



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«Αντιλήψεις εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας
εκπαίδευσης σε σχέση με την διαταραχή
Ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα.»**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Εισηγητής: Καμούτσα Ιωάννα, 2219.
Κοτσίφη Μαρία, 2361.
Νικολακοπούλου Θεώνη, 2218.

Επιβλέπων: Μιχάλης Μιχαήλ,
Κοινωνικός Λειτουργός.

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ
2011**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Μέρος Πρώτο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Πρόλογος.....	2
1.2 Κοινωνικό θέμα.....	4
1.3 Αποσαφήνιση του όρου	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ιστορική

Αναδρομή.....	7
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΔΕΠ-Υ

3.1 Συμπτωματολογία.....	10
3.1.1 Αδυναμία Συγκέντρωσης	10
3.1.2 Υπερκινητικότητα	11
3.1.3 Παρορμητικότητα	12
3.2 ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΕΧΕΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ	
α. Βρεφική ηλικία	14
β. Νηπιακή ηλικία	15
γ. Σχολική ηλικία	17
δ. Εφηβική ηλικία και ενηλικίωση.....	19
3.3 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	
Η κλινική αξιολόγηση του παιδιού Η συνέντευξη με το παιδί	20
Η κλινική παρατήρηση	22
Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες.....	24
Η ιατρική εξέταση	26
3.4 ΤΥΠΟΙ ΔΕΠ-Υ	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΤΑ ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

4.1 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	28
4.1.1 Νευρολογικοί Παράγοντες	29
4.1.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	31
4.1.3 Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	33
4.1.4 Γενετικοί Παραγοντες.....	35
4.1.5 Διατροφή.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

5.1 Γενικά.....	38
5.2 Φαρμακευτική Αγωγή.....	39
5.2.1 Φάρμακα που χορηγούνται.....	40
5.2.2 Παρενέργειες.....	43
5.2.3 Ψυχοφάρμακα και παιδιά	44
5.3 Άλλα είδη θεραπείας.....	46
5.3.1 Ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι με βάση την αναλυτική ψυχοθεραπεία/ψυχολογία του βάρους.....	46
5.3.2 Παιγνιοθεραπεία	47
5.3.3 Η συστημική θεραπεία οικογένειας.....	48
5.3.4 Η κλασική και η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία.....	49
5.3.5 Αισθητηριακή αγωγή (θεραπεία μέσω παροχής αισθητήριων ερεθισμάτων).....	52
5.3.6 Λογοθεραπεία.....	53
5.3.7 Ειδική αγωγή-εκπαίδευση.....	54
5.3.8 Ψυχοκινητική.....	56
5.3.9 Ηλεκτροεγκεφαλική Βιοανάδραση ή Νευροανάδραση.....	56
5.3.9.1 Σύγκριση Μεταξύ Νευροανάδρασης και Παραδοσιακών μοντέλων.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 Ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	59
6.2 Επιπτώσεις στην ζωή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και του περιβάλλοντος τους.....	62
Επιπτώσεις στην οικογένεια	63
Οικονομικές επιπτώσεις.....	64
Πώς επηρεάζει η ΔΕΠ-Υ τη σχολική διαδικασία;.....	65
Συμπεριφορικά προβλήματα.....	66
Ο ρόλος του δασκάλου.....	66
6.3 Στάσεις και αντιλήψεις του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1 Αντιμετώπιση στο σχολείο.....	79
Το δίλημμα: «ειδικές τάξεις» ή παρέμβαση στις κανονικές τάξεις;	80
Πρόγραμμα σπουδών, δομή της σχολικής τάξης, σχολικό έργο	81
7.2 Αντιμετώπιση από την οικογένεια.....	83
Τι μπορούμε να κάνουμε στο σπίτι;.....	86
7.3 Κοινωνική Μέριμνα.....	91
7.4 Προγράμματα	
Εργοθεραπεία	92
Συμπεριφορικά προγράμματα παρέμβασης και τεχνικές.....	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

8.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην οικογένεια.....	99
8.2 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο σχολείο.....	103
8.3 Ο ρόλος του κοινωνικού Λειτουργού στην ομάδα παιδιών ή γονέων.....	114
Πρόγραμμα διαμόρφωσης και τροποποίησης της συμπεριφοράς	118
8.4 Τεχνικές που χρησιμοποιεί ο Κοινωνικός Λειτουργός.....	120
8.5 Πρακτικές συμβουλές σε γονείς και εκπαιδευτικούς.....	128
Επίλογος.....	141
Βιβλιογραφία.....	142

Μέρος Δεύτερο

ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Σχεδιασμός της έρευνας	1
1.2 Βασικός προβληματισμός.....	1
1.3 Σκοπός έρευνας.....	3
1.4 Μεθοδολογία έρευνας. Πεδίο μελέτης, επιλογή δείγματος, τεχνικές συλλογής στοιχείων, μεθοδολογία ανάλυση στοιχείων.	3
1.5 Ερευνητικά ερωτήματα.....	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. Αποτελέσματα	6
2.1 Δημογραφικό προφίλ.....	6
2.2 Εμπειρία με ΔΕΠ-Υ.....	9
2.3 Εκπαίδευση γονέων.	11
2.4 Συνεργασία εκπαιδευτικών με φορείς.....	15
2.5 Απόψεις εκπαιδευτικών για τις ανάγκες εκπαίδευσης των μαθητών με ΔΕΠ-Υ	
2.5.1 Δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ	16
2.5.2 Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί κατά την διδασκαλία τους από ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ.....	19
2.5.3 Μέθοδοι και τεχνικές που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί.....	22
2.5.4 Αξιολόγηση των συναισθημάτων των εκπαιδευτικών κατά την συνεργασία τους με παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ.....	26
2.6 Αξιολόγηση του συστήματος και τρόποι για βελτίωση	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

3.1 Διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων των απόψεων των εκπαιδευτικών για τη Δ.Ε.Π.-Υ. σε σχέση με το φύλο, τα έτη υπηρεσίας, την επιμόρφωση και την οικογενειακή κατάσταση....	31
3.1.1 Φύλο	31
3.1.2 Έτη υπηρεσίας στην εκπαίδευση	32
3.1.3 Επιμόρφωση – μεταπτυχιακό δίπλωμα.....	32
3.1.4 Οικογενειακή κατάσταση.....	33
3.2. Συμπεράσματα σύμφωνα με τις υποθέσεις.....	33
Επίλογος	36
Παράρτημα.....	37

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο σκοπός της έρευνας είναι να εισαγάγει τον αναγνώστη σε έναν αρχικό ορισμό της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, τόσο όσον αφορά μια αποσαφήνιση του όρου όσο όμως και τις κοινωνικές του προεκτάσεις. Παράλληλα, επιχειρείται μια ιστορική αναδρομή που στόχο έχει να καταδείξει το πέρασμα της ΔΕΠ-Υ κατά τις τελευταίες κυρίως δεκαετίες. Ύστερα, αναπτύσσεται μια συμπτωματολογία αναφορική της ΔΕΠ-Υ των δυσκολιών της και των τύπων της. Επίσης, βαρύτητα δίδεται στα αίτια τους παράγοντες νευρολογικούς αλλά και περιβαλλοντικούς. Εξετάζονται τα ζητήματα των περιγεννητικών προβλημάτων καθώς και η ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης με βάση τις κατεστημένες θεραπείες και αγωγές. Παρουσιάζονται οι ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ η θέση τους μέσα σε έναν κοινωνικό περίγυρο αλλά και οι στάσεις και οι αντιλήψεις του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Προτείνεται μια φόρμουλα αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ στο σχολείο και την οικογένεια και παρουσιάζεται ο ρόλος της κοινωνική μέριμνας και των προγραμμάτων.

Η εργασία καταλήγει με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην οικογένεια και το σχολείο αλλά επιμένει με τεχνικές και πρακτικές συμβουλές σε γονείς και εκπαιδευτικούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Εισαγωγή

Πρόκειται για μια από τις περισσότερο μελετημένες και τεκμηριωμένες νευροβιολογικές διαταραχές και αποτελεί τη συχνότερη παιδοψυχιατρική διάγνωση στη σχολική ηλικία. Εμφανίζεται στο 3-7% των παιδιών, από τα οποία το 60% θα έχουν συμπτώματα και στην ενήλικη ζωή. Είναι 3 ή 4 φορές συχνότερη στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια που πιθανά παραπέμπονται λιγότερο συχνά στους ειδικούς καθώς έχουν πιο αθόρυβη συμπτωματολογία. Σε μια τάξη 25-30 μαθητών, η έρευνα υποστηρίζει ότι δυο από αυτούς θα έχουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. (www.adhd.gr)

Παρά το γεγονός ότι είναι η συχνότερη παιδοψυχιατρική διαταραχή και εκδηλώνεται σε όλες τις εθνότητες, φυλετικές ομάδες και κοινωνικές τάξεις, δεν αναγνωρίζεται (ιδίως όταν υπάρχει μόνο απροσεξία χωρίς υπερκινητικότητα: ΔΕΠ) ούτε είναι αποδεκτή από όλες τις επιστημονικές τάσεις. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα.

Τα κύρια (πυρηνικά) συμπτώματα ανήκουν σε δυο κατηγορίες και μπορεί κάποια παιδιά να έχουν προβλήματα μόνο από τη μια κατηγορία συμπτωμάτων:

1. Απροσεξία: το παιδί δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, αποσπάται εύκολα από άσχετα ερεθίσματα, δεν δίνει σημασία στις λεπτομέρειες, σπάνια ακολουθεί σωστά τις οδηγίες, ξεχνά ή χάνει τα πράγματά του και είναι γενικά ανοργάνωτο.

2. Υπερκινητικότητα – Παρορμητικότητα: το παιδί κινείται συνεχώς άσκοπα και υπερβολικά για την ηλικία του, τρέχει, σκαρφαλώνει, σηκώνεται όταν δεν επιτρέπεται, δεν σκέπτεται πριν αντιδράσει, δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του, δεν ακολουθεί τους κανόνες, μιλά συνεχώς και παρεμβαίνει στους άλλους. Αυτά τα συμπτώματα επηρεάζουν σημαντικά την σχολική επίδραση, την οικογενειακή καθημερινότητα και την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών ενώ προκαλείται και σοβαρή δυσλειτουργία στον γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα. Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. έχουν συχνότερα και σοβαρότερα ατυχήματα σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά με μοιραίες πολλές φορές συνέπειες.

Πρόκειται για νευροβιολογική διαταραχή που σχετίζεται κυρίως με τη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία κάποιων περιοχών του εγκεφάλου. Η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και οι σύγχρονες μελέτες χαρακτηρίζουν τα γονίδια ως την κύρια αιτία της. Επιπλέον, η πρόωγη γέννηση, το κάπνισμα, το αλκοόλ, το υπερβολικό στρες της μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ο εγκεφαλικός τραυματισμός μπορεί να

σχετίζονται με ανάπτυξη ΔΕΠ-Υ. Είναι μύθος ότι η ελλιπής γονεϊκή φροντίδα προκαλεί τη ΔΕΠ-Υ., καθώς όλο και περισσότερο οι επιστήμονες βρίσκουν αποδείξεις ότι δεν προέρχεται από το οικογενειακό περιβάλλον αλλά από βιολογικές αιτίες. Όμως πληθώρα οικογενειακών χαρακτηριστικών, όπως ασταθής δομή και δυσλειτουργία στην οικογένεια ή έλλειψη γονεϊκού ελέγχου, συμβάλλουν στην επιδείνωση της ΔΕΠ-Υ. ή στην εμφάνιση επιπλοκών στη συναισθηματική κατάσταση και συμπεριφορά. Είναι σημαντικό οι γονείς να μην διστάζουν να απευθύνονται στον ειδικό αν υποψιάζονται ότι το παιδί τους μπορεί να έχει ΔΕΠ-Υ. Με τον τρόπο αυτό, μπορούν να προλάβουν την επιδείνωση της λειτουργικότητας του παιδιού και την αποδιοργάνωση της οικογένειάς τους.

Η διαταραχή συνήθως πρωτοαναγνωρίζεται όταν τα παιδιά πάνε στο σχολείο λόγω των αυξημένων απαιτήσεων για συγκέντρωση και τήρηση κανόνων. Μπορεί όμως να διαγνωστεί και σε άτομα όλων των ηλικιών. Στην πορεία της επιπλέκεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% από άλλα σοβαρά προβλήματα που καθορίζουν την έκβαση της, όπως κακή σχολική επίδοση και ακαδημαϊκή εξέλιξη, συναισθηματικές διαταραχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση, επιθετικότητα, παραπρωματική συμπεριφορά, μειωμένη επαγγελματική παραγωγικότητα, περιορισμένες επαγγελματικές προοπτικές και κοινωνικές σχέσεις.

Χωρίς έγκαιρη αντιμετώπιση, η ΔΕΠ-Υ. οδηγεί σε σημαντικά προβλήματα, καθώς έχει μακροχρόνιες επιδράσεις που εμποδίζουν την προσαρμογή στις απαιτήσεις της ενήλικης ζωής. Όλα αυτά γίνονται ακόμα πιο δύσκολα όταν συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα, αφού στα περισσότερα παιδιά η ΔΕΠ-Υ. εμφανίζεται μαζί με πλήθος άλλων διαταραχών (συννοσηρότητα) που περιπλέκονται με την εξέλιξη και τη θεραπεία της. Τέτοιες συννοσηρές διαταραχές είναι οι ειδικές μαθησιακές διαταραχές (δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσαριθμησία), οι ειδικές αναπτυξιακές δυσκολίες (λόγου, συντονισμού των κινήσεων), οι διαταραχές εναντιωματικής συμπεριφοράς και διαγωγής, οι διαταραχές και συναισθήματος, οι διαταραχές με συμπτώματα τικς κ.ά. Η κοινωνική σημασία των παραπάνω σε γίνεται ακόμη μεγαλύτερη μετά τον πρόσφατο Νόμο 3699/2.10.08, ΦΕΚ 199 όπου για πρώτη φορά αναγνωρίζονται οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ σαν έχοντες «Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες».

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. πρέπει να προηγηθεί εκτεταμένη και πολύπλευρη διαγνωστική αξιολόγηση του παιδιού και της οικογένειάς του από εξειδικευμένη Παιδοψυχιατρική διεπιστημονική ομάδα, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν και άλλα συναισθηματικά ή μαθησιακά προβλήματα ή διαταραχές συμπεριφοράς. Με τον τρόπο αυτό εξατομικεύονται οι στρατηγικές θεραπείας που ταιριάζουν στην κάθε περίπτωση. Το αποτελεσματικότερο πρόγραμμα θεραπείας είναι ο συνδυασμός θεραπευτικών προσεγγίσεων, που δρουν από κοινού υποστηρίζοντας η μια την άλλη. Ένα τέτοιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης γονέων και παιδιών, ειδικές τεχνικές συμπεριφορικής θεραπείας για τη βελτίωση της διασπαστικής συμπεριφοράς και των

κοινωνικών δεξιοτήτων, φαρμακευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, συστηματική συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς του παιδιού, παρεμβάσεις αποκατάστασης των δυσκολιών στη σχολική επίδοση και προσαρμογή, οικογενειακή ή/και ατομική ψυχοθεραπεία ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τη συννοσηρότητα της κάθε περίπτωσης.

Οι σύγχρονες απόψεις για την αποτελεσματική πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, προτείνουν ένα ολοκληρωμένο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης της διαταραχής, όσο το δυνατόν πριν την εμφάνιση επιπλοκών με στόχο την πολύπλευρη υποστήριξη του παιδιού και της οικογένειάς του. Βασικός άξονας του μοντέλου αυτού είναι και η κοινοτική παρέμβαση, με την εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων ευαισθητοποίησης για την πρόωπη ανίχνευση της ΔΕΠ-Υ, από γονείς, δασκάλους και γενικούς γιατρούς. Επιπλέον είναι σημαντική η εξειδικευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και η δημιουργία ειδικών κέντρων αξιολόγησης και αντιμετώπισης.

1.2 Κοινωνικό θέμα

Σε κοινωνικό επίπεδο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δυσκολεύονται να αναπτύξουν καλές σχέσεις με πρόσωπα κύρους και συνομηλίκους τους. Η διαταραχή δεν επηρεάζει μόνο το παιδί που πάσχει, αλλά και την οικογένειά του.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές χαρακτηρίζονται ανυπάκουα ή «πεισματάρικα». Αυτό συχνά οφείλεται στο ότι δυσκολεύονται να μείνουν συγκεντρωμένα και στο ότι χάνουν σημαντικά κομμάτια μιας συζήτησης ή των οδηγιών που τους δίνονται. Ένα παιδί που παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ συχνά νιώθει ότι το μεταχειρίζονται άδικα. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό μπορεί να είναι αλήθεια. Για παράδειγμα, σε μια σχολική τάξη, ο δάσκαλος μπαίνει και βρίσκει όλα τα παιδιά να κάνουν φασαρία. Εκτός από το παιδί με τη ΔΕΠ-Υ, όλα τα άλλα παιδιά σταματούν αμέσως ό,τι κάνουν. Το παιδί με τη ΔΕΠ-Υ μπορεί να μη δει το δάσκαλο να μπαίνει στην τάξη και όταν τον δει δεν είναι σε θέση να σταματήσει αμέσως την ανάρμοστη συμπεριφορά. Κατά συνέπεια, ο δάσκαλος μαλώνει μόνο το παιδί με τη ΔΕΠ-Υ. Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να δυσχεράνει ιδιαίτερα τις παιδικές φιλίες ή τις σχέσεις με συνομηλίκους. Η απόρριψη από τους συνομηλίκους ή η έλλειψη στενών φίλων συμβάλλουν στο γεγονός ότι πολλά από τα παιδιά αυτά συχνά νιώθουν μόνα και παρεξηγημένα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα παιδιά αυτά μπορεί επίσης να κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν άγχος, διαταραχές της διάθεσης, κατάχρηση ουσιών και εγκληματικότητα κατά την εφηβεία. Δεν γνωρίζουμε ακόμα πλήρως πώς ακριβώς συμβάλλει η ΔΕΠ-Υ στα κοινωνικά προβλήματα. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ του τύπου κυρίως ελλειμματικής προσοχής συχνά θεωρούνται από τους συνομηλίκους τους ντροπαλά ή απόμακρα. Οι έρευνες δείχνουν ότι η επιθετική συμπεριφορά στα παιδιά με συμπτώματα

παρορμητικότητας/υπερκινητικότητας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην απόρριψή τους από τους συνομηλίκους. Άλλοι παράγοντες που μπορούν να συντελέσουν στην απόρριψη από τους συνομηλίκους είναι η αδυναμία του παιδιού να ελέγξει τις παρορμήσεις του, να περιμένει τη σειρά του και να ακολουθήσει οδηγίες και η φλυαρία του.

1.3 Αποσαφήνιση του όρου

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μια πάθηση στην οποία οι πάσχοντες παρουσιάζουν επίμονη διαταραχή της προσοχής και /ή υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα, σε μεγαλύτερο βαθμό και συχνότητα από ό,τι παρατηρείται συνήθως σε άτομα ανάλογου επιπέδου ανάπτυξης.

Η ΔΕΠ-Υ προσβάλλει εκατομμύρια παιδιά και ενήλικες. Η ασθένεια, που είναι πιο κοινή στα παιδιά, συνήθως διαπιστώνεται κατά τα πρώτα σχολικά χρόνια. Σήμερα η ΔΕΠ-Υ προσβάλλει ποσοστό 3-7% περίπου του σχολικού πληθυσμού. Στα αγόρια παρουσιάζεται 3-4 φορές συχνότερα από ό,τι στα κορίτσια. Αν δεν δοθεί η πρέπει προσοχή, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνεχιστεί σε όλη τη διάρκεια της εφηβείας και στην ενήλικη ζωή.

Οι έρευνες δείχνουν ότι παρουσιάζεται σε ποσοστό 2-4% των ενηλίκων. Η αναλογία ανάμεσα στα φύλα είναι περίπου 2 προς 1, με τους άνδρες να έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΔΕΠ-Υ από ό,τι οι γυναίκες. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων συχνά μειώνεται στους εφήβους και τους ενήλικες. Η άποψη ότι τα παιδιά ξεπερνούν τη ΔΕΠ-Υ μεγαλώνοντας, που επικρατεί στους κύκλους των επαγγελματιών, είναι εσφαλμένη. Η σωστή διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία κατά την παιδική ηλικία είναι αποφασιστικής σημασίας, καθώς μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, στη βελτίωση των σχολικών και των κοινωνικών δεξιοτήτων, στην επίλυση των προβλημάτων συμπεριφοράς και στη μείωση των μακροπρόθεσμων συνεπειών της ΔΕΠ-Υ κατά την ενήλικη ζωή.

Μολονότι σήμερα υπάρχει πολύ καλύτερη πληροφόρηση, η ΔΕΠ-Υ εξακολουθεί να μην αναγνωρίζεται επαρκώς, αφού η διαταραχή δεν διαγιγνώσκεται σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις. Αλλά, ακόμα και όταν γίνεται διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, λίγοι μόνο ασθενείς τελικά λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία.

Όπως και σε άλλες χρόνιες διαταραχές, υπάρχουν πολλές θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ έχουν φυσιολογική ή αυξημένη νοημοσύνη και ότι δεν είναι απαραίτητο τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ να αποτελέσουν εμπόδιο για μια επιτυχημένη ζωή. Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία στην παιδική ηλικία είναι το κλειδί για τη μεγιστοποίηση των θετικών αποτελεσμάτων και την ελαχιστοποίηση των αρνητικών μακροπρόθεσμων συνεπειών της

ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν ξεπερνούν τη ΔΕΠ-Υ μεγαλώνοντας, αλλά χάρη στη φαρμακευτική αγωγή ή σε ένα συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και συμπεριφορικής θεραπείας μπορούν να μάθουν να προσαρμόζονται, ώστε να έχουν μια πλήρη, παραγωγική ζωή. Η καλύτερη ενημέρωση των ασθενών για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, η εκπαίδευση των γιατρών για να μπορούν να κάνουν σωστή διάγνωση και οι νέες επιστημονικές ανακαλύψεις παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής.

Οι νέες κατευθύνσεις της έρευνας υπόσχονται να βελτιώσουν περαιτέρω τη διάγνωση και τη θεραπεία. Οι επιστήμονες χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους για να συγκεντρώσουν νέες πληροφορίες για τη λειτουργία του εγκεφάλου στους ασθενείς με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να μάθουμε περισσότερα για τα αίτια της διαταραχής και να μπορέσουμε να βελτιώσουμε τις θεραπευτικές μεθόδους. Χάρη στις διαρκείς προσπάθειες των ερευνητών που μελετούν διάφορες πλευρές της ΔΕΠ-Υ, τα επόμενα χρόνια μπορούμε να αναμένουμε πολύ πιο θετικές προοπτικές για τα άτομα με αυτή τη χρόνια διαταραχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Αναφορές περιστατικών με χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν ομοιότητες με αυτά της ΔΕΠ-Υ έχουμε στην αρχαιότητα από τον Γαληνό. Το 1890 ο William James παρέθεσε στο σύγγραμμα “Αρχές Ψυχολογίας” την περιγραφή μιας φυσιολογικής παραλλαγής του χαρακτήρα, αποκαλώντας την “εκρηκτική βούληση”. Θα μπορούσε κανείς να παρατηρήσει ότι οι δυσκολίες που παρουσιάζονται ταιριάζουν αρκετά με αυτές των ατόμων με ΔΕΠ-Υ.

Οι πρώτες συστηματικές μελέτες πάνω στην υπερκινητικότητα αποδίδονται στον Sir George Frederick Still. Ο Still ήταν παιδίατρος και ο πρώτος καθηγητής που ασχολήθηκε με τις παιδικές ασθένειες. Το 1902 περιέγραψε το ιστορικό 43 παιδιών των οποίων η συμπεριφορά έμοιαζε πολύ με αυτό που σήμερα ονομάζουμε υπερκινητικότητα. Τα παιδιά αυτά ήταν συχνά επιθετικά, προκλητικά και δυσκολεύονταν να πειθαρχήσουν. Έδειχναν να καθοδηγούνται εξολοκλήρου από το συναίσθημα και καθόλου από τη λογική. Ένα άλλο κοινό χαρακτηριστικό τους ήταν η σοβαρή δυσκολία που φαίνονταν να έχουν στην παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής. Βέβαια, ενώ στις 23 περιπτώσεις συνυπήρχε νοητική καθυστέρηση, στις υπόλοιπες 20 δεν παρατηρήθηκε κάτι αντίστοιχο, καθώς η νοημοσύνη κυμαινόταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Ο Still θεώρησε ότι η συμπεριφορά αυτή ήταν αποτέλεσμα κάποιου κληρονομημένου βιολογικού προβλήματος ή ότι οφειλόταν σε κάποιον προγεννητικό ή μεταγεννητικό τραυματισμό.

Επιπλέον, όμως, παρατήρησε ότι στους εξ αίματος συγγενείς των παιδιών αυτών εμφανίζονταν συχνότερα εγκληματικές συμπεριφορές, αλκοολισμός, καθώς και συναισθηματικές διαταραχές.

Ο A.F. Tredgold τοποθετήθηκε στο θέμα υποστηρίζοντας ότι πρόκειται για κάποια νευρολογική βλάβη που συντελείται στα πρώτα στάδια εξέλιξης και που είναι συχνά ήπια και μη ανιχνεύσιμη.

Η αβεβαιότητα που αρχικά υπήρχε οδήγησε τον Still να χωρίσει αυτά τα παιδιά σε υποομάδες. Έτσι πρότεινε την διαφοροποίηση ανάμεσα σε παιδιά με σοβαρή εγκεφαλική βλάβη, σε παιδιά με οξείες διαταραχές και τραυματισμούς, και σε παιδιά με υπερκινητικότητα. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργήθηκαν τρεις βασικές διαγνωστικές κατηγορίες: το σύνδρομο εγκεφαλικής βλάβης, η ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία και η υπερκινητικότητα.

Κατά τη δεκαετία του '40, προτάθηκε η χρήση αμφεταμινών σε περιπτώσεις παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και αντικοινωνική συμπεριφορά. Στη δεκαετία του '50 μία από τις σημαντικότερες απόψεις που διατυπώθηκαν είναι ότι η βλάβη οφείλεται στην αδυναμία φιλτραρίσματος των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων στο εγκεφαλικό στέλεχος και στην αποστολή του ενός υπερβολικού αριθμού ερεθισμάτων στον εγκεφαλικό φλοιό. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας αυτής η υπερκινητικότητα ερμηνευόταν ως αποτέλεσμα κάποιας

εγκεφαλικής βλάβης, ακόμη κι αν αυτή δεν ήταν σαφώς προσδιορισμένη με βάση νευρολογικές εξετάσεις.

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 η αξία του όρου “σύνδρομο ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας” έγκειτο κυρίως στη σημασία που δινόταν στους νευρολογικούς μηχανισμούς ως αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση της υπερκινητικότητας, σε μια εποχή που κάποιες ψυχαναλυτικές θεωρίες ενοχοποιούσαν τους γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον για την εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων.

Έτσι, η έννοια του συνδρόμου αυτού άρχισε βαθμιαία να φθίνει κατά τη δεκαετία του '70, καθώς θεωρήθηκε εξαιρετικά ευρεία, ασαφής και χωρίς ιδιαίτερη σημασία για τη θεραπευτική διαδικασία, και σιγά σιγά αντικαταστάθηκε από ποιο εξειδικευμένους όρους που σχετίζονταν με συγκεκριμένες συμπεριφορικές και εξελικτικές διαταραχές όπως είναι η δυσλεξία οι μαθησιακές δυσκολίες και οι διαταραχές της γλώσσας. Παράλληλα, ο όρος υπερκινητικό σύνδρομο καθιερώθηκε στην ευρύτερη βιβλιογραφία.

Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου διευρύνθηκαν και έτσι άρχισαν να αναγνωρίζονται ως συμπτώματα ορισμένα χαρακτηριστικά που μέχρι τότε θεωρείτο ότι ήταν απλώς συνοδά, όπως η παρορμητικότητα, η μικρή διάρκεια και η εύκολη διάσπαση προσοχής.

Τη δεκαετία αυτή η ποιο σημαντική θεωρητική προσέγγιση όσον αφορά τη φύση της διαταραχής ήταν η θεωρία της Virginia Douglas. Η θεωρία της Douglas και της ομάδας της υπήρξε πιθανώς η αιτία για την οποία η διαταραχή μετονομάστηκε στο DSM-III σε διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα.

Τη δεκαετία του '80 η έκδοση του DSM-III έθεσε τις βάσεις για σημαντικές αναθεωρήσεις όσον αφορά τη διαταραχή. Το σημαντικότερο είναι ότι τα νέα διαγνωστικά κριτήρια πρόσφεραν πιο σαφείς ορισμούς των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, έγιναν οι εξής διαφοροποιήσεις: η υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία μετονομάζεται σε διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα (ADD+H) και σε διαταραχή ελλειμματικής προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα (ADD/WO)

Την ίδια εποχή, εξαιτίας του γεγονότος ότι υπήρχαν λίγες έρευνες που να επικυρώνουν αυτή τη διαφοροποίηση σχετικά με την υπερκινητικότητα, έγιναν προσπάθειες να οριστούν σαφή και κοινώς αποδεκτά κριτήρια για την επιλογή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ για ερευνητικούς σκοπούς.

Τη δεκαετία του '90 εκδίδεται και το DSM-IV και το 2000 η αναθεωρημένη του μορφή DSM-IV-TR. Το σύνδρομο ονομάζεται διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα. Σε σχέση με παλαιότερα, δίνεται έμφαση πια στον αυτοέλεγχο και στη διαχείριση των παρορμήσεων και όχι στον παράγοντα προσοχή.

Σύμφωνα με τον Steinhansen (1992), στις αρχές του 20^{ου} αιώνα στην Ευρώπη αναπτύσσονται δύο διαφορετικές αντιλήψεις για την υπερκινητική διαταραχή. Από τη μια

θεωρούνταν ως διαταραχή της προσωπικότητας και από την άλλη ως διαταραχή οργανικής αιτιολογίας.

Επιπλέον στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), δημιουργούνται τρεις τύποι με βάση τα συμπτώματα:

- Δ.Ε.Π/Υ, Συνδυασμένος Τύπος: όταν τα συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας εμφανίζονται με την ίδια βαρύτητα.
- Δ.Ε.Π/Υ, με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο: όταν τα συμπτώματα απροσεξίας εμφανίζονται με μεγάλη βαρύτητα.
- Δ.Ε.Π/Υ, με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο: όταν τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας εμφανίζονται με μεγαλύτερη βαρύτητα.

Σύμφωνα με τους Μάνο (1997) και Γκοτζαμάνη (1996), τα συμπτώματα της διαταραχής δεν πρέπει να συμβαδίζουν αναπτυξιακά με την ηλικία και το φύλο του παιδιού, πρέπει να έχουν επιμείνει στην παρουσία τους για έξι μήνες τουλάχιστον και να έχουν εκδηλωθεί πριν από την ηλικία των επτά ετών. Επίσης τα συμπτώματα πρέπει να έχουν εκδηλωθεί σε δύο ή περισσότερους τομείς δράσης (σχολείο, σπίτι, στο χώρο εργασίας) και να υπάρχουν ενδείξεις της διαταραχής στην κοινωνική, ακαδημαϊκή και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου (American Psychiatric Association, 1994).

Πλέον είναι έντονο το ενδιαφέρον μελέτης της ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή αν και οι μελέτες που αφορούν εφήβους και ενήλικες είναι περιορισμένες σε σχέση με τις μελέτες της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία, υπολογίζεται ότι η διαταραχή επιμένει τόσο στην εφηβεία, όσο και στην ενήλικη ζωή. Σημαντικό στοιχείο όμως είναι επίσης το γεγονός ότι η διάγνωση της διαταραχής γίνεται και σε ενήλικα άτομα χωρίς προηγούμενη επίσημη διάγνωση.¹

¹ Λίζα Βάρβογλη, Η Διάγνωση της Διάσπασης της Προσοχής, Καστανιώτης 2007

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΔΕΠ-Υ

3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

3.1.1 Αδυναμία Συγκέντρωσης

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν όταν πρόκειται να εκτελέσουν μια δραστηριότητα, ιδιαίτερα αν απαιτεί πνευματική προσπάθεια και δεν παρουσιάζει γι' αυτά μεγάλο ενδιαφέρον (Douglas, 1972), Σε τέτοιες περιπτώσεις η προσοχή τους διασπάται εύκολα όχι μόνο από τα εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και από τις ίδιες τους τις σκέψεις. Πολλές φορές, όταν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μελετούν τα μαθήματα τους, μπορεί να αρχίσουν να σκέφτονται το παιχνίδι με τους συμμαθητές τους ή να αφαιρεθούν κοιτάζοντας έξω από το παράθυρο.

Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται συνήθως να ακολουθήσουν οδηγίες. Αυτός είναι και ο λόγος που συχνά αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν μια σχολική άσκηση ή κάποια δραστηριότητα η οποία διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες, δεδομένου ότι δεν καταφέρνουν να παρακολουθήσουν μέχρι τέλους τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσουν για την εκτέλεση της. Άλλωστε, βαριούνται συνήθως εύκολα, με αποτέλεσμα να εναλλάσσουν δραστηριότητες με μεγάλη συχνότητα, καθώς το ενδιαφέρον τους γι' αυτό με το οποίο ασχολούνται μειώνεται πολύ γρήγορα. Αυτή η τάση της συνεχούς εναλλαγής δραστηριοτήτων αυξάνεται δραματικά όταν η δραστηριότητα παρουσιάζει δυσκολίες. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απογοητεύονται εύκολα και εγκαταλείπουν γρήγορα την προσπάθεια, καθώς διακρίνονται από έλλειψη υπομονής και επιμονής.

Οι δυσκολίες αυτές είναι συνήθως πιο εμφανείς στο σχολικό πλαίσιο. Οι εργασίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι συχνά ακατάστατες, ημιτελείς και γεμάτες λάθη «απροσεξίας», όπως συνηθίζουν να λένε οι παιδαγωγοί. Ένα κοινό παράπονο γονέων και παιδαγωγών είναι ότι, παρόλο που το παιδί γνωρίζει τους κανόνες, για παράδειγμα στη γραμματική ή στα μαθηματικά, δεν τους ακολουθεί ή τους εφαρμόζει μόνο περιστασιακά. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι, μέσα στην ίδια εργασία, το παιδί μπορεί να γράψει με σωστή ορθογραφία μία λέξη στην πρώτη σειρά και να την επαναλάβει με λανθασμένη στην επόμενη. Τέτοιου είδους λάθη ερμηνεύονται συνήθως ως τεμπελιά και αδιαφορία, ενώ στην πραγματικότητα είναι απόρροια της διάσπασης προσοχής που αντιμετωπίζει το παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Μια άλλη δυσκολία, εξίσου σχετική με τη διάσπαση της προσοχής, είναι η έλλειψη οργάνωσης αυτών των παιδιών (Hall et al., 1997). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χάνουν συχνά πράγματα και δίνουν την εντύπωση ότι ξεχνούν πολύ εύκολα. Πολλές φορές μπορεί να πηγαίνουν στο σχολείο έχοντας μαζί τους τα μισά τετράδια από όσα θα έπρεπε, να λύνουν τις ασκήσεις των μαθηματικών στο τετράδιο της ορθογραφίας, να μη σημειώνουν τις εργασίες με τις οποίες πρέπει να ασχοληθούν, να μη θυμούνται τις υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει.

Αυτή η έλλειψη οργάνωσης αντικατοπτρίζεται και στον προσωπικό τους χώρο, ο οποίος συχνά είναι ακατάστατος.

Σε κάποιες περιπτώσεις η διάσπαση της προσοχής μπορεί να αποτελεί το κυρίαρχο πρόβλημα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (σε αντίθεση με την υπερκινητικότητα, που μπορεί να μην εμφανίζεται σε μεγάλο βαθμό). Έτσι το παιδί ίσως δίνει την εντύπωση του αφηρημένου. Συχνά μάλιστα η εικόνα του μέσα στην τάξη είναι αυτή του ονειροπόλου, του μαθητή που βρίσκεται βυθισμένος στις δικές του σκέψεις και είναι αποκομμένος από τη ροή του μαθήματος. Οι γονείς του μπορεί να παραπονιούνται ότι μοιάζει να μην ακούει αυτά που του λένε. Ξαφνιάζονται μάλιστα όταν καμιά φορά το παιδί τους ρωτά κάτι για το οποίο συζητούσαν μαζί λίγη ώρα πριν.

Αναμφίβολα η διάσπαση της προσοχής αποτελεί μια βασική δυσκολία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Επηρεάζει άμεσα τη διαδικασία της μάθησης και βρίσκεται στη βάση των μαθησιακών του δυσκολιών που πολύ συχνά αντιμετωπίζει. Πολλές φορές οι γονείς και οι παιδαγωγοί παραπονιούνται ότι το παιδί «δεν θυμάται», Στην πραγματικότητα όμως, δεν πρόκειται για δυσκολία στην ανάκληση των πληροφοριών, αλλά για έλλειμμα της προσοχής, μιας βασικής γνωστικής λειτουργίας κατά τη διαδικασία πρόσληψης των πληροφοριών.

3.1.2 Υπερκινητικότητα

Η υπερκινητικότητα είναι το πιο εμφανές χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ, αυτό που ενοχλεί περισσότερο το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού με τη συγκεκριμένη διαταραχή και προκαλεί τις περισσότερες παρατηρήσεις σε βάρος του. Ταυτόχρονα, το συγκεκριμένο στοιχείο του συνδρόμου είναι αυτό που αλλάζει περισσότερο (ως προς τη μορφή που λαμβάνει) κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του παιδιού. Με άλλα λόγια, το νήπιο, το παιδί και ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν διαφορετική εικόνα ως προς την κινητική τους δραστηριότητα, παρότι αντιμετωπίζουν την ίδια διαταραχή.

Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν αυξημένες ανάγκες κινητικής δραστηριότητας, τις οποίες ικανοποιούν τρέχοντας, σκαρφαλώνοντας και πηδώντας, όχι μόνο κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού σε ανοιχτό χώρο αλλά και μέσα στο σπίτι ή σε άλλους χώρους, όπου αυτή η συμπεριφορά θεωρείται εντελώς ακατάλληλη. Επειδή μάλιστα η συμπεριφορά τους αυτή είναι αρκετά παράτολμη, πολλές φορές τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πέφτουν, χτυπούν και παθαίνουν διάφορα μικροατυχήματα συχνότερα απ' ό,τι τα άλλα παιδιά.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ασχολούνται συνεχώς με διάφορα αντικείμενα, πειράζουν πράγματα και είναι ιδιαίτερα θορυβώδη. Αν λάβουμε επίσης υπόψη την αδεξιότητα τους, η οποία συνήθως συνυπάρχει με την υπερκινητικότητα, είναι εύκολο να αντιληφθούμε τις υλικές ζημιές και την αναστάτωση που μπορεί να προκαλέσουν στο περιβάλλον στο οποίο κινούνται.

Αν και ενδείξεις υπερκινητικότητας υπάρχουν ήδη από τη βρεφική ηλικία, αυτή η μορφή συμπεριφοράς προβληματίζει συνήθως πιο έντονα τους γονείς με την έναρξη της σχολικής ζωής. Ασφαλώς ο προβληματισμός τους δεν έχει σχέση με την αύξηση της υπερκινητικής συμπεριφοράς του παιδιού, αλλά με τις μεγαλύτερες απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος για έλεγχο της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, κατά την προσχολική ηλικία τα όρια μεταξύ ζωνής και υπερκινητικής συμπεριφοράς είναι συνήθως δυσδιάκριτα, ιδιαίτερα για τους γονείς. Εκτός αυτού στην προσχολική ηλικία τα όρια της ανοχής των γονέων είναι συνήθως ευρύτερα, επειδή προσδοκούν ότι η συμπεριφορά του παιδιού τους θα βελτιωθεί με το πέρασμα του χρόνου. Άλλωστε, ακόμα και στο πλαίσιο του νηπιαγωγείου η αυξημένη κινητική δραστηριότητα είναι γενικά ανεκτή, καθότι δεν απαιτείται η συστηματική καθήλωση του παιδιού σε μια καρέκλα.

Από τη στιγμή όμως που το παιδί πηγαίνει στην πρώτη τάξη του δημοτικού σχολείου, οι απαιτήσεις για έλεγχο και περιορισμό της αυθόρμητης κινητικής του δραστηριότητας αυξάνουν απότομα. Τότε ακριβώς γίνεται ιδιαίτερα εμφανής η δυσκολία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ να παραμείνει καθιστό για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πολλές φορές οι δάσκαλοι παραπονιούνται ότι το παιδί σηκώνεται από τη θέση του την ώρα του μαθήματος και περιφέρεται χωρίς λόγο μέσα στην τάξη πειράζοντας και ενοχλώντας τους συμμαθητές του. Άλλες φορές αναζητά με κάθε τρόπο κάποια αφορμή για να σηκωθεί ή απλώς να κινηθεί¹ για παράδειγμα, ζητά να ξύσει το μολύβι του, ή πάει στην τουαλέτα ή σηκώνεται να πιάσει τη γόμα που κατά λάθος (ή επίτηδες) έριξε κάτω.

Άλλωστε, ακόμη και την ώρα που κάθεται και προσπαθεί να συγκεντρωθεί, το παιδί με ΔΕΠ-Υ στριφογυρίζει στο κάθισμα του, κινεί νευρικά τα χέρια και τα πόδια, κάνει απότομες κινήσεις και φαίνεται ότι πρέπει να καταβάλει πολύ μεγάλη προσπάθεια για να παραμείνει ήσυχος και να μην κάνει φασαρία. Αυτή η συμπεριφορά του προκαλεί σημαντικές δυσκολίες ακόμη και σε απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως για παράδειγμα την ώρα του φαγητού.

3.1.3 Παρορμητικότητα

Η παρορμητικότητα είναι το στοιχείο του συνδρόμου το οποίο συνδέεται στενότερα με τα προβλήματα συμπεριφοράς που συχνά αναπτύσσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αφορά την τάση τους να μιλούν και να ενεργούν πολύ αυθόρμητα, προτού καν προλάβουν να σκεφτούν τα λόγια και τις πράξεις τους. Η παρορμητικότητα αναφέρεται επίσης στη δυσκολία τους να περιμένουν και στην ανάγκη τους να ικανοποιούν άμεσα τις επιθυμίες τους.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιάζονται να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους γίνονται, ενώ πολλές φορές ξεκινούν την απάντηση προτού καν ολοκληρωθεί η ερώτηση. Όπως είναι ευνόητο λοιπόν, συχνά κάνουν λάθη· παρερμηνεύουν τις ερωτήσεις, αφού δεν έχουν την

υπομονή να ακούσουν την πλήρη διατύπωση τους. Στο σχολικό πλαίσιο αυτή η συμπεριφορά ενδέχεται να δημιουργήσει στον παιδαγωγό εσφαλμένη εικόνα για τις γνώσεις του παιδιού, καθώς πολλές λανθασμένες απαντήσεις δεν οφείλονται σε έλλειψη γνώσεων αλλά σε έλλειψη υπομονής. Αυτή η συμπεριφορά όμως παραξενεύει και τους ανθρώπους που βρίσκονται στο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού, καθώς διαπιστώνουν ότι οι απαντήσεις που δίνει δεν ανταποκρίνονται στις ερωτήσεις τους. Επιπλέον, εξαιτίας της παρορμητικής του συμπεριφοράς μπορεί να σχηματίσουν λανθασμένες εντυπώσεις για τη νοημοσύνη του.

Λόγω της δυσκολίας τους να περιμένουν τη σειρά τους, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να γίνουν ενοχλητικά, δεδομένου ότι παρεμβαίνουν στις συζητήσεις των άλλων και τους διακόπτουν. Επειδή μάλιστα οι παρεμβολές τους συχνά είναι άσχετες με το θέμα, τείνουν να δημιουργούν αρνητικές εντυπώσεις. Το γεγονός αυτό επηρεάζει δυσμενώς και τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους τους. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τους κανόνες των παιχνιδιών, ενεργούν χωρίς να σέβονται τη σειρά των υπολοίπων, ενώ όταν χάνουν έχουν έντονα ξεσπάσματα θυμού.

Η παρορμητική συμπεριφορά προκαλεί και άλλες δυσκολίες. Πολλές φορές τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενεργούν βιαστικά, με αποτέλεσμα να παραβιάζουν ορισμένους κανόνες συμπεριφοράς και να αντιμετωπίζουν τις παρατηρήσεις και τις τιμωρίες των ενηλίκων. Αυτό δε που παραξενεύει ιδιαίτερα όσους ασχολούνται μαζί τους είναι ότι, ενώ δείχνουν να ξέρουν πολύ καλά τι πρέπει να κάνουν και τι όχι, συχνά ενεργούν με τον ακριβώς αντίθετο τρόπο. Μολονότι αυτή η συμπεριφορά μπορεί να είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας τους να προσελκύσουν την προσοχή, απορρέει κατά βάση από την αδυναμία τους να αναστείλουν τις ακατάλληλες αντιδράσεις τους, αφού «η πράξη προ-τρέχει της σκέψης». Η κορύφωση αυτής της αδυναμίας τους συνίσταται στη συστηματική επανάληψη πράξεων οι οποίες είχαν αρνητικές συνέπειες γι' αυτά. Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μοιάζουν να μη διδάσκονται από τα λάθη τους (Ingersoll & Goldstein, 1993).

Τέλος, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απαιτούν την άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών τους, δεδομένου ότι χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση (Douglas & Parry, 1994). Αυτό σημαίνει ότι η έλλειψη αυτοελέγχου που τα διακρίνει στο επίπεδο των λόγων και των πράξεων επεκτείνεται και στο συναισθηματικό τομέα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι οξύθυμα, ευερέθιστα και έχουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, συχνά δυσανάλογες προς την αιτία που τις προκάλεσε. Απαιτούν να «γίνεται το δικό τους» τη στιγμή που το θέλουν και συνήθως εκδηλώνουν την απαίτηση τους με μεγάλη επιμονή. Προκειμένου να απαλλαγούν από την γκρίνια τους, οι ενήλικοι ικανοποιούν τις επιθυμίες τους. Έτσι εδραϊώνεται μια μορφή αλληλεπίδρασης κατά την οποία τα παιδιά «μαθαίνουν» ότι με αυτό τον τρόπο μπορούν να επιτύχουν ευκολότερα την ικανοποίηση των επιθυμιών τους.

3.2 ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΕΧΕΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή της οποίας τα συμπτώματα επιμένουν στο χρόνο. Μέχρι στιγμής δεν υφίσταται θεραπεία, με την κλασική έννοια. Δεν υπάρχει δηλαδή κάποια θεραπευτική αγωγή με τη βοήθεια της οποίας να αναστέλλονται τα γενεσιουργά αίτια της διαταραχής. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν τρόποι ελέγχου και περιορισμού των συμπτωμάτων της.

Άλλωστε, κατά την πορεία ανάπτυξης η κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συνήθως διαφοροποιείται. Πολλά από τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αλλάζουν μορφή ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί. Το γεγονός αυτό μπορεί να παραπλανήσει τους γονείς, οι οποίοι ίσως θεωρήσουν ότι με το πέρασμα του χρόνου βελτιώνεται αυτόματα η εικόνα του παιδιού και μειώνονται οι δυσκολίες του. Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει αυτόματη βελτίωση, αλλά μόνο διαφοροποίηση του τρόπου έκφρασης ορισμένων συμπτωμάτων της διαταραχής. Οφείλουμε επίσης να υπογραμμίσουμε ότι ακόμη και αν παρατηρηθεί μείωση ορισμένων διασπαστικών μορφών συμπεριφοράς, για παράδειγμα της υπερκινητικότητας η οποία ενοχλεί κυρίως το κοινωνικό περιβάλλον, κάποιες άλλες πρωτογενείς δυσκολίες, οι οποίες προσελκύουν δυσκολότερα την προσοχή, αποτελούν συνήθως σταθερά στοιχεία του συνδρόμου και μετά την ενηλικίωση του ατόμου με ΔΕΠ-Υ.

Η γνώση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ, όπως αυτά εμφανίζονται σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για την έγκυρη διάγνωση της διαταραχής όσο και για την ακριβή εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της.

α. Βρεφική ηλικία

Κατά τη βρεφική ηλικία δεν υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του παιδιού που να παραπέμπουν ευθέως στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ. Υπάρχουν όμως κάποιες μορφές συμπεριφοράς οι οποίες καθιστούν ορισμένα βρέφη πιο «δύσκολα» στη φροντίδα τους συγκριτικά με κάποια άλλα (Thomas & Chess, 1977). Αυτά τα «δύσκολα» βρέφη έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν μελλοντικά ευρύ φάσμα δυσκολιών, όπως προβλήματα λόγου και ομιλίας, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και, ενδεχομένως, ΔΕΠ-Υ (Ross & Ross, 1982). Επομένως, σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να μιλάμε για χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη βρεφική ηλικία, αλλά μόνο για πιθανές ενδείξεις.

Ορισμένα από τα παιδιά που λαμβάνουν αργότερα τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ μπορεί κατά τη βρεφική ηλικία να παρουσιάζουν δυσκολίες στον ύπνο και στη λήψη τροφής. Ως βρέφη κοιμούνται με δυσκολία και κάνουν ανήσυχο ύπνο, ξυπνούν σε άτακτα χρονικά διαστήματα και δυσκολεύονται να ακολουθήσουν ένα σταθερό πρόγραμμα ύπνου (Nichamin, 1972). Παρόμοιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν συχνά και στη διατροφή. Η συχνότητα των

γευμάτων τους δεν είναι σταθερή και δυσκολεύουν αρκετά τις μητέρες τους προκειμένου να καταναλώσουν την απαραίτητη ποσότητα φαγητού. Η μεγαλύτερη δυσκολία παρατηρείται συνήθως κατά την περίοδο που επιχειρούνται αλλαγές στη διατροφή τους, ειδικά όταν από το γάλα πρέπει να περάσουν στη στερεά τροφή (Ross & Ross, 1982).

Οι μητέρες τέτοιων «δύσκολων» βρεφών συχνά παραπονιούνται ότι το παιδί τους κλαίει χωρίς προφανή λόγο και ότι πολλές φορές ακόμη και οι ίδιες δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα αίτια της ανησυχίας του και να το καθησυχάσουν. Αναφέρουν μάλιστα ότι το κλάμα του είναι συνήθως οξύ, έντονο και παρατεταμένο (Wolff, 1969). Στη βιβλιογραφία αναφέρεται επίσης ότι τα βρέφη αυτά παθαίνουν συχνά κωλικούς (Goldstein & Goldstein, 1998), παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας (ακόμη και μέσα στην κούνια τους) και δυσκολεύονται να ηρεμήσουν (Wolff, 1969).

β. Νηπιακή ηλικία

Κατά τη νηπιακή ηλικία τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που παραπέμπουν στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ αυξάνονται και είναι περισσότερο συγκεκριμένα. Παρόλο που η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δεν δίνεται πριν την ηλικία των 7 ετών, η ανίχνευση των δυσκολιών που σχετίζονται με αυτήν είναι δυνατή ήδη από τη νηπιακή ηλικία (Barkley, 1981). Επιπλέον, αν και στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ανησυχία των γονέων εντείνεται συνήθως με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, τόσο αυτοί όσο και οι παιδαγωγοί είναι συνήθως σε θέση να εντοπίσουν νωρίτερα μορφές συμπεριφοράς που φαίνεται να αποκλίνουν από τα πλαίσια του φυσιολογικού.

Σε μια έρευνα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000β), που πραγματοποιήθηκε σε επαρχιακή πόλη της Πελοποννήσου προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσον είναι δυνατός ο έγκαιρος εντοπισμός των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο νηπιαγωγείο από τις παιδαγωγούς, βρέθηκε ότι η πλειονότητα (66,7%) των παιδιών που εντοπίστηκαν με πιθανότητα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ ανταποκρινόταν πλήρως στα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής δύο χρόνια αργότερα, όταν τα παιδιά ήταν μαθητές της Β' Δημοτικού. Επιπλέον, τα συγκεκριμένα παιδιά αντιμετώπιζαν μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς. Επομένως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η ανίχνευση της διαταραχής είναι δυνατή ήδη από την προσχολική ηλικία, γεγονός που συμβάλλει στην έγκαιρη παρέμβαση και την πρόληψη της εμφάνισης δευτερογενών συμπτωμάτων.

Αν στις αυξημένες ανάγκες κάθε παιδιού προσχολικής ηλικίας για κίνηση και δράση προσθέσουμε την έντονη κινητική δραστηριότητα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, θα έχουμε ένα νήπιο το οποίο κινείται ακατάπαυστα και αδυνατεί να παραμείνει ήσυχο για περισσότερα από λίγα λεπτά. Οι ενήλικοι συνήθως κουράζονται να βλέπουν ένα παιδί να βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση και να ασχολείται μονίμως με διάφορα πράγματα· το ίδιο το παιδί όμως δεν φαίνεται να κουράζεται από την αδιάκοπη δραστηριοποίησή του. Κάποιοι γονείς

περιγράφουν το παιδί τους σαν «σβούρα» ή λένε χαρακτηριστικά ότι «μοιάζει να έχει μέσα του ένα μοτεράκι που δεν σταματά ποτέ».

Ένα παιδί που κινείται διαρκώς, και που συν τοις άλλοις είναι αρκετά αδέξιο στις κινήσεις του, είναι φυσικό και αναμενόμενο να πέφτει και να χτυπά συχνότερα, να προκαλεί περισσότερες ζημιές και να αντιμετωπίζει σε μεγαλύτερο βαθμό τον κίνδυνο τραυματισμού. Ο κίνδυνος αυτός επαυξάνεται από τη δυσκολία του νηπίου με ΔΕΠ-Υ να συντονίσει τις κινήσεις του, από την παρορμητική του συμπεριφορά και από την τάση του να αψηφά τους κινδύνους και να συμπεριφέρεται παράτολμα. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει αυτό το συμπέρασμα, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι τα νήπια με ΔΕΠ-Υ είναι πράγματι πιο επιρρεπή στα ατυχήματα (Stewart et al., 1970).

Παρά ταύτα, η αδεξιότητα και οι αυξημένες ανάγκες κινητικής δραστηριοποίησης δεν είναι συνήθως τα χαρακτηριστικά που προβληματίζουν περισσότερο τους γονείς. Αντίθετα, ένας από τους κυριότερους λόγους παραπομπής νηπίων με ΔΕΠ-Υ στον ειδικό είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και οι δυσκολίες τους στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου (Baker & Cantwell, 1987). Κατά την προσχολική ηλικία η ομαλή γλωσσική ανάπτυξη αποτελεί ένα από τα κυρίαρχα αναπτυξιακά επιτεύγματα του νηπίου. Οι δυσκολίες στην ομαλή πορεία της γλωσσικής ανάπτυξης ανησυχούν ιδιαίτερα τους γονείς. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα δυσκολίες στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς (Cohen et al., 1989).

Η ανάγκη για αυτονομία και ανάληψη πρωτοβουλιών αποτελούν φυσιολογικά αναπτυξιακά χαρακτηριστικά του νηπίου.

Μάλιστα, στην προσπάθεια του να εξερευνήσει το φυσικό και το κοινωνικό του περιβάλλον και να καταστήσει εμφανή την παρουσία του, το νήπιο πολλές φορές εκδηλώνει προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά (Campbell, 1985). Στις περιπτώσεις όμως των νηπίων με ΔΕΠ-Υ αυτή η αντιδραστική συμπεριφορά είναι πολύ πιο έντονη. Συχνά το παιδί με ΔΕΠ-Υ συμπεριφέρεται με προκλητικό τρόπο προκειμένου να προσελκύσει την προσοχή. Άλλοτε πάλι η αδυναμία αναστολής των ακατάλληλων αντιδράσεων του και η έλλειψη αυτοελέγχου το ωθούν στην παραβίαση των κανόνων που θέτουν οι γονείς, με αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκρούσεων και την κορύφωση της έντασης στο οικογενειακό περιβάλλον (Barkley, 1990).

Σε αρκετές περιπτώσεις η αντιδραστική συμπεριφορά των νηπίων με ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια της μη κατανόησης της εντολής των γονέων με την οποία πρέπει να συμμορφωθούν. Λόγω της διάσπασης της προσοχής, το νήπιο με ΔΕΠ-Υ μπορεί να δυσκολευτεί να παρακολουθήσει και να καταλάβει μια μακροσκελή πρόταση, μια πολύπλοκη εντολή ή μια οδηγία που του δόθηκε με γρήγορο ρυθμό ομιλίας. Γι' αυτό και είναι πολύ σημαντικό ο γονέας ή ο παιδαγωγός να είναι σε θέση να διακρίνει κατά πόσον η έλλειψη

υπακοής του νηπίου με ΔΕΠ-Υ οφείλεται στην ανάγκη του να το προσέξουν, στη δυσκολία του να συγκρατήσει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του, στο γεγονός ότι δεν κατανόησε πλήρως τι του ζητήθηκε ή σε διάθεση σκόπιμης πρόκλησης.

Η παρορμητική συμπεριφορά του νηπίου με ΔΕΠ-Υ το καθιστά πολλές φορές επιθετικό απέναντι στα άλλα παιδιά, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει συχνά προβλήματα προσαρμογής στον παιδικό σταθμό ή στο νηπιαγωγείο και να δυσκολεύεται να ενταχθεί ομαλά στην ομάδα των συνομηλίκων του (Campbell & Cluss, 1982). Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού με ΔΕΠ-Υ δεν είναι και τόσο έντονες κατά την προσχολική ηλικία.

γ. Σχολική ηλικία

Με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, οι προσδοκίες ορισμένων γονέων για υποχώρηση των δυσκολιών του (ως αποτέλεσμα της «ωρίμανσης») συνήθως μειώνονται, καθώς οι αυξημένες απαιτήσεις του σχολικού πλαισίου ενδέχεται να καταστήσουν πιο εμφανή και δυσλειτουργικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Το παιδί με την αυξημένη κινητική δραστηριότητα αναμένεται πλέον να είναι ήσυχο και να παραμένει καθηλωμένο σε μια καρέκλα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το παιδί με τη διάσπαση της προσοχής αναμένεται να παρακολουθεί με συνέπεια το μάθημα και να ολοκληρώνει δομημένες δραστηριότητες, οι οποίες απαιτούν συγκέντρωση, επιμονή και διατήρηση του ενδιαφέροντος στην εκάστοτε καταβαλλόμενη προσπάθεια. Το παιδί με τις δυσκολίες στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου αναμένεται να περάσει πλέον στο γραπτό λόγο και να μάθει το μηχανισμό της ανάγνωσης. Το παιδί με την παρορμητική συμπεριφορά αναμένεται να συμμετέχει σε ομαδικά παιχνίδια που βασίζονται στην οργάνωση και έχουν συγκεκριμένους κανόνες.

Η απότομη αύξηση των απαιτήσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος από το παιδί με ΔΕΠ-Υ - απαιτήσεις οι οποίες σχετίζονται με τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής του-αποτελεί πολλές φορές τη βάση για την εμφάνιση δευτερογενών συμπτωμάτων, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και τα προβλήματα συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000α).

Στις πρώτες τάξεις του δημοτικού το παιδί με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να σηκώνεται από τη θέση του και να περιφέρεται μέσα στην τάξη. Ο προσωπικός του χώρος μπορεί να είναι πολύ ακατάστατος: άσχετα αντικείμενα βρίσκονται πάνω στο θρανίο, ενώ πολλά σχετικά με το μάθημα βρίσκονται στο πάτωμα, στη σχολική τσάντα ή έχουν ξεχαστεί στο σπίτι.

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ συχνά αφαιρείται μέσα στην τάξη και χάνει τον ειρμό του μαθήματος, ιδιαίτερα όταν το μαθησιακό αντικείμενο παρουσιάζει δυσκολίες ή δεν προσελκύει το ενδιαφέρον του (Douglas, 1972). Γι' αυτό και πολλές φορές δεν γνωρίζει το μάθημα που παραδίδεται, δεν μπορεί να συνεχίσει την ανάγνωση από το σημείο όπου

σταμάτησε ο συμμαθητής του ή δεν απαντά σε μια ερώτηση διότι δεν άκουσε ολόκληρη την εκφώνηση της.

Ακόμη και όταν κινητοποιείται από το δάσκαλο και αρχίζει να ασχολείται με τη δραστηριότητα που του ανατέθηκε, δεν είναι βέβαιο ότι θα την ολοκληρώσει εάν δεν δέχεται διαρκή επιτήρηση και παρότρυνση. Ανάλογη είναι και η κατάσταση στο σπίτι, όπου η έλλειψη οργάνωσης, η τάση της εύκολης παραίτησης και η ανάγκη συνεχούς στήριξης καθιστούν πολλές φορές τη σχολική μελέτη αντικείμενο συγκρούσεων και πεδίο σφοδρής διαμάχης ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς του.

Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι η εικόνα που περιγράφηκε δεν είναι απόλυτη, δεν αφορά όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ούτε και εμφανίζεται με την ίδια μορφή και ένταση σε όλες τις περιπτώσεις. Υπάρχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία δεν αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες και ανταποκρίνονται σε ικανοποιητικό βαθμό στις απαιτήσεις του σχολείου.

Η συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι είναι συνήθως θορυβώδης και ενίοτε προκλητική και διασπαστική. Τα συχνά ξεσπάσματα θυμού, η έλλειψη συμμόρφωσης σε κανόνες και η ελλιπής ανταπόκριση στις απαιτήσεις των ενηλίκων είναι ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία. Ο τρόπος χειρισμού αυτών των αντιδράσεων από τους άλλους, η στήριξη που θα λάβει το παιδί από το κοινωνικό του περιβάλλον και τα βιώματα επιτυχίας ή αποτυχίας που θα συσσωρευτεί θα επηρεάσουν το επίπεδο της αυτοεκτίμησης του. Συχνά πάντως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, καθώς οι δυσκολίες τους και η αλληλεπίδραση των δυσκολιών αυτών με τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος ενδέχεται να τα οδηγήσουν στη διαμόρφωση λανθασμένων αντιλήψεων για τις πραγματικές τους δυνατότητες.

Ορισμένες φορές στη χαμηλή τους αυτοεκτίμηση συμβάλλει και η απορριπτική συμπεριφορά των συνομηλίκων τους απέναντί τους. Σε πολλές περιπτώσεις τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ γίνονται στόχος πειραγμάτων, ακριβώς επειδή, λόγω των ελλειπόν κοινωνικών δεξιοτήτων τους, δεν καταφέρνουν να ενταχθούν με επιτυχία στην ομάδα των άλλων παιδιών και να ακολουθήσουν ικανοποιητικά τους δικούς τους ρυθμούς. Από κάποιο σημείο και μετά μάλιστα είναι πιθανό τα ίδια τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να προκαλούν αυτά τα πειράγματα με τη συμπεριφορά τους, προκειμένου να αποφύγουν την πλήρη αδιαφορία των συνομηλίκων τους.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η σχολική ηλικία είναι η περίοδος κατά την οποία προδιαγράφεται η πορεία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην υπόλοιπη ζωή του. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου το παιδί καλείται να μάθει να ελέγχει τις δυσκολίες του, προκειμένου να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στο σχολικό πλαίσιο, να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της σχολικής μάθησης, να διαμορφώσει ρεαλιστική εικόνα για τις δυνατότητες του και να δημιουργήσει θετικές διαπροσωπικές σχέσεις. Αν έχει την κατάλληλη στήριξη και βοήθεια, τότε η πορεία του προς την εφηβεία και την ενηλικίωση μπορεί να είναι ομαλή. Εάν

όμως δεν συμβεί κάτι τέτοιο και το παιδί βιώσει έντονη αποτυχία στους παραπάνω τομείς, τότε η κατάσταση είναι πολύ πιθανό να επιδεινωθεί και το παιδί στην εφηβεία του να αντιμετωπίσει νέες δυσκολίες και μεγαλύτερους κινδύνους.

δ. Εφηβική ηλικία και ενηλικίωση

Η εφηβική ηλικία είναι εξ ορισμού μια περίοδος έντονων ψυχολογικών αλλαγών. Οι έφηβοι έρχονται αντιμέτωποι με ραγδαίες βιοσωματικές αλλαγές και νέες αυξημένες απαιτήσεις τόσο στον τομέα της σχολικής μάθησης όσο και στον κοινωνικό τομέα. Η εικόνα που έχουν διαμορφώσει για τον εαυτό τους και τις ικανότητες τους δοκιμάζεται υπό το πρίσμα των νέων δεδομένων, ενώ η οδυνηρή διαδικασία αναζήτησης της ατομικής ταυτότητας βρίσκεται πλέον σε πλήρη εξέλιξη.

Όπως προαναφέραμε, η εικόνα του εφήβου με ΔΕΠ-Υ είναι στενά συνυφασμένη με την πορεία που έχει ήδη διανύσει. Σε γενικές γραμμές, η διάσπαση της προσοχής φαίνεται να αποτελεί από τα πιο σταθερά και επίμονα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Αντίθετα, τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας συνήθως υποχωρούν κατά την εφηβεία και αντικαθίστανται από αυξημένη ανησυχία και νευρικότητα (Hart et al., 1995). Έχει εντούτοις διαπιστωθεί ότι στις περιπτώσεις όπου η υπερκινητικότητα επιμένει αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών διαγωγής. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον ελλαδικό χώρο (Κάκουρος, 1998), και σε δείγμα 41 εφήβων με διάγνωση ΔΕΠ-Υ κατά τη σχολική ηλικία, τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας υποχώρησαν μεν σε ποσοστό 80,5%, αλλά εκεί όπου η υπερκινητικότητα παρέμεινε παρουσιάστηκαν διαταραχές διαγωγής σε πολύ μεγάλο ποσοστό (στο 75% των περιπτώσεων).

Η εμφάνιση αυτού του είδους των διαταραχών συνδέεται επίσης με τη μειωμένη εμπιστοσύνη που τρέφουν συνήθως για τον εαυτό τους οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι έχουν γνωρίσει έντονα την αποτυχία τόσο στο σχολικό πλαίσιο όσο και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η μειωμένη αυτοεκτίμηση καθιστά πολλές φορές τον έφηβο με ΔΕΠ-Υ ευάλωτο και επιρρεπή στις αρνητικές επιρροές ορισμένων ομάδων συνομηλίκων του. Εξαιτίας της μεγάλης του ανάγκης για αποδοχή, ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρασυρθεί ευκολότερα από ό,τι άλλοι συνομήλικοι' του ακόμη και σε συμμετοχή ή και διάπραξη παραπτωματικών ενεργειών. Όπως διαπιστώνεται, οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι παρουσιάζουν διαταραχές διαγωγής, έχουν αυξημένες πιθανότητες εγκατάλειψης του σχολείου, κατάχρησης ουσιών και παραβίασης των νόμων (Hart et al., 1995 Κάκουρος, 1998).

Ανάλογες δυσκολίες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ και ως ενήλικοι. Τα τελευταία χρόνια έχει εγκαταλειφθεί η άποψη ότι η ΔΕΠ-Υ αφορά μόνο τα παιδιά. Αντίθετα, έχει διαπιστωθεί ότι το ένα τρίτο των ατόμων με ΔΕΠ-Υ εξακολουθεί να πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής κατά την ενηλικίωση τους (Lie, 1992). Οι ενήλικοι με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά ασταθή συμπεριφορά στην επαγγελματική τους

ζωή και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ορισμένοι μάλιστα ενδέχεται να εμπλακούν και σε αντικοινωνικές ενέργειες (Klein & Manuzza, 1991).

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ κατά την πορεία ανάπτυξης, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι η πορεία αυτή αφενός δεν είναι προδιαγεγραμμένη και αφετέρου διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο, καθώς βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το είδος των αλληλεπιδράσεων που εγκαθίστανται ανάμεσα στο άτομο με ΔΕΠ-Υ και στα σημαντικά πρόσωπα του οικογενειακού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος.

Τέλος, η εικόνα του ατόμου με ΔΕΠ-Υ σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο εξαρτάται από το βαθμό επίτευξης των αναπτυξιακών στόχων των προηγούμενων σταδίων.

3.3 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική αξιολόγηση του παιδιού Η συνέντευξη με το παιδί

Η συνάντηση με το παιδί δίνει στον ειδικό την ευκαιρία να συζητήσει μαζί του, να παρατηρήσει τη συμπεριφορά του και να χορηγήσει κάποιες ψυχομετρικές δοκιμασίες για να αξιολογήσει επιμέρους τομείς της ανάπτυξης στους οποίους το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες σύμφωνα με τις πληροφορίες που έχει συγκεντρώσει ο ειδικός μέχρι εκείνη τη στιγμή.

Η συνέντευξη με το παιδί αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας. Η διάρκεια και το περιεχόμενο της εξαρτώνται από την ηλικία και το νοητικό επίπεδο του παιδιού. Με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας η συνέντευξη έχει μικρή διάρκεια, είναι προσαρμοσμένη στο επίπεδο ανάπτυξης του λόγου τους και συχνά διεξάγεται σε συνδυασμό με την ενασχόληση του παιδιού με κάποια δραστηριότητα, όπως ζωγραφική ή παζλ. Όπως είναι φυσικό, η αξιοπιστία των απαντήσεων που δίνει το παιδί, ιδιαίτερα όταν είναι μικρής ηλικίας, μπορεί να αμφισβητηθεί έντονα (Achenbach et al., 1987).

Με τα παιδιά σχολικής ηλικίας και τους εφήβους η συνέντευξη έχει μεγαλύτερη διάρκεια και μπορεί να επικεντρωθεί περισσότερο στον τρόπο με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τις ενδεχόμενες δυσκολίες του μέσα σε διαφορετικά πλαίσια (σπίτι, σχολείο, γειτονιά), με διαφορετικούς ανθρώπους (γονείς, δασκάλους, φίλους) και σε διαφορετικές δραστηριότητες (σχολική μελέτη, παιχνίδι, εξωσχολικές δραστηριότητες κ.λπ.). Πολλές φορές τα παιδιά είναι πιθανό να μην αναφέρουν τις πραγματικές δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Έτσι, ίσως απαντούν στις ερωτήσεις του ειδικού παρουσιάζοντας την κατάσταση πιο ευχάριστη και θετική από ό,τι πραγματικά είναι, δίνοντας τις πιο κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις. Αν πάλι το παιδί αντιμετωπίζει διαταραχή διαγωγής, ενδέχεται να δίνει ακραίες απαντήσεις και να υπερβάλλει στα πλαίσια της αντιδραστικής του συμπεριφοράς.

Επομένως, το σημαντικότερο στοιχείο αυτής της συνέντευξης δεν είναι συνήθως το περιεχόμενο της αλλά η ποιότητα των απαντήσεων του παιδιού, η ανταπόκριση του στο διάλογο και η ικανότητα αλληλεπίδρασης του με τον ειδικό. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές απαντούν βιαστικά στις ερωτήσεις του ειδικού, χωρίς να σκεφτούν, και μάλιστα πριν καν ο ειδικός ολοκληρώσει την ερώτηση. Επίσης, η συνέντευξη αυτή προσφέρει στον ειδικό την ευκαιρία να παρατηρήσει τη συμπεριφορά του παιδιού και να αντλήσει από την παρατήρηση πολύτιμα στοιχεία, τα οποία θα παρουσιαστούν πιο αναλυτικά στη συνέχεια.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με το παιδί ο ειδικός χρειάζεται να επικεντρωθεί: (α) στην αντίληψη που έχει διαμορφώσει το παιδί για τις δυσκολίες του, (β) στην αιτιολογία που αποδίδει σε αυτές, (γ) στην ικανότητα για συγκέντρωση της προσοχής του, και (δ) στην άποψη του παιδιού για την παρακολούθηση ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η συνέντευξη με το παιδί ξεκινά πολλές φορές με την ερώτηση «Γιατί νομίζεις ότι ήρθες σήμερα εδώ;», η οποία δίνει την ευκαιρία στον ειδικό να διευκρινίσει στο παιδί, αν αυτό κρίνεται απαραίτητο, τα αίτια της επίσκεψης του και να του εξηγήσει ποια θα είναι η διαδικασία που θα ακολουθήσει. Πιστεύουμε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό για το παιδί να γνωρίζει τους λόγους για τους οποίους οι δικοί του απευθύνθηκαν στον ειδικό, καθώς και το περιεχόμενο της συνεργασίας του μαζί του.

Στην αρχή της συνέντευξης γίνεται αναφορά σε ουδέτερα θέματα και τίθενται οι βάσεις για τη δημιουργία μιας καλής σχέσης με το παιδί. Κατόπιν η συνέντευξη εξειδικεύεται καθώς στρέφεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους του, οι σχολικές του επιδόσεις, οι σχέσεις του με τα άλλα μέλη της οικογένειας του κ.ά.

Ο ειδικός μπορεί να ρωτήσει το παιδί αν έχει φίλους, τι κάνει με αυτούς ή αν θα ήθελε να είχε περισσότερους, προκειμένου να διερευνήσει την ποιότητα των διαπροσωπικών του σχέσεων με τους συνομηλίκους του, καθώς και την ποιότητα των κοινωνικών του δεξιοτήτων. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά παραπονιούνται ότι τα άλλα παιδιά δεν τα κάνουν εύκολα παρέα, ότι δεν έχουν τόσους φίλους όσους θα ήθελαν και ότι τσακώνονται συχνά με τους συμμαθητές τους.

Σε ό,τι αφορά το σχολείο, ο ειδικός μπορεί να ρωτήσει το παιδί σε ποια μαθήματα είναι καλός μαθητής, σε ποια νομίζει ότι δυσκολεύεται και για ποιο λόγο πιστεύει ότι συμβαίνει αυτό, αν ο δάσκαλος του κάνει συχνά παρατηρήσεις, αν προτιμά την ώρα του μαθήματος ή αυτή του διαλείμματος, αν πιστεύει, ότι μπορεί να γίνει καλύτερος μαθητής κ.λπ. Αυτές τις ερωτήσεις τις κάνει προκειμένου να αντλήσει πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του μέσα στο σχολείο και για να διαμορφώσει μία πρώτη εικόνα σχετικά με το επίπεδο της αυτοεκτίμησής του. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά

αποδίδουν τις μαθησιακές τους δυσκολίες στο γεγονός ότι «είναι λιγότερο έξυπνα», αφού δεν μπορούν να κατανοήσουν πράγματα που τα άλλα παιδιά κατανοούν και συχνά καταβάλλουν μεγαλύτερες προσπάθειες από τους συμμαθητές τους αναφέρονται επίσης στο γεγονός ότι τελικά δεν τα καταφέρνουν τόσο καλά όσο οι υπόλοιποι. Άλλα παιδιά παραπονιούνται ότι τα μαθήματα είναι πολύ δύσκολα, ότι ο δάσκαλος είναι πολύ αυστηρός κ.λπ.

Τέλος, οι ερωτήσεις που αφορούν το είδος και τη συχνότητα .επιβολής τιμωριών από τους γονείς, καθώς και αυτές που αφορούν τις δραστηριότητες που οι γονείς μοιράζονται με το παιδί μπορούν να δώσουν πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τις σχέσεις του με τους γονείς του. Πολλές φορές τέτοιου είδους ερωτήσεις μπορεί να αποκαλύπτουν ότι το παιδί αισθάνεται πως οι γονείς του το αδικούν, ότι του κάνουν συνεχώς παρατηρήσεις και ότι θα ήθελε να μην του φωνάζουν και να μην το επικρίνουν τόσο συχνά. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, ο ειδικός οφείλει να είναι επιφυλακτικός στην ερμηνεία που δίνει τόσο στις απαντήσεις όσο και στη συμπεριφορά του παιδιού κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Και αυτό διότι η διάθεση του παιδιού να φανεί ευχάριστο και συνεργάσιμο ενδέχεται να το οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο της υπερκινητικής του συμπεριφοράς και σε παραποίηση των απαντήσεων στις ερωτήσεις του ειδικού.

Η κλινική παρατήρηση

Η κλινική παρατήρηση ξεκινά από τη στιγμή της συνάντησης του ειδικού με το παιδί στην αίθουσα αναμονής και συνεχίζεται μέχρι την αποχώρηση του παιδιού. Πολλές φορές μάλιστα οι πληροφορίες που αντλούνται από αυτή την ανεπίσημη φάση της αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Άλλωστε, η αίθουσα αναμονής είναι ένας χώρος όπου ο ειδικός έχει την ευκαιρία να παρατηρήσει για μικρό χρονικό διάστημα την αλληλεπίδραση του παιδιού με τους γονείς του και ενδεχομένως με άλλα παιδιά.

Η κλινική παρατήρηση παρέχει πολύτιμες πληροφορίες στον ειδικό σε ό,τι αφορά τη διαφορική διάγνωση. Η ευκολία με την οποία το παιδί αποχωρίζεται τους γονείς του και ακολουθεί τον ειδικό στην αίθουσα της αξιολόγησης είναι ένα από τα πρώτα στοιχεία που παρατηρεί ο ειδικός. Συνήθως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν δυσκολία σε αυτό το στάδιο και συνεργάζονται πρόθυμα μαζί του.

Η ικανότητα του παιδιού για οπτική επαφή, η ικανότητα του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις μιας συζήτησης και το επίπεδο ανάπτυξης του λόγου του αξιολογούνται με προσοχή από τον ειδικό. Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται ιδιαίτερα στη διατήρηση της οπτικής επαφής και έχουν την τάση να κοιτούν τριγύρω στο δωμάτιο ακόμη και όταν απαντούν σε ερωτήσεις. Ανάλογες δυσκολίες αντιμετωπίζουν και στη διατήρηση μιας συζήτησης, καθώς συνηθίζουν να μεταπηδούν από το ένα θέμα στο άλλο, δίνοντας πολλές φορές την εντύπωση ότι δεν άκουσαν ή δεν κατανόησαν την ερώτηση που τους τέθηκε. Επίσης, συχνά δυσκολεύονται να οργανώσουν τη σκέψη τους και να εκφραστούν με

σαφήνεια, ενώ ενδέχεται να παρουσιάζουν δυσκολίες στην άρθρωση, ιδιαίτερα αν είναι μικρότερης ηλικίας. Ο ειδικός είναι επίσης απαραίτητο να αξιολογήσει τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού και να ελέγξει αν μοιάζει να έχει υπερβολικό άγχος ή δυσθυμία. Μερικές φορές είναι δύσκολο για τον ειδικό να διακρίνει αν η υπερβολική κινητική δραστηριότητα και η νευρικότητα του παιδιού αποτελούν ενδείξεις ΔΕΠ-Υ ή υπερβολικού άγχους. Ωστόσο, αν ερωτηθούν, τα παιδιά που βιώνουν άγχος συνήθως παραδέχονται ότι αισθάνονται άβολα και έχουν αγωνία, ενώ τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν εκφράζουν τέτοιου είδους συναισθήματα. Εξάλλου, και η ποιότητα της αυξημένης κινητικής δραστηριότητας διαφέρει στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και στα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές, και ένας έμπειρος κλινικός μπορεί να διακρίνει αυτή τη διαφορά. Επιπλέον, είναι σημαντικό για τον ειδικό να παρατηρήσει τυχόν απότομες και ακραίες μεταβολές της διάθεσης, οι οποίες δεν είναι χαρακτηριστικές της ΔΕΠ-Υ, αλλά αποτελούν ενδείξεις σοβαρότερων συναισθηματικών διαταραχών.

Η ικανότητα του παιδιού να διατηρεί για μεγάλο χρονικό διάστημα την προσοχή του και να ακολουθεί οδηγίες αναφορικά με την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας πρέπει επίσης να αξιολογούνται από τον ειδικό, σε συνάρτηση βεβαίως με την ηλικία του παιδιού. Είναι σημαντικό ο ειδικός να κατανοήσει τους λόγους για τους οποίους ένα παιδί εγκαταλείπει εύκολα την προσπάθεια και δυσκολεύεται να ολοκληρώσει μία δραστηριότητα. Άλλα παιδιά εγκαταλείπουν την προσπάθεια λόγω της αυξημένης παρορμητικότητας και της τάσης τους να μεταπηδούν από τη μια δραστηριότητα στην άλλη, και άλλα το κάνουν λόγω μειωμένης αυτοπεποίθησης, καθώς αισθάνονται ότι δεν μπορούν να τα καταφέρουν. Όπως είναι ευνόητο, τα μικρότερα παιδιά παρουσιάζουν μικρότερη διάρκεια συγκέντρωσης της προσοχής και χάνουν ευκολότερα το ενδιαφέρον τους για μια δραστηριότητα. Οι «φυσιολογικές» αυτές αντιδράσεις των μικρότερων παιδιών δεν θα πρέπει να συγχέονται με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Η διάκριση αυτή βεβαίως δεν είναι πάντα εύκολη, γιατί στην περίπτωση των παιδιών προσχολικής ηλικίας η αναμενόμενη διάσπαση της προσοχής λόγω ηλικίας και η διάσπαση της προσοχής λόγω ΔΕΠ-Υ διαφέρουν μόνο ποσοτικά, πρόκειται δηλαδή για διαφορά βαθμού εκδήλωσης της ίδιας μορφής συμπεριφοράς.

Συμπερασματικά, πρέπει να πούμε ότι η ερμηνεία του ειδικού σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού στην αίθουσα αξιολόγησης πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Ένα υπερκινητικό παιδί είναι πολλές φορές ικανό να ελέγξει την υπερκινητικότητά του στο γραφείο του ειδικού, όπου προσπαθεί να δείξει τον καλό του εαυτό και να φανεί συνεργάσιμο. Επομένως, το συμπέρασμα ότι το παιδί δεν παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ επειδή η συμπεριφορά που περιγράφεται από τους γονείς δεν είναι εμφανής στο κλινικό περιβάλλον θα ήταν βιαστικό και λανθασμένο. Άλλωστε, όσο περισσότερο το παιδί εξοικειώνεται με το χώρο και τον ειδικό, τόσο πιθανότερο είναι να αρχίσει σιγά σιγά να κινείται με το συνήθη του τρόπο και να μειώνει τον έλεγχο που ασκεί στη συμπεριφορά του. Όταν μάλιστα του ζητηθεί

να εκτελέσει κάποια δραστηριότητα που απαιτεί αυξημένη συγκέντρωση της προσοχής και αρκετή προσπάθεια, τότε είναι ακόμη πιο πιθανό οι δυσκολίες του να αρχίσουν να εκδηλώνονται. Είναι σημαντικό λοιπόν για τον ειδικό να αφιερώνει αρκετό χρόνο στη συνεργασία του με το παιδί και να το δοκιμάζει σε ποικίλες καταστάσεις, καθώς είναι πιθανό μια σύντομη συζήτηση μαζί του και μια παρατήρηση περιορισμένης διάρκειας να μην αρκούν για να αποκαλύψουν τις πραγματικές του δυσκολίες.

Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορες ψυχομετρικές δοκιμασίες για τη μέτρηση της προσοχής, της εγρήγορσης και του ελέγχου της παρορμητικότητας, με σκοπό τη διαφοροποίηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τα «φυσιολογικά» παιδιά ή από παιδιά με άλλου είδους διαταραχές (Rosenthal & Allen, 1978). Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα δεν έχουν δείξει σημαντική συνάφεια μεταξύ των επιδόσεων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στις δοκιμασίες αυτές και των επιδόσεων τους σε άλλα μέσα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ, όπως είναι οι κλίμακες αξιολόγησης και η κλινική παρατήρηση (Halperin, 1991). Άλλωστε, οι επιδόσεις ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ σε μία δοκιμασία η οποία χορηγείται στο κλινικό περιβάλλον έχει αποδειχτεί ότι διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από τις επιδόσεις του ίδιου παιδιού στο πλαίσιο του σχολείου ή του σπιτιού (Kendall & Brophy, 1981). Επιπλέον, τέτοιου είδους μετρήσεις δεν παρέχουν πληροφορίες για τις περιβαλλοντικές μεταβλητές οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζουν την προσοχή και το επίπεδο της εγρήγορσης του παιδιού, συνεπώς και τις επιδόσεις του (Barkley, 1997b). Επομένως, όπως παρατηρεί ο Cantwell (1996), μέχρι στιγμής δεν έχει κατασκευαστεί ένα αξιόπιστο διαγνωστικό τεστ για τη ΔΕΠ-Υ.

Για τους λόγους που μόλις αναφέραμε δεν θα παρουσιάσουμε αναλυτικά τις δοκιμασίες αυτές. Επειδή όμως κρίνουμε ότι ορισμένες από αυτές οι οποίες αξιολογούν ποικίλους τομείς της ανάπτυξης, αποδεικνύονται μερικές φορές εξαιρετικά χρήσιμες κατά τη διαγνωστική διαδικασία για τη ΔΕΠ-Υ, θα αναφερθούμε στους λόγους για τους οποίους ο ειδικός μπορεί να αποφασίσει τη χορήγηση τους και θα συζητήσουμε τους περιορισμούς που πρέπει να λάβει υπόψη του στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους.

Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες αποτελούν ένα αντικειμενικό κριτήριο αξιολόγησης το οποίο μερικές φορές κρίνεται απαραίτητο, ιδιαίτερα όταν οι πληροφορίες οι οποίες συγκεντρώνονται από τους γονείς, τους δασκάλους και τις παρατηρήσεις του ειδικού είναι αντιφατικές και γεννούν σημαντικά ερωτήματα ως προς την αξιοπιστία τους. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι οι διαφορές που παρατηρούνται ορισμένες φορές στις εκτιμήσεις των διαφόρων προσώπων τα οποία δίνουν πληροφορίες για το παιδί μπορεί να καταδεικνύουν απλώς διαφορετικές μορφές συμπεριφοράς που εκδηλώνει το παιδί ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται. Ασφαλώς, όταν οι αντιφάσεις είναι εξαιρετικά μεγάλες, τότε η χρήση

ορισμένων ψυχομετρικών δοκιμασιών προσφέρει τη δυνατότητα μιας πιο αντικειμενικής εκτίμησης κάποιων παραμέτρων.

Ένας επιπρόσθετος λόγος για τη χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών είναι η αξιολόγηση κάποιων δευτερογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όπως, για παράδειγμα, των μαθησιακών δυσκολιών που παρουσιάζει ένας μεγάλος αριθμός παιδιών με αυτή τη διαταραχή. Η λεπτομερής αξιολόγηση της αναγνωστικής ικανότητας, της ικανότητας κατανόησης κειμένου, της γραφής, της ορθογραφίας και της αριθμητικής ικανότητας είναι απαραίτητη, προκειμένου ο ειδικός να διαμορφώσει μια γενική εικόνα του επιπέδου των σχολικών γνώσεων του παιδιού και των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών που ενδέχεται να αντιμετωπίζει²⁵. Η αξιολόγηση αυτή έχει εξέχουσα σημασία για τη στοχοθεσία της θεραπευτικής παρέμβασης και τη διαβάθμιση των στόχων.

Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στο *Αθηνά Τεστ* Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης, το οποίο κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε από το Ψυχομετρικό Εργαστήριο της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Παρασκευόπουλος και συν., 1999) με σκοπό την ανίχνευση των μαθησιακών δυσκολιών και τη λεπτομερή αξιολόγηση τους. Το *ΑθηνάΤεστ* χορηγείται σε παιδιά ηλικίας 5-9 ετών και αποτελείται από πέντε κλίμακες: Νοητική ικανότητα, Άμεση μνήμη ακολουθιών, Ολοκλήρωση ελλιπών παραστάσεων, Γραφο-φωνολογική ενημερότητα και Νευροψυχολογική ωριμότητα. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του (Παρασκευόπουλος και συν., 1999), πρόκειται για ένα «ψυχοπαιδαγωγικό διαγνωστικό μέσο αναλυτικής και ενδοατομικής αξιολόγησης, όπου δεν εξάγονται, όπως συμβαίνει με άλλα πολυθεματικά τεστ, αθροίσματα και γενικοί δείκτες, αλλά η κάθε μετρούμενη ικανότητα έχει μια αυτόνομη λειτουργία στη διαγνωστική διαδικασία» (σελ. 27). Για το λόγο αυτό προτείνεται η πλήρης χορήγηση του τεστ στις περιπτώσεις παιδιών όπου έχουν ήδη παρουσιαστεί προβλήματα μάθησης ή όπου υπάρχουν βάσιμες υποψίες για ελλειμματική ανάπτυξη· είναι ωστόσο δυνατή και η επιλεκτική χορήγηση ορισμένων μόνο κλιμάκων ανάλογα με τον τομέα της ανάπτυξης που ο ειδικός ενδιαφέρεται να αξιολογήσει.

Άλλου είδους δοκιμασίες που χορηγούνται κατά περίπτωση κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού για το οποίο πιθανολογείται η ύπαρξη ΔΕΠ-Υ είναι τα τεστ νοημοσύνης, τα τεστ αξιολόγησης ειδικών γνωστικών δεξιοτήτων, τα τεστ προσωπικότητας και τα νευροψυχολογικά τεστ.

Κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων από τη χορήγηση τέτοιου είδους δοκιμασιών θα πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη από τον ειδικό η επίδραση της διάσπασης της προσοχής που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στις επιδόσεις τους στη συγκεκριμένη δοκιμασία. Όταν πρόκειται μάλιστα για τεστ νοημοσύνης, τα οποία βασίζονται κατά πολύ στο επίπεδο των σχολικών γνώσεων, είναι προφανές ότι ένα παιδί με διάσπαση της προσοχής και μαθησιακές δυσκολίες θα έχει μειωμένες επιδόσεις. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι επιδόσεις

των παιδιών σε τέτοιου είδους δοκιμασίες έχουν υψηλή συνάφεια με μετρήσεις της προσοχής και του αυτοελέγχου (Aylward et al., 1997). Η ερμηνεία λοιπόν που θα δοθεί στις επιδόσεις αυτές και ο τρόπος με τον οποίο θα αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα θα πρέπει να διέπονται από αυξημένη κλινική ευαισθησία ώστε να μην οδηγηθεί ο κλινικός σε παραπλανητικά συμπεράσματα. Άλλωστε, πολλές φορές η συμπεριφορά του παιδιού κατά τη διάρκεια χορήγησης της δοκιμασίας και ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζει το συγκεκριμένο υλικό προσφέρουν πιο αποκαλυπτικές πληροφορίες για τις δυσκολίες και τις ικανότητες του από ό,τι οι επιδόσεις του αυτές καθαυτές.

στ. Η ιατρική εξέταση

Η ιατρική εξέταση δεν είναι υποχρεωτική στα πλαίσια της διαδικασίας διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ. Ο ειδικός ζητά την αξιολόγηση του παιδιού από γιατρό αν συντρέχει ιδιαίτερος λόγος, ο οποίος προκύπτει είτε από το ιστορικό του παιδιού είτε από την κλινική παρατήρηση. Ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που επιβάλλουν την ιατρική εξέταση, πολλές φορές αρκεί μία επίσκεψη στον παιδίατρο. Είναι όμως πιθανό να χρειάζονται πιο πολύπλοκες εργαστηριακές εξετάσεις, όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα ύπαρξης νευρολογικών διαταραχών ως αίτιο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, η αναγκαιότητα τέτοιου είδους εξετάσεων στα παιδιά που αξιολογούνται με την υποψία της ύπαρξης ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά σπάνια. Άλλωστε, πολλές φορές η επίσκεψη στον παιδίατρο έχει ήδη προηγηθεί, αφού συχνά αυτός είναι που παραπέμπει το παιδί στον ειδικό.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ιατρικές εξετάσεις που να οδηγούν σε διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Hill & Cameron, 1999). Ο ρόλος του γιατρού στη διαδικασία αξιολόγησης ενός παιδιού για το οποίο υπάρχει η υποψία της ΔΕΠ-Υ έγκειται κυρίως στον αποκλεισμό κάποιου ιατρικού προβλήματος το οποίο ενδέχεται να προκαλεί τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ή στον εντοπισμό ιατρικών προβλημάτων τα οποία συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ και χρήζουν φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Για παράδειγμα, η εγκεφαλίτιδα ή οι συχνές ωτίτιδες μπορεί να συνδέονται με τη ΔΕΠ-Υ. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορεί ακόμη να οφείλονται σε παρενέργειες φαρμάκων που χορηγούνται για άλλου είδους διαταραχές. Η ιατρική εξέταση κρίνεται επίσης απαραίτητη στην περίπτωση που προτείνεται η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων στο παιδί, προκειμένου να αποκλειστεί η ύπαρξη προβλημάτων ιατρικής φύσης (εξαιτίας των οποίων αντενδείκνυται η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ). Άλλωστε, σε περίπτωση που κριθεί σκόπιμη η χορήγηση φαρμάκων, η ιατρική παρακολούθηση του παιδιού πρέπει να είναι συνεχής.

3.4 ΤΥΠΟΙ ΔΕΠ-Υ

Με βάση την επικράτηση ενός ή περισσότερων από τα κύρια συμπτώματα, π.χ. υπερκινητικότητα - παρορμητικότητα, έχουν προσδιοριστεί τρεις τύποι Δ.Ε.Π.-Υ. :

- Δ.Ε.Π.-Υ. πρωταρχικά τύπου ελλειμματικής προσοχής: αν έξι ή περισσότερα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής (αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας) παραμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτό το είδος είναι γνωστό και ως Δ.Ε.Π. ή Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής. Συνήθως διαπιστώνεται αργοπορημένα και οδηγεί το παιδί σε προβλήματα ενδοπροσωπικής προσαρμογής.
- Δ.Ε.Π.-Υ. πρωταρχικά υπερκινητικού - παρορμητικού τύπου : αν έξι ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας (αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής) παραμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Συνήθως διαπιστώνεται εγκαίρως και πριν το παιδί πάει σχολείο και οδηγεί το παιδί σε προβλήματα προσαρμογής.
- Μικτός τύπος ή Δ.Ε.Π.-Υ. συνδυασμένος τύπος: αν έξι ή περισσότερα συμπτώματα μειωμένης προσοχής και έξι ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας παραμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτό είναι το συχνότερο είδος Δ.Ε.Π.-Υ στα παιδιά και τους εφήβους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΤΑ ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

4.1 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Τα τελευταία χρόνια, τα ερευνητικά δεδομένα που αναφέρονται στα πιθανά αίτια της ΔΕΠ-Υ έχουν αυξηθεί κατά πολύ. Εντούτοις, δεν έχουν οδηγήσει ακόμη σε ακριβή συμπεράσματα, παρόλο που μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί διάφορων ειδών αιτιολογικοί παράγοντες, για πολλούς από τους οποίους δεν υπάρχουν επαρκώς τεκμηριωμένες αποδείξεις, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις οι αποδείξεις απουσιάζουν εντελώς. Γνωρίζουμε βεβαίως αρκετούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό με την πιθανότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, αλλά δεν γνωρίζουμε με ακρίβεια εκείνους που ευθύνονται άμεσα για τα συμπτώματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ούτε τις διαδικασίες μέσω των οποίων αυτοί επηρεάζουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Οι προσπάθειες διερεύνησης των αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ συναντούν πολλές μεθοδολογικές δυσκολίες. Συχνά μάλιστα διαπιστώνεται ασυμφωνία στα ευρήματα των διαφόρων ερευνών. Παρ' όλα αυτά φαίνεται ότι τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν πλέον την εκτίμηση ότι, αν και η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική, τον πρώτο λόγο έχουν οι γενετικοί και οι νευρολογικοί παράγοντες. Η συντριπτική πλειοψηφία των αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ που έχουν τύχει ως τώρα μεγαλύτερης ερευνητικής στήριξης είναι βιολογικοί, αναφέρονται δηλαδή στην ανάπτυξη και στη λειτουργία του εγκεφάλου.

Ο τρόπος με τον οποίο νευρολογικοί και γενετικοί παράγοντες μπορούν να συντελέσουν στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ δεν είναι γνωστός. Τα ερευνητικά δεδομένα που έχουμε στη διάθεση μας αναφέρονται συνήθως σε συνάφειες και γι' αυτό δεν αποδεικνύουν άμεσα την πρωτογενή αιτία η οποία ευθύνεται για τη ΔΕΠ-Υ. Για παράδειγμα, η εύρεση συσχέτισης μεταξύ του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της εμφάνισης ΔΕΠ-Υ στο παιδί δεν αποτελεί απόδειξη ότι το κάπνισμα είναι η αιτία της ΔΕΠ-Υ. Είναι πιθανό, για παράδειγμα, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή. Έχει όμως βρεθεί ότι οι γονείς με ΔΕΠ-Υ καπνίζουν περισσότερο σε σχέση με τους άλλους γονείς. Σε αυτή την περίπτωση, λοιπόν, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι υπάρχει μία τρίτη μεταβλητή η οποία επηρεάζει τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της εμφάνισης ΔΕΠ-Υ αυτή είναι η γενετική (βιολογική) σχέση γονέων και παιδιού. Γι' αυτούς λοιπόν τους λόγους χρειάζεται πάντα ιδιαίτερη προσοχή όταν ερμηνεύονται τα αποτελέσματα ερευνών οι οποίες στηρίζονται σε μεθόδους συσχέτισεων. Από την άλλη πλευρά, οι εκτιμήσεις ορισμένων ερευνητών, οι οποίοι κάνουν λόγο για ψυχοκοινωνικά αίτια, δεν έχουν τεκμηριωθεί επιστημονικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις κατά τις οποίες βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ ορισμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων,

όπως μεταξύ της κακής διαπαιδαγώγησης του παιδιού από τους γονείς του, των οικογενειακών συγκρούσεων, της ψυχοπαθολογίας των γονέων και της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, μια προσεκτικότερη ανάλυση ή μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι η σχέση αυτή είναι μάλλον το αποτέλεσμα της επίδρασης των προβλημάτων του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη συμπεριφορά των γονέων παρά το αίτιο εμφάνισης της διαταραχής. Σε άλλες περιπτώσεις πάλι φάνηκε ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν και οι ίδιοι τη διαταραχή και επομένως ήταν αυτή η κληρονομική διάσταση που δυσχέραινε περισσότερο τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και επηρέαζε τις μεθόδους διαπαιδαγώγησης αυτών των γονέων (Plomin, 1995).

Ως εκ τούτου, οι λιγοστοί ισχυρισμοί ότι η ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι αποτέλεσμα κακής διαπαιδαγώγησης του παιδιού από τους γονείς του (Silverman & Ragusa, 1992' Willis & Lonaas, 1977) θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό, τουλάχιστον μέχρι να διευκρινιστούν τα πρωτογενή αίτια της συμπεριφοράς αυτών των γονέων. Θα πρέπει επίσης να επισημάνουμε ότι τόσο το οικογενειακό όσο και το σχολικό περιβάλλον διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία εξέλιξης των δυσκολιών του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς, αν και ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων σε ό,τι αφορά τα πρωτογενή αίτια της διαταραχής ΔΕΠ-Υ είναι περιορισμένος, οι παράγοντες αυτοί σίγουρα σχετίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την έκβαση της. (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. 2000, σελ. 111)

4.1.1 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στην πρώτη περιγραφή συμπτωμάτων παρόμοιων με εκείνα της ΔΕΠ-Υ από τον Still (1902) διατυπώθηκε η υπόθεση ότι η διαταραχή αυτή είναι αποτέλεσμα της επίδρασης κληρονομικών παραγόντων ή κάποιας εγκεφαλικής βλάβης. Οι σύγχρονες έρευνες εξακολουθούν να ασχολούνται με αυτούς τους δύο πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, για τους οποίους μάλιστα έχει συγκεντρωθεί ο μεγαλύτερος αριθμός αποδείξεων στις έρευνες που διεξάγονται για τη ΔΕΠ-Υ. Στη διάρκεια του 20ού αιώνα οι ερευνητές εντόπισαν πολλές ομοιότητες ανάμεσα στα συμπτώματα ατόμων με ΔΕΠ-Υ και ατόμων που είχαν υποστεί κάποια βλάβη ή τραυματισμό στο μετωπιαίο λοβό και, ειδικότερα, στον προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου (Mattes, 1980' Benton, 1991 Heilman et al., 1991). Τόσο τα παιδιά, όσο και οι ενήλικες που έχουν υποστεί βλάβη στο προμετωπιαίο τμήμα του φλοιού του εγκεφάλου παρουσιάζουν ελλείμματα στη συντηρούμενη προσοχή, τον ανασταλτικό έλεγχο, τη ρύθμιση του συναισθήματος και των κινήτρων, καθώς επίσης στην ικανότητα για διαχρονική οργάνωση της συμπεριφοράς (Stuss & Benson, 1986' Grattan & Eslinger, 1991).

Η νευρολογική βάση της ΔΕΠ-Υ υποστηρίζεται και από πολλές άλλες ενδείξεις. Η πρόωμη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και η σχετική επιμονή τους στο χρόνο, καθώς και η σχέση τους με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές λόγου, κινητικές δυσκολίες) πιστεύεται ότι σχετίζονται με νευρολογικές βλάβες.

Επίσης, η σημαντική βελτίωση που διαπιστώνεται συχνά σε άτομα με ΔΕΠ-Υ στα οποία έχουν χορηγηθεί διεγερτικά φάρμακα έχει στρέψει τους ερευνητές στην αναζήτηση αιτιών που σχετίζονται με νευροαναπτυξιακούς παράγοντες.

Τα τελευταία χρόνια έχουν συγκεντρωθεί ερευνητικά δεδομένα τα οποία στηρίζουν πιο άμεσα τις εκτιμήσεις για τη νευροαναπτυξιακή βάση αυτής της διαταραχής. Μελέτες οι οποίες βασίζονται σε νευροφυσιολογικές μετρήσεις έχουν δείξει χαμηλότερα επίπεδα διέγερσης σε άτομα με ΔΕΠ-Υ (Ross & Ross, 1982), ενώ από τη χρήση δοκιμασιών επαγρύπνησης (vigilance tests) διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερες επιδόσεις. Παράλληλα, βρέθηκε ότι οι επιδόσεις των ατόμων με ΔΕΠ-Υ στα τεστ επαγρύπνησης βελτιώνονται μετά τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων (Frank et al., 1992 Kuperman et al., 1996).

Σε αρκετές μελέτες διερευνήθηκε επίσης η εγκεφαλική αιματική ροή σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ και σε «φυσιολογικά» παιδιά. Κλασική είναι η έρευνα του Zametkin και των συνεργατών του (1990), οι οποίοι με τη μέθοδο της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) μελέτησαν τη μεταβολική δραστηριότητα του εγκεφάλου σε 25 ενήλικες με ΔΕΠ-Υ που είχαν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα άτομα αυτά παρουσίαζαν σε σημαντικό βαθμό μειωμένη μεταβολική δραστηριότητα γλυκόζης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, κυρίως στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου. Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαίωναν παλαιότερες νευρολογικές έρευνες που έδειχναν μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Lou et al., 1984· Sieg et al., 1995).

Τα τελευταία χρόνια, επίσης, η λεπτομερής ανάλυση της δομής του εγκεφάλου με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας (MRI) υψηλής ανάλυσης έδειξε ότι υπάρχουν δομικές διαφορές σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (Castellanos et al., 1996). Στις εν λόγω μελέτες εξετάστηκαν αρχικά οι περιοχές των αριστερών και δεξιών κροταφικών λοβών οι οποίες σχετίζονται με την ακουστική διάκριση (auditory detection) και ανάλυση σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες καθώς και σε «φυσιολογικά» παιδιά. Για ένα χρονικό διάστημα οι ερευνητές οι οποίοι μελετούσαν τις δυσκολίες ανάγνωσης επικέντρωσαν το ενδιαφέρον τους σε αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου, επειδή η σχέση τους με την ανάλυση των ήχων της ομιλίας θεωρείται δεδομένη. Στις συγκεκριμένες έρευνες βρέθηκε ότι το μέγεθος ορισμένων-περιοχών των κροταφικών λοβών τόσο στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όσο και σε αυτά με τις μαθησιακές δυσκολίες είναι μικρότερο (Hynd et al., 1990). Διαφορές στο μέγεθος ορισμένων "περιοχών του εγκεφάλου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαπιστώθηκαν και σε άλλες πρόσφατες έρευνες (Semrud-Clikeman et al., 1994· Filipek, 1999).

Φαίνεται λοιπόν ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται πράγματι με ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, κυρίως στις προμετωπιαίες περιοχές, και ότι αυτές οι ανωμαλίες πρέπει να

προέκυψαν κατά την εμβρυϊκή περίοδο. Άλλωστε, το πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου είναι το τμήμα εκείνο όπου «πραγματοποιούνται ο σχεδιασμός της ακολουθίας των πράξεων, ο έλεγχος των παρορμήσεων, η εκτίμηση του χρόνου, αλλά και πολύπλοκες σύνθετες σκέψεις που ανατρέχουν στα περιεχόμενα της μνήμης πριν την εκτέλεση κάποιας ενέργειας. Αν αυτή η περιοχή έχει υποστεί βλάβη, ο εγκέφαλος δεν μπορεί να σταματήσει τις "αυθόρμητες" αντιδράσεις στα προσλαμβανόμενα ερεθίσματα» (Neuhaus, 1996). Επομένως, τα ευρήματα της νευροψυχολογίας συμφωνούν με τις σύγχρονες απόψεις ότι η ουσιαστική δυσκολία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ βρίσκεται στη ρύθμιση της συμπεριφοράς με βάση κανόνες και στην αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειώσουμε ότι τα εν λόγω ερευνητικά δεδομένα δεν αποτελούν για την ώρα αποδείξεις και ότι τα συμπεράσματα τους μπορούν να γενικευθούν δύσκολα, επειδή το μέγεθος του δείγματος το οποίο χρησιμοποιήθηκε ήταν μικρό. Αξίζει επίσης να παρατηρήσουμε ότι σε καμιά από τις πρόσφατες μελέτες που στηρίχθηκαν σε νευροαπεικονιστικές τεχνικές δεν διαπιστώθηκε βλάβη στη δομή του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ· διαπιστώθηκε μόνο ότι οι περιοχές που έχουν βρεθεί να σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ έχουν μικρότερο μέγεθος από το κανονικό. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να συμφωνούν με παλαιότερες διαπιστώσεις, σύμφωνα με τις οποίες η εγκεφαλική βλάβη είναι πιθανό να ευθύνεται για το 5% περίπου των περιπτώσεων υπερκινητικότητας (Butter, 1977, 1983).

Οι διαφορές που εντοπίστηκαν σε ορισμένες περιπτώσεις στη δομή του εγκεφάλου αποδίδονται σε ανωμαλίες της ανάπτυξης στις συγκεκριμένες περιοχές. Τα αίτια αυτών των ανωμαλιών δεν είναι γνωστά, φαίνεται όμως ότι υπόκεινται σε γενετικό έλεγχο. Σύμφωνα λοιπόν με τα ευρήματα που έχουμε στη διάθεση μας μέχρι σήμερα, φαίνεται ότι τα γονίδια ελέγχουν κατά ένα μεγάλο μέρος την αναπτυξιακή δομή του εγκεφάλου.

4.1.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, μελετήθηκε πιο διεξοδικά η επίδραση των διεγερτικών φαρμάκων στα υπερκινητικά παιδιά σχολικής ηλικίας και η χρήση τους εξαπλώθηκε με ραγδαίους ρυθμούς. Ωστόσο, η κακή ή υπερβολική χρήση των φαρμάκων αυτών σε κάποιες περιπτώσεις προσέκλυσε την προσοχή των μέσων μαζικής ενημέρωσης στις Η.Π.Α., με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ολόκληρο σκάνδαλο γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή της ΔΕΠ-Υ. Διατυπώθηκε μάλιστα η άποψη ότι η υπερκινητικότητα ήταν ένας «μύθος», ο οποίος δημιουργήθηκε από μη ανεκτικούς δασκάλους και γονείς και από ένα ακατάλληλο εκπαιδευτικό σύστημα (Conrad, 1975 Schräg & Divoky, 1975).

Την ίδια εποχή στην Αμερική άρχισε να αναπτύσσεται μια τάση υπερβολικής ενασχόλησης με την υγιεινή διατροφή και τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης μέσα από αλλαγές στο περιβάλλον. Σε αυτό το πλαίσιο και κλίμα εμφανίστηκε μια θεωρία για τη ΔΕΠ-Υ η οποία υποστήριζε ότι η υπερκινητική συμπεριφορά ήταν αποτέλεσμα αλλεργικής ή τοξικής αντίδρασης σε ορισμένα συστατικά της διατροφής, όπως οι τεχνητές χρωστικές ουσίες ή τα συντηρητικά (Feingold, 1975). Υποστηρίχτηκε ότι η προβληματική συμπεριφορά περίπου των μισών υπερκινητικών παιδιών ήταν απόρροια της κακής τους διατροφής. Η άποψη αυτή γνώρισε τόσο ευρεία διάδοση ώστε δημιουργήθηκαν ομάδες γονέων με σκοπό την προώθηση και διάδοση της δίαιτας που πρότεινε ο Feingold. Στην Καλιφόρνια μάλιστα προτάθηκε νόμος για την απομάκρυνση των «επιβλαβών» τροφών από τα κυλικεία των σχολείων. Η άποψη αυτή μελετήθηκε από πολλούς ερευνητές και τελικά η Εθνική Επιτροπή που συστήθηκε γι' αυτό το θέμα (National Advisory Committee on Hyperkinesia and Food Additives, 1980) αποφάνθηκε ότι δεν υπήρχαν στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την άποψη του Feingold. Παρά ταύτα, πέρασαν τουλάχιστον δέκα χρόνια προτού αυτή η θεωρία χάσει έδαφος στην αντίληψη της κοινής γνώμης.

Ένα άλλο πεδίο έρευνας που αναπτύχθηκε εκείνη την εποχή ήταν ο ρόλος του περιβάλλοντος στην εμφάνιση υπερκινητικής συμπεριφοράς στα παιδιά. Ο ρόλος αυτός μελετήθηκε πολλαπλά.

Ο Block (1977) πρότεινε μια θεωρία σύμφωνα με την οποία η τεχνολογική ανάπτυξη και ο γρήγορος ρυθμός των πολιτισμικών αλλαγών δημιουργούν αυξημένη νευρική και υπερδιέγερση· αυτή αλληλεπιδρά με μια προϋπάρχουσα τάση σε ορισμένα παιδιά για υπερκινητικότητα και προκαλεί την εκδήλωσή της. Ο Block θεώρησε ότι η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της υπέρ κινητικότητας στις αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες ενισχύει την εγκυρότητα της θεωρίας του. Στην άποψη αυτή του Block ασκήθηκε έντονη κριτική (Ross & Ross, 1982) καθώς δεν στηριζόταν σε ερευνητικά δεδομένα που να την επιβεβαιώνουν. Ασφαλώς, είναι αλήθεια ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται άμεσα με κοινωνικές και πολιτιστικές παραμέτρους όχι σε επίπεδο αιτιολογίας αλλά σε σχέση με την επίδραση της στην ομαλή κοινωνικοποίηση του ατόμου. Σε μια κοινωνία και σε μια εποχή όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αυτοκυριαρχία, την ολοκλήρωση των καθηκόντων και την πειθαρχία, τα παιδιά που δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε αυτές τις απαιτήσεις βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση από τα υπόλοιπα όσον αφορά την προσαρμογή τους στο εκπαιδευτικό και κοινωνικό σύστημα. Σε κάποια άλλη κοινωνία όμως, ή σε κάποια άλλη εποχή με διαφορετικού είδους απαιτήσεις, τα άτομα με αυτή τη διαταραχή ίσως να μην αντιμετώπιζαν τόσο σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής (Goldstein & Goldstein, 1998).

Μία άλλη θεωρία, η οποία διαδόθηκε ευρύτερα, υποστήριζε ότι η υπερκινητικότητα είναι αποτέλεσμα λανθασμένης αγωγής και αναποτελεσματικού χειρισμού των παιδιών από τους γονείς τους. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε από ειδικούς τόσο της ψυχαναλυτικής όσο

και της συμπεριφορικής σχολής, με διαφορετική ωστόσο ερμηνεία των αιτιολογικών μηχανισμών. Οι ψυχαναλυτές (Bettelheim, 1973 Harticollis, 1968) υποστήριξαν ότι οι γονείς που αντιμετωπίζουν χωρίς ανοχή την αυξημένη δραστηριότητα των βρεφών τους εκδηλώνουν εξαιρετικά αρνητικές αντιδράσεις και οδηγούν την υπερκινητικότητα των παιδιών τους σε παθολογικά επίπεδα. Όσο για τους συμπεριφοριστές (Willis & Lonaas, 1977), αυτοί υποστήριξαν ότι η ανεπαρκής δημιουργία συνεξαρτήσεων ανάμεσα στις εντολές και οδηγίες και στον έλεγχο των ερεθισμάτων από τα παιδιά οδηγεί σε μη συνεργάσιμη και αντικοινωνική συμπεριφορά.

4.1.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι προσπάθειες οι οποίες επικεντρώθηκαν αποκλειστικά στην αναζήτηση της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ στο περιβάλλον του παιδιού ήταν ελάχιστες και μάλιστα δεν έτυχαν ιδιαίτερης αποδοχής και στήριξης. Οι Willis και Lonaas (1977) υποστήριξαν ότι για την υπερκινητικότητα των παιδιών ευθύνονται οι ίδιοι οι γονείς, οι οποίοι δεν χειρίζονται σωστά τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Ωστόσο, η άποψη αυτή δεν απαντά σε βασικά ερωτήματα τα οποία αφορούν τα συμπτώματα, τις συγκεκριμένες δυσκολίες και τα ελλείμματα όπως αυτά περιγράφονται στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επίσης, σε αρκετές από τις μελέτες δεν χρησιμοποιούνται κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του προβλήματος αλλά διάφορες κλίμακες υπερκινητικότητας (όπου απαντούν οι γονείς) με βάση τις οποίες επιχειρείται η κατηγοριοποίηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Danforth et al., 1991). Συνήθως, προσεγγίσεις τέτοιου είδους περιορίζονται σε θεωρητικές ερμηνείες της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ.

Οι εν λόγω μελέτες θα μπορούσαν βεβαίως να υποστηριχτούν από τα ευρήματα διαχρονικών ερευνών, τα οποία διαπίστωσαν συνάφεια ανάμεσα στις αρνητικές αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού κατά την προσχολική ηλικία και στη διατήρηση της υπερκινητικότητας κατά την παιδική (Campbell, 1987) και την εφηβική ηλικία (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990). Ωστόσο, η συνάφεια αυτή δεν αποδεικνύει αιτιώδη σχέση ανάμεσα στις αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού και στην εμφάνιση της συγκινητικότητας παρά μόνο μία συσχέτιση των αλληλεπιδράσεων αυτών με την επίμονη εκδήλωση των συμπτωμάτων της συγκινητικότητας. Άλλωστε, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η επιμονή της συγκινητικότητας και οι αρνητικές αντιδράσεις της μητέρας σχετίζονται με μία ενδιάμεση μεταβλητή, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της συγκινητικότητας, εφόσον διαχρονικές έρευνες επισημαίνουν ότι ο βαθμός σοβαρότητας της υπερκινητικότητας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την επιμονή των συμπτωμάτων της (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990' Campbell & Ewing, 1990).

Η παραπάνω ερμηνεία υποστηρίζεται και από έρευνες που μελέτησαν την κατεύθυνση των επιδράσεων οι οποίες αναπτύσσονται κατά την επικοινωνία γονέα-παιδιού πριν και μετά από τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα υπερκινητικά παιδιά ήταν λιγότερο συνεργάσιμα και πιο αντιδραστικά από ό,τι τα άλλα παιδιά και ότι οι μητέρες τους ήταν περισσότερο αυστηρές και αυταρχικές σε σύγκριση με τις μητέρες των άλλων παιδιών. Παρ' όλα αυτά, η ποιότητα αυτών των συναλλαγών μεταξύ μητέρας και παιδιού βελτιωνόταν σημαντικά μετά τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων στα παιδιά (Humphries et al., 1978). Τα διεγερτικά φάρμακα προκάλεσαν μείωση της υπερκινητικότητας και αύξηση της υπακοής και της συνεργατικότητας των παιδιών, ενώ παράλληλα οδήγησαν και στη μείωση των αρνητικών αντιδράσεων των μητέρων απέναντι στα παιδιά τους (Barkley et al., 1985· Danforth et al., 1991). Τα αποτελέσματα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι συχνά τα αρνητικά στοιχεία της συμπεριφοράς της μητέρας απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ αποτελούν κατά κάποιο τρόπο απάντηση στη δύσκολη συμπεριφορά του (Barkley & Cunninghan, 1979· Barkley et al., 1985). Επομένως, η συμπεριφορά των γονέων απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι μάλλον αποτέλεσμα της διαταραχής που παρουσιάζει το παιδί και σε καμία περίπτωση δεν φαίνεται να υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτή η συμπεριφορά είναι η αιτία για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Φυσικά, είναι πολύ πιθανό οι αντιδράσεις των γονέων απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ να οδηγούν σε περισσότερες συγκρούσεις, να αυξάνουν την ένταση με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, ή ακόμη να οδηγούν στην εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων στη βάση της ΔΕΠ-Υ. Έτσι, ενδέχεται, τουλάχιστον μερικώς, η εναντιωτική συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ να είναι το αποτέλεσμα της αντίδρασης του στη συμπεριφορά των γονέων του.

Τέλος, ένας άλλος παράγοντας ο οποίος δεν λήφθηκε υπόψη στις παραπάνω θεωρίες είναι το ενδεχόμενο ύπαρξης ΔΕΠ-Υ και στους γονείς των υπερκινητικών παιδιών, γεγονός το οποίο εξηγεί τις αρνητικές και ακατάλληλες αντιδράσεις τους στη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Δεν υπάρχει λοιπόν καμία αμφιβολία ότι η βαρύτητα με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, τα δευτερογενή προβλήματα τα οποία συχνά παρουσιάζονται στην πορεία καθώς και η έκβαση της επηρεάζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι ωστόσο δεν φαίνεται να σχετίζονται με τα εκλυτικά αίτια της διαταραχής. Ακόμη όμως και στην περίπτωση που δεχτεί κανείς τη συμμετοχή των περιβαλλοντικών επιδράσεων στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει επίσης να λάβει υπόψη του ότι οι παράγοντες αυτοί ενδέχεται να επηρεάζονται από εγγενείς παράγοντες και συγκεκριμένα από ορισμένα χαρακτηριστικά των γονέων τα οποία σχετίζονται με την κληρονομικότητα. Επομένως, σε κάθε περίπτωση η επίδραση της κληρονομικότητας έχει καθοριστική σημασία στη διαμόρφωση του ανάλογου οικογενειακού περιβάλλοντος, και

αυτό δεν πρέπει να παραγνωρίζεται από όσους εστιάζουν την προσοχή τους στα περιβαλλοντικά αίτια της ΔΕΠ-Υ.

4.1.4 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι περισσότερες ερευνητικές μαρτυρίες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με κληρονομικούς παράγοντες. Ωστόσο, δεν έχουν βρεθεί ακόμη αποδείξεις για ανωμαλίες στη δομή των χρωμοσωμάτων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των παιδιών με σύνδρομο Down. Τα παιδιά με χρωμοσωμικές ανωμαλίες όμως μπορεί να παρουσιάσουν περισσότερα προβλήματα προσοχής σε σύγκριση μετά «φυσιολογικά» παιδιά (Zelazo & Stack, 1997).

Οι γενετικές μελέτες ξεκίνησαν με βάση τη διαπίστωση ότι οι γονείς και άλλοι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας πιο συχνά από ό,τι οι γονείς «φυσιολογικών» παιδιών. Ειδικότερα, οι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών. Ακόμη, οι στενοί συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή σε ποσοστό 10-35% (Pauls, 1991 Biederman et al., 1990). Πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι στην περίπτωση που ο ένας γονέας παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ η πιθανότητα να παρουσιάσει το παιδί του την ίδια διαταραχή φτάνει στο 57% (Biederman et al., 1995a).

Οι γενετικές έρευνες που επικεντρώνονται στην ανάλυση του DNA των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των βιολογικών συγγενών τους δεν έχουν καταλήξει ακόμη σε ικανοποιητικά αποτελέσματα (Blum et al., 1996' Cook et al., 1995' Lahoste et al., 1996), φαίνεται ωστόσο ότι είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρες. Κάποιες σύγχρονες έρευνες (Cook et al., 1995) πάντως στράφηκαν στη μελέτη των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη ως πιθανών υπεύθυνων για τη μετάδοση της διαταραχής. Μάλιστα, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένοι νευροδιαβιβαστές λειτουργούν στις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν θεωρηθεί προβληματικές, η υπόθεση αυτή συνδέει τα νευροανατομικά με τα νευροχημικά ευρήματα που έχουμε στη διάθεση μας μέχρι σήμερα (Anastopoulos & Barkley, 1988).

Ένα μοντέλο σύνθεσης των νευροχημικών και νευροανατομικών ερευνών προτείνεται από την Patricia Quinn (1995), η οποία υποστηρίζει ότι στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται πως οι νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη δρουν ανασταλτικά στην παραγωγή, την κατανάλωση και τη ρύθμιση άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων στον εγκέφαλο, όπως επίσης στη λειτουργία και ωρίμανση συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών του πρόσθιου εγκεφάλου.

Η επίδραση της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στις έρευνες με υιοθετημένα παιδιά. Στις περιπτώσεις αυτές τα επίπεδα

υπερκινητικότητας των παιδιών έμοιαζαν περισσότερο με αυτά των βιολογικών παρά των θετών γονέων τους (Pauls, 1991).

Σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξαν έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε πληθυσμούς διδύμων. Ο Stevenson (1994), συνοψίζοντας τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών, διαπιστώνει ότι η επίδραση της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ είναι κατά μέσο όρο .80. Ο ίδιος ερευνητής παρατηρεί ότι η κληρονομικότητα ασκεί μεγαλύτερη επίδραση όσο στενότερη είναι η συγγένεια και όσο σοβαρότερη είναι η μορφή με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Οι μελέτες σε διδύμους έχουν επίσης συμβάλει σημαντικά στην κατανόηση της επίδρασης του περιβάλλοντος στην εκδήλωση και εξέλιξη της ΔΕΠ-Υ. Οι έρευνες οι οποίες έγιναν μέχρι σήμερα με περιπτώσεις διδύμων έχουν καταδείξει την πολύ μικρή έως και ανύπαρκτη επίδραση του περιβάλλοντος στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Η κοινωνική τάξη, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα των γονέων, η διατροφή και τα χαρακτηριστικά των μεθόδων διαπαιδαγώγησης σε μια οικογένεια μπορεί να επηρεάζουν τις ατομικές διαφορές οι οποίες σχετίζονται με συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό μόνο 0-6% (Levy et al., 1997· Sherman et al., 1997).

Εκτός όμως από τις κοινές εμπειρίες και τα ερεθίσματα που έχουν τα παιδιά που μεγαλώνουν στο ίδιο περιβάλλον (την ίδια οικογένεια), υπάρχουν και μοναδικές εμπειρίες τις οποίες μπορεί να βιώνει το κάθε παιδί ξεχωριστά. Οι μελέτες που έγιναν σε διδύμους φανερώνουν ότι αυτά τα μοναδικά βιώματα των παιδιών επηρεάζουν σε ποσοστό 9-20% περίπου την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Levy et al., 1997· Silberg et al., 1996· Sherman et al., 1997). Γι' αυτό, αν οι ερευνητές ενδιαφέρονται να διερευνήσουν τις περιβαλλοντικές επιδράσεις στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, οι μελέτες των διδύμων δείχνουν ότι το ενδιαφέρον δεν πρέπει να εστιασθεί στις κοινές εμπειρίες που μοιράζονται τα παιδιά στην οικογένεια τους, αλλά στις μοναδικές εμπειρίες τις οποίες βιώνουν στο περιβάλλον τους. (Μαρκέλλα Γ., 2007, σελ. 52)

4.1.5 ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Το 1980, οι Συμβουλευτικές Επιτροπές στην Αμερική κατέληξαν στο συμπέρασμα κατόπιν επίμονων ερευνών, ότι δεν υπήρχε απόδειξη για κάποια σχέση μεταξύ τεχνητών προσθέτων και υπερκινητικότητας ή ικανότητας μάθησης των παιδιών. Έτσι λοιπόν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο περιορισμός του διαιτολογίου ήταν ευεργετικός εξαιτίας της ψυχολογικής επίδρασης που είχε στα άτομα η συγκεκριμένη θεραπεία.

Άλλα στοιχεία των τροφών που έχουν ενοχοποιηθεί ότι προκαλούν υπερκινητικότητα είναι τα τεχνητά γλυκαντικά με ή χωρίς θερμιδική αξία. Πολλοί γονείς για παράδειγμα υποστηρίζουν ότι τα παιδιά τους «βγάζουν» μια ανεξέλεγκτη συμπεριφορά μετά την κατανάλωση τροφών που περιέχουν ζάχαρη.

Σύμφωνα με την Cordula Neuhaus (1996), πολλά παιδιά και ενήλικες αναφέρουν ότι η κατάσταση τους βελτιώνεται όταν η διατροφή τους περιλαμβάνει λιγότερα συντηρητικά και τεχνητά χρώματα. Η Krause (1995), στο συμβουλευτικό της οδηγό αναφέρει τα πιο συνηθισμένα γλυκά που γίνονται μανία για τα υπερκινητικά παιδιά καθώς και τις επιπτώσεις τους στο επίπεδο σεροτονίνης. Σύμφωνα με την Krause, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μια κλινική στο Mannheim , παρατηρήθηκε βελτίωση των κύριων συμπτωμάτων μόνο στο 10% των παιδιών που ακολούθησαν μια ολιγοαντιγονική διαίτα. Η ίδια επισημαίνει ότι υπάρχει ανεπαρκής έρευνα όσον αφορά την επίδραση της διατροφής στη ΔΕΠ-Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

5.1 ΓΕΝΙΚΑ

Στην καθημερινή τους ενασχόληση με το σύνδρομο ΔΕΠΥ οι επιστήμονες έρχονται συχνά αντιμέτωποι με ερωτήματα που σχετίζονται με την επιλογή μιας φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση του. Οι γνώσεις που διαθέτουμε για το θέμα έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, το είδος θεραπείας δημιουργεί σύγχυση στους γονείς και εντείνει τις ανησυχίες τους. (Corbula Neuhaus, 1999, σελ. 58),

Οι περισσότεροι ψυχολόγοι θεωρούν ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί στην ουσία ένα σύνδρομο οργανικής αιτιολογίας, τα συμπτώματα του οποίου εκδηλώνονται στο επίπεδο της συμπεριφοράς και στιγματίζονται από την αδυναμία του παιδιού να αναστείλει τις παρορμητικές του αντιδράσεις. Οι δυσκολίες που παρουσιάζει το παιδί στο οικογενειακό και το ευρύτερο περιβάλλον του, ωθούν τους γονείς να απευθυνθούν σε κάποιο ψυχολόγο προκειμένου να κατανοήσουν και οι ίδιοι και να βοηθήσουν το παιδί τους να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του. Επιπλέον, μαθαίνουν να χειρίζονται αποτελεσματικά τις αντιδράσεις του και να ελέγχουν τη συμπεριφορά του (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000^α, σελ. 206)

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζονται ορισμένες φορές με απλή συμβουλευτική και καθοδήγηση των γονέων (Towbin, & Leckman, 1992, p.329). Στις περισσότερες, όμως, περιπτώσεις απαιτείται η ένταξη του παιδιού σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, λόγω της φύσης της ΔΕΠ-Υ. Σε αυτό το πρόγραμμα αντιμετωπίζονται συνολικά οι δυσκολίες των γονέων, των δασκάλων και του ίδιου του παιδιού (Wicks-Nelson, & Israel, 1997, p.231). Η ανάγνωση σχετικών βιβλίων ή η παρακολούθηση σεμιναρίων ενδεχομένως να συνεισφέρει πολύ στην ευαισθητοποίηση γονέων και δασκάλων απέναντι στα προβλήματα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, δεν αποτελεί όμως ικανή συνθήκη προκειμένου να αντιμετωπίσουν μόνοι τους το πρόβλημα. Εκτός από την ενημέρωση των ενηλίκων που ασχολούνται με το παιδί σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, απαιτείται η αλλαγή στάσεων και αντιλήψεών τους απέναντι στο παιδί, η εκπαίδευση και η άσκησή τους στην εφαρμογή κατάλληλων τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα (Taylor et al., 1998). Επιπλέον, κρίνεται αναγκαία η συνεχής ψυχολογική στήριξη τους κατά τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας, καθώς χρειάζεται μεγάλη υπομονή, επιμονή και σταθερότητα, κάτι που είναι ιδιαίτερα επίμονο στην καθημερινή συναναστροφή με το « δύσκολο» παιδί με ΔΕΠ-Υ. (Barlow et al., 1998, p.203 Noshpitz, & King, 1991b, pp.350-351).

Στη συνέχεια, αναφέρονται οι σημαντικότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την ΔΕΠ-Υ, η φαρμακευτική αγωγή, η θεραπεία της συμπεριφοράς και η ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση. Στο πλαίσιο της εκπαίδευσης γίνεται λόγος για την αναγκαιότητα παραμονής του παιδιού με ΔΕΠ-Υ σε κανονικό σχολείο ή εισαγωγής του σε ειδικό σχολείο. Επιπλέον, αναφέρεται η πολυεπίπεδη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των δυσκολιών ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Ιδιαίτερα στο πλαίσιο της προσχολικής αγωγής, η χορήγηση φαρμάκων, όπου κρίνεται απαραίτητο, και η εκπαιδευτική αντιμετώπιση των παιδιών αυτής της ηλικίας στην τάξη αποτελούν τις πιο κατάλληλες μορφές προσέγγισης (Wicks- Nelson, & Israel,1997, p.228 Speltz et al., 1988).

5.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η απόφαση για χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται μετά από πολύ προσεκτική εξέταση. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η σοβαρότητα της κατάστασης του παιδιού. Δηλαδή, όταν συνυπάρχει κάποια καθυστέρηση στην ανάπτυξη με νευρολογικές ανεπάρκειες, όταν το παιδί είναι υπερβολικά ανήσυχο, διαταρακτικό ή όταν παρουσιάζει επίμονα δευτερογενή προβλήματα επιθετικότητας ή άρνησης σε τέτοιο βαθμό που η οικογένεια «πλέον δεν αντέχει». Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί επιπλέον, σε συνδυασμό με κάποια άλλη μορφή θεραπείας, και στις περιπτώσεις όπου το παιδί βρίσκεται σε μεγάλη διέγερση, παρουσιάζει σημαντικούς φόβους ή καταθλιπτική διάθεση, έχει χαμηλή αυτοεικόνα και αυτοπεποίθηση και δεν έχει εμπιστοσύνη στην αξία του. (Corbula Neuhaus, 1999, σελ. 61

Στην απόφαση για φαρμακοθεραπεία μπορεί επίσης να καταλήξουμε και στην περίπτωση που οι μέθοδοι οι οποίες έχουν εφαρμοστεί έως τώρα, όπως εκπαίδευση γονέων, συμβουλευτική δασκάλων και θεραπεία παιδιού, δεν αποδείχθηκαν αποτελεσματικές, ή όταν η κατάσταση του παιδιού επιδεινώνεται (είτε επειδή περνά μια δύσκολη φάση είτε επειδή το περιβάλλον του έχει αλλάξει δραστικά).

Ανεξάρτητα από το είδος του φαρμάκου που θα χορηγηθεί, είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί επακριβώς κατά πόσον οι γονείς είναι σε θέση να δεχθούν ή επιθυμούν ένα τέτοιο γεγονός. Πρώτα από όλα, όμως, ο ειδικός πρέπει απαραιτήτως να ενημερώσει πλήρως γι' αυτό τους γονείς και το παιδί (είναι αυτονόητο ότι η γλώσσα που θα χρησιμοποιήσει ο ειδικός για την ενημέρωση του παιδιού πρέπει να είναι ανάλογη με την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται).

Ιδιαίτερες δυσκολίες είναι δυνατόν να αντιμετωπίσει ο ειδικός όταν πρόκειται να χορηγήσει τη φαρμακευτική αγωγή σε εφήβους. Γι' αυτό είναι απαραίτητο αφενός να τους δώσει επαρκείς εξηγήσεις αναφορικά με τα κύρια προβλήματα τους, αφετέρου να τους

πληροφορήσει σχετικά με τον τρόπο επίδρασης του, φαρμάκου. Ο έφηβος με ΔΕΠ δεν θέλει να διαφέρει από τους συνομηλίκους του. Και επειδή χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα και υπερβολή, μπορεί να γίνει εξαιρετικά αρνητικός και ξεροκέφαλος.

Τέλος, οι ειδικοί, προτού χορηγήσουν κάποιο φάρμακο, πρέπει να ελέγξουν κατά πόσον είναι δυνατόν το παιδί να παίρνει ανελλιπώς το φάρμακο του.

5.2.1 Φάρμακα που χορηγούνται

Καταρχήν χορηγούνται ψυχοδιεγερτικά (ψυχοφάρμακα) της ομάδας των αμφεταμινών, όπως είναι για παράδειγμα το ritalin, το captagon ή το dl (difference limen)-amphetaminsulfat, τα οποία αναμφίβολα ασκούν άμεση επίδραση διεγείροντας νευροδιαβιβαστικές ουσίες (ενεργοποιούν νευροδιαβιβαστές, όπως είναι η ντοπαμίνη).

Η θεωρία της «υποδιέγερσης» του πρόσθιου τμήματος του εγκεφάλου και του εγκεφαλικού στελέχους στηρίζεται στην υπόθεση ότι τα διεγερτικά προκαλούν ενεργοποίηση και συνεπώς μία «εξομάλυνση» του μεταβολισμού του εγκεφάλου, που διαρκεί για όσο διάστημα ασκείται η επίδραση. Τα φάρμακα αυτά κάνουν το παιδί πιο «ζύπνιο», ενεργοποιούν την προσοχή του. Έτσι δεν είναι απαραίτητο το παιδί να προσπαθεί από μόνο του να ενεργοποιηθεί και να παραμένει σε κατάσταση εγρήγορσης.

Εκτός των άλλων, οι ειδικοί παραδέχονται ότι με τη βοήθεια της φαρμακοθεραπείας μέσω διεγερτικών οι εν λόγω νευροδιαβιβαστές προετοιμάζονται όλο και περισσότερο, με αποτέλεσμα τα εγκεφαλικά κύτταρα να μπορούν να διεγείρονται, και ειδικά αυτά που ασκούν ανασταλτική επίδραση στην περιοχή του πρόσθιου εγκεφάλου και του εγκεφαλικού στελέχους, διευκολύνοντας έτσι το παιδί να παραμένει σε μία δραστηριότητα.

Οι έρευνες έδειξαν ότι με τη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών βελτιώνεται η παροχή του αίματος σε αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου. Εξάλλου, σε μία έρευνα αποδείχθηκε ότι με τα φάρμακα αυτά βελτιώθηκε και η παροχή αίματος στο πρόσθιο τμήμα του εγκεφάλου με τη γλυκόζη (Zametkin, 1993).

Θεωρείται βέβαιο ότι το φάρμακο συμβάλλει στην καλύτερη «διοχέτευση» και στην ανασταλτική λειτουργία, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η ικανότητα αντίδρασης του ατόμου. Ωστόσο, ο ακριβής και λεπτομερής τρόπος με τον οποίο τα φάρμακα επιδρούν σε συγκεκριμένους νευροδιαβιβαστές δεν είναι ακόμη γνωστός, επειδή πρόκειται για έναν περίπλοκο χώρο και επειδή οι νευροδιαβιβαστές ασκούν διαφορετική επίδραση σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου.

Με αυτό τον τρόπο, από τη στιγμή που οι περιοχές του εγκεφάλου οι υπεύθυνες ειδικά για τον έλεγχο της συμπεριφοράς μπορούν να εργάζονται καλύτερα, ένα ποσοστό περίπου 70-80% των υπερκινητικών παιδιών δεν αντιδρά πια σε κάθε ερέθισμα που διασπά

την προσοχή τους. Δείχνουν πιο ήσυχα, πιο προσεκτικά, λιγότερο παρορμητικά, με αποτέλεσμα να εργάζονται πιο γρήγορα, το γράψιμο τους γίνεται πολύ καλύτερο.

Έρευνες έδειξαν ότι με τη φαρμακοθεραπεία τα παιδιά παρουσίασαν βελτίωση και στο χρόνο αντίδρασης και στη βραχυπρόθεσμη μνήμη, γεγονός που είχε θετικό αντίκτυπο στη μαθησιακή τους ικανότητα. Βελτίωση παρουσίασαν και στη συμπεριφορά τους, καθώς μπορούσαν να περιμένουν πιο ήσυχα και να διατηρούν την προσοχή τους στην ίδια δραστηριότητα.

Μολαταύτα, τα φάρμακα δεν ασκούν σε κάθε παιδί τις ίδιες θετικές επιδράσεις. Αυτό είναι αυτονόητο, αφού οι υπάρχουσες μαθησιακές δυσκολίες, οι αναρίθμητες προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες του παιδιού και η συνακόλουθη χαμηλή αυτοεκτίμησή του, δεν είναι δυνατόν να εξαφανιστούν ως δια μαγείας.

Η ριταλίνη (ritalin), ουσία που έχει διερευνηθεί πληρέστερα και έχει χορηγηθεί περισσότερο, αρχίζει να επενεργεί κατά κανόνα 20-30 λεπτά μετά τη χορήγηση της. Η διάρκεια επίδρασης της στο επίπεδο της συμπεριφοράς κορυφώνεται μέσα σε χρονικό διάστημα από μία έως τρεις ώρες. Η επίδραση της σταματά περίπου μετά από τέσσερις με έξι ώρες. Κατά κανόνα, χορηγούνται καθημερινά δύο δόσεις (η πρωινή δόση είναι μεγαλύτερη από την απογευματινή). Η δοσολογία ρυθμίζεται ανάλογα με το σωματικό βάρος (στη Γερμανία, για παράδειγμα, χορηγούνται 0,2 έως 0,6 milligram ανά κιλό σωματικού βάρους, σε καθημερινή βάση). Η δόση στην αρχή είναι μικρή και βαθμιαία αυξάνεται αργά και με προσοχή.

Στην Αμερική, όπου η εφαρμογή αυτής της θεραπείας θεωρείται ρουτίνα, οι ειδικοί δεν υπερβαίνουν πλέον τα 30-40 milligram ημερησίως, γιατί παλαιότερα, που η δόση ήταν αυξημένη (εν μέρει περισσότερο από 1 mg/kg σωματικού βάρους), τα φάρμακα προκαλούσαν μεγάλη ευφορία.

Σύμφωνα με κοινή απόφαση των Γερμανών ειδικών οι οποίοι ασχολούνται με παιδιά που παρουσιάζουν διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, τα φάρμακα χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή, για σύντομο χρονικό διάστημα, και η αρχική δοσολογία είναι χαμηλή. Σήμερα, στους κύκλους των ειδικών ακούγεται η υπόθεση ότι μετά από κάποιο χρονικό διάστημα θεραπείας, διάρκειας περίπου δύο ετών, με υψηλές δόσεις διεγερτικών, ο εγκέφαλος ενδέχεται να «ωριμάσει» και το σύνδρομο να εξαφανιστεί. Γνωρίζοντας την τωρινή διεθνή κατάσταση στο χώρο της έρευνας, η παραπάνω είναι μια «συζητήσιμη» υπόθεση, η οποία όμως μέχρι στιγμής δεν έχει αποδειχθεί ερευνητικά και με βάση τις υπάρχουσες γνώσεις δεν μπορεί να υιοθετηθεί. Εξάλλου, είναι απαραίτητο να ληφθεί σοβαρά υπόψη το θέμα των παρενεργειών του φαρμάκου.

Ένα ποσοστό περίπου 10-30% των παιδιών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακοθεραπεία ή παρουσιάζει ακόμη και επιδείνωση στη συγκέντρωση. Κάποια από τα παιδιά αυτά γίνονται ακόμη πιο ανήσυχα και διεγείρονται περισσότερο. Φαίνεται λοιπόν ότι για ορισμένα άτομα η θεραπεία αυτή δεν είναι η ενδεδειγμένη.

Υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν όλο και περισσότερο ότι η ριταλίνη, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα που χορηγείται, δεν επενεργεί πια όπως στην αρχή. Ακόμη δεν γνωρίζουμε τον ακριβή λόγο που συμβαίνει αυτό. Σε αυτή την περίπτωση ίσως χρειαστεί να χορηγηθεί κάποιο άλλο διεγερτικό παρασκεύασμα, όπως είναι το cartagon, το οποίο έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματικό (του οποίου ωστόσο η δοσολογία είναι διαφορετική).

Εκτός από τα παιδιά, η φαρμακοθεραπεία με διεγερτικά ασκεί επίδραση και στους εφήβους και στους ενήλικες, όπως έχουν αποδείξει έρευνες στην Αμερική. Οι ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε φαρμακοθεραπεία αναφέρουν βελτίωση της ικανότητας τους να παραμένουν σε μια δραστηριότητα, πνευματική διαύγεια που εκδηλώνεται με τη μορφή ακριβούς επεξεργασίας των πληροφοριών, βελτίωση της μνημονικής ικανότητας και κάποια αύξηση του κορυφαίου επιπέδου διέγερσης.

Η δραστηριοποίηση συχνά φαίνεται να είναι απαραίτητη, καθώς ο έφηβος ή ο ενήλικας, παρά την καλή του θέληση, δεν καταφέρνει να οργανώσει τον εαυτό του, με επακόλουθο την απογοήτευση και τη μείωση της αυτοπεποίθησης του και τη δημιουργία σοβαρών δευτερογενών προβλημάτων.

Παρομοίως, όπως συμβαίνει και στα παιδιά με το σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα, μόνο ένα ποσοστό περίπου 50-70% των εφήβων και των ενήλικων ανταποκρίνεται θετικά στη φαρμακοθεραπεία. Αρκετές φορές όμως παρατηρείται δραστική βελτίωση σε περιπτώσεις που η εικόνα της διαταραχής είναι σοβαρή.

Επισημαίνεται ότι η ριταλίνη δεν πρέπει να χορηγείται σε παιδιά κάτω των πέντε ετών. Σε αυτή την περίπτωση ενδείκνυται κάποιο θειούχο παρασκεύασμα αμφεταμίνης σε σιρόπι (amphetamin-sulfat). Η καθημερινή εμπειρία, ιδιαίτερα των τελευταίων δύο ετών, δείχνει ότι ακόμη και τα μικρά παιδιά είναι δυνατόν να παρουσιάζουν ενδείξεις του συνδρόμου της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα. Εδώ μπορεί να βοηθήσει η προσεκτική και σε μικρές δόσεις χορήγηση φαρμάκου σε μορφή σιροπιού. Φαίνεται ότι η επίδραση του σιροπιού διαρκεί περισσότερο και παραμερίζει πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα, σε σύγκριση με τη ριταλίνη. Απαραίτητη επίσης είναι η συνεργασία και οι συχνές συζητήσεις με το γιατρό, για να αποσαφηνιστούν ορισμένα ερωτήματα.

Εκτός από την παραπάνω ομάδα φαρμάκων, υπάρχουν και άλλες ουσίες που μπορούν να χορηγηθούν σε κάποιες περιπτώσεις, μεταξύ αυτών και τα αντικαταθλιπτικά.

Τα αντικαταθλιπτικά ωστόσο θεωρούνται φάρμακα «δεύτερης κατηγορίας». Σήμερα στη Γερμανία ένα πολλά υποσχόμενο φάρμακο είναι η moclebemid, ένας αναστολέας μονοαμινικής οξειδάσης που ασκεί συγκεκριμένη επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Επειδή τα διεγερτικά αναστέλλουν τη μονοαμινική οξειδάση, θεωρείται ότι αυτή η ουσία είναι αποτελεσματική. Παρά ταύτα, δεν υπάρχει ακόμη αρκετή εμπειρία από τη χορήγηση τέτοιων φαρμάκων. Βέβαια η moclebemid έχει το πλεονέκτημα ότι δεν είναι ναρκωτικό.

Τα νευροληπτικά, από τα οποία όμως λίγα είναι κατάλληλα για παιδιά, χορηγούνται ως ηρεμιστικά με θετικά αποτελέσματα, ειδικά σε μικρά ανήσυχα παιδιά.

Το ζευγάρι Bradley έχει παρατηρήσει επιδείνωση της συμπτωματολογίας του παιδιού με ΔΕΠ, ιδιαίτερα της ανησυχίας του, με τη λήψη βαρβιτουρικών.

Σε ό,τι αφορά τις παρενέργειες, πρέπει να σημειωθεί ότι πολλά παιδιά με ΔΕΠ (με και χωρίς υπερκινητικότητα), καθώς και έφηβοι και ενήλικες αντιδρούν με «παράδοξο» τρόπο στην ομάδα φαρμάκων των ηρεμιστικών (valium, librium) και αντί να ησυχάσουν διεγείρονται. Η κατάσταση μπορεί να αντιμετωπιστεί με κάποιο άλλο κατάλληλο βοηθητικό φάρμακο (π.χ. μαζί με το νευροληπτικό ato-sil).

Κλείνοντας, πρέπει να αναφέρουμε ότι υπό διερεύνηση είναι και οι υποθέσεις για θεραπεία μέσω της ομοιοπαθητικής. Ωστόσο, ελάχιστες βελτιώσεις της διάθεσης έχουν παρατηρηθεί και φαίνεται ότι δεν μπορεί να επιτευχθεί ουσιαστική καλύτερευση του ελέγχου μόνο με τα ομοιοπαθητικά φάρμακα.

5.2.2 Παρενέργειες

Όταν δίνονται σαφείς και ακριβείς οδηγίες σχετικά με τη μέγιστη δόση των φαρμάκων, τότε δεν υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστούν οι παρενέργειες που όλοι φοβόμαστε, δηλαδή η επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης (όπως παλαιότερα παρατηρήθηκε στην Αμερική) εξαιτίας της εμφανούς απώλειας της όρεξης και οι σοβαρές διαταραχές στον ύπνο. Όταν η δοσολογία δεν υπερβαίνει το 1mg ανά κιλό σωματικού βάρους, τότε δεν παρατηρείται καμία άλλη επίδραση. (Corbula Neuhaus, 1999, σελ. 88)

Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί μείωση της όρεξης, προπαντός τις προμεσημβρινές ώρες, και αύξηση της όρεξης το βράδυ. Σε τέτοια περίπτωση δεν πρέπει να δίνεται στο παιδί επιπλέον φαγητό τα βράδια. Το βάρος του πρέπει να ελέγχεται τακτικά.

Με την έναρξη της θεραπείας παρατηρούνται μικρές ναυτίες, ιδίως 20 περίπου λεπτά μετά τη λήψη του φαρμάκου ή και κατά καιρούς μικρές ζαλάδες, που συνήθως περνούν πολύ γρήγορα. Οι ασθενείς με ΔΕΠ συχνά αντιλαμβάνονται και αντιδρούν με υπερβολική

ευαισθησία στην αδιαθεσία τους, και τη νιώθουν όλο και πιο έντονη. Είναι ουσιώδες λοιπόν να τους εξηγήσουμε ότι αυτά τα φαινόμενα είναι παροδικά.

Όταν παρουσιάζονται κινητικά τικ, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή. Ενδεχομένως, είναι απαραίτητη η ελάττωση της δοσολογίας ή και η διακοπή του φαρμάκου. Αν τα τικ είναι έντονα και διαρκούν πολύ, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν σε ατομική βάση από έναν έμπειρο γιατρό. Περίπου τα μισά από τα παιδιά με κάποια πολύ σημαντική χρόνια διαταραχή κινητικών τικ έχουν συγχρόνως κάποια μορφή ΔΕΠ.

Όταν σταματά η επίδραση των διεγερτικών, είναι δυνατόν ειδικά το υπερκινητικό παιδί να επανέλθει στην προηγούμενη κατάσταση. Σε αυτό το σημείο μπορεί να βοηθήσει η σωματική δραστηριότητα (κουβάλημα, σύρσιμο, σπρώξιμο αντικειμένων, σκάψιμο, σφουγγάρισμα κ.λπ.).

Οι συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές ύπνου μπορούν επίσης να αντιμετωπιστούν με προγραμματισμένη αθλητική δραστηριότητα ή με άλλες δραστηριότητες, στις οποίες μπορεί να διοχετευθεί η ενεργητικότητα του παιδιού, ειδικά το απόγευμα. Το ελεύθερο παιχνίδι ασφαλώς είναι ακατάλληλο αφού κάνει το παιδί να διεγείρεται υπερβολικά και χωρίς όρια.

Ορισμένα παιδιά με τη βοήθεια των φαρμάκων κοιμούνται πολύ καλύτερα και περισσότερο. Αναφέρουν ότι δεν νιώθουν τόσο πολύ «βουητό» στο κεφάλι τους.

Η κύρια επίδραση και οι ενδεχόμενες παρενέργειες θα πρέπει να συζητηθούν με τον υπεύθυνο γιατρό πριν τη χορήγηση του φαρμάκου, μεταξύ άλλων και για να μη σοκαριστούν οι γονείς και οι πάσχοντες από τις οδηγίες που αναγράφονται στη συσκευασία του φαρμάκου. Στις οδηγίες αναφέρονται πολλά, καθώς όσοι δεν πάσχουν από το σύνδρομο, δηλαδή το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, αντιδρούν σε αυτά τα φάρμακα με υπερβολική διέγερση. Το φάρμακο είναι γνωστό στον κόσμο των ναρκομανών ως «διεγερτικό» (speed).

Η συνταγογράφηση των διεγερτικών ρυθμίζεται και καταχωρείται αυστηρά με βάση τους κανόνες που ακολουθούνται και στη συνταγογράφηση των ναρκωτικών με καταχωρημένο αριθμό.

Τέλος, θα πρέπει να συζητηθεί και να επιλυθεί πλήρως το θέμα της πρόκλησης εθισμού εξαιτίας των διεγερτικών, επειδή γύρω από αυτό έχουν δημιουργηθεί οι περισσότερες και πιο λυπηρές παρανοήσεις. Θα πρέπει και εδώ να τονιστεί, για μια ακόμη φορά, ότι αναρίθμητες και μακρόχρονες έρευνες ουδέποτε μπόρεσαν να αποδείξουν τη δημιουργία εξάρτησης από τη θεραπεία με διεγερτικά (βλ. και Schulz & Remschmidt, 1990 Trott, 1993).

5.2.3 Ψυχοφάρμακα και παιδιά

Το 1990 ο Barkley ανέφερε ότι η έρευνα που αφορά τη θεραπεία με ψυχοφάρμακα και τις επιπτώσεις της στο παιδί με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής ήταν πολύ περισσότερη από οποιαδήποτε άλλη μορφή θεραπείας και για οποιαδήποτε άλλη παιδο-ψυχιατρική διαταραχή. Ο παραπάνω ειδικός αντιπαρέβαλε τα διεγερτικά με την ινσουλίνη στον παιδικό διαβήτη, θεωρώντας τα ουσίες που ασκούν άμεση επίδραση στο σύνολο των βασικών προβλημάτων, αλλά δυστυχώς έχουν περιορισμένη χρονική διάρκεια επίδρασης.

Η φαρμακοθεραπεία από μόνη της συχνά δεν είναι επαρκής, επειδή επικρατεί η άποψη ότι το φάρμακο κατά τη διάρκεια επίδρασης του το μόνο που κάνει είναι απλώς να εξαφανίζει προς στιγμήν τα συμπτώματα και να μην αντιμετωπίζει το πραγματικό πρόβλημα. Μετά τη διακοπή του σκευάσματος το άτομο επανέρχεται στην προηγούμενη κατάσταση του. Γι' αυτό και πολλοί μιλούν για τη «χημική θεραπεία της ξεροκεφαλιάς», που δεν λαμβάνει υπόψη της άλλα βασικά στοιχεία του ιστορικού του παιδιού.

Στις απόψεις που αντιτίθενται στη φαρμακοθεραπεία έρχεται να προστεθεί και ο προβληματισμός ότι τα ψυχοφάρμακα είναι ίσως δυνατόν να παραμορφώσουν τα βιώματα του παιδιού και να διαστρεβλώσουν την αντίληψη που έχει για τον κόσμο.

Παρά τη διαμάχη όμως, ο στόχος μιας θεραπείας είναι πάντα η προσφορά βοήθειας στο άτομο, ώστε να δώσει διέξοδο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του και να το μάθει να χειρίζεται τον εαυτό του.

Οποσδήποτε λοιπόν είναι απαραίτητη μια εντατική συμβουλευτική/εκπαίδευση γονέων, και σε ορισμένες περιπτώσεις και του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος. Είναι αναγκαίο να αποσαφηνιστούν ορισμένα πράγματα στο ίδιο το παιδί σε σχέση με το πρόβλημα του και να δοθεί βοήθεια ως προς την οργάνωση της καθημερινής πορείας. Συχνά, είναι απαραίτητη η εφαρμογή ενός ατομικού θεραπευτικού προγράμματος το οποίο θα στηρίζεται σε πολλά μοντέλα και θα συνδυάζει πολλές προσεγγίσεις, έτσι ώστε ο ασθενής με ΔΕΠ να μπορέσει να αποκτήσει δεξιότητες και να έχει καλύτερο αυτοέλεγχο.

Για τη χορήγηση του φαρμάκου στο παιδί ή στον έφηβο, η στενή συνεργασία με το γιατρό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση. Οι σημαντικότεροι παρατηρητές πρέπει να είναι οι γονείς. Εφόσον αυτό είναι εφικτό, είναι προτιμότερο η χορήγηση του φαρμάκου να αρχίσει στις διακοπές και να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο με τον οποίο ένα παιδί τα βγάζει πέρα με κάποια άσκηση συγκέντρωσης.

Κατά τη διάρκεια της αγωγής είναι απαραίτητο να παρακολουθείται η συνολική κατάσταση της υγείας του παιδιού. Το ύψος, το βάρος και η πίεση του αίματος πρέπει να ελέγχονται τακτικά. Κατά περιόδους πρέπει να γίνονται εξετάσεις αίματος ώστε να

ελέγχονται ορισμένες τιμές του στο εργαστήριο συνιστάται η ίδια εξέταση να γίνεται μία φορά το χρόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Μεγάλη συζήτηση και πολλές διαμάχες έχουν παρατηρηθεί τελευταία σχετικά με την επίδραση όλων των σκευασμάτων που χορηγούνται στα παιδιά με ΔΕΠ. Πολλοί δάσκαλοι, οι οποίοι δεν έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις, είναι δυνατόν σε στιγμές εκνευρισμού και έντασης να προβούν σε αρνητικές εκτιμήσεις παρατηρώντας στο σχολείο το παιδί το οποίο υποβάλλεται σε φαρμακοθεραπεία. Εκφράζεται η ελπίδα ότι θα υπάρξει μεγαλύτερη πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών σε αυτό το πρόβλημα.

Υπάρχουν παιδιά που παρατηρούν κάποια επίδραση από τα φάρμακα τα οποία παίρνουν. Διαπιστώνουν ότι τα πηγαίνουν λίγο καλύτερα στο σχολείο και ότι γράφουν καθαρότερα και σωστότερα, και το γεγονός αυτό τους προκαλεί έκπληξη. Ορισμένα αρχίζουν να βρίσκουν το μάθημα συναρπαστικό. Άλλα παιδιά αισθάνονται ότι κατά τη διάρκεια της επίδρασης του φαρμάκου γίνονται «κατά κάποιον τρόπο διαφορετικά», «πιο λογικά».

«Δεν το θέλω... το χάπι μαθαίνει, όχι εγώ». «Είμαι τόσο βλάκας που το χρειάζομαι». «Δεν το θέλω πια, γιατί δεν μπορώ να παίζω το ίδιο ευχάριστα με τους φίλους μου στο διάλειμμα».

Όταν σταθεροποιηθούν η συμπεριφορά και η ψυχική κατάσταση του παιδιού για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορούμε να σκεφτούμε τη διακοπή του φαρμάκου, προπαντός για να εξετάσουμε εάν το παιδί είναι σε θέση, με τη βοήθεια των νεοαποκτημένων στρατηγικών αντιμετώπισης, να ασκήσει καλύτερο αυτοέλεγχο. Το για πόσο χρονικό διάστημα το άτομο χρειάζεται να παίρνει φάρμακα εξαρτάται από την κατάσταση του. Κάποιες φορές είναι απαραίτητο οι θεραπείες να διαρκέσουν μεγάλα χρονικά διαστήματα. Σε ορισμένα παιδιά ή εφήβους είναι δυνατόν η θεραπεία να διακόπτεται στη μέση, σε σταθερές φάσεις, για μερικές εβδομάδες ή μήνες. Άλλα πάλι παιδιά χρειάζονται τα φάρμακα μόνο σε περιόδους κρίσης. Συνήθως οι απόπειρες για τη διακοπή των φαρμάκων μπορούν να γίνουν, όσο αυτό είναι δυνατόν, στην αρχή των σχολικών διακοπών. (Κακουρός Ε., 2001, σελ. 124)

5.3 ΑΛΛΑ ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν οι θεραπείες που έχουν καθιερωθεί και εφαρμόζονται γενικά για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠ με και χωρίς υπερκινητικότητα.

5.3.1 Ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι με βάση την αναλυτική ψυχοθεραπεία/ψυχολογία του βάρθους

Στη Γερμανία σε περιπτώσεις νευρωσικών διαταραχών, διαταραχών ταυτότητας στην παιδική ηλικία και σοβαρών συναισθηματικών διαταραχών εφαρμόζονται οι ευρέως διαδεδομένες αναλυτικού και ερμηνευτικού τύπου θεραπείες που βασίζονται στα γνωστικά μοντέλα ατομικής θεραπείας (π.χ. A. Freud, Jung, Adler).

Για να εφαρμοστούν οι θεραπείες αυτές, είναι απαραίτητο το παιδί να είναι πρόθυμο να υποβληθεί σε αυτές, να αποδέχεται τους θεραπευτές, τη διάρκεια της θεραπείας και το περιεχόμενο της ανάλυσης.

Στις θεραπείες αυτές το παιδί επεξεργάζεται συμβολικά το πρόβλημα του μέσα από το παιχνίδι και τη ζωγραφική. Οι γονείς με τη συμβουλευτική ενημερώνονται, εξοικειώνονται και μαθαίνουν να βλέπουν με ενσυναίσθηση τις ανάγκες του παιδιού τους και να ενθαρρύνουν την ανέλιξη του. Το παιδί ενεργεί, ο θεραπευτής και οι γονείς αντιδρούν.

Σύμφωνα με την εμπειρία, αυτή η μέθοδος θεραπείας δεν έχει ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα. Ο Steinhausen (1988) μάλιστα θεωρεί ότι αυτή η μορφή θεραπείας αντενδείκνυται. Το παιδί με ΔΕΠ κατά κανόνα δεν δυσανασχετεί με αυτή τη θεραπευτική μέθοδο. Του δίνεται η ευκαιρία, μία με δύο φορές την εβδομάδα, να επισκέπτεται έναν ευγενικό θεραπευτή και να παίζει μαζί του. Όσο διαρκεί η συνεδρία, επιτρέπονται στο παιδί κυριολεκτικά τα πάντα. Έναν τέτοιο τρόπο αντιμετώπισης θα επιθυμούσε και από το περιβάλλον του. Δεν είναι σπάνιο όμως, όπως παρατηρείται, να σημειωθεί επιδείνωση των κύριων προβλημάτων. Οι γονείς νιώθουν ανασφάλεια, διστάζουν περισσότερο από ό,τι προηγουμένως να θέσουν όρια και αρχίζουν να αμφιβάλλουν για την αποτελεσματικότητα της εν λόγω θεραπείας.

Το παιδί με ΔΕΠ έχει ως επί το πλείστον σημαντικά συναισθηματικά προβλήματα, φόβους για αποτυχία και ανασφάλεια όσον αφορά τις επιδόσεις του, τα οποία μπορούν να εκδηλωθούν με τη μορφή «νευρωσικών διαταραχών». Έχει χαμηλή ανοχή στις ματαιώσεις και μεγάλη αστάθεια στη διάθεση. Η αιτία για όλα αυτά τα προβλήματα δεν βρίσκεται σε πρώιμα τραυματικά γεγονότα της πρώτης παιδικής ηλικίας, αλλά στην ύπαρξη, όπως φαίνεται από το αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού, αρκετών «μικρών τραυμάτων».

5.3.2 Παιγνιοθεραπεία

Η πελατοκεντρική ή κατευθυνόμενη παιγνιοθεραπεία θεωρείται ενδεδειγμένη για ποικίλες διαταραχές που παίρνουν τη μορφή νευρωσικών κύκλων: όταν υπάρχει ελλιπής εμπιστοσύνη στον εαυτό, διαταραχές προσαρμογής, φόβοι, αντικοινωνική συμπεριφορά, ανεπαρκής συναισθηματική ηρεμία κ.τ.λ.

Ο θεραπευτής, που δέχεται το παιδί με θετικό τρόπο, θέτει όρια μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο. Δεν επιχειρεί να παρέμβει και να ασκήσει επιρροή στα θέματα ή στις ελεύθερες δραστηριότητες του παιδιού. Υπό αυτή την έννοια, η σχέση ανάμεσα στα πρόσωπα (μεταξύ θεραπευτή και παιδιού) θεωρείται θεμελιώδες στοιχείο της θεραπείας. Η ίδια η σχέση γίνεται αντιληπτή ως θεραπεία. Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, ο στόχος είναι να μπορέσει το παιδί να αναγνωρίσει και να κατανοήσει τα συναισθήματα του και να ωριμάσει. Γιατί θεωρείται ότι μόνο μέσω της κατανόησης και της θετικής αξιολόγησης του παιδιού είναι δυνατή η ανάπτυξη του. Η διάρθρωση και επεξεργασία των προβλημάτων δεν αποτελούν αντικείμενο της θεραπευτικής διαδικασίας. Ορισμένοι θεραπευτές έχουν επιλέξει για τα παιδιά με ΔΕΠ δομημένους τρόπους πορείας, καθώς έχουν συνειδητοποιήσει την ανάγκη αυτών των παιδιών για καθοδήγηση και προσανατολισμό. Ο Steinhausen (1988) θεωρεί και αυτή τη θεραπευτική μέθοδο ακατάλληλη για παιδιά με ΔΕΠ.

Ο Jernberg θεμελίωσε την καθοδηγούμενη παιγνιοθεραπεία (theraplay) ειδικά για το επιθετικό παιδί. Η εν λόγω θεραπεία διεξάγεται με άμεσο και πρακτικό τρόπο και το παιχνίδι χαρακτηρίζεται από σαφή δομή και διάρθρωση. Και οι γονείς καθοδηγούνται με άμεσο και σαφή τρόπο. Σημαντικό στοιχείο της θεραπείας είναι η αποκαλούμενη «αναπλαισίωση», μέθοδος με την οποία ο θεραπευτής εντοπίζει μια επιθετική ενέργεια του παιδιού και στη συνέχεια αναφέρεται σε αυτήν από μία τελείως διαφορετική οπτική γωνία. Το παιδί επιχειρεί να κλοτσήσει και ο ενήλικας το παροτρύνει να ξεθυμάνει όσο μπορεί περισσότερο και να παρακολουθήσει με πόση ορμή, ένταση και ενέργεια μπορεί να σηκώσει το πόδι του. Με αυτό τον τρόπο αναπλαισιώνεται το περιεχόμενο της συγκεκριμένης ενέργειας και αποδίδεται μια διαφορετική σημασία στην πράξη. Μια μικρής διάρκειας σωματική επαφή και μια στοιχειώδης συναισθηματική σύνδεση με το παιδί αποτελούν ουσιώδη στοιχεία της θεραπείας. Προϋποθέτουν δε μια ήρεμη, φιλική στάση του θεραπευτή και μια εποικοδομητική σχέση, στην οποία όμως ο θεραπευτής είναι αυτός που έχει «το πάνω χέρι». Αυτή η τεχνική μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη για μικρότερα υπερκινητικά παιδιά με επιθετικά στοιχεία στη συμπεριφορά τους.

5.3.3 Η συστημική θεραπεία οικογένειας

Αυτή η μορφή θεραπείας βασίζεται στην υπόθεση ότι η οικογένεια αποτελεί ένα ενιαίο σύστημα, στο οποίο μια οποιαδήποτε δυσλειτουργία ενός από τα μέλη επηρεάζει το όλο σύστημα. Διατυπώνει την άποψη ότι μεταξύ ορισμένων μελών στην οικογένεια είναι δυνατόν να υπάρχουν προβλήματα σχέσεων, τα οποία συνδέονται με την ασυνείδητη κατανομή των ρόλων ή με τις στάσεις και τις προσδοκίες του ενός από τον άλλον, και οι οποίες, όταν δεν εκπληρώνονται επαρκώς, προκαλούν δυσκολίες, εντάσεις και την εμφάνιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων.

Ο θεραπευτής, συνεργαζόμενος με την οικογένεια, ενθαρρύνει τα μέλη να συζητήσουν και να ακούσουν τις απόψεις ο ένας του άλλου και να προσπαθήσουν να αντιληφθούν την άποψη του καθενός· όταν προκύπτει κάποια σύγκρουση, την εξετάζουν και τη διερευνούν. Με αυτό τον τρόπο η ίδια η οικογένεια έχει τη δυνατότητα να βρίσκει συνεχώς καινούριους τρόπους προκειμένου να παραμερίσει τις δυσκολίες της.

Αν ο θεραπευτής δεν έχει επαρκείς γνώσεις για τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και τις επιπτώσεις της, η προσπάθεια του μπορεί να μην έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Το υπερευαίσθητο μέλος της οικογένειας με ΔΕΠ (κατά κανόνα, σε μία οικογένεια υπάρχουν τουλάχιστον δύο), όταν σχολιάζονται τα προβλήματα, μπορεί με αφορμή κάτι ασήμαντο να αισθανθεί μέσα σε κλάσματα δευτερολέπτου ότι εκτίθεται στα μάτια των άλλων. Συχνά εκνευρίζεται και αντιδρά ορμητικά: «Φυσικά, εγώ το ήξερα ότι είμαι ο προβληματικός της παρέας». Η τελική κατάληξη μπορεί να είναι ένας κατακλυσμός από δικαιολογίες ή το χτύπημα της πόρτας ή ενός άλλου αντικειμένου που δείχνει ότι νιώθει προσβεβλημένος. Σε αυτό το σημείο όχι σπάνια η οικογένεια διακόπτει τη θεραπεία.

Από την εμπειρία έχει αποδειχθεί ότι δεν αρκεί οι γονείς να αποδεχθούν τη διαφορετικότητα του παιδιού τους αν δεν αλλάξουν οι δομές και οι τρόποι αλληλεπίδρασης στην οικογένεια σκόπιμα και προγραμματισμένα.

Αν η συστημική θεραπεία συνδυαστεί με πρόσθετες τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, είναι δυνατόν - σε ελαφρύτερες μορφές της διαταραχής- να υπάρξει βελτίωση στην οικογένεια.

Ένα μειονέκτημα το οποίο θα ήταν δυνατόν να δημιουργηθεί στην εφαρμογή της συστημικής θεραπείας είναι το γεγονός ότι το παιδί με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής μπορεί να συνειδητοποιήσει τη δύναμη του, καθώς «ως φορέας των συμπτωμάτων έχει εξουσία» (κάτι που έρχεται σε αντίθεση με το παλαιότερο αρνητικό αυτοσυναίσθημά του).

5.3.4 Η κλασική και η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία

Η συμπεριφοριστική θεραπεία ή θεραπεία τροποποίησης της συμπεριφοράς αντιλαμβάνεται την ανθρώπινη συμπεριφορά ως αποτέλεσμα της σχέσης ανάμεσα στις «μη ελεγχόμενες» σωματικές και συγκινησιακές διεργασίες (π.χ. αύξηση των χτύπων της καρδιάς σε κατάσταση διέγερσης), στο περιεχόμενο των νοητικών λειτουργιών (π.χ. πεποιθήσεις, αναμνήσεις), στις κινητικές λειτουργίες του ατόμου (ομιλία, σωματική γλώσσα) και στις επιδράσεις του περιβάλλοντος του.

Κάθε άνθρωπος κατανοείται με βάση το ατομικό μαθησιακό του ιστορικό και με την ιδιαίτερη εξέταση της ενδεχόμενης διαταραγμένης σύμπραξης των προαναφερθέντων επιπέδων λειτουργίας.

Χαρακτηριστικό της προσέγγισης αυτής είναι ο σαφής προσδιορισμός των προβλημάτων του ασθενή: διατυπώνονται με σαφήνεια η συχνότητα εμφάνισης της προβληματικής-δυσλειτουργικής συμπεριφοράς-στόχου, καθώς και ο χρόνος και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδηλώνεται. Στη συνέχεια μπορούν να διατυπωθούν υποθέσεις αναφορικά με την αιτιολογία του προβλήματος με βάση το προηγούμενο ιστορικό του ασθενή και να καθοριστούν οι θεραπευτικοί στόχοι, δηλαδή ποια συγκεκριμένη αλλαγή θα πρέπει να πραγματοποιηθεί.

Βασική τεχνική της μεθόδου τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι η χρήση της ενίσχυσης που στηρίζεται στην αρχή ότι η πλειονότητα των συμπεριφορών επηρεάζεται από τις ευχάριστες ή δυσάρεστες συνέπειες τους. Η θεραπεία γίνεται με τη μορφή συγκεκριμένων προγραμμάτων για την αλλαγή, τη σταδιακή διαμόρφωση και την «οικοδόμηση» πολύπλοκων συμπεριφορών.

Στα πλαίσια του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού θεραπευτικού χειρισμού εξετάζονται οι βασικοί τρόποι σκέψης του ασθενή οι οποίοι είναι δυνατόν να ασκούν επίδραση στη συμπεριφορά του. Το άτομο δηλαδή μπορεί, για παράδειγμα, να έχει την παράλογη σκέψη ότι «όλοι πάντοτε δυσαρεστούνται από αυτά που κάνει» και αυτός ο τρόπος σκέψης να επηρεάζει τη συμπεριφορά του. Ο θεραπευτής στην περίπτωση αυτή πρέπει να εντοπίσει, να αναλύσει και να αξιολογήσει το νοητικό περιεχόμενο αυτού του τρόπου σκέψης μαζί με τον ασθενή, να συνδέσει το περιεχόμενο των σκέψεων του με τις σωματικές του αντιδράσεις και τη συμπεριφορά του, και να τον βοηθήσει να αποκτήσει έναν πιο λογικό και ρεαλιστικό τρόπο θεώρησης του συνόλου των προβλημάτων του.

Ο ασθενής παροτρύνεται και καθοδηγείται από το θεραπευτή να μιλήσει με τον εαυτό του και σε συγκεκριμένες καταστάσεις να επιδείξει διαφορετικούς τρόπους συμπεριφοράς από αυτούς που παρουσίαζε ως εκείνη τη στιγμή. Ο ασθενής εξασκείται σε αυτές τις δεξιότητες και καλείται να τις εφαρμόσει σε ολοένα πιο δύσκολες καταστάσεις

(«εμβολιασμός απέναντι στο στρες»). Η αυτοπαρατήρηση και αυτοενίσχυση πρέπει να σταθεροποιήσουν και να παγιώσουν νέους βασικούς τρόπους σκέψης οι οποίοι θα ασκήσουν άμεση επίδραση στη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Σε αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση θεωρείται απαραίτητη η ενεργός συνεργασία του ασθενή και των σημαντικών ατόμων στη ζωή του.

Υπό ορισμένες συνθήκες είναι δυνατόν να εφαρμοστούν και τεχνικές χαλάρωσης.

Από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη ΔΕΠ αλλά και από την προσωπική μου εμπειρία, η εν λόγω μορφή θεραπείας αποδεικνύεται ιδιαίτερα αποτελεσματική για το παιδί ή τον έφηβο με ΔΕΠ που πρέπει να μάθει να χειρίζεται τον εαυτό του και τις δυσκολίες του μόνος του.

Στη συνέχεια περιγράφεται μια τεχνική για την επίτευξη ενός θεραπευτικού στόχου ο οποίος συνίσταται στη «χρονική αύξηση του διαστήματος διατήρησης της προσοχής και στη συστηματοποίηση του ιδιαίτερου παρορμητικού τρόπου αντίληψης». Το παιδί εξετάζει το πρόβλημα και τους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης του. Στη συνέχεια προσδιορίζει τα βήματα που πρέπει να επακολουθήσει, τα εκτελεί με συνέπεια χωρίς διακοπή και κατόπιν τα επανεξετάζει. Τέλος αξιολογεί την προσπάθεια του η οποία καταλήγει στην αυτοενίσχυση. Με τη βοήθεια αυτής της τεχνικής το παιδί μπορεί να βελτιώσει την ικανότητα του για αυτοέλεγχο.

Στην πορεία αυτής της θεραπευτικής διαδικασίας το παιδί εξασκείται στις βασικές δεξιότητες της προσεκτικής ακρόασης και της κατανόησης των όσων του ζητούνται. Στη συνέχεια, μαθαίνει να συγκρατεί πάντα στο μυαλό του το στόχο, να επιβλέπει και να παρακολουθεί την πορεία του, και να λαμβάνει υπόψη την ανατροφοδότηση που δέχεται από το περιβάλλον του. Αυτό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ικανότητα έμπρακτης εφαρμογής ενός προγράμματος και την απόκτηση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων.

Αυτό επιτυγχάνεται με πολύ μικρά βήματα στη συμπεριφορά και με άμεση ανατροφοδότηση ως προς το τι πήγε και τι δεν πήγε καλά. Ο θεραπευτής με τη βοήθεια σημάτων ή σύντομων υποδείξεων βοηθά το παιδί να αναπτύξει όλο και πολυπλοκότερους τρόπους συμπεριφοράς ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει με «επιτυχία» ένα πρόβλημα. Με αυτό τον τρόπο το παιδί μπορεί να μάθει, για παράδειγμα, να παραμένει στη θέση του, να περιμένει τη σειρά του για να μιλήσει ή να τα βγάλει πέρα με ένα πρόβλημα που του φαίνεται δύσκολο. Για να έχει εφαρμογή και στην καθημερινή ζωή, θα πρέπει αυτή η προσπάθεια με το παιδί να γίνεται και σε ομαδικά πλαίσια.

Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση εφαρμόζεται με ανάλογο τρόπο και στον τομέα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Και εδώ πρέπει να εντοπιστούν και να διερευνηθούν εναλλακτικοί τρόποι συμπεριφοράς και να γίνει η ανάλογη εξάσκηση. Τα παιχνίδια ρόλων

μπορούν να αποβούν πολύ χρήσιμα, ώστε να εξεταστούν συγκεκριμένες συγκρούσεις και να αναπτυχθούν περαιτέρω στρατηγικές αντιμετώπισης τους.

Κατά την εξάσκηση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη με ρεαλιστικό τρόπο οι παράγοντες που επιβαρύνουν την κατάσταση του παιδιού και δυσχεραίνουν την επίλυση του προβλήματος (άλλα πρόσωπα, διαταρακτικά εξωτερικά ερεθίσματα).

Ένα ουσιώδες στοιχείο των συμπεριφοριστικών θεραπευτικών προγραμμάτων σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ είναι η εντατική συμβουλευτική/εκπαίδευση των γονέων, κηδεμόνων ή άλλων σημαντικών προσώπων, που έχουν αναλάβει την ανατροφή τους, στα πλαίσια εκπαιδευτικών προγραμμάτων (training).

Ένα χρήσιμο μέσο για τη βελτίωση της αυτοεικόνας του παιδιού και της πίστης στην προσωπική του αξία είναι η χρήση παιχνιδιών που προάγουν τη μάθηση και με τα οποία το παιδί μπορεί να τα βγάλει πέρα. Τα παιχνίδια αυτά πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στο επίπεδο των δυνατοτήτων του παιδιού, σε βαθμό που να μην το δυσκολεύουν ιδιαίτερα, έτσι ώστε να έχει την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Αυτό που ηχεί τόσο απλό και πρακτικό, για τα παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ είναι βαρετό και επίπονο· ωστόσο έχει αποτελέσματα όταν λαμβάνει χώρα στα πλαίσια μιας εντατικής θεραπευτικής εξάσκησης.

Η μακρόχρονη προσωπική μου εμπειρία με παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ έχει δείξει ότι είναι αναγκαία η συστηματική εξάσκηση, η παροχή βοήθειας στις δύσκολες φάσεις, καθώς επίσης και ο κατάλληλος χειρισμός των κρίσεων. Συχνά μάλιστα ίσως χρειαστούν περισσότερες συνεδρίες με τα σημαντικά πρόσωπα.

Η συμπεριφοριστική θεραπεία είναι κατάλληλη -και επιτυγχάνει το θεραπευτικό στόχο του να αποκτήσει το παιδί επαρκή αντίληψη του προβλήματος του και ικανότητα να το αντιμετωπίζει -όταν εφαρμόζεται σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ τα οποία είτε παρουσιάζουν ηπιότερες μαθησιακές δυσκολίες είτε επιθετικούς και αρνητικούς τρόπους συμπεριφοράς είτε καταθλιπτική διάθεση είτε πονοκεφάλους και πόνους στο στομάχι για τους οποίους απαιτούνται ασκήσεις χαλάρωσης.

Όταν όμως συνυπάρχουν εμφανείς διαταραχές στην αντίληψη, με αντίκτυπο στο μαθησιακό/νευρολογικό επίπεδο, και μάλιστα σε συνδυασμό με κάποια καθυστέρηση στην ανάπτυξη ή με βλάβη των αισθητήριων οργάνων, η εν λόγω θεραπευτική μέθοδος δεν επαρκεί πλέον και απαιτείται να συνδυαστεί με παράλληλη χρήση κάποιας άλλης μεθόδου.

5.3.5 Αισθητηριακή αγωγή (θεραπεία μέσω παροχής αισθητήριων ερεθισμάτων)

Η θεραπεία αυτή συνιστάται για παιδιά που παρουσιάζουν υστέρηση σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους όσον αφορά τη σωματική, γνωστική ή συναισθηματική τους ανάπτυξη και των οποίων η επιβράδυνση στην εξέλιξη αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην ανεπαρκή επεξεργασία των αισθητήριων ερεθισμάτων ή σε βλάβη των αισθητήριων οργάνων.

Θεμέλιο της θεραπείας είναι η εφαρμογή μιας διαφορετικής διάγνωσης που στηρίζεται σε μια συνολική εξέταση του παιδιού στην εξέταση λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο οι αδυναμίες και ανεπάρκειες του παιδιού, αλλά εξίσου το δυναμικό και τα θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, τα οποία συμπεριλαμβάνονται στη θεραπεία.

Στα παιδιά εφαρμόζονται διαφορετικά θεραπευτικά προγράμματα. Ένα από αυτά (επιστημονικά αναγνωρισμένο) είναι η «συνθετική αισθητηριακή θεραπεία» της Jean Ayres. Ο εγκέφαλος δέχεται ερεθίσματα μέσω του κιναισθητικού συστήματος (αισθήσεις οι οποίες καθιστούν δυνατό τον προσανατολισμό του ατόμου στο χώρο) ή μέσω των οπτικών αισθήσεων και των αισθήσεων αντίληψης του κόσμου (όπως η όραση και η ακοή). Αυτά τα ερεθίσματα, που φθάνουν σε διαφορετικά μέρη του εγκεφάλου, φιλτράρονται, οργανώνονται, συγκρίνονται, αποθηκεύονται και τελικά δίνεται κάποια απάντηση. Μόνο όταν οι διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου δικτυώνονται και επικοινωνούν επαρκώς είναι δυνατόν να γίνει ικανοποιητική επεξεργασία των ερεθισμάτων (αισθητηριακή σύνθεση). Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι η απόκτηση βασικών, εκτεταμένων, αυτοματοποιημένων δεξιοτήτων, όπως για παράδειγμα μια καλή ρύθμιση της θέσης στο χώρο ή ένας σταθερός και θετικός σωματικός τόνος. Ακριβώς αυτές οι βασικές δεξιότητες αποτελούν την προϋπόθεση για άλλα, περαιτέρω βήματα ανάπτυξης.

Βασισμένη στα «προβλήματα φιλτραρίσματος» και στα επακόλουθα προβλήματα δικτύωσης, τα οποία αφορούν τον ελλιπή τρόπο αντίληψης του παιδιού με ΔΕΠ και τα οποία του γεννούν ανασφάλεια, η θεραπευτική μέθοδος της αισθητηριακής αγωγής επικεντρώνεται από την αρχή στην επεξεργασία των ερεθισμάτων.

Στη μέθοδο αυτή, το κέντρο βάρους εναποτίθεται στην αναπαράσταση των «βασικών εμπειριών». Εδώ προσφέρονται και προκαλούνται στο παιδί ερεθίσματα σχετικά με το χώρο, ιδιοδεκτικά ερεθίσματα για την αντίληψη του βάθους και οπτικά ερεθίσματα για την καλύτερη ολοκλήρωση της δερματοαισθητικής αντίληψης. Στο παιδί δίνεται έτσι η δυνατότητα για μια ακόμη φορά να αποκτήσει εμπειρίες, τις οποίες θα έπρεπε να έχει ήδη αποκτήσει από τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης του -μία ευκαιρία για περαιτέρω νευρολογική ωρίμανση, για καλύτερη δικτύωση και επικοινωνία των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων και των διαφορετικών περιοχών του εγκεφάλου.

Χάρη στις καλύτερες αντιληπτικές επιδόσεις του, το παιδί θα πιστέψει περισσότερο στον εαυτό του και θα μπορέσει να χειριστεί καλύτερα το περιβάλλον του.

Νευρολογικές ανεπάρκειες, καθώς και περιορισμένος συντονισμός στις λεπτές κινήσεις και στην εξέλιξη της δεξιότητας της γραφής είναι δυνατόν να θεραπευθούν με επιπρόσθετα, ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα. Παράλληλα γίνεται καθοδήγηση και συμβουλευτική των γονέων. Τα παιδιά στη συνέχεια παροτρύνονται να συμμετέχουν σε δραστηριότητες (π.χ. αθλητισμός) που συμβάλλουν στη συνολική θετική πορεία τους.

Η παρατηρήσιμη αύξηση της αυτοπεποίθησης, η βελτίωση της επιδεξιότητας στις κινήσεις, καθώς και η διαφοροποιητική λειτουργία της αντίληψης αποτελούν τα κριτήρια για την ολοκλήρωση της θεραπείας. Παρόλο που η θεραπεία αυτή μπορεί να εφαρμοστεί στα πλαίσια κάποιου συμπεριφοριστικού θεραπευτικού προγράμματος, συχνά δεν επαρκεί για τα παιδιά με ΔΕΠ. Απαιτείται ο συνδυασμός της με άλλες θεραπείες. (Βάρβογλου Λίζα 2007, σελ. 80)

5.3.6 Λογοθεραπεία

Η εξαιρετικά αργή γλωσσική ανάπτυξη ορισμένων παιδιών με ΔΕΠ (υπολογίζεται ένα ποσοστό 30-40%) δεν είναι τόσο σπάνιο φαινόμενο. Αυτά τα παιδιά, όταν μιλούν, έχουν την τάση να μιλούν πάρα πολύ, αλλά, όπως αναφέρεται, κάνουν πολλά προφορικά λάθη (σιρηνόδρομος αντί σιδηρόδρομος, τρανίο αντί θρανίο κ.τ.λ.). Η ειδική γλωσσική θεραπεία ή λογοθεραπεία μέσα από ειδικές ασκήσεις είναι απαραίτητη σε περίπτωση που οι δυσκολίες εξακολουθούν να υπάρχουν στην προσχολική ηλικία. (Corbula Neuhaus, 1999, σελ.88)

Η αυτόματη εκμάθηση ορισμένων γραμματικών κανόνων δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σε δύσκολες περιόδους και τα παιδιά δίνουν την εντύπωση ότι δεν προσέχουν και παρακούνε. Ορισμένα παιδιά εκφράζονται σωστά από γραμματική άποψη, αλλά δυσκολεύονται να επαναλάβουν μεγάλες ή σύνθετες λέξεις ή να τις προφέρουν αυθόρμητα. Έχουν την τάση να ξεχνούν όλο και πιο πολύ τα ονόματα των συμμαθητών τους ήδη από την προσχολική ηλικία. Αργότερα, στο δημοτικό, είναι σε θέση να περιγράψουν όσα τους συνέβησαν αλλά με επίπονη προσπάθεια και με ασυνάρτητο τρόπο.

Οι διαταραχές ακουστικής αντιληπτικής ολοκλήρωσης και οι διάφορες μορφές που είναι δυνατόν να προσλάβει παρουσιάζονται πιο συχνά απ' ό,τι θα ήταν αναμενόμενο. Το παιδί δυσκολεύεται να αντιληφθεί πλήρως και σωστά αυτά που του λένε. Για παράδειγμα, δεν ακούει τις εκτάσεις των φωνηέντων, δεν μπορεί να διακρίνει το «ι» από το «ε», αντί για «βράχος» καταλαβαίνει «κράτος», λέει «ας» αντί για «ως» και «πλάτη» αντί για «πράξη». Δεν μπορεί να βρει αμέσως και να συλλάβει σωστά αυτό που άκουσε με βάση την αντίστοιχη «εσωτερική ακολουθία των λέξεων».

Αυτό το αντιληπτικό «στιλ» προκαλεί στο παιδί με ΔΕΠ σημαντικά προβλήματα, ιδίως όταν μαθαίνει να διαβάζει και να γράφει, ή όταν διδάσκεται μια ξένη γλώσσα.

Το κατάλληλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τις ειδικές ασκήσεις, οι οποίες πρέπει να εφαρμόζονται όσο το δυνατόν πιο νωρίς, μπορεί να αναστείλει τη συνεχή επιβάρυνση της «ακουστικής οδού» του παιδιού με ΔΕΠ και να το βοηθήσει τελικά «να ακούει σωστά» και να καταβάλλει τις ανάλογες προσπάθειες.

Σε αυτά τα παιδιά μέχρι στιγμής έχει διαπιστωθεί μια αξιοπρόσεκτη μεμονωμένη ακουστική ευαισθησία, παρόλο που τα ίδια φωνάζουν δυνατά, με τη μορφή της υπερακουστικότητας (υπερβολικής μεταφοράς ακουστικών ερεθισμάτων).

Πρόσφατα αναπτύσσονται ειδικές μέθοδοι για να εντοπιστούν τα παιδιά που ακούν σε αυτό το επίπεδο συχνότητας και να «απο-ευαισθητοποιηθούν» από την ιδιαίτερη υπερευαισθησία τους. Γι' αυτό εκτίθενται σκόπιμα και με τις ανάλογες «δόσεις» σε ορισμένα επίπεδα συχνότητας (προηγουμένως πρέπει να γίνουν οι ανάλογες εξετάσεις), έως ότου τις συνηθίσουν και δεν αντιδρούν πλέον με υπερευαισθησία.

5.3.7 Ειδική αγωγή-εκπαίδευση

Η ειδική εκπαίδευση είναι ένα «γενικό πρόγραμμα αγωγής» που εφαρμόζεται σε παιδιά και σε εφήβους με συναισθηματική, σωματική ή νοητική καθυστέρηση. Συμβάλλει στον περιορισμό και την

αντιμετώπιση του μεγέθους και των διαστάσεων των μειονεξιών τους και τους προσφέρει κατάλληλες ευκαιρίες για την ενσωμάτωσή τους.

Η ολοκληρωμένη συμβουλευτική στους γονείς και τα άλλα πρόσωπα που μοιράζονται τη φροντίδα των παιδιών αποτελεί σταθερό και ουσιώδες συστατικό στοιχείο αυτής της μορφής θεραπείας.

Από ένα ευρύ σύνολο προσφερόμενων προγραμμάτων για την αποκατάσταση της ομαλής ανάπτυξης του παιδιού, εφαρμόζονται τεκμηριωμένες πρακτικές μέθοδοι που έχουν εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Ανάλογα με την εκπαίδευση και το κέντρο βάρους της θεραπείας, ο ένας ειδικός παιδαγωγός μπορεί να ασχολείται περισσότερο με την κοινωνική πλευρά ενώ ο άλλος με την προώθηση της ανάπτυξης.

Ο ειδικός που διαθέτει βαθιά γνώση σχετικά με το σύνδρομο ΔΕΠ και μία εξίσου καλή γνώση σχετικά με τις διαταραχές κινητικού συντονισμού και τις νευρολογικές ανεπάρκειες πρέπει να είναι σε θέση να εφαρμόζει μια συνθετική (στηριζόμενη σε πολλά μοντέλα) ειδική παιδαγωγική εξελικτική θεραπεία, με συμπεριφοριστικές θεραπευτικές βάσεις, η οποία κάθε φορά θα προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ατόμου ανάλογα με την εκάστοτε εικόνα της διαταραχής του.

Βάση της θεραπείας αποτελεί η άσκηση της προσοχής, σε συνδυασμό με ατομικά προγράμματα που επικεντρώνονται στην απόκτηση κινητικών και αντιληπτικών εμπειριών. Η θεραπευτική πρόταση θεωρεί επίσης σημαντική τη σκόπιμη εξάσκηση των λειτουργιών οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη μετάβαση από το ένα θέμα ή τη μία κατάσταση στην άλλη, όπως η συστηματική εξάσκηση της ροής στο γράψιμο, «η εκπαίδευση του ωτακουστή» σε περίπτωση που το άτομο δεν ακούει σωστά, δεν παρακολουθεί κ.τ.λ. Συμπεριλαμβάνονται ενότητες ασκήσεων με συμπεριφοριστικό θεραπευτικό προσανατολισμό που έχουν στόχο την κοινωνική ένταξη του ατόμου. Η θεραπεία ακολουθεί αυστηρή δομή. Τα στοιχεία της συνδέονται σαν αλυσίδα μεταξύ τους. Όλα τα σημαντικά πρόσωπα που εμπλέκονται ακολουθούν εντατική εκπαίδευση και συμβουλευτική.

Η ειδική παιδαγωγική εξελικτική θεραπεία, η οποία έχει βάση της τη συμπεριφοριστική θεραπεία, προβλέπει -εκτός των άλλων- στα θεραπευτικά διαλείμματα εξάσκηση στο σπίτι με μικρές ασκήσεις.

Αν συνυπάρχουν καθυστερήσεις στην ανάπτυξη ή βλάβες των αισθητήριων οργάνων, βαριές διαταραχές προσαρμογής ή σημαντικές ψυχικές διαταραχές, θα πρέπει η θεραπεία να διαρκέσει για τόσο διάστημα έως ότου το παιδί βιώσει μια εμφανή αύξηση της επάρκειας του και οι γονείς νιώσουν μεγαλύτερη ασφάλεια στην αλληλεπίδραση τους μαζί του.

Πα τον προγραμματισμό της θεραπείας είναι απαραίτητο να γίνεται έλεγχος και σύγκριση της αρχικής με την παρούσα κατάσταση.

5.3.8 Ψυχοκινητική

Η ψυχοκινητική μέθοδος (εφαρμόζεται από τους κινησιοθεραπευτές) είναι μία κάπως διαφορετική μορφή θεραπείας, που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις αδεξιότητας, αναστολών, ελλιπούς συντονισμού ή κινητικής ανησυχίας.

Ο ιδρυτής της ψυχοκινητικής, Ernst J. Kiphard, εφαρμόζει τις αρχές της ψυχοκινητικής (1979) σε ένα σύστημα που περιλαμβάνει κινητικές συμπεριφορές, και μαζί την ακρίβεια αντίληψης, γνωστικούς μηχανισμούς επεξεργασίας πληροφοριών, ούτως ώστε να μπορέσει το άτομο να ρυθμίσει την παρόρμηση και τα συναισθήματα του.

Ειδικά για το υπερκινητικό παιδί, ο Kiphard υπέθεσε ότι αυτό δεν μπορεί να αποκτήσει επαρκώς στοιχειώδεις αντιληπτικές εμπειρίες που αφορούν την αίσθηση του χώρου και την απτική αντίληψη.

Μετά από μία δοκιμαστική φάση και μία φάση προσαρμογής στη θεραπεία, τα παιδιά (συνήθως στα πλαίσια μιας ομάδας) αρχίζουν να κινούν το σώμα τους με ταλαντώσεις. Ο στόχος είναι η βελτίωση των θεμελιακών αντιλήψεων του χώρου. Τα παιδιά κουνιούνται πέρα-δώθε, πηδούν, γλιστρούν, τρέχουν με δύναμη, «ξαμολιούνται» και φρενάρουν απότομα,

μαθαίνοντας έτσι να αναγνωρίζουν τις στάσεις του σώματος και να στρέφουν τις επιθετικές τους ενέργειες σε συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Αυτή η θεραπεία προσφέρει πολύ κέφι στα παιδιά, υπό την προϋπόθεση ότι οι θεραπευτές διαθέτουν φαντασία και δημιουργικότητα, τους προσφέρουν κίνητρα για κίνηση και τα αφήνουν ελεύθερα.

Με αυτό τον τρόπο τα παιδιά με ΔΕΠ βιώνουν μια εμφανή βελτίωση της αντιληπτικής τους ικανότητας, του χωρικού και χρονικού τους προσανατολισμού και του σωματικού τους ελέγχου. Μολαταύτα η κύρια διαταραχή δεν εξαλείφεται. (Βάρβογλου Λίζα 2007, σελ. 99)

5.3.9 Ηλεκτροεγκεφαλική Βιοανάδραση ή Νευροανάδραση

Πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα αποδεικνύουν ότι μια νέα συμπεριφορική τεχνική εκπαίδευσης που ονομάζεται Νευροανάδραση, η οποία εκπαιδεύει τα εγκεφαλικά κύματα, μπορεί να λειτουργήσει ως ένα αποδοτικό συμπλήρωμα στις καθιερωμένες θεραπείες της ΔΕΠ-Υ. πρόκειται για μια εκπαίδευση των εγκεφαλικών κυμάτων – μια διαδικασία μάθησης που, με την βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών και ειδικών μηχανημάτων, ενισχύει ευνοϊκότερα πρότυπα εγκεφαλικών κυμάτων.

Συγκεκριμένα, στη Νευροανάδραση (επίσης γνωστή ως Νευροθεραπεία), οι θεραπευτές τοποθετούν ηλεκτρόδια στο δέρμα του κρανίου. Μέσω αυτών των ηλεκτροδίων, μια ειδική συσκευή μετράει τις ηλεκτρικές ώσεις στον εγκέφαλο, τις μεγεθύνει και τελικώς τις καταγράφει. Αυτές οι ωθήσεις διαιρούνται σε διαφορετικούς τύπους εγκεφαλικών κυμάτων. Για παράδειγμα, για να συγκεντρωθεί σε κάποια εργασία, ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου πρέπει να παράγουν περισσότερα, υψηλής συχνότητας, κύματα Βήτα. Για να χαλαρώσεις, ο εγκέφαλος πρέπει να παράγει περισσότερα, χαμηλής συχνότητας, κύματα Θήτα. Χρησιμοποιώντας ένα πρόγραμμα παρόμοιο μ' ένα παιχνίδι του υπολογιστή (δίχως χειριστήριο), οι άνθρωποι μαθαίνουν να το ελέγχουν, επιτυγχάνοντας τη διανοητική κατάσταση που προωθεί την αύξηση των επιθυμητών εγκεφαλικών κυμάτων. Ορισμένοι θεραπευτές το αποκαλούν «αεροβική γυμναστική του εγκεφάλου».

5.3.9.1 Σύγκριση Μεταξύ Νευροανάδρασης και Παραδοσιακών μοντέλων

Σύμφωνα με μια μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στο “Family Psychology Institute” του Endicott, στη Ν. Υόρκη και διήρκεσε ένα χρόνο, συμμετείχαν 100 παιδιά και έφηβοι (83 αγόρια και 17 κορίτσια), 6-12 ετών τα οποία είχαν διαγνωσθεί με ΔΕΠ-Υ.

Οι γονείς ενημερώθηκαν για τις διάφορες θεραπευτικές επιλογές, οι οποίες ήταν οι εξής:

- ❖ **Το διεγερτικό φάρμακο Ritalin:** η μέση ημερήσια δόση ήταν 25mg – υπό μορφή χαπιών, τα οποία λάμβαναν τρεις φορές ημερησίως.
- ❖ **Συμπεριφορική Συμβουλευτική:** περιελάμβανε 10 ομαδικές συνεδρίες εκπαίδευσης των γονέων, η οποία τους παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη διαταραχή των παιδιών τους, διατροφική εκπαίδευση, συμβουλές για τη σωστή ανατροφή, καθώς και την παρακολούθηση, τον έλεγχο και την ακαδημαϊκή υποστήριξη των παιδιών τους στις σχολικές δραστηριότητες. Επίσης, οι γονείς είχαν το δικαίωμα της συνεχούς παρακολούθησης ατομικής συμβουλευτικής.
- ❖ **Νευροανάδραση:** Τα παιδιά συμμετείχαν σε εβδομαδιαίες συναντήσεις, οι οποίες διαρκούσαν 30-40 λεπτά.

Όλα τα παιδιά ακολουθούσαν τη φαρμακευτική αγωγή και όλοι οι γονείς συμμετείχαν στη συμπεριφορική συμβουλευτική. Επιπλέον, σχεδόν τα μισά εξ' αυτών, 51 παιδιά, συμμετείχαν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης της νευροανάδρασης. Οι δύο ομάδες ήταν παρόμοιες, όσον αφορά την ηλικία, το γένος, την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, τον τύπο και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

Μετά από ένα χρόνο, και οι δύο ομάδες είχαν παρουσιάσει βελτίωση στην προσοχή και στη συγκέντρωση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας ευρέως αποδεκτής τυποποιημένης διαγνωστικής δοκιμασίας της αποδόσεως, γνωστή ως Διαγνωστική Δοκιμασία Μεταβλητών Προσοχής. Ωστόσο, όταν διέκοψαν τη λήψη του φαρμάκου τους για μια βδομάδα, μόνο τα παιδιά που είχαν υποβληθεί σε τακτικές συνεδρίες νευροανάδρασης συνέχισαν να εμφανίζουν βελτίωση.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μια συνηθισμένη συμπεριφορική διαγνωστική δοκιμασία, γνωστή ως «Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ», οι γονείς και οι δάσκαλοι βαθμολόγησαν με υψηλότερα ποσοστά τα παιδιά που είχαν εκπαιδευθεί μέσω της νευροανάδρασης, από τα υπόλοιπα. Επίσης, τα παιδιά που εκπαιδεύτηκαν στην νευροανάδραση, παρουσίασαν λιγότερα αργά κύματα στον μετωπιαίο εγκεφαλικό φλοιό, το μέρος του εγκεφάλου που βοηθάει στον έλεγχο της παρορμητικότητας και της προσοχής.

Η χρήση της νευροανάδρασης για ψυχιατρικά προβλήματα εξαρτάται από την πρόσφατη κατανόηση σχετικά με αυτές τις ασθένειες. Το 1960, όταν αναπτύχθηκε η βιοανάδραση ως θεραπεία, η σχιζοφρένεια και η ΔΕΠ-Υ, θεωρούνται κυρίως ως αποτελέσματα συναισθηματικού τραύματος ή ελλιπούς ανατροφής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ.

Η πάθηση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι μία πραγματικότητα. Είναι ένα σύνδρομο. Δυστυχώς ή ευτυχώς καταγράφει ό,τι πέσει στην αντίληψη του χωρίς να μπορεί να το φιλτράρει, και μαθαίνει με έναν ανοργάνωτο και τυχαίο τρόπο και “πετάγεται” από το ένα θέμα στο άλλο χωρίς να μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του.²

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ δεν υστερεί από τα άλλα παιδιά σε ζητήματα αντίληψης. Το ξέρει ότι δυσκολεύεται να μάθει κάποια απλά πράγματα. Όμως την ώρα που προσπαθεί να συγκεντρωθεί, το σώμα του τού ζητάει να κουνηθεί και το μυαλό του δεν μπορεί να σταθεροποιηθεί σε αυτό που προσπαθεί. Πόσο κουραστικό είναι αυτό!

Όταν το ρωτάμε ευθέως για ένα γεγονός, δεν είναι σε θέση να το περιγράψει ή μιλάει λίγο γι' αυτό. Επίσης όταν γράφει γρήγορα, ο γραφικός χαρακτήρας του είναι άσχημος, σχεδόν δυσανάγνωστος, κάτι που το απογοητεύει πολύ και ας μην το δείχνει. Τέλος, όταν διαβάζει, δεν καταφέρνει να κατανοήσει το κείμενο και πολλές φορές πρέπει να του το εξηγήσει κάποιος ξανά και ξανά.

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ δε θέλει δραστηριότητες πάνω και πέρα από τις δυνάμεις του. Κουράζεται και απογοητεύεται. Χρειάζεται υπομονή. Οι δυσκολίες του που συνδέονται με τη διατήρηση της προσοχής και τον αυτοέλεγχο του χειροτερεύουν ή καλύτερεύουν κατά περιόδους, χωρίς να υπάρχει κάθε φορά λογική εξήγηση για αυτό. Αντιλαμβάνεται πόσο χαίρονται οι γύρω του όταν αυτό είναι καλύτερα και πόσο απελπίζονται όταν “ξαναπέφτει”.

Μπερδεύεται αφάνταστα όταν οι γύρω του – η γονείς του κυρίως – υποπίπτουν σε αντιφάσεις και το κάνουν να χάνει την πίστη του σε αυτούς. Το ξέρει ότι είναι πολύ δύσκολο και κουραστικό για τους γονείς του να έχουν ένα παιδί σαν αυτό· τους ζαλίζει και τους ενοχλεί όλη την ώρα και συχνά τους κάνει να ντρέπονται. Άρα, ας μη φοβούνται να είναι σταθεροί μαζί του. Αυτό θα το κάνει να νοιώθει περισσότερη σιγουριά. Έτσι, μπορούν οι γονείς να βάλουν τάξη στο χάος του παιδιού τους.

Όταν το βλέπετε να είναι πολύ ενοχλητικό και η συμπεριφορά του είναι πολύ αρνητική (μπορεί να χτυπάει ή και να βρίζει), δεν θέλει να πληγώσει κανέναν – πολύ περισσότερο τους γονείς του. Θέλει να είναι “καλός” και να τον αγαπούν οι άλλοι, αλλά δεν μπορεί να είναι ήρεμο. Άλλωστε, σίγουρα έχει πληγωθεί πολύ και από την απόρριψη του από τους συμμαθητές και πιθανά και τους δασκάλους του.

Καλό είναι βέβαια και για τους γονείς να μην το βομβαρδίζουν με την έννοια του “καλού παιδιού”. Κάποιες φορές θα γίνει και “κακός-ή”. Θέλει να το αγαπούν για αυτό που

² <http://www.specialeducation.gr/>

είναι και να του δίνουν κάθε φορά να καταλάβει ό,τι έκανε (θετικό ή αρνητικό, επιβράβευση ή επίπληξη).

Έχει μία μεγάλη υπερευαίσθησία που συνδέεται με παρορμητικότητα και κατευθύνεται από το συναίσθημα του με αποτέλεσμα να μην αντέχει την αυστηρή κριτική. Η διάθεση του μπορεί να αλλάξει γρήγορα και πολύ έντονα εξαιτίας κάποιων πολύ μικρών και ασήμαντων πραγμάτων και θέλει ο άλλος να το ξέρει αυτό κάθε φορά που το βλέπει να “εκρήγνυται”.

Καλό είναι οι γονείς του να μη του αφαιρούν το δικαίωμα του να θυμώνει, ακόμη και μαζί τους. Είναι και αυτό συναίσθημα και πρέπει να εκδηλωθεί. Αντίθετα, πρέπει να το προστατεύσουν από τον θυμό του και να του μάθουν να τον διοχετεύει σωστά. Επίσης, να μη του δίνουν επιπόλαιες υποσχέσεις γιατί τότε το παιδί με ΔΕΠ-Υ νοιώθει πολύ περιφρονημένο όταν δεν οι άλλοι δεν κρατούν τις υποσχέσεις τους.

Με τις απειλές και τους εκβιασμούς το παιδί δεν μαθαίνει, αλλά αντίθετα φοβάται και ίσως έτσι καταφύγει στην ψευτιά ή την επιθετική ενέργεια για να καλύψει τον φόβο του. Δεν είναι, επίσης, σωστό να του γίνονται παρατηρήσεις μπροστά σε κόσμο. Αυτό του το κάνουν όλοι και συνέχεια γιατί είναι “άτακτο” και “κακό” παιδί. μπορεί να προσέξει περισσότερο αυτό που θα του πείτε, αν του μιλήσετε ήρεμα, κάποια στιγμή που θα είστε μόνοι. Επίσης, δεν είναι καλό να του γίνονται συνεχώς παρατηρήσεις. Γιατί τότε θα χρειασθεί να προστατεύσει τον εαυτό του κάνοντας τον κουφό!³

Το παιδί αυτό έχει έντονο το αίσθημα του δικαίου. Θυμώνει πολύ και αισθάνεται άχρηστο όταν το αδικούν. Το ενοχλεί όταν το κατακρίνουν για κάτι που δεν μπορεί να κάνει. Το ξέρει ότι δεν μπορεί να το κάνει και θυμώνει και εκείνο με τον εαυτό του! Δε θα πέσει η υπόληψή κανενός αν ζητήσει συγγνώμη από ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Μια τίμια αναγνώριση ενός λάθους, του δημιουργεί πολύ θερμά συναισθήματα απέναντί στους άλλους και του μαθαίνει να ζητάει και εκείνο συγγνώμη για τα σφάλματά του (που μάλλον είναι και αυτά πολλά).

Είναι καλό για τους γονείς να μη του δημιουργούν το συναίσθημα πως τα λάθη του είναι αμαρτήματα (ενοχή). Μπερδεύονται έτσι μέσα του όλες οι αξίες που έχει μάθει να αναγνωρίζει και μειώνεται η αυτοπεποίθησή του.

Η αλήθεια είναι πως ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ έχει διαφορετικούς βιορυθμούς και μπορεί να κοιμάται λιγότερο απ' ό,τι τα άλλα παιδιά. Ο εγκέφαλος του χρειάζεται χρόνο για να μπορεί να "αποσυνδεθεί". Έτσι, το πρωί συχνά χρειάζεται χρόνο για να ξεκινήσει κανονικά τη μέρα του και συχνά είναι από το πρωί κουρασμένο. Η οικογένεια ενός τέτοιου παιδιού δε θα πρέπει να δίνει μεγάλη σημασία στις μικροαδιαθεσίες του. Καμιά φορά δημιουργούνται ίσα - ίσα για να κερδίσει την προσοχή που ζητούσε.

³ <http://www.specialeducation.gr/>

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ δεν δέχονται εύκολα τη σωματική επαφή. Έχει αυτό που λένε απτική αμυντικότητα. Δέχεται από μερικούς ανθρώπους χάρδια, ενώ δεν μπορεί από άλλους. Αυτό δεν σημαίνει ότι τους αντιπαθεί. Μάλλον προτιμά τα ελαφρά χάρδια στην πλάτη.

Συχνά αντιμετωπίζει δυσκολίες με τους συνομηλίκους του, καθώς με την παρορμητικότητα του δείχνει συχνά μικρότερο από την ηλικία του κάνοντας “χαζά” πράγματα. Το ξέρει ότι αντιδρά με παρορμητικό, συχνά υπερβολικό τρόπο. Ξαφνικά ενεργεί με απρόβλεπτο τρόπο, πετάγεται ή λέει κάτι άσχετο με τη συζήτηση την ώρα που οι άλλοι μιλούν, καταστρέφει κάποιο αντικείμενο, δεν τηρεί τους κανόνες του παιχνιδιού, θυμώνει εύκολα ή δείχνει προσβεβλημένο. Εξ αιτίας αυτού οι άλλοι ενοχλούνται ή πιστεύουν ότι “δεν είναι στα λογικά του”. Συχνά δεν το θέλουν στα σπίτια τους και αυτό έχει απομονώσει αρκετά παιδιά με ΔΕΠ-Υ από τις παρέες τους.

Σωστό είναι να μη το συγκρίνετε με άλλα παιδιά. Νοιώθει πολύ άσχημα, χάνει τον εαυτό του. Είναι μοναδικός-(ή). Έτσι θέλει να αισθάνεται. Επίσης, δεν χρειάζεται να το προστατεύετε από τις συνέπειες των πράξεων του. Χρειάζεται καμιά φορά να πάθει για να μάθει.

Τα πηγαίνει καλύτερα με αρκετά πιο μεγάλα παιδιά (αυτά εκτιμούν αφενός το γεγονός ότι επικοινωνούν εύκολα μαζί του χάρη στην προθυμία του να ασχοληθεί με νέα πράγματα και επιπρόσθετα πιστεύουν ότι ασκούν επίδραση πάνω του). Επίσης, τα πηγαίνει καλά και με αρκετά μικρότερα παιδιά (αυτά επωφελούνται από την ανάγκη του να πάρει τον ρόλο του δυνατού και να προσφέρει βοήθεια, τη στοργικότητα του και τον ταχύτατο ρυθμό με τον οποίο αλλάζει νέα παιχνίδια). Με τους συνομηλίκους τα καταφέρνει καλά όταν αυτοί έχουν την ίδια ή ακριβώς την αντίθετη ιδιοσυγκρασία, ειδικά στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Οι γονείς δεν πρέπει να ξεχνάνε πόσο γρήγορα μεγαλώνει, όπως όλα τα παιδιά άλλωστε, περνώντας από διάφορες φάσεις. Πρέπει να σταθούν δίπλα του σε κάθε στιγμή και προσπαθήσουν να προσαρμόσουν την στάση τους στις ανάγκες του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. χωρίς αυτό να σημαίνει ότι χρειάζεται να το παραχαϊδεύουν (υπερπροστασία). Το παιδί ξέρει πολύ καλά πως δεν θα πρέπει να του δίνετε οτιδήποτε ζητάει. Σας δοκιμάζει για να δει. Θέλει να μάθει να αντέχει στις ματαιώσεις. Αλλιώς υποφέρει.⁴

Παίξτε μαζί του. Σας θέλει γιατί του αρέσετε. Σας έχει ανάγκη για να το οδηγήσετε στα μονοπάτια της φαντασίας και του παραμυθιού. Πηγαίνετε το σε κάποιον ειδικό για να το βοηθήσει. Πίστεψέ το, δεν μπορείτε από μόνοι σας να αντιμετωπίσετε αυτό που του συμβαίνει. Ελάτε σε συνεργασία με τον δάσκαλό του. Έτσι, και εκείνος θα καταλάβει ότι προσπαθείτε για το παιδί και δεν είναι μόνος του, αλλά και το παιδί θα ξέρει ότι δεν είναι μόνο του στον αγώνα του.

⁴ <http://www.specialeducation.gr/>

Καλό είναι να μην προσπαθείτε με τις ερωτήσεις σας να του προσφέρετε έμμεσα την απάντηση. Έχει δικαίωμα να έχει τη δική του γνώμη. Δώστε του περιθώρια να την πει και να εκφράσει τα συναισθήματά του.

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ καταγράφει ό,τι πέσει στην αντίληψή του χωρίς να μπορεί να το φιλτράρει. Μαθαίνει με έναν τρόπο ανοργάνωτο και τυχαίο, και πετάγεται από το ένα θέμα στο άλλο χωρίς να μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του. Δεν πρόκειται για παιδί με χαμηλό δείκτη νοημοσύνης παρόλο που δυσκολεύεται πολύ να μάθει κάποια απλά πράγματα. Την ώρα που προσπαθεί να συγκεντρωθεί το σώμα του του ζητάει να κινηθεί και το μυαλό του δεν μπορεί να σταθεροποιηθεί σ' αυτό που προσπαθεί.

6.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥΣ

Η ΔΕΠ-Υ, επηρεάζει την ακαδημαϊκή, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα του ασθενή, οδηγώντας τον σε φτώχη ακαδημαϊκή επίδοση και χαμηλή επαγγελματική αποκατάσταση. Οι ασθενείς με ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα αυτοί με συνυπάρχουσα διαταραχή διαγωγής, έρχονται συχνά σε σύγκρουση με το νόμο και έχουν αυξημένο κίνδυνο για παραπτωματικότητα και κατάχρηση ουσιών. Οι επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ αφορούν ολόκληρη την οικογένεια οδηγώντας σε αυξημένο στρες και συγκρούσεις, χαμηλή παραγωγικότητα των γονέων και συχνή απουσία από την εργασία. Ασθενείς με ΔΕΠ-Υ κάνουν συχνή χρήση υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα μεγάλη οικονομική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας. Η φαρμακοθεραπεία μόνη της ή σε συνδυασμό με Θεραπεία Συμπεριφοράς, είναι αποτελεσματική στη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.⁵

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), η Υπερκινητική Διαταραχή (ΥΚΔ) και τα συνοδά συμπτώματά τους, μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς αλλά και όλων αυτών που έρχονται σε επαφή μαζί του, ιδιαίτερα την οικογένεια, τους φίλους, τους συνομηλίκους, τους δασκάλους και τους συναδέλφους. Η διασπαστική συμπεριφορά στο σχολείο και το πανεπιστήμιο, συνήθως οδηγεί σε χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση, που μειώνει τις προοπτικές εργασίας και την επαγγελματική αποκατάσταση στην ενήλικη ζωή. Οι διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις των ασθενών με ΔΕΠ-Υ συχνά επιβαρύνουν την λειτουργικότητα της οικογένειας και εμποδίζουν τη δημιουργία ώριμων σχέσεων στην ενήλικη ζωή. Οι συνέπειες της ΔΕΠ-Υ και των συμπτωμάτων της, αν δεν αντιμετωπιστούν σωστά, μπορεί να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς αλλά και των ατόμων που βρίσκονται γύρω του.

Επιπτώσεις στον ασθενή

⁵ <http://www.psychiatry24x7.gr/>

Οι επιπτώσεις της νόσου στην ανάπτυξη του παιδιού μπορεί να είναι μακροχρόνιες, ιδιαίτερα αν δεν αντιμετωπιστούν σωστά. Αν και κάποιες αποτελούν τις άμεσες συνέπειες της ίδιας της διαταραχής, οι περισσότερες σχετίζονται με τα επακόλουθα προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις, στην ακαδημαϊκή επίδοση και την συναισθηματική ανάπτυξη. Οι επιπτώσεις αυτές μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με τη σωστή θεραπεία.

Επιπτώσεις στην οικογένεια

Οι επιπτώσεις της νόσου στις οικογένειες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι δραματικές. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, αυτομομφής, κοινωνικής απομόνωσης, κατάθλιψης και ενδοσυζυγικής σύγκρουσης. Επιπρόσθετα συνυπάρχει συχνά και οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της απουσίας των γονέων από τη δουλειά ή της παραίτησης από αυτή προκειμένου να καλυφθούν οι εξαιρετικές απαιτήσεις και ειδικές ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Μια έρευνα αναφέρει ότι το 40% περίπου των φροντιστών γονέων, άλλαξαν την εργασιακή τους κατάσταση μετά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Σχήμα 7). Αυτό συμπεριλαμβάνει μείωση των ωρών εργασίας (44%), μετατροπή του ωραρίου εργασίας (21%), αλλαγή τύπου δουλειάς (14%) και διακοπή εργασίας (10%). Η οικονομική επιβάρυνση είναι πιθανό να συμβάλλει περισσότερο στο στρες της οικογένειας και της γονεϊκής σχέσης.⁶

Όταν γίνει διάγνωση ΔΕΠ-Υ σε ένα παιδί, πολλοί γονείς μπορεί να ανησυχήσουν ή να ταραχτούν, ενώ άλλοι μπορεί να ανακουφιστούν εφόσον έχει βρεθεί η αιτία για τα προβλήματα του παιδιού τους. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι γονείς ότι η ΔΕΠ-Υ δεν είναι αποτέλεσμα «κακής γονικής φροντίδας» και ότι υπάρχει ένα ευρύ φάσμα θεραπειών που βοηθούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων. Δεν είναι εύκολο να είναι κανείς γονιός ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Οι δυσκολίες και το στρες μπορεί να είναι πολύ έντονα. Η ανάγκη για διαρκή και στενή επίβλεψη από πλευράς των γονιών μπορεί να προκαλέσει τεράστια πίεση στη ζωή της οικογένειας. Είναι γνωστό ότι στις οικογένειες που έχουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, οι γονείς βιώνουν αυξημένα συναισθήματα αποτυχίας και απογοήτευσης, έχουν συχνότερες συγκρούσεις με τον/τη σύζυγο και μεγαλύτερες πιθανότητες να καταλήξουν σε διαζύγιο. Η συνύπαρξη με ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλεί ταραχή και αναστάτωση στα άλλα παιδιά της οικογένειας. Ορισμένα από τα παιδιά αυτά μπορεί να μαλώνουν και να γίνονται ανυπάκουα επειδή εξεγείρονται απέναντι στην κατάσταση που επικρατεί στην οικογένεια. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν ανάγκη από οργάνωση και σταθερότητα στη ζωή τους. Οι διακοπές, οι αργίες και άλλα ιδιαίτερα γεγονότα μπορεί να διαταράξουν τη σταθερότητα αυτή και να προκαλέσουν καταστάσεις στρες. Για να αποφευχθεί αυτό, μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμο αν οι γονείς ενημερώσουν το παιδί εκ των προτέρων για το τι πρόκειται να συμβεί. Οι γονείς θα

⁶ <http://www.psychiatry24x7.gr/>

πρέπει να αποσπούν την προσοχή του παιδιού όταν αναστατώνεται υπερβολικά και να παρεμβάλλουν στιγμές εκτόνωσης της πλεονάζουσας ενέργειας.

Οι συγκρούσεις με πρόσωπα εξουσίας και η απόρριψη από τους συνομηλικούς επιβαρύνει ακόμα περισσότερο τη σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Οι σχέσεις με την οικογένεια, την τοπική κοινότητα και το σχολείο μπορεί να επηρεασθούν απ' τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε σημαντικό βαθμό. Στο σπίτι η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ οδηγεί συχνά σε σύγκρουση με τους γονείς και τα αδέρφια. Το σημαντικό στρες που προκαλείται στις οικογενειακές σχέσεις μπορεί να οδηγήσει σε κατάρρευση της οικογενειακής ζωής, ακόμα και στη διάλυση της συζυγικής σχέσης.

Η οργάνωση, η συγκρότηση και η σταθερότητα αποτελούν βασικά στοιχεία για τη ζωή των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους να αποκτήσει σταθερές συνήθειες στο σπίτι και να τους παράσχουν ένα τακτικό, οργανωμένο περιβάλλον. Μπορούν να μάθουν στο παιδί πώς να οργανώνει τη μελέτη του και πώς να ξεπερνά την εσωτερική αποδιοργάνωσή του. Για παράδειγμα, η χρήση μιας καθημερινής λίστας και αυτοκόλλητων σημειωμάτων ως οπτικών υπενθυμίσεων μπορούν να βοηθήσουν τους εφήβους να οργανώσουν τη μελέτη τους. Η συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες μπορεί να βελτιώσει τις κοινωνικές δεξιότητες και την αυτοεκτίμηση του παιδιού και να το βοηθήσει να εκτονώσει την περίσσια ενέργεια.

Οικονομικές επιπτώσεις

Η οικονομική επιβάρυνση δεν αφορά μόνο τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι ασθενείς με ΔΕΠ-Υ, κάνουν συχνότερη χρήση του συστήματος ψυχικής υγείας, των ιατρικών, κοινωνικών και ειδικών εκπαιδευτικών υπηρεσιών. Για παράδειγμα, έρευνα που συνέκρινε το οικονομικό κόστος των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με αυτό των παιδιών που δεν πάσχουν από ΔΕΠ-Υ, κατέδειξε ότι το κόστος ιατρικής φροντίδας είναι σχεδόν διπλάσιο για την πρώτη ομάδα. Το κόστος αυτό, αφορά μόνο το άτομο με ΔΕΠ-Υ, χωρίς να συνεκτιμηθεί το επιπρόσθετο κόστος που προκύπτει από το αυξημένο στρες της οικογένειας, την επιβάρυνση της υγείας της οικογένειας, την ελάττωση της επαγγελματικής παραγωγικότητας των γονέων και τις απουσίες τους από την εργασία. Παρά το γεγονός ότι το κόστος αυτό δεν έχει επαρκώς τεκμηριωθεί, εκτιμάται ότι επιβαρύνει τόσο τους εργοδότες όσο και το σύστημα υγείας με τη μορφή του άμεσου κόστους για την περίθαλψη της οικογένειας και του έμμεσου κόστους από την ελάττωση της παραγωγικότητας.⁷

⁷ <http://www.psychiatry24x7.gr/>

Πώς επηρεάζει η ΔΕΠ-Υ τη σχολική διαδικασία;

Τα περισσότερα παιδιά με διάγνωση ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλή σχολική επίδοση. Το μοντέλο χαμηλής ακαδημαϊκής επίδοσης, συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή αν η ΔΕΠ-Υ μείνει χωρίς αντιμετώπιση. Η χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση θεωρείται αποτέλεσμα της τριάδας των συμπτωμάτων της νόσου μέσα στην τάξη, γεγονός που υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα μελετών, στις οποίες βρέθηκε ότι θεραπεία με διεγερτικά, βελτιώνει τα συμπτώματα αλλά και την ακαδημαϊκή επίδοση. Η επίδοση στο σχολείο επηρεάζεται επίσης από την υψηλή επίπτωση μαθησιακών διαταραχών και καθυστέρησης στην νοητική και στη γλωσσική ανάπτυξη.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές χαρακτηρίζονται ανυπάκουα ή «πεισματάρικα». Αυτό συχνά οφείλεται στο ότι δυσκολεύονται να μείνουν συγκεντρωμένα και στο ότι χάνουν σημαντικά κομμάτια μιας συζήτησης ή των οδηγιών που τους δίνονται. Ένα παιδί που παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ συχνά νιώθει ότι το μεταχειρίζονται άδικα. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό μπορεί να είναι αλήθεια. Για παράδειγμα, σε μια σχολική τάξη, ο δάσκαλος μπαίνει και βρίσκει όλα τα παιδιά να κάνουν φασαρία. Εκτός από το παιδί με τη ΔΕΠ-Υ, όλα τα άλλα παιδιά σταματούν αμέσως ό,τι κάνουν. Το παιδί με τη ΔΕΠ-Υ μπορεί να μη δει το δάσκαλο να μπαίνει στην τάξη και όταν τον δει δεν είναι σε θέση να σταματήσει αμέσως την ανάρμοστη συμπεριφορά. Κατά συνέπεια, ο δάσκαλος μαλώνει μόνο το παιδί με τη ΔΕΠ-Υ.

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ –δυσκολία του παιδιού να μείνει ακίνητο, να συγκεντρωθεί και να ακούσει– μπορεί να κάνουν το σχολείο δύσκολο για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Παρόλο που τα περισσότερα παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠ-Υ έχουν φυσιολογική ή αυξημένη νοημοσύνη, σε ποσοστό 40-60% παρουσιάζουν σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες. Αντιμετωπίζουν προβλήματα απόδοσης στο σχολείο λόγω κακής οργάνωσης, παρορμητικότητας / υπερκινητικότητας και διάσπασης της προσοχής. Ως αποτέλεσμα, πολλά παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να «μείνουν» στην ίδια τάξη, να εγκαταλείψουν το σχολείο και να παρουσιάσουν χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις. Ωστόσο, με το σωστό συνδυασμό κατάλληλων εκπαιδευτικών πρακτικών και θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής αγωγής και της συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, οι επιπτώσεις αυτές μπορούν να αποφευχθούν.⁸

Η σταθερότητα και η οργάνωση μπορούν να διευκολύνουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του σχολείου

⁸ <http://www.janssen-cilag.gr/>

Συμπεριφορικά προβλήματα

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για παραπτωματοκότητα και κατάχρηση ουσιών. Επιπλέον, οι επιπτώσεις της νόσου στις κοινωνικές σχέσεις και την ακαδημαϊκή επίδοση στην παιδική και εφηβική ηλικία μπορεί να επηρεάσουν και την ενήλικη ζωή. Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να έχουν κατώτερες επαγγελματικές θέσεις, φτωχές κοινωνικές σχέσεις και να έρθουν σε σύγκρουση με το νόμο. Οι παραβάσεις του κώδικα οδικής κυκλοφορίας είναι συχνότερες στα άτομα ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τους μάρτυρες και σε μια έρευνα αναφέρθηκε ότι το 55% των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν εξάρτηση από ουσίες σε σύγκριση με 27% του φυσιολογικών ενηλίκων.

Σε κοινωνικό επίπεδο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δυσκολεύονται να αναπτύξουν καλές σχέσεις με πρόσωπα κύρους και συνομηλίκους τους. Η διαταραχή δεν επηρεάζει μόνο το παιδί που πάσχει, αλλά και την οικογένειά του. Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να δυσχεράνει ιδιαίτερα τις παιδικές φιλίες ή τις σχέσεις με συνομηλίκους.

Η απόρριψη από τους συνομηλίκους ή η έλλειψη στενών φίλων συμβάλλουν στο γεγονός ότι πολλά από τα παιδιά αυτά συχνά νιώθουν μόνα και παρεξηγημένα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα παιδιά αυτά μπορεί επίσης να κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν άγχος, διαταραχές της διάθεσης, κατάχρηση ουσιών και εγκληματικότητα κατά την εφηβεία. Δεν γνωρίζουμε ακόμα πλήρως πώς ακριβώς συμβάλλει η ΔΕΠ-Υ στα κοινωνικά προβλήματα. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ του τύπου κυρίως ελλειμματικής προσοχής συχνά θεωρούνται από τους συνομηλίκους τους ντροπαλά ή απόμακρα. Οι έρευνες δείχνουν ότι η επιθετική συμπεριφορά στα παιδιά με συμπτώματα παρορμητικότητας / υπερκινητικότητας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην απόρριψη τους από τους συνομηλίκους. Άλλοι παράγοντες που μπορούν να συντελέσουν στην απόρριψη από τους συνομηλίκους είναι η αδυναμία του παιδιού να ελέγξει τις παρορμήσεις του, να περιμένει τη σειρά του και να ακολουθήσει οδηγίες και η φλυαρία του.⁹

Ο ρόλος του δασκάλου

Ορισμένα παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠ-Υ μπορεί να ενταχθούν σε κάποια τάξη ειδικής αγωγής για όλες ή ορισμένες σχολικές ώρες. Ωστόσο, τα περισσότερα παιδιά μπορούν να ενταχθούν σε μια κανονική τάξη με την προϋπόθεση ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των γονιών του παιδιού και του σχολείου. Ο δάσκαλος παίζει σημαντικό ρόλο στην παρακολούθηση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Οι τακτικές επαφές με τους εκπαιδευτικούς είναι

⁹ <http://www.janssen-cilag.gr/>

ουσιώδους σημασίας για την αξιολόγηση των μεταβολών στη συμπεριφορά του παιδιού.

Για να ανταπεξέλθει στην τάξη, το παιδί με ΔΕΠ-Υ συχνά χρειάζεται να μάθει τεχνικές για να ελέγχει την προσοχή και τη συμπεριφορά του. Ο δάσκαλος πρέπει να γνωρίζει πώς να χειριστεί και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του παιδιού, π.χ. επιβραβεύοντας και ενθαρρύνοντας το. Επιπροσθέτως, ο δάσκαλος μπορεί να βοηθήσει χρησιμοποιώντας σωστές διδακτικές τεχνικές με έμφαση στους κανόνες, στην οργάνωση, στις σταθερές συνήθειες, λέγοντας στους μαθητές από πριν τι πρόκειται να μάθουν, δίνοντας γραπτές αλλά και προφορικές οδηγίες, επανεξετάζοντας τις οδηγίες, καταγράφοντας τα βιβλία και το υλικό που θα χρειαστούν οι μαθητές για μια εργασία, χρησιμοποιώντας εποπτικό υλικό κλπ. Όλες αυτές οι μέθοδοι μπορεί να διευκολύνουν τους αποδιοργανωμένους μαθητές με ελλειμματική προσοχή να ανταπεξέλθουν στο σχολείο και να τους βοηθήσουν να πετύχουν.

6.3 ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Περίπου το ένα τρίτο των μητέρων αναφέρουν ότι τα παιδιά τους ήρθαν στον κόσμο χωρία να υπάρχει κάποια εμφανής αιτία, δεκατέσσερις ημέρες μετά την ημερομηνία που είχαν αρχικά υπολογίσει. Μερικές δηλώνουν ότι το μωρό τους ήταν ανήσυχο ήδη από τη μήτρα. Οι περισσότερες απ' αυτές τις μητέρες ούτε έπιναν ούτε κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τις επικρατούσες αντιλήψεις. Συχνά ήδη από την περίοδο κατά την οποία τα παιδιά βρίσκονται στον θάλαμο νεογνών, παραμένουν άγρυπνα, εξετάζουν προσεκτικά και με ανοικτά τα μάτια τον κόσμο και όχι σπάνια γίνονται κουραστικά από τις πρώτες κιόλας μέρες της ζωής τους. Φωνάζουν πολύ και κοιμούνται λίγο. Πολλοί θα ήταν ευτυχείς αν κάποιες μητέρες έφευγαν κάπως νωρίτερα από την κλινική επειδή έτσι ο θάλαμος των νεογνών θα ήταν πιο ήσυχος.¹⁰

Το μωρό θέλει από τους άλλους να ασχολούνται μαζί του πολύ και διαρκώς. Στο πρώτο έτος της ζωής του βάζει τις φωνές όταν δυσαρεστείται. Συχνά οι γονείς υποθέτουν ότι αιτία γι' αυτό είναι οι κολικοί. Βεβαίως, υπάρχουν και παιδιά που μένουν άπνα και μολαταύτα είναι αρκετά ευχαριστημένα.

Ορισμένα βρέφη δεν επιθυμούν τη σωματική επαφή που θα ήθελαν οι γονείς τους. Πολλά επιχειρούν να σταθούν όρθια αρκετά νωρίς. Η φάση όπου μόλις αρχίζουν να στέκονται στα πόδια τους είναι συχνά πολύ σύντομη και την υπερπηδούν. Τις περισσότερες φορές το ελεύθερο τρέξιμο αρχίζει πριν το δωδέκατο μήνα, κάποτε μάλιστα και από τον έβδομο ή τον όγδοο μήνα της ζωής.

¹⁰ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

Όταν το παιδί είναι σε θέση να τρέξει, αρχίζει να χοροπηδάει, σκαρφαλώνει πάνω σε αντικείμενα και ξαναπηδάει κάτω. Είναι πάντα σε δράση, ασχολείται διαρκώς με κάτι καινούριο, καταπιάνεται με όλα. Οι βαρετές καταστάσεις, όπως είναι το αλλαγμα, του προκαλούν αποστροφή και κουλουριάζεται σαν σκουλήκι. Δεν είναι σπάνιο ένα τέτοιο παιδί να πέφτει από το σημείο πάνω στο οποίο το αλλάζουν παρά την προσοχή των γονιών του. Όταν αποφασίζει να εξερευνήσει τον χώρο, δείχνει να μην αντιλαμβάνεται ή να αντιλαμβάνεται ελάχιστα τις απαγορεύσεις.

Κατά κανόνα, τα παιδιά στη νηπιακή ηλικία είναι πρόσχαρα και δείχνουν χαρούμενη διάθεση απέναντι σε όλους τους ανθρώπους. Μερικά όμως – σε πλήρη αντίθεση με τον κανόνα – είναι τόσο άκεφα ώστε προσελκύουν την προσοχή. Ορισμένα νήπια, ιδιαίτερα στο δεύτερο έτος της ηλικίας τους, είναι μάλλον ζωνρά και, καθώς έχουν ήδη αρχίσει να μιλούν από τον ενάμιση χρόνο, προκαλούν ενθουσιασμό και κατάπληξη στην οικογένεια.

Η γλωσσική ανάπτυξη αρχίζει από πολύ νωρίς. Το πλούσιο και ταχύτατα αναπτυσσόμενο λεξιλόγιο αυτών των παιδιών καθώς και μια αρκετά καλή μίμηση του τόνου της φωνής αφήνει τους άλλους έκπληκτους. Εντούτοις, μια ομάδα παιδιών εμφανίζει καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη, κάνοντας λάθη στην προφορά, διατηρώντας πολλές νηπιακές λέξεις (όπως παιζάκι αντί παιδάκι) και χρησιμοποιώντας γραμματικές γλωσσικές κατασκευές που δεν είναι σωστά αναπτυγμένες.

Το παιδί αρχίζει να κατακτά γλωσσικές δεξιότητες, να μιλά και να κάνει ερωτήσεις χωρίς τελεία και κόμμα και να μιλά συχνότερα για κάτι που στην πραγματικότητα δεν είναι το θέμα συζήτησης κυρίως από το τέταρτο έτος. Διακόπτει τους άλλους, πετιέται ή ρωτά συνέχεια το ίδιο πράγμα σε σημείο που κάνει τους άλλους να αναρωτιούνται αν πράγματι εννοούσε αυτό που ρώτησε, αν δηλαδή όντως ήθελε να κάνει μια ερώτηση.

Πολλά παιδιά από το δεύτερο έτος της ηλικίας τους δείχνουν ακόμη πιο εμφανώς πόσο δραστήρια είναι. Φαίνεται ότι το παιδί δεν έχει τη δυνατότητα να εκτιμήσει τον κίνδυνο και ότι είναι διαρκώς έτοιμο να ρισοκινδυνεύσει. Εκτός από ρισοκίνδυνο είναι αρκετές φορές και ξεχασιάρικο. Παθαίνει συχνά μικροατυχήματα, πέφτει από τη σκάλα ή καθώς χοροπηδάει προς τα πίσω, χτυπάει στη γωνία του τοίχου. Πολλές φορές οι γονείς χρειάζεται να καλέσουν το ασθενοφόρο για μια ακόμη φορά, νιώθοντας τα επικριτικά βλέμματα των άλλων να καρφώνονται πάνω τους – οι άλλοι συμπεραίνουν ότι δεν πρόσεχαν όσο θα έπρεπε το παιδί.

Στη νηπιακή ηλικία το παιδί πειραματίζεται υπερβολικά και δυσκολεύεται να παραμείνει ήσυχο. Καθώς περνούν τα χρόνια και η παρορμητική συμπεριφορά του αυξάνεται, το παιδί καταλήγει να προκαλεί όλο και μεγαλύτερα προβλήματα στους γύρω του.

Πολλά παιδιά αναπτύσσουν από νωρίς μια σταθερή, γεμάτη πείσμα συμπεριφορά η οποία μοιάζει να εκδηλώνεται κάθε στιγμή στη ζωή τους. Με την παραμικρή αφορμή έχουν εκρήξεις οργής. Κλαίει πολύ. Αντιδρούν συνεχώς με πείσμα και ουρλιαχτά, και ειδικά όταν

στα πλαίσια μιας προγραμματισμένης ρουτίνας υπεισέλθει κάποιος αστάθμητος παράγοντας ή όταν για πρώτη φορά προκύψει κάτι ασυνήθιστο. Πολλές φορές μάλιστα πέφτουν καταγής.

Όταν ελκύονται ολοκληρωτικά από κάτι ή όταν κάτι καινούριο τους προκαλέσει το ενδιαφέρον να παίξουν μόνα τους. Και αυτό είναι πρόβλημα για τους γονείς των νηπίων, ειδικά το πρωί, όταν αυτά έχουν ξυπνήσει πολύ νωρίς και με ανόητο τρόπο επωφελούνται από το χρονικό διάστημα που δεν τα επιβλέπουν.¹¹

Έτσι, ένα παιδί τριών μηνών θα ποτίσει το χαλί του διαδρόμου με λάδι από τη σαλάτα δείχνοντας μεγάλη προσήλωση και αποδοτικότητα σ' αυτό το έργο, θα βάλει το πολύτιμο ρολόι της μητέρας μαζί με τις κάλτσες μέσα στο πλυντήριο, ή με χαρακτηριστική ευλάβεια θα πατικώσει ένα ολόκληρο ρολό χαρτιού υγείας που έχει ξετυλίξει στην τουαλέτα. Στη συνέχεια θα φτιάξει ένα μεγάλο πύργο από καρέκλες, σκαμνιά και βιβλία, και θα σκαρφαλώσει εκεί επάνω για να φτάσει το κλειδί από το σύνθετο της μητέρας, το οποίο στη συνέχεια θα δοκιμάσει με επιμονή έως ότου ανοίξει την κλειδαριά.

Όταν το παιδί είναι κάπως μεγαλύτερο, παίζει το αποκαλούμενο παιχνίδι του σκορπίσματος εδώ κι εκεί. Έτσι θα αναποδογυρίσει τα playmobil και το κουτί με τα lego του μόνο και μόνο για να ασχοληθεί με μια άλλη δραστηριότητα.¹²

Συνήθως, ο καθένας από τους γονείς, όταν βρίσκεται μόνος του με το παιδί, είναι σε θέση να χειριστεί ευκολότερα την κατάσταση. Όταν όμως επεμβαίνει και ο άλλος γονιός ή όταν ένα καινούριο αδελφάκι πρόκειται να έρθει στον κόσμο, το παιδί είναι δυνατόν να γίνει περισσότερο ζωνρό. Όσο πιο μεγάλη είναι η ομάδα των παρευρισκομένων και όσο πιο πολύ διαρκεί μια κατάσταση, τόσο πιο δύσκολο γίνεται για τους γονείς να δαμάσουν το παιδί τους. Τα χέρια του βρίσκονται παντού, αλλάζει διαρκώς θέση, ρωτά πόσο ακόμη θα διαρκέσει κάτι, δοκιμάζει οτιδήποτε μπορεί (χωρίς να προσέχει) και με την ευκαιρία αυτή γίνεται εντελώς προκλητικό: δαγκώνει τη σοκολάτα του Νίκου, κομματιάζει την υπόλοιπη, ανακατεύει τα τρίμματα στο σταχτοδοχείο για να ζωγραφίσει με γκρίζα δάχτυλα πάνω στο λευκό τραπεζομάντιλο.

Πολύ γρήγορα οι οικογένειες με ένα τέτοιο παιδί παύουν να συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις ή κάνουν πολύ σύντομες επισκέψεις σε σπίτια όπου γίνονται οικογενειακές γιορτές. Οι έξοδοι για ψώνια περιορίζονται χρονικά και γίνονται μόνο σε επιλεγμένα καταστήματα, όπου δε θα χαλάσει ο κόσμος αν το παιδί εργαστεί στην προθήκη ή πίσω από τα ράφια της αποθήκης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα υπερκινητικό παιδί αντιλαμβάνεται πολύ γρήγορα αν κάποιος του εναντιώνεται και αν το συμπαθεί ή το αντιπαθεί. Από πολύ νωρίς το παιδί επιδιώκει να είναι ανεξάρτητο και να κάνει μόνο αυτό που έχει όρεξη. Ο τρίχρονος Γιάννης το μεσημέρι της παραμονής των Χριστουγέννων αποφάσισε να πάει βόλτα μόνος του. Το

¹¹ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

¹² <http://www.psychiatry24x7.gr/>

παιδί εξαφανίστηκε για δυο ώρες και αντέδρασε γεμάτο έκπληξη όταν οι εξαντλημένοι και σαστισμένοι γονείς του το ξαναβρήκαν με τη βοήθεια της αστυνομίας. Καθισχύασε τη μαμά του λέγοντας ότι ασφαλώς ήξερε πώς να ξαναγυρίσει στο σπίτι.¹³

Από την προσχολική ηλικία κιόλας παρατηρούμε ότι το παιδί αρχίζει πολλά πράγματα και ολοκληρώνει λίγα, και ότι ο ενθουσιασμός του φουντώνει γρήγορα αλλά δεν διαρκεί πολύ. Ακόμη, δίνει την εντύπωση ότι δεν πείθεται εύκολα και ότι είναι δύστροπο. Αυτό που έχει βάλει στο νου του, καθώς φαίνεται, πρέπει να το πραγματοποιήσει αμέσως, γιατί δεν μπορεί να περιμένει. Όταν δεν πετυχαίνει κάτι, απογοητεύεται εύκολα και τα παρατάει. Συχνά χρησιμοποιεί εκφράσεις όπως «δεν μπορώ», «δε θέλω», «αυτό είναι βλακεία».

Οι γονείς βλέπουν ότι το παιδί τους παρουσιάζει αντιφατικές μορφές συμπεριφοράς, μεγάλη αστάθεια στη διάθεση. Όταν το παιδί είναι εκνευρισμένο, η οποιαδήποτε προσπάθειά τους να το ηρεμήσουν καταλήγει στη γνωστή έκρηξη οργής από την πλευρά του. Όπως φαίνεται, το παιδί μπορεί πολύ εύκολα να εμπλέκεται όλο και περισσότερο σε συναισθηματικές καταστάσεις.

Στις ομάδες των συνομηλίκων του, ήδη από την εποχή του νηπιαγωγείου, δίνει εντολές στα άλλα παιδιά. Οποσδήποτε η ανάγκη του για συμμετοχή είναι μεγάλη. Όλα όσα του προκαλούν δυσφορία τα σχολιάζει ανάλογα, με μια πρόωμη τάση να χρησιμοποιεί βρομόλογα και σεξιστικές λέξεις. Έχει μεγάλη περιέργεια για όλα και συχνά εκδηλώνει πρώιμο ενδιαφέρον για τη σεξουαλικότητα. Πάντα εξωτερικεύει αμέσως αυτό που ξέρει και σκέφτεται, οδηγώντας πολλές φορές τα άλλα άτομα στο περιβάλλον του να κάνουν διάφορες υποθέσεις για τη συμπεριφορά του αυτή.

Συνηθίζει να στρογγυλοκάθεται εκεί που παίζουν τας άλλα παιδιά, χωρίς να τα ρωτήσει προηγουμένως εάν μπορεί να παίξει μαζί τους. Είναι φανερό ότι προσπαθεί να προσελκύει διαρκώς την προσοχή. Κατά περιόδους, μοιάζει να είναι και επιθετικό απέναντι στα άλλα παιδιά. Τα σπρώχνει, παλεύει με γροθιές και τους παίρνει διάφορα πράγματα. Αυτή η συμπεριφορά συνεχίζεται μέχρι τη σχολική ηλικία. Το υπερκινητικό παιδί καταστρέφει αυτό με το οποίο καταπιάνεται.¹⁴

Όταν το απειλούν με τιμωρία, απαντά με στερεότυπο τρόπο ότι «δεν το νοιάζει». Όταν το παροτρύνουν να κάνει κάτι, συνηθίζει να απαντά «αμέσως» αλλά να μην κάνει τίποτα. Από νωρίς λοιπόν γίνεται αισθητό ότι το παιδί αυτό δεν έχει την ικανότητα να τηρεί τους πιο απλούς κανόνες για τη συμβίωσή του με τους άλλους.

Όπως φαίνεται, το υπερκινητικό παιδί έχει επιδεξιότητα στις αδρές κινήσεις. Είναι κινητικά δραστήριο και όταν βρίσκεται σε αυτοκίνητο είναι πάντοτε προσηλωμένο στην

¹³ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

¹⁴ <http://www.psychiatry24x7.gr/>

ταχύτητα και προικισμένο με την ικανότητα να αντιδρά αστραπιαία και με μεγάλη αποτελεσματικότητα.

Ωστόσο, πρέπει να είμαστε προσεκτικοί και να σκεφτόμαστε καλά κάθε προειδοποιητική έκφραση που χρησιμοποιούμε. Ο παππούς του Γιάννη λέει: «Γιάννη, μη βγεις στο δρόμο, αλλιώς θα έρθουν οι άγγελοι να σε πάρουν». Μια τέτοια προειδοποίηση όμως είναι επικίνδυνη, επειδή ο Γιάννης ίσως θελήσει κάποια στιγμή να δει τους αγγέλους του.¹⁵

Οι δραστηριότητες της ζωγραφικής και της κοπτικής στον παιδικό σταθμό δεν φαίνεται να το ενθουσιάζουν. Πολλά παιδιά – μολονότι έχουν επιδεξιότητα στις αδρές κινήσεις – δείχνουν να μην έχουν επαρκή έλεγχο των λεπτών κινήσεων, με αποτέλεσμα να είναι αδέξια στη ζωγραφική και την κοπτική. Το παιδί περισσότερο σκιστάρει παρά ζωγραφίζει. Δεν του αρέσει αυτή η δραστηριότητα και το δείχνει καθαρά.

Φαίνεται επίσης ότι δυσκολεύεται στην εκμάθηση κόσμιων συνηθειών. Όταν κάθεται στο τραπέζι, τα μαχαίρια και τα πιρούνια τα πιάνει από την κάτω πλευρά, από πολύ χαμηλά, σαν να χρησιμοποιεί εργαλεία για σκάλισμα. Επανειλημμένα ρίχνει κάτι έξω από το πιάτο του. Στην προσπάθειά του να αρπάξει το λουκάνικο από το πιάτο, βουτάει το μανίκι στο λάδι, ρίχνει το ποτήρι, πασαλείφει το στόμα του (πρόβλημα το οποίο εξακολουθεί να υφίσταται μέχρι την εφηβική ηλικία).

Η είσοδος του παιδιού στο σχολείο συχνά προβληματίζει τους γονείς και τους κάνει να αναρωτιούνται μήπως θα έπρεπε να αναβάλουν για κάποιο διάστημα τη φοίτησή του. Και αυτό συμβαίνει διότι, όταν το συγκρίνουν με συνομήλικα παιδιά, διαπιστώνουν ότι το δικό τους σκέφτεται μόνο το παιχνίδι και δείχνει μικρότερο σε ηλικία από τα υπόλοιπα. Παρ' όλα αυτά, εκείνο που τους μπερδεύει είναι ότι το συγκεκριμένο παιδί κάποιες φορές κάνει ασυνήθιστα ώριμες και ακριβείς παρατηρήσεις, οι οποίες περικλείουν πολλή γνώση, καταπληκτική ευστοχία και αποστομώνουν τους άλλους.

Μέχρι τη σχολική ηλικία έρχονται να προστεθούν ορισμένες ακόμη δυσκολίες: η εκμάθηση της γραφής μοιάζει να είναι πολύ κοπιαστικό έργο για τα περισσότερα από αυτά τα παιδιά. Κρατούν το μολύβι κάνοντας απότομες κινήσεις και πιέζοντας το με δύναμη. Όσο αυξάνονται οι απαιτήσεις, τόσο μεγαλώνει και η απροθυμία τους γι' αυτή τη δραστηριότητα. Για πολλά από τα παιδιά αυτά αποδεικνύεται κοπιαστική και η εκμάθηση της ανάγνωσης. Το παιδί που άλλοτε φαινόταν να μαθαίνει τόσο εύκολα και γρήγορα, και που έδειχνε τόση προθυμία, τώρα, με την ένταξή του στο σχολείο, φαίνεται να αντιμετωπίζει προβλήματα. Στην αντιγραφή κάνει συχνά λάθη.¹⁶

Οι εργασίες για το σπίτι – πολλές φορές ήδη από τον πρώτο καιρό – καταλήγουν σε δράμα. Η Μαρία συζητά γιατί και από πού κι πού είναι υποχρεωμένη να κάνει τις σχολικές

¹⁵ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

¹⁶ <http://www.psychiatry24x7.gr/>

εργασίες στο σπίτι, μέχρι που η μητέρα της υψώνει τη φωνή εκνευρισμένη. Συχνά το παιδί αρχίζει να κλαίει. Πρώτα ξύνει το μολύβι επίμονα, μετά ρωτά οτιδήποτε περνά από το μυαλό του, θέλει να ξέρει αν αυτό που έκανε πριν από λίγο είναι σωστό, τινάζεται διαρκώς στο κάθισμά του, παρακολουθεί αν το χάμστερ έχει νερό, θέλει να πάει στην τουαλέτα, πίνει γάλα, κοιτάζει ποιος μπήκε στο σπίτι πριν από λίγο.¹⁷

Όταν το παιδί βρίσκει δύσκολες τις σχολικές εργασίες (μερικές φορές ήδη από την προσχολική ηλικία), δείχνει μια ξαφνική, εμφανή «ψυχική κόπωση», η οποία συνοδεύεται από τρίψιμο των ματιών και χασμουρητό.

Η συμπεριφορά την ώρα του ύπνου αλλάζει εμφανώς στη σχολική ηλικία. Τώρα το παιδί μπορεί να κοιμηθεί το βράδυ αλλά με δυσκολία. Όταν αρχίζει μια συζήτηση για το «πόσο πολύ ύπνο χρειάζεται ένα παιδί και ότι επιτέλους πρέπει να ξεκουραστεί», το αποτέλεσμα είναι να προκαλείται διαμάχη για το ποιος έχει δίκιο και να ξεσπά φασαρία και το βράδυ.

Ο ύπνος του παιδιού, όταν επιτέλους κοιμηθεί, είναι τις περισσότερες φορές εξαιρετικά βαθύς αλλά ανήσυχος. Συχνά μιλά κατά τη διάρκεια του ύπνου και το πρωί σηκώνεται δύσκολα από το κρεβάτι. Κατά περιόδους μπορεί να εμφανιστούν έντονοι εφιάλτες συνοδευόμενοι από δυνατές φωνές, διαπεραστικές και τρομακτικές. Όταν συμβαίνει αυτό, το παιδί δεν ξυπνάει εύκολα.

Πολλά από αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν νυκτερινή ενούρηση ακόμη και κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας και στις πρώτες τάξεις του δημοτικού. Καμιά μέθοδος δεν φαίνεται να βοηθά. Το παιδί κοιμάται τόσο βαθιά ώστε τα θεραπευτικά «στρώματα του ενουρητικού», τα οποία έχουν ένα κουδούνι για να ειδοποιούν τα παιδιά όταν βρέχουν το στρώμα τους, ξυπνούν μόνο τους γονείς και τα αδέρφια. Μετά από μικρή διακοπή εμφανίζεται και πάλι η νυκτερινή ενούρηση, και από τη σκοπιά του παιδιού αυτή του η συμπεριφορά συνδέεται με κάποιο καθοριστικό γεγονός (σύμφωνα με την άποψη των ενηλίκων, αυτό το συμβάν έχει μάλλον μικρή σημασία). Για παράδειγμα η Λένα, που είναι πέντε χρόνων, άρχισε να ξαναβρέχεται όταν διαπίστωσε ότι η φίλη της στον παιδικό σταθμό μπορούσε να το κάνει ενώ εκείνη όχι. Τις περισσότερες φορές αυτό το δυσάρεστο πρόβλημα σταματά χωρίς εξωτερική παρέμβαση, το αργότερο μέχρι την ηλικία των δώδεκα ετών.

Από νωρίς το πιο σοβαρό πρόβλημα του παιδιού φαίνεται να είναι η τάση του να ξεχνά. Από τη Δευτέρα κιόλας δημοτικού, συνήθως, τα παιδιά αναγκάζονται να παίρνουν μαζί τους στο σχολείο τα πάντα, από φόβο μήπως λησμονήσουν κάτι. Γονείς και δάσκαλοι απελπίζονται γιατί το παιδί δεν μπορεί να συγκρατήσει σημαντικά πράγματα, όπως την προθεσμία για τη σχολική εκδρομή. Συνεχώς χάνει το σάκο της γυμναστικής του, το τετράδιό

¹⁷ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

του, τα μολύβια του. Ένα τέτοιο παιδί από το δημοτικό κιάλας βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση και χαλάει πολλά παντελόνια και παπούτσια.¹⁸

Η μητέρα του προσπαθεί διαρκώς να του υποδείξει κάποια πράγματα. Του ζητά, για παράδειγμα, όταν επιστρέφει από το σχολείο στο σπίτι, να κρεμάει το πανωφόρι του στην κρεμάστρα, να τοποθετεί τη σάκα του στη θέση της και να αλλάζει παπούτσια. Εκείνο όμως γδύνεται με έναν κλασσικό τρόπο πετώντας μακριά και με μια κομψή κίνηση το πανωφόρι του και τη σάκα του, και τρέχει στη μητέρα του στην κουζίνα με τα παπούτσια που φορούσε έξω.

Με δυσκολία αναφέρει κάποιο συμβάν αμέσως μετά το διάλειμμα και μόνο με άσχημο τρόπο μπορεί να μιλήσει για την ώρα του παιχνιδιού, ακόμη και όταν το ρωτούν με υπομονή και στοργή. Ωρες ή μέρες αργότερα αφηγείται ορισμένα περιστατικά έχοντας τα διαφοροποιήσει αρκετά.

Διάφορα θέματα από οικογενειακές συζητήσεις, για τα οποία έχει αποφασιστεί να μη γνωστοποιηθούν σε τρίτους, κατά καιρούς και σε στιγμές ακατάλληλες ανακοινώνονται από το παιδί. δίνει την εντύπωση ότι καταλαβαίνει τα πάντα με έναν υπόγειο τρόπο.

Εντούτοις, δυσκολεύεται στη συστηματική και πλήρη κατανόηση ενός συγκεκριμένου προβλήματος. Αντιλαμβάνεται μόνο κατά το ήμισυ τις οδηγίες και τις εξηγήσεις. Για παράδειγμα, ένα πρόβλημα σχετικά με το κείμενο το εξετάζει με μεγάλη προσοχή. Στη συνέχεια και χωρίς ιδιαίτερη σκέψη απλώς μαντεύει τη λύση του και αρκετά συχνά βέβαια κάνει λάθος. Απορρίπτει εντονότατα τις διορθώσεις των γονέων οι οποίες εκφράζονται λεκτικά. Δημιουργεί την εντύπωση ότι θέλει να μαθαίνει τόσο μόνο όσο επιθυμεί το ίδιο. Οι άλλοι διαρκώς αναρωτιούνται μήπως δε θέλει καν να προσπαθήσει. Συνήθως στη δευτέρα ή το αργότερο στην τρίτη τάξη του δημοτικού, αρχίζει να έχει σοβαρά προβλήματα στην ορθογραφία. Μερικές φορές αντιμετωπίζει προβλήματα και στην αριθμητική. Το γράψιμο γίνεται μια όλο και πιο φρικιαστική διαδικασία και ο τρόπος με τον οποίο χειρίζεται τα τετράδια είναι τσαπατσούλικος. Η σάκα του έχει φοβερή όψη, όλα τα τετράδια είναι καταστραμμένα, τα φύλλα τσαλακωμένα και οι θήκες για τις ξύστρες άδειες.

Φαίνεται ότι οι ιδιαίτερες επιδόσεις του δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστούν. Όταν το ρωτούν πώς τα πάει στο σχολείο, το παιδί της σχολικής ηλικίας (αλλά και ο έφηβος!) απαντά με ένα στερεότυπο «καλά». Όταν όμως του κάνουν πιο λεπτομερείς ερωτήσεις, όπως σε τι μάθημα εξετάστηκε, αυτό συνηθίζει να απαντά με ένα «φτάνει!». Έτσι, οι λεπτομερείς ερωτήσεις παραμένουν αναπάντητες. Όταν οι γονείς ζητούν να μάθουν για τη σχολική του επίδοση, λόγου χάρη, αν τα πήγε καλά, αυτό κατά κανόνα απαντά με ένα αισιόδοξο «ναι», το οποίο ωστόσο μπορεί να σημαίνει ότι η βαθμολογία του μπορεί να κυμαίνεται από το πέντε ως το δέκα.

¹⁸ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

Την πρώτη φορά που στέκεται πάνω σε χιονοπέδιλα και καταφέρνει να κατεβεί το διάδρομο χωρίς να πέσει, υποστηρίζει ότι μπορεί να κάνει σκι. Την πρώτη φορά που ανεβαίνει σε άλογο, υποστηρίζει ότι είναι σε θέση να ιππεύει. Την πρώτη φορά που πιάνει ρακέτα, υποστηρίζει ότι μπορεί να παίζει τένις.

Δίνει την εντύπωση ότι δεν μπορεί να παρακάμψει τον έπαινο. Όταν το επαινούν, δείχνει «σχεδόν να σκάει από υπερηφάνεια» και πιστεύει ότι έχει εκπληρώσει το χρέος του. Όταν δεν το επαινούν, παραπονιέται γι' αυτό.

Παρότι γενικά το περιβάλλον του καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το παιδί έχει ικανότητες, η απροθυμία του να καταβάλει προσπάθειες στις γραπτές εργασίες, τα πολλά λάθη που οφείλονται σε απερισκεψία και τα αποτελέσματα των επιδόσεών του είναι παράγοντες που δυσχεραίνουν τον προσδιορισμό του τύπου του σχολείου που θα ήταν περισσότερο κατάλληλο για το παιδί μετά την τέταρτη ή την έκτη τάξη. Τις περισσότερες φορές η διάθεσή του για μελέτη δεν είναι επαρκής. Κατά καιρούς διατυπώνονται προβληματισμοί σχετικά με την πιθανότητα ύπαρξης δυσλεξίας (δυσκολία στην ανάγνωση και τη γραφή). Και παρότι κάποιες φορές δείχνει συνέπεια στις σχολικές εργασίες, δεν είναι σαφές αν η συνέπειά του σε κάποιες περιπτώσεις οφείλεται σε τεμπελιά ή σε αδυναμία.

Ένα πρόβλημα που εξακολουθεί να υπάρχει στη σχολική και συχνά και στην εφηβική ηλικία είναι η δυσκολία συνύπαρξής του με άλλα παιδιά. Το παιδί πέφτει κατά λάθος πάνω στα άλλα και τα ενοχλεί. Συχνά οι γονείς καλούνται στο σχολείο, δέχονται τηλεφωνήματα και επιστολές με παράπονα σχετικά με το τι έκανε ή τι δεν έκανε καθώς και με αξιολογήσεις και ποικίλες ερμηνείες.

Καθώς φαίνεται, ο Σταύρος δεν είναι σε θέση να φέρει εις πέρας μια εργασία από μόνος του. Κάθε στιγμή έχει την ανάγκη να υπάρχει κόσμος δίπλα του. Του αρέσει ο ρόλος του караγκιόζη της τάξης. Εσκεμμένα προσπαθεί να τραβάει την προσοχή των συμμαθητών και των δασκάλων πάνω του. Για παράδειγμα, όπως αναφέρει ένας συνάδελφος, αντί να ποτίσει τα λουλούδια που βρίσκονται στο παράθυρο με το ποτιστήρι, αυτός γέμισε το στόμα του με νερό από τη βρύση και πετώντας το νερό από το στόμα του πιτσίλισε τα λουλούδια και τα πάντα γύρω από εκεί, με αποτέλεσμα οι άλλοι να θυμώσουν και να του φωνάζουν «βρε τι κάνεις εκεί;». Οι τιμωρίες δεν τον εντυπωσιάζουν καθόλου. (Από το γράμμα μιας δασκάλας προς τους γονείς ενός εντεκάχρονου)¹⁹

Ως εκ τούτου, οι γονείς των άλλων παιδιών, εξιστορώντας τέτοιου είδους «τρελές πράξεις», ισχυρίζονται ότι τα δικά τους παιδιά επηρεάζονται σημαντικά από τη συμπεριφορά του «υπερκινητικού» παιδιού, ότι έχουν άσχημο παράδειγμα και ότι η προσοχή τους διασπάται σε μεγάλο βαθμό.

¹⁹ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

Τα άλλα παιδιά σπάνια προσκαλούν το υπερκινητικό παιδί στα γενέθλιά τους. Συνήθως, το παιδί αυτό βρίσκεται εκτός πλαισίου κοινωνικών εκδηλώσεων γιατί έχει τη φήμη του «καυχησιάρη». Στην πέμπτη ή στην έκτη τάξη συνήθως εκλέγεται στα μαθητικά όργανα επειδή εκφράζει τη γνώμη του και δείχνει έντονο προσωπικό ενδιαφέρον για εκείνους που υφίστανται άδικη μεταχείριση – συνήθως όμως για μικρό χρονικό διάστημα. Τις περισσότερες φορές επανεκλέγεται, επειδή τα άλλα παιδιά διαπιστώνουν την ικανότητά του να διατυπώνει τη γνώμη του με ευθύτητα.²⁰

Ο υπερκινητικός έφηβος, ο οποίος εισέρχεται στην εφηβεία είτε πρόωμα είτε καθυστερημένα, βιώνει τη συγκεκριμένη περίοδο με ιδιαίτερη ένταση. Ανάλογα με το αίσθημα που έχει διαμορφώσει ως εκείνη τη στιγμή για την προσωπική του αξία, τείνει είτε να αποσύρεται σχεδόν απόλυτα είτε να εμφανίζεται προς τον έξω κόσμο με ακραίο τρόπο, δείχνοντας εμφανείς προτιμήσεις για ό,τι είναι «εξωτικό», για ό,τι έχει να προσφέρει ο κόσμος και για ό,τι, σύμφωνα με την άποψή του, χρήζει βοήθειας (π.χ. ο άστεγος ή ο χρήστης ουσιών).

Ήδη από τη σχολική ηλικία δεν έχει καλή σχέση με τα χρήματα. Είτε ξοδεύει το χαρτζιλίκι του πάρα πολύ γρήγορα είτε αποταμιεύει τα πάντα.

Η κατάσταση του δωματίου του στο οποίο κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας επικρατούσε απλώς ακαταστασία, τώρα είναι χαοτική, με αποφάγια πίσω και κάτω από το κρεβάτι και με ρούχα σκορπισμένα παντού. Ο έφηβος δείχνει απόλυτη απροθυμία να συμμετάσχει σε οποιαδήποτε δουλειά του σπιτιού.

Αυτό που αιφνιδιάζει είναι ότι συχνά ένα υπερκινητικό παιδί δώδεκα χρόνων για μια ακόμη φορά και με αρκετή ζωνρότητα αρχίζει να παίζει με αντικείμενα που ουσιαστικά σχετίζονται με μια πολύ παλαιότερη φάση ζωής. «Είναι πράγματι τρομερό», λέει ένας πατέρας, «ακόμη κτίζει με κούτσουρα ή κατασκευάζει όπλα».

Ο έφηβος διατυπώνει την άποψή του για όλους και για όλα μεγαλόφωνα και χωρίς να ερωτηθεί, συχνά με προκλητική και απαιτητική συμπεριφορά και ταυτόχρονα με μεγάλη οξυδέρκεια.

Οι εκδηλώσεις της συμπεριφοράς αυτών των εφήβων τους κάνουν να δείχνουν νεότεροι σε ηλικία και σε σχέση με πολλές καταστάσεις περισσότερο ανώριμοι από τους συνομηλίκους τους. Χαρακτηρίζονται από αστάθεια στη διάθεση, κάτι που ωστόσο είναι αρκετά συνηθισμένο στην εφηβεία. Θυμώνουν ή απογοητεύονται πολύ εύκολα. Δε μπορούν να υπομείνουν τις προκλητικές καταστάσεις. Ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα αυτής της περιόδου είναι ότι οι άλλοι μπορούν εύκολα να τους επηρεάσουν. Εκτός των άλλων, ο έκδηλος σκεπτικισμός αυτών των εφήβων συχνά εκλαμβάνεται ως δοκησιοφία και αλαζονεία.

²⁰ <http://www.janssen-cilag.gr/>

Ο Μάρκος, 14 ετών, μεγαλώνει σε μια οικογένεια που ζει αρμονικά και σκέφτεται φιλελεύθερα. Σε μια περίοδο ολοκληρωτικής αποτυχίας στο σχολείο, ο Μάρκος βρίσκεται τυχαία σε μια παρέα νεαρών ακροδεξιών. Μέσα σ' αυτήν βλέπει να αναγνωρίζεται η αξία του ως ατόμου και βρίσκει την χαμένη του αυτοεκτίμηση, που σχετίζεται με το ενδιαφέρον του για την πνευματική ζωή και με την προθυμία του επεξεργαστεί νέες γνώσεις και ιδέες – «γλιστρά λοιπόν σε αυτή τη σκηνή» απίστευτα γρήγορα.

Ο Αλέξανδρος, 15 ετών, στέκεται με κριτική διάθεση απέναντι σε κάθε γνώμη των ενηλίκων. Τους συνομηλίκους του τους θεωρεί «παιδιά» και «ανώριμους», όταν για παράδειγμα τρελαίνονται για κάποιο μουσικό συγκρότημα ή πηγαίνουν όλοι μαζί στις παγοδρομίες. Ό,τι κάνει το κάνει γρήγορα, ικανοποιώντας με αυτό τον τρόπο την παρόρμησή του, και επιδεικνύει έντονο προσωπικό ενδιαφέρον. Όταν δεν θέλει κάτι, εναντιώνεται υπερβολικά και ασκεί σκληρή κριτική.²¹

Η κινητική ανησυχία σε αυτή την ηλικία υποχωρεί και δίνει τη θέση της στο «στάδιο της εφηβικής αδράνειας». Συχνά ο έφηβος αισθάνεται μια εσωτερική ανησυχία και γι' αυτό κατά τη διάρκεια του μαθήματος μουντζουρώνει πάνω σε όσα αντικείμενα βρίσκονται γύρω του. Ακόμη δεν τα καταφέρνει στην οργάνωση του εαυτού του. Δεν είναι ικανός να περιμένει. Συχνά οι σχολικές του επιδόσεις επιδεινώνονται. Πολλές φορές κρίνεται απαραίτητο να επαναλάβει μια τάξη. Όχι σπάνια χάνει σχεδόν όλο το κέφι του για μάθηση. Αλλά και στο σπίτι δεν κάνει σχεδόν τίποτα. Καμιά παράκληση δεν τον κινητοποιεί. Μερικές φορές πρέπει να αλλάξει σχολείο και να φοιτήσει σε ένα «χειρότερο». Έτσι, δεν καταφέρνει να πάρει ένα απολυτήριο το οποίο θα αντιστοιχούσε στις ικανότητές του.

Συνήθως ο έφηβος, και πολλές φορές ο ενήλικας, παραμένει υπερευαίσθητος. Θυμώνει εύκολα, συνδέει τα πάντα με τον εαυτό του, ασχολείται έντονα με θέματα που σχετίζονται με συναισθήματα, με χαρά ή δυσφορία.

Η δημιουργία προσωπικών επαφών γίνεται όπως πάντα με τρόπο αυθόρμητο και ανοικτό. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να διηγηθεί κάποια δυσάρεστη προσωπική του εμπειρία με ύφος χαρούμενο, αφήνοντας τους άλλους κατάπληκτους.

Όταν ερωτεύεται, ανοίγει την καρδιά του, μιλά πολύ για τον εαυτό του, διαλύεται. Επιθυμεί να γνωρίζει αρκετά αυτόν που βρίσκεται απέναντί του και να τον έχει αποκλειστικά στη διάθεσή του. Οι άλλοι νοιώθουν αμέσως ότι τους είναι πολύ αφοσιωμένος αλλά και κάπως πιεστικός. Πολλές φορές καβγαδίζει εκφράζοντας έντονη ζήλια. Όταν το άτομο που έχει απέναντί του προσπαθεί να του θέσει κάποια όρια τα οποία ο ίδιος δεν «αντιλαμβάνεται», αισθάνεται παραμερισμένος και όχι σπάνια ότι τον εκμεταλλεύονται.²²

²¹ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

²² <http://www.janssen-cilag.gr/>

Τόσο ο έφηβος όσο και ο ενήλικας έχουν την τάση να προσανατολίζονται προς τη δράση, τους αρέσουν οι καταστάσεις που διεγείρουν σε μεγάλο βαθμό την ενεργητικότητά τους και αγαπούν καθετί καινούριο. Υπάρχουν περίοδοι κατά τις οποίες εκδηλώνουν μια υπερβολική παρόρμηση, ανάγκη για φαγητό, για ψώνια και για σεξουαλικές επαφές.

Η οδήγηση του αυτοκινήτου προκαλεί στα άτομα αυτά υπερδιέγερση και ανησυχία. Παρότι οδηγούν με μεγάλη ταχύτητα, οι αντιδράσεις τους είναι αρκετά γρήγορες. Έχουν καλή αντίληψη και διορατικότητα γι' αυτό που πρόκειται να κάνει το αυτοκίνητο που τους ακολουθεί, τον οδηγό του οποίου βρίζουν δυνατά και οργισμένα. Την ίδια στιγμή που συμβαίνουν αυτά, είναι δυνατόν να πληροφορούν το συνοδηγό τους ότι στην άκρη του δάσους υπάρχουν λαγοί.

Όταν η εμπειρία του στην οδήγηση δεν είναι ακόμη μεγάλη, ο νεαρός ενήλικας εμπλέκεται αποδεδειγμένα σε περισσότερα ατυχήματα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους του. Αυτό οφείλεται κατά βάση στην παρορμητικότητα του και δυστυχώς συμβαίνει συχνά υπό την επήρεια του αλκοόλ.

Ο Ορέστης, 19 ετών, τρεις φορές μέσα σε μισό χρόνο προκάλεσε μεγάλη ζημιά στη λαμαρίνα του αυτοκινήτου της μητέρας του. Την πρώτη φορά ο συνοδηγός του τού είπε ξαφνικά ότι έπρεπε να στρίψει δεξιά, πράγμα που ο Ορέστης έκανε πρόθυμα και παρορμητικά, αλλά κάπως απρόσεκτα. Το όχημα αναποδογύρισε και καταστράφηκε. Στα άλλα δύο ατυχήματα το αυτοκίνητο βγήκε από το δρόμο λόγω υπερβολικής ταχύτητας.²³

Ο έφηβος βρίσκεται συχνά σε κίνηση, είναι ανοργάνωτος και κάνει πολλά πράγματα ταυτόχρονα. Περνά γρήγορα από το ένα θέμα στο άλλο και γίνεται πολύ ανυπόμονος όταν και οι άλλοι δεν κάνουν το ίδιο.

«Κατά κάποιον τρόπο» γνωρίζει ότι ορισμένα πράγματα δεν μπορεί να τα συγκρατήσει στο μυαλό του για τόση πολλή ώρα όση θα έπρεπε.

Η μάθηση χωρίς κόπο (όπως παρουσιάζεται στη θεωρία) δεν φαίνεται να επιτυγχάνεται. Ωστόσο, το επίπεδο των προσωπικών απαιτήσεων είναι συχνά πολύ υψηλό. Το δυσάρεστο το αναβάλλει ως την έσχατη στιγμή και μπορεί να δουλέψει μόνο όταν αισθάνεται ότι βρίσκεται κάτω από τη μεγαλύτερη δυνατή πίεση. Όταν οι δραστηριότητες είναι δύσκολες, δείχνει προθυμία να διεκπεραιώσει αυτό που είναι λιγότερο σημαντικό αντί γι' αυτό που προτιμά, όπως το να κουρέψει το γρασίδι, να συγυρίσει, να πλύνει τα πουλόβερ κτλ.

Στις συζητήσεις του με τους άλλους παρατηρεί ξαφνικά ότι δεν κατανόησε επαρκώς όσα λέχθηκαν είτε επειδή είχε την προσοχή του στραμμένη αλλού είτε επειδή κρυφάκουγε μια άλλη συζήτηση. Δεν έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται περισσότερα από ένα πράγμα

²³ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

ταυτόχρονα και βρίσκει «παράδοξη» τη συμπεριφορά του συνομιλητή του, ο οποίος κατά τη διάρκεια μιας συνδιάλεξης γράφει, βλέπει τηλεόραση ή ξεφυλλίζει κάποιο περιοδικό.²⁴

Οι σκοποί του και οι ιδέες του αλλάζουν συνεχώς με καταπληκτική ταχύτητα.

Ένας νεαρός ενήλικας: «Τις διαθέσεις μου θα τις περιέγραφα καλύτερα με χρώματα. Άλλοτε είμαι πορτοκαλής, χαρούμενος και προσιτός· την επόμενη φορά παίρνω χρώμα ανοικτό κίτρινο και είμαι σκυθρωπός· άλλες φορές είμαι γκριζός και λυπημένος· άλλοτε μαύρος και καταθλιπτικός· και άλλοτε έχω χρώμα ανοικτό κόκκινο και αισθάνομαι ευφορία. Το κουντό είναι ότι ενεργώ και παίρνω αποφάσεις ανάλογα με τις διαθέσεις μου. Με το που αλλάζω βέβαια διάθεση, δεν μένω ικανοποιημένος από τα αποτελέσματα».

Ο νεαρός ενήλικας θεωρεί ότι μπορεί να τα βγάλει πέρα με απίστευτη αποτελεσματικότητα όταν συναναστρέφεται ανθρώπους τους οποίους συναντά περιστασιακά. Σε μια στενή σχέση όμως δεν τα καταφέρνει τόσο καλά, παρόλο που λόγω της μεγάλης του ανάγκης για αρμονία επιθυμεί έναν τέτοιο δεσμό με μεγάλη λαχτάρα. Χωρίς να θέλει, θυμώνει με το ταίρι του όλο και πιο πολύ, μερικές φορές δεν μπορεί να απολαύσει την επαφή, τη σχέση, μοιάζει άκαμπτος, αναγνωρίζει ότι είναι ιδιότροπος και κυκλοθυμικός και αισθάνεται ότι προκαλεί συνεχώς δυσκολίες στο σύντροφό του. Στο χώρο της εκπαίδευσης και της εργασίας δυσκολεύεται να αντέξει την κριτική.

Ανάλογα με το ιστορικό μάθησης που έχει ο καθένας, υπάρχει πάντοτε το βασικό αίσθημα μιας χαμηλής αυτοεκτίμησης το οποίο συνοδεύεται από φόβους σχετικούς με την ύπαρξη και το θάνατο, και μπορεί να τεθεί ως θέμα και η σκέψη για αυτοκτονία.

²⁴ <http://www.janssen-cilag.gr/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Ύπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) χαρακτηρίζεται συνήθως από ανεπαρκώς ελεγχόμενη, παρορμητική και επιθετική συμπεριφορά σε καταστάσεις όπου ο αυτοέλεγχος είναι απαραίτητος. Η παρουσία μαθητών με τη διαταραχή αυτή σε μια τάξη ασκεί σημαντικότερη επίδραση στη συμπεριφορά του δασκάλου τόσο προς το παιδί με ΔΕΠ-Υ όσο και προς το σύνολο της τάξης. Οι εκπαιδευτικοί των υπερκινητικών παιδιών είναι συχνότερα πιο κατευθυντικοί και ελεγκτικοί στις αλληλεπιδράσεις τους όχι μόνο με τα συγκεκριμένα παιδιά αλλά και με όλους τους μαθητές στην τάξη (Goldstein & Goldstein, 1992). Γι' αυτό και η παρέμβαση στο πλαίσιο της τάξης θεωρείται απαραίτητη.

Η παρέμβαση για την αντιμετώπιση της διαταραχής αποτελεί δύσκολο έργο εξαιτίας των αλληλοσυγκρουόμενων ερευνητικών ευρημάτων και των μεθοδολογικών και εννοιολογικών προβλημάτων (Hinshaw, 1994). Οι εκπαιδευτικοί και οι ειδικοί ψυχικής υγείας που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη διαταραχή πρέπει να έχουν πάντοτε κατά νου ότι κάθε υπερκινητικό παιδί έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και κατά συνέπεια αντιμετωπίζει ιδιαίτερα προβλήματα. Αφού πραγματοποιηθεί μια ενδελεχής αξιολόγηση και διαμορφωθούν οι κατάλληλες διαγνωστικές προτάσεις, η προσοχή πρέπει να επικεντρωθεί στα μοναδικά χαρακτηριστικά και ιδιότητες αυτού του παιδιού. Βάσει αυτών θα πρέπει να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα παρέμβασης το οποίο να ανταποκρίνεται στις μοναδικές ανάγκες του παιδιού, της οικογένειας και του δασκάλου (Breen & Altepeter, 1990' Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι πλέον συνήθεις θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ανήκουν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: φαρμακολογικές, ψυχοκοινωνικές και εκπαιδευτικές. Αυτό σημαίνει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις μια αποτελεσματική παρέμβαση απαιτεί τη διεπιστημονική συνεργασία των ειδικών ψυχικής υγείας, των ιατρών και του σχολικού προσωπικού. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στη μακρόχρονη αντιμετώπιση της διαταραχής (Hinshaw, 1994).

Στις παρακάτω ενότητες θα προσπαθήσουμε να περιγράψουμε εν συντομία τεχνικές παρέμβασης που εφαρμόζουν οι σχολικοί ψυχολόγοι, το εκπαιδευτικό προσωπικό, οι οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον με στόχο να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Πολλές από τις τεχνικές αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση και άλλων προβλημάτων διασπαστικής συμπεριφοράς.

7.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Ορισμένα παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠΥ μπορεί να ενταχθούν σε κάποια τάξη ειδικής αγωγής για όλες ή ορισμένες σχολικές ώρες. Ωστόσο, τα περισσότερα παιδιά μπορούν να ενταχθούν σε μια κανονική τάξη με την προϋπόθεση ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των γονιών του παιδιού και του σχολείου. Ο δάσκαλος παίζει σημαντικό ρόλο στην παρακολούθηση ενός παιδιού με ΔΕΠΥ. Οι τακτικές επαφές με τους εκπαιδευτικούς είναι ουσιώδους σημασίας για την αξιολόγηση των μεταβολών στη συμπεριφορά του παιδιού.

Για να αντεπεξέλθει στην τάξη, το παιδί με ΔΕΠΥ συχνά χρειάζεται να μάθει τεχνικές για να ελέγχει την προσοχή και τη συμπεριφορά του. Ο δάσκαλος πρέπει να γνωρίζει πώς να χειριστεί και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του παιδιού, π.χ. επιβραβεύοντας και ενθαρρύνοντας το. Επιπροσθέτως, ο δάσκαλος μπορεί να βοηθήσει χρησιμοποιώντας σωστές διδακτικές τεχνικές με έμφαση στους κανόνες, στην οργάνωση, στις σταθερές συνήθειες, λέγοντας στους μαθητές από πριν τι πρόκειται να μάθουν, δίνοντας γραπτές αλλά και προφορικές οδηγίες, επανεξετάζοντας τις οδηγίες, καταγράφοντας τα βιβλία και το υλικό που θα χρειαστούν οι μαθητές για μια εργασία, χρησιμοποιώντας εποπτικό υλικό κλπ. Όλες αυτές οι μέθοδοι μπορεί να διευκολύνουν τους αποδιοργανωμένους μαθητές με ελλειμματική προσοχή να αντεπεξέλθουν στο σχολείο και να τους βοηθήσουν να πετύχουν²⁵.

Το δίλημμα: «ειδικές τάξεις» ή παρέμβαση στις κανονικές τάξεις;

Μέχρι πριν λίγα χρόνια τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τοποθετούνταν σε ειδικές εκπαιδευτικές τάξεις. Αυτές ήταν δωμάτια χωρίς παράθυρα, πίνακες ή εικόνες, και διέθεταν μόνο τα απολύτως απαραίτητα έπιπλα. Οι τοίχοι, το πάτωμα και η οροφή ήταν βαμμένα με ενιαίο φαιό χρώμα. Μεταξύ των μαθητών υπήρχαν συνήθως υφασμάτινα χωρίσματα, τα οποία επέτρεπαν στο κάθε παιδί να βλέπει τον εκπαιδευτικό αλλά όχι και τους συμμαθητές του. Ο κάθε μαθητής σε μια τέτοια ειδική τάξη ακολουθούσε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα. Το πρόγραμμα αυτό περιλάμβανε «αμοιβές» με τη μορφή «βαθμών», οι οποίοι μπορούσαν να ανταλλάγουν με διάφορα «αγαθά». Η προσοχή και η καλή συμπεριφορά κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, καθώς και η επίδοση ήταν οι στόχοι που έδιναν τους περισσότερους «βαθμούς».

²⁵ http://www.janssen-cilag.gr/bgdisplay.jhtml?itemname=adhd_affect_life&product=none

Το σκεπτικό της τοποθέτησης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε αυτές τις ειδικές τάξεις, που ήταν απαλλαγμένες από κάθε ερέθισμα, βασίστηκε στα πρώιμα γραπτά του Strauss. Ο Strauss υποστήριξε ότι η «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη» καθιστά τα παιδιά ανίκανα να ελέγξουν τα ποικίλα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, να στρέψουν και να διατηρήσουν την προσοχή τους σε ορισμένα μόνο από αυτά, και να απορρίψουν τα υπόλοιπα (Strauss & Lehtinen, 1947). Ο καλύτερος τρόπος επομένως για τη μείωση της υπερκινητικότητας ήταν, κατά τον Strauss, ο περιορισμός του αριθμού των ερεθισμάτων και ο έλεγχος τους.

Θεωρείται δεδομένο ότι κάθε παιδί που έχει διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ θα χρειαστεί κάποιο συγκεκριμένο τύπο εκπαιδευτικής παρέμβασης και προσαρμογής. Εμπειρικά δεδομένα και ευρήματα πολλών ερευνών έχουν δείξει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά συνοδό μαθησιακά προβλήματα, πολλές φορές μάλιστα σε τέτοιο βαθμό ώστε να απαιτείται κάποια μορφή ειδικής εκπαίδευσης (Barkley, 1988, 1989' Rutter et al., 1976). Παρότι υπάρχουν πολλές τέτοιες μορφές, τα δύο προγράμματα που χρησιμοποιούνται συχνότερα για παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι αυτά που προσφέρονται και στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ή νοητική καθυστέρηση. Υπάρχει η διαδεδομένη αντίληψη ότι τα προγράμματα αυτά μπορούν να «βοηθήσουν» το παιδί χάρη στις δομές και την υποδομή τους, αν και αυτό δεν είναι καθόλου βέβαιο (Breen & Altepeter, 1990).

Σε κάθε περίπτωση πάντως ανακύπτει ένα σημαντικό ερώτημα: Θα πρέπει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να τοποθετούνται σε δομές ειδικής εκπαίδευσης;

Το πιο σημαντικό κριτήριο για την τοποθέτηση του σε ειδική τάξη είναι το εάν το παιδί *χρειάζεται* τέτοιες υπηρεσίες (DuPaul & Stoner, 1994). Αυτό δεν ισχύει μόνο για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αλλά και για όλα τα παιδιά με ποικίλα συμπεριφορικά, συναισθηματικά ή άλλα προβλήματα. Προκειμένου να αξιολογηθεί η αναγκαιότητα της τοποθέτησης ενός παιδιού σε ειδική τάξη, θα πρέπει να έχουν ήδη εφαρμοστεί ειδικά προγράμματα παρέμβασης στο πλαίσιο της «κανονικής» του τάξης. Αν το παιδί δεν παρουσιάσει βελτίωση μετά από κάποιο διάστημα δοκιμαστικής εφαρμογής παρεμβάσεων μέσα στην κανονική τάξη, τότε μπορεί να επιλεγεί μία από τις ακόλουθες λύσεις: (α) να επέλθουν αλλαγές στο πρόγραμμα παρέμβασης που εφαρμόζεται ήδη στην κανονική τάξη· (β) να ενταχθεί το παιδί σε κάποιο τύπο ειδικής εκπαίδευσης· (γ) να συνδυαστούν οι δύο παραπάνω επιλογές.

Οι ειδικές τάξεις δεν είναι η μοναδική ούτε και η καλύτερη λύση για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αντίθετα, τα παιδιά που εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή θα πρέπει να παραμείνουν στις κανονικές τάξεις και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους μέσα σε αυτές. Η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή συμπεριφορών και γνωσιακών προγραμμάτων παρέμβασης και τεχνικών, καθώς και με αλλαγές στη δομή των μαθημάτων, του σχολικού έργου και της τάξης.

Πρόγραμμα σπουδών, δομή της σχολικής τάξης, σχολικό έργο

Πέρα από τις γενικές αρχές των συμπεριφορικών και γνωσιακών προγραμμάτων που περιγράφηκαν παραπάνω, αρκετοί ερευνητές (π.χ. Barkley, 1994· Kendall & Brasswell, 1993) έχουν προτείνει ορισμένα ειδικά μέτρα σε σχέση με τη σχολική τάξη, από τα οποία μπορούν να ωφεληθούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αυτά τα μέτρα μπορούν να εφαρμοστούν στις κανονικές τάξεις:

1. Μείωση του σχολικού έργου. Η ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται συχνά ως πρόβλημα στην παραγωγή σχολικού έργου και ως αδυναμία του παιδιού να εκτελέσει την ίδια εργασία που εκτελούν και οι συνομήλικοί του. Μια προφανής λύση αυτού του προβλήματος είναι η μείωση της σχολικής εργασίας σε τέτοιο βαθμό ώστε να καλύπτει την ικανότητα διατήρησης της προσοχής του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγονται οι συνεχείς αποτυχίες, που μόνο αρνητικές συνέπειες θα έχουν, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχίας με ό,τι θετικό συνεπάγεται αυτή για την αυτοεκτίμηση του παιδιού και τη στάση του απέναντι στο σχολείο γενικότερα.

2. Αλλαγή του τρόπου διδασκαλίας. Μια άλλη χρήσιμη τεχνική είναι η αλλαγή του στυλ διδασκαλίας έτσι ώστε να γίνει πιο ζωντανή, διασκεδαστική και ευέλικτη. Αν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσκολία να επιμείνουν στην εκτέλεση έργων που απαιτούν κόπο και προσπάθεια ή είναι βαρετά, μια λύση είναι να γίνει το μάθημα πιο ενδιαφέρον ή ενισχυτικό. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν επίσης να κάνουν μικρά διαλείμματα φυσικών δραστηριοτήτων, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η κούραση και η μονοτονία.

3. Καθορισμός σαφών κανόνων. Όπως προαναφέρθηκε, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται ιδιαίτερα να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά τους. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος οι εκπαιδευτικοί πρέπει να καθορίζουν σαφείς κανόνες σχετικά με τη συμπεριφορά μέσα στην τάξη, όποτε αυτό είναι δυνατόν. Οι κανόνες αυτοί γνωστοποιούνται και περιγράφονται με ακρίβεια, ενώ ελέγχεται και ο βαθμός κατανόησης τους ώστε να μην υπάρχουν παρανοήσεις.

4. Αυτοπαρατήρηση. Μια αλλαγή που μπορεί να αποδειχθεί ευεργετική για τον έλεγχο της τάξης είναι η δημιουργία και η ενθάρρυνση ευκαιριών για αυτοπαρατήρηση της συμπεριφοράς και της σχολικής επίδοσης. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί με την τεχνική της «χελώνας» για τα παιδιά της προσχολικής ή της πρώτης σχολικής ηλικίας. Σύμφωνα με αυτή την τεχνική, όποτε το παιδί ακούει από τον εκπαιδευτικό τη λέξη «χελώνα», οφείλει να σταματά ό,τι κάνει, να τραβά τα χέρια και τα πόδια προς το σώμα του όπως μια χελώνα, και για μια στιγμή να ανιχνεύσει το περιβάλλον. Στη συνέχεια ρωτά τον εαυτό του, φωναχτά αν είναι απαραίτητο, τι υποτίθεται ότι έπρεπε να κάνει εκείνη τη στιγμή και εάν όντως το κάνει. Κατόπιν αναλαμβάνει την ευθύνη να ολοκληρώσει το έργο από το οποίο είχε διαφύγει η προσοχή του.

5. Έλεγχος της συχνότητας των προτροπών. Οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται να αποφεύγουν τις συχνές αναφορές στους κανόνες και να μην ηθικολογούν για τους λόγους που επιβάλλουν την τήρηση των κανόνων.

6. Τροποποίηση του περιβάλλοντος της τάξης. Όταν κανείς δουλεύει με παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ίσως είναι απαραίτητο να επιφέρει τροποποιήσεις σε ορισμένα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος της τάξης. Μία από τις συχνότερες παρεμβάσεις σε αυτό το επίπεδο είναι η μετακίνηση της θέσης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ μακριά από τους άλλους μαθητές και κοντά στον εκπαιδευτικό. Αυτή η απομάκρυνση αποτρέπει την ενίσχυση της διασπαστικής συμπεριφοράς του παιδιού από τους συνομηλίκους και διευκολύνει την παρατήρηση του από τον εκπαιδευτικό. Έτσι ο εκπαιδευτικός μπορεί να προσφέρει συχνότερα την απαραίτητη επανατροφοδότηση. Η αλλαγή της διάταξης των θέσεων μπορεί ορισμένες φορές να είναι εξίσου αποτελεσματική με ένα πρόγραμμα ενισχύσεων. Τονίζεται ωστόσο ότι η μέθοδος αυτή θα πρέπει να εφαρμόζεται για απολύτως συγκεκριμένο (και σύντομο) χρονικό διάστημα, έως ότου επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Καλό είναι ο εκπαιδευτικός να εξηγήσει με κατανοητό τρόπο, τόσο στο παιδί όσο και στην υπόλοιπη τάξη, πώς και γιατί γίνεται αυτή η διευθέτηση, ποιος είναι ο στόχος της και πότε θα ολοκληρωθεί, ώστε να μην υπάρξουν παρεξηγήσεις.

7. Η τάξη ΚΑΕ το πρόγραμμα δραστηριοτήτων πρέπει να είναι καλά δομημένα και προβλέψιμα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ανάρτηση ενός καθημερινού προγράμματος και την ανάπτυξη συγκεκριμένων κανόνων. Οι αναρτημένοι πίνακες, στους οποίους θα σημειώνεται η επιτυχία της εφαρμογής των κανόνων της τάξης από το παιδί, μπορεί να συμβάλουν σημαντικά στην επιτυχία του όλου προγράμματος, καθώς λειτουργούν ενισχυτικά τόσο για το ίδιο το παιδί όσο και για τους συμμαθητές του.

8. Συνεργασία με τους ειδικούς και την οικογένεια. Η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι πιο αποτελεσματική όταν υπάρχει συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων πλευρών: οικογένειας, σχολείου και ειδικών επαγγελματιών (σχολικών και κλινικών ψυχολόγων, ψυχιάτρων) ή φορέων.

9. Η ανάπτυξη θετικού παιδαγωγικού κλίματος και καλής διαπροσωπικής σχέσης ανάμεσα στον εκπαιδευτικό και το μαθητή αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις κάθε ουσιαστικής παιδαγωγικής σχέσης, πολύ δε περισσότερο όταν πρόκειται για μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

Οφείλουμε τέλος να αναγνωρίσουμε ότι οι εκπαιδευτικοί, από τους οποίους αναμένουμε τόσα πολλά, θα πρέπει να μπορούν και αυτοί να λαμβάνουν, όποτε το χρειάζονται, συστηματική ενίσχυση μέσω συμβουλευτικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών. Είναι αρκετά συνηθισμένη η έκφραση αισθημάτων απογοήτευσης και αδυναμίας των εκπαιδευτικών οι οποίοι δεν κατορθώνουν να ελέγξουν τις τάξεις

τους. Γι' αυτό και οι μηχανισμοί παροχής υποστήριξης στους εκπαιδευτικούς θεωρούνται απαραίτητοι για την αποτελεσματική βοήθεια των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

7.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι σημαντικό να υπάρχουν ορισμένοι κανόνες στο σπίτι οι οποίοι θα τηρούνται με συνέπεια. Όταν η συμπεριφορά του δεν έχει γίνει ακόμη αρνητική ή αντιδραστική, το παιδί με ΔΕΠ-Υ κατανοεί την ανάγκη ύπαρξης κανόνων, μόνο που δεν κατορθώνει να τους τηρήσει. Σε αυτό έρχονται να προστεθούν και οι διάφορες επιτιμητικές παρατηρήσεις και επικρίσεις, τα παράπονα και η όλο και συχνότερη αποτυχία του. Αυτό έχει ως συνέπεια να αυξάνεται η αντίσταση στην τήρηση των «τόσο κουτών κανόνων».²⁶

Όταν όμως το παιδί εξασκείται συστηματικά στην τήρησή τους, μέσα σε κλίμα ηρεμίας και χωρίς συνεχείς διαμάχες, τότε με την πάροδο του χρόνου και καθώς ωριμάζουν οι γνωστικές του ικανότητες είναι σε θέση να δέχεται σαφή σήματα-μηνύματα, να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις με τη βοήθεια ενίσχυσης και αργότερα να τηρεί τους κανόνες από μόνο του.

Η μη συστηματική διαπαιδαγώγηση (κατά την οποία οι γονείς υποχωρούν όταν η κατάσταση είναι δύσκολη και υποκύπτουν στην υπόσχεση του παιδιού να καταβάλει διπλή προσπάθεια την επόμενη μέρα), αποτυγχάνει ολοκληρωτικά όταν εφαρμόζεται στο παιδί με ΔΕΠ-Υ καθώς ο χρόνος δεν είναι αρκετός.

Εδώ ιδιαίτερα χρήσιμα μπορούν να αποδειχθούν ορισμένα προγράμματα τήρησης κανόνων, υπό τύπον ημερολογίου, που ελέγχονται κατόπιν συμφωνίας με το παιδί.

Για να σχεδιαστεί ένα τέτοιο πρόγραμμα, είναι απαραίτητη η συμμετοχή του παιδιού. Οι γονείς μπορούν να εξηγήσουν στο παιδί ότι έχουν κουραστεί και εξαντληθεί από τις συνεχείς υποδείξεις και τις υπενθυμίσεις προς αυτό. Γι' αυτό το λόγο προτείνουν να σημειώνουν και να καταγράφουν τα θέματα για τα οποία υπάρχει καθημερινή διαμάχη στην οικογένεια. Οι συζητήσεις σχετικά με το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο πρέπει να διεκπεραιωθούν κάποιες εργασίες κατά τη διάρκεια της ημέρας (ημερήσιο χρονοδιάγραμμα εργασιών) πρέπει να είναι συνοπτικές, και το παιδί έχει την υποχρέωση να εκτελεί ορισμένες από αυτές σε καθημερινή βάση, όπως κάποιες ημερήσιες «οικιακές εργασίες» (π.χ. στρώσιμο τραπεζιού). Η ύπαρξη δεσμευτικών κανόνων καθίσταται σαφής από την πρώτη κιόλας στιγμή, όσο κι αν το παιδί στην αρχή παραπονιέται ή διαμαρτύρεται. Οι εξηγήσεις δίνονται με φιλικό τρόπο και χωρίς να αφήνονται περιθώρια για παρερμηνείες.

Η εν λόγω μέθοδος βασίζεται στη θεραπεία της συμπεριφοράς και βοηθά να ενισχυθεί η επιθυμητή συμπεριφορά. Επίσης, προσφέρει τη δυνατότητα για ανατροφοδότηση καθώς η παρέμβαση ενός κανόνα αμέσως εντοπίζεται και αναφέρεται.

²⁶ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

Το ίδιο το παιδί καλείται να εκτιμήσει και να βαθμολογήσει το μέγεθος της δυσκολίας του κάθε κανόνα συμπεριφοράς (για παράδειγμα, κάθε κανόνας παίρνει βαθμό, ανάλογα με τη δυσκολία του, από το 1 έως το 3). Για κάθε ημέρα της εβδομάδας υπολογίζεται το ανώτερο σύνολο βαθμών που μπορεί το παιδί να συγκεντρώσει.

Για να υπολογίσουμε το χρονικό διάστημα που είναι λογικά απαραίτητο για την εκτέλεση μιας εργασίας, έτσι ώστε κατόπιν να υπάρχει διαθέσιμος ελεύθερος χρόνος (π.χ. μετά από το διάβασμα των μαθημάτων και την τακτοποίηση της τσάντας, κούρεμα του γρασιδιού), εξακριβώνουμε το σύνολο των βαθμών που συγκέντρωσε το παιδί.²⁷

Σε περίπτωση που το παιδί δεν συγκεντρώσει το μέγιστο σύνολο βαθμών:

- Εάν υπολείπονται 2 βαθμοί από ό,τι έχει συμφωνηθεί, το παιδί δεν υποχρεώνεται να αναλάβει κάποια επιπρόσθετη εργασία, αλλά παίρνει λιγότερο χαρτζιλίκι από το συνηθισμένο.
- Σε περίπτωση που υπολείπονται περισσότεροι από 2 βαθμοί, ο κάθε βαθμός πιστώνεται με ένα επιπρόσθετο καθήκον διάρκειας τουλάχιστον 10 λεπτών. Το καθήκον επιλέγεται ανάμεσα από αυτά που δεν εκτελέστηκαν. Όταν το προς διεκπεραίωση πρόσθετο καθήκον ανήκει στα πλαίσια του σχολείου, πρέπει να έχει σχολικό περιεχόμενο· όταν ανήκει στα πλαίσια του σπιτιού, πρέπει να έχει περιεχόμενο οικιακής εργασίας.

Επιπρόσθετα καθήκοντα μπορεί να είναι: (στα πλαίσια του σχολείου) η ορθογραφία, τα μαθηματικά, η έκθεση, η ανάγνωση, (ενώ στα πλαίσια του σπιτιού) το σκούπισμα, τα ψώνια, το καθάρισμα παπουτσιών, η ηλεκτρική σκούπα και το ξεσκόνισμα, η τακτοποίηση της αποθήκης, το πότισμα των λουλουδιών κτλ.

Αν το παιδί συγκεντρώσει την ανώτατη βαθμολογία, δικαιούται να λάβει μια αμοιβή που έχει συμφωνηθεί εκ των προτέρων.

Όταν το παιδί είναι κάτω των 10 ετών θα πρέπει να του παρέχεται και άμεση κοινωνική ενίσχυση. Αμοιβές που συμβάλλουν και στη βελτίωση της σχέσης παιδιού-γονέων είναι η ανάγνωση μιας ιστορίας ή κάποιο παιχνίδι (διάρκειας περίπου 10 έως 15 λεπτών).

Για παιδιά άνω των 10 ετών κατά κανόνα δεν είναι πλέον τόσο αποτελεσματική η δημιουργία τέτοιων κινήτρων άμεσης ενίσχυσης. Για κάθε βαθμό που κερδίζουν, συνεπώς, είναι καλύτερο να ανταμείβονται με ένα συμβολικό ποσό (π.χ. τοποθετώντας τα χρήματα που λαμβάνουν ως αμοιβή σε έναν μεγάλο γυάλινο κουμπαρά προκειμένου να αγοράσουν κάτι που τους αρέσει αργότερα). Σκοπός του προγράμματος είναι η εξάσκηση στον αυτοέλεγχο.

Η εμπειρία δείχνει ότι η αντίσταση των παιδιών απέναντι σε αυτά τα προγράμματα είναι αρχικά πολύ μεγάλη. Αν όμως αρχίζουν να τα εφαρμόζουν, τις περισσότερες φορές τα βρίσκουν πολύ καλά και επιδιώκουν την εφαρμογή τους. Συχνά μάλιστα, όταν οι γονείς αμελούν να τηρήσουν το πρόγραμμα, αυτά απογοητεύονται. Ένα πρόγραμμα αυτού του

²⁷ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

είδους προσφέρει στήριξη και προσανατολισμό, γεγονός που τα παιδιά αντιλαμβάνονται ακόμη και όταν εναντιώνονται σε αυτό.

Τέτοιου είδους προγράμματα μπορούν να εφαρμοστούν σε όλα τα παιδιά μέσα στην οικογένεια, καθώς συχνά και τα αδέλφια προσελκύνονται από αυτά.²⁸

Πρόγραμμα διατροφής

Ο κορυφαίος ειδικός Russel Barkley αποκλείει το ενδεχόμενο η αιτιολογία αυτό του συνδρόμου της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής να βρίσκεται σε κάποια διατροφική αλλεργία. Συν τοις άλλοις, κατηγορεί δριμύτατα την υπόθεση ότι ορισμένες δίαιτες θα μπορούσαν να βοηθήσουν αυτά τα παιδιά, υποστηρίζοντας ότι αναλώνεται χρόνος, ενέργεια και χρήματα για αναπόδεικτους ισχυρισμούς.²⁹

Συγκεκριμένα διατροφικά συμπληρώματα θα μπορούσαν να είναι ερεθίσματα «αποδεσμευτές» για το υπερκινητικό σύνδρομο. Πολλοί από αυτούς τους συλλογισμούς είχαν ως επακόλουθο να πείσουν τους γονείς ότι αν ακολουθούσαν συγκεκριμένα προγράμματα διατροφής που είχαν στόχο να αλλάξουν τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού τους, αυτό θα μπορούσε να ξεπεράσει σε μεγάλο βαθμό το πρόβλημά του. Έτσι, χάραξαν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές και βοήθησαν το παιδί τους να προσανατολιστεί και να ελέγξει τις παρορμήσεις του. Οι γονείς χωρίς να το γνωρίζουν έγιναν «συνθεραπευτές».

Κάθε προσπάθεια για αλλαγή των διατροφικών συνηθειών του παιδιού συνδέεται πάντα με μια εμφανή στροφή της προσοχής του ατόμου που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του. Το παιδί διαπιστώνει ότι οι άλλοι το φροντίζουν και δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον, αποκτώντας έτσι μια αίσθηση ότι είναι «ξεχωριστό» και «διαίτερο».

Όταν λοιπόν υπάρχουν θετικές επιπτώσεις, οι γονείς και το παιδί αποδίδουν την αλλαγή στο συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής και αυξάνεται το κίνητρο τους για την τήρησή του.

Η εμπειρία δείχνει όλο και περισσότερα παιδιά και ενήλικες αναφέρουν ότι η κατάστασή τους βελτιώνεται όταν η διατροφή τους περιλαμβάνει λιγότερα συντηρητικά και τεχνητά χρώματα. Παρότι κάτι τέτοιο δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά, συχνά τους δίνεται η συμβουλή οι τροφές που τρώνε να έχουν λίγα συντηρητικά.

²⁸ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

²⁹ Cordula Neuhaus, Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματά του, Ελληνικά Γράμματα, 1999

ΤΙ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ;

Συνήθως τα παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση που σχετίζεται με τις εμπειρίες τους και βρίσκεται σε συνάρτηση με γεγονότα που συμβαίνουν τακτικά κάθε χρόνο, όπως για παράδειγμα τα Χριστούγεννα. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί ότι οι διακυμάνσεις στη διάθεση τους συνδέονται με αλλαγές του καιρού και με την πανσέληνο. Οι ξαφνικές και απρόσμενες συγκρίσεις του εαυτού τους με τους συνομηλίκους ενδέχεται να τους οδηγήσουν σε κρίση.

Κατά περιόδους μπορούμε να τα πάμε πολύ καλά με ένα τέτοιο παιδί. Οι γονείς μπορούν να επωφεληθούν από αυτές τις φάσεις για να ξεκουραστούν και να αναλάβουν δυνάμεις. Στις δύσκολες φάσεις αυτό που πρέπει να υπενθυμίζουν κυρίως στον εαυτό τους είναι ότι δεν πρέπει να απελπίζονται τόσο γρήγορα. Αν έχουν διαρκώς στο νου τους την παραπάνω σκέψη, τα αποτελέσματα θα είναι καλά παρά την κοπιαστική και μακρόχρονη πορεία.

Όσες περισσότερες γνώσεις διαθέτουν οι γονείς σχετικά με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (ενδεχομένως και σχετικά με τον εαυτό τους όταν και οι ίδιοι υποφέρουν από την ίδια διαταραχή) ώστε να κατανοούν την ψυχολογική κατάσταση του παιδιού τους, τόσο πιο εύκολα μπορούν να διαπαιδαγωγήσουν το παιδί τους. Βεβαίως, για να χειριστούν τα παιδιά με ΔΕΠ χρειάζεται να καταναλώσουν χρόνο. Συν τοις άλλοις, είναι απαραίτητο να μη συγκρίνουν τα δικά τους με τα άλλα παιδιά.

Ένα σοβαρό μειονέκτημα που χαρακτηρίζει τα παιδιά με ΔΕΠ είναι ότι δεν αντιλαμβάνονται άμεσα όλα όσα τους λένε οι γονείς τους. Ορισμένες φορές εξαιτίας του ιδιαίτερου αντιληπτικού ύφους τους καταβάλλουν άμεσες προσπάθειες, καθώς αυτό που έχουν στο μυαλό τους θέλουν να το πραγματοποιήσουν αμέσως και δυσκολεύονται φοβερά να αναβάλουν τις πράξεις τους. Ένα δεύτερο μειονέκτημα, που μπορεί να διαφανεί και από το ιστορικό μάθησης, είναι η κριτική που έχει ασκηθεί απέναντι στο παιδί στα πρώτα χρόνια της ζωής του με χαρακτηριστικές δηλώσεις.

Ακόμη και τα νήπια καταλαβαίνουν ότι τέτοιες εκφράσεις έχουν αρνητικό περιεχόμενο.

Όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα δεν είναι γνωστή η διαταραχή, τόσο συχνότερη είναι και η χρησιμοποίηση απόλυτων εκφράσεων όπως «ποτέ», «κάθε φορά», «πάντα» σε κρίσιμες καταστάσεις. Το παιδί λοιπόν αισθάνεται ότι οι άλλοι

κάνουν λάθος εκτίμηση και το παρεξηγούν εύκολα. Επ' ουδενί λόγω δεν επιθυμεί όμως τέτοια μεταχείριση. Γι' αυτό αναπτύσσει άμυνα, αρνητισμό και «δεν ακούει επίτηδες».

Εκφράσεις όπως «εξαιτίας σου» ή «αν πάλι δεν έκανες...» περικλείουν σαφή απόδοση ευθυνών στο παιδί και δηλώνουν απογοήτευση. Εκφράσεις όπως «κατάλαβε επιτέλους» ή «δεν μπορείς τουλάχιστον» κάνουν το παιδί να πιστεύει ότι προφανώς είναι πολύ κουτό. Έχει σημασία να μην του «κολλάμε ετικέτες» (όπως «είσαι» ή «δεν μπορείς»). Το παιδί αντιλαμβάνεται την αρνητική στάση των γονέων του, στενοχωριέται, ανησυχεί ή προσβάλλεται και βιώνει αρνητικά συναισθήματα. Εξαιτίας του αντιληπτικού του ύφους κατακλύζεται από πάρα πολλά ερεθίσματα και δεν μπορεί να ασκήσει τον απαιτούμενο αυτοέλεγχο. Έτσι αρχίζει να βρίζει, στρέφει την προσοχή του στην αρνητική πλευρά των πραγμάτων, ξεχνά, αποδιοργανώνεται. Υποσυνείδητα καταλαβαίνει την κατάσταση και αγανακτεί. Γι' αυτό χρειάζεται θετική υποστήριξη και όχι σχόλια που επιβεβαιώνουν το λανθασμένο τρόπο λειτουργίας του.

Το πρώτο πράγμα που απαραίτητα πρέπει να μάθουν οι γονείς όταν βρίσκονται με το παιδί τους είναι να χρησιμοποιούν μια εποικοδομητική κριτική που να αρμόζει στις περιστάσεις. Αυτό βέβαια προϋποθέτει να γνωρίζουν ότι το παιδί δεν τους κατακρίνει. Όταν χρησιμοποιούν δυσάρεστες εκφράσεις, πρέπει να σκέφτονται ότι η κάθε αρνητική δήλωση αυτόματα γίνεται εμπόδιο στην επικοινωνία με το παιδί και αποβαίνει επιζήμια.

Κανένα παιδί με ΔΕΠ-Υ δεν ζυπνά το πρώιμη πρόθεση να εκνευρίσει συνειδητά τον μπαμπά και τη μαμά!

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ συναισθάνεται την παραμικρή αλλαγή της κάθε διάθεσης του άλλου. Σε κλάσματα δευτερολέπτου ελέγχει το πρόσωπο του ενήλικα που έχει δίπλα του για να διαπιστώσει «σε τι κατάσταση βρίσκεται». Διακρίνει αμέσως τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του άλλου. Διαισθανόμενο αν ο άλλος βρίσκεται σε καλή διάθεση βάζει όλο του το ζήλο για να ανταποκριθεί περισσότερο σε όλα όσα κεντρίζουν το ενδιαφέρον του, παρά σε όσα του ζητάει ο άλλος να κάνει - κι αυτό γίνεται ασυνείδητα.

Κάποιοι θεωρούν τις συχνές εκδηλώσεις απροθυμίας του παιδιού ως σημάδια απόρριψης ή αποτυχίας τους. Για να μην το «πάρουν ποτέ προσωπικά», θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν ορισμένες τεχνικές προκειμένου να αντιμετωπίσουν την απογοήτευση τους. Η τεχνική του «μικρού κουβά» μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα

χρήσιμη: σε αυτόν θα πετούν όλες τις άχρηστες εκφράσεις. Για παράδειγμα, μια φορά την ημέρα με συμβολικό τρόπο «αδειάζουν και ξεπλένουν» τον κουβά. Από αυτή την πράξη αντλούν δύναμη και δεν κρατούν κακία.

Ηθικά διδάγματα, εξηγήσεις, κρίσεις και ηθικολογικές παραινήσεις σχετικά με τις αρνητικές εκφράσεις που χρησιμοποιεί το παιδί, και τις οποίες θεωρούν παράλογες και αδικαιολόγητες ή ανεπιθύμητες, δεν έχουν καμία απολύτως χρησιμότητα αν λάβουμε υπόψη την έως τώρα εμπειρία. Το μόνο που καταφέρνουν είναι να αυξήσουν την ένταση και να προκαλέσουν σύγκρουση.

Σταδιακά, η κατάσταση πρέπει να διαμορφωθεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε το παιδί να χρησιμοποιεί όλο και λιγότερες υβριστικές εκφράσεις. Μία τεχνική, για παράδειγμα, είναι η τοποθέτηση στο τραπέζι ενός μικρού κουμπαρά, που είναι ένα «γουρουνάκι για βρισιές». Κάθε μέλος της οικογένειας που ξεστομίζει μια βρισιά θα πρέπει να ρίχνει ένα νόμισμα στον κουμπαρά. Στην αρχή ο κουμπαράς παίρνει γρήγορα βάρος. Σύντομα όμως, ύστερα από τρεις εβδομάδες το αργότερο, το βάρος του παραμένει σταθερό αν οι κανόνες του παιχνιδιού τηρούνται με συνέπεια.

Όσο πιο ήρεμα, χαλαρά, φιλικά ζητούμε από το παιδί κάτι, και μάλιστα με αίσθηση του χιούμορ, τόσο πιο γρήγορα αυτό είναι σε θέση να ανταποκριθεί σε απαιτήσεις που του είναι δυσάρεστες.

Είναι ευνόητο ότι δεν γκρινιάζουμε για λεπτομέρειες και ασήμαντα πράγματα. Μια σύνοψη των ενεργειών που του ζητούμε εξασφαλίζει ότι το παιδί θα καταγράψει τις σημαντικές πληροφορίες. Ταυτόχρονα διατηρούμε σταθερή οπτική επαφή με το παιδί, το καθησυχάζουμε ή του διευκρινίζουμε ό,τι δεν κατάλαβε. Αν δεν ανταποκριθεί σε μία απαίτηση, παραμένουμε φιλικοί, του μιλούμε με σαφήνεια και χωρίς καθυστέρηση του ζητούμε να ξαναπροσπαθήσει (ακόμη και στην περίπτωση που εκείνο αντιδράσει ή αρνηθεί).

Η χρονική πίεση και η βιασύνη πρέπει οπωσδήποτε να αποφεύγονται. Το παιδί με ΔΕΠ δεν μπορεί να κάνει πολλές ενέργειες «ταυτόχρονα», ιδίως όταν πρόκειται για καταστάσεις που θεωρεί δύσκολες και στις οποίες, καθώς φαίνεται από την εμπειρία, αντιστέκεται.

Οι γονείς πρέπει πάντα να ενισχύουν και να επαινούν την ίδια την προθυμία του παιδιού για προσπάθεια και όχι μόνο το αποτέλεσμα της πράξης του -ακόμα και όταν αυτό δεν είναι τέλειο. Ωστόσο, ο έπαινος πρέπει να δίνεται με φειδώ, επειδή το παιδί χαίρεται πολύ, «επαναπαύεται στις δάφνες του» και σταματά τις προσπάθειες.

Με όσο μεγαλύτερη συνέπεια ακολουθήσουν οι γονείς το συγκεκριμένο τρόπο διαπαιδαγώγησης του παιδιού τους, τόσο καλύτερα αυτό μαθαίνει να ανταποκρίνεται και να ελέγχει τον εαυτό του.

Έχει ιδιαίτερη αξία οι γονείς να εξετάζουν με κριτικό πνεύμα τη συμπεριφορά τους, να καταλήγουν σε ένα κοινό σχέδιο δράσης, να είναι ήρεμοι και να συμφωνούν εν γένει μεταξύ τους. Πρέπει επίσης να αποσαφηνίζουν τους κανόνες και να συντονίζουν τις αντιδράσεις τους σε σχέση με τις προβλέψιμες συμπεριφορές του παιδιού. Το θέμα της ασυμφωνίας για τον κοινό τρόπο δράσης συναντάται συχνά σε τέτοιες οικογένειες και μπορεί να προκαλέσει εκρήξεις. Όταν ένα ζευγάρι έχει διαφορετικές απόψεις και οδηγείται σε συγκρούσεις, είναι ανάγκη να ζητηθεί βοήθεια από ειδικό.

Ο ενήλικας λοιπόν χρειάζεται να ξεκαθαρίσει τι, πότε, πού και πώς θα γίνεται κάτι. Χρησιμοποιώντας την τεχνική του «αυτοκινητόδρομου» το παιδί μαθαίνει να οργανώνει τον εαυτό του καθώς πορεύεται σε έναν «φαρδύ αυτοκινητόδρομο με μπάρες και οδικά σήματα που κατευθύνουν αριστερά ή δεξιά» στο πρόσωπο του πατέρα και της μητέρας. Είναι δύσκολο έργο για τους «μοναχικούς παιδαγωγούς», οι οποίοι υποχρεώνονται να μεταπηδούν από το ένα σημείο στο άλλο «από τα αριστερά στα δεξιά», αφού τα παιδιά πάντα ρωτούν σχετικά με τα «στοπ» που τους επιβάλλονται, είναι υπερβολικά και δεν γνωρίζουν τη «μέση οδό».

Απαραίτητη προϋπόθεση για να έχει η διαπαιδαγώγηση του παιδιού με ΔΕΠ νόημα είναι η σαφής δόμηση της καθημερινής ζωής και η διατύπωση σταθερών κανόνων.

Όσο περισσότερο ρυθμισμένη, «στρωτή» και προβλέψιμη είναι η καθημερινή ζωή του, τόσο καλύτερη είναι η πορεία του. Αυτή η δομή προϋποθέτει τη διαμόρφωση κανόνων αναφορικά με το χρόνο και τις διαδικασίες.

Αυτοί οι κανόνες πρέπει να διαμορφώνονται ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού, ώστε να γίνονται κατανοητοί από αυτό χωρίς πολλές εξηγήσεις, διευκρινίσεις ή συζητήσεις.

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ το πρωί πρέπει να πηγαίνει μόνο του στο μπάνιο (χωρίς το αδελφάκι του γιατί έτσι διασπάται η προσοχή από άλλο ερέθισμα) και πρέπει να ξέρει ακριβώς τι έχει να κάνει εκεί (να τοποθετήσει την οδοντόβουρτσα στην κούπα, να κρεμάσει την πετσέτα για τα χέρια). Η διατύπωση της «εντολής» πρέπει να είναι πολύ ακριβής.

Χρειάζεται να ξέρει τι πρέπει να κάνει όταν βγει από το μπάνιο και καθίσει στο τραπέζι για το πρωινό. Ο προσδιορισμός της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής που πρέπει να κάνει το καθετί ασκεί επίσης θετική επίδραση. Το ρολόι στην κουζίνα λειτουργεί ως χρονόμετρο και του υπενθυμίζει τις υποχρεώσεις του.

Είναι απαραίτητο να κοιμάται συγκεκριμένη ώρα. Οι επιπρόσθετες «διαταγές», να διαβάσει αντί να ακούσει μουσική, να παίζει αντί να δει τηλεόραση, συνήθως κουράζουν το παιδί και το κάνουν να νυστάξει. (Corbula Neuhaus 1999, σελ. 202)

7.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Τα κατά το άρθρο 2 του Ν. 2817/2000 (ΦΕΚ 78 Α') ιδρυθέντα Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.) των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες λειτουργούν στις έδρες των νομών και νομαρχιών του κράτους, αποτελούν αποκεντρωμένες δημόσιες υπηρεσίες και υπάγονται απευθείας στον Υπουργό Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.³⁰

Σκοπός των Κ.Δ.Α.Υ., κατά τις διατάξεις του άρθρου 2 παρ. 2 του Ν, 2817/2000, είναι η προσφορά υπηρεσιών διάγνωσης, αξιολόγησης και υποστήριξης των μαθητών και κυρίως εκείνων που έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς και υποστήριξης, πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών, των γονέων και της κοινωνίας.

Για την επίτευξη των στόχων τους, τα Κ.Δ.Α.Υ. λειτουργούν βάσει προτυποποιημένης διαδικασίας, όπως αυτή περιγράφεται στην παρούσα απόφαση, ώστε να διασφαλίζεται η ομοιογενής λειτουργία τους σε όλη τη χώρα. Τα Κ.Δ.Α.Υ. έχουν, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2 και 15, παρ. 3 του Ν. 2817/2000 τις εξής αρμοδιότητες:³¹

α) Την έρευνα για τη διαπίστωση του είδους και του βαθμού των δυσκολιών των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο σύνολο των παιδιών σχολικής και προσχολικής ηλικίας. Οι περιφερειακές υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας των περιφερειών έχουν υποχρέωση να παρέχουν συνδρομή όταν τους ζητηθεί. Τα αντικείμενα στα οποία παρέχεται η συνδρομή αυτή καθορίζονται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας.

β) Την εισήγηση για την εγγραφή, κατάταξη και φοίτηση στην κατάλληλη σχολική μονάδα, καθώς και την παρακολούθηση και αξιολόγηση της εκπαιδευτικής πορείας των μαθητών, σε συνεργασία με τους σχολικούς συμβούλους ειδικής αγωγής και τους αρμόδιους κατά περίπτωση σχολικούς συμβούλους προσχολικής αγωγής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τους διευθυντές των σχολικών μονάδων, καθώς και το ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό που υπηρετεί στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής.

γ) Την εισήγηση για την κατάρτιση προσαρμοσμένων εξατομικευμένων ή ομαδικών

³⁰ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi/21-KDAY-1-11.htm

³¹ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi/21-KDAY-1-11.htm

προγραμμάτων ψυχοπαιδαγωγικής και διδακτικής υποστήριξης, δημιουργικής απασχόλησης, καθώς και την εφαρμογή άλλων επιστημονικών κοινωνικών και λοιπών υποστηρικτικών μέτρων για τα άτομα με ειδικές ανάγκες στα σχολεία στην έδρα του Κ.Δ.Α.Υ. ή στο σπίτι.

δ) Την παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης και ενημέρωσης στο διδακτικό προσωπικό και σε όσους συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία και επαγγελματική υποστήριξη, σε όλη την έκταση της εκπαίδευσης και τη διοργάνωση προγραμμάτων ενημέρωσης και συμβουλευτικής για τους γονείς των μαθητών και τους ασκούντες τη γονική μέριμνα.

ε) Τον καθορισμό του είδους των τεχνικών βοηθημάτων και οργάνων που έχει ανάγκη το παιδί στο σχολείο ή στο σπίτι, καθώς και την κατάρτιση προτάσεων για την καλύτερη παραμονή του στους χώρους της εκπαίδευσης

στ) Την εισήγηση για την αντικατάσταση των γραπτών δοκιμασιών των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες με προφορικές ή άλλης μορφής δοκιμασίες στις εξετάσεις της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

ζ) Την εισήγηση για την αντικατάσταση και εφαρμογή προγραμμάτων πρόωμης εκπαιδευτικής παρέμβασης για όλες τις περιπτώσεις του άρθρου 1 παράγραφος 2 του Ν. 2817/2000.

η) Την εισήγηση στις αρμόδιες υπηρεσίες για την ίδρυση, την κατάργηση, την προαγωγή, τον υποβιβασμό, τη μετατροπή ή τη συγχώνευση των αυτοτελών σχολείων ειδικής αγωγής, όπως αυτά ορίζονται στην παρ. 13 του άρθρου 1 και των τμημάτων ένταξης, την προσθήκη τομέων και τμημάτων ειδικοτήτων των ΤΕΕ και στελέχωση αυτών καθώς και την ανάλογη αύξηση ή μείωση των οργανικών θέσεων του προσωπικού.

θ) Εισηγούνται στις αρμόδιες υπηρεσίες, για την λειτουργία υπό ενιαία διεύθυνση των σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής Α/βάθμιας και Β/βάθμιας εκπαίδευσης που συλλειτουργούν ή συστεγάζονται.

ι) Την σύνταξη ετήσιας έκθεσης πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και στο Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, με βάση την οποία πραγματοποιείται ανά διετία αξιολόγηση του έργου τους από το Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου.

Ο βασικός σκοπός της κοινωνικής μέριμνας είναι η ενημέρωση για όλα όσα μπορεί να σημαίνει η διαταραχή ελαττωματικής προσοχής – υπερκινητικότητα. Η αντίληψη της κοινής γνώμης για τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) κυριαρχείται από μύθους, παρανοήσεις και παρεξηγήσεις σχετικά με τη φύση, την πορεία και τη θεραπεία της διαταραχής. Σκοπός λοιπόν πρέπει να είναι η ενημέρωση, η γνώση, η

αλήθεια.³²

7.4 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Εργοθεραπεία

Η εργοθεραπεία είναι μία άγνωστη για πολλούς επιστήμη που όμως η συνδρομή της είναι ιδιαίτερα σημαντική σε πολλές καθημερινές εκδηλώσεις της ζωής για παιδιά αλλά και για ενήλικες. Δυσκολίες που αντιμετωπίζει καθημερινά το παιδί στο σχολείο του και στην ευρύτερη κοινωνική του ζωή, βρίσκουν λύση στην εργοθεραπευτική παρέμβαση. Βασικό εργαλείο στην Εργοθεραπεία είναι οι λεγόμενοι αναπτυξιακοί πίνακες βάσει των οποίων αξιολογούμε τη δυσκολία του παιδιού να ανταποκριθεί στις σχολικές απαιτήσεις. Πολλές από τις δεξιότητες που περιέχονται στους πίνακες αυτούς έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για τη συνολική ανάπτυξη του. Μέρος ενός τέτοιου πίνακα που χρησιμοποιεί ο εργοθεραπευτής είναι ο παρακάτω και αφορά στις ηλικίες 3 ετών.³³

Αν το παιδί αδυνατεί να κάνει πάνω από 3 πράγματα που αναφέρονται ανά κατηγορία, ο εργοθεραπευτής καταστρώνει πρόγραμμα με σκοπό να καλυφθούν αυτά τα αναπτυξιακά κενά. Συχνά όμως συνυπάρχουν και μια σειρά δυσκολίες σε περισσότερες από μία κατηγορίες.

Έχουμε δει πχ ότι ενώ υπάρχει δυσκολία στο σχολείο (στη γραφή, στην ανάγνωση ή στην κατανόηση), υπάρχει εξίσου δυσκολία και σε βασικές δεξιότητες του παιδιού (ξεχνάει, δεν μπορεί να τακτοποιήσει τα πράγματά του, δυσκολεύεται να φροντίσει για την προσωπική του υγιεινή, ή απλά να δέσει τα κορδόνια του).

Εκεί απαιτείται η κατάστρωση ενός σχεδίου (πρόγραμμα εργοθεραπείας) όπου θα δουλευτούν συγκεκριμένοι στόχοι με βασικές προτεραιότητες. Για παράδειγμα η κωδικοποίηση του τρισδιάστατου χώρου σε χαρτί (που έχει δύο διαστάσεις). Έχει γίνει κοινή σύμβαση σε όλους μας, να θεωρούμε ως αρχή ενός κειμένου (Πρώτο γράμμα) τη θέση ΠΑΝΩ κι ΑΡΙΣΤΕΡΑ στο χαρτί μας. Αυτό είναι πιθανό να μην το γνωρίζει κάποιο παιδί ακόμα. Πως μπορούμε να μιλάμε λοιπόν για ανάγνωση εάν δεν έχει κατακτηθεί ο προσανατολισμός ; Με τον ίδιο τρόπο θα λέγαμε "πως να μιλήσουμε για γραφή, αν δεν έχει αναπτυχθεί η λεπτή κινητικότητα ;" (για το κράτημα του μολυβιού). Αυτά όλα είναι μια υπεραπλουστευμένη εικόνα της λογικής που μπορεί ν' ακολουθήσει ένας εργοθεραπευτής.

Στην πραγματικότητα κάθε τομέας ανάπτυξης επηρεάζει και επηρεάζεται από άλλους τομείς. Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα είναι ο συναισθηματικός τομέας και το πως μπορεί το παιδί να "κλειδώσει" εξαιτίας μιας απλής αδυναμίας. Η αδυναμία ενός παιδιού να

³² <http://www.lilly.gr/>

³³ <http://www.epilexei.gr/>

συγκεντρώσει την προσοχή του στο κείμενο η οποία με τη σειρά της θα επιφέρει δυσκολία στην κατανόηση - έως και καθόλου κατανόηση -, θα έχει ως συνέπεια να αγχώνεται να μη το κατηγορήσουν ως τεμπέλικό ή και χαζό. Αυτές λοιπόν οι προτεραιότητες που πρέπει να μπου θα καθορίσουν και την περαιτέρω πορεία στην μαθησιακή του ανάπτυξη. Ας μη διστάζουμε για το παραμικρό που μας ανησυχεί να απευθυνόμαστε σε ειδικούς. Αν καθυστερήσουν ορισμένα κομμάτια της ανάπτυξης και δεν δουλευτούν, οι δυσκολίες θα παραμένουν και θα αυξάνονται.³⁴

Συμπεριφορικά προγράμματα παρέμβασης και τεχνικές

Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να χαρακτηριστεί ως αναπτυξιακή καθυστέρηση στη ρύθμιση της συμπεριφοράς με βάση διάφορους κανόνες και συνέπειες (Barkley, 1994). Γι' αυτό και οι παρεμβάσεις που μεταβάλλουν άμεσα τη μορφή, τη χρονική αλληλουχία και την ένταση αυτών των συνεπειών είναι οι παρεμβάσεις επιλογής. Αυτές ακριβώς οι παρεμβάσεις προτείνονται από τα προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς (Barkley, 1989, 1990, 1994).

Στρατηγικές όπως ο έπαινος του παιδιού από τον εκπαιδευτικό για την καλή του συμπεριφορά, η αγνόηση της ακατάλληλης συμπεριφοράς, ο καθορισμός σαφών κανόνων, οδηγιών και προσδοκιών εκ μέρους του εκπαιδευτικού, η χρήση της τεχνικής της απομάκρυνσης από το ερέθισμα (time-out), των επιπλήξεων κ. ά. έχουν αποδειχθεί επιτυχείς μέθοδοι για τη βελτίωση των πιθανών διασπαστικών μορφών συμπεριφοράς (Acker & O'Leary, 1987· Barkley, 1990· Taylor, Cornwell, & Riley, 1984). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αισθάνονται καλύτερα όταν γνωρίζουν με ακρίβεια τι περιμένουν οι άλλοι από αυτά, τόσο σε σχολικό-ακαδημαϊκό επίπεδο όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς (Rief, 1993).

Ένα πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς, που μπορεί να εφαρμοστεί στο πλαίσιο τόσο της σχολικής όσο και της προσχολικής αγωγής, ακολουθεί συνήθως τις παρακάτω βασικές αρχές:

1. **Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να αντιδρούν άμεσα στη συμπεριφορά του παιδιού επιβάλλοντας τις κατάλληλες συνέπειες.** Μόλις, ο εκπαιδευτικός διαπιστώσει ότι το παιδί συμμορφώνεται με τους κανόνες της τάξης, πρέπει χωρίς καθυστέρηση ή δισταγμό να το ενισχύσει (και σε αντίθετη περίπτωση να το «τιμωρήσει» ελαφρά).
2. **Οι εκπαιδευτικοί δεν πρέπει να παραβλέπουν τη συμπεριφορά του παιδιού, αλλά να αντιδρούν όσο συχνότερα γίνεται παρέχοντας ανάλογα με την περίπτωση θετικές ή αρνητικές ενισχύσεις.** Αν το παιδί συμπεριφέρεται σύμφωνα με τους κανόνες της τάξης, τότε ο εκπαιδευτικός πρέπει να το επαινέσει και ίσως και να το ανταμείψει· αντίθετα, αν το παιδί παραβιάζει κάποιους κανόνες, τότε ίσως απαιτείται

³⁴ <http://www.epilexei.gr/>

μια επίπληξη ή ελαφρά τιμωρία.

Ένα παρόμοιο σύστημα μπορεί να μετατραπεί σε πρόγραμμα αυτοπαρατήρησης, κατάλληλο για τα παιδιά της Β' Δημοτικού ή και για μεγαλύτερα. Βάσει του προγράμματος αυτού, στο θρανίο του παιδιού τοποθετείται μια κάρτα. Η κάρτα μπορεί να χωριστεί σε δύο στήλες, με ένα σταυρό (+) στην κορυφή της αριστερής στήλης και ένα μείον (-) στην κορυφή της δεξιάς. Ο εκπαιδευτικός καθοδηγεί το παιδί έτσι ώστε, κάθε φορά που ακούγεται ένας τόνος ή ήχος (π.χ. από ένα ρολόι), να βάζει ένα σημάδι στην κατάλληλη στήλη, ανάλογα με το εάν συμπεριφέρεται σύμφωνα με τους κανόνες (σημάδι στη στήλη με το +) ή όχι (σημάδι στη στήλη με το -). Καθήκον του δασκάλου είναι να παρατηρεί αμέσως τη συμπεριφορά του παιδιού και να ελέγχει εάν βάζει το σημάδι στην κατάλληλη στήλη. Το πρόγραμμα μπορεί να γίνει πιο αποτελεσματικό εάν στη σχολική αίθουσα τοποθετηθεί ένας πίνακας στον οποίο θα αναγράφονται πέντε ή έξι βασικοί κανόνες για την καλή λειτουργία της τάξης (π.χ. «μένουμε στη θέση μας», «επιμένουμε στο έργο μας», «δεν χαζεύουμε», «δεν ενοχλούμε τους άλλους», «κάνουμε τη δουλειά μας» κ.ο.κ.).

3. **Ο εκπαιδευτικός πρέπει να παρέχει όσο το δυνατόν πιο ξεκάθαρες ενισχύσεις.** Οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται να δίνουν πιο «ουσιαστικές» ενισχύσεις για την τήρηση των κανόνων της τάξης, όπως για παράδειγμα επαίνους, προνόμια ή ακόμη και γλυκίσματα.

Ένας τρόπος για την ενίσχυση της προσπάθειας είναι η χρήση της «κάρτας για το σπίτι» (Barkley, 1981, 1983, 1989' O'Leary & Pelham, 1978). Πρόκειται για μια μικρή κάρτα σημειώσεων πάνω στην οποία αναγράφονται κάποιες συμπεριφορές που λειτουργούν ως στόχοι για το πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς (βλ. Σχήμα 1). Η «κάρτα» χρησιμοποιείται ως εξής: μετά από κάθε σχολική ώρα ο εκπαιδευτικός βάζει ένα βαθμό στη στήλη που υπάρχει κάτω από κάθε συμπεριφορά-στόχο. Οι βαθμοί κυμαίνονται συνήθως μεταξύ του 1 και του 5, με το 5 να αναπαριστά την καλύτερη δυνατή βαθμολογία και το 1 τη χειρότερη.

Αφού συμπληρωθεί η στήλη για κάθε περίοδο, ο εκπαιδευτικός υπογράφει την κάρτα. Μετά το πέρας της σχολικής ημέρας η κάρτα αποστέλλεται στο σπίτι με το παιδί για να ελεγχθεί από τους γονείς του. Όταν η βαθμολογία είναι καλή οι γονείς δίνουν κάποιους βαθμούς, ενώ όταν είναι κακή τους αφαιρούν. Οι βαθμοί που δίνουν οι γονείς αθροίζονται και ανταλλάσσονται με διάφορες αμοιβές και προνόμια (ενισχυτές). Με αυτό τον τρόπο οι γονείς ενημερώνονται για το τι συμβαίνει

Όνομα: _____		Ημέρα: _____		
	Σήκωσε το χέρι πριν μιλήσει	Παρέμεινε στη θέση του	Έκανε ό,τι του ζητήθηκε	Δεν ενοχλούσε τους άλλους
Τις δύο πρώτες σχολικές ώρες				
Την τρίτη και τέταρτη σχολική ώρα				
Τις τελευταίες σχολικές ώρες				
Παρατηρήσεις				

Σχήμα 1. Κάρτα συνεννόησης σχολείου-σπιτιού

στο σχολείο, ενώ παράλληλα το παιδί αρχίζει να κατανοεί ότι η συμπεριφορά του δεν επηρεάζει μόνο το κοντινό του περιβάλλον αλλά μπορεί να έχει και ευρύτερες συνέπειες.

Τρία είναι τα προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν σε τέτοια προγράμματα συνεργασίας γονέων-σχολείου (Breen & Altepeter, 1990): Πρώτον, τα παιδιά μπορεί να «ξεχάσουν» (ηθελημένα ή μη) να δώσουν την κάρτα στον εκπαιδευτικό για συμπλήρωση και υπογραφή. Αυτό το πρόβλημα ξεπερνιέται συνήθως γρήγορα, ειδικά εάν ο εκπαιδευτικός ζητά την κάρτα στο τέλος κάθε σχολικής ώρας. Δεύτερον, τα παιδιά μπορεί να «ξεχάσουν» (ηθελημένα ή μη) να δώσουν την κάρτα στους γονείς τους. Και αυτό το πρόβλημα μπορεί να λυθεί, εάν στο πρόγραμμα συμπεριλαμβάνεται ένα σύστημα πρόσθεσης βαθμών όταν το παιδί παραδίδει την κάρτα στους γονείς του και ίσως ένα σύστημα ποινών (π.χ. αφαίρεση βαθμών) όταν δεν τη δίνει. Τρίτον, κατά καιρούς και κυρίως στην αρχή του προγράμματος, ο μαθητής ενδέχεται να πλαστογραφήσει την υπογραφή του δασκάλου του. Αυτό συνήθως γίνεται γρήγορα φανερό και σταματά μόλις οι γονείς φέρουν το παιδί αντιμέτωπο με την κατάσταση. Σε κάθε άλλη περίπτωση (π.χ. επιτυχούς πλαστογραφίας) η παρατυπία μπορεί να αποκαλυφθεί εάν οι γονείς και ο εκπαιδευτικός συμφωνήσουν να συζητούν τηλεφωνικώς την πορεία του όλου προγράμματος, ενημερώνοντας το παιδί γι' αυτή τους τη συζήτηση. Κατά τη διάρκεια αυτών των σύντομων συζητήσεων γονείς και εκπαιδευτικός μπορούν να ελέγξουν την πραγματική «επίδοση» του παιδιού και κατά συνέπεια να εντοπίσουν τις πιθανές ασυμφωνίες.

4. **Οι αμοιβές είναι πιο σημαντικές από ως ποινές.** Μια τέταρτη αρχή που πρέπει να τηρείται κατά την τροποποίηση της συμπεριφοράς ενός υπερκινητικού παιδιού, ιδιαίτερα σημαντική για τους εκπαιδευτικούς, είναι η αποφυγή της συνήθους τακτικής επιβολής ποινών προκειμένου να κατασταλεί μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Ακόμη και κατά την εφαρμογή ενός παρεμβατικού προγράμματος οι εκπαιδευτικοί

πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα ώστε να επιβάλλουν μόνο ελαφρές τιμωρίες, και να μην τιμωρούν επιλεκτικά, αλλά με συνεπή τρόπο. Η αντιμετώπιση των παιδιών με αξιοπρέπεια και σύνεση απαιτεί την επιβολή επιπλήξεων και ποινών με ήρεμο, σύντομο και διακριτικό τρόπο. Οι επιπλήξεις δεν πρέπει να γίνονται αντιληπτές από τα υπόλοιπα παιδιά.

Σημαντικά χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων για την τροποποίηση της συμπεριφοράς πρέπει να είναι η προσαρμοστικότητα και η ευελιξία (Brasswell & Kendall, 1988). Προσαρμοστικότητα όμως δεν σημαίνει και ασυνέπεια. Έτσι, από τη στιγμή που συμφωνηθούν, οι ενισχύσεις (θετικές ή αρνητικές) πρέπει να εφαρμόζονται αξιόπιστα. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενισχύονται (ή «τιμωρούνται») μόνο εκείνες οι συμπεριφορές για τις οποίες ο εκπαιδευτικός έχει ενημερώσει το μαθητή ότι ελέγχονται και για τις οποίες ο μαθητής γνωρίζει τους κανόνες και τις συνέπειες παραβίασης τους. Οι συμπεριφορές και οι κανόνες δεν επιλέγονται τυχαία, αλλά σύμφωνα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του παιδιού και έπειτα από συνεννόηση με τους ειδικούς ψυχικής υγείας και τους γονείς.

5. **Συνέπεια.** Η πέμπτη αρχή, που έχει επίσης μεγάλη σημασία για τον εκπαιδευτικό κατά την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, είναι η συνέπεια της δικής του συμπεριφοράς. Αυτό σημαίνει ότι: (α) ο εκπαιδευτικός πρέπει να είναι συνεπής καθ' όλο το χρόνο, (β) δεν εγκαταλείπει πολύ εύκολα ή γρήγορα το πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς που εφαρμόζει, και (γ) αντιδρά με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις καταστάσεις και τις συνθήκες.
6. **Πρόβλεψη προβλημάτων.** Ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να προβλέπει τις δύσκολες καταστάσεις που πιθανώς θα εμφανιστούν στο μέλλον, ούτως ώστε να προετοιμαστεί και να αποφύγει τη σύγχυση για όσα οφείλει να κάνει όταν εμφανιστεί το πρόβλημα.
7. **Διατήρηση της μακρόχρονης προοπτικής.** Συχνά οι εκπαιδευτικοί ξεχνούν τους μακροπρόθεσμους στόχους που έχουν θέσει και νιώθουν να αποθαρρύνονται από τη μη άμεση επίτευξη τους. Τείνουν να παραγνωρίζουν ότι οι αλλαγές επέρχονται δύσκολα, ειδικά στην αρχή, με αποτέλεσμα να απογοητεύονται γρήγορα. Δεν πρέπει ωστόσο να ξεχνούν ότι η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ απαιτεί χρόνο και ότι και το ίδιο το παιδί υποφέρει από τις δυσκολίες του.
8. **Συχνή εφαρμογή της πρακτικής της «συγχώρεσης».** Οι εκπαιδευτικοί καλό είναι να εξασκούνται καθημερινά στην πρακτική της συγχώρεσης. Θα πρέπει δηλαδή να συγχωρούν την άσχημη συμπεριφορά των παιδιών, τους άλλους που παρεξηγούν συχνά αυτή τη συμπεριφορά, αλλά και τον ίδιο τους τον εαυτό για τα λάθη και τις παραλείψεις τους.

Πολλές από τις τεχνικές που περιγράφηκαν προηγουμένως έχουν σχεδιαστεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν από δασκάλους μικρών τάξεων, εκπαιδευμένους στις διαδικασίες των συμπεριφορικών παρεμβάσεων. Πρέπει ωστόσο να

σημειωθεί ότι στη χώρα μας οι εκπαιδευτικοί των λεγόμενων «κανονικών» τάξεων χρειάζονται συνήθως εντατική εκπαίδευση στη φιλοσοφία και τις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς. Εκτός αυτού, τέτοιου είδους προγράμματα δεν είναι εφαρμόσιμα στις μεγαλύτερες τάξεις. Εν προκειμένω θεωρούνται πιο αποτελεσματικά τα προγράμματα συνεργασίας σχολείου-σπιτιού, γι' αυτό και συνιστώνται περισσότερο (Barkley, 1994).

Τονίζεται επίσης ότι οι παραπάνω μέθοδοι είναι επαρκείς για παιδιά με ήπια ή μέτρια συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ή για παιδιά των οποίων τα προβλήματα ελέγχονται με φαρμακευτική αγωγή. Για τις υπόλοιπες περιπτώσεις, και ειδικά για παιδιά με σοβαρά συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και σύννοδα προβλήματα εναντιωματικής συμπεριφοράς, επιθετικότητα, μαθησιακές δυσκολίες κ.λπ., αυτές οι απλουστευμένες διαδικασίες δεν βοηθούν. Αντίθετα, σε αυτές τις περιπτώσεις είναι απαραίτητοι άλλου είδους εκπαιδευτικοί χειρισμοί (π.χ. ένταξη στην ειδική εκπαίδευση).

Ένα άλλο πρόβλημα σχετικό με αυτές τις παρεμβάσεις είναι η πιθανότητα ανάπτυξης ανταγωνιστικής στάσης ή και φιλοσοφίας από τον εκπαιδευτικό. Κάποιοι εκπαιδευτικοί έχουν ήδη αρνητικές εμπειρίες από ελλιπώς σχεδιασμένα ή κακώς εφαρμοσμένα προγράμματα παρέμβασης, ενώ κάποιοι άλλοι πιστεύουν ότι τέτοιες στρατηγικές δεν αντιμετωπίζουν την πραγματική «εσωτερική» συναισθηματική ένταση του παιδιού. Μερικοί ειδικοί (π.χ. Barkley, 1994) προτείνουν ότι σε αυτή την περίπτωση ίσως είναι απαραίτητη ακόμη και η αλλαγή τάξης για το παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Εκτός από τα κύρια συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠ-Υ και τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν με συμπεριφορικές παρεμβάσεις, είναι πιθανό να υπάρχουν και άλλα προβλήματα, όπως οι δυσκολίες του παιδιού στις σχέσεις με τους συμμαθητές του, η συχνή ανυπακοή του απέναντι στα «πρόσωπα εξουσίας» (π.χ. εκπαιδευτικοί, γονείς), τα προβλήματα διαγωγής (π.χ. ψέματα και κλοπές), η κακή επίδοση στα μαθήματα και οι μειωμένες ικανότητες μελέτης (Hinshaw, 1994). Όταν εμφανίζονται τέτοια προβλήματα, είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται και άλλες σύννοδες θεραπευτικές στρατηγικές. Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, η μίμηση προτύπου, η τεχνική της επανάληψης και της συνεχούς εξάσκησης είναι δυνατόν να συμβάλουν στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στις κοινωνικές τους σχέσεις.

Τέλος, σημειώνεται ότι η γενίκευση και η διατήρηση της βελτιωμένης συμπεριφοράς αποτελεί ζήτημα κεφαλαιώδους σημασίας για τα προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς. Τυπικά τα κέρδη διατηρούνται όσο διαρκεί το πρόγραμμα. Η διατήρησή τους όμως και μετά το πέρας του προγράμματος είναι ορισμένες φορές αμφίβολη (Hinshaw, 1994). Για τούτο προτείνονται μικρές τροποποιήσεις στην εφαρμογή των προγραμμάτων, όπως, λόγω χάρη, η τοποθέτηση ενός εκπαιδευμένου δασκάλου στην τάξη με παιδί ή παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ή η συνεργασία του δασκάλου της τάξης με ένα σύμβουλο εκπαιδευτικό, ειδικευμένο στο θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

8.1 ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Οι δυσκολίες μάθησης είναι ένα πολυσύνθετο πρόβλημα που αφορά το παιδί, την οικογένεια και σε τελική ανάλυση την κοινωνική δομή. Δεδομένου ότι η σχολική επίδοση και η μόρφωση έχουν καθιερωθεί σαν βασικές κοινωνικές αξίες, οι μαθησιακές δυσκολίες και η αποτυχία που τις συνακολουθεί στον τομέα αυτό συνιστούν κοινωνικό πρόβλημα. Η οικογένεια συχνά προσδοκά ή και απαιτεί από το παιδί κάποια σχολική επίδοση αγνοώντας υπάρχουσες δυσκολίες ή και αποφεύγοντας να παραδεχτεί ότι υπάρχουν. Έχει διαπιστωθεί ότι οι συνθήκες ζωής και αγωγής στις οποίες μεγαλώνει το παιδί επιδρούν τόσο στην εξέλιξη της προσωπικότητας του όσο και στη μαθησιακή του ικανότητα.

Εξάλλου, η διαδικασία μάθησης και η αναζήτηση σχολικής επίδοσης διαρκεί πολύ και έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες. Επίσης, τα αισθήματα μειονεξίας από την αποτυχία στη μάθηση επηρεάζουν και άλλους τομείς της ζωής του παιδιού. Έτσι, η μελέτη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη φάση της εκτίμησης των μαθησιακών δυσκολιών και η επεξεργασία τους στη φάση της αντιμετώπισης τους κρίνεται απαραίτητη και εμπεριέχεται στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.³⁵

Προκειμένου να χειριστούν αποτελεσματικά το παιδί τους, οι γονείς, με τη βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού, χρειάζεται να κατανοήσουν ορισμένους βασικούς κανόνες της συμπεριφοράς. Πρέπει να καταλάβουν με ποιο τρόπο επηρεάζουν τα γεγονότα που προηγούνται και έπονται αυτής. Αν παρατηρήσουν τι συμβαίνει συνήθως πριν την εκδήλωση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς και πως αντιδρούν οι ίδιοι μετά από αυτήν, τότε θα μπορέσουν να διαμορφώσουν μια πιο αντικειμενική εικόνα της συμπεριφοράς του παιδιού, να εντοπίσουν τις θετικές και τις αρνητικές μορφές επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, να επιτύχουν ευκολότερα την εκδήλωση των επιθυμητών αντιδράσεων και να χειριστούν αποτελεσματικότερα την ενδεχόμενη αντιδραστική συμπεριφορά.

Οι περισσότεροι γονείς ασχολούνται με το παιδί όταν η συμπεριφορά του είναι ενοχλητική, ενώ αδιαφορούν όταν αυτό φέρεται σωστά. Άλλωστε, οι ερωτήσεις που συχνά απευθύνουν στον ειδικό επιστήμονα – κοινωνικό λειτουργό αφορούν τους τρόπους αντιμετώπισης της αρνητικής συμπεριφοράς: “τι να κάνω όταν το παιδί μου δεν με ακούει, όταν τσακώνεται με τον αδερφό του, όταν δεν κάθεται να διαβάσει;”. Η απάντηση που δίνει συνήθως ο ειδικός είναι η εξής: “σημασία έχει τι κάνετε όταν το παιδί είναι υπάκουο, κάθεται ήσυχο και θέλει να διαβάσει”. Η ενασχόληση των γονέων με το παιδί όταν αυτό εκδηλώνει αρνητική συμπεριφορά ενθαρρύνει την επανάληψή της, αφού το παιδί μαθαίνει ότι με αυτό

³⁵ Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Προσέγγιση των Μαθησιακών Δυσκολιών, Θεανώ Καλλινικάκη

τον τρόπο μπορεί να προσελκύει την προσοχή των γονέων του. Ο ειδικός πρέπει να βοηθήσει τους γονείς να συνειδητοποιήσουν ότι η προσοχή τους είναι εξαιρετικά σημαντική για το παιδί με ΔΕΠ-Υ και γι' αυτό πρέπει να μάθουν πολύ καλά πότε να τη δίνουν και πότε όχι. Η σωστή αντιμετώπιση εκ μέρους τους είναι να αγνοούν τις αρνητικές μορφές συμπεριφορά του παιδιού, αλλά να του προσφέρουν την αμέριστη προσοχή τους αμέσως μόλις αυτό παρουσιάζει την προσδοκώμενη συμπεριφορά. Πολλοί γονείς παραπονιούνται ότι το παιδί δεν τους δίνει ευκαιρίες να το επιβραβεύσουν. Δεν υπάρχει όμως κανένα παιδί που να μην καταλαβαίνει τίποτα, να είναι πάντοτε άτακτο, να κάνει όλη την ώρα ζημιές και να είναι συνεχώς εριστικό και προκλητικό. Γι' αυτό στις περιπτώσεις που μας προβληματίζουν οι αταξίες, οι ζημιές ή η εριστικότητα ενός παιδιού, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να το παρατηρούμε πολύ προσεκτικά για να εντοπίσουμε τις στιγμές που η συμπεριφορά του είναι επιθυμητή, έτσι ώστε να βρούμε την ευκαιρία να το ενισχύσουμε και να το ενθαρρύνουμε. Είναι άδικο να κατακρίνουμε συνεχώς ένα παιδί για την αρνητική του συμπεριφορά και την ίδια στιγμή να αδιαφορούμε για την θετική του συμπεριφορά. Οι γονείς θα πρέπει βεβαίως να είναι προετοιμασμένοι ότι το παιδί τους θα θελήσει να δοκιμάσει αυτή τη νέα μορφή αλληλεπίδρασης, και ίσως για κάποιο διάστημα εκδηλώσει ακόμα πιο προκλητική συμπεριφορά. Αυτό είναι το πιο κρίσιμο σημείο, στο οποίο οι γονείς πρέπει να δείξουν σταθερότητα και να μην παρασυρθούν από το παιδί, έτσι ώστε αυτή η νέα μορφή αλληλεπίδρασης να σταθεροποιηθεί.

Τις περισσότερες φορές οι γονείς τιμωρούν τα παιδιά τους ευρισκόμενοι οι ίδιοι σε κατάσταση εκνευρισμού ή θυμού. Υπό αυτές τις συνθήκες η επιβολή της τιμωρίας γίνεται μέσα σε απορριπτικό πλαίσιο και το αποτέλεσμα δεν είναι συνήθως το αναμενόμενο. Το πλαίσιο εφαρμογής της τιμωρίας είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την αποτελεσματικότητα της. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι χρήσιμο να επισημάνει ότι, αν υπάρχει ανάγκη τιμωρίας, τότε ο γονέας είναι απαραίτητο να διατηρεί την ψυχραιμία του και να επιβάλλει την τιμωρία αμέσως μετά την εκδήλωση της αρνητικής συμπεριφοράς και όχι ετεροχρονισμένα.³⁶ Η πιο αποτελεσματική τιμωρία είναι η στέρηση κάποιας ικανοποίησης χωρίς φωνές και χωρίς θυμό. Βεβαίως, είναι αρκετά δύσκολο για έναν γονέα να κρατήσει την ψυχραιμία του μπροστά σε μια προκλητική μορφή συμπεριφοράς· αλλά αν επιθυμεί να διδάξει στο παιδί του την πειθαρχία και την αυτοσυγκράτηση, είναι απαραίτητο αυτός πρώτος να επιδείξει αυτά τα στοιχεία. Σε ό,τι αφορά τη σωματική τιμωρία, αυτή είναι μια βίαιη μορφή τιμωρίας που δημιουργεί φόβο και εχθρότητα και αντενδείκνυται ως μέσο διαμόρφωσης ή αλλαγής μιας συμπεριφοράς. Άλλωστε, με ποια λογική θα διδάξουμε σε ένα παιδί που χτύπησε ένα συμμαθητή του ότι η επιθετική συμπεριφορά είναι κακή αν το τιμωρήσουμε δέρνοντας το, εκδηλώνοντας δηλαδή την ίδια ακριβώς συμπεριφορά την οποία θέλουμε να αλλάξουμε;

³⁶ Abramowitz & O' Leary, 1990

Ακόμη, είναι σημαντικό για τους γονείς να εφαρμόζουν την τιμωρία με την οποία έχουν προειδοποιήσει τα παιδιά τους και να μην υποκύπτουν αλλάζοντας γνώμη την τελευταία στιγμή. Για το λόγο αυτό δεν πρέπει να εκστομίζουν υπερβολικές απειλές τις οποίες δεν πρόκειται να πραγματοποιήσουν. Σε καμία περίπτωση επίσης δεν θα πρέπει να διακυβεύεται για το παιδί η αγάπη των γονέων του. Εκφράσεις όπως “δεν σ’ αγαπώ, δε σε θέλω, μακάρι να μην είχες γεννηθεί ποτέ” λέγονται μερικές φορές πολύ εύκολα από κάποιους γονείς, αλλά η ανασφάλεια που μπορεί να δημιουργήσουν στο παιδί κάθε άλλο παρά οδηγούν σε διαμόρφωση θετικής συμπεριφοράς. Το πιο σημαντικό από όλα όμως είναι, σύντομα μετά την τιμωρία, να δοθεί στο παιδί η ευκαιρία να εκτελέσει επιτυχώς μια εντολή ή μια δραστηριότητα, για να δώσει με τη σειρά του την ευκαιρία στους γονείς του να το ενισχύσουν. Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η επιβολή μιας τιμωρίας αφορά μια συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς και όχι τη συμπεριφορά του παιδιού στο σύνολό της. Δεν λέμε λοιπόν στο παιδί “σε τιμωρώ γιατί είσαι ανυπάκουος”, αλλά “σε τιμωρώ γιατί βγήκες έξω χωρίς να με ρωτήσεις”.

Παρά ταύτα, διευκρινίζουμε ότι η τιμωρία θα πρέπει να αποτελεί την τελευταία λύση στην οποία καταφεύγει ο γονέας για να χειριστεί την αρνητική συμπεριφορά του παιδιού του. Άλλωστε, σύμφωνα και με την εκτίμηση των περισσότερων ειδικών επιστημόνων, όσο πιο πολύ ο γονέας εξοικειώνεται με τη χρήση των τεχνικών ενθάρρυνσης και ενίσχυσης της προσδοκώμενης συμπεριφοράς, τόσο περιορίζεται η αναγκαιότητα της τιμωρίας.

Ένα σύνθημα πρόβλημα των γονέων του παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι η διαδικασία της μελέτης για το σχολείο. Οι περισσότεροι γονείς παραπονιούνται ότι το παιδί τους δεν θέλει να καθίσει να διαβάσει, ή ότι κάθεται μόνο με απειλές ή αν του υποσχεθούν κάποιο δώρο. Όταν τελικά το παιδί καθίσει, οι γονείς παραπονιούνται ότι δεν συγκεντρώνεται και ότι τους θέλει συνεχώς δίπλα του. Κι αυτό γιατί αν το αφήσουν για λίγο μόνο του, σταματά το διάβασμα και αρχίζει το παιχνίδι. Λόγω των συχνών διαλειμμάτων και της δυσκολίας συγκέντρωσης της προσοχής, η διαδικασία της μελέτης συνήθως διαρκεί πολλές ώρες και εξουθενώνει τόσο το ίδιο το παιδί όσο και το γονέα – συνήθως τη μητέρα – που κάθεται μαζί του.

Αφού οι γονείς κατανοήσουν τη φύση της διαταραχής που αντιμετωπίζει το παιδί τους, τους στόχους της θεραπευτικής παρέμβασης, το ρόλο της δικής τους συμμετοχής σε αυτήν και την αξία της συνεργασίας τους με τον ειδικό, είναι πλέον έτοιμοι να δεχτούν τις οδηγίες του κοινωνικού λειτουργού για την εφαρμογή των βασικών αρχών και τεχνικών του προγράμματος στο σπίτι. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι ένα μέρος της συμβουλευτικής που παρέχεται στους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει στοιχεία τα οποία αφορούν και παιδιά με άλλου είδους προβλήματα ή και παιδιά χωρίς προβλήματα. Οι παράγοντες που ευνοούν την αρμονική ανάπτυξη όλων των παιδιών διευκολύνουν επίσης την ομαλή εξέλιξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Το σταθερό οικογενειακό περιβάλλον, οι καλές ενδοοικογενειακές

σχέσεις, η συνεπής εφαρμογή μεθόδων πειθαρχίας, η αναγνώριση των ικανοτήτων του και ο περιορισμός της αρνητικής κριτικής στο παιδί αποτελούν τη βάση για την ομαλή εξέλιξη του κάθε παιδιού, με ή χωρίς δυσκολίες.

Στα πλαίσια της πολύ-επίπεδης προσέγγισης ο κοινωνικός λειτουργός βλέπει τους γονείς στο τέλος κάθε συνεδρίας με το παιδί. Σε αυτή την συνάντηση ακούει τους γονείς, αξιολογεί την πρόοδο από την εφαρμογή του προγράμματος στο σπίτι, προλαμβάνει τυχόν λανθασμένες αντιδράσεις και αναπροσαρμόζει τις οδηγίες του σύμφωνα με την αξιολόγηση που κάνει κάθε φορά. Παράλληλα, ενθαρρύνει τους γονείς στην προσπάθειά τους και τους στηρίζει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που παρουσιάζονται κατά καιρούς.

Είναι σημαντικό για τους γονείς να μην ξεχνούν ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ ισοδυναμεί με έλεγχο των συμπτωμάτων της και όχι με πλήρη αποκατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι οι μορφές συμπεριφοράς που το παιδί μαθαίνει να ελέγχει δεν εξαλείφονται πλήρως, και ότι ενδέχεται να επανεμφανίζονται κατά διαστήματα. Ο στόχος είναι η παλινδρόμηση αυτή να παρουσιάζεται με όσο το δυνατόν μικρότερη συχνότητα και να διαρκεί όσο το δυνατόν λιγότερο. Ο κοινωνικός λειτουργός λοιπόν οφείλει να προετοιμάσει από την αρχή τους γονείς για τέτοιου είδους παλινδρομήσεις, προκειμένου να προλάβει την ενδεχόμενη απογοήτευσή τους και να εξασφαλίσει τη σταθερότητα και τη συνέπεια τους στην αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης.

Η σταθερότητα και η συνέπεια αποτελούν έννοιες-κλειδιά στην αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς ενός τέτοιου παιδιού πρέπει να είναι σταθεροί, υποστηρικτικοί και προβλέψιμοι. Το παιδί πρέπει να γνωρίζει με ακρίβεια ποιες είναι οι επιθυμητές και ποιες οι ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς, καθώς και τις συνέπειες που επισύρει η καθεμία από αυτές. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ενθαρρύνει τους γονείς να χειρίζονται πάντα με τον ίδιο τρόπο τις αντιδράσεις του παιδιού. Αν για παράδειγμα τη μια μέρα τιμωρούν κάποια αντίδρασή του και την άλλη μέρα επιτρέπουν την ίδια αντίδραση, τότε μπερδεύουν το παιδί, το οποίο δεν ξέρει πλέον ποια είναι η αναμενόμενη από αυτό συμπεριφορά, πότε θα τιμωρηθεί και πότε θα επιβραβευθεί.

8.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί για τα παιδιά τον κατ' εξοχήν χώρο εργασίας και συναναστροφής με τους συνομηλίκους τους. Η ικανοποιητική ανταπόκριση στις σχολικές απαιτήσεις και η ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τα άλλα παιδιά αποτελούν τη βάση για μια επιτυχή σχολική πορεία, κατά την οποία ένα παιδί αποκτά εμπιστοσύνη στον εαυτό του, αυτονομείται σταδιακά και μαθαίνει να αγαπά τη γνώση και τη διαδικασία απόκτησης της.

Προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σχολείου, το παιδί πρέπει, μεταξύ άλλων, να μάθει να συγκεντρώνεται, να διατηρεί την προσπάθεια του για ορισμένο χρονικό διάστημα και να περιορίζει τις παρορμητικές του αντιδράσεις σύμφωνα με τους κανόνες της σχολικής τάξης. Αυτές όμως ακριβώς είναι οι δεξιότητες στις οποίες ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει ελλείμματα. Η διατήρηση της προσοχής και της προσπάθειας, η εφαρμογή κανόνων και η αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων αποτελούν πρωτογενή συμπτώματα αυτής της διαταραχής.

Ενώ λοιπόν για την πλειονότητα των παιδιών το σχολείο έχει τη δύναμη να συμβάλει στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους και μπορεί να τα προστατεύει από άλλους παράγοντες κινδύνου στη ζωή τους, στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πολύ συχνά ενισχύει αυτούς τους παράγοντες και προσθέτει νέες δυσκολίες στις ήδη υπάρχουσες. Γι' αυτό πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ αναπτύσσουν στο σχολείο δευτερογενή προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία δεν υπήρχαν νωρίτερα, εν μέρει ως αποτέλεσμα της αποτυχίας τους να προσαρμοστούν στους κανόνες που θέτει και απαιτεί το σχολείο. Όταν μάλιστα τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν επιπλέον και μαθησιακές δυσκολίες, τότε οι συνεχείς και επαναλαμβανόμενες αποτυχίες τους εντείνουν ακόμη περισσότερο αυτά τα προβλήματα συμπεριφοράς και έχουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στη διαμόρφωση θετικής αυτοεκτίμησης.

Ο τρόπος με τον οποίο ο δάσκαλος της σχολικής τάξης αντιλαμβάνεται, ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις δυσκολίες αυτών των παιδιών παίζει εξέχοντα ρόλο στην εξέλιξη τους. Το σχολείο είναι ο χώρος όπου τα παιδιά δοκιμάζουν τις ικανότητες τους. Αν ο δάσκαλος αποδίδει τα λάθη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε έλλειψη προσπάθειας ή προθυμίας να συνεργαστούν, τότε αυτά έχουν ελάχιστες πιθανότητες να τα καταφέρουν. Αν όμως ο δάσκαλος κατανοεί ότι τα λάθη οφείλονται σε πραγματικές αδυναμίες των παιδιών αυτών, τότε τα αξιολογεί ως αφετηρία μάθησης και δεν τα ερμηνεύει ως αποτυχία.

Οι δάσκαλοι όμως δεν είναι συνήθως ειδικοί στην αντιμετώπιση παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες και πέρα από την ευαισθητοποίηση τους σε τέτοια θέματα και ορισμένες γενικές γνώσεις, δεν έχουν την υποδομή να χειριστούν μόνοι τους τέτοιες καταστάσεις. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η συνεργασία τους με τον ειδικό που παρακολουθεί το παιδί, προκειμένου να ενημερωθούν για τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής καθώς και για τρόπους και τεχνικές που μπορούν να οδηγήσουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ενός τέτοιου παιδιού στα πλαίσια της σχολικής τάξης. Μάλιστα, η ενημέρωση του δασκάλου για τις δυσκολίες του παιδιού με την έναρξη της σχολικής χρονιάς μπορεί να προλάβει την εγκαθίδρυση αρνητικών μορφών επικοινωνίας ανάμεσα τους. Παράλληλα, η συμβολή του δασκάλου στη θεραπευτική διαδικασία έγκειται στην παροχή πολύ σημαντικών πληροφοριών σχετικά με τη συμπεριφορά και τις επιδόσεις του παιδιού, τις οποίες ο ειδικός δεν θα μπορούσε να γνωρίζει διαφορετικά. Επιπλέον, η συμμετοχή του δασκάλου στη θεραπευτική διαδικασία βοηθά στη χάραξη μιας κοινής πορείας παρέμβασης στο κλινικό,

οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον, έτσι ώστε οι αντιδράσεις του παιδιού να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο από τα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος του στα περισσότερα πλαίσια στα οποία κινείται.

Ο ειδικός κοινωνικός λειτουργός πρέπει να έχει κατά νου ότι πολλές φορές δεν αρκεί η ενημέρωση του δασκάλου για τη ΔΕΠ-Υ για να γίνουν αποδεκτές οι δυσκολίες ενός τέτοιου παιδιού. Είναι επίσης απαραίτητο να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις του δασκάλου και, όπως ακριβώς συμβαίνει με τους γονείς, η παρέμβαση του ειδικού πρέπει να στοχεύει κατ' αρχάς στην τροποποίηση ορισμένων από αυτές.

Στην πρώτη επαφή του με το δάσκαλο ο ειδικός πρέπει να εγκαταστήσει σύντομα μια καλή σχέση μαζί του ώστε να εξασφαλίσει τη συνεργασία του. Είναι πολύ σημαντικό να μην παρουσιαστεί ως ένα άτομο το οποίο έχει περισσότερες γνώσεις από το δάσκαλο και θέλει να τον εκπαιδέψει, αλλά ως ένας άνθρωπος με διαφορετικές γνώσεις, οι οποίες σε συνδυασμό με τις γνώσεις του δασκάλου μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά το παιδί. Ο ειδικός πρέπει να δείξει ότι κατανοεί το δύσκολο έργο που επιτελεί ένας δάσκαλος μέσα στην τάξη και ότι εκτιμά ιδιαίτερα τη διάθεση του να συνεργαστεί μαζί του. Οι δάσκαλοι είναι συνήθως πρόθυμοι να συνεργαστούν όταν αντιλαμβάνονται ότι η γνώμη τους γίνεται σεβαστή και ότι η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα είναι σημαντική για την εξέλιξη του παιδιού. Το μήνυμα που πρέπει να εκπέμπει ο ειδικός είναι ότι ο δάσκαλος αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας.

Ο δάσκαλος κινητοποιείται ευκολότερα όταν οι οδηγίες του ειδικού κοινωνικού λειτουργού είναι σαφείς και σύντομες, εφαρμόζονται εύκολα και δεν απαιτούν πολύ χρόνο. Ο ειδικός πρέπει να εξηγήσει στο δάσκαλο ότι οι τεχνικές που του προτείνει δεν θα βοηθήσουν μόνο το παιδί αλλά θα διευκολύνουν και τον ίδιο, αφού θα ασχολείται πλέον λιγότερο με το πρόβλημα της επαναφοράς του παιδιού σε τάξη. Προκειμένου βέβαια να εφαρμόσει τις τεχνικές αυτές, ο δάσκαλος θα πρέπει πρώτα να κατανοήσει τη λογική τους και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν. Δεν αρκεί λοιπόν να προτείνει ο ειδικός κάποιες τεχνικές, χρειάζεται και να εξηγήσει στο δάσκαλο με ποιο τρόπο οι τεχνικές αυτές θα βοηθήσουν το παιδί. Επίσης, όπως και στην περίπτωση των γονέων, ο ειδικός πρέπει να αξιολογήσει την πραγματική διάθεση του δασκάλου να συνεργαστεί, έτσι ώστε να έχει ρεαλιστικές προσδοκίες από τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Ορισμένες φορές δημιουργείται κλίμα αντιπαλότητας μεταξύ του δασκάλου και των γονέων του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς μπορεί να κατηγορούν το δάσκαλο ως υπεύθυνο για τη μειωμένη σχολική απόδοση του παιδιού τους, και ο δάσκαλος να επιρρίπτει ευθύνες στους γονείς για την κακή συμπεριφορά του παιδιού και την έλλειψη κινήτρων για μάθηση. Ο ειδικός θα πρέπει να διερευνήσει με διακριτικότητα τη σχέση αυτή και να προσπαθήσει να εξομαλύνει αυτή την αντιπαλότητα. Το βασικό επιχείρημα του είναι ότι η απόδοση ευθυνών από τους γονείς στο δάσκαλο και αντιστρόφως δεν βοηθά καθόλου το παιδί. Εκείνο που

μπορεί να το βοηθήσει είναι η αρμονική συνεργασία όλων των ατόμων που ασχολούνται μαζί του και η εφαρμογή κοινών αρχών και τεχνικών.

Επομένως, οι αρχές που αναφέραμε για τη συμβουλευτική των γονέων ισχύουν και για τους δασκάλους. Η συνέπεια, η σταθερότητα, η ενίσχυση, η ενθάρρυνση, η σαφήνεια και η ακρίβεια των οδηγιών είναι στοιχεία που πρέπει να διέπουν τη συμπεριφορά όλων των ατόμων που ασχολούνται με την αγωγή του παιδιού. Οι ειδικότερες αρχές που θα αναφέρουμε σε αυτό το κεφάλαιο ισχύουν για όλα τα παιδιά, και όχι μόνο για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ένα λειτουργικό εκπαιδευτικό περιβάλλον για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι ένα καλό εκπαιδευτικό περιβάλλον για όλα τα παιδιά (Reeve, 1994). Μόνο που τα «φυσιολογικά» παιδιά έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται και σε λιγότερο ευνοϊκές συνθήκες, ενώ τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται τροποποίηση των συνθηκών αυτών προκειμένου να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις του σχολείου.

Στην επικοινωνία του με το δάσκαλο ο ειδικός ζητά τις παρατηρήσεις του για τη συμπεριφορά και το επίπεδο των σχολικών γνώσεων του παιδιού, για τις σχέσεις του με τα άλλα παιδιά και τη συμπεριφορά του κατά την ώρα του διαλείμματος. Ο δάσκαλος πρέπει να εντοπίσει τις προβληματικές μορφές συμπεριφοράς και να τις προσδιορίσει με ακριβείς όρους, οι οποίοι να μην περιλαμβάνουν αρνητική κριτική. Στη συνέχεια καλείται να προσδιορίσει τις συνθήκες στις οποίες αυτές εμφανίζονται και να προχωρήσει στη διαβάθμιση τους προκειμένου να οριστεί η προτεραιότητα των στόχων. Ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση ενός προγράμματος παρέμβασης στην τάξη πρέπει να περιλαμβάνει σαφώς καθορισμένους στόχους, οι οποίοι να αφορούν όχι μόνο τη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς αλλά και την αύξηση των επιθυμητών, καθώς και την αναπλήρωση των γνωστικών ελλειμμάτων του παιδιού (DuPaul & Stoner, 1994). Στην αρχή οι στόχοι είναι απλοί και περιορισμένοι και βρίσκονται πολύ κοντά στο επίπεδο του παιδιού. Η ενίσχυση πρέπει να παρέχεται ακόμη και σε πολύ μικρά δείγματα προσπάθειας και επιτυχίας. Στη συνέχεια οι στόχοι διευρύνονται και γίνονται περισσότερο πολύπλοκοι ανάλογα με την πρόοδο του παιδιού και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Πολλές φορές μάλιστα η εκπλήρωση ενός ή δύο στόχων βελτιώνει σημαντικά την αλληλεπίδραση μεταξύ δασκάλου και μαθητή.

Ο Goldstein (1994) υποστηρίζει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να μάθουν να ξεκινούν, να σταματούν και να σκέφτονται με τρόπο ανάλογο με αυτόν των άλλων παιδιών στο σχολείο. Να ξεκινούν όταν ξεκινούν και τα άλλα παιδιά, να σταματούν όταν σταματούν και τα άλλα παιδιά έχοντας ολοκληρώσει τη δραστηριότητα, και να σκέφτονται προς την κατεύθυνση που τους υποδεικνύει ο δάσκαλος.

Σύμφωνα με τον Greene (1993), ένα πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης στο σχολείο έχει τους εξής στόχους: α. Μείωση της υπερκινητικής συμπεριφοράς, β. Διατήρηση της προσοχής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια του μαθήματος.

γ. Ικανοποιητική ανταπόκριση στις απαιτήσεις του σχολείου, δ. Ολοκλήρωση δραστηριοτήτων, ε. Πρόθυμη εκτέλεση οδηγιών και εντολών, στ. Βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομηλίκους.

Η θέση όπου κάθεται ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία του με το δάσκαλο. Η καλύτερη θέση για το παιδί αυτό είναι στα μπροστινά θρανία, κοντά στην έδρα του δασκάλου, ώστε να βρίσκεται υπό την εποπτεία του. Έτσι ο δάσκαλος θα μπορεί πιο εύκολα να επικοινωνήσει μαζί του για να το ενθαρρύνει με ένα βλέμμα ή να το επιπλήξει με μία κίνηση όποτε κρίνει σκόπιμο.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους σε μια δραστηριότητα για πολλή ώρα, βαριούνται εύκολα και πολλές φορές αρχίζουν να κάνουν φασαρία και να ενοχλούν τους συμμαθητές τους αν χάσουν το ενδιαφέρον τους για τη δραστηριότητα που έχει αναθέσει ο δάσκαλος. Ο δάσκαλος πρέπει να παρουσιάζει τις δραστηριότητες με τρόπο που να προκαλεί το ενδιαφέρον αυτών των παιδιών και να ανακαλύψει το είδος της ενίσχυσης που έχει αξία γι' αυτά. Για ορισμένα παιδιά η λεκτική επιβράβευση μπορεί να είναι αρκετή, άλλα όμως προτιμούν μία συγκεκριμένη ένδειξη όπως ένα αυτοκόλλητο στο τετράδιο· για κάθε παιδί χρειάζεται να οριστούν διαφορετικά είδη ενισχυτών.

Σύμφωνα με τον C. Jones (1989) υπάρχουν τρεις έννοιες κλειδιά για τους δασκάλους των παιδιών με ΔΕΠ-Υ: η συντομία, η ποικιλία και η δόμηση των δραστηριοτήτων:

α. Κάθε δραστηριότητα πρέπει να χωρίζεται σε μικρότερες ενότητες και να μην παρουσιάζεται στο σύνολο της, διότι έτσι μειώνονται οι πιθανότητες εγκατάλειψης της προσπάθειας.

β. Η παρουσίαση του ίδιου διδακτικού υλικού από το δάσκαλο με μικρές παραλλαγές μεγιστοποιεί το ενδιαφέρον των παιδιών αυτών για τη δραστηριότητα και δεν τα αφήνει να βαρεθούν από την επανάληψη.

γ. Η οργάνωση των καθημερινών δραστηριοτήτων στην τάξη με τρόπο ώστε τα παιδιά να γνωρίζουν το καθημερινό πρόγραμμα τα βοηθά να μην ξεφεύγουν από αυτό. Οι κανόνες, οι προσδοκίες και οι συνέπειες από την τήρηση ή την παραβίαση των κανόνων θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες για τα παιδιά και να εφαρμόζονται με συνέπεια.

Εκτός αυτών, ο δάσκαλος πρέπει να απλοποιεί τις οδηγίες που δίνει στο παιδί με ΔΕΠ-Υ και να βεβαιώνεται ότι έγιναν κατανοητές. Πολλές φορές, αν η οδηγία είναι μακροσκελής ή αν το παιδί αντιμετωπίζει ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, ενδέχεται να μη συμμορφωθεί όχι επειδή συμπεριφέρεται αντιδραστικά αλλά επειδή δεν την κατάλαβε. Ένα παιδί με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να μην έχει γράψει σωστά στο τετράδιο του την εκφώνηση μιας άσκησης και να μην μπορεί γι' αυτό το λόγο να απαντήσει.

Πολλές φορές τα παιδιά αυτά βοηθιούνται όταν επαναλαμβάνουν φωναχτά τις οδηγίες που τους δόθηκαν προτού τις εφαρμόσουν. Το όφελος από αυτή τη διαδικασία είναι διπλό.

Αφενός ο δάσκαλος βεβαιώνεται ότι το παιδί κατάλαβε απόλυτα αυτό που του ζητήθηκε και αφετέρου η επανάληψη των οδηγιών από το ίδιο το εισάγει στη διαδικασία της αυτοκαθοδήγησης, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική. Γενικά, ο δάσκαλος θα πρέπει να επιτρέπει στο παιδί να σκέφτεται φωναχτά και να μην ενθαρρύνει την ταχύτητα στις απαντήσεις.

Σε τακτά διαστήματα ο δάσκαλος καλό είναι να υπενθυμίζει στα παιδιά το χρόνο που έχουν στη διάθεση τους για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας. Η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζεται περισσότερο από τα γεγονότα του παρόντος, που συμβαίνουν άμεσα, παρά από εσωτερικές πληροφορίες που αφορούν το μέλλον. Χρειάζονται λοιπόν μια εξωτερική αναπαράσταση του χρόνου, η οποία συντελεί στη μείωση των χρονικών κενών ανάμεσα στα διαφορετικά μέρη μιας δραστηριότητας. Ακόμη, θα πρέπει να αφιερώνεται λίγο περισσότερος χρόνος σε αυτά τα παιδιά για την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να αποδώσουν στο μέγιστο βαθμό.

Όπως και οι γονείς, έτσι και οι δάσκαλοι πρέπει να αξιολογήσουν το επίπεδο των γνώσεων και των ικανοτήτων του παιδιού και να προσαρμόσουν τις απαιτήσεις τους σε αυτό, ακολουθώντας πάντα την αρχή της επιτυχίας. Πολλές φορές ο δάσκαλος είναι χρήσιμο να μη διορθώνει όλα τα λάθη του παιδιού, αλλά να επικεντρώνεται μόνο σε ορισμένες κατηγορίες λαθών, τα οποία θα διορθώνει συστηματικά έως ότου εμπεδωθούν από αυτό. Στην πορεία ο δάσκαλος μπορεί να αυξήσει τις απαιτήσεις του και να ανανεώσει τους στόχους του. Το επίπεδο δυσκολίας των ερωτήσεων που απευθύνει στο παιδί πρέπει να είναι τέτοιο ώστε να του δίνει την ευκαιρία να απαντήσει σωστά και στη συνέχεια να το ενισχύσει.

Η αρχή της διαφορικής προσοχής, την οποία παρουσιάσαμε όταν αναφερθήκαμε στη συμβουλευτική των γονέων, θα πρέπει να υιοθετείται και από τους δασκάλους. Για παράδειγμα, πολλοί δάσκαλοι δεν ασχολούνται με το παιδί όταν αυτό εκτελεί κάποια δραστηριότητα, αλλά στρέφουν σε αυτό την προσοχή τους για να του κάνουν παρατήρηση μόλις ξεφύγει από τη δραστηριότητα. Το παιδί λοιπόν μαθαίνει ότι για να προσελκύσει την προσοχή του δασκάλου αρκεί να σταματά τη δουλειά και να ενοχλεί την τάξη. Η σωστή αντίδραση του δασκάλου θα ήταν να πλησιάζει και να επιβραβεύει το παιδί όταν αυτό εκτελεί τη δραστηριότητα και να το αγνοεί όταν αυτό αφαιρείται και σταματά.

Είναι σημαντικό για το δάσκαλο να είναι σε θέση να χειρίζεται αποτελεσματικά την αντιδραστική συμπεριφορά ορισμένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και να μη χάνει τον έλεγχο της κατάστασης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μπορεί να διακρίνει πότε η συμπεριφορά ενός παιδιού είναι σκόπιμα αντιδραστική και πότε προκαλείται από την αδυναμία του να την ελέγξει λόγω της ΔΕΠ-Υ. Σε γενικές γραμμές, οι παρατηρήσεις του δασκάλου πρέπει να

αφορούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά του παιδιού, να μη θίγουν την προσωπικότητα του και να διατυπώνονται άμεσα με συντομία και ηρεμία, χωρίς συναισθηματική ένταση. Κάθε φορά που κοντεύει να χάσει την ψυχραιμία του, ο δάσκαλος θα πρέπει να θυμάται ότι το παιδί αυτό αντιμετωπίζει αναπτυξιακές δυσκολίες και έχει ανάγκη από ειδική μεταχείριση.

Συχνά οι εκπαιδευτικοί εκφράζουν συναισθήματα απογοήτευσης και ματαίωσης των προσδοκιών τους στην προσπάθεια τους να βοηθήσουν αυτά τα παιδιά, ιδιαίτερα όταν έχουν μια πολυπληθή τάξη με περισσότερα από ένα «δύσκολα» παιδιά. Ο ειδικός πρέπει να βρίσκεται κοντά τους ώστε να τα στηρίζει, να ενθαρρύνει την προσπάθειά τους και να τα βοηθά να επεξεργάζονται τέτοιου είδους συναισθήματα.

Ο κοινωνικός λειτουργός συνήθως εργάζεται σε Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία ή σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας παιδιών και εφήβων, σε συνεργασία με παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, ειδικό δάσκαλο και λογοπεδικό. Εξετάζοντας την ανάπτυξη του παιδιού ο κοινωνικός λειτουργός ερευνά τη σχέση ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη των μαθησιακών δυσκολιών. Επίσης, συμβάλλει στη διαδικασία βοήθειας του παιδιού συνεργαζόμενος με την οικογένεια και το σχολείο.³⁷

Με την συμπλήρωση του Κοινωνικού Ιστορικού στο στάδιο της αρχικής εκτίμησης των μαθησιακών δυσκολιών, συμβάλλει στη διερεύνηση των αιτίων της εμφάνισής τους. Το Κοινωνικό Ιστορικό περιλαμβάνει την περιγραφή του προβλήματος, το ατομικό ιστορικό της ανάπτυξης του παιδιού καθώς και το ιστορικό όλης της οικογένειας. Πηγές πληροφοριών είναι το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον. Το Κοινωνικό Ιστορικό δεν είναι απλή παράθεση πληροφοριών, γίνεται προσπάθεια οι πληροφορίες να παρουσιάζονται επεξεργασμένες, δηλαδή εξελικτικά από τη μια αλλά και με τις αλληλεπιδράσεις τους από την άλλη.

Το ατομικό ιστορικό αρχίζει με πληροφορίες από την προ και την περιγεννητική περίοδο και δίνει έμφαση στη ψυχοκινητική ανάπτυξη, την εμφάνιση και εξέλιξη της ομιλίας και τη σωματική υγεία γενικότερα (παιδικές αρρώστιες, τραυματισμοί, εγχειρήσεις, νοσηλείες) ιδίως κατά τα τρία πρώτα χρόνια της ζωής του. Σημαντικό μέρος αφιερώνεται στις σχέσεις του παιδιού με τα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος, γονείς, αδέρφια κ.α. και τις τυχόν αγχογόνες καταστάσεις που το έχουν επηρεάσει (αποχωρισμοί, παραμέληση, κακοποίηση, αλλαγές κατοικίας, σχολείου). Παράλληλα, σημειώνονται στοιχεία από τα πρώιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και τις κοινωνικές του σχέσεις (ομαδικό παιχνίδι, φίλοι).

Η παρακολούθηση της εξέλιξης του δεν σταματάει στα τρία πρώτα χρόνια, αλλά αναζητούνται όσες διαθέσιμες πληροφορίες υπάρχουν και για την προσχολική ηλικία και

³⁷ Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Προσέγγιση των Μαθησιακών Δυσκολιών, Θεανώ Καλλινικάκη

πάρα πέρα, ανάλογα με την ηλικία που έχει φτάσει το παιδί όταν γίνεται η εξέταση της περίπτωσης.

Για παράδειγμα, οι πληροφορίες που μπορεί να δώσει η νηπιαγωγός για τη γλωσσική ικανότητα και τις δεξιότητες του παιδιού είναι πολύ σημαντικές. Οπωσδήποτε, έμφαση δίνεται στην πορεία του παιδιού στο δημοτικό σχολείο. Σημειώνεται η ηλικία που πήγε στην πρώτη δημοτικού, αν είχε τακτική φοίτηση, η γενικότερη προσαρμογή του, η επίδοση και οι παρατηρήσεις του δασκάλου· σε ποια μαθήματα παρουσιάζει πρόβλημα η επίδοσή του, πόσο υπολείπεται μαθησιακά από το γενικότερο επίπεδο της τάξης του, πως είναι οι διαπροσωπικές του σχέσεις, αλλά και η σύνολη συμπεριφορά του στο σχολείο.

Επίσης, εντοπίζεται ο χρόνος εμφάνισης των συναισθηματικών αντιδράσεων που συνήθως συνοδεύουν τις μαθησιακές δυσκολίες. Για παράδειγμα, άγχος, μειωμένη αυτοπεποίθηση, κατάθλιψη, και αδιαφορία είναι οι συχνότερα εμφανιζόμενες αντιδράσεις. Διερευνάται, λοιπόν, η μεταξύ τους διασύνδεση και η αντιμετώπισή τους από το παιδί και το περιβάλλον του, οικογενειακό και σχολικό.³⁸

Το οικογενειακό ιστορικό δίνει τη σύνθεση της οικογένειας, τις συνθήκες ζωής και την ατμόσφαιρα των ενδοοικογενειακών σχέσεων. Διερευνά τα ερεθίσματα για μάθηση και ανάπτυξη της αναγνωστικής δεξιότητας που έχει δώσει η οικογένεια στο παιδί, το κοινωνικό, μορφωτικό επίπεδο, το γλωσσικό περιβάλλον, την ποιότητα και ευρύτητα της οικογενειακής επικοινωνίας. Μελετά τις προσωπικές σχολικές εμπειρίες των γονιών, τη στάση τους στις γραμματικές γνώσεις, τις προσδοκίες – απαιτήσεις τους από τη σχολική επίδοση του παιδιού και την αντίστοιχη επίδοση των αδερφών, εάν υπάρχουν. Επίσης, ασχολείται με την ενίσχυση της πρωτοβουλίας και της δημιουργικότητας στο παιδί. Περιγράφει τη στάση της οικογένειας στο πρόβλημα, ποιες είναι οι πρώτες αντιδράσεις στην αρχική του εκδήλωση, και ποιες είναι οι ενέργειές της.

Ακόμη αναζητά πληροφορίες για το ενδεχόμενο να υπάρχουν και άλλα μέλη της οικογένειας που να είχαν ή να εξακολουθούν να παρουσιάζουν δυσκολίες μάθησης ή άλλα εξελικτικά ή ψυχιατρικά προβλήματα.

Η συνέντευξη με το γονιό για τη λήψη του Κοινωνικού Ιστορικού συνήθως συμπίπτει με την πρώτη επαφή του με το διαγνωστικό κέντρο και την πρώτη αναζήτηση διάγνωσης για τη δυσκολία του παιδιού. Ο γονιός φτάνει ανήσυχος, φοβισμένος, επιφυλακτικός, αισθήματα που ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να χειριστεί και να καθησυχάσει. Η έκβαση της πρώτης επαφής είναι καθοριστική για την παραπέρα αντιμετώπιση του προβλήματος απ'ο Ο κοινωνικός λειτουργός συνήθως εργάζεται σε Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία ή σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας παιδιών και εφήβων, σε συνεργασία με παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, ειδικό

³⁸ Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Προσέγγιση των Μαθησιακών Δυσκολιών, Θεανώ Καλλινικάκη

δάσκαλο και λογοπεδικό. Εξετάζοντας την ανάπτυξη του παιδιού ο κοινωνικός λειτουργός ερευνά τη σχέση ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη των μαθησιακών δυσκολιών. Επίσης, συμβάλλει στη διαδικασία βοήθειας του παιδιού συνεργαζόμενος με την οικογένεια και το σχολείο.³⁹

Με την συμπλήρωση του Κοινωνικού Ιστορικού στο στάδιο της αρχικής εκτίμησης των μαθησιακών δυσκολιών, συμβάλλει στη διερεύνηση των αιτίων της εμφάνισής τους. Το Κοινωνικό Ιστορικό περιλαμβάνει την περιγραφή του προβλήματος, το ατομικό ιστορικό της ανάπτυξης του παιδιού καθώς και το ιστορικό όλης της οικογένειας. Πηγές πληροφοριών είναι το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον. Το Κοινωνικό Ιστορικό δεν είναι απλή παράθεση πληροφοριών, γίνεται προσπάθεια οι πληροφορίες να παρουσιάζονται επεξεργασμένες, δηλαδή εξελικτικά από τη μια αλλά και με τις αλληλεπιδράσεις τους από την άλλη.

Το ατομικό ιστορικό αρχίζει με πληροφορίες από την προ και την περιγεννητική περίοδο και δίνει έμφαση στη ψυχοκινητική ανάπτυξη, την εμφάνιση και εξέλιξη της ομιλίας και τη σωματική υγεία γενικότερα (παιδικές αρρώστιες, τραυματισμοί, εγχειρήσεις, νοσηλείες) ιδίως κατά τα τρία πρώτα χρόνια της ζωής του. Σημαντικό μέρος αφιερώνεται στις σχέσεις του παιδιού με τα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος, γονείς, αδέρφια κ.α. και τις τυχόν αγχογόνες καταστάσεις που το έχουν επηρεάσει (αποχωρισμοί, παραμέληση, κακοποίηση, αλλαγές κατοικίας, σχολείου). Παράλληλα, σημειώνονται στοιχεία από τα πρώιμα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και τις κοινωνικές του σχέσεις (ομαδικό παιχνίδι, φίλοι).

Η παρακολούθηση της εξέλιξης του δεν σταματάει στα τρία πρώτα χρόνια, αλλά αναζητούνται όσες διαθέσιμες πληροφορίες υπάρχουν και για την προσχολική ηλικία και πάρα πέρα, ανάλογα με την ηλικία που έχει φτάσει το παιδί όταν γίνεται η εξέταση της περίπτωσης.

Για παράδειγμα, οι πληροφορίες που μπορεί να δώσει η νηπιαγωγός για τη γλωσσική ικανότητα και τις δεξιότητες του παιδιού είναι πολύ σημαντικές. Οποσδήποτε, έμφαση δίνεται στην πορεία του παιδιού στο δημοτικό σχολείο. Σημειώνεται η ηλικία που πήγε στην πρώτη δημοτικού, αν είχε τακτική φοίτηση, η γενικότερη προσαρμογή του, η επίδοση και οι παρατηρήσεις του δασκάλου· σε ποια μαθήματα παρουσιάζει πρόβλημα η επίδοσή του, πόσο υπολείπεται μαθησιακά από το γενικότερο επίπεδο της τάξης του, πως είναι οι διαπροσωπικές του σχέσεις, αλλά και η σύνολη συμπεριφορά του στο σχολείο.

Επίσης, εντοπίζεται ο χρόνος εμφάνισης των συναισθηματικών αντιδράσεων που συνήθως συνοδεύουν τις μαθησιακές δυσκολίες. Για παράδειγμα, άγχος, μειωμένη

³⁹ Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Προσέγγιση των Μαθησιακών Δυσκολιών, Θεανώ Καλλινικάκη

αυτοπεποίθηση, κατάθλιψη, και αδιαφορία είναι οι συχνότερα εμφανιζόμενες αντιδράσεις. Διερευνάται, λοιπόν, η μεταξύ τους διασύνδεση και η αντιμετώπισή τους από το παιδί και το περιβάλλον του, οικογενειακό και σχολικό.⁴⁰

Το οικογενειακό ιστορικό δίνει τη σύνθεση της οικογένειας, τις συνθήκες ζωής και την ατμόσφαιρα των ενδοοικογενειακών σχέσεων. Διερευνά τα ερεθίσματα για μάθηση και ανάπτυξη της αναγνωστικής δεξιότητας που έχει δώσει η οικογένεια στο παιδί, το κοινωνικό, μορφωτικό επίπεδο, το γλωσσικό περιβάλλον, την ποιότητα και ευρύτητα της οικογενειακής επικοινωνίας. Μελετά τις προσωπικές σχολικές εμπειρίες των γονιών, τη στάση τους στις γραμματικές γνώσεις, τις προσδοκίες – απαιτήσεις τους από τη σχολική επίδοση του παιδιού και την αντίστοιχη επίδοση των αδερφών, εάν υπάρχουν. Επίσης, ασχολείται με την ενίσχυση της πρωτοβουλίας και της δημιουργικότητας στο παιδί. Περιγράφει τη στάση της οικογένειας στο πρόβλημα, ποιες είναι οι πρώτες αντιδράσεις στην αρχική του εκδήλωση, και ποιες είναι οι ενέργειές της.

Ακόμη αναζητά πληροφορίες για το ενδεχόμενο να υπάρχουν και άλλα μέλη της οικογένειας που να είχαν ή να εξακολουθούν να παρουσιάζουν δυσκολίες μάθησης ή άλλα εξελικτικά ή ψυχιατρικά προβλήματα.

Η συνέντευξη με το γονιό για τη λήψη του Κοινωνικού Ιστορικού συνήθως συμπίπτει με την πρώτη επαφή του με το διαγνωστικό κέντρο και την πρώτη αναζήτηση διάγνωσης για τη δυσκολία του παιδιού. Ο γονιός φτάνει ανήσυχος, φοβισμένος, επιφυλακτικός, αισθήματα που ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να χειριστεί και να καθησυχάσει. Η έκβαση της πρώτης επαφής είναι καθοριστική για την παραπέρα αντιμετώπιση του προβλήματος από την οικογένεια, εκεί εδραιώνεται η μελλοντική συνεργασία.

Η συνέντευξη γίνεται με τη μορφή συναλλαγής και όχι ερωταποκρίσεων. Έτσι, διευκολύνεται η έκφραση των συναισθημάτων και συνακολουθούν οι πληροφορίες γύρω από το πρόβλημα. Η ατμόσφαιρα της συνέντευξης, η αρχική διαβεβαίωση ότι είναι εμπιστευτική και η επεξήγηση για την αξία των πληροφοριών στη διάγνωση και την πρόγνωση της δυσκολίας του παιδιού, διευκολύνουν την πορεία της συνέντευξης. Στη λήψη του Κοινωνικού Ιστορικού ακολουθείται συγκεκριμένη διαδικασία και τεχνική. Ευαίσθητες ερωτήσεις όπως αυτές που αφορούν την κληρονομικότητα και τις ενδοοικογενειακές σχέσεις γίνονται με επιλεγμένο τρόπο και σε κατάλληλη στιγμή. Το Κοινωνικό Ιστορικό συνήθως κλείνει με συνοπτική αναφορά στις σημαντικότερες από τις πληροφορίες που περιέχει και με αρχικές εκτιμήσεις για την οικογένεια και τη δυναμική της.

Στο στάδιο της αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών ο κοινωνικός λειτουργός βασισμένος στο Κοινωνικό Ιστορικό και τη συνολική αξιολόγηση της διαγνωστικής ομάδας

⁴⁰ Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Προσέγγιση των Μαθησιακών Δυσκολιών, Θεανώ Καλλινικάκη

προτείνει το σχήμα συνεργασίας του με την οικογένεια και το σχολείο. Αρχικά ενημερώνει τους γονείς για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες του παιδιού, και τον κατάλληλο τρόπο βοήθειας σε ειδική τάξη, ειδικό σχολείο ή με ειδικό πρόγραμμα στην κανονική τάξη. Ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει συμβουλευτική και υποστηρικτική κοινωνική εργασία στην οικογένεια με στόχο την αποδοχή του προβλήματος, τη μείωση του άγχους και τη μετεξέλιξη της σε υποστηρικτικό ενθαρρυντικό περιβάλλον στη διορθωτική προσπάθεια του παιδιού.

Συχνά οι γονείς των παιδιών που εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες αισθάνονται αποτυχημένοι, ματαιωμένοι στο γονεϊκό ρόλο και εκδηλώνουν απόρριψη, θυμό προς το παιδί και αισθήματα ενοχής για δικές τους αδυναμίες ή λάθη στο μέγαλμά του. Συνηθισμένη αντίδραση είναι και η παραγνώριση ή η ελαχιστοποίηση των μαθησιακών δυσκολιών. Τη χαμηλή επίδοση την αποδίδουν σε τεμπελιά, έλλειψη διάθεσης για γράμματα. Την υπερκίνηση την ερμηνεύουν σαν νευρική. Είναι χρήσιμο να κατανοήσουν ότι το παιδί για λόγους πέρα από τη θέλησή του, δε μαθαίνει με τον κοινό παραδοσιακό τρόπο. Έχει ανάγκη από ειδικό τρόπο εκπαίδευσης και από ενθάρρυνση σαν άτομο και σαν μαθητής.

Ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει για τη διασφάλιση της συνεργασίας της οικογένειας με το δάσκαλο για την αντιμετώπιση του προβλήματος σε κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Επιδιώκεται μείωση και άμβλυνση αμυντικών και ανταγωνιστικών στάσεων, που μπορεί να εμφανίσουν οι γονείς προς το δάσκαλο ή και το αντίθετο. Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού δεν περιορίζεται στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, αλλά επισκέπτεται στο σπίτι και το σχολείο με στόχο την παρακολούθηση της πορείας του παιδιού και τον έγκαιρο περιορισμό τυχόν εκδηλώσεων του περιβάλλοντος προς το παιδί, κάτι που θα προκαλούσε την κοινωνική του περιθωριοποίηση.

Η μέθοδος της κοινωνικής εργασίας και το περιεχόμενό της ποικίλει σε κάθε περίπτωση ανάλογα με το κοινωνικό, μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας, τη στάση της απέναντι στο πρόβλημα, τη διάγνωση του παιδιού και την πορεία του στο σχολείο. Πρέπει να επικεντρώνεται στην αποδοχή του παιδιού από την οικογένεια και το σχολείο, κάτι που αποτελεί βασική προϋπόθεση στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών και στην ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών του παιδιού.

Η συνέντευξη γίνεται με τη μορφή συναλλαγής και όχι ερωταποκρίσεων. Έτσι, διευκολύνεται η έκφραση των συναισθημάτων και συνακολουθούν οι πληροφορίες γύρω από το πρόβλημα. Η ατμόσφαιρα της συνέντευξης, η αρχική διαβεβαίωση ότι είναι εμπιστευτική και η επεξήγηση για την αξία των πληροφοριών στη διάγνωση και την πρόγνωση της δυσκολίας του παιδιού, διευκολύνουν την πορεία της συνέντευξης. Στη λήψη του Κοινωνικού Ιστορικού ακολουθείται συγκεκριμένη διαδικασία και τεχνική. Ευαίσθητες ερωτήσεις όπως αυτές που αφορούν την κληρονομικότητα και τις ενδοοικογενειακές σχέσεις γίνονται με επιλεγμένο τρόπο και σε κατάλληλη στιγμή. Το Κοινωνικό Ιστορικό συνήθως κλείνει με

συνοπτική αναφορά στις σημαντικότερες από τις πληροφορίες που περιέχει και με αρχικές εκτιμήσεις για την οικογένεια και τη δυναμική της.

Στο στάδιο της αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών ο κοινωνικός λειτουργός βασισμένος στο Κοινωνικό Ιστορικό και τη συνολική αξιολόγηση της διαγνωστικής ομάδας προτείνει το σχήμα συνεργασίας του με την οικογένεια και το σχολείο. Αρχικά ενημερώνει τους γονείς για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες του παιδιού, και τον κατάλληλο τρόπο βοήθειας σε ειδική τάξη, ειδικό σχολείο ή με ειδικό πρόγραμμα στην κανονική τάξη. Ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει συμβουλευτική και υποστηρικτική κοινωνική εργασία στην οικογένεια με στόχο την αποδοχή του προβλήματος, τη μείωση του άγχους και τη μετεξέλιξη της σε υποστηρικτικό ενθαρρυντικό περιβάλλον στη διορθωτική προσπάθεια του παιδιού.

Συχνά οι γονείς των παιδιών που εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες αισθάνονται αποτυχημένοι, ματαιωμένοι στο γονεϊκό ρόλο και εκδηλώνουν απόρριψη, θυμό προς το παιδί και αισθήματα ενοχής για δικές τους αδυναμίες ή λάθη στο μέγαλμά του. Συνηθισμένη αντίδραση είναι και η παραγνώριση ή η ελαχιστοποίηση των μαθησιακών δυσκολιών. Τη χαμηλή επίδοση την αποδίδουν σε τεμπελιά, έλλειψη διάθεσης για γράμματα. Την υπερκίνηση την ερμηνεύουν σαν νευρικότητα. Είναι χρήσιμο να κατανοήσουν ότι το παιδί για λόγους πέρα από τη θέλησή του, δε μαθαίνει με τον κοινό παραδοσιακό τρόπο. Έχει ανάγκη από ειδικό τρόπο εκπαίδευσης και από ενθάρρυνση σαν άτομο και σαν μαθητής.

Ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει για τη διασφάλιση της συνεργασίας της οικογένειας με το δάσκαλο για την αντιμετώπιση του προβλήματος σε κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Επιδιώκεται μείωση και άμβλυνση αμυντικών και ανταγωνιστικών στάσεων, που μπορεί να εμφανίσουν οι γονείς προς το δάσκαλο ή και το αντίθετο. Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού δεν περιορίζεται στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, αλλά επισκέπτεται στο σπίτι και το σχολείο με στόχο την παρακολούθηση της πορείας του παιδιού και τον έγκαιρο περιορισμό τυχόν εκδηλώσεων του περιβάλλοντος προς το παιδί, κάτι που θα προκαλούσε την κοινωνική του περιθωριοποίηση.

Η μέθοδος της κοινωνικής εργασίας και το περιεχόμενό της ποικίλει σε κάθε περίπτωση ανάλογα με το κοινωνικό, μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας, τη στάση της απέναντι στο πρόβλημα, τη διάγνωση του παιδιού και την πορεία του στο σχολείο. Πρέπει να επικεντρώνεται στην αποδοχή του παιδιού από την οικογένεια και το σχολείο, κάτι που αποτελεί βασική προϋπόθεση στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών και στην ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών του παιδιού.

8.3 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΠΑΙΔΙΩΝ Ή ΓΟΝΕΩΝ

Βασικό πλεονέκτημα της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η συλλογή των πληροφοριών μέσω διαφορετικών τεχνικών και μεθόδων, η εξέταση της πορείας εξέλιξης του προβλήματος διαχρονικά από ειδικούς επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων, κριτική θεώρηση των αποτελεσμάτων από διαφορετικές επιστημονικές οπτικές και ερμηνείες. Για την επιστημονική γνώση ο ειδικός (ψυχολόγος, παιδαγωγός, γιατρός κ.α.) μπορεί σήμερα να χρησιμοποιεί περισσότερες πηγές πληροφοριών, περισσότερες μεθόδους συλλογής των πληροφοριών και περισσότερα κριτήρια αξιολόγησης, έτσι, ώστε να μπορεί να βλέπει το πρόβλημα κάτω από ένα βιο-ψυχο-κοινωνικο-εξελικτικό πρίσμα.⁴¹

Με το πέρας των επιμέρους διαγνώσεων (ιατρική, παιδαγωγική, ψυχολογική) και με βάση τα αποτελέσματα τους, διαπιστώνεται αν προκύπτει απ' αυτές η ανάγκη εμπλοκής στις διαδικασίες της διάγνωσης και άλλων ειδικοτήτων, οπότε η διάγνωση συνεχίζεται. Με την ολοκλήρωση της διάγνωσης και τη σύμφωνη γνώμη των μελών της διαγνωστικής ομάδας (γιατρός, ψυχολόγος, παιδαγωγός κ.α.) και ύστερα από λεπτομερή συζήτηση μεταξύ τους γύρω από τα επιμέρους ευρήματα συντάσσεται η γενική γνωμάτευση.

Με την ενοποίηση των συλλεχθεισών πληροφοριών, πορισμάτων, αξιολογήσεων και ερμηνειών αντίστοιχα των επιμέρους διαγνώσεων διευκολύνεται η κατανόηση των σωματικών, γνωστικών, σχολικών και συναισθηματικών ικανοτήτων και αδυναμιών, καθώς επίσης της συμπεριφοράς και των αποκλίσεων του παιδιού. Αυτά αποτελούν τη βάση και τους δείκτες του προγραμματισμού και της οργάνωσης της υποστηρικτικής παρέμβασης που ακολουθεί. Προσπάθεια τροποποίησης της συμπεριφοράς, άσκηση των γνωστικών λειτουργιών, της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής, των κοινωνικών και οργανωτικών ικανοτήτων, της διαχείρισης του χρόνου και συμβουλευτική είναι μερικές επιλογές που χρήζουν προτεραιότητας μέσα στην αρμονική σχέση που θα δημιουργήσει ο κοινωνικός λειτουργός με τις ομάδες γονέων ή και παιδιών.

Χρέος του κοινωνικού λειτουργού είναι καταστήσει ξεκάθαρο πως η φαρμακευτική αγωγή είναι αποφασιστικής σημασίας στις περιπτώσεις που το παιδί μόνο τότε – με την εφαρμογή της – μπορεί ξανά να λειτουργήσει κανονικά.⁴²

Βασικοί στόχοι στις ομάδες παιδιών και γονέων είναι για τον κοινωνικό λειτουργό
-η πρόληψη πιθανών αρνητικών συνεπειών από την ύπαρξη προβληματικών κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά,
-η δημιουργία ευνοϊκού περιβάλλοντος για μάθηση και κοινωνικοποίηση στα σχολεία,

⁴¹ Διαταραχές Συγκέντρωσης της Προσοχής, Μ. Α. Κυπριωτάκη, 2004

⁴² Διαταραχές Συγκέντρωσης της Προσοχής, Μ. Α. Κυπριωτάκη, 2004

- η καλλιέργεια της κοινωνικής επάρκειας και των σχέσεων μεταξύ των συνομηλίκων με την εξάσκηση των παιδιών σε ειδικές συμπεριφορικές και γνωστικές δεξιότητες,
- η ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της αυτοαξίας στα παιδιά με την εξάσκησή τους σε κατάλληλες δεξιότητες, και η επίτευξη προκοινωνικών στόχων,
- η ανάπτυξη της ικανότητας τα παιδιά να έχουν τα ίδια τον έλεγχο και την ευθύνη για την ακαδημαϊκή και την κοινωνική τους επιτυχία, καθώς και τη γενικότερή τους επιτυχία,
- η ανάπτυξη θετικών κοινωνικών σχέσεων μεταξύ ενηλίκων (κυρίως των δασκάλων και των γονέων) και παιδιών με τη χρήση αποτελεσματικών τεχνικών διαχείρισης της συμπεριφοράς και με την κοινή εξάσκηση στις κοινωνικές δραστηριότητες,
- η μετατροπή των σχολικών τάξεων σε δημοκρατικές κοινωνικές ομάδες, με τους εκπαιδευτικούς να παίζουν το ρόλο των εποπτών, οι οποίοι θα χρησιμοποιούν τη δυναμική της ομάδας προκειμένου να υποστηρίξουν την ψυχοκοινωνική εξέλιξη των μαθητών τους.⁴³

Η επίτευξη ενός καλού επιπέδου συνεργασίας ανάμεσα στον ειδικό κοινωνικό λειτουργό και το παιδί με ΔΕΠ-Υ θέτει τις βάσεις για την αποτελεσματική εφαρμογή του προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης στο σπίτι και στο σχολείο.

Η ένταξη ενός παιδιού, σχολικής συνήθως ηλικίας, στο πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης φέρνει πολλές φορές τον ειδικό αντιμετώπιση με-ένα μέτριο ή χαμηλό επίπεδα αυτοεκτίμησης και με την αρνητική διάθεση του παιδιού απέναντι στη μάθηση και ιδιαίτερα στη σχολική μελέτη. Ο βαθμός σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και των μαθησιακών δυσκολιών, σε συνδυασμό με τον τρόπο που η οικογένεια έχει αντιμετωπίσει τα προβλήματα αυτά μέχρι να επισκεφθεί τον ειδικό, είναι οι κύριοι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται το επίπεδο αυτοεκτίμησης του παιδιού και η στάση του απέναντι στο σχολείο. Αν το παιδί έχει δεχθεί επανειλημμένες παρατηρήσεις και έχει τιμωρηθεί για μορφές συμπεριφοράς που αποτελούν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχο του, αν έχει βιώσει επανειλημμένα το συναίσθημα της αποτυχίας και έχει διαπιστώσει την απογοήτευση των ενηλίκων επειδή αδυνατεί να ανταποκριθεί στις προσδοκίες τους και στα καθήκοντα που του ανατίθενται, τότε είναι πιθανό να έχει διαμορφώσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, να πιστεύει ότι είναι λιγότερο έξυπνο από τα άλλα παιδιά και να θεωρεί ότι δεν μπορεί να καταφέρει τίποτε μόνο του.

Ο πρώτος στόχος του ειδικού, μετά την εγκατάσταση μιας καλής σχέσης με το παιδί, είναι να το βοηθήσει να βελτιώσει την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, να αποκτήσει εμπιστοσύνη στις ικανότητες του και να αρχίσει να προσδίδει στη διαδικασία της μάθησης θετικό περιεχόμενο. Επομένως, η συνεργασία με το παιδί ξεκινά με στόχο τη σταδιακή διαμόρφωση υψηλής αυτοεκτίμησης και την ανάπτυξη της προθυμίας του να συμμετάσχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία. Οι πρώτες συνεδρίες με το παιδί είναι εξαιρετικά

⁴³ Η Θεραπευτική Αντιμέτωπιση της Υπερκινητικότητας, Μ. Ζαφειροπούλου

κρίσιμες, διότι ο ειδικός πρέπει να καταφέρει να το κινητοποιήσει γρήγορα, διατηρώντας όμως ο ίδιος τον πλήρη έλεγχο της κατάστασης.

Η συμβολή των γονέων και των δασκάλων στην επίτευξη αυτού του στόχου έχει ουσιαστική σημασία. Όσο πιο γρήγορα οι γονείς και οι δάσκαλοι τροποποιήσουν τις λανθασμένες αντιλήψεις τους σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού και τις δυσλειτουργικές μορφές συμπεριφοράς τους απέναντί του, τόσο πιο γρήγορα" θα επιτευχθεί αυτός ο πρώτος στόχος, έτσι ώστε να μπορούν στη συνέχεια να εφαρμοστούν οι τεχνικές διαμόρφωσης και τροποποίησης της συμπεριφοράς που θα περιγράψουμε στη συνέχεια. Οι τεχνικές αυτές απευθύνονται κατά κύριο λόγο σε παιδιά σχολικής ηλικίας, αλλά με μικρές τροποποιήσεις είναι δυνατόν να εφαρμοστούν τόσο σε παιδιά προσχολικής ηλικίας όσο και σε εφήβους.

Ο επόμενος στόχος που τίθεται συνήθως από τον ειδικό είναι η άσκηση του παιδιού στην αυτοκαθοδήγηση και στον αυτοέλεγχο, στην αυτορρύθμιση δηλαδή της συμπεριφοράς του. Αυτό σημαίνει ότι το παιδί είναι απαραίτητο να μάθει να αναστέλλει μόνο του τις παρορμητικές του αντιδράσεις και να διατηρεί την προσοχή και την προσπάθεια όταν ασχολείται με κάποια δραστηριότητα, χωρίς να απαιτείται η παρέμβαση του περιβάλλοντος.

Επειδή, όπως είπαμε, η ένταξη του παιδιού με ΔΕΠ-Υ σε κάποιο πρόγραμμα αντιμετώπισης των δυσκολιών του πραγματοποιείται συνήθως όταν αυτό βρίσκεται στη σχολική ηλικία, το υλικό που χρησιμοποιεί ο ειδικός είναι κατά ένα μέρος τα σχολικά βιβλία. Η χρήση ωστόσο αυτού του υλικού δεν σημαίνει σε καμία περίπτωση ότι η συνεδρία είναι ιδιαίτερο μάθημα. Ο ειδικός θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει οποιοδήποτε υλικό απαιτεί συγκέντρωση της προσοχής του παιδιού για την επίτευξη ορισμένου στόχου. Πρωτεύουσα σημασία δεν έχει το ίδιο το υλικό, αλλά το πλαίσιο μέσα στο οποίο χρησιμοποιείται, οι αρχές που ακολουθούνται, η φιλοσοφία που διέπει την αξιοποίηση του, δηλαδή *το «πώς» και όχι το «τι»*. Απλώς, τα βιβλία του σχολείου είναι ένα υλικό οικείο στα παιδιά, το οποίο μπορεί να βοηθήσει επιπρόσθετα στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών και στην αναπλήρωση ορισμένων γνωστικών ελλειμμάτων.

Ο χώρος στον οποίο δουλεύει ο ειδικός με το παιδί θα πρέπει να είναι λιτός και όσο το δυνατόν απαλλαγμένος από περιττά οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα. Ο ειδικός θα πρέπει να διατηρεί συνεχώς οπτική επαφή με το παιδί, γι' αυτό είναι προτιμότερο να κάθεται απέναντι του. Πρέπει επίσης να φροντίσει ώστε το παιδί να κάθεται και να έχει το σώμα του στη σωστή θέση, να μην έχει δηλαδή τη δυνατότητα να σκύβει, να στριφογυρίζει ή να βάζει τα πόδια του πάνω στην καρέκλα. Ο κατάλληλος χώρος και η σωστή θέση του παιδιού και του ειδικού προσφέρουν τη δυνατότητα για άμεσο έλεγχο της συμπεριφοράς και μεγιστοποίηση της συγκέντρωσης της προσοχής. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο και με τους κατάλληλους χειρισμούς του ειδικού, το παιδί αρχίζει γρήγορα να έχει επιτυχίες και να ενθαρρύνεται, ενώ παράλληλα κατανοεί με ποιον τρόπο πρέπει να ελέγχει τον εαυτό του ώστε να μπορεί να ολοκληρώσει αυτά που του ζητούν.

Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας το παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να βρίσκεται σε εγρήγορση, διαφορετικά η διάσπαση της προσοχής και η εγκατάλειψη της προσπάθειας είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν τη συνεδρία σε αδιέξοδο. Ο ειδικός επιτυγχάνει την εγρήγορση αυτή με πολλούς τρόπους. Η αυξομείωση της έντασης της φωνής, ο ρυθμός και ο τόνος της ομιλίας μπορούν να αφυπνίσουν ένα παιδί και να ενισχύσουν την προσπάθεια του. Η συνοδεία επίσης της ομιλίας με εκφραστικές κινήσεις και χειρονομίες μπορεί να εντείνει ακόμη περισσότερο την προσοχή του παιδιού στη διαδικασία.

Όταν χρησιμοποιείται σχολικό υλικό, ο ειδικός θα πρέπει να ενθαρρύνει το παιδί να διαβάζει φωναχτά και να δείχνει αρχικά με το δάχτυλο αυτό που διαβάζει. Στη γραφή επίσης το παιδί πρέπει να υπαγορεύει δυνατά στον εαυτό του την ορθογραφία ή τα μαθηματικά και να λείι κάθε βήμα που κάνει προκειμένου να φτάσει στη λύση μιας άσκησης. Με τον τρόπο αυτό εμποδίζεται η διάσπαση της προσοχής του και το παιδί διατηρεί από μόνο του σε εγρήγορση τον εαυτό του και ασκείται αποτελεσματικά στον αυτοέλεγχο. Αυτή η διαδικασία μπορεί να του φαίνεται κουραστική στην αρχή, σύντομα όμως διαπιστώνει ότι έτσι τελειώνει πιο γρήγορα και πιο σωστά αυτό που πρέπει να κάνει, οπότε και υιοθετεί πρόθυμα τις εν λόγω τεχνικές αφού αντιλαμβάνεται ότι το βοηθούν.

Κατά τη διάρκεια της εκμάθησης των τεχνικών αυτών και της άσκησης του παιδιού στον αυτοέλεγχο ο ειδικός χρησιμοποιεί τις αρχές της τροποποίησης της συμπεριφοράς, τις οποίες εξηγεί επίσης σε γονείς και δασκάλους. Συχνά ο ειδικός καταρτίζει ένα πρόγραμμα διαμόρφωσης ορισμένων μορφών συμπεριφοράς και τροποποίησης άλλων, το οποίο εφαρμόζει από κοινού με τους γονείς και τους δασκάλους, λειτουργώντας ο ίδιος ως συντονιστής. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ειδικός αποτελεί για το παιδί το σημείο αναφοράς, το πρόσωπο το οποίο σε κάθε συνεδρία συγκεντρώνει και αξιολογεί τις παρατηρήσεις γονέων και δασκάλων για την ανάπτυξη των συγκεκριμένων μορφών συμπεριφοράς οι οποίες τέθηκαν ως στόχοι για διαμόρφωση ή τροποποίηση.

Στην επόμενη ενότητα θα παρουσιάσουμε συνοπτικά τη διαδικασία κατάρτισης ενός τέτοιου προγράμματος και τον τρόπο εφαρμογής και αξιολόγησης του.

Πρόγραμμα διαμόρφωσης και τροποποίησης της συμπεριφοράς

Ένα πρόγραμμα διαμόρφωσης και τροποποίησης της συμπεριφοράς βασίζεται σε ένα σύνολο αρχών της θεωρίας της συμπεριφοράς, με επίκεντρο την αρχή της ενίσχυσης. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, μία αντίδραση εξαρτάται από τα γεγονότα που προηγούνται και έπονται αυτής. Επομένως, η τροποποίηση των συνθηκών εμφάνισης της εν λόγω αντίδρασης οδηγεί σε τροποποίηση της ίδιας της αντίδρασης.

Προκειμένου να καταρτιστεί ένα πρόγραμμα διαμόρφωσης και τροποποίησης της συμπεριφοράς, πρέπει κατ' αρχάς να γίνει μια λεπτομερής καταγραφή των δυσκολιών του παιδιού και των προβληματικών μορφών συμπεριφοράς που ίσως παρουσιάζει. Η

συγκεκριμένη αξιολόγηση έχει ήδη ξεκινήσει από τη φάση της διάγνωσης με τη χρήση ειδικών διαγνωστικών εργαλείων και με την κλινική παρατήρηση. Οι παρατηρήσεις και περιγραφές γονέων και δασκάλων είναι πολύτιμες για τον ειδικό, διότι του παρέχουν συμπληρωματικές πληροφορίες για τη συμπεριφορά του παιδιού στα πλαίσια μέσα στα οποία κινείται και σε συνθήκες διαφορετικές από εκείνες του κλινικού περιβάλλοντος.

Όταν πλέον ο ειδικός διαμορφώσει μια ολοκληρωμένη εικόνα της συμπεριφοράς του παιδιού, εντοπίζει και καταγράφει τις μορφές συμπεριφοράς που χρειάζονται τροποποίηση, καθώς και εκείνες που απουσιάζουν από το ρεπερτόριο του παιδιού και πρέπει να αναπτυχθούν. Στη συνέχεια, σε συνεργασία με τους γονείς και τους δασκάλους, τοποθετεί τους στόχους αυτούς κατά σειρά προτεραιότητας και επιλέγει δύο ή τρεις στους οποίους θα επικεντρωθεί αρχικά όλη η προσπάθεια. Οι στόχοι αυτοί πρέπει να είναι πολύ συγκεκριμένοι και ο βαθμός δυσκολίας τους να βρίσκεται μέσα στο πλαίσιο των ικανοτήτων του παιδιού και λίγο πιο πάνω από το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται εκείνη τη στιγμή. Επίσης, πρέπει να έχουν θετικό περιεχόμενο, να περιγράφουν δηλαδή τι αναμένεται από το παιδί να κάνει και όχι τι να μην κάνει. Για παράδειγμα, κάποιοι στόχοι που τίθενται είναι το να ξεκινάει το διάβασμα μια καθορισμένη ώρα, να τακτοποιεί τα παιχνίδια του και να ετοιμάζει μόνο του την τσάντα του για το σχολείο.

Το επόμενο βήμα είναι να οριστεί το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο αναμένεται η επίτευξη αυτών των στόχων σε αυτό το σημείο επιλέγεται και η αμοιβή (ενισχυτής) του παιδιού για την επίτευξη του καθενός από αυτούς. Μόλις οι στόχοι επιτευχθούν πλήρως, το παιδί παίρνει την προσυμφωνημένη αμοιβή και οι παλιοί στόχοι αντικαθίστανται από νέους, με μεγαλύτερο βαθμό πολυπλοκότητας και δυσκολίας. Η επιτυχία στους στόχους που τέθηκαν, η ικανοποίηση των ενηλίκων από αυτή την επιτυχία και η παροχή αμοιβής ενισχύουν την προθυμία του παιδιού να εμπλακεί ακόμη περισσότερο σε αυτή τη διαδικασία,

Η επιλογή των ενισχυτών έχει πολύ μεγάλη σημασία για την επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος. Ένας αποτελεσματικός ενισχυτής είναι αυτός που έχει ιδιαίτερη αξία για το παιδί. Έχουμε ήδη αναφέρει ότι εξαιτίας της ελλειμματικής εσωτερικής κινητοποίησής τους τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν ανάγκη από εξωτερικούς ενισχυτές. Ο ειδικός και οι γονείς πρέπει να ανακαλύψουν τι είναι αυτό που το παιδί θα ήθελε πολύ. Άλλες φορές πρόκειται για ένα αντικείμενο (π.χ. παιχνίδι), άλλες φορές για κάποιο προνόμιο (π.χ. περισσότερος χρόνος παρακολούθησης τηλεόρασης) και άλλοτε πάλι μπορεί να πάρει τη μορφή μιας βόλτας ή μιας επίσκεψης. Το είδος των ενισχυτών που είναι σημαντικοί για ένα παιδί εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία του και την προσωπικότητα του. Είναι σημαντικό λοιπόν η επιλογή να γίνεται μαζί με το παιδί, ώστε να εξασφαλίζεται ότι ο εξωτερικός ενισχυτής θα αποτελεί ισχυρό κίνητρο για την καταβολή προσπάθειας εκ μέρους του. Είναι βεβαίως αυτονόητο ότι οι ενισχυτές δεν θα πρέπει να παρέχονται στο παιδί παρά μόνο μετά την ολοκλήρωση της

προσπάθειας. Ο ειδικός επίσης θα πρέπει να προσέχει μήπως ο ενισχυτής χάσει κάποια στιγμή την αξία του για το παιδί, οπότε θα πρέπει να αντικατασταθεί με κάτι άλλο.

Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενδιαφέρονται περισσότερο για την αμεσότητα παρά για το μέγεθος της αμοιβής (Sonuga-Barke et al., 1992). Προκειμένου λοιπόν να τα βοηθήσουμε να διατηρήσουν την προσπάθειά τους και να μη βαρεθούν κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος, είναι καλό να επιλέγουμε μικρότερες αμοιβές που θα λαμβάνουν άμεσα παρά μεγαλύτερες για τις οποίες θα χρειαστεί να περιμένουν πολύ. Ένας αποτελεσματικός τρόπος είναι ο συνδυασμός άμεσων και μακροπρόθεσμων αμοιβών. Για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να έχει μία καρτέλα στην οποία να αναγράφονται οι συμπεριφορές-στόχοι που θα πρέπει να προσπαθήσει να υιοθετήσει. Δίπλα σε κάθε συμπεριφορά-στόχο ο γονέας, ο ειδικός ή ο δάσκαλος τοποθετεί καθημερινά έναν ορισμένο αριθμό γραπτών συμβόλων (π.χ. αστεράκια ή σύμβολα +) ανάλογα με το βαθμό επιτυχίας του παιδιού σε αυτούς τους στόχους. Το παιδί μπορεί να έχει μία καρτέλα η οποία να συμπληρώνεται τόσο από τον ειδικό όσο και από τους γονείς και τους δασκάλους, ή να έχει διαφορετικές καρτέλες. Σε κάθε περίπτωση πάντως τελικός αξιολογητής της εξέλιξης σε κάθε καρτέλα είναι ο ειδικός.

Η συμπλήρωση ενός προκαθορισμένου αριθμού συμβόλων σημαίνει την ανταλλαγή τους με τον ενισχυτή που έχει συμφωνηθεί. Τα σύμβολα αυτά αποτελούν μια άμεση μορφή ενίσχυσης για το παιδί, το οποίο με αυτό τον τρόπο μπορεί να έχει μια σαφή εικόνα της προόδου του και να εντοπίζει ευκολότερα τα σημεία εκείνα στα οποία χρειάζεται να καταβάλει μεγαλύτερη προσπάθεια. Επιπλέον, τα σύμβολα αυτά το βοηθούν να διαπιστώσει την απόσταση που το χωρίζει από την απόκτηση του μακροπρόθεσμου ενισχυτή ο οποίος έχει οριστεί πριν από την έναρξη του προγράμματος.

Πολλοί γονείς αναρωτιούνται μήπως η παροχή εξωτερικών ενισχυτών οδηγεί σε μείωση του ενδιαφέροντος του παιδιού για την εκτελούμενη δραστηριότητα ή συμπεριφορά, μεταφέροντας έτσι και το στόχο από τη βελτίωση της συμπεριφοράς στην απόκτηση δώρων και προνομίων. Ωστόσο, έρευνες έχουν καταδείξει ότι η αμοιβή δεν μειώνει το ενδιαφέρον που η ίδια η εκτελούμενη δραστηριότητα μπορεί να έχει για το παιδί (Eisenberger & Cameron, 1996). Άλλωστε, βαθμιαία το παιδί ενισχύεται από την ίδια του την επιτυχία και το βάρος μεταφέρεται σταδιακά από τους εξωτερικούς ενισχυτές σε εσωτερικούς. Τις περισσότερες φορές μάλιστα δεν έχει τόση αξία για το παιδί το δώρο που θα πάρει με τη συμπλήρωση ενός ορισμένου αριθμού συμβόλων, αλλά η λεκτική επιβράβευση που συνοδεύει κάθε φορά την παροχή ενός συμβόλου από το γονέα, τον ειδικό ή το δάσκαλο.

Για το λόγο αυτό οι γονείς θα πρέπει να τοποθετούν το σύμβολο αυτό στην καρτέλα του παιδιού αμέσως μόλις αυτό εμφανίζει την προσδοκώμενη συμπεριφορά και να το σχολιάζουν θετικά. Σε πρώτη φάση οι γονείς χρειάζεται να είναι αρκετά ελαστικοί και να δίνουν με κάθε ευκαιρία τους βαθμούς αυτούς. Μόλις οι νέες μορφές συμπεριφοράς εδραιωθούν, οι

στόχοι μπορούν να ανανεωθούν και το σύστημα να γίνει πιο πολύπλοκο με την παροχή αρνητικής ενίσχυσης, η οποία σημαίνει ότι θα αφαιρούνται βαθμοί όταν η συμπεριφορά δεν είναι η επιθυμητή. Είναι σημαντικό όμως η αφαίρεση αυτή να γίνεται με ηρεμία, χωρίς οι γονείς να παρακαλούν το παιδί να εκτελέσει την εντολή τους. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα πρέπει να τηρείται με συνέπεια, διότι αν οι γονείς ξεχνούν να συμπληρώσουν την καρτέλα ή το κάνουν με αδιαφορία, τότε το ενδιαφέρον του παιδιού για το πρόγραμμα ατονεί και χάνει τη λειτουργικότητά του.

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι όσα αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο αυτό και αφορούν τη θεραπευτική αντιμετώπιση στα πλαίσια της πολυεπίπεδης προσέγγισης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποτελούν απλά στοιχεία, τα οποία μπορεί να διευκολύνουν την κατανόηση των βασικών αρχών που διέπουν την προσπάθεια της θεραπευτικής παρέμβασης. Σε μια επόμενη προσπάθεια ίσως συζητηθεί σε μεγαλύτερη έκταση το πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης το οποίο βασίζεται στην προσέγγιση αυτή.

8.4 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Η συνάντηση με το παιδί δίνει στον ειδικό την ευκαιρία να συζητήσει μαζί του, να παρατηρήσει τη συμπεριφορά του και να χορηγήσει κάποιες ψυχομετρικές δοκιμασίες για να αξιολογήσει επιμέρους τομείς της ανάπτυξης στους οποίους το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες σύμφωνα με τις πληροφορίες που έχει συγκεντρώσει ο ειδικός μέχρι εκείνη τη στιγμή.

Η συνέντευξη με το παιδί αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας. Η διάρκεια και το περιεχόμενό της εξαρτώνται από την ηλικία και το νοητικό επίπεδο του παιδιού. Με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας η συνέντευξη έχει μικρή διάρκεια, είναι προσαρμοσμένη στο επίπεδο ανάπτυξης του λόγου τους και συχνά διεξάγεται σε συνδυασμό με την ενασχόληση του παιδιού με κάποια δραστηριότητα, όπως είναι η ζωγραφική ή το παζλ. Όπως είναι φυσικό, η αξιοπιστία των απαντήσεων που δίνει το παιδί, ιδιαίτερα όταν είναι μικρής ηλικίας, μπορεί να αμφισβητηθεί έντονα.⁴⁴

Με τα παιδιά σχολικής ηλικίας και τους εφήβους η συνέντευξη έχει μεγαλύτερη διάρκεια και μπορεί να επικεντρωθεί περισσότερο στον τρόπο με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τις ενδεχόμενες δυσκολίες του μέσα σε διαφορετικά πλαίσια (σπίτι, σχολείο, γειτονιά), με διαφορετικούς ανθρώπους (γονείς, δασκάλου, φίλους) και σε διαφορετικές δραστηριότητες (σχολική μελέτη, παιχνίδι, εξωσχολικές δραστηριότητες κτλ.). πολλές φορές είναι πιθανό τα παιδιά να μην αναφέρουν τις πραγματικές δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Έτσι, ίσως απαντούν στις ερωτήσεις του ειδικού παρουσιάζοντας την κατάσταση πιο ευχάριστη και θετική απ' ό,τι πραγματικά είναι, δίνοντας τις πιο κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις. Αν πάλι το παιδί αντιμετωπίζει διαταραχή διαγωγής,

⁴⁴ Achenbach et al., 1987

ενδέχεται να δίνει ακραίες απαντήσεις και να υπερβάλλει στα πλαίσια της αντιδραστικής του συμπεριφοράς.

Επομένως, το σημαντικότερο στοιχείο αυτής της συνέντευξης δεν είναι συνήθως το περιεχόμενό της αλλά η ποιότητα των απαντήσεων του παιδιού, η ανταπόκρισή του στο διάλογο και η ικανότητα αλληλεπίδρασής του με τον ειδικό. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές απαντούν βιαστικά στις ερωτήσεις του ειδικού, χωρίς να σκεφτούν, και μάλιστα πριν καν ο ειδικός ολοκληρώσει την ερώτηση. Επίσης, η συνέντευξη αυτή προσφέρει στον ειδικό την ευκαιρία να παρατηρήσει την συμπεριφορά του παιδιού και να αντλήσει από την παρατήρηση πολύτιμα στοιχεία.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με το παιδί ο ειδικός χρειάζεται να επικεντρωθεί: (α) στην αντίληψη που έχει διαμορφώσει το παιδί για τις δυσκολίες του, (β) στην αιτιολογία που αποδίδει σε αυτές, (γ) στην ικανότητα για συγκέντρωση της προσοχής του, και (δ) στην άποψη του παιδιού για την παρακολούθηση ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η συνέντευξη με το παιδί ξεκινά πολλές φορές με την ερώτηση “γιατί νομίζεις ότι ήρθες σήμερα εδώ;”, η οποία δίνει την ευκαιρία στον ειδικό να διευκρινίσει στο παιδί, αν αυτό κρίνεται απαραίτητο, τα αίτια της επίσκεψης του και να του εξηγήσει ποια θα είναι η διαδικασία που θα ακολουθήσει. Πιστεύουμε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό για το παιδί να γνωρίζει τους λόγους για τους οποίους οι δικοί του απευθύνθηκαν στον ειδικό, καθώς και το περιεχόμενο της συνεργασίας του μαζί του.

Στην αρχή της συνέντευξης γίνεται αναφορά σε ουδέτερα θέματα και τίθενται οι βάσεις για τη δημιουργία μιας καλής σχέσης με το παιδί. Κατόπιν η συνέντευξη εξειδικεύεται καθώς στρέφεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους του, οι σχολικές του επιδόσεις, οι σχέσεις του με τα άλλα μέλη της οικογένειάς του κτλ.

Ο ειδικός μπορεί να ρωτήσει το παιδί αν έχει φίλους, τι κάνει μ’ αυτούς ή αν θα ήθελε να είχε περισσότερους, προκειμένου να διερευνήσει την ποιότητα των διαπροσωπικών του σχέσεων με τους συνομηλίκους του, καθώς και την ποιότητα των κοινωνικών του δεξιοτήτων. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά παραπονιούνται ότι τα άλλα παιδιά δεν τα κάνουν εύκολα παρέα, ότι δεν έχουν τόσους φίλους όσους θα ήθελαν και ότι τσακώνονται συχνά με τους συμμαθητές τους.

Σε ό,τι αφορά το σχολείο, ο ειδικός μπορεί να ρωτήσει το παιδί σε ποια μαθήματα είναι καλός μαθητής, σε ποια νομίζει ότι δυσκολεύεται και για ποιο λόγο πιστεύει ότι συμβαίνει αυτό, αν ο δάσκαλος του κάνει συχνά παρατηρήσεις, αν προτιμά την ώρα του διαλείματος, αν πιστεύει ότι μπορεί να γίνει καλύτερος μαθητής κ.λπ. Αυτές τις ερωτήσεις τις κάνει προκειμένου να αντλήσει πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του μέσα στο σχολείο και για να διαμορφώσει μια πρώτη εικόνα

σχετικά με το επίπεδο της αυτοεκτίμησής του. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά αποδίδουν τις μαθησιακές τους δυσκολίες στο γεγονός ότι “είναι λιγότερο έξυπνα”, αφού δεν μπορούν να κατανοήσουν πράγματα που τα άλλα παιδιά κατανοούν και συχνά καταβάλλουν μεγαλύτερες προσπάθειες από τους συμμαθητές τους. Αναφέρονται επίσης στο γεγονός ότι τελικά δεν τα καταφέρνουν τόσο καλά όσο οι υπόλοιποι. Άλλα παιδιά παραπονιούνται ότι τα μαθήματα είναι πολύ δύσκολα, ότι ο δάσκαλος είναι πολύ αυστηρός κ.λπ.

Τέλος, οι ερωτήσεις που αφορούν το είδος και τη συχνότητα επιβολής τιμωριών από τους γονείς, καθώς και αυτές που αφορούν τις δραστηριότητες που οι γονείς μοιράζονται με το παιδί μπορούν να δώσουν πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τις σχέσεις του με τους γονείς του. Πολλές φορές τέτοιου είδους ερωτήσεις μπορεί να αποκαλύπτουν ότι το παιδί αισθάνεται πως οι γονείς του το αδικούν, ότι του κάνουν συνεχώς παρατηρήσεις και ότι θα ήθελε να μην του φωνάζουν και να μην το επικρίνουν τόσο συχνά.

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, ο ειδικός οφείλει να είναι επιφυλακτικός στην ερμηνεία που δίνει τόσο στις απαντήσεις όσο και στη συμπεριφορά του παιδιού κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Και αυτό διότι η διάθεση του παιδιού να φανεί ευχάριστο και συνεργάσιμο ενδέχεται να το οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο της υπερκινητικής του συμπεριφοράς και σε παραποίηση των απαντήσεων στις ερωτήσεις του ειδικού.

Η κλινική παρατήρηση ξεκινά από τη στιγμή της συνάντησης του ειδικού με το παιδί στην αίθουσα αναμονής και συνεχίζεται μέχρι την αποχώρηση του παιδιού. Πολλές φορές μάλιστα οι πληροφορίες που αντλούνται από αυτήν την ανεπίσημη φάση της αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Άλλωστε, η αίθουσα αναμονής είναι ένας χώρος όπου ο ειδικός έχει την ευκαιρία να παρατηρήσει για μικρό χρονικό διάστημα την αλληλεπίδραση του παιδιού με τους γονείς του και ενδεχομένως με άλλα παιδιά.

Η κλινική παρατήρηση παρέχει πολύτιμες πληροφορίες στον ειδικό σε ό,τι αφορά τη διαφορική διάγνωση. Η ευκολία με την οποία το παιδί αποχωρίζεται τους γονείς του και ακολουθεί τον ειδικό στην αίθουσα αξιολόγησης είναι ένα από τα πρώτα στοιχεία που παρατηρεί ο ειδικός. Συνήθως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν δυσκολία σ’ αυτό το στάδιο και συνεργάζονται πρόθυμα μαζί του.

Η ικανότητα του παιδιού για οπτική επαφή, η ικανότητά του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις μιας συζήτησης και το επίπεδο ανάπτυξης του λόγου του αξιολογούνται με προσοχή από τον ειδικό. Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται ιδιαίτερα στη διατήρηση της οπτικής επαφής και έχουν την τάση να κοιτούν τριγύρω στο δωμάτιο ακόμη και όταν απαντούν σε ερωτήσεις. Ανάλογες δυσκολίες αντιμετωπίζουν και στη διατήρηση μιας συζήτησης, καθώς συνηθίζουν να μεταπηδούν από το ένα θέμα στο άλλο, δίνοντας πολλές φορές την εντύπωση ότι δεν άκουσαν ή δεν κατανόησαν την ερώτηση που τους τέθηκε. Επίσης, συχνά δυσκολεύονται να οργανώσουν τη σκέψη τους και να εκφραστούν με

σαφήνεια, ενώ ενδέχεται να παρουσιάζουν δυσκολίες στην άρθρωση, ιδιαίτερα αν είναι μικρότερης ηλικίας.

Ο ειδικός είναι επίσης απαραίτητο να αξιολογήσει τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού και να ελέγξει αν μοιάζει να έχει υπερβολικό άγχος ή δυσθυμία. Μερικές φορές είναι δύσκολο για τον ειδικό να διακρίνει αν η υπερβολική κινητική δραστηριότητα και η νευρικότητα του παιδιού αποτελούν ενδείξεις ΔΕΠ-Υ ή υπερβολικού άγχους. Ωστόσο, αν ερωτηθούν, τα παιδιά που βιώνουν άγχος συνήθως παραδέχονται ότι αισθάνονται άβολα και έχουν αγωνία, ενώ τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν εκφράζουν τέτοιου είδους συναισθήματα. Εξάλλου, και η ποιότητα της αυξημένης κινητικής δραστηριότητας διαφέρει στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και στα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές, και ένας έμπειρος κλινικός μπορεί να διακρίνει αυτή τη διαφορά. Επιπλέον, είναι σημαντικό για τον ειδικό να παρατηρήσει τυχόν απότομες και ακραίες μεταβολές της διάθεσης, οι οποίες δεν είναι χαρακτηριστικές της ΔΕΠ-Υ, αλλά αποτελούν ενδείξεις σοβαρότερων συναισθηματικών διαταραχών.

Η ικανότητα του παιδιού να διατηρεί για μεγάλο χρονικό διάστημα την προσοχή του και να ακολουθεί οδηγίες αναφορικά με την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας πρέπει επίσης να αξιολογούνται από τον ειδικό, σε συνάρτηση πάντα με την ηλικία του παιδιού. Είναι σημαντικό ο ειδικός να κατανοήσει τους λόγους για τους οποίους ένα παιδί εγκαταλείπει εύκολα την προσπάθεια και δυσκολεύεται να ολοκληρώσει μια δραστηριότητα. Άλλα παιδιά εγκαταλείπουν την προσπάθεια λόγω της αυξημένης παρορμητικότητας και της τάσης τους να μεταπηδούν από τη μια δραστηριότητα στην άλλη, και άλλα το κάνουν λόγω μειωμένης αυτοπεποίθησης, καθώς αισθάνονται ότι δεν μπορούν να τα καταφέρουν. Όπως είναι ευνόητο, τα μικρότερα παιδιά παρουσιάζουν μικρότερη διάρκεια συγκέντρωσης της προσοχής και χάνουν ευκολότερα το ενδιαφέρον τους για μια δραστηριότητα. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις των μικρότερων παιδιών δεν θα πρέπει να συγχέονται με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. η διάκριση αυτή δεν είναι πάντα εύκολη, γιατί στην περίπτωση των παιδιών προσχολικής ηλικίας η αναμενόμενη διάσπαση της προσοχής λόγω ηλικίας και η διάσπαση της προσοχής λόγω ΔΕΠ-Υ διαφέρουν μόνο ποσοτικά, πρόκειται δηλαδή για διαφορά βαθμού εκδήλωσης της ίδιας μορφής συμπεριφοράς.

Συμπερασματικά, πρέπει να πούμε ότι η ερμηνεία του ειδικού σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού στην αίθουσα αξιολόγησης πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Ένα υπερκινητικό παιδί είναι πολλές φορές ικανό να ελέγξει την υπερκινητικότητά του στο γραφείο του ειδικού, όπου προσπαθεί να δείξει τον καλό του εαυτό και να φανεί συνεργάσιμο. Επομένως, το συμπέρασμα ότι το παιδί δεν παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ επειδή η συμπεριφορά που περιγράφεται από τους γονείς δεν είναι εμφανής στο κλινικό περιβάλλον θα ήταν βιαστικό και λανθασμένο. Άλλωστε, όσο περισσότερο το παιδί εξοικειώνεται με το χώρο και με τον ειδικό, τόσο πιθανότερο είναι να αρχίσει σιγά σιγά να κινείται με το συνήθη του τρόπο και να μειώνει τον έλεγχο που ασκεί στη συμπεριφορά του. Όταν μάλιστα του

ζητηθεί να εκτελέσει μια δραστηριότητα που απαιτεί αυξημένη συγκέντρωση της προσοχής και αρκετή προσπάθεια, τότε είναι ακόμη πιο πιθανό οι δυσκολίες του να αρχίσουν να εκδηλώνονται. Είναι σημαντικό λοιπόν για τον ειδικό να αφιερώνει αρκετό χρόνο στη συνεργασία του με το παιδί και να το δοκιμάζει σε ποικίλες καταστάσεις, καθώς είναι πιθανό μια σύντομη συζήτηση μαζί του και μια παρατήρηση περιορισμένης διάρκειας να μην αρκούν για να αποκαλύψουν τις πραγματικές του δυσκολίες.

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορες ψυχομετρικές δοκιμασίες για τη μέτρηση της προσοχής, της εγρήγορσης και του ελέγχου της παρορμητικότητας, με σκοπό τη διαφοροποίηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τα “φυσιολογικά” παιδιά ή από παιδιά με άλλου είδους διαταραχές.⁴⁵ Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει σημαντική συνάφεια μεταξύ των επιδόσεων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στις δοκιμασίες αυτές και των επιδόσεών τους σε άλλα μέσα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ, όπως είναι οι κλίμακες αξιολόγησης και η κλινική παρατήρηση.⁴⁶ Άλλωστε, οι επιδόσεις ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ σε μία δοκιμασία η οποία χορηγείται στο κλινικό περιβάλλον έχει αποδειχτεί ότι διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από τις επιδόσεις του ίδιου παιδιού στο πλαίσιο του σχολείου ή του σπιτιού.⁴⁷ Επιπλέον, τέτοιου είδους μετρήσεις δεν παρέχουν πληροφορίες για τις περιβαλλοντικές μεταβλητές οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζουν την προσοχή και το επίπεδο της εγρήγορσης του παιδιού, συνεπώς και τις επιδόσεις του.⁴⁸

Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες αποτελούν ένα αντικειμενικό κριτήριο αξιολόγησης το οποίο μερικές φορές κρίνεται απαραίτητο, ιδιαίτερα όταν οι πληροφορίες οι οποίες συγκεντρώνονται από τους γονείς, τους δασκάλους και τις παρατηρήσεις του ειδικού είναι αντιφατικές και γεννούν σημαντικά ερωτήματα ως προς την αξιοπιστία τους. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι οι διαφορές που παρατηρούνται ορισμένες φορές στις εκτιμήσεις των διαφόρων προσώπων τα οποία δίνουν πληροφορίες για το παιδί μπορεί να καταδεικνύουν απλώς διαφορετικές μορφές συμπεριφοράς που εκδηλώνει το παιδί ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται. Ασφαλώς, όταν οι αντιφάσεις είναι εξαιρετικά μεγάλες, τότε η χρήση ορισμένων ψυχομετρικών δοκιμασιών προσφέρει τη δυνατότητα μιας πιο αντικειμενικής εκτίμησης κάποιων παραμέτρων.

Ένας επιπρόσθετος λόγος για τη χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών είναι η αξιολόγηση κάποιων δευτερογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όπως για παράδειγμα, των μαθησιακών δυσκολιών που παρουσιάζει ένας μεγάλος αριθμός παιδιών με αυτή τη διαταραχή. Η λεπτομερής αξιολόγηση της αναγνωστικής ικανότητας, της ικανότητας κατανόησης κειμένου, της γραφής, της ορθογραφίας και της αριθμητικής ικανότητας είναι

⁴⁵ Rosenthal & Allen, 1978

⁴⁶ Halperin, 1991

⁴⁷ Kendall & Brophy, 1981

⁴⁸ Barkley, 1997

απαραίτητη, προκειμένου ο ειδικός να διαμορφώσει μια γενική εικόνα του επιπέδου των σχολικών γνώσεων του παιδιού και των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών που ενδέχεται να αντιμετωπίζει. Η αξιολόγηση αυτή έχει εξέχουσα σημασία για τη στοχοθεσία της θεραπευτικής παρέμβασης και τη διαβάθμιση των στόχων.

Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στο ΑθηνάΤεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης, το οποίο κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε από το Ψυχομετρικό Εργαστήριο της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών με σκοπό την ανίχνευση των μαθησιακών δυσκολιών και τη λεπτομερή αξιολόγησή τους. Το ΑθηνάΤεστ χορηγείται σε παιδιά ηλικίας 5-9 ετών και αποτελείται από πέντε κλίμακες: νοητική ικανότητα, άμεση μνήμη ακολουθιών, ολοκλήρωση ελλিপών παραστάσεων, γραφο-φωνολογική ενημερότητα και νευροψυχολογική ωριμότητα. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του (Παρασκευόπουλος και συν., 1999), πρόκειται για ένα “ψυχοπαιδαγωγικό διαγνωστικό μέσο αναλυτικής και ενδοατομικής αξιολόγησης, όπου δεν εξάγονται, όπως συμβαίνει με άλλα πολυθεματικά τεστ, αθροίσματα και γενικοί δείκτες, αλλά η κάθε μετρούμενη ικανότητα έχει μια αυτόνομη λειτουργία στη διαγνωστική διαδικασία”. Για το λόγο αυτό προτείνεται η πλήρης χορήγηση του τεστ στις περιπτώσεις παιδιών όπου έχουν ήδη παρουσιαστεί προβλήματα μάθησης ή όπου υπάρχουν βάσιμες υποψίες για ελλειμματική ανάπτυξη. Είναι, ωστόσο, δυνατή και η επιλεκτική χορήγηση ορισμένων μόνο κλιμάκων ανάλογα με τον τομέα ανάπτυξης που ο ειδικός ενδιαφέρεται να αξιολογήσει.

Άλλου είδους δοκιμασίες που χορηγούνται κατά περίπτωση κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού για το οποίο πιθανολογείται η ύπαρξη ΔΕΠ-Υ είναι τα τεστ νοημοσύνης, τα τεστ αξιολόγησης ειδικών γνωστικών δεξιοτήτων, τα τεστ προσωπικότητας και τα νευροψυχολογικά τεστ.

Κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων από τη χορήγηση τέτοιου είδους δοκιμασιών θα πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη από τον ειδικό η επίδραση της διάσπασης της προσοχής που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στις επιδόσεις τους στη συγκεκριμένη δοκιμασία. Όταν πρόκειται μάλιστα για τεστ νοημοσύνης, τα οποία βασίζονται κατά πολύ στο επίπεδο των σχολικών γνώσεων, είναι προφανές ότι ένα παιδί με διάσπαση της προσοχής και μαθησιακές δυσκολίες θα έχει μειωμένες επιδόσεις. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι επιδόσεις των παιδιών σε τέτοιου είδους δοκιμασίες έχουν υψηλή συνάφεια με μετρήσεις της προσοχής και του αυτοελέγχου.⁴⁹ Η ερμηνεία λοιπόν που θα δοθεί στις επιδόσεις αυτές και ο τρόπος με τον οποίο θα αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα θα πρέπει να διέπονται από αυξημένη κλινική ευαισθησία ώστε να μην οδηγηθεί ο κλινικός σε παραπλανητικά συμπεράσματα. Άλλωστε, πολλές φορές η συμπεριφορά του παιδιού κατά τη διάρκεια χορήγησης της δοκιμασίας και ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζει το συγκεκριμένο υλικό προσφέρουν πιο αποκαλυπτικές

⁴⁹ Aylward et al., 1997

πληροφορίες για τις δυσκολίες και τις ικανότητές του απ' ό,τι οι επιδόσεις του αυτές καθαυτές.

Η ιατρική εξέταση δεν είναι υποχρεωτική στα πλαίσια της διαδικασίας διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ. Ο ειδικός ζητά την αξιολόγηση του παιδιού από γιατρό αν συντρέχει ιδιαίτερος λόγος, ο οποίος προκύπτει είτε από ιστορικό του παιδιού είτε από την κλινική παρατήρηση. Ανάλογα με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων που επιβάλλουν την ιατρική εξέταση, πολλές φορές αρκεί μια επίσκεψη στον παιδίατρο. Είναι όμως πιθανό να χρειάζονται πιο πολύπλοκες εργαστηριακές εξετάσεις, όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα ύπαρξης νευρολογικών διαταραχών ως αίτιο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, η αναγκαιότητα τέτοιου είδους εξετάσεων στα παιδιά που αξιολογούνται με την υποψία της ύπαρξης ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά σπάνια. Άλλωστε, πολλές φορές η επίσκεψη στο παιδίατρο έχει ήδη προηγηθεί, αφού συχνά αυτός είναι που παραπέμπει το παιδί στον ειδικό.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ιατρικές εξετάσεις που να οδηγούν σε διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.⁵⁰ Ο ρόλος του γιατρού στη διαδικασία αξιολόγησης ενός παιδιού για το οποίο υπάρχει η υποψία της ΔΕΠ-Υ έγκειται κυρίως στον αποκλεισμό κάποιου ιατρικού προβλήματος το οποίο ενδέχεται να προκαλεί τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ή στον εντοπισμό ιατρικών προβλημάτων τα οποία συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ και χρήζουν φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Για παράδειγμα, η εγκεφαλίτιδα ή οι συχνές ωτίτιδες μπορεί να συνδέονται με τη ΔΕΠ-Υ. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορεί ακόμη να οφείλονται σε παρενέργειες φαρμάκων που χορηγούνται για άλλου είδους διαταραχές. Η ιατρική εξέταση κρίνεται επίσης απαραίτητη στην περίπτωση που προτείνεται η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων στο παιδί, προκειμένου να αποκλειστεί η ύπαρξη προβλημάτων ιατρικής φύσης (εξαιτίας των οποίων αντενδείκνυται η φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ). Άλλωστε, σε περίπτωση που κριθεί σκόπιμη η χορήγηση φαρμάκων, η ιατρική παρακολούθηση του παιδιού πρέπει να είναι συνεχής.

Η μέθοδος του Παυλίδη.⁵¹ Έλληνες ερευνητές του Πανεπιστημίου Brunel (Σχολή Σπορ και Εκπαίδευσης), μετά από 3 χρόνια διεθνούς έρευνας ανακάλυψαν ότι η ΔΕΠ-Υ, η διαταραχή της διάσπασης προσοχής, η παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα μπορούν να διαγνωσθούν αντικειμενικά σε προσχολική ηλικία χρησιμοποιώντας ένα απλό, αλλά τεχνολογικά προηγμένο βιολογικό τεστ. Μέχρι σήμερα η διάγνωση γίνεται με υποκειμενικό τρόπο κυρίως χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια. Παγκοσμίως, είναι η πρώτη φορά που ανακαλύφθηκε ένα τόσο αντικειμενικό και βιολογικό τεστ.

Το πλήρως αυτοματοποιημένο και μικρού κόστους τεστ πραγματοποιείται σε δέκα λεπτά. Το παιδί απλώς ακολουθεί σιωπηλά με το βλέμμα του ένα φωτεινό σήμα που κινείται στην οθόνη του ηλεκτρονικού υπολογιστή.

⁵⁰ Hill & Cameron, 1999

⁵¹ www.fa3.gr/eidiki_agogi

Η ελλειμματική προσοχή και η υπερκινητικότητα είναι μια συνήθης διαταραχή, που υπολογίζεται ότι επηρεάζει το 3-7% των μαθητών. Η διάγνωση του είναι δύσκολη σε προσχολική ηλικία καθώς πολλά “κανονικά” παιδιά είναι επίσης ενεργητικά και ασυγκράτητα.

Ο καθηγητής κ. Γεώργιος Θ. Παυλίδης (του Πανεπιστημίου Μακεδονίας) και ο μεταπτυχιακός του φοιτητής κ. Παναγιώτης Σαμαράς του Πανεπιστημίου Brunel εξέτασαν το κατά πόσο υπάρχει ένας σημαντικός στατιστικά συσχετισμός μεταξύ της οφθαλμοκίνησης των παιδιών προσχολικής ηλικίας (4-6 χρονών) και της συμπτωματολογίας της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας. Εξέτασαν, επίσης, το κατά πόσον η οφθαλμοκίνηση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την διάγνωση παιδιών προσχολικής ηλικίας υψηλού ρίσκου για το Σύνδρομο της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, με την χρήση ενός έγκυρου και βιολογικού τεστ (Τεστ Παυλίδη).

Δόθηκαν τεσσάρων ειδών οφθαλμοκινητικές δοκιμασίες (προσηλώσεις, αυτόβουλες και κατευθυνόμενες σακκαδικές και παρακολουθητικές οφθαλμοκινήσεις) διάρκειας 30 δευτερολέπτων η καθεμία. Το εξ ολοκλήρου αυτοματοποιημένο οφθαλμοκινησιογράφημα, εφεύρεση του καθηγητή Παυλίδη, μέτρησε και ανέλυσε τα αποτελέσματα. Βρέθηκαν σημαντικές στατιστικά διαφορές μεταξύ των κανονικών και των παιδιών με ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα, ειδικά στην δοκιμασία των παρακολουθητικών οφθαλμοκινήσεων. Τα συγκεκριμένα οφθαλμοκινητικά τεστ κατηγοριοποίησαν σωστά το 93,1% των κανονικών και των παιδιών με διάσπαση προσοχής, στην προσχολική ηλικία (4-6 ετών).

Δηλαδή, τα “κανονικά” παιδιά διαφοροποιήθηκαν από την ομάδα των παιδιών με ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα από τις χαρακτηριστικές, ακανόνιστες οφθαλμοκινήσεις τους. Υψηλός στατιστικά συσχετισμός βρέθηκε μεταξύ της συμπτωματολογίας της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, και της οφθαλμοκίνησης των παιδιών, σε προσχολική ηλικία.

Ο καθηγητής κ. Γεώργιος Θ. Παυλίδης δήλωσε ότι: « Το βιολογικό τεστ αποδείχτηκε ότι είναι αντικειμενικό και εξαιρετικά ακριβές και ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε προσχολική ηλικία. Η ανακάλυψη είναι επίσης σημαντική διεθνώς καθώς το Τεστ (Παυλίδη) λειτουργεί εξίσου αποτελεσματικά σ’ όλες τις γλώσσες, φυλές, κουλτούρες και I. Q. ».

Το «Τεστ Παυλίδη» (το τεστ που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα) αναπτύχθηκε αρχικά για την πρόγνωση της δυσλεξίας και αποδείχθηκε ότι είναι 91,5% ακριβές σε προσχολική ηλικία, καθώς αντικειμενικά προέβλεψε στην ηλικία των έξι ετών ποια παιδιά ανέπτυξαν δυσλεξία δύο χρόνια αργότερα.

Ο καθηγητής κ. Παυλίδης επιπλέον τόνισε ότι: «Η διάγνωση σε προσχολική ηλικία αυτών των πολύ σημαντικών κληρονομικών διαταραχών επιτρέπει αποτελεσματικές παρεμβάσεις (π.χ. με εξατομικευμένα πολυμέσα) και κατάλληλη θεραπεία, που με την σειρά

τους ελαττώνουν τα μαθησιακά προβλήματα, τα προβλήματα συμπεριφοράς και τα επώδυνα δευτερογενή ψυχολογικά προβλήματα των παιδιών».

8.5 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ

Η φύση και οι συνθήκες του προβλήματος πρέπει να συζητηθούν πλήρως με τους γονείς. Η αναγνώριση - προσδιορισμός των δύσκολων συμπεριφορών θα οδηγήσει στη δημιουργία στρατηγικών συμπεριφοράς στο σπίτι και στο σχολείο για την καλύτερη αντιμετώπισή τους με σταθερό και συνεπή τρόπο. Όταν οι σκοποί και οι τεχνικές χρησιμοποιούνται από γονείς και δασκάλους, είναι πιο πιθανό το παιδί να μάθει τι αναμένεται από αυτό και να “χτίσει” πάνω στις υπάρχουσες δυνάμεις του.

Οι γονείς θα πρέπει επίσης να συμφωνήσουν μεταξύ τους στο πως θα υιοθετήσουν μια σταθερή προσέγγιση με το παιδί τους ακόμη και αν έχουν κατανοήσει διαφορετικά τα προβλήματα (για παράδειγμα, ο ένας γονιός βλέπει το παιδί σαν "άτακτο", ενώ ο άλλος εξηγεί την συμπεριφορά του παιδιού ως αποτέλεσμα μιας αναπτυσσόμενης αρρώστιας, το θεωρεί δηλαδή “διαφορετικό”). Η ρύθμιση συμπεριφοράς θα βοηθήσει στη βελτίωση της συγκέντρωσης, στην πιο κατάλληλη ανταπόκριση στις κοινωνικές περιστάσεις και στην μείωση των ξεσπασμάτων θυμού και των επιθετικών εκρήξεων.⁵²

Πώς μπορεί να βοηθηθεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ από τους γονείς του; Όταν έχει κανείς να αντιμετωπίσει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να αισθάνεται αδυναμία, ανασφάλεια, απογοήτευση ή θυμό. Σ' αυτή την περίπτωση οι γονείς θα πρέπει να είναι γεμάτοι με κατανόηση, υποστήριξη, αυτοπεποίθηση και θετική στάση απέναντι στο παιδί τους.

Το πρώτο βήμα για την υποστήριξη ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι η αποδοχή του προβλήματός του. Καμία μορφή πίεσης ή τιμωρίας απέναντι στο παιδί δεν θα φέρει θετικά αποτελέσματα. Οι γονείς θα πρέπει να είναι σε θέση να διαμορφώσουν κατανοητική στάση ως προς το “τι δεν μπορεί να κάνει το παιδί τους” και “τι δεν θέλει να κάνει”.⁵³ Σε περίπτωση που το παιδί καταβάλλει προσπάθεια, οι γονείς θα πρέπει να το στηρίζουν και να ανταμείβουν την προσπάθειά του. Οι τρόποι ανταμοιβής είναι πολλοί.

Καλό είναι να χρησιμοποιούν οι γονείς λεκτικούς και μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας. Για παράδειγμα, να επικροτούν την προσπάθειά του μιλώντας του θετικά, να το φιλούν, να του ρίχνουν βλέμματα επιδοκμασίας, να το αγκαλιάζουν κτλ. Να μην αντιμετωπίζουν θετικά μόνο την πολύ μεγάλη προσπάθεια του παιδιού αλλά να είναι θετικοί απέναντί του ανεξάρτητα από το βαθμό της προσπάθειας του παιδιού. Οι γονείς θα πρέπει να οικοδομήσουν την αυτο-εκτίμηση του παιδιού τους. Ο γονιός πρέπει να είναι ο φύλακας-άγγελος των παιδιών του.

⁵² http://www.fa3.gr/eidiki_agogi

⁵³ Holowenko, 1999

Μια άλλη τακτική που μπορεί να βοηθήσει είναι να γίνονται ορισμένες δραστηριότητες επαναληπτικά. Για παράδειγμα, το πρωί που σηκώνομαστε πάμε στην τουαλέτα, πλένουμε τα δόντια μας, μετά πάμε στην κουζίνα και πίνουμε το γάλα μας· στην συνέχεια πάμε στο δωμάτιο μας και ντυνόμαστε. Με αυτό τον τρόπο προσπαθούμε να προωθήσουμε ένα πρόγραμμα στο παιδί εφαρμόζοντάς το αυστηρά κάθε μέρα.

Επίσης, οι γονείς θα πρέπει να δίνουν ξεκάθαρες εντολές στο παιδί. Για παράδειγμα, “βάλε τα πόδια σου στο πάτωμα”, ή “μην ακουμπάς τα πόδια σου πάνω στο τραπέζι”. Αυτά είναι παροτρύνσεις που το παιδί δεν θα τις αγνοήσει, αρκεί βέβαια αυτές να μην συνοδεύονται από σαρκασμό, ώστε το παιδί να τις εκλαμβάνει ως ένα είδος τιμωρίας.

Οι γονείς θα πρέπει, επίσης, να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες και να περιμένουν πράγματα από τα παιδιά τους στα οποία αυτά θα μπορούν να ανταπεξέλθουν. Οι γονείς είναι εκείνοι που θα πρέπει να βάζουν τα πράγματα σε μια σωστή σειρά. Ας μην προσπαθούν να αντιμετωπίσουν ταυτόχρονα πολλές και διαφορετικές μορφές συμπεριφοράς του παιδιού.

Τέλος, διάφοροι θεραπευτές ανά τον κόσμο προτείνουν ως βοήθεια των γονιών προς το παιδί με ΔΕΠ-Υ, την μέθοδο “time out”, δηλαδή “δώστε χρόνο στο παιδί σας”. Αυτή η μέθοδος έχει πολύ θετικές επιπτώσεις σε μικρά παιδιά.⁵⁴

Σε περίπτωση μιας επιθετικής συμπεριφοράς αφήστε το παιδί στο δωμάτιο του για 1-10 λεπτά. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην υπάρχουν γύρω του παιχνίδια στα οποία θα μπορεί να εκτονώσει την επιθετικότητα του. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα επιβραβεύστε την προσπάθεια του.

Όλοι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι ήρεμοι και χωρίς στρες. Η βοήθεια από ειδικούς είναι απαραίτητη. Μόνο έτσι, οι γονείς θα μπορούν να ξεπεράσουν τις ενοχές και τον φόβο τους και παράλληλα θα βοηθήσουν τα παιδιά τους.

Η θέση του παιδιού στην τάξη πρέπει να εκτιμηθεί βάσει αξιολόγησης των εκπαιδευτικών, κοινωνικών και ψυχολογικών του αναγκών. Στην ιδανική περίπτωση, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ανταποκρίνονται καλά σε μικρή ομάδα (με μεγάλη προσοχή από ενήλικες) και στις δομημένες δραστηριότητες (απλές και ξεκάθαρες εντολές όπου ελέγχεται συνεχώς ότι κατανόησαν και κατέγραψαν νέες πληροφορίες). Κάτι τέτοιο δεν είναι πάντοτε εφικτό στις συνηθισμένες σχολικές τάξεις, όμως η πρόσθετη υποστήριξη και η προσοχή από το δάσκαλο, καθώς και ο καθορισμός των μαθησιακών σκοπών, μπορεί να είναι αρκετά για να κρατήσουν το παιδί στο σχολείο όπου φοιτά. Οι κοινωνικές του δραστηριότητες πρέπει επίσης να παρακολουθούνται αντίστοιχα. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως “χάνονται” σε μεγάλες ομάδες με μη δομημένες δραστηριότητες (π.χ. στην παιδική χαρά), οπότε και μπλέκουν σε μελάδες.⁵⁵

⁵⁴ Holowenko, 1999

⁵⁵ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi

Πώς όμως μπορεί να βοηθηθεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο; Χρήσιμο είναι να γνωρίζουν και να κατανοούν την κατάσταση οι εκπαιδευτικοί, να υπάρχει οικογενειακή υποστήριξη και παρέμβαση αλλά και να υπάρχει κάποιου τύπου σχολική παρέμβαση μέσω ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Επίσης, καλό είναι να υπάρχει ένας συγκεκριμένος εκπαιδευτικός προγραμματισμός για την συμπεριφορά των παιδιών μέσα στην τάξη αλλά και εξατομικευμένα προγράμματα για κάθε παιδί. Παράλληλα, μπορεί να εφαρμόζεται κάποια φαρμακευτική αγωγή.⁵⁶

Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι για να βοηθηθεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει δύο παράγοντες να λειτουργήσουν θετικά: α) η οργάνωση της τάξης και β) η συμπεριφορά του δασκάλου.

Σε ό,τι αφορά την οργάνωση της τάξης το περιβάλλον θα πρέπει να είναι ενισχυτικό. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να είναι άνετο, ευρύχωρο με καλή οπτική θέση για το παιδί, αλλά και ασφαλές. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να βρίσκεται σε κοντινή από τον δάσκαλο θέση, μακριά από τα παράθυρα, τις πρίζες κτλ. Ας μην ξεχνάμε ότι το παιδί με ΔΕΠ-Υ συχνά θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό του και τους άλλους εξαιτίας των αυθόρμητων κινήσεών του.

Σε ό,τι αφορά την συμπεριφορά του δασκάλου ο δάσκαλος δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί οποιαδήποτε μορφής κοροϊδία, κριτική και αρνητική συμπεριφορά απέναντι στο παιδί. Μπορεί να θέσει μια σειρά από προτεραιότητες π.χ. τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει το παιδί. Να του αναθέτει διάφορες αρμοδιότητες ενεργοποιώντας τα κίνητρα του, π.χ. “μοίρασε αυτά τα φυλλάδια” κτλ. Κατόπιν, πρέπει να επιβραβεύει την προσπάθεια του παιδιού, προκειμένου να αναπτρωθεί το ηθικό του, να έχει μεγαλύτερη αυτο-εκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Πάντα να δίνονται στο παιδί σαφείς και σύντομες οδηγίες, οι οποίες θα είναι κατανοητές. Πρέπει να υπάρχει οπωσδήποτε καλή συνεργασία και τακτικές συναντήσεις ανάμεσα στους δασκάλους και τους γονείς του παιδιού. Επίσης, χρησιμοποιούνται άλλες δύο προσεγγίσεις για καλύτερα αποτελέσματα απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Η μια είναι η χρησιμοποίηση ακουστικών, προκειμένου να μην αποσπάται η προσοχή του παιδιού από εξωγενείς θορύβους.

Η δεύτερη προσέγγιση είναι το “Circle Time”. Με αυτή την μέθοδο καλυτερεύουν οι κοινωνικές δεξιότητες και η συμπεριφορά του παιδιού. Με αυτό τον τρόπο βγαίνει από την φάση της ατομικής λειτουργίας και αισθάνεται μέρος του συνόλου λειτουργώντας πια ομαδικά. Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικά παραδείγματα για αυτή την μέθοδο, όπως, ότι, εάν δεν θέλει το παιδί να απαντήσει, λέει "πέρνα", τα παιδιά θα πρέπει να ακούνε όταν κάποιος μιλάει, χωρίς να τον διακόπτουν ή να τον κοροϊδεύουν. Όλα τα παραπάνω αποτελούν ένα είδος συμβολαίου μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των δασκάλων τους. Φυσικά αυτή η

⁵⁶ Holowenko, 1999

μέθοδος δεν χρησιμοποιείται μόνο στην περίπτωση παιδιών με ΔΕΠ-Υ αλλά και με όλα τα παιδιά ενός κανονικού σχολείου. Ας γίνουμε όμως περισσότερο αναλυτικοί σε ό,τι αφορά τις χρήσιμες συμβουλές προς τους εκπαιδευτικούς. Οι συμβουλές αυτές απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων, κάποιες θα είναι προφανώς περισσότερο κατάλληλες για μικρότερους μαθητές, ενώ άλλες για μεγαλύτερους· θέματα ωστόσο δομής, εκπαίδευσης και ενθάρρυνσης είναι κοινά και αφορούν όλα τα παιδιά.

Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να δίνουν σωστές και ολοκληρωμένες κατευθύνσεις στους μαθητές με ΔΕΠ-Υ καθώς αποτυγχάνουν να διεκπεραιώσουν σχολικές εργασίες που τους ανατίθενται εξαιτίας της αδυναμίας τους να προσέξουν τις οδηγίες.⁵⁷ Γενικά, μέσω των οδηγιών θα πρέπει να ενημερώνονται οι μαθητές για το περιεχόμενο και τη μορφή της εργασίας, το σκεπτικό για την εκπόνησή της και το είδος της βοήθειας που μπορούν να δεχτούν από ενήλικους, συνομηλίκους, από σχετικό υλικό, από τη χρήση της τεχνολογίας ή άλλου είδους βοήθειας.⁵⁸

Οι οδηγίες μπορούν να παρουσιαστούν τόσο οπτικά όσο και προφορικά. Η χρήση κατάλληλου λεξιλογίου και η επικέντρωση σε πληροφορίες σχετικές με την κάθε εργασία μπορεί να ενισχύσει την κατανόηση των μαθητών στις προφορικές οδηγίες.⁵⁹ Η κατανόηση των οδηγιών μπορεί επίσης να ενισχυθεί με την παροχή στους μαθητές ενός προτύπου εργασίας ή επεξηγήσεων που αναλύουν τους τρόπους αξιολόγησης της εργασίας.⁶⁰ Όσοι μαθαίνουν μια δεύτερη γλώσσα μπορούν να επωφεληθούν από τη χρήση εικόνων, ενός λεξικού, μιας λίστας λέξεων την οποία χρησιμοποιούν συνήθως οι εκπαιδευτικοί για να δώσουν οδηγίες.⁶¹ Πριν ξεκινήσουν οι μαθητές τις εργασίες τους, οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εφαρμόσουν στρατηγικές για να ελέγξουν κατά πόσο οι μαθητές έχουν κατανοήσει τις οδηγίες για την εκτέλεση των εργασιών. Για παράδειγμα, μπορούν οι μαθητές να εξηγούν τις εργασίες στους συμμαθητές τους και να κάνουν ερωτήσεις σχετικά με τις εργασίες.⁶²

Πρώτον, ο εκπαιδευτικός πρέπει να σιγουρευτεί ότι έχει να κάνει με ΔΕΠ-Υ. Αναμφίβολα, δεν είναι καθήκον του εκπαιδευτικού να διαγνώσει το ΔΕΠ-Υ, μπορεί όμως, και θα έπρεπε, να θέτει στους γονείς μερικές ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, πρέπει να βεβαιωθεί ότι έχει ελεγχθεί πρόσφατα η ακοή και η όραση του παιδιού και ότι επίσης δεν υπάρχουν άλλα ιατρικά προβλήματα· να βεβαιωθεί ότι οι ανάλογη εξέταση ήταν επαρκής και να συνεχίσει να θέτει ερωτήσεις μέχρις ότου πεισθεί. Την ευθύνη για όλα αυτά την έχουν οι

⁵⁷ Salend, 2001

⁵⁸ Εκπαιδευτικές Παρεμβάσεις σε Μαθητές με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, Μ. Πατσίδου

⁵⁹ Gillet, 1986

⁶⁰ Salend, 2001

⁶¹ Salend, 2001

⁶² Rademacher, 2000

γονείς και όχι ο εκπαιδευτικός, ο εκπαιδευτικός, όμως, μπορεί να υποστηρίξει τη διαδικασία.⁶³

Δεύτερον, πρέπει να οργανώσει την υποστήριξή του. Το να είναι κανείς εκπαιδευτικός σε μια τάξη όπου υπάρχουν δύο ή τρία παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι τρομερά κουραστικό. Πρέπει, λοιπόν, να βεβαιωθεί ότι έχει την υποστήριξη του σχολείου και των γονέων. Επίσης, καλό είναι για τον εκπαιδευτικό να βεβαιωθεί ότι υπάρχει κάποιος ειδικός που να μπορεί να τον συμβουλευτεί εάν τυχόν υπάρξει κάποιο πρόβλημα (ειδικός σε μαθησιακές δυσκολίες, παιδοψυχίατρος, κοινωνικός λειτουργός, σχολικός ψυχολόγος, παιδίατρος - το δίπλωμά του δεν έχει σημασία). Εκείνο που πρέπει να απασχολεί τον εκπαιδευτικό είναι το αν γνωρίζει αρκετά για το ΔΕΠ-Υ και έχει δει αρκετά παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Πρέπει όμως να βεβαιωθεί ότι οι γονείς θα συνεργάζονται μαζί του και ότι οι συνάδελφοί του μπορούν να τον βοηθήσουν.

Τρίτον, πρέπει να ξέρει τα όριά του. Να μη διστάζει να ζητήσει βοήθεια. Ο εκπαιδευτικός δεν είναι υποχρεωμένος να είναι και ειδικός στο ΔΕΠ-Υ. Γι' αυτό δε θα πρέπει να διστάσει να ζητήσει βοήθεια όταν θεωρήσει πως την έχει ανάγκη.

Πρέπει να ρωτήσει το μαθητή για το τι θα τον βοηθούσε. Αυτή η εύλογη κίνηση παραβλέπεται σχεδόν πάντα. Οι ενήλικες είναι συνήθως τόσο απασχολημένοι στην προσπάθειά τους να ανακαλύψουν μόνοι τους τι είναι καλό γι' αυτά τα παιδιά και τι οφείλουν να κάνουν γι' αυτά, που τους διαφεύγει να διατυπώσουν ερωτήσεις για το τι νομίζουν τα ίδια τα παιδιά ότι θα τα βοηθούσε. Αυτά τα παιδιά έχουν συνήθως διαίσθηση. Αν τα ρωτήσει κανείς, θα του πουν πώς μπορούν να μάθουν καλύτερα. Ντρέπονται πολύ να μιλήσουν και να ενημερώσουν από μόνα τους, γιατί τους φαίνεται κάπως τραβηγμένο. Ωστόσο, ο εκπαιδευτικός πρέπει να προσπαθήσει να καθίσει μαζί με το μαθητή κάνοντάς του ερωτήσεις για το πώς θα μπορούσε να μάθει καλύτερα. Ο καλύτερος "ειδικός" για να προτείνει την αποδοτικότερη μέθοδο εκμάθησης είναι το ίδιο το παιδί. Είναι φοβερό πόσο συχνά αγνοούνται ή δεν ακούγονται οι απόψεις τους. Επιπρόσθετα, ειδικά σε σχέση με τα μεγαλύτερα παιδιά, ο εκπαιδευτικός πρέπει να βεβαιωθεί ότι το παιδί γνωρίζει τι είναι το ΔΕΠ-Υ. Αυτό θα βοηθήσει αρκετά και τους δυο.

Το συναισθηματικό κομμάτι που εμπερικλείει η διαδικασία της μάθησης είναι πάρα πολύ σημαντικό. Αυτοί οι μαθητές χρειάζονται ειδική βοήθεια για να βρουν ευχαρίστηση μέσα στη τάξη: για να αντικαταστήσουν με επιτυχία την αποτυχία και τη ματαιώση, με ενθουσιασμό την ανία και το φόβο. Είναι απαραίτητο να δώσει προσοχή ο δάσκαλος στα συναισθήματα που εμπλέκονται στη διαδικασία της μάθησης.

Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ έχουν ανάγκη από τη δομή και την οργάνωση. Το περιβάλλον τους οφείλει να δομεί εξωτερικά αυτό που εκείνοι δεν μπορούν να δομήσουν εσωτερικά από

⁶³ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi

μόνοι τους. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να φτιάχνει λίστες. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ωφελούνται πολύ από έναν πίνακα ή μια λίστα που θα χρησιμοποιούν ως σημείο αναφοράς όταν χάνονται κατά τη διάρκεια μίας δραστηριότητάς τους.

Χρειάζονται όμως και υπενθυμίσεις. Χρειάζονται προκαταρκτικές παρουσιάσεις. Χρειάζονται επανάληψη. Χρειάζονται κατεύθυνση. Χρειάζονται όρια. Χρειάζονται δομή.

Ο καλός εκπαιδευτικός πρέπει να είναι σε θέση να αναρτήσει ξεκάθαρους κανόνες. Να τους γράψει σε ευδιάκριτο μέρος. Τα παιδιά τότε δε θα νιώθουν άγχος αν γνωρίζουν τι περιμένει από αυτά.

Επίσης, ο δάσκαλος είναι σωστό να επαναλαμβάνει τις οδηγίες, να γράφει τις οδηγίες, να λέτε τις οδηγίες, και να επαναλαμβάνετε τις οδηγίες. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν ανάγκη να ακούνε τα ίδια πράγματα πάνω από μία φορά.

Πρέπει όμως να έχει και συχνή βλεμματική επαφή. Μπορεί να "επαναφέρει" ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιώντας το βλέμμα και μόνο. Μια ματιά μπορεί να επαναφέρει ένα παιδί από την ονειροπόληση ή να το καθησυχάσει με τρόπο σιωπηλό.

Ο δάσκαλος πρέπει να βάλει το παιδί με ΔΕΠ-Υ να καθίσει κοντά του ή σε εκείνο το σημείο που βρίσκεται το μεγαλύτερο μέρος της ώρας. Αυτό θα συντελέσει αποτελεσματικά στη μείωση της έντονης κινητικότητάς τους, που τόσο τα ταλαιπωρεί.

Να τίθενται όρια και περιορισμοί. Στόχος της επιβολής ορίων είναι να συγκρατούνται και να καθησυχάζονται τα παιδιά, κι όχι να τιμωρούνται. Να επιβάλλονται τα όρια με συνέπεια, λογική, γρήγορα και απλά. Να μην εμπλέκετε ο εκπαιδευτικός σε πολύπλοκες, "δικηγορίστικες" συζητήσεις περί δικαίου. Αυτές οι μακροσκελείς συζητήσεις απομακρύνουν από τον στόχο. Δεν πρέπει να χάνεται ο έλεγχος της κατάστασης.⁶⁴

Ο δάσκαλος είναι καλό να έχει όσο το δυνατό περισσότερο ξεκάθαρο και σαφές ημερήσιο πρόγραμμα. Να το τοποθετεί πάνω στον πίνακα της τάξης ή πάνω στο θρανίο του παιδιού. Να το χρησιμοποιεί συχνά ως σημείο αναφοράς. Αν προτίθεται να κάνει κάποιες αλλαγές, όπως κάνουν αρκετοί έμπειροι εκπαιδευτικοί, να ενημερώνει και να προετοιμάζει τα παιδιά. Οι ανακατατάξεις και οι ξαφνικές αλλαγές τούς είναι δύσκολες. Τα αποπροσανατολίζουν. Πρέπει λοιπόν ο δάσκαλος να φροντίσει να τα προετοιμάσει αρκετό καιρό πριν. Να ανακοινώσει στα παιδιά τι πρόκειται να συμβεί και να εξακολουθήσει να επαναλαμβάνει όλο και περισσότερο, όσο ο καιρός πλησιάζει, τις επικείμενες αλλαγές.

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να προσπαθήσει να βοηθήσει τα παιδιά ώστε να σχεδιάσουν το πρόγραμμα που θα ακολουθήσουν μετά το τέλος της ημέρας τους στο σχολείο, παίρνοντας έτσι μέτρα ώστε να αποφευχθεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του ΔΕΠ-Υ, η αδράνεια.

Πρέπει επίσης, να καταργήσει ή να μειώσει τη συχνότητα των τεστ που υπόκεινται σε χρονικούς περιορισμούς. Η εκπαιδευτική αξία αυτών των τεστ είναι εξαιρετικά μικρή.

⁶⁴ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi

Είναι πολύ χρήσιμο να επιτρέπεται στα παιδιά, ως δικλίδα ασφαλείας, να "δραπετεύουν" για λίγο από την τάξη. Αν αυτό περάσει και ενσωματωθεί στους κανόνες της τάξης, δε θα εκνευρίζονται από την ανυπαρξία διεξόδου. Μ' αυτόν τον τρόπο θα μάθουν να κάνουν χρήση της αυτοπαρατήρησης και της αυτο-ρύθμισής τους.

Οι εργασίες για το σπίτι πρέπει να στηρίζονται στην ποιότητα και όχι στην ποσότητα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν αντέχουν συνήθως το μεγάλο φόρτο εργασίας. Εφόσον μαθαίνουν αυτά που πρέπει, είναι προτιμότερο να τους επιτρέπεται να έχουν λιγότερη δουλειά στο σπίτι. Δεν πρέπει να έχουν περισσότερη δουλειά απ' αυτή που μπορούν ν' αντέξουν.

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να παρακολουθεί συχνά την πρόοδο των παιδιών. Η συχνή πληροφόρηση τους για την προσωπική τους πρόοδο έχει εξαιρετικά οφέλη, καθώς τα βοηθάει να παραμένουν στο στόχο, τους επιτρέπει να ξέρουν τι περιμένουν οι άλλοι από αυτά και πώς τα πετυχαίνουν στο σχολείο· όλα αυτά αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην ενθάρρυνσή τους.

Οι μεγάλες εργασίες καλό είναι να μετατρέπονται σε μικρότερες. Αυτό συνιστά μία από τις πιο σημαντικές τεχνικές διδασκαλίας για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οι μεγάλες εργασίες γρήγορα "πνίγουν" το παιδί, με αποτέλεσμα να οπισθοχωρεί έντρομο και γεμάτο δάκρυα με ένα "ποτέ δε θα μπορέσω να το κάνω ΑΥΤΟ". Αν όμως χωρίζονται οι εργασίες σε μικρότερα τμήματα που το παιδί μπορεί να χειριστεί ευκολότερα, τότε κάθε μικρότερο κομμάτι θα του φαίνεται ευκολότερο να κάνει και έτσι δεν θα νιώθει "πνιγμένο". Γενικά, τα παιδιά αυτά μπορούν να κάνουν πολύ περισσότερα πράγματα από αυτά που νομίζουν ότι μπορούν. Με αυτήν τη διαφορετική κατανομή του υλικού, ο εκπαιδευτικός μπορεί να επιτρέψει στο παιδί να αποδείξει στον εαυτό του ότι τα καταφέρνει.⁶⁵

Καλό είναι το χιούμορ ή μια περισσότερο "διασκεδαστική" διδασκαλία· είναι χρήσιμο να αποφεύγονται οι κοινοτοπίες και οι συμβατικότητες. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ αγαπούν την καινοτομία. Ενθουσιάζονται. Τους βοηθάει στη συγκέντρωση - και ο εκπαιδευτικός συγκεντρώνεται μ' αυτόν τον τρόπο. Αυτά τα παιδιά είναι όλο ζωή - αγαπούν τη διασκέδαση και το παιχνίδι. Και πάνω απ' όλα, σιχαίνονται τη βαρεμάρα. Η "θεραπεία" τους περιλαμβάνει πολλά βαρετά πράγματα, όπως ημερήσια προγράμματα, λίστες και κανόνες. Θα βοηθούσε λοιπόν αρκετά, αν, κατά διαστήματα, ο δάσκαλος μπορεί να αφήνεται και να "παιδιάρίζει".

Να προσεχθεί η υπερδιέγερση από υπερβολικά πολλά εξωτερικά ερεθίσματα. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να ξεχειλίσει όπως μια κατσαρόλα επάνω στη φωτιά. Πρέπει ο εκπαιδευτικός να είναι σε θέση να μειώσει γρήγορα τη "θερμοκρασία", και ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσει το χάος στην τάξη του σχολείου είναι να το προλάβει εξαρχής.

⁶⁵ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi

Είναι απαραίτητο για τον δάσκαλο να αναζητεί την επιτυχία και να την τονίζει όσο το δυνατόν περισσότερο. Αυτά τα παιδιά ζουν μέσα σε τόση αποτυχία, που χρειάζονται τη μεγαλύτερη δυνατή θετική αντιμετώπιση· να μη δοθεί όμως υπερβολική έμφαση σ' αυτό. Ο έπαινος είναι χρήσιμος και εποικοδομητικός. Αγαπούν την ενθάρρυνση, τα "τρέφει". Χωρίς αυτή συρρικνώνονται και μαραίνονται. Συχνά το πιο αποκαρδιωτικό κομμάτι του ΔΕΠ-Υ δεν είναι καθαυτό το ΔΕΠ-Υ, είναι η δευτερεύουσα επιβλαβής επίδραση που έχει στην αυτοπεποίθηση του παιδιού. Γι' αυτό, λοιπόν, αυτά τα παιδιά χρειάζονται παρότρυνση και έπαινο.

Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν συχνά πρόβλημα μνήμης. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να τους διδάξει μικρά κόλπα, όπως είναι οι μνημονικές τεχνικές, να χρησιμοποιήσει βοηθητικές κάρτες κ.λπ. Συχνά επίσης έχουν προβλήματα με αυτό που ο Mel Levine αποκαλεί "ενεργό μνήμη", το χώρο της μνήμης δηλαδή που χρησιμοποιείται όταν προσπαθούμε να ολοκληρώσουμε μια εργασία. Οποιοδήποτε μικρό κόλπο μπορεί να μηχανευτεί ο δάσκαλος - συνθηματικές κινήσεις, ομοιοκαταληξίες, κωδικούς και όλα τα σχετικά - μπορεί να βοηθήσει πολύ στη βελτίωση της μνήμης.

Είναι χρήσιμο να χρησιμοποιούνται σχεδιαγράμματα. Αυτά τα παιδιά πρέπει να μάθουν πώς να χρησιμοποιούν σχεδιαγράμματα. Πρέπει επίσης, να διδαχτούν την υπογράμμιση. Αυτές οι τεχνικές δεν είναι εύκολες για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αλλά, εάν τις μάθουν, μπορεί να συντελέσουν στη δόμηση και στη σχηματοποίηση αυτού που μαθαίνουν τη στιγμή που το μαθαίνουν. Βοηθάει στο να αισθανθούν ότι τα καταφέρνουν ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ, τη στιγμή δηλαδή που το χρειάζονται περισσότερο. Έτσι, δεν αισθάνονται ότι ματαιοπονούν, ένα συναίσθημα που τους ακολουθεί σε όλη τη μαθησιακή διαδικασία.

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να ανακοινώνει αυτό που θέλει να πει προτού το πει. Μετά πρέπει να το πει με λεπτομέρειες. Μετά επαναλαμβάνει αυτό που είπε. Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι οπτικοί και όχι ακουστικοί τύποι. Συνεπώς, θα βοηθούσε πολύ αν μπορεί ο δάσκαλος να γράψει αυτό που πρόκειται να πει και εν συνεχεία να το πει πάλι.

Οι οδηγίες να είναι απλές. Οι επιλογές να είναι απλές. Το ημερήσιο πρόγραμμα να είναι απλό. Το λεξιλόγιο να είναι όσο πιο εύκολο γίνεται. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να θυμάται να χρωματίζει τις λέξεις που χρησιμοποιεί. Ο χρωματισμός της γλώσσας κρατά την προσοχή.

Ο δάσκαλος πρέπει να χρησιμοποιεί πληροφοριακό υλικό που να βοηθάει τον μαθητή στην αυτοπαρατήρησή του. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν την τάση να μην αυτοπαρατηρούνται. Συχνά δεν έχουν ιδέα για την εντύπωση που προκαλούν ή για τον αντίκτυπο της συμπεριφοράς τους. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να προσπαθήσει να τους δώσει αυτές τις πληροφορίες με εποικοδομητικό τρόπο. Να κάνει ερωτήσεις του τύπου: "Ξέρεις τι έκανες μόλις τώρα;" ή "Πώς νομίζεις ότι θα μπορούσες να το πεις διαφορετικά;" ή "Γιατί, κατά τη

γνώμη σου, το κορίτσι στενοχωρήθηκε μ' αυτό που του είπες;” Να τίθενται τέτοια ερωτήματα που να ενισχύουν την αυτοπαρατήρηση.

Να ορίζονται με σαφήνεια προσδοκίες του εκπαιδευτικού.

Να χρησιμοποιείται ένα σύστημα με πόντους στο πλαίσιο της προσπάθειας για την αλλαγή της συμπεριφοράς ή ένα σύστημα επιβράβευσης για παιδιά μικρότερης ηλικίας. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ανταποκρίνονται στην επιβράβευση και χρειάζονται κίνητρα. Πολλά από αυτά είναι μικροί επιχειρηματίες.

Αν το παιδί δείχνει ότι δυσκολεύεται στην αναγνώριση κάποιων κοινωνικών κωδίκων - γλώσσα του σώματος, τόνος της φωνής, σωστή χρήση του χρόνου κ.λπ. -, πρέπει να του δοθούν διακριτικά συγκεκριμένες και σαφείς συμβουλές εν είδει κοινωνικής εκπαίδευσης. Πρώτα, για παράδειγμα, μπορεί να πει ο δάσκαλος “Προτού πεις τη δική σου ιστορία, άκουσε την ιστορία του άλλου” ή “Κοίταζε τον άλλον όταν μιλάει”. Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ δίνουν την εντύπωση ότι είναι αδιάφορα ή εγωιστικά, ενώ αυτό που συμβαίνει πραγματικά είναι ότι δεν έχουν μάθει πώς να συναναστρέφονται με τους άλλους ανθρώπους. Αυτή η δεξιότητα δεν αποκτάται αυτόματα σε όλα τα παιδιά, μπορεί όμως να διδαχθεί.

Να διδάσκονται πώς να γράφουν σε ένα τεστ.⁶⁶

Να μετατρέπεται η σχολική εργασία σε ομαδικό παιχνίδι. Το κίνητρο της ομάδας βοηθάει το παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Καλό είναι να χωρίζονται οι δυάδες, ή οι τριάδες ή και οι ομάδες που δεν λειτουργούν καλά μαζί.

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να βοηθάει τα παιδιά να ενταχθούν κοινωνικά. Όσο αισθάνονται ότι ανήκουν στο σύνολο, θα έχουν κίνητρα και δε θα αποσπάται η προσοχή τους.

Όποτε το επιτρέπουν οι περιστάσεις, ο δάσκαλος πρέπει να τους αναθέτει κάτι για το οποίο να είναι υπεύθυνα.

Πρέπει να υπάρχει ένα Τετράδιο Σχολείου-Σπιτιού. Αυτό μπορεί πραγματικά να βοηθήσει στην καθημερινή επικοινωνία γονέα-εκπαιδευτικού για να αποφευχθούν οι αρνητικά φορτισμένες συναντήσεις. Λειτουργεί επίσης επικοινωνιακά στην συχνή πληροφόρηση που είναι αναγκαίο να έχουν τα παιδιά αυτά.

Να προσπαθήσει να κρατάει σημειώσεις για την καθημερινή τους πρόοδο.

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να ενισχύσει αλλά και να δομήσει ένα πλαίσιο για αυτό-αναφορά και αυτό-παρακολούθηση. Μικρές συζητήσεις στο τέλος της ημέρας μπορεί να αποδειχτούν χρήσιμες.

Να προετοιμάζει τα παιδιά για οτιδήποτε είναι εκτός προγράμματος. Τα παιδιά αυτά έχουν ανάγκη να γνωρίζουν προκαταβολικά αυτό που πρόκειται να συμβεί έτσι ώστε να

⁶⁶ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi

προετοιμαστούν ψυχολογικά. Αν ξαφνικά τους δοθεί ελεύθερος χρόνος και βγουν από το πρόγραμμά τους θα εμφανίσουν υπερδιέγερση.

Να τα επαινεί, να τα επιδοκιμάζει, να τα ενθαρρύνει. Να τους δίνει “τροφή”.

Να ζητάει από τα μεγαλύτερα παιδιά να γράφουν τις ερωτήσεις τους. Αυτό θα τα βοηθήσει να σημειώνουν τις σκέψεις τους και ακούνε καλύτερα τις απαντήσεις.

Πολλά από αυτά τα παιδιά εμφανίζουν δυσκολία στο γράψιμο. Είναι αναγκαίο λοιπόν να βρεθούν άλλες εποικοδομητικές εναλλακτικές λύσεις. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να τους ενθαρρύνει να χρησιμοποιούν τον υπολογιστή. Να τους υπαγορεύει. Να τους δίνει προφορικά τεστ.

Ο δάσκαλος πρέπει να είναι όπως ο μάεστρος της συμφωνικής ορχήστρας. Να τραβάει την προσοχή της ορχήστρας προτού ξεκινήσει - μπορείτε να μένει σιωπηλός ή να χτυπάει ρυθμικά την μπαγκέτα του για να το καταφέρει. Να κρατάει την τάξη “σε ρυθμό”, αποτεινόμενος σε διαφορετικά πρόσωπα από τα οποία χρειάζεται τη βοήθειά τους.

Όταν υπάρχει δυνατότητα, ο εκπαιδευτικός πρέπει να κανονίζει να υπάρχει ένας συμμαθητής που μπορεί να βοηθήσει στη μελέτη.

Να εξηγεί και να κάνει όσο πιο φυσιολογική μπορεί την ιδιαίτερη μεταχείριση που λαμβάνει ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να αποφευχθεί ο στιγματισμός του.

Να βλέπει τους γονείς συχνά. Να αποφεύγει τις συναντήσεις σε περιόδους προβλημάτων ή κρίσης.

Το παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται να διαβάζει μεγαλόφωνα στο σπίτι. Ο δάσκαλος πρέπει να διαβάζει όσο το δυνατό πιο μεγαλόφωνα στην τάξη. Να διηγείται ιστορίες. Να βοηθάει το παιδί να αποκτήσει την ικανότητα να παραμένει στο ίδιο θέμα, χωρίς να αποσπάται η προσοχή του.

Επανάληψη, επανάληψη, επανάληψη.

Γυμναστική. Μία από τις καλύτερες θεραπείες αντιμετώπισης του ΔΕΠ-Υ για τα παιδιά αλλά και τους ενήλικες είναι η γυμναστική, και, κατά προτίμηση, η έντονη γυμναστική. Η γυμναστική βοηθάει στην εκτόνωση της υπερβολικής ενέργειας και στην εστίαση της προσοχής, διεγείρει συγκεκριμένες ορμόνες και νευροχημικές ουσίες που δρουν ευεργετικά στον οργανισμό, και, τέλος, είναι διασκεδαστική. Ο δάσκαλος πρέπει να βεβαιωθεί ότι η γυμναστική ΕΙΝΑΙ διασκεδαστική έτσι ώστε το παιδί να συνεχίσει να ασκείται και στην υπόλοιπη ζωή του.

Έμφαση, αναφορικά με τα μεγαλύτερα παιδιά, πρέπει να δίνεται στην προετοιμασία τους πριν έρθουν στο σχολείο. Όσο πιο ενήμερο είναι το παιδί εκ των προτέρων για το τι θα συζητηθεί στην τάξη κατά τη συγκεκριμένη ημέρα, τόσο πιο εύκολα θα του γίνει κατανοητό το υλικό που θα παρουσιαστεί.

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να είναι πάντα έτοιμος για ξεχωριστές, ευχάριστες καταστάσεις. Αυτά τα παιδιά είναι πολύ πιο ταλαντούχα και χαρισματικά απ' όσο δείχνουν.

Είναι γεμάτα δημιουργικότητα, παιχνιδιάρικη διάθεση, αυθορμητισμό και κέφι. Είναι συνήθως ευέλικτα σε καταστάσεις, είναι ανοιχτόκαρδα και τους αρέσει να βοηθούν. Συνήθως χαρακτηρίζονται από "κάτι το ιδιαίτερο", που ευεργετεί το περιβάλλον στο οποίο βρίσκονται.

Γονείς, δάσκαλοι και καθηγητές πρέπει να καταλάβουν την φύση των προβλημάτων και εν συνεχεία να δημιουργήσουν μια συνεπή προσέγγιση στο σπίτι και μέσα στο σχολείο. Διαφορετικά το παιδί μπορεί να "μπερδευτεί" ακόμη περισσότερο. Μια λεπτομερής εκπαιδευτική - ψυχολογική αξιολόγηση είναι μια καλή αρχή για να γνωρίζουν όλοι οι ενδιαφερόμενοι τι μπορεί το παιδί να κάνει και τι όχι, π.χ. να καταλαβαίνει την ικανότητά του να συγκεντρώνεται, να καταγράφει νέες πληροφορίες, να κατανοεί αφηρημένες έννοιες και να αποκτά νέες δεξιότητες. Μια σταδιακή προσέγγιση, για παράδειγμα μικρά αλλά καθαρά βήματα επιτυχίας για να χτιστούν οι δυνάμεις του παιδιού, μπορεί να υιοθετηθεί από το σχολείο και το σπίτι. Από κοινού συναντήσεις μεταξύ της οικογένειας, των δασκάλων/καθηγητών και των ιατρών μπορεί να βοηθήσουν στην παρακολούθηση της προόδου, να ξεκαθαρίσουν απορίες, να βοηθήσουν στην κατανόηση του παιδιού, να επιλύσουν δυσκολίες πριν αυτές αυξηθούν και να εξασφαλίσουν ότι όλοι εργάζονται με κοινό στόχο.⁶⁷

Οι συμπεριφοριστικές στρατηγικές και τεχνικές που περιγράφηκαν προηγουμένως ήταν οι αρμόζουσες. Είναι προτιμότερο να στοχεύεται η ίδια συμπεριφορά στο σπίτι και στο σχολείο σε όλα τα βήματα, και επίσης να επιλέγονται οι ίδιες ανταμοιβές. Ένα μεθοδικό πρόγραμμα συμπληρωμένο από τους γονείς και τους καθηγητές και το οποίο ανταλλάσσεται συχνά, θα διατηρήσει την επικοινωνία μεταξύ τους και έτσι θα γνωρίζουν πώς αντιδρά το παιδί στο πρόγραμμα. Αυτό θα βοηθήσει ιδιαίτερος σε περίπτωση που το παιδί παίρνει φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια του σχολείου. Άλλη εργασία με την οικογένεια μπορεί να βοηθήσει τους γονείς και τους άλλους συγγενείς (για παράδειγμα οι παππούδες) να αντιδράσουν κατά τον ίδιο τρόπο. Η οικογενειακή θεραπεία στοχεύει στην υποκείμενη στάση και επικοινωνία της οικογένειας, ενώ μερικές φορές συμπεριλαμβάνει και τους συγγενείς οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με τις δυσκολίες του παιδιού ή με άλλα οικογενειακά θέματα.

Η πρόληψη θα πρέπει να στοχεύει στην αποφυγή της ανάπτυξης προβλημάτων σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όπως το να μένουν πίσω στο σχολείο, το να είναι απογοητευμένα και να εμφανίζουν αντιδράσεις επιθετικής συμπεριφοράς, να αισθάνονται αποτυχημένα, να χάνουν τις ελπίδες τους, να δυσκολεύονται να κάνουν φίλους και να μπλέκουν σε μελέαδες. Επίσης, υπάρχει κίνδυνος, οι γονείς να απογοητεύονται και αποκαρδιώνονται, απορρίπτοντας σταδιακά το παιδί. Πέρα απ' την εφαρμογή των προαναφερθέντων στρατηγικών χειρισμού, σταθερά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να επιτευχθεί η αποφυγή δευτερευόντων προβλημάτων κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού, με διάφορους τρόπους:

⁶⁷ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi

- Να ενθαρρύνονται οι κοινωνικές δραστηριότητες και φιλίες, αρχικά με προφύλαξη και δομημένο τρόπο, και σταδιακά ενθαρρύνοντας περισσότερο αυθορμητισμό και πειραματισμό. Αυτό θα επιτρέψει στο παιδί να βιώσει την επιτυχία πριν προχωρήσει σε πιο πολύπλοκες και σύνθετες κοινωνικές επαφές ή σχέσεις.
- Να προωθούνται και οι δυνάμεις του παιδιού σε ευχάριστες ενασχολήσεις, εξωσχολικά ενδιαφέροντα, και, για τους εφήβους, σε μελλοντική εκπαίδευση και προοπτικές καριέρας. Επίσης, να αποφεύγονται εργασίες και δραστηριότητες που μπορεί να οδηγήσουν σε αίσθημα αποτυχίας και απογοήτευση.
- Μαζί με το σχολείο, χρησιμοποιήστε κατάλληλες εκπαιδευτικές στρατηγικές και αντικείμενα εκμάθησης, έτσι ώστε το παιδί να συνεχίσει να μαθαίνει και να προοδεύει. Παρακολουθείτε τακτικά αυτές τις στρατηγικές και μετατρέψτε τις αν δεν αποδίδουν.
- Παρέχετε σταθερή και συνεχή γονική ανταπόκριση στο σπίτι. Συνδυάστε τη σταθερότητα με τη στοργή. Βοηθήστε το παιδί να καταλάβει τι αναμένεται από αυτό και να μεγαλώσει σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Όλα τα μέλη της οικογένειας πρέπει να υιοθετήσουν παρόμοιους τρόπους προσέγγισης του παιδιού, συμπεριλαμβανομένων των παππούδων και συγγενών.⁶⁸

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η εμφάνιση προβλημάτων ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αποτελεί συχνό φαινόμενο που έχει επισημανθεί από ερευνητές και εκπαιδευτικούς. Παρόλο που η σχέση μαθησιακών δυσκολιών και ελλειμματικής προσοχής δεν έχει χαρακτηριστεί αιτιακή, ωστόσο καθορίζει την επιτυχημένη εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για την αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών. Ένα πρόγραμμα διδασκαλίας που απευθύνεται σε μαθητές με διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας θα πρέπει να εμπεριέχει στρατηγικές παρέμβασης που θα ικανοποιούν τις μαθησιακές ανάγκες και ιδιαιτερότητες των μαθητών.⁶⁹

Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει μέσα από τις κατευθύνσεις και οδηγίες να πληροφορούν τους μαθητές για τον τύπο και το περιεχόμενο της ανατεθείσας γλωσσικής εργασίας, την αιτιολογία της ολοκλήρωσης και το είδος της βοήθειας που μπορούν οι μαθητές να έχουν από άτομα του περιβάλλοντός τους, τους συμμαθητές, τα διάφορα τεχνολογικά μέσα. Στις κατευθύνσεις και οδηγίες τους οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους και το χρόνο που οι μαθητές θα πρέπει να αφιερώνουν για την ολοκλήρωση της εργασίας καθώς και τους τρόπους με τους οποίους η ανατεθείσα εργασία θα αξιολογηθεί. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να προάγουν την ακαδημαϊκή επίδοση των μαθητών με την εφαρμογή αποτελεσματικών πρακτικών διδασκαλίας λαμβάνοντας υπόψη τα εξής: α) γλωσσικές και πολιτιστικές διαφορές των παιδιών μέσα στην τάξη, β) την ανάγκη εύρεσης συνεκτικού

⁶⁸ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi

⁶⁹ Εκπαιδευτικές Παρεμβάσεις σε Μαθητές με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, Μ. Πατσίδου

δεσμού μεταξύ του αντικειμένου μάθησης και των ενδιαφερόντων του μαθητή, γ) την εφαρμογή δομημένων στρατηγικών μάθησης, δ) τις ανατεθείσες εργασίες και τα καθήκοντα που οι μαθητές έχουν να εκτελέσουν. Η εφαρμογή της συνεργατικής μάθησης στη διδασκαλία της μητρικής γλώσσας μπορεί να βοηθήσει τους μαθητές να ολοκληρώσουν με επιτυχία τις εργασίες τους. Οι μαθητές έχουν την ευκαιρία να συνεργαστούν μεταξύ τους ώστε να ολοκληρώσουν ένα σχέδιο εργασίας στη γλώσσα, να διατυπώσουν ερωτήσεις, να αποσαφηνίσουν τις σκέψεις τους, να βρουν λύσεις στα προβλήματά τους. Εφόσον οι εκπαιδευτικοί επιλέξουν ένα σχέδιο συνεργατικής μάθησης μπορούν να εφαρμόσουν κατάλληλες στρατηγικές ώστε να διευκολύνουν την αποτελεσματικότητά του.

Είναι λοιπόν απαραίτητο το σχολείο αντί να διαφοροποιεί, να κατηγοριοποιεί, και κατά συνέπεια να περιθωριοποιεί και να αποκλείει, να γίνει ο θεσμικός φορέας που θα αποδέχεται όλα τα παιδιά. Οφείλει να τους μεταδώσει γνώσεις αναγνωρίζοντας ιδιαιτερότητες στον τρόπο μάθησης και παράλληλα να τα βοηθήσει ώστε να ανακαλύψουν και να καλλιεργήσουν τα μοναδικά ταλέντα της ψυχής και του μυαλού τους.⁷⁰

⁷⁰ Εκπαιδευτικές Παρεμβάσεις σε Μαθητές με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, Μ. Πατσίδου

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι πολύ λυπηρό το γεγονός ότι ακόμα και στην εποχή μας τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δέχονται τόσο λίγη βοήθεια τη στιγμή που συμπεριφέρονται άστοχα ή μένουν πίσω στο σχολείο. Ευτυχώς τελευταία έχει αρχίσει να αλλάζει κατά πολύ η γενικότερη στάση μας απέναντι τους, έτσι ώστε να μπορέσουν όσο το δυνατόν πιο νωρίς να ξεκινήσουν μια εκπαίδευση που θα βοηθήσει στη βελτίωση τους..

Οι σύγχρονες απαιτήσεις του περιβάλλοντος γι' αυτά τα παιδιά τους κάνουν τη ζωή δύσκολη. Ο ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα πράγματα παραμένει άγνωστος και συχνά βιώνουν την ίδια τους τη ζωή ως μια σειρά αποτυχημένων εμπειριών και αισθημάτων ενοχής. Είναι απολύτως απαραίτητο να διευρυνθούν οι γνώσεις μας σχετικά με το σύνδρομο και τη σωστή σχέση των παιδιών αυτών από τους παιδαγωγούς, τους δασκάλους και τους άλλους ειδικούς, μπορεί να βοηθήσει η συμμετοχή των γονιών η ομάδες με τους κοινωνικούς λειτουργούς τους γιατρούς και τους ειδικούς θεραπευτές. Τα παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας δικαιούνται ευτυχισμένα παιδικά χρόνια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ❖ Βάρβογλου Λ., (2007), Η Διάγνωση της Διάσπασης της Προσοχής – Πρακτικός Οδηγός, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
- ❖ Κακουρός Ε., (2001), Το Υπερκινητικό Παιδί, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- ❖ Μαρκέλλα Γ., (2007), Η διάγνωση της Διάσπασης Προσοχής, Εκδόσεις Καστανιώτη
- ❖ Κάκουρος, Ε. (1998). Η έκβαση των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών στην εφηβεία. Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής, Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., 5, 3 (19), 89-91.
- ❖ Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000α). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- ❖ Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000β). Δυνατότητες ανίχνευσης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας στο Νηπιαγωγείο και η Αναγκαιότητα της Συμβουλευτικής. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού
- ❖ Καλλινικάκη θ., Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Προσέγγιση των Μαθησιακών Δυσκολιών, Θεανώ
- ❖ Μανιαδάκη, Κ. (2006). Μήπως το Παιδί μου δεν είναι Απλώς ζωνρό Αλλά Υπερκινητικό; Σύγχρονο Νηπιαγωγείο
- ❖ Πατσίδου Μ., (2000), Εκπαιδευτικές Παρεμβάσεις σε Μαθητές με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας
- ❖ Corbula Neuhaus (1999), Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματα του, Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Προσέγγιση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- ❖ Klein, R. G., & Manuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- ❖ Lie, N. (1992). Follow-ups of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Review of literature. Acta Psychiatrica Scandinavica
- ❖ Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., & Kakouros, E. (2005). Parents' causal attributions about Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: the effect of child and parent sex. Child: Care, Health and Development
- ❖ Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., & Kakouros, E. (2006). Adults' self-efficacy beliefs and referral attitudes for boys and girls with AD/HD. European Child and Adolescent Psychiatry
- ❖ Baker, L., & Cantwell, D. P. (1987). Attention deficit disorder and speech/language disorders. *Comprehensive Mental Health Care*, 2, 3-16.
- ❖ Bali, J. D., Tiernan, M., Janusz, J., & Furr, A. (1997). Sleep patterns among children with attention-deficit hyperactivity disorder: A re-examination of parent perceptions.

Journal of Pédiatrie Psychology, 22, 389-398.

- ❖ Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- ❖ Barkley, R. A. (1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- ❖ Benninger, R. J. (1989). Dopamine and learning: Implications for attention deficit disorder and hyperkinetic syndrome. In T. Sag-volden & T. Archer (Eds.), *Attention deficit disorder: Clinical and basic research* (pp. 323-338). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ❖ Campbell, S. B. (1985). Hyperactivity in preschoolers: Correlates and prognostic implications. *Clinical Psychology Review*, 5, 405-428.
- ❖ Campbell, S. B., & Cluss, P. (1982). Peer relationships of young children with behavior problems. In K. H. Rubin & H. S. Ross (Eds.), *Peer relationships and social skills in childhood*. New York: Springer-Verlag.
- ❖ Carte, E. T., Nigg, J. T., & Hinshaw, S. P. (1996). Neuropsychological functioning, motor speed, and language processing in boys with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 481-498.
- ❖ Cohen, N. J., Davine, M., & Meloche-Kelly, M. (1989). Prevalence of unsuspected language disorders in a child psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 107-111.
- ❖ Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 259-282.
- ❖ Douglas, V. I. (1980). Higher mental processes in hyperactive children: Implications for training. In R. Knights & D. Bakker (Eds.), *Treatment of hyperactive and learning disordered children* (pp. 65-92). Baltimore: University Park Press.
- ❖ Douglas, V. I., & Parry, P. A. (1994). Effects of reward and non-reward on attention and frustration in attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 281-302.
- ❖ Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyper-activity Disorder in Children*. (2nd ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- ❖ Hall, S. J., Halperin, J. M., Schwartz, S. T., & Newcorn, J. H. (1997). Behavioral and executive functions in children with attention-deficit hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of Attention Disorders*, 1, 235-247.
- ❖ Jensen (2001), Έκθεση για τη Διανοητική Υγεία του Υπουργού Υγείας των ΗΠΑ,

- ❖ Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. (1995). Developmental change in and attention-deficit hyperactivity disorder in boys: A four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 729-749.
- ❖ Hartsough, C. S., & Lambert, N., M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 190-201.
- ❖ Ingersoll, B., & Goldstein, S. (1993). *Attention deficit disorder and learning disabilities: Realities, myths and controversial treatments*. New York: Wiley.
- ❖ Kessler, J. W. (1980). History of minimal brain dysfunction. In H. Rie & E. Rie (Eds.), *Handbook of minimal brain dysfunctions: A critical view* (pp. 18-52). New York: Wiley.
- ❖ Klein, R. G., & Manuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 383-387.
- ❖ Lie, N. (1992). Follow-ups of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Review of literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85 (Suppl. 368), 40.
- ❖ Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., & Kakouros, E. (2005). Parents' causal attributions about Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: the effect of child and parent sex. *Child: Care, Health and Development*, 31 (3), 331-340.
- ❖ Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., & Kakouros, E. (2006). Adults' self-efficacy beliefs and referral attitudes for boys and girls with AD/HD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15 (3), 132-140.
- ❖ Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E., & Karaba, R. (2007). Parental beliefs about the nature of AD/HD behaviours and their relationship to referral intentions in preschool children. *Child: Care, Health and Development*, 33 (2), 188-195.
- ❖ Nichamin, S. J. (1972). Recognizing minimum cerebral dysfunction in the infant and toddler. *Clinical Pediatrics*, 11, 255-257.
- ❖ Ross, D. M., & Ross, S. A. (1982). *Hyperactivity: Current issues, research and theory*. New York: Wiley.
- ❖ Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Weber, W., & Ouellette, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of attention-deficit hyperactivity disorder: Performance of children and adolescence from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 150-160.
- ❖ Stewart, M. A., Thatch, B. T., & Freidin, M. R. (1970). Accidental poisoning in the hyperactive child syndrome. *Diseases of the Nervous System*, 31, 403-407.
- ❖ Still, G. F. (1902). Some abnormal psychological conditions in children. *Lancet*, 1008-

1012, 1077-1082, 1163-1168.

- ❖ Strauss, A. A., & Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. New York: Grune & Stratton.
- ❖ Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- ❖ Wolff, P. H. (1969). The natural history of crying and other vocalizations in early infancy. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (vol. 4). London: Methuen.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- ❖ www.adhd.com
- ❖ <http://www.specialeducation.gr/>
- ❖ <http://www.psychiatry24x7.gr/>
- ❖ <http://www.janssen-cilag.gr/>
- ❖ <http://www.janssen-cilag.gr/>
- ❖ http://www.fa3.gr/eidiki_agogi/21-KDAY-1-11.htm
- ❖ <http://www.lilly.gr/>
- ❖ <http://www.epilexei.gr/>
- ❖ <http://www.paidohosp.gr/>

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΑ

Κεφάλαιο 1

1.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο αναφέρετε στην μέθοδο που επιλέχθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας καθώς και στο περιεχόμενο των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλείο έρευνας. Αρχικά διατυπώθηκαν οι υποθέσεις και ερευνητικά ερωτήματα σχετικά με τα θέματα που θέλαμε να εξετάσουμε και στην συνέχεια συντάχθηκε το ερωτηματολόγιο.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν εκείνη της δημοσκόπησης. Δημοσκόπηση είναι η συστηματική συλλογή πληροφοριών από ερωτώμενους με σκοπό την κατανόηση ή την πρόβλεψη της συμπεριφοράς του τμήματος του πληθυσμού που μας ενδιαφέρει. (Σταθακόπουλος, 2001, p 82). Η συλλογή των πληροφοριών γίνεται με την βοήθεια ερωτηματολογίου, το οποίο περιέχει κλειστού και ανοιχτού τύπου ερωτήσεις και διαμορφωμένες σε κλίμακα απαντήσεις.

Στην συγκεκριμένη έρευνα η προσωπική συνέντευξη είχε και την μορφή της προγραμματισμένης συνέντευξης, αφού είχαμε έρθει σε επαφή με το διευθυντή του κάθε σχολείου, για να παρθεί η έγκριση για συμμετοχή των εκπαιδευτικών στην έρευνα. Καθώς επίσης και την μορφή της απρογραμματίστης συνέντευξης, αφού οι εκπαιδευτικοί δεν μας περίμεναν και η διαδικασία της συνέντευξης έγινε σε κενές ώρες ή στα διαλλείματα στο εσωτερικό του σχολείου.

1.2 Βασικός προβληματισμός

Η ακαδημαϊκή επιτυχία ενός παιδιού συχνά εξαρτάται από την ικανότητα του να ανταποκρίνεται σε μια εργασία με μηδαμινή απόσπαση της προσοχής του. Στην παρούσα έρευνα, ερευνήθηκε ο ρόλος του σχολείου και η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Καταγράφηκαν τα συναισθήματα του εκπαιδευτικού, του παιδιού και της οικογένειας, καθώς και ο ρόλος της οικογένειας και η σημαντικότητα της εκπαίδευσης της.

Ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ υπολογίζεται γύρω στο 3-5% στα παιδιά της σχολικής ηλικίας (Μάνος, 1997). Οι εκπαιδευτικοί καθημερινά έρχονται σε επαφή με μαθητές με ΔΕΠ-Υ που φοιτούν στα σχολεία γενικής αγωγής και στα τμήματα ένταξης (Τ.Ε), οι οποίοι αδυνατούν να ακολουθήσουν τη μαθησιακή διαδικασία με αποτέλεσμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να βιώνουν την σχολική αποτυχία και την

περιθωριοποίηση. Οι μαθητές αυτοί κυρίως παρουσιάζουν απροσεξία, αυξημένη ανάγκη για κινητική δραστηριότητα και παρορμητικότητα (Μάνος,2007) και χρειάζεται να αντιμετωπιστούν με σωστό παιδαγωγικό τρόπο ώστε να γίνουν ενεργά μέλη της σχολικής διαδικασίας (Καραγρηγορίου, 2003, p 73). Για παράδειγμα επισημαίνεται (Μάνος, 1997, p.617) ότι τα σημεία της διαταραχής εμφανίζονται εντονότερα όταν το άτομο είναι σε μια ομάδα και ελαχιστοποιούνται ή εκλείπουν όταν βρίσκονται υπό αυστηρό έλεγχο, όταν αντιμετωπίζει μια καινούργια κατάσταση, όταν ασχολείται με κάτι ιδιαίτερα ενδιαφέρον , όταν διαντιδρά με ένα άτομο ή σε μικρή ομάδα ή όταν επιβραβεύεται συστηματικά για την καλή του συμπεριφορά.

Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί για τα παιδιά τον κατ' εξοχήν χώρο εργασίας και συναναστροφής τους με τους συνομήλικους τους. Η ικανοποιητική ανταπόκριση στις σχολικές απαιτήσεις και η ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τα άλλα παιδιά, αποτελούν τη βάση για μια επιτυχή σχολική πορεία, κατά την οποία ένα παιδί αποκτά εμπιστοσύνη στον εαυτό του, αυτονομείται σταδιακά και μαθαίνει να αγαπά την γνώση και την διαδικασία απόκτησής της (Ε.Κάκουρος, Κ.Μανιαδάκη, 2000).

Ο τρόπος με τον οποίο ο δάσκαλος της σχολικής τάξης αντιλαμβάνεται, ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις δυσκολίες αυτών των παιδιών παίζει εξέχοντα ρόλο στην εξέλιξη τους. Το σχολείο είναι ο χώρος στον οποίο τα παιδιά δοκιμάζουν τις ικανότητες τους . Αν ο δάσκαλός αποδίδει τα λάθη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε έλλειψη προσπάθειας και προθυμίας να συνεργαστούν, τότε αυτά έχουν ελάχιστες πιθανότητες να τα καταφέρουν (Ε.Κάκουρος, Κ.Μανιαδάκη, 2000). Τα παιδιά αυτά αναπτύσσουν στο σχολείο δευτερογενή προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία δεν υπήρχαν νωρίτερα, εν μέρει, ως αποτέλεσμα της αποτυχίας τους να προσαρμοστούν στους κανόνες που θέτει και απαιτεί το σχολείο. Αν όμως ο εκπαιδευτικός κατανοεί ότι τα λάθη οφείλονται σε πραγματικές αδυναμίες των παιδιών τότε τα αξιοποιεί ως αφετηρία μάθησης και δεν ερμηνεύει ως αποτυχία (Ε.Κάκουρος, Κ.Μανιαδάκη, 2000).

Η παρούσα έρευνα καλείται να διερευνήσει τους παραπάνω προβληματισμούς καθώς ήταν οι βασικοί λόγοι επιλογής του θέματος, προκειμένου να διευκρινιστούν οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών που διδάσκουν στα σχολεία και στα τμήματα ένταξης των σχολείων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης της περιοχής του Ηράκλειου Κρήτης.

1.4 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων και των στάσεων των εκπαιδευτικών που διδάσκουν στην κοινή τάξη του γενικού δημοτικού σχολείου και στα τμήματα ένταξης του Ηρακλείου Κρήτης σε σχέση με τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ . Επιπλέον θα γίνει προσδιορισμός των παιδαγωγικών διδακτικών μεθόδων καθώς και των μεθόδων ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση παιδιών σχολικής ηλικίας της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με την συγκεκριμένη διαταραχή.

Επιμέρους στόχοι είναι η καταγραφή των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί κατά την εκπαιδευτική διαδικασία, εφ' όσον στην τάξη τους έχουν κάποιο παιδί με ΔΕΠ-Υ. Διασύνδεση με φορείς που υφίστανται, Κέντρο Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.), Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία, κ.α. από τους οποίους μπορούν να δεχτούν βοήθεια, ενημέρωση και καθοδήγηση όσον αφορά τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Επιπροσθέτως, αναδεικνύεται μέσα από την έρευνα η σημασία της συμβολής του εκπαιδευτικού στη θεραπευτική διαδικασία παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επίσης ερευνάται το κατά πόσο οι γνώσεις του είναι επαρκείς στο συγκεκριμένο θέμα. Τέλος είναι πολύ σημαντική η διερεύνηση που γίνεται για τον ρόλο που παίρνει η οικογένεια, σε σχέση με το εκπαιδευτικό κομμάτι, είτε αυτό αφορά την ίδια την οικογένεια και την συνεργασία της με τους εκπαιδευτικούς και την εκπαιδευτική διδασκαλία, είτε την προσωπική τους εκπαίδευση για να μπορέσουν να συνεργαστούν με ένα παιδί με την διαταραχή ΔΕΠ-Υ.

1.5 Μεθοδολογία έρευνας. Πεδίο μελέτης, επιλογή δείγματος, τεχνικές συλλογής στοιχείων, μεθοδολογία ανάλυση στοιχείων.

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκαν οι απόψεις και οι στάσεις των εκπαιδευτικών που υπηρετούν σχολεία στα τμήματα ένταξης και στα Δημοτικά σχολεία του Ηρακλείου Κρήτης. Συγκεκριμένα η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε εκπαιδευτικούς που διδάσκουν στην Τρίτη Τάξη και άνω, των γενικών Σχολείων του Ηρακλείου και στα τμήματα ένταξης. Ο λόγος επιλογής των εκπαιδευτικών που διδάσκουν στην Τρίτη τάξη και άνω , έγινε καθώς από αυτή την ηλικία μπορεί να

γίνει ξεκάθαρα αντιληπτή η έκταση και η μορφή του προβλήματος. Έτσι επιτυγχάνουμε έγκυρη και αποτελεσματική παρέμβαση στο μέγιστο που δύναται.

Στην έρευνα συγκεντρώθηκαν 93 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 100 εκπαιδευτικών όπου συμμετείχαν σε αυτή. Με μοναδικό πρόβλημα την έλλειψη χρόνου από τους 7 εκπαιδευτικούς που συμπλήρωσαν το μισό ερωτηματολόγιο και για τον λόγο αυτό δεν συμπεριλήφθησαν στο σύνολο των ερωτηματολογίων.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της έρευνας, τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίων στους εκπαιδευτικούς, το οποίο συντάχτηκε από τις ερευνήτριες και συμπληρώθηκαν άμεσα από τους εκπαιδευτικούς κατά την επίσκεψη των ερευνητριών στα σχολεία. Η διαφύλαξη της ανωνυμίας των ερωτώμενων είναι κάτι το οποίο σχολιάστηκε κατά την άμεση επίσκεψη στα σχολεία.

Στην έρευνα εφαρμόστηκε ποσοτική και ποιοτική μέθοδος, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις, επίσης υπάρχουν ερωτήσεις ημι-ανοικτές ή ημι – κλειστές. Στις κλειστές ερωτήσεις οι απαντήσεις καθορίζονται από πριν και ο ερωτώμενος όφειλε υποχρεωτικά να επιλέξει μεταξύ όλων αυτών που προτείνονται. Χρησιμοποιήθηκε αυτός ο τύπος ερωτήσεων, για να συγκεντρώσουμε ορισμένες κατηγορίες πληροφοριών. Αυτός ο τύπος ερωτήσεων είναι εκείνος που προσφέρεται καλύτερα για μια στατιστική ανάλυση και ανίχνευση. Έχοντας προβλέψει τις απαντήσεις, δεν αφήνονται περιθώρια διαφορούμενων απαντήσεων λόγω αντίδρασης του ερωτώμενου ατόμου. Αυτές οι ερωτήσεις γίνονται εύκολα κατανοητές και είναι συγχρόνως εύκολο να απαντηθούν, εγγυώνται μια σχετική ανωνυμία και μπορούν να χρησιμεύσουν σαν ερωτήσεις φίλτρα, δηλαδή μέσο διάκρισης, κατηγοριοποίησης των απαντούντων μεταξύ ποικίλων μεταγενέστερων απαντήσεων. (Claude Javeau, Αθήνα 2000). Οι κλειστές ερωτήσεις όμως δεν μπορούν να χρησιμεύσουν στην συλλογή βαθύτερων στάσεων και αντιλήψεων του δείγματος, γι' αυτό γίνεται χρήση και των υπόλοιπων τύπων ερωτήσεων. Γι' αυτό χρησιμοποιήσαμε και ανοικτές ερωτήσεις.

Στις ανοικτές ερωτήσεις η απάντηση δεν προβλέπεται ούτε προκαθορίζεται και ο ερωτώμενος είναι ελεύθερος να εκφραστεί όπως θέλει. Στην περίπτωση των ανοικτών ερωτήσεων, δόθηκε στο ερωτηματολόγιο διάστημα αρκετό, ώστε η απάντηση του ερωτώμενου να μπορεί να σημειωθεί ολόκληρη. Αυτού του τύπου οι ερωτήσεις είναι απαραίτητες για την συγκέντρωση πληροφοριών σε λεπτεπίλεπτα θέματα, όπως της παρούσας έρευνας. Η χρήση τους επιβάλλεται όταν δεν είναι δυνατή η πρόβλεψη πιθανών απαντήσεων. Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην διατύπωση των ανοικτών

ερωτήσεων, διότι πρέπει να είναι εύκολα κατανοητές και να μην περικλείουν διφορούμενες ή αντιφατικές έννοιες. Τέλος, υπήρξαν ερωτήσεις ημι-ανοικτές ή ημικλειστές, εδώ προβλέπονται οι κυριότερες πιθανές απαντήσεις όπως σε μια κλειστή ερώτηση, αλλά αφήθηκε εξίσου το περιθώριο να προσθέσει ο ερωτώμενος, από μόνος του και άλλες απαντήσεις έξω από τα καθοριζόμενα πλαίσια, επέτρεψαν μια περισσότερο ελεύθερη έκφραση στον ερωτώμενο.

Συλλέγοντας τα δεδομένα της έρευνας από τους εκπαιδευτικούς των δημοτικών σχολείων, κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Στην συνέχεια με την βοήθεια του SPSS βγάλαμε πίνακες με τα δεδομένα μας, πίτες και ιστογράμματα, όπου εμφανίζονται στο δεύτερο μέρος της έρευνας. Αυτό μας βοήθησε ώστε να αναλύσουμε τα ερωτηματολόγια και να βγάλουμε τα αποτελέσματα μας όπου μπορεί να αντιληφθεί κάποιος ξεκάθαρα ποιες είναι οι στάσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών που διδάσκουν στα δημοτικά σχολεία αλλά και στα τμήματα ένταξης του Ηρακλείου, για την ΔΕΠ-Υ.

1.6 Ερευνητικά ερωτήματα.

- Χαρακτηριστικά όπως μορφωτικό επίπεδο, φύλλο, ηλικία, χρόνια υπηρεσίας, μεταπτυχιακές σπουδές κ.α. ενός εκπαιδευτικού, επηρεάζουν και πόσο τις στάσεις και τις αντιλήψεις του, απέναντι στην συγκεκριμένη διαταραχή.
- Σε ποιους τομείς και τι είδους δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι δάσκαλοι κατά την εκπαιδευτική διαδικασία;
- Ποιες διδακτικές μεθόδους καθώς και μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί για την αντιμετώπιση παιδιών σχολικής ηλικίας με την συγκεκριμένη διαταραχή;
- Θεωρούν απαραίτητη την συνεργασία με ειδικούς που ασχολούνται με παιδιά με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να έχουν εκπαίδευση και μια πλήρη εικόνα για τα χαρακτηριστικά της καθώς και τρόπους αντιμετώπισης.
- Υπάρχει συνεργασία και κατανόηση; Ή αντιπαλότητα ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς και γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ;
- Κατά πόσο εκπαιδευμένες είναι οι οικογένειες που έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Πόσο απαραίτητη είναι η εκπαίδευση τους και ποιοι τρόποι προτείνονται.
- Ποιοι φορείς υπάρχουν στην διάθεση των εκπαιδευτικών, ούτως ώστε συνεργαζόμενοι μαζί τους να τους παρέχεται βοήθεια ενημέρωση και καθοδήγηση σε ότι αφορά τη ΔΕΠ-Υ; Και κατά πόσο ικανοποιητική θεωρούν αυτή την βοήθεια;

Κεφάλαιο 2

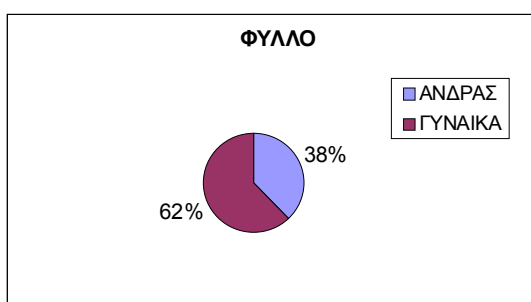
2. Αποτελέσματα

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας βάσει των ερωτηματολογίων και των στόχων που έχουν τεθεί.

2.1 Δημογραφικό προφίλ

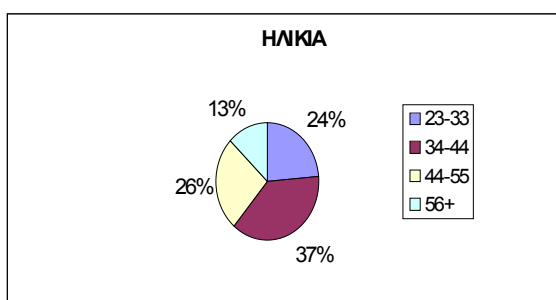
Στα γραφήματα που ακολουθούν εξετάζεται το δημογραφικό προφίλ των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, όπου μας δείχνει το φύλλο, την ηλικία, τον τόπο καταγωγής, την εκπαίδευση τους, την οικογενειακή κατάσταση και την επαγγελματική.

Γράφημα 2.1.1



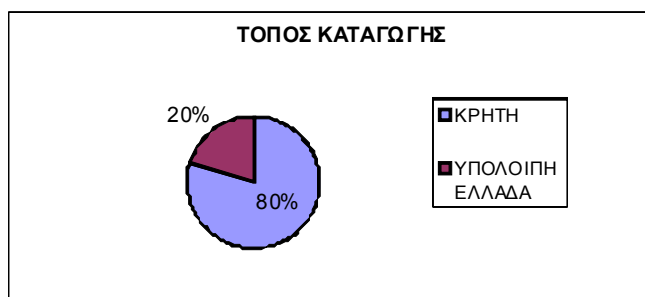
Το γράφημα 2.1.1 μας δείχνει το φύλλο του δείγματος που συμμετείχε όπου ήταν 38% άνδρες και 62% γυναίκες.

Γράφημα 2.2.2



Το γράφημα 2.1.2 μας δείχνει την ηλικία του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα και οι ηλικίες τους κυμαίνονταν το 24% από 23-33, το 37% από 34-44, το 26% από 44-55, και τέλος το 13% από 56 και άνω.

Γράφημα 2.1.3



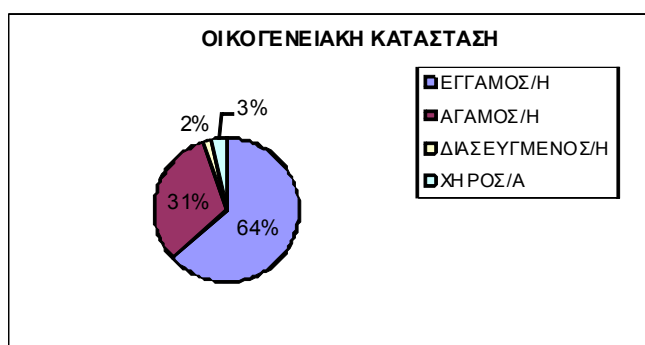
Το γράφημα 2.1.3 μας δείχνει τον τόπο καταγωγής του κάθε εκπαιδευτικού που έλαβε μέρος στην έρευνα. Και αυτό έχει ως εξής. Από Κρήτη ήταν 80%. Και από την υπόλοιπη Ελλάδα το 20%.

Γράφημα 2.1.4



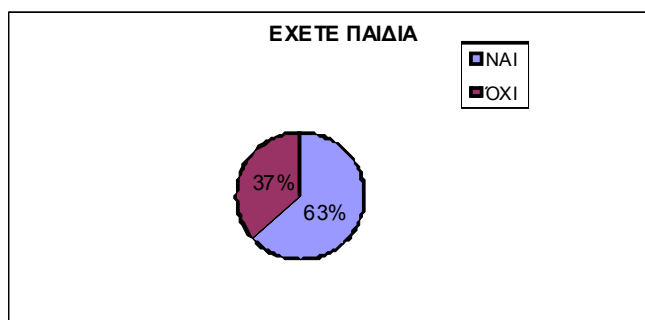
Το γράφημα 2.1.4 μας δείχνει πως το 46% του δείγματος κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ενώ το υπόλοιπο 54% όχι.

Γράφημα 2.1.5



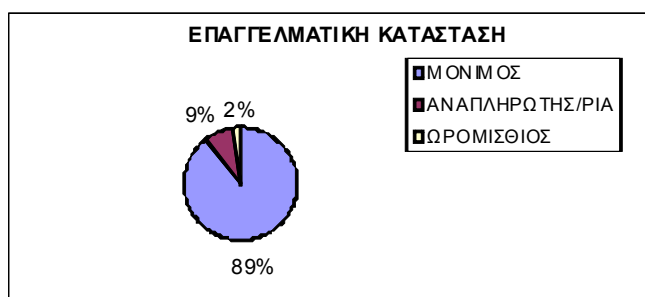
Το γράφημα 2.1.5 μας δείχνουν πως το 31% του δείγματος είναι άγαμο, διαζευγμένο το 2%, σε Χηρεία το 3% ενώ το υπόλοιπο 64% είναι έγγαμο.

Γράφημα 2.1.6



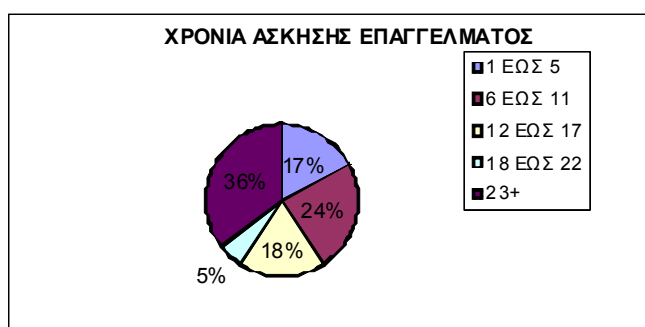
Το γράφημα 2.1.6 μας δείχνει πως το 63% έχει παιδιά ενώ το υπόλοιπο 37% όχι.

Γράφημα 2.1.7



Το γράφημα 2.1.7 μας δείχνει την επαγγελματική κατάσταση όπου βλέπουμε πως το 89% είμαι μόνιμοι, το 9% αναπληρωματικοί και το 2% ωρομίσθιοι.

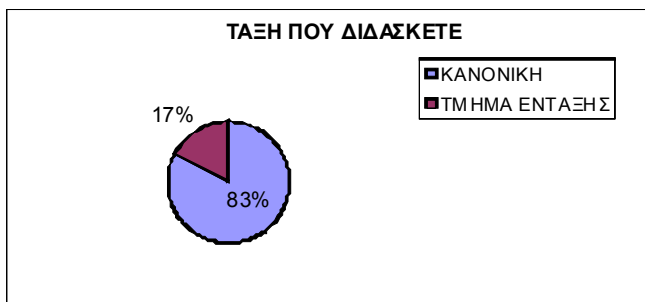
Γράφημα 2.1.8



Το γράφημα 2.1.8 μας δείχνει τα χρόνια διδασκαλίας στο επάγγελμα όπου το 17,2% διδάσκουν 1-5 έτη, το 23,7% 6-11 έτη, το 18,3% 12-17 έτη, το 5,4% για 18-22 έτη και τέλος το 35,5% για 23 και άνω έτη.

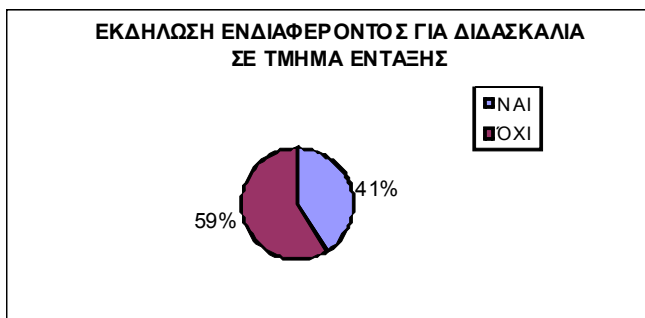
2.2 ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Γράφημα 2.2.1



Από το γράφημα 2.2.1 βλέπουμε, ότι το 83% του δείγματος διδάσκουν σε κανονική τάξη, ενώ το 17% σε τμήμα ένταξης.

Γράφημα 2.2.2.



Το γράφημα 2.2.2 βλέπουμε, ότι το 41% έχει εκδηλώσει ενδιαφέρον για διδασκαλία σε τμήμα ένταξης, ενώ το 59% δεν έχει εκδηλώσει ενδιαφέρον.

Γράφημα 2.2.3



Το γράφημα 2.2.3 βλέπουμε πως το 75% των εκπαιδευτικών έχει εμπειρία από την διαταραχή ΔΕΠ-Υ στην επαγγελματική του σταδιοδρομία, ενώ το 25% καμία εμπειρία.

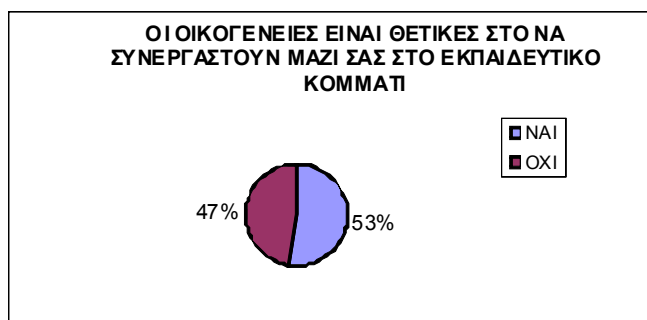
2.3 Εκπαίδευση γονέων.

Γράφημα 2.3.1



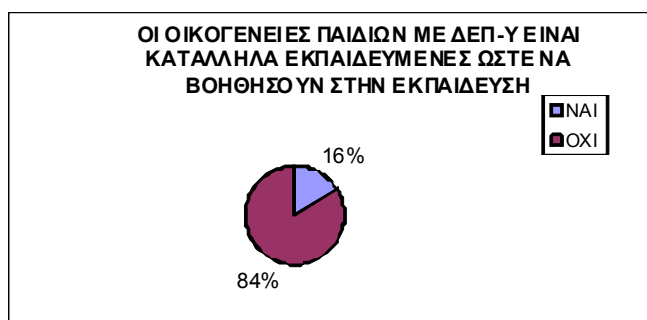
Το γράφημα 2.3.1 μας δείχνει πως το 59% από τους εκπαιδευτικούς έχουν επιδιώξει συνεργασία με τους γονείς ενώ το 41% δεν έχει καμία συνεργασία.

Γράφημα 2.3.2



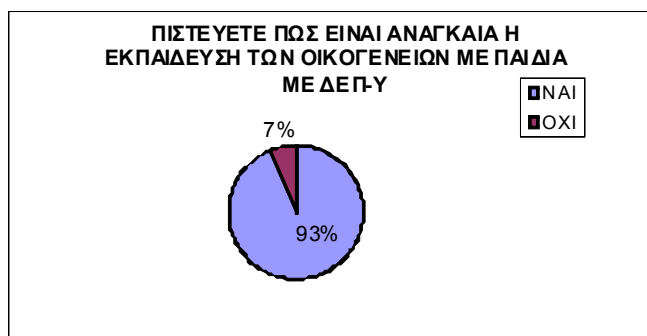
Το γράφημα 2.3.2 δείχνει πως το 53% των οικογενειών με ΔΕΠ-Υ, είναι θετικό στο να συνεργαστούν με τους εκπαιδευτικούς, ενώ στο 47% υπάρχει άρνηση συνεργασίας.

Γράφημα 2.3.3



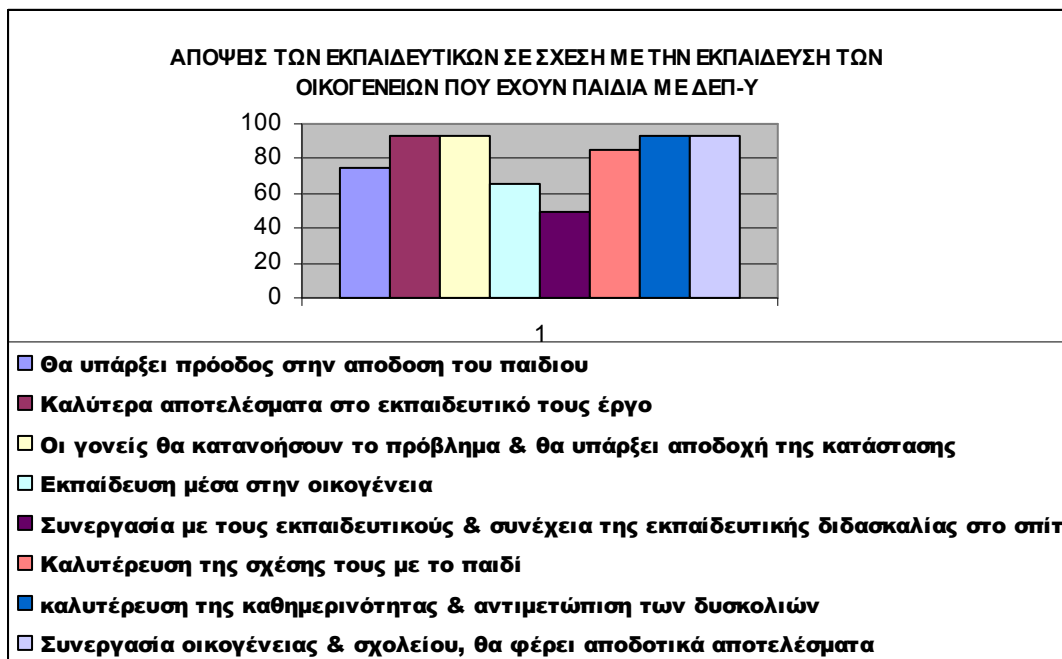
Από το γράφημα 2.3.3 βλέπουμε πως το 84% των εκπαιδευτικών πιστεύουν πως οι οικογένειες που έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν καμία εκπαίδευση, ενώ το 16% έχει κάποια εκπαίδευση

Γράφημα 2.3.4



Το γράφημα 2.3.4 μας δείχνει πως το 93% των εκπαιδευτικών θεωρεί την εκπαίδευση των οικογενειών αναγκαία, ενώ το 7% θεωρεί πως αυτή η εκπαίδευση δεν είναι αναγκαία.

Γράφημα 2.3.5

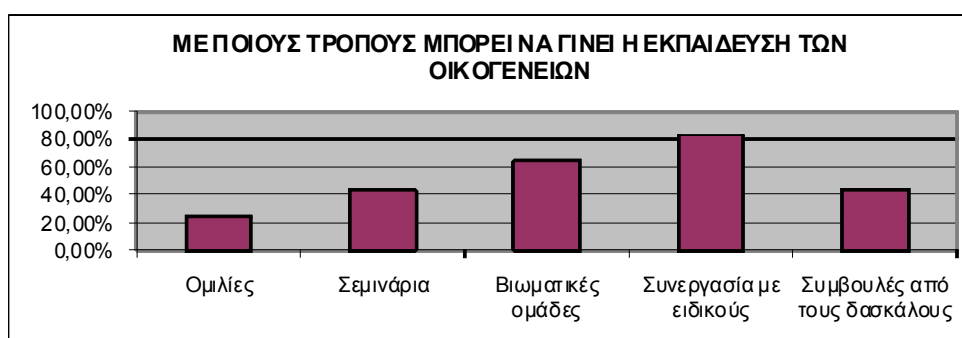


Οι εκπαιδευτικοί στην ανοικτή ερώτηση 16 του ερωτηματολογίου, να δικαιολογήσουν την απάντησή τους σχετικά με το αν πιστεύουν ότι η εκπαίδευση των γονέων είναι αναγκαία και πως θα βοηθήσει αυτό στο πρόβλημα, από τις απαντήσεις τους βγαίνουν τα εξής αποτελέσματα:

- Θα υπάρξει πρόοδος στην εκπαίδευση του παιδιού.
- Καλύτερα αποτελέσματα στο εκπαιδευτικό τους έργο.
- Οι γονείς θα κατανοήσουν το πρόβλημα και θα υπάρξει αποδοχή της κατάστασης.
- Εκπαίδευση και μέσα από την οικογένεια.
- Συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς και συνέχεια της εκπαιδευτικής διδασκαλίας στο σπίτι.
- Καλύτερευση της σχέσης τους με το παιδί.
- Καλύτερευση της καθημερινότητας και αντιμετώπιση των δυσκολιών.
- Συνεργασία οικογένειας και σχολείου, θα φέρει πιο αποδοτικά αποτελέσματα.

Από το γράφημα 2.3.5 και από τις κατηγορίες που προέκυψαν από τα αποτελέσματα εντοπίζεται έντονα η ανάγκη για εκπαίδευση των γονέων που έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οι εκπαιδευτικοί προτείνουν άμεση κινητοποίηση για εκπαίδευση, θετική και ενεργή συμμετοχή των γονέων για το πρόβλημα της ΔΕΠ-Υ. Δίνουν μεγάλη έμφαση στο θετικό αποτέλεσμα που προκαλεί η εκπαίδευση και ενημέρωση, αφού αυτό θα καλυτερεύσει αρχικά την δική τους σχέση με το παιδί, θα βελτιώσει τις συνθήκες που έχει η καθημερινότητα τους και η συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς θα είναι πιο αποδοτική, έτσι ώστε το έργο που κάνουν οι εκπαιδευτικοί στο σχολείο, να έχει μια συνέχεια και στο σπίτι. Έτσι θα υπάρξει ισορροπία στην αλληλένδετη σχέση που υπάρχει στο σχολικό περιβάλλον με το οικογενειακό και το παιδί που πάσχει από την διαταραχή αυτή, βρίσκεται σε μια συνεχής εκπαιδευτική διαδικασία.

Γράφημα 2.3.6



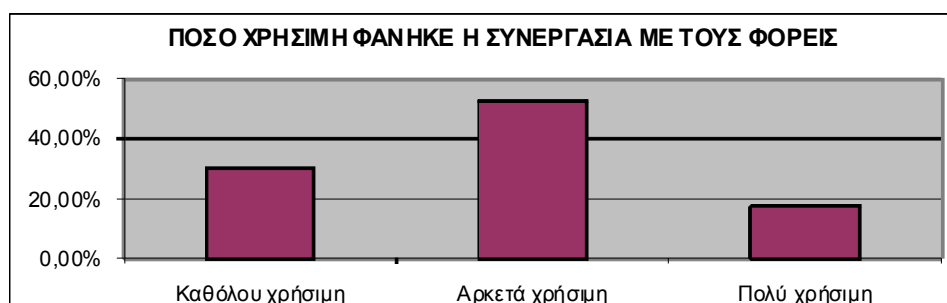
Από το γράφημα 2.3.6 βλέπουμε πως το 24,7% των εκπαιδευτικών θεωρεί πως η εκπαίδευση των οικογενειών αυτών πρέπει να γίνει από ομιλίες, το 43% από σεμινάρια, από βιωματικές ομάδες το 64,5%, το 82,8% πως πρέπει να υπάρξει συνεργασία με ειδικούς και τέλος το 44,1% από τις συμβουλές των εκπαιδευτικών.

2.4 Συνεργασία εκπαιδευτικών με φορείς

Γράφημα 2.4.1



Γράφημα 2.4.2



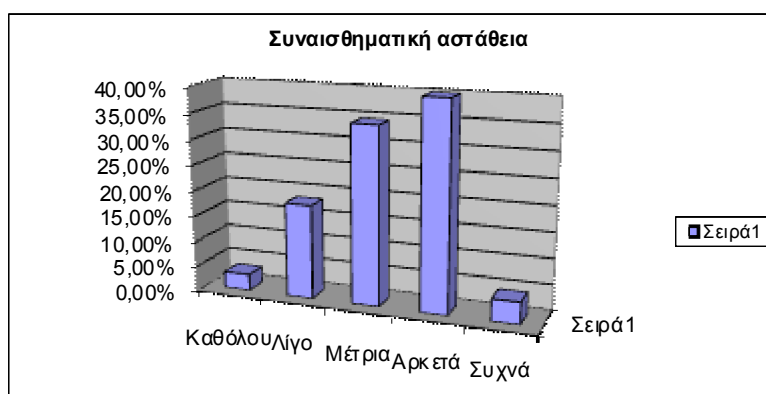
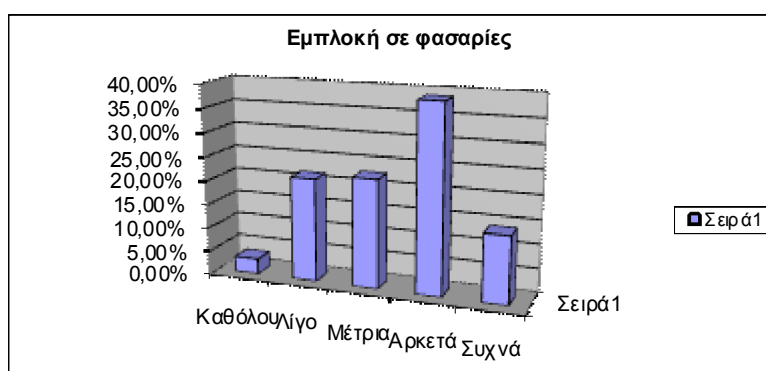
Τα γραφήματα 2.4.1 και 2.4.2 μας δείχνουν πως το 47,3% έχουν συνεργαστεί με το ΚΔΑΥ. Το 16,1% με Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, το 46,2% με σχολικούς συμβούλους, το 11,8% με Ιδιωτικά Κέντρα, το 1,1% με συναδέλφους και τέλος το 26,9% δεν έχει συνεργαστεί με καμιά υπηρεσία. Επίσης το 30,1% θεωρεί την συνεργασία αυτή καθόλου χρήσιμη, το 52,7% αρκετά χρήσιμη και το 17,2% πολύ χρήσιμη.

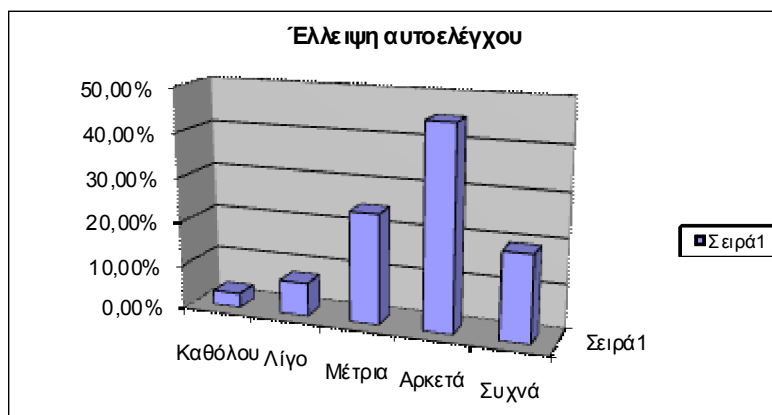
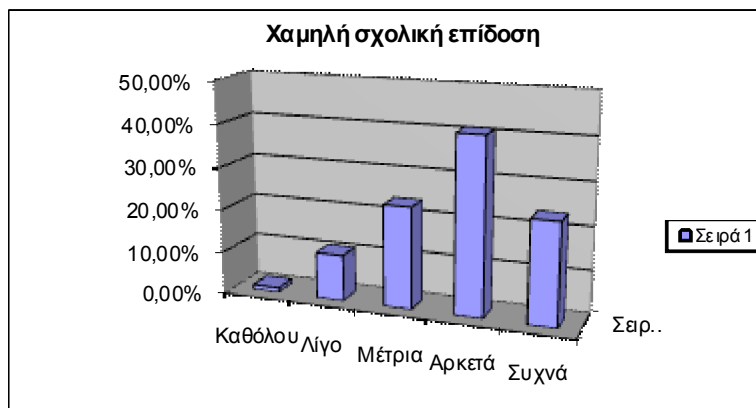
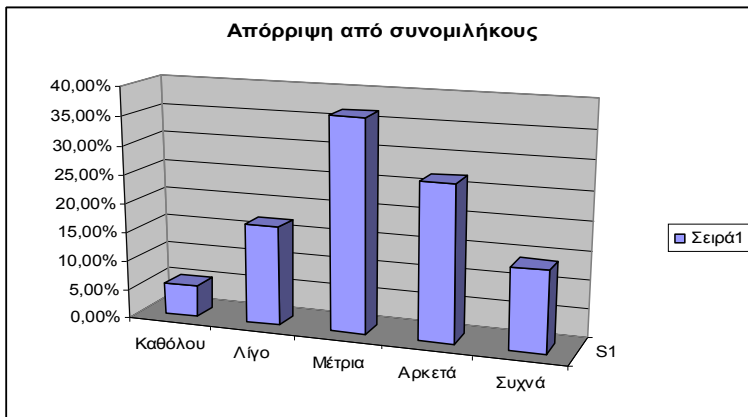
2.5 ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

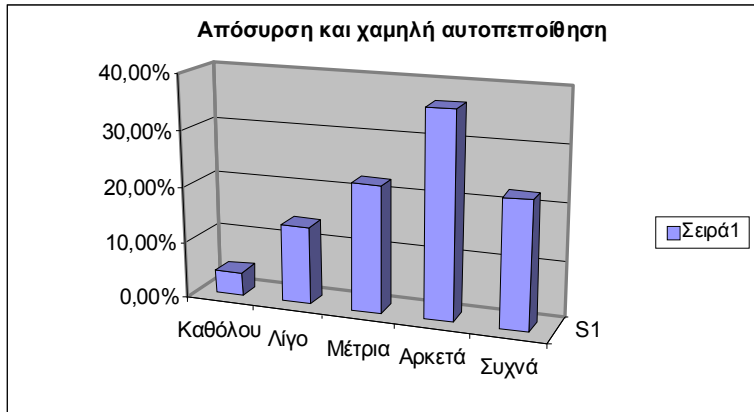
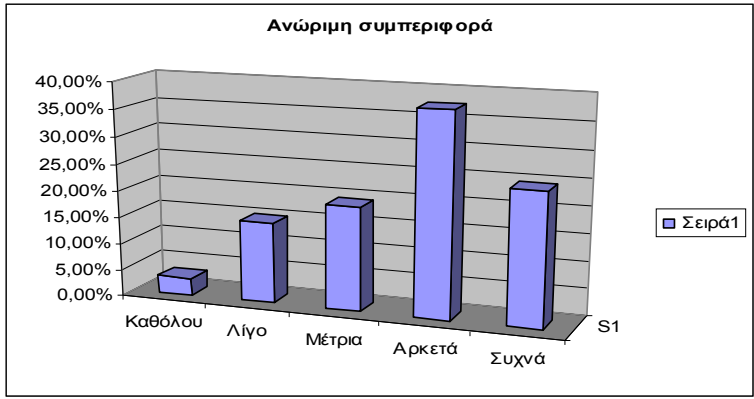
2.5.1 Δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ.

Από την ερώτηση 20 του ερωτηματολογίου, που δείχνει ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζει ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο σχολείου, προκύπτει πως αρκετά συχνά ένα 53,8% έχει μαθησιακές δυσκολίες. Εμπλοκή σε φασαρίες το 38,7% έχει αρκετά συχνά. Συναισθηματική αστάθεια, αρκετά συχνά το 39,8%. Απόρριψη από τους συνομηθικούς του, μέτρια το 36,6%. Χαμηλή σχολική επίδοση, αρκετά συχνά το 40,9%. Παρορμητική συμπεριφορά αρκετά συχνά το 44,1%. Ανώριμη συμπεριφορά, αρκετά συχνά το 37,6%. Έλλειψη αυτοελέγχου αρκετά συχνά το 45,2% ενώ απόσυρση και χαμηλή αυτοπεποίθηση αρκετά συχνά το 36,6%.

Τα παρακάτω γραφήματα μας δίνουν την εικόνα που περιγράψαμε, αναλύοντας κάθε μια δυσκολία ξεχωριστά.



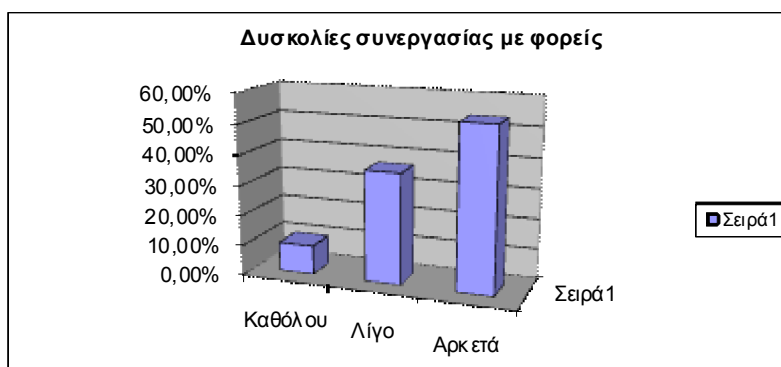
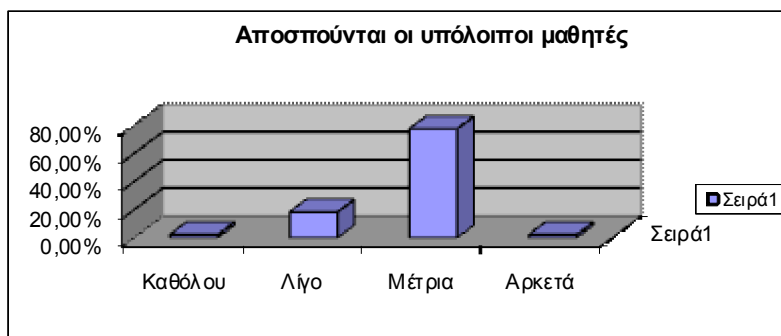


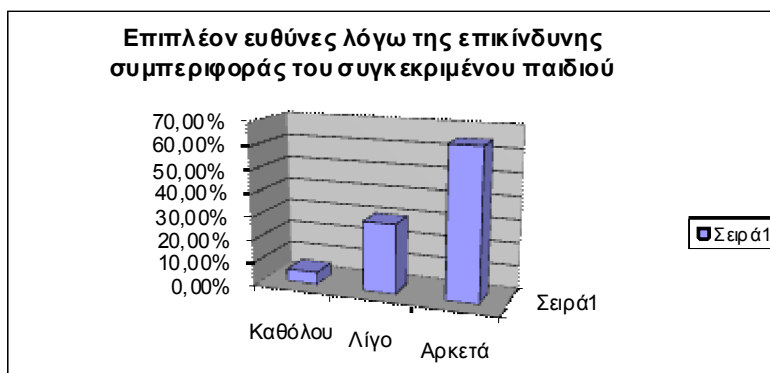
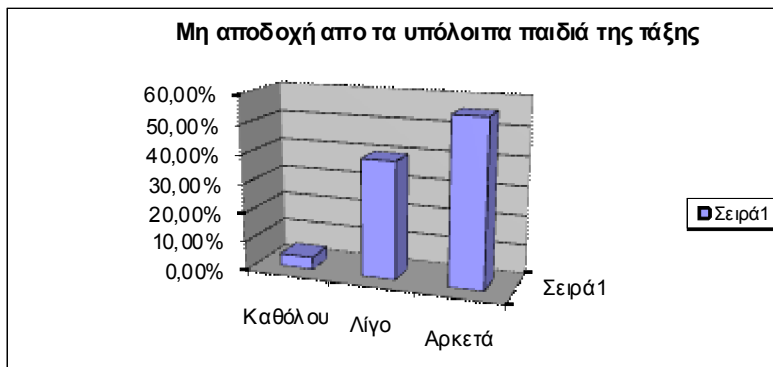


2.5.2 Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί κατά την διδασκαλία τους από ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

Από την ερώτηση 21 του ερωτηματολογίου διακρίνουμε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί κατά το εκπαιδευτικό τους έργο. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως το 77,4% θεωρεί πως η δυσκολία να αποσπώνται οι υπόλοιποι μαθητές εμφανίζεται μέτρια. Η ανάγκη για εφαρμογή εξατομικευμένης διδασκαλίας, εμφανίζεται μέτρια κατά 87,1%. Δυσκολίες συνεργασίας με φορείς, 53,8% μέτρια. Δυσκολίες συνεργασία με γονείς, εμφανίζει λίγο το 49,5. Μη αποδοχή από τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης, εμφανίζει μέτρια το 55,9%. Άρνηση για κατ' οίκον εργασίες, εμφανίζετε μέτρια το 61,3%. Επιπλέον ευθύνες λόγω της επικίνδυνης συμπεριφοράς του συγκεκριμένου παιδιού, εμφανίζει μέτρια 64,5%.

Τα παρακάτω γραφήματα μας δίνουν την εικόνα που περιγράψαμε, αναλύοντας κάθε μια δυσκολία ξεχωριστά.

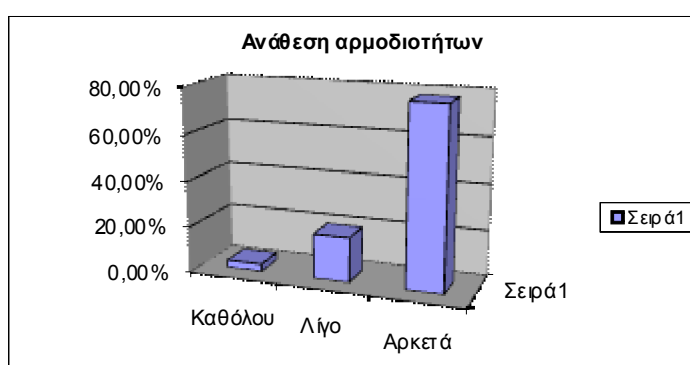
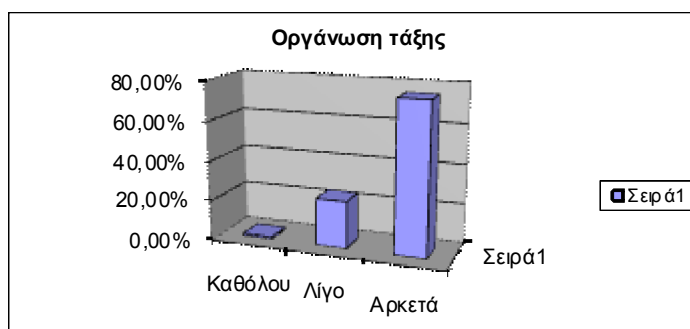


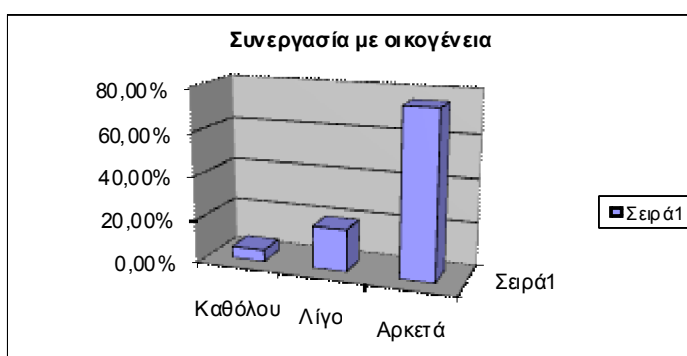
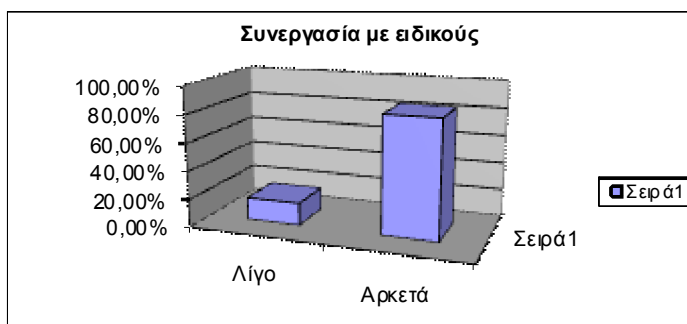
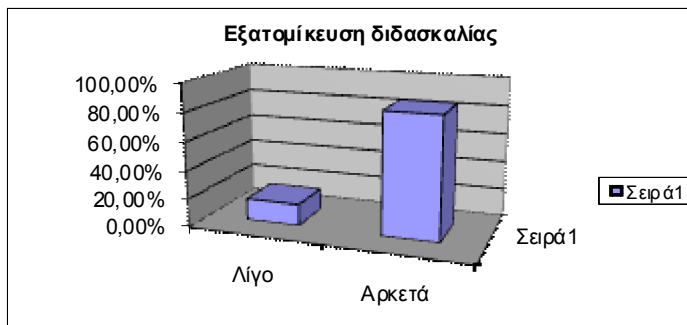
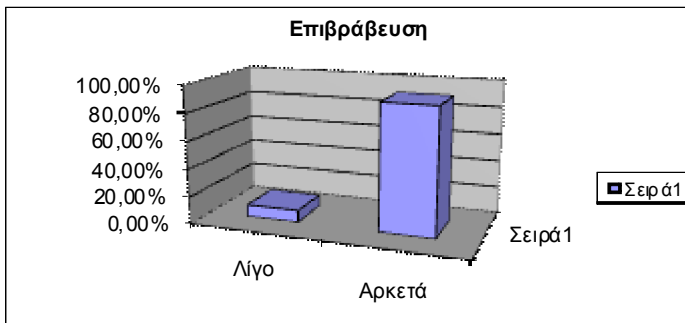


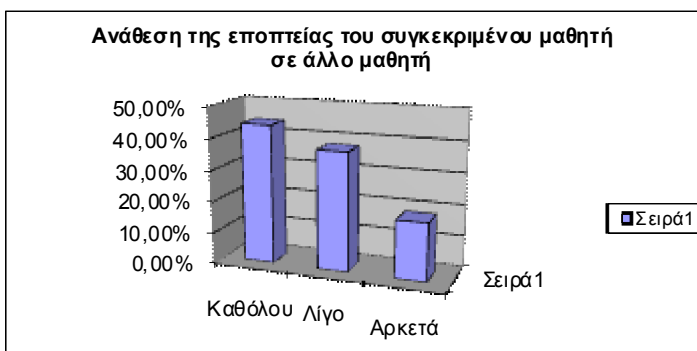
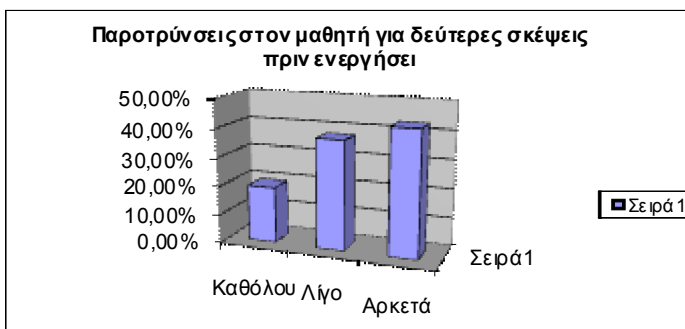
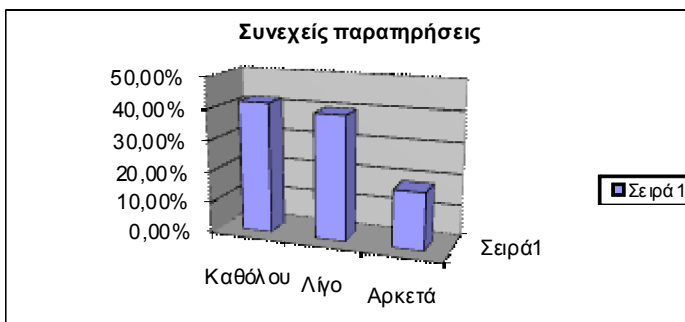
2.5.3 Μέθοδοι και τεχνικές που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί.

Από τα αποτελέσματα τη ερώτησης 23 του ερωτηματολογίου, που αφορά τους μεθόδους που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί, προκύπτει πως οργάνωση της τάξης εφαρμόζει το 75,3%. Όρια και κανόνες θέτει αρκετά συχνά το 83,9%. Ανάθεση αρμοδιοτήτων θέτει το 77,4%. Επιβράβευση δίνει το 91,4% του δείγματος. Εξατομικευμένη διδασκαλία δείχνει το 84,9%. Συνεργασία με ειδικούς 83,9% του δείγματος. Συνεργασία με οικογένεια 75,3%. Τιμωρίες όταν δεν τηρούν τους κανόνες δίνει λίγο το 45,2%. Ανάπτυξη θετικής σχέσης με το μαθητή, παρουσιάζει το 60,2% του δείγματος. Συνεχείς παρατηρήσεις δίνει λίγο το 39,8%. Παροτρύνσεις στο μαθητή για δεύτερες σκέψεις πριν ενεργήσει δίνει πολύ το 43% του δείγματος. Ανάθεση της εποπτείας του μαθητή με ΔΕΠ-Υ σε άλλο μαθητή, δίνει λίγο το 37,6%. Παρακίνηση των υπόλοιπων μαθητών να ελέγξουν την συμπεριφορά του παιδιού με την συγκεκριμένη διαταραχή είναι μια μέθοδος που κατά το 53,4% δεν χρησιμοποιείται ενώ κατά 37,4% χρησιμοποιείται ελάχιστα.

Τα παρακάτω γραφήματα μας δίνουν την εικόνα που περιγράψαμε, αναλύοντας κάθε μια δυσκολία ξεχωριστά.



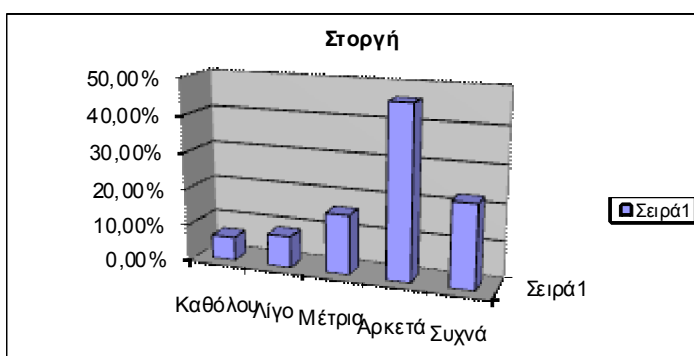
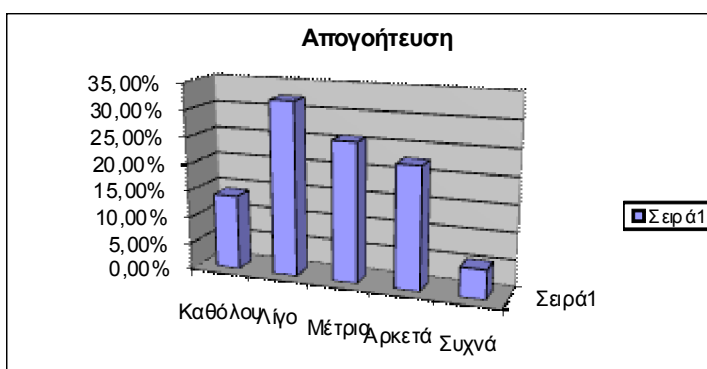
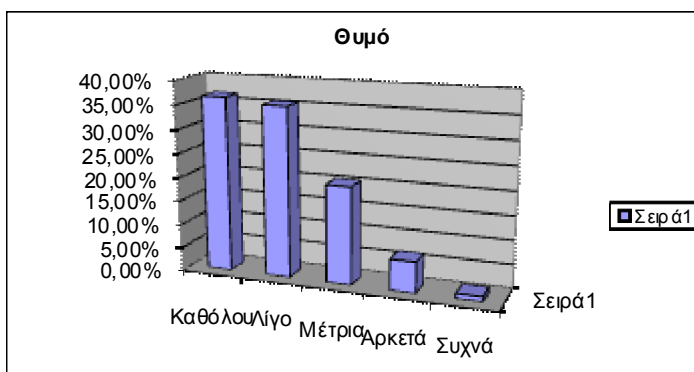


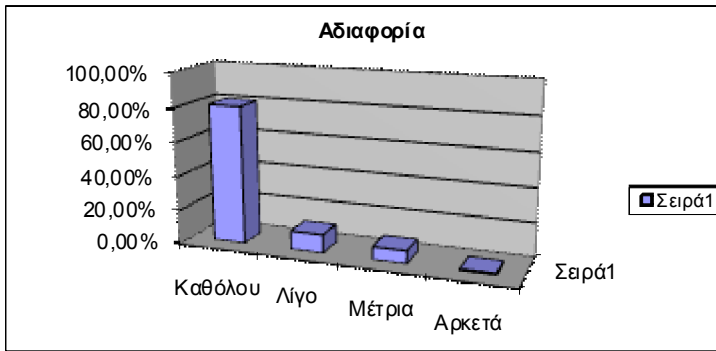
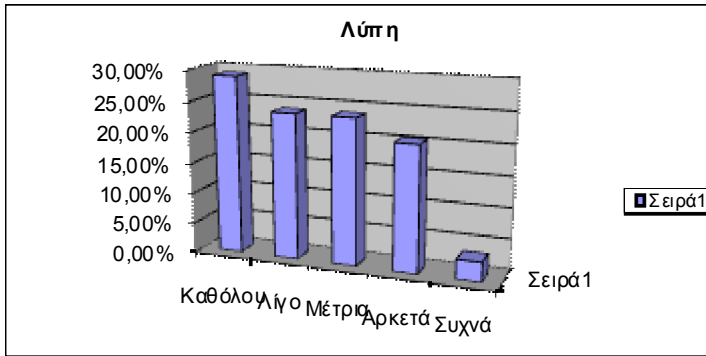


2.5.4 Αξιολόγηση των συναισθημάτων των εκπαιδευτικών κατά την συνεργασία τους με παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ερώτηση 23 του ερωτηματολογίου, που αφορά την αξιολόγηση των συναισθημάτων των εκπαιδευτικών κατά την συνεργασία τους με ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, καταγράφονται ως εξής: θυμό παρουσιάζει ελάχιστα το 36,6% και μέτρια το 20,4%, ενώ το 6,5% συχνά. Απογοήτευση παρουσιάζει το 32,3% λίγο, 25,8% μέτρια, ενώ το 22,6% αρκετά. Λύπη παρουσιάζει 29% καθόλου, 23,7% λίγο, το 23,7% μέτρια, ενώ 20,4% αρκετά. Στοργή παρουσιάζει το 22,6% συχνά, 46,2% αρκετά, 16,1% μέτρια. και αδιαφορία παρουσιάζει το 80,6% καθόλου, 10,8% λίγο, ενώ 7,5% μέτρια.

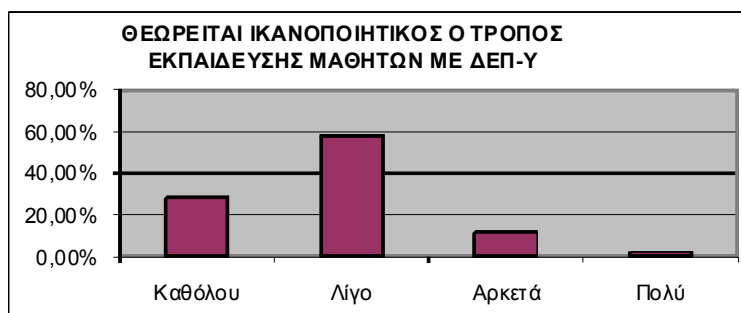
Τα παρακάτω γραφήματα μας δίνουν την εικόνα που περιγράψαμε, αναλύοντας κάθε μια δυσκολία ξεχωριστά. Από τα αποτελέσματα διακρίνουμε την αναγκαιότητα να λειτουργήσει καλύτερα το εκπαιδευτικό σύστημα, ώστε οι εκπαιδευτικοί να μην επιβαρύνονται συναισθηματικά, πράγμα που τους εμποδίζει να έχουν μειωμένη αποδοτικότητα στην διδασκαλία τους. Έχοντας καλύτερο σύστημα, αποκτούν αυτοπεποίθηση και θετικότητα απέναντι στο πρόβλημα της ΔΕΠ-Υ.





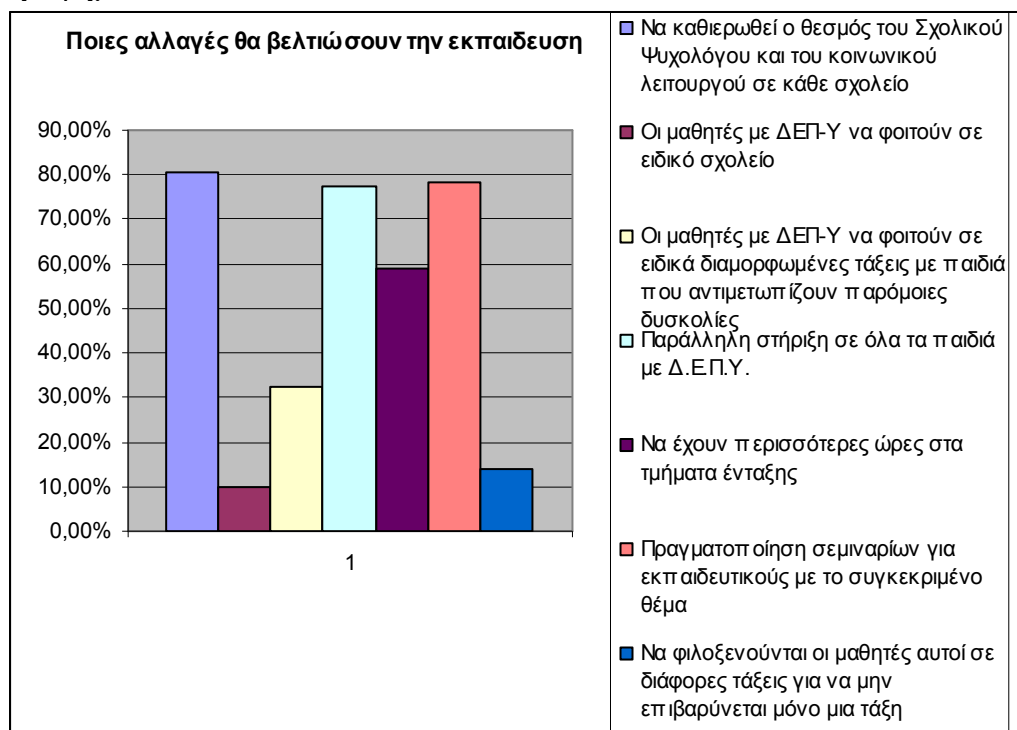
2.6 Αξιολόγηση του συστήματος και τρόποι για βελτίωση

Γράφημα 2.6.1



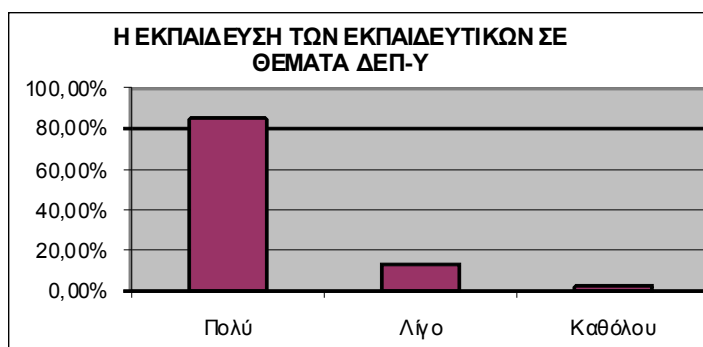
Το γράφημα 2.6.1 μας δείχνει το 28% θεωρεί ο τρόπος εκπαίδευσης δεν είναι καθόλου ικανοποιητικός, το 58,1% πως είναι λίγο, το 11,8% αρκετά ικανοποιητικός και το 2,2% πολύ.

Γράφημα 2.6.2



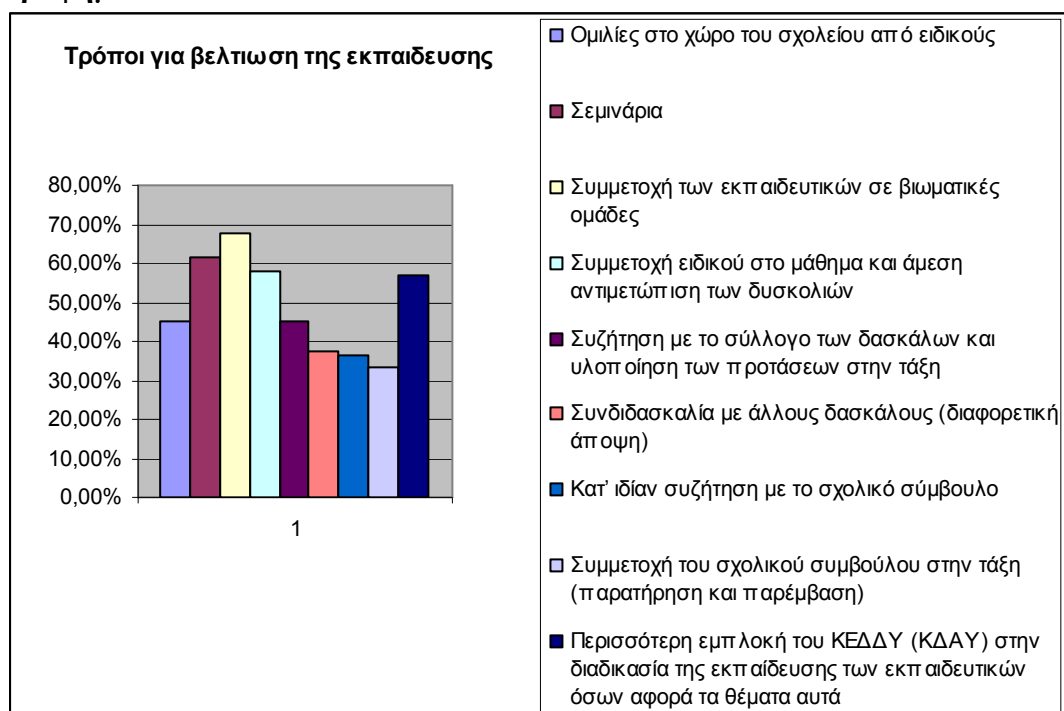
Το γράφημα 2.6.2 μας δείχνει πως το 80,6% θεωρεί πως για να βελτιωθεί το σύστημα εκπαίδευσης θα πρέπει να καθιερωθεί ο θεσμός του σχολικού ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού. Το 9,7% πιστεύει πως θα πρέπει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να φοιτούν σε ειδικό σχολείο. Το 32,3% πως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να φοιτούν σε ειδικά διαμορφωμένες τάξεις. Το 77,4% πιστεύει πως χρειάζεται παράλληλη στήριξη σε όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Να υπάρξουν περισσότερες ώρες στα τμήματα ένταξης λέει το 59,1%. Το 78,5% πιστεύει πως με την πραγματοποίηση σεμιναρίων στους εκπαιδευτικούς θα ήταν πολύ χρήσιμο. Και τέλος 14% πιστεύει πως αν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κατανέμονταν σε διάφορες τάξεις του σχολείου τότε δεν θα υπάρχει επιβάρυνση μόνο σε ένα τμήμα.

Γράφημα 2.6.3



Το γράφημα 2.6.3 μας δείχνει πως το 2,2% δεν θεωρεί αναγκαία την εκπαίδευση των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν την ΔΕΠ-Υ, το 12,9% θεωρεί την εκπαίδευση λίγο αναγκαία και το 84,9% την θεωρεί σημαντική.

Γράφημα 2.6.4



Το γράφημα 2.6.4 δείχνει πως πιστεύουν οι εκπαιδευτικοί ότι χρειάζεται να γίνεται η εκπαίδευση για θέματα ΔΕΠ-Υ. Ομιλίες στο χώρο του σχολείου από ειδικούς πιστεύει το 45,2% ότι θα πρέπει να γίνουν. Σεμινάρια λέει το 61,3%. Συμμετοχή των εκπαιδευτικών σε βιωματικές ομάδες λέει το 67,7%. Συμμετοχή ειδικού στο μάθημα και άμεση αντιμετώπιση των δυσκολιών λέει το 58,1%. Συζήτηση με το σύλλογο των δασκάλων και υλοποίηση των προτάσεων στην τάξη πιστεύει το 45,2%. Συνδιδασκαλία με άλλους δασκάλους το 37,6%. Κατ' ιδίαν συζήτηση με το σχολικό σύμβουλο 36,6%. Το 33,3% θεωρεί πως η συμμετοχή του σχολικού συμβούλου στην τάξη, θα βοηθούσε. Και τέλος το 57% πιστεύει πως θα πρέπει να υπάρχει περισσότερη εμπλοκή του ΚΕΔΔΥ στην διαδικασία εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

3.1 Διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων των απόψεων των εκπαιδευτικών για τη Δ.Ε.Π.-Υ. σε σχέση με το φύλο, τα έτη υπηρεσίας, την επιμόρφωση και την οικογενειακή κατάσταση.

Για τον έλεγχο πιθανών συσχετίσεων των απόψεων των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π.-Υ., όπως παρουσιάζονται στην ενότητα 2.5, εφαρμόστηκε το στατιστικό μέτρο χ^2 του Pearson με διόρθωση Monte Carlo, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95%.

Οι παράγοντες που εξετάστηκαν ήταν το φύλο και τα έτη υπηρεσίας των εκπαιδευτικών. Αρχικά, είχε διατυπωθεί η διερεύνηση και της ηλικίας, η οποία όμως βρέθηκε να σημαντική συν-διακύμανση με τα έτη υπηρεσίας (όσο μεγαλύτερη η ηλικία τόσο περισσότερα και τα έτη υπηρεσίας), επομένως αποφασίστηκε ότι η διαδικασία θα ήταν περιττή.

3.1.1 Φύλο

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των απαντήσεων των εκπαιδευτικών σε σχέση με το φύλο στις απαντήσεις τους γύρω από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο σχολείου (ερώτηση 20).

Ομοίως δεν βρέθηκαν αρκετά στατιστικά δεδομένα που να στηρίζουν την υπόθεση ότι το φύλο μπορεί να διαφοροποιεί τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει κατά το έργο του ένας εκπαιδευτικός που έχει στην τάξη του ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ(ερώτηση 21).

Αναφορικά με τις μεθόδους που πιστεύουν οι εκπαιδευτικοί πως βοηθούν στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που δημιουργούνται στην τάξη από μαθητές με ΔΕΠ-Υ (ερώτηση 22), βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην επιλογή «Θέτω όρια και κανόνες» ($\chi^2=5.454$, $p\text{-value}=0.038$), όπου οι γυναίκες εκπαιδευτικοί φαίνεται να στηρίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τη μέθοδο αυτή.

Τέλος, τα συναισθήματα που δημιουργούνται στον εκπαιδευτικό κατά την επαφή του με έναν μαθητή με ΔΕΠ-Υ (ερώτηση 23) διαφέρουν ελάχιστα μεταξύ ανδρών και γυναικών εκπαιδευτικών. Πιο συγκεκριμένα, μονάχα το συναίσθημα της «στοργής» φαίνεται να είναι πιο συχνό στις γυναίκες εκπαιδευτικούς ($\chi^2=9.858$, $p\text{-value}=0.040$).

3.1.2 Έτη υπηρεσίας στην εκπαίδευση

Σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο σχολείου (ερώτηση 20), οι απόψεις των εκπαιδευτικών διαφοροποιούνται με τα έτη υπηρεσίας στατιστικά σημαντικά αναφορικά με την «Ανώριμη συμπεριφορά» ($\chi^2=28,651$ p-value=0,026) και την «Απόσυρση και χαμηλή αυτοπεποίθηση» ($\chi^2=32,165$ p-value=0,008)

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των απαντήσεων των εκπαιδευτικών σε σχέση με τα έτη υπηρεσίας στις απόψεις τους σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει κατά το έργο του ένας εκπαιδευτικός που έχει στην τάξη του ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ(ερώτηση 21).

Αναφορικά με τις μεθόδους που πιστεύουν οι εκπαιδευτικοί πως βοηθούν στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που δημιουργούνται στην τάξη από μαθητές με ΔΕΠ-Υ (ερώτηση 22), βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην επιλογή «Θέτω όρια και κανόνες» ($\chi^2=19,693$, p-value=0.012), όπου η συσχέτιση είναι αρνητική, δηλαδή, καθώς αυξάνονται τα έτη υπηρεσίας, οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν λιγότερο τη μέθοδο αυτή.

Ολοκληρώνοντας το κομμάτι τις διερεύνησης πιθανών συσχετίσεων με τα έτη υπηρεσίας, βρέθηκαν να διαφοροποιούν τα συναισθήματα που δημιουργούνται στον εκπαιδευτικό κατά την επαφή του με έναν μαθητή με ΔΕΠ-Υ (ερώτηση 23) μονάχα ως προς το «θυμό» ($\chi^2=36,416$, p-value=0.006), όπου οι εκπαιδευτικοί με περισσότερα έτη υπηρεσίας φαίνεται να εκδηλώνουν λιγότερο συχνά ή καθόλου αισθήματα θυμού.

3.1.3 Επιμόρφωση – μεταπτυχιακό δίπλωμα

Αναφορικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο σχολείου (ερώτηση 20), οι απόψεις των εκπαιδευτικών διαφοροποιούνται σε σχέση με το αν οι εκπαιδευτικοί έχουν παρακολουθήσει κάποιο μεταπτυχιακό ή επιμορφωτικό πρόγραμμα, για τις μαθησιακές δυσκολίες ($\chi^2=11,132$, p-value=0.012), την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους ($\chi^2=9.619$, p-value=0.045), όπου οι εκπαιδευτικοί που έχουν παρακολουθήσει επιμορφωτικά προγράμματα παρουσιάζουν μεγαλύτερη διαφοροποίηση στις απαντήσεις τους.

Αναφορικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο εκπαιδευτικός όταν έχει στην τάξη μαθητές με ΔΕΠ-Υ, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη συνεργασία με τους γονείς ($\chi^2=6,781$, p-value=0,028), οι καθηγητές που έχουν παρακολουθήσει επιμορφωτικά προγράμματα συναντούν λιγότερες δυσκολίες.

Οι μέθοδοι που βοηθούν στην αντιμετώπιση δυσκολιών που δημιουργούνται στην τάξη από μαθητές με ΔΕΠ-Υ δεν διαφέρουν ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς που έχουν παρακολουθήσει μεταπτυχιακά ή επιμορφωτικά προγράμματα και αυτούς που δεν έχουν.

Ομοίως δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα συναισθήματα που δημιουργούνται στον εκπαιδευτικό κατά την επαφή του με έναν μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

3.1.4 Οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση ομαδοποιήθηκε σε έγγαμος / άλλο, για αριθμητικούς λόγους του δείγματος. Οι απόψεις των εκπαιδευτικών για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο σχολείου (ερώτηση 20) δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του εκπαιδευτικού. Μικρή διαφοροποίηση βρέθηκε μονάχα για την ανώριμη συμπεριφορά ($\chi^2=9,576$, $p\text{-value}=0,044$), χωρίς όμως να διαγράφεται μία ξεκάθαρη τάση.

Σε σχέση με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί με μαθητές με ΔΕΠ-Υ, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις τους αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, στην ανάγκη εφαρμογής εξατομικευμένης διδασκαλίας ($\chi^2=7,940$, $p\text{-value}=0,022$), την άρνηση για κατ' οίκον εργασίες ($\chi^2=13,288$, $p\text{-value}=0,002$) και τις επιπλέον ευθύνες λόγω τις επικίνδυνης συμπεριφοράς των μαθητών αυτών ($\chi^2=10,167$, $p\text{-value}=0,007$). Οι έγγαμοι εκπαιδευτικοί φαίνεται να αντιμετωπίζουν λιγότερο τις παραπάνω δυσκολίες.

Οι μέθοδοι που πιστεύουν ότι μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση δυσκολιών που δημιουργούνται στην τάξη από μαθητές με ΔΕΠ-Υ διαφοροποιούνται ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των εκπαιδευτικών στα εξής θέματα: οργάνωση τάξης ($\chi^2=7,362$, $p\text{-value}=0,017$), θέση ορίων και κανόνων ($\chi^2=6,911$, $p\text{-value}=0,019$), ανάθεση αρμοδιοτήτων ($\chi^2=7,008$, $p\text{-value}=0,025$), συνεργασία με την οικογένεια ($\chi^2=13,722$, $p\text{-value}=0,001$), τιμωρίες όταν δεν τηρούν τους κανόνες ($\chi^2=6,217$, $p\text{-value}=0,044$), παροτρύνσεις για «δεύτερη σκέψη» πριν ενεργήσει ($\chi^2=6,233$, $p\text{-value}=0,042$).

Τέλος, τα συναισθήματα που δημιουργούνται στους εκπαιδευτικούς διαφέρουν για τους έγγαμους, οι οποίοι νιώθουν λιγότερο θυμό ($\chi^2=11,556$, $p\text{-value}=0,013$).

3.2.Συμπεράσματα σύμφωνα με τις υποθέσεις.

Σε ποιους τομείς και τι είδους δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι δάσκαλοι κατά την εκπαιδευτική διαδικασία?

Από την ερώτηση 21 του ερωτηματολογίου φαίνεται πως οι εκπαιδευτικοί αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εκπαιδευτική διαδικασία, με τα συμπτώματα που διακρίνουν ένα παιδί με την διαταραχή ΔΕΠ-Υ. Οι υπόλοιποι μαθητές αποσπώνται κατά την διδακτική ώρα, υπάρχει ανάγκη για ατομική διδασκαλία και περισσότερες ευθύνες λόγω της παρορμητικής συμπεριφοράς που αναπτύσσει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Η συνεργασία του εκπαιδευτικού με τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες, αλλά υπάρχει μια μικρή δυσλειτουργία στην σχέση τους. Τέλος με τους φορείς που ασχολούνται με την διαταραχή φαίνεται πως υπάρχει δυσκολία στην συνεργασία τους.

Ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζει ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ, σε επίπεδο σχολείου.

Από την ερώτηση 20 του ερωτηματολογίου σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο σχολείου, βγαίνει το συμπέρασμα πως από την μια φαίνεται έντονα το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι δάσκαλοι κατά την διδακτική τους ώρα αλλά επίσης εμφανίζεται έντονα η ανάγκη για στήριξη και εκπαίδευση του ατόμου, της οικογένειας και των δασκάλων. Πράγμα που φαίνεται παραπάνω πως δεν λειτουργεί καμία συνεργασία αποδοτικά.

Επίσης από την ερώτηση 23 όπου εξετάζει τα συναισθήματα που αποκτά ο εκπαιδευτικός κατά την διδακτική ώρα με ένα παιδί ΔΕΠ-Υ, όπου φαίνεται στο γράφημα 1.2 και ανακεφαλαιώνοντας όλα τα παραπάνω για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί και ο εκπαιδευτικός, προκύπτει επίσης η αναγκαιότητα να λειτουργήσει καλύτερα το εκπαιδευτικό σύστημα, ώστε οι εκπαιδευτικοί να μην επιβαρύνονται συναισθηματικά, πράγμα που τους εμποδίζει να έχουν μειωμένη αποδοτικότητα στην διδασκαλία τους. Έχοντας καλύτερο σύστημα, αποκτούν αυτοπεποίθηση και θετικότητα απέναντι στο πρόβλημα της ΔΕΠ-Υ.

Ποιες διδακτικές μεθόδους καθώς και μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί για την αντιμετώπιση παιδιών σχολικής ηλικίας με τη συγκεκριμένη διαταραχή?

Από την ερώτηση 22 του ερωτηματολογίου βλέπουμε πως οι εκπαιδευτικοί εφαρμόζουν πολύ συχνά να οριοθετούν την συμπεριφορά ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ βάζοντας κανόνες μέσα στην τάξη. Με την ανάθεση αρμοδιοτήτων και την επιβράβευση. Με την εξατομίκευση διδασκαλίας του συγκεκριμένου μαθητή, με την συνεργασία με ειδικούς και την οικογένεια. Με την ανάπτυξη θετικής σχέσης (αμοιβαία εμπιστοσύνη) τον συγκεκριμένο μαθητή

Θεωρούν απαραίτητη τη συνεργασία με ειδικούς που ασχολούνται με παιδιά με Δ.Ε.Π-Υ., προκειμένου να έχουν εκπαίδευση και μια πλήρη εικόνα για τα χαρακτηριστικά της καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης?

Ύστερα από συνεργασία που είχαν οι εκπαιδευτικοί με το ΚΕΔΔΥ, σχολικούς συμβούλους, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και ιδιωτικά κέντρα, θεωρούν αρκετά απαραίτητη τη συνεργασία τους με ειδικούς της Δ.Ε.Π-Υ προκειμένου να έχουν εκπαίδευση και πλήρη εικόνα για τα χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης της.

Υπάρχει συνεργασία και κατανόηση ή αντιπαλότητα ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς και γονείς παιδιών με Δ.Ε.Π-Υ.?

Από τις ερωτήσεις 12 και 13 του ερωτηματολογίου προκύπτει πως ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς και γονείς υπάρχει συνεργασία και κατανόηση καθώς οι δάσκαλοι είναι θετικοί στο να συνεργαστούν με τους γονείς αλλά και οι γονείς το ίδιο για το καλό των παιδιών με Δ.Ε.Π-Υ.. το πρόβλημα που παρουσιάζεται είναι στην εκπαίδευση της οικογένειας σχετικά με την ενημέρωσή της για την διαταραχή ΔΕΠ-Υ και τους τρόπους που μπορεί να βοηθήσει, ώστε η εκπαιδευτική διαδικασία να συνεχίζει και στο σπίτι.

Κατά πόσο εκπαιδευμένες είναι οι οικογένειες που έχουν παιδιά με Δ.Ε.Π-Υ.. Πόσο απαραίτητη είναι η εκπαίδευσή τους και ποιοι τρόποι προτείνονται?

Από τις ερωτήσεις 14, 15,16 του ερωτηματολογίου και το γράφημα 2.3.5 βλέπουμε πως, οι οικογένειες που έχουν παιδιά με Δ.Ε.Π-Υ. δεν θεωρούνται εκπαιδευμένες κάτι το οποίο κρίνεται πολύ σημαντικό και απαραίτητο με μεγάλο ποσοστό ομοφωνίας από τους εκπαιδευτικούς ,όπως αναφέραμε και παραπάνω. Οι τρόποι οι οποίοι προτείνονται ώστε να εκπαιδευθούν οι γονείς είναι η συνεργασία με ειδικούς ώστε να μάθουν να αντιμετωπίζουν αυτή την διαταραχή, οι βιωματικές ομάδες ώστε να ανταλλάξουν τις εμπειρίες τους με άλλους γονείς, να εκτονωθούν ψυχολογικά από την ένταση που τους προκαλεί αυτή κατάσταση στην καθημερινότητα όλης της οικογένειας μέσα στο σπίτι. Επίσης η παρακολούθηση σεμιναρίων που αφορούν την ενημέρωση της ΔΕΠ-Υ, θα ήταν μια καλή εκπαιδευτική διαδικασία για τους γονείς.

Οι φορείς που υπάρχουν στη διάθεση των εκπαιδευτικών, ούτως ώστε συνεργαζόμενοι μαζί τους να τους παρέχεται βοήθεια και καθοδήγηση σε ότι αφορά τη Δ.Ε.Π-Υ., και κατά πόσο ικανοποιητική θεωρούν αυτήν την βοήθεια.

Από την ερώτηση 18 και 19 του ερωτηματολογίου προκύπτει η συνεργασία των εκπαιδευτικών με την υπηρεσία ΚΕΔΔΥ, σχολικούς σύμβουλους με μεγαλύτερη συμμετοχή από ότι για ιατροπαιδαγωγικά και ιδιωτικά κέντρα. Σε μεγάλο βαθμό ικανοποιητική θεωρείται η βοήθεια που έλαβαν από αυτές τις υπηρεσίες σε σχέση με το πρόβλημα που ήθελαν να αντιμετωπίσουν.

Επίλογος

Γενικά από το σύνολο των αποτελεσμάτων της έρευνας φαίνεται πόσο σημαντικό θέμα είναι για τους δασκάλους η διαταραχή ΔΕΠ-Υ και τον προβληματισμό που επικρατεί όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να δράσει ο κάθε ένας μέσα στο σχολικό περιβάλλον.

Παράλληλα πιστεύουμε πως έχουν αναδειχθεί μέσα από την έρευνα συγκεκριμένες προτάσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν προς όφελος των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, των υπόλοιπων μαθητών, των γονέων αλλά και των δασκάλων.

Παράρτημα

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας των σπουδαστριών Ι. Καμούτσα, Μ. Κοτσίφη και Θ. Νικολακοπούλου του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου (υπεύθυνος καθηγητής Μ. Μιχαήλ).

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η μελέτη και η καταγραφή μεθόδων προσέγγισης, στάσεων και αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π.-Υ.).

Είναι σημαντικό να απαντήσετε ειλικρινά σε όλες τις ερωτήσεις καθώς η συνεργασία σας μας είναι ιδιαίτερα πολύτιμη για τη διεξαγωγή της έρευνας. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Οι πληροφορίες και τα συμπεράσματα που θα συγκεντρωθούν, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς και στατιστικούς σκοπούς στα πλαίσια και μόνο της πτυχιακής μας εργασίας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

(Σημειώστε στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στην απάντησή σας)

1. Φύλο : Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία : 23-33 34-44 45-55 55 και άνω

3. Τόπος καταγωγής :

4. Επιμόρφωση / Μεταπτυχιακούς τίτλους :

5. Οικογενειακή κατάσταση : Εγγαμος /η Άγαμος /η
 Διαζευγμένος /η Χήρος /α Διάσταση

6. Έχετε παιδιά : ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Επαγγελματική κατάσταση : Μόνιμος /η
Αναπληρωτής/τρια Ωρομίσθιος

8. Χρόνια που ασκείτε το επάγγελμα του εκπαιδευτικού: 1-5 έτη
 6-11 έτη 12- 17 έτη 18-22 έτη 23 έτη και άνω

9. Η τάξη που διδάσκετε είναι : κανονική τάξη τμήμα ένταξης

10. Εκδήλωση ενδιαφέροντος για διδασκαλία σε Τμήμα Ένταξης :
 ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Φοιτά ή φοιτούσε ποτέ στο τμήμα σας μαθητής /μαθήτρια με διάγνωση ή υποψία Δ.Ε.Π./Υ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

(Οι επόμενες δύο ερωτήσεις απαντώνται σε περίπτωση που έχετε μαθητή με Δ.Ε.Π.-Υ στο τμήμα σας, αν όχι προχωρήστε στην ερώτηση 14)

12. Έχετε επιδιώξει συνεργασία με γονείς μαθητών σας με Δ.Ε.Π.-Υ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13.Οι οικογένειες των μαθητών/τριών με ΔΕΠ-Υ είναι θετικοί στο να συνεργαστούν μαζί σας όσον αφορά το εκπαιδευτικό κομμάτι των παιδιών;

ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Κατά τη γνώμη σας οι οικογένειες των μαθητών/τριών με ΔΕΠ-Υ είναι εκπαιδευμένες κατάλληλα ώστε να βοηθήσουν στην εξέλιξη των παιδιών?

ΝΑΙ ΟΧΙ

15.Θεωρείται αναγκαία την εκπαίδευση των γονιών αυτών;

ΝΑΙ ΟΧΙ

16. Δικαιολογείστε την απάντησή σας:

17. Με ποιους τρόπους μπορεί να πραγματοποιηθεί η εκπαίδευση των οικογενειών αυτών?

Ομιλίες Σεμινάρια Βιωματικές ομάδες
 Συνεργασία με ειδικούς Συμβουλές από τους δασκάλους

18. Με ποιους φορείς που ασχολούνται με το θέμα της ΔΕΠ-Υ έχετε συνεργαστεί?

- ΚΕΔΔΥ(ΚΔΑΥ) Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
 Σχολικοί Σύμβουλοι Ιδιωτικά Κέντρα
 Δεν έχω συνεργαστεί με κανένα Άλλο _____

19. Αν έχετε συνεργαστεί με κάποιους, πόσο χρήσιμη ήταν η συνεργασία αυτή για εσάς?

(Κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην επιλογή σας)

Καθόλου χρήσιμη Αρκετά χρήσιμη Πολύ χρήσιμη

1

2

3

20. Ποιες δυσκολίες, κατά τη γνώμη σας, θεωρείται ότι αντιμετωπίζει ένας/μία μαθητής/τρια σε επίπεδο σχολείου?

Δυσκολίες	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Συχνά
Μαθησιακές δυσκολίες					
Αντικοινωνικότητα					
Εμπλοκή σε φασαρίες					
Συναισθηματική αστάθεια					
Απόρριψη από συνομηλίκους					
Χαμηλή σχολική επίδοση					
Παρορμητική συμπεριφορά					
Ανώριμη συμπεριφορά					
Έλλειψη αυτοελέγχου					
Απόσυρση και χαμηλή αυτο-πεποίθηση					

21. Ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζεται κατά το εκπαιδευτικό σας έργο με έναν/μία μαθητή/τρια με ΔΕΠ-Υ.?

Δυσκολίες	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Συχνά
Αποσπώνται οι υπόλοιποι μαθητές					
Ανάγκη για εφαρμογή εξατομικευμένης διδασκαλίας					
Δυσκολίες συνεργασίας με φορείς					
Δυσκολίες συνεργασίας με γονείς					
Μη αποδοχή από τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης					
Άρνηση για κατ' οίκον εργασίες					
Επιπλέον ευθύνες λόγω της επικίνδυνης συμπεριφοράς του συγκεκριμένου παιδιού					

22. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους πιστεύετε ότι θα βοηθούσαν στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που δημιουργούνται στην τάξη από μαθητές με ΔΕΠ-Υ?

	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
Οργάνωση τάξης			
Θέτω όρια και κανόνες			
Ανάθεση αρμοδιοτήτων			
Επιβράβευση			
Εξατομίκευση διδασκαλίας (για τον συγκεκριμένο μαθητή)			
Συνεργασία με ειδικούς			
Συνεργασία με την οικογένεια			
Τιμωρίες όταν δεν τηρούν τους κανόνες			
Ανάπτυξη θετικής σχέσης (αμοιβαία εμπιστοσύνη) με τον συγκεκριμένο μαθητή			
Συνεχείς παρατηρήσεις			
Παροτρύνσεις στο μαθητή για «δεύτερες» σκέψεις πριν ενεργήσει			
Ανάθεση της εποπτείας του συγκεκριμένου μαθητή σε άλλο			

μαθητή			
Παρακίνηση των υπολοίπων μαθητών να ελέγξουν τη συμπεριφορά του			

23.Αξιολογείστε τα συναισθήματα που σας δημιουργούνται κατά την επαφή σας με έναν μαθητή/τρια με ΔΕΠ-Υ κατά το εκπαιδευτικό σας έργο. (1=καθόλου , 2=λίγο , 3=μέτρια , 4=αρκετά , 5=συχνά)

Συναισθηματα	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Συχνά
Θυμό					
Απογοήτευση					
Λύπη					
Στοργή					
Αδιαφορία					
Άλλο _____					

24.Ο τρόπος εκπαίδευσης των μαθητών/τριών με ΔΕΠ-Υ στα σχολεία θεωρείται ότι είναι ικανοποιητικός;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

25.Κατά τη γνώμη σας, ποιες αλλαγές/βελτιώσεις στον τρόπο εκπαίδευσης χρειάζεται να γίνουν? (Μπορείται να επιλέξετε περισσότερες από 1 επιλογές)

1. Να καθιερωθεί ο θεσμός του Σχολικού Ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού σε κάθε σχολείο
2. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ να φοιτούν σε ειδικό σχολείο.
3. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ να φοιτούν σε ειδικά διαμορφωμένες τάξεις με παιδιά που αντιμετωπίζουν παρόμοιες δυσκολίες.
4. Παράλληλη στήριξη σε όλα τα παιδιά με Δ.Ε.Π.Υ.
5. Να έχουν περισσότερες ώρες στα τμήματα ένταξης.
6. Πραγματοποίηση σεμιναρίων για εκπαιδευτικούς με το συγκεκριμένο θέμα

7. Να φιλοξενούνται οι μαθητές αυτοί σε διάφορες τάξεις για να επιβαρύνεται μόνο μια τάξη

8. Άλλο τί

26. Πιστεύετε ότι είναι η αναγκαία η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν τη Δ.Ε.Π.Υ.;

Καθόλου Λίγο Πολύ

27. Αν πιστεύετε ότι χρειάζεται εκπαίδευση των εκπαιδευτικών για θέματα της Δ.Ε.Π.Υ. επιλέξτε μία ή περισσότερες επιλογές από τις παρακάτω:

Ομιλίες στο χώρο του σχολείου από ειδικούς	
Σεμινάρια	
Συμμετοχή των εκπαιδευτικών σε βιωματικές ομάδες	
Συμμετοχή ειδικού στο μάθημα και άμεση αντιμετώπιση των δυσκολιών	
Συζήτηση με το σύλλογο των δασκάλων και υλοποίηση των προτάσεων στην τάξη	
Συνδιδασκαλία με άλλους δασκάλους (διαφορετική άποψη)	
Κατ' ιδίαν συζήτηση με το σχολικό σύμβουλο	
Συμμετοχή του σχολικού συμβούλου στην τάξη (παρατήρηση και παρέμβαση)	
Περισσότερη εμπλοκή του ΚΕΔΔΥ (ΚΔΑΥ) στην διαδικασία της εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών όσων αφορά τα θέματα αυτά	

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε!

