

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ (ΔΕΠ)
ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΔΕΠΥ)
(ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER – AD/HD)**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (**ΔΕΠ**) και Υπερκινητικότητας (**ΔΕΠΥ**), η οποία διεθνώς είναι γνωστή ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (**AD/HD**), αποτελεί μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες και διαγνωσκόμενες διαταραχές σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Barkley, 1990· The British Psychological Society, 1996). Μετά από ερευνητικές μελέτες επεκράτησε η άποψη ότι η **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** είναι οργανικής προέλευσης, στην οποία εμπλέκονται γενετικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες και εμπεριέχει νοητικές και νευροψυχολογικές δυσλειτουργίες ή ανεπάρκειες (Nigg and Hinshaw 1996), παραμένοντας όμως ακόμη, πολλά αναπάντητα ερωτήματα.

Η **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** είναι μία εκ γενετής διαταραχή και διαρκεί εφ' όρου ζωής (Pelham, 1994). Κάποια από τα συμπτώματά της εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 7 ετών και εκδηλώνονται οπωσδήποτε σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα.

Η **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** σύμφωνα με τα Διαγνωστικά Κριτήρια **DSM-IV** (1996) εντάσσεται μαζί με τη Διαταραχή της Διαγωγής και την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή στην κατηγορία «Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς» και συγχρόνως στην ευρύτερη κατηγορία «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία».

Η **ΔΕΠΥ** είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή που έχοντας ως πρωτογενή χαρακτηριστικά τα συμπτώματα της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας επιμένει στο χρόνο και μπορεί να προκαλέσει σημαντικές και ποικίλες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί, όσο και στο περιβάλλον του (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Ο ορισμός του συνδρόμου **ΔΕΠΥ** στην Ελλάδα, εξακολουθεί να είναι αμφισβητούμενος.

Ο όρος **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** είναι η «ετικέτα» που χρησιμοποιείται για να περιγράψει παιδιά, τα οποία παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα εστίασης προσοχής, ελέγχου παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας (Barkley, 1990).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ/ΔΕΠΥ

Μεταξύ παιδιών με **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** και παιδιών ομάδας ελέγχου τα οποία δεν παρουσιάζουν τη διαταραχή, έχουν διαπιστωθεί διαφορές σε αρκετές περιοχές νοητικής λειτουργίας και ειδικότερα σε νευροψυχολογικές μετρήσεις εκτελεστικών λειτουργιών (Tannock, 1998). Οι Tant και Douglas (1982) βρήκαν ότι τα παιδιά με **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** παρουσιάζουν συχνά δυσκολίες σε καθήκοντα και ασχολίες που απαιτούν περίπλοκες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και οργανωτικές δεξιότητες. Οι στρατηγικές που εφαρμόζουν είναι αναποτελεσματικές, συχνά παρορμητικές και όχι καλά οργανωμένες (Zentall, 1998).

Η αιτιολογία της διαταραχής δεν είναι ακριβώς γνωστή, παρ' όλο που κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες. Ίσως η αιτία να είναι το τελικό μονοπάτι πολλών και διαφορετικών αιτιολογικών παραγόντων. Χρειάζονται περισσότερες έρευνες για να διαπιστωθεί ποιοι παράγοντες ή συνδυασμοί παραγόντων έχουν τις πιο σημαντικές αιτιολογικές επιδράσεις. Στους παράγοντες που έχουν θεωρηθεί υπεύθυνοι συμπεριλαμβάνονται οι παρακάτω:

A. Οργανικοί παράγοντες

Προ-περι-μεταγεννητικοί, εγκεφαλικές βλάβες ή εγκεφαλική δυσλειτουργία, γενετικοί, δίαιτα – αλλεργίες.

B. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Γκονέλα Ελένη Σχολική Σύμβουλος Ειδικής Αγωγής Ν. Αιγαίου

Ψυχοκοινωνική αποστέρηση, ψυχοπαθολογική διαταραχή γονέων (κατάθλιψη), χαμηλό μορφωτικό – οικονομικό επίπεδο οικογένειας, μη άριστες κληρονομικές, περιγεννητικές και νεογνικές συνθήκες.

Τα αίτια είναι: α) **Εξωγενή**: Ψυχολογικοί παράγοντες

β) **Εγγενή**: Ιατρικά αίτια

Η **ΔΕΠΥ**, σύμφωνα με διεθνείς έρευνες (Barkley, 1990· Rief, 1993) κυμαίνεται από 3-5% του μαθητικού πληθυσμού. Στον ελλαδικό χώρο ο Κάκουρος και Μανιαδάκη πραγματοποίησαν έρευνα με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια **DSM-IV** και διαπίστωσαν ότι ένα ποσοστό 10% του ελληνικού μαθητικού πληθυσμού παρουσιάζει **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ**.

Διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (DSM-IV)

A. Είτε το (1) είτε το (2):

(1) Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα απροσεξίας έχουν επιμένει για τουλάχιστον έξι μήνες σε βαθμό που είναι δυσπροσαρμοστικός και ασύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Απροσεξία

α) συχνά αδυνατεί να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στο σχολείο, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες

β) συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντά του ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού

γ) συχνά δεν φαίνεται ν' ακούει όταν του μιλούν κατευθείαν

δ) συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αδυνατεί να τελειώσει σχολικές εργασίες, μικροθήματα ή υποχρεώσεις στο χώρο εργασίας του (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωτική συμπεριφορά ή αδυναμία να καταλάβει οδηγίες)

ε) συχνά έχει δυσκολία να ολοκληρώσει καθήκοντα και δραστηριότητες

στ) συχνά αποφεύγει, δεν του αρέσουν ή είναι απρόθυμο να εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκή νοητική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προετοιμασία για το σχολείο στο σπίτι)

ζ) συχνά χάνει πράγματα απαραίτητα για καθήκοντα ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία, ή εργαλεία)

η) συχνά διασπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα

θ) συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες

(2) Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας έχουν επιμείνει για τουλάχιστον έξι μήνες σε βαθμό που είναι δυσπροσαρμοστικός και ασύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Υπερκινητικότητα

α) συχνά κινεί νευρικά χέρια και πόδια ή στριφογυρνά στη θέση του

β) συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις στις οποίες το αναμενόμενο είναι να παραμείνει καθισμένο

γ) συχνά τρέχει γύρω γύρω ή σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε καταστάσεις όπου αυτή η συμπεριφορά δεν ταιριάζει (σε εφήβους ή ενηλίκους μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας)

δ) συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να εμπλέκεται σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, ήσυχα

ε) συχνά μιλά υπερβολικά

Παρορμητικότητα

στ) συχνά ξεστομίζει απερίσκεπτα απαντήσεις πριν ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις

ζ) συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του

η) συχνά διακόπτει ή «χώνεται» σε άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις ή παιχνίδια)

Β. Μερικά συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας που προκάλεσαν έκπτωση ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

Γ. Κάποια έκπτωση από τα συμπτώματα είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερους τομείς.

Δ. Πρέπει να υπάρχει σαφής απόδειξη κλινικά σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

Ε. Τα συμπτώματα δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας κάποιας βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης, της σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. διαταραχή της διάθεσης, αγχώδης διαταραχή, διασχιστική διαταραχή, ή διαταραχή της προσωπικότητας).

Σημείωση: Για άτομα (ιδίως εφήβους ή ενήλικους) που τώρα έχουν συμπτώματα που δεν πληρούν πια όλα τα κριτήρια, πρέπει να μπει ο προσδιορισμός «Σε μερική Ύφεση».

(Μάνος 1997: 616, 617).

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.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Υπερκινητικότητας (**ΔΥΚ**) ή Hyperkinetic disorder (**ΗΚΔ**) περιέχονται στο **ICD-10** (1992 & 1993) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Η **κύρια διαφορά** ανάμεσα στα δύο διαγνωστικά κριτήρια (**DSM-IV** και **ICD-10**) είναι ότι το **DSM-IV επιτρέπει** διάγνωση **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** ακόμη και σε περίπτωση συνοσηρότητας με άλλες ψυχοπαθολογίες, ενώ το **ICD-10 αποκλείει** τη διάγνωση **ΗΚΔ/ΔΥΚ** όταν είναι παρούσες άλλες σύνοδες ψυχοπαθολογίες, όπως ψυχικές διαταραχές και άγχος (Λιβανίου, 2004).

Οι Swanson, Sergeant, Taylor, Sonuga-Barke, Jensen και Cantwell (1998) αναφέρουν τις **διαφορές** των **ΔΥΚ/ΔΕΠΥ**, όταν εξετάζουμε συνοσηρότητα με άλλες ψυχοπαθολογίες ως εξής:

ΔΥΚ/ΗΚΔ

- Υπερκινητικότητα και ελλειμματική προσοχή (χωρίς συμπεριφορική διαταραχή)
- Υπερκινητικότητα (με συμπεριφορική διαταραχή)
- Δεν μπορεί να γίνει ασφαλής διάγνωση **ΔΥΚ/ΗΚΔ** σε περίπτωση συνοσηρότητας με άγχος και διαταραχές ψυχικής διάθεσης.

ΔΕΠΥ/ADHD

- Υποτύποι με την ίδια βάση συμπτωμάτων (ελλειμματική προσοχή, υπερκινητικότητα / παρορμητικότητα και συνδυασμός αυτών)
- Διάγνωση ΔΕΠΥ με συνοσηρότητα συμπεριφορικής διαταραχής, άγχους και διαταραχών ψυχικής διάθεσης, μπορεί να γίνει εάν πληρούνται τα κριτήρια διάγνωσης συνοσηρότητας πολλαπλών διαταραχών.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι υπάρχει έλλειψη σαφήνειας ως προς τα διαγνωστικά κριτήρια, αλλά και το θέμα της **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** περιπλέκεται από μια σειρά ζητημάτων: **α)** κοινωνικο-πολιτισμικές τοποθετήσεις **β)** έλλειψη σαφήνειας γύρω από τα όρια **γ)** παρουσία ακραίων επιπέδων παρορμητικότητας, διάσπασης προσοχής, κινητικής δραστηριότητας και άλλων χαρακτηριστικών στοιχείων **δ)** ύπαρξη υποομάδων.

Τα διαχωριστικά όρια λοιπόν εμφανίζονται ασαφή και πολλές φορές υπερκινητικότητα, ελλειμματική προσοχή και παρορμητικότητα, αλληλεπικαλύπτονται.

Η **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** συνυπάρχει:

- Με δυσλεξία
- Με μαθησιακές δυσκολίες
- Με ειδικές γλωσσικές διαταραχές και γλωσσικά προβλήματα
- Με εναντιωματική, παραβατική συμπεριφορά
- Με συναισθηματικές διαταραχές
- Με άλλες συμπεριφορικές ψυχοπαθολογίες

Μελέτες που συνέκριναν παιδιά με Μαθησιακές Δυσκολίες (**ΜΔ**) με και χωρίς **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ**, διαπίστωσαν ότι **παιδιά με ΜΔ** και **παιδιά με ΔΕΠ/ΔΕΠΥ και ΜΔ**, συνιστούν δύο ξεχωριστές νευρογνωστικές οντότητες.

Ο Tirosh και οι συνεργάτες του (1998) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι παρότι τα παιδιά με **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** είναι δυνατόν να εμφανίζουν και **ΜΔ**, εντούτοις **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** και **ΜΔ** αποτελούν ξεχωριστά σύνδρομα.

Οι Biderman, Newcorn και Sprich (1991) υπολόγισαν ότι υπάρχει μια ευρέως ποικίλη επικάλυψη μεταξύ **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** και **ΜΔ**, η οποία κυμαίνεται από μόλις 10% μέχρι και 92% (Silver, 1981).

Έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά με **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** αντιμετωπίζουν επίσης **ΜΔ** οξείες ή ήπιες, ανάλογα με τη συμπτωματολογία της **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ**.

Πολλές φορές συνυπάρχει η **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** με Αναγνωστικές Δυσχέρειες (**ΑΔ**) καθώς και με ορθογραφικές δυσχέρειες και δυσκολίες στα μαθηματικά.

Η ΔΕΠ/ΔΕΠΥ προκαλεί επιπτώσεις:

- Στην κοινωνικοποίηση του παιδιού
- Στις ενδοοικογενειακές σχέσεις
- Στον τρόπο μάθησης του παιδιού
- Στις μαθησιακές του επιδόσεις
- Στις ενδο-σχολικές σχέσεις
- Στην αυτο-αντίληψη και αυτο-εκτίμηση του παιδιού
- Στον ψυχισμό του.

Η **ΔΕΠΥ** είναι ένα σύνδρομο στο οποίο εμπλέκονται διαταραχές στο εκτελεστικό σύστημα του εγκεφάλου και κυρίως:

- Στην αυτορρύθμιση (εσωτερική, εξωτερική)
- Στο ρυθμό (αργός, γρήγορος)
- Στην οπτική και ακουστική αντίληψη
- Στη μνήμη (βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη)
- Στην αντιληπτική «αφύπνιση» και εγρήγορση
- Στην αναχαίτιση (Λιβανίου, 2004).

Η διάγνωση **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** εκτός από συμπεριφοριστικά προβλήματα δημιουργεί δυσκολίες και στον ψυχικό κόσμο του παιδιού και συγκεκριμένα στην αυτοεικόνα του. Παρουσιάζει δυσκολίες στο να δημιουργήσει φιλίες και να κάνει παρέα με τους συνομηλίκους του. Προτιμά μικρότερα παιδιά, με ρόλο αρχηγού.

Με δεδομένη τη μαρτυρία, ότι η **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** είναι ένα κλινικό πρόβλημα με επιπτώσεις στη συμπεριφορά του παιδιού είναι πιθανό να εμφανίζεται και στο σπίτι (μελέτη) και στο σχολείο (επιδόσεις), αλλά και σε άλλους χώρους (Barkley, 1998).

Σ' όλα αυτά τα συμπτώματα αντιδρούν γονείς και εκπαιδευτικοί, με συνέπεια να επηρεάζεται η συμπεριφορά του παιδιού σε μεγάλο βαθμό από το οικογενειακό, αλλά και το σχολικό του περιβάλλον (Reason, 1999). Γονείς και εκπαιδευτικοί προβληματίζονται, γιατί το παιδί εμφανίζει ιδιαιτερότητες στη συμπεριφορά του, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να εστιάσει την προσοχή του, ενεργεί παρορμητικά χωρίς να σκέφτεται και ανησυχούν για τις ακαδημαϊκές του επιδόσεις. Σύμφωνα με το Rutter (1982), τα παιδιά αυτά τους φέρνουν συχνά σε απόγνωση. Κατά τον Τσιάντη και τους συνεργάτες του (1982) οι έλληνες γονείς δείχνουν να ενδιαφέρονται και να ανησυχούν μόνο για την ακαδημαϊκή μόρφωση των παιδιών τους, παρά για τα προβλήματα συμπεριφοράς τους. Κι όμως, τα παιδιά αυτά, μπορεί να έχουν μαζί με την προβληματική συμπεριφορά και προβλήματα μαθησιακά που εμποδίζουν την ακαδημαϊκή τους απόδοση (Salend, 2001).

Σύμφωνα με τους ερευνητές (Reeve, 1990· Μπεζεβέγκης, 1989) αρκετοί μαθητές με **ΔΕΠΥ** εξαιτίας της συχνής σχολικής αποτυχίας που βιώνουν και της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν να προσαρμοστούν στο περιβάλλον μιας τυπικής, συμβατικής σχολικής τάξης, χρειάζονται ειδική παιδαγωγική αντιμετώπιση. Οι διδακτικές προσεγγίσεις για τους μαθητές με **ΔΕΠΥ** συχνά επικεντρώνονται στον περιορισμό της προβληματικής συμπεριφοράς τους. Επιπρόσθετα, πρέπει να χρησιμοποιούνται αποτελεσματικές μαθησιακές στρατηγικές για να βοηθήσουν τη μελέτη των μαθητών. Όμως, ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για μαθητές με **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ** θα πρέπει να περιλαμβάνει εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις μαθησιακές ανάγκες και ιδιαιτερότητες των μαθητών.

Πώς αντιμετωπίζεται το πρόβλημα;

Για την αντιμετώπιση της **ΔΕΠ/ΔΕΠΥ**, υπάρχει μεγάλη διάσταση απόψεων, μεταξύ των ειδικών.

Η συμβολή του εκπαιδευτικού στην αναγνώριση και αντιμετώπιση του προβλήματος είναι καθοριστικής σημασίας. Ο εκπαιδευτικός συνήθως είναι εκείνος που πρώτος εντοπίζει το πρόβλημα. Είναι επίσης εκείνος που πρέπει καθημερινά να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες του παιδιού μέσα στην τάξη και τα προβλήματα που πιθανόν αυτό να προκαλεί, με τέτοιο τρόπο, ώστε να το βοηθήσει να ανταπεξέλθει τόσο στο μαθησιακό όσο και στον κοινωνικό τομέα.

Η θεραπεία αυτής της διαταραχής είναι πολυδιάστατη και αν ξεκινήσει έγκαιρα, μπορεί πραγματικά να βοηθήσει το παιδί να προσαρμοστεί καλύτερα στο περιβάλλον του και να αποδώσει, στις εκάστοτε απαιτήσεις, με το μέγιστο των δυνατοτήτων του.

- Σε ένα πρώτο επίπεδο (κυρίως στις μέτριες και σοβαρές μορφές) ακολουθείται φαρμακευτική αγωγή.
- Σε ένα δεύτερο επίπεδο επιχειρούνται ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού με συμμετοχή των γονέων, του ίδιου του παιδιού, ίσως και των εκπαιδευτικών.
- Σε ένα τρίτο επίπεδο εφαρμόζονται κάποιες τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς για την εξομάλυνση κυρίως πρακτικών προβλημάτων.

ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΔΕΠΥ

Στο χώρο του σχολείου μεταξύ των μαθητών υπάρχουν παιδιά που παρουσιάζουν ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς, όπως και παιδιά με **ΔΕΠΥ**, για τα οποία θα μπορούσαμε να πούμε, ότι η περίπτωσή τους είναι ίσως η πιο παρεξηγημένη ανάμεσα στις περιπτώσεις των παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς. Είναι πολύ εύκολο να τα συγχέουμε και δύσκολο να τα ξεχωρίσουμε. Η **διαφορά** τους έγκειται στο ότι, τα πρώτα μπορούν, αλλά δε θέλουν να συμμορφωθούν, τα δεύτερα όμως (**με ΔΕΠΥ**), θέλουν να συμμορφωθούν, αλλά δεν μπορούν.

Η εντύπωση που προκαλούν τα παιδιά με **ΔΕΠΥ**, είναι αυτή του δύσκολου και ατίθασου παιδιού που δεν μπορεί τίποτα να κάνει σωστά, ενώ με μεγάλη δυσκολία μπορεί να βρει

κάνεις δύο καλές κουβέντες για να τα επαινέσει. Είναι άτακτα και ανήσυχα μέχρι τρέλας, αδέξια και απρόσεχτα, κακοί μαθητές, ενώ δεν φαίνονται ότι έχουν σοβαρό νοητικό πρόβλημα. Είναι τα παιδιά που φέρνουν σε απελπισία γονείς και εκπαιδευτικούς, οι οποίοι συχνά αισθάνονται ανίκανοι και αποτυχημένοι, φθάνοντας μέχρι και του σημείου της απόρριψης. Τα παιδιά αυτά μπορούν να χαρακτηριστούν ως: «τεμπέλικα», «παλιόπαιδα», «ανίκανα»... λόγω άγνοιας, που οδηγεί σε παρερμηνείες και λανθασμένες εκτιμήσεις. Δύο είναι τα βασικά σημεία που αγνοούνται: α) ότι το παιδί δεν το θέλει που φέρεται έτσι, υποφέρει κι αυτό όπως και οι άλλοι και ας μην είναι άμεσα εμφανές και β) ότι μόνο μια συνδυασμένη αγωγή που παρέχεται στα πλαίσια μιας πολυπληθούς διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να φέρει αποτελέσματα. Άρα, μπορούμε να συμπεράνουμε, ότι δύο είναι οι **έννοιες – κλειδιά** για τη σωστή αντιμετώπιση της κατάστασης:

1.- Η πολύπλευρη γνώση της διαταραχής και

2.- Η συνεργασία στην αντιμετώπισή της.

Τα παιδιά με **ΔΕΠΥ**, λόγω του αθέλητου της συμπεριφοράς τους, συχνά «κακοποιούνται» σωματικά και ψυχικά. Πολλά, παρουσιάζουν μια γνωστική υποκινητικότητα ή νωθρότητα και ας είναι υπερκινητικά. Εκπαιδευτικοί και γονείς νομίζουν ότι «βαριούνται» και δε θέλουν να σκεφτούν ή να δουλέψουν. Λόγω της απόρριψης που δέχονται, αισθάνονται απογοήτευση και αγανάκτηση από τις συνεχείς αποτυχίες τους και παρουσιάζουν διαταρακτικές συμπεριφορές, μη σκόπιμες, σαν αντίδραση στο περιβάλλον που τους τιμωρεί, τους στιγματίζει και τους ετικετοποιεί. Έχοντας δυσκολία να μπουν στη θέση του άλλου, δεν μπορούν να κάνουν φίλους ή να τους διατηρήσουν και μένουν απομονωμένα από τους συμμαθητές τους. Απογοητεύονται, παραιτούνται από προσπάθειες ελέγχου της συμπεριφοράς τους και καταφεύγουν σε ανώριμους τρόπους συμπεριφοράς π.χ. θεατρνισμούς για να προσελκύσουν το ενδιαφέρον της ομάδας και να γίνουν αποδεκτά.

Η ΔΕΠΥ αρχίζει γύρω στο 3^ο έτος ηλικίας, αυξάνεται στο Νηπιαγωγείο και περισσότερο στο Δημοτικό Σχολείο. Στην εφηβεία μειώνεται η υπερκινητικότητα, αλλά παραμένουν τα προβλήματα στη μάθηση και στο χώρο της ψυχοπαθολογίας. Παρουσιάζεται με αναλογία 4 αγόρια : 1 κορίτσι. Αυτό οφείλεται στο φυλετικό χρωμόσωμα του 23^{ου} ζεύγους που καθιστά τα αγόρια πιο ευπρόσβλητα.

Χαρακτηριστικές προβληματικές συμπεριφορές παιδιών

με ΔΕΠΥ

Υπερκινητικότητα

- Κινούν νευρικά χέρια ή πόδια η στριφογυρίζουν στη θέση τους
- Εγκαταλείπουν τη θέση τους, όταν πρέπει να παραμείνουν καθισμένα
- Είναι διαρκώς σε συνεχή κινησιακή ανησυχία, σαν να «κινούνται με μηχανή»
- Μιλούν διαρκώς και υπερβολικά μέσα στην τάξη
- Κάνουν επικίνδυνα πράγματα τρέχοντας και σκαρφαλώνοντας
- Σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου δε συμμετέχουν ήσυχα και ήρεμα

Απροσεξία

- Έντονη διάσπαση προσοχής από οπτικο-ακουστικά ερεθίσματα
- Μέσα στην τάξη μοιάζουν «χαμένα» δείχνοντας ότι ονειροπολούν
- Δεν μπορούν να επικεντρώσουν την προσοχή τους σε λεπτομέρειες
- Δυσκολεύονται να οργανώσουν δουλειές και δραστηριότητες
- Δεν ακολουθούν μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνουν να διεκπεραιώσουν σχολικές εργασίες
- Φαίνονται μπερδεμένα
- Ξεχνούν καθημερινές δραστηριότητες
-

- Δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους σε δουλειές ή δραστηριότητες παιχνιδιού
- Φαίνεται να μην ακούνε, όταν τους απευθύνεται ο λόγος

Παρορμητικότητα

- Απαντούν, πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση απερίσκεπτα
- Δυσκολεύονται να περιμένουν τη σειρά τους
- Έχουν άλλοτε γρήγορους και άλλοτε αργούς ρυθμούς
- Διακόπτουν ή ενοχλούν με την παρουσία τους, τους άλλους

Η **ΔΕΠΥ** χρειάζεται σωστή αντιμετώπιση από την αρχή. Όλοι όσοι εμπλέκονται, οφείλουν να έχουν υπομονή και να διαθέτουν δεξιότητες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του παιδιού. Το αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές είναι ικανοποιητικό.

Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε όλοι, ότι το παιδί αυτό δεν είναι ένα κακότροπο πλάσμα που ό,τι κάνει, το κάνει για να εξοργίζει τους γύρω του. Υπάγεται στο βασικό κανόνα που λέει: «Ένα παιδί που δημιουργεί στους άλλους προβλήματα, επιχειρεί να λύσει τα δικά του». Το πρόβλημά του δεν είναι «αρρώστια». Έχει ανάγκη από βοήθεια, συμπαράσταση απ' όλους μας και να αντιμετωπιστεί με υπομονή και κατανόηση. Δεν είναι αντικοινωνικό στοιχείο, ούτε πρέπει να γίνεται ο «αποδιοπομπαίος τράγος» από σπίτι, σχολείο, παρέα. Δε βλέπουμε μόνο τις κακές πλευρές του, αλλά και τις καλές του. Βασικός στόχος όλων μας, η αποδοχή του από το περιβάλλον (οικογενειακό, σχολικό και ευρύτερο), καθώς και η ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών του.

Αντιμετώπιση μαθητών με ΔΕΠΥ στην τάξη

Οι εκπαιδευτικοί γενικής και ειδικής αγωγής ως βασικοί υποστηρικτές των παιδιών με **ΔΕΠΥ**, μπορούν να συμπεριλάβουν στις γενικές δραστηριότητες μάθησης και κάποιες ενδεικτικές, όπως:

Γκονέλα Ελένη Σχολική Σύμβουλος Ειδικής Αγωγής Ν. Αιγαίου

- Περιορισμό του αριθμού παραγόντων που αποσπούν την προσοχή (περιττά οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα – πόρτα, παράθυρα, διακοσμητικά ερεθίσματα της τάξης)
- Μετασχηματισμό των πληροφοριών σε εικόνες οπτικές ή ακουστικές, αλλά και με χρήση δικών τους λέξεων
- Χρησιμοποίηση ενδιαφέροντος διδακτικού υλικού
- Ανακάλυψη τρόπων για προσέλκυση της προσοχής
- Δημιουργία θετικού μαθησιακού περιβάλλοντος
- Δραστηριότητες για πρόκληση περιέργειας και ενθουσιασμού
- Χωρισμό κάθε δραστηριότητας σε μικρές ενότητες και διδασκαλία με μικρά βήματα και όχι στο σύνολό τους, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες εγκατάλειψης των προσπαθειών του παιδιού.
- Στρατηγικές «εκτόνωσης», με ανάθεση μικροεργασιών για το σχολείο και το σπίτι π.χ. μοίρασμα τετραδίων, γράψιμο στον πίνακα, δείξιμο στο χάρτη, σε όργανο ή σε μια εικόνα....., με σκοπό την απελευθέρωση της ενέργειάς τους και ελαχιστοποίηση της κούρασης και της μονοτονίας τους.
- Εξατομίκευση εργασίας σε σχέση πάντα με τα ποικίλα εκπαιδευτικά επίπεδα και τις ανάγκες των μαθητών στο σχολείο και στο σπίτι.
- Ενθάρρυνση και ενίσχυση της σωστής συμπεριφοράς, ακόμη και μιας μικρής βελτίωσης.
- Εμπλουτισμός της ύλης των μαθημάτων
- Προσαρμογή των ερωτήσεων, έτσι, ώστε να δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να απαντήσει σωστά. Γλώσσα απλουστευμένη, ρυθμός αργός, περιορισμός κινήσεων και χειρονομιών.
- Χρήση «εξωτερικών» τεχνικών π.χ. επαίνους, αυτοκόλλητα, ειδικά προνόμια.

Γκονέλα Ελένη Σχολική Σύμβουλος Ειδικής Αγωγής Ν. Αιγαίου

- Πολυαισθητηριακό ύφος διδασκαλίας, με γρήγορη εναλλαγή ερεθισμάτων
- Χρήση Η/Υ
- Εφαρμογή ομαδοσυνεργατικής διδασκαλίας
- Διδασκαλία στους μαθητές να εκτιμούν τη διαφορετικότητα, να δίνουν σημασία και να μαθαίνουν από τις ομοιότητες και διαφορές των άλλων.

- Χρήση σαφών όρων στην ομιλία, δίνοντας μόνο μία οδηγία τη φορά, με απλές προτάσεις.
- Υπογράμμιση των κυρίων σημείων και βασικών λέξεων – κλειδιών με φωσφορούχο μαρκαδόρο
- Αποφυγή συχνής χρήσης τιμωρίας, παρά μόνον αν κρίνεται απαραίτητη, χωρίς αυστηρότητα, αλλά με ήρεμο και διακριτικό τρόπο.
- Δομημένη εργασία με κατανοητό τρόπο, καθοδηγώντας και επεξηγώντας καθετί, επιτηρώντας πάντα με ευαισθησία και λεπτότητα.
- Συνέπεια και σεβασμός στους κοινά συμφωνημένους «όρους» της τάξης. Η τήρησή τους, ανταμείβεται και επιβραβεύεται. Η αθέτησή τους επιφέρει αρνητικές συνέπειες.
- Πρόβλεψη για κάποιες καταστάσεις που πιθανόν να προκαλέσουν δυσκολία (π.χ. αλλαγή στο πρόγραμμα, αλλαγή αίθουσας...), για κατάλληλη προετοιμασία των παιδιών.
- Επέμβαση με μη λεκτικούς (non verbal) κώδικες, όπως ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο ή την πλάτη, ένα αυστηρό βλέμμα, κάποιο νεύμα ή σύμβολο.
- Επιδίωξη της βλεμματικής επαφής
- Πρόσβαση στη βιβλιοθήκη
- Μουσικά ακούσματα (κατευναστική μουσική)
- Ενίσχυση του χαμηλού αυτοσεβασμού και της αυτοεικόνας του παιδιού.

- Κάθονται σε θέση, κοντά στον εκπαιδευτικό, μόνα ή με άλλον ήσυχο και υπομονετικό μαθητή. Τα πρώτα θρανία θεωρούνται κατάλληλα. Η παρουσία μας κατευνάζει την ανησυχία τους και η επέμβασή μας πρέπει να είναι άμεση.

Η έρευνα δείχνει, ότι η ένα προς έναν διδασκαλία για ένα μέρος της σχολικής ημέρας, δίνει στα παιδιά με **ΔΕΠΥ** τις ευκαιρίες, να συζητηθούν τα συναισθήματά τους ή τα κοινωνικά και μαθησιακά προβλήματά τους (Cooper και Urion, 1991).

«Ουσιαστικά το παιδί πρέπει να αισθανθεί αγαπημένο, ακόμα και όταν η συμπεριφορά δεν είναι αγαπητή. Μισήστε την αμαρτία, αλλά αγαπήστε τον αμαρτωλό. Πείτε στο παιδί τι είναι αποδεκτό και τι δεν είναι, αλλά ποτέ μην το καταδικάσετε» (Attwood, 2001).

Για τα παιδιά με **ΔΕΠΥ** δεν είναι όλα μαύρα. Μπορεί και γι' αυτά να ισχύει η αισιόδοξη άποψη που λέει ότι: «Η συμπεριφορά μπορεί να αλλάξει» θεωρώντας τη συμπεριφορά με την ευρύτερη έννοιά της. Για να γίνει όμως κάτι τέτοιο, θα πρέπει προηγουμένα: **α)** Να αλλάξουμε συμπεριφορά εμείς όλοι: εκπαιδευτικοί, μαθητές, γονείς, κοινωνία. **β)** Να συνεργαζόμαστε όλοι σωστά. **γ)** Οι εκπαιδευτικοί να δεχτούν το σύνδρομο έτσι όπως παρουσιάζεται, να ενθαρρύνουν, να δείχνουν κατανόηση, να στηρίζουν το μαθητή, να μην ξεχνούν να χαμογελούν και να αγαπούν. Θα δίνουν συγκεκριμένες οδηγίες στους γονείς για τον τρόπο οργάνωσης της μελέτης στο σπίτι, συνέχεια του τρόπου εργασίας του σχολείου. **δ)** Οι γονείς θα ακολουθούν πιστά το πρόγραμμα και τις οδηγίες των ειδικών, θα σπλιστούν με υπομονή, χωρίς να εκδηλώνουν θυμό και απόρριψη στο παιδί, ούτε να αισθάνονται οι ίδιοι αποτυχημένοι και ματαιωμένοι στο ρόλο τους. **ε)** Οι μαθητές να περιβάλλουν με αγάπη και φιλία το συμμαθητή τους, ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό την αυτοεκτίμησή του. **στ)** Το σχολείο αντί να διαφοροποιεί, να κατηγοριοποιεί, να περιθωριοποιεί και να αποκλείει, να γίνει ο θεσμικός φορέας που θα αποδέχεται όλα τα παιδιά. Οφείλει να τους μεταδώσει γνώσεις, αναγνωρίζοντας ιδιαιτερότητες στον τρόπο μάθησης και παράλληλα να τα βοηθήσει, ώστε να ανακαλύψουν και να καλλιεργήσουν τα μοναδικά ταλέντα της ψυχής και του μυαλού τους (Πατσίδου, 2005).

Απ' ότι φαίνεται, η περίπτωση ενός παιδιού με **ΔΕΠΥ**, είτε κάποιος είναι γονιός του, είτε δάσκαλός του, δεν είναι η καλύτερη που θα μπορούσε να του τύχει. Όμως, δεν είναι και η χειρότερη. Και, όταν ξέρεις, ότι οι ενέργειές σου έχουν αποτέλεσμα και βοηθούν ένα παιδί με τόσα αρνητικά προβλήματα να τα ξεπεράσει και να φτάσει στο σημείο να λειτουργεί, όπως όλα τα άλλα άτομα, πρέπει να οπλίζεσαι με κουράγιο, υπομονή και επιμονή για να το αντιμετωπίσεις.

Εμείς έχουμε το καθήκον να υιοθετήσουμε το **«Α-Ω»** σλόγκαν, όπου:

- Το **«Α»** είναι η δομή, τα όρια, η ακρίβεια στις οδηγίες, η συνέπεια και σταθερότητα στη συμπεριφορά μας ως εκπαιδευτικοί και,
- Το **«Ω»** είναι η ευαισθησία, ο σεβασμός στη διαφορετικότητα και η ανθρώπινη προσέγγιση στα πολύμορφα και πολυδιάστατα προβλήματα και στις δυσκολίες όλων των παιδιών και κατά μείζονα λόγο, των παιδιών με μαθησιακές και συμπεριφορικές δυσκολίες.

Για να φτάσουμε από το «Α» στο «Ω», χρειάζονται:

ΑΠΕΡΙΟΡΙΣΤΗ ΚΑΙ ΑΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΤΗ ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ της διαφορετικότητας του παιδιού- του κάθε παιδιού (Λιβανίου, 2004).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Attwood, J. (2001). Changing unruly and unmanageable into “understood” special children

Barkley, R.A. (1990). Attention – Deficit Hyperactivity Disorder: A hand book for diagnosis and treatment. New York: Pergamon Press. (1998) New York, NY: The Guilford Press.

Biederman, J. Newcorn, J. Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorder. American Journal of Psychiatry.

Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ. Η επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη σχολική επίδοση και στη συμπεριφορά των παιδιών (2000).

Λιβανίου, Ε. (2004). Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη. Εκδ. ΚΕΔΡΟΣ, Αθήνα.

Μπεζεβέγκης, Η.Γ. (1989). Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Τόμος Α', Αθήνα.

Oxford, E. (1998). Wrestling with the whirlwind: An approach to the understanding of ADD/ADHD. Journal of Child Psychotherapy.

Πασιίδου, Μ. (2006). Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε μαθητές με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Θ.Ε.Α. τ. 31, Αθήνα.

Pelham, W.E. (1994). Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinician's guide. New York: Plenum.

Reason, R. (1999). ADHD: A psychological response to an evolving concept. Journal of Learning Disabilities.

Reeve, R.E. (1990). ADHD: Facts and fallacies. Intervention in School and Clinic

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. Res. In Education

Silver, L.B. (1981). The relationship between learning disabilities, hyperactivity, distractibility and behavioral problems. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry.

Swanson, J.M. Sergeant, J.A. Taylor E. Sonuga – Barke, E.J.S. Jensen P.S. and Cantwell, D.P. (1998). Attention – deficit hyperkinetic disorder. The Lancet.

Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive neurobiological and genetic research. Journal of Child Psychology and psychiatry and Allied Disciplines.

Tant, J, L. and Douglas, V.I. (1982). Problem solving in hyperactive, normal, and reading – disabled boys. Journal of Abnormal child psychology.

Tirosh, E. Berger, J. Cohen – Ophir, M. Davidovitch, M. and Cohen A. (1998). Learning disabilities with and without attention deficit hyperactivity disorder: Parents and teachers perspectives, Journal of Child Neurology.

Tsiantis, J. Mardikian – Gazerian, B. Sipitanou, A. and Tata-Stamoulopoulou, L. (1982). Child Mental Health and Psychosocial Development: National Case study. Unpublished report to the WHO.

Zentall, S.S. (1993). Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder. Exceptional Children.

DSM-IV Criteria – American Psychiatric Association – 1994.