

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ  
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ  
ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ  
ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/  
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (Δ.Ε.Π./Υ.)**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΥΣΤΡΑΤΙΑ ΚΑΡΑΓΡΗΓΟΡΙΟΥ**

**ΡΕΘΥΜΝΟ  
2003**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

■ Πρόλογος.....	6
■ Περίληψη.....	7

### **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

#### **Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ**

#### **ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (Δ.Ε.Π./ Υ.)**

1.1. Εισαγωγή.....	9
1.2. Ιστορική αναδρομή: εξέλιξη του όρου.....	13
1.2.1. Έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-III .....	14
1.2.2. Διαπολιτισμικές διαφορές μεταξύ Ευρώπης και Βορείου Αμερικής για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Έκδοση των διαγνωστικών εγχειριδίων ICD-9 και ICD-10.....	15
1.2.3. Έκδοση διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-III-R. Εμφάνιση νέων διαγνωστικών εργαλείων για τη Δ.Ε.Π./ Υ.....	17
1.2.4. Έκδοση διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-IV.....	18
1.3. Τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ.....	20
1.3.1. Ελλειμματική προσοχή.....	20
1.3.2. Παρορμητικότητα.....	21
1.3.3. Υπερκινητικότητα.....	22
1.3.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση των βασικών συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. και καταστάσεις εκδήλωσής τους.....	23
1.3.5. Ηλικία εκδήλωσης των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ.....	25
1.4. Δευτερογενή συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. και συνοδά προβλήματα....	26
1.4.1. Προβλήματα συμπεριφοράς.....	27
1.4.2. Γνωστικά προβλήματα.....	29
1.4.3. Ακαδημαϊκά προβλήματα.....	33
1.4.4. Κοινωνικά προβλήματα.....	33
1.4.5. Συναισθηματικά προβλήματα.....	34
1.4.6. Σωματικά προβλήματα.....	36
1.5. Συννοσηρότητα Δ.Ε.Π./ Υ. και μαθησιακών δυσκολιών.....	38

1.6.	Διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ.....	39
1.6.1.	Διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση το DSM-IV .....	39
1.6.2.	Διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση το ICD-10.....	40
1.6.3.	Παράγοντες που επηρεάζουν τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ.....	42
1.6.4.	Διαφορική διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ.....	43
1.6.5.	Η επιλογή του ειδικού για τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ.....	44
1.7.	Τα πιθανά αίτια της Δ.Ε.Π./ Υ.....	45
1.7.1.	Νευρολογικοί παράγοντες.....	45
1.7.2.	Γενετικοί παράγοντες.....	48
1.7.3.	Περιβαλλοντικές τοξίνες.....	49
1.7.4.	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	51
1.8.	Η εξελικτική πορεία της Δ.Ε.Π./ Υ.....	53
1.8.1.	Βρεφική ηλικία.....	53
1.8.2.	Πρώτη παιδική ηλικία.....	53
1.8.3.	Προσχολική ηλικία.....	54
1.8.4.	Σχολική ηλικία.....	56
1.8.5.	Εφηβική ηλικία.....	57
1.8.6.	Ενηλικίωση.....	57
1.9.	Η επιδημιολογία της Δ.Ε.Π./ Υ.....	58
1.9.1.	Διαπολιτισμικές διαφορές των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της Δ.Ε.Π./ Υ.....	59
1.9.2.	Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ.....	60
1.10.	Παρεμβάσεις για τη Δ.Ε.Π./ Υ.....	61
1.10.1.	Φαρμακευτική αγωγή.....	63
1.10.2.	Θεραπεία της συμπεριφοράς.....	67
1.10.3.	Ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση.....	69
1.10.3.1.	Θεωρητικό πλαίσιο ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης.....	69
1.10.3.2.	Βασικές παιδαγωγικές και διδακτικές αρχές ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης.....	71
1.10.3.3.	Αποτελεσματικότητα ψυχοπαιδαγωγικών προγραμμάτων παρέμβασης.....	79
1.10.4.	Το δίλημμα: ειδική αγωγή ή ένταξη ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. σε κανονική τάξη;.....	80

1.10.4.1. Κριτήρια ένταξης ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στην ειδική αγωγή.....	81
1.10.5. Η πολυεπίπεδη προσέγγιση.....	82

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

#### **Η ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

2.1. Η οριοθέτηση του προβλήματος.....	84
2.2. Ορισμοί των βασικών εννοιών.....	88
2.3. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.....	89
2.3.1. Γνώσεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ.....	91
2.3.2. Στάσεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ.....	92
2.3.3. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ.....	94
2.3.4. Σκοπιμότητα της έρευνας.....	98
2.4. Οι υποθέσεις της έρευνας.....	99

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

#### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

3.1. Επιλογή της μεθόδου συλλογής του ερευνητικού υλικού.....	103
3.2. Σχεδιασμός και διεξαγωγή της έρευνας.....	104
3.3. Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας.....	105

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

4.1. Αποτελέσματα της έρευνας.....	107
------------------------------------	-----

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

#### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

5.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	144
5.1.1. Γνώσεις των νηπιαγωγών για τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ.....	144
5.1.2. Γνώσεις των νηπιαγωγών για τις παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.....	147
5.1.3. Γνώσεις των νηπιαγωγών για την εφαρμογή διδακτικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.....	149

5.1.4. Γνώσεις των νηπιαγωγών για τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.....	153
5.1.5. Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την επιμόρφωσή τους σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ.....	156
5.1.6. Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπιαγωγών για το επίπεδο λειτουργίας και προσαρμογής ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο.....	157
5.2. Συμπεράσματα και προτάσεις.....	161
5.3. Περιορισμοί της παρούσας έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	164
<b>■ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>167</b>
<b>■ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>168</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της υποχρέωσης των φοιτητών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Παιδαγωγικού Τμήματος Προσχολικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Κρήτης να καταθέσουν στο τέλος των σπουδών τους διπλωματική εργασία. Για τις ανάγκες της εργασίας αυτής, μελετήσαμε τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π./ Υ.). Η ιδέα για τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής γεννήθηκε κατά την παρακολούθηση των πρακτικών ασκήσεων στο 4<sup>ο</sup> ακαδημαϊκό έτος των προπτυχιακών μου σπουδών, όταν αναφέρθηκε από μία νηπιαγωγό ο όρος «υπερκινητικό παιδί» προκειμένου να χαρακτηρίσει ένα ζωντανό παιδί. Αυτή η αναφορά με έκανε να αναρωτηθώ για τη στάση των νηπιαγωγών απέναντι στα υπερκινητικά παιδιά, για το τι γνωρίζουν οι ίδιοι για την υπερκινητικότητα αλλά και τι πιστεύουν για τα παιδιά που παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή. Έτσι, αυτή η απορία μου αποτέλεσε και την αφορμή για την επιλογή του ερευνητικού θέματος της διπλωματικής μου εργασίας.

Στο σημείο αυτό θεωρώ χρέος να ευχαριστήσω τον Καθηγητή κ. Γεώργιο Κρασανάκη, Κοσμήτορα της Σχολής Επιστημών Αγωγής του Πανεπιστημίου Κρήτης και τον Καθηγητή κ. Γεώργιο Κιτσαρά, Πρόεδρο της Σχολής Επιστημών Αγωγής του Πανεπιστημίου Κρήτης, επειδή με ενθάρρυναν να προχωρήσω στην υλοποίηση των ιδεών μου και με καθοδήγησαν στα πρώτα βήματα. Ευχαριστώ ιδιαίτερος τον επιβλέποντα τη διπλωματική αυτή εργασία Επίκουρο Καθηγητή κ. Α. Ματσόπουλο για την πολύτιμη βοήθειά του και τη συνεχή υποστήριξή του. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κ. Ε. Ριζά για τις φιλολογικές παρατηρήσεις και την κ. Κ. Αδραχτά για την υποστήριξή της καθώς και τις νηπιαγωγούς που δέχτηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια γεγονός που επέτρεψε τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας. Τέλος, ευχαριστώ πολύ τους γονείς μου, οι οποίοι υπήρξαν ανεκτίμητοι συμπαραστάτες μου.

Ευστρατία Καραγρηγορίου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα που παρουσιάζεται μελετά τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π./ Υ.).

Η έρευνα αυτή βασίστηκε στα πορίσματα σχετικών ερευνών (Miller et al., 1997 Sanson et al., 1993), οι οποίες είχαν διαπιστώσει ότι τα συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. μπορούν να εκδηλωθούν στα παιδιά από την προσχολική ηλικία. Ο νηπιαγωγός συμβάλλει στην ουσιαστική και έγκαιρη αντιμετώπιση των παιδιών που παρουσιάζουν Δ.Ε.Π./ Υ. με τον έγκαιρο εντοπισμό των συμπτωμάτων που ενδεχομένως αυτά να παρουσιάσουν στην προσχολική ηλικία (Καλαντζή- Αζίζι, 1998). Επομένως, η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων, για τη συγκεκριμένη διαταραχή, κρίθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη προς αυτή την κατεύθυνση.

Αναλυτικότερα, στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης των ετών υπηρεσίας καθώς και του επιπέδου σπουδών με τις γνώσεις που έχουν οι νηπιαγωγοί για τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ., τις παιδαγωγικές και τις διδακτικές μεθόδους καθώς και τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση παιδιών προσχολικής ηλικίας με αυτή τη διαταραχή. Οι ίδιες μεταβλητές διερευνήθηκαν σε συνάρτηση με τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών όσον αφορά την επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. και για την ένταξη ενός τέτοιου παιδιού στο νηπιαγωγείο.

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 147 γυναίκες νηπιαγωγοί από τις πόλεις του Ρεθύμνου και των Χανίων και από τους δήμους Αθηνών, Βύρωνα, Καισαριανής και Υμηττού, στις οποίες χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου, το οποίο κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί είχαν ελλιπείς γνώσεις για τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. και περιορισμένες γνώσεις για τις παιδαγωγικές και τις διδακτικές μεθόδους εκπαίδευσης παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Επίσης, οι γνώσεις των νηπιαγωγών για τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση τέτοιων παιδιών ήταν ελλιπείς. Ιδιαίτερα περιορισμένες ήταν οι γνώσεις των νηπιαγωγών που είχαν περισσότερα έτη υπηρεσίας αλλά και εκείνων που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών και εκείνων που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης πτυχίου. Η επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./

Υ. κρίθηκε από τις ίδιες αναγκαία και εκδήλωσαν θετική στάση για την ένταξη παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στον νηπιαγωγείο. Τέλος, αναφέρονται κάποιες προτάσεις σχετικά με την εκπαίδευση και προετοιμασία των νηπιαγωγών με σκοπό το σωστό εντοπισμό και την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στην τάξη.



## **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

#### **Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ**

#### **ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (Δ.Ε.Π./ Υ.)**

##### **1.1. Εισαγωγή**

Το ενδιαφέρον για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π./ Υ.) έχει αυξηθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνουν η κινητοποίηση των πολιτικών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής για τη συγκεκριμένη διαταραχή, η αυξημένη χορήγηση φαρμάκων σε παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. από μικρή ηλικία καθώς και η διόγκωση του προβλήματος ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, κυρίως από μη ειδικούς (Κωνσταντόπουλος, 2002).

Χαρακτηριστικά αναφέρεται (Norris & Lloyd, 2000) ότι μολονότι υπάρχουν χιλιάδες επιστημονικές ερευνητικές μελέτες για τη Δ.Ε.Π./ Υ., ωστόσο οι περισσότεροι γονείς και ειδικοί μπορεί να επηρεαστούν και να πειστούν από αυτά που γράφονται για το θέμα αυτό στις εφημερίδες.

Τόσο στις Η.Π.Α. όσο και στην Ευρώπη το ενδιαφέρον για τη Δ.Ε.Π./ Υ. δεν είναι πρόσφατο. Στις Η.Π.Α. η πρώτη αναφορά για συμπτώματα μιας διαταραχής που έμοιαζαν πολύ με εκείνα της Δ.Ε.Π./ Υ. σημειώθηκε το 1902 από το γιατρό George Still. Από τότε, η έρευνα σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ. έγινε πιο συστηματική. Με την εμφάνιση και την εξέλιξη των διαγνωστικών εγχειριδίων DSM (1962, 1980, 1987, 1994) που εκδίδονται από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία, τα κριτήρια για τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. έγιναν πιο σαφή. Στην Ευρώπη, η έρευνα σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ. εντατικοποιήθηκε με την εμφάνιση και την εξέλιξη των διαγνωστικών εγχειριδίων ICD (1978, 1990) που εκδίδονται από το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Όπως θα δούμε και παρακάτω, οι διαφορές γύρω από τη φύση, την επιδημιολογία και την έκβαση της Δ.Ε.Π./ Υ. μεταξύ Η.Π.Α. και Ευρώπης είναι αρκετές.

Το ενδιαφέρον των ερευνητών, τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα, στράφηκε κυρίως γύρω από τα χαρακτηριστικά, την αιτιολογία, την επιδημιολογία, την έκβαση και την αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ. σε άτομα από τη βρεφική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση (Τζίμας, 2001α, β΄ Τσανταρλιώτης,

2001 Σουλιώτης, 1999β· Καλαντζή- Αζίζι, 1998· Taylor et al., 1998 Barkley, 1997a, p.12-13 Barkley, 1997b, p. 84 Νοταράς, 1996· Barkley, 1995, p. 86 Hinshaw, 1994, p. 16 Μπάρδος, 1986· Μπάρδος, 1985). Επιπλέον, ερευνήθηκε σε μεγάλο βαθμό η επίδραση της συμπεριφοράς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο οικογενειακό (Σουλιώτης, 1999β), στο σχολικό (Σουλιώτης, 1999α· Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 1997· Wicks- Nelson & Israel, 1997, pp.214-215) και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Selikowitz, 1995, p. 13 Alessandri, 1992). Κατά συνέπεια, η από κοινού αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τους ψυχολόγους αποτελεί την καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής (Nussbaum & Bigler, 1990, pp.37-39). Όπως θα δούμε και παρακάτω, η συνειδητοποίηση αυτής της ανάγκης για συνεργασία είναι άκρως απαραίτητη.

Ο ρόλος του παιδαγωγού στη συνεργασία με τους γονείς και τον ψυχολόγο είναι καθοριστικός. Κατ' αρχήν, οι παιδαγωγοί είναι οι πρώτοι μετά από τους γονείς που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά και επομένως μπορούν να αντιληφθούν εάν κάποιο παιδί αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα ή κάποια διαταραχή (Καλαντζή- Αζίζι, 1998). Επομένως, ο παιδαγωγός πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει το πρόβλημα του παιδιού και να αντιμετωπίσει κατάλληλα τους γονείς, ενημερώνοντας και ενθαρρύνοντάς τους να απευθυνθούν σε κάποιο ψυχολόγο, εάν δεν το έχουν ήδη πράξει. Οι ίδιοι οι παιδαγωγοί οφείλουν να προσαρμόσουν το πρόγραμμά τους με τέτοιο τρόπο, ώστε να εντάξουν ομαλά το παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. στην ομάδα και τις δραστηριότητες της τάξης, διατηρώντας παράλληλα αμείωτο το ενδιαφέρον και την προσοχή των άλλων παιδιών. Παράλληλα, ο παιδαγωγός οφείλει να μην εγκαταλείπει τις προσπάθειές του και να μην απογοητεύεται από την παρουσία ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στην τάξη του, αλλά αντίθετα έχει την υποχρέωση να το βοηθήσει στο μέτρο του δυνατού ώστε να περιορίσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει (Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.213).

Το ενδιαφέρον για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. και τις απόψεις των παιδαγωγών που ασχολούνται με αυτά ξεκίνησε τα τελευταία χρόνια (Taylor et al., 2000 Andrews, 1999 Bain, & Pelletier, 1999 Teegarden, & Burns, 1999 Merrell, & Wolfe, 1998), ενώ η σημασία των απόψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη συμπεριφορά των παιδιών με τη

συγκεκριμένη διαταραχή στο σχολικό περιβάλλον καθώς και η συμβολή τους στη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. έχει υποστηριχθεί από παλιότερα (DuPaul, 1992· Conners, 1987)

Όπως προέκυψε από τη λεπτομερή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι περισσότερες έρευνες που αφορούσαν τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. και το ρόλο των παιδαγωγών, αναφέρονταν στη σχολική ηλικία (Arcelus et al., 2000· Sciutto et al., 2000· Roussos et al., 1999). Όπως έχει παρατηρηθεί, η εκδήλωση των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να αρχίσει πριν από την ηλικία των 5 ετών (Barkley, 1997b, p.76 Jacobvitz, & Sroufe, 1987). Συνεπώς, ο έγκαιρος εντοπισμός των χαρακτηριστικών της διαταραχής ενός παιδιού από τον παιδαγωγό, αν όχι από τους γονείς του, κρίνεται απαραίτητος προκειμένου να υιοθετηθούν όσο το δυνατόν γρηγορότερα οι ανάλογες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Επομένως αναπόφευκτα προκύπτει η ανάγκη έρευνας των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των παιδαγωγών προσχολικής ηλικίας για τη Δ.Ε.Π./ Υ., καθώς είναι οι πρώτοι από τους παιδαγωγούς που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά αυτής της ηλικίας.

Η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των παιδαγωγών προσχολικής ηλικίας θα μας διαφωτίσει σχετικά με αυτά που οι ίδιοι γνωρίζουν για τη Δ.Ε.Π./ Υ. και τους τρόπους αντιμετώπισής της (Neuhaus, 1999, σελ. 66-79· Barkley, 1981, σελ.18-19). Αυτές οι πληροφορίες είναι χρήσιμες, επειδή θα διαπιστώσουμε αν οι ίδιοι οι παιδαγωγοί θα μπορούν να καταλάβουν κάποιο παιδί με τα χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής και αν μπορούν να ενημερώσουν σωστά τους γονείς και τους ψυχολόγους για την κατάστασή του.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αναφέρονται τα γενικά στοιχεία για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π./ Υ.). Συγκεκριμένα, γίνεται μια σχετικά σύντομη ιστορική αναδρομή για την εξέλιξη του όρου, από το 1902, όταν αναφέρθηκαν για πρώτη φορά κάποια συμπτώματα της διαταραχής, ως τις μέρες μας. Στη συνέχεια, αναφέρονται τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής, τα δευτερογενή συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. και τα συνοδά προβλήματα. Αμέσως μετά, γίνεται λόγος για τη συννοσηρότητα Δ.Ε.Π./ Υ. και μαθησιακών δυσκολιών, ενώ ακολουθεί το υποκεφάλαιο για τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. Συνακόλουθα,

αναφέρονται τα πιθανά αίτια της Δ.Ε.Π./ Υ., η εξελικτική της πορεία και η επιδημιολογία της συγκεκριμένης διαταραχής. Στη συνέχεια, αναφέρονται ορισμένες βασικές μορφές παρέμβασης για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Ειδικότερα, γίνεται λόγος για τη φαρμακευτική αγωγή, τη θεραπεία της συμπεριφοράς και την ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο δίλημμα γονέων και εκπαιδευτικών για την εισαγωγή ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στην ειδική αγωγή ή την ένταξή του σε κανονική τάξη. Το πρώτο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την πολυεπίπεδη προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, τους ψυχολόγους και τους γιατρούς.

Στο δεύτερο κεφάλαιο διατυπώνεται το πρόβλημα της έρευνας. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η οριοθέτηση του προβλήματος και αναφέρονται οι ορισμοί των βασικότερων εννοιών που χρησιμοποιούνται στη συγκεκριμένη εργασία. Στη συνέχεια αναφέρεται η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των παιδαγωγών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Το δεύτερο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τη σκοπιμότητα και τις υποθέσεις της έρευνας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Συγκεκριμένα, εξηγείται η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου, ο σχεδιασμός και η διεξαγωγή της. Στο ίδιο κεφάλαιο αναφέρεται ο πληθυσμός και το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, ενώ στο ίδιο κεφάλαιο διατυπώνονται τα συμπεράσματα καθώς και οι προτάσεις μας για τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν στην εκπαίδευση, όσον αφορά την αντιμετώπιση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Το πέμπτο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την αναφορά ορισμένων περιορισμών της παρούσας έρευνας και παρουσιάζονται μερικές προτάσεις για μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις. Ακολουθεί το παράρτημα και η βιβλιογραφία.

## 1.2. Ιστορική αναδρομή: εξέλιξη του όρου

Ο εντοπισμός και η συστηματική μελέτη της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα χρονολογούνται από τις αρχές του περασμένου αιώνα (Still, 1902). Κατά περιόδους, η συγκεκριμένη διαταραχή προσδιοριζόταν με διαφορετικές ονομασίες ανάλογα με τις κυρίαρχες αντιλήψεις κάθε εποχής και σε σχέση τόσο με τα βασικά χαρακτηριστικά της όσο και με την αιτιολογία.

Η πρώτη αναφορά σε παρόμοια συμπτώματα με εκείνα της Δ.Ε.Π./ Υ. έγινε το 1902 από τον George Still. Ο Still περιέγραψε 20 παιδιά που παρουσίαζαν υπερκινητικότητα, προκλητικότητα, δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής, παρορμητική συμπεριφορά και αδυναμία στον περιορισμό των αυθόρμητων αντιδράσεων. Η βασική εκτίμησή του για τις συγκεκριμένες περιπτώσεις ήταν το έλλειμμα στην «ηθική βούληση» και στον «ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς» των παιδιών, το οποίο είχε οργανικό υπόστρωμα (Μανιαδάκη, 2001, σελ.22· Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.32-33 Barkley, 1994, pp.12-13· Hinshaw, 1994, p.9).

Στη συνέχεια, η μελέτη ορισμένων περιπτώσεων, στις οποίες εμφανίζονταν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που περιέγραφε ο Still, σε άτομα που είχαν τραυματιστεί στο κεφάλι ή είχαν περάσει εγκεφαλίτιδα οδήγησε πολλούς ερευνητές στη θεωρία της «εγκεφαλικής βλάβης» (Hinshaw, 1994, p. 10). Η ανάπτυξη της θεωρίας αυτής ξεκίνησε το 1947 και βασίστηκε στο συμπέρασμα ότι η απαρχή των συμπτωμάτων αυτών βρισκόταν σε κάποια εγκεφαλική βλάβη (Μανιαδάκη, 2001, σελ. 22· Barkley, 1997α, p.5). Η θεραπευτική παρέμβαση στην εγκεφαλική βλάβη προσανατολιζόταν στη φαρμακευτική αγωγή με διεγερτικά φάρμακα και στη μείωση των ερεθισμάτων του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος στα παιδιά που παρουσίαζαν τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Στη δεκαετία του 1960 επικράτησε ο όρος «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη» ή «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Kirk, 1963, p.3), ο οποίος περιελάμβανε ένα ευρύτερο φάσμα δυσλειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.34-37 Steinhausen, 1992, σελ.42· Nussbaum, & Bigler, 1990, p.4).

Σταδιακά, το ενδιαφέρον των μελετητών μετατοπίστηκε από τη μελέτη του πιθανού αιτιολογικού μηχανισμού του συνδρόμου στη συμπεριφορική περιγραφή των συμπτωμάτων του συνδρόμου. Παράλληλα, υιοθετείται ο όρος

«υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία», ο οποίος παρουσιάστηκε στο DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) (Μανιαδάκη, 2001, σελ. 23· Barkley, 1997a, p. 5 Hinshaw, 1994, p.10).

Ο όρος «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα» επικράτησε από το 1987 με την έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R) από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, στο οποίο εμφανίστηκε για πρώτη φορά ο όρος αυτός (Μανιαδάκη, 2001, σελ.22· Hinshaw, 1994, p.11).

Στην επόμενη ενότητα γίνεται μια αναλυτική παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης του όρου Δ.Ε.Π./ Υ.

### **1.2.1. Έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-III**

Σημαντική αλλαγή στη μελέτη του παραπάνω συνδρόμου από τους ερευνητές επέφεραν οι έρευνες της Douglas (Douglas, 1983, p.29· Douglas, 1972). Η ερευνήτρια έδειξε σε σχετικές εργασίες της ότι το κυρίαρχο χαρακτηριστικό του συνδρόμου δεν είναι η υπερκινητικότητα αλλά η διάσπαση της προσοχής. Σε αυτές τις απόψεις ενδέχεται να στηρίχθηκαν επόμενες σχετικές μελέτες και να οδήγησαν στην αλλαγή της ονομασίας του συνδρόμου σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα» στο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) (Μανιαδάκη, 2001, σελ.23· Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.42-44 Barkley, 1997a, pp.6-7 Hinshaw, 1994, p.10-11 Nussbaum, & Bigler, 1990, p.4-5 Barkley, 1981, p.4).

Την περίοδο 1978-1989 παρουσιάστηκαν από την επιστημονική κοινότητα τα διαγνωστικά κριτήρια. Τα κριτήρια αυτά προσφέρουν σαφέστερους ορισμούς των συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, παρέχουν οδηγίες για τη διάγνωση, με βάση την ηλικία έναρξης και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, και λαμβάνουν υπόψη τον αποκλεισμό άλλων ψυχιατρικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάγνωση (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ. 51· Hinshaw, 1994, p.10).

Η αλλαγή της ονομασίας του συνδρόμου σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα» στο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) παρουσίαζε αρκετά μειονεκτήματα όσον αφορά την

αντιστοιχία του όρου προς τα δεδομένα της επιστημονικής έρευνας (Barkley, 1981, p.4). Συγκεκριμένα, επισημάνθηκε ότι υπήρχαν ελάχιστα ερευνητικά δεδομένα που υποστήριζαν την ανάγκη ή την επιθυμία μιας τέτοιας διάκρισης, δηλαδή, της εμφάνισης Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής σε ένα άτομο με το χαρακτηριστικό της Υπερκινητικότητας ή χωρίς αυτό. Ίσως να ήταν εξίσου χρήσιμο για τη διάγνωση να χαρακτηρίζεται ένα παιδί με Δ.Ε.Π. χωρίς υπερκινητικότητα, δηλαδή ως ένα χαρακτηριστικό που απουσιάζει ή υπάρχει, με την πιθανότητα ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. στα πρώτα χρόνια της ζωής του, να παρουσιάσει αργότερα Δ.Ε.Π. χωρίς υπερκινητικότητα. Η διάκριση αυτή ενδεχομένως να είχε ελάχιστη αξία για την υιοθέτηση θεραπευτικής αντιμετώπισης. Επιπλέον, υποστηρίχθηκε ότι τα κριτήρια που παρουσιάστηκαν στο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) όσον αφορά το εκάστοτε περιβάλλον, στο οποίο εκδηλωνόταν η Δ.Ε.Π., δεν επέτρεπαν στον ειδικό να δεισδύσει στο πρόβλημα και να κάνει επαρκή διάγνωση. Παράλληλα, υπογραμμίστηκε η σημασία του στοιχείου της αποκλίνουσας συμπεριφοράς που έπρεπε να εμφανίζουν τα συμπτώματα, ώστε να επιτρέπουν στον ειδικό να τα διακρίνει από εκείνα που εμφανίζονταν σε υπερβολικό βαθμό στη συμπεριφορά των φυσιολογικών παιδιών. Όσον αφορά την ηλικία που αρχίζουν να εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα, η επισήμανση της ηλικίας των 7 ετών ή πιο μικρής από 7 ετών είναι γενικά αποδεκτή. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι τα περισσότερα παιδιά με Δ.Ε.Π. μπορούν να διαγνωστούν από την ηλικία των 3 ετών (Barkley, 1981, p.6).

### **1.2.2. Διαπολιτισμικές διαφορές μεταξύ Ευρώπης και Βορείου Αμερικής για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Έκδοση των διαγνωστικών εγχειριδίων ICD-9 και ICD-10**

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχει μια διαπολιτισμική διαφορά στον ορισμό της Δ.Ε.Π./ Υ. μεταξύ Ευρώπης και Βορείου Αμερικής. Συγκεκριμένα, πρέπει να τονιστεί η διαφοροποίηση που υπήρχε και ως ένα βαθμό εξακολουθεί να υπάρχει, ανάμεσα στις αντιλήψεις των ερευνητών της Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής για τη θεραπευτική παρέμβαση και την αντιμετώπιση της διαταραχής από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Η διαφοροποίηση αυτή είναι ιδιαίτερα έκδηλη και από τις διαφορετικές περιγραφές της διαταραχής ανάμεσα στα διαγνωστικά εγχειρίδια ICD (World

Health Organization, 1978, 1990) και DSM (American Psychiatric Association, 1980, 1987). Συγκεκριμένα, ενώ στη Βόρειο Αμερική οι μελετητές αντιμετωπίζουν τη Δ.Ε.Π./ Υ. ως συνήθη διαταραχή με κύριο γνώρισμα τις διαταραχές προσοχής και χορηγούν διεγερτικά φάρμακα, οι επιστήμονες στην Ευρώπη θεωρούν τη διαταραχή αυτή σπάνια και πιστεύουν ότι είναι αποτέλεσμα εγκεφαλικής βλάβης με βασικό χαρακτηριστικό την υπερκινητικότητα. Η θεραπευτική αγωγή στην Ευρώπη είναι η ατομική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία, ενώ διεγερτικά φάρμακα συνήθως αποφεύγονται (Κωνσταντόπουλος, 2002· Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.50· Barkley, 1997a, p.6).

Επιπλέον, στις αρχές περίπου του 20<sup>ου</sup> αιώνα, στην Ευρώπη υπήρχαν γενικά δύο διαφορετικές αντιλήψεις για την υπερκινητική διαταραχή (Steinhausen, 1992, σελ.42). Η πρώτη τη θεωρούσε διαταραχή της προσωπικότητας ενώ η δεύτερη διαταραχή οργανικής αιτιολογίας. Η πρώτη αντίληψη επικρατούσε στη Γαλλία, την Ελλάδα, την Ιταλία και την Ισπανία και ήταν συνδεδεμένη με την ψυχοδυναμική παράδοσή τους. Η δεύτερη άποψη συνδεόταν με την παράδοση που επικρατούσε στο χώρο της παιδονευρολογίας και της βιολογικής ψυχιατρικής στην Αγγλία, στη Γερμανία και στις χώρες της σκανδιναβικής χερσονήσου. Αυτό φανερώνει και η χρησιμοποίηση κατά το παρελθόν ποικίλων συνώνυμων όρων (Nussbaum, & Bigler, 1990, p.4), που έχουν αναφερθεί ήδη παραπάνω, προκειμένου να ταξινομηθούν τα παιδιά που παρουσίαζαν ανησυχία, αλλά και δυσκολίες συγκέντρωσης.

Στην έκδοση του DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) τα συμπτώματα που αναφέρονται στη διαταραχή της προσοχής και την παρορμητικότητα, περιγράφονται ως τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Αντίθετα, στο ICD-9 (International Classification of Diseases), που εκδόθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization, 1978), η υπερκινητικότητα εξακολουθεί να θεωρείται το βασικό σύμπτωμα της διαταραχής, γεγονός που υποδηλώνει τις διαφορές στις αντιλήψεις που υπάρχουν ακόμα μεταξύ Ευρώπης και Βορείου Αμερικής (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.51· Hinshaw, 1994, p.10). Ωστόσο, στο ICD-10 (World Health Organization, 1990) που εκδόθηκε στη Γενεύη από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Χριστοδούλου κ.ά., 1999) ως αρχικό βασικό



σύμπτωμα αναφέρεται η διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής και ακολουθούν η Υπερκινητική Διαταραχή Διαγωγής, Άλλες Υπερκινητικές Διαταραχές καθώς και η μη καθοριζόμενη Υπερκινητική Διαταραχή.

Στο ICD-10 (World Health Organization, 1990) συναντάται ακριβώς αυτή η έννοια της «Διαταραχής Προσοχής χωρίς Υπερκινητικότητα» στην ενότητα «Άλλες διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθηματικές διαταραχές που έχουν περιγραφεί επακριβώς και με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία» (Neuhaus, 1999, pp.27-28 Χριστοδούλου κ.ά., 1999).

### **1.2.3. Έκδοση διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-III-R. Εμφάνιση νέων διαγνωστικών εργαλείων για τη Δ.Ε.Π./Υ.**

Το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) αναθεωρήθηκε με την έκδοση του DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), το οποίο υιοθετούσε τον όρο «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα». Στο εγχειρίδιο αυτό υπήρχε μία μόνο κατηγορία συμπτωμάτων που περιελάμβανε 14 κριτήρια, βασισμένα σε ερευνητικά δεδομένα. Επιπλέον, τονίστηκε η ανάγκη για αξιολόγηση των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./Υ. σε σχέση με τη νοητική ηλικία του παιδιού. Παράλληλα, δεν αποτελούσε πλέον απαραίτητη προϋπόθεση η απουσία συναισθηματικών διαταραχών για τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./Υ. Η κατηγορία «Διαταραχή Προσοχής χωρίς Υπερκινητικότητα» καταργήθηκε και τη θέση της κατέλαβε μια άλλη κατηγορία που προσδιορίστηκε ως «Αδιαφοροποίητη Διαταραχή Προσοχής». Η Δ.Ε.Π./Υ. ταξινομήθηκε μαζί με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Oppositional Disorder) και τη Διαταραχή της Διαγωγής (Conduct Disorder) σε μία ευρύτερη κατηγορία που ονομάστηκε «Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς», εξαιτίας της συχνής επικάλυψης των συμπτωμάτων τους και της συννοσηρότητάς τους (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.55 Hinshaw, 1994, p.11 Goldstein & Goldstein, 1992, pp.10-11).

Την ίδια περίοδο (1978-1989) δημιουργήθηκαν διάφορα νέα διαγνωστικά εργαλεία για τη Δ.Ε.Π./Υ., όπως αυτό για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του παιδιού, που έγινε γνωστό με το όνομα Child Behavior Checklist, αλλά και οι κλίμακες αξιολόγησης του Conners.

#### **1.2.4. Έκδοση διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-IV**

Η τελευταία έκδοση τους διαγνωστικού εγχειριδίου DSM από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία έγινε το 1994. Στην τέταρτη έκδοση του εγχειριδίου DSM (American Psychiatric Association, 1994) η υπερκινητικότητα συμπεριλήφθηκε στον ορισμό της διαταραχής, επειδή παρουσιάστηκε έντονο ενδιαφέρον για τη μελέτη του αυτοελέγχου και της αναστολής των παρορμητικών αντιδράσεων ως βασικών χαρακτηριστικών του συνδρόμου (Μανιαδάκη, 2001, σελ. 23). Στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) το σύνδρομο καταγράφεται πλέον ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα». Επιπλέον, στο ίδιο εγχειρίδιο δίνονται δύο διαφορετικές ομάδες συμπτωμάτων, σε αντίθεση με το DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), όπου δινόταν μόνο μία ομάδα. Ειδικότερα, στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει συμπτώματα που σχετίζονται με τη διαταραχή της προσοχής και η άλλη περιλαμβάνει συμπτώματα που αναφέρονται στην υπερκινητική-παρορμητική συμπεριφορά. Στο ίδιο εγχειρίδιο οριοθετούνται τρεις τύποι, ανάλογα με τα συμπτώματα που φαίνεται να έχουν τη μεγαλύτερη βαρύτητα σε κάθε περίπτωση:

(α) Δ.Ε.Π./ Υ., Συνδυασμένος Τύπος: όταν τα συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας εμφανίζονται με την ίδια βαρύτητα.

(β) Δ.Ε.Π./ Υ., με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο: όταν τα συμπτώματα απροσεξίας εμφανίζονται με μεγαλύτερη βαρύτητα.

(γ) Δ.Ε.Π./ Υ., με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο: όταν τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας εμφανίζονται με μεγαλύτερη βαρύτητα.

Τα συμπτώματα της διαταραχής (Μάνος, 1997, σελ.616-617 Γκοτζαμάνης, 1996 American Psychiatric Association, 1994) τονίζεται ότι πρέπει να μην συμβαδίζουν αναπτυξιακά με την ηλικία και το φύλο του παιδιού, να έχουν επιμείνει στην παρουσία τους για έξι μήνες τουλάχιστον και να έχουν εκδηλωθεί πριν από την ηλικία των επτά ετών. Επιπλέον, τα συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής πρέπει να έχουν εκδηλωθεί σε δύο ή περισσότερους τομείς δράσης (σχολείο, σπίτι, στο χώρο εργασίας) και να υπάρχουν ενδείξεις της διαταραχής στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή την επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου (American Psychiatric Association,

1994). Τέλος, τα συμπτώματα δεν πρέπει να εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας μιας Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή, όπως είναι η Διαταραχή της Διάθεσης, η Αγχώδης Διαταραχή, η Αποσυνδεδετική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας (American Psychiatric Association, 1994).

Στην παρούσα ερευνητική εργασία χρησιμοποιείται ο πιο σύγχρονος όρος «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π./ Υ.)» σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) επειδή ο συγκεκριμένος όρος είναι πιο σαφής και ακριβής σε σχέση με τον όρους «Υπερκινητικό Σύνδρομο» και «Υπερκινητικό Σύνδρομο χωρίς Υπερκινητικότητα» (Neuhaus, 1999, σελ.29). Επιπλέον, όταν περιγράφονται μορφές και τρόποι συμπεριφοράς των παιδιών χρησιμοποιούνται οι λέξεις «συχνά», «ορισμένες φορές», «τις περισσότερες φορές», «μερικές φορές» και αυτό γιατί κανένα παιδί δεν μοιάζει ακριβώς με τα άλλα και δεν εκδηλώνει συγχρόνως όλα τα συμπτώματα της διαταραχής.

### **1.3. Τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ.**

Η κλινική εικόνα και ο τρόπος εκδήλωσης των συμπτωμάτων της διαταραχής ανάμεσα σε δύο παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι πιθανό να διαφέρει, πέρα από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της απροσεξίας ή της παρορμητικότητας- υπερκινητικότητας. Αυτό συμβαίνει, επειδή στον τρόπο που συμπεριφέρεται και δραστηριοποιείται ένα παιδί επιδρούν και άλλοι παράγοντες, όπως είναι το φύλο και η ηλικία του, οι συνήθειες αντιδράσεις των γονέων στη συμπεριφορά του (Καραγιάννης, 1992), αλλά και οι συνθήκες μέσα στις οποίες το παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. εκδηλώνεται (Barkley, 1990, pp.60-62 Barkley, 1997a, p.12-13). Τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η ελλειμματική προσοχή, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα και αναφέρονται περισσότερο αναλυτικά παρακάτω.

#### **1.3.1. Ελλειμματική προσοχή**

Οι ερευνητές (Sava, 2000 Barkley, 1997a, p.9-10), σε γενικές γραμμές, φαίνεται να συμφωνούν με τα αρχικά προβλήματα που εμφανίζει ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. Ένα από τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής είναι η έλλειψη προσοχής (attention deficit), η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε πολλές μορφές. Τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν δυσκολίες στον προσανατολισμό της προσοχής τους να προσανατολίζουν την προσοχή τους σε ερεθίσματα ή να αποτυγχάνουν να εντοπίζουν εκείνα τα ερεθίσματα, στα οποία αναμένεται ότι θα απκριθούν. Ακόμη, τα παιδιά ενδέχεται να αποκρίνονται σε λανθασμένες πτυχές ενός ερεθίσματος ή σε ένα εξ ολοκλήρου ακατάλληλο ερέθισμα (Shapiro, & Herod, 1994, p.88 Goldstein & Goldstein, 1992, p.7 Barkley, 1990, pp.40-41 Taylor, 1985, p.427-428 Barkley, 1981, p.12).

Στο σπίτι αυτές οι δυσκολίες με τη διατήρηση της προσοχής εμφανίζονται συχνά όταν το παιδί αποτυγχάνει να φέρει εις πέρας ορισμένες εύκολες εργασίες, να προσέξει τις οδηγίες που του δίνονται, να ολοκληρώσει εργασίες που του ανατίθενται, να παίξει παιχνίδια για παρατεταμένο χρονικό διάστημα χωρίς επίβλεψη ή προσοχή από άλλους ή όταν αδυνατεί να παρακολουθήσει τηλεόραση για αρκετή ώρα. Στο σχολείο, όταν παρατηρούνται προβλήματα στην προσοχή που επιδεικνύει το παιδί στο δάσκαλο κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, αλλά και στην ολοκλήρωση των εργασιών του κατά τη διάρκεια του ατομικού χρόνου εργασίας, αυτά τα

προβλήματα είναι ενδείξεις των δυσκολιών της προσοχής που αυτό εμφανίζει. Συχνά, το παιδί αποσπάται από τα ερεθίσματα που βρίσκονται μέσα στην σχολική αίθουσα, ή από δραστηριότητες που κάνουν, ίσως, τα άλλα παιδιά. Πολλές φορές, φαίνεται να επικεντρώνεται η προσοχή του σε όλα σχεδόν τα πράγματα, εκτός από αυτό που του έχει ζητηθεί να κάνει (Barkley, 1997a, p.10 Coldren, & Corradetti, 1997, pp.149-152 Herbert, 1996, σελ.154 Barkley, 1995, pp.29-30 Barkley, 1981, p.12).

### **1.3.2. Παρορμητικότητα**

Η παρορμητικότητα (impulsiveness) έχει αναφερθεί επίσης ως ένα από τα αρχικά προβλήματα που εμφανίζουν τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Θεωρείται, ότι πρόκειται για μια ανικανότητα των παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή να καθυστερήσουν την απάντησή τους, προκειμένου να μελετήσουν λεπτομερώς ένα συγκεκριμένο ερέθισμα και στη συνέχεια να εντοπίσουν τη σωστή απάντηση. Αυτός ο τύπος παρορμητικότητας παρουσιάζεται με διάφορους τρόπους. Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., συχνά, δεν σκέφτονται τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους, πριν προβούν σε κάποια ενέργεια (Barkley, 1997a, pp. 10-11 Waslick & Greenhill, 1997, p.394-395). Επιπλέον, κάνουν περισσότερα λάθη στο σχολικό περιβάλλον, θέτοντας γενικά τον εαυτό τους σε επικίνδυνες καταστάσεις. Συνήθως, αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν όλες τις πτυχές των οδηγιών που τους δίνονται από τους ενηλίκους, σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά. Είναι, επίσης, πιθανότερο να αποκρίνονται επιθετικά (Johnston, & Pelham, 1986) όταν ενοχλούνται ή πληγώνονται συναισθηματικά από άλλους, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους τον αντίκτυπο των απόψεων ή των ενεργειών τους. Κατά συνέπεια, τέτοιου είδους παρορμητικές απαντήσεις δίνουν την εντύπωση ότι τα παιδιά αυτά είναι κοινωνικά και συναισθηματικά ανώριμα και κατ' επέκταση τα άλλα παιδιά αποφεύγουν να κάνουν παρέα μαζί τους. Συνεπώς, είναι πιθανό να επιβληθούν στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. περισσότερες κυρώσεις, επικρίσεις και τιμωρίες από τους ενηλίκους σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά (Wicks- Nelson & Israel, 1997, pp.211-212 Goldstein & Goldstein, 1992, pp.7-8 Barkley, 1990, pp.41-43 Taylor, 1985, p.429 Barkley, 1981, p.13).

### 1.3.3. Υπερκινητικότητα

Ένα τρίτο βασικό χαρακτηριστικό της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η υπερβολική ή η αναπτυξιακά ακατάλληλη μορφή δραστηριότητας, κινητική ή λεκτική. Η ανησυχία, η νευρική κίνηση (Κάκουρος κ. ά., 2002) και γενικότερα οι άσκοπες έντονες σωματικές κινήσεις είναι πολύ συχνές. Οι κινήσεις αυτές των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι συνήθως άσχετες με την εργασία που τους έχει ανατεθεί και ορισμένες φορές φαίνονται άσκοπες. Οι γονείς παραπονούνται για την έντονη κινητική δραστηριότητα των παιδιών τους. Στο σχολείο, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν δυσκολίες να παραμείνουν ακίνητα στις θέσεις τους για κάποιο χρονικό διάστημα, περιπλανιούνται άσκοπα στην αίθουσα χωρίς άδεια από τον εκπαιδευτικό, κινούν ανήσυχτα και νευρικά τα χέρια και τα πόδια τους καθώς εργάζονται, παίζουν με αντικείμενα που είναι άσχετα με την εργασία που τους ανατίθεται, ενοχλούν τα άλλα παιδιά και βγάζουν ασυνήθιστες κραυγές (Waslick, & Greenhill, 1997, p. 393 Γεωργούσης, 1986). Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η υπερκινητικότητα (hyperactivity) δεν αποτελεί ξεχωριστό παράγοντα από την παρορμητικότητα, αλλά συνδέονται στενά μεταξύ τους (Barkley, 1997b, pp.75-76 Barkley, 1990, pp.43-44 Taylor, 1985, p.429). Άλλωστε, έχει παρατηρηθεί ότι δεν παρουσιάζουν υπερκινητικότητα όλα τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. (Nietzel et al., 1998, p. 92 Nussbaum, & Bigler, 1990, p.5). Πάντως, το χαρακτηριστικό αυτό φαίνεται να διαχωρίζει καλύτερα τη Δ.Ε.Π./ Υ. από τις άλλες κλινικές καταστάσεις καθώς και από τη φυσιολογική κατάσταση ενός παιδιού. (Barkley, 1990, p.45).

Σε γενικές γραμμές, φαίνεται ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν είναι κατ' ανάγκη πιο ενεργητικά από άλλα παιδιά σε όλες τις καταστάσεις. Φαίνεται ότι όσο πιο περιοριστικό είναι το περιβάλλον και όσο περισσότερη συγκέντρωση απαιτείται για την επίτευξη των ανατεθειμένων στόχων, τόσο πιο πιθανό είναι ότι θα εντοπιστούν αυτές οι διαφορές στο επίπεδο της δραστηριότητας. Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι ενδεχόμενο να επιδείξουν ποσοστά δραστηριότητας πιο κοντά στο φυσιολογικό, ιδιαίτερα σε νέες ή άγνωστες καταστάσεις. Καθώς εξοικειώνονται τα παιδιά αυτά με το περιβάλλον, τα επίπεδα δραστηριότητάς τους αυξάνονται υπερβολικά, γεγονός που δεν παρατηρείται στα κανονικά παιδιά κάτω από παρόμοιες περιστάσεις (Barkley, 1981, p.12). Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της υπερκινητικότητας διαδραματίζει και η παροχή

κινήτρων σε παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Σε σχετική έρευνα (Antrop et al., 2000) μελετήθηκε η συμπεριφορά τριάντα παιδιών χωρίς υπερκινητικότητα και τριάντα παιδιών με υπερκινητικότητα, ηλικίας έξι έως δώδεκα ετών, κατά το χρονικό διάστημα δεκαπέντε λεπτών πριν από την παρουσίαση μιας βιντεοταινίας. Σε αυτό το χρονικό διάστημα, οι ερευνητές είτε παρείχαν στα παιδιά κάποιο ερέθισμα είτε δεν τους παρείχαν, κατά τυχαία αναλογία. Από τη μαγνητοσκοπημένη συμπεριφορά των παιδιών κατά το χρονικό διάστημα αναμονής διαπιστώθηκε ότι η έντονη κινητικότητα των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. αυξάνεται όταν δεν τους παρέχονται ερεθίσματα, ενώ σε αντίθετη περίπτωση μειώνεται.

Ο Barkley (1981, p.13) υποστήριξε ότι η ανυπακοή (noncompliance) είναι επίσης ένα αρχικό πρόβλημα των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Εικάζεται ότι αυτή ακριβώς η ανυπακοή παρακινεί τους γονείς να ζητήσουν τη βοήθεια ειδικών. Έχει παρατηρηθεί ότι φαινομενικά διαφορετικά και ασύνδετα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών μπορεί να ερμηνευθούν ως ανυπακοή, είτε σε άμεσες εντολές των ενηλίκων είτε σε κοινά αποδεκτούς κανόνες είτε σε εθιμοτυπικούς κανόνες κατά την συνύπαρξή τους με τους άλλους ανθρώπους (Barkley, 1981, 13-15). Ωστόσο, άλλοι μελετητές υποστηρίζουν ότι η ανυπακοή των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. εντάσσεται στο πλαίσιο της υπερκινητικότητας που τα χαρακτηρίζει (Waslick, & Greenhill, 1997, p.393).

#### **1.3.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση των βασικών συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. και καταστάσεις εκδήλωσής τους**

Τα αρχικά συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. εμφανίζονται να ποικίλλουν ως αποτέλεσμα διάφορων παραγόντων. Η επικράτηση της διαταραχής και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της αυξάνονται, όταν το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο μειώνεται. Ομοίως, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο είναι επίσης σημαντικός προάγγελος της πρόγνωσης ή της έκβασης της διαταραχής (Barkley, 1981, p.16). Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, είναι πιθανότερο να βιώσουν προβλήματα στον κοινωνικό, ακαδημαϊκό, συναισθηματικό και επαγγελματικό τομέα εν αντιθέσει με τα παιδιά που προέρχονται από υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, και έχουν την ίδια διαταραχή. Η διαφορά αυτή ίσως να

οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο βιώνουν, συνήθως, λιγότερα ερεθίσματα από τα παιδιά που ζουν σε υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Ωστόσο, η ύπαρξη ατομικών διαφορών δεν επιτρέπει τη γενίκευση αυτού του συμπεράσματος.

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, τα αρχικά προβλήματα με τη Δ.Ε.Π./Υ. μπορεί να διαφέρουν ως προς την έκφραση, τη σοβαρότητα και τη συχνότητα σε διαφορετικές περιπτώσεις (Barnes, & Colquhoun, 1997, σελ.15). Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι ποικίλες μορφές εμφάνισης της διαταραχής είναι κοινές σε μερικές περιπτώσεις, ενώ δεν είναι σε άλλες. Σε μια σχετική έρευνα του Barkley (1981, p.17), φάνηκε ότι τα αγόρια με Δ.Ε.Π./Υ. είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν σχετικά προβλήματα όταν παίζουν με άλλα παιδιά, όταν οι γονείς τους μιλάνε στο τηλέφωνο, όταν στο σπίτι τους βρίσκονται επισκέπτες, όταν αυτά επισκέπτονται άλλους, αλλά και όταν βρίσκονται σε δημόσιους χώρους (π.χ. καταστήματα, εστιατόρια) (Barkley, 1997a, pp.12-13).

Η διαταραχή του παιδιού είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί στη σχολική αίθουσα παρά στο παιχνίδι ή στο σπίτι, επειδή η δομή του σχολικού προγράμματος απαιτεί μεγαλύτερο φάσμα προσοχής (sustained attention) και πιο περιορισμένη δραστηριότητα από τις προαναφερθείσες καταστάσεις (Coldren & Corradetti, 1997, pp.149-150 Eisert, 1992, σελ.120-121 Barkley, 1981, pp. 12-13). Μέσα στην αίθουσα, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./Υ. παρατηρούνται συχνά να κινούνται περισσότερο στις καρέκλες τους, να αφήνουν συχνότερα τα καθίσματά τους, να περιπλανιούνται στην αίθουσα, να χειρίζονται διάφορα αντικείμενα που δεν αποτελούν μέρος της εργασίας που τους έχει ανατεθεί, να κουνούν τα πόδια τους πέρα δώθε ενόσω κάθονται και να συμπεριφέρονται γενικά πιο νευρικά από τα φυσιολογικά παιδιά. Στο σπίτι, παρόμοιες μορφές συμπεριφοράς μπορεί να παρατηρηθούν, όταν το παιδί κάθεται στο τραπέζι κατά τη διάρκεια των γευμάτων, βλέπει τηλεόραση, είναι ξαπλωμένο στο κρεβάτι, κάθεται σε δημόσιους χώρους (π.χ. εκκλησίες, εστιατόρια) ή επιβαίνει στο αυτοκίνητο. Για τα παιδιά σχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./Υ., οι περίοδοι εργασίας στο σπίτι μπορεί επίσης να προκαλέσουν περισσότερη νευρικότητα σε σχέση με εκείνη που συνήθως υπάρχει στα φυσιολογικά παιδιά (Κάκουρος κ. ά., 2002· Barkley, 1997a, p.12-13 Waslick & Greenhill, 1997, p. 392 Barkley, 1981, p.13).



### 1.3.5. Ηλικία εκδήλωσης των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ.

Ένα άλλο ζήτημα που απασχολεί τους ειδικούς είναι η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. Ενδεχομένως, η ηλικία έναρξης εμφάνισης των συμπτωμάτων αποτελεί εν μέρει μια λειτουργία της ιδιαίτερης αιτιολογίας που αφορά ένα συγκεκριμένο παιδί (Barkley, 1981, p.18).

Σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), τα συμπτώματα υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας ή απροσεξίας πρέπει να έχουν εκδηλωθεί στο παιδί πριν από την ηλικία των 7 ετών, προκειμένου να γίνει διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. Εντούτοις, έχει επισημανθεί ότι ένα ποσοστό που ανέρχεται στο 60% έως 70% των παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να προσδιοριστεί ως προβληματικό από την ηλικία των 2 ετών ή νωρίτερα (Barkley, 1981, p.18). Αναλυτικότερα, τα προβλήματα υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας εμφανίζονται αρχικά στην ηλικία των 2-4 ετών, ενώ τα προβλήματα απροσεξίας εμφανίζονται κυρίως στην ηλικία των 5-7 ετών περίπου, με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο (Barkley, 1997b, p. 76 Jacobvitz, & Sroufe, 1987 Campbell, 1985). Μερικά παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν προβλήματα στην ιδιοσυγκρασία κατά τη βρεφική ηλικία. Ο όρος «ιδιοσυγκρασία» αναφέρεται στην τακτικότητα των συνηθειών των παιδιών (τροφή, ύπνος, κ.λπ.), την αντίδραση σε ένα ερέθισμα, τη συναισθηματικότητα, το επίπεδο δραστηριότητας και την κοινωνικότητα. Σε μερικές περιπτώσεις, κάποιο παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να μην παρουσιάσει οποιαδήποτε προβλήματα, τουλάχιστον με βάση τη γνώμη των γονέων του, προτού αρχίσει το δημοτικό σχολείο (Neuhaus, 1999, σελ. 31-32 Barkley, 1981, p.18). Κατά τον Barkley (1997a, p.11), η πλειονότητα των παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή εκδηλώνει τα προβλήματά της πριν από την ηλικία των 5 ετών.

Ορισμένοι μελετητές επισημαίνουν ότι, ίσως, πρέπει να διαχωριστεί η Δ.Ε.Π./ Υ. του παιδιού της σχολικής ηλικίας από την υπερκινητικότητα του παιδιού της προσχολικής ηλικίας (2-4 ετών). Η διαφορά τους εντοπίζεται στις διαφορετικές αναπτυξιακές φάσεις που διέρχονται τα παιδιά αυτών των ηλικιών. Το νήπιο προσπαθεί να ανακαλύψει τον περιβάλλοντα χώρο, να πολλαπλασιάσει τις εμπειρίες και τις γνώσεις του, να επεξεργαστεί διάφορα υλικά και αντικείμενα και να βιώσει την ικανοποίηση από τις επιτυχίες του. Στο πλαίσιο αυτό, το νήπιο παρουσιάζει μια εκρηκτική δραστηριότητα, με

αναπόφευκτη αστάθεια σε γνωστικό, κινητικό και σε γενικότερο επίπεδο. Όταν αυτή η δραστηριότητα του παιδιού είναι έντονη, τότε προσκρούει στις αντιδράσεις των γονέων και οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο επιθετικών και αντιθετικών μορφών συμπεριφοράς. Κατ' επέκταση, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η Δ.Ε.Π./ Υ. περικλείει πολλές και ποικίλες περιπτώσεις, με διαφορετικά προβλήματα η καθεμία. Τα γενικά χαρακτηριστικά που διακρίνονται σε όλες αυτές τις περιπτώσεις είναι η χαμηλή σχολική επίδοση, η αποτυχημένη προσαρμογή των παιδιών σε καταστάσεις και η απόρριψη από τους συνομηλίκους, γεγονός που δεν οφείλεται σε νοητική υστέρηση, ούτε σε σωματικό ελάττωμα, ούτε στο χαμηλό οικονομικό ή πολιτιστικό επίπεδο, αλλά ούτε και σε κακή αγωγή (Στάμου, 2001· Κουρκούτας, 2000· Hinshaw, 1994, pp.16-18).

#### **1.4. Δευτερογενή συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. και συνοδά προβλήματα**

Συνήθως η Δ.Ε.Π./ Υ. συνοδεύεται από μια σειρά προβλημάτων, τα οποία δεν χαρακτηρίζουν απαραίτητα όλα τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή. Ορισμένα από τα προβλήματα αυτά έχουν χαρακτηριστεί ως δευτερογενή συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. ή έχουν προκληθεί από τα πρωτογενή συμπτώματά της. Ορισμένοι ερευνητές εκλαμβάνουν τα συμπτώματα αυτά ως σχετικά προβλήματα, μικρότερης όμως συχνότητας από τα πρωτογενή συμπτώματα (Barkley, 1995, p. 86 Hinshaw, 1994, p. 16 Barkley, 1981, p.19).

Τα προβλήματα που δημιουργούνται από την αλληλεπίδραση των πρωτογενών συμπτωμάτων του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. και των αντιδράσεων των σημαντικών ατόμων του κοινωνικού του περιγύρου ονομάζονται δευτερογενή. Τα προβλήματα αυτά εμφανίζονται σε ορισμένες καταστάσεις και βεβαίως μπορούν να αποφευχθούν ή να μετριαστούν, αν υπάρχει κατανόηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το παιδί και ανάλογη υποστήριξη. Η άγνοια της αιτιολογίας και η λανθασμένη ερμηνεία των δυσκολιών είναι τα στοιχεία εκείνα που αρκετές φορές καθυστερούν την υιοθέτηση αποτελεσματικών τεχνικών για την αντιμετώπισή τους. Η καθυστερημένη επαφή του παιδιού με τον ειδικό δεν βοηθά αποτελεσματικά στην πλήρη αξιοποίηση του δυναμικού του, επειδή το παιδί έχει ήδη αποκτήσει αρνητικά βιώματα, τόσο από τις σχέσεις του με τους γονείς του

όσο και από τη σχολική του ζωή, οπότε είναι πιο δύσκολο να ξεπεραστούν (Μανιαδάκη, 2001, σελ.48).

Τα βασικά δευτερογενή χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς και η εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών. Πολλές φορές, η επίδραση των δευτερογενών προβλημάτων στη λειτουργικότητα του παιδιού είναι σπουδαιότερη από την επίδραση των πρωτογενών συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. (Μανιαδάκη, 2001, σελ.48-49).

#### **1.4.1. Προβλήματα συμπεριφοράς**

Τα σημαντικότερα προβλήματα συμπεριφοράς (behavioral problems) που παρατηρούνται στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι στα φυσιολογικά παιδιά, είναι η τάση που έχουν να αφαιρούνται (distractibility) και η επιθετικότητα (aggression) που εμφανίζουν αντίστοιχα (Hinshaw, 1994, pp.16-17). Η τάση των παιδιών να αφαιρούνται αναφέρεται στην πιθανότητα να αποτραβηχτεί η προσοχή τους από μια εργασία εξαιτίας ξένων ερεθισμάτων. Με άλλα λόγια, αυτή η τάση δηλώνει την ανικανότητά τους να εμποδίσουν τον προσανατολισμό τους προς το άσχετο με την εργασία τους ερέθισμα. Η τάση αφαίρεσης από το βασικό ερέθισμα δεν σχετίζεται με το περιορισμένο φάσμα της προσοχής (poor attention span), το οποίο δηλώνει την ανικανότητα των παιδιών να παραμείνουν συγκεντρωμένα σε μια εργασία, ιδιαίτερα μετά από το σημείο όπου αρχίζει να τους γίνεται βαρετή, ανεξάρτητα από την παρουσία ή την απουσία ερεθισμάτων που αποσπούν την προσοχή. Οι έρευνες που σχετίζονται με την τάση αφαίρεσης στα φυσιολογικά παιδιά και στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. αντικρούονται μεταξύ τους. Παραμένει δύσκολο για τους ερευνητές να συγκλίνουν στην άποψη ότι η τάση αφαίρεσης των παιδιών συνδέεται πραγματικά με τη συγκεκριμένη διαταραχή (Barkley, 1981, pp.19-20).

Στην περίπτωση της επιθετικότητας, είτε λεκτική είτε φυσική δεν συμβαίνει το ίδιο. Η επιθετικότητα παρατηρείται σε πολλά παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. και συνήθως επικρατεί (prevalent) στα παιδιά που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Barkley, 1995, p. 90 Hinshaw, 1994, pp.16-17 Barkley, 1981, p.20).

Σε μια έρευνα του Ζουρνατζή και των συνεργατών του (2002), μελετήθηκε η σχέση μεταξύ πιθανότητας εμφάνισης Δ.Ε.Π./ Υ. και

προβλημάτων κοινωνικής λειτουργικότητας στο σχολείο. Οι δάσκαλοι 92 αγοριών, με μέσο όρο ηλικίας 7.58 έτη, συμπλήρωσαν το Τεστ Ανίχνευσης της Δ.Ε.Π./ Υ. (Gilliam, 1995), την Κλίμακα Αξιολόγησης του Επιπέδου Αυτοεκτίμησης στο Σχολικό Πλαίσιο (Coopersmith, & Gilberts, 1982) και απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο εκτίμησης της συμπεριφοράς των μαθητών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μαθητές με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης Δ.Ε.Π./ Υ. εκδήλωσαν συχνότερα επιθετική συμπεριφορά, εμφάνισαν προβλήματα στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους τους καθώς και χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης.

Η συχνότητα και το επίπεδο του φωνητικού θορύβου αποτελεί ένα άλλο πρόβλημα που αναφέρεται συχνά. Δεν πρόκειται απαραίτητα για λεκτικές υπερβολές, μολονότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι συνήθως ομιλητικά (Barkley, 1981, p.20). Σε μια έρευνα του Barkley και των συνεργατών του (1981, p.20) φάνηκε ότι όχι μόνο τα παιδιά αυτά μιλούν περισσότερο από τα φυσιολογικά παιδιά, αλλά και οι μητέρες τους μιλούν περισσότερο, ενόσω βρίσκονται με τα παιδιά τους, σε σχέση με τις μητέρες των φυσιολογικών παιδιών.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που παρατηρείται συχνά στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η έντονη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά. Το στοιχείο αυτό φαίνεται να συνδέεται με την παρορμητικότητα που τα διακρίνει. Έτσι, συχνά, τα παιδιά αυτά παθαίνουν περισσότερα ατυχήματα και δηλητηριάσεις, ενώ εμφανίζουν περισσότερα χτυπήματα, γρατσουιές, μώλωπες και σπασμένα οστά σε σχέση με τα άλλα παιδιά. Το παιδί δεν φαίνεται να υπολογίζει τις μακροπρόθεσμες ή βραχυπρόθεσμες συνέπειες μιας τέτοιας μορφής συμπεριφοράς. Εκείνο που φαίνεται να το ενδιαφέρει είναι οι πιθανές συγκινήσεις ή ο κορεσμός της περιέργειας που του προκαλεί κάποια δραστηριότητα. Για τους παραπάνω λόγους, οι γονείς οφείλουν να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί με τα παιδιά τους και να τα επιβλέπουν συνεχώς, ώστε να αποφεύγονται πιθανά ατυχήματα (Barkley, 1995, pp.34-35 Barkley, 1981, p.20).

#### 1.4.2. Γνωστικά προβλήματα

Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να παρουσιάζουν, πέρα από τα χαρακτηριστικά της παρορμητικότητας και της περιορισμένης προσοχής, μια ποικιλία από γνωστικές ελλείψεις (cognitive deficits), όπως θα δούμε παρακάτω. Φυσικά, δεν παρουσιάζουν όλα τα παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή τέτοιου είδους προβλήματα και όσα από αυτά παρουσιάζουν δεν τα εμφανίζουν στον ίδιο βαθμό. Κατά καιρούς, έχει υποστηριχθεί ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν είναι απαραίτητα λιγότερο έξυπνα από τα φυσιολογικά παιδιά, αλλά εμφανίζουν επιλεκτικά ελλείψεις σε εκείνες τις πτυχές της νοητικής απόδοσης που συνδέονται κυρίως με την περιορισμένη προσοχή και τη βραχυπρόθεσμη μνήμη (Barkley, 1997a, pp.13-14 Pearson et al., 1997, pp.216-219 Barkley, 1995, p. 86 Eisert, 1992, σελ.122-123 Barkley, 1981, p.21).

Σε μια έρευνα του Handen et al. (1994) για τη συμπεριφορά των παιδιών με χαμηλή νοημοσύνη και Δ.Ε.Π./ Υ., διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά αυτά στην τάξη αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες όσον αφορά τη συμπεριφορά και τη νευρικότητά τους σε μια εργασία, ιδιαίτερα όταν επρόκειτο για καταστάσεις που τους παρέχόταν ελάχιστη ανατροφοδότηση ή επίβλεψη από τον εκπαιδευτικό. Ειδικότερα, εξετάστηκαν 34 παιδιά ηλικίας 6-12 ετών με μέτρια ή οριακή νοητική υστέρηση σε δύο ομάδες, η μια χωρίς Δ.Ε.Π./ Υ. και η άλλη με Δ.Ε.Π./ Υ., προκειμένου να διαπιστωθεί αν τα παιδιά που είχαν νοητική υστέρηση και Δ.Ε.Π./ Υ. είχαν στην τάξη διαφορετική συμπεριφορά. Οι δύο ομάδες παρακολούθησαν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για ένα τουλάχιστον μέρος της σχολικής ημέρας, και συγκεκριμένα κάθε Σάββατο, διάρκειας 6 εβδομάδων στο εργαστηριακό σχολείο που βρίσκεται στο νοσοκομείο παιδών του Pittsburg. Χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι της άμεσης παρατήρησης και δύο checklists προβληματικής συμπεριφοράς. Οι μετρήσεις από το σχολικό πρόγραμμα που παρακολουθούσαν τα παιδιά αυτά έδειξαν ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. και νοητική υστέρηση αντιμετώπιζαν λιγότερες δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, όταν τους παρέχονταν οδηγίες και ανατροφοδότηση από τον εκπαιδευτικό. Ωστόσο, όταν απαιτείτο ατομική εργασία, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσίαζαν προβλήματα συμπεριφοράς, νευρικότητας και δραστηριότητας. Επιπλέον, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί των παιδιών στην ομάδα με Δ.Ε.Π./ Υ. και νοητική υστέρηση

έκριναν ότι αυτά είχαν περισσότερες προβληματικές μορφές συμπεριφοράς, παρατηρήσεις που συμπίπτουν με τις άμεσες παρατηρήσεις στην αίθουσα. Ωστόσο, το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν μικρό, και επομένως τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά.

Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη από την Fee et al. (1994) φάνηκε ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ομάδα των παιδιών με φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης και Δ.Ε.Π./ Υ. και στην ομάδα με χαμηλό δείκτη νοημοσύνης και Δ.Ε.Π./ Υ. Παρατηρήθηκε μόνο μία διαφορά. Η διαφορά αυτή είναι ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. και νοητική υστέρηση εμφάνισαν περισσότερη αντικοινωνική συμπεριφορά από τις άλλες ομάδες. Τα παιδιά με νοητική υστέρηση ήταν περισσότερο ανήσυχα από τα φυσιολογικά παιδιά ίδιας περίπτωσης ηλικίας. Συγκεκριμένα, 100 αγόρια ηλικίας 6-8 ετών από τις βόρειες Ηνωμένες Πολιτείες μελετήθηκαν και χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες: η ομάδα με τα παιδιά με νοητική υστέρηση, η ομάδα με νοητική υστέρηση και Δ.Ε.Π./ Υ., η ομάδα με κανονική νοημοσύνη και Δ.Ε.Π./ Υ. και η ομάδα με κανονική νοημοσύνη και χωρίς Δ.Ε.Π./ Υ. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της άμεσης παρατήρησης, το Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R), το DSM-III-R checklist και το Conners' Teacher Rating Scale-39. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της έρευνας ίσως δεν είναι αντιπροσωπευτικά, επειδή το δείγμα των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. επιλέχθηκε με βάση τη λίστα που συμπλήρωσαν οι εκπαιδευτικοί και δεν στηριζόταν σε κλινική διάγνωση.

Ο Aman et al. (2002) βρήκαν σε σχετική έρευνά τους ότι η πλειονότητα των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. και χαμηλό δείκτη νοημοσύνης που συμμετείχαν στην έρευνα συνέχισαν να παρουσιάζουν Δ.Ε.Π./ Υ. μετά από τον επανέλεγχο της έρευνας και να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους, διάφορα τικ και διαταραχές ελέγχου των σφιγκτήρων. Η τοποθέτηση των παιδιών αυτών σε τάξη μειώθηκε ελάχιστα στο διάστημα του επανέλεγχου. Πολλαπλές προσπάθειες φαρμακευτικής αγωγής επιχειρήθηκαν μεταξύ της αρχικής επαφής και του επανέλεγχου. Οι εκτιμήσεις των γονέων και των εκπαιδευτικών στο Aberrant Behavior Checklist έδειξαν χαμηλότερα επίπεδα κατά τον επανέλεγχο στην υποκλίμακα της Υπερκινητικότητας. Ειδικότερα, στην έρευνα έλαβαν μέρος 30 παιδιά ηλικίας 5-14 ετών χαμηλής νοημοσύνης (IQ<85). Ο χρόνος που μεσολάβησε από την αρχική έρευνα μέχρι τον

επανελέγχο ήταν από 3,5 έτη έως 6,2 έτη και οι ηλικίες των παιδιών κυμάνθηκαν από 8-20 ετών.

Μία άλλη περίπτωση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. που αξίζει να αναφερθεί είναι η συννοσηρότητα Δ.Ε.Π./ Υ. και χαρισματικότητας (Webb, & Latimer, 1993). Η σχέση της Δ.Ε.Π./ Υ. και του υψηλού δείκτη νοημοσύνης σε παιδιά πρέπει να προσδιορίζεται με ακρίβεια μετά από προσεκτική διαφορική διάγνωση (differential diagnosis) και κλινικά κριτήρια, επειδή ορισμένα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ., όπως η διάσπαση προσοχής και η υπερκινητικότητα μπορεί να συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά παιδιών που έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης (Flint, 2001; Seeger, & Aceves, 1995). Οι λανθασμένες διαγνώσεις μπορεί να αποκλείσουν ορισμένα παιδιά από την παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης και υποστήριξης (Silverman, 1998).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που παρουσιάζει ενδιαφέρον είναι αν τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν προβλήματα στην επεξεργασία των πληροφοριών που προσλαμβάνονται από τις ανθρώπινες αισθήσεις. Στο παρελθόν, είχε υποστηριχθεί ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσίαζαν περισσότερα προβλήματα στην επεξεργασία ακουστικών πληροφοριών από την επεξεργασία οπτικών πληροφοριών. Αρκετοί γονείς πίστευαν ότι τα παιδιά τους είχαν προβλήματα στην ακουστική μνήμη, εξαιτίας της ανάγκης να τους επαναλαμβάνουν οδηγίες περισσότερες φορές από ότι στα φυσιολογικά παιδιά. Σε κάθε περίπτωση, η απροσεξία είναι η πιθανότερη αιτία αυτών των προβλημάτων, παρά οι πραγματικές ελλείψεις στην ακουστική επεξεργασία ή στη μνήμη. (Shapiro, & Herod, 1994, p. 89 Ρούσσου, 1988, σελ.53; Barkley, 1981, pp.21-22).

Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν δυσκολίες στη χρήση στρατηγικών επίλυσης σύνθετων προβλημάτων καθώς και έλλειψη ικανοτήτων οργάνωσης για την επίλυση γνωστικών και κοινωνικών προβλημάτων. Η παρορμητικότητα που διακρίνει τα παιδιά αυτά αποτελεί τον ανασταλτικό παράγοντα για τη συγκεκριμένη αδυναμία τους (Barkley, 1995, p.87).

Η απόκτηση νέων γνώσεων βασίζεται κυρίως στην ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής τόσο κατά τη στιγμή της μετάδοσης αυτών των γνώσεων όσο και κατά τη στιγμή της ανάκλησής τους. Η ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο και στις

περιπτώσεις εκείνες όπου η μάθηση συντελείται αυτόματα, ως αποτέλεσμα της ωρίμανσης. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι εκείνο της γλωσσικής ανάπτυξης. Το νήπιο πρέπει να προσέχει την ομιλία των ενηλίκων, ώστε να μάθει να προφέρει τις λέξεις με σωστό τρόπο και να σχηματίζει συντακτικά σωστές προτάσεις. Σε περίπτωση που το νήπιο δεν κατορθώσει να συγκεντρώσει την προσοχή του στην ομιλία των ενηλίκων, τότε υπάρχουν πολλές πιθανότητες να καθυστερήσει η γλωσσική του ανάπτυξη και το παιδί να αντιμετωπίσει δυσκολίες στο λόγο του (Μανιαδάκη, 2001, σελ. 49· Jones, & Warren, 1991). Κατά συνέπεια, η ελλειμματική λειτουργία του μηχανισμού της προσοχής μπορεί να εμποδίζει και να δυσκολεύει τη διαδικασία της μάθησης. Για το λόγο αυτό, στην περίπτωση των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., όπου η διάσπαση της προσοχής αποτελεί πρωτογενές σύμπτωμα, η μάθηση μπορεί να διαταραχτεί τόσο σε επίπεδο σχολικών γνώσεων όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς (Μανιαδάκη, 2001, σελ.49-50).

Μερικοί ερευνητές, επίσης, έχουν επισημάνει ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι πιθανότερο να έχουν προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά (Barkley, 1997b, p. 77 Tannock, & Schachar, 1996, pp.135- 136 Shapiro, & Herod, 1994, pp.89- 90 Barkley, 1981, p.22).

Μια γνωστική έλλειψη, που αναφέρεται κυρίως από τους γονείς, είναι η αδυναμία των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. να κατανοήσουν τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους (Barkley, 1981, p.22). Οι βασικές έννοιες του σωστού και του λανθασμένου δεν αποτελούν γνώμονα των πράξεών τους, ούτε φαίνεται να δείχνουν ιδιαίτερο σεβασμό προς τα συναισθήματα, τα δικαιώματα των άλλων, όπως αρμόζει στην ηλικία τους. Ωστόσο, δεν έχει προσδιοριστεί ακόμα με ακρίβεια, εάν αυτό προέρχεται από την ανικανότητά τους να αναλογιστούν από τη δική τους σκοπιά τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους προς έναν άλλο άνθρωπο, ή εάν απεικονίζει μια ανεπάρκεια στην αλυσίδα των σύνθετων γνωστικών διαδικασιών που κρύβονται κάτω από την έννοια της «συνείδησης».

Συχνά, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. εμφανίζονται να μην συνειδητοποιούν τη συμπεριφορά τους και τις άμεσες συνέπειες και τις επιπτώσεις της ή ακόμα και τους τρόπους, με τους οποίους μια τέτοια συμπεριφορά τους δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα (Barkley, 1981, p.23). Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., συνήθως, κατηγορούν τους άλλους για τα λάθη τους και φαίνεται να



κατανοούν ελάχιστα τους τρόπους, με τους οποίους η συμπεριφορά τους τα οδηγεί επανειλημμένα σε προβλήματα και αδιέξοδα. Ενδεχομένως, συνειδητοποιούν ελάχιστα τα ταλέντα τους και τις ελλείψεις τους, γεγονός που αποτελεί σημαντική ανεπάρκεια της αυτογνωσίας τους.

#### **1.4.3. Ακαδημαϊκά προβλήματα**

Οι ελλείψεις των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. ως προς τον ακαδημαϊκό τομέα και τη μάθηση φαίνεται να συνδέονται με τις ελλείψεις στο γνωστικό τομέα. Τα παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζουν διαταραγμένη και ανυπάκουη συμπεριφορά στη σχολική αίθουσα (Ρούσσου, 1988, σελ.53-54 Barkley, 1981, p.23). Αυτά τα προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνουν στην τάξη πιθανόν να σχετίζονται με τα βασικά συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. Όπως θα δούμε και σε επόμενο κεφάλαιο, σε σχετική μελέτη έχει αναφερθεί ότι το 15% αυτών των παιδιών είναι πιθανό να έχουν μαθησιακά προβλήματα (Lyon, 1996). Επίσης, έχουν αναφερθεί διαταραχές στις γραφικές δεξιότητες αυτών των παιδιών (Wicks- Nelson & Israel, 1997, pp.214-215), καθώς και στη γλωσσική έκφραση (Barkley, 1995, p.87).

#### **1.4.4. Κοινωνικά προβλήματα**

Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι συνήθως κοινωνικά ανώριμα (Wicks- Nelson & Israel, 1997, pp.215-216). Οι γονείς τους, συχνά, αναφέρουν ότι αυτά τα παιδιά έχουν λίγους φίλους και είναι συνήθως μικρότερης ηλικίας. Επίσης, τα παιχνίδια που διαλέγουν τις περισσότερες φορές δεν αρμόζουν στην ηλικία τους, αλλά σε μικρότερες ηλικίες. Στις αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλικούς τους παρατηρούνται συχνά επιθετικότητα, εγωισμός, ψέμα και ανειλικρίνεια (Barkley, 1981, p.24).

Η απρόσεκτη, διασπαστική, ανώριμη και προκλητική συμπεριφορά των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. αναγκάζει τους συνομηλικούς τους, που πρέπει να εργαστούν μαζί τους, να βρουν ένα τρόπο περιορισμού των αρνητικών μορφών της συμπεριφοράς τους. Η συνεργασία συνομηλικών παιδιών με τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι πολλές φορές ιδιαίτερα δύσκολη (Barkley, 1995, p.91 Alessandri, 1992 Guevremont, 1990, p.541).

Η μέτρηση των εκτιμήσεων εκπαιδευτικών, γονέων και συμμαθητών παιδιών σχολικής ηλικίας με συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ. που έγινε για σχετική

έρευνα (Demaray, & Elliott, 2001) έδειξε ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. λαμβάνουν λιγότερη υποστήριξη από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, τα παιδιά με πιο σοβαρά συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ. δέχονται λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και λιγότερη υποστήριξη από τους συμμαθητές και τους φίλους τους.

Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν πολλές δυσκολίες ως προς την κοινωνική τους συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, συμπεριφέρονται περισσότερο διασπαστικά, αντιδρούν έντονα, και περισσότερο ανυπάκουα από ότι τα φυσιολογικά παιδιά. Εξαιτίας της απροσεξίας τους αδυνατούν να ακολουθήσουν οδηγίες και κανόνες (Barkley, 1995, pp.38-40 Selikowitz, 1995, p.13 Alessandri, 1992 Goldstein, & Goldstein, 1992, pp.122-123) που τους δίνουν οι ενήλικοι. Επιπλέον, η έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους και η ανεπαρκής γνώση των άμεσων και των έμμεσων συνεπειών της συμπεριφοράς τους προκαλούν μεγάλη κατάπληξη σε εκείνους που πρέπει να φροντίσουν, να διδάξουν ή απλά να αλληλεπιδράσουν, να ζήσουν με αυτά τα παιδιά. Οι ενήλικοι που φροντίζουν τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., συχνά, πρέπει να συμπεριφέρονται σε αυτά τα παιδιά με μεγαλύτερη επίβλεψη, έλεγχο και πειθαρχία από αυτή που είναι απαραίτητη για τα φυσιολογικά παιδιά της ίδιας ηλικίας (Barkley, 1981, p.25).

#### **1.4.5. Συναισθηματικά προβλήματα**

Οι γονείς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. συχνά παραπονιούνται ότι τα παιδιά τους δεν έχουν τον έλεγχο των συναισθημάτων τους. Είναι πολύ πιθανόν να θυμώσουν και να απογοητευθούν περισσότερο από ότι τα γεγονότα επιβάλλουν και ίσως είναι πιο ευμετάβλητα και ιδιότροπα στις διαθέσεις τους. Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη και ιδιαίτερα τα κορίτσια με αυτή τη διαταραχή είναι πιθανόν να γίνουν ευερέθιστα, να πάθουν υστερία ή να διαταραχθούν συναισθηματικά (Barkley, 1981, p.25).

Η κλινική γνώση και η εμπειρία δείχνουν ότι υπάρχουν μερικές διαφορές ανάμεσα στα φύλα όσον αφορά στην εκδήλωση συναισθηματικών προβλημάτων (Campbell, 1985). Τα κορίτσια που παρουσιάζουν Δ.Ε.Π./ Υ. εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα συναισθηματικής φύσεως, εκτός από την υπερδραστικότητα και την απροσεξία τους. Επιπλέον, τα κορίτσια μπορεί να μην παρουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό φυσική επιθετικότητα

(Barkley, 1981, p. 16).

Ένα συναισθηματικό πρόβλημα των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τυπικά, το χαρακτηριστικό αυτό εμφανίζεται αργά στην παιδική ηλικία, ίσως ως αντίδραση στη χρόνια αποτυχία στον οικογενειακό, κοινωνικό και ακαδημαϊκό τομέα. Δεν είναι λίγες οι φορές που τα παιδιά αυτά παραπονιούνται αόριστα ότι έχουν λίγους φίλους και ότι τιμωρούνται συχνά (Selikowitz, 1995, p. 12-13· Μπεζεβέγκης, 1985, σελ. 181-182 Barkley, 1981, p.25). Πορίσματα σχετικών ερευνών (Bussing et al., 2000) έχουν δείξει ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. πρέπει να στοχεύουν προσεκτικά στη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η φαρμακευτική αγωγή δεν συνδέεται με τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των παιδιών.

Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. βλέπουν συχνά τους άλλους ανθρώπους ως το πρόβλημά τους, όπως επίσης και τους κανόνες που αυτοί οι άνθρωποι θέτουν, περιμένουν από αυτά να τους ακολουθήσουν. Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν πολλά συναισθηματικά προβλήματα, μερικά από τα οποία αποτελούν αρχικές διαταραχές, ενώ άλλα συνιστούν δευτερεύουσες (Barkley, 1981, p.27).

Η ποικιλία και η απρόβλεπτη συναισθηματική συμπεριφορά των παιδιών αυτών από τη μια στιγμή στην άλλη έχει αναφερθεί από αρκετούς γονείς. Ειδικότερα, μερικές φορές, το παιδί μοιάζει ικανοποιημένο, ήρεμο και γενικά συμπεριφέρεται σωστά, εντούτοις μπορεί να αλλάξει και να ξεσπάσει με νεύρα, να εκδηλώσει καταστροφικές διαθέσεις, αρνητική μορφή συμπεριφοράς και σε μερικές περιπτώσεις να εκδηλώσει επιθέσεις οργής σε άλλους, ακόμα και όταν προκαλείται ελάχιστα (Μπεζεβέγκης, 1985, σελ.179-180). Είναι δύσκολο για τους γονείς αλλά και για πολλούς ειδικούς να καταλάβουν τη συμπεριφορά του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. Ορισμένες φορές, οι ενήλικοι πιστεύουν ότι η προβληματική συμπεριφορά αυτών των παιδιών είναι καθαρά συναισθηματικής ή βουλητικής φύσης (Barkley, 1981, p.27).

Σε μια σχετική έρευνα, ο Arcelus et al. (2000) μελέτησαν τη Δ.Ε.Π./ Υ., τα συναισθηματικά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς σε παιδιά που παρακολουθούσαν ομάδες υποστήριξης συμπεριφοράς. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 45 μαθητές ηλικίας 4-10 ετών και 11-16 ετών από το νότιο και κεντρικό Birmingham της Αγγλίας. Χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο

Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) και το A.D.H.D. Rating Scale (DuPaul, 1991), τα οποία συμπλήρωσαν οι εκπαιδευτικοί για κάθε μαθητή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μαθητές των δημοτικών σχολείων που είχαν αποκλειστεί από την κανονική εκπαίδευση και παρακολουθούσαν ομάδες υποστήριξης συμπεριφοράς παρουσίασαν πιο έντονα συμπτώματα υπερκινητικότητας και συναισθηματικών προβλημάτων εξαιτίας αυτού του αποκλεισμού τους.

#### **1.4.6. Σωματικά προβλήματα**

Οι μελέτες σχετικά με τα σωματικά προβλήματα (physical problems), έχουν δείξει σωματική ανωριμότητα σε ορισμένα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Οι ειδικοί έχουν παρατηρήσει ότι πολλά από αυτά τα παιδιά είναι μικρότερα και λεπτότερα από άλλα παιδιά στην ηλικία τους (Barkley, 1981, p.27).

Ορισμένα ερευνητικά πορίσματα αναφέρουν ότι μερικά παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. έχουν σωματικά προβλήματα που δεν εξηγούνται εύκολα με βάση μια απλή ανωριμότητα ή μια αναπτυξιακή καθυστέρηση (Barkley, 1981, p.28).

Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν συχνά προβλήματα ύπνου (Barkley, 1995, p.90). Ορισμένα παιδιά μικρής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. είχαν φύγει από τα σπίτια τους και είχαν περιπλανηθεί στη γειτονιά ή έπαιζαν στο δρόμο κατά τις πρώτες πρωινές ώρες. Άλλα παιδιά, ενώ βρίσκονταν μέσα στο σπίτι, είχαν βρεθεί τη νύχτα στην κουζίνα να ανακατεύουν τα τρόφιμα ή να παίζουν στο λουτρό με τις ουσίες που πήραν από το κουτί με τα φάρμακα. Σε ορισμένα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. απαιτείται να χορηγείται ένα φάρμακο πριν από την ώρα του ύπνου για να τους εξασφαλίσει ένα διαρκή νυχτερινό ύπνο. Όμως, κάτι τέτοιο δεν γίνεται πάντα και υπάρχει περίπτωση να επιδεινώσει τα προβλήματα συμπεριφοράς και ύπνου των παιδιών (Selikowitz, 1995, p. 13 Barkley, 1981, pp.28-29).

Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν υψηλότερο αριθμό φυσικών ασθενειών και ανωμαλιών από τις φυσιολογικές παιδικές ασθένειες που δεν εμφανίζονται σχετικές με την έννοια της αναπτυξιακής καθυστέρησης (Noshpitz, & King, 1991a, pp.40-41). Οι γονείς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. αναφέρουν συχνά μια τάση του οργανισμού των παιδιών τους προς περισσότερα κρυολογήματα, ανώτερες αναπνευστικές μολύνσεις, μολύνσεις αυτιών και αλλεργίες που είναι περισσότερες από εκείνες των φυσιολογικών

παιδιών. Ειδικότερα, όσον αφορά τις αλλεργίες, η έρευνα έχει δείξει ότι περίπου το 50% των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. έχουν αλλεργίες, οι συχνότερες από τις οποίες είναι οι αντιδράσεις στις ουσίες σιταριού, το γάλα και τη γύρη. Επιπλέον, τα παιδιά αυτά, ειδικά τα αγόρια, επιδεικνύουν τις περισσότερες δευτερεύουσες φυσικές ανωμαλίες ή δυσμορφικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα από τα φυσιολογικά παιδιά. Η ακριβής αιτία των ανωμαλιών αυτών είναι αβέβαιη. Όμως, επικρατεί η πεποίθηση ότι αυτές οι ανωμαλίες συνδέονται με ενδεχόμενα προβλήματα κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης (Barkley, 1981, p. 29).

Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., τις περισσότερες φορές, αδυνατούν να συντονίσουν τις λεπτές και αδρές κινητικές δεξιότητές τους. Αυτές οι αδυναμίες που παρουσιάζουν τα φέρνει συχνά σε μειονεκτική κοινωνική θέση. Η έλλειψη συντονισμού που τα διακρίνει, σε συνδυασμό με την παρορμητικότητά τους, τα καθιστά επιρρεπή σε ατυχήματα. Κλινικές αναφορές έχουν δείξει, επίσης, ότι εμφανίζουν περισσότερα χτυπήματα, γρατσουνιές, μώλωπες και πληγές σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά της ίδιας περίπου ηλικίας. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει την ανάγκη για περισσότερη γονική επίβλεψη των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. από τα φυσιολογικά παιδιά, κάτι που ίσως ενισχύσει την απογοήτευση των γονέων (Barkley, 1995, p. 88 Barkley, 1981, pp.30-31). Κλινικές παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν υψηλή ανεκτικότητα στον πόνο (Barkley, 1981, p.29).

Συνδυαστικά με τα σωματικά προβλήματα είναι και εκείνες οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. κατά την ανάπτυξη των φυσιολογικών ικανοτήτων εγκόπρισης και ούρησης. Ωστόσο, δεν έχει εξακριβωθεί εάν τα προβλήματα αυτά συνδέονται με την ανωριμότητα στη νευρολογική ανάπτυξη των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. ή με τα προβλήματα στην εκπαίδευση για την τουαλέτα που απορρέουν από την γενικά ανυπάκουη και απρόσεκτη συμπεριφορά τους. Πάντως, σε κάθε περίπτωση, είναι απαραίτητο για την παρέμβαση στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. να εξετάζονται περισσότερα στοιχεία από τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής (Barkley, 1997b, p. 77 Barkley, 1981, p.31).

### **1.5. Συννοσηρότητα Δ.Ε.Π./ Υ. και μαθησιακών δυσκολιών**

Πλήθος ερευνητικών δεδομένων έχει δείξει ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. αντιμετωπίζουν συχνά μαθησιακές δυσκολίες και τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν συχνά υπερκινητικότητα και προβλήματα συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τις αναφορές της Hinshaw (Hinshaw, 1994, p.76), τα ποσοστά συνύπαρξης Δ.Ε.Π./ Υ. και μαθησιακών δυσκολιών κυμαίνονται περίπου από 10% έως 25%. Η διαφορά αυτή στα ποσοστά συνύπαρξης Δ.Ε.Π./ Υ. και μαθησιακών δυσκολιών ίσως να οφείλεται στα διαφορετικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν από τους ερευνητές για τον ορισμό των μαθησιακών δυσκολιών και της Δ.Ε.Π./ Υ.

Σε μια μελέτη (Lyon, 1996) για τη συννοσηρότητα της Δ.Ε.Π./ Υ. και των μαθησιακών δυσκολιών στον παιδικό πληθυσμό βρέθηκε ότι το ποσοστό συνύπαρξης των δύο διαταραχών στο συγκεκριμένο πληθυσμό ανέρχεται στο 15%.

Σε μια σχετική έρευνα (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2002) μελετήθηκαν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. στις πρώτες τάξεις του δημοτικού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια επαρχιακή πόλη της Πελοποννήσου. Το δείγμα αποτελούσαν 29 μαθητές της Α΄ και της Β΄ δημοτικού, οι οποίοι παρουσίαζαν Δ.Ε.Π./ Υ. συνδυασμένο τύπο, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των δασκάλων τους. Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα παιδιά σε ποσοστό 75,9% δυσκολεύονταν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της Α΄ Δημοτικού, ενώ τα μισά από τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είχαν κακές ή πολύ κακές σχολικές επιδόσεις.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η μειωμένη ικανότητά τους για αυτοέλεγχο, αυτοκαθοδήγηση και αναστολή των παρορμήσεών τους. Με τον όρο αυτοκαθοδήγηση (self-guidance) δηλώνεται η ικανότητα παρατήρησης, οργάνωσης, καθοδήγησης και ελέγχου της προσοχής και της συμπεριφοράς για την επίτευξη ενός στόχου. Τα παιδιά, εκτός από την κατανόηση των κανόνων, πρέπει να είναι σε θέση να τους οργανώνουν και να τους εκφράζουν (Μανιαδάκη, 2001, σελ.54).

Μια άλλη εξήγηση της συννοσηρότητας Δ.Ε.Π./ Υ. και μαθησιακών δυσκολιών είναι ότι η πρόσληψη των πληροφοριών στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. ενδέχεται να είναι ελλειμματική, εξαιτίας του μειωμένου κινήτρου που έχουν αλλά και της μειωμένης προσπάθειας που καταβάλλουν. Έχει παρατηρηθεί

ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., όταν πρόκειται να λύσουν μια άσκηση μελετούν για λιγότερο χρόνο τα δεδομένα της. Επιπλέον, συναντούν δυσκολίες όταν αντιμετωπίζουν δραστηριότητες που απαιτούν οργανωτικές ικανότητες και χρήση σύνθετων στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων (Barkley, 1990, p.75). Κατά συνέπεια, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. τις περισσότερες φορές αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν σωστά σύνθετες ή μακροσκελείς εργασίες (Μανιαδάκη, 2001, σελ.55).

## **1.6. Διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ.**

Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. συνήθως περιγράφονται ως διαρκώς υπερκινητικά, απρόσεκτα και παρορμητικά και εμφανίζονται να έχουν διάφορα ακαδημαϊκά και κοινωνικά προβλήματα σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά (Barkley, 1981, pp.1-2).

### **1.6.1. Διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση το DSM-IV**

Τα βασικά χαρακτηριστικά των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η παρουσίαση συμπτωμάτων απροσεξίας και/ ή παρορμητικότητας- υπερκινητικότητας. Στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) επισημαίνεται η αναγκαιότητα της εκδήλωσης αυτής της διαταραχής στο άτομο σε δύο τουλάχιστον περιπτώσεις (π.χ. στο σχολείο και στο σπίτι). Επιπλέον, προκειμένου να γίνει η διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ., το άτομο πρέπει να εμφανίζει σημαντική δυσλειτουργία σε διάφορους τομείς της ζωής του και τα συμπτώματα που παρατηρούνται να έχουν επιμείνει για τουλάχιστον έξι μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή αναφορικά με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου. Παράλληλα, επισημαίνεται ότι μερικά συμπτώματα υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας ή απροσεξίας που προκαλούν δυσλειτουργία στη συμπεριφορά του παιδιού πρέπει να υπάρχουν πριν από την ηλικία των επτά ετών (American Psychiatric Association, 1994).

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV έχουν βασιστεί σε έγκυρες ερευνητικές μελέτες που διεξήχθησαν από ειδικούς επιστήμονες και για το λόγο αυτό το DSM-IV αποτελεί το πιο έγκυρο σύγχρονο εργαλείο για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών, μεταξύ αυτών και της Δ.Ε.Π./ Υ. (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.72). Αυτό υποδηλώνει και η

χρησιμοποίησή του από έναν μεγάλο αριθμό επιστημόνων στις ερευνητικές εργασίες τους (Bussing et al., 2000 Sciotto et al., 2000 Barkley et al., 1996).

Σε μια έρευνα του Lahey et al. (1998) ερευνήθηκε η εγκυρότητα των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV για τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. στα μικρά παιδιά. Η εγκυρότητα του DSM-IV για κάθε τύπο της Δ.Ε.Π./ Υ. εκτιμήθηκε για 126 παιδιά ηλικίας 4-6 ετών και σε 126 παιδιά της ομάδας ελέγχου. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των δομημένων διαγνωστικών συνεντεύξεων για τους γονείς και το DSM-IV checklist που συμπλήρωσαν οι εκπαιδευτικοί. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά που παρουσίασαν κριτήρια του DSM-IV για κάθε τύπο Δ.Ε.Π./ Υ., σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων και των εκπαιδευτικών, διέφεραν από τα παιδιά της ομάδας ελέγχου σε ένα μεγάλο εύρος μετρήσεων κοινωνικών και ακαδημαϊκών βλαβών, ακόμα και όταν ελέγχονταν άλλοι τύποι ψυχοπαθολογίας. Συμπερασματικά, όταν γίνεται διάγνωση με βάση μια δομημένη διαγνωστική διαδικασία και οι τρεις τύποι του DSM-IV για τη Δ.Ε.Π./ Υ. είναι έγκυροι για τα παιδιά 4-6 ετών. Επομένως, οι παραπάνω μετρήσεις για τη διαταραχή μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη, ώστε να βεβαιώσουν ότι όλα τα μικρά παιδιά που τους αποδίδεται η διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν σημαντική λειτουργική βλάβη.

Ωστόσο, κάποια από τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στο DSM-IV τίθενται υπό αμφισβήτηση. Νεότερα ερευνητικά δεδομένα έδειξαν ότι υπάρχουν αρκετές αμφιβολίες (Barkley, 1990, p. 43 Hinshaw, 1994, pp.48-49) ως προς την ορθότητα του τρόπου κωδικοποίησης της διαταραχής, αναφορικά με το διαχωρισμό της Δ.Ε.Π./ Υ. με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο ως υποκατηγορία της Δ.Ε.Π./ Υ. ή ότι πρόκειται για χαρακτηριστικό κάποιας άλλης διαταραχής.

### **1.6.2. Διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση το ICD-10**

Οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου εντάσσονται στο διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10 (World Health Organization, 1990), όπως προκύπτει και από τη μετάφρασή του (Χριστοδούλου κ.ά., 1999), στην κατηγορία F90 «Διαταραχές της Συμπεριφοράς και του Συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία». Η κωδικοποίηση των διαταραχών βασίζεται σε τέσσερις τύπους: τη διαταραχή της δραστηριότητας και της



προσοχής, τη διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου, άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου και τη διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη. Σε αντίθεση με το DSM-IV, σε αυτό το διαγνωστικό εγχειρίδιο τα κριτήρια δεν παρουσιάζονται σε κατηγορίες και δεν αναφέρεται ορισμένος αριθμός κριτηρίων, τα οποία να είναι απαραίτητα προκειμένου να γίνει διάγνωση.

Σύμφωνα με το ICD-10 (Χριστοδούλου κ.ά., 1999), τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι η ελλειμματική προσοχή, η υπερβολική δραστηριότητα και η παρορμητικότητα. Τα χαρακτηριστικά αυτά πρέπει να εμφανίζονται στο παιδί και σε άλλες συνθήκες, όπως στο σχολείο, το σπίτι, το παιχνίδι. Επιπλέον, επισημαίνεται ότι ορισμένες φορές μπορεί να υπάρχουν προβλήματα πειθαρχίας και μειωμένη επίδοση του παιδιού στο σχολείο, ενώ είναι συχνά επιρρεπές σε ατυχήματα. Προκειμένου να γίνει διάγνωση, πρέπει να ληφθούν υπόψη ενδεχόμενες ειδικές σωματικές ή/ και συναισθηματικές διαταραχές του παιδιού, αυτισμός, διαταραχή της διαγωγής και κάποια ελαφρά νοητική καθυστέρηση ή μαθησιακά προβλήματα. Επιπρόσθετα, επισημαίνεται η εκτίμηση των σχέσεων στην οικογένεια ως παράγοντα, ο οποίος μπορεί να οδηγεί ή να είναι το αποτέλεσμα της υπερκινητικής συμπεριφοράς του παιδιού.

Η δυσκολία των παιδιών να διατηρήσουν την προσοχή τους σε διάφορες δραστηριότητες εκδηλώνεται με συχνές εναλλαγές δραστηριοτήτων, ιδιαίτερα όταν η προσοχή τους έλκεται από κάποια άλλη ασχολία. Η υπερβολική σωματική ανησυχία γίνεται περισσότερο εμφανής στην τάξη ή κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Το παιδί ενδέχεται να μην μπορεί να καθίσει ήσυχο στη θέση του και να κινείται συνεχώς. Η παρορμητική του συμπεριφορά εκδηλώνεται με την αδυναμία του να περιμένει τη σειρά του ή να ενεργεί μετά από σκέψη (Χριστοδούλου κ.ά., 1999). Συχνά, οι σχέσεις μεταξύ των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. και τους ενήλικους είναι προβληματικές και συνήθως αυτά δεν γίνονται αποδεκτά ούτε από τα άλλα παιδιά. Στα δευτερογενή χαρακτηριστικά υπάγονται η αντικοινωνική συμπεριφορά και η μειωμένη αυτοεκτίμηση, ιδιαίτερα σε παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. και συμπτώματα εσωστρέφειας (Bussing et al., 2000). Σε περίπτωση που παρατηρηθούν διαταραχές μάθησης και αδεξιότητα στις κινήσεις των παιδιών, τότε ταξινομούνται χωριστά (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.76-77).

Οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., σύμφωνα με το ICD-10, εμφανίζονται πριν από την ηλικία των έξι ετών και διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όμως, πριν από τη φοίτηση του παιδιού στο σχολείο, είναι δύσκολο να εντοπιστεί η υπερβολική δραστηριότητα, καθώς είναι δύσκολο να διαχωριστεί από τη φυσιολογική έντονη δραστηριότητα ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ. 77).

Η υιοθέτηση από ένα μεγάλο αριθμό επιστημόνων των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV (Bussing et al., 2000 Scitutto et al., 2000 Barkley et al., 1996 ), το πλήθος των ερευνητικών δεδομένων, στο οποίο στηρίζεται το εγχειρίδιο αυτό και του προσδίδουν εγκυρότητα, καθιστά το DSM-IV ίσως το πιο έγκυρο εργαλείο για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Σε μία έρευνα των Tripp et al. (1999) βρέθηκε ότι η πλειονότητα των παιδιών που είχαν υπερκινητική διαταραχή σύμφωνα με το ICD- 10, παρουσίαζαν και κριτήρια της Δ.Ε.Π./ Υ. σύμφωνα με το DSM-IV. Επιπλέον, φάνηκε ότι τα κριτήρια του DSM-IV για τη Δ.Ε.Π./ Υ. αναγνωρίζουν μια ευρύτερη ομάδα παιδιών σε σχέση με τον ορισμό της υπερκινητικής διαταραχής του ICD-10. Για το λόγο αυτό η παρουσίαση των αντίστοιχων κριτηρίων του ICD-10 ήταν συνοπτική .

### **1.6.3. Παράγοντες που επηρεάζουν τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ.**

Στο παρελθόν είχαν επισημανθεί ορισμένες παρατηρήσεις (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.72-73) ως προς τη διαφοροποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων ανάλογα με την ηλικία ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. Η κλινική εικόνα ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν είναι η ίδια σε όλα τα στάδια ανάπτυξης. Ειδικότερα, παρατηρείται ότι η Δ.Ε.Π./ Υ. με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο ενδεχομένως να εμφανίζεται πρώτη στην ηλικία των 2- 4 ετών και η Δ.Ε.Π./ Υ. με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο να έπεται κατά τη σχολική ηλικία (Barkley, 1997b, p.76).

Εκτός από τον παράγοντα ηλικία, ο παράγοντας φύλο ενδέχεται να επηρεάζει τη διαφοροποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων (Barkley, 1990, pp. 66-67 Hinshaw, 1994, pp.79-81), καθώς πολλά κορίτσια με Δ.Ε.Π./ Υ. εμφανίζουν λιγότερα συμπτώματα σε σχέση με τα αγόρια. Συνεπώς, ορισμένα κορίτσια ενδέχεται να διαφεύγουν της διάγνωσης, όταν ο αριθμός των κριτηρίων που απαιτείται να υπάρχουν για αυτήν είναι ο ίδιος για αγόρια και κορίτσια.

#### 1.6.4. Διαφορική διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ.

Προκειμένου να γίνει μια γνήσια διάγνωση ενός παιδιού που παρουσιάζει πρόβλημα και να καθοριστούν οι πρέπουσες θεραπευτικές παρεμβάσεις, να εντοπιστεί η πορεία, η αιτιολογία (Teegarden, & Burns, 1999) και η έκβαση του προβλήματος, είναι αναγκαίο να ακολουθηθεί η διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης. Η γνώση των κριτηρίων του DSM-IV για τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. δεν αρκεί.

Ο ψυχολόγος οφείλει να γνωρίζει και να διακρίνει τα συμπτώματά της από άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις, των οποίων τα συμπτώματα μοιάζουν πολύ με εκείνα της συγκεκριμένης διαταραχής. Συχνά, τα παιδιά εμφανίζουν πολλαπλές διαταραχές που συνυπάρχουν με τη Δ.Ε.Π./ Υ. και αλληλεπιδρούν με αυτή από τη στιγμή της αρχικής κλινικής παρουσίασης (Teegarden, & Burns, 1999). Ο ψυχολόγος οφείλει να διακρίνει ποια διαταραχή είναι πρωτεύουσα και ποιες είναι δευτερεύουσες, ώστε να καθορίσει την ανάλογη, την κατάλληλη θεραπεία. Ορισμένες διαταραχές της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας που ενδεχομένως να συνυπάρχουν με τη Δ.Ε.Π./ Υ. ή να μοιάζουν αρχικά με αυτή είναι το σύνδρομο Tourette, η Αντιθετική Προκλητική Διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder), η Διαταραχή Συμπεριφοράς (Conduct Disorder), οι Αγχώδεις Διαταραχές (Anxiety Disorders), οι Διαταραχές της Διάθεσης (Mood Disorders) και οι Αναπτυξιακές Διαταραχές (Pervasive Developmental Disorders) (Waslick, & Greenhill, 1997, p. 396 Barkley, 1990, pp.170-171). Πολύτιμες πληροφορίες για τη διαφορική διάγνωση παρέχουν τα ερωτηματολόγια και οι συνεντεύξεις με τους γονείς, τα παιδιά ή τους εφήβους και τους εκπαιδευτικούς καθώς και η άμεση παρατήρηση. Με τον τρόπο αυτό ο ψυχολόγος μπορεί να καταλάβει καλύτερα την κατάσταση του παιδιού και να οριοθετήσει τις κατάλληλες κατευθύνσεις για τη θεραπευτική παρέμβαση (Calev, 1999, pp.23-24 Pavuluri et al., 1999 Skansgaard, & Burns, 1998 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.225-228 Lewis, & Blotcky, 1997, p.48 Ladd, & Profilet, 1996 Hinshaw, 1994, pp.32-37 DuPaul, 1992 Barkley, 1990, pp.232-260 Nussbaum, & Bigler, 1990, pp.8-9). Εκτός από τις διάφορες προσεγγίσεις για την εκτίμηση των πρωτευόντων και των δευτερευόντων χαρακτηριστικών της διαταραχής χρειάζεται και η εκτίμηση των συμπτωμάτων σε περισσότερες από μία

καταστάσεις καθώς και παρακολούθηση της αναπτυξιακής της πορείας (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.225).

Κατά καιρούς, έχει επισημανθεί ότι υπάρχουν περισσότερα περιστατικά γονικών ψυχιατρικών προβλημάτων, όπως προβλήματα συμπεριφοράς, αλκοολισμός και υστερία σε γονείς παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. από ό,τι σε εκείνους που έχουν φυσιολογικά παιδιά. Επομένως, ίσως το οικογενειακό ιστορικό για τη Δ.Ε.Π./ Υ. στην παιδική ηλικία ή για τη συμπεριφορά, τον αλκοολισμό και τα συναισθηματικά προβλήματα στην ενηλικίωση των γονέων θα ήταν χρήσιμες πληροφορίες για τη διάγνωση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. (Barkley, 1981, p.33).

Η διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. γίνεται κυρίως από την αξιολόγηση ορισμένων χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς του παιδιού. Εκτός από την τυπική ιατρική εξέταση απαιτείται η αξιολόγηση της συχνότητας, της έντασης, της ποιότητας και των συνεπειών κάποιων μορφών συμπεριφοράς που αποκλίνουν από το φυσιολογικό για την ηλικία και το νοητικό επίπεδο του παιδιού. Επομένως, είναι ολοφάνερο ότι η Δ.Ε.Π./ Υ. είναι μια διαταραχή, η οποία επηρεάζει κυρίως τη συμπεριφορά (Μανιαδάκη, 2001, σελ.62).

Εκτός από την αμφιβολία σχετικά με την εγκυρότητα της διάγνωσης που γίνεται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Lahey, et al, 1998) έχουν παρατηρηθεί ελάχιστα εμπειρικά δεδομένα για τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά αυτής της ηλικίας (Andrews, 1999). Η εκτίμηση της καταλληλότητας του περιβάλλοντος μάθησης των παιδιών και οι εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών για τη συμπεριφορά του παιδιού στο νηπιαγωγείο κρίνονται απαραίτητες για τη διεξαγωγή μιας έγκυρης διάγνωσης (Andrews, 1999).

#### **1.6.5. Η επιλογή του ειδικού για τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ.**

Ένα παιδί που εκδηλώνει συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ. πρέπει να εξεταστεί από ένα ψυχολόγο που να μπορεί να κάνει σωστή διάγνωση με βάση ειδικά εκπαιδευτικά, ψυχολογικά και νευροψυχολογικά τεστ. Η εκτίμηση του ψυχολόγου είναι σημαντική επειδή τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. βιώνουν αρκετές φορές τη σχολική αποτυχία και την απόρριψη εξαιτίας των συμπτωμάτων τους, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε συναισθηματικές δυσκολίες (Nussbaum, & Bigler, 1990, pp.9). Ειδικότερα, οι σχολικοί ψυχολόγοι (school psychologists), οι παιδοψυχολόγοι (child psychologists) και οι

νευροπαιδοψυχολόγοι (child neuropsychologists) γνωρίζουν καλά τις διαταραχές που εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία και μπορούν με τις ανάλογες θεραπευτικές μεθόδους και διαδικασίες να βοηθήσουν στη μαθησιακή και κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών (Nussbaum, & Bigler, 1990, pp.40-41).

Η επιλογή του ειδικού, ο οποίος μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά το παιδί, δεν είναι εύκολη. Δεν είναι λίγες οι φορές που έχουν αναφερθεί (Norris, & Lloyd, 2000) έντονες διαμάχες και αντιπαράθεσεις μεταξύ των διάφορων ειδικών για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Τέτοιος ειδικός μπορεί να είναι ένας παιδίατρος ή ένας ψυχολόγος ή κάποιος που να ειδικεύεται στις ψυχιατρικές διαταραχές (psychiatric disorders), όπως είναι ο ψυχίατρος για παιδιά. Όποιον και να επιλέξουν οι γονείς πρέπει να έχει κλινική εμπειρία στη συγκεκριμένη διαταραχή και να μπορεί να επικοινωνεί σε ικανοποιητικό βαθμό με την οικογένεια. Η αποτελεσματική και επιτυχημένη αντιμετώπιση της διαταραχής απαιτεί μια συντονισμένη προσπάθεια από όλους όσους σχετίζονται με το παιδί που έχει Δ.Ε.Π./ Υ. (Nussbaum, & Bigler, 1990, pp.37-39).

### **1.7. Τα πιθανά αίτια της Δ.Ε.Π./ Υ.**

Οι ερευνητές έχουν μελετήσει πέντε τομείς όσον αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες που ενδεχομένως να προκαλούν τη Δ.Ε.Π./ Υ. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ειδικοί κατέληξαν σε βιαστικά συμπεράσματα όσον αφορά τα αίτια της διαταραχής. Συγκεκριμένα, οι ειδικοί προσδιόριζαν ως αίτια της Δ.Ε.Π./ Υ. τις περισσότερες φορές καθαρά συσχετικά στοιχεία. Παρακάτω αναφέρονται οι βασικότερες πιθανές αιτιολογίες της Δ.Ε.Π./ Υ. (Barkley, 1995, p. 55 Barkley, 1990, pp.95-96 Barkley, 1981, pp.37-38).

#### **1.7.1. Νευρολογικοί παράγοντες**

Η πιο πρόωρη και ίσως η πιο συχνά αναφερόμενη αιτιολογία της Δ.Ε.Π./ Υ. ήταν η εγκεφαλική βλάβη ή ο εγκεφαλικός τραυματισμός. Συνήθως, συνέβαινε κατά τη γέννηση. Οι πρώτες περιγραφές των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σχετίζονταν με την ανάρρωση των παιδιών αυτών από εγκεφαλίτιδα (Nietzel et al., 1998, pp.93-94 Barkley, 1997a, p.31). Αργότερα ο όρος «εγκεφαλική βλάβη» αναφερόταν σε παιδιά που δεν είχαν εμφανή σημάδια κάποιας βλάβης ή τραυματισμού. Το συμπέρασμα αυτό προέκυψε από την

παρουσίαση στα παραπάνω παιδιά προβλημάτων συμπεριφοράς παρόμοια με εκείνα που είχαν εγκεφαλίτιδα, οπότε πρέπει να είχαν κάποια εγκεφαλική βλάβη (Goldstein, & Goldstein, 1992, pp.40-41). Ο όρος «εγκεφαλική βλάβη» αναφέρεται σε νευρολογική εκτίμηση ή «βαριές» νοητικές ενδείξεις, μέσω αυτοψίας, και δηλώνει ότι ο εγκέφαλος υπέστη τραυματισμό στη δομή του ή κάποια αλλαγή. Από τα παιδιά που παρουσίαζαν πράγματι εγκεφαλικούς τραυματισμούς, μόνο ένα μικρό ποσοστό ανέπτυσσαν Δ.Ε.Π./ Υ., μολονότι άλλα παιδιά ίσως είχαν περισσότερες πιθανότητες να επιδείξουν γενικά ψυχιατρικά προβλήματα (Barkley, 1990, p.96· Kanter, 1985, pp.213-214 Taylor, 1985, p. 430 Barkley, 1981, p.38).

Παρόλο που παρατηρείται έλλειψη δεδομένων όσον αφορά την εγκεφαλική βλάβη, η πιθανότητα τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. να υποφέρουν από νευρολογική δυσλειτουργία υποστηρίζεται από πολλούς ερευνητές (Nietzel et al., 1998, pp.93-95 Barkley, 1990, p.97). Αρχικά, βασίζονταν σε νευρολογικές «ήπιες» (soft) ενδείξεις και ψυχοφυσιολογικά ευρήματα που δήλωναν την ύπαρξη προβλημάτων στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ορισμένοι ερευνητές υποστήριζαν ότι η Δ.Ε.Π./ Υ. προέρχεται από τις ανεπάρκειες των νευροδιαβιβαστών μέσα στις δεδομένες δομές εγκεφάλου, ενώ άλλοι περιόριζαν τις εικασίες τους στις ανεπάρκειες ή δυσλειτουργικές δομές του εγκεφάλου, χωρίς απαραίτητα να είχαν εντοπίσει νευροχημικές ανωμαλίες. Ωστόσο, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία που να υποστηρίζουν μια συγκεκριμένη δυσλειτουργία σε οποιαδήποτε περιγραφόμενη νευρολογική περιοχή για όλα τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. (Shelton, & Barkley, 1990, p.211 Barkley, 1981, p.38-39).

Οι ομοιότητες μεταξύ των συγκεκριμένων μορφών συμπεριφοράς σε παιδιά και τα αποτελέσματα των μετωπιαίων τραυματισμών σε ενήλικοι είναι αρκετά εντυπωσιακές και μπορεί να αποδειχτούν περισσότερο από συμπτωματικές (Barkley, 1990, p.97 Barkley, 1981, p.39). Ο μετωπιαίος φλοιός στους ανθρώπους βρίσκεται στο εμπρόσθιο τμήμα και των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων, καταλαμβάνοντας την κρανιακή περιοχή ακριβώς πίσω από το μέτωπο. Η περιοχή αυτή είναι η πιο πρόσφατα εξελιγμένη του ανθρώπινου εγκεφάλου, η οποία είναι γνωστή για τις άφθονες διασυνδέσεις με τους μηχανισμούς διέγερσης των μίσχων του εγκεφάλου, τα κέντρα αισθήσεων του μέσου εγκεφάλου, την αισθησιοκινητική περιοχή του φλοιού

και τις μεταγενέστερες περιοχές ένωσης. Ο μετωπιαίος φλοιός φαίνεται να διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην παρεμπόδιση, τη διαμόρφωση, τον προγραμματισμό και τη ρύθμιση της σύνθετης ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η δομή αυτή επιτρέπει στους ανθρώπους να προσδοκούν και να προετοιμάζονται για μελλοντικά γεγονότα και να παράγουν κινητικές μορφές συμπεριφοράς από λεκτικές δηλώσεις ή κανόνες. Τέτοια μορφή συμπεριφοράς που προέρχεται από την υπακοή κανόνων εμφανίζεται ουσιαστική στην κοινωνικοποίηση των ανθρώπων. Επιπλέον, αυτή η δομή του εγκεφάλου φαίνεται να είναι υπεύθυνη για την ανθρώπινη δυνατότητα της επικέντρωσης της προσοχής για παρατεταμένες χρονικές περιόδους και την επικέντρωση των προσπαθειών προς μακροπρόθεσμους μελλοντικούς στόχους (Nietzel et al., 1998, p.95· Barkley, 1995, p.57).

Ορισμένοι ενήλικοι και μερικά παιδιά με τραυματισμούς ειδικά στο μετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου χαρακτηρίζονται ως απρόσεκτοι, παρορμητικοί, ανήσυχοι και ανίκανοι να ακολουθούν κανόνες (Barkley, 1990, pp.97-98 Barkley, 1981, p.39). Ωστόσο, υπάρχει περίπτωση να επιδείξουν ανάρμοστη κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά, ενώ συγχρόνως αποτυγχάνουν να ενδιαφερθούν για τις παρούσες και μελλοντικές συνέπειες της συμπεριφοράς κάποιου. Τέτοιες μορφές συμπεριφοράς είναι παρόμοιες με εκείνες των παιδιών με Δ.Ε.Π./Υ. (Barkley, 1997a, pp.31-37).

Μια εναλλακτική λύση στα μοντέλα βλάβης ή δυσλειτουργίας είναι η έννοια της νευρολογικής ανωριμότητας. Σύμφωνα με αυτή, φαίνεται να υπάρχει μια καθυστέρηση στην ωρίμανση των δομών του κεντρικού νευρικού συστήματος που βρίσκονται κάτω από την προσοχή και την παρεμπόδιση απάντησης. Περίπου στο 50% των παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζονται υποτονικά εγκεφαλικά σήματα στα εγκεφαλογραφήματα, υποδηλωτικά της υπανάπτυξης του φλοιού του εγκεφάλου. Σε πολλά από αυτά τα παιδιά παρατηρήθηκαν επίσης δυσκολίες σχετικές με τη φυσική, τη συναισθηματική και τη γνωστική ανωριμότητα (Barkley, 1990, p.97 Barkley, 1981, p.40). Ωστόσο, νεότερες έρευνες δεν επιβεβαίωσαν την άποψη ότι το πρόβλημα στις προαναφερθείσες περιοχές του εγκεφάλου οφείλεται σε ανωριμότητα του εγκεφάλου (Barkley, 1995, pp.57-58).

### 1.7.2. Γενετικοί παράγοντες

Η συγκεκριμένη περιοχή έρευνας προσελκύει ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των ερευνητών. Σχετικές μελέτες έδειξαν ότι οι γονείς των παιδιών με Δ.Ε.Π./Υ. παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αλκοολισμού, ψυχιατρικών διαταραχών (Stewart et al., 1980), υστερίας και κατάθλιψης από εκείνους τους γονείς που έχουν φυσιολογικά παιδιά. Τέτοιες διαταραχές είναι παρόμοιες με εκείνες για τις οποίες τα παιδιά με Δ.Ε.Π./Υ. βρίσκονται σε κίνδυνο κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενηλικίωσής τους. Αυτά τα προβλήματα δεν παρατηρούνται στους γονείς υιοθετημένων παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Επιπλέον, οι γονείς παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζονται να είναι περισσότερο απρόσεκτοι και παρορμητικοί από τους άλλους ενήλικους της ίδιας περίπτωσης ηλικίας, νοημοσύνης και κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Επιπρόσθετα, υπάρχουν ενδείξεις ότι περίπου το 30% από τα αδέρφια παιδιών με Δ.Ε.Π./Υ. είναι πιθανό να παρουσιάσει ψυχιατρικά προβλήματα, μεταξύ των οποίων να κυριαρχεί η Δ.Ε.Π./Υ. Εκτός από την οικογενειακή φύση της διαταραχής, ορισμένα ερευνητικά πορίσματα των ίδιων και διδύμων ετεροζυγωτών δείχνουν ότι υπάρχει κάποια κληρονομική βάση στη διαταραχή (Barkley, 1997a, pp.37-38 Barkley, 1990, pp.102-103 Barkley, 1981, p.40). Άλλωστε, υπάρχουν αρκετοί ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η κληρονομικότητα είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας σχετικά με την αιτιολογία της Δ.Ε.Π./Υ. (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.223 Selikowitz, 1995, p. 84 Kanter, 1982, p.213).

Όσον αφορά την κληρονομικότητα του επιπέδου δραστηριότητας και ιδιοσυγκρασίας για τα παιδιά που είναι πιθανό να παρουσιάσουν Δ.Ε.Π./Υ., φαίνεται ότι υπάρχουν όντως κάποια πρόωρα σημάδια στην αναπτυξιακή ή οικογενειακή ιστορία του παιδιού που προβλέπουν την εμφάνισή της αργότερα. Κατά καιρούς, έχει επισημανθεί (Barkley, 1997a, pp.38-41 Barkley, 1990, pp.102-103 Barkley, 1981, pp.40-41) ότι παρουσιάζεται υψηλότερο επίπεδο κληρονομικότητας μεταξύ μονοζυγωτών παρά μεταξύ διζυγωτών διδύμων. Όσον αφορά την ιδιοσυγκρασία, τα βρέφη με δύσκολη ιδιοσυγκρασία έχουν συχνά προβλήματα με την τροφή, τον ύπνο και την οξυθυμία της διάθεσης. Τα βρέφη αυτά παρουσιάζουν συχνά λιγότερη διάθεση για χάδια ή είναι λιγότερο επικοινωνιακά με τους άλλους ανθρώπους και φαίνονται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανότητα άμεσης αντίδρασης στα



περιβαλλοντικά ερεθίσματα, με ένα αρνητικό τρόπο. Ερευνητικά πορίσματα έχουν δείξει ότι τα βρέφη με δύσκολη ιδιοσυγκρασία βιώνουν γενικά προβλήματα συμπεριφοράς και υπερκινητικότητας από την ηλικία των 2 έως 3 ετών (Barkley, 1981, p. 32).

### 1.7.3. Περιβαλλοντικές τοξίνες

Μια ποικιλία από τοξίνες και ουσίες που προκαλούν αλλεργίες αποτέλεσε το θέμα συζήτησης όσον αφορά τη συμβολή της στις αιτίες της Δ.Ε.Π./ Υ. Οι κυριότερες από αυτές ήταν τα συντηρητικά των τροφίμων και οι επεξεργασμένες ποικιλίες ζάχαρης. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι επιδράσεις των συντηρητικών στη συμπεριφορά ήταν αδύναμες, περιορίζονταν σε ένα πολύ μικρό ποσοστό παιδιών και ήταν προφανώς περισσότερο πιθανόν να εμφανιστούν σε παιδιά ηλικίας 6 ετών και κάτω (Hinshaw, 1994, pp.62-63 Goldstein & Goldstein, 1992, pp.36-37). Κατά συνέπεια, τα συντηρητικά των τροφίμων δεν είναι πιθανόν η μεγαλύτερη αιτία της Δ.Ε.Π./ Υ., μπορούν ωστόσο να επιδεινώσουν τα συμπτώματα μιας σχετικά μικρής ομάδας παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Ο ρόλος των επεξεργασμένων ποικιλιών ζάχαρης και άλλων τροφίμων, όπως το γάλα, η σοκολάτα και το φαγητό με ελάχιστη θρεπτική αξία στην πρόκληση της Δ.Ε.Π./ Υ. δεν έχει διερευνηθεί σε βάθος (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.220-221 Barkley, 1990, p. 99 Taylor, 1985, p. 431 Barkley, 1981, p.41).

Ο βαθμός δηλητηρίασης από μόλυβδο εξετάστηκε για τη συμβολή του στη Δ.Ε.Π./ Υ. Τα συμπεράσματα είναι διφορούμενα, εξαιτίας των μεθοδολογικών σφαλμάτων που παρουσιάζουν οι λίγες σχετικές έρευνες. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι ένα ποσοστό 30% με 35% των παιδιών με ανυψωμένα επίπεδα μόλυβδου στο αίμα έχουν Δ.Ε.Π./ Υ. Επιπλέον, βρέθηκε ότι μερικά παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. που παρουσίασαν ενδείξεις υψηλού μόλυβδου στο αίμα επέδειξαν βελτίωση στη συμπεριφορά τους όταν ακολούθησαν θεραπεία χήλησης (chelation) (Barkley, 1990, pp.99-100 Kanter, 1985, p. 215 Barkley, 1981, pp.41-42). Η θεραπεία αυτή αποσκοπεί στην εξάγνιση του μόλυβδου από τους σωματικούς ιστούς. Ωστόσο, η ύπαρξη υψηλών επιπέδων μόλυβδου στο αίμα μπορεί να προκαλέσει Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά. Όμως, η μεγάλη πλειονότητα των παιδιών με αυτή τη διαταραχή δεν παρουσιάζει τέτοιες ενδείξεις. Το πιο πιθανό είναι η Δ.Ε.Π./ Υ. να προηγείται

της έκθεσης μολύβδου. Με άλλες λέξεις, ίσως τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι πιθανότερο να υποστούν τυχαίες δηλητηριάσεις σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά, εξαιτίας της παρορμητικής συμπεριφοράς τους. Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο αποτελεί ίσως ένα παράγοντα που συμβάλλει περαιτέρω σε αυτή την εξήγηση, καθώς τόσο η Δ.Ε.Π./ Υ. όσο και τα αυξημένα επίπεδα μολύβδου στο αίμα παρατηρούνται πιο συχνά σε ομάδες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Η σχέση της δηλητηρίασης από μόλυβδο με τη Δ.Ε.Π./ Υ. παραμένει ασαφής (Barkley, 1997a, pp. 42 Hinshaw, 1994, p. 63 Goldstein & Goldstein, 1992, p.38).

Κατά καιρούς, έχουν αναφερθεί τοξικές αντιδράσεις στα ηρεμιστικά, καθώς τα παιδιά έρχονται σε επαφή με σπασμολυτικά (anticonvulsant) ή ηρεμιστικά (sedative) φάρμακα και γίνονται ανεξέλεγκτα. Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί ότι ένα 30% των παιδιών που χρησιμοποίησε αυτά τα φάρμακα εκδήλωσε Δ.Ε.Π./ Υ., με συμπτώματα που ελαττώθηκαν στα περισσότερα από τα παιδιά, όταν διακόπηκε η χορήγησή τους. Πολλοί ερευνητές που εργάζονται σε παιδιατρικές νευρολογικές κλινικές παρατηρούν συχνά παιδιά να παρουσιάζουν σχετικές με τη διαταραχή αντιδράσεις σε σπασμολυτικές ενώσεις (Barkley, 1990, pp.101-102 Barkley, 1981, p.42). Ίσως, η καταπράυνση των ανώριμων νευρολογικών ανασταλτικών μηχανισμών ορισμένων παιδιών οδηγεί σε ανάλογη συμπεριφορά. Ενώ τα ηρεμιστικά μπορεί να προκαλέσουν «υπερκινητικές αντιδράσεις», τα περισσότερα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν λαμβάνουν τέτοιες ουσίες.

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο σημείο, το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει δείξει μια αδύνατη αλλά σημαντική σχέση με την υπερκινητική μορφή συμπεριφοράς στην ηλικία των 5 ετών σε παιδιά που γεννιούνται από τέτοιες μητέρες. Επιπλέον, σχετικές αναφορές (Barkley, 1997a, pp.42-43) για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. έδειξαν ότι οι μητέρες τους ανέφεραν ότι κατανάλωσαν πολύ περισσότερα τσιγάρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους σε αυτά τα παιδιά σε σύγκριση με τις μητέρες που κυοφορούσαν φυσιολογικά παιδιά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, υπάρχει το ενδεχόμενο τα επιβλαβή αποτελέσματα του καπνίσματος να επηρεάζουν την ανάπτυξη του εμβρύου με τέτοιο τρόπο, ώστε να δημιουργούν ή να συμβάλλουν στην εμφάνιση Δ.Ε.Π./ Υ. στην εμβρυϊκή ηλικία. Οι γυναίκες που είναι περισσότερο πιθανό να γεννήσουν παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι

περισσότερο πιθανό να έχουν οι ίδιες μια σχετική ανησυχία και άλλες συναισθηματικές διαταραχές. Ωστόσο, τέτοιες γυναίκες είναι πιθανό να καπνίζουν τσιγάρα κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης εξαιτίας της πίεσης που νιώθουν, αλλά το τσιγάρο να μην συμβάλλει στην πιθανότητα εκδήλωσης Δ.Ε.Π./ Υ. στο παιδί (Barkley, 1990, p.100· Barkley, 1981, pp.42-43).

Μια παρόμοια σχέση υφίσταται όσον αφορά την κατανάλωση οιοπνεύματος από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σχετική έρευνα ανέφερε ότι 15 από 87 μητέρες παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή ανέφεραν ότι έπιναν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Barkley, 1981, p.43). Επακόλουθη εξέταση σε αυτά τα παιδιά έδειξε ότι παρουσίαζαν διάφορες φυσικές ανωμαλίες με κυριότερο το εμβρυϊκό σύνδρομο οιοπνεύματος. Παρόλα αυτά, τα παραπάνω δεδομένα δεν αποδεικνύουν απαραίτητα μια αιτιώδη σύνδεση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της δημιουργίας Δ.Ε.Π./ Υ. Οι μητέρες που είναι πιθανό να έχουν παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο συναισθηματικών διαταραχών που πιθανό να τις αναγκάσει να στραφούν στο αλκοόλ κάτω από την πίεση της εγκυμοσύνης. Ενδεχομένως, η εμφάνιση της Δ.Ε.Π./ Υ. στο παιδί να επηρεάζεται περισσότερο από την ψυχική κατάσταση της μητέρας και λιγότερο από την κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της (Nietzel et al., 1998, p. 94 Barkley, 1990, pp.100-101).

#### **1.7.4. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Στο παρελθόν, έχει υποστηριχθεί ότι οι ελλιπείς μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι γονείς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του παιδιού το οδηγεί σε συμπεριφορά ανάλογη με εκείνη που προκαλεί η Δ.Ε.Π./ Υ. Σε αρκετές περιπτώσεις, οι ψυχολόγοι σπεύδουν να κατηγορήσουν τους γονείς και την ανικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά που εκδηλώνουν τα παιδιά τους. Οι ψυχολόγοι είναι πιθανό να συναντήσουν γονείς που χρησιμοποιούν περισσότερες εντολές, λιγότερες αμοιβές και επιβάλλουν περισσότερη τιμωρία σε αυτά τα παιδιά σε σύγκριση με αυτές τις μορφές συμπεριφοράς που διακρίνουν σε φυσιολογικές δυάδες γονέα-παιδιού. Η δεδομένη μορφή συμπεριφοράς μπορεί να ελαττωθεί από τις προσεγγίσεις τροποποίησης της συμπεριφοράς (Nietzel et al., 1998, p. 95

Barkley, 1990, pp.103-104 Barkley, 1981, p.44). Ωστόσο, δεν υπάρχουν νεότερες ερευνητικές ενδείξεις που να επιβεβαιώνουν την ύπαρξη αιτίας ψυχολογικής ή κοινωνικής φύσεως για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Μια τέτοια μορφή συμπεριφοράς εκ μέρους των γονέων ενισχύει περισσότερο την επιθετική και την ανυπάκουη συμπεριφορά των παιδιών, αλλά δεν προκαλεί τη διαταραχή (Barkley, 1995, pp.70-71 Hinshaw, 1994, pp.63-65).

Συμπερασματικά, φαίνεται να επιδρούν πολλαπλοί παράγοντες στην εμφάνιση της Δ.Ε.Π./ Υ. Κατά την άποψη του Barkley (Barkley, 1990, pp. 104-105 Barkley, 1981, pp.44-45), οι γενετικοί- κληρονομικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαταραχή. Οι περιπλοκές στην εγκυμοσύνη αποτελούν σημαντικό παράγοντα για ορισμένα άτομα με Δ.Ε.Π./ Υ. Πολύ μικρότερα ποσοστά παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να συνδέονται με εμφανή νευρολογική βλάβη ή τοξικές αντιδράσεις (Wicks-Nelson, & Israel, 1997, pp.222-223).

Ανακεφαλαιώνοντας, επισημαίνεται ότι η Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να είναι κληρονομική. Εκτός από την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού σχετικά με τη διαταραχή, Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να την προκαλέσουν μη- γενετικές αιτίες όπως η χρήση ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της κύησης, η τοξιναιμία, οι μολυσματικές ασθένειες, ο πρόωρος τοκετός ή οι επιπλοκές κατά τον τοκετό. Μετά τη γέννηση, ιατρικά προβλήματα όπως η μηνιγγίτιδα, η εγκεφαλίτιδα, οι πυρετικοί σπασμοί, η μολυβδίαση ή ένα εγκεφαλικό τραύμα μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής. Το προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον, οι τραυματικές εμπειρίες, η κακοποίηση ανηλίκων, η κατάθλιψη και το άγχος δεν προκαλούν Δ.Ε.Π./ Υ. Ωστόσο, μπορούν να επηρεάσουν την προσοχή, τη συγκέντρωση και τον έλεγχο της παρορμητικότητας του παιδιού, χωρίς να υπάρχει απαραίτητα διάγνωση Δ.Ε.Π./ Υ.

## **1.8. Η εξελικτική πορεία της Δ.Ε.Π./ Υ.**

Διάφοροι μελετητές (Nietzel et al., 1998, p.92· Barkley, 1981, p.33) έχουν αναφέρει ότι τα συμπτώματα, που εμφανίζουν τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. κατά την παιδική τους ηλικία, τείνουν να μειώνονται σε ένταση κατά την εφηβική ηλικία. Ωστόσο, πολλά από τα προβλήματα αυτών των παιδιών υποστηρίζεται ότι, μολονότι ελαττώνονται με την πάροδο της ηλικίας, εξακολουθούν να είναι παρόντα στα τέλη της εφηβικής ηλικίας και στις αρχές της ενηλικίωσης.

### **1.8.1. Βρεφική ηλικία**

Κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας (infancy) πολλά παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν δυσκολίες. Ουσιαστικά, πρόκειται για δυσκολίες στην ιδιοσυγκρασία, δηλαδή σχετικά με το φαγητό, τον ύπνο και το επίπεδο δραστηριότητας. Συχνά, τα βρέφη αυτά είναι οξύθυμα, είναι ιδιότροπα στο φαγητό τους, καθώς δεν τρώνε σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Ορισμένα βρέφη παρουσιάζουν αλλεργίες στο γάλα και για το λόγο αυτό χρειάζονται ειδικούς τύπους τροφής (Barkley, 1997b, p.·84 Barkley, 1990, p.·108 Taylor, 1985, p.433). Όπως αναφέρει και ο Barkley (1981, p.33), πολλά από τα παιδιά αυτής της ηλικίας παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου, έχοντας συχνά μικρότερες χρονικές περιόδους ύπνου σε σχέση με άλλα βρέφη. Επιπλέον, τα βρέφη με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι συχνά ιδιαίτερα ενεργητικά και ανήσυχα και δεν επιθυμούν να τα παίρνουν στην αγκαλιά τους οι ενήλικοι. Συνάμα, είναι πολύ πιθανό οι ενήλικοι να πρέπει να καταβάλουν ιδιαίτερες προσπάθειες προκειμένου να παραμείνουν τα βρέφη με Δ.Ε.Π./ Υ. στα κρεβάτια τους ή να τα εμποδίσουν από ακούσια καταστροφή των κρεβατιών ή των στρωμάτων τους.

### **1.8.2. Πρώτη παιδική ηλικία**

Κατά την ηλικία των 2 έως 3 ετών, εκείνα τα παιδιά που δεν παρουσίασαν δυσκολίες κατά τη βρεφική ηλικία, είναι πιθανό να εμφανίσουν τώρα προβλήματα συμπεριφοράς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γονείς επισημαίνουν την περίοδο αυτή, ως περίοδο έναρξης της προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών τους. Ο χαρακτηρισμός της συμπεριφοράς που προσάπτεται συχνά σε αυτά τα παιδιά είναι η ανυπακοή, αφού απαιτούνται, σε αυτή την περίπτωση, επαναλαμβανόμενες εντολές πριν ακόμα από την

εμφάνιση της μερικής, αν και προσωρινής, συμμόρφωσης (Taylor, 1985, p. 433 Barkley, 1981, pp. 33-34). Κατά τη διάρκεια της ηλικίας αυτής, τα παιδιά είναι συχνά ανήσυχα και δεν κάθονται σε κάποιο σημείο για αρκετή ώρα. Ωστόσο, τα παιδιά της ηλικίας αυτής με Δ.Ε.Π./ Υ. εκδηλώνουν την ανησυχία αυτή σε πολύ πιο έντονο και προφανή βαθμό από τα φυσιολογικά παιδιά της ίδιας ηλικίας. Παράλληλα, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. αρχίζουν να επιδεικνύουν σαφή τάση προς διάφορα ατυχήματα. Πολλοί από τους γονείς τείνουν να ελαχιστοποιούν τα προβλήματα των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σε αυτή την ηλικία και να τα αποδίδουν «στα φοβερά 2 έτη» (terrible twos) ή απλά σε μια φάση που περνά το παιδί τους, ειδικά όταν αυτό είναι το πρώτο τους παιδί. Συχνά, παραπονιούνται ότι τα παιδιά τους δεν μπορούν να κοιμηθούν εύκολα ή ότι μπορούν να παίξουν μόνο τους χωρίς να ζητούν συχνά την προσοχή των γονιών τους (Barkley, 1981, p.34). Η εκπαίδευση για τη χρήση της τουαλέτας μπορεί να χρειάζεται πολύ περισσότερο χρόνο, να είναι απογοητευτική και λιγότερο επιτυχής από εκείνη προς τα φυσιολογικά παιδιά, εξαιτίας της ανυπακοής που εμφανίζουν τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. (Barkley, 1997b, p. 84 Barkley, 1990, pp.109-110 Μπεζεβέγκης, 1985, σελ.183).

### **1.8.3. Προσχολική ηλικία**

Μεταξύ των ετών 3 και 5 ετών, οι γονείς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να αναζητήσουν βοήθεια, αν δεν το έχουν κάνει ήδη. Αυτό μπορεί να συμβεί, ιδιαίτερα όταν το παιδί ενταχθεί σε πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας, σε παιδικό σταθμό ή σε προγράμματα νηπιαγωγείου, όπου το προσωπικό του σχολείου μπορεί να αρχίσει να περιγράφει αυτά τα παιδιά ως παιδιά προβληματικά που έχουν ανάγκη από ψυχολογική βοήθεια. Τα προβλήματα που εκδηλώνουν συνήθως τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι οι δυσκολίες στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους, η υπερβολική δραστηριότητα, η έντονη απροσεξία και τα συναισθηματικά προβλήματα, όπως η επιθετικότητα (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 224 Barkley, 1990, p.108). Ωστόσο, το προσωπικό του σχολείου μπορεί να μην παρατηρήσει κάποια διαφορά στη συμπεριφορά των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σε σχέση με τα άλλα παιδιά. Αυτή η απόκλιση στη συμπεριφορά μπορεί να προέλθει εν μέρει από το περιορισμένο χρονικό διάστημα που παραμένουν τα παιδιά στο σχολείο σε αυτή την ηλικία (συνήθως μισή μέρα ή λιγότερο) ή στη σχετικά

χαλαρή οργάνωση αυτών των προγραμμάτων. Με την έναρξη της πρώτης δημοτικού, η εικόνα μπορεί να αλλάξει εντυπωσιακά, καθώς τα παιδιά καλούνται να περιορίσουν τη συμπεριφορά τους για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.224 Barkley, 1995, p.80 Campbell, 1985 Barkley, 1981, p.34). Για τους παραπάνω λόγους, η γνώση των εκπαιδευτικών στην προσχολική αγωγή σχετικά με τις μορφές συμπεριφοράς της Δ.Ε.Π./ Υ. κρίνεται απαραίτητη (Andrews, 1999).

Στην ηλικία των 3-5 ετών, η έντονη ανυπακοή ορισμένων παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ιδιαίτερα σε δημόσιους χώρους και η αδυναμία αλληλεπίδρασής τους με συνομήλικους αποτελούν έκδηλα προβλήματα συμπεριφοράς (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.224). Αρκετά παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. εκδηλώνουν έντονα προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς και οι γονείς αρχίζουν να ανησυχούν (Barkley, 1997b, p.85). Αρκετοί από τους γονείς παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. παραπονιούνται ότι τα παιδιά τους δεν φαίνεται να ανησυχούν για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους, σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά και σπάνια πειθαρχούν στις εντολές τους. Επίσης, υπάρχουν περιπτώσεις όπου τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. αυτής της ηλικίας δεν αποδέχονται την ευθύνη των πράξεών τους, αλλά κατηγορούν τους άλλους για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Επίσης, η πρόκληση καυγάδων δεν είναι σπάνιο φαινόμενο, καθώς τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ είναι ιδιαίτερα κτητικά με τα πράγματά τους, παράλληλα απαιτούν και τα πράγματα των άλλων παιδιών. Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., χωρίς να το θέλουν, πολλές φορές μπορεί να σπάσουν ή να καταστρέψουν διάφορα αντικείμενα, περισσότερο υποκινούμενα από την περιέργεια, την αδεξιότητα και την παρορμητικότητά τους παρά από θυμό. Οι γονείς αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην προσπάθειά τους να βρουν κάποιο άτομο για να φυλάει ένα τέτοιο παιδί (Barkley, 1995, p.81 Campbell, 1985 Barkley, 1981, pp. 34-35).

#### 1.8.4. Σχολική ηλικία

Στην ηλικία των 6 ετών και ίσως λίγο μεγαλύτερα, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο και απόδοσης στα μαθήματα. Συνήθως, οι γονείς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. αντιμετωπίζουν σε αυτή τη φάση τα παράπονα του προσωπικού του σχολείου για τη συμπεριφορά του παιδιού τους στο σχολικό πλαίσιο. Η προφανής ανωριμότητα και η ελλιπής ακαδημαϊκή ετοιμότητα των παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή οδηγεί στη σκέψη αν πρέπει αυτά τα παιδιά να παραμείνουν στο νηπιαγωγείο ή να φοιτήσουν κανονικά στην πρώτη τάξη του δημοτικού σχολείου (Barkley, 1995, p.82). Στις πρώτες τάξεις του δημοτικού, το παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι πιθανό να παρουσιάσει μαθησιακές δυσκολίες. Η ανώριμη, επιθετική, εγωιστική και υπερκινητική συμπεριφορά αυτών των παιδιών ίσως αποτελεί την αιτία που τα περισσότερα παιδιά τα αποφεύγουν (Barkley, 1997b, p. 85 Μπεζεβέγκης, 1985, σελ.183). Έτσι, μένουν συνήθως μόνο τους, παρόλο που αυτό δεν είναι δική τους επιλογή. Με την πάροδο των χρόνων, η ακαδημαϊκή τους απόδοση μεταβάλλεται και το πιο πιθανό είναι οι βαθμοί τους να μειωθούν. Το ερώτημα της παραμονής ή της μεταφοράς τους σε ειδική τάξη για διαταραχές της συμπεριφοράς μπορεί να κριθεί απαραίτητο (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 224 Barkley, 1990, p. 114 Barkley, 1981, p.35). Επιπλέον, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. αυτής της ηλικίας παρουσιάζουν επιλεκτική προσοχή, καθώς δυσκολεύονται να προσέξουν συγκεκριμένες πτυχές ενός ερεθίσματος και να αγνοήσουν ταυτόχρονα άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα που ενυπάρχουν στο περιβάλλον εργασίας (Coldren, & Corradetti, 1997, pp.150-152).

Στα τελευταία έτη της παιδικής ηλικίας, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσουν ενδείξεις κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 224 Barkley, 1981, p.35). Συνήθως, τα παιδιά αυτής της ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν σημειώνουν επιτυχίες στο σχολείο και παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς στις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις. Μερικές φορές, τα παιδιά αυτής της ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. ψεύδονται και εξαπατούν τους εκπαιδευτικούς τους στο σχολείο (Barkley, 1997b, p. 85 Barkley, 1981, p.36). Σε αρκετές περιπτώσεις, μπορεί να το σκάσουν από το σχολείο και να έρθουν αντιμέτωπα με τις αρχές για παραβάσεις, όπως η φυγή από το σχολείο και η εμπλοκή τους σε έντονους



καυγάδες, παρόλο που αυτές είναι πιθανότερο να συμβούν στην εφηβεία (Barkley, 1997b, p. 85 Barkley, 1990, p. 113 Barkley, 1995, pp.82-83).

#### **1.8.5. Εφηβική ηλικία**

Η εφηβεία, είναι συνήθως η πιο ταραχώδης περίοδος στη ζωή των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. και των οικογενειών τους, παρόλο που μειώνεται το επίπεδο δραστηριότητας αυτών των παιδιών (Barkley, 1981, p.36). Τα προβλήματα με τους συνομηλίκους συνεχίζονται, οι επαφές με τις αρχές ανηλίκων είναι πιο πιθανές (Moffitt, 1990) και η φυγή από το σχολείο είναι πιο συχνή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι έφηβοι με Δ.Ε.Π./ Υ. εμφανίζουν κατάθλιψη και εκδηλώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Άλλα χαρακτηριστικά, όπως οι χαμηλές προσδοκίες και η χαμηλή αυτοπεποίθηση είναι πιθανό να εμφανιστούν σε πολλούς έφηβους με Δ.Ε.Π./ Υ. (Barkley, 1997b, p. 85 Wicks-Nelson, & Israel, 1997, p. 224 Barkley, 1990, p. 114 Μπεζεβέγκης, 1985, σελ.183). Στα τελευταία έτη της εφηβικής ηλικίας η κατάχρηση οινόπνεύματος γίνεται περισσότερο συχνή από τα φυσιολογικά ή τα παιδιά με δυσκολίες στη μάθηση (Barkley, 1997b, p. 86 Barkley, 1995, p. 83 Barkley, 1990, p. 114 Ρούσσου, 1988, σελ. 56).

#### **1.8.6. Ενηλικίωση**

Στην ενηλικίωση, προβλήματα όπως η ανησυχία, η απροσεξία, η παρορμητικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κατάθλιψη εξακολουθούν να υπάρχουν για τα άτομα με Δ.Ε.Π./ Υ. (Barkley, 1997b, p.86). Συνεπώς, οι ενήλικοι με Δ.Ε.Π./ Υ. συναντούν δυσκολίες στον εργασιακό τομέα, καθώς τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν δεν τους επιτρέπουν να βρουν και να διατηρήσουν μια αξιόλογη θέση εργασίας, ανάλογη με εκείνη των φυσιολογικών ενηλίκων (DeCaria et al., 1999, p.191 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 224 Barkley, 1995, pp.83- 84 Barkley, 1990, p.126). Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ενήλικοι με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να παρουσιάσουν εγκληματική δραστηριότητα και να κάνουν κατάχρηση διάφορων ουσιών (Waslick, & Greenhill, 1997, p.404), μεταξύ αυτών και το αλκοόλ (Ρούσσου, 1988, σελ. 56-57).

### 1.9. Η επιδημιολογία της Δ.Ε.Π./ Υ.

Η συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να καθοριστεί με ακρίβεια μόνο εάν η Δ.Ε.Π./ Υ. έχει ξεκάθαρα καθοριστεί. Βασιζόμενοι σε ποικίλους ορισμούς, κάποιοι ερευνητές εκτιμούν την εμφάνιση της Δ.Ε.Π./ Υ. στο 20% του παιδικού πληθυσμού σχολικής ηλικίας, ενώ μερικοί άλλοι επισημαίνουν ότι το ποσοστό δεν ξεπερνά το 2% (Barkley, 1997b, p. 78 Hinshaw, 1994, p.14). Οι εκτιμήσεις αυτές αφορούν κυρίως τον παιδικό πληθυσμό στις Η.Π.Α., όπου έχουν γίνει και οι περισσότερες μελέτες για τη συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.217). Η διαφορά που υπάρχει μεταξύ των ποσοστών στις εκτιμήσεις της συχνότητας εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. στον παιδικό πληθυσμό εντοπίζεται στη διαφορετική κάθε φορά επιλογή των συμπτωμάτων της διαταραχής και του φύλου των παιδιών που εξετάζονται από τους ειδικούς (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.216).

Προκειμένου, λοιπόν, να αποφεύγονται οι διαγνώσεις μεγάλου αριθμού παιδιών που παρουσιάζονται ως αποκλίνοντα, θα ήταν πιο σωστό να λαμβάνονται υπόψη από τον εκάστοτε ειδικό περισσότερα συμπτώματα και να βασίζεται σε περισσότερα κριτήρια συνδυαστικά με την παρουσία του συμπτώματος (π.χ. χρόνια μορφή νόσου). Ως εκ τούτου, επισημάνθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. ποικίλει ανάλογα και με τον αριθμό των παρατηρητών που χρειάζονται για να συμφωνήσουν στη διάγνωση (Barkley, 1990, pp.61-62). Αυτό σημαίνει ότι οι παρατηρητές μπορεί να συμφωνούν για τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη Δ.Ε.Π./ Υ., αλλά μπορεί να μην συμφωνούν σχετικά με το ποια παιδιά, τα οποία εμφανίζουν τέτοιου είδους συμπτώματα, μπορούν να αποκαλεστούν ως παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Πάντως, οι περισσότεροι ερευνητές εκτιμούν ότι η συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι μεταξύ 3% και 5% του παιδικού πληθυσμού στη σχολική ηλικία (DeCaria et al., 1999, p.190 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 216 Waslick, & Greenhill, 1997, p. 397 Barkley, 1995, p. 78 Ρούσσου, 1988, σελ.54 Barkley, 1981, pp.7-8).

### 1.9.1. Διαπολιτισμικές διαφορές των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της Δ.Ε.Π./ Υ.

Διαπολιτισμικές έρευνες έχουν δείξει ότι στη Μ. Βρετανία υπάρχουν λιγότερα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. σε σχέση με τις Η. Π. Α. Η έρευνα του Rutter και των συνεργατών του (Barkley, 1997b, pp.78-79 Ρούσσου, 1988, σελ.54· Barkley, 1981, pp.8-9), έδειξε ότι μόνο το 1,6% των παιδιών με ψυχιατρικές διαταραχές στη Μ. Βρετανία χαρακτηρίστηκε ως πάσχον από αυτή τη διαταραχή. Αυτό, ίσως, οφείλεται στους διαφορετικούς ορισμούς που αποδίδονται στη διαταραχή από τους επιστήμονες των δύο αυτών χωρών (Wicks- Nelson & Israel, 1997, p. 217 Barkley, 1995, p.78). Στις Η.Π.Α. όταν ένα παιδί παρουσιάζει προβλήματα έντονης ανησυχίας, αδυναμία συγκέντρωσης και παρορμητικότητα σύμφωνα με τους ειδικούς έχει Δ.Ε.Π./ Υ. Όμως, στη Μ. Βρετανία όταν ένα παιδί παρουσιάζει τα παραπάνω χαρακτηριστικά οι ειδικοί λένε ότι εκδηλώνει «διαταραχή συμπεριφοράς» (conduct disorder), ενώ στην ανατολική Ευρώπη και την πρώην Σοβιετική Ένωση λένε αντίστοιχα ότι εμφανίζει απειθαρχία (Barkley, 1995, pp.78-79). Επιπλέον, έχει αναφερθεί (Wicks- Nelson & Israel, 1997, p.217) ότι με βάση εκτιμήσεις σε Μ. Βρετανία και Κίνα για την επιδημιολογία της Δ.Ε.Π./ Υ. τα αγόρια που προέρχονταν από την Κίνα ήταν περισσότερο απρόσεκτα και λιγότερο δραστήρια από τα αγόρια που προέρχονταν από τη Μ. Βρετανία.

Στην Ελλάδα, δεν φαίνεται να υπάρχουν αρκετές μελέτες σχετικές με τη συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά σχολικής ηλικίας που να συμφωνούν με τα όρια των παραπάνω ποσοστών. Η Καλαντζή- Αζίζι (1998) αναφέρει ότι στην Ελλάδα, σε μια αρκετά μεγάλη επιδημιολογική έρευνα με 1.213 παιδιά σχολικής ηλικίας, τα ποσοστά κυμαίνονται περίπου στο 5-10%. Ωστόσο, δεν δίνονται περισσότερες λεπτομέρειες για τη συγκεκριμένη έρευνα.

### 1.9.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ.

Η συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. στα παιδιά φαίνεται να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Ένας παράγοντας που ίσως να επηρεάζει την εμφάνισή της είναι το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Barkley, 1997b, p. 78 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 216 Barkley, 1990, pp.64-65 Ρούσσου, 1988, σελ.54 Barkley, 1981, p.9). Πολλοί ερευνητές ανέφεραν ότι, σε ορισμένες οικογένειες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. στα παιδιά σε σχέση με τις οικογένειες υψηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Μια εξήγηση για αυτή τη διαφορά είναι ίσως η φτωχότερη ιατρική περίθαλψη και διατροφή που έχουν οι οικογένειες των χαμηλών οικονομικών κοινωνικών στρωμάτων (Barkley, 1990, p.65 Shelton, & Barkley, 1990, pp.217-218 Barkley, 1981, pp.9-10). Από την άλλη πλευρά, είναι πιθανόν στις οικογένειες με χαμηλό εισόδημα να υπάρχει οικογενειακή αστάθεια και οι γονείς να αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα. Τα δύο αυτά προβλήματα μπορεί να δημιουργήσουν ή να επιδεινώσουν τη Δ.Ε.Π./ Υ. στα παιδιά που γεννιούνται σε τέτοιες οικογένειες (Barkley, 1990, p.65). Συνήθως, οι οικογένειες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου είναι και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και ίσως λιγότερο ενημερωμένες, όσον αφορά τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και τις μεθόδους αποτελεσματικής αντιμετώπισης της παιδικής συμπεριφοράς.

Τα ερευνητικά πορίσματα σχετικής μελέτης (Campbell, 1985) για τη συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. έδειξαν ότι περίπου το 14%-20% των αγοριών προσχολικής ηλικίας χαρακτηρίζονται ως παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., ανάλογα με την κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιείται κάθε φορά και ένα 6% των κοριτσιών της ίδιας ηλικίας εμφανίζει παρόμοια συμπτώματα.

Το φύλο του παιδιού αποτελεί έναν άλλο παράγοντα που σχετίζεται με τη συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. (Barkley, 1997b, p. 78 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 216 Barkley, 1990, pp.65-66 Nussbaum & Bigler, 1990, p. 12 Szatmari et al., 1989 Ρούσσου, 1988, σελ.54 Barkley, 1981, pp.10-11). Έρευνες έχουν δείξει ότι η διαταραχή αυτή παρατηρείται συχνότερα στα αγόρια παρά στα κορίτσια. Η αναλογία στο φύλο κυμαίνεται ανάμεσα στο 3:1 έως 9:1, αλλά μια γενικά αποδεκτή αναλογία είναι 6:1 υπέρ των αγοριών

(Barkley, 1997b, p.78). Μία πιθανή εξήγηση για την υπεροχή των αγοριών στην εκδήλωση Δ.Ε.Π./ Υ. είναι ότι αφού τα αρσενικά παιδιά είναι πιο πιθανό να βιώσουν προ, κατά και μεταγεννητικές επιπλοκές, είναι περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν διάφορες διαταραχές, όπως μαθησιακές δυσκολίες, διανοητική υστέρηση, ψύχωση ή Δ.Ε.Π./ Υ. (Barkley, 1981, pp.10-11).

#### **1.10. Παρεμβάσεις για τη Δ.Ε.Π./ Υ.**

Οι περισσότεροι ψυχολόγοι θεωρούν ότι η Δ.Ε.Π./ 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, 2000α, σελ. 206).

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί με Δ.Ε.Π./ 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 Δ.Ε.Π./ 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 Δ.Ε.Π./ 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 Δ. Ε. Π./ 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 αντιμετωπίσουν το πρόβλημα (Taylor et al., 1998). Επιπλέον, κρίνεται αναγκαία η συνεχής ψυχολογική στήριξή τους κατά τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας, καθώς χρειάζεται μεγάλη υπομονή,

επιμονή και σταθερότητα, κάτι που είναι ιδιαίτερα επίπονο στην καθημερινή συναναστροφή με το «δύσκολο» παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. (Barlow et al., 1998, p.203· Noshpitz, & King, 1991b, pp.350-351).

Όταν ο ψυχολόγος διαπιστώσει ότι η συμπεριφορά ενός παιδιού παρεκκλίνει από τη φυσιολογική, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τη νοητική του ανάπτυξη, το σημαντικότερο ερώτημα που τίθεται αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος. Το ερώτημα αυτό συμπίπτει με την έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης, που εντοπίζεται, είτε στην απλή συμβουλευτική είτε στην ένταξη του παιδιού σε κάποιο πρόγραμμα με σκοπό τη συστηματική αντιμετώπιση των δυσκολιών του σε οργανωμένο πλαίσιο για ανάλογο με την περίπτωση χρονικό διάστημα (Noshpitz, & King, 1991b, pp.350-351).

Αναφέρεται ο όρος «θεραπευτική αντιμετώπιση» και όχι «θεραπεία», επειδή πρόκειται για διαταραχή που δεν «θεραπεύεται», δηλαδή το οργανικό υπόστρωμά της εξακολουθεί να υπάρχει στα άτομα με Δ.Ε.Π./ Υ., ακόμη και μετά την πλέον επιτυχημένη θεραπευτική αγωγή. Επομένως, επειδή η πλήρης αποκατάσταση της Δ.Ε.Π./ Υ., ακόμα και με τη χορήγηση φαρμάκων, δεν είναι εφικτή, είναι προτιμότερο να αναφερόμαστε σε θεραπευτική αγωγή (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.207-208). Στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης είναι ο περιορισμός της εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. και η πρόληψη των δευτερογενών συμπτωμάτων που συχνά εμφανίζονται στη βάση της.

Αναλυτικότερα, η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην εξάσκηση του ατόμου να εκδηλώνει αποτελεσματικές μορφές συμπεριφοράς ανάλογα με το πλαίσιο, στο οποίο βρίσκεται, αλλά και στη διατήρηση της συμπεριφοράς αυτής μέσα στο χρόνο και στη γενίκευσή της σε διάφορα περιβάλλοντα. Συνάμα, στοχεύει στην απόκτηση δεξιοτήτων αυτοελέγχου, οι οποίες διευκολύνουν το παιδί στη διαρκή προσαρμογή και στη λειτουργικότητά του στο περιβάλλον (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ. 208). Το κύριο πρόβλημα των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι ότι παρόλο που γνωρίζουν πώς πρέπει να συμπεριφερθούν, δεν συμπεριφέρονται όπως γνωρίζουν.

Η διαφοροποίηση της εμφάνισης των συμπτωμάτων σε κάθε άτομο με Δ.Ε.Π./ Υ. δείχνει ότι κάθε περίπτωση είναι μοναδική. Η ποικιλομορφία των χαρακτηριστικών της διαταραχής, των τρόπων εκδήλωσής της, της

σοβαρότητας των συμπτωμάτων της, των συνοδών προβλημάτων, το διαφορετικό νοητικό επίπεδο των παιδιών και ο τρόπος αντίληψης και χειρισμού της κατάστασης από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς παρατηρούνται έντονα σε παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., τα οποία παρουσιάζουν διαφορετική κλινική εικόνα (Hinshaw, 1994, p.120). Για τους παραπάνω λόγους, δεν είναι εύκολο να παρουσιαστούν μέθοδοι και τεχνικές θεραπευτικής αντιμετώπισης που να αποτελούν πανάκεια και συνεπώς να μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά για όλα τα παιδιά. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχουν δεδομένες και έτοιμες συνταγές θεραπευτικής αντιμετώπισης για κάθε περίπτωση, αλλά υπάρχουν βασικές αρχές που διέπουν κάθε σοβαρή θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στη συνέχεια, αναφέρονται οι σημαντικότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη Δ.Ε.Π./ 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 Δ.Ε.Π./ Υ. σε κανονικό σχολείο ή εισαγωγής του σε ειδικό σχολείο. Επιπλέον, αναφέρεται η πολυεπίπεδη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των δυσκολιών ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ 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).

#### **1.10.1. Φαρμακευτική αγωγή**

Στις Η.Π.Α. πάνω από ένα εκατομμύριο παιδιά έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα φαρμακευτικής αγωγής με διεγερτικά φάρμακα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. Υπολογίζεται ότι περίπου το 75% αυτών των παιδιών ανταποκρίνεται θετικά στη φαρμακευτική αγωγή (Κωνσταντόπουλος, 2002· Barkley, 1997b, p. 111 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 229 Noshpitz, & King, 1991b, pp.352-353).

Τα φάρμακα, τα οποία αποδείχτηκαν αποτελεσματικά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι τα διεγερτικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.218). Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα διεγερτικά φάρμακα είναι τα πλέον αποτελεσματικά για τον περιορισμό των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. στα

περισσότερα παιδιά που είναι ηλικίας άνω των 5 ετών. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνιστώνται συνήθως σε περιπτώσεις που δεν είναι εφικτή η χορήγηση διεγερτικών ή σε περιπτώσεις που συνυπάρχουν διαταραχές της διάθεσης. Όσον αφορά τα αντιυπερτασικά φάρμακα, δεν υπάρχουν επαρκή ερευνητικά δεδομένα για την επίδρασή τους (Yitzchak, 1996, p.190).

Τα πιο γνωστά διεγερτικά φάρμακα που χορηγούνται σε παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι το Ritalin, το Dexedrine και το Cylert. Τα διεγερτικά αυτά ενεργούν γρήγορα και έχουν εμφανή αποτελέσματα στη συμπεριφορά του παιδιού μέσα σε 30-40 λεπτά από τη στιγμή της λήψης τους. Το ανώτατο επίπεδο δράσης τους είναι φανερό μέσα σε 2-4 ώρες. Η διάρκεια της δράσης τους είναι 3-7 ώρες και για το λόγο αυτό χορηγούνται δύο ή τρεις φορές τη μέρα (Noshpitz, & King, 1991b, pp.352-353· Yitzchak, 1996, pp.188-190· Gadov, 1988, pp.218-219).

Ένα από τα αποτελεσματικότερα φάρμακα για την αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι το Methylphenidate (Ritalin) (Nietzel et al., 1998, p.96· Yitzchak, 1996, pp.190-191· DuPaul, & Barkley, 1990, p.573· Bloom et al., 1988). Σε έρευνα (Handen, et al., 1999) για την επίδρασή του σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με αναπτυξιακά προβλήματα και Δ.Ε.Π./ Υ. έδειξε ότι μειώθηκε το επίπεδο υπερκινητικότητας των παιδιών αυτών και βελτιώθηκε η προσοχή τους. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά αυτής της ηλικίας είναι πιο επιρρεπή στις παρενέργειες του φαρμάκου, όπως στη σοβαρή κοινωνική απομόνωση, στην αύξηση του κλάματος, στην ερεθιστικότητα και στη μείωση της συμμόρφωσής τους (Barkley, 1988) ιδιαίτερα μετά από χορήγηση μεγάλων δόσεων. Ωστόσο, δεν έχει ακόμα επιβεβαιωθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της χορήγησης τέτοιων φαρμάκων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. (Noshpitz, & King, 1991b, p.360). Άλλωστε, βρίσκονται σε εξέλιξη διαχρονικές έρευνες σχετικά τις επιδράσεις αυτών των φαρμάκων στον οργανισμό (Nietzel et al., 1998, p.96), οπότε δεν γνωρίζουμε ακόμα τις μακροπρόθεσμες συνέπειές τους.

Σε πολλές χώρες, καθώς και στη χώρα μας, κυκλοφορεί και χορηγείται σε παιδιά το Ritalin. Το φάρμακο αυτό διαρκεί 3 ώρες. Με βάση τις πληροφορίες από γονείς και τις κλινικές παρατηρήσεις, το παιδί που έχει πάρει Ritalin παρουσιάζει βελτίωση μέσα σε 2 ώρες, αυξάνεται η αυτοπεποίθησή του, σημειώνει περισσότερες επιτυχίες σε δραστηριότητες και



δημιουργεί νέες φιλίες. Σε μικρές δόσεις δεν προκαλεί εξάρτηση, αλλά έχει ανεπιθύμητες ενέργειες. Προκειμένου να αποφευχθούν οι παρενέργειες και ο εθισμός, καλό είναι το Ritalin να χορηγείται στην αρχή του σχολικού έτους σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας και να διακόπτεται όταν το παιδί παρουσιάζει βελτίωση. Στις διακοπές των παιδιών από το σχολείο καλό είναι να μην χορηγείται αυτό το φάρμακο (Κωνσταντόπουλος, 2002· Wicks-Nelson, & Israel, 1997, p.230).

Η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής διαφέρει σε κάθε περίπτωση. Ορισμένα παιδιά παρουσιάζουν μεγάλη βελτίωση με μικρές δόσεις φαρμάκων, ενώ άλλα χρειάζονται υψηλότερες δόσεις. Από την άλλη πλευρά υπάρχει ένα ποσοστό 10%-30% παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. που δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή ή η κατάστασή τους επιδεινώνεται (Barkley et al., 1995, p.253).

Τα φάρμακα που αναφέρθηκαν παραπάνω επιφέρουν βελτίωση στην προσοχή, στον έλεγχο των παρορμήσεων και στη μείωση της άσκοπης δραστηριότητας, ιδίως σε πλαίσια που απαιτείται έλεγχος της συμπεριφοράς. Επιπλέον, η θορυβώδης και διασπαστική συμπεριφορά υποχωρεί αισθητά (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.229). Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. που ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή παρατηρείται ότι συνεργάζονται ουσιαστικότερα με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς και ακολουθούν αποτελεσματικότερα εντολές και κανόνες (Noshpitz, & King, 1991b, pp.355-356). Επιπλέον, παρατηρείται σημαντική βελτίωση στις σχολικές τους επιδόσεις, χωρίς όμως η βελτίωση αυτή να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη συνολική απόδοσή τους στην μετέπειτα πορεία τους (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.220· Barkley et al., 1995, p.254· Noshpitz, & King, 1991b, p.355).

Τα φάρμακα αυτά έχουν όμως και παρενέργειες, όπως είναι τα ήπια συμπτώματα αϋπνίας και η μείωση της όρεξης. Η επίδραση του φαρμάκου σε ορισμένα παιδιά δημιουργεί ευαισθησία με αποτέλεσμα να κλαίνε πιο εύκολα. Μερικά παιδιά ίσως να παραπονεθούν για πόνους στο στομάχι και πονοκεφάλους (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.230-231 Yitzchak, 1996, pp.190-191 Barkley et al., 1995, p.256 Seeger, & Aceves, 1995 Hinshaw, 1994, pp.110-111 Taylor, 1992, σελ.109· Noshpitz, & King, 1991b, pp.362-363 DuPaul, & Barkley, 1990, p.587). Σε ένα ποσοστό της τάξεως του 1%-

5% (Barkley, 1997b, p.111) των παιδιών που παίρνουν διεγερτικά φάρμακα υπάρχει περίπτωση να παρουσιαστεί κινητικό ή φωνητικό τικ.

Σύμφωνα με τον Barkley (1981, p.215), καθώς και με άλλες αναφορές (DuPaul, & Barkley, 1990, pp.593-594), οι παράγοντες τους οποίους οφείλει να συνεκτιμήσει ο γιατρός για να προτείνει τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων σε παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι οι παρακάτω:

1. Η ηλικία του παιδιού.
2. Η διάρκεια και σοβαρότητα των συμπτωμάτων.
3. Ο κίνδυνος τραυματισμού του παιδιού εξαιτίας της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του.
4. Η επιτυχία προηγούμενων παρεμβάσεων.
5. Το επίπεδο άγχους.
6. Η απουσία ιστορικού κατάχρησης ουσιών από το παιδί ή τους γονείς του.
7. Η ικανότητα των γονέων να χορηγούν το φάρμακο με υπευθυνότητα, ακολουθώντας πιστά τις οδηγίες του γιατρού.

Η πλειονότητα των ειδικών πιστεύει ότι και σε εκείνες τις περιπτώσεις που συνίσταται η χορήγηση φαρμάκων, δεν πρέπει να αποτελεί τη μοναδική παρέμβαση, αλλά πρέπει να συνοδεύεται υποχρεωτικά από άλλες μεθόδους, όπως η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, η ψυχοθεραπεία κ.ά. (Wicks-Nelson, & Israel, 1997, pp.234-235 Taylor, 1985, p.437). Η ψυχολογική υποστήριξη και η συμβουλευτική βοηθούν ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση ή στην πρόληψη των δευτερογενών συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. και στα προβλήματα που αντιμετωπίζει ολόκληρη η οικογένεια του παιδιού, εξαιτίας της συμπεριφοράς και των δυσκολιών που έχει (DeCaria, et al., 1999, p. 196 Yitzchak, 1996, p. 188 Seeger, & Aceves, 1995 Noshpitz, & King, 1991b, p. 348 DuPaul, & Barkley, 1990, p. 605 Taylor, 1985, p.437).

Σκοπός της φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να είναι η αναπλήρωση των αναπτυξιακών ελλειμμάτων, ο έλεγχος και η εκδήλωση αποτελεσματικών μορφών συμπεριφοράς με διάρκεια που να οδηγούν στη μακροπρόθεσμη προσαρμογή και λειτουργικότητα του παιδιού στο περιβάλλον. Η αποκλειστική χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής δεν βοηθάει προς αυτό στο σκοπό. Αντίθετα, παρόλο που συντελεί στη μείωση των διασπαστικών μορφών

συμπεριφοράς και τη διατήρηση της προσοχής, έχει παρατηρηθεί ότι μακροπρόθεσμα επιφέρει ελάχιστη βελτίωση και δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την έκβαση της Δ.Ε.Π./ Υ. στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.221-222). Η φαρμακευτική αγωγή συνίσταται σε περιπτώσεις όπου ο βαθμός σοβαρότητας των συμπτωμάτων είναι υψηλός, οπότε διευκολύνεται έτσι η παρέμβαση σε ψυχολογικό επίπεδο και σε επίπεδο συμπεριφοράς, καθώς το παιδί συγκεντρώνεται καλύτερα και ανταποκρίνεται θετικά στο πρόγραμμα που ακολουθεί. Όταν, όμως, τα συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι ήπιας μορφής, οι εναλλακτικές μορφές θεραπείας είναι ίσως επαρκείς και καθιστούν τη φαρμακευτική παρέμβαση περιττή (Wicks- Nelson & Israel, 1997, pp.234-235).

Σε κάθε περίπτωση πάντως, προτού αποφασιστεί η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ., ο ψυχολόγος οφείλει να συνεξετάσει και να αξιολογήσει όλους εκείνους τους παράγοντες που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη περίπτωση και στη συνέχεια να καθορίσει το είδος της αγωγής που ενδείκνυται για το συγκεκριμένο παιδί (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.222-223 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.235).

Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι οι φαρμακοβιομηχανίες έχουν σημαντικά οικονομικά οφέλη από τη χορήγηση φαρμάκων σε παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., γι' αυτό και προωθούν το θέμα με ποικίλους τρόπους (Norris, & Lloyd, 2000). Όμως, πολλοί μελετητές διαφωνούν κατηγορηματικά με την εύκολη χορήγηση φαρμάκων στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες και σε αγόρια, κυρίως λόγω των επικίνδυνων παρενεργειών των φαρμάκων αυτών (Boyajian et al., 2001· Mercogliano, 1998 DuPaul, & Barkley, 1990, p.594).

### **1.10.2. Θεραπεία της συμπεριφοράς**

Σύμφωνα με ορισμένες απόψεις κλινικών και σχολικών ψυχολόγων, οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο και την τροποποίηση της συμπεριφοράς θα πρέπει να αποτελούν την πρώτη επιλογή του θεραπευτή κυρίως για τα παιδιά με ήπια συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ. Οι μέθοδοι που ακολουθούνται για την αλλαγή της συμπεριφοράς στοχεύουν στη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς που εκδηλώνει το παιδί. Οι τεχνικές αυτές στηρίζονται στην έννοια της διαφορικής ενίσχυσης, που σημαίνει αρνητική ενίσχυση για την εκδήλωση αρνητικής συμπεριφοράς και θετική για

την εκδήλωση θετικής συμπεριφοράς (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.223· Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.231).

Η μείωση των πρωτογενών συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. σε ορισμένες καταστάσεις και για συγκεκριμένες δραστηριότητες επιτυγχάνεται με τη χρήση τεχνικών που τροποποιούν το είδος των ερεθισμάτων, τα οποία προηγούνται μίας αντίδρασης και κατ' επέκταση το είδος των συνεπειών που ακολουθούν την αντίδραση αυτή. Έτσι, το παιδί μαθαίνει σταδιακά να ελέγχει την παρορμητικότητά του και να υιοθετεί αποτελεσματικότερες μορφές συμπεριφοράς που ευνοούν την αξιοποίηση των ικανοτήτων του και διευκολύνουν την επικοινωνία του με τους άλλους ανθρώπους (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 231 Taylor, 1992, σελ.110).

Ιδιαίτερα ωφέλιμη είναι η εκπαίδευση των γονέων (Waslick, & Greenhill, 1997, p.403) και των εκπαιδευτικών στην εφαρμογή τεχνικών ελέγχου συμπεριφοράς τόσο για τη θετική όσο και για την αρνητική μορφή συμπεριφοράς. Με τον τρόπο αυτό, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί θα αποκτήσουν την ικανότητα να χειρίζονται με αποτελεσματικό τρόπο τη συμπεριφορά του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ., ο οποίος θα ευνοεί την εκδήλωση θετικής συμπεριφοράς και συγχρόνως θα αποτρέπει την εμφάνιση αρνητικής συμπεριφοράς (Yitzchak, 1996, p. 193 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p. 231 Taylor, 1992, σελ.110· Schaughency et al., 1988, pp.199, 204).

Μια άλλη μέθοδος που προτείνεται για την αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία παρουσιάζει θετικές ενδείξεις για τη βελτίωση των συμπτωμάτων της διαταραχής όταν εφαρμόζεται μαζί με άλλες μορφές παρέμβασης. Προτιμάται από τους ειδικούς όταν πρόκειται για την αντιμετώπιση ορισμένων δευτερογενών συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ., όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, σε συνδυασμό και με άλλες μεθόδους (Waslick, & Greenhill, 1997, p.402· Towbin, & Leckman, 1992, p.329). Οι μέθοδοι θεραπείας της συμπεριφοράς συνιστώνται κυρίως για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. μικρότερης ηλικίας (Hinshaw, 1994, p.118).

Μία επέκταση των κλασικών μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς αποτελεί η γνωσιακή- συμπεριφορική παρέμβαση (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, p.234). Αυτού του είδους η παρέμβαση εμπειρικλείει την κατανόηση των αντιλήψεων, των στάσεων και των πεποιθήσεων τόσο των ίδιων των ατόμων που δέχονται τη θεραπεία όσο και των σημαντικών προσώπων του

περιβάλλοντός τους. Στόχος της παρέμβασης αυτής είναι να βοηθήσει τα παιδιά και τις οικογένειές τους να ασκηθούν στον έλεγχο των σκέψεων και των συναισθημάτων τους, ως μέσο αλλαγής της συμπεριφοράς τους. Τις βάσεις της τις έχει στις θεωρίες της συμπεριφοράς και της μάθησης, ενώ χρησιμοποιεί μεθοδολογικά ορθές εμπειρικά θεμελιωμένες στρατηγικές, τις οποίες εφαρμόζει σε προβλήματα προσαρμογής των παιδιών και των εφήβων (Yitzchak, 1996, p. 194 Schaughency et al., 1988, p.205).

Ο ψυχολόγος οφείλει να ασχοληθεί διεξοδικά με τις αντιλήψεις των γονέων και των εκπαιδευτικών για τις δυσκολίες των παιδιών που παρουσιάζουν Δ.Ε.Π./ Υ., αλλά και με τις αντιλήψεις του ίδιου του παιδιού για τον εαυτό του και τις δυσκολίες του. Η οικογένεια είναι εκείνη που επηρεάζει καθοριστικά την ψυχική και την κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, τότε που το παιδί βρίσκεται σε μια ηλικία επιδεκτική αλλαγών, συμβάλλοντας στην ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του (Κρασανάκης, 1996, σελ.63). Πολλές φορές, η αλλαγή των λανθασμένων αντιλήψεων για τη συμπεριφορά ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. αποτελεί ένα πολύ σημαντικό βήμα για τον αποτελεσματικότερο χειρισμό της συμπεριφοράς του αρχικά από τους γονείς του και στη συνέχεια από τους εκπαιδευτικούς. Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η συνεργασία των γονέων και των εκπαιδευτικών και η δυναμική τους συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.226).

### **1.10.3. Ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση**

#### **1.10.3.1. Θεωρητικό πλαίσιο ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης**

Οι στόχοι των εκπαιδευτικών προγραμμάτων αφορούν την υποβοήθηση του παιδιού να αναπτύξει θετική στάση απέναντι στο σχολείο και να ενισχύσει την αυτοεικόνα του. Η ενίσχυση και η ενθάρρυνση του παιδιού για την αντιμετώπιση της παρορμητικότητας που εκδηλώνει κρίνεται απαραίτητη. Παράλληλα, η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των συμμαθητών πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, καθώς το σχολικό περιβάλλον αποτελεί ένα εξέχον πλαίσιο δράσης για κοινωνικοποίηση (Towbin, & Leckman, 1992, p.330).

Τα αλληλοσυγκρουόμενα ερευνητικά ευρήματα και τα διάφορα μεθοδολογικά προβλήματα αποτελούν εμπόδιο στην εύρεση αποτελεσματικής

παρέμβασης για την αντιμετώπιση της διαταραχής (Hinshaw, 1994, p.101). Ουσιαστικά, δεν φαίνεται να υπάρχει μια μόνο αποτελεσματική μέθοδος παρέμβασης για όλα τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. (Andrews, 1999). Οι πιο γνωστές θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι οι φαρμακολογικές, οι ψυχοκοινωνικές, οι εκπαιδευτικές και ο συνδυασμός των τριών αυτών παρεμβάσεων που αποτελεί και την πιο αποτελεσματική μορφή θεραπευτικής παρέμβασης. Επομένως, οι περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με τη διεπιστημονική συνεργασία των ψυχολόγων, των ιατρών και του προσωπικού του σχολείου. Οι εμπλεκόμενοι στην αντιμετώπιση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. οφείλουν να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη μακρόχρονη αντιμετώπιση της διαταραχής (Hinshaw, 1994, p.102).

Οι εκπαιδευτικοί ενδέχεται να εμφανίζουν ανταγωνιστική στάση ή φιλοσοφία σχετικά με την αντιμετώπιση των παιδιών με κάποιο πρόβλημα στην τάξη. Συγκεκριμένα, υπάρχει περίπτωση ορισμένοι εκπαιδευτικοί να έχουν ήδη αρνητικές εμπειρίες από ελλιπώς σχεδιασμένα ή κακώς εφαρμοσμένα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης, ενώ ορισμένοι άλλοι θεωρούν ότι τέτοιου είδους προγράμματα δεν προσφέρουν ουσιαστική συναισθηματική ηρεμία στο παιδί που υποφέρει (Hudson, 1997). Σε αυτή την περίπτωση, ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. που έχει ένα τέτοιο εκπαιδευτικό, ίσως, πρέπει να αλλάξει τάξη (Καραδήμας, 2001, σελ. 107-108 Barkley, & Pfiffner, 1995b, pp.213-214).

Η επιτυχής αντιμετώπιση των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο σχολείο απαιτεί εντατικές και συνεχείς προσπάθειες από τον παιδαγωγό, ο οποίος συχνά βιώνει αισθήματα απογοήτευσης και αδυναμίας, όταν δεν κατορθώνει να ελέγξει την τάξη του. Οι παραπάνω λόγοι κρίνουν απαραίτητη την παροχή υποστήριξης προς τον εκπαιδευτικό από συμβουλευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες (Καραδήμας, 2001, σελ.117 Yitzchak, 1996, p.194).

Ειδικότερα, ο ρόλος του παιδαγωγού στο νηπιαγωγείο και ιδιαίτερα η προσωπικότητά του έχουν μεγάλη σημασία. Ο τρόπος, δηλαδή, με τον οποίο αντιδρά ως άνθρωπος με συγκεκριμένες αντοχές, απέναντι στις μικρές ή μεγάλες αποκλίσεις της συμπεριφοράς του παιδιού επιδρά άμεσα στην ψυχροσύνθεση και στις αντιδράσεις του παιδιού. Συγκεκριμένα, άλλοι

νηπιαγωγοί είναι λιγότερο και άλλοι περισσότερο ανεκτικοί απέναντι στην κινητικότητα και τη ζωντανότητα του (Στάμου, 2001).

Οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς οφείλουν να ενισχύουν και να ενθαρρύνουν τις προσπάθειες ενασχόλησης των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. με εξωσχολικές δραστηριότητες, όπως είναι τα αθλήματα και η ανάληψη πρωτοβουλιών σε τομείς δράσεις που υπάρχουν πολλές πιθανότητες επιτυχίας. Τέτοιες δραστηριότητες ενισχύουν την αυτοεκτίμηση των παιδιών αυτών και μειώνουν το άγχος που τους δημιουργείται από τις καθημερινές σχολικές και κοινωνικές δραστηριότητες (Καραδήμας, 2001, σελ.116 Andrews, 1999).

### **1.10.3.2. Βασικές παιδαγωγικές και διδακτικές αρχές ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης**

Η μεγάλη συχνότητα εμφάνισης της Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά σχολικής ηλικίας οδήγησε τους μελετητές στο σχεδιασμό στρατηγικών παρεμβάσεων στη σχολική αίθουσα, ώστε να παρέχεται καλύτερη εκπαίδευση (Sava, 2000).

Ένα πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς που μπορεί να εφαρμοστεί στο πλαίσιο της προσχολικής και σχολικής αγωγής (Taylor et al., 1998) περιλαμβάνει τις παρακάτω βασικές παιδαγωγικές και διδακτικές αρχές:

1. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να αντιδρούν άμεσα στη συμπεριφορά του παιδιού επιβάλλοντας τις κατάλληλες συνέπειες. Όταν συμμορφωθεί το παιδί με τους κανόνες της τάξης, ο εκπαιδευτικός οφείλει να το ενισχύσει χωρίς καθυστέρηση ή δισταγμό (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p. 217 Pfiffner, & Barkley, 1990, p.503).
2. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να μην παραβλέπουν τη συμπεριφορά του παιδιού, αλλά αντίθετα επιβάλλεται να αντιδρούν απέναντι σε αυτή παρέχοντας ανάλογα θετικές ή αρνητικές ενισχύσεις. Σε περίπτωση που το παιδί συμπεριφέρεται σύμφωνα με τους κανόνες της τάξης, τότε ο εκπαιδευτικός οφείλει να το επαινέσει. Σε αντίθετη περίπτωση, αν δηλαδή το παιδί παραβιάσει ορισμένους κανόνες, τότε ίσως χρειάζεται μια επίπληξη ή τιμωρία (Καραδήμας, 2001, σελ.102 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Barkley, & Pfiffner, 1995a, p.223).

3. Η ενίσχυση που παρέχει ο εκπαιδευτικός προς το παιδί πρέπει να είναι ξεκάθαρη. Οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται να παρέχουν ουσιαστικές ενισχύσεις προς το παιδί, προκειμένου να τηρηθούν οι κανόνες της τάξης. Τέτοιες ενισχύσεις είναι οι έπαινοι, τα προνόμια ή ακόμα και γλυκίσματα (Καραδήμας, 2001, σελ.103· Andrews, 1999 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Barkley, & Pfiffner, 1995a, p.223).
4. Οι αμοιβές έχουν μεγαλύτερη αξία από τις ποινές. Την αρχή αυτή οφείλει να έχει πάντοτε υπόψη του ο εκπαιδευτικός κατά την τροποποίηση της συμπεριφοράς ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. Καλό είναι να αποφεύγεται η επιβολή τιμωρίας σε ένα τέτοιο παιδί για την καταστολή μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς του. Κατά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και να επιβάλλει ελαφρές τιμωρίες με συνέπεια. Οι επιπλήξεις, όταν πρέπει να γίνονται, είναι αναγκαίο να διατυπώνονται με τρόπο σύντομο και διακριτικό, χωρίς να γίνονται αντιληπτές από τα άλλα παιδιά (Καραδήμας, 2001, σελ.105· Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233· Yitzchak, 1996, p.193 Pfiffner, & Barkley, 1990, p.504).
5. Συνέπεια της συμπεριφοράς του εκπαιδευτικού. Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι ιδιαίτερα συνεπής στη συμπεριφορά του προς τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Ειδικότερα, η αποτελεσματική αντιμετώπιση της διαταραχής απαιτεί συνέπεια συμπεριφοράς του εκπαιδευτικού καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου. Επιπλέον, δεν πρέπει να εγκαταλείπει εύκολα ή γρήγορα το πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς που εφαρμόζει και επιβάλλεται να αντιδρά με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις περιστάσεις (Καραδήμας, 2001, σελ.106· Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233· Yitzchak, 1996, p.193).
6. Ο εκπαιδευτικός οφείλει να προβλέπει τα προβλήματα που πιθανόν να εμφανιστούν μελλοντικά, ώστε να είναι προετοιμασμένος και συνεπώς να αποφύγει την ενδεχόμενη σύγχυση για όσα πρέπει να κάνει όταν εμφανιστούν δύσκολες



καταστάσεις (Καραδήμας, 2001, σελ.106· Pfiffner, & Barkley, 1990, pp.504-·505 Barkley, & Pfiffner, 1995a, p.223).

7. Ο εκπαιδευτικός δεν πρέπει να παραβλέπει ότι οι αλλαγές αργούν να φανούν ειδικά στα πρώτα στάδια της προσπάθειας για την αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ. Για το λόγο αυτό δεν πρέπει να απογοητεύεται εύκολα, αλλά να έχει υπομονή και να μην ξεχνάει τους μακροπρόθεσμους στόχους που έχει θέσει. Η αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ. χρειάζεται χρόνο (Καραδήμας, 2001, σελ.106).
8. Μία άλλη αρχή που οφείλουν να ακολουθούν οι εκπαιδευτικοί είναι η πρακτική της «συγχώρεσης». Οφείλουν, δηλαδή, να συγχωρούν την άσχημη συμπεριφορά των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., τα άλλα άτομα που παρεξηγούν αυτή τη συμπεριφορά καθώς και τον ίδιο τους τον εαυτό για τα λάθη και τις παραλείψεις του (Barkley, & Pfiffner, 1995a, p.224).

Αρκετές από τις αρχές που περιγράφηκαν παραπάνω μπορούν να εφαρμοστούν από εκπαιδευτικούς μικρότερων τάξεων, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί στις μεθόδους των παρεμβάσεων στη συμπεριφορά. Οι εκπαιδευτικοί που διδάσκουν σε «κανονικές» τάξεις χρειάζονται συνήθως εντατική εκπαίδευση στη φιλοσοφία και τις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς. Ωστόσο, θεωρούνται αποτελεσματικότερα τα προγράμματα συνεργασίας σχολείου και γονέων, γι' αυτό και συνιστώνται περισσότερο (Καραδήμας, 2001, σελ.107· Yitzchak, 1996, pp.193-194).

Επιπλέον, τονίζεται ότι οι παραπάνω μέθοδοι μπορούν να εφαρμοστούν σε παιδιά που εμφανίζουν ήπια ή μέτρια συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ. ή σε παιδιά, των οποίων τα προβλήματα από τη διαταραχή ελέγχονται από φαρμακευτική αγωγή. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις και ειδικά για τα παιδιά που παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ. και συνοδά προβλήματα μαθησιακών δυσκολιών, επιθετικότητας κ.ά., αυτές οι απλές μέθοδοι δεν βοηθούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτούνται άλλου είδους εκπαιδευτικοί χειρισμοί, όπως είναι η ένταξη στην ειδική αγωγή ή σε ιδιωτική εκπαίδευση (Καραδήμας, 2001, σελ.·107 Yitzchak, 1996, pp.193-·194 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217· Pfiffner, & Barkley, 1990, p.535). Αναλυτικότερα στο θέμα αυτό θα αναφερθούμε στο επόμενο υποκεφάλαιο.

Εκτός από τα κύρια συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι δυνατό να εμφανιστούν και άλλα προβλήματα, όπως οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί στις σχέσεις με τους συμμαθητές του (Guevremont, 1990, p.540), η συνήθης ανυπακοή του προς τον εκπαιδευτικό και τους γονείς του, τα προβλήματα διαγωγής, όπως τα ψέματα και οι κλοπές, η κακή επίδοση στα μαθήματα και η ανικανότητα στη μελέτη (Barkley, 1995, pp.38-40). Η παρουσία τέτοιων προβλημάτων απαιτεί την εφαρμογή και άλλων συνοδών θεραπευτικών μεθόδων. Τέτοιες μέθοδοι είναι η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, η μίμηση προτύπου, η τεχνική της επανάληψης και της συνεχούς εξάσκησης, οι οποίες όταν εφαρμοστούν είναι δυνατόν να διευκολύνουν τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. στις κοινωνικές τους σχέσεις (Καραδήμας, 2001, σελ. 108).

Εκείνο, όμως, που έχει τη σπουδαιότερη σημασία στην εφαρμογή των προγραμμάτων τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι η γενίκευση και η διατήρηση της βελτιωμένης συμπεριφοράς του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. Η διατήρησή των θετικών αποτελεσμάτων στη συμπεριφορά του παιδιού είναι συχνά αμφίβολη μετά το πέρας του προγράμματος (Hudson, 1997 Hinshaw, 1994, p.118). Για το λόγο αυτό, κρίνονται απαραίτητες ορισμένες τροποποιήσεις στην εφαρμογή των προγραμμάτων, όπως η τοποθέτηση στην τάξη ενός ειδικού στο θέμα αυτό εκπαιδευτικού ή η συνεργασία του εκπαιδευτικού της τάξης με ένα ειδικευμένο σχολικό σύμβουλο (Καραδήμας, 2001, σελ.108).

Ένας βασικός στόχος των παρεμβατικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η ανάπτυξη του αυτοελέγχου από το παιδί. Η επίτευξη του στόχου αυτού θεωρείται εξαιρετικά δύσκολη εξαιτίας της χρόνιας και σύνθετης φύσης της συγκεκριμένης διαταραχής. Προκειμένου, λοιπόν, να αποκτήσει το παιδί τον αυτοέλεγχό του σε ικανοποιητικό επίπεδο και να μειώσει τις παρορμητικές και διασπαστικές μορφές συμπεριφοράς, χρειάζεται να εκπαιδευτεί στην απόκτηση, ενίσχυση και εφαρμογή των γνωστικών δεξιοτήτων για παρατήρηση της συμπεριφοράς του, μέσω γνωσιακών θεραπευτικών παρεμβάσεων (Καραδήμας, 2001, σελ.109 Hudson, 1997 Pfiffner, & Barkley, 1990, p.524).

Οι κυριότερες γνωσιακές- συμπεριφορικές τεχνικές που ενδείκνυνται για εφαρμογή στο σχολικό πλαίσιο είναι η εκπαίδευση καθοδήγησης, η

εκπαίδευση στην επίλυση κοινωνικών προβλημάτων, η αυτοπαρατήρηση, η αυτοαξιολόγηση και η αυτοενίσχυση, η εκπαίδευση συνέπειας και η εκπαίδευση συναισθημάτων (Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p.194). Η εκπαίδευση καθοδήγησης στοχεύει να διδάξει το παιδί να δίνει στον εαυτό του τις κατάλληλες λεκτικές οδηγίες για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς. Οι διαδικασίες αυτοαξιολόγησης και αυτοενίσχυσης στοχεύουν στον προσανατολισμό της παρατήρησης της συμπεριφοράς του μαθητή όχι από τον εκπαιδευτικό αλλά από τον ίδιο το μαθητή. Η εκπαίδευση συνέπειας αναφέρεται στην αύξηση της συμφωνία μεταξύ των λόγων και των πράξεων του ατόμου. Η εκπαίδευση συναισθημάτων επιδιώκει τη βελτίωση της ικανότητας του παιδιού να αναγνωρίζει τη φύση των δικών του συναισθημάτων και των συναισθημάτων των άλλων, αλλά και να κατανοεί τη σχέση ανάμεσα στα συναισθήματα και της συμπεριφορά (Καραδήμας, 2001, σελ.109-110 Pfiffner, & Barkley, 1990, pp.524-525). Το πλεονέκτημα των γνωσιακών- συμπεριφορικών τεχνικών είναι ότι επιτρέπουν τη γενίκευση και τη διατήρηση της θετικής μορφής συμπεριφοράς σε όλα τα πεδία δράσης ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. (Hudson, 1997 Pfiffner, & Barkley, 1990, p.524).

Οι γνωσιακές τεχνικές που αναφέρθηκαν μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με προγράμματα συμπεριφοράς από το σχολικό ψυχολόγο σε συνεργασία με τον εκπαιδευτικό (Καραδήμας, 2001, σελ.110).

Παράλληλα με τις τεχνικές αντιμετώπισης και μετατροπής της αρνητικής μορφής συμπεριφοράς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. αλλά και με τις γνωσιακές τεχνικές που αναφέρθηκαν προηγουμένως, έχουν κατά καιρούς προταθεί ορισμένα ειδικά μέτρα, τα οποία μπορούν να εφαρμοστούν σε κανονική τάξη, στην οποία φοιτούν παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. (Hudson, 1997).

Ένα πρώτο μέτρο είναι η μείωση της σχολικής εργασίας, ώστε να μπορεί το παιδί με τη συγκεκριμένη διαταραχή να διατηρεί σε ικανοποιητικό βαθμό την προσοχή του (Andrews, 1999 Hudson, 1997). Με τον τρόπο αυτό, αποφεύγονται οι συνεχείς αποτυχίες του παιδιού, ενώ συγχρόνως αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχίας του στις διάφορες δραστηριότητες αποτέλεσμα που ενδεχομένως να ενισχύσει την αυτοεκτίμησή του καθώς και τη θετική στάση του απέναντι στο σχολείο γενικότερα (Καραδήμας, 2001, σελ.111 Barkley, & Pfiffner, 1995b, pp.216-217 Jones, & Warren, 1991).

Ένας άλλος χρήσιμος τρόπος διδασκαλίας είναι η αλλαγή του τρόπου διδασκαλίας έτσι ώστε να γίνει πιο διασκεδαστική, ζωντανή και ευέλικτη. Προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η κούραση και η μονοτονία από το μάθημα, ο εκπαιδευτικός μπορεί να κάνει το μάθημά του πιο ευέλικτο και ενδιαφέρον με μικρά ενδιάμεσα διαλείμματα κινητικών δραστηριοτήτων (Καραδήμας, 2001, σελ.111· Hudson, 1997· Yitzchak, 1996, p. 193· Barkley, & Pfiffner, 1995b, p. 217· Selikowitz, 1995, p.119).

Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν συνάμα να καθορίζουν σαφείς κανόνες αναφορικά με τη συμπεριφορά των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στην τάξη, ελέγχοντας ταυτόχρονα το βαθμό κατανόησής τους, ώστε να μην υπάρχουν παρανοήσεις (Καραδήμας, 2001, σελ.111· Hudson, 1997· Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233· Yitzchak, 1996, p. 193).

Ένα άλλο μέτρο που μπορεί να αποβεί ευεργετικό για τον έλεγχο της τάξης είναι η παροχή ευκαιριών για αυτοπαρατήρηση της συμπεριφοράς και της σχολικής επίδοσης. Για τα παιδιά της προσχολικής και της πρωτοσχολικής ηλικίας είναι γνωστή η τεχνική της «χελώνας». Σύμφωνα με την τεχνική αυτή, όταν το παιδί ακούει από τον παιδαγωγό τη λέξη «χελώνα», οφείλει να σταματά ό,τι κάνει, να τραβά τα χέρια και το πόδια προς το σώμα του, να παίρνει τη στάση της χελώνας και για λίγο να ανιχνεύσει το περιβάλλον. Αμέσως μετά, ρωτά τον εαυτό του τι υποτίθεται ότι έπρεπε να κάνει εκείνη τη στιγμή και αν όντως το κάνει. Στην συνέχεια, αναλαμβάνει την ευθύνη να ολοκληρώσει το έργο που είχε προηγουμένως και από το οποίο είχε ξεφύγει η προσοχή του (Καραδήμας, 2001, σελ.112).

Ιδιαίτερα ωφέλιμο θα ήταν να αποφεύγει ο εκπαιδευτικός να αναφέρεται επανειλημμένα στους κανόνες και να αποφεύγει τις ηθικολογίες που σχετίζονται με τους λόγους που επιβάλλουν την τήρηση των κανόνων. Επιπλέον, οφείλει να τροποποιεί το περιβάλλον της τάξης όταν έχει παιδί με αυτή τη διαταραχή. Για παράδειγμα, συχνά κρίνεται απαραίτητη η απομάκρυνση του παιδιού από τα άλλα παιδιά και η τοποθέτηση της θέσης του κοντά στον εκπαιδευτικό. Αυτή η αλλαγή της θέσης του παιδιού αποτρέπει τη διάσπαση της προσοχής του από τους συνομηλίκους του και διευκολύνει την παρακολούθησή του από τον εκπαιδευτικό. Ωστόσο, η αλλαγή της θέσης πρέπει να γίνεται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, μέχρι να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Πριν από αυτή την αλλαγή, ο παιδαγωγός

οφείλει να εξηγήσει με κατανοητό τρόπο τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στους συμμαθητές του το σκοπό για τον οποίο αυτή γίνεται και τότε θα τελειώσει, ώστε να αποφευχθούν παρεξηγήσεις (Καραδήμας, 2001, σελ.112-113 Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p.193).

Ο έπαινος του παιδιού από τον εκπαιδευτικό για την εκδήλωση καλής συμπεριφοράς, η παράβλεψη της ακατάλληλης μορφής συμπεριφοράς, ο καθορισμός σαφών κανόνων, οδηγιών και προσδοκιών από τον εκπαιδευτικό, η χρήση της τεχνικής απομάκρυνσης από το ερέθισμα που του αποσπά την προσοχή, η επιλογή της συνεχούς παροχής ερεθισμάτων αλλά και των επιπλήξεων, όπου κρίνεται απαραίτητο, αποτελούν επιτυχείς μεθόδους για τη βελτίωση των πιθανών διασπαστικών μορφών συμπεριφοράς (Hudson, 1997 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Pfiffner, & Barkley, 1990, pp.503-504).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που συμβάλει στην επιτυχία ενός παρεμβατικού προγράμματος στο σχολικό περιβάλλον είναι η καλή δομή της τάξης (Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.216) και του προγράμματος δραστηριοτήτων. Οι στόχοι τίθενται κλιμακωτά (Sava, 2000), από τους εύκολους στους πιο δύσκολους. Ο εκάστοτε στόχος μπορεί να επιτευχθεί με την ανάρτηση ενός καθημερινού προγράμματος με συγκεκριμένους κανόνες. Επιπλέον, θα σημειώνεται η επιτυχία των κανόνων από το παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. επάνω στον πίνακα, ώστε να λειτουργεί ενισχυτικά τόσο για το ίδιο το παιδί όσο και για τους συμμαθητές του (Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p. 193).

Οι δραστηριότητες που ανατίθενται σε τέτοια παιδιά πρέπει να είναι ανάλογες με το επίπεδο των ικανοτήτων τους και ταυτόχρονα το υλικό που τους προσφέρεται πρέπει να ελκύει το ενδιαφέρον τους (Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.216). Η ανάθεση των δύσκολων δραστηριοτήτων στην αρχή του προγράμματος και η τοποθέτηση των πιο εύκολων και ενεργητικών εργασιών προς το τέλος της σχολικής ημέρας αποδεικνύεται αποτελεσματική, καθώς η ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής και περιορισμού της αρνητικής μορφής συμπεριφοράς μειώνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας (Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217)

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια ουσιαστική παιδαγωγική σχέση ανάμεσα στον εκπαιδευτικό και το μαθητή με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η ύπαρξη θετικού παιδαγωγικού κλίματος. Τίποτα, όμως, από τα παραπάνω δεν μπορεί

να επιτευχθεί εάν δεν υπάρχει συνεργασία του εκπαιδευτικού με τον ψυχολόγο και την οικογένεια (Καραδήμας, 2001, σελ.113· Hudson, 1997).

Υπάρχουν ελάχιστα κατάλληλα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. (Pfiffner, & Barkley, 1990, pp.537-538). Ένα υποδειγματικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για αυτά τα παιδιά αναπτύχθηκε από τον J. Swanson στο πανεπιστήμιο της California- Irvine σε συνεργασία με το Orange County Department of Education (UCI-OCDE). Το πρόγραμμα αυτό μπορεί να εφαρμοστεί ετησίως, από το νηπιαγωγείο μέχρι την πέμπτη δημοτικού. Συγκεκριμένα, πρόκειται για ένα ημερήσιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα μαθημάτων και ένα εκτεταμένο κλινικό πρόγραμμα, τα οποία μπορούν να εφαρμοστούν σε μία τάξη 12-15 παιδιών. Ένα αρχικό κλινικό στοιχείο που περιέχεται στο παραπάνω πρόγραμμα είναι ένα εντατικό πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς των παιδιών και βασίζεται στην ημερήσια συγκέντρωση πόντων μετά από επιτυχημένη πορεία εργασίας τους ανεξάρτητα και σε μικρές ομάδες. Τα επιμέρους στοιχεία που παρατηρούνται από τους ψυχολόγους είναι η έναρξη της δραστηριότητας των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., η συμμόρφωση με τους κανόνες, η συναναστροφή με τους συνομηλίκους και τους ενήλικους, η καθαριότητα και η ολοκλήρωση της εργασίας τους. Ένα άλλο κλινικό στοιχείο είναι η συμμετοχή των γονέων σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης, για εκμάθηση μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς, και σε σεμινάρια ατομικής θεραπείας, για να επιτευχθεί γενίκευση από το εκπαιδευτικό περιβάλλον στο οικογενειακό. Επιπλέον, στο πρόγραμμα περιλαμβάνονται μαθήματα εκπαίδευσης των παιδιών ώστε να αποκτήσουν κοινωνικές δεξιότητες. Μετά από την παρακολούθηση αυτού του προγράμματος, το παιδί μπορεί να επιστρέψει στο κανονικό πρόγραμμα του σχολείου του.

### **1.10.3.3. Αποτελεσματικότητα ψυχοπαιδαγωγικών προγραμμάτων παρέμβασης**

Σε μια έρευνα των Barkley et al. (2000) εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα μιας πολυεπίπεδης ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης στην τάξη για παιδιά προσχολικής ηλικίας με διασπαστική συμπεριφορά (disruptive behavior). Μετά από ετήσια παρακολούθηση παιδιών προσχολικής ηλικίας στο νηπιαγωγείο αναγνωρίστηκαν εκατόν πενήντα οκτώ παιδιά με υψηλά ποσοστά επιθετικής, υπερκινητικής, παρορμητικής και απρόσεκτης συμπεριφοράς. Τα παιδιά αυτά υποβλήθηκαν τυχαία σε τέσσερις θεραπευτικές διαδικασίες που διάρκεσαν όλο το χρόνο της φοίτησής τους στο νηπιαγωγείο. Οι θεραπευτικές διαδικασίες ήταν τέσσερις. Η πρώτη διαδικασία περιελάμβανε μόνο την εκπαίδευση των γονέων, η δεύτερη δεν είχε καμία θεραπεία, η τρίτη είχε μόνο ολοήμερη θεραπευτική παρέμβαση στην τάξη και η τέταρτη περιελάμβανε συνδυασμό της εκπαίδευσης των γονέων με τη θεραπεία στην τάξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εκπαίδευση των γονέων δεν προσέφερε σημαντική θεραπευτική βοήθεια, κυρίως λόγω της περιορισμένης συμμετοχής τους και της έλλειψης ετοιμότητας. Η θεραπεία στην τάξη παρουσίασε βελτίωση σε επιμέρους τομείς, όπως στις εκτιμήσεις των γονέων για την προσαρμόσιμη συμπεριφορά, στις εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών για την προσοχή, την επιθετικότητα, τον αυτοέλεγχο και τις κοινωνικές ικανότητες, καθώς και για τις άμεσες παρατηρήσεις της εξωτερικής συμπεριφοράς στην τάξη.

Καμία από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν βελτίωσε τις ικανότητες των παιδιών για ακαδημαϊκή πρόοδο, ούτε τα προβλήματα συμπεριφοράς τους στο σπίτι σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των γονέων, ούτε υπήρχαν ευρήματα από το εργαστήριο για βελτίωση της προσοχής, του ελέγχου παρόρμησης ή των αλληλεπιδράσεων μητέρας- παιδιού. Επιπλέον, φάνηκε ότι η εκπαίδευση γονέων με παιδιά που εκδήλωσαν διασπαστική συμπεριφορά, η οποία προσφερόταν στο σχολείο, δεν κρίθηκε χρήσιμη προσέγγιση για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα συμπεριφοράς τέτοιων παιδιών στο σπίτι και στην κοινότητα. Η παρέμβαση στην τάξη του νηπιαγωγείου είχε μεγάλη επίδραση στη μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς και των επιβλαβών κοινωνικών εκδηλώσεων αυτών των παιδιών. Επομένως, χρειάζεται να καταβληθούν μεγαλύτερες προσπάθειες

από τους ερευνητές σε θεωρητικό και κυρίως σε πρακτικό επίπεδο, ώστε να καταρτιστούν αποτελεσματικότερα ψυχοπαιδαγωγικά προγράμματα παρέμβασης για τα παιδιά με διασπαστική συμπεριφορά και ειδικότερα για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης.

Η μείωση της επιθετικής συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας με συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ. παρατηρήθηκε σε μια έρευνα των Boyajian et al. (2001). Συγκεκριμένα, στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι κατάλληλη συμπεριφορική παρέμβαση, στο πλαίσιο της προσχολικής αγωγής, μπορεί να μειώσει την επιθετική συμπεριφορά αυτών των παιδιών, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων.

#### **1.10.4. Το δίλημμα: ειδική αγωγή ή ένταξη ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. σε κανονική τάξη;**

Σε παλιότερες εποχές, πριν από 50 χρόνια περίπου, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. τοποθετούνταν σε ειδικές εκπαιδευτικές τάξεις σχολείων του εξωτερικού. Οι τάξεις αυτές δεν είχαν παράθυρα, πίνακες ή εικόνες και είχαν μόνο τα απαραίτητα έπιπλα. Μεταξύ των μαθητών υπήρχαν υφασμάτινα διαχωριστικά που επέτρεπαν στο κάθε παιδί να βλέπει τον εκπαιδευτικό, αλλά όχι και τους συμμαθητές του. Ο κάθε μαθητής σε μια τέτοια ειδική τάξη παρακολουθούσε εξατομικευμένο πρόγραμμα. Ο εκπαιδευτικός ενίσχυε τις επιτυχίες του μαθητή με αμοιβές με τη μορφή βαθμών που μπορούσαν να ανταλλάγουν με διάφορα «αγαθά». Ο μαθητής έπαιρνε πολλούς βαθμούς, όταν πρόσεχε στο μάθημα, όταν είχε καλή συμπεριφορά και ικανοποιητική επίδοση (Καραδήμας, 2001, σελ.99).

Κάθε παιδί που έχει διαγνωστεί με Δ.Ε.Π./ Υ. χρειάζεται κάποιο συγκεκριμένο τύπο εκπαιδευτικής παρέμβασης. Πολλά ερευνητικά πορίσματα έχουν δείξει ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. εμφανίζουν συχνά συνοδά μαθησιακά προβλήματα. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου τέτοιου είδους προβλήματα έχουν εμφανιστεί σε τέτοιο βαθμό που απαιτούν κάποια μορφή ειδικής εκπαίδευσης (Yitzchak, 1996, p.193). Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα σημαντικότερα κριτήρια για την ένταξη ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. σε ειδική τάξη.



#### **1.10.4.1. Κριτήρια ένταξης ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στην ειδική αγωγή**

Το ερώτημα που ανακύπτει είναι η αναγκαιότητα τοποθέτησης σε ειδική τάξη των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Το κυριότερο κριτήριο για την τοποθέτηση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. σε ειδική τάξη είναι αν χρειάζεται πραγματικά τέτοιες υπηρεσίες (Pffner, & Barkley, 1990, p.535). Το κριτήριο αυτό ισχύει και για εκείνα τα παιδιά που έχουν διάφορα προβλήματα συναισθηματικής φύσεως και προβλήματα συμπεριφοράς. Η αξιολόγηση για την αναγκαιότητα τοποθέτησης του παιδιού σε ειδική τάξη γίνεται αφού έχει ήδη εφαρμοστεί ειδικό πρόγραμμα παρέμβασης στην κανονική τάξη. Σε περίπτωση που δεν παρουσιαστεί βελτίωση μετά από εύλογο χρονικό διάστημα δοκιμαστικής εφαρμογής παρεμβάσεων μέσα στο περιβάλλον της κανονικής τάξης, τότε μπορεί να επιλεγεί κάποια εναλλακτική λύση. Αυτή η λύση μπορεί να είναι, είτε αλλαγές στο πρόγραμμα παρέμβασης που εφαρμόζεται ήδη στην κανονική τάξη, είτε η ένταξη του παιδιού σε κάποιο πρόγραμμα ειδικής αγωγής είτε ο συνδυασμός των παραπάνω επιλογών (Καραδήμας, 2001, σελ.100· Pffner, & Barkley, 1990, pp.535-536).

Αρκετές φορές, οι γονείς διαφωνούν με τους εκπαιδευτικούς για τη φύση και την έκταση του προβλήματος που αντιμετωπίζει το παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ., καθώς και για την καταλληλότητά του της ανάλογης με την κατάστασή του εκπαίδευσης. Η επιλογή της ένταξης ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στην ειδική αγωγή πρέπει να γίνεται μετά από μελέτη και ιδιαίτερη προσοχή. Άλλωστε, η παροχή ειδικής αγωγής σε παιδιά με τέτοια προβλήματα πρέπει να γίνεται με τρόπο που θα επιτρέψει αυτά τα παιδιά να συναναστρέφονται όσο το δυνατό περισσότερο με φυσιολογικά παιδιά. Ορισμένοι εκπαιδευτικοί διαφωνούν με την παραπάνω αρχή. Οι ίδιοι προτιμούν περισσότερο τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. να εντάσσονται σε προγράμματα ειδικής αγωγής, ακόμα και τα παιδιά με ήπια συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ., παρά να προσαρμόζουν οι ίδιοι τα μαθήματα και τη συμπεριφορά τους, ώστε να διευκολύνουν την παραμονή των παιδιών αυτών στην κανονική τάξη (Pffner, & Barkley, 1990, p.536).

Οι ειδικές τάξεις δεν είναι η καλύτερη λύση για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Ίσως, η καλύτερη λύση για τα παιδιά αυτά είναι να παραμείνουν στις κανονικές τάξεις και να αντιμετωπιστεί το πρόβλημά τους μέσα σε αυτές. Στο σχολικό πλαίσιο η αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να γίνει με την εφαρμογή προγραμμάτων συμπεριφοράς και γνωσιακών προγραμμάτων

παρέμβασης με παράλληλη αλλαγή στη δομή του σχολικού έργου και της τάξης (Καραδήμας, 2001, σελ.101). Άλλωστε, έχει παρατηρηθεί (Arcelus et al., 2000) ότι μαθητές που αποκλείστηκαν από την κανονική εκπαίδευση και εντάχθηκαν σε προγράμματα ειδικής αγωγής παρουσίασαν σημαντικά συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς, όπως υπερκινητικότητα.

#### **1.10.5. Η πολυεπίπεδη προσέγγιση**

Η Καλαντζή- Αζίζι (1998), συνοψίζοντας τα κυριότερα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν την παρέμβαση, επισημαίνει την ανάγκη για πολυδιάστατη θεραπεία. Ειδικότερα, αναφέρεται στο συνδυασμό γνωσιακών- συμπεριφοριστικών μεθόδων, με την ενεργό συμμετοχή του εκπαιδευτικού, των γονέων και του ίδιου του παιδιού, καθώς και της θεραπείας με φάρμακα. Ο συνδυασμός αυτός οδηγεί στην πρόληψη της σχολικής αποτυχίας και της περιθωριοποίησης και συνάμα, όταν η παρέμβαση είναι έγκαιρη και ταυτόχρονα να εξομαλύνει την κατάσταση. Η φαρμακευτική αγωγή, όταν χορηγείται μόνη της δεν επαρκεί. Συνιστάται μόνο σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και αποκλειστικά σε μεσαία ή πολύ σοβαρή μορφή της Δ.Ε.Π./ Υ. (Yitzchak, 1996, p. 188 Baker, 1993 DuPaul, & Barkley, 1990, pp.605-606).

Όπως επισημαίνει η ίδια ερευνήτρια (Καλαντζή- Αζίζι, 1998), χρειάζεται συνεχής έλεγχος της αποτελεσματικότητας των μεθόδων παρέμβασης που χρησιμοποιούνται στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., επειδή οι ατομικές διαφορές μεταξύ των παιδιών είναι πάρα πολλές. Βασικός στόχος είναι η μείωση του φαρμάκου που χορηγείται σε ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. Η λανθασμένη χορήγηση και δοσολογία φαρμάκου οδηγεί σε εξάρτηση. Οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί, ο σχολικός ψυχολόγος καθώς και το ίδιο το παιδί οφείλουν να μάθουν να παρατηρούν και να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες στον παιδίατρο. Συνεπώς, ο συντονιστικός ρόλος του παιδίατρου (Κωνσταντόπουλος, 2002) σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς και τους ψυχολόγους αποτελεί την καλύτερη δυνατή προσπάθεια στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της διαταραχής, επιφέροντας με τον τρόπο αυτό τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η ενημέρωση του παιδαγωγού από τον σχολικό ψυχολόγο για την κατάσταση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ., για τη φύση και τα συμπτώματα της διαταραχής, για τους τρόπους και τις τεχνικές για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ενός τέτοιου παιδιού στο σχολικό πλαίσιο, μπορεί να αποτρέψει την παγίωση αρνητικών εντυπώσεων και μορφών επικοινωνίας μεταξύ εκπαιδευτικού και μαθητή (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.257). Η ενεργός συμμετοχή του εκπαιδευτικού στη θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι απαραίτητη, προκειμένου να ενημερώνει τον σχολικό ψυχολόγο για την εικόνα που παρουσιάζει ένα τέτοιο παιδί στη σχολική τάξη, τη συμπεριφορά και τις επιδόσεις του, στοιχεία που είναι απαραίτητα για τη χάραξη μιας κοινής πορείας παρέμβασης σε κλινικό, οικογενειακό και σχολικό επίπεδο. Έτσι, οι αντιδράσεις του παιδιού μπορούν να αντιμετωπιστούν με τον ίδιο τρόπο από τα κυριότερα πρόσωπα του περιβάλλοντός του μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο, στο οποίο κινείται.

Ορισμένες φορές δεν αρκεί μια απλή ενημέρωση προς τον εκπαιδευτικό για τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ., ώστε να γίνουν αποδεκτές οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα τέτοιο παιδί. Χρειάζεται να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις του εκπαιδευτικού και εν συνεχεία να παρέμβει ο σχολικός ψυχολόγος, ώστε να τροποποιήσει ορισμένες από αυτές (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.257-258).

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

#### **Η ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

##### **2.1. Η οριοθέτηση του προβλήματος**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π./ Υ.) απασχολεί πολλούς εκπαιδευτικούς, ψυχολόγους, ψυχιάτρους, αλλά και τους γονείς. Το ενδιαφέρον αυτό μπορεί να οφείλεται στη μεγάλη συχνότητα διάγνωσης της Δ.Ε.Π./ Υ. που παρατηρείται στον παιδικό πληθυσμό, ιδιαίτερα σε σχολικά συστήματα στις Η.Π.Α., αλλά και στο γεγονός ότι πολλά προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς σχετίζονται με αυτή τη διαταραχή (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000β; Barkley, 1981, pp.18-19).

Πολλοί ερευνητές εντοπίζουν διαφορές στην επιδημιολογία της Δ.Ε.Π./ Υ. μεταξύ Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής (Steinhausen, 1992, σελ.45-48) και επισημαίνουν ότι οι διαφορές στις μεθόδους εκτίμησης και στις διαγνωστικές έννοιες είναι εμφανείς στους δύο αυτούς διαφορετικούς τόπους (Verhulst, 1992, σελ.25). Παράλληλα, το ενδιαφέρον των επιστημόνων εστιάστηκε περισσότερο στην ανάπτυξη προηγμένων διαγνωστικών κριτηρίων για τη Δ.Ε.Π./ Υ., παρουσιάζοντας μια διαφορετική αντίληψη και διάγνωση της διαταραχής από τις άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Barkley, 1990, p.21)

Ο Russell Barkley (1981, pp.18-19), ένας από τους πιο κορυφαίους μελετητές και θεωρητικούς της Δ.Ε.Π./ Υ. στις Η.Π.Α., επισημαίνει ότι, με βάση την κλινική του εμπειρία, η εμφάνιση των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να παρατηρηθεί στην προσχολική ηλικία, δηλαδή, πριν ακόμα από την ηλικία των 5 ετών. Ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν σχετικά ερευνητικά δεδομένα που να επισημαίνουν τη συχνότητα της Δ.Ε.Π./ Υ. στην ηλικία αυτή.

Σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), η συχνότητα της Δ.Ε.Π./ Υ. εκτιμάται μεταξύ του 3%-5% στη σχολική ηλικία του παιδιού. Στην πρώιμη παιδική ηλικία ίσως είναι δύσκολο να γίνει διάκριση των συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα από τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που είναι τα ανάλογα για την ηλικία των δραστήριων παιδιών (π.χ. τρέχουν από εδώ και από εκεί ή κάνουν φασαρία).

Τα τελευταία είκοσι περίπου έτη η Δ.Ε.Π./ Υ. απασχολεί τους ερευνητές, ιδιαίτερα στο εξωτερικό, αλλά το ενδιαφέρον των Ελλήνων ειδικών και ειδικά των παιδαγωγών είναι πρόσφατο (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.11). Επιπλέον, παρατηρείται ότι οι περισσότερες έρευνες, που σχετίζονται με την εμφάνιση της Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά, αφορούν παιδιά σχολικής ηλικίας (Arcelus et al., 2000· Sciutto et al., 2000· Roussos et al., 1999).

Στον ελληνικό χώρο, η μελέτη της Δ.Ε.Π./ Υ. από ειδικούς και κυρίως από παιδαγωγούς έχει ερευνηθεί ελάχιστα. Στο μεγαλύτερο μέρος της σχετικής ελληνικής βιβλιογραφίας αναφέρονται κάποια γενικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, τα αίτια, η σχέση της με τη σχολική επίδοση και οι μέθοδοι αντιμετώπισής της (Τζίμας, 2001α, β· Καλαντζή- Αζίζι, 1998· Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 1997· Νοταράς, 1996· Μπάρδος, 1986· Μπάρδος, 1985).

Ο Σουλιώτης (1999α) παρουσίασε μια μελέτη περίπτωσης ενός αγοριού 5 ετών και 3 μηνών με Δ.Ε.Π./ Υ., το οποίο επισκεπτόταν ο ίδιος σε νηπιαγωγείο της Καλαμαριάς στη Θεσσαλονίκη. Ο ερευνητής περιέγραψε την οικογενειακή κατάσταση και την κλινική εικόνα του παιδιού, αναφέροντας τα στοιχεία της προσωπικότητας και της επίδοσής του. Όμως, δεν ανέφερε το χρονικό διάστημα που παρακολούθησε το παιδί. Ο ερευνητής μαζί με τη νηπιαγωγό και τη σύμβουλο προσχολικής εκπαίδευσης μετά από συζήτηση κατέληξαν στη διατύπωση κάποιων κανόνων, τους οποίους πρέπει να ακολουθεί η νηπιαγωγός, προκειμένου να αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση στη σχολική τάξη. Τα συμπεράσματα, στα οποία κατέληξαν είναι η αναγκαιότητα θέσπισης από την ίδια τη νηπιαγωγό ξεκάθαρων κανόνων, τους οποίους πρέπει να μάθει να τηρεί ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ.. Επιπλέον, οφείλει η ίδια να διατηρεί τον αυτοέλεγχό της, να θεωρεί το παιδί μοναδικό, να το αντιμετωπίζει ως αυτόνομη και ανεξάρτητη προσωπικότητα, να ανακαλύψει και να αναγνωρίσει όλα τα θετικά στοιχεία του παιδιού και να το επιβραβεύει αμέσως για κάθε θετική πράξη του (Σουλιώτης, 1999α).

Οι Κάκουρος και Μανιαδάκη (2000β) προχώρησαν σε μια διαχρονική έρευνα εξετάζοντας τη δυνατότητα εντοπισμού των παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις σε μια επαρχιακή πόλη της Πελοποννήσου με πληθυσμό 15.000 κατοίκους. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 140 νήπια, ηλικίας 4- 5 ½ ετών των επτά νηπιαγωγείων της πόλης. Από τα 140 νήπια, παρουσίαζαν Δ.Ε.Π./ Υ. 28 παιδιά. Οι

υπεύθυνοι νηπιαγωγοί συμπλήρωσαν δύο κωδικοποιημένα ερωτηματολόγια για καθένα από τα παιδιά. Το πρώτο ερωτηματολόγιο, το οποίο κατασκεύασαν οι ερευνητές, περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με την προσαρμογή των παιδιών στο νηπιαγωγείο, το επίπεδο της συνεργασίας τους με τη νηπιαγωγό, την ποιότητα των σχέσεών τους με τα άλλα παιδιά και τη συμπεριφορά τους στο χώρο του νηπιαγωγείου. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο, το οποίο συνέταξαν οι ίδιοι ερευνητές, περιελάμβανε τα κριτήρια του DSM-IV για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Στη δεύτερη φάση της έρευνας, η οποία έγινε μετά από 2 έτη, αναζητήθηκε στο δημοτικό σχολείο το σύνολο των παιδιών που στο νηπιαγωγείο παρουσίασαν κάποιον από τους τρεις τύπους Δ.Ε.Π./ Υ. Από το σύνολο των 28 παιδιών, που παρουσίασαν Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο, βρέθηκαν 26 παιδιά στο δημοτικό σχολείο. Οι δάσκαλοι τους συμπλήρωσαν για το κάθε παιδί ένα κωδικοποιημένο ερωτηματολόγιο, το *Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder Test- ADHD Test* (Gilliam, 1995) για τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. και την κλίμακα *Behavioral academic self-esteem. A rating scale-Base* (Coopersmith & Gilberts, 1982) για τη μέτρηση της αυτοεκτίμησης. Τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και των δύο κλιμάκων για την ομάδα παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα μιας ομάδας ελέγχου 26 παιδιών, η οποία επιλέχθηκε τυχαία από τα παιδιά που στην πρώτη φάση της έρευνας δεν παρουσίασαν πρόβλημα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 66,7% των παιδιών που παρουσίαζαν Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο, εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν Δ.Ε.Π./ Υ. στις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου. Άλλες αναφορές (Barkley, 1990, p.109) δείχνουν ότι το ποσοστό αυτό που αναφέρεται στην παραπάνω έρευνα (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000β) δεν συμφωνεί με στοιχεία της διεθνούς βιβλιογραφίας, σύμφωνα με τα οποία το 48% παιδιών σχολικής ηλικίας, τα οποία έλαβαν τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ., είχαν εντοπιστεί ήδη από την προσχολική ηλικία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Κάκουρου και Μανιαδάκη (2000β) έδειξαν ακόμη ότι η Δ.Ε.Π./ Υ. με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο και η Δ.Ε.Π./ Υ. με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό τύπο υποχώρησαν σε μεγάλο βαθμό κατά την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, τονίζοντας ότι τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. χαρακτηρίζονται επίσης από έλλειψη συνεργατικής διάθεσης. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι τα παιδιά που παρουσίασαν συνδυασμένο

τύπο Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο αντιμετώπισαν σημαντικές δυσκολίες στο δημοτικό σχολείο, όπως προσαρμογής, σχολικής επίδοσης, συμπεριφοράς και σχέσεων με τους συνομηλίκους τους. Για αυτό το λόγο, όπως επισημαίνουν οι ίδιοι οι ερευνητές, ο έγκαιρος εντοπισμός των παιδιών αυτών μπορεί να καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την έκβαση των δυσκολιών τους και την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβατικών προγραμμάτων (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000β). Από την παραπάνω έρευνα, είναι προφανές ότι τα συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. με την πάροδο του χρόνου δεν αλλάζουν σε μεγάλο βαθμό. Ο έγκαιρος εντοπισμός των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την έκβαση των δυσκολιών τους, τη σωστή διάγνωση του προβλήματος και την εφαρμογή της κατάλληλης μεθόδου αντιμετώπισης. Επομένως, θα ήταν χρήσιμο να εντοπιστούν και να αναφερθούν έγκαιρα, από τον εκπαιδευτικό και ιδιαίτερα από το νηπιαγωγό, τα συμπτώματα της διαταραχής, ώστε να γίνει σωστή και έγκαιρη διάγνωση από το σχολικό ψυχολόγο.

Αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι σε όλες τις παραπάνω αναφορές που εντοπίστηκαν στην ελληνική βιβλιογραφία (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000β· Σουλιώτης, 1999α· Καλαντζή- Αζίζι, 1998· Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 1997· Νοταράς, 1996) επισημαίνεται ότι ο νηπιαγωγός συμβάλλει στην ουσιαστική και έγκαιρη αντιμετώπιση των παιδιών που παρουσιάζουν Δ.Ε.Π./ Υ. με τον έγκαιρο εντοπισμό και την επισήμανση των συμπτωμάτων που ενδεχομένως να παρουσιάζουν ορισμένα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Επομένως, προκύπτει η ανάγκη διερεύνησης των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Πλην όμως, όπως διαπιστώνεται από την παραπάνω επισκόπηση της βιβλιογραφίας, δεν κατορθώσαμε να εντοπίσουμε ερευνητικά δεδομένα που να εξετάζουν τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Ακριβώς αυτές οι επισημάνσεις αποτελούν το έναυσμα για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

## 2.2. Ορισμοί βασικών εννοιών

Οι παρακάτω όροι χρησιμοποιούνται στην παρούσα μελέτη με βάση το εξής εννοιολογικό περιεχόμενο:

**Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (Attention Deficit Hyperactivity Disorder):** είναι η διαταραχή, της οποίας τα κύρια χαρακτηριστικά είναι η έλλειψη προσοχής και/ η υπερκινητικότητα/ παρορμητικότητα, τα οποία δεν συμβαδίζουν αναπτυξιακά με την ηλικία και το φύλο του παιδιού, πρέπει να έχουν επιμείνει στην παρουσία τους για έξι μήνες τουλάχιστον, να έχουν εκδηλωθεί πριν από την ηλικία των επτά ετών, να έχουν εκδηλωθεί σε δύο ή περισσότερους τομείς δράσης (σχολείο, σπίτι, στο χώρο εργασίας) και να υπάρχουν ενδείξεις της διαταραχής στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή την επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου (American Psychiatric Association, 1994).

**Γνώση (knowledge):** είναι το αποτέλεσμα διανοητικών διεργασιών, που είτε είναι έμφυτες στον οργανισμό είτε έχουν αποκτηθεί εμπειρικά διαμέσου των αισθήσεων (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1989, σελ.1171-1172· Keeves, 1985, pp.2814-2822).

**Στάση (attitude):** είναι ένα οργανωμένο γνωστικό σύστημα που συμπεριλαμβάνει ένα συναισθηματικό στοιχείο και μία τάση προς την έκφραση συμπεριφοράς (Γεώργας, 1995, σελ.124· Stahlberg, & Frey, 1988, p.144).

**Αντίληψη (perception):** είναι η διεργασία οργάνωσης και ερμηνείας των ερεθισμάτων των αισθήσεων διαμέσου της οποίας γνωρίζουμε το περιβάλλον μας (Sears, et al., 1991, p.41).



### 2.3. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Το κεφάλαιο αυτό αποτελείται από δύο ενότητες. Στην πρώτη ενότητα θα σκιαγραφήσουμε τα σπουδαιότερα πορίσματα που προέκυψαν από τις σημαντικότερες έρευνες για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Στη δεύτερη ενότητα θα επικεντρωθούμε στις έρευνες σχετικά με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη Δ.Ε.Π./ Υ.

Ο Miller και οι συνεργάτες του (1997) μελέτησαν τις επιπτώσεις του φύλου και των τύπων της ηλικίας στη συμπεριφορά των παιδιών της προσχολικής ηλικίας μέσα στην τάξη, χρησιμοποιώντας την αναθεωρημένη κλίμακα του Coyette et al. με τίτλο *Revised Conners Teacher Rating Scale* για τις εκτιμήσεις των παιδαγωγών. Οι ερευνητές προσπάθησαν να δείξουν τη χρησιμότητα αυτών των μετρήσεων για την αποτίμηση της προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Οι τριάντα επτά παιδαγωγοί που έλαβαν μέρος στην έρευνα παρείχαν εκτιμήσεις για τετρακόσια πενήντα πέντε παιδιά προσχολικής ηλικίας, μέσης ηλικίας 4,2 ετών. Επιπλέον, ελήφθησαν υπόψη οι εκτιμήσεις των παιδαγωγών για δώδεκα παιδιά προσχολικής ηλικίας που είχαν διαγνωσθεί επίσημα ότι είχαν Δ.Ε.Π./ Υ. Τα παιδιά της έρευνας αυτής προέρχονταν από μεσοαστικές οικογένειες που ζούσαν σε δύο περιοχές της Νέας Υόρκης, το Μανχάταν και το Μπρονξ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα μικρότερα παιδιά παρουσίαζαν περισσότερο προβλήματα διαγωγής και παρείχαν ενδείξεις υπερκινητικότητας απ' ό,τι απροσεξίας/ παθητικότητας σε αντίθεση με τα μεγαλύτερα παιδιά. Όσον αφορά το φύλο, φάνηκε ότι τα αγόρια παρουσίασαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως έντονη κινητική δραστηριότητα, απροσεξία και δυσκολίες διαγωγής σε σχέση με τα κορίτσια. Ωστόσο, οι ερευνητές (Miller et al., 1997) αναφέρουν ότι το δείγμα των παιδιών που είχαν διαγνωσθεί με Δ.Ε.Π./ Υ. ήταν μικρό, επειδή ήταν σπάνια η αναφορά παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σε τόσο μικρή ηλικία.

Σε ένα δείγμα υποκειμένων από την Αυστραλία, ο Sanson et al. (1993) έδειξαν ότι υπερκινητικά και επιθετικά παιδιά ηλικίας 7 και 8 ετών ήταν πολύ πιθανό να είχαν δείξει νωρίτερα τα χαρακτηριστικά αυτά, από την προσχολική ακόμη ηλικία. Ο Hazell αναφέρει (2000, p.11) ότι σε μια άλλη έρευνα, που διεξήχθη από τους Palfrey et al. σε παιδιά από τη γέννησή τους μέχρι την δεύτερα τάξη δημοτικού σχολείου, βρέθηκε ότι η ανησυχία των γονέων για τα

προβλήματα προσοχής των παιδιών τους αυξανόταν σταθερά από το 1% ανησυχίας στους 14-19 μήνες στο 9% ανησυχίας στους 43 μήνες με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο. Η συνεχής ανησυχία των γονέων σχετικά με τα προβλήματα προσοχής των παιδιών τους συνδεόταν με κοινωνικές και συναισθηματικές ανησυχίες που είχαν οι γονείς για αυτά (Hazell, 2000, p.11).

Η Campbell και οι συνεργάτες της έδειξαν σε έρευνα που διεξήγαγαν στο Pittsburgh των Η.Π.Α. ότι λιγότερα από τα μισά παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. του αρχικού δείγματος, ηλικίας 4 ετών, παρουσίαζαν ενδείξεις για Δ.Ε.Π./ Υ. στην ηλικία των 6 ετών (Campbell et al., 1986· Campbell, 1985). Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. προσχολικής ηλικίας που δεν παρουσίασαν κριτήρια για τη συγκεκριμένη διαταραχή στην ηλικία των 6 ετών, ωστόσο, συνέχισαν να έχουν δυσκολίες στον κοινωνικό και ακαδημαϊκό τομέα (Campbell, & Ewing, 1990· Campbell, 1987).

Ο McGee et al. (1991) πραγματοποίησαν μια διαχρονική έρευνα που περιγράφει το ποσοστό των παιδιών προσχολικής ηλικίας, τα οποία προσδιορίστηκαν ως «υπερκινητικά», όπως αναφέρθηκε σε μεταγενέστερες έρευνες. Από το 2% του δείγματος παιδιών ηλικίας 3 ετών στη Νέα Ζηλανδία, τα οποία διαγνώσθηκαν ως υπερκινητικά, ο αριθμός των κριτηρίων του DSM για τη Δ.Ε.Π./ Υ. σταδιακά μειώθηκε. Ωστόσο, στην ηλικία των 15 ετών, τα μισά από τα υποκείμενα του δείγματος που διαγνώσθηκαν αρχικά ως υπερκινητικά, συνέχιζαν να παρουσιάζουν κριτήρια για τουλάχιστον μία διαταραχή του DSM (McGee et al., 1991· Hazell, 2000, pp.10-11).

Όπως προκύπτει εύλογα από τις παραπάνω έρευνες (Miller et al., 1997· Sanson et al., 1993· McGee et al., 1991), τα συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. μπορούν να εκδηλωθούν στα παιδιά από την προσχολική ηλικία. Ο έγκαιρος εντοπισμός τους από τον νηπιαγωγό μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη σωστή διάγνωση και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης από ομάδα ειδικών, όπως είναι ο σχολικός ψυχολόγος, ο νηπιαγωγός κ.ά. Αρχικά, κρίνεται απαραίτητη και χρήσιμη η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των νηπιαγωγών απέναντι στη διαταραχή αυτή, ώστε να επισημανθούν οι ενδεχόμενες ελλείψεις, παρανοήσεις ή παραβλέψεις τους και να ληφθούν στη συνέχεια τα κατάλληλα ψυχοπαιδαγωγικά μέτρα που θα βοηθήσουν παιδιά προσχολικής ηλικίας με αυτή τη διαταραχή.

### 2.3.1. Γνώσεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ.

Σε αυτή την ενότητα αναφέρονται οι σπουδαιότερες έρευνες από το διεθνή χώρο σχετικά με τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ.

Προκειμένου να αποφευχθεί η σχολική αποτυχία και η αρνητική ψυχοκοινωνική εξέλιξη ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. καθίσταται άκρως απαραίτητη η προσαρμογή της αντίστοιχης ψυχολογικής γνώσης στα ελληνικά δεδομένα. Η Δ.Ε.Π./ Υ. αποτελεί στην ουσία πρόκληση για την εκπαίδευση και τον εκπαιδευτικό. Στο σημείο αυτό, η πολιτεία αποτελεί μείζονα παράγοντα αρωγής, καθώς μπορεί, αν το θελήσει ουσιαστικά, να διαθέσει τους απαραίτητους πόρους στο χώρο της επιστήμης, υποστηρίζοντας αντίστοιχα προγράμματα εφαρμογής της ψυχολογικής γνώσης στην εκπαίδευση. Με τον τρόπο αυτό κερδίζουμε πολύτιμο ανθρώπινο δυναμικό (Καλαντζή- Αζίζι, 1998).

Δυστυχώς, διαπιστώνεται (Barkley, & Pfiffner, 1995, p.213) ότι πολλοί εκπαιδευτικοί δεν είναι ενημερωμένοι σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ. ή έχουν ελλιπείς ή παλαιωμένες γνώσεις για τη φύση, την πορεία, την αιτιολογία και την έκβαση της συγκεκριμένης διαταραχής. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι αρκετοί εκπαιδευτικοί έχουν λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διάφορων μεθόδων θεραπευτικής αντιμετώπισης. Το αρχικό βήμα για μια αποτελεσματική εκπαιδευτική παρέμβαση είναι η εκπαίδευση των παιδαγωγών σχετικά με τη διαταραχή.

Σε μια έρευνα των Sciuotto και των συνεργατών του (2000) εξετάστηκαν οι γνώσεις και οι λανθασμένες αντιλήψεις των δασκάλων για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα, όσον αφορά τα συμπτώματα/ διάγνωση, τη θεραπεία και τις γενικές γνώσεις. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 149 δάσκαλοι από έξι δημοτικά σχολεία της Νέας Υόρκης, οι οποίοι συμπλήρωσαν την κλίμακα Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder- Kadds για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε από τους ίδιους τους ερευνητές, προκειμένου να τη χρησιμοποιήσουν στη συγκεκριμένη μελέτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι δάσκαλοι γνώριζαν περισσότερα στοιχεία για τα συμπτώματα και τη διάγνωση της Δ.Ε.Π./ Υ. σε σύγκριση με τις γνώσεις τους για τη θεραπεία της Δ.Ε.Π./ Υ. και τις γενικές πληροφορίες για αυτή. Η προηγούμενη εμπειρία των δασκάλων με ένα υπερκινητικό παιδί και η

σχετική διδακτική εμπειρία τους φάνηκε ότι εμπλούτιζαν τις γνώσεις τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι λανθασμένες αντιλήψεις των δασκάλων για τη Δ.Ε.Π./ Υ. είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αλλάξουν, σε αντίθεση με την έλλειψη γνώσεων για αυτό το θέμα (Sciutto et al., 2000).

Όπως έχουμε αναφέρει προηγουμένως, η λεπτομερής ενημέρωση του ψυχολόγου από τον εκπαιδευτικό είναι ιδιαίτερα χρήσιμη προκειμένου να γίνει σωστή διάγνωση (Barkley, 1990, p. 254 Καλαντζή- Αζίζι, 1998). Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να εκπαιδευτούν οι παιδαγωγοί στα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. που είναι πιο ουσιαστικά στην τελική διάγνωση και πιο πιθανό να συμβάλλουν θετικά σε πιο ακριβείς αναφορές. Επομένως, η εκτίμηση των γνώσεων και των στάσεων των παιδαγωγών για τη Δ.Ε.Π./ Υ. είναι συχνά ο αρχικός στόχος για τα προγράμματα παρέμβασης που μπορούν να εφαρμοστούν στο σχολικό πλαίσιο (Pffner, & Barkley, 1990, p.501). Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, ιδιαίτερα σημαντική είναι η εκτίμηση των γνώσεων και των στάσεων των νηπιαγωγών για τη Δ.Ε.Π./ Υ., καθώς είναι οι πρώτοι παιδαγωγοί που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά στις πρώτες βαθμίδες της εκπαίδευσης. Ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν σχετικές έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία.

### **2.3.2. Στάσεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ.**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι στάσεις ενός ατόμου αφορούν εσωτερικές αναπαραστάσεις διαφόρων πτυχών του κοινωνικού και φυσικού κόσμου, οι οποίες σχετίζονται με συναισθηματικές αντιδράσεις προς ένα αντικείμενο (attitude object) και με ένα μεγάλο εύρος γνώσεων σχετικά με αυτό (π.χ. σκέψεις, πεποιθήσεις, κρίσεις) (Baron, & Byrne, 1991, p. 138 Sears et al., 1991, p.137). Οι στάσεις αποκτώνται με την εμπειρία και διαμορφώνουν την ακόλουθη συμπεριφορά του ατόμου (Χαντζή, 2000, σελ.41 Baron, et al. 1988, p.81 Albrecht, et al., 1987, p. 188 Dawes, & Smith, 1985, p.510).

Η χρησιμότητα των κρίσεων των εκπαιδευτικών προσχολικής ηλικίας στην έγκαιρη ανακάλυψη προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά από μικρή ηλικία έχει επισημανθεί τα τελευταία έτη. Ειδικότερα, η χρησιμότητα των κρίσεων των νηπιαγωγών στην έγκαιρη ανακάλυψη γενικότερων μαθησιακών προβλημάτων ερευνήθηκε από τους Taylor et al. (2000). Τα παιδιά

προσχολικής ηλικίας που είχαν μαθησιακές δυσκολίες σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς είχαν χαμηλότερες ακαδημαϊκές αποδόσεις, περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και προσοχής καθώς και ελλιπείς κοινωνικές ικανότητες σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά. Τα μαθησιακά προβλήματα που βίωσαν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας συνεχίστηκαν και κατά τη φοίτησή τους στην πρώτη δημοτικού.

Οι νεότερες ερευνητικές μελέτες έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στις εκτιμήσεις (ratings) των εκπαιδευτικών για τους τύπους της Δ.Ε.Π./ Υ. (Skansgaard, & Burns, 1998). Οι εκπαιδευτικοί παρέχουν πολύτιμες και χρήσιμες πληροφορίες στη διαγνωστική διαδικασία για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Ένας από τους ιδανικότερους τρόπους για τη συλλογή πληροφοριών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. από τους εκπαιδευτικούς είναι οι κλίμακες εκτίμησης (rating scales) (DuPaul, G. J., 1992· Conners, 1987). Ακόμα πιο πρόσφατο και έντονο είναι το ενδιαφέρον των ερευνητών για τις εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ. και άλλων διαταραχών στο νηπιαγωγείο (Taylor et al., 2000· Teegarden, & Burns, 1999 Bain, & Pelletier, 1999 Merrell, & Wolfe, 1998).

Συγκεκριμένα, οι Teegarden & Burns (1999) ερεύνησαν τη σταθερότητα των συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά από το νηπιαγωγείο μέχρι την πέμπτη δημοτικού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παρορμητικός και ο συνδυασμένος τύπος Δ.Ε.Π./ Υ. εμμένει περισσότερο στα συμπτώματά του σε παιδιά με την πάροδο του χρόνου, σε αντίθεση με τον απρόσεκτο τύπο Δ.Ε.Π./ Υ.

Μια άλλη έρευνα που έγινε με παιδιά προσχολικής ηλικίας (Merrell, & Wolfe, 1998) έδειξε ότι με βάση τις εκτιμήσεις των παιδαγωγών τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είχαν ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά, με κυριότερες τις ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες κατά τη συνεργασία τους με άλλα άτομα. Ειδικότερα, τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν μπορούσαν να ακολουθήσουν οδηγίες και τις σημαντικές κοινωνικές προσδοκίες των συνομηλίκων αλλά και των γονέων.

Οι Bain & Pelletier (1999) μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στα προβλήματα συμπεριφοράς και στις ελλειμματικές κοινωνικές δεξιότητες σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Οι εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών φανέρωσαν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με προβλήματα συμπεριφοράς όπως η

υπερκινητικότητα παρουσιάζουν και ελλείψεις όσον αφορά τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας που παρουσίαζαν προβλήματα συμπεριφοράς, που συνδέονταν με Δ.Ε.Π./ Υ., δεν παρουσιάστηκαν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι οι κρίσεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά σχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. και των συνομηλίκων τους με τη συγκεκριμένη διαταραχή, επηρεάζονται περισσότερο από τη συμπεριφορά που εκδηλώνουν τα παιδιά παρά από την ταμπέλα που τους προσάπτεται (Cornett- Ruiz, & Hendricks, 1993).

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη μείωση της διασπαστικής συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. βρέθηκε, σε σχετική έρευνα (McGoey, & DuPaul, 2000), ότι η μέθοδος των ανταλλάξιμων αμοιβών (token reinforcement) και η ανταπόκριση των παιδιών μετά από την απώλεια κάποιων προνομίων (response cost) ήταν αποτελεσματικές. Οι νηπιαγωγοί των παιδιών εκτίμησαν τις δύο μορφές παρέμβασης ως πολύ αποδεκτές, δείχνοντας ιδιαίτερη προτίμηση στην ανταπόκριση των παιδιών μετά από την απώλεια ορισμένων προνομίων (response cost) θεωρώντας την ως την καλύτερη δυνατή παρέμβαση στο πλαίσιο της τάξης.

### **2.3.3. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ.**

Μολονότι, η αντίληψη ενός ατόμου για τα άλλα πρόσωπα είναι μια πρωταρχική, αυθόρμητη και σχεδόν αυτόματη διαδικασία, η δημιουργία αντιλήψεων δεν είναι μια απλή διαδικασία. Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο υποκεφάλαιο, η διαμόρφωση αντιλήψεων (Χαντζή, 2000, σελ.23) είναι η διαδικασία συναγωγής συμπερασμάτων για τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου, όπως προκύπτουν από τη συμπεριφορά του και από άλλα ήδη γνωστά ψυχολογικά χαρακτηριστικά, καθώς και η οργάνωση των διαθέσιμων πληροφοριών σε μια συνολική εικόνα.

Οι Peterson & Maddux (1988) σε μια έρευνά τους εξέτασαν τις αντιλήψεις των δασκάλων δημόσιων δημοτικών σχολείων σε αγροτικές περιοχές σχετικά με την εκπαίδευση μαθητών με Δ.Ε.Π./ Υ. Το δείγμα αποτελούσαν εκατόν ένας εκπαιδευτικοί κανονικής αγωγής (N= 42) και ειδικής αγωγής (N= 59) αγροτικής περιοχής της βόρειας Αριζόνα των Η.Π.Α. Οι

δάσκαλοι αυτοί συμπλήρωσαν ένα κατάλογο με τις πιο πετυχημένες στρατηγικές που ανακάλυψαν, καθώς εργάζονταν με μαθητές με Δ.Ε.Π./ Υ. Οι στρατηγικές που αναφέρονταν πιο συχνά ήταν ο περιορισμός στο ελάχιστο των ερεθισμάτων που αποσπούσαν την προσοχή των παιδιών, η παροχή σαφών προσδοκιών και κανόνων και η χρήση διαλειμμάτων. Τόσο οι εκπαιδευτικοί που δίδασκαν σε κανονικά σχολεία όσο και οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής θεωρούν ότι οι ικανότητες της διδασκαλίας και αντιμετώπισης υπερκινητικών μαθητών είναι σημαντικές. Οι δάσκαλοι που δίδασκαν σε κανονικά σχολεία ασκούσαν κριτική στο βαθμό που τα προγράμματα εξάσκησης έδιναν έμφαση στην εξάσκηση σε τέτοιες ικανότητες και στην αποτελεσματικότητα αυτής της εξάσκησης μέσω ερωτηματολογίου. Επιπλέον, ζητήθηκε από τους εκπαιδευτικούς να εκτιμήσουν τη χρησιμότητα των πληροφοριών που είχαν δεχθεί από οχτώ κατηγορίες επαγγελματιών/ ειδικών μέσω συνέντευξης. Ο εκπαιδευτικός που δίδασκε σε κανονικό σχολείο, ο γιατρός και ο ειδικός εκπαιδευτικός εκτιμήθηκαν ως οι πιο χρήσιμοι πληροφοριοδότες, ενώ οι σχολικοί ψυχολόγοι, οι διευθυντές των σχολείων, οι γονείς και οι σχολικοί σύμβουλοι έλαβαν τους λιγότερους βαθμούς.

Μια άλλη έρευνα που διεξήχθη από τους Reid et al. (1994) έδειξε ότι οι εκπαιδευτικοί με προηγούμενη εμπειρία και εξάσκηση ανέφεραν υψηλή αυτοπεποίθηση στην ικανότητά τους να καθορίσουν πότε η παρέμβαση απαιτείται και πότε υπάρχει πρόοδος στη συμπεριφορά. Στην έρευνα αυτή έλαβαν μέρος οχτακόσιοι είκοσι τέσσερις δάσκαλοι δημοτικών δημόσιων σχολείων της τρίτης τάξεως δημοτικού στη Nebraska των Η.Π.Α.. Όσον αφορά τα εμπόδια των αποτελεσματικών προγραμμάτων στην εκπαίδευση οι δάσκαλοι χωρίς προηγούμενη εμπειρία διακρίνονταν από έλλειψη εξάσκησης και έλλειψη επικοινωνίας με τους γιατρούς σε σχέση με τους έμπειρους δάσκαλους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αναλογικά περισσότεροι άπειροι δάσκαλοι με μαθητές με Δ.Ε.Π./ Υ. έδειξαν ότι η έλλειψη εξάσκησης ήταν ένα σημαντικό εμπόδιο για την αποτελεσματική απόδοσή τους σε σχέση με τους έμπειρους δάσκαλους. Επιπλέον, οι δάσκαλοι με προηγούμενη εξάσκηση ήταν αναλογικά λιγότερο πιθανό να επιλέξουν έλλειψη εξάσκησης ως ένα σημαντικό εμπόδιο και περισσότερο πιθανό να επιλέξουν το μέγεθος της τάξης και τη σοβαρότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά ως σημαντικά εμπόδια. Όσον αφορά την πεποίθηση για την επίτευξη των

εκπαιδευτικών στόχων, η έρευνα έδειξε ότι οι έμπειροι δάσκαλοι εξέφρασαν μεγαλύτερη πεποίθηση από τους άπειρους στην ικανότητά τους να διδάξουν με ένα τέτοιο τρόπο που οι μαθητές με αυτή τη διαταραχή να μάθουν. Επιπλέον, οι δάσκαλοι με πείρα στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. εκδήλωσαν μεγαλύτερη πεποίθηση σχετικά με την ικανότητά τους να προσαρμόζουν τα μαθήματα ή το υλικό στις ανάγκες των μαθητών με Δ.Ε.Π./ Υ., καθορίζοντας πότε ένας μαθητής εκδηλώνει μια συμπεριφορά που απαιτεί παρέμβαση και πότε συντελείται πρόοδος στη συμπεριφορά. Ο χρόνος για παροχή εξειδικευμένων παρεμβάσεων, η έλλειψη εμπειρίας, το μέγεθος της τάξης και η σοβαρότητα των προβλημάτων έλαβαν τους περισσότερους βαθμούς από όλους τους συμμετέχοντες και συνάμα επελέγησαν ως τα πιο σημαντικά εμπόδια. Η έλλειψη εμπειρίας ήταν το εμπόδιο που αναφερόταν ως το πιο σημαντικό, παρόλο που ήταν σημαντικά κατώτερο για τους έμπειρους συμμετέχοντες στην εκπαίδευση μαθητών με Δ.Ε.Π./ Υ. Η έλλειψη επικοινωνίας με το γιατρό παρατηρήθηκε έντονα στους έμπειρους εκπαιδευτικούς. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης την ανάγκη για εκπαίδευση για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. στην κανονική τάξη. Η συνεργασία και η συμβουλευτική μεταξύ των ειδικών εκπαιδευτικών και των κανονικών εκπαιδευτικών είναι μία εύλογη εναλλακτική λύση που απευθύνεται στις ανάγκες των κανονικών εκπαιδευτικών (Reid et al., 1994).

Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη από τον Whitworth και τις συνεργάτιδες του (1997) στο Tennessee των Η.Π.Α. έλαβαν μέρος εκατό δάσκαλοι από δέκα δημοτικά σχολεία αγροτικών, προαστιακών και αστικών περιοχών. Οι δάσκαλοι αυτοί συμπλήρωσαν ένα ερευνητικό εργαλείο σχετικά με τις αντιλήψεις τους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Οι εκπαιδευτικοί υποστήριξαν ότι το πιο αποτελεσματικό μέσο για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η μείωση των ερεθισμάτων που αποπροσανατολίζουν την προσοχή των παιδιών. Ακολουθούν η χρήση της θετικής ενίσχυσης, η συχνή παρακολούθηση αυτών των παιδιών, το υψηλό επίπεδο δομής του προγράμματος και η τροποποίηση των εργασιών που τους ανατίθενται. Επιπλέον, οι περισσότεροι δάσκαλοι συμφώνησαν ότι οι μαθητές με Δ.Ε.Π./ Υ. πρέπει να παραμείνουν στις κανονικές τάξεις. Ωστόσο, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (39%) των δασκάλων υποστήριξε ότι θα ήταν ωφέλιμο τα παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή να παρακολουθούν κάποιες ώρες της ημέρας σε



ειδική τάξη. Οι απόψεις αυτές δεν είναι αντιφατικές, καθώς υποστηρίζουν την προτεραιότητα για την εκπαίδευση των παιδιών αυτών σε κανονικές τάξεις, αλλά προσθέτουν την ανάγκη για μια τάξη που να υποστηρίζει και να συμπληρώνει τη διδασκαλία της κανονικής τάξης. Η πλειονότητα των δασκάλων δεν πιστεύουν ότι λαμβάνουν ικανοποιητική βοήθεια από τους γονείς. Επιπλέον, πολλοί εκπαιδευτικοί δεν πιστεύουν ότι οι μαθητές που έχουν Δ.Ε.Π./ Υ. αναγνωρίζονται με επιτυχία ως άτομα που έχουν τη συγκεκριμένη διαταραχή. Επίσης, αρκετοί δάσκαλοι υποστήριξαν ότι είχαν μαθητές με Δ.Ε.Π./ Υ. στην τάξη τους που δεν αναγνωρίστηκαν. Επιπρόσθετα, ορισμένοι εκπαιδευτικοί συναντούν δυσκολίες στο να διατηρήσουν τα παιδιά συγκεντρωμένα και θεωρούν ότι περισσότερη εξάσκηση θα τους επέτρεπε να είναι περισσότερο αποτελεσματικοί στην τάξη με τους μαθητές με Δ.Ε.Π./ Υ. Κατ' επέκταση, προκύπτει η ανάγκη για αύξηση της άσκησης των εκπαιδευτικών, για εξειδικευμένη βοήθεια για τους μαθητές με Δ.Ε.Π./ Υ., για τροποποιήσεις στο ίδιο το σχολικό περιβάλλον προκειμένου να διδάξουν αποτελεσματικά τους μαθητές με Δ.Ε.Π./ Υ. Τέλος, προκύπτει η ανάγκη για γόνιμη συνεργασία μεταξύ του σχολείου και των γονέων των μαθητών με Δ.Ε.Π./ Υ. (Whitworth et al., 1997).

Ο Gettinger et al. (1999) μελέτησαν τις αντιλήψεις για την ικανότητα, την εξάσκηση και τη σπουδαιότητα του ρόλου των επαγγελματιών που ασχολούνται με την ενσωμάτωση των παιδιών με ιδιαίτερες ικανότητες στην προσχολική αγωγή. Οι εκπαιδευτικοί των παιδιών εκτίμησαν τις ικανότητές τους υψηλότερα σε τομείς, όπως το επίπεδο συνεργασίας με τους γονείς, την επίδοση των παιδιών, τη λειτουργία των ομάδων των παιδιών, τη συμβουλευτική και τις ελλειμματικές μορφές συμπεριφοράς/ προσοχής σε σύγκριση με την εκτίμηση των γονέων για τις ίδιες τις ικανότητες των εκπαιδευτικών.

Σε σχετική έρευνα (Baker, 1993) έχει επισημανθεί η ανάγκη δημιουργίας νέων κατευθύνσεων στην εκπαίδευση των παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν με την εμπειρία και τη διορατικότητά τους να βοηθήσουν ουσιαστικά και τους γονείς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ώστε αυτοί να αναπτύξουν ικανότητες για την καλύτερη ανατροφή των παιδιών τους. Το κλειδί στη φάση αυτή είναι η ειδικευμένη εξάσκηση των εκπαιδευτικών προκειμένου να συνεργάζονται αποτελεσματικά με τους γονείς

των παιδιών που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή. Η συμβολή και άλλων επαγγελματιών στην καθημερινή οικογενειακή φροντίδα του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι εξίσου σημαντική. Τέτοιοι επαγγελματίες μπορεί να είναι ψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί. Η σπουδαιότητα της οικογενειακής καθημερινής φροντίδας είναι εμφανής. Η αλλαγή των αντιλήψεων θα βοηθούσε στην πρόοδο της φροντίδας για τα παιδιά και τις οικογένειές τους. Η συνεργασία των οικογενειών και των επαγγελματιών που μπορούν να βοηθήσουν το παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι απαραίτητη στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που αυτό αντιμετωπίζει καθημερινά.

Από την ενδελεχή επισκόπηση της βιβλιογραφίας, στον ελληνικό και ξένο χώρο, δεν κατορθώσαμε να εντοπίσουμε επαρκή ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η διαπίστωση αυτή αποτέλεσε το έναυσμα για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

#### **2.3.4. Σκοπιμότητα της έρευνας**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι υπάρχουν πολλές έρευνες που συνδέουν τη Δ.Ε.Π./ Υ. με την προσχολική ηλικία (Teegarden & Burns, 1999 Miller et al., 1997 Baker, 1993 Sanson et al., 1993 McGee et al., 1991). Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένος αριθμός ερευνών που μελετούν τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (McGoey, & DuPaul, 2000 Bain, & Pelletier, 1999 Gettinger et al., 1999 Merrell, & Wolfe, 1998). Τα παιδιά με συμπτώματα Δ.Ε.Π./ Υ. πρέπει να επισημανθούν από την προσχολική ηλικία, ώστε να αντιμετωπιστεί η διαταραχή αποτελεσματικότερα και δραστικότερα (Neuhaus, 1999, σελ. 66-79 Barkley, 1981, pp.18-19).

Στις Η.Π.Α., στην Αυστραλία και σε χώρες της Ευρώπης, όπως στη Γερμανία και την Αγγλία, το θέμα της Δ.Ε.Π./ Υ. μελετάται και ερευνάται από παιδαγωγούς και ψυχολόγους εδώ και αρκετό χρόνο. Πλήθος από βιβλία, άρθρα, μελέτες και έρευνες βρίσκονται στη διάθεση των εκπαιδευτικών και των γονέων (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.37-60 Neuhaus, 1999, σελ.66-79 Barkley, 1981, p.2). Στην ελληνική βιβλιογραφία διαπιστώθηκε ότι οι εμπειρικές έρευνες για τη Δ.Ε.Π./ Υ. είναι περιορισμένες και δεν

εντοπίστηκε καμία έρευνα που να μελετά τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.

Ο στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διαπίστωση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων που έχουν οι νηπιαγωγοί για τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, οι οποίες κρίνονται απαραίτητες, ώστε να επισημανθούν, ενδεχομένως, τυχόν γνωστικές ελλείψεις, παρανοήσεις ή άγνοια για αυτή τη διαταραχή.

#### **2.4. Οι υποθέσεις της έρευνας**

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.

Για το λόγο αυτό διερευνήσαμε τις ακόλουθες υποθέσεις:

1. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35) στη γνώση των κύριων χαρακτηριστικών παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) ως προς τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. που αναφέρουν;
3. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών) στη γνώση των κύριων χαρακτηριστικών παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
4. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών) ως προς τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. που αναφέρουν;
5. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των

νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) στη γνώση παιδαγωγικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;

6. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) ως προς τις παιδαγωγικές μεθόδους που αναφέρουν για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
7. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών) στη γνώση παιδαγωγικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
8. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών) ως προς τις παιδαγωγικές μεθόδους που αναφέρουν για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
9. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) στην εφαρμογή διδακτικών μεθόδων για την υποβοήθηση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
10. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) ως προς τις διδακτικές μεθόδους που αναφέρουν για την υποβοήθηση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
11. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών) στην εφαρμογή διδακτικών μεθόδων για την υποβοήθηση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;

12. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών) ως προς τις διδακτικές μεθόδους που αναφέρουν για την υποβοήθηση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
13. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) στην εφαρμογή μεθόδων ελέγχου συμπεριφοράς για την υποβοήθηση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
14. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) ως προς τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς που αναφέρουν για την υποβοήθηση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
15. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών) στην εφαρμογή μεθόδων ελέγχου συμπεριφοράς για την υποβοήθηση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
16. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών) ως προς τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς που αναφέρουν για την υποβοήθηση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.;
17. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) όσον αφορά τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους για την επιμόρφωσή τους σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας;
18. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα

σπουδών) όσον αφορά τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους για την επιμόρφωσή τους σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας;

19. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) όσον αφορά τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους για το βαθμό λειτουργίας παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο;
20. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου σπουδών των νηπιαγωγών (σχολή νηπιαγωγών, εξομοίωση, μετεκπαίδευση, τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών) όσον αφορά τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους για το βαθμό λειτουργίας παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο;

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **3.1. Επιλογή της μεθόδου συλλογής του ερευνητικού υλικού**

Το βασικό εργαλείο για τη συλλογή του ερευνητικού μας υλικού αποτέλεσε το «Ερωτηματολόγιο των Γνώσεων, των Στάσεων και των Αντιλήψεων των παιδαγωγών για τη Δ.Ε.Π./ Υ.» που κατασκευάστηκε ύστερα από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας.

Η συλλογή πληροφοριών μέσω ερωτηματολογίου θεωρήθηκε η καταλληλότερη και η πιο πρακτική μορφή συλλογής πληροφοριών. Τα υποκείμενα της έρευνας ήταν νηπιαγωγοί. Το ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε η πιο χρήσιμη μορφή συλλογής υλικού, προκειμένου να επιτευχθούν οι σκοποί της παρούσας έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα καταρτίστηκε με πρωτοβουλία της ερευνήτριας και σε συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή, μετά από λεπτομερή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, μετά από συμβουλευτική με ψυχολόγους και πανεπιστημιακούς καθηγητές, καθώς και μετά από μελέτη έγκυρων επιστημονικών εγχειριδίων σχετικών με τη μεθοδολογία της παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας (Κατερέλος, 2001, σελ.465· Κουλάκογλου, 1998, σελ.95· Fowler, 1998, p. 344 Γεώργας, 1995, σελ.139· Γεωργούσης, 1981, σελ.52). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε συναφείς μελέτες (Sciutto et al., 2000) χρησιμοποιήθηκε παρόμοιο ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, πληροφορία που επισημάνθηκε στους συμμετέχοντες στην αρχή του ερωτηματολογίου, στη συνοδευτική επιστολή, όπου περιγραφόταν συνοπτικά ο σκοπός της έρευνας. Στη συνοδευτική επιστολή αναφερόταν και ο χρόνος απάντησης των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Υπολογίσαμε ένα μέγιστο χρόνο συμπλήρωσής του γύρω στα 15-20 πρώτα λεπτά της ώρας, μετά ασφαλώς από τις απαραίτητες επεξηγήσεις και οδηγίες για τη συμπλήρωση.

Το ερωτηματολόγιο, το οποίο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας, αποτελείται από δυο μέρη: το πρώτο μέρος περιλάμβανε δημογραφικές ερωτήσεις και το δεύτερο μέρος περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Ειδικότερα, περιελήφθησαν εννέα

(9) δημογραφικές ερωτήσεις κλειστού τύπου στο πρώτο μέρος, εκ των οποίων τρεις (3) ερωτήσεις ήταν σύντομης απάντησης (ερωτήσεις 5, 7 και 9) και έξι (6) ερωτήσεις, στις οποίες τα υποκείμενα της έρευνας καλούνταν να επιλέξουν ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες προτεινόμενες απαντήσεις. Στο δεύτερο μέρος, που αποτέλεσαν το βασικό μέρος του ερωτηματολογίου, περιελήφθησαν είκοσι δύο (22) ερωτήσεις, εκ των οποίων τρεις (3) ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου (ερωτήσεις 10, 13, 27), δεκαοκτώ (18) ερωτήσεις ήταν μικτού τύπου και μία (1) ερώτηση ήταν ανοιχτού τύπου (ερώτηση 18). Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου που περιελήφθησαν στο παρόν ερωτηματολόγιο, απαρτίζονται από δύο κατηγορίες: α) σύντομης απάντησης και β) επιλογής μιας απάντησης από ένα σύνολο προτεινόμενων απαντήσεων. Σε μία από αυτές τις ερωτήσεις (ερώτηση 27) οι συμμετέχοντες έπρεπε να δηλώσουν το βαθμό επάρκειας της ακαδημαϊκής προετοιμασίας τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας σε μια πενταβάθμια ισοδιαστημική κλίμακα Likert, όπου το ένα (1) δήλωνε απόλυτη έλλειψη εκπαίδευσης και το πέντε (5) επαρκή εκπαίδευση (βλ. παράρτημα).

Στην παρούσα έρευνα, αναλύθηκαν επτά (7) ερωτήσεις (ερωτήσεις 11, 14, 16, 17, 20, 22, 23) από τις είκοσι δύο (22) ερωτήσεις του βασικού μέρους του ερωτηματολογίου με βάση δύο (2) δημογραφικές ερωτήσεις (ερωτήσεις 3 και 4) (βλ. παράρτημα).

### **3.2. Σχεδιασμός και διεξαγωγή της έρευνας**

Πριν από την τελική επίδοση του ερωτηματολογίου, έγινε η πιλοτική εφαρμογή του σε ένα μικρό αριθμό 23 υποκειμένων που φοιτούσαν στο Διδασκαλείο Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Κρήτης. Τα αποτελέσματα αυτού του πιλότου έδωσαν χρήσιμες πληροφορίες, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για να βελτιωθεί η τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, η πιλοτική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έδειξε ότι το ερωτηματολόγιο μπορούσε να συμπληρωθεί στον προβλεπόμενο χρόνο.

Το ερωτηματολόγιο εστάλη προς τις νηπιαγωγούς μέσα σε φάκελο, ο οποίος περιείχε, εκτός από το ερωτηματολόγιο, το φάκελο επιστροφής με το γραμματόσημο και τη διεύθυνση της ερευνήτριας γραμμένη επάνω στο φάκελο, έτσι ώστε να διευκολυνθούν οι συμμετέχοντες κατά την αποστολή του. Πριν από την αποστολή των ερωτηματολογίων τηλεφωνήσαμε στις



νηπιαγωγούς, στις οποίες στείλαμε τα ερωτηματολόγια, είτε πριν από την έναρξη του ημερήσιου προγράμματος στο νηπιαγωγείο είτε κατά τη διάρκεια του διαλείμματος, έτσι ώστε να μην αποσπασθούν οι ίδιες από τα εκπαιδευτικά τους καθήκοντα. Τις ενημερώσαμε τηλεφωνικά για την ιδιότητά μας, το σκοπό της παρούσας έρευνας, τον τρόπο, με τον οποίο έπρεπε το ερωτηματολόγιο να συμπληρωθεί και τονίστηκε η ανωνυμία του.

### **3.3. Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας**

Το δείγμα της παρούσας έρευνας προήλθε από τις νηπιαγωγούς των δημόσιων νηπιαγωγείων από την πόλη του Ρεθύμνου (7,5%) και την πόλη των Χανίων (20,4%) και από τους δήμους Αθηνών (61,2%), Βύρωνα (5,4%), Καισαριανής (3,4%) και Υμηττού (2%). Οι προαναφερθείσες περιοχές αποτελούν αστικά κέντρα με βάση την απογραφή του πληθυσμού της Ελλάδας το 1991 (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, 1998· Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, 1994· Υπ. Απόφαση 24197/ Γ' 3812, Φ.Ε.Κ. 882/ 06.12.1993). Το δείγμα των συμμετεχουσών νηπιαγωγών επιλέχθηκε τυχαία από τον πλήρη κατάλογο των νηπιαγωγών των προαναφερόμενων περιοχών.

Συνολικά, εστάλησαν τριακόσια πενήντα ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν συμπληρωμένα εκατό σαράντα οχτώ, δηλαδή, ποσοστό περίπου 42%, το οποίο είναι άκρως ικανοποιητικό, για αυτού του είδους την έρευνα. Από το σύνολο των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ακυρώθηκε ένα, επειδή η συγκεκριμένη νηπιαγωγός απάντησε μόνο σε 11 ερωτήσεις από τις 31 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Το δείγμα αποτέλεσαν εκατό σαράντα επτά νηπιαγωγοί, οι οποίες υπηρετούσαν στις παραπάνω περιοχές. Από κάθε περιοχή, που αναφέρθηκε προηγουμένως, υπολογίστηκε το ανάλογο ποσοστό υποκειμένων, που αποτέλεσε μέρος του δείγματος, ώστε να είναι αντιπροσωπευτικό των περιοχών αυτών και να επιτρέπει τη γενίκευση των πορισμάτων της παρούσας έρευνας στον πληθυσμό, από τον οποίο ελήφθη το δείγμα.

Στην παρούσα έρευνα εξετάσαμε τους νηπιαγωγούς με βάση τα έτη υπηρεσίας τους στο νηπιαγωγείο και το επίπεδο σπουδών τους. Συγκεκριμένα, χωρίσαμε τις νηπιαγωγούς σε δύο κατηγορίες ως προς τα έτη υπηρεσίας τους. Σε εκείνες τις νηπιαγωγούς με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-

7 έτη) και σε εκείνες με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη). Με βάση το επίπεδο σπουδών τους, χωρίσαμε τις νηπιαγωγούς σε εκείνες που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών, σε εκείνες που είχαν φοιτήσει σε πρόγραμμα εξομοίωσης, σε εκείνες που είχαν φοιτήσει σε πρόγραμμα μετεκπαίδευσης και σε εκείνες που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1. Αποτελέσματα της έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε μελέτησε τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Μετά από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

**Πίνακας 1:** Γνώσεις των νηπιαγωγών για τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. και αναλυτικά τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση τις απαντήσεις των νηπιαγωγών ανά έτη υπηρεσίας.

Γνώσεις κύριων χαρακ/στικών Δ.Ε.Π./ Υ.	Χαρακτηριστικά Δ.Ε.Π./ Υ.	Έτη υπηρεσίας νηπιαγωγών				Σύνολο	
		0-7		8-35			
		N	%	N	%	N	%
<b>Γνωρίζω</b>	Διάσπαση προσοχής/ Υπερκινητικότητα/ Αδυναμία ολοκλήρωσης εργασίας/ Χαμηλή αυτοεκτίμηση	15	29,4	17	18,7	32	22,5
	Αδυναμία συγκέντρωσης/ Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα	11	21,6	10	11	21	14,8
	Διάσπαση προσοχής/ Αδυναμία συμμετοχής/ Αδυναμία συνεργασίας	8	15,7	6	6,6	14	9,9
	Αντικοινωνική συμπεριφορά/ Υπερκινητικότητα/ Επιθετικότητα	4	7,8	9	9,9	13	9,2
	Υπερκινητικότητα/ Αδιαφορία/ Αφηρημάδα	2	3,9	10	11	12	8,5
	Υπερκινητικότητα-Αταξία- Έλλειψη πειθαρχίας	5	9,8	5	5,5	10	7
Σύνολο		45	88,2	57	62,6	102	71,8
<b>Δεν γνωρίζω</b>		6	11,8	34	37,4	40	28,2

$\chi^2=10,584$ ,  $p=0,001^{**}$

$**p<0,01$

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, από το σύνολο των νηπιαγωγών που απάντησαν στην ερώτηση 14 του ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα) «ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά ενός νηπίου με Δ.Ε.Π./ Υ. κατά τη γνώμη σας;», το 71,8% δήλωσε ότι γνώριζε τα κύρια χαρακτηριστικά ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ το 28,2% δήλωσε ότι δεν τα γνώριζε.

Στον πίνακα 1, αναφέρονται αναλυτικά σε κατηγορίες τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν οι ίδιες οι νηπιαγωγοί στην ερώτηση 14 του ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα). Οι διαφορές ανάμεσα σε ορισμένα χαρακτηριστικά είναι μικρές, ωστόσο οι κατηγορίες βασίστηκαν στις απαντήσεις των ίδιων των νηπιαγωγών και αποφεύχθηκε η περαιτέρω κατηγοριοποίηση προς αποφυγή αλλοίωσης των απαντήσεων των υποκειμένων.

Αναλυτικότερα, στην ίδια ερώτηση, το 22,5% των νηπιαγωγών δήλωσε ότι τα κύρια χαρακτηριστικά που εκδηλώνει ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η διάσπαση προσοχής, η υπερκινητικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αδυναμία να τελειώσει μια εργασία που του είχε ανατεθεί. Το 14,8% των νηπιαγωγών ανέφερε ως κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. την αδυναμία συγκέντρωσης, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Ακολουθεί ένα ποσοστό της τάξεως του 9,9% των νηπιαγωγών, το οποίο ανέφερε ως κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. τη διάσπαση της προσοχής, την αδυναμία συμμετοχής και την αδυναμία συνεργασίας. Το 9,2% των νηπιαγωγών επισήμανε ως κύρια χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής την αντικοινωνική συμπεριφορά, την υπερκινητικότητα και την επιθετικότητα. Το 8,5% των νηπιαγωγών ανέφερε την υπερκινητικότητα, την αδιαφορία και την αφηρημάδα ως κύρια χαρακτηριστικά, ενώ το 7% ανέφερε ως κύρια χαρακτηριστικά την υπερκινητικότητα, την αταξία και την έλλειψη πειθαρχίας.

Από τις νηπιαγωγούς με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) το 88,2% απάντησε ότι γνώριζε τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ το 62,6% των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) απάντησε ότι γνώριζε τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ.

Επιπλέον, όπως φαίνεται και στον πίνακα 1, από τις νηπιαγωγούς με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας το μεγαλύτερο ποσοστό 29,4% δήλωσε ότι τα κύρια χαρακτηριστικά ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η διάσπαση προσοχής, η υπερκινητικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αδυναμία να τελειώσει μια

εργασία που του είχε ανατεθεί. Το ίδιο δήλωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους 18,7% και οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας. Από τα χαρακτηριστικά που ανέφεραν οι νηπιαγωγοί, μόνο η διάσπαση προσοχής, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα αποτελούν κύρια συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. (Barkley, 1995, p.90 American Psychiatric Association, 1994 Hinshaw, 1994, pp.16-17). Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά που ανέφεραν οι νηπιαγωγοί είναι δευτερογενή συμπτώματα της διαταραχής.

Όπως προκύπτει από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, οι υποθέσεις μας επαληθεύονται. Στη συγκεκριμένη ερώτηση, η πλειονότητα τόσο των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας όσο και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας δήλωσαν ότι γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. (πίνακας 1). Ιδιαίτερα οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας δήλωσαν ότι γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. Επιπλέον, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των νηπιαγωγών σχετικά με τα κύρια χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής που ανέφεραν αναλυτικά ( $\chi^2=17,430$ ,  $p=0,008^{**}$ ). Ωστόσο, από την ανάλυση των χαρακτηριστικών που ανέφεραν οι ίδιοι οι νηπιαγωγοί, φαίνεται ότι η πλειονότητα των νηπιαγωγών, τόσο εκείνων με τα λιγότερα όσο και εκείνων με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας, έχει ελλιπείς γνώσεις σχετικά με τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ.

**Πίνακας 2:** Γνώσεις των νηπιαγωγών για τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. και αναλυτικά τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση τις απαντήσεις των νηπιαγωγών ανά επίπεδο σπουδών.

Γνώσεις χαρ/κών Δ.Ε.Π./ Υ.	Χαρακτηριστικά Δ.Ε.Π./ Υ.	Επίπεδο σπουδών νηπιαγωγών									
		Σχολή νηπ/γών		Εξομοίωση		Μετ/δευση		Τετραετές πανεπ/κό πρόγραμμα		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Γνωρίζω</b>	Διάσπαση προσοχής-Υπερκινητικότητα-Αδυναμία ολοκλήρωσης εργασίας- Χαμηλή αυτοεκτίμηση	5	12,5	8	27,6	2	9,1	17	33,3	32	22,5
	Αδυναμία συγκέντρωσης-Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα	2	5	1	3,4	7	31,8	11	21,6	21	14,8
	Διάσπαση προσοχής-Αδυναμία συμμετοχής-Αδυναμία συνεργασίας	5	12,5	2	6,9			7	13,7	14	9,9
	Αντικοινωνική συμπεριφορά-Υπερκινητικότητα-Επιθετικότητα	2	5	1	3,4	6	27,3	4	7,8	13	9,2
	Υπερκινητικότητα-Αδιαφορία-Αφηρημάδα	9	22,5			1	4,5	2	3,9	12	8,5
	Υπερκινητικότητα-Αταξία- Έλλειψη πειθαρχίας	4	10			2	9,1	4	7,8	10	7
Σύνολο		27	67,5	12	41,4	18	81,8	45	88,2	102	71,8
<b>Δεν γνωρίζω</b>		13	32,5	17	58,6	4	18,2	6	11,8	40	28,2

$\chi^2=21,528, p=0,000***$

$***p<0,001$

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι απαντήσεις των νηπιαγωγών για τα κύρια χαρακτηριστικά ενός νηπίου με Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση το επίπεδο σπουδών τους (ερώτηση 14 του ερωτηματολογίου). Ειδικότερα, οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών δήλωσαν σε ποσοστό 88,2% ότι γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά ενός νηπίου με Δ.Ε.Π./ Υ. Ακολουθούν οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση σε ποσοστό 81,8%, οι οποίοι δήλωσαν ότι γνώριζαν τα χαρακτηριστικά των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Οι νηπιαγωγοί που τελείωσαν τη σχολή νηπιαγωγών δήλωσαν ότι γνώριζαν τα χαρακτηριστικά των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σε ποσοστό 67,5%. Αξιοσημείωτο είναι ότι μόλις το 41,4% των νηπιαγωγών που φοίτησαν σε

πρόγραμμα εξομοίωσης δήλωσε ότι γνώριζε τα χαρακτηριστικά των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Από τα παραπάνω, είναι φανερό ότι οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών και μετεκπαίδευση δήλωσαν ότι γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. σε αντίθεση με τις νηπιαγωγούς που είχαν φοιτήσει σε πρόγραμμα εξομοίωσης και με εκείνες που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών. Οι τελευταίες ανέφεραν ότι δεν γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. και ιδιαίτερα εκείνες που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης.

Από το σύνολο των νηπιαγωγών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 2, ένα σχετικά υψηλό ποσοστό της τάξεως του 14,8% ανέφερε ότι τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η αδυναμία συγκέντρωσης, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Αναλυτικότερα, το 21,6% των νηπιαγωγών που είχε τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών δήλωσε ότι τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι η αδυναμία συγκέντρωσης, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Τα ίδια χαρακτηριστικά ανέφερε το 31,8%, δηλαδή, η πλειονότητα των νηπιαγωγών που είχαν φοιτήσει σε πρόγραμμα μετεκπαίδευσης, το 3,4% των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης και μόλις το 5% των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, και στην περίπτωση των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών και εκείνων που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης, λίγες ήταν εκείνες που ανέφεραν τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ., τα οποία είναι η έλλειψη προσοχής, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά που αναφέρονται είναι δευτερεύοντα σύμφωνα με την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία (Ζουρνατζή, 2002· Barkley, 1995, p. 90 Hinshaw, 1994, pp.16-17 Barkley, 1981, p.20).

Η υπόθεσή μας επαληθεύεται, καθώς οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών και εκείνες που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, δήλωσαν ότι γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. Ειδικότερα, στην περίπτωση των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει πρόγραμμα μετεκπαίδευσης φαίνεται ότι η πλειονότητα ανέφερε τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. Αντίθετα, οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών και ιδιαίτερα εκείνες που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης φάνηκαν να μην είναι καλά

καταρτισμένες όσον αφορά τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. Επιπλέον, επαληθεύεται και η υπόθεση σχετικά με τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. που ανέφεραν αναλυτικά οι νηπιαγωγοί, καθώς υπάρχει πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των νηπιαγωγών με βάση το επίπεδο σπουδών τους ( $\chi^2=62,395$ ,  $p=0,000^{***}$ ).



**Πίνακας 3:** Γνώσεις των νηπιαγωγών για τις παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. και αναλυτικά οι παιδαγωγικές μέθοδοι με βάση τις απαντήσεις των νηπιαγωγών ανά έτη υπηρεσίας.

Γνώσεις παιδαγωγικών μεθόδων	Παιδαγωγικές μέθοδοι για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.	Έτη υπηρεσίας νηπιαγωγών				Σύνολο	
		0-7		8-35			
		N	%	N	%	N	%
<b>Γνωρίζω</b>	Εναλλαγή δραστηριοτήτων και υλικού/ Εντοπισμός ενδιαφέροντος/ Συνεχής παροχή ερεθισμάτων	5	9,8	5	5,3	10	6,9
	Εξατομικευμένη διδασκαλία/ Ανάθεση ευθυνών/ Αδιαφορία σε αταξίες/ Ομαδική εργασία	5	9,8	2	2,1	7	4,8
	Αμοιβές/ Ενθάρρυνση/ Ανάθεση μικρών στόχων/ Ενίσχυση θετικής συμπεριφοράς	3	5,9	1	1,1	4	2,8
	Επανάληψη κανόνων/ Ομαδικές δραστηριότητες/ Εποπτεία/ Προσδιορισμός χρονικού διαστήματος	1	2	2	2,1	3	2,1
<b>Σύνολο</b>		14	27,5	10	10,6	24	16,6
<b>Δεν γνωρίζω</b>		37	72,5	84	89,4	121	83,4

$\chi^2=6,766$ ,  $p=0,009^{**}$

$** p < 0,01$

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, χαρακτηριστικό είναι ότι από το σύνολο των νηπιαγωγών που απάντησαν στην ερώτηση «γνωρίζετε παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.» (ερώτηση 17 του ερωτηματολογίου) το 83,4% δήλωσε ότι δεν γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ μόλις το 16,6% του συνόλου των νηπιαγωγών απάντησε ότι γνώριζε τέτοιες παιδαγωγικές μεθόδους. Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα, η πλειονότητα των νηπιαγωγών ισχυρίστηκε ότι δεν γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.

Από το σύνολο των νηπιαγωγών που ισχυρίστηκαν ότι γνώριζαν παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. η πλειονότητα, σε ποσοστό 6,9%, ανέφερε ως τέτοιες παιδαγωγικές μεθόδους την εναλλαγή δραστηριοτήτων και υλικού, τον εντοπισμό του ενδιαφέροντος του παιδιού και τη συνεχή παροχή ερεθισμάτων. Από αυτές τις παιδαγωγικές μεθόδους που ανέφεραν οι νηπιαγωγοί, η εναλλαγή δραστηριοτήτων και υλικού και η συνεχής παροχή ερεθισμάτων προτείνονται από αρκετούς μελετητές ως ενδεικτικές διδακτικές μέθοδοι κατά τη διάρκεια του ημερήσιου προγράμματος στο νηπιαγωγείο (Καραδήμας, 2001, σελ.111· Hudson, 1997· Yitzchak, 1996, p.193· Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217· Selikowitz, 1995, p.119). Ο εντοπισμός του ενδιαφέροντος του παιδιού αναφέρεται από τις νηπιαγωγούς αόριστα. Η κατάλληλη εκμετάλλευση του ενδιαφέροντος του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο από τη νηπιαγωγό μπορεί να συντελέσει στον περιορισμό της προσοχής του στο επιθυμητό ερέθισμα και στο ανάλογο αποτέλεσμα.

Από το σύνολο των νηπιαγωγών που δήλωσαν ότι γνώριζαν παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. το 4,8% ανέφερε ως τέτοιες παιδαγωγικές μεθόδους την εξατομικευμένη διδασκαλία, την ανάθεση ευθυνών στα παιδιά, την αδιαφορία σε αταξίες που κάνει το παιδί και την ομαδική εργασία. Η εξατομικευμένη διδασκαλία προτείνεται από ορισμένους μελετητές ως κατάλληλη μέθοδος για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο (Andrews, 1999· Hudson, 1997· Barkley, & Pfiffner, 1995b, pp.216-217). Ωστόσο, η εξατομικευμένη διδασκαλία ταιριάζει καλύτερα στις διδακτικές μεθόδους παρά στις παιδαγωγικές. Η ανάθεση ευθυνών στα παιδιά (Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.216) και η αδιαφορία σε αταξίες που κάνουν (Hudson, 1997· Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233· Pfiffner, & Barkley, 1990, pp.503-504) αποτελούν ενδεικτικές παιδαγωγικές μεθόδους εκπαίδευσης στο νηπιαγωγείο σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Με τις μεθόδους αυτές τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν χάνουν εύκολα το ενδιαφέρον τους και κρατούν πιο εύκολα επικεντρωμένη την προσοχή τους στο ζητούμενο ερέθισμα. Ωστόσο, όπου κρίνεται απαραίτητο, πρέπει να επιβάλλονται σύντομες και διακριτικές επιπλήξεις από τη νηπιαγωγό προς το παιδί, προκειμένου να κατασταλεί η αρνητική μορφή συμπεριφοράς του (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233· Yitzchak,

1996, p. 193 Pfiffner, & Barkley, 1990, p.504). Επιπλέον, η ομαδική εργασία (Καραδήμας, 2001, σελ.111 Hudson, 1997) που προτείνεται από τις νηπιαγωγούς, αποτελεί περισσότερο διδακτική παρά παιδαγωγική μέθοδο.

Το 2,8% από το σύνολο των νηπιαγωγών που δήλωσε ότι γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. επισήμανε ως παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. τις αμοιβές, την ενθάρρυνση, την ανάθεση μικρών στόχων και την ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς. Οι μέθοδοι των αμοιβών και της ενθάρρυνσης που προτείνονται από τις νηπιαγωγούς αποτελούν ενδεικτικές παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. (Andrews, 1999 Wicks-Nelson & Israel, 1997, pp.232-233 Yitzchak, 1996, p. 193 Pfiffner, & Barkley, 1990, p.504). Η ανάθεση μικρών στόχων και η ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. αποτελούν περισσότερο ενδεικτικές διδακτικές μεθόδους και μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς αντίστοιχα (Andrews, 1999 Hudson, 1997 Barkley, & Pfiffner, 1995b, pp.216-217 Jones & Warren, 1991). Μόλις το 2,1% από το σύνολο των νηπιαγωγών ανέφερε ως παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. την επανάληψη κανόνων, τις ομαδικές δραστηριότητες, την εποπτεία και τον προσδιορισμό του χρονικού διαστήματος για την ολοκλήρωση μιας εργασίας. Οι μέθοδοι αυτές, εκτός από την εποπτεία, αποτελούν περισσότερο διδακτικές μεθόδους και μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς (Hudson, 1997 Wicks-Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233) για την εκπαίδευση ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.

Αναλυτικότερα, το 89,4% των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας απάντησε ότι δεν γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ μόνο το 10,6% δήλωσε ότι γνώριζε. Η πλειονότητα των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας, σε ποσοστό 72,5%, απάντησε ότι δεν γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ το 27,5% ισχυρίστηκε ότι γνώριζε.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, φαίνεται ότι επαληθεύεται η υπόθεση που κάναμε, καθώς οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας εμφανίζονται να γνωρίζουν περισσότερες πληροφορίες για τις παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. από τις νηπιαγωγούς με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας. Ωστόσο, οι διαφορές στις παιδαγωγικές

μεθόδους που ανέφεραν αναλυτικά οι νηπιαγωγοί είναι οριακές ( $\chi^2=8,907$ ,  $p=0,063$ ).

**Πίνακας 4:** Γνώσεις των νηπιαγωγών για τις παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. και αναλυτικά οι παιδαγωγικές μέθοδοι με βάση τις απαντήσεις των νηπιαγωγών ανά επίπεδο σπουδών.

Γνώσεις παιδαγ/ν μεθόδων	Παιδ/κές μέθοδοι	Επίπεδο σπουδών νηπιαγωγών									
		Σχολή νηπ/γών		Εξομοίωση		Μετ/δευση		Τετραετές πανεπ/κό πρόγραμμα		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Γνωρίζω	Εναλλαγή δρασ/τήτων και υλικού-Εντοπισμός ενδ/ροντος-Συνεχής παροχή ερεθισ/των	1	2,4	2	6,9	2	8,7	5	9,8	10	6,9
	Εξαστ/μένη διδασκαλία - Ανάθεση ευθυνών-Αδιαφορία σε αταξίες-Ομαδική εργασία	1	2,4			2	8,7	4	7,8	7	4,8
	Αμοιβές-Εν/ρυνση-Ανάθεση μικρών στόχων-Ενίσχυση θετικής συμ/ράς							4	7,8	4	2,8
	Επαν/ψη κανόνων-Ομαδικές δρασ/τες-Εποπτεία-Προσ/μός χρονικού διαστ/τος					2	8,7	1	2	3	2,1
Σύνολο		2	4,8	2	6,9	6	26,1	14	27,5	24	16,6
Δεν γνωρίζω		40	95,2	27	93,1	17	73,9	37	72,5	121	83,4

$\chi^2=12,084$ ,  $p=0,007^{**}$

$^{**}p<0,01$

Στην ίδια ερώτηση (ερώτηση 17 του ερωτηματολογίου) μόλις το 27,5% των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών απάντησε ότι γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ το 72,5% δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Ακολουθούν οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση σε

ποσοστό 26,1%, οι οποίες δήλωσαν ότι γνώριζαν παιδαγωγικές μεθόδους, ενώ το 73,9% ισχυρίστηκε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 4, μόλις το 6,9% των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει εξομοίωση απάντησε ότι γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους, σε αντίθεση με το 93,1% που δήλωσε ότι δεν γνώριζε. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το ποσοστό γνώσης παιδαγωγικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. μειώνεται περισσότερο στην περίπτωση των νηπιαγωγών που είχε τελειώσει σχολή νηπιαγωγών. Συγκεκριμένα, μόλις το 4,8% των νηπιαγωγών αυτών απάντησε ότι γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., σε αντίθεση με το 95,2% των νηπιαγωγών που απάντησε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω η πλειονότητα των νηπιαγωγών δήλωσε σε σημαντικό βαθμό ότι δεν γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ανεξάρτητα από το επίπεδο σπουδών τους.

Οι υποθέσεις μας επιβεβαιώνονται, καθώς υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των νηπιαγωγών για τις γνώσεις παιδαγωγικών μεθόδων σχετικά με την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. και για τις επιμέρους παιδαγωγικές μεθόδους που αναφέρουν αναλυτικά ( $\chi^2=21,295$ ,  $p=0,046^*$ ), με βάση το επίπεδο των σπουδών τους. Αναλυτικότερα, φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση και εκείνες που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών δήλωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι γνώριζαν περισσότερα για τις παιδαγωγικές μεθόδους σχετικά με την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Ωστόσο, από τις συγκεκριμένες παιδαγωγικές μεθόδους που ανέφεραν οι νηπιαγωγοί φαίνεται ότι έχουν ελλιπείς γνώσεις για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.

**Πίνακας 5:** Γνώσεις των νηπιαγωγών για την εφαρμογή διδακτικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. και αναλυτικά οι διδακτικές μέθοδοι με βάση τις απαντήσεις των νηπιαγωγών ανά έτη υπηρεσίας.

Γνώσεις διδακτικών μεθόδων	Διδακτικές μέθοδοι	Έτη υπηρεσίας νηπιαγωγών				Σύνολο	
		0-7		8-35			
		N	%	N	%	N	%
<b>Γνωρίζω</b>	Εξατομικευμένη εργασία/ Πρωτοβουλία/ Εντοπισμός ενδιαφέροντος και επικρότηση προσπαθειών/ Παροχή ερεθισμάτων	10	23,3	7	8,6	17	13,7
	Κινητικές δραστηριότητες/ Μικρής χρονικής διάρκειας γραφικές δραστηριότητες/ Εναλλαγή δραστηριοτήτων	3	7	8	9,9	11	8,9
	Ομαδικές δραστηριότητες/ Προσοχή στους ρυθμούς εργασίας/ Επιμονή/ Κινητικές δραστηριότητες	4	9,3	5	6,2	9	7,3
	Μεικτό πρόγραμμα/ Ομαδικές, ατομικές δραστηριότητες και Project	3	7	4	4,9	7	5,6
	Ισάξια αντιμετώπιση	1	2,3	3	3,7	4	3,2
	Αυτενέργεια/ Εποπτεία/ Ενδιαφέρον	2	4,7	1	1,2	3	2,4
	Συνεργασία με γονείς/ Ενημέρωση για το οικογενειακό περιβάλλον/ Εξατομικευμένη εργασία	1	2,3	2	2,5	3	2,4
	Παιχνίδι ρόλων	1	2,3	1	1,2	2	1,6
	Δεν είναι εύκολη η εφαρμογή εξατομικευμένων μεθόδων	1	2,3			1	0,8
<b>Σύνολο</b>		26	60,5	31	38,3	57	46
<b>Δεν γνωρίζω</b>		17	39,5	50	61,7	67	54

$\chi^2=5,570$ ,  $p=0,018^*$

\* $p<0,05$

Στον πίνακα 5, φαίνεται πόσες νηπιαγωγοί ισχυρίστηκαν ότι γνώριζαν εφαρμογές διδακτικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής

ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Από το σύνολο των νηπιαγωγών που απάντησαν στην ερώτηση «ποιες διδακτικές μεθόδους θα εφαρμόζατε για να βοηθήσετε ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ.» (ερώτηση 22 του ερωτηματολογίου), το 46% απάντησε ότι γνώριζε διδακτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ το 54% δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους.

Από το σύνολο των νηπιαγωγών που δήλωσαν ότι γνώριζαν διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., το μεγαλύτερο ποσοστό 13,7% ανέφερε ως τέτοιες μεθόδους την εξατομικευμένη εργασία, την ανάληψη πρωτοβουλιών από το παιδί, τον εντοπισμό του ενδιαφέροντος, την επικρότηση των προσπαθειών του παιδιού και την παροχή ερεθισμάτων. Η ανάληψη πρωτοβουλιών από το ίδιο το παιδί και η επικρότηση των προσπαθειών του από τη νηπιαγωγό είναι σημαντική για την συνέχιση των επιτυχημένων προσπαθειών του. Ωστόσο, δεν αποτελούν συγκεκριμένες διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. Η εξατομικευμένη εργασία, ο εντοπισμός του ενδιαφέροντος του παιδιού και η κατάλληλη αξιοποίησή τους από τη νηπιαγωγό, καθώς και η παροχή ερεθισμάτων αποτελούν ενδεικτικές διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. (Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p. 193 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.216-217).

Από το σύνολο των νηπιαγωγών, το 8,9% ανέφερε ως διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. τις κινητικές δραστηριότητες, τις γραφικές δραστηριότητες μικρής χρονικής διάρκειας και την εναλλαγή δραστηριοτήτων. Οι μέθοδοι αυτές, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p. 193 Barkley, & Pfiffner, 1995b, pp.217), αποτελούν ενδεικτικές διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Το 7,3% από το σύνολο των νηπιαγωγών ανέφερε ως διδακτικές μεθόδους τις ομαδικές δραστηριότητες, την προσοχή στους ρυθμούς εργασίας του παιδιού, την επιμονή και τις κινητικές δραστηριότητες. Η προσοχή στους ρυθμούς εργασίας του παιδιού και η επιμονή από την πλευρά της νηπιαγωγού, μολονότι δεν αποτελούν σαφείς διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ωστόσο κρίνονται απαραίτητες προκειμένου να είναι αποτελεσματικό το διδακτικό έργο της νηπιαγωγού. Οι ομαδικές δραστηριότητες και οι κινητικές δραστηριότητες αναφέρονται ως ενδεικτικές διδακτικές μέθοδοι για την εκπαίδευση ενός

παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ., από αρκετούς μελετητές (Καραδήμας, 2001, σελ.111· Hudson, 1997 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217).

Από το σύνολο των νηπιαγωγών, το 5,6% ανέφερε ως διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. το μεικτό πρόγραμμα, τις ομαδικές, τις ατομικές δραστηριότητες και τη μέθοδο project. Το μεικτό πρόγραμμα που αναφέρεται από τις νηπιαγωγούς δεν προσδιορίζεται με σαφήνεια. Ωστόσο, ο συνδυασμός κατάλληλων ατομικών και ομαδικών δραστηριοτήτων και η εφαρμογή της μεθόδου project ίσως αποτελούν ενδεικτικές διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. (Hudson, 1997 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217), καθώς διατηρούν αμείωτο το ενδιαφέρον και την προσοχή των παιδιών. Ένα ποσοστό της τάξεως του 3,2% από το σύνολο των νηπιαγωγών ανέφερε ως διδακτική μέθοδο για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. την ισάξια αντιμετώπιση. Τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. πρέπει να αντιμετωπίζονται ισότιμα με τα άλλα παιδιά από τη νηπιαγωγό, ωστόσο δεν αναφέρονται από τις νηπιαγωγούς σαφείς διδακτικές μέθοδοι για την εκπαίδευσή τους.

Το 2,4% του συνόλου των νηπιαγωγών ανέφερε ως διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. την αυτενέργεια, την εποπτεία και το ενδιαφέρον. Η αυτενέργεια, η εποπτεία και το ενδιαφέρον αποτελούν γενικές διδακτικές αρχές στην προσχολική εκπαίδευση (Κιτσαράς, 2001, σελ.122-123). Το ίδιο ποσοστό νηπιαγωγών ανέφερε ως σχετικές διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. τη συνεργασία με τους γονείς, την ενημέρωσή τους για το οικογενειακό περιβάλλον και την εξατομικευμένη εργασία. Η εξατομικευμένη εργασία, μολονότι δύσκολα εφαρμόζεται στο πλαίσιο της προσχολικής εκπαίδευσης, αναφέρεται από αρκετούς ερευνητές ως ενδεικτική διδακτική μέθοδος (Andrews, 1999 Hudson, 1997 Barkley, & Pfiffner, 1995b, pp.216-217). Η συνεργασία με τους γονείς και η ενημέρωση των νηπιαγωγών για το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις προκειμένου να υποβοηθηθεί αποτελεσματικότερα ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. Ωστόσο, δεν αποτελούν σαφείς διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ.

Το 1,6% από το σύνολο των νηπιαγωγών ανέφερε το παιχνίδι ρόλων ως σχετική διδακτική μέθοδο, ενώ μόλις το 0,8% επισήμανε ότι δεν είναι εύκολη η εφαρμογή εξατομικευμένων μεθόδων για την εκπαίδευση ενός παιδιού με



Δ.Ε.Π./ Υ. Το παιχνίδι ρόλων στην προσχολική εκπαίδευση ενδείκνυται ως δραστηριότητα για όλα τα παιδιά, ακόμα και για αυτά με Δ.Ε.Π./ Υ. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να αφομοιώσουν καλύτερα το γνωστικό αντικείμενο, βελτιώνοντας τη σχολική τους επίδοση, και μαθαίνουν με σχετικά εύκολο τρόπο να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους. Τέτοιο παιχνίδι μπορεί να είναι η τεχνική της «χελώνας» (Καραδήμας, 2001, σελ.112).

Αναλυτικότερα, στην παραπάνω ερώτηση η πλειονότητα των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας απάντησε σε ποσοστό 60,5% ότι γνώριζε διδακτικές μεθόδους και επομένως θα τις εφαρμόζε σε ανάλογη περίπτωση, ενώ το 39,5% των νηπιαγωγών δήλωσε ότι δεν γνώριζε σχετικές μεθόδους. Αντίθετα, οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας δήλωσαν ότι γνώριζαν διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σε ποσοστό 38,3%, ενώ το 61,7% δήλωσε ότι δεν γνώριζε σχετικές μεθόδους. Οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας ισχυρίστηκαν ότι γνώριζαν διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. και επομένως θα τις εφαρμόζαν σε ανάλογη περίπτωση. Αντίθετα, οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο.

Επομένως, η υπόθεσή μας επαληθεύεται, καθώς υπάρχει σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των νηπιαγωγών σχετικά με τις γνώσεις διδακτικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση τα έτη υπηρεσίας τους. Ωστόσο, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στις διδακτικές μεθόδους που αναφέρουν αναλυτικά οι νηπιαγωγοί για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. με βάση τα έτη υπηρεσίας τους ( $\chi^2=11,402$ ,  $p=0,249$ ).

**Πίνακας 6:** Γνώσεις των νηπιαγωγών για την εφαρμογή διδακτικών μεθόδων για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. και αναλυτικά οι διδακτικές μέθοδοι με βάση τις απαντήσεις των νηπιαγωγών ανά επίπεδο σπουδών.

Γνώσεις διδακτικών μεθόδων	Διδακτικές μέθοδοι	Επίπεδο σπουδών νηπιαγωγών									
		Σχολή νηπ/γωγών		Εξομοίωση		Μετ/δευση		Τετραετές πανεπ/κό πρόγραμμα		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Γνωρίζω</b>	Εξατομικευμένη εργασία/ Πρωτοβουλία/ Εντοπισμός ενδιαφέροντος και επικρότηση προσπαθειών/ Παροχή ερεθισμάτων	2	5,3	3	12	2	11,1	10	23,3	17	13,7
	Κινητικές δραστηριότητες/ Μικρής χρονικής διάρκειας γραφικές δραστηριότητες/ Εναλλαγή δραστηριοτήτων	2	5,3	3	12	2	11,1	4	9,3	11	8,9
	Ομαδικές δραστηριότητες/ Προσοχή στους ρυθμούς εργασίας/ Επιμονή/ Κινητικές δραστηριότητες	3	7,9	1	4	1	5,6	4	9,3	9	7,3
	Μεικτό πρόγραμμα/ Ομαδικές και ατομικές δραστηριότητες και Project	2	5,3	2	8			3	7	7	5,6
	Ισάξια αντιμετώπιση	3	7,9	1	4					4	3,2
	Αυτενέργεια/ Εποπτεία/ Ενδιαφέρον	1	2,6					2	4,7	3	2,4
	Συνεργασία με γονείς/ Ενημέρωση για το οικογενειακό περιβάλλον/ Εξατομικευμένη εργασία	1	2,6			2	11,1			3	2,4
	Παιχνίδι ρόλων					1	5,6	1	2,3	2	1,6
	Δυσκολίες στην εφαρμογή εξατομικευμένων μεθόδων							1	2,3	1	0,8
<b>Σύνολο</b>		14	36,8	10	40	8	44,4	25	58,1	57	46
<b>Δεν γνωρίζω</b>		24	63,2	15	60	10	55,6	18	41,9	67	54

$\chi^2=4,214$ ,  $p=0,239$

Όσον αφορά τις απαντήσεις των νηπιαγωγών στην ίδια ερώτηση (ερώτηση 22 του ερωτηματολογίου) φαίνονται στον πίνακα 6.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νηπιαγωγών 58,1% που δήλωσε ότι γνώριζε διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών και Δ.Ε.Π./ Υ. είχε τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών, ενώ το 41,9% δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει πρόγραμμα μετεκπαίδευσης δήλωσαν σε ποσοστό 44,4% ότι γνώριζαν διδακτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ το 55,6% δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης δήλωσαν το ίδιο σε ποσοστό 40%, ενώ το 60% δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Το χαμηλότερο ποσοστό νηπιαγωγών 36,8% που δήλωσε ότι γνώριζε διδακτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ήταν εκείνων που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών. Η πλειονότητα των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών δήλωσε σε ποσοστό 63,2% ότι γνώριζε διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.

Ωστόσο, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των νηπιαγωγών σχετικά με τις γνώσεις διδακτικών μεθόδων, καθώς και με τις διδακτικές μεθόδους που ανέφεραν αναλυτικά για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., με βάση το επίπεδο σπουδών τους ( $\chi^2=28,530$ ,  $p=0,384$ ). Επομένως, οι υποθέσεις μας δεν επαληθεύονται.

**Πίνακας 7:** Γνώσεις των νηπιαγωγών για τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. και αναλυτικά οι μέθοδοι ελέγχου συμπεριφοράς με βάση τις απαντήσεις των νηπιαγωγών ανά έτη υπηρεσίας.

Γνώσεις μεθόδων ελέγχου συμπ/φοράς	Μέθοδοι ελέγχου συμπεριφοράς	Έτη υπηρεσίας των νηπιαγωγών				Σύνολο	
		0-7		8-35			
		N	%	N	%	N	%
<b>Γνωρίζω</b>	Παρατήρηση/ Ανάθεση ευθών και δραστηριοτήτων	5	12,2	4	5,1	9	7,6
	Εκμετάλλευση ενδιαφέροντος νηπίου/ Συνεχής παροχή ερεθισμάτων/ Επιβράβευση/ Ενίσχυση θετικής συμπεριφοράς	5	12,2	3	3,8	8	6,7
	Αμβλυνση πείσματος/ Σταθερότητα ψυχικής κατάστασης/ Αποβολή χαμηλής αυτοεκτίμησης			4	5,1	4	3,4
	Αποφυγή πίεσης	1	2,4	3	3,8	4	3,4
	Εναλλαγή δραστηριοτήτων	2	4,9	2	2,6	4	3,4
	Κινητικές δραστηριότητες/ Αγάπη και στοργή/ Ένταξη στην ομάδα/ Συζήτηση	1	2,4	3	3,8	4	3,4
	Υπομονή/ Αγάπη/ Επιμονή/ Κατανόηση	1	2,4	3	3,8	4	3,4
	Σταδιακός περιορισμός αρνητικής συμπεριφοράς/ Μεικτό πρόγραμμα/ Απασχόληση ατόμων/ Αναζήτηση βοήθειας από ειδικό παιδαγωγό	1	2,4	2	2,6	3	2,5
	Αδιαφορία σε αταξίες			1	1,3	1	0,8
	Δυσκολίες στην εφαρμογή εξατομικευμένων μεθόδων	1	2,4			1	0,8
<b>Σύνολο</b>		17	41,5	25	32,1	42	35,3
<b>Δεν γνωρίζω</b>		24	58,5	53	67,9	77	64,7

$\chi^2=1,042, p=0,307$

Όσον αφορά την ερώτηση 23 του ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα) «Ποιες μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς θα εφαρμόζατε για να βοηθήσετε ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ.», τα ποσοστά των απαντήσεων των νηπιαγωγών φαίνονται στον πίνακα 7. Η πλειονότητα του συνόλου των νηπιαγωγών επισήμανε σε ποσοστό 64,7% ότι δεν γνώριζε μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Από το σύνολο των νηπιαγωγών, το 35,3% απάντησε ότι γνώριζε μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 7, η πλειονότητα του συνόλου των νηπιαγωγών, εκείνων που είχαν δηλώσει ότι γνώριζαν μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ανέφερε ως τέτοιες μεθόδους, σε ποσοστό 7,6%, την παρατήρηση, την ανάθεση ευθυνών και δραστηριοτήτων στα παιδιά. Το 6,7% του συνόλου των νηπιαγωγών ανέφερε ως μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς την εκμετάλλευση του ενδιαφέροντος του παιδιού, τη συνεχή παροχή ερεθισμάτων, την επιβράβευση και την ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς. Από τις παραπάνω μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς που ανέφεραν οι νηπιαγωγοί, η παρατήρηση είναι απαραίτητη μέθοδος κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων στο νηπιαγωγείο, αλλά αναφέρεται αόριστα. Η παρατήρηση του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. κατά τη διάρκεια του ημερήσιου προγράμματος στο νηπιαγωγείο είναι άκρως απαραίτητη, ώστε να παρακολουθείται και να αξιολογείται η πορεία των προσπαθειών που καταβάλλει και των δραστηριοτήτων, με τις οποίες ασχολείται. Από την άλλη πλευρά, η λεκτική παρατήρηση από τη νηπιαγωγό προς ένα νήπιο με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν αρκεί ως μέθοδος ελέγχου της συμπεριφοράς του. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p. 217 Pfiffner, & Barkley, 1990, p.503) ο εκπαιδευτικός οφείλει να το ενισχύσει χωρίς καθυστέρηση μετά από μία επίπληξη. Η ανάθεση ευθυνών και δραστηριοτήτων που να είναι ανάλογες με το επίπεδο ικανοτήτων του παιδιού, κρίνονται εξίσου απαραίτητες προκειμένου να περιορίζεται η παρορμητικότητά του και να αξιοποιείται κατάλληλα η ενέργειά του. Την ίδια λειτουργία επιτελούν η κατάλληλη αξιοποίηση του ενδιαφέροντος του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. από τη νηπιαγωγό, η συνεχής παροχή ερεθισμάτων και ιδιαίτερα η επιβράβευση και η ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς του (Hudson, 1997 Hinshaw, 1994, p.118).

Από το σύνολο των νηπιαγωγών που δήλωσαν ότι γνώριζαν μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., το 3,4% ανέφερε ως τέτοιες μεθόδους την άμβλυνση του πείσματος, τη σταθερότητα της ψυχικής κατάστασης και την αποβολή της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Η άμβλυνση του πείσματος και η διατήρηση μιας σταθερής ψυχικής κατάστασης δεν διευκρινίζονται με σαφήνεια από τις νηπιαγωγούς. Το πείσμα δεν χαρακτηρίζει άμεσα τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., αλλά ουσιαστικά εκφράζει την αδυναμία παρακολούθησης, για εύλογο χρονικό διάστημα, των δραστηριοτήτων με τις οποίες ασχολείται η υπόλοιπη τάξη. Η διατήρηση μιας σταθερής ψυχικής κατάστασης στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. αποτελεί τον επιδιωκόμενο σκοπό, ωστόσο δεν διευκρινίζεται η μέθοδος για την πραγματοποίηση αυτού του σκοπού. Η αποβολή της χαμηλής αυτοεκτίμησης, που διακρίνει συχνά τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι σημαντικός στόχος. Ωστόσο, δεν διευκρινίζεται με σαφήνεια από τις νηπιαγωγούς ο τρόπος με τον οποίο θα επιτευχθεί κάτι τέτοιο στο σχολικό πλαίσιο.

Από το σύνολο των νηπιαγωγών που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση, στο ίδιο ποσοστό (3,4%) οι νηπιαγωγοί ανέφεραν ως μέθοδο ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. την αποφυγή της πίεσης προς αυτά. Το 3,4% του συνόλου των νηπιαγωγών ανέφερε ως μέθοδο ελέγχου συμπεριφοράς την εναλλαγή δραστηριοτήτων. Το ίδιο ποσοστό (3,4%), από το σύνολο των νηπιαγωγών, ανέφερε ως τέτοιες μεθόδους τις κινητικές δραστηριότητες, την αγάπη και τη στοργή προς το παιδί, την ένταξη στην ομάδα και τη συζήτηση. Επίσης, στο ίδιο ποσοστό (3,4%), οι νηπιαγωγοί ανέφεραν ως ενδεικτικές μεθόδους ελέγχου της συμπεριφοράς την υπομονή, την αγάπη, την επιμονή και την κατανόηση. Η υπομονή, η αγάπη, η στοργή, η επιμονή και η κατανόηση που ανέφεραν ελάχιστες νηπιαγωγοί ως μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο δεν μπορούν να υπολογιστούν ως σαφείς μέθοδοι ελέγχου συμπεριφοράς. Οι έννοιες αυτές αποτελούν χαρακτηριστικά που πρέπει να διέπουν την προσωπικότητα κάθε νηπιαγωγού, ανεξάρτητα από το αν έχουν στην τάξη τους κάποιο παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. Ωστόσο, όπως έχουμε αναφέρει παραπάνω, οι κινητικές δραστηριότητες υποβοηθούν το παιδί να αξιοποιήσει την αδυναμία του προς όφελός του (Hudson, 1997). Ιδιαίτερα αποτελεσματικές μέθοδοι ελέγχου συμπεριφοράς είναι η προσπάθεια ομαλής

ένταξης του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στην ομάδα, η αποφυγή της άμεσης πίεσης προς αυτό και η εποικοδομητική συζήτηση, χωρίς νουθεσίες και στείρες εντολές εκ μέρους της νηπιαγωγού (Andrews, 1999 Hudson, 1997 Barkley, & Pfiffner, 1995b, pp.216-217 Jones & Warren, 1991).

Σε ποσοστό 2,5% του συνόλου τους, οι νηπιαγωγοί ανέφεραν ως μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς το σταδιακό περιορισμό της αρνητικής συμπεριφοράς, το μεικτό πρόγραμμα, την απασχόληση των ατόμων και την αναζήτηση βοήθειας από ειδικό παιδαγωγό. Ο σταδιακός περιορισμός της αρνητικής συμπεριφοράς ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. και η γενίκευση των θετικών μορφών συμπεριφοράς με ανάλογες μεθόδους αποτελεί επιδιωκόμενο σκοπό (Hudson, 1997 Hinshaw, 1994, p.118). Ωστόσο, δεν διευκρινίζεται με σαφήνεια από τις νηπιαγωγούς ο τρόπος, με τον οποίο θα επιτευχθεί κάτι τέτοιο στο σχολικό πλαίσιο. Επιπλέον, το μεικτό πρόγραμμα που αναφέρεται από τις νηπιαγωγούς, ως μέθοδος ελέγχου συμπεριφοράς για παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., δεν αναφέρεται με σαφήνεια στις προτάσεις τους. Η απασχόληση των παιδιών σε ένα μεικτό πρόγραμμα από ομαδικές και ατομικές εναλλασσόμενες δραστηριότητες μικρής διάρκειας με συχνά διαλείμματα θα διατηρούσε την προσοχή των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. επικεντρωμένη στο επιθυμητό ερέθισμα και θα μείωνε την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητά τους (Hudson, 1997 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217). Η αναζήτηση βοήθειας από ειδικό παιδαγωγό θα ήταν ιδιαίτερα σημαντική και χρήσιμη για τη σωστή αντιμετώπιση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. (Καραδήμας, 2001, σελ.108). Οι γνώσεις και η εμπειρία ενός ειδικού παιδαγωγού θα παρείχαν στη νηπιαγωγό απαραίτητες πληροφορίες αλλά και τρόπους για να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ.

Μόλις το 0,8% του συνόλου των νηπιαγωγών ανέφερε ως μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. την αδιαφορία της νηπιαγωγού σε αταξίες του παιδιού, ενώ το ίδιο ποσοστό (0,8%) των νηπιαγωγών επισήμανε ότι υπάρχουν δυσκολίες στην εφαρμογή εξατομικευμένων μεθόδων. Η αδιαφορία της νηπιαγωγού σε αταξίες που κάνει ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. συμβάλλει εν μέρει στη μείωση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς του (Hudson, 1997 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Pfiffner, & Barkley, 1990, pp.503-504), ωστόσο, όπου κρίνεται απαραίτητο, πρέπει να επιβάλλονται σύντομες και διακριτικές επιπλήξεις από

τη νηπιαγωγό προς το παιδί, προκειμένου να κατασταλεί η αρνητική μορφή συμπεριφοράς του (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233· Yitzchak, 1996, p. 193 Pfiffner, & Barkley, 1990, p.504).

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 7, οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας δήλωσαν ότι γνώριζαν μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σε ποσοστό 41,5%, ενώ το 58,5% δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Η πλειονότητα των νηπιαγωγών με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας δήλωσε σε ποσοστό 67,9% ότι δεν γνώριζε μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο, ενώ το 32,1% δήλωσε ότι γνώριζε τέτοιες μεθόδους.

Επομένως, οι νηπιαγωγοί φαίνεται να δηλώνουν στην πλειονότητά τους ότι δεν γνωρίζουν μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ανεξάρτητα από τα έτη υπηρεσίας τους. Ωστόσο, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των νηπιαγωγών με τα λιγότερα και τα περισσότερα έτη υπηρεσίας στην αντίστοιχη ερώτηση. Επιπλέον, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των νηπιαγωγών ως προς τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς που ανέφεραν αναλυτικά για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. ( $\chi^2=10,364$ ,  $p=0,409$ ). Συνεπώς, οι αντίστοιχες υποθέσεις μας δεν επαληθεύονται.



**Πίνακας 8:** Γνώσεις των νηπιαγωγών για τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. και αναλυτικά οι μέθοδοι ελέγχου συμπεριφοράς σύμφωνα με τις απαντήσεις των νηπιαγωγών ανά επίπεδο σπουδών.

Γνώση μεθόδων ελέγχου συμ/φοράς	Μέθοδοι ελέγχου συμπεριφοράς	Επίπεδο σπουδών νηπιαγωγών									
		Σχολή νηπ/γών		Εξομοίωση		Μετ/δευση		Τετραετές πανεπ/κό πρόγραμμα		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Γνωρίζω	Παρατήρηση/ Ανάθεση ευθυνών και δραστηριοτήτων	2	5,6	2	8	1	5,6	4	10	9	7,6
	Εκμετάλλευση ενδιαφέροντος νηπίου/ Συνεχής παροχή ερεθισμάτων/ Επιβράβευση/ Ενίσχυση θετικής συμπεριφοράς	1	2,8	1	4			6	15	8	6,7
	Αποφυγή πίεσης	1	2,8	2	8			1	2,5	4	3,4
	Άμβλυνση πείσματος/ Σταθερότητα ψυχικής κατάστασης/ Αποβολή χαμηλής αυτοεκτίμησης	1	2,8			3	16,7			4	3,4
	Εναλλαγή δραστηριοτήτων	1	2,8	1	4			2	5	4	3,4
	Κινητικές δραστηριότητες/ Αγάπη και στοργή/ Ένταξη στην ομάδα/ Συζήτηση	1	2,8			2	11,1	1	2,5	4	3,4
	Υπομονή/ Αγάπη/ Επιμονή/ Κατανόηση	2	5,6			1	5,6	1	2,5	4	3,4
	Σταδιακός περιορισμός αρνητικής συμπεριφοράς/ Μεικτό πρόγραμμα/ Απασχόληση ατόμων/ Αναζήτηση βοήθειας από ειδικό παιδαγωγό	1	2,8	1	4			1	2,5	3	2,5
	Αδιαφορία σε αταξίες	1	2,8							1	0,8
	Δυσκολίες στην εφαρμογή εξατομικευμένων μεθόδων							1	2,5	1	0,8
	Σύνολο		11	30,6	7	28	7	38,9	17	42,5	42
Δεν γνωρίζω		25	69,4	18	72	11	61,1	23	57,5	77	64,7

$\chi^2=1,948$ ,  $p=0,583$

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 8, το 42,5% των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών απάντησε ότι γνώριζε μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. (ερώτηση 23 του ερωτηματολογίου), ενώ το 57,5% δήλωσε ότι δεν γνώριζε μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς. Από τις νηπιαγωγούς που είχαν τελειώσει πρόγραμμα μετεκπαίδευσης, το 38,9% απάντησε θετικά στην ίδια ερώτηση, ενώ το 61,1% δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Από τις νηπιαγωγούς που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης, το 28% απάντησε ότι γνώριζε μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς στην ίδια ερώτηση, ενώ το 72% δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών δήλωσαν ότι γνώριζαν μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σε ποσοστό 30,6%, ενώ το 69,4% των ίδιων νηπιαγωγών δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των νηπιαγωγών σχετικά με τις γνώσεις τους για τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Η πλειονότητα των νηπιαγωγών δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους, ανεξάρτητα από το επίπεδο σπουδών τους. Επιπλέον, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των νηπιαγωγών ως προς τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς που ανέφεραν αναλυτικά για την αντιμετώπιση παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή ( $\chi^2=33,558$ ,  $p=0,299$ ). Συνεπώς, οι αντίστοιχες υποθέσεις μας δεν επαληθεύονται.

**Πίνακας 9:** Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την επιμόρφωσή τους σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ. ανά έτη υπηρεσίας και οι αιτιολογήσεις τους ανά έτη υπηρεσίας.

Στάσεις/ αντιλήψεις νηπιαγωγών για την επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ.	Αιτιολόγηση	Έτη υπηρεσίας νηπιαγωγών				Σύνολο	
		0-7		8-35			
		N	%	N	%	N	%
<b>Αναγκαία</b>	Καλύτερη αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών	22	91,7	41	82	63	85,1
	Αποφυγή σύγχυσης και καλύτερη ενημέρωση	2	8,3	9	18	11	14,9
Σύνολο		24	100	50	100	74	100
<b>Χρήσιμη</b>	Καλύτερη αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών	20	88,2	22	76,3	42	78,6
	Αποφυγή σύγχυσης και καλύτερη ενημέρωση	2	11,8	3	23,7	5	21,4
Σύνολο		22	100	25	100	47	100

$\chi^2=5,390$ ,  $p=0,145$

Όπως φαίνεται στον πίνακα 9, από τις νηπιαγωγούς που απάντησαν στην ερώτηση «νομίζετε ότι μια τέτοια επιμόρφωση θα είναι σε σας προσωπικά ή και σε συναδέλφους: α)εποικοδομητική, β)χρήσιμη, γ)αναγκαία, δ)ανώφελη, ε)δεν ξέρω» (ερώτηση 16 του ερωτηματολογίου), η πλειονότητά τους θεώρησε ότι η επιμόρφωση για τη Δ.Ε.Π./ Υ. θα ήταν αναγκαία.

Αναλυτικότερα, από τις νηπιαγωγούς που έκριναν την επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. αναγκαία, ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 85,1% του συνόλου αιτιολόγησε την άποψή του αναφέροντας ότι με τον τρόπο αυτό θα είναι σε θέση οι νηπιαγωγοί να αντιμετωπίσουν καλύτερα τέτοια περιστατικά. Την ίδια αιτιολογία ανέφερε και το 78,6% των νηπιαγωγών που έκρινε την επιμόρφωσή του για τη Δ.Ε.Π./ Υ. χρήσιμη.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 9, σύμφωνα με τις αιτιολογήσεις που ανέφεραν οι ίδιοι οι νηπιαγωγοί, η πλειονότητα τόσο των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (91,7%) όσο και των νηπιαγωγών με τα περισσότερα

έτη υπηρεσίας (82%), θεώρησε ότι η επιμόρφωσή του για τη Δ.Ε.Π./ Υ. είναι αναγκαία, επειδή έτσι θα αντιμετωπιστούν καλύτερα τα παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή στην τάξη. Την ίδια αιτιολογία ανέφεραν στην πλειονότητά τους, τόσο οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (88,2%) όσο και οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (76,3%), οι οποίες θεώρησαν την επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. χρήσιμη. Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των νηπιαγωγών με τα λιγότερα και τα περισσότερα έτη υπηρεσίας ως προς τη στάση τους σχετικά με την επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ.

**Πίνακας 10:** Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την επιμόρφωσή τους σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ. και οι αιτιολογήσεις τους ανά επίπεδο σπουδών.

Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ.	Αιτιολόγηση	Επίπεδο σπουδών νηπιαγωγών									
		Σχολή νηπ/γών		Εξομοίωση		Μετ/δευση		Τετραετές πανεπ/κό πρόγραμμα		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Αναγκαία</b>	Καλύτερη αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών	11	61,1	13	92,9	17	94,4	22	91,7	43	85,1
	Αποφυγή σύγχυσης και καλύτερη ενημέρωση	7	38,9	1	7,1	1	5,6	2	8,3	11	14,9
Σύνολο		18	100	14	100	18	100	24	100	54	100
<b>Χρήσιμη</b>	Καλύτερη αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών	14	66,7	6	100	2	66,7	20	88,2	42	78,6
	Αποφυγή σύγχυσης και καλύτερη ενημέρωση	2	33,3			1	33,3	2	11,8	5	21,4
Σύνολο		16	100	6	100	3	100	22	100	47	100

$\chi^2=23,930$ ,  $p=0,004^{**}$

$^{**}p<0,01$

Σχετικά με την επιμόρφωση των νηπιαγωγών για τη Δ.Ε.Π./ Υ. (ερώτηση 16 του ερωτηματολογίου), όπως φαίνεται και στον πίνακα 10, η πλειονότητα του συνόλου των νηπιαγωγών θεώρησε την επιμόρφωσή της για τη Δ.Ε.Π./ Υ. αναγκαία, ανεξάρτητα από το επίπεδο των σπουδών της.

Αναλυτικότερα, από τις νηπιαγωγούς που έκριναν την επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. αναγκαία, το μεγαλύτερο ποσοστό 94,4% των νηπιαγωγών που τελείωσαν μετεκπαίδευση ισχυρίστηκε ότι με τον τρόπο αυτό θα αντιμετωπιστούν καλύτερα παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή στο νηπιαγωγείο. Την ίδια αιτιολογία ανέφεραν οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης σε ποσοστό 92,9%, οι νηπιαγωγοί που είχαν

τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών σε ποσοστό 91,7% και οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών σε ποσοστό 61,1%.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, η υπόθεση που κάναμε επαληθεύεται, καθώς υπάρχουν διαφορές στις απαντήσεις των νηπιαγωγών με διαφορετικό επίπεδο σπουδών σχετικά με την αντίληψή τους για την επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης και εκείνες που είχαν τελειώσει πρόγραμμα μετεκπαίδευσης φαίνεται ότι διέφεραν σημαντικά στις απαντήσεις τους σχετικά με τη στάση τους απέναντι στην επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ., κρίνοντάς την ως αναγκαία.

**Πίνακας 11:** Στάσεις/ αντιλήψεις και αιτιολογήσεις των νηπιαγωγών για το βαθμό λειτουργίας παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο ανά έτη υπηρεσίας.

Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπ/ γών για τη φοίτηση ενός νηπίου με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο	Αιτιολογήσεις	Έτη υπηρεσίας νηπιαγωγών				Σύνολο	
		0-7		8-35			
		N	%	N	%	N	%
<b>Πάρα πολύ</b>	Θετική επίδραση ενσωμάτωσης στο παιδί	3	30	7	58,3	10	45,5
	Κατάλληλη υποστήριξη παιδιού στο σχολείο	4	40	3	25	7	31,8
	Απαραίτητη συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών	3	30	2	16,7	5	22,7
Σύνολο		10	100	12	100	22	100
<b>Πολύ</b>	Κατάλληλη υποστήριξη παιδιού στο σχολείο	6	35,3	9	37,5	15	36,6
	Θετική επίδραση ενσωμάτωσης στο παιδί	6	35,3	4	16,7	10	24,4
	Απαραίτητη συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών	1	5,9	9	37,5	10	24,4
	Άλλες αιτιολογίες (κατάλληλες παιδαγωγικές μέθοδοι, συνδρομή διάφορων παραγόντων)	4	23,5			4	9,8
	Ανάλογα το βαθμό του προβλήματος			2	8,3	2	4,9
Σύνολο		17	100	24	100	41	100
<b>Μέτρια</b>	Ανάλογα το βαθμό του προβλήματος	2	14,3	5	35,7	7	25
	Απαραίτητη συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών	5	35,7	1	7,1	6	21,4
	Κατάλληλη υποστήριξη παιδιού στο σχολείο	1	7,1	4	28,6	5	17,9
	Αποδιοργάνωση τάξης με αρνητικές επιπτώσεις στο έργο της νηπιαγωγού	3	21,4	1	7,1%	4	14,3
	Θετική επίδραση ενσωμάτωσης στο παιδί	2	14,3	1	7,1%	3	10,7
	Άλλες αιτιολογίες (κατάλληλες παιδαγωγικές μέθοδοι, συνδρομή διάφορων παραγόντων)	1	7,1	2	14,3	3	10,7
Σύνολο		14	100	14	100	28	100
<b>Σχεδόν καθόλου</b>	Απαραίτητη συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών	1	50	1	25	2	33,3
	Κατάλληλη υποστήριξη παιδιού σε ειδικό σχολείο	1	50	1	25	2	33,3
	Ανάλογα το βαθμό του προβλήματος			1	25	1	16,7
	Άλλες αιτιολογίες (κατάλληλες παιδαγωγικές μέθοδοι, συνδρομή διάφορων παραγόντων)			1	25	1	16,7
Σύνολο		2	100	4	100	6	100

$\chi^2=0,387, p=0,943$

Όπως φαίνεται στον πίνακα 11, από το σύνολο των νηπιαγωγών που απάντησαν στην ερώτηση «πόσο πιστεύετε ότι με τις κατάλληλες παιδαγωγικές μεθόδους και στρατηγικές ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε μια κανονική τάξη;» (ερώτηση 20 του ερωτηματολογίου) η πλειονότητα απάντησε ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό στο νηπιαγωγείο.

Αναλυτικότερα, η πλειονότητα των νηπιαγωγών που υποστήριξαν ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε μία κανονική τάξη νηπιαγωγείου, αιτιολόγησε την απάντησή του σε ποσοστό 36,6%, αναφέροντας ότι το παιδί θα έχει την κατάλληλη υποστήριξη στο σχολείο. Το 24,4% των νηπιαγωγών, που υποστήριξαν ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε μία κανονική τάξη νηπιαγωγείου, αιτιολόγησε την απάντησή του αναφέροντας ότι η ενσωμάτωση του παιδιού στο πλαίσιο της τάξης θα έχει θετική επίδραση στην ανάπτυξή του. Το ίδιο ποσοστό αιτιολόγησε την απάντησή του επισημαίνοντας ότι η εκπαίδευση του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. σε κανονική τάξη νηπιαγωγείου απαιτεί τη συνεργασία των παιδαγωγών, των γονέων και των ειδικών. Το 9,8% των νηπιαγωγών που υποστήριξε ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε μία κανονική τάξη νηπιαγωγείου, επισήμανε ότι χρειάζεται η συνδρομή και άλλων παραγόντων στη σωστή εκπαίδευσή του, όπως η γνώση κατάλληλων παιδαγωγικών μεθόδων από τη νηπιαγωγό, η παροχή κατάλληλου υλικού και η καλή υποδομή της τάξης. Ένα ποσοστό της τάξεως του 4,9% των νηπιαγωγών που έκρινε τη φοίτηση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο πολύ ικανοποιητική, επισήμανε ότι παίζει ρόλο και ο βαθμός του προβλήματος που αντιμετωπίζει το παιδί.

Ωστόσο, η υπόθεσή μας δεν επαληθεύεται, καθώς δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που έδωσαν οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα και τα περισσότερα έτη υπηρεσίας ως προς την αντίληψή τους για τη φοίτηση ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο.



**Πίνακας 12:** Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπιαγωγών για το βαθμό λειτουργίας παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο και αιτιολογήσεις των απαντήσεών τους ανά επίπεδο σπουδών.

Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπ/γών για τη φοίτηση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπ/γείο	Αιτιολογήσεις	Επίπεδο σπουδών νηπιαγωγών									
		Σχολή νηπ/γών		Εξομ/ση		Μετ/δευση		Τετραετές πανεπ/κό πρόγραμμα		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Πάρα πολύ</b>	Θετική επίδραση ενσωμάτωσης στο παιδί	4	66,7	2	66,7	2	50	2	22,2	10	45,5
	Κατάλληλη υποστήριξη παιδιού στο σχολείο	2	33,3	1	33,3			4	44,4	7	31,8
	Απαραίτητη συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών					2	50	3	33,3	5	22,7
Σύνολο		6	100	3	100	4	100	9	100	22	100
<b>Πολύ</b>	Κατάλληλη υποστήριξη παιδιού στο σχολείο	7	50			2	28,6	6	35,3	15	36,6
	Θετική επίδραση ενσωμάτωσης στο παιδί	2	14,3			2	28,6	6	35,3	10	24,4
	Απαραίτητη συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών	5	35,7	1	33,3	3	42,9	1	5,9	10	24,4
	Άλλες αιτιολογίες (κατάλληλες παιδ/γικές μέθοδοι, συνδρομή διάφορων παραγόντων)							4	23,5	4	9,8
	Ανάλογα το βαθμό του προβλήματος			2	66,7					2	4,9
Σύνολο		14	100	3	100	7	100	17	100	41	100
<b>Μέτρια</b>	Ανάλογα το βαθμό του προβλήματος	2	40	3	75	1	16,7	1	7,7	7	25
	Απαραίτητη συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών	1	20					5	38,5	6	21,4
	Κατάλληλη υποστήριξη παιδιού στο σχολείο					4	66,7	1	7,7	5	17,9
	Αποδιοργάνωση τάξης με αρνητικές επιπτώσεις στο έργο της νηπιαγωγού	1	20					3	23,1	4	14,3
	Άλλες αιτιολογίες (κατάλληλες παιδαγωγικές μέθοδοι, συνδρομή διάφορων παραγόντων)			1	25	1	16,7	1	7,7	3	10,7
	Θετική επίδραση ενσωμάτωσης στο παιδί	1	20					2	15,4	3	10,7
Σύνολο		5	100	4	100	6	100	13	100	28	100
<b>Σχεδόν καθόλου</b>	Κατάλληλη υποστήριξη παιδιού στο ειδικό σχολείο			1	33,3			1	50	2	33,3
	Απαραίτητη συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών	1	100					1	50	2	33,3
	Άλλες αιτιολογίες (κατάλληλες παιδ/γικές μέθοδοι, συνδρομή διάφορων παραγόντων)			1	33,3					1	16,7

	Ανάλογα το βαθμό του προβλήματος			1	33,3					1	16,7
Σύνολο		1	100	3	100			2	100	6	100

$\chi^2=17,930$   $p=0,036^*$

\* $p<0,05$

Έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω ότι η πλειονότητα του συνόλου των νηπιαγωγών δήλωσε ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε μια κανονική αίθουσα νηπιαγωγείου υπό προϋποθέσεις. Αναλυτικότερα, όπως φαίνεται στον πίνακα 12, το μεγαλύτερο ποσοστό των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών (50%) υποστήριξε ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε μια κανονική τάξη νηπιαγωγείου με τις κατάλληλες παιδαγωγικές μεθόδους, επειδή εκεί θα έχει την κατάλληλη υποστήριξη. Ακολουθούν οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών σε ποσοστό 35,3%, οι οποίες δήλωσαν ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε μία αίθουσα νηπιαγωγείου, επειδή εκεί θα έχει την κατάλληλη υποστήριξη και επειδή η ενσωμάτωση θα επιδράσει θετικά στην πνευματική, κοινωνική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. Έπονται οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει πρόγραμμα μετεκπαίδευσης σε ποσοστό 42,9%, οι οποίοι υποστήριξαν την ίδια άποψη, επισημαίνοντας ότι χρειάζεται η βοήθεια και η συνεργασία μεταξύ ειδικών, γονέων και παιδαγωγών. Οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης σε ποσοστό 66,7% δήλωσαν ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε μια αίθουσα νηπιαγωγείου, ανάλογα με το βαθμό του προβλήματος που αντιμετωπίζει το παιδί.

Η υπόθεσή μας επαληθεύεται, καθώς υπάρχει σημαντική διαφορά στις απαντήσεις που έδωσαν οι νηπιαγωγοί, με διαφορετικό επίπεδο σπουδών, ως προς την αντίληψή τους για τη φοίτηση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο. Συγκεκριμένα, οι περισσότερες από τις νηπιαγωγούς που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών και οι περισσότερες από εκείνες που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών ισχυρίστηκαν ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε κανονικό νηπιαγωγείο. Οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει πρόγραμμα

εξομοίωσης και εκείνες που είχαν τελειώσει πρόγραμμα μετεκπαίδευσης, οι οποίες εξέφρασαν την ίδια άποψη, ήταν εμφανώς λιγότερες.

**- Απαντήσεις των νηπιαγωγών που είχαν δηλώσει ότι στο παρελθόν είχαν παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. στην τάξη τους**

Από το δείγμα των νηπιαγωγών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, πενήντα επτά (57) νηπιαγωγοί απάντησαν θετικά στην ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου «έχετε ή είχατε στην τάξη σας νήπιο/ νήπια με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π./ Υ.);» (βλ. παράρτημα). Ωστόσο, δεν διευκρινιζόταν από τις νηπιαγωγούς με ακρίβεια αν τα παιδιά είχαν διαγνωσθεί επίσημα με Δ.Ε.Π./ Υ. ή στηρίζονταν στις αντιλήψεις των γονέων ή τις δικές τους. Για το λόγο αυτό, αναφέρονται τα σημαντικότερα ερευνητικά αποτελέσματα από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Η πλειονότητα των νηπιαγωγών που δήλωσαν ότι κατά το παρελθόν είχαν στην τάξη τους παιδί προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ., τόσο εκείνων με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (38,9%) όσο και εκείνων με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (23,1%), ανέφερε ως κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. (ερώτηση 14 του ερωτηματολογίου), τη διάσπαση της προσοχής, την υπερκινητικότητα, την αδυναμία να ολοκληρώσει μια εργασία και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αξιοσημείωτο είναι ότι από τις νηπιαγωγούς που απάντησαν θετικά στην ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα), μόνο οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση ανέφεραν στην πλειονότητά τους (42,9%) ότι τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η αδυναμία συγκέντρωσης, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα.

Όσον αφορά τη γνώση παιδαγωγικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο (ερώτηση 17 του ερωτηματολογίου), η πλειονότητα των νηπιαγωγών που δήλωσαν ότι είχαν στην τάξη τους παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. (ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου) υποστήριξε ότι δεν γνώριζε παιδαγωγικές μεθόδους σε ποσοστό 80,7%, ενώ μόλις το 19,3% δήλωσε ότι γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Οι νηπιαγωγοί που δήλωσαν ότι γνώριζαν ορισμένες παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο, με βάση το επίπεδο σπουδών τους, ήταν ελάχιστοι.

Από τις νηπιαγωγούς που δήλωσαν ότι είχαν στην τάξη τους παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. (ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου) η πλειονότητα δήλωσε ότι

γνώριζε διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο (ερώτηση 22 του ερωτηματολογίου) σε ποσοστό 63,8%, ενώ το 36,2% δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των νηπιαγωγών που δήλωσαν ότι γνώριζαν τέτοιες διδακτικές μεθόδους ανέφερε σε ποσοστό 14,9% τις κινητικές δραστηριότητες, τις γραφικές ασκήσεις μικρής χρονικής διάρκειας και την εναλλαγή δραστηριοτήτων. Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό 12,8%, αναφέρθηκαν ως κατάλληλες διδακτικές μέθοδοι οι ομαδικές δραστηριότητες, η προσοχή στους ρυθμούς εργασίας, η επιμονή και οι κινητικές δραστηριότητες. Επιπλέον, στο ίδιο ποσοστό, αναφέρθηκαν από τις νηπιαγωγούς ως ενδεικτικές διδακτικές μέθοδοι η εξατομικευμένη εργασία, η ανάληψη πρωτοβουλίας, ο εντοπισμός του ενδιαφέροντος του παιδιού, η επικρότηση των προσπαθειών του και η παροχή ερεθισμάτων.

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, οι κινητικές δραστηριότητες, οι γραφικές ασκήσεις μικρής χρονικής διάρκειας και η εναλλαγή δραστηριοτήτων αποτελούν ενδεικτικές διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p.193 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217). Οι ομαδικές και οι κινητικές δραστηριότητες αναφέρονται ως ενδεικτικές διδακτικές μέθοδοι για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ., από αρκετούς μελετητές (Καραδήμας, 2001, σελ.111 Hudson, 1997 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217).

Η επικέντρωση της προσοχής της νηπιαγωγού στους ρυθμούς εργασίας του παιδιού και η επιμονή της, μολονότι δεν αποτελούν σαφείς διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ωστόσο κρίνονται απαραίτητες προκειμένου να είναι αποτελεσματικό το διδακτικό έργο της νηπιαγωγού. Η ανάληψη πρωτοβουλιών από το ίδιο το παιδί και η επικρότηση των προσπαθειών του από τη νηπιαγωγό είναι σημαντική για τη συνέχιση των επιτυχημένων προσπαθειών του. Ωστόσο, δεν αποτελούν συγκεκριμένες διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. Από τα παραπάνω, φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί που είχαν δηλώσει ότι είχαν στο παρελθόν παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. στην τάξη τους, γνώριζαν ορισμένες διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευσή του, ωστόσο οι γνώσεις τους είναι ελλιπείς.

Στην ίδια ερώτηση, οι κινητικές δραστηριότητες, οι γραφικές ασκήσεις μικρής χρονικής διάρκειας και η εναλλαγή δραστηριοτήτων προτάθηκαν ως διδακτικές μέθοδοι από την πλειονότητα των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης (ποσοστό 22,2%) και εκείνων που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών (ποσοστό 26,7%). Οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών ανέφεραν σε ποσοστό 25% ως διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. τις ομαδικές δραστηριότητες, την προσοχή στους ρυθμούς εργασίας, την επιμονή και τις κινητικές δραστηριότητες. Οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει πρόγραμμα μετεκπαίδευσης ανέφεραν στην πλειονότητά τους 18,2% ως τέτοιες διδακτικές μεθόδους τη συνεργασία με τους γονείς, την ενημέρωση για το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού και την εξατομικευμένη εργασία.

Η συνεργασία με τους γονείς και η ενημέρωση των νηπιαγωγών για το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις προκειμένου να υποβοηθηθεί αποτελεσματικότερα ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. Ωστόσο, δεν αποτελούν σαφείς διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση ενός παιδιού με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Η εξατομικευμένη εργασία, μολονότι δύσκολα εφαρμόζεται στο πλαίσιο της προσχολικής εκπαίδευσης, αναφέρεται από αρκετούς ερευνητές ως ενδεικτική διδακτική μέθοδος (Andrews, 1999 Hudson, 1997 Barkley, & Pfiffner, 1995b, pp.216-217).

Από το σύνολο των νηπιαγωγών που είχαν δηλώσει ότι στο παρελθόν είχαν στην τάξη τους παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ., περίπου οι μισές, από το σύνολο εκείνων που απάντησαν στην ερώτηση 23 του ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα), δήλωσαν ότι γνώριζαν μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. (ποσοστό 53,2%). Αναλυτικότερα, η πλειονότητα των νηπιαγωγών που δήλωσε ότι γνώριζε τέτοιες μεθόδους ανέφερε σε ποσοστό 10,6% την παρατήρηση και την ανάθεση ευθυνών και δραστηριοτήτων. Στο ίδιο ποσοστό (10,6%) αναφέρθηκαν από τις νηπιαγωγούς ως μέθοδοι ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. η αξιοποίηση των ενδιαφερόντων των παιδιών, η συνεχής παροχή ερεθισμάτων, η επιβράβευση και η θετική ενίσχυση.

Από τις παραπάνω μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς που ανέφεραν οι νηπιαγωγοί η παρατήρηση είναι απαραίτητη μέθοδος κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων στο νηπιαγωγείο, αλλά αναφέρεται αόριστα. Όπως έχουμε ήδη επισημάνει παραπάνω, η ανάθεση ευθυνών και δραστηριοτήτων που να είναι ανάλογες με το επίπεδο ικανοτήτων του παιδιού, κρίνονται εξίσου απαραίτητες προκειμένου να περιορίζεται η παρορμητικότητά του και να αξιοποιείται κατάλληλα η ενέργειά του. Την ίδια λειτουργία επιτελούν η κατάλληλη εκμετάλλευση του ενδιαφέροντος του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. από τη νηπιαγωγό, η συνεχής παροχή ερεθισμάτων και ιδιαίτερα η επιβράβευση και η ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς του (Hudson, 1997 Hinshaw, 1994, p.118).

Οι νηπιαγωγοί που δήλωσαν ότι γνώριζαν ορισμένες μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο, με βάση το επίπεδο σπουδών τους, ήταν ελάχιστες. Η πλειονότητα των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών ανέφερε σε ποσοστό 26,7% ως μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς προς τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. την εκμετάλλευση των ενδιαφερόντων των παιδιών, τη συνεχή παροχή ερεθισμάτων, την επιβράβευση και τη θετική ενίσχυση.

Από το σύνολο των νηπιαγωγών που δήλωσαν ότι κατά το παρελθόν είχαν στην τάξη τους παιδί προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. (ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου), η πλειονότητα των νηπιαγωγών που απάντησαν στην ερώτηση 16 του ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα) ισχυρίστηκε ότι η επιμόρφωσή του για τη Δ.Ε.Π./ Υ. θα ήταν αναγκαία. Οι νηπιαγωγοί αυτοί, σε ποσοστό 87,9%, αιτιολόγησαν την απάντησή τους, λέγοντας ότι με τον τρόπο αυτό θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν καλύτερα τέτοια περιστατικά στην τάξη.

Όσον αφορά την ερώτηση 20 του ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα) σχετικά με το βαθμό λειτουργίας ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο, οι περισσότερες νηπιαγωγοί, από εκείνες που είχαν δηλώσει ότι είχαν στην τάξη τους παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. και απάντησαν στην ερώτηση 20, ισχυρίστηκαν ότι ένα παιδί με τη συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να λειτουργήσει από μέτρια έως πολύ ικανοποιητικά στο νηπιαγωγείο. Από τις νηπιαγωγούς που υποστήριξαν ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε μέτριο

βαθμό στο νηπιαγωγείο, το 37,5% αιτιολόγησε την απάντησή του επισημαίνοντας ότι εξαρτάται από το βαθμό του προβλήματος που αντιμετωπίζει το παιδί. Από τις νηπιαγωγούς που υποστήριξαν ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό στο νηπιαγωγείο, το 37,5% επισήμανε ότι χρειάζεται η συνεργασία ειδικών, όπως σχολικών ψυχολόγων, γονέων και παιδαγωγών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **5.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Τα βασικά συμπεράσματα της παρούσας έρευνας παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

##### **5.1.1. Γνώσεις των νηπιαγωγών για τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ.**

Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιάσουμε τα ευρήματα που σχετίζονται με τις γνώσεις των νηπιαγωγών του δείγματος για τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. Στην κατανόηση των γνώσεων των νηπιαγωγών για τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. μελετήθηκαν τρεις μεταβλητές: τα έτη υπηρεσίας των νηπιαγωγών, το επίπεδο σπουδών τους και η προηγούμενη εμπειρία τους με παιδί με Δ.Ε.Π. Υ. στην τάξη.

Αρχικά, τόσο οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας (0-7 έτη) όσο και οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας (8-35 έτη) δήλωσαν ότι γνώριζαν τα χαρακτηριστικά ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Ιδιαίτερα σημαντική διαφορά παρουσίασαν οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας. Όμως, από τα χαρακτηριστικά που ανέφερε η πλειονότητα, τόσο των νηπιαγωγών με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας όσο και εκείνων με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας, μόνο η διάσπαση προσοχής και η υπερκινητικότητα αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. Η αδυναμία ολοκλήρωσης μιας εργασίας και η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελούν δευτερεύοντα χαρακτηριστικά της διαταραχής (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.214-215 Selikowitz, 1995, pp.12-13 Μπεζεβέγκης, 1985, σελ.181-182 Barkley, 1981, p.25). Προφανώς, οι νηπιαγωγοί δεν γνώριζαν ότι η παρορμητικότητα αποτελεί το τρίτο κύριο χαρακτηριστικό της Δ.Ε.Π./ Υ. (Barkley, 1997a, pp.10-11 Taylor, 1985, pp.428-429), αλλά ανέφεραν δευτερεύοντα χαρακτηριστικά, τα οποία ίσως ήταν περισσότερο εμφανή κατά την εκπαιδευτική πρακτική.

Επομένως, φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί έχουν ελλιπείς γνώσεις σχετικά με τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. και κυρίως οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας. Η περιορισμένη γνώση των πιο έμπειρων



νηπιαγωγών για τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ., κυρίως εκείνων που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών και πρόγραμμα εξομοίωσης, ίσως, οφείλεται στην ελλιπή θεωρητική και πρακτική τους κατάρτιση κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Αυτό αποδεικνύεται και από την ανάλυση των απαντήσεων που έδωσαν με βάση το επίπεδο των σπουδών τους. Άλλωστε, η συστηματική μελέτη της Δ.Ε.Π./ Υ. έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον των μελετητών τα τελευταία χρόνια, ενώ το ενδιαφέρον για τη συγκεκριμένη διαταραχή στην Ελλάδα είναι ακόμα πιο πρόσφατο (Κωνσταντόπουλος, 2002).

Αναλυτικότερα, οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση και τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών δήλωσαν, σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό, ότι γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. σε σχέση με εκείνες που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης και εκείνες που προέρχονταν από τη σχολή νηπιαγωγών. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από το σύνολο των νηπιαγωγών η πλειονότητα εκείνων που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση ανέφεραν και τα τρία κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ., δηλαδή την αδυναμία συγκέντρωσης, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Οι υπόλοιπες νηπιαγωγοί που είχαν διαφορετικό επίπεδο σπουδών, ανέφεραν ένα ή δύο κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. και κάποια δευτερεύοντα χαρακτηριστικά της. Όπως προκύπτει εύλογα από τα παραπάνω, οι περισσότερες νηπιαγωγοί γνώριζαν ορισμένα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ., αλλά είχαν ελλιπείς γνώσεις ως προς τη διάκριση των κύριων και των δευτερευόντων χαρακτηριστικών της διαταραχής, τα οποία ενδεχομένως να είχαν ακούσει από άλλους συναδέλφους, να τα είχαν διαβάσει σε βιβλία ή να τα είχαν διακρίνει κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής πράξης.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειονότητα των νηπιαγωγών που είχε τελειώσει το πρόγραμμα εξομοίωσης του πτυχίου τους δήλωσε ότι δεν γνώριζε τα χαρακτηριστικά των παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Οι νηπιαγωγοί που είχαν εξομοιώσει το πτυχίο τους με το πτυχίο μίας αντίστοιχης πανεπιστημιακής σχολής είχαν λιγότερες γνώσεις σχετικά με τα κύρια χαρακτηριστικά ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. Ίσως το πρόγραμμα εξομοίωσης να μην είναι κατάλληλα οργανωμένο, οπότε οι νηπιαγωγοί να μην ενημερώνονται σχετικά με θέματα ειδικής αγωγής και ειδικότερα με το θέμα

της Δ.Ε.Π./ Υ. Φαίνεται, ότι μπορεί να υπάρχει ένα κενό στην εκπαίδευση των νηπιαγωγών στα προγράμματα εξομοίωσης όσον αφορά το θέμα της Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Αυτό το εύρημα μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη πληροφορία για τους υπεύθυνους στην οργάνωση προγραμμάτων σπουδών εξομοίωσης, καθώς η άμεση εισαγωγή σχετικών θεματικών με τη Δ.Ε.Π./ Υ. σε αυτά τα προγράμματα κρίνονται απαραίτητες.

Ακόμα και στην περίπτωση των νηπιαγωγών που είχαν δηλώσει ότι είχαν στο παρελθόν στην τάξη τους παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ., η πλειονότητα τόσο εκείνων με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας όσο και εκείνων με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας ανέφερε ως κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. τη διάσπαση προσοχής, την υπερκινητικότητα, την αδυναμία ολοκλήρωσης μιας εργασίας και την χαμηλή αυτοεκτίμηση. Μόνο η πλειονότητα των νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση ανέφερε ότι τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η αδυναμία συγκέντρωσης, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι ακόμα και εκείνες που είχαν σχετική εμπειρία με ένα τέτοιο παιδί δεν επισήμαναν όλα τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής, αλλά ανέφεραν ορισμένα μόνο από αυτά μαζί με κάποια δευτερεύοντα χαρακτηριστικά της, τα οποία ενδεχομένως να είχαν παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής πρακτικής τους.

Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε αντίθεση με εκείνα της έρευνας του Scitutto et al. (2000) όπου φάνηκε ότι η προηγούμενη εμπειρία των δασκάλων με ένα υπερκινητικό παιδί και η σχετική διδακτική εμπειρία τους φάνηκε να εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο ερευνητικών πορισμάτων ίσως να οφείλεται στα διαφορετικά δείγματα που χρησιμοποιήθηκαν στην κάθε έρευνα.

### **5.1.2. Γνώσεις των νηπιαγωγών για τις παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.**

Οι παιδαγωγικές μέθοδοι είναι εκείνες οι διαδικασίες που χρησιμοποιεί ο παιδαγωγός για να προσανατολίσει και να καθοδηγήσει τα παιδιά σε διαχρονικές αξίες (Κιτσαράς, 2001, σελ.38).

Οι περισσότερες νηπιαγωγοί, ανεξάρτητα από την εμπειρία τους, όταν ρωτήθηκαν για τις παιδαγωγικές μεθόδους που γνώριζαν για τη Δ.Ε.Π./ Υ., δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν παιδαγωγικές μεθόδους για την αντιμετώπισή της στο σχολικό πλαίσιο. Από αυτές τις νηπιαγωγούς, μεγαλύτερη έλλειψη σε αυτόν τον τομέα γνώσεων είχαν εκείνες με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας, οι οποίες δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν τέτοιες μεθόδους. Κατά συνέπεια, δεν μπορούσαν να εφαρμόσουν στο νηπιαγωγείο ανάλογες παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.

Οι νηπιαγωγοί που δήλωσαν ότι γνώριζαν παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. ήταν πολύ λίγες. Η πλειονότητα αυτών των νηπιαγωγών, τόσο εκείνων με τα λιγότερα όσο και εκείνων με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας, ανέφερε ως τέτοιες μεθόδους την εναλλαγή δραστηριοτήτων και υλικού, τον εντοπισμό του ενδιαφέροντος του παιδιού και τη συνεχή παροχή ερεθισμάτων. Τις ίδιες μεθόδους ανέφεραν οι περισσότερες νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών, εκείνες που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομοίωσης, εκείνες που είχαν τελειώσει πρόγραμμα μετεκπαίδευσης και εκείνες που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών. Από αυτές τις παιδαγωγικές μεθόδους που ανέφεραν οι νηπιαγωγοί, η εναλλαγή δραστηριοτήτων και υλικού και η συνεχής παροχή ερεθισμάτων προτείνονται από την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία ως ενδεικτικές διδακτικές μέθοδοι κατά τη διάρκεια του ημερήσιου προγράμματος στο νηπιαγωγείο (Καραδήμας, 2001, σελ.111· Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p.193 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217 Selikowitz, 1995, p.119). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο εντοπισμός του ενδιαφέροντος του παιδιού αναφέρεται από τις νηπιαγωγούς αόριστα. Η κατάλληλη εκμετάλλευση του ενδιαφέροντος του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. από τη νηπιαγωγό στο νηπιαγωγείο μπορεί να συντελέσει στον περιορισμό της προσοχής του στο επιθυμητό ερέθισμα και στο ανάλογο αποτέλεσμα.

Οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας ανέφεραν στο ίδιο ποσοστό ως τέτοιες παιδαγωγικές μεθόδους την εξατομικευμένη διδασκαλία, την ανάθεση ευθυνών στα παιδιά, την αδιαφορία σε αταξίες που κάνει το παιδί και την ομαδική εργασία. Τις ίδιες μεθόδους ανέφεραν και οι περισσότερες νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών, εκείνες που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση και εκείνες που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών. Η εξατομικευμένη διδασκαλία προτείνεται από ορισμένους μελετητές ως κατάλληλη μέθοδος για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο (Andrews, 1999 Hudson, 1997 Barkley, & Pfiffner, 1995b, pp.216-217). Ωστόσο, η εξατομικευμένη διδασκαλία ταιριάζει καλύτερα στις διδακτικές μεθόδους παρά στις παιδαγωγικές. Η ανάθεση ευθυνών στα παιδιά (Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.216) και η αδιαφορία σε αταξίες που κάνουν (Hudson, 1997 Wicks-Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Pfiffner, & Barkley, 1990, pp.503-504) αποτελούν ενδεικτικές παιδαγωγικές μεθόδους εκπαίδευσης στο νηπιαγωγείο σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Με τις μεθόδους αυτές τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν χάνουν εύκολα το ενδιαφέρον τους και κρατούν πιο εύκολα επικεντρωμένη την προσοχή τους στο ζητούμενο ερέθισμα. Ωστόσο, όπου κρίνεται απαραίτητο, πρέπει να επιβάλλονται σύντομες και διακριτικές επιπλήξεις από τη νηπιαγωγό προς το παιδί, προκειμένου να κατασταλεί η αρνητική μορφή συμπεριφοράς του (Wicks-Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Yitzchak, 1996, p.193 Pfiffner, & Barkley, 1990, p.504). Επιπλέον, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ομαδική εργασία (Καραδήμας, 2001, σελ.111 Hudson, 1997) που προτείνεται από τις νηπιαγωγούς, αποτελεί περισσότερο διδακτική παρά παιδαγωγική μέθοδο.

Επιπλέον, οι περισσότερες νηπιαγωγοί, από εκείνες που απάντησαν στην ίδια ερώτηση, ανεξάρτητα από το επίπεδο σπουδών τους, δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν παιδαγωγικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Σημαντική διαφορά είχαν οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών και εκείνες που είχαν τελειώσει πρόγραμμα εξομίσωσης, η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων δήλωσε ότι δεν γνώριζε τέτοιες μεθόδους.

Ακόμα και οι περισσότερες νηπιαγωγοί, που δήλωσαν ότι είχαν στην τάξη τους παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ., υποστήριξαν ότι δεν γνώριζαν παιδαγωγικές

μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ ελάχιστες ήταν εκείνες που ανέφεραν ορισμένες παιδαγωγικές μεθόδους. Επομένως, η παρούσα έρευνα αποδεικνύει ένα σημαντικό κενό γνώσεων των νηπιαγωγών όσον αφορά τις παιδαγωγικές μεθόδους για την αντιμετώπιση στο νηπιαγωγείο παιδιών προσχολικής ηλικίας με τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Από τα παραπάνω συμπεράσματα φάνηκε ότι οι νηπιαγωγοί δεν γνώριζαν πώς έπρεπε να ενεργήσουν μέσα στην τάξη απέναντι σε ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ., επειδή δεν γνώριζαν ανάλογες παιδαγωγικές μεθόδους. Η ελλιπής θεωρητική και πρακτική κατάρτιση των νηπιαγωγών, οι οποίες είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών και πρόγραμμα εξομοίωσης είναι εμφανής. Επιπλέον, όπως διαπιστώνεται από τα σχετικά ευρήματα, η εμπειρία των νηπιαγωγών δεν φαίνεται να είναι παράγοντας που επηρεάζει τις γνώσεις τους για την παιδαγωγική αντιμετώπιση των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται να συμφωνούν με τα αποτελέσματα άλλης σχετικής έρευνας (Sciutto et al., 2000) που έδειξε ότι οι δάσκαλοι γνώριζαν περισσότερα στοιχεία για τα συμπτώματα της Δ.Ε.Π./ Υ. σε σχέση με τις γνώσεις τους για την αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ. στο σχολικό πλαίσιο. Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι ο παράγοντας εμπειρία δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη γνώση και την εφαρμογή παιδαγωγικών μεθόδων.

### **5.1.3. Γνώσεις των νηπιαγωγών για την εφαρμογή διδακτικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.**

Στην προσχολική αγωγή, οι διδακτικές μέθοδοι αναφέρονται στις διαδικασίες που χρησιμοποιεί ο παιδαγωγός για να προσαρμόσει το πρόγραμμα στα παιδιά και όχι το αντίστροφο (Κιτσαράς, 2001, σελ.31).

Όσον αφορά τις γνώσεις διδακτικών μεθόδων για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., οι περισσότερες νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση της παρούσας έρευνας δήλωσαν ότι γνώριζαν τέτοιες διδακτικές μεθόδους. Αντίθετα, οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας, που απάντησαν στην ίδια ερώτηση, ισχυρίστηκαν ότι δεν γνώριζαν ανάλογες διδακτικές μεθόδους. Η διαπίστωση αυτή ακούγεται αρχικά αντιφατική, καθώς οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας έπρεπε λογικά να γνωρίζουν μεθόδους για την

εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., λόγω εμπειρίας στην διδακτική πρακτική. Ωστόσο, το θέμα της Δ.Ε.Π./ Υ. είναι σχετικά καινούριο στα ελληνικά ερευνητικά και παιδαγωγικά δεδομένα (Κάκουρος, & Μανιαδάκη, 2000α, σελ.11) και είναι πιθανό οι παλαιότερες νηπιαγωγοί μην έχουν διδαχθεί, διαβάσει ή ακούσει πληροφορίες σχετικά με τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Συγκεκριμένα, οι περισσότερες νηπιαγωγοί ανέφεραν ως διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., την εξατομικευμένη εργασία, την ανάληψη πρωτοβουλίας από το παιδί, τον εντοπισμό του ενδιαφέροντος του παιδιού, την επικρότηση των προσπαθειών του καθώς και την παροχή ερεθισμάτων. Μολονότι η ανάληψη πρωτοβουλίας από το παιδί και η επικρότηση των προσπαθειών του δεν αποτελούν σαφείς διδακτικές μεθόδους, οι υπόλοιπες διδακτικές μέθοδοι που αναφέρθηκαν από τις νηπιαγωγούς είναι μερικές από τις προτεινόμενες μεθόδους που αναφέρονται και παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Hudson, 1997 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217 Pfiffner, & Barkley, 1990, pp.503-504). Τα ευρήματα αυτά έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί, μολονότι γνώριζαν ορισμένες διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ωστόσο είχαν αρκετά κενά στο συγκεκριμένο θέμα.

Οι περισσότερες νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας, μεταξύ των οποίων υπήρχαν πολλές που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών ή πρόγραμμα εξομοίωσης ή πρόγραμμα μετεκπαίδευσης, εμφανίστηκαν να έχουν ελλιπείς γνώσεις για τις διδακτικές μεθόδους που ακολουθούνται για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., καθώς δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν τέτοιες διδακτικές μεθόδους. Οι περισσότερες νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών δήλωσαν ότι γνώριζαν διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στην τάξη. Η διαπίστωση αυτή δηλώνει την επιτακτική ανάγκη που έχουν οι νηπιαγωγοί για περαιτέρω επιμόρφωση σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ. Η συστηματική μελέτη της συγκεκριμένης διαταραχής, ιδιαίτερα στον ελληνικό χώρο, είναι σχετικά πρόσφατη και για το λόγο αυτό, ίσως οι πιο έμπειρες νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών ή εξομοίωση ή μετεκπαίδευση δεν είχαν ακούσει ή διαβάσει επαρκή στοιχεία για το συγκεκριμένο θέμα.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι νηπιαγωγοί, ιδιαίτερα εκείνες με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας, έχουν

ελλιπείς γνώσεις σχετικά με τις διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./Υ.

Η πλειονότητα των νηπιαγωγών, που είχαν δηλώσει ότι κατά το παρελθόν είχαν στην τάξη τους παιδί με Δ.Ε.Π./Υ., δήλωσε ότι γνώριζε διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./Υ. Συγκεκριμένα, αυτές οι νηπιαγωγοί ανέφεραν ως τέτοιες διδακτικές μεθόδους τις κινητικές δραστηριότητες, τις γραφικές ασκήσεις μικρής χρονικής διάρκειας και την εναλλαγή δραστηριοτήτων. Η αξιοποίηση της έντονης κινητικότητας ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./Υ., οι ασκήσεις μικρής χρονικής διάρκειας, ώστε να διατηρείται η προσοχή του παιδιού για περισσότερο χρονικό διάστημα και η εναλλαγή δραστηριοτήτων αποτελούν ενδεικτικές μεθόδους για την εκπαίδευσή του (Καραδήμας, 2001, σελ.111 Andrews, 1999 Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p.193 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217 Selikowitz, 1995, p.119).

Επιπλέον, οι ίδιες νηπιαγωγοί ανέφεραν, σε αρκετά μεγάλο ποσοστό, ως διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με τη συγκεκριμένη διαταραχή, την εξατομικευμένη εργασία, την ανάληψη πρωτοβουλίας του παιδιού, τον εντοπισμό του ενδιαφέροντος και την επικρότηση των προσπαθειών του, την παροχή ερεθισμάτων, τις ομαδικές δραστηριότητες, την προσοχή της νηπιαγωγού στους ρυθμούς εργασίας, την επιμονή στις προσπάθειες. Οι προαναφερθείσες μέθοδοι, εκτός από την ανάληψη πρωτοβουλίας από το ίδιο το παιδί και την επικρότηση των προσπαθειών του, αποτελούν ορισμένες από τις προτεινόμενες σαφείς διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./Υ. (Andrews, 1999 Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p.193 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217). Οι ομαδικές δραστηριότητες και ιδιαίτερα ο συνδυασμός ατομικών και ομαδικών δραστηριοτήτων (Hudson, 1997 Yitzchak, 1996, p.193), είναι η ιδανικότερη επιλογή, προκειμένου να αυξηθεί το επίπεδο αυτοεκτίμησης ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./Υ., καθώς έτσι μαθαίνει να έχει αυτοέλεγχο και αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς του. Ο ρυθμός εργασίας ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./Υ. διαφέρει σαφώς από το ρυθμό των υπόλοιπων παιδιών και για το λόγο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από τη νηπιαγωγό. Η νηπιαγωγός δεν πρέπει να χάνει την υπομονή και την επιμονή της στα πρώτα στάδια της ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./Υ., καθώς

χρειάζεται χρόνος ώστε να υπάρξουν προφανή αποτελέσματα (Καραδήμας, 2001, σελ.106). Η προσοχή στους ρυθμούς εργασίας του παιδιού και η επιμονή από την πλευρά της νηπιαγωγού, μολονότι δεν αποτελούν σαφείς διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ωστόσο κρίνονται απαραίτητες προκειμένου να είναι αποτελεσματικό το διδακτικό της έργο.

Μεταξύ των διδακτικών μεθόδων, που ανέφεραν οι περισσότερες νηπιαγωγοί της παρούσας έρευνας, για την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. ήταν οι μικρής χρονικής διάρκειας ασκήσεις, η εναλλαγή δραστηριοτήτων και η αξιοποίηση των ενδιαφερόντων των παιδιών αυτών, ώστε να διατηρείται όσο το δυνατό περισσότερο αμείωτη η προσοχή τους. Τις ίδιες διδακτικές μεθόδους, εκτός από την αξιοποίηση των ενδιαφερόντων των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ανέφεραν και οι νηπιαγωγοί που είχαν στο νηπιαγωγείο προηγούμενη εμπειρία σε παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Αυτές οι διδακτικές μέθοδοι συμφωνούν με τη στρατηγική του περιορισμού στο ελάχιστο των ερεθισμάτων που αποσπούν την προσοχή ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ., η οποία αναφέρθηκε στην έρευνα των Peterson και Maddux (1988) από δασκάλους. Όμως, οι νηπιαγωγοί της παρούσας έρευνας δεν ανέφεραν ως διδακτικές μεθόδους την παροχή σαφών προσδοκιών και κανόνων προς τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. και τη χρήση διαλειμμάτων. Ενδεχομένως, οι Ελληνίδες νηπιαγωγοί που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα να είχαν λιγότερες γνώσεις ως προς τις διδακτικές μεθόδους εκπαίδευσης παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σε σχέση με τους δασκάλους που έλαβαν μέρος στην έρευνα των Peterson και Maddux (1988).

Όσον αφορά τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ., όπως αυτές παρουσιάστηκαν στην παρούσα έρευνα φαίνεται να συμφωνούν σε αρκετά σημεία με την έρευνα του Whitworth και των συνεργατιδών του (1997). Η αντίληψή τους για τη χρήση της θετικής ενίσχυσης, τη συχνή παρακολούθηση, το υψηλό επίπεδο δομής (increased structure) και την τροποποίηση των εργασιών που ανατίθενται (modified assignments) στα παιδιά με Δ.Ε.Π. /Υ. υποστηρίχθηκαν από τους εκπαιδευτικούς και στις δύο έρευνες.

Μία σημαντική διαφορά στην έρευνα του Whitworth et al. (1997) και την παρούσα έρευνα ήταν ότι στην έρευνα του Whitworth και των συνεργατιδών



του (1997) οι εκπαιδευτικοί υποστήριξαν ότι το πιο αποτελεσματικό μέσο για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η μείωση των ερεθισμάτων που αποπροσανατολίζουν την προσοχή τους. Στην παρούσα έρευνα δεν διατυπώθηκε ξεκάθαρα κάτι τέτοιο από τις νηπιαγωγούς. Έμμεσα, όμως, ανέφεραν ότι με τις μικρής χρονικής διάρκειας δραστηριότητες και την εναλλαγή δραστηριοτήτων μπορεί να επιτευχθεί η διατήρηση της προσοχής αυτών των παιδιών στο επιδιωκόμενο ερέθισμα. Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί ότι στην έρευνα του Whitworth et al. (1997) μελετήθηκαν οι αντιλήψεις των δασκάλων από αγροτικές περιοχές του Tennessee των Η.Π.Α. για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., ενώ στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών από αστικές περιοχές της Ελλάδας για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.

#### **5.1.4. Γνώσεις των νηπιαγωγών για τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ.**

Ένα άλλο σημαντικό κομμάτι πληροφοριών που ανακάλυψε η παρούσα έρευνα αφορά τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Συγκεκριμένα, οι περισσότερες νηπιαγωγοί, ανεξάρτητα από τα έτη υπηρεσίας τους, δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο.

Από τις νηπιαγωγούς που δήλωσαν ότι γνώριζαν μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς, ανεξάρτητα από τα έτη υπηρεσίας τους, ανέφεραν ως τέτοιες μεθόδους την παρατήρηση των παιδιών και την ανάθεση σε αυτά ευθυνών και δραστηριοτήτων. Οι μέθοδοι αυτές, μολονότι είναι απαραίτητες στο νηπιαγωγείο, δεν αρκούν για τον έλεγχο της συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Η παρατήρηση του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. κατά τη διάρκεια του ημερήσιου προγράμματος στο νηπιαγωγείο είναι άκρως απαραίτητη, ώστε να παρακολουθείται η πορεία των προσπαθειών που καταβάλλει και των δραστηριοτήτων, με τις οποίες ασχολείται. Από την άλλη πλευρά, η λεκτική παρατήρηση από τη νηπιαγωγό προς ένα νήπιο με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν αρκεί, ως μέθοδος ελέγχου συμπεριφοράς ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία (Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.217 Pfiffner, &

Barkley, 1990, p.503) ο εκπαιδευτικός οφείλει να το ενισχύει χωρίς καθυστέρηση μετά από μία επίπληξη. Η ανάθεση ευθυνών και δραστηριοτήτων, οι οποίες να είναι ανάλογες με το επίπεδο ικανοτήτων του παιδιού, κρίνονται εξίσου απαραίτητες προκειμένου να περιορίζεται η παρορμητικότητά του και να αξιοποιείται κατάλληλα η ενέργειά του. Την ίδια λειτουργία επιτελούν η κατάλληλη αξιοποίηση του ενδιαφέροντος του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. από τη νηπιαγωγό, η συνεχής παροχή ερεθισμάτων και ιδιαίτερα η επιβράβευση και η ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. (Hudson, 1997 Hinshaw, 1994, p.118).

Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό αναφέρθηκαν ως μέθοδοι ελέγχου συμπεριφοράς η αξιοποίηση του ενδιαφέροντος του παιδιού προσχολικής ηλικίας, η συνεχής παροχή ερεθισμάτων, η επιβράβευση των προσπαθειών του και η ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς του. Οι μέθοδοι που προαναφέρθηκαν αποτελούν ενδεικτικές μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Hudson, 1997 Wicks- Nelson, & Israel, 1997, pp.232-233 Pffifner, & Barkley, 1990, pp.503-504).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, τόσο οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας όσο και εκείνες με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας φαίνεται να μην είναι επαρκώς και σωστά ενημερωμένες σχετικά με τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ.

Η έλλειψη γνώσεων των νηπιαγωγών για τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο φαίνεται και από την πλειονότητα των νηπιαγωγών, οι οποίες ανεξάρτητα από το επίπεδο σπουδών τους, δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν τέτοιες μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς. Η διαπίστωση αυτή ενισχύει ακόμα περισσότερο την άποψη ότι υπάρχει ένα σημαντικό κενό στην εκπαίδευση των νηπιαγωγών, όσον αφορά τη Δ.Ε.Π./ Υ., το οποίο πρέπει να καλυφθεί.

Οι νηπιαγωγοί που είχαν δηλώσει ότι είχαν κατά το παρελθόν στην τάξη τους παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. δήλωσαν στην πλειονότητά τους ότι γνώριζαν μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των νηπιαγωγών ανέφερε ως μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς, για την εκπαίδευση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο, την παρακολούθηση και την ανάθεση ευθυνών και

δραστηριοτήτων. Η παρακολούθηση είναι απαραίτητη μέθοδος κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων στο νηπιαγωγείο, αλλά αναφέρεται αόριστα. Η παρακολούθηση του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. κατά τη διάρκεια του ημερήσιου προγράμματος στο νηπιαγωγείο είναι άκρως απαραίτητη, ώστε να παρακολουθείται και να αξιολογείται η πορεία των προσπαθειών που καταβάλλει και των δραστηριοτήτων, με τις οποίες ασχολείται. Από την άλλη πλευρά, η λεκτική παρατήρηση από τη νηπιαγωγό προς ένα νήπιο με Δ.Ε.Π./ Υ. δεν αρκεί ως μέθοδος ελέγχου συμπεριφοράς ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Η απασχόληση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. με κατάλληλες δραστηριότητες και ανάθεση ευθυνών μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο της συμπεριφοράς του (Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.216). Επιπλέον, αναφέρθηκαν από τις νηπιαγωγούς ως μέθοδοι ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας με τη συγκεκριμένη διαταραχή, η αξιοποίηση των ενδιαφερόντων του, η συνεχής παροχή ερεθισμάτων, η επιβράβευση και η θετική ενίσχυση. Οι μέθοδοι αυτές βοηθούν σημαντικά στον έλεγχο της συμπεριφοράς ενός τέτοιου παιδιού με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία (Hudson, 1997 Wicks- Nelson & Israel, 1997, pp.232-233 Pfiffner, & Barkley, 1990, pp.503-504). Από τα παραπάνω φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί με προηγούμενη εμπειρία στα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. γνώριζαν ορισμένες κατάλληλες μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς, αλλά οι γνώσεις τους ήταν ελλιπείς.

Η παιδαγωγική τροποποίηση της συμπεριφοράς αποτελεί τον ευρύτερο χώρο όπου χρησιμοποιείται η τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο (Καλαντζή- Αζίζι, 1999, σελ.255-264). Η διάδοση των μεθόδων αυτών στους κύκλους των εκπαιδευτικών, εκτός από την ευχρηστία και την άμεση αποτελεσματικότητά τους, οφείλεται και στην οικειότητα των αρχών τους. Η επιβράβευση του παιδιού όταν πετυχαίνει τον επιδιωκόμενο στόχο ή η εσκεμμένη στέρηση προνομίων όταν εμφανίζεται ανεπιθύμητη αντίδραση αποτελούν ίσως τα πιο παλιά μέσα διαπαιδαγώγησης. Το παιδί ενθαρρύνεται από τον εκπαιδευτικό να παρατηρήσει τη συμπεριφορά του και τις συνέπειές της, να αυτοαξιολογηθεί και γενικά να αυτενεργήσει. Ωστόσο, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας οι νηπιαγωγοί εμφανίζονται να μην γνωρίζουν συμπεριφορικές τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στην τάξη. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να

συμφωνούν με σχετική εν εξελίξει έρευνα (Ματσόπουλος, 2003), της οποίας τα πρώτα αποτελέσματα δείχνουν ότι τόσο οι δάσκαλοι όσο και οι νηπιαγωγοί έχουν περιορισμένες γνώσεις για τις μεθόδους τροποποίησης συμπεριφοράς.

Αναφορικά με τις μορφές παρεμβάσεων για τον έλεγχο της διασπαστικής συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. οι νηπιαγωγοί της παρούσας έρευνας ανέφεραν ως τέτοιες μορφές παρέμβασης την παρακολούθηση των παιδιών, την ανάθεση σε αυτά ευθυνών και δραστηριοτήτων, την εκμετάλλευση του ενδιαφέροντός τους, τη συνεχή παροχή ερεθισμάτων, την επιβράβευση των προσπαθειών τους, την ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς τους, την άμβλυνση του πείσματός τους, τη σταθερότητα της ψυχικής τους κατάστασης και την αποβολή της χαμηλής αυτοεκτίμησής τους. Από τις μεθόδους που ανέφεραν οι νηπιαγωγοί στην παρούσα έρευνα για τον έλεγχο της συμπεριφοράς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., η επιβράβευση των προσπαθειών τους και η ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς τους αναφέρονται σε σχετική έρευνα των McGoey, & DuPaul (2000). Συγκεκριμένα, στην έρευνα αυτή (McGoey, & DuPaul, 2000) βρέθηκε ότι η μέθοδος των ανταλλάξιμων αμοιβών (token reinforcement) και η ανταπόκριση των παιδιών μετά από την απώλεια κάποιων προνομίων (response cost) ήταν αποτελεσματικές. Οι νηπιαγωγοί των παιδιών εκτίμησαν τις δύο μορφές παρέμβασης για τη μείωση της διασπαστικής συμπεριφοράς των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. ως πολύ αποδεκτές, δείχνοντας ιδιαίτερη προτίμηση στην ανταπόκριση των παιδιών μετά από την απώλεια ορισμένων προνομίων (response cost) για την καλύτερη δυνατή παρέμβαση στο πλαίσιο της τάξης.

#### **5.1.5. Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την επιμόρφωσή τους σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ.**

Όσον αφορά τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών όσον αφορά την επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ., οι περισσότερες νηπιαγωγοί, ανεξάρτητα από τα έτη υπηρεσίας τους τη θεώρησαν αναγκαία για την καλύτερη αντιμετώπιση περιστατικών παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή στην τάξη.

Ιδιαίτερα έντονη ήταν η αντίληψη των περισσότερων νηπιαγωγών που είχαν τελειώσει, είτε πρόγραμμα εξομοίωσης είτε πρόγραμμα μετεκπαίδευσης

σχετικά με την ανάγκη επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Αντίστοιχη ήταν και η αντίληψη των περισσότερων νηπιαγωγών που είχαν δηλώσει ότι κατά το παρελθόν είχαν στην τάξη τους παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Επομένως, το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι χρειάζεται καλύτερη ενημέρωση για όλους όσους εμπλέκονται στην εκπαιδευτική διαδικασία σχετικά με τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. αλλά και τους τρόπους αντιμετώπισής της μέσα στην αίθουσα του νηπιαγωγείου.

Η αντίληψη των νηπιαγωγών της παρούσας έρευνας συμφωνεί με την αντίληψη των εκπαιδευτικών που έλαβαν μέρος σε σχετική έρευνα του Whitworth και των συνεργατών του (1997). Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί συμφώνησαν για την ανάγκη επιμόρφωσής τους για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. και τους τρόπους αποτελεσματικής εκπαίδευσής τους στο σχολικό πλαίσιο (Whitworth et al., 1997).

Στην έρευνα του Reid et al. (1994) επισημαίνεται ότι από τα πιο σημαντικά εμπόδια στην εκπαίδευση των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. είναι η ελλιπής πρακτική άσκηση των νηπιαγωγών σε τέτοια παιδιά, ιδιαίτερα εκείνων με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας. Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα επισημαίνεται από τις περισσότερες νηπιαγωγούς, ανεξάρτητα από τα έτη υπηρεσίας τους, ότι η επιμόρφωσή τους για τη Δ.Ε.Π./ Υ. είναι αναγκαία. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και της έρευνας του Reid et al. (1994) φαίνεται να συμφωνούν ως προς την ανάγκη ουσιαστικής επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει και την εξάσκησή τους σε ανάλογα περιστατικά.

#### **5.1.6. Στάσεις/ αντιλήψεις των νηπιαγωγών για το επίπεδο λειτουργίας και προσαρμογής ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο**

Όσον αφορά τις απόψεις των νηπιαγωγών για το επίπεδο λειτουργίας και προσαρμογής σε μια αίθουσα νηπιαγωγείου ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. φαίνεται να συμφωνούν, ανεξάρτητα από την εμπειρία τους, ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει και να ενσωματωθεί σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό σε μια τάξη νηπιαγωγείου. Οι περισσότερες νηπιαγωγοί επισημαίνουν ότι στο νηπιαγωγείο, ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. θα έχει την κατάλληλη υποστήριξη. Οι νηπιαγωγοί με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας επισήμαναν ακόμη ότι η ένταξη του παιδιού στο πλαίσιο της κανονικής εκπαίδευσης στο

νηπιαγωγείο θα έχει σε αυτό θετική επίδραση. Οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας υπογράμμισαν ότι η παρουσία ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο, απαιτεί τη συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών. Η αντίληψη αυτή συμφωνεί με την άποψη αρκετών ψυχολόγων (Καραδήμας, 2001, σελ.113· Hudson, 1997), οι οποίοι κρίνουν απαραίτητη αυτή τη συνεργασία.

Παράλληλα, οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει σχολή νηπιαγωγών, εκείνοι που είχαν τελειώσει μετεκπαίδευση και εκείνοι που είχαν τελειώσει τετραετές πανεπιστημιακό πρόγραμμα σπουδών δήλωσαν στην πλειονότητά τους ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό επίπεδο σε μια τάξη νηπιαγωγείου. Αντίθετα, οι νηπιαγωγοί που είχαν τελειώσει εξομοίωση δήλωσαν στην πλειονότητά τους ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε μέτριο βαθμό σε μια τάξη νηπιαγωγείου.

Η πλειονότητα των νηπιαγωγών που είχαν δηλώσει ότι είχαν κατά το παρελθόν παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο, ισχυρίστηκε ότι ένα τέτοιο παιδί μπορεί να λειτουργήσει από μέτριο έως πολύ ικανοποιητικό βαθμό στο νηπιαγωγείο. Από τις νηπιαγωγούς που υποστήριξαν ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε μέτριο βαθμό σε νηπιαγωγείο, οι περισσότερες αιτιολόγησαν την απάντησή τους επισημαίνοντας ότι εξαρτάται από το βαθμό του προβλήματος που αντιμετωπίζει το παιδί. Από τις νηπιαγωγούς που υποστήριξαν ότι ένα παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορεί να λειτουργήσει σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό στο νηπιαγωγείο, οι περισσότερες επισήμαναν ότι χρειάζεται η συνεργασία ειδικών, γονέων και παιδαγωγών, αντίληψη με την οποία συμφωνούν αρκετοί ερευνητές (Καραδήμας, 2001, σελ.113· Hudson, 1997).

Όπως προκύπτει εύλογα από τα παραπάνω, οι νηπιαγωγοί, ανεξάρτητα από τη διδακτική τους εμπειρία, το επίπεδο των σπουδών τους και την προηγούμενη εμπειρία τους σε παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., δήλωσαν ότι παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. μπορούν να λειτουργήσουν σε τάξη νηπιαγωγείου σε πολύ ικανοποιητικό επίπεδο με τις κατάλληλες παιδαγωγικές μεθόδους και στρατηγικές. Η άποψη αυτή συγκλίνει με την γενικότερη άποψη των ερευνητών για την ένταξη των παιδιών με διαταραχές, όπως είναι και τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., σε σχολεία (Krantz, 1998, σελ.71-87 Saleh, 1998, σελ.55-70) και νηπιαγωγεία (Τάφα, 1998, σελ.88-129) υπό τις ανάλογες

προϋποθέσεις. Η ειδική εκπαίδευση δεν πρέπει να προσφέρεται πλέον αποκλειστικά σε σχολεία ειδικής εκπαίδευσης, αλλά ακόμα και έξω από αυτά, σε κανονικά σχολεία και στο σπίτι (Lamoral, 1999, σελ.97-111). Ωστόσο, φαίνεται ότι υπάρχει ένα κενό στην ελληνική εκπαίδευση (Γενά, 1998, σελ. 231-245) και ιδιαίτερα στα νηπιαγωγεία, σχετικά με τη σπουδαιότητα της ένταξης σε τάξεις παιδιών που έχουν διαγνωσθεί με κάποια διαταραχή και εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς (Τάφα, 1998, σελ.88-129).

Στη χώρα μας, κατά το σχολικό έτος 1999-2000 λειτουργούσαν σε πιλοτική βάση, και με στήριξη από εξειδικευμένους δημόσιους εκπαιδευτικούς, προγράμματα συνεκπαίδευσης μαθητών με/ και χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μέσα στις συνηθισμένες τάξεις 32 κοινών δημοτικών σχολείων, καθώς και προγράμματα παροχής ειδικής εκπαίδευσης στο σπίτι σε 5 μαθητές, οι οποίοι αδυνατούσαν να φοιτήσουν στο σχολείο, λόγω σοβαρότατων προβλημάτων υγείας (Λιοδάκης, 2000, σελ.171-177). Στο πλαίσιο της νέας εκσυγχρονιστικής πολιτικής του ΥΠ.Ε.Π.Θ. για την εκπαίδευση των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ψηφίστηκε από τη Βουλή των Ελλήνων το 2000 ο νέος Ν. 2817/2000 με θέμα: «Εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις». Μεταξύ των καινοτομικών αρχών του νέου νόμου για την ειδική αγωγή είναι η παροχή ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών σε όλα ανεξαιρέτως τα παιδιά, με/ και χωρίς ειδικές ανάγκες (Λιοδάκης, 2000, σελ.171-177). Επιπλέον, κυριάρχησε η σύγχρονη αντίληψη περί ενσωμάτωσης ή κοινής διαβίωσης μεταξύ των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των συνανθρώπων τους. Ειδικότερα, η ενσωμάτωση αποτελεί κορυφαίο στόχο της σύγχρονης Ειδικής Παιδαγωγικής και οι αρχές της διαποτίζουν τη φιλοσοφία του νέου αυτού νομοσχεδίου.

Ορισμένα από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τις αντιλήψεις των δασκάλων που έλαβαν μέρος στην έρευνα του Reid et al. (1994). Η ανάγκη για εκπαίδευση των παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., μαζί με τα άλλα παιδιά σε κανονική τάξη, επισημαίνεται και στις δύο έρευνες. Επιπλέον, υποστηρίζεται η συνεργασία και η συμβουλευτική μεταξύ των ειδικών εκπαιδευτικών και των κανονικών εκπαιδευτικών, καθώς και η φοίτηση ενός παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. σε κανονικό σχολείο ανάλογα με το βαθμό του προβλήματος που αντιμετωπίζει. Ο χρόνος για παροχή εξειδικευμένων παρεμβάσεων προς τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. και το μέγεθος της τάξης

αποτελέσαν ορισμένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για την εκπαίδευση τέτοιων παιδιών στην έρευνα του Reid et al. (1994), ενώ στην παρούσα έρευνα δεν αναφέρθηκε κάτι τέτοιο από τις νηπιαγωγούς.

Στη σχετική έρευνα του Whitworth et al. (1997), οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί συμφώνησαν ότι οι μαθητές με Δ.Ε.Π./ Υ. πρέπει να παραμείνουν στις κανονικές τάξεις. Ωστόσο, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (39%) των δασκάλων που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα υποστήριξε ότι θα ήταν ωφέλιμο τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. να παρακολουθούν κάποιες ώρες της ημέρας σε ειδική τάξη. Στην παρούσα έρευνα αρκετές νηπιαγωγοί έκριναν απαραίτητη τη συνεργασία μεταξύ παιδαγωγών, ειδικών και γονέων.

Όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι περισσότερες νηπιαγωγοί εμφανίζονται να έχουν ελλειπίες γνώσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. και να αγνοούν αποτελεσματικές παιδαγωγικές και διδακτικές μεθόδους αλλά και μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την εκπαίδευση ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Ταυτόχρονα, οι νηπιαγωγοί θεωρούν αναγκαία την επιμόρφωσή τους για τα χαρακτηριστικά, για τις παιδαγωγικές και διδακτικές μεθόδους, καθώς και για την αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς που προκαλεί η Δ.Ε.Π./ Υ. στα παιδιά.

Ο εκπαιδευτικός, που είναι κατάλληλα καταρτισμένος, οφείλει να αντιμετωπίζει και παιδιά που παρουσιάζουν αποκλίσεις στην εξέλιξή τους (Καλαντζή- Αζίζι, 1998). Οι νηπιαγωγοί που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη τηρούν θετική στάση απέναντι στην ένταξη των παιδιών αυτών σε κανονικό νηπιαγωγείο. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί (Barkley, & Pfiffner, 1995b, p.213) ότι αρκετοί εκπαιδευτικοί έχουν λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διάφορων μεθόδων θεραπευτικής αντιμετώπισης στο σχολείο. Σχετική έρευνα (Sciutto et al., 2000) έχει δείξει ότι οι λανθασμένες αντιλήψεις των εκπαιδευτικών είναι δύσκολο να αλλάξουν, ενώ είναι ευκολότερο να εμπλουτιστούν οι ελλειπίες τους γνώσεις για τη Δ.Ε.Π./ Υ. Το αρχικό βήμα για μια αποτελεσματική εκπαιδευτική παρέμβαση είναι η ενημέρωση και η πρακτική εξάσκηση των παιδαγωγών, οι οποίοι διδάσκουν στις πρώτες βαθμίδες της εκπαίδευσης, σχετικά με τη διαταραχή.



Στη συνέχεια αναφέρονται αναλυτικά ορισμένες προτάσεις για τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν στην εκπαίδευση, όσον αφορά την αντιμετώπιση παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ.

## **5.2. Συμπεράσματα και προτάσεις**

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας παρέχουν σημαντικά στοιχεία, τα οποία πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη από τα πανεπιστημιακά ιδρύματα ανά την επικράτεια και από όλους όσους εμπλέκονται στην εκπαίδευση και την επιμόρφωση των νηπιαγωγών.

Αναλυτικότερα, η ανάγκη επιμόρφωσης των νηπιαγωγών που ήδη υπηρετούν σε εκπαιδευτικά ιδρύματα είναι άμεση, καθώς αποτελούν, μαζί με τους γονείς, τους βασικούς μαθησιακούς συντελεστές στο πλαίσιο που ζει και μεγαλώνει το παιδί (Καλαντζή- Αζίζι, 1999, σελ.255-264). Όσοι εμπλέκονται στις διαδικασίες επιμόρφωσης (σχολικοί σύμβουλοι, σχολικοί ψυχολόγοι), οφείλουν να ενημερώνουν τους παιδαγωγούς των παιδιών προσχολικής ηλικίας για τη φύση, τα συμπτώματα και την αιτιολογία της Δ.Ε.Π./ Υ., καθώς και τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά στην τάξη τα παιδιά με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Άλλωστε, οι νηπιαγωγοί είναι οι πρώτοι εκπαιδευτικοί που έρχονται σε επαφή με παιδιά προσχολικής ηλικίας και μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στον έγκαιρο εντοπισμό παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., παραπέμποντάς τα σε ειδικούς για μια έγκυρη διάγνωση και πρώιμη παρέμβαση. Όπως έχει διαπιστωθεί από σχετικές έρευνες, τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. εκδηλώνονται από την προσχολική ηλικία (Miller et al., 1997 Sanson et al., 1993 McGee et al., 1991), ενώ ορισμένα από αυτά τα χαρακτηριστικά δεν υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου (Teegarden & Burns, 1999 Campbell et al., 1986 Campbell, 1985), αλλά παραμένουν σταθερά μέχρι και την πέμπτη δημοτικού (Teegarden & Burns, 1999).

Συγκεκριμένα, οι παιδαγωγοί της προσχολικής εκπαίδευσης πρέπει να ενημερωθούν για τον τρόπο, με τον οποίο θα οργανώνουν το χώρο της τάξης, θα ελέγχουν τη συμπεριφορά αυτών των παιδιών, θα οργανώνουν κατάλληλες δραστηριότητες, θα αξιολογούν και θα αναλύουν τις επιδόσεις και θα συνεργάζονται με τους γονείς. Αυτή την ενημέρωση μπορούν να την προσφέρουν άμεσα και πολύ αποτελεσματικά σχολικοί ψυχολόγοι κατάλληλα

εκπαιδευμένοι σχετικά με τη Δ.Ε.Π./ Υ. και με εμπειρία στην προσχολική αγωγή. Παράλληλα, θα ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματική η δυνατότητα συστηματικής εποπτείας στις πρακτικές ασκήσεις των νηπιαγωγών, ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./Υ. και παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς, ενόσω παρακολουθούν ακόμα την πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να εντοπιστούν από νωρίς τυχόν παραλείψεις ή παρανοήσεις των παιδαγωγών με σκοπό να επιτελεστεί πιο σωστά το έργο τους.

Ο παιδαγωγός των παιδιών προσχολικής ηλικίας πρέπει να κατανοήσει ότι η εκδήλωση Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας αποτελεί μια διαταραχή, η οποία με τις κατάλληλες παιδαγωγικές και διδακτικές μεθόδους και κυρίως με τις κατάλληλες μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς μπορεί να περιοριστεί σημαντικά. Να κατανοήσουν ότι ο ρόλος του παιδαγωγού είναι να βοηθήσει το παιδί προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. να περιορίσει τις αρνητικές μορφές συμπεριφοράς του και να συνεργαστεί με τα άλλα παιδιά αρμονικά, προκειμένου να επιτευχθούν οι προεπιλεγμένοι στόχοι. Επιπλέον, πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει ορισμένα εμφανή χαρακτηριστικά Δ.Ε.Π./ Υ. που μπορεί να εκδηλώσει ένα παιδί, ώστε η διαταραχή αυτή να εντοπιστεί και να διαγνωστεί έγκαιρα από τον σχολικό ψυχολόγο και να εφαρμοστεί η κατάλληλη παρέμβαση. Ο νηπιαγωγός οφείλει να το αντιμετωπίζει ως παιδί με πάρα πολλές δυνατότητες και όχι ως παιδί με περιορισμένες ικανότητες.

Το άγχος και η συχνή απογοήτευση του εκπαιδευτικού από την καθημερινή εκπαιδευτική πρακτική, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν στην τάξη παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., αποτελούν συχνά ανασταλτικούς παράγοντες για την επιτυχημένη πορεία του εκπαιδευτικού του έργου. Μια σωστά οργανωμένη σχολική ψυχολογική υπηρεσία, η οποία να πλαισιώνεται από σχολικούς ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, οικογενειακούς συμβούλους κ.ά. αποτελεί βασική προϋπόθεση για να υποστηρίξει έναν παιδαγωγό να εφαρμόσει ικανοποιητικά παιδαγωγικές και διδακτικές στρατηγικές καθώς και μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς. Η οργάνωση μιας τέτοιας υπηρεσίας θα βοηθήσει αποτελεσματικά τον εκπαιδευτικό στην καλύτερη και αποτελεσματικότερη διεκπεραίωση του έργου του, καθώς θα μπορεί να απευθύνεται στους ειδικούς όταν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα στην τάξη του (Καλαντζή- Αζίζι, 1999, σελ.262). Ιδιαίτερα ο σχολικός ψυχολόγος μπορεί

να δώσει στον εκπαιδευτικό καίριες συμβουλές, ώστε να προλάβει τη δημιουργία προβλημάτων, να εντοπίσει έγκαιρα και να παρέμβει αποτελεσματικά.

Παράλληλα, οι παιδαγωγοί της προσχολικής ηλικίας, αφού ενημερωθούν ουσιαστικά για την εκδήλωση Δ.Ε.Π./ Υ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και τους τρόπους αντιμετώπισής της, τότε θα είναι πλέον σε θέση να ενημερώσουν υπεύθυνα και τους γονείς για την κατάσταση του παιδιού τους. Επιπλέον, θα βοηθήσουν σημαντικά και το ίδιο το παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. καθώς θα είναι σε θέση, γονείς και παιδαγωγοί, να οργανώσουν από κοινού μια στρατηγική αντιμετώπισης των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο σπίτι και στο σχολείο. Κατ' επέκταση, με τη σωστή ενημέρωση του ψυχολόγου από τον παιδαγωγό για τη συμπεριφορά του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. στο σχολείο, ο ψυχολόγος μπορεί να διαμορφώσει μια πιο συγκροτημένη εικόνα για την κατάσταση του παιδιού με Δ.Ε.Π./ Υ. Έτσι, ο ψυχολόγος θα είναι σε θέση να οργανώσει την κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης της διαταραχής στο οικογενειακό, στο σχολικό και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Ο ρόλος του ψυχολόγου στην ενημέρωση και την ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση για τη Δ.Ε.Π./ Υ., στα προβλήματα συμπεριφοράς και γενικότερα στο πλαίσιο της ειδικής αγωγής είναι ιδιαίτερα σημαντικός (Παπαδόπουλος κ. ά., 2000, σελ.217-230). Ο ψυχολόγος και κυρίως ο σχολικός ψυχολόγος, αξιολογεί όλους τους μαθητές του ειδικού σχολείου ή των σχολείων, τα οποία επισκέπτεται, χρησιμοποιώντας διάφορα ψυχομετρικά μέσα και μεθόδους. Συνεργάζεται στενά με τους σχολικούς συμβούλους και το προσωπικό του σχολείου και καθορίζουν από κοινού τις ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των παιδιών, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητές τους. Επίσης, συνεργάζεται στενά με τους γονείς των παιδιών, τους οποίους συμβουλεύει για την αντιμετώπιση των παιδιών τους στο σπίτι (Παπαδόπουλος κ. ά., 2000, σελ.230).

Η παρουσία ψυχολόγου και ιδιαίτερα σχολικού ψυχολόγου από το νηπιαγωγείο είναι απαραίτητη, καθώς πολλά παιδιά εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και διαταραχές που δεν χρήζουν ειδικής αγωγής, αλλά κατάλληλης ψυχοπαιδαγωγικής αντιμετώπισης στο πλαίσιο της εκπαίδευσης. Ιδιαίτερα για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ., τα οποία παρουσιάζουν εμφανή

προβλήματα συμπεριφοράς από την προσχολική ακόμα ηλικία (Barkley, 1997b, p.76 Jacobvitz, & Sroufe, 1987 Campbell, 1985) η συμβουλή ενός ψυχολόγου προς το νηπιαγωγό και τους γονείς καθώς και ο καθορισμός κατάλληλης ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης μπορούν να περιορίσουν σε σημαντικό βαθμό τις αρνητικές μορφές συμπεριφοράς του παιδιού.

Το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, οι σύμβουλοι προσχολικής εκπαίδευσης και γενικότερα όλοι οι εμπλεκόμενοι στην επιμόρφωση των παιδαγωγών προσχολικής ηλικίας πρέπει να προετοιμάσουν και να στείλουν σε όλα τα νηπιαγωγεία της χώρας έντυπο υλικό, να οργανώσουν επιμορφωτικά σεμινάρια με σαφές ενημερωτικό υλικό και προβολή βιντεοταινιών για την αντιμετώπιση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στην τάξη. Επιπλέον, οι νηπιαγωγοί που έχουν ειδικευτεί στο θέμα και έχουν αντιμετωπίσει στην πράξη παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. θα ήταν ιδιαίτερα ωφέλιμο να ενημερώσουν τις νηπιαγωγούς για το θέμα και να μην περιοριστούν σε ολιγόωρες στείρες επιμορφώσεις θεωρητικού περιεχομένου.

Η ουσιαστική επιμόρφωση των εν ενεργεία νηπιαγωγών, σε συνδυασμό με την κατάλληλη εκπαίδευση των νηπιαγωγών που αποφοιτούν από τις παιδαγωγικές σχολές πανεπιστημιακού επιπέδου, για τις διαταραχές που εμφανίζονται στον παιδικό πληθυσμό και ειδικότερα για την εκπαίδευση παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ., αποτελούν τον καλύτερο συνδυασμό για την υποβοήθηση αυτών των παιδιών και των οικογενειών τους, ώστε να περιορίσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

### **5.3. Περιορισμοί της παρούσας έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Η παρούσα έρευνα στόχευε στη διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. Οι γνώσεις τους για τα κύρια χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ., τις παιδαγωγικές και διδακτικές μεθόδους καθώς και τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς μας παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για το αν οι νηπιαγωγοί είναι σε θέση να διακρίνουν ότι κάποιο παιδί αντιμετωπίζει πρόβλημα και πώς θα το βοηθήσουν στο σχολικό πλαίσιο. Από την άλλη πλευρά, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την επιμόρφωσή τους σχετικά με τη διαταραχή και την ένταξη παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στην κανονική εκπαίδευση

μας βοηθάει να αντιληφθούμε την ευρύτερη στάση τους απέναντι σε αυτά τα παιδιά.

Ωστόσο, η έρευνα αυτή έχει ορισμένους περιορισμούς. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν μπορούν να γενικευθούν σε παρόμοιο εκπαιδευτικό πλαίσιο με αυτό, μέσα στο οποίο συλλέχθηκαν τα δεδομένα, δηλαδή, σε κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο ανάλογο με εκείνο των αστικών περιοχών του Ρεθύμνου, των Χανίων και των περιοχών Αθήνας, Καισαριανής, Βύρωνα και Υμηττού. Επιπλέον, είναι σαφές ότι τα πορίσματα της παρούσας έρευνας αφορούν μόνο τις νηπιαγωγούς δημοσίων νηπιαγωγείων και θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στη γενίκευση των συμπερασμάτων της στους νηπιαγωγούς και τους δασκάλους ειδικής αγωγής και ιδιωτικών σχολείων όπου οι δυναμικές μπορεί να είναι διαφορετικές.

Ένας άλλος περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ίσως η επιθυμία των νηπιαγωγών, που έλαβαν μέρος στην έρευνα, να γίνουν κοινωνικά αποδεκτές (social desirability) από την ερευνήτρια. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αλλοιωθούν εύκολα, αν τα υποκείμενα του δείγματος της έρευνας προσπάθησαν να ικανοποιήσουν τον ερευνητή, δίνοντάς του κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις. Αυτή η διαδικασία μπορεί δυνητικά να αλλοιώσει τα γνήσια αποτελέσματα της έρευνας, αν και η εντύπωση της ερευνήτριας είναι ότι δεν λειτούργησε σε σημαντικό βαθμό γιατί οι νηπιαγωγοί εξέφρασαν μια γνήσια ανησυχία για το θέμα.

Με δεδομένο ότι, από τα πορίσματα της έρευνας, οι νηπιαγωγοί έχουν σημαντικές ελλείψεις και παρανοήσεις όσον αφορά τις γνώσεις τους για τα χαρακτηριστικά, τις παιδαγωγικές και διδακτικές μεθόδους καθώς και για τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ., προβάλλει επιτακτική η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος. Την άποψη αυτή ενισχύουν και οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την ανάγκη επιμόρφωσής τους σχετικά με το θέμα, καθώς και η θετική στάση τους απέναντι στην ένταξη παιδιών με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο.

Κατά συνέπεια, ο σχεδιασμός μιας έρευνας με δείγμα νηπιαγωγούς από όλη την Ελλάδα, από περιοχές αστικές, ημιαστικές και αγροτικές, από σχολεία δημόσια και ιδιωτικά, γενικής και ειδικής αγωγής, αλλά και επέκταση της

έρευνας στο χώρο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης θα οδηγούσε στην λεπτομερή σκιαγράφηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των Ελλήνων εκπαιδευτικών για τα παιδιά με Δ.Ε.Π./ Υ. Αυτή η έρευνα μπορεί να αποτελέσει το πρώτο βήμα μιας ευρύτερα σχεδιασμένης παρέμβασης για τη σωστή ενημέρωση των εκπαιδευτικών για τη Δ.Ε.Π./ Υ. και τους αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισής της στο σχολικό πλαίσιο. Μελλοντικές κατευθύνσεις της έρευνας σχετικά με την εκδήλωση της Δ.Ε.Π./ Υ. στην προσχολική ηλικία θα μπορούσαν να προσανατολιστούν και στη δυνατότητα επιτυχημένης εφαρμογής κατάλληλων διδακτικών και παιδαγωγικών μεθόδων, καθώς και μεθόδων ελέγχου συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π./ Υ. στο νηπιαγωγείο.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Barnes, B., & Colquhoun, I. (1997). *Το υπερκινητικό παιδί. Τα αίτια, τα προβλήματα & οδηγός αντιμετώπισης-θεραπείας* (2<sup>η</sup> εκδ.). (Θ. Νάντσου, μετ.). Αθήνα: Θυμάρι.

Γενά, Α. (1998). Βασικές αρχές για το ξεκίνημα της συνεκπαίδευσης στην Ελλάδα. Στην Ε. Τάφα (επιμ.). *Συνεκπαίδευση παιδιών με και χωρίς προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς* (σελ.231-245). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Γεώργας, Δ. (1995). *Κοινωνική Ψυχολογία*. (4<sup>η</sup> έκδ., τόμ. 1). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γεωργούσης, Π. Ν. (1981). *Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ο.Ε.Δ.Β.

Γεωργούσης, Π. Ν. (1986). Δυσχέρειες μάθησης. Ανάπτυπο από το περιοδικό *Νέα παιδεία*, 39, 25-52.

Γκοτζαμάνης, Κ. (μτφ.-επιμ.) (1996). *Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Εθνική στατιστική υπηρεσία της Ελλάδος, (1994). *Πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδος κατά την απογραφή της 17<sup>ης</sup> Μαρτίου 1991: κατά νομούς, επαρχίες, δήμους, κοινότητες και οικισμούς*. Αθήνα: Εθνική στατιστική υπηρεσία της Ελλάδος.

Εθνική στατιστική υπηρεσία της Ελλάδος, (1998). *Αποτελέσματα απογραφής πληθυσμού- κατοικιών της 17<sup>ης</sup> Μαρτίου 1991* (τόμ.ΙΙΙ, τεύχος Α΄). Αθήνα: Εθνική στατιστική υπηρεσία της Ελλάδος.

Eisert, G. H. (1992). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα και σχολική απόδοση. Το παιδί με Δ.Ε.Π./ Υ. σαν μαθητής που μειονεκτεί στην τάξη. Στην Α. Ρούσσου (επιμ.). *Πεπραγμένα συμποσίου. Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής: πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο* (σελ. 120-163). Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας.

Ζουρνατζής, Ε., Παπαηλιού, Χ., Καραμπά, Ρ., Κάκουρου, Ν. & Μπαδικιάν, Μ. (2002). Η κοινωνική λειτουργικότητα αγοριών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π./ Υ.). Στον Κ. Μ. Κόκκινο (επιμ.). *Επιθετικότητα. Πρακτικά 4<sup>ου</sup> ψυχολογικού συνεδρίου Κύπρου* (σελ.81-89). Λευκωσία: Styvory.



Herbert, M. (1996). *Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας: πλήρης οδηγός για όλους τους ενδιαφερομένους* (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, επιμ.) (τόμ. Β΄). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000α). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002). Το σύνδρομο της Διαταραχής της Ελαττωματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας. Η επίδρασή του στη σχολική επίδοση και στη συμπεριφορά των παιδιών. *Νέα παιδεία*, 101, 152-166.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (1997). Το σύνδρομο της υπερκινητικότητας και οι επιπτώσεις του στη συμπεριφορά και στη σχολική επίδοση. *Το σχολείο και το σπίτι*, 36, 423-429.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000β). Δυνατότητες ανίχνευσης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας στο νηπιαγωγείο και η αναγκαιότητα της συμβουλευτικής. *Επιθεώρηση συμβουλευτικής και προσανατολισμού*, 52-53, 103-117.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., & Καραμπά, Ο. (2002). Η επίδραση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (Δ.Ε.Π./ Υ.) στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Στον Κ. Μ. Κόκκινο (επιμ.). *Επιθετικότητα. Πρακτικά 4<sup>ου</sup> ψυχολογικού συνεδρίου Κύπρου* (σελ.98-108). Λευκωσία: Styvogy.

Καλαντζή- Αζίζι, Α. (1999). Μαθησιακά προβλήματα του παιδιού στο σχολείο και η αντιμετώπισή τους με τη μέθοδο της τροποποίησης της συμπεριφοράς. Στον Δ. Στασινό (επιμ.). *Μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού και του εφήβου: η εμπειρία της Ευρώπης* (σελ. 255-264). Αθήνα: Gutenberg.

Καλαντζή- Αζίζι, Α. (1998). Πρόκληση για την εκπαίδευση και τον εκπαιδευτικό: η περίπτωση του «υπερκινητικού» παιδιού. *Νέα Παιδεία*, 88, 62-77.

Καραγιάννης, Δ. (1992). Συστημική θεώρηση της οικογένειας παιδιού με υπερκινητικό σύνδρομο. Στην Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας (επιμ.). *Πεπραγμένα συμποσίου. Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής: πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο* (σελ. 82-90). Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας.

Καραδήμας, Ε. (2001). Τεχνικές παρέμβασης για την αντιμετώπιση της Δ.Ε.Π./ Υ. στα πλαίσια της προσχολικής και σχολικής αγωγής. Στον Ε.

Κάκουρος (επιμ.). *Το υπερκινητικό παιδί και οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά* (σελ.97-118). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Κατερέλος, Ι. Δ. (2001). Η συνέντευξη και το ερωτηματολόγιο. Στον Παπαστάμου, Σ. (επιμ.). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία. Επιστημολογικοί προβληματισμοί και μεθοδολογικές κατευθύνσεις* (τομ. Α') (σελ.433-475). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κιτσαράς, Δ. Γ. (2001). *Προσχολική Παιδαγωγική*. Αθήνα: εκδ. συγγραφέα.

Κουλάκογλου, Κ. (1998). *Ψυχομετρία και ψυχολογική αξιολόγηση*. Αθήνα: Παπαζήση.

Κουρκούτας, Η. (2000). Το υπερκινητικό παιδί: Θεωρητικές και κλινικές προσεγγίσεις. Στους Μ. Ι. Βάμβουκα και Α. Δ. Πεδιαδίτη (επιμ.). *Δύσκολες μορφές συμπεριφοράς στη σχολική τάξη* (σελ.8-52). Ρέθυμνο: εκδ. συγγραφέα.

Krantz, P. (1998). Χωριστή εκπαίδευση, συνεκπαίδευση, κοινωνικά κινήματα και επιστήμη. Στην Ε. Τάφα (επιμ.). *Συνεκπαίδευση παιδιών με και χωρίς προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς* (σελ.71-87). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Κρασανάκης, Γ. Ε. (1996). *Ψυχολογία του παιδιού*. Ηράκλειο: εκδ. συγγραφέα.

Κωνσταντόπουλος, Γ. (2002). Υπερκινητικό σύνδρομο. Στην Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία (επιμ.). *2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο υποειδικοτήτων της παιδιατρικής*. Αθήνα: Ελληνική παιδιατρική εταιρεία.

Κωσταρίδου- Ευκλείδη, Α. (1989). Γνώση. Στην *Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό* (τόμ.2) (σελ.1171-1172). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Lamoral, P. (1999). Η ειδική εκπαίδευση σε μια ευρωπαϊκή προοπτική. Στον Δ. Στασινό (επιμ.). *Μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού και του εφήβου: η εμπειρία της Ευρώπης* (σελ. 97-111). Αθήνα: Gutenberg.

Λιοδάκης, Β. Δ. (2000). Η εκπαιδευτική πολιτική του ΥΠ.Ε.Π.Θ. για τα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Στον Α. Κυπριωτάκη (επιμ.). *Πρακτικά συνεδρίου Ειδικής Αγωγής: τάσεις και προοπτικές αγωγής και εκπαίδευσης των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην ενωμένη Ευρώπη σήμερα* (σελ.171-177). Ρέθυμνο: Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστημίου Κρήτης.

Μανιαδάκη Κ. (2001). Η φύση και τα χαρακτηριστικά της Δ.Ε.Π./ Υ. Στον Ε. Κάκουρος (επιμ.). *Το υπερκινητικό παιδί και οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά* (σελ.15- 46). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών.

Ματσόπουλος, Α. (προσωπική επικοινωνία, 2003). *Γνώσεις δασκάλων και νηπιαγωγών σχετικά με τις συμπεριφορικές αρχές τροποποίησης της συμπεριφοράς*. Υπό δημοσίευση έρευνα.

Μπάρδος, Α. (1985). Υπερκινητικά παιδιά. *Σχολείο και ζωή*, 33, 264-360.

Μπάρδος, Α. (1986). Διάγνωση- Αξιολόγηση του υπερκινητικού παιδιού. *Σχολείο και ζωή*, 34 (3), 128-136.

Μπεζεβέγκης, Η. Γ. (1985). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία* (τόμος Α). Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Neuhaus, C. (1999). *Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του: γνωσιακή- συμπεριφοριστική προσέγγιση*. (Γ. Μωραΐτου, μετ., Μ. Ζαφειροπούλου, επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Νόμος 2817/2000. *Εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις*. Αθήνα: Φ.Ε.Κ. 78/ 14.03.2000, τεύχος Α'.

Νοταράς, Σ. (1996). Υπερκινητικό σύνδρομο: το πρόβλημα των υπερκινητικών παιδιών. *Το σχολείο και το σπίτι*, 35 (3), 160-165.

Παπαδόπουλος, Γ., Βερβέρη, Α., Τριανταφύλλου, Θ., Βοζίκη, Κ. και Μισαηλίδη, Π. (2000). Ο θεσμός του ψυχολόγου στην ειδική αγωγή: προβλήματα λειτουργίας- ψυχοπαιδαγωγικές επισημάνσεις με βάση εμπειρική πανελλήνια έρευνα. Στον Α. Κυπριωτάκη (επιμ.). *Πρακτικά συνεδρίου Ειδικής Αγωγής: τάσεις και προοπτικές αγωγής και εκπαίδευσης των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην ενωμένη Ευρώπη σήμερα* (σελ.213-230). Ρέθυμνο: Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ρούσσου, Α. (1988). Η Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής. Στους Τσιαντή, Γ. και Μανωλόπουλος, Σ. (επιμ.). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής: Ψυχοπαθολογία* (σελ. 51-66) (2<sup>ος</sup> τόμος). Αθήνα: Καστανιώτης.

Saleh, L. (1998). Ο θετικός ρόλος των δασκάλων στη συνεκπαίδευση. Στην Ε. Τάφα (επιμ.). *Συνεκπαίδευση παιδιών με και χωρίς προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς* (σελ.55-70). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Σουλιώτης, Κ. Α. (1999α). Εκπαιδευτική αντιμετώπιση της αναπτυξιακής διαταραχής ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας στο νηπιαγωγείο. *Το σχολείο και το σπίτι*, 420, 448-459.

Σουλιώτης, Κ. Α. (1999β). Θεωρητική παρουσίαση της αναπτυξιακής Διαταραχής της Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας και οι επιπτώσεις της στο οικογενειακό περιβάλλον. *Το σχολείο και το σπίτι*, 38 (7), 329-366.

Στάμου, Ε. (2001). Η «υπερκινητικότητα» στο νηπιαγωγείο. *Σύγχρονο νηπιαγωγείο*, 20, 69-73.

Steinhausen, H.-C. (1992). Υπερκινητικές διαταραχές. Στην Α. Ρούσσου (επιμ.). *Πεπραγμένα συμποσίου. Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής: πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο* (σελ. 40-59). Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας.

Taylor, E. (1992). Υπερκινητικότητα και διαταραχές διαγωγής: Πρόκληση για τον κλινικό και το δάσκαλο. Στην Α. Ρούσσου (επιμ.). *Πεπραγμένα συμποσίου. Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής: πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο* (σελ. 93-119). Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας.

Τάφα, Ε. (1998). Προσχολική παρέμβαση σε νηπιαγωγεία συνεκπαίδευσης για παιδιά με προβλήματα μάθησης ή/ και συμπεριφοράς. Στην Ε. Τάφα (επιμ.). *Συνεκπαίδευση παιδιών με και χωρίς προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς* (σελ.88-129). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Τζίμας, Γ. Ι. (2001α). Το υπερκινητικό παιδί: ψυχοβιολογική-κοινωνική και παιδαγωγική προσέγγιση (α΄ μέρος). *Σύγχρονη εκπαίδευση*, 117, 102-110.

Τζίμας, Γ. Ι. (2001β). Το υπερκινητικό παιδί: ψυχοβιολογική-κοινωνική και παιδαγωγική προσέγγιση (β΄ μέρος). *Σύγχρονη εκπαίδευση*, 118, 101-109.

Τσανταρλιώτης, Δ. (2001). Διατροφή και υπερκινητικά παιδιά. *Το σχολείο και το σπίτι*, 40, 360-366.

Υπουργικές αποφάσεις και εγκρίσεις 24197/ Γ΄ 3812. *Κύρωση των αποτελεσμάτων του πραγματικού πληθυσμού της γενικής απογραφής πληθυσμού της 17<sup>ης</sup> Μαρτίου 1991*. Αθήνα: Φ.Ε.Κ. 882/ 06.12.1993, τεύχος Β΄.

Verhulst, F.C. (1992). Υπερκινητικές διαταραχές. Στην Α. Ρούσσου (επιμ.). *Πεπραγμένα συμποσίου. Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής: πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο* (σελ. 21-39). Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρία Ελλάδας.

Χαντζή, Α. (2000). Κοινωνική Ψυχολογία. Στην Σ. Βοσνιάδου (επιμ.). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία: Κοινωνική Ψυχολογία, Κλινική Ψυχολογία* (τομ. 2<sup>ος</sup>). Αθήνα: Gutenberg.

Χριστοδούλου, Ν. Γ., Αλεβίζος, Β., & Μαυρέας, Β. (μετ., επιμ.) (1999). *Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα- οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση: ICD-10 κεφάλαιο V. Ειδική έκδοση για την πρωτοβάθμια φροντίδα*. Αθήνα: Βήτα.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Albrecht, S. L., Chadwick, B. A., & Jacobson, C. K. (1987). *Social Psychology* (2nd ed.). New Jersey: Prentice- Hall.

Alessandri, S. M. (1992). Attention, play and social behavior in A.D.H.D. preschoolers. *Journal of abnormal child psychology*, 20 (3), 289-302.

Aman, M. G., Armstrong, S., Buican, B., & Sillick, T. (2002). Four-year follow-up of children with low intelligence and A.D.H.D.: a replication. *Research in developmental disabilities*, 23, 119-134.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed. rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.

Andrews, K. B. (1999). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: the implications for early childhood educators. *Early Childhood Education Journal*, 27 (2), 115-117.

Antrop, I., Roeyers, H., Van Oost, P., & Buysse, A. (2000). Stimulation seeking and hyperactivity in children with A.D.H.D. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (2), 225-231.

Arcelus, J., Munden, C. A., McLaughlin, A., Vickery, L., & Vostanis, P. (2000). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, behavioural and emotional problems in children excluded from mainstream education: a preliminary study of teachers' ratings. *European Journal of Special Needs Education*, 15 (1), 79-87.

Bain, K. S., & Pelletier, A. K. (1999). Social and behavioral differences among a predominantly African American preschool sample. *Psychology in the schools*, 36 (3), 249-259.

Baker, A. C. (1993). New frontiers in family day care: integrating children with A.D.H.D. *Young children*, 48 (5), 69-73.

Barkley, R. A. & Pfiffner, L. J. (1995a). Enhancing education at school and at home: methods for success from kindergarten through grade 12. In R.

A. Barkley (ed.), *Taking charge of A.D.H.D. The complete, authoritative guide for parents* (pp.222-235). New York: Guilford press.

Barkley, R. A. & Pfiffner, L. J. (1995b). Off to school on the right foot: managing your child's education. In R. A. Barkley (ed.), *Taking charge of A.D.H.D. The complete, authoritative guide for parents* (pp.211-221). New York: Guilford press.

Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford press.

Barkley, R. A. (1988). The effects of methylphenidate on the interactions of preschool A.D.H.D. children with their mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 336-341.

Barkley, R. A. (1990). *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford press.

Barkley, R. A. (1994). Impaired delayed responding. A unified theory of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In D. K. Routh (ed.), *Disruptive Behavior Disorders in Childhood* (pp.11-57). New York: Plenum press.

Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of A.D.H.D. The complete, authoritative guide for parents*. New York: Guilford press.

Barkley, R. A. (1997a). *A.D.H.D and the nature of self-control*. New York: Guilford press.

Barkley, R. A. (1997b). Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder. In J. E. Mash & Terdal, G. L. (ed.), *Assessment of childhood disorder* (pp. 71-129) (3rd ed.). New York: Guilford press.

Barkley, R. A., DuPaul, G. J., & Costello, A. (1995). The stimulants. In R. A. Barkley (ed.), *Taking charge of A.D.H.D. The complete, authoritative guide for parents* (pp.249-262). New York: Guilford press.

Barkley, R. A., Shelton, L. T., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. and Metevia, L. (1996). Preliminary findings of an early intervention program with aggressive hyperactive children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 794, 277-289.

Barkley, R. A., Shelton, T. L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L., & Metevia, L. (2000). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior:

preliminary results at post- treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41 (3), 319-332.

Barlow, D. H. (series ed.), Henggeler, S.W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (v. eds) (1998). *Treatment manuals for practitioners. Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescent*. New York: Guilford press.

Baron, R. A., & Byrne, D. (1991). *Social Psychology: understanding human interaction* (6<sup>th</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Baron, R. A., Byrne, D. & Suls, J. (1988). *Exploring Social Psychology* (third ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bloom, A. S., Russell, L. J., Weisskopf, B., & Blackerby, J. L. (1988). Case study. Methylphenidate- induced delusional disorder in a child with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 88-89.

Boyajian, A. E., DuPaul, G. J., Handler, M. W., Eckert, T. L., & McGoey, K. E. (2001). The use of classroom- based brief functional analysis with preschoolers at-risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *School Psychology Review*, 30 (2), 278-293.

Bussing, R., Zima, B. T., & Perwien, A., R. (2000). Self-esteem in special education children with ADHD: relationship to disorder characteristics and medication use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (10), 1260-1269.

Calev, A., Preston, T., Samuel, S., & Gorton, G. E. (1999). Clinical Neuropsychological assessment of psychiatric disorders. In A. Calev (ed.), *Assessment of neuropsychological functions in Psychiatric Disorders* (pp.1-32). Washington, DC: American psychiatric press.

Campbell, S. B. (1985). Hyperactivity in preschoolers: correlates and prognostic implication. *Clinical Psychology Review*, 5, 405-428.

Campbell, S. B. (1987). Parent- referred problem three- year- olds: developmental changes in symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 28 (6), 835-845.

Campbell, S. B., & Ewing, L. J. (1990). Follow- up of hard- to- manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms.



*Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 871-889.

Campbell, S. B., Ewing, L. J., Breaux, A. M., & Szumowsky, E. K. (1986). Parent-referred problem three-year-olds: follow-up at school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 27 (4), 473-488.

Coldren, T. J., & Corradetti, K. (1997). Conceptual relations between attentional processes in infants and children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a problem-solving approach. In A. J. Burack, & T. J. Enns (eds.), *Attention, development and psychopathology* (pp.147-167). New York: Guilford press.

Conners, K. C. (1987). How is a teacher rating scale used in the diagnosis of attention deficit disorder? *Journal of Children in Contemporary Society*, 19, 33-52.

Coopersmith, S., & Gilberts, R. (1982). *Behavioral academic self-esteem. A rating scale (BASE)*. Palo Alto, CA: Consulting psychologists press, inc.

Cornett-Ruiz, S. & Hendricks, B. (1993). Effects of labeling and ADHD behaviors on peer and teacher judgments. *Journal of Educational Research*, 86 (6), 349-355.

Dawes, R. M., & Smith, T. L. (1985). Attitude and opinion measurement. In G. Lindzey, & E. Aronson (eds.), *Handbook of Social Psychology: vol. 1. Theory and method* (third ed.). New York: Random House.

DeCaria, C. M., Aronowitz, B. R., Twersky-Kengmana, R., & Hollander, E. (1999). Neuropsychology of childhood mental disorders: interaction of phenomenological, neurobiological and neuropsychological findings. In A. Calev (ed.), *Assessment of neuropsychological functions in psychiatric disorders* (pp.135-232). Washington, DC: American psychiatric press.

Demaray, M. K., & Elliott, S. N. (2001). Perceived social support by children with characteristics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *School Psychology Quarterly*, 16 (1), 68-90.

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. (1983). Attention and cognitive problems. In M. Rutter (ed.), *Developmental Neuropsychiatry* (pp.280-329). New York: Guilford press.

DuPaul, G. J. & Barkley, R. A. (1990). Medication therapy. In R. A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp.573-612). New York: Guilford press.

DuPaul, G. J. (1991). Inter-rater reliability of teacher rating scales for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 18, 227-237.

DuPaul, G. J. (1992). How to assess Attention-Deficit Hyperactivity Disorder within school settings. *School Psychology Quarterly*, 7 (1), 60-74.

Fee, E. V., Matson, L. J., & Benavidez, A. D. (1994). Attention deficit-Hyperactivity disorder among mentally retarded children. *Research in Developmental Disabilities*, 15 (1), 67-79.

Flint, L. J. (2001). Challenges of indentifying and serving gifted children with A.D.H.D. *Teaching Exceptional Children*, 33 (4), 62-69.

Fowler, F. J. (1998). Design and evaluation of survey questions. In Bickman, L. & Rog, D. J. (eds.), *Handbook of applied social research methods*. Thousand Oaks: Sage publications.

Gadow, K. D. (1988). Attention Deficit Disorder and Hyperactivity: pharmacotherapies. In J. L. Matson (ed.), *Handbook of treatment approaches in childhood Psychopathology* (pp.215-247). New York: Plenum press.

Gettinger, M., Stoiber, C. K., Goetz, D., & Caspe, E. (1999). Competencies and training needs for early childhood inclusion specialists. *Teacher Education and Special Education*, 22 (1), 41-54.

Gilliam, J. E. (1995). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder test (ADHD test)*. U.S.A.: Pro-ed.

Goldstein, S. & Goldstein, M. (1992). *Hyperactivity. Why won't my child pay attention?* New York: Wiley & sons.

Goodman, R. (1997). The Strength and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (5), 581-586.

Guevremont, D. (1990). Social skills and peer relationship training. In R. A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (pp. 540-572). New York: Guilford press.

Handen, B. L., Feldman, H. M., Lurier, A., & Murray, H. P. J. (1999). Efficacy of methylphenidate among preschool children with developmental disabilities and A.D.H.D. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (7), 805-812.

Handen, B. L., McAuliffe, S., Janosky, J., Feldman, H., & Breaux, A. M. (1994). Classroom behavior and children with mental retardation: comparison of children with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (3), 267-280.

Hazell, P. (vol. ed.). (2000). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool aged children (Vol.1). In R. Kosky, A. O' Hanlon, G. Martin, & C. Davis (series eds). *Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health*. Adelaide: Australian early intervention network for mental health in young people.

Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. Thousand Oaks: Sage publications.

Hudson, A. (1997). Classroom instruction for children with A.D.H.D. *Australian Journal of Early Childhood*, 22 (4), 24-28.

Jacobvitz, D. & Sroufe, A. L. (1987). The early caregiver- child relationship and Attention- Deficit Disorder with Hyperactivity in kindergarten: a prospective study. *Child Development*, 58, 1488-1495.

Johnston, C. & Pelham, E. W. (1986). Teacher ratings predict peer ratings of aggression at 3- year follow- up in boys with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 571-572.

Jones, H. A., & Warren, S. F. (1991). Enhancing engagement in early language teaching. *Teaching Exceptional Children*, 23 (4), 48-58.

Kanter, K. R. (1982). Etiological considerations in childhood hyperactivity. In P. Karoly, J. J. Steffen, & D. J. O' Grady (eds), *Child health psychology: concepts and issues* (pp. 211-227). New York: Pergamon press.

Keeves, P. J. (1985). Knowledge diffusion in Education. In T. Husen & T. N. Postlethwaite (eds.). *The international encyclopedia of Education: research and studies* (vol.5, pp.2814-2822). Oxford: Pergamon press.

Kirk, S. A. (1963). Behavioral diagnoses and remediation of learning disabilities. In *Proceedings of the annual meeting: conference on exploration*

*into the problems of the perceptually handicapped child* (vol. 1., pp.1-7). Evanston, IL.

Ladd, G. W., & Profilet, S. M. (1996). The Child Behavior Scale: a teacher-report measure of young children's aggressive, withdrawn, and prosocial behaviors. *Developmental Psychology, 32* (6), 1008-1024.

Lahey, B. B., Pelham, W. E., Stein, A. M., Loney, J., Trapani, C., Nugent, K., Kipp, H., Schmidt, E., Lee, S., Cale, M., Gold, E., Hartung, M. C., Willcutt, E., & Baumann, B. (1998). Validity of DSM IV Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder for younger children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37* (7), 695-702.

Lewis, J. M., & Blotcky, M. J. (1997). *Child therapy: concepts, strategies and decision-making*. Washington, D.C.: Brunner/ Mazel.

McGee, R., Williams, S., & Leehan, M. (1991). Attention deficit disorder and age of onset of problem behaviours. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 487-501.

McGoey, E. K., & DuPaul, J. G. (2000). Token reinforcement and response cost procedures: reducing the disruptive behavior of preschool children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *School Psychology Quarterly, 15* (3), 330-343.

Mercogliano, C. (1998). Rid- a- him or: why are so many boys given drugs in school? *The Journal of Alternative Education, 15*, 1-11.

Merrell, W. K., & Wolfe, M. T. (1998). The relationship of teacher- rated social skills deficits and A.D.H.D. characteristics among kindergarten- age children. *Psychology in the Schools, 35* (2), 101-109.

Miller, S. L., Koplewicz, S. H. & Klein, G. R. (1997). Teacher ratings of hyperactivity, inattention, and conduct problems in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25* (2), 113-119.

Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and Attention Deficit Disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development, 61*, 893-910.

Nietzel, T. M., Speltz, L. M., McCauley, A. E., & Bernstein, A. D. (1998). *Abnormal Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

Norris, C. & Lloyd, G. (2000). Parents, professional and A.D.H.D.: what the papers say. *European Journal of Special Needs Education*, 15 (2), 123-137.

Noshpitz, J. D. (series ed.) & King, R. A. (vol. ed.) (1991a). *Wiley series in child and adolescent mental health. Pathways of growth. Essentials of child psychiatry: vol. 1 Normal development*. New York: Wiley- interscience publication.

Noshpitz, J. D. (series ed.) & King, R. A. (vol. ed.) (1991b). *Wiley series in child and adolescent mental health. Pathways of growth. Essentials of child psychiatry: vol. 2 Psychopathology*. New York: Wiley- interscience publication.

Nussbaum, N. & Bigler, E. (1990). *Identification and treatment of Attention Deficit Disorder*. Austin: Pro-ed.

Pavuluri, M. N., Luk, S.- L., & McGee, R. (1999). Parent reported preschool Attention Deficit Hyperactivity: measurement and validity. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 126-133.

Pearson, A. D., Norton, M. A., & Farwell, C. E. (1997). Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder in mental retardation: nature of attention deficits. In A. J. Burack, & T. J. Enns (eds.), *Attention, development and psychopathology* (pp.205-231). New York: Guilford press.

Peterson, D., & Maddux, D. C. (1988). Rural regular and special education teachers' perceptions of teaching hyperactive students. *Rural Special Education Quarterly*, 9 (2), 10-15.

Pfiffner, L. J., & Barkley, R. A. (1990). Educational placement and classroom management. In R. A. Barkley (ed.), *Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 498-539). New York: Guilford press.

Reid, R., Vasa, F. S., Maag, W. J., & Wright, G. (1994). An analysis of teachers' perceptions of Attention Deficit- Hyperactivity Disorder. *The Journal of Research and Development of Education*, 27 (3), 195-202.

Roussos, A., Richardson, C. Politikou, K., Marketos, S., Kyprianos, S., Karajianni, S., Koumoula, A., Lazaratou, H., Marketos, N., Zoubou, V., Nicolara, R., & Mahera, O. (1999). The Conners- 28 teacher questionnaire in clinical and nonclinical samples of Greek children 6-12 years old. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 260-267.

Sanson, A., Smart, D., Prior, M., & Oberklaid, F. (1993). Precursors of hyperactivity and aggression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 1207-1216.

Sava, F. A. (2000). Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder an exonerating construct? Strategies for school inclusion. *European Journal of Special Needs Education*, 15 (2), 149-157.

Schaughency, E. A., Walker, J. & Lahey, B. B. (1988). Attention Deficit Disorder and Hyperactivity: psychological therapies. In J. L. Matson (ed.), *Handbook of treatment approaches in childhood psychopathology* (pp.195-213). New York: Plenum press.

Sciutto, J. M., Terjesen, D. M. and Frank, B. S. A. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 37 (2), 115-122.

Sears, D. D., Peplau, L. A., & Taylor, S. E. (1991). *Social Psychology* (7<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Seeger, K., & Aceves, J. (1995). Assisting with school placement and intervention for children with special needs- from disabled to gifted. *Primary care; clinics in office practice*, 22, 51-68.

Selikowitz, M. (1995). *All about A.D.D. Understanding Attention Deficit Disorder*. Melbourne: Oxford university press.

Shapiro, S. K. & Herod, L. A. (1994). Combining visual and auditory tasks in the assessment of attention-deficit hyperactivity disorder. In K. D. Routh (ed.). *Disruptive behavior disorders in childhood* (pp.87-107). New York: Plenum press.

Shelton, T., & Barkley, R. A. (1990). Clinical, developmental and biopsychosocial considerations. In R. A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (pp. 209-231). New York: Guilford press.

Silverman, L. K. (1998). Through the lens of giftedness. *Roeper Review*, 20, 204-210.

Skansgaard P. E., & Burns, L. G. (1998). Comparison of DSM-IV A.D.H.D. combined and predominantly inattention types: correspondence between teacher ratings and direct observations of inattentive, hyperactivity/

impulsivity, slow cognitive temp, oppositional defiant and overt conduct disorder symptoms. *Child & Family Behavior Therapy*, 20 (1), 1-14.

Speltz, M. L., Varley, C. K., Peterson, K., & Beilke, R. L. (1988). Effects of dextroamphetamine and contingency management on a preschooler with A.D.H.D. and oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 175-178.

Stahlberg, D. & Frey, D. (1988). Attitudes I: structure, measurement and functions. In M. Hewstone, W. Stroebe, J- P. Codol, & G. M. Stephenson (eds.), *Introduction to Social Psychology: a european perspective* (pp.142-166). Oxford: Basil Blackwell.

Stewart, A. M., DeBlois, C. S., & Cummings, C. (1980). Psychiatric disorder in the parents of hyperactive boys and those with conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 283-292.

Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1077-1082.

Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 30 (2), 219-230.

Tannock, R. & Schachar, R. (1996). Executive dysfunction as an underlying mechanism of behavior and language problems in attention deficit hyperactivity disorder. In J. H. Beitchman, N. J. Cohen, M. M. Konstantareas, & R. Tannock (eds.), *Language, learning, and behavior disorders: Developmental, biological, and clinical perspectives* (pp.128-155). Toronto: Cambridge university press.

Taylor, E. (1985). Syndromes of Overactivity and Attention Deficit. In M. Rutter & L. Hersov (eds), *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches* (2<sup>nd</sup> ed., pp.424-443). Oxford: Blackwell scientific publications.

Taylor, E., Sergeant, J., Doepfner, M., Gunning, B., Overmeyer, S., Mobius, J.- H., & Eisert, H- G. (1998). Clinical guidelines for Hyperkinetic Disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 184-200.

Taylor, G. H., Anselmo, M., Foreman, L. A., Schatschneider, C., & Angelopoulos, J. (2000). Utility of Kindergarten teacher judgments in identifying early learning problems. *Journal of Learning Disabilities*, 33 (2), 200-210.

Teegarden, A. L., & Burns, L. G. (1999). 12-month stability of A.D.H.D., Opposition Defiant Disorder and Conduct Disorder symptoms in kindergarten through fifth grade children based on a single information source: usefulness of teacher ratings for the creation and study of the A.D.H.D. subtypes. *Child & Family Behavior Therapy, 21*(3), 53-70.

Towbin, K. E. & Leckman, J. F. (1992). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in childhood and adolescence. In L. H. Klawans, G. C. Goetz & M. C. Tanner (eds.), *Textbook of Clinical Neuropharmacology and therapeutics* (2nd ed., pp.323-333). New York: Raven Press.

Tripp, G., Luk, S. L., Schaugency, E. A., & Singh, R. (1999). DSM-IV and ICD-10: a comparison of the correlates of ADHD and Hyperkinetic Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38* (2), 156-164.

Waslick, B. & Greenhill, L. (1997). Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder. In M. J. Wiener (ed.), *Textbook of child & adolescent psychiatry* (2nd ed., pp.389-410). Washington D.C.: American psychiatric press.

Webb, J. T., & Latimer, D. (1993). A.D.H.D. and children who are gifted. *Exceptional Children, 60*, 183-184.

Whitworth, J. E., Fossler, T., & Harbin, G. (1997). Teachers' perceptions regarding educational services to students with Attention Deficit Disorder. *Rural Educator, 19* (2), 1-5.

Wicks- Nelson, R., & Israel C. A. (1997). *Behavior disorders of childhood* (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.

World Health Organization (1978). *International classification of diseases* (9<sup>th</sup> ed.). Geneva: Author.

World Health Organization (1990). *International classification of diseases* (10<sup>th</sup> ed.). Geneva: Author.

Yitzchak, F. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In F. Yitzchak (ed.), *Pediatric behavioral neurology* (pp.179-202). Boca Raton: CRC Press.