



Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία



Παιδαγωγικό τμήμα



Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών

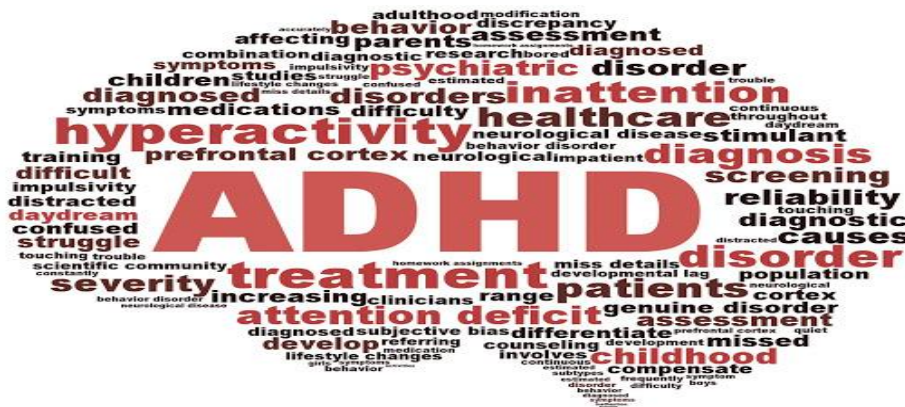
Προσεγγίσεων

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα στα παιδιά

POST GRADUATE THESIS

Attention Deficit Hyperactivity Disorder of children



ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ(ΤΩΝ)/NAME OF STUDENTS

Κωνσταντίνα Γραμματικού

Konstantina Grammatikou

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

Ελισσάβητ Ανδρή

Elizabeth Andri

ΑΙΓΑΛΕΩ/ΑΙΓΑΛΕΟ 2022



Faculty of Health and Caring Professions
Department of Biomedical Sciences
Faculty of Administrative, Financial and Social Sciences
Department of Early Childhood Education and Care



Department of Pedagogy



Inter-Institutional Post Graduate Program
Pedagogy through innovative Technologies and Biomedical approaches

POST GRADUATE THESIS

Attention Deficit Hyperactivity Disorder of children

Konstantina Grammatikou

19018

mscedt19018@uniwa.gr

FIRST SUPERVISOR

ELIZABETH ANDRI

SECOND SUPERVISOR

OURANIA KONSTANTI

AIGALEO 2022

Επιτροπή εξέτασης

Ημερομηνία εξέτασης: 15/7/2022

Όνόματα εξεταστών

Υπογραφή

1^{ος} Εξεταστής Ελισσάβητ Ανδρή

2^{ος} Εξεταστής Ουρανία Κωνσταντή

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Κωνσταντίνα Γραμματικού του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 19018 φοιτητής/τρια του Διδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων των Τμημάτων Βιοϊατρικών Επιστημών/ Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία/Παιδαγωγική τμήμα των Σχολών Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας/Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και της Ανώτατης Σχολής Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 6 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Κωνσταντίνα Γραμματικού



Ευχαριστίες

Για την πραγματοποίηση της διπλωματικής εργασίας απαιτεί πολύ χρόνο και προσπάθεια. Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Ελισσάβητ Ανδρή που με καθοδήγησε, με συμβούλεψε και με βοήθησε να πραγματοποιήσω την διπλωματική μου εργασία. Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, που μου στάθηκε καθ' όλη τη διάρκεια.

Αφιερώσεις

Θα ήθελα να αφιερώσω την διπλωματική μου εργασία στην οικογένειά μου που με στήριξε καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησής της.

Περίληψη

Το θέμα της παρούσας εργασίας είναι η Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής ή/και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στα παιδιά. Η ΔΕΠ-Υ είναι μία χρόνια αναπτυξιακή διαταραχή που ξεκινάει κυρίως από την παιδική ηλικία και έχει ως κύρια συμπτώματα την απροσεξία, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Αρχικά, η εργασία έχει στόχο να παρουσιάσει την ιστορική αναδρομή, τα βασικά χαρακτηριστικά της καθώς και τη διαφορά του ζωηρού από το υπερκινητικό παιδί. Είναι μία διαταραχή αρκετά συχνή στη παιδική ηλικία που συνεχίζεται μέχρι την ενήλικη ζωή των ατόμων. Η εργασία μου είναι μόνο βιβλιογραφική και επικεντρώνεται κυρίως στους αιτιολογικούς παράγοντες που οφείλονται για τη συμπτωματολογία της διαταραχής. Αυτοί οι παράγοντες είναι γενετικοί, νευροψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί. Στα δύο τελευταία κεφάλαια της εργασίας μου αναφέρομαι στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται διαφέρουν ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του ασθενή. Επιπλέον, αναφέρομαι στη συννοσηρότητα που έχει με άλλες διαταραχές. Για να έχει η θεραπεία καλύτερα αποτελέσματα είναι πολύ σημαντικό να συνεργάζονται επιστήμονες από διαφορετικούς κλάδους, οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς αλλά και το ίδιο το παιδί για να βοηθηθεί να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες και τα προβλήματά του. Η διαταραχή δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί πλήρως αλλά το άτομο μπορεί να γίνει λειτουργικό για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της καθημερινής του ζωής. Η ψυχολογία είναι αυτό που παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για την πορεία και την αντιμετώπιση της διαταραχής. Ήθελα να ασχοληθώ με αυτό το θέμα επειδή είμαι νηπιαγωγός και κάθε χρόνο συναντάω παιδιά που έχουν την συγκεκριμένη διαταραχή. Γενικά συμπεραίνω ότι είναι μία συνήθης διαταραχή που θέλει πολλή υπομονή από το ίδιο το παιδί για να την αντιμετωπίσει.

Λέξεις κλειδιά: Διάσπαση, Υπερκινητικότητα, Παρορμητικότητα, Συννοσηρότητα, Διάγνωση, Θεραπεία

Abstract

Subject of this work is the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) of children. ADHD is a chronic developmental disorder that begins mainly in childhood and has as main symptoms carelessness, hyperactivity and impulsivity. Initially, the work aims to present the historical background, the basic characteristics as well as between the lively and the hyperactive child. This is a fairly common disorder in childhood that continues throughout adulthood. My work is only bibliographic and focuses mainly on the causal factors due to the symptomatology of the disorder. These factors are genetic, neuropsychological and environmental. In the last two chapters of my work I refer to the diagnosis and treatment of the disorder. The symptoms that appear vary depending on the patient's developmental stage. In addition, I am referring to the comorbidity it has with other disorders. For effective treatment it is necessary for scientists from different fields to cooperate, teachers, parents and the child himself to help deal with his difficulties and problems. The disorder can not be fully treated but the person can become functional to deal with the difficulties of daily life. Psychology is what plays a very important role in the course and treatment of the disorder. I wanted to deal with this issue because I am a kindergarten teacher and every year I meet children who have this disorder. In general, I conclude that it is a common disorder that requires a lot of patience from the child himself to deal with it.

Keywords: Distraction, Hyperactivity, Impulsivity, Comorbidity, Diagnosis, Treatment

Μέθοδος ανασκόπησης

Η μέθοδος που έχω χρησιμοποιήσει για να πραγματοποιήσω τη διπλωματική μου εργασία, είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αξιοποίησα την υπάρχουσα επιστημονική γνώση μέσα από τη βιβλιογραφική έρευνα που έκανα. Έκανα σύνθεση των βιβλιογραφικών πηγών που βρήκα και κριτική αποτίμηση για να διαπιστώσω ποιες πηγές είναι αξιόπιστες για να χρησιμοποιήσω. Σκοπός της εργασίας είναι να μάθω για την ιστορική ανδρομή της διαταραχής, τα αίτια, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Στο τέλος, αναλύω κάποιες έρευνες που έχουν γίνει στην ελληνική βιβλιογραφία, καταθέτω τη προσωπική μου άποψη και καταγράφω τα συμπεράσματα και τις προτάσεις που προκύπτουν μέσα από την εργασία μου.

Περιεχόμενα

Επιτροπή εξέτασης.....	iii
Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας.....	iv
Ευχαριστίες.....	v
Αφιερώσεις.....	vi
Περίληψη.....	vii
Abstract	viii
Μέθοδος ανασκόπησης	ix
Περιεχόμενα	x
Συνομογραφίες	xii
Πρόλογος	1
Εισαγωγή	3
Κεφάλαιο 1 ^ο	4
1.1.Ορισμός της ΔΕΠ-Υ	4
1.2.Ιστορική Αναδρομή	5
1.3.Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ.....	7
1.4. ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία	9
1.5. Το υπερκινητικό παιδί.....	10
1.6. Επιδημιολογία	11
1.7. ΔΕΠ-Υ και φύλο.....	12
Κεφάλαιο 2 ^ο	12
2.1. Αιτιολογία	12
2.2 Εγκεφαλική Δομή	13
2.3. Γενετικοί παράγοντες	14
2.4. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	15
2.5. Νευροψυχολογικοί παράγοντες	16
Κεφάλαιο 3 ^ο	19
3.1. Διάγνωση.....	19
3.2. Διαφορική Διάγνωση.....	20
3.3. Συννοσηρότητα.....	20
3.4. Η διάκριση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ	22
Κεφάλαιο 4 ^ο	23
4.1. Η Θεραπευτική Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.....	23

4.2. Φαρμακευτική Αγωγή	23
4.3. Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς	24
4.4. Ψυχοεκπαίδευση.....	25
Συζήτηση.....	26
Επίλογος	28
Συμπεράσματα – Προτάσεις	29
Βιβλιογραφικές Αναφορές	31
Ελληνικές Αναφορές.....	31
Ξενόγλωσσες Αναφορές.....	32
Πηγές Εικόνων	41

Συντομογραφίες

	Αγγλική ορολογία	Ελληνική ορολογία
MOO- DLE	Modular object oriented dynamic learning environment	Αρθρωτό αντικειμενοστραφές δυνα- μικό περιβάλλον εκπαίδευσης
ΔΕΠ-Υ	Deficit Attention Disorder – Hyperactivity	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών

Πρόλογος

Η βασική αιτία των μαθησιακών δυσκολιών αποδίδεται στη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή/και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μία από τις πιο συχνά αναφερόμενες αναπτυξιακές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. Ένα μεγάλο κομμάτι των ασθενών της παιδιατρικής νευρολογίας αποτελείται από παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή, που έχει ως κύρια συμπτώματα την αδυναμία συγκέντρωσης, της προσοχής, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Υπάρχουν τρεις υπότυποι της ΔΕΠ-Υ: ο Απρόσεκτος, ο Υπερκινητικός – Παρορμητικός και ο Συνδυασμένος Τύπος (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. 2012). Διαφέρει πολύ ένα ζωνρό παιδί από ένα υπερκινητικό. Η ΔΕΠ-Υ επίσης μπορεί να συνυπάρχει με τις μαθησιακές δυσκολίες, με χαμηλές επιδόσεις καθώς και με το άγχος. Η ΔΕΠ-Υ επιφέρει συνέπειες στην δυνατότητα να συγκεντρωθεί το παιδί την ώρα του σχολικού μαθήματος. Αποτελεί μία διαταραχή που γίνεται εμφανής στην πρώτη παιδική ηλικία. Είναι πολύ ενδιαφέρον να μάθω για τις απόψεις που επικρατούσαν και τι πιστεύουν σήμερα για τη συγκεκριμένη διαταραχή διότι είμαι εκπαιδευτικός και θέλω να είμαι σε θέση να ξεχωρίζω ένα ζωνρό από ένα υπερκινητικό παιδί.

Από αυτά που έχουν μελετήσει οι επιστήμονες μέχρι τώρα πρόκειται για δυσλειτουργία δικτύων του εγκεφάλου όπου εμπλέκονται και κάποια συγκεκριμένα γονίδια. Μελέτες καταδεικνύουν ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό της διακύμανσης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στον πληθυσμό οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες και στην κληρονομικότητα. Η διαταραχή οφείλεται σε πολλούς αιτιολογικούς παράγοντες.

Πέρα από αυτά που θα κάνουν οι ειδικοί επιστήμονες για την αντιμετώπιση της διαταραχής, το σχολείο και η σωστή συνεργασία των εκπαιδευτικών με τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ καθώς και με τους γονείς τους αποτελεί τη βάση για την αντιμετώπιση και θεραπεία της διαταραχής. Ακόμα, υπάρχουν και διάφορα σταθμισμένα ερωτηματολόγια που έχουν δημιουργηθεί για την αξιολόγησή της. Στην παρούσα εργασία θα μιλήσω για τα συμπτώματα που έχει αυτή η διαταραχή, πώς γίνεται η διάγνωση και πώς αντιμετωπίζεται. Ως εκπαιδευτικός θέλω να είμαι σε θέση να αναγνωρίζω από τα πιο βασικά συμπτώματα και να παραθέτω τους γονείς στους κατάλληλους ειδικούς.

Στόχος της διπλωματικής μου εργασίας είναι να κατανοήσω την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή/και Υπερκινητικότητας στα παιδιά και να μπορώ να τα βοηθήσω. Στην εργασία μου θα επικεντρωθώ περισσότερο στην ιστορική αναδρομή, στους γενετικούς

παράγοντες και στα γονίδια που παίζουν ρόλο για αυτήν τη διαταραχή. Είναι πολύ ενδιαφέρον για εμένα να ανακαλύψω τα αίτια που την προκαλούν καθώς και τι συμβαίνει στον εγκέφαλο αυτών των παιδιών. Επίσης, θέλω να δω πόσο σχετίζονται τα γονίδια με τους περιβαλλοντικούς και τους νευροψυχολογικούς παράγοντες.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να δω πόσο σχετίζονται οι γενετικοί, οι περιβαλλοντικοί και οι νευροψυχολογικοί παράγοντες. Περισσότερο θέλω να ασχοληθώ με τα γονίδια που παίζουν ρόλο για τη συγκεκριμένη διαταραχή καθώς και πόσο επηρεάζει η κληρονομικότητα.

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ- Υ) αποτελεί την πιο συνήθη αναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Σύμφωνα με στοιχεία από τη διεθνή αλλά και την ελληνική βιβλιογραφία, περίπου ένα στα τρία παιδιά που παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας εκδηλώνει τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ- Υ είτε ξεχωριστά είτε μαζί με ένα μεγάλο φάσμα άλλων προβλημάτων (Barkley, 2006c; Κάκουρος και συν., 1995). Τα βασικά συμπτώματα είναι η έλλειψη προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί παιδιών, κυρίως προσχολικής ηλικίας, δυσκολεύονται συχνά να διακρίνουν αν η συμπεριφορά ενός παιδιού είναι φυσιολογική για την ηλικία του ως προς το αναπτυξιακό του επίπεδο ή αν αποκλίνει από αυτή. Πολλές φορές, είναι πιθανόν να μπερδεύουν το τυπικώς αναπτυσσόμενο ζωνρό παιδί με το υπερκινητικό παιδί που αντιμετωπίζει ΔΕΠ- Υ (Pineda et al, 1999).

Η ΔΕΠ- Υ είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή όπου τα πρωτογενή συμπτώματα εκδηλώνονται κατά κανόνα πριν από την ηλικία των 7 ετών, με μέση ηλικία εκδήλωσης μεταξύ τριών και τεσσάρων ετών. Εξαρτάται άλλοτε από γενετικούς παράγοντες και άλλοτε από νευρολογικούς ή περιβαλλοντικούς (Mayes, Bagwell, & Erkulwater, 2008). Τα συμπτώματά της επηρεάζουν το κοινωνικό, το συναισθηματικό και το μαθησιακό επίπεδο των παιδιών και αργότερα την ενήλικη ζωή τους. Είναι σημαντικό για το καλό των παιδιών να συνεργάζονται οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς και οι θεραπευτές για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Η εργασία μου είναι χωρισμένη σε τέσσερα κεφάλαια. Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο ορίζεται η έννοια της ΔΕΠ -Υ, η ιστορική αναδρομή, τα βασικά χαρακτηριστικά της, οι τύποι, η ΔΕΠ – Υ στην παιδική ηλικία καθώς και πόσο ρόλο παίζει το φύλο. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα ασχοληθώ με τα γονίδια που παίζουν καθοριστικό ρόλο για την εκδήλωσή της καθώς και με τους αναπτυξιακούς και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο θα ασχοληθώ με την διάγνωση σύμφωνα με το DSM και τη συννοσηρότητα. Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο θα ασχοληθώ με την αντιμετώπιση και αν μπορεί να βοηθήσει η φαρμακευτική αγωγή σε πολύ ακραίες περιπτώσεις.

Κεφάλαιο 1^ο

1.1. Ορισμός της ΔΕΠ-Υ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μία πολύ γνωστή, συχνή και σοβαρή νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία συνήθως εντοπίζεται αρχικά κατά την παιδική ηλικία και θεωρείται χρόνια (Faraone, et al. 2015). Διεθνώς είναι γνωστή ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) και αποτελεί μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες διαταραχές σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Barkley, 1990). Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν μία διευρυμένη ομάδα διαταραχών όπου χαρακτηρίζονται από ελλείμματα στην ανάπτυξη του εγκεφάλου ή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι διαταραχές αυτές κατευθύνουν συνήθως την συμπεριφορά (Reynolds, 2006).

Είναι μία διαταραχή, η οποία είναι πολύ συχνή στα παιδιά καθώς περίπου ένα στα τρία παιδιά που παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας εκδηλώνει τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ είτε ξεχωριστά είτε μαζί με ένα μεγάλο φάσμα άλλων προβλημάτων (Barkley, 2006). Η συχνότητα της παρουσίας της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά μετριέται περίπου στο 5% (APA, 2013).

Η ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται από τρεις βασικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Η πρώτη κατηγορία είναι αυτή που αφορά στη δυσκολία παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής. Η δεύτερη αφορά στην αυξημένη κίνηση του παιδιού και η τελευταία κατηγορία αφορά στην ελλειμματική δεξιότητα αναστολής των αντιδράσεων που κάνει από μόνο του το παιδί χωρίς να το σκεφτεί. Οι τρεις αυτοί τύποι αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (Μανιαδάκη, 2001).

Το DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) αποτελεί το πιο γνωστό διαγνωστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών, το οποίο αναπτύχθηκε στις Η.Π.Α. και χρησιμοποιείται ευρύτερα σε όλο τον κόσμο. Τον Μάιο του 2013 κυκλοφόρησε η πέμπτη του έκδοση (DSM-V), η οποία έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και εκδίδεται από τις Ιατρικές Εκδόσεις. Σύμφωνα με το DSM-V εκδηλώνονται συμπτώματα απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας. Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο χωρίζει τη ΔΕΠ-Υ σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το είδος των συμπτωμάτων. Έτσι, η πρώτη κατηγορία αφορά στην απροσεξία, η δεύτερη στην παρορμητικότητα – υπερκινητικότητα και ο τρίτος θεωρείται ο συνδυασμένος τύπος (American Psychiatric Association, 2013).

Ακόμα, στο εγχειρίδιο λέγεται ότι για να ισχύει η διάγνωση, πρέπει τα συμπτώματα να εμφανίζονται σε δύο τουλάχιστον πλαίσια (π.χ. σπίτι, σχολείο). Γι' αυτό τον λόγο είναι απαραίτητο να υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στους γονείς και στους παιδαγωγούς.

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία από τις πιο συνηθισμένες ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Γι' αυτό θεωρώ ότι είναι σημαντικό να ανατρέξουμε στην πορεία της εξέλιξης της ώστε να καταλάβουμε τις διαφορετικές αντιλήψεις που επικρατούσαν για τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Η ΔΕΠ-Υ πήρε το όνομα που έχει σήμερα από την έκδοση του DSM-IV, του Διαγνωστικού και του Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, το οποίο εκδόθηκε το 2000. (American Psychiatric Association, 1994). Ο εντοπισμός όμως των κύριων χαρακτηριστικών και η μεθοδική μελέτη της χρονολογούνται από τις αρχές του περασμένου αιώνα. Ωστόσο, από την αρχαιότητα άρχισαν να εμφανίζονται ορισμένα χαρακτηριστικά που σήμερα αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ. Οι πρώτες αναφορές ξεκίνησαν από τον Γαληνό, ο οποίος είχε προτείνει βότανα για τα υπερενεργητικά παιδιά (Goodman & Gilman, 1975). Ακόμα, ο Σαίξπηρ σε ένα από τα έργα του κάνει αναφορά σε μία αρρώστια που έχει σχέση με την προσοχή (Barkley, 1996).

Η πρώτη περιγραφή μιας διαταραχής, η οποία μοιάζει με τη ΔΕΠ-Υ έγινε από τον Alexander Crichton το 1798 (Palmer & Finger, 2001). Ο συγκεκριμένος ήταν ένας Σκωτσέζος γιατρός, ο οποίος εξέδωσε μία σειρά που αποτελούνταν από τρία βιβλία όπου μελετούσε τη φύση και τις ρίζες της ψυχικής διαταραχής. Σε ένα από τα κεφάλαια του δεύτερου βιβλίου του, παρουσιάζει μία σειρά από συμπτώματα όπου μοιάζουν με ορισμένα από αυτά που αναγράφονταν στο DSM-IV (Lange et al, 2010). Αργότερα, δίνεται ακόμη μία περιγραφή ενός υπερκινητικού παιδιού από τον Γερμανό γιατρό Heinrich Hoffman (Stewart, 1970). Σε ένα ποίημα περιγράφει μία οικογενειακή διαμάχη όπου ο μικρός γιος λόγω της υπερκινητικής συμπεριφοράς του δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του με αποτέλεσμα να ρίξει όλα τα φαγητά από το τραπέζι. Τότε πολλοί συγγραφείς ήταν πεπεισμένοι ότι η ιστορία αυτή αποτελεί μία πρόιμη περιγραφή ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

Ωστόσο η πρώτη επιστημονική επαφή της ΔΕΠ-Υ αποδίδεται στον Βρετανό παιδίατρο George Still, ο οποίος το 1902 αφού εξέτασε αρκετά παιδιά, διαπίστωσε ότι παρουσίαζαν υπερκινητικότητα, προπέτεια, δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής, παρορμητική συμπεριφορά και αδυναμία στην αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων (Barkley, 2006). Σύμφωνα με τον Still το μεγαλύτερο πρόβλημα των παιδιών αυτών ήταν ότι αδυνατούσαν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους. Όσο αφορά τη σύνδεση σε κάποιο είδος εγκεφαλικής βλάβης και αποκλίνουσας συμπεριφοράς στα παιδιά είχε βαθύτερη επίδραση στη μετέπειτα επιστημονική θεώρηση της ΔΕΠ-Υ. (Lange et al, 2010). Επίσης, έ-

γινε μελέτη ορισμένων ατόμων τα οποία είχαν ανεχτεί τραυματισμό στο κρανίο ή είχαν ασθενήσει από εγκεφαλίτιδα και εμφάνιζαν συμπτώματα σύμφωνα με αυτά που περιέγραψε ο Still, οδήγησε πολλούς ειδικούς στο συμπέρασμα ότι στη βάση των συμπτωμάτων αυτών βρίσκεται κάποια εγκεφαλική βλάβη (Barkley, 2006). Στη συνέχεια όμως, η θεωρία αυτή δέχθηκε έντονη κριτική καθώς υποστήριξαν ότι ήταν αδύνατον η αποκλίνουσα συμπεριφορά ορισμένων παιδιών να οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη εφόσον αυτό δεν μπορεί να αποδειχθεί με νευρολογικές εξετάσεις (Birch, 1964; Rapin, 1964).

Το 1957 ο Lauffer και οι συνεργάτες του ισχυρίστηκαν την άποψη ότι τα υπερκινητικά παιδιά πάσχουν από κάποια δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και όχι από ανατομική βλάβη. Έτσι, πρότειναν τη χρήση του όρου «υπερκινητική διαταραχή της παρόρμησης». Ακόμα, ο όρος της «εγκεφαλικής βλάβης» έδωσε τη θέση του στον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία», ο οποίος διαδόθηκε και κράτησε μέχρι τη δεκαετία του 1960 (Kessler, 1980). Ως τότε, οι ειδικοί εστίαζαν ιδιαίτερος στη μελέτη του πιθανού αιτιολογικού μηχανισμού του συνδρόμου και αυτό καθόριζε και την ονομασία του. Επειδή όμως αυτός ο όρος ήταν πολύ γενικός, υιοθέτησαν τον όρο «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία», ο οποίος παρουσιάστηκε στο DSM-II (American Psychiatric Association, 1968).

Μία αξιόλογη αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο οι ειδικοί καταλάβαιναν το σύνδρομο πραγματοποιήθηκε με τις έρευνες της Virginia Douglas, η οποία ισχυρίστηκε ότι το κυριότερο γνώρισμα των ατόμων με αυτό το σύνδρομο δεν είναι η υπερκινητικότητα αλλά η ελλειμματική προσοχή. Οι αντιλήψεις αυτές δεν αποκλείεται να οδήγησαν στην αντικατάσταση της ονομασίας του συνδρόμου σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα» στο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), σύμφωνα με το οποίο η υπερκινητικότητα δεν απάρτιζε βασικό στοιχείο για τη διάγνωση της διαταραχής. Σε αυτή την έκδοση περιγράφηκαν τρεις κύριες συνιστώσες της διαταραχής: η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η απροσεξία. Για την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ με υπερκινητικότητα έπρεπε να έχει συμπτώματα και από τις τρεις παραπάνω κατηγορίες ενώ η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ χωρίς υπερκινητικότητα (ΔΕΠ) προϋπόθετε την εμφάνιση μόνο παρορμητικότητας και απροσεξίας. Ακόμα, στο DSM-III παρουσιάζεται η έναρξη της ηλικίας για τη διάγνωση της διαταραχής αλλά και η διάρκεια των συμπτωμάτων. Επιπλέον, υπάρχει ο αποκλεισμός της ΔΕΠ-Υ με τις άλλες ψυχικές διαταραχές ως αναγκαία προϋπόθεση για τη διάγνωση της διαταραχής (Δημητρίου, 2001).

Το 1994 εκδόθηκε η τέταρτη έκδοση του DSM (American Psychiatric Association, 1994), όπου η υπερκινητικότητα ενώθηκε ξανά στην ονομασία της διαταραχής. Σε

αυτή την έκδοση άπτονται δύο κατηγορίες εκδηλώσεων για τη διαταραχή. Η πρώτη κατηγορία συγκροτείται από τα συμπτώματα της διαταραχής της προσοχής και η δεύτερη από αυτά που κάνουν λόγο στην υπερκινητική – παρορμητική συμπεριφορά. Ακόμα, σε αυτή την έκδοση του DSM είναι απαραίτητο το άτομο να μην μπορεί να λειτουργήσει σε δύο ή περισσότερα πλαίσια ώστε να δοθεί η διάγνωση της.

Τέλος, το 2013 εκδόθηκε η πέμπτη και τελευταία έκδοση του Εγχειριδίου (DSM – V) αντικατέστησε όλες τις παλιότερες και η ΔΕΠ-Υ πλέον είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή με τα γνωρίσματα της, που ισχύουν έως σήμερα. (American Psychiatric Association, 2013).

1.3. Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ

Τα κύρια γνωρίσματα που φανερώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Τα ελλείμματα σε αυτούς τους τομείς αποτελούν κυρίαρχα συμπτώματα της διαταραχής αυτής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ωστόσο, ο βαθμός και η συχνότητα που εμφανίζονται διαφέρει από παιδί σε παιδί. Ακόμα, αλλάζει πολύ ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Τα παιδιά αυτά εμφανίζουν αυτά τα συμπτώματα σε βαθμό δυσανάλογο με αποτέλεσμα να μην μπορούν να συγκεντρωθούν όσο χρειάζεται και να έχουν μία πιο έντονη παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα παιδιά με αυτές τις εκδηλώσεις μπορεί να παρουσιάσουν διάφορες συμπεριφορές που να τους δημιουργούν δυσκολίες τόσο στη λειτουργικότητα όσο και στην ανάπτυξή τους (Ελληνική Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες, 2011).

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ είναι η διάσπαση προσοχής. Τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και να διατηρήσουν την προσοχή τους για πολλή ώρα, κυρίως όταν γίνονται δραστηριότητες στο σχολείο που θέλουν πολύ χρόνο και δεν έχουν ενδιαφέρον για αυτά. (Shelton et al., 2000). Τα παιδιά διασπώνται εύκολα για όποια δραστηριότητα αναλαμβάνουν και συνήθως δεν τις ολοκληρώνουν. Δεν μπορούν να επικεντρωθούν σε ένα μόνο πράγμα και χάνουν αντικείμενα συχνά. Συνήθως βαριούνται εύκολα, χάνουν το ενδιαφέρον τους και θέλουν να εναλλάσσουν δραστηριότητες πολύ συχνά. Ακόμα ξεχνούν τις υποχρεώσεις τους, δεν ακολουθούν οδηγίες και ξεχνούν με ποια σειρά έχουν να κάνουν τα πράγματα μέσα στη μέρα τους. Αυτά τα παιδιά συνήθως μέσα στην τάξη είναι βυθισμένα στις δικιές τους σκέψεις και δεν δείχνουν ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι μπορούν να συγκεντρωθούν πολύ ικανοποιητικά εφόσον έχουν ενδιαφέρον για την δραστηριότητα με την οποία ασχολούνται ή τους

έχουν υποσχεθεί μία ανταμοιβή μετά την ολοκλήρωσή της (Lougry & Rosenthal, 2002). Μεγάλη συσχέτιση με την διαταραχή είναι η δυσχέρεια των παιδιών αυτών να εκτελέσουν οδηγίες (Barkley, 2006). Τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται πολύ σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες και έχει καθοριστική σημασία για την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών (Masseti et al., 2008).

Η υπερκινητικότητα είναι εκείνο το χαρακτηριστικό που διαφαίνεται περισσότερο και προκαλεί κατά κανόνα τη μεγαλύτερη ενόχληση στο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού (Goldstein & Goldstein, 1998). Τα παιδιά που έχουν αυτό το σύμπτωμα θέλουν να κινούνται όλη την ώρα, δεν μπορούν να σταθούν σε μία συγκεκριμένη θέση, θέλουν να μιλάνε ασταμάτητα, όλη την ώρα θέλουν να σηκώνονται από την θέση τους και να τρέχουν. Αυτά δεν τα κάνουν μόνο την ώρα του ελεύθερου παιχνιδιού αλλά και όταν κάνουμε μία δομημένη δραστηριότητα. Το συγκεκριμένο σύμπτωμα είναι αυτό που αλλάζει περισσότερο μορφή κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού και ανάλογα με την ηλικία παρουσιάζουν διαφορετική κλινική εικόνα ως προς την κινητική τους δραστηριότητα. Έχει εξακριβωθεί ότι η υπερκινητική συμπεριφορά συρρικνώνεται πάρα πολύ στην εφηβεία (Weiss & Hechtman, 1993). Τα υπερκινητικά παιδιά μπορεί να φλυαρούν συνέχεια χωρίς να υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος (Wright, Shelton & Wright, 2009). Ωστόσο, όπως έχει διαπιστωθεί η υπερκινητικότητα δεν φαίνεται να δημιουργεί ιδιαίτερες δυσκολίες στο ίδιο το παιδί και από κλινικής άποψης αποτελεί εκείνο το στοιχείο της διαταραχής με τη μικρότερη επίδραση στη λειτουργικότητά του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τέλος, η παρορμητικότητα είναι ένα ακόμη βασικό γνώρισμα των παιδιών που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ και αναφέρεται κυρίως στην μειωμένη ικανότητα του να διακόψει μία συμπεριφορά πριν εκδηλωθεί (Barkley, 1998, Dietz & Montague, 2006). Η παρορμητικότητα είναι το σύμπτωμα που έχει τις πιο σοβαρές επιδράσεις στη λειτουργικότητα του (Barkley, 2005). Συνήθως, θέλουν να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους γίνονται προτού καν τις ακούσουν (APA, 2000). Επιπλέον, εξαιτίας αυτής της συμπεριφοράς τους δυσκολεύονται να κάνουν παρέα με τα άτομα της ηλικίας τους, καθώς δεν μπορούν να ακολουθήσουν κανόνες και δεν μπορούν να ακούνε την σειρά τους (Murray- Close et al., 2010). Τέλος, δυσκολεύονται στις διαπροσωπικές τους σχέσεις καθώς δεν μπορούν να ρυθμίσουν και να φανερώσουν αυτά που αισθάνονται (Cunningham, 2007). Καλό είναι οι εκπαιδευτικοί να έχουν την απαραίτητη συνεργασία με τους γονείς, έτσι ώστε αν αντιληφθούν ότι το παιδί έχει μία τέτοια συμπεριφορά να απευθυνθούν στους ειδικούς.

1.4. ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή όπου τα συμπτώματά της εκδηλώνονται κατά κανόνα πριν από την ηλικία των 7 ετών και παίζουν ρόλο οι διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες που μεγαλώνει κάθε παιδί (Faraone et al., 2006). Παλιότερα υπερίσχυε η αντίληψη ότι κατά τη βρεφική ηλικία δεν υπάρχουν αντιληπτά σημάδια που να παραπέμπουν ευθέως στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, κάποια βρέφη είναι πιο απαιτητικά στη φροντίδα τους από κάποια άλλα. Αυτά τα βρέφη έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν στο μέλλον έναν μεγάλο κίνδυνο αναπτυξιακών δυσκολιών, όπως δυσκολίες στο λόγο, στη συμπεριφορά, μαθησιακές δυσκολίες και ίσως ΔΕΠ-Υ (Ross & Ross, 1982). Αυτά τα βρέφη συνήθως δυσκολεύονται στον ύπνο και στην λήψη τροφής. Τα ερευνητικά δεδομένα που υπάρχουν για αυτή την ηλικιακή ομάδα δεν είναι αρκετά. Ωστόσο, οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι τα μωρά που ανήκουν σε μία υψηλή ομάδα υψηλού κινδύνου, είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσουν αναπτυξιακές διαταραχές (Auerbach et al., 2005).

Όσο αφορά τη νηπιακή ηλικία, αρκετές φορές είναι δύσκολο να διακρίνουμε πότε μία συμπεριφορά είναι φυσιολογική και πότε παθολογική. Ωστόσο, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται σε πολύ μικρή ηλικία. Σύμφωνα με το DSM-IV τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορούν να παρουσιαστούν σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 2 και 6 ετών όπου έχουν μειωμένη λειτουργικότητα σε διάφορους τομείς (Egger, Kondo & Angold, 2006). Όπως είναι φυσικό τα νήπια που έχουν ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες στην καθημερινότητά τους. Ορισμένες από αυτές αφορούν στις κοινωνικές τους δεξιότητες, στην προσαρμοστική τους συμπεριφορά και στην απόκτηση προμαθησιακών δεξιοτήτων (Dupaul et al., 2001; Lahey et al., 1998). Όσο αφορά το νευροψυχολογικό επίπεδο έχει εξακριβωθεί ότι τα νήπια με ΔΕΠ-Υ δεν διαφέρουν τόσο από τα μεγαλύτερα παιδιά ως προς τις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, τη μνήμη εργασίας, τις ικανότητες που μπορούν να καθορίσουν από μόνα τους και την αναστολή των ενεργειών που μπορούν να κάνουν από μόνα τους (Sonuga-Barke et al., 2005).

Πλέον, υπάρχουν πολλά ανιχνευτικά εργαλεία για τη ΔΕΠ-Υ στη νηπιακή ηλικία όπου η διαταραχή μπορεί να εντοπιστεί πριν την έναρξη των παιδιών στο δημοτικό σχολείο (Carlson, 2005). Η κλινική εικόνα ενός νηπίου με ΔΕΠ-Υ είναι αυτή ενός παιδιού που κινείται ακατάπαυστα και θέλει να ασχολείται συνεχώς με κάτι χωρίς να δείχνει ότι κουράζεται από την συνεχή δραστηριοποίησή του. Είναι σημαντικό οι παιδαγωγοί προσχολικής ηλικίας να μπορούμε να εντοπίσουμε τη ΔΕΠ-Υ για να συζητήσουμε με τους γονείς και να ανατρέξουν στους ειδικούς.

Η σχολική ηλικία συγκροτεί την πλέον μελετημένη αναπτυξιακή περίοδο αφού πίστευαν ότι δεν μπορούσε να διαγνωστεί νωρίτερα. Πλέον η ΔΕΠ-Υ είναι ευρέως αποδεκτή ως χρόνια διαταραχή (Wolgaich, 2006). Τα παιδιά αυτά συχνά έχουν ξεσπάσματα θυμού, δεν μπορούν να ακολουθήσουν κανόνες καθώς και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου (APA, 2000). Είναι πολύ δύσκολο για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ να παραμείνει ήσυχο στη θέση του για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αν ένα παιδί δυσκολεύεται στον προφορικό λόγο, είναι πολύ δύσκολο να περάσει στον γραπτό λόγο και να καταλάβει πως γίνεται η ανάγνωση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Τα παιδιά αυτά αναζητούν συνέχεια αφορμές για να σηκώνονται από την θέση τους γιατί δεν μπορούν να κάτσουν πολλή ώρα ακίνητα. Έχει παρατηρηθεί ότι στο σχολικό πλαίσιο η συνολική διάρκεια της συγκέντρωσης της προσοχής αυτών των παιδιών είναι πολύ μικρότερη από τα παιδιά που είναι στην ηλικία τους (Kofler, Rapport & Alderson, 2007). Επίσης, δεν μπορούν να οργανώσουν την σκέψη τους και χάνουν πράγματα πολύ εύκολα. Τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται ακόμα και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, καθώς έχουν λιγότερους φίλους (Blachman & Hinshaw, 2002). Συνοψίζοντας, η σχολική ηλικία είναι η πιο σημαντική ώστε να μάθουν να ελέγχουν τις δυσκολίες τους ώστε να προσαρμοστούν ικανοποιητικά στο σχολικό περιβάλλον. Είναι σημαντικό να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των γονιών και των παιδαγωγών και να υπάρξει η κατάλληλη στήριξη.

1.5. Το υπερκινητικό παιδί

Πολλές φορές, τόσο οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτικοί παιδιών, κυρίως προσχολικής ηλικίας, δυσκολεύονται συχνά να διακρίνουν πότε η συμπεριφορά ενός παιδιού είναι φυσιολογική για την ηλικία του και πότε αποκλίνει από αυτή. Πολύ συχνά, μερδεύουν το τυπικά αναπτυσσόμενο ζωνρό παιδί με το υπερκινητικό παιδί που αντιμετωπίζει ΔΕΠ-Υ (Pineda et al., 1999). Όσο αφορά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, έχουν έντονη κινητική δραστηριότητα, παρορμητική συμπεριφορά και δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Egger, Kondo & Angold, 2006). Έτσι, είναι πολύ δύσκολο να καταλάβουμε πότε ένα παιδί είναι φυσιολογικά ζωνρό για την ηλικία του και πότε έχει ΔΕΠ-Υ σε αυτή την ηλικία. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες αξιολογες ενδείξεις που διαφοροποιούν πάρα πολύ τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από αυτή των συνομηλίκων τους.

Μία πολύ σημαντική διαφορά σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ και σε ένα ζωνρό παιδί αφορά κατά πόσο μπορεί να ελέγξει τη κινητική του δραστηριότητα ανάλογα με τις περιστάσεις. Ένα ζωνρό παιδί μπορεί πολύ πιο εύκολα να συγκρατήσει την κινητικότητα του σε περιπτώσεις όπου γνωρίζει ότι πρέπει να κάτσει ήσυχο. Αντίθετα, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ

δυσκολεύεται υπερβολικά να παραμείνει ήσυχο ακόμα και όταν ξέρει ότι αυτό επιβάλλεται (Barkley, 2005). Ένα ζωηρό παιδί μέσα στην τάξη μπορεί να παραμείνει καθιστό ενώ ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ ακόμα και να κάθεται, κουνάει συνέχεια τα χέρια και τα πόδια του και θέλει να στριφογυρνάει συνέχεια στο κάθισμά του (Wright, Shelton & Wright, 2009).

Ακόμα μία πολύ σημαντική διαφορά έχει σχέση με την φύση της ζωνιράδας των παιδιών. Συνήθως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν προβλήματα τόσο στον ειδικότητα της αδρής όσο και της λεπτής κινητικότητας (Fliers et al., 2008). Αυτά τα παιδιά συνήθως θέλουν να κινούνται και κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που συνοδεύει αυτά τα παιδιά είναι τα προβλήματα λόγου και ομιλίας. Ένα σημαντικό ποσοστό εμφανίζει καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και αργότερα ενδέχεται να παρουσιάσει προβλήματα στον φωνολογικό και συντακτικό τομέα (Agapitou & Andreou, 2008; Mathers, 2006). Τέλος, συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν πιο έντονα ξεσπάσματα θυμού χωρίς ιδιαίτερο λόγο, τα οποία υποχωρούν δυσκολότερα (Chacko et al., 2009).

1.6. Επιδημιολογία

Η συχνότητα που παρουσιάζεται η ΔΕΠ-Υ έχει εμφανίσει πολλά προβλήματα ανά διαστήματα καθώς αρκετά συχνά υπήρχαν κάποιες διαφορές τόσο στον ορισμό όσο και στα χαρακτηριστικά της. Έτσι, έχουν δυσκολευτεί και οι ερευνητές πόσο συχνά παρουσιάζεται από την παιδική ηλικία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Οι συμπεριφορές που προσδιορίζουν τη ΔΕΠ-Υ έχουν ήδη αποφασιστεί εδώ και πολύ καιρό, αλλά στην κλινική πρακτική η διάγνωση της χρησιμοποιείται μόλις τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση η συχνότητα στα παιδιά κυμαίνεται μεταξύ του 3% και του 6%. Ωστόσο, ακόμα και αυτές οι συχνότητες μπορεί να διαφέρουν γιατί ο κάθε ειδικός δεν επιλέγει τον ίδιο τρόπο και το ίδιο δείγμα για να μετρήσει τη ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο παίζει κατά πόσο συμφωνούν τα μέλη της οικογένειας, των εκπαιδευτικών και των επιστημών κάθε ειδικότητας για την ύπαρξή της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η ΔΕΠ-Υ είναι γενικά μία διαταραχή που έχει υψηλή συχνότητα εμφάνισης στα παιδιά. Αυτή η κατάσταση παρεμποδίζει το άτομο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, καθώς ανάλογα με την περίσταση και την ηλικία πρέπει να παραμείνει συγκεντρωμένο για όσο χρόνο μπορεί και να περιορίσει την υπερκινητικότητά του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

1.7. ΔΕΠ-Υ και φύλο

Όσο αφορά τη διαταραχή αυτή και το φύλο, έχει φανεί σε πολλές μελέτες ότι παρουσιάζεται αρκετά περισσότερο στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Από όλες τις κλινικές μελέτες και από όλα τα δείγματα που έχουν χρησιμοποιηθεί για να δούμε πόσο συχνή είναι η εμφάνισή της, έχει διαπιστωθεί ότι στα αγόρια είναι εννέα φορές μεγαλύτερη από ότι στα κορίτσια. Στις επιδημιολογικές μελέτες, η αναλογία αυτή αλλάζει καθώς κατά μέσο όρο προσδιορίζεται στο τέσσερα προς ένα (American Psychiatric Association, 1994; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Όπως βλέπουμε από τα στατιστικά, η αντιστοιχία των αγοριών που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά μεγαλύτερη από των κοριτσιών. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα αγόρια από τη φύση τους είναι πιο επιθετικά και πιο υπερκινητικά. Έτσι, αν οι εκπαιδευτικοί δουν ότι ένα παιδί είναι παραπάνω από ζωηρό, θα το συζητήσουν με τους γονείς για να τους παραπέμψουν στους ειδικούς. Όσο αφορά τα κορίτσια που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ δεν είναι τόσο ακραία τα προβλήματα συμπεριφοράς αλλά δυσκολεύονται περισσότερο να διαχειριστούν την ομιλία, τη μάθηση και το άγχος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Κεφάλαιο 2^ο

2.1. Αιτιολογία

Τα τελευταία χρόνια έχουν προοδεύσει θεωρητικά μοντέλα στα οποία υπογραμμίζεται η σημαντικότητα της ετερογενούς φύσης της ΔΕΠ-Υ (Nigg , 2006). Ενώ παλιότερα οι ερευνητές θεωρούσαν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορούσαν να αποδοθούν σε μία και βασική αιτία, ύστερα από πολλές ερευνητικές μελέτες διαπιστώθηκε ότι η ΔΕΠ-Υ δεν οφείλεται σε ένα μόνο αιτιολογικό παράγοντα, αλλά σχετίζεται με περισσότερους. Όπως έχει μελετηθεί η ΔΕΠ-Υ έχει σχέση με γενετικούς, περιβαλλοντικούς και νευροψυχολογικούς παράγοντες (Nigg et al., 2005). Οι ίδιοι όμως παράγοντες συνδέονται επίσης με την εκδήλωση και άλλων διαταραχών και έτσι η ΔΕΠ-Υ γίνεται πιο πολύπλοκη ως προς την παθογένεση της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Οι έρευνες δείχνουν ότι δεν υπάρχει μόνο ένας γενετικός, περιβαλλοντικός ή νευροψυχολογικός παράγοντας που να οδηγεί στη συμπτωματολογία της. Υπάρχουν πάρα πολλοί τέτοιοι παράγοντες που είναι πιθανό να εμφανίζονται και να συνδυάζονται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

2.2 Εγκεφαλική Δομή

Το νευρικό σύστημα του ανθρώπου αποτελείται από το κεντρικό νευρικό σύστημα και το περιφερειακό κεντρικό σύστημα. Ο εγκέφαλος του ανθρώπου λογίζεται ως ένα από τα πιο τελειοποιημένα και σύνθετα δημιουργήματα. Έχει πάνω από εκατό δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους δημιουργώντας ένα νευρικό δίκτυο. Ο εγκέφαλος αποτελεί το πιο σύνθετο όργανο και μπορεί να ελέγχει και να κατευθύνει σύνθετες οργανικές και ψυχολογικές λειτουργίες (Πόρποδας, 2011). Ο νωτιαίος μυελός είναι μία επιμήκης δομή νευρικών κυττάρων που βρίσκεται μέσα στο σωλήνα της σπονδυλικής στήλης (Πόρποδας, 2011).

Οι μελέτες που έχουν κάνει οι ειδικοί για το νευρικό σύστημα έχουν δείξει ότι ο εγκέφαλος απαρτίζεται από τον πρόσθιο εγκέφαλο, το μέσο εγκέφαλο και το ρομβοειδή εγκέφαλο, ο οποίος περιλαμβάνει την παρεγκεφαλίδα, τη γέφυρα και τον προμήκη μυελό (Kandel, Schwartz & Jessell, 1997). Όσο αφορά τα εγκεφαλικά ημισφαίρια αποτελούνται από το φλοιό των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και από τρεις εσωτερικές δομές: τα βασικά γάγγλια, τον ιππόκαμπο και την αμυγδαλή (Kandel, Schwartz & Jessell, 1997). Από αυτά που γνωρίζουμε μέχρι σήμερα τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια χαρακτηρίζονται από λειτουργική διαφοροποίηση. Το αριστερό ημισφαίριο ελέγχει το κύριο μέρος της γλωσσικής λειτουργίας, ενώ το δεξιό ημισφαίριο τις λειτουργίες που σχετίζονται με τις ικανότητες της αντίληψης και της κίνησης μέσα στο χώρο (Πόρποδας, 2011). Τέλος, τα νευρικά κύτταρα τα οποία είναι εξειδικευμένα στην πρόσληψη και μετάδοση των πληροφοριών ονομάζονται νευρώνες.

Μελέτες που έγιναν σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και σε φυσιολογικά παιδιά εξετάζοντας τις περιοχές των δεξιών και των αριστερών κροταφικών λοβών που σχετίζονται με την ακουστική διάκριση, έδειξαν ότι το μέγεθος ορισμένων περιοχών των κροταφικών λοβών των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και με ΔΕΠ-Υ είναι μικρότερο. Ακόμα, η χρήση μαγνητικής τομογραφίας έδειξε ότι υπάρχουν δομικές διαφορές σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Ο Barkley συνόψισε τα ευρήματα των ερευνών που ασχολήθηκαν με την εγκεφαλική δομή του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα «φυσιολογικά» άτομα ως εξής: «Τα κύρια ψυχολογικά ελλείμματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ έχουν συσχετισθεί διά μέσου διάφορων μελετών χρησιμοποιώντας διαφορετικές επιστημονικές μεθόδους, με ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου (το μετωπιαίο λοβό, τη σύνδεσή του με τα βασικά γάγ-

γλια, και τη σχέση αυτών των δύο με το κεντρικό τμήμα της παραγκεφαλίδας). Οι περισσότερες νευρολογικές μελέτες έδειξαν ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένη εγκεφαλική δραστηριότητα και έχουν επίσης μειωμένη αντιδραστικότητα στη διέγερση σε μία ή περισσότερες από αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου. Επίσης, οι νευροαπεικονιστικές μελέτες του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ καταδεικνύουν σχετικά μικρότερες περιοχές του εγκεφάλου και μειωμένη μεταβολική δραστηριότητα του εγκεφάλου σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου αυτών των ερευνών». (Barkley, 2002, σελ. 90).

Η νευροχημική βάση της διαταραχής πιθανολογήθηκε από την ανταπόκριση των κύριων συμπτωμάτων της σε φαρμακευτικές ουσίες που αφορούσαν σε ορισμένα νευροχημικά συστήματα του εγκεφάλου. Όσο αφορά τη ΔΕΠ-Υ συμμετέχουν διάφορα νευροδιαβαστικά συστήματα, κυρίως αυτά της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης. Η κλινική εμφάνιση της διαταραχής δεν εξηγείται επαρκώς από τη δυσλειτουργία ενός μόνο νευροδιαβαστικού συστήματος ούτε μίας μόνο εγκεφαλικής περιοχής. Αντιθέτως, θεωρείται βέβαιο ότι συμμετέχουν διάφορες εγκεφαλικές περιοχές και νευροδιαβαστές (Harris, 1995).

2.3. Γενετικοί παράγοντες

Υπάρχει μία άποψη όπου υποστηρίζουν κάποιοι επιστήμονες και λέει ότι η ΔΕΠ-Υ προκαλείται από την αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων νωρίς κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης με σημαντικές επιδράσεις στις αναπτυσσόμενες νευρολογικές δομές (Nigg, 2006). Οι γενετικοί παράγοντες βοηθούν πάρα πολύ στην παθογένεση της διαταραχής καθώς φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ επηρεάζεται από αυτούς. Η κληρονομικότητα φαίνεται πώς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ.

Η συμβολή των γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της ΔΕΠ-Υ προέκυψε από τα ευρήματα ερευνών που έδειχναν ότι η διαταραχή παρουσιάζεται στα μέλη της ίδιας οικογένειας (Faraone et al., 2000). Ο πιο άμεσος τρόπος για να μελετήσει κανείς την επίδραση της κληρονομικότητας είναι η μελέτη διδύμων. Η γενετική επίδραση στην εκδήλωση της διαταραχής είναι υψηλότερη μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων, οι οποίοι μοιράζονται το 100% των γονιδίων τους, σε αντίθεση με τους διζυγωτικούς διδύμους, οι οποίοι μοιράζονται μόνο το 50% των γονιδίων τους. Ο Faraone και οι συνεργάτες του το 2005 έκαναν 20 μελέτες ανάμεσα σε δίδυμα, αναφέρουν ότι ο μέσος όρος της προβλεπόμενης κληρονομικότητας ανέρχεται στο 76%. Έτσι βλέπουμε ότι η ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στις διαταραχές είναι εκείνη που κληρονομείται με τη μεγαλύτερη συχνότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Άλλες επιστημονικές μελέτες που επικεντρώθηκαν στην εμφάνιση της

ΔΕΠ-Υ στο οικογενειακό περιβάλλον, υποστηρίζουν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες να διαγνωσθούν με την ίδια διαταραχή παρά συγγενείς παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ (Erstein et al., 2000 & Faraone et al., 2000).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες οδήγησαν τους μελετητές να ασχοληθούν με τα γονίδια που οφείλονται για αυτή τη διαταραχή. Όπως έχουν διαπιστώσει από τις έρευνες, υπάρχει ένα μεγάλο εύρος γονιδίων που σχετίζονται με αυτή τη διαταραχή, τα οποία όμως έχουν μέτρια επίδραση (Tripp & Wickens, 2009). Από όλα τα γονίδια που έχουν ανακαλυφθεί κανένα δε φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής. Οι έρευνες έστρεψαν την προσοχή τους σε ορισμένα γονίδια και κυρίως ασχολήθηκαν με τα γονίδια που εμπλέκονται στο ντοπαμινεργικό μεσομεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου. Οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στη διερεύνηση γονιδίων του συστήματος κατεχολαμινών, με ιδιαίτερη έμφαση στα γονίδια της ντοπαμίνης DRD4 και DAT1 (Faraone et al., 2001; Todd et al., 2002). Ωστόσο, η επίδραση των δύο αυτών γονιδίων για την εκδήλωση της διαταραχής είναι μικρή και κανένα από τα δύο αυτά γονίδια δεν επαρκεί για την εκδήλωση της διαταραχής. Σε μία άλλη μετα-ανάλυση αναφέρεται ότι μόνο επτά υποψήφια γονίδια μπορούν να επηρεάσουν την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Σε αυτά τα γονίδια περιλαμβάνονται τέσσερα γονίδια κατεχολαμίνης, δύο γονίδια του συστήματος σεροτονίνης και το γονίδιο SNAP-25 (Faraone et al., 2005). Από άλλες έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι σε αυτά τα παιδιά είναι πιθανότερο οι εγκεφαλοί τους να αναπτύσσονται διαφορετικά από εκείνους των άλλων παιδιών.

Από όλες τις μελέτες που ασχολήθηκαν με την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ, βλέπουμε ότι δεν υπάρχει μόνο ένα γονίδιο που να αιτιολογεί τη διαταραχή, αλλά μία πληθώρα γονιδίων. Είναι πολύ σημαντικό να διερευνήσουμε την επίδραση των συγκεκριμένων γονιδίων για να καταλάβουμε τόσο την εκδήλωσή της όσο και για την φαρμακευτική αντιμετώπιση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

2.4. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Υπάρχουν πολλοί εξωγενείς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν ένα παιδί σε διάφορες φάσεις της ανάπτυξής του. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δεν οφείλονται σε μεγάλο ποσοστό για την εμφάνιση της διαταραχής. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι που έχουν μελετηθεί περισσότερο και έχουν συνδεθεί με τη ΔΕΠ-Υ.

Πάρα πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν σχέση με τη ΔΕΠ-Υ, αφορά τις συνθήκες της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης. Για παράδειγμα, αν η μητέρα κάπνίζει τους μήνες που είναι έγκυος, είναι πιθανό το παιδί να εμφανίσει ΔΕΠ-Υ (Linnet et al., 2003). Ο Nigg ανέφερε ότι το 7% των περιπτώσεων που εκδηλώνουν τη διαταραχή οφείλεται στο κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης (Nigg, 2006). Ωστόσο, οι μελέτες που έχουν γίνει για το κάπνισμα είναι περιορισμένες και όχι τόσο έγκυρες. Σε μελέτη που έγινε από τον Linnet και τους συνεργάτες του το 2006 διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που κάπνιζαν κατά την κύηση είχαν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν παιδί με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τις μητέρες που δεν κάπνιζαν. Το κάπνισμα είναι ένας επικίνδυνος παράγοντας αλλά με περιορισμένη επίδραση που μπορεί πολύ εύκολα να ελεγχθεί.

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Όταν η μητέρα πίνει, το έμβρυο μπορεί να εκδηλώσει διαταραχή προσοχής, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας (Mick et al., 2002). Η ποσότητα κατανάλωσης ποτού ίσως παίζει κύριο ρόλο στην επικινδυνότητα εκδήλωσης της διαταραχής, καθώς έχει εντοπιστεί ότι περίπου το 7% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είχε εκτεθεί σε μικρές ποσότητες αλκοόλ κατά την κύηση ενώ περίπου το 10% είχε εκτεθεί σε μεγάλες ποσότητες αλκοόλ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Επιπρόσθετα, τόσο το χαμηλό βάρος γέννησης όσο και η προωρότητα είναι αρκετά σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διαταραχή (Linnet et al., 2006).

Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει στην εκδήλωση της διαταραχής είναι η ψυχοπαθολογία της μητέρας κατά την κύηση αλλά και μετά από αυτή. Το άγχος της μητέρας, τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας αλλά και του πατέρα αλλά και η μητρική κατάθλιψη έχουν αναφερθεί ως επιβαρυντικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες (Pressman et al., 2006). Αν η μητέρα ή πατέρας έχει ΔΕΠ-Υ είναι πολύ δύσκολο να βάλει όρια και κανόνες στο παιδί του.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι υπάρχουν πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση της διαταραχής. Όμως, ο βαθμός επίδρασής τους είναι μικρός και δεν μπορούν από μόνοι τους να αιτιολογήσουν τα συμπτώματα της διαταραχής.

2.5. Νευροψυχολογικοί παράγοντες

Η ετερογένεια της ΔΕΠ-Υ τόσο ως προς τους γενετικούς όσο και ως προς τους περιβαλλοντικούς παραγοντες που συμβάλουν στην παθογένεση της, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι είναι πολύ δύσκολη η κατανόησή της. Οι πιο συνηθισμένοι ενδογενείς παράγοντες που έχουν μελετηθεί τα τελευταία χρόνια είναι οι νευροψυχολογικοί. Όταν αναφερόμαστε στη

«νευροψυχολογία», εννοούμε τη μελέτη των δομών και λειτουργιών του εγκεφάλου που σχετίζονται με συγκεκριμένες ψυχολογικές διεργασίες και συμπεριφορές. Υπάρχουν πολλοί νευροψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, αλλά τέσσερις είναι αυτοί που έχουν μελετηθεί περισσότερο και έχουν συνδεθεί με συγκεκριμένα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ: α) ο ανασταλτικός έλεγχος, β) η μνήμη εργασίας, γ) η αυτορρύθμιση συναισθήματος – διέγερσης και η αποστροφή αναμονής, και δ) η αντίληψη του χρόνου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Οι απόψεις του Still για την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ δικαιώνονται αφού από το 1902 υποστήριζε ότι τα αίτια της διαταραχής οφείλονται σε βλάβη του εγκεφάλου ή είναι κληρονομικά.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με τη διαταραχή είναι ο ανασταλτικός έλεγχος. Σύμφωνα με τον Barkley, η κεντρική δυσλειτουργία αφορά στον ελλειμματικό ανασταλτικό έλεγχο. Όταν αναφερόμαστε στον ανασταλτικό έλεγχο, εννοούμε την δεξιότητα του ατόμου να σταματάει μία παρόρμηση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ξέρουν ότι κάποιες συμπεριφορές τους μπορεί να μην είναι σωστές σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, αλλά συνήθως δεν μπορούν να τις αποφύγουν. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να κάνουν λάθη απροσεξίας στις εργασίες τους. Αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δεν ξέρουν την λύση απλά βιάζονται για να τελειώσουν γρήγορα. Όσο αφορά τον γραπτό λόγο, ένα παιδί που έχει ελλειμματικό ανασταλτικό έλεγχο, όταν προσπαθεί να παράγει ιδέες και να γράψει ένα κείμενο, μπορεί να κάνει ορθογραφικά λάθη, να παραλείπει τόνους και να κάνει δυσανάγνωστα γράμματα. Αυτό συμβαίνει γιατί δυσκολεύονται να εκτελέσουν πολλές λειτουργίες ταυτόχρονα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την διαταραχή είναι η μνήμη εργασίας. Η μνήμη εργασίας είναι η δυνατότητα να κρατάει κάποιος στη μνήμη του διάφορες πληροφορίες για μικρό χρονικό διάστημα και να μπορεί να τις χρησιμοποιεί για να λύσει διάφορα προβλήματα (Baddeley, 1996). Επιπρόσθετα, η μνήμη εργασίας εξασφαλίζει την ικανότητα σε ένα άτομο να κρατάει το ενδιαφέρον του και να μη διασπάται από διάφορα ερεθίσματα κατά τη διάρκεια εργασιών που θέλουν κόπο (Castellanos & Tannock, 2002). Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν ήπια έως σοβαρά ελλείμματα στη μνήμη εργασίας και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσκολεύονται περισσότερο στην ανάκληση πληροφοριών. Επιπλέον, όταν κάνουν δύσκολες εργασίες δεν μπορούν να συγκεντρωθούν για πολλή ώρα (Martinussen et al., 2005). Εκτιμάται ότι η δυσκολία στη μνήμη εργασίας χαρακτηρίζει αποκλειστικά τις περιπτώσεις ατόμων με τον απρόσεχτο τύπο της

ΔΕΠ-Υ (Diamond, 2005). Τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται πολύ επειδή δεν μπορούν να ακολουθήσουν τους κανόνες και τα όρια που βάζουν οι γονείς τους. Όσο αφορά τις σχολικές επιδόσεις, η μνήμη εργασίας τις επηρεάζει αρκετά στη γραφή και στην ανάγνωση. Ακόμα, δυσκολεύονται αρκετά στη γραπτή έκφραση καθώς πρέπει να θυμάται ένα μεγάλο αριθμό πληροφοριών. Τέλος, η ικανότητα της γραπτής έκφρασης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι περιορισμένη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας είναι η αυτορρύθμιση, όπου αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εξετάζει τις συνθήκες του περιβάλλοντος προκειμένου να αποφασίζει πώς θα ενεργήσει, να αξιολογεί κατά πόσο τα αποτελέσματα των πράξεών του είναι επιθυμητά (Sagnolden et al., 1998). Οι δεξιότητες που απαιτούνται για την κατάκτηση της ικανότητας της αυτορρύθμισης είναι η αυτοπαρατήρηση, η αυτοαξιολόγηση και η αυτό – ενίσχυση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Πολλοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν προβλήματα που έχουν σχέση με την δεξιότητα να κατευθύνουν τα συναισθήματα τους και να συνεχίζουν την προσπάθειά τους όταν πρέπει να ολοκληρώσουν μία δύσκολη εργασία (Sergeant, 2005). Οι αντιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, εξαιτίας της μειωμένης ικανότητας αυτορρύθμισης, φαίνονται αργές, ασυνεπείς και χωρίς ακρίβεια (Klein et al., 2006). Επίσης, τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες στον τρόπο που επεξεργάζονται τα κίνητρα. Επηρεάζονται πολύ από τις ανταμοιβές και μπορεί να κάνουν κάτι καλύτερα αν τους έχεις τάξει κάτι (Trip & Alsop, 2001). Τα παιδιά αυτά ενώ επιβραβεύονται, δεν μπορούν με τίποτα να περιμένουν και αυτό είναι κάτι που επηρεάζει τη συμπεριφορά τους. Επειδή δεν έχουν υπομονή, «πετάγονται» την ώρα του μαθήματος και δεν μπορούν να περιμένουν την σειρά τους. Αυτό που τους αρέσει περισσότερο είναι το διάλειμμα και μπορεί να βγουν από την τάξη όταν βαρεθούν.

Τέλος, η αντίληψη του χρόνου αναφέρεται στην δεξιότητα να υπολογίσει κάποιος με ακρίβεια ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Toplak et al., 2003). Η αντίληψη του χρόνου είναι μία προσαρμοστική ικανότητα που βοηθάει το άτομο να εκτιμάει διάφορες περιστάσεις και να ανταποκρίνεται εποικοδομητικά σ' αυτές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένη ικανότητα στην αντίληψη του χρόνου συγκριτικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Smith et al., 2002). Η δυσκολία αντίληψης του χρόνου ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στη σχολική του επίδοση αλλά και στην καθημερινότητά του γενικότερα.

Κεφάλαιο 3^ο

3.1. Διάγνωση

Για τη διάγνωση της διαταραχής είναι καλό να χρησιμοποιηθούν πολλές και διαφορετικές διαγνωστικές μέθοδοι. Ο ειδικός πρέπει να συγκεντρώσει πληροφορίες από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς αλλά και από το ίδιο το παιδί. Χρειάζεται συνδυασμός των υπάρχουσών μεθόδων αξιολόγησης. Αυτό που πρέπει να γίνει, είναι να ληφθεί έγκυρο και αξιόπιστο αναπτυξιακό ιστορικό, να γίνει συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με τις τωρινές δυσκολίες του παιδιού και τέλος να γίνει η κλινική αξιολόγηση του ίδιου του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Η πολυπλοκότητα της διάγνωσης προϋποθέτει τη συνεργασία μεταξύ διαφόρων ειδικών και τη χρήση μιας μεγάλης ποικιλίας ψυχομετρικών εργαλείων (Λιβανίου, 2004). Πρέπει να διερευνηθεί για να διαπιστωθεί η έκταση και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η αιτία και η αναπτυξιακή πορεία τους, την παρουσία άλλων σωματικών, ψυχικών ή/και μαθησιακών δυσκολιών (Barkley, 1998). Ένας πολύ σημαντικός στόχος είναι να εντοπιστεί η ύπαρξη συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Όταν γίνει η διάγνωση, είναι καλό να γίνει ψυχοεκπαίδευση για να κατανοήσουν τη διαταραχή τόσο οι γονείς όσο και το ίδιο το παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Μία πλήρης διαδικασία διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, διαγνωστικές συνεντεύξεις με τους γονείς, το παιδί και τους εκπαιδευτικούς, άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού στο σχολείο, συμπλήρωση κλιμάκων από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς και τέλος την κλινική αξιολόγηση (Λιβανίου 2004, Τρίγκα – Μερτίκα, 2005). Οι κλίμακες αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι οι κλίμακες αξιολόγησης για ΔΕΠ-Υ καθώς και η κλίμακα αυτοαξιολόγησης συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ του «Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας 6 θεμάτων» (Πεγλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου & Παπαδημητρίου, 2012).

Τον Μάιο του 2013, στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης κυκλοφόρησε η Πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM – V). Όσο αφορά το DSM – V, τα διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ είναι παρόμοια με αυτά του προηγούμενου εγχειριδίου. Παραμένουν 18 κατανεμημένα στους δύο τομείς, τον τομέα της Απροσεξίας και αυτόν της Υπερκινητικότητας / Παρορμητικότητας. Όμως κάποια πράγματα είναι διαφορετικά και έχουν σχέση προπαντός με τον αριθμό κριτηρίων και με την ηλικία εμφάνισης της διαταραχής. Αυτό που είναι αναγκαίο για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι η εκδήλωση όλων των συμπτωμάτων σε περισσότερες από μία καταστάσεις ταυτόχρονα (π.χ. σπίτι και σχολείο). (American Psychiatric Association, 2013).

Για να γίνει η διάγνωση είναι καλό το παιδί να αξιολογηθεί σε γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς και να εξετάσουν το περιβάλλον στο οποίο το παιδί μεγαλώνει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ο ειδικός που θα εξετάσει το παιδί πρέπει να το παραπέμψει και σε άλλους ειδικούς ανάλογα με τα θέματα που έχει. Αυτό που πρέπει να καταλάβουν οι ειδικοί είναι να δουν αν το παιδί έχει και άλλα ιατρικά προβλήματα και τι πρέπει να προσέξουν περισσότερο. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

3.2. Διαφορική Διάγνωση

Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζει τα μεγαλύτερα ποσοστά συνοσηρότητας σε σχέση με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό ο ειδικός, πριν επιβεβαιώσει ή αποκλείσει την διαταραχή, να μαζέψει δεδομένα από τη χρήση διαφορετικών μέσων αξιολόγησης με στόχο τη διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (Σιαπάτη, 2007).

Είναι αρκετές οι διαταραχές που έχουν πολλά κοινά σημεία με τη ΔΕΠ-Υ γι' αυτό είναι δύσκολο να τη ξεχωρίσουν. Η ΔΕΠ-Υ έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και τη Διαταραχή Διαγωγής και γι' αυτό είναι δύσκολο από την αρχή να καταλάβει ο ειδικός για ποια διαταραχή πρόκειται. Οι διαταραχές αυτές διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ένταση, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των προβλημάτων που παρουσιάζουν τα άτομα. Η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή έχει ως κύρια συμπτώματα την αρνητική και αντιδραστική συμπεριφορά καθώς και την ανυπακοή. Σε αυτή τη διαταραχή συνήθως τα άτομα βγάζουν επίθεση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η διαφορική διάγνωση γίνεται κυρίως με την ύπαρξη ή την απουσία διαταραχών της προσοχής, δυσκολιών ελέγχου της παρορμητικότητας καθώς και σύμφωνα με την ηλικία του ατόμου. Τα συμπτώματα που έχουν σχέση με τη ΔΕΠ-Υ παρουσιάζονται κυρίως πιο πριν στην ανάπτυξη του παιδιού σε σύγκριση με τις άλλες δύο διαταραχές της Διασπαστικής Συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Επιπλέον, ένα σύμπτωμα που είναι ίδιο στις διαταραχές και είναι απαραίτητο να το προσέξουν οι ειδικοί για να κάνουν τη σωστή διάγνωση είναι ότι τα παιδιά δεν ακούνε. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ανυπακοή επειδή δεν μπορούν να το συγκρατήσουν ενώ όσο αφορά τις άλλες δύο διαταραχές έχουν κάποια σκοπιμότητα (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2006).

3.3. Συννοσηρότητα

Με τον όρο συννοσηρότητα εννοούμε τη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαφορετικών νόσων στο ίδιο άτομο και έχει παρατηρηθεί πώς τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας

με άλλες διαταραχές παρατηρούνται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Πολλά άτομα που έχουν ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συνήθως ταυτόχρονα και άλλες διαταραχές (Παπαναστασίου, 2019).

Η συννοσηρότητα είναι διφορούμενη έννοια για τους ειδικούς και δεν την αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο, το DSM – IV και το ICD – 10. Το DSM – IV ισχυρίζεται τη χρήση πολλαπλών διαγνώσεων και δεν κατηγοριοποιεί τις περιπτώσεις όπου υπάρχουν διαφορετικές διαταραχές ενώ το ICD – 10 περιλαμβάνει ορισμένες διαγνωστικές κατηγορίες που αντιστοιχούν σε μεικτές διαταραχές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η Διαταραχή Διαγωγής, η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή, η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και η Διαταραχή Tourette είναι οι διαταραχές που συνυπάρχουν συχνότερα με τη ΔΕΠ-Υ. Ακόμα, οι ειδικοί αναφέρονται όλο και συχνότερα στην ύπαρξη αυτιστικών χαρακτηριστικών σε άτομα με κύρια διάγνωση ΔΕΠ-Υ και το αντίστροφο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Οι Gilberg και Billstedt (2000) αναφέρουν ότι οι πιο συχνές διαταραχές που συνυπάρχουν με τον αυτισμό είναι οι διαταραχές προσοχής, οι διαταραχές κινητικού συντονισμού και αντίληψης, το σύνδρομο Tourette και η ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, η άποψη που προωθούν τα διαγνωστικά εγχειρίδια DSM – IV και ICD – 10 σχετικά με τη θεώρηση συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ ως μέρος του αυτισμού, όταν αυτά εκδηλώνονται σε άτομα που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα, δεν θεωρείται πλέον επαρκής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Η αναστάτωση προκαλείται γιατί και οι δύο διαταραχές παρουσιάζουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, όπως είναι η υπερκινητικότητα, η ελλειμματική προσοχή καθώς και τα προβλήματα συμπεριφοράς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, πολλά παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού να έχουν διαγνωστεί ως παιδιά με ΔΕΠ-Υ και αυτό έχει ως επακόλουθο να μην αντιμετωπίζεται γρήγορα (Hartley & Sikora, 2009).

Σύμφωνα με έρευνες, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν πολύ συχνά μαθησιακές δυσκολίες και τα παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες παρουσιάζουν συχνά υπερκινητικότητα και προβλήματα συμπεριφοράς (Faraone et al., 1993a). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερους βαθμούς και οι επιδόσεις τους δεν είναι τόσο καλές (Loe & Feldman, 2007). Τέλος, διαπιστώθηκε ότι οι μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αυξάνουν τον κίνδυνο να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στις επαγγελματικές και στις κοινωνικές τους σχέσεις ως ενήλικες (Weiss & Hechtman, 1993).

Επιπρόσθετα, η ΔΕΠ-Υ συνδέεται με την Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή και αυτό γιατί τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή δεν τα πάνε τόσο καλά στα τεστ νοημοσύνης σε σχέση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά της ηλικίας τους (Αποστολοπούλου, 2009).

Τέλος, η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και των Αγχώδων Διαταραχών είναι αρκετά υψηλή, καθώς τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν πολύ συχνά διαταραχές άγχους. Ο ειδικός πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός ώστε να αντιμετωπιστεί κατάλληλα και να δοθούν τα κατάλληλα φάρμακα ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

3.4. Η διάκριση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ

Παρά τις πολλές ομοιότητες, υπάρχουν και σημαντικές διαφορές μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ στην κοινωνική κρίση και στη λεκτική έκφραση (Zayat, Kald & Wodka, 2011). Στις ΔΑΦ παρατηρούνται περισσότερα προβλήματα λόγου, και επικοινωνίας, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και σχέσεων, δυσκολίες στο παιχνίδι, στη συναισθηματική ανταπόκριση και στη βλεμματική επαφή, στη χρήση αντικειμένων και στις συναισθηματικές εκδηλώσεις. Όσο αφορά τη ΔΕΠ-Υ παρατηρούνται υψηλότερα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας και λιγότερα αισθητηριακά προβλήματα, όπως με την αφή, τη γεύση και την όσφρηση, σε σχέση με τις ΔΑΦ (Hartley & Sikora, 2009). Σε μελέτη του Mayes και των συνεργατών του το 2011, η οποία εστιάζει στη διερεύνηση της επικάλυψης και της διαφοροποίησης των συμπτωμάτων στις περιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ και των ΔΑΦ, αναφέρεται σημαντικά μειωμένη αντίδραση στα λεκτικά ερεθίσματα και υπερευαισθησία σε θορύβους των παιδιών με ΔΑΦ. Σύμφωνα πάλι με την ίδια μελέτη, σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΑΦ υψηλής και χαμηλής λειτουργικότητας παρατηρείται σημαντικά καλύτερη επιλεκτική προσοχή σε σχέση με τη ΔΕΠ-Υ. Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κωλύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους εστιασμένα σε δραστηριότητες που παρουσιάζουν μονοτονία ενώ ένα παιδί με ΔΑΦ μπορεί να περάσει ώρες φτιάχνοντας ένα παζλ.

Από την παραπάνω μελέτη συμπεραίνεται ότι τόσο η ΔΕΠ-Υ όσο και οι ΔΑΦ είναι νευροβιολογικές διαταραχές με παρόμοια νευροψυχολογικά ελλείμματα, που διακρίνονται, ωστόσο, εύκολα η μία από την άλλη με βάση το προφίλ των συμπτωμάτων που εκδηλώνει ένα παιδί. Ωστόσο, στις ΔΑΦ εκδηλώνονται συχνά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ενώ το αντίθετο δεν είναι τόσο συχνό (Mayes et al., 2011). Γι' αυτό το λόγο, πολλά παιδιά με ΔΑΦ λαμβάνουν πολλές φορές αρχικά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Goldstein et al., 2004).

Κεφάλαιο 4°

4.1. Η Θεραπευτική Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ

Για να γίνει η θεραπεία της διαταραχής χρειάζεται να αντιμετωπιστεί με πολλούς τρόπους. Στη θεραπεία πρέπει να βοηθήσουν τον ασθενή και τα άτομα του οικογενειακού και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Με τη θεραπεία δεν θα εξαλειφθεί η διαταραχή αλλά θα βελτιωθούν τα συμπτώματά της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η διαταραχή μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσα από τα φάρμακα, τη παρέμβαση στη συμπεριφορά των ασθενών και τη ψυχοθεραπεία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της πρέπει να έχει ως γνώμονα τρεις αρχές. Η πρώτη έχει σχέση με το να οργανωθεί η θεραπεία σύμφωνα με αυτά που θέλει ο κάθε ασθενής, η δεύτερη βασίζεται με το να παρακολουθούνται χρόνια τα άτομα με τη διαταραχή και η τρίτη αφορά τη ψυχολογία (Καλαντζή – Αζίζι, 2005).

Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ σημαντικό να πραγματοποιεί συνεδρίες με έναν έμπειρο κλινικό ιατρό αλλά και η οικογένειά του για να μπορέσει να βοηθηθεί. Επίσης, σημαντικό είναι να εκπαιδεύονται οι γονείς για τη συγκεκριμένη διαταραχή για να μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους. Η άσκηση των κοινωνικών δεξιοτήτων επιτυγχάνεται με το να μαθαίνουν τα παιδιά τεχνικές για το πώς να συμπεριφέρονται καλύτερα στους συνομηλίκους τους και να βελτιώνεται και η μεταξύ τους σχέση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Όλες οι μέθοδοι έχουν αποτελέσματα αλλά καμία δεν μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία. Η καλύτερη αντιμετώπιση προκύπτει από τον συνδυασμό όλων των μεθόδων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, είναι αξιοσημείωτο οι επιστήμονες να μπορέσουν να αλληλοβοηθηθούν με τους γονείς. Αυτό θα κατακτηθεί όταν τους εξηγήσουν τα χαρακτηριστικά της διαταραχής και πώς μπορούν να βοηθήσουν το παιδί. Οι γονείς είναι καλό όταν δουν μία συμπεριφορά που είναι περίεργη να απευθυνθούν στον ειδικό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

4.2. Φαρμακευτική Αγωγή

Οι ειδικοί πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί τότε θα δώσουν φάρμακα στους ασθενείς με τη διαταραχή και ειδικότερα όταν πρόκειται για παιδιά. Για την λήψη φαρμάκων, τα συμπτώματα πρέπει να είναι πολύ σοβαρά που να μην υπάρχει άλλος τρόπος αντιμετώπισης (Neuhaus, 1998). Ωστόσο, οι ιατροί που ασχολούνται με τη ΔΕΠ-Υ έχουν την τάση να δοκιμάζουν ενδεδειγμένα φάρμακα για την αντιμετώπιση των κυρίων συμπτωμάτων της ό-που είναι η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα.

Τα συνηθέστερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη διαταραχή είναι τα ψυχοδιεγερτικά, και συγκεκριμένα η μεθυλφενιδάτη, η δεξτροαμφεταμίνη, η πεμολίνη και η ατομοξετίνη. Περίπου 30 λεπτά μετά τη χορήγηση της κατάλληλης για το βάρος του παιδιού δοσολογίας του φαρμάκου, παρατηρούνται βελτίωση του εύρους της προσοχής, μείωση της παρορμητικότητας και της δραστηριότητας, καλύτερη συνεργασία και μεγαλύτερη δυνατότητα εστίασης στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Όσο αφορά τις παρενέργειες των φαρμάκων μπορεί να συνυπολογίζονται η ανορεξία και η μείωση του βάρους του παιδιού, ενώ σπάνια παρατηρούνται ταχυκαρδία, ζάλη, αϋπνία ή υπνηλία. Τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εθισμό και μπορούν ανά πάσα στιγμή να διακοπούν χωρίς κανένα πρόβλημα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Μία άλλη κατηγορία φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της είναι αυτή των αντικαταθλιπτικών. Τα συγκεκριμένα φάρμακα δε βοηθούν όσο βοηθούν τα ψυχοδιεγερτικά. Τα φάρμακα αυτά συνήθως δοκιμάζονται σε περιπτώσεις αποτυχίας των ψυχοδιεγερτικών και απευθύνονται κυρίως σε πληθυσμούς με παράλληλη νοσηρότητα όπως είναι οι διαταραχές του θυμικού (Teeter, 1998).

Τέλος, η κλονιδίνη είναι ένα αντι-υπερτασικό φάρμακο το οποίο διεγείρει τους αδρενεργικούς υποδοχείς του εγκεφάλου, έχει χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο της υπερκινητικότητας σε παιδιά όπου τα άλλα φάρμακα μπορούν να παρουσιάσουν πρόβλημα όπως είναι το τικ (Teeter, 1998)

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η φαρμακοθεραπεία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Η φαρμακοθεραπεία ενισχύει την αποδοτικότητα των λοιπών θεραπευτικών παρεμβάσεων για το παιδί και την οικογένειά του. Οι γονείς πρέπει να έχουν συχνή επικοινωνία με τον γιατρό, έτσι ώστε να χορηγηθούν οι ώρες χορήγησης και η δοσολογία σύμφωνα με τις ανάγκες του παιδιού. Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι η φαρμακοθεραπεία δεν είναι πάντοτε απαραίτητη στη ΔΕΠ-Υ. Ειδικότερα στην προσχολική ηλικία, τα φάρμακα χρησιμοποιούνται εξαιρετικά σπάνια και μόνο για ακραίες περιπτώσεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

4.3. Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς

Οι τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια της παρέμβασης καθορίζονται ανάλογα με τους στόχους που θα τεθούν. Είναι απαραίτητο από την αρχή να καθορίζονται ορισμένοι στόχοι. Πρέπει να τεθούν υπόψη οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τους γονείς, τους παιδαγωγούς και τα στοιχεία που προκύπτουν μέσα από την εξέταση του ίδιου

του παιδιού και σύμφωνα με όλα αυτά ορίζονται οι στόχοι της παρέμβασης (Neuhaus, 1999). Η παρέμβαση συνήθως εστιάζει αρχικά σε στόχους μικρής δυσκολίας, προκειμένου το παιδί και η οικογένειά του να βιώσουν τα πρώτα θετικά οφέλη από την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Στα πλαίσια της προσέγγισης της εφαρμογής του μοντέλου ανάλυσης της συμπεριφοράς, οι γονείς μαθαίνουν πώς να χειρίζονται πριν και μετά τη συμπεριφορά, να καταλαβαίνουν την προβληματική συμπεριφορά και να επαινούν τη σωστή συμπεριφορά. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή των συμπεριφορικών τεχνικών είναι ιδιαίτερα σημαντικό τόσο οι γονείς όσο και άλλα άτομα που εμπλέκονται στη διαπαιδαγώγηση του παιδιού, να κατανοήσουν τις βασικές αρχές που διέπουν τη συμπεριφορική προσέγγιση. Θα πρέπει να γίνεται αρχικά ακριβής καταγραφή των θετικών μορφών συμπεριφοράς που πρέπει να ενισχυθούν και των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς που πρέπει να εξαλειφθούν. Η εφαρμογή των τεχνικών αυτών είναι μία συνεχής διαδικασία και διαμορφώνεται ανάλογα με τις δυσκολίες που παρουσιάζει κάθε παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συχνά διακρίνονται από δυσλειτουργικές αντιλήψεις σε ό,τι αφορά στα συμπτώματα της διαταραχής. Αυτές οι αντιλήψεις όμως είναι πιθανό να παρεμποδίζουν την ομαλή ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών. Εξαιτίας της συμπεριφοράς τους απέναντι στα παιδιά, οι γονείς συχνά μπορεί να βιώνουν εκνευρισμό, θυμό και αυτοκριτική διάθεση. Έτσι, είναι σημαντικό ο ειδικός να εντοπίσει τις δυσλειτουργικές αντιλήψεις των γονέων και να τις αντικαταστήσει με άλλες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Αυτές οι αντιλήψεις που έχουν οι γονείς συνήθως οδηγούν σε λάθος χειρισμούς. Οι πεποιθήσεις που έχουν οι γονείς για τον εαυτό τους, για τα παιδιά τους και για τον τρόπο διαπαιδαγώγησης που υιοθετούν, μπορεί να καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης (Chronis et al., 2004).

Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, εκτός από τις ατομικές συνεδρίες για την εκπαίδευσή τους, μπορούν να συμμετέχουν και σε ατομικά προγράμματα. Τα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα βασίζονται στις αρχές διαχείρισης της συμπεριφοράς και σε τεχνικές που αντλούν από τη θεωρία της συντελεστικής μάθησης (Braswell & Bloomquist, 1991).

4.4. Ψυχοεκπαίδευση

Η ψυχοεκπαίδευση αναφέρεται στην ενημέρωση των γονέων για τη διαταραχή και στο να μάθουν βασικά πράγματα για τις συμπεριφορικές τεχνικές. Μία μετα – ανάλυση ερευνών

σχετικά με την ψυχοεκπαίδευση των γονέων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, έδειξε πόσο θετικό είναι για την θεραπεία των παιδιών (Montoya, Colom & Ferrin, 2011). Όσο περισσότερο ενημερωμένη είναι η οικογένεια, τόσο καλύτερα θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του θεραπευτικού προγράμματος (CADDRA, 2011).

Πολύ συχνά τα παιδιά που έχουν τη συγκεκριμένη διαταραχή έχουν ανάγκη να τα παρακολουθεί κάποιος ψυχολόγος προκείμενου να αντιμετωπίσουν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να έχουν από τη διαταραχή (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου & Παπαδημητρίου, 2012). Έχει αποδειχθεί ότι η ψυχολογική παρέμβαση είναι αποτελεσματική για τα παιδιά και μπορεί να βοηθήσει θετικά στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Ο ψυχολόγος μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να διαχειριστούν τα προβλήματα της καθημερινής τους ζωής που δυσκολεύονται. Τέλος, μέσα από την ψυχοθεραπεία θα βελτιωθούν οι κοινωνικές τους δεξιότητες, η αυτοεκτίμησή τους, καθώς και η λειτουργικότητά τους σε οικογενειακό και σε σχολικό επίπεδο (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου & Παπαδημητρίου, 2012).

Συζήτηση

Παρόλο που γνωρίζουμε ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μία συχνή διαταραχή, δεν υπάρχουν πολλά ελληνικά βιβλία και αρκετές έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την εμφάνισή της και την αντιμετώπισή της ιδιαίτερα στα παιδιά του νηπιαγωγείου. Παρακάτω παρουσιάζω τις απόψεις που είχαν και πώς εξελίχθηκε η διαταραχή μέσα από την ελληνική βιβλιογραφία.

«Μέχρι και στις αρχές της δεκαετίας του 1990, υπήρχαν ελάχιστες αναφορές στα υπερκινητικά παιδιά στην ελληνική βιβλιογραφία, όπου γίνονταν σε επιστημονικά βιβλία, τα οποία αναφέρονταν γενικότερα στα προβλήματα ψυχικής υγείας. Μία τέτοια προσπάθεια ήταν αυτή της παιδοψυχιάτρου Αλεξάνδρας Ρούσσου (1988), η οποία είχε γράψει ένα κεφάλαιο με τίτλο «Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής» στο συλλογικό τόμο «Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής», τον οποίο επιμελήθηκαν οι Τσιάντης και Μανωλόπουλος (1988). Το κεφάλαιο αυτό αξιολογείται ως ιδιαίτερα σημαντικό για την εποχή που γράφτηκε, επειδή παρουσίαζε με τρόπο συστηματικό τα ισχύοντα τότε διαγνωστικά κριτήρια του DSM – III για τη ΔΕΠ-Υ, επιδημιολογικά στοιχεία, καθώς και άλλα βασικά στοιχεία τα οποία αφορούσαν στις δευτερογενείς δυσκολίες των παιδιών με τη διαταραχή αυτή». (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Οπότε όπως διαπιστώνω μέχρι σχετικά πρόσφατα δεν είχαμε αρκετές γνώσεις για τη συγκεκριμένη διαταραχή και δεν είχαν ασχοληθεί ιδιαίτερα οι Έλληνες επιστήμονες με το συγκεκριμένο θέμα.

Η πρώτη σημαντική προσπάθεια για την παρουσίαση του υπερκινητικού συνδρόμου στην ελληνική βιβλιογραφία είναι μάλλον αυτή της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδας, με την έκδοση των πεπραγμένων του συμποσίου το οποίο πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα το Μάιο του 1992 με θέμα «Παιδιά με Υπερκινητικό Σύνδρομο και Διαταραχές Διαγωγής». Σε εκείνο το συμπόσιο εκτός από Έλληνες επιστήμονες, είχαν μιλήσει και επιστήμονες που ήταν διεθνώς γνωστοί στη ΔΕΠ-Υ εκείνη την εποχή όπως είναι ο Eric Taylor και ο Franc Verhulst (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Προσωπικά, πιστεύω ότι το συγκεκριμένο συμπόσιο ήταν πολύ σημαντικό επειδή πρώτη φορά στην Ελλάδα είχαν μιλήσει και επιστήμονες που ήταν διεθνώς γνωστοί. Έτσι, μπορούσαν όλοι μαζί να μοιραστούν τις γνώσεις τους και να δουν πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί η διαταραχή.

Μέχρι το 2000, η έκδοση ελληνικών βιβλίων για τη ΔΕΠ-Υ ήταν περιορισμένη και οι θεωρίες για την αιτιολογία της διαταραχής και τον τρόπο αντιμετώπισής της παρουσιάστηκαν στην Ελλάδα κυρίως με τη μετάφραση ξενόγλωσσων βιβλίων. Το 2000 εκδόθηκε η πρώτη μονογραφία για τη ΔΕΠ-Υ στην ελληνική γλώσσα από Έλληνες συγγραφείς. Οι Κάκουρος και Μανιαδάκη συνέγραψαν ένα βιβλίο στο οποίο επιχειρήθηκε η σύνθεση και κριτική παρουσίαση των πιο σύγχρονων για την εποχή δεδομένων της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας για την κλινική εικόνα, την επιδημιολογία τα συνοδά και δευτερογενή προβλήματα, τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά και στους εφήβους, με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η πρώτη έρευνα που αναφέρεται σε ελληνικό δείγμα πληθυσμού δημοσιεύθηκε από τους Roussos και συνεργάτες του (1999) και αναφέρεται στη στάθμιση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Conners – 28, το οποίο αποτελεί έγκυρο εργαλείο για την ανίχνευση της πιθανότητας ύπαρξης ΔΕΠ-Υ. Αυτό το ερωτηματολόγιο κάνει μία σειρά ερωτήσεων σχετικά με το παιδί όπου θα βοηθήσει τον ψυχολόγο να καταλάβει καλύτερα κάποια πράγματα. Η επόμενη ερευνητική εργασία για τη ΔΕΠ-Υ που δημοσιεύτηκε σε διεθνές περιοδικό και βασιζόταν σε ελληνικό δείγμα, ήταν από τους Kourakis, Vlahonikolis & Paritsis (2002), η οποία αναφέρεται στις μνημονικές ικανότητες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και διαπιστώνουν πώς τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή χρειάζονται περισσότερο χρόνο μνημονικής ανάκλησης σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά.

Το 2004, οι Solomonidou, Garagouni – Areou και Zafiropoulou (2004) μελέτησαν τη χρησιμότητα των Τεχνολογιών της Πληροφορίας και της Επικοινωνίας (ΤΠΕ) στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και διαπίστωσαν ότι έχουν θετικά αποτελέσματα. Την ίδια χρονιά οι Kakouros, Maniadaki και Papealiou (2004) δημοσίευσαν μία έρευνα για τις αντιλήψεις

των δασκάλων σχετικά με την ακαδημαϊκή επίδοση και την προσαρμογή στο σχολείο των παιδιών με αυτή τη διαταραχή. Ένα χρόνο αργότερα οι Kakouros, Maniadaki και Karaba μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία.

Μία άλλη πολύ σημαντική έρευνα που έγινε το 2007, ήταν αυτή των Papavasileiou και των συνεργατών του όπου μελετήθηκε η επίδραση των ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων και των διεγερτικών φαρμάκων στην οπτική αντίληψη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Μία έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2010 αφορούσε στις αξιολογήσεις των δασκάλων ως προς τα συμπτώματα της διαταραχής (Kyrioti & Manolitsis, 2010), ενώ η δεύτερη εστίαζε στις αναγνωστικές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και στα προβλήματα συμπεριφοράς τους (Λαζαράτου & συν., 2010). Τέλος, πολύ ενδιαφέρουσα ήταν η εργασία των Maniadaki και Kakouros (2011), όπου προσπάθησαν να διερευνηθεί το ιστορικό των μαθησιακών δυσκολιών και διαπιστώθηκε ότι πολλοί ίσως παρουσίαζαν ΔΕΠ-Υ και είχαν βρεθεί αντιμέτωποι με τη σχολική αποτυχία.

Από τις παραπάνω έρευνες που έχουν γίνει από Έλληνες επιστήμονες μπορούμε να καταλάβουμε αρκετά πράγματα. Η ΔΕΠ-Υ είναι μία διαταραχή που απασχολούσε αρκετά αλλά οι επιστήμονες δεν είχαν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα. Στην προσχολική ηλικία είναι αρκετά δύσκολο να καταλάβουμε αν το παιδί έχει ΔΕΠ-Υ γιατί μπορεί να είναι πολύ ζωντανό. Κατά τη γνώμη μου, πολύ σημαντικό βήμα για τη διάγνωση της διαταραχής είναι η έκδοση του ερωτηματολογίου Conners-28, όπου μπορεί να βοηθηθεί τόσο ο ψυχολόγος όσο και οι γονείς του παιδιού. Μία έρευνα που τη θεωρώ πολύ ενδιαφέρουσα είναι οι αντιλήψεις των δασκάλων σχετικά με την επίδοση των μαθητών μέσα στην τάξη. Τέλος, αυτό που μου έκανε εντύπωση είναι ότι πολλά παιδιά μπορεί να είχαν ΔΕΠ-Υ χωρίς να το ξέρουν και να τους οδήγησε στη σχολική αποτυχία.

Επίλογος

Μέσα από την εργασία μου και την βιβλιογραφία διαπίστωσα ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μία συχνή διαταραχή που συνήθως ξεκινά από την παιδική ηλικία. Είναι η πιο σύνηθης νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας που συνήθως συνεχίζεται ως την ενήλικη ζωή των ατόμων. Έλαβε τη σημερινή της ονομασία από το DSM – IV. Ο εντοπισμός όμως των βασικών χαρακτηριστικών της και η συστηματική μελέτη της χρονολογούνται από τις αρχές του περασμένου αιώνα.

Τα βασικά συμπτώματά της είναι η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Η συχνότητα των συμπτωμάτων δεν είναι ίδια σε όλα τα παιδιά αλλά διαφέρει ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του. Όπως έμαθα από την έρευνα που έκανα, παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο οι γενετικοί, οι περιβαλλοντικοί και οι νευροψυχολογικοί παράγοντες.

Όσο αφορά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ πρέπει να χρησιμοποιηθούν πολλές και διαφορετικές διαγνωστικές μέθοδοι. Πρέπει να συνεργαστούν οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς αλλά και το ίδιο το παιδί. Ακόμα και για τη θεραπεία πρέπει να συνεργαστούν επιστήμονες από διαφορετικούς κλάδους και με τους κατάλληλους τρόπους να βοηθήσουν το παιδί να διαχειριστεί τα καθημερινά του προβλήματα. Σε ακραίες περιπτώσεις δίνεται φαρμακευτική αγωγή για να βελτιωθεί η κατάσταση. Τέλος, η ψυχολογική υποστήριξη είναι πολύ σημαντική και η ψυχολογία παίζει καθοριστικό ρόλο για τη πορεία της εξέλιξης της διαταραχής.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία συχνότατη διαταραχή που την εμφανίζουν όλο και περισσότεροι άνθρωποι στις μέρες μας. Αυτό που μου έκανε εντύπωση είναι ότι δεν ξέρουμε πόσο συχνά μπορεί να εμφανίζεται διότι ο κάθε ειδικός επιλέγει τον δικό του τρόπο και το δικό του δείγμα για τη διάγνωση της διαταραχής. Όπως διαπίστωσα μέσα από την βιβλιογραφική έρευνα που έκανα, δεν οφείλεται μόνο σε έναν αιτιολογικό παράγοντα αλλά σε περισσότερους. Το δύσκολο είναι ότι μπορεί να επηρεάζεται και από άλλες διαταραχές και να μην είναι τόσο εύκολη και γρήγορη η διάγνωσή της. Όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωσή της, τόσο πιο εύκολα μπορεί να αντιμετωπιστεί. Μπορεί να εμφανίζει ήπια ή πιο σοβαρά συμπτώματα και αναλόγως να επηρεάζει σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό την καθημερινότητα των ανθρώπων που την εμφανίζουν καθώς και τη λειτουργικότητά τους. Η ένταση των συμπτωμάτων μπορεί να διαφέρουν στο ίδιο άτομο όσο περνούν τα χρόνια και να γίνονται πιο ήπια. Ωστόσο, όπως διαπιστώνω, σε πολλές περιπτώσεις, με την κατάλληλη εκπαίδευση και την καθοδήγηση από τους ειδικούς, την χορήγηση φαρμάκων σε πιο βαριές περιπτώσεις, με τη στήριξη του περιβάλλοντος και τη θέληση του ίδιου του ατόμου με ΔΕΠ-Υ, επιτυγχάνεται μία λειτουργική καθημερινότητα.

Όπως διαπιστώνω από προσωπική μου πείρα, είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να συνεργάζονται με τους εκπαιδευτικούς για το καλό των παιδιών. Από την βιβλιογραφική μου ανασκόπηση, μπορώ να βγάλω κάποια συμπεράσματα, ειδικότερα για τα παιδιά που

έχουν τη διαταραχή. Όπως διαπιστώνω από την έρευνα είναι πολύ σημαντική η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση γιατί η ψυχολογία παίζει τον κυριότερο ρόλο στην αντιμετώπιση της διαταραχής.

Επιπλέον, οι γονείς οφείλουν να έχουν υπομονή, κατανόηση, παροχή ψυχολογικής ασφάλειας και να είναι δίπλα στα παιδιά. Αυτό βέβαια προϋποθέτει και τη ψυχολογική υγεία των γονέων, τη συνεννόηση και τη υγιή επικοινωνία όλων των μελών της οικογένειας. Γι' αυτό το λόγο, καλό είναι οι γονείς να παρακολουθούνται από ειδικό όταν υπάρχει ανάγκη. Όταν οι γονείς έχουν ψυχική ηρεμία τότε μπορούν να βοηθήσουν και τα παιδιά.

Επιπρόσθετα, όπως διαπίστωσα από την πείρα μου ως νηπιαγωγός, οι σχολικοί ψυχολόγοι παίζουν καθοριστικό ρόλο γιατί μπορούν να βοηθήσουν τόσο τους γονείς όσο και τα παιδιά. Είναι πολύ σημαντικό όταν οι ψυχολόγοι διαπιστώσουν κάτι μέσα στην τάξη να μιλήσουν με τους γονείς για να πάνε στον κατάλληλο ειδικό. Επίσης, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να είμαστε ευαισθητοποιημένοι και να κάνουμε επιμορφώσεις για τη ΔΕΠ-Υ και τις μαθησιακές δυσκολίες γενικότερα για να μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε μέσα στη τάξη.

Προσωπικά θα ήθελα να γίνουν παραπάνω μελέτες και έρευνες για τη συγκεκριμένη διαταραχή γιατί σχεδόν κάθε χρόνο έχουμε μέσα στη σχολική τάξη, παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς αν βλέπουν κάτι που τους ανησυχεί, καλό είναι να επικοινωνούν με τον εκπαιδευτικό για να τους πει τι έχει παρατηρήσει μέσα στην τάξη και να τους καθοδηγήσει. Το σχολείο μπορεί να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αξιολόγησή του, συμπληρώνοντας ερωτηματολόγια από την καθημερινότητά του.

Όλοι είμαστε άνθρωποι που έχουμε τις διαταραχές μας αλλά το πιο σημαντικό είναι να υπάρχει κατανόηση και αποδοχή από το περιβάλλον. Αντί να κρίνουμε ένα παιδί που έχει διάσπαση προσοχής και είναι υπερκινητικό, είναι προτιμότερο να το βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει τη διαταραχή και να γίνει πιο λειτουργικό. Όπως γνωρίζουμε, τα παιδιά μας μιμούνται, οπότε ας τα βοηθήσουμε να έχουν ένα σωστό παράδειγμα και να γινόμαστε όλοι μαζί καλύτεροι άνθρωποι γιατί και εμάς ένα παιδί μπορεί να μας κάνει καλύτερους ανθρώπους και να βλέπουμε τον κόσμο διαφορετικά.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνικές Αναφορές

- Αποστολοπούλου, Κ. (2009). *Σύγχρονες Διεθνείς Παράμετροι στην Κλινική Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ και των Συνόδων Καταστάσεων. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ): Διεθνή Δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα*. 6^ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο.
- Βόρβογλη, Λ., & Γαλάνη, Μ. (2006). *Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής. Πρακτικός Οδηγός*. Αθήνα: Καστανιώτη Α.Ε.
- Δημητρίου, Μ. (2001). *Τεστ πρώιμης ανίχνευσης της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας παιδιών 4-6 ετών (ΔΕΠ-Υ 4-6). Διδακτορική Διατριβή υπό δημοσίευση*. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τεύχος Α.
- Ελληνική Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες. (2011). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας*. Ανάκτηση από Ελληνική Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες: [http:// www.hsfm.gr/el/](http://www.hsfm.gr/el/)
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000α). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2001). *ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002α). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων – Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές Προσεγγίσεις & θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Ε., Μπαλούρδος, Δ., & Ρεκούτης, Π. (1995). *Διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά που παραπέμπονται σε ιατροπαιδαγωγικό κέντρο. Επιθεώρηση συμβουλευτικής και προσανατολισμού*, 32-33, 61-76.

- Καλαντζή – Αζίζι, Α. (2005). *ADHD – διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα*. Σημειώσεις μαθήματος: Ινστιτούτο Έρευνας.
- Λιβανίου, Ε. (2004). *Μαθησιακές δυσκολίες και Προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη*. Αθήνα: Κέδρος.
- Μανιαδάκη, Κ. (2001). *Η επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη μάθηση και στη συμπεριφορά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαναστασίου, Φ. (2019). *ΔΕΠΥράζει*. Αθήνα: Πεδίο.
- Πεχλιβανίδης, Α., Σπυροπούλου, Α., Γαλανόπουλος, Α., Παπαχρήστου, Χ., & Παπαδημητρίου, Γ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29 (5) σσ. 562-576.
- Πόρποδας, Κ. (2011). *Μάθηση & Γνώση στην Εκπαίδευση. Γνωστική ανάλυση – Δυσκολίες – Εφαρμογές*. Πάτρα: Μορφωτική
- Σιαπάτη – Τελιουση, Σ. (2007). *Σχολική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα παιδιών σχολικής ηλικίας με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και κατάθλιψη. Διδακτορική διατριβή υπό δημοσίευση*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Τρίγκα – Μερτίκα, Ε.Δ. (2005). *Διάσπαση Προσοχής και Υπερκινητικότητα Παιδιών και Εφήβων. Διάγνωση – Αξιολόγηση – Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Πλοηγός.

Ξενόγλωσσες Αναφορές

- Agapitou, P., & Andreou, G. (2008). *Language deficits in ADHD preschoolers*. *Australian Journal of Learning Difficulties*, 13 (1), 39- 49.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. Rev.) Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Auerbach, J.G., Landau, R., Berger, A., Arbelle, S., Faroy, M., & Karplus, M. (2005). *Neonatal behavior of infants at familiar risk for ADHD. Infant, Behavior and Development*, 28, 220- 224.
- Baddeley, A.D. (1996). *Your Memory: A User's Guide*, 3rd Edition. London: Prion Books
- Barkley, R.A. (1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1996). *Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder*. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 63-112), New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2002). *International consensus statement on ADHD*. January, 2002., signed by over 70 leading scientists. *Clinical Child. Family Psychology Review*, 5.
- Barkley, R.A. (2005). *ADHD and the nature of self- control*. New York: Guilford Press
- Barkley, R.A. (2006c). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed). New York: Guildford Press.
- Birch, H.G. (1964). *Brain damage in children: the biological and social aspects*. Baltimore: Williams & Williams.
- Blachman, D.R., & Hinshaw, S.P. (2002). *Patterns of friendship among girls with and without attention- deficit/hyperactivity disorder. Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 625-640.
- Braswell, L., & Bloomquist, M.L. (1991). *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children: Child, family and school interventions*. New York: Guilford Press.

- CADDRA (2011). *Canadian ADHD Practice Guidelines (CAP-Guidelines)*. 3rd edition.
- Carlson, S.M. (2005). *Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children*. *Developmental Neuropsychology*, 28 (2), 595-616.
- Castellanos, F.X. & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nature reviews*, 3, 617-628.
- Chacko, A., Wakschlag, L., Hill, C., Danis, B., & Espy, K. (2009). Viewing preschool disruptive behavior disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder through a developmental lens: what we know and what we need to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 627-643.
- Chronis, M.A., Chacko, A., Fabiano, A.G., Wymbs, T.B., & Pelham, E.W. (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), 1-27.
- Cunningham, C.E. (2007). A family centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 676-694.
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from ADHD (with hyperactivity). *Development and Psychopathology*, 17.
- Dietz, S., & Montague, M. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Comorbid with Emotional and Behavioral Disorders and Learning Disabilities in Adolescents Exceptionality*, 14 (1), 19-33.
- DuPaul, G.J., McGoey, K.E., Eckert, T.L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairment in behavioral, social and school functioning. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515.
- Egger, H., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants and Young Children*, 19 (2), 109-122.

- Epstein, J.N., Conners, C.K., Erhardt, D., et al. (2000). *Familiar aggregation of ADHD characteristics. Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6).
- Faraone, S., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J., Ramos-Quiroga, J., & συν. (2015). *Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nature Reviews Disease Primers*, 1 (15020).
- Faraone, S.V. & Biederman, J. (2000). *Commentary, Nature, Nurture and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Developmental Review*, 20.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Lehman, B., Spencer, T., Norman, D., Seidman, L.J., Kraus, I., Perrin, J., Chen, W.J., & Tsuang, M.T. (1993a). *Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. Journal of Abnormal Psychology*, 102, 616-623.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T., Spencer, T., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J., & Zallen, B. (2000). *Family study of girls with attention deficit hyperactivity disorder. American Journal of Psychiatry*, 157
- Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L.J., Mick, E., & Doyle, A.E. (2001). *Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. Biological Psychiatry*, 48, 9-20
- Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T., Mick, E., Murray, K., Petty, C., Monuteaux, M.C. (2006). *Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: Are late onset and subthreshold diagnoses valid? American Journal of Psychiatry*, 163.
- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., & Sklar, P. (2005). *Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biological Psychiatry*, 57 (11), 1312-1323
- Fliers, E., Rommelse, N., Vermeulen, S.H., Altink, M., Buschgens, C.J., Faraone, S.V., Sergeant, J.A., Franke, B., & Buitelaar, J.K. (2008). *Motor coordination problems in children and adolescents with ADHD rated by parents and teachers: effects of age and gender. Journal of Neural Transmission*, 211-220.
- Gillberg, C., & Billstedt, E. (2000). *Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 321-330.

- Goldstein, S., Schwebach, A.J., Goldstein, S., & Scwewebach, A.J. (2004). *The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: results of a retrospective chart review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*, 329-339
- Goodman, L.S. & Gilman, A. (Eds.). (1975). *The pharmacological basis of therapeutics* (5th ed.). New York: Macmillan.
- Harris, J.C. (1995). *Developmental Neuropsychiatry*, vol. II. New York: Oxford University Press.
- Hartlet, S. & Sikora, D. (2009). *Which DSM-IV-TR criteria best differentiate high-functioning autism spectrum from ADHD and anxiety disorders in older children? Autism, 13*, ss. 485-509.
- Hartley, S.L., & Sikora, D.M. (2009). *Which DSM-IV-TR criteria best differentiate high-functioning autism spectrum disorder from ADHD and anxiety disorders in older children? Autism, 13*, 485-509.
- Kakouros, E., Maniadaki, K., & Karaba, R. (2005). *The relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and aggressive behavior in preschool boys and girls. Early Child Development and Care, 175* (3), 203-214.
- Kakourow, E., Maniadaki, K., & Papaeliou, C. (2004). *How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD. Emotional and Behavioural Difficulties, 9* (1), 41-53.
- Kessler, J.W. (1980). History of minimal brain dysfunction. In H. Rie & E. Rie (Eds), *Handbook of minimal brain dysfunctions: A critical view*. New York: Wiley.
- Kofler, M.J., Rapport, M.D., & Alderson, R.M. (2007). Quantifying ADHD classroom inattentiveness, its moderators, and variability: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49* (1).
- Kourakis, I.E., Vlahonikolis, I.G., Paritsis, N.K. (2002). *Memory in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Revista Espanola de Neuropsicologia, 4* (4), 331-350.
- Lahey, B.B., Pelham, W.E., Stein, M.A., Loney, J., Trapani, C., Nugent, K., Kipp, H., Schmidt, E., Lee, S., Cale, M., Gold, E., Hartung, C.M., Willcutt, E., & Baumann,

- B. (1998). Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37.
- Lange, K.W., Reichl, S., Lange, K.M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 241-255.
- Linnet, K.M., Wisborg, K., Obel, C., Secher, N.J., Thomsen, P.H., Agerbo, E., & Henriksen, T.B. (2006). *Smoking during pregnancy and the risk of hyperkinetic disorder in offspring. Pediatrics*, 116 (2), 462-467
- Loe, I.M., & Feldman, H.M. (2007). *Academic and educational outcomes of children with ADHD. Journal of Pediatric Psychology*, 32, 643-654.
- Lougy, R.A., & Rosenthal, D.K. (2002). *ADHD. A survival guide for parents and teachers.* Duarte: Hope Press.
- Maniadaki, K., & Kakouros, E. (2011). *Attention problems and learning disabilities in young offenders in detention in Greece. Psychology*, 2 (1), 53-59.
- 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 of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (4), 377-384
- Masseti, F.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Ehrhardt, A., Lee, S.S., & Kipp, H. (2008). Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder at 4-6 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 399-410.
- Mathers, M.E. (2006). *Aspects of language in children with ADHD. Journal of Attention Disorders*, 9 (3), 523-533.
- Mayes, S.D., & Calhoun, S.L. (2004). *Similarities and differences in Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (WISC-III) profiles: Support for subtest analysis in clinical referrals. The Clinical Neuropsychologist*, 18, 559-572.

- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M.J., & Faraone, S.V. (2002b). *Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 23*, 16-22
- Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). *Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review, European Psychiatry, 26*, 166-175.
- Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S.P., Arnold, E., Swanson, J., Janssen, P.S., Hechtman, L., & Well, K. (2010). Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD: developmental cascades and vicious cycles. *Development and Psychopathology, 22*, 785-802.
- Neuhaus, C. (1998). *Το Υπερκινητικό Παιδί και τα προβλήματά του*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Neuhaus, C. (1999). *Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του: Γνωσιακή-συμπεριφοριστική κατεύθυνση* (Μ. Ζαφειροπούλου, επιμ. Μετάφρασης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Nigg, J.T. (2006). *What causes ADHD? Toward a multi-path model for understanding what goes wrong and why*. New York: Guilford Press.
- Nigg, J.T., Willcutt, E.G., Doyle, A.E. & Sonuga-Barke, E.J.S. (2005). *Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: Do we need neuropsychologically impaired subtypes? Biological Psychiatry, 57*, 1224-1230
- Palmer, E., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr. Alexander Chrichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*, 66-73.
- Papavasileiou, A.S., Nikaina, E., Rizou, I., & Alexandrou, S. (2007). *Effects of psycho-educational training and stimulant medication on visual skills in children with attention deficit hyperactivity disorder. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 3* (6), 949-954.
- Pineda, D., Ardila, A., Rosselli, M., Arias, B.E., Henao, G.C., Gomez, L.F., Mejla, S.E., & Miranda, M.L. (1999). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder

- symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 455-462.
- Pressman, L.J., Loo, S.K., Carpenter, E.M., Asarnow, J.R., Lynn, D., Mccracken, J.T., McGough, J.J., Lubke, G.H., Yang, M.H., & Smalley, S.L. (2006) *Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (3), 346-354
- Rapin, I. (1964). Brain damage in children. In J. Brennemann (ed.), *Practice of Pediatrics*, Vol. 4. Hagerstown MD: Prior.
- Reynolds, M., & Besner, D. (2006). *Reading aloud is not automatic: Processing capacity is required to generate a phonological code from print. Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance.*
- Ross, D.M., & Ross, S.A. (1982). *Hyperactivity: Current issues, research and theory*. New York: Wiley
- Roussos, A., Richardson, C., Politikou, K., Marketos, S., Kyprianos, S., Karajianni, S., Koumoula A., Lazaratou, H., Marketos, N., Zoubou, V., Nicolara, R., & Mahera, O., (1999). *The Conners-28 teacher questionnaire in clinical and nonclinical samples of Greek children 6-12 years old. European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 260-267.
- Sagvolden, T., Aase, H., Zeiner, P., & Berger, D. (1998). *Altered reinforcement mechanisms in attention-deficit/hyperactivity disorder. Behavioral Brain Research*, 94, 61-71.
- Sergeant, J.A. (2005). *Modelling ADHD: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. Biological Psychiatry*, 57 (11), 1248-1255.
- Shelton, T.L., Barkley, R.A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L., & Metevia, L. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two-year post-treatment follow up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 253-266.

- Smith, A., Taylor, E., Rogers, J.W., Newman, S., & Rubia, K. (2002). *Evidence for a pure time perception deficit in children with ADHD. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 529-542.
- Solomonidou, C., Garagouni-Areou, F., & Zafeiropoulou, M. (2004). *Information and communication technologies (ICT) and pupils with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms: Do the software and the instruction method affect their behavior? Journal of Educational Multimedia and Hypermedia*, 13 (2), 109-128.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Auerbach, J., Campbell, S.B., Daley, D., & Thompson, M. (2005). Varieties of preschool hyperactivity: Multiple pathways from risk to disorder. *Developmental Science*, 8 (2), 141-150.
- Stewart, M.A. (1970). Hyperactive children. *Scientific American*, 222, 94-98.
- Teeter, P.A. (1998). *Interventions for ADHD*. London: The Guilford Press.
- Todd, R.D., Jong, Y.J., Lobos, E.A., Reich, W., Heath, A.C., & Neuman, R.J. (2001). *No association of the dopamine transporter gene 3' VNTR polymorphism with ADHD subtypes in a population sample of twins. American Journal of Medical Psychiatry*, 105, 745-748.
- Tripp, G., & Alsop, B. (2001). *Sensitivity to reward delay in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 691-698.
- Tripp, G., & Wickens, J.R. (2009). *Neurobiology of ADHD. Neuropsychopharmacology*, 57, 579-589.
- Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up (2nd ed): ADHD in children, adolescents, and adults*. New York: Guilford Press.
- Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents and adults (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- 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 (2), 86-93.

Wright, C., Shelton, D., & Wright, M. (2009). A contemporary review of the assessment, diagnosis and treatment of ADHD. *Australian Journal of Learning Difficulties*, 14 (2), 199-214.

Zayat, M., Kald, L., & Wodka, E.L. (2011). *Brief Report: Performance Pattern Differences Between Children with Autism Spectrum Disorders and Attention Deficit-Hyperactivity Disorder on Measures of Verbal Intelligence. Journal of Autism and Developmental Disorders.*

Πηγές Εικόνων

Εικόνα 1: <http://www.vita-sy.com/adhd-in-children/>