



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΕΠΥ
ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΟ
ΑΞΟΝΑ ΤΗ ΔΕΠΥ**

**Φιλτικάκη Κανέλλα
Α.Μ.: 17093**

**Επιβλέπων καθηγητής:
Χριστοδουλίδης Πάυλος**

Ιωάννινα, Ιούνιος 2022

ADHD

A Systematic Recording of Diagnostic Tools with a central focus on ADHD

© Φιλτικάκη, Κανέλλα, 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

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

Φιλτικάκη, Κανέλλα

*Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή Ιωάννινα,
Παρασκευή 01 Ιουλίου 2022*

Επιτροπή Αξιολόγησης:

Παύλος Χριστοδουλίδης, MSc, PhD
Ψυχολόγος
Ακαδημαϊκός Υπότροφος Ακαδ. Εμπειρίας, Τμ. Λογοθεραπείας

Δρ. Βικτωρία Ζακοπούλου
Ψυχολόγος
Αναπλ. Καθηγήτρια, Τμ. Λογοθεραπείας

Εμμανουήλ Ανυφαντής, MSc
Λογοθεραπευτής
Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Τμ. Λογοθεραπείας

Προϊσταμένη Τμήματος
Δρ. Ναυσικά Ζιάβρα
ΩΡΛ,
Καθηγήτρια Τμ. Λογοθεραπείας

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Υπογραφή

Ευχαριστίες

Για την παρουσίαση της συγκεκριμένης εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέπων καθηγητή μου, κύριο Χριστοδουλίδη Παύλο, για την βοήθειά του και κυρίως για τη στήριξή του έως την ολοκλήρωση της εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ και στους γονείς και τους δικούς μου ανθρώπους, που ήταν δίπλα μου καθ' όλη τη διάρκεια και χωρίς την υποστήριξη και την πολύτιμη βοήθειά τους, δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η εργασία.

Πρόλογος

Η αυξημένη κινητική δραστηριότητα, η παρορμητικότητα και η διάσπαση προσοχής αποτελούν στοιχεία που συχνά αναγνωρίζουμε σε πολλά παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Είναι, όμως, και αυτά τα χαρακτηριστικά που αποτελούν τα συμπτώματα μίας από τις συχνότερο εμφανιζόμενες διαταραχές της εποχής, τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα, γνωστή ως ΔΕΠΥ.

Η παρούσα εργασία, έχει ως στόχο την αναλυτική παρουσίαση της διαταραχής. Συγκεκριμένα, στο πρώτο μέρος, θα γίνει ανάλυση των χαρακτηριστικών και των τύπων της διαταραχής, της αιτιολογίας και της κλινικής αξιολόγησης με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια όπως αυτά αναγράφονται στο DSM-V. Στη συνέχεια, γίνεται αναλυτική αναφορά στην αναπτυξιακή πορεία της ΔΕΠΥ από την βρεφική ηλικία μέχρι και την ενήλικη ζωή καθώς και τις δυσκολίες διάγνωσης κατά την προσχολική ηλικία. Σημαντικό κομμάτι για την πλήρη κατανόηση της διαταραχής είναι και η αναφορά των επιπτώσεων της ΔΕΠΥ, τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για το ευρύτερο περιβάλλον του. Στην ολοκλήρωση του πρώτου μέρους της εργασίας θα ασχοληθούμε με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις που μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων με ΔΕΠΥ.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, θα γίνει ανάλυση ορισμένων σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων αξιολόγησης που είναι δυνατό να διευκολύνουν σημαντικά τη διάγνωση της ΔΕΠΥ, ως κομμάτι μιας ευρύτερης αξιολογητικής διαδικασίας.

Ανακεφαλαιώνοντας, στόχος της εργασίας είναι να παρουσιάσει όσο το δυνατόν καλύτερα τα σημαντικότερα στοιχεία της διαταραχής, καθώς και τον τρόπο αξιολόγησής της, ώστε να γίνει σαφής η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης των δυσκολιών της.

Περιεχόμενα

Μέρος Α

Εισαγωγή.....	9
Ορισμός ΔΕΠΥ.....	12
Τύποι ΔΕΠΥ.....	12
Ιστορική Αναδρομή.....	13
Αιτιολογία	14
Κλινικά χαρακτηριστικά.....	16
Διαγνωστικά κριτήρια.....	18
Δυσκολίες διάγνωσης κατά την προσχολική ηλικία.....	20
Νοημοσύνη ατόμων με ΔΕΠΥ.....	22
Αναπτυξιακή πορεία.....	23
-Βρεφική ηλικία.....	24
-Προσχολική ηλικία.....	25
-Σχολική ηλικία.....	28
-Εφηβεία.....	30
-Ενήλικη ζωή.....	32
Διάκριση ΔΕΠΥ και φυσιολογικής ζωηρότητας.....	34
Συννοσηρότητα.....	36
-Εναντιωτική προκλητική διαταραχή και διαταραχή διαγωγής.....	36
-Διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές.....	37
-Σύνδρομο Tourette.....	38
ΔΕΠΥ και γλωσσικές διαταραχές.....	39
-Καθυστέρηση στην ανάπτυξη ομιλίας.....	39
-Αρθρωτικές και φωνολογικές διαταραχές.....	39
-Πραγματολογία.....	40
-Μαθησιακές δυσκολίες.....	40
Επιπτώσεις.....	41
Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	42

Μέρος Β

Κλινική αξιολόγηση.....	57
Διαγνωστικά εργαλεία ΔΕΠΥ.....	60
-WISC-III.....	60
-Τεστ Αξιολόγησης της Συγκέντρωσης και της Προσοχής.....	60
-MOVEMENT test.....	62
Νευροψυχολογικά τεστ.....	63
-Δοκιμασία Λεκτικής Ευχαίριας.....	63
-WCST.....	63
-Πύργος του Λονδίνου.....	64
-Δοκιμασία των έξι στοιχείων – Δοκιμασία Απλών αντιδράσεων.....	64
Τεχνολογίες Αισθητήρων στη Διάγνωση της ΔΕΠΥ.....	64
-HEΓ.....	65
-Ποσοτικό HEΓ.....	66
-Προκλητά Δυναμικά.....	66
-Τεχνολογίες αισθητήρων ανίχνευσης οφθαλμικής κίνησης.....	67
-Τεχνολογίες αισθητήρων ανίχνευσης σωματικής κίνησης.....	68
-Αισθητήρες MEMS.....	69
Τεστ Παυλίδη.....	69
Συμπεράσματα.....	70
Βιβλιογραφία.....	72

ΜΕΡΟΣ Α

Εισαγωγή

Η διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής / Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder, ADHD) είναι μία από τις συχνότερες παιδιατρικές νευροαναπτυξιακές διαταραχές με έναρξη κατά την παιδική ηλικία (American Psychiatric Association, 2013). Είναι μία σοβαρή αναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, που δημιουργούν ελλείμματα, όπως υπερβολική αεικινήσια / νευρικότητα, απροσεξία, διάσπαση προσοχής, αποδιοργάνωση και παρορμητικότητα, τα οποία εμφανίζονται πριν από την ηλικία των επτά ετών και μπορεί να συνεχιστούν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2013; Hirbaye et al., 2019; Rabito Alcon and Correas Lauffer, 2014). Στις περισσότερες περιπτώσεις, αρχικά αναγνωρίζεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας, αν και μπορεί επίσης να διαγνωστεί σε άτομα όλων των ηλικιακών ομάδων (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2013).

Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι πολύ διαδεδομένη σε παιδιά (με συχνότητα 5 – 6%) και στον ενήλικο πληθυσμό (3.8 – 4.4%) (Rabito Alcon and Correas Lauffer, 2014). Το 2010, το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής διεξήγαγε μία μελέτη με θέμα την παρατήρηση των διαταραχών που ήταν συχνότερες σε παιδιά και εφήβους. Σε ένα δείγμα 3042 συμμετεχόντων ηλικίας 8 – 15 ετών, η συχνότερα εμφανιζόμενη διαταραχή ήταν η ΔΕΠΥ, που άγγιζε το 8.6% (Merikangas et al., 2010). Ο παγκόσμιος επιπολασμός της ΔΕΠΥ για παιδιά ηλικίας 18 ετών και κάτω είναι 7.2% (Thomas et al., 2015).

Τα υψηλά επίπεδα δραστηριότητας και τα μικρά διαστήματα προσοχής είναι φυσιολογικό κομμάτι της παιδικής ηλικίας για πολλά παιδιά. Εντούτοις, σε άτομα με ΔΕΠΥ, η υπερκινητικότητα και η ελλειμματική προσοχή είναι πλεονάζοντα και παρεμβαίνουν στην λειτουργικότητα των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2013). Η ΔΕΠΥ κατηγοριοποιείται σε τρεις υποτύπους: τον υπότυπο της διάσπασης προσοχής / απροσεξίας, τον υπότυπο της υπερκινητικότητας / παρορμητικότητας και τον υπότυπο που αποτελεί συνδυασμό των δύο παραπάνω (Sadock and Sadock, 2011). Στο πέρασμα του χρόνου, τα παιδιά με ΔΕΠΥ τείνουν να

αποβάλλουν μέρος της υπερκινητικότητας και παρορμητικότητάς τους, αλλά συνεχίζουν να έχουν σημαντικά προβλήματα σε θέματα που αφορούν την απροσεξία, την απόσπαση προσοχής και θέματα οργάνωσης (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2013).

Η ΔΕΠΥ είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων σχέσεων μεταξύ γενετικών, περιβαλλοντικών και αναπτυξιακών χαρακτηριστικών (Hirbaye et al., 2019). Άλλες δημογραφικές μεταβλητές, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, το επάγγελμα των γονέων και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο (ανδρικό φύλο), η τάξη του παιδιού (σειρά γέννησης) και η δομή της οικογένειας (π.χ. μονογονεϊκή), ήταν όλες τους παράγοντες εμφάνισης της ΔΕΠΥ. Επιπλέον, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη, η γέννηση με καισαρική τομή, προηγούμενη έκτρωση ή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η καθυστερημένη έναρξη του σχολείου, η παρακολούθηση τηλεόρασης και τα βιντεοπαιχνίδια, η συμμετοχή σε αθλήματα, οι γονικές ψυχιατρικές διαταραχές, ιστορικό τραύματος ιδιαίτερα στην κεφαλή και επιληψία, αντιπροσωπεύουν παράγοντες που συμβάλλουν στον κίνδυνο ενίσχυσης της συμπτωματολογίας της ΔΕΠΥ (Hirbaye et al., 2019).

Η ΔΕΠΥ είναι μία χρόνια και εξουθενωτική διαταραχή που εάν δεν αντιμετωπιστεί μπορεί να επηρεάσει πολλές πτυχές της ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένων της ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας και απόδοσης, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των σχέσεων γονέων – παιδιών, συμβάλλοντας παράλληλα στην ανάπτυξη συναισθημάτων χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοσεβασμού (Hirbaye et al., 2019).

Ενώ, σε προηγούμενες μελέτες θεωρήθηκε ότι τα περισσότερα παιδιά θα ξεπεράσουν αυτή τη διαταραχή, πρόσφατες μελέτες εκτιμούν ότι το 60 – 85% των παιδιών με ΔΕΠΥ θα συνεχίσουν να έχουν συμπτώματα που συνδέονται με τη διαταραχή καθώς μπαίνουν στην εφηβεία (Wolraich et al., 2005) και περίπου το 40 – 60% των περιπτώσεων θα συνεχιστούν έως την ενήλικη ζωή (Kessler et al., 2006). Επομένως, η ΔΕΠΥ μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ένα παιδί να εγκαταλείψει το σχολείο (μειωμένη ακαδημαϊκή απόδοση), να βιώσει κοινωνική απομόνωση και προβλήματα με συνομηλίκους, να κάνει κατάχρηση ουσιών ή να παρουσιάσει επιθετική συμπεριφορά και παραβατικότητα (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2013; Hirbaye et al.,

2019). Επιπρόσθετα, στο 50 – 65% των παιδιών με ΔΕΠΥ συντρέχουν και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως εναντιωματική προκλητική διαταραχή, διαταραχές συμπεριφοράς και διαταραχές αυτιστικού φάσματος, αυξάνοντας περαιτέρω τον κίνδυνο για δυσμενή αποτελέσματα (Pelsser et al., 2016).

Αποτελεσματικές θεραπείες είναι διαθέσιμες για να βοηθήσουν στη διαχείριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ όπως την αντιμετώπιση της απόσπασης προσοχής, της απροσεξίας, της υπερδραστηριότητας και της παρορμητικότητας, και μπορεί να βελτιώσουν την λειτουργικότητα του ατόμου σε ποικίλα περιβάλλοντα όπως, μεταξύ άλλων, στο σπίτι και το σχολείο. Εντούτοις, πριν από την έναρξη της θεραπείας, κάθε παιδί πρέπει να έχει μία προσεκτική αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού του και θα πρέπει να διεξαχθεί φυσική εξέταση. Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ πρέπει να αξιολογούνται από έναν κατάλληλα εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο επαγγελματία υγειονομικής περίθαλψης όπως παιδίατρο, αναπτυξιολόγο, παιδοψυχολόγο ή παιδονευρολόγο ικανό να κατανοήσει τη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών και να αξιολογήσει ένα παιδί με ΔΕΠΥ (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2013).

Από τις πρώτες κλινικές περιγραφές της διαταραχής από τον Crichton, το 1798 (Barkley, 2009), έως σήμερα, η γνώση της κατάστασης εξελίσσεται συνεχώς, μαζί με κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία της (Rabito – Alcon and Correas – Lauffer, 2014). Επί του παρόντος, θεωρείται ότι η θεραπεία της ΔΕΠΥ πρέπει να είναι πολυτροπική (Loro – Lopez et al., 2009). Δηλαδή, να περιλαμβάνει τόσο φαρμακολογική / ιατρική όσο και μη φαρμακολογική αντιμετώπιση (ψυχοθεραπεία, συμπεριφορική θεραπεία), με στενή συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων συμμετεχόντων (ιατροί, ψυχολόγοι, εκπαιδευτικοί και οικογένεια). Οι κατευθυντήριες γραμμές, οι κλίμακες αξιολόγησης και αυτοαξιολόγησης καθώς και τα ποικίλα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για την φαρμακολογική και κλινική πρακτική, βοηθώντας στη βελτίωση της αποδοτικότητας των θεραπευτικών επιλογών (Rabito – Alcon and Correas – Lauffer, 2014).

Ο στόχος αυτής της εργασίας είναι να ακολουθήσει τη φυσική ιστορία αυτής της σύνθετης διαταραχής μέσω των προσχολικών ετών, της σχολικής ζωής και της ενηλικίωσης και να εξετάσει την επίδρασή της στην οικογένεια, την κοινότητα και την

κοινωνία στο σύνολό της. Επιπλέον εξετάζονται οι τρέχουσες γνώσεις σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια, τα τεστ αξιολόγησης και αυτό – αξιολόγησης, η κλινική παρουσία της σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες καθώς επίσης οι συννοσηρότητες και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Ορισμός ΔΕΠΥ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) - διεθνώς Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)- είναι μια κοινή αναπτυξιακή διαταραχή που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία. Κυρίαρχα συμπτώματά της είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα (American Psychiatric Association, 2000), σε βαθμό που αυτά γίνονται δυσλειτουργικά και δυσπροσαρμοστικά για το ίδιο το παιδί. Πρόκειται για μία σοβαρή 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 (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Η ΔΕΠΥ στα παιδιά, συνοδεύεται από ένα πλήθος δυσκολιών και προβλημάτων που σχετίζονται με την αυτορρύθμιση του συναισθήματος (Grodzinsky & Diamond, 1992), τη συμπεριφορά και την κοινωνικοποίηση (Clark & Elliot, 1988. Szatmari, Boyle & Offord, 1989).

Ο Russel Barkley (1995) προσδιορίζει τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας ως μια αναπτυξιακή διαταραχή της αυτορρύθμισης, η οποία χαρακτηρίζεται από προβλήματα στη χρονική διάρκεια διατήρησης της προσοχής, στον έλεγχο της παρόρμησης και στα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας. Έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών με ΔΕΠ-Υ, συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα τόσο στην εφηβεία όσο και αργότερα στην ενήλικη ζωή (Steiner et al., 2011).

Τύποι ΔΕΠΥ

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, όπως αυτά παρουσιάζονται στην τέταρτη έκδοση του DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders), η διαταραχή ορίζεται από τρεις τύπους σύμφωνα με τα συμπτώματα που κυριαρχούν κάθε φορά.

Πιο συγκεκριμένα, ανάλογα με τον αριθμό των κριτηρίων που πληρούνται σε κάθε περίπτωση, η διάγνωση μπορεί να είναι:

- ΔΕΠΥ στην οποία επικρατεί η έλλειψη προσοχής (Inattentive).
Αυτός ο τύπος περιλαμβάνει άτομα που παρουσιάζουν κατά κύριο λόγο συμπτώματα απροσεξίας και αποδιοργάνωσης, χωρίς σημαντικά στοιχεία υπερκινητικότητας ή παρορμητικότητας.
- ΔΕΠΥ στην οποία επικρατεί η υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα (Hyperactive – Impulsive).
Αυτός ο τύπος περιλαμβάνει άτομα που παρουσιάζουν σημαντικά στοιχεία υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, απουσία σημαντικών συμπτωμάτων απροσεξίας.
- Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ (Combined).

Αυτός ο τύπος περιλαμβάνει άτομα με σημαντική έξαρση των συμπτωμάτων και των δύο κατηγοριών (απροσεξία, υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα).

Για την ολοκληρωμένη κωδικοποίηση της διαταραχής χρησιμοποιείται ακόμα ο όρος «ΔΕΠΥ μη προσδιοριζόμενη αλλιώς». Σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται διαταραχές οι οποίες χαρακτηρίζονται από συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας, οι οποίες παρόλα αυτά δεν πληρούν τα απαραίτητα κριτήρια της ΔΕΠΥ.

Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια είναι όλο και περισσότεροι οι ερευνητές οι οποίοι στηρίζουν την άποψη ότι ο τύπος της ΔΕΠΥ στον οποίο επικρατεί η έλλειψη προσοχής, δεν είναι μια πραγματική υποκατηγορία της ΔΕΠΥ αλλά μια ποιοτικά διαφορετική διαταραχή που θα έπρεπε να ταξινομείται ξεχωριστά (Barkley, 1990. Goodyear & Hynd, 1992).

Ιστορική Αναδρομή

Τα χαρακτηριστικά στοιχεία της ΔΕΠΥ αναφέρθηκαν για πρώτη φορά από τον Δρ. Heinrich Hoffman το 1845. Το 1902 ο Sir George F. Still μελέτησε και περιέγραψε μία ομάδα παρορμητικών ατόμων με συμπεριφορικά προβλήματα και τα χαρακτήρισε ως "άτομα με αδύναμη βούληση και με μικρή ικανότητα για ηθικό έλεγχο της

συμπεριφοράς τους'. Το 1947 έκανε την εμφάνισή της η προσέγγιση της «εγκεφαλικής βλάβης» εξαιτίας μιας επιδημίας εγκεφαλίτιδας που ξέσπασε το 1917 στη Βόρεια Αμερική. Με το τέλος της επιδημίας οι ειδικοί ήρθαν αντιμέτωποι με παιδιά που παρουσίασαν σημαντικές δυσκολίες στις γνωστικές λειτουργίες αλλά και στη συμπεριφορά τους. Αργότερα, ο όρος «εγκεφαλική βλάβη» έδωσε τη θέση του στον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Montagni, Guichard & Kurth, 2016, Παπαγεωργίου, 2005).

Στην πορεία αποδείχθηκε ότι ο συγκεκριμένος όρος ήταν εξαιρετικά ασαφής και έτσι δημιουργήθηκε η ανάγκη προσδιορισμού των δυσκολιών της διαταραχής με μεγαλύτερη ακρίβεια. Έτσι καθιερώθηκε ο όρος «Υπερκινητικό Σύνδρομο».

Την εισαγωγή της στο DSM-II κάνει, η διαταραχή, το 1968 με την ονομασία «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία». Ο όρος που γνωρίζουμε σήμερα «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα» καθιερώθηκε το 1987 από το DSM-III-R, ενώ η διαφοροποίηση των τριών τύπων της διαταραχής έγινε το στο DSM-IV. Στην σύγχρονη εποχή βάσει του Διαγνωστικού Εγχειριδίου του DSM-5, (APA, 2013), ως ΔΕΠΥ προσδιορίζεται η επίμονη διαταραχή της προσοχής και υπερκινητικότητας που επιδρά την λειτουργία και την πορεία της ανάπτυξης (Biederman, 2011). Η βασικότερη αλλαγή που σημειώνεται και οδηγεί στην τελική εικόνα που έχουμε για την διαταραχή μέχρι σήμερα, είναι η αναφορά ενός τέταρτου τύπου που ουσιαστικά αποτελεί διαίρεση του τύπου στον οποίο επικρατεί η έλλειψη προσοχής.

Αιτιολογία της ΔΕΠΥ

Αναφορικά με την βιβλιογραφία για τις αιτίες της ΔΕΠΥ διαπιστώνεται μεγάλη ποικιλία. Αρκετοί ερευνητές έχουν ταχθεί υπέρ δύο μεγάλων και επικρατέστερων αιτιολογικών παραγόντων. Αρκετοί υποστηρίζουν ότι στην αιτιοπαθογένεια της ΔΕΠΥ εμπλέκονται κυρίως βιολογικοί, γενετικοί και κληρονομικοί παράγοντες και άλλοι προτείνουν τα περιβαλλοντικά αίτια ως αφετηρία της (Normand, et al., 2007. Zylowska et al., 2008). Η αιτιολογία της δείχνει να έχει διχάσει την επιστημονική κοινότητα και οι ερμηνείες για την προέλευση της διαφέρουν. Βέβαια, σύμφωνα με αρκετούς μελετητές υπάρχει συμβολή και των δύο ομάδων όσον αφορά την εμφάνιση της διαταραχής, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες (Normand, et al., 2007).

Τα αίτια τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ΔΕΠΥ μπορεί να είναι διάφορα. Πριν την αναφορά και περαιτέρω ανάλυσή τους, ορθό θα ήταν αν διευκρινιστούν οι δύο κατηγορίες στις οποίες χωρίζονται αυτά τα αίτια – παράγοντες, ώστε να καταστεί πιο εύκολη και κατανοητή η ανάλυσή τους.

Η εκδήλωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας επηρεάζεται ακόμη και από τοξικούς παράγοντες. Κατά τη διάρκεια της κύησης πολλές μητέρες αφήνουν τη συμβουλή του γιατρού τους και συνεχίζουν το κάπνισμα ή τη χρήση αλκοόλ και άλλων τοξικών ουσιών. Σε αυτήν την περίπτωση και σύμφωνα πάντα με έρευνες, το παιδί έχει διπλάσια πιθανότητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης διαταραχής. Ακόμη και η ηλικία της μητέρας μπορεί να επηρεάσει την εκδήλωση συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Περβανίδου, 2009).

Βάσει των Bothen & Nordstrom, (2011) η διαταραχή οφείλεται κυρίως, σε μια νευρολογική δυσλειτουργία και είναι κατά βάση κληρονομική. Το πλήθος των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ απορρέουν από χαμηλό επίπεδο δραστηριότητας των νευροδιαβιβαστών στο μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου που ελέγχει τις παρορμήσεις και ρυθμίζει τον τρόπο εστίασης της προσοχής μας. Ειδικότερα όπως αναφέρουν, για ακούσιες αλλαγές της προσοχής, ακούσια εκδήλωση των παρορμήσεων και ακούσια κινητική δραστηριότητα (Bothen & Nordstrom, 2011).

Ακόμη, τα άτομα που εμφανίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή, έχουν διαταραγμένο μεταβολισμό της γλυκόζης στις προμετωπιαίες και προκινητικές περιοχές του μετωπιαίου λοβού, καθώς και υπολειτουργία σε προμετωπιαίες και ραβδωτές περιοχές του εγκεφαλικού συστήματος (Bothen & Nordstrom, 2011).

Αναφορικά με τα περιβαλλοντικά αίτια της διαταραχής διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες. Τα αίτια μπορεί να είναι προγεννητικά (πριν την κύηση), περιγεννητικά (κατά τη διάρκεια της κύησης) και μεταγεννητικά (στη γέννηση). Συγκεκριμένα, έρευνες που έχουν γίνει σε μητέρες και βρέφη με ΔΕΠΥ ανέδειξαν ότι ο σημαντικός παράγοντας εμφάνισης της διαταραχής αποτελεί η χρήση αλκοόλ και νικοτίνης που προαναφέρθηκαν, αλλά και ποικίλες επιπλοκές στην διάρκεια της κύησης και της γέννησης του βρέφους, ή επιπλοκές που τυχόν επηρεάζουν τον εγκέφαλό του (Weiss, Hechtman & Weiss, 1999).

Η έκθεση σε πλήθος τοξινών στην προγεννητική ή/και μετά τον τοκετό ζωή θεωρείται ακόμα ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για ΔΕΠΥ. Συγκεκριμένα, οργανικοί ρύποι και μόλυβδος μπορούν να βλάψουν τα νευρικά συστήματα που εμπλέκονται στη ΔΕΠΥ (Young & Newland, 21 2002).

Τα PCBs έχουν χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό εφαρμογών όπως σε διηλεκτρικά υγρά σε πυκνωτές και μετασχηματιστές, σαν πρόσθετα χρωμάτων και πλαστικών. Η έκθεση σε PCBs οδηγεί σε βλάβη στη μνήμη εργασίας, στη γνωστική ευελιξία, στο σχεδιασμό και στην προσοχή, τα οποία παρατηρούνται ως χαρακτηριστικά στη συγκεκριμένη διαταραχή. Η μείωση των εκθέσεων σε τοξικές ουσίες μπορεί να είναι μια σημαντική παράμετρος για την πρόληψη της ΔΕΠΥ (Young & Newland, 2002).

Κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠΥ, διακρίνονται σε τρία είδη συμπτωμάτων, όπως αυτά αναφέρονται στα DSM-IV και DSM-V. Με βάση τους Κάκουρο και Μανιαδάκη, (2006, 2012), τα συμπτώματα αυτά δημιουργούν την κλινική εικόνα ενός ατόμου με ΔΕΠΥ και οφείλονται κυρίως σε οργανικούς παράγοντες. Τα στοιχεία που συνθέτουν αυτήν την κλινική εικόνα, αλλά και που ορίζουν την σοβαρότητα της κατάστασης, είναι πιθανό να διαφέρουν σε κάθε άτομο. Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη, (2000), πολύ πιθανό είναι, να πρωτεύει μια κατηγορία σε ένα άτομο με ΔΕΠΥ, ή να παρουσιάζει συμπτώματα όλων των κατηγοριών. Με βάση τις τρεις κατηγορίες του DSM-IV, η κλινική εικόνα που εμφανίζει ένα άτομο με ΔΕΠΥ, μπορεί να είναι:

Απροσεξία

Ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠΥ είναι η αδυναμία συγκέντρωσης και η δυσκολία μακροπρόθεσμης διατήρησης της προσοχής τους σε κάτι. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως αδυνατούν να κρατήσουν εστιασμένη την προσοχή τους σε διάφορων ειδών δραστηριότητες. Ακόμα και στο διάβασμα η προσοχή τους διασπάται είτε επειδή σκέφτονται διάφορους εξωγενείς παράγοντες όπως είναι το παιχνίδι, είτε επειδή απλώς αδυνατούν να συγκεντρωθούν. Ακόμα, παρουσιάζουν δυσκολία στο να μπορέσουν να ακολουθήσουν οδηγίες, ενώ δεν καταφέρνουν να ολοκληρώσουν μια σχολική δραστηριότητα που απαιτεί πνευματική προσπάθεια. Είναι συνηθισμένο να χάνουν με μεγάλη ευκολία το ενδιαφέρον τους για μια δραστηριότητα και να ψάχνουν αμέσως για μια καινούρια. Κατά τον Κάκουρο (2001), ιδιαίτερα όταν τα παιδιά με ΔΕΠΥ καλούνται να επιτύχουν έναν μακροπρόθεσμο στόχο, συχνά

φαίνεται να απογοητεύονται και να σταματούν να προσπαθούν, κυρίως λόγω έλλειψης επιμονής και υπομονής.

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη, (2012), τα παιδιά με ΔΕΠΥ μπορούν να συγκεντρωθούν σε έναν πολύ μεγάλο βαθμό και για μια μεγάλη χρονική διάρκεια, αν η δραστηριότητα τους κινεί το ενδιαφέρον, ή έχουν μεγάλο κίνητρο (δηλαδή πρόκειται να κερδίσουν κάτι). Ένα ακόμα σύνηθες χαρακτηριστικό που παρατηρείται, είναι η αδυναμία στην οργάνωση. Πολλές φορές, παιδιά με ΔΕΠΥ χάνουν πράγματα που αφορούν τις δραστηριότητές τους π.χ. βιβλία, γραφική ύλη, παιχνίδια. Η αδυναμία στην οργάνωση φαίνεται και στον προσωπικό τους χώρο, ο οποίος τις περισσότερες φορές είναι ακατάστατος. Έρευνες αποδεικνύουν πως αυτός ο τύπος ΔΕΠΥ εκδηλώνεται περισσότερο σε κορίτσια.

Υπερκινητικότητα

Εκείνο το χαρακτηριστικό που είναι πιο εμφανές στα άτομα που πάσχουν από ΔΕΠΥ είναι η υπερκινητικότητα. Η υπερκινητικότητα σαν έννοια στο πλαίσιο της ΔΕΠΥ αναφέρεται σε εκείνες τις συμπεριφορές του παιδιού που δείχνουν ότι έχει ιδιαίτερα μεγάλες ανάγκες κινητικής δραστηριότητας. Για παράδειγμα το παιδί ακόμη και εάν οι συνθήκες δεν το επιτρέπουν ή ακόμα και εάν μία συμπεριφορά υπερκινητικότητας δεν είναι κοινωνικά σωστή, εκείνη την στιγμή θα την πραγματοποιήσει.

Είναι και εκείνο το χαρακτηριστικό που αποτελεί την μεγαλύτερη δυσκολία στο περιβάλλον του πάσχοντα. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί, πως σύμφωνα με τον Κάκουρο (2001), όσο το παιδί αναπτύσσεται, το σύμπτωμα της υπερκινητικότητας διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικιακή φάση του. Γενικότερα, τα άτομα με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν αυξημένη κινητική δραστηριότητα σε περιπτώσεις όπου πρέπει να μείνουν καθιστά ή ακίνητα. Ωστόσο σύμφωνα με τις Βάρβογλη και Γαλάνη, (2006), η κατάσταση της υπερκινητικότητας μπορεί να εμφανιστεί και ως λεκτική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα τα παιδιά να μιλούν ακατάπαυστα. Πολλές φορές είναι ικανά να θέσουν τη ζωή τους σε κίνδυνο, εξαιτίας την συμπεριφοράς τους, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε διάφορα ατυχήματα.

Τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας κάνουν την εμφάνισή τους από την βρεφική ηλικία. Όμως η πραγματική δυσκολία ξεκινά με την είσοδο του ατόμου στο δημοτικό σχολείο, όπου οι απαιτήσεις είναι σε αυξημένο επίπεδο. Σε αυτό το στάδιο

εμφανίζονται και οι μαθησιακές δυσκολίες. Εδώ είναι συχνό το φαινόμενο να αρχίσει ο προβληματισμός στους γονείς καθώς παρατηρούν την έντονη κινητικότητα του παιδιού αλλά και την χαμηλή αυτοεκτίμησή του σε δραστηριότητες που αδυνατεί να ανταπεξέλθει. Σε αυτή τη φάση σύμφωνα με τον Κάκουρο, (2001), το παιδί μπορεί να δοκιμάσει παράτολμες και αντιδραστικές πράξεις με σκοπό να τραβήξει την προσοχή.

Εν κατακλείδι, η υπερκινητικότητα δεν φαίνεται να δημιουργεί έντονες δυσκολίες στο άτομο με άμεσο τρόπο, αλλά με έμμεσο και μέσα από την συναναστροφή του με άλλα άτομα και πλαίσια. Είναι εκείνο το στοιχείο που επιδρά λιγότερο στην λειτουργικότητα του ατόμου.

Παρορμητικότητα

Η παρορμητικότητα αναφέρεται στην ροπή του παιδιού στην αυθόρμητη συμπεριφορά και έκφραση. Για παράδειγμα, το παιδί συχνά φαίνεται να εκτελεί μία πράξη προτού καν την σκεφτεί λελογισμένα. Η παρορμητικότητα είναι εκείνο το αίσθημα που εμποδίζει την αναστολή μιας ανεύθυνης συμπεριφοράς, πριν εκείνη εμφανιστεί. Κατά τον Barkley, (2006), η παρορμητικότητα συνδέεται άμεσα με τα προβλήματα συμπεριφοράς, και προκαλεί σοβαρές επιπτώσεις στην λειτουργικότητα του παιδιού, κυρίως στην εφηβική ηλικία.

Η παρορμητική συμπεριφορά στα παιδιά με ΔΕΠΥ, τα κάνει να μιλούν και να δρουν χωρίς να σκέφτονται προηγουμένως. Σύμφωνα με τον Κάκουρο, (2001), πολλές φορές, βιάζονται να απαντήσουν πριν ολοκληρωθεί μια ερώτηση. Με αυτόν τον τρόπο, κάνουν λάθη, αδυνατούν να ερμηνεύσουν ερωτήσεις και αγνοούν την σωστή διατύπωση. Αρκετές είναι οι φορές όπου τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι επιρρεπή σε ατυχήματα, καθώς δεν σκέφτονται πριν ενεργήσουν. Είναι συχνό λόγω της παρορμητικότητάς τους να εκδηλώσουν παραβατική συμπεριφορά.

Διαγνωστικά Κριτήρια ΔΕΠΥ

Σύμφωνα με τον Barkley (1998), για να μπορέσει να γίνει ακριβής διαγνωστική αξιολόγηση στα παιδιά με ΔΕΠΥ, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να γνωρίζουμε τις λειτουργικές ανεπάρκειες που υπάρχουν, για να βρούμε και τον κατάλληλο τρόπο να τις διαχειριστούμε. Για να μπορέσουμε να διαγνώσουμε ΔΕΠΥ σε ένα παιδί απαιτούνται πολλοί διαγνωστικοί παράγοντες. Τα πιο διαδεδομένα συστήματα που

χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση ΔΕΠΥ είναι αυτά που παρατίθενται αμέσως παρακάτω:

- Το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-V (American Psychiatric Association, 2002)

- Το ICD10 (International Classification of Mental and Behavior Disorders)

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών η ΔΕΠΥ ορίζεται από δύο κυρίαρχα χαρακτηριστικά, τα οποία δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν. Την απροσεξία και την υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα.

1. Τα βασικά χαρακτηριστικά ατόμων με απροσεξία σύμφωνα με το DSM-V είναι τα ακόλουθα:

- Συχνά, αποτυγχάνουν να επικεντρώσουν την προσοχή τους σε λεπτομέρειες και οδηγούνται σε λάθη λόγω απροσεξίας στις σχολικές ή επαγγελματικές τους υποχρεώσεις ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων.
- Συχνά, δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους σε εργασίες και δραστηριότητες παιχνιδιού.
- Συχνά, μοιάζουν να μην ακούν το συνομιλητή τους όταν αυτός τους απευθύνεται άμεσα.
- Συχνά, δεν ακολουθούν οδηγίες και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν σχολικές εργασίες, καθήκοντα ή υποχρεώσεις στον εργασιακό τομέα.
- Συχνά, δυσκολεύονται στην οργάνωση εργασιών και άλλων δραστηριοτήτων.
- Συχνά, αποφεύγουν, δυσανασχετούν ή κρατούν επιφυλάξεις στην ανάληψη εργασιών που απαιτούν έντονη πνευματική προσπάθεια.
- Συχνά, χάνουν αντικείμενα απαραίτητα για την ολοκλήρωση εργασιών και δραστηριοτήτων.
- Συχνά, αποσπώνται από εξωτερικά ερεθίσματα.
- Συχνά, ξεχνούν να κάνουν κάποιες από τις υποχρεώσεις της καθημερινότητας.

2. Τα βασικά χαρακτηριστικά ατόμων με υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα σύμφωνα με το DSM-V είναι τα ακόλουθα:

- Συχνά, κουνούν με νευρικότητα τα χέρια και τα πόδια τους και δυσκολεύονται να μείνουν ήρεμα στη θέση τους.
- Συχνά, σηκώνονται από τη θέση τους σε χώρους και καταστάσεις που απαιτείται να μείνουν καθισμένοι.
- Συχνά, τρέχουν ή σκαρφαλώνουν σε περιστάσεις που τέτοιες συμπεριφορές δεν αρμόζουν.
- Συχνά, αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να παίξουν ή να ασχοληθούν ήσυχα με άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες.
- Συχνά, βρίσκονται σε διαρκή κίνηση και δυσκολεύονται να μείνουν στην ίδια θέση.
- Συχνά, μιλούν ακατάπαυστα.
- Συχνά, βιάζονται να απαντήσουν σε ερωτήσεις, διακόπτοντας έτσι το συνομιλητή τους.
- Συχνά, αδυνατούν να περιμένουν τη σειρά τους, όπως για παράδειγμα σε μια ουρά για το ταμείο.
- Συχνά, διακόπτουν συζητήσεις άλλων ή επεμβαίνουν σε δραστηριότητες άλλων ομάδων.

Για να αποτελέσουν οι παραπάνω συμπεριφορές διαγνωστικό κριτήριο για την ΔΕΠΥ σύμφωνα με το DSM-V, θα πρέπει έξι ή περισσότερα από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν (είτε για την απροσεξία, είτε για την υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα) να παραμείνουν για τουλάχιστον έξι μήνες σε βαθμό που δεν συμβαδίζει με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου και επηρεάζει άμεσα τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές ή επαγγελματικές του δραστηριότητες.

Δυσκολίες Διάγνωσης κατά την Προσχολική ηλικία

Πράγματι, η συμπτωματολογία της διαταραχής ΔΕΠΥ εμφανίζεται πριν από τα τρία έτη της ζωής του παιδιού. Παρόλα αυτά σε αυτό το σημείο οφείλει να τονιστεί πως η διάγνωση δεν συμβαίνει συνήθως πριν την ένταξη του παιδιού σε ένα πραγματικά δομημένο σχολικό πλαίσιο. Ένα τέτοιο πλαίσιο για παράδειγμα είναι το νηπιαγωγείο. Στο νηπιαγωγείο ο δάσκαλος έχει αρκετές διαθέσιμες πληροφορίες για το παιδί και επίσης έχει τη δυνατότητα να συγκρίνει την συμπεριφορά του παιδιού στην

ολότητα της με τα παιδιά που βρίσκονται εκείνη την στιγμή στο ίδιο πλαίσιο με εκείνο ή με παιδιά που βρίσκονταν στο ίδιο πλαίσιο κάποια στιγμή στο παρελθόν (Sadock 2013, Berger 2014). Βέβαια, ο δάσκαλος από μόνος του δεν είναι σε θέση να εξάγει ασφαλή συμπεράσματα. Η πάροδος όμως των ετών, έχει οδηγήσει σαφώς στην καλύτερη μελέτη της διαταραχής και πλέον οι ειδικοί είναι περισσότερο πληροφορημένοι σχετικά με το ποιο ακριβώς είναι οι τρόποι με τους οποίους εκδηλώνεται η ΔΕΠΥ σε αρκετά πρώιμο στάδιο. Παρ' όλα αυτά η διάγνωση της ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία και ανάλογα πάντα το κάθε παιδί, είναι μία διαδικασία που δυσκολεύει ακόμα και τον ειδικό να φτάσει σε ασφαλή συμπεράσματα.

Σε εκείνη την ηλικία είναι σημαντικό να παρατηρηθεί η παρορμητικότητα του παιδιού και το εάν είναι ή όχι συναισθηματικά σταθερό και εάν αναστατώνεται εύκολα. Είναι αρκετά πιθανό ένα παιδί με ΔΕΠΥ να διαθέτει υπερκινητικότητα και να διαγνωστεί με ελλειμματική προσοχή (Τσιάντης και συν. 2001, Sadock 2013).

Ένας από τους λόγους για τους οποίους ένα παιδί με ΔΕΠΥ είναι δύσκολο να λάβει αυτήν την διάγνωση στην προσχολική ηλικία είναι ότι δεν έχει βρεθεί αντιμετώπιση με ένα δομημένο και τυπικό περιβάλλον μάθησης. Έτσι, δεν έχει ακόμη κανένας στην προσχολική ηλικία την απαίτηση από το παιδί να συγκεντρωθεί σε μία συγκεκριμένη δραστηριότητα ή να λειτουργήσει κάτω από δύσκολες για την ηλικία του νοητικές δοκιμασίες (Μπόντη 2002). Ακόμη, στην προσχολική ηλικία είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο τα παιδιά να διαθέτουν παραπάνω ενέργεια και πολλές φορές να παρουσιάζουν παρορμητική συμπεριφορά (Μπόντη 2002), κάτι όμως που δεν συνεπάγεται απαραίτητα με την ύπαρξη της διαταραχής.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ, ιδιαίτερα κατά την βρεφική ηλικία, είναι πιθανό να δείχνουν ότι αναστατώνονται ιδιαίτερα έντονα και αρκετά εύκολα από τους διάφορους θορύβους, το φως, την θερμοκρασία καθώς και από τις περιβαλλοντικές μεταβολές. Όμως, είναι συχνό φαινόμενο για ορισμένα παιδιά να μην εμφανίζουν τα παραπάνω συμπτώματα ή να μην δίνεται η απαραίτητη βαρύτητα, όταν αυτά παρατηρούνται. Για παράδειγμα είναι πιθανό ένα παιδί με ΔΕΠΥ να φαίνεται πως δεν αναστατώνεται από τα παραπάνω και αντίθετα να κοιμάται πάρα πολλές ώρες μέσα σε ένα εικοσιτετράωρο και να αναπτύσσεται με αρκετά αργούς ρυθμούς κατά τους πρώτους μήνες του (Warikoo & Faraone 2013).

Τέλος, ένα παιδί με ΔΕΠΥ πολύ συχνά παρουσιάζεται να κλαίει εύκολα ή να γελάει εύκολα, δηλαδή φαίνεται τα παιδιά με αυτήν την διαταραχή να μην είναι τόσο

σταθερά αναφορικά με τα συναισθήματα και την εκδήλωσή τους. Κάτι τέτοιο, όμως, είναι εξίσου δύσκολο να παρατηρηθεί σε τόσο πρώιμο στάδιο, όπου τα συμπτώματα της διαταραχής συνυπάρχουν με παρόμοιες εκδηλώσεις παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

Νοημοσύνη ατόμων με ΔΕΠΥ

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια οι ερευνητικές προσπάθειες που αφορούν τη ΔΕΠΥ έχουν αυξηθεί κατά πολύ, λίγες είναι οι σχετικές μελέτες που συνεξετάζουν τη διαταραχή αυτή με τη νοημοσύνη.

Η ΔΕΠΥ, δεν φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την νοητική ικανότητα αυτών των παιδιών αλλά να επηρεάζει εμμέσως τη νοητική τους ανάπτυξη. Όπως έχει προαναφερθεί, τα παιδιά με ΔΕΠΥ, έχουν να διαχειριστούν μια πληθώρα καταστάσεων που τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης αγνοούν. Η αδυναμία συγκέντρωσης προφανώς και οδηγεί σε μία υπερπροσπάθεια από τη μεριά τους, προκειμένου να φτάσουν το μέσο όρο της τάξης. Άλλες φορές αυτό είναι τόσο δύσκολο για αυτά, που επιλέγουν να «βουλευτούν» στις συνήθειές τους και έτσι σπάνια αντανακλάται η πραγματική ικανότητά τους, στην επίδοση σε διάφορα έργα, συμπεριλαμβανομένων και των σχολικών δραστηριοτήτων.

Σύμφωνα με ορισμένες έρευνες κατά τις οποίες, παιδιά με ΔΕΠΥ έλαβαν μέρος σε τεστ νοημοσύνης, παρουσιάζεται διαφορά της τάξης των 7-15 μονάδων σε σχέση με παιδιά της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας. Έτσι, έχουμε οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι σε καταστάσεις όπου παρουσιάζεται χαμηλό IQ καθώς και δυσκολίες συγκέντρωσης, θα πρέπει να εξετάζεται όχι μόνο η ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας αλλά και η ύπαρξη ΔΕΠΥ.

Από την άλλη πλευρά, η μελέτη των Slusarek, Velling, Bunk και Eggers (2001) αποδεικνύει ότι με τη διαμόρφωση ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος που λαμβάνει υπόψη τα κίνητρα και τις ιδιαιτερότητες των παιδιών με ΔΕΠΥ, η επίδοσή τους στις σχολικές απαιτήσεις, μπορεί να είναι εξίσου καλή με αυτή παιδιών χωρίς την διαταραχή.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί πως η άμεση θεραπεία είναι κάτι που βοηθά εξαιρετικά αυτά τα παιδιά. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ, μετά από μια θεραπευτική αγωγή, βοηθούνται ώστε να αναγνωρίσουν και να αξιοποιήσουν κατάλληλα ικανότητες οι οποίες κρύβονταν λόγω της διαταραχής τους. Σε αυτήν την κατηγορία όμως δεν ανήκουν μόνο παιδιά που παλεύουν ώστε να ακολουθούν τους συνομηλίκους τους,

αλλά και ιδιαίτερα έξυπνα παιδιά με ΔΕΠΥ που πολλές φορές ξεπερνούν το μέσο όρο. Στις μαθητικές τους υποχρεώσεις, η νοημοσύνη τα βοηθά να ανταπεξέλθουν σε ένα βαθμό στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν λόγω της διαταραχής τους, πετυχαίνοντας έτσι μια μέση επίδοση. Αυτό όμως, δεν είναι πάντα αρκετό όταν έρχονται αντιμέτωπα με τα κοινωνικά και συναισθηματικά ζητήματα που καλούνται συχνά να επιλύσουν. Παρατηρείται μάλιστα, ότι αποδίδουν αρκετά καλά σε γραπτά διαγωνίσματα, όμως δυσκολεύονται σε ομαδικές εργασίες όπου κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία τουλάχιστον δύο ή και περισσότερων ατόμων. Με την παροχή μιας άρτια δομημένης θεραπευτικής αγωγής, μπορούν να ανταπεξέλθουν σε ικανοποιητικό βαθμό στις απαιτήσεις τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Συνοψίζοντας, τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν πληθώρα ικανοτήτων. Είναι δημιουργικά και σκέφτονται πλευρικά, αν καταφέρουν να τιθασεύσουν τον αυθορμητισμό τους. Σύμφωνα με τους Kewley (2010) και Κουρκούτα (2011), τα παιδιά με ΔΕΠΥ πρέπει να καταβάλουν το διπλάσιο της προσπάθειας για κάθε τους επίτευγμα από ότι ένα άλλο παιδί της ηλικίας τους. Και εκεί οφείλουν να εστιάσουν τόσο τα ίδια όσο και το ευρύτερο περιβάλλον που ασχολείται μαζί τους, με στόχο την ανάπτυξη των νοητικών τους ικανοτήτων, όσο καλύτερα γίνεται, ώστε να μην αποτελεί η διαταραχή αυτή τροχοπέδη για να πετύχουν σπουδαία πράγματα στη ζωή τους.

Αναπτυξιακή Πορεία της ΔΕΠΥ

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ διαφέρουν από άτομο σε άτομο, αλλά ποικίλουν ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου. Η ΔΕΠΥ είναι μια νευροαναπτυξιακή κατάσταση που συνήθως εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της πρώιμης εφηβείας και φαίνεται πως ακολουθεί χαρακτηριστικά γνωρίσματα και συμπτώματα καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης.

Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ, η υπερκινητικότητα είναι το πιο εμφανές και έντονο σύμπτωμα, ενώ η απροσεξία γίνεται πιο έντονη με την αύξηση των σχολικών απαιτήσεων και την ένταξη στο σχολικό περιβάλλον. Στην εφηβεία, η υπερδραστηριότητα μειώνεται σε έναν βαθμό, ενώ η απροσεξία και η παρορμητικότητα γίνονται πιο έντονες, ιδιαίτερα σε καινούριες κοινωνικές καταστάσεις. Από τα τέλη της εφηβείας και στην ενηλικίωση, τα συμπτώματα

απροσεξίας τείνουν να επιμένουν, ενώ υπάρχει μεγαλύτερη μείωση στα πιο εμφανή σημεία υπερκινητικότητας.

Η κύρια ηλικία εμφάνισης της ΔΕΠΥ θεωρείται η παιδική, αν και πολλά άτομα πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης σε μεταγενέστερες ηλικίες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι χρειάστηκε μέχρι τα τέλη του 20ού αιώνα για να αποδειχθεί ότι η ΔΕΠΥ εμφανίζεται και σε ενήλικες και ότι υπάρχει κλινική πορεία από την παιδική ηλικία έως την ενηλικίωση (Franke et al., 2018). Πλέον, υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν την έναρξη της ΔΕΠΥ και στην ενήλικη ζωή, όπως για παράδειγμα περιστατικά ενηλίκων που εμφάνισαν ΔΕΠΥ μετά από εγκεφαλικό τραύμα. Έχει υποτεθεί πως υπάρχουν και άλλες μορφές ιδιοπαθούς έναρξης ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή, αλλά είναι πιο πιθανό η διαταραχή απλά να προϋπήρχε χωρίς διάγνωση ή με μικρότερα συμπτώματα και στη νεότερη ζωή (Franke et al., 2018).

Τα ποσοστά εμφάνισης ΔΕΠΥ μεταξύ των δύο φύλων μεταβάλλονται στη διάρκεια της ανάπτυξης. Στις παιδικές και εφηβικές κλινικές, περίπου το 80% των ασθενών με ΔΕΠΥ είναι άνδρες, ενώ στις κλινικές ενηλίκων, το ποσοστό των ανδρών είναι περίπου 50%.

Βρεφική ηλικία

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ στη βρεφική ηλικία δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμα και σε πολλές περιπτώσεις, όταν γίνεται μεταγενέστερη διάγνωση, οι γονείς εντοπίζουν γνωρίσματα και συμπτώματα και στην βρεφική ηλικία που δεν είχαν αντιληφθεί ή δεν θεωρούσαν αξιόσημαντα. Όταν οι γονείς αναφέρουν συμπτώματα υπερκινητικότητας και διάσπασης προσοχής στη βρεφική ηλικία, είναι χαρακτηριστικά που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην κλινική εξέταση, ωστόσο δεν μπορούν να αποτελέσουν βάση για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ σε αυτή την ηλικία. Μπορεί όμως να αποτελούν ένδειξη για μία πιθανή εκδήλωση της διαταραχής σε μετέπειτα αναπτυξιακό στάδιο, όταν τα γνωρίσματά της θα είναι πιο αναγνωρίσιμα.

Πολλές από τις χαρακτηριστικές συμπεριφορές για τη ΔΕΠΥ οδηγούν τους γονείς στο να έχουν υποψίες για την υποκείμενη ύπαρξη της διαταραχής ή να αναρωτιούνται αν το παιδί τους είναι σε κίνδυνο να την αναπτύξει σε μετέπειτα στάδιο της ζωής του. Έχει φανεί ότι οι ανησυχίες των γονέων για το επίπεδο συμπεριφοράς/ιδιοσυγκρασίας του βρέφους στην ηλικία των 2 έως 3 ετών, συνήθως συμβαδίζει με τη μεταγενέστερη επίσημη διάγνωση της ΔΕΠΥ και άρα οι γονείς είναι

σε ένα βαθμό σε θέση να αναγνωρίζουν στα βρέφη τα πρόωρα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδεικτικά της διαταραχής (Miller, Iosif, Young, Hill, & Ozonoff, 2018).

Ορισμένες ενδείξεις της ΔΕΠΥ στα βρέφη μπορεί να είναι συμπεριφορές που να χαρακτηρίζουν το βρέφος ως «δύσκολο» από τους γονείς, όπως προβλήματα με το πρόγραμμα του ύπνου, την τροφή και το κλάμα. Τα βρέφη με συμπτώματα ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν προβλήματα στον ύπνο, με ύπνο μικρότερης διάρκειας που διακόπτεται αρκετές φορές, ενώ το βρέφος μπορεί να έχει έντονη κινητικότητα κατά τη διάρκεια αυτού. Οι διαταραχές στη συνέχεια και την ποιότητα του ύπνου μπορεί να επιδεινώσουν άλλα συμπτώματα όπως εξάντληση, δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα και δυσκολία στον έλεγχο των συναισθημάτων. Το έντονο κλάμα μπορεί να είναι μία ακόμα χαρακτηριστική εκδήλωση της ΔΕΠΥ στη βρεφική ηλικία και τα βρέφη αυτά μπορεί να κλαίει περισσότερο χωρίς κάποιον προφανή λόγο. Σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο οι δυσκολίες των βρεφών επεκτείνονται και στη διατροφή καθώς είναι δύσκολη η μετάβαση από τον θηλασμό/γάλα στη στερεά τροφή (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Αυτά τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που μπορεί να υπάρχουν νωρίς στη βρεφική ηλικία μπορεί να αποτελέσουν δείκτες κινδύνου για μεταγενέστερη εμφάνιση ΔΕΠΥ και η παρατήρησή τους μπορεί να βελτιώσει την πρόωρη ανίχνευση και θεραπεία της διαταραχής. Έχει φανεί ότι τα βρέφη με ΔΕΠΥ ακολουθούν διαφορετική αναπτυξιακή πορεία σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα. Ο χρόνος που τα βρέφη κοιτούν στα μάτια τους ανθρώπους αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου, όμως στα βρέφη 3-24 μηνών με ΔΕΠΥ, φαίνεται να μην αυξάνεται αυτό το χρονικό διάστημα. Αυτό υποδηλώνει ότι δεν κοιτούν στα μάτια τους ανθρώπους για μεγάλο χρονικό διάστημα και η αδυναμία αυτή είναι ένα πρώτο σημείο της μεταγενέστερης εμφάνισης της διαταραχής. Αντίθετα, στους 3 μήνες ζωής φάνηκε ότι τα βρέφη με ΔΕΠΥ είχαν υψηλότερο συνολικό χρόνο οπτικής επαφής. Όμως είναι γνωστό πως τόσο νωρίς στη βρεφική ηλικία, το κοίταγμα στα μάτια για μακροχρόνιο διάστημα συνδέεται με βραδύτερη γνωστική επεξεργασία (Miller et al., 2018).

Προσχολική ηλικία

Στην προσχολική ηλικία ο φαινότυπος της ΔΕΠΥ γίνεται πιο χαρακτηριστικός της διαταραχής και τα συμπτώματα αναγνωρίζονται πιο εύκολα σε αυτή την ηλικία σε σχέση με τη βρεφική. Οι γονείς μπορεί να αντιληφθούν την υπερβολικά έντονη

κινητικότητα του παιδιού και ίσως την ευερέθιστη ιδιοσυγκρασία και τον έντονο εκνευρισμό που μπορεί να παρουσιάζει. Υπάρχει βέβαια η πιθανότητα εσφαλμένης διάγνωσης ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ επειδή τα περισσότερα νήπια εμφανίζουν αυτά τα χαρακτηριστικά σε κάποια χρονική στιγμή της προσχολικής ηλικίας: έλλειψη εστίασης, υπερβολική ενέργεια, παρορμητικότητα. Επίσης, οι καινούργιες καταστάσεις κατά την ανάπτυξη του παιδιού, η ισχυρή προσδοκία ανταμοιβής και ο έντονος εξωτερικός έλεγχος της συμπεριφοράς από τους γονείς, μπορεί να μειώσουν τα γνωρίσματα της ΔΕΠΥ στα παιδιά κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας, αλλά όχι μακροπρόθεσμα.

Όπως αναφέρθηκε, η υπερκινητικότητα είναι έντονο χαρακτηριστικό της ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία. Το παιδί σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο δεν μπορεί να παίξει ήρεμα, κινείται ακατάπαυστα και εμφανίζει δυσκολίες σε δραστηριότητες που απαιτούν προσοχή. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι συχνά τολμηρά, παρορμητικά και έχουν την τάση να μη συμμορφώνονται στις απαιτήσεις των ενηλίκων. Η αυξημένη ενεργητικότητα μπορεί να εμφανιστεί και με τη μορφή απαιτητικής και εκρηκτικής συμπεριφοράς, γι' αυτό συχνά έχουν εκρήξεις θυμού που είναι δύσκολο να ελεγχθούν. Τα σημάδια υπερκινητικότητας σε ένα παιδί προσχολικής ηλικίας μπορεί να περιλαμβάνουν το ότι είναι υπερβολικά νευρικό και ασταθές, αδυνατεί να καθίσει ήσυχο σε ήρεμες δραστηριότητες όπως το φαγητό και το διάβασμα βιβλίων, μιλάει και κάνει υπερβολικό θόρυβο, τρέχει από παιχνίδι σε παιχνίδι και γενικότερα είναι συνεχώς σε κίνηση σε κάθε περίπτωση της καθημερινότητας (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007; Κουμούλα, 2012).

Όπως και στη βρεφική ηλικία, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να εμφανίζουν προβλήματα στον ύπνο και είναι συχνό φαινόμενο οι αϋπνίες. Επίσης, επηρεάζονται και οι διατροφικές τους συνήθειες καθώς πολλές φορές λόγω εξωτερικών ερεθισμάτων κατά τη διάρκεια των γευμάτων το παιδί δεν μπορεί να συγκεντρωθεί στο φαγητό και παραλείπει γεύματα.

Συμπτώματα παρορμητικής συμπεριφοράς μπορεί να περιλαμβάνουν ακραία ανυπομονησία και άρνηση να περιμένουν τη σειρά τους όταν παίζουν με άλλα παιδιά, να διακόπτουν τους άλλους όταν μιλάνε ή να κάνουν σχόλια σε ακατάλληλες στιγμές. Ακόμα, δυσκολία στον έλεγχο των συναισθημάτων και εκρήξεις θυμού ή εισβολή στο παιχνίδι άλλων παιδιών χωρίς να ρωτάνε αν μπορούν να συμμετάσχουν. Άλλα σημεία ΔΕΠΥ μπορεί να είναι η επιθετική συμπεριφορά στο παιχνίδι, η έλλειψη αίσθησης κινδύνου με ξένους ανθρώπους, η υπερβολικά τολμηρή συμπεριφορά που μπορεί να

θέσει σε κίνδυνο τον εαυτό του ή τους άλλους και μετά την ηλικία των 4 ετών, η αδυναμία άλματος με το ένα πόδι.

Στο στάδιο της νηπιακής/προσχολικής ηλικίας, στα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζονται προβλήματα συντονισμού των κινήσεων. Ιδιαίτερα, κινήσεις που απαιτούν λεπτή κινητικότητα και αυξημένο έλεγχο αντιδράσεων, όπως ο χειρισμός του μολυβιού, το κούμπωμα των ρούχων, το δέσιμο κορδονιών και η ζωγραφική, είναι δύσκολες για το παιδί με ΔΕΠΥ. Μπορεί επίσης να έχουν δυσκολίες σε δραστηριότητες που απαιτούν παράλληλα συντονισμό και κίνηση, όπως το κολύμπι και το ποδήλατο (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007). Οι δυσκολίες στην ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων που πολλοί συνομήλικοι τους έχουν ήδη αναπτύξει, μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα απογοήτευσης, οργής και επιθετικότητας.

Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους τους παρουσιάζουν δυσκολίες, καθώς τα παιδιά με ΔΕΠΥ ήδη από την προσχολική ηλικία εμφανίζουν λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες και δεν ενσωματώνονται απόλυτα σε ομάδες, ενώ μπορεί να έχουν προβλήματα και στη συνεργασία με άλλα παιδιά (Κουμούλα, 2012). Μπορεί να εμφανίζουν επιθετικότητα και δυσκολία ένταξης σε ομάδες, με αποτέλεσμα να μπλέκουν σε διαμάχες και έτσι να απορρίπτονται από συνομηλίκους (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007). Το στάδιο της προσχολικής ηλικίας είναι η πρώτη πραγματική επαφή των παιδιών με τις κοινωνικές και συναισθηματικές δυσκολίες τις οποίες έχουν να αντιμετωπίσουν λόγω της διαταραχής τους.

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ συχνά πάσχουν από άλλες συννοσηρές καταστάσεις, συνηθέστερα από εναντιωματική προκλητική διαταραχή, διαταραχές επικοινωνίας και διαταραχές άγχους. Τα παιδιά με επιπλέον συννοσηρές διαταραχές, έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες και περιορισμούς στη λειτουργικότητά τους από τα παιδιά μόνο με ΔΕΠΥ.

Η εφαρμογή των κριτηρίων της ΔΕΠΥ εμφανίζει δυσκολίες στην προσχολική ηλικία καθώς όλα τα νήπια είναι σε έναν βαθμό απρόσεκτα και υπερκινητικά και δεν είναι εύκολο να διαχωριστεί από αυτό η υπερκινητική/απρόσεκτη/παρορμητική συμπεριφορά ενός νηπίου με ΔΕΠΥ. Επιπλέον, τα παιδιά της ηλικίας αυτής δεν βρίσκονται συχνά σε καταστάσεις που απαιτείται διατήρηση της προσοχής για μεγάλα χρονικά διαστήματα, όπως γίνεται μετέπειτα με την έναρξη του σχολείου (Κουμούλα, 2012). Στην προσχολική ηλικία μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπιστούν με σαφήνεια τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, γι' αυτό σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο δεν πρέπει να υπερπροσδιορίζονται τα πρώιμα εμφανιζόμενα συμπτώματα, αλλά από την άλλη

πλευρά να μην υποτιμάται η κλινική σημασία των συμπτωμάτων αυτών (Sonuga-Barke, Koerting, Smith, McCann, & Thompson, 2011).

Σχολική ηλικία

Ενώ στην προσχολική ηλικία τα παιδιά δεν βρίσκονται συχνά σε καταστάσεις που απαιτούν διατήρηση της προσοχής για μεγάλο χρονικό διάστημα, στη σχολική ηλικία η ένταξη των παιδιών με ΔΕΠΥ στο σχολικό περιβάλλον σηματοδοτεί νέα συμπτώματα στη συμπεριφορά τους. Η αναγνώριση της ΔΕΠΥ συμπίπτει σε πολλές περιπτώσεις με την αρχή του σχολείου, λόγω των έντονων απαιτήσεων για διατήρηση της προσοχής και συμμόρφωση στους σχολικούς κανόνες. Οι περισσότερες διαγνώσεις ΔΕΠΥ γίνονται σε παιδιά σχολικής ηλικίας και τα περισσότερα δεδομένα για τη ΔΕΠΥ προέρχονται από έρευνες σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα.

Η σχολική περίοδος είναι μία σημαντική ηλικία αλλαγών στο παιδί και η ποιότητα της αλληλεπίδρασης που διαμορφώνει στο οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την μεταγενέστερη εξέλιξη της ΔΕΠΥ. Η αυξημένη κινητικότητα, όπως και στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, είναι χαρακτηριστικό της ΔΕΠΥ και στη σχολική ηλικία. Οι κινήσεις των παιδιών με ΔΕΠΥ χαρακτηρίζονται από βιασύνη και αδεξιότητα, ενώ μπορεί να κινούν νευρικά τα άκρα τους, να μιλούν αδιάκοπα στην τάξη ή να διακόπτουν τους εκπαιδευτικούς. Συχνά, έχουν παρορμητικές αντιδράσεις και είναι επιρρεπή σε λάθη παρεμβολής, απαντούν χωρίς να τους έχει δοθεί ο λόγος ή χωρίς να περιμένουν να ολοκληρωθεί η ερώτηση, δίνουν βιαστικές και χωρίς σκέψη απαντήσεις και δεν περιμένουν τη σειρά τους για να μιλήσουν (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007). Στη σχολική τάξη είναι έντονη η υπερκινητικότητα των παιδιών με ΔΕΠΥ, καθώς αναζητούν αφορμές για να σηκώνονται συχνά από τη θέση τους ή στριφογυρίζουν στο κάθισμα, κουνούν συνεχώς τα άκρα τους, περιφέρονται χωρίς λόγο και ενοχλούν πολλές φορές τους συμμαθητές τους και γενικότερα πρέπει να καταβάλουν ιδιαίτερη προσπάθεια για να μείνουν ήρεμοι και να μην κάνουν φασαρία. Μπορεί επίσης να έχουν δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες, για παράδειγμα στην οργάνωση του προσωπικού τους χώρου και την καθημερινή προσωπική υγιεινή (Κουμούλα, 2012). Όπως είναι προφανές, τα χαρακτηριστικά αυτά δημιουργούν μία έντονη κατάσταση στην σχολική τάξη, που τις περισσότερες φορές δεν είναι ανεκτή ούτε από τον εκπαιδευτικό αλλά ούτε και από τα υπόλοιπα παιδιά.

Στο σχολείο, οι δραστηριότητες είναι απαιτητικές και χρειάζεται προσοχή και συγκέντρωση από τους μαθητές. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ που δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις απαιτήσεις συχνά καταφεύγουν στη λύση της αποφυγής. Λόγω της αδυναμίας συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια του μαθήματος ή κατά τη διάρκεια εκπόνησης εργασιών, το αποτέλεσμα πολλές φορές δεν έχει συνοχή, και το γραπτό είναι ακατάστατο ή ημιτελές. Τα προβλήματα στην οργάνωση και εκτέλεση των σχολικών εργασιών μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα μειωμένες σχολικές επιδόσεις, ακόμα και για παιδιά με ΔΕΠΥ με φυσιολογική νοημοσύνη. Ακόμα, εμφανίζουν δυσκολίες στο σχολείο που σχετίζονται και με την αντίληψη του χρόνου, διότι υπερεκτιμούν τη διάρκεια μικρών χρονικών διαστημάτων και υποεκτιμούν πιο μεγάλα διαστήματα, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται στην οργάνωση του χρόνου τους, την αναμονή και τον σχεδιασμό (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007; Κουμούλα, 2012).

Στη σχολική ηλικία, όπως και στην προσχολική, συνεχίζονται οι συγκρούσεις με τους συνομηλίκους, λόγω της έντονης επιθετικότητας ή της έλλειψης ενσυναίσθησης. Η μειωμένη συνεργατική διάθεση μπορεί να οδηγήσει στην απόρριψη από τους συμμαθητές, ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα γνωριμίας (Κουμούλα, 2012). Με την αύξηση της ηλικίας, τα συναισθηματικά προβλήματα αυξάνονται και σε πολλές περιπτώσεις προκύπτουν από την απόρριψη από τους συνομηλίκους, προβλήματα με τους δασκάλους και τους γονείς, καθώς και το αίσθημα της διαφορετικότητας που κατέχει τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Κατά τη διάρκεια των σχολικών χρόνων, στα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠΥ, τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω μπορεί να αλλάξουν ή και να εξαφανιστούν. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠΥ βρέχουν το κρεβάτι τους κατά τη διάρκεια του ύπνου συχνότερα απ' ό,τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ, όμως αυτό το χαρακτηριστικό εξαφανίζεται προς το τέλος της παιδικής ηλικίας. Σε γενικές γραμμές ο επιπολασμός των συμπτωμάτων απροσεξίας συνεχίζει να αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, ενώ ο επιπολασμός των συμπτωμάτων υπερκινητικότητας συνεχίζει να μειώνεται κατά τη διάρκεια των σχολικών ετών. Επίσης, με το πέρασμα του χρόνου στα παιδιά σχολικής ηλικίας μειώνεται η ανησυχία, όμως συνήθως παραμένουν στον ίδιο βαθμό η δυσκολία συγκέντρωσης, η έλλειψη αυτοσυγκράτησης και η παρορμητικότητα (Wender & Tomb, 2017).

Περίπου το 70% των παιδιών με ΔΕΠΥ στη σχολική ηλικία έχουν τουλάχιστον μία άλλη συννοσηρή διαταραχή, με τις πιο συχνές συννοσηρότητες να είναι και πάλι η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, το άγχος και οι μαθησιακές δυσκολίες.

Η ΔΕΠΥ συνυπάρχει, με συμπτώματα των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος στο 20-50% των παιδιών. Οι διαταραχές τικ εμφανίζονται στο 3-4% του πληθυσμού, ενώ στα παιδιά με ΔΕΠΥ παρατηρούνται στο 10-20%. Στη σχολική ηλικία, η σοβαρότητα των διαταραχών τικ κορυφώνεται συνήθως μεταξύ των 8 και 12 ετών και η φυσική τους εξέλιξη φαίνεται να έχει σημαντική μείωση κατά την εφηβεία (Franke et al., 2018).

Εφηβεία

Από τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ, περίπου το 85% αυτών συνεχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα και στην εφηβική ηλικία. Στην εφηβεία υπάρχει μείωση της υπερδραστηριότητας, η οποία είναι συνήθως έντονη στα μικρότερα παιδιά, αλλά παραμένουν τα συμπτώματα απροσεξίας, παρορμητικότητας και εσωτερικής ανησυχίας. Η συναισθηματική αστάθεια, αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας και είναι το χαρακτηριστικό που μπορεί ακόμη και να κυριαρχήσει στην κλινική εικόνα του εφήβου με ΔΕΠΥ (Franke et al., 2018; Κουμούλα, 2012). Η μείωση της υπερδραστηριότητας μπορεί να μην γίνεται τόσο αντιληπτή στους εφήβους λόγω της εμφάνισης νέων προκλήσεων και κατ' επέκταση καινούργιων συμπτωμάτων (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Η εφηβεία είναι ένα αναπτυξιακό στάδιο που φέρει μεγάλες αλλαγές σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Οι έφηβοι κατά την φυσιολογική ανάπτυξη έρχονται αντιμέτωποι με ψυχολογικές μεταπτώσεις, βιοσωματικές αλλαγές και καινούργιες κοινωνικές καταστάσεις. Η επιτυχημένη μετάβαση από το ένα αναπτυξιακό στάδιο στο άλλο προϋποθέτει την προσαρμογή στις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές. Τα προβλήματα της ΔΕΠΥ αλληλεπιδρούν παράλληλα με τις φυσιολογικές ψυχολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στην εφηβεία και γι' αυτό στα παιδιά με ΔΕΠΥ η έναρξη της εφηβείας μπορεί να συνοδεύεται από περαιτέρω προκλήσεις.

Όσον αφορά τις σχολικές επιδόσεις, μπορεί να επηρεαστούν και στην εφηβική ηλικία, καθώς οι έφηβοι συνεχίζουν να εμφανίζουν δυσκολίες στην ολοκλήρωση των σχολικών εργασιών και σε κάποιες περιπτώσεις διακόπτουν τη σχολική φοίτηση. Η μειωμένες σχολικές επιδόσεις σε πολλές περιπτώσεις έχουν ήδη εμφανιστεί από την παιδική ηλικία και γι' αυτό η ακαδημαϊκή επίδοση δεν φαίνεται να απασχολεί ιδιαίτερα τους εφήβους με ΔΕΠΥ. Αντίθετα, οι συναισθηματικές αλλαγές και οι δυσκολίες στην

κοινωνική προσαρμογή φαίνεται να τους απασχολούν περισσότερο (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007; Κουμούλα, 2012).

Ήδη από τη σχολική ηλικία, οι συνομήλικοι των παιδιών διαδραματίζουν ολοένα και μεγαλύτερο ρόλο στην κοινωνική τους ανάπτυξη και καθώς τα παιδιά μπαίνουν στην εφηβεία, ο αντίκτυπος των φίλων τους στην καθημερινότητα γίνεται ακόμη μεγαλύτερος. Για τον έφηβο με ΔΕΠΥ που στερείται κοινωνικής αντίληψης και διαπροσωπικών δεξιοτήτων, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους εντείνονται και είναι πιο δύσκολο να κάνει στενούς φίλους. Στις δραστηριότητες που κάνουν τους εφήβους δημοφιλείς, όπως για παράδειγμα τα αθλήματα, ο έφηβος με ΔΕΠΥ μπορεί να έχει περιορισμένες δεξιότητες. Η έλλειψη αποδοχής από τους συνομηλίκους στην εφηβεία έχει πιο έντονες επιδράσεις στην ψυχολογία των εφήβων με τη συγκεκριμένη διαταραχή από ό, τι στην παιδική ηλικία (Wender & Tomb, 2017).

Η αρχή της ενηλικίωσης, μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους με ΔΕΠΥ, προκειμένου να συγκαλύψουν τα συμπτώματα της διαταραχής, σε δραστηριότητες υψηλού κινδύνου. Οι έφηβοι με ΔΕΠΥ φαίνεται να παίρνουν λιγότερη ευχαρίστηση από τις συνήθειες και λιγότερο διεγερτικές δραστηριότητες που απολαμβάνουν οι συνομήλικοί τους. Αναζητούν ενθουσιασμό σε επικίνδυνες καταστάσεις όπως για παράδειγμα, εμπλέκονται συχνά σε ρισκοκίνδυνη οδήγηση, κάπνισμα, κατάχρηση ουσιών, παραβιάσεις κανόνων κ.α. (Wender & Tomb, 2017).

Το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών είναι συχνό φαινόμενο στους εφήβους με ΔΕΠΥ. Το φαινόμενο αυτό έχει τα αίτια σε ένα συνδυασμό παραγόντων. Αρχικά στα χαρακτηριστικά της ίδιας της διαταραχής (μειωμένη ικανότητα καταστολής ερεθισμάτων, παρορμητικότητα), στην έντονη επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος κατά την εφηβεία (συνομήλικοι, οικογενειακό περιβάλλον) καθώς και στη σωματική και γνωστική εκτίμηση της χρήσης ουσιών (αυτοθεραπεία) από τους εφήβους με ΔΕΠΥ. Η χρήση ουσιών και η παραβατικότητα είναι πιο συχνές όταν συνυπάρχουν άλλες διαταραχές, όπως εναντιωματική προκλητική διαταραχή ή διαταραχή διαγωγής. Ακόμα, η ένταξη σε περιθωριακές ομάδες, μπορεί να είναι αποτέλεσμα των κοινωνικών δυσκολιών και των σχολικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι με ΔΕΠΥ (Κουμούλα, 2012). Η συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ με αντικοινωνικές συμπεριφορές οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για άσκηση βίας και φυλάκιση (Franke et al., 2018).

Προς το τέλος της εφηβείας, ενώ οι διαφορές στα γνωρίσματα απροσεξίας φαίνεται να παραμένουν σταθερές μεταξύ των δύο φύλων, το επίπεδο

υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας μειώνεται στα αγόρια και έρχεται στο επίπεδο των κοριτσιών, υποδηλώνοντας ότι η έκφραση των κύριων συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ είναι παρόμοια μεταξύ των δύο φύλων στον ενήλικο πληθυσμό. Εκτός από τις διαφορές στην έκφραση των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ μεταξύ των δύο φύλων, είναι πιθανό ότι τα συννοσηρά προβλήματα συμβάλλουν στα διαφορετικά ποσοστά παραπομπής των αγοριών για παραβατικές συμπεριφορές σε σύγκριση με τα κορίτσια, καθώς φαίνεται πως τα αγόρια παρουσιάζουν συχνότερα εξωτερικές διαταραχές συμπεριφοράς και μαθησιακά προβλήματα (Franke et al., 2018).

Ενήλικη ζωή

Μέχρι πρόσφατα, η ΔΕΠΥ θεωρείτο μια διαταραχή που περιορίζεται αποκλειστικά στην παιδική και εφηβική ηλικία και τα συμπτώματα της οποίας φθίνουν και εξαφανίζονται προς στο τέλος της εφηβείας. Ωστόσο, πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών με ΔΕΠΥ, γίνονται ενήλικοι με ΔΕΠΥ. Υπολογίζεται ότι τα 2/3 των παιδιών με την διαταραχή αυτή συνεχίζουν να παρουσιάζουν κλινικά σημαντική διαταραχή και ως ενήλικες, πιθανώς με διαφορετικά γνωρίσματα. Όταν γίνεται έγκαιρη διάγνωση της ΔΕΠΥ στον ενήλικα, τα συμπτώματα είναι ήπια και δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργικότητα του ατόμου σε αυτό το στάδιο (Κουμούλα, 2012).

Από μία πρόσφατη ανάλυση υπολογίστηκε ότι στο 50% των ατόμων με ΔΕΠΥ, η διαταραχή παραμένει σε μερική ύφεση μέχρι την ηλικία των 25 ετών, ενώ στο 15% των περιπτώσεων η διαταραχή παραμένει στην πλήρη μορφή της (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, & Παπαδημητρίου, 2012). Από άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι στην ηλικία των 18 ετών, το 40% των παιδιών με ΔΕΠΥ συνέχιζαν να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα από τα συμπτώματα της διαταραχής, ενώ στην ηλικία των 41 ετών το ποσοστό ήταν 22% (Wender & Tomb, 2017).

Στην ενήλικη ζωή συνήθως μειώνεται η έκδηλη σωματική κινητικότητα με τη μορφή που εμφανίζεται στα παιδιά και η υπερκινητικότητα μπορεί να εμφανίζεται με άλλη μορφή στους ενήλικες, συνήθως ως υποκειμενική κινητική ανησυχία. Πολλά συμπτώματα παραμένουν σταθερά από την παιδική ηλικία, όπως η απροσεξία και η παρορμητικότητα. Τα πυρηνικά συμπτώματα μένουν συνήθως τα ίδια, ενώ η έντασή τους μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας. Παρόλο που στους ενήλικες με ΔΕΠΥ

μειώνεται η υπερκινητικότητα, συνεχίζουν να εμφανίζουν συχνότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας ή παρορμητικότητας σε σύγκριση με τους αντίστοιχους τυπικής ανάπτυξης ενήλικες (Franke et al., 2018).

Στους ενήλικες με ΔΕΠΥ τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται, αλλά σε διαφορετική κλίμακα από αυτή των παιδιών, είναι συμπτώματα απροσεξίας, όπως δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής, ευκολία διάσπασης προσοχής, δυσκολία στο να ακούνε με προσοχή τους άλλους. Τα προβλήματα αυτά οδηγούν σε αδυναμία ολοκλήρωσης των ακαδημαϊκών και επαγγελματικών εργασιών, που οδηγούν σε μειωμένες επιδόσεις σε σύγκριση με άτομα παρόμοιας νοημοσύνης χωρίς ΔΕΠΥ. Γι' αυτό, πολλοί ενήλικες με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν οικονομικά, ακαδημαϊκά ή εργασιακά προβλήματα, αισθάνονται απομονωμένοι και με αίσθημα ντροπής (Πεχλιβανίδης et al., 2012).

Η υπερβολική σωματική κινητικότητα φθίνει με την πάροδο του χρόνου, αλλά μπορεί να παραμένουν και στην ενήλικη ζωή πολυάριθμες νευρικές κινήσεις, υπερβολική ομιλία και υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας. Ενώ στα παιδιά η υπερκινητικότητα εκδηλώνεται με το να τρέχουν, να σκαρφαλώνουν ή να έχουν δυσκολία να παίξουν ήρεμα, στους ενήλικες η υπερκινητικότητα βιώνεται με ένα εσωτερικό αίσθημα ανησυχίας. Μπορεί να αδυνατούν να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μια θέση, όπως για παράδειγμα στο πανεπιστήμιο, τον κινηματογράφο και την εκκλησία. Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ εμφανίζουν συμπτώματα παρορμητικότητας, όπως χαμηλός έλεγχος των παρορμήσεων, προβλήματα με την οδήγηση, αδυναμία ελέγχου και αναστολής των συναισθηματικών τους αντιδράσεων. Η παρορμητικότητα μπορεί να εμφανίζεται στους ενήλικες με να το να αγοράζουν πράγματα που δεν έχουν ανάγκη και χωρίς να σκεφτούν τις συνέπειες, να αλλάζουν συνεχώς εργασία ή ερωτικούς συντρόφους (Πεχλιβανίδης et al., 2012). Τα συμπτώματα της απροσεξίας στους ενήλικες μπορεί να είναι εύκολη διάσπαση της προσοχής και καθυστερήσεις στις υποχρεώσεις τους, έλλειψη οργάνωσης, συνεχής ανάγκη για αλλαγές και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων (Πεχλιβανίδης et al., 2012).

Με την πάροδο της ηλικίας μπορεί να μειώνεται ή να διαφοροποιείται ο αριθμός των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, αλλά παραμένουν η δυσλειτουργία που προκαλεί η διαταραχή και οι κλινικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ είναι πιο πιθανό να εγκαταλείψουν το πανεπιστήμιο, να έχουν προβλήματα με συναδέλφους, να απολυθούν, ενώ μπορεί να εμφανίσουν δυσκολίες στην οργάνωση του σπιτιού, τη διαχείριση των οικονομικών και των παιδιών τους (Κουμούλα, 2012). Συνήθως, μετά

τα 30 έτη αδυνατούν να σταθεροποιήσουν τη ζωή τους σε επαγγελματικό και συναισθηματικό επίπεδο, με την παραμονή τους σε μια εργασία να είναι συνήθως μικρής διάρκειας, όπως αντίστοιχα και οι σχέσεις τους. (Πεχλιβανίδης et al., 2012).

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ περιπλέκεται λόγω της συχνής συννόησης με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Η συννοσηρότητα που χαρακτηρίζει τα παιδιά με ΔΕΠΥ, παραμένει αυξημένη και στην ενήλικη ζωή, με ποσοστό 75% των ενήλικων ασθενών να έχουν τουλάχιστον μία παράλληλη διαταραχή. Συνηθέστερα εμφανίζονται αγχώδεις διαταραχές (59%), διαταραχές της διάθεσης (45,4%), κατάχρηση ουσιών (35,8%), διαταραχές παρορμήσεων όπως διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή, βουλιμία και παθολογική χαρτοπαιξία (69,8%) και οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική διαταραχή (88,6%) (Πεχλιβανίδης et al., 2012). Πρόσθετα προβλήματα που παρατηρούνται σε πολλούς ενήλικες με ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν προβλήματα ύπνου και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Franke et al., 2018).

Διάκριση ΔΕΠΥ και Φυσιολογικής Ζωηρότητας

Πολλά είναι τα κοινά στοιχεία που θα παρατηρήσει κανείς μελετώντας ένα παιδί με ΔΕΠΥ και ένα παιδί με χαρακτηριστικά φυσιολογικής ζωηρότητας. Και εκεί ακριβώς είναι το σημείο που συχνά πέφτουμε στην παγίδα και θεωρούμε πως τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι απλώς ζωηρά και κακομαθημένα. Είναι γεγονός πως η υπερβολική κινητική δραστηριότητα είναι μια κατάσταση που θεωρείται φυσιολογική σε παιδιά που ανήκουν στην προσχολική ηλικία. Επιπλέον, είναι φυσικό, να μην έχουμε την απαίτηση από ένα παιδί προσχολικής ηλικίας να διατηρεί την προσοχή του σε μία δραστηριότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠΥ και η φυσιολογική ζωηράδα παρουσιάζουν τόσα κοινά, που δεν είναι καθόλου εύκολο να γίνει διάκριση, ειδικότερα όταν μιλάμε για προσχολική ηλικία, όπου τα χαρακτηριστικά και στις δύο περιπτώσεις είναι αρκετά έντονα. Έτσι, αυτό που μπορεί πραγματικά να βοηθήσει στην διαφοροποίηση, είναι οι μικρές αλλά ουσιαστικές λεπτομέρειες.

Βασική διαφορά ανάμεσα σε ένα παιδί με ΔΕΠΥ και ένα ζωηρό παιδί, είναι η κλίμακα ελέγχου της κινητικής δραστηριότητας. Ένα παιδί που είναι απλά ζωηρό, είναι σε θέση να περιορίσει την κινητικότητά του σε περιστάσεις που απαιτούν μειωμένη κίνηση. Στον αντίποδα, ένα παιδί με ΔΕΠΥ, εμφανίζει μεγάλη δυσκολία να μείνει

ήσυχο ακόμα και σε περιπτώσεις όπου γνωρίζει πως πρέπει να περιορίσει την κινητικότητά του. Ακόμα και αν καταφέρει να μείνει ήσυχο θα είναι για πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Παρόλα αυτά ακόμα και σε περιπτώσεις που το παιδί με ΔΕΠΥ έχει καταφέρει να περιορίσει την κινητικότητά του, θα το δούμε να κουνά έντονα τα χέρια και τα πόδια του ή να στριφογυρνά στην θέση του, σε μια προσπάθεια να εκτονώσει την ενέργειά του.

Επιπλέον, από τα συχνότερα χαρακτηριστικά που οδηγεί στη διαφοροδιάγνωση της διαταραχής είναι η καθυστέρηση της ομιλίας και οι μαθησιακές δυσκολίες που συνοδεύουν τις περισσότερες φορές, τα άτομα με ΔΕΠΥ. Πολλές φορές, οι γονείς καταφθάνουν σε ειδικούς ανησυχώντας για την ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας, για προβλήματα στη άρθρωση ή την φωνολογία. Κατά την αξιολόγηση του παιδιού οι θεραπευτές αναγνωρίζουν την συμπτωματολογία της διαταραχής και οφείλουν να προσαρμόζουν τις θεραπευτικές προσεγγίσεις ανάλογα με τις δυσκολίες του παιδιού. Έτσι, δημιουργείται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης και δίνονται κατάλληλες οδηγίες στους γονείς, καθώς επίσης τους προτρέπουν για περαιτέρω αξιολόγηση ή σε θεραπευτή άλλης ειδικότητας, εάν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Επίσης, έχει παρατηρηθεί πως ένα παιδί με ΔΕΠΥ σε σύγκριση με ένα παιδί τυπικής ανάπτυξης, αντιμετωπίζει μεγαλύτερη δυσκολία στον τομέα της λεπτής κίνησης. Επομένως, η ικανότητα των παιδιών να κουμπώσουν κουμπιά, να πιάσουν το μολύβι, να ζωγραφίσουν, ή να κάνουν οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα η οποία απαιτεί λεπτές και αργές κινήσεις, μπορεί να αποτελέσει κριτήριο για την διάκριση της ΔΕΠΥ από την φυσιολογική ζωηρότητα. Ακόμα, τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ είναι συχνό να παρατηρείται η κινητικότητά τους ακόμα και στον ύπνο. Αυτά τα παιδιά είναι πιθανό να κοιμούνται λίγο, και να κάνουν ανήσυχο και ταραγμένο ύπνο.

Τέλος, ένα χαρακτηριστικό που δεν συναντάται συχνά σε απλώς ζωηρά παιδιά είναι οι έντονες εκρήξεις θυμού. Το γεγονός πως δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε όλες τις απαιτήσεις και δραστηριότητες με τον ίδιο ρυθμό και την ίδια αποτελεσματικότητα και σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά, τους δημιουργεί έντονες αντιδράσεις. Σύμφωνα με τον Κάκουρο (2001), σε αυτό οφείλονται τα προβλήματα συμπεριφοράς που ενδεχομένως να εμφανίσουν τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές

Είναι σπάνιες οι περιπτώσεις στις οποίες η ΔΕΠΥ συναντάται χωρίς συνυπάρχουσες διαταραχές. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν πολλές φορές ιδιαίτερος αυξημένη σε ποσοστά, επιθετική και αντιδραστική συμπεριφορά. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σαφώς σε ανεπιθύμητες καταστάσεις και συναισθήματα που καθιστούν το παιδί ευάλωτο και σε άλλες ψυχικές διαταραχές. Εκτός αυτού, υπάρχει πάντα και η πιθανότητα μία διαταραχή και φυσικά η ΔΕΠΥ, που η συχνότητά της στον πληθυσμό είναι μεγάλη, να συνυπάρχει και με κάποιο άλλο σύνδρομο.

Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και Διαταραχή της Διαγωγής - ΔΕΠΥ

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, είναι συχνό το φαινόμενο σε άτομα με ΔΕΠΥ να συνυπάρχει και η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ), σε ποσοστό κατά προσέγγιση 40-65%. Στη συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ, ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά είναι η αδυναμία των ατόμων να διαχειριστούν το συναίσθημά τους, ειδικότερα τα αρνητικά συναισθήματα (θυμός, λύπη, επιθετικότητα). Αυτό σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί στη συνύπαρξη ΔΕΠΥ και Ε.Π.Δ. (μέχρι τα επτά έτη, ένα ποσοστό περίπου 35-60% των παιδιών με ΔΕΠΥ έχει τα κριτήρια για τη διάγνωση της Ε.Π.Δ.), ενώ ένα ποσοστό της τάξεως 25%-30% που πάσχουν από αυτές τις συνυπάρχουσες διαταραχές, κατά την εφηβική ηλικία, εμφανίζουν σημάδια παραβατικότητας και αντικοινωνικότητας.

Είναι πολλές οι έρευνες κατά τις οποίες παρουσιάζεται ότι τα παιδιά στα οποία συνυπάρχουν η ΔΕΠΥ και η Διαταραχή Διαγωγής παρουσιάζουν μία πολύ σοβαρότερη μορφή ψυχοπαθολογίας απ' ό,τι τα παιδιά τα οποία εμφανίζουν ξεχωριστά κάποια από τις δύο διαταραχές. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν συμπτώματα όπως το ψέμα και την επιθετική συμπεριφορά. Επίσης έχουν λίγες συναναστροφές με συνομήλικούς τους. Επιπλέον, η ΔΕΠΥ ευνοεί την ανάπτυξη των συμπτωμάτων των Διαταραχών Διασπαστικής Συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, η παρορμητικότητα αυτών των παιδιών, εντείνει τις συμπλοκές τους με άλλα άτομα, με κορύφωση την επιθετική και πολλές φορές παραβατική συμπεριφορά.

Τόσο η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή όσο και η Διαταραχή Διαγωγής εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης συνήθως λίγο αργότερα από τη ΔΕΠΥ (Barkley, 1990).

Θα πρέπει εδώ να σημειώσουμε το γεγονός πως η ΔΕΠΥ δεν συνδυάζεται πάντα με τις προαναφερθείσες διαταραχές. Καίριο ρόλο παίζει ο περιβαλλοντικός παράγοντας. Παρατηρείται συχνά, τα παιδιά αυτά, να προέρχονται από οικογένειες με θέματα αστάθειας, οργάνωσης και μη διαχείρισης κρίσιμων καταστάσεων. Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη (2005), η συμπεριφορά αυτών των παιδιών είναι ένα προειδοποιητικό καμπανάκι, για άμεση παρέμβαση και βοήθεια στο σπίτι.

Εν κατακλείδι, συμπεραίνουμε, πως η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠΥ από την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και την Διαταραχή Διαγωγής, καθίσταται εφικτή σύμφωνα με την παρουσίαση διαταραχών που αφορούν την προσοχή καθώς και τη δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας.

Διαταραχή Διάθεσης και Αγχώδεις Διαταραχές – ΔΕΠΥ

Τα ποσοστά συνοσηρότητας της ΔΕΠΥ με τις διαταραχές της διάθεσης, παρατηρούνται κυρίως κατά τον υπερκινητικό- παρορμητικό τύπο και είναι υψηλότερα από εκείνα που αφορούν τις νοητικές διαταραχές.

Είναι σημαντικό, επίσης, να υπενθυμίσουμε ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ, βρίσκονται συνεχώς σε θέση να προσπαθούν να φτάσουν τους συνομηλίκους τους. Καταβάλλουν στο μεγαλύτερο μέρος τους τη διπλάσια προσπάθεια από τα άτομα τυπικής ανάπτυξης και αυτό είναι κάτι που από μόνο του προκαλεί τεράστια πίεση και άγχος. Έτσι, είναι αναμενόμενο η ΔΕΠΥ να συνυπάρχει σε πολλές περιπτώσεις με Αγχώδεις Διαταραχές (Anxiety Disorders). Σύμφωνα με τον Barkley (2002), άλλες παρόμοιες διαταραχές που εμφανίζονται στα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι οι διαταραχές της διάθεσης (Mood Disorders), οι μαθησιακές δυσκολίες (Learning Disorders) και οι επικοινωνιακές διαταραχές (Communication Disorders).

Για να μπορέσει να διαγνωστεί η ΔΕΠΥ και να διαχωριστούν τα συμπτώματά της από αυτά της Διπολικής Διαταραχής ή άλλων διαταραχών της διάθεσης πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη τα λεγόμενα των γονέων. Η υπερπροσπάθεια των παιδιών να αντιμετωπίσουν τις μαθησιακές δυσκολίες αλλά και να ανταπεξέλθουν επαρκώς στις κοινωνικές απαιτήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ένα αίσθημα κούρασης και απογοήτευσης. Τα παιδιά νιώθουν συχνά πως δε μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της πραγματικότητας με τον τρόπο που τους ζητείται και το ηθικό τους είναι χαμηλό. Ο Barkley (1990) επίσης επισημαίνει το «συναίσθημα της λύπης», το οποίο χαρακτηρίζει κυρίως την κατάθλιψη ως σύμπτωμα, συχνά συνοδεύει τα παιδιά με ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα της σχέσης τους με τους συνομηλίκους και της σχολικής

επίδοσης. Οι Κάκουρος και Μανιαδάκη (2005), επισημαίνουν πως κύριες αιτίες για προδιάθεση στην κατάθλιψη είναι οι κακές σχολικές επιδόσεις αλλά και οι άσχημες σχέσεις των παιδιών αυτών με τα υπόλοιπα παιδιά, καθώς πολλές φορές ερμηνεύουν τις διαθέσεις τους ως εχθρικές.

Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη (2006), τα συμπτώματά τους αρχίζουν να φαίνονται μετά την ηλικία των δώδεκα ετών, στην αρχή της εφηβείας δηλαδή, και εκδηλώνονται ξαφνικά χωρίς να έχει προηγηθεί κάποιο επεισόδιο. Πολλοί επιστήμονες, προκειμένου να μην μπλεχτούν με τις δυσκολίες της διαφοροδιάγνωσης, κάνουν λόγο για συννοσηρότητα. Για πολλούς μελετητές, η ΔΕΠΥ σχετίζεται και οδηγεί σε μεγάλο βαθμό σε άλλες διαταραχές διάθεσης.

Σύνδρομο Tourette

Το σύνδρομο Tourette εντάσσεται στις λεγόμενες νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Στα χαρακτηριστικά του εντάσσονται συνδυασμός κινητικών προβλημάτων και τουλάχιστον ενός φωνητικού τικ. Λέγεται πως η συνύπαρξη της ΔΕΠΥ και του συνδρόμου Tourette μοιάζει σχετικά με τη φύση της με τη συνύπαρξη της ΔΕΠΥ και της Διπολικής Διαταραχής.

Είναι γεγονός πως το σύνδρομο Tourette δεν εκδηλώνεται ομοίως σε όλα τα άτομα. Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι δυνατόν να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, αλλά και από μια χρονική περίοδο ενός ατόμου σε μια άλλη. Οι διαφορές γενικά είναι δυνατόν να σχετίζονται με την ποιότητα των συμπτωμάτων αλλά και με την συχνότητα και την ένταση (Wilson, και συν., 2003). Ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων με Tourette εκδηλώνει ακόμα, και άλλες διαταραχές, όπως για παράδειγμα ΔΕΠΥ, Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) καθώς και μαθησιακές διαταραχές. Στη περίπτωση της ΔΕΠΥ εντοπίζεται δυσκολία συγκέντρωσης και παρορμητικότητα ενώ στην ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή εντοπίζονται ιδεοληψίες καθώς και καταναγκασμοί.

Η ύπαρξη της ΔΕΠΥ αυξάνει τις πιθανότητες να εμφανιστεί το σύνδρομο Tourette, όμως κατά μέσο όρο 48% των ατόμων που παρουσιάζουν το σύνδρομο Tourette μπορούν να εμφανίσουν και ΔΕΠΥ. Αυτό το ποσοστό συννοσηρότητας μπορεί να είναι απόρροια της συχνότερης προσέλευσης στα ιατρικά κέντρα ατόμων στα οποία εντοπίζονται οι δύο διαταραχές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

ΔΕΠΥ και Γλωσσικές Διαταραχές

Καθυστέρηση στην ανάπτυξη ομιλίας

Είναι γεγονός, ότι ένας από τους τομείς που απασχολεί περισσότερο τους γονείς είναι η ανάπτυξη λόγου και ομιλίας στα παιδιά τους. Ως εκ τούτου, η καθυστέρηση της ομιλίας είναι το στοιχείο αυτό που κάνει τους γονείς να θορυβηθούν και να αναζητήσουν απαντήσεις από κάποιον ειδικό. Σύμφωνα με τον Κάκουρο (2001) αποτελεί μάλιστα την κύρια αιτία παραπομπής σε ειδικό, των παιδιών με ΔΕΠΥ καθώς η συγκεκριμένη διαταραχή αποτελεί και μία από τις βασικές αιτίες που ένα παιδί μπορεί να καθυστερήσει να μιλήσει. Λόγω της ηλικίας των παιδιών και της δυσκολίας που προαναφέρθηκε ότι υπάρχει προκειμένου να διαχωρίσουμε τη διαταραχή από τη φυσιολογική ζωηρότητα, οι γονείς δεν δίνουν έμφαση στα στοιχεία της υπερκινητικότητας ή της παρορμητικότητας. Είναι όμως, αυτά τα στοιχεία τα οποία σε συνδυασμό με την έντονη διάσπαση προσοχής δεν επιτρέπουν στα παιδιά να αφιερώσουν το χρόνο και την προσοχή που απαιτείται ώστε να συγκεντρωθούν σε ένα ορισμένο ακουστικό ερέθισμα και να μιμηθούν βασικά πρότυπα ομιλίας.

Η αργή ανάπτυξη του λόγου δεν είναι βέβαια η μοναδική δυσκολία των παιδιών με ΔΕΠΥ. Είναι όμως ένα από τα πρώτα σημεία που παρατηρεί ένας γονιός και μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη διάγνωση ώστε να προλάβουμε την ανάπτυξη πιο σύνθετων διαταραχών του λόγου (Βάρβογλη, 2005).

Αρθρωτικές - Φωνολογικές Διαταραχές

Είναι φυσικά αναμενόμενο, ένα παιδί με ΔΕΠΥ, που είναι πιθανό να εμφανίσει καθυστέρηση στην ομιλία, να παρουσιάσει αργότερα αρθρωτικές και φωνολογικές διαταραχές. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί συχνά να σχετίζονται με δυσκολίες στην ακουστική διάκριση, λόγω της μη αποτελεσματικής επικέντρωσης της προσοχής σε ένα ορισμένο ακουστικό ερέθισμα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Οι δυσκολίες του ατόμου στην άρθρωση και κυρίως στην ακουστική διάκριση, μπορεί να οδηγήσει αργότερα σε δυσλεξία και κατ' επέκταση σε εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών. Στον τομέα της φωνολογίας, παρά τη συχνή και σημαντική εμφάνιση των επιπτώσεων, ο αριθμός των σχετικών μελετών είναι μικρός (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Δυσκολίες στην Πραγματολογία

Η Πραγματολογία είναι ο τομέας εκείνος της γλώσσας που ασχολείται με την κατανόηση των νοημάτων, των γλωσσικών πράξεων και των προσεγγίσεων γλωσσικής συμπεριφοράς σε κάθε πτυχή της καθημερινότητας. Είναι αναμενόμενο λοιπόν, ένα παιδί με δυσκολίες στη συγκέντρωση που αδυνατεί να ρυθμίσει την κινητικότητά του σε καταστάσεις που το απαιτούν, να δυσκολεύεται ιδιαίτερα στη σωστή χρήση του λόγου, ανάλογα με τις περιστάσεις, τα άτομα και τα συναισθήματα που καλείται να ερμηνεύσει.

Αναγνωρίζοντας, λοιπόν, τις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠΥ, αντιλαμβανόμαστε ότι δεν είναι εύκολο για αυτά να εμπλακούν σε μία συζήτηση που απαιτεί υπομονή, αναμονή και εναλλαγή σειράς, βλεμματική επαφή και παραμονή στο θέμα.

Με αυτόν τον τρόπο καταλήγουμε στο γεγονός, ότι τα ελλείμματα στη λεκτική επικοινωνία οδηγούν σε προβλήματα στη κοινωνική αλληλεπίδραση, μιας και το παιδί δεν κατανοεί τις προθέσεις αλλά και τις προσδοκίες των άλλων (Βογινδρούκας και συν., 2007).

Μαθησιακές Δυσκολίες

Από τις πιο εμφανείς επιπτώσεις της ΔΕΠΥ στα παιδιά αποτελούν οι μαθησιακές δυσκολίες. Οι μειωμένες σχολικές επιδόσεις, είναι αποτέλεσμα της απροσεξίας, της αδυναμίας διατήρησης της συγκέντρωσης, της παρορμητικότητας και της γενικότερης συμπτωματολογίας της ΔΕΠΥ. Με την είσοδο ενός παιδιού στο δημοτικό, γίνεται εμφανέστερη η δυσκολία του να ανταπεξέλθει στο πλήθος των απαιτήσεων. Αυτό οδηγεί συχνά τους γονείς να αναζητήσουν πιθανές αιτίες και να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό.

Όπως έχει αναφερθεί και νωρίτερα, η ΔΕΠΥ δεν καθορίζει το νοητικό επίπεδο ενός ατόμου. Μπορεί όμως να επηρεάσει τη νοητική του ανάπτυξη με δύο τρόπους: στην απόκτηση γνωστικών δεξιοτήτων και την ουσιαστική αξιοποίηση εκείνων που έχει ήδη αποκτήσει (Barkley, 1995).

Ένα παιδί με ΔΕΠΥ έχει να αντιμετωπίσει εκτός από τις απαιτήσεις της νέας γνώσης στο σχολικό πλαίσιο, και τις δυσκολίες που συνοδεύουν τη διαταραχή. Αυτό, ίσως να τα φέρνει συχνά σε μειονεκτική θέση συγκριτικά με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Η υπερπροσπάθεια από μέρους τους, αρκετές φορές οδηγεί σε ματαίωση και τελικά σε παραίτηση από τη σχολική προσπάθεια.

Επιπτώσεις ΔΕΠΥ

Τα άτομα με αυτήν την διαταραχή συνήθως υστερούν στα τυπικά και συνηθισμένα τεστ νοημοσύνης (Αποστολοπούλου, 2009). Η επίδοση αυτών σε αρκετές περιπτώσεις είναι χαμηλότερη. Όμως, δεν είναι ακόμη σίγουρο και επιστημονικά τεκμηριωμένο το γεγονός ότι η διαφορά αυτή απορρέει αναγκαία στην εμφάνιση αυτής της διαταραχής. Όταν τα παιδιά υποβάλλονται σε κάποια τεστ, απαιτείται μεγάλη συγκέντρωση και αξιολογείται κυρίως το σύνολο των γνώσεων τους.

Σε ένα ποσοστό των ατόμων που εμφανίζουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας διαφαίνεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διαδικασία συντονισμού των κινήσεών του. Έτσι, τα άτομα που εκδηλώνουν τη συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζουν αδυναμία στις διάφορες αθλητικές δραστηριότητες, είναι άγαρμπα και σκοντάφτουν όταν περπατούν. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα αυτά τα παιδιά να είναι ακόμη περισσότερο επιρρεπή σε ατυχήματα. Συχνά, η ΔΕΠΥ επηρεάζει ακόμη και την λεπτή κινητικότητα των παιδιών (Αποστολοπούλου, 2009). Εμφανίζουν δυσχέρειες και σε πεδία όπως είναι η ζωγραφική, η γλυπτική, η γραφή ή και η διαδικασία ενδυμασίας τους.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν το συναίσθημα της κατωτερότητας, αποτυχίας και ανεπάρκειας (Αποστολοπούλου, 2009). Δεν ανέχονται την απόρριψη ή την απογοήτευση. Η συμπεριφορά τους είναι απρόβλεπτη. Το συναίσθημά τους είναι ευμετάβλητο και παρουσιάζει ακραίες εναλλαγές. Χαρακτηριστικό στοιχείο αυτών των παιδιών συνιστά η ευερεθιστότητα και οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα στη συμπεριφορά όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, καθώς και δυσλειτουργία στις κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Τείνουν να παίζουν λιγότερο με τους συμμαθητές τους και να είναι λιγότερο συνεργατικά. Σε αρκετές περιπτώσεις η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠΥ μπορεί να μη γίνεται κουραστική και τείνει να απομακρύνει τους άλλους. Έτσι, πολλές φορές, βρίσκονται στο περιθώριο και είναι πιο πιθανό να απορριφθούν από τους συμμαθητές τους (Αποστολοπούλου, 2009).

Τα προβλήματα στις κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών, με ΔΕΠΥ εμμένουν ως την εφηβεία και πολλές φορές ως την ενήλικη ζωή. Ένα ζήτημα που επίσης ορισμένες φορές ακολουθεί τα άτομα έως την ενηλικίωση, είναι τα προβλήματα στον

ύπνο. Αυτό μπορεί να προκαλέσει υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και μειωμένη επίδοση στις υποχρεώσεις τους.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι σημαντικό να αναφέρουμε επίσης, ότι από μια ηλικία και έπειτα, έχουν επίγνωση των δυσκολιών τους. Γνωρίζουν τις αδυναμίες τους και το γεγονός ότι δε μπορούν να τις χειριστούν και ότι δημιουργούν εντάσεις και αντιπάθειες χωρίς να το θέλουν, τους επηρεάζει αρκετά και ψυχολογικά. Νιώθουν μόνα τους και στο περιθώριο, καθώς τα άτομα που τα περιτριγυρίζουν φροντίζουν τις περισσότερες φορές, λόγω της άγνοιάς τους, να τους συμπεριφέρονται ως «διαφορετικά». Σίγουρα χρειάζεται πολύ υπομονή για να μεγαλώσει και να διαπαιδαγωγηθεί σωστά ένα παιδί με ΔΕΠΥ. Ωστόσο, έχοντας υπόψη τις μεθόδους που προαναφέρθηκαν, μπορεί κανείς να καταλήξει στο συμπέρασμα πως δεν πρόκειται για κάτι αδύνατο. Με την κατάλληλη φροντίδα και τις κατάλληλες μεθόδους αντιμετώπισης του φαινομένου, μπορεί να υπάρξουν πολύ σύντομα σημάδια βελτίωσης. Σίγουρα χρειάζεται μεγάλη υπομονή και επιμονή, καθώς επίσης και συνεργασία των γονιών με τους εκπαιδευτικούς που έχουν αναλάβει το παιδί, ώστε να βοηθήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Όσο πιο ειλικρινής σχέση χτίσουν μεταξύ τους αυτοί οι άνθρωποι, τόσο περισσότερο και συντομότερα θα καταφέρουν να βοηθήσουν το παιδί (Aigen, 2014).

Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Αν και δεν υπάρχει μία αποκλειστική θεραπευτική προσέγγιση στη ΔΕΠΥ, οι διαθέσιμες θεραπείες μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων με τη διαταραχή. Οι διάφορες θεραπείες μπορεί να περιλαμβάνουν φάρμακα, ψυχοθεραπεία, εκπαίδευση και άλλα. Οι προσεγγίσεις αυτές δεν αποκλείουν η μία την άλλη και μπορούν να εφαρμοστούν συνδυαστικά, ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου, την ηλικία, την επίδραση των συμπτωμάτων, τις αντιλήψεις των γονέων και τις αποφάσεις που θα λάβουν.

Η κύρια θεραπευτική προσέγγιση στη ΔΕΠΥ για αρκετά χρόνια ήταν η φαρμακολογική, με χρήση διεγερτικών φαρμάκων, ιδιαίτερα της μεθυλφαινιδάτης και των αμφεταμίνων. Τα ευεργετικά αποτελέσματα αυτών των φαρμάκων στη ΔΕΠΥ είναι γνωστά για περισσότερα από 70 χρόνια σύμφωνα με τους Serrano-Troncoso, Guidi, & Alda-Diez (2013). Τα τελευταία χρόνια, η εισαγωγή σκευασμάτων παρατεταμένης αποδέσμευσης και μη διεγερτικών φαρμάκων, όπως η ατομοξετίνη,

έχουν διευρύνει τις διαθέσιμες φαρμακολογικές θεραπευτικές στρατηγικές (Caye, Swanson, Coghill, & Rohde, 2019).

Αν και ιστορικά η διαχείριση της ΔΕΠΥ ήταν κυρίως φαρμακολογική, τα τελευταία χρόνια, άλλες μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον κλινικών και ερευνητών. Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες που έχουν δείξει αποτελεσματικότητα μπορούν να διαιρεθούν σε δύο κύριες ομάδες: ψυχολογικές παρεμβάσεις και ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις.

Αρκετές οδηγίες κλινικής πρακτικής, συμπεριλαμβανομένων του Ηνωμένου Βασιλείου, έχουν καταλήξει, ότι οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι απαραίτητες στη θεραπευτική προσέγγιση της ΔΕΠΥ σε όλους τους ασθενείς (Serrano-Troncoso et al., 2013). Αντίστοιχα, η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, συνιστά συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας συμπεριφοράς, σε παιδιά με ΔΕΠΥ ηλικίας 6 ετών και άνω, ενώ μπορεί να είναι απαραίτητη η προσθήκη συμπεριφορικής παρέμβασης και στο σχολικό περιβάλλον του παιδιού (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Πρώιμη παρέμβαση

Η πρώιμη παρέμβαση μπορεί να έχει όφελος στη μείωση της μακροχρόνιας επιβάρυνσης που έχει η διαταραχή στο ίδιο το παιδί, την οικογένεια και το κοινωνικό του περιβάλλον. Όταν γίνεται έγκαιρη παρέμβαση, ήδη από τα πρώτα σημεία και εκδηλώσεις της διαταραχής, μειώνεται η πιθανότητα μεταγενέστερης εμφάνισης ΔΕΠΥ ή μακροχρόνιας επιμονής των συμπτωμάτων της.

Η ορθολογική ανάπτυξη της θεραπείας, σε οποιαδήποτε διαταραχή, περιλαμβάνει τον εντοπισμό των αιτιών και στη συνέχεια τον σχεδιασμό της αντίστοιχης θεραπείας. Στην περίπτωση της ΔΕΠΥ, τα αίτια δεν θα πρέπει να μελετώνται ως κάποια στατικά ψυχο-βιολογικά ελλείμματα, αλλά ως εξελισσόμενες αναπτυξιακές διαδικασίες. Η πρώιμη στόχευση αυτών των διαδικασιών μπορεί να επιφέρει μεγάλες αλλαγές στην παθογένεση της ΔΕΠΥ και έτσι να αποτρέψει ή να μετριάσει την πορεία της διαταραχής. Γι' αυτό είναι σημαντική η πρώιμη παρέμβαση στην εμφάνιση της ΔΕΠΥ (Sonuga-Barke et al., 2011). Δεδομένης της πιθανής μελλοντικής σημασίας που έχουν τα υποκλινικά συμπτώματα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, οι αποτελεσματικές στρατηγικές πρώιμης παρέμβασης, μπορεί να προσφέρουν μια χρήσιμη εναλλακτική λύση στις τρέχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ορισμένες προσεγγίσεις της πρώιμης παρέμβασης στη ΔΕΠΥ, μπορεί να χρησιμοποιηθούν πριν

την επίσημη διάγνωση της διαταραχής, ιδιαίτερα σε παιδιά μικρής ηλικίας, όπου η διάγνωση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, αλλά υπάρχουν ενδεικτικά γνωρίσματα που παραπέμπουν στην ύπαρξή της.

Όπως αναφέρθηκε καινωρίτερα, οι πρώτες ενδείξεις της ΔΕΠΥ μπορεί να εμφανιστούν ήδη από μικρή ηλικία. Η φαρμακευτική αγωγή είναι τεκμηριωμένα αποτελεσματική σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ είναι αμφιλεγόμενο αν μπορεί να λειτουργήσει ως πρώτη παρέμβαση σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, καθώς υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με τις ανεπιθύμητες παρενέργειες, τη μειωμένη αποτελεσματικότητα και ηθικές αντιρρήσεις. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συνιστά ως την πρώτη γραμμή θεραπείας για παιδιά με ΔΕΠΥ κάτω των 6 ετών, την εκπαίδευση των γονέων στη διαχείριση συμπεριφοράς, προτού δοκιμαστεί η φαρμακευτική αγωγή (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Η εκπαίδευση των γονέων θεωρείται μια βιώσιμη πρώιμη παρέμβαση σε παιδιά με ενδείξεις ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία. Προγράμματα εκπαίδευσης των γονέων, όπως το πρόγραμμα Incredible Years BASIC Parenting, μπορεί να είναι μια αποτελεσματική προληπτική παρέμβαση σε οικογένειες παιδιών προσχολικής ηλικίας που εμφανίζουν πρώιμα σημάδια ΔΕΠΥ (Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2008). Τέτοια προγράμματα φαίνεται να έχουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στη σταθεροποίηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, έως και 18 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης. Αυτά τα δεδομένα ενισχύουν την υπόθεση πως μία πρώιμη παρέμβαση της διαταραχής είναι πιο αποτελεσματική και με καλύτερη αναλογία κόστους-αποτελεσματικότητας σε σχέση με παρεμβάσεις στην μετέπειτα εξέλιξη της διαταραχής.

Για μία αποτελεσματική πρώιμη παρέμβαση, απαιτούνται επιπλέον τεκμηριωμένες προσεγγίσεις ώστε να ανιχνεύονται έγκαιρα τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που μπορεί να ωφεληθούν από μία τέτοιου είδους παρέμβαση. Είναι όμως συχνό φαινόμενο να καθυστερεί η διάγνωση της ΔΕΠΥ και αντίστοιχα να μην γίνεται έγκαιρη παρέμβαση, καθώς η διαταραχή πολλές φορές περνάει απαρατήρητη ή τα συμπτώματα αποδίδονται σε φυσιολογική ζωηρότητα. Στην καθημερινή πρακτική εντοπίζεται συχνά άγνοια εκ μέρους των εκπαιδευτικών ή άρνηση των γονιών να αποδεχτούν τη διαταραχή και να απευθυνθούν στους ειδικούς που μπορεί να κάνουν τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Συμπεριφορικά Προγράμματα

Οι συμπεριφορικές και γνωσιακές παρεμβάσεις είναι οι πιο συχνές, μη-φαρμακολογικές θεραπείες σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠΥ. Οι περισσότερες κλινικές οδηγίες προτείνουν τη χρήση παρεμβάσεων συμπεριφοράς, είτε μόνες τους είτε σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή. Πολλές από τις θεραπείες για τη ΔΕΠΥ βασίζονται στις αρχές της συμπεριφορικής θεραπείας (Caye et al., 2019).

Υπάρχουν προγράμματα συμπεριφορικής εκπαίδευσης που αφορούν τα ίδια τα άτομα με ΔΕΠΥ, αλλά μπορεί ακόμα να περιλαμβάνουν την εκπαίδευση γονέων ή εκπαιδευτικών στη διαχείριση συμπεριφοράς και συμπεριφορικές παρεμβάσεις στην σχολική τάξη. Αυτές οι προσεγγίσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν και συνδυαστικά.

Πολλά παιδιά με ΔΕΠΥ ανταποκρίνονται καλά σε παρεμβάσεις στο σχολείο, ενώ άλλα μπορεί να χρειάζονται υπηρεσίες εξατομικευμένης εκπαίδευσης. Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία είναι ένας τύπος θεραπευτικής παρέμβασης που στοχεύει στο να βοηθήσει το άτομο με ΔΕΠΥ να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του, να αποκτήσει αυτοέλεγχο και να αναπτύξει δικούς του τρόπους επίλυσης προβλημάτων (Serrano-Troncoso et al., 2013). Διδάσκει στο άτομο πώς να ανταμοίβει τον εαυτό του όταν ενεργεί με τον επιθυμητό τρόπο, τον έλεγχο του θυμού ή της σκέψης πριν ενεργήσει (National Institute of Mental Health, 2016).

Στο παιδί με ΔΕΠΥ ο σκοπός της γνωσιακής θεραπείας είναι να το βοηθήσει να αναπτύξει έλεγχο και πιο προγραμματισμένους τρόπους σκέψης, να αναγνωρίσει τις ακατάλληλες συμπεριφορές και να τις αντικαταστήσει με άλλες πιο ενδεικτικές. Συνοπτικά να διαχειριστεί την παρόρμησή του. Μπορεί να περιλαμβάνει πρακτική βοήθεια, όπως βοήθεια στην οργάνωση των εργασιών ή την εργασία εν μέσω συναισθηματικά δύσκολων καταστάσεων (Serrano-Troncoso et al., 2013). Στα παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακά προβλήματα, η Αμερικανική Ψυχιατρική Ακαδημία Παιδιών και Εφήβων, συνιστά οι ψυχοεκπαιδευτικές αξιολογήσεις να μη γίνονται πριν βελτιστοποιηθεί η φαρμακευτική αγωγή, διότι μπορεί να προκληθεί σύγχυση στα αποτελέσματα των αξιολογήσεων.

Η συμπεριφορική θεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση ανταμοιβών και θετικής ενίσχυσης για να ενθαρρύνει το παιδί να εφαρμόσει συγκεκριμένες αλλαγές στη συμπεριφορά του, να βελτιώσει τον έλεγχο της κινητικής δραστηριότητας, της παρορμητικότητας και της προσοχής. Η θετική ενίσχυση μπορεί να περιλαμβάνει τον έπαινο, ανταμοιβές ή προνόμια (Serrano-Troncoso et al., 2013). Χρησιμοποιούνται επίσης τεχνικές αρνητικών συνεπειών για τη μείωση των ανεπιθύμητων

συμπεριφορών, όπως για παράδειγμα η απώλεια της θετικής ενίσχυσης και η μέθοδος "time out", όπου σε περίπτωση επιθετικής συμπεριφοράς, το παιδί παραμένει στο δωμάτιο του για 1-10 λεπτά, χωρίς παιχνίδια στα οποία θα μπορεί να εκδηλώσει την επιθετικότητα του και μετά από αυτό το χρονικό διάστημα επιβραβεύεται για την συμπεριφορά του. Τα χαρακτηριστικά των συμπεριφορικών παρεμβάσεων μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους γονείς, τους δασκάλους και τα μέλη της οικογένειας με το να δίνουν θετικά ή αρνητικά σχόλια για συγκεκριμένες συμπεριφορές και να βοηθούν στη θέσπιση σαφών κανόνων και τη δημιουργία μίας δομημένης ρουτίνας, ώστε το άτομο με ΔΕΠΥ να μπορεί να βελτιώνει τη συμπεριφορά και τις κοινωνικές δεξιότητές του (National Institute of Mental Health, 2016).

Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις

Τα άτομα με ΔΕΠΥ μπορεί να χρειαστούν καθοδήγηση για να αξιοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητές τους και να μπορούν να λειτουργήσουν επαρκώς στην καθημερινότητα. Τα αρνητικά συναισθήματα και οι προβληματισμοί που συνοδεύουν τη ΔΕΠΥ, μπορεί να επηρεάσουν τόσο τα ίδια τα άτομα όσο και τον οικογενειακό και κοινωνικό τους περίγυρο. Οι δυσκολίες, οι παρεξηγήσεις, οι τριβές μεταξύ γονέα και παιδιού είναι εντονότερες στις οικογένειες με παιδί που πάσχει από τη συγκεκριμένη διαταραχή. Γι' αυτό οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, σε αυτή την περίπτωση, είναι σημαντικές και μπορεί να βοηθήσουν ουσιαστικά την οικογένεια να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που προκύπτουν.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ μπορεί να έχουν συναισθήματα απογοήτευσης, έντονου άγχους και θυμού και να νιώθουν μη επαρκή και με χαμηλή αυτοπεποίθηση. Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί να τα βοηθήσει να ξεπεράσουν τα αρνητικά συναισθήματα, ενώ μπορεί να βοηθήσει και τους γονείς στη διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων. Ακόμα, είναι σημαντικό και οι ίδιοι οι γονείς, να αναπτύξουν νέες δεξιότητες και να βελτιώσουν την επικοινωνία με το παιδί (National Institute of Mental Health, 2016).

Οι ψυχολογικές τεχνικές που μπορεί να βοηθήσουν στη διαχείριση των παιδιών με ΔΕΠΥ βασίζονται σε τρεις αρχές: Το παιδί είναι υπεύθυνο για τη δική του συμπεριφορά, ανταμείβεται για την καλή του συμπεριφορά και υπάρχουν συνέπειες για τη μη επιθυμητή συμπεριφορά.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να διδάξει στο άτομο με ΔΕΠΥ τεχνικές συνειδητοποίησης. Δηλαδή, πως να αναγνωρίζει και να αποδέχεται τις σκέψεις και τα

συναισθήματά του, για να βελτιώσει την εστίαση και τη συγκέντρωση. Ο θεραπευτής μπορεί να ενθαρρύνει το παιδί να προσαρμοστεί στις αλλαγές της ζωής και να αναπτύξει τη σκέψη του πριν ενεργήσει (National Institute of Mental Health, 2016). Η ψυχοθεραπεία μπορεί, βέβαια, να έχει θετικά αποτελέσματα στην εξέλιξη της ΔΕΠΥ, πρέπει όμως να σημειωθεί πως ορισμένα συμπτώματα δεν μπορούν να μεταβληθούν μόνο με την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Σε αυτά συνήθως περιλαμβάνονται το σύντομο χρονικό διάστημα προσοχής, οι εναλλαγές στη διάθεση, η σχολική ανεπάρκεια και η ανωριμότητα. Στα παιδιά μπορεί να περιλαμβάνονται ακόμα το βρέξιμο του κρεβατιού και ορισμένες αντικοινωνικές συμπεριφορές. Αν και οι ψυχολογικές τεχνικές συνήθως δεν εξαλείφουν πλήρως αυτά τα προβλήματα στο παιδί με ΔΕΠΥ, μπορεί να παίξουν καθοριστικό ρόλο για την τροποποίησή τους. Για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να συνεχίσει να έχει ξεσπάσματα θυμού, αλλά θα έχει διδαχθεί τι να κάνει και πως να διαχειριστεί το συναίσθημά του σε τέτοιες περιπτώσεις (Wender & Tomb, 2017).

Όσον αφορά τους ενήλικες, η διαδικασία της ψυχοθεραπείας είναι ακόμα πιο άμεση. Μπορεί να τους βοηθήσει να δουν τον εαυτό τους υπό το πρίσμα της ΔΕΠΥ, να βελτιώσουν την αυτοπεποίθησή τους και να αντιληφθούν τις έμμεσες επιπτώσεις που έχει η διαταραχή στη ζωή τους. Τους δίνονται, έτσι, τα εργαλεία για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες, να ξεπεράσουν τα αισθήματα ενοχής και να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους, αναγνωρίζοντας τα ελλείματα και τις αδυναμίες τους, αλλά χωρίς να περιορίζονται από αυτά. Ακόμα, η ψυχοθεραπεία στους εφήβους και τους ενήλικες ενισχύει τη διατήρηση υγιών κοινωνικών σχέσεων και των εργασιακών υποχρεώσεων και μπορεί να βοηθήσει στα προβλήματα που σχετίζονται με την ανάγκη του ατόμου να λάβει περιττούς κινδύνους και που συχνά οδηγούν σε εξαρτήσεις (τζόγος, αλκοόλ κ.α.).

Τεχνικές Χαλάρωσης

Τα άτομα με ΔΕΠΥ βιώνουν μία συνεχή συναισθηματική διέγερση που οφείλεται στα χρόνια συναισθήματα θυμού, αποτυχιών, άγχους και δυσλειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων. Το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα των ατόμων με ΔΕΠΥ και γι' αυτό οι τεχνικές χαλάρωσης λειτουργούν θετικά για την επίτευξη της συναισθηματικής επάρκειας και της ψυχικής ηρεμίας.

Οι ψυχοσωματικές θεραπείες, όπως η γιόγκα και ο διαλογισμός, προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα θετικών επιδράσεων στην ψυχοκοινωνική και συναισθηματική λειτουργία. Έχει αποδειχθεί ότι η πρακτική αυτών των τεχνικών μπορεί να αλλάξει τα πρότυπα ενεργοποίησης του εγκεφάλου, να συμβάλλει στη βελτίωση της διάθεσης, τη μείωση του άγχους και του στρες, αλλά και στην βελτίωση του ελέγχου της προσοχής. Οι νευροφυσιολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται οδηγούν στην ενεργοποίηση των ντοπαμινεργικών και νοραδρενεργικών συστημάτων, όπως αντίστοιχα δρα και η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται στη συγκεκριμένη διαταραχή (Barranco-Ruiz, Etxabe, Ramirez-Velez, & Villa-Gonzalez, 2019).

Αυτές οι μη επεμβατικές τεχνικές βασίζονται σε θετικές σκέψεις και συναισθήματα για τη βελτίωση της συναισθηματικής και συμπεριφορικής υγείας. Μπορεί να περιέχουν τεχνικές όπως βαθιά αναπνοή, διαλογισμό, καθοδηγούμενες εικόνες, προοδευτική χαλάρωση και ασκήσεις γιόγκα. Η ενσυνειδητότητα είναι η πρακτική στην οποία το άτομο βρίσκεται σε εγρήγορση, αλλά επιλέγει συνειδητά να μην εμπλακεί στις σκέψεις του. Με τον διαλογισμό το άτομο μπορεί να εξοικειωθεί με αυτό τον τρόπο διαχείρισης των σκέψεων και η ικανότητα να παρατηρεί τις σκέψεις του, ενισχύει την προσοχή και συνεισφέρει στην ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης.

Οι τεχνικές διαχείρισης του στρες μπορεί να ωφελήσουν και τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠΥ, αυξάνοντας την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τον εκνευρισμό και την απογοήτευση που μπορεί να προκαλέσει η διαταραχή, ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται με ηρεμία και καθαρή κρίση στη συμπεριφορά του παιδιού τους (National Institute of Mental Health, 2016). Ακόμα, αν στις τεχνικές χαλάρωσης συμμετέχουν μαζί οι γονείς με τα παιδιά τους, φαίνεται πως υπάρχει θετική επίδραση στις οικογενειακές σχέσεις, βελτιώνοντας περαιτέρω τα συμπτώματα σε παιδιά και εφήβους (Barranco-Ruiz et al., 2019).

Φαρμακευτική Αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή παραμένει ο βασικός άξονας προσέγγισης της ΔΕΠΥ στις περισσότερες επίσημες οδηγίες και στην κλινική πράξη. Είναι βέβαιο σημαντικό να τονιστεί πως η φαρμακευτική αγωγή δεν θεραπεύει τη ΔΕΠΥ, αλλά βοηθάει στον έλεγχο των συμπτωμάτων της διαταραχής. Πρέπει επίσης να είναι κατανοητό από τα ίδια τα άτομα με τη διαταραχή, ότι ακόμα και αν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, έχουν την ευθύνη για τη δική τους συμπεριφορά και ότι τα φάρμακα μπορεί να

περιορίσουν ή να τροποποιήσουν τις επιλογές συμπεριφοράς, αλλά δεν εξαλείφουν κάθε ευθύνη.

Οι τρεις κύριες κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην προσέγγιση της ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν διεγερτικά φάρμακα, μη διεγερτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Αν και διαφέρουν στους μηχανισμούς δράσης τους, όλες οι επιλογές δρουν βραχυπρόθεσμα σε ένα ευρύτερο νευρο-γνωστικό δίκτυο. Τα διεγερτικά φάρμακα είναι πιο αποτελεσματικά, σε σύγκριση με άλλα ψυχιατρικά, ενώ και τα μη διεγερτικά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε ειδικές περιπτώσεις (Caye et al., 2019; Pellow, Solomon, & Barnard, 2011). Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ μπορεί να είναι τα ίδια καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου. Οι ουσίες που έχουν εγκριθεί επίσημα στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες είναι η μεθυλοφαινιδάτη, η λυσδεξαμφεταμίνη και η ατομοξετίνη (Franke et al., 2018). Στην Ελλάδα, η μεθυλοφαινιδάτη και η ατομοξετίνη, είναι δύο είδη φαρμάκων εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ.

Η φαρμακευτική αγωγή μειώνει την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα και βελτιώνει την ικανότητα των ατόμων να εστιάζουν, να εργάζονται και να μαθαίνουν. Μπορεί επίσης να συμβάλλει στην βελτίωση και του φυσικού συντονισμού. Ο κατάλληλος τύπος της φαρμακευτικής αγωγής και η δοσολογία δεν είναι κοινή για όλα τα άτομα με ΔΕΠΥ και σε πολλές περιπτώσεις χρειάζονται να δοκιμαστούν διαφορετικές αγωγές για να βρεθεί η κατάλληλη για το κάθε άτομο (National Institute of Mental Health, 2016). Τα επιστημονικά στοιχεία υποστηρίζουν ξεκάθαρα τα βραχυπρόθεσμα οφέλη της φαρμακευτικής προσέγγισης στη ΔΕΠΥ, αλλά τα στοιχεία για την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα είναι λιγότερο σαφή (Caye et al., 2019). Στην κλινική πράξη, συνήθως η φαρμακευτική θεραπεία αρχίζει με μικρές δόσεις που σταδιακά αυξάνονται, σύμφωνα με τις υποδείξεις του θεράποντα ιατρού.

Η φαρμακευτική αγωγή στα παιδιά με ΔΕΠΥ πρέπει να εφαρμόζεται με προσοχή και για τη μέγιστη αποτελεσματικότητα πρέπει να τηρούνται ορισμένες αρχές. Αρχικά, το παιδί πρέπει να λάβει την κατάλληλη καθοδήγηση, ώστε να κατανοεί και το ίδιο τον λόγο για τον οποίο χρειάζεται να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Αν δεν καταλαβαίνει γιατί λαμβάνει αυτά τα φάρμακα ή δεν αισθάνεται ότι βοηθάνε στην δική του περίπτωση, είναι πιο πιθανό να αντισταθεί στη λήψη τους, να ξεχάσει να τα πάρει ή να τα διακόψει όταν μεγαλώσει. Είναι χρήσιμο το παιδί να αναγνωρίζει το ίδιο τις

συμπεριφορές του που δεν του αρέσουν, έτσι ώστε να μην αισθάνεται ότι του χορηγείται φάρμακο μόνο και μόνο για να γίνεται ανεκτό από τον περίγυρό του. Επίσης, πρέπει να γίνεται ξεκάθαρο στο παιδί πως η λήψη των φαρμάκων δεν σημαίνει ότι έχει κάποιο πρόβλημα, είναι χαζό ή κακό παιδί, όπως συνηθίζουν τα παιδιά να το μεταφράζουν σε αυτές τις ηλικίες (Wender & Tomb, 2017).

Παρά την αποτελεσματικότητά της, η φαρμακολογική προσέγγιση έχει ορισμένους περιορισμούς, όπως οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και η αβεβαιότητα σχετικά με την ισορροπία κινδύνου-οφέλους σε λιγότερο μελετημένες ομάδες ασθενών, όπως τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και γι' αυτό η φαρμακολογική θεραπεία συνιστάται μόνο από την ηλικία των 6 ετών και άνω (Serrano-Troncoso et al., 2013). Οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, μπορεί να είναι μειωμένη όρεξη, διαταραχή του ύπνου, πονοκέφαλοι, κοιλιακό άλγος, ευερεθιστότητα, αλλαγές στη διάθεση, δυσκοιλιότητα, κόπωση κ.α. (Franke et al., 2018).

Ρόλος Γονέων

Η ΔΕΠΥ σχετίζεται συχνά με οικογενειακές δυσκολίες, αυξημένα επίπεδα άγχους και συγκρουόμενες σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών. Πριν τη διάγνωση, μπορεί να υπάρχει κλίμα απογοήτευσης και θυμού (Serrano-Troncoso et al., 2013). Οι γονείς θα πρέπει να αποδεχτούν τις νέες προκλήσεις που προκύπτουν με τη διάγνωση της ΔΕΠΥ και να διαμορφώσουν μία κατανοητική και θετική στάση προς το παιδί. Οι προσδοκίες τους θα πρέπει να είναι ρεαλιστικές και μπορεί να χρειαστεί να λάβουν κάποια μορφή εκπαίδευσης ή άλλου είδους βοήθεια ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του παιδιού.

Αρχικά οι γονείς θα πρέπει να ξεπεράσουν τις πιθανές ενοχές, φόβο ή άγχος που επέρχεται με τη διάγνωση και να είναι όσο το δυνατόν πιο ήρεμοι ώστε να βοηθήσουν το παιδί να σχηματίσει σωστές συμπεριφορές και να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή του. Μπορούν να χρησιμοποιούν λεκτικούς και μη λεκτικούς τρόπους για να επικοινωνήσουν και να επικροτήσουν της θετικές συμπεριφορές και την προσπάθειά του.

Σημαντικό κομμάτι στη διαχείριση του παιδιού με ΔΕΠΥ στο σπίτι, είναι ο καθορισμός και η εφαρμογή κανόνων. Οι κανόνες που θέτουν οι γονείς θα πρέπει να είναι σταθεροί και να έχουν πάντα τις ίδιες συνέπειες, δηλαδή εάν το παιδί παραβιάζει έναν συγκεκριμένο κανόνα, θα έχει πάντα κάποια συνέπεια, ενώ αντίστοιχα εάν κάνει αυτό του ζητείται, θα λαμβάνει πάντα κάποια αναγνώριση ή έπαινο. Οι κανόνες αυτοί,

θα πρέπει να έχουν συνέπεια και να μην αλλάζουν από μέρα σε μέρα. Για παράδειγμα, εάν πρέπει να καθαρίσει το δωμάτιό του πριν βγει για να παίξει αυτό θα εφαρμόζεται κάθε φορά πριν βγει να παίξει. Οι κανόνες θα πρέπει να είναι ρητοί και σαφείς. Στο παράδειγμα που το παιδί πρέπει να καθαρίσει το δωμάτιο, πρέπει να γίνει σαφές τι σημαίνει "καθαρισμένο" δωμάτιο, αν πρέπει να κρεμάσει τα ρούχα ή να στρώσει το κρεβάτι ή να συμμαζέψει τα παιχνίδια ή οποιοσδήποτε άλλος συνδυασμός. Τέλος, οι κανόνες θα πρέπει να θέτονται εκ των προτέρων, ώστε το παιδί να είναι ενημερωμένο για το πώς πρέπει να συμπεριφερθεί και τις συνέπειες των συμπεριφορών του.

Οι ανταμοιβές για την επιθυμητή συμπεριφορά θα πρέπει να είναι κάτι που του αρέσει, όπως κάποια ιδιαίτερη προσοχή, έπαινος, παιχνίδι ή ένα μικρό ειδικό προνόμιο. Οι ποινές δεν θα πρέπει να είναι σωματική βία, συναισθηματική παραμέληση ή άρνηση προνομίων για μεγάλο χρονικό διάστημα (Wender & Tomb, 2017).

Τα Προγράμματα Ψυχοεκπαίδευσης Γονέων παιδιών με ΔΕΠΥ (Parent training) είναι συμπεριφοριστικά προγράμματα εκπαίδευσης, με στόχο την ενημέρωση των γονέων για τη διαταραχή και το πώς να χρησιμοποιούν τεχνικές συμπεριφορικής θεραπείας για τη βελτίωση της διαχείρισης των παιδιών. Αυξάνουν την εμπιστοσύνη των γονέων και βελτιώνουν τη σχέση γονέων/παιδιών μέσω της καλύτερης επικοινωνίας και προσοχής στο παιδί. Τα προγράμματα είναι δομημένα, αναπτύσσονται σε ένα συγκεκριμένο αριθμό συνεδριών και συνήθως γίνονται σε ομαδικό πλαίσιο (Serrano-Troncoso et al., 2013).

Όταν οι γονείς εκπαιδεύονται στη συμπεριφορική θεραπεία, μαθαίνουν δεξιότητες και στρατηγικές για να βοηθήσουν το παιδί τους να πετύχει στο σχολείο, στο σπίτι και στις σχέσεις. Οι γονείς μαθαίνουν πώς να χρησιμοποιούν το σύστημα ανταμοιβών και συνεπειών για να διαμορφώσουν κατάλληλα τη συμπεριφορά του παιδιού, πώς να παρέχουν άμεσα και θετικά σχόλια για συμπεριφορές που θέλουν να ενθαρρύνουν και να ανακατευθύνουν συμπεριφορές που θέλουν να αποθαρρύνουν. Μαθαίνουν να κατευθύνουν τις καταστάσεις με τέτοιο τρόπο που να ενισχύεται η επιθυμητή συμπεριφορά (National Institute of Mental Health, 2016). Η εκμάθηση και η άσκηση της θεραπείας συμπεριφοράς απαιτεί χρόνο και προσπάθεια, αλλά έχει διαρκή οφέλη για το παιδί και την οικογένεια. Επιπλέον, οι πρακτικές πρώιμης γονικής παρέμβασης έχουν θετικά αποτελέσματα στην συναισθηματική και συμπεριφορική προσαρμογή των παιδιών στη σχολική ηλικία.

Μερικά παραδείγματα προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης γονέων είναι τα παρακάτω. Το πρόγραμμα New Forest Parenting (Lange et al., 2016) έχει σχεδιαστεί

ειδικά για τη διαχείριση της ΔΕΠΥ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και εκτός από στρατηγικές συμπεριφοράς για τη διαχείριση δύσκολων συμπεριφορών, περιλαμβάνει ιδέες για παιχνίδια και δραστηριότητες. Το πρόγραμμα Triple P - Positive Parenting Program (Sanders, Kirby, Tellegen, & Day, 2014) διδάσκει στους γονείς 17 βασικές στρατηγικές για την προώθηση μιας θετικής σχέσης μεταξύ γονέα και παιδιού, την αποτελεσματική ρύθμιση ορίων και τεχνικές πειθαρχίας για τη διαχείριση της κακής συμπεριφοράς. Το πρόγραμμα The Incredible Years programme (Jones et al., 2008) είναι μία θεραπευτική παρέμβαση με στόχο τη μείωση των δύσκολων συμπεριφορών του παιδιού, διδάσκοντας στους γονείς διαδραστικές δεξιότητες παιχνιδιού και ενθαρρύνοντας τον έπαινο και την ανταμοιβή για τη θετική συμπεριφορά.

Οι ομάδες υποστήριξης μπορεί να βοηθήσουν τους γονείς και τις οικογένειες των ατόμων με ΔΕΠΥ να συνδεθούν με άλλα άτομα που έχουν παρόμοια προβλήματα και ανησυχίες. Οι ομάδες υποστήριξης συναντώνται τακτικά για να μοιράζονται τις εμπειρίες που σχετίζονται με τη διαταραχή, απογοητεύσεις και επιτυχίες, να ανταλλάσσουν πληροφορίες σχετικά με τους προτεινόμενους ειδικούς και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και να συζητούν με τους ίδιους τους ειδικούς για τη διαχείριση της ΔΕΠΥ (National Institute of Mental Health, 2016).

Ρόλος Εκπαιδευτικών

Το σχολικό περιβάλλον είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη ζωή του παιδιού και οι εκπαιδευτικοί παρατηρώντας τις συμπεριφορές του μπορεί να συνεισφέρουν στο πρώτο βήμα για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Όταν ένα παιδί έχει διαγνωστεί με ΔΕΠΥ, ο εκπαιδευτικός μπορεί να ομαλοποιήσει την ένταξή του στο σχολικό περιβάλλον, τόσο με την ίδια την συμπεριφορά του, όσο και με την κατάλληλη οργάνωση της τάξης και τη διαχείριση των σχέσεων του παιδιού με τους άλλους μαθητές. Δεδομένου ότι η ΔΕΠΥ συνυπάρχει σε πολλές περιπτώσεις με μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές διαγωγής, ο ρόλος του εκπαιδευτικού σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ακόμα πιο σημαντικός.

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην θεραπευτική προσέγγιση του παιδιού με ΔΕΠΥ, χωρίζεται σε 4 βασικούς άξονες: την οργάνωση της τάξης, την προσαρμογή του τρόπου διδασκαλίας, την διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού και την επικοινωνία με τους γονείς. Όσον αφορά το περιβάλλον της τάξης, το παιδί με ΔΕΠΥ είναι καλό να βρίσκεται κοντά στον εκπαιδευτικό, μακριά από εξωτερικά ερεθίσματα, όπως παράθυρα και πίνακες ανακοινώσεων και να έχει ελευθερία χώρου (με σαφή

όρια) στο θρανίο του για να κινηθεί. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να διοχετεύει την κινητικότητα του μαθητή σε συγκεκριμένες εργασίες, όπως το σβήσιμο του πίνακα και το μοίρασμα τετραδίων. Όταν ο μαθητής εμφανίζει ενδείξεις διάσπασης προσοχής, ο εκπαιδευτικός μπορεί να επέμβει έγκαιρα, βοηθώντας τον μαθητή να διοχετεύσει την ενέργειά του ή να ξαναοργανώσει τη συμπεριφορά του. Είναι σημαντική η οργάνωση μία ρουτίνας μέσα στην τάξη, αλλά και η θέσπιση κανόνων. Η διδασκαλία θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του μαθητή. Για παράδειγμα, ο εκπαιδευτικός μπορεί να συνοψίσει το προηγούμενο μάθημα, να χωρίσει τη διδασκαλία νέων εννοιών σε μικρότερα κομμάτια και να χρησιμοποιήσει οπτικά βοηθήματα και εννοιολογικούς χάρτες. Οι οδηγίες που δίνονται θα πρέπει να είναι σαφείς, σύντομες και να επαναλαμβάνονται, εάν κρίνεται απαραίτητο. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να ενημερώνει το μαθητή για την επιθυμητή συμπεριφορά και να επιβραβεύει θετικά την προσπάθειά του (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας - ΔΕΠΥ).

Διατροφή

Η υπόθεση ότι οι διατροφικοί παράγοντες ενδέχεται να διαδραματίζουν ρόλο στην αιτιολογία ή την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ έχει προταθεί πριν αρκετά χρόνια και παραμένει μέχρι σήμερα ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Ερευνητικά δεν έχει αποδειχτεί κάποια συγκεκριμένη διατροφή που να έχει σημαντική ευεργετική επίδραση στην κλινική έκφραση της ΔΕΠΥ, ενώ έχουν μελετηθεί αρκετά χαρακτηριστικά της διατροφής με πιθανή θετική επίδραση. Οι κύριες περιοριστικές στρατηγικές είναι η αφαίρεση των χρωστικών ουσιών και συντηρητικών από τη διατροφή και η συμπλήρωση με πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (PUFAs), αν και τα ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ευεργετικά αλλά σε μικρό βαθμό αποτελέσματα στα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠΥ (Caye et al., 2019; Franke et al., 2018).

Η ωφελιμότητα της σωστής ισορροπημένης διατροφής στα άτομα με ΔΕΠΥ, όπως και στον γενικό πληθυσμό, είναι αδιαμφισβήτητη και η διατροφή μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά για επιμέρους προβλήματα που μπορεί να εμφανίσουν τα άτομα, όπως ελλείψεις βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Οι διατροφικές αλλαγές που έχουν προταθεί ως πιθανές θεραπείες της ΔΕΠΥ στα παιδιά κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: τις διατροφικές παρεμβάσεις που αφαιρούν στοιχεία από τη διατροφή (δίαιτες αποκλεισμού) και τις διατροφικές παρεμβάσεις που αυξάνουν την πρόσληψη ορισμένων θρεπτικών συστατικών (συμπληρώματα).

Ο αποκλεισμός στοιχείων από τη διατροφή στη ΔΕΠΥ βασίζεται στην υπόθεση ότι ορισμένα άτομα μπορεί να έχουν αλλαγές στη συμπεριφορά όταν εκτίθενται σε συγκεκριμένα διατροφικά συστατικά και έχει μελετηθεί κυρίως ο αποκλεισμός από τη διατροφή των τεχνητών χρωστικών ουσιών, συντηρητικών και της ζάχαρης. Η λογική πίσω από τις διατροφικές παρεμβάσεις που αυξάνουν την πρόσληψη ορισμένων θρεπτικών ουσιών είναι ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να έχουν ελλείψεις σε αυτά τα θρεπτικά συστατικά, είτε λόγω χαμηλής πρόσληψης είτε λόγω υψηλότερης απαίτησης.

Μια πιθανή επίδραση της ζάχαρης και των τεχνητών γλυκαντικών ήταν το επίκεντρο των γονέων που αναφέρουν ότι τα παιδιά τους γίνονται υπερκινητικά μετά από κατανάλωση πολλής ζάχαρης. Το ερώτημα που προκύπτει είναι το αν η υπερκινητικότητα προκαλείται από την ίδια τη ζάχαρη ή από τις περιστάσεις που συχνά συνδέονται με την υψηλή πρόσληψη ζάχαρης (πάρτι γενεθλίων, γιορτές, αργίες κ.λπ.), καταστάσεις που συνδέονται με αυξημένο στρες και δυσκολίες στην διαχείριση στα παιδιά με ΔΕΠΥ. Από μία πρόσφατη ανάλυση φάνηκε πως τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ τελικά δεν αυξάνονται μετά την κατανάλωση ζάχαρης ή ασπαρτάμης. Μια άλλη υπόθεση είναι ότι παρατηρείται υψηλότερη πρόσληψη ζάχαρης σε παιδιά με ΔΕΠΥ σε σύγκριση με παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ, οδηγώντας λανθασμένα στην πεποίθηση ότι η ζάχαρη είναι που προκαλεί το σύμπτωμα της υπερκινητικότητας (Heilskov Rytter et al., 2015; Uldall Torp & Thomsen, 2020).

Λογοθεραπεία

Τα μοτίβα ομιλίας και λόγου διαφέρουν σε κάθε άτομο με ΔΕΠΥ και ορισμένα παιδιά μπορεί να έχουν μαθησιακές δυσκολίες που επηρεάζουν την ομιλία και το λόγο τους. Τα προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με αυτή τη διαταραχή υπολογίζονται στο 30-40%. Τα παιδιά αυτά έχουν την τάση να μιλούν πάρα πολύ και να κάνουν πολλά προφορικά λάθη, ενώ μπορεί και να δυσκολεύονται να συλλάβουν σωστά αυτό που άκουσαν. Σε μικρότερη ηλικία μπορεί να δυσκολεύονται να επαναλάβουν μεγάλες ή σύνθετες λέξεις και αργότερα μπορεί να έχουν δυσκολίες να περιγράψουν τις εμπειρίες τους και να καταγράψουν τις σκέψεις τους. Και όταν το καταφέρουν είναι πιθανό να το κάνουν με ασυνάρτητο τρόπο. Στην προσχολική ηλικία είναι πολύ συχνό φαινόμενο, τα παιδιά με ΔΕΠΥ να έχουν προβλήματα στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού τους λόγου και αυτό είναι συχνά η αφορμή για την παραπομπή τους σε ειδικό και την τελική διάγνωση της διαταραχής.

Η αξιολόγηση της ομιλίας και της γλωσσικής ικανότητας του κάθε παιδιού είναι σημαντική για την ανάπτυξη ενός κατάλληλου προγράμματος θεραπείας και η λογοθεραπεία αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στην προσέγγιση των ατόμων με ΔΕΠΥ. Ιδιαίτερα αν οι γλωσσικές δυσκολίες παραμένουν κατά τη σχολική ηλικία, η λογοθεραπεία μέσα από ειδικές ασκήσεις είναι απαραίτητο μέσο για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Η παρέμβαση στην ομιλία και τη γλώσσα στα άτομα με ΔΕΠΥ είναι πάντα εξατομικευμένη και επικεντρώνεται σε συγκεκριμένους γλωσσικούς στόχους, όπως η καλύτερη επικοινωνία σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις και οι δεξιότητες μελέτης (σχεδιασμός / οργάνωση / προσοχή στη λεπτομέρεια). Τα οφέλη της λογοθεραπείας μπορεί να είναι σημαντικά για την αποτελεσματικότητα των παράλληλων θεραπευτικών προσεγγίσεων ψυχικής υγείας και εκπαίδευσης που λαμβάνουν τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Παιγνιοθεραπεία

Τα παιδιά και οι ενήλικες επεξεργάζονται τα γεγονότα και βιώνουν τα συναισθήματα με διαφορετικό τρόπο. Το παιχνίδι είναι απαραίτητο για την κοινωνική, γνωστική, συναισθηματική και σωματική ανάπτυξη του παιδιού. Είναι ένας φυσικός τρόπος επικοινωνίας για τα παιδιά και μέσο για την έκφρασή τους. Δημιουργεί ευχάριστες εμπειρίες και βοηθά τις οικογένειες να κατανοήσουν τα παιδιά τους σε αυτήν την περίοδο μεταβολών.

Το παιχνίδι παρέχει μια ασφαλή διέξοδο για τα παιδιά ώστε να επεξεργαστούν τα αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό, ντροπή και ενοχή. Είναι ένας φυσικός τρόπος να αντιμετωπίζουν εξωτερικές δυσκολίες και εσωτερικά συναισθήματα και τους δίνει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα χωρίς να το χαρακτηρίζουν ως δικό τους, όπως για παράδειγμα ότι μία δυσκολία ανήκει στην «πριγκίπισσα» ή στον «δεινόσαυρο». Η παιγνιοθεραπεία αποτελεί έναν αποτελεσματικό εναλλακτικό τρόπο θεραπευτικής προσέγγισης σε παιδιά που εμφανίζουν διάφορες δυσκολίες, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών με ΔΕΠΥ. Στη παιγνιοθεραπεία, τα παιχνίδια θεωρούνται οι λέξεις, και το παιχνίδι η γλώσσα των παιδιών και μπορεί να συγκριθεί ως μέθοδος με την ψυχοθεραπεία στους ενήλικες (Zakershoshtari & Bozorgi, 2016). Ενδεικτικά εργαλεία και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην παιγνιοθεραπεία, είναι τα παραμύθια και οι μύθοι, οι θεραπευτικές κάρτες, η μυθοπλασία με αντικείμενα, παιχνίδια ρόλου, μαριονέτες, κούκλες και μάσκες, φιγούρες δράσης, παιχνίδια με νερό

και άμμο, κατασκευαστικά παιχνίδια, χορός και δημιουργική κίνηση, μουσικό παιχνίδι κ.α.

Η παιγνιοθεραπεία μπορεί να είναι κατευθυντική ή μη. Στην πρώτη προσέγγιση ο θεραπευτής παίρνει την πρωτοβουλία για το ποια παιχνίδια θα χρησιμοποιηθούν στη συνεδρία, λαμβάνοντας υπόψη έναν συγκεκριμένο θεραπευτικό στόχο. Η μη κατευθυντική προσέγγιση είναι λιγότερο δομημένη και το παιδί είναι ελεύθερο να επιλέξει τα παιχνίδια και να τα χρησιμοποιήσει με τον δικό του τρόπο, ενώ ο θεραπευτής παρακολουθεί και συμμετέχει ανάλογα.

Το παιχνίδι παρέχει ασφαλείς ευκαιρίες στο παιδί να εξερευνήσει δημιουργικά καταστάσεις και συναισθήματα, είναι μία ευκαιρία για αναπαράσταση πραγματικών συμβάντων και μπορεί να λειτουργήσει ως πρόβα για το πως μπορεί να ανταποκριθεί σε δυνητικές καταστάσεις στην πραγματικότητα (Gibbons, 2020). Επίσης, η ενεργειακή δαπάνη και η σωματική κούραση μετά τη παιγνιοθεραπεία οδηγεί στη μείωση της παρορμητικότητας και της υπερδραστηριότητας στο υπόλοιπο της ημέρας (Barzegary & Zamini, 2017).

Η χρήση της παιγνιοθεραπείας στην προσέγγιση της ΔΕΠΥ στα παιδιά, ενισχύει την ενεργή εμπλοκή τους στη θεραπεία και έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την παραδοσιακή θεραπεία ομιλίας με τον θεραπευτή. Η παιγνιοθεραπεία παρέχει στα παιδιά την ελευθερία να είναι πλήρως ο εαυτός τους, ανεξάρτητα από τις σκέψεις και τα συναισθήματα που έχουν. Είναι επίσης χρήσιμο εργαλείο για την παρέμβαση σε προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών, όπως επιθετικότητα και έντονη παρορμητικότητα (Zakershoshtari & Bozorgi, 2016).

ΜΕΡΟΣ Β

Κλινική Αξιολόγηση της ΔΕΠΥ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ΔΕΠΥ είναι μία ιδιαίτερα συχνή διαταραχή στην σημερινή εποχή και οι αιτίες οι οποίες ευθύνονται για την εμφάνισή της ποικίλουν. Συγκεκριμένα, στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η ΔΕΠΥ όπως προκύπτει από τη συμπτωματολογία, είναι μια διαταραχή που πολλές φορές μπορεί να ερμηνευθεί με λανθασμένο τρόπο. Δεν είναι λίγες οι φορές που οι γονείς χαρακτηρίζουν τα παιδιά ως ζωηρά ή έντονες προσωπικότητες, ενώ άλλες φορές αναζητούν χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς τους, στο δικό τους χαρακτήρα, προκειμένου να δικαιολογήσουν έντονες καταστάσεις. Έτσι, γίνεται σαφές ότι η διάγνωση και η αξιολόγηση της ΔΕΠΥ δεν είναι μία διαδικασία που μπορεί να γίνει αυθαίρετα και από οποιονδήποτε. Για να μπορέσει να γίνει σωστή κλινική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, θα πρέπει οι γονείς των παιδιών και των εφήβων να απευθυνθούν σε εξειδικευμένους θεραπευτές, παιδοψυχιάτρους ή παιδοψυχολόγους οι οποίοι διαθέτουν την κατάλληλη εμπειρία και μπορούν να κάνουν μία έγκυρη μελέτη και αξιολόγηση. Η σωστή διάγνωση χρειάζεται χρόνο, εκτενή συζήτηση καθώς επίσης και προσεκτική παρατήρηση. Εάν οι γονείς επιλέξουν να μείνουν στα δικά τους συμπεράσματα ή σε απόψεις μη εξειδικευμένων θεραπευτών, χωρίς έγκυρη και ακριβή διάγνωση, είναι πολύ πιθανό, να υποπέσουν σε σφάλματα και κινδύνους, σχηματίζοντας μια λανθασμένη κλινική εικόνα.

Για πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση, ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία είναι η συμπλήρωση ενός ακριβούς ιστορικού από το οποίο ο ειδικός μπορεί να αντλήσει σημαντικές πληροφορίες. Η εγκυμοσύνη της μητέρας, η διαδικασία του τοκετού ή πληροφορίες για την οποιαδήποτε επιπλοκή μπορεί να είναι στοιχεία που σε κάποιον να μην ακούγονται ιδιαίτερα σχετικά. Ένας ειδικός, όμως, που καλείται να εξετάσει γενετικούς, κληρονομικούς και νευρολογικούς παράγοντες, μπορεί να αντλήσει σημαντικές πληροφορίες για την ακριβή διάγνωση της διαταραχής.

Εκτός από τους γονείς, είναι σημαντική η καταγραφή βασικών πληροφοριών για το παιδί, και από άλλα άτομα, του οικείου περιβάλλοντος της καθημερινότητάς του. Οι δάσκαλοι, περνούν ένα μεγάλο χρονικό διάστημα της μέρας με τα παιδιά και έχουν την ευκαιρία να τα παρατηρήσουν σε πολλές και διαφορετικές καταστάσεις της καθημερινότητας. Σαν πιο ουδέτεροι παρατηρητές – συγκριτικά με τους γονείς – μπορούν να καταγράψουν συμπεριφορές και ενέργειες των παιδιών σε ένα περιβάλλον

που εκείνα βρίσκονται εκτός της ασφάλειας του προσωπικού τους χώρου. Έτσι, δίνεται η ευκαιρία να καταγραφούν πληροφορίες για την κοινωνικότητα του παιδιού, την πορεία του σε όλες τις αναπτυξιακές περιόδους και την επίδοσή του στις απαιτήσεις των ηλικιακών βαθμίδων.

Μπορεί η εικόνα του παιδιού στον προσωπικό του χώρο, να μην είναι η ζητούμενη από τους εκπαιδευτικούς, είναι όμως το σημείο που οι γονείς θα πρέπει να θέσουν τη δική τους άποψη για τον χαρακτήρα, τις ικανότητες και τις δυσκολίες του παιδιού, τη δημιουργικότητα, τη φαντασία, τα χόμπι και τις ιδιαιτερότητές του. Επίσης, είναι σημαντικό να περιγραφούν αναλυτικά, όλες οι κινήσεις και τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού π.χ. πως κοιμάται, πως τρώει, αν έχει νοσήσει από κάποιες ασθένειες κ.α.

Θα πρέπει να τονισθεί, πως το ιστορικό του παιδιού προς τον ειδικό, θα πρέπει να δίνεται χωρίς την παρουσία του παιδιού. Το παιδί ή αντίστοιχα ο έφηβος, όταν βρίσκεται σε διαδικασία εξέτασης, βρίσκεται σε ευάλωτη κατάσταση. Νιώθει ότι οι άλλοι το κρίνουν και του προσάπτουν χαρακτηριστικά που το αδικούν. Αυτά τα συναισθήματα, μπορεί να δυσκολέψουν σημαντικά τη δουλειά του ειδικού, καθώς το παιδί στην επόμενη εξέταση μπορεί να μην είναι πλέον τόσο συνεργάσιμο και έτσι είναι πιθανό ο ειδικός να δυσκολευτεί να εξάγει τα συμπεράσματά του.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ΔΕΠΥ είναι μια διαταραχή που σχετίζεται άμεσα και με ψυχολογικούς παράγοντες, θα ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό για την αξιολόγηση, η χορήγηση σταθμισμένων ψυχολογικών τεστ αξιολόγησης. Με τη βοήθεια μιας τέτοιας εξέτασης, είναι δυνατόν να εντοπιστούν οι έμφυτες ικανότητές τους, η ικανότητα της συγκέντρωσής τους, η παρορμητικότητα αλλά και ο ιδιαίτερος τρόπος της αντίληψής τους. Σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη του Neuhaus (1998), κατάλληλα εκπαιδευμένοι ψυχολόγοι, έχουν όλα τα μέσα για να μπορέσουν να πραγματοποιήσουν αυτού του είδους τα τεστ.

Όλες οι παραπάνω προσεγγίσεις, τις περισσότερες φορές είναι αρκετές για τον ειδικό, ώστε να συλλέξει όλα τα απαραίτητα στοιχεία και να καταλήξει σε ένα συμπέρασμα. Σε πιο έντονες περιπτώσεις όπου το παιδί είναι πιθανό να έχει προβλήματα κινητικού συντονισμού, ή να υπάρχει περίπτωση επιληπτικών επεισοδίων, χρειάζεται να προχωρήσει κανείς σε νευρολογική εξέταση. Σύμφωνα με τον Neuhaus (1998), για να μπορέσει να βγει ακριβής διάγνωση θα πρέπει το παιδί να έχει υποβληθεί και σε σωματικές εξετάσεις, καθώς και ειδικές ιατρικές εξετάσεις όπως ακοολογικές και οφθαλμολογικές. Επίσης καλό θα ήταν να υποβληθεί το παιδί και σε ένα σπινθηρογράφημα εγκεφάλου καθώς εκεί μπορεί να φανεί οποιαδήποτε βλάβη.

Σύμφωνα με τον Davis (2000), όταν υπάρχει υπερκινητικό σύνδρομο, είναι πιθανό το σπινθηρογράφημα να παρουσιάσει ανωμαλίες.

Συνοψίζοντας, όλες οι πληροφορίες που συλλέγονται αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της αξιολόγησης, το οποίο χρησιμοποιείται προκειμένου να καταλήξουμε στην τελική διάγνωση, βασιζόμενοι στα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (DSM-IV, DSM- V) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ICD- 10).

Σύμφωνα με τον Neuhaus (1998), υπάρχουν ποικίλοι τρόποι διάγνωσης. Η θεραπεία που θα ακολουθηθεί βασίζεται στην περιγραφή και την ανάλυση της συμπεριφοράς. Το παιδί εξετάζεται υπό το πλαίσιο μιας γενικότερης εικόνας και δεν υπόκειται μόνο σε περιγραφές οι οποίες φαίνεται να αφορούν και να υποδεικνύουν ορισμένες ασυνήθιστες συμπεριφορές.

Η διαδικασία της νευροψυχολογικής αξιολόγησης είναι μία σε βάθος αξιολόγηση των γνωστικών και συμπεριφορικών ικανοτήτων του ατόμου, μέσα από διαφορετικά σταθμισμένα τεστ και διαδικασίες. 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.

Οι σταθμισμένες ψυχομετρικές δοκιμές αποτελούν ένα ψυχομετρικό μέσο που είναι δυνατόν να διευκολύνει σημαντικά τη διάγνωση της ΔΕΠΥ, ως κομμάτι μιας ευρύτερης αξιολογητικής διαδικασίας. Είναι ένας χρήσιμος και οικονομικός τρόπος αξιολόγησης, καθώς παρέχει σε σύντομο χρονικό διάστημα σταθμισμένες αξιολογήσεις και αναφορές για διάφορους τομείς λειτουργικότητας των παιδιών. Ένας ακόμη λόγος της χρησιμοποίησής τους είναι η αξιολόγηση κάποιων δευτερογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, όπως, των μαθησιακών δυσκολιών που εμφανίζει ένας μεγάλος αριθμός παιδιών. 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.

Διαγνωστικά Εργαλεία

WISC-III

Η μέτρηση του δείκτη νοημοσύνης των ατόμων συνιστά το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση της ΔΕΠΥ. Το τεστ που χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση αυτή είναι το WISC-III (Wechsler 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 συντίθενται 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. Το WISC-III είναι δυνατόν να αξιοποιηθεί 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.

Τεστ Αξιολόγησης της Συγκέντρωσης και της Προσοχής - (ΑΣΥΠ)

Ένα εργαλείο αξιολόγησης της ΔΕΠΥ που χρησιμοποιείται σε παιδιά δημοτικού είναι το Τεστ αξιολόγησης της Συγκέντρωσης και της Προσοχής (ΑΣΥΠ). Απευθύνεται σε ηλικίες 6-10 ετών και έχει ως στόχο τη διάγνωση δυσκολιών συγκέντρωσης από την πρώτη τάξη του Δημοτικού. Το ΑΣΥΠ, στηρίζει ένα ποσοστό των αποτελεσμάτων, στην ικανότητα του εξεταζόμενου να διατηρεί την προσοχή του, παρά τις εξωγενείς παρεμβολές, αλλά και στην ικανότητα βραχύχρονης διατήρησης συγκεκριμένου αριθμού δεδομένων. Το χαρακτηριστικό αυτό, αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για την επαρκή κωδικοποίηση των δεδομένων και την μακρόχρονη αποθήκευσή τους.

Το τεστ ΑΣΥΠ αποτελείται από τέσσερις δραστηριότητες – δύο οπτικές και δύο ακουστικές δοκιμασίες – που στοχεύουν στην ανίχνευση δυσκολιών στους τομείς που κατά κύριο λόγο επηρεάζονται από τη ΔΕΠΥ.

- Δοκιμασία Παρατεταμένης Οπτικής Προσοχής

Κατά τη χορήγηση της συγκεκριμένης δοκιμασίας, το παιδί, χρησιμοποιώντας ένα μολύβι και σε χρονικό διάστημα τριών λεπτών, καλείται να απομονώσει ένα συγκεκριμένο σχέδιο και να το εντοπίσει σε ένα σύνολο στοιχείων όσες φορές υπάρχει. Έτσι, ο κλινικός έχει μια σαφή εικόνα για την ταχύτητα και την ακρίβεια του παιδιού να απομονώνει ένα στοιχείο από ένα σύνολο και να διατηρεί τη συγκέντρωσή του σε έναν συγκεκριμένο ερέθισμα-στόχο, παρά τα πολλαπλά ερεθίσματα που υπάρχουν τριγύρω.

- Δοκιμασία Παρατεταμένης Ακουστικής Προσοχής

Σε αυτή τη δοκιμασία απαιτείται καλή κατανόηση των κανόνων από το παιδί και εξετάζεται η ικανότητα του εξεταζόμενου να διατηρήσει τη συγκέντρωσή του και να δώσει την απαραίτητη προσοχή στα ακουστικά ερεθίσματα που του παρουσιάζονται. Η δοκιμασία ξεκινά με το παιδί να έχει μπροστά του τέσσερα φρούτα, ένα εκ των οποίων είναι το μήλο. Στη συνέχεια, ο εξεταζόμενος ακούει 120 ακουστικές επαναλήψεις, κάθε μία από τις οποίες, αναφέρει ένα από τα φρούτα. Το παιδί καλείται να δείξει το μήλο κάθε φορά που το ακούει, ενώ θα πρέπει να μείνει αδρανές στο άκουσμα των υπόλοιπων φρούτων. Η βαθμολογία των αποτελεσμάτων, μαζί με τις παρατηρήσεις του εξεταστή, μας δίνει μια σαφή εικόνα για τη συγκέντρωση και την ικανότητα ελέγχου της παρόρμησης του εξεταζόμενου.

- Εύρος Οπτικής Προσοχής

Για τη δοκιμασία του εύρους οπτικής προσοχής, τοποθετείται μπροστά στον εξεταζόμενο μια εικόνα που απεικονίζει ένα πάρκο. Στη συνέχεια, ο εξεταστής, αφηγείται στο παιδί τη διαδρομή που ακολούθησε ένα παπάκι – ήρωας της ιστορίας, σε διάφορα σημεία της εικόνας. Σκοπός της δοκιμασίας είναι να αξιολογήσει την ικανότητα βραχύχρονης συγκράτησης ενός αριθμού τοποθεσιών. Ο εξεταζόμενος έχει την ευκαιρία να ακούσει μόνο μία φορά τη διαδρομή που κάνει το παπάκι και στη συνέχεια καλείται να ανακαλέσει τα βήματα της διαδρομής με τη σειρά που τα άκουσε.

- Εύρος Ακουστικής Προσοχής

Κατά τη χορήγηση της δοκιμασίας αυτής, επιστρατεύεται η ικανότητα συγκέντρωσης του εξεταζόμενου αλλά και η βραχύχρονη ακουστική του μνήμη. Ο εξεταστής διαβάζει κάποιες προτάσεις στο παιδί, το οποίο προσπαθεί να τις ανακαλέσει ακριβώς όπως τις άκουσε. Ο εξεταζόμενος έχει τη δυνατότητα να ακούσει την πρόταση μόνο μία φορά πριν ξεκινήσει την προσπάθειά του.

MOVEMENT Assesment Battery for Children

Το MOVEMENT Assesment Battery for Children – Second Edition (MOVEMENT ABC-2) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της κινητικής συμπεριφοράς παιδιών ηλικίας 3-16 ετών και αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πακέτο αξιολόγησης και παρέμβασης, σχεδιασμένο ειδικά για επαγγελματίες που εργάζονται με παιδιά με κινητικά προβλήματα. Το “MOVEMENT ABC-2” έχει σχεδιαστεί από τους Henderson SE, Sugden DA και Barnett AL. Εκδόθηκε το 2007 και λόγω του σχεδιασμού του, συχνά χρησιμοποιείται και ως αξιολογητικό εργαλείο για τη ΔΕΠΥ. Πρόκειται για ένα εργαλείο που χορηγείται ατομικά, με χρόνο εξέτασης 20-40 λεπτά. Αποτελείται από τρία βασικά στοιχεία: το κινητικό τεστ, το ερωτηματολόγιο και το εγχειρίδιο παρέμβασης.

Τα δύο βασικά εργαλεία της δέσμης αξιολόγησης (το τεστ και το ερωτηματολόγιο), επικεντρώνονται στον προσδιορισμό και την περιγραφή φαινομένων μειωμένης κινητικής ικανότητας σε παιδιά, ενώ παράλληλα, το ένα συμπληρώνει το άλλο με τέτοιο τρόπο, ώστε να συλλέγεται το μέγιστο των πληροφοριών. Το τεστ εφαρμόζεται απευθείας στο παιδί, ενώ το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από κάποιον ειδικό και αναλόγως τα αποτελέσματα, αξιολογείται η κινητική δεξιότητα του παιδιού. Κατά τη διαδικασία της χορήγησης του τεστ, το παιδί εκτελεί μια σειρά από κινητικές δραστηριότητες με αυστηρά καθορισμένο τρόπο, ο οποίος καθορίζεται από νόρμες.

Το τεστ χωρίζεται σε τρεις ηλικιακές ομάδες (AB 1: 3-6 ετών, AB 2: 7-10 ετών, AB 3: 11-16 ετών) και σε κάθε μία από αυτές αντιστοιχούν τρεις τομείς δεξιοτήτων:

- Λεπτή κίνηση (επιδεξιότητα χεριού, οπτικοκινητικός συντονισμός)
- Στοχοκατευθυνόμενο πέταγμα και πιάσιμο (με τη χρήση μπάλας)
- Ισορροπία (στατική και δυναμική)

Η διάρκεια του τεστ, κυμαίνεται στα 20-40 λεπτά, καθώς εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού, το βαθμό δυσκολίας της δεξιότητας, την ένταση των πιθανών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και την εμπειρία του εξεταστή.

Το ερωτηματολόγιο, εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο ένα παιδί διαχειρίζεται τους καθημερινούς στόχους που θέτονται στο σπίτι και στο σχολείο και χωρίζεται κι αυτό σε δύο μέρη, το κινητικό και το μη κινητικό.

Λαμβάνοντας υπόψη το ερωτηματολόγιο, το τεστ αλλά και την κλινική παρατήρηση του θεραπευτή, μπορεί να δημιουργηθεί μία ολοκληρωμένη εικόνα για την ύπαρξη ΔΕΠΥ, την ένταση των συμπτωμάτων, καθώς και τους τομείς που επηρεάζονται περισσότερο από τη διαταραχή.

Νευροψυχολογικά Τεστ

Δοκιμασία λεκτικής ευχέρειας

Άλλα είδη τεστ που χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού για το οποίο πιθανολογείται η ύπαρξη ΔΕΠΥ, είναι τα νευροψυχολογικά τεστ, τα οποία ανιχνεύουν με ποιο τρόπο ο εγκέφαλος επεξεργάζεται διάφορα είδη πληροφοριών. Η ΔΕΠΥ, όπως έχει φανεί, συνδέεται με δυσλειτουργία στον προμετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου. Η πιο δημοφιλής δοκιμασία εκτίμησης της βλάβης, είναι η ροή του λόγου (λεκτική ευχέρεια). Η λεκτική ευχέρεια συνήθως μετράται με τη δοκιμασία «Ελεγχόμενης Προφορικής Συσχέτισης των Λέξεων». Η δοκιμασία αυτή απαιτεί από τον ασθενή να ονομάσει όσο περισσότερα αντικείμενα μπορεί, τα οποία να αρχίζουν από ένα δεδομένο γράμμα. Η διαταραχή της ικανότητας της αφηρημένης σκέψης αποτελεί σημαντικό σύμπτωμα της εγκεφαλικής βλάβης.

Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

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 ο εξεταζόμενος είναι σε θέση να συμπεράνει έναν κανόνα. Η αξιολόγηση ολοκληρώνεται εφόσον ο εξεταζόμενος έχει κάνει έξι φορές δέκα σωστές τοποθετήσεις σε μια σειρά.

Πύργος του Λονδίνου

Ένα άλλο διαδομένο τεστ είναι η Δοκιμασία του Πύργου του Λονδίνου. Η δοκιμασία αυτή συντελείται 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.

Δοκιμασία των έξι στοιχείων – Δοκιμασία Πολλών Απλών Αντιδράσεων

Δύο δοκιμασίες συνδεόμενες με την πραγματικότητα για τη λειτουργία των μετωπιαίων λοβών, στις οποίες εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να πραγματοποιήσει 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» σε έναν συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, και η Δοκιμασία Πολλών Απλών Αντιδράσεων, η οποία περιλαμβάνει την ολοκλήρωση αριθμού αποστολών καθημερινού τύπου, σύμφωνα με δεδομένους κανόνες.

Τεχνολογίες Αισθητήρων στη Διάγνωση της ΔΕΠΥ

Όπως έχει αναφερθεί ξανά, ένα από τα κυρίαρχα συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι η υπερκινητικότητα, ειδικότερα αν λάβουμε υπόψη τον υπότυπο στον οποίο επικρατεί αυτό το χαρακτηριστικό. Η κλινική παρατήρηση είναι σαφώς πολύ σημαντική για τη διάγνωση της διαταραχής, όμως όταν πρόκειται για στοιχεία που θα οδηγήσουν στη διάγνωση μίας νευροψυχολογικής διαταραχής όπως η ΔΕΠΥ, θα πρέπει να στηριχτούμε σε συστηματική και ακριβή παρατήρηση που δεν θα επηρεάζεται από εξωγενείς παράγοντες.

Η πρόοδος της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια μας δίνει τη δυνατότητα να εξετάσουμε την κινητική δραστηριότητα ενός παιδιού σε τυχαίους χρόνους, όπου το παιδί δεν αλλοιώνει τη συμπεριφορά του εξαιτίας της συνύπαρξης με κάποιον μεγαλύτερο ενώ ταυτόχρονα μπορούμε να αποτυπώσουμε κινήσεις με αντικειμενικό τρόπο, που είναι δύσκολο να ερμηνευθούν μόνο από την κλινική παρατήρηση, όπως η οφθαλμική κίνηση.

Οι αισθητήρες, μπορούν να ανιχνεύσουν ποικίλες καταστάσεις ή τις αλλαγές του περιβάλλοντος, και είναι οι συσκευές εκείνες που χρησιμοποιούνται σε τέτοιου είδους τεχνολογίες για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ και άλλων διαταραχών. Η χρήση των αισθητήρων έχει ανοίξει τον δρόμο για εγκυρότερη διάγνωση και περισσότερο στοχευμένη θεραπεία. Ωστόσο, θα πρέπει να τονίσουμε, ότι όσο λεπτομερής και αν είναι η καταγραφή των κινήσεων μέσα από αισθητήρες, δεν θα πρέπει να αποτελεί από μόνη της διάγνωση για οποιαδήποτε διαταραχή. Οι τεχνολογίες αυτές λειτουργούν διευκολύνοντας τη διαδικασία του ελέγχου, δίνουν ακριβέστερα αποτελέσματα αλλά σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν ολοκληρωμένη διάγνωση και δεν μπορούν να σταθούν χωρίς την κλινική παρατήρηση και την γενικότερη αξιολόγηση και άλλων παραγόντων.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα σημαντικότερα εργαλεία διάγνωσης της ΔΕΠΥ που χρησιμοποιούν τεχνολογίες αισθητήρων:

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ-EEG)

Πληροφορίες για την ύπαρξη της ΔΕΠΥ μπορούμε να συλλέξουμε και μέσα από την μελέτη της ηλεκτρικής δραστηριότητας των νευρώνων του εγκεφάλου. Σύμφωνα με τον Sangal (2014) οι διακυμάνσεις της τάσης είναι αποτέλεσμα της ηλεκτρικής δραστηριότητας από μετακινήσεις ιόντων στους νευρώνες. Η μέτρηση και οπτικοποίηση αυτών των διακυμάνσεων που μπορούν να οδηγήσουν σε συμπεράσματα, γίνεται με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ).

Για την εφαρμογή του HEΓ χρησιμοποιούνται ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στο κρανίο και καταγράφουν την ηλεκτρική δραστηριότητα, η οποία τελικά παρουσιάζεται με τη μορφή εγκεφαλικών κυμάτων. Τα χαρακτηριστικά των κυμάτων που είναι απαραίτητα για την ερμηνεία του HEΓ είναι η συχνότητα (κύκλος ανά λεπτό σε Hz) και το πλάτος (ύψος κύματος/ένταση), τα οποία μελετώνται σε σχέση με τον χρόνο (Sangal, 2014).

Το εύρος των συχνοτήτων, καθορίζει τον διαχωρισμό των κυμάτων σε πέντε διαφορετικές κατηγορίες. Έτσι ονομάζουμε τα κύματα δ (0.1 έως 4 Hz), τα κύματα θ (4 έως 8 Hz), τα κύματα α (8 έως 12 Hz), τα κύματα β (15 έως 30 Hz) και τα κύματα γ (30 έως 70 Hz).

Όταν το ενδιαφέρον της εξέτασης εστιάζει στη ΔΕΠΥ, είναι σημαντικό να εξετάσουμε τα κύματα θ και β ώστε να αποδοθεί ο λόγος θ/β (Theta/Beta Ratio – TBR) (Quintana, Snyder, Purnell, Apronte, & Sita, 2007). Ο αυξημένος ρυθμός των κυμάτων θ και ο χαμηλός ρυθμός των κυμάτων β μπορεί να αποτελέσουν ένδειξη για την ύπαρξη ΔΕΠΥ.

Ποσοτικό ΗΕΓ - qEEG

Το qEEG είναι μια απεικονιστική μέθοδος χωρισμένη σε δύο μέρη. Αρχικά τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στο κρανίο του εξεταζόμενου και καταγράφουν την δραστηριότητα του εγκεφάλου ενώ το άτομο βρίσκεται σε ηρεμία και με τα μάτια του ανοιχτά για διάστημα 5-8 λεπτά. Στη συνέχεια, ζητείται από τον εξεταζόμενο να κλείσει τα μάτια του και να καθίσει για ακόμα 5-8 λεπτά σε κατάσταση ηρεμίας, ώστε τα ηλεκτρόδια να καταγράψουν εκ νέου τη δραστηριότητα του εγκεφάλου.

Το qEEG μπορεί να καταγράψει τον επηρεασμό της συγκέντρωσης κατά την εκτέλεση δραστηριότητας με αρκετά ακριβή ποσοστά εγκυρότητας των αποτελεσμάτων (Ogrim et.al., 2012). Στην συνέχεια, τα αποτελέσματα αποδίδονται σε χαρτογράφηση με κωδικοποιημένα χρώματα ώστε να διευκολύνεται η μελέτη τους (Sangal et.al., 2013). Με τη βοήθεια αυτής της απεικόνισης, σημεία του εγκεφάλου που παρουσιάζουν μεγαλύτερη ή μικρότερη δραστηριότητα σε μια συγκεκριμένη ζώνη συχνοτήτων, είναι δυνατό να εντοπιστούν με ευκολία.

Τα προκλητά δυναμικά (Event Related Potentials - ERP)

Τα προκλητά δυναμικά συνιστούν μια ισχυρή μέθοδο για την παρακολούθηση των γνωστικών λειτουργιών ενός ατόμου. Πρόκειται για μία νευρολογική εξέταση που καταγράφει την αντίδραση του εγκεφάλου σε εξωτερικά ερεθίσματα, μέσω της καταγραφής της ηλεκτρικής δραστηριότητας. Κατά την εξέταση, ένας μικρός αριθμός ηλεκτροδίων τοποθετείται στην κεφαλή ή την ράχη του εξεταζόμενου, ο οποίος δεν χρειάζεται καν να είναι ξύπνιος σε κάποιες από τις μορφές της εξέτασης.

Τα ερεθίσματα στα οποία εκτίθεται ο εξεταζόμενος μπορεί να είναι οπτικά, ακουστικά ή σωματοαισθητικά και το άτομο θα πρέπει να διακρίνει ένα συγκεκριμένο

ερέθισμα στόχο ανάμεσα σε άλλα ερεθίσματα. Σημαντικός παράγοντας στην απάντηση του ατόμου, είναι η επιλεκτική προσοχή.

Το επιθυμητό ερέθισμα καταλήγει στην κατάλληλη περιοχή του εγκεφάλου για αναγνώριση και επεξεργασία. Τα αποτελέσματα μας δίνουν τον χρόνο μεταβίβασης και την ένταση (ύψος δυναμικού) και αποκαλύπτουν την αθροιστική δραστηριότητα των μετασυναπτικών δυναμικών που παράγονται.

Για τη εξαγωγή των αποτελεσμάτων μελετώνται οι κυματομορφές που προκύπτουν. Στα παιδιά με ΔΕΠΥ παρατηρείται μικρότερο ύψος και παρατεταμένος λανθάνον χρόνος (Kropotov, 2019). Με την πάροδο των ετών και την εξέλιξη της τεχνολογίας τα προκλητά δυναμικά χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στη διάγνωση της ΔΕΠΥ εξαιτίας της μεγαλύτερης ακρίβειας των αποτελεσμάτων.

Τεχνολογίες αισθητήρων αντίχνευσης οφθαλμικής κίνησης

Το ηλεκτροοφθαλμογράφημα, είναι μια διαδικασία κατά την οποία εξετάζεται το κερατοειδές-αμφιβληστροειδές δυναμικό το οποίο βρίσκεται μεταξύ του πρόσθιου και οπίσθιου τμήματος του οφθαλμού (Barkley, 1990). Χρησιμοποιώντας κάμερες υψηλής συχνότητας δειγματοληψίας και ανάλυσης επιτυγχάνεται η καταγραφή των οφθαλμικών κινήσεων.

Κατά την εξέταση, χρησιμοποιούνται και εδώ ζεύγη ηλεκτροδίων που τοποθετούνται περιμετρικά του οφθαλμού. Η πιο συνηθισμένη διαδικασία εξέτασης, είναι ο εντοπισμός ενός συγκεκριμένου σημείου στόχου. Το σημείο αυτό μπορεί είτε να μετατοπίζεται απότομα, είτε να μετακινείται σταδιακά προς άλλη κατεύθυνση. Τα ηλεκτρόδια παρακολουθούν την κίνηση των οφθαλμών και είναι σε θέση να δώσουν πληροφορίες σχετικά με τον χρόνο αντίδρασης, τη διατήρηση της προσοχής και την εστίαση.

Τέλος, μία άλλη δοκιμασία, εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι παρατηρούν μια σκηνή αυθόρμητα. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτής της διαδικασίας είναι ότι δεν είναι απαραίτητες οι οδηγίες προς τους εξεταζόμενους, με αποτέλεσμα, να είναι εφικτή η πραγματοποίηση της εξέτασης από πολύ μικρές ηλικίες όπως και από άτομα με κάποιου είδους αναπηρία και αδυναμία να ακολουθήσουν σύνθετες εντολές. Το γεγονός αυτό είναι πολύ σημαντικό για την εξέταση παιδιών, στα οποία πιθανολογούμε την ύπαρξη ΔΕΠΥ, από πολύ μικρή ηλικία. Το σκηνικό που καλείται ο εξεταζόμενος να παρατηρήσει μπορεί να είναι μία στατική ή κινούμενη εικόνα, ένα σύντομο ή ένα σύνολο κλιπ ταινιών. (Tseng et al., 2013)

Τεχνολογίες αισθητήρων ανίχνευσης σωματικής κίνησης

Χρησιμοποιώντας ένα από τα εμφανέστερα στοιχεία της συμπτωματολογίας της ΔΕΠΥ, την υπερκινητικότητα, μπορούμε να αξιοποιήσουμε τις νέες τεχνολογίες για την αξιολόγηση της σωματικής κίνησης μέσω αισθητήρων.

Η τεχνολογική άνοδος έχει ανοίξει το δρόμο για τη χρήση ιδιαίτερων τεχνικών αξιολόγησης όπως αυτές που έχουν ήδη αναφερθεί. Ωστόσο, οι δοκιμασίες αυτές έχουν ορισμένες δυσκολίες. Αρχικά, για την σωστή αξιολόγηση ενός παιδιού με ΔΕΠΥ, είναι σημαντική η παρατήρησή του σε ποικίλα περιβάλλοντα και όχι μόνο σε κλινικούς χώρους όπως απαιτούν οι τεχνικές αυτές (Jordano et al, 2009). Επιπλέον, σημειώνεται, ότι τα αποτελέσματά αντίστοιχων δοκιμασιών, υπάρχει περίπτωση να μην είναι ακριβή, λόγω της έντονης συναισθηματικής κατάστασης των παιδιών κατά την διάρκεια της εξέτασης (Ricci, et al, 2018).

Μία ευρέως χρησιμοποιούμενη τεχνολογία στη σύγχρονη εποχή, που στοχεύει στην αξιολόγηση της κινητικής δραστηριότητας, είναι οι αδρανειακοί αισθητήρες (inerted sensors). Το επιταχυνσιόμετρο (accelormeter) και το βηματόμετρο (pedometer) αποτελούν τέτοιου είδους αισθητήρες που αξιοποιούνται για τη μελέτη της ΔΕΠΥ.

Το επιταχυνσιόμετρο είναι ένα εργαλείο που εφαρμόζεται για την αναγνώριση τόσο της στατικής (βαρύτητα) όσο και της δυναμικής (απότομο σταμάτημα-ξεκίνημα) επιτάχυνσης. Το βηματόμετρο χρησιμοποιεί έναν μηχανικό αισθητήρα που εντοπίζει την κίνηση των άνω και κάτω άκρων του εξεταζόμενου, καθώς και ένα λογισμικό καταγραφής βημάτων. Με την πάροδο των ετών, οι αισθητήρες αυτοί έγιναν σημαντικό εργαλείο για τη μελέτη της κινητικής δραστηριότητας του σώματος ατόμων κάθε ηλικίας με ή χωρίς ΔΕΠΥ. Τα παραπάνω εργαλεία, είναι απαραίτητα για την καταγραφή της δραστηριότητας σε πραγματικό χρόνο, που δεν είναι πάντα εφικτό να αποτυπωθεί μέσα από ερωτηματολόγια. (Troiano, 2007)

Όμως, παρατηρούνται και μειονεκτήματα των συγκεκριμένων συσκευών, καθώς δε μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε δραστηριότητες που σχετίζονται με το υγρό στοιχείο. Επιπλέον, υπάρχει περιορισμός όσον αφορά το σημείο τοποθέτησης του αισθητήρα, πράγμα που μπορεί να είναι περιοριστικό σε ορισμένες δραστηριότητες.

Αισθητήρες MEMS

Μπορεί οι αισθητήρες κίνησης να έχουν ήδη βοηθήσει σημαντικά στην παρατήρηση των παιδιών με ΔΕΠΥ, αλλά δεν παύει να υπάρχει ακόμα η ανάγκη παρατήρησης του ατόμου στο καθημερινό του περιβάλλον και κάτω από τυπικές συνθήκες. Πρόκειται για τους αισθητήρες MEMS (Macroelectromechanical Systems) οι οποίοι λόγω της κατασκευής τους, μπορούν να φορεθούν για αρκετή ώρα και να καταγράψουν μεγάλα διαστήματα από την καθημερινότητα του ατόμου. Οι αισθητήρες MEMS είναι μικροί, ελαφριοί και για το λόγο αυτόν είναι ανεκτοί πάνω στο σώμα και λόγω της ανοχής σε χτυπήματα, είναι εφικτό να φορεθούν σε πολλές δραστηριότητες και καταστάσεις της ημέρας. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων γίνεται με τη χρήση SVM (Support Vector Machine) που είναι λογισμικά μηχανικής μάθησης, που έχουν τη δυνατότητα να χωρίζουν τα δεδομένα που συλλέγουν σε διαφορετικές κατηγορίες, διευκολύνοντας έτσι τη διάκριση των τριών υποτύπων της ΔΕΠΥ (Gawrilow, 2014).

Τεστ Παυλίδη – Pavlidis test

Ένα διαδεδομένο τεστ αξιολόγησης στην Ελλάδα, που χρησιμοποιεί τις τεχνολογίες αισθητήρων είναι το τεστ Παυλίδη. Πρόκειται για ένα βιολογικό τεστ, διεθνώς αναγνωρισμένο, που έχει ως στόχο την πρόιμη ανίχνευση της δυσλεξίας και της ΔΕΠΥ με τη χρήση τεχνολογιών μελέτης οφθαλμοκίνησης. Είναι μία εύκολη και γρήγορη διαδικασία που μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμα και σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, καθώς δεν απαιτεί γνώσης γραφής ή ανάγνωσης.

Κατά τη διάρκεια του τεστ, ο εξεταζόμενος καλείται να παρακολουθήσει φωτεινές ενδείξεις που του παρουσιάζονται στην οθόνη που βρίσκεται μπροστά του. Στον ίδιο χρόνο, γίνεται καταγραφή των κινήσεων των οφθαλμών και με τη βοήθεια εξειδικευμένου λογισμικού τα αποτελέσματα αποτυπώνονται σε διάγραμμα, δίνοντας έτσι μια σαφή εικόνα στον κλινικό για την ύπαρξη ή μη της διαταραχής αλλά και την ένταση των συμπτωμάτων.

Σύμφωνα με τους Παυλίδη και Σαμαρά (2004), με το τεστ Παυλίδη η διάγνωση της ΔΕΠΥ επιτυγχάνεται με ακρίβεια 93.1% από την προσχολική ηλικία και ανεξαρτήτως φύλου, ευφυΐας, γλώσσας ή πολιτισμού.

Συμπεράσματα

Παιδιατρικά γνωστικά και συμπεριφορικά ελλείμματα που χαρακτηρίζονται ως διαταραχές ελλειμματικής προσοχής, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας, αποτελούν πρόκληση. Η ΔΕΠΥ είναι μία καθιερωμένη διαταραχή σε ενήλικες και παιδιά. Έρευνες δείχνουν σαφώς ότι η ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία τείνει να συνεχίζεται και στην ενηλικίωση επηρεάζοντας πολλές πτυχές της ζωής ενός ατόμου και προκαλώντας σημαντικά ελλείμματα σε εκπαιδευτικά / ακαδημαϊκά, κοινωνικά και επαγγελματικά πλαίσια καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Kieling and Rohde, 2011).

Με τα ποσοστά επικράτησης να εκτιμώνται στο 3 – 7% των παιδιών της σχολικής ηλικίας (American Psychiatric Association, 2000), η ΔΕΠΥ έχει λάβει μεγάλη προσοχή μεταξύ των εκπαιδευτικών και των εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Η προσεκτική εκτίμηση είναι υψίστης σημασίας και εάν καταδεικνύει σημαντικά ελλείμματα ως αποτέλεσμα της ΔΕΠΥ, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι πρέπει να ξεκινήσει άμεσα η θεραπεία για την αντιμετώπισή της (National Institute for Clinical Excellence, 2000). Μια αποτελεσματική θεραπεία μπορεί να προσφέρει σημαντική ανακούφιση στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς επίσης και να μειώσει το κοινωνικό κόστος που σχετίζεται με την ανεργία, την εγκληματικότητα, το κάπνισμα, την κατάχρηση ουσιών και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα (Harpin, 2005; Kieling and Rohde, 2011).

Οι τρέχουσες θεραπείες επικεντρώνονται ως επί τω πλείστον στη βραχυπρόθεσμη ανακούφιση των βασικών συμπτωμάτων, κυρίως κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας. Αυτό σημαίνει ότι οι σημαντικές ώρες της ημέρας, όπως νωρίς το πρωί πριν από το σχολείο και το βράδυ έως τον ύπνο, συχνά παραμένουν ανεπηρέαστες από τα τρέχοντα θεραπευτικά σχήματα. Αυτό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργικότητα του παιδιού και της οικογένειας και να αποτύχει να βελτιστοποιήσει την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό και μακροπρόθεσμα την ανάπτυξη της ψυχικής υγείας του παιδιού (Harpin, 2005).

Καθώς τα παιδιά με ΔΕΠΥ μεγαλώνουν, ο τρόπος με τον οποίο η διαταραχή επηρεάζει αυτά και τις οικογένειές τους αλλάζει. Οι βασικές δυσκολίες στην εκτελεστική λειτουργία που παρατηρούνται στη ΔΕΠΥ έχουν ως αποτέλεσμα μία διαφορετική εικόνα στην μετέπειτα ζωή (Barkley, 1997; Harpin, 2005). Αυτό ποικίλλει ανάλογα με τους πόρους της οικογένειας και του σχολείου, καθώς και με την ηλικία, την γνωστική ικανότητα και λειτουργικότητα του παιδιού ή του νεαρού ατόμου. Ένα

περιβάλλον, το οποίο είναι ευαίσθητο στις ανάγκες ενός ατόμου με ΔΕΠΥ και έχοντας επίγνωση των επιπτώσεων της διαταραχής, είναι ζωτικής σημασίας. Ως εκ τούτου, η βέλτιστη ιατρική και συμπεριφορική διαχείριση στοχεύει στην υποστήριξη του ατόμου με ΔΕΠΥ, επιτρέποντάς του να αξιοποιήσει πλήρως τις δυνατότητές του ελαχιστοποιώντας παράλληλα τις δυσμενείς επιπτώσεις στον εαυτό του και στην κοινωνία στο σύνολό της (Harpin, 2005).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε στη σημασία και την αναγκαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης της διαταραχής ώστε να αντιμετωπιστούν όσο το δυνατό γρηγορότερα τα συμπτώματα. Αρκετά ζητήματα πρέπει σαφώς να αντιμετωπιστούν μέσω εκτενέστερης διερεύνησης για τη βελτίωση των διαδικασιών και τελικά, της εγκυρότητας των μελλοντικών συστημάτων ταξινόμησης. Μερικές από τις πτυχές που αξίζουν ιδιαίτερης προσοχής, αφορούν τη βελτίωση των δοκιμασιών αξιολόγησης και αυτοαξιολόγησης, καθώς και των διαγνωστικών κριτηρίων για ΔΕΠΥ σε ενήλικες, προτείνοντας έναν τρόπο ενσωμάτωσης διαφορετικών πηγών πληροφοριών (εκπαιδευτικοί, γονείς, μέλη της οικογένειας, φίλοι και συνεργάτες) (Rohde, 2008).

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αποστολοπούλου, Κ. (2009). Σύγχρονες Διεθνείς Παράμετροι στην Κλινική Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ και των Συνοδών Καταστάσεων. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Διεθνή δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα. 6^ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό συνέδριο.
- Βάρβογλη, Λ. (2005). Όταν η οικογένεια έχει παιδιά με ειδικές ανάγκες. 2η έκδοση. Αθήνα: Βήτα.
- Βάρβογλη Λ, & Γαλάνη Μ. (2007). Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Βογινδρούκας, Ι., Καλομοίρης, Γ., & Παπαγεωργίου, Β. (2007). Αυτισμός: Θέσεις και προσεγγίσεις.
- Hallowell E.M, Ratey J.J. (1994) Ζώντας με τη διάσπαση, αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής. Νίκας / Ελληνική Παιδεία Α.Ε.; 1994
- Κάκουρος Ε. : Το Υπερκινητικό Παιδί. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001.
- Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ.: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα. Ελληνικά Γράμματα , Αθήνα, 2005.
- Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ.: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα. GUTENBERG , Αθήνα, 2012.
- Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ. : Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουμούλα, Α. (2012). Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στον χρόνο (Vol. 23:Π49–Π59).
- Κουρκούτας Η.: Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά – Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου. Τόπος, Αθήνα, 2011.
- Koutsoklenis, A., & Theodoridou, Z. (2012). Tourette Syndrome: School-Based Interventions for Tics and Associated Conditions. International journal of special education, 27(3), 213-223.
- Κωνσταντίνου Μ. και Κοσμίδου Μ. : Νευροψυχολογία των μαθησιακών διαταραχών. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε, Θεσσαλονίκη, 2011.
- Μαλεγιαννάκη Α., Μεσσήνης Λ., Παπαθανασόπουλος Π. : Κλινική Παιδονευροψυχολογία. GOTSIS, Αθήνα, 2012.
- Μπόντη Ε. Ι. (2002). Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Μια εναλλακτική προσέγγιση για όλους. ΜΕΘΕΞΙΣ.
- Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Τεχνικές διαχείρισης μαθητών με ΔΕΠΥ: Συμβουλές προς εκπαιδευτικούς. Retrieved from <https://www.adhdhellas.org/ekpaidefsi/ekpaideftikoi/item/302-texnikes->

[diaxeirisis-mathiton-me-depy-symvoules-pros-ekpaideftikoys](https://doi.org/10.1080/10634269.2013.788888)

[last access 21/09/2020]

- Pavlidis, G. T., & Giannouli, V. (2013). Linking ADHD–Dyslexia and specific learning difficulties. *The Sage handbook of emotional and behavioral difficulties*, 221-235.
- Παπαγεωργίου, Β. (2005). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Στο: Β. Παπαγεωργίου (Εκδ.) Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Περβανίδου, Π. (2009). Γενετικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες κινδύνου στην ανάπτυξη ΔΕΠΥ. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Διεθνή δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα. 6^ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό συνέδριο.
- Πεχλιβανίδης Α, Σπυροπούλου Α, Γαλανόπουλος Α, Παπαχρήστου Χ.Α, & Παπαδημητρίου Γ.Ν. (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες (Vol. 29(5):562-576).
- Ρούσου, Α. & Φρανσίσ, Κ. (2006). Εργαλεία ανίχνευσης και διάγνωσης αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Σταθμισμένα ερωτηματολόγια για την κλινική πράξη και την έρευνα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σίμος, Π., Μουζάκη, Α. & Σιδερίδης, Γ. (2008). Τεστ αξιολόγησης της λειτουργίας της Συγκέντρωσης και Προσοχής στο Δημοτικό σχολείο (ΑΣΥΠ). Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων - ΕΠΕΑΕΚ
- Σίμος, Π., Μουζάκης, Α. & Σιδερίδης, Γ. (2007α). Αξιολόγηση Επιτελικών Λειτουργιών στο Δημοτικό Σχολείο. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ (9).
- Σίμος, Π., Μουζάκης, Α. & Σιδερίδης, Γ. (2007β). Αξιολόγηση Συγκέντρωσης και Προσοχής στο Δημοτικό Σχολείο. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ (10).
- Toki, E. I., Simou, C., & Pange, J. (2019). Eye-tracking and Autism Spectrum Disorder. In the Proceedings of the International conference “Crisis in Contexts”, Ioannina, GR, 19-24 March 2019.
- Τσιάντης Γ, Αλεβίζος Β, Αμπατζόγλου Γ. (2001). Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική. Καστανιώτη.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2013. Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder. ADHD Parents Medication Guide. [Internet] Available from: https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/resource_centers/resources/med_guides/adhd_parents_medication_guide_english.pdf
- American Academy of Pediatrics, Reiff MI, Tippins S, 2003. ADHD—A Complete and Authoritative Guide. Chicago: Independent Publishers Group, 2003.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2013
- Arns, M., Conners, C. K., & Kraemer, H. C. (2012). A Decade of EEG Theta/Beta Ratio Research in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 17(5), 374–383.
- Barkley, A, J Newcorn, P Jensen, J Richters et al., DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents, 1994.
- Barkley RA, 1997. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 1997;121:65–94
- Barkley R. A.: Attention- deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Press, New York, 1998.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Barkley, R. A. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). Guilford Press.
- Barranco-Ruiz, Y., Etxabe, B. E., Ramirez-Velez, R., & Villa-Gonzalez, E. (2019). Interventions Based on Mind-Body Therapies for the Improvement of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Youth: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*, 55(7). doi:10.3390/medicina55070325
- Barzegary, L., & Zamini, S. (2017). The effect of play therapy on children with ADHD. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2216-2218. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.432
- Berger I. (2011). Diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: much ado about something. *Isr Med Assoc J*. 2011;13(9):571-574.
- Bernard, L., Leroux, C., Faulconnier, Y., Durand, D., Shingfield, K. J., & Chilliard, Y. (2009). Effect of sunflower-seed oil or linseed oil on milk fatty acid secretion and lipogenic gene expression in goats fed hay-based diets. *Journal of Dairy Research*, 76(2), 241-248.
- Biederman, J., Faraone, S., Spencer, J., Mick, E., Monuteaux, M., Aleardi, M. (2006). Functional Impairments in Adults With Self-Reports of Diagnosed ADHD: A Controlled Study of 1001 Adults in the Community. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 524-540.
- Biederman, J. (2011). The course and persistence of ADHD throughout the life-cycle. ADHD

- in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment. *Journal of Psychiatry*, 2, 1-10.
- Bothén, P., & Nordström, A.-L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 175–185.
- Brown, T. E. (1996). *Brown attention-deficit disorder scales manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Caye, A., Swanson, J. M., Coghill, D., & Rohde, L. A. (2019). Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Mol Psychiatry*, 24(3), 390-408. doi:10.1038/s41380-018-0116-3
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Treatment of ADHD. Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/treatment.html> (last access 21/09/2020)
- Chen Q, Brikell I, Lichtenstein P, Serlachius E, Kuja-Halkola R, Sandin S, Larsson H. (2016). Familial aggregation of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;58(3):231-239.
- Chhabildas, N., Pennington, B.F., & Willcutt, E.G., (2001). A comparison of the neuropsychological profiles of the DSM-IV subtypes of ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 29(6), 529-540.
- Clare B. Jones, Ph.D. , (1998). *Sourcebook for Children with Attention Deficit Disorder: A Management Guide for Early Childhood Professionals and Parents. Communication Skill Builders.*
- Clegg, J., & Hartshorne, M. (2004). Speech and language therapy in hyperactivity: a United Kingdom perspective in complex cases. *Semin Speech Lang*, 25(3), 263-270. doi:10.1055/s-2004-833674
- Cohen N.J., Barwick M.A., Horodesky W.B., Vallance D.D., Im N.: Language, achievement and cognitive processing in psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, New York, 1998.
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). *Conners' adult ADHD rating scales (CAARS)*. Technical manual. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Darrien, J.H., Herd, K., Starling, L.-J., Rosenberg, J.R., Morrison, J.D., (2001). An analysis of the dependence of saccadic latency on target position and target characteristics in human subjects. *BMC Neurosci*. 2 (1), 1.
- Davis R.: *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής*. *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα, 2000
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., . . . Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol*, 28(10), 1059-1088. doi:10.1016/j.euroneuro.2018.08.001
- Geller B., Zimmerman B., Williams M., Bolhofner K., Craney JL., Delbello MP., et. al.: Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorders biotype by gender, puberty and comorbidity attention – deficit hyperactivity disorder of Child Adolence. *Psychopharmacology*, U.S.A, 2000.

- Gibbons, B. (2020). Using Child-Centered Play Therapy as an Intervention to Reassess ADHD Diagnoses and Trauma in Children: A Literature Review. *Expressive Therapies Capstone Theses*, 358.
- Goodyear, P. & Hynd, G. (1992). Attention-Deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: Behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 273-305.
- Grodzinsky, G. M., & Diamond (1992). Frontal lobe functioning in boys with attention – deficit Hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 8(4), 427-445
- Harpin VA, 2005. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child* 2005;90(Suppl I):i2-i7
- Hartman, C.A., Willcutt, E.G., Rhee, S.H. & Pennington B. F. (2004). The relation between sluggish cognitive tempo and DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(5), 491-503.
- Heilskov Rytter, M. J., Andersen, L. B., Houmann, T., Bilenberg, N., Hvolby, A., Molgaard, C., . . . Lauritzen, L. (2015). Diet in the treatment of ADHD in children - a systematic review of the literature. *Nord J Psychiatry*, 69(1), 1-18. doi:10.3109/08039488.2014.921933
- Hirbaye ML, Habte B, Abebaw G, Aemro Z, et al., 2019. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among children aged 6 to 17 years old living in Girja District, Rural Ethiopia. *Hindawi Behavioural Neurology Volume 2019*
- Jensen, P.S. , & Cooper, J.R.(2002). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Kingston, New Jersey: Civic Research Institute
- Jiang, W., & Yin, Z. (2015). Human activity recognition using wearable sensors by deep convolutional neural networks. In *Proceedings of the ACM international conference on Multimedia, Brisbane, Australia*, 26–30.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child Care Health Dev*, 34(3), 380-390. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00817.x
- Joseph, R.M., Keehn, B., Connolly, C., Wolfe, J.M., Horowitz, T.S., (2009). Why is visual search superior in autism spectrum disorder? *Dev. Sci.* 12 (6), 1083–1096.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. et al. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256
- Krause, J., Dresel, S. H., Krause, K. H., La Fougere, C., Zill, P., & Ackenheil, M. (2006). Striatal dopamine transporter availability and DAT-1 gene in adults with ADHD: No higher DAT availability in patients with homozygosity for the 10-repeat allele. *World Journal of Biological Psychiatry*, 7, 152-157.
- Lahey, B Applegate, K Mcburnett, J Biederman, L Greenhill, G W Hynd, R Barkley, A, J Newcorn, P Jensen, J Richters et al., *DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents*, 1994.

- Lange, A. M., Daley, D., Frydenberg, M., Rask, C. U., Sonuga-Barke, E., & Thomsen, P. H. (2016). The Effectiveness of Parent Training as a Treatment for Preschool Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: Study Protocol for a Randomized Controlled, Multicenter Trial of the New Forest Parenting Program in Everyday Clinical Practice. *JMIR Res Protoc*, 5(2), e51. doi:10.2196/resprot.5319
- Lauth, G.W.; Heubeck, B.G.; Mackowiak, K. (2006). Observation of children with attention-deficit hyperactivity (ADHD) problems in three natural classroom contexts. *Br. J. Educ. Psychol.* 2006, 76, 385–404.
- Lee, H., Li, Y., Yeh, S.-C., Huang, Y., Wu, Z., & Du, Z. (2017). ADHD assessment and testing system design based on virtual reality. *2nd International Conference on Information Technology (INCIT)*.
- Loro-López M, Quintero J, García-Campos N, Jiménez-Gómez B, Pando F, Varela- Casal P, et al., 2009. Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Rev Neurol.* 2009;49(5):257-64.
- McLean, A., Dowson, J., Toone, B., Young, S., Bazanis, E., Robbins, T. W. (2004). Characteristic neurocognitive profile associated with adult attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 34, 681-692.
- Merikangas KR, He PH, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz D, 2010. Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics.* 2010;125(1):75- 81
- Mick E and Faraone SV, 2008. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 17, no. 2, pp. 261–284, 2008.
- Miller, M., Iosif, A. M., Young, G. S., Hill, M. M., & Ozonoff, S. (2018). Early Detection of ADHD: Insights From Infant Siblings of Children With Autism. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 47(5), 737-744. doi:10.1080/15374416.2016.1220314
- Montagni, I., Guichard, E & Kurth, T., (2016). Association of screen time with self-perceived attention problems and hyperactivity levels in French students: a cross-sectional study. *BMJ Open.*, 6. Mora.
- Munoz, D. P., Armstrong, I. T., Hampton, K. A., & Moore, K. D. (2003). Altered Control of Visual Fixation and Saccadic Eye Movements in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Neurophysiology*, 90(1), 503–514
- National Institute of Mental Health. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): THE BASICS.
- Neuhaus C.: Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματα του. *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα, 1998.
- Normand, S. et al. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Challenges of Close Friendship. *Journal of the Canadian Academy of child and adolescent psychiatry*, 16, 67 -73.

- Palmer, E.D, & Finger, S. (2001). An early description of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Psychology and Psychiatry Review* 6(2): 66–73.
- Pellow, J., Solomon, E. M., & Barnard, C. N. (2011). Complementary and alternative medical therapies for children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Altern Med Rev*, 16(4), 323-337.
- Pelsser L, Frankena K, Toorman J, Pereira RR, 2016. Diet and ADHD, reviewing the evidence: A systematic review of meta – analyses of double – blind placebo – controlled trials evaluating the efficacy of diet interventions on the behavior of children with ADHD. *PLoS ONE* 12(1):e0169277
- Pheula, G.F., Rohde, L.A., & Schmitz, M. (2011). Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A casecontrol study in schools. *European Child and Adolescent psychiatry*, 20, 137–145.
- Polanczyk MS, de Lima BL, Horta J, et al., 2007. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis,” *The American Journal of Psychiatry*, vol. 164, no. 6, pp. 942–948, 2007
- Quinlan, D. M. (2000). Assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidities. In T. E. Brown (Ed.). *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults* (pp. 455–507). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Rabito – Alcon M and Correias Lauffer J, 2014. Treatment guidelines for attention deficit and hyperactivity disorder: A critical review. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(6):315-24
- Ricci, M., Terribili, M., Giannini, F., Errico, V., Pallotti, A., Galasso, C., Saggio, G. (2018). Wearable-based electronics to objectively support diagnosis of motor impairments in school-aged children. *Journal of Biomechanics*.
- Rief, W., & Christiansen, H. (2014). Preliminary evidence for altered motion trackingbased hyperactivity in ADHD siblings. *Behavioral and Brain Functions*, 10(1), 7.
- Rogasch NC, & Fitzgerald PB. (2013). Assessing cortical network properties using TMSEEG. *Hum Brain Mapp*. 34(7):1652–1669.
- Rohde LA, 2008. Is there a need to reformulate attention deficit hyperactivity disorder criteria in future nosologic classifications? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 17:405
- Rosemary Tannock (2012). Rethinking ADHD and LD in DSM-5: Proposed Changes in Diagnostic Criteria. *Journal of Learning Disabilities*. doi:10.1177/0022219412464341
- Roth, E., Marcin, A. (2017). ADHD: Recognizing Symptoms, Diagnosis and More. *Healthline*
- Sadock BJ and Sadock VA, 2011. *Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, 2011
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level

system of parenting support. *Clin Psychol Rev*, 34(4), 337-357.
doi:10.1016/j.cpr.2014.04.003

- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Diez, J. A. (2013). Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non- pharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(1), 44-51.
- Slusarek, M., Velling, S., Bunk, D., & Eggers, C., (2001). Motivational effects on inhibitory control in children with ADHD. *Journal of the American Academy Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (3), 355-363.
- Sonuga-Barke, E. J., Koerting, J., Smith, E., McCann, D. C., & Thompson, M. (2011). Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother*, 11(4), 557-563. doi:10.1586/ern.11.39
- Steiner, N.J., Sheldrick, R.C., Golthelf, D., & Perrin, E.C. (2011). Computer-based attention training in the schools for children with attention deficit/hyperactivity disorder : a preliminary trial.
- Tannock, R. (2005). ADHD with anxiety disorders.
- Tarver J, Daley D, Sayal K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: Care, Health and Development.*; 40 (6): 762-774.
- Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, and Glasziou P, 2015. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, vol. 135, no. 4, pp. e994–e1001, 2015
- Uldall Torp, N. M., & Thomsen, P. H. (2020). The use of diet interventions to treat symptoms of ADHD in children and adolescents - a systematic review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry*, 1-11.
doi:10.1080/08039488.2020.1769187
- Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah rating scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 885-890.
- Warikoo N, Faraone S. (2013). Background, clinical features and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy.*; 14(14):1885-1906.
- Weiss, M., Hechtman, L. T., & Weiss, G. (1999). ADHD in adulthood. Baltimore: John. Hopkins Press.
- Wender, P. H., & Tomb, D. A. (2017). ADHD: A guide to understanding symptoms, causes, diagnosis, treatment, and changes over time in children, adolescents, and adults. New York, NY: Oxford University Press.
- Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.
- Wolraich ML, Wibbelsman CJ, Brown TE, Evans SW, Gotlieb EM, Knight JR, et al., 2005.

Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment and clinical implications. *Pediatrics*. 2005;115:1734-6

Young S., & Newland J. (2002). "Attention deficit hyperactivity disorder and mild learning disabilities: A Case Study". *British Journal of Learning Disabilities*, 30, 73-77.

Zakershoshtari, M., & Bozorgi, Z. D. (2016). The Effectiveness of Play Therapy on Reduction of the Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Asian Social Science*, Vol. 12, No. 6.
doi:doi:10.5539/ass.v12n6p188