

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΜΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΑΡΙΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

Γνώσεις εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
γύρω από τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας.

Αθήνα, 2012

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

που απονέμει το Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου.

Εγκρίθηκε την xx/xx/2012 από την εξεταστική επιτροπή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΒΑΘΜΙΑΔΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Αικ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη
(επιβλέπουσα)

Καθηγήτρια

Αικ. Αντωνοπούλου

Λέκτορας

Κων/να Κουτρούμπα

Επ. Καθηγήτρια

Αφιερώνεται στην οικογένειά μου
για την αγάπη και την υποστήριξή της

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους ανθρώπους, οι οποίοι με την καθοδήγησή, τη συμπαράσταση, το ενδιαφέρον και τη βοήθεια τους συνέβαλαν στην επιτυχή έκβαση αυτής της προσπάθειας.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την κυρία Αικατερίνη Αντωνοπούλου, που σε όλες τις φάσεις της εργασίας ήταν πάντα δίπλα μου, με φιλική διάθεση, αδιάκοπη φροντίδα, ενθάρρυνση και επιστημονική καθοδήγηση. Φίλη, μέντορας, επιστήμονας και παιδαγωγός με βοήθησε να καταλάβω ότι κανένα έργο δεν είναι δύσκολο, αρκεί να έχεις τους κατάλληλους ανθρώπους δίπλα σου.

Στο ίδιο πνεύμα συνεργαστήκαμε και με την κυρία Αγλαΐα Σταμπολτζή και την ευχαριστώ για την πολύτιμη βοήθειά της, τόσο στην βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, όσο και στην αντίστροφη μετάφραση του ερωτηματολογίου, που χρησιμοποίησα.

Ευχαριστώ επίσης την οικογένειά μου, γιατί με την ενθάρρυνση, την κατανόηση και τη βοήθειά όλων των μελών της, κατάφερα να συνδυάσω με επιτυχία τις οικογενειακές με τις ακαδημαϊκές μου υποχρεώσεις. Ιδιαίτερα ευχαριστώ για την υπομονή και την όμορφη συντροφιά της, την τρίχρονη κόρη μου, τη Μυρτώ, που εκτός από τις ώρες δουλειάς στο σπίτι, συμμετείχε σε όλες τις επισκέψεις στα σχολεία για την παράδοση και τη συλλογή των ερωτηματολογίων.

Τελευταίους, αλλά όχι γιατί είναι λιγότερο σημαντικοί, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εκπαιδευτικούς, που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα της έρευνας και αφιέρωσαν λίγο από τον πολύτιμο χρόνο τους, για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η συμβολή τους ήταν καθοριστική για την ολοκλήρωση της έρευνας με σκοπό να εξαχθούν συμπεράσματα και να διατυπωθούν προτάσεις, που θα εξυπηρετήσουν παιδαγωγικούς σκοπούς.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	7
Abstract	10
Εισαγωγή.....	13
Κεφάλαιο 1ο: Παράμετροι καθορισμού της ΔΕΠ-Υ	15
1.1. Ορισμός	15
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	15
1.3. Συμπτωματολογία.....	16
1.4. Διάκριση	17
1.4.1. Λίστα συμπτωμάτων Ελλειμματικής Προσοχής (Λίστα 1).....	19
1.4.2 Λίστα συμπτωμάτων Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας (Λίστα 2).....	19
1.5. Επιδημιολογία	20
1.5.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την επικράτηση της ΔΕΠ-Υ	20
1.6. Διάγνωση	22
1.6.1. Προϋποθέσεις για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	23
Κεφάλαιο 2ο: Γενικά χαρακτηριστικά	25
2.1. Δυσκολίες, που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο.	25
2.1.1. Μαθησιακά προβλήματα	26
2.1.2. Γνωστικές αδυναμίες.....	26
2.1.3. Κοινωνικοσυναισθηματικές συνέπειες της ΔΕΠ-Υ στην τάξη.	27
2.2. Δευτεροβάθμια προβλήματα	27
2.2.1. Κλινική εικόνα των εφήβων με ΔΕΠ-Υ	29
2.2.2. Έφηβοι με ΔΕΠ-Υ με κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία.	30
2.3. Αιτιολογία.....	31
2.3.1. Η συμβολή των γενετικών παραγόντων	31
2.3.2. Η συμβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων	32
2.3.3. Διαφορές στον εγκέφαλο	33
Κεφάλαιο 3ο: Αντιμετώπιση.....	34
3.1. Συννοσηρότητα	34
3.1.1. Συννοσηρότητα στους εφήβους	36
3.2. Χρήση και κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία	36
3.3. Διευκρίνιση ψυχιατρικών όρων.....	38

3.4. Αξιολόγηση	40
3.5. Αντιμετώπιση.....	44
3.5.1. Τρόποι αντιμετώπισης των συμπτωμάτων	44
3.6. Η μελέτη MTA	45
3.7. Αντιμετώπιση με φάρμακα	46
3.7.1. Παρενέργειες των φαρμάκων	47
3.8. Στρατηγικές παρέμβασης για την τροποποίηση της συμπεριφοράς.....	48
Κεφάλαιο 4ο: Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών	49
4.1. Ο ρόλος των δασκάλων.	49
4.1.1. Ο ρόλος των των δασκάλων στην παραπομπή.....	50
4.1.2. Ο ρόλος των δασκάλων στην υπερ-διάγνωση ή στην υπο-διάγνωση	50
4.1.3. Ο ρόλος των δασκάλων στη διάγνωση.....	50
4.1.4. Ο ρόλος των δασκάλων στην αντιμετώπιση	51
4.5. Το πολιτισμικό πλαίσιο πλαίσιο επηρεάζει την ερμηνεία της συμπεριφοράς των παιδιών από τους εκπαιδευτικούς.	51
4.5.1. Πώς αντιλαμβάνονται οι δάσκαλοι τις συμπεριφορές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ	52
4.6. Γνώσεις και παρερμηνείες.....	54
4.7. Οι επιπτώσεις των γνώσεων των δασκάλων στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.....	55
4.8. Μελέτες που αξιολογούν τις γνώσεις των δασκάλων	56
4.9. Μελέτες που αξιολογούν τις γνώσεις των Ελλήνων εκπαιδευτικών.....	59
4.10. Σκοπός της έρευνας	60
4.11 Ερευνητικές υποθέσεις με βάση τη βιβλιογραφία.....	61
Κεφαλαίο 5ο: Μέθοδος	63
5.1. Συμμετέχοντες.....	63
5.2. Ερευνητικό εργαλείο	65
5.3. Διαδικασία	68
Κεφάλαιο 6ο: Αποτελέσματα.....	70
6.1.Περιγραφική στατιστική.....	70
6.1.1. Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ (Υποκλίμακα: Γενικά χαρακτηριστικά)	70
6.1.2. Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τα συμπτώματα και τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Σφάλμα! Δεν (Υποκλίμακα: Συμπτώματα/Διάγνωση) Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
6.1.3. Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με την Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.	75
(Υποκλίμακα:Αντιμετώπιση).....	75

6.1.4. Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί σε σχέση με τις μη κατηγοριοποιημένες ερωτήσεις.....	78
6.2. Επαγωγική στατιστική ανάλυση δεδομένων	79
Κεφάλαιο 7ο: Σχολιασμός Αποτελεσμάτων-Προτάσεις.....	91
Τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με τις υποκλίμακες του KADDS	91
Ποσοστό σωστών απαντήσεων και θεωρητικής κατάρτισης	92
Ποσοστό σωστών απαντήσεων και εμπειρίας με μαθητή με ΔΕΠ-Υ.....	92
Ποσοστό σωστών απαντήσεων και εμπειρίας με μαθητή με ΔΕΠ-Υ σε κάθε υποκλίμακα.....	93
Ποσοστό σωστών απαντήσεων, ηλικίας και εμπειρίας με μαθητή με ΔΕΠ-Υ στη συνολική κλίμακα.....	93
Ποσοστό σωστών απαντήσεων και διδακτικής εμπειρίας στη συνολική κλίμακα.	93
Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί.....	94
Τι δεν ξέρουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με την Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.	94
Παρερμηνείες σχετικά με την αιτιολογία και την πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ.	95
Παρερμηνείες σχετικά με την Αντιμετώπιση	96
Παράρτημα Α.....	98
Παράρτημα Β.....	111
Παράρτημα Γ	114
Παράρτημα Δ	119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	127
Ηλεκτρονικές πηγές.....	154

Περίληψη

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια σοβαρή αναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας, αφού επηρεάζει το 3-7% των παιδιών αυτών και λόγω: α) των κύριων συμπτωμάτων της (απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα), β) των συνδεόμενων λειτουργικών ελλειμμάτων στον ακαδημαϊκό, κοινωνικό και οικογενειακό-επαγγελματικό τομέα και γ) του κινδύνου να συνεχιστούν τα προβλήματα και στην ενηλικίωση, καθιστούν τη σημασία της κατάλληλης, έγκαιρης και έγκυρης διάγνωσης και της αποτελεσματικής αντιμετώπισής της πολύ μεγάλη.

Για να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει τα συμπτώματα να επιμένουν για περισσότερο από έξι μήνες, πριν την αξιολόγηση και να εμφανίζονται σε βαθμό μεγαλύτερο από ό,τι στα άλλα παιδιά, του αντίστοιχου αναπτυξιακού επιπέδου. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν προοδευτικά μέσα στη διάρκεια πολλών μηνών και συνήθως προηγείται η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, ενώ η διάσπαση προσοχής μπορεί να καθυστερήσει ένα έτος ή και παραπάνω (American Psychiatric Association, 2000).

Η ΔΕΠ-Υ γενικά γίνεται αντιληπτή κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας και συχνά επιμένει ως την εφηβική και ενήλικη ζωή σε ποσοστό 50-60% (Weiss & Hechtman, 1993). Αυτή η χρόνια κατάσταση επηρεάζει πολλούς τομείς της λειτουργικότητας του παιδιού, με πιο αξιοσημείωτους: τον αυτοέλεγχο της συμπεριφοράς, τη μαθησιακή επίδοση, την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων και των θετικών διαπροσωπικών σχέσεων (Root & Resnick, 2003; Barkley, 2006).

Με τη σωστή αντιμετώπιση μειώνονται αποτελεσματικά τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής, η οποία ωστόσο δε θεραπεύεται. Ωστόσο τα περισσότερα άτομα με ΔΕΠ-Υ καταφέρνουν να επιτύχουν στον ακαδημαϊκό τομέα και να ζήσουν μια ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή.

Αν η ΔΕΠ-Υ δεν αναγνωριστεί, ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματά της, μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στο άτομα, μεταξύ των οποίων είναι η σχολική αποτυχία, η κατάθλιψη, προβλήματα στις σχέσεις, κατάχρηση ουσιών, παραβατικότητα, αυξημένος κίνδυνος για ατυχήματα και εργασιακή αποτυχία (Harpin, 2005). Αυτή η διαπίστωση καθιστά την έγκαιρη αναγνώριση, διάγνωση και αντιμετώπισή της καθοριστικής σημασίας.

Το σχολικό σύστημα αποτελεί την κύρια πηγή πληροφόρησης για τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Bussing, Schoenberg & Perwien, 1998) και οι δάσκαλοι παίζουν σπουδαίο ρόλο τόσο στην αξιολόγηση της σοβαρότητας των προβλημάτων στον τομέα της συμπεριφοράς και της μάθησης (Stevens, Quittner & Abikoff, 1998), όσο και στην υποστήριξη αυτών των παιδιών στην τάξη. Συχνά είναι οι πρώτοι, που παρατηρούν τις προβληματικές συμπεριφορές των παιδιών (Tannock & Martinussen, 2001) και παραπέμπουν (Frankenberger, Lozar & Dallas, 1990; Lloyd, Kauffman, Landrum & Roe, 1991), ενώ έχει βρεθεί ότι συχνά παρέχουν ανακριβείς συμβουλές στους γονείς, τις οποίες αυτοί συχνά ακολουθούν (DiBattista & Shepherd, 1993).

Η γνώση των δασκάλων ή οι παρερμηνείες σχετικά με τα συμπτώματα, την αιτιολογία ή τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της διαταραχής, μπορεί να επηρεάσει κάθε βήμα μιας κοινής διαδικασίας, μέσω της οποίας ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ προσδιορίζεται, διαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται (Hepperlen et al., 2002; Sciutto, Nolfi & Bluhm, 2004) και για αυτό οι συνέπειες από την έλλειψη γνώσεων ή τις παρερμηνείες σχετικά με τη διαταραχή, μπορεί να είναι σημαντικές.

Η σχετική βιβλιογραφία, που μελετά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαταραχή, διεθνώς και ειδικά στην Ελλάδα, είναι μικρή, ενώ τα αποτελέσματα των μελετών είναι πολλές φορές αντικρουόμενα. Γενικά όμως όλες οι μελέτες έχουν δείξει την ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση, ώστε να αυξηθεί το ενδιαφέρον των δασκάλων γύρω από τις εξελίξεις για τη διαταραχή, αφού θα πρέπει τουλάχιστον να αναγνωρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ είναι συχνά μόνο ένα από τα προβλήματα αυτών των παιδιών.

Με την παρούσα έρευνα διερευνήθηκαν οι γνώσεις των Ελλήνων εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα γενικά χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα, τη διάγνωση και την αντιμετώπισή της. Στην έρευνα συμμετείχαν 1025 εκπαιδευτικοί (366 δάσκαλοι γενικής αγωγής, 54 εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής, 135 νηπιαγωγοί και 470 καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) από 86 σχολεία της χώρας.

Η αξιολόγηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών έγινε με την Κλίμακα μέτρησης γνώσεων σχετικά με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής [Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)], μια κλίμακα 36 ερωτήσεων, που μετρά τις γνώσεις και τις παρερμηνείες των εκπαιδευτικών σε τρεις συγκεκριμένες περιοχές: τις γενικές πληροφορίες σχετικά με τη φύση, την αιτιολογία και την πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ, τη συμπτωματολογία/διάγνωση και την αντιμετώπιση.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν περισσότερα σε σχέση με τη συμπτωματολογία και τη διάγνωση και λιγότερα για τα γενικά χαρακτηριστικά και την αντιμετώπιση της διαταραχής. Οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής είχαν υψηλότερη βαθμολογία στις ερωτήσεις και των τριών κλιμάκων του ερωτηματολογίου και ακολουθούν κατά σειρά, οι νηπιαγωγοί, οι δάσκαλοι γενικής αγωγής και οι καθηγητές.

Διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί σε γενικές γραμμές γνωρίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, όπως για παράδειγμα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κινούνται υπερβολικά ή αποσπώνται εύκολα από άσχετα ερεθίσματα (Pelham et al., 1992), αλλά σημαντικές παρερμηνείες σχετικά με τη διαταραχή εμμένουν, όπως για παράδειγμα ότι κατανάλωση ζάχαρης προκαλεί ΔΕΠ-Υ ή ότι τα παιδιά αυτά ξεπερνούν τα συμπτώματα της διαταραχής στην εφηβεία (Bekle, 2004).

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν την ανάγκη για μεγαλύτερη εκπαίδευση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαταραχή και συμβάλλει στην καλύτερη αξιολόγηση των γνώσεων και των παρερμηνειών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον υποστηρίζει και διευρύνει τα αποτελέσματα άλλων μελετών, που υποδεικνύουν τη σπουδαιότητα της συνεχούς κατάρτισης και εκπαίδευσης για το σχεδιασμό και την υλοποίηση αποτελεσματικών εκπαιδευτικών παρεμβάσεων.

Abstract

ADHD is a serious childhood developmental disorder, that affects 3-7% of school-aged children and because:

- a) The main symptoms (inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness),
- b) Limited practical skills in the academic, social, family and professional sectors and
- c) The danger of the above mentioned problems to be continued in adulthood, render not only the great importance of an appropriate, suitable, prompt and valid diagnosis but also its effective confrontation.

In order for a child to be diagnosed with [DEP]-[Y] the symptoms must persist for more than six months, prior to the evaluation and to be present to a greater degree compared to other children, of the corresponding developmental level. The symptoms can progressively develop for the duration of many months and usually precede the hyperactivity and the [impulsiveness], while inattention can delay one year or even more (American Psychiatric Association, 2000)

ADHD generally, becomes evident during pre-school age and often continues through to adolescence and adulthood life at a rate of 50%-60%. (Weiss & Hechtman, 1993). This ongoing situation affects many aspects of a child's skills, of which most noteworthy are: Behavioral self-control, learning achievement/school performance, the development of social skills and reliable interpersonal relationships. (Root & Resnick, 2003; Barkley, 2006).

With the correct confrontation the main symptoms of the disorder are significantly reduced, however, the disorder is not cured. Nevertheless, most people who suffer from ADHD, manage to succeed in the academic sector and to live a happy, productive and prosperous life.

If ADHD is not identified, so as to deal with its symptoms, it can pose serious consequences on the person who suffers from it, among which are: school failure, depression, encountering problems with personal relationships, drug abuse, delinquency, increased danger of accidents and work failure. (Harpin, 2005). Its identification renders the prompt recognition, diagnosis and confrontation of great importance.

The school system is the main source of information for the parents of children with ADHD (Bussing, Schoenberg & Perwien, 1998) and school teachers play a major role in the assessment of

children's academic and behavioral problems (Stevens, Quittner & Abikoff, 1998), as well as in the support of these children in the classroom. They are often the first that observe the problematic behaviors of children (Tannock & Martinussen, 2001) and make referrals for ADHD-related assessment (Frankenberger, Lozar & Dallas, 1990; Lloyd, Kauffman, Landrum & Roe, 1991), while it has been found that often they provide inaccurate advices to the parents, which they often follow (DiBattista & Shepherd, 1993).

Knowledge and misconceptions of school teachers regarding the symptoms/diagnosis of ADHD, the treatment of ADHD or the general features, influence each step of a common process, which a child with ADHD is identified, diagnosed and receives intervention services (Hepperlen et al., 2002 Sciutto, Nolfi & Bluhm, 2004) and for this reason, the consequences of this lack of knowledge or the misconceptions regarding the disorder, are important.

The relative literature, that studies the knowledge of teachers with regards to the disorder, internationally and specifically in Greece, is limited, though the results of studies are many times refuted. In general, however, all studies have shown the need for more education and sensitization, so as to increase the interest of schoolteachers regarding the developments related to the disturbance, since they should at least realize that ADHD is often only one of the many problems of these children.

With this present study what has been examined is the knowledge of Greek teachers on ADHD in relation to its core symptoms, intervention techniques and general information. One thousand and twenty-five teachers (three hundred and sixty-six primary school teachers, fifty-four special needs teachers, one hundred and thirty-five preschool teachers and four hundred and seventy secondary school teachers) from 86 public schools of Greece participated in this study.

Teacher's knowledge on ADHD was assessed using the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS), a 36-item rating scale which measures knowledge and misperceptions of teachers in three specific areas: symptoms/diagnosis of ADHD, the treatment of ADHD, and general information about the nature, the causes, and the outcome of ADHD.

The analysis of the results showed that the teachers know more concerning the symptoms and the diagnosis and less concerning the general characteristics and the methods used to confront the disorder. The schoolteachers of special needs children achieved higher scores in answering all the

questions of a questionnaire which was comprised of three scales. Nursery school teachers' scores followed with general education schoolteachers and professors completing the list

It was found that teachers in general terms know the basic characteristics of disturbance, for example, they are aware that the children with ADHD move excessively or are distracted easily by irrelevant stimuli (Pelham et al., 1992), but important misconceptions about the disorder exists, for instance, sugar consumption causes ADHD or that these children overcome the symptoms of disturbance in puberty. (Bekle, 2004).

The findings of the survey indicate a need for more teacher education and in-service training regarding the disorder. The present study contributes to our understanding of Greek teachers' level of knowledge and misconceptions of ADHD. Additionally, it supports and expands previous evidence regarding the importance of continuous teacher education and training in the evaluation and implementation of effective educational interventions.

Εισαγωγή

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας δίνεται ο ορισμός της διαταραχής και γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή από τότε που για πρώτη φορά περιγράφηκαν τα συμπτώματά της μέχρι σήμερα. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στη συμπτωματολογία, τη διάκριση και την επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ και ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της διαδικασίας και των προϋποθέσεων, που απαιτούνται, για την παραγωγή μια διάγνωσης για ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το DSM-IV-TR.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται τα γενικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠ-Υ, καθώς και τα δευτεροβάθμια προβλήματα, που προκύπτουν από την εξέλιξη της διαταραχής με την πάροδο του χρόνου. Περιγράφονται οι δυσκολίες, που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο και οι κοινωνικοσυναισθηματικές συνέπειες της διαταραχής στο σχολείο. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της αιτιολογίας της διαταραχής και τη συμβολή των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην εμφάνισή της.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται οι πιο κοινές συννοσηρές διαταραχές με τη ΔΕΠ-Υ, στην παιδική και στην εφηβική ηλικία. Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθεται και μια σύντομη περιγραφή των ψυχιατρικών όρων, που χρησιμοποιούνται, για την καλύτερη κατανόηση του αναγνώστη. Στη συνέχεια περιγράφεται η διαδικασία της αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ και οι εγκεκριμένοι τρόποι για την αντιμετώπισή της. Παρουσιάζεται συνοπτικά η μελέτη MTA, γιατί πάνω σε αυτή τη μελέτη κυρίως σχεδιάστηκαν οι ισχύουσες οδηγίες για την αντιμετώπιση της διαταραχής. Τέλος αναφέρεται ως τρόπος αντιμετώπισης της διαταραχής η φαρμακοθεραπεία, αναφέρονται οι παρενέργειες των φαρμάκων καθώς και οι στρατηγικές παρέμβασης για την τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Το 4^ο κεφάλαιο πραγματεύεται τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαταραχή. Αρχικά διαπιστώνεται ο σημαντικός ρόλος των δασκάλων σε όλα τα στάδια μια κοινής διαδικασίας για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Κατόπιν παρουσιάζεται ο ρόλος του πολιτισμικού πλαισίου στον τρόπο με τον οποίο οι εκπαιδευτικοί ερμηνεύουν τις συμπεριφορές, που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ. Αμέσως μετά εξετάζονται οι γνώσεις και οι παρερμηνείες των εκπαιδευτικών και οι επιπτώσεις, που έχουν αυτές στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, από την ερμηνεία της συμπεριφοράς και την παραπομπή, ως τη διάγνωση και την αντιμετώπιση. Παρατίθενται οι διεθνείς και οι ελληνικές έρευνες, που αξιολογούν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαταραχή και το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τη διατύπωση του σκοπού της έρευνας και των ερευνητικών ερωτημάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία.

Στο 5^ο κεφάλαιο περιγράφεται η μέθοδος της έρευνας, οι συμμετέχοντες, το ερευνητικό εργαλείο, που χρησιμοποιήθηκε και η διαδικασία διεξαγωγής της. Κατόπιν στο 6^ο και 7^ο κεφάλαιο καταγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας και διατυπώνονται συμπεράσματα και προτάσεις για την παιδαγωγική και ερευνητική αξιοποίησή τους.

Κεφάλαιο 1ο: Παράμετροι καθορισμού της ΔΕΠ-Υ

1.1. Ορισμός

Ο όρος Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας ή Υπερκινητικό Σύνδρομο, εφεξής ΔΕΠ-Υ, είναι μια χρόνια, κυρίαρχη νευροβιολογική διαταραχή της παιδικής ηλικίας, που χαρακτηρίζεται από ακατάλληλο επίπεδο δραστηριότητας, σε σχέση με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, χαμηλή ανοχή στην απογοήτευση, παρορμητικότητα, κακή οργάνωση της συμπεριφοράς, αφηρημάδα, και ανικανότητα διατήρησης της προσοχής και της συγκέντρωσης. (American Psychiatric Association, 2000).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ περιγράφηκαν αρχικά το 1845 από το Δρ Heinrich Hoffman, ένα Γερμανό ψυχίατρο, ο οποίος, μη βρίσκοντας κάτι κατάλληλο να διαβάσει στον τρίχρονο γιο του, έγραψε και εικονογράφησε ένα βιβλίο ποιημάτων, στο οποίο περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Το βιβλίο: «Η ιστορία του άτακτου Φίλιπ» (The Story of Fidgety Philip), περιγράφει ακριβώς τη συμπεριφορά ενός μικρού παιδιού με ΔΕΠ-Υ. (Hoffman, 1995).

Η πρώτη κλινική περιγραφή της υπερκινητικότητας έγινε το 1902, δηλαδή 57 χρόνια αργότερα, όταν ο Sir George F. Still δημοσίευσε μια σειρά διαλέξεων στο Βασιλικό Κολέγιο των Γιατρών, στην Αγγλία, στις οποίες περιέγραφε μια ομάδα παρορμητικών παιδιών με σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς, που είχαν γενετική και όχι περιβαλλοντική αιτιολογία. Τα χαρακτήρισε ως "άτομα με αδύναμη βούληση και με μικρή ικανότητα για ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς τους", θεωρώντας ότι το σύνδρομο αυτό είχε ενδεχομένως νευρολογική αιτιολογία. Αυτά τα παιδιά σήμερα θα αναγνωρίζονταν εύκολα ότι έχουν ΔΕΠ-Υ.

Το 1934 οι Kahn και Kohen εξέτασαν την "οργανική κινητικότητα", που διαπίστωσαν σε ενήλικες, την οποία ονόμασαν "ελλιπή έλεγχο της παρόρμησης με υπερβολική ενεργητικότητα και μειωμένη διάρκεια προσοχής". Το σύνδρομο ονομάστηκε "σύνδρομο ελλιπούς ηρεμίας".

Η πρώτη αναφορά για τη χρήση τονωτικών φαρμάκων για την αντιμετώπισή της ήταν το 1937 (Bradley, 1937). Αρχικά ο κατάσταση ονομάστηκε "ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία" (Clements, 1966). Όταν όμως η σχέση της ΔΕΠ-Υ με εγκεφαλική βλάβη δεν επιβεβαιώθηκε, η ονοματολογία άλλαξε, για να δώσει έμφαση στην υπερκινητικότητα, ως πρωταρχικό συμπεριφοριστικό έλλειμμα. Στη συνέχεια, στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Διανοητικών Διαταραχών, δεύτερη έκδοση (DSM-II), ονομάστηκε διαταραχή υπερκινητικής αντίδρασης της παιδικής ηλικίας (American Psychiatric Association, 1967).

Το 1980, το DSM-III κοινοποίησε ένα νέο όνομα, "Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ", σκιαγραφώντας το πρώτο σύνολο διαγνωστικών κριτηρίων, βασισμένο σε εμπειρικά δεδομένα. Πάλι, η εστίαση από την υπερκινητικότητα, ως αρχικό έλλειμμα, μετατοπίστηκε στην απροσεξία, αλλά τροποποιήθηκε στην αναθεώρηση του DSM-III (1987), για να δώσει ίσο βάρος στα προβλήματα της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας (American Psychiatric Association, 1980, 1987).

Η τέταρτη έκδοση του DSM (American Psychiatric Association, 1994), απαριθμεί τρεις υπότυπους της ΔΕΠ-Υ: (α) κυρίως απρόσεκτος τύπος, (β) κυρίως υπερκινητικός/παρορμητικός τύπος, και (γ) συνδυασμένος τύπος, που περιλαμβάνει συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας.

Τα σημερινά αποδεκτά κριτήρια, για την παραγωγή μιας διάγνωσης για ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, 4η έκδοση ή DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 2000), το οποίο προσδιορίζει δύο κύριες ομάδες συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ: α) με κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία (διάσπαση προσοχής) και β) με κύριο χαρακτηριστικό την υπερκινητικότητα/ παρορμητικότητα. (American Psychiatric Association, 1980, 1987).

1.3. Συμπτωματολογία

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται πολύ να ολοκληρώσουν τις σχολικές εργασίες και να ακολουθήσουν τις συμβουλές των γονιών και των δασκάλων τους, με αρνητικές συνέπειες στη

μάθηση και στην επικοινωνία με το περιβάλλον τους. Αυτό συμβαίνει γιατί η διαταραχή επηρεάζει την ικανότητά τους να εμφανίζουν την κατάλληλη, ανάλογα με το αναπτυξιακό τους επίπεδο, συμπεριφορά στους παρακάτω τομείς:

Στη ρύθμιση του επιπέδου κινητικότητας (υπερκινητικότητα)

Στον έλεγχο της συμπεριφοράς (παρορμητικότητα)

Στη συγκέντρωση σε μια δεδομένη δραστηριότητα (απροσεξία) (U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs, 2003).

Η απροσεξία εκδηλώνεται με συγκεκριμένες συμπεριφορές: Τα παιδιά αρχίζουν κάτι και δεν το ολοκληρώνουν, φαίνεται ότι “δεν ακούν” και διασπάται εύκολα η προσοχή τους. Στο σχολείο αδυνατούν να συγκεντρωθούν στην εργασία τους και σε οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή και συχνά δεν μπορούν να ασχοληθούν με ένα παιχνίδι για πολλή ώρα. Συχνά ονειροπολούν, φαίνονται χαμένα σε άλλο κόσμο. αποσπάται η προσοχή τους από ό,τι συμβαίνει γύρω τους, όταν θα έπρεπε να είναι συγκεντρωμένα και να προσέχουν.

Η παρορμητικότητα τα ωθεί να ενεργούν γρήγορα, χωρίς να σκέφτονται τις συνέπειες, και να πετάγονται από το ένα θέμα στο άλλο. Δεν μπορούν να οργανώσουν τις εργασίες τους, παρότι δεν έχουν κάποια γνωστική ανικανότητα, χρειάζονται επίβλεψη και δεν περιμένουν τη σειρά τους για να μιλήσουν.

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ) μπορεί να διαγνωστεί με ή χωρίς υπερκινητικότητα, αλλά τα υπερκινητικά παιδιά παρουσιάζουν δύο τουλάχιστον συμπτώματα από τα παρακάτω : τρέχουν ή σκαρφαλώνουν υπερβολικά, δεν μπορούν να κάτσουν ακίνητα και στριφογυρίζουν, δεν μπορούν να παραμείνουν στη θέση τους, κινούνται περισσότερο από το συνηθισμένο, ακόμα και όταν κοιμούνται.

1.4. Διάκριση

Ανάλογα με τα συμπτώματα, που παρουσιάζει, ένα παιδί μπορεί να ανήκει σε έναν από τους τρεις υπότυπους της ΔΕΠ-Υ, όπως περιγράφονται παρακάτω:

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας:

Συνδυασμένος υπότυπος: Αν σε ένα παιδί παρατηρούνται επίμονα τουλάχιστον έξι από τα συμπτώματα απροσεξίας (λίστα 1) και έξι από τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, (λίστα 2) για τουλάχιστον έξι μήνες και σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό του επίπεδο, τότε ανήκει στο συνδυασμένο υπότυπο της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας. Τα περισσότερα παιδιά σχολικής ηλικίας εμφανίζουν και τους δύο τύπους συμπτωμάτων και έτσι πληρούν τα κριτήρια για το Συνδυασμένο υπότυπο της ΔΕΠ-Υ.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας:

με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο τύπο: Αν σε ένα παιδί παρατηρούνται επίμονα τουλάχιστον έξι από τα συμπτώματα απροσεξίας (λίστα 1) για τουλάχιστον έξι μήνες και σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό του επίπεδο, τότε ανήκει στον υπότυπο της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας με κυρίως απροσεξία. Στο παρελθόν αυτού του τύπου τα συμπτώματα συμπεριφοράς αναφέρονταν ως ΔΕΠ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής χωρίς Υπερκινητικότητα).

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας:

με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό/Παρορμητικό τύπο: Αν σε ένα παιδί παρατηρούνται επίμονα τουλάχιστον έξι από τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας (λίστα 2) για τουλάχιστον έξι μήνες και σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό του επίπεδο, τότε ανήκει στον υπότυπο της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με κυρίως υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα. Λίγα παιδιά εμφανίζουν κυρίως υπερκινητικότητα.

1.4.1. Λίστα συμπτωμάτων Ελλειμματικής Προσοχής (Λίστα 1).

Το παιδί είναι δυνατό να εμφανίζει τις παρακάτω συμπεριφορές:

- Συχνά δυσκολεύεται να δώσει προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες ή σε άλλες δραστηριότητες.
- Δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στο παιχνίδι ή στο διάβασμα.
- Συχνά δίνει την εντύπωση ότι δεν προσέχει τους άλλους, όταν του μιλούν.
- Δυσκολεύεται να ακολουθήσει μέχρι τέλους οδηγίες και να ολοκληρώσει δραστηριότητες. (όχι όμως λόγω έλλειψης κατανόησης των οδηγιών ή λόγω εναντιωματικής συμπεριφοράς).
- Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει τις εργασίες του και τις δραστηριότητές του.
- Συχνά αντιπαθεί, αποφεύγει ή είναι απρόθυμο να ασχοληθεί με δραστηριότητες, που απαιτούν έντονη διανοητική προσπάθεια και συγκέντρωση, όπως είναι η εργασία στο σχολείο ή το διάβασμα στο σπίτι.
- Έχει την τάση να χάνει πράγματα απαραίτητα για κάποιες εργασίες ή δραστηριότητες, όπως παιχνίδια, σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία.
- Συχνά διασπάται εύκολα από διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα, όπως π.χ. θορύβους και συζητήσεις.
- Συχνά «παλεύει» να θυμηθεί καθημερινές δραστηριότητες, εργασίες και πράγματα.

1.4.2 Λίστα συμπτωμάτων Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας (Λίστα 2).

- Συχνά κουνάει νευρικά τα χέρια ή τα πόδια του και στριφογυρίζει στη θέση του.
- Συχνά φεύγει από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, που κανονικά θα έπρεπε να μείνει καθισμένο .
- Συχνά τρέχει συνεχώς ή σκαρφαλώνει, σε συνθήκες, όπου αυτές οι συμπεριφορές δεν επιτρέπονται. (στους εφήβους και στους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα εσωτερικής ανησυχίας).
- Δυσκολεύεται να παίξει ή να ασχοληθεί ήσυχα με μια ελεύθερη δραστηριότητα.
- Μοιάζει να είναι σε διαρκή κίνηση, σαν να «είναι στην πρίζα».
- Μιλάει συνεχώς.

- Έχει την τάση να «πετάγεται» και να απαντά σε ερωτήσεις, πριν αυτές ολοκληρωθούν.
- Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του.
- Συχνά πετάγεται και διακόπτει τις συζητήσεις ή τις δραστηριότητες των άλλων.

1.5. Επιδημιολογία

Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της ΔΕΠ-Υ ποικίλλουν αρκετά και κυμαίνονται από 2% έως 16%, ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια και τα εργαλεία αξιολόγησης, που υιοθετούνται σε κάθε χώρα (Brown et al., 2001; Faraone et al., 2003).

Είναι μια από τις πιο κοινές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, αφού χρησιμοποιώντας τα κριτήρια που ορίζονται στο DSM-IV-TR, περίπου το 3% με 7% των παιδιών ικανοποιούν τα κριτήρια για κάποιον υπότυπο της ΔΕΠ-Υ (Sciutto & Eisenberg, 2007). Αυτό για τους εκπαιδευτικούς σημαίνει ότι σε μια σχολική τάξη είναι πιθανό τουλάχιστον ένα ή δύο παιδιά να έχουν ΔΕΠ-Υ, σε χώρες όπως ο Καναδάς, οι ΗΠΑ, η Ιαπωνία, η Κίνα, η Ινδία και η Αυστραλία όπως και σε χώρες της Ευρώπης, της Νότιας Αφρικής και της Νότιας Αμερικής.

Άλλες έρευνες δείχνουν πως ανά χώρα το ποσοστό επικράτησης διαφέρει και ξεκινάει από 5%, αλλά δεν ξεπερνάει το 12% των παιδιών σχολικής ηλικίας του παγκόσμιου πληθυσμού (Faraone et al., 2003; Polanczyk, Rohde, de Lima et al., 2005).

Υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι το 50 - 65% των παιδιών, που εντοπίζονται με ΔΕΠΥ, συνεχίζουν να εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα της διαταραχής και στην ενήλικη ζωή τους (Weiss & Hechtman, 1993).

Ο υπότυπος με κυρίως υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα και ο συνδυασμένος υπότυπος συναντάται συχνότερα στα μικρότερα παιδιά σχολικής ηλικίας (Egger et al., 2006).

1.5.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την επικράτηση της ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια από ό,τι στα κορίτσια, αν και οι εκτιμήσεις της αναλογίας αγοριών και κοριτσιών ποικίλλουν αρκετά. Στα κλινικώς βασισμένα δείγματα η

αναλογία που αναφέρεται είναι 6:1, ενώ στα δείγματα από κοινοτικό επίπεδο η αναλογία είναι 1:1 (Barkley, 2006). Οι επικρατέστερες εκτιμήσεις δείχνουν ότι τα αγόρια είναι τρεις φορές πιθανότερο να ικανοποιήσουν τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ και σε σχέση με τα κορίτσια παραπέμπονται συχνότερα για κλινική αξιολόγηση (Gaub & Carlson, 1997; Gershon, 2002).

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στα κορίτσια είναι λιγότερο εμφανή μέσα στην τάξη από ό,τι στα αγόρια (Abikoff, Jensen, Arnold et al., 2002). Για παράδειγμα, δεν εμφανίζουν έντονες συμπεριφορές και υπερκινητικότητα και για αυτό, παρά το γεγονός ότι παρουσιάζουν τις ίδιες δυσκολίες με τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ σε πολλούς τομείς, είναι πιθανότερο να μην παραπεμφθούν για αξιολόγηση και να υπο-διαγνωστούν.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει βρεθεί ότι τα ποσοστά επικράτησης ποικίλουν μεταξύ διαφορετικών φυλετικών ομάδων (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). Τα στοιχεία έδειξαν ότι από το συνολικό πληθυσμό των παιδιών, που πήραν μέρος στην έρευνα, το ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στις αντίστοιχες φυλετικές ομάδες ήταν: για τα πολυφυλετικά (10%), για αυτά που ανήκαν στη μαύρη φυλή (8.2%), στη λευκή (7.5%), στους Ισπανούς ή τους Λατίνους (4.1%), στους Ινδούς Αμερικανούς ή στους ντόπιους της Αλάσκας (3.8%) και στους Ασιάτες (1.6%).

Επίσης η επικράτηση της διαταραχής έδειξε να εξαρτάται από το είδος της οικογένειας, που ζει το παιδί και το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο των γονέων. Τα παιδιά που ζουν και με τους δύο γονείς έχουν μικρότερη πιθανότητα (6.4%) να διαγνωστούν με ΔΕΠ-Υ, έναντι εκείνων των παιδιών που ζουν μόνο με τη μητέρα τους (9.4%), ή των παιδιών, που ζουν μόνο με τον πατέρα τους (8.7%) ή με κανέναν από τους δύο γονείς (12.8%).

Το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο των γονέων φαίνεται επίσης ότι επηρεάζει την επικράτηση της ΔΕΠ-Υ, με τους πιο μορφωμένους γονείς να παραπέμπουν συχνότερα τα παιδιά τους για αξιολόγηση, σε σχέση με αυτούς, που έχουν χαμηλότερο μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο.

Άλλη έρευνα έχει δείξει ότι τα Αφροαμερικανάκια και τα παιδιά από την Ισπανία έχουν λιγότερες πιθανότητες να παραπεμφθούν και να λάβουν υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, άσχετα από το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (Pastor & Reuben, 2005).

Επίσης προσβάλλει περίπου έναν στους είκοσι πέντε ενήλικους (ποσοστό 4%), γεγονός, που την καθιστά ως ένα από τα πιο συχνά ψυχικά προβλήματα και στην ενήλικη ζωή (Kessler, Chiu, Demier et al., 2005).

1.6. Διάγνωση

Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, τα συνδεδεμένα λειτουργικά ελλείμματα, η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, και ο κίνδυνος να συνεχιστούν τα προβλήματα και στην ενηλικίωση, υπογραμμίζουν τη σοβαρότητα της ΔΕΠ-Υ, ως διαταραχής της παιδικής ηλικίας και τη σημασία της κατάλληλης διάγνωσης και της αποτελεσματικής αντιμετώπισής της.

Το δημόσιο ενδιαφέρον για την διαταραχή έχει αυξηθεί, συμπεριλαμβανομένης της συζήτησης στα δημόσια μέσα, σχετικά με τη διαγνωστική διαδικασία και τις διάφορες επιλογές για την αντιμετώπισή της (Timimi, 2006). Έχουν εκφραστεί ανησυχίες σχετικά με την υπερ-διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και τον αυξανόμενο αριθμό των παιδιών προσχολικής ηλικίας, που έχουν διαγνωστεί. Η αυξανόμενη συνταγογράφηση διεγερτικών φαρμάκων και οι πολλοί διαφορετικοί τρόποι διάγνωσης και αντιμετώπισης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τους ανθρώπους, που τους παρέχουν τις πρώτες φροντίδες, είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος.

(Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998; Robison, Sclar, Skaer & Galin, 1999; Zito et al., 1999; Wilens et al., 2002; Stevens, 2005).

Αν και η διαμάχη ανάμεσα στην ιατρική βιβλιογραφία και τα δημοφιλή μέσα αντιμετώπισης εμμένουν, έχει γίνει κοινή προσπάθεια εκ μέρους της επιστημονικής κοινότητας, προκειμένου να προσδιοριστεί η πιο κατάλληλη και εμπειρικά υποστηριγμένη διαγνωστική διαδικασία και οι κατάλληλες μέθοδοι αντιμετώπισης για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί κλινικές οδηγίες πρακτικής, που παρέχουν τεκμηριωμένες οδηγίες, σχετικά με τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2002; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001).

Τα πιο διαδεδομένα ιατρικά συστήματα, που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι:

- α) το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών 4η έκδοση ή DSM- IV (American Psychiatric Association 2000) και
- β) το ICD10 (International Classification of Mental and Behavioral Disorders του ΠΟΥ).

Σύμφωνα με τις οδηγίες του DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), για την παραγωγή μιας διάγνωσης για ΔΕΠ-Υ τα διαγνωστικά κέντρα βασίζονται σε δύο λίστες, 9 στοιχείων η καθεμιά. Η μία περιλαμβάνει τα συμπτώματα της απροσεξίας (Λίστα 1) και η άλλη τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. (Λίστα 2).

Οι γονείς ή/και οι δάσκαλοι πρέπει να εκθέσουν την παρουσία τουλάχιστον των έξι από τις εννέα συμπεριφορές από κάθε κατάλογο, προκειμένου να παραπέμψουν ένα παιδί για διάγνωση ΔΕΠ-Υ, για τον κυρίως απρόσεκτο υπότυπο ή για τον υπότυπο με κυρίως υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα, ενώ για το συνδυασμένο υπότυπο πρέπει να υπάρχουν περισσότερα από 6 συμπτώματα από τον κάθε κατάλογο.

Η κλινική έρευνα είναι ενθαρρυντική για την ισχύ των υποτύπων της ΔΕΠ-Υ του DSM-IV, αν και παραμένουν εκκρεμή ζητήματα, όπως οι αναπτυξιακές διαφορές στη συμπεριφορά, η επιρροή των μαθησιακών δυσκολιών, οι διαφορές φύλου, και οι φυλετικές διαφορές (Morgan, Hynd, Riccio & Hall, 1996; Lahey et al., 1998; Hillemeier, Foster, Heinrichs & Brigitt, 2007). Η εκτενής αναθεώρηση από τους (Egger, Kon do & Angold, 2006) προτείνει ότι τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ μπορούν να είναι αξιόπιστα, όταν χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι πιθανότερο να διαγνωστούν με κυρίως υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα. Τα παιδιά, που ανήκουν είτε στο υπότυπο με κυρίως υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα, είτε στο συνδυασμένο υπότυπο συχνά, καθώς ωριμάζουν, αλλάζουν και ταιριάζουν καλύτερα στα χαρακτηριστικά του υπότυπου με κυρίως απροσεξία, αφού τα υπερκινητικά και παρορμητικά συμπτώματα μειώνονται ή ελέγχονται καλύτερα. (Goldstein & Goldstein, 1998; Biederman, Mick & Faraone, 2000). Πολλοί άλλωστε υποστηρίζουν μια πρόοδο της διαταραχής από κυρίως υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα στην παιδική ηλικία σε κυρίως απροσεξία στην εφηβεία και στην ενηλικίωση (Resnick, 2000; Trott, 2006).

1.6.1. Προϋποθέσεις για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

Επειδή μπορεί τα μικρά παιδιά και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας να παρουσιάσουν συμπεριφορές, που μοιάζουν με ΔΕΠ-Υ, αλλά είναι φυσιολογικές για την ηλικία τους και το αναπτυξιακό τους επίπεδο, ή μπορεί να οφείλονται σε άλλους παράγοντες συμπεριλαμβανομένων

και των περιβαλλοντικών, θα πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις προκειμένου να γίνει μια διάγνωση για ΔΕΠ-Υ.

Σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Διανοητικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association, 2000):

- η συμπεριφορά πρέπει να εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό και συχνότητα από ό,τι στα άτομα του αντίστοιχου αναπτυξιακού επιπέδου.
- τουλάχιστον μερικά από τα συμπτώματα της διαταραχής πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.
- να διαρκούν τουλάχιστον 6 μήνες πριν από την αξιολόγηση.
- τα συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται σε τουλάχιστον δύο διαφορετικά πλαίσια (πχ στο σπίτι και στο σχολείο).
- να έχουν αρνητική επίπτωση στη σχολική επίδοση και στην κοινωνική ζωή του παιδιού.
- να μην οφείλονται σε Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, Σχιζοφρένεια, ή άλλη Ψυχωσική Διαταραχή και να μην εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (πχ Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδη Διαταραχή, Αποσυνδετική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας).

Επιπλέον το παιδί θα πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον 6 από τα 9 κριτήρια των συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής ή της Υπερκινητικότητας, τα οποία θα πρέπει να επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες και σε βαθμό ασυμβίβαστο με το αναπτυξιακό του επίπεδο.

Κεφάλαιο 2ο: Γενικά χαρακτηριστικά

2.1. Δυσκολίες, που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο.

Η ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ προκαλεί σημαντική έκπτωση σε ποικίλους λειτουργικούς τομείς, όπως: η ακαδημαϊκή επίδοση, η κοινωνική ανάπτυξη και οι οικογενειακές σχέσεις (Root & Resnick, 2003; Barkley, 2006). Σύμφωνα με έρευνες (Barkley, 1990; Taylor & Larson, 1998) οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο συναντούν προβλήματα:

- στην αλληλεπίδρασή τους με τους άλλους
- στη διατήρηση της προσοχής
- στο να ακολουθούν οδηγίες
- να παραμένουν καθιστοί
- να αρχίζουν και να ολοκληρώνουν εργασίες
- να δουλεύουν μόνοι τους στην τάξη
- να είναι συνεπείς στην εργασία τους
- και να οργανώνουν τα πράγματά τους (πχ. βιβλία, μολύβια και εργασίες).

δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα και δεν επιμένουν για να ολοκληρώσουν μια εργασία.

Πολλοί μαθητές παρουσιάζουν αποδιοργανωτική και αντικοινωνική συμπεριφορά στην τάξη (εριστική διάθεση, εκδικητικότητα, απαξίωση και εύκολη απώλεια του συναισθηματικού ελέγχου) (Taylor & Larson, 1998).

Οι έρευνες δείχνουν πως τα ακαδημαϊκά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο συνδέονται κυρίως με το Συνδυασμένο Υπότυπο και τον Υπότυπο με κυρίως Απροσεξία, οι οποίοι παρουσιάζουν κυρίως ελλειμματική προσοχή. Επομένως οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ, που ανήκουν σε αυτούς τους υπότυπους, είναι πιο πιθανό να μείνουν στην ίδια τάξη και/ή να παίρνουν χαμηλότερους βαθμούς από ό,τι οι συνομήλικοί τους χωρίς ΔΕΠ-Υ. Τα συμπτώματα απροσεξίας θεωρούνται "αναπτυξιακός παράγοντας κινδύνου", επειδή συνδέονται με τη χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση στη γλώσσα και τα μαθηματικά, καθώς και με τη δυσκολία προσαρμογής στο σχολικό πλαίσιο (Warner-Rogers, Taylor, Taylor & Sandberg, 2000).

2.1.1. Μαθησιακά προβλήματα

Οι τελευταίες νευροαπεικονιστικές μελέτες του εγκεφάλου παιδιών και εφήβων με ΔΕΠ-Υ υποστηρίζουν ότι τα μαθησιακά προβλήματα αποτελούν ενδογενές χαρακτηριστικό της ίδιας της διαταραχής. Οι μελέτες δείχνουν ότι το 95% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σχολική υποεπίδοση (Barkley, 1990) και τουλάχιστον το 10 με 20% έχει και μαθησιακές δυσκολίες (Forness, Youpa, Hanna, Cantwell & Swanson, 1992). Σε άλλες μελέτες το ποσοστό συννοσηρότητας μεταξύ μαθησιακών δυσκολιών και ΔΕΠ-Υ ποικίλλει από 9 ως 63% (McKinney, Montague & Hocutt, 1993).

Τα μαθησιακά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν οφείλονται μόνο στα συμπεριφοριστικά τους συμπτώματα, αλλά και στη δυσκολία τους να αναπτύξουν ακαδημαϊκές δεξιότητες, όπως η ανάγνωση και υποστηρικτικές ακαδημαϊκές ικανότητες, όπως για παράδειγμα δεξιότητες μελέτης (DuPaul, Volpe, Jitendra, Lutz, Lorah & Gruber, 2004), λόγω των γνωστικών αδυναμιών, που εμφανίζουν.

Αυτή η διαπίστωση είναι σημαντική, γιατί δείχνει ότι οι παρεμβάσεις, που θα πρέπει να εφαρμόσει ο δάσκαλος, για να στηρίξει τη μάθηση και τη σχολική επιτυχία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πρέπει να απευθύνονται και στις γνωστικές αδυναμίες και στις αδυναμίες των σχολικών ικανοτήτων και να μην εστιάζουν μόνο στη μείωση των συμπεριφορικών προβλημάτων.

2.1.2. Γνωστικές αδυναμίες

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σημαντικές γνωστικές αδυναμίες σε τομείς που είναι σημαντικοί στην καθημερινή λειτουργικότητα τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο

Ειδικότερα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνά προβλήματα:

- Α.** Στις εκτελεστικές λειτουργίες (π.χ. στο σχεδιασμό μιας δραστηριότητας, στη συγκέντρωση της προσοχής σε ένα αντικείμενο, στην απόθεση των άσχετων ερεθισμάτων), (Gioia, Isquith, Kenworthy & Barton, 2002).
- Β.** Στη μνήμη εργασίας (Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson. & Tannock, 2005)και
- Γ.** Στην ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών (Willcutt, Pennington, Olson, Chhabildas & Hulslander, 2005).

2.1.3. Κοινωνικοσυναισθηματικές συνέπειες της ΔΕΠ-Υ στην τάξη.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως αντιμετωπίζουν περισσότερα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα από τους συνομηλίκους τους χωρίς ΔΕΠ-Υ (Greene, Biederman, Faraone et al., 2001). Παρόλο που η ΔΕΠ-Υ συνήθως αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα συμπεριφοράς, και στα δύο φύλλα παρουσιάζονται διαπροσωπικά ελλείμματα. Αυτά τα ελλείμματα συχνά παρουσιάζονται ως συνέπεια των φτωχών κοινωνικών δεξιοτήτων, της περιορισμένης αντίληψης των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και/ή του φτωχού ελέγχου για τη ρύθμιση της συμπεριφοράς (Stormont, 2001).

Τα παιδιά, που παρουσιάζουν συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας συχνά αντιμετωπίζουν την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους (Hodgens, Cole & Boldizar, 2000), ως αποτέλεσμα της επιθετικής τους συμπεριφοράς, της έλλειψης ικανότητας να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους και της αποτυχίας τους να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Επίσης μπορεί να παρουσιάζουν αδυναμία στη χρήση της γλώσσας για τη δημιουργία κοινωνικών επαφών. Αυτή η δυσκολία μπορεί να σχετίζεται με την αδυναμία τους να αποκτήσουν δεξιότητες συζήτησης ή, όταν υπάρχουν αυτές οι δεξιότητες, την αδυναμία τους να τις εφαρμόσουν σε ένα κοινωνικό πλαίσιο.

Στα παιδιά που είναι κυρίως απρόσεκτα, χωρίς υπερκινητικότητα, εμφανίζονται επίσης κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα (Hodgens, Cole & Boldizar, 2000). Τα παιδιά αυτά λόγω της δυσκολίας τους να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα, τα οποία σε μερικές περιπτώσεις συνδέονται με άγχος ή κατάθλιψη. Επειδή τα παιδιά αυτά είναι συνήθως ήσυχα και αποσυρμένα, οι μεν δάσκαλοι δεν αναγνωρίζουν τα προβλήματά τους και οι συμμαθητές τους τα πειράζουν ή τα αποφεύγουν.

Είναι σημαντικό οι δάσκαλοι να αναγνωρίζουν ότι αυτές οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές στην τάξη και οι φτωχές αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλίκους τους, δεν είναι σκόπιμες συμπεριφορές, αλλά μάλλον το αποτέλεσμα νευρογνωσιακών αδυναμιών, ειδικά στις εκτελεστικές λειτουργίες.

2.2. Δευτεροβάθμια προβλήματα

Παρά το γεγονός ότι η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία έχει εκδώσει πρακτικές οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ για παιδιά 6 έως 12 ετών, οι

οδηγίες δεν περιλαμβάνουν τους έφηβους και τους νεαρούς ενήλικες, όχι επειδή τα συμπτώματα ξεπερνιούνται, αλλά επειδή αλλάζουν με την ωριμότητα.

Στην εφηβεία η ψυχοκοινωνική αδυναμία στις σχέσεις και η λειτουργικότητα σε διάφορα πλαίσια γίνεται προφανέστερη (Barkley, 2006; Trott, 2006):

- Στο σπίτι, οι γονείς πρέπει να υποστηρίζουν τα παιδιά με τα προβλήματα συμπεριφοράς στις μικροδουλειές, στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης (π.χ., ντύσιμο, λούσιμο, κ.λπ.), και στις αλληλεπιδράσεις με τους συγγενείς.
- Στο σχολείο, η ακαδημαϊκή επίδοση των εφήβων και η συμπεριφορά τους στην τάξη είναι συχνά ασταθείς σε σχέση με την πάροδο του χρόνου, συμβάλλοντας έτσι στην υποεπίδοση, σε σχέση με τις δυνατότητές τους και στις κακές σχέσεις με τους δασκάλους και τους συνομηλίκους.

Οι φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, που χαρακτηρίζονται από το υψηλό ποσοστό των έντονων συμπεριφορών, τις φωνές, την αδιακρισία, και την ανικανότητα να αντιληφθούν και να αποκριθούν στα κοινωνικά συνθήματα, δημιουργούν τελικά ένα σχέδιο κοινωνικής απόρριψης.

Στο τέλος της παιδικής και στην αρχή της εφηβικής ηλικίας αυτές οι δυσκολίες στην ακαδημαϊκή, την οικογενειακή, και την κοινωνική ζωή έχουν καθιερωθεί και τα δευτεροβάθμια προβλήματα έχουν προκύψει (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Όταν η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνει κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ο στόχος για τους νοσοκομειακούς γιατρούς είναι να συνεχίσουν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων όσο χρειάζεται. Εντούτοις, μερικοί έφηβοι, που δεν έχουν διαγνωστεί, παρουσιάζουν ηπιότερα τα συμπτώματα της διαταραχής κατά την εφηβεία. Για το λόγο αυτό πιστευόταν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σταματούσαν πριν ή κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Resnick, 2000), οι έρευνες όμως δείχνουν ότι το 70% των παιδιών, που εντοπίζονται με ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία, συνεχίζει να παρουσιάζει εξελικτικά ακατάλληλα επίπεδα απροσεξίας και, σε μικρότερη έκταση, συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας και κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενηλικίωσης (Biederman et al., 1998; Faraone, Biederman & Monuteaux, 2002).

Πολλά παιδιά μαθαίνουν να αντισταθμίζουν αυτά τα προβλήματα και στη συνέχεια διενεργούν μια ικανοποιητική ενήλικη προσαρμογή (Spenser et al., 2007). Για εκείνους όμως, που δεν τα καταφέρνουν, τα συνοδά προβλήματα όπως η κατάθλιψη, η κατάχρηση ουσιών, και η

αντικοινωνική παθολογία είναι η μεγαλύτερη κλινική ανησυχία για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Weiss & Murray, 2003; Sobanski, 2006; Goodman, 2007).

2.2.1. Κλινική εικόνα των εφήβων με ΔΕΠ-Υ

Στην εφηβεία η υπερδραστηριότητα, αν και ακόμα παρούσα, γίνεται πολύ λιγότερο ορατή (Milich & Loney, 1979)

Τα ακαδημαϊκά προβλήματα, τα οποία δεν ήταν τόσο ορατά ή που είχαν αντιμετωπιστεί με επιτυχία κατά τη διάρκεια του δημοτικού, δημιουργούν μεγαλύτερο πρόβλημα, δεδομένου ότι στο Γυμνάσιο και στο Λύκειο, οι γνωστικές απαιτήσεις αυξάνονται σημαντικά και ο έφηβος αναμένεται να γίνει πιο ανεξάρτητος από την επίβλεψη των ενηλίκων (Barkley, Anastopoulos, Buevremont DC et al., 1991), αφού εκτίθεται σε πολλαπλάσιους δασκάλους και μαθήματα και αυξάνεται το ποσό των εργασιών, που του ανατίθενται.

Τα προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους γίνονται εμφανέστερα, καθώς το κοινωνικό περιβάλλον αλλάζει και οι αλληλεπιδράσεις των εφήβων με τους συνομηλίκους αποκτούν νέα σημασία.

Η ωριμότητα σε συνδυασμό με αυτές τις αλλαγές στο πλαίσιο και τις προσδοκίες προκαλούν διαφορετικές εκδηλώσεις των συμπτωμάτων της διαταραχής από ό,τι πριν:

- Φαίνονται συχνά συναισθηματικά ανώριμοι, έναντι των συνομηλίκων τους. (Hoy, Weiss, Minde & Cohen, 1978).
- Κάνουν συχνά παρέα με μικρότερα παιδιά ή στο περιβάλλον των ενηλίκων, που ανέχονται τις ανώριμες συμπεριφορές τους.
- Αντιδρούν με υπερβολικό τρόπο, θετικό ή αρνητικό, στα ερεθίσματα (Barkley, Anastopoulos, Guevremont & Fletcher, 1992).
- Νιώθουν εύκολα ματαίωση και έχουν ξαφνικά ξεσπάσματα θυμού. Σε ακραίες περιπτώσεις, τα συμπτώματα απεικονίζουν τη συννοσηρότητα με την εναντιωματική προκλητική διαταραχή,
- Χρονοτριβούν και ακόμα και αφού έχουν αρχίσει κάτι, αποσπώνται εύκολα ή έχουν δυσκολία να ακολουθήσουν μια πορεία και να ολοκληρώσουν την εργασία τους, ειδικά όταν η επίτευξη του στόχου απαιτεί πολύ χρόνο και προσπάθεια. (Stewart, Mendelson & Johnson, 1973)

- Έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν σημαντικές διαταραχές στον ύπνο, που είναι ανεξάρτητες από τα φάρμακα και χαρακτηρίζονται από δυσπνίες, (dyssomnias), παραϋπνίες (parasomnias) και ακούσιες μετακινήσεις, που σχετίζονται με τον ύπνο. (Corkum, Moldofsky, Hogg-Johnson et al., 1999).

Αν και τα διεγερτικά φάρμακα αναστατώνουν τον ύπνο των εφήβων με ΔΕΠ-Υ (Stein, Pat-Horenczyk, Blank et al., 2002) συχνά, είναι σημαντικό οι γιατροί, πριν αρχίσουν τη χορήγηση διεγερτικών, να συγκεντρώνουν πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά του εφήβου στον ύπνο, ώστε να μπορούν να συγκρίνουν και να προσδιορίζουν τις φάρμακο-προκληθείσες διαταραχές.

2.2.2. Έφηβοι με ΔΕΠ-Υ με κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν έρευνες, που να περιγράφουν τις διαφορές στα συμπτώματα σε κάθε υπότυπο της διαταραχής, οι κλινικές παρατηρήσεις για τον υπότυπο με κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία δείχνουν ότι:

- Εάν ένας έφηβος ανήκει στον υπότυπο με κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία (American Psychiatric Association, 2000) μπορεί να μην έχει διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία.
- Οι δάσκαλοι περιγράφουν ότι τα παιδιά, που ανήκουν στον υπότυπο με κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία, συνήθως δεν εμφανίζουν αποδιοργανωτικές συμπεριφορές, αλλά παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό κοινωνικά ελλείμματα, στενοχώρια, και ανησυχία ή κατάθλιψη, συγκρινόμενα με τα παιδιά που ανήκουν στο συνδυασμένο υπότυπο.(Carlson, Mann & Sluggish, 2002).

Αυτά τα προβλήματα προκαλούν μεγαλύτερη δυσκολία στην εφηβεία από ό,τι στην παιδική ηλικία, επειδή αυξάνονται τόσο οι απαιτήσεις για ανεξαρτησία όσο και η πολυπλοκότητα των κοινωνικών σχέσεων.

Τα παιδιά αυτά είναι πιθανότερο να είναι κορίτσια και παραπέμπονται αργότερα για αξιολόγηση από ό,τι τα παιδιά που ανήκουν στον συνδυασμένο υπότυπο (Milich et al., 2001).

Η απουσία προβλημάτων διασπαστικής συμπεριφοράς μεταμφιέζει την ταυτότητα της ΔΕΠ-Υ, αλλά αυτοί οι έφηβοι υποφέρουν σημαντικά από προβλήματα όπως η αποδιοργάνωση, η

ανικανότητα να πετύχουν τους ακαδημαϊκούς στόχους, και να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις απαιτητικών ακαδημαϊκών προγραμμάτων (Milich et al., 2001).

2.3. Αιτιολογία

Παρόλο που η ΔΕΠ-Υ θεωρείται σήμερα ένα σημαντικό ιατρικό πρόβλημα, δεν είναι πλήρως κατανοητή η αιτιολογία και ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της. Είναι μια σύνθετη νευροβιολογική διαταραχή στην οποία αιτιολογικό ρόλο παίζουν τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες (Martinussen et al., 2009).

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 25 ετών, έχει γίνει σημαντική πρόοδος στην κατανόηση της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία, η οποία κατά ένα μεγάλο μέρος οφείλεται στη δημοσίευση ερευνών, που αφορούν μελέτες οικογενειών, διδύμων και περιπτώσεις υιοθεσίας, οι οποίες τείνουν να δείχνουν ότι ευθύνονται γενετικοί και νευρολογικοί παράγοντες. (Waldman & Gizer, 2006; Brassett-Harknett & Butler, 2007).

2.3.1. Η συμβολή των γενετικών παραγόντων

Η συμβολή γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της ΔΕΠ-Υ προέκυψε από τα ευρήματα ερευνών, που έδειχναν ότι η διαταραχή παρουσιάζεται στα μέλη της ίδιας οικογένειας (Faraone & Biederman, 1994).

Περίπου το ένα τέταρτο με ένα τρίτο των βιολογικών γονέων με ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ έχουν ΔΕΠ-Υ και οι ίδιοι. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ για παράδειγμα, έχουν δύο έως οχτώ φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν τουλάχιστον ένα γονέα ή έναν αδελφό με ΔΕΠ-Υ, σε σχέση με τους συνομηλίκους τους χωρίς ΔΕΠ-Υ.

Από μελέτες, που έγιναν σε είκοσι διδύμους, η κληρονομικότητα της ΔΕΠ-Υ υπολογίζεται κατά μέσο όρο στο 80% περίπου (Faraone, Perlis, Doyle et al., 2005).

Ο υψηλός βαθμός κληρονομικότητας οδήγησε την έρευνα στους γενετικούς παράγοντες, που επηρεάζουν τη ΔΕΠ-Υ (Thapar, O' Donovan & Owen, 2005). Μέχρι τώρα δεν έχει εντοπιστεί συγκεκριμένη χρωμοσωμική περιοχή, που να συνδέεται άμεσα με τη ΔΕΠ-Υ (Thapar, O' Donovan

& Owen, 2005), αλλά έχουν εντοπιστεί γονίδια, που αυξάνουν την προδιάθεση για ΔΕΠ-Υ, όπως τα γονίδια που σχετίζονται με την ντοπαμίνη, καθώς και άλλα γονίδια, που σχετίζονται με νευροδιαβιβαστές και με πρωτεΐνες σύναψης. (Martinussen et al., 2005).

Ωστόσο αυτά τα γονίδια συμβάλλουν σε μικρό βαθμό στην προδιάθεση για ΔΕΠ-Υ και υπάρχει η πεποίθηση ότι εμπλέκονται πολλά γονίδια, που ασκούν μικρή έως μέτρια επίδραση. Η έρευνα σήμερα έχει στραφεί στον τρόπο με τον οποίο αυτά τα γονίδια αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες και επηρεάζουν τελικά την ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι ερευνητές προσπαθούν επίσης να εντοπίσουν τύπους γενετικής ποικιλομορφίας, οι οποίοι θα επιτρέψουν τη δημιουργία ειδικών φαρμάκων για κάθε τύπο (McGough, 2005).

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από Βρετανούς επιστήμονες στο πανεπιστήμιο του Cardiff (Thapar & Williams, 2010), βρέθηκε για πρώτη φορά άμεση σύνδεση της Διαταραχής της Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας με γενετικούς παράγοντες. Οι ερευνητές, που μελέτησαν τους γονιδιακούς χάρτες περισσότερων από 1.400 παιδιών, διαπίστωσαν ότι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ήταν πιθανότερο να έχουν αναπαραχθεί ή να λείπουν μικρά χοντρά κομμάτια του DNA τους και ότι οι εγκεφαλοί τους αναπτύσσονται διαφορετικά από εκείνους των άλλων παιδιών. Τα συμπεράσματα αυτά καταρρίπτουν το μύθο ότι η ΔΕΠ-Υ προκαλείται από την κακή ή την υψηλή σε περιεκτικότητα ζάχαρης διατροφή και τη λανθασμένη διαπαιδαγώγηση και ανοίγουν νέους δρόμους στην εύρεση πιο αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης της διαταραχής. Η μελέτη παρουσίασε επίσης μια επικάλυψη μεταξύ των διαγραμμένων ή αναπαραχθέντων τμημάτων του DNA, γνωστών ως παραλλαγές αριθμού αντιγράφων (CNVs), και των γενετικών παραλλαγών, που συνδέονται με την εγκεφαλική διαταραχή του αυτισμού και της σχιζοφρένειας παρέχοντας έτσι αυτό που οι επιστήμονες αποκαλούν: "ισχυρή απόδειξη" ότι η ΔΕΠ-Υ είναι νευροαναπτυξιακή διαταραχή.

2.3.2. Η συμβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων

Όπως έχει προσδιοριστεί από νευροαπεικονιστικές μελέτες, οι τραυματισμοί του εγκεφάλου ήταν επίσης συνδεδεμένοι με συμπεριφορές χαρακτηριστικές με ΔΕΠ-Υ (Levin et al., 2007), καθώς και η προγενέθλια έκθεση στο οινόπνευμα ή/και την κοκαΐνη, το τραύμα γέννησης, και η έκθεση στο μολύβδο ή οι μολύνσεις σε παιδική ηλικία, όπως η μηνιγγίτιδα (Brassett-Harknett & Butler, 2007).

Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί επίσης στο ρόλο των τροφίμων και ιδιαίτερα στις πρόσθετες ουσίες, που περιέχουν, στα τεχνητά χρώματα, στις αλλεργίες τροφίμων, και την επεξεργασμένη ζάχαρη, για να βρεθεί αν έχουν αιτιώδη σχέση με τη ΔΕΠ-Υ (Schnoll, Bursheteyn & Cea-Aravena, 2003; Rojas & Chan, 2005).

Συνολικά, η επιστημονική έρευνα δεν έχει υποστηρίξει αυτές τις υποθέσεις, αν και ένα μικρό υποσύνολο των παιδιών έχει προσδιοριστεί ότι είναι ευαίσθητο σε συγκεκριμένες τεχνητές γεύσεις, συντηρητικά, και χρώματα (Dengate & Ruben, 2002; Bateman et al., 2004; Schab & Trinh, 2004).

Οι ευαίσθησιες ή οι αλλεργίες τροφίμων μπορούν επίσης να προκαλούν προβλήματα συμπεριφοράς σε ορισμένα παιδιά, αλλά δεν προκαλούν ΔΕΠ-Υ (Schmidt et al., 1997).

2.3.3. Διαφορές στον εγκέφαλο

Η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ έχει συνδεθεί με ανωμαλίες στη δομή και στη λειτουργία του εγκεφάλου (Faraone, 2006; Valera & Siedman, 2006). Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι ο εγκέφαλος αγοριών και κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ έχει μέγεθος 3% έως 4% μικρότερο συγκριτικά με αυτόν των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον από την έρευνα προέκυψε ότι όσο εντονότερα ήταν τα συμπτώματα της διαταραχής, τόσο μικρότερο ήταν το μέγεθος των πρόσθιων λοβών, της φαιάς ουσίας του φλοιού, του κερκοφόρου πυρήνα και της παρεγκεφαλίδας.

Οι περιοχές αυτές είναι υπεύθυνες για τη συγκέντρωση και ρυθμίζουν τον έλεγχο των παρορμήσεων, την κινητικότητα και τις αναστολές, όλα χαρακτηριστικά προβλήματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Άλλη έρευνα, που χρησιμοποίησε μια σύγχρονη νευροαπεικονιστική τεχνική, την Απεικόνιση Τανυστών Διάχυσης, έδειξε ανωμαλίες στην πορεία της λευκής ουσίας (η οποία αποτελείται από νευρικές ίνες) του εγκεφάλου σε περιοχές, που εμπλέκονται στη ρύθμιση της κινητικότητας, της προσοχής, της παρορμητικής συμπεριφοράς και των αναστολών λειτουργιών, που σχετίζονται με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Ashtari, Kumra, Bhaskar. et al., 2005). Από τα παραπάνω ευρήματα προκύπτει πως οι αλλοιώσεις δε σχετίζονται με μία ή δύο περιοχές του εγκεφάλου, αλλά με συγκεκριμένους σχηματισμούς, που συνδέουν το πρόσθιο και το οπίσθιο τμήμα του. Οι αλλοιώσεις αυτές είναι πιθανό να συμβάλλουν σε κάποιο βαθμό ή να είναι υπεύθυνες για τα προβλήματα συμπεριφοράς και τα γνωστικά ελλείμματα, που εμφανίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ.

Κεφάλαιο 3ο: Αντιμετώπιση

3.1. Συννοσηρότητα

Στα παιδιά που εντοπίζονται με ΔΕΠ-Υ, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να συνυπάρχουν ψυχιατρικές διαταραχές και συνεχίζουν συνήθως να έχουν προβλήματα, τα οποία χρειάζονται αντιμετώπιση και ως ενήλικες. (Wender, 1995; Resnick, 2000; Gillberg et al., 2004; Brasset-Harknett & Butler, 2007).

Υπολογίζεται ότι δύο στα τρία παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο γενικό πληθυσμό ικανοποιούν τα κριτήρια για μια ή περισσότερες διαγνώσεις του DSM-IV-TR (Jensen, Martin & Cantwell, 1997; Jensen et al., 2001; Kadesjo & Gillberg, 2001; Gillberg et al., 2004). Η παρουσία αυτών των ψυχιατρικών διαταραχών μαζί με τη ΔΕΠ-Υ δημιουργεί προβλήματα, που είναι τουλάχιστον τόσο σημαντικά όσο και η ΔΕΠ-Υ, όσον αφορά την πρόβλεψη της μακροπρόθεσμης έκβασης του κάθε παιδιού.

Οι πιο κοινές συνυπάρχουσες διαταραχές με τη ΔΕΠ-Υ είναι:

- η αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού
- η εναντιωματική προκλητική διαταραχή
- η διαταραχή διαγωγής
- η κατάθλιψη και η αγχώδης διαταραχή
- η διπολική διαταραχή
- οι διαταραχές σπασμού
- η ψυχαναγκαστική διαταραχή και
- η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (Steinhausen et al., 2006; ASD Banascheski, Neale, Rothenberger & Roessner, 2007).
- Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι επίσης κοινές, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της κεντρικής ακουστικής επεξεργασίας, τη διαταραχή της ανάγνωσης, τη διαταραχή της γραπτής έκφρασης, τη δυσγραφία, τη διαταραχή μαθηματικών, και τη διανοητική καθυστέρηση (Gomez & Condon, 1999; Plizka, 2000; Luca et al., 2007; Maria, Martina & Cornoldi, 2007).

Όλες αυτές οι διαταραχές πρέπει να εξεταστούν σε οποιοδήποτε παιδί εντοπίζεται με ΔΕΠ-Υ, εναντιωματική προκλητική διαταραχή και διαταραχή διαγωγής, που είναι οι πιο κοινές συννοσηρές διαταραχές.

Συγκεκριμένα το 50% με 60% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ικανοποιεί τα κριτήρια της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής και το 25% τα κριτήρια για διαταραχή διαγωγής, (Lalonde, Turgay & Hudson, 1998; Kadesjo & Gillberg, 2001).

Αξίζει να σημειωθεί πως, ενώ πολλοί γιατροί και ερευνητές θεωρούν ότι υπάρχει μια αναπτυξιακή πορεία στις διαταραχές, με τη ΔΕΠ-Υ να προηγείται και να ακολουθούν κατά σειρά: η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, η διαταραχή διαγωγής και η ενήλικη αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, η άποψη αυτή δεν έχει τεκμηριωθεί λεπτομερώς από τις εμπειρικές μελέτες (Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000; Lavigne et al., 2001).

Οι διαταραχές κατάθλιψης και οι αγχώδεις διαταραχές είναι επίσης πιο κοινές, αφού εμφανίζονται στο ένα τέταρτο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Root & Resnick, 2003).

Συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ εμφανίζει και η διπολική διαταραχή για έναν αριθμό παιδιών (Kent & Craddock 2003). Κάποιες απόψεις ότι η ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι πρόδρομος της διπολικής διαταραχής στην παιδική ηλικία ή ότι η διπολική διαταραχή, που αρχίζει στην παιδική ηλικία, μπορεί να υποδηλώνει εσφαλμένη διάγνωση για ΔΕΠ-Υ, έχουν προκαλέσει έντονη διαμάχη, η οποία όμως παραμένει εκκρεμής (Gillberg et al., 2004).

Παλαιότερες μελέτες (Barkley, 1990) δείχνουν ότι το 95% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σχολική υποεπίδοση και τουλάχιστον το 10 με 20% έχει και μαθησιακές δυσκολίες (Forness, Youpa, Hanna, Cantwell & Swanson, 1992). Ωστόσο το ποσοστό συννοσηρότητας μεταξύ μαθησιακών δυσκολιών και ΔΕΠ-Υ ποικίλλει στις μελέτες από 9 ως 63% (McKinney, Montague & Hocutt, 1993).

Οι αναπτυξιακές διαταραχές είναι επίσης συνήθως συνδεδεμένες με μια διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν συμπτώματα διαταραχής αναπτυξιακού συντονισμού και προβλήματα κινητικής αντίληψης, ανεξάρτητα από το εάν υπάρχει μια σχετική μαθησιακή δυσκολία, αν και η αδεξιότητα γίνεται λιγότερο προβληματική με την πάροδο του χρόνου (Raggio, 1999; Dewey, Kaplan, Crawford & Wilson, 2002; Pitcher, Piek & Hay, 2003).

Το σύνδρομο του Asperger έχει υψηλότερο ποσοστό συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ από ό,τι το σύνδρομο του φάσματος του αυτισμού. (Ehlers & Gillberg, 1993; Brassett-Harknett & Butler, 2007; Ke et al., 2007).

3.1.1. Συννοσηρότητα στους εφήβους

Η ΔΕΠ-Υ και στους εφήβους παρουσιάζει υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές με αποτέλεσμα η ενασχόληση με αυτές να αποτελεί αναπόφευκτο μέρος της θεραπείας τους. Η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή, που συχνά εμφανίζεται μαζί με τη ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία είναι η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, αλλά υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας εμφανίζουν επίσης η διαταραχή διαγωγής, η διαταραχή χρήσης ουσιών και οι διαταραχές διάθεσης. Συγκεκριμένα:

- Ένα ποσοστό μεταξύ 25% και 75% των εφήβων με ΔΕΠ-Υ, ικανοποιεί τα διαγνωστικά κριτήρια για εναντιωματική προκλητική διαταραχή ή διαταραχή συμπεριφοράς (Barkley, 1998), που οδηγεί σε σημαντικά πρόσθετα ελλείμματα και αυξάνει τη δυσκολία θεραπείας αυτών των εφήβων.
- Παρόμοιος κίνδυνος υπάρχει για συννοσηρότητα με τη διαταραχή διαγωγής και τη διαταραχή χρήσης ουσιών ή διαταραχή διάθεσης (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1993).
- Μακροπρόθεσμες μελέτες (Weiss & Hechtman, 1986; Manuzza, Klein, Bessler et al., 1993; Rasmussen & Gillberg, 2000; Fischer, Barkley, Smallish & Fletcher, 2002) έδειξαν ότι στα παιδιά, που εντοπίστηκαν με ΔΕΠ-Υ, αργά στην εφηβεία και κατά την πρώιμη ενηλικίωση, αυξήθηκε ο κίνδυνος να εκδηλώσουν αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας , διαταραχές χρήσης ουσιών και κατάθλιψη.
- Άλλη έρευνα (Bird, Gould & Staghezza, 1993), σε δείγμα ατόμων ηλικίας 9 - 16 χρονών, που ικανοποιούσαν τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς υπερκινητικότητα, έδειξε ότι το 48% των συμμετεχόντων είχε συννοσηρότητα με καταθλιπτική/δυσθυμική διαταραχή, το 36% με εναντιωματική, προκλητική διαταραχή ή διαταραχή διαγωγής και το 36% είχε συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές.

3.2. Χρήση και κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία

Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχή κατάχρησης ουσιών, καθώς μεγαλώνουν.

- Οι μελέτες στους ενήλικους για διαταραχές κατάχρησης ουσιών (American Psychiatric Association, 2000) δείχνουν ότι το 15% με 25% των ενηλίκων, που πάσχουν από

διαταραχές χρήσης ουσιών έχουν ΔΕΠ-Υ (Wilens, 1998; Schubiner, Tzelepis & Milberger, 2000)

- Οι ενήλικοι με ΔΕΠ-Υ επίσης συμμετέχουν σε υψηλό ποσοστό στα προκαλούμενα από χρήση ουσιών τροχαία ατυχήματα (Carroll & Rounsaville. 1993; Wilens, 1998; Schubiner, Tzelepis & Milberger, 2000).
- Άλλη μελέτη (Biederman, Wilens, Mick et al., 1995) διαπίστωσε πως τα άτομα με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους κάποια διαταραχή χρήσης ουσιών, από ό,τι τα άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ .
- Μελέτες σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια της εφηβείας υπάρχει κίνδυνος να εμφανίσουν διαταραχή κατανάλωσης αλκοόλ και συννοσηρότητα με διαταραχή διαγωγής και διπολική διαταραχή (Satterfield, Hoppe & Schell 1982; Biederman, Wilens, Mick et al., 1997; Katusic, Barbaresi, Colligan, 2003; Molina & Pelham, 2003).

Επιπλέον, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ αρχίζουν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία (Hartsough & Lambert, 1987) και έχουν υψηλότερο ποσοστό καπνιστών από ό,τι τα άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ (Lambert & Hartsough. 1998)

Αν και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχές χρήσης ουσιών, με την εφαρμογή κατάλληλων τρόπων αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων, ο κίνδυνος μειώνεται. Σε πρόσφατη μετανάλυση 7 σχετικών μελετών, ο Wilens, (Faraone & Wilens, 2003), διαπίστωσε ότι η φαρμακοθεραπεία με διεγερτικά προστατεύει τους εφήβους από τη χρήση ουσιών αργότερα στη ζωή τους. (πιθανότητες : 1.9) και ότι η επίδραση είναι ισχυρότερη μεταξύ των εφήβων, έναντι των ενηλίκων.

Όταν το θέμα ύπαρξης ή όχι της ΔΕΠ-Υ πρωτοεμφανίζεται στην εφηβεία, σε άτομα χωρίς προηγούμενες διαγνώσεις, η παρουσία διαταραχής χρήσης ουσιών συγγείι τη διαγνωστική διαδικασία, γιατί η επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένης της κάνναβης, μπορεί να προκαλέσει ελλειμματική προσοχή και άλλες γνωστικές αδυναμίες (Ehrenreich, Rinn & Kunert, 1999; Fried, Watkinson, James & Gray. 2002 Kempel, Lampe, Parnefjord et al., 2003; Parrot. 2003).

3.3. Διευκρίνιση ψυχιατρικών όρων

Στο σημείο αυτό θεωρήθηκε απαραίτητο να διευκρινιστούν με συντομία, οι ψυχιατρικοί όροι, που χρησιμοποιήθηκαν, προκειμένου να διευκολυνθεί η κατανόηση. Οι πληροφορίες προέρχονται από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχιατρικών Διαταραχών DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). και τη μετάφρασή του στα ελληνικά (Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR, 2004).

Εναντιωματική προκλητική διαταραχή

Οι έφηβοι με εναντιωματική προκλητική διαταραχή είναι πιο αντιδραστικοί, αρνητικοί και προκλητικοί από τους περισσότερους συνομήλικούς τους. Αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα στο σχολείο, στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις. Ένας κεντρικός παράγοντας που κρύβεται πίσω από αυτήν τη διαταραχή είναι η ανικανότητα του εφήβου να αντιμετωπίσει τις συνήθειες απογοητεύσεις της καθημερινής ζωής.

Αγχώδεις διαταραχές

Τα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές μπορεί να εκδηλώνουν ένταση, άγχος, να πανικοβάλλονται εύκολα, να ζητούν διαρκή επιβεβαίωση ή να πάσχουν από κοινωνική φοβία, να είναι πολύ ντροπαλά και να αποφεύγουν τις μη δομημένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με αγνώστους.

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επίμονους, ανομολόγητους ιδεοληπτικούς φόβους ή από την εκδήλωση επαναλαμβανόμενων ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών: να ελέγχουν, να μετρούν, να επαναλαμβάνουν, να καθαρίζουν, να τακτοποιούν (American Psychiatric Association, 2000).

Διαταραχές διάθεσης

Οι διαταραχές αυτές διακρίνονται από επίμονη, βαθιά στενοχώρια, που διαρκεί εβδομάδες ή και μήνες και το άτομο είναι ανίκανο να βρει οποιαδήποτε πραγματική ευχαρίστηση, ακόμη και στις δραστηριότητες, που κάποτε ήταν ευχάριστες. Η στεναχώρια μπορεί να εκδηλώνεται και ως διαρκής οξύθυμη διάθεση. Τα συμπτώματα της δυσθυμίας στους εφήβους συχνά ανακουφίζονται με τους τρόπους που αντιμετωπίζεται η ΔΕΠ-Υ, αλλά σε μερικές περιπτώσεις τα συμπτώματα εμμένουν παρά τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις, που εφαρμόζονται και τότε χρειάζεται ειδική

φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Gammon & Brown, 1993).

Καταθλιπτική διαταραχή

Στην καταθλιπτική διαταραχή πρέπει να υπάρχει καταθλιπτική διάθεση και είναι παρόντα δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα: α) μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, β) αϋπνία ή υπερυπνία, γ) χαμηλή ενεργητικότητα ή κόπωση, δ) χαμηλή αυτοεκτίμηση, ε) φτωχή συγκέντρωση ή δυσκολία λήψης αποφάσεων και στ) αισθήματα απελπισίας (American Psychiatric Association, 2000). Ο συνδυασμός της ΔΕΠ-Υ με την καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να είναι απειλητικός για τη ζωή του εφήβου, επειδή ο συνδυασμός κατάθλιψης και διαταραχής αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς μπορεί να προκαλέσει τάση για αυτοκτονία (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1995). Κατά συνέπεια, κάθε έφηβος με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να ελέγχεται για συμπτώματα κατάθλιψης και αν διαγνωστεί συννοσηρότητα με την καταθλιπτική διαταραχή συστήνεται η αξιολόγηση τόσο της σοβαρότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων όσο και του κινδύνου να βλάψει ο έφηβος τον εαυτό του ή να απειλήσει την ίδια του τη ζωή. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι τρόποι αντιμετώπισης για τη ΔΕΠ-Υ δεν είναι αρκετοί για να αντιμετωπίσουν τη διαταραχή και για αυτό απαιτείται η παρέμβαση ειδικού.

Διπολική διαταραχή

Το θέμα της επικάλυψης της διπολικής διαταραχής και της ΔΕΠ-Υ έχει αποτελέσει θέμα πολλών συζητήσεων (Faraone, Biederman, Wozniak et al., 1997), αλλά μέχρι σήμερα δεν έχουν καθοριστεί αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για τα παιδιά και τους εφήβους. Γενικά, η διπολική διαταραχή μπορεί να διακριθεί από τη ΔΕΠ-Υ από την παρουσία συνεπαρμένης διάθεσης, υψηλής αυτοεκτίμησης ή αίσθημα μεγαλείου, "πέταγμα" ιδεών, ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν και μειωμένη ανάγκη για ύπνο (Geller, Zimmerman, Williams et al., 2002).

Διαταραχή διαγωγής

Επαναλαμβανόμενη και επίμονη συμπεριφορά κατά την οποία παραβιάζονται τα βασικά δικαιώματα των άλλων ή οι κοινωνικοί κανόνες, ενώ μεταξύ άλλων παρατηρείται χρήση εξαρτιογόνων ουσιών και εγκληματικές ενέργειες: α) επιθετικότητα σε ανθρώπους και ζώα β) καταστροφή ιδιοκτησίας γ) απάτη ή κλοπή δ) σοβαρές παραβιάσεις κανόνων

Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας

Διάχυτη περιφρόνηση και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων από την ηλικία των 15 ετών, όπως φαίνεται από την εμφάνιση τριών ή περισσότερων συμπτωμάτων από τα παρακάτω:

- α) επανειλημμένες παράνομες πράξεις, οι οποίες αποτελούν λόγο σύλληψης
- β) επανειλημμένα ψέματα ή εξαπάτηση των άλλων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση
- γ) παρορμητικότητα ή αποτυχία να προγραμματίσει για το μέλλον
- δ) ευερεθιστικότητα και επιθετικότητα
- ε) απερίσκεπτη αδιαφορία για την ασφάλεια του εαυτού ή των άλλων
- στ) σταθερή ανευθυνότητα, όπως φαίνεται από την αποτυχία να διατηρήσει σταθερή εργασιακή συμπεριφορά ή να ανταποκριθεί σε οικονομικές υποχρεώσεις
- ζ) έλλειψη μεταμέλειας, όπως φαίνεται από το ότι αντιμετωπίζει με αδιαφορία ή εκλογικεύει το γεγονός ότι έχει βλάψει, κακομεταχειριστεί ή κλέψει τους άλλους.

Δυσυπνία

Η δυσυπνία περιλαμβάνει επίμονο και επαναλαμβανόμενο πρότυπο αποδιοργάνωσης του ύπνου, που οδηγεί είτε σε αϋπνία είτε σε υπερβολική υπνηλία.

Παραϋπνία

Ανώμαλες συμπεριφοριστικές ή σωματικές εκδηλώσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου ή των μεταβάσεων ύπνου-εγρήγορσης (διαταραχή εφιαλτών, διαταραχή ενύπνιου τρόμου, διαταραχή υπνοβασίας)

3.4. Αξιολόγηση

Σε πολλές περιπτώσεις οι παραπομπές για την αξιολόγηση του παιδιού για ΔΕΠ-Υ γίνονται από τους γονείς, τους δασκάλους, ή άλλους επαγγελματίες, οι οποίοι έχουν προσδιορίσει προβλήματα στο σχολείο όπως:

- ελλειμματική προσοχή,
- αποδιοργανωτική συμπεριφορά ,
- ακαδημαϊκή υποεπίδοση,
- δυσκολία στη δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων ή
- χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Οι γενικοί στόχοι της αξιολόγησης είναι να καθοριστεί, εάν το παιδί ικανοποιεί τα διαγνωστικά κριτήρια για ΔΕΠ-Υ και να αποκλειστούν άλλες διαταραχές με παρόμοια συμπτώματα. (Liu & Leslie, 2003). Κατά συνέπεια συστήνεται να γίνεται, πλήρης φυσική εξέταση, εάν κάποιος δεν έχει ξανααξιολογηθεί.

Η καθιέρωση μιας διάγνωσης ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει σύνθεση πληροφοριών, που προέρχονται από πολλές πηγές, ενώ οι γονείς θεωρούνται βασικοί συνεργάτες στην διαδικασία της αξιολόγησης.

Μια αρχική διάγνωση ΔΕΠ-Υ εξαρτάται:

- από την παρουσία εξελικτικά ακατάλληλου επιπέδου απροσεξίας ή/και υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, που δεν εξηγείται καλύτερα από άλλες ιατρικές, ψυχιατρικές, ή αναπτυξιακές διαταραχές (American Academy of Pediatrics, 2000).
- Τα συμπεριφοριστικά συμπτώματα του παιδιού πρέπει να εμφανίζονται σε τουλάχιστον δύο διαφορετικά πλαίσια (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο και στις σχέσεις με τους συνομήλικους), και να προκαλούν λειτουργικές αδυναμίες.

Για να κάνει αυτήν την αξιολόγηση, ο γιατρός πρέπει:

- να είναι εξοικειωμένος με τις κανονικές παραλλαγές στην ανάπτυξη και στη συμπεριφορά,
- να ζητά πληροφορίες από πολλαπλές πηγές,
- να αξιολογεί τα συμπτώματα του παιδιού σε διαφορετικά πλαίσια, και
- να διαμορφώνει την κατάλληλη διαφοροδιάγνωση για την κάθε περίπτωση. (American Academy of Pediatrics, 2000; Liu & Leslie, 2003).

Πληροφορίες σχετικά με τα συμπεριφοριστικά συμπτώματα λαμβάνονται από:

- τις συνεντεύξεις των γονιών και των παιδιών
- την παρατήρηση της συμπεριφοράς
- την εκτίμηση της συμπεριφοράς των παιδιών με τη χρήση διαφόρων κλιμάκων για γονείς και εκπαιδευτικούς
- τις σχολικές εκθέσεις και άλλες σχετικές συμπληρωματικές αξιολογήσεις, όπως είναι: η ψυχοεκπαιδευτική αξιολόγηση και η αξιολόγηση της ομιλίας και της γλώσσας.

Πληροφορίες σχετικά με τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως είναι:

- ο χρόνος εμφάνισης των συμπτωμάτων,
- η διάρκεια,

- η περιστασιακή μεταβλητότητα, και
- ο βαθμός λειτουργικής εξασθένησης,

μπορεί να ληφθεί από τους γονείς με τη χρήση ανοιχτών ερωτήσεων, όπως για παράδειγμα: "ποιες συμπεριφορές του παιδιού σας ανησυχούν περισσότερο στο σχολείο", ή ερωτήσεις για συγκεκριμένες συμπεριφορές, με ημιδομημένες συνεντεύξεις, με ερωτηματολόγια και με κλίμακες εκτίμησης της συμπεριφοράς (American Academy of Pediatrics, 2000).

Έχουν κατασκευαστεί ερωτηματολόγια και κλίμακες εκτίμησης, οι οποίες συγκεκριμενοποιούν και ποσοτικοποιούν τις συμπεριφορές, που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, όπως ο Δείκτης Connors για τη ΔΕΠ-Υ ή οι κλίμακες συμπτωμάτων για γονείς και εκπαιδευτικούς του DSM-IV και έχει αποδειχθεί ότι διακρίνουν επαρκώς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από εκείνα που δεν έχουν. (Connors, 1997; Green, Wong, Atkins, Taylor & Feinleib, 1999; Tripp, Schaughency & Clarke, 2006).

Οι οδηγίες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Ακαδημίας (2000) συστήνουν τη χρήση αυτών των κλιμάκων και αποθαρρύνουν τη χρήση των ευρυζωνικών κλιμάκων, που αξιολογούν ποικίλες συμπεριφοριστικές διαταραχές, επειδή δεν έχει αποδειχθεί ότι διακρίνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από αυτά χωρίς ΔΕΠ-Υ.

Εάν το παιδί ξοδεύει αρκετό χρόνο σε άλλες δομημένες δραστηριότητες μετά από το σχολείο, τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του παιδιού στο πλαίσιο αυτών των δραστηριοτήτων.

Μεταξύ των εκτιμήσεων των δασκάλων και των γονέων δεν είναι ασυνήθιστο να υπάρχουν αποκλίσεις προς οποιαδήποτε κατεύθυνση. (Swanson, Lerner, March & Gresham, 1999; Wolraich et al., 2004). Αυτές οι αποκλίσεις ανάμεσα στο σπίτι και στο σχολείο μπορεί να οφείλονται στις διαφορές από την άποψη των προσδοκιών, το επίπεδο της δομής, τις στρατηγικές διαχείρισης της συμπεριφοράς ή και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η εύρεση μιας απόκλισης μεταξύ των γονέων και των δασκάλων δεν αποκλείει μια διάγνωση για ΔΕΠ-Υ, αλλά ότι θα πρέπει ο γιατρός να αντλήσει περισσότερες πληροφορίες από διάφορες πηγές, όπως είναι οι προηγούμενοι δάσκαλοι του παιδιού και οι προπονητές του στα αθλήματα.

Η περιστασιακή μεταβλητότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ δείχνει ότι ο γιατρός θα πρέπει οπωσδήποτε να πάρει πληροφορίες από οποιοδήποτε άτομο παρατηρεί το παιδί σε διάφορα πλαίσια. Ο τρόπος με τον οποίο τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του παιδιού αντιλαμβάνονται και

ανταποκρίνονται στη συμπεριφορά του, επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο φροντίδας του παιδιού (Magyary & Brandt, 2002).

Σημαντικές είναι και οι παρατηρήσεις της συμπεριφοράς του παιδιού καθώς και η σχέση αλληλεπίδρασης γονέων και παιδιού κατά τη διάρκεια της αναμονής τους για την εξέταση και κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Τέτοιου είδους παρατηρήσεις είναι χρήσιμες και κατά την αξιολόγηση της Εναντιωματικής Προκλητικής Συμπεριφοράς και της Διαταραχής Διαγωγής, διαταραχές, που παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ.(Root & Resnick, 2003).

Οι πληροφορίες, που αξιολογούν τον τρόπο αντιμετώπισης των γονιών, τη συζυγική σχέση, ή τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας, δε διευκρινίζουν αν υπάρχει ή όχι ΔΕΠ-Υ, αλλά παρέχουν ένα πλαίσιο για την κατανόηση του τρόπου, με τον οποίο διατηρούνται οι συμπεριφορές του παιδιού. Μπορεί επίσης να βοηθήσουν να καθοριστεί ο βαθμός στον οποίο οι γονείς είναι πιθανό να παρακολουθήσουν κάποιο εκπαιδευτικό σεμινάριο ή να εφαρμόσουν κάποιες στρατηγικές αντιμετώπισης για χάρη του παιδιού. (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs & Pelham, 2004).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στη διάγνωση και την αξιολόγηση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι η φυλή και η εθνικότητά του. Οι προμηθευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να γνωρίζουν ότι υπάρχουν διαφορές στην κουλτούρα του κάθε λαού, που αφορούν τις προσδοκίες από τα παιδιά, τον τρόπο ανατροφής και διαπαιδαγώγησής τους και τις αντιλήψεις τους σχετικά με την ψυχική υγεία, που μπορεί να επηρεάζουν την κρίση του σχετικά με το ποιες συμπεριφορές είναι φυσιολογικές και ποιες όχι (Chronis, Jones & Raggi, 2006).

Τα στοιχεία της εθνικής έρευνας για την υγεία δείχνουν οι Ισπανοί και οι Αφροαμερικανοί γονείς είναι λιγότερο πιθανό να παραπέμψουν το παιδί τους για διάγνωση ΔΕΠ-Υ ή να χορηγήσουν φάρμακα για την αντιμετώπισή της. (Kendall & Hatton, 2002; Pastor & Reuben, 2005). Οι Αφροαμερικανοί γονείς ιδιαίτερα γνωρίζουν λίγα σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και είναι πιθανό να μην επικυρώσουν στοιχεία υπερκινητικότητας στις λίστες αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ για τους γονείς, σε αντίθεση με τους Καυκάσιους γονείς (Bussing, Gary, Mills & Garvan, 2007; Hillemeier et al., 2007). Ως εκ τούτου, η γονική γνώση και οι αντιλήψεις για τη ΔΕΠ-Υ, συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορών, που αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ, πρέπει να εξετάζονται με πολιτιστικά ευαίσθητο τρόπο.

3.5. Αντιμετώπιση

Η περιστασιακή μεταβλητότητα των αρχικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, η πιθανότητα συννοσηρών διαταραχών και η φυλή και η εθνικότητα του παιδιού έχουν επιπτώσεις και στη διαδικασία αντιμετώπισης της διαταραχής. Αυτά τα ζητήματα καθιστούν απίθανο ότι οποιοδήποτε γιατρός ή προσέγγιση αντιμετώπισης μπορεί να ανταποκριθεί σε όλες τις κλινικές ανάγκες διαχείρισης ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Όπως προκύπτει από αυτό, οι γονείς θα πρέπει να είναι βασικοί συνεργάτες στο σχέδιο αντιμετώπισης και η συνεχής επικοινωνία με τους γονείς και τους δασκάλους, είναι ουσιαστική για την παρακολούθηση της προόδου και της αποτελεσματικότητας των συγκεκριμένων παρεμβάσεων, που χρησιμοποιούνται (Magyary & Brandt, 2002).

Για να είναι ολοκληρωμένες οι υπηρεσίες αντιμετώπισης θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία παιδοψυχιάτρου, ψυχολόγου και ειδικού παιδαγωγού, ενώ μπορεί να χρειαστούν και οι υπηρεσίες άλλων επαγγελματιών της ψυχικής υγείας, ειδικά εάν στο παιδί συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές και συνεχίζει να αντιμετωπίζει δυσκολίες, παρά την παρέμβαση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

Επιπλέον οι σύλλογοι σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο καθώς και σύλλογοι γονέων για παιδιά και ενήλικους με ΔΕΠ-Υ, μπορούν να υποστηρίξουν σημαντικά την εκπαίδευση των οικογενειών. (DeMarle, Denke & Ernsthause, 2003).

3.5.1. Τρόποι αντιμετώπισης των συμπτωμάτων

Όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις των χρόνιων διαταραχών έχει δοκιμαστεί ένα ευρύ φάσμα μεθόδων αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, πολλές από αυτές αμφισβητούμενες, συμπεριλαμβανομένης της παραδοσιακής εξατομικευμένης θεραπείας, τις περιοριστικές διατροφές, όπως του Feingold, που προτείνει την αποφυγή κατανάλωσης ζάχαρης και πρόσθετων στις τροφές, συμπληρώματα λιπαρών οξέων, χειροπρακτικές μέθοδοι, βιοανάδραση ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων και αντιληπτική-κινητική εκπαίδευση. (Pelham, Wheeler & Chronis, 1998; Rojas & Chan, 2005). Για καμία από αυτές τις παρεμβάσεις δεν υπάρχουν ισχυρά εμπειρικά στοιχεία, που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά τους.

Η ισχύουσα άποψη για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, που βασίζεται σε εκτενή εμπειρικά δεδομένα και απεικονίζεται στις κλινικές οδηγίες πρακτικής, που αναπτύσσονται από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής για το Παιδί και τον Έφηβο (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997) και την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (American Psychiatric Association, 2000) είναι ότι ως αποτελεσματικοί βραχυπρόθεσμοι τρόποι αντιμετώπισης έχουν επικυρωθεί μόνο τρεις:

- η παρέμβαση για την τροποποίηση της συμπεριφοράς,
- τα διεγερτικά φάρμακα του κεντρικού νευρικού συστήματος και
- ο συνδυασμός των δύο παραπάνω (Pelham et al., 1998; Multimodal treatment study of ADHD [MTA] Cooperative Group, 1999, 2004; Valente, 2001; Wolraich, 2003; Abikoff et al., 2004; Wells et al., 2006; Brown et al., 2008;).

3.6. Η μελέτη MTA

Οι ισχύουσες οδηγίες παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ έχουν επηρεαστεί σημαντικά από μια μελέτη σε μεγάλο τυχαίο δείγμα, διάρκειας πέντε ετών, η MTA (Arnold et al., 1997; Hinshaw et al., 2000; Jensen et al., 2001; MTA Cooperative Group. 1999, 2004).

Ο αρχικός στόχος της μελέτης MTA ήταν να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας και της συμπεριφοριστικής- ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης, η οποία περιλαμβάνει εκπαίδευση γονέων, ένα εντατικό θερινό πρόγραμμα αντιμετώπισης οκτώ εβδομάδων και σχολικές παρεμβάσεις, και ένα συνδυασμό των δύο παραπάνω, ενάντια στις πρακτικές αντιμετώπισης, που χρησιμοποιούνταν σε κοινοτικό επίπεδο. (Richters et al., 1995). Όπως αναφέρεται από την ομάδα της έρευνας MTA (Multimodal Treatment study of ADHD [MTA] Cooperative Group, 1999), τα αρχικά αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι οι ομάδες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε είτε μόνο φαρμακοθεραπεία ή μόνο η συμπεριφοριστική αντιμετώπιση, η συνδυασμένη αντιμετώπιση, με φάρμακα και συμπεριφοριστικές μεθόδους, παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση σε περισσότερους λειτουργικούς τομείς. Μεταγενέστερες μελέτες, που χρησιμοποίησαν διαφορετικές προσεγγίσεις στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπίστωσαν ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικής παρέμβασης έχει καλύτερα αποτελέσματα από ό,τι ο καθένας τρόπος από μόνος του. (Connors, Eptstein & Marsh, 2001; Swanson, Kraemer & Hinshaw, 2001).

Επιπλέον, η ομάδα, στην οποία χρησιμοποιήθηκε ο συνδυασμένος τρόπος αντιμετώπισης, βελτίωσε τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, χρησιμοποιώντας σημαντικά χαμηλότερες δόσεις φαρμάκων, από την ομάδα, που χρησιμοποίησε μόνο φαρμακευτική αγωγή.

Οι ειδικοί συναινούν πως ο συνδυασμός διεγερτικών φαρμάκων και συμπεριφοριστικών μεθόδων είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, ειδικά στα παιδιά με σημαντικές συννοσηρές συμπεριφοριστικές δυσκολίες, που έχουν επιπτώσεις στη λειτουργία τους στην οικογένεια και στο σχολείο. (American Academy of Pediatrics, 2001; Connors, Marsh, Frances Wells & Ross, 2001).

Πολυάριθμες μελέτες εκτός από τη MTA έχουν καταδείξει τη βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των διεγερτικών φαρμάκων, στη μείωση των κύριων συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, καθώς επίσης και στη βελτίωση της δυνατότητας να ακολουθεί τους κανόνες και να συγκρατεί τις συναισθηματικές αντιδράσεις, ώστε να βελτιώσει με αυτόν τον τρόπο τις σχέσεις του με τους γονείς, τους δασκάλους, και τους συνομηλίκους (Greenhill et al., 2002; Chacko et al., 2005).

Η μελέτη MTA επέκτεινε την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε 14 μήνες, αλλά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των διεγερτικών παραμένουν ασαφή (Multimodal treatment study of ADHD [MTA] Cooperative Group, 1999).

3.7. Αντιμετώπιση με φάρμακα

Σήμερα είναι διαθέσιμες δύο κατηγορίες διεγερτικών: η μεθυλφαινιδάτη (methylphenidate) και η δεξτροαμφεταμίνη (dextroamphetamine), διαθέσιμες σε τρεις μορφές δράσης: τη βραχυπρόθεσμη, την ενδιάμεση, και τη μακροπρόθεσμη. Με τη χορήγηση της κατάλληλης δόσης τουλάχιστον το 90% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ανταποκρίνεται θετικά τουλάχιστον σε ένα από τα δύο διεγερτικά χωρίς σημαντικές παρενέργειες. (American Academy of Pediatrics, 2001; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2002). Παρά το γεγονός ότι ένα παιδί μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα στο ένα από τα δύο φάρμακα, και οι δύο ουσίες έχουν αποδειχθεί το ίδιο αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των κύριων συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Αυτή τη στιγμή, μόνο ένα μη διεγερτικό φάρμακο, η ατομοξετίνη (atomoxetine), έχει λάβει έγκριση από τον Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων (FDA) για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά (Lopez, 2006), ενώ δυο τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χάπια, που έχουν βρεθεί αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Spencer et al., 2002; Wood, Crager, Delap & Heiskell, 2007) και δύο αντυπερτασικά (clonidine και το guanfacine), που χρησιμοποιούνται περιστασιακά για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής, δεν έχουν εγκριθεί για χορήγηση σε παιδιά (Rains & Scahill, 2006).

3.7.1. Παρενέργειες των φαρμάκων

Οι παρενέργειες των φαρμάκων είναι ήπιες και αντιμετωπίζονται με ρύθμιση της δοσολογίας και του χρόνου χορήγησης του φαρμάκου. Οι πιο κοινές παρενέργειες είναι: η μειωμένη όρεξη, ο πονοκέφαλος ή ο στομαχόπονος, η δυσκολία στον ύπνο, η νευρική κατάσταση, και η κοινωνική απόσυρση (American Academy of Pediatrics, 2001), ενώ ένα μικρό ποσοστό των παιδιών παρουσιάζει τικ (Roessner, Robatzek, Knapp, Banaschewski & Rothenberger, 2006). Μπορεί επίσης να αυξηθεί ο σφυγμός και η πίεση του αίματος, αλλά αυτό σπάνια αποτελεί πρόβλημα.

Οι ειδικές οδηγίες για τα διεγερτικά συστήνουν μια πλήρη φυσική εξέταση του παιδιού πριν την έναρξη της θεραπείας και τακτικές επισκέψεις στο γιατρό κατά τη διάρκειά της (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2002)

Το παιδί πρέπει να αξιολογείται συχνά, κατά την έναρξη της θεραπείας για οξείες, ανεπιθύμητες συναισθηματικές, ή συμπεριφοριστικές αλλαγές, που εμφανίζονται, ως παρενέργεια του φαρμάκου. Αν και τα διεγερτικά μπορούν να συμβάλουν στην απώλεια όρεξης και στη μείωση του βάρους, η ανοχή σε αυτές τις παρενέργειες εμφανίζεται γενικά τις πρώτες εβδομάδες χορήγησης. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των διεγερτικών φαρμάκων στην ανάπτυξη του παιδιού παραμένουν αμφισβητούμενα, ενώ οι σχετικές μελέτες εκθέτουν συγκρουόμενα στοιχεία (Lopez, 2006).

Η συναίνεση αυτή τη στιγμή είναι ότι η χρήση διεγερτικών δε συνδέεται με σημαντική εξασθένηση στο ύψος, ενώ η όποια καθυστέρηση στην ανάπτυξη, παρουσιάζεται στην αρχή της θεραπείας, αντισταθμίζεται αργότερα (American Academy of Pediatrics, 2001). Εντούτοις, προσεκτικός και

ακριβής έλεγχος της ανάπτυξης και μετρήσεις του βάρους και του ύψους συστήνεται σε όλα τα παιδιά, που χρησιμοποιούν φαρμακευτική αγωγή, σε όλη την πορεία της χορήγησης.

3.8. Στρατηγικές παρέμβασης για την τροποποίηση της συμπεριφοράς

Αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης, εμπειρικά τεκμηριωμένες από τη βιβλιογραφία (Barkley, 2004; Weyandt, 2007), για την αντιμετώπιση των δυσκολιών, που αντιμετωπίζουν στην τάξη τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, θεωρούνται ανάμεσα σε άλλες:

- οι στρατηγικές ενεργητικής μάθησης, που απαιτούν την ενεργητική ανταπόκριση του μαθητή
- η παροχή συχνής ανατροφοδότησης και σαφών οδηγιών οι καλά δομημένες εργασίες,
- η χρήση υλικών που υπογραμμίζουν το ερέθισμα-στόχο (πχ η χρήση χρωμάτων στο κείμενο)
- ο χωρισμός των μεγάλων εργασιών σε μικρότερα μέρη,
- η χρήση πολυαισθητηριακών προσεγγίσεων (πχ ο συνδυασμός προφορικής και γραπτής διδασκαλίας)
- η χρήση της τεχνολογίας (η εκπόνηση εργασιών στον υπολογιστή αντί για το χέρι)
- η ενθάρρυνση για τη λήψη σημειώσεων κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας
- η παρακολούθηση προγραμμάτων για την απόκτηση δεξιοτήτων μελέτης
- η παροχή θετικής ενίσχυσης και κατά τη διάρκεια και με την ολοκλήρωση μιας εργασίας

Κεφάλαιο 4ο: Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών

4.1. Ο ρόλος των δασκάλων.

Οι δάσκαλοι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο σε διάφορα στάδια της διάγνωσης και της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Οι δάσκαλοι των μικρών παιδιών είναι συχνά οι πρώτοι ενήλικοι, που βλέπουν τα παιδιά στο πλαίσιο της ομάδας της τάξης, όπου απαιτούνται διαφορετικές προσδοκίες και συμπεριφορές. Επειδή τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ συχνότερα εκδηλώνονται στην αρχή του σχολείου και κυριαρχούν σε όλη την περίοδο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Barkley, 1998), οι νηπιαγωγοί και οι δάσκαλοι είναι πιθανώς μεταξύ των πρώτων ανθρώπων, που θα παρατηρήσουν τις σχετικές συμπεριφορές στα παιδιά (Tannock & Martinuseen, 2001) και θα αξιολογήσουν τη σοβαρότητα των προβλημάτων στον τομέα της συμπεριφοράς και της μάθησης. (Stevens, Quittner & Abikoff, 1998). Ωστόσο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κάποιες φορές δε συμβουλευονται τους δασκάλους στη διαδικασία της διάγνωσης και του σχεδιασμού θεραπευτικής στρατηγικής παρέμβασης.

Όταν ένας δάσκαλος υποπτευθεί ότι το παιδί έχει δυσκολίες στη συμπεριφορά στο σχολείο, μπορεί να ξεκινήσει μια διαδικασία παρατήρησης και να συγκεντρώσει στοιχεία, ώστε να αποκτήσει σαφέστερη εικόνα για τη φύση, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού. Όταν πάλι διαπιστώσει ότι ένας μαθητής δυσκολεύεται μέσα στην τάξη θα πρέπει να συγκεντρώσει στοιχεία σχετικά με τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του και να χρησιμοποιήσει αυτές τις πληροφορίες α) είτε για να εφαρμόσει κάποιες τεχνικές οι οποίες θα βοηθήσουν το μαθητή να ξεπεράσει τις αδυναμίες του, είτε β) να ενημερώσει τους γονείς για τις ανησυχίες του, για τις δυσκολίες, που εμφανίζει το παιδί τους και να μοιραστεί μαζί τους τις στρατηγικές, που χρησιμοποιεί για να τον βοηθήσει.

Παρότι ο εκπαιδευτικός δεν μπορεί να κάνει διάγνωση της διαταραχής, ωστόσο μπορεί να δώσει αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τις δυσκολίες, που αντιμετωπίζει ο μαθητής στον τομέα της συμπεριφοράς και της μάθησης. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να αποτελέσουν τη βάση για συζήτηση με τους γονείς του παιδιού και την από κοινού προσπάθεια για την επίλυση των προβλημάτων. Μετά τη συνεργασία γονέων-δασκάλων, είναι πιθανό οι δυσκολίες του παιδιού να ξεπεραστούν.

4.1.1. Ο ρόλος των των δασκάλων στην παραπομπή

Οι δάσκαλοι επίσης είναι συνήθως οι πρώτοι, που παραπέμπουν για αξιολόγηση (Frankenberger, Lozar & Dallas, 1990; Lloyd, Kauffman, Landrum & Roe, 1991). Εφόσον ο μαθητής εξακολουθεί να δυσκολεύεται να τα καταφέρει, παρά τις προσπάθειες του εκπαιδευτικού, τότε αυτός θα πρέπει να τον παραπέμψει σε παιδοψυχιατρική υπηρεσία, στην ψυχοπαιδαγωγική ομάδα του σχολείου ή τα ΚΕΔΔΥ για μια πιο εμπειριστατωμένη αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των αδυναμιών του. Η διαγνωστική ομάδα μπορεί να κάνει περαιτέρω προτάσεις ή να προτείνει τρόπους διαχείρισης για να βοηθήσουν το παιδί μέσα στην τάξη.

4.1.2. Ο ρόλος των δασκάλων στην υπερ-διάγνωση ή στην υπο-διάγνωση

Δεδομένου ότι οι παραπομπές αυτές συχνά λειτουργούν ως πρόγνωση των συμπτωμάτων του παιδιού (Pelham et al., 1992), συμβάλλουν είτε στην υπερ-διάγνωση είτε στην υπο-διάγνωση των παιδιών αυτών.

Σύμφωνα με μελέτες (Glass & Weigar, 2000; Havey, Olson, McCormick & Cates, 2005), οι δάσκαλοι υπερεκτιμούν την επικράτηση της ΔΕΠ-Υ στους μαθητές τους, ιδιαίτερα όταν μια τάξη έχει μεγαλύτερο αριθμό μαθητών από το μέσο όρο.

Αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία, όταν οι έρευνες σχετικά με τις πρακτικές παραπομπής (Cotugno, 1993; Sabatino & Vance, 1994; Desgranges, Desgranges & Karsky, 1995) δείχνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός παιδιών, που παραπέμπεται για ΔΕΠ-Υ, ικανοποιεί περισσότερο είτε τα κριτήρια κάποιας άλλης διαταραχής είτε καμιάς. Σε μερικές περιπτώσεις, αυτές οι παραπομπές για πιθανή ΔΕΠ-Υ μπορεί να οδηγήσουν σε μια "προδικασμένη διάγνωση", η οποία είναι ανθεκτική στις ανακόλουθες πληροφορίες και ενδεχομένως στην αποφυγή ενός άλλου, νόμιμου τρόπου αντιμετώπισης των αναγκών (Desgranges et al., 1995), ενώ αντίθετα οι σωστά προσδιορισμένες περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζονται πιο αποτελεσματικά από τις λάθος προσδιορισμένες, που τείνουν να σταματούν τη θεραπεία πρόωρα.

4.1.3. Ο ρόλος των δασκάλων στη διάγνωση

Η συμμετοχή των δασκάλων στη διεπιστημονική διαγνωστική ομάδα θεωρείται επίσης απαραίτητη (Barkley, 1990), αφού αποτελούν σημαντική πηγή πληροφοριών για τη διάγνωση, λόγω της καθημερινής τους επαφής με παιδιά με παρόμοιες συμπεριφορές. Επιπλέον, οι προβληματικές συμπεριφορές, που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, είναι πιθανότερο να εμφανιστούν στον σχολικό περιβάλλον της τάξης, που απαιτεί μεγάλη ικανότητα αυτορύθμισης. (Schwean, Parkinson, Francis & Lee, 1993).

4.1.4. Ο ρόλος των δασκάλων στην αντιμετώπιση

Επιπλέον οι δάσκαλοι και οι γονείς πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι σχετικά με τη διαταραχή, προκειμένου να μπορούν να συνεργαστούν ικανοποιητικά στη διαχείριση των προβλημάτων των παιδιών αυτών (Barkley, 1990; Dulcan & Benson, 1997). Τέλος μια πολύτροπη προσέγγιση, βασισμένη στη συνεργασία γονιών, παιδιών, επαγγελματιών της ψυχικής υγείας και δασκάλων συστήνεται για την έγκυρο και ακριβή εντοπισμό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Montague, McKinney, & Hocutt, 1994; Fell & Pierce, 1995; Barkley, 1997; Sloan, Jensen & Kettle, 1999).

4.5. Το πολιτισμικό πλαίσιο επηρεάζει την ερμηνεία της συμπεριφοράς των παιδιών από τους εκπαιδευτικούς.

Η ερμηνεία της συμπεριφοράς των παιδιών ποικίλλει ευρέως στα διαφορετικά πλαίσια (Graue & Walsh, 1998). Αυτό σημαίνει ότι οι δάσκαλοι ερμηνεύουν τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο ανήκουν. Αυτό το ζήτημα αντιπροσωπεύει μια κρίσιμη προσθήκη στη λογοτεχνία και την έρευνα για τη ΔΕΠ-Υ. Είναι σημαντικό να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι δάσκαλοι των μικρών παιδιών τη συμπεριφορά τους, δεδομένου ότι, όπως αναφέρθηκε, οι δάσκαλοι είναι συχνά οι πρώτοι ενήλικες, που βλέπουν τα παιδιά στο πλαίσιο της ομάδας της τάξης, όπου απαιτούνται διαφορετικές προσδοκίες και συμπεριφορές και συχνά οι πρώτοι, που εκτιμούν τη συμπεριφορά των παιδιών και παραπέμπουν σε αξιολόγηση.

Οι κύριες θεωρήσεις γύρω από την ερμηνεία των συμπεριφορών, που προκαλούνται από τη ΔΕΠ-Υ είναι τρεις και ανάλογα επηρεάζει η καθεμιά την εκτίμηση της συμπεριφοράς και τον τρόπο με τον οποίο οι δάσκαλοι ανταποκρίνονται σε αυτήν και την αντιμετωπίζουν.

- Οι ψυχολογικά-προσανατολισμένες μελέτες εστιάζουν στους βιολογικούς, αιτιολογικούς παράγοντες της ΔΕΠ-Υ και συχνά προωθούν μια παθολογική άποψη της ανθρώπινης

ανάπτυξης. Δίνουν έμφαση στην άτυπη ανάπτυξη ορισμένων περιοχών του εγκεφάλου και υποστηρίζουν τη χρήση φαρμάκων για να περιορίσουν τα συμπτώματα της διαταραχής. (Pretorius, 2004; Crawford, Kaplan & Dewey, 2006; Schneider, Retz, Coogan, Thome & Rösler, 2006; Shanahan et al., 2006).

- Οι διαπολιτισμικές μελέτες θεωρούν τη ΔΕΠ-Υ ως μια βιολογική οντότητα, που εμφανίζεται σε όλους τους πολιτισμούς και παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα των παιδιών στο σχολείο (Brewis, Schmidt & Meyer, 2001).
- Οι κοινωνιολογικά προσανατολισμένες μελέτες θεωρούν τη ΔΕΠ-Υ ως κοινωνικό κατασκεύασμα ή προϋποθέτουν ότι η διαταραχή είναι ψευδής (Baughman, 2000a, β, Breggin, 1998).
- Άλλοι ερευνητές τη θεωρούν ως κοινωνικό φαινόμενο, που εμφανίζεται σε συγκεκριμένα πολιτιστικά πλαίσια (Singh, 2002a). Οι κοινωνιολογικά προσανατολισμένες μελέτες προωθούν την προοπτική ότι η ΔΕΠ-Υ δεν είναι βιολογική, αλλά μάλλον κατασκευάζεται κοινωνικά για να προωθήσει ορισμένες ιδεολογίες (π.χ. τα σχολικά επιτεύγματα και την επιτυχή απόδοση σε μια ιδιαίτερα ανταγωνιστική καπιταλιστική κοινωνία) (Pollack, 1998; Kindlon & Thompson, 1999).

4.5.1. Πώς αντιλαμβάνονται οι δάσκαλοι τις συμπεριφορές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Σύμφωνα με την έρευνα των Lee, Einarsdottir, Hong, Jesper & Kadota (2005) οι αντιλήψεις των δασκάλων της πρώτης παιδικής ηλικίας επηρεάζονται από το πολιτιστικό πλαίσιο στο οποίο ανήκουν, με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται και να αντιμετωπίζουν τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με διαφορετικό τρόπο, ακόμα και αν τα κράτη από τα οποία προέρχονται παρουσιάζουν το ίδιο επίπεδο προόδου στην ιατρική επιστήμη.

Στην Αμερική, ο συνδυασμός της εύκολης διάγνωσης (National Association of School Psychologists, 2003) με μια απλή επίσκεψη στο γιατρό, χωρίς τη συμμετοχή ψυχολόγου, με την αυξανόμενη ενημέρωση για τη διαταραχή από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (Gibbs, 1998) και τις εκπαιδευτικές πολιτικές (No Child Left Behind Act proposed in 2002), δημιούργησε ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο η σπουδαιότερη φροντίδα του εκπαιδευτικού είναι να ελαχιστοποιήσει τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών, αφού αυτά συνδέονται άμεσα με την ακαδημαϊκή επίδοση (Stipek & Ryan, 1997; Normandeau & Guay, 1998; Ladd, Birch & Buhs, 1999; Miles & Stipek, 2006).

Τα ευρήματα των ερευνών δείχνουν ότι η αναγκαιότητα της πραγματοποίησης προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης ως ένας τρόπος εξατομικευμένης εκπαίδευσης, ανάλογα με τις ικανότητες του κάθε παιδιού, δημιουργεί μια προκαθορισμένη άποψη για το παιδί και αφήνει λίγο χώρο στο δάσκαλο για σκέψη γύρω από την αναπτυξιακή ευελιξία (Lee & Walsh, 2004). Αυτό συνεπάγεται την αντιμετώπιση των συμπεριφορικών προβλημάτων των παιδιών με φαρμακευτική αγωγή και την παραγωγή όλο και μεγαλύτερων ποσοτήτων διεγερτικών φαρμάκων για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ από τις φαρμακοβιομηχανίες (Singh, 2002a)

Οι Δανοί δάσκαλοι από την άλλη είναι πρόθυμοι να εξετάσουν άλλους κοινωνικούς παράγοντες (π.χ. τις γονεϊκές δεξιότητες, την οικονομική κατάσταση, την πίεση και την έλλειψη χρόνου των γονιών), για να εξηγήσουν τη συμπεριφορά των παιδιών, αντί να δεχτούν αμέσως ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς οφείλονται σε νευρολογική διαταραχή. Τα στοιχεία αποκαλύπτουν επίσης πως οι Δανοί δάσκαλοι είναι απρόθυμοι να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της συμπεριφοράς με φάρμακα, αλλά, αντί αυτού, προσπαθούν να τα αντιμετωπίσουν μέσω της συνεργασίας με τους γονείς και χρησιμοποιώντας εκπαιδευτικές και συμπεριφοριστικές στρατηγικές. Στα σχολεία της Δανίας οι δάσκαλοι είναι ανεκτικοί απέναντι στη συμπεριφορά των παιδιών και ενδιαφέρονται περισσότερο να διαμορφώσουν τις κατάλληλες κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες για να αντιμετωπίσουν τα μεμονωμένα προβλήματα.

Στην Ισλανδία, οι δάσκαλοι, επηρεασμένοι από το παράδειγμα της Αμερικής αντιμετωπίζουν συνήθως τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ με φάρμακα.

Οι Κορεάτες δάσκαλοι θεωρούν ότι η προκλητική συμπεριφορά ενός μαθητή είναι αποτέλεσμα της δικής τους αναποτελεσματικότητας, τους ενδιαφέρουν περισσότερο τα συναισθηματικά παρά τα συμπεριφοριστικά προβλήματα των παιδιών και ανησυχούν περισσότερο για την περιθωριοποίηση του παιδιού από τους συνομηλίκους του. Προτιμούν άλλες προσεγγίσεις παρά τα φάρμακα και εκφράζουν την ανάγκη για περισσότερη συνεργασία με τους δασκάλους ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης. Τέλος, θεωρούν ότι οι γονείς ενδιαφέρονται κυρίως για το πώς θα ελαχιστοποιήσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ στην ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών τους.

Η μελέτη της Kyunghwa Lee σε 10 δασκάλους της νοτιοανατολικής Αμερικής αποκαλύπτει ότι οι αντιλήψεις αυτών των Αμερικανών δασκάλων για την προβληματική συμπεριφορά και οι απόψεις

τους για τη ΔΕΠ-Υ εστιάζονται στην αδυναμία των παιδιών αυτών να ακολουθούν οδηγίες και ότι τα προβλήματα, που δημιουργούνται από τη ΔΕΠ-Υ, παρεμποδίζουν τη μάθηση τόσο των ίδιων όσο και των συμμαθητών τους. Η Lee παρατηρεί πώς οι απόψεις αυτών των δασκάλων σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ με φάρμακα, απεικονίζουν τους στόχους, τις προτεραιότητες και τις ισχύουσες πρακτικές στα σύγχρονα αμερικανικά πλαίσια.

4.6. Γνώσεις και παρερμηνείες

Παρότι τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκπαιδεύονται στο γενικό σχολείο, δεν έχουμε πολλές πληροφορίες σχετικά με την ετοιμότητα των δασκάλων γενικής αγωγής να διδάξουν αποτελεσματικά αυτά τα παιδιά (Reid, Vasa, Maag & Wright, 1994).

Η γνώση ή οι παρερμηνείες για τη ΔΕΠΥ δεν επηρεάζουν μόνο κάθε βήμα μιας κοινής διαδικασίας, μέσω της οποίας ένα παιδί με ΔΕΠΥ προσδιορίζεται, διαγνώσκεται και αντιμετωπίζεται, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο οι δάσκαλοι ερμηνεύουν τη συμπεριφορά τους και ανταποκρίνονται σε αυτά. (Hepperlen et al., 2002; Sciutto, Nolfi & Bluhm, 2004).

Από την άλλη μεριά, η συμπεριφορά του δασκάλου απέναντι σε ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ αντανakλά τη στάση του απέναντι στα προβλήματά του (DiBattista & Shepherd, 1993; Greene, 1995, 1996; Alderman & Nix, 1997) και επιπλέον επηρεάζει τις αντιλήψεις των άλλων παιδιών για αυτόν. (Atkinson et al., 1997).

Το γεγονός ότι οι δάσκαλοι τείνουν να αντιστέκονται στην υιοθέτηση νέων ιδεών και μεθόδων, που δε συμφωνούν με τις πεποιθήσεις τους (Westwood, 1996), επηρεάζει τις γνώσεις τους για τη διαταραχή, δεδομένου ότι, αν θεωρούν ότι γνωρίζουν σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, πιθανότατα να μην αναζητήσουν περισσότερες πληροφορίες για τη διαταραχή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμμένουν παρερμηνείες και μύθοι σχετικά με την αιτιολογία και την αντιμετώπιση της, αφού οι άνθρωποι συνηθίζουν να αναζητούν πληροφορίες για ένα θέμα, για το οποίο δεν έχουν γνώσεις και όχι για αυτά που γνωρίζουν.

Τα αποτελέσματα των μελετών υποστηρίζουν ότι οι νοσοκόμες, οι δάσκαλοι, και άλλοι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, γνωρίζουν μόνο τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής.

Η γνώση όμως των αρχικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ μπορεί να μην είναι πολύ χρήσιμη, επειδή υπάρχουν διάφορα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής, που έχουν φτωχή θετική προφητική δύναμη (Pelham et al., 1992)

Γενικά οι μελέτες, μεταξύ αυτών των ομάδων για τη γνώση της ΔΕΠ-Υ, έχουν δείξει την ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την αιτιολογία της διαταραχής, αφού σημαντικές παρερμηνείες για τη διαταραχή εμμένουν, παρά τις άφθονες αντίθετες ενδείξεις, όπως για παράδειγμα η πεποίθηση ότι η κατανάλωση ζάχαρης και άλλες διαιτητικές τροποποιήσεις, έχουν αντίκτυπο στα συμπτώματά της (DiBattista & Shepherd, 1993; Jerome, Gordon & Hustler, 1994; Bussing, Scoenberg & Perwein, 1998; Jerome, Washington, Laine & Segal, 1999; Bekle, 2004; Weyandt, 2007).

Οι δάσκαλοι τείνουν επίσης να μην είναι καλά πληροφορημένοι σχετικά με τις παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων (Kasten, Coury & Heron, 1992; Barbaresi & Olsen, 1998) και πολλοί από αυτούς θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα ξεπεράσουν τα συμπτώματά τους με την ενηλικίωση (Jerome et al., 1994).

Οι παρερμηνείες σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ οδηγούν επίσης στη χρήση πολλών παρεμβάσεων για τη μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής, που η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι εμπειρικά τεκμηριωμένη όπως: η χρήση ορυκτών ή βιταμινούχων συμπληρωμάτων διατροφής, οι ασκήσεις γιόγκα, οι ομοιοπαθητικές θεραπείες και η εκπαίδευση αισθητηριακής ολοκλήρωσης (Weyandt, 2007).

4.7. Οι επιπτώσεις των γνώσεων των δασκάλων στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ

Η επιμόρφωση των δασκάλων γύρω από τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τόσο στην πραγματοποίηση ακριβών παραπομπών όσο και στην καθιέρωση οριστικών διαγνώσεων. Συνεπώς η αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων των δασκάλων για τη διαταραχή είναι συχνά ο αρχικός στόχος προκειμένου να γίνουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε επίπεδο σχολείου (Pfiffner & Barkley, 1990).

Η εκπαίδευσή τους στις περιστασιακές παραλλαγές της συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα το πώς αντιδρούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε νέες καταστάσεις σε σχέση με τις παλιές ή πώς

συμπεριφέρονται, όταν είναι παρούσα η μητέρα σε σχέση με την παρουσία του πατέρα, μπορεί να τους βοηθήσει τόσο στη διαχείριση του παιδιού στην τάξη, όσο και στην επικοινωνία τους με τους γονείς (Anastopoulos, 1996).

Αυξάνοντας τη συνειδητοποίηση των δασκάλων σε θέματα όπως το ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται το ίδιο τόσο στις νέες όσο και στις παλιές καταστάσεις και ότι συμμορφώνονται περισσότερο στις απαιτήσεις των πατέρων έναντι των μητέρων τους, μπορεί να τους βοηθήσει να διευκολύνουν τους γονείς να αποδεχτούν ότι το παιδί τους έχει ΔΕΠ-Υ ή να αποτρέψουν τη σύγκρουση, όταν εμφανίζονται τα προβλήματα σε ένα πλαίσιο (πχ στο σχολείο) και όχι σε ένα άλλο (πχ στο σπίτι) (Anastopoulos, 1996).

4.8. Μελέτες που αξιολογούν τις γνώσεις των δασκάλων

Παρουσιάζεται έλλειμμα στη βιβλιογραφία, που διερευνά τις γνώσεις των δασκάλων σχετικά με τη διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό, αν ληφθεί υπόψη ότι το σχολικό σύστημα αποτελεί την κύρια πηγή πληροφόρησης για τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Bussing, Schoenberg & Perwien, 1998) και οι δάσκαλοι συχνά παρέχουν ανακριβείς συμβουλές στους γονείς, τις οποίες αυτοί συχνά ακολουθούν (DiBattista & Shepherd, 1993)

Οι δημοσιευμένες μελέτες, που έχουν αξιολογήσει επαρκώς τη γνώση των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ (δηλ., που ξέρουν συγκεκριμένες πληροφορίες για τη ΔΕΠ-Υ) είναι πολύ λίγες (Jerome, Gordon & Hustler, 1994; Barbaresi & Olsen, 1998; Sciutto, Terjesen & Bender-Frank, 2000; Bekle, 2004; Kos, Richdale & Jackson, 2004; West, Taylor, Houghton & Hudyma, 2005) και επιπλέον τα αποτελέσματά τους σχετικά με το μέσο όρο βαθμολογίας των γνώσεων των εν υπηρεσία δασκάλων και τη θετική συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις των δασκάλων και τα χρόνια διδακτικής εμπειρίας ή τον αριθμό των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, που έχουν διδάξει, είναι αντικρουόμενα.

Κάποιες έρευνες (Jerome et al., 1994; Sciutto et al., 2000; Kos et al., 2004) παρουσιάζουν θετική συσχέτιση ανάμεσα στη γνώση για τη ΔΕΠ-Υ και τα χρόνια διδασκαλίας ή τη διδακτική εμπειρία ενός δασκάλου με παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ενώ άλλη έρευνα παρουσιάζει μικρή διαφορά στις γνώσεις των εκπαιδευόμενων και των εν ενεργεία δασκάλων.(Jerome, Washington, Laine & Segal, 1998).

Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η αυξανόμενη πανεπιστημιακή κατάρτιση των φοιτητών σχετικά με τη διαταραχή, αντισταθμίζει την άμεση διδακτική εμπειρία, των δασκάλων, οι οποίοι όμως είχαν φτωχή αρχική πανεπιστημιακή κατάρτιση σχετικά με τη διαταραχή.

Παλαιότερες μελέτες δείχνουν ότι τα χρόνια διδακτικής εμπειρίας συσχετίζονται θετικά με το πόσο ικανός αισθάνεται ένας δάσκαλος να διδάξει παιδιά με δυσκολίες (Rizzo & Vispoel, 1991) και ότι οι δάσκαλοι, που έχουν διδάξει ένα μαθητή με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να διδάξουν αυτά τα παιδιά από ό,τι εκείνοι, που δεν έχουν διδάξει ποτέ. (Reid, Maag, Vasa & Wright, 1994).

O Jerome et al., (1994), από τους πρώτους, που αξιολόγησαν τη γνώση των δασκάλων για τη ΔΕΠ-Υ, σε δείγμα Καναδών και Αμερικανών δασκάλων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, βρήκαν θετική συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις των Καναδών δασκάλων και τα χρόνια της διδακτικής τους εμπειρίας, αλλά κάτι τέτοιο δε διαπιστώθηκε στο αμερικανικό δείγμα.

Η μελέτη της Bekle (2004) σε προπτυχιακούς εκπαιδευόμενους (N = 40) και εν υπηρεσία δασκάλους (N = 30) έδειξε ότι και οι δύο ομάδες είχαν παρόμοια επίπεδα βαθμολογίας στην επικύρωση μερικών «μύθων» για τη ΔΕΠ-Υ, όπως ότι οι πρόσθετες ουσίες τροφίμων μπορεί να προκαλέσουν ΔΕΠ-Υ, ενώ πολύ περισσότεροι εν υπηρεσία δάσκαλοι από ό,τι οι προπτυχιακοί εκπαιδευόμενοι, αναγνώρισαν ότι μπορεί ένα παιδί να έχει ΔΕΠ-Υ χωρίς υπερκινητικότητα. Επίσης, οι εν υπηρεσία δάσκαλοι είχαν ακριβέστερη γνώση για τη ΔΕΠ-Υ, παρά το γεγονός ότι μόνο το 23% είχε πάρει κάποιες πληροφορίες για τη διαταραχή στην κατάρτισή του, έναντι του 95% των προπτυχιακών φοιτητών.

Η έρευνα του West και των συνεργατών του (West et al., 2005), που έγινε με ένα ερωτηματολόγιο 67 ερωτήσεων, το “Knowledge about Attention Deficit Disorder Questionnaire” (KADD-Q), έδειξε ότι οι δάσκαλοι ήξεραν περισσότερα για την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ, λιγότερα για τα χαρακτηριστικά της, ακόμα λιγότερα για την αντιμετώπισή της, ενώ πίστευαν σε εμφανείς παρερμηνείες για τη διαταραχή.

Η έρευνα των Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain (2008), παρουσιάζει τους δασκάλους να γνωρίζουν περισσότερα για τα συμπτώματα και τη διάγνωση, παρά για την αιτιολογία και την αντιμετώπιση της διαταραχής

Οι Ghanizadeh, Bahredar, & Moeini (2006), που διερεύνησαν τις γνώσεις και τις στάσεις των δασκάλων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, έδειξε ότι το 53,1% των συμμετεχόντων θεωρεί τη ΔΕΠ-Υ ως το αποτέλεσμα της κακής διαπαιδαγώγησης, το ένα τρίτο θεωρεί ότι προκαλείται από την υπερβολική κατανάλωση ζάχαρης και το 39,8 πιστεύει ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ θα έχουν χαμηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις σε σχέση με τους συνομηλίκους τους χωρίς ΔΕΠ-Υ.

Έρευνα για τις γνώσεις των δασκάλων σχετικά με την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ έδειξε ότι οι απαντήσεις τους δεν είναι πάντα συνεπείς, αφού το 78,2% των ερωτηθέντων τη θεωρεί ως βιολογική ανωμαλία, το 11,1% θεωρεί ότι προκαλείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, ενώ το 10.7% τη θεωρεί ως φυσιολογική συμπεριφορά. (Glass & Weagar, 2000) Ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης της όμως, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων προτείνει το συνδυασμό φαρμακοθεραπείας με στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς. Σε παρόμοιο αποτέλεσμα έχουν καταλήξει και οι έρευνες των Glass & Weagar (2000) και Havey, Olson, McCormick & Cates (2005).

Οι Kasten, Coury & Heron (1992) διερεύνησαν τις γνώσεις των δασκάλων σχετικά με τη χρήση διεγερτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ειδικά οι δάσκαλοι γενικής αγωγής χρειάζονται επιμόρφωση σχετικά με το θέμα, αφού έλαβαν ελλιπή κατάρτιση σχετικά με αυτό κατά τη διάρκεια των σπουδών.

Οι Vereb & DiPerna το 2004, διερεύνησαν τις γνώσεις των δασκάλων γύρω από τις κοινούς τρόπους αντιμετώπισης της διαταραχής και την αποδοχή καινοτόμων προσεγγίσεων αντιμετώπισης, όπως η φαρμακοθεραπεία και οι στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των δασκάλων όπως : οι γνώσεις τους σχετικά με τη διαταραχή, τα χρόνια διδασκαλίας, ο αριθμός των μαθητών με ΔΕΠ-Υ που δίδαξαν και η εκπαίδευσή τους σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, συσχετίζονται θετικά με την αποδοχή της φαρμακοθεραπείας. Η παρακολούθηση προγραμμάτων εκπαίδευσης για τη ΔΕΠ-Υ βοήθησε στη βελτίωση των γνώσεων και την αποδοχή στρατηγικών τροποποίησης συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

Οι Snider, Busch & Arrowood (2003) αξιολόγησαν τις γνώσεις, τις απόψεις και την εμπειρία των δασκάλων ειδικής και γενικής αγωγής σε σχέση με τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ με διεγερτικά φάρμακα. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις περιορισμένες γνώσεις των

δασκάλων γύρω από τη χρήση των φαρμάκων. Οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής ήταν πιο θετικοί από τους δασκάλους γενικής αγωγής ως προς την αποτελεσματικότητα των διεγερτικών φαρμάκων στην αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς, που παρουσιάζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο.

Η έρευνα των Stormont & Stebbins, (2005) σε 138 νηπιαγωγούς για να διερευνηθούν οι γνώσεις τους γύρω από τη ΔΕΠ-Υ, έδειξε ότι η κύρια πηγή πληροφόρησής των νηπιαγωγών για τη διαταραχή είναι τα άρθρα σε περιοδικά και εφημερίδες και ότι γνωρίζουν λίγα για την αξιολόγηση των προβλημάτων, που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, στα νήπια. Η έρευνα έδειξε ότι περισσότερες γνώσεις έχουν οι νηπιαγωγοί με ανώτατο επίπεδο σπουδών και ότι οι νηπιαγωγοί δε γνωρίζουν για τη ΔΕΠ-Υ τόσα όσα νομίζουν, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του τεστ που συμπλήρωσαν.

4.9. Μελέτες που αξιολογούν τις γνώσεις των Ελλήνων εκπαιδευτικών

Η διερεύνηση των γνώσεων και των αντιλήψεων των Ελλήνων εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας χρειάζεται μεγαλύτερη εμβάθυνση, δεδομένου ότι οι έρευνες, που έχουν γίνει (Καραγρηγορίου, 2003; Maniadaki, Sonuga-Barke & Kakouros, 2003; Κάκουρος, Παπαηλιού & Μπαδικιάν, 2006; Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή & Κουβαβά, 2010) είναι λίγες.

Η Καραγρηγορίου (2003) μελέτησε τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και τις στάσεις γύρω από τη ΔΕΠ-Υ σε δείγμα 147 γυναικών νηπιαγωγών και διαπίστωσε ότι, ενώ οι νηπιαγωγοί γνωρίζουν τα κύρια χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 71,8%, εντούτοις το 83,4 δηλώνει ότι δε γνωρίζει τις κατάλληλες ψυχοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις και το 54% δηλώνει ότι δε γνωρίζει τις κατάλληλες διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση των παιδιών αυτών.

Η έρευνα της Μανιαδάκη και των συνεργατών της (2003) σε δείγμα 158 εκπαιδευόμενων νηπιαγωγών, διερεύνησε την επίδραση του φύλου του παιδιού στην εκτίμηση της συμπεριφοράς του από τις νηπιαγωγούς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί ανησυχούν το ίδιο, όταν εμφανίζεται μια σοβαρή διασπαστική συμπεριφορά και στα αγόρια και στα κορίτσια, αλλά δεν τη θεωρούν "φυσιολογική" στα κορίτσια. Ανάλογα λοιπόν με τις αντιλήψεις των γονέων και των δασκάλων σχετικά με τα δύο φύλα, μια αποδιοργανωτική συμπεριφορά μπορεί να θεωρείται φυσιολογική για τα αγόρια, αλλά όχι για τα κορίτσια. Ειδικότερα η διασπαστική

συμπεριφορά των κοριτσιών θεωρήθηκε λιγότερο φυλο-χαρακτηριστική από τη διασπαστική συμπεριφορά των αγοριών.

Η έρευνα της Αντωνοπούλου και των συνεργατών της (2010), σε δείγμα 139 δασκάλων, διερεύνησε τις γνώσεις των δασκάλων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι δάσκαλοι είναι περισσότερο ενήμεροι σχετικά με τη συμπτωματολογία και τον ορισμό της ΔΕΠ-Υ και λιγότερο ενημερωμένοι για τα αίτια και την αντιμετώπισή της. Επίσης, ότι οι γνώσεις τους δεν επηρεάζονται από την ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας και την προηγούμενη διδακτική εμπειρία με άτομα με ΔΕΠ-Υ.

Η έρευνα του Κάκουρου και των συνεργατών του, (2006) σε 193 δασκάλους, που διερευνούσε τις αντιλήψεις των δασκάλων σχετικά με τη φύση και τα αίτια της ΔΕΠ-Υ, ενώ παράλληλα αποτύπωνε και την άποψή τους για το ρόλο του δασκάλου στην αντιμετώπιση της διαταραχής, έδειξε ότι το 70% πιστεύει λανθασμένα, πως τα προβλήματα της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ οφείλονται σε οικογενειακούς παράγοντες, όπως η παραμέληση, οι κακοί τρόποι διαπαιδαγώγησης και το διαζύγιο. Θεωρούν επίσης ότι, παρόλο που οι γνώσεις τους για τη ΔΕΠ-Υ είναι περιορισμένες, μπορούν με συνεχή επιμόρφωση και απόκτηση διδακτικής εμπειρίας να ανταπεξέλθουν στις προκλήσεις της ΔΕΠ-Υ.

Η έρευνα του Δημάκου σε 247 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, για το τι γνωρίζουν ή τι νομίζουν ότι γνωρίζουν για τη ΔΕΠ-Υ, έδειξε ότι υπάρχει θετική συνάφεια ανάμεσα σε αυτά που πραγματικά γνωρίζουν οι δάσκαλοι και σε αυτά που νομίζουν ότι ξέρουν. Οι γνώσεις τους δεν επηρεάζονται από τα χρόνια υπηρεσίας, αλλά με τα χρόνια αυξάνονται οι πεποιθήσεις τους για τη ΔΕΠ-Υ (δηλαδή το πόσο καλά νομίζουν ότι ξέρουν τη διαταραχή). Η έρευνα έδειξε να υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις των εκπαιδευτικών και την προηγούμενη διδακτική εμπειρία με άτομα με ΔΕΠ-Υ και ότι γνωρίζουν περισσότερα για τα συμπτώματα παρά για την αντιμετώπιση της διαταραχής.

4.10. Σκοπός της έρευνας

Λόγω του σημαντικού ρόλου των δασκάλων σε διάφορα σημεία της διάγνωσης και της αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, μιας και είναι οι πρώτοι, που διερωτώνται για την ύπαρξή της,

(Martinussen et al, 2009), σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τις γνώσεις τους σε τρεις σημαντικές περιοχές σχετικές με τη διαταραχή:

α) τα σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, (δηλ., γενικές πληροφορίες για τη φύση, τις αιτίες και την πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ),

β) τα συμπτώματα και τη διάγνωση και γ) την παρέμβαση. Εκτός από την αξιολόγηση αυτών των περιοχών της γνώσης, η έρευνα έχει ως στόχο να διακρίνει την έλλειψη πληροφοριών για τη ΔΕΠ-Υ, από τις ανακριβείς πεποιθήσεις (δηλ. τις παρερμηνείες) και τις προκαταλήψεις για τη διαταραχή.

Από τα ερευνητικά δεδομένα θα μπορέσουμε να προχωρήσουμε στην διατύπωση προτάσεων σχετικά με τους τομείς, στους οποίους θα πρέπει να επιμορφωθούν οι δάσκαλοι σχετικά με τη διαταραχή, προκειμένου να κατανοήσουν και να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποτελεσματικά σε σχέση με τις διαγνωστικές αποφάσεις και τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις.

4.11 Ερευνητικές υποθέσεις με βάση τη βιβλιογραφία

- Οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής, που έχουν εμπειρία με παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, θα σημειώνουν υψηλότερους βαθμούς στο KADDS, λόγω της πρόσθετης κατάρτισης, που έχουν λάβει, προκειμένου να διδάξουν αυτά τα παιδιά (Sciutto et al., 2000; Sciutto et al., 2004; Sciutto & Terjesen, 2004).
- Σημαντικές παρερμηνείες για τη διαταραχή, εμμένουν, παρά τις άφθονες αντίθετες ενδείξεις, όπως η πεποίθηση ότι η κατανάλωση ζάχαρης και άλλες διαιτητικές τροποποιήσεις, έχουν αντίκτυπο στα συμπτώματά της (DiBattista & Shepherd, 1993; Jerome, Gordon & Hustler, 1994; Bussing, Scoenberg & Perwein, 1998; Jerome, Washington, Laine & Segal, 1999; Bekle, 2004).
- Οι δάσκαλοι τείνουν να μην είναι καλά πληροφορημένοι σχετικά με τις παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων (Kasten, Coury & Heron, 1992; Barbaresi & Olsen, 1998;)
- Πολλοί δάσκαλοι θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα ξεπεράσουν τα συμπτώματά τους με την ενηλικίωση (Jerome et al., 1994).

- Οι δάσκαλοι, που έχουν διδάξει μαθητή με ΔΕΠ-Υ θα σημειώσουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα από αυτούς, που δεν έχουν διδάξει ποτέ παιδί με ΔΕΠ-Υ.
- Οι εκπαιδευτικοί αναμένεται γενικά να γνωρίζουν τα αρχικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αναμένεται αν και αυτή η γνώση μπορεί να μην είναι πολύ χρήσιμη, επειδή υπάρχουν διάφορα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής, (πχ ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ανήσυχα), που δε βοηθούν πολύ για την καθιέρωση μιας διάγνωσης ΔΕΠ-Υ. (Pelham et al., 1992).
- Τα χρόνια υπηρεσίας και η ηλικία δεν αναμένεται να επηρεάζουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαταραχή (Αντωνοπούλου και συνεργάτες, 2010).
- Οι εκπαιδευτικοί πιστεύουν ότι τα προβλήματα της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ οφείλονται σε οικογενειακούς παράγοντες, όπως οι κακοί τρόποι διαπαιδαγώγησης (Κάκουρος και συνεργάτες, 2006)
- Οι δάσκαλοι γνωρίζουν περισσότερα για τα συμπτώματα και τη διάγνωση, παρά για την αιτιολογία και την αντιμετώπιση της διαταραχής (Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008)
- Οι δάσκαλοι δε γνωρίζουν τις κατάλληλες ψυχοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις και τις κατάλληλες διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση των παιδιών αυτών. (Καραγρηγορίου, 2003).
- Οι δάσκαλοι αποδίδουν αρνητικές συμπεριφορές (π.χ. διογκωμένη αυτοεκτίμηση, κλοπή), που είναι περισσότερο χαρακτηριστικά άλλων ψυχολογικών διαταραχών, στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ

Κεφαλαίο 5ο: Μέθοδος

5.1. Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 1025 εκπαιδευτικοί (283 άνδρες και 742 γυναίκες) από 86 σχολεία της χώρας που επελέγησαν με τυχαία δειγματοληψία από το σύνολο των σχολείων της χώρας. Το δείγμα αποτελεί το 1% επί του συνολικού αριθμού των διδασκόντων στα δημόσια Νηπιαγωγεία, Δημοτικά και ημερήσια Γυμνάσια της χώρας (Παράρτημα Δ).

Τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται αναλυτικά στους Πίνακες 1 έως 3.

Πίνακας 1

Ηλικία και χρόνια υπηρεσίας ανά φύλο συμμετεχόντων

	Άνδρες		Γυναίκες	
	συχνότητα	%	συχνότητα	%
Ηλικιά				
21-25 έτη	6	0.6	46	4.4
26-35 έτη	33	3.2	174	16.9
36-45 έτη	105	10.2	322	31.4
46-55 έτη	115	11.2	186	18.1
>56 έτη	24	2.3	14	1.3
Χρόνια προϋπηρεσίας				
0-5 έτη	35	3.4	165	16.0
6-10 έτη	37	3.6	155	15.1
11-15 έτη	65	6.3	142	13.8
16-20 έτη	49	4.7	91	8.8
>20 έτη	97	9.4	188	18.3

Πίνακας 2

Ειδικότητα και ατομικό επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων

	συχνότητα	%
Νηπιαγωγοί	135	13.1
Δάσκαλοι Γενικής Αγωγής	366	35.7
Δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής	39	3.8
Εκπαιδευτικοί ΠΕ61 & ΠΕ71	15	1.5
Καθηγητές	470	45.8
Βασικό πτυχίο	798	77.8
Πτυχίο ειδικής αγωγής (ΠΕ61 & ΠΕ71)	27	2.6
Μαράσλειο ή Μεταπτυχιακό στη γενική εκπαίδευση	114	11.1
Μαράσλειο ή Μεταπτυχιακό στην ειδική αγωγή	65	6.3
Διδακτορικό	17	1.6
Διδακτορικό στην ειδική αγωγή	4	0.3

Πίνακας 3

Αριθμός συμμετεχόντων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα

	συχνότητα	%
Κεντρική Μακεδονία	85	8.2
Δυτική Μακεδονία	51	4.9
Θεσσαλία	41	4.0
Ήπειρος	28	2.7
Ιόνια νησιά	10	0.9
Δυτική Ελλάδα	61	5.9
Στερεά Ελλάδα	35	3.4
Πελοπόννησος	98	9.5
Αττική	521	50.8
Αιγαίο	35	3.4
Κρήτη	41	4.0

Σε ό,τι αφορά στην προηγούμενη εμπειρία με μαθητή με διαγνωσμένη ΔΕΠ-Υ των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών, 507 (49%) δήλωσαν ότι είχαν εμπειρία με μεθητή με ΔΕΠ-Υ ενώ οι υπόλοιποι 518 (51%) δήλωσαν ότι δεν είχαν καμμία προηγούμενη εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

5.2. Ερευνητικό εργαλείο

Το εργαλείο, που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι το KADDS, (the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale), (Sciutto, Terjesen & Bender-Frank, 2000). Η μετάφραση του ερωτηματολογίου από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα έγινε με τη μέθοδο της αντίστροφης μετάφρασης.

Το KADDS είναι μια κλίμακα, εκτίμησης 36 προτάσεων, καθεμιά εκ των οποίων αντιστοιχεί σε τεκμηριωμένη βιβλιογραφική παραπομπή, που χρησιμοποιεί το σχήμα: Σωστό: (Σ), Λάθος: (Λ) ή Δεν Ξέρω: (ΔΞ) σε κάθε πρόταση.

Αυτό το σχήμα επιτρέπει τη διαφοροποίηση αυτού, που δεν ξέρουν οι δάσκαλοι, από αυτό που θεωρούν ανακριβές (δηλ., παρερμηνείες). Η κλίμακα αναπτύχθηκε από τους Sciutto και Feldhamer (1994), για να αξιολογήσει τις γνώσεις των γονέων, των δασκάλων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σε τρεις σημαντικές περιοχές σχετικές με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας:

- α) τα σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, (δηλ., γενικές πληροφορίες για τη φύση, τις αιτίες και την πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ).
- β) τα συμπτώματα και τη διάγνωση και
- γ) την παρέμβαση

Αυτές οι υποκλίμακες επιλέχθηκαν για να απεικονίσουν κατά πόσο ικανοποιούνται ως προς το περιεχόμενο, περιοχές σχετικές με τις διαγνωστικές αποφάσεις και τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Εκτός από την αξιολόγηση αυτών των περιοχών της γνώσης, το KADDS έχει επίσης ως σκοπό να διακρίνει:

- την έλλειψη πληροφοριών για τη ΔΕΠ-Υ, από τις ανακριβείς πεποιθήσεις για τη διαταραχή (δηλ. τις παρερμηνείες). Η απάντηση ΔΞ αξιολογείται ως έλλειψη γνώσης, ενώ μια σωστή

απάντηση, που σημειώνεται ως λανθασμένη θεωρείται ως παρερμηνεία. Προκειμένου να αξιολογηθεί μια απάντηση με αρνητική προκατάληψη (δηλ., που αποδίδει όλες τις αρνητικές συμπεριφορές σε ΔΕΠΥ), τα στοιχεία του KADDS αναφέρονται και στους θετικούς και στους αρνητικούς δείκτες της ΔΕΠΥ. Συγκεκριμένα, συμπεριλήφθηκαν και στοιχεία, σχετικά με αρνητικές συμπεριφορές (π.χ. διογκωμένη αυτοεκτίμηση, κλοπή), που είναι περισσότερο χαρακτηριστικά άλλων ψυχολογικών διαταραχών. (ερωτήσεις 7, 11,14)

- Με τον τρόπο αυτό μετρίεται η γνώση των συμμετεχόντων όχι μόνο για το ποιο είναι στοιχείο της ΔΕΠΥ, αλλά και τι δεν είναι.

Οι υποκλίμακες του KADDS:

- Οι ερωτήσεις, που αφορούν τα Σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι οι ακόλουθες: 1, 4, 6, 13, 17, 19, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33
- Οι ερωτήσεις, που αφορούν τα Συμπτώματα/Διάγνωση είναι οι ακόλουθες : 3, 5, 7, 9, 11, 14, 16, 21, 26
- Οι ερωτήσεις, που αφορούν την Αντιμετώπιση είναι οι ακόλουθες : 2, 8, 10, 12, 15, 18, 20, 23, 25, 34, 35, 36

Σημείωση. Οι προτάσεις 37, 38, 39 είναι νέα στοιχεία, που δεν έχουν ταξινομηθεί στις υποκλίμακες και συμπεριλαμβάνονται κυρίως για δοκιμαστικούς λόγους.

Έλεγχος αξιοπιστίας της έρευνας (Reliability Statistics)

Στην παρούσα έρευνα ο συντελεστής Alpha για τη συνολική κλίμακα παρουσιάζει υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας (0.909), ενώ οι συντελεστές για τις υποκλίμακες κυμαίνονται από 0,652 έως 0,810, οι οποίοι θεωρούνται ικανοποιητικοί για έρευνα κοινωνικών επιστημών (Νόβα-Καλτσούνη, 2006)

Εγκυρότητα (Validity)

Το KADDS, ως έγκυρο μέτρο της γνώσης των εκπαιδευτικών των χαρακτηριστικών της διαταραχής, εμφανίζεται να είναι ευαίσθητο στη γνώση που αποκτάται :

- από την άμεση αλληλεπίδραση με τα παιδιά με ΔΕΠΥ. (Sciutto et al.,2000; Sciutto et al., 2004; Sciutto & Terjesen, 2004),

- από τον αριθμό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, που έχει διδάξει ένας δάσκαλος (Sciutto et al., 2000; Sciutto et al., 2004),
- την κατάρτιση και τις πληροφορίες, που παίρνει κάποιος σχετικά με τη διαταραχή (Sciutto et al., 2004; Sciutto & Terjesen, 2004),
- και τα αποτελέσματα στη βαθμολογία της κλίμακας αλλάζουν, ως αποτέλεσμα εκπαιδευτικών επεμβάσεων (Bender, 1996; Sciutto & Terjesen 2004).

Διαδικασία βαθμολόγησης του KADDS

Αρχικά, οι απαντήσεις εισάγονται σε SPSS ως εξής: Σωστό=1, Λάθος=2, Δεν Ξέρω=3. Ο πίνακας των παρερμηνειών πρέπει να φτιαχτεί πριν επανακωδικοποιηθούν ως σωστές ή ανακριβείς (περιγράφονται παρακάτω). Μια παρερμηνεία ορίζεται ως ανακριβής απάντηση (δηλ., απάντηση ΛΑΘΟΣ σε μια ερώτηση για την οποία ΣΩΣΤΟ είναι η σωστή απάντηση). Οι απαντήσεις ΔΕΝ ΞΕΡΩ δε θεωρούνται παρερμηνείες.

Προκειμένου να πάρουμε τα αποτελέσματα των υποκλιμάκων και τα συνολικά αποτελέσματα της κλίμακας, όλες οι σωστές απαντήσεις πρέπει να επανακωδικοποιηθούν, έτσι ώστε οι σωστές απαντήσεις να πάρουν ένα (1) βαθμό, ενώ οι ανακριβείς και οι απαντήσεις: Δεν Ξέρω, να πάρουν μηδέν (0) βαθμούς .

Επανακωδικοποιήσεις:

Η σωστή απάντηση είναι η απάντηση: Λάθος: (1 = 0) (2=1) (3=0) Ερωτήσεις: 1, 2, 7, 11, 12, 14, 18, 19, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39

Η σωστή απάντηση είναι η απάντηση: Σωστό: (1=1) (2=0) (3=0) Ερωτήσεις: 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 25, 26, 31, 32, 33

Υποκλίμακες KADDS:

Σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα (δηλ., γενικά): 1, 4, 6, 13, 17, 19, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Συμπτώματα/Διάγνωση: 3, 5, 7, 9, 11, 14, 16, 21, 26

Παρέμβαση: 2, 8, 10, 12, 15, 18, 20, 23, 25, 34, 35, 36

Σημείωση. Οι προτάσεις 37, 38, 39 είναι νέα στοιχεία (δεν περιλαμβάνονται στο αρχικό KADDS).

Δεν τις έχουμε ταξινομήσει σε μια από τις υποκλίμακες. Συμπεριλαμβάνονται κυρίως για δοκιμαστικούς λόγους αυτή τη στιγμή.

5.3. Διαδικασία

Η έρευνα είναι επιτόπια, δειγματοληπτική

Η δειγματοληψία έγινε με κριτήριο τη διασπορά των διδασκόντων σε ποσοστό 1% ανά γεωγραφικό διαμέρισμα (οι πίνακες από τους οποίους προέκυψαν τα παραπάνω στοιχεία παρατίθενται στο Παράρτημα Δ). Στην έρευνα συμμετείχαν 30 Νηπιαγωγεία, 30 Δημοτικά και 26 Γυμνάσια (ο αναλυτικός κατάλογος των σχολείων, στο Παράρτημα Γ).

Η διεξαγωγή της έρευνας εγκρίθηκε από το Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων για την Πρωτοβάθμια και τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, με αριθμό Πρωτοκόλλου για την Πρωτοβάθμια:Φ15/298/30119/Γ1 και για τη Δευτεροβάθμια:30929.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγια, τα οποία η ίδια η ερευνήτρια παρέδωσε στους συμμετέχοντες, ενώ σε σχολεία απομακρυσμένα, τα οποία πήραν μέρος στην έρευνα, στάλθηκαν ταχυδρομικώς. Τέλος το ερωτηματολόγιο δόθηκε και σε ηλεκτρονική μορφή, σε όσους επιθυμούσαν και στάλθηκε συμπληρωμένο στην ηλεκτρονική διεύθυνση της ερευνήτριας. Από τα 1500, ερωτηματολόγια, που δόθηκαν στους εκπαιδευτικούς, απαντήθηκαν τα 1025.

Οι διδάσκοντες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απασχολήθηκαν εκτός ωρολογίου προγράμματος και ο συνολικός χρόνος απασχόλησης για τη συμπλήρωση του υπολογίζεται από δεκαπέντε έως τριάντα λεπτά.

Πριν από κάθε επίσκεψη, ο Διευθυντής του Σχολείου ενημερωνόταν τηλεφωνικώς, είτε για την έλευση της ερευνήτριας, είτε για την αποστολή των ερωτηματολογίων με το ταχυδρομείο, ώστε να είναι προετοιμασμένος και να μην εμποδιστεί η εύρυθμη λειτουργία του Σχολείου. Κατά την ταχυδρομική αποστολή των ερωτηματολογίων, ο φάκελος περιλάμβανε και δεύτερο φάκελο με προπληρωμένο ταχυδρομικό τέλος και φωτοτυπία της έγκρισης διεξαγωγής της έρευνας από το Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων για την Πρωτοβάθμια και τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς, αφού πρώτα ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και όποιος επιθυμούσε είχε τη δυνατότητα να μη συμμετάσχει ή να διακόψει. Δόθηκαν διαβεβαιώσεις για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των στοιχείων της έρευνας,

καθώς επίσης και για το ότι οι απαντήσεις θα είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Η έρευνα ξεκίνησε με την παράδοση/αποστολή των ερωτηματολογίων, αμέσως μετά τη χορήγηση της έγκρισης διεξαγωγής της στις 16/03/11 για τη Δευτεροβάθμια και στις 28/03/11 για την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευσης και έγινε σε δύο στάδια: το πιλοτικό και το στάδιο διεξαγωγής της κυρίως έρευνας. Κατά το πιλοτικό στάδιο απαιτήθηκε η συλλογή 60 ερωτηματολογίων. Η συλλογή όλων των ερωτηματολογίων ολοκληρώθηκε το Νοέμβριο του 2011. Μετά τη συλλογή έγινε η επεξεργασία των δεδομένων, για την εξαγωγή συμπερασμάτων και τη διατύπωση προτάσεων.

Κεφάλαιο 6ο: Αποτελέσματα

6.1.Περιγραφική στατιστική

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται περιγραφικά τα βασικότερα ευρήματα της έρευνας.

Σε ό, τι αφορά στις σωστές, λανθασμένες και "δεν ξέρω" απαντήσεις και στις τρεις ενότητες της κλίμακας KADDS των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών, τα ποσοστά φαίνονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4

Ποσοστά απαντήσεων στη συνολική κλίμακα KADDS και στις τρεις υποκλίμακές της

	Σωστό	Λάθος	Δεν ξέρω
Συνολική κλίμακα KADDS	45%	22%	33%
Υποκλίμακα: Γενικά χαρακτηριστικά, Ερωτήσεις: 1,4,6,13,17,19,22,24,27,28,29,30,31,32,33	39%	30%	31%
Υποκλίμακα: Συμπτώματα και διάγνωση, Ερωτήσεις: 3,5,7,9,11,14,16,21,26	68%	12%	20%
Υποκλίμακα: Αντιμετώπιση, Ερωτήσεις: 2,8,10,12,15,18,20,23,25,34,35,36	35%	21%	44%

6.1.1. Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ (Υποκλίμακα: Γενικά χαρακτηριστικά)

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων, που απάντησε σωστά, λάθος ή "δεν ξέρω" σε καθεμία ερώτηση της υποκλίμακας:Γενικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 5). Στο σχόλιο κάθε πίνακα εμφανίζεται η σωστή απάντηση για κάθε ερώτηση.

Πίνακας 5

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε καθεμιά από τις ερωτήσεις της υποκλίμακας: Γενικά χαρακτηριστικά.

Ερώτηση	Σωστό		Λάθος		Δεν ξέρω		Σχόλιο
	n	%	n	%	n	%	
1. Οι περισσότερες επιδημιολογικές εκτιμήσεις δείχνουν ότι η ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται περίπου στο 15% των παιδιών σχολικής ηλικίας.	109	11	358	35	558	54	Το ποσοστό επικράτησης της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά σχολικής ηλικίας κυμαίνεται από 3% έως 7% σύμφωνα με το DSM-IV-TR.
4. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ 'ακούνε' περισσότερο τους πατέρες τους απ' ό,τι τις μητέρες τους.	150	15	422	41	453	44	Είναι σωστό ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ 'ακούνε' περισσότερο τους πατέρες τους απ' ό,τι τις μητέρες τους.
6. Η ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται συχνότερα στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού, (δηλ. μητέρα, πατέρα) των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, παρά στο γενικό πληθυσμό.	323	31	223	22	479	47	Η ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται συχνότερα στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού.
13. Μπορεί και ένας ενήλικας να διαγνωστεί με ΔΕΠ/Υ.	681	66	82	8	262	26	Η πρόταση είναι αληθής.
17. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν συχνότερα συμπτώματα κατάθλιψης απ' ό,τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ.	403	39	133	13	489	48	Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν συχνότερα συμπτώματα κατάθλιψης απ' ό,τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ.
19. Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ/Υ 'ξεπερνούν' τα συμπτώματά της διαταραχής στην αρχή της εφηβείας και λειτουργούν 'φυσιολογικά' ως ενήλικες.	331	32	304	30	390	38	Η ΔΕΠ/Υ συχνά επιμένει ως την εφηβική και ενήλικη ζωή σε ποσοστό 50% έως 60%.

Ερώτηση	Σωστό		Λάθος		Δεν Ξέρω		Σχόλιο
	n	%	n	%	n	%	
22. Εάν ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο σε ένα βιντεοπαιχνίδι ή στην τηλεόραση για μία ώρα, τότε θα μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο, για τουλάχιστον μία ώρα, στα μαθήματά του στο σχολείο και στο σπίτι.	561	54	251	24	213	22	Είναι λάθος η πρόταση, γιατί τα συμπτώματα αυξάνουν, όταν το επίπεδο αυτοελέγχου, που απαιτείται, είναι μεγάλο.
24. Η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ από μόνη της αρκεί, για να έχει ένα παιδί δυνατότητα πρόσβασης σε ειδική αγωγή και εκπαίδευση.	322	32	453	44	250	24	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
27. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν γενικά περισσότερα προβλήματα στις νέες καταστάσεις απ' ό,τι στις γνωστές.	119	12	732	71	174	17	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
28. Υπάρχουν συγκεκριμένα φυσικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, στα οποία 'στηρίζονται' οι γιατροί (πχ. Παιδίατροι), προκειμένου να καταλήξουν σε μια οριστική διάγνωση της ΔΕΠ/Υ.	177	17	523	51	325	32	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
29. Στα παιδιά σχολικής ηλικίας η ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται το ίδιο συχνά στα αγόρια και στα κορίτσια.	459	45	221	21	345	34	Οι επικρατέστερες εκτιμήσεις δείχνουν ότι τα αγόρια είναι τρεις φορές πιθανότερο να ικανοποιήσουν τα κριτήρια για ΔΕΠΥ.
30. Η προβληματική συμπεριφορά (π.χ. υπερδραστηριότητα, απροσεξία) των πολύ μικρών παιδιών (κάτω των 4 ετών) με ΔΕΠ/Υ, είναι πολύ διαφορετική από τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους, που δεν έχουν ΔΕΠ/Υ.	190	19	486	47	349	34	Η πρόταση δεν είναι αληθής

31. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διακρίνονται ευκολότερα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ μέσα στο πλαίσιο μια σχολικής τάξης, παρά σε ελεύθερη κατάσταση παιχνιδιού.	780	76	135	13	110	11	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διακρίνονται ευκολότερα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ μέσα στο πλαίσιο μια σχολικής τάξης
32. Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ/Υ μπορεί να παρουσιάσει χαμηλή σχολική επίδοση, στα πρώτα σχολικά έτη.	819	80	78	8	128	12	Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ/Υ μπορεί να παρουσιάσει χαμηλή σχολική επίδοση

Ερώτηση	Σωστό		Λάθος		Δεν Ξέρω		Σχόλιο
	n	%	n	%	n	%	
33. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ παρουσιάζονται συχνά και σε παιδιά, που δεν έχουν ΔΕΠ/Υ, αλλά που προέρχονται από ανεπαρκή και χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα.	663	65	174	17	188	18	Η πρόταση είναι αληθής.

6.1.2. Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τα συμπτώματα και τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

(Υποκλίμακα: Συμπτώματα/Διάγνωση)

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων, που απάντησε σωστά, λάθος ή "δεν ξέρω" σε καθεμιά ερώτηση της υποκλίμακας: Συμπτώματα/Διάγνωση (Πίνακας 6). Στο σχόλιο κάθε πίνακα εμφανίζεται η σωστή απάντηση για κάθε ερώτηση.

Πίνακας 6

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε καθεμιά από τις ερωτήσεις της υποκλίμακας: Συμπτώματα/Διάγνωση.

Ερώτηση	Σωστό		Λάθος		Δεν Ξέρω		Σχόλιο
	n	%	n	%	n	%	
3. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αποσπώνται συχνά από άσχετα ερεθίσματα.	938	92	41	4	46	4	Η πρόταση είναι αληθής.
5. Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ, πρέπει τα συμπτώματα της διαταραχής να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.	488	48	220	21	317	31	Η πρόταση είναι αληθής.
7. Ένα σύμπτωμα των παιδιών με ΔΕΠ/Υ είναι ότι συμπεριφέρονται με σκληρότητα απέναντι στους άλλους ανθρώπους.	567	55	251	25	207	20	Η πρόταση δεν είναι αληθής. Αυτό είναι σύμπτωμα της διαταραχής συμπεριφοράς.
9. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ κινούνται συνεχώς νευρικά ή στριφογυρίζουν στο κάθισμά τους.	906	88	80	8	39	4	Η πρόταση είναι αληθής.
11. Συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή μεγάλη ιδέα για τον εαυτό τους.	598	58	203	20	224	22	Η πρόταση δεν είναι αληθής. Η υψηλή αίσθηση αυτοεκτίμησης είναι σύμπτωμα της διπολικής διαταραχής.

14. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν συχνά στο ιστορικό τους ένα περιστατικό κλοπής ή καταστροφής ξένης περιουσίας.	322	31	206	20	497	49	Η πρόταση δεν είναι αληθής. Αυτό είναι σύμπτωμα της διαταραχής συμπεριφοράς.
16. Η πρόσφατη γνώση για τη ΔΕΠ/Υ προτείνει δύο υποτύπους των συμπτωμάτων της διαταραχής: ο ένας έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία και ο άλλος την υπερδραστηριότητα/παρορμητικότητα.	722	70	38	4	265	26	Η πρόταση είναι αληθής.
21. Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ, θα πρέπει να παρουσιάζει τα σχετικά συμπτώματα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια. (π.χ. σπίτι, σχολείο).	804	78	68	7	153	15	Η πρόταση είναι αληθής.
26. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συχνά δυσκολεύονται να οργανώσουν τις εργασίες και τις δραστηριότητές τους.	947	92	27	3	51	5	Η πρόταση είναι αληθής

6.1.3. Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με την Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.

(Υποκλίμακα: Αντιμετώπιση)

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων, που απάντησε σωστά, λάθος ή "δεν ξέρω" σε καθεμιά ερώτηση της υποκλίμακας: Αντιμετώπιση (Πίνακας 7). Στο σχόλιο κάθε πίνακα εμφανίζεται η σωστή απάντηση για κάθε ερώτηση.

Πίνακας 7

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε καθεμιά από τις ερωτήσεις της υποκλίμακας: Αντιμετώπιση.

Ερώτηση	Σωστό		Λάθος		Δεν Ξέρω		Σχόλιο
	n	%	n	%	n	%	
2. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ΔΕΠ/Υ συχνά εμφανίζεται στα παιδιά εκείνα, που οι γονείς τους τα διαπαιδαγωγούν με ακατάλληλους τρόπους	433	42	282	28	310	30	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
8. Έχει βρεθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ σε πολλά παιδιά.	273	27	231	22	521	51	Η πρόταση είναι αληθής.
10. Η κατάρτιση των γονέων και των εκπαιδευτικών σχετικά με την αντιμετώπιση ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ είναι γενικά αποτελεσματική, όταν συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία.	443	43	243	24	339	33	Η πρόταση είναι αληθής.
12. Όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ, σπάνια επανεμφανίζονται τα συμπτώματα της διαταραχής.	433	42	150	15	442	43	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
15. Παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται για τη ΔΕΠ/Υ, μπορεί να είναι η αϋπνία και η έλλειψη όρεξης για φαγητό.	431	42	34	3	560	55	Η πρόταση είναι αληθής.

Ερώτηση	Σωστό		Λάθος		Δεν Ξέρω		Σχόλιο
	n	%	n	%	n	%	
18. Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι συνήθως επαρκής θεραπεία για τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ/Υ.	344	34	317	31	364	35	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
20. Σε βαριές περιπτώσεις ΔΕΠ/Υ, συχνά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται, πριν από την εφαρμογή άλλων τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς.	353	34	142	14	530	52	Η πρόταση είναι αληθής.
23. Μειώνοντας στη διατροφή τη ζάχαρη και τα συντηρητικά, που υπάρχουν στα τρόφιμα, περιορίζονται αποτελεσματικά και τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ.	217	21	310	30	498	49	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
25. Τα διεγερτικά φάρμακα είναι ο πιο κοινός τύπος φαρμάκου, που χρησιμοποιείται, για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ/Υ.	207	20	204	20	614	60	Η πρόταση είναι αληθής.
34. Οι συμπεριφοριστικές/ψυχολογικές παρεμβάσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ εστιάζουν κυρίως στο πρόβλημα της απροσεξίας.	241	24	456	44	328	32	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
35. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (δηλ. θεραπεία με ηλεκτροσόκ) έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική θεραπεία για τις βαριές περιπτώσεις ΔΕΠ/Υ.	260	25	51	5	714	70	Η πρόταση δεν είναι αληθής.

36. Έχει βρεθεί ότι οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ/Υ, που εστιάζουν κυρίως στην τιμωρία, είναι οι πιο αποτελεσματικές στον περιορισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής.	667	65	117	11	241	24	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
---	-----	----	-----	----	-----	----	-----------------------------

6.1.4. Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί σε σχέση με τις μη κατηγοριοποιημένες ερωτήσεις.

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων, που απάντησε σωστά, λάθος ή "δεν ξέρω" στις ερωτήσεις 37, 38 και 39, που δεν έχουν κατηγοριοποιηθεί σε κάποια υποκλίμακα και έχουν μπει στην κλίμακα του KADDS για δοκιμαστικούς λόγους. (Πίνακας 8).

Πίνακας 8

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις 37, 38 και 39.

Ερώτηση	Σωστό		Λάθος		Δεν Ξέρω		Σχόλιο
	n	%	n	%	n	%	
37. Η έρευνα έχει δείξει ότι η παρατεταμένη χρήση διεγερτικών φαρμάκων οδηγεί σε αυξανόμενο εθισμό (π.χ ουσίες, οινόπνευμα) στην ενηλικίωση.	44	4	412	40	569	56	Η πρόταση δεν είναι αληθής.
38. Εάν ένα παιδί ανταποκρίνεται στα διεγερτικά φάρμακα (π.χ., Ritalin), τότε πιθανώς να έχει ΔΕΠ/Υ.	212	21	169	16	644	63	Η πρόταση δεν είναι αληθής.

Πίνακας 10

Οι μέσοι όροι των σωστών απαντήσεων των εκπαιδευτικών ανά ειδικότητα και στις τρεις υποκλίμακες του KADDS.

	Νηπιαγωγοί (n=135)		Δάσκαλοι (n=366)		Δάσκαλοι Ειδικής Αγωγής (n=54)		Καθηγητές (n=470)		F ₃	p
	μ.ο.	τ.α.	μ.ο.	τ.α.	μ.ο.	τ.α.	μ.ο.	τ.α.		
Γενικά	39.6	13.7	39.6				37.6	16.2	20.9	
χαρακτηριστικά	0	4	3	16.16	55.67	13.95	8	2	7	0,00
Συμπτώματα και	72.3	14.6	67.5				66.0	19.5	13.9	
διάγνωση	4	7	4	17.16	80.86	12.47	5	9	4	0,00
Αντιμετώπιση	39.3	21.5	33.9				32.3	21.0	19.6	
	8	3	4	33.94	53.70	18.50	5	9	9	0,00

Οι post-hoc αναλύσεις, αφού πρώτα εφαρμόστηκε η διόρθωση Bonferonni, έδειξαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στο ποσοστό των σωστών απαντήσεων και ανάμεσα στις τέσσερις ομάδες εκπαιδευτικών σε καθεμιά από τις τρεις υποκλίμακες. Συγκεκριμένα:

Στην κλίμακα **Γενικά χαρακτηριστικά**, οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής σημείωσαν στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p<0,000$) σε σχέση με τις άλλες τρεις κατηγορίες, δηλαδή τους Νηπιαγωγούς, τους Δασκάλους Γενικής Αγωγής και τους Καθηγητές.

Στην κλίμακα **Συμπτώματα/Διάγνωση** στατιστικώς σημαντικές διαφορές υπήρχαν ανάμεσα στους Νηπιαγωγούς και τους Δασκάλους Γενικής Αγωγής ($p<0,05$), τους Νηπιαγωγούς και τους εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής ($p<0,05$) και τους Νηπιαγωγούς και τους Καθηγητές ($p<0,01$).

Οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές με τους Δασκάλους Γενικής Αγωγής ($p<0,000$) και τους Καθηγητές ($p<0,000$).

Στην κλίμακα **Αντιμετώπιση** οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής σημείωσαν στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p<0,000$) σε σχέση τους Νηπιαγωγούς, τους Δασκάλους Γενικής Αγωγής ($p<0,000$) και τους Καθηγητές ($p<0,000$).

Οι Νηπιαγωγοί είχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στο ποσοστό των σωστών απαντήσεων σε σχέση με τους Καθηγητές ($p < 0,01$).

Για να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στους μέσους όρους των σωστών απαντήσεων των εκπαιδευτικών, που έχουν διδάξει μαθητές με ΔΕΠ-Υ και αυτών, που δεν έχουν διδακτική εμπειρία με μαθητές με ΔΕΠ-Υ, εφαρμόστηκε η δοκιμασία T-test για ανεξάρτητα δείγματα. Από την ανάλυση προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα και για τις τρεις υποκλίμακες ($p = 0,000$). (Πίνακας 11).

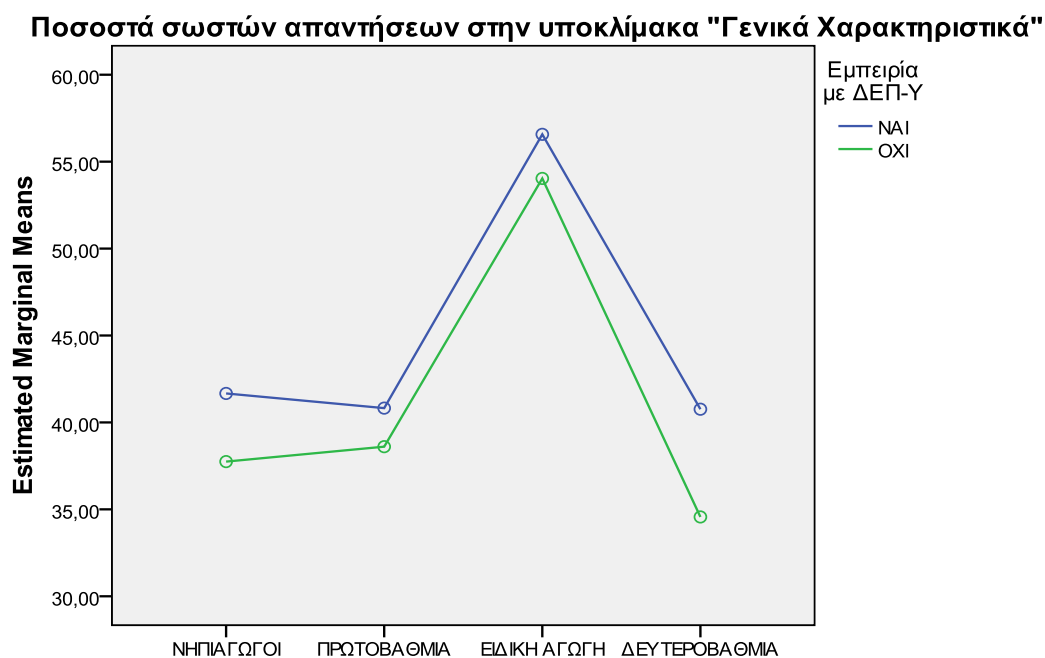
Πίνακας 11

Συσχετισμοί μεταξύ των αποτελεσμάτων του KADDS και την ύπαρξη ή όχι εμπειρίας με μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

Εκπαιδευτικοί που έχουν διδάξει μαθητή με ΔΕΠ-Υ						
	ΝΑΙ (506)		ΟΧΙ (517)		t_{1021}	P
	μ.ο.	τ.α.	μ.ο.	τ.α.		
Γενικά χαρακτηριστικά	41.99	15.73	37.27	16.32	4.71	0,000
Συμπτώματα και διάγνωση	70.49	17.62	66.02	18.36	3.96	0,000
Αντιμετώπιση	38.46	21.60	31.58	20.19	5.26	0,000

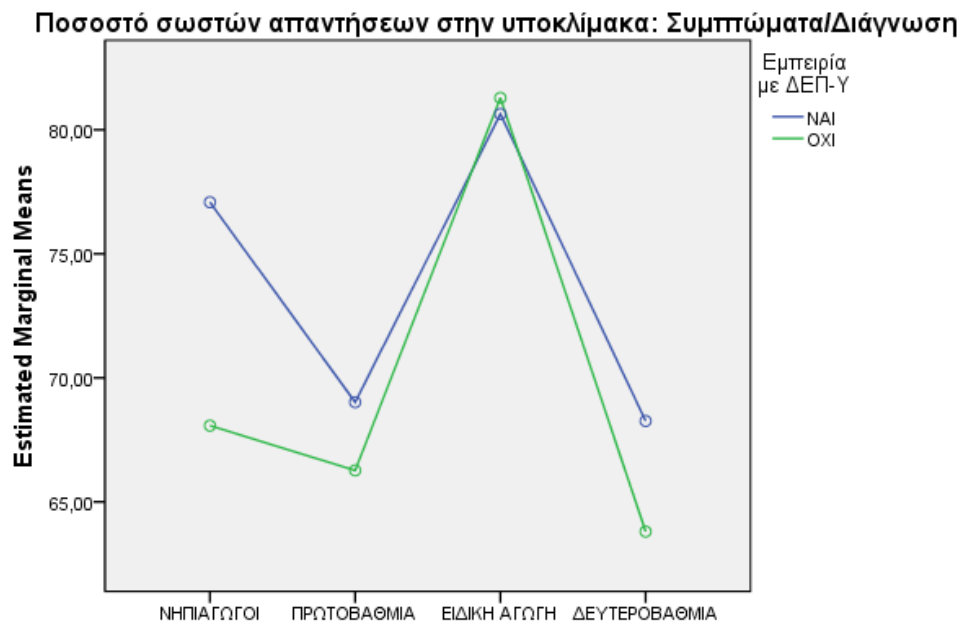
Για να ελεγχθεί πώς διαμορφώνεται ο μέσος όρος της εξαρτημένης μεταβλητής "ποσοστό σωστών απαντήσεων" στην υποκλίμακα: "Γενικά Χαρακτηριστικά" και στις ανεξάρτητες μεταβλητές "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ" και "ειδικότητα εκπαιδευτικού" (Νηπιαγωγοί, Δάσκαλοι, εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής και Καθηγητές), εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διακύμανσης Διπλής Κατεύθυνσης για ανεξάρτητα δείγματα (Two-Way Anova between subjects), ξεχωριστά για καθεμιά από τις τρεις υποκλίμακες (Γενικά χαρακτηριστικά, Συμπτώματα/Διάγνωση και Αντιμετώπιση). Από την ανάλυση προέκυψαν τα Πολύγωνα συχνότητας των μέσων όρων (Γράφημα 1 έως 3). Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε ότι το αποτέλεσμα στην υποκλίμακα "Γενικά Χαρακτηριστικά" είναι στατιστικά σημαντικό ($p < 0,000$). Υπάρχει σημαντική επίδραση της μεταβλητής "ειδικότητα" ($F=18.949$ $p < 0,000$) στη μεταβλητή "εμπειρία" ($F=6.929$ $p < 0,01$), αλλά δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην αλληλεπίδραση των μεταβλητών "ειδικότητα"- "εμπειρία" ($F=1.171$ $p > 0,05$). Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν προέκυψε ούτε από την αλληλεπίδραση των μεταβλητών "ειδικότητα"- "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ" ($F=1.347$ $p > 0,05$)

στην υποκλίμακα "Συμπτώματα/Διάγνωση" και στην υποκλίμακα "Αντιμετώπιση" ($F=1.175$ $p>0.05$). Επειδή η μεταβλητή "ειδικότητα" περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες (Νηπιαγωγούς, Δασκάλους γενικής αγωγής, εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής και Καθηγητές), επιλέχθηκε το κριτήριο One-Way Ανοηα πολλαπλών συγκρίσεων για να προσδιοριστεί ο μέσος όρος της ομάδας ή των ομάδων, που διαφέρουν σημαντικά (Γράφημα 4 έως 6).



Γράφημα 1

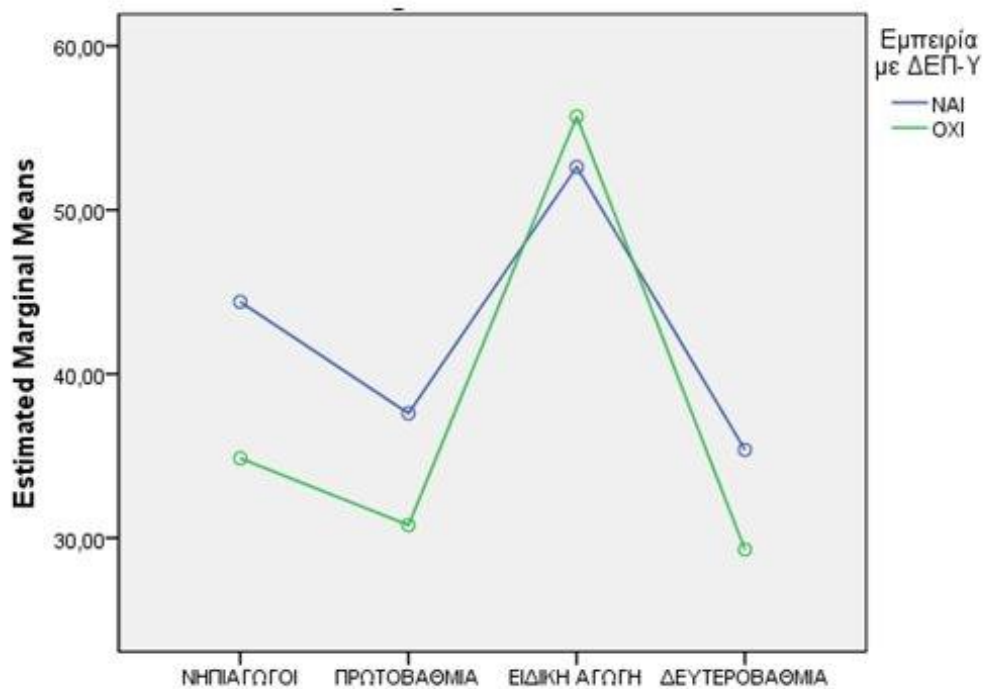
Ποσοστό σωστών απαντήσεων για την υποκλίμακα: "Γενικά χαρακτηριστικά" σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ" και "ειδικότητα εκπαιδευτικού".



Γράφημα 3

Ποσοστό σωστών απαντήσεων για την υποκλίμακα: "Συμπτώματα/Διάγνωση" σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ" και "ειδικότητα εκπαιδευτικού".

Ποσοστό σωστών απαντήσεων στην υποκλίμακα “Αντιμετώπιση”

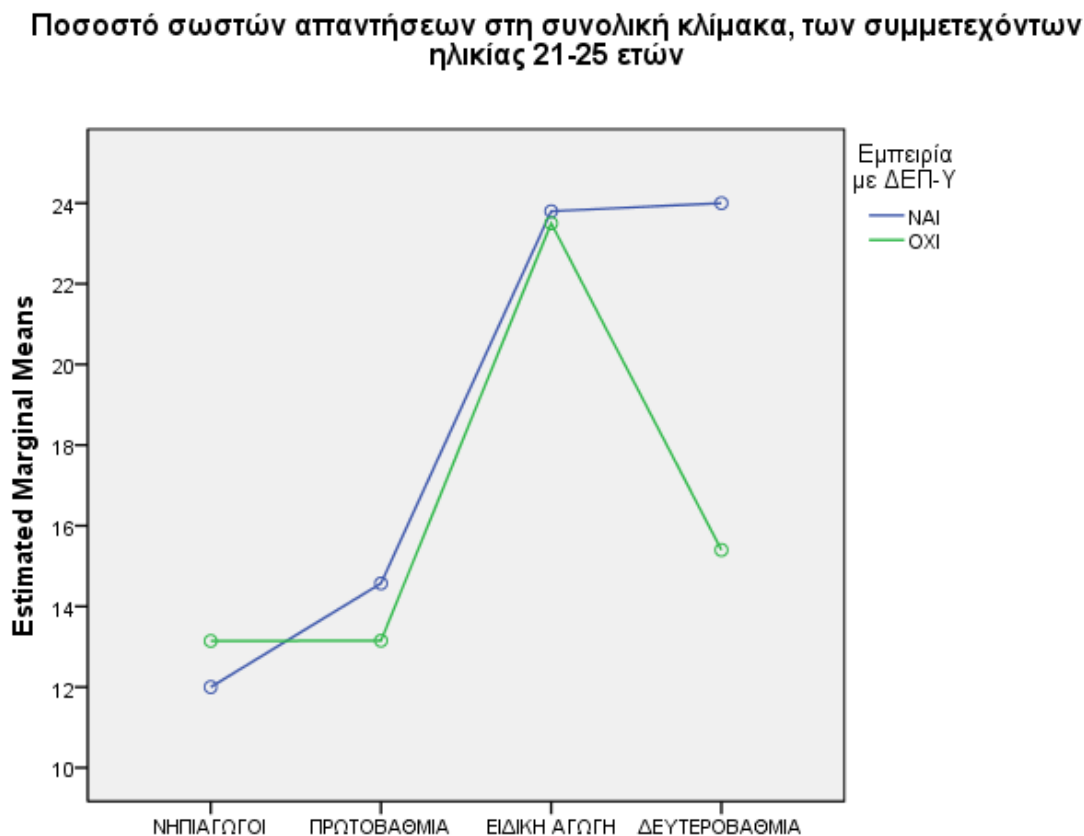


Γράφημα 3

Ποσοστό σωστών απαντήσεων για την υποκλίμακα: "Αντιμετώπιση" σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ" και "ειδικότητα εκπαιδευτικού"

Για να ελεγχθεί πώς διαμορφώνεται ο μέσος όρος της εξαρτημένης μεταβλητής "ποσοστό σωστών απαντήσεων", στις ανεξάρτητες μεταβλητές "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ", "ειδικότητα εκπαιδευτικού" (Νηπιαγωγοί, Δάσκαλοι, εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής και Καθηγητές) και "ηλικία", εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διακύμανσης Διπλής Κατεύθυνσης για ανεξάρτητα δείγματα (Two-Way Anova between subjects), για τη συνολική κλίμακα KADDS ανά ηλικία. Από την ανάλυση προέκυψαν τα Πολύγωνα συχνότητας των μέσων όρων (Γράφημα 4 έως 7). Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε ότι το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό ($p < 0.000$). Υπάρχει σημαντική επίδραση της μεταβλητής "ειδικότητα" ($F=16,257$ $p < 0.000$) στη μεταβλητή "εμπειρία" ($F=5.606$ $p < 0.05$) όχι όμως και στη μεταβλητή "ηλικία" ($F=1.630$ $p > 0.05$). Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν υπάρχει στην αλληλεπίδραση των μεταβλητών "ειδικότητα"- "εμπειρία" ($F=1.517$ $p > 0.05$), αλλά υπάρχει στην αλληλεπίδραση των μεταβλητών "ειδικότητα"- "ηλικία" ($F=1.860$ $p < 0.05$). Βρέθηκε επίσης ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών "ειδικότητα"- "εμπειρία"- "ηλικία" ($F=1.157$ $p > 0.05$). Επειδή η μεταβλητή "ειδικότητα" περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες (Νηπιαγωγούς, Δασκάλους γενικής αγωγής, εκπαιδευτικούς

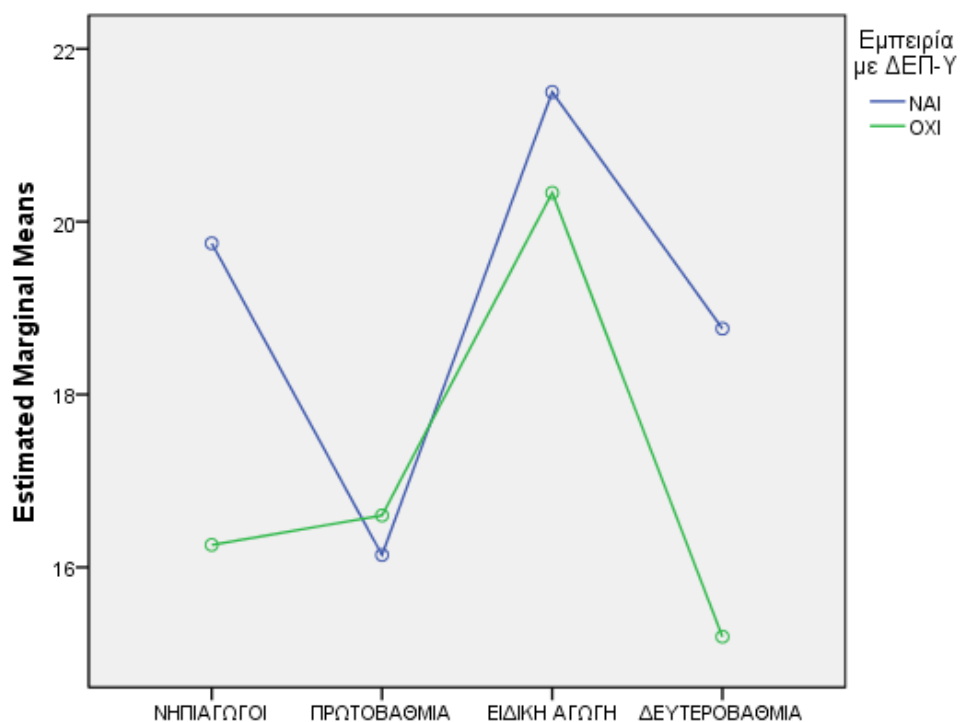
Ειδικής Αγωγής και Καθηγητές), επιλέχθηκε το κριτήριο One-Way Ανοηα πολλαπλών συγκρίσεων για να προσδιοριστεί ο μέσος όρος της ομάδας ή των ομάδων, που διαφέρουν σημαντικά (Γράφημα 8 και 9).



Γράφημα 4

Ποσοστό σωστών απαντήσεων στη συνολική κλίμακα KADDS των συμμετεχόντων ηλικίας 21-25, σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ" και "ειδικότητα εκπαιδευτικού"

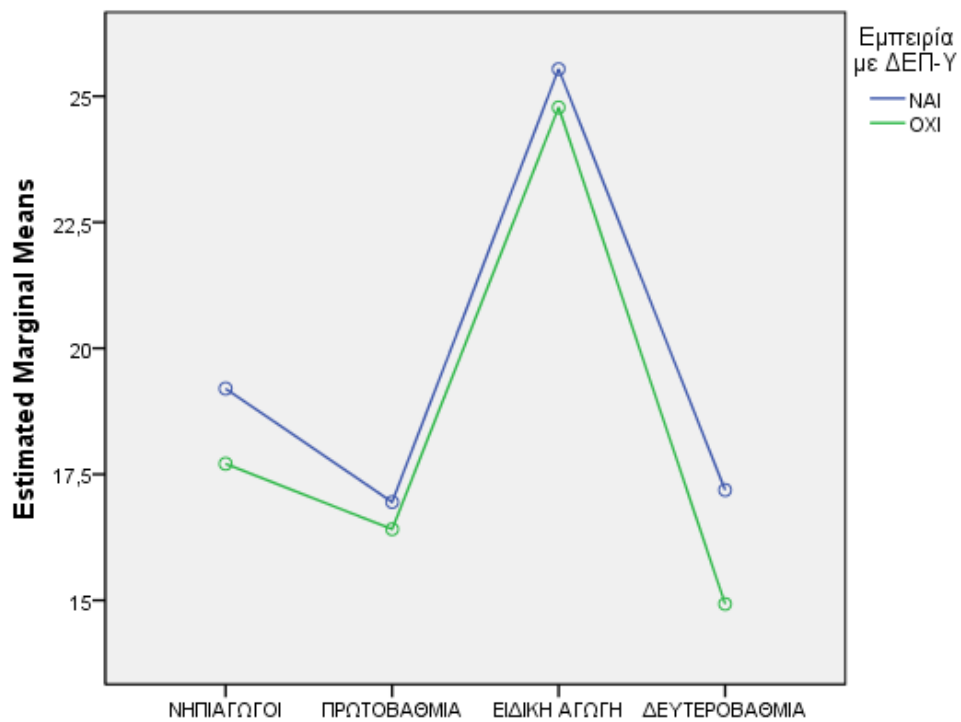
Ποσοστό σωστών απαντήσεων στη συνολική κλίμακα, των συμμετεχόντων ηλικίας 26-35 ετών



Γράφημα 5

Ποσοστό σωστών απαντήσεων στη συνολική κλίμακα KADDS των συμμετεχόντων ηλικίας 26-35, σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ" και "ειδικότητα εκπαιδευτικού"

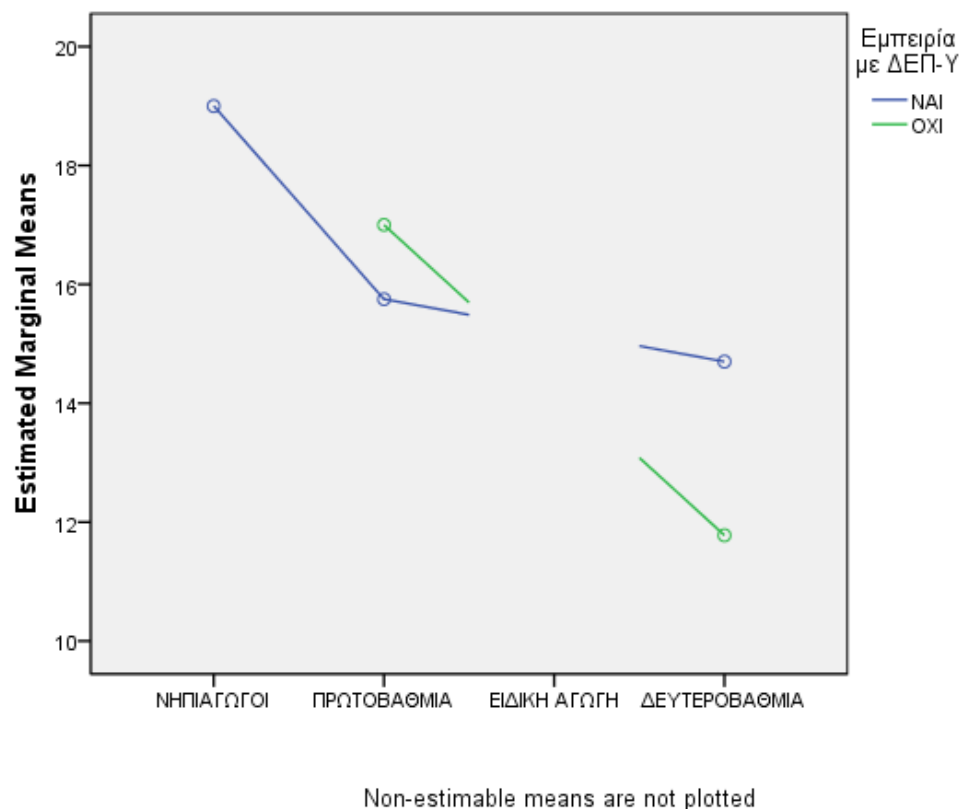
Ποσοστό σωστών απαντήσεων στη συνολική κλίμακα, των συμμετεχόντων ηλικίας 36-45 ετών



Γράφημα 6

Ποσοστό σωστών απαντήσεων στη συνολική κλίμακα KADDS των συμμετεχόντων ηλικίας 36-45, σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ" και "ειδικότητα εκπαιδευτικού"

Ποσοτό σωστών απαντήσεων στη συνολική κλίμακα, των συμμετεχόντων >56

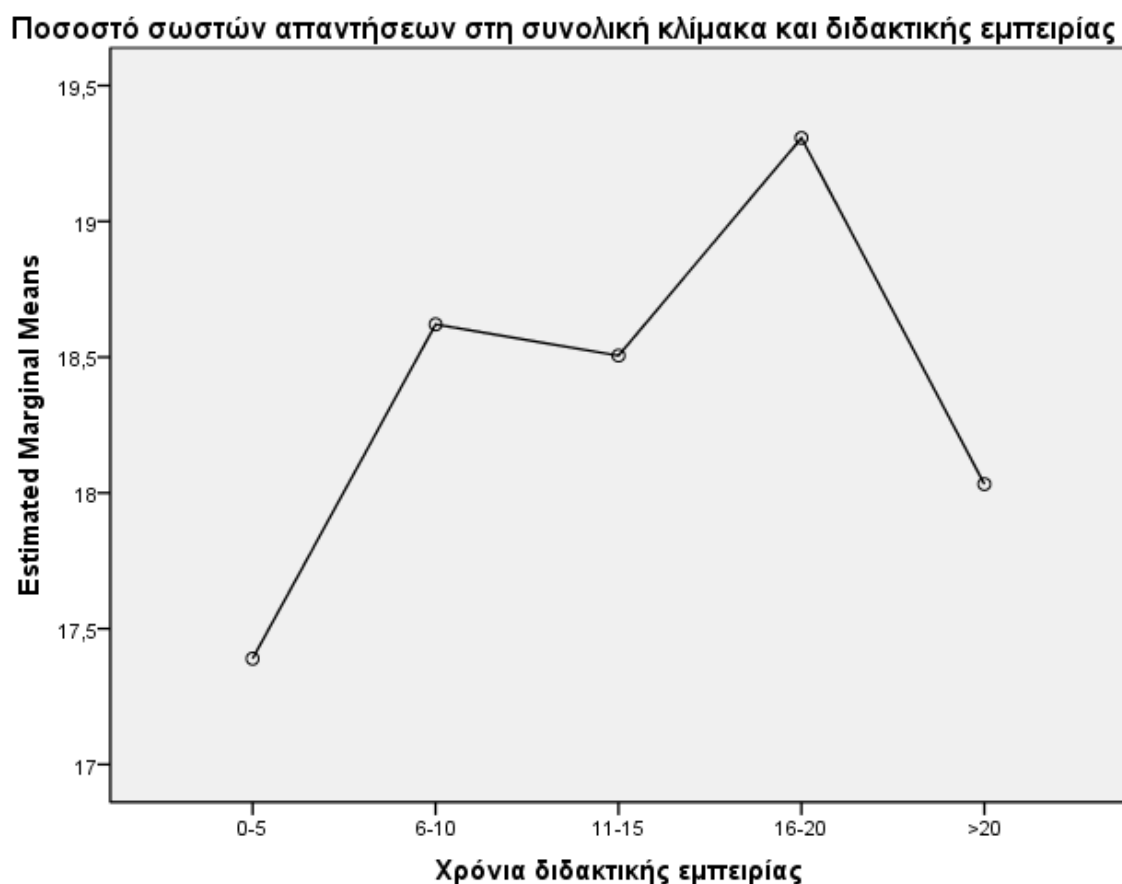


Γράφημα 7

Ποσοτό σωστών απαντήσεων στη συνολική κλίμακα KADDS των συμμετεχόντων ηλικίας >56, σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές "εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ" και "ειδικότητα εκπαιδευτικού"

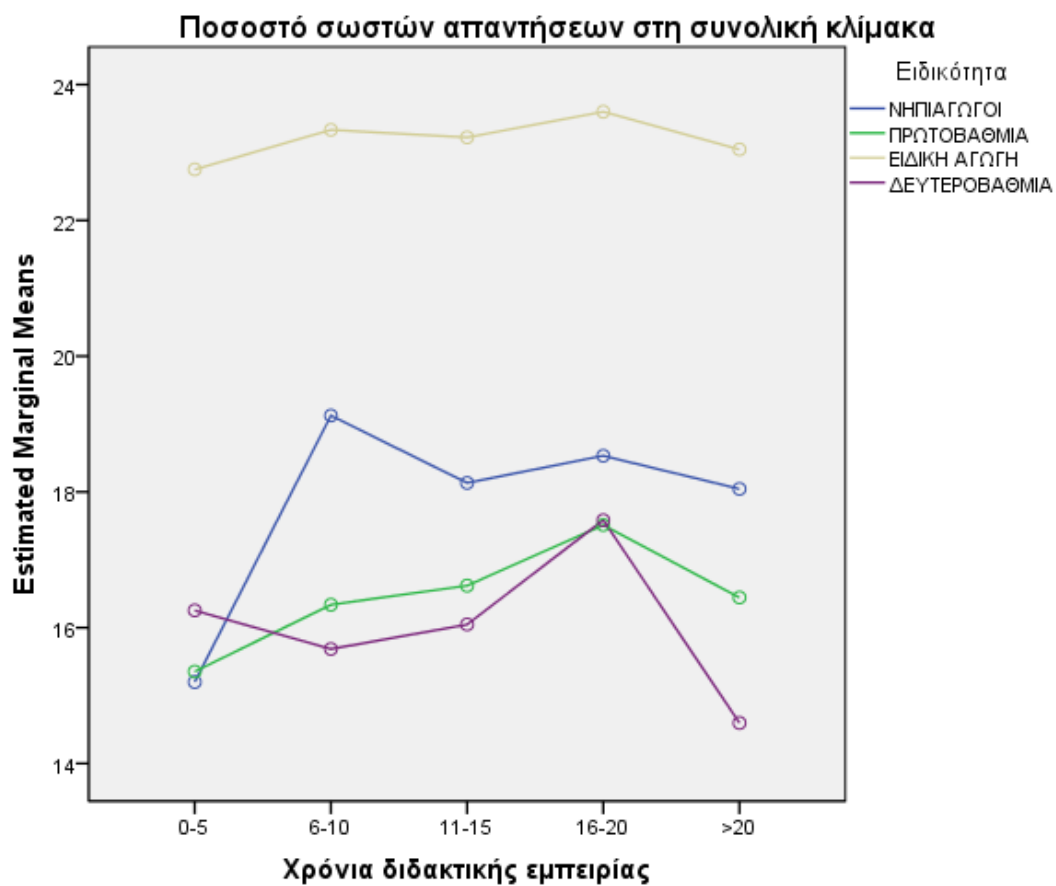
Για να ελεγχθεί πώς διαμορφώνεται ο μέσος όρος της εξαρτημένης μεταβλητής "ποσοτό σωστών απαντήσεων" στις ανεξάρτητες μεταβλητές "ειδικότητα εκπαιδευτικού" (Νηπιαγωγοί, Δάσκαλοι, εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής και Καθηγητές) και χρόνια προϋπηρεσίας, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διακύμανσης Διπλής Κατεύθυνσης για ανεξάρτητα δείγματα (Two-Way Anova between subjects), για τη συνολική κλίμακα KADDS ανά χρόνια προϋπηρεσίας. Από την ανάλυση προέκυψαν τα Πολύγωνα συχνότητας των μέσων όρων (Γράφημα 8 και 9). Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε ότι το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό ($p < 0.000$). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μεταβλητής "χρόνια προϋπηρεσίας" ($F = 1.440$ $p > 0.05$) στη μεταβλητή "ειδικότητα" ($F = 24.648$ $p < 0.000$) καθώς και της αλληλεπίδρασής τους ($F = 1.308$ $p > 0.05$) (Γράφημα 8). Επειδή η

μεταβλητή "ειδικότητα" περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες (Νηπιαγωγούς, Δασκάλους γενικής αγωγής, εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής και Καθηγητές), επιλέχθηκε το κριτήριο One-Way Anova πολλαπλών συγκρίσεων για να προσδιοριστεί ο μέσος όρος της ομάδας ή των ομάδων, που διαφέρουν σημαντικά (Γράφημα 9).



Γράφημα 8

Ποσοστό σωστών απαντήσεων στη συνολική κλίμακα KADDS των συμμετεχόντων, σε σχέση με την ανεξάρτητη μεταβλητή "χρόνια διδακτικής εμπειρίας"



Γράφημα 9

Ποσοστό σωστών απαντήσεων στη συνολική κλίμακα KADDS, των συμμετεχόντων σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές "χρόνια διδακτικής εμπειρίας" και "ειδικότητα εκπαιδευτικού".

Κεφάλαιο 7ο: Σχολιασμός Αποτελεσμάτων-Προτάσεις

Η παρούσα έρευνα αποσκοπούσε στο να διερευνήσει τις γνώσεις τους σε τρεις σημαντικές περιοχές σχετικές με τη διαταραχή:

α) τα σχετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, (δηλ., γενικές πληροφορίες για τη φύση, τις αιτίες και την πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ),

β) τα συμπτώματα και τη διάγνωση και γ) την παρέμβαση. Εκτός από την αξιολόγηση αυτών των περιοχών της γνώσης, η έρευνα είχε ως στόχο να διακρίνει την έλλειψη πληροφοριών για τη ΔΕΠ-Υ, από τις ανακριβείς πεποιθήσεις (δηλ. τις παρερμηνείες) και τις προκαταλήψεις για τη διαταραχή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί κατέχουν κάτω του μέσου επιπέδου γνώσεων (45%) για τη ΔΕΠ/Υ, γεγονός που δείχνει ότι υπάρχει σημαντική έλλειψη γνώσεων για τη διαταραχή. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και από το Δημάκο (2007), που χρησιμοποιώντας την αρχική (μικρότερη έκδοση με 27 ερωτήσεις) του KADDS, μόνο σε δασκάλους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, βρήκε 49,86% ποσοστό σωστών απαντήσεων. Καλύτερο επίπεδο γνώσεων βρήκαν οι Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά (2010) με άλλο ερευνητικό εργαλείο και με δείγμα μόνο δασκάλων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, που πιθανώς κατέχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τη διαταραχή, λόγω της πολύωρης, καθημερινής επαφής με τα παιδιά και επειδή τα συμπτώματά της εκδηλώνονται πιο έντονα στην παιδική ηλικία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με τις υποκλίμακες του KADDS

Από τα αποτελέσματα επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση ότι οι δάσκαλοι γνωρίζουν περισσότερα για τα συμπτώματα και τη διάγνωση, λιγότερα για τα γενικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής (φύση, αιτιολογία και πρόληψη της ΔΕΠ-Υ) και ακόμη πιο λίγα για την αντιμετώπισή της. Παρόμοια ευρήματα στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται και στην έρευνα, των: Ohan, Cormier, Hepp, Visser, & Strain, (2008), ενώ αντίθετα, η έρευνα των West, Taylor, Houghton & Hudyma (2005), έδειξε ότι οι δάσκαλοι γνωρίζουν περισσότερα για την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ (στην παρούσα έρευνα ανήκει στην υποκλίμακα "Γενικά χαρακτηριστικά") και λιγότερα για τα Συμπτώματα/Διάγνωση, αλλά συμφωνεί με την παρούσα έρευνα στο ότι τις λιγότερες γνώσεις τις έχουν σχετικά με την αντιμετώπισή της.

Επιπλέον, στην ελληνική βιβλιογραφία παρόμοια είναι τα συμπεράσματα της Καραγρηγορίου (2003), η οποία ερευνήσε τις γνώσεις των Νηπιαγωγών και διεπίστωσε ότι γνωρίζουν περισσότερα για τα γενικά χαρακτηριστικά της διαταραχής και λιγότερα για την αντιμετώπισή

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά (2010), σε δείγμα 139 δασκάλων, που διερευνήσαν τις γνώσεις των δασκάλων σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ. έδειξε επίσης ότι οι δάσκαλοι είναι περισσότερο ενήμεροι σχετικά με τη συμπτωματολογία και τον ορισμό της ΔΕΠ-Υ και λιγότερο ενημερωμένοι για τα αίτια και την αντιμετώπισή της.

Ποσοστό σωστών απαντήσεων και θεωρητικής κατάρτισης

Οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία και στις τρεις υποκλίμακες του KADDS σε σχέση με τις άλλες τρεις κατηγορίες, δηλαδή τους Νηπιαγωγούς, τους Δασκάλους Γενικής Αγωγής και τους Καθηγητές. Σε παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταλήξει και οι έρευνες των Sciutto (2000), και Sciutto & Terjesen (2004). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει την ερευνητική υπόθεση ότι οι "δάσκαλοι ειδικής αγωγής, θα σημειώνουν υψηλότερους βαθμούς στο KADDS, λόγω της πρόσθετης κατάρτισης, που έχουν λάβει, προκειμένου να διδάξουν αυτά τα παιδιά". Οι Νηπιαγωγοί είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους Δασκάλους γενικής αγωγής και τους Καθηγητές στις υποκλίμακες και "Συμπτώματα/Διάγνωση" και "Αντιμετώπιση". Οι Δάσκαλοι γενικής αγωγής είχαν υψηλότερο μέσο όρο σωστών απαντήσεων από τους Νηπιαγωγούς στην υποκλίμακα "Γενικά Χαρακτηριστικά", ενώ οι Καθηγητές δε σημείωσαν υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων σε καμία υποκλίμακα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στην εφηβεία εμφανίζονται τα δευτεροβάθμια προβλήματα της διαταραχής, τα οποία λόγω του υψηλού ποσοστού συννοσηρότητας και με άλλες διαταραχές, δύσκολα αναγνωρίζονται ως συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Ποσοστό σωστών απαντήσεων και εμπειρίας με μαθητή με ΔΕΠ-Υ.

Βρέθηκε επίσης θετική συσχέτιση ανάμεσα στα ποσοστά των σωστών απαντήσεων των εκπαιδευτικών και την εμπειρία τους με μαθητή με ΔΕΠ-Υ. Οι εκπαιδευτικοί, που είχαν διδάξει μαθητή με ΔΕΠ-Υ, σημείωσαν υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων και στις τρεις υποκλίμακες του KADDS, σε σχέση με εκείνους, που δεν είχαν διδάξει ποτέ μαθητή με ΔΕΠ-Υ. Στην ελληνική βιβλιογραφία σε παρόμοια αποτελέσματα έχει καταλήξει και η έρευνα του Δημάκου (2007), σε 247 δασκάλους, οι έρευνες των Jerome, Gordon & Hustler (1994), Sciutto, Terjesen & Bender-Frank (2000) και Kos, Richdale & Jackson (2004), που παρουσιάζουν θετική

συσχέτιση ανάμεσα στη γνώση για τη ΔΕΠ-Υ και τη διδακτική εμπειρία ενός δασκάλου με παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει την ερευνητική υπόθεση ότι οι "δάσκαλοι ειδικής αγωγής, που έχουν εμπειρία με παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, θα σημειώνουν υψηλότερους βαθμούς στο KADDS".

Ποσοστό σωστών απαντήσεων και εμπειρίας με μαθητή με ΔΕΠ-Υ σε κάθε υποκλίμακα.

Οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής με εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ σημείωσαν υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων σε όλες τις υποκλίμακες του KADDS και ακολουθούν με τη σειρά οι Νηπιαγωγοί, οι Δάσκαλοι γενικής αγωγής και οι Καθηγητές. Όλοι οι συμμετέχοντες, που έχουν διδάξει μαθητή με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερο ποσοστό σωστών απαντήσεων σε σχέση με εκείνους, που δεν έχουν διδάξει. Στις υποκλίμακες "Συμπτώματα/Διάγνωση" και "Αντιμετώπιση" οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής, που δεν έχουν διδάξει μαθητή με ΔΕΠ-Υ, έχουν υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων σε σχέση με αυτούς, που έχουν διδάξει. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο στην υποκλίμακα "Αντιμετώπιση". Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι οι γνώσεις, που αποκτώνται σχετικά με τη διαταραχή ως αποτέλεσμα κατάρτισης και πληροφόρησης υπερσκελίζουν την εμπειρία. Οι δάσκαλοι ειδικής αγωγής δηλαδή, που είναι καλύτερα ενημερωμένοι και καταρτισμένοι σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, γνωρίζουν περισσότερα σχετικά με τη διάγνωση, τα συμπτώματα και την αντιμετώπισή της (Sciutto & Terjesen 2004).

Ποσοστό σωστών απαντήσεων, ηλικίας και εμπειρίας με μαθητή με ΔΕΠ-Υ στη συνολική κλίμακα.

Σε όλες σχεδόν τις ηλικίες (21-25, 26-35, 36-45 και >56) οι Νηπιαγωγοί, οι Δάσκαλοι γενικής αγωγής, οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής και οι Καθηγητές, που έχουν εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων σε σχέση με τους συναδέλφους τους, που δεν έχουν. Εξαίρεση αποτελούν οι Νηπιαγωγοί ηλικίας 21-25 ετών και οι Δάσκαλοι γενικής αγωγής ηλικίας 36-45.

Ποσοστό σωστών απαντήσεων και διδακτικής εμπειρίας στη συνολική κλίμακα.

Ως προς το ποσοστό των σωστών απαντήσεων σε όλη την κλίμακα και τα χρόνια προϋπηρεσίας τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι δάσκαλοι, που έχουν πάνω από 20 χρόνια προϋπηρεσίας, έχουν μικρότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων από τους συναδέλφους τους με λιγότερα χρόνια

προϋπηρεσίας. Το ίδιο διαπιστώθηκε και για τους εκπαιδευτικούς με 11-15 χρόνια προϋπηρεσίας. Από αυτό συμπεραίνουμε υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα χρόνια προϋπηρεσίας και τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠ-Υ.

Το ίδιο διαπιστώθηκε και για το ποσοστό των σωστών απαντήσεων και τα χρόνια προϋπηρεσίας ανά κατηγορία εκπαιδευτικών. Σε ανάλογα αποτελέσματα έχουν καταλήξει και άλλες έρευνες. Στην ελληνική βιβλιογραφία οι έρευνες των Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά (2010) και του Δημάκου (2007) και στη διεθνή βιβλιογραφία η έρευνα των Jerome, Gordon & Hustler (1994) για το αμερικανικό δείγμα της έρευνας. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η αυξανόμενη πανεπιστημιακή κατάρτιση των φοιτητών σχετικά με τη διαταραχή, αντισταθμίζει την άμεση διδακτική εμπειρία, των δασκάλων, οι οποίοι όμως είχαν φτωχή αρχική πανεπιστημιακή κατάρτιση σχετικά με τη διαταραχή.

Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ κινούνται συνεχώς νευρικά ή στριφογυρίζουν στο κάθισμά τους, ότι αποσπώνται συχνά από άσχετα ερεθίσματα ή ότι δυσκολεύονται να οργανώσουν τις εργασίες και τις δραστηριότητές τους. Σε παρόμοια αποτελέσματα έχει καταλήξει και η έρευνα των Pelham, Evans, Gnagy, & Greenslade (1992).

Σχετικά με τη διάκριση της ΔΕΠ-Υ το 70% γνωρίζει ότι η διαταραχή έχει δύο υπότυπους, που ο ένας έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία και ο άλλος την υπερδραστηριότητα/παρορμητικότητα.

Ως προς την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, λιγότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (43%) συμφωνούν ότι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων είναι η κατάρτιση των γονέων και των εκπαιδευτικών σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία και μόνο το 42% γνωρίζει ότι η ΔΕΠ-Υ δε θεραπεύεται.

Τι δεν ξέρουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με την Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.

Με την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων, δε γνωρίζει τις παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων ή διατηρεί σημαντικές παρερμηνείες για αυτά, όπως για παράδειγμα ότι η παρατεταμένη χρήση διεγερτικών φαρμάκων οδηγεί σε αυξανόμενο εθισμό (π.χ

ουσίες, οινόπνευμα) στην ενηλικίωση. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί και με τα αποτελέσματα της έρευνας των Snider, Busch & Arrowood (2003), που αξιολόγησαν τις γνώσεις, τις απόψεις και την εμπειρία των δασκάλων ειδικής και γενικής αγωγής σε σχέση με τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ με διεγερτικά φάρμακα και τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις περιορισμένες γνώσεις των δασκάλων γύρω από τη χρήση των φαρμάκων. Οι Kasten, Coury & Heron (1992), επίσης διερεύνησαν τις γνώσεις των δασκάλων σχετικά με τη χρήση διεγερτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ειδικά οι δάσκαλοι γενικής αγωγής χρειάζονται επιμόρφωση σχετικά με το θέμα, αφού έλαβαν ελλιπή κατάρτιση σχετικά με αυτό κατά τη διάρκεια των σπουδών.

Παρερμηνείες σχετικά με την αιτιολογία και την πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων πιστεύει ότι η κατανάλωση ζάχαρης και άλλες διαιτητικές τροποποιήσεις, έχουν αντίκτυπο στα συμπτώματά της διαταραχής, ότι η ΔΕΠ-Υ δεν είναι κληρονομική και ότι προκαλείται από την κακή διαπαιδαγώγηση. Σε αντίστοιχα αποτελέσματα έχει καταλήξει και η έρευνα του Κάκουρου (2006), που έδειξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό πιστεύει λανθασμένα, πως τα προβλήματα της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ οφείλονται σε οικογενειακούς παράγοντες, όπως η παραμέληση, οι κακοί τρόποι διαπαιδαγώγησης και το διαζύγιο. Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι έρευνες των DiBattista & Shepherd, (1993), Jerome, Gordon & Hustler, (1994), Bussing, Scoenberg & Perwein, (1998), Jerome, Washington, Laine & Segal, (1999), Bekle, (2004) και Ghanizadeh, Bahredar & Moeini, (2006), που διερεύνησαν τις γνώσεις και τις στάσεις των δασκάλων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ, διαπίστωσαν επίσης ότι τέτοιες παρερμηνείες για τη διαταραχή εμμένουν, παρά τις αντίθετες ενδείξεις.

Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες της έρευνας πιστεύουν ότι η προβληματική συμπεριφορά (π.χ. υπερδραστικότητα, απροσεξία) των πολύ μικρών παιδιών (κάτω των 4 ετών) με ΔΕΠ/Υ, είναι πολύ διαφορετική από τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους, που δεν έχουν ΔΕΠ/Υ. Η έρευνα των Stormont & Stebbins, (2005), που διερεύνησε τις γνώσεις 138 νηπιαγωγών, γύρω από τη ΔΕΠ-Υ, έδειξε επίσης ότι γνωρίζουν λίγα για την αξιολόγηση των προβλημάτων, που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, στα νήπια.

Το ένα τρίτο περίπου των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα ξεπεράσουν τα συμπτώματα της διαταραχής στην ενηλικίωση, εύρημα, που αναφέρεται και στις έρευνες των Bekle, (2004) και Jerome, Gordon, & Hustler, (1994).

Διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν μεγάλο έλλειμμα γνώσεων στον τομέα της αντιμετώπισης της διαταραχής με φάρμακα και στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς. Σε αντίστοιχο αποτέλεσμα ότι οι δάσκαλοι δε γνωρίζουν τις κατάλληλες ψυχοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις και τις κατάλληλες διδακτικές μεθόδους για την εκπαίδευση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, έχει καταλήξει και η έρευνα της Καραγρηγορίου, (2003).

Τουλάχιστον το ένα πέμπτο των συμμετεχόντων στην έρευνα αποδίδει στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χαρακτηριστικά, που ανήκουν σε άλλες διαταραχές, ενώ διαπιστώθηκε πως πολλοί συμμετέχοντες διατηρούν παρερμηνείες σχετικά με την περιστασιακή μεταβλητότητα των συμπτωμάτων. Για παράδειγμα δε γνωρίζουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ "ακούνε" περισσότερο τους πατέρες τους απ' ότι τις μητέρες τους ή ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δυσκολεύονται το ίδιο, είτε αντιμετωπίζουν γνωστές καταστάσεις είτε νέες. Τέλος πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες πιστεύουν ότι υπάρχουν συγκεκριμένα φυσικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, στα οποία "στηρίζονται" οι γιατροί (πχ. Παιδίατροι), προκειμένου να καταλήξουν σε μια οριστική διάγνωση της ΔΕΠ/Υ.

Βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ότι χρησιμοποιήθηκε ένα μόνο εργαλείο για την αξιολόγηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν στη ΔΕΠ-Υ. Σε μία μελλοντική επέκταση της έρευνας θα ήταν χρήσιμο να ακολουθηθούν κι άλλες μέθοδοι αξιολόγησης των γνώσεων των εκπαιδευτικών με τη χρήση ποιοτικών προσεγγίσεων, όπως συνέντευξη και παρατήρηση

Όσο καλύτερα ενημερωμένοι σχετικά με τη διαταραχή είναι οι δάσκαλοι, τόσο καλύτερα συνεργάζονται και με τους γονείς, για τη διαχείριση των προβλημάτων των παιδιών αυτών (Barkley, 1990; Dulcan & Benson, 1997), αλλά και με τους άλλους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας για τον έγκυρο και ακριβή εντοπισμό τους (Montague, McKinney & Hocutt, 1994; Fell & Pierce, 1995; Barkley, 1997; Sloan, Jensen & Kettle, 1999) και την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Οι δάσκαλοι αναγνωρίζουν ότι μια διάγνωση για ΔΕΠ-Υ έχει επιπτώσεις στο σχολικό πλαίσιο και εκφράζουν την επιθυμία τους για ουσιαστική εκπαίδευση σχετικά με τη διαταραχή, δηλαδή την κατάρτισή τους σε θέματα, που καλύπτουν άμεσα τις ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη (Bekle, 2004).

Για την πραγματοποίηση αυτού του στόχου, απαιτείται τόσο ο εμπλουτισμός του προγράμματος σπουδών των Πανεπιστημίων με μαθήματα για τους προπτυχιακούς, όσο και η πραγματοποίηση

προγραμμάτων επιμόρφωσης και εκπαίδευσης σε σχέση με τη διαταραχή για τους εν υπηρεσία δασκάλους, αφού μπορεί τα θεμέλια της θεωρητικής κατάρτισης ενός δασκάλου να μπαίνουν στο Πανεπιστήμιο, αλλά η σχολική τάξη απαιτεί το μετασχηματισμό της θεωρητικής γνώσης σε εφαρμόσιμα σχέδια και στρατηγικές (Mioduser, Margalit & Efrati, 1998). Προηγουμένως είναι απαραίτητη αφενός η ανίχνευση των γνώσεών τους, ώστε να εντοπιστούν τα κενά που υπάρχουν στις γνώσεις τους σχετικά με τη διαταραχή και αφετέρου η αξιολόγηση τόσο των προγραμμάτων επιμόρφωσης όσο και των μαθημάτων , που γίνονται στα παν/μια, με πρακτική άσκηση, προκειμένου να ανακαλυφθούν ίσως οι λόγοι για τους οποίους υπάρχουν τα κενά στις γνώσεις τους, ιδιαίτερα όσον αφορά τους "μύθους" για τη διαταραχή.

Επιμορφώνοντας τους δασκάλους σε σχέση με τη διαταραχή διευκολύνουμε την εκπαίδευση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, γιατί έτσι θα μπορούν να εφαρμόζουν αποτελεσματικές στρατηγικές μάθησης, να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν κατάλληλα σχολικά προγράμματα, να παρακολουθούν τα αποτελέσματα των φαρμάκων και να ενισχύουν τα προγράμματα τροποποίησης συμπεριφοράς, που ακολουθούνται στο σπίτι (Gardill, DuPaul et al., 1996; Sloan et al., 1999).

Παράρτημα Α

(εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα)

- Επιστολή προς τους Διευθυντές
- Επιστολή προς τους Γυμνασιάρχες
- Επιστολή προς τους Δασκάλους Γενικής Αγωγής
- Επιστολή προς τους Δασκάλους Τμημάτων Ένταξης
- Επιστολή προς τους Νηπιαγωγούς
- Επιστολή προς τους Καθηγητές
- Ερωτηματολόγιο
- Ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των ατομικών – δημογραφικών στοιχείων

Με τις επιστολές η ερευνήτρια ενημερώνει τους συμμετέχοντες για το σκοπό της έρευνας και τους διαβεβαιώνει για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των στοιχείων



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας

Ελ. Βενιζέλου 70, 176 71, Αθήνα

Αγαπητέ/ή Διευθυντά/ντρια

Η αφιέρωση λίγου χρόνου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ουσιαστική συμβολή στην έρευνα για την ανίχνευση των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Η συμβολή σας στη διευκόλυνση της ερευνήτριας στη συλλογή των ερωτηματολογίων από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου σας είναι απαραίτητη, για την προώθηση και την επιτυχή έκβαση της εκπαιδευτικής έρευνας, με στόχο τη διάδοση και αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων για τη βελτίωση του εκπαιδευτικού έργου.

Διευκρινίζεται ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) κατηγοριοποιείται ως ειδική εκπαιδευτική ανάγκη, αφού επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να ρυθμίζει και να ελέγχει τη συμπεριφορά του, καθώς και την ικανότητά του να συγκεντρώνεται στο πλαίσιο μιας δομημένης δραστηριότητας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Αν θέλετε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και για βιβλιογραφία για τη ΔΕΠ/Υ, σημειώστε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση ή την ταχυδρομική διεύθυνση του σχολείου σας.

Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΜΠΣ 'Εκπαίδευση & Πολιτισμός
τηλ. 2106090645 e-mail: e.mariou@nuovamarea.com

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας
EYGENIA MARIOY



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας

Ελ. Βενιζέλου 70, 176 71, Αθήνα

Αγαπητέ/ή Γυμνασιάρχα/ισσα

Η αφιέρωση λίγου χρόνου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ουσιαστική συμβολή στην έρευνα για την ανίχνευση των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Η συμβολή σας στη διευκόλυνση της ερευνήτριας στη συλλογή των ερωτηματολογίων από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου σας είναι απαραίτητη, για την προώθηση και την επιτυχή έκβαση της εκπαιδευτικής έρευνας, με στόχο τη διάδοση και αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων για τη βελτίωση του εκπαιδευτικού έργου.

Διευκρινίζεται ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) κατηγοριοποιείται ως ειδική εκπαιδευτική ανάγκη, αφού επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να ρυθμίζει και να ελέγχει τη συμπεριφορά του, καθώς και την ικανότητά του να συγκεντρώνεται στο πλαίσιο μιας δομημένης δραστηριότητας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Αν θέλετε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και για βιβλιογραφία για τη ΔΕΠ/Υ , σημειώστε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση ή την ταχυδρομική διεύθυνση του σχολείου σας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας

EYGENIA MARIOY

Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΜΠΣ 'Εκπαίδευση & Πολιτισμός' τηλ.

2106090645 e-mail: e.mariou@nuovamarea.com



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας

Ελ. Βενιζέλου 70, 176 71, Αθήνα

Αγαπητέ/ή Δάσκαλε, Δασκάλα

Η αφιέρωση λίγου χρόνου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ουσιαστική συμβολή στην έρευνα για την ανίχνευση των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Η συμβολή σας στη διευκόλυνση της ερευνήτριας στη συλλογή των ερωτηματολογίων από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου σας είναι απαραίτητη, για την προώθηση και την επιτυχή έκβαση της εκπαιδευτικής έρευνας, με στόχο τη διάδοση και αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων για τη βελτίωση του εκπαιδευτικού έργου.

Διευκρινίζεται ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) κατηγοριοποιείται ως ειδική εκπαιδευτική ανάγκη, αφού επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να ρυθμίζει και να ελέγχει τη συμπεριφορά του, καθώς και την ικανότητά του να συγκεντρώνεται στο πλαίσιο μιας δομημένης δραστηριότητας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Αν θέλετε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και για βιβλιογραφία για τη ΔΕΠ/Υ , σημειώστε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση ή την ταχυδρομική διεύθυνση του σχολείου σας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας

EYGENIA MARIOY

Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΜΠΣ 'Εκπαίδευση & Πολιτισμός' τηλ.

2106090645 e-mail: e.mariou@nuovamarea.com



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας

Ελ. Βενιζέλου 70, 176 71, Αθήνα

Αγαπητέ/ή Δάσκαλε ειδικής αγωγής

Η αφιέρωση λίγου χρόνου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ουσιαστική συμβολή στην έρευνα για την ανίχνευση των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Η συμβολή σας στη διευκόλυνση της ερευνήτριας στη συλλογή των ερωτηματολογίων από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου σας είναι απαραίτητη, για την προώθηση και την επιτυχή έκβαση της εκπαιδευτικής έρευνας, με στόχο τη διάδοση και αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων για τη βελτίωση του εκπαιδευτικού έργου.

Διευκρινίζεται ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) κατηγοριοποιείται ως ειδική εκπαιδευτική ανάγκη, αφού επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να ρυθμίζει και να ελέγχει τη συμπεριφορά του, καθώς και την ικανότητά του να συγκεντρώνεται στο πλαίσιο μιας δομημένης δραστηριότητας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Αν θέλετε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και για βιβλιογραφία για τη ΔΕΠ/Υ , σημειώστε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση ή την ταχυδρομική διεύθυνση του σχολείου σας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας

EYGENIA MARIOY

Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΜΠΣ 'Εκπαίδευση & Πολιτισμός' τηλ.

2106090645 e-mail: e.mariou@nuovamarea.com



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας

Ελ. Βενιζέλου 70, 176 71, Αθήνα

Αγαπητέ/ή Νηπιαγωγέ

Η αφιέρωση λίγου χρόνου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ουσιαστική συμβολή στην έρευνα για την ανίχνευση των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Η συμβολή σας στη διευκόλυνση της ερευνήτριας στη συλλογή των ερωτηματολογίων από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου σας είναι απαραίτητη, για την προώθηση και την επιτυχή έκβαση της εκπαιδευτικής έρευνας, με στόχο τη διάδοση και αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων για τη βελτίωση του εκπαιδευτικού έργου.

Διευκρινίζεται ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) κατηγοριοποιείται ως ειδική εκπαιδευτική ανάγκη, αφού επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να ρυθμίζει και να ελέγχει τη συμπεριφορά του, καθώς και την ικανότητά του να συγκεντρώνεται στο πλαίσιο μιας δομημένης δραστηριότητας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Αν θέλετε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και για βιβλιογραφία για τη ΔΕΠ/Υ , σημειώστε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση ή την ταχυδρομική διεύθυνση του σχολείου σας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας

EYGENIA MARIOY

Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΜΠΣ 'Εκπαίδευση & Πολιτισμός' τηλ.

2106090645 e-mail: e.mariou@nuovamarea.com



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας

Ελ. Βενιζέλου 70, 176 71, Αθήνα

Αγαπητέ/ή Καθηγητά, καθηγήτρια

Η αφιέρωση λίγου χρόνου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ουσιαστική συμβολή στην έρευνα για την ανίχνευση των γνώσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Η συμβολή σας στη διευκόλυνση της ερευνήτριας στη συλλογή των ερωτηματολογίων από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου σας είναι απαραίτητη, για την προώθηση και την επιτυχή έκβαση της εκπαιδευτικής έρευνας, με στόχο τη διάδοση και αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων για τη βελτίωση του εκπαιδευτικού έργου.

Διευκρινίζεται ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) κατηγοριοποιείται ως ειδική εκπαιδευτική ανάγκη, αφού επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να ρυθμίζει και να ελέγχει τη συμπεριφορά του, καθώς και την ικανότητά του να συγκεντρώνεται στο πλαίσιο μιας δομημένης δραστηριότητας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Αν θέλετε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και για βιβλιογραφία για τη ΔΕΠ/Υ , σημειώστε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση ή την ταχυδρομική διεύθυνση του σχολείου σας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας

EYGENIA MARIOY

Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΜΠΣ 'Εκπαίδευση & Πολιτισμός' τηλ.

2106090645 e-mail: e.mariou@nuovamarea.com



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας

Ελ. Βενιζέλου 70, 176 71, Αθήνα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΕΠ-Υ

Παρακαλώ, απαντήστε στις ακόλουθες προτάσεις σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ). βάζοντας **X** στο πεδίο της επιλογής σας. Εάν δεν είστε βέβαιοι για μια απάντηση, απαντήστε: Δεν Ξέρω (ΔΞ). ΜΗΝ ΚΑΝΕΤΕ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.

Σωστό (Σ), Λάθος (Λ), ή Δεν Ξέρω (ΔΞ)

	Σ	Λ	ΔΞ	
1	☐	☐	☐	Οι περισσότερες επιδημιολογικές εκτιμήσεις δείχνουν ότι η ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται περίπου στο 15% των παιδιών σχολικής ηλικίας.
2	☐	☐	☐	Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ΔΕΠ/Υ συχνά εμφανίζεται στα παιδιά εκείνα, που οι γονείς τους τα διαπαιδαγωγούν με ακατάλληλους τρόπους.
3	☐	☐	☐	Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αποσπώνται συχνά από άσχετα ερεθίσματα.
4	☐	☐	☐	Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ 'ακούνε' περισσότερο τους πατέρες τους απ' ότι τις μητέρες τους.
5	☐	☐	☐	Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ, πρέπει τα συμπτώματα της διαταραχής να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.

6	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Η ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται συχνότερα στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού, (δηλ. γονείς, αδέρφια) των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, παρά στο γενικό πληθυσμό.
7	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Ένα σύμπτωμα των παιδιών με ΔΕΠ/Υ είναι ότι συμπεριφέρονται με σκληρότητα απέναντι στους άλλους ανθρώπους.
8	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Έχει βρεθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μειώνουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ σε πολλά παιδιά.
9	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ κινούνται συνεχώς νευρικά ή στριφογυρίζουν στο κάθισμά τους.
10	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Η κατάρτιση των γονέων και των εκπαιδευτικών σχετικά με την αντιμετώπιση ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ είναι γενικά αποτελεσματική, όταν συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία.
11	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή μεγάλη ιδέα για τον εαυτό τους.
12	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Όταν ολοκληρωθεί η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ, σπάνια επανεμφανίζονται τα συμπτώματα της διαταραχής.
13	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Μπορεί και ένας ενήλικας να διαγνωστεί με ΔΕΠ/Υ.
14.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν συχνά στο ιστορικό τους ένα περιστατικό κλοπής ή καταστροφής ξένης περιουσίας.
15.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται για τη ΔΕΠ/Υ, μπορεί να είναι η αϋπνία και η έλλειψη όρεξης για φαγητό.

16.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Η πρόσφατη γνώση για τη ΔΕΠ/Υ προτείνει δύο υποτύπους των συμπτωμάτων της διαταραχής: ο ένας έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την απροσεξία και ο άλλος την υπερδραστηριότητα/παρορμητικότητα.
17.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν συχνότερα συμπτώματα κατάθλιψης απ' ό, τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ.
18.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι συνήθως επαρκής αντιμετώπιση για τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ/Υ.
19.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ/Υ 'ξεπερνούν' τα συμπτώματά της διαταραχής στην αρχή της εφηβείας και λειτουργούν 'φυσιολογικά' ως ενήλικες.
20.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Σε βαριές περιπτώσεις ΔΕΠ/Υ, συχνά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται, πριν από την εφαρμογή άλλων τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς.
21.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ, θα πρέπει να παρουσιάζει τα σχετικά συμπτώματα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια. (π.χ. σπίτι, σχολείο).
22.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Εάν ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο σε ένα βιντεοπαιχνίδι ή στην τηλεόραση για μία ώρα, τότε θα μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο, για τουλάχιστον μία ώρα, στα μαθήματά του στο σχολείο και στο σπίτι.
23.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Μειώνοντας στη διατροφή τη ζάχαρη και τα συντηρητικά, που υπάρχουν στα τρόφιμα, περιορίζονται αποτελεσματικά και τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ.
24.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ από μόνη της, αρκεί για να έχει ένα παιδί δυνατότητα πρόσβασης σε ειδική αγωγή και εκπαίδευση.
25.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα διεγερτικά φάρμακα είναι ο πιο κοινός τύπος φαρμάκου, που χρησιμοποιείται, για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ/Υ.

26.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συχνά δυσκολεύονται να οργανώσουν τις εργασίες και τις δραστηριότητές τους.
27.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν γενικά περισσότερα προβλήματα στις νέες καταστάσεις απ' ό,τι στις γνωστές.
28.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Υπάρχουν συγκεκριμένα φυσικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, στα οποία 'στηρίζονται' οι γιατροί (πχ. παιδίατροι), προκειμένου να καταλήξουν σε μια οριστική διάγνωση της ΔΕΠ/Υ.
29.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Στα παιδιά σχολικής ηλικίας η ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται το ίδιο συχνά στα αγόρια και στα κορίτσια.
30.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Η προβληματική συμπεριφορά (π.χ. υπερδραστηριότητα, απροσεξία) των πολύ μικρών παιδιών (κάτω των 4 ετών) με ΔΕΠ/Υ, είναι πολύ διαφορετική από τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους, που δεν έχουν ΔΕΠ/Υ.
31.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διακρίνονται ευκολότερα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ/Υ μέσα στο πλαίσιο μια σχολικής τάξης, παρά σε ελεύθερη κατάσταση παιχνιδιού.
32.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ/Υ μπορεί να παρουσιάσει χαμηλή σχολική επίδοση, στα πρώτα σχολικά έτη.
33.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ παρουσιάζονται συχνά και σε παιδιά, που δεν έχουν ΔΕΠ/Υ, αλλά που προέρχονται από ανεπαρκή και χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα.
34.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Οι συμπεριφοριστικές/ψυχολογικές παρεμβάσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ εστιάζουν κυρίως στο πρόβλημα της απροσεξίας.
35.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (δηλ. θεραπεία με ηλεκτροσόκ) έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική αντιμετώπιση για τις βαριές περιπτώσεις ΔΕΠ/Υ.

36.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Έχει βρεθεί ότι οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ/Υ, που εστιάζουν κυρίως στην τιμωρία, είναι οι πιο αποτελεσματικές στον περιορισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής.
37.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Η έρευνα έχει δείξει ότι η παρατεταμένη χρήση διεγερτικών φαρμάκων οδηγεί σε αυξανόμενο εθισμό (π.χ ουσίες, οινόπνευμα) στην ενηλικίωση.
38.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Εάν ένα παιδί ανταποκρίνεται στα διεγερτικά φάρμακα (π.χ., Ritalin), τότε πιθανώς να έχει ΔΕΠ/Υ.
39.	Σ ☐	Λ ☐	ΔΞ ☐	Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ επιδεικνύουν γενικά μια άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες ρουτίνες ή τελετουργικά.

Παρακαλώ, απαντήστε βάζοντας **X** στο πεδίο της επιλογής σας ή συμπληρώνοντας όπου χρειάζεται.

Φύλο

Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

Ηλικία

21 – 25 ετών ☐ 36 – 45 ετών ☐ άνω των 56 ☐
26 – 35 ετών ☐ 46 – 55 ετών ☐

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος – η ☐ Διαζευγμένος- η ☐
Έγγαμος – η ☐ Συμβίωση ☐
Χήρος – α ☐

Αριθμός παιδιών

Χρόνια υπηρεσίας

0 - 5 έτη ☐ 11 – 15 έτη ☐ άνω των 20 ετών ☐
6 – 10 έτη ☐ 16 – 20 έτη ☐

Ειδικότητα

Νηπιαγωγός	☐	Φιλολόγος	☐
Δάσκαλος	☐	Μαθηματικός	☐
Εκπ/κός Τμήματος Ένταξης	☐	Φυσικός – Χημικός	☐
Εκπαιδευτικός ΠΕ61 ή ΠΕ71	☐	Θεολόγος	☐
Καθηγητής Ξένων Γλωσσών	☐	Κοινων/λόγος, Οικον/λόγος	☐
Καθηγητής Φυσικής Αγωγής	☐	Οικιακής Οικονομίας	☐
Μουσικής Καλλιτεχνικών	☐	Βιολόγος – Γεωλόγος	☐
Καθηγητής Πληροφορικής	☐		
Άλλη ειδικότητα	☐		

Παρακαλώ συμπληρώστε
την ειδικότητά σας

Ατομικό επίπεδο εκπαίδευσης

Βασικό (πρώτο πτυχίο)	☐	
Μετεκ/δευση σε Διδασκαλείο	☐	Ειδίκευση
Μεταπτυχιακό	☐	Ειδίκευση
Διδακτορικό	☐	Ειδίκευση

Είχατε ποτέ στην τάξη σας παιδιά με διαγνωσμένη

Ναι ☐

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)

Όχι ☐

Ημερομηνία συμπλήρωσης

ερωτηματολογίου

Πόλη

Σας ευχαριστώ θερμά για το χρόνο σας.

Ευγενία Μαριού

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2106090645

e-mail: e.mariou@nuovamarea.com

Παράρτημα Β

Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο KADDS

Appendix B: KADDS Items

Please answer the following questions regarding Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders (ADHD). If you are unsure of an answer, respond Don't Know (DK), DO NOT GUESS.

True (T), False (F), or Don't Know (DK) (circle one):

1. T F DK Most estimates suggest that ADHD occurs in approximately 15% of school age children.
2. T F DK Current research suggests that ADHD is largely the result of ineffective parenting skills.
3. T F DK ADHD children are frequently distracted by extraneous stimuli.
4. T F DK ADHD children are typically more compliant with their fathers than with their mothers.
5. T F DK In order to be diagnosed with ADHD, the child's symptoms must have been present before age
6. T F DK ADHD is more common in the 1st degree biological relatives (i.e. mother, father) of children with ADHD than in the general population.
7. T F DK One symptom of ADHD children is that they have been physically cruel to other people.
8. T F DK Antidepressant drugs have been effective in reducing symptoms for many ADHD children.
9. T F DK ADHD children often fidget or squirm in their seats.
10. T F DK Parent and teacher training in managing an ADHD child are generally effective when combined with medication treatment.
11. T F DK It is common for ADHD children to have an inflated sense of self-esteem or grandiosity.
12. T F DK When treatment of an ADHD child is terminated, it is rare for the child's symptoms to return.
13. T F DK It is possible for an adult to be diagnosed with ADHD.
14. T F DK ADHD children often have a history of stealing or destroying other people's things .

15. T F DK Side effects of stimulant drugs used for treatment of ADHD may include mild insomnia and appetite reduction.
16. T F DK Current wisdom about ADHD suggests two clusters of symptoms: One of inattention and another consisting of hyperactivity/impulsivity.
17. T F DK Symptoms of depression are found more frequently in ADHD children than in non-ADHD children.
18. T F DK Individual psychotherapy is usually sufficient for the treatment of most ADHD children.
19. T F DK Most ADHD children "outgrow" their symptoms by the onset of puberty and subsequently function normally in adulthood.
20. T F DK In severe cases of ADHD, medication is often used before other behavior modification techniques are attempted. KADDS Manual
21. T F DK In order to be diagnosed as ADHD, a child must exhibit relevant symptoms in two or more settings (e.g., home, school).
22. T F DK If an ADHD child is able to demonstrate sustained attention to video games or TV for over an hour, that child is also able to sustain attention for at least an hour of class or homework.
23. T F DK Reducing dietary intake of sugar or food additives is generally effective in reducing the symptoms of ADHD.
24. T F DK A diagnosis of ADHD by itself makes a child eligible for placement in special education.
25. T F DK Stimulant drugs are the most common type of drug used to treat children with ADHD
26. T F DK ADHD children often have difficulties organizing tasks and activities.
27. T F DK ADHD children generally experience more problems in novel situations than in familiar situations.
28. T F DK There are specific physical features which can be identified by medical doctors (e.g. pediatrician) in making a definitive diagnosis of ADHD.
29. T F DK In school age children, the prevalence of ADHD in males and females is equivalent.
30. T F DK In very young children (less than 4 years old), the problem behaviors of ADHD children (e.g. hyperactivity, inattention) are distinctly different from age-appropriate behaviors of non-ADHD children.
31. T F DK Children with ADHD are more distinguishable from normal children in a classroom setting than in a free play situation.

32. T F DK The majority of ADHD children evidence some degree of poor school performance in the elementary school years.
33. T F DK Symptoms of ADHD are often seen in non-ADHD children who come from inadequate and chaotic home environments.
34. T F DK Behavioral/Psychological interventions for children with ADHD focus primarily on the child's problems with inattention.
35. T F DK Electroconvulsive Therapy (i.e. shock treatment) has been found to be an effective treatment for severe cases of ADHD.
36. T F DK Treatments for ADHD which focus primarily on punishment have been found to be the most effective in reducing the symptoms of ADHD.
37. T F DK Research has shown that prolonged use of stimulant medications leads to increased addiction (i.e., drug, alcohol) in adulthood.
38. T F DK If a child responds to stimulant medications (e.g., Ritalin), then they probably have ADHD.
39. T F DK Children with ADHD generally display an inflexible adherence to specific routines or rituals

Παράρτημα Γ

- Κατάσταση των σχολείων, που συμμετείχαν στην πιλοτική έρευνα
- Αναλυτική κατάσταση των σχολείων που συμμετείχαν στην κυρίως έρευνα και των κωδικών τους
- Αναλυτική κατάσταση των 30 Νηπιαγωγείων με τους κωδικούς
- Αναλυτική κατάσταση των 30 Δημοτικών Σχολείων με τους κωδικούς τους
- Αναλυτική κατάσταση των 26 Γυμνασίων με τους κωδικούς τους

Σχολεία, που συμμετείχαν στην πιλοτική έρευνα

- 10ο Νηπ/γείο Αγ. Παρασκευής
- 7ο Νηπ/γείο Αγ. Παρασκευής
- 10ο Νηπ/γείο Κομοτηνής
- 4^ο Νηπ/γείο Αλεξανδρούπολης
- 9^ο ΔΣ Κερατσινίου
- 22ο ΔΣ Κερατσινίου
- 5ο ΔΣ Κερατσινίου
- 9ο ΔΣ Αγ. Παρασκευής
- 5^ο Γυμνάσιο Αγ. Παρασκευής
- 2^ο Γυμνάσιο Κερατσινίου

Αναλυτική κατάσταση των 30 **Νηπιαγωγείων** με τους κωδικούς

	Δ/ΝΣΗ	ΝΗΠ/ΓΕΙΟ	ΚΩΔ.
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	1ο ΓΡ. Π.Ε ΕΒΡΟΥ	ΧΩΡΑΣ ΣΑΜΟΘΡΑΚΗΣ 1/θέσιο	9110060
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	1ο ΠΟΛΥΓΥΡΟΥ 2/θέσιο	9490006
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	2ο ΠΟΛΥΓΥΡΟΥ 2/θέσιο	9490121
	1ο ΓΡ. Π.Ε Β' ΘΕΣΣ/	ΠΟΛΙΧΝΗΣ 5ο ΝΗΠ 2/θέσιο	9190101
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΦΛΩΡΙΝΑΣ	ΦΛΩΡΙΝΑΣ 6ο 2/θέσιο	9470078
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	1ο ΓΡ. Π.Ε ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ 3ο 2/θέσιο	9220066
	2ο ΓΡ. Π.Ε ΛΑΡΙΣΑΣ	ΛΑΡΙΣΑΣ 11ο 2/θέσιο	9310110
	1ο ΓΡ. Π.Ε ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΤΡΙΚΑΛΩΝ 1ο 1/θέσιο	9450005
ΗΠΕΙΡΟΣ	3ο ΓΡ. Π.Ε ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ 18ο 2/θέσιο	9200569
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	5ο ΓΡ. Π.Ε ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ	ΝΑΥΠΑΚΤΟΥ 9ο 1/θέσιο	9010639
	2ο ΓΡ. Π.Ε ΑΧΑΪΑΣ	ΑΙΓΙΟΥ 2° 2/θέσιο	9060003
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΓΡ. Π.Ε ΒΟΙΩΤΙΑΣ	ΘΗΒΩΝ 2° 2/θέσιο	9070002
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ 4ο 2/θέσιο	9130142
	ΓΡ. Π.Ε ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	ΑΡΓΟΥΣ 7ο 1/θέσιο	9020174
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΡΚΑΔΙΑΣ	ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΕΩΣ 2ο 2/θέσιο	9030304
ΑΤΤΙΚΗ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 2ο 2/θέσιο	9050873
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 4ο 2/θέσιο	9051207
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 8ο 2/θέσιο	9051538
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 9ο 2/θέσιο	9051539
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 10ο 1/θέσιο	9051576
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 11ο 2/θέσιο	9051577
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΝ.ΑΤΤΙΚΗΣ	ΓΕΡΑΚΑ 1° 2/θέσιο	9050593
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΝ.ΑΤΤΙΚΗΣ	ΓΕΡΑΚΑ 2° 2/θέσιο	9050799
	1ο ΓΡ. Π.Ε Β' ΑΘΗΝΑΣ	ΒΡΙΛΗΣΣΙΩΝ 1° 2/θέσιο	9050877
	1ο ΓΡ. Π.Ε Β' ΑΘΗΝΑΣ	ΒΡΙΛΗΣΣΙΩΝ 2° 2/θέσιο	9051031
	1ο ΓΡ. Π.Ε Β' ΑΘΗΝΑΣ	ΒΡΙΛΗΣΣΙΩΝ 3° 2/θέσιο	9051445
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΧΙΟΥ	ΧΙΟΥ 1° 2/θέσιο	9510015
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	2ο ΓΡ. Π.Ε ΔΩΔΕΚΑΝ	ΚΑΛΥΜΝΟΥ 7° 2/θέσιο	9100271
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ			
ΚΡΗΤΗ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	ΗΡΑΚΛΕΙΟ Υ 1° 2/θέσιο	9170047
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΛΑΣΙΘΙΟΥ	ΕΛΟΥΝΤΑΣ 2/θέσιο	9320141

Αναλυτική κατάσταση των 30 **Δημοτικών Σχολείων** με τους κωδικούς τους

	Δ/ΝΣΗ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΚΩΔ.
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	Π.Ε ΔΡΑΜΑΣ	ΔΡΑΜΑΣ 4ο 12/θέσιο	9090010
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΓΡ. Π.Ε Α' ΘΕΣΣ/	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 8ο 12/θέσιο	9190014
	Π.Ε ΠΙΕΡΙΑΣ	ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ 1ο 12/θέσιο	9390011
	Π.Ε ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	ΠΟΛΥΓΥΡΟΥ 1ο 8/θέσιο	9490007
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Π.Ε ΚΟΖΑΝΗΣ	ΚΟΖΑΝΗΣ 1ο 8/θέσιο	9270215
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΓΡ. Π.Ε ΛΑΡΙΣΑΣ	ΛΑΡΙΣΑΣ 5ο 11/θέσιο	9310163
	ΓΡ. Π.Ε ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	ΒΟΛΟΥ 14ο 12/θέσιο	9350058
ΗΠΕΙΡΟΣ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ 3ο 12/θέσιο	9200003
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ 4ο 12/θέσιο	9200004
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΓΡ. Π.Ε ΚΕΡΚΥΡΑΣ	ΚΕΡΚΥΡΑΣ 8ο 12/θέσιο	9240084
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΧΑΪΑΣ	ΠΑΤΡΩΝ 11ο 12/θέσιο	9060235
	5ο ΓΡ. Π.Ε ΑΧΑΪΑΣ	ΠΑΤΡΩΝ 14ο 6/θέσιο	9060144
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΕΥΒΟΙΑΣ	ΧΑΛΚΙΔΑΣ 4ο 10/θέσιο	9120224
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ 2ο 12/θέσιο	9130064
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	ΝΑΥΠΛΙΟΥ 4ο 10/θέσιο	9020184
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	ΚΟΡΙΝΘΟΥ 10ο 12/θέσιο	9280201
ΑΤΤΙΚΗ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΝ.ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΑΛΛΗΝΗΣ 1ο 12/θέσιο	9050604
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΝ.ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΑΛΛΗΝΗΣ 4ο 6/θέσιο	9051833
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΝ.ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΑΛΛΗΝΗΣ 5ο 6/θέσιο	9051845
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΑΝ.ΑΤΤΙΚΗΣ	ΠΑΛΛΗΝΗΣ 6ο 3/θέσιο	9051892
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 1ο 12/θέσιο	9050078
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 2ο 12/θέσιο	9050082
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 3ο 12/θέσιο	9050086
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 8ο 12/θέσιο	9051363
	Δ/ΝΣΗ Π.Ε Β' ΑΘΗΝΩΝ	ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 11ο 6/θέσιο	9051735
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	Δ/ΝΣΗ Π.Ε ΧΙΟΥ	ΧΙΟΥ 11ο	9510102
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	Π.Ε ΔΩΔΕΚΑΝΗΣ	ΡΟΔΟΥ 16ο 12/θέσιο	9100255
ΚΡΗΤΗ	ΓΡ. Π.Ε ΧΑΝΙΩΝ	ΧΑΝΙΩΝ 1ο 12/θέσιο	9500070
		ΡΕΘΥΜΝΟΥ 6ο 12/θέσιο	9410070

Αναλυτική κατάσταση των 26 **Γυμνασίων** με τους κωδικούς τους

	<u>Δ/ΝΣΗ</u>	<u>Γυμνάσιο</u>	<u>ΚΩΔ.</u>
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	316 Δ/ΝΣΗ ΡΟΔΟΠΗΣ	1ο Γ/ΣΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	4201010
	312 Δ/ΝΣΗ ΔΡΑΜΑΣ	4ο Γ/ΣΙΟ ΔΡΑΜΑΣ	901037
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	309 Δ/ΝΣΗ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	10 Γ/ΣΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΧΑΛΚΙΔ	4902010
	303 2 ΓΡ Α Δ/ΣΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚ	6ο Γ/ΣΙΟ ΚΑΛΑΜΑΡΙΑΣ	1901012
	296 ΓΡ ΠΙΕΡΙΑΣ	Γ/ΣΙΟ ΠΛΑΤΑΜΩΝΑ	3906010
	296 ΓΡ ΠΙΕΡΙΑΣ	Γ/ΣΙΟ ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ	3903010
	294 Δ/ΝΣΗ ΦΛΩΡΙΝΑΣ	1ο Γ/ΣΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ	4701010
	294 Δ/ΝΣΗ ΦΛΩΡΙΝΑΣ	2ο Γ/ΣΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ	4701020
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	267 Δ/ΝΣΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1ο Γ/ΣΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	2001010
ΗΠΕΙΡΟΣ	254 Δ/ΝΣΗ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑ	1ο Γ/ΣΙΟ ΑΡΓΟΣΤΟΛΙΟΥ	2501010
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	263 Δ/ΝΣΗ ΑΙΤΩΛΩΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	Γ/ΣΙΟ ΕΥΗΝΟΧΩΡΙΟΥ	115010
	263 Δ/ΝΣΗ ΑΙΤΩΛΩΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	1ο Γ/ΣΙΟ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ	102010
	274 1 ΓΡ ΕΥΒΟΙΑΣ	Γ/ΣΙΟ ΛΟΥΤΡΩΝ ΑΙΔΗΨΟΥ	1210010
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	274 1 ΓΡ ΕΥΒΟΙΑΣ	Γ/ΣΙΟ ΕΡΕΤΡΙΑΣ	1206020
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	261 Δ/ΝΣΗ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	Γ/ΣΙΟ ΔΡΕΠΑΝΟΥ	201060
	261 Δ/ΝΣΗ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	2ο Γ/ΣΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	201020
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	214 4 ΓΡ Β Δ/ΣΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	1ο Γ/ΣΙΟ ΑΓ.ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	501820
	214 4 ΓΡ Β Δ/ΣΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	2ο Γ/ΣΙΟ ΑΓ.ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	501821
	214 4 ΓΡ Β Δ/ΣΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	3ο Γ/ΣΙΟ ΑΓ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	501826
	214 4 ΓΡ Β Δ/ΣΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	4ο Γ/ΣΙΟ ΑΓ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	501827
	211 1 ΓΡ Β Δ/ΣΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	1ο Γ/ΣΙΟ ΒΡΙΛΗΣΙΩΝ	501480
	211 1 ΓΡ Β Δ/ΣΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	2ο Γ/ΣΙΟ ΒΡΙΛΗΣΙΩΝ	501481
	238 Δ/ΝΣΗ ΧΙΟΥ	Γ/ΣΙΟ ΚΑΡΔΑΜΥΛΩΝ	5104010
	239 Δ/ΝΣΗ ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1ο Γ/ΣΙΟ ΣΥΡΟΥ	2901010
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	322 Δ/ΝΣΗ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	1ο Γ/ΣΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	4101010
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	322 Δ/ΝΣΗ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	2ο Γ/ΣΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ	4101020
ΚΡΗΤΗ			

Παράρτημα Δ

Πίνακες από τους οποίους προέκυψε το ποσοστό 1% των δημόσιων ημερήσιων σχολείων και των διδασκόντων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα.

Πίνακας για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Πίνακας για την πρωτοβάθμια εκπαίδευση

Πίνακας για την προσχολική αγωγή (νηπιαγωγεία)

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ (ΓΥΜΝΑΣΙΑ) ΚΑΙ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΜΕ ΠΛΗΡΕΣ ΩΡΑΡΙΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Έναρξη σχολικού έτους 2009 – 2010

	Αριθμός Σχολείων	Διδακτικό Προσωπικό	Αριθμός σχολείων σε ποσοστό 1%	Αριθμός καθηγητών σε ποσοστό 1%
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	1980	41865	20	419
Δημόσια Ημερήσια	1788	38677	18	387
Ιδιωτικά Ημερήσια	105	2327		
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	105	2115	1	21
Δημόσια Ημερήσια	96	1993	1	20
Ιδιωτικά Ημερήσια	3	75		
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	318	7217	3	72
Δημόσια Ημερήσια	293	6776	3	68
Ιδιωτικά Ημερήσια	17	341		
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	78	1118	1	11
Δημόσια Ημερήσια	75	1093	1	11
Ιδιωτικά Ημερήσια	0	0		
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	149	3286	1	33
Δημόσια Ημερήσια	140	3171	1	32
Ιδιωτικά Ημερήσια	5	74		
ΗΠΕΙΡΟΣ	92	1637	1	16
Δημόσια Ημερήσια	85	1580	1	16
Ιδιωτικά Ημερήσια	2	19		
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	51	1117	1	11
Δημόσια Ημερήσια	47	1074	(1)	11
Ιδιωτικά Ημερήσια	1	9		

ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	154	3017	2	30
Δημόσια Ημερήσια	142	2842	1	28
Ιδιωτικά Ημερήσια	5	93		
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	125	2159	1	22
Δημόσια Ημερήσια	119	2087	1	21
Ιδιωτικά Ημερήσια	1	10		
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	130	2280	1	23
Δημόσια Ημερήσια	117	2125	1	21
Ιδιωτικά Ημερήσια	6	99		
ΑΤΤΙΚΗ	530	13003	5	130
Δημόσια Ημερήσια	442	11196	4	112
Ιδιωτικά Ημερήσια	60	1538		
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	52	943	1	9
Δημόσια Ημερήσια	50	928	1	9
Ιδιωτικά Ημερήσια	0	0		
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	86	1566	1	16
Δημόσια Ημερήσια	78	1486	1	15
Ιδιωτικά Ημερήσια	2	25		
ΚΡΗΤΗ	110	2407	1	24
Δημόσια Ημερήσια	104	2326	1	23
Ιδιωτικά Ημερήσια	3	44		

Ο συνολικός αριθμός των σχολείων συμπληρώνεται από τα Δημόσια και Ιδιωτικά Εσπερινά Σχολεία της χώρας, τα οποία δε συμπεριλαμβάνονται στον πληθυσμό της έρευνας.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ(ΔΗΜΟΤΙΚΑ), ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Στοιχεία ενάρξεως σχολικού έτους 2009 - 2010

Α/ΘΜΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΧΟΛΕΙΩΝ	ΔΙΑΚΤΙΚΟ ΠΡΟΣ/ΚΟ	ΒΟΗΘ/ΚΟ ΠΡΟΣ/ΚΟ	Αριθμός σχολείων σε ποσοστό 1%	Αριθμός δασκάλων σε ποσοστό 1%	Βοηθ/κό προσ/κό σε ποσοστό 1%
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΟΣ	5460	64268	9433	55	643	94
Δημόσια	5098	60276	7210	51	603	72
Ιδιωτικά	362	3992	2223			
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	457	4241	529	5	42	5
Δημόσια	268	3280	399	3	33	4
Ιδιωτικά	189	961	130			
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	853	11856	1835	9	119	18
Δημόσια	832	11416	1325	8	114	13
Ιδιωτικά	21	440	510			
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	215	2104	306	2	21	3
Δημόσια	215	2104	306	2	21	3
Ιδιωτικά	0	0	0			
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	526	5067	766	5	51	8
Δημόσια	516	4952	743	5	50	7
Ιδιωτικά	10	115	23			
ΗΠΕΙΡΟΣ	241	1986	309	2	20	3

Δημόσια	237	1956	287	2	20	3
Ιδιωτικά	4	30	22			
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	119	1326	108	1	13	1
Δημόσια	119	1326	106	1	13	1
Ιδιωτικά	0	0	2			
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	476	4046	744	5	40	7
Δημόσια	470	3977	701	5	40	7
Ιδιωτικά	6	69	43			
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	367	3254	412	4	33	4
Δημόσια	365	3239	402	4	32	4
Ιδιωτικά	2	15	10			
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	345	3321	441	3	33	4
Δημόσια	338	3252	393	3	33	4
Ιδιωτικά	7	69	48			
ΑΤΤΙΚΗ	1136	19047	3071	11	190	31
Δημόσια	1023	16894	1729	10	169	17
Ιδιωτικά	113	2153	1342			
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	149	1621	156	1	16	2
Δημόσια	148	1612	154	1	16	2
Ιδιωτικά	1	9	2			
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	198	2255	253	2	23	3
Δημόσια	194	2204	196	2	22	2
Ιδιωτικά	4	51	57			
ΚΡΗΤΗ	378	4144	503	4	41	5
Δημόσια	373	4064	469	4	41	5
Ιδιωτικά	5	80	34			

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ(ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΑ) ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Στοιχεία ενάρξεως σχολικού έτους 2007 - 2008

ΝΗΠ/ΓΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΗΠ/ΩΝ	ΔΙΑΚΤΙΚΟ ΠΡΟΣ/ΚΟ	ΒΟΗΘ/ΚΟ ΠΡΟΣ/ΚΟ	Αριθμός νηπ/ων σε ποσοστό 1%	Αριθμός νηπ/γών σε ποσοστό 1%	Βοηθ/κό προσ/κό σε ποσοστό 1%
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΟΣ	5803	12343	3636	58	123	36
Δημόσια	5661	12055	3385	57	121	34
Ιδιωτικά	142	288	251			
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	388	664	267	4	7	3
Δημόσια	384	659	267	4	7	3
Ιδιωτικά	4	5	0			
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1071	2252	725	11	23	7
Δημόσια	1037	2193	670	10	22	7
Ιδιωτικά	34	59	55			
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	236	450	131	2	5	1
Δημόσια	236	450	131	2	5	1
Ιδιωτικά	0	0	0			
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	568	1193	294	6	12	3
Δημόσια	552	1174	290	6	12	3
Ιδιωτικά	16	19	4			
ΗΠΕΙΡΟΣ	261	501	129	3	5	1
Δημόσια	260	500	127	3	5	1
Ιδιωτικά	1	1	2			
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	154	344	21	2	3	

Δημόσια	153	343	21	2	3	
Ιδιωτικά	1	1	0			
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	459	772	213	5	8	2
Δημόσια	452	756	205	5	8	2
Ιδιωτικά	7	16	8			
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	363	705	240	4	7	2
Δημόσια	358	700	229	4	7	2
Ιδιωτικά	5	5	11			
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	375	690	233	4	7	2
Δημόσια	372	686	232	4	7	2
Ιδιωτικά	3	4	1			
ΑΤΤΙΚΗ	1113	2880	930	11	29	9
Δημόσια	1053	2724	782	11	27	8
Ιδιωτικά	60	156	148			
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	151	407	48	1	4	
Δημόσια	150	406	47	1	4	
Ιδιωτικά	1	1	1			
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	225	521	136	2	5	1
Δημόσια	222	514	130	2	5	1
Ιδιωτικά	3	7	6			
ΚΡΗΤΗ	439	964	269	4	10	3
Δημόσια	432	950	254	4	10	3
Ιδιωτικά	7	14	15			

<http://www.alfavita.gr/artro.php?id=3062>

Τα παραπάνω στοιχεία προήλθαν από τους πίνακες της ΕΣΥΕ (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος) για τα σχολικά έτη 2009-2010, όσον αφορά την Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και το σχολικό έτος 2007-2008, όσον αφορά την Προσχολική Εκπαίδευση.

Οι νομοί, στους οποίους υπάρχουν σχολεία και περιλαμβάνονται σε κάθε διαμέρισμα είναι οι ακόλουθοι

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ

Νομοί: Δράμας, Καβάλας, Έβρου, Ξάνθης & Ροδόπης

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

Νομοί: Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πέλλας, Πιερίας, Σερρών & Χαλκιδικής

ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

Νομοί: Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης & Φλώρινας

ΘΕΣΣΑΛΙΑ

Νομοί: Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας & Τρικάλων

ΗΠΕΙΡΟΣ

Νομοί: Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων & Πρέβεζας

ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ

Νομοί: Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλλονιάς & Λευκάδας

ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

Νομοί: Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας & Ηλείας

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ

Νομοί: Βοιωτίας, Εύβοιας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδας & Φωκίδας

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

Νομοί: Αργολίδας, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας

ΑΤΤΙΚΗ

Νομοί: Νομαρχία Αθηνών, Νομαρχία Ανατολικής Αττικής, Νομαρχία Δυτικής Αττικής & Νομαρχία Πειραιώς

ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ

Νομοί: Λέσβου, Σάμου & Χίου

ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ

Νομοί: Δωδεκανήσου και Κυκλάδων

ΚΡΗΤΗ

Νομοί: Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου & Χανίων

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abikoff, H. B., Jensen, P. S., Arnold, L.L., Hoza , B., Hechtman, L., Pollack, S., Martin, D., Alvir, J., March, J. S., Hinshaw, S., Vitiello, B., Newcorn, J., Greiner, A., Cantwell, D, P., Conners, K, C., Elliott, G., Greenhill, L, L., Kraemer, H., Pelham, W, E., Jr., Severe, J, B., Swanson, J, M., Wells, K., & Wigal, T. (2002). Observed classroom behavior of Children with ADHD: relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 349-359.

Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Weiss, G., Fleiss, K., Etcovitch, J., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, D., & Pollack, S. (2004). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 802–811.

Alderman, G. L., & Nix, M. (1997). Teachers' intervention preferences related to explanations for behavior problems, severity of the problem, and teacher experience. *Behavioral Disorders*, 22, 87–94.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(Suppl.), 85–121.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2002). Practice parameters for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(Suppl. 2), 26–49.

American Academy of Pediatrics. (2000). Clinical practice guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105, 1058–1070.

American Academy of Pediatrics. (2001). Clinical practice guideline. Treatment of the school-aged child with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108, 1033–1044.

American Psychiatric Association. (1967). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3rd ed. Rev.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anastopoulos, A. (1996). Facilitating parental understanding and management of attention-deficit hyperactivity disorder. In M. Reineke, E. Dattilio, & A. Freeman. (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents (pp. 327-343)*. New York: Guilford Press

Αντωνοπούλου, Α., Σταμπολτζή, Α., & Κουβαβά, Σ. (2010). Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 16, 162-180.

Argold, A., Erkanli, A., Egger, H. L., & Costello, E. J. (2000). Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 975–994.

Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P., Connors, C. K., Elliot, G. E. & Greenhill, L. L. (1997). NIMH collaborative multimodal treatment study of children with ADHD (MTA): Design, methodology, and protocol evolution. *Journal of Attention Disorders*, 2, 141–158.

Ashtari, M., Kumra, S., Bhaskar, S. L., Clarke, T., Cevellione, K. I., Rhinewine, J., Kane, J. M., Adelman, A., Milanaik, R., Maytal, J., Diamond, L., Szeszko, P., & Ardekani, B.A. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a preliminary diffusion tensor imaging study. *Biological Psychiatry*, 57, 448-455.

Atkinson, I. M., Robinson, J. A., & Shute, R. H. (1997). Between a rock and a hard place: An Australian perspective on education of children with ADHD. *Educational and Child Psychology*, 14, 21–30.

Banaschewski, T., Neale, B., Rotthenberger, A., & Roessner, V. (2007). Comorbidity of tic disorders & ADHD: Conceptual and methodological considerations. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1(Suppl. 1), 5–14.

Barbaresi, W. J., & Olsen, R. D. (1998). An ADHD educational intervention for elementary schoolteachers: A pilot study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 94–100.

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

Barkley, R. A. (1998). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. (2nd ed.). New York: Guilford

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R., Anastopoulos, A., Guevremont, D. C., & Fletcher, K. E. (1991). Adolescents with ADHD: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 752–761.

Barkley, R., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D.C., & Fletcher, K. E.(1992). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 20, 263–288

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65–94.

Bateman, B., Warner, J. O., Hutchison, E., Dean, T., Rowlandson, P., Gant, C., Grundy, J., Fitzgerald, C., & Stevenson, J. (2004). The effects of a double blind, placebo controlled, artificial

food colorings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 506–511

Baughman, F. A. (2000a). *Immunize your child against attention deficit disorder (ADD)*.online at: http://www.geocities.com/HotSprings/8568/Baughman_MD_Immunize_against_ADD.html (accessed 7 November 2000).

Baughman, F. A. (2000b). *What every parent needs to know about ADD*. Available online at: http://www.geocities.com/HotSprings/8568/Baughman_MD_ADD_ADHD_Ritalin.html (accessed 7 November 2000).

Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7, 151–161.

Bender, A. S. (1996). *Effects of active learning on student teachers' identifications and referrals of attention deficit hyperactivity disorder*. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University, Hempstead, NY.

Biederman, J., Faraone, S. V., Taylor, A., Sienna, M., Williamson, S., & Fine, C. (1998). Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings from a longitudinal clinical sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 305–313.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age dependent decline in symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816–818.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S. V., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, K., Jetton, J. G., & Soriano, J. (1995). Psychoactive substance use in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*. 52, 1652–1658

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S. V., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, K., Jetton, J. G., & Soriano, J. (1997). Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 21–29

Bird, H., Gould, M. S., & Staghezza, B. M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 361–368

Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577–588.

Brassett-Harknett, A., & Butler, N. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and life course outcomes for men and women. *Clinical Psychology Review*, 27, 188–210.

Breggin, P. (1998) Talking back to Ritalin Monroe, ME, Common:Courage Press.

Brewis, A., Schmidt, K. L. & Meyer, M. (2001). ADHD-type behavior and harmful dysfunction in childhood: A cross-cultural mode, *American Anthropologist*, 102(4), 823–828.

Brown, R. T., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Amler, R. W., Feldman, H. M., Pierce, K., & Wolraich, M.(2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*, 107, 43

Brown, R. T., Antonuccio, D. O., DuPaul, G. J., Fristad, M. A., King, C. A., Leslie, L. K., Pelham, W. E., Piacentini, J., Vitiello, B., Campbell, M., & McCormick, G. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. In R. T. Brown, D. O. Antonuccio, G. J. DuPaul, M. A. Fristad, C. A. King, L. K. Leslie, W. E. Pelham, J. Piacentini, B. Vitiello, M. Campbell, & G. McCormick. (Eds.), *Childhood mental health disorders: Evidence base and contextual factors for psychosocial, psychopharmacological, and combined interventions* (pp. 15–32). Washington, DC: American Psychological Association.

Bussing, R., Gary, F., Mills, T. L., & Garvan, C. W. (2007). Cultural variations in parental health beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Family Issues*, 28, 291–318.

Bussing, R., Lebninger, F., & Eyberg, S. (2006). Difficult child temperament and attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children. *Infants and Young Children*, 19, 123–131.

Bussing, R., Schoenberg, N. E., & Perwien, A. R. (1998). Knowledge and information about ADHD: Evidence of cultural differences among African-American and white parents. *Journal of Social Science and Medicine*, 46, 919–928.

Carlson, C., & Mann, M. (2002). Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 123–129.

Carroll, K., & Rounsaville, B. J. (1993). History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 75–82

Chacko, A., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greiner, A., Vallano, G., Bukstein, O., & Rancurello, M. (2005). Stimulant medication effects in a natural setting among young children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 249–257.

Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1–27.

Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486–502.

Clements, S. D. (1966). *Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Cohen, R. A. (1993). *The neuropsychology of attention*. New York: Plenum.

Connors, K. (1997). *Connors Rating Scales-Revised: Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems

Connors, C. K., Epstein, J., & Marsh, J. (2001). Multi-modal treatment of ADHD (MTA): An alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 159–167.

Connors, K., Marsh, J. S., Frances, A., Wells, K. C., & Ross, R. (2001). Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: Expert consensus guidelines. *Journal of Attention Disorders*, 4, 7–128.

Corkum, P., Moldofsky, H., Hogg-Johnson, S., Humphries, T., & Tannok, R. (1999). Sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder: impact of subtype, comorbidity, and stimulant medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1285–1293.

Cotugno, J., A, (1993). The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in community mental health centers: Where and when. *Psychology in the Schools*, 30, 338–344.

Crawford, S. G., Kaplan, B. J. & Dewey, D. (2006) Effects of coexisting disorders on cognition and behavior in children with ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 192–199.

DeMarle, D.J., Denk, L., & Ernsthausen, C.S. (2003). Working with the family of a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Nursing*, 29, 302–304, 307–308, 330.

Dengate, S., & Ruben, A. (2002). Controlled trial of cumulative behavioral effects of a common bread preservative. *Journal of Pediatric Child Health*, 38, 373–376

Desgranges, K., Desgranges, L. & Karsky, K. (1995). Attention Deficit Disorder: Problems with Preconceived Diagnosis. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 12, 3–17.

Dewey, D., Kaplan, B. J., Crawford, S. G. & Wilson, N. (2002). Developmental coordination disorder: Associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Human Movement Science*, 21, 905–918

Δημάκος, Ι. (2007). Τι γνωρίζουν και τι νομίζουν ότι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί για τη Διαταραχή-Ελλειμματικής-Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Επιστημονική Επετηρίδα Αρέθας*, IV, 151-161.

Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR (2004). Μετάφραση. Ιατρικές εκδόσεις: Λίτσας

DiBattista, D. & Shepherd, M. (1993). Primary school teachers' beliefs and advice to parents concerning sugar consumption and activity in children. *Psychological Reports*, 72, 47–55.

Dulcan, M. K., & Benson, R. S. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1311–1317.

DuPaul, G. J. & Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.

DuPaul, G. J., Volpe, R. J., Jitendra, A. K., Lutz, G., Lorah, K.S., & Gruber, R. (2004). Elementary students with ADHD: predictors of academic achievement . *Journal of school Psychology*, 42, 285-301.

Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants and Young Children*, 19, 109–122

Ehlers, S., & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1327–1350.

Ehrenreich, H., Rinn, T., Kunert, H., (1999). Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology*. 142, 295–301

Faraone, S. V. (2006). Advances in the genetics and neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 60, 1025–1027.

Faraone, S. V., & Biederman, J. (1994). Is attention deficit hyperactivity disorder familial? *Harvard review of Psychiatry*, 1, 271-287.

Faraone, S., Biederman, J. & Monuteaux, M. C. (2002). Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attentional Disorders*, 6, 5–13.

Faraone, S., Biederman, J., Wozniak, J., Mundy, E., Mennin, D., & O'Donnell, D. (1997). Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36, 1046–1055.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gilberg, C. & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD : is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, M. A., & Sklar, P. B. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.

Faraone, S.V., & Wilens, T. (2003). Does stimulant treatment lead to substance use disorders? *Journal of Clinical Psychiatry*. 11(suppl 64), 9–13.

Fell, B., & Pierce, K. (1995). Meeting the ADD challenge: A multimodal plan for parents, students, teachers, and physicians. *Intervention in School and Clinic*, 4,198–202.

Fergusson, D., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127–1134

Fischer, M., Barkley, R.A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 30, 463–475

- Forness, S. R., Youpa, D., Hanna, G. L., Cantwell, D. P. & Swanson, J. M. (1992). Classroom instructional characteristics in attention deficit hyperactivity disorder: Comparison of pure and mixed subgroups. *Behavioral Disorders*, 17, 115–125.
- Frankenberger, W., Lozar, B. & Dallas, P. (1990). The use of stimulant medication to treat Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in elementary school children. *Developmental Disabilities Journal*, 18(1), 1–13.
- Fried, P., Watkinson, B., James, D. & Gray, R. (2002). Current and former marijuana use: preliminary findings of a longitudinal study of effects on IQ in young adults. *CMAJ*. 166, 887– 891
- Gammon, G., & Brown, T. (1993). Fluoxetine and methylphenidate in combination for treatment of attention deficit disorder and comorbid depressive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 3, 1–10
- Gardill, M., DuPaul, G. J., & Kyle, K. E. (1996). Classroom strategies for managing students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Intervention in School and Clinic*, 32, 89–94.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Frazier, J., Beringer, L., & Warner, K. (2002). DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 12, 11–25.
- Gershon, J., & Gershon, J. (2002). A Meta-Analytic Review of Gender Differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders* 5, 143.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling*, 63, 84 – 88.
- Gibbs, N. (1998, November 30) The age of Ritalin, *Time*, 152, 86–96.

Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Bjorn, K., Soderstrom, H., Rastam, M., Kadesjo, B., Johnson, M., & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD—Implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl. 1), 80–92.

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Kenworthy, L. & Barton, R. (2002). Profiles of everyday executive functions in acquired and developmental disorders. *Child Neuropsychology*, 8, 121-137.

Glass, C. S., & Weigar, K. (2000). Teacher perceptions of the incidence and management of attention deficit hyperactivity disorder. *Education*, 121, 412–420.

Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R., & Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1100–1107.

Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorders in children: A guide for practitioners (2nd ed.)*. New York: Wiley

Gomez, R., & Condon, M. (1999). Central auditory processing ability in children with ADHD with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 150–158.

Goodman, D. W. (2007). The consequences of attention deficit/hyperactivity in adults. *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 318–32.

Graue, M. E., & Walsh, D. J. (1998) *Studying children in context: Theories, methods, and ethics* (Thousand Oaks, CA, Sage).

Greene, R. W. (1995). Students with ADHD in school classrooms: Teacher factors related to compatibility, assessment, and intervention. *School Psychology Review*, 24, 81–93.

Greene, R. W. (1996). Students with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and their teachers: Implications of a goodness-of-fit perspective. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol. 18, pp. 205–230)*. New York: Plenum Press.

Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Mick, E., DuPre, E. P., Fine, C. S., & Goring, J. C. (2001). Social impairment in girls with ADHD: patterns, gender comparisons and correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 704-710.

Green, M., Wong, M., Atkins, D., & Feinlieb, M. (1999). *Diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder*. (Technical Rev. No. 3 AHCPR Publication No. 99-0050). Rockville, M. D.: Agency for Health Care Policy and Research.

Greenhill, L. L., Pliszka, S., Dulcan, M. K., Bernet, W., Arnold, C. V., Beitchman, J., Benson, R. S., Bukstein, O., Kinlan, J., McClellan, J., Rue, D., Shaw, J. A., & Stock, S. (2002). Practice parameters for the use of stimulant medication in the treatment of children adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(Suppl. 2), 26-49.

Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90 (1 Suppl), 12-17.

Havey, J. M., Olson, J. M., McCormick, C., & Cates, G. L. (2005). Teachers' perceptions of the incidence and management of attention-deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology*, 12(2), 120 – 127.

Hillemeier, M. M., Foster, E. M., Heinrichs, B. & Brigitt, H. (2007). Racial differences in parental reports of attention-deficit/hyperactivity disorder behaviors. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 353-361.

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Wells, K. C., Kraemer, H. C., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Conners, C. K., Elliott, G., Greenhill, L. L., & Hechtman, L. (2000). Family Processes and treatment outcomes in the MTA: Negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 555-568.

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

Hoffman, H. (1995). *Struwwelpeter*: In English Translation. New York: Dover Publication.

Hoy, E., Weiss, G., Minde, K., & Cohen, N. (1978). The hyperactive child at adolescence: emotional, social, and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 311–324.

Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J., Abikoff, H. B., March, J. S., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. C., Wigal, T., & Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 147-158.

Jensen, S. P., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Elliott, G., Hechtman, L., Hoza, B., March, J. S., Newcorn, J. H., Severe, J. B., Vitiello, B., Wells, K., & Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 60–73.

Jensen, P. S., Martin, D. & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM-IV. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065–1079.

Jerome, L., Gordon, M. & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563–567.

Jerome, L., Washington, P., Laine, C. J. & Segal, A. (1998). Graduating teachers' knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder: A comparison with practicing teachers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 192.

Hartsough, C., Lambert, N. M. (1987). Pattern and progression of drug use among hyperactives and controls: a prospective short-term longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 543–553

Hepperlen, T. M., Clay, D. L., Henly, G. A., & Barke, C. R. (2002). Measuring teacher attitudes and expectations toward students with ADHD: Development of the test of Knowledge about ADHD (KADD). *Journal of Attention Disorders*, 5, 133-142.

Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487–492.

Kahn, E., & Cohen, L. H. (1934). Organic drivenness A brainstorm syndrome and experience, *New England Journal of Medicine* 210, 748-756

Κάκουρος, Ε., Παπαηλιού, Χ., & Μπαδικιάν, Μ. (2006). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη φύση και την αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 41, 117-130.

Καραγρηγορίου, Ε. (2003). *Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης: Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης.*

Kasten, E. F., Coury, D. L., & Heron T. E. (1992). Educators' knowledge and attitudes regarding stimulants in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental and behavioral Pediatrics*, 13, 215-218.

Katusic, S., Barbaresi, W., & Colligan, R. (2003). *Substance abuse among ADHD cases: a population-based birth cohort study*. Presented at the annual meeting of the Pediatric Academic Societies; May 2003, 3–6, Seattle, WA

Ke, X., Zou, I., Hong, S., Hang, J., Zu-Hong, L. T., & Cathay, P. (2007). Attention deficit and hyperactivity symptoms in school children with Asperger syndrome. *Chinese Mental Health Journal*, 21, 86–89.

Kempel, P., Lampe, K., Parnefjord, R., Hennig, J., & Kunert, H. J. (2003). Auditory-evoked potentials and selective attention: different ways of information processing in cannabis users and controls *Neuropsychobiology*. 48, 95–101

Kent, L., & Craddock, N. (2003). Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 73, 211–221.

- Kendall, J., & Hatton, D. (2002). Racism as a source of health disparity in families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Advances in Nursing Science*, 25, 22–39.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demier, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kindlon, D., & Thompson, M. (1999). *Raising Cain: Protecting the emotional lives of boys*. New York: Ballantine Books.
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Jackson, M. S. (2004). Knowledge of attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison of in-service and pre-service teachers. *Psychology in the Schools*, 41, 517–526.
- Ladd, G. W., Birch, S. H., & Buhs, E. S. (1999). Children's social and scholastic lives in kindergarten: Related spheres of influence? *Child Development*, 70(6), 1373–1400.
- Lahey, B. B., Pelham, W., Stein, M. A., Loney, J., Trapani, C., Nugent, K., Kipp, H., Schmidt, E., Lee, S., Cale, M., Gold, E., Hartung, C. M., Willcott, E., & Baumann, B. (1998). Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 695–702.
- Lalonde, J., Turgay, A., & Hudson, J. I. (1998). Attention deficit hyperactivity subtypes and comorbid disruptive behavior disorders in child and adolescent mental health centers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 623–628.
- Lambert, N., & Hartsough, C. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependence among samples of ADHD and non-ADHD subjects. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 533–544.
- Lavigne, J. V., Gibbons, R.D., Christoffel, K.K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Dawson, N., Sobel, H., & Isaacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204–214.

- Lavigne, C., Cicchetti, R., Gibbon, H. J., Binns, H. J., Larsen, L. & DeVito, C. (2001). Oppositional defiant disorder with onset of preschool years: Longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1393–1400.
- Lee, K., Einarsdottir, J., Hong, Y., Jesper, H. & Kadota, R. (2005, April) *Children with ADHD in five countries: Development and disability in culture*. Symposium presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Montreal, Canada.
- Lee, K. & Walsh, D. J. (2004) Teaching children at-risk: An American preschool teacher's folk psychology and folk pedagogy, *Journal of Early Childhood Research*, 2, 229–246.
- Levin, H., Hanten, G., Max, J., Li, X., Swank, P., Ewing-Cobbs, L., Dennis, M., Menefee, D., & Schachar, R. (2007). Symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder following traumatic brain injury. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 108–118.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology, III: the clinical consequences of comorbidity. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34, 510–519
- Liu, Y. H., & Leslie, L. K. (2003). Diagnosing ADHD: Putting AAP guidelines to the test and into practice. *Contemporary Pediatrics*, 20, 51–73.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468–1484.
- Lloyd, J.W., Kauffman, J.M., Landrum, T. J., & Roe, D.L. (1991). Why do teachers refer pupils for special education? An analysis of referral records. *Exceptionality*, 2, 115–126.
- Lopez, F. A. (2006). ADHD: New pharmacological treatments on the horizon. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 410–416.

Luca, P., Laurin, N., Misener, V. L., Wigg, K. G., Anderson, B., Cate-Carter, T., Tannock, R., Humphries, T., Lovett, M. W., & Barr, C. L. (2007). Association of the dopamine receptor D1 gene, DDD1, with inattention symptoms in families selected for reading problems. *Molecular Psychiatry*, 12, 776–785.

Magyary, D. & Brandt, P. (2002). A decision tree and clinical paths for the assessment and management of children with ADHD. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 553–566.

Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E. J. S., & Kakouros, E., (2003). Trainee nursery teachers' perceptions of disruptive behaviour disorders: The effect of sex of child on judgements of typicality and severity. *Child: Care, Health & Development*, 29(6), 433-440.

Manuzza, S., Gittelman-Klein, R., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcomes of hyperactive boys. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565–576.

Maria, A., Pedron, M., & Cornoldi, C. (2007). Expressive writing difficulties in children described as exhibiting ADHD symptoms. *Journal of Learning Disabilities*, 40, 244–255.

Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2005). A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 377-384.

Martinussen, R., Tannock, R., McInnes, A., & Chaban, P. (2005). Teach for success. Μετάφραση στα ελληνικά. Ρούσσου, Α., Μπάρλου, Ε., Κατσάνη, Γ., (2009). *Διδασκαλία για επιτυχία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

McGough, J. J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder pharmacogenomics. *Biological Psychiatry*, 57, 1367-1373.

McKinney, J. D., Montague, M. & Hocutt, A. M. (1993). Educational assessment of students with attention deficit disorder. *Exceptional Children*, 60, 125–131.

Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8, 463–488

Milich, R., Loney, J. (1979). The role of hyperactivity and aggressive symptomatology in predicting adolescent outcome among hyperactive children. *Journal of Pediatric Psychology*, 4, 93–112

Mioduser, D., Margalit, M., & Efrati, M. (1998). Teachers' interpretation of ADHD behaviors in children: An issue in the development of a computer-based teacher training system. *International Journal of Disability, Development and Education*, 45, 459–467.

Miles, S. B., & Stipek, D. J. (2006) Contemporaneous and longitudinal associations between social behavior and literacy achievement in a sample of low-income elementary school children. *Child Development*, 77(1), 103–117.

Molina, B., Pelham, W. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*. 112, 497–507

Montague, M., McKinney, D., & Hocutt, A. (1994). Assessing students for attention deficit disorder: A multilevel, multimodal approach to assessing and identifying students with ADD. *Intervention in School and Clinic*, 29, 212–218.

Morgan, A. E., Hynd, G. W., Riccio, C. A., & Hall, J. (1996). Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: Relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 325–333.

MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073–1086.

MTA Cooperative Group. (2004). National Institute of Mental Health multimodal treatment study of ADHD follow-up: 24 - month outcomes of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113, 754–761.

National Association of School Psychologists (2003) *Position statement on students with attention problems* (Bethesda, MD, National Association of School Psychologists).

National Institute of Mental Health U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD)*.

NIH Consensus Statement (1998). *Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Washington, DC, National Institutes of Health.

No Child Left Behind Act of 2001. Pub. L. No. 107–110, 115 Stat., 1425 (2002).

Normandeau, S., & Guay, F. (1998) Preschool behavior and first-grade school achievement: The mediational role of cognitive self-control, *Journal of Educational Psychology*, 90(1),111–121.

Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A., & Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23(3), 436 – 439.

Parrot A. (2003). Cognitive deficits and cognitive normality in recreational cannabis and ecstasy/MDMA users. *Human Psychopharmacology*. 18, 89–90

Pastor, P. N., & Reuben, C. A. (2005). Racial and ethnic differences in ADHD and LD in young school-age children: Parental reports in the national interview survey. *Public Health Reports*, 120, 383–392.

Pelham, W.E., Evans, S.W., Gnagy, E.M., & Greenslade, K.E. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders: Prevalence, factor analysis, and conditional probabilities in a special education sample. *School Psychology Review*, 21(2), 285–299.

Pelham,W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190–205.

Pfiffner, L.J., & Barkley, R.A. (1990). Educational placement and classroom management. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 498–539). New York: Guilford Press.

Pitcher, T. M., Piek, J. P., & Hay, D. A. (2003). Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45, 525–535.

Plizka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 525–540.

Polanczyk, G.V., de Lima, M.S., Horta, B. L., Biedermab, J., & Rohde, L. A. (2005). *The worldwide ADHD prevalence: a systematic review and meta-regression analysis*. Scientific Proceedings of the Joint Annual Meeting of Child & Adolescent Psychiatry and the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry (Toronto, Oct 18-23).

Pollack, W. (1998). *Real boys: Rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York: Random House.

Pretorius, E. (2004). *Corticosteroids, depression and the role of serotonin*, 15(2), 109–116.

Rabiner, D., & Coie, J. D. (2000). Early attention problems and childrens reading achievement: a longitudinal investigation. The Conduct Problems Prevention Research Group. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 859-867.

Raggio, D. J. (1999). Visuomotor perception in children with attention deficit hyperactivity-combined type. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 448–450.

Rains, A., & Scahill, L. (2006). Psychopharmacology notes: Nonstimulant medications for the treatment of ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19, 44–47.

Rasmussen P, Gillberg C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1424–1431

Reid, R., Maag, J. W., Vasa, S. F., & Wright, G. (1994). Who are the children with ADHD? A school-based survey. *The Journal of Special Education*, 28, 117–137.

Resnick, R. J. (2000). *The hidden disorder: A clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Washington, DC: American Psychological Association.

Richters, J. E., Arnold, L. E., Jensen, P. S., Abikoff, H., Conners, C. K., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E., & Swanson, J. M. (1995). NIMH collaborative multisite, multimodal treatment study of children with ADHD: Background and rationale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 987–1000.

Rizzo, T. L., & Vispoel, W. P. (1991). Physical educators' attributes and attitudes toward teaching students with handicaps. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 8, 4–11.

Robison, L. M., Sclar, D. A., Skaer, T. L., & Galin, R. S. (1999). National trends in the prevalence and the prescribing of methylphenidate among school-age children: 1990–1995. *Clinical Pediatrics*, 38, 209–217.

Roessner, V., Robatzek, M., Knapp, G., Banaschewski, T., & Rothenberger, A. (2006). First onset tics in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impact of stimulants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48, 616–621.

Rojas, N. L., & Chan, E. (2005). Old and new controversies in the alternative treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 116–130

Root, R. W., & Resnick, R. J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 34–41.

Runnheim, V. A., Frankenberger, W. R., & Hazelkorn, M. N. (1996). Medicating students with emotional and behavioral and ADHD: A state survey. *Behavioral Disorders*, 21(4), 306–314.

Sabatino, A. D., & Vance, B. H. (1994). Is the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorders meaningful? *Psychology in the Schools*, 31, 188–196.

Satterfield J, Hoppe C, Schell A. (1982). A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit hyperactivity disorder and 88 normal adolescent boys. *American Journal of Psychiatry*. 139, 795–798.

Schab, D. W., & Trinh, N. T. (2004). Do artificial food colors promote hyperactivity in children with hyperactive syndromes? A meta-analysis of double-blind placebo controlled trials. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 423–434.

Schnoll, R., Burshteyn, D., & Cea-Aravena, J. (2003). Nutrition in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: A neglected but important aspect. *Applied Psychobiology and Biofeedback*, 28, 63–72.

Schmidt, M. H., Mocks, P., Lay, B., Eisert, H. G., Fojkar, R., Fritz-Sigmund, D., Marcus, A., & Musaeus, B. (1997). Does oligoantigenic diet influence hyperactive/conduct-disordered children—A controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 88–95.

Schneider, M., Retz, W., Coogan, A., Thome, J., & Rösler, M. (2006) Anatomical and functional brain imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) – A neurological view, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), 132–141.

Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S. (2000). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61, 244–251

Schwean, V. L., Parkinson, M., Francis, G., & Lee, F. (1993). Educating the ADHD child: Debunking the myths. *Canadian Journal of School Psychology*, 9(1), 37–52.

Sciutto, M. J., & Eisenberg, M. (2007). Evaluating the evidence for and against the over-diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 106–113.

Sciutto, M.J., & Feldhamer, E. (1994). *Test manual for the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)*.

Sciutto, M. J., Nolfi, C. J., & Bluhm, C. A. (2004). Effects of child gender and symptom type on elementary school teachers' referrals for ADHD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12, 247 -253.

Sciutto, M. J. & Terjesen, M. D. (2004). *Psychometric properties of the Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)*. Unpublished test development data.

Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Bender-Frank, A. S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 37, 115–122.

Sciutto, M. J., & Terjesen, M. D. (1994). [Preliminary test development data]. Unpublished raw data.

Shanahan, M. A., Pennington, B. F., Yerys, B. E., Scott, A., Boada, R., & Willcutt, E. G. (2006) Processing speed deficits in attention deficit/hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(5), 584–601.

Singh, I. (2002a) Bad boys, good mothers, and the 'miracle' of Ritalin. *Science in Context*, 15(4), 577–603.

Singh, I. (2002b) Biology in context: Social and cultural perspectives on ADHD. *Children and Society*, 16, 360–367.

Sloan, M. T., Jensen, P., & Kettle, L. (1999). Assessing the services for children with ADHD: Gaps and opportunities. *Journal of Attention Disorders*, 3, 13–29.

Snider, V. E., Busch, T., & Arrowood, L. (2003). Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD. *Remedial & Special Education*, 24, 47–57.

Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention/deficit hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives in Clinical Neuroscience*, 256(Suppl. 1), 26–31.

Spencer, T., Biederman, J., Coffey, B., Geller, D., Crawford, M., Bearman, S. K., Tarazi, R. A., & Faraone, S. V. (2002). A double-blind comparison of desipramine and placebo in children and adolescents with chronic tic disorder and comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 649–656.

Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 73–81.

Spira, E.G., & Fischel, J.E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity and impulsivity on social and academic development: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 755-773.

Stein, D., Pat-Horenczyk, R., Blank, S., Dagan, Y., Barak, Y., & Gumpel, T. P. (2002). Sleep disturbances in adolescents with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*. 35, 268–275

Steinhausen, H. C., Novik, T. S., Baldursson, G., Curatolo, P., Lorenzo, M. J., Pereira, R. R., Ralston, S. J., Rothenberger, A., & ADORE Study Group. (2006). Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(Suppl.), 25–29.

Stevens, S. (2005). Attention deficit/hyperactivity disorder: Working the system for better diagnosis and treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 47–51.

Stevens, J., Quittner, A. L., & Abikoff, H. (1998). Factors influencing elementary school Teachers' ratings of ADHD and ODD behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 406–414.

Stewart, M., Mendelson, W., & Johnson, N. E. (1973). Hyperactive children as adolescents: how they describe themselves. *Child Psychiatry and Human Development*.4, 3–11

Stipek, D. J., & Ryan, R. H. (1997) Economically disadvantaged preschoolers: Ready to learn but farther to go. *Developmental Psychology*, 33(4), 711–723.

Stormont, M. (2001). Social outcomes of children with ADHD: contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools*, 38, 521-531.

Swanson, J. M., Lerner, M., Marsh, J., & Gresham, F. (1999). Assessment and intervention for ADHD: Lessons from the MTA study. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 993–1009.

Swanson, J. M., Kraemer, H. C., & Hinshaw, S. P. (2001). Clinical relevance of primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 168–179.

Tannock, R., & Martinussen, R. (2001). Reconceptualizing ADHD. *Educational Leadership*, 59, 1–6.

Taylor, H. E., & Larson, S. (1998). Teaching children with ADHD: What do elementary and middle school social studies teachers need to know? *The Social Studies*, 89, 161–164.

Thapar, A., O' Donovan, M., & Owen, M. J. (2005). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Human Molecular Genetics*, 14, R275-R282.

Timimi, S. (2006). The politics of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In S. Timimi, & B. Maitra (Eds.), *Critical voices in child and adolescent mental health* (pp. 163–191). London, England: Free Association Books.

Tripp, G., Schaughency, E. A., & Clarke, B. (2006). Parent and teacher rating scales in the evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder: Contribution to diagnosis and differential diagnosis in clinically-referred children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 209–218.

Trott, G. E. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the course of life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(Suppl. 1), 21–25.

U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services. Office of Special Education Programs (2003). *Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Resource for School and Home*. Washington, D.C., 2002.

Valente, S. M. (2001). Treating attention deficit hyperactivity disorder. *The Nurse Practitioner*, 26, 14–26.

Valera, E. M., & Siedman, L. J. (2006). Neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers. *Infants and Young Children*, 19, 94–108.

Vereb, R. L., & DiPerna, J. C. (2004). Research brief: Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD, and treatment acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review*, 33, 421 – 428.

Waldman, I. D., & Gizer, I. R. (2006). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 396–432.

Warner-Rogers, J., Taylor, A., Taylor, E., & Sandberg, S. (2000). Inattentive behavior in childhood: epidemiology and implications for development. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 520-536.

Weiss, G., & Hechtman, L.T. (1993). *Hyperactive Children Grown Up (2nd ed)*. New York: Guilford Press

Weiss, G, & Hechtman, L.T. (1986). *Hyperactive Children Grown Up*. New York:Guilford Press.

Weiss, M., & Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 715–722.

Wells, K. C., Chi, T., Hinshaw, S. P., Epstein, J. N., Pfiffner, L., Nebel-Schwalm, M., Owens, E. B., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J., Newcorn, J. H., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J., Vitiello, B., & Wigal, T. (2006). Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 649–657.

Wender, P. H. (1995). *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford Press.

West, J., Taylor, S., Houghton, S., & Hudyma, S. (2005). A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *School Psychology International*, 26, 192–208

Westwood, P. (1996). Teachers' beliefs. *Australian Journal of Learning Disabilities*, 1, 2.

Weyandt, L. L. (2007). *Attention deficit hyperactivity disorder: An ADHD primer 2nd* Mahwah, N. J: Lawrence Erlbaum and Associates.

Wilens T. (1998). Alcohol and other drug use and attention deficit hyperactivity disorder. *Alcohol Health and Research World*. 22:127–130

Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J., & Spenser, T. J. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 531–537.

Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Olson, R. K., Chhabildas, N., & Hulslander, J. (2005). Neuropsychological analyses of comorbidity between reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: In search of the common deficit. *Developmental Neuropsychology*, 27, 35-78.

Wolraich, M. L. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology Research and Practice*, 34, 34–41.

Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Bickman, L., Simmons, T., Doffing, M., & Worley, K. (2004). Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 41–47.

Wolraich, M. L. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: Can it be recognized and treated in children younger than 5 years? *Infants and Young Children*, 19, 86–93.

Wood, J. G., Crager, J., Delap, C., & Heiskell, K. (2007). Beyond methylphenidate: Nonstimulant medication for youth with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 341–350.

Zito, J. M., Safer, D. J., dos Reis, S., Magder, L., Gardner, J. F., & Zarin, D. A. (1999). Psychotherapeutic medication patterns for youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives in Pediatric Adolescent Medicine*, 153, 1257–1263.

Ηλεκτρονικές πηγές

(Editing by [Ralph Boulton](#))

<http://www.reuters.com/article/2010/09/30/us-adhd-genes-idUSTRE68S5UD20100930?pageNumber=2>

University of Cardiff (2010).
http://www.wellcome.ac.uk/stellent/groups/corporatesite/@msh_publishing_group/documents/web_document/wtx063424.pdf