

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠΥ

[Τίτλος εγγράφου]

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΡΑΠΕΤΣΑΣ ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΒΑΒΟΥΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
Α.Μ.: 1013004

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να ερμηνευτεί όσο καλύτερα γίνεται την επιστήμη της λογοθεραπείας, την έννοια Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) καθώς και την δυνατότητα της λογοθεραπείας να βοηθήσει σε αυτό το είδος των μαθησιακών δυσκολιών. Λογοθεραπεία είναι η επιστήμη που ασχολείται με τις **διαταραχές λόγου, φωνής ομιλίας και μάσησης** – κατάποσης σε **παιδιά και ενήλικες**, όποια κι αν είναι η αιτία αυτών των διαταραχών: νευρολογική, εξελικτική ή λειτουργική. Η Λογοθεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη της εξωλεκτικής και λεκτικής επικοινωνίας, την καθαριότητα της ομιλίας και της φωνής και στην ανάπτυξη λόγου των βαρήκων. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) - διεθνώς Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) - είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλές περιοχές λειτουργικότητας του παιδιού και προκαλεί σημαντικές και επίμονες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον.¹ Είναι απ' τις συχνότερες διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία συνεχίζεται, σε πολλές περιπτώσεις, και στην ενήλικη ζωή. Στο 1^ο κεφάλαιο θα εξετάσουμε την επιστήμη της λογοθεραπείας, στο 2^ο το ΔΕΠΥ, στο 3^ο κεφάλαιο θα κάνουμε μια προσπάθεια να προσδιορίσουμε τις τεχνικές λογοθεραπείας σε άτομα με ΔΕΠΥ και στο 4^ο θα εξαγάγουμε τα συμπεράσματά μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|--|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.1 | |
| 1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....σελ 3 | |
| 1.2. ΟΜΙΛΙΑ.....σελ 6 | |
| 1.3. ΛΟΓΟΣ.....σελ 7 | |
| 1.4. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....σελ 8 | |
| 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΕΠΥ.....σελ 10 | |
| 2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΔΕΠΥ.....σελ12 | |
| 2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΠΥ.....σελ14 | |
| 2.4 Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ- Υ.....σελ 20 | |
| 3.1 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠΥ.....σελ 27 | |
| 3.2 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠΥ | |
| 3.2.1 Συζήτηση Μέσω Κόμικς (Comic Strip Conversation)σελ 29 | |
| 3.2.2 Derbyshire Language Scheme (D.L.S.)...σελ31 | |
| 3.2.3 AIT / Auditory Integration Training (Ακουστική Ολοκλήρωση).....σελ34 | |
| 3.2.4 Smart Way Reading And Spelling (Έξυπνος τρόπος ανάγνωσης και συλλαβισμού) σελ....37 | |
| 4 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ 39 | |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρωτού ξεκινήσω την ανάλυση της πτυχιακής μου εργασίας νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνέβαλαν για την επιτευξή της. Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή κ.Αργύρη Καραπέτσα για την αμέριστη εμπιστοσύνη στο προσωπό μου αλλά και την πολύτιμη βοήθειά του σε όλη την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω από τα βάθυ της καρδιάς μου τον καθηγητή κ. Βαβουγιό Διονύση καθώς σε όποια βοήθεια του ζητήθηκε αυτός ήταν πάντα παρών. Τέλος θα ήθελα να ευχαρηστήσω την βοηθό του κ. Καραπέτσα κ. Ροδόπη-Μαρια Δασκαλάκη για όλη της την βοήθεια.

1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Λογοθεραπεία είναι η επιστήμη που έχει ως γνωστικό αντικείμενο τη μελέτη, έρευνα και εφαρμογή επιστημονικών γνώσεων γύρω από την Ανθρώπινη Επικοινωνία - Φωνή, Ομιλία, Λόγο (προφορικό, γραπτό), μη λεκτική επικοινωνία - και τις διαταραχές αυτής, καθώς και τις διαταραχές των καταποτικών κινήσεων του στοματοφάρυγγα.

Ειδικότερα ασχολείται με τις διαταραχές:

- Λόγου (προφορικού και μη)
- Ομιλίας
- Επικοινωνίας
- Φωνής
- Σίτισης και κατάποσης

Οι λογοθεραπευτές παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες σε άτομα με τις ακόλουθες διαταραχές:

- Αναπτυξιακές διαταραχές ομιλίας
 - Αρθρωτικές διαταραχές
 - Φωνολογικές διαταραχές
 - Δυσαρθρία
 - Διαταραχές στη ροή της ομιλίας (τραυλισμός, ταχυλαλία)
- Αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές
 - Ειδική Γλωσσική Διαταραχή
 - Γλωσσικές δυσκολίες που οφείλονται σε νοητική υστέρηση
 - Βαρηκοΐα - κώφωση
 - Διαταραχές χρήσης της γλώσσας- Πραγματολογικές Διαταραχές (Αυτισμός, Σύνδρομο Asperger, Σημασιολογική – Πραγματολογική διαταραχή)
- Μαθησιακές δυσκολίες
- Διαταραχές στη σίτιση και κατάποση (δυσφαγία)
- Διαταραχές φωνής
- Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες
- Χειρουργικές επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου (λαρυγγεκτομή)
- Νευρογενείς διαταραχές και σύνδρομα
- Εγκεφαλικά επεισόδια – αφασίες
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Σκοπός της Λογοθεραπείας είναι:

- Η πρόληψη
- Η πρόγνωση
- Η διάγνωση
- Η θεραπεία/ αποκατάσταση
- Η επιστημονική μελέτη των διαταραχών του λόγου, της ομιλίας, της φωνής, της σίτισης και της επικοινωνίας.

1.2 ΟΜΙΛΙΑ

Ομιλία είναι η ικανότητα συνδυασμού των ήχων για την άρθρωση των λέξεων, τη σωστή ποιότητα της φωνής και τον ομαλό ρυθμό. Ουσιαστικά, η ομιλία αποτελεί την ηχητική έκφραση του εσωτερικού μας λόγου και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη σκέψη και τη νόηση.

Παιδιά με προβλήματα ομιλίας μπορεί να παρουσιάσουν λειτουργικές δυσκολίες σε ένα ή και περισσότερα από τα συστήματα που εμπλέκονται στην παραγωγή του λόγου, ή στο συντονισμό τους.

Για παράδειγμα, δυσκολίες στην άρθρωση σχετίζονται με τη λανθασμένη χρήση των οργάνων της άρθρωσης για την παραγωγή των φωνημάτων (δυσκολία στο ρ, στο σ), ή των φωνητικών συμπλεγμάτων (δυσκολία στο ξ, στο ψ). Η δυσκολία κυμαίνεται από ήπια κατά την οποία ένα η δύο φωνήματα δεν εκφέρονται σωστά ή δεν εκφέρονται καθόλου, έως βαριά κατά την οποία η πλειοψηφία των φωνημάτων εκφέρονται λανθασμένα με αποτέλεσμα ο λόγος του παιδιού να είναι δυσκατάληπτος.

Ο τραυλισμός επίσης ανήκει στην κατηγορία διαταραχών ομιλίας. Στον τραυλισμό η φυσιολογική «ροή» του λόγου διακόπτεται αφύσικα από επαναλήψεις ή επιμηκύνσεις

φθόγγων, συλλαβών ή λέξεων ή από απότομα σταματήματα και σιωπηρές περιόδους. Μια και πρόκειται για μια διαταραχή που τραβά πολύ την προσοχή του ακροατή, ανάλογα βέβαια με τη σοβαρότητά της, συνήθως έχει τεράστιες ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις στο παιδί ή στον έφηβο.

1.3 ΛΟΓΟΣ

Λόγος είναι η ικανότητα της αναγνώρισης των λέξεων/εννοιών που ακούει ένα άτομο στο περιβάλλον του και η ικανότητα συνδυασμού των λέξεων αυτών για το σχηματισμό προτάσεων και τη σωστή χρησιμοποίηση τους. Βασίζεται στη σωστή λειτουργία και απόλυτα συντονισμένη συνεργασία των συστημάτων της αναπνοής, της φώνησης, της αντήχησης και της άρθρωσης.

Παιδιά με προβλήματα λόγου μπορεί να παρουσιάσουν δυσκολίες στην έκφρασή τους αλλά και στην κατανόηση της ομιλίας των άλλων. Έτσι, μπορεί να δυσκολεύονται, όχι μόνο να εκφραστούν αλλά και να κατανοήσουν εντολές, ερωτήσεις οδηγίες, κλπ. Η κατανόηση προηγείται της έκφρασης, φαίνεται να συμφωνούν οι ειδικοί, έτσι ένα παιδί που δεν κατανοεί λέξεις, ή έννοιες θα αργήσει και να τις εκφράσει.

1.4 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Επικοινωνία είναι η ανταλλαγή πληροφοριών, ιδεών και συναισθημάτων μεταξύ των ανθρώπων. Απαιτεί τις ικανότητες της κατανόησης και της έκφρασης του προφορικού και του γραπτού λόγου.

Η επικοινωνία έχει δύο βασικές μορφές, τη λεκτική και τη μη λεκτική. Λεκτική είναι κάθε προσπάθεια επικοινωνίας που κάνουμε χρησιμοποιώντας λεκτικά σύμβολα (λέξεις και προτάσεις), ενώ μη λεκτική είναι η επικοινωνία που γίνεται με το ύφος, τον τόνο, τη διάθεση, τις χειρονομίες και γενικά τη σωματική και συναισθηματική συμπεριφορά των ατόμων που επικοινωνούν (μη λεκτικά σύμβολα).

Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 10 % ενός μηνύματος μεταδίδεται λεκτικά. Το 40% μεταδίδεται μέσα από τον τρόπο ομιλίας (τόνος, ύφος, διάθεση) και το 50% μέσω της γλώσσας του σώματος (στάση, χειρονομίες, μορφασμοί).

Παιδιά με προβλήματα επικοινωνίας ανήκουν συνήθως σε σοβαρότερες κατηγορίες διαγνωστικά και η πρόγνωσή τους τις περισσότερες φορές δεν είναι ενθαρρυντική. Ιδιαίτερα μάλιστα οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες παρατηρείται έλλειψη προσπάθειας ή αδιαφορία για επικοινωνία θεωρούνται από τις πιο δύσκολες. Χαρακτηριστικό

παράδειγμα εδώ αποτελούν τα παιδιά με αυτισμό, όπου το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η έλλειψη επικοινωνίας με τους άλλους αλλά και η απουσία ενδιαφέροντος για επικοινωνία.

ΔΕΠΥ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) - διεθνώς Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) - είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς λειτουργικότητας του παιδιού και είναι υπαίτια για σοβαρές και πολύπλοκες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον. Είναι από τις πιο συχνές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία συνεχίζεται, σε πολλές περιπτώσεις, και στην ενήλικη ζωή.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται στους ειδικούς συνήθως, μεταξύ 3 και 7 χρόνων. Η αποκάλυψη του προβλήματος συμπίπτει, στις περισσότερες περιπτώσεις, με την ένταξη στο σχολείο, εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων για συγκέντρωση της προσοχής, οργάνωση και υπακοή στους κανόνες. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, μαζί με την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και Διαταραχή Της Διαγωγής, εντάσσεται στη κατηγορία «διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και διασπαστικές συμπεριφορές» και «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται κατά τη βρεφική, παιδική και εφηβική ηλικία», στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

Η ΔΕΠ-Υ, προκαλεί κάποια προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και συναναστροφής, αλλά και προβλήματα ψυχολογικής φύσεως. Τα πρώτα οφείλονται στην αδυναμία

του ατόμου να ελέγχει τις αντιδράσεις του και συμπεριφορές. Η ελλειμματική προσοχή, μαζί με την υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, δεν αφήνουν το παιδί να παίξει και να επικοινωνήσει σωστά με συνομήλικους. Οι νευρικές και αδέξιες κινήσεις του, η αδιακρισία και έλλειψη υπομονής, η μη υπακοή σε κανόνες και η ανάγκη του να ακουστεί με υψηλούς τόνους απομονώνουν το παιδί. Επίσης, τα άτομα μεγαλώνοντας και γνωρίζοντας τα σημεία που αδυνατούν να φέρουν εις πέρας, αναπτύσσουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα,2000,σελ.1-7)

2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΔΕΠΥ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, δηλαδή σχετίζεται με την ωρίμανση του νευρικού συστήματος και εμφανίζεται με σταθερή πορεία και ειδικές γνωστικές δυσλειτουργίες. Για πολλά χρόνια η ΔΕΠΥ θεωρούνταν διαταραχή χαρακτηριστική της παιδικής ηλικίας. Μακροχρόνιες όμως έρευνες έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών με ΔΕΠΥ γίνονται ενήλικοι με ΔΕΠΥ. Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ διαφέρει ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου. Στην προσχολική ηλικία (3–5 ετών) η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από υπερβολική σωματική κινητικότητα, δυσκολία στη συνεργασία με τα συνομήλικα παιδιά και μη υπακοή στις υποδείξεις των ενηλίκων. Στη σχολική ηλικία (6–12 ετών), εκτός από τα πυρηνικά συμπτώματα της διαταραχής, όπως περιγράφονται στα ταξινομικά συστήματα, δηλαδή συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, συχνά εμφανίζεται εναντιωματική συμπεριφορά, συγκρούσεις με συνομηλίκους και ακαδημαϊκά προβλήματα. Στην εφηβεία μειώνεται η υπερδραστηριότητα, συνεχίζουν οι συγκρούσεις με τους γονείς και εμφανίζονται συχνά συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Στους ενήλικους συνήθως μειώνεται σημαντικά η έκδηλη σωματική κινητικότητα, ενώ παραμένουν η απροσεξία και η παρορμητικότητα. Με την πάροδο του χρόνου ο αριθμός των συμπτωμάτων συνήθως μειώνεται, παραμένουν όμως οι επιπτώσεις και η δυσλειτουργία που προκαλεί η διαταραχή. Η διάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενήλικους απαιτεί αναδρομική διάγνωση της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία. Από τη σχολική ηλικία είναι συχνές οι συνυπάρχουσες διαταραχές, οι οποίες τις περισσότερες φορές συνεχίζονται μέχρι την ενήλικη ζωή. Η

εναντιωματική-προκλητική διαταραχή στην παιδική ηλικία σχετίζεται με την εμφάνιση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας στους ενηλίκους. Από την άλλη μεριά, οι συναισθηματικές διαταραχές, που επίσης είναι συχνές σε παιδιά, εφήβους και ενηλίκους με ΔΕΠΥ, μπορεί να οφείλονται είτε σε κοινούς βιολογικούς μηχανισμούς είτε στη μακροχρόνια επίδραση ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συνοδεύουν τα άτομα με ΔΕΠΥ. Η σχέση της ΔΕΠΥ με τη χρήση ουσιών έχει αποτελέσει αντικείμενο ερευνών, με επικρατέστερη την άποψη ότι η παρουσία της διαταραχής διαγωγής είναι απαραίτητη ώστε ένα άτομο με ΔΕΠΥ να εμφανίσει διαταραχή χρήσης ουσιών. Το κάπνισμα και το αλκοόλ φαίνεται πως δεν απαιτούν αυτή τη διαμεσολάβηση και η ΔΕΠΥ από μόνη της αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για το κάπνισμα και τον αλκοολισμό. Η θεραπεία με διεγερτικά στην παιδική ηλικία ασκεί κάποια προστατευτική επίδραση έναντι της χρήσης ουσιών και του αλκοολισμού στην εφηβεία. Η διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας τίθεται συχνά σε ενηλίκους με ΔΕΠΥ και ο συνηθέστερος λόγος είναι η αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων. Τίθεται το ερώτημα κατά πόσον είναι σκόπιμη η διάγνωση της οριακής διαταραχής στους ενηλίκους, καθώς όταν προηγείται η ΔΕΠΥ τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις στη λειτουργικότητα οφείλονται σ' αυτή τη διαταραχή (ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 23(Παράρτημα), 49-59, 2012).

2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΠΥ

Η εμφάνιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) μπορεί, σύμφωνα με πλήθος των επιστημονικών ερευνών, να είναι αποτέλεσμα πολλών και διαφορετικών αιτιολογικών παραγόντων. Η χρήση σύγχρονων τεχνικών, όπως η μέθοδος εκπομπής ποζιτρονίων (PET) και η νευροαπεικόνιση (MRI), έχουν κατευθύνει τους ερευνητές στην αποδοχή και επικράτηση των νευρολογικών και γενετικών παραγόντων, ενώ οι νευροχημικές ανωμαλίες, οι κατά ορισμένους υπαίτιες για την ΔΕΠ-Υ, χρειάζονται περισσότερη επιστημονική στήριξη.

Νευρολογικοί παράγοντες

Από την εποχή του Still, (1902), η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με εγκεφαλικές βλάβες ή κακώσεις καθώς και με επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή επιπλοκές τοκετού. Αλλά και μέχρι σήμερα οι ερευνητές διέκριναν ομοιότητες συμπτωμάτων μεταξύ ΔΕΠ-Υ και εκείνων των παιδιών και των ενηλίκων που έχουν υποστεί βλάβες στους μετωπιαίους και ιδιαίτερα στους προμετωπιαίους λοβούς (Heilman, Voeller, & Nadeau, 1991). Από την εποχή του Broca είναι γνωστό ότι ο μετωπιαίος λοβός ευθύνεται για συγκινησιακές διαταραχές, ενώ η συνεργασία του με το μεταιχμιακό σύστημα και τους κροταφικούς λοβούς συμμετέχει αποφασιστικά στις εκδηλώσεις της συμπεριφοράς συμπεριλαμβανομένων της αφηρημάδας, της αδυναμίας συγκέντρωσης της προσοχής, της ανικανότητας σχεδιασμού και επίλυσης προβλημάτων (Καραπέτσας, 1998).

Όμως τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται και σε άτομα τα οποία δεν είχαν εγκεφαλικές βλάβες. Αυτό οδήγησε τους ερευνητές σε βάθος μελέτη των εγκεφαλικών λειτουργιών. Το 1938 σε μια αρχική μελέτη των παιδιών με συμπεριφορικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών προσοχής και της υπερκινητικότητας καθώς και άλλων διαταραχών, οι Jasper, Solomon & Bradley, έδειξαν αρκετές ηλεκροεγκεφαλικές ανωμαλίες ιδιαίτερα επιβράδυνση και σπάνια παροξυσμική δραστηριότητα.

Η εξερεύνηση των διαφορών μεταξύ των παιδιών με και χωρίς ΔΕΠ-Υ έχει οδηγήσει τους ερευνητές σε διαφορετικά συμπεράσματα, με αποτέλεσμα την αποτυχία διασφάλισης ενός φυσιολογικού χαρακτηριστικού προφίλ των λειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος (Buchsbaum & Wender, 1973, Callaway, Halliday, & Naylor, 1983, Hall, Griffin, Moyer, Hopkins, & Rappaport, 1976, Loiselle, Stamm, Maitinsky, & Whipple, 1980). Πολλές μελέτες κάνουν λόγο για συσχέτιση τη ΔΕΠ-Υ με την ηλικία της μητέρας. Μητέρες που τεκνοποιούν σε πολύ νεαρή ηλικία φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τα παιδιά τους ΔΕΠ-Υ. Αυτό είναι ίσως αναμενόμενο, γιατί οι περισσότερες επιπλοκές παρουσιάζονται στις πολύ νεαρές μητέρες, οι οποίες πιο συχνά από τις άλλες εγκύους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καπνίζουν, κάνουν χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Σε μελέτες των Steinhausen, Williams, & Spohr (1993) διαπιστώθηκε ότι ανεξάρτητα από την ηλικία της μητέρας, αν οι μητέρες έκαναν χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα παιδιά τους παρουσίασαν διαταραχές υπερκινητικότητας, συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου και προδιάθεση για «τικς». Σε μια πανομοιότυπη ομάδα

παιδιών παρουσιάστηκαν προβλήματα ΔΕΠ-Υ, προβλήματα συμπεριφοράς και νοητικές αδυναμίες (Nanson & Hiscock, 1990). Κακή ποιότητα ύπνου που περιελάμβανε κυρίως άπνοιες, παθολογικά επεισόδια αιμοσφαιρίνης, ξυπνήματα, κινητικές διαταραχές των άκρων και ροχαλητό αποδείχτηκε ότι συνδέεται με τις χαμηλές επιδόσεις στις λεκτικές υποκλίμακες του WISC-III και του χαμηλότερου λεκτικού πηλίκου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα αντίστοιχα φυσιολογικά παιδιά (Karapetsas, Gourgoulianis, Andreou, & Agapitou, 2003). Η χρήση ναρκωτικών ουσιών από τους γονείς και κατά κύριο λόγο από την μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επιφέρει καθυστέρηση στις γνωστικές λειτουργίες, ιδιαίτερα κατά την προσχολική ηλικία (Baar & de Graff, 1994). Προβλήματα κινητικής δραστηριότητας, σπαστικές κινήσεις, ανησυχία, και τρόμος είναι πολλές από τις επιπλοκές της χρήσης κοκαΐνης από μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Nariorkowski, Lester, Freirer, Brunner, Dietz, Nadro, Oh, 1996).

Γενετικοί παράγοντες

Πολλές μελέτες έδωσαν βαρύτητα στους γενετικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Αν και δε βρέθηκε ακόμη κάποια χρωμοσωμική ανωμαλία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όπως συμβαίνει στο σύνδρομο Down και στο σύνδρομο Εύθραυστο Χ, εντούτοις τα παιδιά με χρωμοσωμικές ανωμαλίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα προσοχής και συμπεριφοράς σε σχέση με τα φυσιολογικά.

Ο παράγοντας «κληρονομικότητα» φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς και οι άμεσοι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν σε μεγαλύτερη συχνότητα συμπτώματα διαταραχών διαγωγής και κατάθλιψης σε σχέση με τους γονείς των φυσιολογικών παιδιών. Στους γονείς εκείνους των οποίων τα παιδιά είχαν ΔΕΠ-Υ και διαταραχή διαγωγής (Biederman, Faraone, Keeman, Benjamin, Krifcher, Moore, Sprich-Buckminster, Ugaglia, Jellinek, Steingard, Spencer, Norman, Kolodny, Kraus, Perrin, Keller, & Tsuang, 1992) τα συμπτώματα παρουσιάζονταν πολύ πιο έντονα. Το ποσοστό των γονέων και των στενών συγγενών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή ανέρχεται σε 10-35%, ενώ το ποσοστό των αδελφών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ τα οποία έχουν μεγάλες πιθανότητες να έχουν την ίδια διαταραχή φθάνει στο 32% (Biederman, Keeman, Faraone, 1990, Pauls, 1991, Wener, Welner, Stewart, Palkes, & Wish, 1977). Περισσότερο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι σε ένα γονιό με ΔΕΠ-Υ ο κίνδυνος να εμφανίσει το παιδί του ΔΕΠ-Υ φθάνει στο 57% (Biederman, Faraone, Mick, Spencer, Wilens, Kiely, Guite, Ablon, Reed, Warburton, 1995).

ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ

Ένα από τα βασικά ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει να κάνει στον βαθμό ικανότητας συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής, ιδιαίτερα κατά τη εκτέλεση δομημένων δραστηριοτήτων που απαιτούν πνευματική προσπάθεια, έχουν επαναληπτικό χαρακτήρα και δεν προσελκύουν το ενδιαφέρον τους. (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg.)

Σε αυτές τις περιπτώσεις, η προσοχή των παιδιών αυτών μπορεί να αποπροσανατολιστεί πολύ εύκολα τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα όσο και από εσωτερικά ερεθίσματα. Όμως, έχει τεκμηριωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να συγκεντρωθούν πολύ ικανοποιητικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, εφόσον έχουν μεγάλο κίνητρο για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας με την οποία ασχολούνται, στην περίπτωση όπου η δραστηριότητα που τους προτείνεται εστιάζει το ενδιαφέρον τους ή όταν περιμένουν μια ελκυστική ανταμοιβή με την ολοκλήρωσή της. Επίσης, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ δείχνει να συγκεντρώνεται πολύ καλύτερα όταν είναι κάποιος συνεχώς δίπλα του την ώρα της μελέτης, ακόμη κι αν δεν του παρέχει κάποια βοήθεια, ενώ η προσοχή του διασπάται εύκολα όταν μελετάει μόνο του.

Αυτές οι διαβαθμίσεις στην απόδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε δραστηριότητες που απαιτούν παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι τελικά το βασικό μειονέκτημα δεν αφορά στην προσοχή αλλά σε μια άλλη γνωστική λειτουργία, τον αυτοέλεγχο. Στην περίπτωση

της ΔΕΠ-Υ η διάσπαση της προσοχής σχετίζεται στενά με τη δυσκολία του παιδιού να αναστείλει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του, δηλαδή να σταματήσει άμεσα την αντίδρασή του προς ένα ερέθισμα πιο ελκυστικό από αυτό στο οποίο καλείται να προσηλώσει την προσοχή του.

Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα, η ελλειμματική προσοχή μπορεί να αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, ενώ η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα να εκδηλώνονται ελάχιστα ή και καθόλου. Σε αυτή την περίπτωση το παιδί παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Απρόσεχτο Τύπο και το βασικό χαρακτηριστικό του είναι ότι δίνει συχνά την εντύπωση του αφηρημένου. Η παρουσία του μέσα στην τάξη είναι αυτή του ονειροπόλου, του μαθητή που βρίσκεται βυθισμένος στις δικές του σκέψεις και είναι αποκομμένος από τη ροή του μαθήματος. Αυτό το παιδί πολύ συχνά μοιάζει να μην δίνει προσοχή σε αυτά που του λένε και συχνά κάνει ερωτήσεις για θέματα τα οποία ήδη έχουν ειπωθεί. Έχει διαπιστωθεί ότι ο Απρόσεχτος Τύπος της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται συχνότερα στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια, γεγονός που σχετίζεται στενά με τις διαφορές στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ στα δύο φύλα (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg.)

Αναμφίβολα το έλλειμμα στην προσοχή αποτελεί σημαντική δυσκολία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επηρεάζει άμεσα τη διεργασία της μάθησης και αποτελεί σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών. Ακόμη, δυσκολεύει την καθημερινότητά τους και τους δημιουργεί ποικίλες δυσκολίες στη λειτουργικότητά τους.

2.4 Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠΥ είναι μια ετερογενής διαταραχή σε πολλά επίπεδα, ορισμένα εκ των οποίων είναι η διαφορετική ηλικία εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της, η διαφοροποίηση του τρόπου εκδήλωσης ορισμένων εκ των συμπτωμάτων της στην πορεία της ανάπτυξης, η υποχώρηση ή η επιμονή ορισμένων συμπτωμάτων ανάλογα με την ηλικία του ατόμου και η διαφοροποίηση των συνοσηρών διαταραχών και των συνοδών προβλημάτων ανά αναπτυξιακό στάδιο. Η γνώση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ, όπως αυτά εμφανίζονται σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για την έγκυρη διάγνωση της διαταραχής όσο και για την ακριβή εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της, την αξιολόγηση των παραγόντων που αλληλεπιδρούν με αυτά και το σχεδιασμό κατάλληλης εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg.)

Η έκβαση της διαταραχής δεν είναι αποτέλεσμα μόνο του βαθμού σοβαρότητας των συμπτωμάτων της, αλλά σχετίζεται και με ένα πλήθος άλλων παραγόντων. Είναι κυρίως ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς και οι δάσκαλοι θα αντιληφθούν, θα ερμηνεύσουν και θα αντιδράσουν στις δυσκολίες αυτές, στοιχεία που θα επηρεάσουν το βαθμό στον οποίο οι αρχικές

δυσκολίες του παιδιού ή θα περιοριστούν στο ελάχιστο δυνατόν ή θα μεγιστοποιηθούν, θα πολλαπλασιαστούν και θα επηρεάσουν αρνητικά την εξέλιξή του (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.)

Βρεφική ηλικία

Μέχρι πρόσφατα, επικρατούσε η άποψη ότι κατά τη βρεφική ηλικία δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις που να παραπέμπουν ευθέως στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ, αλλά κάποιες είδη συμπεριφοράς που καθιστούν ορισμένα βρέφη πιο «δύσκολα» στη φροντίδα για τις μητέρες τους σε σχέση με κάποια άλλα. Αυτά τα «δύσκολα» βρέφη έχουν αυξημένες πιθανότητες να έρθουν αντιμέτωπα μελλοντικά ένα ευρύ φάσμα αναπτυξιακών δυσκολιών, όπως προβλήματα λόγου και ομιλίας, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και, ενδεχομένως, ΔΕΠ-Υ.

Δύο βασικά χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας των «δύσκολων βρεφών» είναι η εμφάνιση δυσκολιών στον ύπνο και στη λήψη τροφής. Πρόκειται για βρέφη τα οποία κοιμούνται με δυσκολία και κάνουν ανήσυχο ύπνο, ξυπνούν σε άτακτα χρονικά διαστήματα και δυσκολεύονται να ακολουθήσουν ένα σταθερό πρόγραμμα ύπνου. Η συχνότητα των γευμάτων τους είναι ασταθής και δυσκολεύουν αρκετά τις μητέρες τους προκειμένου να καταναλώσουν την απαραίτητη ποσότητα φαγητού. Η μεγαλύτερη δυσκολία παρατηρείται συνήθως κατά την περίοδο που επιχειρούνται αλλαγές στη διατροφή τους, ειδικά όταν πρέπει να περάσουν από το γάλα στη στερεά τροφή. (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). Διαταραχή

ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα).

Ωστόσο, λόγω των ελάχιστων ερευνητικών δεδομένων που υπάρχουν μέχρι στιγμής γι' αυτή την ηλικιακή ομάδα, οι περισσότεροι ειδικοί συγκλίνουν στην άποψη ότι τα βρέφη που παρουσιάζουν ενδείξεις, όπως αυτές που προαναφέρθηκαν, ανήκουν σε μια γενική ομάδα υψηλού κινδύνου και είναι ευάλωτα για την εκδήλωση ποικίλων αναπτυξιακών διαταραχών, το είδος των οποίων θα εξαρτηθεί τελικά τόσο από τη γενετική προδιάθεση των βρεφών, όσο και από το είδος των αλληλεπιδράσεων που θα αναπτυχθούν ανάμεσα στο βρέφος και τους κηδεμόνες του (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.)

Νηπιακή ηλικία

Συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορούν αξιόπιστα να εντοπιστούν σε παιδιά ηλικίας μεταξύ δύο και έξι ετών και συνδέονται με έκπτωση της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς. Ορισμένες από τις βασικές δυσκολίες των νηπίων με ΔΕΠ-Υ αφορούν στις κοινωνικές τους δεξιότητες, στην προκοινωνική και προσαρμοστική τους συμπεριφορά και στην απόκτηση προμαθησιακών δεξιοτήτων. Σε νευροψυχολογικό επίπεδο, έχει διαπιστωθεί ότι τα νήπια με ΔΕΠ-Υ έχουν παρόμοιες δυσκολίες με τα μεγαλύτερα παιδιά σε σχέση με τις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, τη μνήμη εργασίας, τις οργανωτικές δεξιότητες και την αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων.(Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και

θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg)

Η κλινική εικόνα ενός νηπίου με ΔΕΠ-Υ είναι αυτή ενός παιδιού που κινείται ακατάπαυστα, βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση και ασχολείται μονίμως με διάφορα πράγματα, χωρίς να δείχνει να κουράζεται από την αδιάκοπη δραστηριοποίησή του. Επίσης, τα νήπια με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον κίνδυνο τραυματισμού λόγω της αυξημένης κινητικής τους δραστηριότητας, των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στο συντονισμό των κινήσεων, της παρορμητικής τους συμπεριφοράς και της τάσης τους να αψηφούν τους κινδύνους και να συμπεριφέρονται παράτολμα. (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg)

Είναι σημαντικό για τον ειδικό να είναι σε θέση να διακρίνει τότε η συμπεριφορά αυτή υποδουλώνει την αδυναμία του παιδιού να αποκτήσει ικανοποιητικό έλεγχο της συμπεριφοράς του λόγω υπερβολικής παρορμητικότητας και τότε αποτελεί μια ακραία μορφή της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς ενός νηπίου το οποίο, στην προσπάθειά του να αυτονομηθεί, να γνωρίσει και να ελέγξει το περιβάλλον του, εκδηλώνει υπερβάλλοντα ενθουσιασμό και ασυγκράτητη ενεργητικότητα.

Ένας από τους κυριότερους λόγους παραπομπής νηπίων με ΔΕΠ-Υ στον ειδικό είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και οι δυσκολίες στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου, που εκδηλώνονται στο 40% έως 64% αυτής της ηλικιακής ομάδας. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα δυσκολίες στην ανάπτυξη του

προφορικού λόγου, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς.

Σχολική ηλικία

Τα συχνά ξεσπάσματα θυμού, η έλλειψη συμμόρφωσης σε κανόνες, καθώς και η ελλιπής ανταπόκριση στις απαιτήσεις και οδηγίες των ενηλίκων είναι ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία. Με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, οι αυξημένες απαιτήσεις για προσαρμογή σε ένα δομημένο πλαίσιο με σαφείς κανόνες καθιστούν συνήθως πιο εμφανή και δυσλειτουργικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά αυτά συχνά σηκώνονται από τη θέση τους την ώρα του μαθήματος και περιφέρονται χωρίς λόγο μέσα στην τάξη πειράζοντας και ενοχλώντας τους συμμαθητές τους, ιδιαίτερα στις πρώτες τάξεις του δημοτικού. Άλλες φορές μπορεί να αναζητούν με κάθε τρόπο κάποια αφορμή για να σηκωθούν ή απλώς να κινηθούν, όπως να ξύσουν το μολύβι τους ή να πάνε στην τουαλέτα. Ακόμη και την ώρα που παραμένουν στην καρέκλα τους, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στριφογυρίζουν στο κάθισμά τους, κινούν νευρικά τα χέρια και τα πόδια, κάνουν απότομες κινήσεις χωρίς προφανή λόγο και φαίνεται ότι πρέπει να καταβάλουν πολύ μεγάλη προσπάθεια για να παραμείνουν ήσυχα και να μην κάνουν φασαρία. (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg)

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά αφαιρούνται, ιδιαίτερα όταν το μαθησιακό αντικείμενο παρουσιάζει δυσκολίες ή δεν προσελκύει το ενδιαφέρον τους και όταν απαιτείται από αυτά

παθητική συμπεριφορά, για παράδειγμα να ακούνε το δάσκαλο ή να διαβάζουν σιωπηλά.³ Επίσης, οι εργασίες των παιδιών αυτών, είναι συχνά ακατάστατες, ημιτελείς και γεμάτες λάθη «απροσεξίας», όπως συνηθίζουν να λένε οι παιδαγωγοί.⁷ Ως εκ τούτου, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις, σε σχέση με τις προσδοκώμενες με βάση τις νοητικές τους δυνατότητες, σε όλους τους ακαδημαϊκούς τομείς σε ποσοστό 80%, ενώ το ένα τρίτο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες. (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg)

Επιπλέον, τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονται από ελλειψίες κοινωνικές δεξιότητες, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να ακολουθήσουν ικανοποιητικά τους κανόνες μιας ομάδας και να ενταχθούν ομαλά σε αυτή. Πολλές φορές μάλιστα υιοθετούν προκλητική συμπεριφορά σκόπιμα, προκειμένου να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων παιδιών και να αποφύγουν την απομόνωση από αυτά. Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συνήθως λιγότερους φίλους και οι φιλικές τους σχέσεις χαρακτηρίζονται από μικρότερη σταθερότητα και διάρκεια και από περισσότερες εντάσεις, σε σύγκριση με τις σχέσεις των άλλων παιδιών. (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg)

Ο τρόπος χειρισμού όλων των παραπάνω δυσκολιών από γονείς και δασκάλους, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την πιθανότητα εκδήλωσης συννοσηρών διαταραχών στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σχολικής ηλικίας. Το 30%-50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ηλικίας 7 έως 10 ετών εκδηλώνει παράλληλα και συμπτώματα

εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής ή διαταραχής διαγωγής ενώ το 20%-30% των παιδιών αυτών εκδηλώνει, επίσης, αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης. 3 Η σχολική ηλικία αποτελεί λοιπόν μια περίοδο κατά την οποία η ποιότητα της αλληλεπίδρασης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ με το περιβάλλον του θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη του στην εφηβεία και στη ενήλικη ζωή. (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω)

Εφηβική ηλικία

Η μετάβαση στην εφηβεία χαρακτηρίζεται από επιθυμία ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς, αύξηση του χρόνου εκτός σπιτιού, μείωση της δυνατότητας ελέγχου από τους γονείς και αύξηση της επίδρασης των συνομηλίκων. Οι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες αλληλεπιδρούν αρνητικά με το μειωμένο αυτοέλεγχο και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που χαρακτηρίζει τους εφήβους με ΔΕΠ-Υ και τους καθιστά ευάλωτους σε μια σειρά από κινδύνους. Η εικόνα του εφήβου με ΔΕΠ-Υ είναι στενά συνυφασμένη με την πορεία που έχει ήδη διανύσει. Σε γενικές γραμμές, η ελλειμματική προσοχή φαίνεται να αποτελεί ένα από τα πιο σταθερά και επίμονα χαρακτηριστικά της διαταραχής, ενώ η παρορμητική συμπεριφορά είναι αυτή που πλέον δημιουργεί τις μεγαλύτερες δυσκολίες στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ. Αντίθετα, τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας συνήθως υποχωρούν και αντικαθίστανται από αυξημένη ανησυχία και νευρικότητα και μια υποκειμενική αίσθηση ανάγκης διαρκούς ενασχόλησης με κάτι. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι στις περιπτώσεις όπου η υπερκινητικότητα επιμένει, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής διαγωγής (Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη,

Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg)

Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία είναι το αποτέλεσμα της μακρόχρονης αλληλεπίδρασης μιας σειράς παραγόντων, περιβαλλοντικής κυρίως φύσης, με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, η ενδεχόμενη ύπαρξη ΔΕΠ-Υ ή άλλων ψυχιατρικών προβλημάτων στους γονείς, η μορφή επικοινωνίας που θα αναπτυχθεί μεταξύ των γονέων και του «δύσκολου» παιδιού τους, η έγκαιρη ή μη διάγνωση της διαταραχής και ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς θα αντιληφθούν και θα ερμηνεύσουν τη συμπεριφορά του παιδιού είναι μερικοί από τους παράγοντες, οι οποίοι θα επηρεάσουν την αυτοαντίληψη του παιδιού και το επίπεδο αυτοεκτίμησης του, την ικανότητα του να δημιουργεί και να διατηρεί υγιείς κοινωνικές σχέσεις και το βαθμό στον οποίο το ίδιο το παιδί θα μάθει να ελέγχει τις δυσκολίες του. (Κάκουρος, Ε. (2001). Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος (επιμ.). Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα).

ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠΥ

Η εξαιρετικά αργή γλωσσική ανάπτυξη ορισμένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι τόσο σπάνιο φαινόμενο, υπολογίζεται ένα ποσοστό 30-40%. Αυτά τα παιδιά, όταν μιλούν, έχουν την συνήθεια να μιλούν πάρα πολύ, αλλά, όπως αναφέρεται, κάνουν πολλά προφορικά λάθη. Η λογοθεραπεία μέσα από ειδικές ασκήσεις είναι απαραίτητη σε περίπτωση που οι δυσκολίες εξακολουθούν να υπάρχουν στην προσχολική ηλικία. Η αυτόματη εκμάθηση ορισμένων γραμματικών κανόνων δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σε δύσκολες περιόδους και τα παιδιά δίνουν την εντύπωση ότι δεν είναι συγκεντρωμένα. Ορισμένα παιδιά εκφράζονται σωστά από γραμματική άποψη, αλλά δυσκολεύονται να επαναλάβουν μεγάλες ή σύνθετες λέξεις ή να τις προφέρουν αυθόρμητα. Έχουν την τάση να ξεχνούν όλο και πιο πολύ τα ονόματα των συμμαθητών τους ήδη από την προσχολική ηλικία. Αργότερα, στο δημοτικό, είναι σε θέση να περιγράψουν όσα τους συνέβησαν αλλά με επίπονη προσπάθεια και με ασυνάρτητο τρόπο.

Οι διαταραχές ακουστικής αντιληπτικής ολοκλήρωσης και οι διάφορες μορφές που είναι δυνατόν να προσλάβει παρουσιάζονται σε μεγάλη συχνότητα απ' ότι θα ήταν το προβλεπόμενο. Το παιδί δυσκολεύεται να αντιληφθεί πλήρως και σωστά αυτά που του λένε. Για παράδειγμα, δεν ακούει τις εκτάσεις τω φωνήεντων, δεν μπορεί να διακρίνει το «ι» από το «ε». Δεν μπορεί να βρει αμέσως και να συλλάβει σωστά αυτό που άκουσε με βάση την αντίστοιχη «εσωτερική ακολουθία των λέξεων». Αυτό το αντιληπτικό «στιλ» προκαλεί στο παιδί

με ΔΕΠ-Υ σημαντικά μεγάλα προβλήματα, ιδίως όταν μαθαίνει να διαβάζει και να γράφει, ή όταν διδάσκεται μια ξένη γλώσσα. Το κατάλληλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τις ειδικές ασκήσεις, οι οποίες πρέπει να εφαρμόζονται όσο το δυνατόν πιο νωρίς, μπορεί να αναστείλει τη συνεχή επιβάρυνση της «ακουστικής οδού» του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και να το βοηθήσει τελικά «να ακούει σωστά» και να καταβάλλει τις ανάλογες προσπάθειες. Σε αυτά τα παιδιά μέχρι τώρα έχει διαπιστωθεί μια αξιοπρόσεκτη μεμονωμένη ακουστική ευαισθησία, παρόλο που τα ίδια φωνάζουν δυνατά, με τη μορφή της υπερακουστικότητας (υπερβολικής μεταφοράς ακουστικών

Η Λογοθεραπευτική παρέμβαση προϋποθέτει τον καθορισμό των συμπεριφορών. Αποσκοπεί στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στη βλεμματική επαφή, στη συγκέντρωση της προσοχής, στις εκφράσεις του προσώπου, τις χειρονομίες, και άλλες μορφές κυρίως μη λεκτικής επικοινωνίας. Στην έλλειψη των κατάλληλων σχέσεων με συνομηλίκους, στην άκαμπτη προσκόλληση σε αντικείμενα και ενδιαφέροντα, στην προσήλωση σε συνήθειες ή ενδιαφέροντα που έχουν να κάνουν με επικοινωνιακές δραστηριότητες, αλλά και στη δυσκολία κατανόησης ή χρήσης των μεταφορικών εννοιών. (διαγνωστικά θέματα λογοπαθολογίας, Καμπανάρου, σελ. 184)

3.2 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠΥ

3.2.1 Συζήτηση Μέσω Κόμικς (Comic Strip Conversation)

Οι συζητήσεις μέσω κόμικς δημιουργήθηκαν από την Carol Gray και χρησιμοποιούν σκίτσα που αποτελούνται από ανθρώπινες φιγούρες που για κεφάλι έχουν έναν κύκλο και για σώμα, χέρια και πόδια έχουν απλές γραμμές. Δίπλα τους υπάρχουν σύννεφα που μέσα τους είναι γραμμένη ομιλία και κείμενο σε διαφορετικά χρώματα για να γίνεται ευδιάκριτη η αλληλουχία των ενεργειών, των συναισθημάτων και των σκέψεων σε μία συγκεκριμένη κοινωνική κατάσταση. Τα παιδιά ηλικίας τριών με τεσσάρων ετών καταλαβαίνουν ότι τα σύννεφα με τις σκέψεις αντιπροσωπεύουν αυτά που κάποιος σκέφτεται (Attwood, 2007). Με τις συζητήσεις μέσω κόμικς, ένα κινούμενο σχέδιο είναι μία συζήτηση μεταξύ του παιδιού και του θεραπευτή, με τα σκίτσα να χρησιμοποιούνται για να καθορίσουν τι είναι αυτό που κάποιος σκέφτεται, αισθάνεται, λέει ή κάνει, ή μπορούσε να κάνει. Χρώμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποδώσει το συναισθηματικό «τόνο» ή κίνητρο, καθώς ακόμη μπορεί να χρησιμοποιηθεί και μία καρτέλα η οποία θα συσχετίζει ένα συγκεκριμένο χρώμα με ένα συγκεκριμένο συναίσθημα. (Catherine Faherty, Τι σημαίνει για μένα;, 2003, σελ.129) Ένα από τα πλεονεκτήματα αυτής της προσέγγισης είναι ότι το παιδί και ο θεραπευτής κάνουν μια συζήτηση, αλλά δεν κοιτάνε ο ένας τον άλλο αφού η προσοχή τους είναι εστιασμένη στις ζωγραφιές που εμπλέκονται στην κουβέντα και βρίσκονται μπροστά τους (Attwood, 2007) Τα σύμβολα που χρησιμοποιούνται προκειμένου να αναπαραστήσουν τις βασικές πτυχές μια συζήτησης είναι τα εξής: μιλάω, ακούω, μιλάω σιγά, μιλάω δυνατά, διακόπτω καθώς και το σύμβολο για τις σκέψεις. Αφού το άτομο

διδαχθεί σταδιακά τα παραπάνω σύμβολα, μπορεί να δημιουργηθεί ένα προσωπικό λεξικό (με επιπλέον σύμβολα), προσαρμοσμένο στις προσωπικές του εμπειρίες.

Ο θεραπευτής/γονιός μαζί με το παιδί, ζωγραφίζουν την κατάσταση καθώς μιλάνε σε χαρτί ή στον πίνακα. Σκοπός του θεραπευτή/γονιού, είναι να μαζέψει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση και για τον λόγο αυτό καθοδηγεί το παιδί με συγκεκριμένες ερωτήσεις:

Που βρίσκεσαι;

Ποιος βρίσκεται μαζί σου;

Τι κάνεις;

Τι συνέβη; Τι έκαναν οι άλλοι;

Τι είπες;

Τι είπαν οι άλλοι;

Τι σκεφτόσουν όταν μίλησες;

Τι σκεφτόταν οι άλλοι όταν σε άκουσαν ή όταν σε είδαν να το κάνεις αυτό;

Μετά τη συλλογή των πληροφοριών ο θεραπευτής μαζί με το παιδί αναζητάνε εναλλακτικές λύσεις και συζητάνε τι αποτέλεσμα θα είχε αποφέρει η κάθε μια από αυτές.

Εκτός από την χρήση συμβόλων, οι εικονογραφημένες ιστορίες χρησιμοποιούν και χρώματα τα οποία αναπαριστούν ένα εύρος από συναισθήματα και ιδέες. Αρχικά εισάγονται τα

χρώματα που αναπαριστούν τα απλά συναισθήματα, όπως για παράδειγμα το πράσινο το οποίο αναπαριστά το συναίσθημα της χαράς, το κόκκινο είναι για τον θυμό, το μπλε για την λύπη, το κίτρινο για τον φόβο. Στην συνέχεια εισάγονται χρώματα που αναπαριστούν πιο περίπλοκα συναισθήματα.

Μέσω των εικονογραφημένων ιστοριών, γίνονται πιο ξεκάθαρες οι πιο αφηρημένες πτυχές της κοινωνικής επικοινωνίας, όπως για παράδειγμα η πρόθεση και το συναίσθημα. Από την άλλη πλευρά γίνεται πιο κατανοητό πως το ίδιο το άτομο με ΔΑΦ έχει βιώσει και αντιληφθεί την κατάσταση

3.2.2 Derbyshire Language Scheme (D.L.S.)

Το Derbyshire Language Scheme είναι ένα ολοκληρωμένο Γλωσσικό Πρόγραμμα, το οποίο αξιολογεί την γλωσσική ικανότητα του παιδιού και συμβάλλει στον σχεδιασμό του Εκπαιδευτικού Προγράμματος που θα ανταποκριθεί στις αδυναμίες που εντοπίστηκαν κατά την αξιολόγηση. Συγκεκριμένα αποτελείται από λεπτομερή τεστ αξιολόγησης της γλωσσικής έκφρασης και κατανόησης του παιδιού καθώς και από δομημένες διδακτικές ασκήσεις οι οποίες χρησιμοποιούν πραγματικά αντικείμενα, παιχνίδια-μινιατούρες, ασπρόμαυρα σκίτσα και φωτογραφίες, επιτραπέζια και ομαδικά παιχνίδια και δραστηριότητες καθημερινής ζωής.

Η προσέγγιση του D.L.S. αναφορικά με τον σχεδιασμό της εκπαιδευτικής παρέμβασης χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω στοιχεία:

Ο σχεδιασμός των διδακτικών ασκήσεων βασίζεται σε μία αμφίδρομη επικοινωνία ανάμεσα στο παιδί και στον εκπαιδευτή. Οι δραστηριότητες εμποτίζονται από τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις του παιδιού, ώστε να ενισχυθεί η συμμετοχή του στην αλληλεπίδραση.

Η σημασία που δίνεται στην ανάπτυξη των γλωσσικών δεξιοτήτων δεν είναι ανεξάρτητη από την κοινωνική διάσταση του λόγου. Δεξιότητες όπως η εναλλαγή σειράς, η βλεμματική επαφή και η συνδυασμένη προσοχή ενισχύονται από την αρχή της εκπαιδευτικής παρέμβασης.

Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην λειτουργική και δομημένη ανάλυση των δεξιοτήτων σε μικρά απλά βήματα, που είναι εύκολο να κατακτηθούν και δώσουν στο παιδί το αίσθημα της επιτυχίας.

Το εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του D.L.S. περιλαμβάνει συνεχή αξιολόγηση των διδακτικών στόχων που έχουν τεθεί για το παιδί καθώς της ανταπόκρισής του, στις δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται, με σκοπό την προσαρμογή του Προγράμματος στις ανάγκες του.

Εξαιρετικά σημαντική θεωρείται η διδασκαλία στα πλαίσια της καθημερινότητάς τους, από την στιγμή που διευκολύνει την μάθηση αλλά και την γενίκευση της γνώσης. Η γενίκευση θεωρείται το τελικό κριτήριο που καθιστά επιτυχή την διδασκαλία.

Τέλος, αναπόσπαστο κομμάτι τόσο της αξιολόγησης όσο και της εκπαιδευτικής παρέμβασης, θεωρείται η άρρηκτη και συνεχής συνεργασία με τους γονείς του παιδιού.

Η χρήση του προγράμματος αυτού καθεαυτού στην ελληνική γλώσσα είναι δυνατή μέχρι ενός ορισμένου βαθμού, μια και στα πιο σύνθετα επίπεδα που εξετάζει και παρεμβαίνει, η δομή της αγγλικής γλώσσας διαφέρει από την ελληνική. Συνεπώς, σε αυτά θα πρέπει να ακολουθείται απλά και μόνο η προσφερόμενη γενική μεθοδολογία. Πρόσφατα δημοσιεύτηκε ένα αντίστοιχο εργαλείο αξιολόγησης για την ελληνική γλώσσα, αλλά αυτό δε συνοδεύεται από τις αντίστοιχες διδακτικές ασκήσεις.

3.2.3 AIT / Auditory Integration Training

(Ακουστική Ολοκλήρωση)

ΑΡΧΕΣ-ΣΚΟΠΟΙ

Δημιουργήθηκε από τον ωτορινολαρυγγολόγο Dr. Guy Berard στη Γαλλία. Στην αρχή ο γιατρός δημιούργησε το A.I.T (Auditory Intergration Programme) για να αποκαταστήσει παθήσεις του ακουστικού συστήματος ή ακουστικές παραμορφώσεις όπως η υπερευαίσθητη ακοή ή η ασύμμετρη ακοή. Μετά από τριάντα χρόνια κλινικής πρακτικής ο Berard κατέληξε ότι σε πολλές περιπτώσεις η παραμόρφωση στην ακοή ή στην ακουστική επεξεργασία μπορούσε να οδηγήσει σε προβλήματα συμπεριφοράς ή μαθησιακές δυσκολίες.

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία για να βοηθήσει άτομα που παρουσίαζαν:

- Υπερκινητικότητα
- Μαθησιακές δυσκολίες
- Αυτισμό
- Δυσλεξία
- Σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής
- Δυσκολίες στο λόγο

Σε σημαντικό βαθμό η μέθοδος βοήθησε να μειωθούν κάποιες από τις δυσκολίες που σχετίζονταν με τις παραπάνω παθήσεις και δυσκολίες. Η μέθοδος αυτή έχει σχεδιαστεί με σκοπό να αποκαθιστά την ακοή και τους τρόπους με τους οποίους ο

εγκέφαλος αντιλαμβάνεται ή επεξεργάζεται τις ακουστικές πληροφορίες που λαμβάνει. Η παραμόρφωση στην ακοή μπορεί μερικές φορές να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τις παθήσεις που αναφέρονται παραπάνω. Πολλές φορές αυτά τα άτομα μπορεί έχουν ανοργάνωτη ακοή, ασταθή, ή ακανόνιστη, ασύμμετρη, υπερευαίσθητη ή διαφορετικά μη φυσιολογική ακοή.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Με ποιο τρόπο γίνεται η μέθοδος ακουστικής ολοκλήρωσης;

Αρχικά χρειάζεται ένας καλός ακουολογικός έλεγχος. Επίσης στα άτομα που μπορούν να συνεργαστούν χρειάζεται να γίνει ένα ακουόγραμμα στην αρχή, στη μέση και στο τέλος της μεθόδου. Σε όσα άτομα δεν μπορούν να συνεργαστούν είτε λόγω ηλικίας είτε λόγω δυσκολιών, δεν γίνεται ακουόγραμμα. Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής της μεθόδου το άτομο ακούει μουσική μέσα από ένα ηλεκτρονικό σύστημα. Το σύστημα αυτό φιλτράρει και στέλνει με τυχαίες συχνότητες (όταν δεν υπάρχει ακουόγραμμα) ή με συγκεκριμένες συχνότητες (όταν υπάρχει ακουόγραμμα) τη μουσική στο αυτί του ατόμου με την χρήση ακουστικών. Οι συχνότητες γυμνάζουν το μέσο αυτί και τον εγκέφαλο, τα ακουστικά κύματα δονούν και γυμνάζουν τους μύες του αυτιού. Η μέθοδος ακουστικής ολοκλήρωσης απαιτεί είκοσι συνεδρίες. Κάθε συνεδρία απαιτεί τριάντα λεπτά μουσικής.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή της μεθόδου είναι τα ακόλουθα:

- Βελτίωση στην κατανόηση λόγου
- Μεγαλύτερη διάθεση για παραγωγή λόγου και επικοινωνίας

- Μείωση της υπερευαισθησίας στην ακοή
- Μείωση θορύβου στο αυτί
- Φυσιολογική ένταση στη φωνή
- Καλύτερη έκφραση των συναισθημάτων και ανάπτυξη κοινωνικότητας
- Βελτίωση στο μαθησιακό τομέα
- Βελτιωμένη συμπεριφοράς
- Βελτίωση κοινωνικών δεξιοτήτων
- Αυξημένο επίπεδο άνεσης
- Μειωμένη κινητικότητα
- Μείωση της διάσπασης
- Μείωση νευρικότητας
- Αύξηση αυτοπεποίθησης

Τα αποτελέσματα μπορεί να είναι διακριτά μέσα σε μερικές εβδομάδες έως έξι

μήνες μετά τη θεραπεία Άλλωστε δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η μέθοδος μπορεί να

βλάψει σε οποιοδήποτε επίπεδο. Αυτό έχει προκύψει από την πρακτική εφαρμογή της

μεθόδου για περισσότερο από τριάντα χρόνια σε διάφορες παθήσεις. [7

3.2.4 Smart Way Reading And Spelling (Εξυπνος τρόπος ανάγνωσης και συλλαβισμού)

ΑΡΧΕΣ-ΣΚΟΠΟΙ

Η μέθοδος Smart Way Reading And Spelling έχει ως στόχο να εκπαιδεύσει ένα μαθητή μέσα από την ανάγνωση κλίσεων, την εκμάθηση των ήχων των συμφώνων, και την ανάγνωση λέξεων που περιέχουν σύντομους ήχους φωνηέντων, και που μπορούν να εμπεριέχονται στα πιο κοινά φωνητικά μοτίβα της αγγλικής γλώσσας ή να αποτελούν προηγμένες φωνητικές έννοιες, όπως για παράδειγμα 'σιωπηλά' γράμματα.

Η μέθοδος Smart Way Reading And Spelling αποτελεί ένα σύνολο μεθοδολογιών διδασκαλίας και υλικού που αναπτύχθηκε το 2001 από την Bright Sky Learning. Η μέθοδος Smart Way Reading And Spelling είναι ειδικά σχεδιασμένη ώστε να είναι απλή στη χρήση της και εξαιρετικά αποτελεσματική στη διδασκαλία των μαθητών. Η μεθοδολογίες ανάγνωσης που περιλαμβάνονται κυμαίνονται από την εισαγωγική διδασκαλία απλών φωνητικών ήχων, μέχρι τη διδασκαλία της Αγγλικής γλώσσας με χρήση εξειδικευμένων στρατηγικών. Η μέθοδος έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά σε προγράμματα σχετικά με την αποκατάσταση της ανάγνωσης σε πολλές πολιτείες της Αμερικής παρουσιάζοντας θετικά και σταθερά αποτελέσματα και βασίζεται στην πιο ολοκληρωμένη επιστημονική έρευνα για τη διδασκαλία ανάγνωσης, η οποία περιλαμβάνει τη συστηματική χρήση φωνημάτων σε συνδυασμό με την αναγνωστική κατανόηση και την ευχέρεια του λόγου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Το πλήρες πρόγραμμα Smart Way Reading And Spelling παρουσιάζεται σε μια σειρά 27 μαθημάτων με χρήση διαφανειών (flip chart). Κάθε διαφάνεια περιέχει ένα πλήρες μάθημα το οποίο εμπεριέχει το υλικό του μαθητή και του λογοθεραπευτή. Συγκεκριμένα, ο μαθητής βλέπει μια εικόνα ή κάποιο κείμενο στην μια πλευρά της διαφάνειας ενώ η άλλη πλευρά εμπεριέχει το υλικό του λογοθεραπευτή μαζί με την εικόνα που βλέπει ο μαθητής. Ο χαρακτήρας του προγράμματος είναι τέτοιος που επιτρέπει την άμεση συνεργασία ακόμη και ενός άπειρου λογοθεραπευτή με κάποιον μαθητή. Αντί να τονίζονται οι ατομικοί φωνητικοί κανόνες σύμφωνα με τους κανόνες διδασκαλίας, στη συγκεκριμένη μέθοδο εισάγονται οικογένειες λέξεων και λεκτικών σχημάτων, βοηθώντας έτσι τους μαθητές να αντιλαμβάνονται τους φωνητικούς κανόνες μέσα από μια γνωστική διαδικασία μάθησης. Το πρόγραμμα είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να αποτελεί μια μέθοδο εκμάθησης για μαθητές μικρής ηλικίας, αλλά και μια μέθοδο παρέμβασης για μεγαλύτερους μαθητές ή και ενήλικες

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Karapetsas, A., Gourgoulianis, K., Andreou, G., & Agaritou, P.(2003). Verbal intelligence and sleep disorder in children withADHD. *Perceptual and Motor Skills*,96,1283-1288
2. Καραπέτσας, Α. (1988). *Νευροψυχολογία του αναπτυσσόμενου ανθρώπου*. Αθήνα: Σμυρنيωτάκης.
3. Καραπέτσας, Α., & Αγαπητού, Π. (2001). Αξιολόγηση της επίδοσης των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα(ADHD) σε WISC-III και ROCF. Αναρτημένη εργασία στο 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής έρευνας Αλεξανδρούπολη.
4. Καραπέτσας, Α., & Αγαπητού, Π. (2002). Επίδοσης των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) σε τεστ αξιολόγησης της νοημοσύνης (WISC-III). Ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδαγωγικής Εταιρείας Ελλάδος Αθήνα.
5. Καραπέτσας, Α., Ανδρέου, Γ., & Αγαπητού, Π. (2000). Διερεύνηση του συνδρόμου ADHD με τη μέθοδο των οπτικών (VEPs) και ακουστικών προκλητών δυναμικών (BAEPs) και αξιολόγηση της λεκτικής νοημοσύνης. Ανακοίνωση στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Ειδικής Αγωγής, Ρέθυμνο.
6. . Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω
7. ADHD Hellas. Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής -

Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). Ανακτήθηκε στη 1 Ιουνίου 2015 από:

<http://www.adhdhellas.org>

8. Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg.
9. Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
10. Newson, e. (1983). Pathological demand-avoider syndrome. *Communication*17: 38.
11. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U. (1986). Mechanical, Behavioral and Intentional Understanding of Picture Stories in Autistic Children. *British Journal of Developmental Psychology*, 113-25
12. Gilbert, C., Gilbert, IC., Rastam, M. Wentz, E. (2001). The Asperger Syndrome Diagnostic Interview (ADSI): A New Structured Interview For Use In Clinical Practice, 5: 57-
13. Lord, C., Rutter, M. Le Counter, A. (71994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A Revised Version of a Diagnostic Interview for Caregivers of Individual with Possible Pervasive Developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24: 659-85.
14. Holtmann, M., Bolte, S. & Pousticaf (2007). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms In Pervasive Developmental Disorders: Association With Autistic Behavior Domains And Coexisting Psychopathology. *Psychiatry*,40: 1727

15. <http://www.ensunaisthisi.gr/el/%CE%BC%CE%AD%CE%B8%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CE%B9/>
16. http://www.logosekfrasi.gr/ell/categories/therap_methosdoi
17. <http://www.adhdhellas.org/>