



Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών
Σχολή Επιστημών της Αγωγής
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών – Κατεύθυνση Ειδική Αγωγή

**«Εκπαιδευτικά μοντέλα παρέμβασης για την αντιμετώπιση των
συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία»**

Βασιλοπούλου Ελένη
A.M.: 7981230220002

Επιβλέπων Καθηγητής: Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου

Αθήνα, 2023

Τριμερής Επιτροπή Εξέτασης

Αλέξανδρος – Σταμάτιος Αντωνίου (Επιβλέπων)

Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε. – ΕΚΠΑ

Αναστασία Αλευριάδου

Καθηγήτρια Α.Π.Θ

Χρονοπούλου Ελένη

Διδάκτωρ Ειδικής Αγωγής

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς την συγγραφέα.

Η έγκριση διπλωματικής εργασίας από τον Τομέα Ειδικής Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του ΕΚΠΑ δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος και της επιτροπής εξέτασης.

Η συγγραφέας της παρούσας διπλωματικής βεβαιώνει ότι:

α) κανένα τμήμα της δεν έχει χρησιμοποιηθεί για την σύνταξη και αξιολόγηση άλλης εργασίας ή πτυχίου του/της συγγραφέως,

β) αποτελεί πνευματικό προϊόν του/της συγγραφέα και κανένα τμήμα του ανά χείρας διπλωματικής δεν συνιστά αποτέλεσμα αναπαραγωγής (μερικώς ή ολικώς) κειμένου τρίτου προσώπου και

γ) έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους προβλεπόμενους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία βιβλιογραφική ανασκόπηση με θέμα τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα και των προτεινόμενων θεραπευτικών σχημάτων ή μεθόδων αντιμετώπισης, που έχουν προταθεί για αυτήν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ενώ το παραδοσιακό μοντέλο αντιμετώπισης βασίστηκε στην φαρμακευτική αγωγή ή τη μη αποτελεσματική προσπάθεια συμμόρφωσης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, σύγχρονες θεραπείες, όπως η συμπεριφορική προσέγγιση αλλά και οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, όπως η σχηματική θεραπεία έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα. Τόσο η εμπλοκή των γονέων, όσο και του εκπαιδευτικού και η ανάγκη υποστήριξης του ρόλου του ειδικού αναδείχθηκαν επίσης ως σημαντικοί παράγοντες για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά.

Λέξεις - κλειδιά: Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, ΔΕΠ-Υ, συμπτωματολογία, σχολικές παρεμβάσεις, στρατηγικές, θεραπεία, ρόλος εκπαιδευτικού, Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση.

ABSTRACT

The present paper is a literature review on the topic of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and the proposed treatment regimens or treatment methods that have been proposed for it. According to the results, while the traditional treatment model was based on medication or the ineffective effort to comply with students with ADHD, modern treatments, such as the behavioural approach and CBD and psychodynamic approaches, such as schematic therapy, have shown positive results. Both the involvement of the parents and the teacher and the need to support the role of the specialist also emerged as important factors in dealing with ADHD in children.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD, symptomology, school-based interventions, strategies, therapy, teacher's role, Primary Education.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	8
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	10
Μεθοδολογία Έρευνας.....	13
Αποτελέσματα.....	15
Πρώτο Κεφάλαιο. Η φύση της διαταραχής.....	15
1.1. Η εννοιολογική προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ.....	15
1.2. Η πρωτογενής συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία: Μαθησιακά και συμπεριφορικά συμπτώματα.....	23
1.3. ΔΕΠ-Υ και συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές.....	28
Δεύτερο Κεφάλαιο. ΔΕΠ-Υ & σχολική τάξη.....	30
2.1. Οι στάσεις και οι απόψεις των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας για τις επιδόσεις των μαθητών με ΔΕΠ-Υ στη σχολική τάξη.....	30
2.2. Οι προκλήσεις στη διαχείριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ σε μαθησιακό και συμπεριφορικό επίπεδο στη σχολική τάξη του Δημοτικού.....	35
2.3. Ο ρόλος των σύγχρονων εκπαιδευτικών στην έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ	44
Τρίτο Κεφάλαιο. Θεωρίες και μέθοδοι αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.....	49
3.1. Το Παραδοσιακό Μοντέλο	49

3.2.	Το	Οικολογικό	Μοντέλο	
	παρέμβασης.....			54
3.3.	Το Συμπεριφορικό Μοντέλο Παρέμβασης και οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς			
			58
3.3.1.	Η αξία της Λειτουργικής Ανάλυσης της συμπεριφοράς (Fuctional Behavioral Analysis).....			66
3.4.	ΔΕΠ-Υ και Ψυχοθεραπευτικές προτάσεις παρέμβασης.....			68
	Συζήτηση			78
	Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....			82
	Συμπεράσματα.....			83
	Βιβλιογραφικές Αναφορές.....			87

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχολική ηλικία αποτελεί μια κομβική περίοδο για την κοινωνική, συναισθηματική και ακαδημαϊκή εξέλιξη ενός παιδιού, το οποίο καλείται να ενταχθεί στο απαιτητικό περιβάλλον του σχολείου, αναλαμβάνοντας νέους ρόλους και καθήκοντα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η εκδήλωση συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), ήδη από την ηλικία των 2 έως 6 ετών, προκαλεί σημαντικές εκπτώσεις στη λειτουργικότητα του (Egger, Kondo & Angold, 2006), αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών της μάθησης και της συμπεριφοράς (Döpfner, Hautmann, Görtz-Dortgen, Klasen & Ravens-Sieberer, 2014). Η πρωτογενής συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, η οποία συνοψίζεται στο τρίπτυχο της απροσεξίας, υπερκινητικότητας ή/και παρορμητικότητας, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-V, παρότι είναι γενετικά προσδιορισμένη, δύναται να επιδεινωθεί υπό την επίδραση μιας σειράς περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως είναι οι κακές οικογενειακές σχέσεις ή οι τιμωρητικές πρακτικές του σχολείου (Perold, Louw & Kleyhans, 2009).

Η ΔΕΠ-Υ στην παιδική και εφηβική ηλικία προκαλεί ποικίλα προβλήματα στη σχολική και κοινωνική λειτουργικότητα των παιδιών λόγω της δυσκολίας συγκέντρωσης που προκαλεί και συχνά παρουσιάζει συννοσηρότητα με άλλες καταστάσεις όπως άγχος, η κακή διάθεση, οι διαταραχές συμπεριφοράς (διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική προκλητική διαταραχή). Ακόμη και με κάποιο βαθμό βελτίωσης, η διαταραχή επανέρχεται σε πάνω από το εξήντα τοις εκατό των περιπτώσεων όταν ο ασθενής είναι ενήλικας. Η ένταση των συμπτωμάτων, ο συνδυασμένος τύπος (βλ. παρακάτω), η συννοσηρότητα και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που επιδεινώνουν τη διαταραχή είναι όλοι παράγοντες κινδύνου για την επιμονή της διαταραχής. Το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας ακόμη παράγοντας κινδύνου (Καλημέρης, 2022).

Η παρούσα εργασία στοχεύει στην παρουσίαση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, μίας από τις πιο συχνές νευροσυμπεριφορικές διαταραχές που εντοπίζονται σε παιδιά και εφήβους (Barkley, 2000). Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στη διαχείριση της διαταραχής εντός της σχολικής τάξης αλλά και στις θεωρίες και μεθόδους αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται να πραγματοποιηθεί

βιβλιογραφική έρευνα σχετικά με το παραδοσιακό μοντέλο αντιμετώπισης, το οικολογικό μοντέλο παρέμβασης, το συμπεριφορικό μοντέλο παρέμβασης και το ψυχαναλυτικό μοντέλο παρέμβασης.

Η έρευνα που ακολουθείται για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας ανήκει στην κατηγορία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης σε σύγχρονα άρθρα, μελέτες και έρευνες. Πιο συγκεκριμένα, για την βιβλιογραφική ανασκόπηση, πρόκειται να επιλεχθούν σύγχρονα άρθρα, τα οποία προέρχονται από έγκριτες και επικυρωμένες πηγές. Στο αρχικό σχέδιο της έρευνας πραγματοποιήθηκε έρευνα σε διαδικτυακές πλατφόρμες αναζήτησης επιστημονικών άρθρων, τα οποία είναι συναφή με το θέμα, με βάση τη χρήση συγκεκριμένων λέξεων-κλειδιά, όπως ΔΕΠΥ, στρατηγικές αντιμετώπισης ΔΕΠΥ, μέθοδοι διδασκαλίας σε μαθητές με ΔΕΠΥ, μοντέλα διδασκαλίας για μαθητές με ΔΕΠΥ κ.α.

Στη συνέχεια, τέθηκαν ορισμένα ερευνητικά κριτήρια για την επιλογή ενός τεράστιου όγκου άρθρων τα οποία εμφανίστηκαν. Αρχικά, επιλέχθηκαν άρθρα γραμμένα στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα, ώστε να είναι πλήρως κατανοητά. Στη συνέχεια, δόθηκε έμφαση στην επιλογή σύγχρονων άρθρων, με εξαίρεση ορισμένα κομβικής σημασίας έργα, που έπρεπε να αναφερθούν για τη διαμόρφωση ενός ιστορικού πλαισίου. Επιπλέον, επιλέχθηκαν έγκυρα άρθρα, τα οποία βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα και δεν έχουν δοκιμακό, αλλά ερευνητικό χαρακτήρα. Επιλέχθηκαν τόσο δευτερογενείς, όσο και πρωτογενείς, εμπειρικές έρευνες, με την προϋπόθεση να είναι τεκμηριωμένες και ελεγμένες ως προς την εγκυρότητα τους, μέσω ενός επιστημονικού ιδρύματος ή και επιστημονικού περιοδικού. Τα αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκαν για την κατάρτιση τριών, διακριτών θεματικών ενοτήτων. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της φύσης της διαταραχής, της διαχείρισης της διαταραχής στην σχολική τάξη και των συναφών μεθόδων αντιμετώπισης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μέχρι σήμερα, έχουν πραγματοποιηθεί ποικίλες έρευνες σχετικά με τις μεθόδους αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ (Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας). Σύμφωνα με την έρευνα των Robert και Kliegman (2017), οι ακόλουθες παρεμβάσεις κρίνονται ως βοηθητικές για μαθητές με ΔΕΠΥ: επιβράβευση της θετικής συμπεριφοράς, αγνόηση της ακατάλληλης συμπεριφοράς, τιμωρία της απαράδεκτης συμπεριφοράς και προσαρμογή στις δραστηριότητες στις ικανότητες του παιδιού, βασισμένη ψυχοκοινωνική διαχείριση και θεραπεία. Επιπλέον, έχει τονιστεί ότι η εμπλοκή των γονέων, είναι καθοριστική για την έκβαση κάθε παρέμβασης εκ μέρους του εκπαιδευτικού, γεγονός το οποίο αποτελεί κοινή παραδοχή πολλών ερευνητών.

Σύμφωνα με τον Sedgwick (2018), ο οποίος πραγματοποίησε μία αντίστοιχη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι νέοι που έχουν ΔΕΠΥ είναι λιγότερο πιθανό να εγγραφούν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο (Ηνωμένο Βασίλειο), και ακόμη και μεταξύ εκείνων που φοιτούν στο πανεπιστήμιο, οι μαθητές με ΔΕΠΥ είναι λιγότερο πιθανό να αποφοιτήσουν ταυτόχρονα με τους συνομηλίκους τους που δεν έχουν ΔΕΠΥ. Η πλειονότητα των σχετικών μελετών έχει διεξαχθεί στη Βόρεια Αμερική, η οποία είναι μια από τις περιοχές στις οποίες η έρευνα σε αυτόν τον τομέα βρίσκεται σε εξέλιξη ήδη από τη δεκαετία του 1990. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ανάγκες διερεύνησης αποτελεσματικών πρακτικών για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ είναι εξαιρετικής σημασίας.

Στο πλαίσιο του θεωρητικού μοντέλου της ΔΕΠΥ του Barkley (2000) και των τρεχουσών βέλτιστων πρακτικών στη συνολική θεραπευτική παρέμβαση, το άρθρο των Barry & Harraway (2005) εξετάζει τη βιβλιογραφία για την αυτοδιαχείριση στο πλαίσιο της εφαρμογής της σε παιδιά με διάγνωση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Προκειμένου να βρουν άρθρα στα οποία εφαρμόστηκε η αυτοδιαχείριση σε ένα δείγμα ατόμων με ΔΕΠΥ, οι ερευνητές αναζήτησαν με λέξεις κλειδιά σε εκπαιδευτικές, ψυχολογικές και ιατρικές βάσεις δεδομένων. Χρειάστηκαν συνολικά δεκατέσσερα άρθρα και διατριβές για να εντοπιστούν απαντήσεις σε όλα τα ερευνητικά ερωτήματα. Οι ερμηνείες που προσφέρονται από τους συγγραφείς

συζητούνται με αναφορά στο θεωρητικό μοντέλο του Barkley και στα τρέχοντα πρότυπα θεραπευτικής πρακτικής. Το άρθρο περιλαμβάνει προοπτικές ερευνητικές κατευθύνσεις καθώς και επιπτώσεις για την κλινική πρακτική.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση της αυτοδιαχείρισης δίνει έμφαση στις κρυφές αυτο-δηλώσεις, στον εσωτερικό διάλογο σκέψης, στην επίγνωση των σκέψεων, στις σχέσεις μεταξύ των σκέψεων, στις συμπεριφορές και στις συνέπειες και στην αναγνώριση των προηγούμενων της συμπεριφοράς. Η αυτοαναφορά, η αυτοδιδασκαλία και οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην επίλυση προβλημάτων είναι όλα παραδείγματα γνωστικών και συμπεριφορικών στρατηγικών αυτοδιαχείρισης. Για παράδειγμα, οι Kendall, Padever και Zupan (1980) παρείχαν μία μέθοδο η οποία βοηθά τα παιδιά με ΔΕΠΥ να σκέφτονται πριν ενεργήσουν.

Η εργασία του Meichenbaum (1977) για την τροποποίηση της δήλωσης του εαυτού (SSM) είναι το θεμέλιο για τη γνωσιακή-συμπεριφορική αυτοδιαχείριση, η οποία αναπτύχθηκε από την αυστηρά συμπεριφορική προοπτική προσθέτοντας την ιδέα ότι οι κρυφές σκέψεις είναι συμπεριφορές που απλά δεν είναι παρατηρήσιμες. Η εργασία του Meichenbaum δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Psychological Science*. Ο Meichenbaum παρουσίασε επίσης ένα αναπτυξιακό μοντέλο στο οποίο οι αυτο-δηλώσεις εσωτερικεύονται σταδιακά σε όλη τη διάρκεια της τυπικής ανάπτυξης. Πιστεύεται ότι η εσωτερίκευση της γλώσσας είναι ένα απαραίτητο βήμα στην πρόοδο προς την ανάπτυξη του αυτοελέγχου και της ικανότητας ρύθμισης της συμπεριφοράς (Dush, Hirt & Schroeder, 1989).

Ο Abikoff (1991) διεξήγαγε μία συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση γνωστικών-συμπεριφοριστικών στρατηγικών, που σχετίζονται όντως με χρήση της γνωσιακής-συμπεριφορικής αυτοδιαχείρισης. Σύμφωνα με τον Abikoff, μικρή βελτίωση στην παρορμητικότητα, την προσοχή, τον προγραμματισμό, τις ακαδημαϊκές δεξιότητες ή την προβληματική συμπεριφορά ήταν εμφανής στην πλειονότητα των μελετών που χρησιμοποιούν γνωστικές-συμπεριφορικές στρατηγικές.

Παιδιά που διαγνώστηκαν με ΔΕΠΥ και παιδιά με διάγνωση ΔΕΠΥ μαζί με επιθετική συμπεριφορά αξιολογήθηκαν για να καθοριστεί ποια θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική: γνωσιακή-συμπεριφορική εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης ή

γνωσιακή-συμπεριφορική εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης σε συνδυασμό με διαχείριση θυμού (Miranda et al, 2000). Οι ίδιοι πραγματοποίησαν μια δεύτερη μελέτη που ήταν πολύ παρόμοια με την πρώτη προκειμένου να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας πολλαπλών συστατικών για παιδιά με ΔΕΠΥ ενώ βρίσκονταν στο φυσικό τους σχολικό περιβάλλον. Συνολικά εβδομήντα ένας συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε ομάδες θεραπείας και ελέγχου, με τη διάκριση να γίνεται ανάλογα με το εάν οι δάσκαλοι της τάξης είχαν λάβει εκπαίδευση στην τροποποίηση συμπεριφοράς, στις παρεμβάσεις γνωστικής συμπεριφοράς και στις στρατηγικές διδακτικής διαχείρισης. Όσον αφορά τα νευροψυχολογικά μέτρα, δεν υπήρξε σαφής νικητής μεταξύ των ομάδων θεραπείας και ελέγχου στη σύγκριση των αποτελεσμάτων. Στις κλίμακες αξιολόγησης συμπεριφοράς που χρησιμοποιήθηκαν τόσο από γονείς όσο και από εκπαιδευτικούς, αναφέρθηκαν σημαντικές μειώσεις στην υπερκινητικότητα, την απροσεξία και άλλα σχετικά προβλήματα συμπεριφοράς. Στους τομείς των επιστημών, των γλωσσικών τεχνών και των μαθηματικών, υπήρξε αξιοσημείωτη ακαδημαϊκή πρόοδος.

Εξετάζοντας τα παραπάνω, προκύπτει ότι οι παλαιότερες έρευνες έχουν εστιάσει περισσότερο στις συμπεριφορικές παρεμβάσεις αλλά και τις παραδοσιακές μεθόδους αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ. Η παρούσα έρευνα, στοχεύει να αναδείξει νέες προσεγγίσεις και να ελέγξει την αποτελεσματικότητά τους, μέσα από τη βιβλιογραφική έρευνα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για την επιλογή των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν, αρχικά έγινε εκτενής έρευνα στις ακόλουθες πλατφόρμες, από τις οποίες και συλλέχθηκαν τα άρθρα που τελικά επιλέχθηκαν:

Πίνακας Επιλεγθέντων Άρθρων

ΠΛΑΤΦΟΡΜΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΛΕΧΘΗΚΑΝ
RESEARCHGATE	32
GOOGLE SCHOLAR	44
ΠΥΛΕΣ ΔΙΑΤΡΙΒΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ	13
ΠΥΛΕΣ ΔΙΑΤΡΙΒΩΝ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ	11
PUB MED	7
NCBI	15
ΣΥΝΟΛΟ	122

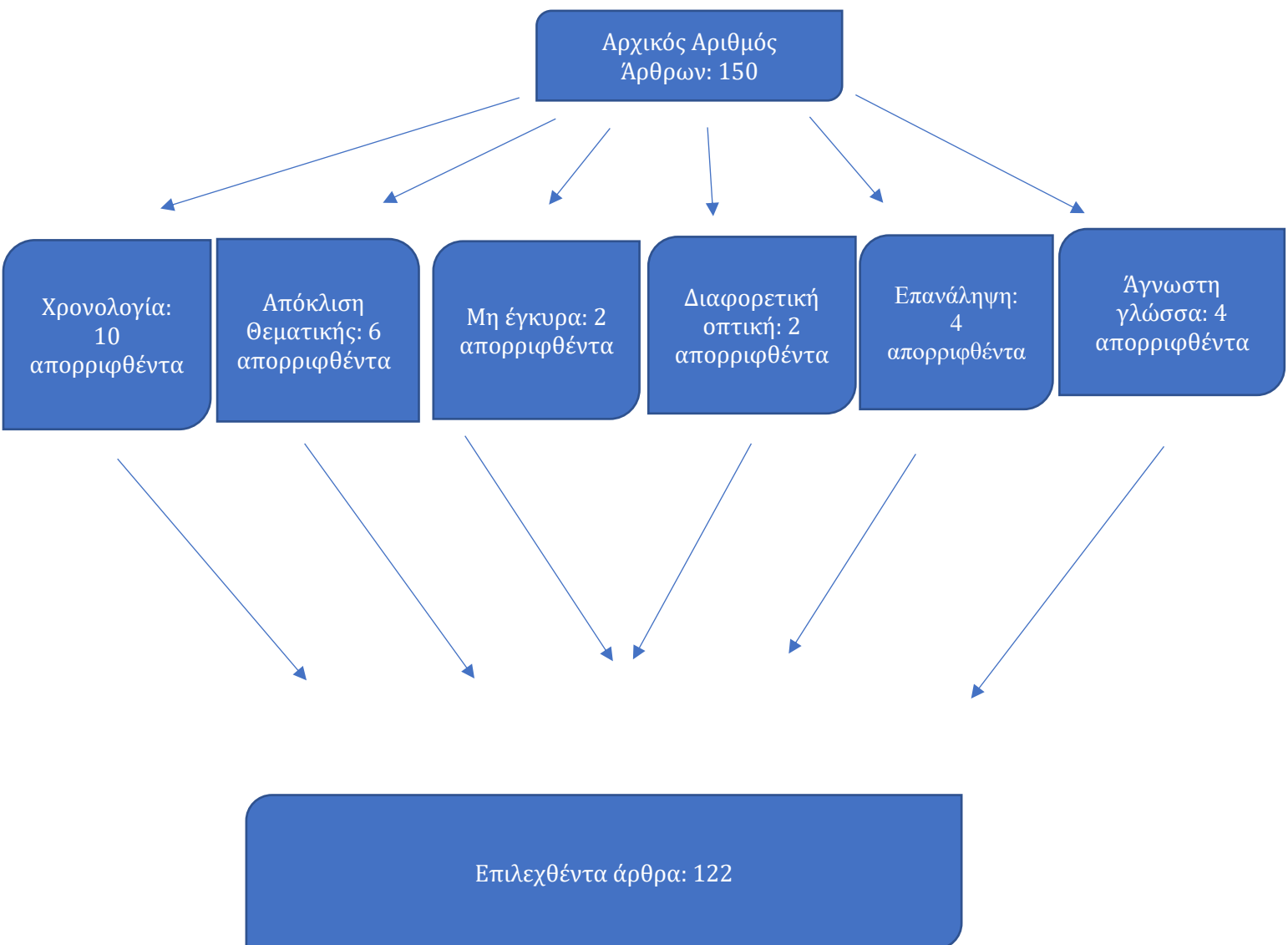
Οι παραπάνω πλατφόρμες επιλέχθηκαν καθώς αποτελούν πλατφόρμες πρόσβασης όπου μπορούν να εντοπιστούν επιστημονικά εγκεκριμένα άρθρα, είτε ως ελεγμένα από καθηγητές, είτε ως δημοσιευμένα σε επιστημονικά άρθρα και κατ' επέκταση ελεγμένα από επιστημονική επιτροπή. Για την αναζήτηση στους ιστοτόπους αυτούς χρησιμοποιήθηκαν αρχικά συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά, όπως οι ακόλουθες: ΔΕΠΥ, στρατηγικές αντιμετώπισης ΔΕΠΥ, μέθοδοι διδασκαλίας σε μαθητές με ΔΕΠΥ, μοντέλα διδασκαλίας για μαθητές με ΔΕΠΥ κ.α. Στη συνέχεια, δεδομένου ότι εμφανίστηκαν άπειρα αποτελέσματα, στα οποία εφαρμόστηκαν τα ακόλουθα κριτήρια αποκλεισμού:

Πίνακας Κριτηρίων Αποκλεισμού

ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΘΕΝΤΩΝ
ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	10

ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ	6
ΜΗ ΕΓΚΥΡΑ ΑΡΘΡΑ	2
ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ	2
ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΙΔΙΟΥ ΑΡΘΡΟΥ Η' ΑΝΑΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ	4
ΓΛΩΣΣΕΣ ΕΚΤΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΚΗΣ	4
ΣΥΝΟΛΟ	28

1. Διάγραμμα Επιλογής και Απόρριψης Άρθρων



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ. Η ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ 1.1. Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (ADHD) είναι μια από τις πιο συχνές νευροσυμπεριφορικές διαταραχές που παρατηρούνται στα παιδιά και μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητα του παιδιού να πετύχει στο σχολείο, στην δυνατότητα του να είναι υγιές ψυχοσωματικά και στην ικανότητά του να συνδέεται με άλλους (American Academy of Pediatrics, 2011).

Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας που διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Υπολογίζεται ότι το 6% του πληθυσμού σε όλο τον κόσμο έχει ΔΕΠΥ (Polanczyk et al, 2014). Τυπικά διαγιγνώσκεται σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 2 και 7 ετών, που αντιστοιχεί στην προσχολική ηλικία (Tripathi et al, 2017). Το πρόβλημα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) είναι πιο διαδεδομένο μεταξύ των παιδιών στο δημοτικό σχολείο (Bhatia et al, 1999), αλλά επιμένει και στην ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών αναμένεται να αυξηθεί κατά πενήντα τοις εκατό έως το έτος 2020. Η ΔΕΠΥ είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που συμβάλλουν στη νοσηρότητα στα παιδιά.

Κατά τη διάρκεια της ιστορίας της ΔΕΠΥ υπήρξε μια σημαντική αλλαγή στη διαγνωστική αντίληψη των συμπτωμάτων που συνδέονται με αυτή (Lerner & Lerner, 1991). Στις αρχές του 20ου αιώνα, τα παιδιά με ΔΕΠΥ κατηγορήθηκαν για απώλεια ηθικού ελέγχου. Αυτό το στίγμα παρέμεινε μέχρι τον 20ο αιώνα. Με βάση την παρατήρηση προβλημάτων συμπεριφοράς όπως αυτά που παρατηρήθηκαν στην πανδημία της εγκεφαλίτιδας στη δεκαετία του 1920 ή μετά από τραυματική γέννηση, οι έννοιες της ελάχιστης εγκεφαλικής βλάβης και της ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας καθιερώθηκαν στη δεκαετία του 1930. Οι αμφεταμίνες αποδείχθηκαν χρήσιμες στη θεραπεία και τη διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων περίπου την ίδια περίοδο, κάτι που είναι μια ενδιαφέρουσα σύμπτωση. Η ονοματολογία συνέχισε να αναπτύσσεται με όρους όπως «σύνδρομο υπερκινητικού παιδιού» και «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας» που χρησιμοποιούνται πριν από την εισαγωγή της «διαταραχής

ελλειμματικής προσοχής» στο DSM III τη δεκαετία του 1980 και στη συνέχεια «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα» στο DSM- IV.

Το ποσοστό επικράτησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) κυμαίνεται από 7,6% έως 9,5% στην Κορέα, 10-20% στην Ινδία και 4-8% στις Ηνωμένες Πολιτείες (Thirumoorthy, 2019).

Πολύαριθμες μελέτες έχουν αναφέρει εξαιρετικά μεταβλητά ποσοστά παγκοσμίως, που κυμαίνονται από 1% έως σχεδόν 20% μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας (Polanczyk et al, 2014) και εκδηλώνεται σε περίπου 4-12% των παιδιών ηλικίας μεταξύ 6 και 12 ετών. Η παρουσία συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα εμφανίζονται πριν από την ηλικία των δώδεκα ετών και συνήθως ξεκινά από τη γέννηση. Το παιδί παρουσιάζει μέτρια μείωση της ικανότητας του να λειτουργεί σε περισσότερα από ένα περιβάλλοντα (σχολείο, σπίτι και υγειονομική περίθαλψη, δηλ. στην αίθουσα συμβουλευτικής), έλλειμμα λειτουργικότητας σε τουλάχιστον έναν επιπλέον τομέα που είναι τουλάχιστον μέτρια (σχολικά επιτεύγματα, φίλιες, δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ή ζωή στο σπίτι).

Τόσο οι γενετικές όσο και οι περιβαλλοντικές μεταβλητές παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (Αντωνίου, 2016). Γονιδιακές μεταλλάξεις στο γονίδιο μεταφορέα ντοπαμίνης (DAT1) και στο γονίδιο του υποδοχέα ντοπαμίνης D4 συνδέονται με την εκδήλωση του φαινοτύπου. Ο μεταβολισμός της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης, εκτός από τη νευροδιαβίβαση που βρίσκεται στον προμετωπιαίο φλοιό και τις παρακείμενες υποφλοιώδεις περιοχές, συνεχίζουν να είναι δυσλειτουργικοί μέχρι την ενηλικίωση. Σύμφωνα με έρευνες, τα πανομοιότυπα δίδυμα έχουν ποσοστό συσχέτισης έως και 80%, τα αδελφικά δίδυμα έχουν ποσοστό συσχέτισης 32% και οι συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν ποσοστό συσχέτισης 25%. Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το άγχος της μητέρας και το κάπνισμα από άλλα μέλη της οικογένειας ενώ η μητέρα είναι έγκυος, η ανεπαρκής έγκαιρη φροντίδα, τα προγεννητικά προβλήματα και ο πρόωρος τοκετός, μπορεί να έχουν σημαντικό ρόλο και να επηρεάζουν την εξέλιξη του συνδρόμου(Thirumoorthy, 2019).

Ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι τα παιδιά που μεγαλώνουν σε ασταθή νοικοκυριά είναι πιο πιθανό να έχουν σημάδια

ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες που είναι σχετικά σταθερές. Είναι πιθανό ότι η προσεκτική χρήση μιας δίαιτας αποκλεισμού θα μπορούσε να βοηθήσει στη μείωση της υπερκινητικότητας, αλλά η έρευνα σε αυτόν τον τομέα είναι ακόμα στα αρχικά της στάδια και θα μπορούσε να είναι επιβλαβές να δοκιμαστούν δίαιτες σε παιδιά, χωρίς την καθοδήγηση ενός εκπαιδευμένου επαγγελματία (Konikowska, Regulska-Ilow & Rozanska, 2012).

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν περίπου 5-10% μείωση στον όγκο των δομών του εγκεφάλου και τα ευρήματα από τις μαγνητικές τομογραφίες υποδηλώνουν χαμηλή ροή αίματος στο ραβδωτό σώμα καθώς και ελλείμματα σε ένα ευρέως διαδεδομένο λειτουργικό δίκτυο για επιλεκτική και τονωτική προσοχή στη ΔΕΠΥ. Αυτά τα ελλείμματα περιλαμβάνουν το ραβδωτό σώμα, τις προμετωπιαίες περιοχές, τον βρεγματικό λοβό και τον κροταφικό λοβό. Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ δυσκολεύονται να δώσουν προσοχή σε εργασίες που απαιτούν επιλεκτική προσοχή και συγκέντρωση (Robert & Kliegman, 2016).

Τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM-V) χρησιμοποιούνται ευρέως για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Αυτά τα κριτήρια ορίζουν ότι η εν λόγω συμπεριφορά πρέπει να είναι αναπτυξιακά ακατάλληλη, να έχει αρχίσει να εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 12 ετών, να έχει συνεχιστεί για τουλάχιστον έξι μήνες και να έχει παρατηρηθεί σε δύο ή περισσότερα διαφορετικά περιβάλλοντα. Η ΔΕΠΥ εμφανίζεται σε πολλές μορφές:

1. ένας τύπος που συνδέεται με ελλειμματική προσοχή (τύπου ADHD-I)
2. ένας τύπος υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας (τύπου ADHD-H)
3. ένας συνδυαστικός τύπος, γνωστός και ως τύπος ADHD-C, εάν και τα δύο από τα προαναφερθέντα «συμπτώματα» υπάρχουν

Η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠΥ-I τύπου, η οποία συνήθως αναφέρεται και ως ADD, χαρακτηρίζεται από απάθεια, αφηρημάδα και απουσία υπερκινητικών-παρορμητικών συμπεριφορών (Thiroomutrhy et al, 2019).

Αντίθετα, εκείνοι που παρουσιάζουν συμπεριφορά συνεπή με ΔΕΠΥ-II είναι πιο πιθανό να παλέψουν με κοινωνικά ζητήματα, όπως δυσκολία να χτίσουν συμβατικές σχέσεις ή να επικοινωνήσουν κανονικά τόσο με συνομηλίκους όσο και με ενήλικες (Thiroomurthy, 2019).

Οι μαθητές που έχουν ADHD-C τύπο, ο οποίος χαρακτηρίζεται από απροσεξία, διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, είναι

πιο πιθανό να έχουν συνδυασμό συμπτωμάτων, καθιστώντας τον ADHD-C τύπο την πιο συχνή και πανταχού παρούσα μορφή της διαταραχής (Thiroomurthy, 2019).

Ωστόσο, όταν λαμβάνεται υπόψη η ιδιαίτερη φύση της συμπεριφοράς, η μελλοντική μελέτη 216 Trends in Biosciences (2019) θα επικεντρωθεί περισσότερο στα χαρακτηριστικά υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας της ΔΕΠΥ σε αντίθεση με τα χαρακτηριστικά απροσεξίας της ΔΕΠΥ. Ο επιπολασμός της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) σε άνδρες και γυναίκες έχει εκτιμηθεί ότι κυμαίνεται από 2:1 έως 6:1 ανάλογα με τη μελέτη (Bothen et al, 2011).

Οι διαφορές μεταξύ των φύλων που παρατηρήθηκαν σε παιδιά με διάγνωση ΔΕΠΥ ήταν μεγαλύτερες σε παλαιότερες μελέτες από ό,τι σε πιο πρόσφατες. Είναι πιθανό ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα κορίτσια που είχαν συμπτώματα ΔΕΠΥ δεν είχαν διαγνωστεί σωστά (Bothen et al, 2011).

Υπάρχουν πρωτεύοντα χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ, καθώς και δευτερεύοντα χαρακτηριστικά. Η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα είναι τα τρία βασικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) (Bothen et al, 2011). Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι οι βασικές εκδηλώσεις Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας και παρεμβαίνουν στην κοινωνική και γνωστική ανάπτυξη των παιδιών καθώς και στις δραστηριότητες των άλλων στην τάξη. Τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά συνδέονται με τις προκλήσεις που εκδηλώνονται ως άμεση συνέπεια των πρωταρχικών χαρακτηριστικών. Αυτά σχετίζονται με τις προκλήσεις που προκύπτουν από την αδυναμία οικοδόμησης κατάλληλων σχέσεων με τα παιδιά άλλων οικογενειών (Robert & Kliegman, 2016).

Έχει υποθεθεί ότι αυτό θα μπορούσε να προκαλέσει στους νέους να απορρίπτουν ο ένας τον άλλον ως συνομήλικους, κάτι που θα μπορούσε στη συνέχεια να οδηγήσει σε κοινωνική απόρριψη και μελαγχολία (Robert & Kliegman, 2016).

Ο όρος «θεραπεία» για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αναφέρεται συνήθως σε θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως η χορήγηση ψυχοδιεγερτικής φαρμακευτικής αγωγής και η συμπεριφορική θεραπεία (Αντωνίου, 2014). Πολλοί ερευνητές έχουν εκφράσει τις ανησυχίες τους

ότι «θεραπείες» αυτού του είδους για μικρά παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην ακαδημαϊκή και κοινωνική επίδοση τους (Robert & Kliegman, 2016). Με βάση τα ευρήματά τους, οι Nel και συν. (όπως αναφέρει ο Nelson, 2011) υποστήριξαν ότι η ιατρική συχνά απλώς βοηθά στην ανακούφιση των «συμπτωμάτων», αλλά δεν βοηθά το παιδί να λειτουργεί αποτελεσματικά στο σχολείο. Όσον αφορά τη χρήση φαρμάκων, αυτοί οι συγγραφείς μοιράζονται παρόμοιες ανησυχίες σχετικά με την πιθανότητα να εμφανιστούν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες πιστεύουν ότι πρέπει να ληφθούν υπόψη. Οι κριτικές επιμένουν, με ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι τόσο η φαρμακευτική αγωγή όσο και η συμπεριφορική «θεραπεία» επικεντρώνονται στη μείωση των «συμπτωμάτων» της ΔΕΠΥ παρά στην προώθηση της αποτελεσματικής λειτουργίας του κάθε παιδιού. Αυτό ήταν ένα ιδιαίτερο σημείο διαμάχης. Ως αποτέλεσμα, οι εκπαιδευτικές θεραπείες συχνά πιστεύεται ότι είναι προτιμότερες και πιο επιτυχημένες για παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ.

Οι ακόλουθες παρεμβάσεις κρίνονται ως βοηθητικές για μαθητές με ΔΕΠΥ:

1. Επιβράβευση της θετικής συμπεριφοράς
2. Αγνόηση της ακατάλληλης συμπεριφοράς
3. Τιμωρία της απαράδεκτης συμπεριφοράς
4. Προσαρμογή των δραστηριοτήτων στις ικανότητες του παιδιού

Προτού εφαρμοστεί οποιοδήποτε συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων (PTP), υπάρχουν πράγματα που οποιοσδήποτε γονέας θα μπορούσε να αναλάβει μόνος του χωρίς τη βοήθεια εκπαιδευμένου επαγγελματία. Αυτά περιλαμβάνουν το να ολοκληρώνονται δραστηριότητες με το παιδί σε τακτική βάση που είναι ευχάριστες, το να θεσπίζονται κανόνες που είναι ξεκάθαροι και λογικοί και να χτίζεται μια δομή για την ημέρα του παιδιού που να είναι προβλέψιμη. Προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας, είναι απαραίτητο να εξασφαλίζεται πρώτα η προσοχή του παιδιού και στη συνέχεια να δίνονται οδηγίες με συνοπτικές, σαφείς προτάσεις ενώ διατηρείται η οπτική επαφή. Μόνο τότε η επικοινωνία μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική.

Οι συγκεκριμένες συμπεριφορικές παρεμβάσεις βασίζονται συχνά σε μια συμβολική οικονομία, που σημαίνει ότι δίνεται στο παιδί η ευκαιρία να λάβει

ανταμοιβές για τη συμπεριφορά του με τον επιθυμητό τρόπο (Maggin et al, 2010). Αυτό γίνεται για να ενθαρρυνθεί το παιδί να εκδηλώσει την επιθυμητή συμπεριφορά. Ένα διάγραμμα αστεριών είναι ένα παράδειγμα παρέμβασης οικονομίας συμβολικής που χρησιμοποιείται συχνά. Τα αστερία έχουν καλό ποσοστό επιτυχίας εάν υποστηρίζονται από σαφείς κανονισμούς και προσδοκίες. Ωστόσο, οι επιπτώσεις των αστεριών στα παιδιά με ΔΕΠΥ τείνουν να είναι βραχύβιες. Οι Thirumurthy και συν. (2019) παρέχουν την απάντηση σε αυτό το πρόβλημα. Αφού το παιδί ολοκληρώσει με επιτυχία τη συμπεριφορά που πρέπει να διδαχτεί, πρέπει να του δοθούν περισσότερες ανταμοιβές σχεδόν αμέσως. Είναι προτιμότερο να παραβλέπεται η ακατάλληλη συμπεριφορά, όπως η ταραχή όταν συμβαίνει. Είναι απαράδεκτο να αγνοούνται, ωστόσο απαράδεκτες, ή ακόμη και βίαιες συμπεριφορές. Αντίθετα, θα πρέπει να υπάρχουν σαφείς επιπτώσεις, όπως η αποστολή σε time out. Οι ανταμοιβές που συλλέγονται ως αποτέλεσμα της οικονομίας συμβολαίων (όπως τα αστερία στον χάρτη αστεριών), από την άλλη πλευρά, δεν πρέπει ποτέ να αφαιρούνται.

Η εκμάθηση των βασικών αρχών της διαχείρισης παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα μπορούσε ενδεχομένως να προσφέρει σημαντικά οφέλη στους δασκάλους. Τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ θα πρέπει να κάθονται όσο το δυνατόν πιο κοντά στους εκπαιδευτές τους και δεν πρέπει να υπάρχουν εμπόδια μεταξύ τους. Αυτό επιτρέπει τη σαφή οπτική επαφή μεταξύ των συμμετεχόντων, η οποία βελτιώνει την ακρόαση και τη δέσμευση και αυξάνει την πιθανότητα να μην αποσπαστεί η προσοχή. Αυτά τα παιδιά δυσκολεύονται ιδιαίτερα να διαχειριστούν τις μεταβάσεις. Κατά συνέπεια, οι εκπαιδευτικοί είναι σημαντικό να δίνουν στους μαθητές προειδοποιήσεις όσον αφορά τις μεταβάσεις. Η εργασία πρέπει να ορίζεται με σαφήνεια, η γνώση πρέπει να παρέχεται σε μικροσκοπικά κομμάτια και με ορισμένη συχνότητα. Τα διαλείμματα πρέπει να ενσωματωθούν στη διδακτική διαδικασία. Θα ήταν ωφέλιμο για το παιδί να δουλέψει ως βοηθός στην τάξη με τον δάσκαλο. Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ θα χρειάζονται συχνά επιπλέον χρόνο για να ολοκληρώσουν τις εργασίες και έχουν την ικανότητα να παρέχουν άμεση θετική ανατροφοδότηση για την κατάλληλη συμπεριφορά στην τάξη.

Οι επιλογές θεραπείας για τη ΔΕΠΥ είναι εξαιρετικά περιορισμένες και αυτές που είναι διαθέσιμες παρουσιάζουν σημαντικά μειονεκτήματα (Αλεξιάδου,

2017). Τα ψυχοδιεγερτικά, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα ηρεμιστικά είναι οι τύποι φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ. Μια περιγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών αυτού του φαρμάκου μπορεί να βρεθεί στο εγχειρίδιο παιδιατρικής του Nelson. Σε νεαρούς ενήλικες, ιδιαίτερα, η χρήση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβάντων. Αυτά τα συμβάντα περιλαμβάνουν αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικά επεισόδια. Στα παιδιά, αυτός ο κίνδυνος είναι εξαιρετικά σπάνιος. Η μεθυλφαινιδάτη είναι ένα ψυχοδιεγερτικό φάρμακο και ως εκ τούτου μπορεί να προκαλέσει μέτρια προβλήματα ύπνου, διέγερση, μέτρια καταστολή της όρεξης, προσωρινή απώλεια βάρους και ανάπτυξη τικ. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκαλέσουν διέγερση, λήθαργο, στομαχικές διαταραχές, ζάλη, ξηροστομία, αυξημένο καρδιακό ρυθμό, σύγχυση και σε σπάνιες περιπτώσεις σοβαρή ηπατική βλάβη ή αυτοκτονικό ιδεασμό (Nelson, 2011). Είναι εξαιρετικά κρίσιμο να βρεθεί μια θεραπεία που να είναι αποτελεσματική χωρίς να εμποδίζει την ανάπτυξη της ψυχικής και σωματικής υγείας των παιδιών.

Εξαιτίας αυτού, υπάρχει πραγματική ανάγκη για το φυσικό φάρμακο καθώς και για μια σειρά από παραδοσιακά παρασκευασμένα τρόφιμα. Τα παιδιά που τρώνε πολύ πρόχειρο φαγητό είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν υπερκινητικότητα, η οποία μπορεί να είναι αντανάκλαση μιας μακροχρόνιας διατροφικής ανισορροπίας. Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική ανάγκη οι γονείς να αποφεύγουν να εκθέτουν τα παιδιά τους σε επεξεργασμένα τρόφιμα, τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και σάκχαρα, καθώς και σε επεξεργασμένα τρόφιμα που περιλαμβάνουν πρόσθετα (Wu, Ohinmaa & Veugelers, 2016).

Οι φαρμακολογικές επιλογές για τη ΔΕΠΥ είναι περιορισμένες και καθεμία από αυτές έχει πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει ανάγκη για έρευνα και ανάπτυξη νέων διατροφικών συστατικών και εκχυλισμάτων που προέρχονται από φυσικές πηγές, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να αποκαταστήσουν τη διαταραγμένη εγκεφαλική λειτουργία. Τα ερευνητικά στοιχεία έχουν αναμφίβολα αποδείξει ότι το φυτό της Αγιουρβέδα (BM και CA) διαθέτει όλες τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη μετάδοση νευροπροστασίας, την ενίσχυση της μνήμης και των μαθησιακών ικανοτήτων και

την αύξηση των γνωστικών ικανοτήτων. Η ιατρική πρακτική γνωστή ως "Ayurveda", η οποία χρονολογείται πριν από περισσότερα από 5.000 χρόνια, πιστώνεται με την περιγραφή ορισμένων βοτάνων και φυσικών προϊόντων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία διαταραχών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Ο όρος "Ayurveda" αναφέρεται σε μια παραδοσιακή μορφή ιατρικής πρακτικής στην Ινδία. Οι θεραπευτικές του ουσίες έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τη νοητική λειτουργία, συμπεριλαμβανομένης της μνήμης και της ικανότητας αποκατάστασης γνωστικών ελλειμμάτων (Mohamed, Borger, Geuze & Van der Meere, 2015).

Υπάρχουν τέσσερις κύριοι λόγοι για τους οποίους τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να λαμβάνουν εκπαιδευτικές παρεμβάσεις: Τα παιδιά σχολικής ηλικίας, ιδιαίτερα εκείνα στο δημοτικό σχολείο, είναι πολύ πιθανό να διαγνωστούν με ΔΕΠΥ. Τα σχολεία είναι το πρώτο μέρος όπου τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ στα παιδιά είναι αισθητά. Η κατανόηση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) είναι απαραίτητη για τους δασκάλους, καθώς περνούν περισσότερο χρόνο με τους μαθητές από ό,τι οι γονείς των μαθητών τους. Δεν είναι πρωτόγνωρο για μια τάξη να έχει έναν ή δύο μαθητές που παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, συμπεριλαμβανομένων δυσκολιών στην ακαδημαϊκή επιτυχία και συμπεριφορά (Mohamed, Borger, Geuze & Van der Meere, 2015).

Για να ξεπεραστούν αυτές οι προκλήσεις, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν κατάλληλες τεχνικές αντιμετώπισης. Επειδή οι δυσκολίες που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ μπορούν να συναντηθούν οπουδήποτε, από τα μαθήματα του νηπιαγωγείου έως τα προβλήματα που διαρκούν σε όλη τη ζωή ενός ατόμου, είναι σημαντικό τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ να έχουν πρόσβαση σε εκπαιδευτικές επιλογές κατανόησης και θεραπείας. Έμπειροι εκπαιδευτές που έχουν αρκετή γνώση και κατανόηση σχετικά με τη ΔΕΠΥ αντιμετώπισαν παιδιά με ΔΕΠΥ διαφορετικά από ό,τι είχαν να κάνουν με παιδιά που δεν έχουν ΔΕΠΥ και θεωρούν ότι η γνώση της ΔΕΠΥ είναι πολύτιμη για παιδαγωγικούς στόχους. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από τον Hoseini και τους συνεργάτες του (2014), οι ακόλουθες προληπτικές πρακτικές μπορούν να βοηθήσουν στην ελαχιστοποίηση της πιθανότητας ανάπτυξης ΔΕΠΥ: είναι σημαντικό να αποφεύγεται οτιδήποτε μπορεί να εμποδίσει την ανάπτυξη του εμβρύου όταν μία γυναίκα είναι έγκυος (αλκοόλ, τσιγάρο ή ναρκωτικά) είναι σημαντικό να

αποφεύγεται η έκθεση της εγκύου σε περιβαλλοντικά δηλητήρια όπως τα πολυχλωριωμένα διφαινύλια (PCB), το παιδί δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με επιβλαβείς ρύπους και τοξίνες, όπως το παθητικό κάπνισμα, χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη γεωργία ή τη βιομηχανία και βαφές μολύβδου (βρέθηκαν σε κάποια παλιά κτίρια), τα παιδιά πρέπει να περιορίσουν τον χρόνο που περνούν μπροστά στην τηλεόραση και τα βιντεοπαιχνίδια κατά τα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής τους, παρόλο που η σχέση μεταξύ των δύο δεν έχει εξακριβωθεί οριστικά (Thiroomurthy et al, 2019).

1.2. Η ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΜΑΘΗΣΙΑΚΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ μπορούν να διακριθούν σε αυτές τις τρεις κατηγορίες: απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (Biederman, 2011. Montagni, Guichard & Kurth, 2016).

Όσον αφορά την απροσεξία, ένα άτομο που έχει ΔΕΠΥ συχνά κάνει λάθη στην ακαδημαϊκή του εργασία, στο χώρο εργασίας ή σε άλλες δραστηριότητες επειδή δεν είναι σε θέση να εστιάσει την προσοχή του. Ένα παιδί με ΔΕΠΥ φαίνεται σαν να μην δίνει προσοχή ενώ του απευθύνονται (για παράδειγμα, φαίνεται ότι το μυαλό του είναι αλλού ακόμα και όταν δεν υπάρχουν εμφανή ερεθίσματα) (Mohamed, Borger, Geuze & Van der Meere, 2015). Επιπλέον, δεν μπορεί να θυμηθεί εργασίες ρουτίνας, όπως ραντεβού ή άλλες καθημερινές υποχρεώσεις. Δυσκολεύεται ακόμη να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες, αλλά και να ολοκληρώνει σωστά διαδοχικές εργασίες και να διατηρεί τα πράγματα σε τάξη. Δεν μπορεί να διαχειριστεί επαρκώς το χρόνο του και δεν τηρεί τις προθεσμίες. Επιπλέον, δεν είναι σε θέση να ακολουθήσει οδηγίες και άλλες ενδείξεις. Αποφεύγει ή δεν θέλει να συμμετάσχει σε δραστηριότητες που περιλαμβάνουν επίμονη και παρατεταμένη ή διανοητική εργασία, επειδή η προσοχή του αποσπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα (Schuch et al, 2014).

Όσον αφορά την παρορμητικότητα, ένα άτομο με ΔΕΠΥ συχνά διακόπτει τις συνομιλίες, μπορεί να χρησιμοποιήσει τα υπάρχοντα άλλων χωρίς να ζητήσει ή να λάβει την έγκριση τους και μπορεί να διακόπτει άλλους ενώ εργάζονται.

Δυσκολεύεται να περιμένει και ενεργεί με παρορμητικό τρόπο στην καθημερινή του ζωή εξαιτίας αυτών των δυσκολιών.

Επιπλέον, ένα άτομο με ΔΕΠΥ μπορεί να εμφανίζει σημεία και συμπτώματα που εμπίπτουν στην κατηγορία της υπερκινητικότητας, όπως νευρικές κινήσεις. Δεν είναι λίγες οι φορές που σηκώνεται από τη θέση του, παρόλο που δεν υπάρχει λόγος ή δεν επιτρέπεται στην κατάσταση (π.χ. στην τάξη). Είναι συνεχώς σε κίνηση και αναφέρει ότι έχει υποκειμενικά συμπτώματα ανησυχίας στους μύες του. Μάλιστα, συχνά, συνηθίζει να μιλά χωρίς παύση. (Caci, Morin & Tran, 2014).

Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας μελέτης που διεξήχθη από τους Biederman, Faraone, Spencer, Eric, Monuteaux και Aleari (2006), η οποία συνέκρινε ενήλικες με ΔΕΠΥ με υγιείς ενήλικες (ηλικίας 18-40 ετών), ανακαλύφθηκε ότι οι ενήλικες με ΔΕΠΥ συνδέονται με χαμηλότερα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά επιτεύγματα, καθώς και περισσότερες αλλαγές θέσεων εργασίας και απολύσεις (5,4 έναντι 3,4 θέσεις εργασίας, $p = .001$). Επιπλέον, η μελέτη διαπίστωσε ότι οι ενήλικες με ΔΕΠΥ ήταν πιο πιθανό να έχουν μεγαλύτερο αριθμό γάμων και διαζυγίων (28 τοις εκατό σε σύγκριση με 15 τοις εκατό στην ομάδα ελέγχου, p λιγότερο από .001). Αυτά τα άτομα έχουν μεγαλύτερο βαθμό συναισθηματικής δυσπροσαρμογής και είναι λιγότερο πιθανό να έχουν αποφοιτήσει από το γυμνάσιο (83% έναντι 93% της ομάδας ελέγχου, $p = .001$) αλλά και να έχουν αποκτήσει πτυχίο κολεγίου (19% έναντι 26% της ομάδας ελέγχου). Επιπλέον, είναι πολύ λιγότερο πιθανό να εργάζονται επί του παρόντος (52% έναντι 72% της ομάδας ελέγχου, $p = .001$), έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν συλληφθεί (37% έναντι 18% της ομάδας ελέγχου, $p = .001$), και σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση με την οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή ($p = .001$). Επιπρόσθετα, οι ενήλικες με ΔΕΠΥ έχουν φτωχότερες δεξιότητες οδήγησης και μεγαλύτερα συνολικά έξοδα υγειονομικής περίθαλψης (Φίλιου, 2020).

Σύμφωνα με την έρευνα των Riecher-Rossler και Steiner (2010), οι διαφορετικές μορφές ΔΕΠ-Υ διακρίνονται από τους συγκεκριμένους συνδυασμούς συμπτωμάτων. Σαφέστερα, υπάρχει ο συνδυαστικός τύπος, όταν πληρούνται τα κριτήρια απροσεξίας και παρορμητικότητας ή/και υπερκινητικότητας, ο τύπος απροσεξίας όταν πληρούνται μόνο τα κριτήρια

απροσεξίας και όχι παρορμητικότητα-υπερκινητικότητα και ο τύπος υπερκινητικότητας όταν πληρούνται μόνο αυτά τα κριτήρια και δεν πληρούνται τα κριτήρια απροσεξίας.

Τα ακόλουθα κριτήρια χρησιμοποιούνται για τον χαρακτηρισμό της σοβαρότητας των παρόντων συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανίζει ένα άτομο με ΔΕΠΥ. Η ήπια ΔΕΠΥ χαρακτηρίζεται από την παρουσία λιγότερων συμπτωμάτων από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Αυτά τα συμπτώματα προκαλούν στο άτομο να έχει μόνο μια ελαφρά έκπτωση στην ικανότητά του να λειτουργεί στην κοινωνική ή επαγγελματική του ζωή (Stickley et al, 2017). Όταν τα συμπτώματα ενός ατόμου ή ο βαθμός στον οποίο έχει μειωθεί η λειτουργικότητά του είναι οριακή μεταξύ «ήπιας» και «σοβαρής», λέγεται ότι παρουσιάζει διαταραχή μέτριας κλίμακας. Όταν υπάρχουν πολλά περισσότερα συμπτώματα από όσα απαιτούνται για τη διάγνωση, όταν τα πολλαπλά συμπτώματα είναι πολύ σοβαρά ή όταν τα συμπτώματα περιορίζουν ουσιαστικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει επαγγελματικά και κοινωνικά τότε πρόκειται για σοβαρή διαταραχή.

Το άτομο μπορεί να θεωρηθεί ότι βρίσκεται σε μερική ύφεση από τη διαταραχή εάν, σε κάποιο σημείο στο παρελθόν, πληρούσε όλα τα κριτήρια για τη διαταραχή και τους τελευταίους έξι μήνες, έχει λιγότερα συμπτώματα, ή αυτά τα συμπτώματα δεν παρεμβαίνουν στην ικανότητά τους να λειτουργούν κοινωνικά, ακαδημαϊκά ή επαγγελματικά (Stickley et al, 2017. Φίλιου, 2020).

Τα άτομα που έχουν ΔΕΠΥ φαίνεται να υποφέρουν από ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, καθένα από τα οποία μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο σε μια διαφορετική πτυχή της ζωής τους. Φαίνεται ότι τα στοιχεία που συμβάλλουν στα συμπτώματα, γνωστά ως αιτιολογικοί παράγοντες, δεν είναι μόνο προβληματικά αλλά και διχαστικά μέσα στην επιστημονική κοινότητα.

Τα σημεία και τα συμπτώματα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, επίσης γνωστή ως ADHD, μπορούν να αναλυθούν σε δύο διακριτές κατηγορίες ζητημάτων συμπεριφοράς:

1. απροσεξία (δυσκολία συγκέντρωσης και εστίασης)
2. τάση προς υπερκινητικότητα και παρορμητική συμπεριφορά

(Πεχλιβανίδης & Παπανικολάου, 2022)

Υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δυσκολιών που συνδέονται με τις δύο αυτές κατηγορίες της ΔΕΠΥ. Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει πάντα.

Για παράδειγμα, περίπου δύο με τρεις στους δέκα ανθρώπους που έχουν τη διαταραχή παλεύουν με τη συγκέντρωση και τη απροσεξία, αλλά δεν αντιμετωπίζουν υπερκινητικότητα ή παρορμητικότητα. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα είναι ένα άλλο όνομα για αυτό το είδος ΔΕΠΥ (ADD). Επειδή τα συμπτώματα της ADD μπορεί να μην είναι πάντα άμεσα εμφανή, η ΔΕΠΥ μερικές φορές διαγιγνώσκεται λανθασμένα.

Τα αγόρια λαμβάνουν διάγνωση ΔΕΠΥ πιο συχνά από τα κορίτσια. Τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν μόνο συμπτώματα απροσεξίας, σε αντίθεση με την ανατρεπτική συμπεριφορά που μπορεί να κάνει πιο αισθητά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, ενώ τα αγόρια είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα τόσο απροσεξίας όσο και ενοχλητικής συμπεριφοράς. Εξαιτίας αυτού, είναι πιθανό η ΔΕΠΥ στις γυναίκες να μην διαγιγνώσκεται πάντα (Stickley et al, 2017).

Τα συμπτώματα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) σε παιδιά και εφήβους χαρακτηρίζονται ξεκάθαρα και συνήθως γίνονται εμφανή πριν από την ηλικία των 6 ετών. Εκδηλώνονται σε περισσότερα από ένα περιβάλλοντα, όπως τόσο στην οικογένεια όσο και στην τάξη.

Τα παιδιά μπορεί να εμφανίζουν σημάδια και των τριών μορφών συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας, ή μπορεί να εμφανίζουν συμπτώματα μόνο ενός από αυτούς τους τύπους συμπεριφοράς.

Οι ακόλουθες είναι οι κύριες ενδείξεις ελλειμματικής προσοχής (APA, 2013):

1. Η σύντομη διάρκεια προσοχής και η γρήγορη απόσπαση της προσοχής
2. Τα λάθη απροσεξίας
3. Η απώλεια πραγμάτων
4. Η αδυναμία να επιμείνει το παιδί σε εργασίες που είναι δυσάρεστες ή χρονοβόρες

Οι ακόλουθες είναι οι κύριες ενδείξεις υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας (APA, 2013):

1. Ανικανότητα να κάθεται ο μαθητής ακίνητος, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα που είναι γαλήνια ή ήσυχα
2. Ανικανότητα να συγκεντρωθεί σε πράγματα λόγω συνεχούς ανησυχίας
3. Υπερβολικές αντιδράσεις τόσο σωματικής κίνησης όσο και λεκτικής έκφρασης
4. Ανικανότητα να περιμένουν τη σειρά τους, να ενεργούν χωρίς σκέψη και να διακόπτουν τις συζητήσεις με τις πράξεις τους.
5. Χαμηλή ή καθόλου αίσθηση κινδύνου

Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικές δυσκολίες στη ζωή ενός παιδιού, όπως κακή ακαδημαϊκή επίδοση, μειωμένη κοινωνική επαφή με άλλα παιδιά και οι δυσκολίες στην τήρηση των κανόνων και των κανονισμών (Caci, Morin & Tran, 2014).

Όταν πρόκειται για ενήλικες, ο καθορισμός των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ μπορεί να είναι πιο δύσκολος καθώς τα σημεία και τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ στους ενήλικες είναι συνήθως πολύ λιγότερο εμφανή από ότι στα παιδιά (Φίλιου, 2022). Αυτό είναι εν μέρει το αποτέλεσμα της έλλειψης αρκετής μελέτης σε ενήλικες με ΔΕΠΥ. Είναι γενικά αποδεκτό ότι ένας ενήλικας δεν μπορεί να εμφανίσει ΔΕΠΥ εάν τα συμπτώματα δεν εμφανίστηκαν αρχικά στην παιδική ηλικία, επειδή η ΔΕΠΥ είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή. Ωστόσο, τα σημεία και τα συμπτώματα της σε παιδιά και έφηβους, τα αποστάγματα συχνά επιμένουν και στην ενήλικη ζωή.

Η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητική συμπεριφορά μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές επιπτώσεις στους ενήλικες από ότι στα παιδιά. Οι ενήλικες είναι πιο πιθανό να ενεργούν σύμφωνα με τις παρορμήσεις τους. Για παράδειγμα, όταν οι πιέσεις της ενήλικης ζωής αυξάνονται, η υπερκινητικότητα τείνει να μειώνεται στους ενήλικες, ενώ η απροσεξία τείνει να παραμένει η ίδια (Caci, Morin & Tran, 2014).

Ακολουθεί μια λίστα συμπτωμάτων που έχουν προταθεί από ορισμένους επαγγελματίες ως συνδεδεμένα με ΔΕΠΥ σε ενήλικες (Li et al, 2016) :

1. Απροσεξία και έλλειψη προσοχής στη λεπτομέρεια, καθώς και να ξεκινούν συνεχώς νέες δουλειές πριν ολοκληρώσουν αυτές που έχουν ήδη ξεκινήσει
2. Αδύναμες οργανωτικές δεξιότητες
3. Ανικανότητα συγκέντρωσης ή ιεράρχησης εργασιών

4. Συνεχεία περιπτώσεις λανθασμένης τοποθέτησης ή απώλειας πραγμάτων
5. Ευερεθιστότητα
6. Εναλλαγές της διάθεσης
7. Αδυναμία αντιμετώπισης του στρες
8. Σοβαρή ανυπομονησία
9. Ανάληψη υψηλού κινδύνου δραστηριοτήτων, συνήθως με ελάχιστη ή καθόλου ανησυχία για την προσωπική ασφάλεια ή την ασφάλεια των άλλων - για παράδειγμα, επικίνδυνη οδήγηση (NHS, 2022).

1.3. ΔΕΠΥ & ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Αν και αυτό δεν συμβαίνει πάντα, υπάρχει η πιθανότητα ορισμένα παιδιά να έχουν σημάδια και άλλων διαταραχών εκτός από τη ΔΕΠΥ (Spencer, 2006). Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Αγχώδης διαταραχή: Η αγχώδης διαταραχή είναι μια κατάσταση που προκαλεί σε ένα παιδί ανησυχία και νευρικότητα τις περισσότερες φορές. Μπορεί επίσης να προκαλέσει σωματικά συμπτώματα, όπως γρήγορο καρδιακό παλμό, εφίδρωση και ζάλη. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι πολύ συχνές.
2. ODD: Το ODD σημαίνει αντιθετική προκλητική διαταραχή και περιγράφει ένα πρότυπο συμπεριφοράς που είναι εχθρικό και μη συνεργάσιμο, ειδικά προς ενήλικες σε θέσεις εξουσίας, όπως γονείς και δάσκαλοι.
3. Διαταραχή Συμπεριφοράς: Μια διαταραχή συμπεριφοράς χαρακτηρίζεται από την τάση ενός ατόμου να εμπλέκεται σε σοβαρά αντικοινωνική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένης, ενδεικτικά, της κλοπής, της μάχης, του βανδαλισμού και της πρόκλησης τραυματισμού σε άλλους ανθρώπους ή ζώα.
4. Προβλήματα Ύπνου: Τα προβλήματα με τον ύπνο ή την παραμονή στον ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας, καθώς και τα ακανόνιστα πρότυπα ύπνου, αποτελούν παραδείγματα διαταραχών ύπνου.

5. ΔΑΦ: Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, γνωστή και ως ASD, χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία, τα ενδιαφέροντα και τη συμπεριφορά.
6. Δυσπραξία: Μια κατάσταση γνωστή ως δυσπραξία είναι αυτή που παρεμβαίνει στην ικανότητα κάποιου να συντονίζει τις κινήσεις του.
7. Επιληψία: Η επιληψία είναι μια κατάσταση που προκαλείται από βλάβη στον εγκέφαλο και οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες κρίσεις ή επιληπτικές κρίσεις.
8. Σύνδρομο Tourette: Μια διαταραχή του νευρικού συστήματος γνωστή ως σύνδρομο Tourette χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία ανεξέλεγκτων θορύβων και κινήσεων (τικ)
9. Προκλήσεις στη μάθηση, όπως η δυσλεξία

(Fischer et al, 2007)

Στους ενήλικες, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) μπορεί να συνυπάρχει με μια σειρά από άλλες διαταραχές ή προβλήματα, όπως ακριβώς συμβαίνει στα παιδιά και τους εφήβους (Katzman et al, 2017):

1. Κατάθλιψη: Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο διαδεδομένες ψυχικές ασθένειες (Fischer et al, 2007)
2. Διαταραχές Προσωπικότητας: Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι καταστάσεις στις οποίες ένα άτομο σκέφτεται, αντιλαμβάνεται, αισθάνεται ή σχετίζεται με τους άλλους με τρόπο που διαφέρει σημαντικά από το τυπικό άτομο.
3. OCD: Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) είναι μια κατάσταση που προκαλεί στους ανθρώπους ιδεοψυχαναγκαστικές σκέψεις και ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές
4. Διπολική Διαταραχή: Η διπολική διαταραχή είναι μια κατάσταση που επηρεάζει τη διάθεσή, η οποία μπορεί να μεταβάλλεται από το ένα άκρο στο άλλο.

Τα προβλήματα συμπεριφοράς που συνδέονται συνήθως με τη ΔΕΠΥ μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε άλλες επιπλοκές, όπως προκλήσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην κοινωνική αλληλεπίδραση (NHS, 2022) (Anastopoulos et al, 2018).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ. ΔΕΠΥ & ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ

2.1. ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΔΟΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ

Η σύγχρονη έρευνα, έχει στραφεί στη διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των εκπαιδευτικών όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων, σε σχέση με τους μαθητές με ΔΕΠΥ και τις επιδόσεις τους. Η σημασία των στάσεων και των απόψεων των εκπαιδευτικών είναι εξαιρετική, καθώς αποτελούν τους υπεύθυνους για την πορεία των μαθητών, ενώ οι προκλήσεις που συναντούν, μπορούν να αποτελέσουν έναυσμα για την έρευνα σε νέες μεθόδους και πρακτικές διαχείρισης των συμπτωμάτων και αύξησης της επίδοσης των μαθητών.

Σύμφωνα με την Μάντζαρη (2016) η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα αποτελεί ένα σημαντικό πεδίο της σύγχρονης παιδαγωγικής έρευνας. Η έρευνα που πραγματοποίησε διερευνά τους τρόπους με τους οποίους οι εκπαιδευτικοί αλληλοεπιδρούν με μαθητές με ΔΕΠ-Υ, τους τρόπους με τους οποίους οι εκπαιδευτικοί συνεργάζονται με τους γονείς των μαθητών και άλλα εξειδικευμένα ιδρύματα και υπηρεσίες, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μαθητές σύμφωνα με την παρατήρηση των εκπαιδευτικών, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν από τους συμμετέχοντες στην εκπαιδευτική διαδικασία, τα συναισθήματά τους ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεών τους με μαθητές με ΔΕΠΥ και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι. Παρουσιάζονται ακόμη αναλυτικά οι προσεγγίσεις και οι διαδικασίες που αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν οι εκπαιδευτές για να ξεπεράσουν τις προκλήσεις που έχουν προκύψει στην τάξη. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό, διερευνάται η άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την καταλληλότητα του εκπαιδευτικού συστήματος για τους προαναφερθέντες μαθητές και τον βαθμό στον οποίο έχουν εκπαιδευτεί επαρκώς για να αντιμετωπίζουν ζητήματα που αφορούν τη διαταραχή. Πραγματοποιήθηκε έρευνα με 131 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και σε καθένα από αυτούς δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τα προαναφερθέντα θέματα και προβληματισμούς. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχει

επαρκή επίγνωση της διαταραχής, ότι έχει συμπάθεια προς τους μαθητές με ΔΕΠΥ, ότι είναι σε θέση να εφαρμόσουν ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών στη διδασκαλία και ότι είναι διαθέσιμοι να συνεργάζονται με γονείς και ειδικούς και να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικά προγράμματα με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της διαταραχής και την ενίσχυση των δεξιοτήτων τους για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν μεταξύ των μαθητών με ΔΕΠΥ μέσα στην τάξη.

Η μελέτη των Χονδρομπίλα και Γιαβρίμη (2020) διεξήχθη με σκοπό να ρίξει φως στην κατανόηση των εκπαιδευτικών σε σχέση με ζητήματα που αφορούν τους μαθητές που διαγιγνώσκονται με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), καθώς και στις δυνατότητες συνεκπαίδευσης των μαθητών στο χώρο της ελληνικής εκπαίδευσης. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 26 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι δάσκαλοι αυτοί εργάζονταν τόσο στην κανονική όσο και στην ειδική εκπαίδευση. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας κυριαρχεί στον τομέα της εκπαίδευσης. Οι στάσεις των δασκάλων προς τους μαθητές με ΔΕΠΥ είναι θετικές, ως επί το πλείστον. Ωστόσο, αναδεικνύονται δυσκολίες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του μαθητή που έχει ΔΕΠΥ, όπως και η ανεπάρκεια της εκπαιδευτικής πολιτικής.

Σύμφωνα με την Παυλάκη (2020) η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) είναι μια νευροβιολογική πάθηση που είναι χρόνια, αναπτυξιακή και εκδηλώνεται σε νήπια και παιδιά σχολικής ηλικίας. Οι εκπαιδευτικοί παίζουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και την αποτελεσματική διαχείριση αυτής της πάθησης. Η μελέτη της είχε ως στόχο να διερευνήσει τα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας που έχουν οι Εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με την ακαδημαϊκή, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία των μαθητών με διάγνωση ΔΕΠΥ. 200 δάσκαλοι γενικής αγωγής και δάσκαλοι ειδικής αγωγής από δημόσια δημοτικά σχολεία της Αττικής συμμετείχαν στην έρευνα και συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο σχετικά με τις αντιλήψεις και τις γνώσεις τους για τη ΔΕΠΥ, την αυτο-αποτελεσματικότητα και την επάρκεια των ικανοτήτων τους για ΔΕΠΥ, καθώς και τα δημογραφικά τους στοιχεία και πληροφορίες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, οι δάσκαλοι που εργάζονται στη γενική εκπαίδευση έχουν μεγαλύτερη κατανόηση των

χαρακτηριστικών και των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, ενώ οι δάσκαλοι που εργάζονται στην ειδική αγωγή κατανοούν καλύτερα την αιτιολογία της διαταραχής και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές για αυτήν. Επιπλέον, οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής έχουν υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα από τους καθηγητές γενικής αγωγής όταν πρόκειται για τη διαχείριση μαθητών που έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). Συμπερασματικά, οι δάσκαλοι που έχουν υγιή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας είναι πιο πιθανό να εφαρμόσουν στρατηγικές δημιουργικής διαχείρισης της τάξης, να καλλιεργήσουν ένα ενθαρρυντικό περιβάλλον μάθησης και να κρατήσουν τους μαθητές εμπλεκόμενους στη μαθησιακή διαδικασία, δεδομένα τα οποία συμβάλλουν στην αύξηση των κινήτρων των μαθητών και τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις. Συμπερασματικά, βρέθηκε να υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και των γνώσεων και στάσεων που διατηρούν οι εκπαιδευτικοί τόσο στη γενική όσο και στην ειδική εκπαίδευση. Αυτή η συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο ή τον αριθμό των ετών υπηρεσίας στον τομέα των εκπαιδευτικών.

Σύμφωνα με τον Χατζηαγοράκη (2015), δεδομένου ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (γνωστή και ως ΔΕΠΥ) είναι μια από τις πιο κοινές διαταραχές που επηρεάζουν τα παιδιά και τους εφήβους σχολικής ηλικίας, είναι πολύ πιθανό σε κάθε τάξη να υπάρχει τουλάχιστον ένας μαθητής που πάσχει από αυτή την πάθηση. Λόγω των ειδικών απαιτήσεων για συγκέντρωση, προσοχή και αυτοέλεγχο, το σχολείο και η τάξη είναι τα μέρη όπου είναι πιο πιθανό να εντοπιστεί η διαταραχή. Ο ρόλος του εκπαιδευτή στην έγκαιρη αναγνώριση της διαταραχής είναι καθοριστικός για την άμεση αντιμετώπισή της γιατί σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες μπορεί να σχεδιάσει προγράμματα παρέμβασης κατάλληλα για την περίπτωση.

Σκοπός της έρευνας του Χατζηαγοράκη (2015) είναι η διερεύνηση της γνώσης των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τη ΔΕΠΥ πραγματοποιώντας ανάλυση απόδοσης σε τρεις κλίμακες: α) γενικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, β) συμπτώματα της διαταραχής και γ) θεραπείες για τη διαταραχή. Από τις επτά Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης που απαρτίζουν την Περιφερειακή Διεύθυνση Εκπαίδευσης

Κεντρικής Μακεδονίας, στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 154 εκπαιδευτικοί (68 άνδρες και 86 γυναίκες). Η πλειονότητα αυτών των εκπαιδευτικών ήταν μεταξύ 46 και 55 ετών. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν σε καθεμία από τις επτά διευθύνσεις προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας έναν τύπο που εξασφάλιζε ότι θα αντιστοιχούσαν αναλογικά στον αριθμό των δημοτικών σχολείων της Περιφερειακής Διεύθυνσης Εξωτερικών Υποθέσεων Κεντρικής Μακεδονίας. Αυτό επιτεύχθηκε με τον υπολογισμό του αριθμού των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν σε καθεμία από τις επτά τοποθεσίες. Το KADDS, γνωστό και ως Κλίμακα Διαταραχών Ελλειμματικής Προσοχής, ήταν το όργανο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα (Sciutto, Terjesen & Bender-Frank, 2000). Το KADDS είναι μια κλίμακα 36 βαθμών που βαθμολογεί τις προτάσεις με βάση το ακόλουθο μοτίβο: Σε κάθε πρόταση, οι απαντήσεις είναι είτε Σωστό (s), Λάθος (l) ή Δεν γνωρίζω (dx). Ο αρχικός σκοπός της κλίμακας, η οποία αναπτύχθηκε από τους Sciutto και Feldhamer (1994), ήταν να αξιολογήσει το επίπεδο γνώσης που κατείχαν οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας σχετικά με κρίσιμες πτυχές της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), συμπεριλαμβανομένων των γενικών χαρακτηριστικών, των συμπτωμάτων/διάγνωσης και της θεραπείας/παρέμβασης.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης της έρευνας, το συνολικό ποσοστό των ακριβών απαντήσεων που έλαβαν οι εκπαιδευτικοί στην κλίμακα βαθμολογίας των γενικών γνώσεων για τη ΔΕΠΥ ήταν 46%. Συγκεκριμένα, το 33,7% των εκπαιδευτικών γνωρίζει τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ, ενώ το 72,7% γνωρίζει τα συμπτώματα, αλλά μόνο το 31,2% των εκπαιδευτικών γνωρίζει τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές για τη διαταραχή. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, φαίνεται ότι οι γνώσεις που έχουν οι εκπαιδευτικοί για τη ΔΕΠΥ είναι ανεπαρκείς. Φάνηκε ότι περισσότεροι άνθρωποι γνώριζαν τα συμπτώματα της διαταραχής, αλλά λιγότεροι γνώριζαν τη θεραπεία της. Τα ευρήματά της και η έρευνά της παρουσιάζουν στοιχεία καταδεικνύουν την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση των δασκάλων για ΔΕΠΥ, με έμφαση σε θέματα που σχετίζονται με τη διαχείριση της διαταραχής (Χατζηαγοράκης 2015).

Σύμφωνα με την Βαρσάμη (2018), μία από τις πιο κοινές ψυχικές παθήσεις που επηρεάζουν τους μαθητές αποτελεί η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-

Υπερκινητικότητα ή ADHD. Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν την παρορμητικότητα, την απροσεξία και την υπερκινητικότητα (Barkley, 1987). Σύμφωνα με εκτιμήσεις που βασίζονται σε έρευνα που διεξήχθη παγκοσμίως, το 5,3% των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων τόσο των ενηλίκων όσο και των παιδιών, πάσχουν από ΔΕΠΥ (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Στόχος της μελέτης της Βαρσάμη (2018) είναι να διερευνήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις που έχουν οι δάσκαλοι στα δημοτικά σχολεία και τα νηπιαγωγεία απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠΥ και την υποστήριξη που παρέχεται σε αυτούς τους μαθητές όσο είναι παρόντες στο εκπαιδευτικό περιβάλλον. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν περιελάμβαναν ερωτήσεις σχετικά με το τι γνωρίζουν οι δάσκαλοι για την υποστήριξη των μαθητών με ΔΕΠΥ και εάν υπάρχουν ή όχι διαφορές στις στάσεις και αντιλήψεις που έχουν οι εκπαιδευτικοί λόγω παραγόντων όπως το επίπεδο εκπαίδευσής τους, ο αριθμός των ετών εμπειρίας τους ή η ηλικία τους.

Η έρευνα διεξήχθη σε νηπιαγωγεία και δημοτικά σχολεία της δεύτερης περιφέρειας της Αθήνας και συμμετείχαν συνολικά 97 εκπαιδευτικοί. Ως εργαλείο έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο και περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με δημογραφικά στοιχεία καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τη βοήθεια που παρέχουν οι εκπαιδευτικοί σε παιδιά με ΔΕΠΥ. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση. Αν και οι γνώσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ήταν περιορισμένες όσον αφορά τους τρόπους αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ προκειμένου να μειώσουν τα συμπτώματά της όσο το δυνατόν περισσότερο, ήταν σαφές ότι οι δάσκαλοι ξέρουν πώς να υποστηρίζουν τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ στο σύνολο των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, σημειώθηκε μεγάλη διακύμανση στο δείγμα, επειδή τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, τα χρόνια εμπειρίας και οι ηλικίες των εκπαιδευτών οδήγησαν σε διάσταση μεταξύ των απόψεων, των στάσεων και των αντιλήψεων.

Συμπερασματικά, η ανάγκη για συμβουλευτική υποστήριξη ήταν απαραίτητη στα σχολεία γιατί οι στάσεις και οι αντιλήψεις που έχουν οι εκπαιδευτικοί είναι ο λόγος που η πλειοψηφία τους παραμελεί να απαντήσει στην ερώτηση "τι θα κάνατε αν είχατε ένα παιδί με ΔΕΠΥ στην τάξη σας;" Με άλλα λόγια, η πλειοψηφία των δασκάλων δεν ξέρουν πως να διαχειριστούν έναν

μαθητή με ΔΕΠΥ στην τάξη (Το εβδομήντα τοις εκατό των εκπαιδευτών δεν απάντησε στην ερώτηση) (Βαρσάμη, 2018).

2.2.ΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΕ ΜΑΘΗΣΙΑΚΟ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

Σύμφωνα με την Ευλογία (2020) τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ συχνά εμφανίζουν μια ποικιλία συμπεριφορών που επηρεάζουν αρνητικά τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις και τις σχέσεις τους με μαθητές και εκπαιδευτικούς μέσα στην τάξη.

Οι μαθητές με ΔΕΠΥ συχνά αποσπώνται, δεν μπορούν να ακολουθήσουν τις οδηγίες και την παράδοση του μαθήματος από τον εκπαιδευτικό, ενώ τείνουν να απασχολούν τους συμμαθητές τους με διάφορους τρόπους. Επιπλέον, τοποθετούν λάθος μια ποικιλία παιδαγωγικών μέσων, όπως σχολικά βιβλία και μολύβια και δυσκολεύονται να φροντίσουν και να οργανώσουν τα ντουλάπια τους, τα βιβλία εργασίας τους και το θρανίο τους, μεταξύ άλλων (DuPaul & Jimerson, 2014). Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλότερη βαθμολογία, χαμηλότερες επιδόσεις σε τυποποιημένα τεστ, υψηλότερη πιθανότητα παραπομπής για εκπαίδευση ειδικής αγωγής και άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές (DuPaul, Weyandt & Janusis, 2011).

Μερικά από τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα άγχους και αισθήματος εγκατάλειψης, παραβίαση των κανόνων του μαθήματος χωρίς να ληφθούν υπόψη οι συνθήκες και εγκατάλειψη ενεργών πρωτότυπων συμπεριφορών.

Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν φιλίες με άλλα παιδιά. Ως αποτέλεσμα, είναι πιο πιθανό να απορριφθούν από τους συνομηλίκους τους και να βιώσουν μια ευρεία ποικιλία συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένης της αγχώδους διαταραχής και των συναισθημάτων της υπερέντασης (DuPaul & Jimerson, 2014).

Όταν η συμπεριφορά ενός παιδιού ενοχλεί το παιδί ή τους ανθρώπους γύρω του και προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα η συμπεριφορά του ορίζεται

ως προβληματική, διαταραγμένη ή ανεπιθύμητη (Καλαντζή-Αζίζι, 2004). Τα συμπεριφορικά προβλήματα, συχνά αποτελούν εξίσου σημαντικές προκλήσεις με τα μαθησιακά προβλήματα για τους εκπαιδευτικούς. Σύμφωνα με τα ευρήματα μελετών που έγιναν σε όλο τον κόσμο, οι διαταραχές συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία είναι οι πιο διαδεδομένες και συχνές μορφές δυσλειτουργίας σε επίπεδο διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων (Carr, 1999). Οι διαταραχές αυτές συνοδεύονται και από σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής του παιδιού σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης (προσχολική, πρωτοβάθμια εκπαίδευση, δευτεροβάθμια εκπαίδευση) (Κουρκούτας, 2007).

Επειδή οι προβληματικές μορφές συμπεριφοράς θεωρούνται ενέργειες και συμπεριφορές του παιδιού που δεν ταιριάζουν με την ηλικία του και σχετίζονται με σταθερά πρότυπα προκλητικής, αντικοινωνικής και επιθετικής συμπεριφοράς προς τους άλλους, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μπορεί να συνδέονται με ποικίλες αιτίες (συνομήλικοι, γονείς, δάσκαλοι κ.λπ.). Κατά τη διάρκεια των πρώτων σχολικών ετών, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), η αντιθετική προκλητική διαταραχή (ΑΔΔ) και η διαταραχή συμπεριφοράς είναι οι πιο διαδεδομένες μορφές διαταραχών που συνδέονται με προβλήματα συμπεριφοράς (CD) (Βλασσοπούλου, 2019). Αυτές οι τρεις συνθήκες μπορούν να εκδηλωθούν ταυτόχρονα, μεμονωμένα ή σε μια μεγάλη ποικιλία διαφορετικών μεταθέσεων και συνδυασμών.

Σύμφωνα με την Τσούτσουρα (2020), όσον αφορά τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), η σχολική ηλικία είναι η αναπτυξιακή περίοδος που έχει μελετηθεί περισσότερο. Μέχρι σχετικά πρόσφατα, η ΔΕΠΥ θεωρούταν μια διαταραχή της σχολικής ηλικίας. Ωστόσο, μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και τα συμπτώματά της τείνουν να μειώνονται κατά την εφηβεία. Ως μακροχρόνια πάθηση, σίγουρα έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας.

Η αρχή ενός νέου κύκλου συμπτωμάτων που συνδέονται με τη σχολική εργασία πυροδοτείται όταν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ εισέρχεται σε ένα περιβάλλον σχεδιασμένο για μάθηση. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά πρόκειται να γίνουν ακόμη πιο δύσκολες ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι, εκτός από τις προκλήσεις που έχουν ήδη αντιμετωπίσει, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν και μαθησιακές δυσκολίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα παράπονα των

δασκάλων για τη συμπεριφορά των παιδιών θα αναγκάσουν σημαντικό αριθμό γονέων των παιδιών να αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες. Η παραπομπή παιδιών σε Κέντρα Ιατρικής Εκπαίδευσης γίνεται συχνότερα κατά τα σχολικά χρόνια, όπως προκύπτει από τα ερευνητικά δεδομένα από την Ελλάδα, τα οποία συγκλίνουν απόλυτα με τα ερευνητικά δεδομένα από άλλες χώρες του κόσμου. Πραγματοποιήθηκε έρευνα με δείγμα παιδιών και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 55,6% των παιδιών ήταν σχολικής ηλικίας, το 12,2% ήταν προσχολικής ηλικίας και το 35,1% των παιδιών του δείγματος είχαν μαθησιακές δυσκολίες.

Τα παιδιά που έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) έχουν συχνά προκλητικές και προβληματικές συμπεριφορές, τόσο στην τάξη όσο και στο σπίτι. Επειδή αδυνατούν να ακολουθήσουν τις οδηγίες, έχουν εκρηκτικά ξεσπάσματα οργής και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις οδηγίες των ενηλίκων (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2006).

Κατά τη διάρκεια των σχολικών τους χρόνων, τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αδυναμία να ολοκληρώσουν τις δραστηριότητες που τους έχουν ανατεθεί, κάτι που συμμερίζονται τόσο οι γονείς όσο και οι δάσκαλοι αυτών των παιδιών. Είναι ιδιαίτερα υπερκινητικά και παρορμητικά στην τάξη, με αποτέλεσμα να διαταράσσουν τη ροή του μαθήματος. Επιπλέον, δεν μπορούν ή δυσκολεύονται σημαντικά να καθίσουν στο θρανίο τους για μεγάλο χρονικό διάστημα σιωπηλοί ενώ παρακολουθούν το μάθημα. Η συντριπτική τους πλειονότητα, κατά καιρούς δέχεται επιπλήξεις από τους δασκάλους τους, οι οποίοι τελικά τους αντιμετωπίζουν μόνο όταν η συμπεριφορά τους προκαλεί αναστάτωση. Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ έχουν συχνά μια στρεβλή κατανόηση αυτής της πραγματικότητας, με αποτέλεσμα να πιστεύουν ότι οι άλλοι άνθρωποι θα αλληλεπιδράσουν μαζί τους μόνο εάν εμπλακούν σε τουλάχιστον μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Αυτή η στρεβλή κατανόηση έρχεται μόνο να επιδεινώσει την κατάσταση, καθώς διδάσκει σε αυτά τα παιδιά ότι τα άλλα παιδιά, οι εκπαιδευτικοί ή ακόμη και οι γονείς θα αλληλεπιδράσουν μαζί τους μόνο εάν εμπλακούν σε τουλάχιστον μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2006).

Κατά τη διάρκεια του μαθήματος, πολλοί δάσκαλοι απεικονίζουν αυτά τα παιδιά ως αφηρημένα, παρά το γεγονός ότι αυτό δεν συμβαίνει. Είναι πιθανό η

συμπεριφορά τους να δείχνει αδιαφορία, αλλά στην ουσία το πρόβλημα είναι ότι οι δραστηριότητες που προτείνουν οι εκπαιδευτικοί αποτυγχάνουν να κεντρίσουν το ενδιαφέρον των μαθητών. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό τους είναι η ασυνέπεια στις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να επιτύχουν σε μια δραστηριότητα τη μια μέρα και να αποτύχουν στην ίδια δραστηριότητα την επόμενη μέρα. Ωστόσο, αυτή η ασυνέπεια είναι χαρακτηριστική της διαταραχής τους γιατί είναι άμεσο αποτέλεσμα της παρορμητικής συμπεριφοράς που εκδηλώνουν (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2006). Οι ίδιες ασυνέπειες μπορούν να εντοπιστούν και στο σπίτι όσον αφορά τη μελέτη τους, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα έντονες συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια. Επιπλέον, έχουν φτωχές οργανωτικές ικανότητες, όπως αποδεικνύεται από το γεγονός ότι ξεχνούν εύκολα τα πράγματα, είναι ακατάστατα και έχουν αποδιοργανωμένο εργασιακό περιβάλλον.

Οι ελλείψεις των παιδιών σε εκτελεστικές λειτουργίες γίνονται πιο εμφανείς όταν φτάσουν στο σχολικό ηλικιακό επίπεδο. Ο όρος "εκτελεστικές λειτουργίες" αναφέρεται σε ένα σύνολο δεξιοτήτων που περιλαμβάνουν μνήμη εργασίας, γνωστική ευελιξία, προγραμματισμό και οργάνωση, καθώς και ανασταλτικό έλεγχο και αναστολή παρορμητικών αντιδράσεων. Ο ανασταλτικός έλεγχος περιλαμβάνει όχι μόνο τον εκούσιο έλεγχο των αντιδράσεων κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας, αλλά και την επιλεκτική αναστολή της επεξεργασίας άσχετων πληροφοριών σε συνδυασμό με τη δραστηριότητα, καθώς και την αναστολή αυτοματοποιημένων αντιδράσεων κατά την εκτέλεση ελεγχόμενων ενεργειών. Σύμφωνα με τους Μαλεγιαννάκης και συν. (2012, όπως αναφέρουν οι Κακούρος & Μανιαδάκη) τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι πιο πιθανό να κάνουν λάθη, όπως να απαντούν βιαστικά και χωρίς σκέψη σε ερωτήσεις των δασκάλων τους και να μην περιμένουν τη σειρά τους για να μιλήσουν, κάτι που δείχνει ότι έχουν παρορμητικές αντιδράσεις.

Η μνήμη εργασίας είναι ένα παράδειγμα μιας πρόσθετης κατηγορίας εκτελεστικών λειτουργιών. Η μνήμη είναι ένα γνωστικό σύστημα που αποθηκεύει και επεξεργάζεται πληροφορίες για μικρό χρονικό διάστημα, όπως μερικά δευτερόλεπτα ή λεπτά. Είναι διχασμένο σε τέσσερα διακριτά υποσυστήματα, καθένα από τα οποία εκτελεί ένα μοναδικό σύνολο δραστηριοτήτων. Σύμφωνα με

τους Βογινδρούκα, Οκαλίδου και Σταυρακάκη (2010), το φωνολογικό κύκλωμα είναι υπεύθυνο για τη βραχυπρόθεσμη διατήρηση λεκτικών και ακουστικών πληροφοριών, το οπτικοχωρικό σημειωματάριο είναι υπεύθυνο για τη διατήρηση οπτικοχωρικών και κιναισθητικών πληροφοριών, ο κεντρικός επεξεργαστής είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο, προσοχή και προσδιορισμό του ποιες πληροφορίες πρέπει να υποβληθούν σε περαιτέρω επεξεργασία και ο διαχειριστής συμβάντων είναι υπεύθυνος για την ενοποίηση των πληροφοριών.

Τα τμήματα του φωνολογικού και οπτικοχωρικού κυκλώματος, καθώς και ο κύριος επεξεργαστής, συνεχίζουν να δημιουργούν προκλήσεις για τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ. Παρά το γεγονός ότι η ΔΕΠΥ έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στη λειτουργία της μνήμης εργασίας κάποιου, η βραχυπρόθεσμη μνήμη του ατόμου δεν επηρεάζεται. Δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η διατήρηση της βραχυπρόθεσμης μνήμης των παιδιών από μόνη της δεν θα είναι αρκετή για να βελτιώσει τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις.

Οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ, η μειωμένη γνωστική ευελιξία και οι δυσκολίες με τη λεκτική ροή μπορούν όλα να έχουν αντίκτυπο σε εκτελεστικές λειτουργίες όπως ο προγραμματισμός. Όλες αυτές οι ελλείψεις έχουν αντίκτυπο όχι μόνο στις ακαδημαϊκές απαιτήσεις που πρέπει να πληρούν τα παιδιά αλλά και σε σημαντικές πτυχές της καθημερινότητάς τους, όπως η ικανότητα να ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους, να λύνουν προβλήματα και να βάζουν στόχους (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η αντίληψη του χρόνου επηρεάζεται με τρόπο που σχετίζεται με πρόσθετα γνωστικά ελλείμματα που γίνονται εμφανή. Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ δεν αντιλαμβάνονται τον χρόνο με τον ίδιο τρόπο που αντιλαμβάνονται τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, και αυτός είναι ο λόγος που συχνά οι εκπαιδευτικοί δυσκολεύονται να ορίσουν τις εργασίες τους και τη μελέτη τους με βάση τυπικά χρονοδιαγράμματα. Όσον αφορά τους μηχανισμούς κινήτρων, έχει βρεθεί ότι τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ προτιμούν να λαμβάνουν άμεσες ανταμοιβές βραχυπρόθεσμα, ακόμα κι αν κάτι τέτοιο θα έχει ως αποτέλεσμα μικρότερες αμοιβές επειδή δεν έχουν τη δυνατότητα να περιμένουν. Η παρουσία ή η απουσία ΔΕΠΥ είναι επίσης ένας παράγοντας στην ανάπτυξη και εκτέλεση οργανωτικών στρατηγικών, στη συμμόρφωση με περιοριστικές εντολές, στον αυτοέλεγχο, στη

συναισθηματική ρύθμιση και στην ικανότητα υιοθέτησης μιας κοινωνικής προοπτικής. Όλα αυτά είναι παραδείγματα μεταγνωστικών δεξιοτήτων.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να καταλάβουν ότι είναι υπεύθυνα για τις πράξεις τους, ακόμη και σε αυτή την ηλικία που τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά είναι σε θέση να καταλάβουν ότι είναι υπεύθυνα για τις πράξεις τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ισχυρίζονται ότι οι άλλοι φταίνε για τις πράξεις τους, επειδή υποστηρίζουν ότι δεν έχουν καμία δύναμη να επηρεάσουν αυτό που συμβαίνει. Φαίνεται ότι δεν έχουν αυτοπεποίθηση, κάτι που ενισχύεται τόσο από τους γονείς όσο και από τους δασκάλους των παιδιών, γεγονός που τα οδηγεί στο να εγκαταλείψουν κάθε προσπάθεια στο σχολείο. Είναι δεδομένο ότι τα παιδιά που έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ADHD) θα έχουν χαμηλότερη απόδοση από άλλα παιδιά επειδή δεν μπορούν να επικεντρωθούν στις σχολικές εργασίες ή στη μελέτη στο σπίτι σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν έχουν ΔΕΠΥ.

Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ αγωνίζονται σε έναν ακόμη τομέα, που είναι η ικανότητά τους να σχηματίζουν και να διατηρούν ουσιαστικές σχέσεις με τους άλλους. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν μεταξύ 52 και 82 τοις εκατό πιθανότητες να απορριφθούν από τους συνομηλικούς τους λόγω έλλειψης κοινωνικών δεξιοτήτων (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η διατήρηση θετικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, η αποφυγή επιθετικών και παρορμητικών αντιδράσεων και η εργασία για την επίλυση διαφορών που προκύπτουν με άλλους μέσω εναλλακτικών μεθόδων είναι όλα παραδείγματα κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι κοινωνικές δεξιότητες σχετίζονται με την ικανότητα του ατόμου να μπαίνει στη θέση ενός άλλου ανθρώπου (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2006). Συχνά επιδίδονται σε προκλητική συμπεριφορά επίτηδες προκειμένου να τραβήξουν την προσοχή των συγχρόνων τους και να αποτρέψουν τον εαυτό τους από το να γίνουν κοινωνικά αποδεκτοί. Σε σύγκριση με τις σχέσεις που έχουν τα άλλα παιδιά, οι δικές τους χαρακτηρίζονται από αστάθεια, μικρή διάρκεια και μεγάλη ένταση. Όταν ένα παιδί έχει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), οι αλληλεπιδράσεις που έχει με τους συνομηλικούς και τους δασκάλους του κατά τα σχολικά του χρόνια θα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη μετέπειτα ανάπτυξή του, τόσο στην εφηβεία όσο και στην ενήλικη ζωή του (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2012).

Ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται αυτές οι συμπεριφορές τόσο από τους γονείς όσο και από τα παιδιά, καθώς και από τους εκπαιδευτικούς, είναι εξαιρετικά σημαντικός επειδή μπορεί να επηρεάσει την πιθανότητα διαταραχών όπως η αντιθετική προκλητική διαταραχή, η οποία επηρεάζει μεταξύ 36 και 50 τοις εκατό των παιδιών με ΔΕΠΥ, αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές διάθεσης, που επηρεάζουν μεταξύ 20 και 30 τοις εκατό των παιδιών με ΔΕΠΥ (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2012).

Συμπερασματικά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η περίοδος της ζωής του παιδιού στο σχολείο είναι αυτή που καθορίζει τον δρόμο που θα ακολουθήσει το παιδί στο μέλλον. Κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου, το παιδί θα πρέπει να μπορεί να αποκτήσει τον έλεγχο της δυσκολίας του, να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στο σχολικό πλαίσιο προκειμένου να εκπληρώσει τις απαιτήσεις της σχολικής μάθησης, να έχει μια σαφή εικόνα των ικανοτήτων του και να μάθει πώς να δημιουργεί θετικές διαπροσωπικές σχέσεις. Είναι βέβαιο ότι η μετάβασή του από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και την ενηλικίωση θα είναι εύκολη και ότι θα λάβει την απαραίτητη υποστήριξη και βοήθεια, αλλά αν εγκαταλείψει την προσπάθεια, είναι πολύ πιθανό οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει να γίνουν πιο έντονες (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2012. Τσούτσουρα, 2020).

Λόγω του γεγονότος ότι ο μαθητής με ΔΕΠΥ είναι συχνά υπερκινητικός και απρόσεκτος, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να επιχειρήσουν σημαντικές αλλαγές συμπεριφοράς και προσαρμογές. Το παιδί που έχει διαγνωστεί έχει πλέον μια ταμπέλα, η οποία έχει επηρεάσει την αυτοεκτίμησή του. Κατ' επέκταση, η αυτοεκτίμησή τους μπορεί να συντριβεί και να βλέπουν τους εαυτούς τους ως «προβληματικά» παιδιά. Ακόμη και με την ιατρική παρέμβαση, πολλοί μαθητές δεν μπορούν να διαχειριστούν τη συμπεριφορά τους. Σε άλλες περιπτώσεις, η αγωγή έχει αρνητικά αποτελέσματα ή πρέπει να προσαρμόζεται τακτικά έτσι ώστε η συμπεριφορά να ελέγχεται και να βελτιώνονται οι βαθμοί του παιδιού. Η αντικατάσταση, η αύξηση ή η μείωση του φαρμάκου μπορεί να είναι αρκετά χρονοβόρα, καθώς οι εκπαιδευτικοί πρέπει να συμπληρώσουν κλίμακες αξιολόγησης ή το παιδί πρέπει να υποβάλλεται σε συνεχή δοκιμή απόδοσης για να διαπιστωθεί εάν το φάρμακο κάνει σημαντική διαφορά ή όχι (Shaughnessy & Waggoner, 2015).

Υπάρχουν διάφορες πτυχές συμπεριφοράς με ποικίλα εκπαιδευτικά αποτελέσματα. Ένα παιδί με υπερβολική παρορμητικότητα μπορεί να μην μπορεί να καθίσει ακίνητο ή να ελέγξει τις κινήσεις του. Φωνάζουν απαντήσεις αντί να περιμένουν ήρεμα τον δάσκαλο να τους καλέσει ή ενδέχεται να πουν κάτι ακατάλληλο από παρόρμηση για το οποίο στη συνέχεια μετανιώνουν. Συχνά, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να αφιερώνουν υπερβολικό χρόνο για να επιβλέπουν αυτούς τους μαθητές. Οι παρεμβάσεις τους μπορεί να απαιτούν σύνεση ώστε να μην αποξενωθεί το παιδί, του οποίου η ψυχολογία είναι συχνά ήδη επιβαρυσμένη (Shaughnessy & Waggoner, 2015).

Όσον αφορά την κινητική δραστηριότητα, ο μαθητής μπορεί να κινείται συνεχώς, να χτυπά με μολύβια, να εκφράζεται έντονα, ενώ η συμπεριφορά αυτή καταναλώνει χρόνο που διαφορετικά θα μπορούσε να αφιερωθεί στην εργασία. Ίσως το παιδί δεν έχει την ευκαιρία να διαβάσει, να επανεξετάσει, να επαναλάβει ή να ολοκληρώσει την εργασία του. Ως εκ τούτου, οι βαθμοί τους δεν αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια τις ικανότητές τους, αλλά αντικατοπτρίζουν το γεγονός ότι εμποδίζονται από τη διαταραχή τους να ολοκληρώσουν τις εργασίες τους (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2012).

Στη συνέχεια, ο εκπαιδευτικός πρέπει να υπενθυμίζει συνεχώς στο παιδί να ολοκληρώσει την εργασία του, ή οι γονείς πρέπει να προτρέπουν ή να ενθαρρύνουν το παιδί, ώστε να μην αποξενωθεί περαιτέρω από τις σχολικές εργασίες. Μια συγκεκριμένη εκπαιδευτική ανησυχία είναι η αδυναμία του παιδιού να ολοκληρώσει προτάσεις, παραγράφους, δοκίμια και αναφορές βιβλίων, με αποτέλεσμα να μην είναι καλά εξοπλισμένο ή απροετοίμαστο για τη μετέπειτα πορεία του. Ακόμη και αν ο μαθητής ή η μαθήτρια με ΔΕΠΥ καταφέρει να ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και να επιχειρήσει να ακολουθήσει μία ακαδημαϊκή πορεία, δεν έχει τις θεμελιώδεις δεξιότητες στη γραμματική, τη σύνταξη, τη δομή προτάσεων, τη ρητορική και τη συγγραφή που απαιτούνται για τη σύνθεση έργων. Για πολλούς μαθητές, η ΔΕΠΥ επιμένει σε όλη την ενήλικη ζωή, ενώ μερικοί μαθαίνουν να τη διαχειρίζονται καλύτερα καθώς μεγαλώνουν, ωριμάζουν και αναπτύσσονται (Shaughnessy & Waggoner, 2015).

Συχνά, τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν εναλλαγές της διάθεσης. Επιπλέον, η αγωγή μπορεί να επηρεάσει τον ύπνο του παιδιού, καθώς η πλειονότητα των φαρμάκων για τη ΔΕΠΥ είναι διεγερτικά. Ως αποτέλεσμα, ένα

παιδί με ΔΕΠΥ που λαμβάνει αγωγή μπορεί να γίνει «ευερέθιστο» ή να εμφανίσει χαμηλή ανοχή απογοήτευσης. Πολλά έχουν γραφτεί για το γεγονός ότι πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν το ίδιο επίπεδο ανεκτικότητας με άλλους μαθητές, γεγονός που συμβάλλει στην τάση τους να είναι κοινωνικά απομονωμένοι και μοναχικοί. Εκπαιδευτικά, ο δάσκαλος πρέπει συχνά να παρέχει επιβεβαίωση και να συνεχίσει να επαινεί τον μαθητή για τα έργα του, ώστε να αποφύγει την απομόνωση και την απογοήτευση. Η πρόκληση για τον εκπαιδευτικό στο σημείο αυτό, σχετίζεται με το γεγονός ότι έχει να αντιμετωπίσει τάξεις με πολλούς μαθητές, πολλοί από τους οποίους έχουν την ίδια ή και άλλες διαταραχές. Συνεπώς, πρέπει να χειριστεί την κατάσταση χωρίς ταυτόχρονα κανένα παιδί να αισθανθεί αδικημένο (Shaughnessy & Waggoner, 2015).

Συχνά, ο μαθητής με ΔΕΠΥ στερείται οργάνωσης, προγραμματισμού και δομής. Ως εκ τούτου, ο εκπαιδευτικός πρέπει να είναι ο εξωτερικός πάροχος οργάνωσης αυτού του μαθητή. Συχνά, ένας μαθητής χρειάζεται ένα συνδετήρα με τρεις δακτυλίους για να τακτοποιήσει την εργασία του, ενώ, ακόμα, ένα σημειωματάριο είναι απαραίτητο για την εργασία στο σπίτι. Για την καλύτερη οργάνωση των εργασιών, απαιτείται μια λίστα, ώστε ο μαθητής να θυμάται να φέρει συγκεκριμένα αντικείμενα στο σχολείο. Συχνά απαιτείται από τους μαθητές να καθαρίζουν το θρανίο ή το ντουλάπι τους σε τακτική βάση (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η προσέγγισή πολλών μαθητών με ΔΕΠΥ στην εκπαίδευση μπορεί να είναι τυχαία και αποδιοργανωμένη (Shaughnessy & Waggoner, 2015). Μία από τις πρωταρχικές λειτουργίες του σχολείου είναι να εκπαιδεύει τους μαθητές να ζουν με οργάνωση και υπευθυνότητα. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να χρειάζεται να υπενθυμίζει συνεχώς στον μαθητή με ΔΕΠΥ κανόνες, διαδικασίες, ασκήσεις αλλά και τους κανόνες συμπεριφοράς στην τάξη.

Αν και δεν έχει διεξαχθεί σημαντική μελέτη, υποστηρίζεται ότι πολλοί μαθητές με ΔΕΠΥ υστερούν σε σχέση με τους συνομηλίκους τους όσον αφορά τη γλώσσα. Όταν οι μαθητές είναι απρόσεκτοι ή υπερκινητικοί, είναι εύλογο ότι δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν ως πρότυπο τη γλώσσα των καθηγητών τους, οι οποίοι προσπαθούν να βελτιώσουν την ομιλία των μαθητών τους.

Η ΔΕΠΥ επηρεάζει ορισμένους τομείς σημαντικά περισσότερο από άλλους. Τα μαθηματικά είναι ένα μάθημα που απαιτεί ισχυρή συγκέντρωση και υψηλό

επίπεδο ανοχής στην απογοήτευση - ένα χαρακτηριστικό που λείπει από τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠΥ. Δεδομένου ότι πολλά παιδιά αντιπαθούν τα μαθηματικά ή την αριθμητική, ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ θα δυσκολευτεί ακόμη περισσότερο να διατηρήσει τη συγκέντρωση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ένα παιδί που έχει επίσημα διαγνωστεί με ΔΕΠΥ θα πρέπει να λάβει τις κατάλληλες εκπαιδευτικές τροποποιήσεις (Shaughnessy & Waggoner, 2015).

Συνήθως, ο μαθητής θα λάβει προνομιακή θέση ή επιπλέον χρόνο για να ολοκληρώσει την εργασία και άλλες δραστηριότητες που καλείται να αντιμετωπίσει. Σε άλλες περιπτώσεις, ο φόρτος εργασίας του παιδιού με ΔΕΠΥ θα μειωθεί. Έτσι, ένας μαθητής με σοβαρή ΔΕΠΥ μπορεί να χρειαστεί να συμπληρώσει μόνο τις περιττές ερωτήσεις σε μια εργασία, και όχι τις άρτιες ή μπορεί απλώς να τους ζητηθεί να λύσουν 25 από τα 50 προβλήματα πολλαπλασιασμού.

Η ανάγνωση είναι μια ανυπέρβλητη πρόκληση για ορισμένους μαθητές με ΔΕΠΥ. Ο μαθητής μπορεί να τα πάει καλύτερα εάν το βιβλίο παρέχεται σε φωνητικό αντίγραφο ή εάν επιτρέπεται στο παιδί να διαβάσει το περιεχόμενο δυνατά. Λόγω της διάχυτης φύσης της ανάγνωσης στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ βρίσκεται σε σοβαρά μειονεκτική θέση, ανεξάρτητα από τη φαρμακευτική αγωγή. Σε όλες τις παραπάνω αναφερόμενες κατηγορίες, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ακόμη και αν το παιδί παίρνει αγωγή, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να μην διαρκέσει όλη την ημέρα. Κατά συνέπεια, οι δάσκαλοι αναφέρουν ότι ο μαθητής αρχίζει να δυσκολεύεται ολοένα και περισσότερο με την πάροδο των ωρών. Ωστόσο, ο εκπαιδευτικός δεν έχει το δικαίωμα ή την ικανότητα να προτείνει στον γιατρό να αυξήσει τη δόση του φαρμάκου (Shaughnessy & Waggoner, 2015).

2.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΚΑΙ ΟΡΘΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος, το κύριο σημείο επαφής του παιδιού ή του εφήβου θα είναι σχεδόν πάντα ο δάσκαλός του. Παρακολουθεί το παιδί ενώ εμπλέκεται στη διαδικασία της μάθησης, αξιολογεί την απόδοση του παιδιού,

παρακολουθεί το παιδί ενώ είναι σε διάλειμμα και παρακολουθεί τις αλληλεπιδράσεις του παιδιού με άλλα άτομα. Ως αποτέλεσμα, μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού σε ποικίλες δραστηριότητες και περιβάλλοντα (Σκαλούμπακας, 2013).

Στο πλαίσιο του καθορισμού του εάν η εκπαιδευτική ή θεραπευτική παρέμβαση ενός ατόμου ήταν ή όχι επιτυχής, είναι ακόμη μεγαλύτερης σημασίας να δοθεί έμφαση στη σημασία των πληροφοριών που παρέχει ο δάσκαλος. Ο δάσκαλος της τάξης του παιδιού είναι συνήθως το πρώτο άτομο που θα εκφράσει ανησυχία σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού, αλλά είναι επίσης το πρώτο άτομο που θα συμβουλευτούν οι γονείς όταν έρχονται αντιμέτωποι με συμπεριφορές που δεν μπορούν να ελέγξουν, επειδή το παιδί περνάει μεγάλο μέρος της ημέρας του στο σχολείο, όπου καλείται να συμμετάσχει σε μαθησιακές δραστηριότητες και να αναδείξει τις δυνατότητές του, καθώς και να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους του, αλλά και με το εκπαιδευτικό προσωπικό (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2012).

Οι υπηρεσίες υγείας που αναλαμβάνουν την αξιολόγηση παιδιών ή εφήβων με προβλήματα συμπεριφοράς πολύ συχνά αναζητούν επίσης πληροφορίες από άτομα του σχολικού περιβάλλοντος και ιδιαίτερα από τον δάσκαλο της τάξης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το παιδί έχει τη δυνατότητα να χτίσει κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους του, καθώς και με το εκπαιδευτικό προσωπικό (Σκαλούμπακας, 2013).

Ως εκ τούτου, ο εκπαιδευτικός είναι σε θέση όχι μόνο να σχηματίσει μια εικόνα της φύσης της διαταραχής του παιδιού, της συχνότητας και της σοβαρότητας των προβλημάτων, αλλά και να συμβάλει στην κατάρτιση του προφίλ συμπεριφοράς και μάθησης του μαθητή. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας, απαιτείται να δοθούν απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο μαθητής;
2. Τί ακριβώς κάνει, και το πιο σημαντικό, τί δεν κάνει; (για παράδειγμα, δυσκολεύεται να ολοκληρώσει μια εργασία, να οργανώσει μια δουλειά, να παραμείνει συγκεντρωμένο σε ένα θέμα, να εμφανίζει έντονη κίνηση και ανησυχία, να ονειροπολεί)

3. Πότε εκδηλώνεται κάθε πρόβλημα; Για ποιο είδος γνωστικού αντικειμένου ή δραστηριότητας ενδιαφέρεται;
4. Ποιες, αν υπάρχουν, δυσκολίες έχει στη μάθηση; Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει είναι κενά από τα προηγούμενα χρόνια ή έχουν μόνιμο χαρακτήρα που απαιτεί προσαρμογές στο διδακτικό έργο και την αξιολόγηση;
5. Ποιοι είναι οι τομείς αριστείας του μαθητή; Τι του αρέσει;

(Σκαλούμπακας, 2013)

Μια παλαιότερη μελέτη εξέτασε την κατανόηση των εκπαιδευτικών για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) χρησιμοποιώντας αναφορές εκπαιδευτικών για στρατηγικές διαχείρισης και αναλύοντας αναφορές δασκάλων σχετικά με τη συμπεριφορά μεμονωμένων μαθητών με την διαταραχή (Arcia et al, 2000). Οι συμμετέχοντες, οι οποίοι ήταν δάσκαλοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης από τρεις διαφορετικές πολιτείες της Αμερικής, έδωσαν ο καθένας δύο συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας μια ημιδομημένη μορφή. Σύμφωνα με τις αφηγήσεις που παρείχαν οι εκπαιδευτικοί, υπάρχει μια ποικιλία από στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αντιμετωπιστούν διασπαστικές συμπεριφορές ή/και ανεπαρκείς επιδόσεις. Ωστόσο, οι εκπαιδευτικοί δεν είχαν πληροφορίες για τα συμπεριφορικά προφίλ της ΔΕΠΥ, ούτε είχαν ολοκληρωμένα σχέδια δράσης για τη διαχείριση της τάξης. Αυτά τα ευρήματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην κατάρτιση των εκπαιδευτικών και τη γενική λειτουργία των τάξεων, όσο και στον ακριβή εντοπισμό των παιδιών που έχουν ανάγκη από υποστηρικτικές υπηρεσίες και τη θεραπεία αυτών των παιδιών.

Όταν υπάρχουν μαθητές στην τάξη με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, υπάρχει επιτακτική ανάγκη να αναπτυχθούν καινοτόμες μέθοδοι και πρακτικές μάθησης που θα ωφελήσουν όχι μόνο τον μαθητή με ΔΕΠΥ, αλλά και όλους τους μαθητές. Ένας αποτελεσματικός, σύγχρονος εκπαιδευτικός είναι ένας δια βίου μαθητής που διδάσκεται από τους μαθητές του, που ακούει τις ανάγκες τους και προσαρμόζεται στις ανάγκες της εποχής (Πεχλιβανίδης, 2012).

Προκειμένου η μαθησιακή διαδικασία και οι μαθησιακοί στόχοι να είναι αποτελεσματικοί, ο εκπαιδευτικός πρέπει να θυμάται ότι ένα επιτυχημένο

πρόγραμμα διαχείρισης για μαθητές με ΔΕΠΥ πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

1. Έγκαιρη ειδοποίηση της σχολικής κοινότητας και των γονέων ενός μαθητή με ΔΕΠΥ.

Αμέσως μετά τη λήψη της διάγνωσης από το κατάλληλο ΚΕ.Δ.Δ.Υ., είναι κρίσιμης σημασίας η ενημέρωση των εκπαιδευτικών για τη διάγνωση των μαθητών με ΔΕΠΥ. Γνωρίζοντας ότι οι μαθητές του αντιμετωπίζουν ειδικές προκλήσεις ως αποτέλεσμα αυτής της διαταραχής, ο εκπαιδευτικός μπορεί να επιλέξει τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές μάθησης και ακόμη και να αποτρέψει την ακατάλληλη εκτέλεση ενεργειών που διαφέρουν από αυτές των άλλων μαθητών. Είναι κρίσιμο και απαραίτητο να εκπαιδευτούν οι εκπαιδευτικοί για το τι ακριβώς είναι η ΔΕΠΥ, τις παραμέτρους της και τον βαθμό στον οποίο μειώνει τα μαθησιακά αποτελέσματα και επηρεάζει τη συμπεριφορά. Επιπλέον, για τη διαχείριση των προαναφερθέντων μαθητών, είναι ζωτικής σημασίας να γνωστοποιείται εάν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και εάν πραγματοποιείται κάποια συγκεκριμένη εκπαιδευτική παρέμβαση εκτός του περιβάλλοντος της τάξης (Σκαναβή, 2020).

2) Αλλαγή του περιβάλλοντος στην τάξη:

α) Ειδική τοποθέτηση μαθητών ΔΕΠΥ

Είναι σημαντικό ο μαθητής με ΔΕΠΥ να κάθεται κοντά στον εκπαιδευτικό και μακριά από οπτικά ερεθίσματα που αποσπούν την προσοχή, όπως αφίσες, φωτογραφίες, εξωσχολικές ανακοινώσεις, παράθυρα και πόρτες. Ο μαθητής με ΔΕΠΥ θα ωφεληθεί από το να κάθεται στο ίδιο θρανίο με ένα πρότυπο μαθητή, ο οποίος δεν θα του αποσπά την προσοχή.

Είναι σημαντικό να επιτρέπεται η ελευθερία κινήσεων στο θρανίο του μαθητή με ΔΕΠΥ. Λόγω της υπερκινητικότητάς του, ο μαθητής δεν μπορεί να καθίσει ακίνητος για μεγάλο χρονικό διάστημα (Σκαναβή, 2020).

β) Εντοπισμός και χρήση της κινητικής ενέργειας του μαθητή

Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να αναγνωρίσουν ότι οι μαθητές με ΔΕΠΥ πρέπει να ανακατευθύνουν την υπερκινητικότητά τους.

Παραδείγματα μεθόδων είναι τα ακόλουθα:

- Ο μαθητής με ΔΕΠΥ σβήνει τον πίνακα στο τέλος του μαθήματος.

- Ο μαθητής με ΔΕΠΥ διανέμει τα φυλλάδια.

γ) Δημιουργία κανόνων για την τάξη

Οι κανόνες της τάξης θεσπίζονται από όλους τους μαθητές και τον εκπαιδευτικό και τηρούνται με αυστηρότητα, για το καλό όλων .

δ) Εντοπισμός δεικτών αισθητηριακής υπερφόρτωσης και απόσπασης προσοχής στον μαθητή ΔΕΠΥ

3) Τροποποίηση της διδασκαλίας

Ένας μαθητής με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζει συγκεκριμένες προκλήσεις, τις οποίες είναι απαραίτητο ο εκπαιδευτικός να γνωρίζει και να προσαρμόζει τους στόχους και τις δραστηριότητες με βάση τις ανάγκες του (Πεχλιβανίδης, 2012).

4) Διαχείριση συμπεριφοράς στην τάξη

Ένας μαθητής με ΔΕΠΥ, συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα συμπεριφοράς και μπορεί να αντιδράσει με άσχημο τρόπο απέναντι στον εκπαιδευτικό ή τους συμμαθητές του. Είναι σημαντικό ο εκπαιδευτικός να μην εμμένει στην άσχημη συμπεριφορά και να φροντίζει ώστε ο μαθητής με ΔΕΠΥ να μη στοχοποιείται (Πεχλιβανίδης, 2012).

5) Συνεργασία με γονείς

Η επικοινωνία με τους γονείς είναι καθοριστικής σημασίας για την διαχείριση ενός μαθητή με ΔΕΠΥ. Είναι απαραίτητο οι γονείς να ενημερώνονται από τους ειδικούς παιδαγωγούς του σχολείου για την διαταραχή του παιδιού και να συνεργάζονται με τον εκπαιδευτικό της τάξης, συζητώντας για κρίσιμα ζητήματα (Σκαναβή, 2020).

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ.ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΔΕΠΙ-Υ

3.1. ΤΟ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Ένας μαθητής ο οποίος διαγιγνώσκεται με ΔΕΠΥ μπορεί να βιώσει αισθήματα ανικανότητας, ανασφάλειας, απογοήτευσης ή να εκδηλώσει επιθετικότητα. Σε αυτό το σενάριο, οι γονείς θα πρέπει να έχουν μια στάση γεμάτη κατανόηση, υποστήριξη, αυτοπεποίθηση και μια γενική θετική διάθεση προς το παιδί τους.

Ένας μαθητής που παρουσιάζει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) μπορεί να λάβει καθοδήγηση για τη διαχείριση της κατάστασής του από έναν σχολικό ψυχολόγο στον τόπο εκπαίδευσής του. Η πιο επιτυχημένη προσέγγιση είναι να συνεργαστούν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί του παιδιού για να παρέχουν βοήθεια όπου χρειάζεται.

Η ενημέρωση των εκπαιδευτικών, ιδιαίτερα για τη διάγνωση των μαθητών με ΔΕΠΥ, είναι πολύ σημαντική και θα πρέπει να πραγματοποιείται το συντομότερο δυνατό μετά την παραλαβή της από το αρμόδιο Κέντρο Διαφορικής Διάγνωσης (ΚΕΔΔΥ). Ο εκπαιδευτικός, έχοντας επίγνωση ότι οι μαθητές του αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις ως αποτέλεσμα αυτής της διαταραχής, είναι σε θέση να εντοπίσουν τις σωστές μεθόδους εκπαίδευσης και παρέμβασης. Είναι κρίσιμο και απαραίτητο για τον εκπαιδευτικό να ενημερωθεί για το τι ακριβώς είναι η ΔΕΠΥ, ποιες είναι οι παράμετροί της και σε ποιο βαθμό επηρεάζει τη μάθηση. Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να κοινοποιούνται στον μαθητή. Επιπλέον, πληροφορίες σχετικά με το εάν τα εν λόγω παιδιά λαμβάνουν ή όχι ιατρική φροντίδα και εάν υπάρχει ή όχι κάποια συγκεκριμένη εκπαιδευτική παρέμβαση εκτός του κανονικού σχολικού περιβάλλοντος είναι απαραίτητες για τη διαχείριση των προαναφερθέντων μαθητών (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004).

Υπάρχει πιθανότητα ένας ή δύο μαθητές σε κάθε τάξη του σχολείου να επηρεάζονται από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). Το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας (NICE) τονίζει το γεγονός ότι στην ευρύτερη κοινωνία, οικογένειες με παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ συνήθως αισθάνονται ενοχές γιατί πιστεύουν ότι η συμπεριφορά του μαθητή

είναι δική τους αποτυχία. Αυτά τα αισθήματα ενοχής ενισχύονται από τα δυσμενή σχόλια που γίνονται από συγγενείς, φίλους, εκπαιδευτικούς και άλλα άτομα. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) είναι μια κατάσταση που επηρεάζει όχι μόνο το παιδί αλλά και τους γονείς.

Οι εκπαιδευτικοί, έχουν την ευθύνη να ενημερώσουν τους γονείς, τόσο για να δείξουν ότι κατανοούν την κατάστασή τους όσο και για να διασφαλίσουν ότι είναι εξοικειωμένοι με το πλήρες ιστορικό του μαθητή. Είναι προτιμότερο να δίνεται έμφαση στα καλά χαρακτηριστικά του παιδιού και να προσφέρεται στους γονείς στοχευμένη βοήθεια με την παροχή της κατάλληλης ενημέρωσης (Βάρβογλη, 2005).

Σύμφωνα με τα παραδοσιακά μοντέλα παρέμβασης για τη ΔΕΠΥ, απαιτούνται δύο μεταβλητές προκειμένου να επηρεαστεί θετικά η απόδοση ενός παιδιού που έχει ΔΕΠΥ. Αυτοί οι δύο παράγοντες είναι οι εξής: α) η διάταξη της τάξης, και β) η συμπεριφορά του εκπαιδευτικού. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι πρέπει να διατηρείται μια υποστηρικτική ατμόσφαιρα στην τάξη.

Το παιδί που έχει ΔΕΠΥ θα πρέπει να κάθεται σε σημείο που είναι κοντά στον εκπαιδευτικό, αλλά μακριά από παράθυρα, πρίζες ή άλλους πιθανούς κινδύνους. Είναι σημαντικό να μην παραβλέπεται το γεγονός ότι ένα παιδί με ΔΕΠΥ συχνά θέτει σε κίνδυνο τόσο τον εαυτό του όσο και τους άλλους ως αποτέλεσμα των αυθόρμητων δραστηριοτήτων στις οποίες εμπλέκεται (Καπρέλης, 2018).

Σύμφωνα με τις παραδοσιακές προσεγγίσεις τις ΔΕΠΥ, ο εκπαιδευτικός πρέπει να απέχει από κάθε είδους γελοιοποίηση, κριτική ή οποιαδήποτε συμπεριφορά που είναι δυσμενής προς τον μαθητή.

Η εφαρμογή οποιουδήποτε είδους πίεσης ή τιμωρίας στο παιδί δεν θα έχει κανένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Σε περίπτωση που το παιδί κάνει μια προσπάθεια, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να το ενθαρρύνουν και να βρουν τρόπους να ανταμείψουν τις προσπάθειες του. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές μέθοδοι ανταμοιβής, χρησιμοποιώντας τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά μέσα ταυτόχρονα.

Είναι σημαντικό οι γονείς να έχουν εύλογες προσδοκίες από τα παιδιά τους και να θέτουν στόχους για τα παιδιά τους που είναι εντός των δυνατοτήτων τους.

Μία παραδοσιακή μέθοδος αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ, γνωστή ως η μέθοδος "time out", είναι αυτή που πολλοί ψυχοθεραπευτές παγκοσμίως προτείνουν ως ένα είδος βοήθειας για γονείς που έχουν παιδιά με ΔΕΠΥ και εκπαιδευτικούς. Τα αποτελέσματα για τα μικρότερα παιδιά που χρησιμοποιούν αυτή την προσέγγιση είναι πολύ ευνοϊκά (Καπογιάννη, 2008).

Τα παραδοσιακά μοντέλα παρέμβασης σε μαθητές με ΔΕΠΥ επικεντρώνονται στην προσαρμογή των σχολείων των παιδιών, προκειμένου να διευκολύνουν τη μαθησιακή διαδικασία για τους μαθητές που έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). Η χρήση της δραματοποίησης και η μεγαλύτερη έμφαση στη λειτουργία της κιναισθητικής αγωγής στην τάξη, που αντικαθιστούν άλλες, πιο παραδοσιακές διδακτικές προσεγγίσεις που είναι αναποτελεσματικές για τη συγκεκριμένη περίπτωση, παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των μαθητών με ΔΕΠΥ. Οι σαφώς καθορισμένοι εκπαιδευτικοί στόχοι, η συμμετοχή του μαθητή στη διαδικασία καθορισμού στόχων και η ενίσχυση της επιθυμητής συμπεριφοράς παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στα στάδια σχεδιασμού και υλοποίησης του εκπαιδευτικού προγράμματος.

Δεδομένου ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι υπερευαίσθητα στη διέγερση που προέρχεται από τον έξω κόσμο, έχουν μεγαλύτερη απαίτηση για ησυχία και μια ήσυχη ατμόσφαιρα στην τάξη προκειμένου να μπορούν να συγκεντρωθούν. Συνεπώς, αυτές οι στρατηγικές περιλαμβάνουν μείωση σημαντικών περιβαλλοντικών θορύβων. Εξαιτίας αυτού, είναι απαραίτητο να υπάρχουν συνεπείς κανόνες και ρουτίνες στην τάξη, εκτός από την καλλιέργεια μιας στάσης αποδοχής και συνεργασίας μεταξύ των μαθητών (Τσαντάκης, 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η παραδοσιακή εκπαίδευση απευθύνεται στον «μέσο» μαθητή και ότι έχει αντίκτυπο όχι μόνο στην ακαδημαϊκή επίδοση των μαθητών αλλά και στον τρόπο που αισθάνονται για το σχολείο γενικά, είναι σημαντικό να διεξαχθεί έρευνα για το πως μπορεί να επηρεάζει έναν μαθητή με μαθησιακές δυσκολίες. Αν και τα παραδοσιακά μοντέλα επιχειρούν να πραγματοποιήσουν προσαρμογές για την ανταπόκριση στις ανάγκες των μαθητών με ΔΕΠΥ, προκύπτουν σοβαρά κενά και αδυναμίες.

Άλλωστε, το παραδοσιακό μοντέλο διδασκαλίας, φάνηκε ότι δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις ενός σημαντικού ποσοστού μαθητών. Αυτό

περιλαμβάνει σπουδαστές που είναι εξαιρετικά έξυπνοι (άνω του μέσου όρου) καθώς και εκείνους που έχουν αναπτυξιακές διαταραχές, όπως η ΔΕΠΥ.

Ιδιαίτερα στην περίπτωση των τελευταίων, που παρουσιάζουν συχνά γνωστικά ελλείμματα, έχουν χαμηλές βαθμολογίες σε σύγκριση με τους συμμαθητές τους και απαιτούν ειδική εκπαιδευτική προσέγγιση, η παραδοσιακή διδασκαλία είναι όχι μόνο αναποτελεσματική αλλά συχνά επιβλαβής. Οι μαθητές που έχουν προβλήματα μάθησης είναι πιο πιθανό να δυσκολεύονται στο σχολείο, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση και δυσκολίες αργότερα στην επαγγελματική ζωή, επειδή η παραδοσιακή διδασκαλία βασίζεται στην ιδέα ότι υπάρχει μόνο ένας σωστός τρόπος για να κάνεις πράγματα και αυτή η μέθοδος ισχύει για όλους. Αυτό καθιστά αυτούς τους μαθητές ιδιαίτερα ευάλωτους (Rock et al, 2018).

Οι παραδοσιακές μέθοδοι διδασκαλίας έχουν αρνητικό αντίκτυπο τόσο στην ικανότητα του μαθητή να αποκτήσει κίνητρα όσο και στη συνολική επιτυχία του στα μαθηματικά. Η προσοχή και η συνολική απόδοση των μαθητών μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από την έλλειψη κινήτρων, η οποία είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη επειδή μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το πόσο καλά αποδίδουν οι μαθητές στα τεστ (Kamarudina et al, 2017).

Τα συμπεράσματα της έρευνας σχετικά με το πώς επιτυγχάνεται η αληθινή και ουσιαστική συμμετοχή των μαθητών στη μαθησιακή διαδικασία, την κατανόηση και την ακαδημαϊκή επίδοση έρχονται σε αντίθεση με αυτά των παραδοσιακών μεθόδων διδασκαλίας, που χρησιμοποιούνται στα σχολεία. Καθώς η συμβατική μέθοδος διδασκαλίας ορίζεται από την εφαρμογή Προγραμμάτων Σπουδών που είναι εκτεταμένα σε έκταση και περιεχόμενο, αλλά αποτυγχάνουν να αρθρώσουν θεμελιώδεις γνώσεις, τις οποίες οι μαθητές θα πρέπει ήδη να κατανοήσουν, δεν κρίνεται πάντα αποτελεσματική, ιδιαίτερα σε μαθητές με ΔΕΠΥ, οι οποίοι συχνά χρειάζονται εξατομικευμένη στοχοθεσία. Η ποσοτική αξιολόγηση είναι μια ακόμη συμβατική μέθοδος αξιολόγησης των γνώσεων και των δεξιοτήτων των μαθητών. Σε αυτή τη μέθοδο, οι εκπαιδευτικοί επιλέγουν να αξιολογήσουν τη μεγάλη ποικιλία περιεχομένου που καλύπτεται στην ύλη, χρησιμοποιώντας τεστ που είναι αντικειμενικά μετρήσιμα και μπορούν να υπολογιστούν.

Όσον αφορά τις δραστηριότητες που υλοποιούνται στη συμβατική διδασκαλία, παρατηρείται η εφαρμογή της αρχής «ένα μέγεθος ταιριάζει σε όλους». Αυτή η αρχή αναφέρεται στην εφαρμογή τυπικών ασκήσεων για όλους τους μαθητές. Αυτές οι ασκήσεις έχουν μια συγκεκριμένη μορφή στόχου, η οποία είναι να εξοικειωθούν οι μαθητές με ένα συγκεκριμένο είδος γραπτής εξέτασης (Mc Tighe & Brown, 2010).

Ο Tomlinson (2010) επεσήμανε ότι οι αόρατες ακαδημαϊκές διαφορές μεταξύ των μαθητών επικαλύπτονται, «καμουφλάρονται» και ότι η παραδοσιακή διδασκαλία αντικατοπτρίζει μόνο τις γενικές ομοιότητες στην τάξη, καθώς οι μαθητές αγωνίζονται να μάθουν σε ένα μονότονο, αυστηρά σταθμισμένο εκπαιδευτικό περιβάλλον. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα, σύμφωνα με την έρευνα του, για τη διδασκαλία των μαθηματικών στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση με την παραδοσιακή μέθοδο.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα επίπεδα άγχους των παιδιών αυξάνονται όταν διδάσκονται μέσω παραδοσιακών μοντέλων μάθησης.

Ο Tomlinson (1999) συνέταξε μια λίστα με ιδιότητες που σχετίζονται με τη συμβατική τάξη:

i. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται στο τέλος της μαθησιακής διαδικασίας προκειμένου να εξακριβωθεί εάν ο εκπαιδευόμενος «κατανόησε» ή όχι.

ii. Υπάρχει μόνο ένα είδος νοημοσύνης, και υπάρχει μόνο ένας τρόπος για να πετύχεις.

iii. Ο εκπαιδευτικός δεν λαμβάνει υπόψη τα ενδιαφέροντα του μαθητή ή τη δυνατότητα κάθε μαθητή να έχει μια μοναδική προσέγγιση για την εκμάθηση του υλικού.

iv. Η πλειοψηφία της διδασκαλίας διεξάγεται πρόσωπο με πρόσωπο και ο κύριος στόχος του εκπαιδευτή είναι να επιτύχει τη μέγιστη κάλυψη.

v. Η εστίαση της διδασκαλίας είναι στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων παρά στη διερεύνηση των συνδέσεων μεταξύ διαφορετικών τύπων πληροφοριών.

vi. Δεν υπάρχει μεγάλη ποικιλία διαθέσιμων πόρων. Αντίθετα, υπάρχει μόνο ένα κείμενο στο οποίο όλοι πρέπει να απαντήσουν.

vii. Η βαθμολόγηση των μαθητών γίνεται με την ίδια κλίμακα

Οι παραδοσιακές μέθοδοι διδασκαλίας μπορεί να έρχονται σε εντυπωσιακή αντίθεση με τις απαιτήσεις που τίθενται στα σημερινά παιδιά από τους γονείς τους ή από τις κοινωνικές επιταγές του σύγχρονου κόσμου, δεδομένων των διαφορετικών γλωσσικών, πολιτιστικών και κοινωνικών καταβολών των σημερινών μαθητών. Το χάσμα επιδόσεων, που εμφανίζεται συχνά κατά τα πρώτα κιόλας χρόνια της επίσημης σχολικής εκπαίδευσης, πρέπει να αντιμετωπιστεί ως κορυφαία προτεραιότητα από όλες τις πτυχές του σύγχρονου εκπαιδευτικού συστήματος. Οι μαθητές που έχουν ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν πρόσθετες προκλήσεις όταν προσπαθούν να επωφεληθούν από τις πολλές θετικές πτυχές του σχολείου, οι οποίες τελικά θα συμβάλουν στην ανάπτυξη τους. Η υιοθέτηση ενός παραδοσιακού μοντέλου διδασκαλίας, συχνά δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των μαθητών αυτών, λόγω της έλλειψης εξατομίκευσης και μαθητοκεντρικότητας (Tomlison, 1999).

3.2. ΤΟ ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Λίγες έρευνες έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ της σχολικής δέσμευσης και της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ADHD) χρησιμοποιώντας μια οικολογική προσέγγιση (Nguyen et al, 2019). Η σχολική ενασχόληση προστατεύει από δυσμενείς συνέπειες για την ψυχική υγεία. Οι στόχοι της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί: (1) εάν η συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες έχει μια ανεξάρτητη προστατευτική συσχέτιση έναντι του κινδύνου Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) στα παιδιά. και (2) εάν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συνδέονται με τη ΔΕΠΥ είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω της συσχέτισής τους με τη συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες. Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε μεταξύ του 2011 και του 2012 και αποτέλεσε μια συγχρονική έρευνα. Το δείγμα αποτελούνταν από 65.680 μαθητές ηλικίας μεταξύ 6 και 17 ετών. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μοντελοποίηση δομικών εξισώσεων για να εξετάσουν τόσο την άμεση συσχέτιση της σχολικής δέσμευσης και της ΔΕΠΥ όσο και τις έμμεσες συσχετίσεις λανθάνοντων περιβαλλοντικών μεταβλητών (όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας (SES), οι δυσμενείς παιδικές εμπειρίες (ACEs), η

περιβαλλοντική ασφάλεια και οι ανέσεις της γειτονιάς) και ΔΕΠΥ. Η άμεση συσχέτιση της σχολικής δέσμευσης και της ΔΕΠΥ βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική. Λόγω της άμεσης και αντίστροφης συσχέτισης που υπήρχε μεταξύ της σχολικής εμπλοκής και της ΔΕΠΥ ($= -0,35, p 0,001$), αποδείχθηκε ότι η αύξηση της σχολικής δέσμευσης συσχετίστηκε με μια μείωση στη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Επιπλέον, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας ($= - 0,03, p = 0,002$), οι δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας ($= 0,10, p 0,001$), η ασφάλεια του περιβάλλοντος ($= - 0,10, p 0,001$) και οι ανέσεις της γειτονιάς ($= - 0,01, p = 0,025$) όλα είχαν έμμεση συσχέτιση με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ADHD) μέσω της σχολικής δέσμευσης. Συμπερασματικά, υπήρχε άμεση σύνδεση μεταξύ της συμμετοχής στο σχολείο και της ΔΕΠΥ. Επιπλέον, οι περιβαλλοντικοί συσχετισμοί έδειξαν έμμεσες συνδέσεις με τη ΔΕΠΥ μέσω της συμμετοχής σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Συμπερασματικά, από την έρευνα κρίθηκε ότι οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται από σχολικά προγράμματα με στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ρόλους που διαδραματίζουν οι οικογένειες και οι κοινότητες στην εκδήλωση της διαταραχής (Nguyen et al, 2019).

Τα παιδιά που πάσχουν από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στους τομείς της μάθησης και της σχολικής επίδοσης. Η συντριπτική πλειονότητα των μαθητών που έχουν ΔΕΠΥ έχουν σχολικές επιδόσεις που είναι πολύ χαμηλότερες από το επίπεδο των δυνατοτήτων τους, καθώς και χαμηλές βαθμολογίες σε τεστ, βαθμολογίες επίδοσης και βαθμούς στις κάρτες αναφοράς τους.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ κατατάσσονται πιο χαμηλά από τους συμμαθητές τους σε συμπεριφορές που επιτρέπουν την ακαδημαϊκή επιτυχία, όπως τα κίνητρα, η δέσμευση, οι διαπροσωπικές δεξιότητες και οι ικανότητες μελέτης. Οι ακαδημαϊκές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠΥ στην τάξη είναι συνεχείς και έχουν συνδεθεί με σημαντικές κοινωνικές, υγειονομικές και οικονομικές προκλήσεις αργότερα στη ζωή. Ένα πολυτροπικό μοντέλο ακαδημαϊκού κινδύνου έχει σχεδιαστεί για παιδιά με ΔΕΠΥ, ως αποτέλεσμα των καλά τεκμηριωμένων ουσιαστικών και συνεχιζόμενων σχολαστικών προκλήσεων (Power et al, 2012).

Η θεωρία των οικολογικών συστημάτων είναι ένα πολύτιμο μοντέλο για την κατανόηση των επιρροών που διαμορφώνουν και επηρεάζουν έναν μαθητή με ΔΕΠΥ. Το συγκεκριμένο μοντέλο μπορεί να αντιληφθεί τη λειτουργία του παιδιού σαν μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στα χαρακτηριστικά του ίδιου του παιδιού και του περιβάλλοντός του. Ως αποτέλεσμα, αυτή η στρατηγική απαιτεί συγκέντρωση στις σχεσιακές πτυχές της εργασίας με παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ στο πλαίσιο της μάθησης. Πιο συγκεκριμένα, δίνεται έμφαση στις σχέσεις μεταξύ των ίδιων των μαθητών με τον εαυτό τους, καθώς και στις σχέσεις με τους συμμαθητές, τους δασκάλους και τους γονείς τους.

Πρόσφατη έρευνα παρουσιάζει τα πιο σύγχρονα ευρήματα σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠΥ στο σχολείο, ενώ παράλληλα διεξάγει μια εις βάθος ανάλυση των επιρροών που επιδρούν στο παιδί, στην οικογένεια και στην τάξη, καθώς και πώς αυτοί οι παράγοντες μπορεί να αλληλεπιδράσουν για να προκαλέσουν ακαδημαϊκή αποτυχία (Rogers et al, 2015). Παρέχεται ακόμη μια επισκόπηση πρόσφατης εμπειρικής έρευνας που προσφέρει πιθανούς τρόπους για να βοηθηθεί το παιδί με ΔΕΠ-Υ στο σχολικό περιβάλλον, με ιδιαίτερη έμφαση στις συλλογικές προσπάθειες μεταξύ της οικογένειας και του εκπαιδευτικού ιδρύματος στο οποίο φοιτά το παιδί. Το παιδί θεωρείται ως ένα ενεργό και αναπτυσσόμενο σύστημα στη θεωρία των οικολογικών συστημάτων. Αυτή η ανάπτυξη συμβαίνει όχι μόνο ως αποτέλεσμα της μοναδικής οντογένεσης του παιδιού, αλλά και ως αποτέλεσμα των αμοιβαίων αλληλεπιδράσεων του παιδιού με άλλα άτομα και αντικείμενα στο περιβάλλον τους.

Τα χαρακτηριστικά που είναι μοναδικά για ένα παιδί καθώς και οι μυριάδες επιρροές που προέρχονται από το περιβάλλον χωρίζονται σε διακριτές κατηγορίες σε αυτό το μοντέλο (Elik et al, 2013). Το πρώτο επίπεδο του συστήματος, γνωστό ως παράγοντες σε επίπεδο μαθητή, αποτελείται από συγκεκριμένους παράγοντες που είναι εγγενείς στο παιδί. Ο επόμενος τύπος επιρροής προέρχεται από τις άμεσες αλληλεπιδράσεις του παιδιού με το περιβάλλον, όπως στην τάξη ή στο σπίτι. Τα εγγύς και άπω στοιχεία που μπορούν να έχουν επίδραση στη λειτουργία του παιδιού περιλαμβάνουν έννοιες όπως το περιβάλλον του παιδιού και η κουλτούρα του. Σύμφωνα με έρευνες, υπάρχει μια επιρροή που είναι σωρευτικό αποτέλεσμα πολλών δεικτών κινδύνου που

υπάρχουν μέσα σε ένα άτομο και στα διάφορα συστήματα ανάπτυξής του. Η έρευνα στον τομέα της εκπαίδευσης στρέφεται όλο και περισσότερο σε μοντέλα οικολογικών συστημάτων σε μια προσπάθεια κατανόησης της πολυπλοκότητας της συμμετοχής των παιδιών στη διδακτική διαδικασία.

Αυτή η θεωρητική βάση είναι χρήσιμη για την κατανόηση των ακαδημαϊκών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο επειδή εστιάζει στους μυριάδες παράγοντες που επηρεάζουν την ακαδημαϊκή επίδοση και τους τρόπους με τους οποίους αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Σύμφωνα με την θεωρία, υπάρχουν πολλαπλές επιρροές από τα διάφορα συστήματα που επηρεάζουν τη ζωή των παιδιών με ΔΕΠΥ (σχολείο, οικογένεια, προσωπικότητα). Επιπλέον, οι θεωρίες των κοινωνικών συστημάτων περιλαμβάνουν επίσης απομακρυσμένες επιρροές όπως η δημόσια πολιτική και οι επιρροές της γειτονιάς (Rogers et al, 2015).

Οι σχολικές παρεμβάσεις φαίνεται πως έχουν εξαιρετικά θετικά αποτελέσματα (Evans et al, 2014). Οι παρεμβάσεις αυτού του είδους παρέχουν μέτριες μέχρι και σημαντικές επιπτώσεις στη συμπεριφορά ($ES = .18-.72$) και στην ακαδημαϊκή πορεία του παιδιού ($ES = .42-.43$). Συνεπώς, εκτός από τις θεραπείες που εστιάζουν στη βελτίωση της λειτουργίας των παιδιών στο σπίτι και με τους συνομηλίκους, οι σχολικές παρεμβάσεις στοχεύουν επίσης στη συμπεριφορά στην τάξη και στην ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών με ΔΕΠΥ. Το θεμέλιο αυτών των θεραπειών είναι η διαχείριση της συμπεριφοράς στην τάξη, η οποία περιλαμβάνει τόσο προληπτικές όσο και αντιδραστικές στρατηγικές, όπως η θέσπιση σαφών κανόνων και η χρήση οπτικών υπενθυμίσεων. Χρήσιμα πρόσθετα στοιχεία περιλαμβάνουν ημερήσιες κάρτες αναφοράς και τη συμπερίληψη στους εκπαιδευτικούς στόχους δεξιοτήτων αυτορρύθμισης. Μια σειρά μεθόδων διαβούλευσης που χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν τους εκπαιδευτικούς της τάξης στο σχεδιασμό και τη συνεπή εκτέλεση αυτών των παρεμβάσεων έχει επίσης αποδειχθεί ότι υποστηρίζονται από την έρευνα (Johnston & Park, 2015).

Ακόμη, έρευνες υποστηρίζουν την αξιοποίηση πολυσυστατικών ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων με στόχο τη βελτίωση της σχολικής λειτουργίας στην παιδική ηλικία (Evans et al, 2011). Με παρόμοιο τρόπο, πρόσφατη έρευνα έχει δείξει την αξία της ενσωμάτωσης των σχολικών παρεμβάσεων με εκείνες που

δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων είτε για το παιδί είτε για τον γονέα (Pfinner et al, 2014).

Μια πρόσφατη καινοτομία στον τομέα των παρεμβάσεων στην τάξη δίνει έμφαση στην ανατροφή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σεβασμό για τους συνομηλίκους τους και, κατά συνέπεια, στην βελτίωση των κοινωνικών τους δεξιοτήτων. Οι συνομηλικοί έχουν συνήθως δυσμενείς στάσεις και πεποιθήσεις και συμπεριφέρονται με αρνητικό τρόπο στα παιδιά με ΔΕΠΥ, συχνά μέσα σε λίγα λεπτά από την πρώτη τους συνάντηση. Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι πιο πιθανό να γίνουν στόχος αρνητικής συμπεριφοράς από συνομηλίκους σε σχέση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ (Johnston & Park, 2015).

3.3. ΤΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας, της παρορμητικότητας και της απροσεξίας που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ μπορούν να αντιμετωπιστούν στα παιδιά μέσω της χρήσης ενός από δύο διαφορετικούς τύπους συμπεριφορικών παρεμβάσεων. Αυτές οι θεραπείες για τη ΔΕΠΥ δεν φτάνουν στη ρίζα του προβλήματος, αλλά διδάσκουν στα παιδιά δεξιότητες που μπορούν να χρησιμοποιήσουν για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα. Ορισμένοι ερευνητές δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη μεθόδων διατήρησης της οργάνωσης και της συγκέντρωσης. Άλλοι επιδιώκουν να μειώσουν τις αρνητικές συμπεριφορές που μπορούν να φέρουν αυτά τα παιδιά σε δύσκολη θέση στο σχολείο, να καταστήσουν δύσκολο το να δημιουργήσουν φιλίες και να μετατρέψουν το περιβάλλον του σπιτιού σε εχθρικό περιβάλλον για όλη την οικογένεια (Miller, 2022).

Μερικά παιδιά, ειδικά εκείνα με σοβαρά συμπτώματα ΔΕΠΥ, επωφελούνται από τη συμπεριφορική θεραπεία εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή. Για άλλα παιδιά, ωστόσο, η συμπεριφορική προσέγγιση μπορεί αποδώσει τόσο θετικά ώστε να μπορέσουν να επιτύχουν στο σχολείο και να λειτουργήσουν καλά στο σπίτι χωρίς τη χρήση φαρμάκων (Daley et al, 2020).

Στην περίπτωση της αντιμετώπισης για τη ΔΕΠΥ μέσω της χορήγησης φαρμακευτικών ουσιών, φαίνεται ότι τα φάρμακα χάνουν την αποτελεσματικότητά τους όταν ο ασθενής σταματήσει να τα παίρνει, ενώ τα παιδιά που συμμετέχουν στη συμπεριφορική θεραπεία μπορούν να μάθουν δεξιότητες που θα συνεχίσουν να είναι ωφέλιμες για αυτά καθώς μεγαλώνουν. Αυτός είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους για τους οποίους τα παιδιά πρέπει να συμμετέχουν στη συμπεριφορική θεραπεία, ανεξάρτητα από το αν λαμβάνουν ή όχι φάρμακα για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ τους.

Η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά των οποίων η παρορμητική συμπεριφορά προκαλεί συγκρούσεις στο σπίτι και δημιουργεί προβλήματα στο σχολείο. Μπορεί επίσης να βοηθήσει αυτά τα παιδιά να δημιουργήσουν πιο θετικές σχέσεις με τους ενήλικες με τους οποίους αλληλεπιδρούν σε όλη τους τη ζωή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αναφέρεται ως εκπαίδευση γονέων, επειδή συνεπάγεται εργασία τόσο με τα παιδιά όσο και με τους γονείς ταυτόχρονα. Διδάσκει στους γονείς πώς να αλληλεπιδρούν με τα παιδιά τους με διαφορετικό τρόπο, προκειμένου να αποσπάσουν την επιθυμητή συμπεριφορά από τα παιδιά τους και να αποθαρρύνουν τη συμπεριφορά που τους προκαλεί προβλήματα (Miller, 2022).

Η εκπαίδευση γονέων δεν απευθύνεται μόνο σε παιδιά που έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), αλλά λόγω του γεγονότος ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι συχνά επιρρεπή σε ξεσπάσματα, αδιαφορία και συντονισμό των γονικών οδηγιών, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη ζωή των παιδιών που έχουν ΔΕΠΥ καθώς και την ευημερία ολόκληρων των οικογενειών τους. Παρόλο που εστιάζει στην αλληλεπίδραση με τους γονείς, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα ξεσπάσματα και άλλες προβληματικές συμπεριφορές στο σχολείο. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός ότι οι δεξιότητες που μαθαίνουν τα παιδιά για να ανταποκρίνονται σε πολύ προβλέψιμες γονικές αλληλεπιδράσεις μπορούν να μεταφερθούν σε άλλα περιβάλλοντα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι κλινικοί ψυχολόγοι είναι αυτοί που διεξάγουν την εκπαίδευση (Delay et al, 2020).

Το Πρόγραμμα Θετικών Γονέων (PPP), η Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού (PCIT) και η Εκπαίδευση Διαχείρισης Γονέων (PMT) είναι μόνο μερικοί από τους τύπους εκπαίδευσης γονέων που έχουν αποδειχθεί επιτυχείς σε

διάφορες ρυθμίσεις. Όλα αυτά τα προγράμματα καθοδηγούν τους γονείς πώς να χρησιμοποιούν τον έπαινο, γνωστό και ως θετική ενίσχυση, με πιο αποτελεσματικό τρόπο, καθώς και πώς να εφαρμόζουν σταθερές συνέπειες για τα παιδιά που δεν υπακούουν στις οδηγίες τους. Οδηγούν σε βελτιωμένη συμπεριφορά εκ μέρους των παιδιών, μείωση των περιπτώσεων διενέξεων και εκρήξεων θυμού, ενισχυμένη επικοινωνία μεταξύ γονέων και παιδιών και λιγότερο αγχωτική εμπειρία για τους γονείς (Ghanizadeh & Shams, 2007).

Τα μικρά παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ συχνά επιπλήττονται ή τιμωρούνται πολύ πιο συχνά από ό,τι επαινούνται. Κατά συνέπεια, η ύπαρξη μιας ξεχωριστής μεθόδου με την οποία μπορούν να κερδίσουν θετική προσοχή από τους πιο σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή τους μπορεί να αποτελέσει ένα ισχυρό κίνητρο για αυτά τα παιδιά. Δεν είναι πρωτόγνωρο τα παιδιά των οποίων τα προβλήματα συμπεριφοράς τους έχουν προκαλέσει αρνητικές συνέπειες, όπως αποβολή από το νηπιαγωγείο ή άρνηση πρόσκλησης για παιχνίδια, να παρουσιάζουν σημαντική πρόοδο ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσης των γονέων (Miller, 2022).

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η BPT (Behavioral Parent Therapy) είναι η ψυχοκοινωνική θεραπεία για τη ΔΕΠΥ που έχει ερευνηθεί και υποστηριχθεί περισσότερο (Daley et al, 2014). Οι μέθοδοι που προτείνει περιλαμβάνουν τη δημιουργία μιας θετικής σχέσης γονέα-παιδιού, την ενθάρρυνση της κατάλληλης συμπεριφοράς του παιδιού με συστήματα κινήτρων και την εφαρμογή κατάλληλων και συνεπών συνεπειών για την αρνητική συμπεριφορά του παιδιού. Προηγούμενες ανασκοπήσεις κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συμπεριφορική εκπαίδευση γονέων (BPT) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ ($ES = .47-.70$). Σε σύγκριση με περιστάσεις ελέγχου (λίστα αναμονής ή θεραπεία ρουτίνας), τα αποτελέσματα έξι πιο πρόσφατων δοκιμών που αξιολογούσαν την BPT έχουν βρει όλες σημαντικές βελτιώσεις στην αντίληψη των γονέων για τα συμπτώματα και τις δυσκολίες του παιδιού (Evans et al., 2014). Από την άλλη πλευρά, τα τυπικά προγράμματα BPT έχουν συχνά μη ικανοποιητικά ποσοστά συμμετοχής και διατήρησης. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στο ότι οι γονείς έχουν χαμηλό επίπεδο αποδοχής της λογικής που στηρίζει την BPT ή επειδή η θεραπεία απαιτεί υψηλό επίπεδο γονικής συμμετοχής. Ως αποτέλεσμα, οι ερευνητικές προσπάθειες επί του παρόντος

κατευθύνονται προς τον εντοπισμό χαρακτηριστικών που έχουν τη δυνατότητα να προάγουν τη γονική συμμετοχή στη BPT.

Ο Fabiano και οι συνεργάτες του (2009) ήθελαν να ενθαρρύνουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή των γονέων στις εξωσχολικές δραστηριότητες των παιδιών τους αναπτύσσοντας ένα πρόγραμμα που δίδασκε στους πατέρες πώς να ελέγχουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους ενώ προπονούσαν τα παιδιά τους στο ποδόσφαιρο. Στα περισσότερα αποτελέσματα, το πρόγραμμα βρέθηκε να είναι συγκρίσιμο με την κανονική BPT και οι πατέρες που συμμετείχαν στο αναβαθμισμένο πρόγραμμα ανέφεραν πολύ μεγαλύτερη βελτίωση στη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Άλλοι τύποι προγραμμάτων Βελτιωμένης BPT περιλαμβάνουν Longer Sessions for Single Mothers (Chacko et al, 2009), Telephone-Based BPT, Group BPT και Προγράμματα που στοχεύουν ιδιαίτερα δύσκολους πληθυσμούς (π.χ., καταθλιπτικές μητέρες) (Johnston & Park, 2015). Συνολικά, αυτές οι μελέτες διαπίστωσαν ότι τα ενισχυμένα προγράμματα είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα παραδοσιακά BPT (αν και υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις αυξητικού οφέλους) και έχουν αποδειχθεί πολύτιμα ως μέσο αύξησης της δέσμευσης των συμμετεχόντων για παραδοσιακά υποεξυπηρετούμενες οικογένειες (π.χ. ανύπαντρες μητέρες, οικογένειες με χαμηλό εισόδημα).

Ένα περαιτέρω παράδειγμα μιας πρόσφατης καινοτομίας στη BPT είναι η εκτενέστερη χρήση της τεχνολογίας για τη διατήρηση των οικογενειών που ασχολούνται με τη θεραπεία. Για παράδειγμα, ο Jones και οι συνεργάτες του (2013) διεξάγουν έρευνα για το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί η τεχνολογία των smartphone. Αυτή η λύση αποτελείται από κλήσεις τηλεδιάσκεψης με τον θεραπευτή κάθε δεύτερη εβδομάδα (χρησιμοποιώντας κάμερες τηλεφώνου που λειτουργούν και προς τις δύο κατευθύνσεις) και βιντεοσκόπηση αλληλεπιδράσεων γονέα-παιδιού στο σπίτι, ώστε ο θεραπευτής να μπορεί να τις εξετάσει και να παρέχει ανατροφοδότηση σχετικά με αυτές κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Τα προκαταρκτικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι αυτή η βελτιωμένη τεχνολογικά BPT είναι πιο αποτελεσματική από τις παραδοσιακές μεθόδους BPT που περιλαμβάνουν αποκλειστικά τηλεφωνική συμβουλευτική. Αυτό το είδος τεχνολογίας διαθέτει ένα σημαντικό δυναμικό που μόλις αρχίζει να διερευνάται όσον αφορά την εφαρμογή του σε ψυχολογικές θεραπείες. Για να αυξηθεί

περαιτέρω και να βελτιωθεί η αποδοχή και η γενίκευση των αποτελεσμάτων της θεραπείας, πιθανές μελλοντικές οδοί στις παρεμβάσεις BPT μπορεί να περιστρέφονται γύρω από τη χρήση τεχνολογικών προόδων όπως podcast, εφαρμογές smartphone και εικονική πραγματικότητα (Johnston & Park, 2015).

Παρεμβάσεις στα σχολεία

Συστήματα που ενθαρρύνουν τη θετική συμπεριφορά σε μικρά παιδιά με ΔΕΠΥ, όπως η «Κάρτα Ημερήσιας Αναφοράς», μπορούν να αποφέρουν μεγάλο όφελος για αυτά τα παιδιά. Αυτές οι στρατηγικές σκιαγραφούν ιδιαίτερες προσδοκίες για τη συμπεριφορά των μαθητών στην τάξη, παρέχουν στα παιδιά ανατροφοδότηση για το πώς προχωρούν και προσφέρουν κίνητρα στους μαθητές που επιτυγχάνουν αυτές τις προσδοκίες.

Η Κάρτα Ημερήσιας Αναφοράς είναι ένα έργο στο οποίο συνεργάζονται γονείς και δάσκαλοι. Οι συμπεριφορές ενός συγκεκριμένου παιδιού λαμβάνονται υπόψη κατά τον καθορισμό των στόχων που θα τεθούν για αυτό το παιδί από τους δασκάλους του. Η ακαδημαϊκή εργασία ενός μαθητή (όπως η ολοκλήρωση εργασιών) η συμπεριφορά προς τους συμμαθητές (όπως η μείωση των πειραγμάτων ή των τσακωμών) και η τήρηση των κανόνων της τάξης θα μπορούσαν να θεωρηθούν στόχοι (μη διακοπή, παραμονή στη θέση, συμμόρφωση σε οδηγίες). Ο εκπαιδευτής αξιολογεί την πρόοδο του παιδιού κάθε μέρα με βάση το σύνολο των στόχων. Επιβραβεύονται με ένα αστέρι ή μια επιταγή για κάθε κατάλληλη ενέργεια και εάν συγκεντρώσουν επαρκή αριθμό αστεριών κατά τη διάρκεια της ημέρας, τους περιμένει ένα βραβείο στο σπίτι, όπως η πολυπόθητη ευκαιρία να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο μπροστά στην τηλεόραση ή κάποιο άλλο κατάλληλο κίνητρο (AAP, 2011).

Τα παιδιά ηλικίας προσχολικής ηλικίας και 12 ετών μπορούν να ωφεληθούν πάρα πολύ από τη χρήση ενός συστήματος όπως αυτό. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε δεξιότητες είναι η άλλη σημαντική κατηγορία συμπεριφορικής βοήθειας για παιδιά που έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). Αυτές οι παρεμβάσεις διδάσκουν στα παιδιά στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν για να συμβαδίσουν με τις σχολικές τους εργασίες και να διαχειριστούν τις ευθύνες τους στο σπίτι. Τα παιδιά

διδάσκονται τις απαραίτητες δεξιότητες για να αξιοποιήσουν στο έπακρο τα δυνατά τους σημεία και να αντισταθμίσουν τις αδυναμίες τους μέσω της παροχής αυτού του είδους εκπαίδευσης από ειδικούς στη μάθηση (Miller, 2022).

Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ έχουν συνήθως δυσκολίες με την «εκτελεστική λειτουργία». Οι εκτελεστικές λειτουργίες είναι οι δεξιότητες αυτορρύθμισης που χρησιμοποιούνται από όλους τους ανθρώπους για την ολοκλήρωση εργασιών, συμπεριλαμβανομένου του ντυσίματος, της άσκησης της εργασίας και πολλών άλλων ενεργειών. Αποτελούνται από υποτομείς όπως ο προγραμματισμός, η οργάνωση χρόνου και υλικών, η λήψη αποφάσεων, η μετάβαση από τη μια κατάσταση στην άλλη, η διατήρηση των συναισθημάτων υπό έλεγχο και η μάθηση από λάθη στο παρελθόν (Delay et al, 2020).

Οι ειδικοί στη μάθηση καθοδηγούν μια ποικιλία συγκεκριμένων στρατηγικών και εναλλακτικών μορφών μάθησης σε παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα στους παραπάνω θεματικούς τομείς. Αυτές οι μέθοδοι έχουν σχεδιαστεί είτε για να συμπληρώνουν είτε να βελτιώνουν τις ικανότητες που υπάρχουν ήδη στο παιδί. Όταν εργάζεται με μαθητές στο δημοτικό σχολείο, ένας ειδικός στη συμπεριφορική μάθηση συνήθως συνεργάζεται τόσο με τους μαθητές όσο και με τους γονείς τους για να αναπτύξουν στρατηγικές, ρουτίνες και εργαλεία που θα τους επιτρέψουν να ολοκληρώσουν τις εργασίες τους με επιτυχία και με ελάχιστο βαθμό προστριβών.

Είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί μια λίστα ελέγχου για οτιδήποτε, από την πρωινή ρουτίνα της προετοιμασίας και την απομάκρυνση από το σπίτι τη σωστή ώρα μέχρι τη βραδινή ρουτίνα της ολοκλήρωσης των εργασιών μετά το σχολείο και της προετοιμασίας για ύπνο. Τα βήματα που πρέπει να γίνουν για να ολοκληρωθεί μια εργασία δεν είναι πάντα προφανή στα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ. Επομένως, ο καθορισμός τους με σαφήνεια εκ των προτέρων και η ανάρτησή τους σε εμφανή τοποθεσία καθιστά την εργασία λιγότερο εκφοβιστική και πιο εφικτή για αυτά τα παιδιά.

Οι συμπεριφορικοί θεραπευτές συνιστούν επίσης να οριστεί ένα χρονικό όριο για κάθε βήμα της διαδικασίας, το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για μεγαλύτερα έργα που απαιτούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Τα παιδιά που παλεύουν με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ)

είναι πιο πιθανό να υποτιμήσουν τον χρόνο που θα χρειαστεί για να ολοκληρώσουν μια εργασία σε σχέση με άλλα παιδιά (Miller, 2022).

Επειδή τα παιδιά με ΔΕΠΥ συχνά αντιμετωπίζουν το έλλειμα που είναι γνωστό ως φτωχή μνήμη εργασίας, που καθιστά δύσκολο να θυμούνται πράγματα όπως εργασίες για το σπίτι, η χρήση ενός σχεδιαστή είναι απόλυτη ανάγκη για αυτά.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ που αποσπώνται εύκολα και δυσκολεύονται να μάθουν νέες δεξιότητες μπορεί να ωφεληθούν από τη δημιουργία ενός πίνακα ανταμοιβών τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο. Η μέθοδος αυτοί μπορεί, μάλιστα, να τους βοηθήσει να παραμείνουν παρακινημένοι.

Οι συμπεριφορικοί θεραπευτές βοηθούν τους μαθητές στο γυμνάσιο και το λύκειο να αναπτύξουν οργανωτικές και ακαδημαϊκές στρατηγικές για να διαχειριστούν καλύτερα τον φόρτο εργασίας τους συνεργάζονται στενά με τους μαθητές για να αναπτύξουν αυτές τις στρατηγικές. Η διαχείριση του χρόνου τους και των υλικών που χρειάζονται για το σχολείο μπορεί να είναι μια σημαντική πρόκληση για τα παιδιά που έχουν συμπτώματα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ADHD), με αποτέλεσμα συχνά να ξεχνούν να χρησιμοποιήσουν τον προγραμματιστή τους ή να χάνουν την παρακολούθηση των εργασιών τους (AAP, 2011).

Η ανάγνωση, η γραφή και τα μαθηματικά είναι όλες οι δεξιότητες με τις οποίες κάποια παιδιά μπορεί να δυσκολεύονται. Είναι πιθανό ένας μαθητής γυμνασίου να έχει τέλεια αναγνωστική ευχέρεια ενώ ταυτόχρονα δυσκολεύεται να καταλάβει ποια είναι η κύρια ιδέα κάθε παραγράφου ή να παρέχει μια περίληψη αυτού που έχει διαβάσει, όπως εξηγεί. Το γράψιμο απαιτεί μια ποικιλία δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας οργάνωσης των σκέψεων σε μια αφήγηση, της οπτικοποίησης του τι χρειάζεται να γνωρίζει το κοινό-στόχος, της διατήρησης της εστίασης στο θέμα που εξετάζεται και της γραφής σε έναν προκαθορισμένο αριθμό λέξεων. Τα μαθηματικά προβλήματα απαιτούν συνήθως την ολοκλήρωση πολλαπλών πράξεων και τα προβλήματα λέξεων απαιτούν τον προσδιορισμό και την ερμηνεία βασικών πληροφοριών. Οι συμπεριφορικοί θεραπευτές μπορούν να εργαστούν με τα παιδιά σε όλες αυτές τις δεξιότητες για να ενισχύσουν τις στρατηγικές μάθησής τους και να τα κάνουν πιο αποτελεσματικά συνολικά (Miller, 2022).

Όταν ένα παιδί μαθαίνει νέες δεξιότητες, είναι σημαντικό να κατανοήσει πώς αυτές οι δεξιότητες θα το ωφελήσουν. Ένας ικανός εκπαιδευτικός θεραπευτής θα οργανώσει την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των παιδιών με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτύχουν.

Το γεγονός ότι οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, όπως η εκπαίδευση γονέων και η Κάρτα Ημερήσιας Αναφοράς, απαιτούν σημαντικό όγκο εργασίας τόσο από τα παιδιά όσο και από τους ενήλικες που εργάζονται μαζί τους είναι μία από τις πιο επιβαρυντικές πτυχές αυτών των προγραμμάτων. Είναι δεδομένο ότι στην περίπτωση της συμπεριφορικής προσέγγισης οι γονείς θα χρειαστεί να κάνουν μια σημαντική επένδυση. Η εκπαίδευση μπορεί επίσης να είναι τεράστια βοήθεια για τους γονείς, οι οποίοι συχνά έρχονται σε επαφή με τους ειδικούς νιώθοντας εξαντλημένοι και αναποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση των παιδιών. Συνεπώς, μέσα από τη συμπεριφορική θεραπεία, αποκτούν μεγάλη αυτοπεποίθηση όσο περνάει ο καιρός.

Παρά το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις με βάση τους γονείς και τους δασκάλους δεν επηρεάζουν άμεσα τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι βελτιώνουν την έκβαση για τα παιδιά που έχουν την πάθηση (Delay et al, 2020). Μάλιστα, οι πιο σημαντικές βελτιώσεις παρατηρούνται σε παιδιά που είναι ιδιαίτερα προκλητικά ή αντιδραστικά.

Όταν τα παιδιά με ΔΕΠΥ φτάνουν στην εφηβεία, υπάρχουν λιγότερες ενδείξεις ότι η εκπαίδευση συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική. Ωστόσο, η CBT έχει μια θέση στη θεραπεία παιδιών με ΔΕΠΥ που αναπτύσσουν δευτερογενή προβλήματα όπως η διαταραχή διαγωγής και η εναντιωματική προκλητική διαταραχή. Επιπλέον, η CBT χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ενός σημαντικού αριθμού παιδιών με διαταραχές άγχους και διάθεσης, που είναι πολύ πιθανό να εμφανιστούν παράλληλα με τη ΔΕΠΥ (Miller, 2022).

Ο στόχος της παρέμβασης Making Socially Accepting and Inclusive Classrooms (MOSAIC) (Mikami et al, 2013) είναι να ενισχύσει την κοινωνική ζωή των παιδιών με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζοντας τις αρνητικές εντυπώσεις που έχουν οι συνομήλικοί τους για εκείνα. Στην παρέμβαση περιλαμβάνονται παραδοσιακές στρατηγικές συμπεριφορικής διαχείρισης.

Ο Mikami και οι συνεργάτες του (2013) διεξήγαγαν μια πιλοτική τυχαίοποιημένη δοκιμή στην οποία συνέκριναν το MOSAIC με ένα παραδοσιακό

πρόγραμμα διαχείρισης συμπεριφοράς στην τάξη και βρήκαν ότι οι προβληματικές συμπεριφορές των παιδιών με ΔΕΠΥ ελέγχονταν εξίσου και στις δύο ομάδες. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το MOSAIC είναι ένα εξαιρετικά αποτελεσματικό πρόγραμμα διαχείρισης συμπεριφοράς. Επιπλέον, σε σύγκριση με τα παιδιά που συμμετείχαν στο τυπικό πρόγραμμα, αυτά που έλαβαν τη θεραπεία MOSAIC είχαν βελτίωση στην κοινωνική τους θέση, είχαν μεγαλύτερο αριθμό φίλων που ήταν αμοιβαίες και έλαβαν περισσότερα θετικά μηνύματα από τους συνομηλίκους τους. Αυτά τα ευρήματα έχουν ορισμένες ενθαρρυντικές επιπτώσεις και θα ήταν χρήσιμο να επαναληφθούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Λόγω του γεγονότος ότι αυτή η πιλοτική μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο ενός προγράμματος μετασχολικής θεραπείας κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού, η μετέπειτα έρευνα θα χρειαστεί να διερευνήσει την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης MOSAIC σε περιβάλλοντα γενικής εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους.

3.3.1 Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (FUNCTIONAL BEHAVIORAL ANALYSIS)

Η Λειτουργική Ανάλυση της Συμπεριφοράς αποτελεί μέρος της οικοσυστημικής προσέγγισης (Functional Behavioral Analysis) και είναι μια μέθοδος που βασίζεται στη θεωρία της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης. Πρόκειται για μια μεθοδική διαδικασία που συνίσταται στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις διαδικασίες που ακολουθούν πριν ή μετά από μια συμπεριφορά. Δίνει έμφαση στον προσδιορισμό της αιτίας και του σκοπού της συμπεριφοράς, γεγονός που βοηθά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της καταλληλότητας του προγράμματος παρέμβασης.

Η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων πραγματοποιείται μέσω έμμεσης αξιολόγησης, που περιλαμβάνει συνεντεύξεις, αξιολογήσεις και κλίμακες, και μέσω άμεσης αξιολόγησης, η οποία περιλαμβάνει την καταγραφή των επεισοδίων, τη συχνότητα και τη διάρκεια των γεγονότων που προηγούνται και προκαλούν τη συμπεριφορά. Η άμεση αξιολόγηση καταγράφει επεισόδια,

συχνότητες και διάρκεια. Μία από τις πιο σημαντικές εργασίες του LAS είναι να εντοπίσει τους συγκεκριμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εκδήλωση της συμπεριφοράς. Ο πρωταρχικός στόχος του εξατομικευμένου προγράμματος είναι να αυξήσει το επίπεδο κοινωνικής ικανότητας του συμμετέχοντος, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης προβληματικών συμπεριφορών. Η έρευνα που πραγματοποίησε το AAS για τον προγραμματισμό παρέμβασης στο σχολικό περιβάλλον έδειξε θετικά αποτελέσματα στη σχολική ζωή τόσο των δασκάλων όσο και των μαθητών, τόσο με όσο και χωρίς αναπηρία. Η χρήση του LAS απαιτεί την ολοκλήρωση ορισμένων διακριτών βημάτων. Ακολουθεί ο τρόπος με τον οποίο ο Gable και ο Kauffman (1999) ορίζουν κάθε βήμα στη διαδικασία: Η διατύπωση της υπόθεσης είναι το πρώτο βήμα και αποτελείται από τρία στοιχεία, η οποία συνεπάγεται τον ορισμό της προβληματικής συμπεριφοράς, την περιγραφή των γεγονότων που συμβαίνουν πριν και προκαλούν τη συμπεριφορά, και την περιγραφή των γεγονότων που λαμβάνουν χώρα μετά την πραγματοποίηση της συμπεριφοράς. Στο δεύτερο βήμα, δημιουργείται ένα σχέδιο υποστήριξης συμπεριφοράς που σχετίζεται άμεσα με την περίπτωση. Στο τελικό βήμα, καθορίζεται τι είδους υποστήριξη πρέπει να παρασχεθεί για να γίνει το πρόγραμμα υποστήριξης πιο αποτελεσματικό (Εταιρεία Ειδικής Παιδαγωγικής Ελλάδος, 2015).

Η αξιολόγηση των λειτουργικών προτύπων συμπεριφοράς θα πρέπει να επικεντρωθεί στους ακόλουθους τέσσερις τομείς:

1. Καθορισμός με ακρίβεια των μη αποδεκτών ενεργειών που εμφανίζονται στην τάξη.
2. Χρήση δεδομένων για το σχεδιασμό παρεμβάσεων στα αντίστοιχα περιβάλλοντά τους.
3. Αιτιολόγηση συμπεριφορών
4. Καθορισμός σχεδίου αντιμετώπισης

Η φύση των σχεδίων συμπεριφοράς πιθανότατα μεταμορφώνεται ως συνέπεια της ευρείας διαθεσιμότητας ευκαιριών εξ αποστάσεως εκπαίδευσης.

Οι γονείς έχουν τη δυνατότητα είτε να ηχογραφήσουν τα επεισόδια για την αξιολόγηση είτε να ζητήσουν από τον αξιολογητή να παρακολουθεί τις αλληλεπιδράσεις ζωντανά μέσω τηλεδιάσκεψης (Schwartz, 2020).

Οι γονείς διαδραματίζουν το ρόλο των συντονιστών. Επειδή οι μαθητές θα λαμβάνουν τουλάχιστον μερικές από τις οδηγίες τους, αν όχι όλες, εξ αποστάσεως, η πλειοψηφία των γονέων θα είναι υπεύθυνοι για την εφαρμογή προγραμμάτων αλλαγής συμπεριφοράς ή τουλάχιστον θα είναι μέλη της ομάδας. Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο για τους γονείς, ειδικά εκείνους που μπορεί να εργάζονται από το σπίτι και που δεν είναι σίγουροι για το πώς να διδάξουν στο παιδί τους νέες δεξιότητες και συνήθειες για να αντικαταστήσουν τις προβληματικές. Σε ένα ιδανικό σενάριο, ένας επαγγελματίας του σχολείου θα μπορούσε να παρέχει οδηγίες και ανατροφοδότηση στους γονείς μέσω ζωντανού βίντεο, καθιστώντας δυνατή την επιτυχή εφαρμογή προγραμμάτων αλλαγής συμπεριφοράς στο σπίτι.

Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις και Υποστηρίξεις (PBIS), παρέχουν θαυμάσια εργαλεία για γονείς, δασκάλους και άλλο σχολικό προσωπικό. Αυτοί οι πόροι περιλαμβάνουν τη βοήθεια των οικογενειών να αναπτύξουν σχέδια συμπεριφοράς για εφαρμογή στο σπίτι κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου (Schwartz, 2020).

3.4. ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Υπάρχει μια αυξανόμενη συναίνεση ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) συνδέεται και προκαλείται από εγκεφαλική δυσλειτουργία. Αυτή η κατανόηση της διαταραχής οδηγεί την αυξημένη εστίαση σε φάρμακα, θεραπείες συμπεριφοράς και προγράμματα που διδάσκουν στους γονείς νέες δεξιότητες. Από την άλλη πλευρά, η ψυχανάλυση ως μορφή θεραπείας έχει σε μεγάλο βαθμό πέσει σε δυσμένεια και συνήθως θεωρείται αναποτελεσματική ή και επιβλαβής. Δεν έχει γίνει ιδιαίτερη έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στη διαχείριση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) στα παιδιά. Ωστόσο, λόγω των ασυνεπών αποτελεσμάτων άλλων θεραπειών, όπως η συμπεριφορική θεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή, υπάρχει επιτακτική ανάγκη για μια εις βάθος διερεύνηση της ψυχοδυναμικής συμβολής στη θεραπεία της ΔΕΠΥ στα παιδιά. Ωστόσο, τα αποτελέσματα μιας συστηματικής ανάλυσης

δημοσιευμένης έρευνας για την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία για παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) περιελάμβαναν 23 περιπτωσιολογικές μελέτες, ερευνητικές εκθέσεις και θεωρητικά κείμενα ανέδειξε ότι αυτού του είδους η προσέγγιση μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα για έναν μαθητή με ΔΕΠΥ (Conway, 2012). Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, επίσης γνωστή ως CBT, είναι η μορφή ψυχοθεραπείας που συνήθως συνιστάται για τη θεραπεία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα ενηλίκων (ADHD).

Τα τελευταία χρόνια, η θεραπεία σχήματος έχει συγκεντρώσει αυξανόμενη προσοχή ως μια προσέγγιση θεραπείας που είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία χρόνιων ψυχιατρικών διαταραχών. Μία από τις πιο σημαντικές πτυχές της θεραπείας σχήματος είναι η διαδικασία εντοπισμού και αντιμετώπισης πρώιμων δυσπροσαρμοστικών σχημάτων, τα οποία είναι δυσλειτουργικά πρότυπα και πεποιθήσεις που αποτελούν αποτέλεσμα εμπειριών που εμφανίστηκαν κατά την παιδική ηλικία. Δύο μελέτες δημοσιεύθηκαν πριν από λίγο καιρό που κατέδειξαν αυξημένο επιπολασμό δυσπροσαρμοστικών σχημάτων σε ενήλικες ασθενείς με ΔΕΠΥ. Συνεπώς, η θεραπεία με σχήματα φαίνεται να είναι μία σημαντική θεραπευτική προσέγγιση της ΔΕΠΥ, ιδιαίτερα σε σχέση με τα δευτερεύοντα προβλήματα. Ακόμη, ωστόσο, απαιτούνται μελέτες (Lucke et al, 2017).

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, γνωστή και ως ΔΕΠΥ, είναι μια χρόνια ψυχοαναπτυξιακή πάθηση που συνήθως ξεκινά από την πρώιμη παιδική ηλικία και διαρκεί μέχρι την ενήλικη ζωή για πολλούς ανθρώπους. Με τα τρία κύρια κλινικά χαρακτηριστικά της, την απροσεξία, την υπερκινητικότητα και τον μειωμένο έλεγχο των παρορμήσεων, η ΔΕΠΥ είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού και δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς με τις υφιστάμενες θεραπείες. Το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V) απαιτεί ότι για να γίνει διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ADHD), πρέπει να υπάρχουν αρκετά συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Επιπλέον, αυτά τα συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται σε τουλάχιστον δύο διαφορετικές καταστάσεις, να παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργία και να έχουν εμφανιστεί πριν από την

ηλικία των 12 ετών. Όταν πρόκειται για τη θεραπεία ενηλίκων με ΔΕΠΥ, η φαρμακολογική θεραπεία με μεθυλφαινιδάτη θεωρείται η πρώτη λύση, επειδή είναι επιτυχημένη στη μείωση των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Lucke et al, 2017).

Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών συνεχίζει να εμφανίζει συμπτώματα παρά τη λήψη φαρμάκων ή εμφανίζει καταστάσεις που καθιστούν μη ασφαλές για αυτούς τη λήψη φαρμάκων. Επομένως, υπάρχει ανάγκη για μεθόδους που δεν περιλαμβάνουν τη χρήση φαρμακευτικών προϊόντων. Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που βασίζονται στην αρχή της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT) είναι αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, τουλάχιστον όσον αφορά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων που αναφέρονται στο ίδιο το άτομο.

Η πλειονότητα των προγραμμάτων που έχουν αναπτυχθεί στη διαδικασία ανάπτυξης ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων έχουν βασιστεί σε αυτήν την αρχή. Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί μέθοδοι που συνδυάζουν πτυχές της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας (DBT) με τις αρχές της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT). Αυτές οι μέθοδοι παρέχουν στους ασθενείς με ΔΕΠΥ πρόσθετες στρατηγικές για να στοχεύσουν συγκεκριμένα τις δυσκολίες στον έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων, και βασίζονται στην ιδέα της ενσυνειδητότητας. Οι υπάρχουσες ψυχοθεραπευτικές θεραπείες για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) μοιράζονται μια σειρά από χαρακτηριστικά, ένα από τα οποία είναι η κύρια εστίαση στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ και στις άμεσες συνέπειές τους στην καθημερινή ζωή (Lucke et al, 2017).

Η ενσωμάτωση βιογραφικών πτυχών στα ψυχοθεραπευτικά προγράμματα είναι μία από τις γενικότερες εξελίξεις στον τομέα. Η ανάπτυξη νέων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων σε άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις οδήγησε στην πρόταση προγραμμάτων που, εκτός από τη συμπεριφορική εργασία, ενσωματώνουν την αναγνώριση και τη στόχευση των (συνήθως αρνητικών) βιογραφικών εμπειριών των ασθενών. Αυτά τα προγράμματα έχουν προταθεί στο πλαίσιο της ανάπτυξης νέων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων σε άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις. Αν και η εστίαση σε τραυματικές εμπειρίες που συνέβησαν στην παιδική ηλικία δεν είναι μια νέα έννοια και έπαιξε πάντα

σημαντικό ρόλο στην παραδοσιακή ψυχανάλυση, η έννοια του συνδυασμού και της ενσωμάτωσης αυτής της πρωταρχικής εστίασης που βασίζεται στη συμπεριφορά είναι μια σχετικά πρόσφατη καινοτομία. Το Σύστημα Ψυχοθεραπείας Γνωσιακής Συμπεριφορικής Ανάλυσης (CBASP) είναι μία από αυτές τις πολλά υποσχόμενες προσεγγίσεις. Παρά το γεγονός ότι χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική πράξη, το πρόγραμμα δεν έχει προσαρμοστεί για άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις.

Η θεραπεία σχήματος, η οποία αναπτύχθηκε από τους Young και συν. (2003), είναι μια ακόμη σημαντική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη το προσωπικό ιστορικό ενός ασθενούς. Ο στόχος της θεραπείας σχήματος είναι να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει πρώιμα δυσπροσαρμοστικά σχήματα και να προσφέρει ανακούφιση από τις επιπτώσεις τους. Πρόκειται, πιο συγκεκριμένα, για τις προκαταλήψεις και οι προσδοκίες που έχει αναπτύξει ένα άτομο για τη δική του ταυτότητα σε σχέση με τους ανθρώπους και τον κόσμο που το περιβάλλει, οι οποίες αποτελούν εσωτερικευμένες υποθέσεις και προσδοκίες.

Τα πρώιμα δυσπροσαρμοστικά σχήματα σχηματίζονται κατά την παιδική ηλικία ως αποτέλεσμα χρόνιων αρνητικών εμπειριών με άλλους, όπως γονείς ή συνομηλίκους. Ένα χαρακτηριστικό μοντέλο δυσπροσαρμοστικού σχήματος ορίζεται ως «Εγκατάλειψη/Αστάθεια», και αναφέρεται στην προσδοκία ότι κάποιος θα χάσει σύντομα οποιονδήποτε με τον οποίο έχει δημιουργηθεί συναισθηματική προσκόλληση, και ένα άλλο ορίζεται ως «Αποτυχία», και αναφέρεται στην πεποίθηση ότι κάποιος δεν είναι ικανός να αποδώσει το ίδιο καλά με τους συνομηλίκους του σε διάφορους τομείς της ζωής. Σύμφωνα με την περιγραφή του Young, η διαδικασία δομημένης αξιολόγησης στη θεραπεία σχήματος περιλαμβάνει την αναγνώριση των ιδιοσυγκρασιακών παραγόντων του ασθενούς καθώς και την αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων με άλλους αναπτυξιακούς παράγοντες. Αυτό γίνεται επειδή οι ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη και στην εκδήλωση συγκεκριμένων δυσπροσαρμοστικών σχημάτων ενός ασθενούς (Lucke et al, 2017).

Ο στόχος της θεραπείας σχήματος είναι να μειώσει την επίδραση που έχουν οι πρώιμες μνήμες και τα συναισθήματα των ασθενών που συνδέονται με δυσπροσαρμοστικά σχήματα στη λειτουργία και την ευημερία τους μέχρι σήμερα.

Η εφαρμογή της θεραπείας σχήματος δεν περιορίζεται στη θεραπεία συγκεκριμένων ψυχιατρικών διαταραχών. Έχει προταθεί η εφαρμογή της θεραπείας σχήματος στη θεραπεία καταστάσεων ψυχικής υγείας όπως το άγχος και η κατάθλιψη, και αυτή η κατεύθυνση διερευνάται επί του παρόντος (Lucke et al, 2017).

Φαίνεται λογικό να υποτεθεί ότι οι βιογραφικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο στην ψυχοπαθολογία των ενηλίκων ασθενών με ΔΕΠ-Υ, καθώς επίσης και στον παιδιών, δεδομένου ότι η ΔΕΠΥ είναι μια χρόνια αναπτυξιακή διαταραχή που συνήθως ξεκινά στην πρώιμη παιδική ηλικία. Τα παιδιά που έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) έχουν συχνά κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις λόγω της απροσεξίας τους, προειδοποιούνται για την υπερκινητική συμπεριφορά τους ή μπαίνουν σε συγκρούσεις λόγω της παρορμητικότητάς τους. Η συχνά ηχηρή και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά των ασθενών με ΔΕΠΥ ενθαρρύνει σκληρές και ακατάλληλες αντιδράσεις από γονείς και φροντιστές, και ένας σημαντικός αριθμός παιδιών με ΔΕΠΥ απορρίπτεται από τους συνομηλίκους τους για βίαιη συμπεριφορά. Όταν εφαρμόζονται στη θεωρία του Young για τη θεραπεία σχήματος, τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να ερμηνευθούν ως ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν με άλλες βιογραφικές συνθήκες για να συμβάλουν στο σχηματισμό δυσπροσαρμοστικών σχημάτων.

Ο Ramsay και ο Rostain (2007) διερεύνησαν τη σημασία των εσωτερικευμένων βασικών πεποιθήσεων, όσον αφορά τη ΔΕΠΥ ενηλίκων. Επιπλέον, πρότειναν ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) θα πρέπει να στοχεύει στις «αντισταθμιστικές στρατηγικές» του ασθενούς, οι οποίες συνδέονται με τα σχήματα του ασθενούς. Οι ίδιοι συγγραφείς πρόβαλαν την έννοια της ΔΕΠΥ ως «διαταραχή του άξονα», η οποία υπογραμμίζει τη θεμελιώδη επιρροή που έχουν τα χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ στην προσωπική ανάπτυξη ενός ασθενούς (Lucke et al, 2017).

Οι Miklosi και συν. (2016) αξιολόγησαν ένα δείγμα μη κλινικών ενηλίκων για συμπτώματα ΔΕΠΥ, χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Αυτοαναφοράς ΔΕΠΥ ενηλίκων (ASRS), καθώς και για την εκδήλωση δυσπροσαρμοστικών σχημάτων, χρησιμοποιώντας 4 υποκλίμακες της σύντομης μορφής Young Schema Ερωτηματολόγιο (YSQ)10. Οι συμμετέχοντες που εμφάνισαν αυξημένες

βαθμολογίες για περισσότερα από οκτώ συμπτώματα ΔΕΠΥ στο ASRS, υποδηλώνοντας πιθανή διάγνωση ΔΕΠΥ, είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο YSQ για όλες τις έρευνες υποκλίμακες (κοινωνική απομόνωση, ελαττώματα/ντροπή, αποτυχία και ανεπαρκής αυτοέλεγχος/αυτοπειθαρχία). Αυτό υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες με αυξημένες βαθμολογίες για περισσότερα από οκτώ συμπτώματα ΔΕΠΥ στο ASRS μπορεί να έχουν ΔΕΠΥ. Παρά το γεγονός ότι αυτή η μελέτη είχε πολλά μειονεκτήματα, όπως η απουσία κλινικής διάγνωσης ΔΕΠΥ με βάση παρατηρητές σε "ασθενείς" και ο χαμηλός αριθμός συμμετεχόντων με ΔΕΠΥ (n=15) παρείχε τις πρώτες ενδείξεις ότι τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα μπορεί να είναι πιο διαδεδομένα σε ασθενείς με ΔΕΠΥ.

Τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα εξετάστηκαν σε ένα κλινικό δείγμα 80 ενηλίκων με ΔΕΠΥ από την Lucke και τους συνεργάτες της (2017). Το δείγμα αποτελούνταν από ενήλικες που είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ. Η κλινική διάγνωση της ΔΕΠΥ επιβεβαιώθηκε με τη διεξαγωγή ενδελεχούς ανάλυσης των διαγνωστικών κριτηρίων που περιγράφονται στα εγχειρίδια ICD10 και DSM-IV. Αυτή η ανάλυση περιελάμβανε μια αντίστροφη ματιά στα συμπτώματα ΔΕΠΥ του ασθενούς ως παιδί χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Βαθμολόγησης Wender Utah. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο CAARS21 και η Λίστα Ελέγχου ΔΕΠΥ22 χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της βαρύτητας της ΔΕΠΥ στους ασθενείς καθώς και του υποτύπου της διαταραχής. Σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες, οι ασθενείς με ΔΕΠΥ είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες YSQ για όλα τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα, με εξαίρεση την «Ευπάθεια σε βλάβη ή ασθένεια». Τα σχήματα "Αποτυχία", "Ελαττωματικότητα/Ντροπή", "Υποταγή" και "Συναισθηματική Στέρηση" ήταν πιο έντονα στους πάσχοντες από ΔΕΠΥ, κάτι που ήταν σύμφωνο με τις προσδοκίες που βασίζονταν σε τυπικές βιογραφικές εμπειρίες ασθενών με ΔΕΠΥ. Η τάση για συμπεριφορά υψηλού κινδύνου έχει συνδεθεί με ένα «δισαισθητικό-υπαρξιακό» στυλ λήψης αποφάσεων στη ΔΕΠΥ, που χαρακτηρίζεται από μια πρωταρχική εστίαση στην ανταμοιβή που αναμένεται να προκύψει από μια ενέργεια και μια τάση να αγνοείται η πιθανότητα η ενέργεια να έχει αρνητικές συνέπειες.

Η έρευνα αποκάλυψε όχι μόνο την παρουσία δυσπροσαρμοστικών σχημάτων, αλλά και έναν σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό συννοσηρών

ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς με ΔΕΠΥ σε σύγκριση με υγιείς συμμετέχοντες. Όλες αυτές οι καταστάσεις μπορούν να θεωρηθούν δυνητικά συνδεδεμένες με δυσπροσαρμοστικά σχήματα, αλλά οι συναισθηματικές διαταραχές και οι αγχώδεις διαταραχές ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένες.

Οι Weusten και συν. (2014) πραγματοποίησαν μελέτη περίπτωσης εξετάζοντας τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα σε σχέση με τη ΔΕΠΥ. Ο ασθενής είχε φτάσει σε προχωρημένη ηλικία και ως αποτέλεσμα είχε αυξηθεί η συνολική ψυχιατρική επιβάρυνση. Αυτό ίσχυε ιδιαίτερα μετά την ακούσια συνταξιοδότησή του, η οποία είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια της δομής καθώς και των κοινωνικών επαφών. Οι συγγραφείς συζητούν πώς είναι πιθανό ο ασθενής να είχε αδιάγνωστη και μη θεραπευμένη ΔΕΠΥ, η οποία είχε βαθιά επίδραση στην ανάπτυξη της διαταραχής της προσωπικότητας του ασθενούς, η οποία συνδέθηκε με τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα «Αποτυχία», «Κοινωνική αποξένωση» και «Έλλειψη αυτοελέγχου». Αυτός ο ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία εστιασμένη στο σχήμα, η οποία οδήγησε σε βελτίωση όσον αφορά τα πιο σημαντικά σχήματά του καθώς και τη δερματιλομανία του. Ωστόσο, ορισμένα από τα συμπτώματά του, όπως το άγχος, είχαν αυξηθεί μετά τις πρώτες 20 συνεδρίες θεραπείας. Ο ασθενής επέλεξε να μην πάρει ένα φάρμακο που λειτούργησε σε συνδυασμό με μεθυλφαινιδάτη και θα μπορούσε να τον είχε βοηθήσει στην ικανότητά του να επωφεληθεί από τη θεραπεία σχήματος (Lucke et al, 2017).

Όταν θεωρηθούν στο σύνολό τους, οι περιπτώσεις και οι μελέτες που περιγράφηκαν παρέχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη θεωρία των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων ως σχετικού παράγοντα στην ψυχοπαθολογία ενηλίκων ασθενών με ΔΕΠΥ και ενθαρρύνουν περαιτέρω έρευνα για τη θεραπεία σχήματος ως μια δυνητικά πολλά υποσχόμενη προσέγγιση για τη θεραπεία αυτών των ασθενών. Από την άλλη πλευρά, μέχρι στιγμής, δεν έχουν υπάρξει τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές ή πιλοτικές μελέτες που να διερευνούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σχήματος σε ασθενείς με ΔΕΠΥ. Ο σχεδιασμός τέτοιου είδους μελετών οφείλει να προγραμματιστεί σχολαστικά, όσον αφορά τις παραμέτρους έκβασης οι οποίες πρόκειται να βελτιωθούν ως αποτέλεσμα της θεραπείας σχημάτων. Δεδομένου ότι τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ, η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, μπορούν να θεωρηθούν ως χαρακτηριστικά με κυρίως νευροβιολογική γένεση παρά ως

βιογραφικής προέλευσης, φαίνεται απίθανο η σχηματική θεραπεία να οδηγήσει σε ουσιαστική βελτίωση των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ.

Αντίθετα, το επίκεντρο της θεραπείας σχήματος είναι πιθανό να είναι στη βελτίωση δευτερευόντων προβλημάτων, όπως οι αναποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η προκατειλημμένη αυτοαντίληψη, που είναι το άμεσο αποτέλεσμα της ανάπτυξης δυσπροσαρμοστικών σχημάτων κατά την παιδική ηλικία. Ένα σχήμα «αποτυχίας», για παράδειγμα, θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση της αυτοεκτίμησης, άγχος, κοινωνική απόσυρση και τάση για γρήγορη εγκατάλειψη σε δύσκολες εργασίες, ενώ ένα σχήμα συναισθηματικής στέρησης θα μπορούσε να οδηγήσει σε απαιτητική συμπεριφορά και αστάθεια στις σχέσεις. Και τα δύο αυτά αποτελέσματα είναι ανεπιθύμητα. Είναι δύσκολο να μετρηθούν και να συγκριθούν συγκεκριμένα προβλήματα με χρήση επικυρωμένων οργάνων, κάτι που καθίσταται ακόμη πιο δύσκολο από το γεγονός ότι διαφορετικοί ασθενείς έχουν συνήθως τον δικό τους μοναδικό συνδυασμό δυσπροσαρμοστικών σχημάτων και σχετικών συνεπειών. Η βιβλιογραφία και η πιο πρόσφατη μελέτη των Lucke και συν. (2017) επιβεβαιώνουν και οι δύο ότι οι συνέπειες των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων μπορεί συχνά να συνδέονται στενά με κοινές συννοσηρότητες σε ασθενείς με ΔΕΠΥ. Αυτές οι συννοσηρότητες περιλαμβάνουν την κατάθλιψη και το άγχος.

Κατά καιρούς, και ειδικά καθώς ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά συνεχίζει να αυξάνεται, όλο και περισσότεροι επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας προσπαθούν να εντοπίσουν αποτελεσματικές μεθόδους παρέμβασης για άτομα όλων των ηλικιών. Αυτές οι μέθοδοι πρέπει πάντα να προσαρμόζονται στην ηλικία του ατόμου καθώς και στις ψυχικές του δυνατότητες. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι, κατά την παιδική ηλικία, η επίτευξη οποιουδήποτε στόχου απαιτεί τη συνεργασία όχι μόνο εκπαιδευμένων επαγγελματιών αλλά και της οικογένειας του παιδιού και του εκπαιδευτή της τάξης.

Η πιο κοινή μορφή θεραπείας για τη ΔΕΠΥ είναι η συμπεριφορική θεραπεία, που παρουσιάστηκε αναλυτικά παραπάνω, η οποία επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείρισή της. Πολλαπλές έρευνες και μελέτες έχουν αποδείξει τη χρησιμότητά και υποστηρίζουν την εγκυρότητά τέτοιου είδους παρεμβάσεων. Η χρήση ανταμοιβών και άλλων τρόπων, καθώς και η παροχή

προτύπων ρόλων και ευκαιριών για κοινωνική μάθηση, είναι όλα συστατικά των συμπεριφορικών θεραπειών, οι οποίες χρησιμεύουν στην τόνωση των κινήτρων (Antshel & Barkley, 2008). Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς σχετικά με το πως να επικοινωνούν μέσω των συναισθημάτων τους, προωθούν την υγιή επαφή γονέα-παιδιού και απαιτούν από τους γονείς να χρησιμοποιούν τακτικές τροποποίησης συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης.

Είναι πλέον γενικά γνωστό ότι η ΔΕΠΥ είναι διαδεδομένη σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και ότι οι δυσκολίες και τα νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά που εκδηλώνονται σε παιδιά αυτής της ηλικίας είναι συγκρίσιμα με εκείνα που παρατηρούνται σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και στο σχολείο (DuPaul et al, 2001). Τα παιδιά που εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠΥ σε αυτή την ηλικία βρίσκονται σε μειονεκτική θέση επειδή δεν ακούν τις οδηγίες, αγωνίζονται ακόμη και να καθίσουν ακίνητα και ξοδεύουν την ενέργειά τους με το να είναι υπερβολικά δραστήρια, κάτι που αναστατώνει τους συνομηλίκους και τα μέλη της οικογένειάς τους.

Επιπλέον, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που έχουν ΔΕΠΥ είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε ατυχήματα και να τραυματιστούν συχνότερα. Επιπλέον, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας εμφανίζουν επίπεδα ψυχιατρικής συννοσηρότητας που είναι συγκρίσιμα με αυτά των μεγαλύτερων παιδιών, με την αντιθετική προκλητική διαταραχή, τη διαταραχή διαγωγής, την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές να είναι τα πιο συχνά (Egger, Kondo & Angold, 2006). Τα παιδιά σχολικής ηλικίας που έχουν συχνά ΔΕΠ-Υ έχουν επίσης και συννοσηρικές συμπεριφορικές δυσκολίες, οι οποίες τυπικά ορίζονται από περιφρόνηση, ανυπακοή και βίαιες συμπεριφορές. Σε όλα τα παραπάνω, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά μια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, η οποία θα προσφέρει υποστήριξη στους γονείς.

Η λεγόμενη θεραπεία «νευροανάδρασης» είναι μια άλλη παρέμβαση που σταδιακά έχει αρχίσει να αναφέρεται όλο και πιο συχνά. Η νευροανάδραση είναι μια τεχνική που διδάσκει τα παιδιά πώς να βελτιώσουν την προσοχή και τον έλεγχο των παρορμήσεων τους μέσω της χρήσης απεικόνισης της εγκεφαλικής δραστηριότητας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, προσδιορίζεται με χρήση ΗΕΓ. Προκειμένου να μετρηθεί η δραστηριότητα, εμφυτεύονται αισθητήρες στο

τριχωτό της κεφαλής και οι μετρήσεις εμφανίζονται σε οθόνες που μπορούν να εμφανίσουν βίντεο ή ήχο. Προβλέπεται ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ θα μάθουν να διαχειρίζονται τις σχετικές περιοχές προσοχής και επεξεργασίας πληροφοριών μόλις κατακτήσουν την ικανότητα της μάθησης να ελέγχουν τη δραστηριότητα του εγκεφάλου τους μέσω της εφαρμογής των αρχών συμπεριφοράς της μάθησης μέσω λειτουργικής προετοιμασίας (Sonuga-Barke et al, 2013).

Σύμφωνα με τους Gentile και Atiq (2006), η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (η οποία ενισχύει τις προϋπάρχουσες δεξιότητες αντιμετώπισης του ασθενούς) και η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (η οποία είναι μια μαθησιακή εμπειρία στην οποία ο θεραπευτής αναλαμβάνει ενεργό ρόλο βοηθώντας τους ασθενείς να αναγνωρίσουν και να τροποποιήσουν τις γνωστικές προκαταλήψεις που προκαλούν δυσλειτουργία και αποτρέπει την επικοδομητική επίλυση προβλημάτων) μπορεί να είναι χρήσιμη για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ και την παροχή βοήθειας στους ανθρώπους με οργάνωση και προγραμματισμό, καθώς και βοηθώντας τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν περισπασμούς.

Πρόκειται ουσιαστικά για μια μαθησιακή εμπειρία στην οποία ο θεραπευτής μπορεί να διδάξει μαθησιακές δεξιότητες για τη μεγιστοποίηση της προσαρμοστικής σκέψης ενώ το άτομο βρίσκεται σε στρες. Επιπλέον, ο θεραπευτής μπορεί να διδάξει δεξιότητες μάθησης για την εφαρμογή δεξιοτήτων προσαρμοστικής σκέψης σε δυσκολίες που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ, εάν υπάρχουν συνοδευτικά προσωπικά ζητήματα όπως αίσθημα αποτυχίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, συχνές αλλαγές εργασίας ή άλλες διαταραχές στην αίσθηση της ταυτότητας ή των σχέσεων με στοιχεία που σχετίζονται με τις προσπάθειες του ατόμου να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Οι μαθησιακές δεξιότητες μπορούν να εφαρμοστούν για τη μεγιστοποίηση της προσαρμοστικής σκέψης ενώ το άτομο βρίσκεται υπό στρες (Gentile & Atiq, 2006).

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ μπορεί να εκδηλωθούν με τρόπους που είναι επιζήμιοι για την αυτοεκτίμηση, την αυτοπεποίθηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις ενός ατόμου. Σε κάθε περίπτωση, η ψυχοθεραπεία είναι απαραίτητο συστατικό, σύμφωνα με έρευνες, είτε ως κύρια θεραπεία, είτε ως συμπληρωματική θεραπεία, και ιδιαίτερα στους ενήλικες. Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία, καθεμία από τις οποίες μπορεί να έχει μια μοναδική μορφή (Umesh, 2019).

Ένα είδος παρέμβασης αφορά την θεραπεία σε ομάδες, όπου οι θεραπευόμενοι μπορούν να μοιραστούν εμπειρίες και να αποκτήσουν γνώση ο ένας από τον άλλο. Οι ομάδες είναι επίσης μια αποτελεσματική και οικονομική προσέγγιση για την επίσκεψη πολλών ασθενών ταυτόχρονα που αντιμετωπίζουν παρόμοια ζητήματα. Η ομαδική μορφή είναι μια πολύ αποτελεσματική προσέγγιση για τη μετάδοση της γνώσης και την επιτυχία της παρέμβασης. Οι ομάδες υποστήριξης της ΔΕΠΥ (δίκτυα υποστήριξης) μπορούν να βοηθήσουν τις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών και να αποτελέσουν διάυλο επικοινωνίας, με αποτέλεσμα τα άτομα να μπορούν να χρησιμοποιήσουν εμπειρίες άλλων για να αντιμετωπίσουν καταστάσεις.

Επειδή η ΔΕΠΥ συχνά συνοδεύεται από προβλήματα διάθεσης, η γνωσιακή-θεραπεία που χορηγείται σε ατομική βάση μπορεί επίσης να βοηθήσει τους ασθενείς να επαναπροσδιορίσουν τις δυσμενείς εμπειρίες τους ως πιο ευνοϊκές.

Οι άνθρωποι που έχουν ΔΕΠΥ έχουν συστήματα πεποιθήσεων που βασίζονται στην έλλειψη επιτευγμάτων και, μερικές φορές, σε μια απαισιόδοξη κοσμοθεωρία, στην οποία πιστεύουν ότι όλοι οι άλλοι πετυχαίνουν, ενώ εκείνοι δεν τα καταφέρνουν παρά τις ικανότητες τους. Η αλλαγή αυτών των δυσλειτουργικών σχημάτων, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά το άτομο, ωστόσο, δε συστήνεται για μικρά παιδιά, καθώς είναι δύσκολο να υπάρξει αποτέλεσμα (Umesh, 2019).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο, πρόκειται να παρουσιαστούν συνοπτικά τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και στη συνέχεια να γίνει σύγκριση τους με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της τρέχουσας έρευνας οι πιο κοινά εφαρμοζόμενες θεραπείες ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν ψυχοδιεγερτική φαρμακευτική αγωγή και συμπεριφορική θεραπεία. Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και από τη μελέτη της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ωστόσο, όπως αναδείχθηκε, πολλοί ερευνητές ανησυχούν ότι αυτές οι «θεραπείες» για μικρά παιδιά με ΔΕΠΥ θα

μπορούσαν να βλάψουν την ακαδημαϊκή και κοινωνική τους επίδοση (Robert & Kliegman, 2016). Οι Ervin και συν. (1998) διαπίστωσαν ότι η θεραπεία ανακουφίζει μόνο τα «συμπτώματα», όχι τις σχολικές επιδόσεις. Τόσο η φαρμακευτική αγωγή όσο και η συμπεριφορική «θεραπεία» για τη ΔΕΠΥ επικρίνονται επειδή επικεντρώνονται στην ελαχιστοποίηση των «συμπτωμάτων» αντί να ενθαρρύνουν τη λειτουργία κάθε παιδιού. Πράγματι, αν και οι παρεμβάσεις τέτοιου είδους φάνηκαν να έχουν ορισμένα αποτελέσματα, δεν θεωρήθηκαν πάντα αποτελεσματικές σε σχέση με προγενέστερες έρευνες.

Δύο στοιχεία που αναδείχθηκαν από πλήθος ερευνών είναι ότι η έγκαιρη αναγνώριση της πάθησης από τον εκπαιδευτή είναι ζωτικής σημασίας για την έγκαιρη αντιμετώπισή της, καθώς μπορεί να δημιουργήσει προγράμματα παρέμβασης. Η συμμετοχή του εκπαιδευτικού είναι καθοριστική για την άμεση αντιμετώπιση της διαταραχής. Ακόμη πιο κρίσιμη είναι η γνώση του εκπαιδευτικού και η κατάρτιση του, για τον καθορισμό της εκπαιδευτικής ή θεραπευτικής παρέμβασης. Επειδή το παιδί περνά ένα μεγάλο μέρος της ημέρας του στο σχολείο, όπου ενθαρρύνεται να μάθει και να δημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους του, ο δάσκαλος είναι συχνά ο πρώτος που ανησυχεί για τη συμπεριφορά του (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η παρούσα έρευνα, παρουσίασε αποτελέσματα σχετικά με τα οικοσυστημικά μοντέλα που αξιοποιούνται στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ, τονίζοντας, επίσης, τις αλληλεπιδράσεις των μαθητών με τον εαυτό τους και τους άλλους. Πράγματι, φαίνεται πως πρόκειται για ένα αποτελεσματικό είδος παρέμβασης.

Ακόμη, αναφέρθηκαν ποικίλα προγράμματα, τα οποία εμπλέκουν τους γονείς στην εκπαιδευτική διαδικασία. Προέκυψε ότι βελτιώνουν τη συμπεριφορά των παιδιών, μειώνουν τις συγκρούσεις και την οργή, προάγουν την επικοινωνία γονέα-παιδιού και μειώνουν το άγχος των γονιών (Ghanizadek, 2007). Όπως υποστηρίχθηκε βιβλιογραφικά, είναι εξαιρετικά σημαντικό οι γονείς να θέτουν στόχους για τα παιδιά τους οι οποίοι, ωστόσο, να είναι εντός των δυνατοτήτων τους. Μία παραδοσιακή μέθοδος αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ, η οποία προτείνεται από τη βιβλιογραφία είναι γνωστή ως η μέθοδος "time out", και είναι εκείνη την οποία πολλοί ψυχοθεραπευτές παγκοσμίως προτείνουν ως ένα είδος βοήθειας για γονείς που έχουν παιδιά με ΔΕΠΥ και εκπαιδευτικούς. Τα αποτελέσματα για

τα μικρότερα παιδιά που χρησιμοποιούν αυτή την προσέγγιση έχουν αποδειχθεί πολύ θετικά (Καπογιάννη, 2008).

Η Κάρτα Ημερήσιας Αναφοράς βοηθά στην ενθάρρυνση της θετικής συμπεριφοράς σε παιδιά πρώιμης ΔΕΠΥ. Τα οφέλη για τους νέους διαφέρουν. Αυτές οι τακτικές παρέχουν στους νέους ανατροφοδότηση για την πρόοδό τους και επιβραβεύουν τους μαθητές που επιτυγχάνουν τους στόχους συμπεριφοράς στην τάξη.

Η Λειτουργική Ανάλυση Συμπεριφοράς, μέρος της οικοσυστημικής προσέγγισης βασίζεται στη γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση και προτείνει στους εκπαιδευτικούς να λαμβάνουν υπόψη τη συμπεριφορά ενός παιδιού ενώ αποφασίζουν για τους στόχους που θα θέσουν για τη θεραπεία τους. Η εξατομίκευση έχει αναδειχθεί από ποικίλες έρευνες ως ένας σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση της απόδοσης μαθητών με ΔΕΠΥ. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η χρήση της FBA απαιτεί την ολοκλήρωση διακριτών βημάτων για να είναι επιτυχής. Οι Gable και συν. (1999) ορίζουν τη διαδικασία σε τρία βήματα: Η διατύπωση της υπόθεσης αποτελεί το πρώτο βήμα και αποτελείται από τρία στοιχεία, τον ορισμό της προβληματικής συμπεριφοράς, την περιγραφή των γεγονότων που προκαλούν τη συμπεριφορά, και την περιγραφή των γεγονότων που λαμβάνουν χώρα μετά την πραγματοποίηση της συμπεριφοράς. Στο δεύτερο βήμα, δημιουργείται το σχέδιο υποστήριξης συμπεριφοράς και στο τελικό βήμα, καθορίζεται τι είδους υποστήριξη θα προσφερθεί (Εταιρεία Ειδικής Παιδαγωγικής Ελλάδος, 2015).

Επιπρόσθετα, από την τρέχουσα έρευνα, αναδείχθηκε ότι η CBT συχνά συνιστάται για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ ενηλίκων και δεν αντιμετωπίζει τη ΔΕΠΥ ως αναπτυξιακή κατάσταση. Η θεραπεία σχήματος εστιάζει στον εντοπισμό και τη διόρθωση πρώιμων δυσπροσαρμοστικών σχημάτων, τα οποία μπορούν να οριστούν ως δυσλειτουργικές αναπτυξιακές συνήθειες και πεποιθήσεις. Η θεραπεία αυτή μπορεί να είναι μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ, ιδιαίτερα σε περίπτωση ανεπαρκών δεξιοτήτων αντιμετώπισης ή μειωμένης αυτοαντίληψης. Σύμφωνα με τη διεθνή έρευνα, η βιβλιογραφία και η πρόσφατη μελέτη των Philipsen και συν. (2017) ανέδειξαν ότι οι συνέπειες των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων μπορεί συχνά να συνδέονται

στενά με κοινές συννοσηρότητες σε ασθενείς με ΔΕΠΥ. Αυτές οι συννοσηρότητες μπορούν να συμπεριλάβουν την κατάθλιψη και το άγχος (Lucke et al, 2017).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Όπως για κάθε έρευνα έτσι για την παρούσα υπήρχαν ορισμένοι περιορισμοί. Αρχικά, υπάρχει ο περιορισμός της γλώσσας που δεν επιτρέπει να αναγνωστούν έρευνες από κάθε χώρα, με αποτέλεσμα να μην σκιαγραφούνται απαραίτητα οι παγκόσμιες τάσεις στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ. Οι έρευνες που εξετάστηκαν στην παρούσα εργασία προέρχονται από την Ελλάδα, αλλά και τις αγγλόφωνες χώρες, με τις περισσότερες να αφορούν τις Η.Π.Α., δεδομένου ότι υπήρχε πολύ περισσότερο υλικό διαθέσιμο. Δεδομένου ότι τα εκπαιδευτικά συστήματα αλλάζουν από περιοχή σε περιοχή, είναι λογικό να θεωρηθεί ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα μπορούσαν να διαφοροποιούνται, ως προς την ισχύ τους, από τόπο σε τόπο.

Επιπλέον, δεδομένου ότι η έρευνα είχε περιορισμένη έκταση λόγω της φύσης της, υπήρχε κατ' ανάγκη ένας περιορισμός ως προς τον αριθμό των πηγών που μπορούσε να χρησιμοποιηθεί. Για την παρούσα έρευνα εξετάστηκε ένας επαρκής αριθμός ερευνών, χωρίς ωστόσο να μπορεί να επιτραπεί η γενίκευση των αποτελεσμάτων ή να μπορεί να υποστηριχθεί ότι η επιλογή ήταν εξαντλητική.

Για την εξαγωγή περισσότερων συμπερασμάτων σχετικά με το προς μελέτη θέμα, θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο να πραγματοποιηθεί επιπλέον εμπειρική έρευνα, τόσο ποσοτική, όσο και ποιοτική. Θα ήταν ενδιαφέρον να διεξαχθεί έρευνα σε μαθητές, η οποία θα εξετάζει την πορεία τους πριν και μετά τις στοχευμένες παρεμβάσεις και θα αξιολογεί τα αποτελέσματα στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Επιπρόσθετα, η ποιοτική έρευνα μέσω συνεντεύξεων σε γονείς και εκπαιδευτικούς, θα μπορούσε να παρέχει σαφή δεδομένα, σχετικά με το πως η κάθε θεραπεία επιδρά στους μαθητές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία αποτέλεσε μία συστηματική ανασκόπηση ερευνών, με στόχο να εξαχθούν αξιοποιήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τα σύγχρονα εκπαιδευτικά μοντέλα παρέμβασης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία. Η εργασία παρουσίασε τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, τα γνωστικά ελλείμματα και τις διδακτικές προκλήσεις, καθώς και τις μεθόδους διδασκαλίας μαθητών με ΔΕΠ-Υ και, τέλος, εστίασε στα σύγχρονα μοντέλα παρέμβασης, τα οποία παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Αρχικά, παρουσιάστηκαν τα παραδοσιακά μοντέλα παρέμβασης, τα οποία απευθύνονται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τα οποία υπήρξαν αποτελεσματικά σε αρκετές περιπτώσεις, αλλά συχνά ανεπαρκή. Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις, σε συνδυασμό με ορισμένες παρεμβάσεις στο σπίτι ή και στην τάξη, αποτέλεσαν ένα από τα πρώτα μέσα αντιμετώπισης, όταν έγινε κατανοητό, τόσο στην κοινωνία, όσο και στον εκπαιδευτικό τομέα, ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ αποτελούσαν μία ειδική κατηγορία μαθητών, που απαιτεί την ανταπόκριση στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει και όχι την απομόνωση και την τιμωρία (Αντωνίου, 2016). Όσον αφορά το σκέλος των φαρμακευτικών παρεμβάσεων, αφενός συνδέθηκαν με παρενέργειες, ιδιαίτερα σε παιδιά μικρής ηλικίας και αφετέρου αποτέλεσαν μία βραχυπρόθεσμη λύση, με περιορισμένη ισχύ, η οποία δεν βοηθά τα παιδιά στο πλαίσιο των γνωστικών ελλειμμάτων και των μαθησιακών δυσκολιών τις οποίες αντιμετωπίζουν (Αλεξιάδου, 2017). Αφετέρου, οι μεμονωμένες παρεμβάσεις, όπως η αποφυγή εντάσεων και επιπλήξεων, η τοποθέτηση του μαθητή σε ένα περιβάλλον χωρίς περισπασμούς ή στο πρώτο θρανίο, είναι ίσως χρήσιμες, αλλά μη επαρκείς για μία ολοκληρωμένη αντιμετώπιση μίας σοβαρής διαταραχής, η οποία θα ακολουθήσει το άτομο και στην ενήλικη ζωή του και μπορεί να αποτελέσει παράγοντα που θα οδηγήσει σε δυσάρεστες συνέπειες για το άτομο (Hoseini et al, 2014).

Οι μαθητές που έχουν ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν πρόσθετες προκλήσεις στην προσπάθειά τους να επωφεληθούν από τις θετικές πτυχές του σχολείου, οι οποίες θα συμβάλουν στην ανάπτυξή τους. Η υιοθέτηση ενός παραδοσιακού μοντέλου διδασκαλίας, δεν δύναται να καλύψει τις ανάγκες των μαθητών αυτών, λόγω έλλειψης εξατομίκευσης αλλά και μαθητοκεντρικότητας (Tomlison, 1999).

Συνεπώς, τόσο στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, όσο και στην αντιμετώπιση μέσω εξωσχολικών, θεραπευτικών παρεμβάσεων, κρίνεται απαραίτητο να υιοθετηθούν νέες μέθοδοι και πρακτικές.

Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει τη συστηματική ανασκόπηση άρθρων, τα οποία αφορούν σύγχρονες μεθόδους αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, εστιάζοντας στην παιδική ηλικία. Αρχικά, παρουσιάστηκε το οικολογικό μοντέλο παρέμβασης. Μέχρι σήμερα, λίγες έρευνες έχουν διερευνήσει την αντιμετώπιση διαταραχής ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (ADHD) χρησιμοποιώντας μια οικολογική προσέγγιση (Nguyen et al, 2019). Η προσέγγιση αυτή, εξετάζει όχι μόνο το παιδί το οποίο παρουσιάζει συμπτώματα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα αλλά και το περιβάλλον του, το οποίο συμπεριλαμβάνει το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον. Τόσο η αξιολόγηση, όσο και οι παρεμβάσεις που προτείνει το οικολογικό μοντέλο, βασίζονται με τον τρόπο αυτό στο σύνολο των περιβαλλόντων στα οποία το παιδί βρίσκεται στην καθημερινή του ζωή. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα τα οποία είναι διαθέσιμα, το οικολογικό μοντέλο παρέμβασης μπορεί να προταθεί ως μία εξαιρετικά εφαρμόσιμη και αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, αν εφαρμοστεί αποτελεσματικά σε όλα τα περιβάλλοντα, κάτι που απαιτεί φυσικά τη συνεργασία μεταξύ οικογένειας και σχολείου (Evans et al, 2014. Johnston & Park, 2015).

Κατόπιν της παρουσίασης ερευνών που εντάσσονται στο οικολογικό μοντέλο παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, παρουσιάστηκαν τα εξαιρετικά δημοφιλή μοντέλα συμπεριφορικής θεραπείας, τα οποία απευθύνονται τόσο σε παιδιά, όσο και σε γονείς, τους οποίους διδάσκουν τρόπους να εφαρμόζουν τη συμπεριφορική θεραπεία στα παιδιά τους. Το Πρόγραμμα Θετικών Γονέων (PPP), η Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού (PCIT) και η Εκπαίδευση Διαχείρισης Γονέων (PMT) είναι μόνο μερικοί από τους τύπους εκπαίδευσης γονέων που έχουν αποδειχθεί επιτυχείς (Ghanizadeh & Shams, 2007). Επιπρόσθετα, στις συμπεριφορικές θεραπείες εντάσσονται συστήματα τα οποία ενθαρρύνουν τη θετική συμπεριφορά σε μικρά παιδιά με ΔΕΠΥ, όπως η «Κάρτα Ημερήσιας Αναφοράς», τα οποία είναι ιδιαίτερα αποδοτικά σε μικρά παιδιά. Αυτές οι στρατηγικές προβάλλουν ιδιαίτερες προσδοκίες για τη συμπεριφορά των μαθητών στην τάξη, προσφέρουν στα παιδιά

ανατροφοδότηση για το πώς προχωρούν και προσφέρουν κίνητρα στους μαθητές να προσπαθήσουν να επιτύχουν τους στόχους οι οποίοι τέθηκαν (AAP, 2011).

Συνδυάζοντας τις δύο παραπάνω μεθόδους η Λειτουργική Ανάλυση της Συμπεριφοράς αποτελεί μέρος της οικοσυστημικής προσέγγισης (Functional Behavioral Analysis) και βασίζεται στη θεωρία της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης. Οι παρεμβάσεις στο πλαίσιο της Λειτουργικής Ανάλυσης Συμπεριφοράς, παρέχουν θαυμάσια εργαλεία για γονείς, δασκάλους και άλλο σχολικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνουν τη βοήθεια των οικογενειών να αναπτύξουν σχέδια συμπεριφοράς για εφαρμογή στο σπίτι κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, ενώ παράλληλα παρεμβάσεις πραγματοποιούνται από το σχολείο, με αντίστοιχη στόχευση (Schwartz, 2020).

Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί μέθοδοι οι οποίες συνδυάζουν πτυχές της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας (DBT) με τις αρχές της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT). Οι συγκεκριμένες μέθοδοι παρέχουν στους ασθενείς με ΔΕΠ-Υ πρόσθετες στρατηγικές που στοχεύουν συγκεκριμένα στις δυσκολίες στον έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων, και βασίζονται στην έννοια της ενσυνειδητότητας.

Τέλος, οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αποτελούν ένα νέο πεδίο στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, το οποίο παρουσιάστηκε στην παρούσα εργασία, μέσα από την ανασκόπηση ερευνών η οποία πραγματοποιήθηκε. Η ψυχοδυναμική θεραπεία, η οποία εντάσσεται στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, έχει αναδειχθεί μέσα από έρευνες ως κατάλληλη προς υιοθέτηση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και ενήλικες (Conway, 2012).

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, επίσης γνωστή ως CBT, αποτελεί τη μορφή ψυχοθεραπείας η οποία συνήθως συνιστάται για τη θεραπεία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα ενηλίκων (ADHD). Η CBT, ωστόσο, συνήθως δεν αντιμετωπίζει παράγοντες, όπως η χρόνια αρνητική ανατροφοδότηση στην παιδική ηλικία, η οποία μπορεί πιθανότατα να παίζει ρόλο στη ΔΕΠΥ, που αποτελεί μία αναπτυξιακή διαταραχή (Lucke et al, 2017).

Η θεραπεία δυσπροσαρμοστικών σχημάτων, αποτελεί μία ακόμη προσέγγιση, η οποία γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής στην αντιμετώπιση

αναπτυξιακών διαταραχών. Πρόσφατες μελέτες κατέδειξαν αυξημένο επιπολασμό δυσπροσαρμοστικών σχημάτων σε ενήλικες ασθενείς με ΔΕΠΥ. Κατά συνέπεια, η θεραπεία δυσπροσαρμοστικών σχημάτων μπορεί να αποτελεί μια δυνητικά πολλά υποσχόμενη προσέγγιση στη θεραπεία της ΔΕΠΥ, ιδιαίτερα στον τομέα των δευτερογενών προβλημάτων, όπως οι αναποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης ή η μειωμένη αυτοαντίληψη (Weusten et al, 2014). Οι υπάρχουσες ψυχοθεραπευτικές θεραπείες για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) έχουν μια σειρά από κοινά χαρακτηριστικά, ένα από τα οποία είναι η κύρια εστίαση στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ καθώς και στις συνέπειες τις οποίες μπορούν να επιφέρουν στην καθημερινή ζωή (Lucke et al, 2017).

Όλες οι παραπάνω προσεγγίσεις, έχουν εφαρμοστεί σε έρευνες και έχουν κριθεί αποτελεσματικές, έστω κι αν κάποιες βρίσκονται ακόμη σε πρώιμο στάδιο και απαιτούν τεκμηρίωση για να εφαρμοστούν ευρέως. Ωστόσο, πρόκειται για μεθόδους αντιμετώπισης οι οποίες είναι πολλά υποσχόμενες και απαιτούν επιπλέον έρευνα, η οποία θα παρέχει πρακτικά εφαρμόσιμα αποτελέσματα. Δυστυχώς, παρά τα ερευνητικά αποτελέσματα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες τόσο στο σχολικό, όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον, λόγω των μη αποτελεσματικών προσεγγίσεων οι οποίες εφαρμόζονται ή της αδιαφορίας του εκπαιδευτικού συστήματος. Για πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ, οι βραχυπρόθεσμες, μη αποτελεσματικές θεραπείες με τη χρήση φαρμάκων, οι οποίες δεν βοηθούν καθόλου την βελτίωση τους σε ακαδημαϊκό επίπεδο, είναι η μόνο διαθέσιμη θεραπεία, ενώ δυστυχώς, οι γνώσεις σχετικά με την πρόοδο της έρευνας, τόσο σε κοινωνικό επίπεδο, όσο και σε εκπαιδευτικό επίπεδο είναι ελάχιστες και συχνά αντικρουόμενες και αντιφατικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Αλεξιάδου, Ε. (2017). *Η χορήγηση μεθυλφαινιδάτης ή παράγωγων αμφεταμίνης για τη θεραπεία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) και οι μακροχρόνιες συνέπειές τους στον εγκέφαλο και τη συμπεριφορά: μια πρόταση για μελλοντική έρευνα* (Μεταπτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- Αντωνίου, Α. (2016). Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα στους μαθητές, αιτιολογικοί παράγοντες και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2014(2)*, 623–630.
- Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: Less to it than meets the eye. *Journal Of Learning Disabilities, 24(4)*, 205–209.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2011). ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics, 128*, 1007-1022.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: New School Library. London: England.
- Anastopoulos, A. D., DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., Morrissey- Kane, E., Sommer, J. L., Rhoads, L. H., Murphy, K. R., Gormley, M. J., & Gudmundsdottir, B. G. (2018). Rates and patterns of comorbidity among first- year college students with ADHD. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*, 236-247.
- Antshel, K. M., & Barkley, R. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America, 17(2)*, 421-437.
- Arcia, E., Frank, R., Sánchez-LaCay, A., & Fernáandez, M. (2000). Teacher understanding of ADHD as reflected in attributions and classroom strategies. *Journal Of Attention Disorders, 4*, 91-101. [10.1177/108705470000400203](https://doi.org/10.1177/108705470000400203).
- Βάρβογλη, Α. (2005) *Τι συμβαίνει στο παιδί; Νευροεξελικτικές διαταραχές της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας* (1η εκδ.). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Βαρσάμη, Ε. (2018). *Στάσεις και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την υποστήριξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ* (Μεταπτυχιακή εργασία).
- Βλασοπούλου, Μ. (2019). *Προαγωγή ψυχικής υγείας-Πρόληψη ψυχιατρικών διαταραχών* (Μεταπτυχιακή Εργασία).
- Βογινδρούκα, Α., Οκαλίδου, Α. & Σταυρακάκη, Σ. (2010). *Αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές: Από τη βασική έρευνα στην κλινική πράξη*. Αθήνα: Επίκεντρο.
- Barkley, R. A. (2000). Commentary on the multimodal treatment study of children with ADHD. *Journal Of Abnormal Child Psychology, 28(4)*, 595–599.
- Barry, L. M., & Haraway, D. L. (2005). Self-management and ADHD: A literature review. *The Behavior Analyst Today, 6(1)*, 48–64. <https://doi.org/10.1037/h0100051>
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Bhatia, M., Chaudhary, S., & Sidana, A. (1999). Attention Deficit Hyperactivity Disorder among psychiatric outpatients, *Indian Pediatrics, 36(6)*, 583-587.

- Biederman, J. (2011). The course and persistence of ADHD throughout the life-cycle. ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment. *Journal Of Psychiatry*, 2, 1-10.
- Boadie, W. D., Wu, R., & Helms, K. (2018). Performance of the adult ADHD self-report scale-v1.1 in adults with major depressive disorder. *Behavior Sciences*, 8, 1-14.
- Bothén, P., & Nordström, A.-L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research And Therapy*, 49, 175–185.
- Caci, H. M., Morin, A. J., & Tran, A. (2014). Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 202, 324– 332.
- Carr, J. E., Austin, J. L., Britton, L. N., Kellum, K. K. & Bailey, J. S. (1999). An assessment of social validity trends in applied behavior analysis. *Behavioral Interventions*, 14, 223-231.
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., Pelham, W. E., Swanger-Gagne, M. S., Girio, E., ... & O'Connor, B. (2009). Enhancing traditional behavioral parent training for single mothers of children with ADHD. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(2), 206-218.
- Conway, F. (2012). Psychodynamic psychotherapy of ADHD: A review of the literature. *Psychotherapy*, 49(3), 404–417. <https://doi.org/10.1037/a0027344>
- Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., ... & European ADHD Guidelines Group. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal Of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835-847.
- Daley, D., Tarver, J., & Sayal, K. (2020). Efficacy of a self-help parenting intervention for parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adjunct to usual treatment -small scale randomised controlled trial. *Child Care Health And Development*. 10.1111/cch.12825.
- Donfrancesco, R., Di Trani, M., Porfirio, M. C., Giana, G., Miano, S., Andriola, E. (2015). Might the temperament be a bias in clinical study on attention-deficit hyper-activity disorder (ADHD)? Novelty seeking dimension as a core feature of ADHD. *Psychiatry Research*, 227, 333–338.
- Döpfner, M., Hautmann, C., Görtz-Dorten, A., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2014). Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 665-673. doi:10.1007/s00787-014-0634-8
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508-515.
- DuPaul, G. J., & Jimmerson S. R. (2014). Assessing understanding and supporting students with ADHD at school: contemporary science practice and policy. *School Psychology Quarterly*, 29, 379–84.

- Dush, D. M., Hirt, M. L., & Schroeder, H. E. (1989). Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *106*, 97-106.
- Εταιρεία Ειδικής Παιδαγωγικής Ελλάδος. (2015). *Διλήμματα και προοπτικές στην Ειδική Εκπαίδευση*. Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Ευλογία, Π. (2020). *Δυσκολίες στη διαχείριση συμπεριφορών και συναισθημάτων, καθώς και διαταραχές ύπνου* (Μεταπτυχιακή εργασία). Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας & ΑΣΠΑΙΤΕ, Αιγάλεω.
- Eck, K. V., Morse, M., & Flory, K. (2015). The role of body image in the link between ADHD and depression symptoms among college students. *Journal Of Attention Disorders*, *22*, 435-445.
- Egger, H., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants And Young Children*, *19*, 109-122.
- Elik, N., Corkum, P., Blotnicky, P., McGrath, P. & Kutcher, S. (2013). Randomized-controlled trial of a classroombased distance intervention for teachers of elementary school-aged children with ADHD. *Symposium presentation at American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Orlando, Florida; 2013, October.
- Ervin, R., DuPaul, G., Kern, L., & Friman, P. (1998). Classroom-based functional and adjunctive assessments: Proactive approaches to intervention selection for adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, *31*, 65-78. 10.1901/jaba.1998.31-65.
- Evans, S. W., Schultz, B. K., DeMars, C. E., & Davis, H. (2011). Effectiveness of the challenging horizons after-school program for young adolescents with ADHD. *Behavior Therapy*, *42*(3), 462-474.
- Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *43*(4), 527-551.
- Φίλιου, Α. (2020). *Στοιχεία Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα στους ενήλικες και ενασχόληση με το διαδίκτυο* (Μεταπτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- Fabiano, G. A., Chacko, A., Pelham Jr, W. E., Robb, J., Walker, K. S., Wymbs, F., ... & Pirvics, L. (2009). A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, *40*(2), 190-204.
- Fischer, A. G., Bau, C. H., Grevet, E. H., Salgado, C. A. I., Victor, M. M., Kalil, K. L. S, Sousa, N. O., Garcia, C. R. & Belmonte de Abreu, P. (2007). The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J. Psychiatric Research*, *41*, 991-996.
- Gable, R. A., & Kauffman, J. M. (1999). Functional assessment in school settings. *Behavioral Disorders*, *24*(3), 246-248. <https://doi.org/10.1177/019874299902400302>
- Garcia, C., Bau, C., Silva, K., Callegari-Jacques, S., Salgado, C., Fischer, A., Victor, M., Sousa, N., Karam, R., & Rohde, L. (2012). The burdened life of adults with ADHD: impairment beyond comorbidity. *European Psychiatry*, *27*, 309-313.

- Gentile, J. P., & Atiq, R. (2006). Psychotherapy for the patient with adult ADHD. *Psychiatry*, 3(8), 31–35.
- Ghanizadeh, A. (2007). Educating and counseling of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Patient Education And Counseling*, 68, 23-8. 10.1016/j.pec.2007.03.021.
- Ghanizadeh, A., & Shams, F. (2007). Children's perceived parent-child relationships and family functioning in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 29(3), 1–11. https://doi.org/10.1300/J019v29n03_01
- Grzadzinski, R., Di Martino, A., Brady, E., Mairena, M. A., O'Neale, M., Petkova, E., Lord, C., & Castellanos, F. X. (2011). Examining autistic traits in children with ADHD: does the autism spectrum extend to ADHD?. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 41(9), 1178–1191. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1135-3>
- Hoseini, B. L., Abbasi, M. A., Moghaddam, H. T., Khademi, G., & Saeidi. (2014). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children: A short review and literature. *International Journal Of Pedistrics*, 2, 445-452.
- Johnston, C., & Park, J. L. (2015). Interventions for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A year in review. *Current Developmental Disorders Reports*, 2, 38–45. <https://doi.org/10.1007/s40474-014-0034-2>
- Jones, D. J., Forehand, R., Cuellar, J., Kincaid, C., Parent, J., Fenton, N., & Goodrum, N. (2013). Harnessing innovative technologies to advance children's mental health: Behavioral parent training as an example. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 241-252.
- Κακούρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*, Αθήνα: τυπωθήτω, 127-163.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). *Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλημέρης, Σ. (2022). ΔΕΠΥ : Τι είναι και πως αντιμετωπίζεται. Ανακτήθηκε από: <https://kalimeristherapist.com/%CE%B4%CE%B5%CF%80%CF%85/>
- Καπογιάννη, Ε. (2008). *Ανάπτυξη δεξιοτήτων εκπαιδευτικών στην ειδική αγωγή και εκπαίδευση για την διαχείριση προβλημάτων σε μαθητές με σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες και στις οικογένειές τους* (Μεταπτυχιακή Εργασία).
- Κουρκούτας, Η. (2007). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά: Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kamarudina, M. F., Kamarulzamanb, M. H., Bin, M. S. A., Sharifb, M., & Esrati, M. (2017). The impact of differentiated instructions on the motivation and achievements of gifted students in Mathematics. *The 3rd International Conference on Education in Muslim Society (ICEMS) 2017*.
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(302), 1-15.
- Kendall, P. C., Padever, W. & Zupan, B. (1980). *Developing self-control in children: A manual of cognitive-behavioral strategies*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Kleynhaus, S., Louw, C., & Perold, M. (2010). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal Of Education*, 30, 457-473.

- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., & Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and ADHD: a review of the literature. *European Psychiatry, 27*, 1-8.
- Konikowska, K., Rebulska-Ilow, B., & Rozanska, D. (2012). The influence of components of diet on the symptoms of ADHD in children. *Rocz Panstw Zakl Hig, 63*(2), 127-134.
- Lerner, J. W., & Lerner, S. R. (1991). Attention Deficit Disorder: Issues and questions. *Focus On Exceptional Children, 24*(3), 1-20.
- Li, T., Mota, N. R., Galesloot, T. E., Bralten, J., Buitelaar, J. K., Int'Hout, J., AriasVasquez, A., & Franke, B. (2019). ADHD symptoms in the adult general population are associated with factors linked to ADHD in adult patient. *European Neuropsychopharmacology, 10*(2), 1-10.
- Li, W., Zhang, W., Xiao, L., & Nie, J. (2016). The association of Internet addiction symptoms with impulsiveness, loneliness, novelty seeking and behavioral inhibition system among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research, 243*, 357-364.
- Liu, L., Yao, Y. W., Li, C. R., Zhang, J. T., Xia, C. C., Lan, J., Ma, S. S., Zhou, N., & Fang, X. Y. (2018). The comorbidity between Internet gaming disorder and ADHD: Interrelationship and neural mechanisms. *Frontiers In Psychiatry, 9*, 1-10.
- Lücke, C., Lam A, P., Müller, H. H., & Philipsen, A. (2017). New psychotherapeutic approaches in adult ADHD – acknowledging =biographical factors. *Journal Of Neurology Neuromedicine, 2*(7), 6-10.
- Lucke, C., Philipsen, A., Lam, A. P., Breit, S., Muller, H. H., & Matthies, S. (2017). Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 9*(2), 101-111.
- Lyrakos, N. G., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry, 26*, 17-31.
- Μάντζαρη, Α. (2016). *Στάσεις και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με τα συμπεριφορικά προβλήματα μαθητών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Μεταπτυχιακή Εργασία)*. Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Φλώρινα.
- Maggin, D. M., Chafouleas, S. M., Goddard, K. M., & Johnson, A. H. (2010). A systematic evaluation of token economies as a classroom management tool for students with challenging behavior. *Journal Of School Psychology, 49*(2011), 529-554.
- Martin, A. J. (2014). The role of ADHD in academic adversity: disentangling ADHD effects from other personal and contextual factors. *School Psychology Quarterly, 29*, 395-408.
- Mc Tighe, J., & Brown, L. J. (2010). Differentiated instruction and educational standards: Is detente possible? *Theory Into Practice, 44*(3), 234-244. <https://doi.org/10.1207/s15430421tip4403>
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behaviour modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Miklósi, M., Máté, O., Somogyi, K., & Szabó, M. (2016). Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms, perceived stress, and well-being: The role of early maladaptive schemata. *The Journal Of Nervous And Mental*

- Disease*, 204(5), 364–369.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000472>
- Miller, C. (2022). Behavioral treatments for kids with ADHD helping kids get organized and control problem behaviors. *Child Mind Institute*.
- Miranda, A., & Presentacion, M. J. (2000). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychology In The Schools*, 37(2), 169–182.
- Miranda, A., Presentacion, M. J., & Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal Of Learning Disabilities*, 35(6), 546–562.
- Mitchell, J. T. (2010). Behavioral approach in ADHD: Testing a motivational dysfunction hypothesis. *Journal Of Attention Disorders*, 13(6), 609–617.
<https://doi.org/10.1177/1087054709332409>
- Mohamed, S. M., Borger, N. A., Geuze, R. H., & Van der Meere, J. J. (2015). Brain lateralization and self-reported symptoms of ADHD in a population sample of adults: a dimensional approach. *Frontiers In Psychology*, 6, 14-18.
- Nelson, D. R. (2011). Adaptation and resilience: responding to a changing climate. *WIREs Clim Change*, 2, 113-120. <https://doi.org/10.1002/wcc.91>
- Nguyen, M. N., Watanabe-Galloway, S., Hill, J. L., Siahpush, M., Tibbits, M. K., & Wichman, C. (2019). Ecological model of school engagement and attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 795–805. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1248-3>
- NHS (2022). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), NHS.
- Oddo, L. E., Knouse, L. E., Surman, C. B., & Safren, S. A. (2018). Investigating resilience to depression in adults with ADHD. *Journal Of Attention Disorders*, 22, 497-505.
- Παυλάκη, Α. (2020). Η αυτοαποτελεσματικότητα των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης ως προς τη σχολική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα μαθητών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 9, 621–630. <https://doi.org/10.12681/edusc.3160>.
- Πεχλιβανίδης, Α. (2012). Η εμπειρία από τη μελέτη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ενηλίκων στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 23, 60–65.
- Πεχλιβανίδης, Α., Σπυροπούλου, Α., Γαλανόπουλος, Α., Παπαχρήστου, Χ. Α., & Παπαδημητρίου, Γ. Ν. (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Archives Of Hellenic Medicine*, 29, 562-576.
- Perold, M., Louw, C., & Kleynhans, S. (2009). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal Of Education*, 30. 10.4314/saje.v30i3.60041.
- Pfiffner, L. J., Hinshaw, S. P., Owens, E., Zalecki, C., Kaiser, N. M., Villodas, M., & McBurnett, K. (2014). A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 82(6), 11-15.
- Pingault, J. B., Cote, S. M., Vitaro, F., Falissard, B., Genolini, C., Tremblay, R. E. (2014). The developmental course of childhood inattention symptoms

- uniquely predicts educational attainment: a 16-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 219, 707–709.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal Of Epidemiology*, 43(2), 434–442.
- Power, T. J., Clarke, A. T., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Marshall, S. A., & Jaward, A. J. (2012). Family-school intervention for children with ADHD: results of a randomized clinical trial. *Journal Of Counselling And Clinical Psychology*, 80, 611–623.
- Raghubar, K., Cirino, P., Barnes, M., Ewing-Cobbs, L., Fletcher, J., & Fuchs, L. (2009). Errors in multi-digit arithmetic and behavioral inattention in children with math difficulties. *Journal Of Learning Disabilities*, 42, 356–371.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2007). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: Current evidence and future directions. *Professional Psychology: Research And Practice*, 38(4), 338–346. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.4.338>
- Richard, E., Behnsnanh, E., Robert, M., Kliegman & Jenson, H. B. (Επιμ.). (2011). *Nelson Textbook of Pediatrics: Psychological treatment in children*. Philadelphia, PA: Elsevier Publication.
- Riecher-Rossler, A., & Steiner, M. (2010). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *Key Issues In Mental Health*, 176, 1-32.
- Robert, I., & Kliegman, R. (2017). Nelson Test book of Pediatrics. *Pediatric Radiology*, 47, 1364–1365.
- Rock, M. L., Gregg, M., Ellis, E., & Gable, R. A. (2008). REACH: A framework for differentiating classroom instruction. *Preventing School Failure: Alternative Education For Children And Youth*, 52(2), 31–47. <https://doi.org/10.3200/PSFL.52.2.31-47>
- Rogers, M., Boggia, J., Ogg, J., & Volpe, R. (2015). The ecology of ADHD in the schools. *Current Developmental Disorders Reports*, 2, 23-29. [10.1007/s40474-015-0038-6](https://doi.org/10.1007/s40474-015-0038-6).
- Σκαλούμπακας, Χ. (2013). *Οδηγός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος (ΕΕΠ) για μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)*. ΕΣΠΑ.
- Σκαναβή, Ε. (2020). ADHD Hellas: Διαδικτυακό σεμινάριο 31/10/2020 για τη διαχείριση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. *ADHD Hellas*.
- Sariyska, R., Reuter, M., Lachmann, B., & Montag, C. (2015). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder is a better predictor for problematic Internet use than depression: Evidence from Germany. *Journal Of Addiction Research & Therapy*, 6, 1- 6.
- Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W., & de Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal Of Affective Disorders*, 15(6), 156–163.
- Schwartz, R. (2020). When behavior impedes learning: A parents' guide to advocating objectively and effectively at school. *ADDitude Expert Webinar*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.additudemag.com/functional-behavior-assessment-adhd/>

- Sciutto, M. J., & Feldhamer, E. (2005). *Test manual for the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)*. Unpublished test manual.
- Sciutto, M., Terjesen, M., & Frank, A. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology In The Schools, 37*, 115 - 122.
- Sedgwick J. A. (2018). University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a literature review. *Irish Journal Of Psychological Medicine, 35*(3), 221–235. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.20>
- Shaughnessy, M., & Waggoner, C. (2015). The educational implications of ADHD: Teachers and principals thoughts concerning students with ADHD. *Creative Education, 6*, 215-223.
- Stickley, A., Koyanagi, A., Takahashi, H., Ruchkin, V., & Kamio, Y. (2017). Attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms and loneliness among adults in the general population. *Research In Developmental Disabilities, 62*, 115–123.
- Sonuga-Barke, E. J., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Brotman, L. M. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD: the case for specialized parent training. *Infants & Young Children, 19*(2), 142-153.
- Spencer, T. J. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. *Journal Of Clinical Psychiatry, 67*(8), 27-31.
- Τσαντάκης, Χ. (2011). *Μαθητές με ΔΕΠΥ και στρατηγικές διδασκαλίας* (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.
- Τσούτσουρα, Φ. (2020). *Γλωσσική ανάπτυξη μαθητών Δημοτικού σχολείου με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ* (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Ρόδος.
- Thirumoorthy, A., Murugan, M., Subramanian, A., & Geetha, P. (2019). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. 214-221.
- Tomlinson, C. A. (1999). Mapping a route toward differentiated instruction. *Educational Leadership, 57*(1), 12–16. [https://doi.org/10.1016/0040-6031\(83\)80143-9](https://doi.org/10.1016/0040-6031(83)80143-9)
- Tomlinson, C. A. (2010). *The differentiated classroom: Responding to the needs of all learners*, 1–12. <https://doi.org/10.2307/3650472>
- Tripathi, N., Ramanjaneyulu, G., Tiwari, B., & Krishnaih, M. (2017). An ayurvedic management of manasa vikara with respect to adhd in children. *International Journal of Ayurveda and Allied Sciences, 6*(1), 8- 14.
- Umesh, J. (2019). The adult patient with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Psychiatry In Primary Care, CAMH*.
- Vogel, S. W. N., Have, M., Bijlenga, D., Graaf, R., Beekman, A. T. F., & Kooij, J. J. S. (2018). Distribution of ADHD symptoms, and associated comorbidity, exposure to risk factors and disability: Results from a general population study. *Psychiatry Research, 267*, 256-265.
- Weusten, L. H., Heijnen-Kohl, S. M. J., Ellison, J., & van Alphen, S. P. J. (2014). Interference of attention-deficit hyperactivity disorder in an older adult with a severe personality disorder and dermatillomania. *International Psychogeriatrics, 26*(2), 341-343.
- Wu, X., Ohinmaa, A., & Veugelers, P. J. (2016). The influence of health behaviors in childhood on Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in adolescence. *Nutrients, 8*, 788.

- Χατζηαγοράκης, Δ. (2015). *Γνώσεις εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα στο Δημοτικό σχολείο* (Μεταπτυχιακή Εργασία). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.
- Χολέβα, Β., Παρπλάνη, Ε., Μποζίκας, Β.-Π., & Φωκάς, Κ. (2016). *Εγχειρίδιο κλινικής εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Χονδρομπίλας, Γ., & Γιαβρίμης, Π. (2020). ΔΕΠ-Υ και συνεκπαίδευση. Απόψεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 9, 902-910.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: a practitioner's guide*. New York: *The Guilford Press*.