



Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία



Παιδαγωγικό τμήμα

Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών

Προσεγγίσεων



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σύγχρονες εξελίξεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες

POST GRADUATE THESIS

Modern developments of children with ADHD and Special Learning Disabilities



ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ(ΤΩΝ)/NAME OF STUDENTS

Γιαννίκη Ειρήνη

Gianniki Eirini

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

Κωνσταντή Ουρανία

Konstanti Ourania

ΑΙΓΑΛΕΩ/ΑΙΓΑΛΕΟ 2021



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

Modern developments of children with ADHD and Special Learning Disabilities

Gianniki Eirini

2023

mscedt20023@uniwa.gr

FIRST SUPERVISOR

Konstanti Ourania

SECOND SUPERVISOR

Andri Elissavet

AIGALEO 2021

II

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένη Γιαννίκη Ειρήνη του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 20023 φοιτήτρια του Διδρυματικού 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».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 28/02/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Γιαννίκη Ειρήνη



Ευχαριστίες

Εξ αρχής θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Α' επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας, κα. Κωνσταντή Ουρανία, για την πολύτιμη συμβολή της, την επιστημονική της καθοδήγηση, τις υποδείξεις της και την αगाστή συνεργασία της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Επιπροσθέτως, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα. Ανδρή Ελισσάβετ, Β' επιβλέπουσα της παρούσας εργασίας. Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλο το εκπαιδευτικό και διοικητικό προσωπικό του εν λόγω μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών και ιδιαιτέρως την κα. Παπαγεωργίου Ευσταθία για την καθοδήγηση της καθ' όλη τη διάρκεια των ακαδημαϊκών μου σπουδών και τον κ. Καρκαλούσο Πέτρο, υπεύθυνο των διπλωματικών εργασιών. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τη μητέρα μου για την κατανόηση και τη συμπαράστασή της σε αυτή μου την προσπάθεια. Τέλος, ευχαριστώ εκ βάθους καρδιάς τον σύζυγό μου, Δημήτρη, για την υπομονή του και τη στήριξή του σε όλη αυτή την προσπάθεια. Χωρίς τη βοήθειά του θα ήταν ανέφικτη η εκπλήρωση των στόχων μου.

Αφιερώσεις

Αφιερώνω τη διπλωματική μου εργασία στον σύζυγό μου, Δημήτρη, καθώς και στα παιδιά μου, Γιάννη και Μαρία.

Περίληψη

Στην παρούσα διπλωματική εργασία γίνεται αναφορά στον ορισμό της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) καθώς και των πρωτογενών χαρακτηριστικών της. Αναλύεται η έννοια της ΔΕΠ-Υ σε όλα τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού. Συγκεκριμένα αναλύονται τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται από τη βρεφική ηλικία μέχρι και την ενήλικη ζωή. Γίνεται μία προσπάθεια εύρεσης των κύριων αιτιών εμφάνισής της καθώς επίσης της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισής της. Στη συνέχεια, δίνεται ο ορισμός των μαθησιακών δυσκολιών και παρατίθενται τα γενικά χαρακτηριστικά των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Σημαντική θεωρείται η εύρεση της αιτιοπαθογένειας και η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών. Γίνεται μία νύξη για την συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και ειδικότερα εξετάζεται η συννοσηρότητά της με τις μαθησιακές δυσκολίες, τη δυσλεξία και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Τέλος, παρουσιάζεται ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ στην Ελλάδα και παγκοσμίως, η φαρμακευτική παρέμβαση, η γονιδιακή προσέγγιση, οι βιοδείκτες, τα ψηφιακά εργαλεία καθώς και οι καινοτόμες παιδαγωγικές μέθοδοι που εφαρμόζονται σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Abstract

On the current diploma thesis, we make a reference on the definition of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) as well as its primary characteristics. We analyzed the concept of ADHD on every child's developmental stage. More specifically, we analyzed the dominant characteristics that appear from infancy to adulthood. An attempt is made to find the main causes of this disorder as well as its early diagnosis and treatment. Subsequently, the definition of learning disabilities is presented and a number of general characteristics of children diagnosed with these disabilities are listed. Finding the cause of pathogenesis and diagnoses of learning disabilities is of major importance. There is an opinion of coexistence and co-morbidity of ADHD with Special Learning Disabilities and dyslexia and behavioral disorders. Finally, we present the prevalence of ADHD in Greece and worldwide, the drug intervention, the gene approach, biomarkers, the use of digital tools as well as the innovators pedagogical methods applied in cases of children with ADHD.

Περιεχόμενα

Δήλωση περί λογοκλοπής	iv
Ευχαριστίες	v
Αφιερώσεις	vii
Περίληψη	ix
Abstract	xi
Συνομογραφίες.....	xiv
Πρόλογος	1
Εισαγωγή.....	3
Κεφάλαιο 1 ^ο Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα.....	5
1.1 Ορισμός	5
1.2 Τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ	6
1.3 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη βρεφική ηλικία	7
1.4 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη νηπιακή ηλικία	8
1.5 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη σχολική ηλικία	9
1.6 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη εφηβική ηλικία	10
1.7 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά την ενήλικη ηλικία	11
1.8 Αίτια εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ	12
1.9 Διάγνωση.....	13
1.10 Τρόποι αντιμετώπισης	14
Κεφάλαιο 2 ^ο Μαθησιακές Δυσκολίες.....	15
2.1 Ορισμός των Μαθησιακών Δυσκολιών	15
2.2 Χαρακτηριστικά των παιδιών με Μαθησιακές Δυσκολίες	16
2.3 Αιτιολογία των Μαθησιακών Δυσκολιών	18
2.4 Διάγνωση των Μαθησιακών Δυσκολιών	19
Κεφάλαιο 3 ^ο ΔΕΠ-Υ Και Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες.....	22
3.1 Συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Μαθησιακών Δυσκολιών	22
3.2 Συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Δυσλεξίας	23
3.3 Συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Διαταραχών Συμπεριφοράς	24
Κεφάλαιο 4 ^ο ΔΕΠ-Υ Και Τελευταίες Εξελίξεις	26
4.1 Η επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ	26
4.2 Φαρμακευτική Παρέμβαση	29
4.3 Γονιδιακή Προσέγγιση.....	30

4.4 Βιοδείκτες.....	31
4.5 Ψηφιακή Υγεία.....	31
4.6 Παρεμβάσεις στο σχολείο	32
Συμπεράσματα.....	35
Αναφορές	37

Συντομογραφίες

	Αγγλική ορολογία	Ελληνική ορολογία
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας
SLD	Special Learning Disabilities	Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες
ODD	Oppositional Defiant Disorder	Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή
CD	Conduct Disorder	Διαταραχή Διαγωγής

Πρόλογος

Τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας απασχολεί ιδιαίτερα τους ειδικούς που ασχολούνται με τον τομέα της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου, τους εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης καθώς και πολλούς γονείς. Η βασική αιτία αυτού του έντονου ενδιαφέροντος οφείλεται από τη μια στην αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και από την άλλη στην επιρροή που ασκεί στην καθημερινή λειτουργικότητα των παιδιών επηρεάζοντας την ικανότητα της μάθησης και τη συμπεριφορά τους (Egger, Kondo, & Angold, 2006). Ως επακόλουθο είναι η εμφάνιση των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών και κατ' επέκταση των προβλημάτων συμπεριφοράς.

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας είναι μια από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, τα συμπτώματα της οποίας, κατά ένα σημαντικό ποσοστό, μπορούν να εμφανιστούν και στην ενήλικη ζωή. Προκαλεί συνέπειες σε κάθε πτυχή της καθημερινής ζωής του παιδιού και αποτελεί μια μακροπρόθεσμη κατάσταση. Συχνή είναι η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (Deshazo Barry, Lyman, & Grofer Klinger, 2002). Συγκεκριμένα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στον τομέα της σχολικής μάθησης. Αυτές οι δυσκολίες αφενός δε συμβαδίζουν με το νοητικό επίπεδο των παιδιών και αφετέρου με τις προσπάθειες που καταβάλλουν τα παιδιά προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολικού τους περιβάλλοντος.

Το θέμα των Μαθησιακών Δυσκολιών τα τελευταία χρόνια απασχολεί ιδιαίτερα ερευνητές από διάφορους επιστημονικούς χώρους καθώς κι έναν μεγάλο αριθμό μαθητών, γονέων και εκπαιδευτικών. Οι μαθητές αδυνατούν να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική τους προσαρμογή στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η περιγραφή και κατανόηση των πρωτογενών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ αλλά και των βασικών χαρακτηριστικών τους κατά τα διάφορα αναπτυξιακά στάδια του παιδιού, ξεκινώντας από τη βρεφική ηλικία. Γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης των πιθανών αιτιολογικών μηχανισμών εκδήλωσής της, κατανόησης του σημαντικού ρόλου της έγκαιρης διάγνωσης της καθώς

και ενημέρωσης των τρόπων αντιμετώπισής της. Βασική επιδίωξη θεωρείται η συνειδητοποίηση της συνύπαρξης, συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες. Εδώ κρίνεται απαραίτητη η κατανόηση του όρου Ε.Μ.Δ. καθώς και των βασικών χαρακτηριστικών τους. Η ανάλυση των Μαθησιακών Δυσκολιών που πολλές φορές προέρχονται σε άτομα που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ και η έγκαιρη διάγνωση των δυσκολιών αυτών ώστε να αντιμετωπιστούν άμεσα για την καλύτερη εκπαίδευση των μαθητών. Τέλος, γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής περιπτώσεων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τα αποτελέσματα στην εξέλιξή τους μετά τη χρήση καινοτόμων παιδαγωγικών μεθόδων.

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή η οποία διακρίνεται από κάποια πρωτογενή χαρακτηριστικά και επιμένει στον χρόνο. Συγκεκριμένα τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής αυτής είναι η διάσπαση της προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα σύμφωνα με τα οποία προκαλεί σημαντικές και ποικίλες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί, όσο και στο περιβάλλον του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Οι δυσκολίες αυτές μπορούν να εμφανιστούν και στην ενήλικη ζωή του. Προφανώς κάτι τέτοιο προκαλεί προβλήματα στον πάσχοντα στη δουλειά και στις σχέσεις του.

Ένας τομέας στον οποίο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν σοβαρές και διαρκείς δυσκολίες είναι αυτός της σχολικής μάθησης. Η επιμονή ορισμένων συμπτωμάτων που διακρίνονται κατά την προσχολική ηλικία δικαιολογούνται από τους γονείς και αποδίδονται στο νεαρό της ηλικίας του παιδιού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μη έγκυρη αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς από τους ίδιους τους γονείς. Συνήθως οι γονείς αρχίζουν να αντιλαμβάνονται την πιθανότητα διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ κατά τις πρώτες τάξεις του δημοτικού όπου οι μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μαθητές δεν δικαιολογούνται ούτε από τις προσπάθειες που καταβάλλουν ούτε από το νοητικό τους επίπεδο.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία θα μας απασχολήσει και ένα ζήτημα της σύγχρονης εκπαίδευσης, το οποίο αφορά στην ειδική αγωγή και στον τρόπο με τον οποίο εντάσσεται στη γενική αγωγή του σύγχρονου σχολείου. Αυτό το ζήτημα είναι οι μαθησιακές δυσκολίες, καθώς αποτελούν ένα από τα πιο συχνά εμφανιζόμενα φαινόμενα, που σχετίζονται με τη μάθηση στο σχολείο από τα παλαιότερα χρόνια. Επομένως ,στη συνέχεια θα αναφερθούν καίρια θέματα που αφορούν τις μαθησιακές δυσκολίες και μέσα σε αυτά είναι η οριοθέτηση της έννοιας τους, αλλά και αν υπάρχει τρόπος διάγνωσης εντός του σχολικού περιβάλλοντος.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο ενδιαφέρον σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και έχει γραφτεί πλήθος άρθρων και βιβλίων σχετικά με αυτή τα οποία όμως δεν καλύπτουν και δεν αποσαφηνίζουν όλα τα ζητήματα για την αποτελεσματική διάγνωση και πρόληψη στο πεδίο της μάθησης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ερευνητικά

δεδομένα που πιστοποιούν τη σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και τις Ε.Μ.Δ. Γίνεται μια προσπάθεια συνειδητοποίησης της άρρηκτης σχέσης ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και τις Ε.Μ.Δ.

Η δομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο πρόβλημα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις Μαθησιακές Δυσκολίες. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται κατανοητή η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τις Ε.Μ.Δ. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται άρθρα που αναφέρονται στην επιδημιολογία της ΔΕΠΥ, στη φαρμακευτική παρέμβαση, στη γονιδιακή προσέγγιση, στους βιοδείκτες, στα ψηφιακά εργαλεία και στις παιδαγωγικές μεθόδους που εφαρμόζονται σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Κεφάλαιο 1^ο Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής -

Υπερκινητικότητα

1.1 Ορισμός

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), γνωστή και ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) είναι η συνηθέστερη διαγνωσμένη νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Πρόκειται για οργανικής αιτιολογίας, σύμφωνα με τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς λειτουργικότητας του παιδιού και προκαλεί σοβαρές και επίμονες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ στο σχολικό πληθυσμό τοποθετείται περίπου στο 5% (American Psychiatric Association, 2013). Αυτό σημαίνει ότι σε μια σχολική τάξη όπου περιλαμβάνονται 25–30 μαθητές τουλάχιστον ένας από αυτούς χαρακτηρίζεται με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Παρ' όλα αυτά ο αριθμός των μαθητών που εκδηλώνει κάποια από τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, αλλά στα συμπτώματα αυτά δεν περιλαμβάνονται όλα τα κριτήρια για την επαρκή διάγνωση της διαταραχής είναι πολύ μεγαλύτερος (Palili, Kolaitis, Vassi, Veltsista, Bakoula, & Gika, 2010). Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα παιδιά μικρότερης ηλικίας. Η διαταραχή αυτή φαίνεται να εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια και αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα κορίτσια εμφανίζουν λιγότερο συχνά υπερκινητικότητα και για αυτό η διάγνωση στα κορίτσια συχνά παραβλέπεται ή γίνεται αργότερα. Πάνω στη συγκεκριμένη διαταραχή έχουν γίνει οι περισσότερες μελέτες – έρευνες και τα κυρίαρχα συμπτώματα της οποίας είναι η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα τα οποία δεν ταιριάζουν με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο του κάθε παιδιού. Ωστόσο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης (Κουμούλα, 2012).



Εικόνα 1. ADHD. Πηγή:<https://sites.google.com/site/froal1987/ti-einai-e-depy>

1.2 Τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ

Ένα παιδί το οποίο πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα παρουσιάζει τρία πυρηνικά συμπτώματα. Αυτά σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) πρέπει να έχουν εμφανιστεί πριν από το 7^ο έτος της ηλικίας του παιδιού και να μη συνάδουν με το αναπτυξιακό του επίπεδο. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά-συμπτώματα της διαταραχής είναι:

- Απροσεξία: Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά παρατηρούμε μία αδυναμία συγκέντρωσης που είναι αποτέλεσμα της εύκολης διάσπασης της προσοχής τους από εξωτερικούς παράγοντες καθώς και από τις ίδιες τους τις σκέψεις. Η προσοχή δε διατηρείται ούτε κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ούτε των εργασιών τους. Συχνά μέσα στην τάξη μοιάζουν «χαμένα» δίνοντας την εντύπωση ότι ονειροπολούν. Συχνό είναι το φαινόμενο να δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τους κανόνες και τις οδηγίες που τους δίνονται με αποτέλεσμα τα ίδια να αποφεύγουν να αναλάβουν οποιαδήποτε καθήκοντα που εξαντλούν τη νοητική τους προσπάθεια. Συχνά δυσκολεύονται να οργανώσουν δουλείες και δραστηριότητες, χάνουν αντικείμενα τα οποία τους είναι απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες και γενικά ξεχνούν πολύ εύκολα τις καθημερινές τους δραστηριότητες.
- Υπερκινητικότητα: Είναι το πιο εμφανές χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και προκαλεί τη μεγαλύτερη ενόχληση στο κοινωνικό του περιβάλλον. Σύμφωνα με αυτό το σύμπτωμα τα παιδιά παρουσιάζουν αυξημένη κινητική δραστηριότητα σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά που βρίσκονται στην ηλικία του. Συνήθως κινούνται χωρίς σκοπό, κινούν νευρικά τα χέρια και τα πόδια τους ή στριφογυρίζουν στη θέση τους. Συχνά τρέχουν γύρω – γύρω, σηκώνονται συνέχεια από τη θέση τους σε περιστάσεις και χώρους όπου δεν επιτρέπονται

ανάλογες ενέργειες. Ένας τέτοιος χώρος μπορεί να είναι η σχολική τάξη. Επίσης δυσκολεύονται να παίξουν ήσυχα και να ασχοληθούν με δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου. Συχνά βρίσκονται σε διαρκή κίνηση, σαν να «κινούνται με μηχανή». Τέλος μπορεί να εμφανίσουν ακατάσχετη φλυαρία (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).



Εικόνα 2. ΔΕΠ-Υ. Πηγή: <https://i-paidi.gr/2016/10/12/dep-i-diatarachi-ellimmatikis-prosochis-ke-iperkinitikotita/>

- Παρορμητικότητα: Είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που έχουν τη τάση συχνά να απαντούν σε μία ερώτηση πριν αυτή ολοκληρωθεί, παρερμηνεύοντας το νόημα και τη σωστή διατύπωσή της. Εκφράζεται και ως δυσκολία να περιμένουν τη σειρά τους και να επαναλαμβάνουν τα ίδια λάθη ανεξάρτητα από τις επιπτώσεις τους. Τέλος τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τείνουν να παρουσιάζουν ευερεθιστότητα και δυσανάλογες αντιδράσεις με τα αίτια που τις προκαλούν.

Η ΔΕΠ/ΔΕΠΥ μπορεί να παρουσιαστεί σε τρεις τύπους:

1. Συνδυασμένος τύπος, όπου το παιδί παρουσιάζει συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας .
2. Απρόσεκτος τύπος, όπου το παιδί παρουσιάζει κυρίως συμπτώματα απροσεξίας.
3. Υπερκινητικός – παρορμητικός τύπος, όπου το παιδί παρουσιάζει κυρίως συμπτώματα υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας.

1.3 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη βρεφική ηλικία

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η ΔΕΠ-Υ είναι μία από τις συχνότερες και χρόνιες νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά , κατά την πορεία της ανάπτυξης, υπάρχει μία διαφοροποίηση σε ότι αφορά την κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ γιατί πολλά από τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής μορφοποιούνται ανάλογα

με το αναπτυξιακό επίπεδο στο οποίο βρίσκεται το παιδί. Σημαντική, όμως, είναι η γνώση αυτών των χαρακτηριστικών προκειμένου να έχουμε μία γρήγορη και έγκυρη διάγνωση καθώς και μια κατάλληλη, για τη ηλικία των παιδιών, θεραπευτική παρέμβαση.

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά κατά τη βρεφική ηλικία που να μας οδηγούν ευθέως στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ. Διακρίνουμε όμως κάποιες μορφές συμπεριφοράς οι οποίες καθιστούν ορισμένα βρέφη «ανήσυχα» στη φροντίδα για τις μητέρες τους σε σχέση με κάποια άλλα.

Πιο συγκεκριμένα, τα «δύσκολα» αυτά βρέφη φαίνεται να παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά (Μανιαδάκη, 2001):

- Έχουν αυξημένα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας.
- Το κλάμα τους είναι πιο οξύ και παρατεταμένο σε σχέση με τα άλλα μωρά.
- Παρουσιάζουν ανησυχία στον ύπνο τους.
- Εμφανίζουν δυσκολίες στις διατροφικές τους συνήθειες.
- Υπάρχει δυσκολία στη μετάβαση από το γάλα στη στερεά τροφή.
- Υπάρχει πιθανή καθυστέρηση στην ομιλία.

Στο ιστορικό αυτών των βρεφών υπάρχουν κάποιες αναφορές σε δυσμενείς προγεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες όπως είναι η κακή υγεία της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι κρίσεις εκλαμψίας, το χαμηλό βάρος γέννησης του βρέφους (Robson & Pederson, 1997).

Καταλήγοντας, θα λέγαμε ότι δεν υπάρχουν πολλά ερευνητικά δεδομένα για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ από την βρεφική ηλικία. Επικρατεί όμως η άποψη, ότι τα βρέφη που παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά που αναφέραμε παραπάνω, αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου και είναι πιο ευάλωτα στην εμφάνιση διαφόρων αναπτυξιακών διαταραχών.

1.4 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη νηπιακή ηλικία

Σύμφωνα με διεθνείς έρευνες μια ασφαλή διάγνωση και πρόωπη για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ από τους ειδικούς είναι εφικτή από τη νηπιακή ηλικία, και συγκεκριμένα από την ηλικία των τριών ετών (Pauli-Pott & Becker, 2011).

Οι ειδικοί διακρίνουν κάποια έντονα χαρακτηριστικά στα νήπια όπως η παρορμητικότητα, η έλλειψη φόβου, η υπερκινητικότητα, η ανυπακοή, η αδεξιότητα και η δυσκολία συντονισμού κινήσεων που τους οδηγούν στη διάγνωση της διαταραχής αυτής. Επίσης παρουσιάζουν έντονες κρίσεις οργής όταν θυμώνουν ή όταν απογοητεύονται (Kakouros, Maniadaki, & Karaba, 2005). Συνήθως τα νήπια με ΔΕΠ-Υ έχουν στο ενεργητικό τους περισσότερα ατυχήματα και δηλητηριάσεις και χρήζουν ιδιαίτερη επίβλεψη (Barkley, 2002). Καθυστερούν συχνά στην ανάπτυξη του λόγου και αντιμετωπίζουν προβλήματα ομιλίας και άρθρωσης σε ποσοστά υψηλότερα από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα νήπια (Baker & Cantwell, 1992). Τέλος παρουσιάζουν χαμηλή ανεκτικότητα στη ματαίωση με αποτέλεσμα να γίνονται επιθετικά, αντικοινωνικά και να δυσκολεύονται να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις. Αξίζει να σημειώσουμε ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά που χρησιμοποιούν οι ειδικοί ως οδηγιά σημεία είναι φυσιολογικές συμπεριφορές, σε λιγότερο βέβαια βαθμό, των παιδιών της νηπιακής ηλικίας γενικότερα.

Η πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι παιδαγωγοί – ψυχίατροι έγκειται στο να αποφύγουν να «παθολογικοποιήσουν» τις φυσιολογικές, παροδικές αλλά ενοχλητικές συμπεριφορές των παιδιών στη προσχολική ηλικία. Παρ' όλα αυτά δεν πρέπει να υποτιμήσουμε την κλινική σημασία των νηπιακών συμπεριφορών που αποτελούν απαραίτητες ενδείξεις για πιθανή μελλοντική εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ.

1.5 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη σχολική ηλικία

Ο εντοπισμός των παιδιών με ΔΕΠ-Υ κατά τη σχολική ηλικία εκδηλώνεται στην ηλικία των 7 ετών, όπου συνήθως ο δάσκαλός, και σε σπάνιες περιπτώσεις οι γονείς, διακρίνει συμπεριφορές που δεν ανταποκρίνονται στο αναπτυξιακό τους στάδιο και δυσκολίες που δεν οφείλονται στο ανώριμο της ηλικίας τους (Sax & Kautz, 2003).

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτών των παιδιών στη σχολική ηλικία είναι η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, η μη τήρηση των κανόνων και των οδηγιών, η έλλειψη αυτοέλεγχου και η εμφάνιση κάποιων μαθησιακών δυσκολιών κατά την ανάγνωση και τη γραφή (Agaritou & Andreou, 2008). Τα προβλήματα συμπεριφοράς συχνά αποτελούν αντίδραση για όλα τα παραπάνω. Η δυσκολία ανάπτυξης λόγου και οι ελλειμματικές δεξιότητες σε γραμματική και συντακτικό είναι αποτέλεσμα της έλλειψης συγκέντρωσης και ενδιαφέροντος για τη μαθησιακή διαδικασία. Οι μαθησιακές αυτές

δυσκολίες είναι που δίνουν στον εκπαιδευτικό την υπόνοια ύπαρξης ΔΕΠ-Υ για κάποια μέλη της τάξης του.

Οι σχολικές επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι κατά 30% χαμηλότερες σε σύγκριση με αυτές των συνομήλικών τους. Επίσης οι σχολικές τους επιδόσεις είναι κατά 80% χαμηλότερες από τις προσδοκώμενες με βάση το νοητικό τους επίπεδο (DuPaul & Volpe, 2009). Επιπλέον χαρακτηριστική είναι η αποφευκτική συμπεριφορά που υιοθετούν τα παιδιά αυτά έναντι στη σχολική μελέτη. Οι περιορισμένες οργανωτικές τους δεξιότητες τα οδηγούν να είναι ελλιπώς προετοιμασμένα για την επόμενη μέρα (Gureasko-Moore, DuPaul, & White, 2007).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω ένας μαθητής δημοτικού με ΔΕΠ-Υ οδηγείται ευκολότερα προς την παραίτηση, αποφεύγει την επίμονη προσπάθεια και βιώνει συχνά αποτυχίες κοινωνικής και σχολικής φύσεως που τον οδηγούν σε εριστική συμπεριφορά, ενοχλητική για τους συμμαθητές του οι οποίοι τείνουν να τον απομονώνουν με αποτέλεσμα τη χαμηλή αυτοεκτίμηση για τις δυνατότητές του και την εξέλιξή του (Maniadaki & Kakouros, 2018).

1.6 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη εφηβική ηλικία

Τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ που εμφανίζονται συνήθως κατά τη πρώτη σχολική ηλικία αρχίζουν και υποχωρούν σταδιακά στην εφηβική ηλικία. Συγκεκριμένα υποχωρούν τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας, κάτι που δε σημαίνει ότι η συγκεκριμένη διαταραχή έχει εκλείψει από το άτομο (Hart, Lahey, Loeber, Applegate, & Frick, 1995).

Χαρακτηριστικά όπως η πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, η ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά αρχόμενη από την εφηβεία μέχρι και την ενήλικη ζωή καθώς και η εξάρτηση από διάφορες τοξικές ουσίες είναι προβλήματα που αντιμετωπίζουν συχνά τα άτομα που έχουν διαγνωστεί νωρίς με τη ΔΕΠ-Υ (Flory, Molina, Pelham, Gnagy, & Smith, 2006). Η ροπή των εφήβων με ΔΕΠ-Υ σε παραβατικές συμπεριφορές έχουν άμεση σχέση με την αδυναμία τους για αυτοέλεγχο ώστε να ανταπεξέλθουν στις έντονες απαιτήσεις της συλλογικής ζωής. Οι κοινωνικές αυτές πιέσεις οφείλονται στις διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και τους ωθούν στη δημιουργία παραβατικών ομάδων με συνομήλικους που αντιμετωπίζουν το ίδιο αδιέξοδο.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν μια αντιδραστική συμπεριφορά σε διάφορες μορφές εξουσίας και τείνουν να αποβάλλονται συχνά από το σχολείο ή ακόμα και να το εγκαταλείπουν οι ίδιοι (Robb, et al., 2011). Η αντίδραση τους αυτή προς τους κανόνες - «εξουσία» τους ωθεί σε μία χαμηλή αυτοεκτίμηση για τις δυνατότητές τους και χάνουν οποιοδήποτε στόχο και όνειρο για το μέλλον. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η παραβατική τους συμπεριφορά τους απομονώνει σταδιακά από το κοινωνικό σύνολο και εμποδίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους από κάθε επιτυχία. Εάν κρίναμε ένα άτομο που εκδηλώνει έντονα ΔΕΠ-Υ κατά την εφηβεία θα μιλούσαμε για ένα καταθλιπτικό άτομο.

1.7 Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά την ενήλικη ηλικία

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠ-Υ κατά την ενήλικη ηλικία παραμένουν λιγότερο ή περισσότερο τα ίδια. Τα προβλήματα όπως η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής – οργάνωσης, η παρορμητικότητα στην καθημερινότητα και η αντίδραση προς την «εξουσία» παραμένουν με τη διαφορά ότι οι απαιτήσεις και οι υποχρεώσεις τους έχουν αλλάξει και έχουν αυξηθεί σε σύγκριση με την εφηβική τους ηλικία.

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι επιρρεπή στα τυχερά παιχνίδια (Clark, Nower, & Walker, 2013), δυσκολεύονται στο να αναπτύξουν θετικές διαπροσωπικές σχέσεις και έχουν έλλειψη σταθερότητας στις επαγγελματικές τους επιλογές. Το αντίκτυπο της έντονα άσχημης εφηβικής τους ηλικίας στην ενήλικη ζωή τους οδηγεί να λειτουργούν παρορμητικά και απρόσεχτα και να λαμβάνουν δυσμενείς και χαμηλόμισθες θέσεις (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2002). Κατά συνέπεια το εισόδημά τους είναι μειωμένο και βιώνουν έντονο άγχος σχετικά με την οικονομική τους κατάσταση (Brook, Brook, Zhang, Seltzer, & Finch, 2013). Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο λόγω των οικονομικών τους, την εξάρτηση από τις ουσίες και τα παίγνια και η αδυναμία τους για διαχείριση και για οργάνωση τους οδηγούν σε αδιέξοδα.

Ο αντικοινωνικός τους χαρακτήρας, η αδυναμία διαχείρισης των καταστάσεων και η έντονη αντιδραστικότητα των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ έχει άμεση ανταπόκριση στην οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν βίαιη συμπεριφορά προς τον σύντροφό τους και έχουν περισσότερες πιθανότητες για διαζύγιο (Klein, et al., 2012). Οι γονείς που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή δυσκολεύονται στον

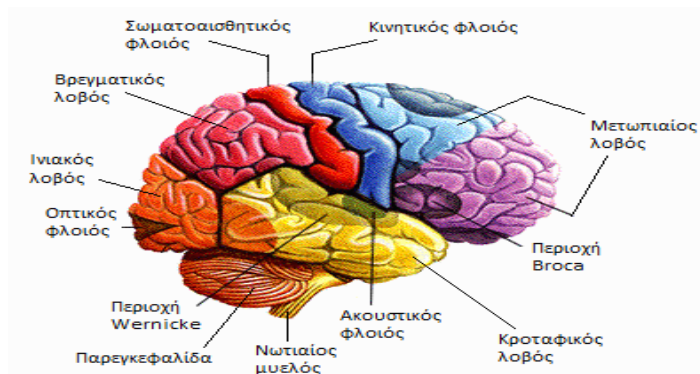
ρόλο τους, συνήθως στην αποτελεσματική επιβολή της πειθαρχίας και σε οργανωτικά θέματα στην καθημερινότητα με το παιδί (Johnston, Lui, & Williamson, 2014).

1.8 Αίτια εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ

Η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική. Αν και οι αιτιολογικοί παράγοντες της ΔΕΠΥ δεν έχουν διευκρινιστεί επαρκώς, αυτή φαίνεται να είναι αποτέλεσμα γενετικών ανωμαλιών και πρόκειται για την πιο συχνά κληρονομούμενη διαταραχή με μέσο όρο κληρονομικότητας 76%. Πιο συγκεκριμένα, το 76% των παιδιών με ΔΕΠΥ έχουν συνήθως ένα συγγενή με αυτήν τη διαταραχή. Μάλιστα φαίνεται πως στην περίπτωση που ο ένας γονέας παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα και το παιδί να παρουσιάσει την ίδια διαταραχή. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 57%. Επίσης πρέπει να επισημανθεί ότι υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό κληρονομικότητας στην περίπτωση διδύμων (Περβανίδου, 2009).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα πρόκειται για μια νευρολογική διαταραχή που οφείλεται σε εγκεφαλική δυσλειτουργία, η οποία μπορεί να εμφανιστεί στο άτομο ήδη από την εμβρυακή του μορφή. Άρα η αρχή της ΔΕΠ-Υ έχει οργανική βάση.

Οι οργανικές βλάβες ή δυσλειτουργίες μπορεί να οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες οι οποίοι επεμβαίνουν τη στιγμή της σύλληψης. Τα γονίδια τα οποία είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη του εγκεφάλου πολλές φορές μεταφέρουν την πληροφορία στο έμβρυο για ασθενέστερους κροταφιαίους λοβούς (όπου γίνεται η ακουστική διάκριση) ή για ανωμαλία στην προμετωπιαία περιοχή του εγκεφάλου (όπου ελέγχονται οι παρορμήσεις και οι σύνθετες σκέψεις). Σύμφωνα με τα παραπάνω οι κληρονομικοί παράγοντες είναι καθοριστικοί για την εμφάνιση της διαταραχής αυτής.



Εικόνα 3. Δομή εγκεφάλου. Πηγή: <https://gr.pinterest.com/pin/597501075539591561/>

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως είναι το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η κακή διατροφή, το υπερβολικό στρες, η παρατεταμένη έκθεση σε ακτινοβολία, οι επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης (π.χ. έλλειψη οξυγόνου), η ενδεχόμενη πρόωρη γέννηση και το μικρό βάρος γέννησης (λιγότερο από 1.500 γραμμάρια) έχει αποδειχθεί ότι έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην εγκεφαλική λειτουργία του παιδιού και την εμφάνιση της διαταραχής αυτής.

Μετά τη γέννηση, οι παράγοντες κινδύνου είναι οι λοιμώξεις από ιούς, η μηνιγγίτιδα, η εγκεφαλίτιδα, η επιληψία, οι τραυματισμοί στο κεφάλι και η έκθεση σε τοξίνες και φάρμακα (Millichar, 2008). Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως τα συζυγικά προβλήματα, η ασταθής δομή και δυσλειτουργία στην οικογένεια επηρεάζουν και επιβαρύνουν την οικία διαταραχή, δηλαδή παίζουν καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών της διαταραχής. Τέλος παράγοντες όπως η τηλεόραση, η πρόσληψη ζάχαρης, καφέ και χρωστικών καθώς περιβάλλοντα όπως η κακή οικογενειακή κατάσταση, κακά σχολεία και κακή διαπαιδαγώγηση δεν είναι υπεύθυνοι για την αρχή της ΔΕΠ-Υ αλλά παράγοντες που την επηρεάζουν.

1.9 Διάγνωση

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία πολυδιάστατη και περίπλοκη διαταραχή. Η διάγνωσή της βοηθάει στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της σε σχέση με τους τύπους εκδήλωσής της, την αναπτυξιακή της πορεία και τις συνυπάρχουσες διαταραχές. Η διάγνωση γίνεται με βάση συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία έχουν καθοριστεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (DSM-IV) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ICD-10) τα οποία κριτήρια βασίζονται με τη σειρά τους σε ερωτηματολόγια. Τονίζεται ότι η διάγνωση της πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένη παιδοψυχιατρική διεπιστημονική ομάδα σε συνεργασία με την οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς. Για να τεθεί η διάγνωσή της ΔΕΠ-Υ απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον 6 από τα συμπτώματα της διαταραχής, όπως αυτά περιγράφονται στα ταξινομικά συστήματα, τους τελευταίους 6 μήνες, να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και να παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα του στο σχολείο, το σπίτι ή και σε άλλες κοινωνικές περιστάσεις. Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών (American Psychiatric Association, 2013).

1.10 Τρόποι αντιμετώπισης

Η ΔΕΠ-Υ από τη πρώτη στιγμή της διάγνωσής της πρέπει να αντιμετωπιστεί σωστά. Έπειτα από έρευνες που έχουν γίνει έχουν προκύψει δύο βασικές μέθοδοι αντιμετώπισής της. Αυτές είναι η φαρμακευτική αγωγή και οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες βασίζονται κυρίως στις αρχές της γνωσιακής - συμπεριφορικής προσέγγισης. Για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ πρέπει να λάβουμε υπόψη μας πολλούς παράγοντες, όπως την ένταση και την έκταση των συμπτωμάτων, τη συννοσηρότητα, τη νοημοσύνη και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού καθώς και το οικογενειακό του περιβάλλον. Επομένως η αντιμετώπισή της πρέπει να είναι εξατομικευμένη και ολιστική.

Η συμπεριφοριστική – γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι ένα είδος ψυχοθεραπείας που στοχεύει στο να αναπτύξουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δικούς τους τρόπους επίλυσης προβλημάτων αλλά και να αποκτήσουν αυτοέλεγχο. Μπορούν να γίνουν προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς είτε στο σπίτι είτε στο σχολείο. Το παιδί θα αναλαμβάνει καθήκοντα που ολοένα θα απαιτούν μεγαλύτερη συγκέντρωση προσοχής, θα επιβραβεύεται η θετική συμπεριφορά και θα αγνοείται η ακατάλληλη.

Ένας όμως από τους κύριους και αποτελεσματικότερους τρόπους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ είναι η φαρμακευτική αγωγή η οποία βασίζεται στη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων. Η φαρμακευτική αγωγή δρα στο τομέα της μάθησης και της κοινωνικοποίησης του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον. Οι πλέον συνήθεις ουσίες που χορηγούνται στη ΔΕΠ-Υ είναι η μεθυλφαινιδάτη (Retalin; Concerta), η δεξτροαμφεταμίνη (Dexedrine) και διάφορα μικτά άλατα αμφεταμίνης (Adderall; Adderall XR) (Λαζαράτου).

Αυτός ο τρόπος όμως συνιστάται σε βαρύτερες και ακραίες περιπτώσεις, για παιδιά με έντονα συχνά συμπτώματα που βάζουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους ή άτομα του περιβάλλοντός τους, καθώς και όταν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις αποδειχτούν ανεπαρκείς.

Κεφάλαιο 2^ο Μαθησιακές Δυσκολίες

2.1 Ορισμός των Μαθησιακών Δυσκολιών

Η απάντηση στο ερώτημα τι είναι οι μαθησιακές δυσκολίες περνάει από πολλά στάδια καθώς η έρευνα στον επιστημονικό χώρο έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις. Μάλιστα είναι πολλοί επιστήμονες οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα των μαθησιακών δυσκολιών προσπαθώντας να δώσουν ερμηνείες και τρόπους αντιμετώπισης έτσι ώστε να παρασχεθεί κάποιο είδος βοήθειας σε αυτά τα παιδιά. Ο λόγος για τον οποίο έχει αναζητηθεί ένας αποδεκτός ορισμός για τις δυσκολίες μάθησης αφορά στον τρόπο της αντιμετώπισής τους. Για αυτόν τον λόγο σημαντικά ερωτήματα που τέθηκαν αναφορικά, με το ποιος είναι ο τρόπος με τον οποίο θα μπορούν τα παιδιά που χαρακτηρίζονται από αυτές να δρουν αποτελεσματικά εντός του σχολικού πλαισίου και αν η συμπεριληπτική εκπαίδευση αποτελεί εν τέλει ένα εργαλείο το οποίο θα βοηθήσει σε αυτό το σκοπό. Μετά από πολλές αποδόσεις ερμηνείας στις δυσκολίες μάθησης έχει γίνει σαφές ότι ένας μόνο ορισμός είναι αδύνατο να τις οριοθετήσει (Στασινός, 2020).

Επομένως χρησιμοποιούνται διαφορετικά κριτήρια, έτσι ώστε με την έννοια των μαθησιακών δυσκολιών να αποτυπωθεί και μία διαφορετική οπτική της ταυτότητας τους. Πιο συγκεκριμένα, ένα κριτήριο το οποίο είναι αποδεκτό για την ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών αφορά στην ενδοατομική ασυμφωνία. Με βάση αυτό το κριτήριο ένα παιδί χαρακτηρίζεται από μαθησιακές δυσκολίες, αν εμφανίζει σοβαρή ασυμφωνία ή αναντιστοιχία σε σχέση με το πόσο μπορεί ένας μαθητής να αποδώσει στο σχολείο και σε συνάρτηση με τη ρεαλιστική του επίδοση η οποία προκύπτει από διαγωνίσματα και ασκήσεις αξιολόγησης. Επίσης υπάρχει το κριτήριο του αποκλεισμού. Σύμφωνα με αυτό ένα παιδί χαρακτηρίζεται από μαθησιακές δυσκολίες όταν εμφανίζει αδυναμίες στις ευκαιρίες για μάθηση, οι οποίες όμως δεν αποδίδονται σε πηγές αιτίων όπως είναι οι αναπηρίες αναφορικά με τις αισθήσεις του ή όπως η ύπαρξη νοητικής υστέρησης και συναισθηματικών διαταραχών. Ειδικά για αυτήν την κατηγορία δυσκολιών χρησιμοποιείται ο όρος των ειδικών δυσκολιών μάθησης καθώς έρχεται σε αντίθεση με μία πιο μεγάλη ομάδα μαθησιακών δυσκολιών οι οποίες μπορούν να χαρακτηριστούν ελαφριάς μορφής και που δεν απαιτούν την οργανωμένη παρεμβατική διαδικασία. Τέλος, έχουμε το κριτήριο παροχής ειδικής εκπαίδευσης. Σε αυτήν την περίπτωση έγκειται η ανάγκη για εξειδικευμένη παροχή εκπαιδευτικών υπηρεσιών στο

γενικό σχολείο ώστε ο μαθητής να ανταποκριθεί στα σχολικά του καθήκοντα (Στασινός, 2020).

Ο Samuel Kirk έχει ορίσει τις μαθησιακές δυσκολίες ως μία συνθήκη μάθησης η οποία διακρίνεται για την πιο επιβραδυνόμενη της πορεία, λόγω επιπλέον διεργασιών που πρέπει να γίνουν στο παιδί. Αυτές έχουν σχέση με τη διαχείριση της γλώσσας της αντιληπτικής ικανότητας, της συμπεριφοράς του παιδιού και των ικανοτήτων του ως προς τον γραπτό λόγο αλλά και την αριθμητική του ικανότητα. Τέλος αξίζει να αναφερθεί ο ορισμός που έχει δοθεί από το εθνικό συλλογικό συμβούλιο στις ΗΠΑ το 1994. Σύμφωνα με αυτόν οι μαθησιακές δυσκολίες αφορούν μία ομάδα αδυναμιών και δυσκολιών με ξεχωριστή υπόσταση. Οι διαταραχές αυτές αφορούν εσωτερικευμένα στοιχεία του ατόμου και προέρχονται από κάποια νευρολογική σύσταση η οποία οδηγεί σε αδυναμίες απόκτησης δεξιοτήτων, σχετικών με την ακρόαση, την ομιλία την ανάγνωση, τη γραφή, τη σκέψη και τα μαθηματικά. Με την ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών μπορεί να υπάρχουν και άλλα ζητήματα που αφορούν τη συμπεριφορά του παιδιού και την κοινωνική του υπόσταση, αλλά να μην αποτελούν μαθησιακές δυσκολίες. Μπορεί οι δυσκολίες να συνδυάζονται με την ύπαρξη κάποιας αναπηρίας στις αισθήσεις του ατόμου ή και με εξωτερικούς παράγοντες όπως το πολιτισμικό περιβάλλον και τις μειωμένες ευκαιρίες για μάθηση, αλλά να μην προκύπτουν από αυτά τα στοιχεία (Στασινός, 2020).

2.2 Χαρακτηριστικά των παιδιών με Μαθησιακές Δυσκολίες

Για να γίνουν αντιληπτά τα χαρακτηριστικά των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες είναι σκόπιμο να μελετηθεί η κλινική τους εικόνα. Με τον όρο αυτό εννοούμε μία εσωτερική μελέτη της λειτουργίας των παιδιών αναφορικά με το γνωστικό, κοινωνικό και συναισθηματικό τους τρόπο λειτουργίας. Αρχικά το πρώτο στοιχείο που χρειάζεται να αναφερθεί είναι ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες διακρίνονται σε αυτά που παρουσιάζουν αναπτυξιακές διαταραχές ή και σε εκείνα που εμφανίζουν ειδικές δυσκολίες μάθησης όπως είναι η δυσλεξία. Με την έννοια της δυσλεξίας αναφερόμαστε σε μία αδυναμία πρόσκτησης του γραπτού λόγου και της χρήσης της γλώσσας. Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες αφορούν σε αδυναμίες του παιδιού οι οποίες εστιάζουν σε συγκεκριμένες περιοχές της λειτουργικότητας του στα σχολικά καθήκοντα. Περιοχές τέτοιες είναι η γραφή, η ανάγνωση, η ορθογραφημένη έκφραση, ενώ και σε κάποια

παιδιά η διαχείριση της μαθηματικής ικανότητας και των αριθμητικών υπολογισμών. Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών που εμφανίζουν ειδικές μαθησιακές δυσκολίες σε έναν από αυτούς τους τομείς μόνο, ενώ μπορεί να υπάρχουν και μαθητές με δυσκολίες σε όλους τους τομείς που αναφέρθηκαν ταυτόχρονα (Τομαράς, 2008).

Από την άλλη πλευρά, οι μαθησιακές δυσκολίες σε γενικό πλαίσιο αντιπροσωπεύουν ένα γενικό πλέγμα αδυναμιών και διαταραχών, που χαρακτηρίζουν το παιδί και την ίδια στιγμή μπορεί να έρχονται σε συνάρτηση με άλλα προβλήματα, που εστιάζουν στον συναισθηματικό κόσμο του παιδιού. Ένα παράδειγμα είναι οι διαταραχές του συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται πολύ συχνά σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες όπως είναι η εμφάνιση άγχους στην καθημερινή τους ζωή, τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι τους. Το άγχος έρχεται σε συνδυασμό και με άλλα συναισθήματα τα οποία λαμβάνουν χώρα κατά την εκτέλεση σχολικών εργασιών ή ασκήσεων αξιολόγησης. Τέτοια είναι ο φόβος και ο θυμός το οποίο μπορεί να εκφραστούν και με σωματικές εκφάνσεις όπως είναι οι αδέξιες κινήσεις, οι υπερβολικές αντιδράσεις, η απροθυμία συνεργασίας με τους εκπαιδευτικούς και η επιθυμία να μην προσπαθήσουν να λύσουν κάποια άσκηση ακόμα και μέχρι βάζοντας και τα κλάματα (Τομαράς, 2008).

Αν και από έρευνες που έχουν γίνει δεν έχει βρεθεί σχέση αιτίου-αποτελέσματος ως προς τις μαθησιακές δυσκολίες και τις συναισθηματικές διαταραχές, ωστόσο είναι πολλές οι περιπτώσεις των μαθητών που συνδυάζουν και την διαταραχή του συναισθήματος παράλληλα με δυσκολία στη μάθηση. Γενικά η κλινική εικόνα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να διαφέρει. Ένας μαθητής μπορεί να έχει αυξημένες νοητικές ικανότητες αλλά να υστερεί στην διδασκαλία, όταν αυτή γίνεται μόνο με έναν τρόπο όπως για παράδειγμα με χρήση του γραπτού λόγου. Μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις η προφορική οδηγία του εκπαιδευτικού να βοηθήσει τον μαθητή να παρουσιάσει ικανοποιητικά αποτελέσματα και πρόοδο σε όλα τα διδακτικά αντικείμενα. Αντιθέτως μπορεί ένας μαθητής να παρουσιάσει αδυναμία στη γλωσσική του δεξιότητα και συγκριτικά με το ηλικιακό του επίπεδο να χρειάζεται εξειδικευμένο τρόπο διδασκαλίας για την επίλυση προβλημάτων, ώστε αυτή να είναι εφικτή (Lee, 2011).

2.3 Αιτιολογία των Μαθησιακών Δυσκολιών

Η αιτιολογία της ύπαρξης των μαθησιακών δυσκολιών αναφέρεται στους λόγους, οι οποίοι είναι μία πραγματικότητα για το παιδί και έχουν ως αποτέλεσμα την ύπαρξη αδυναμιών σε τομείς της μάθησης. Η απάντηση στο ερώτημά ποιος είναι ο λόγος για τον οποίο ένα παιδί μπορεί να ταλαιπωρείται από μαθησιακές δυσκολίες και από την ύπαρξη ειδικών δυσκολιών στη μάθηση, έχει μία προβληματική καθώς δεν μπορεί να δοθεί μόνο από έναν παράγοντα. Οι αιτίες της ύπαρξης αυτών των διαταραχών, μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με την κάθε περίπτωση του κάθε παιδιού και ένας παράγοντας που δημιουργεί μαθησιακά προβλήματα σε έναν μαθητή σε έναν άλλον μπορεί να μην επιδρά καθόλου. Αυτό συνδυάζεται με το γεγονός της ποικιλομορφίας των εμφανίσεων με τις οποίες εκφράζονται οι μαθησιακές δυσκολίες και από τις διαφορές που παρουσιάζουν οι κλινικές εικόνες των παιδιών σε κάθε περίπτωση. Για την πρόκληση μαθησιακών δυσκολιών παίζουν σημαντικό ρόλο και οι περιβαλλοντικοί, αλλά και οι συναισθηματικοί παράγοντες με τους οποίους εμπλέκεται το παιδί και έχει αλληλεπίδραση σε καθημερινή βάση. Τα ερεθίσματα με τα οποία μεγαλώνει ένα παιδί καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό και τον τρόπο με τον οποίο εξελίσσεται και αναπτύσσεται. Είναι αποδεκτό ότι το περιβαλλοντικό και συναισθηματικό πλαίσιο ενός παιδιού έχουν μεγάλη ευθύνη για τον τρόπο με τον οποίο θα εξελιχθούν ή όχι οι δυσκολίες μάθησης (Στασινός, 2020).

Στο πλαίσιο αυτό, πολύ σημαντικό στοιχείο για έναν μαθητή είναι το οικογενειακό του περιβάλλον και το ιστορικό της οικογένειάς του, το οποίο αφορά και την ιατρική ταυτότητα του αλλά και την ποιότητα της διαβίωσης του αναφορικά με τον τρόπο που συμβαίνει η διαχείριση του παιδιού. Για παράδειγμα υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα σε μία οικογένεια στην οποία οι εντάσεις είναι καθημερινό φαινόμενο και η κακοποίηση από ένα οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο επικρατεί η ισορροπία και η αρμονική συμβίωση των μελών του. Αυτοί οι παράγοντες είναι πολύ πιθανόν να ενισχύσουν προκαθορισμένα στοιχεία στο παιδί, τα οποία το θέτουν να έχει τάση προς τις διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Το αποτέλεσμα είναι η υιοθέτηση κοινωνικών δομών οι οποίες ρέπουν προς την προβληματική συμπεριφορά. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί στην επιβράδυνση της μαθησιακής διαδικασίας, καθώς συνδυάζεται και με την προϋπάρχουσα μειωμένη επαφή με τα σχολικά δρώμενα, λόγω αδυναμιών που δεν έχουνε δουλευτεί. Όμως δυνητικά θα

μπορούσαν να προληφθούν από την αρχή με εξειδικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης (Reid, 2019).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει η έκφραση μαθησιακών δυσκολιών στα παιδιά η οποία συνδυάζεται εξολοκλήρου με νευρολογικές προδιαγραφές, οι οποίες οδηγούν στην δυσλειτουργική ανάπτυξη του παιδιού σχετικά με την με τη γνωστική του υπόσταση. Σε αυτή την περίπτωση το περιβάλλον έχει μειωμένο ρόλο για την ύπαρξη των συγκεκριμένων διαταραχών, όπως είναι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, οι αδυναμίες στην πρόσκτηση του λόγου, καθώς και η επιβράδυνση στις διεργασίες της νόησης για τα προβλήματα στη μάθηση. Σε αυτή την περίπτωση λοιπόν, κάνουμε λόγο για δομικά στοιχεία της λειτουργίας του εγκεφάλου, τα οποία έχουν διαφορετική σύνδεση για το παιδί και φέρνουν ως αποτέλεσμα το αντίθετο αποτέλεσμα από το επιθυμητό στις γνωστικές διεργασίες (Στασινός, 2020).

2.4 Διάγνωση των Μαθησιακών Δυσκολιών

Η διαγνωστική διαδικασία αφορά στον τρόπο με τον οποίον μπορεί να γίνει αντιληπτή η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών σε ένα παιδί με επιστημονική και οργανωμένη αξιολογική εκτίμηση. Η διαδικασία λοιπόν, αυτή περιλαμβάνει μία σειρά από ενέργειες, κατά τις οποίες εφαρμόζεται η ψυχομετρική αξιολόγηση και η επιστράτευση των σταθμισμένων ψυχομετρικών τεστ, έτσι ώστε να γίνει μία εκτίμηση με συγκεκριμένα αποτελέσματα των αδυναμιών και δυνατοτήτων του παιδιού. Οι δοκιμασίες των ψυχομετρικών τεστ ,που χορηγούνται σε μία διαγνωστική διαδικασία περιλαμβάνουν τομείς διερεύνησης, που αφορούν το γνωστικό κομμάτι, το κοινωνικό αλλά και το συμπεριφορικό και συναισθηματικό. Ο σκοπός για τον οποίο εφαρμόζεται η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών αφορά στην μέθοδο με την οποία θα οργανωθεί η παρεμβατική δράση εφόσον αυτή κριθεί αναγκαία. Επομένως, η πρόθεση της διαγνωστικής συνθήκης έχει θετικό πρόσημο καθώς εστιάζει στην παροχή ειδικής εκπαιδευτικής υποστήριξης με σκοπό την βελτίωση του μαθητή σε όλα τα ζητήματα της σχολικής καθημερινότητάς του (Κουλάκογλου, 2013).

Το έργο αυτό λοιπόν, το αναλαμβάνουν ειδήμονες στον τομέα της διάγνωσης μαθησιακών δυσκολιών οι οποίοι εργάζονται στον τομέα της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης αλλά και σε παρεμφερείς τομείς της κοινωνικής έρευνας. Η ομάδα των επιστημόνων οι οποίοι μπορούν να φέρουν εις πέρας το έργο της διάγνωσης, ανήκουν

στον τομέα της ψυχολογίας και ψυχιατρικής της λογοθεραπείας, αλλά μπορεί να είναι ταυτόχρονα κοινωνικοί λειτουργοί και εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής. Η διαδικασία αυτή λαμβάνει χώρα σε ειδικά θεσμικά κέντρα τα οποία κατά καιρούς έχουν αλλάξει ονομασίες και συνιστούν κέντρα διαφοροδιάγνωσης και εκπαιδευτικής υποστήριξης. Ο όρος ΚΕΔΔΥ, ο οποίος χρησιμοποιούνταν παλαιότερα και σήμαινε τα κέντρα διαφοροδιάγνωσης, διάγνωσης και υποστήριξης, πλέον έχει αντικατασταθεί από τον όρο ΚΕΣΥ. Σύμφωνα με αυτόν το Υπουργείο Παιδείας έχει κατοχυρώσει τη λειτουργία κέντρων τα οποία παρέχουν εκπαιδευτική υποστήριξη σε περιοχές σε όλους τους νομούς της χώρας έτσι ώστε, να μπορεί να υπάρχει συνεργασία με τις εκπαιδευτικές μονάδες και τους μαθητές τους. Μια εκπαιδευτική μονάδα θα συμβάλει στη συνεργασία με το αντίστοιχο κέντρο καθώς μπορεί να παραπέμψει έναν μαθητή για να ζητήσει τις υπηρεσίες του, ως προς την διαγνωστική διαδικασία. Η ομάδα των ειδικών, η οποία θα προσεγγίσει τον μαθητή με τη σειρά της θα προβεί σε μία διαδικασία οργανωμένης αξιολόγησης του, σύμφωνα με τους κανόνες ηθικής δεοντολογίας και θα προκύψει μία σαφής εικόνα της κλινικής του κατάστασης και το αν υπάρχουν μαθησιακές δυσκολίες ή όχι. Στην περίπτωση κατά την οποία διαγνωστεί ο μαθητής με μαθησιακές δυσκολίες ή ειδικές δυσκολίες στην μάθηση, όπως είναι για παράδειγμα η δυσλεξία τότε το κέντρο προβαίνει στην γραπτή αναφορά της κλινικής εικόνας του μαθητή εξετάζοντας παράλληλα και ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης, το οποίο θα αφορά την διδασκαλία στο γενικό σχολείο (Heiden & Hersen, 2011).

Οι διαγνώσεις από τα κέντρα ΚΕΣΥ, δίνουν το δικαίωμα στο κάθε σχολείο να αιτηθεί την υποστήριξη του παιδιού από ειδικό παιδαγωγό εντός της γενικής τάξης. Η επίσημη διάγνωση επίσης μπορεί να δώσει το δικαίωμα σε μαθητές στην περίπτωση για παράδειγμα της δυσλεξίας να έχουν πρόσβαση σε διαφορετικό τρόπο εξέτασης προφορικά και όχι μέσω γραπτού λόγου. Το πρόγραμμα παρέμβασης το οποίο προτείνεται από το ΚΕΣΥ, αφορά στο περιεχόμενο της διδασκαλίας, στο είδος των ασκήσεων, στον τρόπο αξιολόγησης, στο χρόνο που δίνεται, καθώς και στο απαραίτητο εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο μπορεί να εμπλακεί στην διδασκαλία και υποστήριξη. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να προταθεί ανάλογα με την βαρύτητα της κάθε περίπτωσης και η συνεργασία με κάποιον ψυχολόγο ή λογοθεραπευτή έτσι ώστε να είναι δυνατή η εξέλιξη του παιδιού σε όλα τα επίπεδα. Σε κάθε περίπτωση πάντως, η διάγνωση έχει ως σκοπό την πρόληψη των δυσκολιών μάθησης και στοχεύει στην

αποσυμπίεση δυσκολιών μπορούν να αντισταθμιστούν από την αρχή της εμφάνισής τους στη μάθηση έτσι ώστε να μην συσσωρευτούν για το παιδί στα μαθησιακά του καθήκοντα. Είναι πολύ σημαντική λοιπόν η έγκαιρη διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών από τις πρώτες τάξεις της παιδικής ηλικίας του παιδιού (Reid, 2019).

Κεφάλαιο 3^ο ΔΕΠ-Υ Και Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες

3.1 Συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Μαθησιακών Δυσκολιών

Στα παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες υπάρχει πιθανότητα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους να εμφανιστεί η νοσηρότητα με άλλες διαταραχές, οι οποίες να τους εμποδίζουν στη διαδικασία της απόκτησης των γνωστικών δομών. Η ύπαρξη περισσότερων από μία διαταραχές ταυτόχρονα σε ένα μαθητή χαρακτηρίζεται με την έννοια της συννοσηρότητας. Ένα τέτοιο παράδειγμα για τους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες αφορά στην ύπαρξη της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής, και υπερκινητικότητας ή αλλιώς ΔΕΠ-Υ. Κατά την περίπτωση αυτήν το παιδί αντιμετωπίζει την αδυναμία στην διατήρηση της προσοχής του ή προβαίνει σε παρορμητικές αντιδράσεις και κινήσεις (William, 2011).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προκαλούνται στοιχεία στην μαθησιακή του συμπεριφορά τα οποία τον εμποδίζουν να προσαρμοστεί στο σχολικό επίπεδο με τον τρόπο που θα προσαρμοστούν άλλα παιδιά της ηλικίας του. Ένα τέτοιο παράδειγμα θα μπορούσε να είναι η επιβεβλημένη απόκτηση της δεξιότητας της ομιλίας, καθώς και των αντιλήψεων σε σχέση με τις κοινωνικές σχέσεις. Στην περίπτωση της ύπαρξης διαταραχής ελλειμματικής προσοχής όταν συνυπάρχει με δυσκολίες μάθησης, εμφανίζεται πολύ συχνά την αδυναμία στην διαχείριση του λόγου, το οποίο φαίνεται περισσότερο από την αναγνωστική ικανότητα. Βέβαια, όπως έχει αναφερθεί, η κλινική εικόνα του κάθε παιδιού με μαθησιακές δυσκολίες, παρουσιάζει διακυμάνσεις καθώς είναι πολλές οι ατομικές διαφορές των μαθητών μεταξύ τους. Επομένως, όταν παρατηρείται το φαινόμενο της συννοσηρότητας, είναι πολύπλοκη διαδικασία του να εφαρμοστεί η διαγνωστική διαδικασία, ώστε να βγει το συμπέρασμα, ποιοι είναι οι παράγοντες να προκαλούν τις μαθησιακές δυσκολίες (Στασινός, 2020).



Εικόνα 4. Η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις μαθησιακές δυσκολίες. Πηγή:

<http://www.specialpedia.eu/index.php/arhtra/erevnes/item/i-synyparksi-tis-depy-me-tis-mathisiakes-dyskolies>

3.2 Συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Δυσλεξίας

Δυσλεξία ορίζεται ως η αδυναμία του ατόμου να κατακτήσει την αυτοματοποιημένη αναγνωστική ικανότητα, η οποία δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από προβλήματα στη νοητική ανάπτυξη, από αισθητηριακές δυσκολίες ή από ανεπαρκείς προσπάθειες (Sireteanu, Goertz, Bachert, & Wandert, 2005). Η δυσλεξία αφορά περίπου το 80% του συνόλου των μαθησιακών δυσκολιών, εκδηλώνεται στο 8-12% του πληθυσμού και αποτελεί τη πιο συνηθισμένη μορφή των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών.

Η συχνότητα εμφάνισης της δυσλεξίας στα άτομα με ΔΕΠ-Υ μας οδηγεί να εξετάσουμε εάν η ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να προκαλεί μαθησιακές δυσκολίες. Μια άλλη ερμηνεία είναι ότι η ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να αποτελεί ένα δευτερογενές σύμπτωμα της δυσλεξίας. Με λίγα λόγια η δυσκολία ανάγνωσης και γραφής ίσως να οδηγούν στην εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς, προσοχής και υπερκινητικότητας. Σύμφωνα με μια τρίτη άποψη η δυσλεξία και η ΔΕΠ-Υ μπορεί να οφείλονται σε μία ίδια μορφή νευρολογικής δυσλειτουργίας (Παπαβασιλείου, 2012).

Η διαφορά των ατόμων με δυσλεξία που δεν παρουσιάζουν κάποιο πρόσθετο σύμπτωμα και διαγνωστούν από πολύ νωρίς με αυτή τη μαθησιακή δυσκολία με εξάσκηση και σωστή καθοδήγηση μαθαίνουν πολύ γρήγορα να κατακτήσουν την ικανότητα της αυτοματοποιημένης ανάγνωσης. Αντίθετα τα άτομα με ΔΕΠ-Υ που παρουσιάζουν δυσλεξία δυσκολεύονται στην κατάκτηση αυτής της δεξιότητας, και στην προσπάθειά τους να αποφύγουν λάθη κατά την ανάγνωση διαβάζουν πάρα πολύ αργά με αποτέλεσμα τη μη κατανόηση του κειμένου.

Τα παιδιά με εμφάνιση ΔΕΠ-Υ και δυσλεξία που έχουν κατανοήσει τους γραμματικούς κανόνες δίνοντάς τους απεριόριστο χρόνο και καταβάλλοντας την ανάλογη προσπάθεια είναι ικανά να περιορίσουν τα ορθογραφικά τους λάθη κατά τη γραφή και να τονίσουν σωστά όλες τις λέξεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τα βασικά χαρακτηριστικά μιας αυτοματοποιημένης διαδικασίας είναι ότι αυτή εξελίσσεται γρήγορα, χωρίς να απαιτείται ιδιαίτερη προσπάθεια και συνείδηση. Οπότε σε μία κατάσταση όπου στα παιδιά ζητείται να γράψουν γρήγορα (αυτοματοποιημένα) δεν είναι ικανά να ανταπεξέλθουν και να εκφράσουν την κωδικοποίηση του μηχανισμού ανάγνωσης και γραφής (Logan, 1997).

Μεγάλη συμβολή στο πρόβλημα της έκφρασης είναι η πρώιμη παρέμβαση με τη συστηματική άσκηση των παιδιών, από τη προσχολική ηλικία, στην κατανόηση του

μηχανισμού ανάγνωσης εξαιτίας της μεγάλης πλαστικότητας του εγκεφάλου (Shaywitz, et al., 2004). Τα αποτελέσματα της παρέμβασης αυτής είναι πολύ ενθαρρυντικά για τη μετέπειτα σχολική ζωή.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η δυσλεξία είναι ένας τρόπος να θορυβηθούμε για την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ, παρ' όλα αυτά η εμφάνιση της δυσλεξίας μπορεί να είναι ανεξάρτητη από την παραπάνω διαταραχή ως μία συχνή μαθησιακή δυσκολία η οποία αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη ατομική προσπάθεια και καθοδήγηση από τους ειδικούς.

3.3 Συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Διαταραχών Συμπεριφοράς

Όταν αναφερόμαστε στις διαταραχές συμπεριφοράς εννοούμε τα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία και τα ταξινομούμε σε δύο κατηγορίες ανάλογα με τη σοβαρότητα και την ένταση που τα συναντάμε.

Σαν πρώτη κατηγορία χαρακτηρίζουμε την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή κατά την οποία διακρίνουμε συμπεριφορές όπως θυμωμένη-ευερέθιστη διάθεση, εριστική-προκλητική συμπεριφορά και εκδικητικότητα. Συγκεκριμένα τα παιδιά που εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή συχνά χάνουν την ψυχραιμία τους, είναι εύθικτα, θυμωμένα και ενοχλούνται εύκολα από τους άλλους. Εμφανίζουν μία ανάρμοστη συμπεριφορά κατηγορώντας τους άλλους για τα δικά τους λάθη ή ενοχλώντας τους σκόπιμα. Τέλος κυριαρχεί η άρνηση σχετικά με τη συμμόρφωση στους κανόνες των ενηλίκων.

Η αδυναμία των γονέων να θέσουν όρια στη συμπεριφορά του παιδιού τους και να το καθοδηγήσουν στους κανόνες της κοινωνικής ζωής επιβαρύνει την αλληλεπίδραση του παιδιού με το κοντινό κοινωνικό του περιβάλλον που περιλαμβάνει οικογένεια, φίλους, σχολική ζωή.

Σαν δεύτερη κατηγορία χαρακτηρίζουμε τη Διαταραχή Διαγωγής κατά την οποία διακρίνουμε συμπεριφορές όπως εκδήλωση επιθετικότητας σε ανθρώπους ή ζώα και έντονες παραβατικές συμπεριφορές όπως καταστροφή ιδιοκτησίας, κλοπή, απάτη και παραβάσεις κανόνων. Πιο συγκεκριμένα τα παιδιά που εμφανίζουν την παραπάνω αποκλίνουσα συμπεριφορά συχνά τείνουν να εκφοβίζουν και να τρομοκρατούν τους άλλους και χαίρονται με το να προκαλούν τρομοκρατία στο περιβάλλον τους. Θα λέγαμε ότι δεν είναι λίγες οι φορές που χρησιμοποιούν σωματική βία. Επίσης προκαλούν

καταστροφές σε ξένη ιδιοκτησία με οποιοδήποτε τρόπο, απομακρύνονται από την οικία τους μένοντας συχνά αργά έξω το βράδυ και λείπουν αδικαιολόγητα από το σχολείο (American Psychiatric Association, 2013). Οι συμπεριφορές αυτές πρέπει να προκαλούν σοβαρή διαταραχή στη κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ενός παιδιού.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Biederman, Faraone, & Lapey, 1992) η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει σε υψηλά ποσοστά με τις δύο παραπάνω διαταραχές. Περίπου το 35-60% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί επίσης τα κριτήρια για τη διάγνωση της Ε.Π.Δ. στην πρώτη σχολική ηλικία, ενώ το 35-50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της Δ.Δ. σε μεγαλύτερη ηλικία (Barkley, 1990).

Το μέρος του πληθυσμού που εμφανίζει συννοσηρότητα ανάμεσα στις δύο παραπάνω διαταραχές και στη ΔΕΠ-Υ αποτελεί μία ξεχωριστή ομάδα με σοβαρότερα συμπτώματα που είναι χαρακτηριστικά για μία δυσμενέστερη εξέλιξη στη μετέπειτα ζωή τους από ότι στις περιπτώσεις των παιδιών που εμφανίζουν μόνο τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Στην ομάδα που αναφέραμε η αντικοινωνική συμπεριφορά εμφανίζεται σε μία πρώιμη ηλικία και με μία πιο επίμονη και έντονη μορφή .

Όπως έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο τα άτομα που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ έχουν γενικότερα χαμηλότερες σχολικές επιδόσεις λόγω της παρορμητικότητάς τους και της έλλειψης προσοχής. Εάν σε αυτή την κατάσταση προσθέσουμε την παραβατική συμπεριφορά, τις έντονες αντιδράσεις, την άρνηση συνεργασίας και την επιθετικότητα απέναντι στα άλλα άτομα οδηγούν το κοινωνικό τους σύνολο στο να τους απομονώσει και εμποδίζουν τους εαυτούς τους από τη σχολική εξέλιξη.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δεν εμφανίζουν πάντοτε τις δύο αυτές διαταραχές καθώς και τα άτομα με τις διαταραχές αυτές δεν είναι απαραίτητο να εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ. Η συννοσηρότητα των δύο διαταραχών με τη ΔΕΠ-Υ είναι που επιβαρύνει μία ακόμα πιο δύσκολη κοινωνική και ψυχολογική κατάσταση.

Κεφάλαιο 4^ο ΔΕΠ-Υ Και Τελευταίες Εξελίξεις

4.1 Η επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ

Ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται παγκοσμίως από 2,2 έως 17,8%, εάν και οι περισσότερες μελέτες συγκλίνουν σε ένα ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής από 4-10%. Σύμφωνα με τις διεθνείς έρευνες (Barkley, 1990) κυμαίνεται από 3-5% του μαθητικού πληθυσμού (Rief, 1993).

Στις μέρες μας υπολογίζεται ότι το ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ανέρχεται σε 3-7% και ενηλίκων περίπου 4%. Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια με αναλογία από 3:1 έως 5:1 αντίστοιχα. Στην Ελλάδα 7-9,5% των παιδιών παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.

Η επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ στην Ελλάδα δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς. Θα αναφέρουμε δύο επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σχετικές με αυτό το θέμα. Η πρώτη διεξήχθη στην Αθήνα (Skounti, Giannoukas, Dimitriou, Nikolopoulou, Linardakis, & Philalithis, 2010). Στόχος της ήταν να διερευνήσει τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ καθώς και την κοινωνική και ακαδημαϊκή εξασθένηση των παιδιών. Ως δείγμα λήφθηκαν 603 μαθητές δημοτικού σχολείου ηλικίας 6-11 ετών. Από τους 603 μαθητές οι 312 αφορούσαν τα αγόρια (51,7%) ενώ αντίστοιχα τα κορίτσια ήταν 291 (48,3%). Αξίζει να σημειώσουμε ότι υπήρχε μία γενική ομοιογένεια στο πλήθος των μαθητών όσον αφορά την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των οικογενειών τους με ένα μικρό ποσοστό 10% που αφορούσε παιδιά από οικογένειες μεταναστών. Η έρευνα έλαβε μέρος από τον Ιανουάριο μέχρι τον Μάρτιο ώστε οι δάσκαλοι να έχουν διαμορφώσει μία γενική εικόνα για το κάθε μαθητή της τάξης τους. Οι δάσκαλοι ακολουθώντας τα διαγνωστικά κριτήρια, σημείωναν σε μία κατάσταση τη συχνότητα εμφάνισης κάποιων συμπεριφορών στο παιδί όπως για παράδειγμα 0= ποτέ 1= σπάνια, 2= κάποιες φορές, 3= συχνά. Αυτές τις τιμές τις έλαβαν τρεις φορές και τις κατηγοριοποίησαν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Στη συνέχεια οι δάσκαλοι έγραψαν μία αναφορά ερωτηματολογίου κατά την οποία ο δάσκαλος κρίνεται για την αντίληψή του, για την ακαδημαϊκή δραστηριότητα του παιδιού, την προσαρμοστικότητα και για τυχόν προβλήματα συμπεριφοράς. Το ποσοστό εμφάνισης του συνόλου των συμπτωμάτων ανά μαθητή έχει κριθεί σε μία κλίμακα σύμφωνα με την οποία όταν φτάνει στο 70 και

πάνω να θεωρείται στο κλινικό φάσμα και όταν είναι στο 65-69 να είναι στο οριακό φάσμα.

Μετά την ανάλυση των ερωτηματολογίων 36 (ποσοστό 6%) από τους 603 μαθητές κατείχαν όλα τα κριτήρια της ΔΕΠ-Υ. Μεταξύ των 312 αγοριών τα 25 (8%) και 11 (3,8%) από τα 291 κορίτσια διαπιστώθηκαν ότι έχουν ΔΕΠ-Υ. Ο επικρατέστερος διαγνωσκόμενος τύπος της ΔΕΠ-Υ ήταν ο συνδυασμένος τύπος (3,8%), ακολουθείται από την έλλειψη προσοχής και ενδιαφέροντος (1,7%) και τέλος ο τύπος της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας (0,5%).

Επιπρόσθετα κανένα από τα 36 παιδιά δεν έχουν διαγνωστεί νωρίτερα ότι πάσχουν από ΔΕΠ-Υ ή κάποια άλλη διαταραχή. Από τις 36 περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ οι 16 (44%) ανήκουν στο κλινικό φάσμα με κοινωνικά προβλήματα και 8 (22%) είναι στο όριο κλινικού φάσματος. 22 παιδιά (61%) ανήκουν στο κλινικό φάσμα για ακαδημαϊκή αποτυχία και 3 (8,3%) ανήκουν στο φάσμα του ορίου. Στο κλινικό φάσμα για ταυτόχρονα ακαδημαϊκή και κοινωνική αδυναμία ήταν 11 (30,5%) παιδιά.

Η παραπάνω έρευνα έδειξε επικράτηση της ΔΕΠ-Υ με ποσοστό 6% που συμφωνεί με πολλές μελέτες γύρω από τη διαταραχή αυτή παγκοσμίως. Λόγω της ποικιλομορφίας της διαταραχής αυτής οι μελέτες προτείνουν μία ποσοστιαία επικράτηση 4-10% παγκοσμίως. Το ευκρινέστερο χαρακτηριστικό των μελετών αυτών γύρω από τη ΔΕΠ-Υ είναι η αναλογία εμφάνισης της διαταραχής μεταξύ αγοριών και κοριτσιών από 2,1:1 έως 3:1.

Η δεύτερη επιδημιολογική έρευνα διεξήχθη στην Κρήτη. Στόχος της ήταν να διερευνήσει τον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά σχολικής ηλικίας που ζούσαν στην Κρήτη (Skounti, Philalithis, Mpitzaraki, Vamvoukas, & Galanakis, 2006). Ως δείγμα λήφθηκαν 1708 μαθητές δημοτικού σχολείου ηλικίας 7-9 ετών, σε 101 τμήματα και σε 55 δημοτικά σχολεία. Πρόκειται για μία έρευνα δύο σταδίων και η διαδικασία η οποία χρησιμοποιήθηκε συμπεριλάμβανε ειδικές εξετάσεις ΔΕΠ-Υ που βαθμολογούσαν τη συμπεριφορά των μαθητών σε μία κλίμακα. Ο ρόλος των γονέων στην έρευνα αυτή ήταν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο όσον αφορά τη συμπεριφορά και το χαρακτήρα των παιδιών. Οι δάσκαλοι ήταν υπεύθυνοι για τη βαθμολόγηση της κλίμακας συμπεριφοράς στο σχολείο.

Τα δύο ερωτηματολόγια ολοκληρώθηκαν για 1285 (75,2%) παιδιά, μεταξύ των οποίων 84 παιδιά (6,5%; 95% CI 5,2-7,9%) συναντούν όλα τα κριτήρια για το φάσμα της

ΔΕΠ-Υ. Η υπολογίσιμη επικράτηση ήταν 8,8% για τα αγόρια (95% CI 6,6-11%) και αντίστοιχα 4,2% για τα κορίτσια (95% 2,6-5,7%) δεν υπήρξε καμία εμφανή κοινωνική ή οικονομική διαφορά στο σύνολο των εξεταζόμενων.

Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά δημοτικού κυμαίνεται από 2,4% έως 17,8% και οι υποκατηγορίες υπάρχουν λόγω των ποικίλων διαγνωστικών κριτηρίων στις διάφορες μελέτες, και εν μέρη λόγω της μη συγκεκριμενοποίησης στις διάφορες ρυθμίσεις και στις πολλαπλές χρήσεις του ίδιου πληθυσμού. Η έρευνα αυτή έλαβε χώρα από τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2002. Η χρονική αυτή περίοδος επιλέχθηκε, όπως και στην προηγούμενη έρευνα, για να έχουν χρόνο οι δάσκαλοι να διαμορφώσουν κάποια πρώτη άποψη για τον κάθε μαθητή ξεχωριστά. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι δάσκαλοι εφοδίασαν τους γονείς με κάποιες επεξηγηματικές σημειώσεις καθώς και τους ενημέρωσαν για τη βαθμολογική κλίμακα των ερωτηματολογίων.

Από τα 1708 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν, ολοκληρώθηκαν τα 1325 (77,6%) από τους γονείς, αντίστοιχα οι δάσκαλοι ολοκλήρωσαν τα 1589 (93,0%). Οι γονείς απέτυχαν να ανταπεξέλθουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους δασκάλους, για την ποσοστιαία διαφορά στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων 13-18%. Τα δύο ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν για 1285 (75%) παιδιά από τα οποία 659 (51,3%) ήταν αγόρια και 626 (48,7%) ήταν κορίτσια. Για 40 παιδιά (2,4%) ολοκληρωμένη θεωρείται μόνο η γονική βαθμολόγηση. Για 304 (17,8%) παιδιά μόνο η βαθμολόγηση του δασκάλου ολοκληρώθηκε επιτυχώς. Για 79 (4,6%) μαθητές καμία βαθμολόγηση σε κλίμακα δεν ολοκληρώθηκε. Μεταξύ των 659 αγοριών, 58 (8,8% : 95% CI 6,6-11%) αναγνωρίστηκαν με ΔΕΠ-Υ. Αντίστοιχα η συχνότητα στα κορίτσια είναι 26/626 (4,2% : 95% CI 2,6-5,7%). Από τις παραπάνω τιμές που προέκυψαν από την έρευνα διαπιστώνουμε μία εμφανή διαφορά στη συχνότητα μεταξύ των δύο φύλων καθώς οι τιμές των αγοριών τείνουν να είναι υπερδιπλάσιες.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι για 1172 (91,2%) παιδιά δεν υπήρχε καμία ένδειξη σε κανένα ερωτηματολόγιο για πιθανή ύπαρξη ΔΕΠ-Υ. Στην παραπάνω έρευνα διαπιστώνουμε μία συχνότητα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ στην Κρήτη του ποσοστού 6,5%, κάτι που συμβαδίζει με άλλες μελέτες πάνω στο ίδιο θέμα στην παγκόσμια κοινότητα. Το μεγαλύτερο πρόβλημα με τις έρευνες αυτές είναι η μη ειλικρινής συμμετοχή των ατόμων, κυρίως των γονέων. Επίσης πρέπει να κατανοήσουμε ότι η έγκαιρη διάγνωση

της διαταραχής αυτής είναι ζωτικής σημασίας για την ακαδημαϊκή και κοινωνική ζωή των παιδιών που αποτελούν το μέλλον της κοινωνίας μας.

4.2 Φαρμακευτική Παρέμβαση

Οι ερευνητές έχουν εστιάσει στη φαρμακευτική για να βρεθεί εν μέρει λύση για τα προβλήματα που προκαλεί η εμφάνιση της ADHD σε κάποιους ανθρώπους. Φάρμακα όπως η γουανφακίνη (Intuniv, Tenex) ή η d-μεθυλφαινιδάτη (Ritalin, Concerta and other brand names) χρησιμοποιούνται ευρέως για τη συστηματική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ADHD όπως η ελλειμματική προσοχή και η παρορμητικότητα (Harrar, 2021).

Αξίζει να σημειωθεί, σύμφωνα με τους ερευνητές, ότι ο συνδυασμός στη θεραπεία των δύο φαρμάκων επιφέρει αισιόδοξα αποτελέσματα στις ηλικίες 5 έως 14 ετών και είναι καθ' όλα ασφαλής. Επίσης ο συνδυασμός των δύο αυτών ουσιών βοηθά αισθητά στη λειτουργία της μνήμης.

Συμπτώματα όπως η αφυδάτωση και οι λιποθυμίες είναι πιθανά και για αυτό το λόγο η σωστή ενημέρωση των ασθενών και των γονέων τους κρίνεται απαραίτητη.

Οι συχνές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι με ADHD όπως στο να απαντήσουν σε ένα απαιτητικό τεστ επιστημών ή κάποια δύσκολη μαθηματική πράξη επιστρατεύει τη λειτουργική μνήμη του ατόμου.

Το 2015 στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου του Μισισσιπή οι επιστήμονες ανακάλυψαν ότι η υπερκινητικότητα μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά με ADHD να βελτιώσουν τη λειτουργική μνήμη τους. Κατά την έρευνα τα παιδιά που δε γνώριζαν τη χρήση κάποιων αντικειμένων εργασίας είχαν ένα ποσοστό 25% περισσότερη υπερκινητικότητα. Σύμφωνα με τον βοηθό καθηγητή ψυχολογίας του FSU η κίνηση αυτή των παιδιών μπορεί να είναι δημιουργική και να οδηγήσει σε μία καλύτερη κατανόηση του προβλήματος και γιατί όχι σε μία λύση χωρίς φαρμακευτική αγωγή (Harrar, 2021).

Σύμφωνα με τον συγγραφέα Patrick O'Connor η μείωση τους στρες και η βελτίωση της διάθεσης των παιδιών με ADHD έχει τρομερά θετικά αποτελέσματα στη μείωση των ποσοστών στα συμπτώματα της έλλειψης προσοχής και της υπερκινητικότητας. Ενώ η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα υποβόσκει πάντα ο κίνδυνος της εξάρτησης των ατόμων από αυτή. Κατά την άθληση δεν υπάρχουν τέτοια προβλήματα (Harrar, 2021).

Το 2021 εγκρίθηκε ένα μη διεγερτικό φάρμακο το Qelbree για παιδιά και νεαρούς εφήβους που εμφανίζουν τη διαταραχή της υπερκινητικότητας λόγω του ADHD.

Το χαρακτηριστικό των μη διεγερτικών φαρμάκων είναι λιγότερες παρενέργειες, λιγότερο πιθανό οι ασθενείς να αποκτήσουν εξάρτηση και τέλος δεν αποτελούν ελεγχόμενα φάρμακα με αποτέλεσμα να είναι εύκολη η προμήθειά τους από τους ασθενείς.

Πιο συγκεκριμένα, το Qelbree αποτελείται από μία κάψουλα που μπορεί εύκολα να προληφθεί ακόμα κι όταν διαλυθεί στο φαγητό. Αυτό το καθιστά ένα από τα πιο προτεινόμενα φάρμακα για τα άτομα που δυσκολεύονται να καταπιούν χάπια ή για τα παιδιά που αρνούνται τη φαρμακευτική αγωγή (Curley, 2021).

4.3 Γονιδιακή Προσέγγιση

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μία νευρολογική και νευροαναπτυξιακή διαταραχή, διαγνωσμένη από την παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται από ένα πρότυπο απροσεξίας, αυθορμητικότητας, ανησυχίας και υπερκινητικότητας. Το 55-66% των περιπτώσεων τα συμπτώματα μεταφέρονται από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση. Η ΔΕΠ-Υ δεν έχει διαγνωστεί πλήρως καθώς αποτελεί μία ετερογενή διαταραχή με πολλαπλά μέτωπα όπως η κληρονομικότητα, σχετική με νευροαναπτυσσόμενα θέματα, σοβαρούς εγκεφαλικούς τραυματισμούς, νευροφλεγμονές, πρόωρες γεννήσεις και έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες. Η νευροαπεικόνιση και η νευροανάπτυξη είναι σημαντικοί παράγοντες για να εξερευνήσουμε τον πιθανό ρόλο των γονιδιακών διαφοροποιήσεων στη νευροψυχολογία-βιολογία (Yavad, et al., 2021).

Η ανάλυση μέσω της νευροαπεικόνισης ανέδειξε μία σχέση 70-90% στην κληρονομικότητα των γονιδίων που ευθύνονται για την ΔΕΠ-Υ. Πολλαπλά υποψήφια γονίδια έχουν ανακαλυφθεί που έχουν πιθανή σχέση τα χρωμοσώματά τους και οι ιδιομορφίες τους με την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Πολλαπλές μεταλλάξεις στα γονίδια έδειξαν μία διαφοροποίηση στις νευροψυχοβιολογικές λειτουργίες της ΔΕΠ-Υ.

Η εγκεφαλική δομή των ατόμων με ΔΕΠ-Υ διαφέρει από αυτή των ατόμων που δεν πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή. Χρησιμοποιώντας έναν μαγνητικό τομογράφο παρατηρούμε χρώματα όπως λευκό και γκρι.

Στους ανθρώπους με ΔΕΠ-Υ η φαιά ουσία είναι 3-5% λιγότερη, ειδικά στο δεξι ημισφαίριο του εγκεφάλου και στον φακοειδή πυρήνα.

Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζεται κατά 90%, όπως προαναφέραμε, από την κληρονομικότητα των γονιδίων. Οι μεταλλάξεις αυτές σε περίπου 12 ή περισσότερα γονίδια επηρεάζουν άμεσα τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου με αποτέλεσμα την εμφάνιση της διαταραχής αυτής (Li & He, 2021).

4.4 Βιοδείκτες

Η χρήση των βιοδεικτών ίσως καθιστά εφικτή την πρόωμη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και πολλών διαταραχών. Βιοδείκτες λέγονται οι ουσίες που παράγονται από φυσιολογικά ή μη κύτταρα, οι οποίες μας οδηγούν σε κάποια συμπεράσματα για την κατάσταση υγείας του ατόμου. Μπορούν οι βιοδείκτες να μας προσφέρουν μία έγκαιρη διάγνωση για τη ΔΕΠ-Υ;

Η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα κυρίως κληρονομικότητας κατά 70-90%. Η μετάλλαξη των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για την εγκεφαλική λειτουργία είναι διαφορετική σε σχέση με αυτή των ατόμων χωρίς τη διαταραχή αυτή. Θεωρητικά η έκκριση ουσιών από τα μεταλλαγμένα αυτά εγκεφαλικά κύτταρα μπορεί να μας οδηγήσει στην κατανόηση και στην έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής αυτής. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν κάποιοι ιδιαίτερα αξιόπιστοι βιοδείκτες για τη διάγνωση της διαταραχής αυτής θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι ερευνητές έχουν αρκετούς πιθανούς υποψηφίους, μετά τις τελευταίες βιοχημικές ανακαλύψεις. Οι πιθανοί υποψήφιοι βιοδείκτες χωρίζονται σε: βιοχημικούς δείκτες, νευροδιαβιβαστές και τους υποδοχείς τους, νευροτροφικούς παράγοντες, φλεγμονώδεις δείκτες, γενετικούς και επιγενετικούς (Takahashi, Ishizuka, & Inada, 2021).

Σύμφωνα με τα παραπάνω κατανοούμε ότι οι βιοδείκτες είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση πολλών φραγμών ενάντια στη ΔΕΠ-Υ στο κοντινό μέλλον.

4.5 Ψηφιακή Υγεία

Η χρήση των ψηφιακών μέσων σήμερα γίνεται όλο και πιο απαραίτητη για τη βελτίωση της κοινωνικής ζωής. Ακόμα και στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ τα ψηφιακά μέσα παίζουν

ένα πάρα πολύ σημαντικό ρόλο για την ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων. Το γεγονός ότι τα ψηφιακά μέσα είναι ευπροσάρμοστα μας δίνει τη δυνατότητα να τα χρησιμοποιούμε σαν απαραίτητο εργαλείο στις ανάγκες μας.

Περιπτώσεις όπως ψηφιακές εφαρμογές-παιχνίδια για την εξέταση και τη βελτίωση της δυνατότητας συγκέντρωσης των παιδιών με τη διαταραχή αυτή δημιουργούνται καθημερινά από εταιρείες και ινστιτούτα σε όλο τον κόσμο που ερευνούν νέους τρόπους αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι το Endeavor RX που προσφέρει μία πειραματική θεραπεία χωρίς φάρμακα μέσα από μία πλατφόρμα που δημιουργεί μία πνευματική κατάσταση στο άτομο κατά την οποία μειώνεται αισθητά η έλλειψη προσοχής και αυξάνεται το επίπεδο συγκέντρωσης και η επιμονή του στους στόχους (Mueller, 2020).

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το Endeavor RX είναι ντο πρώτο παιχνίδι συσκευής αναγνωρισμένο από τον Αμερικανικό Οργανισμό Υγείας (FDA permits).

Οι έρευνες με στόχο τη χρήση των ψηφιακών μέσων για τη βελτίωση της υγείας των ατόμων με ΔΕΠ-Υ έχει πολύ αισιόδοξα αποτελέσματα. Μία τέτοια έρευνα έγινε γύρω από την εφαρμογή της εταιρείας STARS την AKL-T01 που έχει στόχο να λειτουργήσει επικουρικά με τη φαρμακευτική αγωγή και τη σταδιακή μείωση της «σοβαρότητας» των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στις ηλικίες 8 έως 14 ετών (Kollins, Childress, & Heusser, 2021).

Τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ενθαρρυντικά καθώς τα άτομα που έλαβαν μέρος και ολοκλήρωσαν τη θεραπεία σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή που λάμβαναν (διεγερτικά ή μη διεγερτικά φάρμακα) είχε τεράστια σταδιακή βελτίωση μέσα σε 84 ημέρες.

Η ψηφιακή τεχνολογία παίζει στις μέρες μας καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση των παραγόντων της συλλογικής και ατομικής ζωής. Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι και η υγεία όχι μόνο στον ρόλο της φυσιολογίας του σώματός μας αλλά και της ψυχικής μας κατάστασης που αξίζει να ερευνηθεί και να αναπτυχθεί περαιτέρω. Τα αποτελέσματα πραγματικά θα μας εκπλήξουν ευχάριστα.

4.6 Παρεμβάσεις στο σχολείο

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά της ηλικίας τους. Δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στους νέους σχολικούς κανόνες και είναι ιδιαίτερη η αδυναμία τους να κατανοήσουν τη νέα τους κατάσταση, σε

συνδυασμό με τα συμπτώματα της παρορμητικότητας και της έλλειψης προσοχής αδυνατούν να έχουν μία εύκολη και ομαλή σχολική πορεία.

Τι πρέπει όμως να γίνει για να βοηθήσουμε τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ; Αρχικά θα λέγαμε ότι η σχολική τους πρόοδος είναι αποκλειστικά στη μεριμνά του εκπαιδευτικού, να ενδιαφερθεί και να προετοιμάσει το περιβάλλον υποδοχής για τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή. Αυτό εν μέρει είναι αλήθεια, παρ' όλα αυτά εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει η πληροφόρηση, το ενδιαφέρον, η ψυχική κατάσταση και η συμπεριφορά των γονέων προς το παιδί. Ο γονιός έχει να αντιμετωπίσει το αρχικό στάδιο της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στο παιδί. Μαζί με την αναζήτησή του για βοήθεια και μάθηση και την βελτίωση της κατάστασης του παιδιού του θα πρέπει να αναζητήσει στήριξη και βοήθεια για τη ψυχική υγεία του ίδιου.

Ο εκπαιδευτικός από τη μεριά του θα πρέπει να έχει τις βασικές γνώσεις ώστε να αναγνωρίσει την κατάσταση του παιδιού και να προετοιμάσει κάποια βασικά βήματα: να κρατάει το παιδί απασχολημένο στη μάθηση, να δημιουργεί μία φιλική κατάσταση γύρω από τον μαθητή με ΔΕΠ-Υ για να μπορεί να προσαρμοστεί στη ρουτίνα της νέας κατάστασης, να δημιουργεί ένα οικείο περιβάλλον για μάθηση ώστε να ευδοκιμήσει μία σύνδεση μεταξύ των μαθητών και με τον χώρο του σχολείου. Γενικότερα, ένα δραστήριο και χαρούμενο παιδί που πάσχει από ΔΕΠ-Υ μπορεί σχεδόν το ίδιο να ακολουθήσει την ακαδημαϊκή πορεία της υπόλοιπης τάξης.

Το σχολείο από τη μεριά του πρέπει να παρέχει τους απαραίτητους πόρους-θεραπευτικό περιβάλλον και να γίνει μέρος της ίδιας της θεραπείας προσφέροντας ιδιαίτερες υπηρεσίες για τα παιδιά αυτά. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο χώρος του σχολείου αποτελεί το πρώτο παράθυρο των παιδιών για να βιώσουν τον κόσμο.

Η οργάνωση του ωραρίου των μαθημάτων, τα συχνά διαλείμματα ή ακόμα και η κίνηση κατά το μάθημα μπορούν να βοηθήσουν στη συγκέντρωση του μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

Κατά την παράδοση του μαθήματος εάν ο εκπαιδευτικός ξεκινήσει παραδίδοντας τη μεγαλύτερη ιδέα που ακολουθείται από τους βασικούς κανόνες μπορεί να καταφέρει να μειώσει στο ελάχιστο την έλλειψη προσοχής και να βοηθήσει τον μαθητή να συγκεντρωθεί και να απομνημονεύσει τους βασικούς κανόνες (Reckdahl, 2020).

Η δημιουργία ομάδων εργασίας και δεσμών μεταξύ των μαθητών «υποχρεώνει» τον μαθητή με ΔΕΠ-Υ να εργαστεί περισσότερο και με μεγαλύτερο ζήλο, του δίνει

κίνητρο να αποβάλλει την παρορμητικότητά του ώστε να μην «απογοητεύσει» τους συνεργάτες-φίλους του.

Είναι πολλά που μπορούμε να πούμε ότι μπορούν να βοηθήσουν να βελτιωθεί η κατάσταση των παιδιών με αυτή την πολυπαραγοντική διαταραχή αλλά το κύριο συμπέρασμα είναι να δημιουργήσουμε χαρακτήρες χαρούμενους και δραστήριους που να αγαπήσουν τη μάθηση και την κοινωνία.

Συμπεράσματα

Ανακεφαλαιώνοντας, η ΔΕΠ-Υ είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία ασκεί σημαντική επιρροή στη ζωή των παιδιών αλλά και των οικογενειών τους. Ήδη από την βρεφική ηλικία διακρίνουμε κάποιες συμπεριφορές που μας παραπέμπουν στην περαιτέρω διερεύνησή της. Σύμφωνα με τα παραπάνω τα σημεία που απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή είναι η σωστή αντιμετώπισή της στην παιδική ηλικία, σε συνδυασμό βέβαια με την ορθή αναγνώρισή της. Για αυτό κρίνεται αναγκαία η κλινική εκτίμηση του παιδιού και η λήψη πληροφοριών από τους γονείς και τους δασκάλους. Πολλές φορές ένα άτακτο παιδί μπορεί να έχει κοινά χαρακτηριστικά με ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Αυτό σημαίνει ότι δε μπορεί ο καθένας να κάνει διάγνωση για τη ΔΕΠ-Υ αλλά χρειάζονται άτομα με εμπειρία και απαραίτητες γνώσεις για να το διαχωρίσουν σε κάθε περίπτωση. Επομένως κρίνεται αναγκαία η συνεργασία των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας των παιδιών με τους ενήλικες που τα φροντίζουν.

Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένα από τα ζητήματα της σύγχρονης εκπαίδευσης και της ειδικής αγωγής, καθώς εντάσσεται στο πλαίσιο της συμπεριληπτικής παιδείας. Πολλές φορές συναντάμε μαθητές οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε γνωστικούς τομείς της μάθησης με αποτέλεσμα να αποκτούν δεξιότητες με επιβραδυνόμενο ρυθμό. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει περίπτωση κάποιοι μαθητές να δυσκολεύονται στη διαχείριση του λόγου και της μαθηματικής πράξης, σε σχέση με άλλους μαθητές της ίδιας ηλικίας. Ως εκ τούτου είναι αναγκαίο να υπάρχει μία συνεργασία των σχολείων με τα ειδικά κέντρα εκπαιδευτικής και συμβουλευτικής υποστήριξης, έτσι ώστε να διαγνωστεί η ύπαρξη των δυσκολιών αυτών. Η περίπτωση των μαθησιακών δυσκολιών μπορεί να περιλαμβάνει και ειδικές δυσκολίες στη μάθηση, όπως είναι για παράδειγμα η δυσλεξία, με αποτέλεσμα να είναι αναγκαία η διάγνωση τους και να παρασχεθούν συγκεκριμένες δυνατότητες στις οποίες έχουν πρόσβαση τα δυσλεκτικά παιδιά.

Με την ανίχνευση των γενικών μαθησιακών δυσκολιών, αλλά και των ειδικών μπορεί να οργανωθεί ένα πλαίσιο εξειδικευμένης παρέμβασης με σκοπό την αντιστάθμιση των αδυναμιών τους. Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία και για αυτό το λόγο επιλέγεται από τους εξειδικευμένους επιστήμονες, έτσι ώστε να είναι εφικτή η παρέμβαση και να μπορέσουν να λάβουν τα παιδιά την υποστήριξη, που έχουν ανάγκη στον εκπαιδευτικό τομέα. Η συνεργασία των κέντρων διάγνωσης και υποστήριξης με τις

εκάστοτε εκπαιδευτικές μονάδες είναι ένας κομβικός παράγοντας για την εξέλιξη του παιδιού, σε συνδυασμό με τη συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον (Reid, 2019). Έτσι, θα είναι εφικτή η παροχή βοήθειας για το κάθε παιδί, σύμφωνα με την κλινική εικόνα και με τις δυνατότητες του στο γενικό σχολείο. Σε διαφορετική περίπτωση η εξέλιξη θα είναι ένα δύσκολο έργο το οποίο θα γίνεται πολύ βαρύ με το πέρασμα των χρόνων. Για αυτόν το λόγο, το εκπαιδευτικό δυναμικό του κάθε σχολείου, φροντίζει να ενημερώνει και να παραπέμπει τους μαθητές στα αντίστοιχα κέντρα ΚΕΣΥ, ώστε να λάβουν τη βοήθεια που χρειάζονται.

Αναφορές

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington.
- Agapitou, P., & Andreou, G. (2008, May). Language deficits in ADHD preschoolers. *Australian Journal of Learning Difficulties* , 13 (1), pp. 39-49.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington.
- Baker, B. L., & Cantwell, D. P. (1992). Attention deficit disorder and speech/language disorders. *Comprehensive Mental Health Care* , 2 (1), 3-16.
- Barkley, R. A. (2002, April). ADHD and accident proneness. *The ADHD Report* , 10 (2), pp. 2-6.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002, May). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* , 111 (2), pp. 279-289.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. In G. Weiss, *Child and adolescent psychiatric clinics of North America: Attention-deficit hyperactivity disorder* (pp. 335-360). Philadelphia: Saunders.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Zhang, C., Seltzer, N., & Finch, S. J. (2013). Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics* , 131 (1), pp. 5-13.
- Clark, C., Nower, L., & Walker, D. M. (2013, April). The relationship of ADHD symptoms to gambling behaviour in the USA: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *International Gambling Studies* , 13 (1), pp. 37-51.
- Curley, C. (2021, April). New Drug Approved for ADHD in Children: Why It's Different. *Healthline* .
- Deshazo Barry, T., Lyman, R., & Grofer Klinger, L. (2002). Academic underachievement and attention-deficit / hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology* , 40 (3), 259-283.
- DuPaul, G. J., & Volpe, R. J. (2009, December). ADHD and learning disabilities: Research findings and clinical implications. *Current Attention Disorders Reports* , 1 (4), pp. 152-155.
- Egger, H., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants and Young Children* , 19 (2), pp. 109-122.

- Flory, K., Molina, B. S., Pelham, W. E., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in Young Adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* , 35 (4), pp. 571-577.
- Gureasko-Moore, S., DuPaul, G., & White, G. (2007). Self-Management of Classroom Preparedness and Homework: Effects on School Functioning of Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology Review* , 36 (4), 647-664.
- Harrar, S. (2021, March). ADHD Treatments: 5 Really Promising Research Updates. *PSYCOM* .
- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: A four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology* , 23 (6), 729-749.
- Heiden, L. A., & Hersen, M. (2011). *Εισαγωγή στην κλινική ψυχολογία*. Αθήνα: Πεδίο.
- Johnston, C., Lui, J. H., & Williamson, D. (2014). Adult ADHD and Positive Parenting—Is There a Relationship? *The ADHD Report* , 22 (1), 1-5.
- 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), pp. 203-214.
- Klein, R. G., Manuzza, S., Olazagasti, M. A., Roizen, E., Hutchison, J. A., Lashua, E., et al. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of General Psychiatry* , 69 (12), pp. 1295-1303.
- Kollins, S. H., Childress, A., & Heusser, A. C. (2021, March). Effectiveness of a digital therapeutic as adjunct to treatment with medication in pediatric ADHD. *npj digital medicine* .
- Li, J. J., & He, Q. (2021, March). Polygenic Scores for ADHD: A Meta-Analysis. *Research on Child and Adolescent Psychopathology* , 49 (3), pp. 297-310.
- Logan, G. (1997). Automaticity and reading: Perspectives from the instance theory of automatization. *Reading and Writing Quarterly: Overcoming Learning Disabilities* , 13, pp. 123-146.
- Lyon, G., Shaywitz, S., & Shaywitz, B. (2003). A definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia* , 53, 1-14.
- Maniadaki, K., & Kakouros, E. (2018). *The Complete Guide to ADHD: Nature, Diagnosis, and Treatment*. New York: Routledge.
- Millichap, G. (2008). Etiologic classification of attention - deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* , 121 (2), pp. 358-365.
- Mueller, N. (2020, June). FDA Permits Marketing of First Game-Based Digital Therapeutic to Improve Attention Function in Children with ADHD. *FDA NEWS* .

- Palili, A., Kolaitis, G., Vassi, I., Veltsista, A., Bakoula, C., & Gika, A. (2010). Inattention, hyperactivity, impulsivity - epidemiology and correlations: A nationwide Greek study from birth to 18 years. *Journal of Child Neurology* (26), 199-204.
- Pauli-Pott, U., & Becker, K. (2011). Neuropsychological basic deficits in preschoolers at risk for ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* , 31 (4), pp. 626-637.
- Reckdahl, K. (2020, November). 5 Ways to Support Kids With ADHD During Remote Learning. *Edutopia* .
- Reid, G. (2019). *Τρόποι Μάθησης και Συμπερίληψη*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Rief, S. F. (1993). *How to reach and teach ADD/ADHD children: practical techniques, strategies and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity west Nyack*. New York: The Center for Appl.
- Robb, J. A., Sibley, M. H., Pelham, W. E., Foster, M. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., et al. (2011). The Estimated Annual Cost of ADHD to the US Education System. *School Mental Health* , 3 (3), pp. 169-177.
- Robson, A. L., & Pederson, D. R. (1997). Predictors of individual differences in attention among low birth weight children. *Developmental and Behavioral Pediatrics* , 18 (1), pp. 13-21.
- Sax, L., & Kautz, K. J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Annals of Family Medicine* , 1 (3), pp. 171-174.
- Shaywitz, B., Shaywitz, S., Blachman, B., Pugh, K., Fulbright, R., Skudlarski, P., et al. (2004). Development of left occipitotemporal systems for skilled reading in children after a phonologically- based intervention. *Biological Psychiatry* , 55 (8), pp. 926-933.
- Sireteanu, R., Goertz, R., Bachert, I., & Wandert, T. (2005). Children with developmental dyslexia show a left visual "minineglect". *Vision Research* , 45 (25-26), pp. 3075-3082.
- Skounti, M., Giannoukas, S., Dimitriou, E., Nikolopoulou, S., Linardakis, E., & Philalithis, A. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Athens, Greece. Association of ADHD subtypes with social and academic impairment. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* , 2, pp. 127-132.
- Skounti, M., Philalithis, A., Mpitzaraki, K., Vamvoukas, M., & Galanakis, E. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren in Crete. *Acta Pædiatrica* , 95, pp. 658-663.
- Takahashi, N., Ishizuka, K., & Inada, T. (2021, May). Peripheral biomarkers of attention-deficit hyperactivity disorder: Current status and future perspective. *Journal of Psychiatric Research* , 137, pp. 465-470.
- Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grow up*. New York: Guilford Press.
- William, L. H. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μία εισαγωγή στην ειδική εκπαίδευση*. Αθήνα: Τόπος.

Yavad, S. K., Bhat, A. A., Hashem, S., Nisar, S., Kamal, M., Syed, N., et al. (2021, June). Genetic variations influence brain changes in patients with attention-deficit hyperactivity disorder. *Translational Psychiatry*, 11 (1), p. 349.

Βάρβογλη, Λ., & Γαλάνη, Μ. (2007). *Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000α). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Gutenberg.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000β). Δυνατότητες ανίχνευσης της ΔΕΠ-Υ στο νηπιαγωγείο και η αναγκαιότητα της συμβουλευτικής. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού* (52-53), σσ. 103-117.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002). Η επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη σχολική επίδραση και στη συμπεριφορά των παιδιών. *Νέα Παιδεία* (101), σσ. 152-156.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). Η φύση της σχέσης ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ, τις μαθησιακές δυσκολίες και τη δυσλεξία. Στο Ε. Κάκουρος, & Κ. Μανιαδάκη, *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. (σσ. 161-180). Αθήνα: Gutenberg.

Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2005). *Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κουλάκογλου, Κ. (2013). *Ψυχομετρία Και ψυχολογική αξιολόγηση*. Πατάκη.

Κουμούλα, Α. (2012). Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στον χρόνο. *Ψυχιατρική*, 23 (1), 49-59.

Λαζαράτου, Ε. (n.d.). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Κλινική εικόνα, διάγνωση και αντιμετώπιση*. Ανάκτηση Απρίλιος 25, 2021, από paidiatriki: https://www.paidiatriki.gr/diataraxi_elleimmatikis_prosoxis_a_yperkinitikotitas_depy_kliniki_eikona_diagnosi_kai_antimetopisi/

Μανιαδάκη, Κ. (2001). Η φύση και τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος, *Το υπερκινητικό παιδί και οι δυσκολίες του στη μάθηση και τη συμπεριφορά* (σσ. 15-46). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

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

Περβανίδου, Π. (2009). Γενετικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες κινδύνου στην ανάπτυξη ΔΕΠΥ. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Διεθνή δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα. *6ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό συνέδριο*.

Ραφτόπουλος, Β., & Θεοδοσοπούλου, Θ. (2002). Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 19 (5), σσ. 577-589.

Στασινός, Δ. Π. (2013). *Η Ειδική Εκπαίδευση 2020. Για μια Συμπεριληπτική ή Ολική Εκπαίδευση στο Νέο-Ψηφιακό Σχολείο με Ψηφιακούς Πρωταθλητές*. Αθήνα : Παπαζήση.

Στασινός, Δ. Π. (2020). *Η Ειδική Συμπεριληπτική Εκπαίδευση 2027*. Αθήνα: Παπαζήση.

Τομαράς, Ν. (2008). *Μαθησιακές δυσκολίες. Ισότιμες ευκαιρίες στην εκπαίδευση: Πρακτικές απαντήσεις στα ερωτήματα γονιών και εκπαιδευτικών για τη δυσλεξία, τις δυσαριθμησίες και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Πατάκη.