



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

---

**«ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ ΚΑΙ  
ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ  
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΔΕΠ-Υ)»**

---

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΛΑΠΕΡΔΑΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΛΛΙΜΟΣ ΛΑΔΙΚΑ ΜΑΡΙΑ ΛΟΥΪΖΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2015



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Μαλαπέρδα Κωνσταντίνο που η βοήθεια του ήταν πολύτιμη για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη «Πρότυπη Θεραπευτική Μονάδα Πράξις» για την εξάμηνη συνεργασία μας καθώς και την βοήθεια που μου πρόσφεραν διανέμοντας τα ερωτηματολόγια της έρευνας.

Τον Σύλλογο Γονέων Παιδιών με Μαθησιακές Δυσκολίες Καβαλάς για την εξ' ίσου πολύτιμη βοήθεια της για την διανομή των ερωτηματολογίων στους γονείς.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για την ηθική και οικονομική υποστήριξη τους στα χρόνια των σπουδών μου.



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	2
1 <sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ .....	3
1.1. ΔΥΣΛΕΞΙΑ .....	3
1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΣΥΜΦΩΝΙΑ.....	4
1.3.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	5
1.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ .....	10
1.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ .....	12
1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ .....	14
1.8. ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	18
( ΔΕΠΥ).....	18
1.8.1 ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	19
1.8.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΣΥΜΦΩΝΙΕΣ .....	20
1.8.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	25
1.8.4ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ .....	26
1.8.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ(ΔΕΠ-Υ) .....	29
1.8.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	31
1.9. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	35
1.9.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	36
1.9.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ .....	36
1.9.3. ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗ ΔΕΠ-Υ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	39
2.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ .....	39
3 <sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	49
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	73
4.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	75
4.3. ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	76
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	79
6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	82



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμφάνιση της συννοσηρότητας θεωρείται συχνό φαινόμενο στις μέρες μας. Οι μαθησιακές δυσκολίες θεωρείται πως αποτελούν την αρχή των ψυχικών διαταραχών που ακολουθούν το άτομο σε ολόκληρη τη ζωή του. Θεωρίες έχουν δείξει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των μαθησιακών δυσκολιών και των ψυχιατρικών δυσκολιών.

Ο σκοπός λοιπόν, αυτής της έρευνας ήταν να δείξει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της δυσλεξίας και της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα 54 ατόμων με διαγνωσμένη δυσλεξία (32 αγόρια και 22 κορίτσια) ηλικίας 7 έως 15 ετών, στο Σύλλογο Γονέων Παιδιών με Μαθησιακές Δυσκολίες και στη Πρότυπη Θεραπευτική Μονάδα «Πράξις». Τα αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύουν τη Συννοσηρότητα με ποσοστό 67,7% στα αγόρια και 62,6% στα κορίτσια. Έτσι, συμπεραίνουμε ότι υπάρχει Συννοσηρότητα μεταξύ δυσλεξίας και ΔΕΠ-Υ.

**Λέξεις κλειδιά:** *Δυσλεξία, Διάσπαση ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα ή ΔΕΠ-Υ, Συννοσηρότητα*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας, τόσο οι αναπτυξιακές διαταραχές όσο και οι μαθησιακές δυσκολίες κάνουν την εμφάνιση τους όλο και πιο συχνά. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, η εμφάνιση δύο ή περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών ταυτόχρονα με τις μαθησιακές δυσκολίες είναι συχνό φαινόμενο. Πιο συγκεκριμένα, πληθώρα ερευνητών έχουν ασχοληθεί με την Συννοσηρότητα μαθησιακών δυσκολιών και ψυχιατρικών διαταραχών. Έτσι, δημιουργήθηκε η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με τη Συννοσηρότητα που παρουσιάζουν δυσλεκτικοί μαθητές με ταυτόχρονη εμφάνιση ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας. Γι' αυτό το λόγο, χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια σε γονείς παιδιών με διαγνωσμένη δυσλεξία.

Η παρούσα ερευνητική εργασία, περιλαμβάνει δύο μέρη, το θεωρητικό κομμάτι και το ερευνητικό κομμάτι. Χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο έχει θεωρητικό υπόβαθρο, δίνει πληροφορίες γενικά για τους όρους που θα αναλυθούν στην έρευνα. Αναλύουν δηλαδή, τις διαταραχές που παρουσιάζουν τα παιδιά ή οι έφηβοι, στα οποία εφαρμόστηκε η έρευνα. Οι διαταραχές αυτές είναι η Δυσλεξία, η Διάσπαση ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα και η Συννοσηρότητα. Στο άλλο θεωρητικό κεφάλαιο αναλύεται το διαγνωστικό μέρος των παραπάνω όρων.

Ύστερα ακολουθεί το ερευνητικό κομμάτι, στο οποίο περιγράφεται το υλικό που χρησιμοποιήθηκε. Σε αυτή την έρευνα παρουσιάζονται ερωτήματα σε δυσλεκτικούς μαθητές, τα οποία αφορούν τη διάσπαση ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα και έχουν ως σκοπό να δείξουν αν τελικά συνυπάρχουν μεταξύ τους οι δύο διαταραχές .

Βάσει λοιπόν των ερευνητικών στόχων, η εργασία απευθύνεται σε γονείς παιδιών και εφήβων με μαθησιακές δυσκολίες, σε διάφορους επαγγελματίες που εργάζονται στον χώρο της υγείας και της εκπαίδευσης, σε λογοθεραπευτές, σε ειδικούς παιδαγωγούς, ψυχολόγους καθώς και σε όσους ενδιαφέρονται να μάθουν γύρω από αυτό το θέμα. Παρακάτω, ακολουθούν οι ορισμοί των διαταραχών που εμφανίζουν τα παιδιά ή οι έφηβοι, έτσι ώστε να εξοικειωθούν οι αναγνώστες με τους όρους που θα ακολουθήσουν στην έρευνα.



# 1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

## 1.1. ΔΥΣΛΕΞΙΑ

«Δυσλεξία ορίζεται η διαταραχή που παρουσιάζεται σε παιδιά, τα οποία παρά τη φοίτηση τους σε συνηθισμένες σχολικές τάξεις αποτυγχάνουν να αποκτήσουν τις γλωσσικές δεξιότητες που σχετίζονται με την ανάγνωση , τη γραφή και την ορθογραφία, σε βαθμό ανάλογο με τις διανοητικές τους ικανότητες (Κ. Πόρποδας,1997,σελ 32)».

«Δυσλεξία σημαίνει εξαιρετική δυσκολία στην επεξεργασία του γραπτού λόγου και κατά συνέπεια δυσκολία στην Ανάγνωση , δυσανάλογα επίμονη προς την ηλικία και το νοητικό δυναμικό του μαθητή, επίσης επίμονη αδυναμία στην εκμάθηση της Ορθογραφίας των λέξεων και στην αυτοματοποίηση της Ορθογραφικής Ικανότητας (Δ. Μαυρομάτη,1995,σελ.17-18)».

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Οργάνωση Δυσλεκτικών:

«Δυσλεξία είναι η διαταραχή στην απόκτηση: της Αναγνωστικής, Ορθογραφικής και Γράφο-κινητικής Ικανότητας, οι οποίες έχουν νευρολογική προέλευση. Οι γνωστικές δυσκολίες που προκαλούν οι διαφορές μπορούν επίσης να επηρεάσουν τις οργανωτικές ικανότητες και τις ικανότητες υπολογισμού και άλλα πολλά που μπορούν να προκληθούν από ένα συνδυασμό δυσκολιών στην φωνολογική επεξεργασία, μνήμη εργασίας , ταχεία ονομασία , την αλληλουχία και τον αυτοματισμό των βασικών δεξιοτήτων».

## 1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΣΥΜΦΩΝΙΑ

Από το 1937 ξεκίνησε μια διαφωνία μεταξύ των νευρολόγων και των παιδαγωγών, για τον όρο της δυσλεξίας, η οποία συνεχίζεται και στις μέρες μας. Από τη μία πλευρά η παραδοσιακή παιδαγωγική αποδίδει την αναγνωστική δυσκολία στην μειωμένη διδακτική απόδοση. Από την άλλη πλευρά όμως, η ιατρική αποδίδει την αναγνωστική δυσκολία σε μία ειδική δυσκολία του ατόμου στην επεξεργασία της γραπτής γλώσσας παρά σε εξωτερικούς παράγοντες όπως ήταν η διδακτική απόδοση.

Η αρνητική στάση πολλών παιδαγωγών για τη δυσλεξία οφείλεται κυρίως σε θεωρίες των κυριότερων αντιπροσώπων της παιδαγωγικής ψυχολογίας (1930-1940). Οι θεωρίες με τη μεγαλύτερη απήχηση ήταν αυτές του Burt και του Schonell, οι οποίες υποστήριζαν ότι οι δυσκολίες στη μάθηση ή αλλιώς σχολική αποτυχία, οφειλόταν σε εξωτερικούς παράγοντες όπως: η σχολική προσαρμογή, κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, καθώς και οι ατομικές διαφορές και η προσωπικότητα του ατόμου. Έτσι, λόγω αυτής της θεωρίας που έδινε έμφαση σε περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, καλύφθηκε το ενδιαφέρον για το πρόβλημα της «σύμφυτης λεξικής τύφλωσης», δηλαδή έκανε τους εκπαιδευτικούς πιο διστακτικούς να δεχτούν ότι η αναγνωστική δυσκολία μπορεί να οφείλεται σε σύμφυτες λειτουργικές ανωμαλίες.

Η M.Vernon (1957) υποστήριξε αυτό που πίστευαν πολλοί εκείνη την εποχή, ότι δηλαδή η αναγνωστική ικανότητα μπορεί να διακριθεί σε πολλούς βαθμούς και κατά συνέπεια η αναγνωστική επιτυχία ή αποτυχία οφείλεται σε νοητικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Έτσι, η δυσλεξία δεν θεωρείται ξεχωριστό πρόβλημα, αλλά ως ένα μαθησιακό πρόβλημα που είναι δυνατόν να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες.

Συνέπεια αυτής της προαναφερθείσας διαφοράς ήταν ο αποπροσανατολισμός και η μείωση της προσπάθειας για την αντιμετώπιση των αναγνωστικών προβλημάτων των δυσλεκτικών ατόμων. Μάλιστα, κάποιοι εκπαιδευτικοί αρνούνται να δεχτούν τον όρο «δυσλεξία» για ένα ορισμένο αναγνωστικό πρόβλημα, αντιθέτως προτείνουν τον όρο «ειδική αναγνωστική επιβράδυνση».

Παρά τις διαφωνίες για την αποδοχή του όρου «δυσλεξία», τα τελευταία χρόνια υπάρχει διεθνώς μεγάλη αποδοχή στις απόψεις των νευρολόγων για το πρόβλημα της

δυσλεξίας. Πιο συγκεκριμένα, υιοθετείται η άποψη ότι η αναγνωστική δυσκολία, δεν είναι αποτέλεσμα πνευματικής καθυστέρησης ή περιβαλλοντικών συνθηκών, αποτελεί όμως μια ξεχωριστή και διαφοροποιημένη κατηγορία μαθησιακής δυσκολίας.

### 1.3.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες παρουσιάζουν δυσκολίες στην κατάκτηση και στην καλλιέργεια της Αναγνωστικής και της ορθογραφικής ικανότητας και στην αυτοματοποίηση των γνώσεων που αποκτούν και που έχουν σχέση με την ορθή γραφή των λέξεων (π.χ. γραμματικοί κανόνες).

Τα βασικότερα συμπτώματα στην ανάγνωση και στην ορθογραφία καθώς και σε γενικά χαρακτηριστικά τα βρίσκουμε σε δυσλεξικά άτομα και κάποια γενικά χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω:

#### *Στην Ανάγνωση*

- Παράλειψη, Πρόσθεση, Αντικατάσταση, Αντιμετάθεση γραμμάτων συλλαβών και λέξεων.
- Αργή ανάγνωση, διστακτικά, συλλαβιστά, χωρίς νόημα , χωρίς ροή.
- Έλλειψη κατανόησης κειμένου.
- Χάσιμο σειράς στο κείμενο- βιβλίο.

#### *Στην Γραφή*

- Ακόμη και σε λέξεις που έχουν διδαχθεί, κάνουν πολλά ορθογραφικά λάθη.
- Παραλείψεις, Προσθήσεις, Αντιμεταθέσεις , Αντικαταστάσεις γραμμάτων , συλλαβών, λέξεων
- Καθρεφτική γραφή
- Κακογραφία, ακαταστασία, μοντζούρες στο γραπτό, μεγάλα κενά ή απουσία κενών, χωρίς σημεία στίξης, χωρίς κεφαλαία ή παρεμβολή τους ανάμεσα σε μικρά.

*Άλλα χαρακτηριστικά παιδιών με δυσλεξία*

- Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην επίδοσή τους σε γλωσσικά μαθήματα από εκείνη που θα περιμέναμε να έχουν λόγω του νοητικού τους.
- Πιθανότητα ύπαρξης δυσκολίας στον προσανατολισμό, στην αίσθηση του χώρου και του χρόνου.
- Δεν μπορούν να διατηρήσουν την προσοχή τους για μεγάλο ικανοποιητικό χρονικό διάστημα ανάλογα με την ηλικία τους. Επίσης χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα στο τρόπο που αντιδρούν σε διάφορες καταστάσεις.
- Έχουν χαμηλής διάρκειας βραχύχρονη μνήμη.
- Πιθανότατα παρουσιάζουν ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και δυσαριθμησία.
- Δεν υπάρχουν προβλήματα στην άρθρωση και στην ομιλία (εκτός βέβαια αν υπάρχει άλλου είδους διαταραχή), παρ' όλα αυτά δεν περιγράφουν με πολλές προτάσεις καθώς επίσης δεν περιγράφουν και τα συναισθήματα τους. Καμιά φορά κάνουν λάθη σημασιολογικού τύπου και λάθη σύνταξης.
- Δεν οργανώνουν καλά τη μελέτη τους και το προσωπικό τους χρόνο. Δεν ανταποκρίνονται με συνέπεια λόγω της έλλειψης οργανωτικότητας. Είναι συνήθως ακατάστατα και αδέξια.
- Έχουν δυσκολία στο να αναγνωρίσουν την ομοιοκαταληξία ανάμεσα σε δύο λέξεις.
- Έχουν σημαντική δυσκολία στην επεξεργασία της φωνολογίας της γλώσσας .
- Αντιμετωπίζουν πολλές φορές δυσκολία στην οπτική και ακουστική μνήμη.
- Παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν έχουν καλή κριτική ικανότητα αλλά δεν μπορούν να εκφραστούν σε ικανοποιητικό βαθμό.

*Γνωσιακές μειονεξίες στη δυσλεξία*

- *Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην οπτική αναγνώριση*
- *Δυσκολίες στην φωνολογική ενημερότητα και συγκεκριμένα στην κατάτμηση του λόγου σε λέξεις και συλλαβές.*
- *Δυσκολία στην αντιγραφή λόγω έλλειψης συγκράτησης στη μνήμη*
- *Αδυναμία στην οπτική αντίληψη ή στην ακουστική μνήμη, αλλά να προκαλούνται τα λάθη αυτά από αδυναμία μνήμης (βραχύχρονης μνήμης).*
- *Έλλειψη κωδικοποίησης των φωνολογικών στοιχείων του λόγου.*

#### 1.4. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ

Η δυσλεξία επειδή αποτελεί πρόβλημα κυρίως της επεξεργασίας του γραπτού λόγου, διακρίνεται λοιπόν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στην *επίκτητη δυσλεξία* και στην *ειδική ή εξελικτική δυσλεξία*.

*Επίκτητη δυσλεξία*

Η επίκτητη δυσλεξία χαρακτηρίζεται από τη δυσκολία ή την ανικανότητα του ατόμου στην επεξεργασία του γραπτού λόγου. Η αντίθεση όμως από την ειδική ή εξελικτική δυσλεξία είναι ότι στην επίκτητη δυσλεξία οι ικανότητες της ανάγνωσης, της γραφής και της ορθογραφίας είχαν αποκτηθεί πλήρως και χάθηκαν ή μειώθηκαν λόγω εγκεφαλικού τραυματισμού.

«Σύμφωνα με τον Geschwind (1962), ξεχώρισε τρεις τύπους επίκτητης δυσλεξίας. Ο πρώτος χαρακτηρίζεται από σοβαρή ανικανότητα στην κατανόηση του προφορικού και γραπτού λόγου και μια δυσκολία στην παραγωγή ορθογραφημένης γραφής. Ο δεύτερος τύπος, και λιγότερο συχνός, χαρακτηρίζεται από σαφή ανικανότητα στην ανάγνωση και τη γραφή. Ο τρίτος τύπος χαρακτηρίζεται από ανικανότητα στην ανάγνωση αλλά όχι και τόσο στη γραφή. Από τους τρεις τύπους ο τελευταίος είναι εκείνος που μοιάζει, κατά κάποιο τρόπο, με την ειδική δυσλεξία (Κ. Πόρποδα, 1997)».

### *Ειδική ή Εξελικτική δυσλεξία*

Η ειδική δυσλεξία μπορεί να διακριθεί σε διάφορους τύπους. Η διαφοροποίηση αυτή έχει θεωρητική βάση καθώς και πρακτική χρησιμότητα. Έτσι, η ειδική δυσλεξία χωρίζεται με βάση την δυσκολία που αντιμετωπίζουν τα δυσλεκτικά άτομα σε δύο κατηγορίες: στην *οπτική δυσλεξία* και στην *ακουστική δυσλεξία* .

### *Οπτική δυσλεξία*

Η οπτική δυσλεξία χαρακτηρίζεται από δυσκολία στη μάθηση κυρίως μέσω της οπτικής λειτουργίας. Κύριο χαρακτηριστικό είναι η δυσκολία στη διάκριση σύνθετων σχεδίων, στην κατανόηση και αναπαραγωγή ακολουθιών και επίσης χαρακτηρίζονται από πιθανή αδεξιότητα στη κινητικότητα.

Στην ανάγνωση, παιδιά με οπτική δυσλεξία, μπερδεύουν λέξεις ή γράμματα που μοιάζουν οπτικά ή καθρεφτική αντιστοιχία. Αυτό αποδίδεται στην αδυναμία της οπτικής μνήμης, αιτία της οποίας θεωρείται η δυσκολία για τη εκμάθηση της σωστής τοποθέτησης και προσανατολισμού των γραμμάτων. Τα παιδιά με οπτική δυσλεξία, αντιμετωπίζουν τις λέξεις σαν να τις βλέπουν πρώτη φορά, καθιστώντας εμφανές το γεγονός, ότι έχουν περιορισμένο οπτικό λεξιλόγιο.

Η ορθογραφημένη γραφή στα παιδιά με οπτική δυσλεξία, χαρακτηρίζεται από αρκετά φωνητικά λάθη. Ακόμη, επειδή παραβλέπουν τη γραφο-φωνιμική αντιστοιχία μερικές φορές τείνουν να γράφουν λανθασμένα.

### *Ακουστική δυσλεξία*

Η αναγνώριση της ακουστικής δυσλεξίας σχετίζεται άμεσα με το όπτικο-συμβολικό σύστημα, το οποίο βοηθιέται από τις ακουστικές λειτουργίες, όπως για παράδειγμα η ικανότητα διάκρισης όμοιων ήχων ή διαφορετικών αλλά και η ικανότητα σύνθεσης ήχων σε λέξεις και αντίστροφα.

Τα παιδιά που έχουν αυτού του τύπου δυσλεξία δυσκολεύονται στην ανάλυση των λέξεων σε ακουστικές μονάδες συλλαβικής βάσεως αλλά και στην παραγωγή συλλαβικών ακουστικών μονάδων σε λέξεις με εννοιολογικό περιεχόμενο.

Γενικότερα, το παιδί που πάσχει από ακουστική δυσλεξία έχει την ικανότητα να συνδέει τις λέξεις με τις έννοιες τους, αλλά αντιμετωπίζει δυσκολίες στο να αλλάζει τα οπτικά γλωσσικά σύμβολα σε ακουστικά.

Ειδικότερα, τα δυσλεκτικά παιδιά αυτής της κατηγορίας έχουν την τάση να διαβάζουν τις λέξεις «ολικά», δηλαδή σαν μορφολογικά σύνολα. Όταν όμως βρουν λέξεις, τις οποίες δεν έχουν συναντήσει, δηλαδή τους είναι άγνωστες, αυτές δεν μπορούν να τις διαβάσουν ολικά, εκεί δυσκολεύονται στην ανάγνωση τους, διότι η

ανάπτυξη αυτών των μηχανισμών είναι ελλιπείς. Έτσι, το παιδί μπορεί να διαβάσει τις λέξεις που μπορεί να συνδέσει τη γραφημική τους παράσταση με την έννοια τους.

Η απόδοση του παιδιού στη γραφή και στην ορθογραφία είναι χαμηλή ακόμη και από την αναγνωστική του ικανότητα. Κατά συνέπεια, οι μόνες λέξεις που μπορεί ένα παιδί με ακουστική δυσλεξία να γράψει σωστά είναι όσες υπάρχουν στο οπτικό του λεξιλόγιο. Κάποια από τα λάθη που κάνουν είναι η παράλειψη κάποιων ενδιάμεσων συλλαβών στη λέξη, ίσως επειδή δεν μπορούν να διακρίνουν όλα τα μέρη του μιας της λέξης. Κάποιες φορές αντικαθιστούν λέξεις που μοιάζουν στο οπτικό με αυτό που έχουν σαν έννοια ή εικόνα στο μυαλό τους.

Βέβαια, πρέπει να επισημανθεί ότι κανένας από τους δυο τύπους δυσλεξίας δεν μπορεί να υπάρξει ανεξάρτητα, αλλά είναι πιο σύνηθες να συνυπάρχουν αυτοί οι δύο τύποι δυσλεξιών ταυτόχρονα. Σύμφωνα λοιπόν, με τους Ingram (1964) και Boder (1973) «διέκριναν και μία τρίτη κατηγορία ειδικής δυσλεξίας, οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στη λειτουργία και των δύο λειτουργικών καναλιών επεξεργασίας του γραπτού λόγου». Η κατηγορία αυτή ονομάστηκε *μεικτή δυσλεξία*.

## 1.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Για να προσδιοριστεί το φαινόμενο της δυσλεξίας, είναι απαραίτητο να γίνει γνωστό ότι προκαλεί αυτές τις ανωμαλίες. Έχουν γίνει πολλές έρευνες για τη δυσλεξία και έχουν υπάρξει αρκετές διαφωνίες, για να προσδιορίσουν τελικά τη φύση της λειτουργικής ανωμαλίας ενός δυσλεκτικού ατόμου, και το τι εμποδίζει την επεξεργασία του γραπτού λόγου. Κάποια από τα ερωτήματα που γεννιούνται είναι τα εξής: είναι ή δεν είναι λειτουργική η βλάβη, οφείλεται σε ενδογενείς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες; Και επίσης, πώς εκδηλώνεται, ποιες οι λειτουργικές διαδικασίες υπολειπονται ή δε λειτουργούν;

Ορισμένοι άνθρωποι γεννιούνται με κάποιο γενετικό κώδικα που τους αφήνει να χρησιμοποιούν ένα συγκεκριμένο μέρος του εγκεφάλου που τροποποιεί και διαμορφώνει την αντίληψή τους, βέβαια αυτό δεν τους κάνει δυσλεκτικούς, αλλά διευκολύνει την ανάπτυξη της δυσλεξίας. Η θεωρία αυτή εξηγεί την τάση της



οικογένειας προς τη δυσλεξία , καθώς και το γεγονός που πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι είναι κληρονομική.

Οι αιτίες που οδηγούν στη δυσλεξία είναι αποτέλεσμα από :

- I. ελαφρά εγκεφαλική δυσλειτουργία,
- II. δυσμενείς συνθήκες γύρω από τις αποκλίσεις της δεξιοχειρίας,
- III. η συχνότητα δυσλεξικών φαινομένων στο οικογενειακό δέντρο του παιδιού.

Παρακάτω θα αναλυθεί μία μία κάθε κατηγορία:

I. Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία

Πριν τη γέννηση: Λοιμώδεις ασθένειες της μητέρας, rhesus ασυμβίβαστο, αιμορραγίες κατά την εγκυμοσύνη, βλάβες που οδηγούν σε πρόωρο τοκετό( κάπνισμα της μητέρας ή κατανάλωση αλκοόλ), προγενετικές μηνιγγίτιδες.

Κατά τη γέννηση: Πίεση της κεφαλής, παράταση των διαδικασιών γεννήσεως λόγω κακής θέσεως του εμβρύου.

Μετά τη γέννηση: Ασφυξία ( ελλιπής οξυγόνωση εγκεφάλου), λοιμώδης ασθένειες ή εμπύρετες ασθένειες, ιδιαίτερα , κατά τα δύο πρώτα έτη της ηλικίας του παιδιού (οστρακιά, διφθερίτιδα, κοκίτης, ιλαρά γρίπη, ωτίτιδα του μέσω ωτός, πνευμονία, γαστρεντερίτιδα) (Κ. Αλεξάνδρου, 1995).

Οι συνέπειες των εγκεφαλικών βλαβών είναι:

- a. Βαριάς μορφής κινητικές βλάβες(π.χ. σπαστική παράλυση).
- b. Βαριάς μορφής νοητική καθυστέρηση( μπορεί ταυτόχρονα να εμφανίζουν και κινητικές βλάβες).
- c. Ψυχικές βλάβες( φυσιολογική νοημοσύνη, αλλά αποκλίσεις συμπεριφοράς και λειτουργικές βλάβες).

Παιδιά με ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, δεν παρουσιάζουν οπωσδήποτε μαθησιακές δυσκολίες, μάλιστα έρευνες έχουν δείξει ότι μόνο το 1/3 των παιδιών εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες και αποκλίσεις συμπεριφοράς.

Οι κυριότερες αποκλίσεις συμπεριφοράς είναι: Ανησυχία, αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής , αδυναμία κοινωνικής επαφής και μεγάλη απογοήτευση.

## II. Αριστεροχειρία

Φαίνεται ότι τα παιδιά που είναι αριστερόχειρες παρουσιάζουν πιο συχνά δυσλεξία από ότι οι δεξιόχειρες.

Στους αριστερόχειρες έχουμε μεγαλύτερη εμφάνιση διαταραχών ομιλίας μετά από εγκεφαλικό τραυματισμό από' τι στους δεξιόχειρες.

Υπάρχουν δυο ειδών αριστεροχειρίες: 1) η κληρονομική και 2) η επίκτητη ή δευτερογενής λόγω βλάβης του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου.

Σε μία έρευνα έδειξε ότι το 57% των δυσλεκτικών είχαν συγγενείς με αριστεροχειρία ή αμφιχειρία. Βέβαια, αυτό δε σημαίνει ότι κάθε αριστερόχειρας είναι δυσλεκτικός και κάθε δυσλεκτικός είναι αριστερόχειρας. Επίσης, αν η δυσλεξία εμφανίζεται μαζί με αριστεροχειρία πρέπει να συνεκτιμηθούν και άλλοι παράγοντες, όπως γλωσσικές αποκλίσεις και αντιληπτικές δυσκολίες.

## III. Οικογενειακό δέντρο

Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι στο χρωμόσωμο 15 υπάρχει ένας γόνος που δημιουργεί δυσλεξία . Ωστόσο, σε οικογένειες που έγιναν έρευνες, διαπιστώθηκε ότι δεν το είχαν όλα τα μέλη αυτό το γόνο(K. Αλεξάνδρου,1995). Επομένως δημιουργείται το ερώτημα: κάτω από ποιες συνθήκες αποκτούν αυτό το γόνο; Απάντηση σε αυτό το ερώτημα ακόμη δεν έχει δοθεί.

### 1.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ

Η Δυσλεξία είναι ένα πολύπλοκο πρόβλημα, όποτε και η αναγνώριση των δυσλεκτικών στοιχείων είναι δύσκολη. Επειδή λοιπόν, η δυσλεξία δεν εμφανίζεται με ένα μόνο χαρακτηριστικό γνώρισμα ή σύμπτωμα, η αναγνώριση γίνεται ακόμη πιο δύσκολη. Βέβαια, παρ' ότι υπάρχουν δυσκολίες στη διάγνωση, πρέπει να καθοριστούν αυτά τα κριτήρια για να διευκολύνουν την διάγνωση αλλά και να γίνει διαχωρισμός από αναγνωστικές δυσκολίες άλλης μορφής.

Πολλοί ερευνητές προτείνουν σαν γενική οδηγία τη χρήση σταθμισμένων τεστ για την ασφαλή και επιτυχή αναγνώριση της δυσλεξίας. Τα τεστ αυτά γίνονται για να αποδείξουν τη διαφορά μεταξύ αναγνωστικής-ορθογραφικής ικανότητας του

δυσλεκτικού παιδιού από τη χρονολογική διανοητική του ηλικία και επίσης να δείξουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην ανάγνωση και στη γραφή .

Για τη διάγνωση χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι που χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Στη μέθοδο που οδηγεί στη διάγνωση της δυσλεξίας αποκλείοντας άλλους παράγοντες ως αιτία αναγνωστικής ανικανότητας. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται από τους γιατρούς, έχει όμως το εξής αρνητικό ότι παραβλέπει το ενδεχόμενο συνύπαρξης της δυσλεξίας με άλλους παράγοντες.

2. Στη μέθοδο που βασίζεται στην εξαγωγή ψυχομετρικών και ψυχογλωσσικών πληροφοριών. Αυτή η μέθοδος είναι χρήσιμη, αλλά από μόνη της θεωρείται ανεπαρκής, γιατί πολλές από τις πληροφορίες που δίνει , μπορεί να εμφανιστούν και σε άλλα παιδιά που δεν έχουν δυσλεξία.

3. Στην τελευταία μέθοδο βασίζεται στην ανάλυση αναγνωστικών και ορθογραφικών λαθών των δυσλεκτικών παιδιών και στη συσχέτιση τους με την κατάσταση των επιμέρους λειτουργιών. Το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι χρησιμοποιείται καθαρά για δυσλεκτικά παιδιά αλλά σαν να αποτελούν ένα ομοιογενές σύνολο.

Έτσι, σύμφωνα με όλα τα παραπάνω μπορούμε να αντιληφθούμε πως η Τρίτη διαγνωστική μέθοδος αποτελεί προέκταση των άλλων δύο μεθόδων , όμως προχωράει στην ανάλυση των αναγνωστικών και ορθογραφικών λαθών αποβλέποντας σε μια πιο ποιοτική εκτίμηση (δηλαδή «πώς διαβάζει το παιδί» και όχι «σε τι επίπεδο βρίσκεται το παιδί στην ανάγνωση του»).

## 1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ

Η υποστήριξη του παιδιού με μαθησιακές δυσκολίες ξεκινά με τη μελέτη γνωστικού, μαθησιακού και ψυχοκοινωνικού προφίλ του, το οποίο έχει προκύψει από την αξιολόγηση. Στο στάδιο της παρέμβασης καθώς και στο στάδιο της αξιολόγησης, σημασία έχουν :

- a. Η οργάνωση κατάλληλου ψυχοπαιδαγωγικού προγράμματος, ανάλογα πάντα με τις δυνατότητες, τα ελλείμματα και τα ενδιαφέροντα του παιδιού.
- b. Η σαφής στοχοθεσία του προγράμματος.
- c. Ο χρόνος παροχής της υποστήριξης.
- d. Η συστηματική εφαρμογή του προγράμματος παρέμβασης και τήρηση ενός χρονοδιαγράμματος στο σχολείο και στο σπίτι.
- e. Η υποστήριξη τόσο στο μαθησιακό όσο και στον ψυχολογικό τομέα.
- f. Η διαρκής αξιολόγηση του εξατομικευμένου προγράμματος.

Η παρέμβαση στους μαθησιακούς τομείς της ανάγνωσης, της ορθογραφίας, της γραφής και της κατανόησης εφαρμόζονται τα εξής:

1. Δραστηριότητες φωνολογικής επίγνωσης.
2. Τύποι παρεμβατικών προγραμμάτων.

### ***1. Δραστηριότητες φωνολογικής επίγνωσης***

#### ***Προαναγνωστικές – Προγλωσσικές δραστηριότητες***

Η φωνολογική επίγνωση έχει μελετηθεί εκτενώς τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Η σχέση με την πρώτη ανάγνωση και με την κατάκτηση από τους μαθητές των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αποκωδικοποίηση του γραπτού λόγου αλλά και την αυτοματοποίηση της ανάγνωσης είναι δεδομένη.

Ο μαθητής ο οποίος γνωρίζει την φωνολογική δομή της γλώσσας μπορεί να ανταποκριθεί στο κομμάτι της ανάγνωσης, σε αντίθεση με τον μαθητή που έχει ελλείμματα στην φωνολογική δομή, χωρίς όμως παρέμβαση δεν θα μπορέσουν ναφτάσουν στο επίπεδο με τους μαθητές που γνωρίζουν τη φωνολογική δομή.

### ***Μεταγλωσσικές δραστηριότητες***

#### ***Κατάτμηση***

Είναι η δοκιμασία κατά την οποία ο μαθητής πρέπει να χωρίσει τη λέξη σε συλλαβές και φωνήματα.

#### ***Σύνθεση***

Η δοκιμασία αυτή είναι η αντίστροφη από την προηγούμενη, δηλαδή δίνονται φωνήματα και ο μαθητής πρέπει να πει τη λέξη ολοκληρωμένα.

#### ***Απαλοιφή***

Ο μαθητής ακούει τη λέξη και αφού διακρίνει τις συλλαβές της, πρέπει να αφαιρέσει ένα τμήμα και να προφέρει την υπόλοιπη λέξη.

#### ***Αντιμετάθεση***

Στη δοκιμασία αυτή ο μαθητής πρέπει να ακούσει μια λέξη και να αναστρέψει τις συλλαβές ή τα φωνήματά της.

### ***Επιγλωσσικές δραστηριότητες***

#### ***Ομοιοκαταληξία***

Σε αυτή την άσκηση ο μαθητής πρέπει να κρίνει αν μια λέξη έχει την ίδια κατάληξη με μία από τις δύο λέξεις που ακούει στη συνέχεια.

#### ***Αναγνώριση διαφορετικών λέξεων***

Σε αυτή τη δραστηριότητα ο μαθητής ακούει τρεις λέξεις, από τις οποίες οι δύο μοιάζουν σε επίπεδο συλλαβής ή φωνήματος.

#### ***Αναγνώριση ομοιότητας***

Η δοκιμασία αυτή είναι παρόμοια με την παραπάνω , πρέπει δηλαδή ο μαθητής αν μοιάζουν ή διαφέρουν μεταξύ τους σε κάποιο σημείο.

## ***2. Τύποι παρεμβατικών προγραμμάτων***

Παρακάτω παρουσιάζονται μερικά προγράμματα παρέμβασης, τα οποία εφαρμόζονται κυρίως στον αγγλοσαξονικό χώρο. Πρόκειται για προγράμματα με συγκεκριμένη δομή και στόχους και εφαρμόζονται ευρέως σε σχολεία της Μ. Βρετανίας και των ΗΠΑ από ειδικό προσωπικό.

## **Ανάγνωση**

- **Διδασκαλία Γραφής, Ανάγνωσης και Ορθογραφίας**

Είναι ένα πρόγραμμα που εφαρμόζεται στη Μ. Βρετανία με σκοπό τη διδασκαλία της γραφής, της ανάγνωσης και της ορθογραφίας σε επίπεδο γραφοφωνημικό, λέξεων και προτάσεων.

- **Άμεση μέθοδος για τη διδασκαλία της ανάγνωσης και της αριθμητικής**

Είναι το σύστημα διδασκαλίας που αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ και βοηθάει παιδιά νηπιαγωγείου και δημοτικού να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην μάθηση και ειδικότερα στην ανάγνωση, στην αναγνωστική κατανόηση, την ορθογραφία και την γραφή. Υλοποιείται σε 6 επίπεδα και βασίζεται στην ιδέα ότι τα παιδιά μαθαίνουν συγκεκριμένες δεξιότητες αρκεί βέβαια να είναι σαφείς και άμεσες.

- **Πρόγραμμα αναγνωστικής ανάκτησης**

Είναι ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα, το οποίο εφαρμόζεται από ειδικούς δασκάλους με σκοπό να ενισχύσει μαθητές Α΄ και Β΄ Δημοτικού που έχουν δυσκολίες στην ανάγνωση και την ορθογραφημένη γραφή. Βασίζεται λοιπόν, στην εκμάθηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων και στρατηγικών μέσα από την ανάγνωση κειμένων με νόημα.

- **Φίλοι με το βιβλίο**

Είναι ένα πρόγραμμα παρέμβασης σε παιδιά με αναγνωστικές δυσκολίες. Παιδιά τα οποία είναι εντοπισμένα ότι έχουν δυσκολίες στην ανάγνωση, λαμβάνουν εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας.

### *Παραδείγματα προγραμμάτων παρέμβασης στην ορθογραφία*

- Πολυαισθητηριακή μέθοδος: βασίζεται στην θεωρία ότι η μάθηση γίνεται πιο αποτελεσματικά όταν υπάρχει αλληλεπίδραση των οπτικών, ακουστικών και κιναισθητικών στοιχείων της γλώσσας. Παραδείγματος χάριν, χρήση ξύλινων, μαγνητικών ή πλαστικών γραμμάτων, τα οποία το παιδί βλέπει και αγγίζει, έτσι ώστε κατά την αναγνώρισή τους να χρησιμοποιείται το οπτικό, το ακουστικό και το κιναισθητικό κανάλι της μάθησης.

- Εικονογραφική μέθοδος: η ορθογραφία μαθαίνεται μέσω των εικονογραφημάτων . ο κύριος στόχος αυτής της μεθόδου είναι να κατακτηθεί η

σύνδεση μεταξύ της εικόνας και φωνημάτων έτσι ώστε τα παιδιά να ανακαλούν τα φωνήματα κατά την ορθογραφία.

- Προγράμματα λογισμικού: αυτά εστιάζουν σε δραστηριότητες αναγνωστικής κατανόησης και ορθογραφίας. Παραδείγματος χάριν: τα *talkingbooks* που τα παιδιά μπορούν να επιλέξουν αν ο υπολογιστής θα τους διαβάσει όλο το βιβλίο ή κάποιες σελίδες μόνο, τα *storybook* περιλαμβάνουν εικονογραφημένες ιστορίες που παρουσιάζονται στον υπολογιστή και που το παιδιά πρέπει να διαβάσει.

### **Παρέμβαση στον ψυχοκοινωνικό τομέα**

Όπως έχει επισημανθεί πολλές φορές, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, εκτός από τη χαμηλή σχολική επίδοση, έχουν συνήθως να αντιμετωπίσουν πάρα πολλά προβλήματα. Όταν θα δημιουργηθεί ένα πλάνο για την παρέμβαση, ο ψυχοκοινωνικός παράγοντας δεν πρέπει να παραμεληθεί. Η παροχή ειδικής εκπαίδευσης θα πρέπει να συνδυάζεται και με συμβουλευτική υποστήριξη των παιδιών, των γονέων ακόμη και των εκπαιδευτικών. Η συμβουλευτική πρέπει να γίνεται για την ενίσχυση της μειωμένης αυτοεκτίμησης των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες.

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση πρέπει να περιλαμβάνει το παιδί, την οικογένεια, το σχολικό και το ευρύτερο περιβάλλον. Βασικό είναι να παρέχεται κατάλληλη στήριξη για τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των παιδιών με τους συνομηλίκους τους και με τους ενήλικες, καθώς και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, τη δημιουργία κινήτρων και την καλλιέργεια θετικής στάσης προς τη μάθηση.

### **Τροποποίηση του σχολικού περιβάλλοντος**

Θεωρείται λοιπόν απαραίτητο να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο σχολικό περιβάλλον πιο 'φιλικό' απέναντι στις μαθησιακές δυσκολίες. Βέβαια αυτό για να επιτευχθεί προϋποθέτει την εκπαίδευση – ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών, ειδική παιδαγωγική βοήθεια στο σχολείο, υλικές υποδομές, ενεργή συμμετοχή των παιδιών για την καταγραφή των αναγκών τους, έγκαιρο εντοπισμό και παρέμβαση.

Έτσι χρειάζονται να γίνουν αλλαγές μέσα στην τάξη, να γίνει σωστή οργάνωση του σχολείου, να γίνει σωστός σχεδιασμός του μαθήματος, ώστε να βοηθηθούν τα παιδιά με τις μαθησιακές δυσκολίες.

## 1.8. ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ( ΔΕΠΥ)

Όταν λέμε «υπερκινητικό σύνδρομο», «υπερκινητική διαταραχή» ή «υπερκινητικότητα» δείχνουν τη συνεχή ενεργητικότητα και την υπερβολική έλλειψη ηρεμίας. Βέβαια αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν και μεγάλη διάσπαση προσοχής, έχουν αδύνατη μνήμη, δεν συγκεντρώνονται, αλλάζουν γρήγορα δραστηριότητες χωρίς να τις ολοκληρώσουν , μιλούν πολύ και δεν μπορούν να περιμένουν όταν είναι παρορμητικά.

Η ΔΕΠΥ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας) αποτελεί διαταραχή της προσοχής ενώ η υπερκινητικότητα ορίζεται και εμφανίζεται στα παιδιά ως υπερδραστηριότητα, απροσεξία και παρορμητικότητα. Η ΔΕΠΥ σε πολλές περιπτώσεις είναι δυνατόν να συνυπάρχει με τη δυσλεξία( ΕΛΛΙΕΠΕΚ, 2012).

Σύμφωνα με την έκδοση του DSM-III η «Υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία» μετονομάστηκε σε «Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής» (με ή χωρίς Υπερκινητικότητα ). Παρουσιάζονται τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων : της διαταραχής προσοχής, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας, τα οποία είναι και τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του συνδρόμου ( Κάκουρας- Μανιαδάκη, 2000).

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες το σύνδρομο γίνεται εντονότερο κατά την εφηβεία, αντιθέτως όταν το άτομο ενηλικιώνεται παύει να υφίσταται. Ορισμένες φορές, αυτή η ανησυχία των παιδιών παύει να υπάρχει κατά την εφηβεία.

Η διάσπαση ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι ανάμεσα στις δυο πιο επικρατέστερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία επηρεάζει το 5% του πληθυσμού των ΗΠΑ.



### 1.8.1 ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το αμερικάνικο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSMIV 1994) περιγράφει τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας με τρεις τύπους:

- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο τύπο.
- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό- Παρορμητικό τύπο.
- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας, Συνδυασμένος τύπος. ( C. Neuhaus,1999)

Σύμφωνα με τον Thomas Brown (1995), διατύπωσε την εξής άποψη, ότι όλοι οι άνθρωποι με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής δεν είναι απαραίτητα υπερκινητικοί και παρορμητικοί. Πολλά άτομα που παρουσιάζουν διαταραχή ελλειμματικής προσοχής εμφανίζουν επιπροσθέτως υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, όχι όμως στα επίπεδα του υπερκινητικού/παρορμητικού τύπου.

Γι' αυτό μιλάμε για «σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής» για υπερκινητικά και μη υπερκινητικά παιδιά. Ακόμη και όταν περιγράφονται τρόποι συμπεριφοράς, τίποτα δεν είναι συγκεκριμένο διότι, σε κανένα παιδί δεν εμφανίζονται ταυτόχρονα όλα τα συμπτώματα.

### 1.8.2. ENNOΙΛΟΓΙΚΕΣ ΑΣΥΜΦΩΝΙΕΣ

Το 1902, ο Still περιέγραψε 43 παιδιά, τα οποία ήταν συχνά επιθετικά, προκλητικά και αντιστεκόταν στην πειθαρχία. Έμοιαζαν να καθοδηγούνται από το συναίσθημα και καθόλου από τη λογική. Χαρακτηρίζονταν δηλαδή από παρορμητικότητα, ήταν υπερκινητικά και αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη συγκέντρωση.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η συμπεριφορά αυτή είχε εμφανιστεί μετά από μία εγκεφαλική λοίμωξη και μπορούσε να βελτιωθεί, συνήθως όμως αποτελούσε χρόνιο πρόβλημα. Στις 23 περιπτώσεις συνυπήρχε και νοητική καθυστέρηση, ενώ στις άλλες 20 περιπτώσεις το νοητικό ήταν στα πλαίσια του φυσιολογικού. Ο Still παρατήρησε επίσης ότι η αναλογία αγοριών και κοριτσιών ήταν 3:1 και η πλειοψηφία της διαταραχής εμφανιζόταν για πρώτη φορά μετά τα 8 έτη. Προέρχονταν από ένα χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον, με αρκετά εγκληματολογικά περιστατικά, περιστατικά αλκοολισμού αλλά και συναισθηματικές διαταραχές. Οι δυσκολίες στη συγκέντρωση, συνηγορούσαν υπέρ του James(1890), ότι δηλαδή η παρατεταμένη προσοχή αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο του ηθικού ελέγχου της συμπεριφοράς. Ο Still θεωρούσε ότι ο ηθικός έλεγχος πηγάζει από έναν γνωστικό μηχανισμό σύγκρισης ανάμεσα στη πράξη του ατόμου και στην «καλή πράξη» που είναι αποδεκτή από την κοινωνία. Σύμφωνα με τον Barkley (1998), αυτή η ιδέα σύγκρισης μιας πράξης με έναν γενικό κανόνα που αφορά το ευρύτερο περιβάλλον περιέχει τις έννοιες της αυτοαντίληψης, της μνήμης εργασίας και της κατευθυνόμενης από τον κανόνα συμπεριφοράς, οι οποίες αποτελούν βασικές έννοιες των σύγχρονων θεωριών.

Αργότερα ο Tredgold (1908), οι Pasamanick, Rogers και Lilienfeld (1956) θα επανέλθουν στις απόψεις του Still, υποστηρίζοντας ότι οι διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς οφείλονται σε κάποια μορφή ήπιας εγκεφαλικής βλάβης. Εκείνη την εποχή τονίστηκε και η ανάγκη για δημιουργία ειδικού εκπαιδευτικού περιβάλλοντος.

Το 1917-1918, στη Βόρεια Αμερική ξέσπασε επιδημία εγκεφαλίτιδας και πολλά από τα παιδιά που επέζησαν εμφάνισαν διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες αλλά και στη συμπεριφορά, αυτά τα χαρακτηριστικά έμοιαζαν αρκετά με τις ανεπάρκειες που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. η πρόγνωση των παιδιών αυτών ήταν άσχημη, ωστόσο όμως τα προγράμματα παρέμβασης εμφάνισαν ιδιαίτερη επιτυχία στο κομμάτι της τροποποίησης της συμπεριφοράς.

Η συσχέτιση μια εγκεφαλικής βλάβης με παθολογική συμπεριφορά οδήγησε τους ειδικούς να μελετήσουν τις αιτίες της πρόκλησης της εγκεφαλικής βλάβης σε παιδιά, όπως τραυματισμοί κατά τη γέννηση ( Shirley, 1939), επιληψία (Levin, 1938 ), έκθεση σε τοξικές ουσίες ( Byers&Lord, 1943), τα οποία συνδέονταν αρκετά με παθολογικά συμπτώματα στο γνωστικό επίπεδο και στη συμπεριφορά.

Κατά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο δόθηκε η ευκαιρία σε πολλούς ερευνητές να μελετήσουν μια πληθώρα ατόμων με εγκεφαλικά τραύματα και να διαπιστώσουν ότι οποιοσδήποτε τραυματισμός στο μέρος του εγκεφάλου συχνά είχε ως αποτέλεσμα την υπερκινητικότητα, τη νευρικότητα και την ανυπομονησία (Goldstein, 1942).

Έτσι γεννήθηκε ο όρος και η θεωρία της «εγκεφαλικής βλάβης» (Strauss & Lehtinen, 1947), η διάγνωση δινόταν σε παιδιά που παρουσίαζαν συμπεριφορές οι οποίες περιγράφηκαν και παραπάνω, χωρίς βέβαια οι νευρολογικές ενδείξεις να δείχνουν την ύπαρξη τέτοιας βλάβης (Dolphin & Cruickshank, 1951). Στις δεκαετίες 1930-1950, επειδή δεν υπήρχαν αρκετές αποδείξεις για την ύπαρξη εγκεφαλικής βλάβης ο όρος άλλαξε σε «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Kessler,1980).

Το 1950, έγιναν κάποιες έρευνες σχετικά με τους νευρολογικούς μηχανισμούς αυτής της διαταραχής. Μία από τις σημαντικότερες έρευνες ήταν αυτή του Laufer και των συνεργατών του (1957), οι οποίοι υποστήριζαν ότι η βλάβη οφείλεται στην αδυναμία φιλτραρίσματος των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων στο εγκεφαλικό στέλεχος και στην αποστολή ενός υπερβολικού αριθμού ερεθισμάτων στον εγκεφαλικό φλοιό. Αν και αυτή η έρευνα δεν επαναλήφθηκε ποτέ, αποτελεί ορόσημο στην ιστορία μελέτης της διαταραχής, διότι ήταν η πρώτη φορά που προτάθηκε ο συγκεκριμένος νευρολογικός μηχανισμός σχετικά με την αιτιολογία της.

Στις αρχές λοιπόν του 1960, όλες αυτές οι απόψεις περί εγκεφαλικής βλάβης αμφισβητούνταν έντονα. Άλλωστε, η διάγνωση της εγκεφαλικής βλάβης είχε δοθεί μόνο στο 5% των παιδιών που παρουσίαζαν τέτοιου είδους συμπεριφορά (Rutter,1977).η έννοια του συνδρόμου της «Ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας» άρχισε να απορρίπτεται , γιατί θεωρήθηκε ευρεία, ασαφής και χωρίς ιδιαίτερη θεραπευτική σημασία (Kirk, 1963). Κατά τη διάρκεια του 1970, ο όρος εγκαταλείφθηκε και αντικαταστάθηκε από άλλους, οι οποίοι αναφέρονταν σε περισσότερο ομοιογενείς πληθυσμούς με κάποιο ορισμένο είδος γνωστικής διαταραχής ή διαταραχής της συμπεριφοράς , και όχι σε κάποιον υποθετικό και μη παρατηρήσιμο νευρολογικό αιτιολογικό μηχανισμό.

Ο επικρατέστερος όρος μετά την «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» ήταν το «Υπερκινητικό Σύνδρομο». Ο Chess (1960) όρισε την υπερκινητικότητα «Υπερκινητικό είναι το παιδί το οποίο εκτελεί δραστηριότητες με ρυθμό ταχύτερο από 'το φυσιολογικό' ρυθμό ενός μέσου παιδιού ή το παιδί που βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση ή ένας συνδυασμός των δύο» (σελ 239).

Την ίδια εποχή, στη δεύτερη έκδοση του DSM (DSM-II, American Psychiatric Association, 1968), το σύνδρομο εμφανίζεται με την ονομασία «Υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία» και περιγράφεται ως εξής: «Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα, αεικινήσια, εύκολη διάσπαση της προσοχής και μειωμένη διάρκεια προσοχής, ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά και τα συμπτώματα συνήθως εξασθενούν στην εφηβεία» (σελ 50).

Στη δεκαετία του 1970-1979 έγιναν πάρα πολλές έρευνες με θέμα την υπερκινητικότητα. Ερευνήθηκαν τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου, που μέχρι τότε τα θεωρούσαν ως συνωδά χαρακτηριστικά όπως η παρορμητικότητα, η μικρή διάρκεια και η εύκολη διάσπαση προσοχής, το χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση και η επιθετικότητα. Δύο απόψεις επικράτησαν κατά τη δεκαετία αυτή όσον αφορά τη φύση της διαταραχής: 1) η θεωρία του Wender και 2) η θεωρία της Douglas.

1) Η θεωρία του Wender (1971) διατήρησε τον όρο « Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» και μελέτησε τα βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά των παιδιών χωρίζοντάς τα σε έξι τομείς:

- Κινητική συμπεριφορά.
- Αντιληπτική- γνωστική λειτουργία.
- Σχολικές επιδόσεις.
- Αυτορρύθμιση.
- Διαπροσωπικές σχέσεις.
- Συναίσθημα.

Η θεωρία του Wender παρουσιάζει ενδιαφέρον, αλλά αφήνει πολλά ερωτήματα αναπάντητα. Φαίνεται ότι στη θεωρία του δεν γίνεται διάκριση ανάμεσα στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και σε αυτά της Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής.

2) Η θεωρία της Douglas

Το 1972 η Douglas υποστήριξε ότι το κυρίαρχο αίτιο των δυσκολιών δεν βρίσκεται στην υπερκινητικότητα τους αλλά στα ελλείμματα που έχουν στην παρατεταμένη προσοχή και στις διαδικασίες αυτορρύθμισης οι οποίες είναι υπεύθυνες για την

οργάνωση, την καταγραφή και την επεξεργασία των πληροφοριών. Επίσης διατύπωσε ότι σε αυτούς τομείς επενεργούν θετικά τα διεγερτικά φάρμακα.

Σύμφωνα λοιπόν με το μοντέλο της Douglas συνέχισε να επεξεργάζεται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, τα οποία οφείλονται σε τέσσερις βασικούς τομείς: α) οργάνωση στη διατήρηση της προσοχής και της προσπάθειας, β) δυνατότητα αναστολής των παρορμητικών αντιδράσεων, γ) ρύθμιση του επιπέδου εγρήγορσης ανάλογα με τις απαιτήσεις των περιστάσεων και δ) ασυνήθιστα ισχυρή τάση για αναζήτηση άμεσης ενίσχυσης.

Η σπουδαιότητα της θεωρίας αυτής βρίσκεται στο γεγονός προσδιόρισε με αντικειμενικές μετρήσεις πολλά από τα χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. επίσης, έδειξε ότι τα υπερκινητικά παιδιά μπορούν να έχουν ‘φυσιολογικές’ ή σχεδόν ‘φυσιολογικές’ επιδόσεις στα τεστ αξιολόγησης της ικανότητας για παρατεταμένη προσοχή υπό συνθήκες συνεχούς και άμεσης ενίσχυσης, αλλά οι επιδόσεις τους μειώνονται δραματικά όταν η ενίσχυση είναι μερική (Freibergs & Douglas, 1969 · Parry & Douglas, 1976). Η Gabrielle Weiss συνεργάτης της Douglas, έδειξε ότι παρόλο που η υπερκινητικότητα τους συχνά μειώνεται στην εφηβεία, τα προβλήματα διατήρησης της προσοχής και παρορμητικότητας παραμένουν, έτσι τα παιδιά είναι εκτεθειμένα σε μεγαλύτερο κίνδυνο για σχολική αποτυχία και κακή κοινωνική προσαρμογή (Weiss & Hechtman, 1986). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν την επόμενη δεκαετία.

Η επιρροή της θεωρίας της Douglas φαίνεται να έπαιξε σημαντικό ρόλο στην μετονομασία της διαταραχής σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής» με ή χωρίς Υπερκινητικότητα στο DSM-III (American psychiatric Association, 1980). Παρουσιάζονται τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων: της διαταραχής προσοχής, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας. Αυτά τα συμπτώματα αποτελούν τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Το σημαντικότερο είναι ότι τα νέα διαγνωστικά κριτήρια δίνουν νέους σαφέστερους ορισμούς των συμπτωμάτων και θεωρούν τον αποκλεισμό άλλων ψυχιατρικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάγνωση. Μετά την έκδοση του DSM-III εξακολουθούν να υπάρχουν αντιλήψεις μεταξύ Ευρώπης και Β. Αμερικής, καθώς στην έκδοση ICD-9 (International Classification of Diseases) από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization, 1978) η υπερκινητικότητα εξακολουθεί να αποτελεί το βασικότερο σύμπτωμα της διαταραχής.

Στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III-R (1987), το σύνδρομο περιέλαβε την υπερκινητικότητα στην ονομασία του και καθιερώθηκε πλέον ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα». Οι αλλαγές που έγιναν ήταν σημαντικές για αρκετούς λόγους. Πιο συγκεκριμένα, ενώ πριν υπήρχαν μόνο τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων ( απροσεξία, παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα) , στο DSM-III-R υπήρχε μία μόνο κατηγορία, η οποία περιλάμβανε 14 κριτήρια που ήταν βασισμένα σε περισσότερα ερευνητικά δεδομένα, προκειμένου να εξασφαλιστεί η διακριτή εγκυρότητά τους. Η σημαντικότερη αλλαγή ήταν η κατάργηση της κατηγορίας «Διαταραχή Προσοχής χωρίς Υπερκινητικότητα» και η αντικατάσταση της από την «Αδιαφοροποίητη Διαταραχή Προσοχής».

Τέλος, στην δεκαετία του 1990, βγήκε η νέα έκδοση του DSM, το DSM-IV, τα κριτήρια του βασίζονται σε αυστηρά επιστημονικά ερευνητικά δεδομένα. Θεωρεί απαραίτητο, διαταραχή να εμφανίζεται σε δύο τουλάχιστον πλαίσια (π.χ. σχολικό, σπίτι) και να υπάρχει δυσκολία στην γενική λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής του, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Στο DSM-IV χωρίζονται σε δύο διαφορετικές ομάδες· η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει συμπτώματα που αναφέρονται στη διαταραχή προσοχής και η άλλη ομάδα περιλαμβάνει συμπτώματα που αναφέρονται στην υπερκινητική-παρορμητική συμπεριφορά. Όταν συμβαίνουν τα κριτήρια και από τις δύο ομάδες, τότε δίνεται η διάγνωση «συνδυασμένος τύπος». Ανάλογα με ποια κριτήρια υπερτερούν η διάγνωση ΔΕΠ-Υ είναι «ΔΕΠ-Υ με προεξέχοντα τον απρόσεκτο τύπο» ή «ΔΕΠ-Υ με προεξέχοντα τον υπερκινητικό-απρόσεκτο τύπο».

### 1.8.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι:

- η απροσεξία,
- η παρορμητικότητα- υπερκινητικότητα σε βαθμό δυσανάλογο με την ηλικία τους, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα η συγκέντρωσή τους, η προσοχή τους, οι παρορμήσεις τους και η ρύθμιση της συμπεριφοράς τους να είναι περιορισμένες.

Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι:

- δυσκολία στην διατήρηση και στην οργάνωση της προσοχής τους,
- ύπαρξη γνωστικών διαταραχών,
- μη λειτουργική συμπεριφορά,
- αεικίνητα και είναι θορυβώδεις,
- μη συνειδητοποίηση των κινδύνων,
- έλλειψη κατανόησης στους άγραφτους κανόνες (ή άτυπους),
- αντιμετώπιση προβλημάτων με τους συνομηλίκους τους,
- έλλειψη καρτερικότητας την σειρά τους (π.χ. σε κάποιο παιχνίδι),
- δυσκολία να ακολουθήσουν οδηγίες,
- δυσκολία στην οργάνωση του διαβάσματος- χρόνου,
- αδεξιότητα και συνήθως έχουν κινητικά προβλήματα.

Η κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαφέρει από άτομο σε άτομο, διότι επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες (π.χ. φύλλο, ηλικία κ.α.). Ακόμη, ανάλογα με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων της απροσεξίας ή της παρορμητικότητας- υπερκινητικότητας η εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαφοροποιείται ακόμη περισσότερο.

#### 1.8.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Από πολύ παλιά υπήρχαν τα άτομα με αυτή τη πάθηση, σύμφωνα με τις γνώσεις που υπάρχουν σήμερα. Οι πρώτες αναφορές ξεκινούν το 1845 από το Heinrich Hoffman, αλλά οι έρευνες των ερευνητών Brandley (1932), οι οποίοι μετονόμασαν το σύνδρομο σε «σύνδρομο ελλιπούς ηρεμίας» και οι οποίοι περιέγραψαν τα συμπτώματα ενός υπερκινητικού ατόμου. Έτσι βοήθησαν στη διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής.

Παλαιότερα, η συμπεριφορά των παιδιών με διάσπαση θεωρούνταν κακή διαπαιδαγώγηση. Γι' αυτό το λόγο η αντιμετώπιση αυτή ήταν η τιμωρία.

Ενώ αρχικά αγνοούνταν οι ακριβείς αιτίες του συνδρόμου, από το 1977 άρχισαν να διατυπώνονται διάφορες υποθέσεις και ειπώθηκαν και αρκετοί ορισμοί. Πέρα από την υψηλή κινητικότητα, τα προβλήματα στο συντονισμό, την έλλειψη προσοχής υπήρξαν αναφορές και για δυσλειτουργία στην αίσθηση του χρόνου αλλά και συναισθηματικά προβλήματα κατά τη μάθηση παρά τη φυσιολογική νοημοσύνη των ατόμων.

Το 1970 ο Paul Wender, υπέθεσε ότι η αιτία οφείλεται σε χαμηλή δραστηριοποίηση στο σύστημα του εγκεφάλου. Δηλαδή, λόγω κάποιας χαμηλής μεταβολικής δραστηριότητας στην περιοχή του εγκεφάλου, δεν μπόρεσαν να σχηματίσουν «σωστή συμπεριφορά».

Κάποιοι άλλοι ερευνητές, έδωσαν περισσότερο έμφαση στα προβλήματα που συνυπήρχαν μαζί με την υπερκινητικότητα, όπως τη διάσπαση προσοχής και τη παρορμητικότητα. Γιατί, πίστεψαν ότι πρόκειται για οργανωτική διαταραχή και έτσι χορηγούσαν στη θεραπεία διεγερτικά σκευάσματα, τα οποία συνήθως είχαν αποτέλεσμα. Αυτά τα φάρμακα επιδρούσαν θετικά στον εγκέφαλο ενεργοποιώντας τους νευροδιαβιβαστές (π.χ. ντοπαμίνη, νοραδρεναλίνη).

Έγιναν διάφορες έρευνες ώστε να δοθεί μια απάντηση. Έγινε η εξής υπόθεση ότι τα ερεθίσματα στα μέρη του εγκεφάλου στελέχους φιλτράρονται ελλιπώς, και αυτό οφείλεται στην ανεπάρκεια ορισμένων διεγερτικών νευροδιαβιβαστικών ουσιών. Έτσι τα άτομα πλημμυρίζονται από σημαντικά και ασήμαντα ερεθίσματα.



Σύμφωνα με τη Virginia Douglas(1984) το σύνδρομο πρόκειται για μια βλάβη του αυτοελέγχου του ατόμου. Γι' αυτό τα υπερκινητικά παιδιά επικεντρώνουν τη προσοχή τους για πολύ μικρό χρονικό διάστημα και δεν μπορούν να ολοκληρώσουν μια δραστηριότητα. Φαίνεται τα άτομα αυτά δεν μπορούν να αναστείλουν τις παρορμήσεις τους και είναι αναγκασμένα να αντιδράσουν έτσι όπως τους έρχεται εκείνη τη στιγμή. Επίσης δεν μπορούν να συνδυάσουν την εγρήγορση με τη δράση.

Το πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου είναι το όργανο ελέγχου για την προσοχή και την επεξεργασία πληροφοριών. Χάρη στο πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου , ο εγκέφαλος έχει τη δυνατότητα να επιλέγει τα ερεθίσματα που φτάνουν σε αυτόν σε συνδυασμό με το συναίσθημα. Στο συγκεκριμένο τμήμα γίνεται ο σχεδιασμός της ακολουθίας των πράξεων, ο έλεγχος των παρορμήσεων, η εκτίμηση του χρόνου αλλά και σύνθετες σκέψεις (μνήμη). Αν αυτή η περιοχή υποστεί βλάβη τότε ο εγκέφαλος δεν μπορεί να σταματήσει τις αυθόρμητες αντιδράσεις. Το άτομο δυσκολεύεται να εργαστεί χωρίς διακοπή και δεν μπορεί να προβλέψει τις συνέπειες μιας πράξης.

Όταν το σύνδρομο μετονομάστηκε «διαταραχή ελλειμματικής προσοχής» , διαπιστώθηκε ότι το κυριότερο πρόβλημα βρισκόταν στην παρακωλυτική λειτουργία του πρόσθιου εγκεφάλου. Το άτομο δηλαδή δεν μπορεί να φιλτράρει όλα τα μηνύματα και τα ερεθίσματα που του έρχονται και έτσι περνά γρήγορα από το ένα πράγμα στο άλλο. Η αιτία δεν είναι η έλλειψη συγκέντρωσης του ατόμου αλλά το γεγονός ότι διαθέτει μια ικανότητα προσήλωσης σε όλα, πράγμα που σχετίζεται με ένα δυσλειτουργικό νευροδιαβιβαστικό σύστημα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να απορριφθούν οι όροι «τεμπέλης και ανίκανος».

«Το 1990 ο Barkley διατύπωσε από την αρχή την υπόθεση των «ελλιπών κινήτρων» με οργανική βάση τον εγκέφαλο. Όταν το ερέθισμα που αφορά το συναίσθημα είναι θετικό και προσφέρει ισχυρό κίνητρο, είναι εμφανές ότι από το εγκεφαλικό στέλεχος πυροδοτείται τόσο πολλή «ενέργεια» ώστε μπορεί να κινητοποιήσει την προσοχή.» (C. Neuhaus,1999,σελ 71)

Ο Alan Zametkin(1990) εφάρμοσε μια μέθοδο στα άτομα με ΔΕΠ και απέδειξε ότι στην πρόσθια και στην προκινητική περιοχή του εγκεφάλου υπάρχει πολύ χαμηλή δραστηριότητα γλυκόζης, το οποίο σάκχαρο είναι σημαντικό για τη λειτουργία του εγκεφάλου. Σε αυτή τη περιοχή υπάρχει μια δυσλειτουργία. Καθώς επίσης οι γονείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα και είχαν παιδί με υπερκινητικότητα, φάνηκε να

έχουν και οι ίδιοι ατομικό ιστορικό. Το 1984 ο Lou βρήκε ότι το δεξί ημισφαίριο του πίσθιου εγκεφάλου τροφοδοτείται με λιγότερο αίμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο με ΔΕΠ να μην αντιλαμβάνεται πολλές λεπτομέρειες , έτσι ώστε να μην γίνεται δυνατή η διαμόρφωση της συνολικής εικόνας. Εξαιτίας λοιπόν αυτού του περιορισμού παραβλέπονται αρκετά πράγματα.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας μπορεί να θεωρηθεί ως μια δυσλειτουργία των νευροδιαβιβαστών στην περιοχή του εγκεφαλικού στελέχους, η οποία επηρεάζει την επεξεργασία των εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων. Οι νευροδιαβιβαστές φαίνεται να δρουν αρνητικά στην παραγωγή, την κατανάλωση, τη ρύθμιση, τη λειτουργία και την ωρίμανση νευροδιαβιβαστικών συστημάτων στον εγκέφαλο καθώς και εγκεφαλικών δομών. Έτσι, υπάρχει δυσκολία στη λειτουργία του πρόσθιου εγκεφάλου καθώς και οι ώσεις στο εγκεφαλικό στέλεχος (διάθεση, προσοχή, διέγερση αντίληψης).

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι η ΔΕΠ-Υ είναι κληρονομική, καθώς εμφανίζεται στο ¼ των γονιδίων των γονιών του παιδιού. Δεδομένα από έρευνες που έχουν γίνει έχουν αποδείξει υψηλότερο ποσοστό ΔΕΠ-Υ σε μονοζυγωτικά δίδυμα από ότι σε διζυγωτικά. Επίσης φαίνεται να μοιράζονται κοινή γενετική αιτιολογία ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και σε συγκεκριμένα προβλήματα αποκωδικοποίησης και ανάμεσα στην υπερκινητικότητα και σε ορθογραφικές δυσκολίες.

#### 1.8.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ(ΔΕΠ-Υ)

Οι γονείς των παιδιών ή των εφήβων με ΔΕΠ-Υ πρέπει να απευθυνθούν σε ειδικευμένους παιδίατρος, παιδοψυχιάτρος, ειδικευμένους θεραπευτές και θεραπευτές συμπεριφοράς, ώστε να γίνει μια σωστή διάγνωση. Για τους ενήλικες τα πράγματα είναι πιο δύσκολα, διότι υπάρχουν ελάχιστοι ειδικοί έχουν ασχοληθεί με το συγκεκριμένο θέμα.

Η διάγνωση χρειάζεται χρόνο να γίνει, θέλει αρκετή συζήτηση και παρατήρηση. Χωρίς σωστή διάγνωση δεν μπορεί να γίνει συμβουλευτική και θεραπευτική αντιμετώπιση, γιατί έτσι μπορεί να παραβλέψουμε την ακριβή αιτία και να μείνουμε μόνο στο φαινόμενο.

Η διάγνωση της ΔΕΠ γίνεται μέσα από ένα λεπτομερές ιστορικό, το οποίο λαμβάνεται από τους γονείς για το παιδί ή τον έφηβο. Χρειάζονται πολλά στοιχεία για να βγει η διάγνωση, μερικά από αυτά είναι: στοιχεία από αφορούν την εγκυμοσύνη, τη γέννηση, η πορεία του τοκετού, πιθανές επιπλοκές κατά το διάστημα αυτό. Απαραίτητες είναι επίσης οι εξής πληροφορίες για την ψυχοκινητική ανάπτυξη, η γλωσσική ανάπτυξη, η υγεία του παιδιού, πιθανά ατυχήματα και αρρώστιες κ.α., πρέπει να συμπληρωθούν πληροφορίες και για τα αδέρφια, τη θέση τη σειρά γέννησης, ο τρόπος διαπαιδαγώγησης των παιδιών κ.α. Πρέπει να ειπωθούν ερωτήσεις με τα βήματα κοινωνικοποίησης του παιδιού όπως: την πορεία του στο παιδικό σταθμό, το νηπιαγωγείο και το σχολείο, να εκτιμηθεί η ενσωμάτωσή τους και η επίδοσή τους σε αυτούς τους χώρους. Πρέπει μέσα σε όλα αυτά να ακουστεί φυσικά και η γνώμη των γονιών για το χαρακτήρα του παιδιού τους όπως: η προσοχή του, η ανάπτυξη της φαντασίας του, η ανεκτικότητα του στη ματαίωση. Ακόμη και τα χόμπι του παιδιού είναι σημαντικά στην αξιολόγηση.

Πέρα από όλα τα παραπάνω πρέπει να ερωτηθεί επίσης ο λόγος που οδήγησε τους γονείς να επισκεφτούν έναν ειδικό, καθώς και αν είχαν άλλη εμπειρία από κάποιον άλλο ειδικό.

Απαραίτητο είναι επίσης, να ληφθεί και ένα ιστορικό από κάποιον τρίτο, δηλαδή όχι τους γονείς. Οι παρατηρήσεις της συμπεριφοράς του παιδιού καθώς και οι επιδόσεις του από τους εκπαιδευτικούς μπορούν να ‘‘κάνουν την εικόνα να ξεκαθαρίσει’’.

Καλό θα ήταν να γίνεται μια παιδοψυχιατρική εξέταση. Μια νευρολογική εξέταση με ηλεκτροεγκεφαλογράφημα μόνο όταν υπάρχουν υποψίες για προβλήματα κινητικού συντονισμού αλλά και επιληπτικών κρίσεων. Πρέπει να γίνουν και οι γενικές αξιολογήσεις, δηλαδή ακοολογικός και οφθαλμολογικός έλεγχος.

Στα παιδιά και στους εφήβους πρέπει να γίνεται μια ολοκληρωμένη εξέταση από ψυχολογικά τεστ. Με αυτά τα τεστ αξιολογείται η ικανότητα συγκέντρωσής τους, η παρορμητικότητά τους και η αντίληψη τους. Πρέπει ακόμη να αξιολογηθεί και η ψυχολογική τους κατάσταση( π.χ. φόβοι, επιθετικότητα, μηχανισμοί άμυνας κ.α.).

Εκτός από τα συμπτώματα της έλλειψης προσοχής, πρέπει να αξιολογηθούν και τα υπερκινητικά συμπτώματα, η υπερβολική ομιλία, η έντονη κινητική δραστηριότητα. Καθώς επίσης πρέπει να αξιολογηθούν και τα συμπτώματα παρορμητικότητας(π.χ. η διακοπή μιας πράξης, η παρορμητική πράξη που είναι να ενεργεί χωρίς να σκέφτεται, η παρέμβαση του κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης, η έλλειψη αναμονής).

Για να γίνει η τελική διάγνωση, ο θεραπευτής πρέπει να χρησιμοποιήσει τα κριτήρια του DSMIV και του ICD 10. Θα πρέπει να ισχύει ένας ορισμένος αριθμός συμπτωμάτων από τις κύριες κατηγορίες και αυτές διαρκούν τουλάχιστον έξι (6) μήνες και παρουσιάζονται σε περισσότερα από ένα περιβάλλοντα. Στο βαθμό έκφρασης θα πρέπει να υπάρχει διαφορά από τα συνομήλικα παιδιά. Η έναρξη της διαταραχής θα πρέπει να έχει εμφανιστεί πριν την ηλικία των επτά ετών.

Είναι σημαντικό να τονίζει ο ειδικός στο παιδί ή στον έφηβο τα δυνατά του σημεία, να υπάρχει κατανόηση στις αδυναμίες του και να τον βοηθάει.

Για το σχεδιασμό της θεραπείας θα ληφθεί ως παράγοντας η συμπεριφορά του παιδιού.

Τέλος, κατά τη διάγνωση διευκρινίζονται ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ δεν προκαλούνται από σφάλμα κατά την διαπαιδαγώγησή τους, καθώς επίσης και καμία θεραπευτική μέθοδος δεν ‘‘εξουδετερώνει’’ τα προβλήματα. Γιατί, σκοπός της θεραπείας είναι διευκολυνθεί η επικοινωνία. Έτσι, θα νιώσει το παιδί καλύτερα και θα πιστέψει στον εαυτό του, αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να

ανακουφιστούν οι γονείς και μέσα από την βοήθεια ανατροφής των παιδιών θα περιοριστούν τα δευτερογενή προβλήματα (π.χ. προστριβές στο οικογενειακό περιβάλλον).

#### 1.8.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παλαιότερα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θεωρούνταν τεμπέλικα, αδέξια, υπερκινητικά, παρορμητικά και δεν ανταποκρίνονταν ικανοποιητικά στις δραστηριότητες του σχολείου, γι' αυτό το λόγο τα παιδιά σπάνια έφταναν σε ειδικό. Οι γονείς απλά προσπαθούσαν να ελέγξουν τις συμπεριφορές αυτές με τιμωρίες.

Στις μέρες μας, η ΔΕΠ-Υ θεωρείται από τους περισσότερους ειδικούς ένα σύνδρομο οργανικής αιτιολογίας, τα συμπτώματα εκδηλώνονται στο επίπεδο της συμπεριφοράς και χαρακτηρίζονται από αδυναμία αναστολής της παρόρμησης τους. Όλα τα παραπάνω συμπτώματα δημιουργούν δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο οικείο περιβάλλον του. Έτσι στις μέρες μας οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ζητούν την παρέμβαση ειδικού, για να βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τα παιδιά τις δυσκολίες τους, αλλά και να μάθουν να χειρίζονται και να ελέγχουν αποτελεσματικά τη συμπεριφορά τους.

Ορισμένες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι:

- Παρεμβάσεις στη διατροφή

Μια από τις πιο γνωστές μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης, η οποία έχει μεγάλη απήχηση στο κοινό είναι η δίαιτα του Feingold (1975). Ο Feingold πρότεινε την αποφυγή χρωστικών ουσιών και των συντηρητικών στη διατροφή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, επειδή θεωρούσε ότι τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής αποτελούν αλλεργική ή τοξική αντίδραση ορισμένων παιδιών σε αυτά τα συστατικά. Υποστήριξε επίσης, ότι τα συστατικά αυτά επηρεάζουν την συμπεριφορά αλλά και είναι υπεύθυνα για ένα ευρύ φάσμα μαθησιακών δυσκολιών και διαταραχών της προσοχής. Όμως αυτή η θεωρία δεν ήταν βασισμένη σε κάποια έρευνα. Οι έρευνες που ακολούθησαν διατύπωσαν ελάχιστα στοιχεία τα οποία μπορούν να υποστηρίξουν την έρευνα του Feingold.

Η ζάχαρη επίσης κατηγορήθηκε ότι είναι υπεύθυνη για την υπερκινητική συμπεριφορά των παιδιών, γι αυτό και η διατροφή κάποιων παιδιών ήταν

απαλλαγμένη από σάκχαρα (Smith, 1975). Αλλά ούτε αυτή η υπόθεση αποδείχθηκε ερευνητικά.

Το 1968 ο Pauling, συνέστησε μια άλλη θεραπευτική προσέγγιση, η οποία ήταν η υψηλή δόση μεγαβιταμινών στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και αυτό γιατί η διαταραχή είναι αποτέλεσμα μια γενετικής ανωμαλίας που ευθύνεται για τις αυξημένες ανάγκες του οργανισμού για βιταμίνες. Ωστόσο, αυτή η θεραπευτική μέθοδος δεν στηρίχτηκε επιστημονικά και σε συνδυασμό με τους πιθανούς κινδύνους που υπάρχουν από τη χορήγηση πολλών βιταμινών, είχε ως αποτέλεσμα να μην υιοθετηθεί αυτή η μέθοδος από τους ειδικούς.

Έτσι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η διατροφική αλλαγή είναι αναποτελεσματική μέθοδος.

- Φαρμακοθεραπεία

Σύμφωνα με τα δεδομένα διάφορων ερευνών υπάρχουν τρία είδη ψυχοτρόπων φαρμάκων, τα οποία έχουν αποδεχθεί αποτελεσματικά για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ αυτά είναι: τα διεγερτικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν θεωρητικά μοντέλα που υποστηρίζουν ότι τα παιδιά έχουν ελλιπή αυτορρύθμιση και αναστολή συμπεριφοράς, το οποίο δικαιολογεί τη χρήση των συγκεκριμένων φαρμάκων, διότι η επίδρασή τους είναι μεγαλύτερη στις περιοχές του εγκεφάλου που ελέγχουν αυτές ακριβώς τις λειτουργίες (Volkowetal.,1997).

Τα σημαντικότερα θεραπευτικά αποτελέσματα των φαρμάκων οφείλονται στην επίδρασή τους στη δραστηριότητα των προμετωπιαίων περιοχών του εγκεφάλου και μέσω αυτής σε τρεις τουλάχιστον νευροδιαβιβαστές που είναι σημαντικοί για τη λειτουργία των περιοχών αυτών και έχουν σχέση με την αναστολή της συμπεριφοράς, αυτοί νευροδιαβιβαστές είναι: η ντοπαμίνη, η νορεπινεφρίνη, η επινεφρίνη και ίσως η σεροτονίνη (Pliszkaetal.,1996). Τα φάρμακα αυτά, φαίνεται να επιδρούν απευθείας, προσωρινά βέβαια, στα συστήματα των νευρώνων που σχετίζονται με την αναστολή των συμπεριφορών και την αυτορρύθμιση.

Τα περισσότερα δεδομένα των ερευνών δείχνουν ότι τα διεγερτικά φάρμακα είναι τα πλέον αποτελεσματικά για τον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στα περισσότερα παιδιά που είναι μεγαλύτερα των 5 ετών (Barkley,1997b´ Swansonetal.,1995). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνιστώνται όταν για κάποιους λόγους δεν είναι εφικτή η χορήγηση διεγερτικών ή σε περιπτώσεις όπου

συνυπάρχουν διαταραχές της διάθεσης (Pliszka,1987). Τα δεδομένα από τις έρευνες για τη δράση των αντιυπερτασικών είναι ακόμη πολύ περιορισμένα.

Τα διεγερτικά φάρμακα, μερικά από αυτά είναι το Ritalin, το Dexedrine και το Cylert, τα οποία φέρουν βελτίωση στην προσοχή τους, έλεγχο στον παρορμητισμό τους και μείωση στην άσκοπη δραστηριότητα τους. Καθώς επίσης μειώνεται η θορυβώδης συμπεριφορά τους. Με τα φάρμακα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν καλύτερη συνεργατική σχέση με τους γονείς και με τους δασκάλους και μπορούν να ακολουθήσουν ευκολότερα τους κανόνες και τις εντολές που τους δίνονται.

- Τροποποίηση της συμπεριφοράς και εκπαίδευση γονέων

Έρευνες που έγιναν από το 1971 έως το 1995 (DyPaul & Eckert, 1997 ) έδειξαν ότι οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι αρκετά αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στο σχολικό πλαίσιο.

Οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς στοχεύουν στη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς, την ανάπτυξη των επιθυμητών αλλά και την δημιουργία νέων συμπεριφορών που ενδεχομένως να μην υπήρχαν πριν στο παιδί. Οι τεχνικές αυτές ποικίλουν και στηρίζονται στη διαφορική ενίσχυση : αρνητική (ενίσχυση) για αρνητική συμπεριφορά και θετική για θετική συμπεριφορά.

Σύμφωνα με τον Barkley (1997), η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναπτυξιακή καθυστέρηση στην αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς μέσω εσωτερικευμένων κανόνων και κινήτρων. Για τον λόγο αυτό ενδείκνυται η χρήση τεχνικών που αλλάζουν το είδος των ερεθισμάτων τα οποία προηγούνται μιας αντίδρασης και το είδος των συνεπειών που έπονται της αντίδρασης αυτής, προκειμένου να επιτευχθεί μείωση των πρωτογενών συμπτωμάτων της διαταραχής σε κάποια πλαίσια και για κάποιες δραστηριότητες. Έτσι, τα παιδιά εξασκούνται στον έλεγχο της παρορμητικότητάς τους και στην υιοθέτηση πιο αποτελεσματικών μορφών συμπεριφοράς οι οποίες ευνοούν την αξιοποίηση των ικανοτήτων τους και διευκολύνουν την επικοινωνία τους με τους άλλους.

Γι' αυτό το λόγο, είναι απαραίτητο να εκπαιδευτούν οι γονείς καθώς και οι εκπαιδευτικοί, στη χρήση τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς και να αποκτήσουν την ικανότητα να χειρίζονται αποτελεσματικά τις αντιδράσεις του παιδιού με ΔΕΠ-Υ με τρόπο που να ευνοεί την εκδήλωση της θετικής συμπεριφοράς. Από το παραπάνω λοιπόν, συμπεραίνουμε ότι χρειάζεται μια πολυεπίπεδη προσέγγιση, δηλαδή να υπάρξει συνεργασία του ειδικού με τους γονείς, να συμμετέχουν οι γονείς στη θεραπευτική διαδικασία. Επίσης, πρέπει να τροποποιηθούν οι δυσλειτουργικές

αντιλήψεις των γονέων, διότι όταν οι γονείς έχουν ορισμένες αντιλήψεις για τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών τους, τότε άμεσα οι αντιδράσεις τους επηρεάζονται τόσο συναισθηματικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς. Έτσι, πρέπει οι γονείς να παρακολουθούν Συμβουλευτική υποστήριξη για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα παραπάνω. Όσον αφορά το σχολικό επίπεδο, πρέπει οι εκπαιδευτικοί να συνεργάζονται με τους ειδικούς και το ανάποδο για να αποφευχθούν οι αρνητικές συμπεριφορές στο σχολικό περιβάλλον

- Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία αποτελεί και αυτή μέθοδος αντιμετώπισης της διαταραχής, χωρίς όμως να υπάρχουν θετικές ενδείξεις ότι από μόνη της μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής. Ο DuPaul και οStoner (1994), παρατηρούν ότι επειδή η ΔΕΠ-Υ αποτελεί συναισθηματική διαταραχή, οι ειδικοί δεν μπορούν να περιμένουν τη βελτίωση των πρωτογενών συμπτωμάτων στηριζόμενοι στην ατομική ψυχοθεραπεία. Όμως, η μέθοδος αυτή μπορεί να αποτελεί βοηθητική παρέμβαση σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους, με σκοπό την αντιμετώπιση δευτερογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση).

- Γνωσιακή- συμπεριφορική παρέμβαση

Η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί μια επέκταση των κλασικών μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς, η οποία περιλαμβάνει την κατανόηση των αντιλήψεων, των στάσεων και των πεποιθήσεων τόσο των ίδιων των ατόμων που δέχονται τη θεραπεία όσο και των ατόμων του περιβάλλοντός τους.

Κεντρικός στόχος της συγκεκριμένης παρέμβασης είναι να βοηθήσει τα παιδιά αλλά και την ίδια την οικογένεια να μάθουν να ελέγχουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους μέσω αλλαγής της συμπεριφοράς τους. Στηρίζεται σε αρχές και θεωρίας συμπεριφοράς και ειδικότερα σε θεωρίες μάθησης. Χρησιμοποιεί στρατηγικές μεθοδολογίας, οι οποίες είναι σωστές και εμπειρικά θεμελιωμένες και εφαρμόζονται σε προβλήματα προσαρμογής των παιδιών και των εφήβων. Ο ειδικός δηλαδή, πρέπει να ασχοληθεί με τις λανθασμένες αντιλήψεις των γονέων και των δασκάλων για τις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά και τις αντιλήψεις που έχει το παιδί για τον εαυτό του και τις δυσκολίες . Όταν εντοπιστούν οι λανθασμένες αντιλήψεις ο ειδικός πρέπει να τις αντικαταστήσει με ορθότερες και πιο λειτουργικές στα πλαίσια μια γνωσιακής- συμπεριφορικής προσέγγισης , απαραίτητη κρίνεται για τη θεραπευτική διαδικασία και η παρουσία των γονιών.



## 1.9. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Συννοσηρότητα στην ψυχοπαθολογία είναι η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαφορετικών διαταραχών . Παρατηρούνται ότι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ υπάρχουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες παιδικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα η διαταραχή της ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει σε ποσοστό 50-80% . Το 44% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν μια πρόσθετη διαταραχή, το 32% παρουσιάζουν δυο ακόμη διαταραχές και το 11% παρουσιάζει τρεις ακόμη διαταραχές. Όλα αυτά τα ποσοστά δείχνουν ότι η συνύπαρξη κι άλλων διαταραχών δεν είναι τυχαία, αλλά υποδεικνύουν ένα ευρύ φάσμα άλλων συναισθηματικών και αναπτυξιακών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς.

Κάποιες φορές η μια διαταραχή μπορεί να αποτελεί βάση ή μπορεί να έχουν τον ίδια αιτία έτσι ώστε η συννοσηρότητα να αποτελεί ένδειξη για τον καθορισμό των υποκατηγοριών στα πλαίσια μιας διαταραχής.

Το DSM-IV δεν κατηγοριοποιεί ξεχωριστά τις περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν δύο διαταραχές. Αντίθετα, τα ICD-10 περιλαμβάνει ορισμένες διαγνωστικές κατηγορίες οι οποίες αντιστοιχούν σε μεικτές διαταραχές, γεγονός που υποδηλώνει την πεποίθηση ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η συννοσηρότητα δικαιολογεί την καθιέρωση ξεχωριστών διαγνωστικών κατηγοριών(Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Όταν μια διαταραχή συνυπάρχει με κάποια άλλη η σοβαρότητα της κατάστασης είναι μεγαλύτερη και η πρόγνωση χειρότερη.

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορεί από μόνα τους να μην δημιουργούν σημαντικά προβλήματα, αλλά αν συνδυαστούν με περιβαλλοντικούς παράγοντες ή άλλους παράγοντες ,τότε τα συμπτώματα γίνονται πιο σοβαρά και ίσως συμβάλουν στην εμφάνιση νέων συμπτωμάτων, που επιδρούν αρνητικά στη λειτουργικότητα του ατόμου.

Σύμφωνα με τους ερευνητές Boata, Willcutt και Pennington και την έρευνα που πραγματοποίησαν στην Αμερική, διατυπώθηκε πως η συννοσηρότητα μεταξύ Δυσλεξίας και ΔΕΠ-Υ συμβαίνει αρκετά συχνά, το 20-40% των παιδιών έχουν τα επαρκή κριτήρια για την εμφάνιση και άλλης διαταραχής.

Όπως προαναφέρθηκε και παραπάνω, όταν δύο διαταραχές συνδέονται τότε τα συμπτώματά τους είναι πιο σοβαρά. Πιο συγκεκριμένα, παιδιά, με ελλείμματα στην ανάγνωση, τα μαθηματικά και στην ορθογραφία σε συνδυασμό με τη διάσπαση

ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) έχουν πιο σοβαρά προβλήματα στη μάθηση και στη προσοχή από τα παιδιά που έχουν μόνο μια διαταραχή.

### 1.9.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Παιδιά με συννοσηρότητα έχουν πιο δευτερογενή προβλήματα:

- χαμηλή αυτοπεποίθηση,
- συμπεριφοριστικά προβλήματα,
- συνήθως παρατάνε το σχολείο(σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική).

### 1.9.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Έχουν γίνει πολλές έρευνες για την κατανόηση της συννοσηρότητας. Ακολουθώντας μια πιο παραδοσιακή ιατρική γενετική ερευνητική κατεύθυνση, έρευνες που έχουν γίνει σε οικογένειες , είχαν αρχικά διεξαχθεί για να αποδείξουν κατά πόσο αποτελεί κίνδυνο ο οικογενειακός παράγοντας, αυξάνοντας τον κίνδυνο για τις δύο διαταραχές. Μέλη των εξεταζόμενων οικογενειών με μία διαταραχή (π.χ. δυσλεξία) θα περιμέναμε να έχουν κριτήρια και για άλλη διαταραχή (π.χ. ΔΕΠ-Υ) σε υψηλότερη συχνότητα από το γενικό πληθυσμό.

Σε έρευνα που έγινε το 2010 από τον Willcutt, εξετάστηκαν τα μέλη οικογενειών με δυσλεξία ή ΔΕΠ-Υ και αποδείχτηκε ότι ήταν διπλάσια ή τριπλάσια η πιθανότητα να εμφανίσουν και άλλη διαταραχή, από ότι άλλοι που δεν είχαν καμία από τις δύο διαταραχές. Βέβαια, δεν είναι αρκετό να ξέρουμε αν η αιτία της συννοσηρότητας είναι γενετική ή περιβαλλοντική διότι τα μέλη των οικογενειών μοιράζονται και τα δύο γονίδια και ένα κοινό περιβάλλον.

Η έρευνα αυτή έγινε σε δίδυμα παιδιά, και σε μονοζυγωτικά και σε διζυγωτικά δίδυμα. Σε αυτή την έρευνα που έγινε σε ένα δείγμα διδύμων γενετικά ενημερωμένο, εκτιμήθηκαν λοιπόν οι κοινές και ανεξάρτητες γενετικές επιδράσεις στην ανάγνωση, στην απροσεξία , στην υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα και τη ταχύτητα επεξεργασίας και την ταχύτητα ονομασίας.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αποδεικνύουν ότι η συννοσηρότητα μεταξύ δυσλεξίας και ΔΕΠ-Υ αποδίδονται κατά κύριο λόγο σε κοινές γενετικές επιρροές που οδηγούν σε αργή ταχύτητα επεξεργασίας. Ύστερα, και από άλλες έρευνες που έχουν γίνει για επιπλέον ανάλυση του θέματος, κατέληξαν ότι οι γενετικές επιρροές στη δυσλεξία και στη ΔΕΠ-Υ επιβεβαίωσαν ότι, ότι μοιράζεται σε γνωστικό επίπεδο μοιράζεται και σε κοινό γενετικό επίπεδο. Αυτή η έρευνα οδήγησε στο να γίνει περισσότερο κατανοητή η συννοσηρότητα μεταξύ δυσλεξίας- ΔΕΠ-Υ αλλά ακόμη μένουν πολλά αναπάντητα ερωτήματα.

### 1.9.3. ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗ ΔΕΠ-Υ

Έρευνες έχουν δείξει ότι η πιθανότητα συννοσηρότητας είναι μεγαλύτερη από ότι η άτυπη κλινική έκφραση μιας μόνης διαταραχής. Συνήθως τα παιδιά με Μαθησιακές Δυσκολίες παρουσιάζουν περισσότερο άγχος από ότι οι συνομήλικοί τους, το οποίο εκφράζεται με φόβο(π.χ. αποτυχίας) ή με σωματικές ενοχλήσεις. Εμφανίζουν εντονότερα το συναίσθημα της μοναξιάς και του θυμού, αντιθέτως όμως εμφανίζουν μικρότερη αντοχή στη ματαιώση, σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Παρ' όλα αυτά μεγαλύτερο ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στην σχέση ανάμεσα στις μαθησιακές δυσκολίες και στη ΔΕΠ-Υ.

Παρατηρείται ότι υπάρχουν πολλές ακαδημαϊκές δυσκολίες σε συνδυασμό με τη ΔΕΠ-Υ. Από το 70'επιβεβαιώνεται ερευνητικά η κλινική εντύπωση της συχνής συνύπαρξης μαθησιακής διαταραχής με υπερκινητικότητα. Ακόμη, η παρουσία ελλειμματικής προσοχής (ανεξάρτητα τη συνύπαρξη υπερκινητικότητας) διαπιστώνεται από πολλούς ερευνητές. Ο βαθμός συννοσηρότητας ανάμεσα στις μαθησιακές δυσκολίες και το υπερκινητικό σύνδρομο κυμαίνεται από 10-92%. Αυτή η μεγάλη διαφορά φαίνεται να είναι αποτέλεσμα διαφορετικών κριτηρίων επιλογής του δείγματος, των ερευνητικών εργαλείων και κυρίως ασταθών διαγνωστικών κριτηρίων για τη διάκριση ανάμεσα στο υπερκινητικό σύνδρομο και τις μαθησιακές διαταραχές. Μελέτες επανεξετάσεις (follow-up) έδειξαν ότι οι ακαδημαϊκές και οι μαθησιακές δυσκολίες των υπερκινητικών παιδιών παραμένουν στην εφηβεία και συνδέονται με τη χρόνια σχολική αποτυχία και την εγκατάλειψη του σχολείου.

Αναφέρεται ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν και τις δύο διαταραχές (υπερκινητικό σύνδρομο και μαθησιακές δυσκολίες) παραπέμπονται συχνότερα στους ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς και στα ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, από ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν μια μόνο διαταραχή. Αυτό ίσως να ερμηνεύει την αύξηση της συννοσηρότητας στις μελέτες που προέρχονται από αυτούς τους χώρους. Αν και οι ερευνητές συχνά υποθέτουν την ύπαρξη κοινών συστηματικών ή νευρολογικών παραγόντων, δεν είναι σαφές γιατί οι μαθησιακές συνοδεύονται από τη διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής τόσο συχνά και σε τι συνίσταται η διαφορά εκείνων των περιπτώσεων που παρουσιάζουν μόνο μαθησιακή διαταραχή.

Σήμερα, θεωρείται ότι παρά την αναφερόμενη συχνή συνύπαρξη της διαταραχής της διάσπασης προσοχής με ή και χωρίς υπερκινητικότητα και των μαθησιακών διαταραχών, οι δύο αυτές νοσολογικές οντότητες είναι διακριτές. Οι γενετικές μελέτες άλλοτε ενισχύουν αυτή την υπόθεση, υποστηρίζοντας με τα ευρήματά τους ότι υπάρχει ανεξάρτητος τρόπος μετάδοσης και γενετικής επιβάρυνσης για τις δύο παθήσεις, και άλλοτε υποστηρίζουν ότι τουλάχιστον στο 70-75% των περιπτώσεων υπάρχει κοινή γενετική επιβάρυνση. ( Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος,2001)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η εμφάνιση αυξημένης συννοσηρότητας στην παιδική ψυχιατρική είναι συχνό φαινόμενο. «Οι μαθησιακές διαταραχές θεωρείται ότι αποτελούν την αρχή συνεχών ψυχικών διαταραχών, που ακολουθούν το άτομο σε ολόκληρη τη ζωή του και έχει συσχετιστεί με ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών» (Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, 2010).

Οι μαθησιακές δυσκολίες συχνά συνοδεύονται με προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα στο συναίσθημα και στην ικανότητα προσοχής και συγκέντρωσης. Στις περιπτώσεις συννοσηρότητας η εύρεση της αιτιολογικής σχέσης μεταξύ των διαταραχών είναι αρκετά δύσκολη επειδή η αλληλεπίδραση των διαταραχών επιδεινώνει την κατάσταση του παιδιού.

Σύμφωνα με τις αποδεκτές εκτιμήσεις υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών και των μαθησιακών δυσκολιών. Το ερώτημα είναι αν οι μαθησιακές δυσκολίες ευθύνονται για την Συννοσηρότητα με τις ψυχιατρικές διαταραχές.

### 2.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε ερευνώντας τα αποτελέσματα, τα οποία πάρθηκαν από τα ερωτηματολόγια που δημιουργήθηκαν γι' αυτό το σκοπό. Όλα τα παιδιά της έρευνας αυτής, ήταν διαγνωσμένα με δυσλεξία από τα ΚΕΔΔΥ και από το κέντρο αξιολόγησης που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους γονείς των παιδιών, ώστε να περιγράψουν την συμπεριφορά των παιδιών τους ως εξωτερικοί παρατηρητές.

Συνολικά συμμετείχαν 54 περιπτώσεις γονέων με δυσλεκτικά παιδιά, οι οποίοι προσήλθαν στο Σύλλογο Γονέων με Μαθησιακές Δυσκολίες Καβάλας και στην Πρότυπη Θεραπευτική Μονάδα «Πράξις» στην Καβάλα. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους παραπάνω φορείς διότι θεωρήθηκε ότι ο πληθυσμός των γονέων ήταν σχετικός με τις προϋποθέσεις του δείγματος. Όλα τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν ήταν ανώνυμα. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν:

- η ηλικία του παιδιού (7-15 έτη)
- ο τύπος της μαθησιακής δυσκολίας (δυσλεξία) και
- το φυσιολογικό νοητικό του παιδιού.

Η έρευνα λοιπόν, πραγματοποιήθηκε σε επιλεγμένο δείγμα 54 παιδιών με ειδική μαθησιακή δυσκολία- δυσλεξία ανεξαρτήτου φύλου (συνολικά 23 κορίτσια και 31 αγόρια). Το εύρος της ηλικίας είναι από τα 7 μέχρι και τα 15 έτη, από την πρώτη δημοτικού μέχρι και την τρίτη γυμνασίου, με μέσο όρο ηλικίας τα 11 έτη.

Από το δείγμα αποκλείστηκαν τα παιδιά με διάγνωση Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ), Ειδικές Γλωσσικές Διαταραχές (SLI), σύνδρομα και νοητική καθυστέρηση.

Οι ερωτήσεις που δίνονται στο ερωτηματολόγιο γίνονται για να αποδείξουν την συννοσηρότητα μεταξύ των μαθησιακών και των ψυχιατρικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, επειδή το δείγμα της έρευνας είναι αρκετά συγκεκριμένο, δηλαδή απευθύνεται σε παιδιά που είναι διαγνωσμένα με δυσλεξία, οι ερωτήσεις γίνονται για να αποδειχθεί η παρουσία της ΔΕΠ-Υ.

Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα που πάρθηκαν από τα ερωτηματολόγια οι γυναίκες υπερτερούσαν από τους άντρες (συνολικά 46 γυναίκες και 8 άντρες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο).

Οι περισσότερες γονείς κυρίως ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Με τη δευτεροβάθμια να έρχεται πρώτη με 31 γονείς, η τριτοβάθμια με 22 γονείς και με έναν γονέα που να έχει τελειώσει μόνο τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Ο λόγος που επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες ερωτήσεις, ήταν διότι ανταποκρίνονται στα διαγνωστικά κριτήρια της δυσλεξίας αλλά και της ΔΕΠ-Υ (DSMIII).

Σε αυτό το σημείο θα γίνει η ανάλυση όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, ώστε να γίνει σαφές ποιος είναι ο στόχος και τι πληροφορίες έπρεπε να συλλεχτούν.

Στην αρχή του ερωτηματολογίου τίθεται το ερώτημα αν το παιδί είναι αγόρι ή κορίτσι. Αυτό ερωτάται διότι σύμφωνα με τους Germano, Gagliano και τον Curatolo (2010) τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι λιγότερο ευάλωτα στις ελλείψεις στην εκτελεστική ικανότητα σε σχέση με τα αγόρια, αν και περαιτέρω μελέτες δεν εντόπισαν διαφορές στο φύλο στις προαναφερθείσες λειτουργίες. Σύμφωνα με άλλες μελέτες, οι μαθησιακές δυσκολίες σχετίζονται σημαντικά με την απροσεξία και στα

αγόρια και στα κορίτσια, αλλά η υπερκινητικότητα/ παρορμητικότητα να εμφανίζεται μόνο σε αγόρια. Επιπλέον, οι υπερκινητικές και παρορμητικές συμπεριφορές που εμφανίζουν τα αγόρια με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να είναι περισσότερο ανησυχητικές από την απρόσεκτη συμπεριφορά που εμφανίζουν τα κορίτσια. Συνεπώς η συμπεριφορά των αγοριών είναι πιο συχνή αιτία για κλινικές παραπομπές. Έτσι, εν μέρει μπορεί να εξηγηθεί η αναλογική διαφορά μεταξύ των φύλων με μαθησιακές δυσκολίες (4 αγόρια προς 1 κορίτσια).

### **1. Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένεια που να έχει εμφανίσει κάποιο είδος μαθησιακής δυσκολίας (λ.χ. δυσλεξία);**

Σύμφωνα με τους Boata et al. (2012), «η αιτία της δυσλεξίας είναι πολυπαραγοντική και σχετίζεται με πολλαπλά γονίδια και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου». Ο Pennington&Olson απέδειξαν ότι η δυσλεξία είναι ελαφρώς κληρονομήσιμη. Έχει συνδεθεί με εννέα θέσεις κινδύνου (DYX1-DYX9), μέσω αναπαραγόμενων μελετών διασύνδεσης, αν και δεν έχει αποδειχθεί σε κάθε έρευνα. Πιο πρόσφατα, γενετικοί μέθοδοι εντόπισαν 6 υποψήφια γονίδια (DYX1C1 στον τόπο DYX1 στο χρωμόσωμα 15q21; DCDC2 και KIAA0319 στο τόπο DYX2 στο χρωμόσωμα 6p21; C2Orf3 και MRPL19 στο τόπο DYX3 στο χρωμόσωμα 2p16-p15; Και ROBO1 στο τόπο DYX5 στο χρωμόσωμα 3p12-q12). Ο ρόλος αυτών των γονιδίων για την ανάπτυξη του εγκεφάλου είναι υπό διερεύνηση. Παρόμοια με την δυσλεξία, μελέτες απέδειξαν ότι και η ΔΕΠ-Υ είναι κληρονομήσιμη. Η κληρονομικότητά του έχει καθοριστεί χρησιμοποιώντας κατά κύριο λόγο μελέτες διδύμων. Η κληρονομικότητα επωφελείται από το γεγονός ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα μοιράζονται όλα τα γονίδια τους, ενώ τα διζυγωτικά δίδυμα μοιράζονται τα μισά λόγω του διαχωρισμού τους. Οι μελέτες σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς δίδυμους μας δείχνουν σε τι ποσοστό μια διαταραχή οφείλεται σε κληρονομικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τα δύο βασικά προβλήματα της ΔΕΠ-Υ (η διάσπαση και η υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα) είναι σημαντικά κληρονομήσιμες με γενετικές επιρροές που αντιπροσωπεύουν πάνω από το 75% των περιπτώσεων.

## **2. Δεν μπορεί το παιδί σας να διατηρήσει την προσοχή του σε μια δραστηριότητα για αρκετό χρόνο;**

Σύμφωνα με τον Rutter(1995), «παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν τα πηγαίνουν καλά στα τεστ που κρίνεται απαραίτητη η συνεχής συγκέντρωση, αλλά ένα συγκεκριμένο γνωστικό έλλειμμα στη ΔΕΠ-Υ, το οποίο πρέπει να καθοριστεί». Κάποια παιδιά παρουσιάζουν αυξημένη αναγνωστική ικανότητα, ακόμη κι αν η πλειοψηφία παρουσιάζει γνωστικά ελλείμματα, το χαρακτηριστικό δεν είναι κοινό σε όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, διότι κάποια παιδιά είναι περισσότερο ικανά σε αυτόν τον τομέα.

Σύμφωνα με τον Duvner (1994), η ελλειμματική προσοχή, και η κακή συμπεριφορά έχει σοβαρές επιπτώσεις για όλα τα παιδιά. «Η πλειοψηφία των παιδιών είναι ακούραστα, θορυβώδη, δεν αντιλαμβάνονται τους κινδύνους, είναι δύσκολο γι' αυτά να αντιληφθούν τους κοινωνικούς κανόνες και παρουσιάζουν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους. Επίσης, είναι αδέξια και παρουσιάζουν προβλήματα στη λεπτή κινητικότητα».

## **3. Διασπάται η προσοχή του στις δραστηριότητες αυτές από εξωτερικά ερεθίσματα ή σκέψεις;**

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να κρατήσουν παρατεταμένα και για αρκετό χρονικό διάστημα την προσοχή τους σε μία δραστηριότητα, λόγω σε μία ποικιλία νευρογνωστικών μέτρων. Φαίνεται να ονειροπολούν. Έτσι, συνήθως αφαιρούνται από εξωτερικές σκέψεις, πράγμα που δεν τους επιτρέπει πολλές φορές να τελειώσουν μια δραστηριότητα.

## **4. Ξεχνά να κάνει όσα του ζητούνται και μπορεί πολλές φορές να ρωτά το ίδιο πράγμα;**

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αναστολή στο γνωστικό επίπεδο, παρουσιάζουν δηλαδή διαταραχή στην γνωσιακή τους ευελιξία. Πιο συγκεκριμένα, το γεγονός ότι μεταφέρεται η προσοχή τους από το ένα θέμα στο άλλο, έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά να “ χάνονται ” και έτσι πολλές φορές ρωτάνε επανειλημμένα το ίδιο πράγμα (ΕΛΛΙΕΠΕΚ, 2012).



**5.Ενώ έχει διαβάσει και είναι σίγουρο για τις γνώσεις του, όταν το εξετάζουν, δεν θυμάται όσα διάβασε και καθυστερεί να απαντήσει;**

Η ερώτηση αυτή γίνεται γιατί όπως έχει προαναφερθεί νωρίτερα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε μία ποικιλία νευρογνωσιακών μέτρων μέσα στα οποία ανήκει και η οπτική εργασιακή μνήμη. Λόγω λοιπόν, της δυσκολίας που έχουν στην οπτική εργασιακή μνήμη αλλά και της δυσκολίας στη συγκέντρωση, τα παιδιά καθυστερούν κατά πολύ να ανακαλέσουν αυτό που μόλις διάβασαν, με αποτέλεσμα να φαίνεται σε τρίτους πως δεν γνωρίζουν να απαντήσουν. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενώ κινούνται γρήγορα στο χώρο, η ταχύτητα επεξεργασίας μιας πληροφορίας καθυστερεί. Δηλαδή, δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, με αποτέλεσμα να χρειάζονται περισσότερο χρόνο στο να απαντήσουν σε μία ερώτηση σε σχέση με το μέσο μαθητή.

**6. Υπάρχει δυσκολία στο να αναστείλει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του;**

Ίσως μία από τις μεγαλύτερες 'δυσκολίες' που παρουσιάζει αυτή η διαταραχή είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εξωτερικεύουν αμέσως αυτό που ξέρουν και σκέφτονται. Είναι θορυβώδη και δεν αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο, γιατί αυτά τα παιδιά είναι δύσκολο να καταλάβουν προφορικούς κανόνες (π.χ. κοιτάμε δεξιά - αριστερά πριν διασχίσουμε το δρόμο). Δεν έχουν την ικανότητα να τηρούν απλούς κανόνες για τη συμβίωση τους με τους άλλους ανθρώπους.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανοιχτά σε ερεθίσματα και γι' αυτό το λόγο είναι υπερευαίσθητα στον έλεγχο της παρορμητικότητάς τους και αυτό δυσκολεύει την κατάστασή τους.

**7.Το παιδί σας είναι ευερέθιστο και προσβάλλεται εύκολα;**

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον αυτοέλεγχο των συναισθημάτων τους, γι' αυτό και δεν μπορούν να αναστείλουν τις αυθόρμητες αντιδράσεις τους και μπορεί πολλές φορές να οδηγηθούν στη βία, λόγω του ότι είναι ευερέθιστα παιδιά και προσβάλλονται εύκολα. Ένα από τα χαρακτηριστικά των παιδιών αυτών, είναι ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους.

Οι κοινωνικές επιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως έντονες. Η επικοινωνία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους συνομηλίκους τους διακρίνεται από έντονο αρνητισμό και συναισθηματική φόρτιση. Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι σε περιπτώσεις συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ και της επιθετικότητας το αρνητικό συναίσθημα εκδηλώνεται με μεγαλύτερη ένταση (Hinshaw & Melnick, 1995).

**8. Απογοητεύεται εύκολα και παραιτείται από δραστηριότητες (π.χ. ιδιαίτερα όταν πιεστούν);**

Όπως ειπώθηκε και πιο πάνω τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν τα πηγαίνουν και πάρα πολύ καλά στο σχολείο διότι χρειάζεται να έχουν επικεντρωμένη την προσοχή τους για μεγάλο διάστημα. Λόγω λοιπόν της χαμηλής τους επίδοσης στο σχολείο και του χαμηλού συναισθηματικού αυτοελέγχου που έχουν τα παιδιά, απογοητεύονται εύκολα και παραιτούνται ιδιαίτερα όταν πιεστούν .

Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά, τα οποία είναι ευερέθιστα και εχθρικά, διεγείρονται και γίνονται περισσότερο ευερέθιστα, ενώ όταν περιοριστεί η προσφερόμενη ενίσχυση τότε βιώνουν έντονα συναισθήματα ματαίωσης (Douglas & Parry, 1994 · Wigal et al. 1993).

**9. Το παιδί είναι παρορμητικό, δηλαδή ενεργεί πρώτα πριν σκεφτεί;**

Ένα από τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ είναι ο παρορμητισμός τους. Λόγω του χαμηλού αυτοελέγχου που έχουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως ενεργούν πρώτα πριν σκεφτούν. Έτσι πολλές φορές οδηγούνται σε λανθασμένες συμπεριφορές.

**10. Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του όταν παίζει με φίλους του ή μαζί σας;**

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ λόγω του παρορμητισμού που τα διέπει, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς. Είναι δύσκολο για τα άτομα αυτά να καταλάβουν άτυπους κανόνες , γι' αυτό και διακόπτουν παιχνίδια και δυσκολεύονται να περιμένουν τη σειρά τους.

### **11. Υπήρξε κάποια καθυστέρηση λόγου ή δυσκολία στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου;**

Τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες και ΔΕΠ-Υ γενικά φαίνεται να έχουν μικρότερη ταχύτητα κατονομασίας, ιδιαίτερα στην κατονομασία γραμμάτων, αριθμών, χρωμάτων και αντικειμένων. Το νευροψυχολογικό ιστορικό της συνύπαρξης μεταξύ δυσλεξίας και ΔΕΠ-Υ, μπορεί να ερμηνευτεί και ως συνύπαρξη των ελλειμμάτων της φωνολογικής βραχυπρόθεσμης μνήμης και των ελλειμμάτων στο κεντρικό εκτελεστικό τομέα. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γραφής και της ανάγνωσης καθώς αποτελούν διεργασίες που χρειάζονται υψηλά επίπεδα συγκέντρωσης και αυτοματοποίησης των κινήσεων, δεξιότητες στις οποίες ένας μαθητής με ΔΕΠ-Υ υστερεί.

«Φαίνεται λοιπόν από άλλες έρευνες ότι η δυσλεξία και η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ελαττώματα σε έξι γνωστικούς φαινοτύπους: στην αναστολή απόκρισης, στην ταχύτητα επεξεργασίας, στην ονομαστική ταχύτητα, στην συνειδητοποίηση του φωνήματος, στο λεκτικό συλλογισμό και στη μνήμη εργασίας» (Boata -et al., 2012).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο ομιλητικά από τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης όταν επικοινωνούν ελεύθερα. Όταν όμως πρέπει να οργανώσουν το λόγο τους ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της δραστηριότητας, τότε μιλούν λιγότερο και ο λόγος τους δεν είναι καλά οργανωμένος, ούτε έχει κανονική ροή. Όταν το παιδί πρέπει να απαντήσει σε συγκεκριμένα ερωτήματα ή να περιγράψει κάτι, η ομιλία του χειροτερεύει, διότι απαιτείται από εκείνο πιο προσεκτική και οργανωμένη σκέψη σε σχέση με την ελεύθερη ομιλία. Αυτές οι δυσκολίες που έχει το παιδί αποτελούν ενδείξεις ότι τα προβλήματά τους δεν έχουν σχέση με την ομιλία τους, αλλά με ελλείμματα στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες οι οποίες είναι απαραίτητες για την οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς. Μπορεί όλα αυτά τα προβλήματα να σχετίζονται με δυσκολίες στην ακουστική διάκριση ή με τη δυσκολία αποτελεσματικής προσοχής σε ένα ορισμένο ακουστικό ερέθισμα. Πολλές φορές τα ίδια τα προβλήματα που παρουσιάζονται στον προφορικό λόγο μπορεί να εκδηλώνονται και στο γραπτό λόγο. Έτσι, τα προβλήματα που έχουν στο λόγο, φαίνεται να σχετίζονται άμεσα με τις μαθησιακές δυσκολίες.

## **12. Χάνει την αίσθηση του χρόνου;**

Σύμφωνα με τον Voeller (2004), «τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες σε μία ποικιλία από νευρογνωστικά μέτρα όπως: στην επίλυση προβλημάτων, στο σχεδιασμό προσανατολισμού, στην εγρήγορση, στην γνωστική ευελιξία, στην παρατεταμένη προσοχή και στην οπτική μνήμη εργασίας». Πιο συγκεκριμένα, επειδή έχουν προβλήματα στον προσανατολισμό τους και στην εγρήγορση (=alerting), τα παιδιά δεν έχουν την αίσθηση του χρόνου, αν π.χ. είναι μέρα ή νύχτα, δεν ξέρουν επίσης τι ώρα είναι.

«Η μη λεκτική μνήμη εργασίας περιγράφεται ως αναπόσπαστο κομμάτι της ανάπτυξης της ψυχολογικής ενημερότητας του χρόνου και της οργάνωσης της συμπεριφοράς σε σχέση με το χρόνο» (Fuster,1989). Το 1997 ο Barkley και οι συνεργάτες του, με βάση την παραπάνω περιγραφή, πρόβλεψαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα έχουν δυσκολίες στην αίσθηση του χρόνου. Οι δυσκολίες αυτές είναι αποτέλεσμα εκείνων των προβλημάτων που σχετίζονται με τη μνήμη εργασίας. Από μελέτες που έγιναν κατά πόσο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν την αίσθηση του χρόνου καθώς και την οργάνωση της συμπεριφοράς τους σε σχέση με το χρόνο, διαπιστώθηκε ότι μειονεκτούσαν σημαντικά σε σχέση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

## **13. Στα μαθήματα του σχολείου δυσκολεύεται στην οργάνωση και στην απομνημόνευση;**

Επειδή τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να κρατήσουν την προσοχή τους για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα σε μια δραστηριότητα, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία και στην οργάνωση των παιδιών στα μαθήματα τους. Επίσης, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ λόγω της διαταραγμένης οπτικής τους μνήμης εργασίας δυσκολεύονται στην απομνημόνευση των μαθημάτων.

**14. Δυσκολεύεται να κατονομάσει τα αντικείμενα και καθυστερεί στο να δώσει μια απάντηση;**

Η ερώτηση αυτή γίνεται γιατί όπως έχει προαναφερθεί και πιο πάνω τα άτομα με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε μία ποικιλία νευρογνωστικών μέτρων, μέσα στα οποία ανήκει και η οπτική εργασιακή μνήμη. Λόγω λοιπόν της δυσκολίας που έχουν στην οπτική εργασιακή μνήμη, αλλά και της δυσκολίας στη συγκέντρωση, τα παιδιά καθυστερούν κατά πολύ να ανακαλέσουν αυτό που διάβασαν, με αποτέλεσμα να καθυστερούν αρκετά να δώσουν μία απάντηση σε σχέση με το μέσο μαθητή και αυτό γιατί η ταχύτητα επεξεργασίας μιας πληροφορίας καθυστερεί.

**15. Το παιδί σας είναι κάπως αδέξιο ή έχει δυσκολία με τη λεπτή κινητικότητα;**

Οι κινήσεις ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται από έντονη αδεξιότητα. Αυτό οφείλεται σε μία αδυναμία αυτοματοποίησης των κινήσεων. Δεν καταφέρνει ο εγκέφαλός τους να ισορροπεί και να προγραμματίζει τις κινήσεις τους με αποτέλεσμα ακόμη και στην αναζήτηση ενός βιβλίου να υπάρχει δυσκολία.

Ο κύριος λόγος που τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι επιρρεπή στα ατυχήματα δεν φαίνεται να είναι το αυξημένο επίπεδο κινητικότητας- παρορμητικότητας που τα διακρίνει, αλλά η επιθετική συμπεριφορά που συχνά τα χαρακτηρίζει. Βέβαια, το πόσο συχνά ένα παιδί θα χτυπήσει ή θα προξενήσει κάποιο ατύχημα θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό και από κάποια χαρακτηριστικά των γονέων και γενικότερα από τον τρόπο που αντιμετωπίζεται από το περιβάλλον του.

Συμπερασματικά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αργές αντιδράσεις στην αδρή κινητικότητα (Carte et al., 1996·Shaywitz&Shaywitz, 1984), ενώ ταυτόχρονα έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες συντονισμού στη λεπτή κινητικότητα και μειωμένο έλεγχο των κινητικών αντιδράσεων (Barkley et al., 1996 · Seidmanetal., 1997). Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά να έχουν δυσκολίες στη χρήση του μολυβιού και έτσι η ποιότητα γραφής να μην είναι αρκετά καλή.

#### **16. Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κάποιους κανόνες;**

Οι πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να ακολουθήσουν κάποιους κανόνες, ιδίως όταν πρόκειται για άτυπους και αυτό γιατί δεν μπορούν να τους αντιληφθούν.

#### **17. Το παιδί σας παρουσιάζει, Δυσορθογραφία ή Δυσαριθμησία;**

Η Δυσορθογραφία/ δυσγραφία είναι μια διαταραχή που επηρεάζει την πράξη της γραφής. Ανάλογα με την ηλικία και την εκπαίδευση, η γραφή είναι λιγότερο άριστη και τα γραφικά στοιχεία είναι κατώτερης ποιότητας και έτσι η γραφή είναι πιο δύσκολο να κατανοηθεί. Ο μαθητής δείχνει σημάδια κόπωσης μεγαλύτερα από αυτά που παρουσιάζουν οι συνομήλικοί του. Δυσγραφία λοιπόν είναι μια ειδική διαταραχή στη γραφή.

Δυσαριθμησία είναι μια ειδική διαταραχή που επηρεάζει την κατανόηση απλών αριθμητικών πράξεων.

Τα παιδιά λόγω της δυσλεξίας που έχουν μπορούν να παρουσιάσουν και τα δύο παραπάνω στοιχεία.

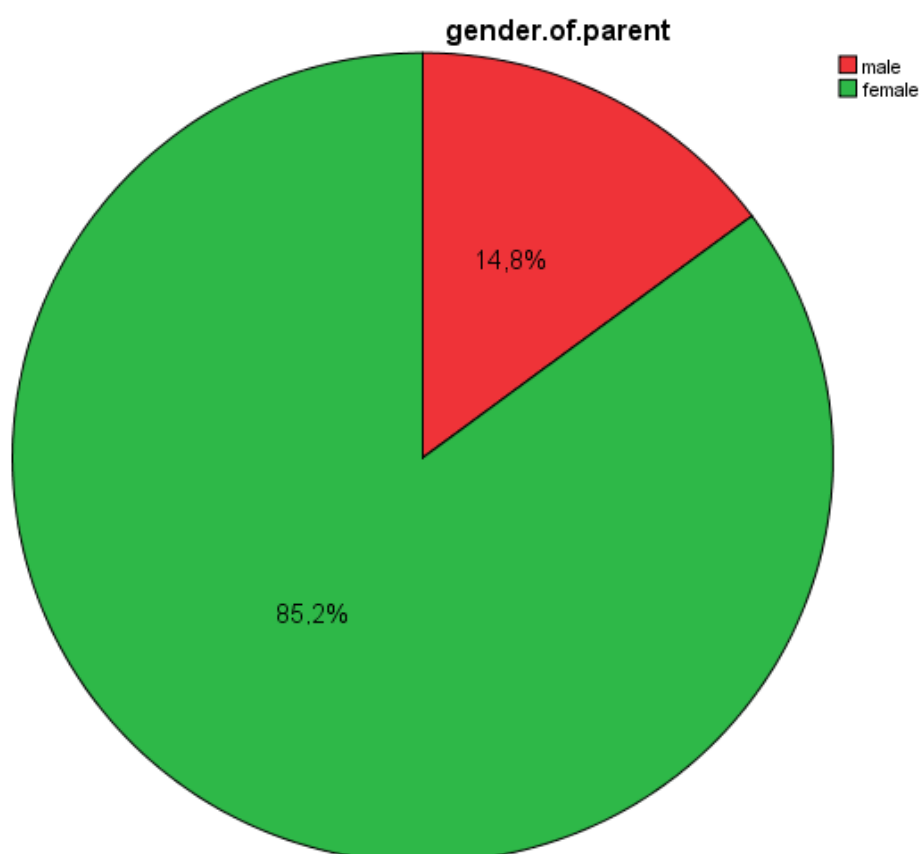
#### **18. Το παιδί σας δεν μπορεί να ξεχωρίσει το δεξί από το αριστερό χέρι;**

Σύμφωνα με τον Voeller (2004), «τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες σε μία ποικιλία από νευρογνωστικά μέτρα όπως: στην επίλυση προβλημάτων, στο σχεδιασμό προσανατολισμού, στην εγρήγορση, στην γνωστική ευελιξία, στην παρατεταμένη προσοχή και στην οπτική μνήμη εργασίας». Δηλαδή, επειδή τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν προβλήματα στον προσανατολισμό, συμβαίνει αρκετές φορές να μην μπορούν να ξεχωρίσουν το δεξί από το αριστερό χέρι.

Παρακάτω ακολουθούν τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία πάρθηκαν από τις στατιστικές αναλύσεις που προέκυψαν από το πρόγραμμα IBM-SPSS Statistics 22.

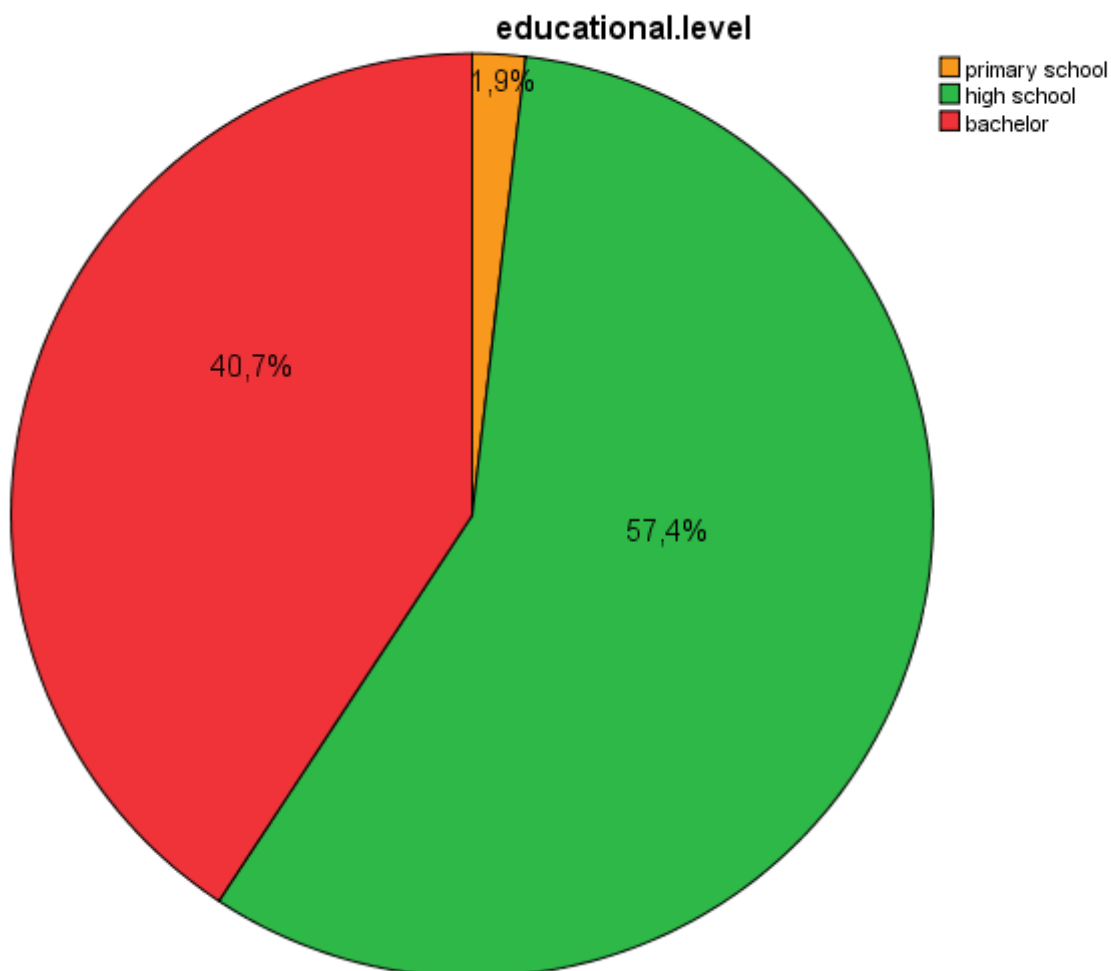
### 3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στον πρώτο πίνακα, φαίνεται ποια ήταν η συχνότητα εμφάνισης με την οποία απάντησαν τα δύο φύλα. Δηλαδή, αν τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν περισσότερο από άντρες ή γυναίκες.



Σε αυτό τον πίνακα παρατηρήθηκε λοιπόν, ότι οι άντρες που απάντησαν τα ερωτηματολόγια ήταν μόλις 8, ενώ οι γυναίκες 46. Η επί τοις εκατό αναλογία ήταν 14,8 % για τους άντρες και 85,2 % για τις γυναίκες. Από αυτά τα ποσοστά φαίνεται ότι, οι γυναίκες να ασχολούνται περισσότερο με την διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους.

Στον δεύτερο πίνακα, φαίνεται ποιο ήταν το επίπεδο μόρφωσης των γονέων.



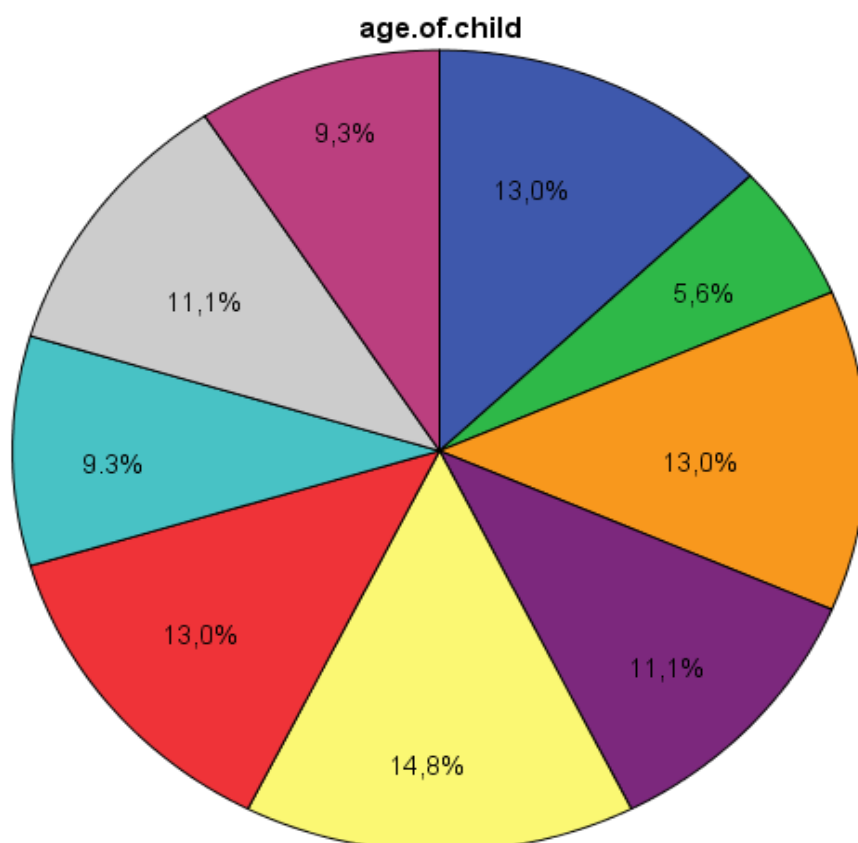
Στον πίνακα 2 λοιπόν, παρατηρήθηκε ότι υπήρχε ένας μόνο γονιός που να έχει τελειώσει το δημοτικό σχολείο με ποσοστό 1,9%, 31 γονείς που έχουν τελειώσει το λύκειο με ποσοστό 57,4% και τέλος 22 γονείς που να έχουν τελειώσει κάποιο πανεπιστήμιο με ποσοστό 40,7. Άρα συμπεραίνουμε, ότι οι γονείς που έχουν τελειώσει το λύκειο καταλαμβάνουν και το μεγαλύτερο ποσοστό επί τοις εκατό.



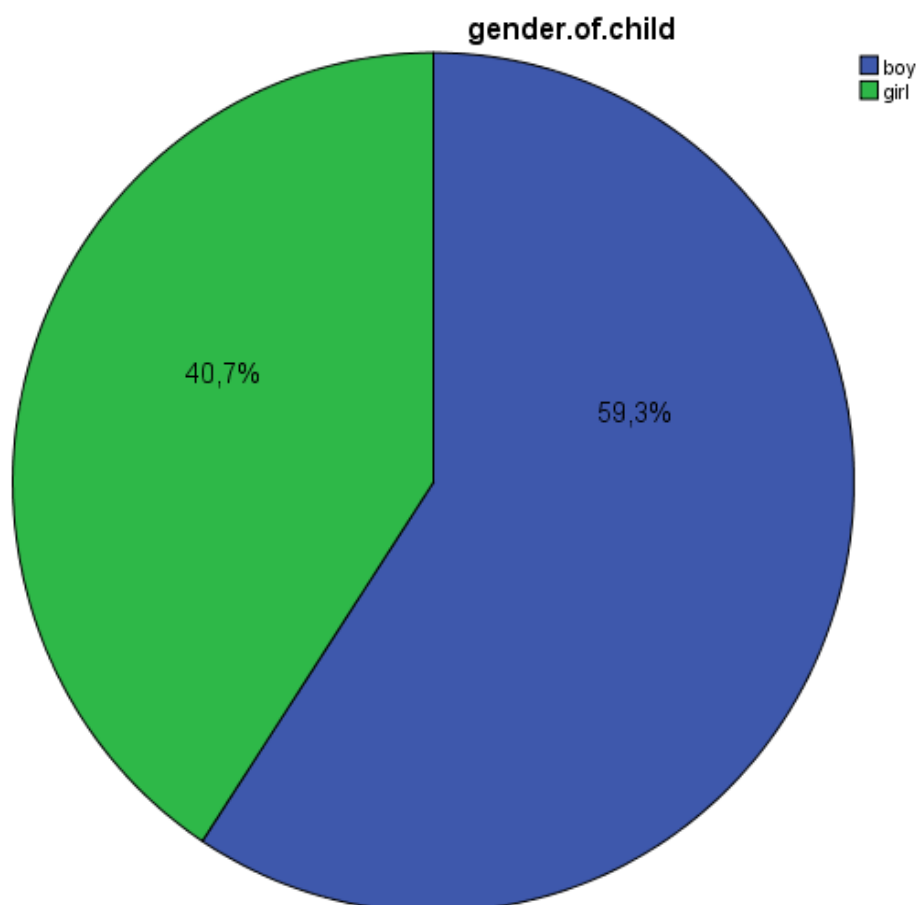
Στο τρίτο πίνακα, αναλύονται όλες ηλικίες των παιδιών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Από τη μικρότερη ηλικία ως την μεγαλύτερη.

	Minimum	Maximum	Mean
age.of.child	7	15	10,96
Valid N (listwise)			

Έτσι λοιπόν, στη θέση minimum έχει περιληφθεί η μικρότερη ηλικία του συμμετέχοντα, δηλαδή τα 7 έτη, στο maximum έχει περιληφθεί αντιστοίχως η μεγαλύτερη ηλικία, που είναι τα 15 έτη. Με μέσο όρο περίπου τα 11 έτη.



Στο τέταρτο πίνακα, παρατηρήθηκε η συχνότητα εμφάνισης του φύλου του παιδιού. Αν δηλαδή εμφανίζονται στην έρευνα περισσότερα αγόρια ή κορίτσια.



Παρατηρούμε, ότι τα αγόρια υπερτερούν των κοριτσιών με ποσοστό 59,3 έναντι 40,7. Τα αγόρια που συμμετείχαν στην έρευνα ερωτηματολόγιο ήταν 32 και τα κορίτσια 22. Έτσι , επιβεβαιώνεται ότι οι υπερκινητικές και παρορμητικές συμπεριφορές που εμφανίζουν τα αγόρια με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να είναι περισσότερο ανησυχητικές από την απρόσεκτη συμπεριφορά που εμφανίζουν τα κορίτσια. Συνεπώς η συμπεριφορά των αγοριών είναι πιο συχνή αιτία για κλινικές παραπομπές. Εν μέρει μπορεί να εξηγηθεί η αναλογική διαφορά μεταξύ των φύλων με μαθησιακές δυσκολίες.

Σε αυτό το σημείο της έρευνας πρέπει να επισημανθεί ότι για κάθε μία από τις 18 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, χωρίζονται σε δύο απαντήσεις:

A. Ναι

B. Όχι

Για κάθε θετική απάντηση (ναι), βαθμολογήθηκε με ένα (1) βαθμό και για κάθε αρνητική απάντηση(όχι), βαθμολογήθηκε με μηδέν (0).

Έτσι, κάθε συμμετέχοντας δίνοντας θετική απάντηση, συμφωνεί με τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ. Επομένως, παρακάτω ακολουθούν όλες οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες, οι οποίοι διαχωρίζονται σε αγόρια και κορίτσια.

**Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένεια που να έχει εμφανίσει κάποιο είδος μαθησιακής δυσκολίας (λ.χ. δυσλεξία);**

#### **gender.of.child \* question.1 Crosstabulation**

Count

		question.1		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	20	12	32
	girl	14	8	22
Total		34	20	54

Στην πρώτη ερώτηση, 20 στα 32 αγόρια απάντησαν θετικά (αν υπάρχει κι άλλο μέλος στην οικογένεια που να εμφανίζει κάποια μαθησιακή δυσκολία), ενώ μόνο 14 απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση από τα 22 κορίτσια. Φαίνεται, πως το ποσοστό των αγοριών σε αυτή την ερώτηση είναι μεγαλύτερο από των κοριτσιών.

Το 62,5% των αγοριών και 63,6% των κοριτσιών απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση, πράγμα που σημαίνει ότι η δυσλεξία ή η ΔΕΠ-Υ είναι κληρονομήσιμη.

**Δεν μπορεί το παιδί σας να διατηρήσει την προσοχή του σε μια δραστηριότητα για αρκετό χρόνο;**

**gender.of.child \* question.2 Crosstabulation**

Count

		question.2		Total
		Yes	no	
gender.of.c hild	boy	21	11	32
	girl	10	12	22
Total		31	23	54

Δεύτερη ερώτηση, 21 στα 32 αγόρια απάντησαν θετικά ( δεν μπορεί το παιδί σας να διατηρήσει την προσοχή του σε μια δραστηριότητα για αρκετό χρόνο;), ενώ μόνο 10 στα 22 κορίτσια έδωσαν θετική απάντηση. Επίσης φαίνεται, ότι τα αγόρια έχουν μεγαλύτερο ποσοστό από τα κορίτσια.

Το 65,6% των αγοριών και το 45,5% των κοριτσιών απάντησε θετικά σε αυτή την ερώτηση, όπως αποδεικνύεται τα αγόρια δεν μπορούν να διατηρήσουν την προσοχή τους για αρκετό χρόνο σε αντίθεση με τα κορίτσια που εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό.

**Διασπάται η προσοχή του στις δραστηριότητες αυτές από εξωτερικά ερεθίσματα ή σκέψεις;**

**gender.of.child \* question.3 Crosstabulation**

Count

		question.3		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	28	4	32
	girl	16	6	22
Total		44	10	54

Στην τρίτη ερώτηση, 28 από τα 32 αγόρια έδωσαν θετική απάντηση (διασπάται η προσοχή του στις δραστηριότητες αυτές από εξωτερικά ερεθίσματα ή σκέψεις;), ενώ 16 από τα 22 κορίτσια έδωσαν θετική απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση. Τα αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων από ότι τα κορίτσια.

Σε αυτή την ερώτηση το 90,6% των αγοριών και το 72,7% των κοριτσιών απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση. Επίσης εδώ, αποδεικνύεται ότι τα αγόρια διασπώνται αλλά και τα κορίτσια σε μεγάλο βαθμό.

**Ξεχνά να κάνει όσα του ζητούνται και μπορεί πολλές φορές να ρωτά το ίδιο πράγμα;**

**gender.of.child \* question.4 Crosstabulation**

Count

		question.4		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	25	7	32
	girl	13	9	22
Total		38	16	54

Στην τέταρτη ερώτηση, 25 στα 32 αγόρια απάντησαν θετικά (Ξεχνά να κάνει όσα του ζητούνται και μπορεί πολλές φορές να ρωτά το ίδιο πράγμα;), ενώ 13 στα 22 κορίτσια έδωσαν θετική απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση. Έτσι και εδώ, τα αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων από ότι τα κορίτσια.

Το 78,1% των αγοριών και το 59,1 % των κοριτσιών απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση, πράγμα που αποδεικνύει ότι υπάρχουν δυσκολίες στη μνήμη εργασίας αυτών των παιδιών.

**Ενώ έχει διαβάσει και είναι σίγουρο για τις γνώσεις του, όταν το εξετάζουν, δεν θυμάται όσα διάβασε και καθυστερεί να απαντήσει;**

**gender.of.child \* question.5 Crosstabulation**

Count

		question.5		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	26	6	32
	girl	19	3	22
Total		45	9	54

Στην Πέμπτη ερώτηση, 26 στα 32 αγόρια έδωσαν θετική απάντηση ( ενώ έχει διαβάσει και είναι σίγουρο για τις γνώσεις του, όταν το εξετάζουν, δεν θυμάται όσα διάβασε και καθυστερεί να απαντήσει;), ενώ 19 στα 22 κορίτσια απάντησαν θετικά στην ερώτηση αυτή. Σε αυτή την ερώτηση φαίνεται ότι το ποσοστό των κοριτσιών είναι μεγαλύτερο από ότι των αγοριών.

Το 81,3% των αγοριών και το 86,4% των κοριτσιών απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση, φαίνεται δηλαδή ότι τα παιδιά αυτά έχουν δυσκολία στην οπτική εργασιακή μνήμη καθώς και στην συγκέντρωση.

**Υπάρχει δυσκολία στο να αναστείλει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του;**

**gender.of.child \* question.6 Crosstabulation**

Count

		question.6		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	19	13	32
	girl	16	6	22
Total		35	19	54

Στην έκτη ερώτηση, 19 στα 32 αγόρια έδωσαν θετική απάντηση (Υπάρχει δυσκολία στο να αναστείλει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του;), ενώ 16 στα 22 κορίτσια απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση. Όπως και πάνω, τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων.

Το 59,4% των αγοριών και το 72,7% των κοριτσιών απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση. Φαίνεται λοιπόν, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο ευαίσθητα στην λήψη ερεθισμάτων γι' αυτό και είναι πιο παρορμητικά. Βέβαια, από το δείγμα μας τα κορίτσια φαίνεται να είναι πιο παρορμητικά έναντι των αγοριών.



**Το παιδί σας είναι ευερέθιστο και προσβάλλεται εύκολα;**

**gender.of.child \* question.7 Crosstabulation**

Count

		question.7		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	17	15	32
	girl	11	11	22
Total		28	26	54

Στην έβδομη ερώτηση, 17 από τα 32 αγόρια μόνο έδωσαν θετική απάντηση ( Το παιδί σας είναι ευερέθιστο και προσβάλλεται εύκολα;), ενώ μόνο 11 από α 22 κορίτσια απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση. Τα αγόρια σε αυτή την ερώτηση έχουν μεγαλύτερο ποσοστό ευερεθιστότητας από ότι τα κορίτσια.

Το 53,1% των αγοριών και το 50% των κοριτσιών απάντησαν θετικά στην ερώτηση. Έτσι φαίνεται τα παιδιά να χάνουν τον αυτοέλεγχο των συναισθημάτων τους και προσβάλλονται καθώς και θυμώνουν εύκολα.

**Απογοητεύεται εύκολα και παραιτείται από δραστηριότητες(π.χ. ιδιαίτερα όταν πιεστούν);**

**gender.of.child \* question.8 Crosstabulation**

Count

		question.8		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	29	3	32
	girl	19	3	22
Total		48	6	54

Στην όγδοη ερώτηση (Απογοητεύεται εύκολα και παραιτείται από δραστηριότητες π.χ. ιδιαίτερα όταν πιεστούν;), σε αυτή την ερώτηση 29/32 αγόρια απάντησαν θετικά, ενώ 19/22 κορίτσια έδωσαν θετική απάντηση. Εδώ και τα δύο φύλα παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό απογοήτευσης.

Το 90,6% των αγοριών και το 86,4% των κοριτσιών απάντησαν θετικά στην ερώτηση αυτή, πράγμα που αποδεικνύει ότι λόγω του χαμηλού αυτοελέγχου, έχουν μια τάση να απογοητεύονται πιο εύκολα από τα υπόλοιπα παιδιά.

**Το παιδί είναι παρορμητικό, δηλαδή ενεργεί πρώτα πριν σκεφτεί;**

**gender.of.child \* question.9 Crosstabulation**

Count

		question.9		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	30	2	32
	girl	17	5	22
Total		47	7	54

Στην ένατη ερώτηση ( Το παιδί είναι παρορμητικό, δηλαδή ενεργεί πρώτα πριν σκεφτεί;), 30/32 αγόρια απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση, ενώ 17/22 κορίτσια έδωσαν επίσης θετική απάντηση. Παρατηρείται λοιπόν, μεγάλο ποσοστό παρορμητικότητας και στα δύο φύλα.

Το 93,8% των αγορών και το 95,5% των κοριτσιών απάντησαν θετικά στην ερώτηση, έτσι αποδεικνύεται για ακόμη μία φορά ότι λόγω του χαμηλού αυτοελέγχου που έχουν, τείνουν να είναι πιο παρορμητικά.

**Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του όταν παίζει με φίλους του ή μαζί σας;**

**gender.of.child \* question.10 Crosstabulation**

Count

		question.10		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	19	13	32
	girl	13	9	22
Total		32	22	54

Στην δέκατη ερώτηση ( Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του όταν παίζει με φίλους του ή μαζί σας;), 19/32 αγόρια απάντησαν θετικά ότι αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα, ενώ μόνο 13/22 κορίτσια έδωσαν θετική απάντηση. Τα κορίτσια φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στη συγκεκριμένη ερώτηση λόγω και του χαμηλού ποσοστού των αρνητικών απαντήσεων.

Το 59,4% των αγοριών και το 54,1% των κοριτσιών έδωσαν θετική απάντηση σε αυτή την ερώτηση, όπως ειπώθηκε και παραπάνω λόγω του χαμηλού αυτοελέγχου που έχουν είναι πιο παρορμητικά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να περιμένουν την σειρά τους σε ένα παιχνίδι.

**Υπήρξε κάποια καθυστέρηση λόγου ή δυσκολία στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου;**

**gender.of.child \* question.11 Crosstabulation**

Count

		question.11		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	24	8	32
	girl	18	4	22
Total		42	12	54

Στην εντεκάτη ερώτηση ( Υπήρξε κάποια καθυστέρηση λόγου ή δυσκολία στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου;). Στην ερώτηση αυτή, 24/32 αγόρια και 18/22 κορίτσια απάντησαν θετικά. Εδώ φαίνεται, ‘ότι και τα δύο φύλα παρουσίασε κάποια μικρή καθυστέρηση στο λόγο.

Το 75% των αγοριών και το 81,8% των κοριτσιών έδωσαν θετική απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση. Αποδεικνύεται λοιπόν, ότι λόγω της χαμηλής ταχύτητας στην κατονομασία γενικότερα στο λόγο αλλά και της ελαττωματικής φωνολογικής βραχυπρόθεσμης μνήμης κα στον κεντρικό εκτελεστικό κέντρο, παρουσιάζουν καθυστέρηση στο γραπτό και στον προφορικό λόγο.

### Χάνει την αίσθηση του χρόνου;

#### gender.of.child \* question.12 Crosstabulation

Count

		question.12		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	18	14	32
	girl	12	10	22
Total		30	24	54

Στην δωδέκατη ερώτηση (Χάνει την αίσθηση του χρόνου;), 18/32 αγόρια απάντησαν θετικά, ενώ 12/22 κορίτσια έδωσαν θετική απάντηση. Σε αυτή την ερώτηση και τα δύο φύλα δεν έχουν και μεγάλη διαφορά στο ποσοστό των απαντήσεων.

Το 56,3% των αγοριών και το 54,5% των κοριτσιών απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση. Φαίνεται λοιπόν, ότι υπάρχει δυσκολία στον προσανατολισμό καθώς και στην αφύπνιση.

Στα μαθήματα του σχολείου δυσκολεύεται στην οργάνωση και στην απομνημόνευση;

**gender.of.child \* question.13 Crosstabulation**

Count

		question.13		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	30	2	32
	girl	14	8	22
Total		44	10	54

Στη δέκατη τρίτη ερώτηση ( Στα μαθήματα του σχολείου δυσκολεύεται στην οργάνωση και στην απομνημόνευση;), 30/32 αγόρια και 14/22 κορίτσια έδωσαν θετική απάντηση. Όπως φαίνεται, τα αγόρια αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στην οργάνωση σε σχέση με τα κορίτσια.

Το 93,8% των αγοριών και το 63,6% των κοριτσιών απάντησαν θετικά στην ερώτηση αυτή. Αποδεικνύεται λοιπόν, ότι τα παιδιά λόγω της χαμηλής τους συγκέντρωσης και των προβλημάτων που έχουν στην οπτική εργασιακή μνήμη, αντιμετωπίζουν προβλήματα στην οργάνωση και στην απομνημόνευση των μαθημάτων τους.

**Δυσκολεύεται να κατονομάσει τα αντικείμενα και καθυστερεί στο να δώσει μια απάντηση;**

**gender.of.child \* question.14 Crosstabulation**

Count

		question.14		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	11	21	32
	girl	8	14	22
Total		19	35	54

Στην δέκατη τέταρτη ερώτηση (Δυσκολεύεται να κατονομάσει τα αντικείμενα και να καθυστερεί στο να δώσει μία απάντηση;), 11/32 αγόρια και 8/22 κορίτσια έδωσαν θετική απάντηση. Έτσι, γίνεται κατανοητό ότι δεν υπάρχει πολύ μεγάλη δυσκολία στην κατονομασία.

Το 34,4% των αγοριών και το 36,4% των κοριτσιών έδωσε θετική απάντηση. Έτσι φαίνεται ότι μικρό ποσοστό των παιδιών δυσκολεύεται στην κατονομασία των αντικειμένων και κυρίως τα μικρά ηλικιακά παιδιά. Αυτή η δυσκολία προέρχεται στην οπτική εργασιακή μνήμη.



**Το παιδί σας είναι κάπως αδέξιο ή έχει δυσκολία με τη λεπτή κινητικότητα;**

**gender.of.child \* question.15 Crosstabulation**

Count

		question.15		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	18	14	32
	girl	8	14	22
Total		26	28	54

Στην δέκατη πέμπτη ερώτηση (Το παιδί σας είναι κάπως αδέξιο ή έχει δυσκολία με τη λεπτή κινητικότητα;), 18/32 αγόρια και 8/22 κορίτσια απαντούν θετικά στην παραπάνω ερώτηση. Φαίνεται λοιπόν, ότι τα αγόρια είναι περισσότερο αδέξια από ότι τα κορίτσια.

Το 56,3% των αγοριών και το 36,4% των κοριτσιών απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση. Από ότι παρατηρείται τα αγόρια εμφανίζουν λίγη περισσότερη αδεξιότητα από ότι τα κορίτσια. Αυτή η δυσκολία εμφανίζεται λόγω μιας αδυναμίας αυτοματοποίησης των κινήσεων.

**Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κάποιους κανόνες;**

**gender.of.child \* question.16 Crosstabulation**

Count

		question.16		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	20	12	32
	girl	12	10	22
Total		32	22	54

Στην δέκατη έκτη ερώτηση ( Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να ακολουθούν κάποιους κανόνες;), 20/32 αγόρια και 12/22 κορίτσια απάντησαν θετικά. Εδώ, πάλι φαίνεται ότι τα αγόρια υπερτερούν των κοριτσιών.

Το 62,5% των αγοριών και το 56,5% των κοριτσιών έδωσαν θετική απάντηση στην ερώτηση, πράγμα που επαληθεύει τη βιβλιογραφία ότι τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να αντιληφθούν τους άγραφους κανόνες.

**Το παιδί σας παρουσιάζει, δυσορθογραφία ή δυσαριθμησία;**

**gender.of.child \* question.17 Crosstabulation**

Count

		question.17		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	24	8	32
	girl	16	6	22
Total		40	14	54

Στην δέκατη έβδομη ερώτηση ( Το παιδί σας παρουσιάζει, δυσορθογραφία ή δυσαριθμησία; ), 24/32 αγόρια και 16/22 κορίτσια απάντησαν θετικά. Όπως παρατηρείται σε αυτό τον πίνακα και τα δύο φύλα έχουν μεγάλο ποσοστό θετικών απαντήσεων όπως είναι φυσικό καθώς παρουσιάζουν δυσλεξία.

Το 75% των αγοριών και το 72,7% των κοριτσιών απάντησαν θετικά στην ερώτηση αυτή, πράγμα που επιβεβαιώνει ότι τα παιδιά με δυσλεξία εμφανίζουν δυσορθογραφία ή δυσαριθμησία.

**Το παιδί σας μπορεί να ξεχωρίσει το δεξί από το αριστερό χέρι;**

**gender.of.child \* question.18 Crosstabulation**

Count

		question.18		Total
		yes	no	
gender.of.c hild	boy	10	22	32
	girl	8	14	22
Total		18	36	54

Τέλος, στη δέκατη ένατη ερώτηση( Το παιδί σας μπορεί να ξεχωρίσει το δεξί από το αριστερό χέρι;), 10/32 αγόρια και 8/22 κορίτσια απάντησαν θετικά. Πολύ μικρό ποσοστό και των δύο φύλων απάντησαν λοιπόν θετικά έτσι όπως φαίνεται.

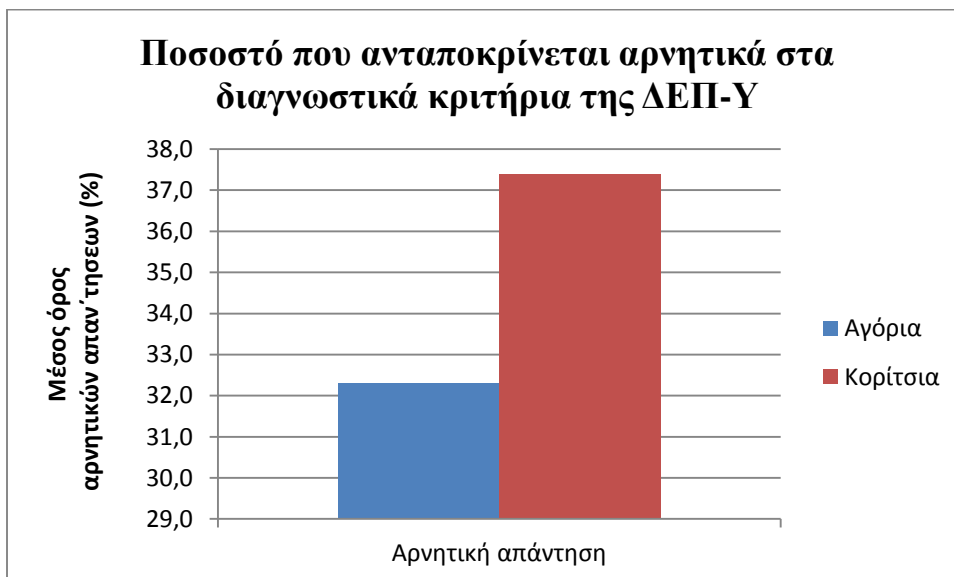
Το 31,3% των αγοριών και το 36,4% των κοριτσιών απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση. Έτσι γίνεται κατανοητό ότι πολύ μικρό ποσοστό των παιδιών παρουσιάζει δυσκολία στον προσανατολισμό.

Ακολουθεί, ο πίνακας στον οποίο γίνεται ο διαχωρισμός των απαντήσεων και το ποσοστό επί τοις εκατό αγοριών και κοριτσιών.

Αριθμός ερώτησης	Αριθμός θετικών απαντήσεων αγοριών	Ποσοστό των αγοριών με θετικές απαντήσεις	Αριθμός θετικών απαντήσεων κοριτσιών	Ποσοστό των κοριτσιών με θετικές απαντήσεις
1	20	62,5	14	63,6
2	21	65,6	10	45,5
3	29	90,6	16	72,7
4	25	78,1	13	59,1
5	26	81,3	19	86,4
6	19	59,4	16	72,7
7	17	53,1	11	50,0
8	29	90,6	19	86,4
9	30	93,8	21	95,5
10	19	59,4	13	59,1
11	24	75,0	18	81,8
12	18	56,3	12	54,5
13	30	93,8	14	63,6
14	11	34,4	8	36,4
15	18	56,3	8	36,4
16	20	62,5	12	54,5
17	24	75,0	16	72,7
18	10	31,3	8	36,4
<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ</b>		67,7		62,6



Βλέπουμε λοιπόν σε αυτό το διάγραμμα, ότι το 67,7% των αγοριών ανταποκρίνονται θετικά στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ. Ενώ, το 62,6 % των κοριτσιών ανταποκρίνονται θετικά στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ. Έτσι, αποδεικνύεται όπως ειπώθηκε και βιβλιογραφικά ότι τα αγόρια υπερτερούν έναντι των κοριτσιών.



Με λίγα λόγια, οι αρνητικές απαντήσεις στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ των κοριτσιών υπερτερούν έναντι των αγοριών. Με τα κορίτσια να καλύπτουν το 37,4% των απαντήσεων, ενώ τα αγόρια μόλις το 32,3 % αυτών.

## 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αντικείμενο διερεύνησης της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η συννοσηρότητα μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και της δυσλεξίας. Η ΔΕΠ-Υ, είναι μια διαταραχή της προσοχής ενώ η υπερκινητικότητα μπορεί να εμφανισθεί στα παιδιά σαν υπερδραστηριότητα, απροσεξία και παρορμητικότητα. Η ΔΕΠ-Υ υπάρχει πιθανότητα να εμφανίσει συννοσηρότητα με τη δυσλεξία. Πιο συγκεκριμένα, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνυπάρχει με μαθησιακές δυσκολίες ενώ μπορεί να επιφέρει συνέπειες στην ικανότητα της συγκέντρωσης της προσοχής του μαθητή.

Η συγκεκριμένη εργασία περιλαμβάνει δύο κομμάτια, το θεωρητικό και το ερευνητικό κομμάτι. Στο πρώτο κεφάλαιο λοιπόν, περιγράφονται γενικά όλα τα χαρακτηριστικά καθώς και απόψεις ειδικών για τη δυσλεξία, τη ΔΕΠ-Υ και τη Συννοσηρότητα. Ενώ, στο δεύτερο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας, όπως και ο στόχος της όλης έρευνας και στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται τα δεδομένα της έρευνας.

Σκοπός της έρευνας, είναι μέσω του ερωτηματολογίου να αποδειχθεί ότι τα παιδιά με διαγνωσμένη δυσλεξία παρουσιάζουν και Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα. Έτσι, με την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτουν σημαντικά ευρήματα.

Αναλυτικότερα, η διεξαγωγή της έρευνας επιτρέπει να καταλήξει κάποιος σε ορισμένα συμπεράσματα σχετικά με το αν τελικά συνυπάρχει η δυσλεξία με τη ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, από την επεξεργασία των δεδομένων αυτών, φαίνεται ότι τα δεδομένα που πάρθηκαν συμφωνούν με τις υπάρχουσες έρευνες. Έτσι λοιπόν, τα 67,7% των αγοριών που συμμετείχαν στην έρευνα και το 62,6% των κοριτσιών παρουσίαζε αρκετά από τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ.

Αναφορικά με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, τα αποτελέσματα έτειναν πως μια συγκεκριμένη κατεύθυνση, δηλαδή ότι τα παιδιά τα οποία παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν παράλληλα και ενδείξεις δυσλεξίας. Η έρευνα φαίνεται πως παρουσιάζει

και ενδείξεις σχετικά με το φύλο εφόσον τα αγόρια, επηρεάζονται περισσότερο και εμφανίζουν περισσότερες διαταραχές συγκριτικά με τα κορίτσια.

Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε πως δεν μπορεί να διατηρήσει την προσοχή του εστιασμένη, παρουσιάζοντας ωστόσο μια διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και κορίτσια, με τα αγόρια να υπερισχύουν στη συγκεκριμένη κατηγορία.

Τα περισσότερα παιδιά του δείγματος εμφανίζουν δυσκολία στην οπτική εργασιακή μνήμη καθώς και στην συγκέντρωση, ενώ τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο ευαίσθητα στην λήψη ερεθισμάτων γι' αυτό και είναι πιο παρορμητικά.

Μέσα από την έρευνα προκύπτει πως, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, λόγω της χαμηλής ταχύτητας στην κατονομασία γενικότερα στο λόγο αλλά και της ελαττωματικής φωνολογικής βραχυπρόθεσμης μνήμης κα στον κεντρικό εκτελεστικό κέντρο, παρουσιάζουν καθυστέρηση στο γραπτό και στον προφορικό λόγο.

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του δείγματος επίσης, παρουσίασε δυσορθογραφία ή δυσαριθμησία παράλληλα με την εμφάνιση δυσλεξίας.



## 4.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κάνοντας μια έρευνα, αντιμετωπίζονται αρκετές δυσκολίες οι οποίες πρέπει να ξεπεραστούν, ώστε να βγει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Έτσι, οι δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν σε αυτή την εργασία ήταν, ότι το θέμα είναι πολύ καινούριο ερευνητικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η εύρεση πηγών να είναι περιορισμένη. Όποτε και η εύρεση Ελληνικής βιβλιογραφίας για το συγκεκριμένο θέμα είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Γι' αυτό μελλοντικά αν κάποιος ασχοληθεί με τι συγκεκριμένο θέμα, θα μπορούσε να ψάξει βιβλιογραφία σε αγγλικά, αμερικάνικα ή και γερμανικά άρθρα ή βιβλία.

Επίσης, ένας ακόμη περιορισμός ήταν η δυσκολία εύρεσης παιδιών με διαγνωσμένη δυσλεξία από τα ΚΕΔΥ. Δηλαδή, υπήρχαν αρκετά περιστατικά στη Πρότυπη Θεραπευτική Μονάδα «Πράξις», περιστατικά, τα όποια αρχικά είχαν έρθει χωρίς διάγνωση από τα ΚΕΔΥ και η πρώτη μαθησιακή αξιολόγηση για την υπόνοια δυσλεξίας έγινε στο κέντρο, μέχρι να παραπεμφθούν για περαιτέρω αξιολόγηση.

Δυσκολία υπήρχε και στο γεγονός ότι ο χρόνος για την ολοκλήρωση της εργασίας ήταν περιορισμένος. Υπήρξε μεγάλη καθυστέρηση στη δημιουργία του ερωτηματολογίου καθώς και στην εύρεση των γονέων. Με αποτέλεσμα να υπάρξει μεγάλη πίεση χρόνου. Έτσι, σε επόμενη παρόμοια έρευνα θα χρειαστεί μεγαλύτερο χρονικό περιθώριο για την ολοκλήρωση της έρευνας.

Πρέπει να επισημανθεί πως το δείγμα των παιδιών δεν επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων των δύο διαταραχών και βασίζεται στις εξατομικευμένες πληροφορίες των οικογενειών αυτών. Γι' αυτό το λόγο, προτείνεται μελλοντική σύγκριση των δύο διαταραχών (Δυσλεξίας και ΔΕΠ-Υ) σε μεγαλύτερο πληθυσμιακό δείγμα, ώστε να γίνει διεξαγωγή εγκυρότερων αποτελεσμάτων.

Ένας ακόμη περιορισμός ήταν, ότι η Καβάλα είναι μια μικρή επαρχιακή πόλη και το δείγμα του πληθυσμού είναι περιορισμένο. Θα μπορούσε μελλοντικά η ίδια έρευνα να γίνει σε μια μεγαλύτερη πληθυσμιακά πόλη. Ακόμη καλύτερα, θα μπορούσε να γίνει μια συγκριτική έρευνα ανάμεσα σε μία επαρχιακή πόλη και στη πρωτεύουσα ή ανάμεσα σε Ελλάδα που είναι μια μικρή Ευρωπαϊκή χώρα με μία πιο μεγάλη όπως π.χ. η Γερμανία, ώστε να εξεταστεί και ο παράγοντας της εκπαίδευσης, δηλαδή αν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ περιορίζονται όταν η εκπαίδευση είναι καλύτερη.

#### 4.3. ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αναφορικά με τη συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και διαταραχών της ομιλίας, όπως είναι η δυσλεξία, μέσα από προκαταρκτικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, προκύπτει ότι ένα τεράστιο ποσοστό των περιπτώσεων των παιδιών που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν ταυτόχρονα και δυσλεξία. Ο βαθμός συννοσηρότητας μεταξύ ΔΕΠ-Υ και δυσλεξίας έχει αναφερθεί ότι είναι 35% (Fletcher et al., 1999).

Όπως προκύπτει από έρευνα των Malhi & Singhi, (2000) και Qureshi και συνεργατών, (2003), η συγκεκριμένη μορφή ΔΕΠ-Υ, η οποία παρουσιάζει συννοσηρότητα με τη δυσλεξία, είναι ένας πολύ κοινός τύπος. Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και της δυσλεξίας είναι τόσο κοινή που η διάγνωση της μιας διαταραχής θα πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση για την άλλη. Όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε αυτή τη μελέτη θα πρέπει ιδανικά να έχουν υποβληθεί σε ψυχομετρικές δοκιμασίες για την αξιολόγηση της παρουσίας μιας μαθησιακής δυσκολίας.

Γενικότερα, η δυσλεξία και η ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν συννοσηρότητα πολύ συχνότερα από το αναμενόμενο στο πεδίο της κλινικής μελέτης αλλά και στην κοινωνική έρευνα (Semrud- Clikemanetal., 1992;Willcuttand Pennington, 2000). Λόγω του γεγονότος ότι η δυσλεξία αναγνωρίζεται από συγκεκριμένα τεστ αντίληψης, τα πλαίσια των οποίων ΔΕΠ-Υ μπορεί να διαγνωστεί μέσω των αξιολογήσεων της συμπεριφοράς, η μεταξύ τους σχέση, δεν μπορεί να εξηγηθεί μέσω μιας κοινής μεθόδου, και τα καθοριστικά συμπτώματα της δυσλεξίας και ΔΕΠ-Υ δεν υπερισχύουν το ένα έναντι του άλλου.

Σύμφωνα με μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία και συγκεκριμένα στη Μαδρίτη από τους J. Vaquerizo-Madrid a,b, F. Estévez-Díaz b, A. Pozo-García b, απέδειξαν ότι το 33% των δυσλεκτικών παιδιών συγκεντρώνουν κριτήρια για ΔΕΠ-Υ. Στη συγκεκριμένη έρευνα το 65,15% των δυσλεκτικών παιδιών εμφανίζουν κριτήρια για ΔΕΠ-Υ.

Όσον αφορά το φύλλο του παιδιού η έρευνα αυτή επαληθεύει τη βιβλιογραφία, δηλαδή τοποθετεί τα αγόρια ότι είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών και ψυχιατρικών διαταραχών. Το 59,3 % (32 άτομα) να είναι αγόρια και το 40,7 % (22 άτομα) να είναι κορίτσια.

Αναφορικά με την πορεία των διαταραχών κατά την ενηλικίωση των παιδιών, το ερώτημα που τίθεται είναι αν φθίνουν ή όχι τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα

λοιπόν, με πρόσφατα δεδομένα η ΔΕΠ-Υ δείχνει να επιμένει και στην ενήλικη ζωή. Από έρευνα φάνηκε, ότι στο 15% των ατόμων η διαταραχή παραμένει στην αρχική μορφή της μέχρι την ηλικία των 25 ετών, ενώ στο 50% των ατόμων η διαταραχή παραμένει σε μερική ύφεση, δείχνοντας ουσιαστικά ότι τα 2/3 των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συνεχίζουν να έχουν κλινικά σημαντική διαταραχή και ως ενήλικες. Έτσι, προτείνεται να μελετηθούν μελλοντικά τα ίδια περιστατικά της συγκεκριμένης έρευνας και στην ενήλικη ζωή τους. Ωστε να δειχθεί αν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ επιμένουν ή υποχωρούν στη μετέπειτα ζωή τους (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010).

Σύμφωνα με τους Willcut και συνεργάτες, (2007), φαίνεται πως η ανάλυση κατέδειξε ότι ο μεγάλος βαθμός συννοσηρότητας μεταξύ δυσλεξίας και ΔΕΠ-Υ οφείλεται σημαντικά σε κοινές γενετικές επιρροές. Οι αναλύσεις υποδεικνύουν ότι η γενετική συσχέτιση μεταξύ δυσλεξίας και ΔΕΠ-Υ είναι υψηλότερη αναφορικά με τη μέτρηση της απροσεξίας και ορθογραφικής κωδικοποίησης και κάπως χαμηλότερη αναφορικά με τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και τη μέτρηση της ευαισθητοποίησης των φωνημάτων.

Αυτό το θέμα θα μπορούσε να αποτελέσει και ιδιαίτερα σημαντικό ερώτημα για περαιτέρω μελέτη στα πλαίσια τη συννοσηρότητας μεταξύ ΔΕΠ-Υ και δυσλεξίας.

Υπάρχουν τρόποι, ώστε να βοηθηθεί το παιδί και στο σχολείο αλλά και στο περιβάλλον του γενικότερα. Όσον αφορά το σχολείο ο τρόπος για να διευκολυνθεί το παιδί είναι να τροποποιηθεί η μέθοδος διδασκαλίας για να γίνει πιο δυναμική, δηλαδή να χωριστούν οι δραστηριότητες σε τμήματα, για να αποφευχθεί η φόρτωση την μνήμης εργασίας. Ακόμη θα μπορούσε να δοθεί στους μαθητές με ΔΕΠ-Υ και δυσλεξία παράταση του χρόνου δραστηριοτήτων, έτσι ώστε να προσαρμοστεί το μάθημα στο βραδύτερο στυλ επεξεργασίας, να τροποποιηθεί το περιβάλλον και οι καταστάσεις για να διευκολυνθεί η αναστολή των ερεθισμάτων που δεν έχουν καμία σχέση με τις ασκήσεις, να επωφεληθούν από τις νέες τεχνολογικές μεθόδους για να αποφευχθεί η κόπωση που παράγεται από την ανάγκη για πρακτική ανάγνωση (Miranda, Presentacion, Siegenthaler, Colomer & Pinto, n.d.). Καθώς επίσης, το οικογενειακό περιβάλλον θα μπορούσε να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του απέναντι στο άτομο. Σύμφωνα με τους DyPaul & Eckert, (1997) οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς στοχεύουν στη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών

συμπεριφοράς, την ανάπτυξη των επιθυμητών αλλά και την δημιουργία νέων συμπεριφορών που ενδεχομένως να μην υπήρχαν πριν στο παιδί. Οι τεχνικές αυτές ποικίλουν και στηρίζονται στη διαφορική ενίσχυση :αρνητική (ενίσχυση) για αρνητική συμπεριφορά και θετική για θετική συμπεριφορά. Αλλά και με συμβουλευτική στήριξη των ατόμων που συννοσηρούν και των οικογενειών τους.

Τέλος, αυτό θα ήταν ένα ακόμη καλό ερώτημα, για το πόσο αποτελεσματικές είναι οι μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς αλλά και η διαφοροποίηση στην εκπαίδευση των ατόμων που παρουσιάζουν και δυσλεξία ταυτόχρονα με τη ΔΕΠ-Υ.

## 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Α. Πεχλιβανίδης, Α. Σπυροπούλου, Α. Γαλανόπουλος, Χ.Α. Παπαχρήστου, Γ.Ν. Παπαδημητρίου (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29 (5): 562-576.
- Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος (2001). Η Συννοσηρότητα των μαθησιακών δυσκολιών. Αθήνα από google scholar 5/9/15 13.05 a.m
- Δώρα Μαυρομάτη(1995). Η κατάρτιση του προγράμματος αντιμετώπισης της δυσλεξίας. Ελλάδα, Αθήνα
- Ε. Κάκουρος, Κ. Μανιαδάκη(2000). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα. Ελλάδα, Αθήνα: εκδ. Ελληνικά γράμματα.
- Ελλιεπεκ (2012). Παιδεία κάλλιστον εστί κτήμα βροτοίς. Δυσλεξία και ΔΕΠΥ: χαρακτηριστικά και αντιμετώπιση δυσκολιών. Πανελλήνιο συνέδριο. Αθήνα [http://www.elliepek.gr/gr\\_html/gr\\_proceedings/6th\\_conference.html](http://www.elliepek.gr/gr_html/gr_proceedings/6th_conference.html)
- Κωνσταντίνος Αλεξάνδρου (1995). Μαθησιακές δυσκολίες. Ελλάδα, Αθήνα. Εκδ. Δανά.
- Κωνσταντίνος Δ. Πόρποδας (1997). Δυσλεξία: Η ειδική διαταραχή στη μάθηση του γραπτού λόγου (Ψυχολογική θεώρηση). Ελλάδα, Αθήνα: εκδ. Μορφωτική.
- Φ. Πολυχρόνη, Χ. Χατζηχρήστου, Α. Μπίμπου (2010). Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες δυσλεξία. Ταξινόμηση , αξιολόγηση και παρέμβαση. Ελλάδα, Αθήνα. Εκδ. ελληνικά γράμματα.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ann- Mari Knivsberg, Karl- L. Reichelt, Magne Nodland (1999). Comorbidity, or coexistence, between dyslexia and attention deficit hyperactivity disorder. *British journal of special education*, volume 26, no.1 pp.42-47
- Cordula Neuhaus (1999). Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματα του (γνωσιακή- συμπεριφοριστική προσέγγιση). Ελλάδα, Αθήνα. Εκδ. Ελληνικά γράμματα
- Eva Germanò and Antonella Gagliano, Paolo Curatolo (2010). Comorbidity of ADHD and Dyslexia. *PSYCHOLOGY PRESS, DEVELOPMENTAL NEUROPSYCHOLOGY*, 35(5), 475–493.
- Fletcher JM, Shaywitz SE, Shaywitz BA. Comorbidity of learning and attention disorders. Separate but equal. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 885-897.
- J. Artigas-Pallarés (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Unidad de Neuropediatría. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona, España. 34 (Supl 1): S7-S13*
- J. Vaquerizo-Madrid a,b, F. Estévez-Díaz b, A. Pozo-García b (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Unidad de Neuropediatría. Hospital Materno-Infantil Universitario de Badajoz. b Unidad de TDAH y Patología del Aprendizaje. Centro CADAN de Atención al Neurodesarrollo. Badajoz, España. 41 (Supl 1): S83-S89.*
- Malhi P, Singhi P. Spectrum of attention deficit hyperactivity disorders in children among referrals to psychology services. *Indian Pediatr* 2000; 37: 1256-1260.
- Qureshi A, Thaver D. Cross sectional review of children with ADHD presenting to an outpatient psychiatric institute in Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2003; 53: 441-443.
- Richard Boada, Erik G. Willcutt, and Bruce F. Pennington. (2012) *Understanding the Comorbidity Between Dyslexia and Attention-*

Deficit/Hyperactivity Disorder. Wolters Kluwer Health, Vol. 32, No. 3, pp. 264–284

- Sara Giulivi, Claudia Cappa, Carlo Muzio (2012). Understanding Dyslexia. Life learning program. Pp.20
- Semrud-Clikeman M, Biederman J, Sprich-Buckminster S, Lehman BK, et al. Comorbidity between ADDH and learning disability: A review and report in a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992;31:439–448.
- Willcutt EG, Pennington BF, Boada R, Ogline JS, Tunick RA, Chhabildas NA, et al. A comparison of the cognitive deficits in reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007;110:157–172.
- Willcutt EG, Pennington BF. Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype. *Journal of Learning Disabilities*. 2000;33:179–191.
- Ρόναλντ Ντ. Ντεϊβις & σε συνεργασία με τον Έλντον Μ . Μπράουν (1998). Το χάρισμα της δυσλεξίας. (Γιατί μερικοί από τους πιο έξυπνους ανθρώπους δυσκολεύονται στην ανάγνωση... και πώς μπορούν να μάθουν να διαβάζουν τέλεια). Ελλάδα, Αθήνα. Εκδ. Καστανιώτη
- Ana Miranda, María Jesús Presentación, Rebeca Siegenthaler, Carla Colomer and Vicente Pinto (n.d.). Comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder and reading disabilities : Implications for assessment and treatment. Department of Developmental and Educational Psychology. P.p. 39-41.

## 6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ακολουθεί το ερωτηματολόγιο της έρευνας:

**Να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, υπογραμμίζοντας ή κυκλώνοντας με Ναι ή Όχι.**

Φύλλο: Άνδρας

Γυναίκα

Εκπαίδευση: Πρωτοβάθμια

Δευτεροβάθμια

Τριτοβάθμια

Ηλικία παιδιού:

Φύλλο παιδιού: Αγό

Κορίτσι

1)Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένεια που να έχει εμφανίσει κάποιο είδος μαθησιακής δυσκολίας (λ.χ. δυσλεξία);	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2)Δεν μπορεί το παιδί σας να διατηρήσει την προσοχή του σε μια δραστηριότητα για αρκετό χρόνο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ



3) Διασπάται η προσοχή του στις δραστηριότητες αυτές από εξωτερικά ερεθίσματα ή σκέψεις;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4) Ξεχνά να κάνει όσα του ζητούνται και μπορεί πολλές φορές να ρωτά το ίδιο πράγμα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5) Ενώ έχει διαβάσει και είναι σίγουρο για τις γνώσεις του, όταν το εξετάζουν, δεν θυμάται όσα διάβασε και καθυστερεί να απαντήσει;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6) Υπάρχει δυσκολία στο να αναστείλει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7) Το παιδί σαν είναι ευερέθιστο και προσβάλλεται εύκολα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8) Απογοητεύεται εύκολα και παραιτείται από δραστηριότητες (π.χ. ιδιαίτερα όταν πιεστούν);	ΝΑΙ	ΟΧΙ
9) Το παιδί είναι παρορμητικό, δηλαδή ενεργεί πρώτα πριν σκεφτεί;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10) Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του	ΝΑΙ	ΟΧΙ

όταν παίζει με φίλους του ή μαζί σας;		
11)Υπήρξε κάποια καθυστέρηση λόγου ή δυσκολία στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
12)Χάνει την αίσθηση του χρόνου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
13) Στα μαθήματα του σχολείου δυσκολεύεται στην οργάνωση και στην απομνημόνευση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
14) Δυσκολεύεται να κατονομάσει τα αντικείμενα και καθυστερεί στο να δώσει μια απάντηση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
15) Το παιδί σας είναι κάπως αδέξιο ή έχει δυσκολία με τη λεπτή κινητικότητα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
16) Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να ακολουθήσουν κάποιους κανόνες;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
17) Το παιδί σας παρουσιάζει, δυσορθογραφία ή δυσαριθμησία;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
18) Το παιδί σας δεν μπορεί να ξεχωρίσει το δεξί από το αριστερό χέρι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ



Τα στοιχεία που έβγαλε το πρόγραμμα του IBM-SPSSStatistics.

## Frequencies

### Statistics

gender.of.parent

N	Valid	54
	Missing	0

gender.of.parent

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid male	8	14,8	14,8	14,8
Valid female	46	85,2	85,2	100,0
Total	54	100,0	100,0	

### Statistics

educational.level

N	Valid	54
	Missing	0

educational.level

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	primary school	1	1,9	1,9	1,9
	high school	31	57,4	57,4	59,3
	bachelor	22	40,7	40,7	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

## Descriptives

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
age.of.child	54	7	15	10,96	2,510
Valid N (listwise)	54				

## Frequencies

**gender.of.child**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid boy	32	59,3	59,3	59,3
girl	22	40,7	40,7	100,0
Total	54	100,0	100,0	

**gender.of.child \* question.1 Crosstabulation**

Count

	question.1	Total

		yes	no	
d	gender.of.chil boy	20	12	32
	girl	14	8	22
Total		34	20	54

**gender.of.child \* question.2 Crosstabulation**

Count

		question.2		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	21	11	32
	girl	10	12	22
Total		31	23	54

**gender.of.child \* question.3 Crosstabulation**

Count

		question.3		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	28	4	32
	girl	16	6	22
Total		44	10	54

**gender.of.child \* question.4 Crosstabulation**

Count

		question.4		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	25	7	32
	girl	13	9	22
Total		38	16	54

**gender.of.child \* question.5 Crosstabulation**

Count

		question.5		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	26	6	32
	girl	19	3	22
Total		45	9	54

**gender.of.child \* question.6 Crosstabulation**

Count

		question.6		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	19	13	32
	girl	16	6	22
Total		35	19	54





**gender.of.child \* question.7 Crosstabulation**

Count

		question.7		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	17	15	32
	girl	11	11	22
Total		28	26	54

**gender.of.child \* question.8 Crosstabulation**

Count

		question.8		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	29	3	32
	girl	19	3	22
Total		48	6	54

**gender.of.child \* question.9 Crosstabulation**

Count

		question.9		Total
		yes	no	

d	gender.of.chil	boy	30	2	32
		girl	17	5	22
	Total		47	7	54

**gender.of.child \* question.10 Crosstabulation**

Count

		question.10		Total	
		yes	no		
d	gender.of.chil	boy	19	13	32
		girl	13	9	22
	Total		32	22	54

**gender.of.child \* question.11 Crosstabulation**

Count

		question.11		Total	
		yes	no		
d	gender.of.chil	boy	24	8	32
		girl	18	4	22
	Total		42	12	54

**gender.of.child \* question.12 Crosstabulation**

Count

		question.12		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	18	14	32
	girl	12	10	22
Total		30	24	54

**gender.of.child \* question.13 Crosstabulation**

Count

		question.13		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	30	2	32
	girl	14	8	22
Total		44	10	54

**gender.of.child \* question.14 Crosstabulation**

Count

		question.14		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	11	21	32
	girl	8	14	22
Total		19	35	54

**gender.of.child \* question.16 Crosstabulation**

Count

		question.16		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	20	12	32
	girl	12	10	22
Total		32	22	54

**gender.of.child \* question.17 Crosstabulation**

Count

		question.17		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	24	8	32
	girl	16	6	22
Total		40	14	54

**gender.of.child \* question.18 Crosstabulation**

Count

		question.18		Total
		yes	no	
d	gender.of.chil boy	10	22	32
	girl	8	14	22
Total		18	36	54