθεί, επίσης, άλλα μοντέλα παροχής υπηρεσιών, όπως το Partnering for Change (P4C), το οποίο χρησιμοποιεί μια βασισμένη στις ανάγκες, κλιμακωτή προσέγγιση για την παροχή υπηρεσιών και την ενίσχυση της επαγγελματικής συμμετοχής ολόκληρης της σχολικής κοινότητας. Οι Missiuna et al. το 2012 διαπίστωσαν ότι ένα κλιμακωτό μοντέλο παροχής υπηρεσιών θα μπορούσε να παρέχει σε μεμονωμένους μαθητές διαφορετικές ανάγκες με θεραπεία υψηλής έντασης, ενώ οι μαθητές που διατρέχουν κίνδυνο θα μπορούσαν να λάβουν στοχευμένη ομαδική παρέμβαση και ολόκληρο το σχολικό σώμα θα μπορούσε να λάβει ειδικές προληπτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση καταστάσεων. Η αξιολόγηση της εφαρμογής του P4C διαπίστωσε ότι αυτό το μοντέλο βελτίωσε την εμπιστοσύνη των εργοθεραπευτών στην παροχή μιας υπηρεσίας στο σχολείο και επέτρεψε τη συνέπεια στην παροχή υπηρεσιών (Campbell et al., 2012). Επιπλέον, το μοντέλο P4C ήταν αποτελεσματικό στην εξάλειψη των λιστών αναμονής για εργοθεραπεία, καθώς όσοι χρειαζόνταν θεραπεία εντοπίστηκαν και τους προσφέρθηκε πιο αποτελεσματική παρέμβαση στο φυσικό σχολικό περιβάλλον (Missiuna et al., 2017). Ωστόσο, αυτό το νέο μοντέλο πρακτικής φέρνει μια πρόκληση στο σχολείο καθώς οι εργοθεραπευτές έχουν φόρτο εργασίας που απαιτεί την παροχή υπηρεσιών για την αντιμετώπιση τόσο των ειδικών όσο και των γενικών εκπαιδευτικών αναγκών. Δεν είναι ακόμη σαφές εάν τα μοντέλα κλιμάκωσης όπως το P4C μπορούν να μεταφερθούν σε άλλες εγκαταστάσεις υγείας και εκπαίδευσης (Clough et al., 2019).

## 2.4 Υπηρεσίες εργοθεραπείας στο σχολικό περιβάλλον

Οι επαγγελματίες εργοθεραπείας που είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι στο σχολικό περιβάλλον χρησιμοποιούν σημαντικές δραστηριότητες για τη συμμετοχή παιδιών και νέων ώστε να προωθηθεί η σωματική και ψυχική υγεία και ευεξία. Η εργοθεραπεία απευθύνεται στα σωματικά, γνωστικά, ψυχοκοινωνικά και αισθητηριακά στοιχεία της απόδοσης. Στα σχολεία, οι επαγγελματίες εργοθεραπείας εστιάζουν στις επιδόσεις, στο παιχνίδι και τον ελεύθερο χρόνο, την κοινωνική συμμετοχή, τις δεξιότητες αυτοφροντίδας (Activities of Daily Living-ADL), και τις δεξιότητες εργασίας. Η τεχνογνωσία της Εργοθεραπείας περιλαμβάνει την προώθηση της δραστηριότητας και την ανάλυση του περιβάλλοντος του παιδιού με στόχο την τροποποίησή του και επακολούθως τη μείωση των φραγμών στη συμμετοχή (Upton et al., 2014).

Οι επαγγελματίες εργοθεραπείας παρέχουν υπηρεσίες εξυπηρέτησης και υποστήριξης σε μαθητές στο χώρο του σχολείου, συμπεριλαμβανομένων:

- Υπηρεσίες για μαθητές για τη γενική εκπαίδευση:

Οι εργοθεραπευτές μπορούν να συνεισφέρουν σε μια πρώιμη παρέμβαση, μια πολυεπίπεδη προσέγγιση στο πλαίσιο της γενικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, ο εργοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει με περιοδικούς ελέγχους (συμπεριλαμβανομένων τόσο της συλλογής όσο και της ανάλυσης δεδομένων), μπορεί να βοηθήσει σε εκπαίδευση ειδικών μοτίβων συμπεριφοράς από τους δασκάλους, σε πρότυπο δραστηριοτήτων σε ολόκληρες τάξεις ή μικρές ομάδες και με αυτό τον τρόπο βοηθούν στην επίλυση προβλημάτων της ομάδας (Χαλβατσιώτη, 2021).

Σε περιοχές όπως η Βόρεια Αμερική, η Νότια Αφρική και η Νέα Ζηλανδία, οι κυβερνήσεις έχουν εντοπίσει την ανάγκη για εργοθεραπεία στα σχολεία και απασχολούν άμεσα εργοθεραπευτές για να εργαστούν σε αυτά τα πλαίσια. Ωστόσο, οι εργοθεραπευτές σε πολλές χώρες διεθνώς δεν απασχολούνται για να εργαστούν απευθείας στα σχολεία, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ανεπαρκώς καθιερωμένες πρακτικές στο σχολικό περιβάλλον. Αυτό είναι συνέπεια της παροχής θεραπευτικών παρεμβάσεων σε περιβάλλοντα με βάση την κοινότητα ή ιδιωτικά γραφεία, με τους εργοθεραπευτές να παρέχουν υπηρεσίες στο σχολείο σε ακανόνιστη βάση. Ωστόσο, κάθε χώρα έχει τη δική της ιστορία και το δικό της πλαίσιο για παροχή εργοθεραπείας με βάση την υγεία και την εκπαίδευση που οδηγεί σε διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών (Rens et al., 2014).

- Υπηρεσίες για μεμονωμένους μαθητές σε ειδική εκπαίδευση:

Οι υπηρεσίες αξιολόγησης βοηθούν την Εξατομικευμένη Ομάδα Εκπαιδευτικού Προγράμματος με ταυτοποίηση της παρουσίας ελλειμμάτων και αν υπάρχει εκπαιδευτική ανάγκη για υπηρεσίες εργοθεραπείας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την προσαρμογή του περιβάλλοντος του σχολείου, τροποποίηση του προγράμματος σπουδών, συστάσεις για προσαρμογές/βοηθητικός εξοπλισμός, εξασφάλιση πρόσβασης και συμμετοχής στις σχολικές δραστηριότητες. Οι υπηρεσίες λαμβάνουν θέση σε σχολικά περιβάλλοντα κατά τη διάρκεια της ρουτίνας της σχολικής ημέρας, και είναι πιο επωφελής όταν συμβαίνουν στον τόπο και την ώρα που βρίσκεται ο μαθητής που βιώνει τις προκλήσεις. Οι υπηρεσίες έχουν σχεδιαστεί για να υποστηρίζουν την πρόοδο του μαθητή και να διασφαλίζουν ότι οι μαθητές έχουν όχι μόνο ίση πρόσβαση σε όλες τις πτυχές της σχολικής ημέρας αλλά και υποστήριξη για τη συμμετοχή των μαθητών και την επιτυχία τους στη γενική εκπαίδευση (Upton et al., 2014).

- Εκπαίδευση και πόροι για το σχολικό προσωπικό και τις οικογένειες:

Οι επαγγελματίες εργοθεραπείας μπορούν να παρέχουν εκπαίδευση σε τυπική και άτυπη ανάπτυξη του παιδιού τόσο στη μάθηση όσο και στη συμμετοχή στο σχολείο. Επιπροσθέτως, συμβάλουν στον καθολικό σχεδιασμό για εκμάθηση και υποστήριξη της χρήσης υποστηρικτικής τεχνολογίας, και παρέχουν πληροφορίες για παρεμβάσεις θετικής συμπεριφοράς και υποστήριξης συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης του εκφοβισμού (Upton et al., 2014).

## **2.5 Η αισθητηριακή προσέγγιση ως βασική προϋπόθεση της συμπερίληψης**

Λόγω της πολυπλοκότητας του συνδρόμου αυτού, μια πολυδιάστατη προσέγγιση αξιολόγησης και ένα πολύπλευρο πλαίσιο παρέμβασης υιοθετούνται στην κλινική εφαρμογή. Υπάρχουν διαφορετικές διαδικασίες αξιολόγησης και παρέμβασης από διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις (για παράδειγμα, συμπεριφορική, αισθητηριακή και ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση), οι οποίες ενσωματώνονται στα μοντέλα παρέμβασης για τα παιδιά με ΔΕΠΥ (Chu et al., 2007). Συγκεκριμένα, όμως η αισθητηριακή προσέγγιση είναι αυτή που αφορά την εργοθεραπευτική παρέμβαση και θεωρείται ως βασική ενταξιακή προσέγγιση. Απευθύνεται σε άτομα που παρουσιάζουν μέχρι και σοβαρού τύπου μαθησιακά προβλήματα. Μέσα από ένα πολυαισθητηριακό περιβάλλον η μαθησιακή διαδικασία γίνεται ευκολότερη, διότι η κατανόηση γενικότερων εννοιών βασίζεται στις αισθήσεις μας.

Κατά τη δεκαετία του 1970, άρχισαν να σχεδιάζονται πολυαισθητηριακά προγράμματα διδασκαλίας, τα οποία ήταν εξατομικευμένα στα ειδικά σχολεία και είχαν ως στόχο την αφύπνιση των αισθήσεων μέσα από δράσεις που συμβάδίζουν με την ηλικία του κάθε παιδιού και την συμμετοχή του σε δραστηριότητες σχετικά με τους γνωστικούς τομείς που περιλαμβάνονταν στο αναλυτικό πρόγραμμα. Μετά το πέρασμα των δεκαετιών, και με γνώμονα τις αρχές της συμπερίληψης ξεκίνησαν οι προσπάθειες για την ενίσχυση αυτού του προγράμματος και την ενσωμάτωσή του στα γενικά σχολεία με σκοπό τη συμμετοχή όλων των παιδιών σε αυτά τα προγράμματα διδασκαλίας και όχι μόνο των παιδιών με ιδιαιτερότητες (Στρόγγυλος, 2010).

Υπάρχουν πολλά στοιχεία που βασίζονται στην αισθητηριακή προσέγγιση των προγραμμάτων αυτών και τα οποία διαρκώς πληθαίνουν λόγω της συνεχούς αναζήτησης νέων ιδεών από τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς αλλά και τους θεραπευτές. Πιο αναλυτικά, αυτά τα στοιχεία που αφορούν την αισθητηριακή προσέγγιση είναι αντικείμενα, εικόνες, φωτογραφίες, μυρωδιές, γεύσεις, σύμβολα, ήχοι κλπ. Η εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί και στο σχολικό πλαίσιο και στο σπίτι από όλα τα άτομα που βρίσκονται στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού. Οι πέντε αισθήσεις του σώματός (όραση, γεύση, ακοή, οσμή, αφή) απαρτίζουν αυτό το πολυαισθητηριακό περιβάλλον και προωθούν τη μάθηση, την κατανόηση του κόσμου γύρω από το παιδί αλλά και την ισορροπία στο επίπεδο διέγερσής τους (Στρόγγυλος, 2010).

## **Κεφάλαιο 3: Εργοθεραπευτική Παρέμβαση σε μαθητές με ΔΕΠΥ**

### **3.1 Εργοθεραπευτική Αξιολόγηση**

Ένα παιδί με ΔΕΠΥ μπορεί να παραπεμφθεί για εργοθεραπευτική αξιολόγηση μέσα από διάφορους τρόπους. Υπάρχουν αρκετά εκπαιδευτικά προγράμματα που μπορούν να δείξουν κάποιες δυσκολίες όσον αφορά τη συμμετοχή των παιδιών σε αυτά αλλά και την ολιστική συμπεριφορά τους. Συνήθως ο δάσκαλος ή ο ψυχολόγος μπορεί να προτείνει την αξιολόγηση κάποιου μαθητή και από εργοθεραπευτή (Κικίδης & Δομίνικος, 2007). Σε μια πρόσφατη ελβετική μελέτη, οι εργοθεραπευτές ανέφεραν ότι έπρεπε να βιώσουν το φυσικό εκπαιδευτικό περιβάλλον του σχολείου για να κατανοήσουν τον αντίκτυπο των κοινωνικών και σωματικών πλαισίων στο παιδί. Χρησιμοποιώντας τον επαγγελματικό τους

συλλογισμό, η ύπαρξη και η δράση στο σχολικό περιβάλλον βοήθησε τους εργοθεραπευτές να φέρουν μια επαγγελματική προοπτική που συμπλήρωνε το εκπαιδευτικό σύστημα για να καλύψει τις ανάγκες του παιδιού (Echsel et al., 2019).

Έτσι με βάση τα ηλικιακά ορόσημα, τη μαθησιακή πορεία και το ιστορικό που έχει ληφθεί ο εργοθεραπευτής ξεκινάει αρχικά με την κλινική παρατήρηση του παιδιού στη σχολική τάξη. Στη συνέχεια, παρακολουθεί την εγρήγορση και την προσοχή του σε διάφορα θέματα που ζητούνται από τον δάσκαλο. Αφού έχει ολοκληρωθεί αυτή η διαδικασία, τότε προβαίνει σε συζητήσεις με τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς του σχολείου σχετικά με τις λειτουργικές δυσκολίες που ίσως να αντιμετωπίζει το παιδί με ΔΕΠΥ και επανεξετάζει το ήδη υπάρχον ιστορικό του παιδιού από παλαιότερους δασκάλους ή άλλους ειδικούς (Κικίδης & Δομίνικος, 2007).

Οι τομείς οι οποίοι αξιολογούνται από έναν εργοθεραπευτή κατά τη αξιολόγηση ενός μαθητή με ΔΕΠΥ στη σχολική αίθουσα είναι οι δεξιότητες αυτοφροντίδας, όπως για παράδειγμα το ντύσιμο, η τουαλέτα, η σίτιση, οι δεξιότητες που αφορούν το ποσοστό συμμετοχής του μαθητή στις εκπαιδευτικές δράσεις του σχολείου, οι δεξιότητες που αφορούν το παιχνίδι, όπως η αλληλεπίδραση με άλλα παιδιά, η χρήση διαφορετικών υλικών και η ακολουθία συγκεκριμένων κανόνων, καθώς επίσης και η αναψυχή και η κοινωνική συμμετοχή (Watson et al., 1997).

Οι παραπάνω τομείς σχετίζονται με τη λειτουργικότητα σε συγκεκριμένες ηλικίες και σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα (Case - Smith, 2001; Chu et al., 2007). Όταν εξετάζεται πόσο απαιτητική είναι μια εργασία, μεταβλητές όπως ο στόχος, η καινοτομία, η καταλληλότητα, το επίπεδο πρόκλησης – δυσκολίας, το πόσο σημαντική είναι η εργασία καθώς, και το κίνητρο που έχει κάθε παιδί, λαμβάνονται υπόψιν. Ο στόχος μιας εργασίας είναι ο κύριος παράγοντας-κλειδί. Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί τι θέλει ή τι απαιτείται να κάνει το παιδί κατά τον σχεδιασμό των παρεμβάσεων. Όλα αυτά υποστηρίζουν την ανάγκη αξιολόγησης των νευρολογικών και ψυχολογικών λειτουργιών, των αντιληπτικών και κινητικών λειτουργιών, της ρύθμισης της συμπεριφοράς καθώς και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων και να δυσκολέψουν ένα παιδί να φέρει εις πέρας την εργασία του (Chu et al., 2007).

Από την αξιολογητική αυτή διαδικασία και από τα δεδομένα που θα προκύψουν ο εργοθεραπευτής θα κρίνει αν το παιδί χρήζει εργοθεραπευτικής παρέμβασης ή αξιολόγησης από άλλον θεραπευτή και ποια θα είναι η στοχοθεσία που θα τεθεί (Κικίδης & Δομίνικος, 2007).

### 3.2 Άξονες αντιμετώπισης παιδιών με ΔΕΠΥ

Υπάρχουν τρεις άξονες στους οποίους θα πρέπει να κατευθυνθεί ο εργοθεραπευτής, ώστε να ξεκινήσει η εργοθεραπευτική διαδικασία και είναι οι εξής:

- A. Ενίσχυση των μηχανισμών που απαιτούν προσοχή, επεξεργασία, συντήρηση του επιπέδου διέγερσης και αισθητηριακής εστίασης
- B. Βελτίωση των δεξιοτήτων ιδεασμού, σχεδιασμού και εκτέλεσης μιας δραστηριότητας
- Γ. Υποστήριξη της αυτοεικόνας και της αυτοεκτίμησης του παιδιού με ΔΕΠΥ (Αλεξάνδρου, 2009).

Το μοντέλο εργοθεραπευτικής παρέμβασης για παιδιά με ΔΕΠΥ βασίζεται σε θεωρητικές έννοιες που σχετίζονται με το παιδί (πώς αντιλαμβάνεται ένα παιδί τα προβλήματα του ανάλογα με τα διαφορετικά επίπεδα δυσλειτουργίας), με το περιβάλλον που μεγαλώνει το παιδί (επίδραση διαφορετικών περιβαλλοντικών παραγόντων), με την εργασία που καλείται να φέρει εις πέρας (πόσο απαιτητική είναι η επιλεγμένη εργασία), με την συμμετοχή του παιδιού σε διάφορες δραστηριότητες (πόσο το παιδί συμμετέχει και είναι ενεργό) και με την αλληλεπίδραση αυτών των βασικών παραγόντων. Επίσης, εξετάζει πώς η οικογένεια, το περιβάλλον, οι εκπαιδευτικοί και η θεραπεία σε ψυχολογικό και νευρολογικό επίπεδο μπορούν να βοηθήσουν ένα παιδί με ΔΕΠΥ (Chu et al., 2007).

Σημαντικός τομέας παρέμβασης στην παιδιατρική εργοθεραπευτική πρακτική είναι η προσαρμογή των μαθητών με ιδιαιτερότητες σε φυσικά και πολυαισθητηριακά περιβάλλοντα (McEwen, 1990; Chu et al., 2007). Ο εργοθεραπευτής χρειάζεται να βοηθήσει τους γονείς και τους δασκάλους να εκτιμήσουν το βαθμό στον οποίο, κάποιες φυσικές δραστηριότητες και αλληλεπιδράσεις μέσα στο περιβάλλον παρέχουν την αισθητηριακή ενέργεια που απαιτείται για την ρύθμιση ή την διακοπή της ρύθμισης του επιπέδου διέγερσης, τον έλεγχο της προσοχής και του επιπέδου δραστηριότητας (Williamson et al., 2001; Chu et al., 2007).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι δομημένες καθημερινές ρουτίνες βοηθούν τα παιδιά να αυτορυθμίζονται. Ο εργοθεραπευτής θα πρέπει να εισάγει τη χρήση ενός οπτικού χρονοδιαγράμματος εντός των περιβαλλόντων του σπιτιού και της τάξης. Ένα οπτικό χρονοδιάγραμμα είναι μια οπτική παρουσίαση ενός ημερήσιου προγράμματος σε ένα μεγάλο κομμάτι χαρτί (Dowdy et al., 1998; Chu et al., 2007). Παρέχει ένα προβλεπόμενο πρόγραμμα και βοηθά το παιδί να μάθει τι πρόκειται να συμβεί. Το να είναι ικανό να γνωρίζει τα γεγονότα που θα συμβούν επιτρέπει στο παιδί να μετακινηθεί από ένα αντιδραστικό τρόπο σκέψης σε έναν πιο ήρεμο και σκόπιμο τρόπο συμπεριφοράς που με τη

σειρά του βοηθά το παιδί να τα βγάλει πέρα με μεγαλύτερη επιτυχία σε αλλαγές στο περιβάλλον του (Chu et al., 2007).

Ο εργοθεραπευτής θα πρέπει επίσης να ελέγξει άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες που ενδεχομένως να σχετίζονται με τα προβλήματα του παιδιού, όπως για παράδειγμα, η επιλογή των κατάλληλων διαστάσεων καρέκλας και τραπεζιού προκειμένου το παιδί να διατηρεί σωστή στάση σώματος, η επιλογή του κατάλληλου αντικειμένου με σκοπό τη διατήρηση του φυσιολογικού επιπέδου διέγερσης, η επιλογής της θέσης των καθισμάτων για την αντιμετώπιση των ερεθισμάτων που αποσπούν την προσοχή (Chu et al., 2007).

Η ΔΕΠΥ θέτει τα παιδιά σε σοβαρό εκπαιδευτικό κίνδυνο (Barkley 1998). Οι εργοθεραπευτές μπορούν να εφαρμόσουν τις αρχές διαχείρισης συμπεριφοράς και να προωθήσουν την αισθητηριακή διαμόρφωση, προκειμένου να αναπτύξουν ένα πρόγραμμα διαχείρισης στην τάξη και να βοηθήσουν το παιδί να προσαρμοστεί στο περιβάλλον (Chu et al., 2007).

### **3.3 Στρατηγικές αισθητηριακής αφύπνισης που χρησιμοποιούνται σε παιδιά με ΔΕΠΥ**

Πρόσφατες ερευνητικές μελέτες έχουν εντοπίσει στοιχεία τα οποία συσχετίζουν άμεσα τις αισθητηριακές διαταραχές με το σύνδρομο της ΔΕΠΥ (Mangeot et al., 2001; Chu et al., 2007). Οι αισθητηριακές τεχνικές μπορεί να είναι αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση πολλών προβλημάτων συμπεριφοράς τα οποία, είναι χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠΥ. Ο κύριος στόχος της αισθητηριακής παρέμβασης είναι να διευκολύνει την ανάπτυξη του παιδιού και την απόδοση του στις ενασχολήσεις (Bundy et al., 2002; Chu et al., 2007). Προκειμένου να καλύψει τις αισθητηριακές ανάγκες του παιδιού, ο εργοθεραπευτής θα πρέπει να εξετάσει πώς η αισθητηριακή καθημερινότητα του παιδιού ποικίλλει κατά τη διάρκεια της ημέρας (Williams, 1994; Chu et al., 2007).

Η έννοια της «αισθητηριακής διέγερσης» βασίζεται στην ιδέα ότι κάθε άτομο απαιτεί μια ορισμένη ποσότητα αισθητηριακής διέγερσης προκειμένου να είναι σε κατάσταση εγρήγορσης, προσαρμοστικότητας και επιδεξιότητας (Wilbarger, 1995; Chu et al., 2007). Οι κανόνες και οι απαιτήσεις της σχολικής τάξης το υπερδιεγείρουν αισθητηριακά και γι' αυτό το λόγο χρειάζεται να επέλθει η ισορροπία μέσα από συγκεκριμένες ασκήσεις αισθητηριακής αφύπνισης που θα μπορούσαν να ενταχθούν στο πρόγραμμα της αισθητηριακής διέγερσης του παιδιού με ΔΕΠΥ (Chu et al., 2007). Μερικές από τις ασκήσεις που



διδάσκονται από τους δασκάλους ειδικής αγωγής στα τμήματα ένταξης ή από τους εργο-θεραπευτές είναι οι εξής:

- Εκτάσεις: στην καρέκλα και από τις δύο πλευρές
- Ισομετρικές ασκήσεις: έλξεις δαχτύλων (ξεχωριστά με κάθε ζευγάρι δαχτύλων δηλαδή πρώτα οι αντίχειρες, μετά οι δείκτες, οι μέσοι, κλπ.), σφιχτές μπουινιές για λίγα λεπτά, πίεση δαχτύλων ταυτόχρονα σαν «αστέρι»
- Τοποθέτηση του αυτοκόλλητου Velcro: κάτω από το θρανίο και από την μαλακή και από την πιο σκληρή επιφάνεια
- Σπρωξίματα με πίεση: σε όρθια θέση και τα δύο χέρια στο κεφάλι ενωμένα με σταθερή πίεση προς τα κάτω, και σε καθιστή θέση στο θρανίο ενωμένες παλάμες μπροστά από το στήθος με σταθερή πίεση μεταξύ τους
- Κάμψεις στην καρέκλα: τα χέρια τοποθετούνται στο πλάι του καθίσματος της καρεκλας και με σταθερούς βραχίονες ανασηκώνεται το πίσω μέρος του σώματος για 10 φορές
- Προσαρμογές στη θέση του μαθητή στο θρανίο: αλλαγή της καρέκλας με την πλάτη να ακουμπά στο θρανίο και τα πόδια χωρισμένα στη μέση (αριστερά και δεξιά), τοποθέτηση μιας μεγάλης θεραπευτικής μπάλας αντί για καρέκλα, θρανίο για όρθια στάση, κεκλιμένο θρανίο, αναπαυτικό ποδιών, κάθισμα πουφ κλπ. Με βάση τις έρευνες που έχουν γίνει από τους Simmons et al., το 2015, οι εναλλακτικές θέσεις βελτιώνουν τη διάρκεια της προσοχής των μαθητών με ΔΕΠΥ και προωθούν την ενεργό συμμετοχή.
- Τελείες και ζουλήγματα: Με το δείκτη του ενός χεριού ασκείται πίεση στην μέση της παλάμης, μετά με όλο το χέρι ασκείται πίεση στον καρπό του χεριού και μετά σταδιακά με το δείκτη γίνονται πιέσεις μέχρι τον ώμο. Και μετά αντιστρόφως.

Όλα τα παραπάνω λέγονται και «αισθητηριακά διαλείμματα» (sensory breaks) που συνίσταται να γίνονται για 10 δευτερόλεπτα κατά τη διάρκεια του μαθήματος. Η συχνότητα αυτών των ασκήσεων ορίζεται από τον εκπαιδευτικό, ο οποίος μπορεί να κρίνει εκείνη τη στιγμή το επίπεδο διέγερσης του μαθητή με ΔΕΠΥ και σε συνεννόηση με τον εργοθεραπευτή να αυξήσει τη συχνότητα (Χαλβατσιώτη, 2021).

### **3.4 Προσαρμογές στη σχολική αίθουσα για έναν μαθητή με ΔΕΠΥ**

Διαφορετικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στην παρουσίαση διαφορετικών προτύπων συμπεριφοράς στα παιδιά με ΔΕΠΥ. Συνεπώς, κατάλληλες τροποποιήσεις ανάλογα με τα διαφορετικά πρότυπα συμπεριφοράς θα διευκολύνουν τη συμμετοχή του παιδιού σε διάφορες ενασχολήσεις. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι για τα

παιδιά με ΔΕΠΥ, είναι επιθυμητό ένα ήρεμο περιβάλλον με λιγότερη διέγερση προκειμένου να διατηρήσουν τον έλεγχο της προσοχής τους (Chu et al., 2007).

Στις σχολικές αίθουσες συχνά υπάρχουν πολλά διαφορετικά ερεθίσματα που δυσκολεύουν τη συγκέντρωση και την προσοχή του παιδιού με διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να γίνουν μερικές τροποποιήσεις στην τάξη.

- Χρώματα: Τα χρώματα παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη διάσπαση της προσοχής. Συγκεκριμένα, τα έντονα χρώματα όπως το κόκκινο, το κίτρινο και τα πολύχρωμα φόντα τείνουν προς την υπερδιέγερση του αισθητηριακού συστήματος του παιδιού σε αντίθεση με τα ήρεμα χρώματα (calming colours) όπως το μπλε και το πράσινο που προκαλούν μικρότερα ποσοστά διέγερσης στον εγκέφαλο.
- Διακόσμηση: Η διακόσμηση συνήθως στις σχολικές τάξεις αποτελείται από εκπαιδευτικές αφίσες, από κάρτες γενεθλίων, από κατασκευές μαθητών, από ημερολόγια κλπ. Όλα αυτά τα ερεθίσματα περιλαμβάνουν ποικιλία χρωμάτων, με αποτέλεσμα να δημιουργείται οπτική ένταση στο αισθητηριακό σύστημα ενός παιδιού. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται όλα αυτά που μπορεί να υπάρχουν στους τοίχους να μην είναι κοντά στον πίνακα και να υπάρχουν μεγάλες αποστάσεις μεταξύ τους.
- Φωτισμός: Υπάρχουν συνήθως στις τάξεις τα φώτα φθορισμού τα οποία δυσχεραίνουν την όραση και την ακοή διότι προκαλούν βουητό ή τρεμοπαίζουν. Οι προσαρμογές που μπορούν να γίνουν είναι η αύξηση της φωτεινότητας της αίθουσα από τα παράθυρα και η εκτέλεση δράσεων στον προαύλιο χώρο του σχολείου.
- Ήχοι: Οι λευκοί ήχοι βοηθούν τα παιδιά με διάσπαση προσοχής από τα γύρω ερεθίσματα της σχολικής τάξης να συγκεντρωθούν και να ηρεμήσουν.
- Διάταξη Επίπλων: Όσον αφορά τη διάταξη διάφορων αντικειμένων στη τάξη θα πρέπει να υπάρχει αρκετή οργάνωση σε όλους τους τομείς. Για παράδειγμα τα αντικείμενα που ξεχνάνε τα παιδιά, τα τάπερ φαγητού, τα γάντια και τα κασκόλ θα μπαίνουν σε ειδικά κουτιά. Τα βιβλία στη βιβλιοθήκη εντός της τάξης θα πρέπει να είναι οργανωμένα, ώστε να μην υπάρχει αρκετή οπτική πληροφορία. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχουν μεγάλες αποστάσεις ανάμεσα στα θρανία για να μη σκοντάφτουν τα παιδιά με ΔΕΠΥ αλλά και ξεκάθαρες θέσεις για κάθε μαθητή με ειδική σηματοδότηση. Τα μπουφάν θα πρέπει να μπαίνουν σε κάποιο σημείο ώστε να γίνεται εύκολα η πρόσβαση σε αυτό.

- Δημιουργία αισθητηριακού χώρου: Θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένας χώρος εντός της αίθουσας ή του σχολείου όπου θα μπορούν τα παιδιά με αισθητηριακές διαταραχές να πηγαίνουν με σκοπό είτε να αυξήσουν τα αισθητηριακά ερεθίσματα είτε να τα αντισταθμίσουν με συγκεκριμένο αισθητηριακό εξοπλισμό. Μετά από αυτή την εμπειρία το παιδί θα επιστρέψει πιο συγκεντρωμένο στα σχολικά του καθήκοντα (Χαλβατσιώτη, 2021).

### 3.5 Πρακτικές συμβουλές προς του εκπαιδευτικούς

Έχει παρατηρηθεί ότι τα σχολεία που προσφέρουν σχετικά αποτελεσματικά προγράμματα για τα παιδιά με ΔΕΠΥ θεωρούνται ισχυροί περιβαλλοντικοί και οργανωτικοί παράγοντες οι οποίοι, προσφέρουν κατανόηση και θετική στάση απέναντι σε άτομα με ΔΕΠΥ, προσφέρουν υποστήριξη σε επίπεδο αρχής και με την βοήθεια ειδικών επαγγελματιών εργοθεραπείας παρέχουν συντονισμένη παρέμβαση στα άτομα με ΔΕΠΥ (Burcham et al., 1993; Chu et al., 2007).

Ο εκπαιδευτικός όταν γνωρίζει ότι έχει μαθητές στην τάξη του που αντιμετωπίζουν προβλήματα με αυτή την διαταραχή καλείται να ανακαλύψει μεθόδους και τεχνικές μάθησης, χωρίς φυσικά να διαχωρίσει τα παιδιά αυτά και να δείξει ότι τα αντιμετωπίζει με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με άλλους μαθητές. Είναι απαραίτητο ο εκπαιδευτικός να ενημερωθεί τι ακριβώς είναι η ΔΕΠΥ, τον βαθμό που αυτό το πρόβλημα επηρεάζει την μάθηση και ποιοι είναι οι παράμετροι του. Επιπροσθέτως, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να γνωρίζει αν αυτοί οι μαθητές δέχονται κάποια φαρμακευτική αγωγή, αν λαμβάνουν ψυχολογική θεραπεία και αν δέχονται κάποια παρέμβαση από ειδικούς θεραπευτές (εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) εκτός σχολείου (Chu et al., 2007).

Επιπροσθέτως, ο εκπαιδευτικός οφείλει να γνωρίζει ότι ένα παιδί με ΔΕΠΥ διευκολύνεται στην μάθηση όταν τα ερεθίσματα (λεκτικά και ακουστικά) είναι περιορισμένα. Κάποιες πρακτικές συμβουλές προς τον παιδαγωγό είναι οι ακόλουθες (Chu et al., 2007; Ράλλη, 2010):

- Θα πρέπει να εντοπιστούν τα δυνατά αλλά και τα αδύναμα σημεία του μαθητή με ΔΕΠΥ, τόσο ως προς τα ενδιαφέροντά του για κάποια μαθήματα, όσο και ως προς τη γενικότερη συμπεριφορά του.
- Να τοποθετεί τον μαθητή με ΔΕΠΥ στα μπροστινά θρανία κοντά του έτσι, ώστε να τον απομακρύνει από ερεθίσματα που μπορεί να του αποσπάσουν την προσοχή όπως, φωτογραφίες.

- Να τοποθετήσει τον μαθητή σε ένα θρανίο με έναν μαθητή που είναι ήσυχος που δεν θα του αποσπά την προσοχή και δεν θα του παρέχει ερεθίσματα.
- Χρήσιμη είναι επίσης και η ανάρτηση ενός προγράμματος στο οποίο, ο μαθητής θα γνωρίζει τι θα ακολουθήσει όπως ένα μηνιαίο ημερολόγιο ή ένα οπτικό χρονοδιάγραμμα που θα γνωρίζει τις εκδρομές, έτσι ώστε να μειωθούν τα ερεθίσματα και να διευκολυνθεί η μάθηση.
- Να χρησιμοποιείται η μη λεκτική επικοινωνία από τον εκπαιδευτικό για να μπορεί με ένα βλέμμα ή με μια έκφραση του προσώπου να τον επαναφέρει στη μαθησιακή διαδικασία.
- Να δίνονται σαφές και απλές εντολές στο μαθητή με ΔΕΠΥ και σε περίπτωση που υπάρχουν πολύπλοκες δράσεις στην σχολική τάξη αυτές να χωρίζονται σε μικρότερες υποενότητες.
- Όσον αφορά τις απαιτήσεις και την επιλογή εργασιών, ο Zentall (1993) υποστήριξε την αύξηση της ενεργού συμμετοχής, τη χρήση λεκτικής αντί γραπτής απάντησης αλλά και τη μείωση της καθιστικής εργασίας προκειμένου να μεγιστοποιηθούν οι αποδόσεις των παιδιών με ΔΕΠΥ στις εργασίες τους, όπως το σβήσιμο του πίνακα και μοίρασμα φυλλαδίων.

### **3.7 Συνεργασία μεταξύ οικογένειας-εργοθεραπευτή**

Στην τελική επιτυχία του μοντέλου αντιμετώπισης ενός παιδιού με ΔΕΠΥ έχουν τα θετικά αποτελέσματα της προσέγγισης με επίκεντρο την οικογένεια. Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ο αντίκτυπος της οικογενειακής υποστήριξης και φροντίδας και η συμμετοχή των γονέων στη διαχείριση των συμπεριφορών του παιδιού τους (Humphry, 2002; Chu et al., 2007).

Μια πρόσφατη έρευνα που έχει διεξαχθεί αναφέρει ότι όσο περισσότερο οι γονείς έχουν ενημερωμένες πεποιθήσεις για τα παιδιά με ΔΕΠΥ, τόσο λιγότερο πιθανόν είναι να χρησιμοποιήσουν αναποτελεσματική εφαρμογή πειθαρχίας (Johnston et al., 2002). Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της κατάλληλης εκπαίδευσης ή ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των γονέων, προκειμένου να μπορούν να αλληλεπιδρούν και να υποστηρίζουν το παιδί τους με κατάλληλο τρόπο, επιτυγχάνοντας έτσι, καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Harrison et al., 2002).

Οι εργοθεραπευτές αναγνωρίζουν ότι η ανάπτυξη ενός παιδιού επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από ένα περιβάλλον φροντίδας (Hinojosa et al., 2002). Γι' αυτό το λόγο

προσπαθούν για μια σχέση συνεργασίας με τους γονείς και εκτιμούν ότι το παιδί με ΔΕΠΥ είναι μέλος ενός διαδραστικού οικογενειακού συστήματος. Σε συνεργασία με τους γονείς, ο ρόλος του εργοθεραπευτή είναι να επιλέξει και να προσαρμόσει τις επιλογές παρέμβασης ώστε να ταιριάζουν με τους στόχους, τις προτιμήσεις και τις δυνατότητες βελτίωσης του παιδιού και του γονέα με βάση τη διάγνωσή τους. Η ενημέρωση είναι χρονοβόρα. Επιπλέον, η αξιολόγηση των στοιχείων και η αύξηση των δεξιοτήτων σε νέες παρεμβάσεις απαιτεί ανακατανομή χρόνου και πόρων (Urton et al., 2014).

Μια προσέγγιση με επίκεντρο την οικογένεια επιτυγχάνεται όταν ο εργοθεραπευτής δίνει τη δυνατότητα στους γονείς να γίνουν ισότιμα μέλη της ομάδας (Brown et al., 1997). Μια υπηρεσία με επίκεντρο την οικογένεια αναγνωρίζει ότι κάθε οικογένεια είναι μοναδική, αντικατοπτρίζει το σταθερό περιβάλλον στη ζωή του παιδιού, και ότι οι γονείς είναι οι ειδικοί στις ικανότητες και στις ανάγκες του παιδιού. Η συνεργασία των θεραπειών με τους γονείς σχετικά με τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων για τις διαθέσιμες υπηρεσίες αλλά και για τον καθορισμό των αναγκών όλων των μελών της οικογένειας αποτελεί αναμφισβήτητο σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του παιδιού. Έτσι λοιπόν, όταν εφαρμόζονται αυτές οι αρχές στη διαχείριση των παιδιών με ΔΕΠΥ, όλες οι διαδικασίες αξιολόγησης και παρέμβασης που υιοθετούνται θα πρέπει να πλαισιώνονται σε μια προσέγγιση με επίκεντρο την οικογένεια (family centered) όπως υποστηρίζεται από τους Rosenbaum et al., (1998) και τους Chu et al. (2007).

Σύμφωνα με αυτήν την οπτική γωνιά που έχει ως επίκεντρο την οικογενειακή φροντίδα, η ανταλλαγή των πληροφοριών μεταξύ των κύριων φροντιστών του παιδιού σχετικά με την κατάσταση του παιδιού με ΔΕΠΥ κρίνεται απαραίτητη. Μετά την ολοκλήρωση της εργοθεραπευτικής αξιολόγησης, θα πρέπει να διεξαχθεί μια συνεδρία με τους γονείς και τους δασκάλους με σκοπό να ακούσουν και οι δύο τις ίδιες πληροφορίες και να θέσουν κοινούς στόχους για το παιδί. Οι ερευνητικές μελέτες που εξετάστηκαν υποδεικνύουν ότι καλύτερα αποτελέσματα θεραπείας μπορούν να επιτευχθούν όταν γονείς και δάσκαλοι κατανοήσουν τις δυσκολίες του παιδιού και την σημασία των στρατηγικών διαχείρισης ενός παιδιού με ΔΕΠΥ (Burcham et al., 1993; Coker et al., 1990; Chu et al., 2007). Η διαχείριση των αποτελεσμάτων του παιδιού μετά την αξιολόγηση μπορεί να επιτευχθεί με τη συμβουλευτική της οικογένειας αλλά και των εκπαιδευτικών από ειδικούς (όπως είναι ο Εργοθεραπευτής, ο Ψυχοπαιδαγωγός, ο Ψυχολόγος Συμβουλευτικής και ο Κοινωνικός Λειτουργός). Είναι πολύ βασικό και οι δύο αυτοί πυλώνες της ζωής ενός μαθητή με ΔΕΠΥ να ενημερωθούν διεξοδικά και να καταρτιστούν αναλόγως, σχετικά με τη χρήση των

μηχανισμών και των στρατηγικών που διευκολύνουν την πορεία του παιδιού (Αλεξάνδρου, 2009).

### **3.8 Συνεργασία μεταξύ εκπαιδευτικού-εργοθεραπευτή**

Σε μια αυστραλιανή μελέτη, οι δάσκαλοι εντόπισαν μια σειρά από οφέλη από τη συνεργασία, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης της συγκέντρωσης των μαθητών με ΔΕΠΥ και της μείωσης των ανεπιθύμητων συμπεριφορών (Mills et al., 2018). Εν τω μεταξύ, οι εργοθεραπευτές στην Ελβετία αναγνώρισαν τη δημιουργία σχέσεων συνεργασίας με τους εκπαιδευτικούς ως σημαντική πτυχή στην ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Echsel et al., 2019).

Σύμφωνα με τις μελέτες έχουν βρεθεί διαφορετικές οπτικές στη συνεργασία των εργοθεραπευτών και των δασκάλων. Για παράδειγμα, μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι δάσκαλοι πίστευαν ότι οι θεραπευτές δεν αντιλαμβάνονταν ως ισότιμες τις εργασιακές σχέσεις (Rens et al., 2014). Ωστόσο, με βάση τα λεγόμενα των Mills et al., το 2018, υπάρχουν εμπόδια στην αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ τους, όπως η έλλειψη χρόνου, η αδυναμία του σχολικού προσωπικού να μεταφέρει στρατηγικές και η περιορισμένη κατανόηση των εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Αντίθετα, σε μια άλλη μελέτη, οι εργοθεραπευτές εντόπισαν ότι πολλοί εκπαιδευτικοί αντιλήφθηκαν τον ρόλο του εργοθεραπευτή ως σύμβουλου, ο οποίος προσφέρει λύσεις για να «διορθωθούν» οι προκλήσεις και οι αδυναμίες ενός παιδιού, και αυτό επίσης αποτελεί εμπόδιο (Cahill et al., 2013). Αυτή η γενική έλλειψη κατανόησης των εργοθεραπευτών ως μέρος της ομάδας προσδιορίζεται ως κοινός φραγμός στη συνεργατική πρακτική (Mills et al., 2018).

Η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των εκπαιδευτικών είναι μια σύνθετη διαδικασία που χρειάζεται συνεχή αλληλεπίδραση για να είναι αποτελεσματική (Patton et al., 2015). Τα ευρήματα από τη βιβλιογραφία υποδηλώνουν ότι οι εργοθεραπευτές πρέπει να περνούν περισσότερο χρόνο στα σχολεία για να χτίσουν σχέσεις και να αναπτύξουν μια αυθεντική συνεργατική πρακτική, προκειμένου οι ρόλοι τους να γίνουν κατανοητοί ως ισότιμοι εταίροι και όχι ως ειδικοί σύμβουλοι στο παιδί. Σε διεθνές επίπεδο, οι υπηρεσίες εργοθεραπείας για παιδιά ακολουθούν παραδοσιακά ένα ιατρικό μοντέλο σύμφωνα με το οποίο παραπέμπεται το παιδί για εργοθεραπεία και η εργοθεραπευτική παρέμβαση παρέχεται από τον επαγγελματία.

### **3.10 Παράδειγμα ενός μαθητή με ΔΕΠΥ σε σχολικό περιβάλλον πριν και μετά από την παρέμβαση**

Το συγκεκριμένο παράδειγμα αφορά έναν μαθητή που φοιτά στη Γ' τάξη του δημοτικού σχολείου και εμφανίζει τον τύπο του υπερκινητικού και παρορμητικού παιδιού. Εμφανίζει δυσκολίες στη συγκέντρωση, οι επιδόσεις του είναι ιδιαίτερα χαμηλές ενώ δείχνει σημάδια αποξένωσης από τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης. Οι γονείς του μαθητή μετά από τις συζητήσεις που είχαν και με τους δασκάλους αποφάσισαν να ζητήσουν βοήθεια από έναν εργοθεραπευτή. Ο εργοθεραπευτής είναι ο καλύτερα εξοπλισμένος επιστήμονας για να σχεδιάσει μια εξατομικευμένη παρέμβαση, να χορηγήσει συγκεκριμένα βοηθήματα και αισθητηριακές τεχνικές τόσο στο πλαίσιο της τάξης όσο και στο περιβάλλον του σπιτιού, αλλά και να καθοδηγήσει τους γονείς και την οικογένεια να ακολουθήσουν ορισμένους γενικούς κανόνες για την καλύτερη οργάνωση της καθημερινότητάς του.

Μετά την αξιολόγηση του εργοθεραπευτή στο παιδί παρατηρήθηκαν διάφορες αισθητηριακές διαταραχές του ιδιοδεκτικού συστήματος (που αφορά τις αρθρώσεις και τους μύες) διότι εμφάνιζε συχνά τικς (όπως το να ανοιγοκλείνει συνεχώς το μάτι του πολύ έντονα) κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων που του ανατέθηκαν, γεγονός το οποίο δείχνει ότι το επίπεδο διέγερσης αυξήθηκε.

Για τον συγκεκριμένο μαθητή, ο εργοθεραπευτής πρότεινε σωματικές ασκήσεις που σπρώχνουν ή τραβούν το σώμα, όπως οι κάμψεις στον τοίχο και στην καρέκλα, κάτι το οποίο ωφέλησε το παιδί διότι αντιμετώπιζε περίπλοκες αισθητηριακές ανάγκες. Εναλλακτικά, του πρότεινε καθίσματα, θεραπευτικές μπάλες γυμναστικής μέσα στην τάξη. Κατά διαστήματα του πρότεινε να χρησιμοποιεί και διάφορα λαστιχένια παιχνίδια που απαιτούν αρκετή πίεση στα δάχτυλα, λάστιχο καρπού με αντίσταση, ζάρια με κουμπιά, ειδικά μασητικά που μπαίνουν στην άκρη του μολυβιού, τσίχλες, σακουλάκια με διάφορα υλικά μέσα (βλ. Εικ. 1). Όλα τα παραπάνω μπορούν να χρησιμοποιηθούν έπειτα από συνεννόηση με τον δάσκαλο της τάξης ή κατά το διάλειμμα ώστε να παραμένει συγκεντρωμένος στο μάθημα.



**Εικόνα 1:** Fidget toys

Πηγή: <https://www.sensorydirect.com/behaviour/concentration/fidget-toys>

Με την πάροδο του χρόνου όλες αυτές οι προσαρμογές συνεισέφεραν στην καθοδήγηση που χρειαζόταν ο μαθητής για να παρακολουθήσει και να συμμετέχει καλύτερα στην τάξη αλλά και να είναι αποδοτικός στο σπίτι. Άλλες μικρές διορθώσεις, όπως η αγορά ρούχων χωρίς ετικέτες ή η αποφυγή φωτισμού φθορισμού, μπορούν να κάνουν μεγάλη διαφορά στη διατήρηση της προσοχής του παιδιού. Επιπλέον, ο εγκέφαλος παιδιού με ΔΕΠΥ μπορεί να υπερδιεγερθεί από ασπρόμαυρα φύλλα εργασίας, τα οποία συχνά εμφανίζονται παραμορφωμένα κάτω από έντονο φωτισμό. Ο εργοθεραπευτής πρότεινε να γίνεται η εργασία του μαθητή με ΔΕΠΥ σε γαλάζιο, ανοιχτό πράσινο ή ροζ χαρτί ώστε να επικεντρωθεί καλύτερα στην εργασία του.

Μετά από τις παραπάνω εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις, ο μαθητής μέσα στο επόμενο τρίμηνο παρουσίαζε βελτιωμένη εικόνα στις σχολικές του επιδόσεις, και αυτό τον έκανε να έχει μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση με αποτέλεσμα να συμμετέχει και πιο ενεργά στις ομαδικές δράσεις.



## Επίλογος

Εν κατακλείδι, ως αποτέλεσμα της παρούσας εργασίας, όπου αναλύεται η συμβολή της εργοθεραπείας στα πλαίσια της συμπερίληψης αλλά και οι θεωρητικές έννοιες της διαταραχής της ΔΕΠΥ, εξέχουσα σημασία έχει η συμμετοχή των ειδικοτήτων στην ενταξιακή προσέγγιση. Στην Αμερική η εργοθεραπεία εφαρμόζεται στα γενικά συμπεριληπτικά σχολεία ενώ στην Ευρώπη η εργοθεραπεία και η συμπεριληπτική εκπαίδευση είναι ακόμα αναδυόμενες. Όλα τα παιδιά ανεξαιρέτως της ικανότητας ή της δυσκολίας που έχουν αξίζουν ίσες ευκαιρίες μάθησης και για αυτό το λόγο στις ξένες χώρες παρατηρήθηκε μεγαλύτερη πρόοδος όταν εκπαιδεύτηκαν τα παιδιά στην τάξη σε σχέση με το εξατομικευμένο πρόγραμμα.

Τα δεδομένα που προέκυψαν, μέσα από τις έρευνες που διεξήχθησαν, αναφέρουν ότι η εργοθεραπευτική παρέμβαση μέσω της αισθητηριακής προσέγγισης βελτιώνουν τη γνωστική και αισθητηριακή διέγερση του παιδιού αλλά και το παιχνίδι του παιδιού με ΔΕΠΥ. Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενσωμάτωση των γονέων στη διαδικασία έχει δείξει ότι αυξάνει τη μεταφορά των παρεμβάσεων από το σχολείο στο περιβάλλον του σπιτιού. Αυτές οι πληροφορίες θα μπορούσαν να είναι ωφέλιμες για τους επαγγελματίες εργοθεραπείας συγκεκριμένα, καθώς οι μελέτες που έδειξαν αποτελέσματα ήταν από διάφορες χώρες. Οι εργοθεραπευτές πρέπει να συνθέσουν σχετικές πληροφορίες και να τις πλαισιώσουν μέσα σε ένα μοντέλο πρακτικής εργοθεραπείας στο σχολικό περιβάλλον με την υποστήριξη της οικογένειας και των εκπαιδευτικών. Όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία που αναλύθηκε στην παρούσα εργασία, οι εργοθεραπευτές επαγγελματίες μαζί με τους εκπαιδευτικούς πρέπει να συνεργάζονται, έχοντας ο καθένας ξεκάθαρο ρόλο όταν διδάσκουν τρέχουσες παρεμβάσεις για παιδιά με ΔΕΠΥ.

Οι συστάσεις για μελλοντική έρευνα μπορούν να βασιστούν σε ελλείψεις της βιβλιογραφίας που αναδεικνύονται στην παρούσα εργασία. Πρέπει να γίνει πιο αυστηρή έρευνα για κάθε μια από τις εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις, ειδικά για την αισθητηριακή διέγερση. Αυτή η εργασία επικεντρώθηκε σε παιδιά σχολικής ηλικίας, και η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να ολοκληρωθεί σχετικά με παρεμβάσεις για ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή.

## Αναφορές

- Αλεξάνδρου, Σ. (2009). Διάσπαση προσοχής – μύθοι και πραγματικότητες. *Εργοθεραπεία: Επίσημο περιοδικό του Συλλόγου Ελλήνων Εργοθεραπευτών*, 2009(39), σ. 87-91.  
Ανακτήθηκε από: [http://www.ergotherapists.gr/oldsite/index.php?option=com\\_content&view=article&id=119&Itemid=203](http://www.ergotherapists.gr/oldsite/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=203)
- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry*, 73, 713–720. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0465
- Anaby, D., Korner-Bitensky, N., Law, M., & Cormier, I. (2015). Focus on Participation for Children and Youth With Disabilities: Supporting Therapy Practice Through A Guided Knowledge Translation Process. *British Journal of Occupational Therapy*, 78 (7), 440–449. doi: 10.1177/0308022614563942
- Barkley, R.A., (1995). *Taking charge of ADHD – the complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., (1998). *ADHD: a handbook for diagnosis and treatment*. (2<sup>η</sup> έκδ.). New York: Guilford Press.
- Bauermeister, J.J., Matos, M., Reina, G., Salas, C.C., Martínez, J.V., & Cumba, E. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 166–179. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00343.x
- Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Res*. 177, 299–304. doi: 10.1016/j.psychres.2009.12.010
- Brock, S. E., & Knapp, P. K. (1996). Reading comprehension abilities of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J. Atten. Disord*, 1, 173–185. 10.1177/108705479600100305
- Brown, S.M., Humphry, R., & Taylor, E. (1997). A model of the nature of family-therapist relationships: implications for education. *American Journal of Occupational Therapy*, 51 (7), 597-603. doi: 10.5014/ajot.51.7.597
- Bundy, A.C., Lane, S.J., & Murray, E.A. (2002). *Sensory integration – theory and practice*. (2<sup>η</sup> έκδ.). Philadelphia, PA: FA Davis.

- Burcham, B., Carlson, L., & Milich, R. (1993). Promising school-based practices for students with attention deficit disorder. *Exceptional Children, 60*(2), 174-180. Doi:10.1177/001440299306000211
- Cahill, S. M., McGuire, B., Krumdick, N. D., & Lee, M. M. (2014). National Survey of Occupational Therapy Practitioners' Involvement in Response to Intervention. *The American Journal of Occupational Therapy, 68*(6), 234-240. doi: 10.5014/ajot.2014.010116
- Campbell, W. N., Missiuna, C. A., Rivard, L. M., & Pollock, N. A. (2012). "Support for everyone": experiences of occupational therapists delivering a new model of school-based service. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 79*(1), 51–59. doi: 10.2182/cjot.2012.79.1.7
- Case – Smith, J. (2001). *Occupational therapy for children*. (4<sup>η</sup> έκδ.). St Louis, MO: Mosby.
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M. P., & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends Cogn. Sci. 10*, 117–123. doi: 10.1016/j.tics.2006.01.011
- Christner, A. (2015). Promoting the role of occupational therapy in school-based collaboration: outcome project. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 8* (2), 136–148. doi: 10.1080/19411243.2015.1038469
- Chu, S., & Reynolds, F. (2007). Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 1: A Delineation Model of Practice. *British Journal of Occupational Therapy, 70*(9). doi: org/10.1177/030802260707000902
- Clark, G. F., Jackson, L., & Polichino, J. (2011). Occupational Therapy Services in Early Childhood and School-Based Settings. *American Journal of Occupational Therapy, 65*(6), 46–54. doi: 10.5014/ajot.2011.65S46
- Clough, C. (2019). School-based occupational therapists' service delivery decision-making: perspectives on identity and roles. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 12* (1), 51–67. doi: 10.1080/19411243.2018.1512436
- Coker, K.H., Thyer, B.A. (1990). School and Family Based Treatment of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Families in Society, 71*, 276-82. doi: 10.1177/104438949007100503
- Costa Dias, T. G., Iyer, S. P., Carpenter, S. D., Cary, R. P., Wilson, V. B., & Mitchell, S. H. (2015). Characterizing heterogeneity in children with and without ADHD based on

- reward system connectivity. *Dev. Cogn. Neurosci.* 11, 155–174. doi: 10.1016/j.dcn.2014.12.005
- Curtin, M. (2017). Overview of enabling skills and strategies. (7<sup>η</sup> έκδ.). Στο M. Curtin, M. Egan & D.J. Adam (Επίμ.), *Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment: Promoting occupation and participation*, pp. 322–333. Elsevier.
- Dopfner, M., Breuer, D., & Wille, N. (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 59–70. doi: 10.1007/s00787-008-1007-y
- Dowdy, C.A., Patton, J.R., Smith, T.E.C., & Polloway, E.A. (1998). *ADHD in the classroom: a practical guide for teachers*. Austin, TX: PRO-ED.
- DuPaul, G.J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: assessment and intervention strategies*. (2<sup>η</sup> έκδ.). NY: Guilford Press.
- Echsel, A., Price, L., Josephsson, S., & Schulze, C. (2019) “Together on the way”: Occupational Therapy in Mainstream Education- A Narrative Study of Emerging Practice in Switzerland. *Occupational Therapy International*, 2019(2), 10. doi: 10.1155/2019/7464607
- Fiore, T.A., Becker, E.A., & Nero, R.C. (1993). *Research Synthesis on Education Interventions for Students with ADD*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
- Gehricke, J. G., Kruggel, F., Thampipop, T., Alejo, S. D., Tatos, E., Fallon, J., & Muftuler, T. (2017). The brain anatomy of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adults—A Magnetic Resonance Imaging Study. *PLoS One*, 12. doi: 10.1371/journal.pone.0175433
- 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*, 10, 364–384. doi: 10.1002/dys.285
- Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioural characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-11. doi: 10.1097/00004583-200206000-00010
- Hinojosa, J., Sproat, C.T., Mankhetwit, S., & Anderson, J. (2002). Shifts in parent-therapist partnerships: twelve years of change. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(5), 556-63. doi: 10.5014/ajot.56.5.556

- Humphry, R. (2002). Young children's occupations: explicating the dynamics of developmental processes. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(2), 171-179. doi.org/10.5014/ajot.56.2.171
- Iona, N., & Ingrid, H. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66, 258–273. doi: 10.1111/1440-1630.12573
- Johnston, C., & Freeman, W.S. (2002). Parents' Beliefs About ADHD: Implications for Assessment and Treatment. *ADHD Report*, 10(1), 6-9. doi: org/10.1521/adhd.10.1.6.20567
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Κικίδης, Θ., & Δομίνικος, Β. (2007). Η Εργοθεραπεία σαν Πρόσθετη Υπηρεσία στην Σχολική Αγωγή. *Εργοθεραπεία: Επίσημο περιοδικό του Συλλόγου Ελλήνων Εργοθεραπευτών*, 2007(30), σ. 26-29. Ανακτήθηκε από: [http://www.ergotherapists.gr/old-site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=119&Itemid=203](http://www.ergotherapists.gr/old-site/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=203)
- Κιούρτη, Ε. (2007). Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. *Εργοθεραπεία: Επίσημο περιοδικό του Συλλόγου Ελλήνων Εργοθεραπευτών*, 2007 (30), σ. 26-29. Ανακτήθηκε από: [http://www.ergotherapists.gr/oldsite/index.php?option=com\\_content&view=article&id=119&Itemid=203](http://www.ergotherapists.gr/oldsite/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=203)
- Kaelin, V. C., Ray-Kaesler, S., Moiola, S., Stalder, C.K., Santinelli, L., Echsel, A., & Schulze, C. (2019). Occupational therapy practice in mainstream schools: results from an online survey in Switzerland. *Occupational Therapy International*, 2019(5), 1-9. doi: 10.1155/2019/3647397
- Karalunas, S. L., Fair, D., Musser, E. D., Aykes, K., Iyer, S. P., & Nigg, J. T. (2014). Subtyping attention-deficit/hyperactivity disorder using temperament dimensions: toward biologically based nosologic criteria. *JAMA Psychiatry*, 71, 1015–1024. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.763
- Kielhofner, G. (1992). *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia: FA Davis.
- Kielhofner, G. (1995). *A Model of Human Occupation: theory and application*. (2<sup>η</sup> έκδ.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

- Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P., & Barker, E. (2011). Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 954-963. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02379.x
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Steward, D., Rigby, R., & Letts, L. (1996). The Person – Environment - Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. Doi: org/10.1177/000841749606300103
- Μανιαδάκη, Κ. (2001). Η επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη μάθηση και τη συμπεριφορά. Στο Ε. Κάκουρος (επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά* (σσ.75-96). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπόντη, Ε.Ι. (2002). *Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Μια εναλλακτική προσέγγιση για όλους*. Εκδόσεις: ΜΕΘΕΞΙΣ.
- Mahone E. M. (2011). The Effects of ADHD (Beyond Decoding Accuracy) on Reading Fluency and Comprehension. *New Horizons for Learning*. Ανακτήθηκε από: <http://education.jhu.edu/PD/newhorizons/Journals/Winter2011/Mahone>
- Mangeot, S.D, Miller LJ, McIntosh, D.N., McGrath-Clarke, J., Hagerman, R.J, & Goldson, E. (2001). Sensory modulation dysfunction in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 399-406. doi: 10.1017/s0012162201000743
- McEwen, M. (1990). The human-environment interface in occupational therapy: a theoretical and philosophical overview. Στο SISIS Standing Committee (Επίμ.), *Environment: implications for occupational therapy practice – a sensory integrative perspective*. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.
- McGrath, L. M., Pennington, B. F., Shanahan, M. A., Santerre-Lemmon, L. E., Barnard, H. D., Willcutt, E. G.,.....,Olson, R.K. (2011). A multiple deficit model of reading disability and attention-deficit/ hyperactivity disorder: searching for shared cognitive deficits. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 52, 547–557. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02346.x
- Miller, A. C., Keenan, J. M., Betjemann, R. S., Willcutt, E. G., Pennington, B. F. & Olson, R. K. (2013). Reading comprehension in children with ADHD: cognitive underpinnings of the centrality deficit. *J. Abnorm. Child Psychol*, 41, 473–483. doi:10.1007/s10802-012-9686-8

- Mills, C., & Chapparo, C. (2018) Listening to teachers: views on delivery of a classroom based sensory intervention for students with autism. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65 (1), 15–24. doi: 10.1111/1440-1630.12381
- Missiuna, C. A., Pollock, N. A., Levac, D. E., Campbell, W.N., Whalen, S.S., Bennett, S.M....., Russell, D.J. (2012) Partnering for change: an innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 41–50. doi: 10.2182/cjot.2012.79.1.6
- Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., DeCola, C., Hecimovich, C., Whalen, , Camden, C. (2017). Using an innovative model of service delivery to identify children who are struggling in school. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 145–154. doi: 10.1177/0308022616679852
- Ougrin, D., Chatterton, S., & Banarsee, R. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): review for primary care clinicians. *London J Prim Care (Abingdon)*, 3(1), 45–51. doi: 10.1080/17571472.2010.11493296
- Πεχλιβανίδης, Α., Σπυροπούλου, Α., Γαλανόπουλος, Α., Παπαχρήστου, Χ.Α., & Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες: Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(5), 562-576. Ανακτήθηκε από: <https://www.adhdhellas.org/component/k2/item/116-arthro-gia-ti-depy-enilikon>
- Patton, S., Hutton, E., & MacCobb, S. (2015). Curriculum differentiation for handwriting and occupational therapy/teacher partnership: collaboration or conflict? *Irish Educational Studies*, 34 (2), 107–124. doi: 10.1080/03323315.2015.1032994
- Ράλλη, Α. (2010). Μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Εκπαίδευση-Παρέμβαση. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα, Ε. Θεοδωροπούλου & Β. Στρογγυλός (Επίμ.), *Εκπαίδευση παιδιών με ειδικές ανάγκες: Μια πολυπρισματική προσέγγιση* (σ. 91-116). Αθήνα: Πεδίο.
- Ρούσσου, Α. (1988). Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Rajendran, K., Trampush, J. W., Rindskopf, D., Marks, D. J., O'Neill, S., & Halperin, J. M. (2013). Association between variation in neuropsychological development and trajectory of ADHD severity in early childhood. *Am. J. Psychiatry*, 170, 1205–1211. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12101360

- Rens, L., & Joosten, A. (2014) Investigating the experiences in a school-based occupational therapy program to inform community-based paediatric occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(3), 148–158. doi: 10.1111/1440-1630.12093
- Rodger, S., Brown, G. T., & Brown, A. (2005). Profile of paediatric occupational therapy practice in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 311– 325.
- Rodrigues, S. M., & Seruya, F. M. (2019). Current Practice Patterns and Perceived Needs of Occupational Therapy Practitioners in Middle Schools. *Journal of Occupational Therapy, Schools & Early Intervention*, 12(1), 144-155.  
doi:org/10.1080/19411243.2018.1512066
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (1998). Family-centered service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 1-20. doi:10.1080/J006v18n01\_01
- Στρογγυλός, Β. (2010). Η πολυαισθητηριακή προσέγγιση του προγράμματος διδασκαλίας και μάθησης: Μια βασική ενταξιακή προσέγγιση. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα, Ε. Θεοδωροπούλου & Β. Στρογγυλός (Επίμ.), *Εκπαίδευση παιδιών με ειδικές ανάγκες: Μια πολυπρισματική προσέγγιση* (σ. 249-268). Αθήνα: Πεδίο.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Kaplan, H. I. (2013). *Kaplan & Sadock's επίτομη ψυχιατρική παιδών και εφήβων*. Αθήνα: Λίτσας.
- Sesma, H. W., Mahone, E. M., Levine, T., Eason, S. H., & Cutting, L. E. (2009). The contribution of executive skills to reading comprehension. *Child Neuropsychol.*, 15, 232–246.  
Doi: 10.1080/09297040802220029
- Simmons, K., Carpenter, L., Crenshaw, S., & Hinton, V. M. (2015). Exploration of classroom seating arrangement and student behavior in a second grade classroom. *Georgia Educational Researcher*, 12(1), 51-68. Ανακτήθηκε από:  
<https://ezproxy.csusm.edu/login?url=https://search.proquest.com/docview/2155990616?accountid=10363>
- Szucs, K. A., Benson, J. D., & Corturillo, A. (2016). Use of a journal club for professional development: outcomes in a school-based occupational therapy practice. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 9(2), 208–219. doi: 10.1080/19411243.2016.1176549



- Τζικόπουλος, Σ. (2017). *Σύνδρομο Διάσπασης Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας: Μια πιλοτική παρέμβαση* (Πτυχιακή Εργασία). Ανακτήθηκε από: <https://dspace.uowm.gr/xmlui/handle/123456789/598>
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B., & Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: A systematic review of published research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24– 38. doi: org/10.4276/030802214x13887685335544
- Weinstock-Zlotnick, G., & Hinojosa, J. (2004). Bottom-up or top-down evaluation: Is one better than the other? *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 594– 599. doi: org/10.5014/ajot.58.5.594
- Wilbarger, P., (1995). The sensory diet: activity programs based on sensory processing theory. *Sensory Integration: Special Interest Section Newsletter of AOTA*, 18(2), 1-4.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J. Clin. Psychiatry* 70, 1557–1562. doi: 10.4088/JCP.08m04785pur
- Williams, M.S., & Shellenberger, S. (1994). *How does your engine run? A leader's guide to the Alert Program for Self-Regulation*. Albuquerque, NM: Therapy-Works.
- Williamson, G.G., & Anzalone, M.E., (2001). *Sensory integration and Self-regulation in Infants and Toddlers: Helping Very Young Children Interact with Their Environment*. Washington: Zero to Three.
- World Federation of Occupational Therapy. (2016). *Occupational Therapy Services in School-Based Practice for Children and Youth*. Διαθέσιμο από: <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-services-in-school-based-practice-for-children-and-youth>
- Χαλβατσιώτη, Γ. (2021). Διαταραχές αισθητηριακής επεξεργασίας: Προσαρμογές και Τροποποιήσεις στη Γενική Τάξη. *Πανεπιστημιακές σημειώσεις στο μάθημα Πρακτική Άσκηση- Συμπεριληπτική Εκπαίδευση*. Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής-ΑΣΠΑΙΤΕ, Δ.Π.Μ.Σ.: «Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων», Δ' Εξάμηνο 2021-22. Αθήνα.
- Zentall, S. S. (1993). Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, 60(2), 143– 153. doi:org/10.1177/001440299306000208

## Ιστοσελίδες

[www.adhdhellas.org](http://www.adhdhellas.org)

## Παραρτήματα

### Παράρτημα Α:

Συμπτώματα της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ανάλογα με το ηλικιακό φάσμα.

Ηλικιακή ομάδα	Συμπτώματα απροσεξίας	Συμπτώματα παρορμητικότητας	Συμπτώματα υπερκινητικότητας
Παιδιά	Αδυναμία ολοκλήρωσης εργασιών Εύκολη διάσπαση Δυσκολία συγκέντρωσης	Χαμηλός αυτοέλεγχος Δυσκολία παραμονής στη σειρά Αδιακρισία, κυρίως λεκτική	Υπερβολική κινητικότητα Φαίνεται σαν να έχει «μοτεράκι» Υπερβολική ομιλία
Έφηβοι	Αδυναμία εκπλήρωσης ακαδημαϊκών υποχρεώσεων Εύκολη διάσπαση Δυσκολίες στην επικοινωνία Διαταραχή της διάθεσης	Χαμηλός αυτοέλεγχος Συχνή εμπλοκή σε σεξουαλικές δραστηριότητες υψηλού κινδύνου	Υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας Κατάχρηση ουσιών
Ενήλικες	Δυσκολία διατήρησης της προσοχής Ευκολία διάσπασης Δυσκολία στο να ακούει τους άλλους	Χαμηλός έλεγχος των παρορμήσεων Προβλήματα με την οδήγηση Αδυναμία ελέγχου και αναστολής των συναισθηματικών του αντιδράσεων	Πολυάριθμες νευρικές κινήσεις Υπερβολική ομιλία Υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας Κατάχρηση ουσιών

Πηγή: Πεχλιβανίδης, Α., Σπυροπούλου, Α., Γαλανόπουλος, Α., Παπαχρήστου, Χ.Α., & Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες: Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29 (5), 562-576. Ανακτήθηκε από: <https://www.adhdhellas.org/component/k2/item/116-arthro-gia-ti-depy-enilikon>

## **Παράρτημα Β:**

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΔΕΠΥ σύμφωνα με το DSM-IV

α. Συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής-απροσεξίας

1.	Συχνά αποτυγχάνει να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει απρόσεχτα λάθη στο σχολείο, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες (παραβλέπει ή του διαφεύγουν λεπτομέρειες, η δουλειά του είναι ανακριβής)
2.	Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντα του ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού (π.χ. δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε διαλέξεις, συζητήσεις ή παρατεταμένο διάβασμα)
3.	Συχνά δεν φαίνεται να ακούει όταν του μιλούν κατευθείαν (π.χ. φαίνεται ότι το μυαλό του είναι αλλού ακόμα και αν δεν υπάρχει κάποιο προφανές διασπαστικό ερέθισμα)
4.	Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να τελειώσει σχολικές εργασίες, μικροθελήματα ή άλλες υποχρεώσεις στον χώρο της δουλειάς (π.χ. ξεκινά την εργασία που πρέπει να κάνει, γρήγορα όμως χάνει την εστίαση της προσοχής του και αποπροσανατολίζεται)
5.	Συχνά έχει δυσκολίες να οργανώσει καθήκοντα και δραστηριότητες (π.χ. να εκτελέσει επιτυχώς διαδοχικά καθήκοντα, να διατηρήσει τα υλικά σε τάξη, είναι ακατάστατο, ανοργάνωτο, δεν μπορεί να διαχειριστεί επαρκώς το χρόνο του, αποτυγχάνει να προλάβει προθεσμίες)
6.	Συχνά αποφεύγει, δεν του αρέσουν ή είναι απρόθυμο να αν εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκή νοητική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή εργασία για το σπίτι. Για έφηβους και ενήλικες, να ετοιμάζει αναφορές, να συμπληρώνει έντυπα, να κάνει ανασκόπηση μακροσκελών αναφορών)
7.	Συχνά χάνει πράγματα απαραίτητα για καθήκοντα ή δραστηριότητες (όπως σχολικά υλικά, μολύβια, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλι, κλειδιά, γυαλιά, κινητό τηλέφωνο)
8.	Συχνά διασπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα (για έφηβους και ενήλικες, μπορεί να περιλαμβάνονται άσχετες σκέψεις)
9.	Συχνά ξεχνάει καθημερινές δραστηριότητες (να κάνει μικροθελήματα, για έφηβους και ενήλικες να πάρει κάποιον τηλέφωνο, να πληρώσει λογαριασμούς, να είναι συνεπής σε ραντεβού)

### β. Συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας

1.	Συχνά κινεί νευρικά χέρια και πόδια ή στριφογυρνά στη θέση του
2.	Συχνά σηκώνεται από τη θέση του στη τάξη ή σε άλλες καταστάσεις στις οποίες το αναμενόμενο είναι να παραμείνει καθισμένο (π.χ. αφήνει τη θέση του στην τάξη, στη δουλειά, ή σε άλλες καταστάσεις που αναμένεται να παραμείνει καθισμένο)
3.	Συχνά τρέχει γύρω-γύρω ή σκαρφαλώνει σε μέρη που δεν επιτρέπεται (Για έφηβους ή ενήλικες, μπορεί να περιορίζεται σε ένα αίσθημα ανησυχίας)
4.	Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να εμπλέκεται σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου ήσυχα.
5.	Συχνά είναι «εν κινήσει» ή ενεργεί σαν «να κινείται με μηχανή» (δεν μπορεί ή νιώθει άβολα όταν πρέπει να μείνει ακίνητος για παρατεταμένο χρόνο, όπως σε εστιατόρια ή σε συσκέψεις, ή μπορεί να γίνεται αντιληπτό από τους άλλους ως ακούραστο ή ότι είναι δύσκολο να συμβαδίσουν μαζί του)
6.	Συχνά μιλά υπερβολικά
7.	Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν καν ολοκληρωθεί η ερώτηση (π.χ. σε μια συζήτηση ολοκληρώνει τις προτάσεις των άλλων, ή δεν μπορεί να δώσει τη σειρά του σε μια συζήτηση)
8.	Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει στη σειρά (π.χ. καθώς περιμένει σε μια ουρά)
9.	Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους (π.χ. ανακατεύεται σε συζητήσεις, παιχνίδια ή δραστηριότητες, μπορεί να χρησιμοποιεί ξένα πράγματα χωρίς να ζητά ή να παίρνει την έγκριση τους. Για έφηβους και ενήλικες μπορεί να παρεμβαίνει και να αναλαμβάνει ότι κάνουν οι άλλοι)

Πηγή: <file:///C:/Users/Lenovo/Desktop/DSM IV TR Diagnostic and statistical man.pdf>