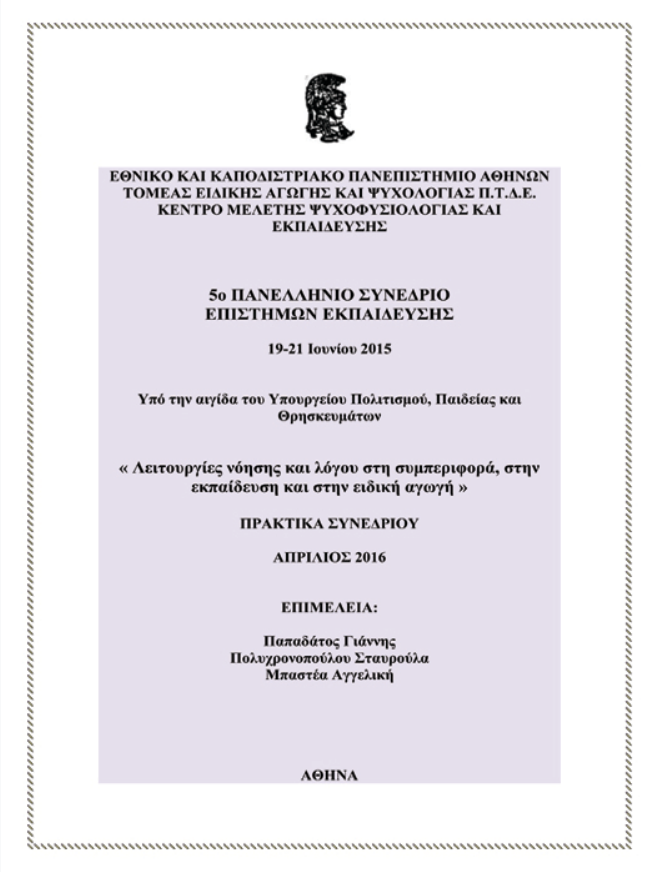
ePublishing

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ
NATIONAL DOCUMENTATION CENTRE

Panhellenic Conference of Educational Sciences

Vol 2015, No 1 (2015)

5th Conference Proceedings



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

5ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

19-21 Ιουνίου 2015

Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Πολιτισμού, Παιδείας και Θρησκευμάτων

« Λειτουργίες νόησης και λόγου στη συμπεριφορά, στην εκπαίδευση και στην ειδική αγωγή »

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2016

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

Παπαδάτος Γιάννης
Πολυχρονοπούλου Σταυρούλα
Μπαστέα Αγγελική

ΑΘΗΝΑ

Τρόποι αντίληψης και στρατηγικές διαχείρισης του χρόνου από μαθητές με ΔΕΠ-Υ

Νίκη Δαλιανά, Αλέξανδρος - Σταμάτιο Αντωνίου

doi: 10.12681/edusc.208

To cite this article:

Δαλιανά Ν., & Αντωνίου Α. .-. Σ. (2016). Τρόποι αντίληψης και στρατηγικές διαχείρισης του χρόνου από μαθητές με ΔΕΠ-Υ. *Panhellenic Conference of Educational Sciences*, *2015*(1), 418–426. https://doi.org/10.12681/edusc.208

https://epublishing.ekt.gr | **e-Publisher:** EKT | **Downloaded at:** 06/02/2026 04:58:15

Τρόποι αντίληψης και στρατηγικές διαχείρισης του χρόνου από μαθητές με ΔΕΠ-Υ

Ν. Δαλιανά[1] & Α.-Σ. Αντωνίου[2]

[1]Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ), Β' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ,
Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Αγλ. Κυριακού»
ndaliana@yahoo.gr

[2]Επίκουρος Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε- ΕΚΠΑ
asantoni@hol.gr

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ) είναι μία βιολογικά προερχόμενη αναπτυξιακή διαταραχή, με συμπτώματα κυρίως την έλλειψη προσοχής, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα. Η ΔΕΠ/Υ σχετίζεται με ανωμαλίες στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου, τμήματα τα οποία ελέγχουν μεταξύ άλλων την εκτίμηση του χρόνου. Η παρούσα εισήγηση στοχεύει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ αντιλαμβάνονται την έννοια του χρόνου, καθώς και στην αναφορά τρόπων διαχείρισής του. Σύμφωνα με διεθνείς έρευνες, η αίσθηση του χρόνου και η διαχείρισή του αποδεικνύεται πολλές φορές υπερβολικά δύσκολη για τους μαθητές με ΔΕΠ/Υ, όπως επίσης και η ιεράρχηση των υποχρεώσεών τους. Χρήσιμες τεχνικές για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του χρόνου και τη μείωση της παρορμητικότητας είναι η εκμάθηση δημιουργίας λίστας καθηκόντων και τρόπου ιεράρχησής τους, οι στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων καθώς και η χρήση ρολογιών και χρονομέτρων από το παιδί. Οι μαθητές με ΔΕΠ/Υ συχνά παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στο να κατανοήσουν την έννοια του χρόνου, «βγαίνουν» εκτός προγράμματος στις δραστηριότητές τους και δυσκολεύονται στη διαχείριση του χρόνου τους. Κατάλληλες παρεμβάσεις από γονείς και εκπαιδευτικούς, καθώς και εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης, όπως αυτών που προτείνονται από τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση, μπορούν ειδικά αν συνδυαστούν και με την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή να αποδώσουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Λέξεις-κλειδιά: ΔΕΠ/Υ, γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση, τεχνικές διαχείρισης χρόνου,

Abstract

The Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) is a biologically derived developmental disorder with symptoms mainly inattention, impulsivity and hyperactivity. ADHD associated with abnormalities in frontal areas of the brain, which control parts including the assessment of the time. This paper aims at time perception of students with ADHD and how they understand the reference time management modes. According to international studies, the sense of time management often proves too difficult for students with ADHD, as well as the hierarchy of obligations. Useful techniques for effective time management and reducing impulsivity is learning to create list of tasks, the problem-solving strategies and the use of clocks and chronometers of the child. Students with ADHD often have severe difficulties in time perception, "come out" of their program in their activities

and have difficulty in managing their time. Appropriate interventions by parents and teachers, and learning management techniques, such as those proposed by the cognitive-behavioral approach, especially if combined with the appropriate medication , produce encouraging results

Keywords: ADHD, time management, cognitive behavioral therapy, techniques

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ) είναι μία βιολογικά προερχόμενη αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία δε συνεπάγεται ελλιπή νοημοσύνη ή προσπάθεια. Ουσιαστικά, πρόκειται για μία κατάσταση που το άτομο παρουσιάζει δυσκολίες στους τομείς της έλλειψης προσοχής, της παρορμητικότητας ή/και της υπερκινητικότητας. Ανάλογα με το ποιο σύμπτωμα έχει μεγαλύτερη ένταση, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-TR, 2000) διακρίνονται τρεις επιμέρους τύποι της ΔΕΠ/Υ:

- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο
- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό - Παρορμητικό Τύπο
- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας, Συνδυασμένος Τύπος (ό.α. στο Neuhaus, 1998)

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ κατ' ουσίαν παρουσιάζουν συμπεριφορές οι οποίες αυτές καθαυτές θεωρούνται κατάλληλες ηλικιακά, όμως εκφράζονται σε υπερβολικό βαθμό, ξεπερνώντας το πλαίσιο της τυπικής ηλικιακά συμπεριφοράς (Goldstein & Goldstein, 1992). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, αν και η νοημοσύνη των παιδιών αυτών μπορεί να κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα, να αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσαρμογής στο αναπτυξιακό τους επίπεδο και στη διαχείριση των περιβαλλοντικών απαιτήσεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η πρώτη αναφορά στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα έγινε το 1902 από τον ιατρό George Still. Συγκεκριμένα, περιέγραψε 43 παιδιά τα οποία ήταν επιθετικά, προκλητικά, στερούνταν πειθαρχίας και δυσκολεύονταν να ελέγξουν την παρορμητικότητά τους. Επιπροσθέτως, αδιαφορούσαν για την τιμωρία ή τις συνέπειες των πράξεων τους, ήταν στην πλειοψηφία τους υπερκινητικά και είχαν δυσκολίες στη διατήρηση της συγκέντρωσης της προσοχής. Ο Still δεν απέδωσε τα χαρακτηριστικά αυτά σε πιθανή ιδιοτροπία των παιδιών αλλά στην εσωτερική βιολογική διαφορετικότητά τους (Spodak & Stefano, 2011). Έτσι, γίνεται μία αρχική αναφορά στη διαταραχή που αργότερα ονομάστηκε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής -Υπερκινητικότητα» (ΔΕΠ/Υ).

Το 1917, μετά το ξέσπασμα μιας επιδημίας εγκεφαλίτιδας στη βόρεια Αμερική, πολλά παιδιά που επέζησαν από αυτήν παρουσίασαν σημαντικές ανεπάρκειες στις γνωστικές λειτουργίες και στη συμπεριφορά τους. Πολλά από τα χαρακτηριστικά που σήμερα αποδίδονται στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ (διαταραχή προσοχής, παρορμητικότητα, αυξημένη κινητική δραστηριότητα, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα μνήμης και αντικοινωνική συμπεριφορά) περιλαμβάνονταν στις περιγραφές αυτών των ανεπαρκειών (Ebaugh, 1923) (Barkley, 1990· Rafalovich, 2001). Έτσι, προέκυψε η θεωρία της «εγκεφαλικής βλάβης» που χρησιμοποιήθηκε από τους Strauss και Lehtinen το 1947 (Μπεζεβέγκης, 1989).

Γενικά, η περίοδος 1900-1960, χαρακτηρίζεται από τον Barkley (1990) ως «η εποχή των παιδιών με εγκεφαλική βλάβη». Μετά το 1930, ο όρος «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» αντικατέστησε τον όρο «εγκεφαλική βλάβη» (Κάκουρος

& Μανιαδάκη, 2006· Μπεζεβέγκης, 1989), καθώς δεν υπήρχαν ενδείξεις ύπαρξης εγκεφαλικής βλάβης σε πολλές περιπτώσεις παιδιών που παρουσίαζαν τέτοιου είδους συμπτώματα (Barkley, 1990).

Λίγο πριν τη δεκαετία του 1970, ο όρος «Ελάχιστη Εγκεφαλική Δυσλειτουργία» σταδιακά εγκαταλείφθηκε, καθώς θεωρήθηκε ότι είναι αρκετά ευρής, ασαφής και χωρίς να έχει ιδιαίτερη σημασία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση (Kirk, 1963, ό.α. στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Έτσι, στο DSM-II (1968), το σύνδρομο ονομάζεται «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία» και περιγράφεται ως μία διαταραχή που έχει ως βασικά χαρακτηριστικά την αυξημένη κινητική δραστηριότητα, την εύκολη διάσπαση και τη μειωμένη προσοχή. Τα συμπτώματα αυτά είναι εντονότερα στα μικρότερα παιδιά, ενώ κατά την εφηβεία φαίνεται να εξασθενούν.

Αυτός ο νέος ορισμός, προσανατολισμένος πλέον στα συμπτώματα της διαταραχής και όχι στα αίτια όπως γινόταν μέχρι τότε (Braswell & Bloomquist, 1991). Από τον Barkley (1990), η περίοδος 1960-1969 έχει χαρακτηρισθεί ως «η χρυσή εποχή της υπερκινητικότητας». Εκείνη την εποχή θεωρούσαν ότι η διαταραχή αυτή έχει ένα σχετικά ομοιογενές σύνολο συμπτωμάτων, μεταξύ των οποίων κυρίαρχο ήταν η υπερκινητικότητα, μέχρι που το1972, η Virginia Douglas, υποστήριξε ότι δεν είναι η ίδια η υπερκινητικότητα το κυρίαρχο αίτιο των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα υπερκινητικά παιδιά αλλά τα ελλείμματα στην παρατεταμένη προσοχή και στις διαδικασίες αυτορύθμισης, οι οποίες θεωρούνται υπεύθυνες για την οργάνωση, την καταγραφή και την επεξεργασία των πληροφοριών. Το γεγονός αυτό επηρέασε και έπαιξε σημαντικό ρόλο στη μετονομασία της διαταραχής στο DSM-III σε Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ADD) (Barkley, 1990· Rafalovich, 2001).

Το 1987, στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III-R, το σύνδρομο συμπεριέλαβε την υπερκινητικότητα στην ονομασία του και έλαβε την σημερινή του ονομασία ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα» (ADHD). Τέλος, στη δεκαετία του 1990, στην έκδοση του DSM-IV, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα εντάσσεται μαζί με τη διαταραχή της διαγωγής και την εναντιωτική προκλητική διαταραχή στην κατηγορία «Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς» και στην ευρύτερη κατηγορία «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ο επιπολασμός της ΔΕΠ/Υ τοποθετείται στο 5%-10% περίπου των παιδιών. Από αυτά τα παιδιά, γύρω στο 70% θα συνεχίσουν να παρουσιάζουν συμπτώματα στην εφηβεία ενώ το 66% παρουσιάζει συμπτώματα και κατά την ενήλικη ζωή.

Ένας τομέας στον οποίον αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ είναι η αντίληψη του χρόνου. Πρόκειται για μία γνωστική λειτουργία που περιλαμβάνει πολλαπλές διεργασίες, εμπλέκοντας πολλές περιοχές του εγκεφάλου, όπως την παρεγκεφαλίδα, τα βασικά γάγγλια και τον προμετωπιαίο λοβό. Στην περίπτωση της ΔΕΠ/Υ, νευροαπεικονιστικές έρευνες δείχνουν δομικές ανωμαλίες στις περιοχές αυτές (Berquin et al., 1998. Castellanos, 2001. Mostofsky et al., 1998). Συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ φαίνεται να παρουσιάζουν δυσκολίες όπως:

- Να αντιληφθούν οδηγίες που περιλαμβάνουν χρονικά όρια
- Να ακολουθούν χρονοδιαγράμματα και να προλαβαίνουν προθεσμίες
- Να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους ανάλογα με τη χρονική στιγμή (ανταπόκριση στην τάξη, διακοπή συζητήσεων, δυσκολία αναμονής)
- Ελλείμματα στη μνήμη εργασίας που είναι σημαντική στην αντίληψη του χρόνου
- Αργή απόκριση σε εργασίες των οποίων οι οδηγίες απαιτούν ταχύτητα

(Barkley et al., 1996. Karatekin & Asarnow, 1998. Mariani & Barkley, 1997. Sonuga-Barke et al., 1998. Zahn et al., 1991)

Όλα αυτά δημιουργούν πολλά προβλήματα στο σχολείο (π.χ. δεν έχουν έτοιμες τις εργασίες στην ώρα τους, καθυστερούν, δεν αρχίζουν εγκαίρως τις εργασίες, χάνουν προθεσμίες κ.ά. (Forgan & Richey, 2012) και συχνά οδηγούν ακόμα και τα παιδιά με υψηλό δείκτη νοημοσύνης σε σχολική αποτυχία (Jacobs & Wendel, 2010). Η διαχείριση του χρόνου είναι μια δεξιότητα η οποία κατόπιν εξάσκησης και προσπάθειας θα μπορούσε να αποκτηθεί (Barkley, 2005).

Σε θεραπευτικό επίπεδο, μία από τις διαθέσιμες επιλογές είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Κατά καιρούς, έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες φαρμακευτικές ουσίες για τη θεραπεία της ΔΕΠ/Υ: διεγερτικά (μεθυλφαινιδάτη-αμφεταμίνη), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, λίθιο, νευροληπτικά και αντιεπιληπτικά (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Η χρήση φαρμάκων στην αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς εφαρμόστηκε αρχικώς από τον Bradley το 1930 με τη χρήση βενζεδίνης σε παιδιά μικρής ηλικίας που διαβιούσαν σε ίδρυμα (Hinsaw, 1994).

Σήμερα, θεραπεία εκλογής αποτελούν τα διεγερτικά και κυρίως η μεθυλφαινιδάτη (Ritalin-Methilyn), όπου φαίνεται να έχει αποτελεσματικότητα έως και 70% (Αλεξίου, 2010. Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Θα μπορούσε βέβαια να ισχυριστεί κανείς ότι αποτελεί παράδοξο το γεγονός ότι ένα διεγερτικό φάρμακο δίνεται σε παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα διέγερσης. Έρευνες έχουν δείξει ότι στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, το κεντρικό νευρικό σύστημα λειτουργεί σε επίπεδα χαμηλότερα του κανονικού. Τα φάρμακα αυτά έχουν καταπραϋντικά αποτελέσματα καθώς αυξάνουν τη διαθεσιμότητα νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη) και έτσι επαναφέρουν τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος στο κανονικό επίπεδο (Μπεζεβέγκης, 1989). Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται βελτίωση της γενικότερης γνωστικής λειτουργίας, διευκόλυνση της μάθησης, της προσοχής και μείωση της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2004· Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Η συνήθης δόση έναρξης της μεθυλφαινιδάτης είναι τα 5 mg με σταδιακή αύξηση. Η μέγιστη συγκέντρωση της ουσίας στον εγκέφαλο επιτυγχάνεται 2 ώρες μετά τη λήψη και διαρκεί 4-5 ώρες (Παπαγεωργίου, 2005). Η χορήγηση είναι προτιμότερο να γίνεται με τρόπο που η μέγιστη επίδραση θα συμπίπτει με τις ώρες που το παιδί βρίσκεται στο σχολείο (Schachar et al., 1996, ό.α. στο Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2004). Επιπροσθέτως, καλό θα είναι η χορήγηση να διακόπτεται κατά τα Σαββατοκύριακα και τις σχολικές αργίες (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Είναι σημαντικό, όπως και με όλα τα φάρμακα, να ελέγχεται ότι η χορήγηση γίνεται με προσοχή και ακρίβεια για να αποφευχθεί η εκδήλωση παρενεργειών. Πιθανές παρενέργειες των διεγερτικών είναι: ανορεξία, διαταραχές ύπνου, πόνοι στο στομάχι, ευερεθιστότητα και αυξημένη αρτηριακή πίεση (Αλεξίου, 2010). Ακόμη, σε παιδιά με οικογενειακό ιστορικό συνδρόμου Gilles de la Tourette έχει αναφερθεί έκλυση τικ (Λαζαράτου, & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Τέλος, στα αρνητικά της φαρμακοθεραπείας συγκαταλέγεται και το ότι κάποιες φορές μετά τη διαδικασία χρήσης φαρμάκων τα συμπτώματα φαίνεται να επανέρχονται. Έπειτα, στο πλαίσιο της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής παρέμβασης, οι τεχνικές που εφαρμόζονται σε παιδιά με ΔΕΠ/Υ είναι: α) στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, β) εκπαίδευση στην αυτοκαθοδήγηση, γ) μάθηση μέσω της ενίσχυσης,

δ) μάθηση μέσω προτύπου, ε) εκπαίδευση στην έκφραση συναισθημάτων και στ) παιχνίδια ρόλων (Kendall & Brasswell, 1993· Levine & Anshel, 2011).

Στόχος των παραπάνω τεχνικών είναι να μπορεί το παιδί να ακολουθεί μια σειρά βημάτων προτού αντιδράσει σε κάποιο ερέθισμα ή προτού προχωρήσει στην επίλυση ενός προβλήματος και να μπορεί παράλληλα να εντοπίζει τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν για ένα πρόβλημα (Levine & Anshel, 2011). Βασικό ρόλο έχει η τεχνική της ενίσχυσης, η οποία στηρίζεται στο ότι μία συμπεριφορά επηρεάζεται από τις συνέπειές της (θετικές ή αρνητικές) και έτσι επαναλαμβάνεται ή αντικαθίσταται (Neuhaus, 1998). Μέσω ενός προγράμματος ενισχύσεων, το παιδί μαθαίνει να ακολουθεί ορισμένους βασικούς κανόνες και να αποκτά αυτοέλεγχο. Η αυτοκαθοδήγηση της συμπεριφοράς μπορεί να ενισχυθεί και από τη μίμηση κάποιου προτύπου (γονέα, αδερφού, συνομηλίκου, ειδικού) που εφαρμόζει την επιθυμητή συμπεριφορά (Purdie, Hattie & Carroll, 2012). Με την εκπαίδευση στην έκφραση συναισθημάτων σκοπός είναι να αποκτήσει το παιδί την ικανότητα να αναγνωρίζει και να κατονομάζει συναισθήματα του ιδίου και των άλλων, έτσι ώστε αφενός να βελτιωθούν οι διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού και αφετέρου να μπορεί το παιδί να αντιλαμβάνεται τη σύνδεση μεταξύ σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2004).

Κατά την εκπαίδευση στην αυτοκαθοδήγηση, το παιδί ουσιαστικά μαθαίνει να σταματά τη συμπεριφορά του και να σκέφτεται. Συγκεκριμένα, οι Meichenbaum και Goodman το 1971 ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στην αυτοκαθοδήγηση, που συχνά παρουσιάζεται ως μία πιο συγκεκριμένη μορφή εκπαίδευσης στην επίλυση προβλημάτων (Braswell, 1998), όπου το παιδί μαθαίνει να χρησιμοποιεί «δηλώσεις-οδηγίες» προς τον εαυτό του με σκοπό τη ρύθμιση της συμπεριφοράς του. Με αυτόν τον τρόπο ξεκινάει μία διαδικασία αυτοκαθοδήγησης που αποτελείται από πέντε βήματα: α) ορισμός του προβλήματος, β) εξεύρεση εναλλακτικών λύσεων, γ) εστίαση της προσοχής στο πρόβλημα και την επίλυσή του, δ) επιλογή και εφαρμογή μιας λύσης, ε) αυτοενίσχυση ή δήλωση διαχείρισης του άγχους (π.χ. «θα ξαναπροσπαθήσω αργότερα») (Καλαντζή-Αζίζι & Καραδήμας, 2004).

Το παιδί αρχικά παρακολουθεί κάποιον άλλον (ειδικό, εκπαιδευτικό κ.λπ.) να εφαρμόζει τα παραπάνω βήματα λέγοντας παράλληλα μεγαλόφωνα τις οδηγίες, στη συνέχεια εκτελεί κάποιο έργο ακούγοντας τις οδηγίες από τον υπεύθυνο για την εφαρμογή του προγράμματος, ενώ εν συνεχεία το παιδί εκτελεί κάποιο έργο δίνοντας το ίδιο φωναχτά οδηγίες στον εαυτό του (Barkley, 1990· Purdie et al., 2012). Με αυτόν τον τρόπο, το παιδί μαθαίνει να μη δρα παρορμητικά, αλλά να ακολουθεί μία συγκεκριμένη διαδικασία προκειμένου, αφού αναγνωρίσει κάποιο πρόβλημα, να μπορέσει να το επιλύσει αποτελεσματικά (Greenberg & Horn, 1991).

Παρόμοιο με το πρόγραμμα των Meichenbaum και Goodman είναι και το παρεμβατικό πρόγραμμα για τον έλεγχο της παρορμητικότητας «Σταμάτα-Σκέψου-Πράξε», το οποίο στηρίζεται στο έργο του Luria (Ζαφειροπούλου, 2000) και αποσκοπεί στο να μάθει το παιδί να επιβραδύνει τη σκέψη του και να αυξάνει το χρόνο μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης. Αυτό γίνεται κυρίως μέσω της επανάληψης αυτοκαθοδηγητικών φράσεων (π.χ. «πρέπει να το ξαναδιαβάσω με προσοχή»). Ο θεραπευτής σε αυτήν την περίπτωση «σκεπτόμενος ο ίδιος φωναχτά» λειτουργεί ως πρότυπο εφαρμογής της κατάλληλης συμπεριφοράς (Barkley, 1990. Neuhaus, 1998). Τέλος, το παιχνίδι ρόλων μπορεί να είναι πολύ βοηθητικό ιδιαίτερα στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, δίνοντας τη δυνατότητα να διερευνηθούν εναλλακτικοί τρόποι συμπεριφοράς και να γίνει η ανάλογη εξάσκηση. Με τα παιχνίδια ρόλων μπορούν να επεξεργαστούν συγκεκριμένες καταστάσεις και να αναπτυχθούν περαιτέρω στρατηγικές αντιμετώπισης (Neuhaus, 1998).

Δύο άλλες γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται είναι η εκπαίδευση στους αιτιοπροσδιορισμούς και οι διαδικασίες ενδυνάμωσης έναντι του άγχους (Braswell & Bloomquist, 1991). Κατά την εκπαίδευση στους αιτιοπροσδιορισμούς, ο στόχος είναι η παροχή βοήθειας προς το παιδί να επανεκτιμήσει τις αξιολογήσεις που κάνει για συγκεκριμένα γεγονότα και να μπορέσει να υιοθετήσει ένα λειτουργικότερο σύστημα πεποιθήσεων όσον αφορά την αξία της προσπάθειας του και αυτών που επιτυγχάνει. Οι διαδικασίες ενδυνάμωσης έναντι του άγχους στοχεύουν στο να μάθει το παιδί να αναγνωρίζει τις ενδείξεις που το ίδιο έχει όταν αισθάνεται άγχος και να αποκτήσει έναν αριθμό μεθόδων αντιμετώπισης διαφόρων αγχογόνων ερεθισμάτων (Braswell & Bloomquist, 1991).

Οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στις περιπτώσεις παιδιών που εμφανίζουν διαταραχές συμπεριφοράς (Kendall & Braswell, 1982b), έχουν όμως το αρνητικό ότι δεν είναι εύκολη η γενίκευση των αποτελεσμάτων τους μετά το πέρας της εφαρμογής του προγράμματος και σε άλλα πλαίσια (Teeter, 1998). Στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής παρέμβασης είναι καλύτερα όταν αυτή συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία (Abikoff & Gittelman, 1985) και:

«*όταν τα προγράμματα εφαρμόζονται σε παιδιά ή εφήβους, όταν εμπλέκονται γονείς και εκπαιδευτικοί στην όλη διαδικασία και όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με κλασσικές συμπεριφοριστικές μεθόδους*» (Douglas, Parry, Marton, & Garson, 1976. Horn, Ialongo, Popovich, & Peradotto, 1987. Kirby & Grimley, 1986, ό.α. στο Σοφιανίδου, 2008, σ. 137).

Ωστόσο, υπάρχει σειρά τεχνικών που μπορεί να χρησιμοποιηθούν από γονείς και εκπαιδευτικούς για τη διευκόλυνση αυτών των παιδιών. Όσον αφορά το χώρο του σπιτιού, ένα πρώτο βήμα είναι η τοποθέτηση ρολογιών σε διάφορα σημεία, η ρύθμιση χρονομέτρων και αφυπνίσεων στα ρολόγια, τα κινητά κ.λπ. για να ειδοποιούν το παιδί π.χ. ότι είναι η ώρα για ύπνο, για να ολοκληρώσει τη δραστηριότητά του ή να πάρει το φάρμακό του (Jacobs, & Wendel, 2010. Rief, 2008). Πολύ σημαντική είναι και η εκμάθηση δημιουργίας μιας καθημερινής «λίστας καθηκόντων» (“to-do list”). Ο θεραπευτής ή οι γονείς πρέπει να λειτουργήσουν ως πρότυπο και να καθοδηγήσουν τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΕΠ/Υ στη συμπλήρωση μιας απλής λίστας καθηκόντων όπου θα καταγράφονται τα πράγματα που πρέπει να γίνουν ανεξάρτητα από το πόσο μικρά ή ασήμαντα είναι αυτά (Jacobs, & Wendel, 2010. Rief, 2008). Για τις μικρές ηλικίες, ο αριθμός των στοιχείων που θα περιλαμβάνονται στη λίστα πρέπει να διατηρηθεί μικρός, όχι περισσότερα από πέντε ή έξι (Robin, 1998).

Έπειτα από τη δημιουργία της λίστας, το παιδί με τη βοήθεια κάποιου μεγαλύτερου, θα μάθει να ιεραρχεί τις υποχρεώσεις του ανάλογα με τη σημαντικότητά τους, καθώς και να διαγράφει μία δραστηριότητα από τη λίστα όταν αυτή ολοκληρώνεται (Rief, 2008). Ο σχεδιασμός και η ακολουθία ημερήσιου προγράμματος αποτελεί σημαντικό στοιχείο, καθώς δεσμεύει το παιδί ή τον έφηβο σε αυτό τις ώρες που θα πραγματοποιηθούν τα διάφορα στοιχεία που περιλαμβάνονται στη λίστα. Παρέχεται, επιπλέον, ενθάρρυνση στο παιδί ώστε να δώσει σε κάθε δραστηριότητα μία συγκεκριμένη χρονική διάρκεια και πραγματοποιείται προσαρμογή του προγράμματος σύμφωνα με τον πραγματικό χρόνο που απαιτείται (Jacobs & Wendel, 2010. Robin, 1998).

Ένας λόγος για τον οποίο τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ/Υ καθυστερούν και χάνουν προθεσμίες είναι ότι έχουν την τάση να υποτιμούν το πόσο χρονικό διάστημα θα χρειαστούν για την ολοκλήρωση της μελέτης ή κάποιας άλλης δραστηριότητας με αποτέλεσμα να βγαίνουν εκτός προγράμματος. Σε αυτό βοηθάει, το να παρακολουθούν και να καταγράφουν για μερικές μέρες πώς περνούν το χρόνο τους

κατά τη διάρκεια του 24ώρου καθώς έτσι αποκτούν καλύτερη επίγνωση του πού και πόσος χρόνος δαπανάται (Rief, 2008) και αν είναι απαραίτητο να διπλασιάζει το χρόνο που θεωρεί ότι χρειάζεται.

Όταν το παιδί έχει να κάνει μακροπρόθεσμες εργασίες θα πρέπει να περιγράψει το στόχο του έργου και σημαντικές εκτιμήσεις, όπως ενδιάμεσες προθεσμίες, να αναλύσει το έργο σε μικρότερα βήματα (Rief, 2008) και να καθορίσει πόσο χρόνο θα πάρει καθένα, φροντίζοντας οι εκτιμήσεις του να είναι ρεαλιστικές και να συμφωνούν με τις βραχυπρόθεσμες προθεσμίες. Ακόμη, θα πρέπει να αντιμετωπίζει ένα έργο τη φορά και οι γονείς να του δίνουν μικρές ανταμοιβές όταν κάθε έργο ολοκληρώνεται (Jacobs & Wendel, 2010).

Στο σχολείο μπορούν να χρησιμοποιηθούν χρονόμετρα και ρολόγια στο θρανίο, έτσι ώστε να υπενθυμίζουν στο παιδί πότε θα πρέπει να ολοκληρώσει μία εργασία, έτσι ώστε να μη βγαίνουν εκτός χρονικού ορίου (Forgan & Richey, 2012). Στην περίπτωση που ο εκπαιδευτικός πρόκειται να δώσει μια πολυσέλιδη εργασία, καλό θα είναι να δίνει μία σελίδα τη φορά και σε κάθε σελίδα να αναγράφεται ο εκτιμώμενος χρόνος ολοκλήρωσής της και γενικά οι εργασίες να κατανέμονται σε μικρότερα κομμάτια (Spodak & Stefano, 2011).

Άλλες τεχνικές για το σχολείο αποτελούν η παροχή παράτασης του χρόνου για τις εργασίες και/ή τα τεστ (Goldstein, & Goldstein, 1998. Spodak, & Stefano, 2011), η παροχή σαφών οδηγιών αλλά και προθεσμιών για κάθε τμήμα της εργασίας, ώστε να μπορούν να ολοκληρώνουν τις εργασίες τους και να λαμβάνουν ενίσχυση από αυτό (Spodak, & Stefano, 2011). Τέλος, είναι βασικό να μη λησμονείται ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δεν έχουν μόνο αδυναμίες αλλά διαθέτουν και πολλές δυνατότητες. Έτσι, είναι πολύ βασικό η οικογένεια, οι εκπαιδευτικοί και οι ειδικοί ψυχικής υγείας να αναγνωρίσουν τις δυνατότητες αυτές και να ενισχύσουν τα παιδιά αυτά ώστε να τις αξιοποιήσουν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Αλεξίου, Π. (2010). *Γνώσεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την εκπαίδευση παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)*. Πτυχιακή Εργασία. Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

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

Barkley, R. A. (2005). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents.* New York/ London: The Guilford Press.

Barkley, R. A., Murphy K., & Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 1*, 1-54.

Berquin, P. C., Giedd, J. N., Jacobsen, L. K., Hamburger, S. D., Krain, A. L., Rapoport, J. L., & Castellanos, F. X. (1998). Cerebellum in attention-deficit hyperactivity disorder: A morphometric study. *Neurology, 50*, 1087-1093.

Braswell, L., & Bloomquist, M. L. (1991). *Cognitive- behavioral therapy with ADHD children: Child, family, and school interventions*. New York: Guilford.

Castellanos, F. X. (2001). Neuroimaging studies of ADHD. In M. V. Solanto, A. F. T. Tamsten, & F. X. Castellanos (Eds.), *Stimulant drugs and ADHD: Basic and clinical neuroscience* (pp. 243-258). Oxford: Oxford University Press.

Forgan, J. F., & Richey, M. A. (2012). *Raising boys with ADHD: Secrets for parenting, healthy, happy sons*. Texas: Prufrock Press.

Greenberg, G. S., & Horn, W. F. (1991). *Attention deficit hyperactivity disorder:*

Questions & answers for parents. USA: McNaughton & Gunn.

Jacobs, C., & Wendel, I. (2010). *The Everything Parent's Guide to ADHD in Children: A Reassuring Guide to getting the right diagnosis, understanding treatments, and helping your child focus.* U.S.A.: F+W Media.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση.* Αθήνα: Τυπωθήτω.

Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Καραδήμας, Ε. (2004). Διάσπαση προσοχής και αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων: Από τον απρόσεκτο μαθητή ως τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι, & Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.), *Προσαρμογή στο σχολείο: Πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων* (σσ. 223-254). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Karetekin, C., & Asarnow, R. F. (1998). Working memory deficits in childhood-onset schizophrenia and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research, 80*, 165-176.

Λαζαράτου, Ε., & Αναγνωστόπουλος, Δ. (2001). Διαταραχή Ελλειματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Στο Γ. Τσιάντης (Επιμ.), *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική* (2η έκδ., σσ. 135-147). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Levine, E. S., & Anshel, D. J. (2011). "Nothing works!" A case study using cognitive-behavioral interventions to engage parents, educators, and children in the management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools, 48(3),* 297-306.

Mariani, M. A., & Barkley, R. A. (1997). Neuropsychological and academic functioning in preschool boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Neuropsychology, 13*, 111-129.

Mostofsky, S. H., Reiss, A. L., Lockhart, P., & Denckla, M. B. (1998). Evaluation of cerebellar size in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology, 13(9)*, 434-439.

Μπεζεβέγκης, Η. (1989). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία* (Τόμ. Α΄). Αθήνα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.

Neuhaus, C. (1998). *Das hyperaktive Kind und seine Probleme* [Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του: Γνωσιακή-συμπεριφοριστική κατεύθυνση]. Germany: Urania-Ravensburger.

Παπαγεωργίου, Β. Α. (2005). *Ψυχιατρική παιδιών-εφήβων*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Purdie, N., Hattie, J. & Annemaree Carroll, A. (2002). A Review of the research on interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: What Works Best*? Review of Educational Research, 72*(1), 61-99.

Rafalovich, A. (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, *Deviant Behavior, 22*, 93-115.

Rief, S. (2008). *The ADD/ADHD Checklist: A Practical Reference for Parents & Teachers* (2nd. ed.). U.S.A.: Jossey-Bass.

Robin, A. L. (1998). *ADHD in adolescents: Diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.

Sonuga-Barke, E. J. S., Saxton, T., & Hall, M. (1998). The role of interval underestimation in hyperactive children's failure to suppress responses over time. *Behavioral Brain Research, 94*, 45-50.

Σοφιανίδου, Ε. (2008). Διαταραχή Ελλειματικής Προσοχής με ή χωρίς

Υπερκινητικότητα. Στο Α. Καλαντζή- Αζίζι (Επιμ.), *Φάκελος Άρθρων. Μάθημα: Γνωσιακές- Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία* (σσ. 131-144). Αθήνα: ΕΚΠΑ.

Spodak, R., & Stefano, K. (2011). *Take control of ADHD: The ultimate guide for teens with ADHD.* Texas: Prufrock Press.

Teeter, P. A. (1998). *Interventions for ADHD: Treatment in developmental context*. New York: Guilford.

Zahn, T. P., Kruesi, M. J. P., & Rapoport, J. L. (1991). Reaction time indices of attention deficits in boys with disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19,* 233-252.

Ζαφειροπούλου, Μ. (2000). Η θεραπευτική αντιμετώπιση της υπερκινητικότητας. Στο Α. Καλαντζή- Αζίζι & Η. Μπεζεβέγκης (επιμ.), *Θέματα επιμόρφωσης και ευαισθητοποίησης στελεχών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων* (σσ. 169-180). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.