

Χαρακτηριστικά παιδιών και εφήβων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας και κατάλληλες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις

Βίντου Αουρέλα

Φιλόλογος. MEd Παιδαγωγική Ψυχολογία

Γεωργοβρεττάκου Σταματίνα

Φιλόλογος-Θεολόγος. MEd Παιδαγωγική Ψυχολογία

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει τα κύρια χαρακτηριστικά της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) καθώς και τις κατάλληλες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις για τα παιδιά και τους εφήβους. Αρχικά, γίνεται προσπάθεια να δοθούν απαντήσεις στην ερώτηση «Τι είναι η ΔΕΠ/Υ;». Ακολουθεί η παρουσίαση της τριάδας των συμπτωμάτων καθώς και οι μορφές εκδήλωσής τους στην καθημερινότητα των παιδιών και εφήβων. Έπειτα, γίνεται αναφορά στην κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων στους υπότυπους της ΔΕΠ/Υ καθώς και στην παρουσίαση των αιτιών της διαταραχής με ιδιαίτερη έμφαση στα καινούργια δεδομένα των ερευνών. Ακόμα, αναφέρονται τα προβλήματα που συνοδεύουν τα παιδιά με την εν λόγω διαταραχή δίνοντας έμφαση στις πιθανές επιπτώσεις αυτών στην καθημερινότητα των παιδιών. Τέλος, παρουσιάζονται ορισμένες παρεμβατικές εκπαιδευτικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση του συνδρόμου στο σχολικό πλαίσιο. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς λόγω της αποτελεσματικότητάς τους σύμφωνα με τα ευρήματα ερευνών καθώς και τις απόψεις των ερευνητών.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠ\Υ, εκπαίδευση, υπερκινητικότητα

Εισαγωγή

Από τότε που η υπερκινητικότητα περιγράφηκε πρώτη φορά από τον ιατρό George Still το 1902 «ως αφύσικη έλλειψη ηθικού ελέγχου» έχει γίνει μια από τις πλέον συζητήσιμες διαταραχές της συμπεριφοράς από γονείς και εκπαιδευτικούς (Henley et al., 2002). Επίσης, το υπερκινητικό σύνδρομο έχει θεωρηθεί διεθνώς ως η πιο διερευνημένη διαταραχή στον χώρο της παιδοψυχιατρικής. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι πάνω από 6000 μελέτες έχουν δημοσιευθεί σχετικά με αυτό (Neuhaus, 1996). Η διαταραχή στο πέρασμα των χρόνων και βάση των αντιλήψεων της κάθε εποχής έκανε μια διαδρομή από διάφορες ονομασίες όπως (α) σύνδρομο Strauss, (β) ήπια εγκεφαλική βλάβη, (γ) εγκεφαλοπάθεια, (δ) ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, (ε) υπερκινητικότητα, (στ) υπερκινητική αντίδραση, (ζ) υπερκινητικό σύνδρομο, (η) διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα (Τρίγκα-Μέρτικα, 2005). Η τελευταία ονομασία που έχει επικρατήσει είναι αυτή της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (APA, 2013) «Αυτό δηλώνει ότι πλέον η έμφαση δίνεται στις διαδικασίες ελέγχου και διαχείρισης των παρορμήσεων» (Καλαντζή – Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004).

Τι είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα;

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-V) η ΔΕΠ/Υ εντάσσεται στην κατηγορία «Διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και διασπαστικής συμπεριφοράς» και είναι μια διαταραχή της ανάπτυξης με κύρια συμπτώματα αυτά της απροσεξίας, υπερκινητικότητας, και παρορμητικότητας τα οποία κάνουν την εμφάνιση τους πριν την ηλικία των 7 ετών και εκδηλώνονται σε παραπάνω του ενός περιβάλλοντα δράσης (American Psychiatric Association, 2013). Η ΔΕΠ/Υ κάνει την εμφάνισή της συνήθως στην νηπιακή ηλικία ενώ τα συμπτώματά της αυξάνονται σε ένταση στην σχολική ηλικία και εξακολουθεί να υφίσταται ως πρόβλημα στην εφηβεία (Τομάρας, 2008).

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα, τα οποία εκδηλώνονται σε διαφορετικά από τα φυσιολογικά επίπεδα που αντιστοιχούν στην ηλικία τους. Ως απόρροια των παραπάνω συμπτωμάτων είναι οι περιορισμένες ικανότητες, οι οποίες συνδέονται με την έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης, αυξημένα επίπεδα παρορμήσεων καθώς και ανικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς τους σύμφωνα με τους καθορισμένους κανόνες (Barkley, 1990).

Τα ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων χρόνων σχετικά με τις πιθανές αιτίες της ΔΕΠ/Υ, παρότι πολλά στον αριθμό, υστερούν ως προς τον εντοπισμό των ακριβών παραγόντων διότι υπολείπονται επαρκώς τεκμηριωμένων αποδείξεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Μεταξύ άλλων, τη μεγαλύτερη προσοχή ως αιτία της ΔΕΠ/Υ στη βιβλιογραφία έχουν λάβει οι νευρολογικοί παράγοντες καθώς και οι κληρονομικές και τοξικές επιδράσεις. Επίσης, οι περιβαλλοντικές επιρροές, όπου συγκαταλέγεται και η διατροφή, έχουν δώσει «τροφή» σε πολλές έρευνες ως πιθανή αιτία εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ με επακριβή αποτελέσματα για την απόδειξη αυτής της υποστήριξης (Κουμπιάς, 2010).

Η θεωρία που κερδίζει έδαφος τα τελευταία χρόνια ως πιθανή αιτία της ΔΕΠ/Υ είναι αυτή των νευρολογικών παραγόντων. Η Patricia Quinn (1995, όπως αναφέρεται στο Neuhaus, 1996) υποστηρίζει ότι η ΔΕΠ/Υ μπορεί να θεωρηθεί ως μια δυσλειτουργία στο επίπεδο των νευροδιαβιβαστών που βρίσκονται στην περιοχή του εγκεφαλικού στελέχους, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τη λειτουργία εισερχομένων και εξερχομένων ερεθισμάτων. Το παραπάνω φέρει ως αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία του πρόσθιου εγκεφάλου διότι οι ώσεις στην περιοχή αυτή (διάθεση, διέγερση, αντίληψη, προσοχή) δεν διεκπεραιώνονται σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Ο Barkley (2002) βάζει άλλη μια διάσταση στην νευροφυσιολογική αιτία της ΔΕΠ/Υ. Υποστηρίζει ότι οι περιοχές του εγκεφάλου που περιλαμβάνει ο προμετωπιαίος φλοιός διευθύνουν συγκεκριμένες πνευματικές δραστηριότητες, οι οποίες επιτρέπουν τον αυτοέλεγχο. Αυτές οι πνευματικές λειτουργίες ονομάζονται «εκτελεστικές λειτουργίες» και χωρίζονται σε τέσσερις ομάδες πνευματικών δραστηριοτήτων που είναι οι: α) μνήμη εργασίας, η οποία διατηρεί την πληροφορία στο μυαλό ενώ εκτελείτε ένα καθήκον, β) η εσωτερίκευση του αυτό-κατευθυνόμενου λόγου, γ) έλεγχο των συναισθημάτων, δ) ανασύνθεση. Επομένως, σύμφωνα με τον Barkley (2002), η ΔΕΠ/Υ δεν είναι μια διαταραχή απροσεξίας όπως πιστεύεται μέχρι τώρα αλλά είναι αποτέλεσμα της αναπτυξιακής αποτυχίας στο εγκεφαλικό τμήμα, το οποίο ελέγχει την αναστολή και τον αυτό-έλεγχο.

Μορφές εκδήλωσης της τριάδας απροσεξία – παρορμητικότητα – υπερκινητικότητα

Απροσεξία: Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους εμφανίζουν δυσκολίες ως προς την προσοχή και συγκέντρωσή τους. Η προσοχή τους διασπάται εύκολα από πιθανά εξωτερικά ερεθίσματα και πολλές φορές το παιδί δίνει την εντύπωση ότι δεν ακούει ότι του λένε. Κατά την διάρκεια της ενασχόλησής του με διάφορες δραστηριότητες

(παιχνίδι, σχολικές εργασίες κλπ.) έχει μειωμένη συγκέντρωση ή δεν μπορεί να συγκεντρωθεί καθόλου. Πολλές φορές πιθανόν να παρουσιάσει δυσαρέσκεια για τις δραστηριότητες λόγω της περιορισμένης ικανότητας του για την περάτωση τους. Η πιο συχνή περιγραφή για τα παιδιά με το χαρακτηριστικό της απροσεξίας παρουσιάζεται με όρους όπως: «ονειροπολεί», «είναι στον κόσμο του», «δεν ακούει», «αποσπάται εύκολα», κλπ.(Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2006).

Παρορμητικότητα: Η παρορμητική συμπεριφορά είναι το δεύτερο χαρακτηριστικό ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ και εκδηλώνεται με την αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς. Στις περισσότερες φορές αυτό αναγνωρίζεται ως «παρόρμηση της στιγμής». Η παρόρμηση εκδηλώνεται σε καταστάσεις όπως έλλειψη εκτίμησης ή υπομονής για παροχή οδηγιών. Επίσης, μια άλλη εκδήλωση της παρόρμησης είναι το λεγόμενο «πέταγμα», δηλαδή διακόπτουν μια πιθανή συζήτηση ή και δυσκολεύονται να περιμένουν την σειρά τους, όχι μόνο σε μια συζήτηση αλλά και σε άλλες δραστηριότητες συνεργασίας στα πλαίσια της οικογένειας (αδέρφια κλπ.) και του σχολείου (συνεργασία με τους συμμαθητές τους). Πολύ συχνά αναφέρεται ότι δεν έχουν την αίσθηση του κίνδυνου με συνέπεια να προβαίνουν σε απερίσκεπτες ενέργειες με πολλά λάθη. Οι συνηθισμένοι περιγραφή για τα παιδιά αυτά είναι χαρακτηρισμοί όπως: «τεμπέλικα», «ανώριμα», «ανεύθυνα», «αυθάδη» κλπ.(Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2006).

Υπερκινητικότητα: Η υπερκινητικότητα είναι το τρίτο κυρίαρχο σύμπτωμα των παιδιών με ΔΕΠ/Υ και περιλαμβάνει υψηλά επίπεδα κινητικής δραστηριότητας, τα οποία δεν αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό τους επίπεδο. Η πιο συνηθισμένη περιγραφή της υπερκινητικότητας είναι η νευρική κίνηση των χεριών ή των ποδιών, το στριφογύρισμα, το τρέξιμο ή το σκαρφάλωμα σε ακατάλληλες θέσεις. Με λίγα λόγια η συνεχής «εν κινήσει» κατάσταση του παιδιού η οποία δημιουργεί προβλήματα στο ίδιο και στο περιβάλλον του.

Να τονιστεί ότι ο τρόπος που παρουσιάζονται τα προαναφερθέντα συμπτώματα καθώς και οι διάφορες μορφές που εκδηλώνονται επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες όπως είναι το (1) φύλο, (2) η ηλικία του παιδιού, (3) οι πιθανές αντιδράσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος στη συμπεριφορά του, καθώς και (4) τα χαρακτηριστικά των συνθηκών όπου λαμβάνουν χώρα αυτά τα συμπτώματα. Επίσης, να αναφερθεί ότι η εικόνα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ διαφοροποιείται ανάλογα με τη βαρύτητα εκδήλωσης των κυρίαρχων συμπτωμάτων της διαταραχής (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2006). Ως επακόλουθο της διαταραχής και των κυρίων συμπτωμάτων της εμφανίζονται προβλήματα συμπεριφοράς, αναπτυξιακές δυσκολίες, διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες, διαταραχές στον τομέα της συναισθηματικής ανάπτυξης και μαθησιακές δυσκολίες. Τα ανωτέρα δεν πρέπει να αφήνουν να εννοηθεί ότι όλα τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ θα παρουσιάζουν την ίδια εικόνα με τα ίδια ακριβώς χαρακτηριστικά, αλλά το ότι είναι πιο ευάλωτα ώστε να παρουσιάσουν κάποιες ελλείψεις ή και δυσκολία στους παραπάνω τομείς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Αναπτυξιακή πορεία και δυσκολίες που εμφανίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ/Υ

Σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο η ΔΕΠ/Υ συνοδεύεται από διάφορα αρνητικά αποτελέσματα τα οποία ενδέχεται να επιδεινωθούν από την παρουσία των συνοδών διαταραχών. Περιληπτικά τα προβλήματα που σχετίζονται με την ΔΕΠ/Υ περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για (α) χαμηλές σχολικές επιδόσεις, (β) να επαναλάβουν τη σχολική χρονιά, (γ) χαμηλές μαθησιακές προσδοκίες, (δ) αναστολή και αποβολή από το σχολείο. Τα παιδιά, τα οποία διαγνώστηκαν με ΔΕΠ/Υ συνεχίζουν να έχουν τη διαταραχή και στην εφηβική ηλικία σε ποσοστό 50-70% (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006). Να αναφερθεί ότι στην εφηβική ηλικία έχει παρατηρηθεί υποχώρηση συμπτωμάτων υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, αλλά παραμένουν τα συμπτώματα

της απροσεξίας καθώς και τα υπόλοιπα δευτερογενή προβλήματα (Weiss&Hechtman, 1979·Κάκουρος, 1998).

Οι έφηβοι, επίσης, μπορεί να παρουσιάσουν κακές σχέσεις μεταξύ των συμμαθητών τους όπως και με την οικογένεια, προβλήματα στο σχολείο όπως αποβολή, πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου, επιθετικότητα, προβλήματα συμπεριφοράς και παραβατικότητας, πειραματισμός με ναρκωτικές ουσίες και καταχρήσεις (Kieling, Genro, Hutz, & Rohde, 2010). Αποτελέσματα διαχρονικής έρευνας των Rasmussen & Gillberg (2000, όπως αναφέρεται στο Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006) έδειξαν μεταξύ άλλων ότι το 60% της πειραματικής ομάδας είχε αναπτύξει διαταραχές προσωπικότητας, χρόνιες ψυχικές διαταραχές, ορισμένα αυτιστικά χαρακτηριστικά, κατάχρηση ουσιών κλπ. Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι μειώθηκαν τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας, αλλά παρέμεινε το σύμπτωμα της ελλειμματικής προσοχής.

Υπότυποι της ΔΕΠ/Υ

Στο Αμερικανικό Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών διαταραχών DSM-V (2013) περιγράφονται τρεις υπότυποι της ΔΕΠ/Υ ανάλογα με τα χαρακτηριστικά που κυριαρχούν στην κάθε περίπτωση.

1. Ο πρώτος υπότυπος αναφέρεται στην Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας με προεξέχοντα τον Απρόσεχτο τύπο.
2. Ο δεύτερος υπότυπος αναφέρεται στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας με προεξέχοντα τον Υπερκινητικό – Παρορμητικό τύπο.
3. Ο τρίτος υπότυπος αναφέρεται στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας συνδυασμένος τύπος. Σε αυτήν την περίπτωση παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά και των δύο παραπάνω τύπων.

Σημαντικό είναι σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι τα επίσημα αυτά κριτήρια για τον ορισμό των υποτύπων της ΔΕΠ/Υ λαμβάνονται υπόψη με σοβαρότητα από πολλούς ειδικούς όσον αφορά όχι μόνο την διάγνωση της ΔΕΠ/Υ αλλά και τη μετέπειτα αντιμετώπιση της (Neuhaus, 1996). Ο Rowland και οι συνεργάτες του (2007) υποστήριξαν ότι η κατηγοριοποίηση των υποτύπων εξαρτάται από τον τρόπο που θα συνδυαστούν οι πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα. Στην έρευνά τους βρήκαν σημαντικές διαφορές στην κατανομή των υποτύπων της ΔΕΠ/Υ ανάλογα με την πηγή που χρησιμοποιήθηκε για τον καθορισμό τους. Όταν συνδυάστηκαν τα δεδομένα των γονέων και των διδασκόντων οι διαδικασίες, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν επηρέασαν σημαντικά την κατανομή των υποτύπων. Το εύρημα αυτό ήταν σημαντικό διότι λειτούργησε ως συμβουλευτική παραπομπή για τις ομάδες εργασίας του DSM-V για να αντιμετωπίσουν την μεταβλητότητα στους υπότυπους της ΔΕΠ/Υ δίνοντας πιο σαφείς και λεπτομερείς κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τον συνδυασμό των συμπτωμάτων και των πληροφοριών που λαμβάνονται από διαφορετικούς πληροφοριοδότες.

ΔΕΠ/Υ και συνοδά προβλήματα

Τα προβλήματα και οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ/Υ δεν προέρχονται μόνο από τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της διαταραχής (απροσεξία – παρορμητικότητα – υπερκινητικότητα). Τα παιδιά αυτά πολύ πιθανό είναι να εμφανίσουν και κάποια άλλα συμπτώματα δευτερογενή, τα οποία διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία. Κάποιες από τις δυσκολίες που συχνότερα παρουσιάζουν αυτά τα παιδιά είναι οι παρακάτω:

Μαθησιακές δυσκολίες

Ο τομέας της σχολικής μάθησης αποτελεί πρόβλημα για τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ. Σχεδόν όλα τα παιδιά με τη διαταραχή παρουσιάζουν κακή σχολική επίδοση στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση και παρότι έχουν φυσιολογική νοημοσύνη η επίδοσή τους δεν είναι ικανοποιητική (Ρούσσου, 1987). Ήδη από την δεκαετία του '70 επιβεβαιώνεται

ερευνητικά η άποψη της συνύπαρξης μαθησιακών δυσκολιών και ΔΕΠ/Υ (August&Garfinkel, 1990). Επίσης, ορισμένες μελέτες επανεξέτασης (follow-up) έδειξαν ότι οι μαθησιακές δυσκολίες που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παραμένουν στην εφηβεία και σχετίζονται με τη σχολική αποτυχία και την εγκατάλειψη του σχολείου (Gittelmanetal., 1985·Weissetal., 1985).

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ στον μαθησιακό τομέα προέρχονται πιθανόν από τις διάφορες δυσλειτουργίες και ελλείψεις που εντοπίζονται λόγω της διαταραχής. Παραδείγματος χάρη, τα παιδιά αυτά λόγω της έλλειψης προσοχής δυσκολεύονται να παρακολουθήσουν την ύλη που παρουσιάζει ο δάσκαλος την ώρα του μαθήματος. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι τουλάχιστον κάποια από τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δεν προσλαμβάνουν αρκετά ερεθίσματα και ότι ο συνδυασμός της υπερκινητικότητάς τους με τα ερεθίσματα που δέχονται από το περιβάλλον προκαλεί ένα αυξημένο επίπεδο διέγερσης (Ρούσσου, 1987).

Από τα ανωτέρω φαίνεται πως η σχολική αποτυχία είναι ένα αρνητικό αποτέλεσμα της διαταραχής (ΔΕΠ/Υ) κατά τη διάρκεια της εξελικτικής της πορείας. Τα αίτια της σχολικής αποτυχίας πιστεύεται ότι δεν είναι απόρροια μόνο της δράσης της τριάδας των συμπτωμάτων (απροσεξία, παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα) στο σχολικό πλαίσιο. Η ίδια τριάδα συμπτωμάτων ακολουθεί το παιδί και στο σπίτι με αρνητικά αποτελέσματα κατά την διάρκεια της απαραίτητης μελέτης και προετοιμασία του στα πλαίσια των μαθημάτων και εργασιών.

Επίσης, μεγάλος αριθμός παιδιών με ΔΕΠ/Υ (15% περίπου) έχουν μια συγκεκριμένη μαθησιακή δυσκολία, η οποία εμποδίζει την επεξεργασία πληροφοριών και αυτό εντοπίζεται στη δυσκολία του παιδιού να συγκρατήσει πληροφορίες, λέξεις, προτάσεις ή γράμματα, να αποκωδικοποιεί ήχους ή να αντιγράφει σχέδια (Ρούσσου, 1987). Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη (2002) η αιτιώδης σχέση της ΔΕΠ/Υ και των μαθησιακών δυσκολιών παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη και θα έπρεπε να διερευνηθεί περισσότερο ειδικά από την πραγματοποίηση διαχρονικών ερευνών.

Ελλείψεις στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας

Ο τομέας του λόγου και της ομιλίας των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζει ελλείμματα σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες των Hartsough και Lambert (1985) και των Szatmari et al. (1989). Έχει διαπιστωθεί ότι ένα ποσοστό της τάξης 6-35% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζει καθυστέρηση στην ομιλία καθώς και το 10-54% θα αντιμετωπίσει δυσκολίες στον προφορικό λόγο. Τα ευρήματα μιας άλλης έρευνας των Baker&Cantwell (1987) έδειξαν ότι το 16-37% των παιδιών με προβλήματα λόγου και ομιλίας είναι παιδιά που έχουν τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας.

Επιπλέον, όσον αφορά στο θέμα της κατανόησης του προφορικού λόγου έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δεν αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες από ό,τι τα υπόλοιπα παιδιά (Barkley, DuPaul&McMunvrey, 1990 ·Szatmarietal. 1989).Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι στην αναπτυξιακή πορεία ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ οι λεκτικές δυσκολίες μειώνονται, δηλαδή τα μεγαλύτερα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν λιγότερες δυσκολίες στην ομιλία από ό,τι τα μικρότερα (Grodzinsky&Diamond, 1992 ·Fisheretal., 1990).

Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη (2000) κάποιες φορές τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ είναι περισσότερο ομιλητικά από τους συνομηλικούς τους χωρίς ΔΕΠ/Υ. Αυτό συμβαίνει υπό την προϋπόθεση της ελεύθερης επικοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα, όταν βρεθούν σε αντίθετες από την ελεύθερη επικοινωνία καταστάσεις, όπου θα έπρεπε να έχουν οργανώσει τον λόγο τους προηγουμένως, τότε συνήθως μιλούν λιγότερο και έχουν αρκετά στοιχεία ανοργάνωτης ομιλίας και χωρίς φυσιολογική ροή. Οι παραπάνω δυσκολίες αντανακλούν την άποψη ότι τα προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ/Υ στον λεκτικό τομέα δεν σχετίζονται με την ομιλία καθεαυτή, αλλά με πιθανά ελλείμματα στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, οι οποίες ρυθμίζουν την οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς.

Ελλείψεις στην οργανωτική ικανότητα

Οι ερευνητές και οι ειδικοί που έχουν περιγράψει τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΕΠ/Υ έχουν υποστηρίξει ότι έχουν «σοβαρά προβλήματα με την οργάνωση». Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V: American Psychiatric Association, 2013) παραθέτει πολλές οργανωτικές συμπεριφορές, ως μέρος της συμπτωματολογίας, για την διάγνωση της ΔΕΠ/Υ (π.χ. συχνά χάνει τα πράγματα που απαιτούνται για τα καθήκοντα ή τις δραστηριότητες του).

Επίσης, ο Barkley (1990) αναφέρει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν οργανωτικά προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με τη διεκπεραίωση των καθηκόντων ή εργασιών στην κανονική τάξη. Άλλοι ερευνητές όπως ο Zentall και οι συνεργάτες του (1993) όρισαν με μεγαλύτερη σαφήνεια την οργάνωση σαν συμπεριφορές και διαδικασίες που απαιτούνται για την ολοκλήρωση των εργασιών. Αυτές οι οργανωτικές διαδικασίες και συμπεριφορές περιλαμβάνουν την ικανότητα να:

1. προγραμματίζουν και να διαχειρίζονται τις δραστηριότητες μέσα σε ένα χρονικό πλαίσιο.
2. φροντίζουν συστηματικά αντικείμενα και εργασίες μέσα στο χώρο για την ταχεία ανάπτυξη.
3. κάνουν διάρθρωση μιας προσέγγισης σε εργασία (Zentall et al., 1993).

Λαμβάνοντας υπόψη τους τα παραπάνω χαρακτηριστικά ο Zentall και οι συνεργάτες του έχουν αναπτύξει και δοκιμάσει μια οργανωτική κλίμακα χρησιμοποιώντας αντικείμενα κατασκευασμένα σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς και οι ερευνητές έχουν αναγνωρίσει εδώ και πολλά χρόνια ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν οργανωτικά ελλείμματα, τα οποία παρεμποδίζουν την ολοκλήρωση των εργασιών ή καθηκόντων. Για αυτόν τον λόγο χρειάζεται εξατομικευμένες στρατηγικές παρέμβασης, οι οποίες θα στοχεύουν στις ελλείψεις αυτής της περιοχής (Stormont – Spurgin, 1997).

Νοητική ανάπτυξη

Η νοημοσύνη είναι ένα βασικό στοιχείο για την εξέλιξη και την προσαρμογή του ανθρώπου. Έχει υποστηριχθεί (Barkley, DuPaul, & McMurray 1990) ότι οι δυσλειτουργίες της ΔΕΠ/Υ ασκούν αρνητική επίδραση στην νοητική ανάπτυξη των παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Οι επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ/Υ σε σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης έδειξαν ότι ο δείκτης Νοημοσύνης τους φαίνεται να υπολείπεται κατά 7-15 μονάδες από τον μέσο όρο των άλλων παιδιών χωρίς ΔΕΠ/Υ αντίστοιχης ηλικίας (Faraone et al., 1993· Fisher et al., 1990· McGee et al., 1989). Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνει και μια έρευνα της Αγαπητού και συνεργατών της (2006), η οποία έγινε στον ελληνικό χώρο. Σκοπός της εν λόγω έρευνας ήταν να μελετήσει τις διαφορές φύλου στη λεκτική νοημοσύνη των παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν χαμηλότερη λεκτική νοημοσύνη κατά 10 μονάδες συγκριτικά με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

Ο Barkley (1995) υποστηρίζει ότι η ΔΕΠ/Υ επηρεάζει τη νοητική ανάπτυξη του παιδιού ακολουθώντας δυο δρόμους: ο πρώτος, αν και σε μικρότερο βαθμό, επηρεάζει την απόκτηση των γνωστικών δεξιοτήτων και ο δεύτερος, που υπάρχει σε μεγαλύτερο βαθμό, επηρεάζει την αποτελεσματικότητα στην αξιοποίηση των ήδη αποκτημένων δεξιοτήτων.

Συναισθηματικά προβλήματα

Σύμφωνα με τον Barkley (1990) τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ εκδηλώνουν συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από ευερεθιστότητα και εχθρότητα. Επίσης, ο Wender (2001) στον τομέα αυτόν περιέλαβε και την αυξημένη αστάθεια της διάθεσης, διαταραχές αντίδρασης, αυξημένα επίπεδα θυμού, επιθετικότητα και ιδιοσυγκρασιακά ξεσπάσματα. Η δυσφορία των παιδιών αυτών περιλαμβάνει τις ιδιαίτερες δυσκολίες που φέρει η απώλεια της ευχαρίστησης, η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και το άγχος. Όλα αυτά τα συμπτώματα φέρουν μια εντυπωσιακή ομοιότητα με τις περιγραφές περιπτώσεων του Still

(1902) τις οποίες υποστήριζε με τον ισχυρισμό ότι ένα ελάττωμα στην ηθική ελέγχου και τη θεληματική αναστολή θα μπορούσε να υπάρχει στα παιδιά ανεξαρτήτως της πνευματικής υστέρησης.

Μνήμη εργασίας και ΔΕΠ/Υ

Η μνήμη εργασίας είναι μια εκτελεστική λειτουργία του εγκεφάλου, η οποία διαφοροποιείται από τους υπόλοιπους βασικούς τύπους μνήμης (αισθητηριακή μνήμη, βραχυπρόθεσμη μνήμη, μακροπρόθεσμη μνήμη) ως προς την δυναμικότητα της. Πιο συγκεκριμένα, είναι πιο δραστήρια από την βραχυπρόθεσμη μνήμη, η οποία περιλαμβάνει μόνο παθητική αποθήκευση πληροφοριών. Έτσι, η μνήμη εργασίας περιγράφει μια πιο σύνθετη νευρογνωστική λειτουργία από τη βραχυπρόθεσμη μνήμη διότι απαιτεί πληροφορίες που πρέπει να θυμόμαστε ενώ εκτελούμε κάποιο άλλο καθήκον. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορεί να μην αντιμετωπίζουν σφαιρικά προβλήματα μνήμης αλλά έχουν επιλεκτικά ελλείμματα στη μνήμη εργασίας σε αντίθεση με άλλους τύπους της μνημονικής λειτουργίας (Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson&Tannock, 2005). Ακόμα, ο Barkley (2002) υποστηρίζει ότι η μνήμη εργασίας είναι σημαντική για μια στόχο-κατευθυνόμενη συμπεριφορά.

Προτάσεις Αντιμετώπισης της ΔΕΠ/Υ

Δυο είναι οι πρωταρχικοί στόχοι που θα πρέπει να καθορίσουν την επιλογή και την υλοποίηση των προγραμμάτων παρέμβασης για τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ.

Πρώτον: Η βελτιστοποίηση της τρέχουσας κατάστασης που επικρατεί σε συμπεριφοριστικό, οικογενειακό, μαθησιακό, και κοινωνικό επίπεδο με την μείωση της σοβαρότητας και του αντίκτυπου.

Δεύτερον: Πρόληψη των ανεπιθύμητων δυσμενών αποτελεσμάτων λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα για πολλούς από τους νέους με ΔΕΠ/Υ, οι οποίοι παρουσιάζουν διάφορα συνοδά προβλήματα όπως επιθετικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά, δυσλειτουργία στην οικογένεια, απόρριψη κλπ., τα οποία σχετίζονται πολύ έντονα με κακή πρόγνωση. Με βάση τα ανωτέρω κριτήρια έχουν προταθεί από ειδικούς και ερευνητές διάφορα μοντέλα αντιμετώπισης, τα οποία αποσκοπούν σε θετικά αποτελέσματα (Conners&Erhardt, 1998).

Ορισμένα από αυτά είναι το μοντέλο:

1. Ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης (Psychosocial Interventions)
2. Γονικό-κεντρικό μοντέλο παρέμβασης (Parent – Based Interventions)
3. Σχολικό-κεντρικό μοντέλο παρέμβασης (School – Based Interventions)
4. Παιδοκεντρικό μοντέλο παρέμβασης (Child – Based Interventions)
5. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις για τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΕΠ/Υ

Το σχολείο ως εκπαιδευτικός φορέας έχει την υποχρέωση να παρέχει τις κατάλληλες εκπαιδευτικές υπηρεσίες στα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας όπως αντίστοιχα θα πρέπει να γίνεται με κάθε πιθανό πρόβλημα που μπορεί να έχει κάποιο παιδί. Αυτή η υπευθυνότητα αφορά όχι μόνο κάποια μεμονωμένα τμήματα του σχολείου, αλλά ολόκληρο το εκπαιδευτικό σύστημα. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται η στενή συνεργασία των δασκάλων της γενικής εκπαίδευσης με τους ειδικούς παιδαγωγούς καθώς και όλο το υπόλοιπο προσωπικό, το οποίο εμπλέκεται σε αυτό τον τομέα.

Σύμφωνα με μια εγκύκλιο που εξέδωσε το υπουργείο παιδείας των ΗΠΑ τον Σεπτέμβριο του 1991:

1. Το κράτος και η τοπική αυτοδιοίκηση πρέπει να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα με σκοπό την προώθηση του συντονισμού των γενικών και ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
2. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να προσδιορίσουν κατάλληλες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ.
3. Τονίζεται η διαδικασία της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών γενικής εκπαίδευσης για θέματα σχετικά με την ΔΕΠ/Υ όπως και η γνώση για τις απαραίτητες αλλαγές-προσαρμογές των αναλυτικών προγραμμάτων έτσι ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες αυτών των παιδιών (Κουμπιάς, 2010).

Στο σχολικό πλαίσιο μπορεί να εφαρμοστούν ποικίλες παρεμβάσεις που σκοπό έχουν να βοηθήσουν ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ. Μερικές από αυτές τις προτάσεις παρέμβασης στηρίζονται στην κλινική εμπειρία και την κοινή λογική, ενώ άλλες έχουν προκύψει από την επιστημονική τεκμηρίωση των μεθόδων αυτών που ήδη έχουν εφαρμοστεί στο σχολικό πλαίσιο. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εφαρμογή της οποιασδήποτε παρέμβασης είναι η ανταπόκρισή τους στις εξατομικευμένες ανάγκες του παιδιού με ΔΕΠ/Υ και η στενή συνεργασία των ειδικών με τους γονείς (Γιαννοπούλου, 2008).

Επίσης, ο εκπαιδευτικός πρέπει να επιλέξει εκείνες τις εκπαιδευτικές πρακτικές και προσεγγίσεις που συμβαδίζουν με το ισχύον αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών. Στη συνέχεια επιλέγει τις κατάλληλες συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις καθώς και τις αλλαγές που μπορούν να γίνουν στη σχολική τάξη. Οι ενέργειες που συνίσταται είναι : α) αξιολόγηση των ιδιαίτερων αναγκών και ικανοτήτων του μαθητή, β) επιλογή των κατάλληλων διδακτικών προσεγγίσεων, γ) ενσωμάτωση των κατάλληλων μεθόδων και πρακτικών σε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα. Για να επιτύχει η γενική στρατηγική που βασίζεται στην εξατομικευμένη διδασκαλία του μαθητή με ΔΕΠ/Υ και για να μπορέσει με ευελιξία να ενσωματωθεί στη γενική τάξη θα πρέπει να βασίζεται σε τρεις παράγοντες: α) κατάλληλος σχεδιασμός της διδασκαλίας, β) συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις, γ) ανάλογες προσαρμογές στη σχολική τάξη (Κουμπιάς, 2010).

Αποτελεσματικές συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις

Οι στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς βασίζονται στις αρχές του συμπεριφορισμού και έχουν ως στόχο τη μείωση ή και την εξάλειψη της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, θα οδηγήσουν στην αύξηση επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς και στην ανάπτυξη καινούριων εκδοχών που στο παρελθόν πιθανόν το παιδί να μην εκδήλωνε (Καραδήμας, 2001, όπως αναφέρεται στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Σε μια πρόσφατη μετά-ανάλυση 70 περίπου ερευνών που πραγματοποιήθηκαν το 1971-1995 και αφορούσαν τις παρεμβατικές στρατηγικές στο σχολείο για παιδιά με ΔΕΠ/Υ (DuPaul & Eckert 1998) φάνηκε ότι οι τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ στο σχολικό περιβάλλον. Επίσης, οι σχολικοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι οι συμπεριφοριστικές τεχνικές θα πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα του ειδικού για παιδιά, τα οποία εκδηλώνουν ήπια συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Οι μορφές αυτής της συμπεριφοριστικής παρέμβασης περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Προηγούμενοι χειρισμοί (Antecedent Manipulation).

Η στρατηγική αυτή αναφέρεται στη ρύθμιση και τη δομή της τάξης συμπεριλαμβανομένων των ημερησίων προγραμμάτων, ρυθμίσεις στη διάταξη των θέσεων, οδηγός κανόνων στην τάξη, προσδοκίες των εκπαιδευτικών.

2. Επακόλουθοι χειρισμοί (Consequent Manipulation)

Η στρατηγική αυτή αφορά στην ανταπόκριση ή την εφαρμογή των συνεπειών από τον καθηγητή μετά από εκδήλωση συγκεκριμένης συμπεριφοράς του μαθητή. Για παράδειγμα μια τέτοια τεχνική είναι ο έπαινος του εκπαιδευτικού αμέσως μετά την εκδήλωση μιας επιθυμητής συμπεριφοράς ή και το αντίθετο.

Σύμφωνα με μια πληθώρα ερευνών οι εκπαιδευτικοί μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια ποικιλία επακόλουθων χειρισμών με σκοπό να χειριστούν με επιτυχία τη συμπεριφορά των μαθητών με ΔΕΠ/Υ. Ορισμένοι τέτοιοι χειρισμοί είναι (α) η λεκτική θετική ενίσχυση και περιγραφή αμέσως μετά την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς (Martens&Kelly, 1993), (β) η χρήση παρεμβάσεων που βασίζονται στη μεσολάβηση μαθητών (Peer-Mediated interventions) (Kyle et al., 1995) και (γ) η ενδεχόμενη χρήση «ήπιας τιμωρίας» όπως σύντομες επιπλήξεις, απώλεια προνομίων, αφαίρεση της θετικής ενίσχυσης που σκοπό θα έχουν τη μείωση σε μεγάλο βαθμό των ακατάλληλων συμπεριφορών. Επιπλέον, είναι σημαντικό για τον εκπαιδευτικό να εφαρμόσει τους παρεμβατικούς χειρισμούς αμέσως μετά την εμφάνιση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς και πάντα με την κατάλληλη συνέπεια (Gardill et al., 1996).

3. Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική παρέμβαση (Cognitive - Behavioral Interventions).

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία είναι μια προέκταση των κλασικών μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς και περιλαμβάνει την κατανόηση των πεποιθήσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων όχι μόνο των ίδιων των ατόμων που δέχονται την θεραπεία, αλλά και των προσώπων του περιβάλλοντος τους. Βασικός άξονας της γνωσιακής συμπεριφοριστικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει τα παιδιά έτσι ώστε τα ίδια να επηρεάζουν και να ελέγχουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς τους (Ollendick, 1986). Η τεχνική της γνωσιακής συμπεριφοριστικής παρέμβασης έχει στόχο τη μάθηση και την ανάπτυξη στους μαθητές των τεχνικών του αυτό-ελέγχου και της λύσης προβλημάτων. Δεδομένου ότι αυτές οι δυο περιοχές θεωρούνται ελλειμματικές στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ φαίνεται ότι η παρέμβαση αυτή είναι κατάλληλη για τη βελτίωση των προβλημάτων αυτών των παιδιών (Eisert, 1992).

Στην τεχνική του αυτό-ελέγχου οι μαθητές εξασκούνται στη βήμα προς βήμα διαδικασία της παρακολούθησης και καθοδήγησης της συμπεριφοράς του. Για παράδειγμα, οι μαθητές διδάσκονται να λύνουν τις διαφορές τους ηρεμώντας πριν αντιδράσουν παρορμητικά εντοπίζοντας και εκφράζοντας συναισθήματα με τον κατάλληλο τρόπο, θέτοντας θετικούς στόχους για τον εαυτό τους, βρίσκοντας εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματα και τέλος δοκιμάζοντας ένα εναλλακτικό σχέδιο βάσει της αργιογίαξιολόγησης των πιθανών αποτελεσμάτων (Henley et al., 2000).

Όσον αναφορά την επίλυση προβλημάτων ο εκπαιδευτικός διαπραγματεύεται με τους μαθητές θέματα, τα οποία σχετίζονται με την επίλυση κοινωνικών διενέξεων. Προκειμένου να επέλθει η λύση μιας αντιπαράθεσης ο εκπαιδευτικός μπορεί να εργαστεί με έναν μαθητή ή και μια μικρή ομάδα μαθητών. Έτσι, θα έχει τη δυνατότητα να αυτοσχεδιάσει και να ενθαρρύνει τους μαθητές του συζητώντας το πρόβλημα μεταξύ τους. Συγχρόνως προσφέρει σε εκείνους ένα πλαίσιο υποστήριξης και καθοδήγησης (Κουμπιάς, 2010). Βασική παράμετρος των συμπεριφοριστικών προγραμμάτων σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ/Υ είναι η επικοινωνία και η εντατική συμβουλευτική των γονέων ή άλλων σημαντικών προσώπων που έχουν αναλάβει τα παιδιά στα πλαίσια εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Neuhaus, 1996).

Αντί επιλόγου

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ) είναι μια διαταραχή της ανάπτυξης, η οποία κάνει την εμφάνιση της στη νηπιακή ηλικία, συνεχίζει με αρκετές επιπτώσεις στην εφηβική ηλικία και μπορεί σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στο παιδί και τον έφηβο. Πλέον θεωρείται και υποστηρίζεται ότι τα αίτια της έχουν νευροβιολογική βάση με ό,τι συνέπειες αυτό επιφέρει στις διάφορες εκτελεστικές λειτουργίες, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη ρύθμιση μιας φυσιολογικής συμπεριφοράς. Εκτός των πρωτογενών χαρακτηριστικών (απροσεξία - παρορμητικότητα - υπερκινητικότητα) τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ/Υ έρχονται αντιμέτωποι και με πληθώρα δυσκολιών που τα συνοδεύουν.

Οι παρεμβατικές προσεγγίσεις για αυτή την ομάδα θα πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης και στην πρόληψη των πιθανών δευτερογενών προβλημάτων, τα οποία προκύπτουν από τα προϋπάρχοντα συμπτώματα. Οι εκπαιδευτικές προσεγγίσεις στόχο έχουν το γενικό σχολείο και τη γενική τάξη με ορόσημο πάντα την ανταπόκριση στις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε μαθητή με ΔΕΠ/Υ. Οι συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις στο σχολείο έχουν κριθεί ως οι πιο κατάλληλες για την επιτυχή διαχείριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και δυσκολιών που παρουσιάζουν οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ. Απαραίτητη κρίνεται και η συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια του μαθητή.

Αναφορές

- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- August, G. J., & Garfinkel, B. D. (1990). Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic-referred children. *Journal of abnormal child psychology*, 18(1), 29-45.
- Αγαπητού, Π., Ανδρέας, Γ., Καραπέτσας, Α. (2006). Διαφορές Φύλου στην Λεκτική Νοημοσύνη των Παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Περιοδικό Επιστήμης Εισαγωγής*, 3, 1-19.
- Baker, L., & Cantwell, D. P. (1987). A prospective psychiatric follow-up of children with speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), 546-553.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2002). International consensus statement on ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1389.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J., & McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(6), 775.
- Βάρβογλη, Λ., Γαλάνη, Μ. Μ. (2006). *Η Διάγνωση της Διάσπασης της Προσοχής: Πρακτικός Οδηγός*. Εκδόσεις: Καστανιώτης.
- Conners, C. K., & Erhardt, D. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Comprehensive clinical psychology*, 5, 487-525.
- Γιαννοπούλου, Γ. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο. Στο *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές. Στρατηγικές παρεμβάσεις*. σ.287-299. Εκδόσεις: Τόπος.
- DuPaul G. J., Eckert T. L. (1998), *Academic Interventions for Students with ADHD: A Review of the Literature*, *Reading & Writing Quarterly*, 14Q1, 59-82.
- Eisert, H. G. (1992). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα και σχολική απόδοση. Το παιδί με ΔΕΠ/Υ σαν μαθητής που μειονεκτεί στην τάξη. Πρακτικά Συμποσίου. Παιδιά με Υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής. Πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο. Αθήνα: Παιδοψυχιατρική Εταιρία Ελλάδας.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Lehman, B. K., Spencer, T., Norman, D., Seidman, L. J., ... & Tsuang, M. T. (1993). Intellectual performance and school failure in children with

attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *Journal of abnormal psychology*, 102(4), 616.

Fischer, M., Barkley, R. A., Edelbrock C. S. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 550-55.

Gardill, M., DuPaul, G. J., & Kyle, K. E. (1996). Classroom strategies for managing students with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Intervention in School and Clinic*, 32, 89-94.

Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R., Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. *Archives of General Psychiatry*, 42:937-947.

Grodzinsky, G. M., & Diamond, R. (1992). Frontal lobe functioning in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 8(4), 427-445.

Hartsough, C. S., & Lambert, N. M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children: Prenatal, developmental, and health history findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(2), 190.

Henley, M., Ramsey, R. S., & Algozzine, R. F. (2002). *Characteristics of and strategies for teaching students with mild disabilities*. Allyn & Bacon, 75 Arlington Street, Suite 300, Boston, MA 02116.

Kieling, C., Genro, J. P., Hutz, M. H., & Rohde, L. A. (2010). A current update on ADHD pharmacogenomics. *Pharmacogenomics*, 11(3), 407-419.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2006). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Εκδόσεις: Τυπωθήτω.

Κουμπιάς, Ε. (2010). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ). Εκδόσεις: Λαγουδερά.

Καλαντζή-Αζίζι, Α., Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). Προσαρμογή στο Σχολείο, πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.

Martens, B. K., & Kelly, S. Q. (1993). A behavioral analysis of effective teaching. *School Psychology Quarterly*, 8(1), 10.

Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2005). A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(4), 377-384.

McGee, R., Williams, S., Moffitt, T., & Anderson, J. (1989). A comparison of 13-year-old boys with attention deficit and/or reading disorder on neuropsychological measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(1), 37-53.

Neuhaus, C. (1996). Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του. Γνωσιακή συμπεριφοριστική κατεύθυνση. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.

Ollendick, T. H. (1986). Child and adolescent behavior therapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 525-564). New York: Wiley

Ρούσσου, Α. (1997). Η διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής. Στο Τσιάντης, Ι. & Μανωλοπούλου, Σ. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Τόμος 2ος, Μέρος 1ο. Αθήνα: Καστανιώτη.

Rowland, A. S., Skipper, B., Rabiner, D. L., Umbach, D. M., Stallone, L., Campbell, R. A., ... & Sandler, D. P. (2008). The shifting subtypes of ADHD: classification depends on

how symptom reports are combined. *Journal of abnormal child psychology*, 36(5), 731-743.

Still, G. F. (1902). The Goulstonian Lectures. *Some abnormal psychical conditions in children*, 1008-1012.

Stormont-Spurgin, M. (1997). I lost my homework: Strategies for Improving Organization in students with ADHD. *Intervention in School and Clinic*, 32(5), 270-7.

Stevens, J. (2005). Working Memory in Children with ADHD. In D. Gozal, D. L. Molfese (Eds) *Attention deficit hyperactivity disorder: from genes to patients* (pp. 277-292). HumanaPress.

Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 205-217.

Τρίγκα-Μέρτικα, Ε. (2005). *Διάσπαση Προσοχής και Υπερκινητικότητα Παιδιών και Εφήβων, Διάγνωση-Αξιολόγηση-Αντιμετώπιση*. Εκδόσεις: Πλοηγός.

Τομάρας, Ν. (2010). *Μαθησιακές Δυσκολίες, ισότιμες ευκαιρίες στην εκπαίδευση*. Εκδόσεις: Πατάκη.

Zentall, S. S., Harper, G. W., & Stormont-Spurgin, M. (1993). Children with hyperactivity and their organizational deficits. *The Journal of Educational Research*, 97, 112-117.

Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(2), 211-220.

Wender, P. H. (2001). *ADHD: Attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults*. Oxford University Press.