



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 - Υπερκινητικότητας

POST GRADUATE THESIS

Attention Deficit Hyperactivity Disorder



ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ/NAME OF STUDENT

Αντώνιος Εμμ. Καραπάτης

Antonios Emm. Karapatis

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

Ελισσάβητ Ανδρή

Elissavet Andri

ΑΙΓΑΛΕΩ/AIGALEO 2023



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

Antonios Karapatis
21539
akarapatis1981@gmail.com

FIRST SUPERVISOR

Elissavet Andri

SECOND SUPERVISOR

Paraskevi Foti

AIGALEO 2023

Επιτροπή εξέτασης

Ημερομηνία εξέτασης: 17/02/2023

Όνόματα εξεταστών

Υπογραφή

1^{ος} Εξεταστής Ελισσάβητ Ανδρή

2^{ος} Εξεταστής Παρασκευή Φώτη

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Καραπάτης Αντώνιος του Εμμανουήλ, με αριθμό μητρώου 21539 φοιτητής του Διϋδρυματικού 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».

Ο Δηλών

Ευχαριστίες



Σε όλους τους καθηγητές που γνώρισα τα τελευταία 2 χρόνια για το υπέροχο αυτό ταξίδι στη Συμπεριληπτική Εκπαίδευση

Αφιέρωσεις

- Στο υπέροχο καταφύγιο που έχω, τους γονείς μου



Περίληψη

Εισαγωγή: Τα τελευταία έτη, όσοι ειδικοί απασχολούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους, εκπαιδευτικοί όλων των βαθμίδων, καθώς και πολλοί γονείς έχουν στρέψει την προσοχή τους στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) περισσότερο από κάθε άλλη νευροαναπτυξιακή διαταραχή. Ο κύριος λόγος που δείχνουν αυτό το ενδιαφέρον είναι αφενός η σε υψηλά επίπεδα συχνότητα παρουσίασης της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά και αφετέρου οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και τα προβλήματα συμπεριφοράς που προκύπτουν ως συνεπακόλουθα της ΔΕΠ-Υ.

Σκοπός: Η δημιουργία ενός εκπαιδευτικού οδηγού για τη ΔΕΠ-Υ μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση ελληνικής και ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας και των υπαρχουσών κατευθυντήριων οδηγιών. Πιο συγκεκριμένα, βασική επιδίωξη είναι η συνειδητοποίηση και η κατανόηση: α) των διαφοροποιήσεων που παρουσιάζονται στην κλινική εικόνα όσων έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ σε όλα τα στάδια της ανάπτυξής τους, β) της συνεμφάνισης (συννοσηρότητας) ΔΕΠ-Υ και ειδικών μαθησιακών δυσκολιών – δυσλεξίας, γ) της συνεμφάνισης (συννοσηρότητας) ΔΕΠ-Υ και των διαταραχών συμπεριφοράς, δ) του σημαντικού ρόλου της έγκαιρης διάγνωσης στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ και ε) των πιο έγκυρων και διεθνώς χρησιμοποιούμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, των βασικών αρχών που οφείλουν να καθορίζουν τον τρόπο συμπεριφοράς του εκπαιδευτικού, καθώς και των βασικών μέσων που διαθέτει για το σωστό χειρισμό των μαθησιακών δυσκολιών και των προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών με ΔΕΠ-Υ.

Μέθοδος: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, ADHD, ελλειμματική προσοχή, απροσεξία, παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, δυσλεξία, προβλήματα συμπεριφοράς, νεανική παραβατικότητα, διαγνωστικά κριτήρια, μέσα αξιολόγησης, θεραπευτική αντιμετώπιση, φαρμακευτική αγωγή, ψυχοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις

Abstract

Introduction: In the last years, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has not only been intensely occupying specialists working in the mental health of children and adolescents, but also teachers of all levels, as well as many parents, more than any other neurodevelopmental disorder. The main reason for this increased interest is, on the one hand, the high incidence of ADHD in the child population and on the other hand, the impact it exerts often on learning and behaviour, resulting in the frequent occurrence of Special Learning Difficulties, as well as behavioural problems.

Aim: To create an educational guide for ADHD through the systematic bibliographic review of Greek and foreign-language literature and of existing guidelines. More specifically, the main purpose is to raise awareness and understanding of: a) the variances presented in the clinical picture of subjects with ADHD during development, b) the close relationship (comorbidity) between ADHD and specific learning difficulties – dyslexia, c) the close relationship (comorbidity) between ADHD and behavioural problems, d) the important role of early diagnosis in the case of ADHD and e) the most authoritative and internationally used therapeutic approaches in the treatment of ADHD, the basic principles that should govern the behaviour of teachers, as well as the key means available to them, for the effective handling of learning and behavioural difficulties of pupils with ADHD.

Method: Bibliographic review

Key words: ADHD, attention deficit, carelessness, impulsiveness hyperactivity, Special Learning Difficulties, dyslexia, behavioural problems, juvenile delinquency, diagnostic criteria, means of assessment, therapeutic management, medication, psychopedagogical approaches

Περιεχόμενα

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας	iv
Ευχαριστίες.....	v
Αφιέρωσεις	vi
Περίληψη.....	vii
Abstract	viii
Συνοτομογραφίες.....	xi
Πρόλογος.....	1
Εισαγωγή.....	2
Κεφάλαιο 1. Από τη θεωρία της ΔΕΠ-Υ.....	3
1.1. Έννοια της ΔΕΠ-Υ	3
1.2. Ιστορική αναδρομή της ΔΕΠ-Υ	5
1.3. Η αιτιοπαθογένεση της ΔΕΠ-Υ	9
1.4. Η επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ.....	12
Κεφάλαιο 2. Στην πράξη της ΔΕΠ-Υ - Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ.....	14
2.1. Πρώιμες ενδείξεις της ΔΕΠ-Υ στη βρεφική ηλικία	14
2.2. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στη νηπιακή ηλικία.....	15
2.3. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία	16
2.4. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στην εφηβική ηλικία.....	18
2.5. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή.....	19
2.6. Περιγραφή μιας τυπικής περίπτωσης παιδιού με ΔΕΠ-Υ.....	20
Κεφάλαιο 3. Η συννοσηρότητα στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ.....	23
3.1. Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές	23
3.2. ΔΕΠ-Υ & Μαθησιακές δυσκολίες - Συννοσηρότητα.....	24
3.3. ΔΕΠ-Υ & Μαθησιακές δυσκολίες - Σχέση.....	24
3.4. Οι συνήθεις σχολικές επιδόσεις του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.....	25
3.5. ΔΕΠ-Υ & Δυσλεξία	27
Κεφάλαιο 4. ΔΕΠ-Υ & Διαταραχές Συμπεριφοράς	29
4.1. Συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και διαταραχών συμπεριφοράς	29
4.2. ΔΕΠ-Υ & Διαταραχές Συμπεριφοράς - Σχέση	30
4.3. Η ανάπτυξη παραβατικών μορφών συμπεριφοράς στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ..	31
4.4. Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ.....	32

Κεφάλαιο 5. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	33
5.1. Η διαδικασία αξιολόγησης.....	33
5.2. Τα κριτήρια διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ στο DSM-5.....	34
5.3. Μέσα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά.....	36
Κεφάλαιο 6. Βασικές αρχές θεραπευτικής παρέμβασης.....	40
6.1. Φαρμακευτική αγωγή για παιδιά με ΔΕΠ-Υ.....	40
6.2. Βασικές ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις.....	42
6.3. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη θεραπευτική παρέμβαση.....	43
Συμπεράσματα.....	47
Προτάσεις...για γονείς.....	48
Αναφορές.....	50
Πηγές Εικόνων.....	59



Συντομογραφίες

	Αγγλική ορολογία	Ελληνική ορολογία
ΔΕΠ-Υ	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα
ADHDT	Attention Deficit Hyperactivity Disorder Test	Τεστ για Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών

Πρόλογος

ΑΝΤΩΝΗΣ *Είμαι ο Αντώνης ο Σίφουνας. Δεν είμαι ένα παιδί σαν όλα τ' άλλα. Ειδάλλως, δεν θα με λέγανε σίφουνα. Το προτιμώ αυτό το παρατσούκλι, γιατί παλιά με φώναζαν ανυπάκουο, κακομαθημένο, διάβολο και πολλά άλλα. Οι γονείς μου λένε ότι ένας σίφουνας είναι βέβαια κάτι καλό και ότι όλοι, ακόμα και οι σίφουνες, έχουμε το δικαίωμα και την ανάγκη να μας φροντίζουν και να μας αγαπάνε.*

ΓΙΩΡΓΟΣ *Εσείς έχετε για φίλο ένα σίφουνα; Εγώ έχω τον Αντώνη. Μ' εκνευρίζει πολλές φορές, γιατί όλο έχει τα νεύρα του, θυμώνει, θέλει πάντα να κερδίζει και να είναι πρώτος στη σειρά, πετάγεται όταν μιλάω και πολλές φορές μπαίνουμε σε περιπέτειες εξαιτίας του. Ταυτόχρονα, όμως, είναι ο μοναδικός που δεν θα αρνηθεί ποτέ να ακολουθήσει τις ιδέες και τα σενάρια που κατεβάζει το μυαλό μου. Γι' αυτό και εγώ, όταν μεγαλώσω και γίνω σκηνοθέτης, στην πρώτη μου ταινία πρωταγωνιστής θα είναι ο Αντώνης!*

Η παρούσα διπλωματική εργασία παρουσιάζει αυτό που συμβαίνει στον Αντώνη, τη ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, συνιστά μια προσπάθεια βιβλιογραφικής ανάλυσης και μελέτης της ΔΕΠ-Υ, με βάση ερευνητικά άρθρα και μελέτες εξίσου από την ελληνική και την ξένη βιβλιογραφία. Αρχικά, εισάγεται ο ορισμός της ΔΕΠ-Υ και ειδικότερα επιχειρείται η ιστορική ανασκόπηση της διαταραχής αυτής. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στους αιτιολογικούς της παράγοντες και στην επιδημιολογία της. Ακολουθεί - μέσω αναπτυξιακής προσέγγισης - η κλινική εικόνα των ατόμων με το ως άνω νευροβιολογικό σύνδρομο και η περιγραφή μιας τυπικής περίπτωσης παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Έπειτα, αναλύεται η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις ΕΜΔ, με τη Δυσλεξία και με τις Διαταραχές Συμπεριφοράς. Επιπλέον, περιγράφονται η διαδικασία αξιολόγησης, τα μέσα και η διαδικασία διάγνωσης της. Κατόπιν, εκτίθενται οι βασικές αρχές θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς και ο ρόλος του εκπαιδευτικού για τον αποτελεσματικό χειρισμό των δυσκολιών μάθησης και συμπεριφοράς των μαθητών με την εν λόγω διαταραχή. Τέλος, αναφέρονται ως συμπεράσματα, μύθοι και αλήθειες που επικρατούν αναφορικά με το εν λόγω σύνδρομο και παρατίθενται στρατηγικές και προτάσεις για τους γονείς των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, τις οποίες, αν ακολουθήσουν, θα τα βοηθήσουν να αποκτήσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους.

Ως εκ τούτου, κύριοι και άμεσοι στόχοι της εργασίας αυτής είναι η εξοικείωση του αναγνώστη με τη ΔΕΠ-Υ, αλλά και η συνειδητοποίηση ότι παιδιά, όπως ο Αντώνης, μπορεί να είναι υπερκινητικά, να μη συγκεντρώνονται εύκολα και να δυσκολεύουν τους γύρω τους, ταυτόχρονα, όμως, έχουν πολλά ταλέντα και χαρίσματα! Το μόνο που απομένει είναι να βρεθούν τρόποι να βοηθηθούν.

Εισαγωγή

Η συχνότητα με την οποία παρουσιάζεται η ΔΕΠ-Υ έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, βάσει επιδημιολογικών μελετών που πραγματοποιούνται στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες (Song, Zha, Yang, Zhang, Li, & Rudan, 2021). Ειδικότερα, το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας στην Ελλάδα παρουσιάστηκε προ 15ετίας, όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ (Pehlivanidis, 2012). Άξιο λόγου είναι πως η ΔΕΠ-Υ απασχολεί τους ειδικούς σε οικουμενικό επίπεδο, έναντι των ποικίλων νευροαναπτυξιακών συνδρόμων, καθώς η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται ως η πιο κοινή αναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας, με ποσοστό εμφάνισης 5-10% (Pehlivanidis, 2012).

Στη χώρα μας έχουν κυκλοφορήσει πολλά βιβλία με θέμα τη ΔΕΠ-Υ και έχουν δημοσιευτεί αρκετές ελληνικές ερευνητικές μελέτες σε διεθνή και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά (Pehlivanidis, 2012). Επιπλέον, διοργανώθηκαν πολλά εκπαιδευτικά σεμινάρια με θέμα τη ΔΕΠ-Υ και δεν είναι λίγες οι φορές που τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης κάνουν αναφορές στην ως άνω διαταραχή. Τέλος, την ίδια περίοδο έκαναν την εμφάνισή τους στην Ελλάδα σύλλογοι ατόμων με ΔΕΠ-Υ, γονέων παιδιών με ΔΕΠ-Υ, καθώς και επιστημονική εταιρεία για τη μελέτη της ΔΕΠ-Υ. Όλες αυτές οι εξελίξεις προσέφεραν σημαντικά εφόδια στους ειδικούς, με αποτέλεσμα να εντοπίζουν την ύπαρξη του συνδρόμου πολύ νωρίς, να την αναγνωρίζουν και να την οριοθετούν στους ενήλικες και να θέτουν σε εφαρμογή αποτελεσματικά προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης.

Οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και όσοι ειδικοί εργάζονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ασχολούνται με τη ΔΕΠ-Υ συμμαχούν και έχουν έναν κοινό σκοπό: να παρέχουν βοήθεια και να στηρίζουν τα άτομα που δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους, αντισταθμίζοντας ή υπερνικώντας τους ελλειμματικούς τομείς στη λειτουργικότητα που προκαλεί η παρουσία της ΔΕΠ-Υ. Για την επίτευξη των προαναφερόμενων στόχων, οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, όπως και οι εκπαιδευτικοί δημιουργούν ένα πλάνο παρέμβασης, το οποίο εστιάζει στη μείωση της ανάρμοστης συμπεριφοράς και της υπερκινητικότητας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Elhoweris, et al., 2020).



Κεφάλαιο 1. Από τη θεωρία της ΔΕΠ-Υ...

1.1. Έννοια της ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ ορίζεται ως η συνηθέστερη ετερογενής νευροαναπτυξιακή διαταραχή του παιδικού πληθυσμού (APA, 2013), καθώς η συχνότητα εμφάνισής της κυμαίνεται στο 5% (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018). Τα πρωτογενή συμπτώματά της εκδηλώνονται, κυρίως, στην ηλικία των 3 με 4 ετών και επιμένουν στις διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες και στο χρόνο (Barkley, 1997). Αναφορικά με τη συμπτωματολογία που εμφανίζει το κάθε άτομο, η συγκεκριμένη διαταραχή έχει κατανεμηθεί σε τρεις τύπους. Πιο συγκεκριμένα, ο πρώτος τύπος είναι ο **απρόσεκτος**, κατά τον οποίο το άτομο παρουσιάζει δυσκολία να συγκεντρωθεί για πολλή ώρα σε μία εργασία (Sultan, Liu, Hacker, & Olfson, 2021). Ο δεύτερος τύπος είναι ο **υπερκινητικός**, ο οποίος παρουσιάζει αυξημένη κινητική ενέργεια έναντι του υπόλοιπου πληθυσμού. Τέλος, ο τρίτος τύπος είναι ο **παρορμητικός**, ο οποίος εκδηλώνει ελλείμματα στην αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων (Burns et al., 2001; Sultan, Liu, Hacker, & Olfson, 2021).

Τα παραπάνω ελλείμματα που παρουσιάζονται στους ως άνω τομείς χαρακτηρίζονται ως «πρωτογενή», καθώς είναι τα κύρια συμπτώματα του συνδρόμου και είναι οργανικής φύσεως (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Ωστόσο, η έκταση των ελλειμμάτων και ο βαθμός σοβαρότητας διαφέρουν από παιδί σε παιδί. Επιπλέον, ενδέχεται τα συμπτώματα των εκάστοτε υποτύπων να παρουσιάζουν διαφορετική συχνότητα και βαθμό σοβαρότητας στο κάθε άτομο, ενώ σε κάποιο άλλο να παρουσιάζεται η συμπτωματολογία και των τριών τομέων στα ίδια επίπεδα. Η συμπτωματολογία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και ο τρόπος που εκδηλώνεται εξαρτώνται από το γένος, την ηλικία του ατόμου, τον τρόπο που αντιδρούν οι γονείς στις διάφορες μορφές συμπεριφοράς του αλλά και οι συγκυρίες και οι καταστάσεις μέσα στις οποίες κάνει την εμφάνισή της (Μανιαδάκη, 2001).

Τέλος, εκτός από την ως άνω πρωτογενή συμπτωματολογία υπάρχει το ενδεχόμενο το άτομο με ΔΕΠ-Υ να έρχεται αντιμέτωπο και να προσπαθεί να ξεπεράσει και διάφορες άλλες δυσκολίες, οι οποίες απαρτίζουν τη δευτερογενή συμπτωματολογία της διαταραχής αυτής. Τα εν λόγω προβλήματα προκύπτουν από τα βιώματά του, από τον τρόπο που αντιδρούν οι άλλοι στη συμπεριφορά του, καθώς επίσης και από την αλληλεπίδρασή του στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι αποτυχίες στο σχολείο, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και τα συμπεριφορικά προβλήματα αποτελούν παραδείγματα των δευτερογενών συμπτωμάτων – προβλημάτων (Edbom et al., 2006).

ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ

Η απροσεξία αναφέρεται στην ελλειμματική ικανότητα συγκέντρωσης και συνεχούς διατήρησης της προσοχής, ειδικά όταν καλείται το παιδί να εκτελέσει δομημένες εργασίες που έχουν επαναληπτικό χαρακτήρα, απαιτούν πνευματικό κόπο, και δεν διεγείρουν το ενδιαφέρον του (Lougy & Rosenthal, 2002). Σε τέτοιου είδους περιστάσεις, παρατηρείται απόσπαση προσοχής των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, η οποία οφείλεται τόσο στις ίδιες τους τις σκέψεις όσο και σε εξωτερικά ερεθίσματα. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά με την εν λόγω διαταραχή μπορούν να συγκεντρωθούν για αρκετή ώρα και σε ικανοποιητικό βαθμό στις εξής περιστάσεις: α) όταν παρουσιάζουν υψηλό κίνητρο για να ολοκληρώσουν μία δραστηριότητα ή μία εργασία που έχουν αναλάβει, β) όταν η ανάθεση μιας δραστηριότητας τους εξάπτει το ενδιαφέρον και γ) όταν περιμένουν μια μεγάλη ανταμοιβή μετά το πέρας της (Lougy & Rosenthal, 2002; Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Σε σχετικά ερευνητικά δεδομένα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζεται το αποτέλεσμα της άμεσης ανταμοιβής στις λειτουργίες της συγκέντρωσης, με απώτερο σκοπό τη διεκπεραίωση των ανατεθειμένων δραστηριοτήτων (Lougy & Rosenthal, 2002).

ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η υπερκινητικότητα αποτελεί το πιο «ενοχλητικό» και το πιο εύκολα «αντιληπτό» σύμπτωμα της ΔΕΠ-Υ (Goldstein & Goldstein, 1998), κατά το οποίο τα εν λόγω άτομα έχουν αυξημένη ανάγκη και επιθυμία για κινητικές δραστηριότητες με αποτέλεσμα να τρέχουν, να πηδούν και να σκαρφαλώνουν σε ανοιχτούς χώρους, εντός της οικίας τους ή οπουδήποτε αλλού η συμπεριφορά αυτή θεωρείται ακατάλληλη (APA, 2000). Για παράδειγμα ένα παιδί με την εν λόγω διαταραχή είναι δυνατό να εκδηλώνει έντονη υπερκινητικότητα τις ώρες της μελέτης, ενώ την ώρα του παιχνιδιού ή της ενασχόλησής του με οπτικά ερεθίσματα, όπως αυτά που παρουσιάζονται στον υπολογιστή, να εμφανίζει μειωμένη τάση για κίνηση. Επιπλέον, στα συγκεκριμένα άτομα παρουσιάζεται η τάση της συχνής εναλλαγής και ενασχόλησης των δραστηριοτήτων, με αποτέλεσμα να δημιουργείται σύγχυση στο χώρο. Τέλος, δίνουν την εντύπωση ότι δεν φοβούνται και αγνοούν τον κίνδυνο, με αποτέλεσμα να συμπεριφέρονται παράτολμα. Το γεγονός αυτό τα οδηγεί σε περισσότερα μικροατυχήματα σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά (Lam, 2002). Οι δηλητηριάσεις και τα κατάγματα συγκαταλέγονται στα συνηθέστερα ατυχήματα που τους συμβαίνουν (Lam, 2002).



ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η παρορμητικότητα χαρακτηρίζεται ως η περιορισμένη δεξιότητα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ να αναστείλουν άμεσα μια απρεπή μορφή συμπεριφοράς πριν καν την παρουσιάσουν (Wehmeier et al., 2010). Πρόκειται για τη συνήθεια των ατόμων αυτών να ενεργούν και να μιλούν δίχως να σκεφτούν αυτά που θα πουν και προτού αξιολογήσουν τα επακόλουθα των ενεργειών τους, παρόλο που στο παρελθόν μπορεί να έχουν βιώσει τις αρνητικές επιπτώσεις ανάλογων συμπεριφορών. Επιπλέον, σχετίζεται με την αδυναμία των παιδιών αυτών να αναμένουν να έρθει η σειρά τους σε μία συζήτηση ή σ' ένα παιχνίδι και την ανάγκη που νιώθουν να ικανοποιηθούν άμεσα οι επιθυμίες τους. Τέλος, η παρορμητικότητα έχει σχέση με συμπεριφορικές διαταραχές, οι οποίες αναπτύσσονται δευτερογενώς στο πλαίσιο του συνδρόμου και προκαλεί τις σημαντικότερες συνέπειες στη λειτουργικότητα του παιδιού, ειδικά στην εφηβεία

1.2. Ιστορική αναδρομή της ΔΕΠ-Υ

Τον 18ο αιώνα (1773-1775) δημοσιεύτηκε το βιβλίο του Γερμανού ιατρού Melchior Adam Weikard, «Der Philosophische Artz». Στο εν λόγω βιβλίο υπάρχει ένα κεφάλαιο, το οποίο αναφέρεται στο «Έλλειμμα Προσοχής» και ως εκ τούτου αποτελεί την πρώτη περιγραφή της συμπεριφοράς της ΔΕΠ-Υ στην ιατρική βιβλιογραφία. Ο Σκωτσέζος γιατρός Alexander Crichton εξέδωσε το 1798 το εγχειρίδιο «An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects», το οποίο αποτελείται από τρία βιβλία (Martinez-Badia & Martinez-Raga, 2015). Στο δεύτερο κεφάλαιο του δεύτερου βιβλίου του «Η προσοχή και οι ασθένειες της» παρουσίασε μία σειρά συμπτωμάτων, τα οποία έχουν ομοιότητες με αυτά της ΔΕΠ-Υ στο DSM-IV (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τον 19ο αιώνα παρουσιάζονται, κυρίως, στην ψυχιατρική βιβλιογραφία ποικίλες περιγραφές με υπερκινητικά παιδιά. Το 1809 John Haslam περιέγραψε στο «Observations on Madness and Melancholy» ένα άτακτο, κακομαθημένο, ζωνρό και ανεξέλεγκτο παιδί, σκληρό με τα ζώα, με την επιρρέπεια να χαλάει αντικείμενα, με έντονες αντιδράσεις και με περιορισμένη προσοχή (Sharkey & Fitzgerald, 2007). Το 1812 ο Αμερικανός γιατρός Benjamin Rush αναφέρθηκε σε 3 περιπτώσεις ατόμων, τα οποία παρουσίαζαν την πλήρη διαστροφή των ηθικών δυσλειτουργιών, η οποία περιελάμβανε την αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής. Το 1865 στο βιβλίο «Struwwelpeter» του ψυχιάτρου Heinrich Hoffmann περι-

γράφεται η περίπτωση του «νευρικού Φιλ», που έχει άμεση σχέση με τη ΔΕΠ-Υ. Σε μεταγενέστερη έκδοση του βιβλίου αυτού γίνεται η προσθήκη μιας άλλης ιστορίας, εκείνης του «Τζον που κοιτούσε στον αέρα» με αναφορές στην εν λόγω διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, ο Hoffmann περιγράφει ένα άτομο το οποίο «κοιτάζει συνέχεια τον ουρανό και τα σύννεφα» και δεν συγκεντρώνεται εύκολα. Σημαντική, επίσης, προσωπικότητα για την ιστορία της ΔΕΠ-Υ τον 19^ο αιώνα είναι ένας Σκωτσέζος ψυχίατρος. ο Sir Thomas Smith Clouston, ο οποίος σε ένα άρθρο του αναφέρεται σε «τρία νευρικά παιδιά» που ήταν υπερκινητικά, υπερευαίσθητα και πνευματικά εκρηκτικά (Martinez-Badia & Martinez-Raga, 2015).

Σημείο εκκίνησης της ΔΕΠΥ θεωρείται η αρχή του 20^{ου} αιώνα. Το 1902 ο Βρετανός παιδίατρος, Sir George Still παρουσίασε ορισμένα παιδιά με μη φυσιολογικά ελλείμματα στον ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς και στην ηθική βούληση, τα οποία είχαν οργανικό υπόστρωμα χωρίς, όμως, γενική μειωμένη διανοητική ικανότητα. Έπειτα, το 1932 ο Franz Kramer και ο Hans Pollnow έκαναν λόγο για «μια υπερκινητική ασθένεια της νηπιακής ηλικίας», η οποία εμφανίζεται μεταξύ των 2 έως και 4 ετών. Η πιο συχνή συμπτωματολογία είναι η αδιάκοπη κίνηση, η απόσπαση προσοχής και οι διαταραχές της ομιλίας. Επίσης, ως δευτερεύοντα χαρακτηριστικά προστέθηκαν η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα και οι μαθησιακές δυσκολίες (Sharkey & Fitzgerald, 2007). Επιπλέον, οι Kramer- Pollnow κάνουν λόγο για παιδιά στα οποία συνυπάρχουν σύνθετες νευροαναπτυξιακές δυσκολίες και η ΔΕΠ-Υ (Sharkey & Fitzgerald, 2007). Εν συνεχεία, το 1934 οι Kahn και Cohen αναφέρθηκαν σε τρία παιδιά υπερδραστήρια, παρορμητικά, αδέξια και με ήπια νευρολογική συμπτωματολογία (Sharkey & Fitzgerald, 2007). Το 1935 ο Kanner αναφέρθηκε σε μία διαταραχή που ήταν παρόμοια με τον υπερδραστήριο υπότυπο της ΔΕΠ-Υ, περιγράφοντας ένα παιδί με έντονες κινητικές ανησυχίες που θέλει πάντα να καταπιάνεται με κάτι. Επιπροσθέτως, παρουσίασε μια διαταραχή που έχει ως χαρακτηριστικά την απόσπαση προσοχής, την έλλειψη συγκέντρωσης και την ονειροπόληση, συμπτώματα, δηλαδή, πανομοιότυπα με τη ΔΕΠ-Υ στο DSM-IV. Το 1937 ο Charles Bradley αναφέρθηκε στη βεζενδρίνη, η οποία βελτίωσε σημαντικά τη συμπεριφορά και τις αποδόσεις των παιδιών στο σχολείο που ήταν απρόσεκτα, παρορμητικά, υπερκινητικά με φτωχή μνήμη και δυσαριθμησία (Lange et al, 2010).

Το 1947 αναφορικά με την εν λόγω διαταραχή εισήχθη ο όρος της εγκεφαλικής βλάβης, ο οποίος αντικαταστάθηκε το 1960 από τον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Lange et al, 2010). Ο Laufer και η ομάδα του το 1957 ισχυρίστηκαν ότι στα παιδιά με υπερκινητικότητα υπάρχει κάποια βλάβη στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Έτσι, έκαναν λόγο για μια «υπερκινητική διαταραχή της παρόρμησης». Το 1960 ο Chess εισήγαγε τον όρο

«σύνδρομο υπερκινητικής συμπεριφοράς» και αναγνώρισε ως συμπτώματα αυτού την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα. Επιπλέον, ο ίδιος τόνισε την ανάγκη αντικειμενικής αξιολόγησης των συμπτωμάτων της διαταραχής και τέλος διαχώρισε το υπερκινητικό σύνδρομο από την περίπτωση της εγκεφαλικής βλάβης του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Στις αρχές της δεκαετίας του 60 ο Strauss και οι συνεργάτες του εξέτασαν την υπερκινητικότητα ως ένα βασικό κριτήριο διάγνωσης της υποβόσκουσας εγκεφαλικής βλάβης. Το 1968 στη δεύτερη έκδοση του DSM (DSM-II, American Psychiatric Association, 1968) η διαταραχή ονομάζεται «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία» και έχει ως κύρια χαρακτηριστικά την υπερδραστηριότητα, την αμηχανία, την ανησυχία και τη μικρής διάρκειας συγκέντρωση. Η ως άνω συμπτωματολογία παρουσιάζεται, κυρίως, στα μικρά παιδιά και συνήθως μειώνεται στην εφηβική ηλικία (Lange et al, 2010). Το 1969 ο Conners ανέπτυξε κλίμακες αξιολόγησης της υπερκινητικότητας, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για τουλάχιστον 20 χρόνια (Conners, 1969).

Στη δεκαετία του 1970 το ενδιαφέρον των ειδικών επικεντρώθηκε στην ελλειμματική προσοχή των παιδιών που παρουσίαζαν την ως άνω διαταραχή (Lange et al, 2010). Ο Wender το 1971 διαχώρισε τα συμπτώματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε έξι τομείς: αντιληπτική γνωστική λειτουργία, κοινωνική συμπεριφορά, αυτορρύθμιση, σχολικές επιδόσεις, διαπροσωπικές σχέσεις και συναίσθημα. Το 1972 η Virginia Douglas και η ομάδα της, απευθυνόμενοι στην Καναδική Ψυχολογική Εταιρία, ισχυρίστηκαν ότι η ελλειμματική προσοχή και ο ελλειμματικός έλεγχος της παρόρμησης έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα και σημασία από την υπερδραστηριότητα. Επιπλέον, υποστήριξαν ότι ως προς τα δύο πρώτα συμπτώματα, τα παιδιά που έλαβαν θεραπεία με διεγερτικά φάρμακα παρουσίασαν σημαντική βελτίωση (Lange et al, 2010; Sharkey & Fitzgerald, 2007). Το 1977 ο Block υποστήριξε πώς τα παιδιά μπορεί να εκδηλώσουν υπερκινητική συμπεριφορά λόγω των γρήγορων πολιτισμικών αλλαγών που συντελούνται σε συνάρτηση με την αυξημένη νευρικότητα και υπερδιέγερση, η οποία προϋπάρχει σε κάποια παιδιά. Σε αυτή τη θεωρία ασκήθηκε έντονη κριτική, καθώς δεν υπήρχαν ερευνητικά δεδομένα που να τη στηρίζουν και να την επιβεβαιώνουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Την ίδια χρονιά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρόσθεσε τη διαταραχή στο ICD-9 ως Υπερκινητικό σύνδρομο της Παιδικής Ηλικίας με βασικά συμπτώματά της την απόσπαση της προσοχής και τη μικρής διάρκειας προσοχή (Sharkey & Fitzgerald, 2007).

Στο DSM-III το σύνδρομο μετονομάστηκε σε Διαταραχή Προσοχής με ή χωρίς υπερδραστηριότητα. Έτσι αναπτύχθηκαν με περισσότερη σαφήνεια τρία διαφορετικά συμπτώματα σε καταλόγους η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερδραστηριότητα

(Sharkey & Fitzgerald, 2007). Το 1987 αναθεωρήθηκε η τρίτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (DSM-III-R) και το σύνδρομο μετονομάστηκε σε Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερδραστηριότητας (ΔΕΠ-Υ). Για τη διάγνωση απαιτείτο η εμφάνιση 8 συμπτωμάτων από τα 14 και μάλιστα πριν την ηλικία των 7 ετών (Sharkey & Fitzgerald, 2007). Επίσης, ο υπότυπος της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής χωρίς την υπερκινητικότητα αφαιρέθηκε (Lange et al, 2010) και δημιουργήθηκε μια κατηγορία που ονομάστηκε «Μη διαφοροποιημένη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-undifferentiated Attention Deficit Disorder» (Lange et al, 2010; Sharkey & Fitzgerald, 2007).

Οι έρευνες συνεχίστηκαν και φανέρωσαν ότι τα παιδιά με ADD χωρίς υπερδραστηριότητα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στα ακαδημαϊκά τους καθήκοντα και είναι πιο ληθαργικά και αφηρημένα από τα παιδιά με ADD με υπερδραστηριότητα. Ωστόσο εκδηλώνουν λιγότερη επιθετικότητα και έτσι υπάρχουν μειωμένες πιθανότητες να βιώσουν απορριπτικές συμπεριφορές από άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας. Επιπλέον, με τις νέες τεχνικές νευροαπεικόνισης απεδείχθησαν οι δομικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και το εν λόγω σύνδρομο αναγνωρίστηκε ως χρόνιο που παραμένει και στην ενηλικίωση.

Το 1990 εκδόθηκε το DSM-IV, το οποίο τονίζει ότι προκειμένου να υπάρξει διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει η διαταραχή να είναι παρούσα τουλάχιστον σε δύο πλαίσια και να καθιστά το άτομο δυσλειτουργικό σε διάφορους τομείς της ζωής του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Σε αυτή την έκδοση μαζί με τη “Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα” έχουμε και τη “Διαταραχή της Αγωγής” καθώς και την “Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή”. Τα παραπάνω σύνδρομα εντάσσονται στην κατηγορία “Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς” (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τέλος, το Μάιο του 2013 κυκλοφόρησε το DSM-5 (APA, 2013). Τα κριτήρια διάγνωσης για τη ΔΕΠ-Υ είναι ίδια με αυτά που ορίζονται στο προηγούμενο εγχειρίδιο (DSM-IV). Παραμένουν 18 και κατανέμονται στην κατηγορία της απροσεξίας και σ’ αυτήν της Υπερκινητικότητας / Παρορμητικότητας. Εντούτοις, για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ διαφοροποιήθηκαν ο αριθμός κριτηρίων και η ηλικία που παρουσιάζεται η εν λόγω διαταραχή. Ειδικότερα, για τους εφήβους των 17 ετών και άνω, καθώς επίσης και για τους ενήλικες είναι απαραίτητο να εκδηλώνονται 4 συμπτώματα, ή απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, αντί για 6 που είναι σήμερα. Τέλος, η ηλικία που εμφανίζεται η συμπτωματολογία της απροσεξίας ή υπερκινητικότητας / παρορμητικότητας διαμορφώνεται στα 12 έτη και όχι στα 7 που ήταν.

1.3. Η αιτιοπαθογένεση της ΔΕΠ-Υ

Γενετικοί παράγοντες

Υποστηρίζεται πως η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ έχει κληρονομικό υπόβαθρο και ως εκ τούτου χαρακτηρίζεται ως «οικογενειακή υπόθεση». Βάσει παλαιότερων ερευνών αποδεικνύεται πως οι συγγενείς πρώτου και δευτέρου βαθμού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν το ίδιο σύνδρομο σε ποσοστό 10% - 35% (Biederman, Faraone, Keenan, Knee, & Tsuang, 1990). Ωστόσο, πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι, όταν ο ένας γονέας εμφανίζει τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, τότε η πιθανότητα να εκδηλώσει το παιδί του το ίδιο σύνδρομο είναι ακόμα μεγαλύτερη και κυμαίνεται σε ποσοστά μεταξύ 40% και 60% (Biederman, Faraone, Keenan, Knee, & Tsuang, 1990). Ακόμα και οι έρευνες με παιδιά που είχαν υιοθετηθεί – σε σύγκριση των χαρακτηριστικών τους με αυτά των θετών και πραγματικών τους γονέων – επιβεβαιώνουν την επίδραση της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ των παιδιών παρουσιάζουν περισσότερες ομοιότητες με τα ανάλογα χαρακτηριστικά των βιολογικών τους γονέων συγκριτικά με τους θετούς τους γονείς (Thapar, Cooper, Jefferies, Stergiakouli, 2012). Σε παρόμοια αποτελέσματα οδηγήθηκαν έρευνες, οι οποίες έγιναν με τη μέθοδο των διδύμων. Τα δεδομένα που διαθέτουμε από αυτές φανερώνουν ότι η κληρονομικότητα επιδρά στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ κατά μέσο όρο μεταξύ 0,70-0,80 (Faraone, Biederman, 2004). Τέλος, όσο κοτινότερη είναι η συγγένεια και όσο σοβαρότερη είναι η μορφή με την οποία παρουσιάζεται η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, τόσο μεγαλύτερη είναι και η επίδραση που ασκεί η κληρονομικότητα (Faraone, Biederman, 2004).

Τα γονίδια που συνδέονται άρρητα με τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ, κυρίως στα παιδιά είναι: οι υποδοχείς ντοπαμίνης D4 και D5 (DRD4, DRD5), ο μεταφορέας ντοπαμίνης (DAT1), η ντοπαμίνη – β – υδροξυλάση (DBH), ο μεταφορέας σεροτονίνης (5HTT), ο υποδοχέας σεροτονίνης (HTR1B) και το γονίδιο SNAP-25. Επιπλέον, σε γενετικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, διαπιστώθηκε ότι η εν λόγω διαταραχή σχετίζεται και με ορισμένα άλλα γονίδια (π.χ. LPHN3, BAIAP2, CLOCK και NOS1), τα οποία δεν έχουν εντοπιστεί στις έρευνες που έχουν γίνει στα παιδιά (Franke et al., 2012).

Επιπλέον, μελετήθηκε με διάφορες τεχνικές νευροαπεικόνισης και ιδιαίτερα με τη μαγνητική τομογραφία υψηλής ανάλυσης (MRI) ο εγκέφαλος των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- ✓ Ο εγκέφαλος των ανηλίκων και των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ είχε μικρότερο όγκο από 3% μέχρι 8% συγκριτικά με τις ομάδες ελέγχου, ειδικά στο δεξί ημισφαίριο (Castellanos et al., 1996).
- ✓ Ο όγκος μερικών περιοχών στους κροταφικούς λοβούς των παιδιών μαθησιακής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ είναι μικρότερος σε σύγκριση με τον αντίστοιχο όγκο των τυπικώς αναπτυσσομένων παιδιών (Castellanos et al., 1996).
- ✓ Η παρεγκεφαλίδα, οι βρεγματικοί λοβοί, το μεσολόβιο και τα βασικά γάγγλια είναι πιθανό να έχουν αλλοιωθεί μορφολογικά (Castellanos et al., 1996).
- ✓ Η φαιά ουσία του προμετωπιαίου φλοιού των ατόμων με ΔΕΠ-Υ είναι σημαντικά μειωμένη, κυρίως στο δεξιό φακοειδή πυρήνα μέχρι τον κερκοφόρο πυρήνα. Η περιοχή αυτή είναι υπεύθυνη για τη ρύθμιση υψηλού επιπέδου γνωστικών διεργασιών και χρησιμεύει στον έλεγχο των παρορμήσεων, τη λήψη αποφάσεων, την κατάκτηση στόχων, την εκτίμηση των αποτελεσμάτων στο μέλλον και το σχεδιασμό μελλοντικών αποφάσεων (Nakao, Radua, Rubia, & Metaix – Cols, 2011).
- ✓ Λεπτότερος εγκεφαλικός φλοιός στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, μειωμένη αναδίπλωση του προμετωπιαίου φλοιού, καθώς και μειωμένη πυκνότητα του ραχιαίου έξω προμετωπιαίου φλοιού (Nakao, Radua, Rubia, & Metaix – Cols, 2011). Αυτά τα ευρήματα συνδέονται με το γεγονός ότι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ το 50% του εγκεφαλικού φλοιού αποκτά το μεγαλύτερο πάχος του στα 10 ½ έτη, ενώ στα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά αυτό συμβαίνει στα 7 ½ έτη (Nakao, Radua, Rubia, & Metaix – Cols, 2011). Αυτή η καθυστέρηση παρατηρείται σε περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού που ευθύνονται για τον έλεγχο γνωστικών διαδικασιών, συμπεριλαμβανομένων της οργάνωσης της συμπεριφοράς και της προσοχής.
- ✓ Μορφολογικές διαφορές στις εγκεφαλικές δομές της αμυγδαλής και του θαλάμου. Οι περιοχές αυτές είναι υπεύθυνες για την αυτορρύθμιση της προσοχής και του συναισθήματος (Nakao, Radua, Rubia, & Metaix – Cols, 2011).



Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι προγεννητικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν συνδεθεί με τη ΔΕΠ-Υ είναι:

- ✓ το κάπνισμα κατά την περίοδο της κύησης, καθώς η νικοτίνη προκαλεί δυσλειτουργία στο ντοπαμινεργικό σύστημα της παρεγκεφαλίδας
 - ✓ η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η κατανάλωση αλκοόλ και η έκθεση σε τοξικές ουσίες
 - ✓ η ψυχολογία της μητέρας την περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και μετά τη γέννηση.
- Ως παραδείγματα αναφέρονται το στρες της μητέρας τους μήνες της εγκυμοσύνης, η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ των γονιών, καθώς και η επιλόχειος κατάθλιψη (Chi, & Hinshaw, 2002).

Οι περιγεννητικοί παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ - ειδικά του Απρόσεχτου Τύπου - που έχουν μελετηθεί περισσότερο είναι το χαμηλό βάρος γέννησης (<2,5 κιλά) και η προωρότητα (Biederman, Faraone, Keenan, Knee, & Tsuang, 1990). Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι το 12% με 14% των ατόμων με ΔΕΠ-Υ γεννιέται με χαμηλό βάρος, χωρίς να είναι πρόωρα. Η προωρότητα ανήκει προσθετικά στους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ (Biederman, Faraone, Keenan, Knee, & Tsuang, 1990).

Τέλος, η διατροφή είναι πιθανό να σχετίζεται με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ (Chi, & Hinshaw, 2002). Ο Feingold (1975) υποστήριξε ότι η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ αποτελεί τοξική ή αλλεργική αντίδραση μερικών παιδιών στα συντηρητικά και στις τεχνητές χρωστικές ουσίες που υπάρχουν στη διατροφή τους. Μάλιστα, στη συνέχεια υποστήριξε ότι τα συστατικά αυτά ευθύνονται για τις μαθησιακές δυσκολίες και τις διαταραχές προσοχής που παρουσιάζουν τα παιδιά αυτά (Flory, Molina, Pelham, Gnagy, & Smith, 2006). Ορισμένες νεότερες έρευνες επιβεβαιώνουν τα ως άνω, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι τα πρόσθετα τροφίμων ενισχύουν την υπερκινητικότητα των παιδιών που έχουν ήδη εμφανίσει συμπτώματα της διαταραχής (Flory, Molina, Pelham, Gnagy, & Smith, 2006). Παράλληλα, η σχέση της διατροφής με τη ΔΕΠ-Υ μελετάται και από την πλευρά της μη επαρκούς πρόληψης κάποιων διατροφικών στοιχείων στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όπως ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος (Flory, Molina, Pelham, Gnagy, & Smith, 2006).



Νευροψυχολογικοί παράγοντες

Οι νευροψυχολογικοί παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, είναι οι εξής:

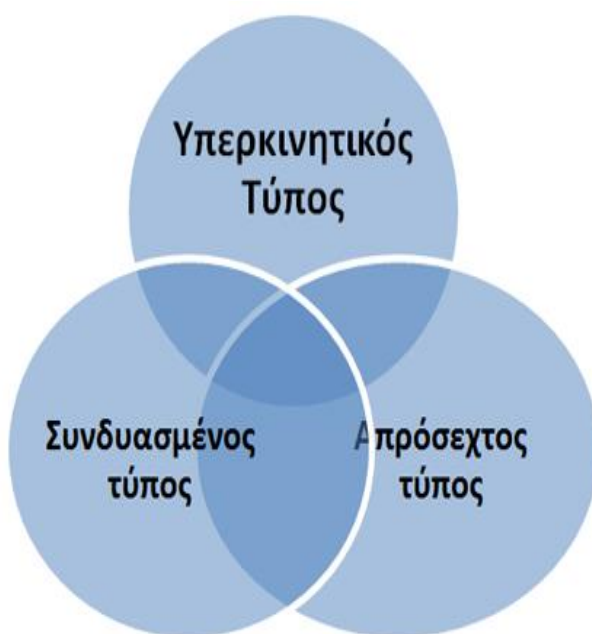
- ✓ **Ανασταλτικός έλεγχος:** Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ελλειμματικό ανασταλτικό έλεγχο και ως εκ τούτου δυσκολεύονται να αποτρέψουν μια παρορμητική και αυτοματοποιημένη αντίδραση ή άλλη παρόμοια συμπεριφορά.
- ✓ **Μνήμη εργασίας:** Όσα παιδιά συγκαταλέγονται στον απρόσεχτο τύπο της ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν ελλείμματα στην εργαζόμενη μνήμη κι ως εκ τούτου δυσκολεύονται περισσότερο στην ανάκληση πληροφοριών, οι οποίες έχουν αποθηκευτεί στη μνήμη αυτή. Επιπλέον, η προσοχή τους αποσπάται ευκολότερα από διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα, όταν ασχολούνται με δύσκολες δραστηριότητες, σε σύγκριση με παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ (Martinussen et al., 2005). Αυτή η δυσκολία επιδρά σημαντικά στις σχολικές επιδόσεις, στην ανάγνωση και τη γραφή.
- ✓ **Αυτορρύθμιση συναισθήματος – διέγερση και αποστροφή αναμονής:** Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να ρυθμίσουν εύκολα τα συναισθήματα και τη διάθεσή τους, δεν μπορούν να συνεχίσουν την προσπάθειά τους και δεν μπορούν να διατηρήσουν την επαγρύπνηση και τη διέγερσή τους σε φυσιολογικά επίπεδα, όταν τους ανατίθεται μια δύσκολη εργασία (Martinussen et al., 2005).
- ✓ **Αντίληψη χρόνου:** Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν ελαττωμένη δεξιότητα στην αντίληψη του χρόνου, έναντι των ατόμων τυπικής ανάπτυξης. Για παράδειγμα, δυσκολεύονται να κατανοήσουν τη χρονική διαφορά μεταξύ 20 και 25 λεπτών μελέτης. Επιπλέον, τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται στο συντονισμό των κινήσεών τους με ένα σταθερό οπτικό ή ακουστικό ερέθισμα (Martinussen et al., 2005).

1.4. Η επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ

Η συχνότητα με την οποία παρουσιάζεται η ΔΕΠ-Υ στα παιδιά ανέρχεται στο 3% - 7% (American Psychiatric Association, 2000), ενώ στο DSM-5, παρουσιάζεται στο 5% (APA, 2013). Σε αποτελέσματα ερευνών τα οποία συλλέχθηκαν από συνεντεύξεις παιδιών, κηδεμόνων και εκπαιδευτικών και επικεντρώνονται στα κριτήρια του DSM-IV, διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης της εν λόγω διαταραχής κυμαίνεται από 4,9% έως 6,2% (Barkley, 1997). Πρόσφατα, σε έρευνα με 171.756 παιδιά από όλο τον κόσμο, η ΔΕΠ-Υ προσδιορίστηκε ποσοστιαίως σε παγκόσμιο επίπεδο στο 5,2% (Polanczyk et al., 2007). Αντιθέτως, τα ερευνητικά δεδομένα, τα οποία αφορούν την Ελλάδα, αναφέρουν πως η ΔΕΠ-

Υ παρουσιάζεται σε ποσοστά μεταξύ 5% έως 11% (Καλαντζή - Αζίζι, Αγγελή, Ευσταθίου, 2005). Σε κάθε περίπτωση η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια προβλήματα υγείας, η δυσλειτουργικότητα της οικογένειας, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η ύπαρξη άλλων αναπτυξιακών προβλημάτων είναι οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη συχνότητα της ΔΕΠ-Υ (Polanczyk et al., 2007).

Εν συνεχεία, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν πως η ΔΕΠ-Υ επικρατεί στα αγόρια (Arnett, et al., 2015). Η εν λόγω επικράτηση της ΔΕΠ-Υ επισημάνθηκε για πρώτη φορά από τον George Still (1902). Έκτοτε σε πληθώρα ερευνών προκύπτει το ίδιο ακριβώς συμπέρασμα. Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα που έκαναν οι Szatmari, Offord και Boyle (1989) στον Καναδά, διαπιστώθηκε ότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται στο 9% των αγοριών και στο 3% των κοριτσιών. Από τότε στις περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες η εν λόγω αναλογία εντοπίζεται στο 3,1:1 εις βάρος των αγοριών (Szatmari, Offord, & Boyle 1989). Επιπλέον, σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία η αναλογία αυτή ανέρχεται περίπου 2:1 στα παιδιά και 1,6:1 στους ενήλικες. Αντιθέτως, όταν χρησιμοποιούνται κλινικά δείγματα, η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα αγόρια είναι έξι φορές μεγαλύτερη (APA, 2013).



Εικόνα 1. Οι τρεις τύποι ΔΕΠ-Υ. Πηγή:

[https://parents.go.kidsgo.com.cy/diataraxi-elleimmatikis-prosoxis-yperkinitikotitas-sta-
paidia-dep-y](https://parents.go.kidsgo.com.cy/diataraxi-elleimmatikis-prosoxis-yperkinitikotitas-sta-paidia-dep-y)

Κεφάλαιο 2. Στην πράξη της ΔΕΠ-Υ - Συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ

2.1. Πρώιμες ενδείξεις της ΔΕΠ-Υ στη βρεφική ηλικία

Στη βιβλιογραφία όσον αφορά τη βρεφική ηλικία υπάρχουν ανεπαρκή στοιχεία που να οδηγούν στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, ορισμένα βρέφη παρουσιάζουν κάποιες μορφές συμπεριφοράς, εξαιτίας των οποίων χαρακτηρίζονται πιο «δύσκολα» σε σύγκριση με ορισμένα άλλα. Ο Turecki (1989) ισχυρίστηκε ότι τα δύσκολα παιδιά:

- ❖ αντιδρούν έντονα και απρόβλεπτα
- ❖ έχουν υψηλά επίπεδα ενέργειας και δραστηριότητας
- ❖ δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε καινούργιες καταστάσεις και
- ❖ είναι πολύ συχνά κακοδιάθετα.

Τα δύσκολα βρέφη εκδηλώνουν κινητική δραστηριότητα σε αυξημένα επίπεδα και κλαίει πιο συχνά σε σχέση με τα άλλα μωρά. Τα κλάματά τους είναι παρατεταμένα και έντονα και μάλιστα τις περισσότερες φορές χωρίς να υπάρχει λόγος. Επιπλέον, ο ύπνος που κάνουν αυτά τα βρέφη είναι ανήσυχος. Ξυπνούν επανειλημμένα σε ακατάστατες ώρες και γενικά δεν τηρούν ένα σταθερό ωράριο ύπνου. Δυσκολίες παρουσιάζουν και στη διατροφή τους, καθώς δεν αφήνουν εύκολα το γάλα για να μεταβούν στη στερεά τροφή. Επίσης, στο ιατρικό ιστορικό τους παρατηρούνται, συνήθως, μερικοί επιβλαβείς προ- και περι-γεννητικοί παράγοντες όπως κακή υγεία της μητέρας την περίοδο της κύησης, χαμηλό βάρος γέννησης του μωρού, κρίσεις εκλαμψίας κ.ά. (Μανιαδάκη, 2012).

Βάσει σχετικών μελετών υπάρχουν κάποιες ενδείξεις της ΔΕΠ-Υ στη βρεφική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, σε μία έρευνα (Auerbach et al., 2005) που έγινε σε 158 άρρενα νεογνά, των οποίων οι πατέρες πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, η αξιολόγησή τους έγινε με την Κλίμακα Αξιολόγησης Νεογνικής Συμπεριφοράς (Brazelton & Nugent, 1995). Αυτό που προέκυψε είναι ότι σημείωσαν μειωμένες επιδόσεις στην κλίμακα αξιολόγησης της νευροαναπτυξιακής ωριμότητας συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Σε επόμενη έρευνα που έγινε σε 78 βρέφη από 8 έως 12 μηνών, των οποίων οι μητέρες πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, διαπιστώθηκε κινητική δραστηριότητα σε αυξημένα επίπεδα και μικρότερης διάρκειας συντηρούμενη προσοχή συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Ninowski, 2010). Επίσης, στενή σχέση διαπιστώθηκε μεταξύ της μειωμένης δυνατότητας των βρεφών να αναστείλουν τις αυθόρμητες αντιδράσεις τους στην ηλικία των δύο ετών και της μεταγενέστερης εκδήλωσης συμπεριφορικών μορφών που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των μητέρων (Gagne, Saudino, &

Ashershon, 2011). Επομένως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα βρέφη που εκδηλώνουν συμπεριφορές όπως τις προαναφερθείσες, είναι πολύ πιθανό στο μέλλον να παρουσιάσουν κάποια αναπτυξιακή διαταραχή.

2.2. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στη νηπιακή ηλικία

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να γίνει κατά τη νηπιακή ηλικία και πιο συγκεκριμένα από την ηλικία των τριών ετών (Posner et al., 2007). Μάλιστα, διαπιστώθηκε ότι μέρος-τμήμα της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ μπορεί να εντοπιστεί με αξιόπιστο τρόπο σε άτομα ηλικίας από δύο έως και έξι ετών και σχετίζεται με έκπτωση στη λειτουργικότητά τους σε διάφορα πλαίσια (Egger, Kondo & Angold, 2006).

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, που εκδηλώνουν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, είναι συχνά υπερκινητικά, παρορμητικά, απείθαρχα και ιδιαίτερα ριψοκίνδυνα. Είναι πιθανό, επίσης, να μην έχουν τη δεξιότητα να συντονίσουν τις κινήσεις τους. Επιπλέον, είναι πολύ απαιτητικά και συχνά οργίζονται έντονα όταν απογοητεύονται ή θυμώνουν (Egger, Kondo & Angold, 2006). Εξαιτίας της άγνοιας κινδύνου που έχουν, είναι ιδιαίτερα ευεπίφορα στα ατυχήματα (Barkley, 2006). Ο τρόπος που συμπεριφέρονται δεν επηρεάζεται ούτε από την υπόσχεση κάποιας αμοιβής ούτε από την απειλή της τιμωρίας.

Συχνά, τα νήπια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν καθυστερημένη ανάπτυξη στο λόγο τους και έχουν δυσκολίες στην ομιλία σε ποσοστά πιο υψηλά από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα νήπια (Baker & Cantwell, 1992). Τα προβλήματα αυτά παρατηρούνται και στην κατανόηση αλλά και στον τρόπο που θα εκφραστούν προφορικά. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιούν στερεότυπους τρόπους στους διαλόγους τους (Papaeliou, Maniadaki, & Kakouros, 2015). Επιπλέον, αντιμετωπίζουν ελλείμματα στην εσωτερική του λόγου, στη διεκπεραίωση των προβλημάτων που απαιτούν οργάνωση της σκέψης βάσει λογικών κανόνων, στην άρθρωση ορισμένων λέξεων, καθώς επίσης στη δομή και τη σύνταξη του λόγου. Ως εκ τούτου, δεν καταφέρνουν να κρατήσουν σε ικανοποιητικό βαθμό μία συζήτηση. Ακόμη, τα νήπια με ΔΕΠ-Υ προσκολλώνται πιο πολύ σε πραγματικά αντικείμενα, τα οποία πρέπει να ακουμπούν, για να δέχονται τα ερεθίσματα από το εξωτερικό περιβάλλον, καθώς δεν μπορούν να αναπαραστήσουν λεκτικά (Funk & Ruppert, 1984). Τέλος, σε επίπεδο νευροψυχολογικό τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στον εκτελεστικό έλεγχο, στις οργανωτικές δεξιότητες, στην αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων και στη μνήμη εργασίας (Papaeliou, Maniadaki, & Kakouros, 2015).

2.3. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία

Μολονότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται κατά την προσχολική ηλικία, τα παιδιά παραπέμπονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για αξιολόγηση γύρω στα 7 έτη (Byrne, Bawden, Dewolfe, & Beattie, 1998). Έχει αποδειχθεί, μάλιστα, ότι η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά εντοπίζεται συχνότερα από τους εκπαιδευτικούς παρά από τα υπόλοιπα μέλη των οικογενειών τους και τους παιδίατρους που τα εξετάζουν, οι οποίοι έχουν την εντύπωση ότι το παιδί είναι ανώριμο και ότι οι δυσκολίες του θα ξεπεραστούν από μόνες τους με την πάροδο του χρόνου (Sax & Kautz, 2003).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ υστερούν σε τομείς, όπως είναι η εφαρμογή κανόνων και οδηγιών, ο αυτοέλεγχος, η συγκέντρωση της προσοχής σε μία δραστηριότητα για πολλή ώρα και η εκμάθηση της γραφής και της ανάγνωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσκολεύονται ν' ανταποκριθούν επιτυχώς στις απαιτήσεις του οικογενειακού και του σχολικού περιβάλλοντος. Στις πρωτογενείς αυτές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προστίθενται, συνήθως, τα προβλήματα συμπεριφοράς και οι μαθησιακές δυσκολίες (Sax & Kautz, 2003).

Οι επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο είναι χαμηλότερες σε ποσοστό 30% συγκριτικά με αυτές των συνομηλίκων τους και κατά 80% χαμηλότερες από τις προσδοκώμενες βάσει του νοητικού τους επιπέδου (DuPaul & Volpe, 2009). Επιπλέον, είναι τρεις φορές πιο πιθανό τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να επαναλάβουν κάποια τάξη του δημοτικού, ενώ το 10% - 35% αυτών ενδέχεται να εγκαταλείψει το σχολείο (DuPaul & Volpe, 2009). Οι λόγοι που συμβαίνουν τα ως άνω είναι οι εξής:

- ✓ Η συνύπαρξη των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών με τη ΔΕΠ-Υ.
- ✓ Τα ελλείμματα στη δυνατότητα παρατεταμένης συγκέντρωσης της προσοχής τους την ώρα της μελέτης στο σπίτι αλλά και μέσα στην τάξη. Ως εκ τούτου, η ελλιπής παρακολούθηση και μελέτη των μαθημάτων συμβάλλει στην αύξηση των μαθησιακών κενών (DuPaul & Volpe, 2009).
- ✓ Η αποφευκτική συμπεριφορά που υιοθετούν και ακολουθούν συχνά στη μελέτη, καθώς και η μείωση του κινήτρου τους για να μάθουν νέα πράγματα.
- ✓ Οι περιορισμένες δεξιότητες στην οργάνωση του σχολικού υλικού, εξαιτίας των οποίων πολλές φορές ξεχνούν τετράδια και φωτοτυπίες στο σχολείο ή δεν ξέρουν ποια μαθήματα πρέπει να μελετήσουν. Συνεπώς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πηγαίνουν στο σχολείο ελλιπώς προετοιμασμένα (Gureasko-Moore, DuPaul, & White, 2007).

Κατά τη σχολική περίοδο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παραιτούνται γρήγορα, ειδικά μπροστά σε δραστηριότητες ή σχολικές εργασίες που εκτιμούν ότι διαθέτουν μεγάλο βαθμό δυσκολίας (Johnson & Reid, 2011). Ως εκ τούτου, η ολοκλήρωση των σχολικών εργασιών είναι μια ψυχοφθόρα διαδικασία για τα παιδιά αυτά. Επιπλέον, ο τρόπος που συμπεριφέρονται μέσα στη σχολική αίθουσα είναι συχνά πολύ άβολος και ανυπόφορος, καθώς δεν μπορούν να καθίσουν για αρκετή ώρα στο θρανίο τους και να παρακολουθήσουν ήσυχα την παράδοση του μαθήματος. Πιο συγκεκριμένα σηκώνονται από τη θέση τους και κάνουν φασαρία. Επιπροσθέτως, πολλές φορές «πετάγονται» κατά τη διάρκεια της διδακτικής ώρας, ακόμα κι όταν δεν τους απευθύνει κάποιος το λόγο και κυριεύονται από θυμό, όταν ο εκπαιδευτικός προβαίνει σε διορθώσεις λαθών που έχουν κάνει (Loe, & Feldman, 2007).

Οι εκπαιδευτικοί, πολλές φορές, θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι αφηρημένα κατά την παράδοση του μαθήματος. Στην πραγματικότητα, όμως, δεν πρόκειται πάντα για αφηρημάδα, αλλά επί της ουσίας δεν έχουν ενδιαφέρον για κάποιες εργασίες που προτείνουν οι εκπαιδευτικοί, ειδικά όταν αυτές δεν έχουν ως προϋπόθεση την ενεργή συμμετοχή του παιδιού, όπως είναι η σιωπηλή ανάγνωση (DuPaul & Volpe, 2009). Παράλληλα, οι εκπαιδευτικοί δεν μπορούν να προβλέψουν το πώς θα συμπεριφερθούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς είναι πολύ πιθανό τη μία μέρα τα παιδιά αυτά να μπορούν να ολοκληρώσουν μία εργασία, ενώ την επόμενη μέρα να αποτυγχάνουν στην ίδια άσκηση. Διαπιστώνεται ότι, αν και τα παιδιά αυτά έχουν αφομοιώσει τους κανόνες, δυσκολεύονται να τους ακολουθήσουν και να τους εφαρμόσουν συστηματικά και με συνέπεια (Lougry & Rosenthal, 2002). Αυτή η ασυνέπεια στις επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια των παρορμήσεών τους και του βαθμού που κινητοποιείται και διεγείρεται η προσοχή τους τη στιγμή που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη εργασία.

Τέλος, προβλήματα παρατηρούνται και στις διαπροσωπικές σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Έρευνες φανερώνουν ότι σπάνια οι συνομήλικοί τους επιλέγουν να τους κάνουν παρέα (Hoza et al., 2005). Το 52% έως 82% των παιδιών αυτών δέχονται απορριπτικές συμπεριφορές (Hoza et al., 2005). Έτσι, τα παιδιά αυτά περιθωριοποιούνται, καθώς αποκλείονται από τους συνομηλίκους τους, ενώ οι λίγες φιλικές τους σχέσεις διακρίνονται από εντάσεις και μικρότερη σταθερότητα και διάρκεια. Σε αυτό συμβάλλουν τα ελλείμματα που παρουσιάζουν στον τομέα των κοινωνικών τους δεξιοτήτων, όπως η ικανότητα να παρουσιάσουν ενσυναίσθηση, να ακούνε προσεκτικά αυτόν που τους μιλάει, να περιμένουν να έρθει η σειρά τους, όταν παίζουν, να αναστέλουν τις παρορμήσεις τους και να βρίσκουν εναλλακτικούς τρόπους διαχείρισης προβλημάτων που τους απασχολούν στις φιλικές τους σχέσεις (Hoza et al., 2005).

2.4. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στην εφηβική ηλικία

Το 65%-80% των ατόμων που διαγνώστηκαν με ΔΕΠ-Υ κατά τη σχολική ηλικία εξακολουθεί να πληροί τα κριτήρια διάγνωσης της εν λόγω διαταραχής και στην εφηβεία, αν και είναι πιθανό η κλινική τους εικόνα να έχει αλλάξει (Mick et al., 2011). Στις περισσότερες έρευνες διαπιστώνεται η υποχώρηση των συμπτωμάτων παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας σε κάποιο βαθμό, ενώ η συμπτωματολογία της απροσεξίας παραμένει σχετικά σταθερή (Hart et al., 1995).

Πολλά από τα ελλείμματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κατά τη σχολική ηλικία εξακολουθούν να υπάρχουν και στην εφηβική περίοδο, κατά την οποία νέες δυσκολίες προστίθενται στις ήδη υπάρχουσες. Για παράδειγμα, στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ παρατηρείται ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και πρόωμη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας (Flory, Molina, Pelham, Gnagy, & Smith, 2006). Ως εκ τούτου, είναι 4 φορές πιθανότερο οι έφηβοι αυτοί να κολλήσουν ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα συγκριτικά με τους συνομήλικούς τους και 37 φορές πιθανότερο να γίνουν γονείς πριν την ηλικία των 20 ετών εξαιτίας μιας μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης (Barkley, 2006).

Η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών είναι ιδιαίτερα αυξημένη στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ (Brook & Boaz, 2005). Η ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά τους, που προαναφέρθηκε και η ροπή στον εθισμό έχουν άμεση σχέση με τη δυσκολία τους να αντισταθούν στις κοινωνικές πιέσεις και με τον περιορισμένο αυτοέλεγχο. Επίσης, τα ως άνω σχετίζονται με το γεγονός ότι οι έφηβοι αυτοί έχουν πολλές φορές διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και εντάσσονται συχνά σε παραβατικές ομάδες συνομηλίκων.

Επιπλέον, στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ παρατηρείται μείωση στις σχολικές τους επιδόσεις με την έναρξη του γυμνασίου (Kent et al., 2011), καθώς δυσκολεύονται:

- να ανταποκριθούν στα νέα μαθήματα
- να προσαρμοστούν στις αλλαγές τάξεων και σε πολλούς καθηγητές
- να διαχειριστούν αποτελεσματικά το χρόνο τους
- να οργανώσουν το σχολικό υλικό και
- να κρατήσουν σημειώσεις στη σχολική τάξη (Evans, Langberg, Raggi, Allen, & Buvinger, 2005).

Έτσι, είναι πιο πιθανό στους εφήβους με την εν λόγω διαταραχή να επιβληθεί η ποινή της αποβολής από το σχολείο ή να το εγκαταλείψουν οι ίδιοι με τη θέλησή τους (Robb et al.,

2011). Επιπλέον, αναμένεται περισσότερο από αυτούς να εμπλακούν με το νόμο και να εκδηλώσουν παραβατική συμπεριφορά σε σχέση με άτομα της ίδιας ηλικίας (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2013).

Τέλος, έρευνα απέδειξε ότι οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση (Brook & Boaz, 2005). Πιο συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών αξιολογεί και κρίνει πολύ αρνητικά τόσο τις επιδόσεις τους στο σχολείο όσο και τις γενικότερες ικανότητές τους. Επιπροσθέτως, έχουν πολύ άγχος σχετικά με το σχολείο και θεωρούν ότι οι γονείς και οι καθηγητές τους δεν τους καταλαβαίνουν, καθώς τους κρίνουν συνεχώς για έλλειψη προσπάθειας και κινήτρου. Κατά συνέπεια, οι οικογενειακές τους σχέσεις χαρακτηρίζονται, συνήθως, από καβγάδες.

Παρατηρείται, λοιπόν, ότι κατά την εφηβεία όσα ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν τύχει έγκαιρης αντιμετώπισης, συχνά επιδεινώνονται, εξαιτίας των ιδιομορφιών που παρουσιάζει το αναπτυξιακό αυτό στάδιο.

2.5. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή

Εάν η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δεν πραγματοποιηθεί κατά την παιδική ηλικία, αυτό θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή των ατόμων (Weiss & Murray, 2003). Εντούτοις, το 50-70%, των ατόμων που διαγνώστηκαν με ΔΕΠ-Υ κατά την παιδική ηλικία εξακολουθεί να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια και όταν ενηλικιώνονται (Tamam, Karku, & Ozpoyraz, 2008). Τα μακροχρόνια ελλείμματα του εν λόγω συνδρόμου είναι η δυσκολία για αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων και για παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής (Weiss & Murray, 2003).

Γενικά, οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ενήλικες χωρίς ΔΕΠ-Υ. Για παράδειγμα, οι ενήλικες στους οποίους επιμένουν τα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, φαίνεται ότι έχουν κακή ποιότητα ύπνου, με συχνές διακοπές και μικρότερη διάρκεια (Mahajan et al., 2010). Επιπλέον, τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα είναι ιδιαίτερα αυξημένα στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, διότι συχνά υπερβαίνουν το όριο ταχύτητας και οδηγούν χωρίς άδεια ή υπό την επήρεια αλκοόλ (Jerome, Habinski, & Segal, 2006).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, περίπου το ένα τρίτο των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ έχει εγκαταλείψει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ όσοι αποφοιτούν από το λύκειο, έχουν λιγότερες πιθανότητες να προχωρήσουν τις σπουδές τους σε ανώτερα ή σε ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (Kuriyan et al., 2013). Το γεγονός αυτό έχει αρνητική

επίδραση και στην επαγγελματική τους αποκατάσταση, καθώς αλλάζουν συχνά εργασία και δεν είναι σταθεροί στις επαγγελματικές τους επιλογές. Επίσης, λαμβάνουν συχνά αρνητικές αξιολογήσεις ως προς την απόδοσή τους και καταλαμβάνουν χαμηλότερες θέσεις στην ιεραρχία (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2002). Γενικότερα, σύμφωνα με τους Faraone και Biederman (2004), έχουν 78% περισσότερες πιθανότητες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό να μείνουν άνεργοι. Τα ως άνω αποδίδονται στο γεγονός ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ λειτουργούν και συμπεριφέρονται απρόσεκτα και παρορμητικά, καθώς και στην τάση περιορισμένης επιμονής και γρήγορης παραίτησης σε περιστάσεις που απαιτούν αυξημένη προσπάθεια. Επίσης, σχετίζονται στενά με το ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στη διαχείριση του χρόνου, την αυτοπειθαρχία και τη διατήρηση του κινήτρου (Barkley, 1997). Ως εκ τούτου, τα εισοδήματά τους μειώνονται συχνά και αγχώνονται πολύ για οικονομικά θέματα (Brook et al., 2013). Ωστόσο, ακόμη και αν δεν έχουν μειωμένο εισόδημα, το άγχος τους αυτό είναι ιδιαίτερα αυξημένο, λόγω του ότι δυσκολεύονται να οργανώσουν και να διαχειριστούν τα οικονομικά τους. Έτσι ένας σημαντικός αριθμός αυτών οδηγείται στη συχνή εμπλοκή τους με τον τζόγο και τα τυχερά παιχνίδια (Clark, Nower, & Walker, 2013).

Τέλος, οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Έχουν λιγότερους φίλους και δυσκολεύονται ιδιαίτερα στο χειρισμό των εντάσεων που εμφανίζονται τόσο στις ερωτικές όσο και στις φιλικές τους σχέσεις. Μία πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι οι άρρενες με ΔΕΠ-Υ έχουν πέντε έως εννέα φορές περισσότερες πιθανότητες να συμπεριφερθούν με βίαιο τρόπο στη σύντροφό τους (Wymbs, et al., 2012). Επίσης, οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να καταλήξουν σε διαζύγιο (Wymbs, et al., 2012). Επιπλέον, βάσει νεότερων ερευνών οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται ν' ανταποκριθούν και στο γονεϊκό τους ρόλο. Οι δυσκολίες αυτές σχετίζονται με την οργάνωση σε θέματα που αφορούν την καθημερινότητα με το παιδί τους, με την αποτελεσματική επιβολή της πειθαρχίας, την επίλυση προβλημάτων και τον προγραμματισμό (Johnston, Lui, & Williamson, 2014).

2.6. Περιγραφή μιας τυπικής περίπτωσης παιδιού με ΔΕΠ-Υ

Ο Αντώνης είναι 9 ετών, μαθητής της Δ' τάξης Δημοτικού και έχει ΔΕΠ-Υ. Είναι ζωηρός και κινείται χωρίς σταματημό. Μέσα στο σπίτι πηδά και τρέχει και κάνει επικίνδυνα ακροβατικά χωρίς να έχει αίσθηση του κινδύνου και του φόβου. Δυσκολεύεται πολύ και νιώθει άβολα, όταν υποχρεώνεται να καθίσει για αρκετή ώρα σε μία θέση, ιδιαίτερα στην οικία του

όταν μελετάει ή στη σχολική τάξη. Ο Αντώνης είναι ιδιαίτερα επιρρεπής σε ατυχήματα και κάνει συχνά ζημιές μέσα στο σπίτι. Είναι εξαιρετικά παρορμητικός και ανυπόμονος. Δεν είναι σε θέση να περιμένει να έρθει η σειρά του κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού με άλλα άτομα και δεν έχει υπομονή να ακούσει και να προσέξει τις υποδείξεις - πληροφορίες που του δίνονται πριν ασχοληθεί με μία εργασία. Επιπλέον, δίνει συνέχεια απαντήσεις, προτού ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις που του θέτουν. Βαριέται πολύ εύκολα και αφήνει αυτό που έχει αρχίσει για να κάνει μια άλλη δραστηριότητα, την οποία θα παρατήσει, επίσης, γρήγορα.

Ο Αντώνης δείχνει ότι είναι συχνά αφηρημένος και απρόσεκτος. Στην τάξη είναι πιθανό να κάνει μία ερώτηση σε θέμα το οποίο είχε μόλις εξηγήσει λεπτομερώς η δασκάλα του. Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί σε μια εργασία κι ως εκ τούτου οι ασκήσεις του είναι πάντα μισοτελειωμένες. Συχνά δεν καταφέρνει να τελειώσει την άσκησή του, ειδικά όταν αυτή απαιτεί συγκέντρωση της προσοχής για αρκετή ώρα και πνευματική προσπάθεια. Τις περισσότερες φορές είναι απότομος, ανυπάκουος και απειθής, ενώ συχνά αντιμιλά στους γονείς του. Οι συνεχείς συστάσεις και ποινές δεν επιδρούν πάνω του. Πολύ συχνά δεν λέει αλήθειες και μερικές φορές επιτίθεται στα άλλα παιδιά. Οι συνομήλικοι και οι συμμαθητές του δεν τον θέλουν ούτε στην παρέα τους, ούτε στα παιχνίδια τους, γιατί είναι ζαβολιάρης και εκνευρίζεται πολύ εύκολα όταν χάνει. Ο Αντώνης έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και όταν εκφράζει έντονα αυτά που νιώθει, δύσκολα μπορεί να τον ηρεμήσει κάποιος. Επίσης είναι ακατάστατος, χάνει συνεχώς πράγματα και δεν τακτοποιεί ποτέ το δωμάτιό του.

Ο Αντώνης, αν και θα ήθελε πολύ να είναι καλός μαθητής, έχει μειωμένο κίνητρο για μάθηση και αντιμετωπίζει μαθησιακές δυσκολίες. Συχνά λέει ότι δεν του αρέσει το σχολείο. Ωστόσο, συγκρατεί πολλά από αυτά που παραδίδει η δασκάλα του στο μάθημα. Αρκετές φορές, μάλιστα, προκαλεί έκπληξη με τις εύστοχες απαντήσεις που δίνει σε κάποια ερωτήματα που θέτει η δασκάλα του. Στην τάξη, συχνά ο Αντώνης κάνει βόλτες, πειράζει τους συμμαθητές του, πετάγεται και διακόπτει τους άλλους, όταν μιλούν. Γύρω από το θρανίο του είναι πεταμένα και τσαλακωμένα τετράδια και βιβλία. Όταν πετυχαίνει να λύσει τις εργασίες του, ενθουσιάζεται και παρουσιάζει φιλική συμπεριφορά. Όταν, όμως, απαιτείται υπομονή και προσπάθεια για να ολοκληρώσει τις ασκήσεις του, ειδικά αν είναι γραπτές, ο Αντώνης παραιτείται και εκνευρίζεται. Οι ώρες του διαβάσματος στο σπίτι είναι πολύ δύσκολες για το Αντώνη. Δεν θέλει και δεν μπορεί να μείνει καθιστός στο γραφείο του και διακόπτει τη μελέτη ρωτώντας άσχετα πράγματα και κάνοντας βόλτες στην κρεβατοκάμαρά του. Έτσι το διάβασμα σταματά τις βραδινές ώρες, χωρίς τελικά να το έχει ολοκληρώσει.

Όσο αφορά τις επιδόσεις του στο σχολείο, ο Αντώνης δυσκολεύτηκε πάρα πολύ να κατανοήσει την ανάγνωση και τη γραφή. Δυσκολεύεται ακόμη και τώρα να διακρίνει ακουστικά κάποια γράμματα, όπως το «β» από το «δ» και το «θ» από το «φ». Γράφει και διαβάζει αργά. Επιπλέον, συχνά δεν προσπαθεί να διαβάσει αυτό που βλέπει, αλλά μαντεύει το τέλος των λέξεων, παραλείποντας, παρατονίζοντας ή παραποιώντας λέξεις. Μολονότι έχει καλή αντιληπτική ικανότητα, φαίνεται συχνά ότι δεν καταλαβαίνει αυτό που διαβάζει. Επιπροσθέτως, δεν πιάνει σωστά το μολύβι, είναι κακογράφος και δυσκολεύεται να γράψει μέσα στα περιθώρια και πάνω στις γραμμές των τετραδίων του. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι παρόλο που έχει αφομοιώσει τους περισσότερους ορθογραφικούς και γραμματικούς κανόνες, δεν τους αποδίδει συνέχεια στο γραπτό του λόγο. Τέλος, ενώ καταλαβαίνει με ευκολία τα μαθηματικά, δυσκολεύεται να μάθει την προπαίδεια και λόγω απροσεξίας κάνει συχνά λάθη, όπως στην αντιγραφή των αριθμών, στα κρατούμενα των πράξεων κι ως εκ τούτου λύνει με λανθασμένο τρόπο τα προβλήματα.



Εικόνα 2. Παιδί με ΔΕΠ-Υ. Πηγή:

<https://upbility.gr/blogs/blog/depy-pliροφοries-gia-tous-goneis>

Κεφάλαιο 3. Η συννοσηρότητα στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ

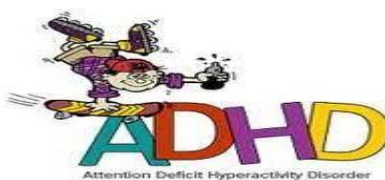
3.1. Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές

Βάσει ερευνητικών δεδομένων η συνεμφάνιση της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές κυμαίνεται σε ποσοστό 60%-100% (Biederman, Faraone, Keenan, Steingard & Tsuang, 1990). Σε κλινικό δείγμα διαπιστώθηκε ότι στο 67%-80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται τουλάχιστον άλλη μια διαταραχή, ενώ σχεδόν στους μισούς παρουσιάζονται δύο ακόμη διαταραχές (Barkley, 2006). Ωστόσο, στην περίπτωση του Συνδυασμένου Τύπου της ΔΕΠ-Υ η συχνότητα της συννοσηρότητας είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι στους άλλους δύο τύπους (Barkley, 2006).

Η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει συχνά με τη Διαταραχή Διαγωγής, τη Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης, τις Διαταραχές Άγχους (Sultan, Liu, Hacker, & Olfson, 2021), τη ΔΑΦ, την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Sultan, Liu, Hacker, & Olfson, 2021) και τις Διαταραχές Μυοσπασμάτων. Παράλληλα, είναι πιθανό η παρουσία της ΔΕΠ-Υ να συνοδεύεται από μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς κι ως εκ τούτου να περιορίζεται η λειτουργικότητα του ατόμου και να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειάς του (Barkley & Poillion, 1994).

Για να κατανοήσουμε τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τις ως άνω διαταραχές, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι η αιτιολογία του συνδρόμου αυτού εξαρτάται και κατ' επέκταση προσδιορίζεται από το είδος των διαταραχών οι οποίες συνυπάρχουν (Sultan, Liu, Hacker, & Olfson, 2021). Κάποιες φορές ενδέχεται η μία διαταραχή να αποτελεί την αφετηρία ή το κέντρο για την εμφάνιση κάποιου άλλου συνδρόμου, άλλες φορές ενδέχεται και οι δύο διαταραχές να μοιράζονται τον ίδιο αιτιολογικό μηχανισμό κι άλλοτε μπορεί η συνύπαρξη να είναι ένδειξη για τον καθορισμό υποκατηγοριών στο πλαίσιο μιας διαταραχής (Angold, Costello & Erkanli, 1999).

Για παράδειγμα, σε περίπτωση που συνυπάρχουν η ΔΕΠ-Υ και η ΔΑΦ φαίνεται ότι οι δύο αυτές διαταραχές μοιράζονται κάποιο κοινό αιτιολογικό μηχανισμό. Στην περίπτωση, όμως, που συνυπάρχουν η ΔΕΠ-Υ και η Διαταραχή Διαγωγής, η συννοσηρότητα είναι η συνέπεια της επιγένεσης προβλημάτων, τα οποία εκδηλώνονται ως απόρροια της παρουσίας της ΔΕΠ-Υ (Jacobs, et al., 2021).



3.2. ΔΕΠ-Υ & Μαθησιακές δυσκολίες - Συννοσηρότητα

Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ συχνά, εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες (Koltermann, et al., 2020). Πιο συγκεκριμένα, η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με ελλείμματα στην αναγνωστική ικανότητα (Koltermann, et al., 2020). Τα αποτελέσματα σχετικής μελέτης (Koltermann, et al., 2020) παρουσίασαν πως οι μαθητές αντιμετώπιζαν ιδιαίτερες αναγνωστικές δυσκολίες, όσον αφορά την απόδοσή τους στην ταχύτητα ονομασίας των γραμμάτων, των αριθμών και των γεωμετρικών σχημάτων (Koltermann, et al., 2020). Ομοίως, έχει διαπιστωθεί ότι στο 20-80% των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες γίνεται διάγνωση και του υπερκινητικού συνδρόμου και ότι το 33 - 80% των παιδιών που έχουν τη διάγνωση της δυσλεξίας, εκδηλώνουν και τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ (Shaywitz & Shaywitz 2008). Επίσης, έρευνες, που έχουν γίνει έχει, καταδεικνύουν ότι το 8-39% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στην ανάγνωση, το 12-27% στα μαθηματικά και το 12-27% στην ορθογραφία (Frick, et al. 1995). Εξαιτίας όλων όσων προαναφέρονται, ένας μεγάλος αριθμός από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επαναλαμβάνει την ίδια τάξη σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, ενώ το 25-31% είναι πιθανό να αφήσει το σχολείο, προτού ολοκληρώσει το γυμνάσιο (Manuzza et al., 1993).

3.3. ΔΕΠ-Υ & Μαθησιακές δυσκολίες - Σχέση

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ:

- Παρουσιάζουν ελλειμματική τη λειτουργία της κεντρικής ακουστικής επεξεργασίας των πληροφοριών, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση (Barkley, 1997).
- Παρουσιάζουν ελλείμματα στον εκτελεστικό έλεγχο και ειδικά στην αυτοκαθοδήγηση, την αναστολή των παρορμήσεων και τον αυτοέλεγχο (Barkley, 1997). Έτσι, τα παιδιά αυτά δεν μπορούν εύκολα να κατανοήσουν, να εκφράσουν και να οργανώσουν οδηγίες και κανόνες.
- Τόσο το κίνητρο όσο και η προσπάθεια που καταβάλλουν είναι μειωμένα κι έτσι δεν μελετούν τα δεδομένα μιας άσκησης όσο θα έπρεπε, προκειμένου να τη λύσουν (Barkley, 1997).
- Δυσκολεύονται σε εργασίες που απαιτούν οργανωτικές ικανότητες (Barkley, 1997). Συνεπώς, πολλές φορές δεν ολοκληρώνουν ορθά μακροσκελείς ή πολύπλοκες ασκήσεις-εργασίες (Μανιαδάκη, 2012).

- Κατά τη διαδικασία της μάθησης, αποτυγχάνουν στην αναδιοργάνωση των γνώσεών τους βάσει των νέων δεδομένων που τους παρέχονται. Αν λόγου χάρη τους ζητηθεί από τον εκπαιδευτικό η αντιγραφή ενός σύνθετου σχεδίου, ενδεχομένως να μην το αποδώσουν σωστά, καθώς δεν μπορούν να οργανώσουν με ορθό τρόπο την εν λόγω τεχνική και γιατί οι πληροφορίες είναι ασύνδετες και αποσπασματικές στη μνήμη τους (Grodzinsky & Diamond, 1992).
- Υψηλό ποσοστό παιδιών με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύεται στο συντονισμό των κινήσεων και στη λεπτή κινητικότητα (Barkley, DuPaul, & McMurray, 1990).

Εκτός από τα πρωτογενή ελλείμματα που παρουσιάζει το άτομο με ΔΕΠ-Υ, αργότερα θα εκδηλωθούν και οι μαθησιακές δυσκολίες. Ο Hazell και οι συνεργάτες του (1999) υποστήριξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες συγκριτικά με τα παιδιά με Ε.Μ.Δ. χωρίς ΔΕΠ-Υ σημειώνουν:

- ✓ καλύτερες επιδόσεις σε εργασίες, στις οποίες απαιτείται αυτόματη επεξεργασία των πληροφοριών &
- ✓ χαμηλότερες επιδόσεις σε εργασίες, στις οποίες απαιτείται σκόπιμη επεξεργασία των πληροφοριών.

3.4. Οι συνήθειες σχολικές επιδόσεις του παιδιού με ΔΕΠ-Υ

Η μεταπήδηση από τη μια δραστηριότητα στην άλλη και τα ελλείμματα στη λεκτική ανάπτυξη στη νηπιακή περίοδο σχετίζονται στενά με την εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών σε μεταγενέστερο χρόνο. Αν σε αυτά τα πρωτογενή προβλήματα προσθέσουμε την έλλειψη συνεργατικής διάθεσης και την αντιδραστική συμπεριφορά πολλών νηπίων με ΔΕΠ-Υ, διαπιστώνουμε ότι πολλά από τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να ξεκινήσουν ομαλά τη σχολική τους πορεία (Μανιαδάκη, 2012).

Τα παιδιά που ξεκινούν το σχολείο με προβλήματα στη δομή και την άρθρωση του προφορικού λόγου έχουν περισσότερες πιθανότητες να δυσκολευτούν στην επεξεργασία του γραπτού λόγου και επομένως να σημειώσουν καθυστέρηση στην εκμάθηση της πρώτης ανάγνωσης και γραφής. Όταν παραλείπουν φωνήματα από την ομιλία τους («σταυός» αντί «σταυρός»), όταν δεν προφέρουν σωστά κάποια σύμφωνα («φάλασσα» αντί για «θάλασσα»), ή όταν αναγραμματίζουν φωνήματα («κάρδο» αντί για «κάδρο»), τότε η γραπτή αναπαράσταση της λέξης θα αντικατοπτρίζει την ακουστική της αναπαράσταση, με αποτέλεσμα την παραγωγή λαθών δυσλεξικού τύπου, τόσο στην ανάγνωση όσο και στη γραφή. Ως εκ τούτου, για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ η προσαρμογή στις μαθησιακές απαιτήσεις της Α΄

Δημοτικού δεν είναι εύκολη υπόθεση και τα προβλήματα ομιλίας, δυστυχώς, εξακολουθούν να υπάρχουν και στις επόμενες τάξεις (Μανιαδάκη, 2012).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μαθαίνουν, εντέλει, να διαβάζουν και να γράφουν είτε με μικρότερη ή είτε με μεγαλύτερη καθυστέρηση. Ωστόσο, στην ανάγνωση κάνουν πολλά λάθη, τα οποία οφείλονται τόσο στην αδυναμία τους να συγκεντρωθούν ικανοποιητικά όσο και στη δυσκολία επεξεργασίας του γραπτού λόγου. Συνεπώς, τα παιδιά αυτά δεν είναι ικανά να κατανοήσουν σε βάθος αυτό που για πολλές ώρες διαβάζουν. Η ελλιπής κατανόηση του κειμένου οφείλεται στον κακό ρυθμό ανάγνωσης και στην παραποίηση κάποιων λέξεων κατά την ανάγνωση. Παρόμοια προβλήματα αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά και στη γραφή. Οι δυσκολίες προσανατολισμού στο χώρο, οι δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα, οι ελλειπείς οργανωτικές ικανότητες καθώς και η διάσπαση της προσοχής φανερόνται στο γραπτό λόγο των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, τα τετράδιά τους είναι συχνά γεμάτα μουντζούρες, λάθη, άσχημα γράμματα και παραλείψεις. Αυτού του είδους τα λάθη στη γραφή και την ανάγνωση συγκροτούν και τα κύρια συμπτώματα της δυσλεξίας, η οποία, πολλές φορές, αντικατοπτρίζει το μαθησιακό προφίλ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Μανιαδάκη, 2012).

Παράλληλα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν καταφέρνουν να συγκεντρωθούν και να παρακολουθήσουν την παράδοση του μαθήματος, καθώς αφαιρούνται και παρασύρονται στις δικές τους σκέψεις. Κατά συνέπεια τα παιδιά αυτά αποκτούν μαθησιακά κενά και δεν μπορούν να καταλάβουν πλήρως το μάθημα. Αν στα ως άνω προσθέσουμε και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην ολοκλήρωση των εργασιών τους, είναι εμφανές ότι η αφομοίωση της σχολικής ύλης είναι εντέλει ελλιπής. Σε αυτό συμβάλλει και η ανεπαρκής προετοιμασία του παιδιού από το σπίτι, καθώς η σχολική μελέτη, συνήθως, χαρακτηρίζεται από κακή οργάνωση του χρόνου, πολλά διαλείμματα, αρνητική διάθεση των παιδιών και πίεση εκ μέρους των γονέων. Κατά συνέπεια, το διάβασμα για την επόμενη μέρα είναι μία δυσάρεστη και καταπιεστική διαδικασία και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συναισθήματα αποτυχίας και κατωτερότητας. Τα συναισθήματα αυτά εντείνονται μέσα στη σχολική τάξη, καθώς δέχονται συχνά παρατηρήσεις για την υπερκινητική και παρορμητική συμπεριφορά που παρουσιάζουν (Μανιαδάκη, 2012).

Με την πάροδο του χρόνου, στα πρωτογενή ελλείμματα της ΔΕΠ-Υ που έχουν σχέση με τη διαδικασία μάθησης, προστίθενται τα σχολικά κενά που αυξάνονται αλλά και τα αρνητικά βιώματα των παιδιών από τη μειωμένη απόδοσή τους, τις συνεχείς παρατηρήσεις και τις άκαρπες ενέργειές τους να ανταπεξέλθουν στα σχολικά τους καθήκοντα. Έτσι, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, πολύ συχνά, απαξιώνουν τον εαυτό τους και απογοητεύονται. Τα παιδιά αυτά έχουν, συνήθως, χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένο κίνητρο για μάθηση. Επίσης,

πιστεύουν ότι όσο και να προσπαθήσουν, η μελέτη τους δεν θα αποφέρει θετικά αποτελέσματα. Έτσι, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ προσπαθούν να αποφύγουν τη μελέτη, να παραιτηθούν και να εγκαταλείψουν το σχολείο στην εφηβεία (Μανιαδάκη, 2012).

3.5. ΔΕΠ-Υ & Δυσλεξία

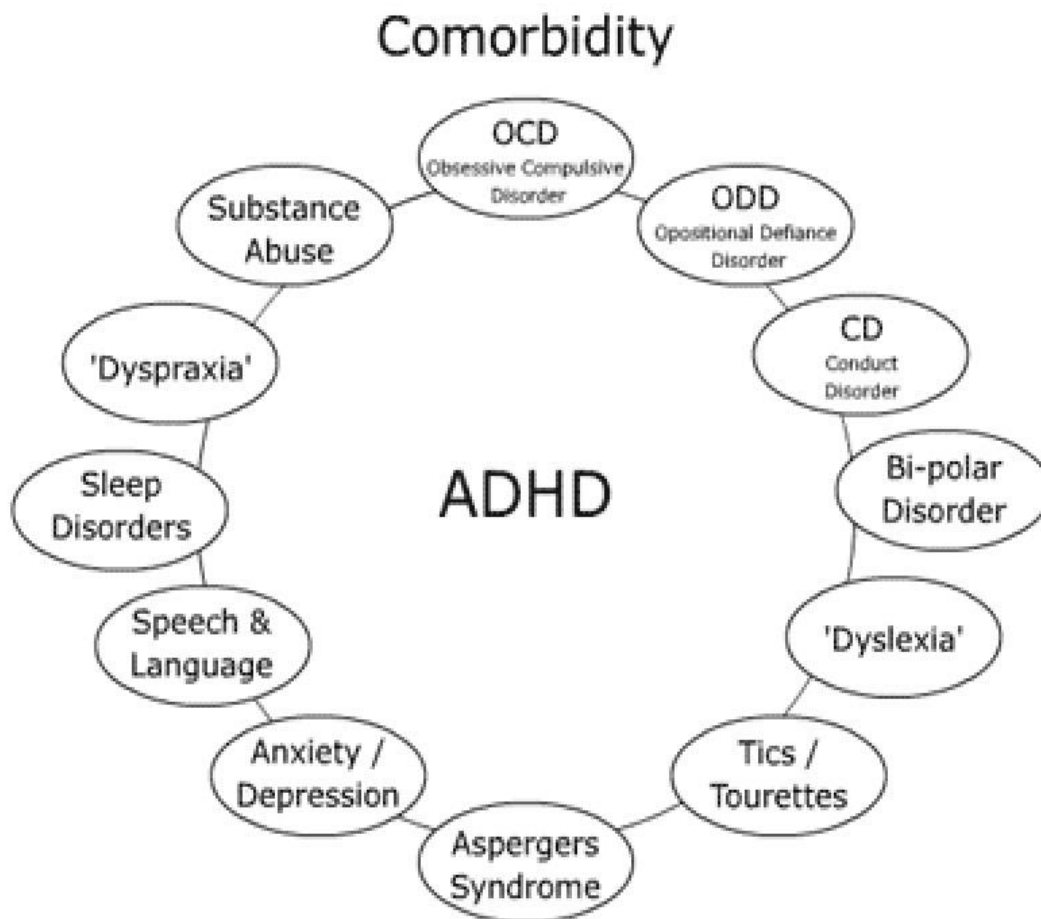
Η δυσλεξία είναι η συνηθέστερη μορφή ειδικής μαθησιακής δυσκολίας, καθώς παρουσιάζεται στο 8-12% του πληθυσμού και αφορά το 80% των περιπτώσεων μαθησιακών δυσκολιών. Πρόκειται για την αδυναμία του ανθρώπου να κατακτήσει και να αναπτύξει την αυτοματοποιημένη αναγνωστική ικανότητα, η οποία, όμως, δεν συνδέεται με αισθητηριακές δυσκολίες, ανεπαρκείς προσπάθειες και προβληματική νοητική ανάπτυξη. Καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη της ως άνω ικανότητας είναι οι μηχανισμοί της προσοχής.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και δυσλεξία υιοθετούν αργούς ρυθμούς ανάγνωσης, καθώς προσπαθούν να αποφύγουν τυχόν λάθη. Ως εκ τούτου αποτυγχάνουν, συχνά, να αναγνώσουν αυτό που βλέπουν και δυσκολεύονται να κατανοήσουν το κείμενο που τους έχει ανατεθεί. Με άλλα λόγια, τα παιδιά και με τις δύο διαταραχές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατάκτηση της δεξιότητας της αυτοματοποιημένης ανάγνωσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Οι ως άνω δυσκολίες ενισχύονται στα παιδιά αυτά, σε περίπτωση που η διάσπαση προσοχής συνυπάρχει με την παρορμητική συμπεριφορά τους. Επομένως, όταν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν τη δυνατότητα να διαβάσουν πρώτα «από μέσα τους» και μετά «δυνατά» κάποιο κείμενο και δεν περιορίζονται χρονικά, τότε αποδίδουν καλύτερα στην ανάγνωση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τα άτομα αυτά συναντούν παρόμοιες δυσκολίες και στη γραφή. Παρόλο που έχουν καταλάβει και έχουν αφομοιώσει τους γραμματικούς κανόνες, όταν τους ζητείται να γράψουν αυτοματοποιημένα, κάνουν πολλά λάθη στην ορθογραφία και μάλιστα σταματούν ακόμη και να τονίζουν τις λέξεις. Ωστόσο, αν τους δοθεί το απαραίτητο κίνητρο και η ελευθερία του χρόνου, τότε θα τονίσουν σωστά όλες τις λέξεις και θα μειώσουν σημαντικά τα λάθη που σημείωναν στην ορθογραφία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τόσο η υψηλή συχνότητα συνύπαρξης της ΔΕΠ-Υ με τη Δυσλεξία όσο και το γεγονός ότι οι μηχανισμοί της προσοχής της επιδρούν σημαντικά στην ανάπτυξη της αυτοματοποιημένης αναγνωστικής ικανότητας οδήγησαν πολλούς ερευνητές στη διαπίστωση ότι η δυσλεξία και η ΔΕΠ-Υ έχουν κοινό αιτιολογικό μηχανισμό (Willcutt & Pennington, 2000). Ο μηχανισμός αυτός έχει υπόστρωμα νευρολογικό και δέχεται σημαντικές επιδράσεις από γενετικούς παράγοντες (Eden & Vaidya, 2008).

Συμπερασματικά, τα προβλήματα δυσλεξικού τύπου είναι κομμάτι των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και ειδικά εκείνων που εκδηλώνουν τον Προεξάρχοντα Απρόσεκτο ή Συνδυασμένο τύπο του συνδρόμου αυτού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).



Εικόνα 3. Συννοσηρότητα. Πηγή:

<https://kalimeristherapist.com/%CE%B4%CE%B5%CF%80%CF%85>

Κεφάλαιο 4. ΔΕΠ-Υ & Διαταραχές Συμπεριφοράς

4.1. Συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και διαταραχών συμπεριφοράς

Βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, τα ποσοστά συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ.) και με τη Διαταραχή Διαγωγής (Δ.Δ.) είναι πολύ υψηλά. Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που πληρούν, επίσης, τα κριτήρια για τη διάγνωση της Ε.Π.Δ. γύρω στην ηλικία των 7 ετών κυμαίνονται σε ποσοστά από 35-60%. Επιπλέον, το 35-50% των παιδιών αυτών πληροί σε πιο μεγάλη ηλικία τα κριτήρια για τη διάγνωση της Δ.Δ. (Biederman et al., 1990). Τα παιδιά που διαγιγνώσκονται και με ΔΕΠ-Υ και με Ε.Π.Δ. ή τη Δ.Δ. έχουν πιο σοβαρά συμπτώματα και η εξέλιξή τους είναι δυσμενέστερη απ' ό,τι εκείνη των παιδιών που έχουν μόνο τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Στην ομάδα αυτή σημειώνεται συχνά πρόωρη έναρξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς με κύρια χαρακτηριστικά την υψηλή τάση για ψέματα, την εμπλοκή σε καβγάδες, την επιθετικότητα, τις κλοπές και την απόρριψη από τους συνομήλικούς τους (Castellanos et al., 1996). Επιπλέον, οι σχολικές επιδόσεις των εφήβων με ΔΕΠ-Υ και Δ.Δ. είναι χαμηλότερες συγκριτικά μ' εκείνες των εφήβων που παρουσιάζουν μόνο ΔΕΠ-Υ. Επαναλαμβάνουν συχνότερα τάξεις, καπνίζουν, πίνουν και κάνουν χρήση ουσιών σε υψηλότερα ποσοστά. Τέλος, οι σχέσεις τους με τους γονείς και τους φίλους τους είναι λιγότερο αρμονικές.

Η ΔΕΠ-Υ είναι η βάση πάνω στην οποία εμφανίζεται η συμπτωματολογία των προβλημάτων συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, η παρορμητικότητα των παιδιών αυτών αυξάνει και επιβαρύνει τις εντάσεις στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και διευκολύνει την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Τα προβλήματα συμπεριφοράς δυσχεραίνουν σε μεγάλο βαθμό την πορεία ανάπτυξης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και του δημιουργούν περισσότερες δυσκολίες απ' ό,τι η ίδια η διαταραχή. Ωστόσο, το σίγουρο είναι ότι δεν παρουσιάζονται προβλήματα συμπεριφοράς σε όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα τρία πρωτογενή συμπτώματα του εν λόγω συνδρόμου δεν επιφέρουν άμεσα την παρουσίαση διαταραχών συμπεριφοράς, αλλά μεσολαβούν κι άλλοι παράγοντες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις και οι περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται ένα παιδί καθορίζουν σημαντικά την πορεία του παιδιού και την εμφάνιση ή μη αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

4.2. ΔΕΠ-Υ & Διαταραχές Συμπεριφοράς - Σχέση

Η Ε.Π.Δ. και η Δ.Δ. εμφανίζονται, συνήθως, λίγο αργότερα από τη ΔΕΠ-Υ κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης (Barkley, 2006). Οι ερμηνείες για τη συχνή συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και προβλημάτων συμπεριφοράς είναι οι εξής:

- Η ΔΕΠ-Υ και η Διαταραχή Διαγωγής έχουν κοινή βιολογική αιτιολογία, η οποία απορρέει από την εγκεφαλική δυσλειτουργία.
- Η παρορμητικότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκαλεί την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, η ροπή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να πράττουν χωρίς να σκέφτονται και η δυσκολία τους να αναστέλουν τις επιθυμίες τους, τα οδηγούν συχνά σε εντάσεις με τα λοιπά οικογενειακά μέλη και με τους φίλους τους και γίνονται αντιδραστικά και επιθετικά.
- Οι μαθησιακές δυσκολίες και οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις επιδεινώνουν τα προβλήματα συμπεριφοράς.
- Οι συχνές παρατηρήσεις, οι τιμωρίες και οι αρνητικές κριτικές που λαμβάνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από γονείς και εκπαιδευτικούς σχετικά με την ακαταλληλότητα της συμπεριφοράς τους και τις χαμηλές σχολικές επιδόσεις τους –ειδικά όταν τις τελευταίες τις θεωρούν αποτέλεσμα τεμπελιάς και όχι των μαθησιακών δυσκολιών τους - επιδεινώνουν την προκλητική και αντιδραστική τους συμπεριφορά.
- Οι ελλείψεις κοινωνικές δεξιότητές τους (πετάγονται πριν έρθει η σειρά τους, θυμώνουν, όταν χάνουν στα παιχνίδια, η επιθετικότητά τους προς τα άλλα παιδιά, όταν αυτά δεν ικανοποιούν τις επιθυμίες τους, η δυσκολία τους να συζητήσουν με τους συνομηλίκους τους) έχουν ως αποτέλεσμα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να απομονώνονται συχνά από τους φίλους και τους συμμαθητές τους και πολλές φορές να προσπαθούν να προσελκύσουν την προσοχή και το ενδιαφέρον τους με τις αστείες πράξεις, τη φασαρία και τις αταξίες. Αυτός ο τρόπος επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης καθιστούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ευάλωτα και επιρρεπή στην υιοθέτηση παραβατικών μορφών συμπεριφοράς, ιδιαίτερα στην εφηβεία.



4.3. Η ανάπτυξη παραβατικών μορφών συμπεριφοράς στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ

Η σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και την παραβατική συμπεριφορά φανερώνεται στο σύνολο των ερευνών που έχουν γίνει. Έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και επιθετική συμπεριφορά από την πρώιμη παιδική ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν παραβατική συμπεριφορά στην εφηβεία και την ενηλικίωση σε σχέση με τους υπόλοιπους συνομηλίκους τους (Barkley, 2006). Το ερώτημα, λοιπόν, είναι με ποιο τρόπο η ΔΕΠ-Υ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση τέτοιων μορφών συμπεριφοράς, καθώς:

- Τα γνωστικά ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (στον προγραμματισμό, στον εκτελεστικό έλεγχο, στην οργάνωση, στη μνήμη εργασίας και στη ρύθμιση του συναισθήματος) δυσκολεύουν τα παιδιά να αποκτήσουν προ-κοινωνική συμπεριφορά (Κουρκούτας, 2007). Κατά συνέπεια, η ΔΕΠ-Υ δυσχεραίνει τις κοινωνικές δεξιότητες του ατόμου.
- Οι σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους συχνά χαρακτηρίζονται από καβγάδες και εντάσεις, κυρίως λόγω της αλληλεπίδρασης της πρωτογενούς συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ με τους λανθασμένους τρόπους αντιμετώπισης του περιβάλλοντος. Σε περίπτωση μάλιστα που στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού με ΔΕΠ-Υ υπάρχουν και άλλες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, τότε οι πιθανότητες για εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς είναι ακόμα περισσότερες (Κουρκούτας, 2007).
- Οι μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να μην επιτρέψουν στον έφηβο με ΔΕΠ-Υ να σημειώσει επιτυχίες μέσα στο σχολείο και στην οικογένεια κι έτσι να τον κάνουν να ψάχνει την αναγνώριση και την αποδοχή σε παραβατικές ομάδες συνομηλίκων (Κουρκούτας, 2007).
- Βιολογικά ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όπως η παρορμητικότητα, η αδυναμία καθυστέρησης της ικανοποίησης των επιθυμιών, η ανάγκη για ψυχοσυναισθηματική διέγερση, ο μειωμένος αυτοέλεγχος και η χαμηλή ανοχή στη ματαίωση (Κουρκούτας, 2007) συνδέονται στενά με τη νεανική παραβατικότητα.

Άρα, η ΔΕΠ-Υ φαίνεται να οδηγεί με έμμεσο τρόπο ένα άτομο στην παραβατική συμπεριφορά.

4.4. Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ

Οι αναπτυξιακοί δρόμοι που δύνανται να ακολουθήσει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι ποικίλοι. Η παρουσία και μόνο του συνδρόμου δεν είναι αρκετή ώστε να ορίσει τη διαδρομή του ατόμου, η οποία δέχεται επιδράσεις από διάφορους παράγοντες (Κουρκούτας, 2007). Συνεπώς, η σοβαρότητα της πρωτογενούς συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ δεν αρκεί για να κατανοήσουμε την ετερογένεια που παρουσιάζεται στην έκβαση της ΔΕΠ-Υ στην εφηβική και ενήλικη ζωή. Οι σημαντικότεροι παράγοντες για την πιο αρνητική εκδοχή της έκβασης των δυσκολιών ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι:

- Η συννοσηρότητα με την Ε.Π.Δ. ή τη Δ.Δ., ιδιαίτερα αν η τελευταία παρουσιάζεται πριν τα 10 έτη (Barkley, 2006).
- Η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία (Barkley, 2006).
- Η σχολική αποτυχία (Thapar et al., 2012).
- Η έντονη ροπή προς το ψέμα από την παιδική ηλικία (Barkley, 2006).
- Οι διαταραγμένες σχέσεις του εφήβου με ΔΕΠ-Υ με τους γονείς του (εντάσεις και καβγάδες).
- Το είδος των σχέσεων που θα αναπτυχθεί με τους συνομήλικούς του κατά τη σχολική ηλικία.
- Οι δυσμενείς ψυχοκοινωνικές συνθήκες στις οποίες μεγαλώνει το άτομο.
- Η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους γονείς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.
- Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό ή/και μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας.
- Η δυσλειτουργική άσκηση του γονεϊκού ρόλου μέσω της έλλειψης θετικής αλληλεπίδρασης με το παιδί και της υιοθέτησης υπερβολικά αυστηρών μεθόδων πειθαρχίας.
- Η έγκαιρη ή μη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς θα ερμηνεύσουν και θα αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά του παιδιού.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την εμφάνιση ή όχι συννοσηρών καταστάσεων, όπως των Διαταραχών της Διαγωγής, οι οποίες θα προκαλέσουν με τη σειρά τους την εμφάνιση μορφών συμπεριφοράς όπως η εγκατάλειψη του σχολείου, η κατάχρηση ουσιών και η συμμετοχή σε εγκληματικές ενέργειες.



Κεφάλαιο 5. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

5.1. Η διαδικασία αξιολόγησης

Οι πρώτες πληροφορίες για το παιδί που προσέρχεται για ψυχολογική αξιολόγηση συλλέγονται από Κοινωνικό Λειτουργό κατόπιν του αρχικού τηλεφωνήματος από το άτομο που προβληματίζεται για τη συμπεριφορά του παιδιού και ζητά ραντεβού με τον ειδικό. Κατόπιν αποστέλλονται στους γονείς και τους εκπαιδευτικούς έντυπα ερωτηματολόγια, με τα οποία συγκεντρώνονται λεπτομερή στοιχεία για την οικογένεια και το εξελικτικό και ιατρικό ιστορικό του παιδιού. Επιπλέον, οι γονείς λαμβάνουν κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς του παιδιού, καθώς και κλίμακες αξιολόγησης για την εκτίμηση της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ. Αφού συμπληρωθούν και επιστραφούν τα έντυπα και οι κλίμακες αξιολόγησης, ο ειδικός τα επεξεργάζεται και καλεί το παιδί και τους γονείς για τη διάγνωση. Συνήθως στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας του δημόσιου τομέα, στο πρώτο ραντεβού καλούνται να έρθουν μόνο οι γονείς, χωρίς το παιδί, προκειμένου ο ειδικός να συλλέξει τις πρώτες πληροφορίες για το κοινωνικό και αναπτυξιακό ιστορικό και να καταγράψει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η διαδικασία της διάγνωσης ακολουθεί συνήθως πέντε βασικά στάδια:

α) Προσπάθεια ανίχνευσης της ΔΕΠ-Υ

Ο ειδικός διερευνά αν η συμπτωματολογία του ατόμου σχετίζεται με τη ΔΕΠ-Υ ή αποδίδεται καλύτερα σε κάποιο άλλο σύνδρομο. Εφόσον ο ειδικός διαπιστώσει την παρουσία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, στη συνέχεια διερευνά την επίδραση της διαταραχής αυτής στη λειτουργικότητα του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

β) Συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ

Ο ειδικός συγκεντρώνει στοιχεία για την αξιολόγηση της φύσης, της έκτασης, της διάρκειας, της έντασης και της συχνότητας της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ. Μελετώνται, επίσης, οι παράγοντες (π.χ. οργανικοί, περιβαλλοντικοί), οι οποίοι παγιώνουν τις δυσλειτουργικές μορφές συμπεριφοράς αλλά και οι καταστάσεις και τα πλαίσια που παρουσιάζονται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

γ) Διερεύνηση του αναπτυξιακού ιστορικού και της επίδρασης των δυσκολιών του παιδιού στη λειτουργικότητά του

Ο ειδικός συγκεντρώνει πληροφορίες από γονείς και εκπαιδευτικούς, προκειμένου να διαπιστώσει την ηλικία που εμφανίστηκαν για πρώτη φορά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, την αντοχή τους στο χρόνο και τη διαφορά-εκτροπή των τρόπων που συμπεριφέρεται το παιδί από τις αναπτυξιακά προσδοκώμενες μορφές συμπεριφοράς σε σχέση με το φύλο και την

ηλικία του. Γίνεται, επιπλέον, αξιολόγηση της έκτασης των προβλημάτων που συναντά το παιδί στο σχολείο, στο σπίτι και στην ομάδα των συνομηλίκων του και διερευνάται αν υπάρχουν κι άλλα προβλήματα (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές διαγωγής κ.λπ.), τα οποία, ενδεχομένως, να έχουν σχέση με τη ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

δ) Σχεδιασμός της θεραπευτικής παρέμβασης

Γίνεται αξιολόγηση των δυσκολιών και των δυνατοτήτων του παιδιού, προκειμένου να τεθεί ιεραρχικά η στοχοθεσία της παρέμβασης και να αποφασιστούν οι καταλληλότερες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

ε) Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης

Ο ειδικός διερευνά αν έχει αλλάξει ο τρόπος που συμπεριφέρεται το παιδί και σε τι βαθμό έχει βοηθηθεί στο να προσαρμοστεί όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικά στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

5.2. Τα κριτήρια διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ στο DSM-5

Στο DSM-5 (APA, 2013), για να γίνει η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει:

- ✓ να εμφανίζεται η συμπτωματολογία της πριν τα 11 έτη
- ✓ να διαρκεί τουλάχιστον ένα εξάμηνο και να μην αντιστοιχεί στο αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου
- ✓ να προκαλεί σοβαρή μείωση της λειτουργικότητάς του σε δύο ή περισσότερους τομείς. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Δίνονται δύο κατάλογοι κριτηρίων (απροσεξίας και υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας) όπου στον καθένα από αυτούς πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα εννιά κριτήρια που εκδηλώνονται. Η διάγνωση μπορεί να είναι ΔΕΠ-Υ Απρόσεκτη Παρουσία, ΔΕΠ-Υ, Υπερκινητική - Παρορμητική Παρουσία ή ΔΕΠ-Υ Συνδυασμένη Παρουσία και εξαρτάται από τον αριθμό κριτηρίων που πληρούνται για κάθε κατάλογο.

Διαγνωστικά κριτήρια

A. Ένα μοτίβο απροσεξίας και / ή υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας, που επιμένει και επιδρά με δυσμενή τρόπο στην ανάπτυξη και τη λειτουργικότητα του ατόμου, με τον τρόπο που προσδιορίζεται από το (1) και/ή το (2):

1. Απροσεξία: Για τα παιδιά απαραίτητη προϋπόθεση είναι η παρουσία έξι ή περισσότερων συμπτωμάτων (όπως παρατίθενται παρακάτω), τα οποία εξακολουθούν να υπάρχουν για τουλάχιστον ένα εξάμηνο, δεν συμφωνούν με το αναπτυξιακό τους επίπεδο και έχουν αρνητική επίδραση στην κοινωνική και ακαδημαϊκή / επαγγελματική λειτουργικότητά τους. Για

τους εφήβους και για τους ενήλικες απαραίτητη προϋπόθεση είναι η παρουσία, τουλάχιστον, πέντε συμπτωμάτων.

(α) Κάνει, συχνά, λάθη λόγω απροσεξίας ή δεν καταφέρνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες στις ασκήσεις του σχολείου ή στα καθήκοντά του/της στη δουλειά.

(β) Αντιμετωπίζει, συχνά, δυσκολίες στο να παραμείνει συγκεντρωμένος (-η) σε δραστηριότητες παιχνιδιού ή σε εργασίες.

(γ) Φαίνεται, συχνά, ότι δεν ακούει το πρόσωπο που του μιλάει.

(δ) Δεν εφαρμόζει, συχνά, τους κανόνες και τις οδηγίες μέχρι τέλους και δεν φέρνει εις πέρας σχολικές δραστηριότητες-εργασίες και τα επαγγελματικά του καθήκοντα.

(ε) Αντιμετωπίζει, συχνά, δυσκολίες στην οργάνωση δραστηριοτήτων.

(στ) Συχνά είναι απρόθυμος-η ή αποφεύγει να δηλώνει συμμετοχή σε εργασίες που απαιτείται παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια.

(ζ) Χάνει, συχνά, αντικείμενα τα οποία του/της χρειάζονται για ασκήσεις ή δραστηριότητες (π.χ. βιβλία, γραφική ύλη, σημειώσεις, αρχεία, πορτοφόλια, κλειδιά, κινητό τηλέφωνο).

(η) Δεν συγκεντρώνει, συχνά, την προσοχή του/της, καθώς επηρεάζεται και διασπάται εύκολα από διάφορα ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος.

(θ) Δεν θυμάται, συχνά, καθημερινές δραστηριότητες.

2. Υπερκινητικότητα και Παρορμητικότητα: Για τα παιδιά είναι απαραίτητη η παρουσία 6 (ή περισσότερων) συμπτωμάτων, τα οποία εξακολουθούν να υπάρχουν για ένα εξάμηνο, δεν συμφωνούν με το αναπτυξιακό τους επίπεδο και έχουν αρνητικές επιδράσεις στην κοινωνική και ακαδημαϊκή /επαγγελματική λειτουργικότητά τους. Τόσο οι έφηβοι όσο και οι ενήλικες πρέπει να εμφανίζουν 5 τουλάχιστον συμπτώματα.

(α) Χτυπάει, συχνά, ή κινεί με νευρικότητα τα πόδια και τα χέρια του ή κάνει στροφές γύρω από τη θέση του/της.

(β) Σηκώνεται, συχνά, από το σημείο που κάθεται σε περιπτώσεις όπου υποχρεούται ή όπου περιμένουμε να παραμείνει καθιστός (-ή).

(γ) Συχνά αρχίζει το τρέξιμο ή το σκαρφάλωμα, σε περιπτώσεις όπου δεν είναι αρμόζουσα τέτοιου είδους συμπεριφορά.

(δ) Συχνά δεν καταφέρνει να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες ή να παίζει χωρίς να κάνει φασαρία.

(ε) Συχνά κινείται αδιάκοπα - ασταμάτητα.

(στ) Συχνά γίνεται φλύαρος (- η) και μιλά ακατάπαυστα.

(ζ) Συχνά απαντά χωρίς να σκεφτεί, πριν την ολοκλήρωση της ερώτησης.

(η) Δυσκολεύεται, συχνά, να αναμένει να έρθει η σειρά του/της.

(θ) Παρεμβαίνει, συχνά, ή διακόπτει κάποιον που μιλάει.

Β. Κάποια συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας παρουσιάστηκαν πριν από τα 12 έτη.

Γ. Κάποια συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας παρουσιάζονται σε περισσότερα από δύο περιβάλλοντα (π.χ. στο οικογενειακό, στο σχολικό ή στο εργασιακό, στο φιλικό ή το συγγενικό).

Δ. Υπάρχουν σοβαρές υποψίες και γεγονότα που δείχνουν ότι η συμπτωματολογία επηρεάζει αρνητικά ή μειώνει την ποιότητα της ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας.

Ε. Η συμπτωματολογία αυτή δεν εκδηλώνεται μόνο κατά την εξέλιξη σχιζοφρένειας ή την πορεία άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν αποδίδεται ή δεν οφείλεται περισσότερο σε κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. διαταραχή άγχους, διαταραχή προσωπικότητας).

Πρόκειται για:

Συνδυασμένη παρουσία: Εφόσον πληρούνται αμφότερα τα Κριτήρια Α1 (Απροσεξία) και Α2 (Υπερκινητικότητα - Παρορμητικότητα) κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών.

Προεξάρχουσα απρόσεχτη παρουσία: Εφόσον πληρούται το Κριτήριο Α1 (Απροσεξία) αλλά όχι το Κριτήριο Α2 (Υπερκινητικότητα - Παρορμητικότητα) κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών.

Προεξάρχουσα υπερκινητική/παρορμητική παρουσία: Εφόσον πληρούται το Κριτήριο Α2 (Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα), αλλά όχι το Κριτήριο Α1 (Απροσεξία) κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών.

5.3. Μέσα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά

Η κυριότερη ψυχομετρική κλίμακα για την αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ είναι η **ADHD Rating Scale-IV** (DuPaul, Power, Anastopoulos, & Reid, 1998), της οποίας η στάθμιση στην ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε από την Καλαντζή – Αζίζι, Αγγελή και Ευσταθίου (2005). Διατίθεται σε δύο παραλλαγές, μία για τους γονείς και μία για τους δασκάλους - καθηγητές. Η κάθε κλίμακα περιλαμβάνει 18 ερωτήματα σχετικά με το πώς συμπεριφέρεται το παιδί κατά τους τελευταίους 6 μήνες ή από το μήνα που ξεκίνησε το σχολικό έτος.

Δεύτερη κλίμακα, είναι η **ADHDT**, η οποία είναι μεταφρασμένη και προσαρμοσμένη στην ελληνική γλώσσα (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2012) και έχει δύο υποκλίμακες:

την υποκλίμακα Ελλειμματικής Προσοχής και την υποκλίμακα Υπερκινητικότητας / Παρορμητικότητας, οι οποίες είναι σύμφωνες με τις δύο κατηγορίες συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ του DSM-IV.

Βασικό μέσο συλλογής πληροφοριών για τη διαδικασία διάγνωσης είναι η **συνέντευξη με τους γονείς**, η οποία περιλαμβάνει:

- τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων, όπως είναι το όνομα και η ηλικία του παιδιού, η σύνθεση της οικογένειάς του, το σχολείο που φοιτά κλπ.
- την περιγραφή των δυσκολιών και του επιπέδου λειτουργικότητας του παιδιού σε διάφορους τομείς
- τη διερεύνηση της ηλικίας έναρξης, της φύσης, της συχνότητας και των συνεπειών της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο
- τη μελέτη του τρόπου με τον οποίο χειρίζονται οι γονείς την προβληματική συμπεριφορά του παιδιού
- τη διερεύνηση τυχόν διαφωνιών μεταξύ των γονιών για τον τρόπο που διαχειρίζονται τα προβλήματα του παιδιού
- τη διερεύνηση του λόγου για τον οποίο αποφασίστηκε η παραπομπή του παιδιού τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο
- τη διερεύνηση των εκτιμήσεων των γονέων για το πόσο μπορεί να βοηθηθεί το παιδί από τη συμμετοχή του σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, καθώς η άποψή τους αναφορικά με τη δυνατότητα βελτίωσης του παιδιού επηρεάζει το βαθμό κινητοποίησής τους κατά τη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος
- την ανασκόπηση στο ιστορικό της ανάπτυξης του παιδιού και τη σκιαγράφηση της αναπτυξιακής του πορείας στους τομείς της κινητικής, γλωσσικής, νοητικής, συναισθηματικής και σχολικής του ανάπτυξης, προκειμένου ο ειδικός να κάνει τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και να εντοπίσει κι άλλες διαταραχές που είναι πιθανό να συνυπάρχουν με αυτήν
- τη διερεύνηση του ενδεχομένου να υπάρχουν διαταραχές συμπεριφοράς ή άλλα ιατρικά προβλήματα στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και
- τη μελέτη της ποιότητας των ενδοοικογενειακών σχέσεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η συνέντευξη με τον εκπαιδευτικό (ή τους εκπαιδευτικούς) του παιδιού. Η πρώτη επαφή του ειδικού με τον εκπαιδευτικό γίνεται, συνήθως, με την αποστολή των κλι-

μάκων αξιολόγησης προς συμπλήρωση, ούτως ώστε ο ειδικός να σχηματίσει μία πρώτη εικόνα για το πώς συμπεριφέρεται το παιδί στο σχολείο και να εστιάσει στους τομείς εκείνους οι οποίοι χρήζουν περαιτέρω μελέτης και διερεύνησης. Έπειτα ο ειδικός επισκέπτεται το σχολικό περιβάλλον του παιδιού, και στη συνέχεια ο εκπαιδευτικός επισκέπτεται το χώρο εφαρμογής του θεραπευτικού προγράμματος

Ο εκπαιδευτικός είναι σε θέση να δώσει σημαντικά στοιχεία στον ειδικό σχετικά με:

- ✓ τους τρόπους συμπεριφοράς του παιδιού εντός της σχολικής αίθουσας, αλλά και στο διάλειμμα
- ✓ τη σχέση του παιδιού με τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης του και τη συμπεριφορά του στα ομαδικά παιχνίδια
- ✓ την ικανότητα του παιδιού να τηρεί οδηγίες και να ολοκληρώνει τις εργασίες του
- ✓ το βαθμό που συγκεντρώνει την προσοχή του και το επίπεδο που φτάνουν οι σχολικές του γνώσεις.

Επίσης, εντοπίζονται η συχνότητα εμφάνισης και το πλαίσιο εκδήλωσης των προβληματικών μορφών συμπεριφοράς του παιδιού, όπως και τα γεγονότα που συνήθως προηγούνται ή έπονται αυτής της εμφάνισης, καθώς και οι αντιδράσεις του δασκάλου σε αυτές.

Η κλινική αξιολόγηση του ίδιου του παιδιού αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διάγνωσης. Οι συνεντεύξεις με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι μικρής διάρκειας, εξαρτώνται από το επίπεδο που έχουν αναπτύξει το λόγο τους και πολλές φορές συνοδεύονται από την ενασχόλησή τους με κάποια εργασία, όπως ζωγραφική ή παζλ (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987). Οι συνεντεύξεις των παιδιών παιδικής και εφηβικής ηλικίας είναι μεγαλύτερης διάρκειας και επικεντρώνονται περισσότερο στο πώς το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και στα προβλήματα που αντιμετωπίζει μέσα σε διαφορετικά περιβάλλοντα (όπως το σπίτι, το σχολείο, τη γειτονιά), με διαφορετικούς ανθρώπους (όπως τους γονείς, τους δασκάλους, τους φίλους τους) και σε διαφορετικές δραστηριότητες (όπως σχολική μελέτη, παιχνίδι, εξωσχολικές δραστηριότητες κ.λπ.). Συχνά, τα παιδιά δε μιλούν για τις πραγματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και απαντούν στις ερωτήσεις του ειδικού προβάλλοντας την κατάσταση ως πιο θετική και ευχάριστη απ' ό,τι είναι πραγματικά. Αν πάλι το παιδί αντιμετωπίζει διαταραχές διαγωγής, ενδέχεται να απαντά με ακραίο τρόπο και να υπερβάλει λόγω της αντιδραστικής του συμπεριφοράς. Επιπλέον, είναι πιθανό το παιδί ν' απαντήσει βιαστικά και απερίσκεπτα στις ερωτήσεις του ειδικού και μάλιστα πριν καν ο ειδικός ολοκληρώσει την ερώτηση που πρόκειται να του κάνει (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987).

Η πρώτη ερώτηση που κάνει, συνήθως, ο ειδικός στο παιδί είναι «Γιατί νομίζεις ότι ήρθες σήμερα εδώ», η οποία βοηθά τον ειδικό να αποσαφηνίσει στο παιδί το λόγο της επίσκεψής του και να του εξηγήσει τις κινήσεις και τις ενέργειες που θα ακολουθήσουν στη συνέχεια. Έπειτα, ο ειδικός μιλάει για ουδέτερα θέματα, ούτως ώστε να αποκτήσει σύντομα μία καλή σχέση με το παιδί, ενώ στη συνέχεια συζητούν για θέματα όπως το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του, οι σχολικές του επιδόσεις κ.α. Ο ειδικός ενδέχεται να ρωτήσει το παιδί πόσους φίλους έχει, τι κάνει όταν είναι μαζί τους κι αν θα ήθελε να είχε περισσότερους, προκειμένου να διερευνήσει την ποιότητα των κοινωνικών του δεξιοτήτων και των φιλικών του σχέσεων. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, συχνά, κάνουν παράπονα ότι τα άλλα παιδιά δεν τα θέλουν εύκολα στην παρέα τους, ότι τσακώνονται συχνά με τους συμμαθητές τους και ότι δεν έχουν τόσους φίλους όσους θα ήθελαν (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987).

Η κλινική παρατήρηση κατά τη διάρκεια της οποίας ο ειδικός αντλεί πολύτιμα στοιχεία για τη διαφορική διάγνωση. Πρώτα απ' όλα ο ειδικός παρακολουθεί κατά πόσο θέλει και μπορεί το παιδί να χωριστεί από τους γονείς του και να τον ακολουθήσει στην αίθουσα της αξιολόγησης. Συνήθως, στο στάδιο αυτό τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πρόθυμα να συνεργαστούν μαζί του. Ο ειδικός παρατηρεί και αξιολογεί με προσοχή:

- ✓ την ικανότητα βλεμματικής επαφής
- ✓ την ικανότητα του παιδιού να ανταποκριθεί σε μια συζήτηση
- ✓ τη συναισθηματική του κατάσταση
- ✓ τυχόν απότομες και ακραίες μεταβολές της διάθεσής του
- ✓ το επίπεδο ανάπτυξης του λόγου του
- ✓ την ικανότητα του παιδιού να συγκεντρωθεί για αρκετή ώρα σε μια εργασία ή δραστηριότητα και να τηρήσει τις οδηγίες που του δίνονται, προκειμένου να την ολοκληρώσει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Μόλις ολοκληρωθεί η διαδικασία της διάγνωσης, ο ειδικός διαθέτει μία πληθώρα στοιχείων, τα οποία προκύπτουν από ψυχομετρικές δοκιμασίες, κλίμακες αξιολόγησης, συνεντεύξεις από γονείς και εκπαιδευτικούς, ιατρικές εξετάσεις και από τις δικές του παρατηρήσεις. Ο τρόπος που θα οργανώσει ο ειδικός τα στοιχεία του θα καθορίσει και τη διάγνωση που θα κάνει.



Κεφάλαιο 6. Βασικές αρχές θεραπευτικής παρέμβασης

6.1. Φαρμακευτική αγωγή για παιδιά με ΔΕΠ-Υ

Οι θεραπευτικές μέθοδοι που προτείνονται για την αντιμετώπιση και τον περιορισμό της ΔΕΠ-Υ είναι η φαρμακοθεραπεία (Kutcher et al., 2004), οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις (Elhoweris, et al., 2020) και ο συνδυασμός τους. Εναλλακτικά, προτείνονται η βιοανάδραση και οι παρεμβάσεις στη διατροφή του παιδιού (Elhoweris, et al., 2020). Τρία είδη ψυχοτρόπων φαρμάκων περιορίζουν αποτελεσματικά τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ: τα ψυχοδιεγερτικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά. Τα φάρμακα, που λαμβάνουν, πιο συχνά, τα παιδιά και αποκλειστικά οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι τα ψυχοδιεγερτικά (Kutcher et al., 2004).

Σήμερα, τα κυριότερα ψυχοδιεγερτικά ταχείας αποδέσμευσης που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι το Adderall (Sherzada, 2012), το Cylert (Brown, & La Rosa, 2002) και το Dexedrine (Brown, & La Rosa, 2002). Αυτού του είδους τα φάρμακα ενεργούν σε 30-45 λεπτά από τη στιγμή της λήψης τους και η δράση τους κρατά από 3 μέχρι 7 ώρες. Η επίδρασή τους στη συμπεριφορά φτάνει στο ανώτατο επίπεδο μέσα σε 2 με 4 ώρες. Επιπλέον, λαμβάνονται 2 ή 3 φορές ημερησίως (Brown, & La Rosa, 2002). Ωστόσο, το ψυχοδιεγερτικό φάρμακο που χορηγείται περισσότερο στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι το Concerta (μεθυλφενιδάτη). Πρόκειται για φάρμακο παρατεταμένης αποδέσμευσης, του οποίου η δράση διαρκεί 10-12 ώρες και για το λόγο αυτό χορηγείται άπαξ ημερησίως. Τα ως άνω φάρμακα επιδρούν στη δραστηριότητα των προμετωπιαίων περιοχών του εγκεφάλου και σε τρεις νευροδιαβιβαστές που έχουν σχέση με την αναστολή και την αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς: τη νορεπινεφρίνη, την επινεφρίνη, τη ντοπαμίνη και, ίσως, τη σεροτονίνη (Findling, 2008). Στο 70%-80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ η κλινική τους εικόνα βελτιώνεται σημαντικά με τη συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή (Findling, 2008). Ωστόσο, υπάρχει ένα ποσοστό 10-30% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ το οποίο δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή ή που μπορεί να παρουσιάσει επιδείνωση η συμπτωματολογία του (Findling, 2008).

Το δεύτερο κατά σειρά φάρμακο επιλογής, όταν δεν ανταποκρίνονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο Concerta ή όταν αντενδείκνυται η χορήγηση ψυχοδιεγερτικών, είναι το Strattera, ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο, με βάση την ατομοξετίνη, το οποίο δρα για 24 ώρες. Μπορεί να χρειαστούν έως και 12 εβδομάδες, προκειμένου τα αποτελέσματα από τη χρήση ατομοξετίνης να γίνουν ορατά (Γιαννοπούλου, 2008).

Ως τρίτη ή τέταρτη επιλογή χρησιμοποιούνται ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία μειώνουν το άγχος ή την κατάθλιψη που μπορεί να συνυπάρχει με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον κι αναφορικά με τα αντιυπερτασικά φάρμακα, χορηγείται η κλονιδίνη, η οποία διεγείρει τους αδρενεργικούς υποδοχείς του εγκεφάλου και διευκολύνει τη δυνατότητα συγκέντρωσης της προσοχής αυξάνοντας τη νορεπινεφρίνη στον προμετωπιαίο φλοιό. Τέλος, λόγω των υψηλών ποσοστών συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές υπάρχουν περιπτώσεις που χορηγούνται τα αντιυπερτασικά συνδυαστικά με τα ψυχοδιεγερτικά, όπως για παράδειγμα συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ με Διαταραχή Διαγωγής ή Διπολική Διαταραχή (Γιαννοπούλου, 2008).

Οι πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, που προτείνεται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι οι εξής:

- Η ελάττωση της όρεξης για φαγητό, με συχνότητα ένα στα τέσσερα περιστατικά παιδιών (Faraone, Biederman, Morley, & Spencer, 2008). Λόγω αυτής της ελάττωσης ενδέχεται να παρατηρηθεί προσωρινή αναστολή της ανάπτυξης σε ορισμένα παιδιά, δηλαδή βραδύτερη από το προσδοκώμενο εξέλιξη στο βάρος και στο ύψος τους (Faraone, Biederman, Morley, & Spencer, 2008).
- Η επίδραση στην καρδιαγγειακή λειτουργία, καθώς τα φάρμακα αυτά είναι δυνατό να προκαλέσουν αύξηση της αρτηριακής πίεσης και ταχυκαρδία (Faraone, Biederman, Morley, & Spencer, 2008).
- Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, με συχνότητα 3,7 περιστατικά στα 1.000, στη χορήγηση ατομοξετίνης (Bangs et al., 2008).
- Η ζάλη, η αϋπνία ή η υπνηλία, καθώς και τα κινητικά ή φωνητικά μωσπασματα στη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών (Barkley, 1997).

Οι τομείς που παρουσιάζουν βελτίωση με τη χορήγηση των ως άνω φαρμάκων είναι:

- ο έλεγχος των παρορμητικών μορφών συμπεριφοράς
- η διατηρούμενη προσοχή
- η μείωση άσκοπων δραστηριοτήτων (Swanson et al., 1995)
- η κοινωνική αλληλεπίδραση και οι σχολικές τους επιδόσεις βραχυπρόθεσμα, δίχως να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η συνολική απόδοσή τους μακροπρόθεσμα (Swanson et al., 1995).

Τέλος, είναι απαραίτητο η φαρμακευτική αγωγή να συνοδεύεται και από άλλου είδους παρεμβάσεις όπως είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η τροποποίηση συμπεριφοράς, η ψυχοθεραπεία, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά. (Swanson et al., 1995).

6.2. Βασικές ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις

Στις βασικές ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις συγκαταλέγονται η εκπαίδευση των γονέων του ατόμου με ΔΕΠ-Υ, η τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδιού, η ατομική ψυχοθεραπεία, η εκμάθηση κοινωνικών ικανοτήτων και η διαχείριση της επίλυσης σύνθετων προβλημάτων. Σκοπός των παρεμβάσεων αυτών είναι η εκπαίδευση του ατόμου στη διαχείριση της συμπτωματολογίας του (Pelham & Fabiano, 2008).

Η εκπαίδευση των γονέων βασίζεται στην άποψη ότι για να αλλάξει η συμπεριφορά του παιδιού, θα πρέπει, πρώτα, να αλλάξουν οι γονείς τη συμπεριφορά τους και τις μεθόδους που εφαρμόζουν για την ανατροφή και την εξέλιξή του. Με την τεχνική αυτή οι γονείς θα προβούν στην αντικατάσταση των στρεσογόνων τρόπων αλληλεπίδρασης με το παιδί τους με καινούργια, θετικά μοτίβα αλληλεπίδρασης. Ως εκ τούτου οι γονείς θα ενισχύουν είτε θετικά είτε αρνητικά το παιδί με αποτελεσματικό τρόπο, κατά την καθημερινή λειτουργία της οικογένειας (DeGarmo et al., 2014).

Οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς στοχεύουν: α) στην ελάττωση των ανεπιθύμητων ενεργειών συμπεριφοράς, β) στην ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών και γ) στην ανάπτυξη νέων μορφών - προτύπων συμπεριφοράς, που δεν εμφάνιζε πρωτύτερα το παιδί. Οι τεχνικές αυτές βασίζονται στη διαφορική ενίσχυση: αρνητική, όταν το παιδί παρουσιάζει αρνητική συμπεριφορά και θετική, όταν το παιδί εκδηλώνει θετική συμπεριφορά. Χρησιμοποιούνται ποικίλοι τύποι επιβράβευσης, όπως κοινωνικοί ενισχυτές, ανταλλάξιμες αμοιβές (tokens), σαφείς και άμεσοι ενισχυτές, απομάκρυνση από τον ενισχυτή (time-out) (Pelham & Fabiano, 2008).

Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρατηρείται μία δυσκολία και καθυστέρηση στην αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς μέσω κινήτρων. Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούνται τεχνικές που μεταβάλλουν το είδος των ερεθισμάτων, τα οποία προηγούνται μίας αντίδρασης και τη μορφή των συνεπειών που ακολουθούν την αντίδραση αυτή. Έτσι το παιδί θα αναπτύξει τη δεξιότητα να συγκρατεί την παρορμητικότητά του και θα υιοθετήσει

πιο αποτελεσματικές μορφές συμπεριφοράς, οι οποίες θα κάνουν πιο εύκολη την επικοινωνία του με τους άλλους και θα ευνοούν την αξιοποίηση των ικανοτήτων του (Pelham & Fabiano, 2008).

Η εφαρμογή ψυχοπαιδαγωγικών παρεμβάσεων στο σχολικό περιβάλλον είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς τα προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνονται κατεξοχήν στο χώρο του σχολείου και αφορούν τόσο τον ακαδημαϊκό τομέα όσο και τον τομέα της συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Τα παιδιά περνούν εκεί 6 με 7 ώρες σε καθημερινή βάση. Ως εκ τούτου, το σχολείο αποτελεί το ιδανικό πλαίσιο όπου η εφαρμογή συμπεριφορικών προγραμμάτων μπορεί να διευκολύνει σημαντικά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να αποκτήσουν ακαδημαϊκές, κοινωνικές και άλλες δεξιότητες. Προκειμένου η εφαρμογή ψυχοπαιδαγωγικών παρεμβάσεων στο σχολείο να έχει τα μέγιστα και τα βέλτιστα αποτελέσματα, απαιτείται η συνεργασία, ο συντονισμός και η συμμετοχής της οικογένειας, των ειδικών και των εκπαιδευτικών. Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων που έχουν τα παιδιά στη συμπεριφορά, στη μάθηση και στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση (DeGarmo et al., 2014).

Τέλος, η εκπαίδευση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι ένα σπουδαίο κομμάτι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, καθώς τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Η απόρριψη από τους συνομήλικούς τους είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για μια σειρά προβλημάτων συμπεριφοράς και ψυχικής υγείας που θα ακολουθήσουν τόσο στην εφηβική όσο και στην ενήλικη ζωή (Hoza et al., 2005).

6.3. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη θεραπευτική παρέμβαση

Η σπουδαιότητα του ρόλου του εκπαιδευτικού στη θεραπευτική παρέμβαση των μαθητών με ΔΕΠ-Υ έγκειται στο πώς θα αντιληφθεί, θα ερμηνεύσει και θα αντιμετωπίσει τις δυσκολίες των παιδιών αυτών (Kakouros, Maniadaki & Paraeliou, 2004). Σε περίπτωση που ο εκπαιδευτικός θεωρεί ότι τα λάθη των μαθητών αυτών οφείλονται στην απροθυμία τους ή στην ελλιπή προσπάθειά τους να συνεργαστούν, τότε υπάρχουν πολλές πιθανότητες οι εν λόγω μαθητές να μην τα καταφέρουν. Σε περίπτωση, όμως, που ο εκπαιδευτικός πιστεύει ότι τα λάθη τους είναι απόρροια των πραγματικών αδυναμιών τους, τότε τα μετουσιώνει σε αφετηρία για μάθηση και τα παιδιά δεν οδηγούνται στην αποτυχία. Επιπροσθέτως, όταν ο εκπαιδευτικός αλλάζει στάση, τότε αυτό δίνει την ευκαιρία στο παιδί με ΔΕΠ-Υ να γνωρίσει

και τη θετική πλευρά της σχολικής ζωής, καθώς το αποδέχονται και οι συνομήλικοί του (Κουρκούτας, 2007).

Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει σταθερά και συστηματικά να ενισχύει και να ενθαρρύνει το μαθητή και να του δίνει σαφείς και ακριβείς οδηγίες. Επιπλέον, θα πρέπει να βρει, να προσδιορίσει και να επισημάνει τις προβληματικές μορφές συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Στη συνέχεια απαραίτητο είναι να διακρίνει τις συνθήκες στις οποίες κάνουν την εμφάνισή τους και να τις διαβαθμίσει, ούτως ώστε να οριστεί η προτεραιότητα των στόχων που πρόκειται να θέσει. Πιο συγκεκριμένα, κάθε φορά που παρουσιάζεται μια αρνητική συμπεριφορά, ο εκπαιδευτικός οφείλει να καταγράφει σε μία φόρμα, τα ερεθίσματα που προηγήθηκαν και ακολούθησαν, τη λειτουργία και τη μορφή της συμπεριφοράς, τι επιδιώκει ο μαθητής με τον τρόπο που συμπεριφέρεται, αλλά και πληροφορίες όπως η διδακτική ώρα που εκδηλώθηκε η συμπεριφορά, ούτως ώστε να γίνει κατανοητό αν ο μαθητής αντιμετωπίζει περισσότερες δυσκολίες σε συγκεκριμένες συνθήκες (π.χ. δραστηριότητες που δεν έχουν δομή), ώρες (π.χ. στην αρχή της ημέρας) και μαθήματα. Έτσι σκιαγραφείται και καθορίζεται το κατάλληλο πρόγραμμα που έχει ως στόχο να αντικατασταθεί μια προβληματική συμπεριφορά από μια άλλη, πιο λειτουργική (Κουρκούτας, 2007).

Οι κύριες τεχνικές που στηρίζονται στην τροποποίηση των ερεθισμάτων που έπονται μίας συμπεριφοράς με σκοπό τη μείωση και την αντικατάστασή της με κάποια πιο λειτουργική συμπεριφορά είναι:

α. Η απόσβεση: εντοπίζεται και περιορίζεται, δηλαδή, το επακόλουθο ερέθισμα που εντείνει την προβληματική συμπεριφορά.

β. Η διαφορική ενίσχυση: η ενίσχυση, δηλαδή, μιας θετικής συμπεριφοράς σε βάρος της αρνητικής που μπαίνει σε απόσβεση.

γ. Το κόστος δράσεων ή η επιβολή συνέπειας: όταν δηλαδή το παιδί παρουσιάσει αρνητική συμπεριφορά, χάνει κάποιο προνόμιο.

Η επιδοκιμασία του παιδιού από τον εκπαιδευτικό λόγω καλής συμπεριφοράς, η παράβλεψη της ακατάλληλης συμπεριφοράς, ο προσδιορισμός ξεκάθαρων τεχνικών, μεθόδων και προσδοκιών εκ μέρους του εκπαιδευτικού, η χρήση time-out, επιπλήξεων, κλπ, είναι επιτυχείς τακτικές βελτίωσης διασπαστικών μορφών συμπεριφοράς.

Ο εκπαιδευτικός οφείλει να τοποθετεί το μαθητή με ΔΕΠ-Υ σε μπροστινό θρανίο, δίπλα στην έδρα, για να μπορεί να τον ελέγχει και για να επικοινωνεί πιο εύκολα μαζί του είτε για να τον επιπλήξει είτε για να τον ενθαρρύνει, όποτε χρειάζεται. Επιπλέον, ο εκπαιδευτικός οφείλει να παραδίδει το μάθημα με μεθόδους που εξάπτουν το ενδιαφέρον των μαθητών με ΔΕΠ-Υ και να τους ενισχύει με τον τρόπο και το μέσο που τους αρέσει. Για

παράδειγμα σε κάποια παιδιά μπορεί να τους αρκεί να τα επιβραβεύουν λεκτικά, άλλα, όμως, να θέλουν κάτι περισσότερο, όπως μια σφραγίδα ή ένα αυτοκόλλητο στο τετράδιο εργασιών (Κουρκούτας, 2007).

Σύμφωνα με την άποψη του Jones (1989) οι εκπαιδευτικοί των μαθητών με ΔΕΠ-Υ πρέπει να ακολουθούν τρεις αρχές: τη συντομία, την ποικιλία και τη δόμηση των δραστηριοτήτων: Πιο συγκεκριμένα:

- Ο εκπαιδευτικός οφείλει να χωρίζει τις δραστηριότητες σε μικρότερες ενότητες και να μην τις παρουσιάζει σε αυτά τα παιδιά στο σύνολό τους. Έτσι ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες να εγκαταλείψουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ την προσπάθεια.
- Ο εκπαιδευτικός οφείλει να παρουσιάζει το ίδιο διδακτικό υλικό με μικρές παραλλαγές, προκειμένου να κεντρίσει το ενδιαφέρον των παιδιών αυτών όσο το δυνατό περισσότερο για τη δραστηριότητα και να μην πλήξουν από την επανάληψη.
- Ο εκπαιδευτικός οφείλει να οργανώνει τις καθημερινές δραστηριότητες στη σχολική αίθουσα με τέτοιο τρόπο, ούτως ώστε τα παιδιά να είναι γνώστες του καθημερινού τους προγράμματος, των προσδοκιών και των συνεπειών από την τήρηση ή την παραβίαση των κανόνων.

Επιπλέον, ο δάσκαλος-καθηγητής οφείλει να κάνει πιο απλές τις μεθόδους που προτείνει στο μαθητή με ΔΕΠ-Υ για την επίλυση μιας άσκησης και να είναι βέβαιος ότι οι μέθοδοι αυτές έγιναν κατανοητές. Αυτό που βοηθά, πολλές φορές, τα παιδιά αυτά είναι να επαναλαμβάνουν και να λένε δυνατά τις οδηγίες που τους δόθηκαν πριν την εφαρμογή τους. Καλό θα είναι να επιτρέπεται στο μαθητή να σκέφτεται δυνατά και να μην παρακινείται να απαντήσει γρήγορα. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει, συχνά, να κάνει υπενθύμιση στους μαθητές αυτούς του χρόνου που τους διατίθεται, προκειμένου να ολοκληρώσουν την εργασία τους και να τους δίνει περισσότερη ώρα, προκειμένου να έχουν τη δυνατότητα και την ευκαιρία να αποδώσουν στο μέγιστο βαθμό (Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson, & Tannock, 2005).

Οι δύο σημαντικές αρχές που πρέπει να ακολουθεί ο εκπαιδευτικός είναι οι εξής:

Αρχή της επιτυχίας: Καλό θα είναι ο δάσκαλος να μη διορθώνει το σύνολο των λαθών των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, αλλά να εστιάζει σε ορισμένα είδη λαθών, τα οποία θα αντικαθιστά πάντα με τα σωστά, έως ότου τα παιδιά να τα αφομοιώσουν. Στη συνέχεια ο δάσκαλος - καθηγητής θα έχει τη δυνατότητα να προβεί σε ανανέωση των στόχων του και σε αύξηση των απαιτήσεών του. Τέλος, θα πρέπει ο βαθμός δυσκολίας των ερωτήσεων του δασκάλου στους μαθητές αυτούς να είναι τέτοιος, ώστε να μπορούν να δώσουν σωστές απαντήσεις και εν συνεχεία να ενθαρρυνθούν.

Αρχή της διαφορικής προσοχής: Ο μαθητής πρέπει να επαινείται από τον εκπαιδευτικό, όταν αυτός εργάζεται. Αντιθέτως, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να μην του δίνει σημασία, όταν διασπάται η προσοχή του και σταματά την προσπάθεια.

Τέλος, ο εκπαιδευτικός πρέπει να χειρίζεται με αποτελεσματικό τρόπο την αντιδραστική συμπεριφορά των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να είναι σε θέση να ξεχωρίσει πότε ο τρόπος που συμπεριφέρεται ένας μαθητής οφείλεται στην αδυναμία του να την καθορίσει και να τη συγκρατήσει λόγω της ΔΕΠ-Υ και πότε είναι σκόπιμα αντιδραστική. Γι' αυτό το λόγο οι παρατηρήσεις και οι επισημάνσεις του εκπαιδευτικού είναι αναγκαίο να σχετίζονται μόνο με το συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς του παιδιού και να γίνονται με ηρεμία και συντομία, δίχως συναισθηματικές εντάσεις (Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson, & Tannock, 2005).



Εικόνα 4. Στρατηγικές για παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Πηγή:

<https://e-didaskalia.blogspot.com/2020/01/depy.html>

Συμπεράσματα

Μύθοι και αλήθειες για τη ΔΕΠΥ

Η αιτιολογία και η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ γίνονται συχνά αντικείμενο αμφισβήτησης και παρερμηνείας. Το πλήθος, όμως, και η εγκυρότητα των επιστημονικών άρθρων που διαθέτουμε σήμερα για την εν λόγω διαταραχή δεν επιτρέπουν κανένα περιθώριο αμφιβολίας.

Κάποιοι μύθοι για τη ΔΕΠΥ:

- Η ΔΕΠ-Υ είναι συνέπεια κακής ή ανεπαρκούς γονεϊκής μέριμνας.
- Η ΔΕΠ-Υ είναι τεμπελιά και όχι διαταραχή. Δεν υπάρχουν άτομα με ΔΕΠ-Υ. Υπάρχουν άτομα κακομαθημένα που απλά βαριούνται.
- Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν νοητική καθυστέρηση.
- Δεν υπάρχει θεραπευτική παρέμβαση που να μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά με το εν λόγω σύνδρομο.
- Αφού τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι σε θέση να συγκεντρώνονται για ώρες στα παιχνίδια και τους υπολογιστές, ουσιαστικά δεν έχουν την εν λόγω διαταραχή.
- Η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ είναι σταθερή και δεν έχει σκαμπανεβάσματα.

Κάποιες αλήθειες για τη ΔΕΠ-Υ:

- Η βαρύτητα της συμπτωματολογίας δεν είναι ίδια σε όλους, αλλά κυμαίνεται από ήπια, μέτρια ως σοβαρή.
- Η λειτουργικότητα στη ΔΕΠ-Υ μπορεί σε κάποιους να είναι στα φυσιολογικά επίπεδα. Πολύ περισσότερο, δε, είναι πολύ πιθανό άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ να είναι επιτυχημένοι στον τομέα τους και πολύ χαρισματικοί.
- Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται κανόνες, σταθερότητα και μονιμότητα στο πρόγραμμά τους και συχνά διαλείμματα.
- Η θεραπευτική χρήση των διεγερτικών φαρμάκων για την ΔΕΠ-Υ δεν οδηγεί σε εθισμό.
- Δεν γίνεται να ασκήσουμε πίεση σε ένα άτομο με συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ να συγκεντρωθεί, όπως δεν μπορούμε να πιέσουμε ένα άτομο με μυωπία να δει μακριά!

Προτάσεις...για γονείς

Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, έχουν να διαδραματίσουν ένα σπουδαίο ρόλο, προκειμένου τα παιδιά τους να βοηθηθούν να αποκτήσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους. Πρωτίστως, όμως, πρέπει να ξέρουν ότι δεν είναι «κακοί γονείς» και ότι η ΔΕΠ-Υ δεν είναι λάθος δικό τους. Μπορούν να μάθουν ορισμένους συγκεκριμένους τρόπους ομιλίας, εργασίας και παιχνιδιού με το παιδί τους, οι οποίοι αποδεδειγμένα επιδρούν θετικά στην προσοχή και στη συμπεριφορά των παιδιών.

Εάν οι γονείς λάβουν υποστήριξη και βοήθεια, όσο τα παιδιά τους είναι μικρά, τότε είναι πολύ πιθανό να αποφευχθούν προβλήματα αργότερα. Επομένως, οι γονείς καλό θα είναι:

- Να προσπαθούν να επικοινωνούν με το παιδί τους με τη βλεμματική επαφή, πριν του μιλήσουν.
- Να του δίνουν απλές οδηγίες - μια πρόταση τη φορά.
- Να του δίνουν όσο το δυνατό πιο συγκεκριμένους επαίνους για την εκδήλωση θετικής – καλής συμπεριφοράς, π.χ. «Αυτό είναι τέλειο - έκανες αυτή την εργασία πολύ προσεκτικά». Επίσης, να επαινούν το παιδί σε ένα τρίτο πρόσωπο, φροντίζοντας, παράλληλα, να τους ακούει. Για παράδειγμα: «Ο Κώστας ήταν τόσο υπομονετικός και ήρεμος σήμερα».
- Να διατηρούν την ψυχραιμία και την ηρεμία τους. Αν θυμώσουν, το παιδί θα αντικατοπτρίσει αυτό το συναίσθημα. Όταν χρησιμοποιούν, όμως, έναν ήσυχο και ήρεμο τόνο φωνής, τότε βοηθούν το παιδί τους να παραμείνει ήρεμο.
- Να χρησιμοποιούν μια τακτική «ήσυχου χρόνου» για την αντιμετώπιση των εκρήξεων του παιδιού. Για παράδειγμα, να διαλέξουν ένα ήσυχο και άνετο μέρος, το οποίο θα είναι ένα «μαγικό χαλί». Να δίνουν ενθάρρυνση στο παιδί να καθίσει εκεί μέχρι να φύγει ο θυμός του και να μην προσπαθήσουν να το συγκρατήσουν.
- Να προσπαθούν να παρεμβαίνουν και να αποτρέπουν το παιδί τους από μία αρνητική ή δύσκολη συμπεριφορά. Να του πουν κάτι άσχετο, το οποίο, όμως, θα του κεντρίσει το ενδιαφέρον, για παράδειγμα «Κοίτα αυτό το δέντρο στον κήπο. Μπορείς να μετρήσεις πόσους καρπούς έχει;»
- Να παρέχουν με σαφήνεια ρουτίνες. Είναι απαραίτητο το παιδί να ξέρει με ακρίβεια τι πρόκειται να συμβεί κάθε μέρα. Πιο συγκεκριμένα, να χρησιμοποιούν λίστες, προκειμένου να του υπενθυμίζουν γεγονότα ή συμβάντα.

- Να το προειδοποιούν με σαφή τρόπο εκ των προτέρων, όταν κάτι πρόκειται να αλλάξει ή να τελειώσει. Για παράδειγμα, να χρησιμοποιούν χρονομετρητή, για να δείξουν πότε ακριβώς θα συμβεί κάτι διαφορετικό.
- Να του δίνουν μόνο δύο εναλλακτικές - επιλογές. Για παράδειγμα, «Θέλεις να φορέσεις το μπουφάν σου τώρα ή όταν βγούμε από το αυτοκίνητο;»
- Να παίζουν μαζί του, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ανταποκρίνονται περισσότερο στα γρήγορα και συναρπαστικά παιχνίδια.



Μερικές συμβουλές

Μεγαλώνοντας ένα παιδί με ΔΕΠΥ

(Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας)

Δημιούργησε καθημερινές ρουτίνες που το βοηθάνε να μένει σε πρόγραμμα (π.χ. Ξυπνάω νωρίς, τρώω πρωινό, πλένω δόντια, στρώνω κρεβάτι κλπ.).

Όρισε ξεκάθαρους κανονισμούς μέσα στο σπίτι και τι περιμένεις από αυτό (π.χ. Πρώτα κάνουμε τα μαθήματά μας και μετά παίζουμε).

Μην ξεχνάς να επαινείς! Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συχνά νιώθουν ότι μειονεκτούν και γ'αυτό χρειάζονται ενθάρρυνση.

Πες του τι θέλεις να κάνει και ΟΧΙ τι δε θέλεις να κάνει..

Όταν του μιλάς επέμεινε να έχετε βλεμματική επαφή.

Σπάσε τις μεγάλες εργασίες σε μικρά μέρη. (π.χ. Όταν θες να συμμαζέψει το δωμάτιο του: 1. Βάζω όλα τα παιχνίδια στη θέση τους 2. Φτιάχνω το κρεβάτι μου κλπ.)

Μείνε σταθερός σε ό,τι λες ότι θα κάνετε και μην αναβάλλεις κάτι, αν δεν υπάρχει σοβαρός λόγος.

Να μιλάς πάντα ήρεμα ακόμα κι αν το παιδί φωνάζει. Είναι ένας καλός τρόπος να το κατευνάσεις.



ΚΕΝΤΡΟ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
Δαμιανίδου Κ. - Οικονόμου Αικ.

Εικόνα 5. Συμβουλές για γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Πηγή:

<https://e-didaskalia.blogspot.com/2020/01/depy.html>

Αναφορές

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213
- American Psychological Association.(1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Phsyciatric Association.(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. University of Michigan.
- American Psychiatric Association, A., & American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washighton DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 57-87. doi:Doi:10.1111/1469-7610.00424
- Arnett, A. B., Pennington, B. F., Willcut, E. G., DeFries, J. C., & Olson, R. K. (2015). Sex differences in ADHD symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 632-639. doi:Doi:10.1111/jcpp.12337
- Auerbach, J. G., Landau, R., Berger, A., Arbelle, S., Faroy, M., & Karplus, M. (2005). Infant Behavior and Development. *Neonatal behavior of infants at familial risk for ADHD*, 220-224. doi:10.1016/j.infbeh.2004.12.002
- Baker, L., & Cantwell, D. P. (1992). Attention deficit disorder and speech/language disorders. *Comprehensive Mental Health Care*, 3-16.
- Bangs, M. E., Tauscher-Wisniewski, S., Polzer, J., Zhang, S., Acharya, N., Desai, D., & Allen, A. J. (2008). Meta-analysis of suicide-related behavior events in patients treated with atomoxetine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 209-218. doi:10.1097/cchi.0b013e31815d88b2
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford press.
- Barkley, R. A. (2006). *A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Publications.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J., & McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of consulting and clinical psychology*, 775. doi:10.1037/0022-006X.58.6.775
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, M., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of abnormal Psychology*, 279. doi:12003449

- Barkley, R. A., & Poillion, M. J. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. *Behavioral disorders*, 150-152. doi:10.1177/019874299401900
- Barry, T. D., Lyman, R. D., & Klinger, L. G. (2002). Academic underachievement and attention-deficit/hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of school psychology*, 259-283. doi:10.1037/0021-843X.111.2.279
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 526-533. doi:10.1097/00004583-199007000-00004
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). *Neonatal behavioral assessment scale*. London: Cambridge University Press.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Zhang, C., Seltzer, N., & Finch, S. J. (2013). Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics*, 5-13. doi:10.1016/j.pec.2004.08.011
- Brook, U., & Boaz, M. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disabilities (LD): adolescents perspective. *Patient Education and Counseling*, 187-191. doi:10.1016/j.pec.2004.08.011
- Brown, R. T., & La Rosa, A. (2002). Recent developments in the pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Professional Psychology: Research and Practice*, 591. doi:10.1037/0735-7028.33.6.591
- Burns, G. L., Boe, B., Walsh, J. A., Sommers-Flanagan, R., & Teegarden, L. A. (2001). A confirmatory factor analysis on the DSM-IV ADHD and ODD symptoms: what is the best model for the organization of these symptoms? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 339-349. doi:10.1023/A:1010314030025
- Byrne, J. M., Bawden, H. N., Dewolfe, N. A., & Beattie, T. L. (1998). Clinical assessment of psychopharmacological treatment of preschoolers with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 613-617. doi:10.1076/jcen.20.5.613.1121
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., & Rapoport, J. L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 607-616. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830070053009
- Cathy, O. (2017). *Weapons of Math Destruction: How Big Data Increases Inequality and Threatens Democracy*. Chicago: Crown Random House.
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of abnormal child psychology*, 87-400. doi:10.1023/A:1015770025043
- Clark, C., Nower, L., & Walker, D. M. (2013). The relationship of ADHD symptoms to gambling behaviour in the USA: results from the National Longitudinal Study of

- Adolescent Health. *International Gambling Studies*, 37-51.
doi:10.1080/14459795.2012.703213
- Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 848-888. doi:10.1176/ajp.126.6.884
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time?. *Prevention Science*, 73-89. doi:10.1023/B:PREV.0000023078.30191.e0
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). Checklists, norms, and clinical interpretation. *ADHD Rating Scale—IV*.
doi:10.1177/0734282905285792
- DuPaul, G. J., & Volpe, R. J. (2009). ADHD and learning disabilities: Research findings and clinical implications. *Current Attention Disorders Reports*, 152-155.
doi:10.1007/s12618-009-0021-4
- Edbom, T., Lichtenstein, P., Granlund, M., & Larsson, J. O. (2006). Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatrica*, 650-657.
doi:10.1111/j.1651-2227.2006.tb02311.x
- Eden, G. F., & Vaidya, C. J. (2008). ADHD and developmental dyslexia: two pathways leading to impaired learning. *Annals of the New York Academy of Science*, 316-327.
doi:10.1196/annals.1416.022
- Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder. A review. *Infants & Young Children*, 109-122. doi:10.1097/00001163-200604000-00004
- Elhoweris, H., Mohamed, A., Almuhairey, O., Takriti, R., Alhosani, N., & Sartawi, A. (2020). UAE Elementary Teachers' Use of ADHD Referral and Management Strategies. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 337-352. doi:10.26803/ijlter.19.6.20
- Evans, S. W., Langberg, J., Raggi, V., Allen, J., & Buvinger, E. C. (2005). Development of a school-based treatment program for middle school youth with ADHD. *Attention Disorders*, 343-353. doi:10.1177/1087054705279305
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2004). A controlled study of functional impairments in 500 ADHD adults. *In 157th Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. doi:10.1017/CBO9781139035491.005
- Faraone, S. V., Biederman, J., Lehman, B. K., Keenan, K., Norman, D., Seidman, L. J., & Chen, W. J. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results from a family genetic study. *The American Journal of psychiatry*. doi:10.1176/ajp.150.6.891
- Faraone, S. V., Biederman, J., Morley, C. P., & Spencer, T. J. (2008). Effect of stimulants on height and weight: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 994-1009. doi:10.097/CHI.ObO13e31817eOea7

- Feingold, B. (1975). *Why is your child hyperactive*. New York: Random House.
- Findling, R. L. (2008). Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a review. *Clinical Therapeutics*, 942-957. doi:10.1016/j.clinthera.2008.05.006
- Flory, K., Molina, B., Pelhman Jr, W. E., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 571-577. doi:10.1207/s15374424jccp3504_8
- Franke, B., Faraone, S. V., Asherson, P., Buitelaar, J., Bau, C., Ramos- Quiroga, J. A., & Reif, A. (2012). The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular Psychiatry*, 960-987. doi:10.1038/mp.2011.138
- Frick, P. J., Kamphaus, R. W., Lahey, B. B., Loeber, R., Christ, M., Hart, E. L., & Tannenbaum, L. E. (1995). Erratum: Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi:10.1037/0022-006X.63.2.220
- Funk, J. B., & Ruppert, E. S. (1984). Language disorders and behavioral problems in pre-school children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. doi:10.1097/00004703-198412000-00013
- Gagne, J. R., Saudino, K. J., & Asherson, P. (2011). The genetic etiology of inhibitory control and behavior problems at 24 months of age. *Journal of child psychology and psychiatry*, 1155-1163. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02420.x
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Grodzinsky, G. M., & Diamond, R. (1992). Frontal lobe functioning in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 427-445. doi:10.1080/87565649209540536
- Guanglun, M. M., Yang, H., & Yan, W. (2017, October). Building resilience of students with disabilities in China: The role of inclusive education teachers. *Teacher and Teaching Education*, 68, 125-134.
- Gureasko-Moore, S., DuPaul, G. J., & White, G. P. (2007). Self-management of classroom preparedness and homework: Effects on school functioning of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 647-664. doi:10.1080/02796015.2007.12087923
- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 729-749. doi:10.1007/BF01447474
- Hazell, P. L., Carr, V. J., Lewin, T. J., Dewis, S. A., Heathcote, D. M., & Brucki, B. M. (1999). Effortful and automatic information processing in boys with ADHD and specific learning disorders. *The journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 275-286. doi:10.1111/1469-7610.00441

- Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., & Wigal, T. (2005). Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 74-86. doi:10.1207/s15374424jccp3401_7
- Jacobs, J. R., Voineskos, A. N., Hawco, C., Stefanik, L., Forde, N. J., Dickie, E. W., & Ameis, S. H. (2021). Integration of brain and behavior measures for identification of data-driven groups cutting across children with ASD, ADHD, or OCD. *Neuropsychopharmacology*, 643-653. doi:10.1038/s41386-020-00902-6
- Jerome, L., Segal, A., & Habinski, L. (2006). What we know about ADHD and driving risk: a literature review, meta-analysis and critique. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 105. doi:18392181
- Johnson, J., & Reid, R. (2011). Overcoming executive function deficits with students with ADHD. *Theory into Practice*, 61-67. doi:10.1080/00405841.2010.534942
- Johnston, C., Lui, J. H., & Williamson, D. (2014). Adult ADHD and Positive Parenting-Is There a Relationship? *The ADHD report*, 1. doi:101521adhd20142211
- Jones, C. (1989). Managing the difficult child. *Family Day Caring*, 6-7.
- Kakouros, E., Maniadaki, K., & Papaeliou, C. (2004). How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 41-53. doi:10.1177/1363275204041962
- Kent, K. M., Pelham, W. E., Molina, B. S., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., & Karch, K. M. (2001). The academic experience of male high school students with ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 451-462. doi:10.1007/s10802-010-9472-4
- Koltermann, G., Becker, N., Wauke, A., de Oliveira, C. P., Gomides, M., Paiva, G. M., & de Salles, J. F. (2020). Intragroup differences and similarities in performance on rapid automatized naming tasks in children with ADHD symptoms, children with reading disabilities, and controls. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. doi:10.1590/2237-6089-2019-0014
- Kuriyan, A. B., Pelham, W. E., Molina, B. S., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Sibley, M. H., & Kent, K. M. (2013). Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27-41. doi:10.1007/s10802-012-9658-z
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., Van Daalen, E., Fegert, J., & Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 11-28. doi:10.1016/S0924-977X(03)00045-2
- Lam, L. T. (2002). Attention deficit disorder and hospitalization due to injury among older adolescents in New South Wales, Australia. *Journal of attention disorders*, 77-82. doi:10.1177/10870547020060020

- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHA Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 241-255. doi:10.1007/s12402-010-0045-8
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 643-654. doi:10.1093/jpepsy/js1054
- Lougy, R. A., & Rosenthal, D. K. (2002). *ADHD: A survival guide for parents and teachers*. Hope Press.
- Mahajan, N., Hong, N., Wigal, T. L., & Gehricke, J. G. (2010). Hyperactive-impulsive symptoms associated with self-reported sleep quality in nonmedicated adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 132-137. doi:10.1177/10870547093471
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of general psychiatry*, 565-576. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820190067007
- Martinez-Badia, J., & Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World journal of psychiatry*, 379. doi:10.5498/wjp.v5.i4.379
- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2005). A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 377-384. doi:10.1097/01.chi.0000153228.72591.73
- Mick, E., Byrne, D., Fried, R., Monuteaux, M., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2011). Predictors of ADHD persistence in girls at 5-year follow-up. *Journal of attention disorders*, 183-192. doi:10.1177/1087054710362217
- Morrissey, J. (2018, August 2). *The New York Times*. Ανάκτηση από How to Write a Good College Application Essay: <https://www.nytimes.com/2018/08/02/education/learning/writing-college-application-essay.html?ref=collection%2Fsectioncollection%2Feducation&action=click&contentCollection=education®ion=rank&module=package&version=highlights&contentPlacement=2&pgtype=s>
- Nakao, T., Radua, J., Rubia, K., & Mataix-Cols, D. (2011). Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *American Journal of Psychiatry*, 1154-1163. doi:10.1176/appi.aip.2011.11020281
- Ninowski, J. E. (2010). Early temperament and emotion regulation in infants at familial risk for ADHD: the role of maternal parenting. *Unpublished Doctoral Dissertation. University of Calgary*. doi:10.11575/PRISM/3354
- Papaeliou, C. F., Maniadaki, K., & Kakouros, E. (2015). Association between story recall and other language abilities in schoolchildren with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 53-62. doi:10.1177/1087054712446812

- Pehlivanidis, A. (2012). Awareness of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Greece. *Psychiatrike=Psychiatriki*, 60-65. doi:22796974
- Pelham Jr, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 184-214. doi:10.1080/15374410701818681
- Polanczyk, G., & Rohde, L. A. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current opinion in psychiatry*, 386-392. doi:10.1097/YCO.0b013e3281568d7a
- Posner, K., Melvin, G. A., Murray, D. W., Gugga, S. S., Fisher, P., Skrobala, A., & Greenhill, L. L. (2007). Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The preschoolers with attention-deficit/hyperactivity treatment study (PATs). *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 547-562. doi:10.1089/cap.2007.0075
- Robb, J. A., Sibley, M. H., Pelham, W. E., Michael Foster, E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., & Kuriyan, A. B. (2011). The estimated annual cost of ADHD to the US education system. *School Mental Health*, 169-177. doi:10.1007/s12310-011-9057-6
- Sax, L., & Kautz, K. J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *The Annals of Family Medicine*, 171-174. doi:10.1370/afm.3
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 175-186. doi:10.1016/S2215-0366(17)30167-0
- Sharkey, L., & Fitzgerald, M. (2007). *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. John Wiley & Sons Ltd.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2008). Paying attention to reading: the neurobiology of reading and dyslexia. *Development and psychopathology*, 1329-1349. doi:10.1017/S0954579408000631
- Sherzada, A. (2012). An analysis of ADHD drugs: Ritalin and Adderall. *JCCC Honors Journal*. doi:2154-7548
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*. doi:10.7189/jogh.11.04009
- Sultan, R. S., Liu, S. M., Hacker, K. A., & Olfson, M. (2021). Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Adverse Behaviors and Comorbidity. *Journal of Adolescent Health*, 284-291. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.09.036
- Swanson, J. M., McBurnett, K., Christian, D. L., & Wigal, T. (1995). Stimulant medications and the treatment of children with ADHD. *In Advances in clinical child psychology*, 265-322. doi:10.1007/978-1-4757-9044-3_7
- Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 219-223. doi:10.1111/j.1469-7610.1989.tb00236.x

- Tamam, L., Karakus, G., & Ozpyraz, N. (2008). Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 385-393. doi:10.1007/s00406-008-0807-x
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of disease in childhood*, 260-265. doi:10.1136/archdischild-2011-300482
- Turecki, S. (1989). The difficult child center. Στο W. B. Carrey, & S. C. McDevitt, *Clinical and educational applications of temperament research*. (σσ. 141-153). Berwin Pa: Swets North American.
- Wehmeir, P., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 209-217. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.09.009
- Weiss, M., & Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Cmaj*, 715-722. doi:12642429
- Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1039-1048. doi:10.1111/1469-7610.00691
- Wymbs, B., Molina, B., Pelham, W., Cheong, J., Gnagy, E., Belendiuk, K., & Waschbusch, D. (2012). Risk of intimate partner violence among young adult males with childhood ADHD. *Journal of attention Disorders*, 373-383. doi:10.1177/1087054710389987

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Γιαννόπουλου, Ι. Γ. (2008). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο. Στο Η. Κουρκούτας, & J. P. Chartier, *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές*. (σσ. 287-302). Αθήνα: Τόπος.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). Η φύση της σχέσης ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ, τις μαθησιακές δυσκολίες και τη δυσλεξία. Στο Ε. Κάκουρος, & Ε. Μανιαδάκη, *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (σσ. 161-180). Αθήνα: Gutenberg.
- Καλαντζή- Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2005). *Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ – IV*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουρκούτας, Η. Ε. (2007). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μανιαδάκη, Κ. (2001). Η φύση και τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος, *Το υπερκινητικό παιδί και οι δυσκολίες του στη μάθηση και τη συμπεριφορά*. (σσ. 15-46). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Μανιαδάκη, Κ. (2012). Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ στην πορεία της ανάπτυξης. Στο Ε. Κάκουρος, & Κ. Μανιαδάκη, *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. (σσ. 19-56). Αθήνα: Gutenberg.
- Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2007). Μετάφραση και Προσαρμογή της Κλίμακας Αξιολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ADHDT; Gilliam, 1995). Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση, *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. (σ. 207). Αθήνα: Πεδίο.
- Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2013). Ψυχοπαθολογία ανήλικων παραβατών στην Ελλάδα. Στο Η. Κουρκούτας, & Θ. Θάνος, *Σχολική βία και παραβατικότητα* (σσ. 137-164). Αθήνα: Τόπος.
- Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2016). *Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ. Από τη θεωρία στην πράξη*. Αθήνα: GUTENBERG.

Πηγές Εικόνων

Εικόνα 1: <https://parentsgo.kidsgo.com.cy/diataraxi-elleimmatikis-prosoxis-yperkinitikotitas-sta-paidia-dep-y>

Εικόνα 2: <https://upbility.gr/blogs/blog/depy-plirofories-gia-tous-goneis>

Εικόνα 3: <https://kalimeristherapist.com/%CE%B4%CE%B5%CF%80%CF%85>

Εικόνα 4: <https://e-didaskalia.blogspot.com/2020/01/depy.html>

Εικόνα 5: <https://e-didaskalia.blogspot.com/2020/01/depy.html>

Attention
Deficit
Hyperactivity
Disorder