



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ  
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΦΗΒΟ»**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΜΑΚΡΗ ΑΜ:18338

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΝΑΣΙΟΥΛΑ ΑΜ:18411

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ

ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2021

**«ATTENTION DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDHOOD  
THROUGH PUBERTY»**

**Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή**

Τόπος, Ημερομηνία

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

1. Επιβλέπων καθηγητής

Όνομα Επίθετο,  
τίτλος, βαθμίδα

2. Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,  
τίτλος, βαθμίδα

3. Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,  
τίτλος, βαθμίδα

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Όνομα Επίθετο,  
τίτλος, βαθμίδα

Υπογραφή

## **Δήλωση μη Λογοκλοπής**

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

Ευαγγελία Νασιούλα

Αικατερίνη Μακρή

## Ευχαριστίες

Με την περάτωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την Καθηγήτρια μας, κ. Σιαφάκα Βασιλική που μας μετέδωσε τις γνώσεις της, μέσα από την διδασχή των μαθημάτων της και για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Επίσης, θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε για όλες τις υποδείξεις και συμβουλές της, καθώς και για τις γνώσεις που αποκομίσαμε καθ' όλη την διάρκεια των φοιτητικών μας χρόνων.

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να παρουσιάσει την Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, στην πορεία ανάπτυξης του παιδιού έως και πριν την ενηλικίωση, καθώς και την ποικιλομορφία των συμπεριφορών που αυτή εμφανίζει.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στα χαρακτηριστικά της διαταραχής, τα διαγνωστικά κριτήρια, τον επιπολασμό και την αιτιολογία. Οι υπότυποι της ΔΕΠ-Υ αναλύονται ενδελεχώς και καταγράφεται κάθε χαρακτηριστικό της. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η εμφάνιση και η εξέλιξη της διαταραχής σε κάθε ηλικιακό στάδιο από τη νηπιακή-προσχολική ηλικία έως και την εφηβεία, παράλληλα με τον ψυχισμό του παιδιού και την εξέλιξη της διαταραχής.

Στο δεύτερο κεφάλαιο καταγράφονται οι πολλαπλές συννοσηρότητες με τις οποίες είναι δυνατό να συνυπάρχει η ΔΕΠ-Υ. Κάθε μία από τις αναφερόμενες διαταραχές αναλύεται δίνοντας κάποια κύρια χαρακτηριστικά και γνωρίσματα της, ενώ ακολουθεί η εμφάνιση και εξέλιξη της σε συνάρτηση με την ΔΕΠ-Υ, καθώς και με ποιον τρόπο αντιμετωπίζεται αυτό από το παιδί. Όπου είναι δυνατόν δηλώνονται και πρακτικές θεραπείες. Για την τεκμηρίωση των στοιχείων αυτών έχουν προστεθεί ορισμένες έρευνες που προσφέρουν εγκυρότητα και αξιοπιστία στα λεγόμενά μας.

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύονται οι μορφές και δυνατότητες παρέμβασης για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ. Περιγράφονται ατομικές ή ομαδικές, σχολικές και οικογενειακές τεχνικές παρέμβασης καθώς και η σημαντικότητα του ρόλου του Λογοθεραπευτή. Επιπλέον, αναλύονται αξιολογητικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται από Λογοθεραπευτές ενώ το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με νέες τεχνικές που αρχίζουν να εφαρμόζονται για την θεραπεία της διαταραχής.

*Λέξεις-κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, συννοσηρότητα, θεραπευτική παρέμβαση, παιδική και εφηβική ηλικία*

## Abstract

The present work aims to present the Attention Deficit Hyperactivity Disorder, during the child's development up to adulthood, and the diversity of behaviors that it displays.

The first chapter makes extensive reference to the characteristics of the disorder, the diagnostic criteria, the prevalence, and the etiology. The subtypes of ADHD are thoroughly analyzed and each of its characteristics is recorded. Then, the appearance and development of the disorder at each age stage from infancy-preschool age to adolescence is presented, along with the child's psyche and the development of the disorder.

The second chapter lists the multiple comorbidities with which ADHD can coexist. Each of the reported disorders is analyzed giving some of its main features and characteristics, followed by its appearance and development in relation to ADHD and how it is treated by the child. Where possible, practical treatments are indicated. To document this, some research has been added that offers validity and reliability to what we say.

The third and last chapter shows the forms and possibilities of intervention for the treatment of ADHD. Individual or group, school and family intervention techniques are described and the importance of the role of the Speech Therapist. In addition, evaluation tools are used that he uses, while the chapter is completed with new techniques that are beginning to be applied to treat the disorder.

*Keywords: ADHD, comorbidity, therapeutic intervention, adolescence*

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
Πρόλογος.....	9
Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).....	11
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> .....	12
Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).....	12
1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	12
1.2 Ορισμός της ΔΕΠ-Υ.....	14
1.3 Τύποι ΔΕΠ-Υ.....	15
1.4 Διαγνωστικά Κριτήρια.....	16
1.5 Εκτελεστικές Λειτουργίες.....	18
1.6 Αιτιολογία.....	22
1.7 Επιδημιολογία-Επιπολασμός.....	28
1.8 Διαφορές ως προς το φύλο.....	30
1.9 Κλινική εικόνα ανά ηλικιακό στάδιο.....	32
1.10 Συνοδά Προβλήματα.....	36
Συνοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με Ψυχικές και άλλες διαταραχές.....	38
2 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο.....	39
Συνοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με Ψυχικές και άλλες Διαταραχές.....	39
2.1 Εισαγωγή.....	39
2.2 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ODD).....	40
2.3 Κατάχρηση Ουσιών.....	45
2.4 Κατάθλιψη και Διπολική διαταραχή.....	47
2.5 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ- ASD).....	49
2.6 Διαταραχή Συμπεριφοράς.....	53
2.7 Αγχώδεις Διαταραχές.....	59
2.8 Συναισθηματικά Αστάθεια.....	62



3 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	66
Θεραπευτικές Παρεμβάσεις και Δραστηριότητες.....	67
3.2 Φαρμακοθεραπεία .....	72
3.3 Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις .....	77
3.4 Πολυτροπική Θεραπεία .....	87
3.5 Λογοθεραπευτική Παρέμβαση .....	88
3.6 Θεραπεία Λευκού Θορύβου .....	91
3.7 Διατροφή και ΔΕΠ-Υ.....	95
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ .....	106
Βιβλιογραφία .....	107

## Πρόλογος

Το παιδί από τη γέννηση έως την ενηλικίωση του, πέραν διαδοχικά στάδια ανάπτυξης που διαφοροποιούνται με την ηλικία. Αλληλεπιδρά, μιμείται, μαθαίνει και δρα, απορροφώντας ερεθίσματα από κάθε περιβάλλον όπου παρευρίσκεται, και αρχίζει να αναπτύσσει τις κινητικές, λεκτικές και νοητικές του δεξιότητες με βάση τα ορόσημα της ηλικίας του.

Όταν το παιδί παρεκκλίνει από τα στάδια της φυσιολογικής ανάπτυξης, απαιτείται άμεση παρέμβαση. Οι λογοθεραπευτές στην περίπτωση αυτή παρεμβαίνουν, αξιολογώντας το παιδί και το δυναμικό του και δημιουργούν ένα πλάνο θεραπευτικών δραστηριοτήτων, ώστε να επιτύχουν την κατάκτηση της καλύτερης δυνατής προόδου από το παιδί.

Η λογοθεραπεία επιδρά θετικά στη ζωή των παιδιών, τα βοηθά ώστε να αποκτήσουν μεγαλύτερη λειτουργικότητα στις καταστάσεις της πραγματικής ζωής, ζωτικής έως και κοινωνικής σημαντικότητας. Επιλέξαμε αυτό το θέμα με σκοπό να αναδείξουμε ότι η λογοθεραπευτική συμμετοχή στην θεραπεία μιας διαταραχής, δεν είναι απλά μία διαδικασία με στόχο τη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού, αλλά αποσκοπεί στην απόδοση σφαιρικής ομαλής και φυσιολογικής ζωής στο παιδί που μεγαλώνει.



Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

### Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

---

#### 1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι η δεύτερη πιο συχνή χρόνια ασθένεια στα παιδιά. Σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του εγχειριδίου εντάσσεται πλέον στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Με το πέρασμα του χρόνου, η απόκτηση διάγνωσης για ΔΕΠ-Υ τροποποιήθηκε. Εξέχον τεκμήριο θεωρούνταν προηγουμένως η υπερκινητικότητα εξαιτίας της έκδηλης παρουσίας της. Για παράδειγμα το DSM-II ( Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, 1968) κατονόμαζε αυτή την διαταραχή ως «Υπερκινητικές Αντιδράσεις της Παιδικής ηλικίας» και ως κύρια χαρακτηριστικά ορίζονταν η διάσπαση προσοχής, η υπερκινητικότητα, η ανησυχία, και ο μικρός χρόνος συγκέντρωσης και προσοχής. Μετέπειτα έρευνα και συγκεκριμένα η έρευνα της Virginia Douglas, υπέδειξε ότι το κύριο έλλειμα αφορά πιο πολύ την προσοχή και όχι τόσο την κινητική δραστηριότητα (Douglas 1983). Έτσι καταλήξαμε στην αναδιαμορφωμένη διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής στο DSM-III. Παρόλο που την τελευταία δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αιώνα σημειώθηκε σημαντική έκρηξη ενδιαφέροντος για την ΔΕΠ-Υ, οι ιστορικές αναφορές στα συμπτώματα που σήμερα σχετίζονται με την διαταραχή, μας δείχνουν ότι τέτοια παιδιά υπήρχαν εδώ και αιώνες. Η εισαγωγή της διαταραχής στην ιατρική βιβλιογραφία χρονολογείται στα 1902, όταν ο Βρετανός γιατρός George Still, περιέγραψε την νόσο του Still. Τόνιζε πως τα παιδιά που ήταν ατίθασα και αντιμετώπιζαν διάφορα προβλήματα με την διατήρηση της προσοχής υπέφεραν από ένα ελάττωμα, του «ηθικού ελέγχου», που υπέθετε ότι οφείλονταν σε εγκεφαλική βλάβη ή δυσλειτουργία. Οι ερευνητές με το πέρασμα των χρόνων έχουν χρησιμοποιήσει πολλούς όρους για να περιγράψουν αυτό τον συνδυασμό των συμπεριφορικών συμπτωμάτων, μερικοί από αυτούς είναι: Διαταραχή μετά από εγκεφαλίτιδα τη δεκαετία του 1920, Σύνδρομο Εγκεφαλικής Βλάβης τη δεκαετία του 1940, Ελάχιστη Εγκεφαλική Δυσλειτουργία τη δεκαετία του 1965 και Παιδική Υπερκινητική Παρορμητική Διαταραχή τη δεκαετία του 1970. Κάποιες πρόσφατες μελέτες μας έδειξαν ότι, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα είναι σχεδόν δύο ταυτισμένες έννοιες που θα πρέπει να συνδυαστούν σε μια ενιαία κατηγορία. Τελικώς προέκυψε η τριμερής διάγνωση στο DSM-IV,

ΔΕΠ-Υ τύπου έλλειψης προσοχής, ΔΕΠ-Υ τύπου υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και ΔΕΠ-Υ συνδυασμένου τύπου που περιλαμβάνει και τις 2 μορφές συμπεριφοράς. Βέβαια η εξέλιξη του DSM δεν σταματάει εκεί. Η τελευταία έκδοση είναι το DSM-5, η οποία εκτός από τα Διαγνωστικά Κριτήρια, εστιάζει και στην περιγραφή συμπτωμάτων που εμφανίζονται στην σχολική ηλικία, ενώ έχει εμπλουτιστεί και με παραδείγματα που αφορούν σε μεγαλύτερους σε ηλικία εφήβους και ενήλικες ώστε να διευκολύνεται έτσι η διάγνωση. Δύο σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην 4<sup>η</sup> και την 5<sup>η</sup> έκδοση είναι ότι, ενώ η πρώτη υποστηρίζει πως η διαταραχή πρέπει να έχει εμφανιστεί πριν την ηλικία των 7 ετών, η 5<sup>η</sup> έκδοση έρχεται να αύξηση το ηλικιακό όριο στα 12 έτη, απαλλάσσοντας την διχογνωμία των κλινικών σχετικά με το, εάν τη μία χρονική στιγμή παύει το άτομο να πληροί τα κριτήρια και την άλλη να τα πληροί και πάλι, αφού η ανάπτυξη κάθε παιδιού είναι διαφορετική. Τέλος, Σύμφωνα με το DSM-5, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη μια διαφορική λίστα με τα ακόλουθες διαταραχές κατά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ: Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή, Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές, Ειδική Διαταραχή Μάθησης, Διαταραχή Διανοητικής Ανάπτυξης, Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, Διαταραχή Αντιδραστικής Προσκόλλησης, Διαταραχές Άγχους, Καταθλιπτικές Διαταραχές, Διπολική Διαταραχή, Διαταραχή της διάθεσης, Διαταραχές Κατάχρησης Ουσιών, Διαταραχές Προσωπικότητας, Ψυχωτικές Διαταραχές, συμπτώματα ΔΕΠ-Υ που προκαλούνται από φάρμακα και Νευρογνωστικές Διαταραχές (Sonnack & Brenneman, 2014, Kering & Wenar, 2008).

## 1.2 Ορισμός της ΔΕΠ-Υ

Η ανθρώπινη πρωτοβουλία εμπεριέχει όχι μόνο την εμπιστοσύνη στον εαυτό και την αυτονομία, αλλά και την περιέργεια και την εξερεύνηση. Σύμφωνα με τον Piaget ακόμη και τα βρέφη λύνουν προβλήματα, ώσπου από το τέλος του πρώτου κιόλας έτους αρχίζουν να πειραματίζονται με το κοινωνικό και φυσικό τους περιβάλλον.

Η ικανότητα όμως συγκέντρωσης στο πρόβλημα- έργο μπορεί να περιοριστεί σημαντικά, αφού κατά καιρούς όλοι δυσκολευόμαστε να συγκεντρωθούμε σε μια περίπτωση ή εμφανίζουμε άσκοπες και ακατάλληλες κινήσεις. Ένα παιδί που παρουσιάζει επανειλημμένα αυτά τα γνωρίσματα είναι πιθανό να λάβει διάγνωση για Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Το βασικό έλλειμμα στην ΔΕΠ-Υ αφορά στην ελλειμματική ικανότητα αναστολής ή αυτοελέγχου οδηγώντας σε ένα σύνολο σχετικών συμπτωμάτων που δεν συνάδουν σε άτομα αντίστοιχου αναπτυξιακού επιπέδου. Ωστόσο πρέπει ήδη από την αρχή να τονίσουμε ότι η διαταραχή δεν είναι αποτέλεσμα ανατροφής και στάσης γονέων (Heward & Lee, 2011, Kering & Wenar, 2008).

### 1.3 Τύποι ΔΕΠ-Υ

Η εξέταση της διαταραχής από τον ειδικό καθορίζεται και οδηγείται από την αντίστοιχη συμπτωματολογία που εμφανίζει το άτομο. Η διάγνωση του θα καταλήξει σε έναν από τους τρεις τύπους:

1. ΔΕΠ-Υ με **προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο** (20%- 30%), αδυνατούν να συγκεντρώσουν την προσοχή τους σε ένα κατάλληλο για την ηλικία τους επίπεδο
2. ΔΕΠ-Υ με **προεξάρχοντα τον υπερκινητικό- παρορμητικό τύπο** (λιγότερο από 15%), δρουν χωρίς να σκέφτονται και είναι μόνιμα σε κίνηση
3. ΔΕΠ-Υ – **Συνδυασμένος τύπος**, που αντιπροσωπεύει το 50% - 70% όλων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, ο οποίος είναι ο πιο κοινός και συνήθως πιο σοβαρός και με περισσότερες συννοσηρότητες. Ο συνδυασμένος υποτύπος ΔΕΠ-Υ, μπορεί απλώς να αντιπροσωπεύει μια πιο σοβαρή και εξουθενωτική παρουσίαση ΔΕΠ-Υ (π.χ. περισσότερα συμπτώματα) και μπορεί να υπάρχει σχετικά σε μεγαλύτερη σταθερότητα και εμφάνιση ο δευτερεύων τύπος (Wilens & Spencer, 2010).

Όλα τα συμπεριφορικά κριτήρια διαβαθμίζονται ανάλογα με τις τυπικά «αποδεκτές» συμπεριφορές για κάθε ηλικία , αφού πολλές από αυτές απαντώνται σε παιδιά μικρότερης παιδικής ηλικίας. Οι παραπομπές εκπαιδευτικού και οι περιγραφές των γονέων για την συμπεριφορά του παιδιού διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την λήψη ή όχι της διάγνωσης (Heward & Lee, 2011, Kering & Wenar, 2008).



## 1.4 Διαγνωστικά Κριτήρια

Για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητη η παρουσία κάποιων συγκεκριμένων προϋποθέσεων και διαγνωστικών κριτηρίων. Τα κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV ορίζουν την ηλικία έναρξης πριν τα 7 έτη, η οποία επηρεάζει αρκετά τον τρόπο εκδήλωσης της ψυχοπαθολογίας αν και δεν γνωρίζουμε γιατί συμβαίνει αυτό. Η διάρκεια των αντίστοιχων συμπτωμάτων πρέπει να καλύπτει την περίοδο των 6 μηνών, όπως ορίζεται από το DSM-II, αν και αυτή θεωρείται υπερβολικά σύντομη ειδικά για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Και για τους τρεις τύπους της ΔΕΠ-Υ ισχύει ότι, ο ασθενής πρέπει να εμφανίζει 6 και περισσότερα από τα συνολικά συμπτώματα σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή με το αναπτυξιακό επίπεδο. Ωστόσο, ορισμένα συμπτώματα είναι πιθανό να προϋπάρχουν στο παιδί και παράλληλα, η έκπτωση στην λειτουργικότητα πρέπει να επηρεάζει τουλάχιστον δύο πλαίσια από το περιβάλλον του παιδιού. Βέβαια σημαντική και απαιτούμενη θεωρείται και η έκπτωση στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα. Επιπλέον για τους μεγαλύτερους εφήβους άνω των 17 ετών και τους ενήλικες απαιτείται η παρουσία τεσσάρων συμπτωμάτων, είτε απροσεξίας, είτε υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας σύμφωνα με το DSM-5 Η εκδήλωση της ασθένειας ποικίλλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία του παιδιού, τις συνήθειες αντιδράσεις των γονέων στην συμπεριφορά του καθώς και τις συνθήκες, το περιβάλλον δηλαδή που προαναφέραμε, μέσα στις οποίες εκδηλώνεται (Heward & Lee, 2011, Kering & Wenar, 2008).

Συνεπώς, για τον κάθε Τύπο ισχύουν τα εξής:

Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα διάσπασης προσοχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο.

### Απροσεξία

- Συχνά αποτυγχάνει να προσέξει τις λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στην μελέτη, στην εργασία ή σε άλλες δραστηριότητες.
- Δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε δραστηριότητες ή έργα παιχνιδιού.
- Συχνά δείχνει ότι δεν ακούει όταν του μιλούν.
- Δεν ακολουθεί τις οδηγίες που του δίνονται και συχνά αποτυγχάνει να ολοκληρώσει την μελέτη, τις δουλειές ή τα καθήκοντα στον χώρο εργασίας (όχι λόγω αποτυχίας κατανόησης οδηγιών ή εναντιωματικής συμπεριφοράς).
- Δυσκολεύεται να οργανώσει έργα και δραστηριότητες.
- Συχνά φαίνεται απρόθυμο ή απεχθάνεται να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια (όπως η μελέτη στο σπίτι ή η εργασία στο σχολείο).
- Χάνει πράγματα τα οποία είναι απαραίτητα για τις σχολικές δραστηριότητες όπως πχ. Μολύβια, βιβλία ή εργαλεία.
- Συχνά διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.
- Αρκετές φορές είναι απρόσεκτο σε καθημερινές δραστηριότητες.

Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή με το αναπτυξιακό επίπεδο.

### Υπερκινητικότητα

- Συχνά κουνά νευρικά τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του.
- Σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις που αναμένεται να παραμείνει καθιστό.

- Συχνά σκαρφαλώνει ή τρέχει με τρόπο που είναι υπερβολικός σε περιστάσεις, που τέτοιες συμπεριφορές δεν αρμόζουν (στους εφήβους ή τους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε αισθήματα ανησυχίας).
- Δυσκολεύεται να εμπλακεί ή να παίξει ήσυχα σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.
- Συχνά βρίσκεται σε συνεχή κίνηση.
- Συχνά μιλάει υπερβολικά.

### Παρορμητικότητα

- Συχνά απαντά πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση και έτσι απαντάει απερίσκεπτα.
- Υπάρχει δυσκολία στο να περιμένει τη σειρά του.
- Συχνά ενοχλεί ή διακόπτει τους άλλους π.χ.(παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια.)

## 1.5 Εκτελεστικές Λειτουργίες

Ο Russell A. Barkley(1997) αναφερόμενος στον υπερκινητικό-παρορμητικό υπότυπο της ΔΕΠ-Υ, ανέπτυξε ένα περιεκτικό μοντέλο σχετικά με τις εκτελεστικές λειτουργίες των ατόμων με αυτήν την διαταραχή. Οι εκτελεστικές λειτουργίες (EF) έχουν οριστεί, ως μία οικογένεια γνωστικών διαδικασιών ελέγχου που λειτουργούν σε διαδικασίες χαμηλότερου επιπέδου για ρύθμιση και διαμόρφωση συμπεριφοράς. Τα ελλείμματα της εκτελεστικής λειτουργίας δεν είναι ειδικά για τη ΔΕΠ-Υ: εμφανίζονται σε παιδιά με άλλες καταστάσεις και δεν είναι ασυνήθιστα σε παιδιά χωρίς διαταραχές. Υπάρχουν επτά τέτοιες λειτουργίες:

1) **εργαζόμενη μνήμη**, που περιλαμβάνει π.χ. αίσθηση του χρόνου, διατήρηση γεγονότων του νου, μίμηση περίπλοκων συμπεριφορικών ακολουθιών. Αναλογικά όσο μεγαλύτερος είναι ο φόρτος εργασίας για την εργαζόμενη μνήμη τόσο πιο εμφανές γίνεται το έλλειμα στα παιδιά.

Επηρεάζει τις επιδόσεις στο σχολείο, στην ανάγνωση και αριθμητική. Ακολουθεί το άτομο ακόμα και στην ενήλικη ζωή.

Τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) έχουν διαγνωστικό προφίλ κυρίως με απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα ( Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση 2013). Μπορεί επίσης να έχουν μια σειρά από συναφή προβλήματα με μια πιθανή επίπτωση στη συγγραφική τους δραστηριότητα. Αυτές περιλαμβάνουν δυσκολίες στις εκτελεστικές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένης της μνήμης και ασυνέπεια στις γνωστικές απαντήσεις, οδηγώντας σε υψηλή μεταβλητότητα εντός του ατόμου λόγω σημαντικών διακυμάνσεων στην απόδοσή τους. Συγκεκριμένα, το DSM-IV φαίνεται να είναι μεταξύ των καλύτερων προγνωστικών της ΔΕΠ-Υ, έχει μελετηθεί σε σχέση με διάφορες γνωστικές εργασίες και αλλά και στην περίπτωση παιδιών με ΔΕΠ-Υ και αδυναμίες στον χειρόγραφο λόγο, Δροσινού, Μαρκάκης, Μιχαηλίδου, & Τσαγκαράκη, 2009).

Μπροστά σε ουσιαστικά στοιχεία σχετικά με δυσκολίες ορθογραφίας και έκφρασης που σχετίζονται με ΔΕΠ-Υ, το χειρόγραφο ήταν ελάχιστα μελετημένο. Ορισμένες μελέτες για τη γραφή στη ΔΕΠ-Υ έχουν προτείνει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν μόνο κακές ορθογραφικές δεξιότητες αλλά και αδύναμες δεξιότητες γραφής. Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν από μια πρόσφατη μετα-ανάλυση που συνέκρινε την απόδοση γραφής των μαθητών 1-12 τάξεων με ΔΕΠ-Υ με τους κανονικά συνομηλίκους τους. Τα μέσα σταθμισμένα μεγέθη επίδρασης έδειξαν, ότι, οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ απέκτησαν χαμηλότερες βαθμολογίες από τους συνηθισμένους συνομηλίκους τους για πολλές διαστάσεις γραφής, έχοντας επίσης ενδιαφέρον γραφικό χαρακτήρα. Επίσης, μελέτες που εξετάζουν ειδικά την επίδραση της διεγερτικής φαρμακευτικής αγωγής στην απόδοση γραφής των παιδιών με τη ΔΕΠ-Υ, διαπίστωσαν ότι οι δυσκολίες γραφής είναι κοινές σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, και η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της δεν επαρκεί για την επίλυση αυτών των δυσκολιών. Οι δυσκολίες γραφής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλέσουν τις αρνητικές απόψεις των εκπαιδευτικών και να αποτελέσουν αιτία άγχους και απογοήτευσης για τα ενδιαφερόμενα παιδιά, επηρεάζοντας αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους και την αποδοχή του εαυτού τους. Η συνάφεια της γραφής για παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επιβεβαιώνεται επίσης από πρόσφατη έρευνα, που έδειξε ότι οι δεξιότητες έκφρασης γραφής τους ήταν σημαντικός προγνωστικός δείκτης των ακαδημαϊκών αποτελεσμάτων τους 18 μήνες μετά (Capodieci, Lachina, & Cornoldi, 2018, Κωτούλας, 2003).

2) **αυτορρύθμιση συναισθήματος-κινητοποίηση-διέγερση** π.χ. συναισθηματικός αυτοέλεγχος, αυτορρύθμιση των ενορμήσεων και της κινητοποίησης

3) **εσωτερίκευση της ομιλίας** π.χ. περιγραφή και αναστοχασμός, ηθικός συλλογισμός, δημιουργία κανόνων και μετά-κανόνων

4) **αυτοσυγκράτηση** π.χ. ανάλυση και σύνθεση της συμπεριφοράς, λεκτική ευχέρεια συμπεριφορική ευχέρεια, σύνταξη της συμπεριφοράς. Η έννοια λοιπόν του μοντέλου βασίζεται στην αναστολή της συμπεριφοράς και στην καθυστέρηση της κινητικής αντίδρασης, που οδηγεί στην ανάπτυξη των εκτελεστικών λειτουργιών η οποία γίνεται όλο και πιο περίπλοκη και παρατεταμένη. Η χρονική καθυστέρηση σε όλα τα παραπάνω οδηγεί το άτομο σε μία αδυναμία επιτέλεσης και ολοκλήρωσης συγκεκριμένων έργων σχετικών με τον κινητικό έλεγχο, την ευχέρεια και την σύνταξη π.χ. αναστολή άσχετων προς το έργο αντιδράσεων, ευαισθησία στην ανατροφοδότηση της αντίδρασης. Ωστόσο, είναι σημαντικό να πούμε ότι η καθυστέρηση επιτρέπει την ανάπτυξη των EF αλλά δεν προκαλεί αυτή, την ανάπτυξη.

5) **ικανότητα σχεδιασμού και προγραμματισμού, ευελιξία** π.χ. η εναλλαγή ανάμεσα σε μία ή περισσότερες δραστηριότητες.

6) **αποστροφή στην καθυστέρηση** π.χ. δείχνουν μια προτίμηση στις άμεσες αμοιβές ακόμη και αν το όφελος στις τελευταίες είναι μεγαλύτερο.

7) **η μεταβλητότητα στον χρόνο αντίδρασης.** Το έλλειμμα έχει να κάνει με την αδυναμία του παιδιού να δράσει άμεσα σε ένα έργο, επιστρατεύοντας την απαραίτητη ενέργεια. Αποτέλεσμα αυτού είναι να καταγράφεται η χρονική απόκλιση του παιδιού σε σχετικές δραστηριότητες και να συγκρίνεται με την τυπική.

✓ **Πώς συνδέεται με την συμπεριφορά ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ και πώς επηρεάζει την καθημερινότητά του;**

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ορίζονται ως ένα ευρύ φάσμα των ατομικών διαφορών και δείχνουν σχετική σταθερότητα στο χρόνο. Σύμφωνα με το μοντέλο των πέντε παραγόντων προσωπικότητας (FFM) τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ομαδοποιούνται σε πέντε τομείς ως εξής:

- 1.συνειδητότητα
2. νευρωτισμός
3. ευαισθησία
4. εξωστρέφεια
5. ανοιχτότητα.

Από τα παραπάνω, η συνείδηση συνδέεται κυρίως με τις εκτελεστικές λειτουργίες, ενώ όλα τα υπόλοιπα με πιο αντιδραστικές ή παρακινητικές διαδικασίες ελέγχου. Αφού η συνείδηση συνεπάγεται, περιορισμούς παρορμήσεων, προσεκτική προσοχή και οργάνωση, φυσικό είναι να συνδέεται και με την αυτορρύθμιση, γεγονός που επιβεβαιώνεται και μέσα από έρευνα τον Nigg και συν (2002). Άλλες μελέτες φανερώνουν επίσης σχέση χαμηλής συνείδηση και απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας σε εφήβους. Ο νευρωτισμός αντικατοπτρίζει την τάση για υπερβολική αρνητική συναισθηματικότητα, συναισθηματική αντιδραστικότητα και αγωνία, καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η ευγένεια αντανακλά τη συμπόνια, την ενσυναίσθηση και τη συνεργασία, ενώ η εξωστρέφεια αντανακλά θετική επίδραση, επιθετικότητα, επίπεδο δραστηριότητας και κοινωνικότητα. Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού και χαμηλότερα επίπεδα επιδεξιότητας. Κατά συνέπεια, οι Martel και συν (2008) αναφέρουν ότι ο χαμηλός νευρωτισμός και η υψηλή ευαισθησία σχετίζεται με λιγότερα άτομα με ΔΕΠ-Υ, ενώ αντίθετα χαμηλός νευρωτισμός και υψηλή ευαισθησία με περισσότερα άτομα. Συνολικά αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας EF, FFM και τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ αλληλοσυνδέονται με πολλούς τρόπους. Μία έρευνα, που επιβεβαιώνει αυτά τα στοιχεία, διεξήχθη σε μία ομάδα εφήβων, όπου εφαρμόστηκε η κλίμακα Conners 3 έκδοση. Τα αποτελέσματα συμφώνησαν με όλα τα παραπάνω και υποστηρίζονται σχέσεις ΔΕΠ-Υ χαμηλής βαθμολογίας με ευαισθησία και συνειδητότητα και υψηλές με νευρωτισμό και εξωστρέφεια (Krieger, Amador-Campos, & Guàrdia-Olmos, 2020, Kering & Wenar, 2008, Tripp & Wickens, 2009, Bauman-Waengler, 2012, ΣΕΡΔΑΡΗΣ, 1998).

## 1.6 Αιτιολογία

Η ένταση των συμπτωμάτων ποικίλλουν σε διαφορετικούς τομείς της ζωής και ανάλογα με την έκταση των εξωτερικών απαιτήσεων. Από αυτή την άποψη, καταστάσεις που απαιτούν προσοχή, καθήμενη θέση και έλεγχο παρορμήσεων, αποτελούν την πρώτη γραμμή, όπου τα συμπτώματα θεωρούνται ότι προκαλούν βλάβη (π.χ. συμπεριφορά στην τάξη, εργασία στο σπίτι, δραστηριότητες κύκλου καρέκλας, και τα λοιπά.). Σημαντικές κινητικές αναταραχές πριν από την ηλικία των τεσσάρων ετών, ωστόσο, είναι πολύ δύσκολο να διακριθούν από μια παραλλαγή του κανονικού προτύπου συμπεριφοράς. Έτσι, η έλλειψη συμπτωμάτων σε μια περιορισμένη κατάσταση παρατήρησης, δεν αποκλείει αυτόματα τη διάγνωση. Σε παιδιά δημοτικού σχολείου, η απροσεξία γίνεται ολοένα και πιο εμφανής και προκαλεί μεγαλύτερη απομείωση καθώς αυξάνονται οι εξωτερικές απαιτήσεις. Οι κινητικές αναταραχές συχνά μειώνονται από την εφηβεία, συνεχίζονται και περιορίζονται σε ένα υποκειμενικά δυσάρεστο εσωτερικό αίσθημα ανησυχίας και κίνησης, ενώ δυσκολίες όπως η απροσεξία, η ανεπαρκής ικανότητα προγραμματισμού και η παρορμητικότητα συχνά επιμένουν (Sciberras, Mulraney, Silva, & Coghil, 2017)

Η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ δεν είναι πλήρως γνωστή. Η βιβλιογραφία αναφέρει ένα πλήθος αιτιών που σε βάθος χρόνου, μέσα από έρευνες αντικρούονται ή υποστηρίζονται. Αν και η διαταραχή έχει συσχετιστεί κατά καιρούς με κοινωνικές μεταβλητές, έρευνες ετών έχουν επίσης δείξει ότι, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η ενδοοικογενειακή απάθεια, οι συγκρούσεις, οι κακές σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιού, η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής σε έναν γονέα καθώς και οι ανεπαρκείς τρόποι διαπαιδαγώγησης δεν αποτελούν προϋποθέσεις για την έγκυρη πρόγνωση και πρόληψη της ΔΕΠ-Υ. Αυτοί οι παράγοντες δρουν είτε ως ενδιάμεσοι μεταξύ των βιολογικών αιτιών και της εκδήλωσης της συμπεριφοράς, είτε ως ρυθμιστές της σχέσης αυτής, καθορίζοντας τη μορφή και την ένταση των συμπτωμάτων (Kering & Wenar, 2008).

Ένα σημαντικό σώμα της βιβλιογραφίας όμως, συνεπάγεται ανωμαλίες της δομής και της λειτουργικότητας του εγκεφάλου, την παθοφυσιολογία τόσο στην παιδική ηλικία όσο και σε ενήλικες με ΔΕΠ-Υ. Η πρόωμη έναρξη και η επιμονή των συμπτωμάτων, τα ελλείμματα στον κινητικό συντονισμό, στην εργαζόμενη μνήμη, η βελτίωση από τη φαρμακοθεραπεία,

υποδηλώνουν αλλά δεν αποδεικνύουν την ύπαρξη εγκεφαλικής βλάβης. Βέβαια αξονικές τομογραφίες και άλλες ιατρικές μελέτες φανερώνουν μειωμένο μέγεθος του εγκεφάλου και πυκνότητα του μετωπιαίου λοβού αλλά και διαφορές στην παρεγκεφαλίδα. Η δομή και η λειτουργικότητα συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου είναι διαφορετικές στα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Η μείωση του συνολικού όγκου του εγκεφάλου, η ελάττωση του όγκου και οι αλλαγές της δομής συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών των βασικών γαγγλίων, η ανώμαλη νευρωνική ενεργοποίηση των παραπάνω περιοχών σε επίπεδο νευροδιαβιβαστών, η δυσλειτουργία των ρυθμιστικών κυκλωμάτων που συνδέουν τον προμετωπιαίο φλοιό με τα βασικά γάγγλια και την παρεγκεφαλίδα, η προβληματική ενεργοποίηση άλλων εγκεφαλικών περιοχών, όπως ο θάλαμος, ο αμυγδαλοειδής πυρήνας και ο ιππόκαμπος και η αύξηση των βραδέων εγκεφαλικών κυμάτων είναι κάποια από τα βασικά δεδομένα που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ (Sharma & Couture, 2013).

Οι **γενετικοί παράγοντες** επίσης έχουν απασχολήσει αρκετά την επιστημονική κοινότητα καθώς κατέχουν κεντρικό ρόλο στην αιτιολογία. Η μέση κληρονομικότητα των συμπτωμάτων είναι 80%. Στα μονοζυγωτικά δίδυμα το ποσοστό κυμαίνεται στα 80-90%. Εμφανής, η διαταραχή σε άτομα, που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού 2-8 φορές πιο συχνή (Barbara T. Felt, 2014). Στο 57% ανέρχεται το ποσοστό πιθανότητας εμφάνισης της διαταραχής στο παιδί, γονέων με ΔΕΠ-Υ. Η ΔΕΠ-Υ τείνει να αναγεννάτε σε οικογένειες. Συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν πέντε έως δέκα φορές αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΔΕΠ-Υ. Οι κοινές περιβαλλοντικές επιπτώσεις είναι δευτερεύουσας σημασίας. Οι Μετα- αναλύσεις των υποψήφιων γονιδιακών μελετών έδειξαν ότι γονίδια που κωδικοποιούν τους υποδοχείς και τους μεταφορείς του κατεχολαμινεργικού και σεροτονινεργικού νευροδιαβιβαστή, τα συστήματα παίζουν ρόλο στην αιτιολογία της διαταραχής. Έχουν αποκαλύψει μελέτες συσχέτισης σε όλο το γονιδίωμα πολλές άλλες πιθανές παραλλαγές κινδύνου και τα ευρήματά τους υποδηλώνουν ότι περίπου το 40% των γενετικά προσδιορισμένων, η διακύμανση οφείλεται σε κοινές παραλλαγές (δηλ. παραλλαγές με μια συχνότητα υψηλότερη από 5%), οι οποίες μόνο αυξάνουν τον κίνδυνο σε μικρό βαθμό. Σπάνιος κίνδυνος αλληλόμορφων (συχνότητα <1%) και παραλλαγές αριθμού αντιγράφου επίσης αυξάνει τον κίνδυνο, μπορούν να έχουν σχετικά ισχυρά αποτελέσματα σε άτομα ή μέσα σε μια μόνο οικογένεια, αλλά αντιπροσωπεύουν μόνο ένα μικρό ποσοστό της διακύμανσης στο συνολικό πληθυσμό. Επιπλέον, υπάρχουν πολλά γενετικά σύνδρομα τα οποία είναι γνωστό ότι σχετίζονται με τα συμπτώματα της



ΔΕΠ-Υ, συμπεριλαμβανομένου του εύθραυστου συνδρόμου X και της σκλήρυνση κατά πλάκας (ΒΛΑΧΟΣ, 2018, SHIPLEY & MCAFEE, 2013, Tripp & Wickens, 2009).

Σημαντικό να αναφέρουμε και την **βιολογική προδιάθεση** καθώς και τους **περιβαλλοντικούς παράγοντες** όπως, η σχέση γονέα και παιδιού. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει συσχετισμούς μεταξύ ΔΕΠ-Υ και διάφορων περιβαλλοντικών παραγόντων. Αυτά τα δεδομένα περιλαμβάνουν κυρίως προ και περιγεννητικούς παράγοντες κινδύνου (στρες από τη μητέρα, κάπνισμα ή κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνη, χαμηλό βάρος γέννησης, πρόωρη ηλικία), περιβαλλοντικές τοξίνες (οργανοφωσφορικά, πολυχλωριωμένα διφαινύλια, μόλυβδος), δυσμενείς ψυχοκοινωνικές καταστάσεις (σοβαρή στέρηση της πρώιμης παιδικής ηλικίας, εχθρότητα της μητέρας) και διαιτητικοί παράγοντες. Ο αιτιώδης ρόλος από τους περισσότερους από αυτούς τους πιθανούς περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου δεν έχει ακόμη αποδειχθεί. Οι μεταβλητές δεν είναι τυχαίες κατανέμονται στον πληθυσμό και οι παρατηρούμενες ενώσεις μπορεί να οφείλονται σε συγκεχυμένους παράγοντες. Επιπλέον, για ορισμένες μεταβλητές, η αιτιότητα μπορεί να βρίσκεται προς την αντίθετη κατεύθυνση, όπως μπορεί να οδηγήσει, η ίδια η ΔΕΠ-Υ σε αυξημένη έκθεση ορισμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Πολλαπλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού μπορεί να είναι αποτέλεσμα (αλλά όχι μια αιτία) των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στην πρώιμη παιδική ηλικία, αλλά αυτή η εχθρότητα της μητέρας επηρεάζει αρνητικά τα συμπτώματα στην περαιτέρω πορεία της διαταραχής. Οι συσχετισμοί της ΔΕΠ-Υ με την προγεννητική έκθεση του άγχους και του καπνίσματος στη μητέρα, φαίνεται να οφείλονται εν μέρει σε συγκεχυμένους παράγοντες, αν και η συσχέτιση της ΔΕΠ-Υ με χαμηλό βάρος γέννησης, πρόωρη ηλικία και έκθεση σε μόλυβδο, πιθανότατα δεν εξηγείται με σύγχυση μεταβλητών (Tripp & Wickens, 2009) .

Η μητρική κατάθλιψη για παράδειγμα, σχετίζεται με την ανάπτυξη διαταραχών στα παιδιά όπως η ΔΕΠ-Υ, το άγχος, η κατάχρηση ουσιών κλπ. Η σχέση αυτή εξηγεί το 10-15% της διακύμανσης της συμπτωματολογίας, αυτό όμως δεν την καθιστά και ασήμαντη. Οι βιολογικοί παράγοντες διακρίνονται ανάλογα με το χρόνο προσβολής, σε προγεννητικούς, περίγενετικούς και μετάγενετικούς.

**Οι προγεννητικοί**, περιλαμβάνουν κυρίως τις ανωμαλίες του κήματος, εγκεφαλικές κατά βάση, την αναιμία της εγκύου, την προεκλαμψία, της ενδοκρινικές διαταραχές της μητέρας κατά την κύηση κλπ. Πρόσφατα ευρήματα αναφέρουν ότι, η γέννηση με καισαρική τομή, η

προεκλαμψία, ο επαγόμενος τοκετός και η χαμηλή βαθμολογία Apgar στα 5 λεπτά (Η εξέταση Apgar (Απγκαρ) χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της γενικής υγείας των νεογέννητων στο 1 λεπτό και ξανά στα 5 λεπτά μετά τη γέννηση του. Εκτιμώνται πέντε τομείς: η καρδιακή συχνότητα, η αναπνοή, ο μυϊκός τόνος, η αντανακλαστική ανταπόκριση σε ερεθίσματα και η χροιά του δέρματος. Μία βαθμολογία Apgar από 8 έως 10 σημαίνει ότι το παιδί βρίσκεται σε άριστη κατάσταση. Τα νεογέννητα με βαθμό Apgar από 4 και κάτω στο ένα λεπτό μετά τη γέννα χρειάζονται άμεση βοήθεια με την αναπνοή τους, ο χτύπος της καρδιάς είναι αργός ή δεν ακούγεται, το μωρό φαίνεται χλωμό ή ακόμα και μπλε και οι αντανακλαστικές αντιδράσεις του μπορεί να απουσιάζουν ή να είναι μειωμένες), αυξάνουν τον κίνδυνο για ΔΕΠ-Υ και είναι πλήρως προσαρμοσμένα μοντέλα που δεν περιλαμβάνουν, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτή η συσχέτιση συνδέθηκε έντονα με την ηλικία κύησης υποδεικνύοντας ότι, ορισμένοι από τους κινδύνους που αποδίδονται στην ηλικία κύησης μπορεί να οφείλονται σε αυξημένη συχνότητα ισχαιμικών-υποξικών επεισοδίων σε όσους γεννήθηκαν πρόωρα. Υπήρχε επίσης αυξημένος κίνδυνος ΔΕΠ-Υ σε παιδιά που γεννήθηκαν με στοματική σχισμή, συσχέτιση που δεν έχει αναφερθεί προηγουμένως. Άλλες πληροφορίες ενοχοποιούν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με αναφορά προσβολής σε περίπου 10% του συνολικού δείγματος. Ένας ακόμη προγενετικός κίνδυνος που προδιαθέτει την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζεται το αλκοόλ. Πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι η χρήση αλκοόλ από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέθηκε με αυξημένα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Η διαταραχή είναι αυξημένη σε εκείνους με βιολογικό γονικό ιστορικό διαταραχών χρήσης αλκοόλ σε σύγκριση με αυτό σε άτομα χωρίς επηρεαζόμενο γονέα. Ο κίνδυνος ήταν υψηλότερος σε γονείς που διαγνώστηκαν με διαταραγμένη χρήση αλκοόλ πριν από τη γέννηση του παιδιού, που μπορεί να υποδηλώνει ότι η γεννητική κυτταρική μετάλλαξη μπορεί να αυξήσει τους κινδύνους ανάπτυξης ΔΕΠ-Υ. Δυστυχώς, η μελέτη δεν μπόρεσε να διαχωρίσει τον κίνδυνο από διαταραχές χρήσης αλκοόλ σε γενετική και οικογενειακή σύγχυση. Μαζί με το αλκοόλ εξακολουθεί και το κάπνισμα. Επιδράσεις νικοτίνης στη σεροτονίνη και τα ντοπαμινεργικά συστήματα, η ανάπτυξη κυττάρων του εγκεφάλου, καθώς και η σύνθεση DNA και RNA του εμβρυϊκού εγκεφάλου, είναι πιθανό η έκθεση του εμβρύου στον καπνό να διαταράξει τη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει στη φαινοτυπική έκφραση της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον η χρήση αντικαταθλιπτικών από την μητέρα σε οποιοδήποτε στάδιο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο ΔΕΠ-Υ, με τον υψηλότερο κίνδυνο για προκαταθλιπτική

χρήση, δηλαδή 3 μήνες πριν από την τελευταία έμμηνο ρύση και κατά το πρώτο τρίμηνο (Sciberras, Mulraney, Silva, & Coghill, 2017).

Οι **περιγεννητικοί** αιτιολογικοί παράγοντες αφορούν κυρίως το κύημα και ανήκουν σε αυτό, όπως η πρόωρη γέννηση, η εγκεφαλική αιμορραγία, η μηνιγγίτιδα, η εγκεφαλίτιδα, η υποξαιμική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια, η μικρή περίμετρος κεφαλής. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της ιεραρχίας των περιγεννητικών παραγόντων κινδύνου για ΔΕΠ-Υ. Για το σκοπό αυτό, μια χαμηλή βαθμολογία Apgar, η επικράτηση πρόωρου και μεταγεννητικού τοκετού και το υψηλό βάρος γέννησης εκτιμήθηκε σε μια ομάδα αγοριών με ΔΕΠ-Υ και στην ομάδα ελέγχου. Η πλειοψηφία των διαθέσιμων εγγράφων απέδειξε ένα αυξημένο κίνδυνο ΔΕΠ-Υ σε παιδιά με μη φυσιολογικό τοκετό και βάρος και σε παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα. Η ανάλυση αποκάλυψε επίσης μια σχέση μεταξύ γέννησης χαμηλού βάρους και αυξημένου κινδύνου ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, το ποσοστό των πρόωρων βρεφών ήταν υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου από τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ. Και τα δύο, ΔΕΠ-Υ και αναφερόμενες περιγεννητικές διαταραχές, μπορεί να σχετίζονται με τις χειρότερες συνθήκες διαβίωσης των γονέων. Ο μεταγεννητικός τοκετός μπορεί επίσης να σχετίζεται με την περιγεννητική υποξία, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μεταγενέστερα ελλείμματα προσοχής, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Η σχέση μεταξύ χαμηλού βάρους γέννησης και ΔΕΠ-Υ αποκαλύφθηκε σε μια ομάδα παιδιών πρόωρου και πλήρους γέννησης, ενώ η σχέση μεταξύ χαμηλής βαθμολογίας Apgar αποκαλύφθηκε ακόμη και αφού προηγουμένως αποκλείστηκαν κλάσματα του, αγόρια που έχουν γεννηθεί μετά τον όρο με χαμηλό βάρος γέννησης από τις συγκρινόμενες ομάδες. Η σημαντική προγνωστική σημασία της βαθμολογίας Apgar προφανώς προκύπτει από τη γενική φύση του. Η βαθμολογία αξιολογεί επίσης τέτοιους μη ειδικούς δείκτες υγείας του νεογέννητου βρέφους όπως εμφάνιση, ρυθμός σφυγμού, αντανακλαστική ευερεθιστότητα, δραστηριότητα και μυϊκός τόνος, και αναπνευστική προσπάθεια. Ως εκ τούτου, μπορεί γενικά να υποθεθεί ότι, ένας υψηλότερος κίνδυνος ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρατηρηθεί σε νεογέννητα βρέφη μετά από δύσκολο τοκετό ή/και σε χειρότερη γενική κατάσταση και δυσκολίες στην προσαρμογή στο εξωμήτριο περιβάλλον. Ωστόσο, παρόμοια με προηγούμενες μελέτες, η έρευνά μας επιβεβαιώνει ότι η βαθμολογία Apgar είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Hané, και συν., 2016).

Τέλος στα **μεταγεννητικά** αίτια το βρέφος κινδυνεύει να εκδηλώσει ΔΕΠ-Υ εξαιτίας, μιας κάποιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, μηνιγγίτιδας, υπογλυκαιμίας, αναιμίας μεταβολικών διαταραχών, αυτοάνοσων νοσημάτων κλπ. Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι η χρήση του φαρμάκου για το παιδικό άσθμα και την επιληψία έχει ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (Millichap , 2008).

#### *1.6.1 Οι δομικές και λειτουργικές ανωμαλίες του εγκεφάλου*

Πλείστη και σημαντική απώλεια όγκου, συσχετιζόμενη με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ, που παρατηρείται στις προμετωπιαίες περιοχές, στα βασικά γάγγλια και την παρεγκεφαλίδα. Η φλοιώδης ωρίμανση καθυστερεί, ιδιαίτερα στην προμετωπική περιοχές. Αυτές οι ανωμαλίες εξελίσσονται σε διαφορετικούς βαθμούς σε περιοχές του εγκεφάλου και σε πληθυσμούς ασθενών. Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της ΔΕΠ-Υ δεν έχουν ακόμη κατανοηθεί επαρκώς. Με βάση τα διαθέσιμα ευρήματα της μελέτης, η ΔΕΠ-Υ υποτίθεται ότι είναι πολυπαραγοντική στις περισσότερες περιπτώσεις. Γενετικοί παράγοντες και πρώιμοι περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου που αλληλεπιδρούν πολύπλοκα και οι τρόποι για να επηρεάσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου παίζουν σημαντικό ρόλο και οφείλονται σε υψηλό βαθμό αιτιολογικής ετερογένειας. Κάθε μεμονωμένος παράγοντας αντιπροσωπεύει μόνο ένα μικρό μέρος της διακύμανσης, δηλαδή, το καθένα αφορά μόνο ένα μικρό ποσοστό επηρεασμένων ατόμων ή αλλιώς έχει επίδραση σε ένα μόνο ασθενή. Οι παράγοντες που έχουν προσδιοριστεί δεν είναι συγκεκριμένοι για να αυξάνουν τον κίνδυνο άλλων ψυχικών ασθενειών, και επίσης αυξάνουν την έκταση των υποκλινικών συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ σε υγιή άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ΔΕΠ-Υ αντιπροσωπεύει το ένα άκρο μιας διάστασης χαρακτηριστικών που κατανέμεται συνεχώς στον γενικό πληθυσμό (Tripp & Wickens, 2009).

Ωστόσο υπάρχει και ένα πλήθος **μη επικυρωμένων υποθέσεων** σχετικά με την αιτιολογία που κάποτε ήταν δημοφιλής αλλά δεν έτυχαν υποστήριξης όταν ελέγχθηκαν από αντικειμενικές μελέτες. Στόχος υπήρξε η διατροφή και η νευροτοξίνες. Η ζάχαρη, οι χρωστικές, και τα τεχνητά χρώματα οδήγησαν στη δημιουργία ειδικής διαίτας για την θεραπεία της διαταραχής. Επίσης τα υψηλά επίπεδα μόλυβδου στο αίμα σχετίστηκαν εσφαλμένα με τη ΔΕΠ-Υ και τα συμπτώματά της. Όμως μία μικρή σύνδεση με την διαταραχή του ύψους των 4% , εμφανίστηκε με την δηλητηρίαση από μόλυβδο (Wilens & Spencer, 2010, Kering & Wenar, 2008).

## 1.7 Επιδημιολογία-Επιπολασμός

Ο κοινοτικός επιπολασμός είναι ο αριθμός των ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού, σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια. Από μια σειρά αναζητήσεων εντοπίστηκαν επτά άρθρα συστηματικής ανασκόπησης σχετικά με το κοινοτικό επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ. Εκτιμάται ότι, ο παγκόσμιος επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ ανέρχεται ως 5-29%. Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM -IV κριτηρίων και χρήση της βαθμολόγησης των συμπτωμάτων από τους γονείς, βαθμολογίες εκπαιδευτικών ή καλύτερα εκτίμηση διαγνωστικών διαδικασιών, κυριαρχεί μια επικράτηση 5-9, 7% μεταξύ παιδιών και εφήβων. Μέσα από την μελέτη προέκυψε, στην παγκόσμια επικράτηση, ο αριθμός των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, 5-19 ετών να ανέρχεται στα 2%, με αιχμή επικράτηση στην ηλικία των 9 ετών. Σε μια ενημέρωσή προηγούμενων ανασκοπήσεων, χρησιμοποιήθηκε είτε το DSM είτε η Διεθνή Ταξινόμηση Κριτηρίων Διάγνωσης Ασθενειών σε άτομα ηλικίας 18 ετών ή μικρότερης ηλικίας, και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, παγκοσμίως ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ στην κοινότητα είναι περίπου 5%. Δεν υπήρχε εμφανής παραλλαγή μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών τοποθεσιών. Δεν ήταν προφανές αλλά παρατηρήθηκαν διαφορές στον επιπολασμό μεταξύ της μελέτης ανά τα χρόνια, υποδηλώνοντας ότι η επικράτηση της κοινότητας των ασθενών με ΔΕΠ-Υ παρέμεινε σταθερή τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Στο πλαίσιο μιας ευρύτερης μετα-ανάλυσης παγκόσμιας επικράτησης ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους, εκτιμήθηκε ότι ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και νέους ηλικίας 6-18 ετών, ήταν 3 -4%. Ο συνολικός επιπολασμός ήταν 2-7%,

με χαμηλότερες μελέτες από την Ευρώπη, ενώ εκτιμάται ο επιπολασμός από εκείνους από τη Βόρεια Αμερική και λίγες μελέτες που χρησιμοποίησαν δειγματοληψία τυχαίου πληθυσμού. Συλλογικά, αυτές οι συστηματικές αναθεωρήσεις υποδηλώνουν ότι, το αναφερόμενο εύρος στον επιπολασμό της ΔΕΠ-Υ στην κοινότητα αντικατοπτρίζει διαφοροποίηση στη μεθοδολογία μελέτης. Ο διοικητικός επιπολασμός περιγράφει τον αριθμό των άτομα με κλινικά διαγνωσμένη ή καταγεγραμμένη ΔΕΠ-Υ ως ένα ποσοστό ολόκληρου του πληθυσμού (δηλ. ο επιπολασμός του διάγνωση που γίνεται στην πράξη). Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών απαιτούν προσεκτική ερμηνεία γιατί, διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τόσο τη συνταγογράφηση όσο και την πρόσληψη φαρμακευτικής θεραπείας για τη ΔΕΠ-Υ μετά από κλινική διάγνωση (Serrano, Ezpeleta, & Castro-Fornieles, 2011).

Σε όλο τον κόσμο, ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με ακρίβεια αφού αλλάζει από χώρα σε χώρα. Ο προσχολικός πληθυσμός (3- 5 ετών) βασίζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 4η έκδοση, με κριτήρια τα οποία δείχνουν, 10, 5% υψηλότερο ποσοστό από το 5,9%-7,1% της συνολικής επικράτησης της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και εφήβους, σύμφωνα με μία μετα-ανάλυση του 2012. Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει περίπου 4-12% των παιδιών σχολικής ηλικίας παγκοσμίως και το 4-5% των φοιτητών και ενηλίκων, αποδεδειγμένα με έρευνα και επιδημιολογικά παραγόμενα δεδομένα. Επιπλέον μεταξύ του 90 και 95% των εφήβων και ενηλίκων, η επικρατέστερη μορφή της διαταραχής διαθέτει ως κύριο συστατικό, την απροσεξία. Περίπου το 1 στα 10 παιδιά με ΔΕΠ-Υ ανήκουν στον απρόσεκτο τύπο, μικρότερος σε αριθμό σε σύγκριση με τον υπερκινητικό-παρορμητικό. Μεταξύ της χρονικής περιόδου 1994 και 2006, ο επιπολασμός εκτιμάται ότι αυξήθηκε κατά 3% ετησίως. Τα πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι 11%(4-17 ετών) είχαν διάγνωση ΔΕΠ-Υ, συγκεκριμένα 8,8% έχουν την διάγνωση και 6,1% λαμβάνουν φάρμακο για την θεραπεία. Η επιμονή της διαταραχής στην ενηλικίωση σχετίζεται κυρίως με το οικογενειακό ιστορικό και με ψυχιατρική συννοσηρότητα. Διαχρονικές μελέτες διαπίστωσαν ότι ιδιαίτερα τα προβλήματα επιθετικότητας και πραγματικότητας εμφάνιζαν μεταβλητότητα συμπτωμάτων σε εφήβους (50%-75 %) και ενήλικες (4%-60%). Πιο πρόσφατες μελέτες, που βασίζονται στην ονοματολογία DSM-III-R και έχοντας επίγνωση των γνωστικών χαρακτηριστικών της διαταραχής, έχουν δείξει υψηλότερα ποσοστά εμμονής κατά 75% ως την ενηλικίωση. Επιπλέον και στα παιδιά που διαγνώστηκαν σε ηλικία 4 με 6 ετών (66,7% -91,3%) ο τύπος της ΔΕΠ-Υ άλλαξε μία ή περισσότερες φορές τα επόμενα 7 χρόνια (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018).

## 1.8 Διαφορές ως προς το φύλο

Αν και δεν υπάρχει πλέον αμφιβολία ότι η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει και τα δύο φύλα, η βιβλιογραφία αναδεικνύει τα αγόρια ως κύριους διεκδικητές. Γυναίκες και άνδρες μοιράζονται τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά της διαταραχής, απροσεξία, παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα, καθώς και τα υψηλά ποσοστά σχολικής αποτυχίας. Σε πολλές μελέτες κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ, τα αποτελέσματα ήταν κοινά με τα αγόρια, όσον αφορά το άγχος, την διάθεση, τις μαθησιακές δυσκολίες κλπ. Στους ενήλικες αντιθέτως, δεν επικρατεί ανισότητα. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν σχεδόν το ίδιο δείγμα, αν και η υπεροχή των ανδρών σε κάποιες περιπτώσεις είναι λιγότερο δραματική επιδημιολογικά. Για παράδειγμα, μια βρετανική μελέτη που χρησιμοποίησε δεδομένα από την THIN (2010–12) διαπίστωσε ότι τα αγόρια είναι πέντε φορές πιο πιθανό από ό, τι τα κορίτσια να διαγνωστούν με ΔΕΠ-Υ, και εκτιμάται διοικητική επικράτηση με βάση τη διάγνωση και τα δεδομένα συνταγογράφησης από τη Γερμανία ήταν τρεις έως τέσσερις φορές μεγαλύτερη στα αγόρια παρά στα κορίτσια. Αποτελέσματα μελέτης από τις Κάτω Χώρες έδειξαν ότι, τρεις έως οκτώ φορές περισσότερο, αγόρια παρά κορίτσια έλαβαν συνταγές για ΔΕΠ-Υ και πρότεινε ότι ο διοικητικός επιπολασμός αυξάνεται γρηγορότερα στα αγόρια. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μια μελέτη που χρησιμοποίησε δεδομένα συνταγών από το CPRD υπολόγισε ότι, μεταξύ ατόμων νεότερων άνω των 19 ετών, η αναλογία ανδρών προς γυναικών της επικράτησης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ αυξήθηκε μεταξύ 1992 και 2001. Αντίθετα, άλλες μελέτες από τις ΗΠΑ, την Ελβετία, τις Κάτω Χώρες, και η Σουηδία έχουν προτείνει ταχύτερη αύξηση του επιπολασμού στα κορίτσια παρά στα αγόρια. Ομοίως, μια μελέτη παιδιών 6-17 ετών, χρησιμοποιώντας διαγνώσεις CPRD και δεδομένα συνταγών έδειξε ότι η αναλογία ανδρών προς γυναικών μειώθηκε με την πάροδο του χρόνου, που κυμαίνεται από 8-4 το 1999 έως 5-8 το 2009. Μερικές μελέτες έχουν στρωματοποιήσει τις εκτιμήσεις της κοινότητας επικράτηση της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με την κοινωνικοοικονομική στέρηση. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα από οικογένειες που ορίστηκαν ως πιο υποβαθμισμένες ήταν μεταξύ 1 · 5–4 φορές πιο πιθανό να έχουν ΔΕΠ-Υ από ό, τι ήταν άτομα από λιγότερο υποβαθμισμένες οικογένειες. Σε μια μελέτη

παιδιών δημοτικού, παιδιά με χαμηλό εισόδημα είχαν την μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφερθεί ότι έχουν κλινική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, σε σύγκριση με εκείνα του μεσαίου εισοδήματος. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες από τις ΗΠΑ έχουν προτείνει μεγαλύτερη επικράτηση της παιδικής ΔΕΠ-Υ μεταξύ των οικογενειών με υψηλότερο εισόδημα. Φαίνεται πως στα αγόρια, η διαταραχή με την πάροδο του χρόνου και βαδίζοντας προς την ενηλικίωση, αρχίζει να μειώνεται και να εκλείπει κάτι που ενδεχομένως να οφείλεται και στην φύση. Τα αγόρια όμως είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να λάβουν διάγνωση σε σχέση με τα κορίτσια. Παρά την τεράστια έκταση της ασθένειας σε παιδιά και ενήλικες, οι θεραπευτικές μέθοδοι δεν καλύπτουν απόλυτα όλες τις ηλικιακές ομάδες και κυρίως αυτήν των ενηλίκων (Kering & Wenar, 2008, Wilens, Biederman, & Spencer, 2002).



## 1.9 Κλινική εικόνα ανά ηλικιακό στάδιο

Η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ γίνεται κατά πλειοψηφία μέχρι την ηλικία των 7 ετών. Όπως αναφέραμε και παραπάνω η διάγνωση, ιδιαίτερα στις μικρότερες ηλικίες χρίζει μεγάλης προσοχής αφού πολλές αντιδράσεις και συμπεριφορές των παιδιών συνάδουν εκ φύσεως στο ηλικιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται π.χ. ένα νήπιο τρέχει ανεξέλεγκτο παντού και ασχολείται με τα πάντα, έχει υψηλή ενεργητικότητά και αναποφασιστικότητα. Αυτά τα γνωρίσματα θεωρούνται κατάλληλα για την ηλικία του αλλά εξετάζοντας τα, τώρα από μία άλλη οπτική θεωρούνται και εμφανή σημάδια της διαταραχής. Σημαντική είναι επίσης και η ρευστότητα ανάπτυξης στην πρώιμη ηλικία, η οποία δεν μπορεί να μας εγγυηθεί ότι το παιδί θα ξεπεράσει αυτήν τη συμπεριφορά όταν εκείνη θα αρχίζει να αποκλίνει. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αναμένεται να είναι προσανατολισμένα, ενεργητικά, έτοιμα, να ξεκινήσουν ένα έργο και να το φέρουν εις πέρας. Αρχίζει η συνεργασία με τους συνομηλίκους ήδη στη νηπιακή ηλικία ώστε να μάθει την αξία, της συνεργατικότητας, της αλληλοβοήθειας, και της ευθύνης. Οι αποκλίνουσες συμπεριφορές σε αυτήν την ηλικία είναι αναμενόμενες εξαιτίας δυσκολίας προσαρμογής του ίδιου του παιδιού, της ιδιαιτερότητας του χαρακτήρα, καθώς και της προσπάθειας υπακοής στους ενήλικες. Οι κυριότερες όμως ενδείξεις που υποδηλώνουν την διαταραχή σχετίζονται με την 1. Χρονιότητα 2.Σοβαρότητα 3.Συχνότητα 4.Έκταση, αυτών των προβληματικών συμπεριφορών (Carbray, 2018)

### *Νηπιακή-προσχολική ηλικία*

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας 3 έως 5 ετών παρουσιάζουν ένα σύνολο συμπεριφορών που ονομάζεται «υπό ελεγχόμενο μοτίβο συμπεριφοράς». Καθώς αναπτύσσεται, αρχίζει η διαφοροποίηση πολλαπλών στοιχείων του χαρακτήρα όπως, η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα, η επιθετική και εναντιωματική συμπεριφορά. Για τον λόγο αυτό είναι δύσκολο να γίνει έγκαιρη διάγνωση ΔΕΠ-Υ σε αυτήν την ηλικία, καθώς αποτελεί το κατώτατο όριο. Στο ενδεχόμενο ύπαρξης της διαταραχής τα πρώτα σημάδια είναι εμφανή ήδη από τη βρεφική ηλικία. Η κύηση χαρακτηρίζεται υπερδραστήρια, παρατηρείται απρογραμματίστο ωράριο ελάχιστου ύπνου και κλάμα στα βρέφη και οι γονείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις διατροφικές συνήθειες αφού δεν είναι πολύ ευέλικτα. Ωστόσο το 50% περίπου παρουσιάζει βελτίωση μεγαλώνοντας. Κατά το διάστημα της νηπιακής περιόδου τα τρία βασικά ελλείμματα στην προσχολική ηλικία που συνδέονται με χειρότερη πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ στην πορεία είναι 1. η αναπτυξιακή καθυστέρηση 2. οι ελλειμματικές προσχολικές δεξιότητες και 3. οι πτωχές κοινωνικές δεξιότητες συμπεριλαμβανομένης της δυσκολίας στη διατήρηση στενών σχέσεων (Froma & Worthington, Σεπτέμβριος 2016, Kering & Wenar, 2008)

Οι κίνδυνοι της σωματικής υγείας είναι υψηλότεροι σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους όπως υποδηλώνεται από αυξημένους τραυματισμούς και ποσοστά θνησιμότητας (Dalsgaard et al 2015a, 2015b). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν, ποσοστό τραυματισμού 19,3% σε σχέση με παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ 10,9% σε ηλικία 5 ετών. Καθώς μεγαλώνουν τα παιδιά αυτά αναπτύσσουν συμπεριφορές αρκετά επικίνδυνες για αυτούς αλλά για τις μεταξύ τους σχέσεις με συνομήλικους, με αποτέλεσμα σημαντικές συνέπειες στην ενηλικίωση. Επίσης κακές κοινωνικές δεξιότητες αντιθετική συμπεριφορά, υπερβολική ανησυχία, κακή συγκέντρωση, μπορεί να είναι παρόντα. Τα υπερκινητικά παιδιά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να μείνουν άνεργα, να μην ολοκληρώσουν το γυμνάσιο, να έχουν οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες (Felt, Biermann, Christner, Kochhar, & Harrison, 2014, Childress & Stark, 2018, Harpin, 2005).

### *Σχολική- μέση παιδική ηλικία*

Το ηλικιακό αυτό στάδιο θα μπορούσε να θεωρηθεί η απαρχή για την πλέον ξεκάθαρη εξέλιξη της διαταραχής. Το παιδί αρχίζει να αποκτά ουσιαστικές ευθύνες, πρέπει να είναι συνεπής και συνεργατικό, να συναναστρέφεται με συνομηλίκους και όχι μόνο, αλλά και εντός του σπιτιού να διατηρεί άριστες σχέσεις με την οικογένειά του. Όλα τα παραπάνω όμως έχουν πάρει πλέον ξεκάθαρη μορφή ώστε η φυσιολογική συμπεριφορά σε σύγκριση με την ΔΕΠ-Υ να καθίσταται άμεσα ορατή.

Σε μια περίπτωση παιδιού με ΔΕΠ-Υ, τα πρώτα γνωρίσματα που θα μας προϊδεάσουν είναι η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Κατά την διάρκεια της ανάπτυξης του, αυτά τα χαρακτηριστικά γίνονται όλο και πιο ορατά οδηγώντας μας πλέον με σιγουριά στην συγκεκριμένη διάγνωση. Ένα επιπλέον στοιχείο με την εμφάνιση του στην ηλικία των 5-7 ετών, ενισχύει περισσότερο το δυναμικό της άποψης αυτής. Η διάσπαση προσοχής με την παρουσία της, αυξάνει τον βαθμό δυσκολίας των καταστάσεων, που πρέπει να διαχειριστεί το παιδί. Απόρροια λοιπόν, αυτού είναι, οι συχνές δυσκολίες ολοκλήρωσης ενός έργου, η φτωχή οργάνωση, οι μειωμένες επιδόσεις στο σχολείο και η δυσκολία στη διεξαγωγή του μαθήματος. Τα παιδιά βιώνουν απόρριψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση, που σε συνδυασμό με τις προϋπάρχουσες αδυναμίες, του προκαλούν απέχθεια, ανυπακοή και εχθρότητα για την σχολική διαδικασία. Ενώ ένας επιπλέον λόγος είναι και ο χαμηλός δείκτης νοημοσύνης κυρίως για τα παιδιά με υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο ΔΕΠ-Υ (Childress & Stark, 2018, Felt, Biermann, Christner, Kochhar, & Harrison, 2014, Harpin, 2005, Kering & Wenar, 2008)

Μία νέα σημαντική προσθήκη είναι ότι, κατά την μέση παιδική ηλικία είναι αυξημένος ο επιπολασμός συννοσηρών διαταραχών (4-15 ετών). Μπορούμε να απαριθμήσουμε πολλά όπως, εφηβική εγκυμοσύνη, εγκληματική συμπεριφορά, χρήση ουσιών ή αλκοόλ, αλλά αυτήν που κατέχει την πλειονότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ODD). Οι πρώιμες μορφές της εναντιωματικότητας και της εχθρότητας συχνά εξελίσσονται σε συμπτώματα διαταραχής και στα μισά περίπου παιδιά, χτυπώντας πιο έντονα το καμπανάκι σε γονείς και δασκάλους για άμεση παρέμβαση. Επιπλέον πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν κακές συνήθειες ύπνου. Αν και φαίνεται ότι δεν χρειάζονται πολύ ύπνο, η συμπεριφορά τους κατά την διάρκεια της ημέρας χειροτερεύει, όταν το προηγούμενο βράδυ δεν έχουν ξεκουραστεί αρκετά.

Η σωστή όμως διαχείριση αυτών των ιδιαιτεροτήτων του παιδιού από το σχολικό αρχικά περιβάλλον μπορούν να οδηγήσουν το παιδί στις μεγαλύτερες επιτυχίες. Συχνά οι γονείς χάνουν την ελπίδα και οι δυνάμεις τους, εξαντλούνται, όμως η καθημερινή επιμονή και προσπάθεια βοηθάει το παιδί όλο και παραπάνω (Childress & Stark, 2018, Felt, Biermann, Christner, Kochhar, & Harrison, 2014, Harpin, 2005)

### *Εφηβεία*

Περνώντας στα χρόνια της εφηβείας αυτό που θα περιμέναμε καθώς και αυτό που υποστήριζαν αρκετοί είναι ότι, η ΔΕΠ-Υ θα άρχιζε να υποχωρεί. Όμως σαφώς και η άποψη αυτή είναι λανθασμένη. Μεταξύ στο 50%- 80% των παιδιών που έχουν παραπεμφθεί, συνεχίζουν να παρουσιάζουν συμπτώματα της διαταραχής. Ενώ, όντως όμως η εφηβεία σηματοδοτεί τη μείωση της υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, αυτό δεν σημαίνει ότι τα συμπτώματα εκλείπουν αλλά αλλάζουν μορφή. Για παράδειγμα, η έντονη υπερκινητική συμπεριφορά μπορεί να μετατραπεί σε έντονη εσωστρέφεια ή και επικίνδυνες συμπεριφορές ή αίσθημα ανησυχίας. Η δυσκολία προσαρμογής αυξάνεται και δεν αφορά μόνο τη σχολική ζωή αλλά και πλέον τις κοινωνικές σχέσεις του παιδιού. Έτσι είναι επόμενο οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ να εμφανίζουν πιο διαταραγμένες αντιδράσεις σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ, αφού σε αυτήν την ηλικία ξεκινούν οι προκλήσεις, η αποδοχή από τους συνομηλίκους δυσκολεύει όπως και οι επαγγελματικές επιλογές υπό το βάρος των ήδη υπαρκτών προβλημάτων του παιδιού, ενώ παράλληλα αναζητά και τη σεξουαλική προσαρμογή του. Μέσα στους έντονους ρυθμούς της ζωής στις συχνές περιβαλλοντικές και συναισθηματικές αλλαγές τα παιδιά πρέπει να προσαρμόζονται συνεχώς σε νέα δεδομένα και καταστάσεις γεγονός, που του προκαλεί σύγχυση και επιδρά στο καθένα από αυτά με ένα μοναδικό και ξεχωριστό τρόπο. Αυτή είναι η έντονη πίεση, από την οποία προσπαθεί να ξεφύγει και η προσπάθεια αναζήτησης ενός χώρου άμεσα ελεγχόμενου από τον ίδιο τον οδηγούν τις περισσότερες φορές σε, αλκοολισμό χρήση ουσιών και αντικοινωνική συμπεριφορά (Childress & Stark, 2018, Harpin, 2005)

## 1.10 Συνοδά Προβλήματα

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία διαταραχή ζωτικής σημασίας, αφού η εξέλιξη και η εμφάνιση της επιδρά άμεσα στο παιδί και το πλησιέστερο περιβάλλον του, αυτό της οικογένειας. Οι βασικές δυσκολίες του παιδιού, σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις της οικογένειας, επιδρούν διαφορετικά στο παιδί δημιουργώντας του, μία ανάλογη εικόνα για τη μετέπειτα ζωή. Αυτό ποικίλει ανάλογα με το οικογενειακό περιβάλλον, το σχολείο, τους φίλους, την ικανότητα του παιδιού και την διορατικότητα του. Ένα περιβάλλον ευαισθητοποιημένο γύρω από την διαφορετικότητά και τις ανάγκες του παιδιού, με την επίγνωση των επιπτώσεων είναι ιδιαίτερα χρήσιμο. Η κατάλληλη ιατρική υποστήριξη για την διαχείριση της συμπεριφοράς αλλά και προπάντων η πρόωπη και άμεση παρέμβαση μπορούν να υποστηρίξουν ουσιαστικά την δυναμική του παιδιού ελαχιστοποιώντας τις δυσμενείς επιπτώσεις του από την ΔΕΠ-Υ στην οικογένεια, στην κοινωνία και όχι μόνο.

Η κυρίαρχη όμως επιρροή της διαταραχής δεν βρίσκει πάντα ένα πρόσφορο έδαφος, που θα αναστρέψει την έντονη αυτή επίδραση της. Ήδη από το πρώιμο στάδιο της, η ασθένεια προκαλεί έντονο άγχος σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι γονείς να μην ανταποκρίνονται σωστά στα αιτήματα του παιδιού ή στο να δίνω τις κατάλληλες συμβουλές. Ιδιαίτερα συχνή είναι επίσης και η μητρική κατάθλιψη, οι διαταραχές στο γάμο, οι διαταραγμένες σχέσεις γονέα-παιδιού, κυρίως όταν η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει και με προβλήματα συμπεριφοράς. Αυτά συνήθως είναι υπαίτια για την αποκλίνουσα συμπεριφορά και την παρέκκλιση των παιδιών σε αλκοόλ ουσίες κλπ (Kering & Wenar, 2008).

Μία άλλη ομάδα ατόμων που βρίσκεται στην δεύτερη γραμμή της επιρροής από την διαταραχή είναι τα αδέρφια των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Και ο λόγος, γιατί δίνεται περιορισμένη προσοχή τις αδελφικές σχέσεις, αφού ως επί το πλείστον οι γονείς θέτουν σε προτεραιότητα το παιδί με την διαταραχή, εξαιτίας της αγωνίας και της ανησυχίας που νιώθουν. Ακόμα και μέσα από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι, έχουν υποστεί σωματική βία και επιθετικότητα και χειραγώγηση από τα αδέρφια τους λόγω της κοινωνικής και συναισθηματικής τους ανωριμότητας χωρίς καμία υπεράσπιση από τους γονείς τους. Το αντίκτυπο στα παιδιά αυτά είναι πως

διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για συναισθηματική διαταραχή και διαταραχή συμπεριφοράς. Παρατηρούνται επίσης πολύ συχνά συγκρούσεις παιδιού και πατέρα (Kering & Wenar, 2008).

Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει επίσης και τη Νοητική Ανάπτυξη του παιδιού, δηλαδή την απόκτηση βασικών δεξιοτήτων και αξιοποίησής τους. Παρατηρούνται δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας, στην ακουστική διάκριση και στην επικέντρωση της προσοχής, ενώ φτωχός είναι ο συντονισμός των κινήσεων και υπάρχει αδυναμία στην λεπτή κινητικότητα.

Συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με Ψυχικές και άλλες διαταραχές

## 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο

### Συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με Ψυχικές και άλλες Διαταραχές

---

#### 2.1 Εισαγωγή

Η συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση, είναι η συνύπαρξη δύο νόσων ίδιας παθολογικής κατάστασης στον ίδιο ασθενή, όπου έχουν μεταξύ τους κάποια αιτιολογική σχέση σε επίπεδο αλληλεπίδρασης. Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί πόλο έλξης αρκετών νευροαναπτυξιακών και ψυχιατρικών διαταραχών, για αυτό και παρουσιάζει μεγάλη συννοσηρότητα. Εκτιμάται ότι τουλάχιστον το 65% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν μία ή περισσότερες συννοσηρές καταστάσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα ελλείμματα που εμφανίζονται είναι βαρύτερα σε σύγκριση με την μεμονωμένη εκδήλωση μιας διαταραχής. Ένας συχνός κίνδυνος αποτυχίας να ληφθεί υπόψιν η συννοσηρότητα, είναι να θεωρηθεί υπαίτια η ΔΕΠ-Υ, κάτι που ουσιαστικά δεν ισχύει, αφού σχετίζεται με την συννοσηρή ψυχοπαθολογία του παιδιού. Δηλαδή η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα από μόνη της δεν αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης μαθησιακών δυσκολιών, παραβατικής συμπεριφοράς κλπ. Στην κορυφή της συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ βρίσκεται η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ODD) ,σε ποσοστό 50%- 90%, έπειτα 20%-30% Διαταραχές Διάθεσης και Αγχώδεις Διαταραχές και 35%-50% Μαθησιακές Δυσκολίες, όπου, από αυτές η Δυσλεξία εμφανίζεται στην πλειονότητα . Επίσης άλλες ψυχιατρικές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της Αντιφατικής Διαταραχής (54% έως 84% των ασθενών) και της Κατάχρησης Ουσιών (15% έως 19%). Συγκεκριμένα τα κορίτσια, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης διαταραχών άγχους παρά Διαταραχών Διαγωγής, ενώ τα αγόρια το αντίθετο και περίπου επτά φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής σε σχέση με τα κορίτσια. Επίσης άλλες συχνές συννοσηρότητες είναι η Διπολική Διαταραχή, το Αυτιστικό Φάσμα, ακόμη και το σύνδρομο Tourette. Η πολλαπλή αυτήν συνύπαρξη διαταραχών έχει οδηγήσει αρκετούς ερευνητές στην αναζήτηση των αιτιών εμφάνισης τους ή στο αν αποτελούν ένα ενιαίο φάσμα εγκεφαλικών δυσλειτουργιών που διαθέτουν κοινούς τόπους επίδρασης (Wilens & Spencer, 2010).



## 2.2 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ODD)

Τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών θεωρούνται σημαντικός κίνδυνος για μελλοντικά προβλήματα προσαρμογής και ψυχικής υγείας. Όπως και η έντονη αρνητική αντιδραστικότητα, αποτελεί ένδειξη συναισθηματικής δυσλειτουργίας για το άτομο. Τα παιδιά με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ), απαντούν σε αυτά τα γνωρίσματα. Ο αρνητισμός, η ανυπακοή, η εναντιωματική συμπεριφορά, ο έντονος θυμός, οι εκρήξεις, η ευερεθιστότητα και άλλα πολλά επιβεβαιώνουν τις υποψίες των κλινικών για την διαταραχή. Η Ε.Π.Δ εκτυλίσσεται από τη νηπιακή ηλικία έως και την εφηβεία και σύμφωνα με το DSM-IV, κατατάσσεται στη λίστα των Διασπαστικών Διαταραχών μαζί με την Διαταραχή Συμπεριφοράς και την ΔΕΠ-Υ. Δύο από τα χαρακτηριστικά που ξεχωρίζουν την Ε.Π.Δ. και την Διαταραχή Συμπεριφοράς είναι πως 1<sup>ο</sup> συνήθως πρωταρχική εμφάνιση κατέχει η Ε.Π.Δ. και ακολουθεί η Διαταραχή Συμπεριφοράς και 2<sup>ο</sup> το αντίκτυπο των αντιδράσεων των ασθενών με Ε.Π.Δ., επηρεάζει αποκλειστικά την οικογένειά, τους συγγενείς και τα φιλικά πρόσωπα ενώ αντίθετα της Διαταραχή Συμπεριφοράς επηρεάζει ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Επικρατεί έντονη συννοσηρότητα ανάμεσά τους ενώ η παρουσία και της ΔΕΠ-Υ συμπληρώνει το κοινό προφίλ των ασθενών (Azeredo, Moreira, & Barbosa, 2018).

Τα κριτήρια που θα μας ωθήσουν στην διάγνωση της διαταραχής πρέπει να έχουν διάρκεια τουλάχιστον 6 μήνες. Στην περίπτωση παρατήρησης από τον κλινικό, έντονων λογομαχιών, μηδαμινής ψυχραιμίας, άρνηση υπακοής, έντονης ενοχλήσεις των άλλων, θυμωμένης και εκδικητικής συμπεριφοράς, μπορεί να είναι βέβαιοι πλέον για τις υποθέσεις τους. Αν και ο επιπολασμός της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό είναι 2-16% η Ε.Π.Δ. αποτελεί την συνηθέστερη αιτία παραπομπής των παιδιών σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας και επιπλέον τα αγόρια κατέχουν την πρώτη θέση σε αριθμό διαγνώσεων (Frick & Brocki, 2019).

Υπό την ύπαρξη αυτών των διαταραχών παρατηρείται και μία επικάλυψη μεταξύ της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής και της ΔΕΠ-Υ με ποσοστό συννοσηρότητας 20-57%. Η ΔΕΠ-Υ εντείνει την εμφάνισή της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής ενώ στην ήδη υπάρχουσα συνύπαρξη και παράλληλα με Διαταραχή Συμπεριφοράς, τα συμπτώματα της Ε.Π.Δ., γίνονται όλο και εντονότερα. Η δυαδική συννοσηρότητα ευδιάκριτα επιδρά στις οικογενειακές, προσωπικές και διαπροσωπικές σχέσεις. Τα προφίλ των παιδιών διαφέρουν

αναλόγως τις συννοσηρότητες. Η παρέμβαση που ακολουθείται σε κάθε περίπτωση είναι εξατομικευμένη ώστε να προσεγγίσει με σωστό τρόπο το παιδί και την ψυχοσύνθεση του (Kering & Wenar, 2008) (Frick & Brocki, 2019)

Η πορεία της Ε.Π.Δ. δεν παραμένει στάσιμη. Αν και χαρακτηρίζεται διαταραχή με το χαμηλότερο ποσοστό αποθεραπείας, η εξέλιξη της περνά περιόδους έξαρσης και ύφεσης. Συνήθως μειώνεται κατά την μέση παιδική ηλικία, αυξάνεται όμως και πάλι κατά την εφηβεία, με αποτέλεσμα τα παιδιά να αποτυγχάνουν σε σχολικές εργασίες, να τεμπελιάζουν, να χρονοτριβούν και να παρουσιάζουν μία γενικότερη αρνητική σχολική επίδοσή. Για τον λόγο αυτό, η εικόνα των συμπτωμάτων των ασθενών ποικίλλει. Η αιτιολογία δεν είναι ξεκάθαρη, η ψυχοπαθολογία εμφανίζεται όταν πλέον η συχνότητα και η ένταση των συμπεριφορών αυξάνεται και μέσα στην πάροδο της εξελικτικής πορείας του παιδιού. Σίγουρα γενετικοί παράγοντες κατέχουν εν μέρη την ευθύνη, αλλά σπανίως μία μονάδα δεν μπορεί να επιφέρει τρομερές αλλαγές. Σοβαρές όμως ενδείξεις, μιλώντας για τις γονιδιακές παραλλαγές, ανάμεσα στους ασθενείς παρατηρούν έντονη επιρροή στην ψυχολογία, στην διάρκεια της ασθένειας και στην εξέλιξη της. Στη νηπιακή ηλικία η συμμόρφωση θεωρείται έως και κάτι το ακατόρθωτο. Η μεγάλη ευελιξία που διακατέχει αυτήν την ηλικιακή ομάδα ωθεί τους κλινικούς στη μόνιμη αναζήτηση αποτελεσματικών μεθόδων και τεχνικών. Για παράδειγμα, η άρνηση για πρόσληψη τροφής μπορεί να μετατραπεί σε τσιμπολόγημα, χρονοτριβή και πολλά άλλα. Οι γονείς σε συνεργασία με τους κληρικούς βρίσκονται σε μία μόνιμη προσπάθεια συμμόρφωση των παιδιών. Η άμεση εναντίωση είναι λιγότερο επιδέξια, όπως και η παθητική μη συμμόρφωση. Αυτήν που φαίνεται να βοηθά μακροπρόθεσμα και να προάγει και να εξελίσει την ευελιξία των γονέων απέναντι στο παιδί, είναι η διαπραγμάτευση. Άλλωστε και η εντατική και άκαμπτη μορφή συμμόρφωσης μπορεί εύκολα να επιφέρει και τα αντίθετα αποτελέσματα όπως π.χ. εντονότερη ανυπακοή και εσωτερίκευση των παιδιών ενδεχομένως (Azeredo, Moreira, & Barbosa, 2018, Kering & Wenar, 2008).

Η ΔΕΠ-Υ έχει υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας, με πρωτεύοντα διαταραχή την Ε.Π.Δ. που αγγίζει το 60%. Αυτή η τακτική αλληλοεπικάλυψη των διαταραχών, υποδηλώνει ότι μοιράζονται κοινή αναπτυξιακή σχέση άρα και οικογενειακές επιδράσεις, όχι όμως απαραίτητα και περιβαλλοντικές επιπτώσεις. Η συνδιακύμανση αυτήν αποδίδεται ως επί το πλείστον σε γενετικές επιρροές και σε μικρό βαθμό σε περιβαλλοντικές επιπτώσεις. Από την οπτική της γενετικής, αυτή

η προδιάθεση για συννοσηρότητα θα μπορούσε να αιτιολογηθεί π.χ. 1<sup>ο</sup> από τις συμπεριφορές που εμπλέκονται στην ΔΕΠ-Υ και οδηγούν τα παιδιά σε αντικοινωνικές δραστηριότητες καταδεικνύοντας προδιάθεση για Ε.Π.Δ., 2<sup>ο</sup> η ευθύνη των φαινοτύπων της ΔΕΠ-Υ και 3<sup>ο</sup> η συνύπαρξη αυτήν συνήθως πραγματοποιείται όταν τα παιδιά αντιμετωπίζουν κυρίως περιβαλλοντικούς κινδύνους. Έτσι οι περισσότερες μελέτες αποδίδουν μία διακύμανση 37% σε γενετικές επιδράσεις για την συννοσηρότητα που αναφέρουμε. Έρευνες κατέληξαν ότι κάθε παράγοντας επιδρά και σε ένα διαφορετικό γνώρισμα των διαταραχών. Έτσι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν περισσότερο στις συμπεριφορές της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής και η γενετική κυρίως σχετίζεται με την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (Frick & Brocki, 2019).

Σε μία προσπάθεια εξήγησης και δημιουργίας ενός τυπικού προφίλ αυτής της συννοσηρότητας, παρατηρείται ότι τα συμπτώματα που προέρχονται από την ΔΕΠ-Υ, επιδρούν και ταραάζουν την οικογενειακή λειτουργία, με αποτέλεσμα την συνδυαστική εμφάνιση της Ε.Π.Δ.. Τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν έντονες δυσκολίες σε διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα όπως, το σχολείο, οι σχέσεις με συνομηλίκους και τα αδέρφια. Δυσκολεύονται στην ανάπτυξη υγιούς σχέσης σε οποιαδήποτε περίπτωση βιώνουν απόρριψη και εκδηλωτικό εκφοβισμό. Η Ε.Π.Δ. είναι εκείνη που εντάσσει πιο άμεσα το οικογενειακό πλαίσιο στην πρώτη γραμμή επιρροής. Η προκλητική συμπεριφορά οδηγεί σε ρήξη τα μέλη της οικογένειας και τα αδέρφια, κυρίως δημιουργώντας μία αρνητική ατμόσφαιρα. Τα παιδιά με μόνο ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν προβλήματα αναστολής τα οποία μαζί με την κακή κινητική απόκριση μπορούν να εξηγήσουν μέρος της συμπεριφοράς συμπτωμάτων ελέγχου των παλμών. Παρόλο που τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. παρουσιάζουν επίσης κακή κινητικότητα ελέγχου, η αναστολή τους παραμένει άθικτη, που υποδηλώνει ότι αυτή η συνάρτηση σχετίζεται περισσότερο με ΔΕΠ-Υ παρά με Ε.Π.Δ. . Η αυτορρύθμιση, αφορά συμπεριφορές που κατευθύνονται από στόχους και περιλαμβάνει τις ψυχικές καταστάσεις, συναισθήματα και συμπεριφορά. Ατελής η αυτορρύθμιση, όπως η κακή γνωστική και ιδιοσυγκρασία και ρύθμιση βρίσκονται στον πυρήνα της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα η γνωστική ρύθμιση και οι πτυχές της ιδιοσυγκρασίας είναι εγγενείς παράγοντες σημαντικό για αυτορρύθμιση στην τυπική και άτυπη ανάπτυξη. Είναι επίσης αναγνωρισμένο ότι η ΔΕΠ-Υ συνδέεται άμεσα με ελλείμματα στη γνωστική ρύθμιση ή στην εκτελεστική λειτουργία. Έτσι πραγματοποιήθηκε μία έρευνα σε παιδιά 8 έως 12 ετών που είχαν λάβει διάγνωση ΔΕΠ-Υ και εξετάστηκε η γνωστική ρύθμιση μετατόπισης, μνήμη εργασίας, ιδιοσυγκρασία, γονική

υποστήριξη και κατά πόσο η γονική φροντίδα επηρεάζει όλα αυτά. Για την αξιολόγηση τόσο της ΔΕΠ-Υ όσο και της Ε.Π.Δ., χρησιμοποιήθηκαν έγκυρα σταθμισμένα εργαλεία. Πράγματι οι γονείς επιδρούν αρκετά στην δημιουργία της αυτορρύθμισης του παιδιού, ενεργοποιώντας εξωτερικούς ρυθμιστές συναισθημάτων. Επιπλέον η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς έχει μία σχέση αιτίου-αποτελέσματος. Μία αντιδραστική ιδιοσυγκρασία θα οδηγήσει σε σκληρή γονική μέριμνα και στη συνέχεια σε ακόμα πιο έντονη αντίδραση του παιδιού. Ανάλογη πορεία έχει και η ευαίσθητη πλευρά της γονικής μέριμνας, οδηγώντας βέβαια σε αντίθετα αποτελέσματα. Η γονική φροντίδα λοιπόν έχει προταθεί ως συντονιστής στους εγγενείς παράγοντες. Θεωρητικά δηλαδή τα επίπεδα γνωστικής ρύθμισης και γονικής υποστήριξης θα σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας και συμπτωμάτων Ε.Π.Δ.. Όσο μεγαλύτερη είναι η οικονομική υποστήριξη, τόσο χαμηλότερη θα είναι και η εκδήλωση και εμφάνιση της Ε.Π.Δ.. Εξετάστηκε η γνωστική ρύθμιση, πτυχή της ιδιοσυγκρασίας και οι γονείς βρέθηκαν ανεξάρτητοι στην επίδραση της μνήμης εργασίας και των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Η αρνητική επίδραση συνέβαλε σε υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων. Τα κοινωνικά ελλείμματα συνδέονται κυρίως με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ενώ επιπλέον, ο προσεκτικός έλεγχος και η λειτουργική μνήμη συνδέθηκαν αρκετά με την παρορμητικότητα και την απροσεξία άρα και με την Ε.Π.Δ. Βέβαια αυτό ισχύει για τα παιδιά σχολικής ηλικίας και της προσχολικής. Πιθανόν εξηγείται από την παρατεταμένη ανάπτυξη μνήμης εργασίας κατά την διάρκεια ωρίμανσης προς την εφηβεία (Azeredo, Moreira, & Barbosa, 2018, Frick & Brocki, 2019).

### 2.2.1 Θεραπευτική Παρέμβαση

Στην πορεία αναζήτησης αποτελεσματικής μέθοδο αντιμετώπισης και θεραπείας της διαταραχής, οι κλινικοί κατέληξαν πως δεν υπάρχει κάποιο φαρμακευτικό σκεύασμα που να αδρανοποιεί τα συμπτώματα της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής. Αντιθέτως για την ΔΕΠ-Υ μπορούν να προτείνουν μία εναλλακτική λύση με φαρμακευτική αγωγή. Ιδιαίτερο και πρωτεύοντα ρόλο κατέχουν οι γονείς. Η εκπαίδευση των γονέων καθορίζει και εξελίσσει την πορεία και την θεραπεία του παιδιού. Στόχος είναι η τροποποίηση λανθασμένων αντιλήψεων και η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων στο παιδί. Για την εφαρμογή της κοινωνικής μάθησης, οι γονείς καλό θα ήταν να περάσουν από την τιμωρία της επιθετικής συμπεριφοράς στην επιβράβευση της συμμόρφωσης με επαίνους επιδοκιμασία και θετική προσοχή στις

δραστηριότητες των παιδιών τους. Πολλές φορές βέβαια, η επιτυχία αυτήν δεν εκτείνεται ως τα όρια του σχολείου, επιδρά όμως σε άλλες συμπεριφορές στο πλαίσιο του σπιτιού. Στη σχολική ζωή πρέπει να καθοριστεί και να τηρηθεί μία συνεργασία μεταξύ δασκάλου και μαθητών πάντα υπό την καθοδήγηση και επικοινωνία των κλινικών. Η παρέμβαση θα είναι εξατομικευμένη και βασισμένη στα κύρια γνωρίσματα των παιδιών. Η εκμάθηση των κοινωνικών δεξιοτήτων είναι μία πολύ θετική μάτια για τη σχολική παρέμβαση. Το παιδί πρέπει να μάθει να προσαρμόζεται σε καταστάσεις να ζητάει και να περιμένει. Υπάρχουν πολλά δημοσιευμένα προγράμματα για αυτόν τον σκοπό που αφορούν ηλικίες Νηπιαγωγείου έως και Λυκείου π.χ. Το the water Social skills curriculum. Επίσης μία άλλη επιλογή για τη σχολική παρέμβαση είναι τα συστήματα θετικής συμπεριφοράς, τα οποία τα παιδιά διδάσκονται και μαθαίνουν τις αποδεκτές συμπεριφορές και με τη σειρά τους τις επιβραβεύουν. Ενώ οι παραπάνω πρακτική μπορεί να ενισχυθεί θετικά υπό το πρίσμα μιας ομάδας η οποία βοηθά τις περισσότερες φορές στην προβληματικών συμπεριφορών μιμούμενοι ο ένας τον άλλον (Noordermeer, Luman, & Oosterlaan, 2016, Sánchez-Pérez, Putnam, Gartstein, & González-Salinas, 2019, Frick & Brocki, 2019, Azeredo, Moreira, & Barbosa, 2018).

## 2.3 Κατάχρηση Ουσιών

Η εφηβεία σηματοδοτεί μεγάλες και σημαντικές αλλαγές στη ζωή. Το παιδί υφίσταται δύο μεγάλες μεταβιβάσεις, αυτήν από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και έπειτα στην ενηλικίωση. Όλος αυτός ο κύκλος συνοδεύεται από αλλαγές σε κάθε πτυχή της ατομικής ανάπτυξης και σε κάθε κοινωνικό περιβάλλον. Η κοινωνία ακολουθεί απαιτώντας από τους νέους να εγκαταλείψουν οποιαδήποτε εξάρτηση από τους γονείς και να αναλάβουν τα καθήκοντά τους σχετικά με τις δύο σημαντικές αποφάσεις για την ζωή, την αγάπη και την εργασία.

Ορισμένες όμως ,μεταβλητές προκαλούν σε αυτήν τη χρονική περίοδο εξέχουσα επιρροή. Η πρωτοβουλία, ο αυτοέλεγχος, η σεξουαλική ενόρμηση, οι κοινωνικές σχέσεις με συνομήλικους, η εικόνα του σώματος, η επαγγελματική επιλογή και το οικογενειακό περιβάλλον, επιδρούν τον ψυχισμό του παιδιού διαταράσσοντας την ηρεμία του, οδηγώντας τον σε συναισθηματικές μεταπτώσεις, autούποτίμηση και κατάθλιψη. Ο νέος αρχίζει να ερευνά και να αναιρεί τα ως τότε δεδομένα, αναζητά μια ταυτότητα που να συνάδει με το περιβάλλον με αποτέλεσμα να παρατηρείται συχνά κρίση ταυτότητας, στην προσπάθεια του να πετύχει την απόλυτη εναρμόνιση αυτοεκτίμησης, αγάπης, αποδοχής, και συμφιλίωσης με τον εαυτό, κάτι που δεν χρειάστηκε έως τότε να κάνει (Dwight, 2015).

Όλη αυτή η σύγχυση των καταστάσεων, οδηγεί τον έφηβο σε παραβατικές και επιθετικές αντιδράσεις, στην προσπάθειά του να απαλλαχθεί από κάθε υποχρέωση. Βέβαια, σε αυτήν την επιπλέον πίεση, συμμετέχει και ένα σύνολο άλλων παραγόντων όπως, η οικογένεια, οι συνομήλικοί, τα πρότυπα και η κοινωνία. Ο ισχυρότερος προάγγελος της χρήσης ουσιών είναι τα αντικοινωνικά πρότυπα και η επιθετικότητα. Ακολουθούν ο χαμηλός αυτοσεβασμός, η χαμηλές προσδοκίες επιτυχίας και η απόγνωση (Dwight, 2015).

Το DSM-IV ορίζει την Κατάχρηση Ουσιών, ως την παρουσία ενός ή περισσότερων συμπτωμάτων που υποδεικνύουν την υπερβολική χρήση μιας ουσίας σε σημείο που παρεμποδίζεται, η εργασία ή η φοίτηση στο σχολείο και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Μέσα από μελέτες και συνδυασμένα δεδομένα γίνεται φανερό, ότι τα νεαρά άτομα με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για κάπνισμα, χρήση ουσιών και αλκοόλ κατά την εφηβεία. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα με ΔΕΠ-Υ και Διπολική Διαταραχή διατρέχουν από πολύ νωρίς τον κίνδυνο, πριν την

ηλικία των 16 ετών. Ενώ η ηλικία έναρξης της Χρήσης Ουσιών και του Καπνίσματος, για την οποία ευθύνεται αποκλειστικά η ΔΕΠ-Υ είναι 17 με 22 ετών. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ, έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης αυτής της συμπεριφοράς από ότι τα άτομα χωρίς την διαταραχή. Καμία ιδιαίτερη προτίμηση σε φάρμακο όμως, φαίνεται να ενοχοποιείται σε μεγάλο ποσοστό, η μαριχουάνα. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ τείνουν να διατηρούν τον εθισμό τους ανεξάρτητα από την συννοσηρότητα σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ. Η κατάθλιψη επίσης, συνδέεται στενά με την κατάχρηση ουσιών ενώ, τον πιο υψηλό όμως επίπεδο συννοσηρότητας εμφανίζεται με την Διαταραχή Συμπεριφοράς ειδικά στα αγόρια. Μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό φτάνει μέχρι και τα 95%, άλλες πιθανές συννοσηρότητες που ενοχοποιούνται είναι η Σχιζοφρένεια, η Διπολική Διαταραχή, η Καταναγκαστική Διαταραχή και αυτήν του Πανικού (Heward & Lee, 2011, Dwight, 2015, Kering & Wenar, 2008).

### 2.3.1 Θεραπευτική Παρέμβαση

Μορφή παρέμβασης που, μέσα από μελέτες έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική είναι αυτήν της οικογενειακής θεραπείας. Η παρέμβαση σε εφήβους οφείλει να λάβει υπόψη αρκετά το οικογενειακό περιβάλλον για την αντιμετώπιση της Κατάχρησης Ουσιών, αφού 7 από τις 8 μελέτες αναδεικνύουν την οικογενειακή θεραπεία, ως την πιο αποτελεσματική από όλες. Επιπλέον οι συμμετέχοντες είναι πιο πιθανό με το που εμπλακούν στην οικογενειακή θεραπεία να παραμείνουν σε αυτήν παρά να λοξοδρομήσουν, όπως συμβαίνει στις περισσότερες μορφές σχετικής θεραπείας. Μία άλλη μορφή παρέμβασης είναι η ομάδα αυτοβοήθειας. Τα προγράμματα 12 βημάτων όπως, οι ανώνυμοι αλκοολικοί, οι ανώνυμοι κοκαΐνης και οι ανώνυμοι ναρκομανείς είναι ευρέως αποδεκτά από τους εφήβους. Οι ομάδες αυτές βρίσκονται στην πρώτη σειρά προτίμησης από εκείνους τους εφήβους που τελικά βρίσκουν μόνοι τους τη διέξοδο από την κατάχρηση των ουσιών (Kering & Wenar, 2008, Wilens & Spencer, 2010, Wilens, Biederman, & Spencer, 2002).

## 2.4 Κατάθλιψη και Διπολική διαταραχή

Η Κατάθλιψη και η Διπολική Διαταραχή ανήκουν στις Διαταραχές της Διάθεσης, οι οποίες συχνά εμφανίζονται, ως συννοσηρές καταστάσεις μαζί με την ΔΕΠ-Υ. Αν και η κατάθλιψη δεν είναι εμφανής συνήθως κατά την προσχολική ηλικία, όσο το παιδί μεγαλώνει οι πιθανότητες εμφάνισης της, αυξάνονται διαρκώς. Τα ποσοστά επιπολασμού κυμαίνονται κυρίως στο 1% για παιδιά προσχολικής ηλικίας, στο 2%-3% σχολικής ηλικίας και το 1%-5% για εφήβους. Όσον αφορά όμως τους κλινικούς πληθυσμούς, τα παιδιά δηλαδή με κάποια υπάρχουσα διαταραχή, μελέτες δείχνουν ποσοστά εμφάνισης από 10%-57%. Οι μελέτες παρακολούθησης παρέχουν ενδείξεις για μείζονα κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της παιδικής υπερκινητικότητας. Οι Mannuzza και συν(1998) διαπίστωσαν ότι το 23% των υπερκινητικών παιδιών είχαν διάγνωση κατάθλιψης καθ'όλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Παρόλο που η κατάθλιψη αφορά κυρίως τους ενήλικες παρατηρούμε ότι, έστω και ένα μικρό ποσοστό παιδιών προσβάλλεται από αυτήν την παρατεταμένη θλίψη και μελαγχολία. Ήδη από τη βρεφική ηλικία κάποιες μικρές ενδείξεις μπορούν να θεωρηθούν προάγγελος των πολλαπλών μεταπτώσεων της διάθεσης που θα ακολουθήσουν. Για παράδειγμα η καθυστερημένη νοητική ανάπτυξη, η διαταραχή στον ύπνο και τη διατροφή, η έλλειψη ενδιαφέροντος, η μειωμένη σχολική και κοινωνική λειτουργικότητα, η λεκτική εξωτερίκευση συναισθημάτων και η χαμηλή αυτοπεποίθηση (Serrano, Ezpeleta, & Castro-Fornieles, 2011).

Η συννοσηρότητα της Διπολικής Διαταραχής (BPD) με ΔΕΠ-Υ στα παιδιά είναι αμφιλεγόμενη, εξαιτίας της δυσκολίας διάγνωσης της παιδικής μανίας και της πιθανής αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων μεταξύ των δύο διαταραχών. Η κλινική παρουσία των διαταραχών έχει συζητηθεί ευρέως. Πολλοί μελετητές αναφέρονται σε περιστατικά με ΔΕΠ-Υ στα οποία συνυπάρχουν μανία και Διπολική Διαταραχή. Τα παιδιά αυτά είναι κυρίως υπερκινητικά και αναπτύσσουν μανιοκαταθλιπτική διάθεση. Άλλες μελέτες παιδιών και εφήβων διαπιστώνουν ότι τα ποσοστά ΔΕΠ-Υ σε Διπολικά παιδιά κυμαίνονται από 57%- 98% και σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ 22% διπολικότητα. Οι Faraone και συν (2017) μέσα από συγκεντρωτικά δεδομένα, ανέδειξαν αυξημένα ποσοστά ΔΕΠ-Υ σε παιδιά διπολικών γονέων και το αντίστροφο. Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας συμφώνησε ότι, η παιδιατρική BPD θα μπορούσε να εκδηλωθεί ως στενός και ευρύς φαινότυπος. Οι έφηβοι της πρώτης κατηγορίας έχουν επαναλαμβανόμενες περιόδους μείζονος κατάθλιψης και μανίας ή υπομανίας, όπως ορίζεται από



το DSM-IV, αντίθετα τα παιδιά με τον ευρύ τύπο έχουν σοβαρή ευερεθιστότητα, οργή συμπτωμάτων συναισθηματική αστάθεια, άγχος, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα και όχι μία ξεκάθαρη επεισοδιακή πορεία. Οι Butler, Arredondo και ο McCloskey (1995) βρήκαν ποσοστά συννοσηρότητας 22% με μανία σε ένα δείγμα παιδιών του νοσοκομείου με ΔΕΠ-Υ. Σε δείγμα παιδιών κάτω των 12 ετών με ΔΕΠ-Υ βρέθηκε ποσοστό 20% με διπολική διαταραχή (Serrano, Ezpeleta, & Castro-Fornieles, 2011).

Από έρευνα που διεξήχθη στην Βαρκελώνη μεταξύ μονάδων ψυχολογίας τριών νοσοκομείων, συμμετείχαν συνολικά 100 παιδιά και έφηβοι 8 έως 17 ετών. Απαραίτητο κριτήριο συμμετοχής ήταν τα παιδιά να διαθέτουν διάγνωση ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV. Αποκλείστηκαν συμμετέχοντες, που είχαν προηγούμενη διάγνωση σχιζοφρένειας, ψυχικής καθυστέρησης ή οποιαδήποτε άλλη διαταραχή. Χορηγήθηκε στα παιδιά το DICA-IV, μία διαγνωστική συνέντευξη που αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους. Εξετάστηκαν επίσης ενότητες όπως ΔΕΠ-Υ, Ε.Π.Δ., Διαταραχή Συμπεριφοράς και μανία. Επιπλέον υλικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν Parent-YMRS, Child Mania Rating Scale-Parent Version, Child Behavior Checklist, Conners' Parents Rating Scale. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν, περίπου 100 παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ, που εμφάνισαν συννοσηρότητα με BPD (8%), το οποίο πληρούσε τα κριτήρια του DSM-IV. Τα 14 παιδιά είχαν συνολικά μία σχετική Διπολική Διαταραχή και από αυτήν την ομάδα περίπου το 71,43% των περιπτώσεων είχαν επεισόδια ευφορίας ή εκτεταμένες διαθέσεις ενώ ευερέθιστο βρέθηκε το 100% των παιδιών (Serrano, Ezpeleta, & Castro-Fornieles, 2011, Wilens, Biederman, & Spencer, 2002).

## 2.5 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ- ASD)

Το αυτιστικό φάσμα είναι μία διαταραχή που έχει απασχολήσει αρκετά τον επιστημονικό κόσμο και όχι μόνο. Είναι πολύ συχνή η εμφάνιση της και ως συννοσηρή διαταραχή στην ΔΕΠ-Υ. Τόσο η ΔΕΠ-Υ όσο και η ΔΑΦ αυξάνονται στην επικράτηση ενώ τα συμπτώματα και οι βλάβες φαίνεται συχνά να εμμένουν κατά την ενηλικίωση. Περίπου το 40% με 80% των παιδιών διαγιγνώσκονται με αυτήν την συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ-ΔΑΦ. Από τα παιδιά που λαμβάνουν σχολική υποστήριξη, εκείνα με ΔΑΦ αποτελούν το 8% ενώ με ΔΕΠ-Υ το 13%. Αποτελούν ουσιαστικά το 1/4 των παιδιών που λαμβάνουν σχολικές υπηρεσίες. Ποσοστά από μελέτες αποδεικνύουν επίσης αυτήν την συννοσηρή κατάσταση μιας και αποτελεί την πιο συχνή συνέυρεση διαταραχής με την ΔΑΦ. Αυτή η έντονη αλληλοεπικάλυψη μεταξύ ΔΕΠ-Υ-ΔΑΦ, κάνει όλο και πιο δύσκολη τη διαφορική διάγνωση και τη θεραπεία αφού πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκονται και με ΔΑΦ περίπου δυο χρόνια αργότερα από ότι τα παιδιά με ΔΑΦ χωρίς προϋπάρχουσα διάγνωση. Ομοίως, οι νέοι με ΔΕΠ-Υ που δεν έχουν διάγνωση ΔΑΦ εξακολουθούν να έχουν αυξημένα συμπτώματα ΔΑΦ και το αντίστροφο (Antshel & Russo, 2019).

Βιολογικά τόσο η ΔΕΠ-Υ, όσο και ο Αυτισμός θεωρούνται νευροαναπτυξιακές διαταραχές, που ξεκινούν από την παιδική ηλικία. Αν και η αιτιώδης σχέση τους παραμένει άγνωστη, θεωρούνται έως 70%-80% κληρονομικά αποκτηθείσες. Για παράδειγμα σε περίπτωση που το ένα παιδί από το δίδυμο ζεύγος έχει Αυτισμό, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το μη επηρεασμένο να παρουσιάσει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον σε μια οικογένεια με Αυτισμό υπάρχουν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης ΔΕΠ-Υ. Τα υπερδραστήρια και παρορμητικά χαρακτηριστικά της, σχετίζονται έντονα με τις επαναλαμβανόμενες και περιορισμένες συμπεριφορές. Επιπλέον τα αδέρφια των ατόμων που βρίσκονται στο Αυτιστικό Φάσμα, έχουν μεγάλες πιθανότητες εμφάνισης ΔΕΠ-Υ. Όλα τα παραπάνω οδήγησαν τους επιστήμονες στο ότι υπάρχει μία κοινή γενετική κληρονομικότητα ανάμεσα στις δύο διαταραχές, ενώ από μελέτες και τρέχουσες έρευνες που εξετάζεται η παραλλαγή του γονιδιώματος, αποδεικνύεται αύξηση σε κοινή θέση μεταξύ εκείνων με ΔΕΠ-Υ και Αυτισμό (Antshel & Russo, 2019).

Οι κοινωνικές δυσκολίες είναι σήμα κατατεθέν για τα άτομα με ΔΕΠ-Υ-ΔΑΦ και απαιτούνται για τη διάγνωση. Παρά τα ελλείμματα, για την διάγνωση συνυπολογίζονται και άλλα

πράγματα όπως οι μαρτυρίες γονέων π.χ. δυσκολεύεται να περιμένει στην ουρά, διακόπτει τους άλλους όταν μιλάνε. Οι κοινωνικές διαταραχές της ΔΕΠ-Υ, φαίνεται να αντικατοπτρίζουν υπερκινητικότητα ή παρορμητικότητα, αλλά μπορεί επίσης να αντανακλά και μία γενικότερη κοινωνική δυσλειτουργία. Επίσης η κοινωνική γνώση και αντίληψη αποτελεί βασικό στοιχείο για την κοινωνική αναπηρία και παρέχει σημαντικές ενδείξεις για την αλληλοεπικάλυψη μεταξύ ΔΕΠ-Υ και Αυτισμού. Για παράδειγμα στην εφαρμογή του Eyes Test, όπου καθορίζεται η ψυχική κατάσταση των ασθενών με βάση τις ασπρόμαυρες εικόνες, τα ελλείμματα στην κοινωνική αντίληψη των ατόμων με ΔΑΦ ήταν μεγαλύτερα σε σύγκριση με την ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον μέσα από έρευνες εξετάστηκε και η κοινωνική επικοινωνία για την εκτέλεση εργασιών και μάλιστα κατά πόσο τα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας επιδρούν σε αυτήν. Επόμενο είναι τα ελλείμματα και οι δεξιότητες των ατόμων να επιδρούν εμφανώς στο άτομο και να καθορίζουν τα επίπεδα της κοινωνικής βλάβης. Ένα άλλο συχνό γνώρισμα στα άτομα αυτά είναι τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Σπάνια παιδιά με ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ θα αποκτήσουν έντονες αμοιβαίες φιλίες, αφού οι συνομήλικοί, τους περιθωριοποιούν χωρίς δεύτερη σκέψη. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, έχουν ανέπαφες κοινωνικές γνώσεις αλλά και εξασθενημένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Οι κοινωνικές δυσκολίες των ατόμων με ΔΑΦ εμφανίζονται περισσότερο λόγω, απουσία θετικών συμπεριφορών π.χ. κοινωνική προσέγγιση, παρά τις ήδη υπάρχουσες αρνητικές συμπεριφορές ενώ το αντίθετο συμβαίνει στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, εξαιτίας παρουσίας αρνητικών συμπεριφορών όπως η διακοπή και η εισβολή σε συνομιλίες (Antshel & Russo, 2019).

Τα ψυχολογικά προφίλ των ατόμων με Αυτισμό και ΔΕΠ-Υ είναι πολύπλοκα παρά την αλληλοεπικάλυψη των δύο διαταραχών. Οι γνωστικές δυσκολίες των ατόμων δεν καλύπτουν όλο το φάσμα του Αυτισμού αλλά συγκεκριμένες περιπτώσεις. Οι εκτελεστικές λειτουργίες είναι ένας ευρύς όρος που περιλαμβάνει έννοιες όπως, μνήμη εργασίας, προγραμματισμός, γνωστική μετατόπιση, και αν και ο Αυτισμός είναι μία διαταραχή έντονη και εμφανής, τα ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες είναι πιο εμφανή στην ΔΕΠ-Υ. Μελέτες που εξετάζουν αυτά τα προφίλ υποδεικνύουν ότι σε σύγκριση με την νεολαία με ΔΑΦ τα άτομα με συννοσηρότητα και των δυο διαταραχών έχουν μειωμένη μνήμη εργασίας στην συναισθηματική αναγνώριση και υψηλότερα επίπεδα άγχους (Antshel & Russo, 2019).

### 2.5.1 Θεραπευτική Παρέμβαση

Για την θεραπεία αυτής της ομάδας ατόμων έχουν δοκιμαστεί πολλές προσεγγίσεις. Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η συμπεριφορική θεραπεία και η φαρμακοθεραπεία είναι συχνά χρήσιμες για τα άτομα που βρίσκονται στο Αυτιστικό Φάσμα. Επίσης οι παρεμβάσεις, που ξεκινούν από την πολύ νεαρή ηλικία προκαλούν, σημαντικές μελλοντικές βελτιώσεις στη θεραπεία. Ωστόσο αυτές οι θεραπείες δεν καλύπτουν όλο το φάσμα των ελλειμμάτων και δυσκολιών των παιδιών, αφού πρόκειται για μία πολύπλοκη και πολυδιάστατη κατάσταση. Σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται ένα σύνολο παρεμβάσεων όπως, κοινωνική και συμπεριφορική θεραπεία, φαρμακοθεραπεία, διατροφική θεραπεία κλπ. Επίσης υπάρχουν καλά ερευνημένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις, οι οποίες απευθύνονται τόσο για Αυτισμό όσο και για τη ΔΕΠ-Υ, και διαφέρουν ανάλογα την ηλικία του ασθενή. Για παιδιά σχολικής ηλικίας με Αυτισμό, οι παρεμβάσεις εστιάζουν κυρίως στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, στην προσαρμοστική και ακαδημαϊκή ικανότητα, ενώ για τη ΔΕΠ-Υ, συνιστάται οργανικές παρεμβάσεις και εκπαίδευση γονέων και δασκάλων και σε εφήβους, η χρήση συμπεριφορικής θεραπείας. Ωστόσο κανένα φάρμακο δεν έχει εγκριθεί επίσημα για τη θεραπεία του Αυτισμού ενώ τα φάρμακα atomoxetine και A-2 agonist έχουν εγκριθεί για τη ΔΕΠ-Υ. Το 85% των συνταγογραφούμενων θεραπειών για άτομα με ΔΕΠ-Υ και Αυτισμό, ήταν με ψυχοτρόπα φάρμακα, που έχουν σκοπό την μείωση της επιθετικότητας ενώ η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα έρχεται δεύτερη στην σειρά αντιμετώπισης. Ανάλογα λοιπόν, με τη μορφή της νοσηρότητας καθώς και των αναγκών του ασθενή, η θεραπεία διαμορφώνεται κατάλληλα (Patel & Curtis, 2007).

Μία άλλη οπτική της θεραπείας πραγματοποιήθηκε μέσα από μία έρευνα που διεξήχθη σε συνολικά 10 άτομα που είχαν λάβει διάγνωση ΔΑΦ/Ασπεργκερ και ΔΕΠ-Υ από μία παιδιατρική κλινική. Προϋπόθεση ήταν κανένας από τους ασθενείς να μην παίρνει κάποιο ψυχοτρόπο φάρμακο κατά τη διάρκεια της μελέτης, η οποία συνολικά θα διαρκούσε 3-6 μήνες. Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει:

1. μία ειδική δίαιτα που περιστρέφεται σε κύκλο τεσσάρων ημερών με χαμηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, πρόσθετα και χωρίς γλουτένη

2. γαστρεντερική υποστήριξη με προβιοτικά, πεπτικά ένζυμα κλπ.
3. θεραπεία με ένεση αντιγόνου για ακάρεα, σκόνη, αλλεργίες
4. συμπληρώματα διατροφής με βιταμίνες όπως, μαγνήσιο ,ασβέστιο, αμινοξέα πεπτίδια
5. θεραπεία χηλίωσης, με ενδοφλέβια χηλίωση με ασβέστιο και γλουταθειόνη, 1-2 φορές την εβδομάδα για 10-20 θεραπείες
6. ένεση 1-3 φορές την εβδομάδα γλουταθειόνη και μεθυλοκοβαλαμίνη
7. δέκα ασθενείς συνέχισαν τις συνήθεις θεραπείες, συμπεριφορικές εκπαιδευτικές θεραπείες, λογοθεραπεία, εργασιακή θεραπεία, φυσιοθεραπεία.

Μετά το πέρας της θεραπείας υπήρξε βελτίωση της συμπεριφοράς, των κοινωνικών δεξιοτήτων, των κινητικών δεξιοτήτων και στα γαστρεντερικά συμπτώματα, τα οποία παρουσίαζαν ιδιαίτερο πρόβλημα πριν. Ενώ 4 από αυτά τα παιδιά θα επιστρέψουν σε κανονικές τάξεις από την ειδική εκπαίδευση. Οι λεκτικές δεξιότητες βελτιώθηκαν στους 8 ασθενείς ενώ το 41%-76% των παιδιών επωφελήθηκε από την ειδική δίαιτα, αφού υπήρξε μεγάλη μείωση στα επίπεδα μόλυβδου στα ούρα καθώς και σημαντικές σημειώσεις στα, υδράργυρο, αλουμίνιο, κάδμιο, καθώς και όλες οι υπόλοιπες ενέσιμες θεραπείες βοήθησαν στον ίδιο σκοπό (Antshel & Russo, 2019, Patel & Curtis, 2007).

## 2.6 Διαταραχή Συμπεριφοράς

Η Διαταραχή Συμπεριφοράς ή Διαγωγής κατέχει μία ξεχωριστή θέση ανάμεσα στις ψυχοπαθολογικές διαταραχές. Επιπλέον η Δ.Δ. είναι η πλέον καθιερωμένη αυστηρή κατάσταση της ΔΕΠ-Υ, στην παιδική ηλικία και έχει αναφερθεί ευρέως στην επιδημιολογική κλινική παρακολούθηση και γενετικές μελέτες.

Σύμφωνα, λοιπόν με το DSM-IV, η Διαταραχή Συμπεριφοράς είναι ένα μοτίβο συμπεριφοράς του παρουσιάζει πρότυπα κατάλληλα σχετικά με το ηλικιακό στάδιο του παιδιού, τα προβλήματα εντάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- 1.επιθετικότητα εναντίον άλλων
- 2.καταστροφή ιδιοκτησίας
- 3.εξαπάτηση ή κλοπή
- 4.σοβαρές παραβάσεις κανόνων

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να είναι από ήπια, μέτρια έως και σοβαρή ανάλογα με το αντίκτυπο της συμπεριφοράς του παιδιού στο περιβάλλον του. Η κλινική εικόνα των παιδιών αυτών παρουσιάζει σημαντική έκπτωση στην κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα (Kering & Wenar, 2008).

Παρατηρώντας ένα παιδί με Δ.Δ., και καθώς αυτό μεγαλώνει, θα διακρίνουμε μία σοβαρή και επίμονη αντικοινωνική συμπεριφορά, έντονη επιθετικότητα και παραβίαση κανόνων. Συχνά εκφοβίζει, απειλεί ή φέρνει σε δύσκολη θέση τους άλλους, τους προκαλεί σωματική βία, όπως και στα ζώα. Προκαλεί σκόπιμες πυρκαγιές, κάνει διαρρήξεις, λείει ψέματα, παρά τις απαγορεύσεις των γονέων ήδη από τα 13 χρόνια. Προβαίνει σε αξιόποινες πράξεις, εξαιτίας της έντονης εσωτερικής επιθετικότητας και παραβατικότητας, που το διεγείρει. Καθώς όμως αυτή η διαταραχή, όπως και κάθε άλλη είναι μέγιστης σημασίας και σοβαρότητας, για τη διάγνωση της απαιτούνται, άκρως επικυρωμένα και έγκυρα στοιχεία αφού οι αταξίες αποτελούν ένα μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης. Επομένως, η προβληματική συμπεριφορά μπορεί να αποτελεί ένα μέσο

προσαρμογής σε ένα αντίξοο περιβάλλον παρά μια ψυχική διαταραχή (Kering & Wenar, 2008, Noordermeer, Luman, & Oosterlaan, 2016)

Ο επιπολασμός της διαταραχής είναι δύσκολος να προσδιοριστεί ακριβώς. Στοιχεία επιστημόνων και μελέτες από ερευνητές, στα παιδιά ηλικίας 4 έως 11, το ποσοστό ανέρχεται στο 6,5% για τα αγόρια και 1,8% για τα κορίτσια ενώ στους νέους τα ποσοστά ήταν 10,4% για τα αγόρια και 4,1% για τα κορίτσια. Μάλιστα για τα αγόρια η διαταραχή αποτελεί προγνωστικό παράγοντα Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας ενώ στα κορίτσια, τα οδηγεί κυρίως σε Διαταραχή Διάθεσης και Ψυχοσωματικές Διαταραχές (OWENS, 2016, Noordermeer, Luman, & Oosterlaan, 2016)

Πολύ συχνό είναι επίσης το φαινόμενο, τα παιδιά αυτά στην εφηβεία να παθαίνουν κατάθλιψη, να εμπλακούν με τη χρήση ουσιών, καθώς και να αποπειραθούν σε αυτοκτονία. Επιπλέον, η διαταραχή με έναρξη την παιδική ηλικία ή αλλιώς ονομάζεται «δια βίου επίμονη διαταραχή», είναι πιο συχνή στα αγόρια και έχει διάρκεια σε όλα τα χρόνια της ζωής, ενώ στα κορίτσια η διαταραχή εμφανίζεται περισσότερο στην εφηβική ηλικία. Ένας σημαντικός προάγγελος στην διαταραχή είναι η δύσκολη ιδιοσυγκρασία. Ήδη από την ηλικία των 3 ετών από την οποία μπορούμε να προβλέψουμε τη διαταραχή, καθώς επίσης και το ιστορικό πρώιμης επιθετικότητας και αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Η διαταραχή συμπεριφοράς εμφανίζεται συχνά και με άλλες διαταραχές. Οι πιο συχνές από αυτές είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ODD). Ο συνδυασμός της Δ.Σ. και της ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται στους πιο διαταραγμένους ασθενείς. Δηλαδή συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά επιθετικότητας, πιο επίμονα προβλήματα συμπεριφοράς και έχουν κατώτερες σχολικές επιδόσεις, από τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί έστω με τη μία από τις δύο διαταραχές. Επιπλέον δέχονται πολύ συχνά απόρριψη από τους συνομηλικούς τους. Τα νέα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκπροσωπούν στο μέγιστο του πληθυσμού της συννοσηρότητα και είναι εκείνα με την πιο εμφανή Δ.Σ. και Μαθησιακές Δυσκολίες. Η συννοσηρότητα είναι συνηθισμένη πιο πολύ στα κορίτσια αν και αυτά θα παρουσιάσουν σπανιότερα την διαταραχή, όταν αυτή αναπτυχθεί, θα είναι στη συννοσηρή (Azeredo, Moreira, & Barbosa, 2018, Kering & Wenar, 2008).

Το βάρος στην εξελικτική πορεία αυτής της διαταραχής πέφτει κυρίως πάνω στην ΔΕΠ-Υ. Ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αυξάνουν τον κίνδυνο της

Διαταραχής της Συμπεριφοράς και συνδέονται με σοβαρότερα προβλήματα που οδηγούν σε μεγαλύτερη αντίσταση στην αλλαγή. Έτσι η ΔΕΠ-Υ ωθεί τους νέους ήδη από την πρώιμη έναρξη των προβλημάτων της συμπεριφοράς, η οποία προβλέπει με τη σειρά της μία μεγαλύτερη διάρκεια διαδρομής. Μεγάλη δημοσιότητα εμφανίζεται επίσης, στην παιδική ηλικία, ανάμεσα την Διαταραχή Συμπεριφοράς και την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή. Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή συνήθως εμφανίζεται νωρίτερα από την Διαταραχή Συμπεριφοράς με περίπου μέση ηλικία έναρξης τα 6 έτη και 9 έτη για τα προβλήματα συμπεριφοράς. Επιπλέον τα παιδιά με σοβαρή διαταραχή φαίνεται να διατηρούν τα συμπτώματα και τον άλλων διαταραχών παράλληλα. Καθώς το παιδί μεγαλώνει, στην εφηβεία γίνεται πλέον φανερή η κλήση του σε έναν από τους τρεις διακριτούς τύπους της προβληματικής συμπεριφοράς:

1. σύγκρουση με την εξουσία( ανυπακοή, πεισματική συμπεριφορά)
2. συγκεκαλυμμένο μονοπάτι( λιγότερο σοβαρές πράξεις, μη βίαιες)
3. έκδηλο μονοπάτι( επιθετικότητα είδη από νωρίς στην παιδική ηλικία)
4. εφηβική η όψιμη έναρξη( άτομα στα οποία δεν προϋπήρχε επιθετικότητα ή παραμελήθηκαν οι ενδείξεις σε προηγούμενες μελέτες)

Στην πλέον ύστερη εφηβεία το παιδί έρχεται σε επαφή με την εγκληματικότητα καθώς η επιθετικότητα αποτελεί υψηλό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας. Σημαντική όμως, σημείωση είναι πως, όλα τα επιθετικά παιδιά δεν γίνονται παραβατικοί ενήλικες. Με στόχο την απόδειξη αυτού ο Kolvin (1989) εκπόνησε μία έρευνα καταλήγοντας πως, πολλαπλοί παράγοντες ήδη από την πρώιμη ηλικία όπως, η γονική φροντίδα και οι εμπειρίες συμβάλλουν στην διαμόρφωση του χαρακτήρα και του ψυχισμού του ασθενή. Βέβαια όλα αυτά ξεκινούν από την αποτυχία αντιμετώπισης των συμπεριφορών διαγωγής ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία (Azeredo, Moreira, & Barbosa, 2018).



### 2.6.1 Αιτιολογία

Για να ορίσουμε τα αίτια που προκαλούν αυτήν την έντονη παραβατική συμπεριφορά στα παιδιά πρέπει να εξετάσουμε εκείνες τις μεταβλητές που αποτελούν την βάση της προβληματικής συμπεριφοράς.

Αρχικά η **επιθετικότητα** κατέχει κεντρικό ρόλο στην Διαταραχή της Συμπεριφοράς. Εκείνη παραμένει συνήθως σταθερή όπως και η νοημοσύνη. Σύμφωνα με τον Olweus όσο νεότερο είναι το παιδί και όσο μεγαλύτερο είναι το διάστημα της παρέμβασης, τόσο λιγότερη σταθερότητα παρατηρείται. Η σταθερότητα σε αυτήν την συμπεριφορά παρά την αλλαγή του περιβάλλοντος και των προσώπων οδήγησε στο συμπέρασμα, ότι το παιδί ενδεχομένως να έχει έμφυτη τάση ή ακόμη κ' ένα κίνητρο για αυτή την συμπεριφορά προκειμένου να εκφράσει τις παρορμήσεις του.

Έπειτα ο **αυτοέλεγχος**. Η κατάκτηση του αυτοελέγχου είναι πολύ σημαντική για τα παιδιά αφού αποτελεί τον τρόπο ελέγχου των παρορμήσεων, οι οποίες αυξάνονται με την ηλικία. Η πρόωμη κοινωνικοποίηση στον αυτοέλεγχο οριοθετεί εν μέρει την ισχυρή επιθυμία για άμεση ικανοποίηση των επιθέτων, σεξουαλικών και διερευνητικών παρορμήσεων. Τα παιδιά έτσι γίνονται εγωκεντρικά και επικεντρωμένα στις επιθυμίες τους.

Η **ρύθμιση του συναισθήματος** έχει συσχέτιση σε μεγάλο βαθμό με την Διαταραχή Συμπεριφοράς. Τα διαταραγμένα παιδιά έχουν δυσκολία ελέγχου του θυμού και της επιθετικότητας και μπορούν να αντιδράσουν πολύ έντονα στα διαπροσωπικά προβλήματα. Η απώλεια ρύθμισης του συναισθήματος συνδέεται, επίσης και με την Διασπαστική Συμπεριφορά και την εναντιωματικότητα. Σημαντικό είναι όμως να αναφέρουμε, πως αντίθετα ορισμένα παιδιά στην προσπάθεια τους να αποκρύψουν τον θυμό, κάνοντας υπερβολικό έλεγχο στα αρνητικά συναισθήματα συχνά οδηγούνται στο να ξεσπούν ανεξέλεγκτα σε κατοπινό χρόνο.

Κατανόηση του άλλου, **ενσυναίσθηση**. Η κατανόηση της προοπτικής του άλλου, το να τοποθετείται δηλαδή το παιδί σε μια θέση και να βλέπει τα πράγματα από μία άλλη οπτική, αντισταθμίζει την τάση προς την επιθετικότητα και την αντικοινωνική συμπεριφορά. Στα περισσότερα παιδιά με παραβατική συμπεριφορά καθυστερεί αρκετά η ανάπτυξη αυτής της δεξιότητας (JONGSMA, VANDER-WOUDE, & LANDIS, 2011).

Εκτός από τις βασικές μεταβλητές και την ξεχωριστή ανάπτυξη του κάθε παιδιού, που συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην διαμόρφωση της προσωπικότητας, ένα επίσης σημαντικό τμήμα καταλαμβάνει και η οικογένεια. Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε μονογονεϊκές οικογένειες βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο καθώς και τα παιδιά γονέων που είναι χρήστες ουσιών, αλλά και τα κακοποιημένα παιδιά, που όλη αυτή η επιθετική συμπεριφορά και η μη συμμόρφωση τους γίνεται πραγματικό βίωμα. Παρουσιάζουν προβλήματα εξωτερίκευσης και κοινωνικότητας. Σημαντικό όμως να πούμε ότι σε αυτό που πρέπει να εστιάσουμε δεν είναι η δομή της οικογένειας αλλά η σχέση με τους γονείς και οι αλληλεπίδραση με τους γονείς. Ένα επιπλέον περιβάλλον που αυξάνεται η επιθετική συμπεριφορά είναι το οικογενειακό στρες π.χ. λόγω ανεργίας, οικονομικής δυσκολίας κλπ. Επίσης και η μητρική κατάθλιψη, επιδρά έντονα στον ψυχισμό του ασθενή (Dwight, 2015, Antshel & Russo, 2019).

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μετάδοσης της επιθετικότητας από τους γονείς. Καθώς όπως είναι φυσικό τα παιδιά μιμούνται και στην παιδική ηλικία το καλύτερο πρότυπο τους είναι οι γονείς. Γίνοντας μάρτυρες σε καταστάσεις βίας, σε μία παρόμοια κατάσταση υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αντιδράσουν με τον ίδιο τρόπο. Η σημαντική τιμωρία των παιδιών αυξάνει τον κίνδυνο στα παιδιά μεγαλώνοντας να γίνουν δράστες συζυγικής κακοποίησης. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που γονείς επιβραβεύουν την συμπεριφορά αυτή, θεωρώντας το διασκέδαση χωρίς να εξηγούν στα παιδιά την βλαπτικότητα του χαρακτήρα τους. Η μητέρα πολλές φορές στην προσπάθεια της, να οριοθετήσει το παιδί ελέγχοντας την συμπεριφορά του, γίνεται καταπιεστική και αρνητική. Αυτό στη συνέχεια καθιστά το παιδί δυσκολότερο στο χειρισμό. Άλλωστε οι μητέρες είτε το παιδί τους παρουσιάζει μια διαταραχή είτε όχι δρουν συνήθως με τον ίδιο τρόπο.

Περνώντας στις σχέσεις με τους συνομηλικούς πολύ συχνά θα παρατηρήσουμε στην ομάδα αυτή των παιδιών να συνδέεται με απόρριψη, η οποία οδηγεί περαιτέρω σε μεγαλύτερη επιθετική συμπεριφορά. Τα παιδιά αποκτούν μια αρνητική φήμη και αναζητούν ομάδες αποδοχής, οι οποίες, συνήθως είναι εκείνες, που απαρτίζονται από αντικοινωνικά παιδιά τα οποία ενισχύουν το ένα την συμπεριφορά του άλλου. Σημαντικός προάγγελος Δ.Σ.(Διαταραχή Συμπεριφοράς) είναι η εφηβική εγκυμοσύνη καθώς και η πρόωγη σεξουαλικότητα. Οι Moffit και Lynam υποστηρίζουν, πως ένα μεγάλο μέρος της αιτιολογίας για την Δ.Σ. και την ΔΕΠ-Υ, αποδίδεται σε

νευροψυχολογικές δυσλειτουργίες που οδηγούν σε μια δύσκολη ιδιοσυγκρασία (Azeredo, Moreira, & Barbosa, 2018, Antshel & Russo, 2019, Kering & Wenar, 2008).

### 2.6.2 Θεραπευτική Παρέμβαση

Συνήθως χρησιμοποιούμε την έκφραση πως «τα παιδιά κάνουν πάντα αυτό που βλέπουν». Για τον λόγο αυτό, το θεραπευτικό πλάνο θα ξεκινήσει με πρωταγωνιστή την οικογένεια, που είναι άλλωστε πρωταγωνιστής και την ίδια ζωή του παιδιού. Η εκπαίδευση των γονέων θα βοηθήσει στην καλύτερη διαχείριση της συμπεριφοράς από τους ίδιους, αφού θα εστιάσει στην τροποποίηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του γονέα και του παιδιού με σκοπό να ενισχύεται η προκοινωνική συμπεριφορά και όχι αυτήν του εξαναγκασμού. Επιπλέον η χρήση της ήπιας τιμωρίας όπως για παράδειγμα, η βραχύχρονη παύση, θα βοηθά και θα ηρεμεί περισσότερο το παιδί σε σχέση με μία αρκετά αυστηρή και ενδεχόμενος βίαιη τιμωρία που θα το εξαγριώνει παραπάνω αλλά και θα του αποτυπώνει ακόμη περισσότερες εικόνες παραβατικότητας. Παράλληλα στο πλαίσιο της οικογένειας είναι δυνατόν να διενεργηθούν παρεμβάσεις με κεντρικό θέμα αυτού του είδους τις προβληματικές συμπεριφορές και με την παρουσία όλων των μελών της οικογένειας, να εξελίσσεται η επικοινωνία μέσα από μία συζήτηση για την επίλυση αυτών των συμπεριφορών. Τα παιδιά επίσης θα ήταν καλό μέσα από την θεραπεία να μάθουν στους εαυτούς τους, να αναλογίζονται τις συνέπειες των πράξεων πριν καν αυτές διαπραχθούν ώστε να αποφευχθεί κάθε είδους ανάλογης συμπεριφοράς (Azeredo, Moreira, & Barbosa, 2018).

## 2.7 Αγχώδεις Διαταραχές

Η ΔΕΠ-Υ είναι η πρώτη διαταραχή, που αναπτύσσεται, και τα παιδιά που εμφανίζουν έντονα συμπτώματα, ΔΕΠ-Υ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη ψυχιατρικών ιδιοτήτων. Το άγχος αποτελεί την πιο συχνή μορφή έκφρασης των ψυχιατρικών διαταραχών. Συχνά συγγέουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, με τα δικά της. Η συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και άγχους είναι, συχνή και σε ασθενείς με ΔΑΦ, τόσο σε ιδιοπαθή όσο και σε συνδρομές μορφές, όπως είναι το σύνδρομο του εύθραυστου Χ, το σύμπλεγμα της φυματιώδους σκλήρυνσης κ.α. Η εκδήλωση των διαφόρων συμπτωμάτων του άγχους στην ΔΕΠ-Υ, αποτελεί απόρροια της ποικιλόμορφης επιρροής σε κοινωνικά πλαίσια, γενικευμένα ή και πανικού, που μπορεί να εμφανιστούν εξαιτίας της συννοσηρότητας. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, από τους κλινικούς, μπορεί να αλλάξει πορεία, προκειμένου να υπάρξουν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η Αγχώδης Διαταραχή είναι μία ομάδα διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από έντονο και χρόνια άγχος. Κάποια από τα χαρακτηριστικά τους είναι πως, διαθέτουν μια σχετικά άθικτη επαφή με την πραγματικότητα, έχει μακρά διάρκεια και ότι τα συμπτώματα δεν επιδρούν άμεσα επηρεάζοντας τους κοινωνικούς κανόνες. Ενώ δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, τα κορίτσια ήδη από την ηλικία των 6 ετών έχουν διπλάσιες πιθανότητες σε σχέση με τα αγόρια να έχουν βιώσει κάποια αγχώδη διαταραχή. Οι Souza και συν (2006) ανέφεραν μεγάλο επιπολασμό διαταραχών άγχους στον παιδικό πληθυσμό με διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με το DSM-IV, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή είχε 12,8%, η Κοινωνική Φοβία 3,84%, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού 3,8%. Το άγχος φαίνεται να είναι συχνότερο σε ασθενείς με ΔΕΠ-Υ, χωρίς να υπάρχει κάποια τεκμηριωμένη άποψη σχετικά με την εγκυρότητα της επιρροής προκαλεί, η μία στην άλλη. Η ταραχή που προκαλούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, έχουν αντίκτυπο όπως αναφέραμε και παραπάνω σε πολλά κοινωνικά ακαδημαϊκά και συναισθηματικά πλαίσια, γεγονός που ενισχύει την εντατικότερη και συχνότερη προσκόλληση άγχους στα παιδιά. Δεν είναι περίεργο έτσι, η αυτοεκτίμηση των παιδιών αυτών, να είναι χαμηλή, προβληματίζοντας την οικογένεια και οδηγώντας την πολλές φορές σε συγκρούσεις και διαφωνίες. Οι οικογενειακοί δεσμοί κλονίζονται και η μητέρα δεν μπορεί να διαχειριστεί απόλυτα τις συμπεριφορικές εναλλαγές του παιδιού της, διαχέονται στην έντονα αγχωμένη έκφραση συναισθήματος με αρνητισμό, δυσαρέσκεια κλπ. Βέβαια, η μητέρα κατέχει σημαντικό ρόλο, αφού το άγχος κατά τη

διάρκεια της εγκυμοσύνης διαταράσσει το έμβρυο και του αποδίδει ενδεχομένως ορισμένα ίχνη των χαρακτηριστικών αυτών (Overgaard, et al., 2015, Wilens & Spencer, 2010).

### 2.7.1 Παιδική Ηλικία

Μέσα από μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2008, μελετήθηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά παιδιών με ΔΕΠ-Υ και Αγχώδεις Διαταραχές, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά εμφάνιζαν συννοσηρότητα, περισσότερο με άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα, περισσότερα προβλήματα προσοχής και ήταν λιγότερο ικανά κοινωνικά από εκείνα που είχαν μόνο ΔΕΠ-Υ ή μόνο μία από τις αγχώδεις διαταραχές. Μια άλλη παρατήρηση που υποδηλώνει, ότι η ύπαρξη των δυο διαταραχών επιδρά δραστικά στην εξέλιξή τους ήταν, πως ενώ τα παιδιά παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ περίπου 2,5 ετών, τώρα σε συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές εμφάνισαν συμπτώματα περίπου 5,2 ετών. Επιπλέον τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ), δεν παρατηρήθηκε κανένα έλλειμμα στον ανασταλτικό έλεγχο, όπως η διατήρηση κανόνων, η ανίχνευση ερεθισμάτων, η επιλογή και εκτέλεση δράσης. Η κοινωνική φοβία είναι μία από τις αγχώδεις διαταραχές, που δηλώνει έντονο, επίμονο φόβο και σύγχυση και είναι αρκετά συχνή σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Τα παιδιά κλονίζονται από την ένταση των συμπτωμάτων, δεν είναι αποδοτικά και χάνουν πολύτιμο χρόνο εκμάθησης από το σχολείο.

### 2.7.2 Εφηβική ηλικία

Ο επιπολασμός των διαταραχών άγχους σε ασθενείς με ΔΕΠ-Υ, αυξάνεται μετά και κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι διαταραχές αυξάνουν το έλλειμμα της λειτουργικής μνήμης και βιώνουν αυξημένη κοινωνική και οικονομική βλάβη. Οι ασθενείς έδιναν περισσότερη προσοχή σε μη στοχευμένα ερεθίσματα και κατέληξαν ότι, η προσθήκη άγχους στην υπάρχουσα ΔΕΠ-Υ και ψυχιατρικών διαταραχών δεν σχετίζεται με το φύλο ή τους υποτύπους της ΔΕΠ-Υ, ώστε να προβλέπουν την επιμονή της, στην ενήλικη ζωή (Kering & Wenar, 2008, Wilens, Biederman, & Spencer 2002, D'Agati, Curatolo, & Mazzone, 2019).

### 2.7.3 Θεραπευτική Παρέμβαση

Σε μια συννοσηρή κατάσταση με ΔΕΠ-Υ και ψυχικές διαταραχές, η θεραπεία του άγχους και της ανησυχίας είναι βέβαιο ότι αποκτά δευτερεύοντα ρόλο. Αποτελεί πάντα πρόκληση για τους κλινικούς, η εύρεση ενός μεθοδευμένου θεραπευτικού πλάνου, που θα καταφέρει να κατευνάσει και τις δύο διαταραχές. Στην καθημερινή κλινική πρακτική, εάν ένας ασθενής έχει μία αγχώδη διαταραχή που ακολούθησε τη ΔΕΠ-Υ, η θεραπεία της δεύτερης μπορεί να τεθεί προτεραιότητα, έτσι ώστε να διαπιστώσουν εάν η βελτίωση της ΔΕΠ-Υ θα οδηγούσε επίσης και σε μείωση του άγχους. Μια αρκετά ευρέως γνωστή μορφή θεραπείας είναι η CBD, που αποτυπώνει τη λειτουργία ακαδημαϊκών και κοινωνικών λειτουργιών, θεραπεύοντας και κατευθύνοντας τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Βέβαια πολλές φορές η συννοσηρότητα αυτή, δεν θα αρκестεί σε μία ομαδική αλληλεπίδραση, αλλά θα αναζητήσει μία αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή.

- **Θεραπεία μεθυλφαινιδάτη:** η εφαρμογή της θεραπείας από το σκεύασμα της μεθυλφαινιδάτης οδήγησε σε αντικρουόμενες απόψεις. Αξιολογήθηκε η θεραπεία με MPH κατά τη διάρκεια που οι ασθενείς εξασκούνταν σε μία άσκηση κάνοντας χρήση της μνήμης εργασίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πώς η MPH βοήθησε στη βελτίωση της μνήμης εργασίας σε παιδιά με μόνο ΔΕΠ-Υ αλλά όχι σε ασθενείς με συνυπάρχουσα κατάσταση. Ορισμένες μελέτες μάλιστα υποστηρίζουν ότι η συννοσηρότητα αυτών των διαταραχών υπό την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, προκαλεί δυσάρεστες παρενέργειες. Η βελτίωση της κοινωνικής γνώσης και της αναγνώρισης συναισθημάτων, που σχετίζονται με το MPH, μπορεί να συμβάλλουν στη μείωση των συμπτωμάτων Κοινωνικού Άγχους και Κοινωνικής Φοβίας. Μία δεύτερη επιλογή είναι τα Ψυχοδιεγερτικά, που ενώ πιστεύουμε ότι μπορούν να κατεβάσουν το άγχος θα πρέπει να το διαψεύσουμε. Αν και ο εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) θεωρείται η πρώτη γραμμή θεραπείας σε παιδιά με Αγχώδεις Διαταραχές, έχουν λιγότερη ή καθόλου αποτελεσματικότητα στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (Waxmonsky, 2003). Η παρουσία συμπτωμάτων ADHD μπορεί να μειώσει την ανταπόκριση των συμπτωμάτων άγχους σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα (D'Agati, Curatolo, & Mazzone, 2019, Kering & Wenar, 2008, Wilens, Biederman, & Spencer, 2002).

## 2.8 Συναισθηματικά Αστάθεια

Η συναισθηματική αστάθεια περιγράφει ένα συγκεκριμένο, μη προσαρμοστικό μοτίβο της διαταραχής συναισθημάτων που χαρακτηρίζεται από υπερβολικά γρήγορη ή και έντονη συναισθηματική μεταβλητότητα, που οδηγεί σε αδυναμία διατήρησης μιας σταθερής συναισθηματικής κατάστασης, δηλαδή συναισθηματικής ομοιομορφίας. Η αστάθεια μπορεί να εκδηλώνεται άμεσα και γρήγορα μέσω μιας συναισθηματικής αντίδρασης σε ένα εσωτερικό ή εξωτερικό ερέθισμα. Η έκδηλη αμεσότητα και ισχύ, αυτών των αντιδράσεων μπορεί να επηρεάσει και να εμποδίσει την χρήση των γνωστικών στρατηγικών, δηλαδή γνωστική επανεκτίμηση και τις ρυθμιστικές συμπεριφορές, δηλαδή συναισθηματική καταστολή. Διαχρονικά ένα παιδί συναισθηματικά ασταθές και ευεπηρεάστο, θεωρείται έως και αδύνατον να κατακτήσει ανώδυνα μία συναισθηματική ομοιόσταση. Τα παιδιά αυτά με υψηλή Συναισθηματική Αστάθεια περιγράφονται συχνά ως, συναισθηματικά διεγερτικά, απρόβλεπτα και ευερέθιστα. Η συναισθηματική αστάθεια έχει συνδεθεί με κακή ανοχή στην απογοήτευση, υψηλότερα επίπεδα θετικών και αρνητικών επιπτώσεων σε εξωτερικές και εσωτερικές δυσκολίες και μεγαλύτερη λειτουργική βλάβη μεταξύ παιδιών με και χωρίς ADHD (Overgaard, et al., 2015).

Η ΔΕΠ-Υ συχνά σχετίζεται με συμπτώματα συναισθηματικής αστάθειας. Έχει από καιρό αναγνωριστεί, ως κοινή περιοχή δυσκολίας μεταξύ παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αφού πολλές μελέτες έχουν δείξει μεγαλύτερη Συναισθηματική Αστάθεια στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, από τα παιδιά χωρίς την διαταραχή. Παρατηρούνται έντονες μεταβολές συναισθήματος, δυσκολίες στην αναστολή αρνητικής αντιδραστικότητα και σαφώς περισσότερη συναισθηματική μεταβλητότητα. Η έντονη συναισθηματική αστάθεια, που βιώνουν οι ασθενείς αποτέλεσε για τους κλινικούς κίνητρο, ώστε να εξερευνηθούν και να καταλήξουν σε ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό πλάνο. Δεν αποτέλεσε έκπληξη η έντονη διασύνδεση ανάμεσα σε Ε.Δ. και ΔΕΠ-Υ, αφού και η ίδια παρουσιάζει υψηλά ποσοστά δυσλειτουργίας συναισθημάτων. Παρόμοια συσχέτιση έχει υποστεί και η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή. Δεν υπάρχει λεπτομερής εξήγηση για την διασύνδεση των δύο διαταραχών, σίγουρα όμως επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους. Η ανεπαρκής ρύθμιση

θεωρείται συνέπεια της ανεπαρκούς αναστολής του εκτελεστικού ελέγχου. Ωστόσο ενώ η ΔΕΠ-Υ, σχετίζεται με τροποποιημένη συναισθηματική αντιδραστικότητα και μειωμένες δυνατότητες ρύθμισης του συναισθήματος, τα δεδομένα δείχνουν μέτρια συσχέτιση με τον ανασταλτικό έλεγχο των παρορμήσεων. Είναι πιθανό όμως ότι, η συναισθηματική αστάθεια επηρεάζει τη συναισθηματική και συμπεριφορική λειτουργία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, λόγω επίδρασης της Συναισθηματικής Αστάθειας με τον πυρήνα έλλειψης εγγενούς αυτοελέγχου και ρύθμισης συναισθημάτων. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι, η Συναισθηματική Αστάθεια και η παρορμητική συμπεριφορά οδηγούν σε μειωμένη ικανότητα συμμετοχής σε διαδικασίες συναισθηματικά υψηλότερων αναστολών και ρύθμισης συναισθηματικής πίεσης. Αυτό σημαίνει ότι ουσιαστικά η διατάραξη των συναισθημάτων δεν έχει τόσο μεγάλη ισχύ όταν προκύπτουν καταστάσεις με υψηλότερα ποσοστά προσοχής και παρορμητική συμπεριφοράς (Overgaard, et al., 2015, Rosen, Walerius, Fogleman, & Factor, 2015).

Για την επικύρωση των παραπάνω, οι μελετητές πραγματοποιούν έρευνες για την επιβεβαίωση των υποθέσεών τους. Παιδιά, 102 σε αριθμό διαγνωσμένα με ΔΕΠ-Υ και μη (56 με ΔΕΠ-Υ, 46 χωρίς ΔΕΠ-Υ) συμμετείχαν σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε. Όλα όσα διέθεταν διάγνωση ΔΕΠ-Υ, πληρούσαν τα κριτήρια, ενώ μέσα σε αυτά συναντήθηκαν 29 παιδιά που πλήρως κριτήρια για Διαταραχή Διαγωγής και κάποια, συννοσηρότητα άγχους. Ορισμένα από τα διαγνωσμένα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, χρειάστηκε να λάβουν φαρμακευτική αγωγή, της οποίας η δόση έμεινε σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της Μελέτης. Χρησιμοποιήθηκε το ERC, ώστε να συμπληρωθεί από τους γονείς με βάση τη συναισθηματική αντίδραση των παιδιών και η σύντομη φόρμα παιδικού καταθλιπτικού αποθέματος, χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των αντιλήψεων της συναισθηματικής λειτουργίας των παιδιών.

Τα τρέχοντα ευρήματα, δεν παρατήρησαν ιδιαίτερες διαφορές στη Συναισθηματική Αστάθεια ανάμεσα στα παιδιά με και χωρίς ΔΕΠ-Υ. Αντί αυτού τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, συνολικά η Συναισθηματική Αστάθεια σχετίζεται στους μεν και στους δε, με την παρουσία εξωτερικής ή εσωτερικής διαταραχής. Ωστόσο η Συναισθηματική Αστάθεια που αναφέρθηκε από τους γονείς, όπως και οι συναισθηματικές δυσκολίες, οι συναισθηματικές αντιδράσεις, δεν σχετίζονται αλλά δρουν ανεξάρτητα της ΔΕΠ-Υ. Η αξιολόγηση έγινε με βάση το EMA και την παρατήρηση, για σωστή αντιπροσώπευση των αποτελεσμάτων με την πάροδο του χρόνου (Rosen, Walerius, Fogleman, & Factor, 2015, Sobanski, et al., 2010).



Μία επιπλέον μελέτη που πραγματοποιήθηκε είχε ως στόχος να διερευνήσει τη φαινομενολογία και τις συσχετίσεις των συμπτωμάτων Συναισθηματικής Αστάθειας με τη ΔΕΠ-Υ και τη συσχέτισή τους με τον πυρήνα των συμπτωμάτων της, τις ψυχιατρικές διαταραχές και τους παράγοντες που προβλέπουν τη σοβαρότητα της συναισθηματικής αστάθειας στην ΔΕΠ-Υ. Το δείγμα αποτελείται από παιδιά και εφήβους με Συνδυασμένο Τύπο ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το DSM-IV. Στοιχεία που σε περίπτωση ύπαρξης απέκλειαν τους συμμετέχοντες αφορούσαν κυρίως τα αδέρφια, σε περίπτωση διάγνωσης του με ΔΑΦ, επιληψία, IQ κατώτερο του 70, εγκεφαλικές διαταραχές και οτιδήποτε άλλο σχετιζόταν με εξωτερική συμπεριφορά και μπορούσε να μιμηθεί τη ΔΕΠ-Υ. Η φαρμακευτική αγωγή αποσύρθηκε όσο ήταν δυνατό, διαφορετικά όπου ήταν απαραίτητη συμπεριλήφθηκε στην αξιολόγηση. (Sobanski, et al., 2010, Overgaard, et al., 2015).

Η μελέτη μας δείχνει ότι κλινικά η Συναισθηματική Αστάθεια εμφανίζεται σε σημαντικό βαθμό σε παιδιά, αλλά όχι σε όλα τα παιδιά και εφήβους με Συνδυασμένο Τύπο ΔΕΠ-Υ. Τα συμπτώματα φαίνεται να είναι πιο εμφανή στα κορίτσια παρά στα αγόρια, αφού και από παλιότερες παραπομπές με σοβαρή Συναισθηματική Αστάθεια το πλήθος των ασθενών ήταν γυναίκες. Η υψηλή Συναισθηματική Αστάθεια συσχετίστηκε με πιο σοβαρή ΔΕΠ-Υ στα βασικά συμπτώματα και με υψηλότερο επιπολασμό Διαταραχής Διαγωγής, άγχους, συναισθηματικών συμπτωμάτων και Κατάχρηση Ουσιών, ενώ οι αξιολογήσεις συννοσηρών ψυχοπαθολογικά συμπτωμάτων στην ομάδα χαμηλής Συναισθηματικής Αστάθειας ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά διαφορετικά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Με προηγούμενα ευρήματα, η Συναισθηματική Αστάθεια ήταν πιο έντονη, συνδεόταν με υπερκινητικά-παρορμητικά συμπτώματα παρά με απρόσεκτα συμπτώματα και σχετίστηκε ιδιαίτερα με επιθετικά συμπτώματα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα έδειξαν πολλαπλή παλινδρόμηση, δηλαδή τα υπερκινητικά-παρορμητικά συμπτώματα δεν συνέβαλαν στον βαθμό της Συναισθηματικής Αστάθειας στη ΔΕΠΥ με Συνδυασμένο Τύπο. Υψηλό επίπεδο Συναισθηματικής Αστάθειας δεν συνεπάγεται όμως απαραίτητα Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και η Ε.Π.Δ. από την πλευρά της εξηγεί μόνο το 12% των περιπτώσεων υποδεικνύοντας ότι η Συναισθηματική Αστάθεια στην ΔΕΠ-Υ δεν είναι ένα απλό φαινόμενο συνυπάρχουσας Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής. Ο αυξημένος επιπολασμός των καταθλιπτικών διαταραχών σε παιδιά με συμπτώματα Συναισθηματικής Αστάθειας, και το εύρημα πολλαπλής παλινδρόμησης με συναισθηματικά συμπτώματα προβλέπουν, ανεξάρτητα μια μικρή ποσότητα διακύμανσης Συναισθηματικής Αστάθειας, επίσης δείχνουν μια σύνδεση μεταξύ Σ.Α.

και συναισθηματικών διαταραχών στη ΔΕΠ-Υ. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με αποτελέσματα από πρόσφατες μελέτες ότι, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και η επίμονη ευερεθιστότητα, η υπερδιέγερση και η συναισθηματική υπερδραστηριότητα που χαρακτηρίζονται ως «σοβαρή διαταραχή της διάθεσης» μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο για καταθλιπτικές διαταραχές. Τέλος, ο σχεδιασμός της μελέτης είναι αδύνατον να διευκρινίσει εάν ο οικογενειακός σύνδεσμος των συμπτωμάτων της Συναισθηματικής Αστάθειας είναι αποτέλεσμα γενετικών ή κοινών περιβαλλοντικών παραγόντων. Συνεπώς, μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να διεξάγονται σε επιδημιολογικά δείγματα και να χρησιμοποιούνται περισσότερο λεπτομερείς μετρήσεις της Συναισθηματικής Αστάθειας καθώς και γενετικά ευαίσθητα σχέδια που ενσωματώνουν κατάλληλα δεδομένα ελέγχου οικογένειας (Overgaard, και συν., 2015, Sobanski, και συν., 2010, Rosen, Walerius, Fogleman, & Factor, 2015).

## 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο

## Θεραπευτικές Παρεμβάσεις και Δραστηριότητες

Μετά την αξιολόγηση και διάγνωση της διαταραχής ακολουθεί πάντοτε η παρέμβαση. Τόσο η θεραπευτική παρέμβαση όσο και το θεραπευτικό πλάνο των δραστηριοτήτων που θα ακολουθήσει, είναι ανάλογα των συμπτωμάτων και απόλυτα εξατομικευμένα στο παιδί και τις ανάγκες του.

Υπάρχουν δεκάδες μορφές παρεμβάσεων, ώστε να καλύψουν τον κάθε ασθενή και να ταιριάζουν στην προσωπικότητά του. Η πρώτη παρέμβαση προλαμβάνει και ενδεχομένως επιφέρει πιο γρήγορα αποτελέσματα, καθώς το παιδί μεγαλώνοντας παγιώνει συμπεριφορές, συνήθειες, τρόπους σκέψης και πρότυπα με αποτέλεσμα την εντατικοποίηση της παρέμβασης από τους λογοθεραπευτές.

Πέραν της Λογοθεραπευτικής συμμετοχής, πολλές φορές απαιτείται στους ασθενείς και φαρμακευτική αγωγή που θα συνδράμει στην προσπάθεια θεραπείας. Το κάθε περιβάλλον στο οποίο παρευρίσκεται το παιδί διαδραματίζει σημαντικό ρόλο με τη σειρά του και την δική του μορφή θεραπείας, ώστε το παιδί να ακολουθεί ένα μόνιμα οργανωμένο πλάνο. Κάθε παιδί είναι διαφορετικό και δεν υπάρχει καμία νόρμα που να εφαρμόζεται κατεξακολούθηση.

### 3.1 Πρόληψη και Πρώιμη Παρέμβαση

Οι τρέχουσες στρατηγικές θεραπείας ΔΕΠ-Υ είναι πολύτιμες αλλά έχουν μειονεκτήματα. Η θεραπεία για τη ΔΕΠ-Υ αρχίζει γενικά κατά τη διάρκεια των σχολικών ετών, αφού η κατάσταση και οι επιπλοκές της έχουν διαπιστωθεί καλά. Συνήθως η μέθοδος παρέμβασης που συνιστάται περισσότερο είναι αυτή της πολυτροπικής παρέμβασης. Οι φαρμακολογικές θεραπείες χρησιμοποιούνται ευρέως, αλλά εξακολουθεί να υπάρχει σημαντική ανεκπλήρωτη κλινική ανάγκη. Η ψυχοδιεγερτική φαρμακευτική αγωγή είναι η πιο κοινή θεραπεία ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, παρά την αποτελεσματικότητά του έχει μια σειρά από περιορισμούς, ως εξής: η κανονικοποίηση είναι σπάνια, μπορεί και αναπτύσσεται ανοχή με την πάροδο του χρόνου, οδηγώντας στην ανάγκη για αυξημένη δοσολογία. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις παραμένουν αβέβαιες. Οι επιπτώσεις εμφανίζονται μόνο κατά τη διάρκεια που η θεραπεία βρίσκεται σε δράση. Αν και σπάνια οι παρενέργειες είναι συχνές και σοβαρές, όπως θα αναφέρουμε και στην συνέχεια αναλυτικότερα (π.χ. ύπνος, μειωμένη όρεξη). Οι γονείς συχνά έχουν επιφυλάξεις σχετικά με τη χρήση φαρμάκων τα οποία έχουν ως στόχο τον έλεγχο συμπεριφοράς, όμως και η φαρμακευτική αγωγή σαν μονάδα δεν μπορεί να προσφέρει βελτίωση στην κοινωνική και ακαδημαϊκή αδυναμία. Επί του παρόντος διαθέσιμες μη φαρμακολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν τροποποίηση συμπεριφοράς στην τάξη και εκπαίδευση γονέων. Αυτά αντιπροσωπεύουν πολύτιμες εναλλακτικές λύσεις για τη στόχευση αυτών των άλλων ελλειμμάτων αλλά προσφέρουν λιγότερο έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Sonuga-Barke, και συν., 2011).

Εξακολουθεί να υπάρχει ανάγκη ανάπτυξης νέων θεραπευτικών στρατηγικών που θα επιφέρουν γενικευμένες και μακροχρόνιες βελτιώσεις σε ασθενείς με ΔΕΠ-Υ. Μια εναλλακτική λύση είναι η εφαρμογή μιας προσέγγισης που βασίζεται στην πρόληψη και στην έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση. Ο στόχος μιας τέτοιας στρατηγικής είναι να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ, ή την επιμονή της, από τις πρώτες εκδηλώσεις της. Μέσα από αυτό θα

στοχεύει στη μείωση της μακροπρόθεσμης απομείωσης για το άτομο και τη μακροπρόθεσμη επιβάρυνση για τις οικογένειες και την κοινωνία. Η πλαστικότητα του εγκεφάλου είναι μεγαλύτερη κατά τις πρώτες φάσεις ανάπτυξης. Επιπλέον, πρώιμες παρεμβάσεις μπορεί να προηγούνται και να εμποδίζουν τη δημιουργία ισχυρών συμπεριφορικών συνηθειών στο παιδί που επιδεινώνουν τα πρότυπα βλάβης και μπορεί να αυξήσουν την δεκτικότητα των γονέων και των οικογενειών και να αποφευχθεί η ανάπτυξη αρνητικών στάσεων που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ. Ομοίως, εάν τα αποτελέσματα μπορούν να διαπιστωθούν από νωρίς, τότε επιπλοκές μπορεί να αποφευχθούν (Sonuga-Barke, και συν., 2011).

Η πρόληψη μιας διαταραχής δίνει τη δυνατότητα σε γονείς και θεραπευτές και προλαμβάνει την εμφάνιση των χαρακτηριστικών και συμπτωμάτων που αποτρέπουν την εξέλιξη και ανάπτυξη της. Υπάρχει μία τυπική νόρμα που αφορά την πρόληψη και αποτελείται από μία σειρά διαδοχικών βημάτων. Στο πρώτο επίπεδο βρίσκεται η πρωτογενής πρόληψη και αφορά προγράμματα που υλοποιούνται, πριν εμφανιστεί ένα πρόβλημα και που είναι σχεδιασμένο έτσι ώστε να εμποδίσουν την εμφάνισή του. Στη συνέχεια η δευτερογενής πρόληψη αφορά τις προσπάθειες, που επικεντρώνονται στην πρώιμη αναγνώριση των προβλημάτων έτσι ώστε να προληφθεί η εξέλιξη του σε πλήρη διαταραχή. Ένα παράδειγμα θα μπορούσε να είναι μία τηλεφωνική γραμμή κρίσης για αγχωμένους γονείς που επίσης διαθέτουν περιορισμένες γονικές δεξιότητες. Στο 3ο επίπεδο βρίσκεται η τριτογενής πρόληψη που συντελείται κάπως αργότερα για να εμποδίσει την επιδείνωση ή την εμφάνιση ενός προβλήματος. Στην πραγματικότητα, το όριο μεταξύ της Πρωτογενούς πρόληψης και της παρέμβασης δεν είναι εύκαμπτο αφού, οι περισσότερες θεραπείες παιδιών στοχεύουν επίσης στην πρόληψη της επιδείνωσης της υποτροπής των προβλημάτων.

Υπάρχουν τρεις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής στρατηγικής έγκαιρης ανίχνευσης και παρέμβασης. Πρώτον, εκείνοι που χρειάζονται θεραπεία πρέπει να προσδιοριστούν επειδή, από εκείνα τα άτομα που έχουν ήδη υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία ή που βρίσκονται σε προδρομική κατάσταση, δεν θα συνεχίσουν να έχουν όλοι προβλήματα στη μετέπειτα ζωή. Δεύτερον, πρέπει να γνωρίζουμε τον καλύτερο τρόπο πρόσβασης και να ενημερώσουμε την οικογένειά, πως το παιδί ενδεχομένως να πιεστεί και να ξεσπάσει. Τρίτον, πρέπει να αναπτύξουμε θεραπείες που μπορούν να αλλάζουν αποτελεσματικά

τις αναπτυξιακές οδούς και να μειώνουν τον κίνδυνο για διαταραχή σε αυτές τις περιπτώσεις (Sonuga-Barke, και συν., 2011, Kering & Wenar, 2008).

Γενικά, στην προσχολική ηλικία, η ΔΕΠ-Υ μοιράζεται πολλά χαρακτηριστικά με τη μετέπειτα διαγνωσμένη ΔΕΠ-Υ: συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και συμπτώματα προσχολικής ηλικίας (απροσεξία, υπερδραστηριότητα και παρορμητικότητα) συγκεντρώνονται μαζί. Η δυσκολία διάκρισης εντείνεται, αφού η διάκριση τομέα υπερκινητικού -παρορμητικού και απρόσεκτου συμπτώματος είναι παρούσα στην προσχολική ηλικία, αν και τα συμπτώματα απροσεξίας είναι οι καλύτεροι προγνωστικοί των δυσκολιών. Η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με την αναπτυξιακή καθυστέρηση, την προσχολική ανικανότητα και ελλείμματα και προβλήματα σε στενές σχέσεις. Ωστόσο, ενώ για κλινικούς σκοπούς, η ΔΕΠ-Υ θεωρείται ως κατηγορία (με σαφή όρια μεταξύ του συνδρόμου και της απουσία), μια σειρά διαφορετικών πηγών δεδομένων συγκλίνουν για να υποδείξουν, ότι το όριο του συνδρόμου αντιπροσωπεύει μάλλον διαφορές σε βαθμό παρά είδος. Τα διαγνωστικά κατώφλια φιλτράρονται απαραίτητα μέσω των προσδοκιών των ατόμων που εφαρμόζουν αυτά τα πρότυπα, όπως γονείς, ασθενείς, δάσκαλοι ή κλινικοί ιατροί. Με δεδομένο αυτό, σε συνδυασμό με τα ισχυρά στοιχεία για τα πρότυπα συμπτωμάτων όπως αύξηση, επιμονή, μείωση και γενικότερη διακύμανση, διαχρονικά ορίστηκε η έννοια της εμφάνισης διαταραχής στη ΔΕΠ-Υ όσον αφορά την αυστηρή τήρηση των διαγνωστικών κριτηρίων (Jacobs & Wendel, 2010).

Το πρόγραμμα για την έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση για τη ΔΕΠ-Υ έχει πολλούς στόχους: πρώτον, να αναπτύξει έναν τρόπο αναγνώρισης των χαρακτηριστικών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ που κινδυνεύουν περισσότερο για διατήρηση και κακή έκβαση της διαταραχής. Αυτό βασίζεται σε μια προοπτική παρακολούθησης ενός μεγάλου δείγματος ατόμων που ταυτοποιήθηκαν ότι είχαν προσχολική ΔΕΠ-Υ αλλά τώρα εισέρχονται στα τέλη της εφηβείας ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση σχετικά με τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με ζητήματα πρόσβασης και παρακολούθησης προγράμματα γονέων και διευκόλυνσης της συνεχούς δέσμευσης και συμμετοχής, καθώς αυτές είναι οι βασικές προκλήσεις που σχετίζονται με αυτό το είδος παρέμβαση. Ο αντίκτυπος της μητρικής ΔΕΠ-Υ και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας που ενδεχομένως θα υπάρχουν, θα διερευνηθούν επίσης περαιτέρω. Αυτό θα παρέχει πληροφορίες στη συνέχεια, τη βάση για την προσαρμογή του NFPP ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιο αποτελεσματικά με οικογένειες υψηλού κινδύνου και τα παιδιά τους και να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της ΔΕΠ-Υ σε ομάδες παιδιών προσχολικής ηλικίας. Θα

δοθεί έμφαση στην παροχή βοήθειας αυτών των παιδιών με τις πιο πολύπλοκες ανάγκες και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας που εμφανίζονται μέσα στην οικογένεια. Επιπλέον, συγκεκριμένα στοιχεία που στοχεύουν στην αξιολόγηση και την ενίσχυση των γονέων, το κίνητρο και η ετοιμότητα για αλλαγή, θα ενσωματωθούν με τη σειρά για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της προσέλευσης και της θεραπείας. Πιστεύουμε ότι οι στρατηγικές έγκαιρης ταυτοποίησης και παρέμβασης που χρησιμοποιούν ένα ορισμένο στοιχείο καθολικής εξέτασης αντιπροσωπεύουν μια συναρπαστική βάση για θεραπευτική καινοτομία στη ΔΕΠ-Υ, που μπορεί να έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν τις υποκείμενες παθοφυσιολογικές βάσεις των αρνητικών αναπτυξιακών οδών. Ενώ αναγνωρίζει τις πολλές προκλήσεις που σχετίζονται με αυτό το είδος εργασίας, πιστεύουμε ότι προγράμματα έρευνας όπως το PEDIA αντιπροσωπεύει ένα πρώτο βήμα προς αυτόν τον στόχο. Εάν είναι επιτυχής, η ελπίδα είναι ότι μπορεί να εφαρμοστεί ευρέως σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, οδηγώντας σε σημαντική εξοικονόμηση υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της ζωής των ασθενών και βελτιώσεις στην ευημερία των παιδιών και στην ποιότητα ζωής των οικογενειών τους (Sonuga-Barke, και συν., 2011, Carbray, 2018, Purdie, Hattie, & Carroll, 2009).



## 3.2 Φαρμακοθεραπεία

Τα φάρμακα παραμένουν ο βασικός άξονας της θεραπείας για τα παιδιά, τους εφήβους και τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν πως η φαρμακοθεραπεία επιτρέπει σχεδόν την απόλυτη διαχείριση των εκφράσεων της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον υπάρχει φαρμακολογική απόκριση σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου από την παιδική εφηβική έως και την ενήλικη ζωή.

### 3.2.1 Διεγερτικά

Τα διεγερτικά φάρμακα κατέχουν την πρώτη θέση συνταγογράφησης και χορήγησης τους ασθενείς. Η δημοφιλέστερη μορφή του είναι η μεθυλφαινιδάτη (Ritalin) ακολουθούμενο από τις αμφεταμίνες (Adderall, Dexedrine) και την πεμολίνη (Cylert).

Ο αριθμός των παιδιών που λαμβάνουν διεγερτικά φάρμακα έχει αυξηθεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Οι ΗΠΑ κατέχουν το 90% της παγκόσμιας κατανάλωσης φαρμάκων. Πολλαπλές μελέτες επιβεβαιώνουν τη βελτίωση της θεραπείας έπειτα από χορήγηση φαρμάκων. Σε ποσοστό 70 έως 95% αυτό εξηγείται καθώς τα διεγερτικά επηρεάζουν και καταστέλλουν τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Επιδρούν σε μία σειρά κοινωνικών, γνωστικών και σχολικών προβλημάτων. Όσον αφορά τα κοινωνικά προβλήματα, τα διεγερτικά βελτιώνουν τη σχέση του παιδιού και της μητέρας και γενικότερα της αλληλεπίδρασης εντός της οικογένειας, ελαττώνοντας την αυταρχικότητα και την επιθετικότητα προς τους συνομηλίκους και αυξάνοντας την ικανότητα ανεξάρτητης εργασίας και παιχνιδιού. Όσον αφορά τις γνωστικές μεταβλητές βελτιώνεται η βραχυπρόθεσμη μνήμη και η χρήση στρατηγικών που κατέχει το παιδί. Στο σχολικό περιβάλλον περιορίζονται οι μαθησιακές δυσκολίες, η διατάραξη στην ώρα του μαθήματος και αυξάνεται η

ποσότητα και η ακρίβεια του σχολικού έργου (Childress & Stark, 2018, Kering & Wenar, 2008, Patel & Curtis, 2007).

Τα διεγερτικά πρέπει να ξεκινούν από την χαμηλότερη δόση μία φορά τη μέρα και να αυξάνονται κάθε τρεις με επτά μέρες, με βάση την αποδοτικότητά τους ή διαφορετικά την πρόκληση παρενεργειών. Οι αμφεταμίνες έχουν χρόνο δράσης 60 λεπτών και διάρκεια 6 έως 8 ώρες. Η αυξημένη όμως, ζήτηση και απαίτηση για την εξέλιξη των φαρμάκων οδήγησε, στην παρασκευή νέας έκδοσης διεγερτικών με προφίλ διαρκείας 8 έως 12 ώρες. Τα διεγερτικά καλύπτουν και επιδρούν στο μεγαλύτερο εύρος των ηλικιών. Πολλοί εκπαιδευτικοί ακόμη, απαιτούν τη φαρμακευτική αγωγή των παιδιών με σκοπό την καλύτερη έκβαση του μαθήματος. Δεν λείπει βέβαια και ο αντίποδας εκείνον που υποστηρίζουν, πως η θεραπεία μπορεί να επέλθει με πιο άμεσους τρόπους, αλληλεπίδρασης και συμπεριφορικής παρέμβασης.

Μέσα από μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε με ασθενείς ΔΕΠ-Υ και ύπαρξη Τικ, η χορήγηση των διεγερτικών, μπορεί να εξαλείψει την εντατική εμφάνιση των συμπεριφορών της ΔΕΠ-Υ αλλά τα Τικ επιδεινώνονταν στην διεγερτική έκθεση. Βλέπουμε ωστόσο, ότι τα διεγερτικά δεν μας αποδίδουν απόλυτα θετικά αποτελέσματα, υπάρχουν παρενέργειες, όπως η μείωση της όρεξης, ο πονοκέφαλος, κοιλιακοί πόνοι, αϋπνία, απώλεια βάρους, μείωση του θετικού αισθήματος και ευερεθιστότητα. Επίσης δεδομένα δείχνουν ποσοστά ξαφνικών και καταστροφικών δυσμενών καρδιαγγειακών επιδράσεων. Επομένως οι οικογένειες σε συνεργασία και επικοινωνία με τους ειδικούς, πρέπει να καταλήγουν στη χορήγηση ή μη των αντίστοιχων φαρμάκων (Kering & Wenar, 2008, Wilens & Spencer, 2010, Wilens, Biederman, & Spencer, 2002, Heward & Lee, 2011).

### 3.2.2 Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αν και δεν έχουν μελετηθεί, ευρέως τόσο, όσο τα διεγερτικά φάρμακα, διαθέτουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα. Αποτελούν, φαρμακευτική αγωγή δεύτερης επιλογής για θεραπεία ΔΕΠ-Υ, παιδιών που δεν ανταποκρίνονται στα διεγερτικά ή που αναπτύσσουν σοβαρές, καταθλιπτικές ή άλλες παρενέργειες.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως, η ιμιπραμίνη είναι αποτελεσματική στον έλεγχο μη φυσιολογικών συμπεριφορών και βελτίωσης των γνωστικών διαταραχών της ΔΕΠ-Υ, όχι όμως στο μέγεθος και την πλειονότητα που καλύπτεται από τα διεγερτικά. Τα τρικυκλικά (TCAs) είναι ιδιαίτερα χρήσιμα όταν οι υπόλοιπες φαρμακευτικές θεραπείες αποτυγχάνουν, ή/και όταν υπάρχει άγχος, Διαταραχή Διαγωγής, υπνηλία και Κατάθλιψη, συμπτώματα τα οποία συνυπάρχουν με την ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και συννοσηρές αγχώδεις διαταραχές, Κατάθλιψη ή μυοσπασμούς, μπορεί να ανταποκρίνονται καλύτερα στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σε σχέση με τα διεγερτικά. Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες περιλαμβάνουν, καταστολή, αύξηση βάρους, ξηροστομία και δυσκοιλιότητα. Τα επίπεδα στο αίμα πρέπει να παρακολουθούνται και να μετρούνται περιστασιακά, δεδομένου, ότι τα Τρικυκλικά παρατείνουν την καρδιακή επαναπόλωση, συνιστάται παρακολούθηση μέσω ηλεκτροκαρδιογραφήματος. Επιπλέον υπάρχει πιθανότητα μείωσης της αποτελεσματικότητας με τον χρόνο. Τα Τρικυκλικά είναι θανατηφόρα σε μεγάλες δόσεις για αυτό πρέπει να φυλάσσονται και να αποθηκεύονται προσεκτικά (Kering & Wenar, 2008, Wilens & Spencer, 2010).

### 3.2.3 Ατομοξετίνη

Ο κύριος στόχος της θεραπείας για ασθενείς με ΔΕΠ-Υ είναι η βελτίωση της ψυχολογικής λειτουργίας (συμπεριλαμβανομένης της ακαδημαϊκής, της οικογενειακής και της κοινωνικής λειτουργίας), δηλαδή τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Και για τα δύο συνίσταται, φαρμακολογικές θεραπείες, καθώς και Ψυχοεκπαίδευση. Οι τρέχουσες οδηγίες θεραπείας συνιστούν τη χρήση πρώτης γραμμής ψυχοδιεγερτικών (π.χ. μεθυλφαινιδάτη) και/ή ψυχοκοινωνική παρέμβαση για τη θεραπεία παιδιών (ηλικίας άνω 6 ετών) και εφήβους με ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα εάν δεν είναι συννοσηροί. Οι θεραπείες δεύτερης γραμμής περιλαμβάνουν διαφορετικό διεγερτικό ή ατομοξετίνη. Στην περίπτωση ασθενών με ΔΕΠ-Υ και συννοσηρό άγχος, η θεραπεία πρώτης γραμμής είναι είτε ατομοξετίνη (για τη θεραπεία και των δύο διαταραχών) είτε ως διεγερτικό (για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ) συν έναν αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης (για τη θεραπεία του άγχους). Έπειτα από την χορήγηση της, απαιτεί τουλάχιστον 4 έως 6 εβδομάδες, ώστε να δείξει πλήρες αποτελέσματα. Προτιμάται κυρίως σε ασθενείς, όπου η κατάχρηση ουσιών αποτελεί πρόβλημα-ανησυχία. Όμως η χρονική καθυστέρηση που παρατηρείται με την ατομοξετίνη υπογραμμίζει την ανάγκη, να

συμβουλευόνται οι ασθενείς ώστε να δείξουν υπομονή σε αυτό το φάρμακο (Garnock-Jones & Keating, 2009, Sonnack & Brennehan, 2014).

Η ατομοξετίνη μπορεί επίσης να είναι θεραπεία πρώτης γραμμής για ασθενείς με συννοσηρότητα το Σύνδρομο Tourette. Ασθενείς που δεν μπορούν να πάρουν διεγερτικά εξαιτίας, μιας διαταραχής κατάχρησης ενεργών ουσιών ή προηγούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών συνιστάται να λαμβάνουν ατομοξετίνη ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Ενώ τα σκευάσματα άμεσης αποδέσμευσης μεθυλφαινιδάτης και αμφεταμινών έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά σε ΔΕΠ-Υ, απαιτούν πολλαπλές ημερήσιες δόσεις για να επιτευχθεί το βέλτιστο. Τα παρασκευάσματα παρατεταμένης αποδέσμευσης διεγερτικών, μιας φορά την ημέρα, είναι εξίσου αποτελεσματικά με την άμεση απελευθέρωση και είναι πιο εύκολα στη διαχείριση. Ωστόσο, μπορεί να σχετίζονται με φαρμακοκινητική μεταβλητότητα, καθώς βασίζονται στο pH και στο χρόνο γαστρεντερικής διέλευσης για την παράδοση του δραστικού συστατικού. Επιπλέον σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ και κλινικά σημαντικό άγχος, η ατομοξετίνη ανταποκρίθηκε επίσης ευνοϊκά με μειώσεις και στις δύο διαταραχές. Έχει καθοριστεί ότι υψηλότερες δόσεις σχετίζονται με καλύτερη ανταπόκριση στη ΔΕΠ-Υ και παράλληλα στον έλεγχο συμπτωμάτων διάθεσης, της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής και την ενδοοικογενειακή λειτουργία. Επιπλέον μία θεραπεία 12 εβδομάδων σε ομάδα αποστασιοποιημένων αλκοολικών, μείωσε σημαντικά την έντονη κατανάλωση και τις εκδηλώσεις της ΔΕΠ-Υ (Garnock-Jones & Keating, 2009, Sharma & Couture, 2013).

Η χορήγηση της ατομοξετίνης πραγματοποιείται μία φορά την ημέρα, συνήθως το πρωί ή δύο, αν λαμβάνεται σε διαιρεμένες δόσεις. Αν και η άμεση χορήγηση βελτιώνει την συμμόρφωση θεραπείας, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης περισσότερων παρενεργειών. Η ατομοξετίνη είναι γενικά ανεκτή λόγω παρενεργειών, μιας και αναφέρεται ότι είναι λιγότερες από εκείνες των διεγερτικών. Ωστόσο απαιτούνται προειδοποιήσεις σχετικά με ναυτία, εχθρότητα, ευερεθιστότητα ή και αυτοκτονία. Επιπλέον δεν πρέπει να παραλείπεται η αναφορά για ηπατοτοξικότητα σε παιδιά και εφήβους. Όπως αναφέρεται και στην έκδοση του FDA (2005). Αν και η ηπατική δυσλειτουργία δεν παρατηρείται συχνά, σε περίπτωση υποψίας οι αρχικές δόσεις θα πρέπει να μειωθούν (Kering & Wenar, 2008, Wilens, Biederman, & Spencer, 2002, Garnock-Jones & Keating, 2009).

Η ατομοξετίνη είναι το πρώτο φάρμακο που δεν έχει ταξινομηθεί ως διεγερτικό εγκεκριμένο για ΔΕΠ-Υ και, σε αντίθεση με τα διεγερτικά, δεν είναι ελεγχόμενη ουσία. Επίσης, έχει ελάχιστες έως καθόλου δυνατότητες κατάχρησης ή κακής χρήσης. Το ζήτημα της διεγερτικής κατάχρησης είναι, ωστόσο, αμφιλεγόμενο. Έχει δηλωθεί ότι οι ασθενείς που χορηγούνται, δοσολογίες διεγερτικών για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ, δεν έχουν κανονικά πρόβλημα κατάχρησης. Στην πραγματικότητα, υπάρχει η δυνατότητα ότι η διεγερτική θεραπεία μπορεί να μειώσει την πιθανότητα ουσίας κακοποίησης σε ασθενείς με ΔΕΠ-Υ. Δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στον κίνδυνο εκτροπής διεγερτικών άμεσης αποδέσμευσης για αναψυχή ή βελτίωση της απόδοσης (σκευάσματα εκτεταμένης αποδέσμευσης μπορεί να χρησιμοποιείται, αλλά είναι πιο δύσκολο να εξαχθεί το φάρμακο). Η ατομοξετίνη, παρά τον χρόνο ημιζωής λίγο περισσότερο από 3 ώρες, παρουσιάζει αποτελεσματικότητα το βράδυ. Εάν χορηγηθεί ως πρωινή δόση μπορεί να χορηγηθεί και σε δύο ομοιόμορφα κατανομημένες δόσεις. Ωστόσο, μια πρόσφατη μελέτη έχει δείξει ότι ο κίνδυνος ορισμένων ανεπιθύμητων ενεργειών μπορεί να είναι μικρότερος εάν η ατομοξετίνη ξεκινά ως ένα σχήμα δύο φορές την ημέρα. Απαιτούνται μελλοντικές δοκιμές για να επιβεβαιωθεί αυτή η δυνατότητα. Οι αλληλεπιδράσεις φαρμάκων είναι επίσης ανησυχητικές και πρέπει να ληφθούν υπόψιν πριν από την συνταγογράφηση και χορήγηση της ατομοξετίνης της. Η ατομοξετίνη, όπως και τα διεγερτικά, δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ανεξέλεγκτη υπέρταση, δομικές καρδιακές ανωμαλίες, καρδιομυοπάθεια και ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού. Σε περίπτωση χορήγησης, αυτά τα φάρμακα δεν πρέπει να αποσυρθούν ξαφνικά λόγω κινδύνου υπερτασικής κρίσης, και ως εκ τούτου, οι ασθενείς ή οι γονείς τους θα πρέπει να εκπαιδεύονται για την αναγκαία τέλεια προσκόλληση. Συνιστάται απόσυρση 1 έως 2 εβδομάδων για αυτά τα φάρμακα εάν πρέπει να διακοπεί και καρδιακά θα πρέπει να πραγματοποιείται παρακολούθηση σε άτομα με καρδιαγγειακά προβλήματα.

Η πεποίθηση που στέκεται ως αρχή στον ιατρικό πληθυσμό και θέτει σε κίνδυνο πληθώρα ασθενών είναι η άποψη ότι, τα φάρμακα αποτελούν λύση για όλα τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και ότι μία δόση τους καλύπτει όλους. Αυτή η άποψη στηρίζεται και τροφοδοτείται από τα θετικά αποτελέσματα και αντικρίσματα των ασθενών στις συνταγογραφήσεις, εμποδίζουν όμως, την πρόοδο και ανεύρεση ουσιαστικής και αποτελεσματικής βοήθειας στα παιδιά. Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως, η ΔΕΠ-Υ συνοδεύεται από ένα εύρος προβλημάτων. Η φαρμακοθεραπεία παρά την αποτελεσματικότητά της, δεν μπορεί να τα λύσει όλα. Δεν μπορεί να παρέχει με έναν τρόπο, την δυνατότητα απόκτησης σχολικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, που

τα παιδιά ως τότε δεν κατάφεραν να εξελίξουν. Δεν βοηθάει τόσο στις μαθησιακές δυσκολίες και δεν λύνει όλες τις αδυναμίες που προκύπτουν από τις προσπάθειες των γονέων(που συχνά έχουν και οι ίδιοι ασθενείς με ΔΕΠ-Υ) να αντιμετωπίσουν τα διαταραγμένα παιδιά τους. Παράλληλα το ότι πραγματοποιείται μία δόση, παρόλο που η φαρμακοθεραπεία είναι αρκετά αποτελεσματική δεν σημαίνει ότι οι αντιδράσεις των παιδιών δεν θα διαφέρουν. Για ένα συγκεκριμένο παιδί κάποια συμπτώματα και κάποια από τα προβλήματα μπορεί και να βελτιωθούν ενώ άλλα μπορεί να μην επηρεαστούν και καθόλου. Επίσης υπάρχει μία μεγάλη πιθανότητα να βελτιωθεί η επίδοση ενός παιδιού σε ένα συγκεκριμένο μάθημα αλλά όχι σε κάποιο άλλο για λόγους ακόμα τους οποίους δεν τους γνωρίζουμε (Sharma & Couture, 2013, Wilens & Spencer, 2010, Garnock-Jones & Keating, 2009).

### 3.3 Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις

#### 3.3.1 Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία

Οι αρχές και οι μέθοδοι της εφαρμοσμένης ανάλυσης συμπεριφοράς, παρέχουν στους γονείς και εκπαιδευτικούς τα απαραίτητα εφόδια, για την διαμόρφωση ενός ευέλικτου μοτίβου διδασκαλίας αλλά και συμβίωσης με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Τα τελευταία χρόνια η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία CBT είναι μία από τις πιο εκτεταμένες ερευνητικές προσεγγίσεις. Η μορφή της μπορεί να πάρει δύο όψεις, ατομική και ομαδική. Με το πέρασμα του χρόνου όλο και μεγαλύτερο πλήθος γονέων επιλέγουν την CBT, ως κύρια μορφή θεραπείας των παιδιών τους με ΔΕΠ-Υ καθώς περιλαμβάνει στο θεραπευτικό της πλάνο πλήθος, δεξιοτήτων (Coelho , Fernandes Barbosa , Rizzutti, Amodeo Bueno, & Miranda , 2017, Sprich, Burbridge, Lerner, & Safren, 2015).

#### ΓΟΝΕΙΣ

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν αποδειχθεί, ότι μειώνουν τις διαταραχές συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και αυξάνουν την εμπιστοσύνη στις δεξιότητες των γονέων, για τις ενδιάμεσες σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιού. Η εκπαίδευση του γονεϊκού ρόλου

αποτελεί ένα από τα έγκυρα και πιο επιτυχημένοι τεκμηριωμένα συμπεριφορικά προγράμματα. Η εκπαίδευση αυτή, εστιάζει στην τροποποίηση των επιδράσεων των γονέων με το παιδί, με σκοπό την ενίσχυση της κοινωνικής συμπεριφοράς και όχι αυτήν του εξαναγκασμού. Οι γονείς μαθαίνουν, αλλάζουν και εφαρμόζουν τεχνικές αποτελεσματικότερης αλληλεπίδρασης, με το παιδί στην βάση των αρχών της κοινωνικής μάθησης. Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν, τόσο τη χρήση της θετικής ενίσχυσης για την προκλητική συμπεριφορά όσο και την χρήση της ήπιας τιμωρίας, όπως για παράδειγμα τις βραχύχρονες παύσεις (JONGSMA, VANDER-WOUDE, & LANDIS, 2011, Kering & Wenar, 2008).

Η εκπαίδευση γονέων σε ομαδικές ή μεμονωμένες μορφές, παρέχει εκπαίδευση στους γονείς με σκοπό, να κατανοήσουν τη ΔΕΠ-Υ, τα συμπεριφορικά της προβλήματα και μετέπειτα την ανάπτυξη του παιδιού τους. Η παρέμβαση αυτή, εστιάζει στο να βοηθήσει στην αλληλεπίδραση των γονέων με το παιδί, αναπτύσσοντας τις διαπροσωπικές δεξιότητες του για επίλυση προβλημάτων, όπως την εύρεση εναλλακτικών λύσεων, την πρόγνωση των συνεπειών της συμπεριφοράς τους και τον σχεδιασμό και προσέγγιση των προβλημάτων. Όλο αυτό, πρέπει να πραγματοποιείται υπό το πρίσμα ενός συνόλου, αυτό της οικογένειας με σκοπό την ενδοεπικοινωνία και την επίλυση προβλημάτων, με τρόπους που να ικανοποιούν τις ανάγκες όλων. Σε ενδιάμεσες περιστάσεις, οι γονείς εφαρμόζουν τις τεχνικές εκμάθησης που άλλοτε είναι θετικές π.χ. έπαινος και ανταμοιβή για στοχευμένες συμπεριφορές και άλλοτε αρνητικές προγραμματισμένη αγνόηση συμπεριφοράς και χρήση συνεπειών (Coelho , Fernandes Barbosa , Rizzutti, Amodeo Bueno, & Miranda , 2017).

Το πρόγραμμα της συμπεριφορικής θεραπείας ξεκινά, τουλάχιστον οκτώ εβδομάδες πριν, εάν υπάρχει απόφαση χορήγησης και φαρμακοθεραπείας. Οι πιο αποτελεσματικές θεραπείες παρέχονται μεμονωμένες, αναπτυξιακά κατάλληλες και πολυτροπικές στην πράξη. Κάποια παραδείγματα προγραμμάτων συμπεριφορικής θεραπείας είναι τα εξής:

- The new forest parenting package (NFPP)

Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται στη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Περιλαμβάνει οκτώ εβδομάδες συνεδρίες κατοίκων. Συνδυάζεται με συμπεριφορική παρέμβαση γονέων για υποστήριξη θετικών συμπεριφορών και σφαιρική αξιολόγηση της συμπεριφοράς, π.χ. προσοχή, αυτορρύθμιση, έλεγχος και ώθηση μνήμης εργασίας. Με βάσει

αξιολογήσεις γονέων μετά από εφαρμογή του προγράμματος, τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, όπως απροσεξία και υπερκινητικότητα, βελτιώθηκαν.

- The incredible Years basic parents training (IY)

Η διάρκειά του προγράμματος είναι 12-24 εβδομάδες και ενισχύει την υποστηρικτική τακτική των γονέων και τις θετικές αλληλεπιδράσεις γονέα-παιδιού, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα, βελτιωμένη έκδοση συμπτωμάτων ADHD για περίοδο περίπου 12 μηνών.

- Positivity parent program (Triple-p)

Περιλαμβάνει 5 επίπεδα υποστήριξης για γονείς με διαφορετικές μεθόδους, που λειτουργούν κατά μήκος ενός συνεχούς έντασης προγράμματος βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Η παρέμβαση στοχεύει στη βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς και στην αύξηση της εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Ενθαρρύνει τα παιδιά να συνειδητοποιούν τις δυνατότητές τους και να τις εφαρμόζουν σε όλα τα περιβάλλοντα. Το πρόγραμμα παραδίδεται σε γονείς έως 12 ετών ενώ υπάρχει και το Teen Triple-p από 12 έως 16 ετών.

- Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Το PCIT βελτιώνει την κοινωνική συμπεριφορά γονέα- παιδιού και καλλιεργεί μία σύνδεση μέσω ενός φυσικού συστήματος όπου εφαρμόζουν τεχνικές για καλύτερη αλληλεπίδραση. Οι διαταραχές συμπεριφοράς και το συνολικό άγχος μειώνονται αφού οι γονείς δικαιώνονται με τα αποτελέσματα του PCIT.

Σε γενικές γραμμές στα παραπάνω προγράμματα εφαρμόζονται ως ένα πρόγραμμα μονοθεραπείας. που αποσκοπεί στη βέλτιστη εκδοχή της οικογενειακής αλληλεπίδρασης και θεραπείας του παιδιού. Εάν τα συμπτώματα επιμένουν ή επιδεινωθούν παρά τη συμπεριφορική θεραπεία, η AAP συνιστά φαρμακευτική αγωγή, μεθυλφαινιδάτη, ως θεραπεία δεύτερης γραμμής,



αφού όπως προαναφέραμε εκείνη έχει βρεθεί αποτελεσματική σε όλο το εύρος των ηλικιών (Sharma & Couture, 2013, Kering & Wenar, 2008).

### Σχολείο

Η συμπεριφορική παρέμβαση αποκτά και ένα δεύτερο πεδίο δράσης την σχολική ζωή του παιδιού. Τα προγράμματα που εφαρμόζονται στο περιβάλλον αυτό, είναι κατάλληλα οργανωμένα σχέδια αποκατάστασης, με την ίδια στοχοθεσία που ακολουθούν και οι γονείς στο σπίτι. Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται, να συνεργάζονται στενά με το σχολείο του παιδιού, υπό την καθοδήγηση ενός σχολικού συμβούλου. Επιπλέον, βοήθεια μπορεί να παρέχει ο ψυχολόγος του σχολείου, μέσα από γνωστικές δοκιμές και με την συμμετοχή του στην ανάπτυξη και εφαρμογή του καθορισμένου εξατομικευμένου προγράμματος.

Οι προσαρμογές του σχολικού προγράμματος από τον εκπαιδευτικό, πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν τις δυσκολίες της συμπεριφοράς της ΔΕΠ-Υ, σε συνάρτηση με την ακαδημαϊκή απόδοση των παιδιών. Για τον λόγο αυτό η δομή του μαθήματος, διαμορφώνεται, ώστε να εξυπηρετεί τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθορίζεται μία προβλέψιμη ρουτίνα και χορηγούνται μαθησιακά βοηθήματα και πόροι, στον χώρο και χρόνο που μπορούν να αξιοποιηθούν από τα παιδιά. Επιπλέον, ο εκπαιδευτικός δίνει την δυνατότητα στον μαθητή για μεγαλύτερη ενεργητική απόκριση κατά την διάρκεια της συνεχούς διδασκαλίας και ενισχύεται από την αντίστοιχη συμπεριφορά π.χ. θετική ενίσχυση μέσω επαίνου και ανταλλάξιμων αμοιβών ή αγνόηση ακατάλληλων συμπεριφορών διακοπή αμοιβών και αποκλεισμό (Sonnack & Brenneman, 2014, Coelho , Fernandes Barbosa , Rizzutti, Amodeo Bueno, & Miranda , 2017).

Άλλωστε παρεμβάσεις που βασίζονται στην λειτουργική αξιολόγηση της διαταρακτικής, διασπαστικής και μη σχετικής με το έργο συμπεριφοράς των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, έχουν επίσης αποδειχθεί αποτελεσματικές. Η διαχείριση της τάξης θα πρέπει να εστιάζει σε στρατηγικές για την

βελτίωση της ρουτίνας και της δομής, στοιχεία που θα αποτυπώνονται μέσω μιας Καθημερινής κάρτας αναφοράς συμπεριφορών για παρακολούθηση προόδου και παροχή σχολείων στον γονέων.

### Πλάνο Ατομικής Συνεδρία

Η θεραπεία CBT σε εφήβους με ADHD, περιλαμβάνει 12 ατομικές συνεδρίες θεραπείας, διάρκειας περίπου 50 λεπτών η καθεμία. Εκείνες που δεν πραγματοποιούνται, επαναπρογραμματίζονται με σκοπό το παιδί να λάβει, αν είναι δυνατόν 12 συνεδρίες σε διάστημα 20 εβδομάδων.

Το θεραπευτικό πλάνο περιλαμβάνει μία πληθώρα ενοτήτων που σχετίζονται τόσο με την αλλαγή συμπεριφοράς όσο και με τη μεγιστοποίηση κινήτρου και εκπαίδευση δεξιοτήτων, υπό την καθοδήγηση ψυχοεκπαίδευσης και άλλων απαιτούμενων κλινικών. Επιπλέον υπάρχουν ενότητες που στοχεύουν και στην αλλαγή της συμπεριφοράς της υγείας. Το σύνολο της στοχοθεσίας προκύπτει και είναι επηρεασμένο από τις παραδοσιακές γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Το πρόγραμμα είναι βιωματικό στους ασθενείς, ώστε να πετύχουμε όσο το δυνατόν την καλύτερη κριτική σκέψη, που μπορούν να αποκτήσουν. Πχ. ο θεραπευτής ζητά από το παιδί να σκεφτεί τα υπέρ και τα κατά, σχετικά με την αλλαγή μιας συμπεριφοράς βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Καθώς ο κλινικός εντάσσει μεγαλύτερους περιορισμούς που δυσκολεύουν την σκέψη του θεραπευόμενου, το παιδί πρέπει να ανακαλεί πάντοτε το λόγο που καλό θα ήταν να το κάνει (Coelho , Fernandes Barbosa , Rizzutti, Amodeo Bueno, & Miranda , 2017).

Στις εφηβικές ηλικίες στόχος είναι να πραγματοποιηθεί η συνεδρία υπό την παρουσία των γονέων σε αρχικό στάδιο (2-3 συνεδρία) και μία δεύτερη στο τέλος (8-9 συνεδρία). Δίνεται δυνατότητα στους γονείς να βλέπουν και να αποτυπώνουν το πρόγραμμα θεραπείας που ακολουθείται, αλλά ορισμένες φορές λόγω οικογενειακών υλικοτεχνικών περιορισμών να γίνονται ευέλικτοι και να το προσαρμόζουν στο δικό τους χώρο. Επίσης παρακολουθούν δεξιότητες που μπορεί να καλύφθηκαν συνεδρία ή όχι ώστε να γνωρίζουν πως θα δουλέψει στην

επόμενη CBT συνεδρία το παιδί τους. Έτσι αυτό επιτρέπει στους γονείς να γνωρίζουν τους στόχους της θεραπείας και παρέχει επίσης την ευκαιρία στο θεραπευτή να ελέγξει, εάν ο έφηβος κατανοεί τις δεξιότητες της ημέρας και την εργασία στο σπίτι και του παρέχεται διορθωτική ανατροφοδότηση όταν είναι απαραίτητη.

Η αρχή κάθε συνεδρίας παρέχει πάντα μία ανασκόπηση του υλικού των εργασιών και επίλυση προβλημάτων, σχετικά με οτιδήποτε δεν ολοκληρώθηκε την προηγούμενη φορά. Το θεραπευτικό πλάνο έχει την εξής μορφή:

#### 1. Ψυχοεκπαίδευση και Οργάνωση/Προγραμματισμός (4 Συνεδρίες)

Οι δεξιότητες οργάνωσης και προγραμματισμού εισάγονται στην αρχική αυτή ενότητα, αλλά τονίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας σε κάθε συνεδρία. Η πρώτη ενότητα θεραπείας είναι προσαρμοσμένη με τέτοιο τρόπο ώστε να προσφέρει μια εισαγωγή στους εφήβους, στο μοντέλο θεραπείας CBT. Με τον τρόπο αυτό προσδίδει αξιοπιστία και κίνητρο στην προσέγγιση αυτή και προωθεί την Ψυχοεκπαίδευση για τη -, καθώς και την εκπαίδευση της οργάνωσης και προγραμματισμού. Αυτή η διαδικασία, βοηθά τον έφηβο, δημιουργώντας του ένα οργανωτικό σύστημα παρακολούθησης ραντεβού, αναθέσεων και δοκιμών καθώς και μια λίστα εργασιών. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση συστήματος χαρτιού ή ένα έξυπνο τηλέφωνο για τη δημιουργία ενός συστήματος που είναι αποτελεσματικό για το καθένα άτομο. Σημειώνουμε ότι πολλές από αυτές τις στρατηγικές έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλες γνωστικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις (π.χ., χρησιμοποιώντας μια λίστα εργασιών) ωστόσο, το γεγονός ότι τα άτομα λογοδοτούν στον θεραπευτή κάθε φορά σε διάστημα 12 συνεδριών θεραπείας, αυξάνει τις πιθανότητες να ασχοληθούν με την διαμόρφωση της συμπεριφοράς τους σε μέγιστο βαθμό με αποτέλεσμα να γίνεται προσωπική συνήθεια. Η πρώτη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων περιλαμβάνει την καθοδήγηση του συμμετέχοντος, για να σπάσει τις φαινομενικά συντριπτικές εργασίες σε διαχειρίσιμα βήματα, με στόχο τη μείωση της αποφυγής. Για να δοθεί προτεραιότητα σε εργασίες ή σχολικές δραστηριότητες οι έφηβοι διδάσκονται να βαθμολογούν σε μια λίστα εργασιών ως εξής: "Α", "Β" ή "Γ" σε σχέση με τη σημασία. Μια δεύτερη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων περιλαμβάνει την εκμάθηση της απαρίθμησης των διαφορετικών εναλλακτικών λύσεων σε ένα πρόβλημα και την επιλογή της καλύτερης δυνατής λύσης. Αυτή η ικανότητα μπορεί να βοηθήσει τόσο στην αναβλητικότητα όσο και στην παρορμητικότητα. Έντονη εξάσκηση αυτής της δεξιότητας ενισχύεται μέσα από καθημερινές ασκήσεις στο σπίτι.

Αυτή η ενότητα δίνει έμφαση στις δεξιότητες οργάνωσης τόσο στα καθήκοντα όσο και στο περιβάλλον του. Για τους εφήβους, αυτό περιλαμβάνει το σακίδιο τους, το ντουλάπι στο σχολείο και το δικό τους δωμάτιο (δηλαδή, να έχει καθαρό χώρο εργασίας για σχολικές εργασίες). Θεωρείται, ότι η ενότητα οργάνωσης και σχεδιασμού είναι θεμελιώδη για τις επόμενες ενότητες. Επομένως, εφαρμόζεται αυτήν την ενότητα πρώτα, έτσι ώστε οι θεραπευτές να παρακολουθούν την πρόοδο και να κάνουν τις απαραίτητες αλλαγές στις επόμενες συνεδρίες. Επιπλέον, οι θεραπευτές ζητούν τη βοήθεια των γονέων, λειτουργώντας ως «επεκτάσεις θεραπείας» στη γενίκευση του δεξιότητες στο περιβάλλον του σπιτιού. Για παράδειγμα, προκειμένου να διευκολύνουν την αποτελεσματικότερη επικοινωνία μεταξύ των γονέων και εφήβου σχετικά με θέματα όπως οι δουλειές του σπιτιού, συχνά ενθαρρύνουμε τη χρήση λευκού πίνακα για παρακολούθηση, συμπεριλαμβανομένης της ημερομηνίας που αναμένεται να ολοκληρωθούν, και συνέπειες εάν οι εργασίες δεν ολοκληρωθούν.

## 2. Απόσπαση προσοχής (2 συνεδρίες)

Η ενότητα περίσπασης της προσοχής περιλαμβάνει τις δεξιότητες που αποκτήθηκαν στην πρώτη ενότητα για την οργάνωση και τον προγραμματισμό. Συνήθως, οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ τυπικά αναφέρεται ότι δεν ολοκληρώνουν εργασίες όπως εργασίες στο σπίτι, εργασίες ή δουλειές επειδή άλλες, λιγότερο σημαντικές, αλλά πιο ελκυστικές εργασίες ή περισπασμοί εισέρχονται εκείνη την χρονική στιγμή. Οι επιλεγμένες τεχνικές αυτής της ενότητας περιλαμβάνουν τον καθορισμό ενός βασικού χρονικού διαστήματος που ο έφηβος μπορεί να κρατήσει την προσοχή του σε οποιαδήποτε συγκεκριμένη δραστηριότητα. Μόλις επιτευχθεί αυτό, οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων που μαθαίνει στην προηγούμενη ενότητα χρησιμοποιούνται για να σπάσουν τις εργασίες σε τμήματα που χρειάζονται σε αυτό το χρονικό διάστημα. Αν οι θεραπευόμενοι δεν αποσπών την προσοχή κατά τη διάρκεια της εργασίας, οι συμμετέχοντες διδάσκονται μια τεχνική «καθυστέρησης της προσοχής» που περιλαμβάνει την καταγραφή της απόσπασης της προσοχής, ώστε να μπορούν να το αντιμετωπίσουν όταν τελειώσει η χρονική περίοδος. Παρόμοιες διαδικασίες χρησιμοποιούνται συνήθως στη διαχείριση του άγχους. Τέλος, αυτή η ενότητα διδάσκει τεχνικές για προγραμματισμό σύντομων διαλειμμάτων και μείωση εξωτερικών περιβαλλοντικών περισπασμών (π.χ. διαδίκτυο, τηλέφωνο).

### 3. Προσαρμοστική σκέψη (2 συνεδρίες)

Στην τρίτη ενότητα θεραπείας, εφαρμόζονται δεξιότητες γνωστικής αναδιάρθρωσης προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η προσαρμοστική σκέψη σε περιόδους άγχους και να εφαρμόζεται σε δυσκολίες που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ. Οι έφηβοι καθοδηγούνται να παρατηρούν και να τροποποιούν το εσωτερικό τους «Προπονητικό στυλ» και μαθαίνουν πιο αποτελεσματικούς τρόπους να εκπαιδεύσουν ή να ενθαρρύνουν τον εαυτό τους για τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Αυτό προορίζεται ως ενότητα κατάρτισης δεξιοτήτων που θα επιτρέψει τους εφήβους να γενικεύσουν αυτές τις δεξιότητες σε καταστάσεις έξω των συνεδριών. Οι δεξιότητες γνωστικής αναδιάρθρωσης βασίζονται επίσης σε προηγούμενες ενότητες - ιδιαίτερα οργάνωση και προγραμματισμός. Εάν η αρνητική σκέψη/αυτο-δηλώσεις παρεμποδίζουν αυτές τις δεξιότητες, είναι η ολοκλήρωση εργασιών ή η πραγματοποίηση στόχων που χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την επίλυση προβλημάτων και συναφή υλικό για να βοηθήσουν τους συμμετέχοντες στην ολοκλήρωση της εργασίας.

### 4. Αναβολή (1 συνεδρία)

Αυτή η συνεδρία επικεντρώνεται στην αναβολή, χρησιμοποιώντας αρκετές από τις δεξιότητες των προηγούμενων ενότητων. Για τον εφηβικό πληθυσμό, οι στόχοι περιλαμβάνουν εργασίες όπως π.χ. εργασίες για το σπίτι, εφαρμογές κολλεγίων (αν χρειάζεται) και οργάνωση του δωματίου κάποιου. Οι δεξιότητες περιλαμβάνουν γνωστικές τεχνικές αναδιάρθρωσης, σχετικά με την τελειομανία, σπάζοντας ένα έργο σε διαχειρίσιμα βήματα και μάθηση να θέτει ρεαλιστικούς στόχους για την ολοκλήρωση εργασιών. Αυτές οι τεχνικές είναι μια προσαρμογή των κλασικών γνωστικών τεχνικών που περιγράφηκαν παραπάνω, όπως καθώς και τεχνικές από τη θεραπεία επίλυσης προβλημάτων (D’Zurilla & Nezu, 1999). Γενικά αυτή η συνεδρία είναι μια ανασκόπηση των προηγούμενων δεξιοτήτων, αλλά με επίκεντρο την αναβλητικότητα ως ένας στόχος (Coelho, Fernandes Barbosa, Rizzutti, Amodeo Bueno, & Miranda, 2017, Sprich, Burbridge, Lerner, & Safren, 2015)

### 5. Συμμετοχή γονέων (2 συνεδρίες)

Οι γονείς συμμετέχουν πλήρως σε δύο συνεδρίες θεραπείας μαζί με τον έφηβο. Οι γονείς είναι παρόντες στο τέλος των συνεδριών όπου, εν συντομία συζητείται το περιεχόμενο των συνεδριών καθώς και της πρακτικής ανάθεσης στο σπίτι. Οι γονικές συνεδρίες αποτελούνται από Ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ καθώς και το περιεχόμενο της θεραπείας. Αν και ο κεντρικός άξονας της θεραπείας είναι να βοηθήσει, οι έφηβοι μεταβαίνουν στην αυτορρύθμιση και προετοιμάζονται για μελλοντική ανεξαρτησία, συνηθίζουν τις συμπεριφορές επεκτείνοντας τη θεραπεία εκτός των συνεδριών και μετά την ολοκλήρωση της. Συγκεκριμένα, οι γονείς μαθαίνουν την οργάνωση και το σύστημα που χρησιμοποιεί και μπορεί ο έφηβος συμμετέχων. Ο στόχος είναι να διαφοροποιηθεί η «θετική» υποστήριξη από την «αρνητική» υποστήριξη (δηλ. γκρίνια) και συμφωνούν για στόχους και τρόπους διευκόλυνσης επίτευξη αυτών των στόχων με βοήθεια. Οι συνεδρίες γονέων περιλαμβάνουν αξιολόγηση της γονικής μέριμνας και συζήτηση των συστημάτων διαχείρισης έκτακτης ανάγκης μέσα από τα οποία το παιδί θα βοηθηθεί στην εξάσκηση δεξιοτήτων. Οι συνεδρίες περιλαμβάνουν επίσης μια γενική συζήτηση για το πώς οι γονείς και ο έφηβος μπορούν να συνεργαστούν στην εφαρμογή των συστημάτων που συζητήθηκαν στη θεραπεία. Στους γονείς παρέχονται φυλλάδια για να βοηθούν στη γενίκευση των δεξιοτήτων στο περιβάλλον του σπιτιού. Στους γονείς παρέχονται επίσης προτάσεις σχετικά με το πώς να αλληλοεπιδρούν με το σχολείο του παιδιού τους και πώς να υποστηρίζουν το παιδί τους με ΔΕΠ-Υ. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την αίτηση μια CORE αξιολόγηση (μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση δηλαδή διεξάγεται είτε από το σχολείο είτε από ανεξάρτητο επαγγελματία για να αξιολογήσει τις εκπαιδευτικές ανάγκες ενός συγκεκριμένου μαθητή), υποστηρίζοντας το παιδί να τοποθετηθεί σε ένα σχέδιο (νομικό έγγραφο στο οποίο το σχολείο περιγράφει πώς θα το κάνει ικανοποιήσει τις ανάγκες ενός συγκεκριμένου μαθητή) ή ενός IEP (Εξατομικευμένο εκπαιδευτικό σχέδιο, ένα σχέδιο που αναπτύσσεται από μια ομάδα αποτελούμενη από γονείς και σχολικό προσωπικό που σκιαγραφεί τους στόχους για το σχολικό έτος καθώς και κάθε ειδική υποστηρίξεις που απαιτούνται για την επίτευξη αυτών των στόχων). Παραδείγματα υποστηρίξεων ή καταλυμάτων που μπορεί να υπάρχουν περιλαμβάνονται σε αυτά τα σχέδια είναι τα εξής: ο μαθητής λαμβάνει διπλό σετ βιβλίων για το σπίτι και το σχολείο, δάσκαλοι στέλνουν συχνές εκθέσεις προόδου στους γονείς, οι αναθέσεις είναι τοποθετημένο σε ηλεκτρονικό ταχυδρομείο σε γονείς ή σε ιστότοπο, ο έφηβος λαμβάνει παρατεταμένο χρόνο σε εργασίες ή δοκιμές. Αυτά τα καταλύματα ωστόσο, πρέπει να χρησιμοποιούνται με σύνεση, δεδομένου ότι πρόσφατα στοιχεία μπορεί να μην είναι αποτελεσματικά μακροπρόθεσμα. Η πρώτη

γονική συνεδρία λαμβάνει χώρα νωρίς στη θεραπεία (Συνεδρία 2, αν είναι δυνατόν). Η άλλη συνεδρία πραγματοποιείται ακολουθώντας την ενότητα προσαρμοστικής σκέψης. Ο προγραμματισμός των οι συνεδρίες γονέων είναι ευέλικτος.

#### 6. Πρόληψη υποτροπής (1 συνεδρία)

Η τελευταία ενότητα αφορά την πρόληψη της υποτροπής. Παρόλο που πραγματοποιείται ανασκόπηση των δεξιοτήτων που έχει μάθει προηγουμένως σε κάθε συνεδρία, σε αυτή τη συνεδρία, καλείται ο έφηβος να επανεξετάσει κάθε μία από τις δεξιότητες που καλύφθηκαν και να βαθμολογήσει την χρησιμότητα κάθε δεξιότητας. Στη συνέχεια, τους παρέχεται μια φόρμα αντιμετώπισης προβλημάτων που ταιριάζει με πιθανές δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν με δεξιότητες που μπορούν να εφαρμοστούν στοχεύοντας σε αυτές τις δυσκολίες. Τέλος, τους ζητείται να σκεφτούν για το πώς θα συνεχίσουν να εφαρμόζουν τις τεχνικές που έχουν μάθει και προγραμματίζουν ένα αυτόματο check in 2 εβδομάδων για να αξιολογεί τη συνεχή χρήση των δεξιοτήτων.

Η οργάνωση των θεραπευτικών προγραμμάτων μπορεί να αποκτήσει και ομαδική μορφή Ακολουθώντας πάλι το ίδιο γνωστικό μοτίβο για όλα τα παιδιά προσφέροντας επιπλέον αλληλεπίδραση και ένα περιβάλλον με πληθώρα ερεθισμάτων από διαφορετικά πρόσωπα χαρακτήρες και προσωπικότητες (Coelho , Fernandes Barbosa , Rizzutti, Amodeo Bueno, & Miranda , 2017, Sprich, Burbridge, Lerner, & Safren, 2015)

### 3.4 Πολυτροπική Θεραπεία

Κάποιος θα υπέθετε ότι οι πολύπλευρες παρεμβάσεις θα έπρεπε ίσως να ήταν η πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση των πολλών προβλημάτων για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Σε αντίθεση με την έρευνα, που δεν υποστηρίζει τελείως αυτή την λογική, υπάρχει αυτή η προσέγγιση που γνώρισε τόσο αποτυχίες όσο και επιτυχίες (Η παρουσίαση ακολουθεί την έκθεση του ACCAP,1997). Στην θετική πλευρά υπάρχουν κάποιες ενδείξεις, που μας εξηγούν ότι, όταν συνδυάζονται οι διεγερτικές φαρμακοθεραπείες με τις συμπεριφορικές τεχνικές, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους δέχονται μεγάλη βελτίωση, σε σημείο που εξισώνονται με αυτές των παιδιών χωρίς καμία διαταραχή. Επίσης όταν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ λαμβάνουν μια ελαφριά δόση διεγερτικών, φαίνεται να τους βοηθά στην κοινωνικοποίηση τους, στην τάξη. Αντίθετα όμως, υπάρχουν και πολλές αναφορές αποτυχίας. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η εκπαίδευση των γονέων και η γνωστική τροποποίηση της συμπεριφοράς δεν προσδίδουν κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα στην φαρμακοθεραπεία. Μια μελέτη που εγκρίθηκε από μια ομάδα, που λάμβανε μόνο διεγερτική φαρμακευτική αγωγή, με μια ομάδα που λάμβανε ένα ποικίλο φάσμα θεραπειών, που περιλάμβανε όλες τις θεραπείες που αναφέρθηκαν παραπάνω εκτός από φαρμακοθεραπεία, εντόπισαν ότι στην αξιολόγηση μετά από ένα χρονικό διάστημα δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ομάδων(AACAP Official Action,1997).

Συνοψίζοντας αυτά τα ερευνητικά ευρήματα, δεν συμφωνούν με την ιδέα ότι οι πολύπλευρες παρεμβάσεις είναι επιθυμητές για όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Λογικά η φαρμακοθεραπεία αποτελεί την θεραπεία επιλογής και όλες οι άλλες τεχνικές είναι υπεύθυνες να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που αντιστέκονται στην διεγερτική ή στην αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή (Kering & Wenar, 2008, DuPaul , Evans, Mautone, Owens , & Power, 2019, Swanson , et al., 2008).



### 3.5 Λογοθεραπευτική Παρέμβαση

Η αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και εφήβους, περιλαμβάνει την λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση και ανασκόπηση των πληροφοριών, που λαμβάνει ο Λογοθεραπευτής από το οικείο και ευρύτερο περιβάλλον δράσης του παιδιού. Η εκτίμηση των στοιχείων πραγματοποιείται με την εφαρμογή του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών, Διαγνωστικά κριτήρια 5ης έκδοσης, (DSM-5). Ο Θεραπευτής, πρέπει να ρωτήσει για την παρουσία και τη διάρκεια των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και του βαθμού λειτουργικής βλάβης από την οπτική γωνία του ασθενούς, της οικογένειας και του σχολείου. Εκείνος επίσης, πρέπει να αξιολογήσει άλλες πιθανές συνθήκες που μπορεί να μιμούνται ή να συνυπάρχουν με την ΔΕΠ-Υ. Για παράδειγμα, τα προβλήματα ύπνου, μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα του παιδιού κατά την διάρκεια της ημέρας και να επιδράσουν τις επιδόσεις του. Το 1/3 των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, έχουν συνήθως μια συννοσηρή διάγνωση, Ιατρικής ή Κοινωνικής φύσεως και για τον λόγο αυτό, μέσα από την άντληση των οικογενειακών ιστορικών, πρέπει να αναθεωρούνται ιατρικοί, συμφραζόμενοι ή περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες κινδύνου. Η φυσική εξέταση πρέπει να είναι διεξοδική και να περιλαμβάνει την ακοή και τις προβολές όρασης. Επικυρωμένες κλίμακες βαθμολογίας συμπεριφοράς, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη συλλογή δεδομένων από πολλούς παρατηρητές σε διάφορες ρυθμίσεις, συμπεριλαμβανομένης της αυτοαναφοράς για μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους. Ο Θεραπευτής, είναι άμεσος παρατηρητής της απόσπασης της προσοχής, νευρικότητας, υπερκινητικότητας και αλληλεπιδράσεων με άλλους κατά τη διάρκεια της επίσκεψης του ασθενή στο γραφείο. Ωστόσο, η έλλειψη τέτοιων συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, δεν αποκλείει την ΔΕΠ-Υ (Dwight, 2015, JONGSMA, VANDER-WOUDE, & LANDIS, 2011).

Στην έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας, ο θεραπευτής θα πρέπει να ενταχθεί στο οικογενειακό σύστημα, το οποίο θα συμμετέχει στο δικό του οργανωμένο πλάνο με σκοπό να

δομήσει μία θεραπευτική σχέση. Καλό θα ήταν ο θεραπευτής να αποδεχτεί τον τρόπο οργάνωσης και το ύφος της οικογένειας και να δείχνει σεβασμό προς τις τακτικές που έχουν αναπτύξει τα μέλη της, ώστε να ανταποκρίνονται στις καθημερινές ανάγκες. Πρέπει να αποδέχεται τον τρόπο με τον οποίο, οι ίδιοι εμπλέκονται και ορίζουν τα προβλήματά τους χρησιμοποιώντας τη γλώσσα τους και διασκεδάζοντας με το χιούμορ τους. Σε οποιαδήποτε μορφή θεραπευτικής παρέμβασης, η συμμετοχή της οικογένειας και του ενδοοικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή, αποκτά μία καθοριστική συμμετοχή για την εξέλιξη της θεραπείας. Κατά τη διαδικασία της, το παιδί μαθαίνει, σκέφτεται, επεξεργάζεται και μιμείται, αλλά η γενίκευση των όλων ερεθισμάτων πρέπει να πραγματοποιηθεί με τη βοήθεια, αρχικά της οικογένειας στο σπίτι και έπειτα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, όπως είναι το σχολείο με τη βοήθεια του Δασκάλου. Σε μία πρώτη επαφή με την οικογένεια και τον ασθενή, ο θεραπευτής ενθαρρύνει τα μέλη της να του παρουσιάσουν παρά να του περιγράψουν λεκτικά τον τρόπο, που αλληλεπιδρούν, έτσι ώστε να μπορεί να παρατηρήσει άμεσα τις αλληλεπιδράσεις τους, γεγονός που του παρέχει αρκετές πληροφορίες για τη διάγνωση του προβλήματος. Η διαδραμάτιση των προτύπων αλληλεπίδρασης κατά την διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας από τη μία επιτρέπει στο θεραπευτή να παρακολουθεί τα μέλη μιας οικογένειας σε δράση και από την άλλη βοηθά τα ίδια τα άτομα να βιώσουν, τον τρόπο επικοινωνίας τους με μεγαλύτερη επίγνωση (DuPaul , Evans, Mautone, Owens , & Power, 2019, D'Agati, Curatolo, & Mazzone, 2019, OWENS, 2016).

Κατά την επίσκεψή του ασθενή στον λογοθεραπευτή πραγματοποιείται μία αξιολόγηση των δυνατοτήτων του μέσω συγκεκριμένων τεστ με βάση την αιτία της παραπομπής του. Ο θεραπευτής εφαρμόζει κάποια τεστ ή συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές δοκιμές, οι οποίες του προσφέρουν ένα πλήθος πληροφοριών σχετικά με την ποικιλία της συμπεριφοράς ή/ και των ικανοτήτων και πολλές φορές μπορεί να τον οδηγήσουν και στην διάγνωση. Οι κλίμακες και τα τεστ που εφαρμόζονται καλό θα είναι να αναγνωρίζονται ως σταθμισμένα εργαλεία με σκοπό να προσφέρουν εγκυρότητα και αξιοπιστία στα λεγόμενα του θεραπευτή. Πέραν όμως των σταθμισμένων εργαλείων υπάρχουν και στρατηγικές για εναλλακτική εκτίμηση και αξιολόγηση του ασθενή, μέσα από συστηματικές παρατηρήσεις, λήψη δείγματος λόγου γλώσσας και ομιλίας, δομημένοι συμβολικοί ρόλοι, αυτόεπιτήρηση, αυτοεκτίμηση, λίστες ελέγχου και σημειώσεις, βιντεοσκόπηση και ηχογράφηση, συμμετοχή άλλων ειδικών όμως με την ενημέρωση και συγκατάθεση του ασθενή. Ο θεραπευτής θα πρέπει να σέβεται οποιαδήποτε ιδιαιτερότητα ή πολιτισμική και θρησκευτική προτίμηση του ασθενή και τίποτα να μην εμποδίζει την καλύτερη

δυνατή έκβαση της παρέμβασης. μετά την οργάνωση και ολοκλήρωση των απαραίτητων πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό του ασθενή ο θεραπευτής αξιολογεί τις συγκεκριμένες πληροφορίες, συγκρίνει τα αποτελέσματα των τεστ, ενημερώνει την οικογένεια και το πλησιέστερο περιβάλλον του ασθενή και συντάσσει μία έκθεση παρουσιάζοντας το θεραπευτικό πλάνο στο οποίο θα προβεί για το υπόλοιπο των συνεδρίων. Ο θεραπευτής οργανώνει επιγραμματικά τη μορφή του πλάνου που θα ακολουθήσει και οριοθετεί χρονικά τους στόχους του. Κάθε επιτυχία για αυτόν και επίτευξη του ενός στόχου σηματοδοτεί την έναρξη του επόμενου. Βέβαια αυτό δεν εξαρτάται απόλυτα από την αποδοτικότητα και τις δυνατότητες του θεραπευτή αλλά και από το δυναμικό που διαθέτει ο ίδιος ο ασθενής και την πρόθεση του να προσπαθήσει. Παράλληλα υπάρχει διαρκής ενημέρωση στους γονείς και επίσης δίνεται η δυνατότητα να παρακολουθήσουν κάποιον αριθμό συνεδρίων, ώστε να διαπιστώσουν και οι ίδιοι την εξέλιξη του παιδιού.

Ενδεικτικά ορισμένες κλίμακες αξιολόγησης ΔΕΠ-Υ, που χρησιμοποιούνται από τους Θεραπευτές είναι:

1. Κλίμακα Αξιολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (Attention Deficit\Hyperactivity Disorder Rating Scale)
2. Αξιολόγηση Συμπτωμάτων Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (Attention Deficit\Hyperactivity Disorder Symptoms Checklist)
3. Attention Hyperactivity\Deficit Disorder Test (Dwight, 2015, Froma & Worthington, Σεπτέμβριος 2016, Kering & Wenar, 2008, Wilens & Spencer , 2010).

### 3.6 Θεραπεία Λευκού Θορύβου

Η θεραπευτική παρέμβαση με τη βοήθεια του λευκού θορύβου, έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν σε πολλαπλές πρακτικές εφαρμογές. Μερικές από αυτές, είχαν σκοπό τη βελτίωση του ύπνου και των πτυχών της γνώσης, σε μια ομάδα ασθενών με ποικιλομορφία. Μέσα από ένα προτεινόμενο φαινόμενο που ονομάζεται στοχαστικός συντονισμός, ο λευκός θόρυβος μπορεί να έχει την ικανότητα να βελτιώνει τα συμπτώματα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Εμπειρικά, η θεραπεία λευκού θορύβου μπόρεσε να βελτιώσει ορισμένες εργασίες που επηρεάζονται από συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, όπως αναγνώριση ομιλίας και ανάγνωση, γραφή και ταχύτητα. Ωστόσο, δεν βελτιώνονται απόλυτα όλες και είναι σημαντικές, οι εργασίες που επηρεάζονται από την ΔΕΠ-Υ.

Στις τρέχουσες θεραπείες για ΔΕΠ-Υ, οι ασθενείς διαθέτουμε μία ποικιλία θεραπευτικών μεθόδων, που διαχωρίζονται σε φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές επιλογές. Τα διεγερτικά είναι προς το παρόν, η κοινή συνιστώμενη φαρμακοθεραπεία, για παιδιά ηλικίας 6 ετών και άνω με ΔΕΠ-Υ. Συνήθως, το 70% των ασθενών θα δει μια θετική αλλαγή των βραχυπρόθεσμων συμπτωμάτων με διεγερτική θεραπεία. Η ενεργή δράση των διεγερτικών (συνήθως μεθυλφαινιδάτη) (MPH) ή αμφεταμίνη) οδηγεί, σε βελτιωμένη προσοχή και μειωμένη απόσπαση της προσοχής. Οι δεξιότητες κατανόησης γλωσσών, που απαιτούν συνεχή πνευματική προσπάθεια, αυξήθηκε επίσης κατά την χορήγηση της MPH. Η αμφεταμίνη έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική από ό, τι η MPH και αυξάνει την ταχύτητα και την ακρίβεια των εργασιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Αν και υπάρχουν συγκεκριμένα οφέλη για τα διεγερτικά, αυτή η κατηγορία φαρμάκων έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις επίσης. Η ανεπεξέργαστη ΔΕΠ-Υ μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών, ωστόσο, η θεραπεία των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ με διεγερτικά δεν έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει (ή μειώνει) τον κίνδυνο

αλκοόλ ή κατάχρησης ναρκωτικών. Η διακοπή οφείλεται κυρίως σε ανεπιθύμητες ενέργειες (73%), αλλά και η ανακούφιση των συμπτωμάτων ήταν επίσης ένας σημαντικός λόγος (17%). Αν και τα διεγερτικά είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αυτά δεν χορηγούνται χωρίς τους απαραίτητους περιορισμούς τους. Μειωμένη όρεξη, αϋπνία, πόνος στο στομάχι, πονοκέφαλος και ζάλη είναι συχνές παρενέργειες των διεγερτικών. Και παρόλα αυτά τα αποτελέσματα, 5- 22% των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και διεγερτικά λέγεται ότι κάνουν κατάχρηση ή κατάχρηση των φαρμάκων, αν και ο κίνδυνος κατάχρησης είναι κυρίως σε εκείνους που ήδη κάνουν κατάχρηση ουσιών. Επιπλέον, δεν αντιμετωπίζονται καλά όλα τα συμπτώματα με διεγερτικά. Επίσης, αναφέρεται ότι, το 25% των παιδιών αποτυγχάνουν στην κανονική ακαδημαϊκή απόδοση υπό την χορήγηση διεγερτικών, αποδεικνύοντας την ανάγκη για πρόσθετη θεραπεία. Πολλά διεγερτικά επίσης δεν έχουν δείξει κάποια ιδιαίτερη ακαδημαϊκή απόδοση μετά από 8 χρόνια χορήγησης. Η μη φαρμακολογική περιλαμβάνει την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Η CBT χρησιμοποιείται για την εκπαίδευση των ασθενών με σκοπό τον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ μέσω της εκπαίδευσης και μιλώντας για ζητήματα και κοινωνικά θέματα, που αφορούν τόσο τον ασθενή αλλά και όχι. Η CBT προσπαθεί να αλλάξει αρνητικές επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ όπως, αναβλητικότητα και αρνητικές σκέψεις για το μέλλον. Η CBT μπορεί να προσφέρει σημαντικό όφελος όταν συνδυάζεται με διεγερτική θεραπεία.

### 3.6.1 Θεραπευτική παρέμβαση Λευκού θορύβου (WN)

Ο WN είναι ήχος που εμφανίζεται όταν υπάρχει μεγάλη ποικιλία ακουστικών συχνοτήτων ενώ εκείνος παράγεται σε σταθερή ένταση. Ο αληθινός λευκός θόρυβος προσεγγίζεται συχνά από βροχόπτωση και στατικό ραδιόφωνο και συχνά περιγράφεται ως ευχάριστος ήχος. Χρησιμοποιείται σε μια ποικιλία ιατρικών εφαρμογών, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης του ύπνου σε πολλούς πληθυσμούς ασθενών. Ο WN έχει αποδειχθεί ότι έχει κάποιο όφελος στη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Μερικά από αυτά τα οφέλη φαίνεται να βελτιώνουν τη γλώσσα. Σε μία μελέτη, δοκιμάστηκε σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ ώστε να διαπιστωθεί, αν το WN θα επηρεάσει την αναγνώριση ομιλίας τους σε θόρυβο, ένα γνωστό σύμπτωμα της ΔΕΠ-Υ. Εφαρμόστηκε το τεστ Hagerman, μια δοκιμή αναγνώρισης ομιλίας, στο σχολείο τους (για τη διατήρηση ενός πιο φυσικού περιβάλλοντος). Το Binaural WN στα 65 dB βελτίωσε την αναγνώριση ομιλίας στην ΔΕΠ-Υ, ωστόσο, ήταν παραδεκτό ότι άλλοι θόρυβοι από την τάξη θα

μπορούσαν να έχουν παρέμβει δυνητικά. Η ταχύτητα ανάγνωσης και γραφής μπορεί επίσης να βελτιωθεί από το WN. Παιδιά με ΔΕΠ-Υ τους ζητήθηκε να εκτελέσουν ένα χρονοδιάγραμμα ανάγνωσης και γραφής σε τρεις συνθήκες θορύβου, αθόρυβο, 70 dB WN και φλυαρία (τυχαίες λέξεις). Τα περισσότερα από τα παιδιά (69%) ήταν υπό την χορήγηση διεγερτικού φαρμάκου, αλλά τους ζητήθηκε να παρακρατήσουν τα φάρμακά τους την ημέρα το τεστ. Τα παιδιά που άκουσαν το WN έγραψαν περισσότερες λέξεις και χρειάστηκαν λιγότερο χρόνο για να διαβάσουν σε σύγκριση με τις ήσυχες και κορεσμένες ομάδες. Η θεραπεία WN φαίνεται επίσης να βελτιώνει την παρορμητικότητα. Σε μια μικρή μελέτη, ερευνητές εξέτασαν παιδιά για να δουν αν η συμπεριφορά εκτός εργασίας θα μπορούσε να επηρεαστεί από το WN. Η συμπεριφορά εκτός εργασίας μετρήθηκε κάθε 15 δευτερόλεπτα και στη συνέχεια κρίθηκε εάν τα παιδιά δούλευαν σε μια καθορισμένη εργασία ή όχι. Δοκιμάστηκαν παιδιά με ADHD και διεγερτική θεραπεία κάτω από τρεις συνθήκες: έλεγχος, μόνο ακουστικά και ακουστικά με 75 dB WN που παίζουν Binaural (τριδιάστατη στερεοφωνική αίσθηση ήχου), παρατηρητές μέτρησαν τη συμπεριφορά εκτός εργασίας για 15 λεπτά αναζητώντας λεκτικές, κινητικές ή παθητικές συμπεριφορές εργασίας. Η παθητική συμπεριφορά εκτός εργασίας μειώθηκε σημαντικά από το WN, ωστόσο οι συγγραφείς το έκαναν με σκοπό να γίνει αποδεκτό ότι το WN μπορεί να έχει απλώς μειώσει τους ακουστικούς περισπασμούς που προκάλεσαν τη παθητική συμπεριφορά εκτός εργασίας. Ο WN μπορεί επίσης να έχει οφέλη σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ και σε άλλους τομείς παρορμητικότητας. Σε μια άλλη μελέτη που εξετάστηκε ο χρόνος αντίδρασης σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, οι ερευνητές βρήκαν ο,τι δεν υπήρξε βελτίωση με τον WN, αλλά όταν χώρισαν τις ομάδες σε φαρμακευτική και μη φαρμακευτική αγωγή, διαπίστωσαν ότι ο WN βελτίωσε σημαντικά το χρόνο αντίδρασης σε παιδιά και άτομα με αναπηρία που δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Οι συγγραφείς πρότειναν ότι το επίπεδο WN μπορεί να μην ήταν το βέλτιστο για να αναδειχθούν οφέλη στη μη φαρμακευτική ομάδα. Σε μια άλλη μελέτη που εξέτασε την παρορμητικότητα, δοκιμάστηκαν παιδιά με ΔΕΠ-Υ εναντίον παιδιών χωρίς 80 dB ροζ θορύβου (τροποποιημένη έκδοση λευκού θορύβου όπου αναπαράγονται ήχοι υψηλότερης συχνότητας με ελαφρώς χαμηλότερη ένταση) έναντι της απουσίας θορύβου. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βρέθηκαν να επιλέγουν τις μικρότερες βραχυπρόθεσμες ανταμοιβές ανεξάρτητα από το ροζ θόρυβο που προστέθηκε. Αυτό υποδηλώνει ότι ορισμένες πτυχές της παρορμητικότητας δεν επηρεάζονται από τη θεραπεία του θορύβου. Τέλος, η λειτουργική μνήμη αποδείχθηκε ότι επηρεάστηκε θετικά από τη θεραπεία WN.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δοκιμάστηκαν έναντι παιδιών που δεν είχαν ΔΕΠ-Υ, για να δουν αν η λειτουργική τους μνήμη θα μπορούσε να βελτιωθεί κατά 80 dB Binaural WN. Οι τρεις συνθήκες δοκιμής ήταν με WN, τόσο WN όσο και διεγερτικά, και με διεγερτικά. Τους δόθηκαν τρεις δραστηριότητες μνήμης εργασίας: ανάκληση λέξεων, ορατό-χωρική και λεκτική (μια σειρά λέξεων για δοκιμή ανάκλησης). Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επωφελήθηκαν από το WN σε δύο από τις τρεις εργασίες μνήμης εργασίας (η δεύτερη ανάκληση λέξεων ήταν ανεπηρέαστη). Φαίνεται να υπάρχουν απτά, αναπαραγωγικά οφέλη από το WN για συγκεκριμένες εργασίες που πραγματοποιούνται σε ΔΕΠ-Υ, αλλά φαίνεται να είναι ορισμένες εργασίες που τηρούνται αμετάβλητες στην επιρροή.. Επιπλέον, αν και η ταχύτητα ανάγνωσης και γραφής μπορεί να είναι βελτιωμένη, η κατανόηση (ακρίβεια) δεν ήταν. Η μεταβλητότητα στο μέγεθος και το σχεδιασμό της μελέτης περιορίζει επίσης τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν σχετικά με την αποτελεσματικότητα. Επομένως, η θεραπεία WN μπορεί να παίζει ρόλο στη βελτίωση της απόδοσης των δραστηριοτήτων, οι οποίες επηρεάζονται αρνητικά από την ΔΕΠ-Υ, αλλά πιθανότατα δεν θα υποκαταστήσουν την τρέχουσα διαθέσιμη θεραπείες. Για να συνοψίσουμε τα δεδομένα από αυτές τις μελέτες, το WN βοηθά τα παιδιά σε συγκεκριμένες εργασίες και όχι σε όλες. Φαίνεται ότι το WN βοηθά στην αναγνώριση γλώσσας, την ανάγνωση και ταχύτητα γραφής, στη συγκεκριμένη συμπεριφορά εκτός εργασίας, επαγρύπνηση και σε ορισμένες εργασίες μνήμης εργασίας. Δεν είναι σαφές ποια είναι η επίδραση του WN στην χρόνο αντίδρασης. Τέλος, το WN δεν φανερώνει βελτίωση της επιλογής μεγαλύτερων μακροπρόθεσμων ανταμοιβών έναντι των μικρότερων βραχυπρόθεσμων ανταμοιβών, ακρίβεια ανάγνωσης και γραφής και ανάκληση σειράς λέξεων. Πρέπει να γίνουν περαιτέρω δοκιμές για να δούμε εάν επηρεάζονται άλλες περιοχές της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ όπως, η υπερκινητικότητα και η εστίαση. Τα οφέλη και οι περιορισμοί της θεραπείας WN, μπορούν να εξηγήσουν με καλύτερο τρόπο πως θεωρείται ότι βοηθά το WN (Pickens, Khan, & Berlau, 2018).

### 3.7 Διατροφή και ΔΕΠ-Υ

Ο ρόλος της διατροφής στην πρόληψη και/ή θεραπεία της ΔΕΠ-Υ έχει ερευνηθεί για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1980 και του 1990, με αποτέλεσμα μια σειρά από μελέτες, κυρίως πειραματικές, εστιάζοντας στην επίδραση των πρόσθετων και σακχάρων, για το έλλειμμα προσοχής και/ή την υπερκινητικότητα. Ως αποτέλεσμα, τότε προτάθηκαν διαιτητικές θεραπείες, οι οποίες περιλάμβαναν κυρίως περιορισμό της ζάχαρης, πρόσθετων, χρωστικών ουσιών τροφίμων και αντιγόνα. Μεταγενέστερες μελέτες έδειξαν την προστατευτική επίδραση της πρόσληψης αυξημένου σιδήρου, ψευδαργύρου, ιωδίου και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και αντίθετα, δυσμενείς επιδράσεις της υπερβολικής κατάποσης χρωστικών ουσιών τροφίμων, συντηρητικών και ζάχαρης. Πρόσφατες μελέτες που αξιολογούν την επίδραση της διατροφής στην ανάπτυξη ασθενειών έχουν επικεντρώσει την ανάλυσή τους σε διατροφικά πρότυπα, αντί για συγκεκριμένη κατανάλωση θρεπτικών συστατικών. Η ανάλυση των διατροφικών προτύπων προέκυψε ως μία συμπληρωματική προσέγγιση στη μελέτη της σχέσης μεταξύ της διατροφής και των χρόνιων ασθενειών. Έτσι, οι επιπτώσεις των συνδυασμών της συνολικής διατροφής αξιολογούνται, ενσωματώνοντας πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις που εμφανίζονται μεταξύ θρεπτικών συστατικών. Τα διατροφικά πρότυπα αντιπροσωπεύουν ένα ευρύτερο όραμα της πρόσληψης θρεπτικών συστατικών και τροφίμων και μπορεί να είναι πιο κατάλληλο για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ διατροφικών παραγόντων και ασθενειών.

Η υπόθεσή μας ήταν ότι τα υγιεινά πρότυπα διατροφής θα ήταν προστατευτικά ενώ τα ανθυγιεινά πρότυπα διατροφής θα αυξάνουν τον κίνδυνο για ΔΕΠ-Υ. Δύο διατροφικά πρότυπα ανταποκρίθηκαν σε αυτές τις απαιτήσεις και αναλύθηκαν:

1. ένα **υγιές πρότυπο** (χαρακτηρίζεται κυρίως από τρόφιμα φυτικής προέλευσης, πηγές βιταμινών και μετάλλων και τα οποία δεν περιλαμβάνουν επεξεργασμένα ή



υπερκατεργασμένα τρόφιμα, πηγές κορεσμένου ή υδρογονωμένου λίπους, χαμηλής ποιότητας σάκχαρα και χημικά πρόσθετα) και

2. ένα **ανθυγιεινό μοτίβο** (επεξεργασμένα ή υπερκατεργασμένα τρόφιμα, πηγές κορεσμένου ή υδρογονωμένου λίπους, χαμηλής ποιότητας σάκχαρα και πρόσθετα όπως χρωστικές, αρωματικές ύλες και συντηρητικά, και τα οποία δεν περιλαμβάνουν τρόφιμα φυτικής προέλευσης). Συνεπώς, πραγματοποιήθηκαν δύο μετα-αναλύσεις μία για να εκτιμηθεί η επίδραση της κατανάλωσης υγιεινής διατροφής για την εμφάνιση ΔΕΠ-Υ και άλλη για την εκτίμηση της ίδιας επίδρασης των ανθυγιεινών τροφών (Del-Ponte, Quinte, Cruz, Grellert, & Santos, 2019, Rytter, και συν., 2014).

Η πρώτη μελέτη πραγματοποιήθηκε από τους Wiles και συν. (Wiles et al., 2009), με δεδομένα από μια βρετανική ομάδα (ALSPAC), συμπεριλαμβανομένων 4.000 παιδιών και αξιολόγησε τη σχέση μεταξύ δίαιτας στα 4,5 χρόνια και συμπεριφορά σε ηλικία επτά ετών. Εφαρμόστηκε Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Τροφίμων (FFQ) στις μητέρες για να αξιολογήσουν τη διατροφή. Τα διατροφικά πρότυπα κατασκευάστηκαν με την ανάλυση χρήσης κύριων συστατικών (PCA), προσδιορίζοντας τρία πρότυπα διατροφής. Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε μόνο ένα από αυτά, το "Junk food", που σχετίζεται με την υψηλότερη κατανάλωση εξαιρετικά επεξεργασμένων τροφίμων, υψηλής συγκέντρωσης σε ζάχαρη και λιπαρά τρόφιμα και θρεπτικά τρόφιμα χαμηλής ποιότητας. Οι συμπεριφορές σχετικές με τη διαταραχή, αξιολογήθηκαν με ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ). Το μοτίβο «πρόχειρο φαγητό» συσχετίστηκε με υπερκινητικότητα, ακόμη και μετά την προσαρμογή για το φύλο, το κάπνισμα της μητέρας (κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης), την ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση του παιδιού, τον αριθμό των αδελφών, τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές (εκπαίδευση μητέρας, ιδιοκτησία σπιτιού, υπερπληθυσμός νοικοκυριού και ιδιοκτησία αυτοκινήτου), το βάρος γέννησης, την ηλικία κύησης και την κατάθλιψη και το άγχος της μητέρας (στους 33 μήνες). Χρησιμοποιώντας δεδομένα από την ομάδα ALSPAC, διερεύνησε εάν μια δίαιτα "πρόχειρου φαγητού" σε ηλικία 81 μηνών σχετίζεται με την ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς τους επόμενους 16 μήνες. Η διατροφή του συμμετέχοντα αξιολογήθηκε από το FFQ και τρία διατροφικά πρότυπα προσδιορίστηκαν χρησιμοποιώντας το PCA: "Junk food" (πρόχειρο φαγητό), "healthy conscious" (υγιεινό φαγητό) και "παραδοσιακό". Ωστόσο, ήταν μόνο το πρότυπο «πρόχειρο φαγητό», που σχετίζεται με την υψηλότερη κατανάλωση κορεσμένου λίπους, ζάχαρης

και νατρίου οπότε και μόνο αυτό αναλύθηκε. Όπως και στη μελέτη των Wiles και συν. (2009) Δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στο πρότυπο «πρόχειρο φαγητό» και τα προβλήματα συμπεριφοράς.

Προηγούμενες μελέτες είχαν δείξει υψηλότερη επικράτηση συμπεριφοράς υπερφαγίας σε άτομα με ΔΕΠ-Υ. Οι μηχανισμοί που θα συνδέουν τη διατροφή με την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί πλήρως. Από την άλλη πλευρά, στοιχεία για την προστατευτική επίδραση της υγιεινής τροφής και τα πρότυπα διατροφής που την υποστηρίζουν, από το γεγονός ότι ορισμένα συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά, όπως π.χ. σίδηρος, ψευδάργυρος, ιώδιο και λιπαρά οξέα μακράς αλυσίδας θεωρούνται προστατευτικά κατά της ΔΕΠ-Υ, κυρίως επειδή τα άτομα με τη διαταραχή έχουν χαμηλά επίπεδα αυτών των θρεπτικών ουσιών στο αίμα. Επιπλέον, τα παιδιά που λάμβαναν συμπληρώματα με ψευδάργυρο είχαν μείωση στα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με εκείνα που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Άλλες μελέτες αξιολόγησαν την επίδραση των Ωμέγα 3 και Ωμέγα 6 συμπληρωμάτων και παρατηρήθηκε μείωση και βελτίωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Η έλλειψη συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών στο ανθρώπινο σώμα επηρεάζει την ψυχική υγεία μέσω διαφορετικών βιολογικών οδών. Για παράδειγμα η έλλειψη σιδήρου, είναι πρόδρομος για την παραγωγή ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης, οι οποίες παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αιτιολογία της διαταραχής. Ομοίως, ο ψευδάργυρος απαιτείται για πολλά συμπλέγματα μετάλλων-ενζύμων, τα περισσότερα από τα οποία βρίσκονται στο νευρικό σύστημα και είναι απαραίτητα για τη μετατροπή της διαιτητικής πυριδοξίνης σε ενεργή πυριδοξίνη, δηλαδή απαραίτητη για τη μετατροπή της τρυπτοφάνης σε σεροτονίνη, η οποία έχει μια στενή σχέση με τη ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, ο ψευδάργυρος είναι βασικός για την παραγωγή και τη διαμόρφωση της μελατονίνης, που βοηθά στην ρύθμιση της λειτουργία της ντοπαμίνης, σημαντική στην παθοφυσιολογία της ΔΕΠ-Υ (Torp & Thomsen, 2020, Rytter, και συν., 2014).

Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά καθορίστηκαν πάλι 2 πρότυπα διατροφής:

- 1) Διαιτητικές παρεμβάσεις που αφαιρούν στοιχεία από την διαίτα, διαίτα αποβολής.

2) Διαιτητικές παρεμβάσεις που αυξάνουν την πρόσληψη ορισμένων θρεπτικών συστατικών.

Η αφαίρεση στοιχείων από τη διατροφή (το λεγόμενο δίαιτα εξάλειψης) βασίζεται στην ιδέα ότι ορισμένα παιδιά μπορεί να έχουν αλλαγές συμπεριφοράς όταν εκτίθενται σε ορισμένα είδη διατροφής. Αυτές οι μελέτες παρέμβασης εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες: τεχνητές χρωστικές τροφίμων και άλλα πρόσθετα, ζάχαρη και "υποθερμιδικές δίαιτες". Υποτίθεται ότι μια Δίαιτα χωρίς φυσικά σαλικυλικά και τεχνητά χρωστικά τροφών, η δίαιτα Kaiser Permanente, γνωστή και ως η δίαιτα K-P ή η δίαιτα Feingold, θα μπορούσε να βελτιώσει τα συμπτώματα σε παιδιά με «υπερκινητικότητα» ή «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία». Η πιθανή επίδραση ζάχαρης και τεχνητών γλυκαντικών έχει επικεντρωθεί στους γονείς που αναφέρουν ότι, τα δικά τους παιδιά γίνονται «υπερκινητικά» αφού τρώνε πολλή ζάχαρη. Λίγες μελέτες παρατήρησης έχουν διαπιστώσει ότι, η πρόσληψη ζάχαρης ήταν που σχετίζεται με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και εφήβους. Το ερώτημα είναι αν αυτή η «υπερκινητικότητα» είναι που προκαλείται από τη ζάχαρη ή από τις συνθήκες που συχνά σχετίζονται με υψηλή πρόσληψη ζάχαρης (πάρτι γενεθλίων, διακοπές και τα λοιπά.). Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σχετικό στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, τα οποία συχνά έχουν δυσκολίες μη δομημένης ρύθμισης με πολλά άτομα. Το ευρέως χρησιμοποιούμενο τεχνητό γλυκαντικό, η ασπαρτάμη έχει τεθεί επίσης ως πρόβλημα σε σχέση με τη ΔΕΠ-Υ. Εκτός από ζάχαρη και τεχνητές χρωστικές τροφίμων, έχει προτάθηκε ότι ορισμένα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα μπορούσαν να είναι ευαίσθητα σε άλλα είδη τροφίμων, και ότι αυτά τα συγκεκριμένα τρόφιμα διαφέρουν από παιδί σε παιδί. Η διατροφή αποτελείται συνήθως από δύο τύπους κρέατος, δύο πηγές υδατανθράκων, δύο λαχανικά, δύο φρούτα, λάδι και νερό. Τα παιδιά αναγνωρίζονται ως «ευαίσθητα στη διατροφή» εάν εμφανίσουν βελτίωση μετά από μερικές εβδομάδες αυτού του είδους τη δίαιτα. Αν ναι, τα είδη τροφίμων επανεισάγονται με έναν ελεγχόμενο τρόπο αναγνώρισης στο παιδί. Η γενική ιδέα είναι να προσδιορίσουμε τα είδη τροφίμων, που πρέπει να αποφεύγονται σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση και έτσι να σχεδιάζουμε ατομική διατροφή για μελλοντική χρήση.

Τα θρεπτικά συστατικά που επικεντρώθηκαν ήταν ορισμένα αμινοξέα, οξέα, απαραίτητα λιπαρά οξέα, βιταμίνες και μέταλλα. Το ενδιαφέρον για τα αμινοξέα αυξήθηκε επειδή οι μονοαμινεργικοί νευροδιαβιβαστές, ντοπαμίνη, σεροτονίνη και νορεπινεφρίνη, που εμπλέκονται στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, συντίθενται από τα πρόδρομα αμινοξέα, φαινυλαλανίνη, τυροσίνη

και τρυπτοφάνη. Έτσι, αυτό έχει προταθεί ότι τα συμπληρώματα με αυτά τα αμινοξέα, μπορεί να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αντίθετα, έχουν δημιουργηθεί ανησυχίες για την πρόσληψη φαινυλαλανίνης μέσω του τεχνητού, ασπαρτάμης που θα μπορούσε να αυξήσει τα συμπτώματα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Όσον αφορά τις βιταμίνες, τις βιταμίνες Β, ειδικά τις Β6 (πυριδοξίνη), Β9 (φυλλικό οξύ) και βιταμίνη Β12 (κοβαλαμίνη), συμμετέχουν όλοι στη σύνθεση μονοαμινεργικών νευροδιαβιβαστών καθώς και στο μεταβολισμό των λιπαρών οξέων. Επομένως, οι ελλείψεις μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες για τις γνωστικές λειτουργίες. Η βιταμίνη C έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ως συμπλήρωμα σε μελέτες για ΔΕΠ-Υ, κατά πάσα πιθανότητα με βάση τα αντιοξειδωτικά του αποτελέσματα, βελτιώνει την απορρόφηση του σιδήρου. Τα μέταλλα ψευδάργυρος, σίδηρος και μαγνήσιο ήταν όλα προτεινόμενα ως δυνητικά σχετικά συμπληρώματα για παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ο ψευδάργυρος εμπλέκεται στη σύνθεση μονοαμινεργικών νευροδιαβιβαστών. Είναι γνωστό ότι προκαλεί ανεπάρκεια σε αυτά τα μέταλλα, συγκεκριμένα ο ψευδάργυρος και ο σίδηρος γνωστική εξασθένηση στα παιδιά. Παρατηρητικές μελέτες έχουν επίσης διαπιστώσει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερη κατάσταση αυτών των ορυκτών. Έχει προταθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχουν διαφορετικό μεταβολισμό ιδιαίτερα του ψευδαργύρου, και επίσης αυτή η κατάσταση ψευδαργύρου θα μπορούσε να τροποποιήσει την επίδραση παραγόντων όπως τα λιπαρά οξέα. Έχει προταθεί ότι υπάρχει έλλειψη σιδήρου, η οποία εμπλέκεται στο σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, το οποίο μοιράζεται ορισμένα χαρακτηριστικά με ΔΕΠ-Υ, και ως εκ τούτου υποτίθεται ότι η ανεπάρκεια σιδήρου θα μπορούσε επίσης να παίζει ρόλο στη ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, η κατάσταση του σιδήρου μπορεί επίσης να επηρεάσει το μεταβολισμό των απαραίτητων λιπαρών οξέων (Del-Ponte, Quinte, Cruz, Grellert, & Santos, 2019, Rytter, και συν., 2014).

## ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Οι συμμετέχοντες στις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες έπρεπε να είναι παιδιά (0 - 18 ετών) με διάγνωση ΔΕΠ-Υ ή μεγαλύτερα διαγνώσεις ισοδύναμες με ΔΕΠ-Υ. Θα έπρεπε να έχουν λάβει διάγνωση της ΔΕΠ-Υ με βάση (DSM-IV) ή υπερκινητικής διαταραχής με βάση τη Διεθνή Ταξινόμηση. Δεν υπήρξαν περιορισμοί ως προς το αν τα παιδιά λάμβαναν φάρμακα.

### 3.7.1 Τεχνητά χρώματα τροφών και άλλα πρόσθετα

Οι μελέτες που αξιολόγησαν την επίδραση των τεχνητών χρωστικών τροφίμων ήταν είτε μελέτες διατροφής, που αξιολογούσαν εάν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά βελτιώθηκαν με δίαιτα χωρίς τεχνητά - χρώματα (δίαιτα K-P), ή μελέτες πρόκλησης, αξιολόγησης εάν τα συμπτώματα των παιδιών επιδεινώθηκαν όταν εκτέθηκαν σε τεχνητές χρωστικές για τρόφιμα. Σε αυτές τις μελέτες, τα παιδιά ακολούθησαν δίαιτα χωρίς τεχνητές χρωστικές τροφίμων αλλά τους έδιναν ένα μπισκότο κάθε μέρα, το οποίο μερικές ημέρες περιείχε τεχνητές χρωστικές ουσίες τροφίμων. Και οι δύο ανεξέλεγκτες μελέτες διατροφής ανέφεραν βελτίωση συμπτώματα μετά τη δίαιτα K-P, ενώ τα αποτελέσματα από τις ελεγχόμενες μελέτες ήταν μικτές.

### 3.7.2 Ζάχαρη και Τεχνητά γλυκαντικά

Πέντε διασταυρωμένα RCTs έχουν αξιολογήσει την οξεία επίδραση της ζάχαρης και ασπαρτάμης σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ ή ισοδύναμες διαγνώσεις. Ένα από τα RCT που εξέτασε την ασπαρτάμη έναντι ελέγχου, η μία σύγκρινε τη ζάχαρη και σακχαρίνη, δύο σύγκριναν ζάχαρη έναντι ασπαρτάμης, και το τελευταίο δοκίμασε τόσο τη ζάχαρη όσο και την ασπαρτάμη έναντι σακχαρίνη. Συνολικά, αυτές οι μελέτες δεν βρήκαν καμία αλλαγή σε βασικά συμπτώματα ΔΕΠ-Υ με ζάχαρη ή ασπαρτάμη. Αν και κάποιος διαπίστωσε αύξηση της απροσεξίας με τη ζάχαρη σε σχέση τόσο με τη σακχαρίνη όσο και με την ασπαρτάμη. Οι μελέτες μπορεί συνεπώς να έχουν παραλείψει μικρές επιδράσεις που συνέβησαν μόνο σε μια μειοψηφία παιδιών ή μετά απο μακροχρόνια έκθεση. Επιπλέον, δύο από τις μελέτες σύγκριναν δύο συστατικά τροφίμων με επιβλαβή επιδράσεις (ζάχαρη και ασπαρτάμη), οπότε μπορεί να μην είναι δυνατό για την αξιολόγηση της επίδρασης οποιασδήποτε από αυτές τις ενώσεις.

### 3.7.3 Διατροφή με περιορισμένα τρόφιμα.

Επτά μελέτες έχουν επιχειρήσει να δοκιμάσουν δίαιτες περιορισμένων τροφίμων σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευόμενα παιδιά που έλαβαν όλο το φαγητό τους στη διαίτα λίγων τροφίμων ή μια διαίτα που εφαρμόστηκε από την κουζίνα του νοσοκομείου. Βρέθηκε μια σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ με τα λίγα τρόφιμα, και το 24% των παιδιών βρέθηκε να βελτιώνεται κατά την περίοδο της διαίτας αποβολής έναντι μόνο 4% στη περίοδο ελέγχου.

### 3.7.4 Αμινοξέα

Τρία μικρά RCT έχουν αξιολογήσει τις δυνατότητες επίδρασης της συμπλήρωσης με αμινοξέα. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών δεν έδειξαν καμία επίδραση. Η μελέτη που εξέτασε την τρυπτοφάνη βρήκε βελτίωση στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

### 3.7.5 Απαραίτητα λιπαρά οξέα

Αναγνωρίσαμε 16 μελέτες που διερευνούσαν την επίδραση των απαραίτητων συμπληρωμάτων λιπαρών οξέων στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά. Συνολικά, τα στοιχεία για μείωση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ μετά από συμπλήρωση με απαραίτητα λιπαρά οξέα από φυτικά έλαια είναι αραιά και δεν έδειξαν σαφείς βελτιώσεις στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Βιολογικά, είναι περισσότερο πιθανό ότι η συμπλήρωση με n-3 LCPUFA θα μπορούσε να μειώσει τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

### 3.7.6 Βιταμίνες

Επτά μελέτες διερεύνησαν εάν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τη συμπλήρωση βιταμινών. Ωστόσο, καμία από αυτές τις μελέτες δεν ερεύνησε τη χρήση των συμπληρωμάτων πολυβιταμινών σε δόσεις σύμφωνα με τα Συνιστώμενα ημερήσια επιδόματα (RDA), αλλά όλες οι ειδικές βιταμίνες c σε "μέγα-δόσεις". Συνολικά, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η βιταμίνη σε μεγάλες δόσεις βελτιώνει τα συμπτώματα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, μελέτες δείχνουν ότι οι μεγαλοποιήσεις των βιταμινών B3, B5, B6 και C σε συνδυασμό μπορεί να είναι τοξικές για το συκώτι και πρέπει να αποθαρρύνονται.

Τα χρώματα είχαν πιο έντονη επίδραση στους νεότερους παιδιά (προσχολικής ηλικίας). Έτσι, για τα περισσότερα διαιτητικά δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να προταθούν τη συνηθισμένη χρήση τους στην κλινική πράξη. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι ορισμένες τεχνητές χρωστικές τροφίμων μπορεί να επηρεάσουν συμπεριφορά στα παιδιά, αλλά αυτό το φαινόμενο δεν είναι προφανώς ειδικό για παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Μερικές μελέτες προτείνουν ότι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και υποκλινικές ελλείψεις, η συμπλήρωση του ψευδάργυρου μπορεί να ωφελήσει. Οι δίαιτες περιορισμένων τροφών φαίνεται να έχουν σταθερά θετική επίδραση βραχυπρόθεσμα σε ορισμένα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, δεν εννοείται ως μακροχρόνια θεραπεία, αλλά ως διαγνωστικό εργαλείο για τον εντοπισμό παιδιών που είναι ευαίσθητα σε ορισμένα τρόφιμα. Είναι άγνωστο τι χαρακτηρίζει τα είδη των συστατικών τροφίμων που είναι προβληματικά και λίγες μελέτες έχουν αξιολογήσει την επίδραση των επόμενων διατροφικών προκλήσεων για περισσότερες από μερικές εβδομάδες και καμία μελέτη δεν έχει περιγράψει την επίδραση της τελικής διατροφής (Del-Ponte, Quinte, Cruz, Grellert, & Santos, 2019, Rytter, και συν., 2014, Torp & Thomsen, 2020).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παραπάνω εργασία καταγράφει και ερμηνεύει την εξέλιξη και ανάπτυξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας. Καταγράφονται πιθανές συννοσηρότητες που μπορεί να εμφανιστούν ή να προκύψουν εξαιτίας κάποιας αιτιολογίας, σε ηλικίες που ξεκινούν από την προσχολική- βρεφική έως και την εφηβεία.

Η θεραπεία και παρέμβαση που ακολουθείται κάθε φορά είναι ανάλογη της συμπτωματολογίας αλλά εξατομικεύεται με βάση τα γνωρίσματα και το προφίλ του κάθε παιδιού. Πολλαπλές επιλογές από ατομικές έως και ομαδικές παρεμβάσεις είναι δυνατόν να διεξαχθούν για τη θεραπεία της διαταραχής.

Ο λογοθεραπευτής κατέχει στα χέρια του μία σειρά από έγκυρα σταθμισμένα τεστ κατάλληλα για κάθε περίπτωση αξιολόγησης και θεραπείας. Απαιτείται σωστή μελέτη του εγχειριδίου και γνώση των δυνατοτήτων του Τεστ ώστε να παρέχει αξιόπιστα τις υπηρεσίες του ως θεραπευτής που βρίσκεται στο πλάι του παιδιού αλλά και της διαταραχής του.



# Attention Deficit\Hyperactivity Disorder Rating Scale

**Appendix 1: ADHD Rating Scale**

**ADHD Rating Scale**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Completed By: \_\_\_\_\_ Parent \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

For each line below, please put an "x" in the box that best describes the child's behaviour over the last 6 months

	BEHAVIOUR	Always or very often	Often	Somewhat	Rarely or Never
Inattention	Fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork/homework.				
	Has difficulty keeping attention on tasks or play activities.				
	Does not seem to listen when spoken to directly.				
	Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork or chores.				
	Has difficulty organizing tasks and activities.				
	Avoids or strongly dislikes tasks that require sustained mental effort (e.g., homework)				
	Loses things necessary for tasks or activities (e.g., pencils, books, toys, etc).				
	Is easily distracted by outside stimuli.				
	Is forgetful in daily activities.				
	<b>TOTALS for Inattention</b>				
Hyperactivity and Impulsivity	Fidgets with hands or feet or squirms in seat.				
	Leaves seat in situations in which remaining seated is expected (e.g., dinner table).				
	Runs about or climbs in situations where it is inappropriate.				
	Has difficulty playing quietly.				
	Is "on the go" or acts "driven by a motor."				
	Talks excessively.				
	Blurts out answers to questions before the questions have been completed.				
	Has difficulty awaiting turn.				
	Interrupts others or intrudes on others (e.g., butts into games)				
	<b>TOTALS for Hyperactivity and Impulsivity</b>				

Were some of these behaviours present before age 7? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Unsure \_\_\_ N/A \_\_\_


Sources: (1) American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994. (2) ICSI Guidelines. Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school age children and adolescents Available from: URL:<http://www.guideline.gov/> (accessed November 2007). (3) El Camino Pediatrics Available from: URL:[http://elcaminopediatrics.com/forms\\_medrecords\\_childattentionprofile\\_pf.htm](http://elcaminopediatrics.com/forms_medrecords_childattentionprofile_pf.htm) (accessed November 2007). (4) Morrison D. Off-task and fidgety. An update on ADHD. The Canadian Journal of CME 2003; February:79-85.

© The Foundation for Medical Practice Education, [www.fmpe.org](http://www.fmpe.org)  
February 2008



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

### Attention Deficit\Hyperactivity Disorder Symptoms Checklist



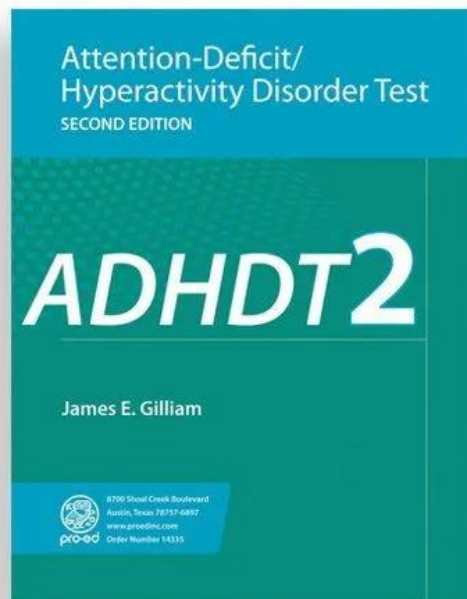
# ADHD Checklist

\*This checklist has been adapted from the DSM-5 diagnostic criteria for ADHD  
[www.chhdofbehaviorguide.com](http://www.chhdofbehaviorguide.com)

Symptoms of Inattention* (Six or more of these)	Never	Sometimes	Often	Very Often
Does not give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, work, or other activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has trouble sustaining attention in tasks or play activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does not seem to listen when spoken to directly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has trouble organizing tasks and activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (such as homework)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loses things necessary for tasks or activities (keys, school assignments, pencils, books, or tools)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is easily distracted by external stimuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is forgetful in daily activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Symptoms of Hyperactivity and Impulsivity* (Six or more of these)</b>				
Fidgets with hands or feet or squirms in seat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runs about or climbs when and where it is inappropriate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has trouble playing quietly or enjoying leisure activities quietly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is 'on the go' or acts as if driven by a motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talks excessively	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starts out answering before questions have been completed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has trouble making his or her turn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interrupts or intrudes on others (such as butting into conversations or games)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

**Attention Hyperactivity\Deficit Disorder Test**



## Βιβλιογραφία

- Antshel, & Russo. (2019). Autism Spectrum Disorders and ADHD: Overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations.
- Azeredo, Moreira, & Barbosa. (2018). ADHD, CD, and ODD: Systematic review of genetic and environmental risk factors. Portugal.
- Bauman-Waengler. (2012). *Articulatory and Phonological Impairments: A Clinical Focus, 4th Edition*. California.
- Capodieci, Lachina, & Cornoldi. (2018). Handwriting difficulties in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Italy.
- Carbray. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents.
- Childress, & Stark. (2018). Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool-Aged Children.
- Coelho , Fernandes Barbosa , Rizzutti, Amodeo Bueno, & Miranda . (2017, May). Group cognitive behavioral therapy for children and adolescents with ADHD.
- D'Agati, Curatolo, & Mazzone. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan.
- Del-Ponte, Quinte, Cruz, Grellert, & Santos. (2019). Dietary patterns and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review and meta-analysis. Brazil.
- DuPaul , Evans, Mautone, Owens , & Power. (2019, December). Future Directions for Psychosocial Interventions for Children and Adolescents with ADHD.
- Dwight. (2015). *Βασικές Δεξιότητες Λογοθεραπευτικής Παρέμβασης*. GOTSIS.
- Felt, Biermann, Christner, Kochhar, & Harrison. (2014, October). Diagnosis and management of ADHD in children.
- Frick, & Brocki. (2019, July 8). A multi-factorial perspective on ADHD and ODD in school-aged children: What is the role of cognitive regulation, temperament, and parental support?
- Froma, & Worthington. (Σεπτέμβριος 2016). *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ*. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π. Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- Garnock-Jones, & Keating. (2009). Atomoxetine: a review of its use in attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents.
- Hanć, Szwed, Słopień, Wolańczyk, Dmitrzak-Węglarz, & Ratajczak. (2016, April 19). Perinatal Risk Factors and ADHD in Children and Adolescents: A Hierarchical Structure of Disorder Predictors.
- Harpin. (2005, February). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life.

- Heward, & Lee. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες*. Αθήνα: ΤΟΠΟΣ.
- Jacobs, & Wendel. (2010, July 18). The everything parent's guide to ADHD in children.
- JONGSMA, VANDER-WOUDE, & LANDIS. (2011). *Οδηγός Σχεδιασμού Λογοθεραπευτικής Παρέμβασης*. ΡΟΔΩΝ.
- Kering, & Wenar. (2008). *ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*. ΑΘΗΝΑ: GUTENBERG.
- Krieger, Amador-Campos, & Guàrdia-Olmos. (2020, May 6). Executive functions, Personality traits and ADHD symptoms in adolescents: A mediation analysis. Barcelona, Spain.
- Millichap . (2008, February). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder.
- Noordermeer, Luman, & Oosterlaan. (2016, Φεβρουάριος 5). A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention.
- Overgaard, Oerbeck, Aase, Torgersen, Reichborn-Kjennerud, & Zeiner. (2015, March 24). Emotional Lability in Preschoolers With Symptoms of ADHD.
- OWENS. (2016). *ΓΛΩΣΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΜΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ*. GOTSIS.
- Patel , & Curtis. (2007). A comprehensive approach to treating autism and attention-deficit hyperactivity disorder: a prepilot study.
- Pickens, Khan, & Berlau. (2018, November 13). White noise as a possible therapeutic option for children with ADHD.
- Purdie, Hattie, & Carroll. (2009). A Review of the Research on Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: What Works Best?
- Rosen, Walerius, Fogleman, & Factor. (2015, May 10). The association of emotional lability and emotional and behavioral difficulties among children with and without ADHD.
- Rytter, H., Andersen, B., Houmann, Bilenberg, Hvolby, Mølgaard, . . . Lauritzen. (2014, January). Diet in the treatment of ADHD in children - a systematic review of the literature.
- Samuels. (2011). The Method of Repeated Readings.
- Sánchez-Pérez, Putnam, Gartstein, & González-Salinas. (2019). ADHD and ODD Symptoms in Toddlers: Common and Specific Associations with Temperament Dimensions.
- Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill. (2018, February). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision.
- Sciberras, Mulraney, Silva, & Coghill. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. New York.
- Serrano, Ezpeleta, & Castro-Fornieles. (2011). Comorbidity and Phenomenology of Bipolar Disorder in Children With.

- Sharma, & Couture. (2013, November 1). A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD).
- SHIPLEY, & MCAFEE. (2013). *ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*. GOTSIS.
- Sobanski, Banaschewski, Asherson, Buitelaar, Chen, Franke, . . . Mi. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence.
- Sonnack, & Brenneman. (2014, October). Treatment strategies for ADHD in preschool and school-age children.
- Sonuga-Barke, K. S., Sonuga-Barke, Koerting, Smith, McCann, & Thompson. (2011). Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. Belgium.
- Sprich, Burbridge, Lerner, & Safren. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for ADHD in Adolescents: Clinical Considerations and a Case Series.
- Swanson , Arnold, Kraemer, Hechtman, Molina, Hinshaw, . . . Wigal. (2008). Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the Multimodal Treatment study of Children With ADHD (MTA): part I: executive summary.
- Torp, U., & Thomsen. (2020, June 8). The use of diet interventions to treat symptoms of ADHD in children and adolescents - a systematic review of randomized controlled trials.
- Tripp, & Wickens. (2009, July 14). Neurobiology of ADHD. Japan.
- Wilens, & Spencer. (2010, September). Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. Boston.
- Wilens, Biederman, & Spencer. (2002). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Across the Lifespan. Boston.
- ΒΛΑΧΟΣ. (2018). *Εγκέφαλος, μάθηση και ειδική αγωγή*. Αθήνα: GUTENBERG.
- Δαλιανά, & Αντωνίου. (2015, Ιούνιος). Τρόποι αντίληψης και στρατηγικές διαχείρισης του χρόνου.
- Δροσινού, Μαρκάκης, Μιχαηλίδου, & Τσαγκαράκη. (2009). *ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΗΣ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ*. ΑΘΗΝΑ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ.
- Καβγά. (2016). *ΕΚΠΑΙΔΕΤΙΚΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠΥ*.
- Κωτούλας. (2003). Ενίσχυση της φωνολογικής επίγνωσης. Θεσσαλονίκη.
- Παναγιώτης, Β. (χ.χ.). Η εφαρμογή μεθόδων παιδαγωγικής γυμναστικής στην λογοθεραπευτική παρέμβαση. Ιωάννινα.
- ΣΕΡΔΑΡΗΣ. (1998). *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ*. UNIVERSITY STUDIO PRESS.