



Πανεπιστήμιο  
Ιωαννίνων

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:**

**ΓΟΝΕΪΚΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ-ΙΩΑΝΝΑ (17723)**

**ΤΙΝΑΝΑ ΛΑΜΠΡΙΝΗ (17704)**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2021**



Πανεπιστήμιο  
Ιωαννίνων

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:  
ΓΟΝΕΪΚΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ-ΙΩΑΝΝΑ (17723)**

**ΤΙΝΑΝΑ ΛΑΜΠΡΙΝΗ (17704)**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2021**

**ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY  
DISORDER: PARENTAL STRESS AND  
COUNSELING INTERVENTION**

**Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή**

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2021

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

1. Επιβλέπων καθηγητής

Όνομα, Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

2. Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

3. Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Όνομα Επίθετο,

τίτλος, βαθμίδα

Υπογραφή

© Μαθιουδάκη Μαρία-Ιωάννα, Τίνανα Λαμπρινή 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

### **Δήλωση μη λογοκλοπής**

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Όνοματεπώνυμο: Μαθιουδάκη Μαρία Ιωάννα, Τίνανα Λαμπρινή

Υπογραφή

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη ΔΕΠ-Υ, μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή με έναρξη στα πρώτα παιδικά χρόνια και πυρηνικά συμπτώματα την ελλειμματική προσοχή, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα. Ξεκινώντας με την ιστορική εξέλιξη της διαταραχής, συνεχίζει με την αποσαφήνιση του όρου ΔΕΠ-Υ και την κλινική εικόνα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με το αναπτυξιακό του στάδιο. Έπειτα, παρατίθενται επιδημιολογικά στοιχεία της διαταραχής και γίνεται αναφορά στους παράγοντες της αιτιοπαθογένειάς της. Αναλύονται, ακόμη, οι συνήθεις διαταραχές οι οποίες εμφανίζουν συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ, καθώς κατέχει τα υψηλότερα ποσοστά συνύπαρξης με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Η διαδικασία και οι μέθοδοι της διάγνωσης αναπτύσσονται μετέπειτα, καθώς και η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, μία σύνθετη και χρονοβόρα εργασία. Επιπλέον, υπογραμμίζονται το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα των γονέων, μετά το πέρας της ανακοίνωσης της διάγνωσης, θέμα που καταλαμβάνει σημαντικό μέρος της εργασίας, αφού διερευνά το ψυχοσυναισθηματικό προφίλ των γονέων παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Γίνεται, επίσης, αναφορά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ, τις φαρμακευτικές και ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις, καθώς και στην αποτελεσματικότητά τους. Καταλήγοντας, εξετάζονται οι γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης τόσο στα παιδιά και τους έφηβους όσο και στο οικογενειακό τους πλαίσιο, ενώ αξιοσημείωτη είναι η συμβουλευτική παρέμβαση στο παιδί, την οικογένεια και τον εκπαιδευτικό, με την οποία ολοκληρώνεται η εργασία.

**Λέξεις-κλειδιά:** αναπτυξιακή διαταραχή, ΔΕΠ-Υ, Ελλειμματική προσοχή, παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα, Γονεϊκό άγχος, συμβουλευτική παρέμβαση

## **ABSTRACT**

The present paper deals with ADHD a neurodevelopmental disorder which starts in early childhood with nuclear symptoms of deficit attention, impulsivity and hyperactivity. Starting with the historical evolution of the disorder, the term of ADHD is being clarified and also the clinical picture of the child, according to its developmental stage. Then, epidemiological elements of the disorder are listed and reference is made to its causal factors. The usual disorders co-ordinating with ADHD are analyzed, as ADHD holds the highest coexistence rates with other childhood disorders. The process and methods of diagnosis are later developed, as well as the Differential Diagnosis of ADHD which are a complex and time-consuming work. In addition, the stress and negative feelings of parents are underlined, after the announcement of the diagnosis, a significant part of the work, since it explores the mental profile of children's parents with ADHD. There is also a reference to the therapeutic interventions for ADHD like pharmaceutical and psychopeductive, as well as their effectiveness. Moreover, cognitive-behavioral intervention techniques both in children-adolescents and their family are considered, while, significant and last part of this paper is, the counselling intervention to the child, family and teacher.

**Keywords:** neurodevelopmental disorder, ADHD, deficit attention, impulsivity, hyperactivity, parental stress, counselling intervention



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	7
ABSTRACT .....	8
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	12
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ .....	13
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> .....	14
1.1 Ιστορική Εξέλιξη .....	14
1.2. Ορισμός ΔΕΠ-Υ και DSM-5 .....	16
1.3. Σύγχρονα Διαγνωστικά Κριτήρια της ΔΕΠΥ .....	17
1.4. Κλινική εικόνα ΔΕΠ-Υ και η αναπτυξιακή πορεία .....	21
1.4.1. Κλινική εικόνα στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ .....	25
1.5. Διάκριση μεταξύ φυσιολογικής ζωηρότητας και ΔΕΠ-Υ.....	26
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> .....	29
2.1 Η επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ .....	29
2.1.1. Η συχνότητα εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ .....	29
2.1.2. Η ΔΕΠ-Υ στην Ελλάδα .....	30
2.1.3. Διαφορές φύλου στη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ .....	30
2.2. Τα αίτια της ΔΕΠ-Υ .....	32
2.2.1. Γενετικοί παράγοντες .....	32
2.2.2. Νευρολογικοί παράγοντες .....	33
2.2.3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	35
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> .....	37
3.1 Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ .....	37
3.1.1 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης και Διαταραχή Διαγωγής.....	37
3.1.2 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Άγχους.....	38
3.1.3 ΔΕΠ-Υ και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή .....	39

3.1.4 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Μυοσπασμάτων.....	39
3.1.5 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.....	39
3.1.6 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Κατάθλιψης - Διπολικές Διαταραχές.....	40
3.2 Άλλες συνοδές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	41
3.2.1 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Λόγου και Ομιλίας.....	41
3.2.2 ΔΕΠ-Υ και Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή.....	42
3.2.3 ΔΕΠ-Υ και Νοητική Αναπηρία.....	44
3.2.4 ΔΕΠ-Υ και Αναπτυξιακή Διαταραχή του Συντονισμού των Κινήσεων.....	45
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> .....	47
4.1. Βασικές αρχές για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	47
4.2. Μέσα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά.....	49
4.2.1. Κλίμακες Αξιολόγησης.....	49
4.3. Πρόγνωση.....	50
4.4 Η ανακοίνωση της διάγνωσης στους γονείς.....	51
4.5. Διαφορική Διάγνωση.....	52
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> .....	54
5.1. Η ψυχική υγεία των γονέων και των παιδιών.....	54
5.1.1. Συναισθηματικό προφίλ γονέων.....	54
5.1.2. Πως το άγχος των γονέων επηρεάζει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.....	56
5.1.3. Η ψυχοπαθολογία των γονέων με παιδιά με ΔΕΠ-Υ.....	57
5.1.4. Το συναισθηματικό προφίλ του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.....	58
5.1.5. Τα ξεσπάσματα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από την οπτική των γονέων.....	59
5.1.6 Το συναισθηματικό προφίλ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από την οπτική των γονέων.....	59
5.1.7. Πως επηρεάζονται τα αδέρφια των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	60
5.1.8. Υπάρχει στίγμα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;.....	60

5.2. Δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο σχολικό περιβάλλον .....	61
5.2.1. Η σχέση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους εκπαιδευτικούς.....	62
Κεφάλαιο 6ο .....	64
6.1. Θεραπευτικές Παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ.....	64
6.1.1. Φαρμακευτικές παρεμβάσεις.....	65
6.2. Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις.....	67
6.2.1. Προγράμματα τροποποίησης συμπεριφοράς .....	67
6.2.2. Εκπαίδευση γονέων .....	69
6.2.3. Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις στο σχολείο .....	70
6.2.4. Εκπαίδευση στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων .....	71
6.3. Εναλλακτικές παρεμβάσεις.....	72
6.3.1. Παρεμβάσεις στη διατροφή .....	72
Κεφάλαιο 7 <sup>ο</sup> .....	74
7.1. Γνωσιακές- Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις.....	74
7.1.1. Ειδικές γνωσιακές- συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ .....	74
7.1.2. Γνωσιακές- συμπεριφορικές παρεμβάσεις της οικογένειας παιδιών με ΔΕΠ-Υ .....	77
7.2. Η συμβουλευτική παρέμβαση.....	80
7.2.1. Βασικές αρχές συμβουλευτικής παρέμβασης στους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ .....	80
7.2.2. Ρυθμίσεις σχετικά με τη σχολική μελέτη και άλλα καθημερινά θέματα.....	82
7.2.3. Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών στη θεραπευτική παρέμβαση .....	83
7.2.4. Τεχνικές διαχείρισης της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.....	85
7.2.5. Η συμμετοχή του παιδιού στη θεραπευτική παρέμβαση .....	86
Βιβλιογραφία:.....	88

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Πίνακας 1.1: Συμπτώματα παρουσιών ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatry Association, APA), (DSM-V) .....	18
Πίνακας 2.1.: Βαθμοί βαρύτητας της διαταραχής .....	19
Πίνακας 3.7. Γενικές πρακτικές οδηγίες προς τους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ .....	79
Πίνακας 4.7. Πρακτικές οδηγίες για τη μελέτη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο σπίτι .....	82

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

ΔΕΠ-Υ.....Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας

ΑΡΑ.....American Psychiatry Association

DSM..... Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

---

### 1.1 Ιστορική Εξέλιξη

Για πολλά χρόνια, οι πρώτες επιστημονικές αναφορές σε συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αποδίδονταν στον Βρετανό γιατρό George Still, οι Barkley και Peters (2012), όμως, ανακάλυψαν το σύγγραμμα του Γερμανού γιατρού Melchior Adam Weikard, το οποίο χρονολογείται στο 1775 και αναγνωρίζεται, τελικά, ως η πρώτη γνωστή επιστημονική αναφορά στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Η επόμενη γνωστή αναφορά στη συμπτωματολογία της διαταραχής εντοπίζεται στο βιβλίο του Alexander Crichton, στο οποίο υπάρχει ένα κεφάλαιο σχετικά με τις «διαταραχές της προσοχής» (Crichton, 1798, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Έπειτα, μία, ακόμη, από τις επόμενες γνωστές αναφορές στη ΔΕΠ-Υ είναι αυτή του George Still, το 1902. Σε μια σειρά τριών δημοσιευμένων διαλέξεών του περιέγραψε μια ομάδα παιδιών, τα οποία παρουσίαζαν τα περισσότερα από τα χαρακτηριστικά που αιτιολογούν στη σύγχρονη εποχή την παρουσία της διαταραχής. Επρόκειτο για προβλήματα με τη συντηρούμενη προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και συμπεριφορικά προβλήματα. Σύμφωνα με τον Still, τα παιδιά αυτά ήταν άτομα με έλλειμμα στην «αναστολή της βούλησης» και στον «ηθικό έλεγχο» της συμπεριφοράς τους. Η παρατήρηση αυτής της ομάδας των παιδιών από τον George Still είχε ως επακόλουθο την πρώτη αναφορά στην εμφάνιση της διαταραχής πριν τα 8 έτη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Η διαταραχή έλαβε κατά τα χρόνια διάφορες ονομασίες, οι οποίες καθορίζονταν με βάση την αιτιολογία της, αλλά και το χαρακτηριστικό εκείνο, που θεωρούνταν ως κυρίαρχο της διαταραχής την εκάστοτε εποχή. Το 1947 γεννήθηκε η θεωρία της «Ελάχιστης Εγκεφαλικής Βλάβης» (Strauss & Lehtinen, 1947, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Στις επόμενες δεκαετίες, όμως, ο όρος εξελίχθηκε σε «Ελάχιστη Εγκεφαλική Δυσλειτουργία», εξαιτίας της έλλειψης αποδείξεων για την ύπαρξη εγκεφαλικής βλάβης (Kessler, 1980, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Ωστόσο, όπως δηλώνει ο Kirk (1963), η έννοια του συνδρόμου «Ελάχιστης Εγκεφαλικής Δυσλειτουργίας» άρχισε βαθμιαία να φθίνει, καθώς θεωρήθηκε εξαιρετικά ευρεία, αόριστη και χωρίς ιδιαίτερη επίδραση στη θεραπευτική αντιμετώπιση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Όπως προκύπτει, το ερευνητικό ενδιαφέρον μετατοπίστηκε στο σύμπτωμα εκείνο, το οποίο θεωρούνταν ως το πιο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής, δηλαδή, στην υπερκινητικότητα. Το 1952, στην πρώτη έκδοση του DSM, για αναφορές που γίνονται στην υπερκινητική και παρορμητική συμπεριφορά των παιδιών, χρησιμοποιείται ευρύτατα η έννοια της «ανωριμότητας» (American Psychiatric Association, 1952, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Στη δεύτερη έκδοση του DSM το σύνδρομο κάνει την εμφάνισή του με την ονομασία «Υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία» (American Psychiatric Association, 1968).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, ο αριθμός των ερευνών με αντικείμενο την υπερκινητικότητα αυξήθηκε. Οι βασικές απόψεις που επικράτησαν εκείνη την περίοδο για τη φύση της διαταραχής είναι η θεωρία του Wender (1971), ο οποίος διατήρησε τον όρο «Ελάχιστη Εγκεφαλική Δυσλειτουργία» και η θεωρία της Douglas (1972), η οποία υποστήριξε πως το κυρίαρχο αίτιο των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα υπερκινητικά παιδιά δεν είναι η ίδια η υπερκινητικότητά τους, αλλά τα ελλείμματα στη συντηρούμενη προσοχή και στις διαδικασίες αυτορρύθμισης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Μεταγενέστερα, το 1980, η επιρροή της θεωρίας της Douglas ήταν τόσο μεγάλη που συνέβαλε στη μετονομασία της διαταραχής σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (με ή χωρίς Υπερκινητικότητα) στο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Στην έκδοση αυτή, τα ελλείμματα στην ικανότητα για παρατεταμένη προσοχή και στον ανασταλτικό έλεγχο της συμπεριφοράς αναγνωρίστηκαν επίσημα ως πιο σημαντικά για τη διάγνωση από ό,τι η υπερκινητικότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III (DSM-III-R· American Psychiatric Association, 1987), το σύνδρομο συμπεριέλαβε και πάλι την υπερκινητικότητα στην ονομασία του και καθιερώθηκε πλέον ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Κατά τη δεκαετία του 1990, εκδόθηκε το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Στην έκδοση αυτή, η ΔΕΠ-Υ εντάσσεται μαζί με τη Διαταραχή της Διαγωγής και τη Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης, στην κατηγορία «Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς» και στην ευρύτερη κατηγορία «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία». Καταλήγοντας, στα τέλη της ίδιας δεκαετίας, είχε καταστεί σαφές, ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια διαταραχή με νευρολογικό και γενετικό υπόβαθρο και ότι δεν είναι απότοκο

οικογενειακών ή κοινωνικών επιδράσεων, αλλά και ότι αφορά μια χρόνια διαταραχή, η οποία δεν εξαφανίζεται στην εφηβεία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016)

## 1.2. Ορισμός ΔΕΠ-Υ και DSM-V

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) - διεθνώς Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) - είναι μια από τις συχνότερες νευροβιολογικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία εκδηλώνεται, κατά ένα σημαντικό ποσοστό, και στην ενήλικη ζωή. Είναι μια από τις πιο μελετημένες και τεκμηριωμένες παιδοψυχιατρικές διαταραχές παγκοσμίως, έχει συγχρόνως προκαλέσει τις περισσότερες συζητήσεις και εξακολουθεί να υποδιαγιγνώσκεται σε πολλές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠΥ, 2020)

Είναι μία διαταραχή που εκδηλώνεται διαφορετικά ανάλογα με το φύλο, την ηλικία του παιδιού, τις συνήθειες αντιδράσεις των γονέων στη συμπεριφορά του παιδιού και τις συνθήκες μέσα στις οποίες εκδηλώνεται. Ως διαταραχή δε σχετίζεται με χαμηλό νοητικό δυναμικό. Ωστόσο, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ διαφέρουν από το μέσο όρο των ατόμων του ίδιου αναπτυξιακού επιπέδου στην ικανότητα να εστιάσουν την προσοχή τους να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους και σε μερικές περιπτώσεις να περιορίσουν την κινητικότητα τους. (Βλασσοπούλου και συν., 2015). Υπάρχει αφθονία όρων εκ των οποίων συνηθισμένοι είναι: υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα (δηλαδή παράλογες, βίαιες ή και επικίνδυνες πράξεις που αισθάνεται έντονα ότι πρέπει να κάνει το παιδί), ψυχοκινητική αστάθεια (όπου στην πραγματικότητα ταυτίζεται με την υπερκινητικότητα ή την υπερκινησία ανάλογα με την ορολογία), η ανησυχία, η παιδική αντιδραστικότητα (δηλαδή η συμπεριφορά του παιδιού που εκδηλώνεται με την απόρριψη της εξουσίας του ενηλίκου χωρίς ισχυρό και έγκυρο κίνητρο) και πολλοί ακόμα (Nayebi, 2006· 2015).

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, στην πέμπτη έκδοση που δημοσιεύτηκε το 2013, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας αναφέρεται ως επίμονη διαταραχή της προσοχής ή/και υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα που επηρεάζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη, όπως χαρακτηρίζεται από απροσεξία ή/και την υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Επιπλέον, καταργείται η ενότητα με τον τίτλο «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική, ή εφηβική ηλικία», στην οποία συμπεριλαμβανόταν μέχρι πρότινος η ΔΕΠ-Υ, και η διαταραχή



εντάσσεται πλέον σε μία νέα ενότητα με τον τίτλο «Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Για την ακρίβεια στο DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) έχει δημιουργηθεί μία ευρύτερη διαγνωστική κατηγορία σε σχέση με την προηγούμενη έκδοση η οποία διευκολύνει την έγκαιρη διάγνωση της ,με πιο αναλυτική αξιολόγηση. Μία ακόμα σημαντική αλλαγή που αναφέρεται στην νεότερη έκδοση του DSM-5 είναι ότι καταργούνται οι τρεις τύποι της ΔΕΠ-Υ και αντικαθίστανται από τρεις διαφορετικές παρουσίες, οι οποίες αντιπροσωπεύουν την τρέχουσα εκδήλωση της διαταραχής κατά την αξιολόγηση. (American Psychiatric Association, 2013) Σύμφωνα με το διαγνωστικό αυτό εγχειρίδιο παρουσιάζονται τρεις (τύποι) παρουσίες της ΔΕΠ-Υ:

- ♦ Με προεξάρχουσα την απρόσεχτη παρουσία: Όταν πληρούται το κριτήριο της απροσεξίας αλλά δεν πληρούται το κριτήριο υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας κατά τους τελευταίους έξι μήνες .
- ♦ Με προεξάρχουσα την υπερκινητική/παρορμητική παρουσία : Όταν πληρούται το κριτήριο της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας αλλά δεν πληρούται το κριτήριο της απροσεξίας κατά τους τελευταίους έξι μήνες.
- ♦ Συνδυασμένη παρουσία: Όταν πληρούνται συγχρόνως τα κριτήρια της απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας κατά τους τελευταίους έξι μήνες.

Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί αν βρίσκεται:

Σε μερική ύφεση (μπορεί να θεωρηθεί ως μία τέταρτη παρουσία): Όταν προηγουμένως πληρούνταν τα κριτήρια, κατά τους τελευταίους έξι μήνες δεν πληρούνται τα κριτήρια, και τα συμπτώματα εξακολουθούν να δυσκολεύουν την κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα του.

### **1.3. Σύγχρονα Διαγνωστικά Κριτήρια της ΔΕΠΥ**

Διαπιστώνεται ότι κάθε χρόνο παρουσιάζονται αλλαγές στα χαρακτηριστικά ατόμων ΔΕΠ-Υ, στην συμπτωματολογία και τα αίτια καθώς όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω είναι μια από τις πιο μελετημένες και τεκμηριωμένες παιδοψυχιατρικές διαταραχές παγκοσμίως, η οποία συνεχίζει να διερευνάται. Παρόλα αυτά υπάρχουν συγκεκριμένα εγχειρίδια που χρησιμοποιούνται , το DSM-5 που αναφέρθηκε νωρίτερα και το ICD-10 .Τα εγχειρίδια αυτά παρουσιάζουν ανάλογα με τις αλλαγές σε κάθε τους έκδοση , εξειδικευμένα διαγνωστικά κριτήρια με βασικά συμπτώματα ώστε να πραγματοποιηθεί η διάγνωση.

**Πίνακας 1.1: Συμπτώματα τύπων (παρουσιών) ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatry Association, APA), (DSM-5)**

Συμπτώματα προεξάρχουσας απρόσεχτης παρουσίας	Συμπτώματα προεξάρχουσας υπερκινητικής/παρορμητικής παρουσίας	Συμπτώματα συνδυασμένης παρουσίας
1. Συχνά αποτυγχάνει να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή είναι απρόσεχτο στο σχολείο, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.	1. Συχνά κινεί νευρικά χέρια και πόδια ή στριφογυρνά στη θέση του.	Πληρούνται αμφότερα τα κριτήρια της Απροσεξίας και της υπερκινητικότητας και/ή παρορμητικότητας.
2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε δουλειές ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού.	2. Συχνά σηκώνεται από τη θέση του στη τάξη σε μη αναμενόμενες περιστάσεις.	
3. Συχνά δεν φαίνεται να ακούει όταν του μιλούν .	3. Συχνά τρέχει γύρω-γύρω ή σκαρφαλώνει σε μέρη που δεν επιτρέπεται.	
4. Συχνά δυσκολεύεται να ακολουθήσει μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να τελειώσει σχολικές εργασίες, μικροθελήματα ή άλλες υποχρεώσεις στον χώρο εργασίας.	4. Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου ήρεμα.	
5. Συχνά δυσκολεύεται στην οργάνωση καθηκόντων και δραστηριοτήτων.	5. Συχνά είναι «εν κινήσει» ή ενεργεί σαν «να κινείται με μηχανή».	
6. Συχνά αποφεύγει, δυσανασχετεί ή είναι απρόθυμο να εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκή νοητική προσπάθεια	6. Συχνά μιλά υπερβολικά	
7. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για καθήκοντα ή δραστηριότητες που έχουν δοθεί για το σπίτι.	7. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν καν ολοκληρωθεί η ερώτηση.	
8. Συχνά διασπάται η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα	8. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του.	
9. Συχνά ξεχνάει καθημερινές δραστηριότητες.	9. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους.	

(American Psychiatric Association, 2013)

Επιπλέον έχει τεθεί βαθμός βαρύτητας της διαταραχής ο οποίος πρέπει να προσδιορίζεται.

**Πίνακας 2.1.: Βαθμοί βαρύτητας της διαταραχής**

<b>Ήπια</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Σοβαρή</b>
Τα συμπτώματα είναι λίγα αλλά αρκετά για δοθεί διάγνωση και οδηγούν σε μικρή έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.	Ο αριθμός των συμπτωμάτων ή η έκπτωση της λειτουργικότητας κυμαίνονται ανάμεσα στο «ήπια» και στο «σοβαρή».	Πολλά συμπτώματα υπερβαίνουν σε αριθμό εκείνον που απαιτείται για να δοθεί διάγνωση ή μερικά συμπτώματα είναι ιδιαίτερα σοβαρά ή τα συμπτώματα οδηγούν σε σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠΥ σύμφωνα με το DSM-5 (2013) είναι να πληροί:

- Έξι (ή περισσότερα) από τα εννιά κριτήρια απροσεξίας ή/και τουλάχιστον έξι (ή περισσότερα) από τα εννιά κριτήρια υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας (για τους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας και τους ενήλικες τα συμπτώματα πρέπει να είναι τουλάχιστον πέντε ώστε να γίνει διάγνωση).
- Παρουσία των συμπτωμάτων πριν από την ηλικία των δώδεκα ετών.
- Εμφάνιση των συμπτωμάτων για τουλάχιστον έξι μήνες
- Παρουσία των συμπτωμάτων σε δύο τουλάχιστον πλαίσια(στο σπίτι, στο σχολείο ή τη δουλειά, σε άλλες δραστηριότητες).
- Η παρουσία των συμπτωμάτων να επηρεάζει ή να μειώνει την κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου.
- Η παρουσία των συμπτωμάτων να είναι ασύμβατη με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού.
- Τα συμπτώματα να μην εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας ψυχωτικών διαταραχών και να μην εξηγούνται καλύτερα με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.

Σημαντικό επίσης είναι να αναφερθούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με την Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD) που αποτελεί μία κωδικοποίηση των νοσημάτων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στη Γενεύη. Το βασικό αυτό διαγνωστικό εγχειρίδιο φαίνεται ότι χρησιμοποιείται περισσότερο στην Ευρώπη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Σύμφωνα με το ICD-10, αναγνωρίζεται ως διαταραχή υπερκινητικότητας και ταξινομείται σε τέσσερις τύπους:

- ◆ Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής
- ◆ Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου
- ◆ Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου
- ◆ Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη

Προκειμένου να τεθεί διάγνωση ορίζεται ότι πρέπει να συνυπάρχουν τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά της διαταραχής, δηλαδή η ελλειμματική προσοχή και η υπερκινητικότητα και επιπλέον τα δευτερογενή χαρακτηριστικά της τα οποία είναι:

- να έχουν κάνει την πρώτη εμφάνισή τους πριν το 6ο έτος της ηλικίας
- να διαρκούν επί μακρόν
- να μην αντιστοιχούν στην ηλικία και στο δείκτη νοημοσύνης του παιδιού και
- να είναι εμφανή σε περισσότερες από μία καταστάσεις

Επίσης, θα πρέπει να αποκλειστεί η ύπαρξη: διαταραχής άγχους, συναισθηματικών διαταραχών, διάχυτων διαταραχών ανάπτυξης ή σχιζοφρένειας. Τέλος, καθοριστικός παράγοντας για την ακριβή διάγνωση είναι η απουσία ή η παρουσία συμπτωμάτων

Συμπεριλαμβάνοντας την αναθεωρημένη έκδοση του ICD (δηλαδή το ICD-11) παρατηρούνται αλλαγές σε σχέση με το ICD-10 αλλά και κοινά πλέον σημεία με το αναθεωρημένο επίσης DSM-V. Η διαταραχή εντάσσεται και στο ICD-11 πλέον στις «Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές» και η ονομασία είναι «Διαταραχές ελλειμματικής προσοχής». Παρουσιάζονται ωστόσο, δύο κατηγορίες σε αυτές τις διαταραχές οι οποίες είναι η «Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητα» και η «διαταραχή ελλειμματικής προσοχής» όπου στην πρώτη ταξινομούνται οι τύποι:

- ♦ ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό τύπο
- ♦ ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον παρορμητικό τύπο
- ♦ ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεχτο τύπο

και στην δεύτερη οι τύποι:

- ♦ ΔΕΠ-Υ συνδυασμένος τύπος
- ♦ ΔΕΠ-Υ αλλιώς καθοριζόμενη
- ♦ ΔΕΠ-Υ μη καθοριζόμενη

Η δεύτερη χαρακτηρίζεται ως: «Διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μια επίμονη σημαντική δυσκολία διατήρησης της προσοχής σε δραστηριότητες που δεν παρέχουν υψηλό επίπεδο διέγερσης ή συχνές αμοιβές, η οποία είναι δυσανάλογη με τη γενική γνωστική ανάπτυξη και δεν συνοδεύεται από σημαντική παρορμητικότητα ή υπερκινητικότητα. Εμφανίζεται σε ποικιλία πλαισίων με το συνδυασμό δυσκολιών στη συγκέντρωση της προσοχής, διάσπαση προσοχής, προβλήματα στην οργάνωση, συχνή απώλεια πραγμάτων και αποτυχία επικέντρωσης της προσοχής σε λεπτομέρειες των ανειλημμένων εργασιών. Η ελλειμματική προσοχή συχνά εκδηλώνεται από την παιδική ηλικία. Αυτή η κατηγορία προσδιορίζεται ως μία απ' αυτές που χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση». (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Παρ' όλα αυτά προβλέπονται ίσως κάποιες αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια που θα εκδοθούν στο επίσημο ICD-11.

#### **1.4. Κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ και αναπτυξιακή πορεία**

Από τις συχνότερες εκφράσεις από γονείς ή εκπαιδευτικούς για παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι : «Αυτό το παιδί δεν έχει ησυχία», «είναι μονίμως «στην πρίζα» », «τρέχει δεξιά-αριστερά, σκαρφαλώνει παντού, συχνά χωρίς κάποιο λόγο.» (Nayebi,2006-2015). Αναφέρεται από

μητέρες ακόμη, ότι ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης ένιωθαν κάποιου είδους ανησυχία και έντονη κινητικότητα του εμβρύου, ενώ στη συνέχεια ως μωρά ήταν «δύσκολα» και υπερβολικά ανήσυχα. (Weiss & Hechtman, 1979· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Αναφέρεται επίσης ότι από πολύ νωρίς ένιωθαν συναισθήματα άγχους και χαμηλής αυτοεκτίμησης σε ότι αφορούσε την ανατροφή των παιδιών τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν βρέφη με ΔΕΠΥ είναι κυρίως οι υπερβολικές ευαισθησίες σε ερεθίσματα, τα οποία σχετίζονται με τον θόρυβο, το σκοτάδι ή τη θερμοκρασία ή από την άλλη μεριά η ασυνήθιστη χαλαρότητά τους, η οποία εκδηλώνεται με πολλές ώρες ύπνου. Τις περισσότερες φορές, ωστόσο, χαρακτηρίζονται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα στην κούνια τους, κλαίει και κοιμούνται λιγότερες ώρες απ' όσο θα έπρεπε. Ακόμη εμφανίζουν δυσκολίες στην λήψη τροφής καθώς δεν «συμβιβάζονται» στο πρόγραμμα των γευμάτων τους και δυσκολεύονται ιδιαίτερα στις αλλαγές που πραγματοποιούνται στο φαγητό τους (στο πέρασμα από υγρή τροφή σε στερεή). Αυτά τα «δύσκολα» βρέφη λοιπόν, είναι επίφοβα να έχουν δυσκολίες στο λόγο και την ομιλία, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και γενικότερα ένα φάσμα αναπτυξιακών δυσκολιών και ενδεχομένως και ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Ωστόσο, τα κλινικά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ γίνονται κυρίως αντιληπτά από την νηπιακή ηλικία και έπειτα. Η μέση ηλικία εκδήλωσης είναι μεταξύ τριών και τεσσάρων ετών (Αντωνίου, 2014).

Η κλινική εικόνα βέβαια, μπορεί να διαφέρει από παιδί σε παιδί ανάλογα με την επίδραση διαφορετικού συνδυασμού γενετικών, περιβαλλοντικών, νευροψυχολογικών και άλλων παραγόντων και αυτός είναι ο λόγος που παρουσιάζονται παιδιά με ίδια διάγνωση, αλλά διαφοροποίηση στα χαρακτηριστικά τους ή αλλιώς ετερογένεια στην εκδήλωση της διαταραχής τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Καίρια σημασία, εξακολουθούν με τα χρόνια να έχουν στην κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, τα συμπτώματα απροσεξίας και/ή παρορμητικότητας-υπερκινητικότητας και σε βαθμό που δεν «αρμόζει» στην ηλικία τους. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Στην νηπιακή ηλικία, είναι δύσκολο να διακριθεί εάν η κατάσταση της ζωηρότητας είναι φυσιολογική ή παθολογική. Παρόλα αυτά τα νήπια με ΔΕΠ-Υ εφόσον διαγνωστούν, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον εκτελεστικό έλεγχο, την μνήμη εργασίας, ό,τι αφορά την οργάνωση τους αλλά και την αναστολή αυθόρμητων αντιδράσεων. Παρατηρείται ελαφρά νοητική και γλωσσική δυσλειτουργία με δυσκολία στις προ-γραφικές και προ-αναγνωστικές

δεξιότητες. Υπάρχουν εμφανώς πιο έντονα προβλήματα, συγκριτικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα, συνομήλικα παιδιά, στον κινητικό συντονισμό. Είναι αδέξια και διαθέτουν ανεξάντλητα αποθέματα ενέργειας. Η κοινωνική συναναστροφή, η σύναψη φιλικών σχέσεων και η συνεργασία αποτελεί ακόμα ένα πρόβλημα (καθώς εμπλέκονται εύκολα σε καβγάδες και δεν είναι υποχωρητικά) σε συνδυασμό με την δυσκολία αλληλεπίδρασής τους με το οικογενειακό περιβάλλον (Gadow & Nolan, 2002· Lahey et al., 1998· Shelton et al., 1998· Sonuga-Barke et al., 1994· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Τα παιδιά αυτά επομένως, «υποκύπτουν» στις παρορμήσεις τους, δεν υπακούσουν και είναι ιδιαίτερα τολμηρά. Δεν απουσιάζει πολλές φορές η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν πρόβλημα στην ομιλία τους συγκριτικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά.

Κατά τη σχολική ηλικία, οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ μπορεί να ενδιαφερθούν για μία δραστηριότητα αλλά θα την εγκαταλείψουν σύντομα και αναφέρεται πως μοιάζουν αφηρημένα. Χάνουν αντικείμενα και ξεχνούν. Πολλές είναι οι φορές που παίρνουν αυθαίρετα το λόγο στην τάξη, μπορεί να μιλούν υπερβολικά και σηκώνονται από την θέση τους ενοχλώντας τους εκπαιδευτικούς και τους συμμαθητές τους, κάτι που τραβάει την προσοχή και αποτελεί «κίνητρο» για τα παιδιά αυτά να συνεχίσουν να ενοχλούν. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Ακόμη, στα πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ ζωντανά, αντιδραστικά, προκαλούν εντάσεις, είναι ανυπόμονα και ευέξαπτα. Επιβεβαιώνεται από τους Sadock & Sadock (2009), ότι τους χαρακτηρίζει η κυκλοθυμία, αφού η διάθεση τους μπορεί να εναλλάσσεται απότομα, από χαρά σε λύπη και το αντίθετο (Αντωνίου, 2014). Απουσιάζει, συχνά, η αίσθηση του κινδύνου γι' αυτό χτυπούν και παθαίνουν ατυχήματα. Μπορεί να κινούν νευρικά χέρια και πόδια και να τρέχουν, να έχουν μειωμένη αντιληπτική-κινητική ικανότητα, να αδυνατούν να ανακαλέσουν γνώσεις και να συνυπάρχουν ταυτόχρονα ή και όχι, απροσεξίες, εμμονές, και η ανεπιτυχής ολοκλήρωση ενός έργου. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Barkley (2003), η ανάληψη καθηκόντων είναι κάτι που τους αγχώνει και το αναβάλλουν, είναι παρορμητικά, δηλαδή πράττουν χωρίς σκέψη και δεν προγραμματίζονται γενικότερα, είναι ατίθασα και δεν υπακούσουν σε οδηγίες, καθώς επίσης είναι πιθανό να εμφανίσουν επιθετική και προκλητική, συμπεριφορά. Τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή δυσκολεύονται πολύ στις κοινωνικές σχέσεις ειδικότερα στο να αναπτύξουν υγιείς σχέσεις με τους συνομηλίκους τους και συχνά προκαλούν προβλήματα στο σχολείο όταν εμπλέκονται σε δραστηριότητες, λόγω αδυναμίας διατήρησης του αυτοελέγχου τους.

Οι δυσκολίες αυτές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επιμένουν και κατά την εφηβική ηλικία. Είναι πιθανό να υποχωρήσουν τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ως ένα βαθμό, όμως τα συμπτώματα της απροσεξίας και τα δευτερογενή προβλήματα που απορρέουν από τη ΔΕΠ-Υ παραμένουν σχετικά σταθερά, και ίσως περιπλέκονται κατά την εφηβεία. (Weiss & Hechtman, 1979· Κάκουρος, 1998· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Βέβαια, όσο και να μειωθούν τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, δεν παύουν να υπερτερούν από αυτά των τυπικά αναπτυσσόμενων εφήβων. Ένα επιπλέον, πρόβλημα που παρατηρείται κατά την εφηβεία είναι ό,τι αφορά την σεξουαλική ζωή. Λόγω της παρορμητικής τους συμπεριφοράς πολύ συχνά οι έφηβοι επιδιώκουν πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα και δεν λαμβάνουν τις κατάλληλες προφυλάξεις κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα αυξημένες πιθανότητες μίας μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης ή προσβολής από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. (Barkley, 2006b· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Ακόμη, οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ είναι επιρρεπείς στον εθισμό, και δεν είναι σπάνιο να επιλέξουν να ανήκουν σε μία ομάδα παραβατικής συμπεριφοράς, ειδικά όταν οι σχέσεις με τους γονείς είναι διαταραγμένες. Και τα δύο αυτά προβλήματα που προαναφέρθηκαν, είναι αποτέλεσμα του περιορισμένου αυτοελέγχου και της «ανάγκης» τους να μην υπακούσουν σε κανόνες. (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠΥ, 2020)

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σαν έφηβοι έχουν σχετικά καλύτερη επίγνωση των ευθυνών και των υποχρεώσεών τους, γεγονός που δίνει στους γονείς ένα έναυσμα να μην τα κατευθύνουν συνεχώς. Ωστόσο, στο σχολείο οι έφηβοι έχουν να αντιμετωπίσουν νέες προκλήσεις. Η αλλαγή από το δημοτικό στο γυμνάσιο δεν είναι μία ιδιαίτερα ευχάριστη διαδικασία. Το περιβάλλον, οι καθηγητές, οι νέοι συμμαθητές, η διαφορετική οργάνωση υλικού στο σχολείο και η απαιτούμενη αφαιρετική σκέψη καθιστούν τη προσαρμογή ιδιαίτερα ανατρεπτική και ριψοκίνδυνη για την εκδήλωση νέων συμπεριφορών. Διαπιστώνεται, μείωση των σχολικών επιδόσεων με την έναρξη του γυμνασίου, δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και αντιδραστική συμπεριφορά απέναντι σε διάφορες μορφές εξουσίας όπως η αποβολή από το σχολείο και η εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς. Το αναπτυξιακό αυτό, όμως στάδιο έχει από μόνο του ιδιαιτερότητες, που σημαίνει ότι όποια προβλήματα προέκυψαν στο παρελθόν και δεν αντιμετωπίστηκαν, εκτείνονται κατά την εφηβεία. Είναι λογικό και επόμενο, λοιπόν, να παίζει καθοριστικό ρόλο από νωρίς, η έγκαιρη διάγνωση ώστε οι γονείς να συνεισφέρουν



στο παιδί τους την κατάλληλη παρέμβαση και να αποφύγουν ακραίες εκδηλώσεις τέτοιου είδους στο μέλλον, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

#### **1.4.1. Κλινική εικόνα στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ**

Τα τελευταία χρόνια είναι αυξημένο το ενδιαφέρον για τη ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες και έχουν προκύψει αρκετές έρευνες. Τα κυρίαρχα συμπτώματα παίρνουν διαφορετική μορφή στους ενήλικες σε σύγκριση με τα παιδιά και τους εφήβους. Η ποιότητα ζωής είναι μειωμένη καθώς παρουσιάζουν ασταθή συμπεριφορά στην επαγγελματική τους ζωή και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και ενδεχομένως κάποιοι εμπλέκονται σε αντικοινωνικές ενέργειες. (Klein & Manuzza, 1991· Κάκουρος, 2001) Οι ενήλικες που παρουσιάζουν τα συμπτώματα της απροσεξίας φαίνεται να παρουσιάζουν μία ανεύθυνη συμπεριφορά και δυσκολεύονται πολύ στην λήψη αποφάσεων και πρωτοβουλιών. Πιο αναλυτικά παρουσιάζονται τα εξής χαρακτηριστικά:

##### Απροσεξία ή/ και έντονη συγκέντρωση:

Δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν κάτω από ορισμένες συνθήκες και οδηγίες, αλλά εάν ενδιαφέρονται πολύ για κάτι καταφέρνουν να διατηρήσουν την συγκέντρωσή τους ακόμα και για ώρες. (Kooija, et al., 2018)

##### Υπερκινητικότητα:

Οι ενήλικες δεν παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα υπερκινητικότητας με αυτά των παιδιών αλλά παίρνουν μια διαφορετική μορφή, πιο διακριτική που έχει ως πυρήνα την συναισθηματική τους κατάσταση. Μιλάνε ακατάπαυστα, έχουν διαρκή εσωτερική ανησυχία, δεν μπορούν να ξεκουραστούν, αφού δυσκολεύονται πολύ να κοιμηθούν τις κατάλληλες ώρες, τόσο σε ποσότητα όσο και σε ποιότητα και πολύ συχνά προβαίνουν σε χρήση εθιστικών ουσιών, όπως αλκοόλ ή ναρκωτικά, ώστε να χαλαρώσουν ή να κοιμηθούν. Όλη αυτή η εσωτερική ανησυχία μπορεί να ανακουφιστεί προσωρινά με έντονη ενασχόληση με δραστηριότητες και αθλήματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, οι ενήλικες αυτοί πάσχουν από σωματικές παθήσεις προερχόμενες από υπερβολική άσκηση, αφού το σώμα τους δεν παίρνει τον κατάλληλο χρόνο να αναρρώσει ακόμα και από αλληπάλληλους τραυματισμούς. (Kooija, et al., 2018)

##### Παρορμητικότητα:

Η παρορμητική συμπεριφορά σχετίζεται με διαπροσωπικές διαμάχες ανάμεσα στους παρορμητικούς ενήλικες και την οικογένεια, τους φίλους, τους συνάδελφους και τους

εργοδότες τους. Η παρορμητικότητα αυτή πιθανόν να εκδηλώνεται με υπερβολές σε διάφορες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθεί άμεσα το άτομο (όπως η λαιμαργία) ενώ ταυτόχρονα ψάχνουν συνεχώς πράγματα που να τους ενθουσιάζουν, γεγονός που τους χαρακτηρίζει ριψοκίνδυνους (επικίνδυνη οδήγηση, παίζουν με τη φωτιά, σεξουαλική «ανευθυνότητα» και επιθετική συμπεριφορά που οδηγεί σε καυγάδες) (Kooijja, et al., 2018).

#### Έλλειψη συναισθηματικού αυτοελέγχου:

Η συναισθηματική αυτή αποδιοργάνωση βρίσκεται στον κατάλογο των συμπτωμάτων για τη διάγνωση, του DSM-V. Χαρακτηρίζεται από απογοήτευση, θυμό, φόβο για αποδοκιμασία από τους άλλους, κυκλοθυμία και έντονες εκρήξεις. (Skirrow, Asherson, 2013· Kooijja, et al., 2018) Η έλλειψη του αυτοελέγχου των συναισθημάτων του ατόμου διαφέρει από συμπτώματα καταθλιπτικών, μανιακών επεισοδίων ή διπολικών διαταραχών. (Surman, Biederman, Spencer, Miller, McDermott, Faraone, 2013· Kooijja, et al., 2018)

#### Μεγάλη δυσκολία συγκέντρωσης:

Οι ενήλικες είναι και αυτοί συχνά αφηρημένοι και η προσοχή τους διασπάται αρκετά εύκολα με πολλές άσχετες σκέψεις, σε σχέση με αυτό που μπορεί να ασχολούνται ανά πάσα στιγμή. Το σύμπτωμα αυτό αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα για την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες. (Kooijja, et al., 2018)

#### Έλλειψη αυτοσυγκράτησης:

Η ΔΕΠ-Υ περιγράφεται ως μια διαταραχή με ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες, όπως η αυτοσυγκράτηση και μνήμη εργασίας. Αυτά τα ελλείμματα οδηγούν σε προβλήματα διαχείρισης χρόνου, οργάνωσης, επικέντρωσης της προσοχής σε εξειδικευμένα θέματα, ανάκλησης, διαχείρισης των αρνητικών συναισθημάτων και της συμπεριφοράς. (Kooijja, et al., 2018)

### **1.5. Διάκριση μεταξύ φυσιολογικής ζωηρότητας και ΔΕΠ-Υ**

Η διάκριση μεταξύ φυσιολογικής ζωηρότητας και ΔΕΠ-Υ είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα που αφορά τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς των παιδιών. Είναι δύσκολη η διάκριση αυτή, καθώς εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Για παράδειγμα, το κατά πόσο μία συμπεριφορά συνάδει με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, κατά πόσο επιβαρύνει τη λειτουργικότητα του ατόμου ή αν αποτελεί πρόβλημα μόνο για το περιβάλλον του· αλλά και κοινωνικούς παράγοντες όπως οι απαιτήσεις που προκύπτουν από κάθε περιβάλλον για το

παιδί εάν αυτές είναι δηλαδή υπερβολικές ή κατάλληλες για την ηλικία του παιδιού. Τα τρία πιο σημαντικά συμπτώματα που συναντώνται στην ΔΕΠ-Υ, η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η απροσεξία, είναι συμπτώματα που συναντώνται αρκετά συχνά σε ανθρώπους που δεν παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ και, πιο συγκεκριμένα, άτομα που φαίνεται να εμφανίζουν αυτά τα συμπτώματα, είναι παιδιά προσχολικής ηλικίας. Επομένως, τίθεται το ερώτημα του κατά πόσο η συμπεριφορά ενός παιδιού εμφανίζει παθογένεια ή πρόκειται για απλή ζωηρότητα. Σύμφωνα με τους Κάκουρος και Μανιαδάκη (2016) οι αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν κατηγορίες ή διαστάσεις της συμπεριφοράς. Πιο αναλυτικά, τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να μας απασχολούν κυρίως, όταν εκδηλώνονται σε μεγάλη συχνότητα, σταθερότητα, ένταση σε σύγκριση με τους συνομηλικούς του αλλά και να προκαλούν έκπτωση της λειτουργικότητας του παιδιού σε βασικούς τομείς.

Όσον αφορά τον τομέα της κινητικής ανάπτυξης, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύεται εξαιρετικά να ελέγξει την κινητική του δραστηριότητα, ακόμα κι όταν γνωρίζει, ότι σε κάποιες περιστάσεις αυτό δεν επιτρέπεται και ότι μπορεί να τιμωρηθεί. Το παιδί αυτό μπορεί παράλα αυτά να καταβάλλει έντονη προσπάθεια για να μείνει ήσυχος, ειδικά όταν υπάρχει ένα ισχυρό κίνητρο. Η προσπάθεια αυτή μπορεί να διαρκέσει αρκετή ώρα, όμως όταν απομακρυνθεί από το πλαίσιο περιορισμού, η κόπωση θα είναι ευδιάκριτη. Επομένως, δεν είναι η κινητική δραστηριότητα που διαχωρίζει το τυπικό παιδί από το παιδί με ΔΕΠ-Υ, καθώς και τα δύο μπορούν σε κάποιο πλαίσιο να καταφέρουν να μείνουν ήσυχα, αλλά το πόση προσπάθεια θα καταβάλλει το παιδί και κατά πόσο η προσπάθεια αυτή θα το κουράσει. Η έντονη αυτή κινητικότητα φανερώνεται στα παιδιά αυτά ακόμα και στον ύπνο. Κοιμούνται αργά και ξυπνάνε νωρίς, λιγότερες ώρες από αυτές που ορίζεται και κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι ανήσυχα ,στριφογυρίζουν και κλωτσάνε.

Επιπροσθέτως, σημαντικό στοιχείο διάκρισης αποτελεί η ποιότητα της κινητικότητας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τα άλλα παιδιά. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες τόσο στο επίπεδο της αδρής όσο και της λεπτής κινητικότητας. Μπορεί να κάνουν ζημιές, καθώς είναι αδέξια και σε δραστηριότητες που χρειάζονται λεπτές κινήσεις, όπως η ζωγραφική, δεν τα καταφέρνουν καλά. Τα παιδιά που είναι απλώς ζωηρά, αντιθέτως, όχι μόνο δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες αλλά πολλές φορές έχουν και εξαιρετικές επιδόσεις σε δραστηριότητες που αφορούν την επιδεξιότητα.

Αυτό που ανησυχεί τους γονείς και πολλές φορές τους θέτει υποψίες για το αν πρέπει να απευθυνθούν σε ειδικό, είναι τα προβλήματα του λόγου και της ομιλίας. Υπάρχει καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και ενδέχεται να υπάρξουν προβλήματα στην

άρθρωση και στη σύνταξη, όταν τελικά αναπτυχθεί ο λόγος. Τα τυπικώς αναπτυσσόμενα ζωηρά παιδιά δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη.

Λανθασμένη είναι η αντίληψη ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να συγκεντρωθούν καθόλου. Εξ ορισμού η ικανότητα παρατεταμένης συγκέντρωσης είναι ελλειμματική, όμως μπορούν να συγκεντρωθούν για αρκετή ώρα, αν έχουν ισχυρό κίνητρο, σε σχέση με τα τυπικά παιδιά που συγκεντρώνονται ανεξαρτήτως του κινήτρου (Μανιαδάκη,2001α· Κάκουρος& Μανιαδάκη, 2016).

Εν κατακλείδι, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα συμπεριφοράς, διότι δέχονται παρατηρήσεις σε μεγάλη συχνότητα και είναι από μόνα τους παιδιά παρορμητικά και ευέξαπτα με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν πολλές φορές μια αντιδραστική και προκλητική συμπεριφορά (Barkley,1990· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

---

### 2.1 Η επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ

#### 2.1.1. Η συχνότητα εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ

Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται μεταξύ του 3% - 7% στα παιδιά σχολικής ηλικίας, σύμφωνα με την αναθεωρημένη έκδοση του DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

Η ακριβής εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, όμως, παρουσιάζει δυσκολίες, διότι ο ορισμός έχει υποστεί πολλές αλλαγές και δεν υπάρχουν ακριβείς και αντικειμενικές μετρήσεις της ΔΕΠ-Υ. Ένας συνήθης τρόπος διερεύνησης της συχνότητας εμφάνισης της διαταραχής είναι αυτός που χρησιμοποιεί κοινοτικό δείγμα και στηρίζεται στη χορήγηση κλιμάκων αξιολόγησης σε γονείς και παιδαγωγούς. Στις έρευνες, όμως, που διεξάγονται κατά αυτό τον τρόπο υπάρχει το ενδεχόμενο να υπερεκτιμάται η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ, καθώς η απλή παρουσία της σε κάποιο άτομο δε μπορεί να τεκμηριώσει και τη διάγνωσή της. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Για παράδειγμα, στις επιδημιολογικές μελέτες που χρησιμοποιούν κοινοτικό δείγμα, κάποιες έχουν βασιστεί σε πληροφορίες προερχόμενες από το γονεϊκό περιβάλλον (Costello, Farmer, Angold, Burns, & Erkanli, 1997, Rowland et al., 2015), άλλες από το σχολικό (Baumgaertel, Wolraich, & Dietrich, 1995, Rowland et al., 2015) και λίγες έχουν συλλέξει δείγμα και από τα δύο. Στο DSM-IV, παρόλα αυτά, τονίζεται η ανάγκη της παρουσίας των ελλειμμάτων τόσο στο οικογενειακό όσο και στο σχολικό περιβάλλον (American Psychiatric Association, 2000). Έπειτα, επειδή οι αξιολογήσεις γονέων και εκπαιδευτικών όσον αφορά το ίδιο παιδί ενδέχεται να διαφέρουν (Offord et al., 1996, Rowland et al., 2015), κάποιοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως στη διαγνωστική διαδικασία η συλλογή πληροφοριών απευθείας από τους εκπαιδευτικούς είναι σημαντική (Sayal & Goodman, 2009, Rowland et al., 2015).

Τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής, υποστηρίχθηκε από το DSM-IV, επηρεάζει η ηλικία έναρξης της ΔΕΠ-Υ, τα συμπτώματα της οποίας πρέπει να είναι παρόντα πριν τα επτά έτη. Η προϋπόθεση αυτή, όμως, γέννησε αμφιβολίες και οι ερευνητές Barkley & Biederman (1997) υποστήριξαν να μην χρησιμοποιείται η ηλικία έναρξης ως διαγνωστικό κριτήριο, καθώς αποκλείει πολλά από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και κυρίως, με τον τύπο της απροσεξίας (Rowland et al., 2015)

Ένα, ακόμη, ζήτημα που αφορά την επιδημιολογική έρευνα, είναι η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων στα παιδιά, καθώς υπάρχει πιθανότητα να μην εμφανίσουν συμπτώματα όταν η αγωγή έχει αποτέλεσμα. Συνεπώς, τα παιδιά, τα οποία λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στις μετρήσεις (Rowland et al., 2015).

Τα δημογραφικά δεδομένα αποτελούν έναν επιπλέον παράγοντα, ο οποίος οδηγεί σε διαφορές στις εκτιμήσεις της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ. Ένα παράδειγμα είναι πως τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας τείνουν να ελαττώνονται κατά την εφηβεία, τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, όμως, παραμένουν τα ίδια, τόσο για ένα παιδί 5 ετών, όσο και για έναν έφηβο 15 ετών. Σύμφωνα με αυτό, η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής δείχνει να μειώνεται σε πληθυσμούς με μεγαλύτερα παιδιά (Rowland et al., 2015).

Στην πέμπτη έκδοση του DSM, το 2013, η συχνότητα αυτή υπολογίζεται στο 5% του παιδικού πληθυσμού (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.1.2. Η ΔΕΠ-Υ στην Ελλάδα**

Στον ελλαδικό χώρο, σε μια από τις πιο καιρίες επιδημιολογικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί από τους Palili και συνεργάτες (2010), διερευνήθηκε η συχνότητα εμφάνισης της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ σε μια ομάδα 2.695 παιδιών, τα οποία οι ερευνητές παρακολουθούσαν διαχρονικά από τη γέννησή τους έως και την ενηλικίωση. Σε αυτή την ομάδα διαπιστώθηκε, πως στην ηλικία των 7 ετών η συχνότητα των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας έφτανε στο 7%, της απροσεξίας στο 9,5% και της παρορμητικότητας στο 7%. Στην ίδια ομάδα, στην ηλικία των 18 ετών, τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας φάνηκε να υποχωρούν, της απροσεξίας, όμως, εξακολουθούσαν να είναι παρόντα στο 7,3% του δείγματος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

### **2.1.3. Διαφορές φύλου στη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ**

Σε έρευνα των Szatmari, Offord και Boyle (1989) βρέθηκε ότι το 9% των αγοριών και το 3% των κοριτσιών παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ. Η αναλογία αυτή προσδιορίζεται περίπου στο 2:1 στα παιδιά, πάντα σε βάρος των αγοριών, σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013).

Το γεγονός ότι η αναλογία των αγοριών με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ μεγαλύτερη στο σύνολο των παιδιών που παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είναι πιθανό να οφείλεται στη φύση των συνοδών προβλημάτων της ΔΕΠ-Υ στα δύο φύλα, καθώς τα αγόρια εκδηλώνουν συχνότερα προβλήματα διασπαστικής συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Επιπλέον, όπως σημειώνει ο Robinson και οι συνεργάτες (2004), είναι περισσότερα τα κορίτσια (18,7%) σε σύγκριση με τα αγόρια (13,9%) στο σύνολο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που δεν παρακολουθούν κανένα πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης για τις δυσκολίες τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Το γεγονός αυτό, ενδέχεται να μη οφείλεται απλώς στην αυξημένη συχνότητα εμφάνισης διασπαστικής συμπεριφοράς στα αγόρια, αλλά και στην πεποίθηση που έχουν οι μητέρες για την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τη διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών, ανάλογα με το φύλο, η οποία επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό την απόφαση για την παραπομπή του παιδιού στον ειδικό από, την σοβαρότητα της διασπαστικής συμπεριφοράς αυτής καθαυτή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Οι Hermens, Kohn, Clarke, Gordon & Williams (2005), οι James & Taylor (1990) και ο Smalley και συνεργάτες (2000) υποστηρίζουν πως οι βιολογικές διαφορές στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ σε αγόρια και κορίτσια είναι αυτές που οφείλονται για την εκδήλωση της διαταραχής με διαφορετική συχνότητα στα δύο φύλα. Απεναντίας, οι περισσότερες σχετικές έρευνες οδηγούνται στο συμπέρασμα ότι το νευρολογικό υπόστρωμα της διαταραχής δεν διαφέρει ούτε σε ποιοτικό ούτε σε ποσοτικό επίπεδο στα δύο φύλα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Κάτι ακόμη είναι πως τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ, μέσω του πλαισίου διαμόρφωσης της ταυτότητας φύλου και της κοινωνικοποίησής τους, διευκολύνονται ως προς το να καλύψουν τις δυσκολίες και αδυναμίες τους και να γίνουν πιο δύσκολα αντιληπτές (Maniadaki, 2003· Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Καταλήγοντας, ο Swanson και οι συνεργάτες (2013) επισημαίνουν πως η διαφορά στη συχνότητα εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ στα δύο φύλα δείχνει να ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

## **2.2. Τα αίτια της ΔΕΠ-Υ**

Η ΔΕΠ-Υ ανήκει σε μία από τις συχνότερες αναπτυξιακές διαταραχές και αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών την τελευταία δεκαετία. Η αιτιολογική βάση της ΔΕΠ-Υ, παρόλες τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί, εξακολουθεί να είναι ένα ερώτημα με διαφορούμενες και αμφισβητήσιμες απαντήσεις. Οι κύριες υποθέσεις για τα αίτια της ΔΕΠ-Υ αφορούν την νευροβιολογική της βάση, υποθέσεις οι οποίες ήταν παρούσες ήδη από τον 18<sup>ο</sup> αιώνα και επιβεβαιώνονται στην έκδοση του DSM-5, με την ένταξη της στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Πρόκειται για μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, με γενετικό υπόβαθρο, η οποία εκδηλώνεται ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων της γενετικής προδιάθεσης και μιας σειράς περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίες επηρεάζουν τη δομή και λειτουργία πολλών διαφορετικών περιοχών του εγκεφάλου. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016)

Η ετερογένεια της ΔΕΠ-Υ είναι αυτή που καθιστά δύσκολη την διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων, καθώς δεν υπάρχει μόνο ένας γενετικός, περιβαλλοντικός ή νευροψυχολογικός παράγοντας που να οδηγεί στη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, αλλά μία πληθώρα τέτοιων παραγόντων, που μπορεί να εμφανίζονται και να δρουν ποικιλοτρόπως στην κάθε περίπτωση.

### **2.2.1. Γενετικοί παράγοντες**

Για τον σαφέστερο καθορισμό, διάγνωση, και θεραπεία της ΔΕΠΥ, είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι βιολογικές διεργασίες στις οποίες βασίζονται όλα αυτά τα στοιχεία. Όπως οι μελέτες σε οικογένειες και σε δίδυμα αποκάλυψαν, η γενετική συμβάλλει στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ (εκτιμήσεις κληρονομικότητας κυμαίνονται από 60 έως 90%), (Faraone, et al., 2015; Thapar, 2018· Neale, M .B., Zayats, T., 2020). Η εμφάνιση αυτής της διαταραχής αποκλίνει από την άποψη ότι είναι συνέπεια μιας πρόωρης εγκεφαλικής βλάβης και θεωρείται ότι είναι ένας πολυπαραγοντικός φαινότυπος, όπου τόσο η γενετική όσο και το περιβάλλον επηρεάζουν την ανάπτυξη, την πορεία και την έκβασή της.

Η έρευνα σε οικογένειες, δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά δείχνει ακόμη, ότι η ΔΕΠ-Υ είναι κληρονομική διαταραχή και η γενετική συνιστώσα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής αυτής (Faraone & Doyle, 2001· Gaidamowicz, R. et al., 2018). Χρησιμοποιώντας ειδικές μεθόδους σάρωσης γονιδιώματος, προσδιορίστηκαν μεταβολές



σε συγκεκριμένα χρωμοσώματα (5p13, 6q, 7p, 9q, 11q, 12q και 17p) (Hebebrand, et al., 2006· Gaidamowicz, R. et al., 2018). Οι Todd και Neuman (2007· Gaidamowicz, R. et al., 2018) υποστηρίζουν ότι στο 30% των ανδρών που είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ στην παιδική τους ηλικία, παρατηρήθηκαν τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και κατά την ενηλικίωση, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι είναι μια γενετικά κληρονομική διαταραχή. Παλαιότερα, μάλιστα, διαπιστώθηκε πως οι γονείς και άλλοι συγγενείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας πιο συχνά από ότι οι γονείς των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Ειδικότερα, οι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά διαταραχή διαγωγής, διαταραχές κατάθλιψης και διαταραχές χρήσης ουσιών (Thapar, O'Donovan, Owen, 2005· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Αν και οι μελέτες δείχνουν ότι η ΔΕΠ-Υ μπορεί να εξαρτάται από ειδική γονιδιακή μετάλλαξη, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη λεπτομερούς έρευνας σχετικά με τις γενετικές μεταβολές που καθορίζουν την εμφάνιση της διαταραχής (Wigg, et al., 2008· Lasky-Su, et al., 2007· Gaidamowicz, R. et al., 2018). Τα τελευταία χρόνια, θεωρείται ότι είναι απαραίτητη η διεξαγωγή διεθνούς έρευνας μεγάλης κλίμακας για την ανίχνευση συγκεκριμένων γονιδίων και συνδυασμών που είναι πιθανόν να είναι υπεύθυνες για την προδιάθεση εμφάνισης ΔΕΠ-Υ, αλλά και η συνεργασία επιστημόνων από διάφορες χώρες (Franke, 2013· Gaidamowicz, R. et al., 2018).

### **2.2.2. Νευρολογικοί παράγοντες**

Υπάρχει μια αιτιώδης σχέση μεταξύ των νευροβιολογικών παραγόντων και της ΔΕΠ-Υ. Πραγματοποιήθηκε μια σειρά ερευνητικών έργων, με την απεικόνιση εξετάσεων μαγνητικής τομογραφίας υψηλής ανάλυσης (MRI) σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. (Xu, X. et al., 2007 · Wolosin, SM. et al., 2009· Gaidamowicz, R. et al., 2018). Η μαγνητική τομογραφία έδειξε δομικές διαφορές όπως τον μικρότερο κερκοφόρο πυρήνα (βασικά γάγγλια) και ανωμαλίες στην περιοχή του μετωπιαίου λοβού. Πραγματοποιήθηκαν ακόμη μελέτες, όπου οι αλλαγές στον υπόκαμπο και την αμυγδαλή διερευνήθηκαν και έδειξαν αυξημένο τον όγκο του υπόκαμπου, το οποίο συσχετίστηκε αρνητικά με τα κλινικά συμπτώματα. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορετικές αλλαγές στον όγκο της αμυγδαλής, ωστόσο, η ανάλυση της επιφάνειας έδειξε μειωμένο μέγεθος και στις δύο πλευρές πάνω από τους πλευρικούς πυρήνες. Στη συνέχεια, προσδιορίστηκε ότι υπάρχει μια σαφής αρνητική συσχέτιση μεταξύ του όγκου στην αμυγδαλή και της ΔΕΠ-Υ (ο όγκος της αμυγδαλής είναι μικρότερος όταν τα συνοδευτικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι σοβαρότερα). Η πλειοψηφία των συγγραφέων σε έρευνες υποδεικνύει ότι υπάρχουν αλλαγές στον υπόκαμπο και την αμυγδαλή σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Είναι ένα λογικό συμπέρασμα καθώς η αμυγδαλή καθορίζει

τις συναισθηματικές διαδικασίες όπως η μάθηση, η εμπειρία των αρνητικών συναισθημάτων και η αντίληψη του συναισθηματικού ερεθίσματος. Η μειωμένη συναισθηματικότητα σχετίζεται με τη δυσλειτουργία της αμυγδαλής και του μεσοκοιλιακού προμετωπιαίου φλοιού. Η έρευνα που σχετίζεται με την αμυγδαλή αφορά άμεσα την ΔΕΠ-Υ, καθώς η μειωμένη συναισθηματικότητα και η παρορμητικότητα είναι πολύ συνηθισμένα συμπτώματά της. Ο υπόκαμπος επίσης, διαδραματίζει βασικό ρόλο στη ρύθμιση των κινήτρων και των συναισθημάτων καθώς και στη μάθηση και τη μνήμη. Με τη χρήση της λειτουργικής απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού (fMRI) κατά την εκτέλεση νευροψυχολογικών δοκιμασιών σε άτομα με ΔΕΠ-Υ, διαπιστώθηκε μειωμένη ενεργοποίηση ορισμένων περιοχών των προμετωπιαίων περιοχών του εγκεφάλου. (Hale, Bookheimer, McGough, Phillips, & MacCracken, 2007· Rubia, et al., 2000· Schneider, et al., 2010· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016) Οι περιοχές αυτές ταυτίζονται με τις περιοχές στις οποίες έχουν εντοπιστεί μορφολογικές ανωμαλίες στα άτομα με ΔΕΠ-Υ και επηρεάζουν την ικανότητα αναστολής των παρορμήσεων και των αυθόρμητων αντιδράσεων, τις οργανωτικές ικανότητες, τη μνήμη εργασίας και τη λειτουργία της προσοχής. (Bush, 2010· 2011· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016) Ένα νεότερο πεδίο ερευνητικού ενδιαφέροντος αποτέλεσε η μελέτη των ανωμαλιών στη μικροδομή της λευκής ουσίας του εγκεφαλικού ιστού που συνδέει τις εγκεφαλικές περιοχές. Με τη χρήση μιας σύγχρονης τεχνικής εγκεφαλικής απεικόνισης, της Απεικόνισης Τανυστή Διάχυσης (Diffusion Tensor Imaging: DTI), εντοπίστηκαν πλείστες ανωμαλίες στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Favuluri et al., 2009· Hamilton et al., 2008· Konrad & Eickhoff, 2010· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Αυτές οι μικροδομικές ανωμαλίες στη λευκή ουσία, οι οποίες εντοπίστηκαν σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ ήδη από την ηλικία των 7 ετών, μπορούν να οδηγήσουν σε διαταραγμένη επικοινωνία μεταξύ των εγκεφαλικών περιοχών, η οποία να καταλήγει στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Nagel, 2011· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Παρουσιάζεται μεγάλη ετερογένεια στα αποτελέσματα αυτών των ερευνών και για τον λόγο αυτό χρειάζονται περαιτέρω επεξεργασία, όμως η τεχνική αυτή θεωρείται ότι θα συμβάλλει σημαντικά στο μέλλον στην κατανόηση της νευροβιολογικής βάσης της διαταραχής (Cortese, 2012· van Ewijk, 2012). Οι μελέτες που βασίστηκαν σε νευροαπεικονιστικές μεθόδους για τη μελέτη του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, στράφηκαν πλέον στη μελέτη πολύπλευρων μορφολογικών αλλοιώσεων σε ένα πολύπλοκο δίκτυο εγκεφαλικών περιοχών και εστιάζουν πλέον σε δυσλειτουργίες στη διασύνδεση και επικοινωνία των διάφορων εγκεφαλικών περιοχών μεταξύ τους. Συνεπώς, οι θεωρητικές προσεγγίσεις της ΔΕΠ-Υ δεν αφορούν πια τα απλά

αιτιολογικά μοντέλα που βασίζονταν σε μεμονωμένα ελλείμματα αλλά πιο σύνθετα θεωρητικά πλαίσια τα οποία λαμβάνουν υπόψη την ετερογένεια της ΔΕΠ-Υ (Sonuga-Barke, 2005·2011· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

### **2.2.3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες**

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των προγεννητικών κινδύνων που αφορούν την μητέρα και τις επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη, των σοβαρών τραυματισμών του εγκεφάλου και άλλων εξωτερικών παραγόντων, έχουν επίσης συνδεθεί με την ΔΕΠ-Υ (Lahey et al., 2009· Thapar and Rutter, 2009· Froehlich et al., 2011· Thapar et al., 2012· Van Batenburg-Eddes et al., 2013· Adeyemo et al., 2014· Glover, 2014· Silva et al., 2014· Chang et al., 2018· Saez et al., 2018· Schwenke et al 2018·Yuyang, et al.2019). Οι προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες, η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα από την μητέρα (Yoshimasu et al., 2009, Silva et al., 2014, Schwenke et al., 2018·Yuyang, et al.2019), το μητρικό άγχος και στρες (Grizenko et al., 2008· Van Batenburg-Eddes et al., 2013· Glover, 2014·Yuyang, et al., 2019), η προωρότητα και το χαμηλό βάρος γέννησης (Mick et al., 2002, Thapar et al., 2013· Yuyang, et al., 2019) συχνά συνδέονται με την ΔΕΠ-Υ, όμως εντοπίζονται σε ένα πολύ μικρό ποσοστό ατόμων με ΔΕΠ-Υ (Nigg, 2013· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Γενικότερα η έκθεση σε τοξίνες κατά την προγεννητική και μεταγεννητική ζωή έχει επίσης θεωρηθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ (Thapar, et al., 2013· Yuyang, et al.2019). Συγκεκριμένα, τα οργανοφωσφορικά φυτοφάρμακα, τα πολυγλωρινικά διφαινύλια και ο μόλυβδος μπορούν να βλάψουν τα νευρικά συστήματα που εμπλέκονται στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ (Nigg, 2008, Chang et al., 2018· Yuyang, et al.2019). Η βλάβη στον εγκέφαλο μετά τη γέννηση του βρέφους, λόγω εγκεφαλικού τραυματισμού έχει επίσης θεωρηθεί ως παράγοντας κινδύνου για την ΔΕΠ-Υ (Pineda et al., 2007, Adeyemo et al., 2014· Yuyang, et al.2019). Πολλαπλοί δείκτες ψυχοκοινωνικών δυσκολιών, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τις διαμάχες μεταξύ γονέων και παιδιών που φτάνουν στην εχθρότητα, τις ενδοοικογενειακές οικονομικές δυσκολίες που οδηγούν σε πρώιμες σημαντικές στερήσεις στα παιδιά, έχουν επίσης βρεθεί ότι σχετίζονται με την ΔΕΠ-Υ (Pheaula et al., 2011· Yuyang, et al.2019). Παρόλο που υπάρχουν βιολογικά εύλογοι μηχανισμοί μέσω των οποίων οι κίνδυνοι αυτοί θα μπορούσαν να συμβάλουν στην ΔΕΠ-Υ, παραμένει αμφιλεγόμενο το κατά πόσο η σύνδεση με τους περιβαλλοντικούς κινδύνους μπορεί να αποτελέσει αιτία. Για παράδειγμα, σύμφωνα με μελέτες διαπιστώθηκε ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά, είναι αυτά που

επηρεάζουν και δημιουργούν συγκρούσεις και διαμάχες στη σχέση μητέρας-παιδιού και αντιθέτως δεν είναι η εχθρότητα στη σχέση γονέα-παιδιού αυτή που επηρεάζει και προκαλεί την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ στο παιδί (Lifford et al., 2009· Yuyang, et al.2019). Ωστόσο, η διαπίστωση αυτή δεν θα μπορούσε να ισχύει και για άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως οι περιγεννητικές επιπλοκές ή η έκθεση σε μόλυβδο. Τα γονίδια και το περιβάλλον αλληλοσυνδέονται και δεν λειτουργούν ανεξάρτητα το ένα από το άλλο (Nigg et al., 2010· Yuyang, et al.2019). Η ΔΕΠ-Υ, επομένως, έχει συνδεθεί με μια σειρά περιβαλλοντικών παραγόντων αλλά είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διευκρινιστεί ποιοι από αυτούς έχουν πρωτογενή αιτιολογικό ρόλο στην εκδήλωση της, καθώς πολλά από τα ερευνητικά δεδομένα που έχουμε στη διάθεση μας βασίζονται σε συνάφειες. Πολλές από τις παρατηρούμενες συσχετίσεις θα μπορούσαν να είναι αποτέλεσμα και όχι αίτιο της ύπαρξης της ΔΕΠ-Υ ή να οφείλονται σε έναν τρίτο κοινό αιτιολογικό παράγοντα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Μελέτες έχουν διερευνήσει τρόπους με τους οποίους οι κληρονομικοί, γενετικοί παράγοντες ενδέχεται να αλληλεπιδρούν με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες ώστε να επηρεάσουν την ανάπτυξη και τα αποτελέσματα στην ΔΕΠ-Υ. Το γονίδιο DAT1 έχει βρεθεί ότι αλληλεπιδρά με το κάπνισμα της μητέρας και την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Brookes K.-J. et al., 2006· Yuyang, et al., 2019), ενώ άλλες μελέτες απέτυχαν να αναπαράγουν αυτά τα αποτελέσματα (Becker et al., 2008· Yuyang, et al., 2019). Τέλος, ένας άλλος παράγοντας που έχει διερευνηθεί για την πιθανή συσχέτιση του με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, είναι η διατροφή. Η διερεύνηση αυτή έχει τις ρίζες της από την δεκαετία του 1980, χωρίς βάσιμες κατηγορίες για την ευθύνη της διατροφής στην εμφάνιση ΔΕΠ-Υ, με μοναδικά ευρήματα μέσω ερευνών το 2004 από τους Schab και Trinh, το συμπέρασμα ότι τα πρόσθετα τροφίμων επιτείνουν την υπερκινητική συμπεριφορά σε παιδιά που έχουν ήδη εκδηλώσει τη διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Συμπερασματικά, φαίνεται πως επιβεβαιώνεται στατιστικά η σύνδεση ορισμένων περιβαλλοντικών παραγόντων με την αύξηση της πιθανότητας εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ αλλά δεν είναι ακόμα κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο οι παράγοντες αυτοί αλλοιώνουν την νευροχημεία, που εκδηλώνεται αργότερα, φαινοτυπικά.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### 3.1 Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ

Μέσω της εκπόνησης πολλών ερευνητικών εργασιών έχει διαπιστωθεί, πως τα πιο υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας παρατηρούνται στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠΥ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Έχει εκτιμηθεί πως η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει, σε ποσοστό 60% - 100%, με μία ακόμη ή περισσότερες διαταραχές, οι οποίες συνήθως παραμένουν και κατά την ενηλικίωση (Gillberg et al., 2004, Gnanaivel, Sharma, Kaushal & Hussain, 2019). Συχνά, η ΔΕΠ-Υ συνεμφανίζεται με τη Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης, τη Διαταραχή Διαγωγής, τις Διαταραχές Άγχους, την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, τις Διαταραχές Μυοσπασμάτων, τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, τις Διαταραχές Κατάθλιψης και τη Διπολική Διαταραχή. Συγχρόνως, οι μαθησιακές δυσκολίες και τα προβλήματα συμπεριφοράς είναι πιθανό να συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ, γεγονός που καταστέλλει τη λειτουργικότητα του ατόμου και φέρει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ίδιου αλλά και της οικογένειας (Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010).

Έπειτα, έχει διαπιστωθεί πως το νοητικό επίπεδο των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, αλλά και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους δεν επηρεάζει τη συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές. Παρατηρήθηκε, ωστόσο, πως η συχνότητα της συνεμφάνισης διαταραχών ήταν πιο αυξημένη σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, πιθανώς λόγω της επιγένεσης προβλημάτων εξαιτίας της παρουσίας της ΔΕΠ-Υ (Takeda, Ambrosini, deBerardinis & Elia, 2012).

Ακόμη, όπως υποστηρίζουν οι Goldstein & Goldstein (1998), τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να μη δημιουργούν ιδιαίτερα σημαντικές δυσκολίες στο άτομο από μόνα τους. Αν, όμως, συσχετιστούν με δυσμενείς περιβαλλοντικές συνθήκες ή άλλους παράγοντες κινδύνου, αυτά τα συμπτώματα φαίνεται να επιδεινώνονται ή και να πολλαπλασιάζονται. Συνεπώς, η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές πολλές φορές δεν είναι παρά το αποτέλεσμα, σε επίπεδο συμπεριφοράς, του συνδυασμού αυτών των συμπτωμάτων με τις αρνητικές περιβαλλοντικές αντιδράσεις σε αυτά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

#### 3.1.1 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης και Διαταραχή Διαγωγής

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τη Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης και τη Διαταραχή Διαγωγής παρατηρείται ιδιαίτερα συχνά, καθώς το 35%-60% του κλινικού δείγματος παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της Διαταραχής Προκλητικής

Εναντίωσης μέχρι την ηλικία των 7 ετών, ενώ το 20% πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της Διαταραχής Διαγωγής (Elia, Ambrosini, & Berrettini, 2008· Posner et al., 2007· Wilens, Biederman, et al., 2002). Οι δύο αυτές διαταραχές εμφανίζονται λίγο αργότερα από τη ΔΕΠ-Υ, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης (Barkley, 1990). Η Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης περιλαμβάνει ένα μοτίβο αρνητικής, αντιδραστικής, ανυπάκουης και εχθρικής συμπεριφοράς, κυρίως απέναντι στα πρόσωπα που ασκούν εξουσία στο άτομο, και η Διαταραχή Διαγωγής μορφές συμπεριφοράς που παραβιάζουν βασικούς κοινωνικούς κανόνες ή τα δικαιώματα των άλλων. Η γέννηση αυτών των συμπεριφορικών προβλημάτων οφείλεται εν μέρει σε γενετικούς παράγοντες. Η γενετική αυτή προδιάθεση, όμως, εκφράζεται πιο έντονα σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από αντίξοες και αγχογόνες συνθήκες, όπως είναι οι αρνητικές αλληλεπιδράσεις που συχνά αναπτύσσονται ανάμεσα στα παιδιά και τους γονείς. Πιο συγκεκριμένα, παγιώνεται ένα μοτίβο εξαναγκαστικής αλληλεπίδρασης, βασικό στοιχείο του οποίου είναι η αρνητική ενίσχυση των προβλημάτων συμπεριφοράς (Patterson, 1982). Τέλος, αυτή η ομάδα παιδιών επιδεικνύει συχνά, πρόωρη εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Biederman et al., 2011· Tandon, Si, & Luby, 2011), υψηλότερα ποσοστά αποβολής από το σχολείο και διακοπή φοίτησης (Barkley, Fischer, et al., 1990, Gnanavel, Sharma, Kaushal & Hussain, 2019) και επιθετική συμπεριφορά από την πρώιμη παιδική ηλικία που, συνήθως, οδηγεί στην παραβατική συμπεριφορά στην εφηβεία και την ενηλικίωση (Barkley et al., 2004· Κάκουρος και συν., 1995· Mannuzza et al., 1993· Satterfield et al., 2007).

### **3.1.2 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Άγχους**

Στον πληθυσμό των παιδιών και των εφήβων, η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με τις Διαταραχές Άγχους σε ποσοστό 11%-40% (Larson, Russ, Kahn, & Halfon, 2011· Schatz & Rostain, 2006). Επιβεβαιώνεται, έπειτα, σε κάποιες μελέτες πως η εμφάνιση των Διαταραχών Άγχους είναι πιο συχνή όταν ο προεξάρχοντας είναι ο Συνδυασμένος Τύπος της ΔΕΠ-Υ (Cody, Hynd, & Hall, 1996· Tsang et al., 2015). Υπάρχουν έρευνες, ακόμη, οι οποίες υπογραμμίζουν τον περιορισμό των εξωτερικευμένων συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όπως η παρορμητικότητα και η επιθετική συμπεριφορά, όταν αυτή συνδυάζεται με Διαταραχές Άγχους (Pliszka, 1992· Tannock, 2000).

Στη συνέχεια, συμπτώματα των Διαταραχών Άγχους στη ΔΕΠ-Υ, έχει υποστηριχθεί, πως μπορούν να εκδηλωθούν μέσα από τις αρνητικές εμπειρίες των παιδιών στους τομείς των σχέσεων με τους συνομηλίκους, της ακαδημαϊκής αποτυχίας, των αρνητικών γονικών πρακτικών και των αποτυχιών στις αθλητικές δραστηριότητες (Lilienfeld, 2003).

Καθημερινές απαιτήσεις του περιβάλλοντος, δηλαδή, που οδηγούν σε αύξηση του άγχους και χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης.

### **3.1.3 ΔΕΠ-Υ και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή**

Οι περισσότερες μελέτες που εστιάζουν στη διερεύνηση της συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ και της ΙΨΔ πραγματοποιούνται βασικά στον πληθυσμό των παιδιών και των εφήβων, όπου καταγράφονται συνήθως αρκετά υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας. Τα ποσοστά αυτά, όμως, φαίνεται να διαφοροποιούνται από έρευνα σε έρευνα. Έτσι, η παρουσία της ΔΕΠ-Υ σε ορισμένες έρευνες με πληθυσμό ατόμων με ΙΨΔ κυμαίνεται από 0% έως 25% (Ivarsson, Melin & Wallin, 2008), ενώ σε άλλες από 33% έως 59% (Geller et al., 2007).

Στην αναζήτηση μιας πιθανής κοινής αιτιολογικής βάσης διαπιστώθηκε πως και στις δύο διαταραχές επηρεάζεται ο γνωστικός έλεγχος. Ακόμη, φαίνεται να υπάρχουν ελλείμματα στην αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων, τα οποία είναι πιθανό να είναι υπεύθυνα για την παρορμητική συμπεριφορά και για τα επίμονα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα στα άτομα με ΔΕΠ-Υ και ΙΨΔ αντίστοιχα (Brem, Grünblatt, Drechsler, Riederer & Walitza, 2014). Καταλήγοντας, η συνεμφάνιση των δύο αυτών διαταραχών συνοδεύεται από σημαντικότερες δυσκολίες που αφορούν την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και αυξάνει την πιθανότητα για την εκδήλωση και άλλων διαταραχών (Masi et al., 2006).

### **3.1.4 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Μυοσπασμάτων**

Οι Διαταραχές Μυοσπασμάτων ανήκουν πλέον στις Κινητικές Διαταραχές, σύμφωνα με το DSM-5. Εμφανίζονται περίπου στο 20% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Gillberg et al., 2004) ενώ, το 50% με 60% των παιδιών με Διαταραχές Μυοσπασμάτων έχει ΔΕΠ-Υ (Kurlan et al., 2002). Σοβαρές ενδείξεις αποδεικνύουν την ύπαρξη κάποιας γενετικής συσχέτισης ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές (McMahon, Carter, Fredine & Pauls, 2003). Διαπιστώθηκε, ακόμη, πως η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και των Διαταραχών Μυοσπασμάτων αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης κάποιας Διαταραχής Άγχους (Carter et al., 2000· Roessner, Becker, Banaschewski & Rothenberger, 2007). Επίσης, φαίνεται ότι τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν λιγότερες δυσκολίες στις σχέσεις με τους συμμαθητές τους, καθώς, το άγχος μπορεί να λειτουργεί αντισταθμιστικά στην εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς που επηρεάζουν τις σχέσεις τους αυτές (Lin, Lai & Gau, 2012).

### **3.1.5 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος**

Προγενέστερα της έκδοσης του DSM-5, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ απέκλειε εξ ορισμού τη διάγνωση της ΔΑΦ και το αντίστροφο (American Psychiatric Association, 2000, Κάκουρος

& Μανιαδάκη, 2016, 264). Σύμφωνα με το DSM-5, όμως, καθίσταται πλέον εφικτή η διάγνωση και των δύο διαταραχών στο ίδιο άτομο.

Τα ποσοστά συννοσηρότητας ανάμεσα στις δύο διαταραχές κυμαίνονται από 28% έως 78% (de Bruin, Ferdinand, Meester, de Nijs & Verheij, 2007· Gadow, DeVincent, Pomeroy & Azizian, 2005· Hattori et al., 2006). Επίσης, το 30% με 50% των ατόμων με ΔΑΦ παρουσιάζει την ίδια στιγμή και συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, ενώ τα 2/3 των ατόμων με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν κάποια αυτιστικά στοιχεία (Davis & Collins, 2012· Hattori et al., 2006· Mulligan et al., 2009· Nijmeijer et al., 2009, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Οι δύο αυτές διαταραχές, στη συνέχεια, διαφαίνονται από πολλά κοινά χαρακτηριστικά τόσο στο γνωστικό τομέα όσο και στον τομέα της συμπεριφοράς και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (American Psychiatric Association, 2000· Mayes, Calhoun, Mayes & Molitoris, 2012). Επιπλέον, είναι πιο συχνές στα αγόρια, εκδηλώνονται από την προσχολική ηλικία, έχουν γενετική προδιάθεση και η συννοσηρότητα που παρουσιάζουν αφορά τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την οικογένειά του. Η πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων λόγου, μαθησιακών δυσκολιών και δυσκολιών στο συντονισμό των κινήσεων αυξάνεται λόγω της συννοσηρότητας.

Τέλος, και οι δύο διαταραχές προκαλούν σημαντικά προβλήματα στους τομείς της συμπεριφοράς, της σχολικής επίδοσης, του συναισθήματος και της προσαρμοστικής ικανότητας (Παπαγεωργίου, 2012). Σε κάθε περίπτωση, η συνύπαρξή τους συνδέεται με χειρότερη ποιότητα ζωής και περισσότερες δυσκολίες στην καθημερινότητα σε σχέση με κάθε μία διαταραχή, όταν εκδηλώνεται μεμονωμένα (Rao & Landa, 2013, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

### **3.1.6 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Κατάθλιψης - Διπολικές Διαταραχές**

Σύμφωνα με το DSM-5, η ευρύτερη κατηγορία των Διαταραχών της Διάθεσης καταργείται και οι διαταραχές αυτές ταξινομούνται σε δύο ξεχωριστές κατηγορίες: τις Διαταραχές Κατάθλιψης και τις Διπολικές Διαταραχές.

Αρχικά, έχει διαπιστωθεί πως η ΔΕΠ-Υ συνεμφανίζεται πολύ συχνά με τις Διαταραχές Κατάθλιψης (Barkley, Murphy & Fischer, 2008· Kessler et al., 2006). Μία άποψη που υιοθετείται γενικότερα, είναι ότι οι συσσωρευτικές επιδράσεις της έκπτωσης στη λειτουργικότητα εξαιτίας της ΔΕΠ-Υ και των αρνητικών περιβαλλοντικών καταστάσεων που πυροδοτούνται από αυτή, μπορεί να οδηγήσει ορισμένα παιδιά και εφήβους να εκδηλώσουν τελικά κατάθλιψη (Ostrander, Crystal & August, 2006· Herman, Lambert,



Ialongo & Ostrander, 2007). Πιο συγκεκριμένα, ο Barkley (1990) παρατηρεί πως το «συναίσθημα λύπης», χαρακτηριστικό κυρίως της κατάθλιψης, τείνει να συνοδεύει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ως απόρροια της απόρριψης από τους συνομηλίκους, της σχολικής αποτυχίας και της χαμηλής τους αυτοεκτίμησης. Η απόρριψη από τους συνομηλίκους, ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί πως αποτελεί διαμεσολαβητικό παράγοντα ανάμεσα στην ΔΕΠ-Υ και την κατάθλιψη (Humphreys, Eng & Lee, 2013), όπως και οι συχνές συγκρούσεις ανάμεσα στο παιδί με ΔΕΠ-Υ και τους γονείς του.

Συγχρόνως, η συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής φαίνεται να είναι περισσότερο περίπλοκη, καθώς ορισμένα συμπτώματα της μανίας, η οποία αποτελεί τον ένα πόλο της Διπολικής Διαταραχής, αποτελούν κυρίαρχα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Τα συμπτώματα αυτά είναι η διάσπαση της προσοχής, η κινητική υπερδραστηριότητα και η αυξημένη ομιλητικότητα (Kent & Craddock, 2003· Klassen, Katzman & Chokka, 2010). Επιπλέον, όπως στην περίπτωση της μανίας, η ευερεθιστότητα, η χαμηλή ανοχή στη ματαίωση και η ευμεταβλητότητα της διάθεσης είναι χαρακτηριστικά συνήθη και στα άτομα με ΔΕΠ-Υ και ενδεχομένως συντελούν στην αύξηση των ποσοστών συννοσηρότητας ανάμεσα στις δύο διαταραχές (Skirrow, Hosang, Farmer & Asherson, 2012). Τέλος, εκτιμάται πως η ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση Διπολικής Διαταραχής (Arnold et al., 2011) ενώ, τα παιδιά τα οποία παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Κατάθλιψης, είναι πιθανό να παρουσιάσουν εξέλιξη της Διαταραχής Κατάθλιψης σε Διπολική Διαταραχή στην εφηβεία και την ενηλικίωση (Chen et al., 2015). Ωστόσο, η άποψη αυτή φαίνεται να αντικρούεται (Duffy, 2015) και η φύση της σχέσης ανάμεσα σε αυτές τις δύο διαταραχές να παραμένει ασαφής.

## **3.2 Άλλες συνοδές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ**

### **3.2.1 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Λόγου και Ομιλίας**

Τα προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη κατά την περίοδο της προσχολικής ηλικίας φαίνεται να αποτελούν την κυριότερη αιτία παραπομπής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν τουλάχιστον τριπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν δυσκολίες στη γλωσσική ανάπτυξη σε σχέση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Sciberras et al., 2014). Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί πως τα παιδιά τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα στη γλωσσική τους ανάπτυξη κατά την προσχολική ηλικία έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες (Gremillion & Martel, 2014). Κατά συνέπεια, η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με

τις Διαταραχές Λόγου και Ομιλίας, συνεπάγεται πιθανότητα εκδήλωσης μαθησιακών δυσκολιών πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με τις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει τέτοια συννοσηρότητα (Sciberras et al., 2014).

Αρχικά, δυσκολίες στην ανάπτυξη της γλώσσας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορούν να εντοπιστούν στον αντιληπτικό λόγο. Σύμφωνα με τη μελέτη των Wassenberg και συνεργατών (2010), τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν πιο αργό ρυθμό επεξεργασίας και κατανόησης πολύπλοκων προτάσεων, ενδεχομένως στα πλαίσια ενός γενικότερου ελλείμματος στην ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016,). Σε ό,τι αφορά την πραγματολογία, στη συνέχεια, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στην έναρξη, τη διατήρηση, την εναλλαγή θεμάτων και την ομαλή λήξη ενός διαλόγου (Staikona, Gomes, Tartter, McCabe & Halperin, 2013). Επίσης, δυσκολεύονται να διαχειριστούν την ποσότητα του παραγόμενου λόγου όσο και την καταλληλότητα της στιγμής κατά την οποία πρέπει να μιλήσουν. Το γεγονός αυτό μπορεί να επιδρά αρνητικά τόσο στη μαθησιακή διαδικασία όσο και στην κοινωνική αλληλεπίδραση (Tannock, 2002), καθώς, μπορεί να περιορίσει περαιτέρω τις ευκαιρίες για εξέλιξη των γλωσσικών δεξιοτήτων (Gremillion & Martel, 2014).

Γενικότερα, οι δυσκολίες αυτές δεν περιορίζονται σε προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά αποτελούν ενδείξεις για ελλείμματα στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, οι οποίες απαιτούνται για την οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς. Καταλήγοντας, τα προβλήματα λόγου και ομιλίας φαίνεται να σχετίζονται άμεσα με το νευρολογικό υπόστρωμα της ΔΕΠ-Υ, τα πρωτογενή της συμπτώματα, καθώς και τα γνωστικά ελλείμματα που τη χαρακτηρίζουν. Επίσης, φαίνεται ότι αποτελούν πρώιμες εκδηλώσεις της Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής που αντιμετωπίζουν στην πλειονότητά τους αυτά τα παιδιά (Gremillion & Martel, 2012).

### **3.2.2 ΔΕΠ-Υ και Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή**

Ετυμολογικά, ο όρος μαθησιακές δυσκολίες παραπέμπει σε μία δυσχέρεια ορισμένων ατόμων η οποία αφορά γενικότερα στην ικανότητά τους για μάθηση. Για την καλύτερη κατανόηση των μαθησιακών δυσκολιών, απαιτείται σε κάθε περίπτωση η διάκριση των αιτιών τα οποία οδηγούν σε αυτές. Πρώτον, οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να οφείλονται σε ελλιπή προσπάθεια, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει τη μη συστηματική συμμετοχή στην εκπαιδευτική διαδικασία, την έλλειψη ενδιαφέροντος και κινήτρου για μάθηση ή τις περιορισμένες ευκαιρίες. Δεύτερον, μπορεί να οφείλονται σε κάποιο πρόβλημα με

νευρολογικό υπόβαθρο, όπως η ΔΕΠ-Υ ή η ΔΑΦ και τρίτον, σε συνδυασμό αυτών. Στην πρώτη περίπτωση, στην οποία απουσιάζει το οργανικό υπόβαθρο και τα αίτια των μαθησιακών δυσκολιών είναι περιβαλλοντικά, γίνεται αναφορά σε «Γενικές Μαθησιακές Δυσκολίες». Στη δεύτερη περίπτωση, όπου υπάρχει οργανική δυσλειτουργία και τα αίτια εντοπίζονται σε εγγενείς δυσκολίες του παιδιού, γίνεται αναφορά σε «Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή, σύμφωνα με το DSM-5, ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών και εκτιμάται ότι παρακωλύει την απόκτηση ή τη χρήση συγκεκριμένων ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, οι οποίες αποτελούν θεμέλια της σχολικής μάθησης.

Οι δυσκολίες στην ανάγνωση και τη γραφή ή αλλιώς Δυσλεξία θεωρείται ως η πιο συνηθισμένη Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή και ορίζεται ως η αδυναμία του ατόμου να κατακτήσει την αυτοματοποιημένη αναγνωστική ικανότητα, η οποία δε μπορεί να δικαιολογηθεί από προβλήματα στη νοητική ανάπτυξη, από αισθητηριακές δυσκολίες ή από ανεπαρκείς προσπάθειες (Sireteanu, Goertz, Bachert & Wandert, 2005). Αρχικά, εκτιμάται ότι οι μηχανισμοί που σχετίζονται με την προσοχή είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη της αυτοματοποιημένης αναγνωστικής ικανότητας (Reynolds & Besner, 2006). Για το λόγο αυτό, δεν πρέπει να θεωρείται τυχαίο το γεγονός ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν με τόσο μεγάλη συχνότητα και τα χαρακτηριστικά της Δυσλεξίας (Willcutt & Pennington, 2000). Επιπλέον, η ικανότητα αυτοματοποιημένης ανάγνωσης απαιτεί από το παιδί να αναγνωρίζει με πολύ μεγάλη ταχύτητα τους ήχους τους οποίους συμβολίζουν τα γράμματα και τα συμπλέγματά τους. Αυτά τα παιδιά, όμως, εξαιτίας των ελλειμμάτων τους τόσο στην προσοχή όσο και στην ταχύτητα επεξεργασίας των λεκτικών πληροφοριών, βρίσκονται σε δυσμενή θέση για την απόκτηση αναγνωστικής ευχέρειας (Willcutt, Pennington, Olson, Chhabildas & Hulslander, 2005).

Συμπερασματικά, τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με τη Δυσλεξία και το γεγονός της μεγάλης επίδρασης των μηχανισμών της προσοχής στην ανάπτυξη της αυτοματοποιημένης αναγνωστικής ικανότητας, οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης πως η ΔΕΠ-Υ και η Δυσλεξία έχουν, εν μέρει, έναν κοινό αιτιολογικό μηχανισμό, ο οποίος φαίνεται να έχει νευρολογικό υπόστρωμα και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες (Eden & Vaidya, 2008).

Στη συνέχεια, ένας άλλος τομέας στον οποίο φαίνεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι αυτός των μαθηματικών. Οι δυσκολίες στα μαθηματικά, συνήθως, εντοπίζονται είτε στους υπολογισμούς είτε στο μαθηματικό συλλογισμό και την επίλυση μαθηματικών προβλημάτων (Pham & Riviere, 2015). Οι δυσκολίες αυτές συνήθως απορρέουν από παράγοντες που σχετίζονται με την ελλειμματική προσοχή (Lindsay, Tomazic, Levine & Accardo, 2001) ή τη μνήμη εργασίας (Rosselli, Mature, Pinto & Ardila, 2006). Για παράδειγμα, πολύ συχνά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν διαβάζουν σωστά την εκφώνηση ενός προβλήματος ή δεν αντιγράφουν σωστά τους αριθμούς. Επομένως, οι δυσκολίες αυτές μπορούν να αποδοθούν σε γενικότερα γνωστικά ελλείματα και όχι σε ειδικά ελλείματα που σχετίζονται με τα μαθηματικά. Την άποψη αυτή ενισχύουν και τα αποτελέσματα έρευνας τα οποία καταδεικνύουν σημαντική γενετική συνάφεια ανάμεσα στις δυσκολίες στα μαθηματικά και την ελλειμματική προσοχή (Greven, Kovas, Willcutt, Petrill & Plomin, 2014).

Στα πλαίσια της ύπαρξης της ΔΕΠ-Υ, λοιπόν, μία κατηγορία συμπτωμάτων αποτελούν συχνά τα προβλήματα λόγου και ομιλίας, τα οποία προδιαθέτουν για την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών τόσο στην ανάγνωση και τη γραφή όσο και στα μαθηματικά, όταν τα παιδιά ξεκινήσουν τη φοίτησή τους στο Δημοτικό σχολείο. Οι Κάκουρος & Μανιαδάκη (2016) υποστηρίζουν, δηλαδή, ότι οι Διαταραχές Λόγου και Ομιλίας, η Δυσλεξία και η Δυσαριθμησία βρίσκονται σε μία αιτιολογική συνέχεια, αλληλοεπηρεάζονται και επηρεάζονται επίσης και από άλλα γνωστικά ελλείματα τα οποία χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠ-Υ, όπως τα ελλείματα στην προσοχή και τη μνήμη εργασίας. Επομένως, πρόκειται για αλληλοεπηρεαζόμενες κλινικές διαστάσεις της εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια.

### **3.2.3 ΔΕΠ-Υ και Νοητική Αναπηρία**

Η συλλογή των πληροφοριών που υπάρχουν σχετικά με την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά με Νοητική Αναπηρία μπορεί να χαρακτηριστεί εξαιρετικά περιορισμένη, καθώς, μέχρι πρόσφατα το ερευνητικό ενδιαφέρον αφορούσε στον προσδιορισμό του επιπέδου της νοημοσύνης στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και την πιθανή επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη νοητική ανάπτυξη. Σύμφωνα με τον Barkley (1995), η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τη νοητική ανάπτυξη με δύο τρόπους: Πρώτον, σε μικρότερο βαθμό, επηρεάζει την απόκτηση γνωστικών δεξιοτήτων και δεύτερον, σε μεγαλύτερο βαθμό, επηρεάζει την ικανοποιητική και αποτελεσματική αξιοποίηση των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Ο Δείκτης Νοημοσύνης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να υπολείπεται κατά 9 μονάδες από το μέσο όρο των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών αντίστοιχης ηλικίας (Frazier, Demaree, & Youngstrom, 2004). Δεν θα πρέπει, όμως, να θεωρηθεί το απόλυτο και πάντα ισχύον, καθώς, οι πιο διαδεδομένες νοομετρικές κλίμακες σε μεγάλο βαθμό αξιολογούν το επίπεδο των ακαδημαϊκών γνώσεων του παιδιού (Bohline, 1985· Κάκουρος, 1996). Επίσης, είναι πιθανό η διαφορά αυτή ουσιαστικά να αντικατοπτρίζει τις μαθησιακές δυσκολίες των παιδιών αυτών, αφού έχει διαπιστωθεί πως τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν συνήθως πιο χαμηλές επιδόσεις στις νοομετρικές κλίμακες ασχέτως της παρουσίας ή όχι της ΔΕΠ-Υ (Barkley, DuPaul, et al., 1990).

Παρόλα αυτά, η νοημοσύνη θεωρείται βασικό στοιχείο τόσο για την εξέλιξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ όσο και για την προσαρμοστική τους ικανότητα. Ορισμένες φορές, η υψηλή νοημοσύνη μπορεί να λειτουργεί ως αντισταθμιστικός παράγοντας ανάμεσα στις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος απ' αυτά. Ίσως για αυτό, σε αρκετές περιπτώσεις, κάποιο παιδί μπορεί να πληροί όλα τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, αλλά τελικά να μην αντιμετωπίζει καμία ιδιαίτερη δυσκολία στην καθημερινή του λειτουργικότητα.

Ωστόσο, πολλοί ειδικοί αμφισβητούν την εγκυρότητα της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ στα άτομα με Νοητική Αναπηρία και χαρακτηρίζουν τα συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας ως δευτερογενές πρόβλημα της νοητικής ανεπάρκειας (Rutter et al., 2008). Υπάρχουν, όμως, ερευνητικά δεδομένα τα οποία καταδεικνύουν ότι η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ σε πληθυσμούς ατόμων με Νοητική Αναπηρία κυμαίνεται μεταξύ 18-40% (Pearson & Aman, 1994) και ότι όσο χαμηλότερος είναι ο δείκτης νοημοσύνης σε ένα άτομο τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα παρουσίας της ΔΕΠ-Υ (Voigt, Barbaresi, Colligan, Weaver, & Katusic, 2006).

Συμπερασματικά, και σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, τα παιδιά με Νοητική Αναπηρία αντιμετωπίζουν αυξημένες πιθανότητες για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ και επομένως, η ΔΕΠ-Υ φαίνεται να είναι μία έγκυρη διάγνωση στην περίπτωση των παιδιών αυτών (Antshel et al., 2006· Hastings, Beck, Daley, & Hill, 2005).

### **3.2.4 ΔΕΠ-Υ και Αναπτυξιακή Διαταραχή του Συντονισμού των Κινήσεων**

Στα πλαίσια της Αναπτυξιακής Διαταραχής Συντονισμού των Κινήσεων, η απόκτηση και η εκτέλεση συντονισμένων κινητικών δεξιοτήτων είναι σημαντικά κατώτερες από το

αναμενόμενο σε σχέση με τη χρονολογική ηλικία και τις ευκαιρίες για απόκτηση και χρήση δεξιοτήτων που έχει το άτομο.

Αρχικά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δε φαίνεται να καθυστερούν στον τομέα της κινητικής ανάπτυξης σε σχέση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά. Ωστόσο, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αδρή και τη λεπτή κινητικότητα, με τις περισσότερες έρευνες να εντοπίζουν μεγαλύτερη σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και τις δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα (Fliers et al., 2008). Η συννοσηρότητα ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και την Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού των Κινήσεων κυμαίνεται μεταξύ 30-50% (Gillberg et al., 2004· Fliers et al., 2008).

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού των Κινήσεων μοιράζεται ορισμένους κοινούς γενετικούς παράγοντες με τη ΔΕΠ-Υ (Martin, Piek, & Hay, 2006) και σε κάθε περίπτωση, η συννοσηρότητα των δύο διαταραχών αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για δυσμενέστερη έκβαση της ΔΕΠ-Υ (Visser, 2003). Για παράδειγμα, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα αυτά είχαν περισσότερες δυσκολίες στην κοινωνική τους λειτουργικότητα, καθώς και στη σχολική και επαγγελματική τους πορεία αλλά και περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, σε σχέση με άτομα που είχαν μόνο ΔΕΠ-Υ (Rasmussen & Gillberg, 2000).

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

---

### 4.1. Βασικές αρχές για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

Η διαδικασία της διάγνωσης ουσιαστικά ξεκινά από τη στιγμή που ο γονέας ή κάποιος άλλος ενήλικας που ενδιαφέρεται για το παιδί προβληματίζεται για τη συμπεριφορά και τις δυσκολίες του και αποφασίζει να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί μία πολυδιάστατη διαδικασία που απαιτεί τη χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων. Οι πληροφορίες που χρειάζεται ο ειδικός μπορούν να συγκεντρωθούν μέσα από συνεντεύξεις με τους γονείς, το παιδί και τους εκπαιδευτικούς, με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης, με ψυχομετρικές διαδικασίες, με τεχνικές άμεσης παρατήρησης της συμπεριφοράς του παιδιού, καθώς και με τη λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Η συλλογή πληροφοριών από διαφορετικά άτομα για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί βασική οδηγία σε όλους τους επιστημονικούς οδηγούς (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Η τακτική αυτή είναι απαραίτητη επειδή, μεταξύ άλλων, ένα βασικό κριτήριο για τη διάγνωση είναι η εκδήλωση των συμπτωμάτων της διαταραχής σε δύο τουλάχιστον πλαίσια.

Ένας από τους βασικούς στόχους της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ σε κλινικό πλαίσιο είναι η συλλογή πληροφοριών για τον εξατομικευμένο σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος για κάθε παιδί. Είναι προφανές ότι η απλή αναγνώριση της ύπαρξης της διαταραχής δεν αρκεί για την επίτευξη αυτού του στόχου. Αντιθέτως, χρειάζεται μια λεπτομερής αξιολόγηση του παιδιού στον γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα αλλά και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και μεγαλώνει. Επιπλέον, απαραίτητη είναι και η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Ένας πολύ σημαντικός στόχος της διάγνωσης είναι, επίσης, ο προσδιορισμός της συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές και η εκτίμηση της επίδρασης που ενδέχεται να ασκούν αυτές οι διαταραχές στον σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος και στην πρόγνωση της εξέλιξης του παιδιού (Κυπριωτάκη, 2004).

Στα πλαίσια της διαγνωστικής διαδικασίας, εφόσον ο ειδικός συγκεντρώσει τις πρώτες πληροφορίες σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού διατυπώνει τις αρχικές του υποθέσεις για τα πιθανά αίτια, τα οποία οδηγούν στις δυσκολίες αυτές. Στην περίπτωση που μία από τις υποθέσεις αυτές αφορά στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ, ο ειδικός συγκεντρώνει πιο εξειδικευμένες πληροφορίες που αφορούν στα συμπτώματα της διαταραχής αυτής και στα

διαγνωστικά κριτήρια που απαιτούνται για να τεθεί η συγκεκριμένη διάγνωση. Συγκεντρώνονται στοιχεία για την έκταση, τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ένταση των συμπτωμάτων αυτών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Απαραίτητη σε αυτή τη φάση είναι η λήψη του αναπτυξιακού ιστορικού του παιδιού για να διαπιστωθεί η ηλικία πρώτης εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, η επιμονή τους στο χρόνο, η απόκλιση του παιδιού σε διάφορους τομείς από το αναπτυξιακά προσδοκώμενο, σε σχέση με τη χρονολογική ηλικία και το φύλο του, καθώς και η ύπαρξη συνοδών χαρακτηριστικών που στηρίζουν τη διάγνωση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Σε περίπτωση που όλες οι παραπάνω πληροφορίες στοιχειοθετούν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, αξιολογείται το επίπεδο βαρύτητας της διαταραχής, η επίδρασή της στο επίπεδο λειτουργικότητας του παιδιού, καθώς και η πιθανή ύπαρξη συννοσηρότητας. Επίσης, αξιολογούνται τα θετικά στοιχεία του παιδιού και το εύρος των δυνατοτήτων του σε διάφορους τομείς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Στη συνέχεια μελετώνται οι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στη παγίωση των δυσλειτουργικών μορφών συμπεριφοράς του παιδιού, καθώς και οι συνθήκες μέσα στις οποίες εμφανίζονται. Οι πληροφορίες αυτές αποτελούν, επίσης, ενδείξεις για την αξιολόγηση της ικανότητας των γονέων να συμμετάσχουν αποτελεσματικά στην προτεινόμενη θεραπευτική παρέμβαση και να εφαρμόσουν τις οδηγίες του ειδικού και, σε πολλές περιπτώσεις, να οδηγήσουν στην πρόταση συμπληρωματικών παρεμβάσεων, οι οποίες αφορούν σε δυσκολίες των ίδιων των γονέων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Το τελικό στάδιο της διάγνωσης περιλαμβάνει το σχεδιασμό της εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης, δηλαδή την επιλογή των καταλληλότερων μεθόδων παρέμβασης για την περίπτωση του συγκεκριμένου παιδιού και την πρώτη καταγραφή της στοχοθεσίας της.

Δεδομένου ότι η διαγνωστική διαδικασία συνεχίζεται καθόλη τη διάρκεια της παρέμβασης, απαραίτητο στοιχείο της αποτελεί η περιοδική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της και ο επαναπροσδιορισμός της στοχοθεσίας της ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).



## 4.2. Μέσα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά

### 4.2.1. Κλίμακες Αξιολόγησης

Οι κλίμακες αξιολόγησης συμπληρώνονται είτε από το ίδιο το άτομο, το οποίο αξιολογείται, είτε από κάποιο οικείο του πρόσωπο. Το πρόσωπο που συμπληρώνει την κλίμακα καλείται συνήθως να επιλέξει ποιες μορφές συμπεριφοράς είναι παρούσες ή όχι, κατά τη γνώμη, του στο άτομο που αξιολογείται ή να εκτιμήσει τη συχνότητα εμφάνισης αυτών των μορφών συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τον Barkley (1990), τα οφέλη από τη χρήση των κλιμάκων αυτών στην ψυχολογική αξιολόγηση του παιδιού είναι πολλαπλά. Από τα σημαντικότερα είναι πως οι κλίμακες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα συλλογής πληροφοριών από ανθρώπους που γνωρίζουν καλά το παιδί, σε διαφορετικά πλαίσια και συνθήκες. Ακόμη, επιτρέπουν τον εντοπισμό μορφών συμπεριφοράς, οι οποίες δεν εμφανίζονται πολύ συχνά, έχουν χαμηλό κόστος και μικρή διάρκεια συμπλήρωσης κ.α. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Ωστόσο, η χρήση τους έχει και κάποια μειονεκτήματα. Το πιο σημαντικό είναι πως εκφράζουν απόψεις, οι οποίες διέπονται από την υποκειμενική κρίση του ατόμου που τις συμπληρώνει και, επομένως, είναι περιορισμένης αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Για παράδειγμα, στις καθόλου σπάνιες περιπτώσεις όπου η μητέρα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει κατάθλιψη, τείνει να υπερβάλλει στην αξιολόγηση συμπεριφοράς του παιδιού και να βλέπει συμπτώματα της διαταραχής ακόμη κι εκεί που δεν υπάρχουν (Chi & Hishaw, 2002). Έπειτα, οι εκτιμήσεις που εκφράζουν οι εκπαιδευτικοί για τους μαθητές τους, μέσα απ' αυτές τις κλίμακες, επηρεάζονται από την επίδραση της συμπεριφοράς του μαθητή στη σχολική τάξη, την προσωπικότητα του εκπαιδευτικού και τις απαιτήσεις που έχει από τους μαθητές του (Vitaro, Tremblay Gagnon, 1995).

Φαίνεται, λοιπόν, πως συχνά υπάρχει μεγάλη ασυμφωνία στις απαντήσεις που δίνει ο πατέρας, η μητέρα ή και ο εκπαιδευτικός σε ερωτήματα τα οποία αφορούν στο ίδιο παιδί (Papageorgiou, Kalyva, Dafoulis & Vostanis, 2008). Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί είτε, επειδή το κάθε άτομο έχει διαφορετικό επίπεδο ανοχής και μπορεί να δίνει διαφορετικές ερμηνείες στη συμπεριφορά του παιδιού, είτε επειδή μπορεί να διαφοροποιείται και η ίδια η συμπεριφορά του παιδιού, ανάλογα με το πλαίσιο εκδήλωσής της (Pelham et al., 2005). Επομένως, οι κλίμακες αξιολόγησης φαίνεται να διερευνούν ουσιαστικά τις αντιλήψεις των γονέων και των εκπαιδευτικών για τη συμπεριφορά του παιδιού.

Τα όποια αποτελέσματα προκύπτουν από τις κλίμακες αξιολόγησης δεν θα πρέπει να εκλαμβάνονται από μόνα τους ως στοιχεία ικανά και επαρκή για τη χορήγηση διάγνωσης, καθώς δίνουν απλώς ενδείξεις για την ύπαρξη κάποιας διαταραχής. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να συγκρίνονται με τα αποτελέσματα από τη χρήση επιπρόσθετων μέσων, όπως η συνέντευξη και η κλινική παρατήρηση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Για το λόγο αυτό, στην αρχή είναι προτιμότερη η χρήση κλιμάκων που διερευνούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της παιδικής ηλικίας -υπάρχουν αρκετές μεταφρασμένες και σταθμισμένες στα Ελληνικά- και στη συνέχεια, ενδείκνυται η χρήση κλιμάκων εξειδικευμένων για την ανίχνευση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Όμως, η απλή παρουσία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ δεν είναι καθόλου σίγουρο ότι συντελεί στην έκπτωση λειτουργικότητας του παιδιού. Προκειμένου, λοιπόν, να αξιολογείται και το επίπεδο λειτουργικότητας του παιδιού, παράλληλα με την παρουσία των συμπτωμάτων, έχουν κατασκευασθεί ανάλογες κλίμακες (Wolraich, 2003).

Τέλος, επιπρόσθετα χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να διερευνηθούν είναι το επίπεδο αυτοεκτίμησης του παιδιού, οι κοινωνικές του δεξιότητες και το επίπεδο αυτοελέγχου, μέσω κατάλληλων κλιμάκων. Σε κάθε περίπτωση, για την επιλογή της κατάλληλης κλίμακας πρέπει να συνυπολογίζονται η ηλικία και το φύλο του παιδιού και να λαμβάνονται υπόψη τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας και η διαδικασία στάθμισής της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

### **4.3. Πρόγνωση**

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή με έναρξη στα πρώτα παιδικά χρόνια, η οποία εξελίσσεται μέχρι την εφηβεία ή την αρχή της ενήλικης ζωής. Έρευνες δείχνουν ότι τα ποσοστά από 31% έως 71,5% παιδιών που είχαν τη διάγνωση του υπερκινητικού συνδρόμου στην παιδική ηλικία εξακολουθούν να έχουν την ίδια διάγνωση στην εφηβεία. Το ποσοστό, όμως, αυτό μειώνεται κατά πολύ στην ενήλικη ζωή (Κοκκέβη και συν., 2001).

Πέρα από την επιμονή ορισμένων συμπτωμάτων, αυτά τα παιδιά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο συννοσηρότητας με κάποια άλλη διαταραχή στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Γενικά, τα υπερκινητικά παιδιά έχουν χαμηλότερες σχολικές επιδόσεις απ' ό,τι οι συνομήλικοί τους και μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολών από το σχολείο ή διακοπή αυτού (Κοκκέβη και συν., 2001).

Πολλοί έφηβοι με ιστορικό υπερκινητικότητας εμφανίζουν παραπτωματική συμπεριφορά. Επιπλέον, έχουν αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και κοινωνικής αποδοχής. Εξακολουθεί να είναι έντονη η παρουσία της παρορμητικότητας και της κινητικής ανησυχίας, ενώ η διάσπαση της προσοχής συνεχίζει να αποτελεί έγκυρη διάγνωση και στην ενήλικη ζωή.

Παρατηρούνται, επίσης, διαταραχές προσωπικότητας (κυρίως αντικοινωνικού τύπου), αλκοολισμός και χρήση ουσιών. Αγχώδεις ή συναισθηματικές διαταραχές δε διαπιστώνονται στην εξέλιξη του υπερκινητικού συνδρόμου. Για τη συνέχεια αυτής της παθολογίας παράγοντες κινδύνου θεωρούνται το φύλο, η συνύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών, το οικογενειακό δυσλειτουργικό περιβάλλον και το ιστορικό αντικοινωνικών πράξεων εκ μέρους των γονέων (Κοκκέβη και συν., 2001).

#### **4.4 Η ανακοίνωση της διάγνωσης στους γονείς**

Η ανακοίνωση της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ στους γονείς του παιδιού που παρουσιάζει τη διαταραχή αποτελεί ένα πολύ κρίσιμο στάδιο αυτής της διαδικασίας. Η ενημέρωση των γονέων για τη διαταραχή αυτή, η παροχή διευκρινίσεων σχετικά με τα δεδομένα που οδήγησαν σε αυτή τη διάγνωση και η κατανόηση εκ μέρους τους της αιτιολογίας των δυσκολιών του παιδιού τους, δημιουργεί τη σύνδεση ανάμεσα στη διάγνωση και τη θεραπευτική παρέμβαση και μπορεί να διευκολύνει τους γονείς να διαφοροποιήσουν τη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί. Έχει, άλλωστε, διαπιστωθεί και ερευνητικά ότι η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ κάνει συνήθως τους γονείς να αισθανθούν καλύτερα με τον εαυτό τους, να καταλάβουν καλύτερα τα παιδιά τους και να νοιώσουν πιο ικανοί να τα βοηθήσουν (Siegal, 1992).

Οι γονείς πρέπει να βοηθηθούν από τον ειδικό, ώστε να κατανοήσουν ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή και πως δεν αποτελεί μία ψυχική ασθένεια, ούτε είναι αποτέλεσμα κακής διαπαιδαγώγησης του παιδιού στα πλαίσια της οικογένειας ή του σχολείου. Αυτή η διαταραχή επηρεάζει την ικανότητα του παιδιού να ρυθμίζει τη συμπεριφορά του σύμφωνα με κανόνες και να διατηρεί την προσοχή του για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, όταν απαιτείται καταβολή πνευματικής προσπάθειας. Η ψυχοεκπαίδευση των γονέων ως προς τη ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στο μορφωτικό τους επίπεδο, ώστε να οδηγήσει στο μέγιστο βαθμό κατανόησης της διαταραχής. Ο ειδικός πρέπει να αποφεύγει την πολύπλοκη και αυστηρά εξειδικευμένη επιστημονική ορολογία και να

βοηθήσει τους γονείς να καταλάβουν γιατί το παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι πιο ενεργητικό, παρορμητικό και απρόσεχτο από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Αν και ο ειδικός δεν είναι υποχρεωμένος να εξηγήσει με λεπτομέρειες στους γονείς τον τρόπο με τον οποίο οδηγήθηκε στη συγκεκριμένη διάγνωση, είναι καλό να τους παρουσιάσει κάποια από τα στοιχεία στα οποία στηρίχθηκε. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να αντιμετωπίσει πιθανές αμφιβολίες των γονέων και να τους πείσει ότι η αξιολόγηση ήταν διεξοδική και η διάγνωση εμπειριστατωμένη. Αυτή η τακτική δημιουργεί μία αίσθηση ασφάλειας στους γονείς, η οποία μπορεί να αντισταθμίσει τα όποια αρνητικά συναισθήματα τους προκάλεσε η ανακοίνωση ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή και να τους δημιουργήσει εμπιστοσύνη για τις επακόλουθες προτάσεις του ειδικού για τη θεραπευτική παρέμβαση, οι οποίες αποτελούν και το τελευταίο βήμα αυτής της συνάντησης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Κατά την αποχώρηση τους από το κλινικό πλαίσιο, οι γονείς θα πρέπει να έχουν κατανοήσει σε γενικές γραμμές τα αίτια των δυσκολιών του παιδιού τους, να έχουν διαλευκάνει τις κυριότερες απορίες τους, να έχουν αποβάλει τύψεις και ενοχές για το ρόλο τους ως προς την παθογένεση αυτών των δυσκολιών, να αρχίζουν να ξεπερνούν την απογοήτευσή τους από το γεγονός ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει μία αναπτυξιακή διαταραχή και να έχουν αναπτύξει ρεαλιστικές προσδοκίες ως προς την αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού μέσα από την ένταξή του σε ένα κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

#### **4.5. Διαφορική Διάγνωση**

Σχετικά με τη διαφορική διάγνωση, μία από τις σημαντικότερες δυσκολίες είναι η διάκριση της ΔΕΠ-Υ από τη Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης και τη Διαταραχή Διαγωγής. Η Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης εμφανίζεται συνήθως νωρίτερα από τη Διαταραχή Διαγωγής και πολλές φορές η Διαταραχή Διαγωγής είναι απλώς η διαφοροποίηση της Διαταραχής Προκλητικής Εναντίωσης σε σχέση με την ηλικία του παιδιού. Αυτό, βέβαια, δε σημαίνει ότι όλα τα παιδιά που εμφανίζουν Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης θα εμφανίσουν αργότερα και Διαταραχή Διαγωγής. Οι δύο αυτές διαταραχές διαφέρουν μεταξύ τους κυρίως ως προς τον βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων τους και ως προς τον βαθμό και την ποιότητα εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Η διαφορική διάγνωση με τη ΔΕΠ-Υ γίνεται κυρίως με βάση την ύπαρξη ή την απουσία ελλειμματικής προσοχής και δυσκολιών ελέγχου των παρορμήσεων και με βάση την ηλικία εμφάνισης των προβλημάτων αυτών. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται, συνήθως, νωρίτερα στην ανάπτυξη του παιδιού. Επίσης, στις οικογένειες των παιδιών με Διαταραχή Διαγωγής είναι συνηθέστερη η ύπαρξη έντονων οικογενειακών συγκρούσεων, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και αντικοινωνικής συμπεριφοράς ή κατάχρησης ουσιών από τους ίδιους τους γονείς. Ένα άλλο στοιχείο που διαφοροποιεί τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από τα παιδιά με Διαταραχή Διαγωγής είναι τα κίνητρα της συμπεριφοράς τους και η ύπαρξη σκοπιμότητας σε αυτή. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά παρουσιάζουν αντιδραστική συμπεριφορά λόγω της αδυναμίας τους να ελέγξουν την παρορμητικότητά τους και, ίσως, επειδή έχουν μάθει να αλληλεπιδρούν με τους γονείς τους στη βάση αρνητικής ενίσχυσης. Αντιθέτως, τα κίνητρα της συμπεριφοράς των παιδιών με Διαταραχή Διαγωγής χαρακτηρίζονται συχνά από σκοπιμότητα (Luiselli, 1991).

Η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από τη διπολική διαταραχή και τις άλλες διαταραχές της διάθεσης βασίζεται κυρίως στη συνέντευξη με τους γονείς. Η ΔΕΠ-Υ είναι μία χρόνια διαταραχή, ενδείξεις της οποίας εμφανίζονται πριν την ηλικία των 7 ετών και στη βάση της οποίας ενδέχεται να εμφανιστούν προβλήματα συμπεριφοράς. Οι διαταραχές της διάθεσης χαρακτηρίζονται από οξεία επεισόδια απότομης μεταβολής της διάθεσης, εμφανίζονται συνήθως μετά την ηλικία των 12 ετών και παρουσιάζονται ως μια σημαντική και ξαφνική αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά και συναισθηματική κατάσταση του παιδιού (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997).

Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις το ερώτημα δεν είναι αν τα συμπτώματα του παιδιού αντανακλούν την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ ή κάποιας άλλης διαταραχής, αλλά τη συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με κάποια άλλη διαταραχή ή την ανάπτυξη δευτερογενών προβλημάτων στη βάση της ΔΕΠ-Υ μέσω της διαδικασίας της επιγένεσης. Η αλληλεπίδραση της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές επηρεάζει σημαντικά το βαθμό σοβαρότητας των προβλημάτων του παιδιού, την προτεραιότητα των στόχων της θεραπευτικής παρέμβασης και την έκβαση των προβλημάτων αυτών στην εφηβεία.

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

---

### 5.1. Η ψυχική υγεία των γονέων και των παιδιών

#### 5.1.1. Συναισθηματικό προφίλ γονέων

Η διαταραχή έλλειψης προσοχής / υπερκινητικότητας ως μια κοινή διαταραχή της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων, επηρεάζει κατά προσέγγιση 63 εκατομμύρια παιδιά και εφήβους παγκοσμίως (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015· Leitch et al., 2019). Με κύρια συμπτώματα αυτά της απροσεξίας και / ή της παρορμητικότητας - υπερκινητικότητας, η ΔΕΠ-Υ είναι μια χρόνια κατάσταση που παρεμβαίνει στη λειτουργία ενός ατόμου (American Psychiatric Association, 2013). Τα προβλήματα υγείας με τα προβλήματα συμπεριφοράς εντάσσονται σε ένα κοινό σύνολο και αλληλοεπηρεάζονται με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα συμπεριφοράς και διαγωγής, άγχος και κατάθλιψη (Angold, Costello, & Erkanli, 1999· Biederman et al., 2006· Sciberras et al., 2016· Leitch et al., 2019). Όταν ένα άτομο βιώνει την διαταραχή αυτή στην παιδική του ηλικία επηρεάζεται δυσμενώς και η οικογένεια (Johnston & Mash, 2001· Leitch et al., 2019). Ακόμη, οι γονείς παιδιών με διαταραχές σαφέστατα βιώνουν μεγαλύτερο στρες σε αντίθεση με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2013· Leitch et al., 2019). Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ωστόσο, αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα επίπεδα στρες για την γονική τους μέριμνα από τους γονείς των παιδιών με αυτισμό (Miranda, Tárraga, Fernández, Colomer, & Pastor, 2015· Leitch et al., 2019) αλλά και τους γονείς παιδιών με λοίμωξη HIV ή άσθμα (Gupta, 2007· Leitch et al., 2019). Η ανατροφή ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει μεγάλη προσπάθεια και πίεση για όλη την οικογένεια. Η οικογένεια είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για την ομαλή ανάπτυξη των βρεφών, καθώς και ο διαμεσολαβητής άλλων κοινωνικών και εκπαιδευτικών περιβαλλόντων. Το άγχος που προκαλείται από την ανατροφή ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τις οικογενειακές σχέσεις, δημιουργεί συγκρούσεις και δυσαρέσκεια και μπορεί να προκαλέσει ακόμα και ψυχοπαθολογικά προβλήματα στους γονείς γεγονός που εξαρτάται από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του παιδιού (Mash & Johnston, 1990·

Insa, et al.,2018), ενώ είναι τόσες οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, που μπορεί να οδηγηθούν στο διαζύγιο (Insa, et al.,2018). Όταν ανακοινώνεται η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, πολλοί γονείς συχνά, μπορεί να ανησυχίσουν ή να ταραχτούν, καθώς συγχέουν τη διαταραχή του παιδιού τους με αποτέλεσμα «κακής γονικής φροντίδας». Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν αληθεύει και πολλές φορές προκύπτει η ανάγκη για διαρκή και στενή επίβλεψη του παιδιού από πλευράς των γονιών η οποία μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη πίεση στη ζωή της οικογένειας. Είναι γνωστό, ότι στις οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ, οι γονείς βιώνουν αυξημένο αίσθημα αποτυχίας και απογοήτευσης και έχουν συχνότερες συγκρούσεις μεταξύ τους (Καμούτσα, Κοτσίφη & Νικολακοπούλου, 2011).Ένα μεγάλο μέρος έρευνας έχει τεκμηριώσει τη σοβαρότητα του άγχους που βιώνουν οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τόνισε την ανάγκη να στοχεύσουν στην καταπολέμηση αυτού του άγχους για τη βελτίωση τόσο των συμπτωμάτων των παιδιών όσο και των θετικών αποτελεσμάτων στους γονείς (Theule et al., 2013· Leitch et al., 2019). Ωστόσο, η ποιοτική έρευνα που αποσκοπεί στην κατανόηση του άγχους των γονέων των παιδιών με την ΔΕΠ-Υ είναι περιορισμένη και λίγες παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί για να στοχεύουν άμεσα στο άγχος τους (Treacy, Tripp, & Baird, 2005· Leitch et al., 2019).

Πέρα από το στρες που βιώνουν οι γονείς όμως, βιώνουν κι άλλα συναισθήματα τα οποία εξαρτώνται και από την εκάστοτε συμπεριφορά και εκδήλωση συμπτωμάτων του παιδιού. Για παράδειγμα, κάποιοι γονείς ανέφεραν επίσης ότι η απροσεξία και η απουσία αίσθησης του χρόνου των παιδιών τους, τους ήταν δύσκολο να διαχειριστεί και συνδέθηκε με αισθήματα αμφιβολίας για την επάρκεια και την ικανότητα τους ως γονείς. Ένας γονέας δήλωσε: «Να κάνετε οκτώ ή δέκα υπενθυμίσεις για να ντυθούν ή να πλύνουν τα δόντια τους ή οτιδήποτε άλλο. Μετά από την έκτη περίπου ή την έβδομη είσαι έτοιμος/η ξεριζώσεις τα μαλλιά σου. Επισημαίνοντας την αμοιβαία φύση των συναισθημάτων και των συμπεριφορών γονέων-παιδιών, ένας άλλος γονέας εξέφρασε τον τρόπο με τον οποίο η συμπεριφορά αυτή του παιδιού του ήταν ιδιαίτερα δύσκολο να αντιμετωπιστεί, ειδικά όταν ο γονέας ήταν αγχωμένος και βιαστικός για να πάει στη δουλειά του. Συγκεκριμένα δήλωσε: «Θα αφήσει τις εργασίες που έχει για το σπίτι μέχρι την τελευταία στιγμή, κάτι που κάνει συνεχώς και δυσκολεύει το πρόγραμμα της και ταυτόχρονα μπορεί να είναι ένα δύσκολο βράδυ για μένα, μπορεί να ήταν μια κουραστική μέρα στη δουλειά ενώ υπάρχουν και άλλες δουλειές που πρέπει να γίνουν και θα μου πει “Ωχ πρέπει να πάω να κάνω την εργασία μου στο Officeworks!” και εγώ της λέω “Είναι εννέα πάρα τέταρτο! Πόσο καιρό το ήξερες ότι έχεις την εργασία; Μια εβδομάδα;” ». (Leitch et al., 2019).

Ακόμα ένα συναίσθημα που βιώνουν οι γονείς με παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι μια συνεχή κατάσταση υπερέντασης. Ένας γονέας περιέγραψε την εμπειρία της γονικής μέριμνας ως «συνεχόμενα πνευματικά ασχολούμενος» ώστε να βρίσκεται συνεχώς «ένα βήμα μπροστά» από το παιδί του. Οι γονείς άρχισαν να παρατηρούν την συμπεριφορά τους ως γονείς, δηλαδή να κάνουν αυτοκριτική ώστε να αποφευχθεί η «πυροδότηση» περαιτέρω εκρήξεων και ξεσπασμάτων από τα παιδιά. Παρατηρούσαν τι λένε, με ποιό τρόπο το λένε, και όταν το λένε, οι γονείς προσπαθούσαν να αποφύγουν να πουν κάτι που θα αναστάτωνε τα παιδιά τους. Πολλοί μάλιστα, ανέφεραν ότι «καλόπιαναν» τα παιδιά τους, ενώ συγκεκριμένα μία μητέρα αναφέρει πως είναι απαραίτητο να είναι σε ετοιμότητα και υπερένταση αλλά να αντιμετωπίζει με ψυχραιμία, ηρεμία και ευαισθησία το παιδί της. Ωστόσο, τουλάχιστον ένας γονέας υποστήριξε μια πιο δυναμική προσέγγιση, περιγράφοντας το καθήκον του να διατηρεί ένα βήμα μπροστά από το παιδί του, ως αγώνα που δεν πρέπει να παρατάμε: “Να αγωνίζεστε συνεχώς ώστε να υπενθυμίζετε στο παιδί σας ότι είστε ο γονέας” (Leitch et al., 2019).

Αν και οι γονείς αποδίδουν μεγάλο μέρος του άγχους τους σε περιστατικά που σχετίζονται με τη συμπεριφορά των παιδιών τους, το άγχος τους παραμένει υψηλό ακόμη και όταν τα παιδιά τους δεν είναι παρόντα ή όταν τα παιδιά τους είναι παρόντα αλλά είναι ήρεμα. Οι γονείς είναι δηλαδή, είναι σε μια διαρκή υπερένταση, με την πιθανότητα πρόβλεψης τυχούσας συμπεριφοράς των παιδιών τους, νιώθοντας «στην τσίτα» και σε εγρήγορση τις περισσότερες ώρες της ημέρας. Αυτό τους οδηγεί στην αίσθηση συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης (Leitch et al., 2019).

### **5.1.2. Πως το άγχος των γονέων επηρεάζει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ**

Το άγχος της γονικής μέριμνας μπορεί να χαρακτηριστεί ως άγχος που προκύπτει όταν οι αντιλήψεις των γονέων σχετικά με τις απαιτήσεις της γονικής τους μέριμνας, υπερβαίνουν τις δυνατότητες και τους πόρους που διαθέτουν για αντιμετωπίσουν ότι δυσκολία προκύψει (Deater-Deckard, 1998· Leitch et al., 2019). Το έντονο στρες των γονέων σχετίζεται άμεσα με πολλά αρνητικά αποτελέσματα για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και τους γονείς τους, όπως: η επιδείνωση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ του παιδιού, μειωμένη ανταπόκριση στην οποιαδήποτε παρέμβαση, χαμηλότερη ποιότητα της σχέσης γονέα-παιδιού και μειωμένη γονική ψυχολογική ευημερία (Johnston & Mash, 2001· Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks,



2008· Theuule et al., 2013· Leitch et al., 2019). Το άγχος της γονικής μέριμνας μπορεί ακόμα να επηρεάσει τα παιδιά μέσω μιας σειράς οδών, συμπεριλαμβανομένης της κακής παρακολούθησης των δραστηριοτήτων των παιδιών και του εντοπισμού των παιδιών αλλά και της αυξημένης χρήσης της σωματικής τιμωρίας και ελέγχου παρά υποστηρικτικής στρατηγικής γονικής μέριμνας και θετικής διαπαιδαγώγησης (Deater-Deckard, 2004· Rogers, Wiener, Marton & Tannock, 2009a· 2009b· Wirth et al., 2017· Leitch et al., 2019). Σε προκλητικές και έντονες συμπεριφορές παιδιών με ΔΕΠ-Υ ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι οι γονείς δημιουργούν μία σχέση προσκόλλησης στη σχέση με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, φοβούμενοι για την ασφάλεια τους (Clarke, Ungerer, Chahoud, Johnson, & Stiefel, 2002· Leitch et al., 2019).

### **5.1.3. Η ψυχοπαθολογία των γονέων με παιδιά με ΔΕΠ-Υ**

Σύμφωνα με μελέτη, η τιμή που αφορά τους γονείς με ΔΕΠ-Υ είναι χαμηλότερη από την αναμενόμενη δεδομένης και της γενετικής φύσης της ΔΕΠ-Υ (Biederman 2005, Khan & Faraone, 2006· Cheung & Theule, 2016). Είναι πιθανό τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας να είναι χαμηλότερα του πραγματικού ποσοστού των γονέων με ΔΕΠ-Υ σε οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας συνάδουν με την αντίληψη ότι το ποσοστό ΔΕΠ-Υ είναι πολύ υψηλότερο στους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρά στον γενικό πληθυσμό. Η γονική κατάθλιψη (17,09%) βρέθηκε να έχει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των διαταραχών που εξετάστηκαν. Αυτό δεν προκαλεί έκπληξη καθώς τα παιδιά των μητέρων με κατάθλιψη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για προβλήματα συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της ΔΕΠ-Υ (Chronis et al., 2007· Elgar et al. 2004· Cheung & Theule, 2016). Το ποσοστό διαταραχών άγχους στους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαπιστώθηκε ότι είναι πολύ υψηλότερο από τον γενικό πληθυσμό όσον αφορά τις 12μηνες τιμές (American Psychiatric Association, 2013· Cheung & Theule, 2016). Αυτό το εύρημα συνάδει με προηγούμενη έρευνα, η οποία δείχνει ότι τα συμπτώματα του άγχους είναι πιο συχνά στους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τους γονείς των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ (Cussen et al. 2012· Ghanizadeh et al., 2008· Cheung & Theule, 2016). Αυτό επιβεβαιώθηκε και σε αποτελέσματα μελέτης των Connell και Goodman (2002) τα οποία έδειξαν ότι η γονική ψυχοπαθολογία συνδέεται με το παιδί με ΔΕΠ-Υ σε αντίθεση με προηγούμενα επιχειρήματα που υποστήριζαν ότι η γονική ψυχοπαθολογία επηρεάζεται από

την παρουσία της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής/διαταραχή διαγωγής, ενώ η ίδια η ΔΕΠ-Υ δεν είναι αρκετή για να την επηρεάσει (Lahey et al., 1987· Chronis et al., 2003· Kashdan et al., 2004· Cheung & Theule, 2016). Συνολικά, με την παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι εξαιρετικά πιο πιθανό να έχουν ψυχοπαθολογία από τους γονείς των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, η συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων της γονικής ψυχοπαθολογίας και των συμπτωμάτων του παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι σημαντική στη δεδομένη έρευνα (Cheung & Theule, 2016).

#### **5.1.4. Το συναισθηματικό προφίλ του παιδιού με ΔΕΠ-Υ**

Υπάρχει ένας μύθος γύρω από τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επειδή είναι ατίθασα και συνήθως πιο «δύσκολα» παιδιά θεωρείται ότι δεν έχουν ίδια συναισθήματα με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Αυτή η αντίληψη έρχεται σε μεγάλη αντίθεση με την πραγματικότητα καθώς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όχι μόνο δεν έχουν διαφορετικά συναισθήματα αλλά τα βιώνουν και σε πολύ μεγαλύτερη ένταση. Για την ακρίβεια, ερευνητές και ειδικοί πολύ συχνά αναφέρουν ότι τα συναισθήματα που νιώθουν τα παιδιά αυτά, παίζουν ρόλο στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Ο τρόπος διαχείρισης των συναισθημάτων τους είναι αυτός που διαφέρει σε σχέση με παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ καθώς συναισθήματα όπως ο θυμός, η απογοήτευση, η ανησυχία και το άγχος τα βιώνουν σε πολύ μεγάλη ένταση και διάρκεια. Παρουσιάζουν ακόμη δυσκολίες με την εργασιακή μνήμη, κάτι που τους δυσκολεύει να κρατήσουν την ευρύτερη εικόνα της κατάστασης που βιώνουν και επικεντρώνονται στο τι αισθάνονται εκείνη τη στιγμή και μόνο.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως δεν μπορούν να εκφράσουν σε λέξεις, τις σκέψεις τους και τα συναισθήματα που νιώθουν γιατί αυτό είναι το «κανονικό» τους. Δεν γνωρίζουν και δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν ότι ο εγκέφαλος άλλων παιδιών λειτουργεί με διαφορετικό τρόπο. (Hoffman, 2013). Λόγω των προβλημάτων που προκαλούνται από τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να πιστεύουν ότι δεν είναι αρκετά έξυπνα και καλά παιδιά. Αυτό φυσικά, επηρεάζει την αυτοπεποίθησή τους. Επειδή, τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (παρορμητικότητα, έλλειψη προσοχής, υπερκινητικότητα) μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ακαδημαϊκή επιτυχία του παιδιού, τις κοινωνικές σχέσεις και την επικοινωνία μέσα στην οικογένεια, αυτά τα παιδιά ενδέχεται πολλές φορές στην διάρκεια της ημέρας να εκτίθενται σε προειδοποιήσεις και αρνητικά σχόλια. Όλα αυτά τα αρνητικά σχόλια επηρεάζουν αρνητικά τη φυσική αίσθηση του παιδιού. Ύστερα, εκτός από τη ΔΕΠ-Υ μπορεί

να εμφανιστούν δευτερεύοντα συναισθηματικά προβλήματα (κατάθλιψη, διαταραχές άγχους, κ.λπ.).

#### **5.1.5. Τα ξεσπάσματα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από την οπτική των γονέων**

Σε έρευνα που διεξήχθη, οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ περιέγραψαν τις δυσκολίες που βίωσαν στις εκρήξεις των παιδιών τους που τείνουν να είναι έντονες, ακραίες και συχνές. Οι γονείς χρησιμοποίησαν εξαιρετικά εκφραστική γλώσσα όταν συζητούσαν γι' αυτές τις εκρήξεις, όπως: "κρίση ΔΕΠ-Υ" και "όταν έχει μία κρίση-ξέσπασμα, είναι σαν ένα ηφαίστειο που εκρήγνυται". Οι γονείς μοιράστηκαν πολύ έντονες ιστορίες και με βία πολλές φορές των παιδιών τους στο σπίτι, συμπεριλαμβανομένων ακόμα και τα χτυπήματα σε τοίχους αλλά και απειλές στα αδέρφια. Τρεις γονείς ανέφεραν ακόμα και για καρέκλες που πετάγονται στο δωμάτιο και στους ίδιους από τα παιδιά τους. Οι γονείς αντιλήφθηκαν ότι αυτές οι εκρήξεις θα είναι έντονες και καταστροφικές. Περιέγραψαν επίσης να αντιμετωπίζουν απώλεια ελέγχου στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Κάποιος γονέας παρομοίασε όλη αυτή την κατάσταση με τις εκρήξεις και τα ξεσπάσματα του παιδιού του ,με ένα αυτοκίνητο σε ένα λόφο. «Σαν να αφήνεις το χειρόφρενο από ένα αυτοκίνητο και αυτό να κατεβαίνει ένα λόφο. Δεν πρόκειται να σταθείς μπροστά του. Πρέπει να περιμένεις μέχρι να φτάσει στο τέλος του λόφου και τότε να το αντιμετωπίσεις. Όπως δηλαδή όταν στέκεσαι μπροστά στο παιδί σου σε κατάσταση κρίσης και προσπαθείς να σταματήσεις την κατάρρευση αυτή κάτι το οποίο είναι σπατάλη της ενέργειάς σου.» (Leitch et al., 2019)

#### **5.1.6 Το συναισθηματικό προφίλ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από την οπτική των γονέων**

Σε έρευνα των Leitch και συνεργατών του (2019) οι γονείς μοιράστηκαν την έντονη ανησυχία τους για το μίσος που εκφράζουν τα παιδιά στον εαυτό τους το οποίο είναι αποτέλεσμα της ΔΕΠ-Υ και των συναφών κοινωνικών δυσκολιών: *"Ο γιος μου πολύ συχνά θέλει να χτυπήσει τον εαυτό του ή λέει "Είμαι ηλίθιος, είμαι ανόητος". Εκφράζει απέχθεια για τον εαυτό του, κάτι για το οποίο αγωνίζομαι πραγματικά να αλλάξω. Είναι πολύ δύσκολο να το αντιμετωπίσεις αυτό"*. Δύο γονείς ανέφεραν ότι τα παιδιά τους εξέφρασαν αυτοκτονικές ιδέες, με μια μητέρα να μοιράζεται για το γιο της: *"Επτά ετών και συνεχώς λέει: "Δεν μπορώ να κάνω τίποτα σωστά, θα μπορούσα όμως να σκοτώσω τον εαυτό μου." Και ποιος γονέας το αντέχει αυτό; "* και μια άλλη δήλωση από γονέα: *" Όταν το παιδί μου είναι στο δρόμο περιμένει ένα αυτοκίνητο να το χτυπήσει επειδή η ζωή του είναι χάλια"*. Ωστόσο, δεν δήλωσαν

όλοι οι γονείς ότι τα παιδιά τους εκφράζουν τόση έντονη απέχθεια για τον εαυτό τους, αλλά πολλοί περιέγραψαν την αίσθηση απομόνωσης των παιδιών τους που προκύπτει από την έλλειψη των κοινωνικών δεξιοτήτων. Μία μητέρα δήλωσε ότι ο γιος της είχε αποσυρθεί από τις παρέες και τους συνομηλίκους του, καθώς ήταν θυμωμένοι μαζί του επειδή δεν είναι σε θέση να συμβαδίσει με τους κανόνες των παιχνιδιών τους. Αναφέρεται από κι άλλη μητέρα ότι στο παρελθόν, το παιδί της είχε έρθει από το σχολείο με μαύρα μάτια και μώλωπες από τον εκφοβισμό που βίωνε, λόγω των κοινωνικών δυσκολιών του.

### **5.1.7. Πως επηρεάζονται τα αδέλφια των παιδιών με ΔΕΠ-Υ**

Οι συνέπειες στα αδέλφια παιδιών με ΔΕΠ-Υ ήταν ιδιαίτερα ανησυχητική για τους γονείς, οι οποίοι συχνά έπρεπε να καταφέρουν να διαχειριστούν τις αντιδράσεις και το άγχος των αδελφών. Συγκεκριμένα ένα γονέας δήλωσε: « Έχω έναν μικρότερο γιο, ο οποίος αναστατώνεται σε μεγάλο βαθμό σε οποιαδήποτε αντιπαράθεση προκύψει. Αυτό είναι ιδιαίτερα αγχωτικό για εμένα καθώς προσπαθώ να διατηρήσω την ηρεμία για να μην αναστατωθεί ο μικρός. Επειδή είναι πραγματικά λυπημένος όταν τα πράγματα βγουν εκτός ελέγχου. Είναι δύσκολο και ψυχοφθόρο να βλέπω τον μικρό αναστατωμένο από τις εκρήξεις και την γενικότερη συμπεριφορά του μεγαλύτερου παιδιού μου». Μερικοί γονείς νιώθουν ενοχές για τα παιδιά αυτά γιατί συνήθως είναι "ξεχασμένα" από εκείνους και ανησυχούν ότι τα αδέλφια θα μεγαλώνουν και θα αισθάνονται παραμελημένα και ενδεχομένως ζήλια λόγω της έλλειψης προσοχής από τους γονείς. Επιπλέον, οι γονείς ανέφεραν ότι το άγχος τους επηρεάζει αρνητικά όλα τα παιδιά στην οικογένεια, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών με την ΔΕΠ-Υ αλλά και τα αδέλφια. Ένας γονέας ανέφερε ότι το άγχος του έκανε τα παιδιά να νιώθουν "στην τσίτα" και αυτό προκαλεί εντάσεις και καυγάδες μεταξύ των αδελφών κάτι που συμβαίνει αρκετά συχνά (Leitch et al., 2019).

### **5.1.8. Υπάρχει στίγμα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ;**

Μια ανασκόπηση για το στίγμα στη ΔΕΠ-Υ διαπίστωσε ότι «η ύπαρξη στίγματος και η επιρροή του στη ζωή ενός ατόμου που έχει διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς» και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι αυτό είναι «αξιοπερίεργο λαμβάνοντας υπόψη την ευπάθεια της διαταραχής να προκαλεί στερεοτυπικές αντιλήψεις στο κοινό» (Mueller et al., 2012· Speerforck et al., 2019). Παρ'όλα αυτά, με εξαίρεση τις αναφορές των ΗΠΑ

στην "Εθνική μελέτη του στίγματος στα παιδιά " 2002 (Martin et al., 2007· McLeod et al., 2007· Pescosolido et al., 2007· 2008· Speerforck et al., 2019), δεδομένα από την έρευνα που βασίζεται σε πληθυσμιακή έρευνα για την ΔΕΠ-Υ εξακολουθούν να είναι σπάνια. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τον φαινότυπο σε ενήλικες με ΔΕΠ-Υ. Ειδικά σε μια διαταραχή όπως η ΔΕΠ-Υ, που περιβάλλεται από συζητήσεις σχετικά με την διαγνωστική διακύμανση (Moncrieff και Timimi, 2010· Speerforck et al., 2019) και τη θεραπεία (Conrad and Bergey, 2014· Speerforck et al., 2019), υπάρχουν πεποιθήσεις λόγω μιας αλληλουχίας ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και της σχέσης τους με την εμφάνιση του στίγματος, που φαίνεται να έχουν ενδιαφέρον. Πρόσφατα, οι πεποιθήσεις αυτές έχουν αναδυθεί ως μία υποσχόμενη προσέγγιση για την αντιμετώπιση του στίγματος στην ψυχική ασθένεια που είναι συνημμένη με την αντίληψη της διαφορετικότητας (Schomerus et al., 2013b· Corrigan et al., 2015· Schlier et al., 2016· Speerforck et al., 2019).

Τα αυξανόμενα στοιχεία, όπως έχουν παρατηρηθεί, (Schomerus et al., 2013b· Angermeyer et al., 2014· Makovski et al., 2016· Speerforck et al., 2019) και τα πειραματικά ερευνητικά σχέδια (Schomerus et al., 2016· Wiesjahn et al., 2016· Corrigan et al., 2017· Thibodeau et al., 2018· Speerforck et al., 2019) υποδεικνύουν ωφέλιμα αποτελέσματα στο στίγμα που σχετίζεται με άτομα με κατάθλιψη, σχιζοφρένεια ή εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ οι σχέσεις με το στίγμα της ΔΕΠ-Υ είναι μέχρι και σήμερα άγνωστες.

## **5.2. Δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο σχολικό περιβάλλον**

Η ΔΕΠ-Υ όπως προαναφέρθηκε χαρακτηρίζεται από αναπτυξιακά ακατάλληλα επίπεδα διάσπασης προσοχής, υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας και συνυπάρχουσας συμπεριφοράς αλλά και δυσκολίες αυτοελέγχου (American Psychiatric Association, 2013). Λόγω των συμπτωμάτων και των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τη διαταραχή, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τείνουν να αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στο σχολικό περιβάλλον (Kos, Richdale, & Hay, 2006· Zendarski et al., 2020). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν βρεθεί ότι βιώνουν χαμηλή ακαδημαϊκή απόδοση (Masseti et al., 2008· Zendarski et al., 2020) και βαθμολογούνται συχνά χαμηλότερα από τους συνομηλίκους τους σε συμπεριφορές που φέρνουν την ακαδημαϊκή επιτυχία, όπως η συμπεριφορά στην τάξη, τα ακαδημαϊκά κίνητρα, οι προσωπικές δεξιότητες και οι δεξιότητες στη μελέτη (Vile Junod, Dupaul, Jitendra, Volpe, & Creaty, 2006· Volpe et al., 2006· Zendarski et al., 2020). Μακροπρόθεσμα, τα εκπαιδευτικά αποτελέσματα παραμένουν φτωχά και οι κοινωνικές

δυσκολίες είναι πιθανό να επιμείνουν (Loe & Feldman, 2007· Zendarski et al., 2020). Η ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία προβλέπει μια χαμηλή συνολικά ποιότητα ζωής και παραμένει συνδεδεμένη με σημαντικά κοινωνικά, οικονομικά, και προβλήματα υγείας αργότερα στη ζωή (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2006· Harpin, 2005· Zendarski et al., 2020).

### **5.2.1. Η σχέση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους εκπαιδευτικούς**

Ενώ οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο, είναι ευρέως γνωστές, λίγα είναι αυτά που γνωρίζουμε για τους παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να αποφύγουν την κακή σχολική επίδοση και λειτουργία. Ένας σημαντικός παράγοντας που θα μπορούσε να ωφελήσει παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι, κατά πόσο, ένα παιδί έχει μία υποστηρικτική σχέση κι όχι μία σχέση γεμάτη συγκρούσεις με τον δάσκαλο της τάξης του. (Baker, 2006· Roorda, Koomen, Spilt, & Oort, 2011· Zendarski et al., 2020). Παρ' όλο που οι σχέσεις εκπαιδευτικών-μαθητών σε παιδιά με συμπεριφορικές διαταραχές (όπως η επιθετικότητα) φαίνονται να είναι γεμάτες διαμάχες και σπάνια καλές (Crum, Waschbusch, & Willoughby, 2016· Lei, Cui, & Chiu, 2016· Zendarski et al., 2020), λίγα είναι αυτά που είναι γνωστά για τις σχέσεις εκπαιδευτικών-μαθητών σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Είναι επίσης ασαφές το πότε η χαμηλή ποιότητα της σχέσης των μαθητών-εκπαιδευτικών προκύπτει κυρίως από προβλήματα συμπεριφοράς που συχνά συνοδεύουν την ΔΕΠ-Υ και πότε υπάρχουν άλλοι σημαντικοί παράγοντες που μπορούν να προσφέρουν ευκαιρίες για παρεμβάσεις προσαρμοσμένες σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Κατά την εξέταση των αντιλήψεων των παιδιών, σε έρευνα που διεξήχθη, για το περιβάλλον της τάξης τους, οι Rogers και Tannock (2013) διαπίστωσαν ότι τα παιδιά με κλινικά επίπεδα συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ, ανέφεραν ότι αισθάνονται μικρότερη υποστήριξη και ότι δεν είναι «κοντά» με τους δασκάλους τους σε σχέση με τους συνομηλίκους τους χωρίς ΔΕΠ-Υ, αν και τα δείγματα της έρευνας ήταν μικρά (Rogers et al., 2015· Zendarski et al., 2020). Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν από εκθέσεις εκπαιδευτικών, καθώς στο ίδιο δείγμα με τις αντιλήψεις των παιδιών, οι δάσκαλοι ανέφεραν ότι αισθάνονται λιγότερο συναισθηματικά δεμένοι και η συνεργασία είναι σε χαμηλότερα επίπεδα με την ομάδα παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ (Rogers et al., 2015· Zendarski et al., 2020). Σε μια πρόσφατη μελέτη που εξέτασε την ποιότητα σχέσης των μαθητών-εκπαιδευτικών σε διάφορες ομάδες παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, τα παιδιά με πιο έντονα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ βρέθηκαν να έχουν περισσότερες συγκρούσεις και λιγότερο

κοντινές σχέσεις με τους δασκάλους τους σε σύγκριση με τα παιδιά με λιγότερο έντονα ή καθόλου συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Prino, Pasta, Gastaldi, & Longobardi, 2016· Zendarski et al., 2020).

Αν και τα ευρήματα από αυτές τις μελέτες παρέχουν κάποια εικόνα για τη φύση της ποιότητας σχέσεων μαθητών-εκπαιδευτικών για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, περιορίζονται από μικρά μεγέθη δειγμάτων και έλλειψη έγκυρης διάγνωσης ΔΕΠ-Υ (δηλαδή αξιολογούνται έναντι διαγνωστικών κριτηρίων σε μια επικυρωμένη βαθμολογική κλίμακα). Ως αποτέλεσμα, ένα ερευνητικό κενό παραμένει επίσης στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ποιότητα σχέσης μαθητών-εκπαιδευτικών μπορεί να συσχετιστεί ή να διαφέρει μεταξύ των τριών καθορισμένων παρουσιών ΔΕΠ-Υ (American Psychiatric Association, 2013). Ο απρόσεκτος τύπος αντιπροσωπεύει περίπου το μισό όλων των περιπτώσεων ΔΕΠ-Υ σε δείγματα (με βάση την κοινότητα) και χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντικά συμπτώματα απροσεξίας και απουσία υπερκινητικότητας. Ο υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος που χαρακτηρίζεται από κυρίως συμπτώματα υπερκινητικότητας και οι συνδυασμένοι υπότυποι, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από κλινικά συμπτώματα τόσο απροσεξίας όσο και υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, αντιπροσωπεύουν περίπου το 25% (Willcutt et al., 2012· Zendarski et al., 2020) . Καμία μελέτη μέχρι στιγμής δεν έχει εξετάσει εάν η ποιότητα των σχέσεων μαθητών-εκπαιδευτικών ποικίλλει από την παρουσία της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, είναι πιθανό ότι η αυξημένη σύγκρουση στην ποιότητα των σχέσεων μαθητών-εκπαιδευτικών μπορεί να προκύψει από παιδιά που συχνά παραβιάζουν τους κανόνες της τάξης και δεν ακολουθούν τις οδηγίες των εκπαιδευτικών συμπεριφορές οι οποίες είναι και οι πιο χαρακτηριστικές σε παιδιά με παρουσίες υπερκινητικού και συνδυασμένου τύπου (Greene, Beszterczey, Katzenstein, Park, & Goring, 2002· Zendarski et al., 2020).

## Κεφάλαιο 6

---

### 6.1. Θεραπευτικές Παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ

Για τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές χρησιμοποιείται συχνά ο όρος «θεραπευτική παρέμβαση» αντί του όρου «θεραπεία», καθώς στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, δεν έχει βρεθεί ακόμη ιατρικού τύπου παρέμβαση, η οποία να επιφέρει πλήρη αποκατάσταση των συμπτωμάτων και επαναφορά του οργανισμού στην κατάσταση που βρισκόταν πριν από την εμφάνισή της. Ακόμη και με τη χορήγηση της πιο αποτελεσματικής φαρμακευτικής αγωγής, δε δύναται η ομαλοποίηση του οργανικού υποστρώματος στη βάση του οποίου αναπτύσσεται η διαταραχή. Επομένως, οι θεραπευτικοί στόχοι, όταν το άτομο είναι σχολικής ηλικίας ή μεγαλύτερο, κυρίως αφορούν στον περιορισμό της εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της διαταραχής, στην πρόληψη δευτερογενών προβλημάτων, στη βέλτιστη αξιοποίηση του δυναμικού του ατόμου και στην επίτευξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας σε όλους τους τομείς της ζωής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Οι σύγχρονες ευρέως αποδεκτές θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν τη φαρμακοθεραπεία, τις ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις, καθώς και το συνδυασμό τους (Kutcher et al., 2004). Εναλλακτικά και συμπληρωματικά προτείνονται οι παρεμβάσεις στη διατροφή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχει λάβει σημαντική εμπειρική στήριξη ως προς την αποτελεσματικότητά της και, συχνά, χρησιμοποιείται ως πρώτη επιλογή, λόγω της γρήγορης και θετικής ανταπόκρισης σε αυτή (Daughton & Kratochvil, 2009).

Στις ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις εντάσσονται η τροποποίηση συμπεριφοράς, η εκπαίδευση των γονέων, οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις στο σχολείο, οι γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις και η εκπαίδευση στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν σκοπό την εκπαίδευση του ατόμου στη διαχείριση των συμπτωμάτων του, καθώς και την εκπαίδευση των γονέων και των εκπαιδευτικών στη διαχείριση των δυσκολιών του παιδιού. Η αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων έχει, επίσης, λάβει σημαντική εμπειρική στήριξη, καθώς οι θετικές τους επιδράσεις επεκτείνονται σε πολλούς τομείς και, για το λόγο αυτό, θεωρούνται κι αυτές ως παρεμβάσεις «πρώτης γραμμής» (Pelham & Fabiano, 2008).



Οι παρεμβάσεις στη διατροφή δεν έχουν ακόμη δεχτεί πλήρη εμπειρική στήριξη, ωστόσο διαφαίνονται κάποιες ελπιδοφόρες ενδείξεις σχετικά με τη χρήση τους ως συμπληρωματικών μεθόδων θεραπευτικής παρέμβασης (Gevensleben et al., 2014· Sonuga-Barke et al., 2013).

### **6.1.1. Φαρμακευτικές παρεμβάσεις**

Σύμφωνα με τα ισχύοντα ερευνητικά δεδομένα, υποστηρίζεται η χρησιμότητα τριών ειδών ψυχοτρόπων φαρμάκων, τα οποία έχουν αποδειχθεί λιγότερο ή περισσότερο αποτελεσματικά στον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ: τα ψυχοδιεγερτικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά. Τα φάρμακα πρώτης επιλογής, τα οποία χορηγούνται συχνότερα στα παιδιά, είναι τα ψυχοδιεγερτικά (Kutcher et al., 2004).

Το ψυχοδιεγερτικό φάρμακο που χορηγείται συχνότερα στις μέρες μας στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι το Concerta (μεθυλφενιδάτη). Πρόκειται για φάρμακο παρατεταμένης αποδέσμευσης, με χρόνο δράσης 10-12 ώρες, οπότε χορηγείται μία φορά την ημέρα, γεγονός που διευκολύνει τη συστηματική λήψη του. Άλλα ψυχοδιεγερτικά ταχείας αποδέσμευσης που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι το Dexedrine (δεξτροαμφεταμίνη), το Adderall (δεξτροαμφεταμίνη) και το Cylert (πεμολίνη). Οι ουσίες αυτές απορροφώνται και ενεργούν γρήγορα, επιδρώντας εμφανώς στη συμπεριφορά, με διάρκεια δράσης 3-7 ώρες, γεγονός που καθιστά τη χορήγησή τους απαραίτητη δύο ή τρεις φορές ημερησίως (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Τα σημαντικότερα θεραπευτικά αποτελέσματα των φαρμάκων αυτών οφείλονται στην επίδρασή τους στη δραστηριότητα των προμετωπιαίων περιοχών του εγκεφάλου και, μέσω αυτής, σε τρεις τουλάχιστον νευροδιαβιβαστές που είναι σημαντικοί για τη λειτουργία των περιοχών αυτών και σχετίζονται με την αναστολή και την αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς: τη ντοπαμίνη, τη νορεπινεφρίνη, την επινεφρίνη και, ίσως, τη σεροτονίνη (Pliszka, McCracken, & Maas, 1996).

Υπολογίζεται ότι το 70-80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ανταποκρίνεται θετικά στη φαρμακευτική αγωγή με ψυχοδιεγερτικά, παρουσιάζει, δηλαδή, σημαντική βελτίωση της κλινικής του εικόνας (Findling, 2008). Ωστόσο, υπάρχει ένα ποσοστό 10-30% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ το οποίο δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή ή παρουσιάζει ακόμη και επιδείνωση των συμπτωμάτων (Pliszka, 2007).

Το δεύτερο, κατά σειρά επιλογής, φάρμακο όταν αντενδείκνυται η χορήγηση ψυχοδιεγερτικών ή όταν δεν υπάρχει κλινική ανταπόκριση σε αυτά, είναι το Strattera

(ατομοξετίνη), ένα μη διεγερτικό φάρμακο, το οποίο έχει και αντικαταθλιπτική δράση (Daughton & Kratochvil, 2009). Η δράση του είναι εικοσιτετράωρη, καθώς πρόκειται για φάρμακο παρατεταμένης αποδέσμευσης και ως αποτέλεσμα έχει τη βελτίωση της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής. Τα αποτελέσματα από τη χρήση της ατομοξετίνης μπορεί να χρειαστούν μέχρι και 12 εβδομάδες για να γίνουν ορατά (Bushe & Savill, 2014).

Ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται, επίσης, κατά περίπτωση σε άτομα με ΔΕΠ-Υ, ως τρίτη ή τέταρτη επιλογή, αν κι αυτά ίσως να είναι πιο αποτελεσματικά στη μείωση του άγχους ή της κατάθλιψης που μπορεί να συνυπάρχει, παρά των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ αυτών καθαυτά (Wood, Crager, Delap, & Heiskell, 2007).

Τα ερευνητικά δεδομένα για τη δράση των αντιυπερτασικών είναι ακόμη αρκετά περιορισμένα. Η κλονιδίνη (catapresan) είναι ένα αντιυπερτασικό φάρμακο, το οποίο μπορεί να διευκολύνει τη δυνατότητα συγκέντρωσης της προσοχής (Rosenberg, 2002). Χορηγείται, συνήθως, σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν αντενδείξεις για τη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών, για παράδειγμα λόγω εκδήλωσης μυοσπασμάτων (Συρίγου-Παπαβασιλείου, 2012).

Μία νεότερη τάση στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι η συνδυαστική φαρμακοθεραπεία. Η τάση αυτή στηρίζεται στα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές και στην πεποίθηση ότι η συνέργεια διαφορετικών δραστικών ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων της διαταραχής (Parritz & Troy, 2014).

Στη συνέχεια, ένα θέμα που, συνήθως, απασχολεί ιδιαίτερα τους ειδικούς και τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, στα οποία προτείνεται φαρμακευτική αγωγή, είναι οι πιθανές παρενέργειες αυτής. Μία από τις πιο συνήθεις παρενέργειες των ψυχοδιεγερτικών είναι η μείωση της όρεξης για φαγητό (Zachor, Roberts, Hodgens, Isaacs, & Merrick, 2006). Εξαιτίας αυτής της απώλειας της όρεξης, σε ορισμένα παιδιά μπορεί να παρατηρηθεί αναστολή της ανάπτυξης, δηλαδή βραδύτερη του προσδοκώμενου εξέλιξη σε ύψος και βάρος, σε περίπτωση παρατεταμένης χορήγησης (Hinshaw, Arnold, & The MTA Cooperative Group, 2015). Μία σπανιότερη αλλά σοβαρότερη παρενέργεια τόσο των ψυχοδιεγερτικών όσο και της ατομοξετίνης είναι η επίδραση στην καρδιαγγειακή λειτουργία, όπου ενδέχεται να προκληθεί ταχυκαρδία και αύξηση της πίεσης του αίματος (Wernicke et al., 2003). Τέλος, άλλες παρενέργειες των ψυχοδιεγερτικών περιλαμβάνουν ζάλη, αϋπνία ή υπνηλία (Barkley, 1997).

Οι τομείς στους οποίους τα φάρμακα αυτά επιφέρουν βελτίωση είναι κυρίως η συντηρούμενη προσοχή, ο έλεγχος των παρορμήσεων και η μείωση της άσκοπης δραστηριότητας, κυρίως σε πλαίσια όπου απαιτείται έλεγχος της συμπεριφοράς (Swanson,

McBurnett, Christian, & Wigal, 1995). Ωστόσο, παρά τα εντυπωσιακά αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας στη μείωση των πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, φαίνεται ότι αυτή δεν επηρεάζει την έκβαση της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Schachar et al., 2002). Ορισμένες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μακρόχρονη χρήση μεθυλφενιδάτης μειώνει την αποτελεσματικότητα της αγωγής και μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των συμπτωμάτων με τη διακοπή της (Wang et al., 2013). Ταυτόχρονα, άλλα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχει ορισμένα μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα στη λειτουργικότητα του ατόμου με ΔΕΠ-Υ, όπως καλύτερη επαγγελματική αποκατάσταση, λιγότερα ατυχήματα κ.α. (Fredriksen, Halmoy, Faraone, & JanHaavik, 2013).

Τέλος, ένα άλλο θέμα που προκύπτει σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία είναι η ασυνέπεια στη λήψη της (Adler & Nierenberg, 2010). Οι έφηβοι αναφέρουν πως δεν επιθυμούν να εξαρτώνται από ψυχοφάρμακα, δεν κατανοούν την ανάγκη για λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή αισθάνονται πως δεν έχουν τον έλεγχο του εαυτού τους (McCarthy, 2014). Για το λόγο αυτό, πριν τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι σημαντικό να διεξάγεται μια προσεκτική αξιολόγηση, καταρχάς, των αντιλήψεων τόσο των γονέων όσο και του παιδιού για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Στη συνέχεια, επιβάλλεται ένας πλήρης ιατρικός έλεγχος προκειμένου να εντοπιστούν παράγοντες που μπορεί να αποτελούν αντενδείξεις για τη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, είναι σημαντική η λεπτομερής αξιολόγηση των πιθανών μαθησιακών δυσκολιών και είναι αυτονόητο ότι, καθόλη τη διάρκεια λήψης φαρμακευτικής αγωγής, το παιδί πρέπει να αξιολογείται συστηματικά από το γιατρό που τη χορηγεί (Connor, 2015). Ως ελάχιστος στόχος για να αξιολογηθεί η φαρμακευτική αγωγή ως αποτελεσματική, προτείνεται από ορισμένους ειδικούς η μείωση τουλάχιστον κατά 50% της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, σε σχέση με την αρχική αξιολόγηση, σε συνδυασμό με παρατηρούμενη βελτίωση στην καθημερινή λειτουργικότητα του παιδιού (Rostain, Jensen, Connor, Miesle, & Faraone, 2015).

## **6.2. Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις**

### **6.2.1. Προγράμματα τροποποίησης συμπεριφοράς**

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην τροποποίηση της συμπεριφοράς αποτελούν μία από τις βασικότερες ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ και έχουν αξιολογηθεί ως κατάλληλες και αποτελεσματικές (Daley et al., 2014).

Οι παρεμβάσεις αυτές στηρίζονται στις αρχές της συντελεστικής και κοινωνικής μάθησης και έχουν ως βασικούς στόχους: α) τη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς, β) την αύξηση των επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς, και γ) την ανάπτυξη νέων λειτουργικών μορφών συμπεριφοράς, οι οποίες δεν υπήρχαν προηγουμένως. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι ποικίλες και στηρίζονται στην έννοια της διαφορικής ενίσχυσης: αρνητικής για την εκδήλωση αρνητικής συμπεριφοράς και θετικής για την εκδήλωση θετικής συμπεριφοράς. Χρησιμοποιούν, λοιπόν, διάφορα συστήματα επιβράβευσης, όπως σαφείς και άμεσους ενισχυτές, σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών, κοινωνικούς ενισχυτές κ.α. Ενώ η αρχική τάση ήταν να επικεντρώνονται σε μία μόνο διάσταση της συμπεριφοράς, σήμερα ασχολούνται με ένα ευρύ φάσμα μορφών συμπεριφοράς (Καραδήμας, 2001).

Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών έγκειται στη μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά όχι των πρωτογενών συμπτωμάτων της διαταραχής. Το εύρημα αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις αυτές σχεδιάστηκαν αρχικά και χρησιμοποιήθηκαν για τη μείωση των συμπτωμάτων των παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς (Daley et al., 2014). Η βασική αρχή στην οποία στηρίζονται τα προγράμματα αυτά είναι ότι η προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά των παιδιών αναπτύσσεται εξαιτίας ενός φαύλου κύκλου αρνητικών αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στο παιδί και τους σημαντικούς ενήλικες στη ζωή του, όπου η αντιδραστική και προκλητική συμπεριφορά του παιδιού ενισχύεται από αρνητικές και ακατάλληλες αντιδράσεις των ενηλίκων και αντίστροφα. Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, οι ενήλικες εκπαιδεύονται στη χρήση τεχνικών τροποποίησης συμπεριφοράς, προκειμένου να ενισχύσουν τις κατάλληλες μορφές συμπεριφοράς του παιδιού, να εξαλείψουν τις ακατάλληλες, να προάγουν αποτελεσματικές και ευχάριστες μορφές αλληλεπίδρασης παιδιού-ενήλικου, κι έτσι, να μετατρέψουν τον αρνητικό κύκλο αλληλεπίδρασης σε θετικό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Η χρήση τους, ωστόσο, στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δικαιολογείται, καθώς τα προβλήματα συμπεριφοράς και οι ελλείψεις κοινωνικές και οργανωτικές δεξιότητες, συχνά, προκαλούν πολύ σημαντικότερα προβλήματα στη λειτουργικότητα του παιδιού και της οικογένειάς του, σε σχέση με τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής. Επομένως, οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις αποτελούν απαραίτητο στοιχείο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ (Daley et al., 2014).

### 6.2.2. Εκπαίδευση γονέων

Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ βιώνουν, συχνά, άγχος, απογοήτευση, αρνητικά συναισθήματα και μειωμένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας κατά την αλληλεπίδρασή τους με το παιδί (Maniadaki et al., 2005). Ως αποτέλεσμα, χρησιμοποιούν ανεπαρκείς και αναποτελεσματικές πρακτικές διαπαιδαγώγησης, οι οποίες ενισχύουν αντί να μειώνουν τις προβληματικές μορφές συμπεριφοράς του παιδιού. Για το λόγο αυτό, βασικό στοιχείο των προγραμμάτων τροποποίησης συμπεριφοράς είναι η εκπαίδευση των γονέων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στη χρήση μεθόδων τροποποίησης συμπεριφοράς. Εκτιμάται, ότι οι αλλαγές στη συμπεριφορά των γονέων και στις πρακτικές που ακολουθούν στη διαπαιδαγώγηση του παιδιού είναι απαραίτητες, προκειμένου να υπάρξουν αλλαγές και στη συμπεριφορά του παιδιού και, κατά συνέπεια, και στην ευημερία των ίδιων (DeGarmo, Patterson, & Forgatch, 2004).

Στα πλαίσια μιας τέτοιας εκπαίδευσης, οι γονείς μαθαίνουν πως να αναγνωρίζουν και να χειρίζονται κατάλληλα τα προγενόμενα και τα επακόλουθα συγκεκριμένων συμπεριφορών-στόχων του παιδιού, να εντοπίζουν και να καταγράφουν τη συχνότητα και το πλαίσιο εκδήλωσης αυτών των συμπεριφορών, να ενισχύουν τις επιθυμητές συμπεριφορές μέσω του επαίνου, της θετικής προσοχής και των χειροπιαστών αμοιβών και να μειώνουν τις ανεπιθύμητες μέσω σκόπιμης αγνόησης ή διακοπής θετικού ενισχυτή (Chronis et al., 2001). Επίσης, η εκπαίδευση των γονέων περιλαμβάνει τρόπους διαχείρισης της χαμηλής αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας, των αρνητικών συναισθημάτων, της κοινωνικής απομόνωσης και των διαφωνιών ανάμεσα στους γονείς (Scott, 2002).

Η εκπαίδευση των γονέων στην εφαρμογή μεθόδων τροποποίησης συμπεριφοράς στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, επιφέρει σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα του παιδιού, των γονέων και του συνόλου της οικογένειας (Fabiano et al., 2009). Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς αναφέρουν μείωση της προκλητικής και διασπαστικής συμπεριφοράς του παιδιού, αύξηση της συνεργατικής του διάθεσης, βελτίωση των γονικών πρακτικών που οι ίδιοι υιοθετούν, μείωση του δικού τους άγχους και αύξηση της εμπιστοσύνης τους στην ικανότητά τους να διαχειριστούν αποτελεσματικά τη συμπεριφορά του παιδιού τους (Pffifner & Haack, 2014).

Ωστόσο, παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά της, η εκπαίδευση των γονέων δεν έχει την ίδια επίδραση σε όλες τις οικογένειες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Nock & Ferriter, 2005). Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητά της είναι η μητρική κατάθλιψη, η μονογονεϊκότητα και η ύπαρξη ΔΕΠ-Υ στους γονείς (Chronis et al., 2004). Επίσης, οι κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες, τα προβλήματα στις ενδοοικογενειακές

σχέσεις (Reyno & McGrath, 2006) και σε μεγαλύτερο βαθμό, οι περιπτώσεις γονέων που αντιμετωπίζουν διαταραχές άγχους ή χρήσης ουσιών (Johnston, Mash, Miller & Ninowski, 2012). Κι αυτοί οι γονείς, φυσικά, μπορούν να επωφεληθούν σημαντικά από την εκπαίδευσή τους σε τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς, με την προϋπόθεση ότι οι ίδιοι θα λάβουν πρώτα βοήθεια για να μπορέσουν στη συνέχεια να βοηθήσουν και το παιδί τους (Babinski, Waxmonsky & Pelham, 2014).

### **6.2.3. Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις στο σχολείο**

Η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί μία διαδικασία, η οποία πρέπει να εφαρμόζεται σε κάθε περιβάλλον όπου ζει και κινείται το παιδί, προκειμένου να υπάρξουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Η συμμετοχή, λοιπόν, του σχολείου στη θεραπευτική παρέμβαση είναι πρωταρχικής σημασίας, καθώς το σχολικό πλαίσιο αποτελεί, συνήθως, κατεξοχήν χώρο εκδήλωσης των προβλημάτων των παιδιών αυτών, τόσο στον ακαδημαϊκό τομέα, όσο και στον τομέα της συμπεριφοράς (Γκαραγκούνη-Αραίου και συν., 2003). Η εφαρμογή συμπεριφορικών προγραμμάτων σε αυτό το πλαίσιο μπορεί να διευκολύνει σημαντικά την απόκτηση ακαδημαϊκών, κοινωνικών και άλλων δεξιοτήτων από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις στο σχολείο απαιτούν τη συμμετοχή, τη συνεργασία και το συντονισμό της οικογένειας, των ειδικών και των εκπαιδευτικών. Αρχικά, γίνεται ψυχοεκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ, έτσι ώστε οι εκπαιδευτικοί να είναι σε θέση να διακρίνουν τις δυσκολίες των μαθητών τους, που απορρέουν από τη διαταραχή και να τροποποιήσουν προγενέστερες ερμηνείες τους που, συχνά, αναφέρονται σε σκόπιμη προκλητική συμπεριφορά ή σε αδιαφορία και τεμπελιά εκ μέρους των μαθητών. Στη συνέχεια, προσδιορίζονται οι συμπεριφορές που θα αποτελέσουν τους στόχους της παρέμβασης. Στο επόμενο στάδιο, προσδιορίζονται και ιεραρχούνται οι στόχοι αυτοί, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και με βάση τις αρχές της σταδιακής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Τέλος, οι εκπαιδευτικοί μαθαίνουν πως να χρησιμοποιούν συμπεριφορικές τεχνικές προσαρμοσμένες στις απαιτήσεις μιας σχολικής τάξης (Μάσχα & Καραδήμας, 2012).

Η νεότερη επιστημονική τάση στην εφαρμογή ψυχοπαιδαγωγικών παρεμβάσεων στο σχολείο είναι η προσπάθεια διασύνδεσης του προγράμματος που εφαρμόζεται στο σχολείο με συγκεκριμένες τεχνικές που εφαρμόζονται στο σπίτι (Power & Mautone, 2008). Οι συνδυαστικές αυτές παρεμβάσεις εμπλέκουν από κοινού τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς σε μία συνεργασία ιδιαίτερα αποτελεσματική, τόσο για την αντιμετώπιση των

συμπεριφορικών προβλημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όσο και για την επέκταση των στόχων τους στις ακαδημαϊκές επιδόσεις (DuPaul, Eckert & Vilaro, 2012).

#### **6.2.4. Εκπαίδευση στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων**

Μία από τις σημαντικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αφορά στις κοινωνικές συναλλαγές με τους συνομηλίκους τους. Ως εκ τούτου, η εκπαίδευσή τους στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι ένα σημαντικό κομμάτι της θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς η απόρριψη από τους συνομηλίκους αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για μία σειρά προβλημάτων συμπεριφοράς και ψυχικής υγείας τόσο στην εφηβεία όσο και στην ενήλικη ζωή (Mrug et al., 2012).

Οι δυσκολία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να συνάψουν και να διατηρήσουν φιλικές σχέσεις ενδέχεται να οφείλεται σε γνωστικά ελλείμματα σχετικά με την κοινωνική γνώση (Uekermann et al., 2010). Δυσκολίες στην ερμηνεία των προθέσεων των συνομηλίκων τους σε αμφίσημες καταστάσεις ή περιορισμένη ικανότητα ενσυναίσθησης σχετικά με τα συναισθήματά τους, έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να μην προσαρμόζονται ανάλογα τη συμπεριφορά τους για ομαλή εξέλιξη της αλληλεπίδρασης (Mikami, 2015). Για το λόγο αυτό, αναπτύχθηκαν προγράμματα εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες, τα οποία στοχεύουν στην αναπλήρωση αυτών των ελλειμμάτων στην κοινωνική γνώση, με τη διδασκαλία τρόπων αναγνώρισης των συναισθημάτων των συνομηλίκων, ορθότερης ερμηνείας των προθέσεών τους και εξεύρεσης λύσεων σε προβληματικές κοινωνικές καταστάσεις (de Boo & Prins, 2007).

Ωστόσο, οι έρευνες έχουν δείξει ότι αυτά τα προγράμματα εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες δεν έχουν αποφέρει ιδιαίτερα αποτελέσματα στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, καθώς οι δεξιότητες αυτές δε φαίνεται να γενικεύονται εκτός κλινικού πλαισίου στην καθημερινή ζωή, κυρίως για τα παιδιά με τη Συνδυασμένη Παρουσία της ΔΕΠ-Υ, ενώ είναι πιο αποτελεσματικά για τα παιδιά με την Απρόσεχτη Παρουσία της διαταραχής (Evans, Owens & Bunford, 2014). Μία πιθανή εξήγηση για αυτό είναι ότι τα προγράμματα αυτά βασίζονται στην άποψη ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται από ελλειμματικές κοινωνικές δεξιότητες. Ωστόσο, τελικά, φαίνεται ότι η βασική δυσκολία των παιδιών με τη Συνδυασμένη Παρουσία της ΔΕΠ-Υ, δεν είναι η ελλιπής κοινωνική γνώση, αλλά η εφαρμογή αυτών των δεξιοτήτων σε πραγματικές καταστάσεις. Με άλλα λόγια, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να γνωρίζουν ποια είναι η κατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά, αλλά να μην μπορούν να την εκδηλώσουν στις ανάλογες περιστάσεις (Tseng & Gau, 2013).

Ακόμη, οι προσδοκίες των συνομηλίκων για τη συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ μπορεί να τους ωθούν να του συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο που να πυροδοτεί την εκδήλωση αρνητικής κοινωνικής συμπεριφοράς εκ μέρους του (Mrug, Hoza, Pelham, Gnagy & Greiner, 2007)

Επομένως, οι δυσκολίες αυτές δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν με διδακτικές μεθόδους, αλλά με την άμεση ενίσχυση της επιθυμητής κοινωνικής συμπεριφοράς τη στιγμή και στο πλαίσιο όπου εκδηλώνεται. Για το λόγο αυτό, η εμπλοκή των γονέων και των εκπαιδευτικών είναι απαραίτητη στην παρέμβαση, γιατί αυτοί και όχι ο θεραπευτής είναι παρόντες στην κοινωνική ζωή του παιδιού (Pffiffer, 2008). Οι γονείς, ειδικά, μπορούν να γίνουν οι ίδιοι εκπαιδευτές του παιδιού τους στην εφαρμογή των κοινωνικών δεξιοτήτων σε πραγματικές καταστάσεις κοινωνικής αλληλεπίδρασης στην καθημερινή ζωή (Mikami, Lerner, Griggs, McGrath & Calhoun, 2010). Και, τέλος, οι εκπαιδευτικοί να στηρίζουν και να ενισχύουν το παιδί με ΔΕΠ-Υ στην εκδήλωση επιθυμητής κοινωνικής συμπεριφοράς και να διαμορφώνουν κλίμα αποδοχής και στήριξης του παιδιού ανάμεσα στην ομάδα των συνομηλίκων του (Mikami et al., 2013).

### **6.3. Εναλλακτικές παρεμβάσεις**

#### **6.3.1. Παρεμβάσεις στη διατροφή**

Η πεποίθηση ότι οι παρεμβάσεις στη διατροφή των ατόμων με ΔΕΠ-Υ μπορούν να τροποποιήσουν τη βιοχημεία του εγκεφάλου και να οδηγήσουν σε μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής μετρά αρκετές δεκαετίες, αλλά εξακολουθεί να διχάζει την επιστημονική κοινότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Οι κυριότερες διατροφικές παρεμβάσεις που έχουν μελετηθεί είναι δύο: α) παρεμβάσεις οι οποίες αποκλείουν από τη διατροφή ορισμένα συστατικά, όπως σάκχαρα, σαλικυλικά οξέα, γλουτένη, καφεΐνη και τεχνητές χρωστικές ουσίες, και β) παρεμβάσεις οι οποίες παρέχουν διατροφικά συμπληρώματα, όπως βιταμίνες, μεταλλικά ιχνοστοιχεία και λιπαρά οξέα Ω3 και Ω6 (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Στην πρώτη κατηγορία παρεμβάσεων, ο αποκλεισμός συγκεκριμένων ουσιών από τη διατροφή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να έχει θετικά αλλά περιορισμένης έκτασης αποτελέσματα, τα οποία αφορούν σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ που έχουν διατροφικές ιδιαιτερότητες και όχι στην πλειονότητα των παιδιών αυτών (Sonuga-Barke et al., 2013). Επίσης, οι παρεμβάσεις αυτές φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντικές πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή τους. Πιο συγκεκριμένα, για τις τροφές που αποσύρονται από το διαιτολόγιο



είναι σημαντικό να προστίθενται άλλες, ως υποκατάστατα και απαιτείται αυστηρή οργάνωση και συνεργασία ενός παιδιού, και μάλιστα ενός παιδιού με περιορισμένο αυτοέλεγχο σε ένα τέτοιο ζήτημα (Hurt & Arnold, 2015).

Στη δεύτερη κατηγορία διατροφικών παρεμβάσεων, η προσθήκη των λιπαρών οξέων Ω3 στη διατροφή ατόμων με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να έχει μικρή αλλά στατιστικά σημαντική θετική επίδραση τόσο στα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής (Stevenson et al., 2014), όσο και στους τομείς της μάθησης και της συμπεριφοράς (Rytter et al., 2015). Έχει διαπιστωθεί ότι παιδιά τα οποία δεν έχουν ανταποκριθεί θετικά ούτε στη φαρμακευτική αγωγή ούτε στις ψυχοπαιδαγωγικές μεθόδους, ενδέχεται να ωφεληθούν από την προσθήκη Ω3 στη διατροφή τους (Perera, Jeewandara, Senviratne & Guruge, 2012).

Συμπερασματικά, αν και κάποια από τα αποτελέσματα διαφαίνονται ενδιαφέροντα, χρειάζονται περαιτέρω εμπειρική τεκμηρίωση προκειμένου αυτές οι διατροφικές παρεμβάσεις να γίνουν ευρύτερα αποδεκτές. Επίσης, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι συμπληρωματικές και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τις κλασικές και τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>

### 7.1. Γνωσιακές- Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις

Μία από τις βασικότερες ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ και έχουν αξιολογηθεί ως κατάλληλες και αποτελεσματικές, είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην τροποποίηση της συμπεριφοράς (Daley et al., 2014· Evans, Owens, & Bunford, 2014· Fabiano et al., 2009· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν ως στόχο, να μειώσουν τις ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς αλλά και να αυξήσουν τις επιθυμητές, να αναπτύξουν νέες λειτουργικές μορφές συμπεριφοράς οι οποίες δεν υπήρχαν προηγουμένως στο παιδί. Έρευνες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα διαφόρων παρεμβάσεων επισημαίνουν ότι οι παρεμβάσεις αυτές σχεδιάστηκαν και χρησιμοποιήθηκαν ευρέως για τη μείωση των συμπτωμάτων των παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς (Daley et al., 2014· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Οι γνωσιακές- συμπεριφορικές παρεμβάσεις αποτελούν μία επέκταση των κλασικών μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς, η οποία συμπεριλαμβάνει την κατανόηση των αντιλήψεων, στάσεων, πεποιθήσεων τόσο των ίδιων των ατόμων που συμμετέχουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα όσο και των σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντος τους. Στόχος των προσεγγίσεων αυτών είναι η τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων και η αποκατάσταση των γνωστικών ελλειμμάτων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη (2016), η τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων, που έχουν οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί αλλά και το παιδί με ΔΕΠ-Υ σχετικά με τη συμπεριφορά του, είναι βασικός στόχος καθώς ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς και τα παιδιά ερμηνεύουν διάφορες μορφές συμπεριφοράς καθορίζει τις αντιδράσεις τους σε αυτές. Επομένως, για την επίτευξη του στόχου αυτού οι γνωσιακές - συμπεριφορικές παρεμβάσεις είναι οι πιο κατάλληλες

#### 7.1.1. Ειδικές γνωσιακές- συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ

Θα αναλυθούν επτά τεχνικές παρέμβασης. Η πρώτη τεχνική αφορά τον έλεγχο των ερεθισμάτων η οποία ανταποκρίνεται στον τίτλο της και σχετίζεται με τα ερεθίσματα τα οποία λαμβάνει το παιδί. Κατά τη μελέτη το παιδί παρουσιάζει διασπαστική συμπεριφορά επομένως, πρέπει ο γονέας να φροντίσει ερεθίσματα όπως το φως ή τα περιττά αντικείμενα στο δωμάτιο που μελετά το παιδί. Πιο συγκεκριμένα, το δωμάτιο πρέπει να είναι φωτεινό και όσο πιο απλό γίνεται από αντικείμενα επίφοβα να του αποσπάσουν την προσοχή, στο

γραφείο να υπάρχουν μόνο τα απαραίτητα για τη μελέτη και τέλος να μην κυκλοφορούν άλλα άτομα κατά τη διάρκεια της μελέτης. Εξίσου σημαντικές είναι και οι οδηγίες που δίνουν οι γονείς στο παιδί . Οι γονείς πρέπει να δίνουν μία εντολή κάθε φορά, διατυπωμένη με σταθερότητα και απόλυτο τρόπο, όχι ερωτηματική και να είναι σίγουροι ότι έχει κατανοηθεί από το παιδί τι του ζητείται να κάνει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η δεύτερη τεχνική αφορά την σταδιακή αύξηση του εύρους της προσοχής. Κατά την τεχνική αυτή το παιδί αρχικά καλείται να εκτελέσει δραστηριότητες που αφορούν την τακτοποίηση και συμπλήρωση εικόνων, την επίλυση λαβυρίθων και ασκήσεων μνήμης. Κατά τη διαδικασία αυτή, «οι εντολές προσαρμόζονται στο πρόγραμμα άσκησης σύμφωνα με συγκεκριμένους κανόνες έτσι ώστε να διευκολυνθεί η μεταφορά και εφαρμογή της αποκτηθείσας δεξιότητας σε πραγματικές καταστάσεις». Ανάλογα βέβαια με την πρόοδο του παιδιού, το επίπεδο πρέπει να αυξάνεται για να υπάρχει αποτέλεσμα. (Lauth, 2000· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Ακόμη, χρησιμοποιείται ρολόι, ξυπνητήρι, ή χρονόμετρο για να επιτευχθεί η κατανόηση της έννοιας του χρόνου και τη διατήρηση της προσοχής του παιδιού. Για αρχή στόχος για το παιδί είναι να παραμείνει συγκεντρωμένο λίγο περισσότερο χρόνο από αυτόν που του είναι ήδη εφικτός και όταν επιτευχθεί , επόμενος στόχος είναι ο χρόνος για τον οποίο παραμένει συγκεντρωμένος ,να αυξηθεί λίγο περισσότερο.

Η τρίτη τεχνική είναι η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να αναπτυχθούν η ικανότητα της ενσυναίσθησης, η διαχείριση του θυμού και της επιθετικότητας, η διατύπωση και αποδοχή θετικών σχολίων προς και από τους άλλους, η αναζήτηση βοήθειας και υποστήριξης, η έκφραση διαμαρτυρίας, η διεκδίκηση, η έκφραση άρνησης, η συμμόρφωση με τους κανόνες της ομάδας και πολλές άλλες δεξιότητες. Για να αναπτυχθούν αυτές οι ικανότητες πρέπει να συμμετέχουν συνομήλικοι, παιχνίδια ρόλων και μάθηση μέσω μίμησης προτύπου (Petermann, 1999· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η τέταρτη τεχνική είναι η εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων. Στην εκπαίδευση αυτή εντάσσεται συχνά η τεχνική «Σταμάτα- Σκέψου- Πράξε» (Stop- Think- Do) η οποία προωθεί τη αυτοκαθοδήγηση. Η τεχνική αυτή έχει ως στόχο τον έλεγχο της παρορμητικής συμπεριφοράς από το παιδί, ώστε πριν από κάθε του ενέργεια να σκέφτεται και να αξιολογεί συνολικά την κατάσταση ή το πρόβλημα. Σύμφωνα με τον Eisert (1999· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012) αναπτύσσεται μέσω έξι σταδίων: 1) Ορισμό του προβλήματος: «Πρέπει να σκεφτώ ακριβώς τι πρέπει να κάνω» «Σταμάτα! Σκέψου πρώτα! Ποιο είναι το πρόβλημα εδώ;», 2) Προσέγγιση του προβλήματος: «Χρειάζεται να σκεφτώ προσεκτικά όλες τις εναλλακτικές». «Τι μπορεί να κάνει κανείς εδώ; Πως προχωράει κανείς τώρα;», 3) Εστίαση

της προσοχής: «Πρέπει να σκεφτώ μόνο το τι θα κάνω τώρα». «Συγκεντρώσου σε αυτό που πρέπει να κάνεις!», 4) Επιλογή της καλύτερης λύσης: «Χμ..., ποια είναι η καλύτερη λύση;» «Λοιπόν αυτό θα κάνω», 5) Έλεγχο της συμπεριφοράς: «Το έκανα σωστά;» «Πέτυχα; Πώς το έκανα;», 6) Αυτοενίσχυση: «Ναι, το έκανα σωστά» «Μπράβο!». Εναλλακτικά, σε περίπτωση που δεν υπήρξε επιτυχία: «Εντάξει, όταν κάνω ένα λάθος, θα πρέπει να προσέχω περισσότερο και τότε θα τα καταφέρω καλύτερα» «Δεν το κατάφερα ακριβώς, τουλάχιστον όμως προσπάθησα» .

Μέχρι το παιδί να μάθει να εκτελεί σωστά και χωρίς βοήθεια όλα τα βήματα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν βοηθητικές κάρτες οι οποίες θα του θυμίζουν τα βήματα, και τις οποίες ο θεραπευτής ή ο γονιός θα φτιάξει μαζί με το παιδί. Η εφαρμογή των βημάτων και εκτός θεραπευτικού πλαισίου, όπως στο σπίτι ή στο σχολείο, συντελεί στη γενίκευση του αποτελέσματος (Eisert, 1999· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Η πέμπτη τεχνική είναι η εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής της συναισθηματικής δυσφορίας. Τεχνικές σαν αυτή έχουν ως στόχο τη διαχείριση της συναισθηματικής δυσφορίας που μπορεί να προκαλείται από αρνητικά συναισθήματα όπως ο θυμός, η αδικία, η απογοήτευση ή η στεναχώρια. Οι τεχνικές αυτές όμως όταν χρησιμοποιούνται για παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν ως στόχο την αύξηση του ελέγχου παρορμητικών ή συναισθηματικών αντιδράσεων. Το παιδί μαθαίνει να εντοπίζει σημάδια της συναισθηματικής του δυσφορίας και να αναπτύσσει συμπεριφορές που θα το βοηθήσουν να ξεπεράσει την συναισθηματική δυσφορία, οι οποίες δρουν μέσω της αισθητηριακής διέγερσης (π.χ. να ακούει την αγαπημένη του μουσική, να χαϊδέψει το αγαπημένο του κατοικίδιο, να κάνει μασάζ στον εαυτό του, κ.λπ.) (Αγγελή, 2011· Friedberg et al., 2009· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012)

Πολύ χαρακτηριστικό σύμπτωμα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ότι πολλές φορές δεν μπορούν να διαχειριστούν το θυμό τους (και γενικά τα συναισθήματα τους τα βιώνουν πιο έντονα). Η έκτη τεχνική λοιπόν είναι η εκπαίδευση στη διαχείριση του θυμού. Η διαχείριση του θυμού περιλαμβάνει: την αναγνώριση του συναισθήματος αυτού και την αξιολόγηση της έντασης του, τις καταστάσεις στις οποίες το παιδί είναι επίφοβο να θυμώσει, την εκπαίδευση μέσω μίμησης προτύπου και λεκτικής αυτοκαθοδήγησης σε εναλλακτικές αντιδράσεις, αντί της επιθετικής συμπεριφοράς, τη χρήση γνωσιακών τεχνικών, μέσω των οποίων το παιδί μαθαίνει να ερμηνεύει τα συναισθήματα του θυμού που προκαλούν την επιθετική συμπεριφορά ως παραποιημένη ερμηνεία πληροφοριών από το περιβάλλον, την εκπαίδευση σε εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης των συγκρούσεων ή των δυσκολιών μέσω μίμησης προτύπου και την εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης.

Η τελευταία τεχνική αφορά την προοδευτική μυϊκή χαλάρωση η οποία είναι τεχνική χαλάρωσης. Η Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση (ΠΜΧ) μπορεί να βοηθήσει το παιδί με ΔΕΠ-Υ να διαχειριστεί την παρορμητικότητα και την εκρηκτικότητα του, εμπλουτίζοντας τη συμπεριφορά του με λειτουργική αντίδραση, την οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει ως εναλλακτική στις παραπάνω δυσλειτουργικές του αντιδράσεις. Στην (ΠΜΧ) το παιδί εκπαιδεύεται αρχικά στη σύσφιξη ομάδων μυών για μερικά δευτερόλεπτα, ενώ στη συνέχεια αφήνει τους μύες να χαλαρώσουν, έτσι ώστε να διακρίνει τη διαφορά ανάμεσα στη μυϊκή ένταση και τη χαλάρωση (Friedberg et al. 2009·Merell, 2008· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Για την άσκηση του παιδιού στην τεχνική αυτή, μπορεί να χρησιμοποιηθούν ορισμένα βοηθήματα, όπως για παράδειγμα ένα μαλακό μπαλάκι ή ζωάκι, το οποίο το παιδί καλείται να σφίγγει. Η επίδειξη αυτής της τεχνικής μπορεί να γίνει από το θεραπευτή στα πλαίσια της συνεδρίας με το παιδί και στη συνέχεια να ζητηθεί από το παιδί να την υιοθετεί και στο σπίτι. Στα πλαίσια της ίδιας τεχνικής, το παιδί μπορεί επίσης να ασκηθεί στον έλεγχο του ρυθμού της αναπνοής του.

Οι τεχνικές αυτές για να έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα πρέπει να εφαρμόζονται από έμπειρους ειδικούς που τις γνωρίζουν καλά καθώς η χρήση τους, από άτομα που δεν γνωρίζουν καλά τις τεχνικές και το υπόβαθρο τους, μπορεί να επιφέρει σύγχυση στα παιδιά και τους γονείς. Ακόμη, είναι σημαντικό να έχει χτιστεί μία σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή, του γονέα και του παιδιού.

### **7.1.2. Γνωσιακές- συμπεριφορικές παρεμβάσεις της οικογένειας παιδιών με ΔΕΠ-Υ**

Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα εξειδικευμένα προγράμματα εκπαίδευσης των γονέων καθώς στους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ συχνά προκύπτουν πολλές δυσκολίες, τις οποίες νιώθουν ότι δεν μπορούν να τις αντιμετωπίσουν. Οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως πιο απαιτητικές και αρνητικές και ανταποκρίνονται λιγότερο στις θετικές ή ουδέτερες συμπεριφορές των παιδιών τους, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που χρησιμοποιούν την επίπληξη και την τιμωρία (Woodward et al. 1998· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Όσο όμως η συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ έχει πιο έντονα τα συμπτώματα, η ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς του χειροτερεύει. Ακόμα πιο δύσκολη καθιστά τη σχέση αυτή, η συνύπαρξη διαταραχής διαγωγής ή εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση συνεπώς των γονέων, είναι απαραίτητη καθώς ακόμα και στην περίπτωση που τα παιδιά ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή, δεν την ακολουθούν καθ' όλη την διάρκεια του χρόνου και δεν έχει θεραπευτική δράση αλλά συμβάλλει στον προσωρινό περιορισμό των πρωτογενών συμπτωμάτων της διαταραχής.

Οι παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ στο οικογενειακό πλαίσιο περιλαμβάνουν την ψυχοεκπαίδευση η οποία είναι η εκπαίδευση των γονέων ως προς την φύση της διαταραχής , ως προς το σκεπτικό των γνωσιακών/συμπεριφορικών παρεμβάσεων και την εφαρμογή κατάλληλων τεχνικών από τους γονείς με καθοδήγηση από τον θεραπευτή. Μία μετα-ανάλυση ερευνών η οποία αφορά την ψυχοεκπαίδευση των γονέων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ κατέδειξε σημαντική συμβολή στη θετική έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης. (Montoya et al. 2010· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Για να συμβάλλουν οι γονείς στην θεραπευτική παρέμβαση των παιδιών στο σπίτι, είναι απαραίτητο να ενημερωθούν για τη φύση αυτής της διαταραχής και τις δυνατότητες της θεραπευτικής παρέμβασης. Όσο πιο ενημερωμένοι είναι οι γονείς τόσο καλύτερα θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του θεραπευτικού προγράμματος. (CADDRA, 2011· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Κατά την εκπαίδευση είναι σημαντικό για τους γονείς, να εξοικειωθούν με βασικές αρχές του μοντέλου ανάλυσης της συμπεριφοράς ABC αλλά και με την εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών καθώς με αυτό τον τρόπο οι γονείς πέρα από την κατανόηση της φύσης της διαταραχής, θα καταφέρουν να αναγνωρίσουν πως μπορούν να συντελέσουν είτε στη βελτίωση της συμπεριφοράς του παιδιού τους (που είναι και το επιθυμητό), είτε στην επιδείνωση της.

Πολλές φορές οι γονείς μετά τη διάγνωση της διαταραχής νιώθουν ότι δεν είναι αρκετοί και ότι δεν μπορούν να προσφέρουν την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση στα παιδιά τους, νιώθουν ενοχές και ότι αυτοί και η διαπαιδαγώγησή τους είναι η αιτία της διαταραχής του παιδιού τους. Αντιθέτως, σε άλλες περιπτώσεις οι γονείς είναι πολύ αυστηροί προς το παιδί τους και του επιρρίπτουν άδικες ευθύνες για τη «δύσκολη» συμπεριφορά του. (Maniadaki et al.2005· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Γι' αυτό, οι γονείς πρέπει να εκπαιδευτούν στο γνωσιακό μοντέλο. Κατά την εκπαίδευση του μοντέλου αυτού οι γονείς μπορούν να κατανοήσουν ότι πολλές φορές συνδυάζουν τη σκέψη τους με το συναίσθημα τους, και ότι αυτές οι σκέψεις δεν είναι ρεαλιστικές και λειτουργικές (Friedberg et al. 2009· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Σύμφωνα με το μοντέλο ανάλυσης της συμπεριφοράς και το γνωσιακό μοντέλο διατυπώνονται κάποιοι κανόνες που αφορούν την θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Η τήρηση των κανόνων αυτών μπορεί να διευκολύνει σημαντικά την καθημερινότητα και να βελτιώσει τη σχέση του παιδιού με τον γονέα.

**Πίνακας 3.7. Γενικές πρακτικές οδηγίες προς τους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ**

Αποδεχτείτε τα όρια του παιδιού σας. Κάθε παιδί χρειάζεται την αγάπη, την αποδοχή και τη στοργή των οικείων του.
Καθιερώστε και διατηρείστε ένα πρόγραμμα.
Επικοινωνήστε με σαφήνεια με το παιδί.
Προσπαθήστε να είστε συνεπείς.
Προσπαθήστε να είστε υπομονετικοί.
Δώστε στο παιδί ευκαιρίες να απελευθερώσει την συσσωρευμένη ενεργητικότητα.
Δώστε στο παιδί ευκαιρίες να ασχοληθεί με αγαπημένες του δραστηριότητες.
Προστατέψτε το από την αρνητική αντίδραση τρίτων που πιθανώς ενοχλούνται από τη συμπεριφορά του.
Η «επιθυμητή» συμπεριφορά προϋποθέτει ένα θετικό περιβάλλον, χωρίς ερεθίσματα που διασπών την προσοχή, πλούσιο σε θετικούς ενισχυτές και θετική ανατροφοδότηση.
Αποφύγετε τη σωματική τιμωρία.
Προσαρμόστε τις απαιτήσεις σας στις δυνατότητες του παιδιού.

(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012)

Ένας ακόμα τρόπος να εκπαιδευτούν οι γονείς, είναι τα ομαδικά προγράμματα στα οποία οι γονείς εκπαιδεύονται στην θετική ενίσχυση του παιδιού τους, την αγνόηση ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς, στην οριοθέτηση της συμπεριφοράς και στην καθοδήγηση τους. Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η αλλαγή του προβληματικού τρόπου πειθαρχίας των γονέων με στρατηγικές διαχείρισης της συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, η πρώτη αλλαγή που χρειάζεται να κάνουν οι γονείς αφορά τον τρόπο με το οποίο αναλύουν και ερμηνεύουν τη συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Hupp et al., 2008· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Σύμφωνα με έρευνες τα προγράμματα αυτά φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Bor, Sanders & Markie-Dadds, 2002· Sonuga-Barke et al. 2001· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Σε περιπτώσεις ωστόσο, μεγαλύτερων παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει βρεθεί πως η εκπαίδευση των γονέων μπορεί να είναι επίσης αποτελεσματική. (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Η εκπαίδευση των γονέων μπορεί να συμβάλει στην αλλαγή της γονεϊκής συμπεριφοράς στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού, μια αλλαγή η οποία έχει θετικό αποτέλεσμα στην κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού και μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή αρνητικών συμπεριφορών. (Stemmler et al., 2007· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012)

Τα ομαδικά προγράμματα δεν έχουν ως κύριο στόχο την διδασκαλία αλλά να βοηθήσουν και να ενθαρρύνουν τους γονείς να αναγνωρίσουν τους στόχους τους για την, όσο το δυνατόν καλύτερη, διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους (NICE, 2007· Κάκουρος &

Μανιαδάκη, 2012) Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζονται τεχνικές όπως το παιχνίδι ρόλων και στρατηγικές προαγωγής των σχέσεων γονέων -παιδιών. Ορισμένοι παράγοντες είναι καθοριστικοί για το αποτέλεσμα των ομαδικών προγραμμάτων καθώς το ευνοούν σημαντικά. Οι παράγοντες αυτοί : α)αφορούν τη δομή, τη διαδικασία και το πλαίσιο των προγραμμάτων εκπαίδευσης, β) σχετίζονται με τους γονείς π.χ. η ψυχοπαθολογία, τα προβλήματα στο γάμο, τα γνωστικά σχήματα και η συμμετοχή του πατέρα, γ) σχετίζονται με το παιδί π.χ. το αναπτυξιακό του επίπεδο, η ενδεχόμενη συννοσηρότητα κ.λπ. (Chronis et al. 2004· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012)

Τέλος, η εξέλιξη του κάθε παιδιού δεν καθορίζεται μόνο από την σοβαρότητα της οργανικής αιτιολογίας (που είναι το νευροβιολογικό υπόβαθρο) αλλά σε πολύ μεγάλο βαθμό καθορίζεται από τις εμπειρίες που θα βιώσει στο οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον· εμπειρίες που μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά στην καλύτερη δυνατή έκβαση της διαταραχής και τις αποκτούν από κοινού γονείς και παιδιά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

## **7.2. Η συμβουλευτική παρέμβαση**

### **7.2.1. Βασικές αρχές συμβουλευτικής παρέμβασης στους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ**

Όταν ολοκληρωθεί η βασική ψυχοεκπαίδευση, οι γονείς είναι έτοιμοι να δεχτούν συμβουλευτική σχετικά με διάφορα θέματα τα οποία έχουν εντοπιστεί από τον ειδικό κατά την αρχική φάση της παρέμβασης. Στους γονείς παρέχονται οδηγίες που παρέχονται και σε γονείς παιδιών με διαφορετικές δυσκολίες ή γονείς παιδιών χωρίς δυσκολίες. Παράγοντες όπως το σταθερό οικογενειακό περιβάλλον, οι καλές ενδοοικογενειακές σχέσεις, η συνεπής εφαρμογή μεθόδων πειθαρχίας, η αναγνώριση των ικανοτήτων του παιδιού, η ενθάρρυνση, η επιβράβευση της προσπάθειας και ο περιορισμός της αρνητικής κριτικής και των παρατηρήσεων αποτελούν τη βάση για την ομαλή εξέλιξη οποιουδήποτε παιδιού. Σε κάθε θεραπευτική παρέμβαση η ποιότητα της σχέσης του παιδιού με τους γονείς του έχει καθοριστικό ρόλο για την πρόοδο και τη βελτίωση του παιδιού, ειδικά στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που οι σχέσεις με τους γονείς τους χαρακτηρίζονται από εντάσεις, άγχος, θυμό και απογοήτευση. Δεν υπάρχουν τεχνικές για έναν απορριπτικό και αρνητικό γονέα. Τα παιδιά είναι σαφώς πιο πιθανό να συνεργαστούν και να ακολουθήσουν οδηγίες όταν υπάρχει μια σταθερή και δυνατή σχέση με τους γονείς τους παρά όταν χρησιμοποιούνται αυταρχικές μέθοδοι με πρωταγωνιστή την τιμωρία. Όσο πιο ενεργή είναι η συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία τόσο πιο παγιωμένα θα είναι τα επιθυμητά



αποτελέσματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Όπως όλα τα παιδιά λοιπόν, έτσι και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν ανάγκες, που πολλές φορές θεωρούνται δεδομένες από τους γονείς αλλά λειτουργούν θεραπευτικά, όπως η αγάπη, η τρυφερότητα, η υποστηρικτική διάθεση και η άνευ όρων αποδοχή. Όταν καλύπτονται αυτές οι ανάγκες, τα παιδιά είναι ανεξάρτητα, συναισθηματικά υγιή, δυναμικά με υψηλή αυτοεκτίμηση, ψυχική ανθεκτικότητα με αποτέλεσμα να είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά τις δυσκολίες που απορρέουν από τη ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Στη συμβουλευτική, οι γονείς πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι σε ορισμένες έννοιες οι οποίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους προς το παιδί αλλά και καθορίζουν τη σχέση που έχουν με αυτό. Η προβλεψιμότητα είναι μία από αυτές, δηλαδή να μπορεί το παιδί να προβλέψει τις αντιδράσεις των γονέων του σε κάθε του συμπεριφορά. Για την επίτευξη της προβλεψιμότητας είναι απαραίτητοι οι ξεκάθαροι κανόνες, η θέσπιση των επιθυμητών και ανεπιθύμητων συμπεριφορών και των συνεπειών τους αλλά και το μοτίβο ίδιας μορφής συμπεριφοράς -ίδιων συνεπειών. Οι γονείς πρέπει δηλαδή να δρουν με βάση τη συμπεριφορά του παιδιού χωρίς την παρόρμηση του συναισθήματός τους.

Μία ακόμα έννοια είναι η σταθερότητα. Σε διάφορα θέματα καθημερινότητας οι γονείς πρέπει να είναι σταθεροί στην εφαρμογή και την τήρηση των ορίων που έχουν θέσει και να μην παρασύρονται από τις αρνητικές αντιδράσεις των παιδιών τους. Εάν παρασυρθούν και κάνουν «πίσω» το μόνο αποτέλεσμα θα είναι να αυξηθούν οι αρνητικές αντιδράσεις και τα παιδιά βγάλουν αυτόματα το συμπέρασμα ότι με αυτόν τον τρόπο θα κερδίζουν αυτό που θέλουν. Παρόλα αυτά οι γονείς πρέπει να συμμετέχουν ενεργά και να ακούν τις απόψεις των παιδιών γιατί δεν έχουν πάντα δίκιο. Οι κανόνες και τα όρια τίθενται, αφού συζητηθούν με τα παιδιά και στη συνέχεια επιβλέπεται η εφαρμογή τους από τους γονείς μέχρι το σημείο που το παιδί έχει αναπτύξει τον αυτοέλεγχο και την αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς, που είναι από τους βασικότερους στόχους της παρέμβασης.

Η τρίτη είναι η συνέπεια. Για να τηρούνται οι κανόνες και τα όρια, που αναφέρθηκαν παραπάνω, πρέπει και οι ίδιοι οι γονείς να είναι συνεπείς σε αυτά που λένε και υπόσχονται στα παιδιά. Αυτό είναι αναγκαίο καθώς τα παιδιά λαμβάνουν συνεχώς μαθησιακά ερεθίσματα στα πλαίσια της κοινωνικής μάθησης και οι γονείς αποτελούν τα πιο βασικά πρότυπα κατά την προσχολική και την σχολική ηλικία. Ο πατέρας και η μητέρα επίσης, πρέπει να έχουν κοινή πορεία και οι διαφωνίες να διατηρούνται μόνο μεταξύ τους, χωρίς την παρουσία του παιδιού διατηρώντας έτσι την αξιοπιστία τους.

Εν κατακλείδι, η ιεράρχηση των στόχων θα πρέπει να προσαρμόζεται στο επίπεδο δυνατοτήτων του παιδιού ώστε να μπορεί να βιώσει την επιτυχία κάθε φορά. Έτσι θα μπορεί να ολοκληρώνει τις δραστηριότητες που απαιτούνται, θα αισθάνεται ικανοποίηση και όχι απογοήτευση ή να επιθυμεί να παραιτηθεί και θα έχει ένα κίνητρο να επαναλάβει την πράξη στην οποία είχε επιτυχία. Αυτό δε σημαίνει να φτάσει κανείς στο σημείο να έχει πολύ περιορισμένες προσδοκίες και να είναι υπερπροστατευτικός με το παιδί με ΔΕΠ-Υ αλλά να εκτιμά με ρεαλιστικό τρόπο το επίπεδο ικανοτήτων του. Το παιδί πρέπει να έχει ευκαιρίες να δοκιμαστεί, να δυσκολευτεί, να επιτύχει και να αποτύχει. Η ενθάρρυνση, η επιβράβευση και οι επιτυχίες του παιδιού είναι αυτές που θα ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση του παιδιού που είναι ακόμα ένας βασικός στόχος της παρέμβασης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

### **7.2.2. Ρυθμίσεις σχετικά με τη σχολική μελέτη και άλλα καθημερινά θέματα**

Ένα θέμα που προβληματίζει έντονα τους γονείς και είναι αιτία εντάσεων με το παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι η σχολική μελέτη. Τις περισσότερες φορές όταν έρχεται η ώρα της μελέτης το παιδί με ΔΕΠ-Υ δυσανασχετεί αλλά ακόμα κι όταν δεν το κάνει, χρειάζεται πάντα ένας γονέας να είναι δίπλα καθώς το παιδί διασπάται, κάνει πολλά διαλείμματα και έτσι καθυστερεί πολύ περισσότερο από όσο χρειάζεται για τις μαθησιακές του δραστηριότητες. Όλη αυτή η καθυστέρηση της μελέτης και η αντιδραστικότητα που προκύπτει, δημιουργεί πολλές εντάσεις και δυσχεραίνει τη σχέση μεταξύ του γονέα και του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Παρακάτω παρατίθενται οδηγίες που βοηθούν γονείς και παιδιά με τη σχολική μελέτη.

#### ***Πίνακας 4.7. Πρακτικές οδηγίες για τη μελέτη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο σπίτι***

Καθορίστε ρουτίνα ένα πρόγραμμα μελέτης, ορίστε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο, και προσπαθήστε να τα ακολουθήσετε όσο το δυνατόν πιο πιστά. Μην επιτρέπετε να ξεκινάει το παιδί το διάβασμα αργά το απόγευμα.
Περιορίστε τα ερεθίσματα τα οποία αποσπούν την προσοχή του στο σπίτι την ώρα της μελέτης, για παράδειγμα αποφύγετε θορύβους, κλείστε την τηλεόραση, μειώστε την ένταση του τηλεφώνου.
Βοηθήστε το παιδί να χωρίσει τις εργασίες του σε μικρότερα κομμάτια ή ενότητες, έτσι ώστε η μελέτη να είναι πιο εύκολη και λιγότερο κουραστική.
Βοηθήστε το παιδί να ξεκινήσει με τις εργασίες, διαβάζοντας μαζί τις οδηγίες και κάνοντας μαζί τα πρώτα βήματα. Στη συνέχεια, παρατηρήστε το καθώς προχωράει στην επόμενη άσκηση και σταδιακά απομακρυνθείτε.
Παρακολουθείστε το παιδί και δώστε ανατροφοδότηση, χωρίς να κάνετε όλη τη δουλειά μαζί. Ο στόχος είναι να προσπαθεί το παιδί όσο το δυνατό περισσότερο μόνο του, και να είναι αυτόνομο στη μελέτη του. Ενισχύστε και επαινέστε το παιδί όταν προσπαθεί και ολοκληρώνει τις ασκήσεις του.

Δεν είναι δική σας ευθύνη να παραδίδει τέλειες ασκήσεις ή να διορθώνετε όλα τα λάθη στις εργασίες του.
Υπενθυμίστε στο παιδί να κάνει τις εργασίες του και προσφέρετέ του κίνητρα «Όταν τελειώσεις το διάβασμα, τότε μπορείς...»
Μπορείτε να συμφωνήσετε με το παιδί υπογράφοντας ένα είδος συμβολαίου για μεγαλύτερο κίνητρο, ώστε να το κινητοποιήσετε να επιμένει στην ολοκλήρωση του διαβάσματος του (αν ολοκληρώνεις το διάβασμα σου στην ώρα σου αυτή την εβδομάδα, τότε θα κερδίσεις...)
Ενημερώστε το δάσκαλο για την απογοήτευση και το επίπεδο ανοχής του το προηγούμενο απόγευμα. Εκείνος γνωρίζει το εύρος του χρόνου που απαιτείται για να ολοκληρώσει το διάβασμά του και το είδος των προσπαθειών που κάνετε στο σπίτι για να το βοηθήσετε.
Βοηθήστε το παιδί να προετοιμαστεί για τα τεστ, μελετήστε μαζί και εξετάστε το με διάφορους τρόπους.
Δουλέψτε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και μετά σταματήστε. Μην αναγκάζετε το παιδί να αφιερώνει υπερβολικό χρόνο στη σχολική μελέτη. Αν νιώθετε ότι διάβασε αρκετά για ένα απόγευμα, ακόμα και αν δεν τελείωσε τα μαθήματά του, σταματήστε. Γράψτε ένα σημείωμα για τη δασκάλα/ ή το δάσκαλο.
Βεβαιωθείτε ότι τα τετράδια και τα βιβλία του είναι μέσα στην τσάντα. Είναι πολύ συνηθισμένο για τους μαθητές με διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα να μην παραδίδουν τις εργασίες τους.
Για μεγάλες εργασίες που απαιτούν πολύ χρόνο για να ολοκληρωθούν, καλό θα ήταν να καταστρώσετε ένα πλάνο. Ζητείστε από το σχολείο τις απαιτήσεις της εργασίας, κάντε μια λίστα και αναρτήστε την στο σπίτι. Σημειώστε την ημερομηνία παράδοσης σε ένα ημερολόγιο. Μετά σχεδιάστε πως θα χωρίσετε την εργασία σε μικρότερα, πιο εύκολα κομμάτια, προγραμματίζοντας τα επιμέρους βήματα

(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012)

Τέλος, το παιδί συνδέει το γονέα που κάθεται μαζί του στο διάβασμα (συνήθως τη μητέρα), με τη δυσάρεστη εμπειρία της μελέτης. Για να ενδυναμωθεί αυτή η σχέση και ως αποτέλεσμα και η παρέμβαση, είναι σημαντικό να δημιουργήσουν οι γονείς ψυχαγωγικές εμπειρίες στα παιδιά τους κάτι που προάγεται και από την θετική ενίσχυση. Τα βιβλία και η μελέτη δεν είναι ο μόνος τρόπος να καλλιεργηθούν τα παιδιά, αντιθέτως μπορεί να προσφέρει εξίσου μία βόλτα που ενισχύει τις κοινωνικές δεξιότητες, ένα επιτραπέζιο που μαθαίνει στα παιδιά κανόνες και την εναλλαγή σειράς ή μία αθλητική δραστηριότητα η οποία μπορεί να βελτιώσει τον αυτοέλεγχο και τη συνεργασία.

### 7.2.3. Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών στη θεραπευτική παρέμβαση

Το σχολείο αποτελεί μία πολύ βασική περίοδο για τα παιδιά καθώς εκείνη την περίοδο αναπτύσσονται και ταυτόχρονα αποτελεί βασικό πλαίσιο κοινωνικοποίησης, απόκτησης ποικίλων δεξιοτήτων, διαμόρφωσης κατάλληλων μορφών συμπεριφοράς και διάπλασης της προσωπικότητας. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως δυσκολεύονται ιδιαίτερα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του σχολείου. Είναι πιθανό η σχολική διαδικασία να αποτελέσει μία δυσάρεστη εμπειρία με αρνητικά αποτελέσματα για το παιδί όπως απόρριψη,

κοινωνική απομόνωση, αίσθημα αποτυχίας και παραίτησης κ.λπ. Για να αποφευχθεί μία τέτοια εμπειρία και να μην αναπτύξουν τα παιδιά δευτερογενή προβλήματα συμπεριφοράς είναι αναγκαία η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών για την αναγνώριση και τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Η συμμετοχή του εκπαιδευτικού βοηθά στη σύναψη μιας κοινής πορείας παρέμβασης στο κλινικό, οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον με αποτέλεσμα την σταθερότητα, τη συνέπεια και έναν κοινό τρόπο αντιμετώπισης της συμπεριφοράς του παιδιού στα περισσότερα πλαίσια στα οποία κινείται το παιδί.

Όπως και στην περίπτωση των γονέων, η ψυχοεκπαίδευση είναι βασικό στάδιο για την προετοιμασία των εκπαιδευτικών, μία μέθοδος η οποία τροποποιεί τις λανθασμένες αντιλήψεις των εκπαιδευτικών που αφορούν τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Οι εκπαιδευτικοί είναι αναγκαίο να γνωρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ είναι εγγενής διαταραχή με νευροβιολογικό υπόβαθρο και επηρεάζει κυρίως τους τομείς της μάθησης και της συμπεριφοράς, με κύριο χαρακτηριστικό τον περιορισμένο αυτοέλεγχο. Ακόμα πρέπει να γνωρίζουν πως το περιβάλλον δεν αποτελεί αιτία της διαταραχής αλλά ότι μπορεί να επηρεάσει στην έκβασή της και ότι οι θεραπευτικές διαδικασίες μπορούν να βελτιώσουν τη συμπτωματολογία και τη λειτουργικότητα του παιδιού αλλά τα βιολογικά ελλείμματα δεν ομαλοποιούνται πλήρως. Στις γνώσεις του πρέπει ακόμα να περιλαμβάνεται ότι οι σημαντικότερες δυσκολίες του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη μάθηση, αφορούν τη διατήρηση παρατεταμένης προσοχής, στην προσπάθεια και κινητοποίηση με συστημικό τρόπο και κυρίως όταν δεν αποσαφηνίζονται με σαφήνεια και συνέπεια, οι συνέπειες της συμπεριφοράς. Τέλος, πρέπει να γνωρίζουν ότι η ανταπόκριση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στις απαιτήσεις του σχολείου είναι δυσκολότερη σε σύγκριση με την ανταπόκριση ενός παιδιού χωρίς ΔΕΠ-Υ και ότι στα παιδιά αυτά είναι απαραίτητη η διαφοροποίηση των διδακτικών μεθόδων και στοιχείων της σχολικής τάξης-σχολικών εργασιών (Κάκουρος και συν., 2003· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Ένα λειτουργικό εκπαιδευτικό περιβάλλον για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι ένα καλό εκπαιδευτικό περιβάλλον για όλα τα παιδιά με τη διαφορά ότι τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά μπορούν να προσαρμοστούν σε λιγότερο ευνοϊκό περιβάλλον σε αντίθεση με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία χρειάζονται τροποποιήσεις (Reeve, 1994· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Είναι εξίσου σημαντικό, να εδραιωθεί μία θετική σχέση μεταξύ εκπαιδευτικού και παιδιού όπως και στην περίπτωση των γονέων, επομένως ο εκπαιδευτικός πρέπει να αποδέχεται και να σέβεται το μαθητή με ΔΕΠ-Υ. (Moore et al., 2015· Κάκουρος

& Μανιαδάκη, 2016). Ο εκπαιδευτικός πρέπει να αποτελεί ένα μοντέλο θετικής αλληλεπίδρασης και να παρέχει τη προσδοκώμενη συμπεριφορά και την ανάλογη ενίσχυση όταν είναι παρόν σε αυθόρμητες καταστάσεις κοινωνικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα παιδιά. Με τη στάση αυτή, προτρέπει με βιωματικό τρόπο τους μαθητές του να ακολουθήσουν το παράδειγμα του και τους βοηθάει να αντιληφθούν ότι το παιδί με ΔΕΠ-Υ αξίζει το σεβασμό και την αγάπη. Πρέπει να θέτονται ξεκάθαροι κανόνες στην τάξη από τον εκπαιδευτικό, για το σεβασμό και την αποδοχή των άλλων και να επιβραβεύονται τα παιδιά που τους εφαρμόζουν έμπρακτα και φέρονται με ευγένεια και υπομονή στους συμμαθητές τους. Η επιβράβευση είναι αναγκαία να γίνεται από τον εκπαιδευτικό και στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ καθώς έτσι επισημαίνονται θετικά στοιχεία των παιδιών αυτών και δεν στιγματίζεται μόνο η δυσλειτουργική συμπεριφορά τους στους συμμαθητές τους.

#### **7.2.4. Τεχνικές διαχείρισης της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς**

Οι τεχνικές διαχείρισης των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ βασίζονται στις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τους Κάκουρος & Μανιαδάκη (2016) οι τεχνικές είναι οι εξής:

- Η διαφορική ενίσχυση που είναι κατάλληλη τόσο για τους γονείς όσο και για τους εκπαιδευτικούς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Ο εκπαιδευτικός ή ο γονέας τείνει να δίνει τη προσοχή του όταν το παιδί παρουσιάζει μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά με αποτέλεσμα το παιδί να αντιλαμβάνεται ότι όποτε θέλει να τραβήξει την προσοχή πρέπει να κάνει φασαρία και γενικά να εκδηλώσει μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Πρέπει λοιπόν να δίνει την προσοχή του με λεκτικές ή μη λεκτικές μεθόδους, όταν το παιδί εκδηλώνει την επιθυμητή συμπεριφορά
- Σε συμπεριφορές που είναι ήπια προκλητικές αλλά όχι έντονα διασπαστικές η επιθετικές, κατάλληλη τεχνική είναι η προγραμματισμένη αδιαφορία. Ο εκπαιδευτικός αγνοεί την ανεπιθύμητη συμπεριφορά του παιδιού και να επαινεί τους μαθητές που εκδηλώνουν την επιθυμητή. Μόλις το παιδί με ΔΕΠ-Υ εκδηλώσει κι αυτό την επιθυμητή συμπεριφορά ο εκπαιδευτικός τον επιβραβεύει εξίσου.
- Για να είναι αποτελεσματικός ο έπαινος πρέπει να δίνεται άμεσα μετά την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς, να είναι σαφής ο λόγος για τον οποίο δόθηκε και να παρέχεται με θέρμη και προσωπικό ύφος και λεκτικό περιεχόμενο κατάλληλο για το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού.
- Η ανάπτυξη ενός συστήματος αμοιβών είναι μία τεχνική που ενισχύει σημαντικά τη διαμόρφωση θετικών συμπεριφορών και την απόσβεση των αρνητικών συμπεριφορών.

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να παρουσιάσει το σύστημα αυτό ως διασκεδαστικό, με ενθουσιασμό και τη χρήση κατάλληλων ενισχυτών.

#### **7.2.5. Η συμμετοχή του παιδιού στη θεραπευτική παρέμβαση**

Οι βασικές αρχές και οι τεχνικές που έχουν περιγραφεί για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ τόσο από γονείς όσο και από εκπαιδευτικούς, χρησιμοποιούνται και από τους ειδικούς κατά τη συνεργασία με το παιδί. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να επωφεληθεί από διάφορα προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες του. Τέτοια προγράμματα είναι η λογοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση για τη ΔΕΠ-Υ, η ειδική αγωγή και κάθε πιθανός συνδυασμός τους. Η λογοθεραπεία πραγματοποιείται από λογοπεδικό, η εργοθεραπεία από εργοθεραπευτή, η ειδική αγωγή από ειδικό παιδαγωγό και η ψυχοθεραπεία από ψυχολόγο ή παιδοψυχίατρο σε περιπτώσεις συνοσσηρότητας με συγκεκριμένες διαταραχές. Η συχνότητα των συνεδριών καθορίζεται συνήθως ανάμεσα στη μία με τρεις φορές την εβδομάδα. Η συχνότητα σταδιακά αραιώνει όσο το πρόγραμμα εξελίσσεται, μέχρι την πλήρη ολοκλήρωση της παρέμβασης. Η ολοκλήρωση της παρέμβασης αναγνωρίζεται από τους ειδικούς σε συνεργασία με τους γονείς και το σχολείο. Για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος και την ενεργητική συμμετοχή του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στο μέγιστο δυνατό, κατά τη θεραπευτική παρέμβαση, ο ειδικός με το παιδί πρέπει να αναπτύξει μία δυνατή, θετική σχέση. Επομένως οι ειδικοί πρέπει να είναι σταθερά πρόσωπα και να μην αλλάζουν εάν δεν υπάρχει σοβαρός λόγος. Κάθε ειδικός πρέπει να διαθέτει σταθερότητα, υπομονή, επιμονή και ψυχραιμία. Ακόμα, πρέπει να έχει ενσυναίσθηση, ευελιξία και φαντασία. Πρέπει να δίνεται ολοκληρωτικά στο παιδί κατά τη συνεδρία, να είναι σε εγρήγορση και ετοιμότητα. Ο ειδικός πρέπει να κάθεται απέναντι από το παιδί για να διατηρεί βλεμματική επαφή καθόλη τη διάρκεια της συνεδρίας. Το παιδί πρέπει να κάθεται σωστά χωρίς να σκύβει και να μην του δίνεται η δυνατότητα να στριφογυρίζει, να κουνάει πόδια ή οτιδήποτε που θα του αποσπάσει τη προσοχή. Για τη διατήρηση της προσοχής πρέπει επίσης ο χώρος στον οποίο δουλεύει ο ειδικός με το παιδί να μην έχει πολλές πληροφορίες με περιορισμένα οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα. Ο ειδικός χρησιμοποιεί υλικό που είναι προσβάσιμο μόνο σε εκείνον και κάθε καινούργιο υλικό για να παρουσιαστεί πρέπει να έχει τακτοποιηθεί το προηγούμενο.

Τέλος, η συνεδρία πρέπει να αποτελεί μια ευχάριστη διαδικασία για το παιδί, ώστε το παιδί να ανυπομονεί για τη κάθε συνεδρία και να καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια για να ανταποκριθεί. Παράγοντες που μπορούν να το πετύχουν αυτό είναι ο ρυθμός και ο τόνος της ομιλίας, η ένταση της φωνής, η συνοδεία της ομιλίας με εκφραστικές κινήσεις και

χειρονομίες, η εναλλαγή δραστηριοτήτων και η καινοτομία στις δραστηριότητες και τέλος ο ίδιος ο θεραπευτής να είναι ενθουσιώδης.

## Βιβλιογραφία:

### Α. Ελληνική

Αγγελή, Κ. (2011). Γνωσιακές Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία: Φάκελος άρθρων (27-50). Αθήνα: Μέθοδοι/Τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους.

Αντωνίου, Α. (2014). *Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητα στους μαθητές, Αιτιολογικοί Παράγοντες και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις*, 3-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.12681/educ.408>

Βάρβογλη, Λ., & Γαλάνη, Μ.Μ. (2007). Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη

Βλασσοπούλου, Μ., Γιαννετοπούλου, Α., Διαμαντή, Μ., Κιρπότην, Λ., Λεβαντή, Ε., Λευθέρη, Κ. και συν.(Επιμ.). (2015). *Γλωσσικές δυσκολίες και γραπτός λόγος στο πλαίσιο της σχολικής μάθησης*. Αθήνα: Γρηγορη

Γκαραγκούνη-Αραίου, Φ., Σολομωνίδου, Χ., & Ζαφειροπούλου, Μ. (2003). Απόψεις και στάσεις εκπαιδευτικών για την αντιμετώπιση παιδιών με στοιχεία διάσπασης προσοχής ή/και με υπερκινητικότητα. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 35, 77-96.

Κακαϊδή, Β., & Παντελίδου, Μ. (2018). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα – Συμβουλευτική Παρέμβαση. (Πτυχιακή Εργασία). Ιωάννινα: ΤΕΙ Ηπείρου.

Κάκουρος, Ε., Μπαλούρδος, Δ., & Ρεκούτης, Π. (1995). Διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά που παραπέμπονται σε Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού*, 32-33, 63-76.

Κάκουρος, Ε. (1996). Η προβληματική της διάγνωσης και της αντιμετώπισης των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 37, 36-42.

Κάκουρος, Ε. (1998) *Η έκβαση των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών στην Εφηβεία*. Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής, Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., τόμ. 5, Νο 3 (19). 89-91.

Κάκουρος, Ε. (2001) *Το υπερκινητικό παιδί*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κάκουρος, Ε., Ζουρνατζής, Ε., Παπαηλιού, Χ. & Χαραμπά, Ρ., (2003). Ο συμβουλευτικός ρόλος των δασκάλων στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*. 64-65. 42-50.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2005). Παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες: Η συμβολή του σχολείου, της οικογένειας και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Προφορική ανακοίνωση στο Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα: «Σχολείο και Οικογένεια», Ιωάννινα, Βιβλίο Περιλήψεων, σελ. 100.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. (5<sup>η</sup> έκδ.). Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2012). (Επιμ.). *ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ: θεωρητικές προσεγγίσεις & θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Gutenberg.



Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2016). *Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ: Από τη θεωρία στην πράξη*. (315). Αθήνα: Gutenberg.

Καμούτσα, Ι., Κοτσίφη, Μ., Νικολακοπούλου, Θ., (2011). Αντιλήψεις εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με την διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα. (Πτυχιακή εργασία). Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Καραδήμας, Ε. (2001). Τεχνικές παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στα πλαίσια της προσχολικής και σχολικής αγωγής. Στο: Ε. Κάκουρος (επιμ.), *Το Υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά* (σσ. 97-121). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κοκκέβη, Α., Ραμπαβίλας, Α., Αλεβίζος, Β., Χαντζάρα, Β., Τομαράς, Β., Τσιάντης, Γ., και συν. (2001). *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Κυπριωτάκη, Μ. (2004). *Διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής*. Ηράκλειο.

Μανιαδάκη, Κ. (2001α). *Το υπερκινητικό παιδί και οι δυσκολίες του στη μάθηση και τη συμπεριφορά* (σσ.15-46). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2008). Οι διαφορές φύλου στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία: η περίπτωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Στο: Η. Κουρκούτας & Chartier J.P. (επιμ.), *Δυναμική της ανάπτυξης του παιδιού: ψυχοκοινωνικές ορίζουσες και παρεκκλίσεις* (267-286). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος

Μάσχα, Κ., & Καραδήμας, Ε. (2012). Τεχνικές παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στα πλαίσια της προσχολικής και σχολικής αγωγής. Στο Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (303-328). Αθήνα: Gutenberg.

Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (2020). *Τι είναι ΔΕΠΥ*. Ανακτήθηκε από <https://www.adhdhellas.org/2013-09-13-13-14-13/ti-einai>

Παπαγεωργίου, Β. (2012). Η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος. Στο Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (135-159). Αθήνα: Gutenberg

Παπαναστασίου, Φ. (2018, Ιουλίου 29). Mother's Blog. Ανάκτηση από: Πώς να μάθετε στα παιδιά με ΔΕΠΥ να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους:

<https://www.mothersblog.gr/paidi/psychologia/story/61167/pos-na-mathete-sta-paidiame-depy-na-diaxeirizontai-ta-synaisthimata-toys>

Συρίγου-Παπαβασιλείου, Α. (2012). Νευρολογικά ευρήματα και φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση* (223-241). Αθήνα: Gutenberg.

## B. Ξενόγλωσση

Adeyemo, B. O., Biederman, J., Zafonte, R., Kagan, E., Spencer, T. J., Uchida, M., et al. (2014). Mild traumatic brain injury and ADHD: a systematic review of the literature and meta-analysis. *J. Atten. Disord.* 18, 576–584. doi: <https://doi.org/10.1177/1087054714543371>

Adler, L.D., Nierenberg, A.A. (2010). Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgraduate Medicine*, 122 (1). doi: <https://doi.org/10.3810/pgm.2010.01.2112>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment for children and adolescents with bipolar disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10). doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199710001-00010>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (7). doi: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3<sup>rd</sup> ed. rev.). Washington, DC

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Text Revision. Washington, DC.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Angermeyer, M.C., Millier, A., Rémuzat, C., Refaï, T., Schomerus, G., Toumi, M., (2014). Continuum beliefs and attitudes towards people with mental illness: results from a national survey in France. *Int. J. Soc. Psychiatry* 61 (3), 297–303. Doi: <https://doi.org/10.1177/0020764014543312>.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57–87

Antshel, K.M., Phillips, M.H., Gordon, M., Barkley, R., & Faraone, S.V. (2006). Is ADHD a valid disorder in children with intellectual delays? *Clinical Psychology Review*, 26 (5). doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.03.002>

Arnold, L.E., Demeter, C., Mount, K., Frazier, T.W., Youngstrom, E.A., Fristad, M. et al. (2011). Pediatric bipolar spectrum disorder and ADHD: Comparison and comorbidity in the LAMS clinical sample. *Bipolar Disorders*, 13 (5-6). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00948>

- Babinski, D.E., Waxmonsky, J.G., & Pelham, W.E. Jr. (2014). Treating parents with attention-deficit/hyperactivity disorder: The effects of behavioral parent training and acute stimulant medication treatment on parent-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42 (7). doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9864-y>
- Baker, J. A. (2006). Contributions of teacher-child relationships to positive school adjustment during elementary school. *Journal of School Psychology*, 44(3), 211–229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2006.02.002>
- Barkley, R.A. (1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., DuPaul, G. & McMurray, M.B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (6). doi: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.58.6.775>
- Barkley, R.A. (1995). A closer look at DSM-IV criteria for ADHD: Some unresolved issues. *The ADHD Report*, 3 1-5.
- Barkley, R.A. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E.J. Mash & L.G. Terdal (Eds.), *Assessment of Childhood Disorders* (71-129). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (9). doi: [10.1097/00004583-199709000-00012](https://doi.org/10.1097/00004583-199709000-00012)
- Barkley, A. R. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*. Ανακτήθηκε 25 Μαρτίου 2013, από <http://www.ub.unimaas.nl/ucm/e-readers/SS229/barkley2.pdf>
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00214.x>
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202. <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2>
- Barkley, R.A. (2006b). *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. (3<sup>η</sup> έκδ.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford
- Barkley, R.A., & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard’s description in 1775 of “Attention deficit” (Mangel der Aufmerksamkeit, attention volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16(8).
- Baumgaertel, A., Wolraich, M.L., & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (5). doi: [10.1097/00004583-199505000-00015](https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00015)
- Becker, K., El-Faddagh, M., Schmidt, M. H., Esser, G., and Laucht, M. (2008). Interaction of dopamine transporter genotype with prenatal smoke exposure on ADHD symptoms. *J. Pediatr.* 152, 263–269. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.07.004>

- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215–1220
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36(2), 167–179.
- Biederman, J., Petty, C., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. (2011). Predictors of persistent ADHD: An 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (2). doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jpsychires.2010.06.009>
- Bohline, D.S. (1985). Intellectual and effective characteristics of attention deficit disorder children. *Journal of Learning Disabilities*, 18 (10). doi: <https://doi.org/10.1177/002221948501801008>
- Bor, W., Sanders, M.R., & Markie- Dadds, C. (2002) The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571-587.
- Brem, S., Grünblatt, E., Drechsler, R., Riederer, P., & Walitza, S. (2014). The neurobiological link between OCD and ADHD. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6 (3). doi: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs12402-014-0146-x>
- Brookes, K.-J., Mill, J., Guindalini, C., Curran, S., Xu, X., Knight, J., et al. (2006). A common haplotype of the dopamine transporter gene associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and interacting with maternal use of alcohol during pregnancy. *Arch. Gen. Psychiatry* 63, 74–81. doi: [10.1001/archpsyc.63.1.74](https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.1.74)
- Bush, G. (2010). Attention- deficit/hyperactivity disorder and attention networks. *Neuropsychopharmacology*, 35, 278-300.
- Bush, G. (2011). Cingulate, frontal and parietal cortical dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 69, 1160-1167.
- Bushe, C.J., & Savill, N.C. (2014). Systematic review of atomoxetine data in childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder 2009-2011: Focus on clinical efficacy and safety. *Journal of Psychopharmacology*, 28 (3). doi: <https://doi.org/10.1177/0269881113478475>
- CADDRA (2011). Canadian ADHD Practice Guidelines (CASP- Guidelines.) 3rd edition.
- Carter, A.S., O'Donnell, D.A., Schultz, R.T., Scahill, L., Leckman, J.F., & Pauls, D.L. (2000). Social and emotional adjustment in children affected with Gilles de la Tourette's syndrome: Associations with ADHD and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (2), 215-223.
- Chang, C.-H., Yu, C.-J., Du, J.-C., Chiou, H.-C., Chen, H.-C., Yang, W., et al. (2018). The interactions among organophosphate pesticide exposure, oxidative stress and genetic polymorphisms of dopamine receptor D4 increase the risk of attention deficit/hyperactivity disorder in children. *Environ. Res.* 160, 339–346. doi: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.10.011>
- Chen, M.H., Chen, Y.S., Hsu, J.W., Huang, K.L., Li, C.T., Lin, W.C. et al. (2015). Comorbidity of ADHD and subsequent bipolar disorder among adolescents and young adults with major depression: a nationwide longitudinal study. *Bipolar Disorders*, 17 (3). doi: <https://doi.org/10.1111/bdi.12266>

- Cheung, K., & Theule, J. (2016). Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3451–3461. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0499-1>
- 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*, 30 (4). doi: <https://doi.org/10.1023/a:1015770025043>
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, Jr., W. E., Kip, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1424–1432.
- Chronis, A.M., Fabiano, G.A., Gnagy, E.M., Wymbs, B., Burrows-MacLean, L., & Pelham, W.E. (2001). Comprehensive, sustained behavioral and pharmacological treatment for ADHD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8 (4). doi: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80008-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80008-0)
- Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T., & Pelham, W.E. Jr. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7 (1). doi: <https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000020190.60808.a4>
- Chronis, M.A., Chacko, A., Fabiano, A.G., Wymbs, T.B., & Pelham, E.W. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7 (1), 1-27.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, Jr., W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., & Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43, 70–82.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S., & Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 179–198.
- Cody, H., Hynd, G.W., & Hall, L.J. (1996). Depression symptomatology as a distinguishing characteristic between ADHD inattentive and combined subtypes. Paper presented at the National Academy of Neuropsychology annual conference. New Orleans, L.A.
- Connor, D.F. (2015). Stimulant and nonstimulant medication for childhood ADHD. In R.A. Barkley (Eds.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (666-685). New York: Guilford Press.
- Conrad, P., Bergey, (2014). The impending globalization of ADHD: notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Soc. Sci. Med.* 122, 31–43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>
- Corrigan, P.W., Bink, A.B., Fokuo, J.K., Schmidt, A.,(2015). The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Res.* 226 (1), 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.047>.
- Corrigan, P.W., Schmidt, A., Bink, A.B., Nieweglowski, K., Al-Khouja, M.A., Qin, S., Discont, S., (2017). Changing public stigma with continuum beliefs. *J. Ment. Health* 26 (5), 411–418. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207224>

- Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, Martino, A., Milham, M.P., Castellanos, F.X., (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: A meta- analysis of 55 fMRI studies. *American Journal of Psychiatry*, 169, 1038-55.
- Costello, E.J., Farmer, E.M., Angold, A., Burns, B.J., & Erkanli, A. (1997). Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: The Great Smoky Mountains Study. *American Journal of Public Health*, 87 (5). doi: [10.2105/ajph.87.5.827](https://doi.org/10.2105/ajph.87.5.827)
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and history of the passions and their effects*. London, England: T. Cadell Hr. & W. Davies (Reprinted by AMS Press, New York, 1976).
- Crum, K. I., Waschbusch, D. A., & Willoughby, M. T. (2016). Callous-unemotional traits, behavior disorders, and the student-teacher relationship in elementary school students. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 24(1), 16–29. <http://dx.doi.org/10.1177/1063426615569533>
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., ...Sonuga-Barke, E.J.S. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 835-847.
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S. et al. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53 (8). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013>
- Daughton, J.M., & Kratochvil, C.J. (2009). Review of ADHD pharmacotherapies: Advantages, disadvantages, and clinical pearls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (3). doi: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318197748f>
- Davis, N.O., & Kollins, S.H. (2012). Treatment for co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Neurotherapeutics*, 9 (3). doi: <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0126-9>
- de Boo, G.M., & Prins, P.J.M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27 (1). doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.03.006>
- De Bruin, E.I., Ferdinand, R.F., Meester, S., de Nijs, P.F., & Verheij, F. (2007). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (5). doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0215-x>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314–332.
- Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting stress*. New Haven: Yale University Press.
- 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*, 5 (2). doi: <http://dx.doi.org/10.1023/B:PREV.0000023078.30191.e0>
- doi: [10.1177%2F1087054711432309](https://doi.org/10.1177%2F1087054711432309)

- Douglas, V.I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4 (4), 259-282.
- Duffy, A. (2012). The nature of the association between childhood ADHD and the development of Bipolar Disorder: A review of prospective high-risk studies. *American Journal of psychiatry*, 169 (12). doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11111725>
- DuPaul, G.J., Eckert, T.L., Vilardo, B. (2012). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis 1996-2010. *School Psychology Review*, 41 (4). doi: <https://doi.org/10.1080/02796015.2012.12087496>
- Eden, G., & Vaidya, C. (2008). ADHD and Developmental Dyslexia: Two pathways leading to impaired learning. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1145, 316-327. doi: <https://doi.org/10.1196/annals.1416.022>
- Eisert, H. (1999). Jyperkinetische Stoerungen. In H.-C. Seinhausen & M. von Aster(eds), *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen* (pp.131-159). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Elgar, F. J., Waschbusch, D. A., McGrath, P. J., Stewart, S. H., & Curtis, L. J. (2004). Temporal relations in daily-reported maternal mood and disruptive child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 237–247.
- Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: I. Concurrent comorbidity patterns in children & adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2 (1). doi: <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-15>
- Evans, S.W., Owens, J., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychological treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 527-551.
- Evans, S.W., Owens, J., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43 (4). doi: <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.850700>
- Fabiano, G.A., Chacko, A., Pelham, W.E. Jr, Robb, J., Walker, K.S., Wymbs, F. et al. (2009). A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 40 (2). doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.05.002>
- Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M., Chronis-Tuscano, A., & O' Connor, B.C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Faraone, S.V., Asherson, P., Banaschewski, T., et al., (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers.*; 1: 15020.
- Favuluri, M.N., Yang, S., Kamineni, K., Passarotti, A.M., Srinivasan, G., Harral, E.M., & Zhou, X.J. (2009). Diffusion tensor imaging study of white matter fiber tracts in pediatric bipolar disorder and attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 65, 586-593.
- Findling, R.L. (2008). Evolution of the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children: a review. *Clinical Therapeutics*, 30 (5). doi: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2008.05.006>

- Fliers, E., Rommelse, N., Vermeulen, S.H., Altink, M., Buschgens, C.J., Faraone, S.V. et al. (2008). Motor coordination problems in children and adolescents with ADHD rated by parents and teachers: effects of age and gender. *Journal of Neural Transmission*, 115 (2). doi: <https://doi.org/10.1007/s00702-007-0827-0>
- Frazier, T.W., Demaree, H.A., & Youngstrom, E.A. (2004). Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 18 (3). doi: <https://doi.org/10.1037/0894-4105.18.3.543>
- Fredriksen, M., Halmoy, A., Faraone, S.V., & Haavik, J. (2013). Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: A review of controlled and naturalistic studies. *European Neuropsychopharmacology*, 23 (6). doi: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.07.016>
- Friedberg, R.D., McClure, J.M., & Hillwing Garcia, j.H. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: Tools for enhancing practice*. New York: The Guilford Press
- Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., and Gilman, R. C. (2011a). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr. Psychiatry Rep.* 13, 333–344. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0221-3>
- Gadow, K., & Nolan, E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 191-201.
- Gadow, K.D., DeVincent, C.J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2005). Comparison of DSM-IV symptoms in elementary school-age children with PDD versus clinic and community samples. *Autism*, 9 (4). doi: <https://doi.org/10.1177/1362361305056079>
- Gaidamowicz, R., Deksnytė, A., Palinauskaitė, K., Aranauskas, R., Kasiulevičius, V., Šapoka, V., & Aranauskas, L. (2018). ADHD-the scourge of the 21st century? . *Psychiatric Pol.* 52(2): 287–307. doi: <https://doi.org/10.12740/PP/67111>
- Gevensleben, H., Klemeyer, M., Rothenberger, L., Studer, P., Flaig-Roth, A., Moll, G. et al. (2014). Neurofeedback in ADHD: Further pieces of the puzzle. *Brain Topography*, 27 (1). doi: <https://doi.org/10.1007/s10548-013-0285-y>
- Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., et al. (2004). Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 (1). doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-004-1008-4>
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 28, 25–35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P. & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases*, 7 (17). doi: <https://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Greene, R. W., Beszterczey, S. K., Katzenstein, T., Park, K., & Goring, J. (2002). Are students with ADHD more stressful to teach? : Patterns of teacher stress in an elementary school sample. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(2), 79–89. <http://dx.doi.org/10.1177/10634266020100020201>



- Gremillion, M.L., & Martel, M.M. (2014). Merely misunderstood?: Receptive, expressive and pragmatic language in young children with disruptive behavior disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43 (5). doi: <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822306>
- Greven, C.U., Kovas, Y., Willcutt, E.G., Petrill, S.A., & Plomin, R. (2014). Evidence for shared genetic risk between ADHD symptoms and reduced mathematics ability: a twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (1). doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12090>
- Grizenko, N., Shayan, Y. R., Polotskaia, A., Ter-Stepanian, M., and Joobar, R. (2008). Relation of maternal stress during pregnancy to symptom severity and response to treatment in children with ADHD. *J. Psychiatry Neurosci.* 33, 10–16.
- Gupta, V. B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(4), 417–425.
- Hale, T.S., Bookheimer, S., McGough, J.J., Phillips, J.M., & MacCracken, J.T., (2007). Atypical brain activation during simple & complex levels of processing in adult ADHD. An fMRI study. *Journal Of Attention Disorders*, 11,125-139.
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(suppl 1), i2–7.
- Hastings, R.P., Beck, A., Daley, D., & Hill, C. (2005). Symptoms of ADHD and their correlates in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 26 (5). doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.ridd.2004.10.003>
- Hattori, J., Ogino, T., Abiru, K., Nakano, K., Oka, M., Ohtsuka, Y. (2006). Are pervasive developmental disorder and attention deficit/hyperactivity disorder distinct disorders? *Brain and Development*, 28 (6). doi: <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2005.11.009>
- Herman, K.C., Lambert, S.F., Ialongo, N.S., & Ostrander, R. (2007). Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African American children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (2). doi: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10802-006-9083-2>
- Hermens, D.F., Kohn, M.R., Clarke, S.D., Gordon, E., & Williams, L.M. (2005). Sex differences in adolescent ADHD: Findings from concurrent EEG and EDA. *Clinical Neurophysiology*, 116 (6). doi: [10.1016/j.clinph.2005.02.012](https://doi.org/10.1016/j.clinph.2005.02.012)
- Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., & The MTA Cooperative Group (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and challenge. *WIREs Cognitive Science*, 6 (1). doi: <https://doi.org/10.1002/wcs.1324>
- Hoffman, J., (2013). *What does ADHD really feel like?* Ανακτήθηκε από: <https://www.todayparent.com/kids/kids-health/what-does-adhd-feel-like/>  
<http://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/15022>  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112570>
- Humphreys, K., Eng, H., & Lee, S. (2013). Stimulant medication and substance use outcomes: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70 (7). doi: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1273>

- Hupp, S.D.A., Reitman, D., Forde, D.A., Shriver, M.D., & Lou Kelley, M. (2008). Advancing the assessment of parent-child interactions. Development of the parent instruction-giving game with youngsters. *Behavior therapy*, 39 (1), 91-106.
- Hurt, E., & Arnold, L.E. (2015). Dietary management of ADHD. In R.A. Barkley (Eds.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (630-640). New York: Guilford Press.
- Insa, I., Alda, J.A., Chamorro, M., Espadas, M., Huguet, A., (2018). Difference in Psychic Distress Lived by Parents With ADHD Children and Parents With Healthy Children: Focus on Gender. *Journal of Attention Disorders*. Volume: 25 issue: 3.332-339. Doi: <https://doi.org/10.1177/1087054718790010>
- J.J.S. Kooija, b, D. Bijlengaa, L. Salerno<sup>9</sup>, R. Jaeschke<sup>1</sup>, I. Bitter<sup>J</sup>, J. Balázsc et al. (2018). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry* 56, 19-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- James, A., & Taylor, E. (1990). Sex differences in the hyperkinetic syndrome of childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31 (3). doi: [10.1111/j.1469-7610.1990.tb01580.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb01580.x)
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207.
- Johnston, C., Mash, E.J., Miller, N., & Ninowski, J.E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 32 (4). doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.007>
- Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D., & Gnagy, E. M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 169–181.
- Kent, L., & Craddock, N. (2003). Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 73 (3). doi: [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00092-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00092-7)
- Kessler, J.W. (1980). History of minimal brain dysfunction. In H. Rie & E. Rie (Eds.), *Handbook of minimal brain dysfunctions: A critical view* (18-52). New York: Wiley.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163 (4). doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Khan, S. A., & Faraone, S. V. (2006). The genetics of ADHD: A literature review of 2005. *Current Psychiatry Reports*, 8, 393–397.
- Kirk, S.A. (1963). Behavioral diagnoses and remediation of learning disabilities. In *Proceedings of the annual meeting: Conference on exploration into the problems of the perceptually handicapped child* (Vol. 1, pp. 1-7). Evanston, IL.
- Klassen, L.J., Katzman, M.A., & Chokka, P. (2010). Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 124 (1-2). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.036>
- Klein, R.G., & Manuzza, S. (1991). *Long term outcome of hyperactive children: A review*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.30 383-387.

- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Hay, D. A. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder and their teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development, and Education*, 53(2), 147–160. <http://dx.doi.org/10.1080/10349120600716125>
- Kurlan, R., Como, P.G., Miller, B., Palumbo, D., Deelay, C., Andresen, E.M. et al. (2002). The behavioral spectrum of tic disorders: A community-based study. *Neurology*, 59 (3). doi: <https://doi.org/10.1212/wnl.59.3.414>
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S.J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J. et al. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14 (1). doi: [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0924-977X\(03\)00045-2](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0924-977X(03)00045-2)
- Lahey, B. B., D’Onofrio, B. M., and Waldman, I. D. (2009). Using epidemiologic methods to test hypotheses regarding causal influences on child and adolescent mental disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry* 50, 53–62. Doi: [10.1111/j.1469-7610.2008.01980.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01980.x)
- Lahey, B. B., Schaughency, E. A., Hynd, G. W., Carlson, C. L., & Nieves, N. (1987). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics of clinic referred children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 718–723.
- Larson, K., Russ, S.A., Kahn, R.S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD. *Pediatrics*, 127 (3). doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0165>
- Lauth, G.W. (2000). Konzentrations-/ Aufmerksamkeitstraining. In M. Haut-zinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie Manual*, (4. Aufl.) (SS. 247-252). Berlin: Springer.
- Lei, H., Cui, Y., & Chiu, M. M. (2016). Affective teacher-student relationships and students’ externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 7, 1311
- Leitch, S., Sciberras, E., Posta, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J.M., Evans, S., (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. Doi: <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1690091>
- Lifford, K. J., Harold, G. T., and Thapar, A. (2009). Parent-child hostility and child ADHD symptoms: a genetically sensitive and longitudinal analysis. *J. Child Psychol. Psychiatry* 50, 1468–1476. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02107.x>
- Lilienfeld, S.O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31 (3). doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1023229529866>
- Lin, Y.J., Lai, M.C., & Gau, S.S.F. (2012). Youths with ADHD with and without tic disorders: Comorbid psychopathology, executive function and social adjustment. *Research in Developmental Disabilities*, 33 (3). doi: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.01.001>
- Lindsay, R.L., Tomazic, T., Levine, M.D., & Accardo, P.J. (2001). Attentional function as measured by a Continuous Performance Task in children with dyscalculia. *Journal of N*
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643–654.

- Luiselli, J.K. (1991). Assessment-derived treatment of children's disruptive behavior disorders. *Behavior Modification*, 18. doi: <https://doi.org/10.1177/01454455910153002>
- Makowski, A.C., Mnich, E.E., Angermeyer, M.C., Knesebeck, O.v.d., 2016. Continuum beliefs in the stigma process regarding persons with schizophrenia and depression: results of path analyses. *PeerJ* 4, e2360. <https://doi.org/10.7717/peerj.2360>
- Maniadaki, K. (2003). *Social perceptions about attention deficit/hyperactivity disorder and other disruptive behavior disorders: the effect of the child's sex*. (Doctoral Dissertation). University of Southampton. Available at:
- Maniadaki, k., Sonuga-Barke, E., & Kakouros, E. (2005). Parents' causal attributions about Attention Deficit /Hyperactivity disorder: the effect of child and parent sex. *Child: care, health and Development*, 31 (3), 331-340.
- Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E., & Karaba, R. (2005). Maternal emotions and self-efficacy beliefs in relation to boys and girls with AD/HD. *Child Psychiatry and Human Development*, 35 (3). doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-004-6460-3>
- Mannuzza, S., Gittelman-Klein, R., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50 (7). doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820190067007>
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., Olafsdottir, S., McLeod, J.D., (2007). The construction of fear: americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. *J. Health Soc. Behav.* 48 (1), 50–67.
- Martin, N.C., Piek, J.P., & Hay, D. (2006). DCD and ADHD: A genetic study of shared aetiology. *Human Movement Science*, 25 (1). doi: <https://doi.org/10.1016/j.humov.2005.10.006>
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 313-328. doi:10.1207/s15374424jccp1904\_3
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C., & Arcangeli, F. (2006). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47 (1). doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.comppsy.2005.04.008>
- Massetti, G. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Ehrhardt, A., Lee, S. S., & Kipp, H. (2008). Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder at 4-6 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 399–410. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9186-4>
- Mayes, S.D., Calhoun, S.L., Mayes, R.D., & Molitoris, S. (2012). Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6 (1). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.009>
- McCarthy, S. (2014). Pharmacological interventions for ADHD: how do adolescent and adult patient beliefs and attitudes impact treatment adherence? *Patient Preference and Adherence*, 8. doi: <https://doi.org/10.2147/ppa.s42145>
- McLeod, J.D., Fettes, D.L., Jensen, P.S., Pescosolido, B.A., Martin, J.K., (2007). Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr. Serv.* 58 (5), 626–631. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.5.626>.

- McMahon, W.M., Carter, A.S., Fredine, N., & Pauls, D.L. (2003). Children at familial risk for Tourette's disorder: Child and parent diagnoses. *American Journal of Medical Genetics*, 121B (1). doi: <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.20065>
- Merrell, K.W. (2008). *Helping students overcome depression and anxiety: a practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., and Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 23, 16–22. doi: [10.1097/00004703-200202000-00004](https://doi.org/10.1097/00004703-200202000-00004)
- Mikami, A.Y. (2015). Social skills training for youth with ADHD. In R.A. Barkley (Eds.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (569-595). New York: Guilford Press.
- Mikami, A.Y., Griggs, M.S., Lerner, M.D., Emeh, C.C., Reyland, M.M., Jack, A. et al. (2013). A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (1). doi: <https://doi.org/10.1037/a0029654>
- Mikami, A.Y., Lerner, M.D., Griggs, M.S., McGrath, A., & Calhoun, C.D. (2010). Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Results of a pilot intervention training parents as friendship coaches for children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38 (6). doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9403-4>
- Miranda, A., Tárraga, R., Fernández, M. I., Colomer, C., & Pastor, G. (2015). Parenting stress in families of children with autism spectrum disorder and ADHD. *Exceptional Children*, 82(1), 81–95.
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does parenting style matter? *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865–872.
- Moncrieff, J., Timimi, S., (2010). Is adhd a valid diagnosis in adults? No. *BMJ* 340, c547. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c547>.
- Moore, D.A., Richardson, M., Gwernan- Jones, R., Thompson-Coon, J., Stein, K., Rogers, M., ... Ford, T.J., (2015). Non- pharmacological interventions for ADHD in school settings: An overarching synthesis of systematic reviews. *Journal of Attention Disorders*, Doi: <https://doi.org/10.1177/1087054715573994>
- Mrug, S., Hoza, B., Pelham, W.E., Gnagy, E.M., & Greiner, A.R. (2007). Behavior and peer status in children with ADHD. Continuity and change. *Journal of Attention Disorders*, 10 (4). doi: <https://doi.org/10.1177/1087054706288117>
- Mrug, S., Molina, B.S.G., Hoza, B., Gerdes, A.C., Hinshaw, S.P., Hechtman, L. et al. (2012). Peer rejection and friendship in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40 (6). doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9610-2>
- Mueller, A.K., Fuermaier, A.B.M., Koerts, J., Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Atten. Defic. Hyperact. Disord.* 4 (3), 101–114. Doi: <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0085-3>
- Mulligan, A., Anney, R.J., O'Regan, M., Chen, W., Butler, L., Fitzgerald, M. et al. (2009). Autism symptoms in attention deficit/hyperactivity disorder: a familial trait which correlates with conduct, oppositional defiant, language and motor disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39 (2). doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0621-3>

Nagel, B.J. (2011). Altered white matter microstructure in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 283-292.

National Collaborating Centre for Mental Health, (2009). *Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, Alden Press.

Nayebi, J.C. (2015). *Το υπερκινητικό παιδί: 90 απαντήσεις στα βασικά ερωτήματα-για εκπαιδευτικούς και γονείς* (N. Χρηστάκης, Μεταφ.). Αθήνα: Πατάκη (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 2006).

NICE (2007). Parent-training / education programmes in the management of children with conduct disorders. Ανακτήθηκε στις 13 Ιουλίου 2017 από το NICE Website: <https://www.nice.org.uk/TA%20102>

Nigg, J. (2013). Attention deficits and hyperactivity-impulsivity: What have we learned, what next?. *Development and Psychopathology*, 25, 1489-1503.

Nigg, J., Nikolas, M., and Burt, S. A. (2010). Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 49, 863–873. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.025>

Nijmeijer, J.S., Hoekstra, P.J., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Altink, M.E., Buschgens, C.J. et al. (2009). PDD symptoms in ADHD, an independent familial trait? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37 (3). doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9282-0>

Nock, M.K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: a conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (2). doi: <https://doi.org/10.1007/s10567-005-4753-0>

Offord, D.R, Boyle, M.H., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J.E., Sanford, M., & Lipman, E.L. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35 (8). doi: [10.1097/00004583-199608000-00019](https://doi.org/10.1097/00004583-199608000-00019)

Ostrander, R., Crystal, D.S., & August, G. (2006). Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other-assessments of social competence: A developmental study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (6). doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9051-x>

Palili, A., Kolaitis, G., Vassi, I., Veltsista, A., Bakoula, C., & Gika, A. (2010). Inattention, hyperactivity, impulsivity-epidemiology and correlations: A nationwide Greek study from birth to 18 years. *Journal of Child Neurology*, 26 (2). doi: [10.1177/0883073810379640](https://doi.org/10.1177/0883073810379640)

Papageorgiou, V., Kalyva, E., Dafoulis, V., & Vostanis, P. (2008). Differences in parents' and teachers' ratings of ADHD symptoms and other mental health problems. *European Journal of Psychiatry*, 22 (4). doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.4321/S0213-61632008000400003>

Parritz, R.H., & Troy, M.F. (2014). *Disorders of childhood. Development and psychopathology* (2nd ed). USA: Wadsworth.

Pelham, W.E., Jr., Fabiano, G.A., & Massetti, G.M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (3). doi: [https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15374424jccp3403\\_5](https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15374424jccp3403_5)

- Pelham, W.E. Jr., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (1). doi: <https://doi.org/10.1080/15374410701818681>
- Perera, H., Jeewandara, K.C., Seneviratne, S., & Guruge, C. (2012). Combined  $\omega$ 3 and  $\omega$ 6 supplementation in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) refractory to methylphenidate treatment: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Child Neurology*, 27 (6). doi: <https://doi.org/10.1177/0883073811435243>
- Pescosolido, B.A., Fettes, D.L., Martin, J.K., Monahan, J., McLeod, J.D. (2007). Perceived dangerousness of children with mental health problems and support for coerced treatment. *Psychiatr. Serv.* 58 (5), 619–625. Doi: <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.5.619>.
- Pescosolido, B.A., Jensen, P.S., Martin, J.K., Perry, B.L., Olafsdottir, S., Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: findings from the national stigma study-children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 47 (3), 339–349. Doi: <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160e3a0>.
- Petermann, U. (1999). Anstöße. In H.- C. Seinhäuser & M. von Aster (eds.), *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern Und Jugendlichen* (pp.187-213). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pfiffner, L.J. (2008). Social skills training. In K. McBurnett & L.J. Pfiffner (Eds.), *Attention-deficit/hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions* (179-190). New York: Informa Healthcare.
- Pfiffner, L.J., & Haack, L.M. (2014). Nonpharmacological treatments for childhood ADHD and their combination with medication. In P.E. Nathan & J.M. Gordon (Eds.), *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Pham, A.V., & Riviere, A. (2015). Specific Learning Disorders and ADHD: Current issues in diagnosis across clinical and educational settings. *Current Psychiatry Reports*, 17 (6). doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0584-y>
- Pheula, G. F., Rohde, L. A., and Schmitz, M. (2011). Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A case-control study in schools. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 20, 137–145. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0158-4>
- Pineda, D. A., Palacio, L. G., Puerta, I. C., Merchán, V., Arango, C. P., Galvis, A. Y., et al. (2007). Environmental influences that affect attention deficit/hyperactivity disorder: study of a genetic isolate. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 16, 337–346. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0605-4>
- Pliszka, S.R. (1992). Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (2). doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00003>
- Pliszka, S.R., McCracken, J.T., & Maas, J.W. (1996). Catecholamines in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Current perspectives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (3). doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00004583-199603000-00006>
- Pliszka, S.R. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (7). doi: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>

- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.
- Posner, K., Melvin, G.A., Murray, D.W., Gugga, S.S., Fisher, P., Skrobala, A. et al. (2007). Clinical Presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATs). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17 (5). doi: <https://doi.org/10.1089/cap.2007.0075>
- Power, T.J., & Mautone, J.A. (2008). Best practices in linking families and schools to educate children with attention problems. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology V*. Bethesda, MD: National Association of school Psychologists.
- Prino, L.E., Pasta, T., Gastaldi, F. G. M., & Longobardi, C. (2016). The effect of autism spectrum disorders, down syndrome, specific learning disorders and hyperactivity and attention deficits on the student-teacher relationship. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 14(1), 89–106. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/183693911504000207>
- Rao, P.A., & Landa, R.J. (2013). Association between severity of behavioral phenotype and comorbid attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders. *Autism*, 18 (3). doi: <https://doi.org/10.1177/1362361312470494>
- Rasmussen, P., & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: A controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (11). doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00017>
- Reeve, R.E., (1994). The academic impact of ADD. *Attention*, 1, 8-12.
- Reyno, S.M., & McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (1). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x>
- Reynolds, M., & Besner, D. (2006). Reading aloud is not automatic: Processing capacity is required to generate a phonological code from print. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 32 (6). doi: <https://doi.org/10.1037/0096-1523.32.6.1303>
- Robinson, L.M., Sclar, D.A., Skaer, T.L., & Galin, R.S. (2004). Treatment modalities among US children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder: 1995-99. *International Clinical Psychopharmacology*, 19 (1). doi: [10.1097/00004850-200401000-00003](https://doi.org/10.1097/00004850-200401000-00003)
- Roessner, V., Becker, A., Banaschewski, T., & Rothenberger, A. (2007). Psychopathological profile in children with chronic tic disorder and co-existing ADHD: Additive effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (1). doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9086-z>
- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009a). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47(3), 167–185.
- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009b). Supportive and controlling parental involvement as predictors of children's academic achievement: Relations to children's ADHD symptoms and parenting stress. *School Mental Health*, 1(2), 89–102.



- Rogers, M., & Tannock, R. (2013). Are classrooms meeting the basic psychological needs of children with ADHD symptoms? A self-determination theory perspective. *Journal of Attention Disorders*, 20(10), 1–7. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054713508926>
- Rogers, M., Belanger-Lejars, V., Toste, J. R., & Heath, N. L. (2015). Mismatched: ADHD symptomatology and the teacher-student relationship. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 20(4), 333–348. <http://dx.doi.org/10.1080/13632752.2014.972039>
- Roorda, D. L., Koomen, H. M. Y., Spilt, J. L., & Oort, F. J. (2011). The influence of affective teacher-student relationships on students' school engagement and achievement: A meta-analytic approach. *Review of Educational Research*, 81(4), 493–529.
- Rosenberg, D. (2002). Adrenergic agents in child and adolescent psychiatry. In D. Rosenberg, P. Davanzo, & S. Gershon (Eds.), *Pharmacotherapy for child and adolescent psychiatric disorders* (543-555). New York, NY: Marcel Dekker.
- Rosselli, M., Mature, E., Pinto, N., & Ardila, A. (2006). Memory abilities in children with subtypes of dyscalculia. *Developmental Neuropsychology*, 30 (3). doi: [https://doi.org/10.1207/s15326942dn3003\\_3](https://doi.org/10.1207/s15326942dn3003_3)
- Rostain, A., Jensen, P.S., Connor, D.F., Miesle, L.M., & Faraone, S.V. (2015). Toward quality care in ADHD: Defining the goals of treatment. *Journal of Attention Disorders*, 19 (2). doi: <https://doi.org/10.1177/1087054712473835>
- Rowland, A.S. et al. (2015). The Prevalence of ADHD in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders*, 19 (9). doi: <10.1177/1087054713513799>
- Rubia, K., Overmery, S., Taylor, E., Brammer, M., Williams, S.C., Simons, A., ... Bullmore, E.T. (2000). Functional frontalisation with age: Mapping neurodevelopmental trajectories with fMRI. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 13-19.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. et al. (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed). Oxford, UK: Blackwell Scientific.
- Rytter, M.J., Andersen, L.B., Houmann, T., Bilenberg, N., Hvolby, A., Molgaard, C. et al. (2015). Diet in the treatment of ADHD in children – A systematic review of the literature. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69 (1). doi: <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.921933>
- Sadock, J. B. & Sadock, A. V. (2009). *Caplan & Sadock's Επίτομη Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
- Saez, M., Barceló, M. A., Farrerons, M., and Lopez-Casasnovas, G. (2018). The association between exposure to environmental factors and the occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A population-based retrospective cohort study. *Environ. Res.* 166, 205–214. doi: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.05.009>
- Satterfield, J.H., Faller, K.J., Crinella, F.M., Schell, A.M., Swanson, J.M., & Homer, L.D. (2007). A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (5). doi: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318033ff59>
- Sayal, K., & Goodman, R. (2009). Do parental reports of child hyperkinetic disorder symptoms at school predict teacher ratings? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18 (6). doi: <10.1007/s00787-009-0735-y>
- Schab, D.W., & Trinh, N.T., (2004). Do artificial food colors promote hyperactivity in children with hyperactive syndromes? A meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 423-434.

- Schachar, R., Jadad, A.R., Gault, M., Boyle, M., Booker, L., Snider, A. et al. (2002). Attention-deficit hyperactivity disorder: Critical appraisal of extended treatment studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (4). doi: <https://doi.org/10.1177/070674370204700404>
- Schatz, D.B., & Rostain, A.L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: A review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*, 10 (2). doi: <https://doi.org/10.1177/1087054706286698>
- Schlier, B., Scheunemann, J., Lincoln, T.M., (2016). Continuum beliefs about psychotic symptoms are a valid, unidimensional construct: construction and validation of a revised continuum beliefs questionnaire. *Psychiatry Res.* 241, 147–153. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.085>
- Schneider, M.F., Krick, C.M., Retz, W., Hengesch, G., Retz-Junginger, P., Reith, W., & Rosler, M. (2010). Impairment of fronto- striatal and parietal cerebral networks correlates with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD psychopathology in adults- A functional magnetic resonance imaging (fMRI) study). *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 183, 75-84.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., (2013b). Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Psychiatry Res.* 209 (3), 665–669. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.006>
- Schomerus, G., Angermeyer, M.C., Baumeister, S.E., Stolzenburg, S., Link, B.G., Phelan, J.C., (2016). An online intervention using information on the mental health-mental illness continuum to reduce stigma. *Eur. Psychiatry* 32, 21–27. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.11.006>
- Schwenke, E., Fasching, P. A., Faschingbauer, F., Pretscher, J., Kehl, S., Peretz, R., et al. (2018). Predicting attention deficit hyperactivity disorder using pregnancy and birth characteristics. *Arch. Gynecol. Obstet.* 298, 889–895. doi: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4888-0>
- Sciberras, E., Mueller, K., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpzand, E. et al. (2014). Language problems in children with ADHD: A community-based study. *Pediatrics*, 133 (5). doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3355>
- Sciberras, E., Bisset, M., Hazell, P., Nicholson, J., Anderson, V., Lycett, K., ... Efron, D. (2016). Health-related impairments in young children with ADHD: A community-based study. *Child: Care, Health and Development*, 42(5), 709–717.
- Scott, S. (2002). Parent training programmes. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Shaywitz, S.E., & Shaywitz, B.A. (2008). Paying attention to reading: The neurobiology of reading and dyslexia. *Development and Psychopathology*, 20 (4). doi: <https://doi.org/10.1017/s0954579408000631>
- Siegal, E. (1992). Mothering a child with ADHD: Learned mothering. Paper presented at the 4th annual CH.A.D.D. Conference, Chicago, IL.
- Silva, D., Colvin, L., Hagemann, E., and Bower, C. (2014). Environmental risk factors by gender associated with attention- deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 133, e14–e22. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1434>

- Sireteanu, R., Goertz, R., Bachert, I., & Wandert, T. (2005). Children with developmental dyslexia show a left visual “minineglect”. *Vision Research*, 45 (25-26). doi: <https://doi.org/10.1016/j.visres.2005.07.030>
- Skirrow, C., Hosang, G.M., Farmer, A.E., & Asherson, P. (2012). An update on the debated association between ADHD and bipolar disorder across the lifespan. *Journal of Affective Disorders*, 141 (2-3). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.003>
- Skirrow, C., Asherson, P., (2013). Emotional lability, comorbidity, and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Affect Disord*. 147(1-3):80–6
- Smalley, S.L., McGough, J.J., Del’Homme, M., New Delman, J., Gordon, E., Kim, T. et al. (2000). Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (9). doi: [10.1097/00004583-200009000-00013](https://doi.org/10.1097/00004583-200009000-00013)
- Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention deficit/hyperactive disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408.
- Sonuga-Barke, E.J.S., (2005). Causal models of attention-deficit/ hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57, 1231-1238.
- Sonuga-Barke, E.J.S., (2011). Editorial: ADHD as a reinforcement disorder- moving from general effects to identifying (six) specific models to test. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 917-918.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M. et al. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170 (3). doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070991>
- Speerforck, S., Stolzenburg, S., Hertel, J., Grabe, H.J., Strauß, M., Carta, M.G., Angermeyer, M.C., Schomerus, G. (2019). ADHD, stigma and continuum beliefs: A population survey on public attitudes towards children and adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*. 1-6. Doi:
- Staikova, E., Gomes, H., Tartter, V., McCabe, A., & Halperin, J.M. (2013). Pragmatic deficits and social impairment in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (12). doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12082>
- Stemmler, M., Beelmann, A., Jauscha, S., & Friedrich Losel, F. (2007). Improving Parenting Practices in order to prevent child behaviour problems: A study on parent training as part of the EFFEKT Program. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 210, 563-570.
- Stevenson, J., Buitelaar, J., Cortese, S., Ferrin, M., Konofal, E., Lecendreux, M. et al. (2014). Research Review: The role of diet in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder – an appraisal of the evidence on efficacy and recommendations on the design of future studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (5). doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12215>
- Still, G.F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, i, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.

- Strauss, A.A., & Lehtinen, L.E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. New York: Grune & Stratton.
- Surman, C.B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C.A., McDermott, K.M., Faraone, S.V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 5(3):273–81
- Swanson, J.M., McBurnett, K., Christian, D.L., Wigal, T. (1995). Stimulant medications and the treatment of children with ADHD. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (265-322). New York: Plenum Press.
- Swanson, J.M., Lakes, K., Wigal, T., & Volkow, N.D. (2013). Multiple origins of sex differences in attention deficit hyperactivity disorder. In D.W. Pfaff & Y. Christen (Eds.), *Multiple origins of sex differences in brain* (103-122). New York: Springer
- 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*, 30 (2). doi: [10.1111/j.1469-7610.1989.tb00236.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00236.x)
- Takeda, T., Ambrosini, P., deBerardinis, R., & Elia, J. (2012). What can ADHD without comorbidity teach us about comorbidity? *Research in Developmental Disabilities*, 33 (2). doi: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.09.024>
- Tandon, M., Si, X., & Luby, J. (2011). Preschool onset attention-deficit/hyperactivity disorder: Course and predictors of stability over 24 months. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21 (4). doi: <https://dx.doi.org/10.1089%2Fcap.2010.0045>
- Tannock, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders. In T.E. Brown (Eds.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults* (125-170). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Tannock, R. (2002). Language, Reading and Motor Control in ADHD. A potential Behavioral Phenotype. In L.L. Greenhill (Eds.), *Learning Disabilities, Implications for Psychiatric Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Thapar, A., O'Donovan, M., & Owen, M.J. (2005). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Human Molecular Genetics*, 14, R275-282.
- Thapar, A., and Rutter, M. (2009). Do prenatal risk factors cause psychiatric disorder? Be wary of causal claims. *Br. J. Psychiatry* 195, 100–101. doi: [10.1192/bjp.bp.109.062828](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.062828)
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., and Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch. Dis. Child*. 97, 260–265. doi: [10.1136/archdischild-2011-300482](https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-300482)
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., and Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD? *J. Child Psychol. Psychiatry* 54, 3–16. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Thapar, A. (2018). Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications. *Am J Psychiatry*; 175(10): 943–50.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3–17.
- Thibodeau, R., Shanks, L.N., Smith, B.P., 2018. Do continuum beliefs reduce schizophrenia stigma? effects of a laboratory intervention on behavioral and self-reported stigma. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 58, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.08.002>.

- Treacy, L., Tripp, G., & Baird, A. (2005). Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 36(3), 223–233.
- Tsang, T., Kohn, M., Efron, D., Clarke, S., Clark, R., Lamb, C. et al. (2015). Anxiety in young people with ADHD: Clinical and self-report outcomes. *Journal of Attention Disorders*, 19 (1). doi: <https://doi.org/10.1177/1087054712446830>
- Tseng, W.L., & Gau, S.S.F. (2013). Executive function as a mediator in the link between attention-deficit/hyperactivity disorder and social problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (9). doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12072>
- Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B.G., Hebebrand, J., & Daum, I. (2010). Social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34 (5). doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.009>
- Van Batenburg-Eddes, T., Brion, M. J., Henrichs, J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., et al. (2013). Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *J. Child Psychol. Psychiatry* 54, 591–600. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12023>
- Van Ewijk, H. (2012). Diffusion tensor imaging in attention -deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 1093-1106.
- Vile Junod, R. E., DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Volpe, R. J., & Cleary, K. S. (2006). Classroom observations of students with and without ADHD: Differences across types of engagement. *Journal of School Psychology*, 44(2), 87–104. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.12.004>
- Visser, J. (2003). Developmental coordination disorder: A review of research on subtypes and comorbidities. *Human Movement Science*, 22 (4-5). doi: <https://doi.org/10.1016/j.humov.2003.09.005>
- Vitaro, F., Tremblay, R.E., & Gagnon, C. (1995). Teacher ratings of children's behaviors and teachers' management styles: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (5). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01336.x>
- Voigt, R.G., Barbaresi, W.J., Colligan, R.C., Weaver, A.L., & Katusic, S.K. (2006). Developmental dissociation, deviance, and delay: occurrence of attention deficit hyperactivity disorder in individuals with and without borderline to mild intellectual disability. *Journal of Developmental Medicine & Child Neurology*, 48 (10). doi: <https://doi.org/10.1017/s0012162206001782>
- Volpe, R. J., DuPaul, G. J., DiPerna, J. C., Jitendra, A. K., Lutz, J., Tresco, K., & Junod, R. V. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder and scholastic achievement: A model of mediation via academic enablers. *School Psychology Review*, 35(1), 47–61.
- Wang, G.J., Boraud, T., Volkow, N.D., Wigal, T., Kollins, S.H., Newcorn, J.H. et al. (2013). Long-Term stimulant treatment affects brain dopamine transporter level in patients with attention deficit hyperactive disorder. *PloS One*, 8 (5). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063023>
- Wassenberg, R., Hendriksen, J.G.M., Hurks, P.P.M., Feron, F.J.M., Vles, J.S.H, & Jolles, J. (2010). Speed of language comprehension is impaired in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13 (4). doi: <https://doi.org/10.1177/1087054708326111>

- Wehmeier, P.M., Schacht, A., & Barkley, R. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46 (3). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>
- Weiss, G., & Hechtman, L.T., (1979) *The hyperactive child syndrome*. Science, 205, 1348-1354.
- Wender, P.H. (1971). *Minimal brain dysfunction*. New York: Wiley.
- Wernicke, J.F., Faries, D., Girod, D., Brown, J., Gao, H., Kelsey, D. et al. (2003). Cardiovascular effects of atomoxetine in children, adolescents, and adults. *Drug Safety*, 26 (10). doi: <https://doi.org/10.2165/00002018-200326100-00006>
- Wiesjahn, M., Jung, E., Kremser, J.D., Rief, W., Lincoln, T.M., 2016. The potential of continuum versus biogenetic beliefs in reducing stigmatization against persons with schizophrenia: an experimental study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 50, 231–237. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.09.007>
- Wilens, T.E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J., & Spencer, T.J. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23 (1). doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00004703-200202001-00006>
- Willcutt, E.G., & Pennington, B.F. (2000). Psychiatric Comorbidity in children and adolescents with reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (8), 1039-1048.
- Willcutt, E.G., Pennington, B.F., Olson, R.K., Chhabildas, N., & Hulslander, J. (2005). Neuropsychological analyses of comorbidity between reading disability and attention deficit hyperactivity disorder: In search of the common deficit. *Developmental Neuropsychology*, 27 (1). doi: [https://doi.org/10.1207/s15326942dn2701\\_3](https://doi.org/10.1207/s15326942dn2701_3)
- Willcutt, E.G., Nigg, J.T., Pennington, B. F., Solanto, M.V., Rohde, L. A., Tannock, R., . . . & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 991–1010. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027347>
- Wirth, A., Reinelt, T., Gawrilow, C., Schwenck, C., Freitag, C. M., & Rauch, W. A. (2017). Examining the relationship between children’s ADHD symptomatology and inadequate parenting: The role of household chaos. *Journal of Attention Disorders*, 23(5), 451–462.
- Wolosin, S.M., Richardson, M.E., Hennessey, J.G., Denckla, M.B., Mostofsky, S.H., (2009). Abnormal cerebral cortex structure in children with ADHD. *Hum. Brain Mapp.* 30(1): 175–184.
- Wolraich, M.L. (2003). Vanderbilt ADHD Teacher Rating Scale (VADTRS) and the Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale (VADPRS). Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Centre: Available online at: [www.nichq.org](http://www.nichq.org)
- Wood, J., Crager, J., Delap, C., & Heiskell, K. (2007). Beyond methylphenidate: Nonstimulant medications for youth with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (3). doi: <https://doi.org/10.1177/1087054707305968>
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parentig and family functioning of children with Hyperactivity. *Journal of child Psychology and psychiatry*, 29 (2), 161-169.
- Xu, X., Mill, J., Zhou, K., Brookes, K., Chen, Ch-K., Asherson, Ph., (2007). Family -based Association study between brain-derived neurotrophic factor gene polymorphisms and

attention deficit hyperactivity disorder in UK and Taiwanese samples. *Am. J. Med. Genet. Part B.*; 144(B): 83–86.

Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Minami, T., Yoshikawa, N., Kihira, S., Toyonaga, K., et al. (2009). Maternal smoking during pregnancy and offspring attention-deficit/hyperactivity disorder: a case-control study in Japan. *Atten. Defic. Hyperact. Disord.* 1, 223–231. doi: <https://doi.org/10.1007/s12402-009-0015-1>

Yuyang, L., Weibman, D., Halperin, J. M., Li, X., (2019). A Review of Heterogeneity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Frontiers in Human Neuroscience.* 2-8.

Zachor, D.A., Roberts, A.W., Hodgens, J.B., Isaacs, J.S., & Merrick, J. (2006). Effects of long-term psychostimulant medication on growth of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 27 (2). doi: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.12.004>

Zayats, T., Neale, B.M., (2020). Recent advances in understanding of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): how genetics are shaping our conceptualization of this disorder [version 2; peer review: 3 approved]. *F1000 Faculty*. doi: <https://doi.org/10.12688/f1000research.18959.2>

Zendarski, N., Haebich, K., Bhide, S., Quek, J., Nicholson, J.M., Jacobs, K.E., Efron, D., Sciberras, E. (2020). Student–teacher relationship quality in children with and without ADHD: A cross-sectional community-based study. *Early Childhood Research Quarterly*, 51. 275–284. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.12.006>