

ΘΕΜΑΤΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΑΛΟΣ (2010)

Υποστήριξη παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα

Ζωή Καραμπατζάκη PhD

Σχολική Σύμβουλος Π. Α. Αττικής

Περίληψη

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) είναι από τις πλέον μελετημένες διαταραχές της παιδικής ηλικίας, επειδή έχει μεγάλη συχνότητα, συνέπειες στην καθημερινή ζωή και είναι μακροπρόθεσμη κατάσταση. Η αυξημένη κινητικότητα, η παρορμητικότητα και η έλλειψη συγκέντρωσης προσοχής είναι τρία από τα στοιχεία που τη χαρακτηρίζουν. Η νοημοσύνη των παιδιών με αυτή τη διαταραχή είναι συνήθως φυσιολογική. Μπορεί όμως ένα καθυστερημένο ή αυτιστικό παιδί να έχει και υπερκινητικότητα.. Η αξιολόγηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πρέπει να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών μεθόδων και η θεραπευτική του αντιμετώπιση να είναι πολύπλευρη.

1. Εισαγωγή

Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή η οποία εμφανίζεται πολύ πρώιμα, συνήθως κατά τη νηπιακή ηλικία και αποτελείται από μια σειρά συμπτωμάτων σε τρεις περιοχές : μικρό διάστημα προσοχής, παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα (Kaplan & Sadock, 1991). Είναι η πιο κοινή διαταραχή της παιδικής ηλικίας (Ρούσσου, 1988) και από τις πλέον μελετημένες, επειδή έχει μεγάλη συχνότητα, συνέπειες στην καθημερινή ζωή και είναι μακροπρόθεσμη κατάσταση.

Στην ιατρική βιβλιογραφία περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν από πολλά χρόνια και με το πέρασμα του χρόνου άλλαξε πολλά ονόματα τα οποία αντικατόπτριζαν αυτό το οποίο κατά καιρούς θεωρούσαν ως κεντρικό πρόβλημα της διαταραχής. Έτσι όροι όπως ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία υποδήλωναν βλάβη στον εγκέφαλο, ενώ όροι όπως υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας, υπερκινητικό σύνδρομο ή σύνδρομο του υπερκινητικού παιδιού υποδήλωναν ότι το βασικό σύμπτωμα του συνδρόμου ήταν η

υπερκινητικότητα (Kaplan & Sadock, 1991, Ρούσσου, 1988). Άλλοι όροι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι όροι, ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη, εγκεφαλοπάθεια, σύνδρομο υπερκινητικότητας (Μπεζεβέγκης, *χχ.* Kaplan & Sadock, 1991) και ψυχοκινητική αστάθεια (Σταύρου, 1985).

Ο όρος που χρησιμοποιείται σήμερα στο Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV) αντικατοπτρίζει την πεποίθηση ότι τα προβλήματα προσοχής κατέχουν κεντρική θέση και εκδηλώνονται πάντοτε στα παιδιά για τα οποία έχει γίνει διάγνωση, χωρίς όμως να συνοδεύονται απαραίτητα και από Υπερκινητικότητα. Έτσι στην παραπάνω ταξινόμηση αποκλείονται τα παιδιά με εγκεφαλική βλάβη.

Το DSM-IV περιγράφει τρεις υποκατηγορίες της διαταραχής όπως : διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής /υπερκινητικότητας μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (American Psychiatric Association, 1994).

2. Περιγραφή της Διαταραχής και Συμπτώματα

Τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή χαρακτηρίζονται από εύκολη διάσπαση της προσοχής, έντονη παρορμητικότητα και αυξημένη κινητική δραστηριότητα (υπερκινητικότητα). Η υπερκινητικότητα μπορεί ή όχι να συνοδεύει την ελλειμματική προσοχή, συνήθως όμως συνυπάρχουν και τα δύο. Σπάνια υπάρχει ελλειμματική προσοχή χωρίς υπερκινητικότητα

Το υπερκινητικό παιδί βρίσκεται σε μια συνεχή διέγερση, συνεχώς κινείται, τρέχει, σκαρφαλώνει ή χοροπηδάει. Είναι ανίκανο να σταθεί σε ένα μέρος (Barnes, 1992) και συνεχώς μεταπηδά από τη μια δραστηριότητα στην άλλη, ενώ σπάνια μπορεί να ασχοληθεί με το ίδιο πράγμα περισσότερο από τρία λεπτά (Ρούσσου, 1988).

Ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να σηκώνεται από τη θέση του όταν απαιτείται να παραμείνει καθιστό, ή να είναι υπερβολικά ομιλητικό και θορυβώδες, ή να κουνά ένα μέρος του σώματος του και να στριφογυρίζει ακόμα και σε καταστάσεις ηρεμίας. Αυτή η συμπεριφορά είναι περισσότερο εμφανής σε καταστάσεις οργανωμένες και δομημένες που απαιτούν υψηλό βαθμό αυτοέλεγχου της συμπεριφοράς (Steinhausen, 1992).

Η παρορμητικότητα του παιδιού φαίνεται από το γεγονός ότι ενεργεί χωρίς να σκέφτεται (Taylor, 1992). Αναφέρεται στη μειωμένη ικανότητα του παιδιού να αναστέλλει ακατάλληλες ενέργειες και να περιμένει συνέπειες στο μέλλον. Συχνά αγνοεί τον κίνδυνο, μοιάζει να μη φοβάται τίποτα. Η έντονη παρορμητικότητα και η φαινομενική έλλειψη φόβου μπορεί να οδηγήσει το παιδί σε επικίνδυνες καταστάσεις (Ρούσσου, 1988, Steinhausen, 1992).

Η απροσεξία στη συμπεριφορά του εκφράζεται με το 'δεν τελειώνω κάτι που έχω αρχίσει'. Στο ελεύθερο παιχνίδι ένα φυσιολογικό παιδί αρχίζει και τελειώνει ένα παιχνίδι. Ένα παιδί με αυτή τη διαταραχή παρουσιάζει εναλλαγή στο παιχνίδι, ακόμα και όταν είναι ελεύθερο να διαλέξει. Ταυτόχρονα φαίνονται και οι υπερκινητικές συμπεριφορές. Στην απροσεξία έχουμε και υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Αυτός ο συνδυασμός φτιάχνει το σύνδρομο. Ένα φυσιολογικό παιδί μπορεί να είναι ζωντανό, αλλά δεν έχει διάσπαση προσοχής, μπορεί να κοντρολάρει τον εαυτό του. Είναι σαφής ο διαχωρισμός ανάμεσα στο υπερκινητικό και το φυσιολογικό παιδί. Το φυσιολογικό παιδί μπορεί να παρουσιάσει περιστασιακή υπερκινητικότητα, αλλά να μην παρουσιάζει και παρορμητικότητα.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα του παιδιού με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητας μπορεί να είναι ορισμένα από τα ακόλουθα:

- ◆ Συνεχής μετακίνηση
- ◆ Βάδισμα με τις άκρες των ποδιών
- ◆ Τρέξιμο παρά βάδισμα
- ◆ Συνεχής κίνηση των ποδιών – της κεφαλής όταν κάθετοι
- ◆ Διάσπαση της προσοχής.
- ◆ Πανικοβάλλεται εύκολα
- ◆ Κλαψουρίζει συνέχεια – είναι ανικανοποίητο
- ◆ Έχει ξεσπάσματα
- ◆ Έχει κακές συνήθειες στον ύπνο (και κλαίει)
- ◆ Εύκολη αφύπνιση
- ◆ Ασυνήθιστη δίψα
- ◆ Μεταπηδά εύκολα από μια δραστηριότητα σε άλλη
- ◆ Κολλάει κάπου όταν του αρέσει

- ◆ Αυθόρμητη επιθετικότητα
- ◆ Κάνει συνέχεια αταξίες
- ◆ Πιάνει συνέχεια αντικείμενα που δεν επιτρέπεται
- ◆ Έχει καταστροφικές τάσεις
- ◆ Αδιαφορεί στην τιμωρία
- ◆ Μπορεί να δαγκώνει και να χτυπά τους άλλους.
- ◆ Έχει τάσεις προς εμπρησμό.
- ◆ Συγκρούσεις με συνομηλίκους
- ◆ Έχει αστάθεια ή αδεξιότητα
- ◆ Δυσκολία προσανατολισμού
- ◆ Πιθανό πρόβλημα ομιλίας
- ◆ Ανεπάρκεια ακουστικής μνήμης
- ◆ Ανεπάρκεια οπτικής μνήμης
- ◆ Ελλιπής κατανόηση
- ◆ Δυσκολία στον εσωτερικό διάλογο.
- ◆ Πιθανές δυσκολίες μάθησης
- ◆ Πιθανά προβλήματα δυσλεξίας

Τα συμπτώματα αυτά δεν εμφανίζονται βέβαια όλα μαζί στο ίδιο παιδί, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις συμβαίνει και αυτό. Είναι εμφανή σε πρώιμη ηλικία, ενώ φαίνεται να υπάρχει έξαρση γύρω στα 3 ½ χρόνια.

Η κατάσταση μπορεί να είναι σοβαρή εξαιτίας των προεκτάσεων που έχει σε βασικούς τομείς της ζωής του παιδιού, όπως: στην κοινωνικότητα του, στις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και στις σχολικές επιδόσεις του (Ρούσου, 1988). Συνήθως μεγαλώνοντας το παιδί βελτιώνεται, σε πολλές περιπτώσεις όμως η διαταραχή επιμένει. Η κατάσταση μετασηματιζόμενη διαρκεί ίσως σε ολόκληρη τη ζωή.

Η νοημοσύνη των παιδιών με αυτή τη διαταραχή τις περισσότερες φορές είναι φυσιολογική. Ωστόσο έρευνες έχουν δείξει (Eisert, 1992) ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν την τάση να είναι στη νοητική τους ανάπτυξη πιο πίσω από τα φυσιολογικά παιδιά και από τα αδέρφια τους και ότι υπολείπονται από αυτά κατά 7-15 βαθμούς στα τυποποιημένα τεστ νοημοσύνης. Δεν είναι βέβαιο αν οι διαφορές αυτές είναι

πραγματικές ή οφείλονται στη συμπεριφορά τους κατά την ώρα του τεστ. Μπορεί όμως ένα καθυστερημένο ή αυτιστικό παιδί να έχει και υπερκινητικότητα. Επίσης μπορεί να υπάρχουν συνοδά ή δευτερογενή συμπτώματα της διαταραχής.

3. Συνοδά ή δευτερογενή συμπτώματα

Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι :

- α. Οι διαταραχές διαγωγής (Eisert, 1992), υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η κοινωνική λειτουργία του δεν πάει καλά. Η συμπεριφορά αυτών των παιδιών καταλήγει να γίνει αντικοινωνική με χαρακτηριστικές εκδηλώσεις το ψέμα, την απάτη, τις κλοπές και τις βίαιες φιλονικίες (Μπεζεβέγκης, *χχ*).
- β. Οι δυσκολίες στη σχολική μάθηση, οι οποίες κατά κύριο λόγο οφείλονται στην έλλειψη συγκέντρωσης της προσοχής. Η δυνατότητα της συγκέντρωσης της προσοχής είναι βασική στη μάθηση. Ένα παιδί το οποίο δεν μπορεί να συγκεντρωθεί σ' αυτό που βλέπει ή ακούει ή αισθάνεται δεν μπορεί να το μάθει. Όταν λοιπόν ένα παιδί έχει διάσπαση της προσοχής στην ουσία κινδυνεύει να μείνει πίσω σε όλες τις μαθησιακές δραστηριότητες, ακριβώς γιατί η προσοχή είναι προϋπόθεση της μάθησης (Νικολάου-Παπαναγιώτου, Α& Συρίγου-Παπαβασιλείου, Α. 1997). Μια άλλη αιτία της σχολικής αποτυχίας μπορεί να είναι και το γεγονός ότι το παιδί μπορεί να δυσκολεύεται να συγκρατήσει προφορικές λέξεις, προτάσεις ή γράμματα (ακουστική μνήμη), να αποκωδικοποιεί ήχους (ακουστική διάκριση), χαμηλό οπτικοκινητικό συντονισμό, και αδύναμη οπτική μνήμη (Ρούσσου, 1998, Μπεζεβέγκης, *χχ*).
- γ. Η έλλειψη αυτοεκτίμησης και το χαμηλό αυτοσυναίσθημα. Επειδή τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιλαμβάνονται τα προβλήματά τους και εισπράττουν συγχρόνως την απογοήτευση των γονιών και των δασκάλων τους αισθάνονται άσχημα με τον εαυτό τους, έχουν λίγη αυτοεκτίμηση και έχουν χαμηλό αυτοσυναίσθημα (Μπεζεβέγκης, *χχ*).
- δ. Η αδεξιότητα στις κινήσεις. Λόγω της παρορμητικότητάς τους τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αδεξιότητα στις κινήσεις τους.

4. Αξιολόγηση

Για τη διάγνωση πρέπει να είναι παρούσα η ελλειμματική προσοχή με ή χωρίς υπερκινητικότητα και τα συμπτώματα να είναι εμφανή σε περισσότερες από μια περιστάσεις (π.χ. σπίτι, σχολείο, ιατρείο) (Steinhausen, 1992). Τα συνοδά

χαρακτηριστικά δεν είναι επαρκή ούτε αναγκαία για τη διάγνωση, αλλά την ενισχύουν (Steinhausen, 1992, Kaplan & Sadock, 1991). Ο διαχωρισμός των εκδηλώσεων της ΔΕΠ-Υ σε βασικά και συνοδά συμπτώματα διευκολύνει τη διάγνωση (Ρούσσου, 1988).

Το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) περιγράφει με λειτουργικό τρόπο τα βασικά χαρακτηριστικά ως ακολούθως :

- (1) Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα απροσεξίας έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες , σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο.

Απροσεξία

α) Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες .

β) Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε δουλειές ή δραστηριότητες παιχνιδιού .

γ) Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος .

δ) Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες , δουλειές που του ανατίθενται ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή αποτυχία κατανόησης των οδηγιών) .

ε) Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.

στ) Συχνά αποφεύγει ή αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος(-η) να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν αδιάπτωτη πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).

ζ) Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για δουλειές ή δραστηριότητες (π.χ παιχνίδια, σχολικές εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία)

η) Συχνά η προσοχή διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα

θ) Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες

- (2) έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή με το αναπτυξιακό επίπεδο :

Υπερκινητικότητα

α) Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση

β) Συχνά αφήνει τη θέση στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος(-η) .

γ) Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί και σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις, οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και τους ενήλικες αυτό μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας)

δ) Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα

ε) Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και συχνά ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή»

στ) Συχνά ομιλεί υπερβολικά

Παρορμητικότητα

ζ) Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση

η) Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του (της)

θ) συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του (της) τους άλλους (π.χ παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια)

B. Μερικά συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή απροσεξίας που προκαλούν την έκπτωση υπήρχαν πριν την ηλικία των 7 ετών .

Γ. Η έκπτωση λόγω των συμπτωμάτων είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ στο σχολείο [η τη δουλειά] και στο σπίτι)

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

E. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στην διάρκεια της πορείας μια Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ Διαταραχή της Διάθεσης , Αγχώδης Διαταραχή , Αποσυνδεδετική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας).

Μια πλήρης αξιολόγηση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει

- ◆ Λήψη ιστορικού
- ◆ Συνεντεύξεις με το παιδί
- ◆ Άμεση παρατήρηση συμπεριφοράς
- ◆ Ειδικά tests (νευρολογικά και άλλα).
- ◆ Ερωτηματολόγια για γονείς , δασκάλους και συνομηλίκους
- ◆ Νευρολογικές εξετάσεις

Και πρέπει να τεθούν ορισμένα κριτήρια όπως :

- ◆ Να υπάρχουν πολλές εκδηλώσεις στην καθημερινή ζωή.
- ◆ Να υπάρχουν προϋποθέσεις διάχυτες και να εμφανίζονται σε διάφορες συνθήκες (και στο σχολείο και στο σπίτι) (Steinhausen, 1992).

Η διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τη νοητική καθυστέρηση, τη σχιζοφρένεια, τον αυτισμό, τις συναισθηματικές διαταραχές της συμπεριφοράς, την υπερβολική δραστηριότητα ανάλογη της ηλικίας του παιδιού, την αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, καθώς και των περιπτώσεων εκείνων των παιδιών που ζουν μέσα σε ένα ανεπαρκές, ανοργάνωτο και χαοτικό περιβάλλον. Ορισμένα από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρατηρηθούν και σε παιδιά που εμφανίζουν μια από τις παραπάνω διαταραχές και η διάγνωση να δυσκολεύει. Ενδέχεται όμως να συνυπάρχουν και δύο διαταραχές μαζί, οπότε να είναι δικαιολογημένες και οι δύο διαγνώσεις (Ρούσσου, 1988).

5. Επιδημιολογία

Η συχνότητα με την οποία παρατηρείται η ΔΕΠ-Υ έχει σχέση με τα κριτήρια που τίθενται σε κάθε κοινωνία και κάτω από ποιες συνθήκες γι' αυτό και πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα ποσοστά ποικίλλουν στις διάφορες χώρες.

Για παράδειγμα στην Αμερική έρευνες τοποθετούν τη συχνότητα από 2 έως 20% σε παιδιά σχολικής ηλικίας, ενώ συνήθως κυμαίνονται από 3 έως 5% (Kaplan & Sadock, 1991). Στην Αγγλία το ποσοστό που αναφέρεται είναι 1%. Φαίνεται πάντως πως ένα 4% των παιδιών παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή με συχνότητα 3 αγόρια προς 1 κορίτσι. Είναι πιο συχνή σε πρωτότοκα αγόρια και σε παιδιά των οποίων οι γονείς είναι οι ίδιοι υπερκινητικοί, ή αλκοολικοί ή έχουν κάποια άλλη διαταραχή (Kaplan & Sadock, 1991).

6. Αιτιολογία

Η αιτιολογία της διαταραχής παραμένει άγνωστη και ίσως να αποτελεί το τελικό μονοπάτι πολλών, διαφορετικών αιτιολογικών παραγόντων. Θα ήταν χρήσιμες νέες έρευνες προκειμένου να διαπιστωθεί ποιοι παράγοντες ή συνδυασμοί παραγόντων έχουν τις πιο σημαντικές αιτιολογικές επιδράσεις (Ρούσσου, 1998). Στους παράγοντες που έχουν θεωρηθεί υπεύθυνοι συμπεριλαμβάνονται οι παρακάτω: Οργανικοί παράγοντες,

νευρολογικοί και νευροχημικοί παράγοντες, δυσλειτουργία του εγκεφάλου, καθυστέρηση της ωρίμανσης (Kaplan & Sadock, 1991).

6.1 Οργανικοί παράγοντες

Επειδή η υπερκινητικότητα παρατηρήθηκε για πρώτη φορά σε παιδιά με εγκεφαλικό τραύμα ή μόλυνση, οι ερευνητές προσπαθούν να συνδέσουν αιτιολογικά τη διαταραχή με διάφορους οργανικούς παράγοντες, όπως εγκεφαλική βλάβη, γενετικές ανωμαλίες, βιοχημικές διαταραχές, μολύνσεις, δηλητηριάσεις και ελαφρές νευρολογικές ανωμαλίες, χωρίς μέχρι σήμερα, να έχουν βρεθεί στοιχεία που να αποδεικνύουν τα παραπάνω (Ρούσσου, 1988). Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν φάνηκε να εμφανίζουν μεγάλες δομικές βλάβες ή ασθένειες στο κεντρικό νευρικό σύστημα όταν εξετάστηκαν με συνηθισμένες νευρολογικές μεθόδους. Αντίστροφα πολλά παιδιά με εγκεφαλική βλάβη ή νευρολογικές διαταραχές δεν παρουσιάζουν κάποιο χαρακτηριστικό υπερκινητικότητας (Kaplan & Sadock, 1991). Οι οργανικές βλάβες ή δυσλειτουργίες που υποτίθεται ότι προκαλούν την υπερκινητικότητα μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες καθαρά γενετικούς (που επεμβαίνουν τη στιγμή της σύλληψης) ή σε αρνητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβαίνουν στην εμβρυϊκή περίοδο (προγεννητικοί), στον τοκετό (περιγεννητικοί) ή και μετά από τον τοκετό (μεταγεννητικοί παράγοντες) (Μπεζεβέγκης, χχ).

6.2 Γενετικοί παράγοντες

Μια γενετική βάση της ΔΕΠ-Υ έχει υποστηριχθεί από δεδομένα που εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα ανάμεσα σε μονοζυγωτικούς διδύμους από ότι σε διζυγωτικούς. Επίσης έχει βρεθεί ότι οι φυσικοί γονείς των παιδιών με υπερκινητικότητα υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα, αλκοολισμό, διαταραχές της προσωπικότητας σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι γονείς άλλων παιδιών (Kaplan & Sadock, 1991, Μπεζεβέγκης, χχ).

6.3 Αλλεργίες

Σχετικά πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η διατροφή και η μόλυνση του περιβάλλοντος παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ (Barnes, 1992). Ο Feingold θεωρεί υπεύθυνες τις τεχνητές χρωστικές ουσίες, τις τεχνητές γεύσεις ή τα

συντηρητικά, ενώ άλλοι αποδίδουν ευαισθησία σε κοινές τροφές, όπως το σιτάρι, το γάλα, το καλαμπόκι, τα αυγά, ακόμα και τη ζάχαρη. Η διαιτητική θεωρία της υπερκινητικότητας βρίσκεται υπό εξέταση (Ρούσσου, 1988).

6.4 Ψυχολογικοί παράγοντες

Όταν δεν υπάρχουν ενδείξεις οργανικής βλάβης ή ιστορικό αρνητικών γεγονότων που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν ένα τέτοιο πρόβλημα, η έρευνα στρέφεται στη μελέτη περιβαλλοντικών, καθαρά ψυχολογικών παραγόντων ως αιτίων της υπερκινητικότητας (Μπεζεβέγκης, *χχ*). Προδιαθεσικοί παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν την ιδιοσυγκρασία του παιδιού, τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια, την κατάθλιψη των γονέων, το χαμηλό μορφωτικό –οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Οι οικογενείς παράγοντες συνδέθηκαν κυρίως με την έλλειψη προσοχής των παιδιών με αυτή τη διαταραχή (Kaplan & Sadock, 1991, Μπεζεβέγκης, *χχ*).

7. Αντιμετώπιση

Η «θεραπευτική» αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πρέπει να είναι πολύπλευρη. Ένα παιδί μ' αυτή τη διαταραχή αισθάνεται ότι όλοι το επικρίνουν, ότι το αδικούν. Γι' αυτό πριν απ' όλα χρειάζεται την αποδοχή και την κατανόησή μας. Πρέπει να νοιώσει ότι το καταλαβαίνουν γιατί αυτό λειτουργεί για το ίδιο ως προστατευτικός παράγοντας, είναι ένας λόγος να παραμείνει στο σχολείο έστω και με τις δυσκολίες του και ένας λόγος να έχει επιδόσεις σε κάποιον τομέα έξω από το σχολείο π.χ. κάποιο ιδιαίτερο ταλέντο.

Έπειτα χρειάζεται κάποιος να του βάλει όρια. Όχι όμως πολύ στενά, για να μπορούν να τηρηθούν. Το σύστημα των ορίων πρέπει να δουλεύει και στο σχολείο και στο σπίτι για να έχει αποτελέσματα. Για το λόγο αυτό και η συμβουλευτική προς τους γονείς, θα ήταν ενδεδειγμένη.

Ακόμα η τροποποίηση συμπεριφοράς και η ψυχοκινητική εκπαίδευση ή επανεκπαίδευση μπορεί να βοηθήσουν.

Σε μερικές περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία και η φαρμακευτική αγωγή

7.1 Φαρμακοθεραπεία

Γενικά η χρήση φαρμάκων σε παιδιά δεν είναι επιθυμητή, αλλά ορισμένες φορές ειδικά για το παιδί με ΔΕΠ-Υ, είναι απαραίτητη για να τεθεί υπό έλεγχο η συμπεριφορά του. Τα φάρμακα που χορηγούνται συνήθως είναι διεγερτικά μεθυλφαινιδάτη (Ritalin), ή αμφεταμίνη (Dexedrine), ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις χορηγείται πεμολίνη (Cylert) ή τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Kaplan & Sadock, 1991, Μπεζεβέγκης, χχ, Ρούσσου, 1988). Βέβαια, τα φάρμακα, καλό είναι να προστίθενται στο θεραπευτικό πρόγραμμα αφού πρώτα εξαντληθούν όλοι οι άλλοι τρόποι και δεν φέρουν θετικά αποτελέσματα. Πάντως ένα ποσοστό 70%-80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να ανταποκρίνεται καλά στη φαρμακοθεραπεία με διεγερτικά φάρμακα.

7.2. Ψυχοθεραπεία

Η παραδοσιακή ψυχοθεραπεία δεν φαίνεται να βοηθάει αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των βασικών συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας, ωστόσο χρησιμοποιείται με επιτυχία στην αντιμετώπιση των δευτερογενών της συμπτωμάτων, όπως είναι το χαμηλό συναίσθημα, τα αισθήματα αποτυχίας και ανεπάρκειας που νοιώθουν συχνά τα υπερκινητικά παιδιά και που τα οδηγούν σε αντικοινωνικές συμπεριφορές (Μπεζεβέγκης, χχ). Οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς, που μπορούν να εφαρμοστούν τόσο από τους δασκάλους όσο και από τους γονείς των παιδιών φαίνεται να έχουν αρκετή επιτυχία (Μπεζεβέγκης, χχ, Kaplan & Sadock, 1991).

7.3 Συμβουλευτική γονέων

Αρκετοί γονείς αισθάνονται ενοχές και αποδίδουν τη συμπεριφορά του υπερκινητικού παιδιού στη δική τους «λανθασμένη» αγωγή, αφού δεν γνωρίζουν το κύριο πρόβλημα του παιδιού (Μάρκου, 1983). Στόχοι της συμβουλευτικής είναι να βοηθήσει τους γονείς να αποδεχτούν το πρόβλημα του παιδιού, να ξεπεράσουν τα συναισθήματα ενοχής που νοιώθουν αδικαιολόγητα, να αφήνουν το παιδί να κάνει πράγματα που κάνουν τα άλλα παιδιά και να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες από το παιδί τους (Μπεζεβέγκης, χχ). Η τεχνική των ορίων πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνεννόηση με το σχολείο του παιδιού και να τηρείται και στο σπίτι όσο αυτό είναι δυνατόν.

7.4 Παιδαγωγική αντιμετώπιση

Η παιδαγωγική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να πάρει δύο μορφές : τη γενική και την ειδική (Μπεζεβέγκης, χχ). Με τη γενική αντιμετώπιση στην ουσία δημιουργούμε τις συνθήκες που θα επιτρέψουν στο παιδί να συγκεντρωθεί και να φέρει σε πέρας μια δραστηριότητα (Μπεζεβέγκης, χχ). Για παράδειγμα το υπερκινητικό παιδί πρέπει να κάθεται σε ένα σημείο όπου υπάρχουν όσο το δυνατόν λιγότερα ερεθίσματα. Τα μπροστινά θρανία προσφέρονται και για το λόγο ότι είναι δυνατή μια άμεση επέμβαση εκ μέρους του εκπαιδευτικού, αλλά και για το λόγο ότι η παρουσία και μόνο του εκπαιδευτικού δρα κατευναστικά και ηρεμεί τις ανησυχίες του παιδιού (Μάρκου, 1993).

Με την ειδική παιδαγωγική αντιμετώπιση γίνεται προσπάθεια να διδαχθούν στο παιδί τρόποι, με ειδικές ασκήσεις, για να ξεπεράσει προβλήματα και ανεπάρκειες σε ιδιαίτερους τομείς της γνωστικής του ανάπτυξης, όπως λογοθεραπεία (για τη βελτίωση της άρθρωσης), αναγνωστικές ασκήσεις και ψυχοκινητική εκπαίδευση ή επανεκπαίδευση (Μπεζεβέγκης, χχ.). Η προαγωγή της μάθησης πρέπει να λαμβάνεται σαφώς υπόψη. Η σχολική μάθηση μπορεί να απαιτεί την προσαρμογή του προγράμματος στις ανάγκες του παιδιού ή την αναπροσαρμογή του όταν αναγνωριστούν οι ειδικές ανάγκες του παιδιού. Επιπλέον μέσα από την παιδαγωγική πράξη πρέπει να αντιμετωπιστούν και τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού μέσα από προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς. Κάτι τέτοιο βέβαια απαιτεί και εκπαίδευση των ιδίων των εκπαιδευτικών πάνω σε τεχνικές και μεθόδους τροποποίησης της συμπεριφοράς. Όλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα και συστήματα πρέπει να αναγνωρίσουν την ελλειμματική προσοχή σαν μια κατηγορία ειδικής ανάγκης και να σκεφτούν συγκεκριμένα πως πρέπει να αντιμετωπιστεί (Taylor, 1992).

Στην επικοινωνία μας με το παιδί με ΔΕΠ-Υ δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε επικριτική γλώσσα και συνεχείς παρατηρήσεις. Αν θέλουμε να παρέμβουμε καλύτερα να το κάνουμε με μη λεκτικό τρόπο. Έτσι όταν θέλουμε να ησυχάσουμε ένα υπερκινητικό παιδί, θα πρέπει να ακολουθήσουμε τις παρακάτω ενέργειες :

- Να σταθούμε ακριβώς δίπλα του
- Να βάλουμε το χέρι μας στους ώμους του
- Να αναπτύξουμε μαζί του ένα κώδικα επικοινωνίας με σύμβολα και νεύματα, όπως π.χ. το σύμβολο της ησυχίας ή μικρές καρτούλες με το σύμβολο STOP

Μάρκου, 1993). Απλές ενέργειες χειρισμοί και κανόνες εκ μέρους του εκπαιδευτικού μπορεί να έχουν πολύ θετικά αποτελέσματα. Επίσης ο εκπαιδευτικός πρέπει να παρέχει στο παιδί με ΔΕΠ-Υ ευκαιρίες να εκτονώνεται, διαφορετικά θα το κάνει το παιδί από μόνο του αναστατώνοντας ολόκληρη την τάξη.

Στην παιδαγωγική παρέμβαση και αντιμετώπιση προτείνονται επιπλέον :

- Προγραμματισμένες δραστηριότητες άθλησης και με ευθύνη της οικογένειας. Ο αθλητισμός είναι γενικά ωφέλιμος για το υπερκινητικό παιδί και ιδιαίτερα η ατομική άσκηση. Το παιχνίδι σε ομάδες (π.χ. ποδόσφαιρο δεν ενδείκνυται) (Μάρκου, 1993).
- Ασκήσεις ηρεμίας
- Ο σχεδιασμός και η εκτέλεση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων π.χ. να του ανατεθεί να ποτίσει όλα τα λουλούδια στο μπαλκόνι, ή στον κήπο του χωρίς να αποσπάται από άλλα ερεθίσματα (Μάρκου, 1993).

«Επιπλέον, είναι σκόπιμο να καθόμαστε δίπλα του και με ήρεμο τρόπο να το κατευθύνουμε πάνω στην εργασία που του αναθέσαμε -π.χ. λύση ασκήσεων- και την οποία πρέπει να ολοκληρώσει οπωσδήποτε. Μας ενδιαφέρει να αναπτύξει μια αποτελεσματική μέθοδο ελέγχου της παρορμητικότητας στο γνωστικό τομέα» (Μάρκου, 1993).

Αυτό που θα πρέπει να έχουμε κατά νου είναι ότι δεν υπάρχει μια μόνο μέθοδος αντιμετώπισης των προβλημάτων του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Συχνά απαιτείται ένας συνδυασμός μεθόδων και όχι η άκριτη προσκόλληση σε ένα συγκεκριμένο θεωρητικό πρότυπο. Πολλές φορές ο συνδυασμός περισσότερων τρόπων αντιμετώπισης παρουσιάζει θεαματικά αποτελέσματα (Μπεζεβέγκης, χχ).

Βιβλιογραφία

- Alberti, A. (1986). (μετ. Μ. Κονδύλη, επιμ. Χ. Φράγκος & Μ.Κονδύλη). *Θέματα Διδακτικής. Λεξικό βασικών όρων σύγχρονης διδακτικής*. Αθήνα : Gutenberg.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington : DC APA
- Barnes, B. (1992). *Το Υπερκινητικό Παιδί*. Αθήνα: Θυμάρι

- Brazelton, B., T. (1996). (μετ. Α. Παπασπύρου , επιμ. Ι. Παρασκευόπουλος). *Τα αναπτυξιακά προβλήματα του βρέφους και του νηπίου*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Eisert, H.G. (1992). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητα και σχολική απόδοση. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ σαν μαθητής που μειονεκτεί στην τάξη. Στο *Πεπραγμένα συμποσίου : Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής. Πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο*. (1992). Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας .
- Kaplan, H.I.& Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of Psychiatry* (6th ed.). Baltimore, U.S.A. : Williams and Wilkins.
- Steinhausen, H.CHR. (1992). Υπερκινητικές διαταραχές. Στο *Πεπραγμένα συμποσίου : Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής. Πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο*.(1992). Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας.
- Taylor, E. (1992). Υπερκινητικότητα και διαταραχές διαγωγής: Πρόκληση για τον κλινικό και το δάσκαλο. Στο *Πεπραγμένα συμποσίου : Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής. Πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο*.(1992) Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας
- Κάκουρος, Ε. (επιμ.) (2002). *Το Υπερκινητικό Παιδί*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαρκοβίτης Μ. & Τζουριάδου Μ. (1991). *Μαθησιακές δυσκολίες – Θεωρία και πράξη* . Θεσ/νίκη : Προμηθέας .
- Μάρκου Σ. (1993). *Δυσλεξία : Αριστεροχειρία, κινητική αδεξιότητα, υπερκινητικότητα..* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπεζεβέγκης, Η. (χχ). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα.
- Νικολάου - Παπαναγιώτου , Α. & Συρίγου -Παπαβασιλείου, Α. (1997). *Μαθησιακά προβλήματα*. Αθήνα : Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας.
- Ρούσσου, Α. (1988). Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής. Στο: *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής* (επ. Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ.). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Σταύρου, Λ. (1982). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του νηπίου, του παιδιού και του εφήβου*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Σταύρου, Λ. (1985). *Ψυχοπαιδαγωγική Αποκλινόντων νηπίων , παιδιών , εφήβων*. Αθήνα : Άνθρωπος.

Χουντουμάδη, Α. & Πατεράκη, Λ. (1997). *Σύντομο ερμηνευτικό λεξικό ψυχολογικών όρων*.
Αθήνα : Δωδώνη.