

# **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΔΕΠ-Υ)**



**ΟΡΙΣΜΟΣ- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ -  
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

**ΕΛΕΝΗ ΒΟΚΑ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ**

**ΚΕ. Δ. Δ. Υ. ΧΑΝΙΩΝ**

## **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), η οποία διεθνώς είναι γνωστή ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), αποτελεί μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες διαταραχές σε παιδιά σχολικής ηλικίας.

Αν και είναι μια από τις πιο μελετημένες και τεκμηριωμένες παιδοψυχιατρικές διαταραχές παγκοσμίως, έχει συγχρόνως προκαλέσει τις περισσότερες συζητήσεις και εξακολουθεί να υποδιαγιγνώσκεται σε πολλές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα.

Η ΔΕΠ-Υ περιγράφηκε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία το 1902 από το ιατρό George Still. Στο πέρασμα του αιώνα, η διαταραχή άλλαξε ονόματα, τα οποία αντικατόπτριζαν τις επιστημονικές αντιλήψεις ως προς τη φύση και την αιτιολογία της.

Η Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής- Υπερκινητικότητα, είναι μία νευροβιολογική διαταραχή που εμφανίζεται με συμπτώματα δυσκολίας στη συγκέντρωση προσοχής, υπερβολική κινητικότητα και παρορμητική συμπεριφορά σε βαθμό ασύμβατο με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού.

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ**

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

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

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

Η παρορμητικότητα του παιδιού φαίνεται από το γεγονός ότι ενεργεί χωρίς να σκέφτεται (Taylor, 1992). Αναφέρεται στη μειωμένη ικανότητα του παιδιού να αναστέλλει ακατάλληλες ενέργειες και να περιμένει συνέπειες στο μέλλον. Συχνά αγνοεί τον κίνδυνο, μοιάζει να μη φοβάται τίποτα. Η έντονη

παρορμητικότητα και η φαινομενική έλλειψη φόβου μπορεί να οδηγήσει το παιδί σε επικίνδυνες καταστάσεις (Ρούσσου, 1988, Steinhausen, 1992).

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

## **ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

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

# ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

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

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

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία από τις συχνότερες διαταραχές (5-7% των παιδιών σχολικής ηλικίας) και τα συμπτώματα συνήθως επιμένουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή.

Η ΔΕΠΥ εμφανίζεται 3-4 φορές συχνότερα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Αυτό δε σημαίνει ότι η ΔΕΠΥ παρουσιάζεται σπάνια στα κορίτσια, αντίθετα μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι υπάρχουν κορίτσια με ΔΕΠΥ στο ίδιο ποσοστό με τα αγόρια, αλλά δεν παραπέμπονται σε ειδικούς το ίδιο συχνά επειδή είναι λιγότερο διασπαστικά.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

### DSM-IV

#### 1. Απροσεξία

1<sup>α</sup>. Αποτυγχάνει να εστιάσει την προσοχή σε λεπτομέρειες, κάνει λάθη απροσεξίας.

1<sup>β</sup>. Έχει δυσκολίες να διατηρήσει την προσοχή του σε εργασίες ή στο παιχνίδι.

1<sup>γ</sup>. Δε φαίνεται να ακούει.

1<sup>δ</sup>. Δεν ακολουθεί οδηγίες ή δεν τελειώνει τη σχολική εργασία, τις μικροδουλειές ή τα καθήκοντα στο ρόλο εργασίας.

1<sup>ε</sup>. Έχει δυσκολίες στην οργάνωση εργασιών ή δραστηριοτήτων.

1<sup>στ</sup>. Αποφεύγει ή δεν του αρέσουν εργασίες που απαιτούν νοητική προσπάθεια.

1<sup>ζ</sup>. Χάνει πράγματα.

1<sup>η</sup>. Η προσοχή του αποσπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.

1<sup>θ</sup>. Ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

## **2. Υπερκινητικότητα**

2<sup>α</sup>. Κινεί νευρικά χέρια, πόδια, στριφογυρίζει στη θέση του.

2<sup>β</sup>. Σηκώνεται από το κάθισμα.

2<sup>γ</sup>. Τρέχει ή σκαρφαλώνει υπερβολικά.

2<sup>δ</sup>. Έχει δυσκολίες να παίξει ή να εμπλακεί σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου με ησυχία.

2<sup>ε</sup>. Είναι διαρκώς σε κίνηση σα να έχει μηχανή.

2<sup>στ</sup>. Μιλά υπερβολικά.

## **Παρορμητικότητα**

2<sup>ζ</sup>. Απαντά απερίσκεπτα.

2<sup>η</sup>. Έχει δυσκολίες να περιμένει τη σειρά του.

2<sup>θ</sup>. Συχνά διακόπτει ή παρεμβάλλεται.

## **Υπότυποι της ΔΕΠΥ**

### **1. ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον τύπο της απροσεξίας**

Τα παιδιά με διάσπαση προσοχής δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και να ακολουθήσουν οδηγίες. Δείχνουν σα να μην ακούν, δε δίνουν σημασία σε λεπτομέρειες, αποφεύγουν εργασίες που απαιτούν συστηματική πνευματική προσπάθεια και είναι γενικά ανοργάνωτα.

### **2. ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον τύπο της παρορμητικότητας - υπερκινητικότητας**

Τα υπερκινητικά παιδιά κινούνται ή και μιλάνε συνεχώς. Αισθάνονται έντονη εσωτερική ανησυχία, και κάνουν πολλά πράγματα ταυτόχρονα. Τα παρορμητικά παιδιά παρουσιάζουν μεγάλη δυσκολία να ελέγξουν τις άμεσες αντιδράσεις τους ή να σκεφθούν πριν κάνουν κάτι. Εκφράζονται και ενεργούν χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους.

### **3. Συνδυασμένος υπότυπος**

Τα παιδιά αυτά συνδυάζουν πολλά από τα συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Για τη διάγνωση και τον προσδιορισμό του υποτύπου σε όλες τις ηλικιακές ομάδες είναι απαραίτητο, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV να υπάρχουν:

- Έξι (ή περισσότερα) από τα παραπάνω συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας παρόντα τους τελευταίους 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού ή και τα δύο μαζί (6+6)- (κριτήριο Α).

### Επιπλέον προκειμένου να τεθεί η διάγνωση,

- Ορισμένα από τα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που προκαλούσαν δυσλειτουργία πρέπει να ήταν παρόντα πριν την ηλικία των επτά ετών(κριτήριο Β).
- Κάποιου βαθμού δυσλειτουργία οφειλόμενη στα συμπτώματα πρέπει να υφίσταται σε δύο ή περισσότερα περιβάλλοντα π.χ. στο σχολείο, στο σπίτι, στην κοινωνική ζωή(κριτήριο Γ) (Steinhausen, 1992).
- Πρέπει να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις κλινικά σημαντικής διαταραχής της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας(κριτήριο Δ).
- Τα συμπτώματα αυτά να μην εκδηλώνονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας κάποιας Διάχυτης Διαταραχής της Ανάπτυξης, ή άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και να μην εξηγούνται καλύτερα αν αποδοθούν σε άλλη Ψυχική διαταραχή π.χ. Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδη Διαταραχή κ.λπ.(κριτήριο Ε).

## ΑΙΤΙΑ

Ως προς την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ, υπάρχουν πολλές και συχνά λανθασμένες αντιλήψεις. Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνυπάρχει σε άτομα οποιουδήποτε επιπέδου ευφυΐας, άλλης ψυχοπαθολογίας και ψυχοκοινωνικής κατάστασης. Δεν αποτελεί από μόνη της ένδειξη νοητικής υστέρησης ή οριακής νοημοσύνης, τεμπελιάς ή έλλειψης κινήτρου, εσκεμμένα κακής συμπεριφοράς ή πλήρους απουσίας της ικανότητας προσήλωσης της προσοχής.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται αρκετές μελέτες προσπαθώντας να κάνουν γνωστά τα αίτια της ΔΕΠ-Υ. Παρόλα αυτά όμως δεν έχουν καταλήξει σε συγκεκριμένους παράγοντες με ακρίβεια οι οποίοι ευθύνονται για τη διαταραχή. Ως πιθανά αίτια λοιπόν θεωρούνται οι νευρολογικοί παράγοντες, αλλά και οι κληρονομικοί παράγοντες. [Πηγή: Σύγχρονη ψυχιατρική( celder, Lopez Ibor, Andreasen 2008)]

- Ο εγκέφαλος των παιδιών με ΔΕΠΥ παρουσιάζει διαφορές από εκείνον των συνομηλίκων τους στη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία συγκεκριμένων περιοχών (Kaplan & Sadock, 1991). Δεν έχει βρεθεί μία και μόνο βιολογική αιτία για τη ΔΕΠΥ, αλλά οι περισσότερες έρευνες οδηγούν σε γονίδια ως την κύρια αιτία. Η ΔΕΠΥ είναι ως ένα βαθμό «κληρονομική». Τα παιδιά που προέρχονται από γονείς με ΔΕΠΥ που ξεκίνησε στην παιδική τους ηλικία, σε υψηλό ποσοστό μπορεί να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ. Μάλιστα έχει διαπιστωθεί ότι εάν ο ένας γονέας εμφανίζει ΔΕΠΥ η πιθανότητα να παρουσιάζει το παιδί την ίδια διαταραχή φτάνει το 57%.
- Επιπλέον η πρόωρη γέννηση, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και το υπερβολικό στρες της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ο εγκεφαλικός τραυματισμός μπορούν να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη ΔΕΠΥ (Μπεζεβέγκης, χχ).
- Υπάρχουν μελέτες που υποδεικνύουν ότι η διατροφή των παιδιών συγκεκριμένα οι νευροτοξίνες, η ζάχαρη καθώς και οι προσθήκες στις τροφές συμβάλλουν στα αίτια της ΔΕΠΥ. Ωστόσο οι μελέτες αυτές έδειξαν μετέπειτα πως οι δίαιτες ήταν αναποτελεσματικές για τη μεταβολή συμπτωμάτων (Rithertset 1995).
- Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ως πιθανά αίτια της ΔΕΠΥ δεν έχουν τύχει ιδιαίτερης αποδοχής και στήριξης από την επιστημονική κοινότητα και έχουν γίνει ελάχιστες προσπάθειες οι οποίες επικεντρώθηκαν αποκλειστικά στην αναζήτηση της αιτιολόγησης ΔΕΠΥ στο περιβάλλον του παιδιού (Κάκουρος, Μανιαδάκη 2000).

Είναι μύθος ότι η ελλιπής γονική φροντίδα προκαλεί τη ΔΕΠΥ, όμως πληθώρα οικογενειακών χαρακτηριστικών (πχ ασταθής δομή και δυσλειτουργία στην οικογένεια ή έλλειψη γονικού ελέγχου) μπορεί να συμβάλλουν στην επιδείνωση της ΔΕΠΥ και στην εμφάνιση επιπλοκών στη συναισθηματική κατάσταση ή συμπεριφορά.

## **ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ**

Η διάγνωση και η κλινική αξιολόγηση γίνεται στα πλαίσια της παιδοψυχιατρικής- παιδονευρολογικής συνεργασίας ή μιας εξειδικευμένης διαγνωστικής ομάδας. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή καθώς πολλά άτομα που δεν έχουν ΔΕΠΥ μπορεί να παρουσιάζουν τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής. Η διαγνωστική αξιολόγηση χρειάζεται να συμπεριλαμβάνει:

- Λεπτομερές κοινωνικό ιστορικό (εγκυμοσύνη- τοκετός, αναπτυξιακή εξέλιξη, ιατρικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό).

- Ψυχολογική αξιολόγηση(εκτίμηση του νοητικού δυναμικού, συναισθηματικής κατάστασης).
- Πλήρη παιδοψυχιατρική αξιολόγηση και φυσική εξέταση του μαθητή.
- Πληροφορίες από το σχολείο – εκπαιδευτική αξιολόγηση( περιγραφική έκθεση από το σχολείο, εκτίμηση των γνωστικών δεξιοτήτων του μαθητή που προκύπτει από την εκπαιδευτική αξιολόγηση).
- Άλλες αξιολογήσεις( μπορεί να αφορούν την εκτίμηση του λόγου και της ομιλίας, την αδρή και λεπτή κινητικότητα κ.λ.π).

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ χρειάζεται να εφαρμόζεται ένα πλήρες πρόγραμμα - εξατομικευμένο και μοναδικό για την κάθε περίπτωση- που να στοχεύει στην πολύπλευρη διαχείριση των δυσκολιών του παιδιού και του περιβάλλοντός του. Ένα τέτοιο πρόγραμμα αντιμετώπισης μπορεί να περιλαμβάνει συνδυασμό θεραπευτικών προσεγγίσεων, που δρουν από κοινού υποστηρίζοντας η μια την άλλη (συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης γονέων και παιδιών, θεραπεία συμπεριφοράς, φαρμακευτική αντιμετώπιση, παρεμβάσεις αποκατάστασης των δυσκολιών στο σχολείο, οικογενειακή ή/και ατομική ψυχοθεραπεία).

Αφού τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠΥ, ο ειδικός διαμορφώνει μία στρατηγική θεραπείας. Η εκπαίδευση των γονέων, του παιδιού με ΔΕΠΥ είναι ιδιαίτερα σημαντική. Σημείο εκκίνησης της εκπαίδευσης αποτελούν οι αντιλήψεις, υποθέσεις ή πεποιθήσεις των γονέων για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους. Αρχικά ενημερώνονται για τα ευρήματα της διάγνωσης όπου κατά κανόνα προκύπτει το ερώτημα για τα αίτια των συμπτωμάτων. Η ενημέρωση για τη φύση της διαταραχής γίνεται στη βάση ενός «βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου» η καλή κατανόηση του οποίου αποτελεί θετική βάση για τις περαιτέρω παρεμβάσεις, φαρμακολογικές ή ψυχολογικές.

### Συμβουλευτική γονέων

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



Η ψυχοεκπαίδευση των γονέων, μπορεί να περιλαμβάνει επιμόρφωση σε θέματα σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ καθώς και εκπαίδευση στη χρήση συμπεριφορικών τεχνικών ελέγχου και τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδιού.

Κύριοι στόχοι στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι:

- Εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης και ελέγχου της συμπεριφοράς του παιδιού.
- Ενίσχυση της ικανότητας και της αυτοπεποίθησης στην ανατροφή του παιδιού.
- Βελτίωση της σχέσης γονέων – παιδιού με τη χρήση κατάλληλων μορφών επικοινωνίας και θετικής προσοχής.

## **ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΔΕΠ-Υ)**

### ***-Οργανώστε το πρόγραμμά σας***

Καθορίστε συγκεκριμένες ώρες για πρωινό ξύπνημα, φαγητό, παιχνίδι, τα μαθήματα του σχολείου, τηλεόραση ή ηλεκτρονικά παιχνίδια και βραδινό ύπνο. Γράψτε το πρόγραμμα σε ένα πίνακα ή ένα χαρτί και κρεμάστε το κάπου που το παιδί μπορεί πάντα να το βλέπει. Εξηγήστε τυχόν αλλαγές στη ρουτίνα από προηγουμένως. Βεβαιωθείτε πως το παιδί κατανοεί αυτές τις αλλαγές.

### ***-Εγκαθιδρύστε κανόνες σπιτιού***

Κάντε τους κανόνες συμπεριφοράς στην οικογένεια απλούς, ξεκάθαρους και σύντομους. Οι κανόνες θα πρέπει να εξηγηθούν πολύ καθαρά. Είναι σημαντικό να εξηγήσετε τι θα συμβεί όταν οι κανόνες ακολουθηθούν και τι, αν και όταν παραβιαστούν. Γράψτε τους κανόνες και τις συνέπειες της παραβίασής τους. Κρεμάστε αυτή τη λίστα δίπλα στο πρόγραμμα της ημέρας. Η τιμωρία για την παραβίαση των κανόνων θα πρέπει να είναι δίκαιη, άμεση και σταθερή.

### ***-Να είστε θετικοί***

Πείτε στο παιδί σας καλύτερα τι θέλετε παρά αυτό που δεν θέλετε. Επιβραβεύετε το παιδί σας τακτικά για κάθε καλή συμπεριφορά, ακόμα και για μικρά πράγματα όπως ότι ντύθηκε και έκλεισε την πόρτα αθόρυβα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά περνάνε το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας ακούγοντας τι κάνουν λάθος. Χρειάζονται τον έπαινο για την καλή τους συμπεριφορά. Ψάξτε και ενθαρρύνετε τα δυνατά τους σημεία, τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές τους. Βοηθήστε τα να τα χρησιμοποιούν ως αντίβαρο.

### ***-Κατανοητές οδηγίες***

Κοιτάξτε στα μάτια το παιδί σας και πείτε του με καθαρή και ήρεμη φωνή συγκεκριμένα τι θέλετε. Ζητήστε από το παιδί να σας επαναλάβει τις οδηγίες. Είναι προτιμότερο οι οδηγίες να είναι απλές και σύντομες. Για σύνθετες δραστηριότητες δώστε μία ή δυο οδηγίες κάθε φορά. Ακολούθως συγχαρείτε το παιδί κάθε φορά που ολοκληρώνει ένα βήμα.

### ***-Βοηθήστε στη σχολική προετοιμασία.***

Τα πρωινά στο σχολείο ενδεχομένως να είναι δύσκολα για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Προετοιμαστείτε το προηγούμενο βράδυ(βρείτε τα ρούχα του σχολείου, ετοιμάστε την τσάντα κτλ). Αφήστε αρκετό χρόνο στο παιδί σας να ντυθεί και να φάει ένα καλό πρωινό.

### ***-Ρουτίνα στο σπίτι***

Διαλέξτε ένα μέρος όπου εκεί πάντα θα κάνει τα μαθήματά του. Το μέρος αυτό θα πρέπει να είναι μακριά από πράγματα που αποσπούν την προσοχή όπως τηλεόραση, ηλεκτρονικά παιχνίδια κτλ. Χωρίστε τα μαθήματα σε μικρά μέρη και ενδιάμεσα κάντε διαλείμματα.

### ***-Εστιάστε στην προσπάθεια και όχι στους βαθμούς***

Επιβραβεύστε το παιδί σας στο σπίτι όταν προσπαθεί να τελειώσει τα μαθήματά του, όχι μόνο για τους βαθμούς που παίρνει. Ωστόσο μπορείτε να δώσετε μια επιπλέον ανταμοιβή όταν βελτιώνει τους βαθμούς. Να είστε σε συχνή επαφή με το δάσκαλο του παιδιού και να βεβαιωθείτε πως κατανοούν τις δυσκολίες του.

### ***-Ρεαλισμός***

Δεχτείτε το παιδί σας γι' αυτό που είναι. Γίνετε ρεαλιστές στις προσδοκίες και στις απαιτήσεις σας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington : DC APA
- Kaplan, H.I.& Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of Psychiatry* (6<sup>th</sup> ed. ). Baltimore, U.S.A. : Williams and Wilkins.
- Steinhausen, H.CHR. (1992). Υπερκινητικές διαταραχές. Στο *Πεπραγμένα συμποσίου : Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής. Πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο.*(1992). Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας.
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.(2011) Θέματα Ψυχικής Υγείας και προσαρμογής Παιδιών και Εφήβων. Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής – Υπερκινητικότητας.( Τ. Κόρπα) Αθήνα
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπεξεβέγκης, Η. (γγ). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία.* Αθήνα.