



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
Επιστήμες της Αγωγής μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στην Προσχολική Ηλικία

POST GRADUATE THESIS

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Early Childhood



ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ(ΤΩΝ)/NAME OF STUDENTS

Θεοδώρα Καραϊσκού

Theodora Karaiskou

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

Μαρία Τράπαλη

Maria Trapali

ΑΙΓΑΛΕΩ/ΑΙΓΑΛΕΟ 2023



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

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Early Childhood

THEODORA KARAIKOU
21533
mscedt21533@uniwa.gr

FIRST SUPERVISOR
MARIA TRAPALI

SECOND SUPERVISOR
PETROS KARKALOUSOS

AIGALEO 2023

Επιτροπή εξέτασης

Ημερομηνία εξέτασης: 7 Ιουλίου 2023

	Ονόματα εξεταστών	Υπογραφή
1 ^{ος} Εξεταστής	Μαρία Τράπαλη	
2 ^{ος} Εξεταστής	Πέτρος Καρκαλούσος	

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Καραϊσκού Θεοδώρα του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 21533 φοιτήτρια του Διϊδρυματικού 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

Ευχαριστίες

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον παιδικό μου φίλο Γιάννη, στον οποίο απευθυνόμουν έντρομη κάθε φορά που αντιμετώπιζα κάποιο τεχνικό πρόβλημα και εκείνος διαρκώς με καθυσύχαζε και το έλυne σε δευτερόλεπτα.

ΣΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ!

Και φυσικά σε όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, και σε έναν-έναν ξεχωριστά, που με βοήθησαν να ανακαλέσω πρότερες γνώσεις, μου μετέδωσαν νέες, με βομβάρδισαν με σκέψεις και με έκαναν να πιστέψω σε μία καλύτερη εκπαίδευση για τα παιδιά όλου του κόσμου! Τέλος τους ευχαριστώ γιατί μου θύμισαν τους άπειρους λόγους για τους οποίους αγαπώ και επέλεξα το επάγγελμα της νηπιαγωγού.

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΟΛΟΥΣ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ!

Αφιερώσεις

Η συγγραφή της διπλωματικής μου είναι αφιερωμένη σε έναν υπέροχο άνθρωπο και εξαιρετικό γυμναστή που αντιλήφθηκε ότι φέρει το σύνδρομο της διάσπασης προσοχής και υπερκινητικότητας σε ηλικία 29 ετών, όταν και ξεκίνησε να φοιτά σε σχολή φυσικοθεραπείας. Από τη στιγμή της διάγνωσης μπόρεσε να εξηγήσει πολλές από τις στάσεις και τις συμπεριφορές που τον συνόδευαν κατά την παιδική του ηλικία.

Επίσης, την αφιερώνω σε όλους τους νεοδιόριστους παιδαγωγούς προσχολικής ηλικίας οι οποίοι, λόγω έλλειψης εμπειρίας ή και εξειδικευμένων γνώσεων, δυσκολεύονται να διακρίνουν τα λεπτά όρια μεταξύ της διαταραχής αυτής και των φυσιολογικών αντιδράσεων των παιδιών αυτής της ηλικίας.

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μία εγγενής νευροαναπτυξιακή διαταραχή που τις τελευταίες δεκαετίες απασχολεί έντονα το σύνολο της επιστημονικής κοινότητας καθώς τη συναντούμε συχνά γύρω μας και καλούμαστε καθημερινά να συνυπάρξουμε με ανθρώπους που παρουσιάζουν χαρακτηριστικά στοιχεία της. Για τον σκοπό αυτό, ως εκπαιδευτικός προσχολικής ηλικίας, μέσα από τη σύνταξη της παρούσας διπλωματικής εργασίας, επιδιώκω τη δημιουργία ενός συνοπτικού και συνάμα περιεκτικού οδηγού που θα καθοδηγεί συναδέλφους στην προσπάθειά τους να διασαφηνίσουν εάν η εικόνα που παρουσιάζει ένα παιδί υπάγεται στα φυσιολογικά όρια της αναπτυξιακής του πορείας ή είναι αποκλίνουσα.

Συλλέγοντας λοιπόν πληροφορίες από πλήθος έγκυρων βιβλιογραφιών, ελληνικών και ξενόγλωσσων, ξεκινάω με μία σύντομη αναφορά στον ορισμό, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αλλά και τις μορφές με τις οποίες είναι δυνατό να εκδηλωθεί η διαταραχή που μελετάμε, λόγω της ποικιλομορφίας που παρουσιάζει ως προς την συμπτωματολογία της. Εν συνεχεία, αναφέρομαι στα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν θεσπίσει παγκόσμιοι οργανισμοί προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη της διαταραχής, όπως επίσης και στις μεθόδους που ακολουθούν οι ειδικοί υγείας προκειμένου να προβούν σε μία ασφαλή διάγνωση. Σημαντικό επίσης είναι να γνωρίζουμε πως πρόκειται για μία πολυπαραγοντική διαταραχή, τα αίτια της οποίας αναλύονται σε ξεχωριστό κεφάλαιο.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, εστιάζω την έρευνα μου στην προσχολική ηλικία, στα σημάδια εκείνα δηλαδή που εκδηλώνονται ήδη από την ηλικία των τριών ετών και μας εφιστούν την προσοχή για περαιτέρω παρατήρηση και διερεύνηση της εικόνας του νηπίου. Πρόκειται για αποκλίνουσες συμπεριφορές, μαθησιακές δυσκολίες ή ακόμη και ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ και τις οποίες εξετάζουμε αναλυτικά. Τέλος, τονίζεται η σπουδαιότητα της συνεργασίας μεταξύ όλων των ενηλίκων που σχετίζονται με την ανατροφή των παιδιών αυτών στην προσπάθεια βελτίωσης των συμπτωμάτων της διαταραχής και περιγράφονται αναλυτικά οι τομείς στους οποίους θα πρέπει να στοχεύσουν οι παιδαγωγοί, όπως επίσης και οι πρακτικές και οι μέθοδοι που χρειάζεται να ακολουθήσουν, προκειμένου να βοηθήσουν τα παιδιά να περιορίσουν τα πρωτογενή και δευτερογενή χαρακτηριστικά της.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, ελλειμματική προσοχή, παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα, προβλήματα συμπεριφοράς, γνωστικές δυσκολίες, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is an inherent neurodevelopmental disorder that in recent decades has been of great concern to the scientific community as we often encounter it around us and we are called upon to live with people who exhibit its characteristics. To this end, as a preschool teacher, through the writing of this thesis, I seek to create a concise yet comprehensive guide that will guide colleagues in their efforts to clarify whether the picture presented by a child falls within the normal limits of his or her developmental trajectory or is deviant.

Having collected information from a large number of authoritative literature, both Greek and foreign, I begin with a brief reference to the definition, the specific characteristics and the forms in which the disorder we are studying may manifest itself, due to the diversity of its symptomatology. I then refer to the diagnostic criteria established by international organisations in order to establish the existence or otherwise of the disorder, as well as to the methods used by health professionals in order to make a reliable diagnosis. It is also important to know that this is a multifactorial disorder, the causes of which are discussed in a separate chapter.

In the second part of the thesis, I focus my research on preschool age, that is, on those signs that manifest themselves as early as the age of three and draw our attention to further observation and investigation of the infant's picture. These are deviant behaviours, learning difficulties or even mental disorders that are exhibited, to a greater or lesser extent, by individuals with ADHD and which we examine in detail. Finally, the importance of collaboration between all adults involved in the upbringing of these children in the effort to improve the symptoms of the disorder is emphasized and the areas that educators should target are detailed, as well as the practices and methods that need to be followed in order to help children reduce the primary and secondary features of the disorder.

Key words: ADHD, attention deficit, impulsivity, hyperactivity, behavioural problems, cognitive difficulties, educational interventions

Περιεχόμενα

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας.....	iv
Ευχαριστίες.....	v
Αφιέρωσεις.....	vi
Περίληψη.....	vii
Abstract	ix
Συνομογραφίες	xii
Πρόλογος	1
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	3
1.1. Ορισμός Διαταραχής	3
1.2. Διασαφήνιση χαρακτηριστικών.....	3
1.2.1. Ελλειμματική προσοχή	3
1.2.2. Υπερκινητικότητα	4
1.2.3. Παρορμητικότητα.....	5
1.3. Κλινική εικόνα.....	5
Κεφάλαιο 2: Διάγνωση ΔΕΠ-Υ	6
2.1. Διαγνωστικά κριτήρια.....	6
2.2. Διαγνωστικοί Μέθοδοι	8
2.2.1. Συνέντευξη.....	8
2.2.2. Παρατήρηση	9
2.2.3. Ιατρικές Εξετάσεις	9
Κεφάλαιο 3: Αιτιολογία εμφάνισης της διαταραχής	10
3.1. Νευρολογικά αίτια.....	10
3.2. Γενετικό υπόβαθρο.....	11
3.3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες	12
Κεφάλαιο 4: ΔΕΠ-Υ και προσχολική ηλικία	14
4.1. Κυρίαρχα χαρακτηριστικά	14
4.1.1. Προβλήματα συμπεριφοράς	14
4.1.2 Γνωστικά προβλήματα /Μαθησιακές δυσκολίες.....	15
4.1.3. Συναισθηματική/ψυχική υγεία	17
Κεφάλαιο 5: Αντιμετώπιση	19
5.1. Φαρμακευτική Αγωγή.....	19
5.2. Συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις.....	20
5.2.1. Τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς	20
5.2.1.1. Εκπαίδευση γονέων	21

5.2.1.2. Εκπαίδευση εκπαιδευτικών.....	22
5.2.2. Γνωστική παρέμβαση.....	22
5.2.2.1. Κοινωνικός τομέας.....	23
5.3. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις.....	23
5.3.1. Διαμόρφωση πλαισίου.....	24
5.3.2. Διδακτική μεθοδολογία.....	25
5.3.3. Στρατηγικές αυτοβελτίωσης του μαθητή.....	27
5.4. Συνεργασία σχολείου-οικογένειας.....	30
5.5. Ο ρόλος του σχολικού σύμβουλου.....	31
Κεφάλαιο 6: Ανακεφαλαίωση.....	32
Αναφορές.....	37
Πηγές Εικόνων.....	47

Συντομογραφίες

	Αγγλική ορολογία	Ελληνική ορολογία
ΔΕΠ-Υ	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας
ICD	International Classification of Diseases	Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών
DSM	Diagnostic and Statistical Manual	Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο

Πρόλογος

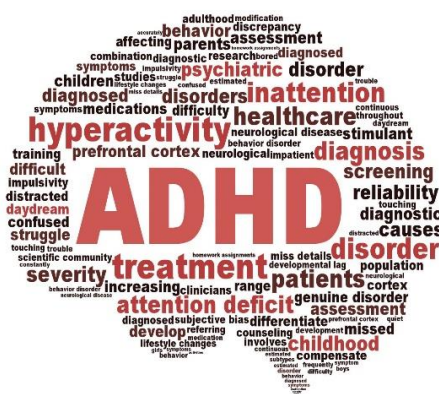
Η Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) αποτελεί μία από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές που κάνει την εμφάνισή της από τα πρώτα κιόλας χρόνια ζωής του παιδιού και, στο πλείστο των περιπτώσεων, εξακολουθεί να το συνοδεύει μέχρι και το θάνατό του (Nair, Ehimare, Beitman, Nair, & Lavin, 2006). Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έρχονται αντιμέτωπα με σημαντικές γνωστικές δυσκολίες αλλά και δυσκολίες συμπεριφοράς που επηρεάζουν σημαντικά την προσωπική και κοινωνική τους ζωή και πηγάζουν από την αδυναμία τους να ελέγξουν την παρορμητικότητά τους, στην εκτεταμένη διάσπαση προσοχής που παρουσιάζουν και στην έντονη υπερκινητικότητα που εκδηλώνουν, δυσκολίες που δε συνάδουν με την ηλικία και το αναπτυξιακό τους επίπεδο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Όσοι ασχολούνται με παιδιά προσχολικής ηλικίας γνωρίζουν πως η απροσεξία, η αδεξιότητα, η ενεργητικότητα, η ανυπομονησία και η ακατάπαυστη φλυαρία, είναι χαρακτηριστικά της αναπτυξιακής πορείας της συγκεκριμένης ηλικιακής περιόδου, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διάγνωση της διαταραχής (Harnett, Nelson, & Rinn, 2004). Προκειμένου λοιπόν, ως γονείς και παιδαγωγοί, να είμαστε σε θέση να διακρίνουμε τα φυσιολογικά πλαίσια από τα μη, ώστε να εντοπίσουμε εγκαίρως τη διαταραχή και να προβούμε σε αντίστοιχες, για τον κατευνασμό των συμπτωμάτων της, πρακτικές, αρκετοί διεθνείς οργανισμοί έχουν αναπτύξει εγχειρίδια που περιγράφουν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού (Chae, Kim, & Noh, 2003). Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας βέβαια, στην προσπάθειά μας αυτή, είναι η συλλογή στοιχείων και πληροφοριών από το σύνολο των ενηλίκων που έρχονται σε καθημερινή ή τακτική επαφή με το παιδί. Μόνο μέσα από τη διαρκή συνεργασία μεταξύ γονέα και εκπαιδευτικού είναι δυνατό να ενημερωθούμε για τη συχνότητα και την ένταση των συμπεριφορών που εκδηλώνει ένα παιδί, οι οποίες ξεφεύγουν από τα όρια της αναπτυξιακά κατάλληλης συμπεριφοράς, ώστε να υποπτευτούμε την ύπαρξη της διαταραχής (Roberts, Martel, & Nigg, 2016).

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως στην ιατρική βιβλιογραφία παρουσιάζονται τρεις τύποι της ΔΕΠ-Υ. Ο πρώτος συνδέεται με την απροσεξία και την αδεξιότητα, ο δεύτερος με την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα ενώ ο τρίτος εμπεριέχει όλα τα χαρακτηριστικά των δύο προηγούμενων, αποτελώντας έναν συνδυασμό τους (Ρούσσου, 1988). Επομένως, τα συμπτώματα της διαταραχής μπορεί να ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο αλλά και να μεταβάλλονται σύμφωνα με την ηλικία του και τις επιδράσεις που έχει δεχθεί από το περιβάλλον του στην πορεία της ζωής του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Πρόκειται λοιπόν για μία πολυπαραγοντική διαταραχή (Biederman, 2005), που μπορεί στη βάση της να είναι γενετική, καθώς έχουν εντοπιστεί αρκετά γονίδια που θεωρούνται υπεύθυνα για την εμφάνισή της (Demontis, et al., 2019), όμως εξετάζονται και πλήθος άλλων παραγόντων, όπως οι περιβαλλοντικοί και οι ψυχοκοινωνικοί, οι οποίοι είναι σε θέση να ενισχύσουν ή να ελαχιστοποιήσουν τα συμπτώματα της.

Επομένως, από τη στιγμή της διάγνωσης θα πρέπει να ξεκινήσει μία πολύπλευρη θεραπευτική αντιμετώπιση που να περιλαμβάνει, πέρα από τη συνεργασία της οικογένειας, του δασκάλου και του παιδιού, τη συμμετοχή εξειδικευμένων ιατρών (παιδιάτρων, νευρολόγων, παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών). Σύμφωνα δε με τον Copners και τους συνεργάτες του (2001), απαραίτητη φαντάζει η συνδυαστική εφαρμογή διάφορων θεραπευτικών μεθόδων προκειμένου να επιτύχουμε τη μακροπρόθεσμη βελτίωση των συμπτωμάτων της διαταραχής.



Εικόνα 1. Η πολυπλοκότητα της ΔΕΠ-Υ. Πηγή:
<https://adhdclinic.com.au/what-is-adhd/>

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

1.1. Ορισμός Διαταραχής

Εάν ψάξουμε την ιατρική βιβλιογραφία θα διαπιστώσουμε ότι η έννοια της ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται εδώ και αιώνες στα επιστημονικά κείμενα με διαφορετικές όμως ονομασίες. Η καθεμία από αυτές εστίαζε στο χαρακτηριστικό εκείνο που, κατά καιρούς, θεωρούνταν ως κεντρικό πρόβλημα της διαταραχής. Έτσι συναντάμε όρους όπως «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία», «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας», «υπερκινητικό σύνδρομο» ή «σύνδρομο του υπερκινητικού παιδιού» (Ρούσσου, 1988).

Τη δεκαετία του '80 στη Βόρεια Αμερική, στο εγχειρίδιο νοσολογικής ταξινόμησης (Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών: DSM-III) είχαμε την επίσημη εμφάνιση του όρου «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα», γνωστού διεθνώς ως ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), που έως και σήμερα παραμένει ο ίδιος χωρίς ιδιαίτερες τροποποιήσεις ως προς τα διαγνωστικά κριτήρια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Συγκεκριμένα, πρόκειται για μία από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας που επιμένει συνήθως στην ενήλικη ζωή και χαρακτηρίζεται, όπως και το όνομά της μάρτυρα, από διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, δημιουργώντας διάφορα προβλήματα στη λειτουργικότητα, σχολική και κοινωνική, των παιδιών αλλά και των οικογενειών τους (Barkley R. A., 1990).

1.2. Διασαφήνιση χαρακτηριστικών

Προκειμένου να αντιληφθούμε τη σπουδαιότητα της διαταραχής και να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν τα παιδιά στα διάφορα ερεθίσματα που εκλαμβάνουν καθημερινά, ώστε να είμαστε σε θέση να ερμηνεύουμε τη συμπεριφορά τους, είναι απαραίτητο να προβούμε στην περιγραφή των χαρακτηριστικών της γνωρισμάτων.

1.2.1. Ελλειμματική προσοχή

Ένα από τα κυρίαρχα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αποτελεί η διάσπαση της προσοχής του ατόμου από εξωτερικά, αλλά και εσωτερικά πολλές φορές, ερεθίσματα. Γενικά, τα παιδιά

που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, δυσκολεύονται να ακολουθούν κανόνες και να περιμένουν τη σειρά τους, ενώ όσον αφορά στις οδηγίες που δίνονται από τον δάσκαλο ενδέχεται να μην τις ακούσουν ή να μην τις αντιληφθούν πλήρως. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην ελέγχουν σωστά τα δεδομένα των ασκήσεων και να κάνουν πολλά λάθη στην επίλυσή τους. Ακόμη, δυσκολεύονται στην οργάνωση των εργασιών τους και αδυνατούν να συγκεντρωθούν για πολύ ώρα σε μία δραστηριότητα με αποτέλεσμα να μην ολοκληρώνουν τις εργασίες τους και να λαμβάνουν χαμηλές βαθμολογίες (Merrell & Tymms, 2001), να επαναλαμβάνουν κάποιες τάξεις ή ακόμα και να εγκαταλείπουν το σχολείο (Barkley R. A., 1997).



Εικόνα 2. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διάσπασης προσοχής. Πηγή: <https://upbility.gr/blogs/blog/depy-pliροφοries-gia-tous-goneis>

1.2.2. Υπερκινητικότητα

Το πιο εμφανές και «ενοχλητικό» σύμπτωμα της διαταραχής ακούει στο όνομα υπερκινητικότητα. Τα παιδιά παρουσιάζουν έντονη κινητικότητα, συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους, και φαίνεται να είναι δραστήρια όμως στην πραγματικότητα η ενεργητικότητά τους αυτή είναι άσκοπη. Θα τα δεις να σηκώνονται από την καρέκλα τους χωρίς να πάρουν άδεια και να διακόπτουν τη διδασκαλία (Barkley, Fisher, Edelbrock, & Smallish, 1990), ή να τρέχουν σε χώρους όπου δεν το απαιτούν οι περιστάσεις. Συχνά φωνάζουν μέσα στην τάξη και μιλούν ακατάπαυστα (Βάρβογλη & Γαλήνη, 2007).



Εικόνα 3. Η υπερκινητικότητα στα παιδιά με ΔΕΠΥ. Πηγή:

<https://www.tovima.gr/2015/05/06/science/afiste-ta-paidia-me-yperkinitikotita-na-yper-kinoyntai/>

1.2.3. Παρορμητικότητα

Η παρορμητικότητα, στα άτομα που φέρουν τη διαταραχή, εκδηλώνεται με ανυπομονησία, γεγονός που τα καθιστά απαιτητικά, ευερέθιστα και απείθαρχα. Αδυνατούν να περιμένουν τη σειρά τους και απαντάνε σε ερωτήσεις βιαστικά, πριν αυτές ολοκληρωθούν. Τις περισσότερες φορές ενεργούν χωρίς να αναλογιστούν τις συνέπειες των πράξεών τους με αποτέλεσμα να εμπλέκονται σε επικίνδυνες καταστάσεις και να είναι επιρρεπή σε ατυχήματα και δηλητηριάσεις (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Matevia, 2001).



Εικόνα 4. Συνέπειες της παρορμητικότητας των παιδιών με ΔΕΠΥ. Πηγή:

<https://blogs.sch.gr/4gymzogr/?p=779>

1.3. Κλινική εικόνα

Τα τρία παραπάνω συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, με τις διάφορες εκφάνσεις που περικλείουν, είναι αυτά που δυσχεραίνουν τις διαδικασίες εκμάθησης και εμποδίζουν τα παιδιά να αποκτήσουν γνωστικές δεξιότητες. Παράλληλα, τα καθιστούν ανεπιθύμητα στην τάξη, και γενικότερα σε χώρους όπου πρέπει να τηρούνται κανόνες, οδηγώντας τα συχνά, όπως θα αναλύσουμε στη συνέχεια, στην κοινωνική απομόνωση και τη συναισθηματική ματαίωση.

Σύμφωνα δε με τους Taylor και Sonuga-Barke (2008), όσοι εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ συχνά εμφανίζουν και άλλες ψυχιατρικές και αναπτυξιακές διαταραχές, όπως επίσης και διαταραχές συμπεριφοράς.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως δεν παρουσιάζουν όλα τα άτομα με ΔΕΠ-Υ τα ίδια χαρακτηριστικά. Η έκφραση τους εξαρτάται από πλήθος παραγόντων όπως το φύλο, την ηλικία και τις περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες εκδηλώνονται τα όποια συμπτώματα. Προκειμένου, λοιπόν, για μία όσο το δυνατόν πιο έγκυρη διάγνωση της διαταραχής, τα συμπτώματα της διακρίνονται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Τα μεν πρωτογενή συνοδεύουν πάντοτε τη διαταραχή καθώς οφείλονται σε οργανικά αίτια, και είναι ακριβώς αυτά που το όνομά της καταδεικνύει, ενώ τα δευτερογενή εμφανίζονται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του παιδιού με το περιβάλλον, διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο και αναφέρονται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες (χαμηλή αυτοεκτίμηση, κρίσεις θυμού, αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάθλιψη) (American Psychiatric Association, 2000); (Edbom, Lichtenstein, Granlund, & Larsson, 2006).

Κεφάλαιο 2: Διάγνωση ΔΕΠ-Υ

Η διάγνωση της διαταραχής καθίσταται αναγκαία ήδη από τη στιγμή εκδήλωσης των πρώτων συμπτωμάτων της. Αυτό γιατί όσο πιο νωρίς αντιληφθούμε την παρουσία της τόσο πιο εύκολο θα είναι, για τα άτομα που τη φέρουν, να ανταποκριθούν με επιτυχία στη θεραπεία της.

2.1. Διαγνωστικά κριτήρια

Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται από επαγγελματίες του κλάδου της υγείας προκειμένου να διαπιστωθεί εάν ένα παιδί ή κάποιος ενήλικας πάσχει από ΔΕΠ-Υ, περιγράφονται αναλυτικά στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM). Η διάγνωση δε βασίζεται ποτέ σε ένα και μόνο σύμπτωμα οπότε για να τελεστεί θα πρέπει να παρατηρούνται τουλάχιστον έξι εκδηλώσεις που αποδίδονται σε ένα τουλάχιστον από τα τρία κύρια/πρωτογενή χαρακτηριστικά της διαταραχής (απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί πως η διαταραχή αυτή μπορεί να εστιάζει είτε μονάχα στην αδεξιότητα και την απροσεξία (απρόσεκτος τύπος), είτε στην

υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα (υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος), είτε να αποτελεί έναν συνδυασμό και των δύο (συνδυασμένος τύπος), και να ενέχει όλα τα προηγούμενα χαρακτηριστικά (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, & Παπαδημητρίου, 2012). Κάτι τέτοιο, όμως, δε συνάδει με την αξιολόγηση που ορίζεται από το σύστημα της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, κατά το οποίο για να διαγνωσθεί ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει να παρουσιάζει συμπτώματα που εμπíπτουν ταυτόχρονα και στους τρεις άξονες της διαταραχής.

Έτσι, όσον αφορά τα ποσοστά εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στον πληθυσμό αυτά μεταβάλλονται από ήπειρο σε ήπειρο και από κράτος σε κράτος γεγονός που αποδίδεται τόσο στην πολιτισμική κουλτούρα όσο και στα κριτήρια στα οποία βασίζεται ο κάθε ειδικός για να κάνει τη διάγνωση (Farel, 2006). Σχετική έρευνα που πραγματοποίησε ο Polanczyk και οι συνεργάτες του (2007) έδειξε πως στις περιπτώσεις μελετών που χρησιμοποιήθηκε το αυστηρότερο σύστημα κριτηρίων, αυτό της ICD-10, η ΔΕΠ-Υ κατείχε σημαντικά μικρότερα ποσοστά εμφάνισης συγκριτικά με μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν άλλα κριτήρια.

Το σύνδρομο αυτό αποτελεί μία από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές που κάνει την εμφάνισή του στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού και συνεχίζει να επιμένει, στο μεγαλύτερο ποσοστό, μέχρι και την ενήλικη ζωή του. Περίπου το 5% των παιδιών σχολικής ηλικίας (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghil, 2018), σε μία αναλογία φύλου 3:1 εις βάρος των αγοριών (Szatmari, Offord, & Boyle, 1989), παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ και ακόμη περισσότερα εμφανίζουν κάποια συμπτώματα της διαταραχής αυτής, δίχως να πληρούν όμως τα απαραίτητα κριτήρια για μια επαρκή διάγνωση (Palili, et al., 2010).

Τα συμπτώματα αυτά πάντως, θα πρέπει να επιμένουν για περισσότερο από 6 μήνες και να μην αποτελούν μια παροδική αντίδραση σε κάποια εξωτερική τραυματική εμπειρία ή να είναι απόρροια έντονου άγχους και κόπωσης. Επίσης, θα πρέπει να μη συνάδουν με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο του κάθε παιδιού, ενώ θα πρέπει να διερευνάται και ο δείκτης νοημοσύνης τους, ο οποίος στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι φυσιολογικός (Κουμούλα, 2012). Τέλος, τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν κάνει την εμφάνισή τους πριν την ηλικία των 12 ετών, ανεξαρτήτως αν είχαν αναγνωρισθεί τότε ή όχι, να λαμβάνουν χώρα σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα (σπίτι, σχολείο,

διαπροσωπικές σχέσεις, εργασία) και να μην παρουσιάζονται ως εκδήλωση κάποιας άλλης διαταραχής (Chae, Kim, & Noh, 2003).

2.2. Διαγνωστικοί Μέθοδοι

Για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση ενός παιδιού ή ενός ενήλικα απαιτείται η λήψη πλήρους ιστορικού μέσα από πρακτικές όπως η άμεση παρατήρηση, τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια και οι δομημένες συνεντεύξεις. Όλες βέβαια αυτές οι κλίμακες αξιολόγησης ενέχουν το υποκειμενικό στοιχείο και για αυτό θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

2.2.1. Συνέντευξη

Όταν έχουμε να κάνουμε με παιδιά προσχολικής ηλικίας, επειδή τα ίδια δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν με αξιοπιστία τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας, πόσο μάλλον της απροσεξίας, θα πρέπει να αντλήσουμε τις απαιτούμενες πληροφορίες από το οικογενειακό και σχολικό τους περιβάλλον. Οι γονείς είναι αυτοί που θα μας ενημερώσουν για τις ανησυχίες τους και τον αντίκτυπο που έχει η συμπεριφορά του παιδιού τους στον κοινωνικό περίγυρο και παράλληλα θα μας αποκαλύψουν το ψυχιατρικό και ιατρικό ιστορικό της οικογένειας όπως επίσης και τη στάση τους απέναντι στην όποια προβληματική συμπεριφορά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Ο εκπαιδευτικός από τη μεριά του, είναι αυτός που θα δώσει μια λεπτομερή περιγραφή σχετικά με τη σχολική επίδοση του παιδιού, τη συμπεριφορά του εντός και εκτός τάξης, τις φιλικές σχέσεις που ενδεχομένως διατηρεί ή όχι. Είναι ο πρώτος στον οποίο θα απευθυνθούν οι γονείς όταν βρίσκονται απέναντι σε συμπεριφορές που δύσκολα μπορούν να διαχειριστούν, όπως επίσης και ο πρώτος που θα αναρωτηθεί σχετικά με ορισμένες αντιδράσεις του και τη συχνότητά τους. Επομένως, η συγκέντρωση δεδομένων από τους δύο αυτούς φορείς, οικογένεια και σχολείο, μέσα στους οποίους το παιδί περνάει το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινότητάς του, βοηθάει ώστε να σχηματιστεί το πλήρες μαθησιακό και συμπεριφορικό του προφίλ, συμβάλλοντας έτσι στην κατανόηση του συνόλου των διαφορετικών συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο κάθε μαθητής (Mitsis, McKay, Schulz, Newcorn, & Halperin, 2000).

2.2.2. Παρατήρηση

Κατά την εφαρμογή της μεθόδου της κλινικής παρατήρησης ο ειδικός, συνήθως εξειδικευμένη παιδοψυχιατρική διεπιστημονική ομάδα, στοχεύει στη δημιουργία μιας καλής σχέσης με το παιδί. Ενδιαφέρεται να μάθει την άποψη του ίδιου για την επίσκεψή του, μιας και δεν προσέρχεται αυτοβούλως, για τον εαυτό του αλλά και για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, διαμορφώνοντας παράλληλα μια εικόνα για το αναπτυξιακό του επίπεδο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Τα σημεία στα οποία θα εστιάσει είναι η ικανότητα του παιδιού για βλεμματική επαφή και διενέργεια συζήτησης, οι έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις που ενδεχομένως να παρουσιάσει, το επίπεδο της γλωσσικής του ανάπτυξης και τέλος η δυσκολία που παρουσιάζει στο να παραμείνει προσηλωμένος στη διενέργεια μιας δραστηριότητας ακολουθώντας συγκεκριμένες οδηγίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).



Εικόνα 5. Η ώρα της αξιολόγησης. Πηγή:
<https://www.cibdol.gr/blog/792--cbd->

2.2.3. Ιατρικές Εξετάσεις

Η ιατρική εξέταση είναι μια μέθοδος που έπεται των δύο προηγούμενων και πραγματοποιείται προκειμένου να επιβεβαιωθούν ή να διαψευστούν οι υποψίες μας για την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ, στο πλαίσιο μιας διαφορικής διάγνωσης (Σιαπάτη-Τελιούση, 2007). Πρέπει να είμαστε βέβαιοι πώς δε συντρέχει κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα ή πάθηση που εκδηλώνεται με παρόμοια συμπτώματα μιας και, κατά τον Gillberg και τους συνεργάτες του (2004), πρόκειται για μια διαταραχή με ποσοστό συννοσηρότητας μεγαλύτερο του 60%.

Το βιολογικό Τεστ Παυλίδη, που βασίζεται στην οφθαλμοκίνηση, είναι σε θέση να διαγνώσει ταχύτατα και με υψηλή ακρίβεια, ήδη από την προσχολική ηλικία, διαταραχές όπως η ΔΕΠ-Υ και η δυσλεξία (Pavlidis & Samaras, 2005). Δεν αφορά την ποιότητα της όρασης αλλά χρησιμοποιείται σε διαταραχές με νευρολογική βάση ώστε να διαπιστωθεί ο τρόπος λειτουργίας του εγκεφάλου.



Εικόνα 6. Διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Πηγή: <https://elenipatrikiou.wordpress.com/2015/03/10/%CE%B4%CE%B5%CF%80%CF%85-%CF%83%CF%84%CE%B1-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%AC-%CF%80%CE%AD%CF%81%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7-%CE%B4%CE%B9%CE%AC%CF%83%CF%80%CE%B1%CF%83%CE%B7-%CF%80%CF%81/>

Κεφάλαιο 3: Αιτιολογία εμφάνισης της διαταραχής

Τα αίτια εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ δεν είναι ακόμη σαφώς καθορισμένα. Φαίνεται πως οφείλεται στην επίδραση πλήθος παραγόντων ενώ όσα περισσότερα ανακαλύπτουν οι ειδικοί για την προέλευσή της τόσο καλύτερα εξοπλίζονται στην προσπάθειά τους να αναπτύξουν αποτελεσματικές μεθόδους για την κατανόηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία της.

3.1. Νευρολογικά αίτια

Άπειρες είναι οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και αφορούν στην αναζήτηση των αιτιών αυτής της διαταραχής που επηρεάζει την καθημερινότητα πλήθος παιδιών και ενηλικών. Κατά τον 20^ο αιώνα πολλοί ερευνητές παρατήρησαν ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα, όσον αφορά στην παρορμητικότητα και την απροσεξία, με όσους έχουν υποστεί κάποια εγκεφαλική βλάβη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε μια ανομοιογένεια μεταξύ του αριστερού και δεξιού

κροταφικού λοβού του εγκεφάλου, που ορίζει την ομιλία, τη μνήμη, την ακουστική διάκριση και τα συναισθήματα, με τον πρώτο να είναι μικρότερου μεγέθους, ενώ ανωμαλίες εντοπίστηκαν, μέσω μαγνητικής τομογραφίας, και στην περιοχή του μετωπιαίου λοβού, υπεύθυνου για πολλές «λειτουργίες-κλειδιά» όπως η κινητική δραστηριότητα, η διατήρηση της προσοχής, ο έλεγχος των παρορμήσεων, η κοινωνικοποίηση, η οργάνωση της συμπεριφοράς, η λήψη αποφάσεων και η επίλυση προβλημάτων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Άλλες έρευνες πάλι εστιάζουν στο νευρικό ιστό σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου και επισημαίνουν πως αυτός παρατηρείται μικρότερος ή λεπτότερος από αυτόν των φυσιολογικών παιδιών της ίδιας ηλικίας. Όλα αυτά τα στοιχεία, παρότι δε γνωρίζουμε τα ακριβή αίτια που τα προκαλούν, μπορούν να εξηγήσουν γιατί τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρεκτρέπονται συχνά και έχουν «εκρήξεις» ή λανθασμένη κρίση (Schetakis, 2011).



Εικόνα 7. Δομή εγκεφάλου και ΔΕΠ-Υ. Πηγή: <https://mindfulnesskids.gr/depy-kai-paidia/>

3.2. Γενετικό υπόβαθρο

Τα τελευταία χρόνια η γενετική επιστήμη, αναλύοντας ολόκληρο το γονιδίωμα (GWAS) χιλιάδων ανθρώπων, κατάφερε να βρει συσχετίσεις μεταξύ περιοχών του DNA, αλλά και ορισμένα γονίδια που φαίνεται να ευθύνονται για την πρόκληση της νόσου. Συγκεκριμένα, μελέτες ανέδειξαν 27 περιοχές γονιδιώματος και 76 υποψήφια γονίδια υπεύθυνα για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, τα περισσότερα από τα οποία εκφράζονται στα αρχικά στάδια ανάπτυξης του εγκεφάλου και συσχετίζονται με τη μεταφορά, την υποδοχή και την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, κυρίως της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης, στον οργανισμό (Faraone & Larsson, 2018). Πρόκειται για ουσίες που μεταφέρουν μηνύματα μεταξύ των νευρικών κυττάρων και επιδρούν σε σημαντικές διεργασίες του οργανισμού

μας, ρυθμίζοντας κυρίως τη διάθεση, τα συναισθήματα, την όρεξη, τον ύπνο, τη συμπεριφορά και τα κίνητρα.

Επιπλέον, λοιπόν των διαφορών στη δομή του εγκεφάλου μεταξύ ατόμων με ΔΕΠ-Υ και χωρίς, που αναπτύξαμε παραπάνω, φαίνεται επίσης να υπάρχουν και χημικές διαφορές μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί η απελευθέρωση μικρότερων ποσοτήτων ντοπαμίνης στον εγκέφαλο κάτι που επηρεάζει την εύρυθμη λειτουργία του φλοιού του εγκεφάλου με τρόπο που θα μπορούσε να παρεμποδίζει γνωστικές λειτουργίες, όπως είναι η εστίαση και η προσοχή (Schetakis, 2011).

Όσον αφορά στην κληρονομικότητα, φαίνεται να διαδραματίζει στατιστικά σημαντικό παράγοντα εκδήλωσης της διαταραχής (76%) καθώς πολλά είναι τα γονίδια που εμπλέκονται στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ (Thapar, Cooper, Jefferies, & Stergiakouli, 2012). Μελέτες που έγιναν σε δίδυμα και ετεροθαλή αδέρφια, όπως επίσης σε θετούς και βιολογικούς γονείς, αλλά και μακρινούς συγγενείς, επαλήθευσαν την παραπάνω διαπίστωση (Παπαδάτος, 2010).

Τα γονίδια επομένως θα μπορούσαμε να πούμε πως διαδραματίζουν τον βασικότερο ρόλο στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, όμως φαίνεται να είναι το τελικό αποτέλεσμα μιας σειράς παραγόντων, τους οποίους οφείλουμε να εξετάσουμε και το κάνουμε στη συνέχεια.

3.3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΔΕΠ-Υ μπορούμε να εντάξουμε επιπλοκές που συμβαίνουν κατά την εμβρυϊκή, την ενδομήτρια και τη μετεμβρυϊκή περίοδο της ζωής του ατόμου. Μερικές από αυτές είναι η προωρότητα, η μικρή περικρανική περίμετρος και το χαμηλό βάρος γέννησης του μωρού που φαίνεται να επηρεάζουν τις εγκεφαλικές του λειτουργίες (Mick, Biederman, Prince, Fischer, & Faraone, 2002). Επιπλέον, η έκθεση του εμβρύου στη νικοτίνη, το αλκοόλ και διάφορες άλλες εθιστικές ουσίες, δημιουργούν ανωμαλίες στη δομή του εγκεφάλου και στα συστήματα των νευροδιαβιβαστών με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής και μνήμης, αδυναμίες στις γνωστικές και εκτελεστικές λειτουργίες αλλά και δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής (Huizink & Mulder, 2006).

Άλλες έρευνες φανέρωσαν ότι ιογενείς λοιμώξεις και τραυματισμοί του εγκεφάλου, όπως η μηνιγγίτιδα, η εγκεφαλίτιδα, το χτύπημα στο κεφάλι, αλλά και η έκθεση σε διάφορες περιβαλλοντικές τοξίνες και φάρμακα, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής (Millichap, 2008).

Ορισμένοι εξωγενείς παράγοντες που διερευνήθηκαν σε σχέση με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ είναι οι ψυχοκοινωνικοί με έμφαση στη γονεϊκή ανεπάρκεια και τις πρώιμες συναισθηματικές στερήσεις. Αυτοί αναφέρονται στην ασταθή δομή και τις χρόνιες συγκρούσεις εντός της οικογένειας (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006), στη σύγχυση και την ασυμφωνία που επικρατεί ως προς τον κατάλληλο τρόπο διαπαιδαγώγησής του παιδιού (Eysenck, 2013), στο χαμηλό κοινωνικό, μορφωτικό και οικονομικό της επίπεδο (Ντολιοπούλου, 2015), παράγοντες που συντελούν στην υιοθέτηση αντικοινωνικών συμπεριφορών και επηρεάζουν άμεσα την ψυχική υγεία των παιδιών που τους βιώνουν. Επιπλέον, διαχρονικές μελέτες του Peterson και των συνεργατών του (2001) κατέδειξαν ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως οι παραπάνω, συμβάλλουν στην εμφάνιση και την επιμονή των δευτερογενών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ και άλλων αναπτυξιακών διαταραχών.

Τα τελευταία χρόνια μάλιστα, στο μικροσκόπιο των ερευνών έχει εισέλθει η επίδραση της διατροφής στην εμφάνιση της διαταραχής. Σύμφωνα με τους Chi και Hinshaw (2002), τα διάφορα συντηρητικά, οι τοξίνες και οι χρωστικές με τις οποίες εμπλουτίζονται τα περισσότερα διατροφικά προϊόντα σήμερα, ευθύνονται για την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, σε συνέχεια της παραπάνω διαπίστωσης, η Flory και οι συνεργάτες της (2006), διαβεβαίωσαν πως τα παραπάνω συστατικά συντελούν στην ενίσχυση της υπερκινητικότητας, όπως επίσης και στην εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών και απροσεξίας. Πέρα όμως από τα συστατικά που προσλαμβάνονται μέσω της διατροφής και οδηγούν στη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, έντονο είναι το ενδιαφέρον των μελετών και για τη συσχέτιση της διαταραχής με την έλλειψη ορισμένων διατροφικών στοιχείων από τον οργανισμό (Flory, Molina, Pelhman Jr, Gnagy, & Smith, 2006).

Κεφάλαιο 4: ΔΕΠ-Υ και προσχολική ηλικία

Όπως έχει καταστεί σαφές στα προηγούμενα κεφάλαια, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς την παρουσία της υπερκινητικότητας είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή οργανικής αιτιολογίας και άρα ενυπάρχει σε ολόκληρη τη ζωή μας. Σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο όμως, τα συμπτώματα που τη συνοδεύουν διαφοροποιούνται και εμείς, ως εκπαιδευτικοί προσχολικής ηλικίας, θα πρέπει να ήμαστε ενήμεροι για τις εκδηλώσεις της ώστε να βοηθήσουμε στην πρώιμη διάγνωσή της και να εφαρμόσουμε κατάλληλες διδακτικές πρακτικές σε μία προσπάθεια να κατευνάσουμε τα συμπτώματά της και να προωθήσουμε την ολόπλευρη ανάπτυξη των μαθητών μας. Εξάλλου, κατά τους Pauli-Pott και Becker (2011), από την ηλικία των τριών ετών μπορούμε να προχωρήσουμε σε μια ασφαλή διάγνωση της διαταραχής, όμως δεν πρόκειται για μία εύκολη διαδικασία. Ιδίως στις περιπτώσεις εκείνες που η διάσπαση προσοχής δε συνοδεύεται από υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, καθίσταται εξαιρετικά δύσκολο να γίνει αντιληπτή στην πρώιμη αυτή ηλικία τόσο από τους εκπαιδευτικούς όσο και από τους γονείς.

4.1. Κυρίαρχα χαρακτηριστικά

4.1.1. Προβλήματα συμπεριφοράς

Κατά την προσχολική και νηπιακή ηλικία (2,5-6 χρόνων), τα πρωτογενή χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι έντονα. Η παρορμητικότητα, η υπερβολική κινητικότητα και η αδυναμία των παιδιών να παραμείνουν συγκεντρωμένα σε μία δραστηριότητα για περισσότερο από τρία λεπτά, μπορεί να επιφέρουν δυσκολίες στην κοινωνικό-συναισθηματική τους ανάπτυξη. Είναι ανυπόμονα, κουράζονται εύκολα, αδυνατούν να περιμένουν τη σειρά τους κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας, μιλάνε δίχως να τους δοθεί η άδεια και κάνουν ερωτήσεις που δεν έχουν καμία συνάφεια με το πλαίσιο της συζήτησης που διενεργείται τη δεδομένη στιγμή (Ζαχαρογέωργα, 2012). Ακόμη, είναι αντιδραστικά, αδέξια και ανυπάκουα, αδυνατούν να εσωτερικεύσουν κανόνες και, λόγω έλλειψης φόβου, χρειάζονται διαρκή επίβλεψη διότι είναι δυνατό να εμπλακούν σε προβληματικές καταστάσεις και να τραυματιστούν (Barkley R. A., 2002).

Η παραβατική αυτή συμπεριφορά συνδέεται άμεσα με τη συναισθηματική αστάθεια των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Melnick & Hinshaw, 2000). Η ψυχική τους διάθεση

αλλάζει διαρκώς και χάνουν την ψυχραιμία τους εύκολα με αποτέλεσμα να έρχονται σε σύγκρουση με τους συνομηλικούς τους, ιδίως όταν διεκδικούν παιχνίδια ή άλλα αντικείμενα (Nigg, Goldsmith, & Sachek, 2010). Βιώνουν την απόρριψη από τους συμμαθητές τους, δυσκολεύονται στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και την αλληλεπίδραση με τους συνομηλικούς τους, περιθωριοποιούνται, με αποτέλεσμα να προβαίνουν όλο και περισσότερο σε παραβατικές ενέργειες ή εναντιωματικές και αντικοινωνικές συμπεριφορές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Ακόμη, στην προσπάθειά τους να βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής των γύρω τους, γίνονται ιδιαίτερα αντιδραστικά και προκλητικά (Ζαχαρογέωργα, 2012) αδιαφορώντας για τις συνέπειες (Αντωνίου, 2009). Επειδή δείχνουν χαμηλή ανεκτικότητα στη ματαίωση, όταν νιώσουν ότι δεν τα καταφέρνουν, απογοητεύονται εύκολα, ζηλεύουν και θυμώνουν με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε έντονες εκρήξεις οργής (Κακουρος, Maniadaki, & Karaba, 2005); (Egger, Kondo, & Angold, 2006).

4.1.2 Γνωστικά προβλήματα /Μαθησιακές δυσκολίες

Πέρα από τα προβλήματα που εντοπίζονται στη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τα οποία γίνονται αφορμή για την κοινωνική τους αποξένωση, χιλιάδες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η παρουσία της διαταραχής συμβάλλει στην εμφάνιση ελλείψεων σε κύριες γνωστικές λειτουργίες και δεξιότητες (Shelton, et al., 1998). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Lewis και των συνεργατών της (2012), τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, συγκριτικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά της ίδιας ηλικίας, συχνά καθυστερούν στην ανάπτυξη του λόγου και παρουσιάζουν δυσκολίες στην ομιλία, την άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου.

Αν και δεν έχει καταγραφεί κάποια αδυναμία στην κατανόηση της ομιλίας, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, σε ποσοστό 10 έως 54%, μειονεκτούν ως προς την ικανότητα γλωσσικής έκφρασης και ακουστικής διάκρισης κάποιων φωνημάτων, τα οποία τείνουν να τα παραλείπουν ή να τα αντιστρέφουν (Μπαστέα & Παπαδάτος, 2017). Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην άρθρωση όπως επίσης ο ρυθμός και η ροή της ομιλίας τους, που περιλαμβάνει πολλές παύσεις σε συνθήκες οργανωμένου πλαισίου όπου και χρειάζεται να δομήσουν τον λόγο τους, δυσκολεύουν τον συνομηλιτή τους στην κατανόησή της κάτι που καθιστά απαραίτητη την έναρξη λογοθεραπείας (Zentall, 1985).

Η αφήγηση παραμυθιών στην προσχολική ηλικία αποτελεί καθημερινή και αγαπημένη συνήθεια των παιδιών. Έρευνες αποκαλύπτουν πως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αδυνατούν να κατανοήσουν τις αιτιώδης σχέσεις και να παρακολουθήσουν τη χρονολογική σειρά των γεγονότων ενώ πολύ δύσκολα θα μας αφηγηθούν την ιστορία και θα απαντήσουν σε σχετικές ερωτήσεις εάν τους ζητηθεί (Παπαηλιού, 2010).

Είναι γνωστό πως οι διαταραχές που συναντώνται στον λόγο και την ομιλία εμφανίζονται σε παιδιά που πάσχουν και από κάποια άλλη αναπτυξιακή διαταραχή. Σύμφωνα όμως με μελέτες του Beitchman και των συνεργατών του (1990), η πιο συνήθης είναι αυτή της ΔΕΠ-Υ. Το ίδιο βέβαια ισχύει και για άλλες μαθησιακές δυσκολίες, όπως τη διαταραχή του γραπτού λόγου και των μαθηματικών, επομένως πριν προβούμε σε επιτυχείς πρακτικές αντιμετώπισης των δυσκολιών, οφείλουμε να είμαστε προσεκτικοί και να διερευνήσουμε εάν αυτές εμφανίζονται ως συνέπεια της ΔΕΠ-Υ ή είναι απόρροια κάποιας άλλης, ειδικής μαθησιακής, διαταραχής (δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, κλπ) (Στασινός, 2020).

Ένα άλλο σημαντικό έλλειμμα που εντοπίζεται στα παιδιά με διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα αφορά στη μνήμη εργασίας (West, Houghton, Douglas, & Whiting, 2002), και τις εκτελεστικές τους λειτουργίες, ικανότητες που περιορίζουν τη δυνατότητά τους για επιτυχή ολοκλήρωση των εργασιών που τους ανατίθενται. Με άλλα λόγια, αδυνατούν να ανακαλέσουν στη μνήμη τους πρότερες πληροφορίες και κατευθυντήριες οδηγίες που τους έχουν δοθεί, όπως επίσης και να προβούν σε έναν συνδυασμό στρατηγικών για την επίλυση κάποιου προβλήματος (Diamantopoulou, Rydell, Thorell, & Bohlin, 2007). Τείνουν λοιπόν να καταφεύγουν στην πιο εύκολη και όχι πιο αποτελεσματική λύση ενώ, λόγω της αδυναμίας τους για συγκέντρωση, αδυνατούν να αναλύσουν μια εργασία σε επιμέρους μέρη και να προβούν στη σταδιακή και ορθή επίλυσή της (Kofman, Gidley-Larson, & Mostofsky, 2008). Κατά τον Barkley (1997b), οι αδυναμίες τους αυτές επηρεάζουν και την αίσθηση που έχουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ για τον χρόνο, όπως επίσης και την ικανότητά τους να οργανώνουν τη συμπεριφορά τους σε συνάρτηση πάντα με προηγούμενες εμπειρίες που είχαν. Οι ενέργειές τους δεν αποσκοπούν πουθενά, εκτελούνται απερίσκεπτα και φυσικά δίχως να υπάρχει πρόβλεψη των μελλοντικών συνεπειών που θα επιφέρουν.

Φτωχή ακόμη, σε υψηλό ποσοστό, μπορεί να είναι η λεπτή και αδρή κινητικότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, γεγονός που διαφαίνεται από την αδεξιότητα που πολλές φορές

επιδεικνύουν (Pitcher, Piek, & Hay, 2003). Ανεπηρέαστη φυσικά από τις δυσκολίες του κινητικού συντονισμού δεν μπορεί να μείνει και η γραφή των ατόμων αυτών (Re, Pedron, & Cornoldi, 2007). Τέλος, η έλλειψη κινήτρων, επιμονής και η τάση για παραίτηση που εμφανίζουν όταν καταπιάνονται με μία δύσκολη, για αυτούς, εργασία, συμβάλλουν στη μειωμένη σχολική επίδοση (Douglas & Benezra, 1990).

4.1.3. Συναισθηματική/ψυχική υγεία

Στην προσχολική ηλικία οι μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ φαντάζουν απλές καθώς συνήθως αποδίδονται, από γονείς και εκπαιδευτικούς, στην ιδιοσυγκρασία του κάθε παιδιού και την ανάγκη του για παιχνίδι. Με την πάροδο του χρόνου όμως τα προβλήματα αυτά μεγεθύνονται και επειδή δεν έχει υπάρξει κάποια επίσημη διάγνωση της διαταραχής, είτε επειδή οι γονείς αρνούνται να το δεχτούν είτε επειδή οι εκπαιδευτικοί δεν έχουν λάβει την κατάλληλη επιμόρφωση που θα τους επιτρέψει να αναγνωρίσουν τα σημάδια της, προκειμένου να κατανοήσουν την αποτυχία στις σχολικές επιδόσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το παιδί βαριέται, τεμπελιάζει ή απλά αδιαφορεί για τα σχολικά δρώμενα.

Στο επίκεντρο του προβληματισμού των γονιών παιδιών προσχολικής ηλικίας βρίσκεται η ανησυχία τους για την έλλειψη πειθαρχίας που εμφανίζουν. Στην προσπάθειά τους λοιπόν να κατευνάσουν αυτή τη συμπεριφορά γίνονται πιεστικοί, συμβουλεύουν διαρκώς και ασκούν αρνητικές κριτικές στο παιδί τους (Cohen & Minde, 1983). Παρατηρήσεις όμως δέχονται καθημερινά και στο σχολικό περιβάλλον από παιδιά και παιδαγωγούς που προσπαθούν να διατηρήσουν ένα αρμονικό και λειτουργικό κλίμα μεταξύ της ομάδας.

Η πιεστική αυτή στάση των γονέων και των εκπαιδευτικών, καθώς και οι επαναλαμβανόμενες αποτυχίες στις ακαδημαϊκές επιδόσεις, συνηγορούν στην απόκτηση άγχους, στην απογοήτευση και τη θλίψη (Huntington & Bender, 1993). Επιπλέον, λόγω των συμπεριφορικών προβλημάτων που παρουσιάζουν, πολύ συχνά απορρίπτονται και περιθωριοποιούνται από το κοινωνικό τους περίγυρο, γεγονός που τα κάνει να νιώθουν μοναξιά, απογοήτευση και φόβο, διαταράσσοντας έτσι τον εσωτερικό ψυχισμό τους (Saddler & Buckland Jr, 1995). Δεν είναι άλλωστε τυχαίο το γεγονός ότι η διαταραχή της ΔΕΠ-Υ συχνά συνοδεύεται και από άλλες ψυχικές διαγνώσεις με πιο σύνηθες αυτές της Εναντιωματικής-Προκλητικής Διαταραχής, της Αγχώδους διαταραχής και της Διαταραχής Διαγωγής (Wichstrom, et al., 2012).

Η αίσθηση της χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης που αναπτύσσουν πολλές φορές τα στοχοποιεί, με αποτέλεσμα να βιώνουν διάφορες μορφές σχολικού εκφοβισμού (Nabuzoka & Smith, 1993), ή τα οδηγεί σταδιακά στην υιοθέτηση εναντιωματικών και επιθετικών συμπεριφορών προκειμένου να αντισταθμίσουν τις αδυναμίες τους και να αντιμετωπίσουν τη θυματοποίηση τους (Nabuzoka & Smith, 1993). Αυτός ο αρνητισμός και η αποδοκιμασία που δέχονται από το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον, συμβάλλουν στην εμφάνιση ποικίλων συναισθηματικών διαταραχών και πολλές φορές συντελούν στην εκδήλωση αντιδραστικών συμπεριφορών. Για τον λόγο αυτό, πολύ σημαντική, για τα άτομα που φέρουν τη διαταραχή, θεωρείται η καλλιέργεια της ικανότητας τους να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους, ώστε να αντιδρούν κατάλληλα στις διάφορες περιστάσεις, και κατά συνέπεια να διατηρούν αρμονικές σχέσεις με τους γύρω τους (Blair, Denham, Kochanoff, & Whipple, 2004). Η αυτό-εικόνα τους επηρεάζεται από την αποξένωση και τις γνωστικές αδυναμίες που παρουσιάζουν (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, & Μπίμπου, 2010) με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση (Αναγνωστόπουλος & Σίνη, 2005).

Κεφάλαιο 5: Αντιμετώπιση

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα και ως τέτοιο οφείλουμε να το αντιμετωπίζουμε. Οι τομείς στους οποίους θα πρέπει να παρεμβαίνουμε προκειμένου να βοηθήσουμε ολιστικά τα παιδιά να λειτουργούν «φυσιολογικά» στην καθημερινή τους ζωή είναι ο βιο-ιατρικός, ο ψυχολογικός και ο κοινωνικός μέσω φαρμακευτικών (Kutcher, et al., 2004), συμπεριφοριστικών και φυσικά εκπαιδευτικών παρεμβάσεων (Elhoweris, et al., 2020).

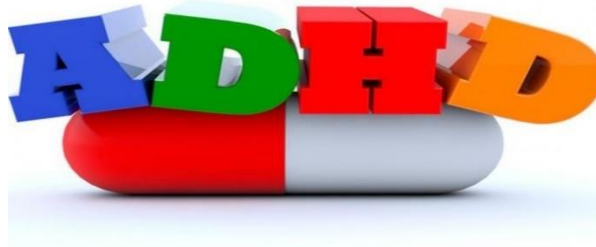
Φυσικά, δε θα πρέπει να ξεχνάμε πως η κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή, καθώς υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία ως προς την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ, όπως επίσης και ότι πρόκειται για μία χρόνια αναπτυξιακή διαταραχή, με βιολογικές ρίζες, που είναι αδύνατο να εξαλειφθεί (Ashley, 2012). Επομένως, για τον μόνιμο περιορισμό των συμπτωμάτων που προκαλεί η ΔΕΠ-Υ, απαιτείται η εξατομικευμένη και πολύπλευρη αντιμετώπιση του προβλήματος, που επιτυγχάνεται μόνο μέσα από τον συνδυασμό των θεραπευτικών μεθόδων που αναφέρθηκαν συνοπτικά και ακολουθούν παρακάτω (Conners, και συν., 2001).

5.1. Φαρμακευτική Αγωγή

Σύμφωνα με τους Connor και Steingard (2004), η χρήση διεγερτικών φαρμάκων, όπως της μεθυλφαινιδάτης και της ατομοξετίνης, συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων εκείνων που επιδρούν στη μαθησιακή διαδικασία και την κοινωνικοποίηση των παιδιών μέσα στο σχολικό πλαίσιο. Τα φάρμακα αυτά είναι ικανά να περιορίσουν τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής, καθώς στοχεύουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και δρουν σε δίκτυα νευρικών κυττάρων έτσι ώστε να συνεργάζονται αποτελεσματικά μεταξύ τους (Γιαννοπούλου, 2008).

Αρκετές όμως είναι οι φορές που η χορήγηση τέτοιου είδους φαρμάκων συνοδεύεται από παρενέργειες, με πιο συχνές την αϋπνία, την απώλεια όρεξης και τον στομαχόπονο, ενώ λιγότερο σπάνια μπορεί να παρατηρηθούν σοβαρότερες αντενδείξεις όπως η προσωρινή αναστολή της ανάπτυξης ή η εμφάνιση σπασμωδικών κινήσεων (Ρούσσου, 1988). Η θετική τους επίδραση είναι παροδική, όσο δηλαδή κρατά η επιρροή τους, και δε φέρει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Για τον λόγο αυτό, μολονότι έχει επιβεβαιωθεί πως η δράση τους είναι αποτελεσματική στο

μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που τα λαμβάνουν (Findling, 2008), η φαρμακευτική αγωγή στα παιδιά προτείνεται μόνο σε ακραίες περιπτώσεις και σε περιπτώσεις που όλες οι άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, που ακολουθούν, αποδειχθούν αναποτελεσματικές (Ρούσσου, 1988).



Εικόνα 8. ΔΕΠ-Υ και φαρμακευτική αγωγή. Πηγή:

<https://www.flash.gr/tech/1522251/paidia-me-depy-i-aytismo-ayximenos-o-kindynos-kai-gia-ta-aderfia-toys>

5.2. Συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις

5.2.1. Τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς

Καθώς μία από τις βασικότερες δυσκολίες που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αφορά στη ρύθμιση της συμπεριφοράς τους, ιδίως όταν αυτή πρέπει να υπακούει στην τήρηση συγκεκριμένων κανόνων, οφείλουμε να επικεντρωνόμαστε στην εφαρμογή τεχνικών για τη βελτίωση της παρορμητικής αυτής συμπεριφοράς (Oswald, Safran, & Johanson, 2005).

Πρόκειται για παρεμβατικά προγράμματα που έχουν ως στόχο την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς και τη μείωση της έντασής τους. Παράλληλα, αποσκοπούν στην αύξηση των θετικών αντιδράσεων των παιδιών και στην απόκτηση δεξιοτήτων αυτοελέγχου, μέσω της διαφορικής ενίσχυσης (Damico & Armstrong, 1996). Συγκεκριμένα, οι τεχνικές αυτές αποτελούν ένα είδος επιβράβευσης και τιμωρίας, πράξης και συνέπειας, και προσφέρουν κίνητρα τα οποία ενδυναμώνουν κάποια εναλλακτική και περισσότερο κατάλληλη συμπεριφορά αλλά και τιμωρία στις περιπτώσεις που τα παιδιά εμφανίζουν μη-προσδοκώμενες συμπεριφορές (DuPaul & Stoner, 2003).

Κατά την Elliot και των συνεργατών της (2000), η συμπεριφορά είναι κάτι που μαθαίνεται και για αυτό η εφαρμογή τέτοιου είδους μεθόδων, μέσα σε κατάλληλα διαμορφωμένα πλαίσια που ενισχύουν την προσαρμοστική συμπεριφορά, είναι αποτελεσματική. Προκειμένου όμως να εξασφαλίσουμε πως θα πετύχουμε ευεργετικά

αποτελέσματα από την εφαρμογή των προγραμμάτων τροποποίησης της συμπεριφοράς, κρίσιμη θεωρείται η κατάλληλη εκπαίδευση όλων όσων εμπλέκονται στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

5.2.1.1. Εκπαίδευση γονέων

Όπως έχουμε επισημάνει, το περιβάλλον μέσα στο οποίο γεννιέται και μεγαλώνει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, παίζει σπουδαίο ρόλο στην ενίσχυση ή μη των συμπτωμάτων που παρουσιάζει. Για τον λόγο αυτό οι γονείς θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι ώστε, υιοθετώντας κατάλληλες πρακτικές, να είναι σε θέση να διαχειρίζονται την αρνητική συμπεριφορά των παιδιών αυτών με επιείκεια, προκειμένου να τιθασεύσουν τυχόν αισθήματα οργής τους (Κουρκούτας Η. , 2007), αλλά και να επιτύχουν να μειώσουν δυσλειτουργικές αλληλεπιδράσεις που πιθανόν να υφίστανται μεταξύ των μελών της οικογένειας (Burt, Krueger, McGue, & Iacono, 2003).

Για τον σκοπό αυτό έχουν συνταχθεί συμπεριφοριστικά εκπαιδευτικά προγράμματα κατά τα οποία οι γονείς ενημερώνονται πλήρως για τη διαταραχή και την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα παιδιά που τη φέρουν, πληροφορούνται για τις κατάλληλες στρατηγικές πειθαρχίας, οι οποίες θα πρέπει να εφαρμόζονται σταθερά και με συνέπεια από όλα τα μέλη της οικογένειας, όπως επίσης και για την τεχνική της άμεσης επιβράβευσης που θα πρέπει να έπεται της θετικής συμπεριφοράς, οπλίζονται με θάρρος και δύναμη ώστε να μπορούν να διαχειριστούν συμπεριφορές που εκδηλώνονται σε δημόσιους χώρους και είναι κοινωνικά μη αποδεκτές και τέλος, μαθαίνουν τη σπουδαιότητα της καλής επικοινωνίας και συνεργασίας με το σχολείο όπου φοιτούν (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelhan, 2004).

Σημαντικό επίσης είναι να υπάρχει συνέπεια ως προς τους κανόνες που πρέπει να τηρούνται μέσα και έξω από το σπίτι, ώστε να καταστεί σαφές στο παιδί τί είναι επιτρεπτό και τί όχι. Επιπλέον, στην προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον που προάγει την προσαρμοστικότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και εξυπηρετεί την ολοκλήρωση των εργασιών τους, οι γονείς δε θα πρέπει να αμελούν να κάνουν αρκετά διαλλείματα ανάμεσα στην εκτέλεση μιας εργασίας και να εφευρίσκουν δραστηριότητες που κινούν το ενδιαφέρον των παιδιών και τα προκαλούν να ασχοληθούν μαζί τους προκειμένου να διοχετεύουν την ενέργειά τους.

Όπως κάθε θεραπεία και παρέμβαση, έτσι και τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να δομούνται σύμφωνα με την ηλικία και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του κάθε παιδιού και να τροποποιούνται με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες όλης της οικογένειας (Barkley R. A., 1990) καθώς κεντρικός σκοπός της εφαρμογής τους είναι η δημιουργία αρμονικών σχέσεων μεταξύ των μελών της.

5.2.1.2. Εκπαίδευση εκπαιδευτικών

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι μαθητές που παρουσιάζουν, λόγω των πρωτογενών συμπτωμάτων τους, ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Απαιτείται, επομένως, επιμόρφωση των παιδαγωγών ως προς τη διαταραχή αυτή, προκειμένου να μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στις ιδιαίτερες ανάγκες των μαθητών τους αλλά και να είναι ικανοί να αναγνωρίζουν τα σημάδια της, ήδη από την προσχολική ηλικία, έτσι ώστε να συμβάλουν στην έγκαιρη διάγνωσή της. Μόνο εάν είναι πλήρως ενημερωμένοι για την προέλευση και την αναπτυξιακή πορεία της αντικοινωνικής συμπεριφοράς θα καταφέρουν να την αντιμετωπίσουν και τελικά να επικεντρωθούν στην εκπαίδευση όλων των παιδιών (Walker, Ramsey, & Gresham, 2003-2004).

Όπως υφίσταται με όλα τα προβλήματα υγείας και τις διάφορες διαταραχές, έτσι και με τη ΔΕΠ-Υ, η πρόληψη είναι το μεγαλύτερο όπλο προκειμένου να αντιμετωπίσουμε επικίνδυνες και μη αναστρέψιμες καταστάσεις (Πούλου, 2008). Εάν καταφέρουμε, με τους τρόπους που αναφέραμε λίγο πιο πάνω, να τροποποιήσουμε μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά από τη στιγμή που αυτή εκδηλωθεί, καταφέρνουμε στην ουσία να εξαλείψουμε τις πιθανότητες επανεμφάνισης της στο μέλλον. Εξάλλου, κατά τις Stormont και Stebbins (2005), οι πιθανότητες εκδήλωσης μελλοντικών κοινωνικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών κλίνουν υπέρ των ατόμων που κατά την προσχολική ηλικία παρουσίαζαν κάποια προβληματική συμπεριφορά.

5.2.2. Γνωστική παρέμβαση

Σε επέκταση των παραπάνω παρεμβάσεων, η γνωστική συμπεριφοριστική προσέγγιση δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη σπουδαιότητα της κατανόησης των στάσεων, των πεποιθήσεων και των αντιλήψεων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των οικογενειών τους (Λαμπροπούλου, 2010). Κύριο μέλημά της είναι η ολιστική ενημέρωση εκπαιδευτικών και γονέων σχετικά με τη φύση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το παιδί που φέρει τη

συγκεκριμένη διαταραχή και επομένως η διαμόρφωση θετικής στάσης απέναντι στην αντιμετώπισή της. Επιπλέον, στηρίζεται σε προγράμματα που βοηθούν τα παιδιά να αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά τους και τον αντίκτυπό της στους άλλους, επιτρέποντας τους να κατακτήσουν στρατηγικές αυτοδιαχείρισης και αυτοελέγχου, σε μία προσπάθεια αυτορρύθμισης και αυτοβελτίωσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

5.2.2.1. Κοινωνικός τομέας

Η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων θεωρείται καίρια προκειμένου το παιδί με ΔΕΠ-Υ να εξασφαλίσει την κοινωνική αποδοχή των γύρω του και να απαλλαγεί από πιθανά αισθήματα απόρριψης και απομόνωσης (Ρούσσου, 1988), τα οποία δύναται να το συνοδεύουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, προκαλώντας του σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα (Hoza, et al., 2005). Χρειάζεται βέβαια διαρκής εκπαίδευση μέσα από άρτια δομημένες δραστηριότητες, όπως το συμβολικό παιχνίδι, το παιχνίδι ρόλων, τη λεκτική καθοδήγηση, τη βιωματική πρακτική και τη διαμόρφωση προτύπων (Σιαπάτη-Τελιούση, 2007), ώστε το παιδί να κατορθώσει να αποκτήσει απλές, καθημερινές δεξιότητες όπως το να περιμένει τη σειρά του ή να μοιράζεται τα παιχνίδια του. Καίριας σημασίας έχει αποδειχθεί και η άμεση επίλυση μίας σύγκρουσης, τη στιγμή ακριβώς που αυτή εκδηλώνεται, διαμέσου της έναρξης μιας γόνιμης, επιτηρούμενης, συζήτησης.

Σταδιακά λοιπόν, θα αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τις διαπροσωπικές σχέσεις και ερμηνεύει τη συμπεριφορά των άλλων και θα αποκτήσει ένα δικό του λειτουργικό τρόπο επίλυσης των προβλημάτων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Έτσι θα εξομαλυνθούν οι σχέσεις του με τους συνομηλικούς του και θα αναπτρωθεί η εικόνα που έχει για τον εαυτό του.

5.3. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις

Το σχολείο παρέχει στα παιδιά ποικίλες ευκαιρίες για κοινωνικοποίηση και είναι ο χώρος μέσα στον οποίο περνούν ένα μεγάλο, εάν όχι το μεγαλύτερο, μέρος της καθημερινότητάς τους. Οι εκπαιδευτικοί, όπως και οι γονείς, είναι αυτοί που θα παρατηρήσουν τη συμπεριφορά των παιδιών στο ατομικό και ομαδικό παιχνίδι, θα εντοπίσουν τις αντιδράσεις τους σε συγκεκριμένες συνθήκες και καταστάσεις, θα εκτιμήσουν τις

διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσουν με τους άλλους και θα διακρίνουν τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και την κλίση τους (Ρούσσου, 1988).

Μέσω της συστηματικής παρατήρησης, δύναται να αποκτήσουν μία ολοκληρωμένη εικόνα για τον κάθε ένα μαθητή ξεχωριστά και, έχοντας λάβει την κατάλληλη επιμόρφωση, είναι σε θέση να αξιολογήσουν τη νοητική του ικανότητα και τη σοβαρότητα τυχόν ακραίων ή παραβατικών συμπεριφορών. Προκειμένου, βέβαια, να προβούν σε ασφαλή συμπεράσματα, απαραίτητη είναι η διατήρηση μιας καλής και συνεχούς επικοινωνίας και συνεργασίας με τους γονείς, οι οποίοι θα δώσουν πληροφορίες για τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τις αντιδράσεις του παιδιού στα διαφορετικά περιβάλλοντα.

Η εφαρμογή στοχευμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, μέσα στη γενική τάξη του σχολείου, φαίνεται να βελτιώνει ικανοποιητικά το σύνολο των νευρο-ανατομικών διαφορών και δομικών ανωμαλιών που εντοπίζονται στον εγκέφαλο μέσω της μαγνητικής απεικόνισης (Hoekzema, et al., 2014). Ένας από τους βασικότερους παράγοντες που καθορίζει την επιτυχία αυτών των παρεμβάσεων αυτών είναι η ανάπτυξη υγιών σχέσεων μεταξύ του μαθητή που φέρει τη διαταραχή και του εκπαιδευτικού αλλά και των συμμαθητών του (Moore, et al., 2019).

5.3.1. Διαμόρφωση πλαισίου

Στις περιπτώσεις των παιδιών που εμφανίζουν χαρακτηριστικά διάσπασης προσοχής και υπερκινητικότητας σημαντική είναι η διαμόρφωση του εκπαιδευτικού πλαισίου με τρόπο που να μην ενθαρρύνει την τάση τους για διάσπαση και που να ελαχιστοποιεί τους παράγοντες αντιπερισπασμού. Η κατάλληλη διαρρύθμιση και προσαρμογή της σχολικής αίθουσας στις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ήδη από την έναρξη της σχολικής χρονιάς, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην επιτυχή εκπαίδευσή τους (Evertson, Emmer, & Worsham, 2006).

Συγκεκριμένα, εύλογο είναι η αίθουσα να είναι τοποθετημένη στην άκρη του διαδρόμου και μακριά από κεντρικούς διαδρόμους ώστε να επιτευχθεί η μείωση των παραγόντων θορύβου. Η δομή της θα πρέπει να είναι οργανωμένη με τρόπο που να επιτρέπει στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να κάθονται πολύ κοντά στον εκπαιδευτικό, προκειμένου να λαμβάνουν τα οπτικά σήματα που τους στέλνει, ή πλάι στον μαθητή-πρότυπο, μέσω του οποίου θα παραδειγματιστούν, θα συνεργαστούν και εν τέλει θα διδαχθούν (Mitchell

& Sutherland, 2020). Ακόμη, θα πρέπει να είναι απλή ώστε να εστιάζουν, όσο το δυνατό, την προσοχή τους στα λεγόμενα και τις κινήσεις του δασκάλου, ενώ, συγχρόνως, οφείλει να είναι ευέλικτη προκειμένου να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των μαθητών αυτών (Ρούσσου, 1988). Η δημιουργία, όταν ο χώρος το επιτρέπει φυσικά, μίας γωνιάς ησυχίας, ώστε να μπορούν να ανατρέχουν σε αυτήν προκειμένου να ολοκληρώσουν τη δραστηριότητα που τους έχει ανατεθεί, χωρίς παρεμβολές και με ηρεμία, κρίνεται ωφέλιμη, ενώ απαγορευτική είναι η ύπαρξη αιχμηρών αντικειμένων προκειμένου, λόγω αδεξιότητας, να αποφευχθεί οποιαδήποτε περίπτωση τραυματισμού. Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζει και το μέγεθος του θρανίου, το οποίο θα πρέπει να είναι κατάλληλο για τη σωματοδομή των παιδιών αυτών, ώστε να μη δυσανασχετούν.

Η οργάνωση και σωστή διαχείριση της σχολικής αίθουσας μπορεί πρωτίστως να εξυπηρετεί την εκπαιδευτική διαδικασία, και κατά συνέπεια τη μάθηση, όμως συντελεί και στην πρόληψη των μη επιθυμητών συμπεριφορών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, τα οποία δύναται να παραμένουν απασχολημένα μέσω πολύ καλά δομημένων δραστηριοτήτων (Rothstein, 1990).

5.3.2. Διδακτική μεθοδολογία

Υποχρέωση του εκπαιδευτικού είναι να εντάσσει, στον καθημερινό προγραμματισμό του, στρατηγικές που συμβάλλουν στον περιορισμό των πρωτογενών συμπτωμάτων της διαταραχής (Slavin, 2007). Η εναλλαγή των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων με κινητικά παιχνίδια ή παιχνίδια ρόλων, που συνδέονται με τη θεματική που μελετάται και εξυπηρετούν στην καλύτερη κατανόησή της, ενδείκνυται για την εκτόνωση της υπερκινητικότητας και τη διατήρηση της προσοχής τους σε όσα διαδραματίζονται μέσα στη σχολική αίθουσα, ενώ κατά τη Clarke (1998) σημαντικό επίσης είναι η παράδοση του μαθήματος να ξεκινάει με αναφορά στα πιο βασικά και καίρια σημεία του και να χωρίζεται σε επιμέρους υπο-ενότητες, σε μία προσπάθεια να παραμείνουν προσηλωμένα στην εκπαιδευτική διαδικασία. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην προσπάθεια αυτή είναι η χρήση ποικίλου υλικού και οπτικοακουστικών μέσων, όπως επίσης και η χρήση των διαθέσιμων τεχνολογικών εργαλείων (Κουρκούτας Η. Ε., 2008). Επιπλέον, σημαντικό είναι να τηρείται μία καθημερινή ρουτίνα που να περιλαμβάνει την αναπαραγωγή των κανόνων που έχουμε θέσει στην τάξη μας, όπως επίσης και των «προνομιών» ή των επιπτώσεων που συνοδεύουν την τήρησή τους ή μη, αντίστοιχα (Clarke, 1998).

Σύμφωνα με την Bulotsky-Shearer και τους συνεργάτες της (2008), σημαντικός παράγοντας εμφάνισης αποκλίνουσας συμπεριφοράς είναι οι σχέσεις που το άτομο αναπτύσσει με τους γύρω του. Η δημιουργία επομένως, φιλικού κλίματος μεταξύ των παιδιών της τάξης και η ανάδειξη της σημασίας της διαφορετικότητας μέσα από την παιδική λογοτεχνία, όπως επίσης και η αλληλοσυνεργασία μεταξύ των μαθητών για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού, είναι πρακτικές που παίζουν καθοριστικό ρόλο στον περιορισμό της παρορμητικότητας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, τα οποία επιθυμούν να είναι αγαπητά και να γίνονται αποδεκτά από τους συνομηλίκους τους (Plummer & Stoner, 2005). Ευεργετική όμως, σύμφωνα με την Καραμπατζάκη (2010), φαίνεται να είναι και η χρήση της μουσικής, μέσω της οποίας επιτυγχάνεται τόσο η συναισθηματική ισορροπία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όσο και η ενίσχυση των γλωσσικών τους δεξιοτήτων.

Όσον αφορά στη στάση του παιδαγωγού απέναντι στα παιδιά αυτά που, πολλές φορές, αποδιοργανώνουν τη ροή της διδασκαλίας, εμποδίζοντας ταυτόχρονα τη γνωστική διαδικασία, θα πρέπει να είναι ενθαρρυντική και να διέπεται από ενσυναίσθηση, έτσι ώστε να τα βοηθήσει να προσαρμοστούν στη σχολική πραγματικότητα (Πούλου, 2015), να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και να δημιουργήσουν κίνητρα για σχολική και κοινωνική επιτυχία. Γνωρίζοντας πως για την απειθαρχία που επιδεικνύουν κύριος υπεύθυνος είναι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, θα πρέπει να επενδύσει σε “τεχνάσματα” που θα τον βοηθήσουν να κερδίσει την προσοχή των παιδιών αυτών, επιτρέποντάς τους παράλληλα να διοχετεύσουν την εσωτερική τους ανάγκη και επιθυμία για κίνηση με λειτουργικό και δημιουργικό τρόπο. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να γίνουν οι καλύτεροι βοηθοί και να αναλαμβάνουν αρμοδιότητες που συνοδεύονται πάντοτε από σαφείς και συνοπτικές οδηγίες. Μόνο έτσι θα κατορθώσουν να τις φέρουν εις πέρας και να κερδίσουν τον έπαινο των γύρω τους, αναπτρώνοντας έτσι το ηθικό και την αυτοεκτίμησή τους. Εξάλλου, δε θα πρέπει να αμελούμε πως ένα από τα βασικότερα επιτεύγματα του παιδαγωγού είναι η ενίσχυση της ψυχικής υγείας των μαθητών του (Climie & Mastoras, 2015).

Εξίσου σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως οι παιδαγωγοί αποτελούν πρότυπα μίμησης για τα περισσότερα παιδιά σχολικής, και κυρίως προσχολικής ηλικίας. Αυτό σημαίνει ότι είναι ικανοί να επηρεάσουν τις αντιλήψεις που ήδη φέρουν τα παιδιά από το σπίτι τους αλλά και να διαμορφώσουν, ως ένα βαθμό, τις μελλοντικές στάσεις και συμπεριφορές τους. Η εχθρική, επιθετική και συνάμα τιμωρητική αντιμετώπιση των

παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία συχνά είναι απόρροια του άγχους και της πίεσης που δέχονται να εναρμονιστούν με ό,τι θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό, επ' ουδενί δε συμβάλλει στη μακροπρόθεσμη τροποποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Αντιθέτως, είναι ικανή να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο τα υπόλοιπα παιδιά αντιμετωπίζουν τους συμμαθητές τους με ΔΕΠ-Υ, συμβάλλοντας έτσι στη σταθεροποίηση και επιδείνωση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Hughes, Cavell, & Jackson, 1999), καθώς και στη δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων για τον σχολικό θεσμό (Koundourou, 2012), στην απομόνωση (Roache & Lewis, 2011) και ενίοτε στην εγκατάλειψη της φοίτησής τους (Goodman & Burton, 2010).

Για να συμβούν όλα τα παραπάνω βέβαια, απαραίτητη προϋπόθεση συνιστά η επιθυμία και η δυνατότητα του εκπαιδευτικού να εγκαταλείψει τυχόν στερεοτυπικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις που καθορίζουν τον τρόπο σκέψης του και επομένως τις ενέργειές του απέναντι σε οποιαδήποτε εκδήλωση ανεπιθύμητης συμπεριφοράς (Κορνηλάκη, Κυπριωτάκη, & Μανωλίτσης, 2010). Η προσπάθειά του για κατανόηση της δράσης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι συνεχής και να επικεντρώνεται στην καθημερινή καταγραφή των δυσκολιών που παρουσιάζουν, όπως επίσης και στη σκιαγράφηση των συνθηκών μέσα στις οποίες εκδηλώνονται οι έντονες αντιδράσεις του. Τηρώντας λοιπόν ένα λεπτομερές ημερολόγιο για κάθε μαθητή, είναι σε θέση να εξάγει ασφαλή συμπεράσματα για τις προτιμήσεις, τις ιδιαιτερότητες, τις αδυναμίες αλλά και τις δυνατότητες του, στοιχεία που θα λειτουργήσουν καταλυτικά στη μετέπειτα οργάνωση του εκπαιδευτικού του σχεδίου (Kewley, 2011). Η μέθοδος αυτή, της συστηματικής παρατήρησης, βοηθά τους παιδαγωγούς να οργανώνουν εξατομικευμένα προγράμματα διδασκαλίας, που ανταποκρίνονται στον προσωπικό ρυθμό του κάθε μαθητή, σέβονται τη μοναδικότητά του και οδηγούν στην κατάκτηση των διαφόρων γνωστικών αντικειμένων, όπως αυτά ορίζονται μέσα από τα αναλυτικά προγράμματα της κάθε βαθμίδας, αλλά ακολουθώντας μια διαφορετική διαδρομή που επιβάλλει την ευελιξία των εκπαιδευτικών για αναπροσαρμογή των στόχων (Darling-Hammond, 2000).

5.3.3. Στρατηγικές αυτοβελτίωσης του μαθητή

Στην προσπάθειά μας να βοηθήσουμε τον μαθητή με ΔΕΠ-Υ να αποκτήσει δεξιότητες οργάνωσης του προσωπικού του χώρου και των σκέψεών του, σκόπιμο είναι να του

παρουσιάσουμε στρατηγικές διαχείρισης των καθημερινών του υποχρεώσεων. Η τήρηση εβδομαδιαίου ημερολογίου και η χρήση διαφορετικού χρώματος φακέλων για κάθε δραστηριότητα, αποτελούν τις πλέον σύνηθες, και με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας, τακτικές (Υπουργείο Παιδείας των ΗΠΑ, 2004). Επιπλέον, η καταγραφή, σε συνεργασία με τον εκπαιδευτικό, πλήρους λίστας με τα αντικείμενα που θα πρέπει να φέρνει μαζί του στο σχολείο, συμβάλει στον περιορισμό της αφηρημάδας του ενώ η τακτοποίηση των προσωπικών του αντικειμένων είναι ένα σπουδαίο βήμα στην προσπάθειά του για αυτό-οργάνωση.

Όσον αφορά τώρα στην αδυναμία του παιδιού για συγκέντρωση και κατά συνέπεια στην αδυναμία που παρατηρείται ως προς τη διαχείριση του χρόνου του, αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά μέσω της εφαρμογής μη λεκτικών σημάτων μεταξύ δασκάλου και μαθητή (Pfiffner, και συν., 2014). Άλλες πρακτικές στις οποίες μπορούμε να καταφύγουμε και οι οποίες, σύμφωνα με τον Sluiter και των συνεργατών του (2020), δύναται να επιστήσουν την προσοχή του μαθητή και να τον επαναφέρουν στην ολοκλήρωση της εργασίας με την οποία έχει καταπιαστεί είναι, είτε η προφορική αφύπνισή του και η μετακίνηση του δασκάλου προς το μέρος του, είτε η χρήση χρονομέτρου που ανά τακτά διαστήματα προειδοποιεί για το πέρας της ώρας.

Πρόσφατες μελέτες που εστιάζουν στα πρωτογενή συμπτώματα απροσεξίας των παιδιών με διάσπαση προσοχής και επικεντρώνονται στην εύρεση κατάλληλων στρατηγικών καταπολέμησής τους, αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα μικροαντικειμένων στα οποία τα παιδιά καταφεύγουν στην προσπάθειά τους να λάβουν επιπλέον αισθητηριακά ερεθίσματα από το περιβάλλον τους. Πρόκειται για τα επονομαζόμενα *fidget toys*, τα οποία είναι μικρού μεγέθους, ασφαλή, οικονομικά και κυρίως αθόρυβα, ώστε να χρησιμοποιούνται μέσα στην τάξη χωρίς να ενοχλούν τους υπολοίπους, και τα οποία συμβάλουν στη διαδικασία χαλάρωσης του νευρικού συστήματος και στην αύξηση των διαστημάτων συγκέντρωσης και προσοχής των μαθητών (Cohen, Bravi, & Minciacchi, 2018).

Πέρα από τα παραπάνω, συνίσταται να αποφεύγουμε τις μεγάλου μεγέθους εργασίες και την οριοθέτηση αυστηρών χρονικών πλαισίων στην εκτέλεση προκαθορισμένων δραστηριοτήτων, όπως επίσης και να διαθέτουμε περισσότερο χρόνο στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ προκειμένου να καταφέρουν να τις ολοκληρώσουν δίχως πίεση και άγχος, αποκαλύπτοντας έτσι τις πραγματικές τους γνώσεις. Η διεξαγωγή συχνών

διαλειμμάτων αλλά και η εμπλοκή των ίδιων των παιδιών στην επιλογή της θεματικής που θα αναπτυχθεί, εξυπηρετεί την προσπάθειά μας να διατηρήσουν το ενδιαφέρον τους και να παραμείνουν συγκεντρωμένα στην εκπαιδευτική διαδικασία (Johns, Skinner, & Nail, 2000).

Τέλος, στα πλαίσια της προσπάθειάς μας να βοηθήσουμε τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να αποκτήσουν ικανότητες αυτοελέγχου και αυτορρύθμισης, ώστε αυτόνομα πια να διαχειρίζονται τις αντιδράσεις και εν γένει τη συμπεριφορά τους, θα πρέπει να υιοθετήσουμε πρακτικές υποστήριξης της επιθυμητής συμπεριφοράς. Με αυτό τον τρόπο οι μαθητές σταδιακά θα αντιληφθούν τα οφέλη της και θα την εσωτερικεύσουν προκειμένου να επιτυγχάνουν τους διάφορους στόχους τους (DuPaul & Weyandt, 2006).

Ορισμένες ενδεικτικές στρατηγικές που περιγράφονται στον οδηγό για δασκάλους που εξέδωσε το Τμήμα Ειδικών Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων των ΗΠΑ (Υπουργείο Παιδείας των ΗΠΑ, 2004), είναι η εφαρμογή σχεδίων στα οποία περιγράφονται λεπτομερώς οι στόχοι, ακαδημαϊκοί και συμπεριφορικοί, που θέτουμε για το παιδί με ΔΕΠ-Υ, καθώς και οι τρόποι επίτευξής τους, όπως επίσης και η χρήση χειροπιαστών ανταμοιβών αλλά και η παροχή προνομίων τη στιγμή ακριβώς που επιτυγχάνεται η θετική συμπεριφορά. Καθώς όμως αναφερόμαστε στη στήριξη του μαθητή με διαταραχή στα πλαίσια της γενικής τάξης, οφείλουμε να λαμβάνουμε υπόψη μας το σύνολο των μαθητών και να εφαρμόζουμε αποτελεσματικές εκπαιδευτικές πρακτικές που τους περιλαμβάνουν όλους (Cole, Waldron, & Majd, 2004). Η καθολική λοιπόν τήρηση ενός συστήματος πόντων, μέσω του οποίου θα επιβραβεύονται και συνάμα θα παρακινούνται να πράξουν το σωστό και να επιτύχουν μαθησιακούς στόχους, όπως αυτοί έχουν οριστεί για τον καθένα, προκειμένου να λάβουν την ανταμοιβή τους, αποτελεί την πλέον κατάλληλη στρατηγική.

Σημαντικό βέβαια, στο όλο αυτό εγχείρημα των εκπαιδευτικών, είναι η επιδίωξη στενής συνεργασίας με τους γονείς οι οποίοι, παρατηρώντας εξίσου το παιδί τους σε διαφορετικά περιβάλλοντα, είναι σε θέση να διαπιστώσουν αδυναμίες και να θέσουν στόχους που εμείς αγνοούμε. Επιπλέον, από αυτούς, όπως και από τα ίδια τα παιδιά, θα αντλήσουμε πληροφορίες για τα ενδιαφέροντα τους έτσι ώστε η επιβράβευση που έπεται της κατάλληλης συμπεριφοράς να δημιουργεί ένα επιπλέον κίνητρο στην κατάκτηση του επιδιωκόμενου στόχου.

5.4. Συνεργασία σχολείου-οικογένειας

Όταν μιλάμε για συνεργασία μεταξύ σχολείου και οικογένειας, δεν αναφερόμαστε απλά στην παθητική εμπλοκή των γονέων στα σχολικά δρώμενα, αλλά πολύ περισσότερο στην ενεργό συμμετοχή τους στη διαμόρφωση της εκπαιδευτικής διαδικασίας (Συμεού, 2003). Δε θα πρέπει να ξεχνάμε εξάλλου πως όλοι μας (εκπαιδευτικοί, γονείς, κοινότητα), πασχίζουμε για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού, την πολύπλευρη δηλαδή ανάπτυξη και την καλύτερη δυνατή εκπαίδευση όλων των παιδιών, ανεξαρτήτως του αν αντιμετωπίζουν κάποια μαθησιακή ή άλλου τύπου δυσκολία.

Πολύ περισσότερο δε, στις περιπτώσεις των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να επιτύχουμε την πλήρη στήριξή τους, γνωστική και συναισθηματική, απαραίτητη φαντάζει η συνεχής και σαφής επικοινωνία μεταξύ των δύο αυτών θεσμών, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει τις αμφότερες ανησυχίες γονέων και εκπαιδευτικών, την ανάλυση των εκπαιδευτικών πρακτικών, την παρακολούθηση της απόδοσης και της ανταπόκρισης των παιδιών αυτών στις διάφορες στρατηγικές παρεμβάσεις που ακολουθούνται (Erstein, 2018). Η ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ γονέων και εκπαιδευτικών συμβάλλει στη δημιουργία ισχυρών συνεργασιών που ευνοούν τα θετικά αποτελέσματα για το παιδί. Όταν και τα δύο μέρη έχουν σαφή αντίληψη της προόδου ενός παιδιού είναι καλύτερα εξοπλισμένα για να παρέχουν εποικοδομητική και εφαρμόσιμη ανατροφοδότηση ώστε να το βοηθήσουν να επιτύχει. Επιπλέον, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί μπορούν να συζητούν κοινές προκλήσεις, να κάνουν καταγισμό ιδεών για λύσεις και να μοιράζονται πόρους που ωφελούν την εκπαίδευση του παιδιού (Erstein, 2018).

Μια καλή επικοινωνία οδηγεί στη δημιουργία στέρεων βάσεων και σχέσεων εμπιστοσύνης κάτι που φυσικά συμβάλλει στην αποφυγή κάθε είδους προστριβών και στη σχεδίαση μιας κοινής παιδαγωγικής στρατηγικής. Οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς έχουν διαφορετικές οπτικές γωνίες για τα χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές ενός παιδιού. Ανταλλάσσοντας λοιπόν παρατηρήσεις και συζητώντας για την πρόοδο του μπορούν να αποκτήσουν μια πιο ολοκληρωμένη άποψη για τα δυνατά σημεία αλλά και τις αδυναμίες που παρουσιάζει, πληροφορίες που σταδιακά μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό του μαθησιακού στυλ, του αναπτυξιακού σταδίου και των τομέων ενδιαφέροντος του μαθητή. Έτσι, οι εκπαιδευτικοί κατανοούν καλύτερα το παιδί που έχουν απέναντί τους και μπορούν να δημιουργήσουν μια ενταξιακή μαθησιακή εμπειρία που να είναι

προσαρμοσμένη στις μοναδικές ανάγκες και ικανότητες του (Sakellaridou & Rentzou, 2009).

Η συνεργασία μεταξύ εκπαιδευτικών και γονέων μπορεί να βοηθήσει και στον εντοπισμό των τομέων στους οποίους ο μαθητής χρειάζεται πρόσθετη υποστήριξη. Οι γονείς μπορούν στη συνέχεια να βοηθήσουν το παιδί στο σπίτι, ενώ οι εκπαιδευτικοί αναπτύσσουν εξατομικευμένες στρατηγικές για την αντιμετώπιση των αναγκών του μαθητή στην τάξη. Κάτι τέτοιο, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση των ακαδημαϊκών επιδόσεων και της σχολικής επιτυχίας των παιδιών με διάσπαση ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (Desforges, 2003).

Η έρευνα δείχνει ότι η συμμετοχή της οικογένειας στην εκπαιδευτική διαδικασία είναι ευεργετική τόσο για την κοινωνική όσο και για τη συναισθηματική ανάπτυξη των μαθητών. Όταν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί έχουν τακτική επικοινωνία, μπορούν να συνεργαστούν για να δημιουργήσουν ένα υποστηρικτικό και φροντιστικό περιβάλλον για το παιδί. Μπορούν να εντοπίσουν τυχόν στρεσογόνους παράγοντες ή ανησυχίες που δύναται να επηρεάσουν τη σχολική εμπειρία του παιδιού και να αναπτύξουν κατάλληλες στρατηγικές για την αντιμετώπισή τους (Albright & Weissberg, 2010). Αυτή η συνεργασία μπορεί επίσης να συμβάλλει στην οικοδόμηση της αίσθησης της κοινότητας στα σχολεία. Με το να συμμετέχουν λοιπόν στην εκπαίδευση του παιδιού τους, αισθάνονται περισσότερο συνδεδεμένοι με το σχολείο και την ευρύτερη κοινότητα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες και ευκαιρίες εθελοντισμού, με αποτέλεσμα ένα θετικό μαθησιακό περιβάλλον που ωφελεί όλους τους εμπλεκόμενους (Fan, 2001).

5.5. Ο ρόλος του σχολικού σύμβουλου

Καθώς κοινό προσανατολισμό, τα τελευταία χρόνια, όλων των Ευρωπαϊκών, και όχι μόνο, χωρών αποτελεί η αδιαίρετη και ενιαία εκπαίδευση όλων των παιδιών (Λαχανά & Ευσταθίου, 2015), ολοένα και περισσότεροι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες εντάσσονται στις τάξεις των γενικών σχολείων (Σούλης, 2006).

Κάτι τέτοιο βέβαια, προκειμένου να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, προϋποθέτει κατάλληλα καταρτισμένους εκπαιδευτικούς, με υψηλές ακαδημαϊκές και επιστημονικές γνώσεις, που θα συμμετέχουν συχνά σε επιμορφωτικά προγράμματα ώστε

να ενημερώνονται για τις νέες τάσεις και τα δεδομένα. Όπως όμως επισημαίνει ο Μαστρογιάννης (2015), το εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας μας αδυνατεί να ακολουθήσει μία τέτοια προοπτική και γι' αυτό, ως αντισταθμιστικός παράγοντας της μειονεξίας των εκπαιδευτικών και συνάμα των αυξημένων διδακτικών απαιτήσεων, ορίζεται ο ρόλος του σχολικού σύμβουλου.

Ο σχολικός σύμβουλος είναι ικανός να παρέχει στους εκπαιδευτικούς πληροφορίες σχετικές με την κλινική εικόνα της διαταραχής, καθώς επίσης και συμβουλές για τις παιδαγωγικές πρακτικές που ανταποκρίνονται καλύτερα στις ιδιαίτερες ανάγκες των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως οι προτάσεις του εστιάζουν κυρίως:

- Στην οργάνωση της σχολικής αίθουσας
- Στην εφαρμογή στοχευμένων διδακτικών παρεμβάσεων κατά την παράδοση του μαθήματος
- Στην οργάνωση εξατομικευμένων μεθόδων διδασκαλίας και την ανάθεση κατάλληλων εργασιών εξάσκησης και εμπέδωσης για το σπίτι
- Στην ενίσχυση μίας οργανωμένης συμπεριφοράς, στα πλαίσια των συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων που αναλύσαμε προηγουμένως
- Στην ενθάρρυνση των διαδικασιών κοινωνικοποίησης
- Σε λειτουργικούς τρόπους επικοινωνίας με τους γονείς των μαθητών με ΔΕΠ-Υ.

(Μαστρογιάννης, Αναστόπουλος, & Κωστοπούλου, 2017).

Κεφάλαιο 6: Ανακεφαλαίωση

Η Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, ιδίως όταν αναφερόμαστε στον συνδυασμένο τύπο της, είναι μία διαταραχή που δεν περνάει απαρατήρητη αλλά γίνεται άμεσα αισθητή από τον κοινωνικό περίγυρο καθώς εκδηλώνεται με συμπεριφορές που διαταράσσουν την ομαλότητα του οικογενειακού, σχολικού ή γενικότερα κοινωνικού περιβάλλοντος.

Στην προσχολική ηλικία, τα χαρακτηριστικά της απροσεξίας, της αδεξιότητας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας που συνοδεύουν τη διαταραχή, ενυπάρχουν ως ένα βαθμό στο σύνολο των παιδιών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Παρόλα αυτά, είναι δυνατό να διαγνωστεί με βεβαιότητα καθώς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν

ανταποκρίνονται στις παραδοσιακές μεθόδους διδασκαλίας και διαφέρουν σημαντικά συγκριτικά με τους συνομήλικους τους.

Εάν προσπαθούσαμε να δημιουργήσουμε μία λίστα με τα χαρακτηριστικά εκείνα της διαταραχής που είναι κοινά στις περισσότερες περιπτώσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας, αυτή θα ήταν η εξής:

1. Διακατέχονται από μία μόνιμη ανησυχία και νευρικότητα,
2. Μας βομβαρδίζουν με ερωτήσεις αδιαφορώντας για την απάντηση,
3. Δυσκολεύονται να αφομοιώσουν τους σχολικούς-κοινωνικούς κανόνες,
4. Παίζουν επικίνδυνα και ενδέχεται να προκαλέσουν ατυχήματα,
5. Είναι αδέξια,
6. Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων,
7. Αδυνατούν να παραμείνουν προσηλωμένα για πολύ ώρα σε μία δραστηριότητα,
8. Παρουσιάζουν αδυναμίες σε τομείς όπως η μνήμη εργασίας, οι επιτελικές και γλωσσικές λειτουργίες,
9. Υπάρχει ανομοιογένεια/ασυνέπεια ως προς τη σχολική τους επίδοση.

Παρόλο που η διάγνωση της διαταραχής είναι κλινική, στη διαδικασία αξιολόγησης των συμπτωμάτων των παιδιών συμμετέχουν γονείς, εκπαιδευτικοί και φυσικά το ίδιο το υποκείμενο μελέτης, το οποίο επιπλέον θα πρέπει να είναι πρόθυμο να συμμετάσχει στην όλη θεραπευτική διαδικασία. Στόχος της δεν είναι ο εντοπισμός και η «ετικετοποίηση» των παιδιών που φέρουν τη διαταραχή αλλά η σύνταξη μιας συνεχούς και πολυδιάστατης θεραπευτικής παρέμβασης που αναφέρεται τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και σε αυτούς που συμμετέχουν ενεργά στη διαπαιδαγώγησή του. Οι πρακτικές που εφαρμόζονται επικεντρώνονται κυρίως στην προσπάθεια για τροποποίηση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών του παιδιού και την απόκτηση αυτοελέγχου. Βέβαια, για να καταστεί αυτό δυνατό, απαιτείται η επιμόρφωση και η υιοθέτηση κατάλληλων στρατηγικών από γονείς και εκπαιδευτικούς, οι οποίοι και θα πρέπει να βρίσκονται σε στενή επαφή και συνεργασία μεταξύ τους έτσι ώστε να ακολουθούν, με πλήρη συνέπεια, μία κοινή πορεία διαπαιδαγώγησης (Pfiffner, et al., 2014).

Επομένως, μολονότι δεν υπάρχει κάποια οριστική θεραπεία της διαταραχής, έχουν προταθεί κάποιοι αποτελεσματικοί τρόποι για την αντιμετώπιση και τη διαχείριση

των συμπτωμάτων της. Ο πιο επιτυχημένος θεωρείται αυτός της «ψυχοκοινωνικής συμβουλευτικής» που εστιάζει τόσο σε ψυχολογικές όσο και σε κοινωνικές πτυχές της ζωής των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Ιδίως, όταν απευθυνόμαστε σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, η προαγωγή θετικής συμπεριφοράς επιτυγχάνεται μέσω της άμεσης αντίδρασης σε κάθε τους πράξη με τελικό σκοπό τη μείωση της αυθόρμητης συμπεριφοράς και την ικανότητα να ολοκληρώνουν τις εργασίες τους και να οργανώνονται κατάλληλα. Επιπλέον, η τήρηση συγκεκριμένης καθημερινής ρουτίνας συμβάλλει στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος ηρεμίας και κανονικότητας.

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού κρίνεται σπουδαίος και καθοριστικός για τη μετέπειτα σχολική αλλά και ψυχοκοινωνική πορεία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και γι' αυτό χρίζει άμεσης και επιτακτικής ανάγκης η επιμόρφωσή του, η διαρκής παρατήρηση των μαθητών του και τέλος, η εξατομίκευση των προγραμμάτων που εφαρμόζει στην τάξη. Οι κατάλληλες διδακτικές παρεμβάσεις μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

A. Ως προς την ακαδημαϊκή πορεία:

- ✓ Εντοπισμός των δυνατοτήτων και αδυναμιών του μαθητή/ κατάρτιση του γνωστικού του προφίλ
- ✓ Ανάπτυξη κατάλληλου σχεδίου δράσης με απλές, δομημένες και ποικίλες δραστηριότητες
- ✓ Λεπτομερής παρουσίαση του ημερήσιου προγράμματος
- ✓ Σαφής καθορισμός των προσδοκιών και των στόχων μας
- ✓ Ενθάρρυνση της συμμετοχικής διαδικασίας
- ✓ Χρήση των τεχνολογιών επικοινωνίας και πληροφορίας
- ✓ Κατάτμηση των εργασιών σε μικρότερες ενότητες
- ✓ Διαρκής και διακριτική καθοδήγηση
- ✓ Συχνή επιβράβευση
- ✓ Συχνή ανατροφοδότηση για την κατανόηση ή μη του περιεχόμενου της διδασκαλίας, μέσω διερευνητικών ερωτήσεων

B. Ως προς τη συμπεριφορά:

- ✓ Καθημερινή υπενθύμιση των κανόνων της τάξης
- ✓ Σαφής αναφορά στις ανταμοιβές αλλά και τις επιπτώσεις συγκεκριμένων πράξεων

- ✓ Συνέπεια και αμεσότητα ως προς την εφαρμογή της επιβράβευσης και της τιμωρίας
- ✓ Αποφυγή οποιασδήποτε αντιπαράθεσης μέσω πρακτικών πρόληψης
- ✓ Οργάνωση δραστηριοτήτων ή χρήση αθόρυβων αντικειμένων για την εκτόνωση της ενεργητικότητάς τους

Γ. Ως προς την κοινωνικοποίηση:

- ✓ Δημιουργία θετικού κλίματος μεταξύ όλων των μελών της τάξης
- ✓ Βελτίωση των αλληλεπιδράσεων
- ✓ Σύσταση ομάδων εργασίας
- ✓ Μείωση και επίλυση των καθημερινών συγκρούσεων

Βέβαια, όπως έχει καταστεί σαφές, υπάρχει μια τεράστια ετερογένεια και ποικιλομορφία όσον αφορά τα χαρακτηριστικά που θα παρουσιάσει ο κάθε ασθενής με ΔΕΠ-Υ. Οι ανάγκες του καθενός είναι μοναδικές και γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η τροποποίηση και προσαρμογή των γενικευμένων αυτών παρεμβάσεων που απευθύνονται στα άτομα που φέρουν τη διαταραχή. Η επιλογή της καταλληλότερης προσέγγισης θα αποφασιστεί με τη βοήθεια ειδικών ψυχικής υγείας και θα εφαρμοστεί μέσα στην οικογένεια αλλά και μέσα στο σχολείο, έτσι ώστε να αναπτυχθούν σχέσεις εμπιστοσύνης, υπομονής και κατανόησης που θα βοηθήσουν τα παιδιά να ατενίζουν με αισιοδοξία την άρση των όποιων προβλημάτων τους και κατ' επέκταση το μέλλον.

Μία ακριβής, έγκαιρη διάγνωση και μία αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης είναι δυνατό να μειώσουν τη σχολική αποτυχία, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και τις μετέπειτα επαγγελματικές δυσκολίες, προσφέροντας στα άτομα με ΔΕΠ-Υ μια δημιουργική και φυσιολογική ζωή (Salmeron, 2009).

ΕΧΩ ΔΕΠΥ

(Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας)

που σημαίνει:

Το 70% των παιδιών με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα και στην ενήλικη ζωή τους.

upbility

Εκδόσεις Επιστημονικού Υλικού

Τι θέλω από σένα:

- Να αναγνωρίσεις και να αποδεχτείς αυτό που μου συμβαίνει.
- Να έχεις υπομονή.
- Να οργανώσουμε μαζί στρατηγικές αντιμετώπισης.
- Να έχεις περισσότερη κατανόηση και λιγότερες άμυνες.
- Να μην θυμώνεις με το χάος μου.
- Να θυμάσαι ότι η ΔΕΠΥ είναι διαταραχή, δεν είναι απόφαση, ούτε επιλογή.

Και' γω υπόσχομαι ότι θα δώσω την ενέργεια και τον χρόνο μου σε αυτά που μπορώ...

Είμαι ριψοκίνδυνος οδηγός, αγαπώ την ταχύτητα, την ένταση και την αδρεναλίνη.

Είμαι υπερδραστήριος, αναβλητικός, χωρίς οργάνωση. Ξεκινάω πολλά και τελειώνω λίγα...

Συναισθηματικός αυτοέλεγχος; Τι είναι αυτό; Δυσκολεύομαι να ελέγξω τον θυμό μου, είμαι παρορμητικός, καμιά φορά γίνομαι αγενής και απαίσιος ακροατής.

Αποφεύγω και αναβάλλω ό,τι με δυσκολεύει.

Δεν έχω καλή αίσθηση του χρόνου, ξεχνώ και καθυστερώ στα ραντεβού μου.

Δεν θυμάμαι σημαντικές και ασήμαντες πληροφορίες, ακόμα κι αν τις άκουσα πριν από 5 λεπτά.

Δεν χαλαρώνω ποτέ, μονίμως ζω μέσα στο άγχος.

Εικόνα 9. Γνωρίστε τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Πηγή:
<https://upbility.gr/blogs/blog/exo-depy-pou-simainei>

Αναφορές

- Albright, M. I., & Weissberg, R. P. (2010). School-family partnerships to promote social and emotional learning. Στο S. L. Christenson, & A. L. Reschly (Επιμ.), *Handbook of school-family partnerships for promoting student competence* (σσ. 246-265). New York: Routledge.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. University of Michigan.
- Ashley, S. (2012). *1000 best tips for ADHD. Expert answers and bright advice to help you and your child*. Illinois: Sourcebooks.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997, January). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), σσ. 65-94. doi:<https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R. A. (2002, April). ADHD and accident proneness. *The ADHD Report*, 10(2), 2-6. doi:<https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/adhd.10.2.2.20561>
- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Matevia, L. (2001, December). Executive functioning, temporal discounting and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 541-556. doi:<https://doi.org/10.1023/a:1012233310098>
- Barkley, R., Fisher, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. 'An 8 year prospective follow-up study'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, σσ. 542-559. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.appdev.2006.08.002>
- Beitchman, J. H., Hood, J., & Inglis, A. (1990, June). Psychiatric risk in children with speech and language disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(3), σσ. 283-296. doi:<https://doi.org/10.1007/bf00916566>
- Biederman, J. (2005, June 1). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), σσ. 1215-1220. doi:<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
- Blair, K., Denham, S., Kochanoff, A., & Whipple, B. (2004). Playing it Cool: Temperament, emotion regulation, and social behavior in preschoolers. *Journal of School Psychology*, 419-443.
- Bulotsky-Shearer, R. J., Fantuzzo, J. W., & McDermott, P. A. (2008, January). An investigation of classroom situational dimensions of emotional and behavioral adjustment and cognitive and social outcomes for head start children. *Developmental Psychology*, 44(1), σσ. 139-154. doi:<https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.139>
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. (2003, May). Parent-Child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Archives of General*

- Psychiatry*, 60(5), 505-513.
doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1001/archpsyc.60.5.505>
- Chae, P. K., Kim, J. H., & Noh, K. S. (2003). Diagnosis of ADHD among gifted children in relation to KEDI-WISC and TOVA performance. *Gifted Child Quarterly*, 47(3), 192-201.
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002, August). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), σσ. 387-400.
doi:<https://doi.org/10.1023/a:1015770025043>
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, A. G., Wymbs, B. T., & Pelhan, W. E. (2004, March). Enhancements to the behavioral parent training. Paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), σσ. 1-27. doi:<https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000020190.60808.a4>
- Clarke, M. (1998). *Managing the difficult child*. Northcote House Publishers.
- Climie, E. A., & Mastoras, S. M. (2015). ADHD in schools: Adopting a strengths-based perspective. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 56(3), σσ. 295-300.
doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cap0000030>
- Cohen, E. J., Bravi, R., & Minciocchi, D. (2018, February 16). The effect of fidget spinners on fine motor control. *Scientific reports*, 8(1). doi:<https://doi.org/10.1038/s41598-018-21529-0>
- Cohen, N. J., & Minde, K. (1983, July). The 'hyperactive syndrome' in kindergarten children: comparison of children with pervasive and situational symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24(3), 443-455.
doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1469-7610.1983.tb00120.x>
- Cole, C. M., Waldron, N., & Majd, M. (2004, April). Academic progress of students across inclusive and traditional settings. *Mental Retardation: A Journal of Practices, Policy and Perspectives*, 42(2), σσ. 136-144. doi:[https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2004\)42%3C136:aosai%3E2.0.co;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2004)42%3C136:aosai%3E2.0.co;2)
- Conners, C. K., Epstein, J. N., March, J. S., Angold, A., Wells, K. C., Klaric, J., . . . Wigal, T. (2001, February). Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 159-167. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00010>
- Connor, D. F., & Steingard, R. J. (2004). New formulations of stimulants for attention-deficit hyperactivity disorder: therapeutic potential. *CNS Drugs*, 18, 1011-1030.
doi:<https://doi.org/10.2165/00023210-200418140-00005>
- Damico, S. K., & Armstrong, M. B. (1996, February). Invention strategies for students with ADHD: Creating a holistic approach. *Seminars in Speech and Language*, 17(1), 21-35. doi:<https://doi.org/10.1055/s-2008-1064086>
- Darling-Hammond, L. (2000). Teacher Quality and Student Achievement: A review of state policy evidence. *Education Policy Analysis Archives*, 8(1), σσ. 1-44.
doi:<https://doi.org/10.14507/epaa.v8n1.2000>
- Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., . . . Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*, 51, 63-75. Ανάκτηση από <https://www.nature.com/articles/s41588-018-0269-7>

- Desforges, C. (2003, January). The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievements and adjustment: A literature review. *Education, 30*. Ανάκτηση από https://www.researchgate.net/publication/237274807_The_Impact_of_Parental_Involvement_Parental_Support_and_Family_Education_on_Pupil_Achievements_and_Adjustment_A_Literature_Review
- Diamantopoulou, S., Rydell, A.-M., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2007). Impact of executive functioning and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder on children's peer relations and school performance. *Developmental neuropsychology, 32*(1), σσ. 521-542. doi:<https://doi.org/10.1080/87565640701360981>
- Douglas, V. I., & Benezra, E. (1990). Supraspan verbal memory in attention deficit disorder with hyperactivity normal and reading-disabled boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*(6), σσ. 617-638. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF01342751>
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (2 εκδ.). The Guilford Press.
- DuPaul, G. J., & Weyandt, L. L. (2006, June). School-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on academic, social, and behavioral functioning. *International Journal of Disability Development and Education, 53*(2), σσ. 161-176. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10349120600716141>
- Edbom, T., Lichtenstein, P., Granlund, M., & Larsson, J. O. (2006, June). Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatrica, 95*(6), σσ. 650-657. doi:<https://doi.org/10.1080/08035250500449866>
- Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006, April). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder. *Infants & Young Children, 19*(2), σσ. 109-122. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00001163-200604000-00004>
- Elhoweris, H., Mohamed, A., Almuhairey, O., Takriti, R., Alhosani, N., & Sartawi, A. (2020, July). UAE elementary teachers: use of ADHD referral and management strategies. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, σσ. 337-352. doi:<http://dx.doi.org/10.26803/ijlter.19.6.20>
- Elliot, S., Kratochwill, T., Littlefield, C. J., & Travers, J. (2000). *Educational psychology: Effective teaching, effective learning*. Boston: McGraw-Hill.
- Epstein, J. L. (2018). *School, family, and community partnerships: Preparing educators and improving schools* (2 εκδ.). Routledge. Ανάκτηση από https://www.perlego.com/book/2193367/school-family-and-community-partnerships-preparing-educators-and-improving-schools-pdf?utm_source=google&utm_medium=cpc&campaignid=17287656381&adgroupid=134138514222&gclid=Cj0KCQjwt_qgBhDFARIsABcDjOf56aDXXal1SWwz7VTSW
- Evertson, C. M., Emmer, E. T., & Worsham, M. E. (2006). *Classroom management for elementary teachers*. Boston: Allyn and Bacon.
- Eysenck, M. W. (2013). The impact of parental psychological difficulties on their children. Στο A. S. Antoniou, & B. D. Kirkcaldy (Επιμ.), *Education, family and child and adolescent health* (σσ. 21-35). Athens: Diadrassi.
- Fan, X. (2001). Parental involvement and students' academic achievement: A growth modeling analysis. *The Journal of Experimental Education*, σσ. 1-22. Ανάκτηση από

- https://www.academia.edu/13162985/Parental_Involvement_and_Students_Academic_Achievement_A_Growth_Modeling_Analysis
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2018, June 11). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24, σσ. 562-575.
doi:<https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Farel, M. (2006). *Behavioural, emotional and social difficulties*. London: Routledge.
- Findling, R. L. (2008, May). Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a review. *Clinical Therapeutics*, 30(5), σσ. 942-957.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2008.05.006>
- Flory, K., Molina, B., Pelhman Jr, W. E., Gnagy, E., & Smith, B. (2006, December). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), σσ. 571-577.
doi:https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_8
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjo, B., Soderstrom, H., Rastam, M., . . . Niklasson, L. (2004, July). Co-existing disorders in ADHD-implications for diagnosis and intervention. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 80-92.
doi:<https://doi.org/10.1007/s00787-004-1008-4>
- Goodman, R. L., & Burton, D. M. (2010, July 28). The inclusion of students with BEDS in mainstream schools: teachers' experiences of and recommendations for creating a successful inclusive environment. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 15(3), σσ. 223-237. doi:<https://doi.org/10.1080/13632752.2010.497662>
- Harnett, D. N., Nelson, J. M., & Rinn, A. N. (2004). Gifted or ADHD? The possibilities of misdiagnosis. *Roeper Review*, 26(2), 73-76.
doi:<https://doi.org/10.1080/02783190409554245>
- Hoekzema, E., Carmona, S., Ramos-Quiroga, J. A., Richarte, V. F., Bosch, R., Soliva, J. C., . . . Vilaroya, O. (2014, April). An independent components and functional connectivity analysis of resting state fMRI data points to neural network dysregulation in adult ADHD. *Human brain mapping*, 35(4), σσ. 1261-1272.
doi:<https://doi.org/10.1002/hbm.22250>
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., . . . Wigal, T. (2005). Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, σσ. 74-86.
doi:https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_7
- Hughes, J. N., Cavell, T. A., & Jackson, T. (1999, June). Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2), σσ. 173-184.
doi:https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2802_5
- Huizink, A. C., & Mulder, E. J. (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(1), 24-41.
- Huntington, D. D., & Bender, W. N. (1993, March). Adolescents with learning disabilities at risk? Emotional well-being, depression, suicide. *Journal of Learning Disabilities*, 26(3), σσ. 159-166. doi:<https://doi.org/10.1177/002221949302600303>
- Johns, G. A., Skinner, C. H., & Nail, G. L. (2000). Effects of interspersing briefer mathematics problems on assignment choice in students with learning disabilities.

- Journal of Behavioral Education*, 10(2-3), σσ. 95-106.
doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1016632012550>
- Kakouros, E., Maniadaki, K., & Karaba, R. (2005, April). The relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and aggressive behaviour in preschool boys and girls. *Early Child Development and Care*, 175(3), 203-214.
doi:<https://doi.org/10.1080/0300443042000244037>
- Kewley, G. (2011). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. What can teachers do?* (3 εκδ.). New York: Routledge.
- Kofman, O., Gidley-Larson, J., & Mostofsky, S. H. (2008, April). A novel task for examining strategic planning: evidence for impairment in children with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(3), σσ. 261-271.
doi:<https://doi.org/10.1080/13803390701380583>
- Koundourou, C. (2012, May). Developing staff skills through emotional literacy to enable better practices with children with social emotional and behavioural difficulties (SEBD). *International Perspectives on Inclusive Education*, 2, σσ. 93-106.
doi:[10.1108/S1479-3636\(2012\)0000002009](https://doi.org/10.1108/S1479-3636(2012)0000002009)
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., Van Daalen, E., Fegert, J., & Tyano, S. (2004, January). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14(1), σσ. 11-28. doi:[https://doi.org/10.1016/s0924-977x\(03\)00045-2](https://doi.org/10.1016/s0924-977x(03)00045-2)
- Lewis, B. A., Sbordt, E. J., Iyengar, S. K., Taylor, H. D., Freebairn, L., Tag, J., . . . Stain, S. M. (2012, September). Speech-sound disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Topics in Language Disorders*, 32(3), σσ. 247-263.
doi:<https://doi.org/10.1097%2Ftld.0b013e318261f086>
- Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000, February). "Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social Behaviors and peer preference". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 73-86. Ανάκτηση από <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1005174102794>
- Merell, C., & Tymms, P. (2001, March). Inattention hyperactivity and impulsiveness: Their impact on academic achievement and progress. *British Journal of Educational Psychology*, 71(1), 43-56. doi:<https://doi.org/10.1348/000709901158389>
- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., & Faraone, S. V. (2002, February). Impact of low birth weight on attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(1), 16-22.
doi:<https://doi.org/10.1097/00004703-200202000-00004>
- Millichap, G. (2008, February 1). Etiologic classification of attention – deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121(2), 358-365. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2007-1332>
- Mitchell, D., & Sutherland, D. (2020). *What really works in special and inclusive education: Using evidence-based teaching strategies* (3 εκδ.). Routledge.
- Mitsis, M. A., McKay, P. D., Schulz, M. A., Newcorn, M. D., & Halperin, P. D. (2000, March). Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent psychiatry*, 39(3), 308-313. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200003000-00012>

- Moore, D. A., Richardson, M., Gwernan-Jones, R., Thompson-Coon, J., Stein, K., Rogers, M., . . . Ford, T. J. (2019, February). Non-pharmacological interventions for ADHD in school settings: An overarching synthesis of systematic reviews. *Journal of attention disorders, 23*(3), σσ. 220-233.
doi:<https://doi.org/10.1177/1087054715573994>
- Nabuzoka, D., & Smith, P. K. (1993, November). Sociometric status and social behaviour of children with and without learning difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*(8), σσ. 1435-1448. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb02101.x>
- Nair, J., Ehimare, U., Beitman, B. D., Nair, S. S., & Lavin, A. (2006). Clinical review: evidence-based diagnosis and treatment of ADHD in children. *Mo Med, 103*(6), 617-621.
- Nigg, J. T., Goldsmith, H. H., & Sachek, J. (2010, June 7). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: "The development of a multiple pathway model". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 42-53.
doi:https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_5
- Oswald, K., Safran, S., & Johanson, G. (2005, August). Preventing trouble: Making schools safer places using positive behaviour supports. *Education and Treatment of Children, 28*(3), 265-278. Ανάκτηση από <http://www.jstor.org/stable/42899849>
- Palili, A., Kolaitis, G., Vassi, I., Veltsista, A., Bakoula, C., & Gika, A. (2010, October 4). Inattention, hyperactivity, impulsivity-epidemiology and corellations: A nationwide Greek study from birth to 18 years. *Journal of Child Neurology*(26), 199-204. doi:<https://doi.org/10.1177/0883073810379640>
- Pauli-Pott, U., & Becker, K. (2011, June). Neuropsychological basic deficits in preschoolers at risk for ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(4), 626-637.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.005>
- Pavlidis, G. T., & Samaras, P. (2005). "Can ophthalmokinesis (Pavlidis test) objectively prognoses–diagnoses preschoolers at high–risk for ADHD?". *Paper presented at the 27th Colloquium of the International School Psychology Association*. Athens.
- Peterson, B. S., Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. S. (2001, June). Prospective, longitudinal study of tic, obsessive–compulsive, and attention deficit hyperac-tivity disorders in an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent, 40*(6), 685-695. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200106000-00014>
- Pfiffner, L. J., Hinshaw, S. P., Owens, E., Zalecki, C., Kaiser, N. M., Villodas, M., & McBurnett, K. (2014). A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), σσ. 1115-1127.
doi:<https://doi.org/10.1037%2Fa0036887>
- Pitcher, T. M., Piek, J. P., & Hay, D. A. (2003, August). Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Developmental Medicine and Child Neurology, 45*(8), σσ. 525-535.
doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2003.tb00952.x>
- Plummer, P. J., & Stoner, G. (2005, August). The relative effects of classwide peer tutoring and peer coaching on the positive social behaviors of children with ADHD. *Journal of Attention, 9*(1), σσ. 290-300. doi:<https://doi.org/10.1177/1087054705280796>
- Polanczyk, G., Silvade de Lima, M., Lessa-Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007, June 1). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression

- analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
doi:<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Re, A. M., Pedron, M., & Cornoldi, C. (2007). Expressive writing difficulties in children described as exhibiting ADHD symptoms. *Journal of Learning Disabilities*, 40(3), σσ. 244-255. doi:<https://doi.org/10.1177/00222194070400030501>
- Roache, J. E., & Lewis, R. (2011, May). The carrot, the stick, or the relationship: what are the effective disciplinary strategies? *European Journal of Teacher Education*, 34(2), σσ. 233-248. doi:10.1080/02619768.2010.542586
- Roberts, B. A., Martel, M. M., & Nigg, J. T. (2016, July 28). Are There Executive Dysfunction Subtypes Within ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 807-825. doi:<https://doi.org/10.1177/1087054713510349>
- Rothstein, P. (1990). *Educational Psychology*. New York: McGraw Hills College.
- Saddler, C. D., & Buckland Jr, R. L. (1995, October). The multidimensional perfectionism scale: correlations with depression in college students with learning disabilities. *Psychology reports*, 77(2), σσ. 483-490.
doi:<https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.2.483>
- Sakellaridou, M., & Rentzou, K. (2009, January 19). Evaluating provisions for parents and parental involvement in Greek preschool settings. *The International Journal of the Humanities*, 6(9), σσ. 95-106. doi:<https://doi.org/10.18848/1447-9508/CGP/v06i09/42522>
- Salmeron, P. A. (2009, September 1). Childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder: Diagnosis, clinical practice guidelines, and social implications. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(9), σσ. 488-497. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00438.x>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018, February). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, σσ. 175-186. doi:[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0)
- Schetakis, N. (2011, March 27). ADHD and the brain. Ανάκτηση από <https://youtu.be/CVxaK-EfsTM>
- Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., . . . Metevia, L. (1998, December). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Ab-normal Child Psychology*, 26(6), 475-494. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A>
- Slavin, R. E. (2007). *Εκπαιδευτική ψυχολογία: Θεωρία και πράξη*. (Κ. Μ. Κόκκινος, Επιμ., & Λ. Εκκεκάκη, Μεταφρ.) Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Sluiter, M. N., Groen, Y., Jonge, P., & Tucha, O. (2020). Exploring neuropsychological effects of a self-monitoring intervention for ADHD-symptoms in school. *Applied Neuropsychology Child*, 9(3), σσ. 246-258.
doi:<https://doi.org/10.1080/21622965.2019.1575218>
- Stormont, M., & Stebbins, M. S. (2005). Preschool teachers' knowledge, opinions, and educational experiences with attention deficit/hyperactivity disorder. *Teacher Education and Special Education*, 28(1), σσ. 52-61.
- Szatmari, D., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989, March). Ontario child health study: Prevalence of attention deficit with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), σσ. 219-223. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00236.x>

- Taylor, E. A., & Sonuga-Barke, E. (2008). Disorders of attention and activity. Στο M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. S. Stevenson, E. A. Taylor, & A. Thapar, *Rutter's child and adolescent psychiatry* (σσ. 519-542). Blackwell.
doi:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781444300895>
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of disease in childhood*, σσ. 260-265.
doi:<http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2011-300482>
- Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2003-2004). Heading off disruptive behavior. *American Educator*.
- West, J., Houghton, S., Douglas, G., & Whiting, K. (2002, December 1). Response inhibition, memory and attention in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Educational Psychology*, 22(5), σσ. 533-551.
doi:<https://doi.org/10.1080/0144341022000023617>
- Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012, June). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), σσ. 695-705. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Zentall, S. S. (1985). A context for hyperactivity. (K. D. Gadow, & I. Bialer, Επιμ.) *JAI Press*, 4, σσ. 273-343.
- Αναγνωστόπουλος, Δ. Κ., & Σίνη, Α. Θ. (2005). *Διαταραχές σχολικής μάθησης και ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Αντωνίου, Α. Σ. (2009). *Ψυχολογία Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες* (Τόμ. Α). Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Βάρβογλη, Λ., & Γαλήνη, Μ. (2007). *Η διάγνωση της διάσπασης προσοχής*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Γιαννοπούλου, Γ. Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο. Στο Η. Κουρκούτας, & J. P. Chartier, *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές* (σσ. 287-302). Αθήνα: Τόπος.
- Ζαχαρογέωργα, Τ. (2012). Παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής ή/ και υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ). Στο Σ. Πολυχρονοπούλου, *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες* (σσ. 468-502). Αθήνα: Γρηγόρης.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Καραμπατζάκη-Δημητρίου, Ζ. (2010). *Θέματα ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης*. Αθήνα: Πάραλος.
- Κορνηλάκη, Α. Ν., Κυπριωτάκη, Μ. Α., & Μανωλίτσης, Γ. (2010). *Πρώιμη παρέμβαση: Διεπιστημονική θεώρηση*. Αθήνα: Πεδίο.
- Κουμούλα, Α. (2012). Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στο χρόνο. *Ψυχιατρική*, 23, σσ. 49-59. Ανάκτηση από [chrome-extension://efaidnbnmnibpcjrcglclefindmkaj/http://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/23.2-GR-2012-SUP-49.pdf](http://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/23.2-GR-2012-SUP-49.pdf)

- Κουρκούτας, Η. (2007). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά: Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουρκούτας, Η. Ε. (2008). *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές: Στρατηγικές παρέμβασης*. Αθήνα: Τόπος.
- Λαμπροπούλου, Α. (2010). Διερεύνηση της εφαρμογής ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος σε μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα και μαθησιακές δυσκολίες. *Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*. ΕΑΔΔ. Ανάκτηση από <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/25945?lang=el#page/1/mode/2up>
- Λαχανά, Α., & Ευσταθίου, Μ. (2015). Γιατί συμπεριληπτική εκπαίδευση (inclusive education); Ένα διαφορετικό φιλοσοφικό υπόβαθρο-έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης. *Θέματα Ειδικής Αγωγής*, 69, σσ. 3-28.
- Μαστρογιάννης, Α. (2015). Η κοινή, φθίνουσα πορεία του αριθμού των εκπαιδευτικών και της επιμόρφωσής τους, στην ελληνική πρωτοβάθμια εκπαίδευση. *Παιδαγωγικό Ιδεοδόμιο*, σσ. 44-60.
- Μαστρογιάννης, Α., Αναστόπουλος, Α., & Κωστοπούλου, Π. (2017). Ενίσχυση και υποστήριξη της οργανωμένης συμπεριφοράς και της κοινωνικοποίησης κατά την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, από τη σκοπιά του σχολικού συμβούλου. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 1, σσ. 707-718. doi:<http://dx.doi.org/10.12681/edusc.1780>
- Μπαστέα, Α., & Παπαδάτος, Ι. (2017). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας και μαθησιακές δυσκολίες. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 2016, σσ. 744-771. doi:<https://doi.org/10.12681/edusc.1025>
- Ντολιοπούλου, Ε. (2015, Μάρτιος 9). Οι επιπτώσεις της φτώχειας γενικότερα και στα παιδιά ειδικότερα και πιθανοί τρόποι παρεμβάσεων για την πρόληψη και τη μείωσή της. *Έρευνα στην εκπαίδευση*, 3, σσ. 97-123. doi:<https://doi.org/10.12681/hjre.8849>
- Παπαδάτος, Γ. (2010). *Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Gutenberg.
- Παπαηλιού, Χ. Φ. (2010). Η γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος, & Κ. Μανιαδάκη, *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ): Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (σσ. 101-134). Αθήνα: Gutenberg.
- 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), σσ. 562-576.
- Πολυχρόνη, Φ., Χατζηχρήστου, Χ., & Μπίμπου, Α. (2010). *Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, δυσλεξία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πούλου, Μ. (2008). Κοινωνική και συναισθηματική μάθηση: Μια προσέγγιση πρόληψης και αντιμετώπισης συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών των μαθητών στο σχολείο. Στο Ε. Τζελέπη-Γιαννάτου, *Θέματα διαχείρισης προβλημάτων σχολικής τάξης* (Τόμ. Β, σσ. 97-133). Αθήνα: ΥΠΕΠΘ-Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. Ανάκτηση από http://www.pi-schools.gr/programs/sxoltaxi/tomos_B.pdf

- Πούλου, Μ. (2015). Κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες εκπαιδευτικών, σχέσεις εκπαιδευτικών –μαθητών και μαθητική συμπεριφορά: Αντιλήψεις εκπαιδευτικών. *Hellenic Journal of Psychology*, 12, σσ. 129-155.
- Ρούσσου, Α. (1988). Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής. Στο Γ. Τσιαντής, & Σ. Μανωλόπουλος, *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής* (Τόμ. 2, σσ. 51-66). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Σιαπάτη-Τελιούση, Σ. (2007). Σχολική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα παιδιών σχολικής ηλικίας με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και κατάθλιψη. [Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών]. ΕΑΔΔ.
doi:<http://dx.doi.org/10.12681/eadd/18384>
- Σιαπάτη-Τελιούση, Σ. (2007). Σχολική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα παιδιών σχολικής ηλικίας με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και κατάθλιψη. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. ΕΑΔΔ.
doi:<http://dx.doi.org/10.12681/eadd/18384>
- Σούλης, Σ. Γ. (2006). *Παιδαγωγική της ένταξης* (Τόμ. Α). Αθήνα: Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός.
- Στασινός, Δ. Π. (2020). *Η Ειδική Συμπεριληπτική Εκπαίδευση 2027*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Συμεού, Λ. (2003). Σχέσεις σχολείου - οικογένειας: έννοιες, μορφές και εκπαιδευτικές συνεπαγωγές. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 36, σσ. 101-113. Ανάκτηση από https://www.researchgate.net/publication/236173000_Scheseis_scholeiou-oikogeneias_ennoies_morphes_kai_ekpaideutikes_synepagoges_Paidagogike_Epithese_36_101-113
- Υπουργείο Παιδείας των ΗΠΑ. (2004). *Διδασκαλία παιδιών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας: Στρατηγικές και πρακτικές διδασκαλίες*. Ουάσιγκτον.

Πηγές Εικόνων

- Εικόνα 1: <https://adhdclinic.com.au/what-is-adhd/>
- Εικόνα 2: <https://upbility.gr/blogs/blog/depy-plirofories-gia-tous-goneis>
- Εικόνα 3: <https://www.tovima.gr/2015/05/06/science/afiste-ta-paidia-me-yper-kinitikotita-na-yper-kinoyntai/>
- Εικόνα 4: <https://blogs.sch.gr/4gymzogr/?p=779>
- Εικόνα 5: <https://www.cibdol.gr/blog/792--cbd->
- Εικόνα 6: [ΛΟΓΟΥ-ΠΑΙΓΝΙΟ Κέντρο Θεραπειών λόγου & κίνησης: Image \(wordpress.com\)](#)
- Εικόνα 7: <https://mindfulnesskids.gr/depy-kai-paidia/>
- Εικόνα 8: <https://www.flash.gr/tech/1522251/paidia-me-depy-i-aytismo-ayxime-nos-o-kindynos-kai-gia-ta-aderfia-toys>
- Εικόνα 9: <https://upbility.gr/blogs/blog/exo-depy-pou-simainei>