

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1	ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	5
1.1	ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΔΕΠ-Υ	5
1.2	Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ	5
1.2.1	ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ.....	6
1.2.2	ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	7
1.2.3	ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	8
1.3	Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	9
1.4	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	9
2	ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	14
2.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	14
2.2	ΤΑ ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	15
2.3	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	17
2.3.1	ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΕΝΑΝΤΙΩΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ.....	18
2.3.2	ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	19
2.3.3	ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ.....	19
2.3.4	ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥΡΕΤΤΕ.....	21
2.4	Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ	21
3	ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	32
3.1	ΤΑ ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	32
3.2	Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ	40
3.3	ΠΙΘΑΝΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΔΕΠ-Υ.....	41
3.4	ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	43
3.5	ΜΟΝΟ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ;.....	44
4	ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	46
4.1	Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	46
4.2	Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	47
4.2.1	ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	48

4.2.2	Η ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ.....	51
4.2.3	Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ.....	53
4.2.4	ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	54
4.2.5	ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ	54
4.2.6	ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΤΕΣΤ	56
4.2.7	ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	57
4.2.8	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	58
4.3	ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	59
4.4	ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ	60
4.5	Η ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	61
4.6	ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	62
5	ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	63
5.1	Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	63
5.1.1	ΑΝΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	64
5.1.2	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	64
5.1.3	ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	68
5.1.4	ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	73
5.2	Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ.....	74
5.2.1	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....	74
5.2.2	ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΔΕΧΤΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ	75
5.2.3	ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	77
5.2.4	ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΕΩΝ.....	78
5.2.5	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ	79
5.2.6	ΒΑΣΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ	80
5.3	Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ.....	83
5.3.1	ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ.....	84
5.3.2	ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΤΑΞΗΣ.....	85
5.4	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠ-Υ	87
5.5	ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ.....	87
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91

1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΔΕΠ-Υ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) - διεθνώς Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) - είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς λειτουργικότητας του παιδιού και προκαλεί σοβαρές και επίμονες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον.¹ Είναι απ' τις συχνότερες διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία συνεχίζεται, κατά ένα σημαντικό ποσοστό, και στην ενήλικη ζωή.²

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται στους ειδικούς συνήθως, μεταξύ 3 και 7 χρόνων. Η αναγνώριση του προβλήματος συμπίπτει, στις περισσότερες περιπτώσεις, με την ένταξη στο σχολείο, εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων για συγκέντρωση της προσοχής, οργάνωση και συμμόρφωση στους κανόνες.²

1.2 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από τρία βασικά είδη συμπτωμάτων: αυτά που αφορούν στην δυσκολία συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής, αυτά που αφορούν στην αυξημένη κινητική δραστηριότητα και αυτά που αφορούν στην ελλειμματική ικανότητα αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων. Στο DSM-IV οι τρεις αυτοί τομείς αναφέρονται ως απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα.³

Τα ελλείμματα σε αυτούς τους τομείς είναι «πρωτογενή», αποτελούν δηλαδή τα κυρίαρχα συμπτώματα της διαταραχής και έχουν κατά βάση οργανική αιτιολογία.⁴ Το παιδί με ΔΕΠ-Υ όμως ενδέχεται να αντιμετωπίζει και άλλου είδους προβλήματα, τα οποία ονομάζονται δευτερογενή και απορρέουν κυρίως από την αλληλεπίδρασή του με το κοινωνικό περιβάλλον, από τις αντιδράσεις που δέχεται στη συμπεριφορά του και από τα βιώματα που έχει κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Τέτοιου είδους προβλήματα είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η σχολική αποτυχία και τα προβλήματα συμπεριφοράς.³

Ο τρόπος εκδήλωσης των συμπτωμάτων και η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το φύλο και η ηλικία του παιδιού, οι συνήθειες αντιδράσεις των γονέων στη συμπεριφορά του αλλά και οι συνθήκες μέσα στις οποίες αυτά τα συμπτώματα εκδηλώνονται. Επομένως, η κλινική εικόνα δύο παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι πολύ διαφορετική και αντίστοιχη με την επίδραση των προαναφερθέντων παραγόντων. Επίσης, ανάλογα με την βαρύτητα των συμπτωμάτων της απροσεξίας ή της παρορμητικότητας - υπερκινητικότητας η εικόνα αυτή ενδέχεται να διαφοροποιείται ακόμη περισσότερο. ¹

1.2.1 ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ

Ένα από τα βασικά ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αφορά στην ικανότητα συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια δομημένων δραστηριοτήτων που απαιτούν πνευματική προσπάθεια, έχουν επαναληπτικό χαρακτήρα και δεν διεγείρουν το ενδιαφέρον τους. ³

Σε τέτοιες περιπτώσεις, η προσοχή των παιδιών αυτών μπορεί να αποσπαστεί εύκολα τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα όσο και από τις ίδιες τους τις σκέψεις. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να συγκεντρωθούν πολύ ικανοποιητικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, εφόσον έχουν υψηλό κίνητρο για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας με την οποία ασχολούνται, στην περίπτωση όπου η δραστηριότητα που τους προτείνεται κεντρίζει το ενδιαφέρον τους ή όταν αναμένουν μια ελκυστική ανταμοιβή με την ολοκλήρωσή της. Επίσης, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ δείχνει να συγκεντρώνεται πολύ καλύτερα όταν είναι κάποιος συνεχώς δίπλα του την ώρα που μελετά, ακόμη κι αν δεν του παρέχει κάποια βοήθεια, ενώ η προσοχή του διασπάται εύκολα όταν καλείται να μελετήσει εντελώς μόνο του. ³

Αυτές οι διακυμάνσεις στην απόδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε δραστηριότητες που απαιτούν παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής έχουν οδηγήσει στη διατύπωση της άποψης ότι τελικά το βασικό έλλειμμα δεν αφορά στην προσοχή αλλά σε μια άλλη γνωστική λειτουργία, τον αυτοέλεγχο. Στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ η διάσπαση της προσοχής σχετίζεται στενά με τη δυσκολία του παιδιού να αναστείλει τις αυθόρμητες

αντιδράσεις του, δηλαδή να σταματήσει άμεσα την αντίδρασή του προς ένα ερέθισμα πιο ελκυστικό από αυτό στο οποίο καλείται να προσηλώσει την προσοχή του.³

Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα, η ελλειμματική προσοχή μπορεί να αποτελεί το κυρίαρχο πρόβλημα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, ενώ η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα να εκδηλώνονται ελάχιστα ή και καθόλου. Σε αυτή την περίπτωση το παιδί παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Απρόσεχτο Τύπο και το βασικό χαρακτηριστικό του είναι ότι δίνει συχνά την εντύπωση του αφηρημένου. Η εικόνα του μέσα στην τάξη είναι αυτή του ονειροπόλου, του μαθητή που βρίσκεται βυθισμένος στις δικές του σκέψεις και είναι αποκομμένος από τη ροή του μαθήματος. Αυτό το παιδί πολλές φορές μοιάζει να μην ακούει αυτά που του λένε και συχνά κάνει ερωτήσεις για θέματα τα οποία ήδη έχουν συζητηθεί μπροστά του. Έχει διαπιστωθεί ότι ο Απρόσεχτος Τύπος της ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται συχνότερα στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια, γεγονός που σχετίζεται στενά με τις διαφορές στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ στα δύο φύλα.³

Αναμφίβολα το έλλειμμα στην προσοχή αποτελεί σημαντική δυσκολία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επηρεάζει άμεσα τη διαδικασία της μάθησης και παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών. Ακόμη, δυσχεραίνει την καθημερινότητά τους και τους δημιουργεί ποικίλες δυσκολίες στη λειτουργικότητά τους.³

1.2.2 ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η υπερκινητικότητα είναι το πιο εμφανές εξωτερικευμένο χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ. Η συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην κίνηση είναι βιαστική, άγαρμη και αδέξια. Το υπερκινητικό παιδί κινείται όλη την ώρα, σκαρφαλώνει, τρέχει, χοροπηδάει και γενικώς είναι ανίκανο να σταθεί σε ένα μέρος. Ησυχάζει μόνο μετά από έντονη κούραση ή μετά από μεγάλη πίεση, συνήθως των γονέων. Ακόμα και όταν κάθονται αυτά τα παιδιά, κινούν τα χέρια και τα πόδια τους νευρικά, σηκώνονται στην τάξη χωρίς να πάρουν άδεια, στο παιχνίδι κινούνται περισσότερο από το απαραίτητο και συχνά μιλούν υπερβολικά.⁵ Ωστόσο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν τα χαρακτηρίζει γενικά η αυξημένη κινητική δραστηριότητα αλλά η αδυναμία τους να ρυθμίσουν το επίπεδο της κινητικότητάς τους, ανάλογα με τις κοινωνικές περιστάσεις και της απαιτήσεις της δραστηριότητας την οποία εκτελούν.³

Το συγκεκριμένο στοιχείο, δηλαδή η υπερκινητικότητα, είναι αυτό που αλλάζει περισσότερο μορφή κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το νήπιο, το παιδί σχολικής ηλικίας και ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ να παρουσιάζουν διαφορετική κλινική εικόνα ως προς την κινητική τους δραστηριότητα. Έχει διαπιστωθεί ότι η υπερκινητική συμπεριφορά μειώνεται αισθητά στην εφηβεία.³

1.2.3 ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η παρορμητικότητα είναι το στοιχείο της ΔΕΠ-Υ που συνδέεται στενότερα με τα προβλήματα συμπεριφοράς που συχνά αναπτύσσονται δευτερογενώς στα πλαίσια της διαταραχής και το οποίο προκαλεί τις σοβαρότερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του παιδιού, ιδιαίτερα στην εφηβεία.³

Ο αυτοέλεγχος, η αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς, η εκδήλωση συμπεριφοράς που βασίζεται σε εσωτερικευμένους κανόνες και η ικανότητα καθυστέρησης της άμεσης ικανοποίησης μιας επιθυμίας ενόψει ενός μακροπρόθεσμου οφέλους βρίσκονται στον αντίποδα της παρορμητικής συμπεριφοράς. Στην κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ η παρορμητικότητα μεταφράζεται ως η τάση τους να μιλούν και να ενεργούν προτού σκεφτούν τα λόγια και τις συνέπειες των πράξεών τους, η αποστροφή τους προς κάθε είδους αναμονή και η ανάγκη τους για άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών τους.³

Λόγω της δυσκολίας τους να περιμένουν τη σειρά τους, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να γίνουν ενοχλητικά, καθώς παρεμβαίνουν στις συζητήσεις των άλλων και τις διακόπτουν. Η παρορμητική τους συμπεριφορά επηρεάζει δυσμενώς και τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους τους, καθώς συχνά δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τους κανόνες των παιχνιδιών, ενεργούν χωρίς να σέβονται τη σειρά των υπολοίπων, ενώ, όταν χάνουν, μπορεί να έχουν έντονα ξεσπάσματα θυμού.³

Ακόμη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές ενεργούν βιαστικά και απερίσκεπτα με αποτέλεσμα να παραβιάζουν ορισμένους κανόνες και να δέχονται τις παρατηρήσεις και τις τιμωρίες των ενηλίκων. Αυτή η συμπεριφορά οδηγεί πολύ συχνά σε παραβατική συμπεριφορά και στην εμπλοκή τους με το νόμο στην εφηβεία. Πολλές φορές επίσης δίνουν την εντύπωση ότι δεν υπολογίζουν τις συνέπειες των πράξεών τους πριν τις εκτελέσουν και ότι δεν λαμβάνουν υπόψη τις συνέπειες που είχαν βιώσει σε

προηγούμενες ανάλογες πράξεις τους. Στην πραγματικότητα βέβαια τα παιδιά μαθαίνουν από τα λάθη τους και η επανάληψη των λαθών τους απορρέει κατά βάση από την αδυναμία τους να αναστείλουν τις ακατάλληλες αντιδράσεις τους, αφού «η πράξη προτρέπει της σκέψης». ³

1.3 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Στους ενήλικες τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα συνεχίζουν να υπάρχουν, αλλά εκφράζονται διαφορετικά. Οι ενήλικες βιώνουν την υπερκινητικότητα ως ένα εσωτερικό συναίσθημα ανησυχίας, αδυναμίας να ηρεμήσουν καθώς και με υπερβολική φλυαρία, ενώ η απροσεξία και η παρορμητικότητα τους ακολουθούν σε μεγάλο βαθμό σε όλη τους τη ζωή. Παράλληλα, η κλινική εικόνα περιπλέκεται λόγω της συχνής συνύπαρξης με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. ²

1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Για κάθε ξεχωριστή ψυχική διαταραχή προβλέπονται εξειδικευμένα διαγνωστικά κριτήρια. Στα κριτήρια αυτά περιλαμβάνεται ένας κατάλογος βασικών χαρακτηριστικών που πρέπει να ισχύουν για να τεθεί η διάγνωση. Τα δύο εγχειρίδια διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV και η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων και των Συνδεόμενων Προβλημάτων Υγείας ICD-10. ⁵

DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV, προκειμένου να διαγνωστεί η ΔΕΠ-Υ τα συμπτώματα πρέπει να έχουν κάνει την εμφάνισή τους πριν από το έβδομο έτος της ηλικίας, να έχουν διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών, να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου, η διαταραχή να είναι παρούσα σε τουλάχιστο δύο πλαίσια (π.χ. σχολείο, σπίτι), να υπάρχει σημαντική δυσλειτουργικότητα σε διάφορους τομείς της ζωής του ατόμου και, τέλος, τα συμπτώματα να μην περιορίζονται μόνο κατά την εμφάνιση και εξέλιξη

διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωσικής διαταραχής, όπως και να μην ερμηνεύονται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή, όπως διαταραχή διάθεσης, διαταραχή άγχους, ψυχικό διχασμό ή διαταραχή προσωπικότητας.⁵

Στο DSM-IV δίνονται δύο διαφορετικές ομάδες συμπτωμάτων. Η πρώτη περιλαμβάνει συμπτώματα που αναφέρονται στη διαταραχή της προσοχής και η άλλη περιλαμβάνει συμπτώματα που αναφέρονται στην υπερκινητική-παρορμητική συμπεριφορά. Όταν πληρούνται τα κριτήρια και των δύο κατηγοριών για έξι μήνες, τότε δίνεται η διάγνωση «ΔΕΠ-Υ συνδυασμένος τύπος». Όταν πληρούνται τα κριτήρια μόνο της πρώτης κατηγορίας για τους τελευταίους έξι μήνες, η διάγνωση είναι «ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο», ενώ όταν πληρούνται τα κριτήρια μόνο της δεύτερης κατηγορίας για τους τελευταίους έξι μήνες, η διάγνωση είναι «ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό τύπο». Αν τα κριτήρια δεν ισχύουν για έναν από τους τρεις τύπους, τα άτομα λαμβάνουν τη διάγνωση «ΔΕΠ-Υ, χωρίς περαιτέρω εξήγηση». ⁵ Τέλος σε άτομα (ιδιαίτερα σε εφήβους και ενήλικες) τα οποία επί του παρόντος παρουσιάζουν συμπτώματα που δεν πληρούν πια τα κριτήρια, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο προσδιορισμός «Σε Μερική Ύφεση». ¹

1. Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα *ελλειμματικής προσοχής* έχουν γίνει επίμονα διακριτά, το λιγότερο για έξι μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικότητας και μη αντίστοιχο του αναπτυξιακού επιπέδου του ατόμου:

- Συχνά αποτυγχάνει να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.
- Συχνά αντιμετωπίζει δυσκολίες στη διατήρηση της προσοχής κατά τη διεξαγωγή κάποιας δουλειάς ή παιχνιδιού.
- Συχνά δείχνει να μην ακούει όταν κάποιος του απευθύνει το λόγο.

- Συχνά δεν ακολουθεί εξολοκλήρου τις οδηγίες, δεν καταφέρνει την επιτυχή διεκπεραίωση σχολικών εργασιών, αναθέσεων ή καθηκόντων στο χώρο της εργασίας (όχι εξαιτίας εναντιωτικής συμπεριφοράς ή αποτυχίας κατανόησης των οδηγιών).
 - Συχνά βρίσκει δύσκολο να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.
 - Συχνά αποφεύγει, δείχνει αποστροφή ή απροθυμία να αναλάβει εργασίες που απαιτούν αδιάσπαστη πνευματική προσπάθεια (όπως οι εργασίες στο σχολείο ή η προετοιμασία τους στο σπίτι).
 - Συχνά χάνει πράγματα τα οποία χρειάζονται για δουλειές ή δραστηριότητες (όπως παιχνίδια, σχολικές ασκήσεις, βιβλία, εργαλεία).
 - Συχνά εξωτερικά ερεθίσματα του αποσπούν την προσοχή.
 - Συχνά ξεχνά καθημερινές ενέργειες.⁵
2. Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα *υπερκινητικότητας* - *παρορμητικότητας*, έχουν γίνει επίμονα διακριτά, το λιγότερο για έξι μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικότητας και μη αντίστοιχο του αναπτυξιακού του επιπέδου:

Υπερκινητικότητα

- Συχνά κουνά με νευρικότητα τα χέρια ή τα πόδια ή δεν μπορεί να καθίσει ήρεμο στη θέση του.
- Συχνά δεν μένει καθισμένο στη θέση του στη σχολική αίθουσα ή σε άλλους χώρους, όπως θα ήταν αναμενόμενο.
- Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί και σκαρφαλώνει, με τρόπο έντονο, σε περιπτώσεις και χώρους που δεν προσφέρονται για τέτοιες δραστηριότητες (στους εφήβους και ενήλικες ανάλογη συμπεριφορά εκδηλώνεται με υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας).
- Συχνά εκδηλώνει δυσκολία στο να παίζει ή στο να ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες ήσυχα.
- Συχνά είναι εν κινήσει και συμπεριφέρεται σαν να «κινείται με μηχανή».
- Συχνά μιλά ακατάπαυστα.⁵

Παρορμητικότητα

- Συχνά απαντά σε κάποια ερώτηση χωρίς να σκεφτεί πριν αυτή ολοκληρωθεί.
- Συχνά παρουσιάζει δυσκολία στο να περιμένει τη σειρά του.
- Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί τους άλλους. ⁵

Διαφοροποιήσεις του DSM-V

Το Μάιο του 2013, κυκλοφόρησε η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V). Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ είναι παρόμοια με εκείνα του προηγούμενου εγχειριδίου (DSM-IV). Ωστόσο υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις, που αφορούν κυρίως τον αριθμό κριτηρίων και την ηλικία εμφάνισης της διαταραχής. Συγκεκριμένα για τους μεγαλύτερους εφήβους, ηλικίας πάνω από 17 ετών, και τους ενήλικες απαιτείται η παρουσία τεσσάρων συμπτωμάτων, είτε απροσεξίας είτε υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας, από τα έξι που είναι σήμερα και η ηλικία εμφάνισης συμπτωμάτων απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας αλλάζει από τα 7 έτη στα 12 έτη. ²

Η αλλαγή στην ηλικία εμφάνισης υποδηλώνει καταρχήν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθούν με σαφήνεια μέχρι τα πρώτα εφηβικά χρόνια. Η αλλαγή στον ελάχιστο απαιτούμενο αριθμό των συμπτωμάτων για τους ενήλικες αναγνωρίζει την εξελικτική πορεία της διαταραχής με την ηλικία. Οι συγκεκριμένες μεταβολές οδηγούν σε διαφορετική διάγνωση σε ενήλικες, για τους οποίους, με βάση τα προηγούμενα κριτήρια, ίσχυε ο προσδιορισμός της διαταραχής «σε μερική ύφεση», ενώ με βάση το DSM-V, είναι άτομα με ΔΕΠΥ. ²

ICD-10

Το διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10 εντάσσει τις διαταραχές υπερκινητικού τύπου στην κατηγορία F90 «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία» και τις κωδικοποιεί με βάση τέσσερις τύπους: F90.0 Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής, F90.1 Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου, F90.8 Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου, F90.9 Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη.⁴

Σύμφωνα με το ICD-10, τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι η ελλειμματική προσοχή και η υπερδραστηριότητα. Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση, ορίζεται ότι πρέπει να υπάρχουν και τα δύο χαρακτηριστικά του συνδρόμου, να έχουν κάνει την πρώτη εμφάνισή τους πριν το 6^ο 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 (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο του ιατρείου). Η διάγνωση προϋποθέτει τον αποκλεισμό της ύπαρξης διαταραχών άγχους, συναισθηματικών διαταραχών, διάχυτων διαταραχών της ανάπτυξης ή σχιζοφρένειας. Τονίζεται επίσης ότι τα συμπτώματα αυτά επιμένουν με την πάροδο του χρόνου, αν και πολλά από τα άτομα με υπερκινητικού τύπου διαταραχές παρουσιάζουν βαθμιαία βελτίωση στη δραστηριότητα και την προσοχή.⁴

Βασικό κριτήριο κωδικοποίησης της διαταραχής είναι η παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων επιθετικότητας, ενοχής ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Όταν τα συμπτώματα αυτά απουσιάζουν, τότε τίθεται η διάγνωση «F90.0 Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής», ενώ όταν αυτά είναι παρόντα, τίθεται η διάγνωση «F90.1 Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου». Ο υπολειμματικός τύπος «F90.9 Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη» πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν δεν υπάρχει δυνατότητα διαφοροποίησης μεταξύ F90.0 και F90.1, αλλά πληρούνται τα γενικά κριτήρια για την F90.⁴

2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει δυσκολίες, διότι ο ορισμός της διαταραχής έχει υποστεί πολλές αλλαγές και δεν υπάρχουν ακριβείς και αντικειμενικές μετρήσεις της ΔΕΠ-Υ.¹ Ωστόσο η πλειονότητα των ειδικών εκτιμά ότι η συχνότητα εμφάνισής της κυμαίνεται μεταξύ του 3% έως 5% του παιδικού πληθυσμού. Η συχνότητα αυτή διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο που επιλέγει ο κάθε ειδικός προκειμένου να ορίσει και να μετρήσει τη ΔΕΠ-Υ, τον πληθυσμό στον οποίο επικεντρώνεται η έρευνά του, καθώς και το βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στις εκτιμήσεις γονέων, παιδαγωγών και ειδικών.⁴

Αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ και το φύλο, σε όλες τις έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης είναι μεγαλύτερη στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια. Όταν χρησιμοποιούνται κλινικά δείγματα, η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι κατά μέσο όρο 6 φορές μεγαλύτερη στα αγόρια, ενώ στις επιδημιολογικές μελέτες η αναλογία αυτή περιορίζεται κατά μέσο όρο στο 3:1 πάντα σε βάρος των αγοριών.⁴

Το γεγονός ότι η αναλογία των αγοριών με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ μεγαλύτερη στο δείγμα των παιδιών που παραπέμπονται σε ψυχολογικές υπηρεσίες, είναι πιθανό να οφείλεται στην τάση που διακρίνει τα αγόρια να εκδηλώνουν συχνότερα επιθετική ή αντικοινωνική συμπεριφορά, με αποτέλεσμα γονείς και παιδαγωγοί να ανησυχούν περισσότερο γι' αυτά. Αντιθέτως τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με τα αγόρια. Εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές ομιλίας, ενούρηση, μαθησιακές δυσκολίες και συνήθως βιώνουν μεγαλύτερο άγχος απ' ό,τι τα αγόρια.¹

2.2 ΤΑ ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Τα ερευνητικά δεδομένα που αναφέρονται στα πιθανά αίτια της ΔΕΠ-Υ δεν έχουν οδηγήσει ακόμη σε ακριβή συμπεράσματα, παρόλο που έχουν αναφερθεί διάφορων ειδών αιτιολογικοί παράγοντες, για πολλούς από αυτούς δεν υπάρχουν επαρκώς τεκμηριωμένες αποδείξεις μπορεί και να απουσιάζουν και εντελώς. Γνωρίζουμε αρκετούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό με την πιθανότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, αλλά δεν γνωρίζουμε με ακρίβεια εκείνους που ευθύνονται άμεσα για τα συμπτώματα.⁴

Τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν πλέον την εκτίμηση ότι, αν και η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική, τον πρώτο λόγο έχουν οι γενετικοί και οι νευρολογικοί παράγοντες.⁴ Επιπλέον, η πρόωρη γέννηση, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και το υπερβολικό στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο εγκεφαλικός τραυματισμός ή η έκθεση σε τοξικές ουσίες μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ.²

Ένας μύθος που επικρατεί γύρω από την αιτιοπαθογένεια της διαταραχής είναι ότι η ελλιπής γονική φροντίδα προκαλεί τη ΔΕΠ-Υ. Πληθώρα οικογενειακών χαρακτηριστικών, όπως ασταθής δομή και δυσλειτουργία στην οικογένεια ή έλλειψη γονικού ελέγχου, μπορεί να συμβάλλουν ωστόσο στην επιδείνωση της ΔΕΠ-Υ και στην εμφάνιση επιπλοκών στη συναισθηματική κατάσταση ή συμπεριφορά.² Συνεπώς, αν και ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων σε ότι αφορά τα πρωτογενή αίτια της ΔΕΠ-Υ είναι περιορισμένος, οι παράγοντες αυτοί σίγουρα σχετίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την έκβασή της. Τόσο το οικογενειακό όσο και το σχολικό περιβάλλον διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία εξέλιξης των δυσκολιών του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.¹

Γενετικοί παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στην παθογένεση της διαταραχής, καθώς φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι «οικογενειακή υπόθεση».³ Οι γενετικές μελέτες ξεκίνησαν με βάση τη διαπίστωση ότι οι γονείς και άλλοι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας πιο συχνά απ' ό,τι οι γονείς «φυσιολογικών» παιδιών. Ειδικότερα, οι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών. Ακόμη, οι στενοί συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή σε ποσοστό 10-35%.¹

Δεν υπάρχει ένα και μοναδικό γονίδιο το οποίο να αιτιολογεί την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, αλλά μια πληθώρα γονιδίων με μέτρια έως μικρή επίδραση στην εκδήλωσή της. Ωστόσο, η διερεύνηση της επίδρασης των υποψήφιων γονιδίων είναι πολύ σημαντική όχι μόνο για την κατανόηση της αιτιοπαθογένεσης της ΔΕΠ-Υ, αλλά και για τη φαρμακευτική της αντιμετώπιση.³

Νευρολογικοί παράγοντες

Η πρόωπη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, η σχετική επιμονή τους στο χρόνο, η σχέση τους με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές λόγου, κινητικές δυσκολίες), καθώς και η σημαντική βελτίωση που διαπιστώνεται συχνά σε άτομα με ΔΕΠ-Υ, στα οποία έχουν χορηγηθεί διεγερτικά φάρμακα, είναι ορισμένες από τις ενδείξεις που υποστηρίζουν τη νευρολογική βάση της ΔΕΠ-Υ.⁴

Τα τελευταία χρόνια η λεπτομερής ανάλυση της δομής του εγκεφάλου με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας (MRI) υψηλής ανάλυσης, έδειξε ότι υπάρχουν δομικές διαφορές σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Σε πολλές μελέτες διαπιστώθηκε ότι το μέγεθος ορισμένων περιοχών των κροταφικών λοβών τόσο στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όσο και σε αυτά με τις μαθησιακές δυσκολίες είναι μικρότερο.¹

Φαίνεται λοιπόν πως η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, κυρίως στις προμετωπιαίες περιοχές και ότι αυτές οι ανωμαλίες μάλλον προκύπτουν κατά την εμβρυική περίοδο. Το πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου είναι το τμήμα εκείνο όπου πραγματοποιούνται ο σχεδιασμός της ακολουθίας των πράξεων, ο έλεγχος των παρορμήσεων, η εκτίμηση του χρόνου αλλά και πολύπλοκες σύνθετες σκέψεις που ανατρέχουν στα περιεχόμενα της μνήμης πριν την εκτέλεση κάποιας ενέργειας. Αν αυτή η περιοχή έχει υποστεί βλάβη, ο εγκέφαλος δεν μπορεί να σταματήσει τις «αυθόρμητες» αντιδράσεις στα προσλαμβανόμενα ερεθίσματα.⁶ Επομένως τα ευρήματα της Νευροψυχολογίας συμφωνούν με τις σύγχρονες απόψεις, ότι η ουσιαστική δυσκολία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ βρίσκεται στη ρύθμιση της συμπεριφοράς με βάση κανόνες και στην αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων.¹

2.3 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Φαίνεται πως τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας παρατηρούνται στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με άλλες διαταραχές σε ποσοστό 50-80%.¹ Πιο συγκεκριμένα, περίπου το 44% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μία πρόσθετη διαταραχή, το 32% παρουσιάζει δύο πρόσθετες διαταραχές, και το 11% παρουσιάζει τρεις επιπλέον διαταραχές. Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας δεν επιτρέπουν την ερμηνεία αυτής της συνύπαρξης ως τυχαίας, και υποδηλώνουν ότι η κλινική αξιολόγηση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν περιλαμβάνουν μόνο τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αλλά και ένα ευρύ φάσμα άλλων συναισθηματικών και αναπτυξιακών προβλημάτων καθώς και προβλημάτων συμπεριφοράς.⁴

Μερικές φορές η μία διαταραχή ενδέχεται να αποτελεί τη βάση για την εκδήλωση της άλλης, άλλες φορές και οι δύο διαταραχές μπορεί να βασίζονται στον ίδιο αιτιολογικό μηχανισμό και να σχετίζονται με τους ίδιους παράγοντες κινδύνου, και άλλοτε πάλι είναι πιθανό η συννοσηρότητα να αποτελεί ένδειξη για τον καθορισμό υποκατηγοριών στα πλαίσια μιας διαταραχής.⁴

2.3.1 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΕΝΑΝΤΙΩΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ

Τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ φαίνεται να παρουσιάζουν οι Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς, δηλαδή η εναντιωτική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή της διαγωγής. Το 35-60% κλινικού δείγματος παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής, μέχρι την ηλικία των 7 ετών, και το 30-50% πληροί τα κριτήρια για τη διαταραχή διαγωγής.¹

Τα παιδιά στα οποία συνυπάρχει η ΔΕΠ-Υ με την εναντιωτική προκλητική διαταραχή ή με τη διαταραχή διαγωγής φαίνεται ότι αποτελούν μία ομάδα, της οποίας η συμπτωματολογία είναι σοβαρότερη και η έκβαση δυσμενέστερη από ότι στις περιπτώσεις των παιδιών που παρουσιάζουν μόνο ΔΕΠ-Υ ή μόνο εναντιωτική προκλητική διαταραχή (ή διαταραχή διαγωγής). Σε αυτή την ομάδα σημειώνεται συχνά πρόωρη έναρξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, η οποία εμφανίζεται σε πιο επίμονη μορφή.¹

Η εναντιωτική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή διαγωγής εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης συνήθως λίγο αργότερα από τη ΔΕΠ-Υ. Αυτό φαίνεται απόλυτα φυσιολογικό, αφού το παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι εξαιρετικά δύσκολο, έρχεται συχνά σε σύγκρουση με το περιβάλλον του και η κακή ποιότητα των αλληλεπιδράσεων του με τους άλλους ανθρώπους συνιστά υψηλό παράγοντα κινδύνου για τη μεταγενέστερη εμφάνιση κάποιας Διασπαστικής Διαταραχής της Συμπεριφοράς.¹

Παρ' όλα αυτά, όπως επισημαίνουν οι ειδικοί, δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να θεωρήσουμε ότι η ΔΕΠ-Υ καθαυτή οδηγεί σε εναντιωτική προκλητική διαταραχή ή διαταραχή διαγωγής. Είναι η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων και οι περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες μεγαλώνει ένα παιδί, που θα καθορίσουν την πορεία την οποία θα ακολουθήσει αυτό το παιδί και την εκδήλωση ή μη αντικοινωνικής συμπεριφοράς.¹

2.3.2 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και των διαταραχών άγχους υπολογίζεται μεταξύ του 25-40% σε κλινικά δείγματα. Μάλιστα κάποιες έρευνες δείχνουν, ότι στα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο, τα ποσοστά είναι υψηλότερα. Μερικές έρευνες πάλι καταλήγουν στο εντελώς αντίθετο συμπέρασμα, ότι δηλαδή τα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και διαταραχών άγχους είναι υψηλότερα στο συνδυασμένο τύπο της ΔΕΠ-Υ. Διαχρονικές έρευνες πάντως καταδεικνύουν ότι τα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και διαταραχών άγχους μειώνονται πάρα πολύ στην εφηβεία.⁴

Ορισμένες περιπτώσεις κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και διαταραχών άγχους αποτελεί μια σοβαρότερη μορφή ψυχοπαθολογίας από ότι η αμιγής μορφή κάθε διαταραχής, ενώ άλλες έρευνες έδειξαν ότι δεν ισχύει κάτι τέτοιο. Σε μία από αυτές μάλιστα διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά στα οποία συνυπάρχουν η ΔΕΠ-Υ και οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν παρορμητικότητα σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με τα παιδιά που παρουσιάζουν μόνο ΔΕΠ-Υ.⁴

Η ΔΕΠ-Υ και οι αγχώδεις διαταραχές δεν συνδέονται αιτιολογικά μεταξύ τους με κανέναν τρόπο. Η αναγνώριση της συννοσηρότητας όμως από τον ειδικό είναι σημαντική επειδή απαιτείται διαφοροποίηση της φαρμακευτικής αγωγής που ίσως χορηγηθεί. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα, που μερικές φορές χορηγούνται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ασκούν αρνητική επίδραση και φαίνεται να προκαλούν περισσότερες παρενέργειες στα παιδιά στα οποία η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με τις αγχώδεις διαταραχές.⁴

2.3.3 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Τα ποσοστά συνύπαρξης ΔΕΠ-Υ και διαταραχών διάθεσης ποικίλλουν από 30-50%, ανάλογα με τη διαταραχή που θεωρείται κυρίαρχη, ενώ υπάρχουν και έρευνες οι οποίες δεν βρίσκουν καμία σχέση μεταξύ αυτών των διαταραχών.¹

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να παρουσιάζουν συναισθήματα απογοήτευσης και να θεωρούν ότι δεν αξίζουν τίποτε, κυρίως όσον αφορά τις σχολικές τους επιδόσεις. Είναι λοιπόν πιθανό τα παιδιά αυτά να δίνουν στο χώρο του σχολείου την εικόνα της κατάθλιψης, η οποία όμως δεν εμφανίζεται σε άλλα πλαίσια.¹

Μία άλλη θεωρία η οποία ερμηνεύει τη συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και κατάθλιψης είναι αυτή που αναφέρεται στη συνύπαρξη τριών διαταραχών. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, όταν συνυπάρχουν τρεις διαταραχές που σχετίζονται όλες μεταξύ τους, η συννοσηρότητα μεταξύ των δύο εξ αυτών δεν είναι τίποτε άλλο παρά το αποτέλεσμα της ύπαρξης των άλλων δύο. Για παράδειγμα, τόσο η ΔΕΠ-Υ όσο και η διαταραχή της διαγωγής παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με την κατάθλιψη. Ενδέχεται λοιπόν, η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και κατάθλιψης να είναι απλώς το αποτέλεσμα της συνύπαρξης ΔΕΠ-Υ και διαταραχής διαγωγής. Η ερμηνεία αυτή φαίνεται λογική, αν σκεφτούμε, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και διαταραχή διαγωγής έχουν κακές διαπροσωπικές σχέσεις και συχνά ερμηνεύουν τις αντιδράσεις των άλλων απέναντί τους ως εχθρικές. Επίσης, έχουν χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις και δέχονται συχνά επικρίσεις και τιμωρίες για τη συμπεριφορά τους. Όλα αυτά αποτελούν υψηλούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης.⁴

Η σχέση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και διπολικής διαταραχής δείχνει πιο περίπλοκη. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για τη φύση της συννοσηρότητας μεταξύ ΔΕΠ-Υ και διπολικής διαταραχής. Φαίνεται, ότι η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, δεν αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διπολικής διαταραχής, ενώ η διάγνωση της διπολικής διαταραχής φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για ταυτόχρονη διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Φαίνεται επίσης ότι στις περιπτώσεις όπου η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με τη διπολική διαταραχή, η πρώτη εμφάνιση επεισοδίων διπολικής διαταραχής γίνεται σε μικρότερη ηλικία σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ.¹

Στον τομέα της θεραπευτικής παρέμβασης, όταν ο ειδικός διαπιστώνει τη συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και διαταραχών της διάθεσης, είναι ίσως σκοπιμότερο να ασχοληθεί πρώτα με τα συμπτώματα της δεύτερης διαταραχής. Σε αυτή την περίπτωση επίσης τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προτιμώνται από τα ψυχοδιεγερτικά.¹

2.3.4 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE

Το σύνδρομο Tourette είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από πολλαπλά κινητικά και τουλάχιστον ένα φωνητικό τικ. Η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και συνδρόμου Tourette φαίνεται να μοιάζει ως προς τη φύση της με τη συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής. Η ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ δεν φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου Tourette, ωστόσο κατά μέσο όρο 48% των ατόμων που παρουσιάζουν το σύνδρομο Tourette είναι πιθανό να εμφανίσουν επίσης ΔΕΠ-Υ. Όπως όμως επισημαίνουν ορισμένοι ερευνητές, αυτό το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας ενδέχεται να είναι το αποτέλεσμα της συχνότερης προσέλευσης στα ιατρικά κέντρα ατόμων στα οποία συνυπάρχουν οι δύο διαταραχές.⁴

2.4 Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια ετερογενής διαταραχή σε πολλά επίπεδα, ορισμένα εκ των οποίων είναι η διαφορετική ηλικία εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της, η διαφοροποίηση του τρόπου εκδήλωσης ορισμένων εκ των συμπτωμάτων της στην πορεία της ανάπτυξης, η υποχώρηση ή η επιμονή ορισμένων συμπτωμάτων ανάλογα με την ηλικία του ατόμου και η διαφοροποίηση των συννοσηρών διαταραχών και των συνοδών προβλημάτων ανά αναπτυξιακό στάδιο.³

Η γνώση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ, όπως αυτά εμφανίζονται σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για την έγκυρη διάγνωση της διαταραχής όσο και για την ακριβή εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της, την αξιολόγηση των παραγόντων που αλληλεπιδρούν με αυτά και το σχεδιασμό κατάλληλης εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.³

Η έκβαση της διαταραχής δεν είναι αποτέλεσμα μόνο του βαθμού σοβαρότητας των συμπτωμάτων της, αλλά σχετίζεται και με ένα πλήθος άλλων παραγόντων. Είναι κυρίως ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς και οι δάσκαλοι θα αντιληφθούν, θα ερμηνεύσουν και θα αντιδράσουν στις δυσκολίες αυτές, στοιχεία που θα επηρεάσουν το βαθμό στον

οποίο οι αρχικές δυσκολίες του παιδιού ή θα περιοριστούν στο ελάχιστο δυνατόν ή θα μεγιστοποιηθούν, θα πολλαπλασιαστούν και θα επηρεάσουν αρνητικά την εξέλιξή του. ⁴

Βρεφική ηλικία

Μέχρι πρόσφατα, επικρατούσε η άποψη ότι κατά τη βρεφική ηλικία δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις που να παραπέμπουν ευθέως στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ, αλλά κάποιες μορφές συμπεριφοράς που καθιστούν ορισμένα βρέφη πιο «δύσκολα» στη φροντίδα για τις μητέρες τους συγκριτικά με κάποια άλλα. Αυτά τα «δύσκολα» βρέφη έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν μελλοντικά ένα ευρύ φάσμα αναπτυξιακών δυσκολιών, όπως προβλήματα λόγου και ομιλίας, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και, ενδεχομένως, ΔΕΠ-Υ. ³

Δύο βασικά χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας των «δύσκολων βρεφών» είναι η εκδήλωση δυσκολιών στον ύπνο και στη λήψη τροφής. Πρόκειται για βρέφη τα οποία κοιμούνται με δυσκολία και κάνουν ανήσυχο ύπνο, ξυπνούν σε άτακτα χρονικά διαστήματα και δυσκολεύονται να ακολουθήσουν ένα σταθερό πρόγραμμα ύπνου. Η συχνότητα των γευμάτων τους δεν είναι σταθερή και δυσκολεύουν αρκετά τις μητέρες τους προκειμένου να καταναλώσουν την απαραίτητη ποσότητα φαγητού. Η μεγαλύτερη δυσκολία παρατηρείται συνήθως κατά την περίοδο που επιχειρούνται αλλαγές στη διατροφή τους, ειδικά όταν πρέπει να περάσουν από το γάλα στη στερεά τροφή. ³

Ωστόσο, λόγω των ελάχιστων ερευνητικών δεδομένων που υπάρχουν μέχρι στιγμής γι' αυτή την ηλικιακή ομάδα, οι περισσότεροι ειδικοί συγκλίνουν στην άποψη ότι τα βρέφη που παρουσιάζουν ενδείξεις, όπως αυτές που προαναφέρθηκαν, ανήκουν σε μια γενική ομάδα υψηλού κινδύνου και είναι ευάλωτα για την εκδήλωση ποικίλων αναπτυξιακών διαταραχών, το είδος των οποίων θα εξαρτηθεί τελικά τόσο από τη γενετική προδιάθεση των βρεφών, όσο και από το είδος των αλληλεπιδράσεων που θα αναπτυχθούν ανάμεσα στο βρέφος και τους κηδεμόνες του. ³

Νηπιακή ηλικία

Συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορούν αξιόπιστα να εντοπιστούν σε παιδιά ηλικίας μεταξύ δύο και έξι ετών και συνδέονται με έκπτωση της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς. Ορισμένες από τις βασικές δυσκολίες των νηπίων με ΔΕΠ-Υ αφορούν στις κοινωνικές τους δεξιότητες, στην προκοινωνική και προσαρμοστική τους συμπεριφορά και στην απόκτηση προμαθησιακών δεξιοτήτων. Σε νευροψυχολογικό επίπεδο, έχει διαπιστωθεί ότι τα νήπια με ΔΕΠ-Υ έχουν παρόμοιες δυσκολίες με τα μεγαλύτερα παιδιά σε σχέση με τις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, τη μνήμη εργασίας, τις οργανωτικές δεξιότητες και την αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων.³

Η κλινική εικόνα ενός νηπίου με ΔΕΠ-Υ είναι αυτή ενός παιδιού που κινείται ακατάπαυστα, βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση και ασχολείται μονίμως με διάφορα πράγματα, χωρίς να δείχνει να κουράζεται από την αδιάκοπη δραστηριοποίησή του. Επίσης, τα νήπια με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον κίνδυνο τραυματισμού λόγω της αυξημένης κινητικής τους δραστηριότητας, των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στο συντονισμό των κινήσεων, της παρορμητικής τους συμπεριφοράς και της τάσης τους να αψηφούν τους κινδύνους και να συμπεριφέρονται παράτολμα.³

Είναι σημαντικό για τον ειδικό να είναι σε θέση να διακρίνει πότε η συμπεριφορά αυτή υποδουλώνει την αδυναμία του παιδιού να αποκτήσει ικανοποιητικό έλεγχο της συμπεριφοράς του λόγω υπερβολικής παρορμητικότητας και πότε αποτελεί μια ακραία μορφή της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς ενός νηπίου το οποίο, στην προσπάθεια του να αυτονομηθεί, να γνωρίσει και να ελέγξει το περιβάλλον του, εκδηλώνει υπερβάλλοντα ενθουσιασμό και ασυγκράτητη ενεργητικότητα.⁴

Ένας από τους κυριότερους λόγους παραπομπής νηπίων με ΔΕΠ-Υ στον ειδικό είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και οι δυσκολίες στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου, πού εκδηλώνονται στο 40% έως 64% αυτής της ηλικιακής ομάδας. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα δυσκολίες στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς.³

Σχολική ηλικία

Τα συχνά ξεσπάσματα θυμού, η έλλειψη συμμόρφωσης σε κανόνες, καθώς και η ελλιπής ανταπόκριση στις απαιτήσεις και οδηγίες των ενηλίκων είναι ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία. Με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, οι αυξημένες απαιτήσεις για προσαρμογή σε ένα δομημένο πλαίσιο με σαφείς κανόνες καθιστούν συνήθως πιο εμφανή και δυσλειτουργικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.³

Τα παιδιά αυτά συχνά σηκώνονται από τη θέση τους την ώρα του μαθήματος και περιφέρονται χωρίς λόγο μέσα στην τάξη πειράζοντας και ενοχλώντας τους συμμαθητές τους, ιδιαίτερα στις πρώτες τάξεις του δημοτικού. Άλλες φορές μπορεί να αναζητούν με κάθε τρόπο κάποια αφορμή για να σηκωθούν ή απλώς να κινηθούν, όπως να ξύσουν το μολύβι τους ή να πάνε στην τουαλέτα. Ακόμη και την ώρα που παραμένουν στην καρέκλα τους, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στριφογυρίζουν στο κάθισμά τους, κινούν νευρικά τα χέρια και τα πόδια, κάνουν απότομες κινήσεις χωρίς προφανή λόγο και φαίνεται ότι πρέπει να καταβάλουν πολύ μεγάλη προσπάθεια για να παραμείνουν ήσυχα και να μην κάνουν φασαρία.³

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά αφαιρούνται, ιδιαίτερα όταν το μαθησιακό αντικείμενο παρουσιάζει δυσκολίες ή δεν προσελκύει το ενδιαφέρον τους και όταν απαιτείται από αυτά παθητική συμπεριφορά, για παράδειγμα να ακούνε το δάσκαλο ή να διαβάζουν σιωπηλά.³ Επίσης, οι εργασίες των παιδιών αυτών, είναι συχνά ακατάστατες, ημιτελείς και γεμάτες λάθη «απροσεξίας», όπως συνηθίζουν να λένε οι παιδαγωγοί.⁷ Ως εκ τούτου, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις, σε σχέση με τις προσδοκώμενες με βάση τις νοητικές τους δυνατότητες, σε όλους τους ακαδημαϊκούς τομείς σε ποσοστό 80%, ενώ το ένα τρίτο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες.³

Επιπλέον, τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονται από ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να ακολουθήσουν ικανοποιητικά τους κανόνες μιας ομάδας και να ενταχθούν ομαλά σε αυτή. Πολλές φορές μάλιστα υιοθετούν προκλητική συμπεριφορά σκόπιμα, προκειμένου να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων παιδιών και να αποφύγουν την απομόνωση από αυτά. Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συνήθως λιγότερους φίλους και οι φιλικές τους σχέσεις χαρακτηρίζονται

από μικρότερη σταθερότητα και διάρκεια και από περισσότερες εντάσεις, σε σύγκριση με τις σχέσεις των άλλων παιδιών.³

Ο τρόπος χειρισμού όλων των παραπάνω δυσκολιών από γονείς και δασκάλους, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την πιθανότητα εκδήλωσης συννοσηρών διαταραχών στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σχολικής ηλικίας. Το 30%-50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ηλικίας 7 έως 10 ετών εκδηλώνει παράλληλα και συμπτώματα εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής ή διαταραχής διαγωγής ενώ το 20%-30% των παιδιών αυτών εκδηλώνει, επίσης, αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης.³ Η σχολική ηλικία αποτελεί λοιπόν μια περίοδο κατά την οποία η ποιότητα της αλληλεπίδρασης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ με το περιβάλλον του θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη του στην εφηβεία και στη ενήλικη ζωή.¹

Εφηβική ηλικία

Η μετάβαση στην εφηβεία χαρακτηρίζεται από επιθυμία ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς, αύξηση του χρόνου εκτός σπιτιού, μείωση της δυνατότητας ελέγχου από τους γονείς και αύξηση της επίδρασης των συνομηλίκων. Οι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες αλληλεπιδρούν αρνητικά με το μειωμένο αυτοέλεγχο και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που χαρακτηρίζει τους εφήβους με ΔΕΠ-Υ και τους καθιστά ευάλωτους σε μια σειρά από κινδύνους.³

Η εικόνα του εφήβου με ΔΕΠ-Υ είναι στενά συνυφασμένη με την πορεία που έχει ήδη διανύσει. Σε γενικές γραμμές, η ελλειμματική προσοχή φαίνεται να αποτελεί ένα από τα πιο σταθερά και επίμονα χαρακτηριστικά της διαταραχής, ενώ η παρορμητική συμπεριφορά είναι αυτή που πλέον δημιουργεί τις μεγαλύτερες δυσκολίες στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ. Αντίθετα, τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας συνήθως υποχωρούν και αντικαθίστανται από αυξημένη ανησυχία και νευρικότητα και μια υποκειμενική αίσθηση ανάγκης διαρκούς ενασχόλησης με κάτι. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι στις περιπτώσεις όπου η υπερκινητικότητα επιμένει, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής διαγωγής.³

Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία είναι το αποτέλεσμα της μακρόχρονης αλληλεπίδρασης μιας σειράς παραγόντων, περιβαλλοντικής κυρίως φύσης, με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, η ενδεχόμενη ύπαρξη ΔΕΠ-Υ ή άλλων ψυχιατρικών προβλημάτων στους γονείς, η μορφή επικοινωνίας που θα αναπτυχθεί μεταξύ των γονέων και του «δύσκολου» παιδιού τους, η έγκαιρη ή μη διάγνωση της διαταραχής και ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς θα αντιληφθούν και θα ερμηνεύσουν τη συμπεριφορά του παιδιού είναι μερικοί από τους παράγοντες, οι οποίοι θα επηρεάσουν την αυτοαντίληψη του παιδιού και το επίπεδο αυτοεκτίμησης του, την ικανότητα του να δημιουργεί και να διατηρεί υγιείς κοινωνικές σχέσεις και το βαθμό στον οποίο το ίδιο το παιδί θα μάθει να ελέγχει τις δυσκολίες του.⁸

ΔΕΠ-Υ και ενηλικίωση

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ τα οποία φαίνεται να αντέχουν περισσότερο στο χρόνο είναι η δυσκολία για παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής και η δυσκολία για αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων. Οι έρευνες αναφέρουν ότι περίπου το 33% των ενήλικων αυτών έχει εγκαταλείψει το σχολείο και το 25% έχει αναπτύξει χρόνιες μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς. ¹Μάλιστα στο 90% των περιπτώσεων, η ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες παρουσιάζει συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, όπως τις διαταραχές άγχους και διάθεσης, τη διαταραχή χρήσης ουσιών και την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. ³

Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να εγκαταλείψουν τις σπουδές τους, να απολυθούν από την εργασία τους και να έχουν κακές σχέσεις στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή. Εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυξημένο κίνδυνο κακής σωματικής υγείας, σοβαρών τροχαίων και άλλων ατυχημάτων, καθώς και εθισμό σε τηλεόραση, υπολογιστή, κάπνισμα, τζόγο, αλκοόλ και εξαρτησιογόνες ουσίες. ²

Επαγγελματικά, προτιμούν δουλειές με κίνηση και δράση, ελκύονται από εκείνες που έχουν στοιχεία διέγερσης και κινδύνου και συχνά αλλάζουν επάγγελμα μέχρι να βρουν αυτό που τους ταιριάζει. Έχουν πτωχές οργανωτικές δεξιότητες και δυσκολεύονται στη

διαχείριση τόσο των οικονομικών όσο και του χρόνου. Όσον αφορά στην προσωπική τους ζωή, συχνά έχουν συζυγικά προβλήματα, ασταθείς σχέσεις, διαζύγια, κλπ. ²

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι οι ίδιοι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία καθορίζουν και την εξέλιξη των ατόμων αυτών στην ενηλικίωση τους. Ο συνδυασμός μεταβλητών που αφορούν την οικογένεια του ατόμου με ΔΕΠ-Υ και η αλληλεπίδρασή τους με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης διαταραχής και την ενδεχόμενη εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς, καθορίζουν τη μορφή που θα πάρει η ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία και την τελική έκβαση της στην ενηλικίωση.¹

Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο.

Βρεφική ηλικία

- Παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα δραστηριότητας.
- Έχουν έντονες και απρόβλεπτες αντιδράσεις.
- Παρουσιάζουν δυσκολίες προσαρμογής σε νέες καταστάσεις.
- Έχουν δυσθυμία.
- Εμφανίζουν δυσκολίες στη μετάβαση από το γάλα στη στερεά τροφή.
- Κλαίνε περισσότερο από τα άλλα παιδιά.
- Το κλάμα τους είναι πιο οξύ, έντονο και παρατεταμένο.
- Κάνουν ανήσυχο ύπνο.
- Δεν έχουν σταθερό ωράριο ύπνου.

Νηπιακή ηλικία

- Είναι παρορμητικά.
- Είναι ανυπάκουα.
- Είναι πολύ τολμηρά.
- Είναι ιδιαίτερα κινητικά.
- Είναι αδέξια.
- Παρουσιάζουν δυσκολίες στο συντονισμό κινήσεων.
- Είναι απαιτητικά.
- Είναι εκρηκτικά στη συμπεριφορά τους.
- Ξεσπούν σε εκρήξεις θυμού.
- Δεν έχουν αίσθηση του κινδύνου.
- Δεν επηρεάζονται από την απειλή τιμωρίας ή από υποσχέσεις αμοιβής.
- Δυσκολεύονται να ενσωματωθούν αποτελεσματικά στην ομάδα συνομηλίκων.
- Είναι περισσότερο επιθετικά.
- Είναι λιγότερο συνεργάσιμα.
- Μπλέκουν συχνά σε καβγάδες.
- Παρουσιάζουν συχνά καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου.
- Αντιμετωπίζουν προβλήματα ομιλίας.

Σχολική ηλικία

- Έχουν βιαστική και αδέξια κίνηση.
- Κινούνται υπερβολικά όλη την ώρα.
- Κινούν χέρια και πόδια ακόμα και όταν κάθονται.
- Μιλούν υπερβολικά.
- Δεν ολοκληρώνουν αυτό που άρχισαν.
- Εστιάζουν κάπου μόνο για πεπερασμένο χρόνο.
- Αδυνατούν να ακολουθήσουν οδηγίες.
- Αδυνατούν να ολοκληρώσουν τις σχολικές εργασίες.
- Αποφεύγουν εργασίες που απαιτούν προσπάθεια και συγκέντρωση.
- Δεν ακούνε προσεχτικά το συνομιλητή τους.
- Ενεργούν χωρίς να σκέφτονται τις συνέπειες.
- Δεν περιμένουν τη σειρά τους.
- Έχουν κακή σχέση με τους συνομηλίκους τους.
- Έχουν κενά στις σχολικές και στις ευρύτερες γνώσεις.
- Απαντούν πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση
- Έχουν χαμηλό επίπεδο ματαίωσης.
- Γίνονται οξύθυμα.
- Δυσκολεύονται να αναβάλουν την ικανοποίηση.

- Αποδίδουν στους άλλους την ευθύνη των πράξεών τους.
- Έχουν έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους.
- Έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Είναι επιθετικά.
- Παρουσιάζουν συχνά παραβατική συμπεριφορά.
- Διακόπτουν τους άλλους.

Έφηβοι με ΔΕΠ-Υ

- Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους είναι απρόσεχτοι.
- Σε μικρότερο ποσοστό, είναι υπερκινητικοί- παρορμητικοί.
- Παρουσιάζουν κακή κοινωνική και συναισθηματική προσαρμογή.
- Δέχονται απόρριψη από φίλους.
- Έχουν αίσθηση αυξημένης ανησυχίας και νευρικότητας.
- Έχουν ανώριμη συμπεριφορά.
- Είναι ανυπάκουοι.
- Έχουν χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση.
- Έχουν σχολικές αποτυχίες.
- Μπορεί να εγκαταλείψουν το σχολείο.
- Μπορεί να κάνουν χρήση ουσιών.
- Παρουσιάζουν νεανική παραβατικότητα.
- Μπορεί να συνυπάρχει εναντιωτική προκλητική διαταραχή ή διαταραχή διαγωγής.

Ενήλικες με ΔΕΠ-Υ

- Έχουν την τάση να αποσπώνται εύκολα.
- Δυσκολεύονται να αναστείλουν παρορμητικές αντιδράσεις.
- Παρουσιάζουν κινητική ανησυχία.
- Έχουν χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης.
- Έχουν δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και πρωτοβουλιών.
- Δίνουν την εντύπωση ότι είναι ανεύθυνοι.
- Συχνά χάνουν τη δουλειά τους ή έχουν ασταθή επαγγελματική απασχόληση.
- Παρουσιάζουν ανικανότητα να ολοκληρώσουν μια δραστηριότητα.
- Έχουν φτωχή προσωπική - οργάνωση.
- Συχνά οδηγούν γρήγορα.
- Παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανάπτυξη θετικών προσωπικών σχέσεων.
- Μπορεί να κάνουν κατάχρηση ουσιών.
- Μπορεί να αναμειχθούν σε εγκληματικές ενέργειες.
- Μπορεί να συνυπάρχουν διαταραχές αντικοινωνικής συμπεριφοράς ή διαταραχές διάθεσης.⁵

3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1 ΤΑ ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν περιορίζονται στα πρωτογενή συμπτώματα της απροσεξίας, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας. Αυτά τα παιδιά είναι πολύ πιθανό να παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, αναπτυξιακές δυσκολίες, διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών και της συναισθηματικής ανάπτυξης, καθώς επίσης μαθησιακές δυσκολίες. Τέτοιου είδους δυσκολίες βεβαίως δεν αντιμετωπίζουν υποχρεωτικά όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, φαίνεται ότι αυτά είναι περισσότερο πιθανό να τις παρουσιάσουν σε σύγκριση με τα «φυσιολογικά» παιδιά.⁴

Προσαρμοστικές ικανότητες

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά. Η έννοια της προσαρμογής συνήθως παραπέμπει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης ανάλογων με την ηλικία του παιδιού, στην ανάπτυξη προσωπικής υπευθυνότητας και αυτονομίας καθώς και στην ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομηλίκους.⁴

Συναισθηματικές αντιδράσεις

Η ευερεθιστότητα και η εχθρότητα με την οποία εκδηλώνονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περιγραφεί από πολλούς ερευνητές. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά αυτά με την ανάλογη ενίσχυση διεγείρονται και γίνονται περισσότερο ευερέθιστα, ενώ όταν περιοριστεί η προσφερόμενη ενίσχυση τότε βιώνουν πιο έντονα το συναίσθημα της ματαίωσης.

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως έντονες στο πλαίσιο των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Η επικοινωνία τους με τους συνομηλίκους τους διακρίνεται συνήθως από στοιχεία αρνητισμού και έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Ενώ, δεν φαίνεται τα παιδιά αυτά, να έχουν δυσκολία στην αναγνώριση και κατανόηση των συναισθηματικών αντιδράσεων των άλλων. ⁴

Τα κίνητρα

Στις κλινικές περιγραφές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ οι ειδικοί συχνά αναφέρονται στα περιορισμένα κίνητρα και στη μειωμένη ικανότητα τους να καταβάλλουν επίμονη προσπάθεια προκειμένου να φτάσουν κάποιο στόχο. Η επιμονή και τα κίνητρα των παιδιών αυτών περιορίζονται ακόμη περισσότερο, όταν απουσιάζει η ανάλογη ενθάρρυνση και ενίσχυση της προσπάθειας τους. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει άμεση και συνεχής ενίσχυση, οι επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν διαφέρουν από αυτές των «φυσιολογικών» παιδιών. Όταν όμως η ενίσχυση είναι μερική, τότε οι επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αρχίζουν να μειώνονται συγκριτικά με αυτές των «φυσιολογικών» παιδιών. ⁴

Νοητική ανάπτυξη

Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τη νοητική ανάπτυξη του παιδιού με δύο τρόπους: πρώτον επηρεάζει την απόκτηση των γνωστικών δεξιοτήτων και δεύτερον επηρεάζει την ικανοποιητική και αποτελεσματική αξιοποίηση των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί.

Από τις επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης ο Δείκτης Νοημοσύνης τους φαίνεται να υπολείπεται κατά 7-15 μονάδες από το μέσο όρο των «φυσιολογικών» παιδιών αντίστοιχης ηλικίας. ⁴

Μαθησιακές δυσκολίες

Ένας τομέας όπου τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες είναι αυτός της σχολικής μάθησης. Σχεδόν όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις σε σχέση με το νοητικό τους επίπεδο. Οι μειωμένες σχολικές τους επιδόσεις φαίνεται να σχετίζονται με την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την ανησυχία την οποία παρουσιάζουν τόσο στο πλαίσιο τη σχολικής τάξης όσο και κατά τη διάρκεια της μελέτης στο σπίτι.

Λόγω των μαθησιακών δυσκολιών τις οποίες αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τουλάχιστον το 56% από αυτά θα χρειαστεί τη βοήθεια ειδικού, το 30% περίπου ίσως επαναλάβει κάποια τάξη και το 30% ίσως φοιτήσει σε κάποια ειδική ή παράλληλη τάξη. Επίσης, ένα ποσοστό 10-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ενδέχεται να εγκαταλείψει το σχολείο.⁴

Η ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές παρουσιάζουν ειδικές δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Σε ορισμένες επιδημιολογικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το 6-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αργεί να μιλήσει. Ανεξάρτητα όμως από την ενδεχόμενη καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, το 10-54% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες στον προφορικό λόγο. Σε ότι αφορά την κατανόησή του όμως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν αντιμετωπίζουν συνήθως περισσότερες δυσκολίες από τα υπόλοιπα.⁴

Τα προβλήματα ομιλίας, στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, μπορεί συχνά να σχετίζονται με δυσκολίες ακουστικής διάκρισης ή με τη δυσκολία αποτελεσματικής επικέντρωσης της προσοχής σε ένα ορισμένο ακουστικό ερέθισμα. Πολλές φορές, τα ίδια προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην εκφορά του προφορικού λόγου, είναι πιθανό να εκδηλώνονται και στο γραπτό τους λόγο. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, σχετίζονται άμεσα και με τις μαθησιακές δυσκολίες στις οποίες πολλές φορές αντιμετωπίζουν.⁴

Κινητική ανάπτυξη

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν φαίνεται να καθυστερούν περισσότερο από τα υπόλοιπα παιδιά στον τομέα της κινητικής ανάπτυξης. Ενώ όμως μόνο στο 35% των «φυσιολογικών» παιδιών διαπιστώνεται φτωχός συντονισμός των κινήσεων, στην ομάδα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει το 52%. Επίσης τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν πιο αργές αντιδράσεις στην αδρή κινητικότητα, ενώ παράλληλα έχουν περισσότερες δυσκολίες συντονισμού σε δραστηριότητες οι οποίες απαιτούν λεπτή κινητικότητα και γενικότερα αυξημένο έλεγχο των κινητικών αντιδράσεων. Γι' αυτό ίσως τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται περισσότερο στο χειρισμό του μολυβιού, με αποτέλεσμα η ποιότητα της γραφής τους να μην είναι ιδιαίτερα καλή.⁴

Ατυχήματα και Προβλήματα στον ύπνο

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ περιγράφονται ως επιρρεπής στα ατυχήματα σε ποσοστό μέχρι και 57%. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι το 53-64% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν προβλήματα στον ύπνο σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων τους. Δεν πηγαίνουν εύκολα στο κρεβάτι τους, ξυπνούν συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας, κοιμούνται συνήθως λιγότερες ώρες από τα υπόλοιπα παιδιά και ξυπνούν δύσκολα το πρωί.⁴

Δυσκολία στη μνήμη εργασίας

Η μνήμη εργασίας αναφέρεται στην ικανότητα συγκράτησης πληροφοριών οι οποίες θα χρειαστούν για να οδηγήσουν τις πράξεις του ατόμου είτε άμεσα είτε στο μέλλον και είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση ενεργειών στο κοντινό μέλλον. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ συχνά έχουν δυσκολίες με τη μνήμη εργασίας και έτσι χαρακτηρίζονται ξεχασιάρηδες, ανίκανοι να κρατήσουν στο μυαλό τους σημαντικές πληροφορίες, απαραίτητες για τον καθορισμό των μετέπειτα ενεργειών τους, και ανοργάνωτοι στον τρόπο σκέψης τους και σε άλλες δραστηριότητες, καθώς συχνά ξεφεύγουν από το στόχο των δραστηριοτήτων τους. Υπάρχει περίπτωση να περιγραφούν ως άτομα που

δρουν χωρίς προνοητικότητα και που είναι λιγότερο ικανά από άλλα να προσδοκούν μελλοντικά γεγονότα και να προετοιμάζονται γι' αυτά.⁵

Εκτιμάται μάλιστα ότι αυτή η δυσκολία στη μνήμη εργασίας χαρακτηρίζει αποκλειστικά τις περιπτώσεις των ατόμων με τον απρόσεχτο τύπο της ΔΕΠ-Υ. Αυτή η δυσκολία σχετίζεται επίσης με την ελλιπή συμμόρφωση πολλών παιδιών με ΔΕΠ-Υ στους κανόνες που θέτουν οι γονείς τους, καθώς δυσκολεύονται να τους ανακαλέσουν, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για σειρά κανόνων και εντολών. Για το λόγο αυτό, είναι προτιμότερο σε αυτά τα παιδιά να δίνονται τμηματικά οι εντολές και όχι όλες μαζί, για να αυξηθούν οι πιθανότητες εκτέλεσής τους. Διαφορετικά, το πιο πιθανό είναι ότι το παιδί θα ξεχάσει κάποια από όλες τις εντολές.³

Τέλος, η μνήμη εργασίας επηρεάζει σημαντικά τις σχολικές επιδόσεις στην γραφή και την ανάγνωση. Η γραπτή έκφραση είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη λειτουργικότητα της μνήμης εργασίας. Ο μαθητής καλείται να διατηρεί στη μνήμη του ένα μεγάλο αριθμό πληροφοριών, όπως λεξιλόγιο, κανόνες γραμματικής και συντακτικού. Όταν μάλιστα χρειάζεται να γράψει μια έκθεση ιδεών, τότε στην λίστα προστίθενται ακόμα περισσότερες πληροφορίες που πρέπει να συγκρατήσει στη μνήμη του, όπως π.χ. την κεντρική ιδέα της έκθεσης και το περιεχόμενο κάθε παραγράφου. Η μνήμη εργασίας σχετίζεται επίσης και με δυσκολίες στα μαθηματικά. Συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στην επίλυση μαθηματικών προβλημάτων, διότι δεν μπορούν να ανακαλέσουν τους διάφορους κανόνες που έχουν μάθει για την επίλυση των ασκήσεων και δεν μπορούν να αγνοήσουν τις περιττές πληροφορίες στη γραπτή διατύπωση των προβλημάτων.³

Αντίληψη του χρόνου

Η αντίληψη του χρόνου αναφέρεται στην ικανότητα να εκτιμήσει κάποιος με ακρίβεια ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ή να συγκρίνει χρονικά την απόσταση δύο σημείων. Είναι μια προσαρμοστική ικανότητα που βοηθάει το άτομο να προβλέπει διάφορες καταστάσεις και να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε αυτές.³

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένη ικανότητα στην αντίληψη του χρόνου συγκριτικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά. Τα παιδιά που

αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αντίληψη του χρόνου, δυσκολεύονται επίσης στο χρονικό συντονισμό, δεν μπορούν δηλαδή να συντονίσουν τις κινήσεις τους με ένα σταθερό οπτικό ή ακουστικό ερέθισμα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και ελλειμματικό χρονικό συντονισμό μπορεί να δυσκολεύονται να μάθουν να παίζουν κάποιο μουσικό όργανο ή να χρειάζονται περισσότερη εξάσκηση στον συγχρονισμό και στη διατήρηση του χρονικού μέτρου ενός μουσικού κομματιού. Επίσης, όταν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κάνουν παρέλαση, μπορεί να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία από άλλα παιδιά να συντονίσουν το βηματισμό τους με τον ρυθμό του εμβατηρίου.³

Τέλος, η δυσκολία αντίληψης του χρόνου ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στη σχολική του επίδοση, αλλά και στην καθημερινότητά του γενικότερα. Συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να δυσκολεύονται να εκτιμήσουν και να ελέγξουν το χρονικό περιθώριο που τους απομένει για το τέλος ενός διαγωνίσματος, να καθυστερούν να παραδώσουν εργασίες, γιατί δυσκολεύονται να τηρήσουν τις προθεσμίες ολοκλήρωσης της εργασίας, αλλά και να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε οδηγίες που συμπεριλαμβάνουν χρονικά περιθώρια.³

Καθυστερημένη ανάπτυξη του «εσωτερικού λόγου» (η φωνή τον μυαλού) και του συστήματος ακολουθίας κανόνων

Τελευταία, μελέτες οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν σημαντική καθυστέρηση όσον αφορά στην ανάπτυξη του «εσωτερικού λόγου», της προσωπικής φωνής που έχουμε όλοι στο μυαλό μας, μέσω της οποίας διαλεγόμαστε με τον εαυτό μας, συλλογίζομαστε γεγονότα και καθοδηγούμε την ίδια μας τη συμπεριφορά. Αυτός ο προσωπικός λόγος είναι απαραίτητος για τη φυσιολογική ανάπτυξη του συλλογισμού, της αντανάκλασης και της αυτορρύθμισης.⁵

Η καθυστέρηση αυτών στα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχει ως αποτέλεσμα δυσλειτουργία στην ικανότητά τους να τηρούν κανόνες, να διαβάζουν με προσοχή οδηγίες, να ακολουθούν τα ίδια τους τα σχέδια και «πρέπει» και να δρουν σύμφωνα με νόμιμες και ηθικές αρχές. Σε συνδυασμό με τις δυσκολίες τους στη βραχύχρονη μνήμη, αυτό το πρόβλημα στον εσωτερικό ή προσωπικό λόγο συχνά έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική έκπτωση στην

αναγνωστική τους ικανότητα, ειδικά όταν πρόκειται για σύνθετα, χωρίς ενδιαφέρον ή εκτεταμένα αναγνώσματα.⁵

Δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων και της διέγερσης

Η αυτορρύθμιση του συναισθήματος αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εξετάζει τις συνθήκες του περιβάλλοντος προκειμένου να αποφασίζει πώς θα ενεργήσει, να αξιολογεί κατά πόσο τα αποτελέσματα των πράξεών του είναι επιθυμητά και, κατά περίπτωση, να αναθεωρεί τις ενέργειές του. Οι δεξιότητες που απαιτούνται για την κατάκτηση της ικανότητας της αυτορρύθμισης είναι η αυτό-παρατήρηση, η αυτό-αξιολόγηση και η αυτό-ενίσχυση.³

Πολλοί μελετητές τα τελευταία χρόνια υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσκολίες που σχετίζονται με την ικανότητα να ρυθμίζουν τη διάθεση και τα συναισθήματά τους, να συνεχίζουν την προσπάθειά τους όταν πρέπει να ολοκληρώσουν μια δύσκολη εργασία και να διατηρούν τη διέγερση και επαγρύπνησή τους σε φυσιολογικό επίπεδο.³

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται τόσο με τις εργασίες που απαιτούν αργούς ρυθμούς όσο και με αυτές που απαιτούν γρήγορους ρυθμούς. Όταν μια εργασία απαιτεί αργούς ρυθμούς, και πιθανότατα είναι βαρετή για το παιδί με ΔΕΠ-Υ, τότε το παιδί υπό-διεγείρεται, με αποτέλεσμα να έχει αργές και χωρίς ακρίβεια αντιδράσεις, επειδή χάνει την προσοχή του κατά τη διάρκεια της εργασίας. Από την άλλη πλευρά, όταν η εργασία απαιτεί γρήγορους ρυθμούς, αυξημένη προσοχή και γρήγορη επεξεργασία πληροφοριών, τότε το παιδί με ΔΕΠ-Υ υπέρ-διεγείρεται με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις του να μην είναι ακριβείς και συνεπείς.³

Μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, ευστροφία και ευελιξία στο να ακολουθούν μακροπρόθεσμους στόχους

Πολλές φορές, όταν είμαστε αφοσιωμένοι σε κάποια δραστηριότητα, εμφανίζονται προβλήματα που παρεμποδίζουν την επίτευξη του στόχου μας. Σε τέτοιες στιγμές τα

άτομα πρέπει να είναι ικανά να αντιληφθούν γρήγορα τις επιλογές που έχουν, λαμβάνοντας υπόψη τις αντίστοιχες συνέπειες, και να επιλέξουν την περισσότερο κατάλληλη να υπερπηδήσει το εμπόδιο, έτσι ώστε να συνεχίσουν προς το στόχο τους ανενόχλητα. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να αντεπεξέλθουν σε τέτοιες περιστάσεις. Συχνά, παραιτούνται από το στόχο τους και δεν σκέφτονται άλλες εναλλακτικές οδούς. Έτσι, μπορεί να φαίνονται λιγότερο ευέλικτοι στο να αντιμετωπίζουν προβληματικές καταστάσεις, όπου είναι πιο πιθανό να αντιδράσουν παρορμητικά και αυτόματα, και έτσι είναι λιγότερο ικανά στο να ξεπερνούν τα εμπόδια σε σχέση με τους άλλους.⁵

Αυτά τα προβλήματα μπορεί να είναι φανερά ακόμα και στο λόγο και στη γραφή των ατόμων με τη διαταραχή, καθώς δεν είναι επιδέξια στο ίδιο βαθμό με τους άλλους να ταξινομήσουν τις ιδέες τους, να εκφράσουν τις σκέψεις τους οργανωμένα και κατανοητά. Έτσι, δεν μπορούν γρήγορα να οδηγήσουν τις πράξεις ή τις ιδέες τους σε μια αλυσίδα αντιδράσεων που αποτελεσματικά θα επιτύχει το στόχο τους, είτε σε λεκτικό είτε σε συμπεριφορικό επίπεδο.⁵

Μεγαλύτερες από το φυσιολογικό μεταπτώσεις στην απόδοσή τους σε ένα έργο ή σε μια δουλειά

Είναι συνηθισμένο σε άτομα με ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα στους παρορμητικούς υπότυπους της διαταραχής, να παρουσιάζουν βασικές μεταπτώσεις, σε βάθος χρόνου, στην απόδοσή τους στη δουλειά. Αυτές οι μεγάλοι εύρους μεταστροφές μπορούν να παρατηρηθούν στην ποιότητα, στην ποσότητα και ακόμα και στην ταχύτητα της δουλειάς τους, αποτυγχάνοντας έτσι να διατηρήσουν έναν σταθερό ρυθμό παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας από στιγμή σε στιγμή και από μέρα σε μέρα. Τέτοιες μεταπτώσεις γίνονται συχνά ενοχλητικές στους άλλους, καθώς αντιλαμβάνονται ότι το άτομο με ΔΕΠ-Υ μπορεί άλλες φορές να ολοκληρώσει τη δουλειά του γρήγορα και σωστά, ενώ άλλες στιγμές την κάνει χωρίς εγκυρότητα και συχνά λανθασμένα.⁵

3.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

Είναι πλέον ερευνητικά τεκμηριωμένο ότι η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών, καθώς τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ δυσχεραίνουν την ανάπτυξη εκείνων των μορφών συμπεριφοράς που απαιτούνται για αποτελεσματική απόκτηση γνώσεων στο σχολικό πλαίσιο. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διαθέτουν μεν τις απαραίτητες δεξιότητες, ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της μάθησης, αλλά δεν τις χρησιμοποιούν συστηματικά, ιδιαίτερα στις τυπικές συνθήκες που επικρατούν στη σχολική τάξη.³

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν βασικά ελλείμματα στις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, οι οποίες είναι γνωστικές διαδικασίες που περιλαμβάνουν τις μεταγνωστικές ικανότητες σχετικά με τη στρατηγική για την ολοκλήρωση μιας εργασίας, τη μνήμη εργασίας και διαδικασίες αυτορρύθμισης, όπως τον προγραμματισμό, την αυτοκαθοδήγηση, την αυτοπαρατήρηση και τον αυτοέλεγχο. Στο σχολικό πλαίσιο, η ομαλή λειτουργία αυτών των γνωστικών διαδικασιών, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη νοητική αναπαράσταση του στόχου και της διαδικασίας επίτευξής του, καθώς και για την εφαρμογή οδηγιών και κανόνων, ενώ η δυσλειτουργία τους επηρεάζει αρνητικά τη σχολική επίδοση.³

Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν σημαντικές δυσκολίες στην οργάνωση των δραστηριοτήτων τους και στη χρήση πολύπλοκων στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων. Μάλιστα τείνουν να επιλέγουν εκείνες τις στρατηγικές για την επίλυση μιας άσκησης που είναι οι πιο εύκολες στην εκτέλεσή τους και όχι εκείνες που είναι οι πιο αποτελεσματικές. Για την επίλυση ενός προβλήματος είναι απαραίτητη η ικανότητα παρατήρησης, οργάνωσης, καθοδήγησης και ελέγχου της προσοχής και της συμπεριφοράς. Φαίνεται όμως, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αφιερώνουν λιγότερο χρόνο στη μελέτη των δεδομένων για να λύσουν μία άσκηση και σπάνια αναλύουν μία δραστηριότητα προκειμένου να καθορίσουν τα βήματα και τις στρατηγικές που πρέπει να ακολουθήσουν για να τη φέρουν σε πέρας επιτυχώς. Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν σωστά πολύπλοκες ή μακροσκελείς εργασίες.³

Ένας παράγοντας που δυσκολεύει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην οργάνωση του τρόπου εργασίας τους είναι και η ελλιπής ανάπτυξη του εσωτερικευμένου λόγου, ο οποίος είναι απαραίτητος για την αυτοκαθοδήγησή τους και εξαρτάται από τις ανάλογες γλωσσικές δεξιότητες, οι οποίες είναι συχνά ελλειμματικές. Ένας άλλος τομέας του λόγου ο οποίος εμπλέκεται με τη διαδικασία της μάθησης, είναι η ικανότητα κατανόησης ενός κειμένου και αναπαραγωγής του με ακρίβεια και συνοχή. Η ικανότητα αυτή προϋποθέτει μια σειρά άλλων δεξιοτήτων, όπως την επιλογή, κωδικοποίηση, ερμηνεία και ανάκληση των σχετικών πληροφοριών, καθώς και την ικανότητα χρήσης της δομής της ιστορίας και της εξαγωγής συμπερασμάτων από τις προσφερόμενες πληροφορίες. Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εκτός από τα ελλείμματα που παρουσιάζουν συχνά στο φωνολογικό τομέα και τα οποία επηρεάζουν άμεσα την αναγνωστική ικανότητα, έχουν σημαντικές δυσκολίες και στην ικανότητα κατανόησης και αναπαραγωγής κειμένου, γεγονός που επιδρά δυσμενώς στις συνολικές σχολικές τους επιδόσεις.³

Εκτός όμως από τα ελλείμματα στο γνωστικό τομέα, σημαντική συμβολή στις μαθησιακές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν και ορισμένα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς τους που αφορούν στην ύπαρξη κινήτρων, τη θέση στόχων και την επιμονή στην προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων αυτών. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δυσκολεύονται να θέσουν στόχους ή ακόμη τους αποφεύγουν σε μια προσπάθεια να καλύψουν τις αδυναμίες τους κατά την εκτέλεση μιας εργασίας.³

3.3 ΠΙΘΑΝΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας τα παιδιά αποκτούν εκείνες τις κοινωνικές, συμπεριφορικές και γλωσσικές ικανότητες που θα τους επιτρέψουν να πορευτούν με επιτυχία στο δημοτικό σχολείο και στη μεταγενέστερη σχολική και κοινωνική τους ζωή. Για πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ όμως η έναρξη της σχολικής τους πορείας τα βρίσκει λιγότερο προετοιμασμένα να προσαρμοστούν ικανοποιητικά στο δομημένο πλαίσιο της σχολικής τάξης και στους κανόνες που τη διέπουν.³

Το ιστορικό των δυσκολιών στην ανάπτυξη του λόγου που έχουν πολλά από αυτά τα παιδιά, επιδρά δυσμενώς στις ικανότητες αναδυόμενου αλφαριθμητισμού, οι οποίες ορίζονται ως οι δεξιότητες, οι γνώσεις και οι στάσεις που αποτελούν τους αναπτυξιακούς προδρόμους των συμβατικών μορφών ανάγνωσης και γραφής. Επομένως, πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ξεκινούν με ελλιπείς ικανότητες την προσπάθειά τους να κατακτήσουν το μηχανισμό της ανάγνωσης και, στη συνέχεια, να διαβάζουν με ευχέρεια. Έχει διαπιστωθεί μάλιστα ότι τα ελλείμματα στη φωνολογική αποκωδικοποίηση, που είναι απαραίτητη για την εκμάθηση της ανάγνωσης, συνδέονται με την φωνολογική ενημερότητα, η οποία ορίζεται ως η ικανότητα αναγνώρισης και χειρισμού των φωνολογικών συστατικών του προφορικού λόγου και η οποία πολλές φορές είναι ελλειμματική στα νήπια με ΔΕΠ-Υ.³

Στο σχολείο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, συχνά αποφεύγουν την ενεργή συμμετοχή στη μαθησιακή διαδικασία και εκδηλώνουν πολλές φορές διασπαστική συμπεριφορά με αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση ολόκληρης της τάξης και την αρνητική αλληλεπίδραση με το δάσκαλο. Οι δυσκολίες συνήθως αυξάνονται με το πέρασμα του χρόνου, λόγω της αύξησης των μαθησιακών κενών και της απογοήτευσης που μπορεί να βιώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, διαπιστώνοντας ότι οι επιδόσεις τους είναι δυσανάλογα χαμηλότερες της προσπάθειας που καταβάλουν.³

Ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στη συσσώρευση των μαθησιακών κενών είναι η ελλιπής προετοιμασία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από το σπίτι. Η αλληλεπίδραση των παιδιών αυτών με τους γονείς τους χαρακτηρίζεται συχνά από εντάσεις και διαπληκτισμούς, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της σχολικής μελέτης. Η προετοιμασία για το σχολείο είναι συνήθως μια επίπονη διαδικασία, τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς, η οποία χαρακτηρίζεται από πολλά διαλείμματα, κακή διαχείριση του χρόνου, έλλειψη συνεργατικής διάθεσης εκ μέρους του παιδιού και διασπαστική συμπεριφορά. Πολλοί γονείς επισημαίνουν ότι τα παιδιά δεν διαβάζουν τα μαθήματα του σχολείου με ευχαρίστηση, αλλά υπό πίεση ή σε αναμονή κάποιας ανταμοιβής.³

Με το πέρασμα του χρόνου, οι σχολικές απαιτήσεις αυξάνονται και στις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να προστεθούν αρνητικά βιώματα από τις συνεχείς παρατηρήσεις γονέων και δασκάλων, τη μειωμένη απόδοση και την αναποτελεσματική προσπάθεια για ικανοποιητική ανταπόκριση στις απαιτήσεις του σχολείου. Οι εμπειρίες

αυτές δημιουργούν στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έντονα συναισθήματα απογοήτευσης και προσωπικής απαξίας. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι πολλά από αυτά αναπτύσσουν σταδιακά χαμηλή αυτοεκτίμηση. Στις χειρότερες των περιπτώσεων, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να οδηγηθούν σε παραίτηση από την προσπάθεια ανταπόκρισης στις απαιτήσεις τους σχολείου και στην εγκατάλειψή του στην εφηβεία.³

Πρέπει ωστόσο να επισημάνουμε ότι μια τέτοιου είδους εξέλιξη αφορά κυρίως στις περιπτώσεις όπου η ΔΕΠ-Υ δεν έχει διαγνωστεί, τα παιδιά δεν έχουν λάβει την απαραίτητη υποστήριξη και οι γονείς δεν έχουν δεχθεί την κατάλληλη καθοδήγηση από κάποιον ειδικό για το σωστό χειρισμό αυτών των δυσκολιών. Ο φαύλος κύκλος της αποτυχίας μπορεί να διακοπεί και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις σχολικές απαιτήσεις, αν κάποια στοιχεία της πορείας που περιγράψαμε διαφοροποιηθούν.³

3.4 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Θεωρητικές προσεγγίσεις για την ερμηνεία της παραβατικής συμπεριφοράς, ενισχύουν την άποψη ότι κάποια από τα πρωτογενή χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ καθιστούν τα άτομα αυτά πιο ευάλωτα για την εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς, όταν βρεθούν σε ανάλογες ψυχοκοινωνικές συνθήκες. Ο μειωμένος αυτοέλεγχος αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και επομένως είναι πιθανό να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση της παραβατικής συμπεριφοράς στις περιπτώσεις όπου επικρατούν ανάλογες ευνοϊκές συνθήκες.³

Οι πιθανότητες εκδήλωσης παραβατικής συμπεριφοράς στα άτομα με ΔΕΠ-Υ πολλαπλασιάζονται όπου το οικογενειακό περιβάλλον είναι δυσμενές, καθώς επίσης και στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν εμπειρίες σχολικής αποτυχίας. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου καταγράφεται πως δυσμενείς ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και το διαζύγιο, η κακοποίηση, η φτώχεια, η ανεργία, το άγχος των γονέων και η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους γονείς συνδέονται στενά με την εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς στους εφήβους και τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ.³

Συμπερασματικά, τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ δεν λειτουργούν αυτοτελώς και νομοτελειακά για την εκδήλωση όχι μόνο παραβατικής συμπεριφοράς, αλλά και κανενός είδους σοβαρού προβλήματος συμπεριφοράς. Ο ρόλος του οικογενειακού, σχολικού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος είναι ιδιαίτερα σημαντικός και μπορεί να αποτελέσει τον καταλυτικό παράγοντα για την εξέλιξη του ατόμου με ΔΕΠ-Υ σε έναν επιτυχημένο και ευτυχισμένο άνθρωπο ή σε έναν τρόφιμο των φυλακών.³

Στις μέρες μας γνωρίζουμε ότι είναι δυνατή η πρόωπη παρέμβαση στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, νωρίς κατά την προσχολική ηλικία, προκειμένου να ανασταλεί η αρνητική πορεία την οποία θα μπορούσε να διανύσει το παιδί αν έμενε αβοήθητο και να δημιουργηθούν εκείνες οι συνθήκες που θα ευνοήσουν την όσο το δυνατόν απρόσκοπτη πορεία του στο σχολείο και στην κοινωνία.³

3.5 ΜΟΝΟ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ;

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εκτός από τις ελλείψεις και τις διαταραχές που παρουσιάζουν, εμφανίζουν δύο πολύ θετικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο είναι, ότι όταν διαπιστώνουν ότι κάποιος άνθρωπος έχει ανάγκη από βοήθεια, δείχνουν μια αυθόρμητη συμπάθεια και προθυμία να βοηθήσουν και το δεύτερο ότι έχουν μια εμφανή αίσθηση του δικαίου όχι μόνο όσον αφορά τον εαυτό τους αλλά και τους άλλους. Δυστυχώς, συχνά εκφράζουν έντονα τα παράπονά τους γι' αυτό που θεωρούν άδικο, με αποτέλεσμα να καταλήγουν σε μορφές συμπεριφοράς ακατάλληλες για τις συγκεκριμένες καταστάσεις.⁶

Εκτός από τα παραπάνω, πολλές φορές τα άτομα αυτά εκφράζουν την αγάπη τους για τα ζώα και τη φύση. Εκδηλώνουν ενδιαφέρον, είναι ανοιχτά απέναντι σε όλα και στον καθένα, και έχουν μια αξιοπρόσεκτα καλή λειτουργία της μνήμης για λεπτομέρειες που πέφτουν τυχαία στην αντίληψή τους. Καθώς μεγαλώνουν, συχνά αναπτύσσουν την ικανότητα για ταχεία ανασκόπηση των πραγμάτων και μπορούν να αντιδρούν αστραπιαία σε μια κατάσταση. Είναι ακόμη σε θέση να καταγράφουν και να αντιλαμβάνονται τα πάντα, από συνομιλίες μέχρι παρατηρήσεις.⁶

Ακόμη και στα μικρά παιδιά παρατηρούμε συχνά μια πολύ καλή αίσθηση του προσανατολισμού, γεγονός που προκαλεί μεγάλη έκπληξη. Όταν υπάρχουν εργασίες που είναι αναγκαίο να γίνουν, για τις οποίες ακολουθείται ένας συγκεκριμένος τρόπος, το παιδί δουλεύει με ευχαρίστηση, με «ενεργητικότητα και αποφασιστικότητα». Συν τοις άλλοις, ενθουσιάζεται εύκολα, εκδηλώνει γρήγορα έντονο προσωπικό ενδιαφέρον για μια κατάσταση και καταπιάνεται για πολλή ώρα μαζί της. Συχνά ξεχνά το χρόνο και το χώρο όταν θεωρεί κάτι πραγματικά συναρπαστικό.⁶

Αυτοί οι άνθρωποι είναι αυθόρμητοι, καλόκαρδοι και έχουν ενσυναίσθηση. Όταν κάποιος τους ζητά συγγνώμη, ενδίδουν αμέσως και δεν τους κρατούν κακία. Δεν επιτρέπουν όμως σε κανέναν να τους πληγώσει βαθιά και δυνατά. Πολλές φορές, εκπλήσσει η δημιουργικότητα και το εφευρετικό πνεύμα τους, καθώς και ο επίμονος και καρτερικός χαρακτήρας τους. Ο πλούτος της φαντασίας, η ευστροφία, οι συνεχείς διευκρινιστικές ερωτήσεις, οι ασυνήθιστοι συνειρμοί και ιδέες, η καταπληκτική και η αντίστοιχη δραστηριοποίηση είναι παράγοντες που συντελούν στις εξαιρετικές επιδόσεις αυτών των ατόμων. Τα άτομα με ΔΕΠ κάποιες φορές είναι σε θέση να σημειώσουν εξαιρετικές επιδόσεις στον τομέα των ενδιαφερόντων τους και να εντυπωσιάσουν τους γύρω τους προκαλώντας μια «έντονη αίσθηση». ⁶

Έχει λοιπόν μεγάλη σημασία να δούμε τη θετική πλευρά των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων ενός ανθρώπου με ΔΕΠ, αν θέλουμε να ζήσουμε αρμονικά μαζί του, να τον βοηθήσουμε, να τον κατανοήσουμε και να συμβάλλουμε στη θετική ένταξή του στην κοινωνία. Όταν επικεντρώνουμε αποκλειστικά την προσοχή μας στα ελαττώματά του, είναι σχεδόν αδύνατον να τον καταλάβουμε και τον βοηθήσουμε. Όσοι δεν πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, νιώθουν ως επί το πλείστον ενοχλημένοι από το άτομο, αφού δεν μπορούν να το εκτιμήσουν. Απομακρύνονται, διακόπτουν την επαφή τους μαζί του και σε αρκετές περιπτώσεις το καταδικάζουν επειδή δεν συμπεριφέρεται με τον τρόπο που θα «έπρεπε». Έτσι το άτομο με ΔΕΠ αποκτά το αίσθημα της ανεπάρκειας, γίνεται ακόμη πιο νευρικό, νιώθει διαφορετικό από τους άλλους. Αυτή η κατάσταση εγκυμονεί τον κίνδυνο ανάπτυξης των δευτερογενών διαταραχών. ⁶

4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Η διαδικασία διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ απαιτεί τη χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων. Οι πληροφορίες που χρειάζεται ο ειδικός μπορούν να συγκεντρωθούν μέσα από συνεντεύξεις με τους γονείς, τους παιδαγωγούς και το παιδί, με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης, με εργαστηριακές μετρήσεις των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, με τεχνικές άμεσης παρατήρησης της συμπεριφοράς του παιδιού, καθώς και με μετρήσεις που αφορούν το επίπεδο λειτουργικότητας τόσο του παιδιού όσο και της οικογένειάς του.¹

Κατά τη διαγνωστική διαδικασία χρειάζεται λεπτομερής αξιολόγηση του παιδιού σε γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο, καθώς και αξιολόγηση του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και μεγαλώνει το παιδί.¹ Παράλληλα με τις δυσκολίες του παιδιού, αξιολογούνται οι δυνατότητες και τα θετικά του στοιχεία, με στόχο την ανάδειξη και ανάπτυξή τους προκειμένου να αξιοποιηθεί όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα το δυναμικό του παιδιού.⁹

Βασικοί στόχοι της πολυεπίπεδης διαγνωστικής διερεύνησης, είναι να διαπιστωθεί η έκταση και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η προέλευση και η αναπτυξιακή πορεία των συμπτωμάτων και η παρουσία άλλων σωματικών, ψυχικών ή/και μαθησιακών δυσκολιών.³ Ο προσδιορισμός της συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές καθώς επίσης και η αξιολόγηση της επίδρασης που ενδέχεται να ασκούν αυτές οι διαταραχές στο σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος και στην πρόγνωση της εξέλιξης του παιδιού, είναι βασικός στόχος της διάγνωσης.¹ Η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από άλλες διαταραχές γίνεται κυρίως από τις Διαταραχές της Διασπαστικής Συμπεριφοράς και τις Διαταραχές της Διάθεσης.⁴

Τέλος, η συνεργασία επιστημόνων διαφορετικών ειδικοτήτων, αποτελεί ένα ακόμη βασικό στοιχείο της διαγνωστικής διαδικασίας. Ανάλογα με τις κλινικές παρατηρήσεις του ειδικού, το παιδί ενδέχεται να παραπεμφθεί για ιατρική ή άλλου είδους εξέταση, προκειμένου να εκτιμηθεί η πιθανότητα ύπαρξης ιατρικών προβλημάτων και να συγκεντρωθούν πληροφορίες για τομείς της ανάπτυξης για τους οποίους, σύμφωνα με τη γνώμη του ειδικού, απαιτείται πρόσθετη διερεύνηση.⁴

4.2 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Αρχική κλινική συνέντευξη/εκτίμηση

Ο ψυχολόγος ή ψυχίατρος κουβεντιάζει με τον ασθενή (το παιδί και τους γονείς του ή τον ενήλικα με πιθανή διάγνωση) και συλλέγει σημαντικές πληροφορίες προκειμένου να σχηματίσει μια πιο καθαρή εικόνα της κατάστασης και να αξιολογήσει τον τρόπο παρέμβασης στη συνέχεια. Η πρώτη συνάντηση περιλαμβάνει ανασκόπηση παλαιότερων αξιολογήσεων και ιατρικών εξετάσεων, συλλογή πληροφοριών από μέλη της οικογένειας ή άλλα πρόσωπα που σχετίζονται με τον ασθενή, μία σε βάθος διαγνωστική συνέντευξη και χορήγηση κλιμάκων αξιολόγησης.⁵

Νευροψυχολογική αξιολόγηση, ειδικά τεστ προσοχής και εξέταση των λεκτικών ικανοτήτων

Η αξιολόγηση έχει στόχο να εντοπίσει τα δυνατά και αδύνατα σημεία του ατόμου στους τομείς της προσοχής, της μνήμης, της οργάνωσης. Σε αυτή τη διαδικασία εντοπίζεται και το μαθησιακό στυλ, ο τρόπος επεξεργασίας πληροφοριών και μάθησης και οι σχετικές με αυτούς τους τομείς δυσκολίες. Επίσης, εντοπίζονται διαταραχές οι οποίες μπορεί να εμπλέκονται και να επιδεινώνουν τη διάσπαση της προσοχής, όπως η κατάθλιψη και το στρες.⁵

Ψυχολογική/ψυχιατρική εκτίμηση και τελική φάση της αξιολόγησης

Ένας ψυχολόγος ή ψυχίατρος θα συνδυάσει όλες τις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί μέχρι αυτό το σημείο στα αρχικά στάδια της αξιολόγησης και θα παρουσιάσει στους ενδιαφερόμενους τη διάγνωση. Στη συνέχεια θα συζητήσει με αυτούς σχετικά με τους τρόπους παρέμβασης (φαρμακοθεραπεία, συμβουλευτική, εκπαιδευτική παρέμβαση, λογοθεραπεία, ατομική θεραπεία κ.λπ.). Αν πρόκειται να ακολουθηθεί φαρμακοθεραπεία, το κομμάτι αυτό θα πρέπει να το αναλάβει παιδονευρολόγος ή παιδοψυχίατρος, αν πρόκειται για παιδιά και εφήβους, και νευρολόγος ή ψυχίατρος για τους ενήλικες.⁵

Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Δεν είναι εύκολο να γίνει διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε έναν ενήλικα. Πολλές φορές, όταν σε ένα παιδί διαγιγνώσκεται η διαταραχή, ο γονέας αναγνωρίζει για πρώτη φορά ότι και ο ίδιος φέρει πολλά από τα συμπτώματα που παρουσιάζει το παιδί του. Άλλοι ενήλικες θα αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια για κατάθλιψη ή άγχος-ανησυχία και θα ανακαλύψουν ότι η αιτία ορισμένων από τα συναισθηματικά τους προβλήματα είναι η ΔΕΠ-Υ. Πολλοί μπορεί να έχουν ιστορικό σχολικής αποτυχίας ή προβλήματα στην εργασία τους. Επίσης, συχνά τους έχουν συμβεί αυτοκινητικά ατυχήματα. ⁵

Για να τεθεί διάγνωση ΔΕΠ-Υ σε ένα ενήλικα, πρέπει η έναρξη να έχει γίνει κατά την παιδική ηλικία και να υπάρχουν σταθερά και παρόντα συμπτώματα. Η εγκυρότητα της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες είναι μεγάλης σημασίας, γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται από ειδικούς στον τομέα της δυσλειτουργίας της προσοχής. Η εγκυρότητα συνίσταται στη λήψη ενός ιστορικού για τη συμπεριφορά του ασθενούς στην παιδική ηλικία, μαζί με μία συνέντευξη από το σύντροφό του, κάποιο γονιό, κάποιο στενό φίλο ή στενό συνεργάτη. Πρέπει ακόμα να γίνεται ιατρική εξέταση και να δίνονται ψυχομετρικά τεστ. Επιπλέον, υπάρχει πιθανότητα συννοσηρότητας (ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, άγχος και διαταραχές συναισθήματος). ⁵

4.2.1 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ

1. Κλίμακα ΣΑΕΒΑ

Περιλαμβάνει: Ερωτηματολόγιο για Γονείς, Ερωτηματολόγιο για Εφήβους, Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς

2. Κλίμακα αξιολόγησης του Connors

Περιλαμβάνει: Κλίμακα για τους γονείς, Κλίμακα για τους δασκάλους

3. ADHD Rating Scale-IV

4. SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale, ADHD-SC4

5. Ερωτηματολόγιο για καταστάσεις στο σπίτι

Ερωτηματολόγιο για καταστάσεις στο σχολείο

6. El Camino Pediatrics: Κλίμακα αξιολόγησης ΔΕΠ-Υ-IV για το σπίτι
El Camino Pediatrics: Κλίμακα αξιολόγησης ΔΕΠ-Υ-IV για το σχολείο
7. Διαγνωστική Κλίμακα Ελέγχου Επιπέδων Προσοχής και Δραστηριότητας.

ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

1. Wender Utah Rating Scale
2. Κλίμακα αυτο-αναφοράς ΔΕΠ-Υ για ενήλικους (ASRS-v 1.1)
3. Dr. Amen's Attention Scale.⁵

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Ως προς τις ψυχομετρικές κλίμακες για την αξιολόγηση της γενικής συμπεριφοράς και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας, σταθμισμένη ελληνική έκδοση υπάρχει μόνο για τα ερωτηματολόγια του Συστήματος Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) και αποτελούν ένα ολοκληρωμένο σύνολο ψυχομετρικών εργαλείων για την αξιολόγηση των ικανοτήτων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων.³

Στον ελληνικό πληθυσμό, τα ερωτηματολόγια CBCL και TRF έχουν σταθμιστεί σε αντιπροσωπευτικό κοινοτικό δείγμα παιδιών ηλικίας 6-12 ετών και το ερωτηματολόγιο YSR σε αντιπροσωπευτικό κοινοτικό δείγμα πληθυσμού εφήβων. Τα ερωτηματολόγια αυτά συμπληρώνονται από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τους ίδιους τους εφήβους αντίστοιχα. Οι απαντήσεις δίνονται είτε μέσω βαθμολογίας είτε μέσω περιγραφών για τη συμπεριφορά του παιδιού τους τελευταίους 6 μήνες.¹⁰

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ CBCL αποτελείται από δύο μέρη, τις κλίμακες ικανοτήτων και τις κλίμακες συνδρόμων. Οι πρώτες αξιολογούν τις επιδόσεις του παιδιού σε διάφορους τομείς δραστηριοτήτων, τις κοινωνικές δεξιότητες και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και δεξιότητες. Ενώ οι δεύτερες αξιολογούν την ενδεχόμενη ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στο παιδί.¹⁰

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ TRF επιτρέπει τη σύγκριση των πληροφοριών οι οποίες συγκεντρώνονται από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς σχετικά με τη λειτουργικότητα του παιδιού στο χώρο του σχολείου. Περιλαμβάνει πληροφορίες για το ιστορικό της σχολικής φοίτησης του παιδιού, καθώς και ερωτήσεις που αφορούν στη σχολική του επίδοση, τις ικανότητες, τα θετικά χαρακτηριστικά και τα στοιχεία που ενδεχομένως ανησυχούν τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς. Επίσης, αξιολογούνται τα προβλήματα συμπεριφοράς, τα κοινωνικά και τα συναισθηματικά προβλήματα του παιδιού.¹⁰

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ YSR αξιολογεί τη λειτουργικότητα των εφήβων και συμπληρώνεται από τον ίδιο τον έφηβο. Περιλαμβάνει, όπως και το CBCL, ερωτήσεις που αφορούν στις ικανότητες του εφήβου, τις κοινωνικά επιθυμητές συμπεριφορές και τις προβληματικές συμπεριφορές.¹⁰

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Από τις εξειδικευμένες κλίμακες για τη ΔΕΠ-Υ, σταθμισμένη ελληνική έκδοση υπάρχει για το Ερωτηματολόγιο Conners-28 και για την Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ-IV. Κανονιστικά δεδομένα είναι διαθέσιμα και για το ελληνικό Τεστ Αξιολόγησης της Συγκέντρωσης και της Προσοχής στο Δημοτικό Σχολείο (ΑΣΥΠ), το οποίο όμως αφορά στην ανίχνευση της πιθανότητας εμφάνισης δυσκολιών προσοχής και συγκέντρωσης και στην αναλυτική εκτίμηση πιθανών ελλειμμάτων στις λειτουργίες της προσοχής και της συγκέντρωσης και όχι συγκεκριμένα στον εντοπισμό της ΔΕΠ-Υ.³

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ CONNERS-28 διακρίνει τα παιδιά με διαταραχές της προσοχής από αυτά που παρουσιάζουν άλλες διαταραχές και αξιολογεί την ανταπόκρισή τους στη θεραπεία. Είναι κατάλληλο για επιδημιολογικές έρευνες που αφορούν στη ΔΕΠ-Υ, διακρίνεται από υψηλό βαθμό δομικής σταθερότητας για διαπολιτισμικές συγκρίσεις και από μία σχετικά μικρή εξάρτηση από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.¹¹ Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αφορά στην ηλικιακή ομάδα 6-12 ετών, αποτελείται από 28 στοιχεία και συμπληρώνεται από το δάσκαλο του παιδιού. Η παραγοντική ανάλυση οδήγησε στη δημιουργία τεσσάρων παραγόντων-κλιμάκων: της

υπερκινητικότητας, των προβλημάτων διαγωγής, της απροσεξίας-παθητικότητας και άλλων στοιχείων συμπεριφοράς.³

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ-IV είναι διαθέσιμη σε δύο παραλλαγές, μία για τους γονείς και μία για τους εκπαιδευτικούς. Η κάθε κλίμακα περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις που αφορούν στη συμπεριφορά του παιδιού κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών ή από την αρχή του σχολικού έτους. Επίσης, αποτελείται από δύο υποκλίμακες την υποκλίμακα ελλειμματικής προσοχής και την υποκλίμακα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. Οι δύο υποκλίμακες προέκυψαν από την ανάλυση παραγόντων και βρίσκονται σε συμφωνία με τις δύο ομάδες συμπτωμάτων της διαταραχής που ορίζονται από το DSM-IV.³

4.2.2 Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ πραγματοποιείται, συνήθως, πριν ο ειδικός δει το παιδί και αποτελεί τις περισσότερες φορές το σημαντικότερο μέσο συλλογής πληροφοριών για τις δυσκολίες του παιδιού και τις ανησυχίες των γονέων. Η συνέντευξη αυτή έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, όχι μόνο γιατί οι γονείς είναι αυτοί που ζουν με το παιδί σε διάφορες καταστάσεις, αλλά για τον επιπρόσθετο λόγο ότι οι αντιλήψεις τους για το παιδί και τις δυσκολίες του επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στη συμπεριφορά του.¹

Η αρχική φάση της συνέντευξης περιλαμβάνει συνήθως τη συγκέντρωση ορισμένων δημογραφικών στοιχείων, όπως είναι το όνομα και η ηλικία του παιδιού, η σύνθεση της οικογένειάς του, το σχολείο όπου φοιτά κ.λπ. Στη συνέχεια ο ειδικός ζητά από τους γονείς να περιγράψουν με λεπτομέρειες τις δυσκολίες του παιδιού, το επίπεδο λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς⁴ καθώς και τον τρόπο με τον οποίο χειρίζονται την προβληματική συμπεριφορά του παιδιού.¹ Η κυρίως φάση της συνέντευξης περιλαμβάνει τη διερεύνηση της φύσης, της συχνότητας και της ηλικίας έναρξης της προβληματικής συμπεριφοράς και εστιάζεται στη συμπεριφορά του παιδιού σε διάφορες καταστάσεις καθώς και στις συνέπειές της για το παιδί και για τον κοινωνικό του περίγυρο.¹

Οι γονείς καλούνται να κάνουν ανασκόπηση του ιστορικού της ανάπτυξης του παιδιού τους, από το οποίο ο ειδικός μπορεί να σκιαγραφήσει την αναπτυξιακή του πορεία στους τομείς της κινητικής, της γλωσσικής, της νοητικής, της συναισθηματικής και της σχολικής του ανάπτυξης. Οι πληροφορίες αυτές τον βοηθούν στη διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και στον εντοπισμό άλλων διαταραχών που είναι πιθανό να συνυπάρχουν.¹

Απαραίτητη είναι η ανασκόπηση του οικογενειακού ιστορικού, προκειμένου να διερευνηθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης διαταραχών συμπεριφοράς ή άλλων ιατρικών προβλημάτων σε άλλα μέλη της οικογένειας και να μελετηθεί η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων, η πιθανότητα ύπαρξης συγκρούσεων κλπ.⁴

Για τη συμπλήρωση του ιστορικού αναζητούνται επίσης ιατρικές ή χειρουργικές καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να έχουν επιδράσει στο κεντρικό νευρικό σύστημα, και η ύπαρξη επιληψίας, διαταραχών μάθησης, συγγενών ανωμαλιών και σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών. Στην ομάδα της ΔΕΠ-Υ υπερεκπροσωπούνται παιδιά με βεβαρημένο προγεννητικό και περιγεννητικό ιστορικό, υποτροπιάζουσες αναπνευστικές λοιμώξεις, αλλεργίες και άσθμα, καθώς και παιδιά με διαταραγμένο ύπνο.³

Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟ ΔΑΣΚΑΛΟ μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες στον ειδικό σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και τη σχολική του επίδοση. Ο ειδικός ενδιαφέρεται για τη συμπεριφορά του παιδιού μέσα στην τάξη, αλλά και κατά τη διάρκεια του διαλείμματος. Οι σχέσεις του παιδιού με τους συμμαθητές του, η θέση του στην ομάδα και η συμπεριφορά του, κατά τη διάρκεια των ομαδικών παιχνιδιών, είναι πρόσθετοι τομείς διερεύνησης κατά τη συνέντευξη με το δάσκαλο.¹⁰ Πολύ σημαντικές είναι επίσης οι πληροφορίες σχετικά με την ικανότητα του παιδιού να ακολουθεί οδηγίες και να ολοκληρώνει δραστηριότητες, οι πληροφορίες σχετικά με το βαθμό συγκέντρωσης της προσοχής του και οι πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο των σχολικών του γνώσεων.⁴

Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας. Η δομή, το περιεχόμενο και η διάρκειά της προσαρμόζονται στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.³ Με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας η συνέντευξη έχει μικρή διάρκεια, είναι προσαρμοσμένη στο επίπεδο ανάπτυξης του λόγου τους και συχνά διεξάγεται σε συνδυασμό με την ενασχόληση του παιδιού με κάποια

δραστηριότητα, όπως ζωγραφική ή παζλ. Με τα παιδιά σχολικής ηλικίας και τους εφήβους η συνέντευξη έχει μεγαλύτερη διάρκεια και μπορεί να επικεντρωθεί περισσότερο στον τρόπο με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τις ενδεχόμενες δυσκολίες του μέσα σε διαφορετικά πλαίσια, με διαφορετικούς ανθρώπους και σε διαφορετικές δραστηριότητες.⁴

Η συνέντευξη με το ίδιο το παιδί δίνει τη δυνατότητα στον ειδικό να διερευνήσει την αντίληψη που έχει διαμορφώσει το παιδί για τις δυσκολίες του, την αιτιολογία που αποδίδει σε αυτές, την ικανότητα για συγκέντρωση της προσοχής του και την άποψη του παιδιού για την παρακολούθηση ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης.¹ Το σημαντικότερο στοιχείο αυτής της συνέντευξης δεν είναι συνήθως το περιεχόμενό της αλλά η ποιότητα των απαντήσεων του παιδιού, η ανταπόκρισή του στο διάλογο και η ικανότητα αλληλεπίδρασής του με τον ειδικό.⁴

4.2.3 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Η κλινική παρατήρηση ξεκινά από τη στιγμή της συνάντησης του ειδικού με το παιδί στην αίθουσα αναμονής και συνεχίζεται μέχρι την αποχώρηση του παιδιού. Οι πληροφορίες που αντλούνται από αυτή την ανεπίσημη φάση της αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα σημαντικές.¹ Η ικανότητα του παιδιού για οπτική επαφή, η ικανότητά του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις μιας συζήτησης, το επίπεδο ανάπτυξης του λόγου του καθώς και η συναισθηματική του κατάσταση αξιολογούνται με προσοχή από τον ειδικό.⁴

Η ερμηνεία όμως του ειδικού σχετικά με την συμπεριφορά του παιδιού κατά την αξιολόγηση, πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Ένα υπερκινητικό παιδί είναι πολλές φορές ικανό να ελέγξει την υπερκινητικότητά του στο γραφείο του ειδικού, όπου προσπαθεί να δείξει τον καλό του εαυτό και να φανεί συνεργάσιμο. Επομένως είναι σημαντικό ο ειδικός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στη συνεργασία του με το παιδί και να το δοκιμάζει σε ποικίλες καταστάσεις, καθώς είναι πιθανό μια σύντομη συζήτηση μαζί του και μια παρατήρηση περιορισμένης διάρκειας να μην αρκούν για να αποκαλύψουν τις πραγματικές του δυσκολίες.¹

4.2.4 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η νευροψυχολογική αξιολόγηση είναι μία σε βάθος αξιολόγηση των γνωστικών και συμπεριφορικών ικανοτήτων του ατόμου, μέσω διαφορετικών σταθμισμένων τεστ και διαδικασιών. Αξιολογείται με συστηματικό τρόπο μια σειρά διαφορετικών ικανοτήτων και γνωστικών λειτουργιών, οι οποίες περιλαμβάνουν τα παρακάτω, αλλά δεν περιορίζονται σε αυτά: νοημοσύνη, αφαιρετική ικανότητα/σχηματισμός εννοιών, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, προγραμματισμός ενεργειών και οργάνωση, προσοχή, μνήμη, μάθηση, γλωσσική επεξεργασία, σχολικές ικανότητες, αντιληπτικές και κινητικές λειτουργίες, συναισθήματα, συμπεριφορά και προσωπικότητα.⁵

4.2.5 ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Οι σταθμισμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες αποτελούν ένα ψυχομετρικό εργαλείο, το οποίο μπορεί να διευκολύνει σημαντικά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, ως μέρος μιας ευρύτερης αξιολογητικής διαδικασίας. Είναι ένας εύχρηστος και οικονομικός τρόπος αξιολόγησης, καθώς παρέχει σε σύντομο χρονικό διάστημα σταθμισμένες αξιολογήσεις και αναφορές για διάφορους τομείς λειτουργικότητας των παιδιών.¹⁰ Ένας επιπρόσθετος λόγος της χρήσης τους είναι η αξιολόγηση κάποιων δευτερογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όπως, για παράδειγμα, των μαθησιακών δυσκολιών που παρουσιάζει ένας μεγάλος αριθμός παιδιών με ΔΕΠ-Υ.⁴

Επιπλέον, οι ψυχομετρικές δοκιμασίες αποτελούν απαραίτητο μέρος της διάγνωσης τις περισσότερες φορές, καθώς υπάρχει περίπτωση οι πληροφορίες που συλλέγονται από γονείς, δασκάλους, οικεία πρόσωπα αλλά και το ίδιο το παιδί να είναι σε κάποια σημεία αντιφατικές ή διφορούμενες.⁵ Στην κλινική πράξη, χρησιμοποιούνται κατά την προκριματική αξιολόγηση, τη διαγνωστική διαδικασία, την επαναξιολόγηση, την αξιολόγηση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας και την εκπαίδευση των ειδικών.¹⁰

WISC-III

Η μέτρηση του δείκτη νοημοσύνης του παιδιού αποτελεί το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ. Το τεστ που χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση αυτή είναι το WISC-III (Wechler Intelligence Scale for Children), το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά από υποδοκιμασίες (υποκλίμακες) ο συνδυασμός των οποίων δίνει τρεις δείκτες νοητικής λειτουργίας: τον προφορικό ή λεκτικό, τον πρακτικό και τον γενικό. Οι λεκτικές δοκιμασίες αποτελούνται από τις εξής υποκλίμακες: πληροφορίες, κατανόηση, αριθμητική, ομοιότητες, λεξιλόγιο, μνήμη αριθμών. Οι πρακτικές δοκιμασίες αποτελούνται από τις εξής υποδοκιμασίες: συμπλήρωση εικόνων, κατασκευές με κύβους, σειροθέτηση εικόνων, συναρμολόγηση αντικειμένων, κωδικοί, λαβύρινθοι, αναζήτηση συμβόλων.⁵

Το WISC-III μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην ατομική αξιολόγηση περιπτώσεων, στο σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων, στην πρόβλεψη για την πορεία της εξέλιξης του νοητικού δυναμικού, για τη μελλοντική σχολική και επαγγελματική επίδοση, για την τοποθέτηση του παιδιού σε μονάδα ενισχυτικής διδασκαλίας κ.ά.⁵

Αθηνά Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης

Σε περιπτώσεις που η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με μαθησιακές δυσκολίες, η αξιολόγηση των ακαδημαϊκών επιδόσεων του παιδιού, μπορεί να γίνει με τη χρήση του Αθηνά Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης, το οποίο είναι ένα από τα σημαντικότερα σταθμισμένα τεστ που υπάρχουν στον ελληνικό χώρο.⁵

Το Αθηνά Τεστ χορηγείται σε παιδιά ηλικίας 5-9 ετών και αποτελείται από 13 κλίμακες οι οποίες αξιολογούν μια πληθώρα κινητικών, αντιληπτικών, νοητικών και ψυχογλωσσικών διεργασιών. Οι κλίμακες αυτές είναι οι εξής: γλωσσικές αναλογίες, αντιγραφή σχημάτων, λεξιλόγιο, ακουστική διάκριση, οπτική διάκριση, σύνθεση γλωσσικών φθόγγων, ολοκλήρωση ελλιπών λέξεων, ολοκλήρωση ελλιπών προτάσεων, μνήμη ακουστικών ακολουθιών - κοινές ακολουθίες (συμπληρωματική), μνήμη οπτικών ακολουθιών, γραφοκινητικός συντονισμός, πλευρίση, αντίληψη «δεξιού-αριστερού». Επίσης, περιλαμβάνει δύο ακόμη συμπληρωματικές κλίμακες προκειμένου να καλύψει τον τομέα της κοινωνικο-θυμικής ανάπτυξης και αυτόν της σχολικής επίδοσης: ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής και διαγνωστικά κριτήρια σχολικής επίδοσης.⁵

4.2.6 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΤΕΣΤ

Άλλου είδους τεστ που χορηγούνται κατά περίπτωση κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού για το οποίο πιθανολογείται η ύπαρξη ΔΕΠ-Υ, είναι τα νευροψυχολογικά τεστ, τα οποία ανιχνεύουν το πώς ο εγκέφαλος επεξεργάζεται διάφορα είδη πληροφοριών. Η ΔΕΠ-Υ, όπως έχει φανεί, σχετίζεται με δυσλειτουργία στον προμετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου.⁵

Η πιο διαδεδομένη δοκιμασία εκτίμησης της βλάβης είναι η ροή του λόγου (λεκτική ευχέρεια). Η λεκτική ευχέρεια συνήθως μετράται με τις εξής δοκιμασίες: α) **Ελεγχόμενη Προφορική Συσχέτιση των Λέξεων**, β) **Πολύγλωσση Αφασική Εξέταση**. Η δοκιμασία αυτή απαιτεί από τον ασθενή να ονομάσει όσο μπορεί περισσότερα αντικείμενα τα οποία να αρχίζουν από ένα δεδομένο γράμμα.⁵

Η διαταραχή της ικανότητας της αφηρημένης σκέψης θεωρείται βασικό σύμπτωμα της εγκεφαλικής βλάβης. Η ικανότητα της αφηρημένης λογικής επικαλύπτεται από μια άλλη σημαντική έννοια της νευρολογικής αξιολόγησης, τις εκτελεστικές λειτουργίες. Ένα από τα πλέον γνωστά τεστ εκτελεστικών λειτουργιών είναι η **Δοκιμασία Επιλογής Καρτών του Wisconsin**, το Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Στο τεστ αυτό ο εξεταζόμενος πρέπει να ταξινομήσει μία δέσμη 64 αριθμημένων καρτών οι οποίες απεικονίζουν τέσσερα σύμβολα, το καθένα από τα οποία παρουσιάζεται σε τέσσερα χρώματα. Ο εξεταζόμενος καλείται να ταξινομήσει τις κάρτες σε τέσσερις κατηγορίες, αλλά δεν ενημερώνεται με ποιο τρόπο πρέπει να γίνει η ταξινόμηση. Επομένως, ένας από τους στόχους του τεστ είναι να εξεταστεί αν το υποκείμενο είναι σε θέση να συμπεράνει έναν κανόνα. Η αξιολόγηση ολοκληρώνεται εφόσον ο εξεταζόμενος έχει κάνει έξι φορές δέκα σωστές τοποθετήσεις σε μια σειρά.⁵

Ένα άλλο διαδεδομένο τεστ είναι η **Δοκιμασία του Πύργου του Λονδίνου**. Η δοκιμασία αυτή συνιστάται στο να μετακινηθούν κύβοι σε συγκεκριμένες θέσεις με όσο το δυνατό λιγότερες κινήσεις. Το αποτέλεσμα εκτιμάται από τον αριθμό των επιλυόμενων έργων, χωρίς σφάλμα, σε διάστημα 60 δευτερολέπτων.⁵

Δύο πιο «ρεαλιστικές» δοκιμασίες για τη λειτουργία των μετωπιαίων λοβών, στις οποίες εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να εκτελέσει αλληλουχίες ενεργειών της καθημερινής ζωής, είναι η **Δοκιμασία των Έξι Στοιχείων**, κατά την οποία ο εξεταζόμενος αναλαμβάνει την εκτέλεση έξι έργων με ένα σχετικά «ανοιχτό τέλος-κατάληξη» σε έναν συγκεκριμένο χρόνο, και η **Δοκιμασία Πολλών Απλών Αντιδράσεων**, η οποία περιλαμβάνει την ολοκλήρωση αριθμού αποστολών καθημερινού τύπου, σύμφωνα με δεδομένους κανόνες. Τέλος, υπάρχει και η **Δοκιμασία των Εναλλακτικών Χρήσεων**, κατά την οποία ο εξεταζόμενος πρέπει να σκεφτεί εναλλακτικές χρήσεις ενός αντικειμένου.⁵

4.2.7 ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η ιατρική εξέταση δεν είναι υποχρεωτική στα πλαίσια της διαδικασίας διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ. Ο ειδικός ζητά την αξιολόγηση του παιδιού από ιατρό, αν συντρέχει ιδιαίτερος λόγος, ο οποίος προκύπτει είτε από το ιστορικό του παιδιού, είτε από την κλινική παρατήρηση. Ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που επιβάλλουν την ιατρική εξέταση, πολλές φορές αρκεί μία επίσκεψη στον παιδίατρο. Είναι όμως πιθανό να χρειάζονται πιο πολύπλοκες εργαστηριακές εξετάσεις, προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα ύπαρξης νευρολογικών διαταραχών, ως αίτιο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, η αναγκαιότητα τέτοιου είδους εξετάσεων είναι αρκετά σπάνια. Άλλωστε, πολλές φορές η επίσκεψη στον παιδίατρο έχει ήδη προηγηθεί, αφού συχνά αυτός είναι που παραπέμπει το παιδί στον ειδικό.⁴

Ο ρόλος του γιατρού, στη διαδικασία αξιολόγησης, έγκειται κυρίως στον αποκλεισμό κάποιου ιατρικού προβλήματος, το οποίο ενδέχεται να προκαλεί τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ή στον εντοπισμό ιατρικών προβλημάτων, τα οποία συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ και χρήζουν φαρμακευτικής αντιμετώπισης.¹ Σε αυτή την περίπτωση, εάν υπάρξουν δηλαδή ενδείξεις χορήγησης φαρμακοθεραπείας, είναι πολύ σημαντικό να αποκλειστεί η πιθανότητα ύπαρξης κάποιων προβλημάτων ιατρικής φύσης, όπως η εγκεφαλίτιδα ή οι συχνές ωτίτιδες, οπότε η φαρμακευτική αγωγή αντενδείκνυται.⁵

4.2.8 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι συνηθέστερες εξετάσεις που μπορεί να ζητηθούν στη ΔΕΠ-Υ για συμπλήρωση της νευρολογικής αξιολόγησης είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) και η νευροαπεικόνιση, κατά προτίμηση MRI, οι οποίες γίνονται σε επιλεγμένους ασθενείς.³

Πρέπει να τονιστεί, ότι προς το παρόν, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα τεστ που να διαγιγνώσκουν τη ΔΕΠ-Υ. Τα εργαστηριακά τεστ, όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), η μαγνητική τομογραφία (MRI), η αξονική τομογραφία (CT Scans), οι αναλύσεις αίματος και ούρων και οι χρωμοσωμικές μελέτες δεν αποτελούν μέρος μιας συνηθισμένης διαγνωστικής διαδικασίας της ΔΕΠ-Υ. Αυτές οι εξετάσεις πρέπει να γίνονται μόνο αν υπάρχουν ενδείξεις για κάποια συγκεκριμένη, αντιμετώπισιμη ιατρική διαταραχή, όπως η διαταραχή επιληπτικών κρίσεων.⁵

Πιο αναλυτικά οι κύριες ενδείξεις για την εκτέλεση ΗΕΓ είναι η συνύπαρξη επιληψίας ή η υποψία για επιληπτογενή δραστηριότητα με υποκλινικές εκδηλώσεις. Δευτερεύουσες ενδείξεις είναι η ύπαρξη ασυμμετρίας ή εστιακών σημείων στη νευρολογική εξέταση ή πολλών «μαλακών» σημείων, καθώς και η ανεύρεση ψυχομετρικών ευρημάτων που υποδεικνύουν εστιακή ή ετερόπλευρη εγκεφαλική βλάβη.³

Η εκτέλεση της μαγνητικής τομογραφίας του εγκεφάλου έχει ανάλογες ενδείξεις με αυτή του ΗΕΓ. Επομένως, ζητάμε νευροαπεικόνιση όταν τα ευρήματα από το ιστορικό, τη νευρολογική εξέταση και την ψυχομετρική αξιολόγηση είναι τέτοια, που καθιστούν πιθανή την ανεύρεση δομικής βλάβης τον εγκεφάλου.³

Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου είναι ως επί το πλείστον χωρίς παθολογικά ευρήματα και συνίσταται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. όταν υπάρχει ένδειξη πιθανής εγκεφαλικής βλάβης). Η εξέταση χρωμοσωμάτων ενδείκνυται στις περιπτώσεις νοητικής υστέρησης ή παρουσίας δυσμορφικών στιγμάτων. Η εξέταση της θυρεοειδούς λειτουργίας διενεργείται μόνο όταν υπάρχει ένδειξη κλινικής συμπτωματολογίας. Τέλος, ο ακουσολογικός έλεγχος επιβάλλεται στις περιπτώσεις που η κλινική εξέταση δεν αποκλείει την πιθανότητα σημαντικής απώλειας της ακοής.³

4.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η οργάνωση των αποτελεσμάτων που συλλέγονται από τη χρήση διαφορετικών μέσων αξιολόγησης, εκτός από την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, έχει ως σκοπό και τη διαφορική της διάγνωση από άλλες διαταραχές. Μία από τις σημαντικότερες δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση, είναι η διάκριση της ΔΕΠ-Υ από την εναντιωτική προκλητική διαταραχή και τη διαταραχή διαγωγής. Η εναντιωτική προκλητική διαταραχή εμφανίζεται συνήθως νωρίτερα από τη διαταραχή διαγωγής και πολλές φορές η διαταραχή διαγωγής αποτελεί απλώς διαφοροποίηση της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής, σε σχέση με την ηλικία του παιδιού.⁵

Οι δύο αυτές διαταραχές διαφέρουν μεταξύ τους κυρίως ως προς τα βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων τους και ως προς το βαθμό και την ποιότητα εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς. Η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή χαρακτηρίζεται από αρνητική και αντιδραστική συμπεριφορά και έλλειψη συνεργατικής διάθεσης, περισσότερο σε σχέση με τους γονείς. Η Διαταραχή της Διαγωγής χαρακτηρίζεται κατά βάση από αντικοινωνική και βίαιη συμπεριφορά, τάση καταστροφής αντικειμένων, κατάχρηση ουσιών και εμπλοκή σε παραπτωματικές ενέργειες κατά την εφηβεία.⁴

Η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνεται κυρίως με βάση την ύπαρξη ή την απουσία διαταραχών της προσοχής και δυσκολιών ελέγχου της παρορμητικότητας και με βάση την ηλικία της πρώτης εμφάνισης των προβλημάτων αυτών. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται συνήθως νωρίτερα κατά την ανάπτυξη του παιδιού σε σύγκριση με τις άλλες δύο διαταραχές. Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά παρουσιάζουν αντιδραστική συμπεριφορά επειδή αδυνατούν να ελέγξουν την παρορμητικότητά τους. Αντίθετα, τα κίνητρα της συμπεριφοράς των παιδιών με διαταραχή διαγωγής χαρακτηρίζονται συχνά από σκοπιμότητα.⁵

Τέλος η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από τη διπολική διαταραχή και άλλες διαταραχές της διάθεσης βασίζεται κυρίως στη συνέντευξη με τους γονείς. Η ΔΕΠ-Υ είναι μία χρόνια διαταραχή της οποίας τα συμπτώματα εμφανίζονται πριν την ηλικία των 7 ετών. Οι διαταραχές της διάθεσης χαρακτηρίζονται από οξέα επεισόδια απότομης μεταβολής της διάθεσης και εμφανίζονται συνήθως μετά την ηλικία των 12 ετών, ως μία σημαντική και ξαφνική αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά και στη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού.¹

4.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Ασθενείς με μια σειρά προβλημάτων ψυχιατρικής φύσεως, όταν περιγράφουν την κατάστασή τους στον ειδικό, μπορεί να δίνουν έμφαση στη δυσκολία που αντιμετωπίζουν αναφορικά με τη συγκέντρωση, την προσοχή ή τη βραχύχρονη μνήμη. Είναι σημαντικό να αποκλειστούν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, οι περισσότερες από τις οποίες είναι στην ουσία πιο διαδεδομένες από τη ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες.⁵

Συγκεκριμένα, η μείζων κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών συνήθως συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες. Πρέπει να επισημανθεί ότι οι περισσότεροι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν μια «καθαρή» μορφή της ΔΕΠ-Υ. Η συννοσηρότητα τείνει να είναι ο κανόνας παρά η εξαίρεση. Δεν είναι σαφές αν αυτές οι συννοσηρές ψυχιατρικές καταστάσεις αποτελούν ψυχολογική συνέπεια προϋπάρχουσας ΔΕΠ-Υ ή αν απλά σχετίζονται με αυτή. Για παράδειγμα, η κατάχρηση ουσιών μπορεί να εμφανιστεί ως ένας τρόπος μείωσης της απογοήτευσης και ματαίωσης που προκύπτει από τον περισπασμό της προσοχής, την αδυναμία συγκέντρωσης και την παρορμητικότητα.⁵

Αν μια τέτοιου είδους ψυχιατρική διαταραχή είναι εμφανής σε κάποιον ασθενή με ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει ο ασθενής να ενημερωθεί σχετικά με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, που θα αντιμετωπιστούν με αγωγή διεγερτικών, και με τα συμπτώματα των άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων, που μπορεί να απαιτήσουν επιπρόσθετη θεραπεία.⁵

4.5 Η ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Με την ολοκλήρωση της διαγνωστικής διαδικασίας ο ειδικός έχει στη διάθεσή του έναν μεγάλο αριθμό πληροφοριών και δεδομένων, τα οποία προέρχονται από κλίμακες αξιολόγησης, ψυχομετρικές δοκιμασίες, ιατρικές εξετάσεις, συνεντεύξεις από γονείς και δασκάλους, και από τις δικές του κλινικές παρατηρήσεις. Όλα αυτά τα στοιχεία είναι πολύτιμα, κανένα όμως δεν μπορεί να οδηγήσει από μόνο του σε διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.⁴

Έγκειται λοιπόν στην κρίση του ειδικού να οργανώσει τις πληροφορίες του με τέτοιο τρόπο ώστε να καταλήξει στον καθορισμό της διάγνωσης. Στη λεπτομερή δηλαδή περιγραφή της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού, μέσα στο πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται και σε σχέση με το φύλο και την ηλικία του, στον καθορισμό των κυρίαρχων συμπτωμάτων και των δευτερογενών συμπτωμάτων που τα πλαισιώνουν και στον εντοπισμό των παραγόντων οι οποίοι ενδέχεται να συντηρούν ή και να επιδεινώνουν την παρούσα κατάσταση. Η διάγνωση είναι εκείνη που καθορίζει το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης που θα ακολουθηθεί και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκειά της, συμβάλλοντας έτσι στην ανανέωση των στόχων της και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της.⁴

Η οργάνωση των αποτελεσμάτων για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αποτελείται από τέσσερα στάδια. Κατ' αρχάς ο ειδικός θα πρέπει να διαπιστώσει αν το παιδί πληροί τα κριτήρια του DSM για τη διάγνωση της διαταραχής. Εν συνεχεία θα πρέπει να αποφανθεί αν κάποια άλλη διαταραχή εξηγεί καλύτερα την παρουσία των συμπτωμάτων αυτών (διαφορική διάγνωση). Το επόμενο στάδιο είναι η σύγκριση αυτών των μορφών συμπεριφοράς με τη συμπεριφορά παιδιών ίδιας χρονολογικής και νοητικής ηλικίας, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός απόκλισης από τη «φυσιολογική» συμπεριφορά σύμφωνα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού. Το επόμενο και τελευταίο στάδιο αναφέρεται στον καθορισμό της επίδρασης των συμπτωμάτων αυτών στη λειτουργικότητα του παιδιού στο σχολικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.⁴

4.6 ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ιδανικό είναι να γίνεται η διάγνωση από κάποιον επαγγελματία με εκπαίδευση στη ΔΕΠ-Υ ή στη διάγνωση νοητικών διαταραχών. Παιδοψυχίατροι και παιδοψυχολόγοι, εξελικτικοί/συμπεριφορικοί παιδίατροι ή συμπεριφορικοί νευρολόγοι είναι μερικές από τις ειδικότητες που έχουν εκπαίδευση στη διάγνωση και αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.⁵

Οι *παιδοψυχίατροι* είναι γιατροί που ειδικεύονται στη διάγνωση και αντιμετώπιση νοητικών και συμπεριφορικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας. Ο ψυχίατρος παρέχει θεραπεία και μπορεί να συνταγογραφήσει κάποια απαραίτητη φαρμακοθεραπεία. Οι *παιδοψυχολόγοι* έχουν επίσης την εκπαίδευση για διάγνωση και αποκατάσταση της ΔΕΠ-Υ. Μπορούν να παρέχουν θεραπεία και να βοηθούν την οικογένεια να αναπτύξει τρόπους αντιμετώπισης της διαταραχής, αλλά δεν μπορούν να συνταγογραφήσουν φάρμακα. Οι *νευρολόγοι*, ειδικότητα που ασχολείται με διαταραχές του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, μπορούν επίσης να διαγνώσουν τη ΔΕΠ-Υ και να συνταγογραφήσουν φάρμακα, αλλά, σε αντίθεση με τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους, συνήθως δεν παρέχουν ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες για τις συναισθηματικές πλευρές της διαταραχής.⁵

Γεγονός είναι ότι, λόγω της πολυμορφικής φύσης της διαταραχής, συνήθως όλες οι παραπάνω ειδικότητες εμπλέκονται λίγο πολύ στη διαδικασία της διάγνωσης σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Πάντα όμως, για να τεθεί διάγνωση, χρειάζεται να εμπλακούν τουλάχιστον δύο γιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων. Επιπλέον, η συνεργασία λογοθεραπευτή και εργοθεραπευτή είναι επίσης απαραίτητη καθώς συχνά δίνει πολύτιμες πληροφορίες σε συγκεκριμένους τομείς των δυσκολιών.⁵

5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5.1 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Αρχικά αξίζει να σημειωθεί, πως στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, δεν χρησιμοποιούμε συνήθως τον όρο «θεραπεία», δεδομένου ότι δεν μπορούμε να επιτύχουμε πλήρη αποκατάσταση, αφού το οργανικό υπόστρωμα της διαταραχής συνεχίζει να υπάρχει στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, ακόμη και μετά την πλέον επιτυχημένη παρέμβαση. Προτιμούμε λοιπόν να μιλάμε για «θεραπευτική παρέμβαση», η οποία στοχεύει αφενός στον περιορισμό της εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και αφετέρου στην πρόληψη των δευτερογενών συμπτωμάτων όπως προβλήματα συμπεριφοράς, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή σχολική επίδοση κλπ. ¹

Η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές: να είναι προσαρμοσμένη στις συγκεκριμένες ανάγκες του παιδιού υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες, να υπάρχει μακροχρόνια πολιτική παρέμβασης με συνδυασμό πολλών στοιχείων και να υπάρχει μέριμνα για τη βελτίωση της χαμηλής αυτοεκτίμησης που συχνά παρουσιάζουν αυτά τα παιδιά. ¹²

Η φαρμακοθεραπεία, η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, η εκπαίδευση των γονέων και η ατομική ψυχοθεραπεία είναι ορισμένες από τις νεότερες μεθόδους που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Αν και όλες οι παραπάνω μέθοδοι αποφέρουν κάποια αποτελέσματα, καμία ωστόσο δεν οδηγεί σε σημαντική βελτίωση όταν εφαρμόζεται μόνη της. Η σημαντικότερη και πιο μακροχρόνια βελτίωση των δυσκολιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκύπτει ως αποτέλεσμα του επιτυχημένου συνδυασμού μεθόδων. ⁴

Ειδικότερα, στις περιπτώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας, η θεραπευτική προσπάθεια εστιάζει βασικά στην εκπαίδευση των γονέων, ενώ για τα παιδιά σχολικής ηλικίας, εστιάζει τόσο στην εφαρμογή συμπεριφορικών προγραμμάτων, όσο και στην εκπαίδευση των γονέων και την παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο. Για τις περιπτώσεις των εφήβων, η θεραπευτική προσέγγιση δεν περιορίζεται απλώς στη συμπεριφορική

παρέμβαση και στην εκπαίδευση των γονέων, αλλά περιλαμβάνει και γνωσιακές παρεμβάσεις.³

Τέλος, σύμφωνα με την πολυεπίπεδη θεραπευτική προσέγγιση, εκτός από τα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος του παιδιού, ο κλινικός ψυχολόγος συνεργάζεται στενά και με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων, όπως εκπαιδευτικούς, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, παιδονευρολόγους, παιδοψυχίατρους, οι οποίοι μπορούν να συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.⁴

5.1.1 ΑΝΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα, προτάθηκαν και εφαρμόστηκαν πολλές θεραπευτικές μέθοδοι για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αρκετές όμως από αυτές είτε αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές είτε στηρίχτηκαν σε ελλιπή ερευνητικά δεδομένα και σε έρευνες που χαρακτηρίζονταν από σοβαρά μεθοδολογικά σφάλματα, με αποτέλεσμα τη σταδιακή εγκατάλειψή τους, από τους ειδικούς και την αναζήτηση αποτελεσματικότερων μεθόδων παρέμβασης. Ορισμένες από αυτές ήταν η δίαιτα του Feingold, η μέθοδος της βιοανάδρασης μέσω εγκεφαλογραφήματος, και κάποιες μέθοδοι που στοχεύουν στη διέγερση του προθαλάμου, όπως η προσέγγιση του Levinson και η μέθοδος της αισθητηριακής ολοκλήρωσης της Aures.¹

5.1.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Πότε θεωρείται απαραίτητη

Η απόφαση για χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται μετά από πολύ προσεκτική εξέταση. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η σοβαρότητα της κατάστασης του παιδιού, όταν συνυπάρχει δηλαδή κάποια καθυστέρηση στην ανάπτυξη με νευρολογικές ανεπάρκειες, όταν το παιδί είναι υπερβολικά ανήσυχο, διαταρακτικό ή όταν παρουσιάζει επίμονα δευτερογενή προβλήματα επιθετικότητας ή άρνησης σε τέτοιο βαθμό που η οικογένεια «πλέον δεν αντέχει».⁶

Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί επιπλέον, σε συνδυασμό με κάποια άλλη μορφή θεραπείας, και στις περιπτώσεις όπου το παιδί βρίσκεται σε μεγάλη διέγερση, παρουσιάζει σημαντικούς φόβους ή καταθλιπτική διάθεση, έχει χαμηλή αυτοεικόνα και αυτοπεποίθηση και δεν έχει εμπιστοσύνη στην αξία του. Στην απόφαση για φαρμακοθεραπεία μπορεί επίσης να καταλήξουμε και στην περίπτωση που οι μέθοδοι οι οποίες έχουν εφαρμοστεί έως τώρα, όπως εκπαίδευση γονέων, συμβουλευτική δασκάλων και θεραπεία παιδιού, δεν αποδείχθηκαν αποτελεσματικές ή όταν η κατάσταση του παιδιού επιδεινώνεται.⁶

Ανεξάρτητα από το είδος του φαρμάκου που θα χορηγηθεί, είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί επακριβώς κατά πόσον οι γονείς είναι σε θέση να δεχθούν ή επιθυμούν ένα τέτοιο γεγονός. Πρώτα από όλα, όμως, ο ειδικός πρέπει απαραίτητως να ενημερώσει πλήρως γι' αυτό τους γονείς και το παιδί. Ιδιαίτερες δυσκολίες είναι δυνατόν να αντιμετωπίσει όταν πρόκειται να χορηγήσει τη φαρμακευτική αγωγή σε εφήβους («Εγώ δεν το παίρνω»). Γι' αυτό είναι απαραίτητο αφενός να τους δώσει επαρκείς εξηγήσεις αναφορικά με τα κύρια προβλήματά τους, αφετέρου να τους πληροφορήσει σχετικά με τον τρόπο επίδρασης του φαρμάκου. Ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ δεν θέλει να διαφέρει από τους συνομήλικούς του (και άλλοι έφηβοι οι οποίοι ακολουθούν χρόνια φαρμακοθεραπεία, στην εφηβεία αρχίζουν να την απορρίπτουν). Και επειδή χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα και υπερβολή, μπορεί να γίνει εξαιρετικά αρνητικός.⁶

Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι, παρόλο που τονίζεται η χρησιμότητα της φαρμακοθεραπείας, δεν είναι πάντοτε αναγκαία στη ΔΕΠ-Υ. Ειδικότερα στην προσχολική ηλικία, τα φάρμακα χρησιμοποιούνται εξαιρετικά σπάνια και μόνο για ακραίες περιπτώσεις. Σε αυτή τη φάση, οι ψυχοπαιδαγωγικές και οικογενειακές παρεμβάσεις είναι οι πλέον ενδεδειγμένες. Επίσης, όταν ο βαθμός σοβαρότητας της ΔΕΠ-Υ είναι μικρός ή το παιδί φαίνεται να ανταποκρίνεται σε άλλους τρόπους αντιμετώπισης, η χρήση των φαρμάκων αναβάλλεται, όπως επίσης όταν υπάρχει κίνδυνος ανεπιθύμητων παρενεργειών στο συγκεκριμένο παιδί, λόγω υπέρτασης, καρδιαγγειακού προβλήματος, κ.ά. Το ίδιο ισχύει και όταν ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ κάνει χρήση αλκοόλ, μαριχουάνας ή άλλων ουσιών.³

Φάρμακα που χορηγούνται

Στην Ελλάδα είναι εγκεκριμένα από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων δύο είδη φαρμάκων για τη ΔΕΠ-Υ: η μεθυλοφαινιδάτη και η ατομοξετίνη. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν στη βελτίωση των συμπτωμάτων και δρουν συνεργικά με τη ψυχοθεραπεία. Βελτιώνουν τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και βοηθούν σε άλλα δευτερογενή προβλήματα, όπως είναι η παρορμητικότητα, οι εκρήξεις θυμού, οι συναισθηματικές διακυμάνσεις. Οι επιδράσεις της στοχευμένης θεραπείας επεκτείνονται και στην έμμεση βελτίωση της αυτοεκτίμησης και των σχολικών επιδόσεων οδηγώντας έτσι στη βελτίωση των σχέσεων στο σχολείο και στο σπίτι.²

Η μεθυλφαινιδάτη, γνωστή ως ένας διεγέρτης του κεντρικού νευρικού συστήματος, κυκλοφορεί σε μια σειρά από διαφορετικά εμπορικά σήματα και είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ. Παρόλο που ακούγεται παράδοξη η χρήση νευροδιεγέρτη σε διαταραχή υπερκινητικότητας, φαίνεται ότι διεγείρει ένα μέρος του εγκεφάλου που αλλάζει τις ψυχικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις. Η δράση της ξεκινά σχεδόν αμέσως μετά την λήψη. Διαρκεί συνήθως μέχρι 4 ώρες για το σκεύασμα βραχείας δράσης (Ritalin) και ως 12 ώρες για το σκεύασμα αργής αποδέσμευσης (Concerta). Δεν λαμβάνεται καθημερινά.²

Η ατομοξετίνη δρα διαφορετικά από την μεθυλφαινιδάτη. Είναι ένας επιλεκτικός αναστολέας πρόσληψης νοραδρεναλίνης και αυξάνει την ποσότητα αυτής της χημικής ουσίας του εγκεφάλου μας. Η νοραδρεναλίνη είναι η ουσία που περνά μηνύματα μεταξύ των εγκεφαλικών κυττάρων και η αύξησή της, με τη βοήθεια της ατομοξετίνης, συντελεί στη βελτίωση της συγκέντρωσης και του αυτοελέγχου. Η ατομοξετίνη χρειάζεται περίπου 20 μέρες για να δημιουργηθούν επίπεδα στον οργανισμό, λαμβάνεται καθημερινά και η δράση της διαρκεί περισσότερο.²

Δυο άλλες κατηγορίες χρησιμοποιούμενων φαρμάκων για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι αυτή των αντικαταθλιπτικών και αυτή των αντι-υπερτασικών φαρμάκων. Τα αντικαταθλιπτικά σε μερικές περιπτώσεις είναι σαφώς βοηθητικά, αλλά συνήθως όχι στο βαθμό και στην έκταση που βοηθούν τα ψυχοδιεγερτικά. Τα φάρμακα αυτά συνήθως δοκιμάζονται σε περιπτώσεις αποτυχίας των ψυχοδιεγερτικών και απευθύνονται κυρίως σε πληθυσμούς ατόμων με ΔΕΠ-Υ με παράλληλη νοσηρότητα (διαταραχές του θυμικού, κ.α.). Η κλονιδίνη είναι ένα από τα αντι-υπερτασικά

φάρμακα, η οποία διεγείρει τους αδρενεργικούς υποδοχείς του εγκεφάλου. Έχει χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο της υπερκινητικότητας σε παιδιά όπου υπάρχει αντένδειξη για χορήγηση ψυχοδιεγερτικών. Έχει διαπιστωθεί ότι η κλονιδίνη είναι αποτελεσματική σε υψηλό ποσοστό ατόμων με ΔΕΠ-Υ (72%) και στο 96% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τικς.³

Πριν την έναρξη χορήγησης αγωγής υπάρχει πάντα αιματολογικός, βιοχημικός και καρδιολογικός έλεγχος. Γενικά όμως, όπως συμβαίνει με όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι σε παρακολούθηση από το γιατρό τους.²

Συνήθως η θεραπεία αρχίζει με μικρές δόσεις στην αρχή, οι οποίες στη συνέχεια αυξάνονται σταδιακά, σύμφωνα με τις υποδείξεις του παιδοψυχιάτρου που παρακολουθεί το παιδί ή του ψυχιάτρου γιατρού για τον ενήλικα.² Περίπου 30 λεπτά μετά τη χορήγηση της κατάλληλης για το βάρος του παιδιού δοσολογίας του φαρμάκου, παρατηρούνται βελτίωση του εύρους της προσοχής, μείωση της παρορμητικότητας και της δραστηριότητας, καλύτερη συνεργασία και μεγαλύτερη δυνατότητα εστίασης στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες.³

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων είναι συνήθως ήπιες και παροδικές και περιλαμβάνουν κεφαλαλγία, μειωμένη όρεξη, αίσθημα παλμών, εκνευρισμό, ξηροστομία, δυσκολία στον ύπνο, κλπ. Συνήθως διαρκούν μια εβδομάδα και αποφεύγονται όταν ακολουθούνται οι οδηγίες των γιατρών για σταδιακή αύξηση της δοσολογίας.² Σε περίπτωση παρατεταμένης χορήγησης των παραπάνω φαρμάκων, ενδέχεται να επηρεαστεί ο ρυθμός ανάπτυξης του παιδιού το οποίο είναι πλήρως αναστρέψιμο μετά τη διακοπή της αγωγής. Τα Σαββατοκύριακα, οι αργίες και οι διακοπές είναι περίοδοι στη διάρκεια των οποίων το παιδί μένει εν μέρει ή εξ ολοκλήρου χωρίς φάρμακο. Έτσι, αποφεύγεται η απώλεια βάρους και η μείωση του ρυθμού σωματικής ανάπτυξης του παιδιού.³

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η φαρμακοθεραπεία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Ειδικά η χρήση των ψυχοδιεγερτικών έχει διπλασιαστεί έως και τριπλασιαστεί κατά τα τελευταία χρόνια. Αυτό οφείλεται στην πληθώρα των μελετών που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των φαρμάκων αυτών, καθώς και στο γεγονός ότι η φαρμακοθεραπεία

ενισχύει την αποδοτικότητα των λοιπών θεραπευτικών παρεμβάσεων (εκπαιδευτικών και ψυχοκοινωνικών) για το παιδί και την οικογένειά του. Σταδιακά, καταρρίπτονται οι μύθοι και η παραπληροφόρηση σχετικά με τον πιθανό εθισμό των ασθενών με ΔΕΠ-Υ στα ψυχοδιεγερτικά. Σήμερα, όλο και περισσότεροι έφηβοι, καθώς και ενήλικες, ακολουθούν αγωγή, η οποία, αν και μερικές φορές είναι μακροχρόνια, είναι αποτελεσματική και ασφαλής.³

5.1.3 ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί μια επέκταση των κλασικών μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς, η οποία συμπεριλαμβάνει την κατανόηση των αντιλήψεων, των στάσεων και των πεποιθήσεων τόσο των ίδιων των ατόμων που δέχονται τη θεραπεία όσο και των σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντός τους. Ο κεντρικός στόχος της γνωσιακής-συμπεριφορικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει τα παιδιά και τις οικογένειές τους να μάθουν να ασκούν έλεγχο στις σκέψεις και στα συναισθήματά τους ως μέσο για την αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Στηρίζεται σε αρχές της θεωρίας της συμπεριφοράς και, ειδικότερα, της θεωρίας της μάθησης.¹

Στα πλαίσια μιας γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης, απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση της συνεργασίας των γονέων και της δυναμικής συμμετοχής τους στη θεραπευτική διαδικασία, αποτελεί ο εντοπισμός των δυσλειτουργικών αντιλήψεων που έχουν πολλές φορές οι γονείς για τις δυσκολίες του παιδιού τους και η αντικατάστασή τους με άλλες, ορθότερες και πιο λειτουργικές αντιλήψεις.⁴

Ορισμένες ειδικές γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ περιγράφονται παρακάτω:

Έλεγχος των ερεθισμάτων

Η τεχνική αυτή στοχεύει στον έλεγχο των προγενόμενων της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Αφού εντοπίσουμε ποιες συνθήκες προηγούνται της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, φροντίζουμε να τις τροποποιήσουμε ή να τις αποφύγουμε προκειμένου

να προλάβουμε την εμφάνισή της.¹³ Για την επίτευξη του σκοπού αυτού είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο θεραπευτής να δίνει συγκεκριμένες οδηγίες. Για παράδειγμα, προκειμένου να αποφευχθεί η διασπαστική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της μελέτης του παιδιού, ο θεραπευτής μπορεί να τονίσει στους γονείς, πως το δωμάτιο όπου μελετά το παιδί θα πρέπει να είναι φωτεινό και το παιδί να μην περιτριγυρίζεται από αντικείμενα, τα οποία θα μπορούσαν να του αποσπάσουν την προσοχή. Αντιθέτως, θα πρέπει να έχει στο γραφείο του μόνο το βιβλίο και το τετράδιο που χρειάζεται για το συγκεκριμένο μάθημα και να μην κυκλοφορούν άλλα άτομα στο χώρο κατά τη διάρκεια της μελέτης.³

Επίσης, είναι καθοριστικής σημασίας ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς διατυπώνουν τις οδηγίες τους στο παιδί. Είναι περισσότερο αποτελεσματικό όταν οι γονείς δίνουν στο παιδί μία εντολή κάθε φορά, ενώ παράλληλα επιβεβαιώνουν ότι εκείνο έχει κατανοήσει τι του ζητούν. Επίσης, η εντολή δεν θα πρέπει να έχει ερωτηματική μορφή, π.χ. «Θέλεις να καθίσεις ήσυχα στην καρέκλα σου;» αλλά να διατυπώνεται με σταθερότητα και απόλυτο τρόπο, π.χ. «Κάθισε ήσυχα στην καρέκλα σου».³

Σταδιακή αύξηση του εύρους της προσοχής

Με την τεχνική αυτή επιδιώκεται η σταδιακή προσέγγιση του στόχου, ο οποίος είναι η διατήρηση της προσοχής για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κατά την εκτέλεση ενός έργου.¹⁴ Η διαδικασία ξεκινά με σχετικά εύκολες δραστηριότητες, προκειμένου το παιδί να αποκτήσει θετική στάση απέναντι στην ικανότητά του να εκτελεί αποτελεσματικά ορισμένες εργασίες, ενώ στη συνέχεια ενθαρρύνεται να ασχοληθεί με πιο περίπλοκες δραστηριότητες, οι οποίες σχετίζονται με την καθημερινότητά του, όπως για παράδειγμα τις σχολικές του εργασίες. Οι δραστηριότητες τις οποίες συνήθως καλείται αρχικά το παιδί να εκτελέσει μπορεί να αφορούν στην τακτοποίηση και συμπλήρωση εικόνων, στην επίλυση λαβυρίνθων καθώς και σε ασκήσεις μνήμης. Στα πλαίσια της διαδικασίας αυτής, οι εντολές προσαρμόζονται στο πρόγραμμα άσκησης σύμφωνα με συγκεκριμένους κανόνες, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η μεταφορά και εφαρμογή της αποκτηθείσας δεξιότητας σε πραγματικές καταστάσεις. Για την επιτυχία αυτής της προσπάθειας, είναι σημαντικό το επίπεδο δυσκολίας να αυξάνεται σταδιακά, ανάλογα με την πρόοδο του παιδιού.³

Η χρήση ρολογιού, ξυπνητηριού ή χρονομέτρου ενδείκνυται, προκειμένου το παιδί να διευκολυνθεί στην κατανόηση της έννοιας του χρόνου καθώς επίσης και στη διατήρηση της προσοχής του στην εκάστοτε δραστηριότητα. Ο αρχικός στόχος είναι το παιδί να παραμείνει συγκεντρωμένο για ορισμένο χρονικό διάστημα το οποίο να είναι ελάχιστα μεγαλύτερο από αυτό στο οποίο μπορεί με ευκολία να παραμείνει συνήθως συγκεντρωμένο. Στη συνέχεια, όταν το παιδί καταφέρει αυτό τον στόχο, τίθεται ως επόμενος στόχος η διατήρηση της συγκέντρωσης της προσοχής για χρονικό διάστημα το οποίο να υπερβαίνει ελάχιστα αυτό του προηγούμενου στόχου. Με την εξέλιξη αυτής της διαδικασίας, το παιδί μπορεί σταδιακά να αυξήσει το χρονικό διάστημα κατά το οποίο καταφέρνει να παραμείνει συγκεντρωμένο σε μία δραστηριότητα.³

Εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά διαθέτουν ελλειπείς κοινωνικές δεξιότητες. Μάλιστα, θεωρείται ότι η δυσκολία σύναψης και διατήρησης θετικών σχέσεων με τους συνομηλίκους αποτελεί ένα από τα βασικά τους χαρακτηριστικά. Στο σχολείο είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες και συχνά γίνονται οι «παλιάτσοι» ή τα «μαύρα πρόβατα» της τάξης, στην προσπάθειά τους να προσελκύσουν την προσοχή των συμμαθητών τους ή και του δασκάλου, με αποτέλεσμα τελικά να περιθωριοποιούνται από την ομάδα των συνομηλίκων. Όσο περισσότερο όμως περιθωριοποιούνται, τόσο στερούνται και των ευκαιριών απόκτησης νέων κοινωνικών δεξιοτήτων, ενώ παράλληλα είναι πολύ πιθανό να νοιώσουν πως αδικούνται, να θυμώσουν, κι έτσι να γίνουν πιο επιθετικά ή να αποσυρθούν, με αποτέλεσμα περαιτέρω απομόνωση.³

Για τους παραπάνω λόγους, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να επωφεληθούν σημαντικά από την εκπαίδευσή τους σε κοινωνικές δεξιότητες, την ανάπτυξη της ικανότητας της ενσυναίσθησης, τη διαχείριση του θυμού και της επιθετικότητας, τη διατύπωση και αποδοχή θετικών σχολίων προς και από τους άλλους, την αναζήτηση βοήθειας και υποστήριξης, την έκφραση διαμαρτυρίας, τη διεκδίκηση, την έκφραση άρνησης, τη συμμόρφωση με τους κανόνες της ομάδας, κ.ο.κ. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες, σημαντική θέση καταλαμβάνουν η συμμετοχή των συνομηλίκων, τα παιχνίδια ρόλων και η μάθηση μέσω της μίμησης προτύπου.³

Εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων

Οι τεχνικές επίλυσης προβλημάτων εφαρμόζονται συχνά στα πλαίσια της παρέμβασης σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να μάθουν σταδιακά να αξιολογούν τα ίδια τις καταστάσεις και να διαχειρίζονται τις δυσκολίες ή τα προβλήματα με τον αποτελεσματικότερο τρόπο.¹⁵

Στα πλαίσια της εκπαίδευσης στην επίλυση προβλημάτων, μπορεί να ενταχθεί και η τεχνική «Σταμάτα - Σκέψου - Πράξε», η οποία βασίζεται στις αρχές της εκπαίδευσης του παιδιού στην αυτοκαθοδήγηση. Στόχος της προσπάθειας αυτής είναι το παιδί να μάθει να ελέγχει την παρορμητική του συμπεριφορά έτσι ώστε, πριν από κάθε του ενέργεια, να σκέφτεται και να αξιολογεί συνολικά την κατάσταση ή το πρόβλημα. Η τεχνική αυτή, αναπτύσσεται μέσα από τα παρακάτω έξι στάδια: ορισμός του προβλήματος, προσέγγιση του προβλήματος, εστίαση της προσοχής, επιλογή της καλύτερης λύσης ή της πιο κατάλληλης αντίδρασης, έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοενίσχυση.³

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 το σχολείο, συντελεί στη γενίκευση του αποτελέσματος.³

Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής της συναισθηματικής δυσφορίας

Οι τεχνικές που εντάσσονται σε αυτό το πλαίσιο έχουν ως στόχο να βοηθήσουν το παιδί να δεχτεί και να διαχειριστεί τη συναισθηματική του δυσφορία, η οποία μπορεί να πηγάζει, για παράδειγμα, από το θυμό, την αδικία, την απογοήτευση ή τη στεναχώρια. Στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται προκειμένου να αυξηθεί ο έλεγχος των παρορμητικών και συναισθηματικών αντιδράσεων. Το παιδί μαθαίνει να εντοπίζει τα πρώτα σημάδια της συναισθηματικής του δυσφορίας και να αναπτύσσει ανταγωνιστικές με αυτή συμπεριφορές, οι οποίες δρουν μέσω της αισθητηριακής διέγερσης (π.χ. να ακούει την αγαπημένη του μουσική, να χαϊδέψει το κατοικίδιό του ζώο, να κάνει μασάζ στον εαυτό του, κ.λπ.)¹³

Εκπαίδευση στη διαχείριση του θυμού

Στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, πολλές φορές προκύπτει η αναγκαιότητα της εκπαίδευσής τους στον έλεγχο του θυμού, καθώς, εξαιτίας της παρορμητικότητάς τους, μπορεί εύκολα να θυμώσουν και να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά. Η διαχείριση θυμού περιλαμβάνει: την αναγνώριση του συναισθήματος του θυμού, την αξιολόγηση της έντασής του και τον εντοπισμό των καταστάσεων όπου το παιδί είναι πιθανότερο να θυμώσει, την εκπαίδευση μέσω μίμησης προτύπου και λεκτικής αυτοκαθοδήγησης σε εναλλακτικές αντιδράσεις αντί της επιθετικής συμπεριφοράς (το παιδί μπορεί να μάθει να αναπνέει βαθειά μέχρι να μειωθεί η ένταση του θυμού ή να φεύγει από το μέρος όπου ο θυμός πυροδοτήθηκε), 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. (το παιδί εκπαιδεύεται στην εναλλακτική ερμηνεία και στην παραγωγή εναλλακτικών σκέψεων για γεγονότα που πυροδοτούν το θυμό του), την εκπαίδευση σε εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης των συγκρούσεων ή των δυσκολιών μέσω μίμησης προτύπου και την εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης.³

Τεχνικές χαλάρωσης - Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση

Η Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση (ΠΜΧ) μπορεί να βοηθήσει το παιδί με ΔΕΠ-Υ να διαχειριστεί την παρορμητικότητα και εκρηκτικότητά του, εμπλουτίζοντας το ρεπερτόριο της συμπεριφοράς του με μία 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. 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.³

5.1.4 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εξαιρετικά αργή γλωσσική ανάπτυξη ορισμένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι τόσο σπάνιο φαινόμενο, υπολογίζεται ένα ποσοστό 30-40%. Αυτά τα παιδιά, όταν μιλούν, έχουν την τάση να μιλούν πάρα πολύ, αλλά, όπως αναφέρεται, κάνουν πολλά προφορικά λάθη. Η λογοθεραπεία μέσα από ειδικές ασκήσεις είναι απαραίτητη σε περίπτωση που οι δυσκολίες εξακολουθούν να υπάρχουν στην προσχολική ηλικία. Η αυτόματη εκμάθηση ορισμένων γραμματικών κανόνων δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σε δύσκολες περιόδους και τα παιδιά δίνουν την εντύπωση ότι δεν προσέχουν και παρακούνε. Ορισμένα παιδιά εκφράζονται σωστά από γραμματική άποψη, αλλά δυσκολεύονται να επαναλάβουν μεγάλες ή σύνθετες λέξεις ή να τις προφέρουν αυθόρμητα. Έχουν την τάση να ξεχνούν όλο και πιο πολύ τα ονόματα των συμμαθητών τους ήδη από την προσχολική ηλικία. Αργότερα, στο δημοτικό, είναι σε θέση να περιγράψουν όσα τους συνέβησαν αλλά με επίπονη προσπάθεια και με ασυνάρτητο τρόπο.⁶

Οι διαταραχές ακουστικής αντιληπτικής ολοκλήρωσης και οι διάφορες μορφές που είναι δυνατόν να προσλάβει παρουσιάζονται πιο συχνά απ' ό τι θα ήταν αναμενόμενο. Το παιδί δυσκολεύεται να αντιληφθεί πλήρως και σωστά αυτά που του λένε. Για παράδειγμα, δεν ακούει τις εκτάσεις τω φωνήεντων, δεν μπορεί να διακρίνει το «ι» από το «ε». Δεν μπορεί να βρει αμέσως και να συλλάβει σωστά αυτό που άκουσε με βάση την αντίστοιχη «εσωτερική ακολουθία των λέξεων». Αυτό το αντιληπτικό «στιλ» προκαλεί στο παιδί με ΔΕΠ-Υ σημαντικά προβλήματα, ιδίως όταν μαθαίνει να διαβάζει και να γράφει, ή όταν διδάσκεται μια ξένη γλώσσα. Το κατάλληλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τις ειδικές ασκήσεις, οι οποίες πρέπει να εφαρμόζονται όσο το δυνατόν πιο νωρίς, μπορεί να αναστείλει τη συνεχή επιβάρυνση της «ακουστικής οδού» του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και να το βοηθήσει τελικά «να ακούει σωστά» και να καταβάλλει τις ανάλογες προσπάθειες. Σε αυτά τα παιδιά μέχρι στιγμής έχει διαπιστωθεί μια αξιοπρόσεκτη μεμονωμένη ακουστική ευαισθησία, παρόλο που τα ίδια φωνάζουν δυνατά, με τη μορφή της υπερακουστικότητας (υπερβολικής μεταφοράς ακουστικών ερεθισμάτων).⁶

5.2 Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

5.2.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Η συνεργασία του ειδικού με τους γονείς ξεκινά με τη λεπτομερή ενημέρωσή τους για τη φύση της ΔΕΠ-Υ και τις δυσκολίες που παρουσιάζονται ως συνέπεια αυτής της διαταραχής. Έτσι οι γονείς είναι σε θέση να κατανοήσουν καλύτερα την εικόνα που παρουσιάζει το παιδί τους. Η ενημέρωση αποτελεί το πρώτο βήμα για την τροποποίηση πολλών λανθασμένων αντιλήψεων που οι γονείς έχουν ήδη διαμορφώσει για τη συμπεριφορά του παιδιού τους. ⁴

Το στάδιο αυτό είναι εξαιρετικά κρίσιμο γιατί κατά τη διάρκειά του τίθενται οι βάσεις για την κινητοποίηση των γονέων, την αύξηση των κινήτρων τους για τη συμμετοχή τους στη διαδικασία, την ενθάρρυνσή τους αναφορικά με τη δυνατότητά τους να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες του παιδιού τους και την απαλλαγή τους από ενοχές σχετικά με τη δική τους ευθύνη για την κατάσταση του παιδιού. ⁴

Αν ο ειδικός δεν ασχοληθεί πρώτα με την προετοιμασία των γονέων και δεν διασφαλίσει τις παραπάνω προϋποθέσεις για τη συμμετοχή τους στη θεραπευτική διαδικασία, είναι σχεδόν βέβαιο ότι η μεμονωμένη παρέμβασή του στα επίπεδα των δυσκολιών του παιδιού δεν πρόκειται να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα. ⁴

Η ενημέρωση των γονέων για τη φύση της ΔΕΠ-Υ και τις δυνατότητες της θεραπευτικής της αντιμετώπισης είναι σημαντικό να περιλαμβάνει τις παρακάτω πληροφορίες:

- Η ΔΕΠ-Υ είναι μια νευροβιολογική διαταραχή με γενετική αιτιολογία που επηρεάζει συγκεκριμένες δομές του εγκεφάλου.
- Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιαστούν περιστασιακά σε όλα τα παιδιά κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Αυτό που διαφοροποιεί τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, σε αυτή την περίπτωση, είναι ότι τα συμπτώματα είναι πιο πολλά αριθμητικά, πιο έντονα και πιο σταθερά στο χρόνο και επηρεάζουν δυσμενώς τις προσαρμοστικές τους ικανότητες και τη λειτουργικότητά τους.

- Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες συγκέντρωσης της προσοχής σε ορισμένες δραστηριότητες, όπως στα ηλεκτρονικά παιχνίδια, στον αθλητισμό, και γενικότερα σε δραστηριότητες, που παρουσιάζουν υψηλό ενδιαφέρον για τα ίδια και για τις οποίες έχουν υψηλό κίνητρο.
- Η ΔΕΠ-Υ συνήθως επηρεάζει τη συμπεριφορά, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις.
- Για τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ δεν ευθύνεται το παιδί ούτε οι γονείς του. Ωστόσο, οι στάσεις των γονέων απέναντι στο παιδί και τις δυσκολίες του μπορεί να επηρεάσουν καθοριστικά την έκβαση της διαταραχής.
- Σε αρκετές περιπτώσεις, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη θεραπευτική αντιμετώπιση.
- Η διάγνωση της διαταραχής είναι πολύ πιθανό να συνοδεύει το παιδί στην εφηβεία και στην ενήλική ζωή του.
- Η πρώιμη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να συμβάλουν σημαντικά στον περιορισμό της συμπτωματολογίας της διαταραχής καθώς επίσης και στην θετική της έκβαση. Επίσης, η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να συμβάλει στην αποφυγή των δευτερογενών προβλημάτων που σχετίζονται με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, τις κακές διαπροσωπικές σχέσεις και τις μαθησιακές δυσκολίες.³

5.2.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΔΕΧΤΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

- Στα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι διάχυτη μια υπερευαίσθησία που συνδέεται με παρορμητικότητα και κατευθύνονται από το συναίσθημα. Το αποτέλεσμα είναι η έκδηλη στρόφη σε κάποιο «πρόσωπο αναφοράς» και η ευαισθησία του στην κριτική. Η διάθεσή του παιδιού μπορεί να αλλάξει γρήγορα εξαιτίας κάποιων πολύ μικρών και ασήμαντων πραγμάτων.

- Έχει έντονο το αίσθημα του δικαίου με όλες τις συνακόλουθες επιπτώσεις. «Άδικες» πράξεις, γνώμες, εξηγήσεις εντοπίζονται αμέσως και καταλήγουν σε ανάλογες συναισθηματικές αντιδράσεις.
- Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν διαφορετικό ρυθμό και κοιμούνται λιγότερο από ότι τα άλλα παιδιά. Το πρωί πολλά από αυτά τα παιδιά χρειάζονται χρόνο για να ξεκινήσουν κανονικά τη μέρα τους.
- Τα προβλήματα που συνδέονται με τη διατήρηση της προσοχής και τον αυτοέλεγχο χειροτερεύουν ή καλύτερεύουν κατά περιόδους, χωρίς να υπάρχει κάθε φορά μια επαρκής εξήγηση για τη συμπεριφορά τους.
- Δεν δέχονται εύκολα τη σωματική επαφή. Ανταποκρίνονται μόνο στα χάρδια που προέρχονται στο «πρόσωπο αναφοράς». Δεν θέλουν να νιώθουν περιορισμένα. Σε πολλά από αυτά τα παιδιά αρέσουν τα ελαφρά χάρδια στην πλάτη.
- Το παιδί με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες με τους συνομηλίκους, καθώς με την παρορμητικότητα που το διακρίνει δείχνει μικρότερο από την ηλικία του. Από τη μία αντιλαμβάνεται και αντιδρά με παρορμητικό, συχνά υπερβολικό τρόπο, και από την άλλη –κάτι που είναι αντιφατικό- δείχνει πιο ώριμο από την ηλικία του. Ξαφνικά ενεργεί με απρόβλεπτο τρόπο, πετάγεται ή λέει κάτι άσχετο με τη συζήτηση την ώρα που οι άλλοι μιλούν, καταστρέφει κάποιο αντικείμενο, δεν τηρεί τους κανόνες του παιχνιδιού, θυμώνει εύκολα ή δείχνει προσβεβλημένο.
- Κατά κανόνα, το παιδί με ΔΕΠ-Υ τα πηγαίνει καλύτερα με αρκετά πιο μεγάλα παιδιά ή με αρκετά μικρότερα παιδιά. Με τους συνομηλίκους τα καταφέρνει καλά όταν αυτοί έχουν τον ίδιο τρόπο αντίληψης ή ακριβώς την αντίθετη ιδιοσυγκρασία, ειδικά στην παιδική και εφηβική ηλικία.
- Όταν γράφει γρήγορα, ο γραφικός του χαρακτήρας είναι άσχημος, σχεδόν δυσανάγνωστος. Προφανώς κατά το γραφοκινητικό συντονισμό υπάρχει πολύ μεγάλη και μη ελεγχόμενη ενεργοποίηση.⁶

5.2.3 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Πρόκειται για παρέμβαση στην οικογένεια και ψυχολογική υποστήριξη των μελών της από ειδικούς. Αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μη φαρμακευτική μέθοδο στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ και στη διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού στο οικογενειακό περιβάλλον. Επιδιώκει την άμεση εργασία με τους γονείς, ώστε να τροποποιήσουν και να βελτιώσουν τις γονικές τους δεξιότητες, με σκοπό τη βελτίωση των σχέσεων γονέα – παιδιού.²

Η ψυχοεκπαίδευση γονέων βασίζεται στις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς και η δομή των προγραμμάτων είναι στη βάση εβδομαδιαίων συνεδριών, συνήθως σε ομάδες, αν και μπορούν να τροποποιηθούν ώστε να χορηγούνται και ατομικά. Κύριοι στόχοι είναι η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης και ελέγχου της συμπεριφοράς του παιδιού, η ενίσχυση της ικανότητας και αυτοπεποίθησής τους, στην ανατροφή του παιδιού και η βελτίωση της σχέσης γονέων – παιδιού, με τη χρήση κατάλληλων μορφών επικοινωνίας και θετικής προσοχής.²

Το αποτέλεσμα εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού καθώς επίσης από την ύπαρξη ή μη συμπτωματολογίας ΔΕΠ-Υ στους γονείς. Πιο ευεργετική επίδραση έχει στα μικρότερα παιδιά με προβλήματα σχετιζόμενα με την συμμόρφωση, την πειθαρχία σε κανόνες, την εναντίωση και την επιθετικότητα.² Για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, συστήνονται ως πρώτης γραμμής θεραπεία. Η εκπαίδευση γονέων δίνει τη δυνατότητα για καλύτερη διαχείριση της συμπεριφοράς, δεδομένου ότι ένα μικρό και γνωστικά ανώριμο παιδί δεν ωφελείται επαρκώς από ατομικές συνεδρίες. Για τα παιδιά σχολικής ηλικίας, η ψυχοεκπαίδευση γονέων μαζί με ατομική συμπεριφορική θεραπεία είναι η κυρίαρχη μη φαρμακευτική θεραπευτική επιλογή. Άλλες επιπρόσθετες θεραπείες είναι οι ακαδημαϊκές παρεμβάσεις και οι παρεμβάσεις στην σχολική τάξη.¹⁶

Η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου στη θεραπευτική παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ έχει αξιολογηθεί σε έναν μεγάλο αριθμό μελετών οι οποίες καταδεικνύουν τη μείωση των πυρηνικών συμπτωμάτων, τη βελτίωση στις γονικές δεξιότητες, καθώς και τη μείωση της οικογενειακής εξάντλησης. Τα παραπάνω ευρήματα υποστηρίζονται από τις κλινικές οδηγίες του NICE (2009), οι οποίες συστήνουν τη χρήση της εκπαίδευσης γονέων για παιδιά ηλικίας μέχρι 12-13 ετών.

5.2.4 ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΕΩΝ

Η εκπαίδευση των γονέων αποτελεί «βασικό συστατικό» της θεραπείας. Η εμπειρία έχει αποδείξει ότι στην αρχή τα πράγματα είναι πιο εύκολα αν αυτή η εκπαίδευση γίνει από κοινού με άλλους γονείς που επίσης αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, απ' ό,τι αν συνεργάζονταν μόνο με έναν θεραπευτή και άκουγαν μόνο τη δική του άποψη.⁶

Η δουλειά που γίνεται στις ομάδες γονέων, που σχηματίζονται ανάλογα με την ηλικία των παιδιών, ακολουθεί την εξής πορεία: καθισμένοι σε κυκλική διάταξη, πρώτα γνωρίζονται μεταξύ τους και έπειτα ο καθένας καλείται να μιλήσει για όλα όσα τον δυσκολεύουν και τον ενοχλούν. Πολλοί γονείς περιγράφουν με πόσο κόπο προετοιμάζονται τα μαθήματα του σχολείου ή πόσο αρνητικές είναι οι αντιδράσεις του περιβάλλοντος. Εδώ χρειάζεται να αφιερωθεί πολύς χρόνος, για να μπορέσει ο καθένας να μιλήσει για τις σκέψεις και να εκφράσει τα συναισθήματά του. Ο εκπαιδευτής πρέπει να είναι ιδιαίτερα έμπειρος, να φροντίζει να συμμετέχουν όλοι και να συνοψίζει τις προσδοκίες τους ανάλογα με τον επιδιωκόμενο στόχο.⁶

Σε επόμενη φάση, όταν ο εκπαιδευτής θέτει στους γονείς το πολύ βασικό ερώτημα για τα θετικά χαρακτηριστικά και τα δυνατά σημεία του παιδιού τους, συνήθως η αρχική τους αντίδραση είναι η σιωπή και η περισυλλογή. Ο εκπαιδευτής πρέπει με ευαισθησία να επισημαίνει τα συμπτώματα που μένουν αμετάβλητα και πρέπει να γίνουν αποδεκτά από τους γονείς ως βάση για την απαραίτητη αλλαγή των στάσεών τους. Σχετικά με αυτό, είναι επίσης απαραίτητο να διευκρινιστεί τι είναι σε θέση να κάνει ένα παιδί και σε ποια ηλικία.⁶

Οι επιπτώσεις που έχουν τα «λάθη στην επικοινωνία» θα φανούν μέσα από το παιχνίδι ρόλων. Οι γονείς πρέπει να κατανοήσουν τι συμβαίνει στα παιδιά. Μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα δυνατά σημεία των παιδιών τους και να τα βοηθούν ώστε να τα χρησιμοποιούν θετικά στην καθημερινή ζωή. Αυτό επιτυγχάνεται με συγκεκριμένη βοήθεια που έχει στόχο την αναδόμηση και βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων και με καθοδήγηση που στοχεύει σε έναν ήρεμο, πολύ συνεπή τρόπο διαπαιδαγώγησης βασισμένο στη στοργή, την αποδοχή και τη γνώση των προβλημάτων.⁶

5.2.5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Αφού οι γονείς κατανοήσουν τη φύση της διαταραχής που αντιμετωπίζει το παιδί τους, τους στόχους της θεραπευτικής παρέμβασης, το ρόλο της δικής τους συμμετοχής σε αυτήν και την αξία της συνεργασίας τους με τον ειδικό, είναι πλέον έτοιμοι να δεχτούν τις οδηγίες του θεραπευτή για την εφαρμογή των βασικών αρχών και τεχνικών του προγράμματος στο σπίτι. Το σταθερό οικογενειακό περιβάλλον, οι καλές ενδοοικογενειακές σχέσεις, η συνεπής εφαρμογή μεθόδων πειθαρχίας, η αναγνώριση των ικανοτήτων του και ο περιορισμός της αρνητικής κριτικής στο παιδί αποτελούν τη βάση για την ομαλή εξέλιξη του κάθε παιδιού, με ή χωρίς δυσκολίες.⁴

Ο ειδικός βλέπει τους γονείς στο τέλος κάθε συνεδρίας με το παιδί. Σε αυτή τη συνάντηση ακούει τους γονείς, αξιολογεί την πρόοδο από την εφαρμογή του προγράμματος στο σπίτι, προλαμβάνει τυχόν λανθασμένες αντιδράσεις και αναπροσαρμόζει τις οδηγίες του σύμφωνα με την αξιολόγηση που κάνει κάθε φορά. Παράλληλα ενθαρρύνει τους γονείς στην προσπάθειά τους και τους στηρίζει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που παρουσιάζονται κατά καιρούς.⁴

Είναι σημαντικό για τους γονείς, κατά τη διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος, να μην ξεχνούν ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ ισοδυναμεί με έλεγχο των συμπτωμάτων της και όχι με πλήρη αποκατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι οι μορφές συμπεριφοράς που το παιδί μαθαίνει να ελέγχει δεν εξαλείφονται πλήρως, και ότι ενδέχεται να επανεμφανίζονται κατά διαστήματα. Ο στόχος είναι η παλινδρόμηση αυτή να παρουσιάζεται με όσο το δυνατόν μικρότερη συχνότητα και να διαρκεί όσο το δυνατόν λιγότερο. Ο ειδικός λοιπόν οφείλει να προετοιμάσει από την αρχή τους γονείς για τέτοιου είδους παλινδρομήσεις, προκειμένου να προλάβει την ενδεχόμενη απογοήτευσή τους και να εξασφαλίσει τη σταθερότητα και τη συνέπειά τους στην αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης.⁴

Έννοιες-κλειδιά στην αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποτελούν η σταθερότητα και η συνέπεια. Οι γονείς ενός τέτοιου παιδιού πρέπει να είναι σταθεροί, υποστηρικτικοί και προβλέψιμοι. Το παιδί πρέπει να γνωρίζει με ακρίβεια ποιες είναι οι επιθυμητές και ποιες οι ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς, καθώς και τις συνέπειες που επισύρει η καθεμία από αυτές. Για το λόγο αυτό οι γονείς πρέπει να χειρίζονται πάντοτε με τον ίδιο τρόπο τις αντιδράσεις του παιδιού.⁴

Προκειμένου να χειριστούν αποτελεσματικά το παιδί τους, οι γονείς, με τη βοήθεια του ειδικού, χρειάζεται να κατανοήσουν ορισμένους βασικούς κανόνες της συμπεριφοράς. Πρέπει να καταλάβουν με ποιο τρόπο επηρεάζουν τη συμπεριφορά τα γεγονότα που προηγούνται και έπονται αυτής. Αν παρατηρήσουν τι συμβαίνει συνήθως πριν την εκδήλωση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς και πώς αντιδρούν οι ίδιοι μετά από αυτήν, τότε θα μπορέσουν να διαμορφώσουν μια πιο αντικειμενική εικόνα της συμπεριφοράς του παιδιού, να εντοπίσουν τις θετικές και τις αρνητικές μορφές επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, να επιτύχουν ευκολότερα την εκδήλωση των επιθυμητών αντιδράσεων και να χειριστούν αποτελεσματικότερα την ενδεχόμενη αντιδραστική συμπεριφορά.⁴

Όσο το πρόγραμμα εξελίσσεται, η ανάγκη επίβλεψης της εφαρμογής των κανόνων από τους γονείς θα γίνεται όλο και μικρότερη, αφού το παιδί θα μάθει να ασκεί αυτοέλεγχο, να ρυθμίζει δηλαδή μόνο του τη συμπεριφορά του και να την προσαρμόζει ανάλογα στις περιστάσεις. Αυτός είναι άλλωστε και ένας από τους κύριους στόχους της θεραπευτικής παρέμβασης.⁴

5.2.6 ΒΑΣΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Η υιοθέτηση και εφαρμογή των παρακάτω κανόνων από τους γονείς μπορεί να διευκολύνει σημαντικά την καθημερινότητά τους και να βελτιώσει τη σχέση τους με το παιδί, καθιστώντας έτσι ευκολότερη την προσαρμογή του σε διαφορετικές συνθήκες και την ομαλή ψυχολογική του ανάπτυξη.

Γενικές πρακτικές οδηγίες προς τους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ

- Αποδεχθείτε τα όρια του παιδιού σας. Κάθε παιδί χρειάζεται την αγάπη, την αποδοχή και τη στοργή των σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντός 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 τη συσσωρευμένη του ενεργητικότητα.
- Δώστε στο παιδί ευκαιρίες να ασχοληθεί με αγαπημένες του δραστηριότητες.
- Προστατέψτε το παιδί από την αρνητική αντίδραση τρίτων που πιθανώς ενοχλούνται από τη συμπεριφορά του.
- Η «επιθυμητή» συμπεριφορά προϋποθέτει ένα θετικό περιβάλλον, χωρίς ερεθίσματα που διασπούν την προσοχή, πλούσιο σε θετικούς ενισχυτές και θετική επανατροφοδότηση.
- Αποφύγετε τη σωματική τιμωρία.
- Προσαρμόστε τις απαιτήσεις σας στις δυνατότητες του παιδιού.

Πρακτικές οδηγίες για τη μελέτη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο σπίτι

- Καθορίστε μια ρουτίνα και ένα πρόγραμμα μελέτης, ορίστε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο, και προσπαθήστε να τα ακολουθήσετε όσο το δυνατόν πιστότερα. Μην επιτρέπετε στο παιδί να ξεκινάει το διάβασμα αργά το απόγευμα.
- Περιορίστε τα ερεθίσματα τα οποία αποσπούν την προσοχή στο σπίτι την ώρα της μελέτης, για παράδειγμα αποφύγετε τους περιττούς θορύβους, κλείστε την τηλεόραση, μειώστε την ένταση του τηλεφώνου.
- Βοηθείστε το παιδί σας να χωρίσει τις εργασίες του σε μικρότερα κομμάτια ή ενότητες, έτσι ώστε η μελέτη να είναι πιο εύκολη και λιγότερο κουραστική.
- Βοηθείστε το παιδί να ξεκινήσει με τις εργασίες του, διαβάζοντας μαζί τις οδηγίες και κάνοντας μαζί τα πρώτα βήματα. Στη συνέχεια, παρατηρήστε το παιδί σας καθώς προχωράει στην επόμενη άσκηση και μετά αποστασιοποιηθείτε ή 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, με στόχο να αποκτήσει κάποια στιγμή πλήρη αυτονομία στη μελέτη του.
- Ενισχύστε και επαινέστε το παιδί σας όταν προσπαθεί και ολοκληρώνει τις ασκήσεις του. Η βοήθεια στην επισήμανση και στη διόρθωση των λαθών στις ασκήσεις είναι θεμιτή και κατάλληλη όταν γίνεται με έναν υποστηρικτικό και όχι επικριτικό τρόπο.

- Δεν είναι δική σας ευθύνη να διορθώσετε όλα τα λάθη στις εργασίες των παιδιών ή να τα κάνετε να παραδίδουν τις τέλειες ασκήσεις.
- Υπενθυμίζετε στο παιδί να κάνει τις εργασίες του και προσφέρετέ του κίνητρα «Όταν τελειώσεις το διάβασμα, τότε μπορείς...»
- Μπορείτε να συμφωνήσετε με το παιδί σας υπογράφοντας ένα είδος συμβολαίου για μεγαλύτερο ενισχυτή ή κίνητρο, σαν ένα μέρος ενός σχεδίου για να το κινητοποιήσετε ώστε να επιμένει στην ολοκλήρωση του διαβάσματός του («αν ολοκληρώνεις το διάβασμα σου στην ώρα του αυτή την εβδομάδα, τότε θα κερδίσεις...»).
- Ενημερώστε το δάσκαλο/τη δασκάλα για την απογοήτευση και το επίπεδο ανοχής του παιδιού σας το προηγούμενο απόγευμα. Ο δάσκαλος/η δασκάλα πρέπει να γνωρίζει το εύρος του χρόνου που απαιτείται για να ολοκληρώσει το παιδί σας το διάβασμά του και το είδος των προσπαθειών που κάνετε στο σπίτι για να το βοηθήσετε.
- Βοηθείστε το παιδί σας να προετοιμαστεί για τα τεστ. Μελετήστε μαζί. Εξετάστε το παιδί σας με διάφορους τρόπους.
- Δουλέψτε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και μετά σταματήστε να διαβάζετε. Μην αναγκάζετε το παιδί σας να αφιερώνει υπερβολικό χρόνο στη σχολική μελέτη. Αν νιώθετε ότι το παιδί σας 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 φεύγουν από το σπίτι και είναι μέσα στη 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, αναρτήστε την στο σπίτι και διατρέξτε την μαζί με το παιδί σας. Σημειώστε την ημερομηνία παράδοσης σ' ένα ημερολόγιο. Μετά σχεδιάστε πώς θα χωρίσετε την εργασία σε μικρότερα, πιο εύκολα κομμάτια, προγραμματίζοντας τα επιμέρους βήματα.³

5.3 Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ

Ο τρόπος με τον οποίο ο δάσκαλος της σχολικής τάξης αντιλαμβάνεται, ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παίζει εξέχοντα ρόλο στην εξέλιξή τους. Ως γνωστόν, το σχολείο είναι ο χώρος όπου τα παιδιά δοκιμάζουν τις ικανότητές τους. Αν ο δάσκαλος αποδίδει τα λάθη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε έλλειψη προσπάθειας ή προθυμίας να συνεργαστούν, τότε αυτά έχουν ελάχιστες πιθανότητες να τα καταφέρουν. Αν όμως ο δάσκαλος κατανοεί ότι τα λάθη οφείλονται σε πραγματικές αδυναμίες των παιδιών αυτών, τότε τα αξιοποιεί ως αφετηρία μάθησης και δεν τα ερμηνεύει ως αποτυχία.⁴

Συνήθως οι δάσκαλοι δεν είναι ειδικοί στην αντιμετώπιση παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες και πέρα από την ευαισθητοποίησή τους σε τέτοια θέματα και ορισμένες γενικές γνώσεις, δεν έχουν την υποδομή να χειριστούν μόνοι τους τέτοιες καταστάσεις. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η συνεργασία τους με τον ειδικό που παρακολουθεί το παιδί, προκειμένου να ενημερωθούν για τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής καθώς και για τρόπους και τεχνικές που μπορούν να οδηγήσουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ενός τέτοιου παιδιού στα πλαίσια της σχολικής τάξης.⁴

Παράλληλα, η συμβολή του δασκάλου στη θεραπευτική διαδικασία έγκειται στην παροχή πολύ σημαντικών πληροφοριών σχετικά με τη συμπεριφορά και τις επιδόσεις του παιδιού, τις οποίες ο ειδικός δεν θα μπορούσε να γνωρίζει διαφορετικά. Επιπλέον, η συμμετοχή του δασκάλου βοηθά στη χάραξη μιας κοινής πορείας παρέμβασης στο κλινικό, οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον, έτσι ώστε οι αντιδράσεις του παιδιού να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο από τα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός του στα περισσότερα πλαίσια στα οποία κινείται.⁴

Η αρμονική συνεργασία όλων των ατόμων που ασχολούνται με το παιδί και η εφαρμογή κοινών αρχών και τεχνικών συμβάλει σημαντικά στην απόδοση της παρέμβασης. Επομένως, οι αρχές που αναφέραμε για τη συμβουλευτική των γονέων ισχύουν και για τους δασκάλους. Η συνέπεια, η σταθερότητα, η ενίσχυση, η ενθάρρυνση, η σαφήνεια και η ακρίβεια των οδηγιών είναι στοιχεία που πρέπει να διέπουν τη συμπεριφορά όλων των ατόμων που ασχολούνται με την αγωγή του παιδιού.⁴

Ένα πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης στο σχολείο μπορεί να έχει τους εξής στόχους: Μείωση της υπερκινητικής συμπεριφοράς, διατήρηση της προσοχής για μεγαλύτερα χρονικά διάστημα κατά τη διάρκεια του μαθήματος, ικανοποιητική ανταπόκριση στις απαιτήσεις του σχολείου., ολοκλήρωση δραστηριοτήτων, πρόθυμη εκτέλεση οδηγιών και εντολών, βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομηλίκους.¹⁷

5.3.1 ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ

Στις περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ η επιλογή μίας πληροφορίας πρέπει να γίνεται μονοδιάστατα, γραμμικά, επαναληπτικά, με μικρά και συχνά διαλείμματα και να έχει όσο το δυνατό απλές και στερεότυπες λέξεις. Εάν είναι δυνατόν να έχει σχέση το ερέθισμα με την προσωπικότητά τους, με τα βιώματά τους και με τον τρόπο σκέψης τους. Εάν μπορούμε να εξασφαλίσουμε μια προσέγγιση στις προαναφερόμενες συνθήκες τότε πετυχαίνουμε ένα πλαίσιο στο οποίο τα υπερκινητικά παιδιά, θα εμφανίσουν τη μέγιστη δυνατή απόδοσή τους.¹⁷

Τρεις έννοιες κλειδιά για τους δασκάλους των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η συντομία, η ποικιλία και η δόμηση των δραστηριοτήτων. Κάθε δραστηριότητα πρέπει να χωρίζεται σε μικρότερες ενότητες και να μην παρουσιάζεται στο σύνολό της, διότι έτσι μειώνονται οι πιθανότητες εγκατάλειψης της προσπάθειας. Επίσης, η παρουσίαση του ίδιου διδακτικού υλικού από το δάσκαλο με μικρές παραλλαγές, μεγιστοποιεί το ενδιαφέρον των παιδιών αυτών για τη δραστηριότητα και δεν τα αφήνει να βαρεθούν από την επανάληψη. Τέλος η οργάνωση των καθημερινών δραστηριοτήτων στην τάξη με τρόπο ώστε τα παιδιά να γνωρίζουν το καθημερινό πρόγραμμα, τα βοηθά να μην ξεφεύγουν από αυτό. Οι κανόνες, οι προσδοκίες και οι συνέπειες από την τήρηση ή την παραβίαση των κανόνων, θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες για τα παιδιά και να εφαρμόζονται με συνέπεια.¹⁷

Εκτός αυτών, ο δάσκαλος οφείλει να απλοποιεί τις οδηγίες που δίνει στο παιδί με ΔΕΠ-Υ και να βεβαιώνεται ότι έγιναν κατανοητές. Πολλές φορές τα παιδιά αυτά, βοηθιούνται όταν επαναλαμβάνουν, φωναχτά τις οδηγίες που τους δόθηκαν προτού τις εφαρμόσουν. Το όφελος από αυτή τη διαδικασία είναι διπλό. Αφενός ο δάσκαλος

βεβαιώνεται ότι το παιδί κατάλαβε απόλυτα αυτό που του ζητήθηκε και αφετέρου η επανάληψη των οδηγιών από το ίδιο το εισάγει στη διαδικασία της αυτό-καθοδήγησης, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική. Γενικά, ο δάσκαλος, θα πρέπει να επιτρέπει στο παιδί να σκέφτεται φωναχτά και να μην ενθαρρύνει την ταχύτητα στις απαντήσεις. Επίσης, σε τακτά διαστήματα καλό είναι να υπενθυμίζει στα παιδιά το χρόνο που έχουν στη διάθεσή τους για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας.¹⁷

Τέλος είναι σημαντικό για το δάσκαλο να είναι σε θέση να χειρίζεται αποτελεσματικά την αντιδραστική συμπεριφορά ορισμένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και να μη χάνει τον έλεγχο της κατάστασης. Προϋπόθεση είναι να μπορεί να διακρίνει πότε η συμπεριφορά ενός παιδιού είναι σκόπιμα αντιδραστική και πότε προκαλείται από την αδυναμία του να ελέγξει λόγω της ΔΕΠ-Υ. Οι παρατηρήσεις του πρέπει να αφορούν την συγκεκριμένη συμπεριφορά του παιδιού, να μη θίγουν την προσωπικότητά του και να διατυπώνονται άμεσα με συντομία και ηρεμία, χωρίς συναισθηματική ένταση.¹⁷

5.3.2 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΤΑΞΗΣ

Πρωτοβάθμια εκπαίδευση:

- Βάλτε τα να κάτσουν μακριά από το παράθυρο και κατά προτίμηση κοντά στην έδρα. Έτσι περιορίζετε τη διάσπασή τους.
- Στο θρανίο καλό είναι να κάτσουν μαζί με έναν οργανωμένο και καλόβολο μαθητή που θα τους παρασύρει θετικά.
- Τοποθετήστε αφίσες, ζωγραφιές, χάρτες στους πίσω τοίχους της τάξης.
- Όταν διασπώνται προσπαθήστε να τους επαναφέρετε με ένα μικρό άγγιγμα ή ένα χτύπημα στο θρανίο.
- Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επειδή συνεχώς επικρίνονται προσπαθούν να γίνονται αποδεκτά από τους συνομηλίκους τους κάνοντας τον «κλόουν» της τάξης. Εξηγήστε τους ότι αυτή η συμπεριφορά δεν είναι απαραίτητη και μιλήστε με τα παιδιά της τάξης ώστε να μην την ενθαρρύνουν
- Μην τα επικρίνετε δημόσια. Μπλοκάρονται και αντιδρούν άσχημα.

- Με την επιβράβευση μπορείτε να κατορθώσετε πολλά.
- Δώστε τους κίνητρα.
- Βοηθήστε τα να κατανείμουν σωστά το χρόνο τους στα διαγωνίσματα, τονίζοντας ότι αρχίζουμε από τα εύκολα και υπενθυμίζοντας τον χρόνο που μένει.
- Βρίσκετε δικαιολογίες για να τα σηκώνετε από το θρανίο. Έχουν ανάγκη την κίνηση.
- Κάντε το μάθημα όσο πιο παραστατικό μπορείτε. Θα τους κρατήσει αμείωτο το ενδιαφέρον.
- Σημειώνετε στα τετράδια τους τις υποχρεώσεις τους.

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση:

- Στην τάξη κρατήστε τους μακριά από διασπαστικές καταστάσεις: παράθυρα, χάρτες, καλοριφέρ που κάνει θόρυβο.
- Φροντίστε να εκτονώνουν τη συσσωρευμένη ενέργεια τους με κινήσεις όπως το σβήσιμο του πίνακα ή το μοίρασμα φωτοτυπιών.
- Να είστε ανοιχτοί όταν θέλουν να σας μιλήσουν. Είναι ευαίσθητα παιδιά.
- Όταν τα εξετάζετε μην επιμένετε στις λεπτομέρειες του μαθήματος.
- Βρείτε μνημονικούς κανόνες που θα τους βοηθήσουν να συγκρατούν τις πληροφορίες.
- Αν παραβούν κανόνες του σχολείου προσπαθήστε να αποφύγετε την αποβολή ως μέσο τιμωρίας. Επιβάλετε μια τιμωρία στο πλαίσιο του σχολείου. Είναι επικίνδυνο για αυτά τα παιδιά να βρίσκονται εκτός πλαισίου.
- Ενθαρρύνετε τα να εκφράζονται δημιουργικά στο ελεγχόμενο περιβάλλον του σχολείου.
- Μιλήστε με τους γονείς κι ενημερώστε τους για συμπεριφορές που σας προβληματίζουν.¹⁸

5.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζονται πλέον από το κράτος ως μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και διαθέτουν, για τον λόγο αυτό, τις επιλογές που προβλέπει ο νόμος για την εκπαίδευσή τους. Οι επιλογές αυτές είναι η φοίτηση σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης με ή χωρίς παράλληλη στήριξη από ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό, σε Τμήματα Ένταξης (ΤΕ) εντός του σχολείου γενικής εκπαίδευσης και σε Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης (ΣΜΕΑΕ). Η επιλογή του κατάλληλου εκπαιδευτικού πλαισίου για το κάθε παιδί καθορίζεται από τις ιδιαίτερες ατομικές ανάγκες του, σύμφωνα με τη γνωμάτευση του οικείου Κέντρου Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕΔΔΥ) αλλά και τη συνεργασία των γονέων και του εκπαιδευτικού προσωπικού.³

Προκειμένου να αξιολογηθεί η αναγκαιότητα τοποθέτησης ενός παιδιού σε ειδική τάξη, θα πρέπει να έχουν ήδη εφαρμοστεί ειδικά προγράμματα παρέμβασης στα πλαίσια της δικής του «κανονικής» τάξης. Αν το παιδί δεν παρουσιάσει βελτίωση μετά από ένα διάστημα δοκιμαστικής εφαρμογής παρεμβάσεων μέσα στην κανονική τάξη, θα πρέπει αρχικά να επέλθουν αλλαγές στο πρόγραμμα παρέμβασης που ήδη εφαρμόζεται στην κανονική τάξη. Μόνο όταν καταστεί σαφές ότι το παιδί δυσκολεύεται ιδιαίτερα να προσαρμοστεί στην τυπική τάξη, θα πρέπει να συζητηθούν οι επιλογές της παράλληλης στήριξης, του τμήματος ένταξης και στην συνέχεια της εκπαίδευσης σε ειδικό σχολείο. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που καταλήγουν σε μονάδες ειδικής εκπαίδευσης είναι συνήθως αυτά που παρουσιάζουν συννοσηρότητα με έντονες μαθησιακές δυσκολίες, συναισθηματικά προβλήματα, επιθετική και εναντιωτική συμπεριφορά.³

5.5 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ

1. **Μύθος:** Η ΔΕΠ-Υ δεν υφίσταται ως νοσηρή οντότητα. Είναι απλά μια διάγνωση που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο από τους γιατρούς για τα “δύσκολα παιδιά”.

Πραγματικότητα: Η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή, αναγνωρισμένη εδώ και 50 χρόνια. Ωστόσο, η διάγνωση είναι πιο συχνή απ ότι παλιότερα, καθώς οι γιατροί έχουν αποκτήσει καλύτερη γνώση της παθογένειας της διαταραχής και μπορούν να

την αναγνωρίσουν πιο εύκολα. Στις ΗΠΑ, η ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκεται σε 3-5% του πληθυσμού, κάθε χρόνο.

2. **Μύθος:** Η ντροπαλή, ονειροπόλα κόρη μου δεν μπορεί να έχει ΔΕΠ-Υ! Νομίζω πως η ΔΕΠ-Υ πλήττει μόνον τα αγόρια.

Πραγματικότητα: Η ΔΕΠ-Υ πλήττει αγόρια και κορίτσια. Τα αγόρια διαγιγνώσκονται 2-3 φορές πιο συχνά απ' ό,τι τα κορίτσια. Η ΔΕΠ-Υ υποδιαγιγνώσκεται σε πολλά κορίτσια και γυναίκες, λόγω του ότι οι γυναίκες διαχειρίζονται καλύτερα τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και συχνότερα δεν είναι υπερκινητικές, αλλά είναι ονειροπόλες!

3. **Μύθος:** Πιθανότατα, αυτές οι “αηδίες” που τρώει το παιδί μου ή κάποιος εξωγενής (περιβαλλοντικός) παράγοντας προκαλούν τη ΔΕΠ-Υ.

Πραγματικότητα: Ειδικές δίαιτες ή η κατάργηση των πρόσθετων στα τρόφιμα δεν εμποδίζουν την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, όπως κάθε άτομο, το άτομο με ΔΕΠ-Υ πρέπει να προσέχει γενικότερα την υγεία του, με την έννοια της άσκησης, της ανάπαυσης και της καλής διατροφής.

4. **Μύθος:** Αν οι γονείς μεγάλωναν τα παιδιά τους με πειθαρχία, όπως έκαναν τον παλιό καλό καιρό, τα παιδιά δεν θα είχαν αυτήν τη διασπαστική και κακή συμπεριφορά.

Πραγματικότητα: Η έρευνα έχει αποδείξει ότι η μέθοδος ανατροφής με μεγάλη πειθαρχία ή όχι, δεν έχει σχέση με τη ΔΕΠ-Υ. Όμως, η συμμετοχή των γονιών στη θεραπεία (στρατηγικές διαχείρισης συμπεριφοράς και/ή φαρμακοθεραπεία) μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Ασφαλώς, τα όρια είναι απαραίτητα στο ανάθρεμμα του οποιουδήποτε παιδιού.

5. **Μύθος:** Δεν υπάρχει καμία περίπτωση να έχει ΔΕΠ-Υ. Δεν έχει κανένα πρόβλημα να εστιάζει σε πράγματα που τις αρέσουν, όπως να παίζει παιχνίδια στον υπολογιστή.

Πραγματικότητα: Άτομα που μπορούν να συγκεντρώνονται για κάποια ώρα σε κάτι, που τους αρέσει, όπως σε παιχνίδια στον υπολογιστή, δεν αποκλείεται να έχουν ΔΕΠ-Υ. Τουναντίον το βρίσκουν και πρόκληση!

6. **Μύθος:** Δεδομένου ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν το ίδιο επίπεδο νοημοσύνης με τα άλλα παιδιά, θα πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικές τάξεις.

Πραγματικότητα: Η ΔΕΠ-Υ δεν επηρεάζει τη νοητική ικανότητα του ατόμου. Η νοημοσύνη παίζει όπως και στα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να τα καταφέρουν μέσα σε κανονικές τάξεις, αν γονείς και

εκπαιδευτικοί τα βοηθήσουν με τεχνικές όπως, ενίσχυση δεξιοτήτων οργάνωσης και μελέτης και εφαρμόσουν καθοδηγητικά βοηθήματα που τα κρατάνε σε εγρήγορση. Ωστόσο, κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να μην τα καταφέρνουν το ίδιο καλά, όπως οι συμμαθητές τους που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ. Μη ξεχνάμε πως πολλά από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζονται με ειδικές τεχνικές.

7. **Μύθος:** Είναι απλό: μόλις πάρεις το φάρμακο για τη ΔΕΠ-Υ, θα είσαι μια χαρά.

Πραγματικότητα: Η ΔΕΠ-Υ είναι μια χρόνια διαταραχή. Δεν υπάρχει καμιά θεραπεία που θεραπεύει ριζικά τη ΔΕΠ-Υ. Όμως, θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς, παρεμβατικές τεχνικές στην τάξη, ψυχοθεραπεία βοηθούν στη διαχείριση των συμπτωμάτων. Έρευνες δεκαετιών έχουν καταλήξει ότι σε 70% των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, οι νευροδιεγέρτες βελτιώνουν πολλά από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως τη συγκέντρωση, την παρόρμηση, την υπερκινητικότητα, καθώς και την ικανότητα ελέγχου της συμπεριφοράς.

8. **Μύθος:** Είναι απλά μια φάση, θα την ξεπεράσει!

Πραγματικότητα: Παιδιά με ΔΕΠΥ μπορεί να βελτιωθούν μετά την εφηβεία, αλλά μπορεί και όχι. Περίπου 70% των παιδιών με τη διαταραχή θα συνεχίσουν να έχουν συμπτώματα και στην εφηβεία και κάποια από αυτά και στην ενήλικη ζωή που θα επηρεάζουν λειτουργικά την καθημερινότητα τους. Ωστόσο, τα συμπτώματα τους αμβλύνονται προοδευτικά, καθώς μεγαλώνουν ή είναι λιγότερο ενοχλητικά, γιατί μαθαίνουν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης. Η υπερκινητικότητα φαίνεται πως μειώνεται, όσο μεγαλώνει ο έφηβος, αλλά τα προβλήματα της επικέντρωσης της προσοχής επιμένουν και στην ενήλικη ζωή.

9. **Μύθος:** Δεν μπορεί να έχω ΔΕΠ-Υ, γιατί δεν είμαι υπερκινητικός.

Πραγματικότητα: Η υπερκινητικότητα είναι ένα σύμπτωμα που δεν παρουσιάζουν όλοι οι πάσχοντες. Περιγράφονται τρεις τύποι ΔΕΠ-Υ: ο κατεξοχήν υπερκινητικός, ο κατεξοχήν απρόσεχτος και ο μεικτός.

10. **Μύθος:** Έχεις ΔΕΠ-Υ δεν μπορείς να σπουδάσεις, ούτε και θα στεριώσεις ποτέ δουλειά στη ζωή σου.

Πραγματικότητα: Κανένας δεν χάνεται, αν διαγνωστεί πρώιμα και αντιμετωπισθεί θεραπευτικά, νωρίς κατά την παιδική ηλικία. Η πολυεπίπεδη θεραπευτική παρέμβαση βοηθάει το άτομο να διαχειριστεί την καθημερινότητα του. Ο

επαγγελματικός προσανατολισμός αξιοποιεί τις δυνατότητες του ατόμου και τον κατευθύνει, αναλόγως, σε επιλογές που μπορεί και αρέσκει να κάνει.

11. Μύθος: Η ΔΕΠ-Υ δεν είναι τίποτα, σιγά το πράμα!

Πραγματικότητα: Τα κύρια χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, διάσπαση προσοχής, παρορμητικότητα/επιθετικότητα, υπερκινητικότητα συνήθως αμβλύνονται με τη φαρμακευτική αγωγή και τα λοιπά θεραπευτικά μέσα, όμως αν η ΔΕΠ-Υ δεν αντιμετωπισθεί θεραπευτικά κατά την παιδική ηλικία επιπλέκεται από άλλες νοσηρές καταστάσεις που δυσκολεύουν τον ενήλικα σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του, οικογένεια, εργασία, ανθρώπινες σχέσεις.

12. Μύθος: Οι νευροδιεγέρτες, φάρμακα εκλογής για τη ΔΕΠ-Υ, οδηγούν το άτομο στη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών.

Πραγματικότητα: Πρόδρομες και αναδρομικές μελέτες καταρρίπτουν το μύθο της συσχέτισης των νευροδιεγερτών με τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Τουναντίον, πρόσφατη πρόδρομη μελέτη αποδεικνύει πως η έγκαιρη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία με νευροδιεγέρτες μειώνει την πιθανότητα εθισμού σε αλκοόλ/ουσίες.

13. Μύθος: Οι νευροδιεγέρτες χρησιμοποιούνται από μέτριους και κακής επίδοσης φοιτητές κατά τις εξεταστικές περιόδους για να αυξήσουν την απόδοσή τους.

Πραγματικότητα: Δυστυχώς, είναι μια πραγματικότητα για τα Αμερικάνικα κολέγια και Πανεπιστήμια που τείνει να επικρατήσει και σε άλλες χώρες. Η ιατρική κοινότητα ανησυχεί και αρθρογραφεί προσπαθώντας να βάλει φραγμό στη χρήση αυτών των φαρμάκων χωρίς την απόλυτη ένδειξη (ΔΕΠ-Υ).

14. Μύθος: Όλοι οι μεγάλοι άντρες της ανθρωπότητας είχαν ΔΕΠ-Υ.

Πραγματικότητα: Κάποιοι επώνυμοι με ΔΕΠ-Υ διέπρεψαν σε διάφορους τομείς (ζωγραφική, μουσική, θέατρο, κινηματογράφος, επιστήμες, πολιτική, επιχειρήσεις κ.ά.). Ενδεικτικά αναφέρονται: Vincent Van Gogh, Salvador Dali, Pablo Picasso, Wolfgang Amadeus Mozart, Henry Fonda, Christopher Columbus, Thomas Edison, Benjamin Franklin, Tennessee Williams και πολλοί άλλοι που δεν τους γνωρίζουμε ή δεν το έμαθαν ποτέ και οι ίδιοι! Βέβαια αυτό δε σημαίνει πως καθένας που έχει ΔΕΠ-Υ, θα γίνει διάσημος.¹⁸

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω
2. ADHD Hellas. *Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα* (ΔΕΠ-Υ). Ανακτήθηκε στη 1 Ιουνίου 2015 από: <http://www.adhdhellas.org>
3. Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Εκδόσεις: Gutenberg.
4. Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής - υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
5. Βάρβογλη, Λ. & Γαλάνη, Μ. (2006). *Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής*. Πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε.
6. Neuhaus, C. (1996). *Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του*. (Μτφ.: Γ. Μωραΐτου, επιμ.: Μ. Ζαφειροπούλου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (1998).
7. Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000β). *Δυνατότητες ανίχνευσης της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής - υπερκινητικότητας στο νηπιαγωγείο και η αναγκαιότητα της συμβουλευτικής*. Επιθεώρηση συμβουλευτικής και προσανατολισμού.
8. Κάκουρος, Ε. (2001). *Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ*. Στο Ε. Κάκουρος (επιμ.). *Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
9. Τρίγκα- Μερτίκα, Ε.Δ. (2005). *Διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα παιδιών και εφήβων. Διάγνωση-αξιολόγηση-αντιμετώπιση*. Αθήνα: Πλοηγός.
10. Achenbach, T.M. & Rescorla L.A. (2003). *Εγχειρίδιο για τα ερωτηματολόγια και προφίλ σχολικής ηλικίας του ΣΑΕΒΑ* (Επιμ. Ρούσσου, Α.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

11. Ρούσου, Α. & Φρανσίς, Κ. (2006). *Εργαλεία ανίχνευσης και διάγνωσης αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Σταθμισμένα ερωτηματολόγια για την κλινική πράξη και την έρευνα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
12. Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2005). *ADHD - διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα*. Σημειώσεις μαθήματος, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
13. Αγγελή, Κ. (2011). *Μέθοδοι/Τεχνικές της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους*. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι (επιμ.), *Γνωσιακές - συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία: Φάκελος Άρθρων*. Αθήνα: Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, ΕΚΠΑ.
14. Φατούρου, Μ. (1997). *Άσκηση στην προσοχή. Ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας*. Material Medica Greca.
15. Ψύλλου, Ρ. & Ζαφειροπούλου, Μ. (2009). *Τα Φιλαράκια: Πώς να αντιμετωπίσουμε τα αρνητικά συναισθήματά μας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
16. NICE (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. Great Britain: The British Psychological Society & the Royal College of Psychiatrists.
17. Κουράκης, Ι. (2004). *Διάσπαση Προσοχής, η άλλη όψη της αφαίρεσης*. Μέρος Α. Εκδόσεις: Ασημακόπουλος. Μέρος διδακτορικής διατριβής στον τομέα Ψυχιατρικής & Επιστημών Συμπεριφοράς του Πανεπιστημίου Κρήτης.
18. ADHD Hellas *Ενημερωτικό δελτίο του πανελλήνιου σωματείου ατόμων με ΔΕΠ-Υ* (2012). Τεύχος 2 & 3. Ανακτήθηκε στη 1 Ιουνίου 2015 από: <http://www.adhdhellas.org>