



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΦΛΩΡΙΝΑΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

**Δύο Μελέτες περίπτωσης παιδιών με ΔΕΠΥ: Αντιλήψεις
οικογένειας και εκπαιδευτικών για τη συναισθηματική και ηθική ανάπτυξη
των παιδιών**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΣ ΧΑΙΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΒΑΣΙΟΥ

ΤΡΥΦΩΝ ΜΑΥΡΟΠΑΛΙΑΣ

**ΦΛΩΡΙΝΑ
ΜΑΙΟΣ 2020**

Περιεχόμενα	
Περίληψη	5
Abstract	5
Πρόλογος	6
Εισαγωγή	7
Πρώτο Μέρος	8
1. Θεωρητική/Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	8
1.1. Ορισμός ΔΕΠΥ	8
1.1.1. Προβλήματα ορολογίας	8
1.1.2. Ορισμός Ελλειμματικής Προσοχής	9
1.1.3. Ορισμός Υπερκινητικότητας	9
1.1.4. Τύποι	10
1.1.5. Διάγνωση	10
1.1.6. Κριτήρια διάγνωσης	11
1.2. Αιτιολογία ΔΕΠ-Υ	12
1.2.1. Νευρολογικοί παράγοντες	12
1.2.2. Κληρονομικοί παράγοντες	13
1.2.3. Προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες	13
1.2.4. Περιβαλλοντικοί παράγοντες	14
1.2.5. Διατροφικοί παράγοντες	14
1.3. Συναισθήματα Παιδιών με ΔΕΠΥ	14
1.4. Συμπεριφορές Παιδιών με ΔΕΠΥ	15
1.4.1. Προβλήματα στο σχολείο	15
1.4.2. Προβλήματα στην εξεύρεση της κατάλληλης λέξης	17
1.4.3. Προβλήματα κατανόησης και μνήμης κειμένων	17
1.4.4. Λεκτικά και επικοινωνιακά προβλήματα	17
1.4.5. Προβλήματα προσωπικότητας και σχέσεις με τους ομηλικούς	17
1.4.6. Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού	18
1.4.7. Προβλήματα νοητικής ανάπτυξης	18
1.4.8. Προβλήματα στις προσαρμοστικές ικανότητες	18
1.4.9. Προβλήματα αίσθησης του χρόνου	18
1.4.10. Προβλήματα στον ύπνο	18
1.4.11. Προβλήματα στην κινητικότητα του παιδιού	19
1.4.12. Προβλήματα επιθετικότητας του παιδιού	19
1.5. Συννοσηρότητα	19
1.6. Τρόποι Αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ	19

1.6.1. Φαρμακευτική αγωγή	20
1.6.2. Ψυχοθεραπεία	20
1.7. Αντιλήψεις Γονέων και Εκπαιδευτικών Μαθητών με ΔΕΠΥ	23
1.7.1. Οι γνώσεις των γονέων και των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ	23
1.7.2. Η ψυχική υγεία της οικογένειας	23
1.7.3. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας	23
1.7.4. Εκπαιδευτικός οδηγός παιδιών με ΔΕΠ-Υ	23
Δεύτερο Μέρος	24
2. Έρευνα	24
2.1. Μέθοδος	24
2.1.1. Σκοπός της έρευνας	24
2.1.2. Μεθοδολογία	24
2.1.3. Υλικά	25
2.1.4. Συμμετέχοντες	25
2.2. Προφίλ	26
2.2.1. Προφίλ παιδιών	26
2.2.2. Ατομικό Ιστορικό	26
2.2.3. Οικογενειακό ιστορικό	26
2.2.4. Μαθησιακό προφίλ	27
2.3. Αποτελέσματα	28
2.3.1. Ικανότητες παιδιού	28
2.3.2. Ανησυχίες για το παιδί	28
2.3.3. Τα θετικά στοιχεία του παιδιού	28
2.3.4. Εκδήλωση συναισθημάτων του παιδιού	28
2.3.5. Εμφάνιση κοινωνικών προβλημάτων	29
2.3.6. Αντίληψη συναισθημάτων του παιδιού	29
2.3.7. Ηθική ανάπτυξη παιδιού	29
2.3.8. Ενσυναίσθηση παιδιού	29
2.3.9. Φιλικές σχέσεις του παιδιού	29
2.3.10. Ποιότητα των φιλικών σχέσεων του παιδιού	30
2.3.11. Αυτοπεποίθηση παιδιού	30
2.3.12. Σχέση μεταξύ του παιδιού και των αδελφών/ συμμαθητών του	30
2.3.13. Υπακοή παιδιού σε κανόνες	30
2.3.14. Δυσκολίες στην καθημερινότητα με το παιδί	30
2.3.15. Αντιμετώπιση παιδιού σε σχέση με τα υπόλοιπα	31
2.4. Απαντήσεις Συμμετεχόντων	31

2.4.1. Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι ικανότητες του παιδιού;	31
2.4.2. Ποιες είναι οι ανησυχίες σας για το παιδί;	31
2.4.3. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα θετικά στοιχεία του παιδιού;	32
2.4.4. Το παιδί σας εκδηλώνει τα συναισθήματά του;	32
2.4.5. Πώς εκδηλώνει το παιδί τα συναισθήματά του;	32
2.4.6. Το παιδί εμφανίζει κοινωνικά προβλήματα;	33
2.4.7. Το παιδί εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς;	33
2.4.8. Πώς αντιλαμβάνεστε τα συναισθήματα του παιδιού;	33
2.4.9. Πώς αντιλαμβάνεστε την ηθική ανάπτυξη του παιδιού;	34
2.4.10. Το παιδί μπαίνει στη θέση των άλλων όταν χρειαστεί;	34
2.4.11. Το παιδί κάνει εύκολα φίλους;	34
2.4.12. Το παιδί διατηρεί τις φιλίες του;	35
2.4.13. Το παιδί έχει αυτοπεποίθηση;	35
2.4.14. Ποια είναι η σχέση του παιδιού με τα αδέρφια του/τους συμμαθητές του;	35
2.4.15. Το παιδί κάνει υπακοή στους κανόνες (σπιτιού/σχολείου);	36
2.4.16. Ποιες είναι οι δυσκολίες στην καθημερινότητα με το παιδί;	36
2.4.17. Ποια είναι η διαφορά στην αντιμετώπιση σας απέναντι στο παιδί σε σχέση με τα άλλα παιδιά της (οικογένειας/τάξης);	36
2.5. Συμπεράσματα-Συζήτηση	37
2.5.1. Χαρακτηριστικά του Γ. με βάση τις απαντήσεις των γονέων του	37
2.5.2. Χαρακτηριστικά του Γ. με βάση τις απαντήσεις της Εκπαιδευτικού του	37
2.5.3. Χαρακτηριστικά του Μ. με βάση τις απαντήσεις των γονέων του	38
2.5.4. Χαρακτηριστικά του Μ. με βάση τις απαντήσεις του Εκπαιδευτικού του	38
2.6. Σύγκριση των Μελετών Περίπτωσης	38
2.7. Συμπέρασμα	39
Βιβλιογραφία	40
Παράρτημα	44

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία μελετά δύο περιπτώσεις παιδιών με Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), καθώς και τις αντιλήψεις της οικογένειας και του εκπαιδευτικού για τη συναισθηματική και ηθική ανάπτυξη των παιδιών. Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το πρώτο είναι το θεωρητικό και το δεύτερο το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος χωρίζεται σε επτά μέρη και το ερευνητικό σε οκτώ. Αρχικά, αναφέρεται ο ορισμός, τύποι και η διάγνωση της ΔΕΠΥ και στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά οι παράγοντες που οδηγούν στην ΔΕΠ-Υ. Έπειτα, γίνεται λόγος για τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και αναλύονται οι συμπεριφορές τους σε διάφορα περιβάλλοντα (π.χ. στο σχολείο) και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα (π.χ. στον ύπνο). Κατόπιν, παρουσιάζεται ο όρος της συννοσηρότητας και προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, ενώ στο τέλος του θεωρητικού μέρους σκιαγραφούνται οι αντιλήψεις γονέων και εκπαιδευτικών μαθητών με ΔΕΠΥ.

Στη συνέχεια, λαμβάνει χώρο το ερευνητικό μέρος, όπου αρχικά γίνεται παρουσίαση της μεθοδολογίας (σκοπός, συμμετέχοντες) που ακολουθήθηκε προκειμένου να διεκπεραιωθούν οι μελέτες περίπτωσης και τονίζεται το προφίλ των παιδιών σε ατομικό, οικογενειακό και μαθησιακό επίπεδο. Κατόπιν, αναλύονται τα αποτελέσματα και αναγράφονται αυτολεξεί οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα ερωτηματολόγια. Τέλος, συγκρίνονται οι δύο μελέτες περίπτωσης και αναγράφεται το γενικό συμπέρασμα, ενώ παράλληλα προτείνονται εναλλακτικές ιδέες για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, παιδί, γονείς, εκπαιδευτικοί, συναισθηματική ανάπτυξη, ηθική ανάπτυξη

Abstract

This thesis studies the cases of two children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) and the perceptions of their families and teachers regarding their emotional and ethical development. This study consists of two parts, with those being the theoretical and the research part. The theoretical part is divided in seven parts and the research part in eight. Initially, the definition, types and diagnosis of ADHD are mentioned and then the factors that lead to it are presented in detail. After that, the emotions of children with ADHD are discussed and their behaviors are analyzed in different environments (e.g. at school) and the problems they face in everyday life (e.g. sleep). Then, the term comorbidity is presented and ways of dealing with ADHD are proposed, while at the end of the research part, the perceptions of parents and educational students with ADHD are outlined.

Next, the research part takes place, where initially the methodology (purpose, participants) is presented, which was followed in order to carry out the case studies and the profile of the children is emphasized on an individual, family and learning level. Afterward, the results are analyzed and the answers of the participants in the questionnaires are presented as they were given. Finally, the two case studies are compared, and the general conclusion is written, while at the same time alternative ideas for conducting

the research are proposed.

Key words: ADHD, kid, parents, teachers, emotional development, moral development

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία διεξήχθη στο πλαίσιο των προπτυχιακών μου σπουδών στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης Φλώρινας και συγκεκριμένα στο τέταρτο έτος. Το θέμα της εργασίας προέκυψε από προσωπικό μου ενδιαφέρον για νέα γνώση και έρευνα πάνω στις αντιλήψεις των γονέων και των εκπαιδευτικών παιδιών με ΔΕΠ-Υ για την ηθική και συναισθηματική τους ανάπτυξη. Έτσι, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια Αικατερίνη Βάσιου, η οποία δέχτηκε πρόθυμα να με καθοδηγήσει προκειμένου να φέρω εις πέρας την πτυχιακή μου εργασία, αλλά και για την εμπιστοσύνη και την υπομονή που έδειξε στο πρόσωπό μου. Ήταν ιδιαίτερη τιμή για μένα να συνεργαστώ με μία εξαιρετική επιστήμονα και άνθρωπο. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου Τρύφων Μαυροπαλιά για τη συνεργασία. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι δέχτηκαν πρόθυμα να συμμετάσχουν στις μελέτες περίπτωσης στο ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μου εργασίας.

Εισαγωγή

Δύο Μελέτες περίπτωσης παιδιών με ΔΕΠΥ: Αντιλήψεις οικογένειας και εκπαιδευτικών για τη συναισθηματική και ηθική ανάπτυξη των παιδιών

Οι αντιλήψεις της οικογένειας και του εκπαιδευτικού για τη συναισθηματική και ηθική ανάπτυξη του παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι ένας σπουδαίος παράγοντας για την πρόληψη και θεραπεία της ΔΕΠ-Υ. Οι αντιλήψεις της οικογένειας και του εκπαιδευτικού στην αναζήτησή τους μοιάζουν δυσεύρετες, καθώς πολλές φορές τόσο οι γονείς δεν είναι σε θέση να αποδεχθούν και αντιμετωπίσουν το πρόβλημα όσο και οι εκπαιδευτικοί δεν είναι κατάλληλα καταρτισμένοι για τη σωστή διαχείριση του συγκεκριμένου προβλήματος. Η άρνηση των γονέων αλλά και η άγνοια των εκπαιδευτικών είναι ίσως το μεγαλύτερο πρόβλημα για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δύναται να αλλάξει την πορεία εξέλιξης του παιδιού σε όλα τα επίπεδα π.χ. μαθησιακό. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί είναι εκείνοι που έρχονται κυρίως σε επαφή με το παιδί στα πρώτα χρόνια της ζωής του, άρα είναι και εκείνοι που εντοπίζουν το πρόβλημα με βάση ορισμένα συμπτώματα που παρουσιάζει το παιδί. Όμως, η επίσημη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνεται μόνο από ειδικό επιστήμονα. Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί συχνό φαινόμενο στους μαθητικούς πληθυσμούς.

Η ΔΕΠ-Υ χωρίζεται σε τρεις τύπους: α) τον Απρόσεκτο τύπο, β) τον Υπερκινητικό τύπο και γ) τον Συνδυασμένο τύπο. Στον Απρόσεκτο τύπο υπερισχύει η Διάσπαση Προσοχής αντί της Υπερκινητικότητας, ενώ στον Υπερκινητικό τύπο υπερισχύει η υπερκινητικότητα έναντι της Διάσπασης Προσοχής. Τέλος, στον Συνδυασμένο τύπο συνυπάρχει η Διάσπαση Προσοχής με την Υπερκινητικότητα.

Οι παράγοντες της ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι: Νευρολογικοί, Κληρονομικοί, Προγεννητικοί και περιγεννητικοί, Τοξικοί ή αλλεργικοί, Περιβαλλοντικοί, Διατροφικοί και παράγοντες που οφείλονται στο σάκχαρο.

Το παιδί που έχει ΔΕΠΥ μπορεί να αντιμετωπίζει προβλήματα με: το σχολείο, τη μακροπρόθεσμη μνήμη, την εξεύρεση της κατάλληλης λέξης, την κατανόηση και μνήμη κειμένων, λόγου και επικοινωνίας, προσωπικότητας και σχέσεις με τους συνομηλίκους, στις διαπροσωπικές σχέσεις, νοητικής ανάπτυξης, στις προσαρμοστικές ικανότητες, αίσθησης του χρόνου, στον ύπνο, στην οδήγηση, στην κινητικότητα του και επιθετικότητα.

Οι τρόποι αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι: η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία, ενώ υπάρχουν και άλλες εναλλακτικές θεραπείες όπως η τεχνολογία.

Τέλος, οι αντιλήψεις των γονέων μαθητών με ΔΕΠ-Υ σχετίζονται με την ψυχική υγεία της οικογένειας και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της, ενώ οι εκπαιδευτικοί των μαθητών αυτών βρίσκονται σε διαρκή εγρήγορση για την αναζήτηση τρόπων διεξαγωγής του μαθήματος έτσι ώστε το μάθημα κινεί περισσότερο το ενδιαφέρον των μαθητών που έχουν Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής και των μαθητών που έχουν Υπερκινητικότητα.

Η έρευνα ξεκίνησε με την υπόθεση ότι οι γονείς και εκπαιδευτικοί επηρεάζουν και επηρεάζονται από την Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας του παιδιού ως προς την ηθική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Έτσι τέθηκε το ερευνητικό ερώτημα αν ισχύει η παραπάνω υπόθεση, γιατί ισχύει και υπό ποιες προϋποθέσεις ισχύει.

Πρώτο Μέρος

1. Θεωρητική/Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

1.1. Ορισμός ΔΕΠΥ

Οι δυσκολίες στον ορισμό, στην ερευνητική μεθοδολογία και στην αντιμετώπιση των ΜΔ είναι αρκετές και είναι διαφορών ειδών. Πλην πολύ λίγων εξαιρέσεων η έρευνα σ' αυτή την περιοχή δεν συγκεντρώνει αυτά τα οποία βρίσκει με τις γνώσεις, τις κοινωνικές δεξιότητες και τις βιολογικές διαστάσεις του θέματος. Παρόλα αυτά αρκετοί ερευνητές τακτικά έρχονται σε επαφή με τις ΜΔ με επιστημονικό τρόπο, υπάρχει μεγάλη ανάγκη για αυτή την οπτική, η οποία προσεγγίζει τις πολλές διαστάσεις του θέματος (Cesi, 1986). Ο Cesi ιδιαίτερα προσέχει ότι παρόλο που αρκετές φορές οι ερευνητές αναφέρονται στα κοινωνικά και νευρολογικά χαρακτηριστικά τα οποία συνοδεύουν γνωστικές-νοητικές διαστάσεις που σκιαγραφούν τις ΜΔ, δεν υπάρχει κάπου ακριβής σκιαγράφηση των εν λόγω αλληλεπιδράσεων. Με αυτόν τον τρόπο παρόλο που έχουμε ξεκινήσει να αποδεχόμαστε την ενδεχόμενη ύπαρξη τέτοιων αλληλεπιδράσεων, δεν μας βρίσκονται ακόμα επαρκή στοιχεία για τις διαδικασίες αυτές και τα αποτελέσματά τους. Στόχος είναι η προετοιμασία και η κατανόηση σε γνωστικό και κοινωνικό επίπεδο. Παρ' όλα αυτά από πριν θα μπορούσε να αποδοθεί καλύτερα σε επίπεδο μετάφρασης ο ορισμός για το πρόβλημα μάθησης που είναι ευρέως αποδεκτός από τους ειδικούς.

Παιδιά με ΜΔ λέμε αυτά τα παιδιά, τα οποία έχουν διαταραχές σε μία ή και πιο πολλές από τις θεμελιώδεις ψυχολογικές διαδικασίες, οι οποίες είναι αναγκαίες στην κατανόηση είτε στη χρήση του λόγου προφορικά ή γραπτά. Εκείνες οι διαταραχές είναι δυνατό να φανερώνονται μέσω της μη επαρκούς ικανότητας για ακοή, σκέψη, ομιλία, ανάγνωση, γραφή, ορθογραφία ή μαθηματικούς υπολογισμούς. Εκείνες οι διαταραχές εμπεριέχουν συνθήκες με μειονεξίες στην αντίληψη, βλάβη στον εγκέφαλο, πολύ μικρή δυσκολία στη λειτουργία του εγκεφάλου, δυσλεξία και εξελικτική αφασία. Στον όρο αυτό δεν περιλαμβάνονται παιδιά, τα οποία έχουν μαθησιακά προβλήματα, τα οποία είναι κατά βάση απόρροια μειονεξίας στην όραση, την ακοή ή την κίνηση, νοητικής υστέρησης, συναισθηματικής διαταραχής ή πολιτισμικά μειονεκτικού περιβάλλοντος (Education of the Handicapped Act; Public Law No. 91-230 84 Stat. p. 175, 177).

Βέβαια, φαίνεται ότι ο συγκεκριμένος ορισμός κάνει αναφορά σε γνωστικά γνωρίσματα. Αυτό δικαιολογείται με έναν τρόπο από τη στιγμή που τα κοινωνικά γνωρίσματα τα θεωρούν μερικοί ως δευτέρας κατηγορίας, σε αντίθεση με τα νευρολογικά που βρίσκονται συνήθως στο πλαίσιο των μη εχόντων αιτία, και με αποτέλεσμα να μην άπτεται στην καθημερινότητα της κλινικής πράξης (Μίχου, 2007).

1.1.1. Προβλήματα ορολογίας

Μετά το πέρας του Β' Παγκόσμιου Πολέμου, με τη επέκταση της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, τη κατακόρυφη ανάπτυξη των Μ.Μ.Ε., τις ευρύτερες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές μεταβολές, η σημασία της μάθησης επισημάνθηκε και συσχετίστηκε με το πόσο παραγωγικό είναι το άτομο και το γόητρό του στην κοινωνία. Απόρροια αυτού του συμβάντος ήταν τα παιδιά με ΜΔ να γίνουν αντικείμενο έρευνας και μελέτης διαφόρων επιστημών και αρκετών ειδικοτήτων π.χ. της παιδαγωγικής, της ψυχολογίας, της παιδοψυχιατρικής, της νευρολογίας, της κοινωνιολογίας, κ.τ.λ. Ειδικοί από τους τομείς αυτούς έκαναν προσπάθεια να δώσουν ορισμό στο ζήτημα δίχως όμως να οδηγηθούν σε έναν καθολικά δεκτό ορισμό. Αυτό αποδίδεται από τη μια πλευρά στο ότι οι αιτίες είναι πολλές και διάφορες και στα είδη των ΜΔ και από την άλλη πλευρά στην ανάμειξη ειδικών διαφορετικών κλάδων και προσανατολισμών. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργήθηκαν δύο βασικά ρεύματα, το ιατροκεντρικό και η παιδαγωγικοκεντρικό. Οι πιο δημοφιλείς ιατροκεντρικοί ορισμοί είναι του Bannatyne και του Myklebust. Ο Bannatyne (1971) δίνει τον παρακάτω ορισμό στο ζήτημα: "Ένα παιδί με δυσκολίες μάθησης έχει επαρκή νοητική ικανότητα, συναισθηματική σταθερότητα και οι αισθητηριακές του λειτουργίες δεν

έχουν εμφανείς βλάβες. Παρουσιάζει όμως ορισμένες ανεπάρκειες στις διαδικασίες αντίληψης, ολοκλήρωσης και έκφρασης που παρεμποδίζουν την αποτελεσματικότητα της μάθησης. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει παιδιά με κάποια δυσλειτουργία στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα που εμποδίζει τη διαδικασία μάθησης”. Έτσι μπορούμε να δούμε από τα παραπάνω πως ο Bannatyne συγχέει τις ΜΔ με την “ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία”. Η σύνδεση αυτή των αιτιών υπάρχει ακόμα στην μελέτη και τη θεραπεία αρκετών επιστημόνων.

Ο Myklebust (1968) έκανε χρήση της έννοιας “ψυχονευρολογικές μαθησιακές δυσκολίες” και σ’ αυτή την ομάδα συμπεριέλαβε παιδιά τα οποία έχουν ικανοποιητικό κινητικό επίπεδο, έχουν νοημοσύνη στη μέση και λίγο περισσότερο από αυτό, ακούνε και βλέπουν ικανοποιητικά, προσαρμόζονται φυσιολογικά συναισθηματικά, ταυτόχρονα δε εμφανίζουν μια ειδική δυσχέρεια στη μάθηση. Θεωρεί ακόμη ότι η μορφή αυτή της ανεπάρκειας αρκετές φορές δεν είναι αμιγής, αντιθέτως καλύπτεται και από άλλα είδη υστέρησης. Παρόλη τη χρήση του όρου “ψυχονευρολογικές δυσκολίες” ο Myklebust δεν τις συγχέει με μια συγκεκριμένη κατάσταση του εγκεφάλου, ενώ επιπλέον αναγνωρίζει πως είναι εφικτό να υφίστανται και άλλες ανεπάρκειες.

Ο δημοφιλέστερος παιδαγωγικοκεντρικός ορισμός είναι του Samuel Kirk (1972): “Παιδιά με ΜΔ εμφανίζουν μια διαταραχή σε μια είτε σε πιο πολλές από τις θεμελιώδεις διαδικασίες, οι οποίες παραπέμπουν στη χρήση του γραπτού ή προφορικού λόγου. Η συγκεκριμένη κατηγορία εμπεριέχει καταστάσεις π.χ. η πολύ μικρή δυσκολία στη λειτουργία του εγκεφάλου, η δυσλεξία, η δυσφασία, η δυσαριθμησία, κ.τ.λ. Οι συγκεκριμένες συνθήκες δεν αποδίδονται σε αισθητηριακές βλάβες που φαίνονται, σε ΝΚ, σε ισχυρές συναισθηματικές συνθήκες”. Ο Kirk τέλος διατυπώνει πως τα παιδιά με ΜΔ “εμφανίζουν μία ανομοιογένεια που εξελίσσεται στις ψυχολογικές τους λειτουργίες που περιχαράζει το να μαθαίνει ο μαθητής σε επίπεδο που να είναι απαραίτητο ειδικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα προκειμένου να φέρουν εις πέρας τις εκπαιδευτικές και διδακτικές τους ανάγκες”. Ένα θεμελιώδες χαρακτηριστικό που έχει ο ορισμός είναι ότι συνδέει τις ΜΔ με τη δυσχέρεια στον λόγο, θέση η οποία στις μέρες μας βρίσκει όσο άπειρο μεγάλη αποδοχή. Ακόμη, ο Kirk ήταν πρωτοπόρος στην εισαγωγή της ιδέας της ειδικής παιδαγωγικής – θεραπευτικής ανάγκης η οποία κατέληξε στο ξεκίνημα του να αναπτυχθούν θεραπευτικά προγράμματα λόγου – μάθησης.

Τον ορισμό που έδωσε ο Kirk δανείστηκε το National Advisor Committee on Handicapped Children (1967) και είναι ο πιο δημοφιλής ορισμός. Παρόλα αυτά το ζήτημα της ορολογίας και του ορισμού συνεχίζει να υφίσταται (Μαρκοβίτης, -Τζουριάδου,1991).

1.1.2. Ορισμός Ελλειμματικής Προσοχής

Η «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής–Υπερκινητικότητα» (ΔΕΠ-Υ) είναι εκείνη η κατάσταση που υποδηλώνει μια αναπτυξιακή διαταραχή του παιδιού. Εκδηλώνεται ως επίμονη συμπεριφορά με τα εξής χαρακτηριστικά: την απροσεξία, την υπερβολική κινητική δραστηριότητα και διάφορα προβλήματα στον έλεγχο της προσοχής και των παρορμήσεων, που δε συνάδουν με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου, επηρεάζουν, όμως, αρνητικά τη λειτουργικότητα του στις διαπροσωπικές σχέσεις, στο οικογενειακό, σχολικό και αργότερα, στο εργασιακό περιβάλλον (American Psychiatric Association, 2000).

Σε μελέτη τους, η ερευνητική ομάδα Willcutt (2005) ισχυρίζεται πως, οι νευροψυχολογικές αιτίες, οι οποίες υπάρχουν ταυτόχρονα δεν είναι όμοιες για όλους, όμως επιδρούν με άλλο τρόπο σε κάθε άνθρωπο που έχει ΔΕΠ-Υ. Η ΔΕΠ-Υ στο διάβα των χρόνων δεν ελαττώνεται και δε φεύγει, κάτι που πρακτικά σημαίνει πως είναι μεν ελέγξιμη, όμως μη θεραπεύσιμη (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.1.3. Ορισμός Υπερκινητικότητας

Υπερκινητικότητα σημαίνει αυτό ακριβώς που λέει και η λέξη : υπέρ – κίνηση. Σημαίνει ότι, κάποιος είναι πιο δραστήριος από τα φυσιολογικά ή τα επιθυμητά επίπεδα. Το υπερκινητικό παιδί βρίσκεται σε μια συνεχή διέγερση, συνεχώς κινείται, τρέχει, σκαρφαλώνει ή χοροπηδά. Είναι ανίκανο να σταθεί σε

ένα μέρος (Barnes, 1992) και συνεχώς, μεταπηδά από τη μια δραστηριότητα στην άλλη, ενώ σπάνια μπορεί να ασχοληθεί με το ίδιο πράγμα περισσότερο από τρία λεπτά (Ρούσσου, 1988). Ανάλογα με την κατάσταση, μπορεί να σηκώνεται από τη θέση του, όταν απαιτείται να παραμείνει καθιστό ή να είναι υπερβολικά ομιλητικό και θορυβώδες ή να κουνά ένα μέρος του σώματός του και να στριφογυρίζει, ακόμα και σε καταστάσεις ηρεμίας. Αυτή η συμπεριφορά, είναι περισσότερο σε καταστάσεις οργανωμένες και δομημένες που απαιτούν υψηλό βαθμό αυτοελέγχου της συμπεριφοράς (Steinhausen, 1992).

Η παρορμητικότητα του φαίνεται από το γεγονός ότι ενεργεί χωρίς να σκέφτεται (Taylor, 1992). Αναφέρεται στη μειωμένη ικανότητα του παιδιού να αναστείλει ακατάλληλες ενέργειες και να περιμένει συνέπειες στο μέλλον. Συχνά, αγνοεί τον κίνδυνο και μοιάζει να μην φοβάται τίποτα. Η έντονη παρορμητικότητα του και η φαινομενική έλλειψη φόβου μπορεί να οδηγήσει το παιδί σε επικίνδυνες καταστάσεις (Ρούσσου, 1998; Steinhausen, 1992).

Η απροσεξία στη συμπεριφορά εκφράζεται με το να μην τελειώνει κάτι που έχει ήδη ξεκινήσει, από την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα. Ένα παιδί χωρίς ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι υπερκινητικό, αλλά μπορεί να κοντρολάρει τον εαυτό του (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.1.4. Τύποι

Απρόσεκτος Τύπος

Σε αυτόν τον τύπο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν δυσχέρεια στην εστίαση προσοχής σε όποια μεριά της καθημερινής ζωής τους και κάθε πλαίσιο, στο οποίο βρίσκονται (Sandberg, 1996). Πράγμα που θα πει πως: αφαιρούνται, δεν υπακούν, έχουν δυσκολία στο να επεξεργάζονται και να καταλαβαίνουν τα ακούσματά τους, δίνουν τις ασκήσεις τους μισοτελειωμένες είτε δεν τις δίνουν καθόλου, έχουν άγνοια είτε δεν λειτουργούν σύμφωνα με τους κανόνες, φαίνεται πως είναι τεμπέλικα είτε πως δεν ωθούνται από κίνητρα, δεν προσέχουν, δε βρίσκουν τα πράγματά τους, θυμούνται δύσκολα, έχουν λάθη, δεν έχουν οργάνωση, δρουν ως παθητικοί δέκτες, μοιάζουν να έχουν μια συστολή στη συμπεριφορά τους και σε κοινωνικό επίπεδο περιθωριοποιούνται. Γενικά, η διάσπαση της προσοχής την οποία εμφανίζουν, προκαλεί θέματα στην αποκωδικοποίηση των πληροφοριών που δέχονται (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

Υπερκινητικός Τύπος

Σε αυτόν τον τύπο, τα «υπερκινητικά» παιδιά, όπως λέει και η λέξη, κινούνται περισσότερο από το προσδοκώμενο, πράγμα το οποίο φαίνεται απευθείας στον περίγυρό τους (Καλαντζή – Αζίζη, Ζαφειροπούλου, 2004).

Από την άλλη μεριά, τα «παρορμητικά» παιδιά τείνουν να είναι αυθόρμητα και γρήγορα στις κινήσεις τους, οι οποίες δεν δέχονται ματαίωση, αφού ακολουθούνται από μικρό επίπεδο αναβολής, θυμώνουν εύκολα ακόμα και με λεπτομέρειες. Συγκεκριμένα, είναι θορυβώδης, φλύαρος, σπαστικά και ανυπόμονα όταν κάνουν διάλογο, απαντάνε χωρίς να έχουν ακούσει ολοκληρωμένη την ερώτηση, μπορεί να έχουν επιθετική συμπεριφορά για να επιβάλλουν τη γνώμη σε άλλους, δίνουν λανθασμένη σημασία σε λέξεις, σε εξωλεκτικά και μη-λεκτικά σημεία των μηνυμάτων, με απόρροια αυτού να έχουν παρανοήσεις και να έχουν επιθετική συμπεριφορά (Atkinson, 1997), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

Συνδυασμένος Τύπος

Σε αυτόν τον τύπο εμφανίζεται συνδυασμός των γνωρισμάτων των δύο παραπάνω υποτύπων (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.1.5. Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται σε λεπτομερή και με σύστημα αξιολόγηση της εμφάνισης και του αντίκτυπου των γνωρισμάτων κατά τη διάρκεια της ζωής. Βασική σημασία έχει η αφετηρία των συμπτωμάτων στα παιδικά χρόνια, τα τωρινά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως και η παρουσία και ο αντίκτυπος τους σε δύο

του λιγότερο μεγάλα κεφάλαια της λειτουργικότητας (σχολείο, σπίτι, διαπροσωπικές σχέσεις) (Πεχλιβανίδης και συν, 2012).

Στοιχείο διαφοράς, από την αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ, είναι να αποδεχτούν τις αναφορές των ενηλίκων, σχετικά με τα παιδιά, που στηριζόμαστε πιο πολύ σε στοιχεία από κηδεμόνες και εκπαιδευτικούς.

Παρ' όλα αυτά, εκείνες οι αναφορές των ασθενών στον εαυτό τους ενδέχεται να μην είναι ακριβείς ως προς την αξιοπιστία, αφού η διαδικασία ανάκλησης γνωρισμάτων της ΔΕΠ-Υ στα παιδικά χρόνια γίνεται αρκετές φορές δυσχερής, με βασικό θέμα την υποτίμηση τους (Barkley, 2002). Έως και οι γονείς, συμβαίνει να μην είναι σε θέση να θυμηθούν με απόλυτη σαφήνεια τη χρονική αφετηρία γνωρισμάτων. Τωρινές πληροφορίες έδειξαν πως οι γονείς θεωρούν ως ηλικιακή αφετηρία των γνωρισμάτων τα 5 χρόνια, μέχρι και όταν ιατρικές καταγραφές που προηγήθηκαν κάνουν λόγο για νωρίτερη έναρξη (Todd, 2008). Μια λύση για την υπερπήδηση του εν λόγω θέματος θα μπορούσε να είναι η εύρεση στοιχείων από τις αναφορές και τις επιδόσεις των μαθητών, που είναι πιθανό να αποτελούν περισσότερο έγκυρα και σαφή στοιχεία για την ηλικιακή αφετηρία των γνωρισμάτων. Η ΔΕΠ-Υ στην διάγνωσή της χρήζει σοβαρότητας, σε περίπτωση που τα βασικά στοιχεία του συνδρόμου είναι υφίστανται και μπορεί να αποδειχθεί ότι είναι αισθητά στον παρόντα χρόνο τα αποτελέσματά τους σε ολόκληρη τη ζωή (NICE, 2008), έστω κι αν δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί με στοιχεία η αφετηρία των γνωρισμάτων στα παιδικά χρόνια. Παραδείγματος χάριν, είναι πιθανό να το έχουν ορισμένοι άνθρωποι, οι οποίοι νοσούν από τον απρόσεκτο τύπο, όμως οι ικανότητές τους, το ανώτερο νοητικό επίπεδο και το επικοινωνιακό περιβάλλον αποτέλεσαν βοήθημα γι' αυτούς, προκειμένου να τα αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους σε όλα τα παιδικά και εφηβικά τους χρόνια. Η απροσεξία ενδέχεται να μην είναι αναγνωρίσιμη, έως ότου να πάρουν απόφαση να ανεξαρτητοποιηθούν από τους γονείς τους και να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες δόμησης και εστίασης ενός δασκάλου είτε εργασιακού περιβάλλοντος υψηλού επιπέδου (Antshel, 2008). Λόγω του ότι η πιθανότητα του να νοσεί το άτομο ταυτόχρονα και από άλλες νόσους υφίσταται αρκετές φορές, η αξιολόγηση των ταυτόχρονων συμπτωμάτων, συνδρόμων και διαταραχών οφείλει πάντα να είναι μέρος της κλινικής αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ.

Σε εκείνες κλίμακες αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται πιο πολύ, εμπεριέχεται η κλίμακα αξιολόγησης για ΔΕΠΥ (η οποία στηρίζεται στα κριτήρια του DSM-IV-TR (Ward, 1993).

Οι πάσχοντες με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται, ακόμη, να παρουσιάζουν ελλείψεις σε γνωστικό επίπεδο, π.χ. δυσκολίες μάθησης, ανάγνωσης και στη γραφή, που συνδράμουν στη λειτουργική έκπτωση, πλην των ζητημάτων τα οποία έχουν σχέση με τα γνωρίσματα του αυτισμού. Βάσει του ότι δεν έχουμε συγκεκριμένο πρότυπο για μαθησιακές διαταραχές, πιθανόν να μην είναι εύκολο να ξεχωρίσει κάποιος τις συγκεκριμένες διαταραχές από τις ελλείψεις στη μάθηση οι οποίες έχουν σχέση με τη ΔΕΠ-Υ. Χρειάζεται περισσότερη μελέτη για να γίνουν κατανοητές εντελώς οι γνωστικές διαταραχές οι οποίες σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ σε ενήλικες. Παρ' όλη την πενιχρή προγνωστική αξία των δοκιμασιών στις γνωστικές επιδόσεις, μερικοί επιστήμονες εκλαμβάνουν τη ΔΕΠ-Υ περισσότερο σαν έλλειψη των εκτελεστικών λειτουργιών (Brown, 2006; Barkley 2007), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.1.6. Κριτήρια διάγνωσης

Τα κριτήρια διάγνωσης, με βάση το DSM-IV για την ΔΕΠΥ, είναι τα παρακάτω:

Απροσεξία

Αφού έξι (ή πιο πολλά) από τα παρακάτω γνωρίσματα απροσεξίας επιμένουν για 6 μήνες το λιγότερο, σε μη συνεπή στάδιο και που δεν αρμόζει στην ανάπτυξη του παιδιού.

Αρκετές φορές δεν καταφέρνει να εστιάσει το βλέμμα του σε μικρά πράγματα είτε έχει λάθη στις ασκήσεις του επειδή ήταν απρόσεκτο ακόμα και στη δουλειά του αργότερα είτε ακόμη και σε διάφορες ενέργειες στη ζωή του.

Αρκετές φορές βρίσκει δυσκολία στο να επιστά το βλέμμα του σε εργασίες είτε σε παιχνίδια.

Αρκετές φορές δείχνει ότι δεν έχει ακοή, σε περιπτώσεις που του δίνουν την άδεια για να μιλήσει. Αρκετές φορές δεν είναι σε θέση να διεκπεραιώσει εντολές και δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει τις ασκήσεις που έχει για το σχολείο, εργασίες τις οποίες πρέπει να κάνει είτε υποχρεώσεις στον εργασιακό του χώρο (δίχως να αποδίδεται σε άρνηση του ατόμου είτε σε δυσκολία εμπέδωσης των εντολών που του έχουν δοθεί).

Αρκετές φορές αντιμετωπίζει δυσκολία στην οργάνωση εργασιών και σε δραστηριότητες.

Αρκετές φορές δείχνει αποστροφή είτε είναι απρόθυμος στην εμπλοκή εργασιών οι οποίες χρήζουν ασταμάτητης νοητικής προσπάθειας (π.χ. εργασίες για το σχολείο είτε μελέτη στο σπίτι).

Αρκετές φορές δεν βρίσκει πράγματα χρήσιμα για εργασίες είτε δραστηριότητες (όπως παιχνίδια, ασκήσεις από το σχολείο για το σπίτι, αντικείμενα της κασετίνας του).

Αρκετές φορές το βλέμμα του “ταξιδεύει” λόγω εξωγενών παραγόντων.

Αρκετές φορές δεν θυμάται δουλειές της καθημερινότητας (Παπαδάτος, 2010).

Υπερκινητικότητα

Από τα παρακάτω γνωρίσματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας έξι (είτε πιο πολλά) επιμένουν για 6 μήνες το λιγότερο, σε μη συνεπή στάδιο και που δεν αρμόζει στην ανάπτυξη του παιδιού.

Συμπτώματα Υπερκινητικότητας:

Αρκετές φορές κάνει νευρικές κινήσεις με τα άκρα του είτε κάνει γύρους γύρω από την καρέκλα του.

Αρκετές φορές φεύγει από την καρέκλα του στο θρανίο είτε σε άλλες καταστάσεις, όπου το προσδοκώμενο είναι να βρίσκεται σε καθιστή στάση.

Αρκετές φορές πηγαίνει πέρα δώθε με έντονες κινήσεις σε καταστάσεις, οι οποίες δεν ενδείκνυται για παρόμοιες δράσεις (στην εφηβεία και στην ενηλικίωση είναι πιο περιορισμένο).

Αρκετές φορές έχει δυσκολία στο παιχνίδι είτε στη συμμετοχή δράσεων στις κενές ώρες του με ησυχία.

Αρκετές φορές κινείται συνεχώς είτε δρα σαν να “κινείται με μηχανή”.

Αρκετές φορές ο λόγος του έχει το στοιχείο της υπερβολής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

1.2. Αιτιολογία ΔΕΠ-Υ

1.2.1. Νευρολογικοί παράγοντες

Στις αιτίες της ΔΕΠ-Υ πρώτιστα βρίσκονται οι γενετικές και νευρολογικές. Οι αιτίες που έχουν πιο πολύ ερευνηθεί μέχρι σήμερα αναφέρονται στην ανάπτυξη και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Η νευρολογική βάση της διαταραχής βασίζεται στην από νωρίς εκδήλωση της διαταραχής, στη σχετική διαχρονικότητά της, όπως και σχετικά με άλλες διαταραχές της ανάπτυξης (π.χ. δυσκολίες μάθησης, διαταραχές στον λόγο κ.ά.). Αρκετές μελέτες ερεύνησαν τη ροή που έχει το αίμα του εγκεφάλου σε ενήλικες με ΔΕΠΥ, που απέκτησαν απογόνους με ΔΕΠ-Υ, και με βάση με τη μέθοδο PET (το τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων) βρέθηκε χαμηλή μεταβολική δραστηριότητα γλυκόζης, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, κατά κύριο λόγο στις περιοχές του εγκεφάλου στο μέτωπο (Zametkin & συν., 1990). Ακόμη, έρευνες οι οποίες στηρίχθηκαν στη χρήση MRI (μαγνητική τομογραφία υψηλής ανάλυσης) φάνέρωσαν ότι υπάρχουν θεμελιακές διαφορές σε μερικές εγκεφαλικές περιοχές των ανθρώπων που έχουν ΔΕΠΥ, συγκριτικά με ανθρώπους της ομάδας ελέγχου (Castellanos & συν., 1996). Στις εν λόγω έρευνες βρέθηκε ότι ο όγκος περιοχών των κροταφικών λοβών παιδιών με Μ.Δ. και παιδιών με ΔΕΠ-Υ ήταν μικρότερο (Hynd & συν., 1990 Semrud-Clikeman & συν., 1994 Filipek, 1999). Επιπρόσθετα, με αυτό τον τρόπο έρευνας φαίνεται η σημαντικότητα εξειδικευμένων σημείων που έχει ο εγκέφαλος (πρόσθιος λοβός, δεξί ημισφαίριο κ.ά.) στο να ρυθμίζουν την προσοχή, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα (Παπαδάτος, 2010).

1.2.2. Κληρονομικοί παράγοντες

Βάση μελετών για την κληρονομικότητα της ΔΕΠ-Υ αποδεικνύουν πως το ποσοστό της διαταραχής είναι υψηλότερο σε οικογένειες, που έχουν συγγενικά πρόσωπα, τα οποία νοσούν από τη διαταραχή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Cantwell 1972, Morrison and Stewart 1971). Η κληρονομικότητα αποτελεί μια βασική αιτία της ΔΕΠ-Υ, η οποία βρίσκεται στο επίκεντρο ερευνών, που δίνουν ισχύ στην άποψη πως υπάρχει κάποιος τύπος κληρονομικότητας ο οποίος χρήζει προσδιορισμού.

Σε ποσοστό 20% - 30% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ βρίσκεται ένας γονιός ή άλλοι συγγενείς με παιδικό ιστορικό που μοιάζει με των παιδιών αυτών, γεγονός το οποίο σημαίνει πως έχουν κληρονομήσει τον τύπο του ΝΣ. Το συγκεκριμένο σύστημα ενδέχεται να είναι προγραμματισμένο προκειμένου να καθυστερήσει η ωρίμανση ή να έχει άλλο τύπο οργάνωσης ή λειτουργίας ενδεχομένως. Εκείνα τα γενετικά προβλήματα ενδέχεται να βρίσκονται μέσα στον γενετικό κώδικα (Μάνος, 1992).

Η ΔΕΠ-Υ σαν νευροβιολογική διαταραχή υποστηρίζεται όλο και περισσότερο πως είναι πιθανότερο να έχει γενετική βάση. Έτσι, στη συγκεκριμένη υπόθεση βασίζονται ερευνητές των ημερών μας με διδύμους όπως και η μελέτη της ομάδας μελετητών του Josef Biederman κατά τα έτη 1991-1992. Αναφορικά με τις μελέτες σε διδύμους έχει διαπιστωθεί πως η εμφάνιση ΔΕΠ-Υ ανάμεσα σε ιδανικούς διδύμους είναι σε σπουδαίο βαθμό περισσότερη σε σχέση με διζυγωτικούς διδύμους. Η συγκεκριμένη συχνότητα είναι ακόμη μεγάλη και σε μη δίδυμα αδέλφια, τα οποία μπορεί να έχουν μάλιστα μεγαλώσει σε διαφορετικά οικογενειακά περιβάλλοντα (Safer, 1973). Η ομάδα Josef Biederman βρήκε πως άτομα με στενή συγγένεια με τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ έχουν παρόμοια προβλήματα κατά 30%. Με βάση τις τελευταίες εκτιμήσεις, στον χρόνο που έχει περάσει τα νούμερα έφτασαν το 80% το 1995 (Neuhaus, 1996).

Μέχρι και η ψυχοπαθολογία των γονέων είναι ενδεχομένως ένας λόγος εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στο παιδί και ο μηχανισμός της μετάστασης του προβλήματος είναι βιολογικός (κληρονομικότητα) ή ψυχολογικός (περιβάλλον). Το θέμα της μερικής επιρροής κληρονομικότητας και αιτιών που οφείλονται στο περιβάλλον για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, και σε άλλες μορφές προβληματικής συμπεριφοράς, αντιμετωπίστηκε με την έρευνα των μη βιολογικών οικογενειών και διδύμων (Cantwell, 1975), (Τρίγκα-Μερτίκα, Ε. 2005).

Η γενετική αρχή της ΔΕΠ-Υ ερευνήθηκε σε μελέτες που πήραν μέρος δίδυμα και ετεροθαλή αδέλφια, καθώς και σε βιολογικούς και θετούς γονείς. Οι πιο πολλές μελέτες αποτελούν απόδειξη του ότι η διαταραχή είναι κληρονομική, παρ' όλα αυτά δε βρέθηκαν ακόμα τα απαραίτητα στοιχεία που να αποδεικνύουν τις χρωμοσωματικές ανωμαλίες. Οι γενετικές μελέτες οι οποίες έχουν ως κέντρο την ανάλυση του DNA των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των συγγενών τους δείχνουν να είναι πολύ αισιόδοξες. Πολλές μελέτες σε δίδυμα δείχνουν τις γενετικές επιρροές να έχουν σημαντικό ρόλο.

Η κληρονομικότητα στη ΔΕΠ-Υ φαίνεται να βρίσκεται στο ποσοστό 30-50% (Goodman & Stevenson, 1989). Στη νευροχημική μελέτη αποδείχθηκε η σημαντικότητα των νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνη-νορεπινεφρίνη) για την εστίαση, την αναστολή της συμπεριφοράς και την δράση στις κινήσεις. Τωρινά γενετικά ευρήματα θεωρούν ότι υπάρχει σχέση της ΔΕΠ-Υ με το γονίδιο-μεταφορέα ντοπαμίνης (DAT) και με το 4 γονίδιο-υποδοχέα ντοπαμίνης (DRD4) (Cook & συν., 1995 Waldman, 1997 Lahoste & συν., 1996). Ο Waldman και οι συνάδελφοί του (1997) έκαναν αναφορά στη σχέση γονιδίων και συμπτωμάτων (Παπαδάτος, 2010).

1.2.3. Προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες

Οι ανωμαλίες που μπορεί να έχει μια γέννηση, ο μειωμένος ρυθμός της καρδιάς στην ώρα της γέννας του μωρού και η μικρή περιφέρεια του κεφαλιού στη γέννηση έχουν σχέση με την υπερκινητικότητα, αλλά δίχως την ύπαρξη στοιχείων τα οποία να στηρίζουν την άποψη πως ανήκουν στις βασικές αιτίες (Taylor, 1995). Επιπλέον, όταν η μητέρα καταναλώνει αλκοόλ στην αρχική περίοδο της κύησης φαίνεται να έχει σχέση με τη ελλειμματική προσοχή που ενδέχεται να έχει το παιδί (Παπαδάτος, 2010).

1.2.4. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Δυσμενείς καταστάσεις στην κοινωνία, π.χ. το μικρό κοινωνικό, πολιτισμικό και οικονομικό στάτους, το μέγαλωμα σε ορφανοτροφείο, όπως και η διαταραχή της προσκόλλησης στην πιο σημαντική αναπτυξιακή φάση, έχουν συνδεθεί με την εκδήλωση γνωρισμάτων υπερκινητικότητας, κατά πάσα πιθανότητα λόγω του ότι έχουν σχέση με την φάση γνωστικής και κοινωνικής εξέλιξης του παιδιού. Ακόμη, θορυβώδεις οικογενειακές και συζυγικές σχέσεις έχουν σπουδαίο ρόλο στο να προγνωστεί και να διατηρηθεί η διαταραχή (Παπαδάτος, 2010).

1.2.5. Διατροφικοί παράγοντες

Τα πρόσθετα τροφίμων περιέχουν τα χρωστικές, τις τεχνητές γλυκαντικές ουσίες και τα συντηρητικά. Ενώ δεν υπάρχουν αδιάσειστες πληροφορίες πως τα πρόσθετα τροφίμων φέρνουν ΔΕΠ-Υ, το ζήτημα των πρόσθετων τροφίμων και οι ενδεχόμενες συνέπειες τους είναι αμφιλεγόμενο, αφού μερικές έρευνες αποδεικνύουν πως ορισμένες χρωστικές ουσίες και συντηρητικά ενδέχεται να μεγαλώσουν την υπερκινητικότητα σε ορισμένα παιδιά. Παρ' όλα αυτά, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), βρήκε πως οι έρευνες έως τις μέρες μας δεν φτάνουν για να δείξουν με τεκμήρια τη συγκεκριμένη σχέση και χρήζει περισσότερης μελέτης (Huxsahl, 2015).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) ορίζει ότι τα τρόφιμα, που περιέχουν ορισμένες χρωστικές τροφίμων, θα πρέπει να περιλαμβάνουν μια επισήμανση ότι αυτό το χρώμα «μπορεί να έχει επιβλαβή συνέπεια στη δραστηριότητα και προσοχή στα παιδιά». Από την μεριά της, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), έχει την απαίτηση η πιστοποίηση ως πρόσθετα χρωμάτων, να φαίνονται πάνω στη συσκευασία των τροφίμων. Πιο καλή μελέτη χρειάζεται, για να επαληθευτεί, σε ποιο ποσοστό η οριοθέτηση μερικών τροφίμων θα συνδράμει στην ελάττωση της υπερκινητικότητας και τα γνωρίσματα της ΔΕΠ-Υ.

Με βάση με τον γιατρό Huxsahl, χρήσιμο θα είναι οι γονείς να επικοινωνούν με τον γιατρό του παιδιού, για τα καλά και τα άσχημα στη δοκιμασία ενός διαιτολογίου το οποίο απαγορεύει τα πρόσθετα τροφίμων, για να βρουν αν εκείνο κάνει τη διαφορά στη συμπεριφορά του παιδιού. Σίγουρα, η συγκεκριμένη διατροφή οφείλει να χορηγείται από το διαιτολόγο-διατροφολόγο, αφού μια διατροφή η οποία απαγορεύει ποσότητα τροφίμων, ίσως να μην είναι υγιεινή, αφού το παιδί ενδέχεται να έχει έλλειψη σε βασικά θρεπτικά στοιχεία και βιταμίνες. Η πιο καλή προσέγγιση για τη γενική υγεία και τη διατροφή, είναι μια διατροφή η οποία θέτει όρια στα επεξεργασμένα τρόφιμα και τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη και είναι γεμάτη από ζαρζαβτικά, δημητριακά και υγιεινά λίπη (Huxsahl, 2015), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.3. Συναισθήματα Παιδιών με ΔΕΠΥ

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δευτερευόντως ένα ισχυρό αίσθημα κατωτερότητας, αποτυχίας και ανεπάρκειας. Δεν αντέχουν να τους απορρίπτουν και να τους απογοητεύουν οι άλλοι. Η συμπεριφορά τους είναι απροσδόκητη. Το συναίσθημα τους μεταβάλλεται εύκολα και εμφανίζει μεταπτώσεις που κυμαίνονται στα άκρα. (Whalen, 2002), (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ αρκετές φορές αντιμετωπίζουν επιπλέον δυσχέρειες σαν απόρροια των θεμάτων, των οποίων έρχονται αντιμέτωποι, π.χ. η μικρή αυτοεκτίμηση, μοναχικότητα, τάση για επίθεση, μελαγχολία, εξαιτίας αυτού είναι ωφέλιμη η παρακολούθηση από κλινικό ψυχολόγο ή από ψυχίατρο για παιδιά. Στόχοι των συνεδριών είναι οι ακόλουθοι:

Να αξιολογηθούν τα συναισθήματα του παιδιού και η άποψη του για τον ίδιο, το οικογενειακό του περιβάλλον και τους συμμαθητές του.

Να υπολογιστούν τα δυνατά σημεία του εαυτού του και του βέλτιστου τρόπου που είναι δυνατόν να γίνει χρήση τους, προκειμένου να ξεπεράσει τις άσχημες καταστάσεις.

Να γίνει προσωπική ψυχοθεραπεία με σκοπό να ανέβει η αυτοπεποίθηση του παιδιού, να γίνουν αποδεκτές οι δυσχέρειες και οι δυνατότητες του παιδιού, να έρθουν στην επιφάνεια συναισθήματα. Να γίνει ψυχοθεραπεία σε οικογενειακό επίπεδο είτε συμβουλευτική γονέων για θετικότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση του παιδιού με υπερκινητικότητα. Να δημιουργηθούν σύνολα που θα υποστηρίζουν τους γονείς ή/και τα παιδιά, οι οποίες παρέχουν ιδέες και συμπαράσταση σε συναισθηματικό επίπεδο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.4. Συμπεριφορές Παιδιών με ΔΕΠΥ

1.4.1. Προβλήματα στο σχολείο

Ο σχολικός χώρος, μπορεί, να είναι ο χώρος όπου τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ έχουν την πιο μεγάλη δυσχέρεια. Περίπου η πλειονότητα των παιδιών που έχουν ΔΕΠΥ, τα οποία αποστέλλονται για διάγνωση, έχουν δυσκολίες στο σχολικό χώρο. Το 30-50% ίσως να φοιτήσει στην ίδια τάξη για δεύτερη φορά και το 1/3 σχεδόν διατρέχει τον κίνδυνο να μην αποφοιτήσει από το σχολείο. Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ, μειονεκτούν σε σύγκριση με τους ομηλικούς τους, σχετικά με τον όγκο της δουλειάς την οποία τελειώνουν. Επιπλέον, 20-40% των συγκεκριμένων παιδιών εμφανίζει Μ.Δ. Ειδικότερα, στο 8-39% γίνεται διάγνωση δυσλεξίας, το 12-26% με δυσκολία στην ορθογραφία, το 12-33% με δυσκολία στην αριθμητική και πάνω από 60% με δυσκολία στη γραφή. Τέλος, το 50% των μαθητών που έχουν ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν δυσκολία στην παραγωγή γραπτού λόγου (Campbell & Von Stauffenberg, 2009), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

Δυσκολία στο γραπτό λόγο: Η γραπτή έκφραση μπορεί είναι, η συνθετότερη γνωστική ικανότητα του ατόμου. Καλλιεργείται ως τελική γνωστική ικανότητα, αλλά πολλοί την προσδιορίζουν και συνθετότερη συγκριτικά με το άλλο μισό της γραπτής γλώσσας, η οποία είναι η διαδικασία της ανάγνωσης. Η διαδικασία παραγωγής γραπτών κειμένων έγινε αντικείμενο έρευνας μόλις τα τελευταία χρόνια. Το αρχικό γνωστικό μοντέλο γραφής από τους Hayes & Flower (1980) ήταν σταθμός για τη γραπτή έκφραση και έδωσε ώθηση για μια αλληλουχία από μεθοδικές έρευνες οι οποίες σχετίζονται με την περιγραφή των δεξιοτήτων και την επεξήγηση των θεμάτων τα οποία είχαν τα παιδιά, ειδικά αυτοί με Μ.Δ. γλώσσα. Σύμφωνα με τις συγκεκριμένες έρευνες προέκυψε πως τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ μειονεκτούν και στην ποσότητα (μέγεθος κειμένου) αλλά και στην ποιότητα (θεματική ανάπτυξη) στην παραγωγή συγκριτικά με συνομηλικούς τους με κανονική ή/και χαμηλή επίδοση στο γραπτό λόγο. Τα θέματα είναι πιο έντονα σε καταστάσεις, στις οποίες το κειμενικό είδος είναι πληροφοριακό ή επιχειρηματολογικό, όπου χρειάζεται πιο συστηματική μνημονική ανάκληση πληροφοριών (Πόρποδας, 2005).

Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ αναλώνουν χρήσιμο χρόνο και ενέργεια σε μηχανιστικά στοιχεία της διαδικασίας της γραπτής έκφρασης, π.χ. το πώς θα κρατήσουν το στυλό, τον τρόπο που θα γράφουν καθαρά τα γράμματα, με απόρροια αυτού να μην έχουν τη ικανότητα να δώσουν τον απαραίτητο χρόνο στην παρουσίαση και ανάπτυξη του κειμένου και του ζητήματος το οποίο πραγματεύονται. Από την άλλη μεριά, τα παιδιά που έχουν θέματα στη γραπτή έκφραση δεν έχουν την δεξιότητα να αναπτύξουν το θέμα τους επαρκώς. Ακόμη, δεν είναι σε θέση να αναθεωρήσουν και να φτιάξουν ξανά ένα κείμενο, το οποίο μόλις συνέταξαν. Με αυτόν τον τρόπο, οι όποιες παρεμβάσεις τους είναι απλά επιφανειακές αλλαγές και διορθώσεις (Πόρποδας, 2005).

Κατά τη σύνθεση, η θεματική ανάπτυξη των κειμένων τους είναι περιορισμένη, σχεδόν γραμμική και, χωρίς να το συνειδητοποιούν, σχεδόν συνειρμική, αφού η μία ιδέα γίνεται το έναυσμα για την ανάκληση από τη μνήμη άλλης ιδέας. Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ δεν έχουν ακριβή γνώση της έννοιας της παραγράφου, του ρόλου της στη θεματική ανάπτυξη του κειμένου, ούτε και γνώση των στοιχείων-χαρακτηριστικών της. Επιπλέον, τα συγκεκριμένα παιδιά έχουν περιορισμένη εικόνα από τι απαρτίζεται

ένα ορθό και «πλήρες» γραπτό, ούτε και τι πρέπει να κάνουν για να γράψουν ένα τέτοιο γραπτό. Όταν τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ ξεπεράσουν τα μηχανιστικά αυτά εμπόδια, τότε τα κείμενά τους είναι σχεδόν ίδια ποιοτικά με κείμενα των υπόλοιπων συμμαθητών τους (Πόρποδας, 2005).

Η Berninger και οι συνεργάτες της (1991) πρότειναν μια επέκταση του κλασικού μοντέλου των Hayes & Flower (1980), που μπορούσε να επεξηγήσει τα θέματα και τις δυσχέρειες τις οποίες έπρεπε να υπερπηδήσει κάθε παιδί στον αγώνα του να μάθει να γράφει ορθά. Με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο, κάθε παιδί πρέπει να υπερπηδήσει τριών τύπων δυσκολίες. Το πρώτο είδος δυσκολίας αφορά σε στοιχεία βασικά (οπτικοκινητικού συντονισμού και γνώση του γραφημικού κώδικα της γλώσσας) της διαδικασίας γραφής: μπορεί να πιάσει το στυλό το παιδί και να γράψει με τον ορθό τρόπο; Γνωρίζει να γράψει τα γράμματα της γλώσσας του με καθαρό και ευανάγνωστο τρόπο; Έπειτα, ενώ το παιδί κατακτά και κάνει χρήση της γλώσσας του σε στάδιο λεξιλογίου και γραμματικής/ συντακτικού, καλείται να υπερπηδήσει τις γλωσσολογικές δυσκολίες. Με άλλα λόγια, στο συγκεκριμένο στάδιο τα εμπόδια σχετίζονται με την επιλογή λέξεων και στη δημιουργία προτάσεων και παραγράφων με σκοπό τη σύνθεση ενός ολοκληρωμένου κειμένου. Τέλος, η τελική φάση του μοντέλου εισάγει γνωστικής φύσεως δυσκολίες. Τώρα το παιδί έχει μόλις κάνει αυτόματη την επιλογή της γλώσσας και των απαραίτητων λέξεων και εκφράσεων. Η προσπάθειά του αυτή τη στιγμή επικεντρώνεται στη γνωστική προετοιμασία κειμένων με πιο μεγάλη έκταση από τις μικρές σε μέγεθος εκθέσεις του δημοτικού σχολείου (Πόρποδας, 2005).

Εκτός από τις τριών τύπων δυσκολίες, το μοντέλο φαίνεται ότι η διαδικασία γραπτής έκφρασης είναι μια συστηματική προσπάθεια οργάνωσης της γνώσης και της πληροφορίας πριν τη γραπτή έκφραση, είναι κωδικοποίηση της εσωτερικής αναπαράστασης και είναι και συνεχής (διαμορφωτική) αξιολόγηση του κειμένου που παράγεται. Μια ερώτηση με απευθείας επιρροή στη διαδικασία αξιολόγησης και παρέμβασης αναφέρεται στον τρόπο προετοιμασίας και κωδικοποίησης της εσωτερικής αναπαράστασης από τα παιδιά ανάλογα με το στάδιο δυνατότητάς τους. Στο ερώτημα απάντησαν οι Bereiter & Scardamalia (1987), όταν πρότειναν ότι οι ώριμοι και έμπειροι συντάκτες προσεγγίζουν τη διαδικασία γραφής ως μια διαδικασία γνωστικής επίλυσης ενός προβλήματος, τροποποιώντας διαρκώς την εσωτερική νοητική αναπαράσταση του προς επίλυση προβλήματος και προσαρμόζοντας τη γνώση στις συνθήκες και τις ανάγκες του κειμενικού είδους. Σε αντίθεση, αυτοί με μικρότερη εμπειρία και ικανότητες συντάκτες, π.χ. είναι τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ, στηρίζονται σε μια περισσότερο επιφανειακή επεξεργασία του θέματος του κειμένου, με απόρροια αυτού η μια ιδέα να αποτελεί το έναυσμα για την επόμενη. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί το κείμενό τους να έχει μια υποτυπώδη νοηματική αλληλουχία, αρκετές φορές, αλλά, να μειονεκτεί σε θεματική ανάπτυξη και ποικιλία έκφρασης, αφού η μία ιδέα ακολουθεί την άλλη, επομένως η πρώτη δεν εκπληρώνεται. Η συγκεκριμένη προσέγγιση λέγεται knowledge-telling- παράθεση γνώσεων (Bereiter & Scardamalia, 1987).

Η γραφή, δηλαδή η παραγωγή γραπτού κειμένου αποτελεί εσωτερική διεργασία που απαιτεί την ανάκληση και σύνθεση πολλαπλών στοιχείων από τη μακροπρόθεσμη μνήμη, την επεξεργασία του θέματος, τη δημιουργία και τη συνεχή ανανέωση της εσωτερικής νοητικής αναπαράστασης. Η διαδικασία γραπτής έκφρασης έχει παρομοιαστεί ως διαδικασία γνωστικής επίλυσης προβλήματος και ειδικά, προβλήματος ασαφούς, δίχως μία και μοναδική αποδεκτή λύση, αλλά πολλές αποδεκτές λύσεις. Το κείμενο πιθανό να ανήκει σε οποιουδήποτε κειμενικό είδος, δηλαδή περιγραφικό, αφηγηματικό, επεξηγηματικό, πληροφοριακό και σε πιο μεγάλες τάξεις, επιχειρηματολογικό. Εντούτοις, στις μικρές τάξεις, πιο καλό είναι να γίνεται χρήση ενός απλού κειμένου, για παράδειγμα μια περιγραφή ή μία αφήγηση, δηλαδή «ο εαυτός μου», «ο καλύτερος μου φίλος», «πώς πέρασα τις γιορτές». Το περιγραφικό ή το πληροφοριακό κείμενο χρήζει ανάκλησης πληροφοριών από τη μνήμη και ένα επίπεδο γνωστικής ανάπτυξης το οποίο οι μαθητές των μικρών ή μεσαίων τάξεων του σχολείου μπορεί να μην έχουν κατανοήσει. Εάν χρειάζεται η ανάκληση πληροφοριακών στοιχείων από τη μακροπρόθεσμη μνήμη και ειδικά σε παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ, η χρήση μιας εικόνας μπορεί να φανεί σπουδαίο βοήθημα στην προσπάθειά του να συγχρονίσει τις δυνάμεις στο έργο της προετοιμασίας και οργάνωσης του κειμένου του. Το παιδί γράφει περίπου καθημερινά, παρέχοντας με αυτόν τον τρόπο την ικανότητα στο δάσκαλο να κάνει αξιολόγηση διαρκώς στο μάθημα και τις γραπτές ικανότητες του. Με αυτόν τον τρόπο, παρόλο

που ο δάσκαλος είναι σε θέση να ξέρει τις ικανότητες και τις αδυναμίες του παιδιού, ωστόσο χρειάζεται η κρίση και αξιολόγηση πολλών γραπτών κειμένων του παιδιού, για να έχει ο δάσκαλος μια ολική άποψη της δυσχέρειας του παιδιού (Πόρποδας, 2005), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.4.2. Προβλήματα στην εξεύρεση της κατάλληλης λέξης

Αντίθετα με τα προβλήματα μακροπρόθεσμης μνήμης, στα οποία έχουμε από έρευνες έλλειψη μνήμης μερικών λέξεων είτε νοημάτων, στο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό κάνουμε λόγο για καθυστέρηση (η λέξη δεν βγαίνει απευθείας) σε ανάλογες δοκιμασίες (Anderson, 1965; Fried-Oken, 1984) (Μίχου, 2007).

1.4.3. Προβλήματα κατανόησης και μνήμης κειμένων

Στοιχεία δείχνουν ότι άτομα με ΜΔ δυσκολεύονται στο να χρησιμοποιούν στρατηγικές, οι οποίες τους δίνουν τη δυνατότητα να κρατήσουν στη μνήμη τους ορθά μερικά κείμενα (πρόζα) (Peterson, Bransford, Morris και Stein, 1980). Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι (Paris και Myers, 1981) άνθρωποι με δυσκολίες στην ανάγνωση δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν όσο θα έπρεπε το έλλειμμα τους στην κατανόηση του κειμένου (π.χ. δεν έχουν δισταγμό όταν κάτι είναι γενικά μη κατανοητό), και κατ' επέκταση, οι άνθρωποι με ΜΔ εμφανίζουν εν μέρη μειωμένη συναίσθηση μικρών διαφορών στο νόημα του περιεχομένου ενός κειμένου (Worden και Nakamura, 1983). Παρ' όλα αυτά οι Worden, Malmgreen και Gaboyrie (1982) διαπιστώνουν ότι οι άνθρωποι με ΜΔ επαναφέρουν στη μνήμη τους (ξαναφτιάχνουν) μια εκδοχή της ιστορίας την οποία διάβασαν (με πιο λίγες λέξεις και “θέματα”) δεν βρίσκουν διαφορές σε σημεία που δείχνουν την ουσία π.χ. παραμορφώσεις (Μίχου, 2007).

1.4.4. Λεκτικά και επικοινωνιακά προβλήματα

Σε αυτού του είδους τα ζητήματα η Donahue (1985) διαπιστώνει ότι παρ' όλο που οι πιο πολλές έρευνες έχουν ως αντικείμενο εξέτασης μόνο τις δεξιότητες να ανακαλούν λέξεις, να κατανοούν την σύνταξη ενός κειμένου, την δεξιότητα της ερώτησης και της αναζήτησης, κάποιες μελετούν το πώς αλληλεπιδρούν οι ελλείψεις σε πολλά και διαφορετικά στάδια της εξέλιξης στους γλωσσικούς και επικοινωνιακούς παράγοντες. Ειδικότερα, εντοπίστηκε ότι η κατανόηση λεξιλογίου, από τις μετρήσεις της δοκιμασίας PPVT (Peabody Picture Vocabulary Test) εμφανίζει λίγη, αλλά σπουδαία έλλειψη σε παιδιά με ΜΔ (Bryan, Donahue και Pearl, 1981). Παρεμφερής έλλειψη εμφανίζει η συγκεκριμένη τάξη (μαθητές Α' Δημοτικού) στη δοκιμασία Boehm, 1971)-η οποία έχει ιδιαίτερη σημασία στη επίδοση των μαθητών στο σχολείο, εφόσον υπολογίζει την δεξιότητα στην κατανόηση θεμελιακών λεκτικών όρων (Kavale, 1982). Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΜΔ αντιμετωπίζουν σοβαρό θέμα στη χρήση της σημασίας του περιεχομένου μέσω πληροφοριών οι οποίες τους έχουν δοθεί για να δημιουργήσουν αφηρημένες λεκτικές έννοιες (Lyle και Goyen, 1969; Owen, Adams, Forest, Stolz και Fisher, 1971) όπως και δυσκολεύονται στο να ορίσουν έννοιες ακόμη και αρκετά διαδεδομένες, λέξεις από την καθημερινότητα, ιδίως όταν πρόκειται για γενικές έννοιες και μη προσδιορισμένες (π.χ. “ιστορία”, “ύλη”) (Wiig και Semel, 1975). Δεν απορρίπτεται ωστόσο και η άποψη του να υπάρχουν θέματα σε επίπεδο κατανόησης όπως και τα θέματα στους ορισμούς, να αποδίδονται σε προβλήματα που έχουν όταν ανακαλούν το λεξιλόγιο (Word Retrieval) και σε μη φτωχό λεξιλόγιο (Wolf, 1981). Έτσι κι αλλιώς, από τα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται ότι οι μαθητές με ΜΔ έχουν απόδοση μικρότερη σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμαθητές τους σε ασκήσεις που χρήζουν ταχύτητας στην ονοματοδοσία εικόνων (Naming Tasks) (Denckla και Rudel, 1976; Denckla, Rudel και Broman, 1981) είτε και σαφήνεια στην ονομασία (German, 1979), (Μίχου, 2007).

1.4.5. Προβλήματα προσωπικότητας και σχέσεις με τους ομηλικούς

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, με βάση έρευνες της τελευταίας δεκαετίας φαίνεται ότι μαθητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με ΜΔ δεν βρίσκουν κοινωνική αποδοχή στις ομάδες των συνομηλικών τους (Bryan, 1974α, β, 1976; Sipperstein, Bopp και Bak, 1977; Bruininks, 1978;

Bryan και Perlmutter, 1979), ακόμη κι από τους γονείς τους (Perlmutter, Crocker, Cordray και Garstecki, 1983) ακόμη κι από ενήλικες (Perlmutter και Bryan, 1984).

Το κοινωνικό επίπεδο (Social Status), το οποίο έχει το παιδί με ΜΔ είναι σίγουρα πιο χαμηλό. Οι μαθητές με ΜΔ βιώνουν την απόρριψη σε μεγαλύτερο βαθμό από τους υπόλοιπους, και γίνονται η επιλογή λίγων είτε ως φίλοι είτε ως σύντροφοι σε διάφορες περιστάσεις. Το θέμα είναι ότι παρ' όλο που όλοι καταλήγουν πως τα παιδιά με ΜΔ εμφανίζουν και θέματα στην προσωπικότητά τους, είναι αρκετά δυσχερές να βρει κάποιος με ακρίβεια (με ποσοστό ή ακόμη και αντικειμενικά) τι κάνουν (Cullivan, Epstein, και Dembinski, 1979; Michou, 1985; Perlmutter, 1986). Είναι πιθανόν να οφείλεται σε κάτι αρκετά μη προσδιορισταίο στον τρόπο συμπεριφοράς τους, το οποίο η τωρινή θεωρητική θέση δεν είναι σε θέση να δώσει την κατάλληλη περιγραφή (όπως για παράδειγμα συμπτώματα άγχους είτε επιθετικότητας, είτε ακόμα και αίσθημα ανασφάλειας, τα οποία μεταφέρονται μέσω της γλώσσας του σώματος, χροιά, τόνο ή ένταση της φωνής), (Μίχου, 2007).

1.4.6. Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού

Η δυνατότητα θεμελίωσης καλών επαφών σε κοινωνικό πλαίσιο και φιλικών σχέσεων στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας δείχνει πως είναι ο βέλτιστος δείκτης για την πρόβλεψη της συναισθηματικής προσαρμογής η οποία χαρακτηρίζεται ως υγιής στην ενηλικίωση (Milich & Landau, 1981). Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ, όταν έχουν καλές επαφές στο κοινωνικό πλαίσιο, βρίσκουν αποτελεσματικότερους τρόπους αντιμετώπισης των δυσχερειών οι οποίες προέρχονται από τα πρωτογενή γνωρίσματα της διαταραχής (Κάκουρος, Ε. 2001).

1.4.7. Προβλήματα νοητικής ανάπτυξης

Οι μαθητές που έχουν ΔΕΠ-Υ είναι αντιπρόσωποι ολόκληρου του φάσματος της νοητικής ανάπτυξης. Μερικές μελέτες θεωρούν ότι, η ανταπόκριση των μαθητών στα σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης, έχει έλλειψη κατά 7 – 10 μονάδες. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη μειονεξία δεν είναι βέβαιο πως αποδίδεται στις αληθινές διαφορές στη νοημοσύνη των μαθητών που έχουν ΔΕΠΥ και εκείνων που δεν έχουν. Οι σταθμισμένες κλίμακες που μετρούν τη νοημοσύνη, των οποίων γίνεται χρήση στις μέρες μας, χρήζουν υψηλό βαθμό συγκέντρωσης και κάνουν αξιολόγηση του βαθμού ακαδημαϊκών γνώσεων του μαθητή. Με αυτόν τον τρόπο, οι διαφορές που παρατηρούνται μπορεί να αποδίδονται στην αδυναμία των παιδιών που έχουν ΔΕΠΥ να επικεντρώνουν την προσοχή τους, όπως και στα μειονεκτήματα των συγκεκριμένων μαθητών στο σχολείο (Alessandri, 2002), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.4.8. Προβλήματα στις προσαρμοστικές ικανότητες

Σημειώθηκε πως τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ μειονεκτούν σε ό,τι αναφέρεται στις προσαρμοστικές ικανότητες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους (Βάρβογλη, 2005), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.4.9. Προβλήματα αίσθησης του χρόνου

Σημειώθηκαν θέματα σχετικά με την αίσθηση του χρόνου, αφού έχει άμεση σύνδεση με τη μη λεκτική μνήμη εργασίας (Βάρβογλη, 2005), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.4.10. Προβλήματα στον ύπνο

Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να κοιμηθούν τη νύχτα και να σηκωθούν το ξημέρωμα, γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ακόμη από όταν είναι βρέφη. Ακόμη, κοιμούνται πιο λίγο και παρουσιάζουν πιο πολλές ενοχλήσεις στη διάρκεια του ύπνου σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Απόρροια αυτού είναι οι πάσχοντες από ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν σε υπερβολικό βαθμό υπνηλία σε όλη την υπόλοιπη ημέρα (excessive daytime sleepness) (Nada-Raja, 1997), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.4.11. Προβλήματα στην κινητικότητα του παιδιού

Βρέθηκε πως τα γνωρίσματα της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας φέρνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε πιο πολλές δύσκολες καταστάσεις σε σχέση με τα γνωρίσματα της απροσεξίας. Τα παιδιά με πιο σοβαρού είδους γνωρίσματα της ΔΕΠ-Υ προσμένεται να έχουν πιο χαμηλή επίδοση στο σχολείο και πιο πολλά ζητήματα στη συμπεριφορά τους (Κάκουρος, Ε. 2001).

1.4.12. Προβλήματα επιθετικότητας του παιδιού

Με βάση τα στοιχεία ερευνών, το παρελθόν στην επιθετική συμπεριφορά στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας είναι άσχημος δείκτης για την πρόβλεψη της διεξαγωγής της ΔΕΠ-Υ (Loney, 1980). Αποδεικνύεται ότι, όταν ένα παιδί ξεκινήσει να εμφανίζει επιθετική συμπεριφορά σε μικρή ηλικία, είναι πολύ δύσκολο να την εξαφανίσει στην πορεία. Κοινωνικά η επιθετική συμπεριφορά απαντάται τις περισσότερες φορές με επιθετικότητα. Γι' αυτόν τον λόγο και δεν πρέπει να φέρνει έκπληξη το ότι οι προσπάθειες εξαφάνισης της επιθετικής συμπεριφοράς ενδεχομένως να καταλήγουν αρκετές φορές στο αντίθετο συμπέρασμα, δηλαδή στην ενθάρρυνσή της. Αξίζει παρ' όλα αυτά να αναφερθεί πως η επιθετικότητα δεν παρουσιάζεται πάντα, παρά μόνο στον βασικό υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο της ΔΕΠ-Υ (Loney & Milich, 1981), (Κάκουρος, Ε. 2001).

1.5. Συννοσηρότητα

Ο όρος συννοσηρότητα υπάρχει στην ψυχοπαθολογία ως η ταυτόχρονη ύπαρξη δύο ή πιο πολλών διαφορετικού είδους διαταραχών, παρ' όλο που μερικές φορές γίνεται αναφορά της πιο πολύ στην επικάλυψη των γνωρισμάτων απ' ότι στη συνύπαρξη διαφορετικού είδους διαταραχών. Η συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ έχει διαφορετική αντιμετώπιση από το DSM-IV και το ICD-10. Στο DSM-IV ενδείκνυται η χρήση πολλαπλών διαγνώσεων και οι καταστάσεις στις οποίες υπάρχουν μαζί δύο διαταραχές δεν χωρίζονται σε κατηγορίες, αντίθετα στο ICD-10 εμπεριέχονται μερικές τάξεις διάγνωσης που αντιστοιχίζονται με μικτές διαταραχές (όπως υπερκινητική διαταραχή της διαγωγής).

Είναι γενικώς αποδεκτό πως σε καταστάσεις, στις οποίες η ΔΕΠ-Υ υπάρχει μαζί με άλλη διαταραχή, κατάσταση είναι πιο σοβαρή και η πρόγνωση για την έκβαση της χειρότερη. Η ΔΕΠ-Υ υπάρχει μαζί με άλλες διαταραχές κατά 50-80% (Biederman & συν., 1999). Ειδικότερα, σχεδόν το 44% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει μία ακόμη διαταραχή, το 32% δύο επιπλέον διαταραχές και το 11% εμφανίζει τρεις άλλες διαταραχές.

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τη διαταραχή διαγωγής (ή εναντιωματική προκλητική διαταραχή) παρουσιάζει μεγάλη συνάφεια (50%), πράγμα το οποίο κάνει αρκετούς μελετητές να υποστηρίζουν πως είναι διαφορετικές εκδοχές της ίδιας διαταραχής. Παρ' όλα αυτά, τα στοιχεία διαφορετικών μελετών ισχυρίζονται πως οι δύο διαταραχές είναι διαφορετικοί παράγοντες. Τα παιδιά, τα οποία έχουν ταυτόχρονα τις συγκεκριμένες διαταραχές, τα γνωρίσματα είναι σπουδαιότερα (ψέματα, επιθετικότητα, καβγάδες, κλοπές κ.ά.) και η εξέλιξη δυσκολότερη.

Η συννοσηρότητα που έχει η ΔΕΠ-Υ με διαταραχές άγχους εκτιμάται ανάμεσα στο 25-40%. Με βάση τον Barkley (1990), η ΔΕΠ-Υ και οι διαταραχές άγχους δεν συνδέονται αιτιολογικά μεταξύ τους, αλλά το να αναγνωρίσει ο ειδικός τη συννοσηρότητα ο ειδικός είναι σπουδαίο διότι αναφέρεται στη διαφοροποίηση της φαρμακευτικής αγωγής. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα, τα οποία ορισμένες φορές δίνονται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν αρνητική επίδραση και δείχνουν να επιφέρουν πιο πολλές παρενέργειες στα παιδιά, που το σύνδρομο τους υπάρχει μαζί με διαταραχές άγχους (Παπαδάτος, 2010).

1.6. Τρόποι Αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ

1.6.1. Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή περιέχει ψυχοδιεγερτικά φάρμακα, αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά φάρμακα, αντιψυχωσικά και φάρμακα που σταθεροποιούν τη διάθεση (NIMH, 2008). Τα διεγερτικά φάρμακα επικρατούν σε κλινική χρήση και έχουν σημειωθεί αποτελεσματικότητα κατά 75-90% στα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ.

Οι μελετητές θεωρούν πως τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα έχουν επιρροή στο κομμάτι του εγκεφάλου το οποίο παράγονται οι νευροδιαβιβαστών. “Οι νευροδιαβιβαστές είναι χημικές ουσίες στις νευρικές απολήξεις, που βοηθούν ηλεκτρικά ερεθίσματα και ταξιδεύουν μεταξύ των νευρικών κυττάρων”. Δουλειά των νευροδιαβιβαστών αποτελεί η παροχή βοήθειας στους ανθρώπους να δουν σημαντικές πλευρές του περιβάλλοντός τους. Η ανάλογη φαρμακευτική θεραπεία, διεγείρει τις συγκεκριμένες χημικές ουσίες για παραχθούν περισσότεροι νευροδιαβιβαστές, μεγαλώνοντας με αυτόν τον τρόπο τη δυνατότητα του παιδιού να εστιάσει την προσοχή του, να έχει έλεγχο των παρορμήσεών του και να βελτιώσει την υπερκινητικότητά του. Η φαρμακευτική θεραπεία χρειάζεται, τις περισσότερες φορές, πολλαπλές δόσεις καθ’ όλη τη διάρκεια της μέρας αφού, η δοσολογία του φαρμάκου κρατάει για λίγο (1 έως 4 ώρες). Εντούτοις, αργή ή χρονομετρημένη απελευθέρωση του φαρμάκου ενδεχομένως να δώσει τη δυνατότητα σε ένα παιδί που έχει ΔΕΠΥ να εξακολουθεί να βλέπει οφέλη από τη φαρμακευτική θεραπεία για περισσότερο χρόνο. Οι γιατροί, οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς και γενικά, αυτοί οι οποίοι σχετίζονται με την θεραπευτική οπτική των γνωρισμάτων της ΔΕΠ-Υ, οφείλουν να έχουν ελεύθερη επικοινωνία, αναφορικά με τη συμπεριφορά και τη διάθεση του παιδιού, για να λάβει τη δοσολογία, σύμφωνα με το κατάλληλο πρόγραμμα, σε στάδιο που, το παιδί να είναι σε θέση να έχει την πιο ισχυρή ρύθμιση, κρατώντας ταυτόχρονα, τις παρενέργειες στο πιο μικρό σημείο τους. Σε περίπτωση που επιβεβαιωθεί πως το παιδί χρειάζεται να παίρνει το φάρμακο στο σχολείο, είναι πολύ σπουδαίο, να διαμορφωθεί ένα πρόγραμμα για να εξασφαλιστεί πως το φάρμακο θα δίνεται στο παιδί με βάση το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Ακόμη, τα σχολεία πρέπει να διασφαλίζουν πως δεν παραβιάζονται τα δικαιώματα του παιδιού και των γονέων στο ιατρικό απόρρητο (U.S. Department of Education, 2003). Σημαντικό είναι να σημειωθεί, πως η θεραπεία με φάρμακα της ΔΕΠ, είναι κομμάτι αποκλειστικά του συνόλου της διαδικασίας της θεραπείας και άρα δεν είναι καθόλου συχνή. Τις περισσότερες φορές, οφείλει να είναι σε συνδυασμό με έναν είτε πιο πολλούς τύπους παρέμβασης, όπως η θεραπεία της συμπεριφοράς, συμβουλευτική γονέων, εκπαιδευτική θεραπεία, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, ατομική ή/και οικογενειακή ψυχοθεραπεία κατάλληλη με τις ανάγκες του κάθε παιδιού. Μερικοί κλινικοί πιστεύουν πως, αρχικά οφείλουν να τίθενται σε εφαρμογή εκείνες οι τεχνικές παρέμβασης και τα φάρμακα να εισάγονται στο θεραπευτικό σχέδιο, μόνο εάν, οι υπόλοιποι τύποι παρέμβασης δεν είναι επαρκείς για να αντιμετωπιστεί η διαταραχή. Ελάχιστες φορές γίνεται χρήση φαρμάκων σε νήπια (Goldman, 1998).

Η φαρμακευτική θεραπεία δεν δίνει ίαση στην ΔΕΠ-Υ, όμως δίνει μια ανακούφιση στα συμπτώματά της. Επομένως, δεν χορηγείται σαν μια αντιβίωση η οποία δύναται να ιάσει μια λοίμωξη, αλλά πιο πολύ ως «γυαλιά που συμβάλλουν στη βελτίωση της όρασης, μόνο κατά τη διάρκεια του χρόνου που τα γυαλιά φοριούνται» (National Resource Center on ADHD, 2008). Η φαρμακευτική θεραπεία, γενικά, προσφέρει σπουδαία βελτίωση για μικρό χρονικό διάστημα, εντούτοις, η σχέση κινδύνου-οφέλους της αγωγής με διεγερτικό φάρμακο οφείλει να δέχεται αξιολόγηση και να βρίσκεται υπό παρακολούθηση σε διαρκή βάση (Goldman, 1998), (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.6.2. Ψυχοθεραπεία

Κοινωνικός τομέας: Η ίαση της συμπεριφοράς, η εκπαίδευση κοινωνικών ικανοτήτων και η ίαση η οποία στηρίζεται στη γνωστική θεωρία, στηρίζονται στην πλειονότητά τους στον κοινωνικό τομέα. Στη συμπεριφορική θεραπεία υπολογίζονται οι δυσχέρειες στη συμπεριφορά του παιδιού με προσοχή στον προσδιορισμό των καταστάσεων, που εμφανίζονται τα γνωρίσματα, υπολογισμός της ισχύος και του πόσο συχνά είναι τα συμπτώματα, όπως και του χρόνου που διαρκεί το πρόβλημα. Για τις κοινωνικές δεξιότητες τίθενται υπό αξιολόγηση οι σχέσεις μεταξύ των ατόμων και των συνομηλίκων τους και οι

δυσχέρειες τις οποίες ενδέχεται να εμφανιστούν στις συγκεκριμένες σχέσεις. Η θεραπεία της γνωστικής θεωρίας, έχει σκοπό την εύρεση ειδικών ενδιαφερόντων, ικανοτήτων είτε δεξιοτήτων τα οποία πιθανό να έχει το παιδί (Barkley, 1990; Taylor, 1992).

Η συμπεριφορική θεραπεία, έχει σκοπό την παροχή βοήθειας στο παιδί ώστε να μεταβάλλει την συμπεριφορά του. Πιθανό να περιέχει υποστήριξη ή πρακτικά, π.χ. στο πώς οργανώνει το διάβασμα και διάφορες ασκήσεις, ή σε στάδιο διαχείρισης των άσχημων συναισθηματικά περιστάσεων. Η ΔΕΠ-Υ πιθανό να χαρακτηριστεί ως αναπτυξιακή καθυστέρηση στη ρύθμιση της συμπεριφοράς με βάση διάφορους κανόνες και συνέπειες (Barkley 1990). Έτσι, και οι παρεμβάσεις οι οποίες αλλάζουν απευθείας τον τύπο, την ακολουθία στον χρόνο και την ισχύ των συγκεκριμένων επιπτώσεων, είναι οι παρεμβάσεις επιλογής, που και συνίστανται από τα σχέδια αλλαγής της συμπεριφοράς. Μέθοδοι, π.χ. η ενθάρρυνση του παιδιού από τον δάσκαλο για την σωστή του στάση, είτε, σε αντίθετη περίπτωση, αδιαφορία για την ανάρμοστη συμπεριφορά, η οριοθέτηση ευκρινών εντολών, κανόνων και προσδοκιών αποτελούν βοήθεια για το παιδί για τον έλεγχο της συμπεριφοράς του και έπειτα, να συνηθίσει να επικροτεί τον εαυτό του, μετά από ορθές ενέργειες, π.χ. ο έλεγχος του θυμού του. Όντως, τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ νιώθουν πιο καλά, αφού ξέρουν με σαφήνεια τι προσδοκούν οι υπόλοιποι από εκείνα και σε σχολικό-ακαδημαϊκό στάδιο, αλλά και σε στάδιο συμπεριφοράς (Rief, 2003). Επιπλέον, η χρήση της τεχνικής της απομάκρυνσης από το ερέθισμα (time-out) και η τεχνική των επιπλήξεων έχουν αποδειχθεί επιτυχείς μέθοδοι για τη βελτίωση των πιθανών διασπαστικών μορφών συμπεριφοράς (Barkley, 1990; Taylor, Cornwell & Riley, 1984).

Οι θεραπευτές είναι σε θέση να εκπαιδεύουν τα παιδιά στις κοινωνικές ικανότητες, π.χ. την αναμονή για τη σειρά τους, να μοιράζονται πράγματα, να βοηθούνται από άλλους και να αποδέχονται το χιούμορ και γενικά την αλληλεπίδραση με τους ομηλικούς τους. Δίνουν τη βοήθεια, δηλαδή, στο παιδί ώστε να αποκτήσει πιο μεγάλη κοινωνική αποδοχή, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο, το να νιώθουν ότι τους απορρίπτουν και της απομονώνουν, καλυτερεύοντας την αυτοπεποίθηση του και κάνοντάς το να αισθανθεί πως είναι αποδεκτό. Στο πλαίσιο κοινωνικών ικανοτήτων περιλαμβάνεται και η δυνατότητα της αποκωδικοποίησης των μορφασμών του προσώπου και του τόνου της φωνής των άλλων, η μίμηση προτύπου, η μέθοδος της επανάληψης και της διαρκούς εξάσκησης είναι εφικτό να βοηθήσουν στον περιορισμό των θεμάτων των οποίων έρχονται αντιμέτωποι τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ στις κοινωνικές τους σχέσεις (AAP, 2001).

Τα αποτελέσματα της μελέτης, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των τεχνικών συμπεριφοράς, είναι διαφόρων ειδών. Ενώ οι έρευνες, οι οποίες κάνουν σύγκριση της συμπεριφοράς των παιδιών στη διάρκεια των περιόδων, δείχνουν το πόσο αποτελεσματική είναι η αγωγή στη συμπεριφορά, δεν είναι εύκολο να απομονωθεί η αποτελεσματικότητά της (Pelham & Fabiano, 2001). Κάποια άλλη μελέτη την οποία έκαναν οι McLerney (1995), επαληθεύει πως, η αποτελεσματική εκπαίδευση των παιδιών που έχουν ΔΕΠ-Υ χρειάζεται αλλαγές σε επίπεδο ακαδημαϊκής διδασκαλίας, διαχείρισης της συμπεριφοράς και στο περιβάλλον της τάξης. Παρόλο που από μερικές μελέτες φαίνεται πως οι τεχνικές της συμπεριφοράς δίνουν την δυνατότητα στα παιδιά να εργάζονται βάση των δικών τους δυνάμεων και να διδαχθούν το πώς να διαχειρίζονται τον εαυτό τους, σε άλλες μελέτες φαίνεται πως οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές, όμως σε πιο μικρό επίπεδο συγκριτικά με τη αγωγή που περιλαμβάνει ψυχοδιεγερτικά (Jadad, 1999; Pelham, 1998). Η συμπεριφορική αγωγή, διαπιστώθηκε η αποτελεσματικότητά της, μονάχα σε περίπτωση όπου υπάρχει εφαρμογή και διατήρησή της (AAP, 2001). Όντως, οι μέθοδοι συμπεριφοράς ενδεχομένως να είναι δύσκολη η εφαρμογή τους με επίπτωση στο 100% των ρυθμίσεων οι οποίες είναι απαραίτητες έτσι ώστε να υπάρχει η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Παρόλο που σχέδια διαχείρισης της συμπεριφοράς δείχνουν να κάνουν μεγαλύτερη την ακαδημαϊκή επίδοση και τη συμπεριφορά των παιδιών που έχουν ΔΕΠ-Υ, η παρακολούθηση της υλοποίησης και συντήρησης της αγωγής συνήθως είναι εκείνο το οποίο δεν υπάρχει (Rapport, 1986). Στην πραγματικότητα, ορισμένες μελέτες έδειξαν πως οι πιο πολλές μέθοδοι συμπεριφοράς πιθανό να μην έχουν επιτυχία στο να ελαττώσουν τον πυρήνα της ΔΕΠ-Υ, δηλαδή τα γνωρίσματα της υπερκινητικότητας, της παρορμητικότητας και της απροσεξίας (AAP, 2001). Ακόμη, οι

αλληλεπιδράσεις σπιτιού σχολείου, οι οποίες υποστηρίζουν μια συνεπή προσέγγιση, είναι ιδιαίτερης σημασίας για την επιτυχία των προσεγγίσεων συμπεριφοράς (U.S. Department of Education, 2003).

Συναισθηματικός τομέας: Η ψυχοθεραπεία, ατομική και οικογενειακή και η συμβουλευτική γονέων, αξιολογεί την συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το παιδί και τον τρόπο με τον οποίο προσδιορίζεται ο ίδιος, την οικογένειά του, τους συνομηλικούς και το σχολείο του. Κύριο σκοπό της αποτελεί, ο υπολογισμός των έντονων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του παιδιού και του βέλτιστου τρόπου που μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του (U.S. Department of Education, 2003).

Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ νιώθουν την ανάγκη της κατανόησης και καθοδήγησης των γονέων και των εκπαιδευτικών τους, για να αξιοποιήσουν στο μεγαλύτερο βαθμό τις ικανότητες τους και να ανταποκριθούν στο σχολείο. Οι οικογένειες, συνήθως, δε γνωρίζουν με ποιον τρόπο να συμπεριφερθούν στο παιδί τους που έχει υπερκινητικότητα. Προτού να γίνει η διάγνωση, στην οικογένεια, μπορεί να έχει καλλιεργηθεί ένα κλίμα απογοήτευσης, επικρίσεων, θυμού. Ως απόρροια αυτού, τόσο οι γονείς, όσο και τα παιδιά μπορεί να θέλουν τη στήριξη επιστημόνων, προκειμένου να υπερπηδήσουν τα συγκεκριμένα άσχημα συναισθήματα. Η καθοδήγηση, η συμβουλευτική και πιο σπάνια, η επιμόρφωση των γονέων αποτελεί σπουδαία στήριξη για τις οικογένειες, για την σωστότερη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της συνθήκης. Οι επιστήμονες ψυχικής υγείας, είναι σε θέση να πληροφορήσουν τους γονείς αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ και τις συνέπειές της συγκεκριμένης διαταραχής στην οικογένεια. Ταυτόχρονα, θα στηρίζουν τους γονείς και το παιδί να καλλιεργήσουν καινούργιες ικανότητες, συμπεριφορές και τρόπους επικοινωνίας μεταξύ τους (U.S. Department of Education, 2003).

Σε μερικές καταστάσεις, η δυναμική της οικογένειας είτε η οικογενειακή παθολογία είναι έτσι, ώστε να γίνεται απαραίτητη η οικογενειακή αγωγή είτε η ατομική αγωγή για τον γονέα. Το παιδί, πιθανό να είναι ο αποδιοπομπαίος τράγος, λόγω πιέσεων που ζουν οι γονείς από διάφορες αιτίες. Ο γονέας είναι ικανός να αντιλαμβάνεται στο παιδί του τα άσχημα στοιχεία του χαρακτήρα του και να έχει έντονες αντιδράσεις προκειμένου να τις εξαφανίσει. Η παρουσία ενός μόνο γονέα είναι ικανή να δυσκολέψει ακόμη περισσότερο την αντιμετώπιση του παιδιού με υπερκινητικότητα (U.S. Department of Education, 2003).

Η επιμόρφωση στις γονεϊκές ικανότητες, περιέχει την εκμάθηση της κατάλληλης εφαρμογής ενός σχεδίου επικροτήσεων και επιπτώσεων η οποία θα βοηθήσει στη μεταβολή της συμπεριφοράς του παιδιού. Οι γονείς μαθαίνουν να επικροτούν απευθείας συμπεριφορές της αρεσκείας τους που χρήζουν ενίσχυσης και να αδιαφορούν είτε να τραβούν την προσοχή του παιδιού από μη επιθυμητές συμπεριφορές. Σε μερικές καταστάσεις, όπου δεν ελέγχεται, τίθεται σε εφαρμογή και η τεχνική «time out». Ειδικότερα, το παιδί φεύγει από τον τόπο όπου βρίσκεται η ένταση και πηγαίνει σε ένα άλλο μέρος, στο οποίο και μένει για λίγο χρόνο μόνο του, για να έρθει σε κατάσταση ηρεμίας. Ακόμη, για το καλό των γονέων είναι και η εκμάθηση μεθόδων διαχείρισης του άγχους, προκειμένου να μπορούν να διαχειρίζονται τα νεύρα τους και να δείχνουν νηφαλιότητα στη συμπεριφορά του παιδιού. Σε μερικές καταστάσεις, είναι πολύ αισιόδοξες οι ομάδες υποστήριξης, αφού βοηθούν στο να γνωριστούν οι γονείς και τα παιδιά με άλλα άτομα τα οποία έχουν τέτοιου είδους θέματα και ανησυχίες. Οι συγκεκριμένες ομάδες κάνουν συχνές συναντήσεις, για να μοιραστούν τις στιγμές που δυσανασχετούν, καθώς και τις καλές στιγμές τους, να μοιραστούν στοιχεία αναφορικά με προτεινόμενους θεραπευτές και τεχνικές και να μιλήσουν με επιστήμονες. Η παραπάνω διαδικασία δίνει στους γονείς, όχι απλώς πιο πολλές ιδέες, όπως επίσης και αρκετά πιο πολύ υποστήριξη σε συναισθηματικό επίπεδο (National Institute of Mental Health, 2008).

Οι αρχές για τη συμβουλευτική των γονέων των παιδιών που έχουν ΔΕΠΥ, περιέχουν ακριβείς και σύντομους κανόνες, σταθερότητα, ενθάρρυνση, εύκολη εφαρμογή, κατανόηση, σύντομα και πολλά διαλείμματα, κίνητρα για μάθηση. Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ, έχουν ανάγκη από διαρκή ενίσχυση, πρώτα με πολύ μικρή προσπάθεια είτε επιτυχία. Η συμβουλευτική των γονέων συμβάλει στο να διαμορφωθούν ρεαλιστικές προσδοκίες από το παιδί (Καραμπέλα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη, Σιώκη, 2016).

1.7. Αντιλήψεις Γονέων και Εκπαιδευτικών Μαθητών με ΔΕΠΥ

1.7.1. Οι γνώσεις των γονέων και των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ

Στην Ελλάδα το γνωστικό επίπεδο τόσο των γονέων όσο και των εκπαιδευτικών για την ΔΕΠΥ δεν είναι επαρκείς. Οι δύο πλευρές έχουν σημαντική θέση στην πρώιμη ανίχνευση-διάγνωση και αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ. Αρκετές φορές είναι οι πρώτοι οι οποίοι εντοπίζουν συμπτώματα που συνδέονται με τη ΔΕΠΥ και δίνουν χρήσιμα στοιχεία στους ειδικούς. Τα αποτελέσματα της ΔΕΠΥ στη διάρκεια της παιδικής, εφηβικής και της ενήλικης ζωής είναι δυσάρεστα και έχουν επιρροή στις πιο πολλές φάσεις της ζωής του ανθρώπου. Η ανεπαρκής κατάρτιση και πληροφόρηση των γονέων και εκπαιδευτικών για την ΔΕΠΥ αποφαίνεται πολύ σημαντική. Μόνο μέσω της πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης είναι δυνατό να γίνει πρώιμη αντιμετώπιση. Η πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ αποβλέπει σε υγιέστερα και πιο ευτυχισμένα παιδιά (Δεληγιαννίδου, 2013).

1.7.2. Η ψυχική υγεία της οικογένειας

Οι οικογένειες με κληρονομικό παρελθόν ΔΕΠ-Υ ή άλλων ζητημάτων ψυχικής υγείας έχουν περισσότερες δυσκολίες στο να παρέχουν βοήθεια στο παιδί με ΔΕΠ-Υ και η συνεργασία τους με τον αρμόδιο επιστήμονα είναι πολλές φορές με προβλήματα.

Το κοινωνικό και οικονομικό στάτους της οικογένειας, η πιθανότητα ύπαρξης της ΔΕΠ-Υ είτε λοιπών ζητημάτων ψυχιατρικής φύσης στους γονείς, η μορφή επικοινωνίας η οποία θα αναπτυχθεί ανάμεσα στους γονείς και του “δύστροπου” παιδιού τους, η έγκαιρη ή μη διάγνωση της διαταραχής και ο τρόπος που οι γονείς θα κατανοήσουν και θα δώσουν ερμηνεία στη συμπεριφορά του παιδιού αποτελούν κάποιες εκ των αιτιών οι οποίες θα έχουν επιρροή στην αντίληψη και το στάδιο εκτίμησης του παιδιού για τον εαυτό του, την δυνατότητα του να φτιάχνει και να κρατάει σχέσεις που να χαρακτηρίζονται από υγεία μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο και το επίπεδο όπου θα εξασκηθεί στη διαχείριση των δυσκολιών του. Όλα τα παραπάνω θα παίξουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση ή όχι συννοσηρών περιστάσεων (π.χ. Διαταραχή Διαγωγής), που θα έχουν επιρροή ακολούθως στην εκδήλωση θεμάτων π.χ. η εγκατάλειψη του σχολείου, η κατάχρηση ουσιών, εγκληματικές ενέργειες.

Καταλήγοντας, ενδεχομένως να δηλώσουμε πως ο συγκερασμός παραγόντων που αλλάζουν και οι οποίοι έχουν σχέση με την οικογένεια του ανθρώπου που έχει ΔΕΠΥ και η επίδραση που υπάρχει ανάμεσά τους με τη βαρύτητα των γνωρισμάτων της διαταραχής και την πιθανή εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς διαμορφώνουν το είδος της ΔΕΠ-Υ στα εφηβικά χρόνια και την τελική εξέλιξή της όταν το άτομο γίνεται ενήλικας (Κάκουρος, Ε. 2001).

1.7.3. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας

Το μικρό κοινωνικό και οικονομικό στάτους της οικογένειας έχει αρκετές φορές συσχετιστεί με πιο χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, πιο πολλά θέματα στην ψυχική υγεία και συγκεκριμένες ικανότητες πρόσβασης στους αντίστοιχους οργανισμούς. Με αυτόν τον τρόπο, το μικρό κοινωνικό και οικονομικό στάτους της οικογένειας όπου ανατρέφονται παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ είναι αιτία που τις περισσότερες φορές έχει άσχημη επίδραση στην διεξαγωγή της συγκεκριμένης διαταραχής. Το 1979 ο Trites βρήκε πως σε μέρη της Οτάβα του Καναδά, στην οποία κατοικούν οικογένειες μικρού κοινωνικού και οικονομικού στάτους, το 1/4 των παιδιών εμφάνιζε γνωρίσματα που αποτελούν σήμα κατατεθέν της ΔΕΠ-Υ. Έχει ακόμη επιβεβαιωθεί πως οι γονείς μικρού κοινωνικού και οικονομικού στάτους αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να έχουν σταθερή συμπεριφορά και δίνουν πιο συχνά τιμωρίες στα παιδιά τους (Paternite & Loney, 1980Κάκουρος, Ε. 2001).

1.7.4. Εκπαιδευτικός οδηγός παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Με βάση τον αμερικανικό εκπαιδευτικό οδηγό «Teaching Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: instructional Strategies and Practices» (2006), οι δάσκαλοι οι οποίοι πετυχαίνουν την

εκπαίδευση των παιδιών που έχουν ΔΕΠΥ, χρησιμοποιούν μια τριπλή μέθοδο. Ξεκινούν, ορίζοντας τις μοναδικές ανάγκες που έχει το παιδί. Παραδείγματος χάριν, ο εκπαιδευτικός προσδιορίζει το πώς, πότε και γιατί το παιδί είναι απρόσεκτο, παρορμητικό και υπερκινητικό. Κατόπιν, διαλέγει διαφορετικές εκπαιδευτικές μεθόδους οι οποίες σχετίζονται με την ακαδημαϊκή διδασκαλία, συμπεριφορικές παρεμβάσεις και βοηθήματα στην τάξη τα οποία είναι απαραίτητα για την επούλωση αναγκών των συγκεκριμένων παιδιών. Τέλος, ο εκπαιδευτικός συνδέει τις συγκεκριμένες μεθόδους σε ένα εξατομικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα (ΕΕΠ) και βάζει το συγκεκριμένο πρόγραμμα με εκπαιδευτικές ασκήσεις οι οποίες απευθύνονται σε όλα τα παιδιά της τάξης. Οι τρεις άξονες της μεθόδου είναι οι ακόλουθοι:

Αξιολογεί τις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητες του παιδιού: Κάνει αξιολόγηση των μοναδικών εκπαιδευτικές αναγκών και των ικανοτήτων ενός μαθητή που έχει ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, εργαζόμενος μαζί με μια διεπιστημονική ομάδα και τους γονείς του παιδιού, ελέγχει την ακαδημαϊκή αλλά και τις ανάγκες συμπεριφοράς, κάνοντας χρήση τυπικών διαγνωστικών αξιολογήσεων και άτυπων παρατηρήσεων στην τάξη. Εκτιμήσεις, για παράδειγμα το στυλ μάθησης, μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό των ικανοτήτων των παιδιών και να τους δώσει τη δυνατότητα να στηριχθούν στις δυνατότητές τους. Οι ρυθμίσεις και το πλαίσιο όπου παρουσιάζονται προκλητικές συμπεριφορές θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην αξιολόγηση.

Επιλογές κατάλληλων εκπαιδευτικών πρακτικών: Προσδιορισμός των διδακτικών μεθόδων οι οποίες θα ικανοποιήσουν τις ακαδημαϊκές και συμπεριφορικές ανάγκες, οι οποίες σημειώθηκαν στο παιδί.

Επιλογή μεθόδων οι οποίες άπτονται του περιεχομένου, ειδικές για την ηλικία του και με δυνατότητα να τραβήξουν την προσοχή του παιδιού: Για τα παιδιά τα οποία λαμβάνουν υπηρεσίες ειδικής εκπαίδευσης, ενσωματώνονται ειδικές πρακτικές, σε συνεργασία με άλλους δασκάλους και τους γονείς. Το ΕΕΠ οφείλει να φτιαχτεί με τρόπο τέτοιο, ώστε να ενσωματώνει ολόκληρη την τάξη. Κάθε παιδί που έχει ΔΕΠ-Υ είναι ιδιαίτερο, εξαιτίας αυτού δεν υπάρχει ενιαίο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, πρακτική ή ρύθμιση. Θα πρέπει να σημειωθεί πως αρκετές από τις μεθόδους που προτείνονται έχουν ένα επιπλέον θετικό, δηλαδή, την ενίσχυση της μάθησης των υπόλοιπων μαθητών της τάξης οι οποίοι δεν έχουν ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, ενώ χρησιμοποιήθηκαν ευρύτατα σε μαθητές στις τάξεις του δημοτικού, οι επόμενες πρακτικές είναι χρήσιμες και για τους πιο μεγάλους μαθητές (Slavin, 2002).

Οι δάσκαλοι είναι ικανοί να συμβάλουν στην προεργασία των παιδιών που έχουν ΔΕΠ-Υ, για να επιτευχθεί η εφαρμογή των αρχών της αποτελεσματικής διδασκαλίας. Παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ μαθαίνουν πιο καλά με ένα προσεκτικά δομημένο ακαδημαϊκό μάθημα, στο οποίο ο εκπαιδευτικός εξηγεί το τι θα ήθελε να μάθουν οι μαθητές στο προκείμενο μάθημα και θέτει τις συγκεκριμένες ικανότητες και τις γνώσεις στο πλαίσιο των μαθημάτων που είχαν προηγηθεί (Slavin, 2002).

Δεύτερο Μέρος

2. Έρευνα

2.1. Μέθοδος

2.1.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης των δύο περιπτώσεων ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων και των εκπαιδευτικών για τη συναισθηματική και ηθική ανάπτυξη παιδιών με ΔΕΠΥ.

2.1.2. Μεθοδολογία

Ερωτηματολόγια στάλθηκαν μέσω e-mail (Google Drive) στους γονείς και τους εκπαιδευτικούς των δύο παιδιών που διαμένουν στο χωριό της Αγιάσου στη Λέσβο και στη Σκύδρα της Πέλλας αντίστοιχα. Η επιλογή των παιδιών έγινε τυχαία.

Ειδικότερα, τα ερωτηματολόγια απεστάλησαν στους γονείς και τους εκπαιδευτικούς και αφού απαντήθηκαν από τους ίδιους προωθήθηκαν στο email της ερευνήτριας, προκειμένου να καταγράψει τις απαντήσεις τους. Τα ερωτηματολόγια δεν περιείχαν οδηγίες, καθώς οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες με σαφήνεια. Επίσης, υπήρξε προσωπική επικοινωνία από μέρους της ερευνήτριας και με τους τέσσερις γονείς, αλλά και με τους δύο εκπαιδευτικούς προκειμένου να τους εξηγήσει τη διαδικασία. Ακόμη, υπήρξαν διαβεβαιώσεις πως στο ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και η συμμετοχή τους ήταν οικειοθελής.

Αρχικά, η ερευνήτρια επικοινωνήσε με κάθε γονέα και πήρε την άδεια για τη συμμετοχή τους στην έρευνα-μελέτες περίπτωσης. Κατόπιν, επικοινωνήσε με τους εκπαιδευτικούς και των δύο παιδιών που συμμετείχαν στις μελέτες-περίπτωσης, τους στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια, τα οποία απάντησαν εγκαίρως. Οι δύο πλευρές κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια από τον προσωπικό τους υπολογιστή και να τα στείλουν στην ερευνήτρια, για να καταγράψει τις απαντήσεις τους εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου (1 μήνας). Έπειτα, η ερευνήτρια παρέλαβε μέσω e-mail από τον κάθε συμμετέχοντα τις απαντήσεις του στο ερωτηματολόγιο.

2.1.3. Υλικά

Το ερωτηματολόγιο ήταν ίδιο για τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς με λίγες διαφοροποιήσεις. Περιείχε 22 ερωτήσεις συνολικά. Οι πρώτες ερωτήσεις αναφέρονταν στα προσωπικά στοιχεία (π.χ. ηλικία) των συμμετεχόντων και έπειτα ακολουθούσαν ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, οι οποίες αναφερόντουσαν στο παιδί με ΔΕΠ-Υ, τη σχέση τους μαζί τους και την καθημερινότητα μαζί του.

Ερωτήσεις ανοιχτού τύπου είναι εκείνες, στις οποίες οι απαντήσεις δεν καθορίζονται από πριν και ο ερωτώμενος αφήνεται ελεύθερος να καταθέσει την άποψή του για το κάθε ερώτημα. Με αυτόν τον τρόπο, τα ερωτηματολόγια λειτούργησαν σαν μικρές συνεντεύξεις προς τους συμμετέχοντες, αφήνοντάς τους το περιθώριο να τεκμηριώσουν ελεύθερα την απάντησή τους, ενώ ταυτόχρονα αυτό προσφέρει αμεσότητα στην απάντηση και αποτύπωση της πλήρους αλήθειας.

Το ερωτηματολόγιο των εκπαιδευτικών, όπως αναφέρθηκε, διαφοροποιούνταν από εκείνο των γονέων σε κάποια σημεία, με συνολικό αριθμό τις 24 ερωτήσεις.

2.1.4. Συμμετέχοντες

Στην έρευνα-μελέτη δύο περιπτώσεων έλαβαν μέρος 6 άτομα, 4 γονείς και 2 εκπαιδευτικοί, εκ των οποίων η μία γενικής αγωγής και ο άλλος ειδικής αγωγής. Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε τον χειμώνα του 2019.

Κανείς από τους 2 εκπαιδευτικούς δεν κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ή κάποια άλλη επιπλέον ειδίκευση πέρα από τον τίτλο των προπτυχιακών τους σπουδών. Οι 2 εκπαιδευτικοί ήταν διαφορετικού φύλου, ηλικίας 30 ετών. Η γυναίκα εκπαιδευτικός εργάζεται σε δημόσιο Δημοτικό σχολείο ως δασκάλα γενικής αγωγής, ενώ ο άντρας εκπαιδευτικός εργάζεται σε δημόσιο Δημοτικό σχολείο σε τμήμα ένταξης ως ειδικός παιδαγωγός, ενώ και οι δύο ασκούν τα καθήκοντά τους σε ελληνικές επαρχίες. Τέλος, η εμπειρία τους στο χώρο της εκπαίδευσης κυμαίνονταν από 7-10 χρόνια.

Το δείγμα των γονέων αποτελείται από 2 πατέρες και 2 μητέρες, ηλικίας από 36-46 ετών. Όλοι διαμένουν σε ελληνικές επαρχίες της ηπειρωτικής, αλλά και της νησιωτικής χώρας. Το μορφωτικό τους επίπεδο όλων έφτανε έως και την Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ μόνο οι δύο από αυτούς έχουν αποφοιτήσει και από την Τριτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ κανένας από αυτούς δεν κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

2.2. Προφίλ

Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν οι δύο περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ, οι απόψεις των γονέων τους αλλά και των εκπαιδευτικών τους.

2.2.1. Προφίλ παιδιών

Ο Γ. είναι 12 ετών και φοιτά στην ΣΤ' τάξη του Δημοτικού σχολείου. Ο Μ. είναι 12 ετών και φοιτά στην ΣΤ' τάξη του Δημοτικού σχολείου. Και τα δύο παιδιά έχουν παρόμοιο προφίλ. Το πρόβλημά τους έγκειται σε δύο επίπεδα, αυτό της συμπεριφοράς και αυτό του μαθησιακού επιπέδου. Ειδικότερα, εμφανίζουν κατ' εξακολούθηση ανυπακοή, αντιδραστικότητα και υπερκινητικότητα. Διασπάται συχνά η προσοχή τους από το μάθημα, κάτι που προκαλεί σύγχυση στην εκπαιδευτικό της τάξης εν ώρα μαθήματος. Ακόμη, αντιμετωπίζουν θέματα στη συγκέντρωση, ενώ συχνά είναι επίμονοι με τους γύρω τους και προκαλούν διαρκώς εντάσεις, καθώς αδυνατούν να κατανοήσουν και να προσαρμοστούν σε νέες καταστάσεις. Τέλος, μαλώνουν συχνά με τα αδέρφια τους, ενώ δεν διατηρούν τις φιλίες τους.

2.2.2. Ατομικό Ιστορικό

Ο Γ. ζει στη Λέσβο μαζί με τους γονείς τα αδέρφια του, που είναι μια μεγαλύτερη αδερφή και ένας μικρότερος αδερφός. Διαπιστώθηκε από μικρή ηλικία ότι έχει ελλειμματική σωματική ανάπτυξη με ύψος πολύ κάτω από το φυσιολογικό και υπερκινητικότητα. Όταν ξεκίνησε το σχολείο, εμφάνισε μαθησιακές δυσκολίες, με διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα. Μετά από προτροπή του δασκάλου της τάξης, διαγνώστηκε από το αρμόδιο Κέντρο Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕΔΔΥ) ότι έχει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) που υπερέρχει η Διάσπαση Προσοχής της Υπερκινητικότητας.

Ο Μ. ζει στην Πέλλα μαζί με τους γονείς και τα αδέρφια του, που είναι μικρότερα του. Παρατηρήθηκε από μικρή ηλικία ότι έχει διάσπαση ελλειμματικής προσοχής, από τη μητέρα του, η οποία διαπίστωσε ότι διαφέρει σε σχέση με τα αδέρφια του στον τρόπο επικοινωνίας. Όταν ξεκίνησε το σχολείο, εμφάνισε μαθησιακές δυσκολίες, με διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα. Μετά από προτροπή του δασκάλου της τάξης, διαγνώστηκε από το αρμόδιο Κέντρο Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕΔΔΥ) ότι έχει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), όπου υπερέρχει η Διάσπαση Προσοχής της Υπερκινητικότητας.

2.2.3. Οικογενειακό ιστορικό

Η οικογένεια του Γ. έχει καλό βιοτικό επίπεδο. Οι γονείς του είναι και οι δυο απόφοιτοι της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ ο πατέρας του είναι απόφοιτος και της Τριτοβάθμιας και εργάζεται ως καθηγητής μέσης εκπαίδευσης στον ιδιωτικό τομέα και η μητέρα ασχολείται με τα οικιακά. Επίσης, ο Γ. έχει μία αδελφή μεγαλύτερη, η οποία πηγαίνει στο Γυμνάσιο και έναν μικρότερο αδελφό, που πηγαίνει στο Δημοτικό σχολείο. Οι γονείς του Γ. δεν τον ξεχωρίζουν από τα άλλα δύο παιδιά τους και του συμπεριφέρονται το ίδιο με αυτά. Οι προσδοκίες των γονέων του είναι να αποφοιτήσει επιτυχώς από το σχολείο και να μπορέσει να αποκατασταθεί επαγγελματικά. Αρκετές φορές δεν είναι σε θέση να χειριστούν τη διάσπαση προσοχής του και απελπίζονται. Αναφορικά με την αντιμετώπιση του θέματος της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, για αρκετό χρονικό διάστημα επισκέπτονταν παιδοψυχολόγο. Όμως, αργότερα σταμάτησαν τις επισκέψεις, αφού έκριναν πως δεν είναι απαραίτητες. Παρόλα αυτά, εξακολούθησαν να επισκέπτονται γιατρό για το θέμα του παιδιού με το ύψος και με την φαρμακευτική αγωγή υπήρξε αξιοσημείωτη βελτίωση.

Η οικογένεια του Μ. έχει καλό βιοτικό επίπεδο. Οι γονείς του είναι και οι δυο απόφοιτοι της

Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ η μητέρα του είναι απόφοιτος και της Τριτοβάθμιας και εργάζεται σε παιδικό σταθμό και ο πατέρας σε εργοστάσιο. Επίσης, ο Μ. έχει δύο μικρότερα αδέρφια που πηγαίνουν στο Δημοτικό σχολείο. Οι γονείς του Μ. δεν τον ξεχωρίζουν, από τα άλλα δύο παιδιά τους και του συμπεριφέρονται το ίδιο με αυτά. Οι προσδοκίες των γονέων του είναι να αποφοιτήσει επιτυχώς από το σχολείο και να μπορέσει να αποκατασταθεί επαγγελματικά. Αρκετές φορές δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν τη διάσπαση προσοχής του, ιδίως στη μελέτη των σχολικών μαθημάτων.

2.2.4. Μαθησιακό προφίλ

Αναφορικά με το γνωστικό προφίλ, ο Γ παρουσιάζει καλή επίδοση στο σχολείο, γεγονός όμως που αποτελεί αποτέλεσμα πολλών προσπαθειών. Αρκετές φορές, δεν δύναται να συγκεντρωθεί και αποσπάται εύκολα από άσχετα ερεθίσματα, ενώ, πολλές φορές, δεν δείχνει να υπακούει στις εντολές των μεγαλύτερων του. Ακόμη, χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα. Επιπλέον, δυσανασχετεί στο να κάνει τις εργασίες του. Άρα, έχει περιορισμένη σχολική παραγωγικότητα.

Ειδικότερα, ο Γ. δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του και συνεχώς δίνει προσοχή σε άσχετα ερεθίσματα. Πολλές φορές, μιλάει στον εαυτό του.

Ο Γ. έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση. Συχνά, η συμπεριφορά του είναι επίμονη και διεκδικητική, ενώ αντιμετωπίζει θέματα υπακοής στους κανόνες του σπιτιού και του σχολείου. Συνεχώς, μιλάει, σε επίπεδο φλυαρίας. Παρόλο που συμβαίνει αυτό, είναι κοινωνικά αποδεκτός, δεν δέχεται απόρριψη από τους συνομηλίκους του.

Αναφορικά με το γνωστικό προφίλ, ο Μ. παρουσιάζει χαμηλή επίδοση, παρόλο που καταβάλει πολλές προσπάθειες στη σχολική μελέτη, αφού υποστηρίζεται και από ειδικό εκπαιδευτικό στο σπίτι. Αρκετές φορές, δεν δύναται να συγκεντρωθεί και αποσπάται εύκολα από άσχετα ερεθίσματα, ενώ, πολλές φορές, δείχνει να υπακούει στις εντολές των μεγαλύτερων του και να συμπεριφέρεται με φιλότιμο. Επιπλέον, δυσανασχετεί στο άκουσμα της σχολικής μελέτης. Άρα, έχει περιορισμένη σχολική παραγωγικότητα.

Ειδικότερα, ο Μ. δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του και συνεχώς δίνει προσοχή σε άσχετα ερεθίσματα. Πολλές φορές βοηθά τη μητέρα του στις οικιακές εργασίες, προκειμένου να αποφύγει τη σχολική μελέτη.

Ο Μ. έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ο ίδιος δεν έχει παρατηρηθεί να εμφανίζει συμπεριφορικά προβλήματα, ενώ δεν αντιμετωπίζει θέματα υπακοής στους κανόνες του σπιτιού και του σχολείου. Παρόλο που συμβαίνει έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, είναι κοινωνικά αποδεκτός και δεν δέχεται απόρριψη από τους συνομηλίκους του.

2.3. Αποτελέσματα

2.3.1. Ικανότητες παιδιού

Οι γονείς του Γ. αναφέρουν ως ικανότητες του παιδιού τους την εξυπνάδα, την ετυμολογία του και το γεγονός ότι είναι δραστήριος, ενώ πιστεύουν ότι τις συγκεκριμένες ικανότητες είναι σημαντικές για το παιδί και ότι πολλές φορές εκπλήσσονται από αυτές. Η δασκάλα του Γ. υποστηρίζει ότι ο μαθητής ανταποκρίνεται με μεγάλο ενδιαφέρον σε δραστηριότητες που περιέχουν οπτικοακουστικό υλικό και σε βιωματικές δραστηριότητες.

Οι γονείς του Μ. χαρακτηρίζουν τις ικανότητες του παιδιού τους ως μέτριες, ενώ δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένες ικανότητες του παιδιού, κάτι που δείχνει ότι δεν ξεχωρίζουν κάποια, καθώς όλες τις χαρακτηρίζουν ως μέτριες. Ο δάσκαλος του Μ. συμφωνεί με τους γονείς του, αφού και αυτός αναφερόμενος στις ικανότητες του παιδιού χρησιμοποιεί τη λέξη μέτριες. Υποστηρίζει, παράλληλα, ότι το παιδί χρειάζεται υποστήριξη από τους γύρω του.

2.3.2. Ανησυχίες για το παιδί

Οι ανησυχίες των γονέων του Γ. εστιάζουν πιο πολύ στο παρόν όπως φαίνεται από τα λεγόμενά τους ως προς την αντιμετώπιση θεμάτων του παιδιού στο σχολείο λόγω της ΔΕΠ-Υ, ενώ δείχνουν περισσότερο αισιόδοξοι για το μέλλον του παιδιού τους ως προς την επαγγελματική του αποκατάσταση. Η δασκάλα του Γ. δείχνει να τρέφει ανησυχίες για σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ όπως και με το γεγονός ότι συλλαμβάνει το παιδί να μιλάει στον εαυτό του, κάτι που δεν αναφέρουν οι γονείς του ως παρατήρηση.

Η βασική ανησυχία των γονέων του Μ. έγκειται πρώτον στην ανταπόκριση του παιδιού στα σχολικά μαθήματα και αν θα καταφέρει το παιδί να αποφοιτήσει από το σχολείο και δεύτερον στην επαγγελματική του αποκατάσταση στο μέλλον. Ο δάσκαλος του Μ. δείχνει φόβο για το ενδεχόμενο απογοήτευσης του παιδιού λόγω των συνεχών αποτυχιών του στα μαθήματα και παραίτησης του από την προσπάθειά του.

2.3.3. Τα θετικά στοιχεία του παιδιού

Οι γονείς του Γ. πιστεύουν ότι το παιδί τους χαρακτηρίζεται από ευαισθησία, δικαιοσύνη, ευφυΐα, καλοψυχία, ευγένεια, προθυμία και κοινωνικότητα. Η δασκάλα συμφωνεί στο στοιχείο της εξυπνάδας, ενώ σημειώνει επιπλέον ως θετικά στοιχεία του παιδιού τις εξωσχολικές γνώσεις του και την καλή του συμπεριφορά.

Οι γονείς του Μ. αναφέρουν ως θετικό την καλοψυχία και την υπακοή του παιδιού τους, ενώ τονίζουν ότι τα στοιχεία του αυτά είναι ένα πολύ βοηθητικά για τον ίδιο. Ο δάσκαλος του Μ. δεν επικεντρώνεται σε ένα θετικό στοιχείο του παιδιού, αλλά κάνει μια γενικότερη αναφορά στο χαρακτήρα του χαρακτηρίζοντας τον ως καλό.

2.3.4. Εκδήλωση συναισθημάτων του παιδιού

Στη συγκεκριμένη ερώτηση οι γονείς, αλλά και η δασκάλα του Γ. αναφέρουν ότι το παιδί τους εκδηλώνει τα συναισθήματα του (κυρίως στην μητέρα του) και σημειώνουν ότι αναλόγως με τη φύση του συναισθήματος το παιδί μπορεί να φωνάξει ή να είναι πολύ χαρούμενο, γεγονός που είναι φανερό στο πρόσωπό του. Παράλληλα, τονίζουν τις δυσκολίες στη διαχείριση των έντονων συναισθημάτων του παιδιού, όπως η επιμονή του.

Οι γονείς του Μ. αναφέρουν ότι ο Μ εκφράζεται συναισθηματικά πολύ συχνά και ιδίως μέσα από αγκαλιές, όταν πρόκειται για θετικά συναισθήματα και γενικότερα ότι οι συναισθηματικές εκδηλώσεις

του είναι έντονες. Μάλιστα, η μητέρα του σχολιάζει πως είναι καλό που εκφράζει τα συναισθήματά του το παιδί της, προκειμένου να γνωρίζει και η ίδια ως μητέρα πώς νιώθει το παιδί της. Συμφωνεί μαζί τους και ο δάσκαλος του Μ., τονίζοντας το γεγονός ότι οι εκφράσεις του παιδιού αποτυπώνονται αμέσως στο πρόσωπό του, λόγω των έντονων συναισθημάτων που νιώθει.

2.3.5. Εμφάνιση κοινωνικών προβλημάτων

Οι γονείς του Γ. απαντούν θετικά και τονίζουν ότι οικογενειακώς βρίσκονται σε μια διαδικασία διαχείρισης αυτών των προβλημάτων του παιδιού, όμως αισιοδοξούν για το μέλλον του παιδιού τους, πιστεύοντας ότι θα λυθούν αυτά τα προβλήματα που έχει τώρα, καθώς ιδίως ο πατέρας τα αποδίδει κυρίως στην ηλικία του. Η δασκάλα, σε αντίθεση με τους γονείς του παιδιού δείχνει να μην έχει αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα συμπεριφοράς, ενώ τονίζει ότι είναι ένα φιλότιμο παιδί.

Οι γονείς, αλλά και ο δάσκαλος του Μ. υποστηρίζουν ότι δεν έχει προβλήματα συμπεριφοράς.

2.3.6. Αντίληψη συναισθημάτων του παιδιού

Οι γονείς του Γ. αντιλαμβάνονται διαφορετικά τα συναισθήματα του παιδιού τους, καθώς η μητέρα τα αντιλαμβάνεται ως έντονα, και αυτό το αποδίδει στον τρόπο έκφρασής τους από το ίδιο το παιδί, ενώ ο πατέρας του τα αντιλαμβάνεται ως φυσιολογικά. Η δασκάλα αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα του παιδιού από τις εκφράσεις του προσώπου του, αλλά και από τις έντονες κινήσεις που κάνει όταν είναι συναισθηματικά φορτισμένο είτε θετικά είτε αρνητικά.

Οι γονείς, αλλά και ο δάσκαλος του Μ. τονίζουν το σημείο της υπερβολικής του ευαισθησίας, ενώ ο πατέρας θεωρεί ότι πρέπει να γίνει πιο σκληρό το παιδί από ό,τι είναι.

2.3.7. Ηθική ανάπτυξη παιδιού

Οι γονείς του Γ. αντιλαμβάνονται την ηθική ανάπτυξη του ως πολύ καλή, στηριζόμενοι στην άποψη ότι το παιδί τους είναι αξιόλογο και έχει ιδανικά και αξίες. Η δασκάλα του Γ. πιστεύει ότι η ηθική ανάπτυξη του συμβαδίζει με εκείνη των συμμαθητών του. Επομένως, δεν σημειώνει κάτι ιδιαίτερο για την ηθική ανάπτυξη του Γ.

Οι γονείς του Μ. πιστεύουν ότι η ηθική ανάπτυξη του βρίσκεται σε καλό επίπεδο, ενώ ο δάσκαλος πιστεύει ότι βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο.

2.3.8. Ενσυναίσθηση παιδιού

Οι γονείς του Γ. θεωρούν από την προσωπική τους εμπειρία ότι το παιδί τους δεν έχει ενσυναίσθηση. Μάλιστα, υποστηρίζουν ότι η αυτή του η έλλειψη είναι αιτία δημιουργίας επιπλέον προβλημάτων, όπως για παράδειγμα στην επικοινωνία του παιδιού με τους γύρω του, αφού ποτέ δεν είναι σε θέση να τους καταλάβει. Αντιθέτως, η δασκάλα του Γ. θεωρεί ότι έχει ενσυναίσθηση, καθώς μπαίνει όπως υποστηρίζει η ίδια στη θέση των άλλων όταν αυτό είναι απαραίτητο. Αυτή η διάσταση των απόψεων προκαλεί εντύπωση και αποτελεί αμφιλεγόμενο σημείο για τον χαρακτήρα και τη συμπεριφορά του Γ. εντός και εκτός του σπιτιού του.

Οι γονείς του Μ. υποστηρίζουν ότι το παιδί τους έχει ενσυναίσθηση, καθώς μπαίνει στη θέση των άλλων, ενώ συμφωνεί μαζί τους και ο δάσκαλος του Μ.

2.3.9. Φιλικές σχέσεις του παιδιού

Οι γονείς του Γ. υποστηρίζουν ότι το παιδί τους κάνει εύκολα γνωριμίες και φίλους, όπως και οι συμμαθητές του. Αντίθετα, η δασκάλα παρατηρεί ότι ο Γ. έχει δυσκολία στο κομμάτι των φιλικών σχέσεων, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τα λεγόμενα των γονέων.

Οι γονείς του Μ., όπως και ο δάσκαλος του, υποστηρίζουν ότι ο ίδιος κάνει εύκολα φίλους.

2.3.10. Ποιότητα των φιλικών σχέσεων του παιδιού

Οι γονείς του Γ. υποστηρίζουν ότι το παιδί τους είναι σταθερό στις φιλίες του, ενώ η δασκάλα που πιστεύει ότι αυτό δεν ισχύει πάντα.

Οι γονείς και ο δάσκαλος του Μ. παρατηρούν ότι ο ίδιος δεν διατηρεί τις φιλίες του και ότι αυτό αποτελεί πρόβλημα για τις διαπροσωπικές του σχέσεις, καθώς δεν υπάρχει σταθερότητα.

2.3.11. Αυτοπεποίθηση παιδιού

Οι γονείς του Γ. πιστεύουν ότι το παιδί τους δεν έχει αυτοπεποίθηση, καθώς χρειάζεται διαρκώς επαινετικά σχόλια, έτσι ώστε να κάνει κάτι, ενώ αντίθετη άποψη έχει η δασκάλα του, αφού σύμφωνα με τα λεγόμενά της ο Γ. έχει πολύ αυτοπεποίθηση.

Οι γονείς του Μ. και ο δάσκαλός του πιστεύουν ότι ίδιος δεν έχει καθόλου αυτοπεποίθηση, ενώ χρειάζεται θετικά σχόλια από τον περίγυρό του για τις αξιέπαινες πράξεις του, όπως τονίζει ο δάσκαλός του.

2.3.12. Σχέση μεταξύ του παιδιού και των αδελφών/ συμμαθητών του

Η μητέρα του Γ. χαρακτηρίζει τη σχέση του Γ. με τα αδέρφια του ως μέτρια, λόγω της κούρασης που τους προκαλεί από το ζωνό του χαρακτήρα του, ενώ ο πατέρας του δεν παρατηρεί κάτι τέτοιο, αφού ο ίδιος χαρακτηρίζει αυτήν τη σχέση ως “φυσιολογική”. Η δασκάλα του Γ κλήθηκε να σχολιάσει τη σχέση του με τους συμμαθητές του, η οποία σύμφωνα με τα λεγόμενά της είναι ανύπαρκτη ουσιαστικά, αφού με τους περισσότερους δεν έχει συναναστροφές, αλλά οι σχέσεις του μαζί τους είναι καλή.

Οι γονείς του Μ. παρατηρούν τον ίδιο να μαλώνει με τα αδέρφια του και κυρίως με τον αδερφό του, ο οποίος είναι μικρότερος από αυτόν, ενώ η σχέση του με τους συμμαθητές του είναι καλή, παρόλο που μερικές φορές περιθωριοποιείται από αυτούς, όπως αναφέρει ο δάσκαλός του.

2.3.13. Υπακοή παιδιού σε κανόνες

Οι γονείς του Γ. αναφέρουν ότι το παιδί τους δεν υπακούει στους κανόνες του σπιτιού και γι’ αυτό τον λόγο χρειάζεται συνεχώς επανάληψη-υπενθύμιση των κανόνων. Αντίθετα, η δασκάλα του Γ. παρατηρεί στο πρόσωπό του ένα υπάκουο παιδί, που αντιλαμβάνεται το γεγονός ότι βρίσκεται στο χώρο του σχολείου και ότι αν παραβεί τους κανόνες θα έχει κυρώσεις.

Οι γονείς του Μ. κάνουν λόγο για ένα υπάκουο και φιλότιμο παιδί που συνεισφέρει στις δουλειές του σπιτιού, καθώς και ο δάσκαλός του σημειώνει ότι δεν του έχει δημιουργήσει ποτέ κάποιο πρόβλημα.

2.3.14. Δυσκολίες στην καθημερινότητα με το παιδί

Οι γονείς του Γ. αναφερόμενοι στις δυσκολίες τους μαζί του στην καθημερινότητα επισήμαναν χωριστά ο καθένας κάποια αρνητικά χαρακτηριστικά του, όπως για παράδειγμα η μητέρα θεωρεί ότι ο γιός της είναι ανυπόμονος και ο πατέρας ότι είναι φλύαρος. Παράλληλα, η μητέρα διευκρινίζει ότι οι δυσκολίες της καθημερινότητας εξαρτώνται από τη διάθεση του Γ. Η δασκάλα υποστηρίζει ότι ο Γ. παρουσιάζει μεγάλη Διάσπαση Προσοχής και γι’ αυτόν το λόγο δεν μπορεί και να παρακολουθήσει τη ροή του μαθήματος, ενώ υπάρχουν και στιγμές που ο ίδιος αρνείται να κάνει τις εργασίες του.

Οι γονείς του Μ. ως βασική δυσκολία στην καθημερινότητα αναφέρουν το γεγονός ότι δυσανασχετεί για τη σχολική μελέτη. Ο δάσκαλός του σημειώνει ότι δε συμβαδίζει στα μαθήματα με τους συμμαθητές

του και γι' αυτό χρειάζεται περισσότερη υποστήριξη.

2.3.15. Αντιμετώπιση παιδιού σε σχέση με τα υπόλοιπα

Οι γονείς του Γ. ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχει διαφορά στην αντιμετώπισή σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά τους. Όμως, η μητέρα του Γ. εκδηλώνει το συναίσθημα της περισσότερης έγνοιας γι' αυτό το παιδί της. Ούτε και η δασκάλα του Γ. τον αντιμετωπίζει διαφορετικά σε σχέση με του υπόλοιπους μαθητές της, αλλά η μόνη διαφορά που υπάρχει έγκειται στον τρόπο που χρησιμοποιεί προκειμένου να κρατά το ενδιαφέρον του Γ. ζωντανό στο μάθημα.

Οι γονείς του Μ. υποστηρίζουν ότι έχουν ίδια αντιμετώπιση απέναντι σε όλα τα παιδιά τους. Μόνο η μητέρα εκδηλώνει μια παραπάνω ανησυχία για το συγκεκριμένο παιδί της, κάτι που όπως τονίζει προσπαθεί να μη γίνεται αντιληπτό από τα υπόλοιπα παιδιά της. Ενώ, και ο δάσκαλος δεν δείχνει να αντιμετωπίζει διαφορετικά τον Μ. από τους συμμαθητές του, αλλά σημειώνει ότι η μοναδική διαφορά έγκειται στον τρόπο που προσπαθεί να του τραβήξει το ενδιαφέρον προς το μάθημα, καθώς γι' αυτό το λόγο βρίσκεται σε διαρκή εγρήγορση.

2.4. Απαντήσεις Συμμετεχόντων

2.4.1. Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι ικανότητες του παιδιού;

Μητέρα 1: “Θα έλεγα ότι είναι αρκετά έξυπνος και ετοιμόλογος σαν παιδί. Θεωρώ ότι είναι σημαντικές ικανότητες για το παιδί”.

Πατέρας 1: “Θα έλεγα ότι είναι πολύ δραστήριος και πολύ έξυπνος ως παιδί. Με εντυπωσιάζει πολλές φορές με τις ικανότητές του”.

Εκπαιδευτικός 1: Ανταποκρίνεται με μεγάλο ενδιαφέρον σε δραστηριότητες που περιέχουν οπτικοακουστικό υλικό και σε βιωματικές δραστηριότητες”.

Μητέρα 2: “Οι ικανότητές του είναι μέτριες, θα έλεγα”.

Πατέρας 2: “Οι ικανότητές του είναι μέτριες, θα έλεγα”.

Εκπαιδευτικός 2: “Οι ικανότητες του παιδιού είναι μέτριες και πιστεύω ότι χρειάζεται βοήθεια και ενθάρρυνση από τους γύρω του”.

2.4.2. Ποιες είναι οι ανησυχίες σας για το παιδί;

Μητέρα 1: “Οι ανησυχίες μου προς το παρόν αφορούν το σχολείο του, τις φίλιες και τα μαθήματά του λόγω του ότι έχει Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής. Παρόλα αυτά για το μέλλον του είμαι πιο αισιόδοξη, καθώς πιστεύω ότι οι ικανότητές που έχει αναπτύξει λόγω του ότι έχει Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής θα τον βοηθήσουν να αποκατασταθεί καλύτερα σε επαγγελματικό επίπεδο. Για το μέλλον του είμαι αισιόδοξη”.

Πατέρας 1: “Μπορώ να πω ότι δεν έχω ανησυχίες για το παιδί μου. Πιστεύω ότι μεγαλώνοντας ό,τι δυσκολίες έχει τώρα θα τις ξεπεράσει και θα είναι μια χαρά”.

Εκπαιδευτικός 1: “Με ανησυχεί η έντονη Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής που παρουσιάζει το παιδί και η δυσκολία του στο να καταγράψει τις σκέψεις του, όπως και το ότι μιλάει στον εαυτό του”.

Μητέρα 2: “Αυτό που με ανησυχεί κυρίως είναι το κατά πόσο θα μπορεί να ανταπεξέλθει στα μαθήματα που τον δυσκολεύουν”.

Πατέρας 2: “Ανησυχώ για το πώς θα τελειώσει το σχολείο και για το πώς θα αποκατασταθεί στο μέλλον επαγγελματικά”.

Εκπαιδευτικός 2: “Η ανησυχία μου έγκειται στο μήπως και τον καταβάλλει η απογοήτευση για την πρόοδό του στα μαθήματα και δεν συνεχίσει να προσπαθεί για κάτι καλύτερο στο μέλλον”.

2.4.3. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα θετικά στοιχεία του παιδιού;

Μητέρα 1: “Σε γενικές γραμμές θα τον χαρακτηρίζα ως ένα παιδί ευαίσθητο, φιλότιμο, δίκαιο και πολύ έξυπνο”.

Πατέρας 1: “Το σημαντικότερο στοιχείο του είναι ότι είναι καλόψυχος, ευγενικός, φιλότιμος, πρόθυμος και κοινωνικός”.

Εκπαιδευτικός 1: “Είναι αρκετά έξυπνος με αρκετές εξωσχολικές γνώσεις. Είναι ευγενικός και έχει καλή συμπεριφορά”.

Μητέρα 2: “Έχει πολύ καλή ψυχή! Αυτό είναι το θετικό του στοιχείο που τον βοηθά πάρα πολύ”.

Πατέρας 2: “Το θετικό του στοιχείο είναι το γεγονός ότι κάνει υπακοή σε αυτά που του λέω”.

Εκπαιδευτικός 2: “Γενικά, έχει πολύ καλό χαρακτήρα”.

2.4.4. Το παιδί σας εκδηλώνει τα συναισθήματά του;

Μητέρα 1: “Ναι το παιδί εκδηλώνει πολύ συχνά τα συναισθήματά του, ιδίως σε μένα ως μαμά που είμαστε πιο κοντά”.

Πατέρας 1: “Ναι, πολύ συχνά θα έλεγα”.

Εκπαιδευτικός 1: “Ναι, το παιδί εκδηλώνει πολύ συχνά τα συναισθήματά του”.

Μητέρα 2: “Πολύ συχνά μπορώ να πω ότι έχει συναισθηματικές εκδηλώσεις”.

Πατέρας 2: “Πολύ συχνά Γενικά επιτρέπει τα συναισθήματά του να βγουν προς τα έξω”.

Εκπαιδευτικός 2: “Μερικές φορές μου τα εκδηλώνει” .

2.4.5. Πώς εκδηλώνει το παιδί τα συναισθήματά του;

Μητέρα 1: “Τα θετικά συναισθήματα τα εκδηλώνει με χαρά, ενώ τα αρνητικά με φωνές. Γενικά δυσκολεύεται να αποδεχτεί μια κατάσταση όπως είναι και επιμένει να αλλάξει προς αυτό που θεωρεί εκείνος σωστό. Είναι πολύ επίμονος και αυτό είναι κάτι που με δυσκολεύει πολύ, διότι κάθε φορά αγανακτώ μέχρι να τον πείσω για κάτι και μάλιστα τις περισσότερες φορές δεν πείθεται, οπότε πάντα βγαίνουμε σε αδιέξοδο”.

Πατέρας 1: “Τα συναισθήματά του μου τα λέει, τα εκφράζει τα αρκετά μπορώ να πω. Πάντως το σίγουρο είναι πως τα εκφράζει τουλάχιστον για να ξέρω κι εγώ σαν γονιός πώς νιώθει το παιδί μου, είτε πρόκειται για συναισθήματα αρνητικά (π.χ. απογοήτευση, θυμός) είτε πρόκειται για θετικά συναισθήματα (π.χ.

χαρά).

Εκπαιδευτικός 1: “Όταν θέλει να εκφράσει τα συναισθήματα που νιώθει θα κάνει έντονες κινήσεις με το σώμα του ή θα τα εκφράσει λεκτικά”.

Μητέρα 2: “Εκφράζεται λεκτικά, αλλά και σωματικά μέσα από αγκαλιές όταν είναι χαρούμενος. Όταν είναι λυπημένος φαίνεται ξεκάθαρα στο πρόσωπο του σαν να διαγράφονται τα συναισθήματα του εκεί πάνω. Πιστεύω ότι είναι καλό που δείχνει φανερά τα συναισθήματα του, διότι κι ως μητέρα του θέλω να ξέρω πώς νιώθει”.

Πατέρας 2: “Εκφράζεται με λόγια όταν χαίρεται και δείχνει ότι “πετάει”, ενώ όταν είναι νευριασμένος ούτε που μιλιέται”.

Εκπαιδευτικός 2: “Όταν θέλει να εκφράσει τα συναισθήματά του το δείχνει, φαίνεται κατευθείαν στο πρόσωπο του. Είναι λες και είναι ζωγραφισμένο το συναίσθημα στο πρόσωπό του”.

2.4.6. Το παιδί εμφανίζει κοινωνικά προβλήματα;

Μητέρα 1: “Ναι, μοιάζει λίγο αντικοινωνικός, αλλά δεν είναι στην πραγματικότητα αφού έχει φίλους”.

Πατέρας 1: “Ναι, έχει θέματα κοινωνικά αλλά πιστεύω οφείλεται στο γεγονός ότι είναι μικρός ακόμη. Πιστεύω ότι όταν μεγαλώσει θα είναι μια χαρά”.

Εκπαιδευτικός 1: “Ναι, η αλήθεια είναι ότι φαίνεται σαν παιδί μοναχικό και πρέπει να έχει κοινωνικά προβλήματα”.

Μητέρα 2: “Όχι, κοινωνικά προβλήματα δεν έχει μπορώ να πω, αφού έχει και φίλους που τον αποδέχονται. Δεν μου έχει αναφέρει ποτέ ότι δυσκολεύεται”.

Πατέρας 2: “Όχι, δε νομίζω ότι έχει κοινωνικά θέματα”.

Εκπαιδευτικός 2: “Όχι, είναι κοινωνικό και αποδεκτό παιδί από τους άλλους”.

2.4.7. Το παιδί εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς;

Μητέρα 1: “Ναι, εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς. Στο σπίτι τουλάχιστον αντιμετωπίζουμε πολλά προβλήματα συμπεριφοράς και προσπαθούμε να τα διαχειριστούμε οικογενειακώς”.

Πατέρας 1: “Ναι, έχει κάποια προβλήματα συμπεριφοράς, αλλά νομίζω ότι θα λυθούν όταν μεγαλώσει και ζει μόνος του. Μάλλον τότε θα αναγκαστεί να υποχωρεί και να μην κάνει πάντα ό,τι θέλει”.

Εκπαιδευτικός 1: “Όχι, δεν έχω παρατηρήσει κάτι τέτοιο. Είναι καλό και φιλότιμο παιδί”.

Μητέρα 2: “Όχι, δεν έχει θέματα στη συμπεριφορά του”.

Πατέρας 2: “Όχι, νομίζω συμπεριφέρεται καλά γενικά”.

Εκπαιδευτικός 2: “Όχι, δε μου έχει δείξει κάτι τέτοιο. Έχει καλή συμπεριφορά”.

2.4.8. Πώς αντιλαμβάνεστε τα συναισθήματα του παιδιού;

Μητέρα 1: “Τα συναισθήματά του τα αντιλαμβάνομαι ως έντονα, ίσως λόγω του τρόπου που τα

εκφράζει”.

Πατέρας 1: “Τα αντιλαμβάνομαι ως φυσιολογικά συναισθήματα που έχει κάθε παιδί”.

Εκπαιδευτικός 1: “Συνήθως γίνονται αντιληπτά από τις κινήσεις του σώματός του και τις εκφράσεις του προσώπου του. Πολλές φορές τα εκφράζει λεκτικά χωρίς να απευθύνεται σε κάποιον”.

Μητέρα 2: “Είναι πολύ ευαίσθητο παιδί”.

Πατέρας 2: “Είναι πολύ ευαίσθητος και νομίζω ότι πρέπει να γίνει πιο σκληρός για να βγει στην κοινωνία”.

Εκπαιδευτικός 2: “Αντιλαμβάνομαι τα συναισθήματα του από την έκφραση του προσώπου του. Σίγουρα ισχύει ότι είναι σε μεγάλο βαθμό ευαίσθητος. Δεν ξέρω αν αυτό είναι καλό ή κακό”.

2.4.9. Πώς αντιλαμβάνεστε την ηθική ανάπτυξη του παιδιού;

Μητέρα 1: “Η ηθική του ανάπτυξη βρίσκεται σε καλό επίπεδο, αφού έχει ιδανικά και αξίες”.

Πατέρας 1: “Η ηθική του ανάπτυξη είναι πολύ καλή. Είναι αξιόλογο παιδί”.

Εκπαιδευτικός 1: “Συμβαδίζει με την ηθική ανάπτυξη των υπόλοιπων παιδιών της ηλικίας του”.

Μητέρα 2: “Είναι σε πολύ καλό επίπεδο”.

Πατέρας 2: “Είναι σε καλό επίπεδο θα έλεγα”.

Εκπαιδευτικός 2: “Είναι σε υψηλό επίπεδο μπορώ να πω”.

2.4.10. Το παιδί μπαίνει στη θέση των άλλων όταν χρειαστεί;

Μητέρα 1: “Όχι, ποτέ δεν τον έχω δει να το κάνει αυτό. Γενικά θεωρώ ότι έχει πρόβλημα ενσυναίσθησης”.

Πατέρας 1: “Όχι, για κανένα λόγο δε θα πάρει έστω για λίγο στη σκέψη του τη θέση του άλλου και αυτό είναι κάτι που μας δημιουργεί πολλά προβλήματα στην επικοινωνία”.

Εκπαιδευτικός 1: “Ναι, θα μπει στη θέση των άλλων όταν χρειαστεί βέβαια”.

Μητέρα 2: “Ναι, έχει ενσυναίσθηση και καταλαβαίνει τους άλλους ανθρώπους”.

Πατέρας 2: “Ναι, μπαίνει στη θέση του άλλου”.

Εκπαιδευτικός 2: “Ναι, γενικά παρατηρώ ότι έχει ενσυναίσθηση και καταλαβαίνει τους άλλους. Αυτό σημαίνει ότι μπαίνει στη θέση τους”.

2.4.11. Το παιδί κάνει εύκολα φίλους;

Μητέρα 1: “Ναι, κάνει εύκολα φίλους μπορώ να πω”.

Πατέρας 1: “Ναι, όπως όλα τα παιδιά κάνει γνωριμίες, φίλους”.

Εκπαιδευτικός 1: “Όχι, δε θα το έλεγα αυτό για το συγκεκριμένο παιδί. Νομίζω είναι ένα κομμάτι που έχει δυσκολία”.

Μητέρα 2: “Ναι, κάνει εύκολα φίλους. Δεν έχει πρόβλημα σ’ αυτό”.

Πατέρας 2: “Ναι, κάνει φίλους! Δε δυσκολεύεται”.

Εκπαιδευτικός 2: “Ναι, κάνει φίλους”.

2.4.12. Το παιδί διατηρεί τις φιλίες του;

Μητέρα 1: “Ναι, είναι σταθερός στις φιλίες του”.

Πατέρας 1: “Ναι, διατηρεί τις φιλίες του”.

Εκπαιδευτικός 1: “Όχι πάντα”.

Μητέρα 2: “Όχι, δε διατηρεί τις φιλίες του και αυτό αποτελεί ένα πρόβλημα γι’ αυτόν, αφού διαρκώς αποσταθεροποιούνται οι σχέσεις του”.

Πατέρας 2: “Όχι, δεν είναι σταθερός στις φιλίες του. Συνέχεια αλλάζει φίλους. Σε αυτό το κομμάτι είναι άστατος χαρακτήρας. Μια έτσι και μια αλλιώς”.

Εκπαιδευτικός 2: “Όχι, δεν έχει σταθερούς φίλους. Μια με τον έναν κάνει παρέα και μια με τον άλλον”.

2.4.13. Το παιδί έχει αυτοπεποίθηση;

Μητέρα 1: “Όχι, δεν έχει αυτοπεποίθηση. Χρειάζεται συνέχεια επαινετικά σχόλια για κάτι για να προχωρήσει”.

Πατέρας 1: “Όχι, δεν έχει καθόλου αυτοπεποίθηση και νομίζω ότι χρειάζεται διαρκώς ενθάρρυνση”.

Εκπαιδευτικός 1: “Ναι, έχει αρκετή αυτοπεποίθηση θα έλεγα. Έχει αέρα σαν παιδί”.

Μητέρα 2: “Όχι, πάντα”.

Πατέρας 2: “Όχι, δεν έχει καθόλου αυτοπεποίθηση και συνέχεια πρέπει να τον παρακινεί κάποιος για να κάνει κάτι”.

Εκπαιδευτικός 2: “Όχι, δεν έχει μεγάλη αυτοπεποίθηση. Πιστεύω ότι χρειάζεται περισσότερα θετικά σχόλια για τις αξιόπαινες πράξεις του.”.

2.4.14. Ποια είναι η σχέση του παιδιού με τα αδέρφια του/τους συμμαθητές του;

Μητέρα 1: “Μέτρια, διότι προκαλεί κούραση στα αδέρφια του από τη συμπεριφορά του λόγω του ότι είναι πολύ ζωντανός”.

Πατέρας 1: “Η σχέση του με τα άλλα δύο αδέρφια του πιστεύω ότι χαρακτηρίζεται ως φυσιολογική. Δε νομίζω ότι υπάρχει κάτι αξιοσημείωτο. Εντάξει θα μαλώσουν κάποιες φορές όπως όλα τα αδέρφια άλλωστε”.

Εκπαιδευτικός 1: “Δεν έχει στενή επαφή με τους περισσότερους μαθητές, όμως οι σχέσεις τους είναι

καλές”.

Μητέρα 2: “Η σχέση του με την αδερφή του είναι πολύ καλή και με τον αδερφό του. Απλώς μαλώνουν πολλές φορές”.

Πατέρας 2: “Έτσι κι έτσι, δηλαδή μέτρια θα έλεγα. Πότε μαλώνουν και πότε αγαπιούνται”.

Εκπαιδευτικός 2: “Είναι καλές οι σχέσεις του με τους συμμαθητές του αν και μερικές φορές τον περιθωριοποιούν”.

2.4.15. Το παιδί κάνει υπακοή στους κανόνες (σπιτιού/σχολείου);

Μητέρα 1: “Όχι, δεν κάνει υπακοή και έτσι χρειάζεται συνεχώς επανάληψη των κανόνων”.

Πατέρας 1: “Σπάνια θα κάνει υπακοή. Δεν ξέρει τι σημαίνει αυτή η λέξη. Με δυσκολία θα κάνει υπακοή”.

Εκπαιδευτικός 1: “Ναι υπακούει γενικά στους κανόνες του σχολείου. Δεν ξεφεύγει πολύ, διότι ξέρει ότι αν ξεφύγει θα του επιβληθούν και ποινές. Προφανώς καταλαβαίνει ότι δεν είναι σπίτι του και άρα δεν μπορεί να κάνει ό,τι θέλει”.

Μητέρα 2: “Ναι, κάνει υπακοή στους κανόνες του σπιτιού. Μάλιστα με βοηθάει από μόνος του στις δουλειές του σπιτιού”.

Πατέρας 2: “Ναι, δεν έχω παράπονο! Είναι πολύ υπάκουος”.

Εκπαιδευτικός 2: “Είναι πολύ υπάκουος. Δεν μου έχει δημιουργήσει πρόβλημα σ’ αυτό”.

2.4.16. Ποιες είναι οι δυσκολίες στην καθημερινότητα με το παιδί;

Μητέρα 1: “Εξαρτάται από τη διάθεση του, π.χ. μπορεί να κάνει έκρηξη από κάτι μικρό και να γίνει επίμονος”.

Πατέρας 1: “Η ασταμάτητη φλυαρία του”.

Εκπαιδευτικός 1: “Παρουσιάζει μεγάλη Διάσπαση Προσοχής με αποτέλεσμα να μη μπορεί να παρακολουθήσει τη ροή του μαθήματος. Επιπλέον υπάρχουν στιγμές που αρνείται να γράψει τις εργασίες του”.

Μητέρα 2: “Βαριέται τα μαθήματα. Θέλει πολύ σπρώξιμο”.

Πατέρας 2: “Βαριέται το διάβασμα και συνέχεια του το υπενθυμίζω”.

Εκπαιδευτικός 2: “Δεν συμβαδίζει στα μαθήματα με τα άλλα παιδιά και θέλει ιδιαίτερη υποστήριξη”.

2.4.17. Ποια είναι η διαφορά στην αντιμετώπιση σας απέναντι στο παιδί σε σχέση με τα άλλα παιδιά της (οικογένειας/τάξης);

Μητέρα 1: “Δε θεωρώ ότι τον αντιμετωπίζω διαφορετικά σε συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά μου λόγω του έχει Διάσπαση Προσοχής. Τουλάχιστον έτσι δείχνω, αλλά σίγουρα μέσα μου έχω περισσότερη έγνοια γι’ αυτόν”.

Πατέρας 1: “Του συμπεριφέρομαι το ίδιο, όπως και στα άλλα παιδιά μου”.

Εκπαιδευτικός 1: “Δε θα έλεγα ότι τον διακρίνω από τους άλλους μαθητές, απλά προσπαθώ να βρίσκω διάφορους και διαφορετικούς τρόπους για του τραβήξω την προσοχή, όσο γίνεται για περισσότερη ώρα”.

Μητέρα 2: “Πιστεύω ότι τον πονάω πιο πολύ, απλά προσπαθώ να μη το δείχνω στα άλλα παιδιά μου”.

Πατέρας 2: “Ίδια είναι η αντιμετώπιση μου όπως και στα άλλα παιδιά, διότι θέλω να είμαι δίκαιος με τα παιδιά μου.”.

Εκπαιδευτικός 2: “Δε μπορώ να πω τον ξεχωρίζω από τους άλλους μαθητές μου, αλλά βρίσκομαι διαρκώς σε εγρήγορση για να έχω την προσοχή του στο μάθημα”.

2.5. Συμπεράσματα-Συζήτηση

2.5.1. Χαρακτηριστικά του Γ. με βάση τις απαντήσεις των γονέων του

Ο Γ. είναι έξυπνος, ετοιμόλογος, δραστήριος, ευαίσθητος, φιλότιμος, δίκαιος, ευγενικός, πρόθυμος, κοινωνικός, φλύαρος, επίμονος και λίγο αντικοινωνικός. Ακόμη, είναι εκδηλωτικός στα συναισθήματά του προς τους γονείς του και ιδίως στη μητέρα του με την οποία έχει πιο στενή σχέση. Τα συναισθήματά του είναι έντονα σύμφωνα με τη μητέρα του, ενώ σύμφωνα με τον πατέρα του είναι φυσιολογικά. Έτσι, ανάλογα με τη φύση των συναισθημάτων π.χ. αν πρόκειται για θετικά συναισθήματα δείχνει χαρά, ενώ αν πρόκειται για αρνητικά εκδηλώνεται με φωνές. Γενικά, δυσκολεύεται να αποδεχτεί μια κατάσταση όπως είναι και επιμένει να αλλάξει προς αυτό που θεωρεί εκείνος σωστό. Επιπλέον, έχει κοινωνικά θέματα αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς μέσα στην οικογένειά του. Η ηθική του ανάπτυξη βρίσκεται σε καλό επίπεδο, ενώ ποτέ δεν μπαίνει στη θέση του άλλου, ενώ δείχνει να έχει πρόβλημα ενσυναίσθησης και συνεπώς προβλήματα στην επικοινωνία. Ο Γ. δημιουργεί φιλίες και τις διατηρεί, παρόλο που δεν έχει αυτοπεποίθηση και χρειάζεται συνέχεια επαινετικά σχόλια και ενθάρρυνση. Η σχέση με τα αδέρφια του είναι μέτρια, καθώς τους προκαλεί κούραση από τη συμπεριφορά του λόγω του ότι είναι πολύ ζωντανός, σύμφωνα με τη μητέρα του, ενώ σύμφωνα με τον πατέρα του είναι φυσιολογική. Τέλος, ο Γ. δεν κάνει υπακοή στους κανόνες της οικογένειάς του και χρειάζεται συνεχώς επανάληψη τους από τους γονείς του, ενώ η διάθεσή του καθημερινά είναι μεταβλητή, (π.χ. μπορεί να κάνει έκρηξη από κάτι μικρό και να γίνει επίμονος).

2.5.2. Χαρακτηριστικά του Γ. με βάση τις απαντήσεις της Εκπαιδευτικού του

Ο Γ. ανταποκρίνεται με μεγάλο ενδιαφέρον σε δραστηριότητες που περιέχουν οπτικοακουστικό υλικό και σε βιωματικές δραστηριότητες. Είναι αρκετά έξυπνος, ευγενικός, φιλότιμος με πολλές εξωσχολικές γνώσεις καλή συμπεριφορά. Ακόμη, εκδηλώνει πολύ συχνά τα συναισθήματά του και όταν θέλει να τα εκφράσει κάνει έντονες κινήσεις με το σώμα του ή τα εκφράζει λεκτικά. Επομένως, τα συναισθήματά του γίνονται αντιληπτά από τις κινήσεις του σώματός του και τις εκφράσεις του προσώπου του. Φαίνεται μοναχικό παιδί και δείχνει να έχει κοινωνικά προβλήματα. Η ηθική του ανάπτυξη συμβαδίζει με εκείνη των συμμαθητών του, ενώ μπαίνει στη θέση των άλλων όταν χρειαστεί. Ο Γ. δεν κάνει εύκολα φίλους και δε διατηρεί τις φιλίες του, ενώ έχει αρκετή αυτοπεποίθηση. Δεν έχει στενή επαφή με τους περισσότερους συμμαθητές του, παρόλα αυτά έχει καλή σχέση μαζί τους. Γενικά, υπακούει στους κανόνες του σχολείου, διότι γνωρίζει ότι αν τους παραβεί θα του επιβληθεί η ανάλογη τιμωρία. Τέλος, ο Γ. παρουσιάζει μεγάλη Διάσπαση Προσοχής με αποτέλεσμα να μη μπορεί να παρακολουθήσει τη ροή του μαθήματος, ενώ υπάρχουν στιγμές που αρνείται να γράψει τις εργασίες του.

2.5.3. Χαρακτηριστικά του Μ. με βάση τις απαντήσεις των γονέων του

Ο Μ. είναι ευαίσθητος, καλόψυχος, υπάκουος και έχει μέτριες ικανότητες. Οι συναισθηματικές του εκδηλώσεις είναι πολύ συχνές, μέσω του λόγου, αλλά και μέσω του σώματος με αγκαλιές όταν είναι χαρούμενος και με άσχημες γκριμάτσες στο πρόσωπό του όταν είναι λυπημένος. Ακόμη, δεν έχει κοινωνικά και συμπεριφορικά προβλήματα και η ηθική του ανάπτυξη είναι σε πολύ καλό επίπεδο. Έχει ενσυναίσθηση, αφού μπαίνει στη θέση των άλλων και κάνει εύκολα φίλους, με του οποίους δε διατηρεί τις σχέσεις του. Επιπλέον, δεν έχει καθόλου αυτοπεποίθηση, καθώς συνέχεια πρέπει να τον παρακινεί κάποιος για να κάνει κάτι, ενώ η σχέση του με τα δύο αδέρφια του είναι καλή, παρόλο που μαλώνουν πολλές φορές. Τέλος, ο Μ. κάνει υπακοή στους κανόνες του σπιτιού και βαριέται να μελετά για τα σχολικά του μαθήματα, καθώς χρειάζεται διαρκείς υπενθυμίσεις από τους γονείς του προκειμένου να διαβάσει.

2.5.4. Χαρακτηριστικά του Μ. με βάση τις απαντήσεις του Εκπαιδευτικού του

Ο Μ. είναι ευαίσθητος (σε μεγάλο βαθμό), κοινωνικός, υπάκουος και αποδεκτός από τους άλλους καθώς έχει πολύ καλό χαρακτήρα, ενώ έχει μέτριες ικανότητες. Μερικές φορές εκδηλώνει τα συναισθήματά του, μέσω των εκφράσεων του προσώπου του. Ο Μ. δεν έχει συμπεριφορικά προβλήματα και η ηθική του ανάπτυξη είναι σε πολύ καλό επίπεδο. Γενικά, έχει ενσυναίσθηση και καταλαβαίνει τους άλλους. Ακόμη, κάνει φίλους, αλλά δεν έχει σταθερότητα στις φιλίες του, καθώς οι παρέες του μεταβάλλονται διαρκώς. Δεν έχει μεγάλη αυτοπεποίθηση και δείχνει να χρειάζεται περισσότερο θετικά σχόλια για τις αξιέπαινες πράξεις του. Τέλος, οι σχέσεις του με τους συμμαθητές του είναι καλές αν και μερικές φορές τον περιθωριοποιούν.

2.6. Σύγκριση των Μελετών Περίπτωσης

Οι αντιλήψεις των γονέων και των εκπαιδευτικών για τη συναισθηματική και ηθική ανάπτυξη του παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι:

Ως προς τις ικανότητες των παιδιών, τις αξιολογούν από μέτριες έως και θετικές.

Ως προς τις ανησυχίες τους για το παιδί, για τους γονείς υπάρχουν δύο κοινές ανησυχίες αυτή της αποφοίτησης από το σχολείο και κυρίως αυτή της επαγγελματικής αποκατάστασης, ενώ για τους εκπαιδευτικούς ισχύει μόνο η πρώτη.

Ως προς τα θετικά στοιχεία του παιδιού όλες οι πλευρές τονίζουν ότι πρόκειται για καλά παιδιά, αλλά δεν το δείχνουν πάντα ίσως λόγω της ΔΕΠ-Υ.

Ως προς την εκδήλωση συναισθημάτων, θα λέγαμε ότι είναι έντονη και εκφράζεται με ποικίλους τρόπους.

Ως προς την εμφάνιση κοινωνικών προβλημάτων, υπάρχει αντίθεση μεταξύ των δύο παιδιών, καθώς ο Γ. εμφανίζει κοινωνικά προβλήματα, ενώ ο Μ. όχι κατά κοινή ομολογία των γονέων, αλλά και του δασκάλου του κάθε παιδιού αντίστοιχα.

Ως προς την αντίληψη συναισθημάτων των παιδιών, άλλοτε χαρακτηρίζονται ως έντονα, φυσιολογικά ή ακόμα και ως υπερευαίσθητα.

Ως προς την ηθική ανάπτυξη των παιδιών, χαρακτηρίζεται τόσο από τους γονείς όσο και από τους εκπαιδευτικούς ως πολύ καλή.

Ως προς την ενσυναίσθηση των παιδιών, στον Γ. υπάρχει διαφωνία γονέων και εκπαιδευτικού, καθώς οι πρώτοι υποστηρίζουν ότι ο Γ. δεν μπαίνει στη θέση των άλλων, ενώ η δασκάλα του πιστεύει το αντίθετο. Ακόμη στον Μ. υπάρχει ομοφωνία απόψεων.

Ως προς τις φιλικές σχέσεις και την ποιότητά τους, υπάρχουν αντιθέσεις στις απόψεις γονέων και εκπαιδευτικών για τον Γ., ενώ στον Μ. συνεχίζει να υπάρχει ομοφωνία.

Ως προς την αυτοπεποίθηση των παιδιών, υπάρχουν αντιθέσεις στις απόψεις γονέων και εκπαιδευτικών για τον Γ., ενώ στον Μ. συνεχίζει να υπάρχει ομοφωνία.

Ως προς τη σχέση των παιδιών με τα αδέρφια και τους συμμαθητές τους, επικρατεί ο χαρακτηρισμός

των μέτριων έως και καλών σχέσεων, εξαιρουμένων των συγκρούσεων.

Ως προς την υπακοή που έχουν τα παιδιά στους κανόνες του σπιτιού τους και του σχολείου, οι ερωτώντες δίνουν μια πολύ καλή εικόνα για τα παιδιά γενικότερα, εκτός από τον Γ. που, ενώ υπακούει στους κανόνες του κανόνες του σχολείου, δυσκολεύεται να κάνει το ίδιο και στους εκείνους του σπιτιού.

Ως προς τις δυσκολίες τους στην καθημερινότητα με τα παιδιά, στον Γ. συντελεί σ' αυτό ένα σύνολο γνωρισμάτων του χαρακτήρα του (π.χ. φλυαρία, αλλά και η μεγάλη Διάσπαση Προσοχής που εμφανίζει κατά τη διάρκεια του μαθήματος), ενώ στον Μ. η βασική δυσκολία έγκειται στη σχολική του επίδοση.

Ως προς την αντιμετώπιση των παιδιών σε σχέση με τα υπόλοιπα σε επίπεδο αδελφών και συμμαθητών, δεν υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση ούτε από τους γονείς, αλλά ούτε και από τους εκπαιδευτικούς.

2.7. Συμπέρασμα

Εν κατακλείδι, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί των δύο παιδιών με ΔΕΠ-Υ δείχνουν να ανησυχούν για την ολοκλήρωση της φοίτησης των παιδιών στο σχολείο, αλλά κυρίως για την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Από τις περιγραφές που μας έδωσαν οι συμμετέχοντες για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι πρόκειται για παιδιά που εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους όταν θέλουν, τα οποία μάλιστα χαρακτηρίζονται ως έντονα. Επιπλέον, εμφανίζουν κοινωνικά προβλήματα, καθώς επίσης δεν έχουν σταθερότητα και στις φιλίες τους. Τέλος, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί τους δεν τους αντιμετωπίζουν διαφορετικά από τα άλλα παιδιά.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Βάρβογλη Λ.(2005). Τι συμβαίνει στο παιδί; Νευροεξελικτικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Δεληγιαννίδου, Α. (2013). Σύγκριση γνώσης γονέων και εκπαιδευτικών στα συμπτώματα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στην προσχολική ηλικία. *Πανεπιστήμιο Μακεδονίας*, 62-63

Κάκουρος, Ε. (2001). *Το ΥπερΚινητικό Παιδί*. (Αθήνα): Ελληνικά Γράμματα

Καραμπέλα, Ε.,Κυριαζή, Σ., Σαλαμπάνη,Δ., Σιώκη,Ξ., (2016). ΔΕΠΥ-Ψυχοσυναισθηματικό και Μαθησιακό Προφίλ, Πολυεπίπεδη Προσέγγιση. *ΤΕΙ Ηπειρου*, 7, 8, 30-32, 16-17, 9-10, 11, 27, 28, 95-96, 14-15, 39-41, 36-37, 37-38, 13, 14, 51-54, 61, 67-72, 73, 74, 75, 76, 41-43.

Καλαντζή-Αζίζη Α, Ζαφειροπούλου Μ (2004). Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Μαρκοβίτης, Μ., Τζουριάδου, Μ. (1991). *Μαθησιακές δυσκολίες. Θεωρία και Πράξη*. Θεσσαλονίκη: Προμηθεύς

Μίχου, Μ. (2007) *Σεμινάριο: Μαθησιακές Δυσκολίες, Σύγχρονες απόψεις και τάσεις*. (Αθήνα): Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής & Νευροψυχιατρικής του Παιδιού

Παπαδάτος, Γ. (2010). *Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων*. (Αθήνα): Gutenberg

Πεχλιβανίδης Α., Σπυροπούλου Α., Γαλανόπουλος Α., Παπαχρήστου ΧΑ., Παπαδημητρίου(2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας στους ενήλικες: κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Ανασκόπηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29(5):562-576

Πόρποδας Κ.(2005). Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και υλικό για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών των μαθητών δημοτικού με μαθησιακές δυσκολίες. Έκδοση ΕΠΕΑΕΚ 2000-2006 Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Πόρποδας Κ.Δ (2003α). Διαγνωστική αξιολόγηση και εκπαιδευτική αντιμετώπιση των δυσκολιών στη μάθηση της γλώσσας (προφορικού λόγου, ανάγνωσης και ορθογραφίας). Έκδοση ΕΠΕΑΕΚ 2000-2007 Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων

Πόρποδας Κ.Δ (2003β). Η μάθηση και οι δυσκολίες της. Γνωστική προσέγγιση. Εκδόσεις: ιδιωτική

Ρούσσου, Α. (1988). Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής. Στο: Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής (επ. Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ.). Αθήνα: Καστανιώτης.

Ξένη

Alessandri S.M., (2002). Attention, Play and Social Behavior in ADHD Preschoolers *Journal of Abnormal Child Psychology*: Volume 20, No.3, pp 289-302

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders* (4th ed.text revision). Washington, DC: APA

Antshel KM, (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder in the context of a high intellectual quotient/giftedness. *Dev Disabil Res Rev* 2008, 14:293-299

Atkinson, O.M., Robinson, J.A. & Shute, R.H., (1997). Between a rock and a hard place: An Australian perspective on education of children with ADHD. *Educational and Child Psychology* 14, 21-30

Barkley R.A., (1990a). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press

Barkley R.A, Fischer M., Smallish L., Fletcher K., (2002). The persistence of attentiondeficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002, 111:279-289

Barkley R.A., (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, New York: The Guilford Press (3rd edition)

Barkley R.A., Fisher M., Smallish L. & Fletcher K., (2006). Young adult follow-up of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 192-102

Bereiter & Scardamalia, (1987). *The psychology of written composition*. Hillsdale, NJ: Lea

Biederman J., Faraone S.V., Taylor A., Sienna M., Williamson S. & Fine C., (1998). Diagnostic Continuity between Child and Adolescent ADHD: Findings from a Longitudinal Clinical Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*, 37(3), 305-313

Brown TE, (2006). Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education* 2006, 53:35-46

Campbell S.B., Von Stauffenberg C., (2009). Delay and Inhibition as Early Predictors of ADHD: Symptoms in Third Grade. *Journal of Abnormal Child Psychology*: Volume 37, No 1, pp 1-15

Faraone SV, Prlis RH, Doyle AE. Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren, (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57:1313-1323

FDA, (2005). J&J Psychiatric Safety Labeling, Cardiovascular Events Are Topic for CMTE. *AdvisoryCommittee.com*, June 2005.

Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J., & Slanetz, P.J., (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1100-1107.

Jadad, A. R., Boyle M., & Cunningham, C, (1999). *Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity*

Disorder. Evidence Report/Technology Assessment No. 11. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); AHRQ PUBL. No. 00-E005

Nada-Raja S., Langley J.D., Mc Gee R., Williams S.M., Begg D.J., Reeder A. J. (1997). Inattentive and Hyperactive Behaviors and Driving Offenses in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*: Volume 36, No 4, pp 515–522.

National Institute of Mental Health. (2008). NIMH Research on Treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The Multimodal Treatment Study—Questions and Answers. Available: www.nimh.nih.gov/events/mtaqa.cfm.

National Resource Center on ADHD (2008). *Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*

NICE, (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists, London, UK, 2008

Pelham W. E., & Fabiano, G. (2001). Behavior modification. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 9(3), 671-688

Rapport M.D., Stoner G. & Jones J.T. (1986). Comparing classroom and clinic measures of attention deficit disorder: Differential, idiosyncratic and dose-response effects of methylphenidate. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 54, 334-341

Rief, (2003). *The ADHD Book of Lists*. San Francisco, CA: Jossey-Bass

Sandberg, S., Day, R. & Trott, G. E. (1996). Clinical Aspects. In S. SANDBERG (Ed.). *Hyperactivity disorders of childhood*, pp. 69-110. Cambridge: Cambridge University Press.

Slavin, R. E. (2002). *Education psychology: Theory into practice*. Boston, MA: Allyn and Bacon

Stevens SE, Sonuga-Barke EJ, Kreppner JM, Beckett C, Castle J, Colvert (2008). Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: Presentation and associations in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol*, 36:385-398

Todd RD, Huang H, Henderson CA (2008). Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: Recommendations for DSM-V and ICD-11. *J Child Psychol Psychiatry*, 49:942-949

U.S. Department of Education (2003). *Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Resource for School and Home*

Ward MF, Wender PH, Reimher FW (1993). The Wender Utah rating scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150:885-890

Whalen C.K., Jammer L.D., Henker B., Delfino R.J., Lozano J.M. (2002). The ADHD Spectrum and Everyday Life: Experience Sampling of Adolescent Moods, Activities, Smoking and Drinking. *Child Development*: Volume 73, No 1, pp 209–227 Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*. 2005, 57:1336-1346

Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, King AC, King AC, Semple WE, Rumsey (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *NEnglJMed*, 323:1361-1366

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο γονέων

1. Φύλο παιδιού
2. Ηλικία παιδιού
3. Τάξη παιδιού
4. Ποια είναι η σχέση σας με το παιδί;
5. Ποιο είναι το επάγγελμα σας;
6. Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι ικανότητες του παιδιού;
7. Ποιες είναι οι ανησυχίες σας για το παιδί;
8. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα θετικά στοιχεία του παιδιού;
9. Το παιδί σας εκδηλώνει τα συναισθήματά του;
10. Το παιδί εμφανίζει κοινωνικά προβλήματα;
11. Το παιδί εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς;
12. Πώς αντιλαμβάνεστε τα συναισθήματα του παιδιού;
13. Πώς αντιλαμβάνεστε την ηθική ανάπτυξη του παιδιού;
14. Το παιδί μπαίνει στη θέση των άλλων όταν χρειαστεί;
15. Το παιδί κάνει εύκολα φίλους;
16. Το παιδί διατηρεί τις φιλίες του;
17. Το παιδί έχει αυτοπεποίθηση;
18. Ποια είναι η σχέση του παιδιού με τα αδέρφια του;
19. Το παιδί κάνει υπακοή στους κανόνες του σπιτιού;
20. Ποιες είναι οι δυσκολίες στην καθημερινότητά σας με το παιδί;
21. Ποια είναι η διαφορά στην αντιμετώπισή σας απέναντι στο παιδί σε σχέση με τα άλλα παιδιά της οικογένειας;

Ερωτηματολόγιο εκπαιδευτικών

1. Φύλο εκπαιδευτικού
2. Ηλικία εκπαιδευτικού
3. Έτη προϋπηρεσίας
4. Πόλη σχολείου
5. Αριθμός μαθητών
6. Ειδικότητα
7. Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι ικανότητες του παιδιού;
8. Ποιες είναι οι ανησυχίες σας για το παιδί;
9. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα θετικά στοιχεία του παιδιού;
10. Το παιδί (σας) εκδηλώνει τα συναισθήματά του;
11. Πώς εκδηλώνει το παιδί τα συναισθήματά του;
12. Το παιδί εμφανίζει κοινωνικά προβλήματα;
13. Το παιδί εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς;
14. Πώς αντιλαμβάνεστε τα συναισθήματα του παιδιού;
15. Πώς αντιλαμβάνεστε την ηθική ανάπτυξη του παιδιού;
16. Το παιδί μπαίνει στη θέση των άλλων όταν χρειαστεί;
17. Το παιδί κάνει εύκολα φίλους;
18. Το παιδί διατηρεί τις φιλίες του;
19. Το παιδί έχει αυτοπεποίθηση;
20. Ποια είναι η σχέση του παιδιού με τους συμμαθητές του;
21. Το παιδί κάνει υπακοή στους κανόνες του σχολείου;
22. Ποιες είναι οι δυσκολίες στην τάξη σας με το παιδί;

