



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

Διπλωματική εργασία

Μαρκάκη Μαρία
Α.Μ.: 421/2010069

Θέμα: « Οι Κοινωνικές Σχέσεις των Παιδιών με Διαταραχή
Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα»



Η τριμελής επιτροπή

Η επιβλέπουσα

Παπαηλιού Χριστίνα
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τ.Ε.Π.Α.Ε.Σ.

Τα μέλη

1.Πολεμικός Νικήτας
Καθηγητής Τ.Ε.Π.Α.Ε.Σ.
2.Ξανθάκου Ποτίτσα
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τ.Ε.Π.Α.Ε.Σ.

Ρόδος 2014

**Σε όλους εκείνους που συντέλεσαν
για να δημιουργηθεί
αυτή η εργασία.**

Περιεχόμενα

Θεωρητικό μέρος

Ευχαριστίες.....σελ.5	
1. Προσδιορισμός της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα.....σελ.6	
1.1 Εισαγωγικά.....σελ.6	
1.2 Όρος ΔΕΠ-Υ.....σελ.6	
1.3 Συμπτώματα.....σελ.6	
1.4 Τύποι.....σελ.7	
1.5 Αίτια.....σελ.7	
1.6 Διαφορική διάγνωση και συνύπαρξη με άλλες διαταραχές.....σελ.8	
1.7 Αναγνώριση των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ.....σελ.9	
1.8 Αξιολόγηση.....σελ.9	
1.9 Επιδημιολογία.....σελ.10	
1.10 Αντιμετώπιση.....σελ.10	
2. Τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά την πορεία της ανάπτυξης.....σελ.11	
2.1 Βρεφική ηλικία.....σελ.12	
2.2 Νηπιακή ηλικία.....σελ.13	
2.3 Σχολική ηλικία.....σελ.14	
2.4 Εφηβική ηλικία και ενηλικίωση.....σελ.15	
3. Οι κοινωνικές σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους συνομηλίκους.....σελ.16	
3.1 Πιθανά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και πιθανά προβλήματα σε σχέση με τους άλλους.....σελ.16	
3.2 Ο ρόλος της διάγνωσης στην αντιμετώπιση των πιθανών χαρακτηριστικών και προβλημάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα.....σελ.22	
4. Σχετικές έρευνες για τον κοινωνικό στιγματισμό των παιδιών.....σελ.23	
4.1 Σχετικές έρευνες.....σελ.23	
5. Οι λόγοι που είναι σημαντική η παρούσα έρευνα.....σελ.27	
6. Στόχοι της παρούσας έρευνας.....σελ.28	

Ερευνητικό μέρος

1. Μέθοδος	σελ.29
1.1 Μετέχοντες.....	σελ.29
1.2 Εργαλεία συλλογής υλικού.....	σελ.29
1.2.1 Λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς CBCL (1,5–5 ετών) και CBCL (6-18 ετών).....	σελ.29
1.2.2 Κοινωνιομετρία.....	σελ.31
1.3 Διαδικασία συλλογής υλικού.....	σελ.32
2. Αποτελέσματα	σελ.33
2.1 Κωδικοποίηση κοινωνιογραμμάτων.....	σελ.33
2.1.1 Ποσοτική ανάλυση.....	σελ.33
2.1.2 Ποιοτική ανάλυση.....	σελ.35
3. Συζήτηση	σελ.36
3.1 Σύνοψη των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας.....	σελ.36
3.2 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών.....	σελ.40
3.3 Περιορισμοί της παρούσας έρευνας.....	σελ.41
3.4 Χρησιμότητα στην εκπαιδευτική πράξη.....	σελ.41
Παράρτημα	σελ.43
Βιβλιογραφία	σελ.53

Ευχαριστίες

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία με θέμα: «Οι Κοινωνικές Σχέσεις των Παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα», πραγματοποιήθηκε το έτος 2014 στο Τμήμα Επιστημών Προσχολικής Αγωγής και Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού του Πανεπιστημίου Αιγαίου στην Ρόδο, από την φοιτήτρια Μαρκάκη Μαρία.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριες που είχα αυτά τα τέσσερα χρόνια, κατά την διάρκεια φοίτησης μου σε αυτήν την σχολή, για τις γνώσεις που μου προσέφεραν.

Στην συνέχεια, θερμές ευχαριστίες απευθύνω στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας, κ. Παπαηλιού Χριστίνα, για τις γνώσεις και τις συμβουλές που μου προσέφερε σε όλη την διάρκεια της εργασίας, καθώς και για την συνεργασία μας με σκοπό την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας, στον επιστημονικό τομέα της ψυχολογίας. Επιπλέον, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω και στα μέλη της επιτροπής της πτυχιακής μου εργασίας, κ. Πολεμικό Νικήτα και κ. Ξανθάκου Ποτίτσα.

Καταληκτικά, ένα τεράστιο ευχαριστώ αξίζουν οι γονείς μου, η αδελφή μου, ο Μάνος, οι φίλες μου, όπου συνέβαλαν όλοι με τον δικό τους τρόπο στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Θεωρητικό μέρος

Προσδιορισμός της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα

Εισαγωγικά

Τα τελευταία είκοσι χρόνια περίπου η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τους ειδικούς οι οποίοι εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής αυτής στα παιδιά, αλλά και στο γεγονός ότι αρκετά προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς σχετίζονται με τη συγκεκριμένη διαταραχή (Βάρβογλη, 2005).

Η ΔΕΠ-Υ διατυπώθηκε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία εδώ και εκατό έτη και είναι η πιο κοινή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Μέσα στα χρόνια έλαβε διαφορετικές ονομασίες, οι οποίες φανέρωναν αυτό που κατά καιρούς θεωρούσαν ως κεντρικό πρόβλημα της διαταραχής. Επομένως, όροι όπως ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία υποδήλωναν βλάβη στον εγκέφαλο, ενώ ορισμοί όπως υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας, υπερκινητικό σύνδρομο ή σύνδρομο του υπερκινητικού παιδιού έδειχναν ότι η υπερκινητικότητα ήταν το κύριο σύμπτωμα του συνδρόμου (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Όρος ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές της παιδικής ηλικίας και αναγνωρίζεται κυρίως στη σχολική ηλικία. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι μια επίμονη συμπεριφορά που εκδηλώνεται με απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα που δεν συνάδουν με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου και δημιουργούν προβλήματα στη λειτουργικότητά του στο οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον (American Psychiatric Association, 2000).

Συμπτώματα

Τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής, όπως ορίζονται από το DSM-IV, είναι η διάσπαση της προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα. Με βάση τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά σχολικής ηλικίας υπάρχουν τρεις τύποι της ΔΕΠ-Υ. Τα συμπτώματα του καθενός είναι τα εξής:

Α) Τύπος Απροσεξίας: δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, αποσπάται εύκολα από διάφορα ερεθίσματα, δεν φαίνεται να ακούει, δεν ενδιαφέρεται για τις λεπτομέρειες, κάνει λάθη

απροσεξίας, δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες, αποφεύγει εργασίες που χρειάζονται συστηματική πνευματική προσπάθεια, ξεχνά τις σχολικές εργασίες, χάνει πράγματα και γενικά είναι ανοργάνωτο.

Β) Τύπος παρορμητικότητας/υπερκινητικότητας: δυσκολεύεται να παραμείνει καθισμένο, κουνάει χέρια, πόδια ή στριφογυρίζει στην καρέκλα, κοιτά όλη την ώρα γύρω του και πειράζει τους άλλους, σηκώνεται όταν δεν επιτρέπεται, τρέχει και σκαρφαλώνει υπερβολικά, δεν σκέφτεται πριν αντιδράσει, απαντάει πριν τελειώσει η ερώτηση, μιλάει συνεχώς, δυσκολεύεται να περιμένει στην σειρά του, στα παιχνίδια δεν ακολουθεί κανόνες και διακόπτει ή ενοχλεί τους άλλους.

Γ) Συνδυασμένος τύπος: συνδυασμός μερικών από τα παραπάνω συμπτώματα (<http://www.adhdhellas.org/depy/symptomata>).

Τύποι

Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανιστεί σε τρεις τύπους:

Α) Απρόσεκτος τύπος, στον οποίο το παιδί εμφανίζει συμπτώματα απροσεξίας.

Β) Υπερκινητικός – Παρορμητικός τύπος, στον οποίο το παιδί εμφανίζει συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας.

Γ) Συνδυασμένος τύπος, στον οποίο το παιδί εμφανίζει συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας (Γκονέλα, χ.χ.).

Αίτια

Σύμφωνα με τις πρόσφατες επιστημονικές απόψεις, η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ εντοπίζεται σε νευροβιολογικούς και γενετικούς παράγοντες, όπου οι συγκεκριμένοι επηρεάζουν περισσότερο τις ικανότητες αυτοελέγχου και ρύθμισης της συμπεριφοράς με βάση συγκεκριμένους κανόνες (Κουρκούτας & Chartier, 2008).

Όπως συμβαίνει με πολλά νοσήματα, η ακριβής αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ, δεν είναι απόλυτα σαφή. Καθώς όλο και πιο πολύ οι επιστήμονες βρίσκουν αποδείξεις ότι προέρχεται από βιολογικές αιτίες, μέχρι και σήμερα γνωρίζουμε τα εξής:

- Η ΔΕΠ-Υ είναι ως ένα βαθμό κληρονομική. Το 76% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν τις περισσότερες φορές ένα συγγενή με αυτήν την διαταραχή.
- Ο εγκέφαλος των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει διαφορές από αυτόν των συνομηλίκων τους στη δομή, το μεταβολισμό και την λειτουργία συγκεκριμένων περιοχών (<http://www.adhdhellas.org/depy/aities-1>).

Ειδικότερα, ο ρόλος της κληρονομικότητας στην ΔΕΠ-Υ είναι πολύ σημαντικός και οι πρόσφατες μελέτες μας δίνουν σημαντικές ενδείξεις για τη γενετική βάση της διαταραχής. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν τις περισσότερες φορές ένα ή περισσότερους συγγενείς με τη διαταραχή σε ποσοστό 10 – 35%, ενώ σε μελέτες υιοθεσίας διαπιστώθηκε μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου σε βιολογικούς συγγενείς. Σε επέκταση της συγκεκριμένης διαπίστωσης, οι γενετικές μελέτες άρχισαν με βάση το γεγονός ότι οι γονείς και άλλοι συγγενείς των παιδιών της ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερα χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας από ότι οι συγγενείς παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, οι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνά διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών. Πιο σύγχρονες έρευνες έδειξαν ότι στην περίπτωση που ο ένας γονέας έχει ΔΕΠ-Υ, η πιθανότητα να παρουσιάσει το παιδί του τη διαταραχή φτάνει στο 57% (Βάρβογλη, 2005).

Επιπροσθέτως, η πρόωρη γέννηση, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και το υπερβολικό στρες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο εγκεφαλικός τραυματισμός ή η έκθεση σε τοξικές ουσίες μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ. Είναι μύθος ότι η ελλιπής γονική φροντίδα προκαλεί την ΔΕΠ-Υ, παρόλο αυτά πολλά οικογενειακά χαρακτηριστικά, π.χ. ασταθής δομή και δυσλειτουργία στην οικογένεια ή έλλειψη γονικού ελέγχου, μπορεί να συμβάλλουν στην επιδείνωση της ΔΕΠ-Υ και στην εμφάνιση επιπλοκών στη συναισθηματική κατάσταση ή συμπεριφορά (<http://www.adhdhellas.org/depy/aities-1>).

Τα νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά που επηρεάζονται από την ΔΕΠ-Υ αφορούν: α) την νοητική ανάπτυξη, β) την ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας, γ) τις προσαρμοστικές ικανότητες, δ) την αίσθηση του χρόνου, ε) τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τα κίνητρα, ζ) την κινητική ανάπτυξη και τα ατυχήματα, στ) τα προβλήματα συμπεριφοράς και η) τα προβλήματα ύπνου (Βάρβογλη, 2005).

Διαφορική διάγνωση και συνύπαρξη με άλλες διαταραχές

Κάποια από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορούν να εντοπιστούν και σε παιδιά που έχουν άλλες διαταραχές, όπως νοητική υστέρηση, σχιζοφρένεια, αυτισμό, συναισθηματικές διαταραχές της συμπεριφοράς, υπερβολική δραστηριότητα ανάλογη της ηλικίας του παιδιού, αλλά και σε παιδιά που ζουν μέσα σε ένα ανεπαρκές, ανοργάνωτο και χαώδες περιβάλλον. Η διαφοροποίηση των καθυστερημένων ή ψυχοσωμικών παιδιών μπορεί να είναι εύκολη ενώ από την άλλη πλευρά, η διάκριση της ΔΕΠ-Υ από τη διαταραχή της συμπεριφοράς ή της αποδιοργάνωσης, που προκαλεί το χαώδες περιβάλλον, μπορεί να είναι πάρα πολύ δύσκολη και σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί και οι δύο διαγνώσεις να είναι δικαιολογημένες (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Περίπου τα δύο τρίτα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν και μια άλλη συννοσηρή διαταραχή. Τα ποσοστά ποικίλλουν, σχετικά με τη φύση του δείγματος (κλινικό ή γενικό) και τις μετρήσεις. Περίπου το 30% από τα συγκεκριμένα επαναλαμβάνουν μια τάξη, ενώ από το 16% έως 45% έχουν ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Διαταραχές εσωτερίκευσης, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, εμφανίζονται σε μεγάλο βαθμό στον πληθυσμό αυτό (30% - 35%), ενώ σε ακόμα υψηλότερα ποσοστά (50%) έχουν διαπιστωθεί συννοσηρά προβλήματα διαγωγής. Άλλα συννοσηρά σύνδρομα περιλαμβάνουν τη χρήση/κατάχρηση ουσιών, τα κοινωνικά προβλήματα και τα προβλήματα ύπνου (Wilmshurst, 2011).

Αναγνώριση των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ δεν αναγνωρίζεται εύκολα σε κορίτσια διότι δεν εμφανίζουν υπερκινητικότητα και επιθετικότητα όπως τα αγόρια. Οι διαφορές στην επίπτωση της διαταραχής αποδίδονται στο εξής: α) Τα συμπτώματα των αγοριών προκαλούν μεγαλύτερη διάσπαση, δυσφορία και απειλή από τα συμπτώματα εσωτερίκευσης των κοριτσιών. β) Ιστορικά, οι ρόλοι στον οικογενειακό περιβάλλον, στο σχολείο και στις εμπειρίες ζωής για τα δύο φύλα καθορίζονται πολύ διαφορετικά. Έτσι οι ακαδημαϊκές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες των κοριτσιών θεωρούνται ατομικό παρά κοινωνικό πρόβλημα. γ) Μπορεί στα κορίτσια να απαιτείται μεγαλύτερη βιολογική βλάβη για να θεωρηθεί ως πρόβλημα από τους παρατηρητές (Παπαγεωργίου, 2010).

Αξιολόγηση

Τα στάδια της αξιολόγησης είναι: α) συνέντευξη με το παιδί, τους γονείς, τους δασκάλους και αν είναι εφικτό τα αδέρφια ακόμη και συμμαθητές, β) ερωτηματολόγια αξιολόγησης της συμπεριφοράς προς γονείς και εκπαιδευτικούς (Rutter Child Behavior Checklist, Achenbach Child Behavior Checklist, Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠΥ-IV), γ) ψυχομετρικές δοκιμασίες, γ) αξιολόγηση λόγου και μαθησιακών δεξιοτήτων, δ) νευρολογική εξέταση, ε) άλλες ιατρικές εξετάσεις (για την αξιολόγηση της γενικής υγείας του παιδιού). Η αποτελεσματική αξιολόγηση βασίζεται στην δημιουργία και διατήρηση στενής σχέσης και συνεργασίας μεταξύ γονέων και εκπαιδευτικών. Η εξέλιξη του παιδιού περιορίζετε αν οι γονείς δεν είναι συνεργάτες, από την στιγμή που γνωρίζουν το παιδί τους καλύτερα από τον καθένα (Παπαγεωργίου, 2010).

Ο ρόλος του δασκάλου στην αξιολόγηση είναι συγκεκριμένος. Οφείλει: α) να εντοπίζει τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, β) να ενημερώνει τους γονείς και το παιδί για τις ανησυχίες του, γ) να ενημερώνει το σχολικό συμβούλιο, δ) να συγκεντρώνει πληροφορίες,

για το παιδί σε συνεργασία με το σύμβουλο, ε) να δουλεύει στενά και εξατομικευμένα με το παιδί στην τάξη, στ) να ελέγχει και να κατευθύνει την πρόοδο του παιδιού. Ο εκπαιδευτικός αποτελεί μέλος της ομάδας που αναλαμβάνει την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των δυσκολιών (Παπαγεωργίου, 2010).

Επιδημιολογία

Η ακριβής μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει δυσκολίες, εξαιτίας του γεγονότος ότι ο ορισμός της διαταραχής έχει υποστεί αρκετές αλλαγές και δεν υπάρχουν ακριβείς και αντικειμενικές μετρήσεις της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, η ίδια δυσκολία ισχύει για το σύνολο των ψυχικών διαταραχών και των ψυχολογικών προβλημάτων. Η πλειονότητα των ειδικών θεωρεί ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται μεταξύ του 3-5% του παιδικού πληθυσμού (Βάρβογλη, 2005).

Οι αναφορές είναι τις περισσότερες φορές συχνότερες για τις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες, ενώ δεν παρατηρήθηκαν συγκεκριμένες διαφορές ανάμεσα σε διάφορες εθνικότητες. Οι πιθανότητες των αγοριών να παρουσιάσουν την ΔΕΠ-Υ είναι εξαπλάσιες έως οχταπλάσιες από αυτές των κοριτσιών (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Αντιμετώπιση

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ: Αν και δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα ερευνητικά στοιχεία που να υποστηρίζουν την γνώμη ότι η εφαρμογή συγκεκριμένης δίαιτας στο παιδί μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά του, τις περισσότερες φορές παρατηρούμε άρθρα στα περιοδικά σχετικά με τη διαιτητική παρέμβαση σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Υπάρχουν περιπτώσεις που οι γονείς παρατήρησαν ότι η αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων μειώνει την προκλητική συμπεριφορά. Τα τρόφιμα αυτά είναι η σοκολάτα και τα ποτά με χρωστικές, όπως για παράδειγμα η πορτοκαλάδα και τα ποτά τύπου cola. Παρόλο αυτά, τα άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά, που υποστηρίζουν ότι τα αναψυκτικά και η ανθυγιεινή τροφή είναι τα μοναδικά αίτια υπερκινητικότητας δεν είναι απόλυτα έμπιστα. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου η απομάκρυνση της ανθυγιεινής διατροφής δεν οδήγησε στην βελτίωση της συμπεριφοράς του παιδιού (Terrel & Passenger, 2007).

Φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ : Το φάρμακο που χρησιμοποιείται πιο τακτικά για την θεραπεία της ΔΕΠ-Υ είναι η μεθυλφαινιδάτη ή Ritalin. Δεν γνωρίζουμε τον ακριβή τρόπο δράσης της μεθυλφαινιδάτης, αλλά φαίνεται ότι διεγείρει τις περιοχές εκείνες του εγκεφάλου που μας κάνουν να εστιάζουμε σε ένα στόχο. Οπότε η μεθυλφαινιδάτη

λειτουργεί ως διεγερτικό. Οι ιατρικές έρευνες δείχνουν ότι το 70 με 80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ωφελούνται από την χρήση της μεθυλφαινιδάτης. Η μεθυλφαινιδάτη δεν αποτελεί θεραπεία για την ΔΕΠ-Υ αλλά κατά την διάρκεια της δράσης του δίνει την δυνατότητα στο παιδί να συγκεντρώνεται και να ελέγχει την συμπεριφορά του αποτελεσματικά. Η θεραπεία με μεθυλφαινιδάτη είναι μια σχετικά μακροχρόνια μέθοδος αντιμετώπισης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Η μεθυλφαινιδάτη δεν «θεραπεύει» την ΔΕΠ-Υ, απλώς βοηθά το παιδί στον έλεγχο των συμπτωμάτων του. Η χρήση της μεθυλφαινιδάτης οφείλει να συνοδεύεται από ένα συμπεριφορικό πρόγραμμα για να εδραιωθούν σωστά στρατηγικές συμπεριφοράς (Terrel & Passenger, 2007).

Τροποποίηση συμπεριφοράς και εκπαίδευση γονέων: Οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς έχουν ως σκοπό τη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς, την αύξηση των επιθυμητών και πιθανώς την ανάπτυξη νέων λειτουργικών μορφών συμπεριφοράς που δεν υπήρχαν πριν στο ρεπερτόριο του παιδιού. Οι συγκεκριμένες τεχνικές ποικίλλουν και στηρίζονται στην έννοια της διαφορικής ενίσχυσης: αρνητικής για την εκδήλωση αρνητικής συμπεριφοράς και θετικής για την εκδήλωση θετικής συμπεριφοράς. Είναι αναγκαία η εκπαίδευση γονέων και δασκάλων προκειμένου να μπορούν να χειρίζονται σωστά τις αντιδράσεις του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, με τρόπο ο οποίος να λειτουργεί θετικά στην εκδήλωση θετικής συμπεριφοράς και να αποτρέπει την εκδήλωση της αρνητικής συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία: Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί μια επέκταση των κλασικών μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς, όπου η συγκεκριμένη συμπεριλαμβάνει την κατανόηση των αντιλήψεων, των στάσεων και των πεποιθήσεων τόσο των ίδιων των ατόμων που δέχονται τη θεραπεία όσο και των σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντος τους. Ο βασικός σκοπός της γνωσιακής – συμπεριφορικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει τα παιδιά κι τις οικογένειες τους να ασκούν έλεγχο στις σκέψεις και στα συναισθήματα τους ως μέσο για την αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Βασίζετε σε αρχές της θεωρίας της συμπεριφοράς και, συγκεκριμένα, της θεωρίας της μάθησης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά την πορεία της ανάπτυξης

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια από τις αναπτυξιακές διαταραχές με συμπτώματα που τις πιο πολλές φορές έχουν διάρκεια σε όλη την πορεία ανάπτυξης του ατόμου. Ωστόσο, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματά της μπορούν να διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία που βρίσκεται το άτομο (Πολεμικός, κ.α., 2010).

Το γεγονός αυτό υπάρχει περίπτωση να παραπλανήσει τους γονείς, οι οποίοι ίσως θεωρήσουν ότι με το πέρασμα του χρόνου βελτιώνεται αυτόματα η εικόνα του παιδιού και μειώνονται οι δυσκολίες του. Η αλήθεια είναι ότι δεν υπάρχει αυτόματη βελτίωση, αλλά μόνο διαφοροποίηση του τρόπου έκφρασης κάποιων συμπτωμάτων της διαταραχής (Κάκουρος, 2001).

Βρεφική ηλικία

Στην περίοδο της βρεφικής ηλικίας δεν υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του παιδιού που να παραπέμπουν αμέσως στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ. Υπάρχουν όμως κάποιες μορφές συμπεριφοράς οι οποίες κάνουν κάποια βρέφη «πιο δύσκολα» στην φροντίδα τους συγκριτικά με κάποια άλλα. Αυτά τα «δύσκολα» βρέφη έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν στο μέλλον ευρύ φάσμα δυσκολιών, όπως προβλήματα λόγου και ομιλίας, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και, ενδεχομένως, ΔΕΠ-Υ. Έτσι, σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να μιλάμε για χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά την βρεφική ηλικία, αλλά μόνο για πιθανές ενδείξεις (Κάκουρος, 2001)

Τα «δύσκολα βρέφη», κλαίνε πιο πολύ από τα άλλα μωρά και το κλάμα τους είναι πιο οξύ, έντονο και παρατεταμένο. Δεν έχουν σταθερό ωράριο ύπνου και ξυπνούν συνεχώς σε ακατάστατες ώρες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Το 60% περίπου των παιδιών τα οποία στην μέση παιδική ηλικία είχαν ΔΕΠ-Υ, ήταν υπερβολικά ανήσυχα μωρά. Στο ιστορικό τους αναφέρεται ότι είχαν κωλικούς, είχαν προβλήματα φαγητού και δεν τους άρεσε να τα παίρνουν αγκαλιά. Λίγες είναι όμως, οι περιπτώσεις, στις οποίες οι γονείς απευθύνονται σε κάποιον ειδικό κατά την βρεφική ηλικία του παιδιού (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι διαχρονικές έρευνες έδειξαν ότι πολλές φορές ήδη από τη βρεφική ηλικία υπήρχε δυσαρμονία στη σχέση των μητέρων με παιδιά τα οποία αργότερα έλαβαν την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Ακόμα, μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ αναφέρουν συνήθως ότι από πολύ νωρίς ένιωθαν συναισθήματα άγχους και χαμηλής αυτοεκτίμησης σε ότι αφορούσε την ανατροφή των παιδιών τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Όπως παρατηρεί η Emmy Werner (1994), η εξέλιξη κάθε ήπιου οργανικού προβλήματος εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από τις εμπειρίες που θα βιώσει το άτομο κατά την διάρκεια της ζωής του. Έτσι, αν δεν γίνει έγκαιρη προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον γύρω από τα παιδιά τα οποία ήδη από τη βρεφική τους ηλικία φαίνεται ότι έχουν ορισμένες δυσκολίες, τότε είναι πολύ πιθανή η εμφάνιση μιας αλυσίδας

αναπτυξιακών και συναισθηματικών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Νηπιακή ηλικία

Ο Campbell (1990) τονίζει ότι η φυσιολογική ανάπτυξη περνά ανεπαίσθητα στη ΔΕΠ-Υ, κυρίως κατά τα πρώτα 6 χρόνια της ζωής. Παραδείγματος χάριν, είναι λογικό τα νήπια να τρέχουν παντού και να ασχολούνται με τα πάντα, και εάν συνδυάζουν υψηλά επίπεδα ενεργητικότητας με την αποφασιστικότητα να κάνουν αυτό που θέλουν όταν το θέλουν, δεν είναι εύκολο να προσδιορίσει κανείς αν είναι διαταραγμένα ή όχι, διότι πρόκειται για κατάλληλες για την ηλικία τους συμπεριφορές. Επίσης, η ρευστότητα της πρώιμης ανάπτυξης καθιστά δύσκολη την πρόβλεψη κατά πόσο ένα παιδί θα «ξεπεράσει» τη συμπεριφορά, όταν αυτή αρχίζει να αποκλίνει (Wenar & Kerig, 2008).

Παρόλο αυτό, είναι πραγματικότητα, ότι στο στάδιο αυτό της ανάπτυξης, μια διάγνωση ΔΕΠ-Υ αρχίζει να αποκτά περισσότερο νόημα. Σύμφωνα με τον Barkley (1996), η περίοδος αυτή της ανάπτυξης αντιπροσωπεύει το αρχικό σημείο μιας πιθανής διάγνωσης ΔΕΠ-Υ. Όμως, ενώ η υπερβολική υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα υπάρχει περίπτωση να χαρακτηρίζουν ένα μικρό παιδί με ΔΕΠ-Υ, είναι πολύ δυσκολότερο να εντοπιστούν τα παιδιά που έχουν προβλήματα προσοχής (Wilmshurst, 2011).

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως παρορμητικά, ανυπάκουα και ιδιαίτερα τολμηρά. Φαίνεται να έχουν ανεξάντλητα αποθέματα ενέργειας και η κινητικότητά τους είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Υπάρχει η πιθανότητα ακόμα να παρουσιάζουν δυσκολίες στο συντονισμό των κινήσεών τους και αδεξιότητα. Είναι επιπλέον, πολύ απαιτητικά και συχνά ξεσπούν σε έντονες εκρήξεις οργής όταν θυμώνουν ή απογοητεύονται. Εξαιτίας της παρορμητικότητας και της έλλειψης του φόβου μπροστά στον κίνδυνο είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στα ατυχήματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Παρά ταύτα, η αδεξιότητα και οι αυξημένες ανάγκες κινητικής δραστηριοποίησης δεν είναι τις περισσότερες φορές τα χαρακτηριστικά που προβληματίζουν πιο πολύ τους γονείς. Αντίθετα, ένας από τους κυριότερους λόγους παραπομπής των νηπίων με ΔΕΠ-Υ στον ειδικό είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και οι δυσκολίες τους στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου. Στην περίοδο της προσχολικής ηλικίας η ομαλή γλωσσική ανάπτυξη αποτελεί ένα από τα κυρίαρχα αναπτυξιακά επιτεύγματα του νηπίου. Οι δυσκολίες στην ομαλή πορεία της γλωσσικής ανάπτυξης ανησυχούν ιδιαίτερα τους γονείς. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όπου αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα δυσκολίες στην

ανάπτυξη του προφορικού λόγου έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς (Κάκουρος, 2001).

Σχολική ηλικία

Οι έρευνες και οι κλινικές περιγραφές παιδιών της μέσης παιδικής ηλικίας που έχουν ΔΕΠ-Υ έδειξαν ότι στην συγκεκριμένη ηλικία η διαταραχή επηρεάζει, όλο και περισσότερο, σημαντικές πλευρές της ζωής του παιδιού και ότι η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παραπέμπεται στους ειδικούς στην περίοδο των τριών πρώτων τάξεων του δημοτικού σχολείου. Η υπερκινητικότητα είναι το βασικό παράπονο και στο σπίτι και στο σχολείο, αν και οι αθλητικές δραστηριότητες καμιά φορά προσφέρουν κοινωνικά παραδεκτές διεξόδους (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Η ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκεται με πιο μεγάλη αξιοπιστία λοιπόν, στην περίοδο της σχολικής ηλικίας, οπότε το παιδί αρχίζει να παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα στην προσαρμογή του. Η συμπεριφορά αυτών των παιδιών στη συγκεκριμένη φάση έχει ως αποτέλεσμα τη μη επίτευξη βασικών αναπτυξιακών στόχων: τη χαμηλή σχολική τους επίδοση, την αδυναμία τους να ολοκληρώσουν τις σχολικές εργασίες τους, τις συγκρούσεις με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς για την απροσεξία τους και την «ανευθυνότητά» τους, καθώς και τα προβλήματα στις σχέσεις τους με τους συμμαθητές τους, οι οποίοι συνήθως τα απορρίπτουν. Φυσικό επακόλουθο όλων αυτών των δυσκολιών είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση των παιδιών με διάσπαση της προσοχής και υπερκινητικότητα, γεγονός που δυσκολεύει ακόμη πιο πολύ την κατάσταση (Μάνος, 1997) (Καλαντζή – Αζίζι & Μπεζεβέγκης, 2000).

Πιο συγκεκριμένα, το γεγονός ότι σε αυτήν την ηλικία, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων, προκαλεί την αρνητική ενίσχυση τόσο των γονέων, όπου πιέζουν κατά κάποιο τρόπο το παιδί ώστε να μην εγκαταλείπει τις δραστηριότητες του και να συγκεντρωθεί σε αυτό που κάνει όσο και των εκπαιδευτικών, οι οποίοι ενοχλούνται από την έντονη φασαρία που προκαλούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη (Μανιαδάκη, 2001).

Οι δάσκαλοι συνήθως αναφέρουν ότι τα συγκεκριμένα παιδιά ονειροπολούν την ώρα του μαθήματος και είναι αφηρημένα. Προσεκτική παρατήρηση όμως, αποδεικνύει ότι δεν πρόκειται για ονειροπόληση αλλά για έλλειψη ενδιαφέροντος για κάποιες από τις δραστηριότητες που τους υποδεικνύουν οι δάσκαλοι. Η συμπεριφορά των παιδιών αυτών είναι τις περισσότερες φορές απρόβλεπτη για τους εκπαιδευτικούς καθώς ενδέχεται να τα καταφέρνουν σε μια δραστηριότητα τη μια μέρα και να αποτυγχάνουν στην ίδια δραστηριότητα την επόμενη. Αυτή η ασυνέπεια στις επιδόσεις του παιδιού ερμηνεύεται

συνήθως από τους εκπαιδευτικούς ως τεμπελιά και έλλειψη προσπάθειας και έχει ως αποτέλεσμα την άσκηση πίεσης και την διατύπωση συνεχών παρατηρήσεων. Για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ όμως, η ασυνέπεια αυτή είναι αποτέλεσμα της παρορμητικής συμπεριφοράς του και του βαθμού κινητοποίησης και διέγερσης της προσοχής του την ώρα που ασχολείται με την δραστηριότητα αυτή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Εφηβική ηλικία και ενηλικίωση

Αναγνωρίζεται πια όλο και περισσότερο ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ θα συνεχίσουν να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του παιδιού και στην εφηβεία, παρόλο που δεν είναι το ίδιο εμφανή, όπως πριν. Σήμερα γνωρίζουμε ότι τα μισά τουλάχιστον από τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, θα πληρούν τα κριτήρια για τη διαταραχή και στην περίοδο της εφηβείας. Η μετάβαση από το δημοτικό σχολείο στο γυμνάσιο και στο λύκειο ασκεί μεγαλύτερη πίεση στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Εκτός από τις αυξημένες σχολικές απαιτήσεις (ποιότητα και ποσότητα της σχολικής εργασίας), υπάρχουν τώρα και αυξημένες προσδοκίες ότι οι έφηβοι έχουν την απαραίτητη ωριμότητα να διαχειριστούν τις μεταβάσεις από τη μία τάξη στην άλλη και να συνηθίσουν σε ένα σύστημα, σύμφωνα με το οποίο διαφορετικοί καθηγητές διδάσκουν διαφορετικά μαθήματα. Οι σχολικές ανησυχίες στα χρόνια της εφηβείας συνήθως εστιάζουν στην αδυναμία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ να διαχειριστεί τον αυξανόμενο φόρτο εργασίας, που οφείλεται στις ελάχιστα ανεπτυγμένες δεξιότητές του για ανεξάρτητη μελέτη. Οι χαμηλής ποιότητας συνήθειες εργασίας, η έλλειψη οργανωτικών δεξιοτήτων και η περιορισμένη ικανότητα ολοκλήρωσης ενός έργου συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα σημαντικές δυσκολίες στο γυμνάσιο και στο λύκειο (Wilmshurst, 2011).

Πρόκειται για μια χρονική περίοδο που εγκυμονεί πολλές συγκρούσεις. Ο έφηβος γίνεται υπερευαίσθητος και πληγώνεται πολύ εύκολα, τα παίρνει όλα κατάκαρδα, τα συνδέει αποκλειστικά με τον εαυτό του. Βιώνει τις διακυμάνσεις των συναισθημάτων του με πολύ μεγαλύτερη ένταση από ότι οι άλλοι συνομήλικοί του. Επιπροσθέτως, είναι αυτονόητο ότι ακούει όλους τους άλλους εκτός από τους γονείς του (Neuhaus, 2009).

Είναι γνωστό ότι η μορφή που παίρνουν οι εκδηλώσεις της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία διαφέρουν κατά πολύ από τις αντίστοιχες εκδηλώσεις της στις προηγούμενες ηλικίες. Σύμφωνα με τον Wender (1995), τα αισθήματα αυξημένης ανησυχίας και νευρικότητας, η σχολική αποτυχία, η ανώριμη συμπεριφορά, το χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση και η ανυπακοή είναι τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία. Όπως διαπιστώνουν οι Goldstein και Goldstein (1998), αν πάρουμε υπόψη μας τη μακρά ιστορία των εφήβων αυτών με κυρίαρχα χαρακτηριστικά τις εμπειρίες αποτυχίας και ανικανότητας ανταπόκρισης στις

απαιτήσεις του περιβάλλοντος, τα συμπτώματα που προαναφέραμε είναι αναμενόμενα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα συμπτώματα της διαταραχής παραμένουν σταθερά στην διάρκεια των πρώτων χρόνων της εφηβείας, ενώ στα περισσότερα άτομα εξασθενούν κατά το τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Σε ορισμένα άτομα όμως τα συμπτώματα επιμένουν και μετά την έναρξη της ενήλικης ζωής τους (DSM-IV). Ένας σημαντικός αριθμός ανθρώπων με αυτήν την διαταραχή εγκαταλείπει το σχολείο και αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής στον επαγγελματικό τομέα. Η προσαρμογή των ατόμων αυτών κατά την ενήλικη ζωή εξαρτάται τόσο από τον βαθμό της υπερκινητικότητάς τους στην περίοδο της σχολικής ηλικίας όσο και από το επίπεδο της νοητικής τους λειτουργίας, την κοινωνική τάξη της οικογένειας τους και την παρουσία συνυπαρχόντων προβλημάτων διαγωγής. Σοβαροί παράγοντες επικινδυνότητας ενός τέτοιου ανθρώπου είναι επιπλέον οι προβληματικές σχέσεις στην οικογένεια και η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους γονείς (Καλαντζή – Αζίζι & Μπεζεβέγκης, 2000).

Ο Cantwell (1996) υπολογίζει ότι περίπου το 30% των εφήβων «ξεπερνούν» την ΔΕΠ-Υ, το 40% συνεχίζουν να εκδηλώνουν συμπτώματα ανησυχίας, έλλειψης προσοχής και παρορμητικότητας, ενώ το 30% αναπτύσσουν επιπλέον διαταραχές. Για παράδειγμα, διαχρονικές έρευνες παιδιών με ΔΕΠ-Υ δείχνουν ότι ως ενήλικες εκδηλώνουν περισσότερο ΔΕΠ-Υ, διαταραχές της συμπεριφοράς, αντικοινωνικές διαταραχές και κατάχρηση ουσιών σε σύγκριση με την φυσιολογική ομάδα ελέγχου. Παρότι ο κίνδυνος εκδήλωσης αντικοινωνικής συμπεριφοράς αυξάνεται στην ενήλικη ζωή, αυτό ισχύει μόνο για αυτούς που παρουσιάζουν και ΔΕΠ-Υ και διαταραχή της συμπεριφοράς ή άλλες αντικοινωνικές συμπεριφορές. Δεν υπάρχει άμεση σύνδεση της ΔΕΠ-Υ και της εγκληματικότητας (Wenar & Kerig, 2008).

Οι κοινωνικές σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Πιθανά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και πιθανά προβλήματα σε σχέση με τους άλλους

Οι ερευνητές έχουν σαφώς αποδεχθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τείνουν να είναι κοινωνικά αποκλεισμένα από τους συνομήλικους τους στο σχολείο. Λίγα είναι γνωστά για τις στενές φιλίες των παιδιών αυτών. Ορισμένα θεωρητικά όσο και εμπειρικά γραπτά τόνισαν την ιδιαίτερη σημασία της στενής φιλίας. Η φιλία είναι ένας εθελοντικός δεσμός που συνδημιουργείται από δύο φίλους που επιθυμούν να μοιραστούν στενή, κοινά αποδεκτή

εμπειρία, με αμοιβαία δέσμευση, υποστήριξη και την εκτίμηση του εαυτού του άλλου. Παιδιά και έφηβοι συνήθως επιλέγουν φίλους που μοιάζουν με τους ίδιους και το επίπεδο κοινωνικότητας φαίνεται να προετοιμάζει τα παιδιά και τους εφήβους για τις στενές σχέσεις που θα συνάψουν ως ενήλικες, σύμφωνα με του. Είναι επίσης γνωστό ότι έχοντας ένα στενό φίλο μπορούν να αμβλυνθούν οι επιπτώσεις της απόρριψης από μια μεγαλύτερη ομάδα ομοτίμων (όμοιων-συμμαθητών) και συνδέεται με σημαντικούς δείκτες της συνολικής ευημερίας (Normand et al., 2007).

Δυστυχώς, τα άλλα παιδιά τις περισσότερες φορές αποφεύγουν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, επειδή η συμπεριφορά του είναι τόσο απρόβλεπτη και ανυπόμονη, που διαλύει όλα τα παιχνίδια. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ όταν μένει μόνο του -γιατί το αποφεύγουν- πάντα μετανιώνει για ότι έχει κάνει (Terrel & Passenger, 2007).

Αξιοσημείωτες είναι οι έντονες ταλαντεύσεις στην ψυχική τους διάθεση. Έτσι, ενώ βρίσκονται στην αρχή σε καλή ψυχική διάθεση, την οποία δείχνουν με χαρά και χαμόγελα, λίγο πιο μετά νευριάζουν, γίνονται επιθετικά ή κλαίνε. Θεωρείται ότι το 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν σημαντικές δυσκολίες να διατηρήσουν κοινωνικές σχέσεις με άλλα παιδιά, με αποτέλεσμα να εμπλέκονται σε συνεχείς συγκρούσεις με τα αδέρφια τους και να απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους. Αυτή η κατάσταση υπάρχει περίπτωση να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση και στον στιγματισμό τους (Βάρβογλη, 2005).

Είναι πραγματικότητα ότι τα παιδιά αυτά βιώνουν τον κόσμο ως εχθρικό. Πιο συγκεκριμένα, στην πρώιμη νηπιακή ηλικία, υπάρχει η περίπτωση να κλαίνε υπερβολικά χωρίς ιδιαίτερο λόγο, μπορεί να δυσφορούν στην σωματική επαφή, μπορεί να είναι υπερευαίσθητα σε άλλα αισθητηριακά ερεθίσματα, όπως στο θόρυβο ή στο φως καθώς και η ανάπτυξη της κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων μπορεί να είναι φτωχή (βίαια προς τα ζώα και τους συμμαθητές, χωρίς όμως να το κάνουν με πρόθεση και το αποτέλεσμα είναι να μην καταλαβαίνουν την τιμωρία ή την απόρριψη από τους άλλους.) Το παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι σαν να βρίσκεται συνεχώς στην «ομίχλη», δηλαδή αντιλαμβάνεται ότι συμβαίνουν διάφορα γύρω του, αλλά αδυνατεί να τα διακρίνει και να τα κατανοήσει απόλυτα. Ή νιώθει σαν να είναι ανοιχτό το ραδιόφωνο σε κάποιο σταθμό που δεν πιάνει καλά τη συχνότητα, με αποτέλεσμα να μεταδίδονται ταυτόχρονα διάφορα, που είναι τελικά ακατανόητα (Παπαγεωργίου, 2010).

Τα παιδιά αυτά τις περισσότερες φορές χρειάζονται λιγότερο ύπνο από όσο τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους και είναι επιρρεπή σε έντονες κρίσεις οργής όταν θυμώνουν ή απογοητεύονται. Σε γενικό πλαίσιο, εκδηλώνουν ελάχιστο ενδιαφέρον για τα αισθήματα των

άλλων και συχνά δεν συνειδητοποιούν ότι προξενούν πόνο σε άλλα παιδιά. Η αδυναμία συγκέντρωσης, η παρορμητικότητα τους, η άσκοπη δραστηριότητα τους και η χαμηλή ανεκτικότητα τους στη ματαίωση, κάνουν τα συγκεκριμένα παιδιά πολύ απαιτητικά, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να παίξουν μόνο τους ή με άλλα παιδιά. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στον αποκλεισμό τους από τους παιδικούς σταθμούς και άλλους χώρους της γειτονιάς. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνει ξαφνικές και γρήγορες εναλλαγές ψυχικής διάθεσης. Τις περισσότερες φορές επαναστατεί εναντίον οποιασδήποτε μορφής πειθαρχίας και καταλήγει να γίνεται πεισματάρικο και ανταγωνιστικό. Αυτές οι εκδηλώσεις προκαλούν διενέξεις μέσα στην οικογένεια και το σχολικό περιβάλλον και οι διενέξεις αυτές κάνουν το παιδί να νιώθει ένοχο και ανάξιο, με αποτέλεσμα να οδηγείται στη κοινωνική απομόνωση. Οι συνομήλικοι πιστεύουν ότι είναι «νταήδες», δειλοί, κακοί συμπαίχτες. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, υπάρχει περίπτωση κάποιες φορές να στρέψουν την επιθετικότητα τους σε μικρότερα παιδιά και να γίνουν αρχηγοί τους. Στο σχολικό περιβάλλον η επίδοσή τους συχνά μειώνεται, εξαιτίας της έλλειψης προσοχής και της παρορμητικότητας, ενώ η ανάγκη για ενίσχυση επιδεινώνει τα κοινωνικά προβλήματα με τους συνομηλικούς και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Οι ερευνητές, επίσης, πρόσφατα απέδειξαν ότι τα προβλήματα φιλίας - όπως η έλλειψη φίλων, η ύπαρξη χαμηλής ποιότητας κοινωνικών σχέσεων, ή βραχύβιες και ασταθής φιλίες και η ύπαρξη αντικοινωνικών φίλων - μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ακαδημαϊκή, και κοινωνικό-συναισθηματική προσαρμογή και την προσαρμογή της προσωπικότητας τους. Τα παιδιά με τέτοια προβλήματα φιλίας είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στο σχολείο, να εμφανίσουν αποκλίνουσα συμπεριφορά, να φοβερίζονται και να γίνονται θύματα από θρασύδειλους (νταήδες), και να αισθάνονται μοναξιά σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σύναψη φιλίας. Η έλλειψη προσοχής, η υπερκινητικότητα, και η παρορμητικότητα, βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, είναι πιθανό να επηρεάσουν τις επικοινωνιακές δεξιότητες που απαιτούνται για τη δημιουργία και την εδραίωση σε κάθε κοινωνική σχέση, και ακόμα περισσότερο, σε μια φίλια. Λαμβάνοντας υπόψη τις πιθανές επιβλαβείς επιδράσεις, που τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, μπορεί να έχουν στις φιλίες των παιδιών και δεδομένου του αυξανόμενου αριθμού των ερευνών που αποδεικνύουν τις αρνητικές συνέπειες και δημιουργία προβλημάτων φιλίας. Μια καλύτερη κατανόηση της φιλίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητη (Normand, et al., 2007).

Τα άτομα με τη διαταραχή αυτήν λοιπόν, τις περισσότερες φορές εμφανίζουν εκρήξεις θυμού, ανυπομονησία, ισχυρογνωμοσύνη, έντονη απαιτητικότητα, ευμετάβλητο

συναίσθημα, έντονη πτώση του ηθικού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, βιώνουν την απόρριψη, εκδηλώνουν χαμηλή επίδοση στα μαθήματα. Οι χαμηλές επιδόσεις τους στα μαθήματα, το γεγονός ότι δεν κάθονται να κάνουν τα μαθήματα τους (που τις πιο πολλές φορές θεωρείται σαν τεμπελιά), οι συγκρούσεις με τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς για την απρόσεκτη, διασπαστική και «ανεύθυνη» συμπεριφορά τους στην τάξη και στο σπίτι δημιουργούν συνήθως μια χαώδη κατάσταση (Μάνου, 1997).

Το DSM – IV χαρακτηρίζει τη ΔΕΠ-Υ ως μια «διαταραχή διαταρακτικής συμπεριφοράς», διότι τα συμπτώματα του -η επιθετικότητα, η εναντιωματικότητα, η παρείσφρηση και η έλλειψη οργάνωσης- διαταράσσουν το συνηθισμένο δούναι-λαβείν της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Όπως είναι φυσικό, τέτοιου είδους συμπτώματα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στις οικογενειακές σχέσεις. Οι μητέρες ανταποκρίνονται πιο λίγο στα παιδιά τους με ΔΕΠ-Υ και τα ενισχύουν λιγότερο, και είναι πιο αρνητικές και πιο καθοδηγητικές, όταν απαντούν σε αυτά (Wenar & Kerig, 2008).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, και συγκεκριμένα εκείνα στα οποία η διαταραχή δεν έχει διαγνωσθεί και αντιμετωπιστεί, αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες που παρουσιάζονται στο σχολικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και τις περισσότερες φορές οδηγούν στα εξής:

- χαμηλές επιδόσεις σχετικά με το επίπεδο των γνωστικών ικανοτήτων και ακαδημαϊκή αποτυχία,
- αυξημένο στρες, συναισθηματικές δυσκολίες και χαμηλή αυτοεκτίμηση,
- επιθετική και διασπαστική συμπεριφορά ή προβλήματα διαγωγής,
- περιορισμένη επαγγελματική παραγωγικότητα και προοπτικές,
- απόρριψη από τους άλλους - δυσλειτουργικές κοινωνικές σχέσεις (<http://www.adhdhellas.org/depy/symnosirotitita>).

Περίπου μισά από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα έχουν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους τους. Σύμφωνα με τους Greene, Biederman, Faraone, Sienna, & Garcia-Jetton (1997), υπάρχει μια ομάδα παιδιών με ΔΕΠ-Υ τα οποία μειονεκτούν και κοινωνικά (ΔΕΠ-Υ + κοινωνική μειονεξία). Τα συγκεκριμένα παιδιά εμφανίζουν μια σημαντική αναντιστοιχία ανάμεσα στο νοητικό τους δυναμικό και στην κοινωνική τους προσαρμογή. Σε σύγκριση με τα παιδιά που έχουν μόνο ΔΕΠ-Υ, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και κοινωνική μειονεξία παρουσιάζουν συχνότερη κατάχρηση ουσιών, οικογενειακά προβλήματα, άγχος, προβλήματα διάθεσης και προβλήματα διαγωγής (Wilmshurst, 2011).

Η ευερεθιστικότητα και η εχθρότητα με την οποία εκδηλώνονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περιγραφεί από πολλούς ερευνητές. Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά αυτά με την

ανάλογη ενίσχυση διεγείρονται και γίνονται περισσότερο ευερέθιστα, ενώ όταν περιοριστεί η προσφερόμενη ενίσχυση εκείνη την στιγμή ζουν πιο έντονα το συναίσθημα της ματαίωσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στο πλαίσιο των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων οι συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι τις περισσότερες φορές έντονες. Η επικοινωνία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους συνομηλικούς τους χαρακτηρίζεται συνήθως από στοιχεία αρνητισμού και έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι στις περιπτώσεις συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και επιθετικότητας το αρνητικό συναίσθημα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται με μεγαλύτερη ένταση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, το ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς στην διάρκεια της παιδικής ηλικίας είναι αρνητικός δείκτης πρόβλεψης για την έκβαση της ΔΕΠ-Υ. Έχει παρατηρηθεί πως, όταν ένα παιδί αρχίζει να εκδηλώνει επιθετικές μορφές συμπεριφοράς σε νεαρή ηλικία, είναι εξαιρετικά δύσκολο να τις εξαλείψει στην συνέχεια. Στην κοινωνία μας η επιθετική συμπεριφορά αντιμετωπίζεται τις πιο πολλές φορές με επιθετικότητα. Για αυτό και δεν πρέπει να εκπλήσσει το γεγονός ότι οι προσπάθειες εξάλειψης της επιθετικής συμπεριφοράς στα παιδιά μπορεί να οδηγούν συνήθως στο αντίθετο αποτέλεσμα, δηλαδή στην ενθάρρυνση της. Πρέπει εντούτοις να σημειωθεί ότι η επιθετικότητα δεν εμφανίζεται σε όλες τις περιπτώσεις, αλλά κυρίως στον υπερκινητικό – παρορμητικό τύπο της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος, 2001).

Δυστυχώς, οι συνέπειες της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και εφήβους που δεν λαμβάνουν θεραπεία είναι οι παρακάτω:

-Επιδράσεις στην σχολική ζωή.

-Επιδράσεις στην οικογενειακή ζωή και στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας. (πέισμα, απείθεια, ανυπακοή, ξεσπάσματα θυμού, λεκτική εχθρότητα, δυσμενής αντίκτυπος στην σχέση αδελφών, επιβάρυνση ψυχικής και σωματικής υγείας των γονέων).

-Επιδράσεις στις σχέσεις με τους συνομηλικούς / κοινωνικές σχέσεις (δυσκολία στην έναρξη και διατήρηση φιλικών σχέσεων, αδυναμία αντίληψης των «κοινωνικών σημάτων», αποφυγή και στιγματισμός από την ομάδα των συνομηλικών) (Κώτση, χ.χ.).

Η ενοχλητική, παρειασφρητική και απρόσεκτη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες κοινωνικής απομόνωσης και απόρριψης από τους συνομηλικούς. Επιπροσθέτως, ο χρόνος που χρειάζονται οι συνομήλικοι για να προσέξουν και να αντιδράσουν αρνητικά σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ που μόλις γνωρίζουν είναι απίστευτα σύντομος, και μετριέται σε λεπτά και ώρες. Η συμπεριφορά των γονιών διαδραματίζει και αυτή ένα ρόλο στην σχέση των παιδιών με τους συνομηλικούς τους. Ο Hinshaw και οι

συνεργάτες του κατέληξαν ότι η αυστηρή διαπαιδαγώγηση, με το συνδυασμό των σταθερών ορίων, της κατάλληλης αντιπαράθεσης, των λογικών επιχειρημάτων, της ζεστασιάς και της υποστήριξης βελτιώνει σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές ικανότητες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Wenar & Kerig, 2008).

Και άλλοι ερευνητές περιγράφουν την πορεία μέσω της οποίας τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ οδηγούνται στην ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Για κάποια παιδιά η αντικοινωνική συμπεριφορά είναι η άμεση συνέχιση των απαιτητικών προσπαθειών τους να πραγματοποιήσουν τις επιθυμίες της στιγμής. Για άλλα είναι μια αντίδραση στην αρνητική εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους. Για άλλα παιδιά πάλι δείχνει την έλλειψη δεξιοτήτων που τα οδηγεί στην απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων και στην απομόνωση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Αρκετές φορές λοιπόν, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ λειτουργούν ως καταλύτης, με αποτέλεσμα την έκλυση νέων προβλημάτων ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η πιθανή εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων υπάρχει περίπτωση να επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό την εξέλιξη του παιδιού με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής. Η αλήθεια είναι ότι τα συνοδά προβλήματα της διαταραχής ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και μπορεί να περιλαμβάνουν ελλειπείς κοινωνικές δεξιότητες, κρίσεις οργής, πείσμα, διακυμάνσεις διάθεσης, αισθήματα ματαίωσης και μειωμένη αυτοπεποίθηση (Αντωνίου & Παπαδάτος, 2008).

Οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, επεκτείνονται και στον τομέα των διαπροσωπικών τους σχέσεων (δυσκολεύονται να ενταχθούν στην ομάδα συνομηλίκων). Αυτό έχει στενή σχέση με το βαθμό επιθετικότητας, τη συχνότητα με την οποία εμπλέκονται σε καβγάδες, την έλλειψη ικανότητας να ασκούν προσεκτικά το συνομιλητή τους, να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να περιμένουν τη σειρά τους στα παιχνίδια. Είναι λογικό όταν η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με μαθησιακές δυσκολίες, η έκταση των προβλημάτων να επιδεινώνεται. Επομένως, η σχολική ηλικία, αποτελεί μια περίοδο κατά την οποία η ποιότητα της αλληλεπίδρασης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ με το περιβάλλον του, θα επιδείξει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη του στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Για κάποιους η ΔΕΠ-Υ είναι μια δύσκολη διαταραχή, γιατί εξαιτίας της ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκληθούν καταστροφικά προβλήματα. Συνεχείς μελέτες κλινικών δειγμάτων δείχνουν ότι οι πάσχοντες είναι πολύ πιο πιθανό σε σχέση με τους «κανονικούς» ανθρώπους να εγκαταλείψουν το σχολείο (32-40%), να ολοκληρώσουν το κολέγιο σπάνια (5-10%), να

έχουν λίγους ή καθόλου φίλους (50-70%), να πραγματοποιήσουν κάτι στην εργασία τους (70-80%), να μην παίρνουν μέρος σε δραστηριότητες εξαιτίας της αντικοινωνικότητας τους (40-50%) και κάνουν χρήση καπνού ή παράνομων ναρκωτικών περισσότερο από ότι οι «κανονικοί» άνθρωποι (Barkley, et al., 2002).

Η αποκλίνουσα συμπεριφορά των συνομηλίκων αξιολογήθηκε ως ένας παράγοντας κινδύνου για χρήση ουσιών στην εφηβική ηλικία, όταν κάποια παιδιά πάσχουν από την ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά των συνομηλίκων είναι μεσολαβητής στην σχέση μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και της χρήσης ουσιών, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο πιθανό να εμπλακούν με συμμαθητές που έχουν αποκλίνουσα συμπεριφορά από ότι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ και ως εκ τούτου, πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν ουσίες. Εξάλλου, η σχέση ανάμεσα στην αποκλίνουσα συμπεριφορά των συνομηλίκων και της χρήσης ουσιών ήταν ισχυρότερη για τους εφήβους με ΔΕΠ-Υ, γεγονός που υποδηλώνει ότι είναι πιο επιρρεπείς σε μια ομάδα συνομηλίκων με αποκλίνουσα συμπεριφορά. Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ λοιπόν είναι πιο ευάλωτοι στις αρνητικές κοινωνικές επαφές με αυτήν την ομάδα (Marshall, et al., 2003).

Ο ρόλος της διάγνωσης στην αντιμετώπιση των πιθανών χαρακτηριστικών και προβλημάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα

Αν και η διάγνωση και η πρόγνωση προβλημάτων όπως η απροσεξία, η υπερδραστηριότητα ή και η ΔΕΠ-Υ είναι δυσχερής στην περίοδο της προσχολικής ηλικίας, εξαιτίας μιας σειράς αναπτυξιακών και κλινικών λόγων, ο Barkley (1989) παρατήρησε ότι το 50% των υπερκινητικών παιδιών εμφανίζουν προβλήματα ήδη από την ηλικία των τριών ετών. Κάποια από τα προβλήματα αυτά είναι: ισχυρή αντίσταση στους κανόνες, επιθετικότητα προς τα αδέρφια και τους συνομηλίκους, αεικινήσια, αδυναμία συγκέντρωσης σε ένα στόχο. Οι δυσκολίες αυτές συνεχίζονται δυστυχώς και πιο μετά. Συχνά μάλιστα επιδεινώνονται (σοβαρά προβλήματα σχέσεων, σχολικής επίδοσης, διαγωγής, επιθετικότητα), ενώ μετά την ηλικία των έξι ή εννέα χρόνων γίνονται και οι πρώτες διαγνώσεις (Καλαντζή – Αζίζι & Καραδήμας, 2004).

Είναι γεγονός πως η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά παρέχει την ευκαιρία έγκαιρης εκπαιδευτικής και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, ώστε να προληφθούν δευτερογενείς συνέπειες όπως η σχολική αποτυχία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα προβλήματα συμπεριφοράς και οι δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση (Αντωνοπούλου, κ.α., 2010).

Είναι γνωστό ότι η συμπεριφορά ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει την καθημερινή ζωή, όχι μόνο τη δική του αλλά και όσων ζουν στο ίδιο περιβάλλον (γονείς, εκπαιδευτικοί,

αδέρφια, συνομήλικοι). Συμβαίνει όμως και το αντίστροφο: το οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει της συμπεριφορά του παιδιού. Είναι απαραίτητο οι δυσκολίες αυτές να κατανοηθούν και να αντιμετωπιστούν, καθώς και να καταβληθεί ιδιαίτερη προσπάθεια για την ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, έτσι ώστε να αμβλυνθούν τα προβλήματα της αλληλεπίδρασης παιδιού με ΔΕΠ-Υ και περιβάλλοντος και να διευκολυνθεί η προσαρμογή του παιδιού (Καλαντζή – Αζίζι & Καραδήμας, 2004).

Η ικανότητα εδραίωσης θετικών κοινωνικών επαφών και φιλικών σχέσεων κατά την παιδική ηλικία είναι ο καλύτερος δείκτης πρόβλεψης της υγιούς συναισθηματικής προσαρμογής κατά την ενηλικίωση. Επομένως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όταν έχουν θετικές κοινωνικές επαφές, αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις δυσκολίες που προκύπτουν από τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής (Κάκουρος, 2001).

Έρευνες για τον κοινωνικό στιγματισμό των παιδιών

Σχετικές έρευνες

Οι υπάρχουσες γνώσεις σχετικά με τις στενές φιλίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορούν να συνοψιστούν ως "σχεδόν τίποτα" δηλαδή είναι παντελώς ελλιπής. Οι περισσότερες δημοσιευμένες μελέτες μέχρι σήμερα ασχολούνται με την ίδια την ύπαρξη της φιλίας μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά όχι με την ποιότητα και τη σταθερότητα της, ούτε με τα χαρακτηριστικά των φίλων τους. Συνήθως, τα παιδιά καλούνται να υποδείξουν ποιους από τους συμμαθητές τους, θεωρούν ως φίλους τους. Ωστόσο, δεν θα πρέπει οι ερωτηθέντες να κατανοούν τη φιλία ως μια οικεία και αμοιβαία ικανοποιητική δυαδική σχέση, οι απαντήσεις μπορεί να δείχνουν λίγο περισσότερο τις προτιμήσεις του ατόμου. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών δείχνουν πάντα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν λιγότερους φίλους απ' ότι οι ομάδες σύγκρισης χωρίς κάποια διαταραχή. Ο Gresham και οι συνεργάτες του (1998) διαπίστωσαν ότι το 70% των παιδιών του δημοτικού σχολείου που παρουσιάζουν τη ΔΕΠ-Υ και προβλήματα συμπεριφοράς δεν είχαν αμοιβαίους φίλους στις τάξεις του σχολείου τους. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι όσες αμοιβαίες φιλίες προέκυψαν, είναι συνήθως πολύ βραχύβιες (Normand, et al., 2007).

Σε μια μελέτη για το πώς οι σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους συνομηλικούς τους μπορούν να χειροτερέψουν, συμμετείχαν 165 παιδιά με ΔΕΠ-Υ (130 αγόρια, 35 κορίτσια) και 1298 δικόι τους συμμαθητές του ίδιου φύλου (1026 αγόρια, 272 κορίτσια) που θεωρούνται μέτρο σύγκρισης. Για κάθε παιδί με ΔΕΠ-Υ, ένα παιδί του ίδιου φύλου

επιλέχθηκε τυχαία από την ίδια τάξη για να χρησιμεύσει ως μέτρο σύγκρισης, δημιουργώντας 165 δυάδες. Σύμφωνα με προβλέψεις, σχετικά με τα παιδιά που ήταν μέτρο σύγκρισης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν χαμηλότερη κοινωνική προτίμηση, υψηλότερα επίπεδα στις κοινωνικές επιπτώσεις, ήταν λιγότερο αρεστά και πιο συχνά διαπίστωναν φθορά στο κοινωνικό τους προφίλ. Αυτά είχαν επίσης λιγότερους στενούς φίλους. Όταν οι αξιολογήσεις για αυτά τα παιδιά γίνονταν σε σύγκριση με αυτούς που εξετάστηκαν, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν λιγότερη θετική ανισορροπία και μεγαλύτερη αρνητική ανισορροπία σε σχέση με τα παιδιά σύγκρισης. Η ανάλυση φανέρωσε ότι οι τύποι των συνομηλίκων οι οποίοι διάλεξαν παιδιά με ΔΕΠ-Υ για φίλους ή όχι για φίλους έδειξε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να είναι φίλοι με τα παιδιά υψηλότερης προτίμησης, τα οποία είναι αρεστά από όλους (Hoza, et al., 2005).

Η έννοια της προσαρμογής τις περισσότερες φορές παραπέμπει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοϋπηρέτησης (όπως πλύσιμο, ντύσιμο, κ.α.) ανάλογων με την ηλικία του παιδιού, στην ανάπτυξη προσωπικής υπευθυνότητας και αυτονομίας (δηλαδή να μπορεί το παιδί να κάνει μικροδουλειές, να είναι αξιόπιστο, να συμπεριφέρεται ανάλογα με τους κοινωνικούς κανόνες), καθώς και στην ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομηλίκους. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά. Σε αυτές τις μελέτες διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ λειτουργούν συνήθως στα κατώτερα επίπεδα του μέσου «φυσιολογικού» όσον αφορά τις προσαρμοστικές του ικανότητες, παρά τη «φυσιολογική» συχνά νοημοσύνη τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε με θέμα τις διακρίσεις μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των συμμαθητών τους, χρησιμοποιώντας ως μεταβλητές τους συνομηλίκους, είχε ως στόχο: να αναγνωριστεί το ότι έχουν μειωμένες σχέσεις με τους συνομηλίκους για μεγάλο χρονικό διάστημα ως ένα από τα σημαντικότερα λειτουργικά προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά δυστυχώς δεν υπάρχουν ειδικές κατευθυντήριες γραμμές σε κλινικά επίπεδα για την βλάβη σε αυτόν τον τομέα. Αυτή η έρευνα χρησιμοποίησε ως Δέκτη χαρακτηριστικής μεθοδολογίας τον προσδιορισμό για το ποιες πτυχές των συνομηλίκων λειτουργούν καλύτερα σε σχέση με τις διακρίσεις που γίνονται μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των συμμαθητών τους. Οι συμμετέχοντες ήταν 165 παιδιά με ΔΕΠ-Υ που ήταν μέρος της Συνδυασμένης Μελέτης για θεραπεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και 1298 συμμαθητές αυτών. Τα αποτελέσματα ήταν οι μεταβλητές όπου φαίνονται οι διαφορές μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των συμμαθητών τους να συμπεριλαμβάνουν την απόρριψη από τους συνομηλίκους και την αρνητική ανισορροπία μεταξύ δεδομένων και

αξιολογήσεων που πραγματοποιήθηκαν (δηλαδή, στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ άρεσαν άλλοι περισσότερο από ότι αυτά ήταν επιθυμητά). Το συμπέρασμα ήταν ότι η απόρριψη των συνομηλίκων και η αρνητική ανισορροπία φανερώνουν περισσότερα για την ελάχιστη σχέση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους συνομηλίκους τους (Mrug, et al., 2009).

Πιθανώς τα μοναδικά λεπτομερή ερευνητικά δεδομένα για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε αλληλεπίδραση με τους πραγματικούς τους φίλους να προέρχονται από τη σύγκριση του Tyler (1993) που αποτελούνταν από 12 δυάδες φίλων και συμμαθητών, κανένας από τους οποίους είχε ΔΕΠ-Υ και 12 άλλες δυάδες που αποτελούνταν από ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ και ένα φίλο του. Ο Tyler κάλεσε κάθε έναν από τους αρχικούς συμμετέχοντες να επιλέξουν έναν καλό φίλο για να παίξουν, για τους σκοπούς του πειράματος. Οι μη ΔΕΠ-Υ δυάδες προχώρησαν από το να παίζουν μόνοι τους στην επιλογή της συνεργασίας, ενώ οι δυάδες με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και τους φίλους τους δεν το έκαναν, υποχωρώντας συχνά μακριά από το συνεργατικό παιχνίδι. Στις μη ΔΕΠ-Υ δυάδες, οικεία ανταλλαγή από έναν φίλο ήταν συχνά συνδεδεμένη με επακόλουθη ανταλλαγή από τον άλλο. Αυτό δεν συνέβη στις δυάδες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τους φίλους τους. Αυτά και άλλα ευρήματα δείχνουν ότι οι φιλίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται από λιγότερη οικειότητα και αμοιβαιότητα, καθώς και ότι το παιχνίδι τους είναι λιγότερο συνειρμικό και συνεργατικό, σε σχέση με τους υπόλοιπους συνομηλίκους τους (Normand, et al., 2007).

Επιπροσθέτως, έγινε και μια μελέτη για τις σχέσεις των παιδιών με ή χωρίς ΔΕΠ-Υ με τους συνομηλίκους τους. Η μελέτη εξέτασε την φιλία ανάμεσα σε 39 παιδιά με ΔΕΠ-Υ και 17 παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ, που φοιτούν στις ίδιες τάξεις, και έγινε σύγκριση στα λεγόμενα των παιδιών για τον εαυτό τους με τις αντιλήψεις των γονιών και των δασκάλων τους. Αν και η βιβλιογραφία περιγράφει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να έχουν δυσκολίες στις κοινωνικές τους επαφές, μεγάλο ποσοστό των κοινωνικών δυσκολιών οφείλεται στον μεγάλο κίνδυνο για την απόρριψη από τους συνομηλίκους. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι ο αριθμός των φίλων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν ήταν σημαντικά χαμηλότερος και τα δικά τους λεγόμενα για τους εαυτούς τους σχετικά με τις δραστηριότητες στον ελεύθερο τους χρόνο ήταν ποικίλες σαν εκείνες των συμμαθητών τους χωρίς ΔΕΠ-Υ. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν εκφράζουν πιο έντονα τα συναισθήματα μοναξιάς, ούτε έχουν συνεχή προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στα χαρακτηριστικά του «κολλητού φίλου», και τα μέρη συνάντησης με τους φίλους. Συγκρίνοντας αντιλήψεις ενηλίκων και παιδιών φάνηκε ότι οι γονείς και οι δάσκαλοι των παιδιών με ΔΕΠ-Υ:

αντιλαμβάνονται την μοναξιά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ περισσότερο από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς από την ομάδα ελέγχου (Heiman, 2009).

Σε μερικές άλλες μελέτες, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν παράσχει αυτο-αναφορές σχετικά με τις φιλίες τους. Μερικές από αυτές τις μελέτες έδειξαν ότι τα παιδιά με προβλήματα προσοχής αναφέρουν ότι έχουν φιλίες αλλά στερούνται την οικειότητα και τα συναισθήματα της επικύρωσης. Αντίθετα, οι αξιολογήσεις για τις φιλίες των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ που μελετήθηκαν από τους Blachman και Hinshaw (2002) έδειξε σχεσιακή επιθετικότητα ανάμεσα στους φίλους, αλλά δεν υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις στη συντροφικότητα, την επικύρωση ή την υποστήριξη. Αυτά τα αποτελέσματα συνήθως δεν γενικεύονται στο σύνολο του πληθυσμού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, μόνο μια μικρή μειοψηφία των οποίων είναι κορίτσια. Ωστόσο, παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν από μια δεύτερη μελέτη του Tyler που διεξήχθη και με αγόρια και με κορίτσια. Δυστυχώς, κανένας από αυτούς τους ερευνητές δεν ανέφεραν είτε δεδομένα παρατήρησης, είτε αξιολογήσεις φιλίας από τους φίλους των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η αποκλειστική εξάρτηση από τις αυτο-εκθέσεις είναι ανεπαρκής για τη μέτρηση της φιλίας σε κάθε δείγμα πληθυσμού, αλλά είναι ιδιαίτερα προβληματική όταν μελετώνται παιδιά με ειδικές διαταραχές όπως η ΔΕΠ-Υ: Οι ερευνητές διαπίστωσαν ελάχιστη συμφωνία μεταξύ των αυτο-αναφορών της κοινωνικής συμπεριφοράς τους, των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και άλλες αξιόπιστες πηγές πληροφοριών. Εν ολίγοις, αν και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τείνουν να αποκλείονται από τη στενή φιλία με ομότιμα μέλη, τα δεδομένα σχετικά με τις φιλίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τα χαρακτηριστικά τους είναι πολύ περιορισμένα και πολύ ατελή ώστε να επιτρέψει τα συμπεράσματα σχετικά με τα πρότυπα αλληλεπίδρασης μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τους φίλους τους. Λίγα στοιχεία είναι πράγματι διαθέσιμα, που μπορούν να δείξουν γιατί τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσκολία να κρατήσουν τους φίλους που έχουν (Normand, et al., 2007).

Ένα άλλο θέμα το οποίο απασχόλησε πολλούς ερευνητές ήταν οι συνέπειες της ΔΕΠ-Υ στις σχέσεις του παιδιού με γονείς, εκπαιδευτικούς και συνομηλίκους. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών πραγματοποιήθηκε προς αυτήν την κατεύθυνση και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αλληλεπιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τα μέλη του οικογενειακού αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος χαρακτηρίζονται από εχθρότητα, αρνητισμό και απορριπτική στάση. Αποδείχτηκε δηλαδή ότι οι δυσκολίες που συνδέονται με την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ δεν περιορίζονται στο ίδιο το άτομο, αλλά επεκτείνονται στο κοινωνικό πλαίσιο που διαμορφώνεται από τις ικανότητες του παιδιού και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σε έρευνα που έγινε από τους Bagwell και συνεργάτες (2001) διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, συμπεριλαμβανομένων αυτών που δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια κατά την διάρκεια της εφηβείας, οι συνομήλικοι τους τείνουν να τους απορρίπτουν περισσότερο από ότι τους εφήβους που δεν είχαν εκδηλώσει ΔΕΠ-Υ κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Κάτι ανάλογο έχει διαπιστωθεί και στα παιδιά. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι από την στιγμή που τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ εμφανιστούν, αντιστέκονται στην αλλαγή. Κάτι τέτοιο σημαίνει πως οι κοινωνικές δυσκολίες που συναντούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ προβλέπουν κοινωνική απόρριψη από τους συνομηλίκους στην εφηβεία (Βάρβογλη, 2005).

Μια ακόμη έρευνα «έρχεται» να προσθέσει στοιχεία για τον εκφοβισμό, τον αυτοέλεγχο και τη ΔΕΠ-Υ . Αναφέρεται στην επίδραση του χαμηλού αυτοελέγχου και της ΔΕΠ-Υ για τον εκφοβισμό και την θυματοποίηση σε ένα δείγμα από 1315 μαθητές γυμνασίου μέσω μιας σχολικής έρευνας. Οι μαθητές οι οποίοι παίρνουν φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο για εκφοβισμό καθώς και θυματοποίηση από «νταήδες». Οι συσχετίσεις μεταξύ της κατάστασης της ΔΕΠ-Υ και του εκφοβισμού μπορούν να εξηγηθούν από τον μειωμένο αυτοέλεγχο, μια κονστρουκτιβιστική θεωρία από τον Gottfredson και Hirschi όπου είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες της εγκληματικότητας. Σε αντίθεση, οι συσχετίσεις μεταξύ της κατάστασης της ΔΕΠ-Υ και της παρενόχλησης για θυματοποίηση ήταν ανεξάρτητη από τον αυτοέλεγχο. Αυτή η ανάλυση, έδειξε ότι ο αυτοέλεγχος επηρεάζεται από την παρενόχληση για θυματοποίηση μέσω αλληλεπιδράσεων με το φύλο του μαθητή και τα μέτρα του κανονικού μεγέθους και δύναμης. Τα ευρήματα αυτά προσδιορίζουν ότι ο μειωμένος αυτοέλεγχος και οι δυνητικοί παράγοντες κινδύνου της ΔΕΠ-Υ ευθύνονται για τον εκφοβισμό και την θυματοποίηση και έχουν επιπτώσεις σχετικά με τον αυτοέλεγχο σε νεαρούς εφήβους στην έρευνα αυτή (Unnever & Cornell, 2003).

Σημασία της παρούσας έρευνας

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας και έχει ως θέμα τον κοινωνικό στιγματισμό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Αποτελείται από δύο μέρη. Το βιβλιογραφικό κομμάτι και το ερευνητικό κομμάτι. Θεωρώ ότι η συγκεκριμένη έρευνα είναι σημαντική σε γενικότερο κοινωνικό πλαίσιο.

Όσο αφορά το γενικότερο κοινωνικό σύνολο, θεωρώ ότι μπορεί να είναι σημαντική η παρούσα έρευνα διότι θα προσφέρει καινούργια ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τον κοινωνικό στιγματισμό των παιδιών αυτών. Θα είναι δηλαδή μια πρόσφατη έρευνα που θα «αποτυπώσει» σύγχρονα στοιχεία για το παραπάνω θέμα. Μπορεί να προσθέσει

δηλαδή παραπάνω πληροφορίες για μια διαταραχή που όλο και αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης της τα τελευταία χρόνια σε σχέση με πιο παλιά. Επομένως, η έρευνα αυτή μπορεί εκτός από να προσθέσει γνώση σε κάποιους, να ανατρέψει και ορισμένες αντιλήψεις που ίσως είχαν σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα. Επιπλέον, μπορεί να βοηθήσει ένα νηπιαγωγό και ένα δάσκαλο, να εντοπίσουν καταστάσεις που ίσως να μην γνώριζαν πώς να χειριστούν πριν. Είναι απαραίτητο να γνωρίζουν κυρίως οι εκπαιδευτικοί για τα καινούργια στοιχεία που προκύπτουν διότι η συνεχής ενημέρωση καθιστά τον εκπαιδευτικό πιο ικανό.

Επισημαίνοντας τα παραπάνω, πιστεύω πως υπάρχουν λόγοι για να θεωρηθεί αυτή η έρευνα σημαντική και να συμβάλλει και αυτή με τον δικό της τρόπο στην γνώση σε συνδυασμό με την επικαιρότητα.

Στόχοι της παρούσας έρευνας

Οι στόχοι της συγκεκριμένης έρευνας όσο αφορά το βιβλιογραφικό κομμάτι είναι οι εξής:

- Να εστιάσει στα πιθανά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των παιδιών με την ΔΕΠ-Υ και στα πιθανά προβλήματα σε σχέση με τους άλλους -μιας και αυτό είναι το κύριο θέμα που διαπραγματεύεται- αλλά και στον ρόλο της διάγνωσης στην αντιμετώπιση των πιθανών χαρακτηριστικών και προβλημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.
- Να αναφερθεί στα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά την πορεία της ανάπτυξης του παιδιού. Δηλαδή, κατά την βρεφική, την νηπιακή, την σχολική και την εφηβική ηλικία καθώς και την ενηλικίωση.
- Να επισημαίνει παλαιότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για τις κοινωνικές σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.
- Να τονίσει τους λόγους που αυτή η έρευνα είναι σημαντική.

Επιπροσθέτως, όσο αφορά το ερευνητικό κομμάτι, οι στόχοι είναι οι παρακάτω:

- Να μελετήσει μέσω της κοινωνιομετρίας μέσα σε σχολικές τάξεις που έχουν κάποιο παιδί που πάσχει από ΔΕΠ-Υ, την σχέση του με τους συνομηλίκους τους.
- Να μελετήσει με την χορήγηση ερωτηματολογίων τις απόψεις των εκπαιδευτικών έναντι αυτής της κατάστασης.
- Να καταλήξει σε ορισμένα συμπεράσματα που θα προκύψουν από τις ενέργειες που προαναφέραμε.

Αυτοί είναι λοιπόν οι στόχοι που έχω θέσει για την πραγματοποίηση της έρευνας αυτής στην πτυχιακή μου εργασία.

Ερευνητικό μέρος

Μέθοδος

Μετέγοντες

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 79 παιδιά: 42 αγόρια και 37 κορίτσια. Είκοσι δύο ήταν μαθητές νηπιαγωγείου, 20 ήταν μαθητές Α΄ δημοτικού και 37 ήταν μαθητές Β΄ δημοτικού. Από τα παιδιά αυτά, 10 παρουσίαζαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (7 αγόρια και 3 κορίτσια). Το κοινωνιόγραμμα των παιδιών αυτών συγκρίθηκε με το κοινωνιόγραμμα 10 παιδιών αντίστοιχης τάξης και φύλου.

Η διαπίστωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, στην συγκεκριμένη έρευνα, πραγματοποιήθηκε με την λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς *CBCL* (1,5–5 ετών) ή *CBCL* (6-18 ετών), ανάλογα με την ηλικία των παιδιών. Επιπλέον, η παραπάνω λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς συμπληρώθηκε και για τα 10 παιδιά που συγκρίθηκε το κοινωνιόγραμμά τους με αυτό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να αποδειχθεί ότι πράγματι είναι τυπικά αναπτυσσόμενα.

Εργαλεία συλλογής υλικού

Λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς CBCL (1,5–5 ετών) και CBCL (6-18 ετών):

Το *CBCL* (1,5–5 ετών) και *CBCL* (6-18 ετών) είναι ένα μέσο αξιολόγησης δυσλειτουργικών συμπεριφορών σε παιδιά και εφήβους που απευθύνεται κυρίως στους γονείς και στους εκπαιδευτικούς (Achenbach, 1991). Η ΛΕΠΣ διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Υπάρχει το *CBCL* (για παιδιά από 1,5 έως 5 ετών) και το *CBCL* (για παιδιά και εφήβους από 6 έως 18 ετών). Η ΛΕΠΣ, ξεκινά με ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία του παιδιού, όπως για παράδειγμα, το όνομα, το φύλο του, την σχέση αυτού που συμπληρώνει το εργαλείο με το παιδί, επάγγελμα πατέρα και μητέρας. Στην συνέχεια, υπάρχουν ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου.

Η κλειστή ερώτηση είναι εκείνη, όπου η επιλογή και η ελευθερία έκφρασης του ατόμου που ρωτούμε περιορίζονται στο ελάχιστο. Αντίθετα, η ανοιχτή ερώτηση αφήνει το άτομο ελεύθερο να οργανώσει την απάντησή του όπως επιθυμεί τόσο από την άποψη του περιεχομένου όσο και από άποψη της μορφής της απάντησής του (Grawitz, 2006).

Η ελληνική έκδοση του *CBCL* (1,5–5 ετών) αποτελείται από 3 ανοιχτές ερωτήσεις και 100 κλειστά ερωτήματα (Achenbach, 1991). Στο *CBCL* (6-18 ετών), υπάρχουν 7 ανοιχτά

ερωτήματα, σχετικά με τα ενδιαφέροντα, τις επιδόσεις στα μαθήματα, τις δραστηριότητες και άλλα χαρακτηριστικά του παιδιού. Επιπλέον, τα κλειστά ερωτήματα σε αυτό είναι 113.

Οι νηπιαγωγοί και οι δάσκαλοι του δημοτικού σχολείου περνούν το μεγαλύτερο μέρος του ακαδημαϊκού έτους με την ίδια ομάδα μαθητών και έτσι, οι παρατηρήσεις τους παρέχουν μια έγκυρη αξιολόγηση του πως τα παιδιά συγκρίνονται με τους συμμαθητές τους στους τομείς της επίδοσης, της συμπεριφοράς και των διαπροσωπικών σχέσεων (Wilmshurst, 2011). Η ΛΕΠΣ CBCL (1,5–5 ετών) και CBCL (6-18 ετών), μπορεί να συμπληρωθεί και από γονείς αλλά και από εκπαιδευτικούς. Στο ερευνητικό κομμάτι της πτυχιακής εργασίας, συμπληρώθηκε από τους εκπαιδευτικούς για τα παιδιά και έπειτα από την συμπλήρωση αυτής, διαπιστώθηκε ότι κάποια ήταν τυπικά αναπτυσσόμενα ενώ κάποια άλλα παρουσίαζαν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση της λίστας ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς είναι κατά μέσο όρο ένα τέταρτο.

Στις κλειστές ερωτήσεις, εκείνοι που το συμπληρώνουν, καλούνται να σημειώσουν 0 εάν η συγκεκριμένη συμπεριφορά «δεν ταιριάζει καθόλου», 1 εάν η συγκεκριμένη συμπεριφορά «ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές» και 2 εάν η συγκεκριμένη συμπεριφορά «ταιριάζει πάρα πολύ ή πολύ συχνά» (Achenbach, 1991).

Οι ερωτήσεις του CBCL (1,5–5 ετών) και CBCL (6-18 ετών), ομαδοποιούνται σε δύο γενικές κατηγορίες, τα προβλήματα εσωτερίκευσης και τα προβλήματα εξωτερίκευσης. Πιο συγκεκριμένα, το CBCL (1,5–5 ετών) έχει επτά ειδικότερες κατηγορίες, δηλαδή συναισθηματικά προβλήματα, άγχος/κατάθλιψη, σωματικά συμπτώματα, απόσυρση, προβλήματα ύπνου, προβλήματα προσοχής - υπερκινητικότητα και την επιθετικότητα (Achenbach, 1995). Το CBCL (6-18 ετών) έχει έξι ειδικότερες κατηγορίες, προβλήματα προσοχής – υπερκινητικότητα, επιθετικότητα, κοινωνικές επαφές, σωματικά συμπτώματα, παραβατικές συμπεριφορές και προβλήματα ύπνου.

Πραγματοποιήθηκε και η κωδικοποίηση των 10 ΛΕΠΣ. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν η εξής: Α) Για το εργαλείο «CBCL 1.5 - 5 ετών», αθροιστήκαν οι απαντήσεις των ερωτήσεων που είχαν τον αριθμό 5,6,56,59 και 95. Αν το άθροισμα ήταν $>$ ή $=$ 5, τότε υπήρχε ένδειξη της ΔΕΠ-Υ. Β) Για το εργαλείο «CBCL 6 - 18 ετών», αθροιστήκαν οι απαντήσεις των ερωτήσεων που είχαν τον αριθμό 1,4,8,10,13,17,41,61,78 και 80. Αν το άθροισμα ήταν $>$ ή $=$ 6, τότε υπήρχε ένδειξη της ΔΕΠ-Υ.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παραπάνω διαδικασία ήταν: ότι από τα δέκα παιδιά με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, τα έξι ήταν αυτά που πράγματι εμφάνισαν ένδειξη αυτής της διαταραχής, σύμφωνα με την συμπλήρωση των ΛΕΠΣ από τις εκπαιδευτικούς των παιδιών. Όσο αφορά τα υπόλοιπα τέσσερα παιδιά του δείγματος, δεν βγαίνει από το άθροισμα

των απαντήσεων ότι έχουν ΔΕΠ-Υ. Παρόλο αυτά, εντάσσοντας τα σε μια γενικότερη κλίμακα, αποδεικνύεται ότι εμφανίζουν ένδειξη της ΔΕΠ-Υ, εξαιτίας των συμπεριφορών που παρουσιάζουν. Ενδεικτικά, αναφέρονται οι εξής: «Δεν μπορεί να καθίσει σε ένα μέρος, είναι ανήσυχος ή υπερκινητικός», «Δεν τα πάει καλά με τα άλλα παιδιά», «Χτυπάει τους άλλους», «Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις», «Δεν καταφέρνει να τελειώσει κάτι που αρχίζει», «Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, να προσηλώσει την προσοχή του για πολλή ώρα», «Δεν είναι συνεργάσιμος» και «Δεν απαντάει όταν οι άλλοι του μιλούν».

Κοινωνιομετρία

Η μέθοδος της κοινωνιομετρίας επινοήθηκε από τον J. L. Moreno, Ρουμάνο ψυχίατρο, ο οποίος μετανάστευσε στις Ηνωμένες Πολιτείες και δίνει την δυνατότητα αξιολόγησης των ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων (Grawitz, 2006).

Ειδικότερα, η μέθοδος της κοινωνιομετρίας δίνει την δυνατότητα:

1. Παρατήρησης των διαπροσωπικών σχέσεων των μαθητών.
2. Προσδιορισμού των δημιουργικών ομάδων ανακαλύπτοντας τις προτιμήσεις και
3. εντοπισμού των παιδιών που παρουσιάζουν προβλήματα ένταξης στην ομάδα των συνομήλικων (Κογκούλης, 2005).

Η μέθοδος της κοινωνιομετρίας περιλαμβάνει το κοινωνιομετρικό τεστ και την κοινωνική μήτρα (κοινωνιόγραμμα). Στην συγκεκριμένη έρευνα, σκοπός της χρήσης της είναι η εξέταση της δημοτικότητας των παιδιών με σοβαρά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Δίνεται - δηλαδή- η δυνατότητα να ερευνηθούν οι κοινωνικές σχέσεις αυτών των παιδιών, με τους συνομηλικούς τους.

Στην πραγματικότητα, το συγκεκριμένο τεστ επιτρέπει την αναγνώριση των συναισθηματικών σχέσεων των μελών μιας ομάδας, τις έλξεις και τις απώσεις, τα λανθάνοντα κυκλώματα επικοινωνίας, τους «αρχηγούς» και τους απομονωμένους (Μπακιρτζής, 1996).

Το τεστ αυτό συνίσταται σε απλές ερωτήσεις του τύπου: «Πες μου τρία ονόματα συμμαθητών σου (αγόρια ή κορίτσια) που θα ήθελες να παίζεις μαζί τους στο διάλειμμα. Για ποιο λόγο;» και «Πες μου τρία ονόματα συμμαθητών σου (αγόρια ή κορίτσια) που δεν θα ήθελες να παίζεις μαζί τους στο διάλειμμα. Για ποιο λόγο;».

Μετά την εφαρμογή του κοινωνιομετρικού τεστ, ο ερευνητής βρίσκεται μπροστά σε ένα σύνολο ακατέργαστων κοινωνιομετρικών δεδομένων που χρειάζεται να οργανωθούν, προκειμένου να είναι εκμεταλλεύσιμα και συγκρίσιμα. Η αποδελτίωση των απαντήσεων γίνεται με την παρακάτω διαδικασία: Σε ένα φύλλο χαρτί χαράσσεται ένας πίνακας διπλής

εισόδου. Στην δεύτερη από αριστερά στήλη και στην τρίτη από τα πάνω σειρά γράφονται αλφαβητικά τα ονόματα των ατόμων της ομάδας. Ο κατάλογος των ονομάτων σε στήλη αντιστοιχεί στις εκλογές ή απορρίψεις που δέχτηκαν τα άτομα της ομάδας και ο κατάλογος των ονομάτων σε σειρά αντιστοιχεί στις εκλογές οι απορρίψεις που εκφράζουν τα ίδια τα υποκείμενα. Επιπροσθέτως, για την σημείωση των εκλογών και απορρίψεων στην κοινωνική μήτρα, χρησιμοποιούνται οι ακόλουθοι συμβολισμοί:

+ = έλξη, εκλογή, συμπάθεια

- = απόρριψη, αντιπάθεια, άπωση (Βάμβουκας, 1991).

Διαδικασία συλλογής υλικού

Πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις σε νηπιαγωγεία και δημοτικά σχολεία της πόλεως Ρόδου, προκειμένου να εντοπιστούν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Δόθηκαν εξηγήσεις στους νηπιαγωγούς ή στους διευθυντές και τους δασκάλους των δημοτικών σχολείων σχετικά με τους στόχους της συγκεκριμένης έρευνας. Σε όσους απαντούσαν θετικά για την ύπαρξη των παιδιών αυτών στο σχολείο τους, τους χορηγούνταν πληροφορίες για τα εργαλεία και την διαδικασία συλλογής δεδομένων και οριζόταν συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα επίσκεψης.

Η υλοποίηση των κοινωνιομετρικών τεστ πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από 27 Ιανουαρίου έως 17 Φεβρουαρίου 2014. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκαν οι επισκέψεις στα σχολεία τις ημερομηνίες που είχαν ζητήσει οι εκπαιδευτικοί. Επιπροσθέτως, ζητήθηκε μια λίστα με τα μικρά ονόματα των μαθητών του τμήματος και η επισήμανση των ονομάτων των παιδιών για τα οποία υπήρχε υποψία ΔΕΠ-Υ. Κατά την διάρκεια της επίσκεψης στα σχολεία παραχωρήθηκαν από την νηπιαγωγό και τον διευθυντή του ενός σχολείου, το γραφείο της νηπιαγωγού και των καθηγητών αντίστοιχα, με σκοπό την γνωριμία με κάθε παιδί ξεχωριστά και την διατύπωση των δύο βασικών ερωτήσεων σε αυτό, μιας και οι απαντήσεις ήταν εμπιστευτικές και δεν θα έπρεπε να ανακοινωθούν στην τάξη. Στα άλλα δύο από τα τέσσερα σχολεία προτάθηκε ως καλύτερη λύση, η χρήση ενός ακριανού θρανίου της τάξης, για να μην χρειάζεται να μετακινούνται τα παιδιά, όπως τονίστηκε. Μετά την γνωριμία μετά τα παιδιά, επισημαινόταν ότι οι απαντήσεις τους δεν θα μαθευτούν στα άλλα παιδιά. Στην συνέχεια, οι οδηγίες που τους δόθηκαν ήταν ότι έπρεπε να απαντήσουν σε δύο ερωτήσεις, λέγοντας τρία ονόματα αγοριών ή κοριτσιών μόνο μέσα από την τάξη τους, καθώς και τον λόγο που επιλέγουν τα συγκεκριμένα παιδιά. Έπειτα, διατυπώνονταν οι ερωτήσεις. Οι απαντήσεις που έδιναν καταγράφονταν με ακρίβεια. Τα περισσότερα παιδιά έρχονταν με χαρά και απαντούσαν, κάποια ήταν πιο επιφυλακτικά στην αρχή αλλά μετά απαντούσαν και εκείνα.

Αποτελέσματα

Κωδικοποίηση κοινωνιογραμμάτων

Η κωδικοποίηση των κοινωνικών μητρών (κοινωνιογραμμάτων) πραγματοποιήθηκε μέσα από το πρόγραμμα SPSS 2.0.

Η στατιστική διαδικασία που χρησιμοποιήθηκε ήταν το t-test, διότι το συγκεκριμένο τεστ βοηθά στις συγκρίσεις μεταξύ δύο ομάδων. Ειδικότερα, από την στιγμή που η εύρεση του μέσου όρου για κάθε ομάδα δεν είναι αρκετή, αλλά θα πρέπει να διαπιστωθεί αν η αριθμητική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων που προέκυψε είναι και στατιστικά σημαντική, το κατάλληλο στατιστικό κριτήριο για τέτοιου είδους ερευνητικά προβλήματα είναι το κριτήριο t-test για δύο δείγματα. Για να γίνουμε πιο σαφής, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t-test για ανεξάρτητα δείγματα, μιας και κάθε παιδί συμμετέχει σε μία μόνο από τις συνθήκες της ανεξάρτητης μεταβλητής που μελετάται. Βασική είναι ακόμα η διατύπωση δύο υποθέσεων με βάση το ερώτημα, η μηδενική υπόθεση και η εναλλακτική υπόθεση, όπου έπειτα, ανάλογα από το αν η τιμή t είναι στατιστικά σημαντική (μόνο αν: η τιμή $t < 0.05$), πρέπει να δεχτούμε την εναλλακτική υπόθεση και να απορρίψουμε την μηδενική. Το αντίθετο βέβαια συμβαίνει εάν η τιμή t δεν είναι στατιστικά σημαντική (Ρούσσοσ & Τσαούσης, 2002).

Ποσοτική ανάλυση

Το ερώτημα που ερευνήθηκε ήταν αν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι το ίδιο δημοφιλή με τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά της ίδιας τάξης και του ίδιου φύλου. Ακολούθησε, η διατύπωση δύο υποθέσεων. Η μηδενική υπόθεση: Η δημοφιλία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών αντίστοιχης τάξης και φύλου δεν διαφέρει. Η εναλλακτική υπόθεση: Η δημοφιλία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών αντίστοιχης τάξης και φύλου διαφέρει.

Από τα αποτελέσματα, προέκυψε ότι έπρεπε να δεχτούμε την εναλλακτική υπόθεση και να απορρίψουμε την μηδενική. **Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συνολικά στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο βαθμό προτίμησης σε σύγκριση με τα Τ.Α. παιδιά ($t = 5.07$, $p=0.001$). Αντίθετα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο βαθμό απόρριψης σε σύγκριση με τα Τ.Α. παιδιά ($t = -3.47$, $p=0.003$) (βλ. Πίνακα 1).**

Όσο αφορά το φύλο, συγκρίναμε με τον ίδιο τρόπο τα στοιχεία και παρατηρήσαμε ότι στην περίπτωση των αγοριών, έπρεπε να δεχτούμε την εναλλακτική υπόθεση και να

απορρίψουμε την μηδενική. Τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο βαθμό προτίμησης σε σύγκριση με τα Τ.Α. αγόρια ($t = 3.79$, $p=0.009$). Ακόμα, τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο βαθμό απόρριψης σε σύγκριση με τα Τ.Α. αγόρια ($t = -3.18$, $p=0.009$) (βλ. Πίνακα 1).

Στην περίπτωση των κοριτσιών τα αποτελέσματα διαφοροποιήθηκαν κατά κάποιον τρόπο. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι στο βαθμό προτίμησης των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ, έπρεπε να δεχτούμε την εναλλακτική υπόθεση και να απορρίψουμε την μηδενική. Δεν παρατηρήθηκε όμως το ίδιο και για τον βαθμό απόρριψης των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ. Έτσι, σε αυτό, έπρεπε να δεχτούμε την μηδενική υπόθεση και να απορρίψουμε την εναλλακτική. Ειδικότερα, τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο βαθμό προτίμησης σε σύγκριση με τα Τ.Α. κορίτσια ($t = 6.29$, $p=0.001$). Ωστόσο, τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο ή υψηλότερο βαθμό απόρριψης σε σύγκριση με τα Τ.Α. κορίτσια ($t = -1.81$, $p=0.150$). Από το συγκεκριμένο στοιχείο διαπιστώνεται, ότι τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ δεν διαφέρουν από τα Τ.Α. κορίτσια ως προς τον βαθμό απόρριψης από τους συνομηλίκους τους (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1: Σύγκριση κοινωνιογραμμάτων συνολικά και κατά φύλο.

	ΘΕΤΙΚΑ		ΑΡΝΗΤΙΚΑ	
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.
ΔΕΠ-Υ	1.0	2.4	5.3	1.2
ΤΑ	5.1	0.8	0.9	3.8
	$t = 5.07$ $p=0.001$		$t = -3.47$ $p=0.003$	
Αγόρια				
ΔΕΠ-Υ	1.9	2.2	4.7	1.1
ΤΑ	4.1	0.1	0.7	3.1
	$t = 3.79$ $p=0.009$		$t = -3.18$ $p=0.009$	
Κορίτσια				
ΔΕΠ-Υ	1.0	1.2	6.3	1.5
ΤΑ	7.3	1.4	1.3	5.1
	$t = 6.29$ $p=0.001$		$t = -1.81$ $p=0.150$	

Ποιοτική ανάλυση

Οι αιτιολογήσεις των αρνητικών απαντήσεων των συνομηλίκων, σχετικά με το ερώτημα: «Πες μου τρία ονόματα συμμαθητών σου (αγόρια ή κορίτσια) που δεν θα ήθελες να παίζεις μαζί τους στο διάλειμμα. Για ποιο λόγο;», παρουσίασαν μεγάλο ενδιαφέρον, μιας και ήταν ίδιες για τα περισσότερα παιδιά.

Η ομαδοποίηση των παραπάνω αιτιολογήσεων πραγματοποιήθηκε σε έξι ομάδες.

A. κοινωνικότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (5%). Οι αιτιολογήσεις που δόθηκαν σχετικά με αυτήν ήταν:

- 1) Δεν είναι φίλος μου,
- 2) Δεν τον βρίσκω ποτέ στο διάλειμμα,
- 3) Δεν τον ξέρω τόσο καλά.

B. επιθετικότητα των παιδιών αυτών (19%). Οι αιτιολογήσεις που ειπώθηκαν ήταν:

- 1) Λέει κακές λέξεις,
- 2) Κάνει χειρονομίες και βρίζει,
- 3) Χτυπάει, θυμώνει, τσιρίζει και δεν της αξίζει να έχει φίλους έτσι όπως κάνει,
- 4) Γραβάει μαλλιά,
- 5) Τρέχει και χτυπάει,
- 6) Σπρώχνει.

Γ. παραβατική συμπεριφορά των παιδιών με την συγκεκριμένη διαταραχή (1%). Μια αιτιολόγηση εκφράστηκε για αυτήν και ήταν:

- 1) Έκλεβε χρήματα.

Δ. πιθανά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (9%). Οι αιτιολογήσεις που δόθηκαν σχετικά με αυτά ήταν:

- 1) Θέλει να τα έχει όλα δικά του,
- 2) Είναι μουρμούρα,
- 3) Θέλει πάντα να κάνει αυτό που θέλει και δεν αντέχω να τσιρίζει,
- 4) Δεν είναι καλός,
- 5) Μας πειράζει όλους,
- 6) Λέει ψέματα,
- 7) Είναι σπαστικά.

Ε. αρνητικές συμπεριφορές των παιδιών αυτών (11%). Οι αιτιολογήσεις που ειπώθηκαν ήταν:

- 1) Κάνει βλακείες,
- 2) Με κυνηγάει,
- 3) Κάνει αταξίες,
- 4) Είναι αηδιαστική, μια μέρα της έπεσε το φαγητό της κάτω και το έφαγε ξανά.

ΣΤ. τα στοιχεία της ίδιας της διαταραχής (5%). Οι αιτιολογήσεις που εκφράστηκαν για αυτά ήταν:

- 1) Δεν μπορεί να παίζει,
- 2) Δεν κάνει τα μαθήματα του,
- 3) Όταν μιλάει κοιτάζει επάνω,
- 4) Τρέχει πολύ.

Συζήτηση

Σύνοψη των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας

Από τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, προέκυψε ότι συνολικά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ προτιμώνται λιγότερο και απορρίπτονται περισσότερο σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, από τους συνομηλίκους τους. Πιο αναλυτικά, διαπιστώθηκε ότι οι συνομήλικοι προτιμούσαν να κάνουν παρέα περισσότερο με τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά και λιγότερο με παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι οι συνομήλικοι απέρριπταν για φίλους περισσότερο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και λιγότερο τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά.

Όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία, τα προβλήματα εξωτερίκευσης τα οποία δυσχεραίνουν τις σχέσεις με τους συνομηλίκους είναι: 1) η ευμετάβλητη θέση ανάμεσα στους συνομηλίκους (μερική αποδοχή, μερική απόρριψη), 2) η αδυναμία χρήσης των κοινωνικών δεξιοτήτων που στηρίζουν τις θετικές αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλίκους και 3) τα υψηλά επίπεδα αρνητικής και επιθετικής κοινωνικής συμπεριφοράς. Τα προβλήματα εσωτερίκευσης είναι: 1) η παραμέληση ή η απόρριψη από τους συνομηλίκους, 2) τα χαμηλά επίπεδα συμμετοχής σε δραστηριότητες ελεγχόμενες από τους συνομηλίκους, 3) η κοινωνική απομόνωση και απόσυρση και 4) τα χαμηλά επίπεδα αρνητικής κοινωνικής συμπεριφοράς (Elliott, κ.α., 2008).

Κοινωνιομετρικές έρευνες (όπως και η παραπάνω έρευνα) επιβεβαιώνουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επιλέγονται σπανιότερα για παρέα από τους συνομηλίκους τους. Η κακή σχέση με τους συνομηλίκους είναι ένα σχετικά σταθερό φαινόμενο εξαιτίας, τουλάχιστον εν μέρει, της σταθερότητας συμπεριφορών όπως η επιθετικότητα, που έχουν μεγάλη σημασία για τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων. Έτσι, ο βαθμός σοβαρότητας των συμπτωμάτων παρορμητικότητας των παιδιών αυτών έχει άμεση σχέση με το βαθμό επιθετικότητας που παρουσιάζουν και με την συχνότητα με την οποία εμπλέκονται σε καβγάδες. Η συμπεριφορά αυτή οδηγεί στην συχνή απόρριψη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Συμπληρωματικά, όσο αφορά το φύλο, διαπιστώθηκε από την παραπάνω έρευνα, ότι τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ προτιμώνται λιγότερο και απορρίπτονται περισσότερο σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα αγόρια, από τους συνομηλίκους τους. Δεν προέκυψε όμως το ίδιο και για τα κορίτσια. Ειδικότερα, φαίνεται ότι τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ προτιμώνται λιγότερο σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα κορίτσια, αλλά δεν απορρίπτονται περισσότερο σε σύγκριση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα κορίτσια, από τους συνομηλίκους τους. Είναι φανερό, από την παρούσα έρευνα, ότι υπάρχει διαφορά στις κοινωνικές σχέσεις των αγοριών με ΔΕΠ-Υ και των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ. Διαπιστώνεται δηλαδή, ότι οι κοινωνικές σχέσεις των αγοριών με ΔΕΠ-Υ είναι πιο δυσχερείς από ότι των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ. Τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ, προκύπτει ότι βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό την κοινωνική απομόνωση από τους συνομηλίκους τους. Αυτό ίσως να σχετίζεται με την φύση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όπου φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο του παιδιού. Τα κορίτσια τις περισσότερες φορές βιώνουν μεγαλύτερο άγχος, αλλά εκδηλώνουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με τα αγόρια (Gadow & Sprafkin, 1997).

Είναι μια σύγχρονη αλήθεια, ότι ο τρόπος κοινωνικοποίησης αγοριών και κοριτσιών είναι τέτοιος που ευνοεί τη διατήρηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στα αγόρια και τη μείωση της εκδήλωσης των αντίστοιχων συμπτωμάτων στα κορίτσια. Έτσι φαίνεται ακόμη μεγαλύτερη η πιθανή πραγματική διαφορά στην συχνότητα εκδήλωσης της διαταραχής στα δύο φύλα. Παρατηρείται ότι στα κορίτσια οι προσαρμοστικές ικανότητες αυξάνονται με γρηγορότερους ρυθμούς από ότι στα αγόρια. Εάν προσμετρήσει ο ταχύτερος ρυθμός ωρίμανσης των κοριτσιών στο γλωσσικό, τον γνωστικό και τον συναισθηματικό τομέα στην περίοδο της νηπιακής και της πρώτης σχολικής ηλικίας, τότε γίνεται κατανοητό ότι τα κορίτσια βρίσκονται σε πλεονεκτικότερη θέση ως προς την ανάπτυξη των αποδοτικότερων επικοινωνιακών δεξιοτήτων και θετικών διαπροσωπικών σχέσεων συγκριτικά με τα αγόρια (Eme, 1992).

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στη μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς στα κορίτσια είναι οι επαφές με τους συνομηλίκους του ίδιου φύλου. Έχει παρατηρηθεί ότι η επαφή των αγοριών με προβλήματα συμπεριφοράς με τα συνομήλικά τους αγόρια τις περισσότερες φορές αυξάνει τα προβλήματα συμπεριφοράς τους, διότι το παιχνίδι στις ομάδες των αγοριών είναι τέτοιου τύπου που ευνοεί τις επιθετικές συμπεριφορές ή πράξεις. Από την άλλη πλευρά, η επαφή των κοριτσιών με προβλήματα συμπεριφοράς με τα συνομήλικά τους κορίτσια συνήθως μειώνει τα προβλήματα συμπεριφοράς τους, μιας και το παιχνίδι στις ομάδες των κοριτσιών απαιτεί μεγαλύτερο αυτοέλεγχο και κινείται σε πιο ήπιο ρυθμό (Fabes et al., 1997).

Συμπερασματικά, κατά την τυπική πορεία κοινωνικοποίησης αγοριών και κοριτσιών, αυτές οι μορφές συμπεριφοράς είναι τις πιο πολλές φορές αποδεκτές -ή έστω ανεκτές- στα αγόρια, άλλα αποτελούν στόχους αλλαγής στα κορίτσια. Επομένως, κατά μία έννοια, η διαφορά στην συχνότητα εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ σε αγόρια και κορίτσια υπάρχει πιθανότητα να οφείλεται στο γεγονός ότι τα κορίτσια, στα πλαίσια της διαμόρφωσης της ταυτότητας του φύλου τους, ασκούνται στην κάλυψη των αδυναμιών τους (Κουρκούτας & Chartier, 2008).

Επιπλέον, στο κομμάτι των αποτελεσμάτων, ιδιαίτερο ενδιαφέρον, επιδεικνύουν και οι αιτιολογήσεις των αρνητικών απαντήσεων των συνομηλίκων στο κοινωνιομετρικό τεστ. Αυτές ομαδοποιούνται σε έξι ομάδες, οι οποίες είναι: α) η κοινωνικότητα, β) η επιθετικότητα, γ) η παραβατική συμπεριφορά, δ) τα πιθανά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ε) οι αρνητικές συμπεριφορές και στ) τα στοιχεία της ίδιας της διαταραχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα παραδείγματα στην βιβλιογραφία επιβεβαιώνουν ότι πράγματι τα παραπάνω στοιχεία λειτουργούν πολλές φορές ως ανασταλτικοί παράγοντες στις κοινωνικές σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των συνομηλίκων τους. Συνήθεις εκφράσεις που αφορούν σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο ή στη γειτονιά, είναι: «Κυρία, μας χαλάει το παιχνίδι», «Φύγε από εδώ, δεν σε θέλουμε στην παρέα!» «Κοιτάζτε πώς προκαλεί τα παιδιά, είναι επιθετικός, για αυτό δεν τον θέλουν».... Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν παρορμητική, διασπαστική ή και επιθετική συμπεριφορά, βρίζουν, είναι επίμονα στο να ηγούνται του παιχνιδιού, πειράζουν και κοροϊδεύουν τους άλλους, με αποτέλεσμα να μη γίνονται αποδεκτά στις παρέες. Αν έχουν τον απρόσεκτο τύπο ΔΕΠ-Υ εκλαμβάνονται ως ντροπαλά ή αποσυρμένα, και απορρίπτονται από την παρέα. Αν έχουν επιθετική συμπεριφορά με συμπτώματα παρόρμησης / υπερκινητικότητας γίνονται στόχος για καυγά και διάσπαση της ομάδας (Αρώνη – Βουρνά, 2011). Η διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών συνήθως οδηγεί σε δυσκολία συνύπαρξης με τους συμμαθητές, καθώς και σε κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα με τους συνομηλίκους τους (Χατζηκαλλία, 2012). Μερικοί από τους λόγους που συμβαίνει αυτό, είναι διότι

χαρακτηρίζονται πολύ κινητικά, διακόπτουν τους συμμαθητές τους όταν μιλούν, έχουν έλλειψη οργάνωσης και δυσκολεύονται να συμμετάσχουν σε ομαδικά παιχνίδια. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εξαιτίας των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους (δηλαδή υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, απροσεξία) δυσκολεύονται να λειτουργήσουν ομαλά με τους συνομηλίκους τους, με αποτέλεσμα να βιώνουν την κοινωνική απόρριψη (Πολεμικός, κ.α., 2010).

Στην νηπιακή ηλικία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανυπάκουα, τολμηρά, κινητικά αδέξια. Ακόμα, εκδηλώνουν αδυναμία στον συντονισμό κινήσεων, είναι πολύ απαιτητικά, έχουν εκρηκτική συμπεριφορά και συχνά ξεσπούν σε εκρήξεις θυμού και δεν έχουν καμία αίσθηση του κινδύνου. Δυσκολεύονται να ενσωματωθούν στην ουσία στην ομάδα των συνομηλίκων και δεν είναι καθόλου συνεργάσιμα (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά έχουν έντονο το συναίσθημα της ματαιώσης. Στις διαπροσωπικές σχέσεις τους έχουν κάποια στοιχεία αρνητισμού και συναισθηματικής φόρτισης (όπως φαίνεται και από της αιτιολογήσεις των συμμαθητών τους στην παραπάνω έρευνα) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ που σχετίζεται με την επικοινωνία είναι ότι τα άτομα με την διαταραχή αυτή εκδηλώνουν την τάση να αντιδρούν αρνητικά στην αίσθηση του αγγίγματος, όταν αντιληφθούν ότι κάποιος επιχειρεί να τα αγγίξει ή το έχει κάνει ήδη. Αυτό με την σειρά του λειτουργεί αρνητικά στην σχέση με τους συνομηλίκους του (Σταμάτης, 2007).

Συνήθως, σε μια συζήτηση δεν ακούνε το συνομιλητή τους και τον διακόπτουν όταν μιλά ή απαντούν σε μια ερώτηση πριν καν την ολοκληρώσει, πράττουν χωρίς να σκέφτονται τις συνέπειες και αποδίδουν τις συνέπειες των πράξεων τους σε άλλους, καθώς και ότι δεν μπορούν να περιμένουν στην σειρά τους. Έτσι, δεν επιτυγχάνεται μια καλή σχέση με τους συνομηλίκους τους, μιας και είναι οξύθυμα και επιθετικά (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Από τις αιτιολογήσεις που δόθηκαν από τους συνομήλικους των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, διαπιστώνεται ότι η γενική εικόνα είναι ενός παιδιού που κινείται διαρκώς, «σα σβούρα», από το ένα μέρος στο άλλο. Στην διαρκή τους κίνηση μπορούν να τρέχουν, να σπρώχνουν, όχι απαραίτητα από πρόθεση να το πράττουν. Εκεί που δίνουν την εντύπωση ότι πράγματι ησύχασαν, υπάρχει η περίπτωση να αρχίσουν να χτυπούν, να τσιμπούν τους συμμαθητές τους, με την παραμικρή πρόκληση ή ακόμα και χωρίς πρόκληση (Μπεζεβέγκης, 1989).

Σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε παλαιότερα, υποστήριξε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν λιγότερους φίλους από ότι τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά της ίδιας ηλικίας (Normand, et al., 2007). Με βάση, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε υπάρχει συμφωνία στις απόψεις.

Σε δύο άλλες έρευνες, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι λιγότερο αρεστά από ότι τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά της ηλικίας τους. Παρουσιάζουν δηλαδή χαμηλότερο βαθμό προτίμησης και υψηλότερο βαθμό απόρριψης από τους συνομηλίκους (Hoza, et al., 2005) (Mrug, et al., 2009). Η έρευνα που διεξάχθηκε από εμάς, έχει ακριβώς τα ίδια αποτελέσματα με την παραπάνω.

Επιπλέον, γνωστά έγιναν και τα αποτελέσματα μιας έρευνας, όπου τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν κατώτερο επίπεδο του μέσου φυσιολογικού σχετικά με τις προσαρμοστικές ικανότητες τους, παρά την φυσιολογική νοημοσύνη τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Από την ποιοτική ανάλυση που έγινε στο κομμάτι των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, που υλοποιήθηκε στην Ρόδο, προκύπτουν σύμφωνα αποτελέσματα.

Παρόλο αυτά, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο παρελθόν, υποστήριξε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν σημαντικά λιγότερους φίλους από τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά και ότι έκαναν τις ίδιες σχεδόν δραστηριότητες με αυτά (Heiman, 2009). Η παρούσα έρευνα διαφωνεί με τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας. Αυτό συμβαίνει επειδή καταλήγει στο ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν σημαντικά λιγότερους φίλους από τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά και ότι δεν κάνουν τις ίδιες δραστηριότητες με αυτά, όπως φαίνεται από την συμπλήρωση των λιστών ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς CBCL (1,5-5 ετών) και CBCL (6-18 ετών), από τους εκπαιδευτικούς τους. Για να γίνουμε πιο σαφείς, από τα ερωτηματολόγια φαίνεται ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περιορισμένα χόμπι, συμμετέχουν σε ελάχιστα αθλήματα, κάνουν περιορισμένες δραστηριότητες και συμμετέχουν σε ελάχιστες ομάδες.

Τέλος, σε μία άλλη έρευνα, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν την εχθρότητα, τον αρνητισμό και την απορριπτική στάση από το κοινωνικό τους περιβάλλον (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σύμφωνα με την ποιοτική ανάλυση που έγινε στο κομμάτι των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, που υλοποιήθηκε στην Ρόδο, προκύπτουν ίδια αποτελέσματα.

Περιορισμοί της παρούσας έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα είχε κάποιους περιορισμούς κατά την διεξαγωγή της. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε μόνο σε τέσσερα σχολεία, ενώ θα μπορούσε να γίνει σε όλα τα νηπιαγωγεία ή τις πρώτες τάξεις των δημοτικών σχολείων του νησιού που υπήρχαν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ακόμα, το νησί της Ρόδου, αποτελεί περιορισμό, διότι το δείγμα θα μπορούσε να είναι μεγαλύτερο. Τέλος, ένας περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν ότι δεν συμπεριλάμβανε ως εργαλείο συλλογής δεδομένων την παρατήρηση στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, με σκοπό να καταγραφούν οι σχέσεις και οι συμπεριφορές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους συνομηλίκους τους, κατά την διάρκεια του μαθήματος αλλά και του διαλείμματος.

Χρησιμότητα στην εκπαιδευτική πράξη

Η παραπάνω έρευνα μπορεί να χρησιμεύσει στην εκπαιδευτική πράξη, διότι πραγματεύεται ένα σοβαρό θέμα, που σχετίζεται άμεσα με την σχολική τάξη. Οι κοινωνικές σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των συνομηλίκων τους είναι μία βασική παράμετρος που θα πρέπει να λάβει υπόψη του ο εκπαιδευτικός, που θα αναλάβει μια τάξη και να μην την αγνοήσει καθόλου. Αυτή η έρευνα, λειτουργεί ως προσθετική γνώση, σε αυτό το ζήτημα.

Ο παιδαγωγός οφείλει να έχει την απαραίτητη γνώση για να αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση. Είναι αλήθεια, ότι το κάθε παιδί που παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ δεν σημαίνει πως αντιμετωπίζει δυσκολία στις κοινωνικές του σχέσεις με τους άλλους. Σε αυτούς όμως που έχουν πρόβλημα υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορούν να βελτιώσουν τις σχέσεις του προσώπου με τους συνομηλίκους του. Όσο νωρίτερα σημειωθούν οι δυσκολίες του παιδιού, τόσο πιο επιτυχής θα είναι η παρέμβαση του εκπαιδευτικού (<http://www.focuson..child.gr/adhd-relationships.html>).

Ο εκπαιδευτικός δεν θα πρέπει να ξεχνά την σπουδαιότητα της ομάδας των συνομηλίκων και θα πρέπει πάντα να προσπαθεί να βελτιώσει τις σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους συμμαθητές τους, μιας και γνωρίζει πως οι κοινωνικές τους σχέσεις δεν χαρακτηρίζονται καλές. Οι ομάδες των συνομηλίκων επιτελούν πολύ σημαντική κοινωνικοποιητική λειτουργία, από την στιγμή που αποτελούν τις πρώτες κοινωνικές ομάδες σταδιακής αποδέσμευσης του παιδιού από την καθοδήγηση των ενηλίκων. Επιπλέον, υποβοηθούν στη διαμόρφωση της εικόνας του εαυτού μέσω της αλληλεπίδρασης με τους άλλους. Κατά ορισμένους μελετητές, η έλλειψη των ομάδων συνομηλίκων ή η μη συμμετοχή του παιδιού σε φιλικές ομάδες έχουν σοβαρές συνέπειες στην εξέλιξη της προσωπικότητας του και στην ανάπτυξη του παιδικού κόσμου (Νικολάου, 2009).

Εξάλλου, σημαντικό είναι και το γεγονός, ότι στον χώρο της Παιδαγωγικής, η αγωγή δεν επιτυγχάνεται μόνο ως μονόδρομη επίδραση του δασκάλου προς τον μαθητή, ούτε μόνο ως αμφίδρομη επίδραση των δύο σκελών του παιδαγωγικού ζεύγους. Εκτός από τις συγκεκριμένες επιδράσεις, η αγωγή συντελείται μέσα από ένα πλέγμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ατόμων. Έτσι, η σχολική τάξη δεν είναι απλώς συνάθροιση μεμονωμένων ατόμων αλλά μια δυναμική κοινωνική ομάδα. Με αυτήν την έννοια, η σύνθεση και η ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη της έχουν μέγιστη σημασία και επηρεάζουν το φαινόμενο της αγωγής (Πυργιωτάκης, 2010).

Είναι γνωστό, πως την περίοδο της προσχολικής εκπαίδευσης η ικανότητα διάδρασης ακολουθεί την μετάβαση του παιδιού από τον εγωκεντρισμό στον αλτρουισμό: ένας από τους στόχους μιας τέτοιου είδους εκπαίδευσης έγκειται στην ανάπτυξη συλλογικών και συνεργατικών συμπεριφορών. Μπορούμε μάλιστα να πούμε ότι αυτές ξεκινάνε όταν τα παιδιά βρίσκονται όλα μαζί στο ίδιο μέρος και αρθρώνουν το καθένα το δικό του μονόλογο. Περίπου στη ηλικία των τεσσάρων ετών αρχίζουν οι θετικές ανταλλαγές που σκόπιμο είναι να τις ενισχύουμε, δηλαδή να χρησιμοποιούν από κοινού τα αντικείμενα, να δίνουν προσοχή στα υπόλοιπα παιδιά, να εκφράζουν αγάπη και προσωπική αποδοχή. Κατά την διάρκεια της προσχολικής διδασκαλίας σημειώνονται πρόοδοι στην ικανότητα διάδρασης, στην οποία παίζουν ρόλο η μεγαλύτερη ψυχολογική ωριμότητα των παιδιών και οι πιο πλούσιες και σύνθετες επαφές με τους συμμαθητές τους (Fischer, 2006).

Ο παιδαγωγός επομένως, θα πρέπει να λάβει υπόψη του τα παραπάνω σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας και να βοηθήσει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στα προβλήματα με τους συμμαθητές τους. Να ωθήσει τους συμμαθητές τους να συμπεριλαμβάνουν στις δραστηριότητες τους τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Τέλος, να προγραμματίζει -πιο συχνά- δραστηριότητες που απαιτούν αμοιβαία συνεργασία για να επιτύχουν (Elliott, κ.α., 2008).

Παράτημα

Λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς CBCL (1,5-5 ετών)

1

«Λίστα Ελέγχου Παιδικής Συμπεριφοράς (ΛΕΠΣ) για ηλικίες 1,5-5 ετών»

Όνομα Παιδιού:		Επαγγελματική Κατάσταση Γονέων:	
Φύλο Παιδιού:	Αγόρι <input type="checkbox"/> Κορίτσι <input type="checkbox"/>		
Ημερομηνία Γέννησης:		Επάγγελμα Πατέρα:	
Ημερομηνία Συμπλήρωσης:		Επάγγελμα Μητέρας:	
Η σχέση σας με το Παιδί:	Μητέρα <input type="checkbox"/> Πατέρας <input type="checkbox"/> Άλλος <input type="checkbox"/>		

Οδηγίες Συμπλήρωσης

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το ερωτηματολόγιο με τέτοιο τρόπο ώστε να αντικατοπτρίζει την άποψη σας για τη συμπεριφορά του παιδιού, ακόμη και αν άλλοι άνθρωποι ίσως να διαφωνούν. Αν πιστεύετε ότι θέλετε να σημειώσετε κάποιες επιπρόσθετες πληροφορίες που δεν συμπεριλαμβάνονται στις ερωτήσεις, έχετε τη δυνατότητα να γράψετε κάποια σχόλια στον ειδικό χώρο που υπάρχει στο τέλος του ερωτηματολογίου.

Παρακάτω ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις, οι οποίες περιγράφουν συμπεριφορές παιδιών. Για κάθε ερώτηση που περιγράφει το παιδί **τώρα ή μέσα στους προηγούμενους 2 μήνες**, παρακαλούμε κυκλώστε το **2** αν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί πάρα πολύ ή πολύ συχνά. Κυκλώστε το **1** αν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί κάπως ή μερικές φορές. Αν το στοιχείο συμπεριφοράς δεν του ταιριάζει καθόλου κυκλώστε το **0**. Παρακαλούμε απαντήστε όλες τις ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε, ακόμη και αν κάποιες δεν φαίνεται να ταιριάζουν απόλυτα στο παιδί.

0	Δεν ταιριάζει καθόλου (απ' όσο ξέρετε)	1	Ταιριάζει Κάπως ή Μερικές φορές	2	Ταιριάζει Πάρα Πολύ ή Πολύ Συχνά	
0	1	2	1	2	10	Είναι προσκολλημένος/η στους ενήλικες ή υπερβολικά εξαρτημένος
0	1	2	2	11	Ζητά διαρκώς βοήθεια	
0	1	2	3	12	Είναι δυσκόλιος/α	
0	1	2	4	13	Κλαίει πολύ	
0	1	2	5	14	Συμπεριφέρεται με σκληρότητα στα ζώα	
0	1	2	6	15	Είναι προκλητικός/ή	
0	1	2	7	16	Οι απαιτήσεις του/της πρέπει να ικανοποιούνται αμέσως	
0	1	2	8	17	Καταστρέφει τα πράγματα του/της	
0	1	2	9	18	Καταστρέφει αντικείμενα που ανήκουν στην οικογένεια του/της ή σε άλλα παιδιά	
						Έχει ενοχλήσεις ή πόνους (χωρίς κάποια ιατρική αιτία. Μην συμπεριλάβετε πόνους στο στομάχι ή πονοκεφάλους)
						Συμπεριφέρεται σαν πιο μικρός/ή από την ηλικία του
						Φοβάται να δοκιμάζει καινούρια πράγματα
						Αποφεύγει να κοιτάζει τους άλλους στα μάτια
						Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, δεν προσηλώνει την προσοχή του για πολύ ώρα
						Δεν μπορεί να καθίσει σ' ένα μέρος, είναι ανήσυχος/η ή υπερκινητικός/ή
						Δεν αντέχει να μην είναι τα πράγματα του/της στη θέση τους
						Δεν αντέχει να περιμένει. Τα θέλει όλα τώρα
						Μασάει πράγματα τα οποία δεν είναι φαγώσιμα

0	Δεν ταιριάζει καθόλου (απ' όσο ξέρετε)			1	Ταιριάζει Κάπως ή Μερικές φορές	2	Ταιριάζει Πάρα Πολύ ή Πολύ Συχνά			
0	1	2	19		Έχει διάρροια ακόμη και όταν δεν είναι άρρωστος/η	0	1	2	44	Έχει άγριες διαθέσεις
0	1	2	20		Είναι ανυπάκουος/η	0	1	2	45	Νοιώθει ναυτία ή τάση για εμετό (χωρίς ιατρικά αίτια)
0	1	2	21		Ενοχλείται από οτιδήποτε διαταράσσει την καθημερινότητα του/της	0	1	2	46	Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (πικ) (περιγράψτε)
0	1	2	22		Δεν θέλει να κοιμάται μόνος του/της	0	1	2	47	Είναι νευρικός/ή, ευέξαπτος/η ή σε υπερένταση
0	1	2	23		Δεν απαντά όταν οι άλλοι του μιλούν	0	1	2	48	Έχει εφιάλτες
0	1	2	24		Δεν τρώει καλά (περιγράψτε)	0	1	2	49	Τρώει υπερβολικά
0	1	2	25		Δεν τα πάει καλά με τα άλλα παιδιά	0	1	2	50	Μοιάζει υπερβολικά κουρασμένος/η
0	1	2	26		Δεν ξέρει πώς να διασκεδάσει. Συμπεριφέρεται σαν μικρός/η ενήλικος	0	1	2	51	Πανικοβάλλεται χωρίς εμφανή λόγο
0	1	2	27		Δεν φαίνεται να νιώθει ενοχή όταν έχει συμπεριφερθεί άσχημα	0	1	2	52	Έχει κολλικούς
0	1	2	28		Δεν θέλει να βγαίνει έξω από το σπίτι	0	1	2	53	Επιτίθεται χτυπώντας τους ανθρώπους
0	1	2	29		Απογοητεύεται εύκολα όταν δεν πραγματοποιούνται οι επιθυμίες του/της	0	1	2	54	Σκαλίζει τη μύτη του/της, τσιμπάει το δέρμα του/της ή άλλα μέρη του σώματος του/της (περιγράψτε)
0	1	2	30		Ζηλεύει εύκολα	0	1	2	55	Παίζει με τα γεννητικά του/της όργανα πάρα πολύ
0	1	2	31		Τρώει ή πίνει πράγματα που δεν είναι φαγώσιμα – μην συμπεριλάβετε γλυκά (περιγράψτε)	0	1	2	56	Έχει φτωχό συντονισμό κινήσεων ή είναι αδέξιος/α,
0	1	2	32		Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη (περιγράψτε)	0	1	2	57	Έχει προβλήματα με τα μάτια του/της χωρίς ιατρική αιτία (περιγράψτε)
0	1	2	33		Πληγώνεται συναισθηματικά πολύ εύκολα	0	1	2	58	Η τιμωρία δεν αλλάζει τη συμπεριφορά του/της
0	1	2	34		Χτυπάει συχνά, είναι επιρρεπής σε ατυχήματα	0	1	2	59	Μεταπηδά πολύ γρήγορα από τη μία δραστηριότητα στην άλλη
0	1	2	35		Μπλέκει σε πολλούς καυγάδες	0	1	2	60	Έχει εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα (χωρίς ιατρικά αίτια)
0	1	2	36		Ανακατεύεται σε όλα	0	1	2	61	Αρνείται να φάει
0	1	2	37		Αναστατώνεται υπερβολικά όταν αποχωρίζεται τους γονείς του/της	0	1	2	62	Αρνείται να παίξει παιχνίδια δράσης
0	1	2	38		Δυσκολεύεται να κοιμηθεί	0	1	2	63	Κουνά διαρκώς το κεφάλι ή το σώμα του/της
0	1	2	39		Έχει πονοκεφάλους (χωρίς ιατρικά αίτια)	0	1	2	64	Αρνείται να πάει για ύπνο το βράδυ
0	1	2	40		Χτυπάει τους άλλους	0	1	2	65	Αντιστέκεται στην εκπαίδευση των σφιγκτήρων (περιγράψτε)
0	1	2	41		Κρατά την αναπνοή του/της	0	1	2	66	Ξεφωνίζει πολύ, στριγκλίζει
0	1	2	42		Πληγώνει ζώα ή ανθρώπους χωρίς να το θέλει	0	1	2	67	Δείχνει να μην ανταποκρίνεται στην στοργή
0	1	2	43		Δείχνει δυστυχισμένος/η χωρίς εμφανή αιτία	0	1	2	68	Ντροπαλός/ή ή εύκολα βρίσκεται σε αμηχανία

0	Δεν ταιριάζει καθόλου (απ' όσο ξέρετε)			1	Ταιριάζει Κάπως ή Μερικές φορές	2	Ταιριάζει Πάρα Πολύ ή Πολύ Συχνά			
0	1	2	69		Είναι εγωιστής/τρια ή δεν θέλει να μοιράζεται	0	1	2	85	Παθαίνει εκρήξεις οργής ή ανάβει εύκολα
0	1	2	70		Δείχνει ελάχιστη στοργή απέναντι στους ανθρώπους	0	1	2	86	Τον/την απασχολεί υπερβολικά η τάξη ή η καθαριότητα
0	1	2	71		Δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για πράγματα που συμβαίνουν γύρω του/της	0	1	2	87	Φοβάται υπερβολικά ή είναι αγχώδης
0	1	2	72		Δείχνει να φοβάται ελάχιστα μήπως τραυματιστεί	0	1	2	88	Δεν είναι συνεργάσιμος/η
0	1	2	73		Είναι υπερβολικά ντροπαλός ή δειλός/ή	0	1	2	89	Είναι νωθρός/ή, αργός/ή στις κινήσεις του/της, ή του/της λείπει η ενεργητικότητα
0	1	2	74		Κοιμάται λιγότερο από τα περισσότερα παιδιά στη διάρκεια της ημέρας και/ή της νύχτας (περιγράψτε)	0	1	2	90	Μοιάζει δυστυχισμένος/η, λυπημένος/η ή θλιμμένος/η
0	1	2	75		Πασαλείβει τα κακά του, παίζει με αυτά	0	1	2	91	Ασυνήθιστα φωνακλάς/ού
0	1	2	76		Έχει πρόβλημα στην ομιλία (περιγράψτε)	0	1	2	92	Ενοχλείται από την επαφή με άγνωστους ανθρώπους ή καταστάσεις (περιγράψτε)
0	1	2	77		Κοιτάει με απλανές βλέμμα ή μοιάζει χαμένος/η στις σκέψεις του/της	0	1	2	93	Κάνει εμετούς (χωρίς ιατρικά αίτια)
0	1	2	78		Έχει στομαχόπονους ή στομαχικές κράμπες (χωρίς ιατρική αιτία)	0	1	2	94	Ξυπνά συχνά στη διάρκεια της νύχτας
0	1	2	79		Εμφανίζει γρήγορες εναλλαγές μεταξύ θλίψης και ενθουσιασμού	0	1	2	95	Περιπλανιέται άσκοπα
0	1	2	80		Έχει παράξενη συμπεριφορά (περιγράψτε)	0	1	2	96	Επιζητά επίμονα την προσοχή
0	1	2	81		Είναι πεισματάρης/α, δύστροπος/η, ευερέθιστος/η	0	1	2	97	Είναι γκρινιάρης/α
0	1	2	82		Εμφανίζει ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση ή τα συναισθήματα του/της	0	1	2	98	Απομονώνεται στον εαυτό του/της. Δεν κάνει σχέση με άλλους
0	1	2	83		Κρατά μούτρα για πολύ	0	1	2	99	Είναι ανήσυχος/η
0	1	2	84		Παραμιλά ή κλαίει στον ύπνο του/της	0	1	2	100	Παρακαλώ σημειώστε ότι προβλήματα έχει το παιδί σας, τα οποία δεν αναφέρονται στον πιο πάνω κατάλογο

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΥΠΟΓΡΑΜΜΙΣΤΕ ΟΠΟΙΕΣ ΣΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Πάσχει το παιδί από κάποια ασθένεια ή αναπηρία (είτε σωματική είτε πνευματική);

Ναι Όχι

Αν **Ναι**, παρακαλούμε δώστε περισσότερες πληροφορίες.

.....
.....
.....
.....
.....

2. Τι σας απασχολεί περισσότερο στο παιδί;

.....
.....
.....
.....
.....

3. Παρακαλούμε να περιγράψετε τα καλύτερα χαρακτηριστικά του παιδιού;

.....
.....
.....
.....
.....

Λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς CBCL (6 - 18 ετών)



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ (ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-18 ΧΡΟΝΩΝ)

Μόνο για χρήση του γραφείου
Κωδικός

ΠΛΗΡΗΣ ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____ Όνομα Πατρώνυμο Επώνυμο

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ: Αγόρι Κορίτσι

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____ ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Η ΦΥΛΗ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

Ημέρα: _____ Μήνας: _____ Έτος: _____ Ημέρα: _____ Μήνας: _____ Έτος: _____

ΤΑΞΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ: _____ Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το έντυπο έτσι ώστε να εκφράζει τις δικές σας απόψεις για τη συμπεριφορά του παιδιού, ακόμη και εάν άλλοι μπορεί να μη συμφωνούν μαζί σας. Μπορείτε να προσθέσετε σχόλια δίπλα σε κάθε ερώτηση και στον χώρο που υπάρχει στη σελίδα 2.

ΔΕΝ ΠΑΕΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ **Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ακόμη και εάν δεν εργάζονται τώρα (παρακαλούμε απαντήστε με ακρίβεια – για παράδειγμα, μηχανικός αυτοκινήτων, στρατιωτικός, καθηγητής γυμνασίου, οικιακά): _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: _____

ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΑΠΟ (γράψτε με κεφαλαία το πλήρες όνομά σας): _____

Το φύλο σας: Άνδρας Γυναίκα

Η σχέση σας με το παιδί: Βιολογικός γονιός Πατριός/Μητριά Παπούς Ανάδοχος γονιός Θετός γονιός Άλλος: _____

I. Παρακαλούμε αναφέρετε τα κύρια σπορ στα οποία αρέσει στο παιδί σας να συμμετέχει. Για παράδειγμα: κολύμβηση, ποδήλατο, ποδόσφαιρο, μπάσκετ.

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

	Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/> Κανένα								
α. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Παρακαλούμε αναφέρετε τα αγαπημένα χόμπι, δραστηριότητες και παιχνίδια του παιδιού σας, εκτός από σπορ. Για παράδειγμα: συλλογή γραμματοσήμων, κούκλες, βιβλία, πιάνο, χειροτεχνίες, ηλεκτρονικός υπολογιστής, αυτοκίνητα, μουσική, ψάρεμα κ.τ.λ. (Μη συμπεριλάβετε το ραδιόφωνο και την τηλεόραση.)

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

	Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/> Κανένα								
α. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Παρακαλούμε αναφέρετε τις οργανώσεις, λέσχες, ομίλους ή ομάδες στις οποίες συμμετέχει το παιδί σας.

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο ενεργά συμμετέχει στην καθεμία;

	Λιγότερο ενεργά	Στο μέσο όρο	Περισσότερο ενεργά	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/> Καμία				
α. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Παρακαλούμε αναφέρετε τις εργασίες ή τα θελήματα που κάνει το παιδί σας. Για παράδειγμα: φυλά μικρά παιδιά, στρώνει το κρεβάτι του, εργάζεται σε μαγαζί (συμπεριλάβετε και δουλειές για τις οποίες αμείβεται).

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τις κάνει;

	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/> Καμία				
α. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις

Copyright 2001 T. Achenbach
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
<http://www.ASEBA.org/>

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΗ
Για την Ελλάδα: Αλεξάνδρα Ρούσσου, Εταιρεία για την Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων,
Μενάδρου 23 & Αγιαννίτου, Ιλίσσια, τηλ. 2107211845, <http://www.mednet.gr/>
ΣΕΛΙΔΑ 1

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

V. 1. Περίπου πόσους στενούς φίλους έχει το παιδί σας; (Μη συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

Κανένα 1 2-3 4 ή περισσότερους

2. Περίπου πόσες φορές την εβδομάδα κάνει πράγματα με τους φίλους του εκτός σχολείου; (Μη συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

Λιγότερο από 1 φορά 1-2 φορές 3 ή περισσότερες φορές

VI. Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, το παιδί σας:

	Χειρότερα	Στο μέσο όρο	Καλύτερα	
α. Πόσο καλά τα πάει με τους αδελφούς και τις αδελφές του;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Δεν έχει αδελφία
β. Πόσο καλά τα πάει με τα άλλα παιδιά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
γ. Πόσο καλά συμπεριφέρεται στους γονείς του;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
δ. Πόσο καλά παίζει και δουλεύει μόνο του;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Επίδοση στα μαθήματα

Δεν πάει σχολείο διότι _____

Σημειώστε για κάθε μάθημα στο κατάλληλο κουτάκι	Κάτω από τη βάση	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο
Άλλα μαθήματα π.χ. Η/Υ, Ξένες γλώσσες κ.λπ.				
Μη συμπεριλάβετε γυμναστική, μαθήματα οδήγησης ή άλλα μη σχολικά μαθήματα.				
α. Γλώσσα, Ελληνικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Ιστορία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Αριθμητική ή Μαθηματικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Φυσική, Χημεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Βρίσκεται το παιδί σας σε ειδική αγωγή, αποκαταστασιακό πρόγραμμα, τάξη ένταξης, ειδικό σχολείο;

Όχι Ναι – Είδος προγράμματος τάξης ή σχολείου:

3. Έχει το παιδί σας επανλάβει κάποια τάξη;

Όχι Ναι – Ποιες τάξεις και για ποιο λόγο;

4. Έχει το παιδί σας προβλήματα με τα μαθήματα ή άλλου είδους προβλήματα στο σχολείο;

Όχι Ναι – Παρακαλούμε περιγράψτε:

Πότε άρχισαν αυτά τα προβλήματα; _____

Έχουν λυθεί αυτά τα προβλήματα; Όχι Ναι – Πότε;

Έχει το παιδί σας κάποια αρρώστια ή αναπηρία (ψυχική, νοητική ή σωματική); Όχι Ναι – Παρακαλούμε περιγράψτε:

Τι σας ανησυχεί περισσότερο για το παιδί σας;

Παρακαλούμε περιγράψτε τα πιο θετικά χαρακτηριστικά του παιδιού σας.

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Παρακάτω είναι ένας κατάλογος με στοιχεία συμπεριφοράς παιδιών. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λάβετε υπόψη τη συμπεριφορά του παιδιού **στο παρόν ή στους τελευταίους 6 μήνες**. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί σας **πολύ ή πολύ συχνά**, βάλτε σε κύκλο το 2. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί σας **κάπως ή μερικές φορές**, βάλτε σε κύκλο το 1. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς δεν του ταιριάζει **καθόλου** βάλτε σε κύκλο το 0. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμη και αν μερικές φαίνονται να μην ταιριάζουν στο παιδί σας.

0=Δεν ταιριάζει (απ' όσο ξέρετε)		1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές	2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά				
0	1	2	1. Συμπεριφέρεται πολύ ανώριμα για την ηλικία του	0	1	2	32. Αισθάνεται ότι πρέπει να είναι τέλειος
0	1	2	2. Πίνει αλκοόλ χωρίς την άδεια των γονιών (περιγράψτε): _____	0	1	2	33. Αισθάνεται, παραπονιέται ότι κανείς δεν τον αγαπάει
0	1	2	3. Είναι πνεύμα αντιλογίας	0	1	2	34. Αισθάνεται ότι οι άλλοι είναι εναντίον του, ότι τον έχουν βάλει στο μάτι
0	1	2	4. Δεν καταφέρνει να τελειώσει κάτι που αρχίζει	0	1	2	35. Αισθάνεται ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι κατώτερος
0	1	2	5. Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που τον ευχαριστούν	0	1	2	36. Τραυματίζεται συχνά, παθαίνει εύκολα ατυχήματα
0	1	2	6. Κάνει τα κακά του έξω από την τουαλέτα	0	1	2	37. Μπλέκει σε πολλούς καβγάδες
0	1	2	7. Καυχείται, κάνει τον καμπόσο	0	1	2	38. Τον πειράζουν πολύ οι άλλοι
0	1	2	8. Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, να προσηλώσει την προσοχή του για πολλή ώρα	0	1	2	39. Κάνει παρέα με παιδιά που μπλέκουν σε φασαρίες
0	1	2	9. Δεν μπορεί να βγάλει από το μυαλό του ορισμένες σκέψεις, έμμονες ιδέες (περιγράψτε): _____	0	1	2	40. Ακούει ήχους ή φωνές που δεν υπάρχουν (περιγράψτε): _____
0	1	2	10. Δεν μπορεί να σταθεί ακίνητος, είναι ανήσυχος, υπερκινητικός	0	1	2	41. Είναι παρορμητικός, ενεργεί χωρίς να σκέφτεται
0	1	2	11. Είναι προσκολλημένος στους μεγάλους, πολύ εξαρτημένος	0	1	2	42. Προτιμά να είναι μόνος του, παρά με άλλους
0	1	2	12. Παραπονιέται ότι νιώθει μοναξιά	0	1	2	43. Λέει ψέματα, κάνει μικροαπάτες
0	1	2	13. Βρίσκεται σε σύγχυση, σαν να είναι χαμένος	0	1	2	44. Τρώει τα νύχια του
0	1	2	14. Κλαίει πολύ	0	1	2	45. Είναι νευρικός, έχει τεντωμένα νεύρα, βρίσκεται σε μεγάλη ένταση
0	1	2	15. Βασανίζει ζώα	0	1	2	46. Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (περιγράψτε): _____
0	1	2	16. Είναι σκληρός και μοχθηρός με τους άλλους, τους κάνει τον νταή	0	1	2	47. Έχει εφιάλτες
0	1	2	17. Ονειροπολεί, χάνεται μέσα στις σκέψεις του	0	1	2	48. Δεν τον συμπαθούν τα άλλα παιδιά
0	1	2	18. Προσπαθεί επίτηδες να τραυματισθεί ή να σκοτωθεί	0	1	2	49. Έχει δυσκολιότητα, δεν ενεργείται κανονικά
0	1	2	19. Ζητάει πολλή προσοχή από τους άλλους	0	1	2	50. Έχει πολλούς φόβους, είναι αγχώδης
0	1	2	20. Καταστρέφει τα πράγματά του	0	1	2	51. Αισθάνεται ζαλάδες
0	1	2	21. Καταστρέφει πράγματα που ανήκουν στην οικογένειά του ή σε άλλους	0	1	2	52. Αισθάνεται υπερβολικά ένοχος
0	1	2	22. Είναι ανυπάκουος στο σπίτι	0	1	2	53. Τρώει υπερβολικά
0	1	2	23. Είναι ανυπάκουος στο σχολείο	0	1	2	54. Φαίνεται υπερβολικά κουρασμένος χωρίς λόγο
0	1	2	24. Δεν τρώει καλά	0	1	2	55. Είναι υπέρβαρος
0	1	2	25. Δεν τα πάει καλά με τα άλλα παιδιά	0	1	2	56. Έχει σωματικά ενοχλήματα <i>χωρίς γνωστή ιατρική αιτία</i> : α. Διαφόρους πόνους (εκτός από πονοκεφάλους, πόνους στην κοιλιά) β. Πονοκεφάλους γ. Ναυτία, τάση για εμετό δ. Προβλήματα με τα μάτια του (όχι ότι φορά γυαλιά) (περιγράψτε): _____
0	1	2	26. Δεν φαίνεται να αισθάνεται τύψεις όταν έχει συμπεριφερθεί άσχημα	0	1	2	ε. Εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα
0	1	2	27. Ζηλεύει εύκολα	0	1	2	στ. Κοιλιακούς πόνους
0	1	2	28. Παραβιάζει τους κανόνες στο σπίτι, το σχολείο ή αλλού	0	1	2	ζ. Κάνει εμετούς
0	1	2	29. Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη, εκτός από το σχολείο (περιγράψτε): _____	0	1	2	η. Άλλα (περιγράψτε): _____
0	1	2	30. Φοβάται να πάει στο σχολείο				
0	1	2	31. Φοβάται μήπως σκεφθεί ή κάνει κάτι κακό				

ΣΕΛΙΔΑ 3

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

		Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.		
		1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές	2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά	
		0=Δεν ταιριάζει (απ' όσο ξέρετε)		
0 1 2	57. Επιτίθεται και χτυπά τους άλλους	0 1 2	84. Έχει παράξενη συμπεριφορά (περιγράψτε): _____	
0 1 2	58. Σκαλίζει τη μύτη του, τσιμπά επίμονα το δέρμα του ή άλλα μέρη του σώματός του (περιγράψτε): _____	0 1 2	85. Έχει παράξενες ιδέες (περιγράψτε): _____	
0 1 2	59. Παίζει με τα γεννητικά του όργανα δημόσια	0 1 2	86. Είναι πεισματάρης, δύσθυμος, ευερέθιστος	
0 1 2	60. Παίζει με τα γεννητικά του όργανα πάρα πολύ	0 1 2	87. Εμφανίζει ξαφνικές αλλαγές στη διάθεσή του ή στα συναισθήματά του	
0 1 2	61. Είναι κακός μαθητής	0 1 2	88. Είναι πολύ συχνά μωτρωμένος	
0 1 2	62. Είναι αδύσχετος, δεν έχει καλό συντονισμό	0 1 2	89. Είναι ακατάχαλος	
0 1 2	63. Προτιμά να κάνει παρέα με μεγαλύτερα παιδιά	0 1 2	90. Βρίζει, λέει βρομόλογα	
0 1 2	64. Προτιμά να κάνει παρέα με μικρότερα παιδιά	0 1 2	91. Μιλά για αυτοκτονία	
0 1 2	65. Αρνείται να μιλήσει στους άλλους	0 1 2	92. Μιλά ή περπατά στον ύπνο του (περιγράψτε): _____	
0 1 2	66. Επαναλαμβάνει ορισμένες πράξεις ξανά και ξανά σαν κάτι να τον αναγκάζει (περιγράψτε): _____	0 1 2	93. Μιλά πάρα πολύ	
0 1 2	67. Κάνει φυγές από το σπίτι	0 1 2	94. Πειράζει πολύ τους άλλους, είναι πειραχτήρι	
0 1 2	68. Φωνάζει πολύ, ουρλιάζει	0 1 2	95. Εμφανίζει εκρήξεις οργής, αρπάζεται εύκολα	
0 1 2	69. Είναι μυστικοπαθής, κρατά πράγματα μέσα του	0 1 2	96. Σκέφτεται το σεξ πάρα πολύ	
0 1 2	70. Βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν (περιγράψτε): _____	0 1 2	97. Απειλεί τους άλλους	
		0 1 2	98. Πιπλά το δάχτυλό του	
		0 1 2	99. Καπνίζει	
		0 1 2	100. Δυσκολεύεται να κοιμηθεί (περιγράψτε): _____	
0 1 2	71. Δεν είναι άνετος, ντροπιάζεται εύκολα, αισθάνεται εύκολα αμηχανία	0 1 2	101. Κάνει σκασαρχείο ή αδικαιολόγητες απουσίες	
0 1 2	72. Βάζει φωτιές	0 1 2	102. Είναι νωθρός, αργός στις κινήσεις του, του λείπει η ενεργητικότητα	
0 1 2	73. Έχει σεξουαλικά προβλήματα (περιγράψτε): _____	0 1 2	103. Είναι δυστυχισμένος, θλιμμένος, μελαγχολικός	
		0 1 2	104. Κάνει πολύ περισσότερη φασαρία από άλλα παιδιά	
		0 1 2	105. Κάνει χρήση ουσιών για μη ιατρικούς λόγους (μη συμπεριλάβετε το κάπνισμα ή το αλκοόλ) (περιγράψτε): _____	
0 1 2	74. Του αρέσει να κάνει επίδειξη			
0 1 2	75. Είναι πολύ ντροπαλός ή δειλός	0 1 2	106. Κάνει βανδαλισμούς	
0 1 2	76. Κοιμάται λιγότερο απ' όσο κοιμούνται τα περισσότερα παιδιά	0 1 2	107. Κατουριέται κατά τη διάρκεια της ημέρας	
0 1 2	77. Κοιμάται περισσότερο απ' όσο κοιμούνται τα περισσότερα παιδιά κατά τη διάρκεια της ημέρας ή και της νύχτας (περιγράψτε): _____	0 1 2	108. Κατουριέται στον ύπνο	
		0 1 2	109. Είναι γκρινιάρης	
0 1 2	78. Είναι απρόσεκτος, η προσοχή του διασπάται εύκολα	0 1 2	110. Επιθυμεί να ανήκει στο αντίθετο φύλο	
0 1 2	79. Έχει προβλήματα λόγου (περιγράψτε): _____	0 1 2	111. Απομονώνεται στον εαυτό του, δεν κάνει σχέσεις με άλλους	
		0 1 2	112. Αγωνιά, είναι αγχώδης	
0 1 2	80. Κοιτάζει με κενό βλέμμα	113. Παρακαλούμε γράψτε τυχόν προβλήματα του παιδιού σας που δεν αναφέρθηκαν στο ερωτηματολόγιο		
0 1 2	81. Κλέβει από το σπίτι	0 1 2		
0 1 2	82. Κλέβει από άλλα μέρη	0 1 2		
0 1 2	83. Μαζεύει πράγματα που του είναι άχρηστα (περιγράψτε): _____	0 1 2		

Κοινωνιομετρικό τεστ

Οι απαντήσεις σου είναι εμπιστευτικές και δε θα ανακοινωθούν στην τάξη.

Όνομα:

Ερώτηση 1:

Γράψε 3 ονόματα συμμαθητών σου (αγόρια ή κορίτσια) που **θα** ήθελες να καθίσαι δίπλα τους στο θρανίο, να παίζεις μαζί τους στο διάλειμμα ή το απόγευμα στη γειτονιά.

Για κάθε παιδί γράψε για ποιο λόγο το διαλέγεις.

1.
2.
3.

Ερώτηση 2:

Γράψε 3 ονόματα συμμαθητών σου (αγόρια ή κορίτσια) που **δε θα** ήθελες να καθίσαι δίπλα τους στο θρανίο, να παίζεις μαζί τους στο διάλειμμα ή το απόγευμα στη γειτονιά.

Για κάθε παιδί γράψε για ποιο λόγο το διαλέγεις.

1.
2.
3.

Κοινωνιόγραμμα

Κοινωνιομετρικός πίνακας		ΤΑΞΗ Α															Άθροισμα των ψήφων που τον έχουν επιλέξει		
Ποιους διάλεξε ή απέρριψε ο καθένας↓																	Θετικές	Αρνητικές	Σύνολο
	Όνομα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
1		■																	
2			■																
3				■															
4					■														
5						■													
6							■												
7								■											
8									■										
9										■									
10											■								
11												■							
12													■						
13														■					
14															■				
15																■			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
Θετικές																			
Αρνητικές																			
Άθροισμα																			

Κοινωνικότητα ατόμου

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αντωνίου, Α. & Παπαδάτος, Γ. (2008). *Ψυχολογία ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*. Εκδόσεις: Πασχαλίδης.
- Αντωνοπούλου, Α., Σταμπολτζή, Α. & Κουβαβά Σ. (2010, Σεπτέμβριος). Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Επιθεώρηση εκπαιδευτικών θεμάτων*, 16, 162 – 180.
- Αρώνη – Βουρνά, Σ. (2011, 10 Απριλίου). ΔΕΠ-Υ στην οικογένεια, η ελληνική πραγματικότητα. Εισήγηση που παρουσιάστηκε στην ενημερωτική εκδήλωση « Η ΔΕΠ-Υ στο σχολείο και την οικογένεια». Αθήνα.
- Βάμβουκας, Μ. (1991). *Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία*. (2^η εκδ.) Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Βάρβογλη, Λ. (2005). *Τι συμβαίνει στο παιδί. Νευροεξελικτικές διαταραχές της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε..
- Βάρβογλη, Λ. & Γαλάνη, Μ.Μ. (2007). *Η διάγνωση της διάσπασης προσοχής: Πρακτικός οδηγός*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Γκονέλα, Ε. (χ.χ.). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (δεπ) και υπερκινητικότητας (δεπυ) (attention deficit hyperactivity disorder – ad/hd)*. Ανακτημένο από τον διαδικτυακό τόπο http://dipe.sam.sch.gr/schsymb/eidagog/dep_depy.pdf.
- Elliott, S., Kratochwill, T., Littlefield Cook, J. & Travers, J. (2008). *Εκπαιδευτική ψυχολογία. Αποτελεσματική διδασκαλία. Αποτελεσματική μάθηση*. Α. Λεονταρή & Ε. Συγκολλίτου (Επιμ.). (Μ. Σόλμαν & Φ. Καλύβα, Μετάφρ.). Αθήνα: Gutenberg.
- Fischer, L. (2006). *Κοινωνιολογία του σχολείου*. (Μ. Σπυριδοπούλου & Μ. Οικονομίδου, Μετάφρ.). Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Grawitz, M. (2006). *Μέθοδοι των κοινωνικών επιστημών*. Τόμος Β΄. Γ. Κατερέλος, (Επιμ.). (Ε. Αστερίου, Μετάφρ.). Αθήνα: Οδυσσέας.
- Κάκουρος, Ε. (2001) (Επιμ.). *Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στην συμπεριφορά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση*. (6^η εκδ.) Αθήνα: τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός
- Καλαντζή – Αζίζι, Α. & Μπεζεβέγκης, Η. (2000) (Επιμ.). *Θέματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων*. (2^η εκδ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή – Αζίζι, Α. & Καραδήμας, Ε.Χ. (2004). *Διάσπαση προσοχής και αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων από τον απρόσεκτο μαθητή ως την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα*. Στο Καλαντζή – Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (επιμ.). *Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κογκούλης, Ι. (2005). *Εισαγωγή στην Παιδαγωγική*. (6^η εκδ.) Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Αδελφών Κυριακίδη.
- Κουρκούτας, Η. & Chartier, J. – P. (2008) (Επιμ.). *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές. Στρατηγικές παρέμβασης*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Κώτση, Σ. (χ.χ.). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)*. Ανακτημένο από τον διαδικτυακό τόπο kday-v.thess.sch.gr/wp-content/uploads/presentation1.ppt.
- Μανιαδάκη, Κ. (2001). *Η επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη μάθηση και τη συμπεριφορά*. Στο Κάκουρος, Ε. (επιμ.). *Το υπερκινητικό παιδί και οι δυσκολίες του στη μάθηση και τη συμπεριφορά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μάνου, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Μπακιρτζής, Κ. (1996). *Η δυναμική της αλληλεπίδρασης στην επικοινωνία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μπεζεβέγκης, Η. (1987). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία*. Τόμος Α΄. Αθήνα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Neuhaus, C. (2009). *Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματα του. Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση*. Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.) (Γ. Μωραΐτου, Μετάφρ.) (2^η εκδ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της συμπεριφοράς.

- Νικολάου, Σ.Μ. (2009). *Κοινωνικοποίηση στο σχολείο. Έρευνα στα σχολικά εγχειρίδια του γλωσσικού μαθήματος της ΣΤ' τάξης του δημοτικού σχολείου*. Αθήνα: Gutenberg.
- Παπαγεωργίου, Β. (2010, 22 Μαΐου). ΔΕΠ-Υ και διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Εισήγηση που παρουσιάστηκε στο συνέδριο «Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα: 20 χρόνια μετά». Αθήνα.
- Πολεμικός, Ν., Καϊλα, Μ., Θεοδωροπούλου, Ε. & Στρογγυλός, Β. (2010). *Εκπαίδευση παιδιών με ειδικές ανάγκες: μια πολυπρισματική προσέγγιση*. Αθήνα: Πεδίο.
- Πυργιωτάκης, Ι. (2010). *Εισαγωγή στην παιδαγωγική επιστήμη*. (15^η εκδ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ρούσσο, Π. & Τσαούσης, Γ. (2002). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σταμάτης, Π. (2007). *Παιδαγωγική επικοινωνία στην προσχολική και πρωτοσχολική εκπαίδευση*. Αθήνα: Ατραπός.
- Terrell, C., & Passenger, T. (2007). *Μάθετε για την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), τον αυτισμό, τη δυσλεξία και την δυσπραξία*. Γ. Χρούσος & Ν. Περβανίδου, (Επιμ.). (Π. Μπουλάς, Μετάφρ.). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Ε.Π.Ε..
- Τσιάντης, Γ., & Μανωλόπουλος, Σ. (1988) (Επιμ.). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*. Β' τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Wenar, C. & Kerig P. (2008). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία. Από την βρεφική ηλικία στην εφηβεία*. Δ. Μαρκουλής & Ε. Γεωργάκα (Επιμ. – Μετάφρ.). Αθήνα: Gutenberg.
- Wilmshurst, L. (2011). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία. Μια αναπτυξιακή προσέγγιση*. Η. Μπεζεβέγκης, (Επιμ.). (Μ. Κουλεντιάνου, Μετάφρ.). Αθήνα: Gutenberg.
- Χατζηκαλλία, Κ. (2012, 17 Οκτωβρίου). Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της δυσλεξίας / ΔΕΠ-Υ. Εισήγηση που παρουσιάστηκε στην ημερίδα «Μαθησιακές δυσκολίες - Δυσλεξία - ΔΕΠ-Υ». Επανομή.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3th ed., rev.). Washington DC: APA.
- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Barkley, R.A. et al., (2002). International Consensus Statement on ADHD. January 2002. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2): 89-111.
- Eme, R.F. (1992). Selective female affliction in development of disorders of childhood: a literature review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 354 – 364.
- Fabes, R.A., Shepard, S.A., Guthrie, I.K. & Martin, C.L. (1997). Roles of temperamental arousal and gender – segregated play in young children’s social adjustment. *Developmental Psychology*, 33 (4).
- Gadow, K.D. & Sprafkin, J. (1997). *Child symptom inventory 4: Norms manual*. Stony Brook, N.Y.: Checkmate Plus.
- Heiman, T. (2009). An Examination of Peer Relationships of Children With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology International*, 12 no. 4, 372-380.
- Hoza, B. et al. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention – deficit / hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411-423.
- Marshal, M.P. et al., (2003). Childhood ADHD and adolescent substance use: an examination of deviant peer group affiliation as a risk factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 293-302.
- Mrug, S. et al. (2009). Discriminating Between Children With ADHD and Classmates Using Peer Variables. *Journal of attention disorders*, 12(4) 372-380.
- Normand, S. et al. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Challenges of Close Friendship. *Journal of the Canadian Academy of child and adolescent psychiatry*, 16(2), 67 -73.

- Unnever, J.D. & Cornell, D.G. (2003). Bullying, Self-Control, and Adhd. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 no. 2, 129-147.

Διαδίκτυο

- <http://www.adhdhellas.org/depy/symptomata>
- <http://www.adhdhellas.org/depy/aities-1>
- <http://www.adhdhellas.org/depy/synnosirota>
- <http://www.focuson..child.gr/adhd-relationships.html>