

Ευθύμιος Κάκουρος  
Κλινικός παιδοψυχολόγος - Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών

Κατερίνα Μανιαδάκη  
Κλινική παιδοψυχολόγος

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΕΛΑΤΤΩΜΑΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΣΟΧΗΣ - ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ  
Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ  
ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

1. Εισαγωγικά

Το σύνδρομο της Διαταραχής της Ελαττωματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) αποτελεί για πολλούς ερευνητές την πιο κοινή και συνήθη διαταραχή της παιδικής ηλικίας (Brunstetter, 1985). Το ποσοστό του μαθητικού πληθυσμού που παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ υπολογίζεται περίπου στο 4-7% (Szatmari, 1992)

Σύμφωνα με τον Barkley (1997), η ΔΕΠ-Υ είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή της προσοχής και/ή της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, η οποία εμφανίζεται κατά τη νηπιακή ηλικία, επιμένει στο χρόνο και στις διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες και δεν είναι το άμεσο αποτέλεσμα σοβαρής καθυστέρησης στη γλωσσική ανάπτυξη, αισθητηριακών ανωμαλιών, αυτισμού ή παιδικής ψύχωσης.

Το ενδιαφέρον των ειδικών, οι οποίοι μελετούν το σύνδρομο αυτό, εστιάζεται συχνά στα δευτερογενή συμπτώματα που συνοδεύουν την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ καθώς και στη συν-νοσηρότητά της με άλλες διαταραχές όπως οι Διαταραχές Διαγωγής (Δ.Δ.) και οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (Ε.Μ.Δ.). Η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται πολλές φορές από ανωριμότητα, επιθετικότητα, παρορμητικότητα, έλλειψη συνεργατικότητας και χαμηλό αυτοέλεγχο, γεγονός που δυσχεραίνει εξαιρετικά τις διαπροσωπικές τους σχέ-

σεις. Για το λόγο αυτό αντιμετωπίζουν συνήθως σημαντικές δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής και δεν γίνονται εύκολα αποδεκτά από τους συνομηλίκους τους, ενώ υφίστανται πολύ συχνά την αρνητική κριτική και τις παρατηρήσεις των ενηλίκων. Σύμφωνα με έναν μεγάλο αριθμό ερευνών η ΔΕΠ-Υ συνοδεύεται συχνά από Διαταραχές Διαγωγής σε ποσοστό 20-30%. Στην εφηβεία μάλιστα η συν-νοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Δ.Δ. βρίσκεται μεταξύ του 40-60%. (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990). Σε έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι αν η ΔΕΠ-Υ δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα ή το οικογενειακό περιβάλλον είναι δυσμενές, τότε η πιθανότητα εμφάνισης Δ.Δ. στην εφηβεία είναι ιδιαίτερα αυξημένη (Κάκουρος, 1997). Στην ίδια έρευνα διαπιστώσαμε επίσης ότι η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πολλές φορές κακή και το επίπεδο αυτοεκτίμησής τους χαμηλό.

Οι Ε.Μ.Δ. είναι μία άλλη διαταραχή η οποία συνοδεύει συχνά τη ΔΕΠ-Υ (Cantwell, & Baker, 1991). Υπολογίζεται ότι για ένα ποσοστό 19-26% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα τεθεί η διάγνωση των Ε.Μ.Δ. σε έναν τουλάχιστον από τους ακαδημαϊκούς τομείς, δηλαδή των μαθηματικών, της ορθογραφίας ή της ανάγνωσης (Barkley, 1990). Άλλωστε υπολογισμοί συν-νοσηρότητας ΔΕΠ-Υ σε πληθυσμούς παιδιών με Ε.Μ.Δ. ποικίλλουν από 20-80% (Holborow & Berry, 1986). Σε άμεση σχέση με την εκδήλωση Ε.Μ.Δ. βρίσκεται συχνά η καθυστέρηση και άλλες διαταραχές στην ανάπτυξη του λόγου, οι οποίες εμφανίζονται στο 30-64% των παιδιών αυτών (Gross-Tsur et al, 1991, Humphries et al., 1994). Το ερώτημα το οποίο τίθεται ορισμένες φορές στην περίπτωση συνύπαρξης ΔΕΠ-Υ και Ε.Μ.Δ. είναι ποιά από τις δύο διαταραχές αποτελεί το πρωτογενές πρόβλημα. Η απάντηση στο ερώτημα αυτό θα πρέπει να θεωρηθεί ιδιαίτερα σημαντική γιατί καθορίζει την κατεύθυνση της θεραπευτικής προσέγγισης των παιδιών με αυτού του είδους τις δυσκολίες.

Ένα άλλο θέμα που έχει απασχολήσει και συνεχίζει να απασχολεί έντονα τους ειδικούς είναι η βαρύτητα καθεμίας από τις δύο βασικές κατηγορίες του συνδρόμου, της διαταραχής της προσοχής και της υπερκινητικότητας, σε σχέση με τα δευτερογενή συμπτώματα που περιγράψαμε. Η εξέλιξη της ονομασίας του συνδρόμου στο DSM είναι χαρακτηριστική αυτού του προβληματισμού. Στο DSM II, εμφανιζόταν η ονομασία «Υπερκινητική Αντίδραση Παιδικής Ηλικίας», η οποία αντικαταστάθηκε από την ονομασία «Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής» στο DSM III. Σημαντική επιρροή σ' αυτήν την αλλαγή του ονόματος φαίνεται να άσκησε το μοντέλο της Virginia Douglas (1980, 1983), η οποία αποδίδει ιδιαίτερη σημασία στον ρόλο της προσοχής και υποστηρίζει ότι οι ελλειμματικές αυτορρυθμιστικές ή εκτελεστικές διεργασίες, οι

οποίες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση, την καταγραφή και επεξεργασία των πληροφοριών, παίζουν κεντρικό ρόλο στα γνωσιακά και συμπεριφερσιολογικά ελλείμματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η Douglas θεωρεί σαν ένα από τα κύρια προβλήματα την οργάνωση και τη διατήρηση της προσοχής και της προσπάθειας. Εξαιτίας της ανεπαρκούς ανάπτυξης αυτής της ικανότητας, το παιδί δε μαθαίνει να επεξεργάζεται ικανοποιητικά τον τρόπο της ίδιας του της σκέψης κι έτσι το κίνητρό του για μάθηση είναι μειωμένο. Με τον τρόπο αυτό το παιδί οδηγείται συχνά σε περαιτέρω εμπειρίες αποτυχίας, με αποτέλεσμα να αποφεύγει το αντικείμενο της αποτυχίας που είναι συνήθως ό,τι έχει σχέση με τη σχολική μάθηση.

Ο ρόλος της υπερκινητικότητας επανήλθε ωστόσο στο προσκήνιο με το DSM-III-R, όπου το σύνδρομο ονομάστηκε Διαταραχή της Ελαττωματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας. Σύμφωνα με το DSM-IV, το σύνδρομο της ΔΕΠ-Υ αποτελείται πλέον από δύο κατηγορίες συμπτωμάτων: τα συμπτώματα απροσεξίας (διαταραχή προσοχής) και τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Ανάλογα με τα κριτήρια που πληρούνται κάθε φορά η διάγνωση είναι ΔΕΠ-Υ συνδυασμένος τύπος, ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο ή ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο. Οι σύγχρονες μάλιστα έρευνες μελετούν την πιθανότητα αυτός ο τελευταίος τύπος να είναι μία ποιοτικά διαφορετική διαταραχή, η οποία να αποτελεί ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία (Barkley, 1997).

Η δυνατότητα συγκέντρωσης της προσοχής στη διαδικασία της μάθησης είναι βασική. Ο Reddy (1995) αναφέρει δύο είδη προσοχής: την επιλεκτική και την παρατεταμένη προσοχή. Η πρώτη συνίσταται στη δυνατότητα επικέντρωσης της προσοχής σε έναν ερεθισμό και στον αποκλεισμό πολλών άλλων ερεθισμών οι οποίοι υφίστανται συγχρόνως. Η δεύτερη είναι ένας ευρύς όρος ο οποίος αναφέρεται στη συνεχή αναζήτηση ή προσοχή ενός ερεθισμού.

Στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η δυσκολία εντοπίζεται κυρίως στην παρατεταμένη προσοχή. Τα παιδιά αυτά έχουν χαμηλότερες επιδόσεις σε δοκιμασίες που απαιτούν παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής, ιδιαίτερα αν αυτές οι δοκιμασίες σχετίζονται με την ανάπτυξη στρατηγικών για τη λύση πολύπλοκων προβλημάτων (Braswell & Bloomquist, 1991).

Η παρούσα εργασία εντάσσεται στο πλαίσιο των ερευνών οι οποίες μελετούν τη ΔΕΠ-Υ θεωρώντας ως κεντρικό γνώρισμα του συνδρόμου τη διαταραχή της προσοχής. Κατά τη γνώμη μας, η μελέτη της επίδρασης της διαταραχής της προσοχής στη συμπεριφορά και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις των παι-

διών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον και έχει άμεση σχέση με το σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης. Προκειμένου να διερευνήσουμε τη σχέση αυτή, θέσαμε δύο στόχους στην παρούσα έρευνα. Πρώτον, θελήσαμε να μελετήσουμε γενικά τις επιδράσεις της ΔΕΠ-Υ στις ακαδημαϊκές επιδόσεις και τη συμπεριφορά των παιδιών της Α' Δημοτικού με βάση τις εκτιμήσεις των δασκάλων τους. Δεύτερον, θεωρώντας ότι στις περιπτώσεις των παιδιών με Ε.Μ.Δ., το πρωτογενές πρόβλημα συχνά είναι η ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος, 1996), επικεντρωθήκαμε στη μελέτη της ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο και στη μελέτη της ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο, με σκοπό να εντοπίσουμε ποιός από τους δύο τύπους ασκεί μεγαλύτερη επιρροή στους παραπάνω τομείς.

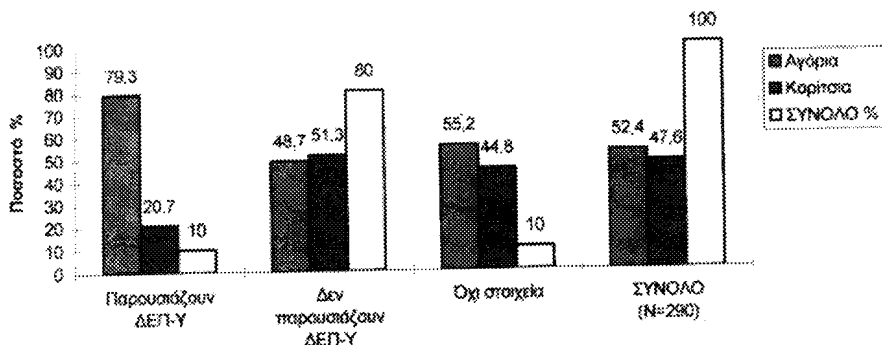
## 2. Μεθοδολογία της έρευνας

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε το Μάιο του 1997 στο σύνολο των Δημοτικών σχολείων μίας μικρής επαρχιακής πόλης της Πελοποννήσου, με πληθυσμό περίπου 15.000 κατοίκους. Ζητήσαμε από όλους τους δασκάλους της Α' Δημοτικού και των 6 σχολείων της πόλης να συμπληρώσουν δύο κωδικοποιημένα ερωτηματολόγια με κλειστού τύπου ερωτήσεις για κάθε έναν από τους μαθητές τους (N=290). Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με την προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο, τις σχολικές τους επιδόσεις, τη συμπεριφορά, το επίπεδο αυτοεκτίμησής τους και την ποιότητα των σχέσεων με τους συμμαθητές τους. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τα κριτήρια του DSM-IV για τη ΔΕΠ-Υ. Κατά την επεξεργασία των στοιχείων μελετήθηκαν χωριστά οι ερωτήσεις που αφορούσαν στη ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο και αυτές που αφορούσαν στη ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο. Τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν συμπληρωμένα από τους δασκάλους στο σύνολό τους.

## 3. Τα αποτελέσματα της έρευνας

Από τους 290 μαθητές για τους οποίους συγκεντρώθηκαν στοιχεία, το 52,4% ήταν αγόρια και το 47,6% ήταν κορίτσια. Σύμφωνα με τους δασκάλους, το 10% απ'αυτούς παρουσίαζε συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ-Υ. Από αυτά, το 79,3% ήταν αγόρια, γεγονός που επιβεβαιώνει την υπεροχή των αγοριών ένα-

ντι των κοριτσιών ως προς την εμφάνιση αυτής της διαταραχής με αναλογία περίπου 4:1 (Διαγρ. 1)



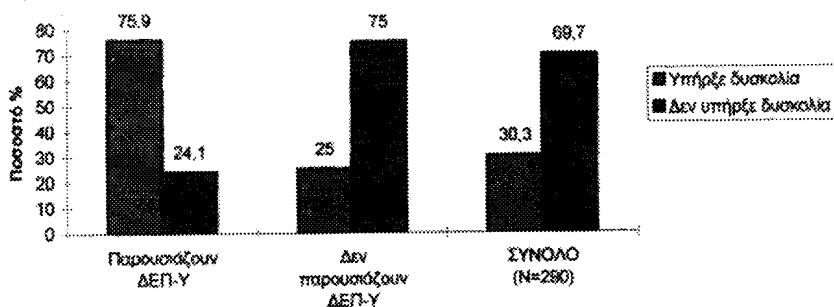
**Διάγραμμα 1**

**Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς το φύλο και την παρουσία ΔΕΠ-Υ**

Όσον αφορά στη σχέση ΔΕΠ-Υ και ακαδημαϊκών επιδόσεων, παρατηρούμε τα εξής:

1. Από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, πάνω από τα μισά (58,6%) δυσκολεύτηκαν να προσαρμοστούν στο σχολείο.

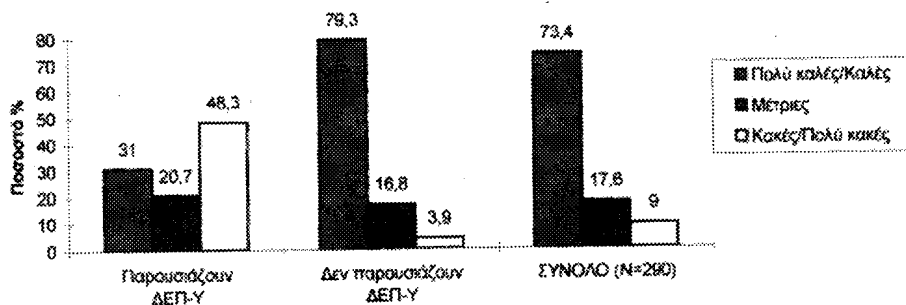
2. Επιπλέον, ένα πολύ υψηλό ποσοστό παιδιών με ΔΕΠ-Υ (75,9%) δυσκολεύτηκε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της Α' Δημοτικού, ενώ μόνο το 25% των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ αντιμετώπισε παρόμοιες δυσκολίες (Διαγρ. 2).



**Διάγραμμα 2**

**Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς τη δυσκολία ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της Α' τάξης και την παρουσία ΔΕΠ-Υ**

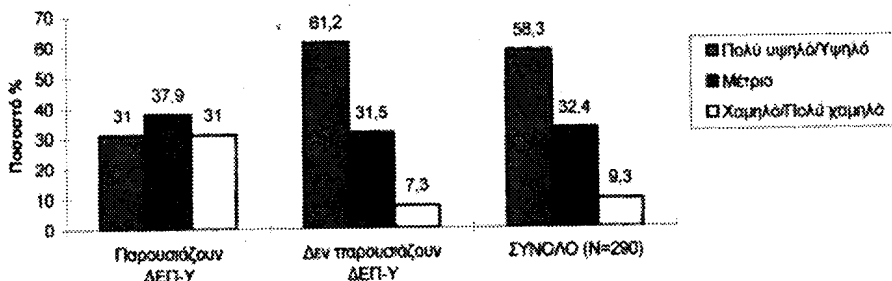
3. Οι σχολικές επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι σαφώς κατώτερες από αυτές των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ. Μόνο το 31% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει καλές ή πολύ καλές σχολικές επιδόσεις, ποσοστό χαμηλό σε σύγκριση με το 79,3% των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ που επιτυγχάνουν ανάλογες επιδόσεις. Επίσης περίπου τα μισά από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (48,3%) έχουν κακές ή πολύ κακές σχολικές επιδόσεις (Διαγρ. 3).



**Διάγραμμα 3**

**Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς τις σχολικές επιδόσεις και την παρουσία ΔΕΠ-Υ**

Το επίπεδο αυτοεκτίμησης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι επίσης χαμηλό σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμαθητές τους. Το 31% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει χαμηλό ή πολύ χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης ενώ μόνο το 7,3% των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ έχει χαμηλό ή πολύ χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης (Διαγρ. 4).

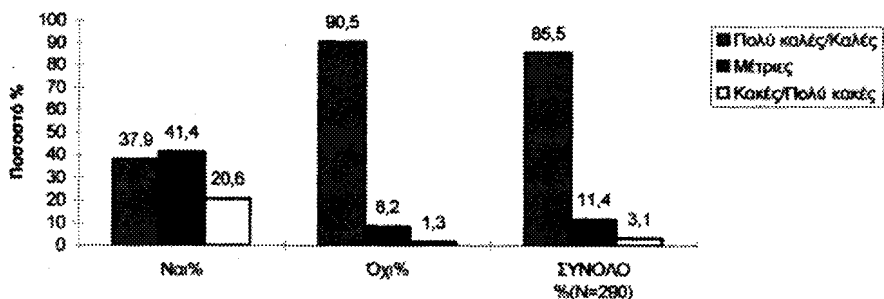


**Διάγραμμα 4**

**Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς το επίπεδο αυτοεκτίμησης και την παρουσία ΔΕΠ-Υ**

Το επίπεδο αυτοεκτίμησης των παιδιών φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τις σχολικές τους επιδόσεις αφού από τα παιδιά με καλές ή πολύ καλές επιδόσεις το 74,1% είχε υψηλό ή πολύ υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης και από τα παιδιά με κακές ή πολύ κακές σχολικές επιδόσεις το 61,5% είχε χαμηλό ή πολύ χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης.

Όσον αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, παρατηρούμε ότι μόνο το 37,9% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν καλές ή πολύ καλές σχέσεις με τους συμμαθητές τους, ενώ το 90,5% των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ έχουν καλές ή πολύ καλές σχέσεις με τα άλλα παιδιά (Διαγρ. 5).



**Διάγραμμα 5**

**Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς την ποιότητα των σχέσεων με τους συμμαθητές τους και την παρουσία ΔΕΠ-Υ**

Η ποιότητα των σχέσεων με τους συμμαθητές τους είναι άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει το επίπεδο αυτοεκτίμησης των παιδιών. Παρατηρούμε ότι από τα παιδιά που έχουν καλές ή πολύ καλές σχέσεις με τους συμμαθητές τους, το 65,7% έχει υψηλό ή πολύ υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης και από τα παιδιά με κακές ή πολύ κακές σχέσεις με τους συμμαθητές τους, το 88,9% έχει χαμηλό ή πολύ χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης.

Όσον αφορά στη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των δασκάλων τους, τα μισά από αυτά έχουν καλή ή πολύ καλή συμπεριφορά, όπως άλλωστε και τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Η διαφορά εντοπίζεται όμως στις ακραίες συμπεριφορές, όπου βλέπουμε ότι μόνο το 20,5% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει άριστη συμπεριφορά και υπάρχει ένα 6,8% με κακή ή πολύ κακή συμπεριφορά. Αντίθετα, το 48% των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ έχει άριστη συμπεριφορά και κανένα από αυτά τα παιδιά δεν παρουσιάζει κακή συμπεριφορά (πιν. 1).

**Πίνακας 1**

*Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς τη συμπεριφορά στο σχολείο και την παρουσία ΔΕΠ-Υ*

Συμπεριφορά στο σχολείο	Παρουσία ΔΕΠ-Υ		ΣΥΝΟΛΟ % (N=290)
	Ναι %	Όχι %	
Άριστη	3,4	44,4	39,7
Πολύ καλή/Καλή	51,7	50	51,4
Μέτρια	24,1	5,6	6,9
Κακή/Πολύ Κακή	20,7	0	2.1
ΣΥΝΟΛΟ %	100	100	100

Εμφανής είναι επίσης και η σχέση της συμπεριφοράς των παιδιών τόσο με την ικανότητα προσαρμογής τους στο σχολείο όσο και με την ικανότητα ανταπόκρισής τους στις απαιτήσεις της Α' τάξης, αφού από τα παιδιά που δυσκολεύτηκαν να προσαρμοστούν στο σχολείο μόνο το 16,1% είχε άριστη συμπεριφορά και από τα παιδιά που δυσκολεύτηκαν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της Α' τάξης, μόνο το 20,5% είχε άριστη συμπεριφορά.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός ότι από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ το 41,4% είχε αντιμετωπίσει προβλήματα ομιλίας ενώ από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ μόνο το 11,6% είχε αντιμετωπίσει παρόμοια προβλήματα. Μάλιστα από τα παιδιά που αντιμετώπισαν προβλήματα ομιλίας, το 71,1% δυσκολεύτηκε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της Α' τάξης. Παρόμοια στοιχεία βρίσκουμε και στη βιβλιογραφία, όπου η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και τα προβλήματα ομιλίας αναφέρονται συχνά ως χαρακτηριστικά παιδιών με ΔΕΠ-Υ ήδη από τη νηπιακή ηλικία σε ποσοστό 10-54% σε σύγκριση με το 2-25% των παιδιών του κανονικού πληθυσμού (Barkley, 1990).

Η διερεύνηση της επίδρασης της ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο και της ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο στους τομείς των σχολικών επιδόσεων, του επιπέδου αυτοεκτίμησης και της συμπεριφοράς έδειξε τα εξής:

1. Όσον αφορά στις ακαδημαϊκές επιδόσεις, η διαταραχή προσοχής είναι αυτή που κυρίως τις επηρεάζει. Παρατηρούμε ότι από τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο, το 53,5% καταφέρνει να έχει καλές/πολύ καλές σχολικές επιδόσεις ενώ από τα



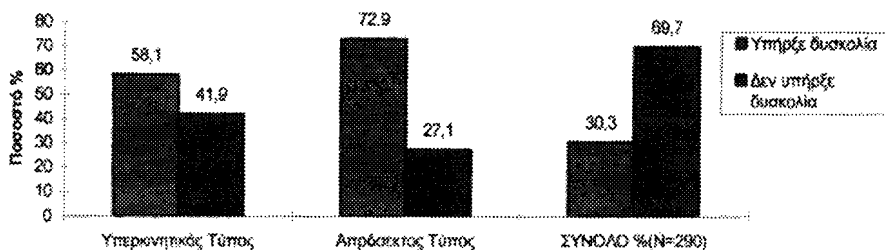
παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο, το 31,5% επιτυγχάνει ανάλογες επιδόσεις (πιν. 2).

### Πίνακας 2

Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς τις σχολικές επιδόσεις, την υπεροχή του υπερκινητικού τύπου και την υπεροχή του απρόσεκτου τύπου

Σχολικές επιδόσεις	Υπερκινητικός Τύπος		Απρόσεκτος Τύπος		ΣΥΝΟΛΟ % (N=290)
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	
Πολύ καλές/ Καλές	53,5	78	31,5	89,6	73,4
Μέτριες Κακές/	14	17,9	37,1	9,9	17,6
Πολύ κακές	32,6	4,1	31,4	0,5	9
ΣΥΝΟΛΟ %	100	100	100	100	100

Επίσης, από τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο, το 58,1% δυσκολεύτηκε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της Α' τάξης ενώ από τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο, το 72,9% δυσκολεύτηκε να μάθει να γράφει και να διαβάζει (Διάγρ. 6)



### Διάγραμμα 6

Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς τη δυσκολία ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της Α' τάξης, την υπεροχή του υπερκινητικού τύπου και την υπεροχή του απρόσεκτου τύπου

2. Σε ανάλογα συμπεράσματα μας οδηγεί και η μελέτη της επίδρασης της υπερκινητικότητας και της διαταραχής προσοχής στο επίπεδο αυτοεκτίμησης των παιδιών. Από τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ

υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο, το 46,5% έχει υψηλό ή πολύ υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης ενώ είναι πολύ μικρότερο το ποσοστό των παιδιών που παρυσιάζουν ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο και τα οποία έχουν υψηλό ή πολύ υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης (22,9%) (πιν 3).

### Πίνακας 3

Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς το επίπεδο αυτοεκτίμησης, την υπεροχή του υπερκινητικού τύπου και την υπεροχή του απρόσεκτου τύπου

Επίπεδο αυτοεκτίμησης	Υπερκινητικός Τύπος		Απρόσεκτος Τύπος		ΣΥΝΟΛΟ % (N=290)
	Ναι %	Όχι %	Ναι %	Όχι %	
Πολύ υψηλό/ Υψηλό	46,5	60,1	22,9	70,7	58,3
Μέτριο	32,6	32,1	45,7	27,2	32,4
Χαμηλό/Πολύ Χαμηλό	21	7,8	31,4	2,1	9,3
ΣΥΝΟΛΟ %	100	100	100	100	100

3. Αντίθετα, η μελέτη της συμπεριφοράς των παιδιών σε σχέση με την υπερκινητικότητα και της διαταραχής προσοχής μας δείχνει ότι είναι ο συνδυασμένος τύπος της ΔΕΠ-Υ ο οποίος επηρεάζει τη συμπεριφορά και όχι η μια ή η άλλη κατηγορία χωριστά (πιν. 4).

### Πίνακας 4

Κατανομή των παιδιών του δείγματος ως προς τη συμπεριφορά στο σχολείο, την υπεροχή του υπερκινητικού τύπου και την υπεροχή του απρόσεκτου τύπου

Συμπεριφορά	Υπερκινητικός Τύπος		Απρόσεκτος Τύπος		ΣΥΝΟΛΟ % (N=290)
	Ναι %	Όχι %	Ναι %	Όχι %	
Άριστη	9,3	45,9	15,7	48,7	39,7
Πολύ καλή/ Καλή	55,8	49,1	54,3	48,7	51,4
Μέτρια	20,9	5	21,4	2,6	6,9
Κακή/Πολύ κακή	14	0	8,6	0	2,1
ΣΥΝΟΛΟ %	100	100	100	100	100

#### 4. Συζήτηση

Στην έρευνά μας αυτή θελήσαμε κατ' αρχήν να διερευνήσουμε τις επιδράσεις της ΔΕΠ-Υ στις σχολικές επιδόσεις και τη συμπεριφορά των παιδιών της Α' Δημοτικού.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία ως προς τις αρνητικές επιδράσεις της ΔΕΠ-Υ στους παραπάνω τομείς (Barkley, 1997). Τα παιδιά τα οποία, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των δασκάλων, παρουσιάζουν το σύνδρομο της ΔΕΠ-Υ, δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο σχολείο και να μάθουν να γράφουν και να διαβάζουν. Οι χαμηλές σχολικές τους επιδόσεις λειτουργούν αρνητικά για την αυτοεκτίμησή τους, η οποία συχνά είναι μειωμένη, γεγονός που δυσκολεύει ιδιαίτερα τη διατήρηση της προσπάθειας αυτών των παιδιών να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου. Η αποτυχία στο σχολείο οδηγεί συχνά στην απογοήτευση και στη μείωση του κινήτρου για μάθηση. Πολλές φορές μάλιστα, επειδή το παιδί δεν καταφέρνει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του, προσπαθεί να προσελκύσει την προσοχή εκδηλώνοντας προκλητική συμπεριφορά, η οποία δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο τόσο τις σχέσεις του με τους άλλους όσο και την ομαλή προσαρμογή του στο σχολείο. Θα μπορούσε βέβαια κανείς να ισχυριστεί ότι η αξιολόγηση από τους δασκάλους ενδέχεται να μην είναι αξιόπιστη και ότι χρειάζεται μία εμπειριστατωμένη κλινική αξιολόγηση για την παρουσία συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ ή όχι σε ένα παιδί. Αυτό άλλωστε σημειώνεται και σε άλλες έρευνες (Pennington, 1991), οι οποίες καταγράφουν την ασυμφωνία στις εκτιμήσεις γονιών, παιδαγωγών και ειδικών. Οφείλουμε όμως να παρατηρήσουμε ότι ανεξάρτητα από την ορθότητα ή μη της εκτίμησης του δασκάλου, είναι σίγουρο πως αυτή η εκτίμηση αντανακλά την αντίληψη του παιδαγωγού για τον συγκεκριμένο μαθητή, γεγονός το οποίο έχει αναμφίβολα τις ανάλογες επιδράσεις στον μαθητή.

Ο δεύτερος στόχος της έρευνας ήταν η χωριστή μελέτη της ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο και της ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο στους τομείς που προαναφέραμε.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο τύπος ο οποίος επηρεάζει κατ' εξοχήν τις σχολικές επιδόσεις και -κατ' επέκταση- την αυτοεκτίμηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι σύμφωνα με πολλές έρευνες τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας συχνά υποχωρούν κατά την εφηβεία (Κάκουρος και συν., 1996, Braswell & Bloomquist, 1991).

Σύμφωνα με τον Barkley (1997), οι διαταραχές προσοχής σχετίζονται άμεσα με την αδυναμία των παιδιών αυτών να ασκήσουν ικανοποιητικό αυτοέλεγχο και με την ανάγκη τους να υφίστανται συνεχή επιτήρηση προκειμένου να ολοκληρώσουν μία δραστηριότητα. Για τον λόγο αυτό εγκαταλείπουν πολύ εύκολα την προσπάθεια όταν συναντούν δυσκολίες, γεγονός που δυσχεραίνει εξαιρετικά τόσο την οργάνωση της σχολικής μελέτης όσο και την ικανοποιητική σχολική απόδοση.

Όσον αφορά στη συμπεριφορά, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι δυσκολίες του παιδιού να συμπεριφέρεται με τον προσδοκώμενο τρόπο στις εκάστοτε περιστάσεις είναι πιο σημαντικές στις περιπτώσεις όπου παρουσιάζεται συνδυασμένος τύπος ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα και με άλλες έρευνες, οι διαταραχές προσοχής από μόνες τους δεν συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων στη συμπεριφορά (Fergusson et al, 1997). Όμως ένα παιδί απρόσεκτο, το οποίο είναι παράλληλα υπερκινητικό, αδέξιο και ζωηρό προκαλεί συνήθως την προσοχή των ενηλίκων και δέχεται πολύ συχνά τις παρατηρήσεις τους. Μπορούμε λοιπόν να κατανοήσουμε για ποιούς λόγους ένα τέτοιο παιδί αναπτύσσει πολλές φορές μορφές αρνητικής και προκλητικής συμπεριφοράς.

Ο σκοπός για τον οποίον οδηγηθήκαμε στη χωριστή μελέτη της ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο και της ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο ήταν ο εντοπισμός εκείνων των στοιχείων στα οποία είναι καλό να επικεντρώνεται η θεραπευτική προσέγγιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκειμένου να είναι αποτελεσματική.

Ορισμένοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και Ε.Μ.Δ. πρέπει να βασίζεται στην εξατομικευμένη διδασκαλία και στην προσαρμογή του διδακτικού υλικού στις δυσκολίες του κάθε παιδιού. Πολλοί γονείς και δάσκαλοι πιστεύουν ότι η αύξηση του χρόνου μελέτης και η παρακολούθηση φροντιστηριακών μαθημάτων είναι ο κατάλληλος τρόπος για να βελτιωθούν οι σχολικές επιδόσεις των παιδιών με τέτοιου είδους δυσκολίες. Κατά τη γνώμη μας, μία θεραπευτική αντιμετώπιση με αποκλειστικά παιδαγωγικό χαρακτήρα έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα. Η αύξηση του χρόνου μελέτης ενδέχεται να οδηγήσει το παιδί με ΔΕΠ-Υ και Ε.Μ.Δ. σε μεγαλύτερη απογοήτευση, καθώς θα διαπιστώνει ότι παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει, οι επιδόσεις του συνεχίζουν να είναι κατώτερες από αυτές των συμμαθητών του. Αυτή η απογοήτευση είναι πιθανόν να μειώσει ακόμη περισσότερο το κίνητρο του παιδιού για μάθηση, με αποτέλεσμα να μη θέλει να ασχολείται με τίποτα που να έχει σχέση με το σχολείο. Οι δυσκολίες των παιδιών αυτών είναι πολλαπλές και τα δευτερογενή συμπτώματα (προβλή-

ματα συμπεριφοράς, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένο κίνητρο για μάθηση) αυξάνουν και περιπλέκουν τις δυσκολίες αυτές. Κατά τη γνώμη μας, η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίον προσεγγίζουμε τις δυσκολίες των παιδιών αυτών και όχι από το υλικό το οποίο χρησιμοποιούμε ή την εξατομίκευση των διδακτικών μεθόδων.

Οι προσεγγίσεις οι οποίες έχουν αποφέρει τα πιο σημαντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση αυτού του είδους των δυσκολιών είναι πολυδιάστατες (Braswell & Bloomquist, 1991). Η δική μας πρόταση είναι μία πολυεπίπεδη προσέγγιση, η οποία δεν αφορά μόνο στο παιδί αλλά εμπλέκει τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς στη διαδικασία αντιμετώπισης των δυσκολιών του. Θεωρούμε ότι ο πρώτος στόχος του θεραπευτή είναι η βελτίωση της αυτοεκτίμησης του παιδιού και η αύξηση του κινήτρου του για μάθηση. Η επίτευξη αυτού του στόχου είναι απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου το παιδί να πιστέψει ότι είναι ικανό να τα καταφέρει και να αποκτήσει τη διάθεση να προσπαθήσει. Αν η ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του παιδιού στη διαδικασία αντιμετώπισης των δυσκολιών του δεν εξασφαλιστεί, τότε η αντιμετώπιση των επιμέρους γνωστικών δυσκολιών του καθίσταται εξαιρετικά δυσχερής.

Για να αυξήσουμε την αυτοεκτίμηση ενός παιδιού, το καθοδηγούμε προς την επιτυχία με διαβάθμιση των απαιτήσεών μας από αυτό, ξεκινώντας από αυτά τα οποία είμαστε σίγουροι ότι θα καταφέρει. Η αξία της επιτυχίας συνδέεται τόσο με τη δυσκολία του έργου όσο και με την προσπάθεια που κατέβαλε το άτομο για την επίτευξή του (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1997). Ο ρόλος του θεραπευτή έγκειται στο να αυξάνει τον βαθμό δυσκολίας του έργου την κατάλληλη στιγμή, ώστε η επιτυχία του παιδιού σε αυτό να παίζει το μεγαλύτερο δυνατό ενισχυτικό ρόλο. Η ενθάρρυνση του παιδιού καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης κρίνεται απαραίτητη για τη διατήρηση της προσπάθειας. Σύμφωνα με τον Barkley (1989), τα παιδιά αυτά χρειάζονται πιο άμεσες και πιο συχνές ενισχύσεις απ' ό,τι τα υπόλοιπα παιδιά. Επίσης η Douglas (1989) παρατηρεί ότι είναι πολύ σημαντικό να χορηγούμε στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ακριβείς και συνεχείς πληροφορίες για το πώς πηγαίνουν. Με τον τρόπο αυτό οδηγούμε τα παιδιά στην απόσβεση των αρνητικών εμπειριών που συνδέονται με τη μάθηση, ώστε αυτή να μη βιώνεται πλέον ως πηγή αποτυχίας.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούμε βασίζονται στις αρχές της θεωρίας της συμπεριφοράς. Στόχος μας είναι ο έλεγχος της συμπεριφοράς του παιδιού και η βελτίωση της ικανότητάς του για παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής. Παράλληλα μαθαίνουμε στο παιδί τρόπους να αυτοκαθοδηγείται έτσι, ώστε να

ασκεί το ίδιο έλεγχο στα λάθη και στις δυσκολίες του. Δεν διδάσκουμε στο παιδί αυτά που πρέπει να μάθει, αλλά το διδάσκουμε πώς να μαθαίνει.

Με τον τρόπο αυτό το παιδί ασκείται στη συγκέντρωση της προσοχής με αποτέλεσμα να μαθαίνει ευκολότερα και να αποκτά εμπειρίες επιτυχίας στον τομέα της μάθησης. Συνεπώς, οι επιδόσεις του βελτιώνονται και αυτή η βελτίωση επιδρά πολύ θετικά στην εικόνα που έχει για τον εαυτό του. Η αύξηση της αυτοεκτίμησης σε συνδυασμό με τη βελτίωση της απόδοσής του οδηγούν στην αύξηση του κινήτρου του παιδιού για μάθηση. Το αποτέλεσμα είναι ότι το παιδί δεν χρειάζεται πλέον να εκδηλώνει προκλητική συμπεριφορά προκειμένου να το προσέξουν, γιατί μαθαίνει να προσελκύει την προσοχή με θετικές μορφές συμπεριφοράς. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνονται και οι σχέσεις του με τους άλλους.

Ανακεφαλαιώνοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα βασικά χαρακτηριστικά μίας πολυεπίπεδης προσέγγισης είναι τα εξής:

- α. Ο θεραπευτής παρεμβαίνει σε ποικίλους τομείς, όπως στο γνωστικό επίπεδο, στο ψυχολογικό επίπεδο και -κυρίως- στο επίπεδο της συμπεριφοράς με σκοπό την τροποποίησή της. Χρησιμοποιεί δε διάφορες τεχνικές βασισμένες στη γνωσιακή συμπεριφερειολογική θεωρία.
- β. Στη θεραπευτική διαδικασία συμμετέχουν ενεργά άνθρωποι που ασχολούνται με την αγωγή του παιδιού, όπως οι γονείς και οι δάσκαλοι.
- γ. Η προσέγγιση είναι προσανατολισμένη στην επιτυχία.
- δ. Επιτυγχάνει αποτελέσματα που είναι εμφανή σε πολλούς τομείς.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- (1989). *The problem of stimulus control and rule-governed behaviour in attention deficit disorder with hyperactivity*. New York: Guilford Press.
- (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. & McMurray, M. B. (1990). «A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 575-789.
- Barkley, R. A., (1997). «Attention deficit hyperactivity disorder». In E. Mash & L.Terdal (Eds.). *Assessment of Childhood Disorders*, 71-129. New York : Guilford Press
- Braswell, L. & Bloomquist, M. L. (1991). *Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children*. New York: Guilford Press.
- Brunstetter, R. W., B. (1985). «Attention deficit disorder». In I.H. Kaplan, J. B. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. IV. Williams and Wilkins.
- Cantwell, D. P. & Baker, L. (1991). «Association between attention deficit-hyperactivity

- disorder and learning disorders». *Journal of Learning Disabilities* 24, 88-95.
- 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*, 65-92. Baltimore: University Park Press.
- (1980). «Treatment and training approaches to hyperactivity: Establishing internal or external control». In C. Whalen & B. Henker (Eds.) *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment*, 283-318. New York: Academic Press.
- (1983). «Attention and cognitive problems». In M. Rutter (Ed.) *Developmental neuropsychiatry*, 280-329. New York: The Guilford Press.
- (1989). «Can Skinnerian psychology account for the deficits in attention deficit disorder? A reply to Barkley». In J. Swanson & L. Bloomingdale (Eds.) *Attention deficits disorders*. Vol. 4. New York: Pergamon Press.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M.T. & Horwood, L. J. (1997) «Attentional Difficulties in Middle Childhood and Psychosocial Outcomes in Young Adulthood». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 38, 6, 633-644.
- Gross-Tsur, V., Shalev, R. S., & Amir, N. (1991). «Attention deficit disorder: Association with familial-genetic factors». *Pediatric Neurology*, 7, 258-261.
- Holborow, P. L., & Berry, P. S. (1986). «Hyperactivity and learning difficulties». *Journal of Learning Disabilities*, 19, 426-431.
- Humphries, T., Koltun, H. Malone, M. , & Roberts, W. (1994). «Teacher-identified oral language difficulties among boys with attention problems». *Developmental and behavioral pediatrics*, 15, 92-98.
- Κάκουρος, Ε. (1996). «Η προβληματική της διάγνωσης και αντιμετώπισης των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών». *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού*, τ. 36-37, 63-76.
- (1997). «Εφηβοί με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, η σπουδαιότητα της Συμβουλευτικής». *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού*, τ. 40-41, 79-86.
- Pennington, B. F. (1991). *Diagnosing learning disorders. A neuropsychological framework*. New York: The Guilford Press
- Πόρποδας, Κ. (1991) «Η διαδικασία της μάθησης». *Γνωστική Ψυχολογία*, τόμος 1. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Reddy, P. (1995). *Προσοχή και μαθησιακές δεξιότητες*. Σειρά: Γνωστική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Szatmari, P. (1992). «The epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorders». In G. Weiss (Ed.) *Child and adolescent psychiatric clinics of North America: Attention-deficit hyperactivity disorder*, pp. 361-372, Philadelphia: Saunders.