ePublishing
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ NATIONAL DOCUMENTATION CENTRE

Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης

Τόμ. 1 (2017)

7ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

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

Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων

7ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

«ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»

ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

ISSN: 2529-1157

Σε Συνεργασία με την Ένωση Ελλήνων Φυσικών και την
Ελληνική Μαθηματική Εταιρεία
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ DIVANICARAVEL
15-18 Ιουνίου 2017

Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ

ΔΙΟΝΥΣΙΑ ΛΑΖΑΡΗ

doi: 10.12681/edusc.1770

Βιβλιογραφική αναφορά:

ΛΑΖΑΡΗ Δ. (2019). Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, *1*, 532–546. https://doi.org/10.12681/edusc.1770

ΤΙΤΛΟΣ: «ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠ/Υ»

Λάζαρη Διονυσία, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ειδικής Αγωγής, Π.Τ.Δ.Ε., Ε.Κ.Π.Α.

E-MAIL: lazaridionysia@gmail.com

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή/και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην ικανότητα ελέγχου της συμπεριφοράς τους, οι οποίες έχουν αρνητικό αντίκτυπο τόσο στα ίδια όσο και στον περίγυρο τους.

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, διερευνάται η συμπεριφορά των παιδιών αυτών από τη βρεφική έως και την εφηβική ηλικία καθώς και της συμπεριφοράς που εμφανίζουν τα παιδιά που ανήκουν στον πρώτο τύπο της ΔΕΠ/Υ (Τύπος Ελλειμματικής Προσοχής) και στον τρίτο τύπο της διαταραχής (Συνδυασμένος Τύπος), καθώς και των σχέσεων τους με τους συνομηλίκους. Επιπλέον, αναλύεται η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ μέσα στο σχολικό περιβάλλον απέναντι στο δάσκαλό τους και στους συμμαθητές τους, αλλά και μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ από τη βρεφική ως και την εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα και ανυπακοή και η συμπεριφορά των παιδιών του Α' τύπου της ΔΕΠ/Υ χαρακτηρίζεται από κοινωνική παθητικότητα, ενώ των παιδιών του Γ' τύπου από επιθετικότητα και συναισθηματική αστάθεια. Η συμπεριφορά τους είναι ανάλογη στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον.

Συμπερασματικά, τα παραπάνω προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών έχουν ως αποτέλεσμα τη σύναψη δυσλειτουργικών κοινωνικών σχέσεων μεταξύ τους και την διατάραξη της οικολογίας της τάξης, καθώς και της οικογένειας τους.

Λέξεις κλειδιά

ΔΕΠ/Υ, συνδυασμένος τύπος, προβλήματα συμπεριφοράς, σχολείο, οικογένεια

Abstract

Attention Deficit Disorder and / or Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder of childhood. Children with ADHD have difficulties in controlling their behavior, which have a negative impact on both themselves and their surroundings.

The literature review examines the behavior of these children from infancy to adolescence and the behavior of children in the first type of ADHD and the third type

of disorder (Combined Type), as well as their relations with peers. In addition, the behavior of children with ADHD in the school environment is analysed against their teacher and their classmates, but also within the family environment.

The findings showed that the behavior of children with ADHD from infancy to adolescence is characterised by irritability and disobedience and the behavior of children of the first type of ADHD is characterised by social passivity, whereas children of the third type by aggression and emotional instability. Their behavior is the same to the school and family environment.

In conclusion, the above behavioral problems result in dysfunctional social relations and disruption of the normal function of their classroom and their family.

Keywords

ADHD, combined type, behavioral problems, school, family

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, εκδηλώνεται όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα παιδιά που παρουσιάζουν διαταραχή ελλειμματικής προσοχής ή/και υπερκινητικότητα (ΔΕΠ ή ΔΕΠ/Υ). Άλλωστε η διαταραχή αυτή εμφανίζεται σε υψηλό ποσοστό του πληθυσμού. Μάλιστα, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, ένα παιδί σε κάθε τάξη μπορεί να παρουσιάζει ΔΕΠ/Υ (Ζαχαρόγεωργα, 2012).

Η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ είναι άξια μελέτης και διερεύνησης καθώς πολλά από εκείνα, εμφανίζουν σοβαρότατα προβλήματα συμπεριφοράς, με αρνητικές επιπτώσεις τόσο στα ίδια όσο και στον περίγυρο τους. Συνεπώς, η παρούσα εργασία πραγματεύεται τα προβλήματα συμπεριφοράς που παρουσιάζουν τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή.

Ειδικότερα, η συγκεκριμένη εργασία αρχίζει με τους ορισμούς της διαταραχής, καθώς και της προβληματικής συμπεριφοράς. Κατόπιν, αναλύεται η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ από τη βρεφική έως και την εφηβική ηλικία. Ύστερα, εξετάζεται η συμπεριφορά των παιδιών που ανήκουν στον πρώτο τύπο της διαταραχής, αλλά και στον τρίτο τύπο, όπως επίσης και οι σχέσεις των παιδιών αυτών με τους συνομηλίκους τους και η επίδραση της έλλειψης αυτοαντίληψης των παιδιών με ΔΕΠ/Υ στις σχέσεις αυτές. Επιπλέον, διερευνάται η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ μέσα στη σχολικό περιβάλλον, και πιο συγκεκριμένα, αφενός, απέναντι στο δάσκαλό τους και αφετέρου απέναντι στους συμμαθητές τους. Καταληκτικά, εξετάζεται η συμπεριφορά των παιδιών αυτών μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και η τροποποίηση της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ/Υ με τη χρήση συμπεριφορικών μεθόδων. Η εργασία ολοκληρώνεται με συμπεράσματα και προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση.

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ Ή/ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή/και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ) είναι μια νευροαναπτυξιακή και συμπεριφορική διαταραχή της παιδικής ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται από ακατάλληλη για την ηλικία Απροσεξία, Υπερκινητικότητα και Παρορμητικότητα (American Psychiatric Association, 2000). Η ΔΕΠ/Υ είναι μία από τις διαδεδομένες νευροβιολογικές διαταραχές συμπεριφοράς της παιδικής ηλικίας που εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 3-7% του σχολικού πληθυσμού (American Psychiatric Association, 2000).

Σύμφωνα με τον DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), η ΔΕΠ/Υ αντιπροσωπεύεται καλύτερα από τρεις επιμέρους τύπους που μπορούν να διαγνωστούν ανάλογα με το βαθμό στον οποίο το παιδί εμφανίζει τα τρία κεντρικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, τα οποία προαναφέρθηκαν. Συνεπώς, οι τρεις τύποι είναι:

- Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής, τύπος ελλειμματικής προσοχής
- Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής, τύπος υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας
- Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής, συνδυασμένος τύπος (American Psychiatric Association, 2000).

Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι τα περισσότερα παιδιά (90%) που έχουν διαγνωσθεί με ΔΕΠ/Υ, έχουν την πιο εμφανή μορφή του τύπου υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή του συνδυασμένου τύπου (Wilmshurst, 2009).

Η ΔΕΠ/Υ αποτελεί ουσιαστικά μια διαταραχή στην ικανότητα της συγκέντρωσης και διατήρησης της προσοχής, καθώς και στην ικανότητα ελέγχου και αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς (Ζαχαρόγεωργα, 2012), με απότοκο τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ να παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία τους ακολουθούν συνήθως καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Σύμφωνα με τους Weber και Plotts (2008), δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ορισμός για τα προβλήματα συμπεριφοράς που να είναι διεθνώς αποδεκτός. Αυτό συμβαίνει καθώς υπάρχουν διαφωνίες μεταξύ των ειδικών, οι οποίες πηγάζουν από την πληθώρα αιτιολογικών θεωριών, αλλά και από την έλλειψη έγκυρων και αξιόπιστων κριτηρίων για την ακριβή μέτρηση της προσωπικότητας, της προσαρμογής, του άγχους ή άλλων σχετικών ψυχολογικών εννοιών, που θα χρησίμευαν ως εφαλτήριο για τον ορισμό του προβλήματος (Πολυχρονοπούλου, 2012). Οι δυσκολίες του ορισμού μάλιστα εντείνονται από το πλήθος των συμπτωμάτων που εμφανίζουν τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς και από τις αναρίθμητες καταστάσεις και τόπους όπου είναι πιθανό να εκδηλωθούν (Πόλυχρονοπούλου, 2012).

Ωστόσο η Αγγελοπούλου-Σακαντάμη (2004), σε μια προσπάθεια της να φωτίσει περισσότερο το θέμα αυτό υπογραμμίζει ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς ανήκουν στα αναπτυξιακά προβλήματα, αφορούν όλες τις ηλικίες και μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές ή και δραματικές καταστάσεις αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα. Μάλιστα οι παράγοντες που προκαλούν προβλήματα συμπεριφοράς προέρχονται από το ίδιο το παιδί, την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).

3. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ/Υ ΑΠΟ ΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Αρχικά, αξίζει να τονισθεί ότι μολονότι πριν την ηλικία των τριών ετών είναι πολύ δύσκολη η διάγνωση της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, υπάρχουν προειδοποιητικά σημάδια, τα οποία είναι ενδεικτικά αυξημένου κινδύνου για ΔΕΠ/Υ τα επόμενα χρόνια (Wilmshurst, 2009). Ορισμένα βρέφη που έχουν δύσκολη ιδιοσυγκρασία πιθανότατα να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ΔΕΠ/Υ αργότερα, ιδίως αν οι «δύσκολες» συμπεριφορές περιλαμβάνουν: υπερβολική δραστηριότητα, προβλήματα ύπνου, δυσκολία να ηρεμήσουν και ευερεθιστότητα (Barkley, 2014). Τα παραπάνω προβλήματα δυσκολεύουν τις μητέρες των «δύσκολων» βρεφών και σύμφωνα με έρευνες, ήδη από τη βρεφική ηλικία υπάρχει δυσαρμονία στη σχέση των μητέρων με παιδιά, τα οποία μεταγενέστερα έλαβαν τη διάγνωση της ΔΕΠ/Υ (Battle & Lacey, 1972).

ΝΗΠΙΑΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ένα δύσκολο και με αυξημένη κινητική δραστηριότητα βρέφος συχνά εξελίσσεται σε ένα υπερκινητικό και αντιδραστικό στη συμπεριφορά του νήπιο (Barkley, 2014). Ειδικότερα, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν ΔΕΠ/Υ είναι συχνά απαιτητικά, παρορμητικά, ανυπάκουα και ιδιαίτερα τολμηρά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Συχνά, έχουν έντονα ξεσπάσματα με εκρήξεις θυμού όταν θυμώνουν ή απογοητεύονται (Ζαχαρόγεωργα, 2012). Λόγω των παραπάνω συμπεριφορών του, τα νήπια με ΔΕΠ/Υ δυσκολεύονται να ενσωματωθούν στην ομάδα των συνομήλικων τους (Campbell & Cluss, 1982, όπως αναφέρεται σε Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Είναι περισσότερο επιθετικά λιγότερο συνεργάσιμα και υποχωρητικά, μπλέκονται συχνότερα σε καβγάδες και δυσκολεύονται να συμμετάσχουν σε ομαδικές δραστηριότητες (Alessandri, 1992).

ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν κατά τη σχολική ηλικία υπερβολική κινητική δραστηριότητα, δε συμμορφώνονται σε κανόνες και οδηγίες και προκαλούν διαρκώς την υπομονή και ανοχή του δασκάλου (Ζαχαρόγεωργα, 2012). Εξαιτίας της αδιάκριτης και υπερβολικής συμπεριφοράς τους, διατρέχουν κίνδυνο σε διαπροσωπικό επίπεδο (Wilmshurst, 2009). Πιο συγκεκριμένα, έχουν χαμηλής ποιότητας κοινωνικές δεξιότητες, δυσκολεύονται να δημιουργήσουν φιλίες και συχνά απορρίπτονται από τους συνομήλικους τους (McQuady & Hoza, 2008). Κατά συνέπεια, είναι πιθανό να στραφούν προς άλλα διαταραγμένα παιδιά και να εκδηλώσουν ποικίλες μορφές παραβατικότητας αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς (McQuady & Hoza, 2008). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συχνά δείχνουν χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, με αποτέλεσμα να παραιτούνται εύκολα από την προσπάθεια και να εγκαταλείπουν ένα έργο, το οποίο δεν μπορούν να φέρουν εις πέρας εύκολα και γρήγορα (Wilmshurst, 2009).

ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι έφηβοι, οι οποίοι ως παιδιά είχαν λάβει τη διάγνωση της ΔΕΠ/Υ στη συντριπτική τους πλειοψηφία συνεχίζουν να πληρούν τα κριτήρια αυτής της διαταραχής και στην εφηβεία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Wenar και Kerig (2000), μεταξύ 50% και 80% των παιδιών που έχουν παραπεμφθεί κλινικά συνεχίζει να παρουσιάζει τη συγκεκριμένη διαταραχή και στην εφηβεία. Σε αυτή τη περίοδο της ζωής τους, οι έφηβοι με ΔΕΠ/Υ καλούνται να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις των φυσιολογικών αλλαγών, της σεξουαλικής προσαρμογής, της αποδοχής από τους συνομήλικους και των επαγγελματικών επιλογών υπό τη βάρος των προβλημάτων που προέρχονται από προηγούμενες εξελικτικές περιόδους (Wenar & Kerig, 2000). Συνεπώς, οι έφηβοι διατρέχουν κίνδυνο σε συναισθηματικό επίπεδο και αναμένεται μια σχετική αύξηση προβλημάτων εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης (Wenar & Kerig, 2000). Ειδικότερα, οι έφηβοι μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα εσωτερίκευσης, όπως άγχος και κατάθλιψη και γι' αυτό άλλωστε παρατηρείται υψηλή συννοσηρότητα ΔΕΠ/Υ και κατάθλιψης και ΔΕΠ/Υ και αγχώδους διαταραχής (Biederman, Farone, Mick, Moore & Lelon, 1996· Wilmshurst, 2009). Επιπλέον, είναι πιθανό να παρουσιάσουν προβλήματα εξωτερίκευσης, όπως επιθετικότητα,

προκλητικότητα και μορφές εγκληματικής συμπεριφοράς (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990, όπως αναφέρεται στον Wilmshurst, 2009).

4. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ Ή ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Μολονότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα, η συμπεριφορά των παιδιών που ανήκουν στον πρώτο τύπο, αλλά και στον τρίτο τύπο της διαταραχής έχει αρκετά κοινά στοιχεία (Ζαχαρόγεωργα, 2012). Βέβαια, η συμπεριφορά τους έχει και αξιοσημείωτες διαφορές.

4.1. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ (ΤΥΠΟΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ)

Αρχικά, τα παιδιά που ανήκουν στον πρώτο τύπο της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής είναι περισσότερο ήρεμα, εσωστρεφή, ονειροπόλα και υποχωρητικά σε σχέση με τα παιδιά που ανήκουν στον τρίτο τύπο της διαταραχής και συγκριτικά με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ (Αντωνίου, 2008· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002· Milich, Balentine & Lynam, 2001· Willcutt, Pennington, Chhabildas, Friedman, & Alexander, 1999). Γι’ αυτό άλλωστε πολλές φορές φαίνεται σαν να μην ακούνε όταν κάποιος τους μιλάει απευθείας (Ζαχαρόγεωργα, 2012). Επιπροσθέτως, τα παιδιά του πρώτου τύπου της ΔΕΠ/Υ χαρακτηρίζονται από περισσότερο άγχος και συστολή σε σχέση με τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, του συνδυασμένου τύπου και τα παιδιά δίχως ΔΕΠ/Υ (Maegden & Carlson, 2000). Άλλωστε είναι συχνή η συννοσηρότητα του Α’ Τύπου της ΔΕΠ/Υ με τις αγχώδεις διαταραχές ή τις διαταραχές της διάθεσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Επιπλέον, η κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών του πρώτου τύπου της ΔΕΠ/Υ χαρακτηρίζεται από έντονη παθητικότητα και έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων (Maegden & Carlson, 2000). Σε αντιδιαστολή με την τρίτη κατηγορία της ΔΕΠ/Υ, τα παιδιά αυτά δε διαθέτουν παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα (Αντωνίου, 2008· Maegden & Carlson, 2000). Ειδικότερα, τα παιδιά της πρώτης κατηγορίας ΔΕΠ/Υ έχουν περιορισμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και κατ’ επέκταση, δυσκολία στην απόκτηση επαρκών κοινωνικών γνώσεων (Maegden & Carlson, 2000). Αυτό συμβαίνει λόγω του άγχους τους, της απουσίας οργανωτικότητας και απροσεξίας τους (Αντωνίου, 2008· Maegden & Carlson, 2000).

Η περιγραφείσα συμπεριφορά τους έχεις ως απότοκο τα παιδιά αυτά να έχουν ελάχιστους ή καθόλου φίλους, να μην είναι δημοφιλή στην ομάδα των συνομηλίκων και να βιώνουν την κοινωνική απομόνωση (Hodgens, Cole & Boldizar, 2000· Nijmeijer, et al., 2008). Μάλιστα, τα συγκεκριμένα παιδιά καλούνται να αντιμετωπίσουν περισσότερα προβλήματα όσον αφορά τη σχέση τους με τους συνομηλίκους σε σχέση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ (Hodgens, et al., 2000).

Καταληκτικά, αξίζει να σημειωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ της πρώτης κατηγορίας, παρόλο που η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται από παθητικότητα και ανεπάρκεια κοινωνικών γνώσεων, διαθέτουν υψηλές ικανότητες όσον αφορά τον έλεγχο των συναισθημάτων τους (Maegden & Carlson, 2000).

4.2. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ (ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΟΣ ΤΥΠΟΣ)

Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ που ανήκουν στον τρίτο τύπο της διαταραχής, τα οποία είναι και τα περισσότερα, παρουσιάζουν πολλές φορές αντιδραστική, προκλητική και μη αρμόζουσα κοινωνική συμπεριφορά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002· Nijmeijer, et al., 2008). Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται να περιμένουν τη σειρά τους, καθώς και να παίζουν, να εμπλέκονται δηλαδή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, ξεστομίζουν απερίσκεπτα απαντήσεις πριν ολοκληρωθεί κάποια ερώτηση, συχνά διακόπτουν τους άλλους παρεμβαίνοντας απρόσκλητα σε συζητήσεις και πολλές φορές επιδιώκουν να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων με προκλητικό τρόπο (Bennett, 2010· Ζαχαρόγεωργα, 2012· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002· Wilmshurst, 2009). Μάλιστα τα παιδιά αυτά φαίνεται να αδιαφορούν για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους και να μην επηρεάζονται από παλαιότερες εμπειρίες τους (Αντωνίου, 2008· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συνδυασμένου τύπου, δυσκολεύονται να προσαρμόσουν και να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους, ανάλογα με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκονται (Maegden & Carlson, 2000). Σημαντικές έρευνες πιστοποιούν το παραπάνω εύρημα και δείχνουν ότι τα παιδιά αυτά δε μπορούν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους παρά τις μεταβολές στις περιβαλλοντικές συνθήκες (Landau & Milich, 1988).

Ακόμα, βασικά στοιχεία που απαρτίζουν τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ συνδυασμένου τύπου, είναι η επιθετικότητα, τα έντονα συναισθήματα που εκδηλώνονται συχνά με εκρήξεις θυμού ή ζήλιας, ο μη έλεγχος των συναισθημάτων τους και η υπερδραστηριότητα (Ζαχαρόγεωργα, 2012· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002· Maegden & Carlson, 2000· Nijmeijer, et al., 2008). Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά αυτά εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά, καθώς τους είναι δύσκολο να υπακούουν σε κανόνες και να πειθαρχούν, ενώ πρέπει να σημειωθεί ότι χάνουν εύκολα τη ψυχραιμία τους (Ζαχαρόγεωργα, 2012).

Η επιθετικότητα που περιγράφεται παραπάνω στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συνδυασμένου τύπου, συνδέεται με τη συναισθηματική αστάθεια που τα χαρακτηρίζει, καθώς αλλάζει τάχιστα η ψυχική τους διάθεση (Melnick & Hinshaw, 2000· Sobanski, et al., 2010). Τα συναισθήματα τους βρίσκονται σε συνεχή εναλλαγή και έτσι, εκεί που διακατέχονται από χαρά, τα επόμενα λεπτά οδηγούνται σε λύπη, θυμό με αποτέλεσμα να διαπληκτίζονται και να τσακώνονται έντονα με τους γύρω του (Brotman, et al., 2006· Nigg, Goldsmith & Sachek, 2004· Sobanski, et al., 2010).

Στο σημείο αυτό αξίζει να τονισθεί οι παραπάνω συμπεριφορές μπορεί να επιδεινωθούν, σε περίπτωση συννοσηρότητας ΔΕΠ/Υ και των άλλων δύο Διαταραχών Διασπαστικής Συμπεριφοράς, της Εναντιωματικής Προκλητικής Συμπεριφοράς και της Διαταραχής Διαγωγής συγκεκριμένα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002· McQuady & Hoza, 2008· Nijmeijer, et al., 2008· Wilmshurst, 2009). Μάλιστα σύμφωνα με το DSM-IV μεταξύ 25% και 75% των εφήβων με ΔΕΠ/Υ πληρούν τα κριτήρια και για εναντιωματική προκλητική συμπεριφορά ή για διαταραχή διαγωγής (American Psychiatric Association, 2000).

Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς τους έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη σχέση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ τρίτου τύπου με τους συνομηλίκους τους (Αντωνίου, 2008· Ζαχαρόγεωργα, 2012· Maegden & Carlson, 2000· Mrug, et al.,

2012· Nijmeijer, et al., 2008· Wenar & Kerig, 2000· Wilmshurst, 2009). Κατά συνέπεια, τα παιδιά αυτά συνάπτουν δυσλειτουργικές κοινωνικές σχέσεις, έχουν ελάχιστους ή και κανέναν κοντινό φίλο και είναι πολύ πιθανό να βιώσουν την απόρριψη από την παρέα των συνομηλίκων (Landau, Milich & Diener, 1998· Maegden & Carlson, 2000· Mrug, et al., 2012· Nijmeijer, et al., 2008· Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010). Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με έρευνες το 50% έως το 80% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ τρίτου τύπου, θα απορριφθεί από την παρέα των ατόμων της ηλικίας του (Hoza, 2007).

Εξαιτίας της περιγραφείσας, προβληματικής τους συμπεριφοράς, τα παιδιά αυτά είναι ελάχιστα δημοφιλή στην παρέα των συνομηλίκων, η οποία συχνά τα αποφεύγει ή ακόμη χειρότερα τα «εξοστρακίζει» (Landau, et al., 1998· Wehmeier, et al., 2010). Με άλλα λόγια, απ' τη μία πλευρά, τα συγκεκριμένα παιδιά ενδέχεται να βιώσουν την «ετικετοποίηση», την κοινωνική απόρριψη και τη θυματοποίηση, τα οποία πολλές φορές, προκαλούνται μέσω του σχολικού εκφοβισμού (Wiener & Mak, 2009). Όπως καθίσταται κατανοητό, η ΔΕΠ/Υ φαίνεται να «ευθύνεται» για την απόρριψη από τους συνομηλίκους (Bacchini, Affuso & Trotta, 2008). Πρόκειται ουσιαστικά για έναν κύκλο βίας, ο οποίος τροφοδοτείται διαρκώς από τη συνεχή απόρριψη των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, η οποία με τη σειρά της προκαλεί πρόσθετες βίαιες αντιδράσεις, διαιωνίζοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό (Bacchini, et al., 2008· Μέλλου, Νικολάου & Αντωνίου, 2013· Landau, et al., 1998).

Απ' την άλλη πλευρα, δεδομένης της παραπάνω περιγραφείσας συμπεριφοράς των παιδιών αυτών, σε συνδυασμό με τις χαμηλής ποιότητας κοινωνικές δεξιότητες, τις δυσκολίες να κάνουν ή να διατηρήσουν φιλίες και τη συνεχή κοινωνική απόρριψη, τα παιδιά μπορεί να στραφούν προς άλλα διαταραγμένα παιδιά αλλά και να εκδηλώσουν διάφορες μορφές παραβατικότητας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002· Mannuzza, Klein & Moulton, 2008· Normand et al., 2011· Wilmshurst, 2009). Μάλιστα η ΔΕΠ/Υ στην παιδική ηλικία αυξάνει τις πιθανότητες για εκδήλωση παραβατικής, αλλά και εγκληματικής συμπεριφοράς στην εφηβική ηλικία και στην ενήλικη ζωή (Mannuzza, et al., 2008· Mrug, et al., 2012). Επιπλέον, η ΔΕΠ/Υ στην παιδική ηλικία μπορεί να λειτουργήσει ως προβλεπτικός παράγοντας για εκδήλωση εγκληματικής συμπεριφοράς, υιοθέτηση της συνήθειας του καπνίσματος, καθώς και κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή (Lee, Humphreys, Flory, Liu & Glass, 2011· Mannuzza, et al., 2008· Mrug, et al., 2012). Αξίζει να αναφερθεί ότι οι Mannuzza, et al., (2008), σε διαχρονικές τους έρευνες βρήκαν ότι μια σημαντική υποομάδα (25%) των εφήβων με ΔΕΠ/Υ εμπλέκονται σε αντικοινωνικές δραστηριότητες, όπως κλοπές και εμπρησμούς.

4.3. Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ/Υ

Όπως κατέστη σαφές από τα υποκεφάλαια 4.1 και 4.2, τα παιδιά όλων των τύπων της ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις και πιο συγκεκριμένα, βιώνουν σε μεγάλο βαθμό την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους και δυσκολεύονται να δημιουργήσουν φιλίες. Ιστορικά, η πλειονότητα των ερευνητών θεωρούσε ότι τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ και η προβληματική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την κοινωνική απόρριψη τους (Linnea, Hoza, Tomb & Kaiser, 2012).

Ωστόσο πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο σε αυτή την κοινωνική απόρριψη (Linnea, et al., 2012). Ένας τέτοιος παράγοντας είναι το γεγονός ότι πολλά από τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν «φτωχή» αυτοαντίληψη και μη ικανότητα αυτοαξιολόγησης (Hoza, Waschbusch, Pelham, Molina & Milich, 2000). Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται στη διεθνή βιβλιογραφία «positive illusory bias» και αναφέρεται στην αναντιστοιχία που υπάρχει ανάμεσα στην αξιολόγηση των πραγματικών ικανοτήτων των παιδιών με ΔΕΠ/Υ από εξωτερικές πηγές (γονείς, εκπαιδευτικοί κλπ) και στην αυτοαξιολόγηση των ικανοτήτων από τα ίδια τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, τα οποία θεωρούν ότι οι ικανότητες τους είναι αρκετά πιο υψηλές σε σχέση με αυτές που πράγματι έχουν (Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza & Kaiser, 2007). Με άλλα λόγια, τα παιδιά αυτά υπερεκτιμούν τις ικανότητες τους σε επίπεδο κοινωνικό, ακαδημαϊκό, αλλά και συμπεριφοράς (Linnea, et al., 2012).

Το φαινόμενο αυτό αφενός, λειτουργεί ως αυτοπροστασία για τα παιδιά, καθώς τα «προστατεύει» από την έλλειψη αυτοπεποίθησης και την κατάθλιψη, αφετέρου όμως, τα παιδιά δεν είναι ενήμερα ότι αποτυγχάνουν σε κάποιο έργο, με απότοκο να κινητοποιούνται λιγότερο ώστε να αυτοβελτιωθούν (Hoza, et al., 2010· Milich & Okazaki, 1991).

Σύμφωνα με έρευνες, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ που έχουν μια υπερεκτιμημένη εικόνα για τον εαυτό τους, παρουσιάζουν αρνητική κοινωνική συμπεριφορά και καταβάλλουν μικρότερη προσπάθεια στη βελτίωση της συμπεριφοράς τους σε σύγκριση με τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δίχως «διογκωμένη» αντίληψη για τον εαυτό τους (Linnea, et al., 2012). Έτσι, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ με «φουσκωμένη» αυτοαντίληψη, παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, περιθωριοποιούνται από τους συνομήλικους και έχουν περιορισμένες ευκαιρίες να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες. (Hoza, et al., 2000· Linnea, et al., 2012).

5. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ/Υ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ

Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ κυρίως του συνδυασμένου τύπου, λόγω της υπερκινητικότητας και της παρορμητικής τους συμπεριφοράς, δημιουργούν προβλήματα στην εύρυθμη λειτουργία της σχολικής τάξης. Μάλιστα τα παιδιά αυτά επιδεικνύουν προβληματική συμπεριφορά και έχουν τεταμένες σχέσεις τόσο με τον εκπαιδευτικό της τάξης, όσο και με τους συμμαθητές τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

5.1. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ/Υ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΤΗΣ ΤΑΞΗΣ

Μέσα στη σχολική τάξη, η υπερκινητική και παρορμητική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ τα δυσκολεύει να παραμείνουν καθιστά για πολλή ώρα και να παρακολουθήσουν το μάθημα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Έτσι, πολλές φορές σηκώνονται, κάνουν άσκοπες κινήσεις και θόρυβο, εμποδίζοντας την ομαλή λειτουργία της τάξης και τη διδασκαλία του εκπαιδευτικού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Συνεπώς, τα παιδιά αυτά διαταράσσουν την οικολογία της τάξης, έχουν μεγάλη πιθανότητα παραπομπής από τον εκπαιδευτικό και συχνά δείχνουν ακραία συμπεριφορά προς το πρόσωπο του (Elliott, Kratochwill, Cook & Travers, 2008).

Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ πολλές φορές αψηφούν τον εκπαιδευτικό, δείχνουν έλλειψη συμμόρφωσης στις προτροπές του και γενικότερα παρουσιάζουν μια προβληματική συμπεριφορά (Elliott, et al., 2008). Το αποτέλεσμα είναι η παροχή αρνητικής ενίσχυσης από τους δασκάλους, οι οποίοι εντέλει ασχολούνται με τα παιδιά αυτά κάθε φορά που ενοχλούνται από τη συμπεριφορά τους (Αντωνίου, 2008· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Ως απόρροια του γεγονότος αυτού, τα παιδιά μαθαίνουν ότι οι άλλοι ασχολούνται μαζί τους, όταν γίνονται ενοχλητικά με απότοκο να αυξάνονται οι εγγενείς δυσκολίες αυτορρύθμισης, καθώς τα παιδιά δεν έχουν κανένα κίνητρο να προσπαθήσουν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους και να περιορίσουν τις ανεπιθύμητες για το περιβάλλον αντιδράσεις τους (Αντωνίου, 2008· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

5.2. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ/Υ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΣΥΜΜΑΘΗΤΕΣ ΤΗΣ ΤΑΞΗΣ ΤΟΥΣ

Η υπερκινητική και παρορμητική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ μέσα στην τάξη ενοχλεί τους συμμαθητές τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Το αποτέλεσμα είναι να κατέχουν ευμετάβλητη θέση ανάμεσα στους συμμαθητές τους, βιώνοντας είτε τη μερική αποδοχή είτε τη μερική απόρριψη (Elliott, et al., 2008). Μάλιστα οι συμμαθητές τους είναι λιγότερο ανεκτικοί με τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ που έχουν έλλειψη αντίληψης της αυτοεικόνας τους, φαινόμενο το οποίο περιγράφηκε στο υποκεφάλαιο 4.3., σε σχέση με τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ που όμως έχουν ρεαλιστική εικόνα για τον εαυτό τους (Mikami, et al., 2015).

Επιπροσθέτως, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν κοινωνικές δεξιότητες που στηρίζουν τις θετικές αλληλεπιδράσεις με τους συμμαθητές, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής εμπλοκής και υψηλά επίπεδα αρνητικής και επιθετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (Elliott, et al., 2008).

Αξίζει να αναφερθεί ότι τα κορίτσια με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν λιγότερες επιθετικές συμπεριφορές προς τους συμμαθητές τους σε σχέση με τα αγόρια με ΔΕΠ/Υ, αλλά περισσότερες σε σύγκριση με τα κορίτσια χωρίς ΔΕΠ/Υ (Abikoff, et al., 2002). Ωστόσο τα κορίτσια με ΔΕΠ/Υ είναι πιθανό να πραγματοποιήσουν λεκτική επίθεση ενάντια στους συμμαθητές τους (Abikoff, et al., 2002). Αυτού του τύπου η επίθεση πραγματοποιείται είτε διαδίδοντας φήμες για άλλους συμμαθητές είτε περιθωριοποιώντας τους (Zalecki & Hinshaw, 2004).

Στον αντίποδα, τα αγόρια με ΔΕΠ/Υ επιδεικνύουν σε μεγαλύτερο βαθμό επιθετικότητα προς τους συμμαθητές τους, μη υπακοή στους κανόνες της τάξης και υπερκινητικότητα, σε σχέση με τα κορίτσια με ΔΕΠ/Υ (McQuady & Hoza, 2008). Τα αγόρια δηλαδή προκαλούν περισσότερη αναστάτωση στην τάξη, είναι πιο ανήσυχα και διακόπτουν πιο συχνά τους γύρω τους σε σχέση με τα κορίτσια με ΔΕΠ/Υ (Abikoff, et al., 2002).

Αδιαμφισβήτητα, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ είτε ασκούν σωματική είτε λεκτική βία, αυτό επηρεάζει καταλυτικά τις σχέσεις τους με τους συμμαθητές και συχνά καταλήγουν στην κοινωνική απομόνωση και περιθωριοποίηση (Abikoff, et al., 2002· Mrug, et al., 2012· Nijmeijer, et al., 2008).

6. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ/Υ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η ΔΕΠ/Υ όπως και οι περισσότερες διαταραχές αποτελεί ένα πρόβλημα που έχει επιπτώσεις σε όλη την οικογένεια. Στο σπίτι, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στην ολοκλήρωση των καθηκόντων τους, σε θέματα οργάνωσης και οριοθέτησης, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συγκρούσεις ανάμεσα στους γονείς και στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ (Ζαχαρόγεωργα, 2012· Wilmshurst, 2009).

Εξαιτίας των συναισθηματικής αστάθειας και της επιθετικής συμπεριφοράς που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ και στο χώρο του σπιτιού, υπάρχουν έντονοι διαπληκτισμοί με τους γονείς τους και είναι πιθανό οι ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί να διασαλευτούν (Harpin, 2005· Wehmeier, et al., 2010). Μάλιστα σύμφωνα με έρευνες, η σχέση μεταξύ γονέων και παιδιών με ΔΕΠ/Υ είναι πιο έντονη και με περισσότερους τσακωμούς σε σύγκριση με τη σχέση των γονέων με παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ (Barkley, 2014· Wehmeier, et al., 2010).

Επίσης, όσον αφορά τους έφηβους με ΔΕΠ/Υ, εκείνοι καθίστανται αρκετά αντιδραστικοί, επιθετικοί και μη ανεκτικοί με τους γονείς τους (Wehmeier, et al., 2010). Οι γονείς από τη μεριά τους, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πιο ελαστικοί σε θέματα πειθαρχίας στους εφήβους με ΔΕΠ/Υ και άλλες φορές πιο αυστηροί μαζί τους (Wehmeier, et al., 2010). Οι εντάσεις μεταξύ εφήβων με ΔΕΠ/Υ και των γονιών τους είναι πιο πιθανό να προκύψουν για θέματα σχετικά με τις παρέες των εφήβων, το σχολείο, την εμφάνιση, το αλκοόλ, το κάπνισμα και άλλα (Barkley, 2014· Wehmeier, et al., 2010).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συνοψίζοντας, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν σοβαρότατα προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία επηρεάζουν καταλυτικά τη σχέση τους με τους συνομηλίκους και με τον κοινωνικό περίγυρο. Μάλιστα, όπως αναλύθηκε παραπάνω, τα προβλήματα αυτά εκδηλώνονται και στο χώρο του σχολείου, διασαλεύοντας έτσι, τη σχέση των παιδιών αυτών με τον εκπαιδευτικό της τάξης, καθώς και στο χώρο του σπιτιού, προκαλώντας εντάσεις μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ/Υ και των γονιών τους.

Μολονότι σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, για την πλειονότητα των ατόμων με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής ή/και υπερκινητικότητα, η ΔΕΠ/Υ αποτελεί μια δια βίου διαταραχή, τα άτομα με ΔΕΠ/Υ μπορούν με τη βοήθεια των κατάλληλων συμπεριφορικών παρεμβάσεων, όπως αναφέρθηκαν στην ενότητα 7, να μάθουν να ελέγχουν και να ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους, αλλά και να προσαρμόζονται και να αντισταθμίζουν τις αντιξοότητες (Ζαχαρόγεωργα, 2012).

Προκειμένου όμως να επιτευχθεί αυτό, επιβάλλεται οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί να έχουν μια αγαστή συνεργασία, να χτίσουν μια σχέση εμπιστοσύνης, και να διαθέτουν μεγάλα αποθέματα υπομονής, αγάπης και κατανόησης προς το παιδί.

Καταληκτικά, δεδομένου ότι οι γνώσεις μας για τη ΔΕΠ/Υ έχουν αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό τα τελευταία χρόνια, και πλήθος ερευνών πραγματοποιείται κάθε χρόνο για τη διαταραχή, είναι βέβαιο ότι τα μελλοντικά έτη θα μάθουμε πολλά ακόμη για τη ΔΕΠ/Υ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Abikoff, H. B., Jensen, P. S., Arnold, L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., & Vitiello, B. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of abnormal child psychology,30*(4), 349-359. doi: 0091-0627/02/0800-0349/0

Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, Ν. (2004). *Ειδική Αγωγή: Αναπτυξιακές διαταραχές και χρόνιες μειονεξίες.* Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστήμιου Μακεδονίας.

Alessandri, S. M. (1992). Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(3), 289-302.

American Psychiatric Association (APA), (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Αντωνίου, Α.-Σ. (2009). *Ψυχολογία Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες.* Τομ. Α΄. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

Bacchini, D., Affuso, G., & Trotta, T. (2008). Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: the mediating role of school bullying. *Aggressive Behavior*, *34*(5), 447-459. doi: 10.1002/ab.20271

Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.

Battle, E. S., & Lacey, B. (1972). A context for hyperactivity in children, over time. *Child development*, 757-773.

Bennett, P. (2010). *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία.* Καλαντζή-Αζίζι Α. & Ευσταθίου Γ. (Επιμ.). Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Moore, P., & Lelon, E. (1996). Child Behavior Checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(6), 734-742.

Brotman, M. A., Schmajuk, M., Rich, B. A., Dickstein, D. P., Guyer, A. E., Costello, E. J. & Leibenluft, E. (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological psychiatry*, *60*(9), 991-997. doi:10.1016/j.biopsych.2006.08.042

Γεννά, Α. (2007). *Θεωρία και πράξη της ανάλυσης της συμπεριφοράς.* Αθήνα: Gutenberg.

Elliot, S., Kratichwill, T., Cook, J., & Travers, J. (2008). *Εκπαιδευτική Ψυχολογία: Αποτελεσματική διδασκαλία, αποτελεσματική μάθηση*. Λεονταρή Α,. & Συγκολλίτου Ε. (Επιμ.). Αθήνα: Gutenberg.

Ζαχαρόγεωργα, Τ. (2012). Παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής ή/και υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ). Στο Σ. Πολυχρονοπούλου (επιμ.), *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες* (σσ. 468-502). Αθήνα: Γρηγόρης.

Zalecki, C. A., & Hinshaw, S. P. (2004). Overt and relational aggression in girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*(1), 125-137.

Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*,*90*(suppl 1), i2-i7. doi: 10.1136/adc.2004.059006

Hodgens, J. B., Cole, J., & Boldizar, J. (2000). Peer-based differences among boys with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*(3), 443-452.

Hoza, B., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., Molina, B. S., & Milich, R. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity Disordered and Control Boys' Responses to Social Success and Failure. *Child development*, *71*(2), 432-446. doi: 0009-3920/2000/7102-0013

Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, *32*(6), 655-663.

Hoza, B., Murray-Close, D., Arnold, L. E., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & MTA Cooperative Group. (2010). Time-dependent changes in positively biased self-perceptions of children with ADHD: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, *22*(2), 375. doi:10.1017/S095457941000012X

Κάκουρος. Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση.* Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος.

Landau, S., & Milich, R. (1988). Social communication patterns of attention-deficit-disordered boys. *Journal of abnormal child psychology*, *16*(1), 69-81.

Landau, S., Milich, R., & Diener, M. B. (1998). Peer relations of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Reading & Writing Quarterly Overcoming Learning Difficulties*, *14*(1), 83-105.

Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *31*(3), 328-341. doi:10.1016/j.cpr.2011.01.006

Linnea, K., Hoza, B., Tomb, M., & Kaiser, N. (2012). Does a positive bias relate to social behavior in children with ADHD?. *Behavior therapy*, *43*(4), 862-875.

Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry research*, *160*(3), 237-246. doi:10.1016/j.psychres.2007.11.003

McQuade, J. D., & Hoza, B. (2008). Peer problems in attention deficit hyperactivity disorder: Current status and future directions. *Developmental Disabilities Research Reviews*, *14*(4), 320-324. doi: 10.1002/ddrr.35

Μέλλου, Ε., Νικολάου, Κ.-Σ. & Αντωνίου, Α.-Σ. (2015). Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ σχολικού εκφοβισμού, ΔΕΠ/Υ και ψυχικών διαταραχών. Στο *3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ειδικής Εκπαίδευσης με διεθνή συμμετοχή. Διλήμματα και Προοπτικές στην Ειδική Εκπαίδευση*, 2013 (σσ. 225-231). Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρης.

Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(1), 73-86.

Mikami, A. Y., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Hechtman, L., & Pelham, W. E. (2015). Cross-Setting Correspondence in Sociometric Nominations Among Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 23(1), 52-64. doi: 10.1177/1063426613518244

Milich, R., & Okazaki, M. (1991). An examination of learned helplessness among attention-deficit hyperactivity disordered boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *19*(5), 607-623.

Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical psychology: science and practice*, *8*(4), 463-488.

Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: contributions to long-term outcomes. *Journal of abnormal child psychology*, 40(6), 1013-1026. doi: 10.1007/s10802-012-9610-2

Nigg, J. T., Goldsmith, H. H., & Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model.*Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*(1), 42-53. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_5

Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical psychology review*, *28*(4), 692-708. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.003

Normand, S., Schneider, B. H., Lee, M. D., Maisonneuve, M. F., Kuehn, S. M., & Robaey, P. (2011). How do children with ADHD (mis) manage their real-life dyadic friendships? A multi-method investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(2), 293-305. doi: 10.1007/s10802-010-9450-x

Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical child and family psychology review*, *10*(4), 335-351. doi: 10.1007/s10567-007-0027-3

Πολυχρονοπούλου, Σ. (2012). *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες.* Αθήνα: Γρηγόρης.

Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B. & Stringaris, A. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,*51*(8), 915-923. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x

Toplak, M. E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B., & Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical psychology review*,*28*(5), 801-823. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.008

Weber, J. & Plotts, C. (2008). *Emotional and behavioral disorders: Theory and practice* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, *46*(3), 209-217. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.09.009

Wenar, C. & Kerig, P. (2000). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία.* Μαρκουλής, Δ., & Γεωργάκα, Ε. (Επιμ.). Αθήνα: Gutenberg.

Wheeler Maedgen, J., & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of clinical child psychology*, *29*(1), 30-42. doi: 10.1207/S15374424jccp2901_4

Wiener, J., & Mak, M. (2009). Peer victimization in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Psychology in the Schools, 46(2), 116-131. doi: 10.1002/pits.20358

Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Chhabildas, N. A., Friedman, M. C., & Alexander, J. (1999). Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(11), 1355-1362. doi: 0890-8567/99/3811-135

Wilmshurst, L. (2009*). Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Μια αναπτυξιακή προσέγγιση.* (επιμ.) Μπεζεβέγκης, Η. Αθήνα: εκδόσεις Gutenberg.