



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ Π.Τ.Δ.Ε.
ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

3^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Σε συνεργασία με Σχολές και Τμήματα των Πανεπιστημίων:

Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Πανεπιστημίου Πατρών
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
Πανεπιστημίου Κρήτης
Πανεπιστημίου Αιγαίου
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Πανεπιστημίου Μακεδονίας
Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου

2 – 5 Ιουνίου 2011
ΑΘΗΝΑ

1^{ος} ΤΟΜΟΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Γ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Σ. ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΜΠΑΣΤΕΑ

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην αποτελεσματική αντιμετώπιση παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)

Κατερίνα Καραχάλιου
Φιλολόγος - Δασκάλα, Π.Τ.Δ.Ε. - ΕΚΠΑ
Ειδική Παιδαγωγός, M.Sc Ειδικής Αγωγής Π.Τ.Δ.Ε.
Δαρδανελλίων 76, Άνω Γλυφάδα 165 62
Τηλ.: 6948-074452 – (Karaxalioukat@windowslive.com)

Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου
Επικ. Καθηγητής Ψυχολογίας Π.Τ.Δ.Ε. - ΕΚΠΑ
Ιπποκράτους 33, Αθήνα 106 80
Τηλ.: 210-3688 380, FAX: 210-3688 381
(as_antoniou@primedu.uoa.gr)

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has been the focus of research more than any other child psychiatry disorder, especially in recent years, because of many learning and behavioural problems that are associated with it (Schweitzer, 2001). There is evidence that there is a significant increase in the prevalence of ADHD. This review will address issues on the nature, characteristics and intervention methods of ADHD with a specific focus on parents and teacher involvement. Targeted interventions and use of effective methods helps the improvement of both behaviour and performance at school. Early screening and identification is also vital in order to avoid secondary problems of psychosocial adjustment.

Εισαγωγή

Τα παιδιά που εμφανίζουν το σύνδρομο της Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) έτυχαν έντονου ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια. Οι ειδικοί που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου τις τελευταίες δεκαετίες μελετούν τη διαταραχή κυρίως λόγω της μεγάλης συχνότητάς της (Kaplan & Sadock, 1991. Parker, 1992).

Πολλά προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς σχετίζονται με τη διαταραχή αυτή που πρώτη βέβαια φορά, παρατηρήθηκε στα μέσα του 19^{ου} αιώνα. Σήμερα, είναι ένα από τα πιο βασανιστικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν γονείς και δάσκαλοι αφού το υπερδραστήριο παιδί οδηγεί σε απόγνωση γονείς και δασκάλους. Όμως, η αλήθεια είναι πως το παιδί αυτό υποφέρει από μια έντονα αποδιοργανωμένη υπερδραστηριότητα με ψυχολογικές αρνητικές προεκτάσεις για την κοινωνική ζωή του (American Academy of Pediatrics, 2001. Hartmann, 1996).

Η ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV ταξινομείται στις διαταραχές των συνδρόμων, καθώς περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων, γι' αυτό είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζεται σαν μια ιατρική κατάσταση (Consensus Development Panel, 2000). Η αναλογία εμφάνισης είναι μάλιστα μεγαλύτερη στα αγόρια, σχεδόν τριπλάσια σε σχέση με τα κορίτσια (Braswell & Bloomquist, 1991). Οι έρευνες των τελευταίων δεκαετιών, έδειξαν ότι πρόκειται για μια χρόνια αναπτυξιακή διαταραχή που στηρίζεται σε βιολογική προδιάθεση (Barkley, 1990). Οι εκδηλώσεις της δεν περιορίζονται στη «ζωηράδα» που δείχνουν πολλά παιδιά, αλλά στο συνδυασμό σοβαρότερων συμπτωμάτων απροσεξίας, παρορμητικότητας, περιορισμένης ικανότητας για συγκέντρωση, αδυναμίας ρύθμισης της συμπεριφοράς καθώς και μειωμένης ευαισθησίας αναφορικά με τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους (Consensus Development Panel, 2000).

Ο ανασταλτικός έλεγχος των συναισθηματικών τους αντιδράσεων είναι περιορισμένος με αποτέλεσμα τελείως μηδαμινά εμπόδια να πυροδοτούν ξαφνικά και βίαια ξεσπάσματα οργής ενώ οι αγχογόνες καταστάσεις μπορεί να επιφέρουν αιφνίδιες κρίσεις πανικού. Οι αναπτυξιακές διαταραχές, οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών και της συναισθηματικής ανάπτυξης έχουν ως αποτέλεσμα τις μαθησιακές δυσκολίες (Schweitzer, 2001). Αυτό το μοτίβο συμπεριφοράς είναι έντονα έκδηλο στον πρώτο χρόνο της φοίτησης του παιδιού στο σχολείο.

Είναι βέβαια πολύ ενθαρρυντικό πως με την κατάλληλη αγωγή και τον προστατευτικό ρόλο του σχολείου πολλά από αυτά τα παιδιά είναι ικανά να επιτύχουν καλή κοινωνική προσαρμογή. Η αναζήτηση στρατηγικών που να εξασφαλίζουν στο παιδί το μεγαλύτερο δυνατό έλεγχο των δυσκολιών του και καλύτερες σχολικές επιδόσεις είναι άκρως απαραίτητη. Η κοινωνικοποίησή του με σκοπό την άμβλυνση των δυσκολιών του, την αύξηση της αυτοεκτίμησής του και τη βελτίωση και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων είναι καταλυτικής σημασίας, γι' αυτό απαιτείται έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση (Lamberg, 2003).

ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Δεν υπάρχουν ασφαλή και ακριβή συμπεράσματα για την αιτιολογία της διαταραχής, παρά την αύξηση των ερευνητικών δεδομένων των τελευταίων ετών για τα αίτια που προκαλούν τη ΔΕΠ-Υ. Αν και ουσιαστικά η αιτιολογία είναι άγνωστη και πολυπαραγοντική, φαίνεται πως νευρολογικοί και γενετικοί παράγοντες έχουν την κυριότερη συμβολή.

Τα τελευταία χρόνια με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας (MRI) υψηλής ανάλυσης, οι έρευνες έδειξαν ότι υπάρχουν δομικές διαφορές σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου (μετωπιαίες) και τα συμπτώματα έχει υποστηριχθεί ότι οφείλονται πρωτίστως σε δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Castellanos & συν., 1996). Η νευρολογική βάση της διαταραχής στηρίζεται στην πρόωμη εμφάνιση, στη σχετική επιμονή της στο χρόνο, αλλά και στη σχέση της με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Ως προς τους γενετικούς παράγοντες, ερευνητικές μαρτυρίες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με κληρονομικούς παράγοντες, χωρίς βέβαια ακόμη να υπάρχουν αποδείξεις χρωμοσωματικών ανωμαλιών. Έρευνες όμως έχουν υποστηρίξει ότι όταν ο ένας γονέας εμφανίζει τη διαταραχή η πιθανότητα εμφάνισης στο παιδί φτάνει το 57% (Biederman και συν., 1999). Πρόσφατες μάλιστα έρευνες έδειξαν πως αυξάνονται οι πιθανότητες για εμφάνιση σε ένα παιδί, αν ο πατέρας είναι άνω των πενήντα ετών.

Παράλληλα, έχουν κατηγορηθεί και περιγεννητικές ανωμαλίες, όπως εγκεφαλικές βλάβες, λοιμώξεις, μικρή περιφέρεια κεφαλιού κατά τη γέννηση, μειωμένος καρδιακός ρυθμός κατά τον τοκετό, η χρήση αλκοόλ από τη μητέρα κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, οργανικοί παράγοντες όπως ο υπερθυρεοειδισμός, η μειωμένη συγκέντρωση πρωτεΐνης C4, τοξικοί και αλλεργικοί παράγοντες όπως η δηλητηρίαση από μόλυβδο, χρωστικές ουσίες κ.ά. (Παπαδάτος, 2004).

Υπάρχουν όμως και ερευνητές που τονίζουν μόνο, ότι οι ίδιοι οι γονείς, οι οποίοι δε χειρίζονται σωστά τη συμπεριφορά των παιδιών τους, ευθύνονται για την υπερκινητικότητά τους. Ωστόσο, τέτοιες προσεγγίσεις αποτελούν θεωρητικές μόνο ερμηνείες της αιτιολογίας. Αναμφίβολα οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις παίζουν ρόλο σημαντικό, δεν προκαλούν όμως τη διαταραχή. Καθοριστική φαίνεται να είναι η σχέση μητέρας – παιδιού και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας κυρίως στη διατήρηση της διαταραχής (Παπαδάτος, 2004).

Η βαρύτητα με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις αντιδράσεις των γονέων και τη λεγόμενη «ετικετοποίηση» αφού το ίδιο το παιδί θα επιδιώκει την αυτοεκπλήρωσή του μέσα από το ρόλο της ετικέτας που του έχει δοθεί (Bagwell και συν., 2001. Kaplan & Sadock, 1991). Οι περιβαλλοντικές επιδράσεις βέβαια ενδέχεται να επηρεάζονται από εγγενείς παράγοντες. Επομένως, σε κάθε περίπτωση η επίδραση της κληρονομικότητας είναι καθοριστική, χωρίς να αναιρείται και ο πολύ μεγάλος ρόλος του περιβάλλοντος.

Έρευνες έδειξαν ότι μητέρες που ήταν ιδιαίτερα επικριτικές, αυστηρές και αυταρχικές, τα παιδιά τους ήταν λιγότερο συνεργάσιμα και πιο αντιδραστικά σε σχέση με τα παιδιά εκείνα που οι μητέρες τους δεν είχαν τέτοια χαρακτηριστικά. Οι αντιδράσεις των γονέων απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ οδηγούν σε περισσότερες συγκρούσεις, αυξάνουν την ένταση με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα και οδηγούν ακόμα και στην εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων. Σε καμία όμως περίπτωση αποκλειστικά και μόνο η συμπεριφορά των γονιών δεν είναι η αιτία εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Παροχή υποστηρικτικού πλαισίου και ενθάρρυνση από το δάσκαλο της τάξης.

Οι έρευνες καταδεικνύουν ότι, τουλάχιστον το 56% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα χρειαστούν τη βοήθεια του ειδικού, το 30% θα επαναλάβει ίσως κάποια τάξη και το 30% ίσως φοιτήσει σε κάποια ειδική τάξη κυρίως λόγω των μαθησιακών αλλά και των προβλημάτων προσαρμογής τους στο σχολείο (Barkley, Fischer Edelbrock & Smallish, 1990. Faraone, 1993. Κάκουρος, 1998) με ό,τι αυτό συνεπάγεται (περιθωριοποίηση, στιγματισμός).

Το σχολείο, είναι χώρος εργασίας και συγχρωτισμού με συνομηλίκους. Λόγω της συμπεριφοράς τους, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, έχουν γενικά χαμηλή επίδοση, αφού είναι διαρκώς εκνευρισμένα, διακόπτουν απερίσκεπτα τους άλλους, δυσκολεύονται να τηρήσουν κανόνες και κανονισμούς, κάνουν συνεχώς λάθη απροσεξίας, έχουν μαθησιακά κενά, απορρίπτουν φίλους και συμμαθητές και γενικά απαξιώνονται από όλους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Αυτά τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής εμποδίζουν την ανταπόκριση στις απαιτήσεις του σχολείου με αποτέλεσμα την απογοήτευση. Παρεπόμενο είναι να

αναπτύσσονται περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, λόγω των συνεχών και επαναλαμβανόμενων αποτυχιών που δυσκολεύουν τη διαμόρφωση υγιούς αυτοεκτίμησης. Η υιοθέτηση προκλητικής, επιθετικής και αντιδραστικής συμπεριφοράς προκειμένου να τραβήξουν την προσοχή των άλλων προκύπτει ως άμεση συνέπεια των παραπάνω (Schweitzer, 2001). Ο δάσκαλος λοιπόν, είναι μάλλον ο πρώτος που θα αναγνωρίσει τη ΔΕΠ-Υ σ' ένα παιδί κυρίως στις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου, αν και η διαταραχή υπάρχει απ' τη βρεφική ηλικία. Ο δάσκαλος χρειάζεται να γνωρίζει τις αντικειμενικές δυσκολίες που έχουν οι εν λόγω μαθητές, να κατανοεί τις πραγματικές αδυναμίες που τους οδηγούν σε λάθη και να αναμένει μόνο επιμέρους βελτίωση, σε κάποιους τομείς και όχι πλήρη εξάλειψη των συμπτωμάτων.

Χρειάζεται η καθημερινή παρακολούθηση των μαθητών, για την έγκαιρη εντόπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και μαθησιακών δυσκολιών για να αποφευχθούν τα περαιτέρω προβλήματα, να μη μειωθούν τα κίνητρα μάθησης και να μην εξανεμιστεί η εμπιστοσύνη αυτών των παιδιών προς τον εαυτό τους. Η χρησιμοποίηση τεχνικών διαφορικής ενίσχυσης για την τροποποίηση των συμπτωμάτων κρίνεται αναγκαία, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων χρήσιμη και η φροντίδα για ενσωμάτωση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην ομάδα των συνομηλίκων επιβεβλημένη (Αντωνίου, 2009).

Η καθημερινή πράξη βέβαια είναι δύσκολη, αλλά με τους κατάλληλους χειρισμούς και πρωτίστως με την ευαισθησία των ίδιων των εκπαιδευτικών μπορούν να βοηθηθούν οι μαθητές να αγαπήσουν τη γνώση και τη διαδικασία απόκτησής της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000), να προσαρμοστούν στο περιβάλλον του σχολείου και να ρυθμίζουν κατάλληλα τη συμπεριφορά τους. Ακόμα ο εκπαιδευτικός μπορεί να βοηθήσει τους μαθητές του να μάθουν να συμπεριλαμβάνουν στις δραστηριότητές τους, συμμαθητές που έχουν ΔΕΠ-Υ με τον προγραμματισμό εργασιών που θα απαιτούν αμοιβαία συνεργασία (Ingersoll, 1988).

Η απόδοση, φυσικά, ευθυνών για τη χαμηλή σχολική επίδοση ή την αδυναμία προσαρμογής στο δάσκαλο από τους γονείς και το αντίστροφο, μόνο ζημιά μπορεί να προξενήσει στο παιδί. Η αρμονική συνεργασία όσων έρχονται σε επαφή με το παιδί είναι η μόνη τεχνική που θα ωφελήσει το ίδιο το παιδί. Ένα καλό εκπαιδευτικό περιβάλλον ωφελεί όχι μόνο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αλλά 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.

Οι αρχές της συνέπειας, της σταθερότητας, της ενίσχυσης, της ενθάρρυνσης και της σαφήνειας οδηγιών πρέπει να διέπουν το δάσκαλο ο οποίος κρίνεται σκόπιμο να στοχεύει στην ενίσχυση του μαθητή του, μέσω επιτυχιών που παρέχονται από εργασίες που συνάδουν τόσο με το επίπεδο, όσο και με τα ενδιαφέροντα του μαθητή του. Η σίγουρη πρόοδος επέρχεται με τη συσσώρευση επιτυχιών. 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 (DuPaul & Stoner, 1994).

Λόγω της αδυναμίας συγκέντρωσης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βαριούνται και γρήγορα αρχίζουν να κάνουν φασαρία, γι' αυτό ο δάσκαλος πρέπει να είναι ικανός να τραβά

την προσοχή των μαθητών του και να ανακαλύψει το είδος ενίσχυσης που έχει αξία γι' αυτούς. Οι δραστηριότητες καλό θα ήταν να χωρίζονται σε επιμέρους ενότητες για να μειωθούν οι πιθανότητες εγκατάλειψης, να υπάρχουν σαφείς και ξεκάθαρες οδηγίες για το τι ακριβώς αναμένει ο δάσκαλος, να αφαιρούνται προνόμια σε ενδεχόμενη επιθετική συμπεριφορά, να δίνονται επιπλέον δραστηριότητες και αρμοδιότητες (π.χ. επιμελητής της τάξης) και να υπάρχει οργάνωση ως προς τις καθημερινές δραστηριότητες των παιδιών στην τάξη.

Ακόμη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, προτείνεται να βρίσκονται στα μπροστινά θρανία και για να έχουν απευθείας θέαση στον πίνακα, αλλά και για να βρίσκονται κοντά στον εκπαιδευτικό, ο οποίος θα πρέπει να ενθαρρύνει και να καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια για διαρκή επικοινωνία με το παιδί. Η εκμάθηση τεχνικών αυτοελέγχου και αυτοδιόρθωσης είναι πολύ σημαντική, γιατί ενισχύεται η αυτοπεποίθηση και η αυτοεικόνα των μαθητών. 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 την εργασία και να σκέφτονται προς την κατεύθυνση που τους υποδεικνύει ο δάσκαλος.

Τα αρνητικά σχόλια πρέπει να αποφεύγονται, τα αποτελέσματα πρέπει να αξιολογούνται διαρκώς και η συνεργασία του δασκάλου με τους γονείς είναι άκρως απαραίτητη. Το παιδί με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, χρειάζεται μικρές και απλές οδηγίες για να είναι ικανό να τις αντιληφθεί και να τις εκτελέσει. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να ενθαρρύνει το παιδί να σκέφτεται περισσότερη ώρα προτού απαντήσει σε ενδεχόμενη συμπεριφορά του, ακόμη και να σκέφτεται φωναχτά. Καλό θα είναι να μην διορθώνονται όλα τα λάθη του παιδιού σε ένα γραπτό για παράδειγμα, για να μην δημιουργηθούν αρνητικά συναισθήματα, αλλά ο δάσκαλος να επικεντρώνεται σε κάποιες κατηγορίες λαθών οι οποίες συστηματικά να διορθώνονται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Το πρόγραμμα λοιπόν της θεραπευτικής παρέμβασης στο σχολείο πρέπει κυρίως να περιλαμβάνει την προσπάθεια του δασκάλου να διατηρήσει την προσοχή του παιδιού.

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.

Το παιδί θα πρέπει να μάθει ότι και η σωστή συμπεριφορά ή η εκτέλεση της εργασίας, τραβά την προσοχή του δασκάλου του και όχι μόνο η μη ολοκλήρωσή της ή η διαταρακτική συμπεριφορά. Οι δάσκαλοι, πρέπει να υιοθετούν την αρχή της διαφορικής προσοχής, δηλαδή να επιβραβεύουν και να αγνοούν εκεί όπου χρειάζεται. Ασφαλώς, τα κηρύγματα και τα υποτιμητικά λόγια δεν ταιριάζουν στη συμπεριφορά

του δασκάλου, αλλά αυτό που απαιτείται είναι η υπομονή, η ειλικρίνεια και η ψυχραιμία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η ειδική μεταχείριση που συνοδεύεται από διαρκή επιβράβευση, παρακολούθηση των εργασιών, επικέντρωση στα ουσιώδη, παροχή εξωτερικών κινήτρων, σαφώς καθορισμένων στόχων οδηγούν στη βελτίωση του παιδιού.

Βασικός στόχος του δασκάλου, πρέπει να είναι η δημιουργία μιας καλής σχέσης με το παιδί που θα το βοηθήσει να αποκτήσει εμπιστοσύνη στις ικανότητες του. Η σταδιακή διαμόρφωση υψηλής αυτοεκτίμησης από το παιδί, θα το βοηθήσει στην ομαλότερη προσαρμογή του. Η άσκηση στην αυτοκαθοδήγηση είναι επίσης πολύ σημαντική μιας και βοηθά στην αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων και στην βελτίωση της ενασχόλησης με μια δραστηριότητα. Παράλληλα, καλό θα ήταν να χρησιμοποιούνται, εκτός από τα σχολικά εγχειρίδια και άλλα υλικά που θα τραβούσαν την προσοχή του παιδιού, με σκοπό την αντιμετώπιση των γνωστικών ελλειμμάτων και την κατανόηση από μέρους του παιδιού όλων όσων του ζητούνται. Οι στόχοι που θέτει ο δάσκαλος, πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, με θετικό περιεχόμενο και ο βαθμός δυσκολίας τους να κυμαίνεται στο πλαίσιο των ικανοτήτων του παιδιού. Τέλος, η επιλογή των ενισχυτών πρέπει να κινητοποιούν το παιδί να θέλει να εμπλακεί ακόμη περισσότερο στις δραστηριότητες που του θέτει ο δάσκαλος.

Η αποτελεσματικότητα του δασκάλου, έγκειται στην προσπάθειά του να «καταλάβει» τις ανάγκες των μαθητών του και να διδάσκει με βάση αυτές. Οι εκπαιδευτικοί δεν πρέπει να απογοητεύονται, αλλά να μάχονται διαρκώς και καθημερινά μέσα σε ένα χώρο που βρίθκει από δυσκολίες, ματαιώσεις και απογοητεύσεις αλλά πάντα με χαμόγελο και αισιοδοξία. Μπορούν και έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν πολυεπίπεδα τους μαθητές τους, αρκεί να το επιθυμούν με την ψυχή τους και να το προσπαθούν πραγματικά.

Βιβλιογραφία

- American Academy of Pediatrics. (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108, 1033-1044.
- Αντωνίου, Α.-Σ. (2009). *Ψυχολογία ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Bagwell, C. L., Molina, B. S. G., Pelham, J., William, E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285-1292.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Biederman, J., Faraone, S., Taylor, A., Sienna, M., Williamson, S., & Fine, C. (1999). Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings from a

- longitudinal clinical sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(3), 305-313.
- Braswell, L., & Bloomquist, M. L. (1991). *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children*. New York: Guilford Press.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., Sarfatti, S. E. Vauss, Y. C., Snell, J. W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A., Ritchie, G. F., Rajapakse, J. C., & Rapoport, J. L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607-616.
- Consensus Development Panel (2000). National Institutes of Health Consensus Development Conference statement: Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 182-193.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- Eisenberger, R., & Cameron, J. (1996). Detrimental effects of reward: Reality or myth? *Journal of the American Psychological Association*, 51, 1153-1166.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Lehman, B., Keenan, K., Norman, D., Seidman, L. J., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., & Chen, W. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: Results from a family genetic study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 891-895.
- Goldstein, S. (1994). Understanding and assessing ADHD and related educational and behavioral and emotional disorders. *Therapeutic Care and Education*, 3, 111-129.
- Greene, R. (1993). Hidden factors affecting the education success of ADHD students. *The ADHD Report*, 2, 8-9.
- Hartmann, T. (1996). *Beyond ADD: Hunting for reasons in the past and present*. Green Valley: Underwood Books.
- Ingersoll, B. (1988). *Your hyperactive child*. New York: Doubleday.
- Κάκουρος, Ε. (1998). Η έκβαση των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών στην εφηβεία. *Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής, Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.*, 5, No 3(19), 89-91.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1991). *Synopsis of Psychiatry* (6th ed.). Baltimore, USA: Williams and Wilkins.
- Lamberg, L. (2003). ADHD often undiagnosed in adults: Appropriate treatment may benefit work, family, social life. *JAMA*, 290(12), 1565-1567.
- Παπαδάτος, Γ. (2004). *Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Gutenberg.
- Parker, H. C. (1992). *The ADD hyperactivity handbook for schools*. Florida: Impact Publications.
- Reeve, R. E. (1994). The academic impact of ADD. *Attention*, 1, 8-12.
- Schweitzer, J. B. (2001). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medical Clinics of North America*, 85(3), 757-777.

Περίληψη

Το σύνδρομο της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) τα τελευταία χρόνια έχει μελετηθεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη παιδοψυχιατρική διαταραχή κι αυτό γιατί πολλά προβλήματα μάθησης και

συμπεριφοράς σχετίζονται με αυτό. Δημοσιεύσεις και άρθρα αναφέρουν σημαντική αύξηση των ποσοστών εμφάνισης παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Στόχος της έρευνας είναι η κατανόηση της φύσης της διαταραχής, των στόχων της θεραπευτικής παρέμβασης και του ρόλου της συμμετοχής των δασκάλων σε αυτή. Είναι εξίσου σημαντική η ενημέρωση των εκπαιδευτικών, με σκοπό να εντοπίζουν και να αντιμετωπίζουν έγκαιρα τυχόν αναπτυξιακά προβλήματα των μαθητών τους. Τα ευρήματα των ερευνών είναι ενθαρρυντικά για τη μεγάλη βελτίωση που επιτυγχάνεται με συνδυασμένη εκπαίδευση, συμμετοχή και των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία και πολυεπίπεδη προσέγγιση από τους εκπαιδευτικούς. Η στοχευμένη παρέμβαση και η εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων χειρισμού των παιδιών, βοηθά στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, στην ομαλότερη προσαρμογή, στη βελτίωση τόσο της συμπεριφοράς όσο και της επίδοσης στο σχολείο. Είναι σημαντικό να μη στοχοποιούνται αυτά τα παιδιά, να μην απομονώνονται και να ενθαρρύνονται για βελτίωση με την επικέντρωση και στα θετικά στοιχεία που διαθέτουν. Ζωτικής σημασίας είναι η πρώιμη διάγνωση για την αποφυγή δευτερογενών προβλημάτων και η εγρήγορση τόσο των δασκάλων όσο και των γονέων, ώστε να παρατηρούν δυσλειτουργίες για να εντοπίζουν τη μη διαγνωσμένη ΔΕΠ-Υ.