

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ψυχικές και Γλωσσικές Διαταραχές των Ατόμων
με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής –
Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) -
Θεραπευτικές Προσεγγίσεις»**

Επόπτρια Καθηγήτρια :

Επιμέλεια:



Σιαφάκα Βασιλική

Επίκουρος Καθηγήτρια

Ψυχολόγος της Υγείας

Γαλάνη Παρασκευή (Α.Μ.: 15887)

Γεωργίου Αρετή (Α.Μ.:15732)

Παρασκευαΐδου Μαρία (Α.Μ.: 14478)

Ευχαριστίες

Η συγκεκριμένη εργασία δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια της καθηγήτριάς μας, κυρίας Σιαφάκα Βασιλικής, την οποία ευχαριστούμε θερμά τόσο για την καθοδήγησή της κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας όσο και για τα διδάγματα που μας μετέδωσε μέσω των μαθημάτων της.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ και στους γονείς μας, οι οποίοι στέκονται στο πλάι μας σε κάθε μας προσπάθεια να ανακαλύψουμε τη γνώση και τον κόσμο που μας περιβάλλει. Χωρίς την απεριόριστη αγάπη και στήριξη τους δεν θα μπορούσαμε να ανοίξουμε τα δικά μας φτερά και να τολμήσουμε να κυνηγήσουμε τα όνειρά μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	5
Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο «Διερευνώντας τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)»

1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	9
1.2 Ορισμός ΔΕΠ-Υ.....	13
1.3 Τύποι της ΔΕΠ-Υ.....	14
1.4 Κλινική Εικόνα & Διαγνωστικά Κριτήρια της ΔΕΠ-Υ.....	18
1.5 Αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ.....	27
1.6 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	33
1.6.1 Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και Διαταραχή της Διαγωγής – ΔΕΠ-Υ.....	33
1.6.2 Διαταραχές Διάθεσης και Διπολική Διαταραχή - ΔΕΠ-Υ.....	36
1.6.3 Φυσιολογική Ζωηρότητα - ΔΕΠ-Υ.....	38
1.6.4 Σύνδρομο Tourette – ΔΕΠ-Υ.....	39
1.6.5 Asperger - ΔΕΠ-Υ.....	40
1.7 Συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές.....	42
1.8 Νοημοσύνη των ατόμων με ΔΕΠ-Υ.....	44
1.9 Επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ.....	46
1.10 Αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ.....	48
1.11 Πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο «Ψυχοπαθολογία και Αναπτυξιακή Πορεία των Ατόμων με ΔΕΠ-Υ»

Εισαγωγή.....	52
2.1 Βρεφική Ηλικία.....	52
2.2 Νηπιακή Ηλικία.....	54
2.3 Σχολική Ηλικία.....	56
2.4 Εφηβική Ηλικία.....	59
2.5 Ενήλικη Ζωή.....	61
2.6 Ψυχισμός & Συναισθήματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ.....	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο «Γλωσσικές Διαταραχές στη ΔΕΠ-Υ»

3.1 Καθυστέρηση στην Ανάπτυξη του Λόγου.....	64
3.2 Αρθρωτικές Διαταραχές των Παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	64
3.3 Μαθησιακές Δυσκολίες.....	65
3.3.1 Δυσλεξία.....	66
3.4 Διαταραχές στην πραγματολογία.....	67
3.5 Διαταραχές στην σημασιολογία.....	60
3.6 Διαταραχές στη γραμματική.....	70
3.7 Διαταραχές στη φωνολογία.....	70
3.8 Διαταραχές Φώνησης.....	71
3.9 Παιδική Ψυχοπαθολογία και Διαταραχές Λόγου.....	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο «Θεραπευτική Προσέγγιση στη ΔΕΠ-Υ»

4.1 Πρώιμη Παρέμβαση.....	74
4.2 Θεραπευτικές Μέθοδοι Αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ.....	75
4.3 Ο Ρόλος του Εκπαιδευτικού.....	90
4.4 Φαρμακευτική Αγωγή.....	99
4.5 Συμβουλευτική Γονέων.....	101
4.6 Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στους Ενήλικες.....	103

Συμπεράσματα.....	106
Βιβλιογραφία.....	112
Παραρτήματα.....	116

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης τα τελευταία χρόνια. Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι η εμφάνιση συμπτωμάτων απροσεξίας και/ή παρορμητικότητας - υπερκινητικότητας, με αποτέλεσμα τη δυσκολία διατήρησης της προσοχής, την παρουσία υπερκινητικότητας και τις παρορμητικές αντιδράσεις. Για να λάβει κάποιος τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει τα συμπτώματα να εμφανίζονται πριν τα 7 έτη, να είναι δυσανάλογα με την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου, να διαρκούν πάνω από 6 μήνες και να προκαλούν βλάβη στην κοινωνική, συναισθηματική και επαγγελματική λειτουργικότητα του. Εκτός από τα κύρια συμπτώματα, το άτομο παρουσιάζει μια έντονη ψυχοπαθολογία που επηρεάζει αρνητικά ακόμα περισσότερο τη λειτουργικότητα του. Έντονη επιρροή υφίσταται και ο λόγος εξαιτίας της ΔΕΠ-Υ. Τέλος, πολλές είναι οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που προτείνουν οι ειδικοί και αφορούν τον ίδιο τον θεραπευόμενο, τους γονείς αλλά και τους εκπαιδευτικούς.

Λέξεις – Κλειδιά

Πρόλογος

Ήδη από την προσχολική ηλικία, η υπερδραστηριότητα και η ενεργητικότητα θεωρούνται φυσιολογικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των παιδιών. Προσπαθώντας να ανακαλύψουν τον κόσμο που τα περιβάλλει και να ανταποκριθούν στο πλήθος των πληροφοριών που δέχονται, τα παιδιά είναι ανυπόμονα, παρορμητικά και ζωντανά.

Ορισμένα παιδιά, όμως, εμφανίζουν υπερβολική ενεργητικότητα και κινητικότητα που διαφέρει από τη συμπεριφορά παιδιών της αντίστοιχης ηλικίας. Τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους σε μια δραστηριότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα και να ολοκληρώσουν διάφορες υποχρεώσεις που τους ανατίθενται. Ακόμη, η παρορμητικότητά τους δεν συγκλίνει σε συχνότητα και ένταση με την παρορμητικότητα που παρουσιάζουν οι συνομήλικοί τους. Συχνό φαινόμενο αποτελεί η ύπαρξη αντιδραστικότητας και η έλλειψη συνεργατικής διάθεσης. Στο σύνολο, παρόλο που η νοημοσύνη τους είναι φυσιολογική, η συμπεριφορά τους είναι δυσανάλογη του αναπτυξιακού τους επιπέδου.

Καθώς ο χρόνος περνά, ο αριθμός και η πολυπλοκότητα των απαιτήσεων μεγαλώνουν και τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με δυσκολίες που αφορούν τη σχολική, κοινωνική και συναισθηματική τους λειτουργικότητα. Οι γονείς και οι δάσκαλοι αδυνατούν να εξηγήσουν την ανεξέλεγκτη και «ανυπάκουη» συμπεριφορά των παιδιών, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε επιπλήξεις και τιμωρίες και να επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση. Πολλές φορές, μετά από παρέμβαση των εκπαιδευτικών, τα παιδιά παραπέμπονται σε κάποιον ειδικό.

Οι ειδικοί ασχολούνται με αυτούς τους τύπους συμπεριφορών εδώ και έναν αιώνα περίπου. Η φύση και η αιτιολογία των συμπεριφορών δίχαζε για πολύ καιρό τους επιστημονικούς κλάδους με αποτέλεσμα τη συχνή αλλαγή της ορολογίας που έχει χρησιμοποιηθεί για την περιγραφή τους. Σήμερα, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) δίνεται ως διάγνωση από τους ειδήμονες για να περιγράψει τα προαναφερθέντα συμπτώματα. Η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναπτυξιακή

διαταραχή, που οφείλεται σε οργανικούς παράγοντες και προκαλεί δυσκολίες στη λειτουργικότητα όχι μόνο των παιδιών αλλά και του ευρύτερου οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντός τους (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η εξερεύνηση της διαταραχής όχι μόνο ως προς τα χαρακτηριστικά της, αλλά και ως προς την επιρροή που ασκεί στη λειτουργικότητα του ατόμου σε όλα τα στάδια ανάπτυξής του.

Στο *Κεφάλαιο 1* γίνεται αναφορά στα γενικά στοιχεία της ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή της ορολογίας της διαταραχής με όλες τις μεταβολές που υπέστη κατά καιρούς. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται ο ορισμός της, οι διάφοροι τύποι της ΔΕΠ-Υ και τα διαγνωστικά της κριτήρια, σύμφωνα με τα πρόσφατα διαγνωστικά εγχειρίδια. Επίσης, αναλύονται οι πιθανές αιτίες εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, όπως έχουν καταγραφεί διεπιστημονικά. Ακόμη, θα ήταν αδύνατον να γίνει παράληψη των στοιχείων που διαφοροποιούν τη ΔΕΠ-Υ από άλλες διαταραχές. Γι' αυτόν το λόγο, διαχωρίζεται η ΔΕΠ-Υ από την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή, τη Διαταραχή Διαγωγής, τις Διαταραχές της Διάθεσης και τη φυσιολογική ζοηρότητα, η οποία αποτελεί και τη μεγαλύτερη «παγίδα» για τους ειδικούς. Τέλος, υπογραμμίζονται οι επιπρόσθετες δυσκολίες που συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ, ο βαθμός του νοητικού επιπέδου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, η σπουδαιότητα της πρόγνωσης και η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο των παιδιών.

Το *Κεφάλαιο 2* επικεντρώνεται στη ψυχοπαθολογία που εμφανίζουν τα άτομα με Διάσπαση Προσοχής - Υπερκινητικότητα ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται. Αρχικά, επισημαίνονται οι δυσκολίες της διαταραχής που εμφανίζονται στη βρεφική ηλικία και αφορούν τις διατροφικές συνήθειες, τον ύπνο και το κλάμα του μωρού. Δευτερευόντως, το ενδιαφέρον στρέφεται στην προσχολική ηλικία όπου διακρίνονται οι τριβές με τους συνομηλίκους και οι δυσχέρειες στην οικογενειακή σταθερότητα, λόγω της υπερδραστηριότητας. Κατόπιν, με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο ερευνώνται οι νέες προκλήσεις που σχετίζονται με τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και τη συμμόρφωση σε σχολικούς κανόνες. Ακόμη,

τονίζονται η αρνητική επίδραση της διαταραχής στην εφηβεία και η μειωμένη λειτουργικότητα στην ενήλικη ζωή, σε περίπτωση που δεν διαγνωστεί έγκαιρα η ΔΕΠ-Υ. Τέλος, περιγράφονται πιο διεξοδικά τα συναισθήματα που αναπτύσσονται στα άτομα λόγω της ύπαρξης της συγκεκριμένης διαταραχής.

Στο *Κεφάλαιο 3* εξετάζονται οι γλωσσικές διαταραχές που προκαλούνται στα άτομα εξαιτίας της ΔΕΠ-Υ, ανάλογα και πάλι με την πορεία ανάπτυξής τους. Έτσι, λοιπόν, γίνεται αναφορά στην ενδεχόμενη καθυστέρηση ανάπτυξης του λόγου, τις αρθρωτικές διαταραχές και τις διαταραχές στη φωνολογία, την πραγματολογία, τη γραμματική και τη σημασιολογία που γίνονται αντιληπτές. Επιπλέον, παρατηρείται η συχνή συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις μαθησιακές δυσκολίες και πιο συγκεκριμένα με τη δυσλεξία. Τέλος, αναλύονται και οι διαταραχές φώνησης που εμφανίζονται λόγω της κακής χρήσης της φωνής.

Κλείνοντας, το *Κεφάλαιο 4* εστιάζει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τα πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα. Αρχικά, τονίζεται η μείζων σημασία της πρώιμης παρέμβασης στη ομαλότερη εξέλιξη της διαταραχής και στον περιορισμό των συνεπειών της. Ακόμη, παρουσιάζονται οι θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης που είναι αποδεκτές από την πλειονότητα των ειδικών και προτείνονται στρατηγικές για τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι έρχονται συχνά πρώτοι αντιμέτωποι με τις δυσκολίες της ΔΕΠ-Υ. Επίσης, εξετάζεται η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής στην καταστολή των συμπτωμάτων και παρατίθενται συμβουλές για τη σωστή διαχείριση της διαταραχής από τους γονείς. Τέλος, προτείνονται θεραπευτικές μέθοδοι για ενήλικες σε περίπτωση που δεν έχουν λάβει έγκαιρη διάγνωση.

Συμπερασματικά, η συγκεκριμένη εργασία επιχειρεί να διαφωτίσει όσο το δυνατόν περισσότερο τα προαναφερθέντα ζητήματα έχοντας ως στόχο τη βαθύτερη γνώση και κατανόηση της ΔΕΠ-Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο «Διερευνώντας τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)»

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα αποτελεί μια νευροφυσιολογική αναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Σύμφωνα με την διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία, μελέτες δείχνουν ότι περίπου 1 στα 3 παιδιά, εκδηλώνουν τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, είτε μεμονωμένα είτε με την παρουσία άλλων προβλημάτων (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Αναφέρεται ότι ο πρώτος επιστήμονας ο οποίος περιέγραψε την συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ ήταν ο γιατρός George Still. Όμως το 1798, ο γιατρός Alexander Crichton από το Σκώτο, περιέγραψε λεπτομερώς ένα είδος διαταραχής της προσοχής, που ταιριάζει στα σύγχρονα κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον Απρόσεχτο Τύπο, όπως αυτά αναφέρονται στο DSM-IV.

Ο Still κατά την περίοδο του 1902, σε μία σειρά διαλέξεων του στο Royal College of Physicians, περιέγραψε 43 παιδιά που παρουσίαζαν έντονη επιθετικότητα, προκλητικότητα και αντιστέκονταν στην πειθαρχία. Επιπλέον, τα παιδιά παρουσίαζαν έντονη παρορμητικότητα και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά. Αδιαφορούσαν για την τιμωρία, ήταν υπερκινητικά και αντιμετώπιζαν προβλήματα όσον αφορά στη συγκέντρωση της προσοχής. Σύμφωνα με την άποψη του Still, αυτά τα παιδιά ήταν άτομα με έλλειμμα στην «αναστολή της βούλησης» και στον «ηθικό έλεγχο». Ωστόσο, υποστήριξε ότι οι παράγοντες εμφάνισης της διαταραχής ήταν κυρίως βιολογικοί.

Το 1917-1918, μία επιδημία εγκεφαλίτιδας ξέσπασε στη βόρεια Αμερική και οι ειδικοί κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν πολλά κρούσματα παιδιών τα οποία επέζησαν, αλλά παρ' όλα αυτά παρουσίασαν σοβαρές ανεπάρκειες τόσο στην συμπεριφορά τους όσο και στις γνωστικές λειτουργίες. Τα χαρακτηριστικά των ανεπαρκειών που παρουσιάστηκαν στα παιδιά και αποδίδονται σήμερα ως συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ ήταν υπερκινητικότητα, παρορμητική επιθετικότητα, αδυναμία εστίασης της

προσοχής, αντικοινωνική συμπεριφορά και μαθησιακές δυσκολίες. Έτσι, προέκυψε η θεωρία της «εγκεφαλικής βλάβης». Στις επόμενες δεκαετίες (1930-1950), ο όρος «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» αντικατέστησε τον όρο «εγκεφαλική βλάβη» (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Ωστόσο, τα παιδιά με εγκεφαλική δυσλειτουργία αποτελούν μόνο το 5% του συνόλου του παιδικού πληθυσμού, διότι τα κλινικά χαρακτηριστικά που οφείλονται σε κάποιο είδος εγκεφαλικής βλάβης, διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους. Έτσι, ο όρος «Εγκεφαλική Δυσλειτουργία» άρχισε βαθμιαία να φθίνει κατά την δεκαετία του 1970, καθώς θεωρήθηκε εξαιρετικά ασαφής για την διάγνωση αλλά και για την θεραπευτική αντιμετώπιση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αντικατασταθεί από πιο εξειδικευμένους όρους, που σχετίζονταν με εξελικτικές διαταραχές και με συγκεκριμένες συμπεριφορές, όπως μαθησιακές δυσκολίες και γλωσσικές διαταραχές. Έτσι, ο όρος «Υπερκινητικό Σύνδρομο» καθιερώθηκε στην ευρύτερη βιβλιογραφία.

Την ίδια εποχή (1968) το DSM-II, στην Αμερική, ονομάζει το σύνδρομο ως «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία». Έτσι, αυτή η διαταραχή χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, αεικινησία, μειωμένη διάρκεια της προσοχής, ενώ τα συμπτώματα εκτός από την παιδική ηλικία, εμφανίζονται και στην εφηβεία αλλά και στην ενήλικη ζωή. Η διαδικασία αντιμετώπισης της διαταραχής επικεντρώνεται τόσο στην ψυχοθεραπεία όσο και στην φαρμακοθεραπεία του ατόμου με ΔΕΠ-Υ.

Το 1972 η Virginia Douglas στο McGill University, μαζί με την επιστημονική ομάδα της, διατύπωσαν την άποψη ότι τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα δεν χαρακτηρίζονται τόσο από την υπερκινητικότητα, αλλά από τα ελλείμματα κυρίως στην προσοχή και στον έλεγχο της παρορμητικής συμπεριφοράς, τα οποία είναι υπεύθυνα για την επεξεργασία των πληροφοριών. Επιπρόσθετα, παρατήρησε ότι τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας αρχίζουν σιγά σιγά να υποχωρούν κατά την εφηβική ηλικία, αλλά παραμένουν οι δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή και στον εκπαιδευτικό τομέα. Η θεωρία της Douglas επηρέασε την έκδοση του DSM-III και αναθεωρήθηκαν αρκετά στοιχεία της ΔΕΠ-Υ, τα οποία περιέχουν πιο σαφείς ορισμούς των κλινικών χαρακτηριστικών,

με βάση την έναρξη των συμπτωμάτων στο άτομο, κατευθύνοντας τον θεραπευτή στην άμεση διάγνωση.

Οι διαφοροποιήσεις που έγιναν στο DSM-III είναι οι εξής: Στην παιδική ηλικία η υπερκινητική αντίδραση έχει μετονομαστεί σε «Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα» (ΔΕΠ-Υ) και «Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής» (ΔΕΠ), η οποία χαρακτηρίζεται από αδυναμία εστίασης της προσοχής και παρορμητικότητα. Αντίθετα, η ΔΕΠ-Υ έχει ως κύριο κλινικό στοιχείο εκτός από την αδυναμία εστίασης της προσοχής και την παρορμητικότητα, την υπερκινητικότητα.

Παρ' όλα αυτά, επικρατούν αντιλήψεις από την Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη ότι η υπερκινητικότητα θεωρείται από τα πιο βασικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Οι έρευνες που είχαν γίνει γύρω από το θέμα της υπερκινητικότητας ήταν πολύ λίγες, με αποτέλεσμα να οριστούν αποδεκτά κριτήρια για την επιλογή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Η επιλογή των κριτηρίων για ερευνητικούς σκοπούς έγινε με βάση τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Αναφορά τουλάχιστον τριών χαρακτηριστικών σχετικά με την προσοχή και τριών χαρακτηριστικών όσον αφορά την κινητική δραστηριότητα.
2. Αποκλεισμός της ύπαρξης κάποιας ψυχικής ασθένειας και αυτισμού.
3. Αναφορά δυσκολιών στην προσοχή και την κινητική δραστηριότητα σε οικείο περιβάλλον του ατόμου.
4. Μέσος όρος δυσκολιών τουλάχιστον δύο χρόνων.
5. Εμφάνιση των κλινικών χαρακτηριστικών πριν την ηλικία των 7 ετών.

Την εποχή εκείνη, πραγματοποιήθηκαν έρευνες για την πιθανότητα η ΔΕΠ-Υ να προκαλεί συνοδά προβλήματα όπως διαταραχές στην ανάγνωση ή διαταραχές στον λόγο και έρευνες για την διάκριση ανάμεσα στην μόνιμη υπερκινητικότητα και στην περιστασιακή υπερκινητικότητα, αντλώντας πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον των ατόμων (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Το 1987, το DSM-III-R καθιέρωσε την υπερκινητικότητα στην ονομασία του συνδρόμου, επιβάλλοντας πλέον τον όρο «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα».

Στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1980, νέοι επιστήμονες υποστήριξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στον αυτοέλεγχο και στη ρύθμιση της συμπεριφοράς τους με βάση ορισμένους κανόνες. Επίσης, θεώρησαν ότι η εκδήλωση μειωμένης ευαισθησίας για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους είναι νευρολογικής φύσης.

Στο DSM-IV (1994), οι έρευνες στράφηκαν ιδίως στη μελέτη των παρορμητικών χαρακτηριστικών και στον αυτοέλεγχο των ατόμων. Ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν ελλείμματα όσον αφορά την ολοκλήρωση μιας ενέργειας.

Στο DSM-IV η διαταραχή πλέον καταγράφεται ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα» και διακρίνεται σε 3 τύπους όπως:

- 1) ΔΕΠ-Υ Συνδυασμένος Τύπος (κυριαρχούν συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας)
- 2) ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Απρόσεχτο Τύπο (κυρίως κυριαρχούν συμπτώματα απροσεξίας)
- 3) ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό – Παρορμητικό Τύπο (κυρίως κυριαρχούν συμπτώματα παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας)

Ακόμη, το DSM-IV εντάσσει τη ΔΕΠ-Υ στις «Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς» μαζί με την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και τη Διαταραχή Διαγωγής, αλλά και στις «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία».

Στο DSM-5 η βασικότερη αλλαγή είναι η ύπαρξη τεσσάρων τύπων ΔΕΠ-Υ αντί τριών. Οι τύποι που διατηρούνται είναι ο Συνδυασμένος Τύπος ΔΕΠ-Υ και ο Προεξάρχων Υπερκινητικός – Παρορμητικός Τύπος, ωστόσο τα κριτήρια για τον Προεξάρχοντα τον Απρόσεχτο Τύπο έχουν αλλάξει. Ο τέταρτος τύπος αναφέρεται σε άτομα που εμφανίζουν διαταραχή της εστίασης της προσοχής κυρίως, χωρίς τα κλινικά χαρακτηριστικά υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας.

Τέλος, στο DSM-5 εισάγεται και το κριτήριο της πρώτης εμφάνισης των κλινικών χαρακτηριστικών πριν από τα 7 έτη, καθώς και τα συμπτώματα που ακολουθούν κατά την εφηβική και την ενήλικη ζωή (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

1.2 Ορισμός ΔΕΠ-Υ

«Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας, σύμφωνα με τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς λειτουργικότητας του παιδιού και προκαλεί σοβαρές και επίμονες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον» (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2005).

Αρχικά, λοιπόν, τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ διαφοροποιούνται σε δύο διαστάσεις οι οποίες είναι: η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει την υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα και η δεύτερη διάσταση σχετίζεται με την ελλειμματική προσοχή. Ωστόσο, σε μεγάλη συχνότητα τείνουν να συνυπάρχουν τα χαρακτηριστικά και των δύο διαστάσεων. Επιπλέον, αναφέρεται ότι «όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο της παρορμητικής συμπεριφοράς του ατόμου, τόσο περισσότερα προβλήματα δημιουργούνται στην καθημερινότητά του». Έτσι, κυριαρχεί η άποψη ότι ένα από τα βασικότερα ελλείμματα που προκαλεί η ΔΕΠ-Υ είναι η ελλειμματική ικανότητα αναστολής ή αυτοελέγχου, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν το άτομο σε ένα σύνολο σχετικών συμπτωμάτων.

Επομένως, σύμφωνα και με τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual-IV-Text Revised-DSM-IV-TR), τα παιδιά λαμβάνουν την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αν εμφανίζουν πρότυπα απροσεξίας, διαταραχή της εστίασης της προσοχής, υπερκινητικότητα και παρορμητική συμπεριφορά σε σχέση με το πρότυπο που παρατηρείται σε άτομα αντίστοιχου αναπτυξιακού επιπέδου (Δαβαζόγλου και Κόκκινος, 2011).

Δευτερευόντως, με την πάροδο του χρόνου, τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες εμφανίζουν αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, αντιμετωπίζοντας σοβαρές δυσκολίες στους τομείς της κοινωνικής, σχολικής αλλά και της συναισθηματικής τους προσαρμογής. Οι χειρισμοί του κοινωνικού περιγύρου

των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφορών, οδηγούν τα άτομα αυτά πολλές φορές σε αδιέξοδο.

Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 60 χρόνων έχουν υιοθετηθεί ποικίλοι όροι για την περιγραφή της όπως υπερκινητική παρορμητική διαταραχή, οργανική ανησυχία (organic driveness), ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα. Παρά την ύπαρξη της τόσο διαφορετικής ορολογίας, οι ειδικοί συμφωνούν μεταξύ τους ότι τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι η υπερκινητικότητα (αυξημένη δραστηριότητα), η απροσεξία (δυσκολία συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής) και η παρορμητικότητα (ελλειμματική ικανότητα αναστολής αυθόρμητων αντιδράσεων) (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Τέλος, είναι φανερό ότι τα παιδιά διαφέρουν πολύ μεταξύ τους και στην κινητικότητα. Μερικά είναι ήρεμα, ήσυχα και, φαινομενικά, σε γαλήνιες σχέσεις με τον κόσμο γύρω τους. Άλλα είναι ακριβώς το αντίθετο, τρέχουν από δω κι από κει, δεν κάθονται λεπτό. Τα περισσότερα, ωστόσο, βρίσκονται κάπου ανάμεσα στα δύο άκρα. Στην πραγματικότητα, λοιπόν, μόνο μια ελάχιστη μειοψηφία από εξαιρετικά υπερκινητικά παιδιά έχει πραγματική δυσκολία (Davis, 2000).

1.3 Τύποι της ΔΕΠ-Υ

Εισαγωγή

Η αυξημένη κινητικότητα χωρίς σκοπό, την οποία το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει, ονομάζεται υπερκινητικό σύνδρομο. Τα άτομα με Διάσπαση της Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα χαρακτηρίζονται από φυσιολογική νοημοσύνη και αντιληπτικές δυνατότητες μέσα στα πλαίσια του κατάλληλου ηλικιακού εύρους.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Νόσων της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM-IV (APA 1994), για τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ απαιτούνται έξι ή περισσότερα κλινικά χαρακτηριστικά από έναν τουλάχιστον τομέα (ελλειμματική προσοχή ή παρορμητικότητα) και διακρίνονται σε τρεις τύπους: 1. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο, 2. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό - Παρορμητικό Τύπο, 3. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα Συνδυασμένος Τύπος (Κουράκης, 2004). Από την άλλη πλευρά, η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10 αναγνωρίζει τη Διαταραχή Υπερκινητικότητας στην οποία απαιτούνται συμπτώματα και από τους δύο τομείς (τον Τύπο της Ελλειμματικής Προσοχής και τον Τύπο της Ελλειμματικής Προσοχής - Παρορμητικότητας) (Βλασσοπούλου και συν., 2007).

Μελέτες δείχνουν ότι από τον πληθυσμό των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, περίπου το 55% έχει διαγνωσθεί με τον Συνδυασμένο Τύπο, το 27% έχει διαγνωσθεί με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο και το 18% έχει διαγνωσθεί με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο (Heward, 2011).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ είναι εξαιρετικά υποκειμενικά. Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM, είναι απαραίτητο τα συμπτώματα της διαταραχής να έχουν κάνει την πρώτη τους εμφάνιση πριν την ηλικία του 7^{ου} έτους, να εμφανίζονται σε περισσότερες από μία καταστάσεις, τα συμπτώματα να είναι διακριτά από άλλες διαταραχές και να εμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε τομείς της ζωής του. Μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η μέση συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται στο 4,9%.

Εντούτοις, η φύση των συμπτωμάτων διαφοροποιείται ανάλογα και με το φύλο του ατόμου. Για παράδειγμα, τα αγόρια παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, ενώ τα κορίτσια βιώνουν μεγαλύτερο άγχος, διαταραχές ομιλίας, ενοούρηση καθώς επίσης και μαθησιακές δυσκολίες (Κάκουρος και Μανιαδάκη 2006).

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM διαφοροποιεί τα παιδιά, ανάλογα με τα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής,

παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας που παρουσιάζουν, προσφέροντας τους ακόλουθους τύπους:

- **Ο Συνδυασμένος Τύπος:** πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα συμπτώματα σε κάθε κατηγορία (προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα) τους τελευταίους έξι μήνες. Είναι ο πιο διαδεδομένος σε συχνότητα τύπος.

- ❖ Είναι η σύνθεση των συμπτωμάτων των δύο επόμενων υποτύπων.

- **Ο Τύπος με Προεξάρχοντα την Απροσεξία:** πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα κριτήρια Απροσεξίας (αλλά λιγότερα από έξι της Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας) τους τελευταίους έξι μήνες (Κάκουρος, 2001).

- ❖ Τα «απρόσεκτα» παιδιά έχουν δυσκολία στη συγκέντρωση προσοχής σε κάθε πλευρά της καθημερινότητάς τους και σε όλα τα πλαίσια που κινούνται. Στο σχολικό πλαίσιο παρατηρούνται τα εξής: παραδίδουν τις εργασίες τους ημιτελείς ή καθόλου, δείχνουν αφηρημένα, δεν ακούν, δυσκολεύονται στην επεξεργασία και κατανόηση των ακουστικών ερεθισμάτων, αγνοούν ή δεν ακολουθούν τις οδηγίες, δείχνουν ότι τεμπελιάζουν ή ότι δεν έχουν κίνητρο, είναι απρόσεχτα, χάνουν αντικείμενα, ξεχνάνε εύκολα, κάνουν λάθη, είναι ανοργάνωτα, παθητικά, ντροπαλά, κοινωνικά απομονωμένα και η διάσπαση της προσοχής που παρουσιάζουν δημιουργεί προβλήματα αποκωδικοποίησης των εισερχόμενων πληροφοριών (Sandberg, Day, Trott, 1996).

- **Ο Τύπος με Προεξάρχοντα την Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα:** πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα κριτήρια της Υπερκινητικότητας (αλλά λιγότερα από έξι της απροσεξίας) τους τελευταίους έξι μήνες. Η Απροσεξία, όμως, συνεχίζει να είναι σημαντικό κλινικό χαρακτηριστικό και σε αυτόν το τύπο (Κάκουρος, 2001).

- ❖ Τα «υπερκινητικά» παιδιά κάνουν τις πιο πολλές κινήσεις σε πλαίσια που δεν είναι κατάλληλα για αυξημένη κινητικότητα, συμπεριφορά που ακριβώς επειδή είναι ενοχλητική, γίνεται ιδιαίτερα αισθητή στον περίγυρο. Τα «παρορμητικά» παιδιά έχουν την τάση για αυθόρμητες και γρήγορες ενέργειες που δεν επιδέχονται αναβολή. Σε περιπτώσεις αναβολής μιας ενέργειας γίνονται οξύθυμα και ευερέθιστα. Στο σχολικό πλαίσιο παρατηρούνται τα εξής: κάνουν θόρυβο, μιλάνε πολύ, δεν

περιμένουν τη σειρά τους, διακόπτουν τους άλλους, φωνάζουν τις απαντήσεις πριν ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις, γίνονται ακόμα και επιθετικά προκειμένου να επιβληθούν στους άλλους, ερμηνεύουν εσφαλμένα τα λεκτικά, εξωλεκτικά και μη λεκτικά στοιχεία των μηνυμάτων, με αποτέλεσμα να παρερμηνεύουν τις συμπεριφορές των άλλων και να αντιδρούν επιθετικά (Καλαντζή-Αζίζι και Ζαφειροπούλου, 2004).

- **Σε μερική ύφεση.**

- **Μη Αλλιώς Καθοριζόμενη (NOS):** Σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται διαταραχές με συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τα παραπάνω, φαίνεται ότι η ΥΚΔ (Διαταραχή Υπερκινητικότητας πιο σοβαρού βαθμού από τη ΔΕΠ-Υ) απαιτεί την παρουσία περισσότερων συμπτωμάτων από την ΔΕΠ-Υ και όλα τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα σε περισσότερα του ενός πλαισίου.

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια πληθαίνει ο αριθμός των ερευνητών που υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο δεν είναι μία πραγματική υποκατηγορία της ΔΕΠ-Υ αλλά μία ποιοτικά διαφορετική διαταραχή που θα έπρεπε να ταξινομείται ξεχωριστά. Τα παιδιά με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο διαφέρουν από τα παιδιά με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό – Παρορμητικό Τύπο όχι μόνο ως προς την κλινική τους εικόνα, αλλά και ως προς τα συνοδά προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν και ως προς την έκβαση της διαταραχής. Τα παιδιά με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο χαρακτηρίζονται από αφηρημάδα, ονειροπόληση, άγχος και κοινωνική απομόνωση. Η αντιδραστική και προκλητική συμπεριφορά των άλλων τύπων σπανίζει στα συγκεκριμένα παιδιά ενώ εμφανίζεται συχνότερα συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης (Κάκουρος, 2001).

1.4 Κλινική Εικόνα & Διαγνωστικά Κριτήρια της ΔΕΠ-Υ

Κλινική Εικόνα της ΔΕΠ-Υ

Τα κύρια χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠ-Υ διακρίνονται σε τρία είδη συμπτωμάτων, τα οποία αναφέρονται στο DSM-IV: α) Συμπτώματα που αφορούν την απροσεξία, δηλαδή, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής και παρατεταμένη διατήρηση της προσοχής, β) συμπτώματα που αφορούν την παρορμητικότητα και γ) την υπερκινητικότητα, δηλαδή, ελλειμματική ικανότητα αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων και έντονη κινητική δραστηριότητα. Τα ελλείμματα αυτά αποτελούν τα κυρίαρχα κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ και η αιτιολογία τους είναι κυρίως οργανική (Κάκουρος και Μανιαδάκη 2006, 2012).

Στοιχεία που αφορούν την κλινική εικόνα, καθώς και τον βαθμό σοβαρότητας της διαταραχής, μπορεί να ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Ωστόσο, υπάρχει το ενδεχόμενο να υπερισχύει η συμπτωματολογία τη μιας ή της άλλης κατηγορίας σε ένα άτομο, ενώ σε άλλο άτομο να παρουσιάζεται η συμπτωματολογία όλων των κατηγοριών με την ίδια σοβαρότητα (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Ανάλογα με τους τρεις τομείς, λοιπόν, η κλινική εικόνα που παρουσιάζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι η εξής:

Απροσεξία

Η δυσκολία συγκέντρωσης και η παρατεταμένη διατήρηση της προσοχής αποτελούν τα πιο βασικά ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους και το ενδιαφέρον τους σε έργα ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού. Όλα τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια η προσοχή τους να διασπάται εύκολα, τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα όσο και από τις ίδιες τους τις σκέψεις. Πολλές φορές κατά την διάρκεια του διαβάσματος, η προσοχή τους δεν διατηρείται είτε λόγω της σκέψης τους για παιχνίδι, είτε λόγω αδυναμίας συγκέντρωσης.

Επιπλέον, δεν μπορούν να ακολουθήσουν οδηγίες και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν μια δραστηριότητα ή σχολική εργασία, η οποία απαιτεί πνευματική προσπάθεια. Άλλωστε, χάνουν γρήγορα το ενδιαφέρον τους γι' αυτό με το οποίο ασχολούνται με αποτέλεσμα να εναλλάσσουν δραστηριότητες με μεγάλη συχνότητα. Όταν η δραστηριότητα παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, η τάση της συνεχούς εναλλαγής αυξάνεται σημαντικά. Όταν πρέπει να επιτύχουν έναν μακροπρόθεσμο στόχο, τα παιδιά απογοητεύονται εύκολα και εγκαταλείπουν την προσπάθεια τους, λόγω έλλειψης επιμονής και υπομονής (Κάκουρος, 2001). Ωστόσο, από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να συγκεντρωθούν πολύ ικανοποιητικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, αν έχουν υψηλό κίνητρο για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας, αν η δραστηριότητα τους κεντρίζει το ενδιαφέρον ή αν αναμένουν ελκυστική ανταμοιβή με την ολοκλήρωση της (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Επιπρόσθετα, η έλλειψη οργάνωσης έργων ή δραστηριοτήτων αποτελεί μία άλλη δυσκολία, εξίσου σχετική με τη διάσπαση της προσοχής, καθώς πολλές φορές χάνουν αντικείμενα απαραίτητα για τις δραστηριότητές τους (π.χ. βιβλία, μολύβια, παιχνίδια, σχολικές εργασίες κ.τ.λ.). Αυτή η έλλειψη οργάνωσης αντικατοπτρίζεται και στον προσωπικό τους χώρο, ο οποίος συχνά είναι ακατάστατος (Κάκουρος 2001).

Η *παρορμητικότητα* και η *υπερκινητικότητα* μπορεί να εκδηλώνονται ελάχιστα ή και καθόλου, ενώ η ελλειμματική προσοχή αποτελεί το κυρίαρχο πρόβλημα του ατόμου με ΔΕΠ-Υ. Σε αυτή την περίπτωση, το παιδί εμφανίζει ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο και το κύριο χαρακτηριστικό του είναι ότι δείχνει να μην ακούει όταν του μιλούν, δηλαδή, δίνει την εντύπωση του αφηρημένου. Μελέτες δείχνουν ότι ο Απρόσεκτος Τύπος της ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται συχνότερα στα κορίτσια παρά στα αγόρια.

Η απροσεξία, αναμφίβολα, αποτελεί σημαντική δυσκολία για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Μια από τις πολλές επιπτώσεις που προκαλεί είναι η εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών, καθώς επηρεάζεται άμεσα η διαδικασία της μάθησης. Επίσης, δυσχεραίνει την καθημερινότητα τους και τους δημιουργεί ποικίλες δυσκολίες στη λειτουργικότητά τους (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Υπερκινητικότητα

Το πιο εμφανές εξωτερικευμένο χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ είναι η υπερκινητικότητα και συνήθως προκαλεί τη μεγαλύτερη ενόχληση στο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού. Επίσης, κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του παιδιού η υπερκινητικότητα διαφοροποιείται, έχοντας ως αποτέλεσμα το νήπιο, το παιδί σχολικής ηλικίας, ο έφηβος και ο ενήλικας με ΔΕΠ-Υ να παρουσιάζουν διαφορετική συμπτωματολογία ως προς την κινητική τους δραστηριότητα (Κάκουρος, 2001).

Σε γενικές γραμμές, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν αυξημένες ανάγκες κινητικής δραστηριότητας και ανησυχίας, τις οποίες ικανοποιούν κάνοντας υπερβολικές κινήσεις σε περιστάσεις που αναμένεται να παραμείνουν καθιστά, κουνούν νευρικά τα χέρια ή τα πόδια τους ή στριφογυρίζουν στη θέση τους. Πρέπει, ωστόσο, να επισημανθεί ότι η κλινική εικόνα της υπερκινητικότητας μπορεί να πάρει και λεκτική μορφή, με εμφάνιση ακατάσχετης φλυαρίας (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται κυρίως από την αδυναμία τους να ρυθμίσουν το επίπεδο της κινητικότητάς τους και όχι από την αυξημένη κινητική δραστηριότητά τους. Πολλές φορές, θέτουν την ζωή τους σε κίνδυνο, λόγω της παράτολμης συμπεριφοράς τους, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε διάφορα μικροατυχήματα, κατάγματα όπως επίσης και δηλητηριάσεις. Σε γενικές γραμμές, μπορεί να ειπωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν περνούν απαρατήρητα στο περιβάλλον τους, λόγω της αναστάτωσης που προκαλούν (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Ήδη από την βρεφική ηλικία, τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας είναι εμφανή. Παρ' όλα αυτά με την είσοδο τους στο δημοτικό σχολείο, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων του σχολικού περιβάλλοντος, κάνουν την εμφάνιση τους και οι μαθησιακές δυσκολίες. Τότε, οι γονείς προβληματίζονται πιο έντονα τόσο για τον έλεγχο της κινητικής συμπεριφοράς, όσο και για το επίπεδο αυτοεκτίμησης του παιδιού, το οποίο μειώνεται. Σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, το παιδί διαπράττει και έντονα αντιδραστικές πράξεις, κάνοντας τους άλλους να ασχολούνται συνεχώς μαζί του (Κάκουρος, 2001).

Ακόμη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να παίξουν ή να εμπλακούν ήσυχα σε απλές δραστηριότητες, δημιουργώντας αναστάτωση στην καθημερινή ζωή της οικογένειας. Μελέτες υποστηρίζουν ότι οι δάσκαλοι τείνουν να αξιολογούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ λιγότερο ευνοϊκά, συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους, τόσο ως προς την προσωπικότητά τους όσο και προς την νοημοσύνη τους (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Συνοψίζοντας, η υπερκινητικότητα δεν φαίνεται να δημιουργεί ιδιαίτερες δυσκολίες στο ίδιο το παιδί. Από κλινικής άποψης, αποτελεί εκείνο το στοιχείο της διαταραχής με την μικρότερη επίδραση στη λειτουργικότητα (Κάκουρος, 2001).

Παρορμητικότητα

Η παρορμητικότητα αναφέρεται στη μειωμένη ικανότητα άμεσης αναστολής μιας συμπεριφοράς πριν εκδηλωθεί, ως αντίδραση στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Η παρορμητικότητα είναι στοιχείο που συνδέεται στενότερα με τα προβλήματα συμπεριφοράς που συχνά αναπτύσσονται δευτερογενώς στα πλαίσια μιας διαταραχής και το οποίο προκαλεί τις σοβαρότερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του παιδιού, ιδιαίτερα στην εφηβεία (Barkley, 2006 ; Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Η παρορμητική συμπεριφορά αφορά τη τάση των ατόμων με ΔΕΠ-Υ να μιλούν και να ενεργούν αρκετά αυθόρμητα, προτού προλάβουν να σκεφτούν το λόγο και τις πράξεις τους. Πολλές φορές, απαντούν απερίσκεπτα πριν καν ολοκληρωθεί η ερώτηση. Έτσι, συχνά κάνουν λάθη, παρερμηνεύοντας τις ερωτήσεις, αφού δεν είναι υπομονετικοί να ακούσουν τη σωστή διατύπωση (Κάκουρος, 2001).

Η παρορμητικότητά τους φαίνεται και στο γεγονός ότι παίρνουν πολλά ρίσκα. Πολλές φορές, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι επιρρεπή τόσο σε ατυχήματα, γιατί δεν σκέφτονται εκ των προτέρων τις συνέπειες, όσο και στην παραβίαση των κανόνων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά να οδηγούνται στην παραβατική συμπεριφορά. Παρ' όλα αυτά, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά μαθαίνουν από τα ίδια τους τα λάθη και η επανάληψη των πράξεων τους απορρέει από την έντονη αδυναμία τους να αναστείλουν τις παρορμητικές τους αντιδράσεις, αφού «η πράξη προτρέπει της σκέψης» (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006 ; Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Ακόμη, τα παιδιά και οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν εμπόδια και στη διαχείριση των οικονομικών. Οι επιπτώσεις στο χρηματικό τους απόθεμα γίνονται γρήγορα αντιληπτές καθώς χάνουν εύκολα τον έλεγχο των εξόδων τους (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Τέλος, η παρορμητικότητά τους προκαλεί και άλλες δυσκολίες. Το άτομο δεν κατανοεί τα συναισθήματα των άλλων, δίνοντας την εντύπωση του ανώριμου και του ανεύθυνου και αναπτύσσοντας έτσι δυσλειτουργικές σχέσεις με το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον. Δυσκολεύεται, σε άσχετα ερεθίσματα ή γεγονότα, να ελέγξει τις αντιδράσεις του και αδυνατεί να αγνοήσει και να συγκρατήσει τον ενθουσιασμό του για πιο ενδιαφέροντα ερεθίσματα.

Πίνακας 1.1. Συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στην Παιδική και Εφηβική Ηλικία

Ελλειμματική Προσοχή	Παρορμητικότητα	Υπερκινητικότητα
<u>Παιδική Ηλικία</u>		
Δεν ολοκληρώνει δραστηριότητες	Φτωχός αυτό - έλεγχος	Υπερβολική ανησυχία
Δεν συγκεντρώνεται	Δυσκολία να περιμένει τη σειρά του	Κινείται συνεχώς
Η προσοχή του διασπάται εύκολα	Συχνά ακατάλληλο περιεχόμενο λόγου	Μιλά ακατάπαυστα
<u>Εφηβική Ηλικία</u>		
Δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις σχολικές απαιτήσεις	Φτωχός αυτό - έλεγχος	Εσωτερικό υποκειμενικό αίσθημα ανησυχίας
Δυσκολία επικοινωνίας	Συχνή εμπλοκή σε επικίνδυνες σεξουαλικές δραστηριότητες	Κατάχρηση ουσιών
Κακή συναισθηματική διάθεση		
Διασπάται εύκολα		

(Βλασσοπούλου και συν., 2007).

Διαγνωστικά Κριτήρια της ΔΕΠ-Υ Για Παιδιά και Για Εφήβους

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το DSM-V:

A. Είτε το (1) είτε το (2)

1. Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα διάσπασης προσοχής επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή με το αναπτυξιακό επίπεδο:

ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ

- α. Δεν καταφέρνει να εστιάσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας σε σχολικές εργασίες/δουλειά ή άλλες δραστηριότητες.
- β. Αποτυγχάνει να διατηρήσει την προσοχή του σε έργα ή δραστηριότητες παιχνιδιού.
- γ. Δεν ανταποκρίνεται, όταν του απευθύνεται ο λόγος.
- δ. Δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αφήνει ανολοκλήρωτες τις εργασίες ή άλλα καθήκοντα που του έχουν ανατεθεί από το σχολείο ή το σπίτι.
- ε. Έχει δυσκολία οργάνωσης δραστηριοτήτων και έργων.
- στ. Αποφεύγει ή δείχνει απροθυμία να ασχοληθεί με έργα που απαιτούν διαρκή πνευματική προσπάθεια (προετοιμασία μαθημάτων/εκπόνηση εργασιών).
- ζ. Πολλές φορές, παρατηρείται απώλεια αντικειμένων που είναι απαραίτητα για εργασία ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, μολύβια, εργασίες, βιβλία κ.α.).
- η. Η προσοχή του διασπάται εύκολα από οποιοδήποτε εξωτερικό ερέθισμα.
- θ. Δεν θυμάται καθημερινές δραστηριότητες.

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

ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

- α. Κινεί νευρικά τα άνω και κάτω άκρα του και στριφογυρίζει συνεχώς στη θέση του.
- β. Όταν οι περιστάσεις απαιτούν ακινησία, δεν παραμένει ήρεμο.
- γ. Τρέχει, στριφογυρίζει και σκαρφαλώνει, με τρόπο υπερβολικό που δεν αρμόζει σε περιστάσεις και χώρους που δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους έφηβους και ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας).
- δ. Έχει δυσκολία σχετικά με το παιχνίδι και την ήρεμη συμμετοχή του σε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο του.
- ε. Κινείται συνεχώς και ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή».
- στ. Ο λόγος του είναι ακατάπαυστος και φλύαρος.

ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

- α. Δίνει απερίσκεπτες απαντήσεις, προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- β. Δεν αντέχει να περιμένει τη σειρά του.
- γ. Διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του (της) τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε παιχνίδια ή συζητήσεις).

Β. Ορισμένα από τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας ή της απροσεξίας που προκαλούν τη διαταραχή ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

Γ. Η έκπτωση της λειτουργικότητας λόγω των συμπτωμάτων είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (σχολείο/ εργασία, σπίτι).

Δ. Είναι απαραίτητη η σαφής απόδειξη κλινικά σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

Ε. Τα συμπτώματα δεν υφίστανται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας μιας Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και δεν δικαιολογούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή

Διάθεσης, Αγχώδης Διαταραχή, Αποσυνδεδετική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας (Heward, 2011).

Πίνακας 1.2.: Η Κωδικοποίηση της Διαταραχής γίνεται με βάση τους παρακάτω τύπους:

314.01	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα Συνδυασμένος Τύπος: Όταν πληρούνται αμφότερα τα Κριτήρια A1 και A2 κατά τους τελευταίους έξι μήνες.
314.00	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα – Με Προεξάρχοντα Τον Απρόσεκτο Τύπο: Όταν πληρούται το Κριτήριο A1, αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο A2 τους τελευταίους έξι μήνες.
314.01	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα – Με Προεξάρχοντα Τον Υπερκινητικό - Παρορμητικό Τύπο: Όταν πληρούται το Κριτήριο A2, αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο A1 τους τελευταίους έξι μήνες.
314.	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα – Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Σε αυτή τη κατηγορία συγκαταλέγονται διαταραχές με προεξάρχοντα συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια της ΔΕΠ-Υ.

(Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Σημείωση Κωδικοποίησης: Σε άτομα (ιδιαίτερα σε εφήβους και ενήλικες) τα οποία επί του παρόντος παρουσιάζουν συμπτώματα που δεν πληρούν πια τα κριτήρια, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο προσδιορισμός «Σε Μερική Ύφεση».

Οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου εντάσσονται, σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10, στην κατηγορία F90 «διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως την παιδική και εφηβική ηλικία» και κωδικοποιούνται ως εξής:

Πίνακας 1.3.: Κατηγοριοποίηση των Τύπων της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το ICD-10

F90.0	Διαταραχή Της Δραστηριότητας Και της Προσοχής
F90.1	Διαταραχή Της Διαγωγής Υπερκινητικού Τύπου
F90.8	Άλλες Διαταραχές Υπερκινητικού Τύπου
F90.9	Διαταραχή Υπερκινητικού Τύπου Μη Καθοριζόμενη Αλλιώς

(Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Η κύρια διαφορά ανάμεσα στα δύο διαγνωστικά κριτήρια (DSM-V και ICD-10) είναι ότι το DSM-V επιτρέπει τη διάγνωση ΔΕΠ/ΔΕΠΥ ακόμη και σε περίπτωση συνοσηρότητας με άλλες ψυχοπαθολογίες, ενώ το ICD-10 αποκλείει τη διάγνωση

ΗΚΔ/ΔΥΚ (Υπερκινητική Διαταραχή) όταν είναι παρούσες άλλες σύνοδες ψυχοπαθολογίες, όπως ψυχικές διαταραχές και άγχος (Λιβανίου, 2004).

Διαγνωστικά Κριτήρια της ΔΕΠ-Υ Για Ενήλικες

Από τις παρακάτω συμπεριφορές, αν έχουν παρουσιαστεί τουλάχιστον δώδεκα συμπτώματα κατά την παιδική ηλικία και αν αυτά τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με άλλη παθολογική ή ψυχιατρική κατάσταση, ίσως το άτομο θα πρέπει να επισκεφθεί κάποια ομάδα ειδικών για την αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ.

- ❖ Αίσθηση αποτυχίας όσον αφορά την ολοκλήρωση των στόχων.
- ❖ Διαταραχή της οργάνωσης.
- ❖ Δυσκολία στο να ξεκινήσει μία δραστηριότητα.
- ❖ Δυσκολία στο να ανταπεξέλθει σε εργασίες, με ταυτόχρονη ενασχόληση.
- ❖ Αυθόρμητος λόγος σε ακατάλληλες στιγμές.
- ❖ Συχνή αναζήτηση ερεθισμάτων.
- ❖ Μη ανοχή στην ανία.
- ❖ Εύκολη διάσπαση. Δυσκολία εστίασης της προσοχής σε κάποιο ερέθισμα.
- ❖ Δημιουργικότητα, διαίσθηση, με υψηλή νοημοσύνη.
- ❖ Συμπτώματα παρορμητικότητας, τόσο πρακτικά όσο και λεκτικά.
- ❖ Ανυπομονησία, με χαμηλό επίπεδο ματαίωσης.
- ❖ Συναίσθημα ανασφάλειας.
- ❖ Συχνή αλλαγή επαγγελματικών σχεδίων.
- ❖ Σε περίπτωση αποσύνδεσης από ένα σχέδιο ή από ένα πρόσωπο, εμφανίζονται εναλλαγές στη διάθεση και ευμετάβλητη συναισθηματική κατάσταση
- ❖ Συναισθηματική και γνωστική ανησυχία.
- ❖ Εθιστικές συμπεριφορές.
- ❖ Χρόνια προβλήματα αυτοεκτίμησης.
- ❖ Παραμέληση του εαυτού του.
- ❖ Οικογενειακό ιστορικό ΔΕΠ-Υ ή μανιακής-καταθλιπτικής νόσου ή κατάχρησης ουσιών ή κατάθλιψης ή αλλαγών του ελέγχου της παρορμητικότητας ή της διάθεσης (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

1.5 Αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ

Εισαγωγή

Η αιτιολογία της διαταραχής παραμένει άγνωστη και ίσως να αποτελεί το τελικό μονοπάτι πολλών, διαφορετικών αιτιολογικών παραγόντων. Πολλές είναι οι έρευνες που πραγματοποιούνται προκειμένου να διαπιστωθεί ποιοι παράγοντες ή συνδυασμοί παραγόντων έχουν τις πιο σημαντικές αιτιολογικές επιδράσεις (Ρούσσου, 1998).

Τα τελευταία χρόνια, έχουν αυξηθεί σημαντικά οι έρευνες που ασχολούνται με τα πιθανά αίτια της ΔΕΠ-Υ. Μέχρι σήμερα, έχουν αναφερθεί αρκετοί αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, παρ' όλα αυτά οι έρευνες δεν έχουν οδηγηθεί σε ακριβή συμπεράσματα, λόγω απουσίας τεκμηριωμένων αποδείξεων. Η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με αρκετούς παράγοντες, αλλά δεν είναι γνωστοί οι κυρίως υπεύθυνοι για τα κλινικά χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Αρχικά, λοιπόν, παρ' όλο που τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν την άποψη ότι η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική, τον μεγαλύτερο ρόλο φαίνεται να έχουν τόσο οι γενετικοί όσο και οι νευρολογικοί παράγοντες. Επιπλέον, δίνεται σημαντική βάση και στους βιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι αφορούν την λειτουργία και τη δομή του εγκεφάλου.

Ένας άλλος παράγοντας, που θεωρείται πολύ σημαντικός, είναι και η κατάσταση της εγκύου κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Η χρήση αλκοόλ και το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης είναι μεν επιβλαβή για την υγεία του παιδιού, αλλά δεν έχει αποδειχθεί η σύνδεσή τους με την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Έτσι, υπερισχύει ο γενετικός παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει τη σχέση ανάμεσα στην εκδήλωση της διαταραχής και την χρήση αλκοόλ/τσιγάρου (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Επιπρόσθετα, είναι πιθανή η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ και σε παιδιά, των οποίων οι γονείς παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή (κληρονομικότητα). Από την άλλη

πλευρά, έχουν εξεταστεί και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως κακή διαπαιδαγώγηση του παιδιού, συγκρούσεις στο οικογενειακό περιβάλλον και ψυχοπαθολογία των γονέων. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες δεν αποτελούν το αίτιο της διαταραχής, αλλά το αποτέλεσμα της επιρροής που ασκούν οι δυσκολίες του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη συμπεριφορά των γονέων.

Ως εκ τούτου, θα πρέπει να επισημανθεί ότι τόσο το οικείο όσο και το σχολικό περιβάλλον είναι καθοριστικό για την εξέλιξη του παιδιού. Επομένως, παρ' όλο που οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δεν διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο στην αιτία της διαταραχής, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την έκβασή της (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Γενετικοί Παράγοντες

Οι γενετικές έρευνες υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με κληρονομικούς παράγοντες. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να ερευνηθεί κανείς την επίδραση της κληρονομικής προδιάθεσης στην εμφάνιση της διαταραχής είναι η έρευνα των μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων. Οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι μοιράζονται το 100% των γονιδίων, ενώ οι διζυγωτικοί δίδυμοι μοιράζονται το 50% των γονιδίων, έτσι ο μέσος όρος της κληρονομικής προδιάθεσης κυμαίνεται στο 76%. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι η κληρονομικότητα ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Παρ' όλα αυτά, δεν έχουν βρεθεί στοιχεία όσον αφορά τα χρωμοσώματα, όπως συμβαίνει και στα άτομα με Σύνδρομο Down. Μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με χρωμοσωματικές ανωμαλίες μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα σχετικά, κυρίως, με την προσοχή τους (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Τα τελευταία δέκα χρόνια, η αναζήτηση αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ έχει στραφεί στη μελέτη γονιδίων, αν και ένα μεγάλο μέρος τους δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής. Ερευνητές μελετούν κυρίως τα γονίδια της ντοπαμίνης DAT1 και DRD4, τα οποία δεν μπορούν να επιδράσουν στην εκδήλωση της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ. Μία πρόσφατη έρευνα αναφέρει

ότι τα τέσσερα γονίδια της κατεχολαμίνης, τα δύο γονίδια του συστήματος της σεροτονίνης και το γονίδιο SNAP-2s, μπορούν να επηρεάσουν την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ.

Τέλος, αναφέρεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι ετερογενής σε γενετικό επίπεδο, διότι δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο γονίδιο να αιτιολογεί την κλινική εικόνα των ατόμων. Η ετερογένεια είναι σημαντική τόσο για την φαρμακευτική αντιμετώπιση όσο και για την κατανόηση της αιτιοπαθογένεσης της ΔΕΠ-Υ. Οι ερευνητές, επίσης, έχουν στραφεί στο σύστημα της σεροτονίνης καθώς φαίνεται ότι συνδέεται με τα παρορμητικά και τα υπερκινητικά χαρακτηριστικά των ατόμων (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Οργανικοί παράγοντες

Επειδή η υπερκινητικότητα παρατηρήθηκε για πρώτη φορά σε παιδιά με εγκεφαλικό τραύμα ή μόλυνση, οι ερευνητές προσπαθούν να συνδέσουν αιτιολογικά τη διαταραχή με διάφορους οργανικούς παράγοντες, όπως εγκεφαλική βλάβη, γενετικές ανωμαλίες, βιοχημικές διαταραχές, μολύνσεις, δηλητηριάσεις και ελαφρές νευρολογικές ανωμαλίες, χωρίς μέχρι σήμερα να έχουν βρεθεί στοιχεία που να αποδεικνύουν τα παραπάνω (Ρούσσου, 1988). Η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν φάνηκε να εμφανίζει μεγάλες δομικές βλάβες ή ασθένειες στο κεντρικό νευρικό σύστημα όταν εξετάστηκαν με συνηθισμένες νευρολογικές μεθόδους. Αντίστροφα, πολλά παιδιά με εγκεφαλική βλάβη ή νευρολογικές διαταραχές δεν παρουσιάζουν κάποιο χαρακτηριστικό υπερκινητικότητας (Kaplan & Sadock, 1991).

Οι οργανικές βλάβες ή δυσλειτουργίες μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες καθαρά γενετικούς (που επεμβαίνουν τη στιγμή της σύλληψης) ή σε αρνητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβαίνουν στην εμβρυϊκή περίοδο (προγεννητικοί), στον τοκετό (περιγεννητικοί) ή και μετά από τον τοκετό (μεταγεννητικοί παράγοντες). Ωστόσο, η ύπαρξη οργανικής βλάβης σηματοδοτεί την εμφάνιση πιο σύνθετων διαταραχών που δεν συνδέονται τόσο πολύ με τη ΔΕΠ-Υ (Μπεζεβέγκης, 2007).

Περιβαλλοντικοί και Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μία «οικογενειακή» διαταραχή, εξαιτίας των περιβαλλοντικών παραγόντων που επικρατούν μέσα στις οικογένειες. Έρευνες παρατηρούν ότι κάποιο ποσοστό των παιδιών με αυτή τη διαταραχή, που έχουν τουλάχιστον έναν από τους δύο γονείς με κάποια ψυχοπαθολογία και προέρχονται από διαλυμένες και ανοργάνωτες οικογένειες, θα μεγαλώσουν σε ένα παθογόνο περιβάλλον. Πολλές μελέτες τονίζουν την ύπαρξη έξι παραγόντων κινδύνου εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι είναι:

1. Διαφωνίες μεταξύ των γονέων
2. Οικογένειες που αποτελούνται από πολλά μέλη
3. Χαμηλή κοινωνική τάξη
4. Διανοητική διαταραχή στη μητέρα
5. Υιοθεσία
6. Εγκληματική συμπεριφορά του πατέρα.

Παρ' όλα αυτά, οι παραπάνω παράγοντες δεν οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, αλλά αποτελούν παράγοντες επιβάρυνσης σε περίπτωση εκδήλωσης της διαταραχής. Ακόμη, σημαντικό ρόλο παίζουν η συναισθηματική υγεία των παιδιών και η ικανότητα προσαρμογής σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις.

Συμπερασματικά, οι μελέτες σε διδύμους αποδεικνύουν ότι η επίδραση του περιβάλλοντος στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ είναι πολύ μικρή. Έχει τεκμηριωθεί ότι το επάγγελμα των γονέων, η κοινωνική τάξη, το επίπεδο μόρφωσης, η διατροφή και η διαπαιδαγώγηση της οικογένειας προς το παιδί, μπορεί να επηρεάζουν τις διαφορές μεταξύ των ατόμων οι οποίες σχετίζονται με τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 0% έως 6% μόνο (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Αλλεργίες

Κάποιες έρευνες έδειξαν ότι η διατροφή και η μόλυνση του περιβάλλοντος επηρεάζουν σε έναν βαθμό την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Ο Feingold θεωρούσε

υπεύθυνες τις τεχνητές χρωστικές ουσίες, τις τεχνητές γεύσεις ή τα συντηρητικά, ενώ άλλοι απέδιδαν ευαισθησία σε κοινές τροφές, όπως το σιτάρι, το γάλα, το καλαμπόκι, τα αυγά, ακόμα και τη ζάχαρη. Η διαιτητική θεωρία της υπερκινητικότητας βρίσκεται υπό εξέταση (Ρούσσου, 1998).

Νευρολογικοί Παράγοντες

Η ετερογένεια της ΔΕΠ-Υ, τόσο ως προς τους περιβαλλοντικούς - ψυχοκοινωνικούς όσο και ως προς τους γενετικούς παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην παθογένεση της διαταραχής, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αναζήτηση της αιτιολογίας της αποτελεί δύσκολο εγχείρημα. Επομένως, πρέπει να καταμεριστεί η πολυπλοκότητα που την διέπει και για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται να γίνει διερεύνηση μεταξύ περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων καθώς και των κλινικών χαρακτηριστικών της (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Κατά την περίοδο του 1902, διατυπώθηκε η άποψη ότι η ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα κάποιας δυσλειτουργίας του εγκεφάλου ή επίδραση κληρονομικής προδιάθεσης. Οι ερευνητές κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, μελέτησαν τα κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με ΔΕΠ-Υ και ατόμων που είχαν υποστεί βλάβη ή τραυματισμό στον προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να εντοπιστούν αρκετές ομοιότητες μεταξύ των διαταραχών. Τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά με βλάβη στον προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου παρουσίαζαν ελλείμματα όσον αφορά την εστίαση της προσοχής, τη ρύθμιση του συναισθήματος, καθώς επίσης και την οργάνωση της συμπεριφοράς.

Η νευρολογική βάση της ΔΕΠ-Υ υποστηρίζεται από αρκετές ενδείξεις. Η πρόωπη εμφάνιση, η επιμονή των συμπτωμάτων στο χρόνο, η σχέση τους με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες) και η βελτίωση που παρατηρείται με τη λήψη διεγερτικών φαρμάκων αποδεικνύει τη στενή σύνδεση της ΔΕΠ-Υ με τους νευρώνες.

Μελέτες που βασίζονται σε νευροφυσιολογικές μετρήσεις, έχουν δείξει χαμηλά επίπεδα διέγερσης σε άτομα με ΔΕΠ-Υ, ενώ και σε δοκιμασίες επαγρύπνησης

(vigilance tests) σημειώνουν χαμηλότερες επιδόσεις (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Την περίοδο του 1980, από τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) προέκυψε ότι υπάρχουν δομικές διαφορές στην ανάπτυξη του εγκεφάλου ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με άτομα χωρίς τη διαταραχή. Ειδικοί έχουν επιβεβαιώσει ότι υπάρχουν αλλαγές μεταξύ της φαιάς και της λευκής ουσίας του εγκεφάλου. Ο όγκος της φαιάς ουσίας αυξάνεται κατά την εφηβική ηλικία, ενώ ο όγκος της λευκής ουσίας αυξάνεται γραμμικά κατά την συγκεκριμένη ηλικιακή περίοδο ανάλογα με την αύξηση της μυελίνωσης. Έχει διαπιστωθεί, λοιπόν, ότι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ το μέγεθος ορισμένων περιοχών των κροταφικών λοβών είναι μικρότερο και οι προμετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου τους έχουν διαφορετική δομή (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Ο Ρόλος της Κληρονομικότητας

Από τις σύγχρονες μελέτες, έχει αποδειχθεί ο καθοριστικός ρόλος της κληρονομικότητας και στη ΔΕΠ-Υ, διότι αποτελεί τη γενετική βάση για την εκδήλωση όλων των διαταραχών. Άτομα με τη συγκεκριμένη διαταραχή, συνήθως, έχουν έναν ή περισσότερους συγγενείς με ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 10% - 35%, αλλά σε έρευνες υιοθεσίας έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου σε βιολογικούς συγγενείς.

Ακόμη, γενετικοί έλεγχοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γονείς ή οι συγγενείς των ατόμων με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν περισσότερα κλινικά χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζουν συχνά διαταραχές διαγωγής, κατάχρηση ουσιών και κατάθλιψη.

Επίσης, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η πιθανότητα ενός παιδιού να εκδηλώσει ΔΕΠ-Υ αντιστοιχεί σε ποσοστό έως 57% σε περιπτώσεις που ο ένας από τους δύο γονείς έχει διαγνωστεί με τη διαταραχή (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

1.6 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ

Εισαγωγή

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία πολυδιάστατη και περίπλοκη διαταραχή. Για να την προσδιορίσουμε, είμαστε αναγκασμένοι να βασιζόμαστε σε περιγραφές των κλινικών χαρακτηριστικών της. Συχνά, οι περιγραφές εστιάζονται στο ένα ή το άλλο μέρος του συνδρόμου, δίνοντας έτσι μεγαλύτερη έμφαση στη μία ή στην άλλη έκφασή του (Hallowell & Ratey, 2003).

Για παράδειγμα, ασθενείς που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα, όταν περιγράφουν την κατάσταση τους στον ειδικό, δίνουν περισσότερη έμφαση στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στους τομείς της βραχύχρονης μνήμης, της συγκέντρωσης και της προσοχής (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Το ίδιο μπορεί να συμβεί και με τη ΔΕΠ-Υ. Όταν το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε ένα μόνο μέρος του συνδρόμου, υπάρχει κίνδυνος να αγνοηθεί ένα άλλο. Συγκεκριμένα, αν ο ειδικός εστιάσει μόνο στη διάσπαση της προσοχής, υπάρχει κίνδυνος να εξαιρεθούν αρκετοί άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι μπορεί να είναι υπερκινητικοί και παρορμητικοί (Hallowell & Ratey, 2003).

Επομένως, είναι ευρέως αποδεκτή η τεράστια σημασία της διαφορικής διάγνωσης για την μετέπειτα ορθή θεραπευτική παρέμβαση. Η λήψη ενός διεξοδικού ιστορικού, σε συνδυασμό ωστόσο με τα εργαστηριακά ευρήματα, καθώς και με τις ιατρικές εξετάσεις, δίνουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για τη διάγνωση της διαταραχής (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

1.6.1 Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και Διαταραχή της Διαγωγής – ΔΕΠ-Υ

Οι Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς, δηλαδή, η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ.) και η Διαταραχή της Διαγωγής (Δ.Δ.) φαίνεται να παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ. Μέχρι την ηλικία των 7 ετών, το 35-60% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της Ε.Π.Δ. και το 30-50% πληροί τα κριτήρια για τη Δ.Δ.. Μάλιστα στην εφηβική ηλικία, η συννοσηρότητα της Δ.Δ. με τη ΔΕΠ-Υ βρίσκεται μεταξύ του 40-60%. Επιπρόσθετα, το 15-25% των παιδιών αυτών ενδέχεται στην ενηλικίωση να διαγνωσθούν με την Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί παράγοντα προδιάθεσης για την εμφάνιση των εν λόγω διαταραχών.

Η κλινική εικόνα των παιδιών, όπου συνυπάρχει η ΔΕΠ-Υ με την Δ.Δ. ή με την Ε.Π.Δ., είναι σοβαρότερη και η έκβαση δυσμενέστερη απ' ότι στις περιπτώσεις των παιδιών που εμφανίζουν μόνο ΔΕΠ-Υ ή μόνο Ε.Π.Δ. (ή Δ.Δ.). Τα παιδιά αυτά έχουν τάση ψευδολογίας, εμπλέκονται συχνά σε καυγάδες και γίνονται, πολλές φορές, επιθετικά. Επιπλέον, έχουν μειωμένες διαπροσωπικές σχέσεις με συνομηλίκους τους και η πρόγνωση για την εξέλιξη της διαταραχής είναι χειρότερη απ' ότι στην περίπτωση των παιδιών που παρουσιάζουν την αμιγή μορφή της μιας ή της άλλης διαταραχής. Ιδιαίτερα, αν η δεύτερη διαταραχή εμφανιστεί πριν την ηλικία των 10 ετών, οι δυσκολίες είναι περισσότερες. Ακόμη, η συνύπαρξη μεταξύ Ε.Π.Δ. / Δ.Δ. και ΔΕΠ-Υ, καθώς και η χρονική στιγμή κατά την οποία εμφανίζονται για πρώτη φορά μαζί οι συγκεκριμένες διαταραχές, είναι περισσότερο σημαντικές για την πρόγνωση, απ' ότι ο βαθμός σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Επίσης, η ΔΕΠ-Υ αποτελεί τη βάση ανάπτυξης των συμπτωμάτων των Διαταραχών Διασπαστικής Συμπεριφοράς, καθώς οι διαταραχές αυτές αντικατοπτρίζουν διαφορετικά στάδια της εκδήλωσης του ίδιου αιτιολογικού μηχανισμού. Για παράδειγμα, η παρορμητικότητα των παιδιών αυξάνει ,πολλές φορές, τις διαπροσωπικές συγκρούσεις, με αποτέλεσμα την εκδήλωση έντονων επιθετικών μορφών συμπεριφοράς. Σύμφωνα με μελέτες, η ΔΕΠ-Υ δεν οδηγεί πάντα σε Ε.Π.Δ. / Δ.Δ. Σημαντικό ρόλο παίζει ο περιβαλλοντικός παράγοντας. Συχνά, τα παιδιά αυτά προέρχονται από έντονα προβληματικές οικογένειες. Επομένως, η «διαταραγμένη» συμπεριφορά αυτών των παιδιών είναι ένα ζωτικής σημασίας προειδοποιητικό σημάδι της ανάγκης για παρέμβαση και βοήθεια στο σπίτι (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2005).

Συνοψίζοντας, η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και τη Διαταραχή Διαγωγής γίνεται με βάση την ύπαρξη ή μη διαταραχών της προσοχής και δυσκολιών ελέγχου της παρορμητικότητας και με βάση την ηλικία της πρώτης εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται σε μικρότερη ηλικία σε σύγκριση με τις άλλες δυο διαταραχές. Επίσης, η διαταραχή διαγωγής συνοδεύεται από οικογενειακές συγκρούσεις, χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, αντικοινωνική συμπεριφορά ή κατάχρηση ουσιών ακόμα και από τους ίδιους τους γονείς, φαινόμενα που στη ΔΕΠ-Υ δεν εμφανίζονται τόσο συχνά. Τέλος, η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε αμιγώς γενετικούς παράγοντες, σε αντίθεση με την Ε.Π.Δ που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το οικογενειακό περιβάλλον (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Πίνακας 1.4.: Συμπτωματολογία των Διαταραχών Διασπαστικής Συμπεριφοράς

<u>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ</u>			
ΔΕΠ-Υ	Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή		Διαταραχή Διαγωγής
Αίσθημα μόνιμης ανησυχίας	Αρνητισμός		Υπερβολικές διενέξεις
Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Έλλειψη συνεργατικής διάθεσης		Εκφοβισμοί
Κατάθλιψη	Ανυπακοή		Σκληρότητα σε ανθρώπους και ζώα
Διαταραγμένες προσωπικές σχέσεις	Άρνηση στις απαιτήσεις – κανόνες περιβάλλοντος		Σοβαρή καταστροφική δραστηριότητα
Έλλειψη στόχων – ονείρων για το μέλλον	Προκλητική αντιδραστική συμπεριφορά		Εμπρησμοί – κλοπές
Εμπλοκή σε καυγάδες	Έλλειψη ψυχραιμίας		Φυγές από το σπίτι
Κατάχρηση ουσιών	Ψευδολογία		Ψευδολογία
Σχολική αποτυχία (εγκατάλειψη σχολείου)	Ενοχοποίηση άλλων για την εμφάνιση της συμπεριφοράς		Απουσίες από το σχολείο
Παραβατικότητα			Έντονες εκρήξεις θυμού
Χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση			Προκλητική συμπεριφορά
			Επίμονη και σοβαρή ανυπακοή

(Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2005).

1.6.2 Διαταραχές Διάθεσης και Διπολική Διαταραχή - ΔΕΠ-Υ

Η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από τη διπολική διαταραχή (Δ.Δ.) και τις άλλες διαταραχές διάθεσης στηρίζεται στη συνέντευξη με τους γονείς. Η ΔΕΠ-Υ είναι χρόνια διαταραχή, τα συμπτώματά της εμφανίζονται πριν την ηλικία των 7 ετών και ενδέχεται να εκδηλωθούν διαταραχές συμπεριφοράς. Οι διαταραχές της διάθεσης έχουν οξέα επεισόδια απότομης μεταβολής της διάθεσης, τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την ηλικία των 12 ετών και εκδηλώνονται ξαφνικά, χωρίς προειδοποίηση (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Για να ξεφύγουν από τις διαγνωστικές δυσκολίες της διαφοροδιάγνωσης, οι περισσότεροι ερευνητές μιλούν για συννοσηρότητα. Για ορισμένους άλλους, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να αποτελεί πρόδρομη κλινική εικόνα και να εξελιχθεί προς Δ.Δ. Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες στις Η.Π.Α. ανεβάζουν τα ποσοστά συννοσηρότητας σε 70-90% σε παιδιά και 30-40% σε εφήβους (Geller, et. al., 2000).

Παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και ΔΕΠ-Υ, υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσουν «σύνδρομο πτώσης του ηθικού» (demoralization syndrome), δηλαδή νιώθουν απογοήτευση όσον αφορά τις σχολικές τους επιδόσεις, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν την εικόνα κατάθλιψης με κυρίαρχο σύμπτωμα το «συναίσθημα της λύπης».

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ ερμηνεύεται από μία άλλη θεωρία, την συνύπαρξη των τριών διαταραχών. Παραδείγματος χάρη, τόσο η Διαταραχή της Διαγωγής όσο και η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με την κατάθλιψη. Η συνύπαρξη κατάθλιψης και ΔΕΠ-Υ ενδέχεται, λοιπόν, να είναι απλώς το αποτέλεσμα της συνύπαρξης Δ.Δ. και ΔΕΠ-Υ. Παράγοντες προδιάθεσης εμφάνισης της κατάθλιψης αποτελούν οι χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις στο σχολείο και οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις που συχνά ερμηνεύουν τις αντιδράσεις των άλλων απέναντί τους ως εχθρικές (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2005).

Άλλες έρευνες βρίσκουν συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τη Διπολική Διαταραχή σε ποσοστό 11% καταρχήν και 12% επιπροσθέτως μετά από 4 χρόνια παρακολούθηση. Στα παιδιά αυτά διαπιστώθηκε βαρύτερη ψυχοπαθολογία,

περισσότερες νοσηλείες και χαμηλότερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Ως προς την κλινική εικόνα, παιδιά με συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Δ.Δ. παρουσιάζουν κυρίως διεγερτικό φαινότυπο, χρόνια πορεία και έχουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχής αντικοινωνικής διαγωγής (Geller, et al., 2000).

Η συννοσηρότητα μπορεί να συνεχίζει και στην ενήλικη ζωή και επιβαρύνει την πορεία της διαταραχής. Οι ενήλικοι ασθενείς είχαν ηλικία έναρξης 5 χρόνια νωρίτερα, υψηλότερα ποσοστά αγχωδών διαταραχών, χρήσης ουσιών και αλκοόλ. Είχαν μικρότερες περιόδους που ήταν νορμοθυμικοί και ήταν πιο συχνά καταθλιπτικοί. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι η κλινική εικόνα ασθενών με ΔΕΠ-Υ και Δ.Δ. διαφέρει από εκείνη ασθενών με Δ.Δ. χωρίς ΔΕΠ-Υ ή εκείνων που παρουσίαζαν τη συννοσηρότητα στα παιδικά τους χρόνια και θεραπεύτηκαν. Αυτή η ιδιαίτερη κλινική εικόνα μπορεί να ανιχνευτεί νωρίς λόγω των ιδιοσυγκρασιακών δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών του ατόμου (Halmey A., et al., 2010).

Πίνακας 1.5.: Διαφοροδιάγνωση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ-Υ) και Διαταραχής της Διάθεσης / Διπολικής Διαταραχής.

Συμπτώματα	ΔΕΠ-Υ	Διαταραχές Διάθεσης / Διπολική Διαταραχή
Υπερκινητικότητα	NAI	NAI
Παρορμητικότητα	NAI	NAI
Διαταραχή προσοχής	NAI	NAI
Αστάθεια διάθεσης, ευερεθιστότητα	NAI	NAI
Συχνότητα αλλαγής της διάθεσης	4 - 5 ΦΟΡΕΣ/ ΗΜΕΡΑ	2-3 ΦΟΡΕΣ/ΗΜΕΡΑ
Αυξημένες συναναστροφές	NAI	NAI
Μεγαλομανιακές τάσεις	OXI	NAI
Άρση αναστολών	OXI	NAI
Έναρξη στην παιδική ηλικία	NAI	ΙΣΩΣ
Πορεία νόσου	ΧΡΟΝΙΑ	ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ
Οικογενειακό Ιστορικό	ΘΕΤΙΚΟ	ΘΕΤΙΚΟ
Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης	ΘΕΤΙΚΟ	ΘΕΤΙΚΟ

1.6.3 Φυσιολογική Ζωηρότητα - ΔΕΠ-Υ

Ένα λάθος το οποίο παρατηρείται συχνά όσον αφορά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, και κυρίως τα παιδιά μικρότερης ηλικίας, είναι η άποψη ότι πρόκειται απλώς για υπερβολικά ζωηρά και κακομαθημένα παιδιά. Είναι αλήθεια ότι η αυξημένη κινητική δραστηριότητα θεωρείται κάτι φυσιολογικό και αναμενόμενο για παιδιά προσχολικής ηλικίας. Σε αυτή την ηλικία, τα παιδιά μπορεί να εκδηλώσουν κάποιες συμπεριφορές οι οποίες να μοιάζουν με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως για παράδειγμα αυξημένη κινητική δραστηριότητα και μειωμένη διάρκεια προσοχής. Αυτός είναι και ο λόγος που η διάκριση μεταξύ φυσιολογικής ζωηρότητας και ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά δύσκολη. Παρ' όλα αυτά, ήδη από αυτή την ηλικία υπάρχουν συνήθως κάποιες ενδείξεις, οι οποίες διαφοροποιούν αισθητά τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τη αυτή των συνομηλίκων τους.

Η πιο χαρακτηριστική διαφορά ανάμεσα σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ και σε ένα ζωηρό παιδί είναι η ικανότητα και ο βαθμός ελέγχου της κινητικής δραστηριότητας. Ένα ζωηρό παιδί μπορεί να ελέγξει την κινητική του δραστηριότητα και να τη μειώσει σε περιστάσεις που δεν απαιτούν αυξημένη κινητικότητα. Αντίθετα, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύεται πολύ να παραμείνει ήσυχο, ακόμα και σε περιστάσεις όπου γνωρίζει ότι η ακινησία επιβάλλεται ή ακόμη και όταν ξέρει ότι αντιμετωπίζει τον κίνδυνο της τιμωρίας, εάν δεν παραμείνει ήσυχο. Ακόμη και αν το παιδί με ΔΕΠ-Υ καταφέρει να παραμείνει ήσυχο, τις λίγες φορές που τα καταφέρνει, η διάρκεια της μειωμένης κινητικότητας είναι πολύ μικρή. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που το παιδί παραμείνει ήσυχο, μπορεί να το βλέπουμε να κουνά χέρια και πόδια ή να στριφογυρνάει στο κάθισμά του κρυφά, σε μία προσπάθεια να ικανοποιήσει την ανάγκη του για κινητικότητα, αλλά και ταυτόχρονα να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της περίπτωσης. Γενικότερα, η ανάγκη που έχει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ να διοχετεύσει την ενέργειά του μέσα από την κίνηση είναι μεγαλύτερη από αυτήν ενός φυσιολογικά ζωηρού παιδιού και έτσι δυσκολεύεται περισσότερο στον έλεγχό της

Μία άλλη σημαντική διαφορά έχει σχέση με την ποιότητα της κίνησης ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως αδέξια και στην αδρή και στη λεπτή κινητικότητά τους. Συχνά, πέφτουν, χτυπάνε, κάνουν ζημιές και δυσκολεύονται στο κούμπωμα των κουμπιών, στη

ζωγραφική και σε άλλες δραστηριότητες που απαιτούν αδρή ή λεπτή κίνηση. Αντίθετα, τα παιδιά που είναι απλώς υπερβολικά ζωντανά δεν αντιμετωπίζουν τέτοιες δυσκολίες και μπορεί μάλιστα να είναι πολύ επιδέξια. Η έντονη κινητική δραστηριότητα που έχουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ φαίνεται, ακόμη, πολλές φορές και κατά τη διάρκεια του ύπνου. Τα παιδιά αυτά μπορεί να κοιμούνται λίγο και ο ύπνος τους να είναι ανήσυχος. Αντιθέτως, κάτι ανάλογο κατά τη διάρκεια του ύπνου δεν εντοπίζεται στα ζωντανά παιδιά.

Ένα από τα πιο βασικά δευτερογενή προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι αυτό του λόγου και της ομιλίας, το οποίο προβληματίζει ιδιαίτερα τους γονείς και αποτελεί το σύννηθες αίτιο παραπομπής του παιδιού στον ειδικό. Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, ενώ όταν ο λόγος τελικά αναπτυχθεί μπορεί να έχουν προβλήματα στην άρθρωση και στη σύνταξη. Αντίθετα, τα ζωντανά παιδιά δεν αντιμετωπίζουν ανάλογες δυσκολίες.

Ακόμη, μία άλλη σημαντική διαφορά ανάμεσα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και τα ζωντανά παιδιά σχετίζεται με την ικανότητα συγκέντρωσης. Η ικανότητα συγκέντρωσης στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι εξαιρετικά περιορισμένη, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν μπορούν να συγκεντρωθούν καθόλου. Εφόσον έχουν πολύ υψηλό κίνητρο και εφόσον η δραστηριότητα με την οποία ασχολούνται τους κεντρίζει το ενδιαφέρον, μπορούν να επιτύχουν συγκέντρωση σε ικανοποιητικό βαθμό και για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Αντιθέτως, τα ζωντανά παιδιά μπορούν να συγκεντρωθούν πολύ πιο εύκολα και χωρίς να χρειάζεται κάποιο υψηλό κίνητρο.

Τέλος, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι συχνά ευερέθιστα και ευέξαπτα. Επειδή αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν σε πολλές από τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και δέχονται αυξημένες παρατηρήσεις, μπορούν να συμπεριφέρονται προκλητικά και αντιδραστικά. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίον, προβλήματα συμπεριφοράς εμφανίζονται συχνότερα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απ' ό,τι στα συνομήλικά τους που είναι απλώς ζωντανά (Κάκουρος, 2001).

1.6.4 Σύνδρομο Tourette – ΔΕΠ-Υ

Το Σύνδρομο Tourette είναι μία οργανική νευρολογική διαταραχή, με κύρια χαρακτηριστικά πολλαπλά κινητικά τικ και ένα τουλάχιστον φωνητικό τικ για

τουλάχιστον ένα χρόνο, κατά τη διάρκεια του οποίου να μην έχει υπάρξει διακοπή από τικ μεγαλύτερη από 3 συνεχόμενους μήνες.

Παρόλο που η διάκριση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και Συνδρόμου Tourette είναι πολύ δύσκολη, υπάρχουν ορισμένα σημεία στα οποία διαφέρουν. Η ΔΕΠ-Υ πρωτοεμφανίζεται πριν την ηλικία των 7 ετών, ενώ το Σύνδρομο Tourette έχει ηλικία έναρξης πριν τα 18 χρόνια, γεγονός που σηματοδοτεί την εμφάνισή του σε μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ πρέπει να επιμένουν τουλάχιστον για 6 μήνες, σε αντίθεση με το Σύνδρομο Tourette όπου το χρονικό περιθώριο αυξάνεται στον ένα χρόνο. Τέλος, οι ενοχλήσεις που βιώνουν τα άτομα πριν την εκδήλωση των τικ δεν παρατηρούνται στη ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2005).

1.6.5 Asperger - ΔΕΠ-Υ

Οι άνθρωποι συχνά αναρωτιούνται αν η ΔΕΠ-Υ και το σύνδρομο Asperger είναι αντίθετες, ανεξάρτητες διαταραχές, ή συσχετίζονται. Κατά τα εγχειρίδια ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, η ΔΕΠ-Υ και οι ΔΑΦ (Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος) έχουν ελάχιστα κοινά χαρακτηριστικά. Στο DSM-IV-TR, η διάγνωση του αυτισμού αποκλείει τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και το αντίστροφο, ενώ τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αποτελούν μέρος του αυτισμού. Για παράδειγμα, η διάσπαση της προσοχής, κύριο σύμπτωμα της ΔΕΠ-Υ, μπορεί να θεωρηθεί ως κοινωνικό έλλειμμα του αυτισμού. Η διαφορική διάγνωση λοιπόν είναι ιδιαίτερη και η διάγνωση ίσως λανθασμένη κάποιες φορές, καθώς, έπειτα από έρευνες, υποστηρίζεται ότι η ΔΕΠ-Υ και ο αυτισμός συχνά συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο.

Οι δύο αυτές διαταραχές περιλαμβάνουν κοινά σημεία, όπως:

- ❖ Τα προβλήματα συμπεριφοράς
- ❖ Την υπερδραστηριότητα
- ❖ Την ελλειμματική προσοχή
- ❖ Τις ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες
- ❖ Τα μαθησιακά προβλήματα
- ❖ Την αδυναμία να ακολουθούν οδηγίες

❖ Σε μικρότερη ηλικία, δυσκολία στην αποδοχή αγγίγματος

Κάποιες συμπεριφορές που συναντώνται στο σύνδρομο Asperger και δε συμπεριλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια, είναι κύρια χαρακτηριστικά νευροψυχιατρικών διαταραχών, όπως η ΔΕΠ-Υ.

Η ΔΕΠ-Υ σπάνια θα διαγνωσθεί ως μόνη διαταραχή. Συνήθως, συνυπάρχει με την εναντιωματική προκλητική διαταραχή, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και το σύνδρομο Tourette. Ενώ, όλο και πιο πολλές έρευνες δείχνουν συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και αυτισμού, λόγω οργανικών δυσλειτουργιών του άξονα «μετωπιαίου λοβού-βασικών γαγγλίων».

Πολλές μελέτες και ερωτηματολόγια σε άτομα με διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είχαν ερωτήσεις που αφορούσαν σε συμπτώματα του αυτισμού, όπου βεβαιώθηκε η ύπαρξη και αλληλοεπικάλυψη πολλών αυτιστικών χαρακτηριστικών. Ωστόσο, παραγοντική ανάλυση δεν επιβεβαιώνει την συνύπαρξη αυτών των διαταραχών.

Άλλη υπόθεση υποστηρίζει ότι η ύπαρξη της μιας διαταραχής οδηγεί στην ανάπτυξη της άλλης και ενώ η φαρμακευτική αγωγή που συνίσταται και για τις δύο διαταραχές, θα έπρεπε να είναι εξίσου αποτελεσματική και για τις δύο, φαίνεται να περιορίζει μόνο τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Η ΔΕΠ-Υ και ο αυτισμός μπορεί να είναι ανεξάρτητες διαταραχές που εκδηλώνονται με κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες. Από έρευνες της γενετικής νευροανατομίας, δομής και λειτουργίας του εγκεφάλου φαίνεται πως η ΔΕΠ-Υ και ο αυτισμός μοιράζονται ίδια θέση στο χρωμόσωμα 16 p13, οφείλονται σε δυσλειτουργία κοινών εγκεφαλικών περιοχών και έχουν κοινό γενετικό υπόβαθρο. Ένα παιδί που έχει σύνδρομο Asperger και ΔΕΠ-Υ θα εκδηλώνει περισσότερα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Πίνακας 1.6.: Διαφοροδιάγνωση Συνδρόμου Asperger με ΔΕΠ-Υ.

<u>Διάκριση ανάμεσα σε:</u>	
Σύνδρομο Asperger	ΔΕΠ-Υ
Προβλήματα στον λόγο	Μεγάλη κινητική δραστηριότητα
Προβλήματα στο παιχνίδι	Λιγότερα αισθητηριακά ελλείμματα
Προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις	
Μειωμένη αντίδραση σε λεκτικά ερεθίσματα	Αισθητηριακή υπερευαισθησία λόγω του ότι είναι «εύθικτο με τους άλλους»
Προβλήματα στη συναισθηματική νοημοσύνη	Συνοδεύεται από Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ)
Προβλήματα στη χρήση αντικειμένων ιδιοσυγκρασιακός λόγος	Αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής
Στερεοτυπίες	
Προβλήματα στην βλεμματική επαφή	
Υπερευαισθησία σε θορύβους	
Άριστη επιλεκτική προσοχή	

1.7 Συννοσηρότητα με άλλες Διαταραχές

Σπάνια η ΔΕΠ-Υ υφίσταται χωρίς συνυπάρχουσες διαταραχές. Οι δυσκολίες που μπορεί να περιλαμβάνουν αυτές οι διαταραχές είναι αναπτυξιακά, ακαδημαϊκά, κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι περισσότερο επιθετική και αντιδραστική από ότι η συμπεριφορά των παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, συχνά, παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς και επιθετικότητα.

Όπως είναι αναμενόμενο, η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ.) (Oppositional Defiant Disorder – ODD) συνυπάρχει σε ποσοστό 40-65% με την ΔΕΠ-Υ. Η υψηλή συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την Ε.Π.Δ. δικαιολογείται από την μειωμένη ικανότητα των ατόμων να διαχειρίζονται καταστάσεις της διάθεσης, όπως ο θυμός και η επιθετικότητα που προκαλούνται από τη ΔΕΠ-Υ.

Επίσης, τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. έχουν ή αναπτύσσουν την πιο σοβαρή διαταραχή της συμπεριφοράς, η οποία εμφανίζεται στο 21-45% του πληθυσμού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Περίπου το 25-30% των παιδιών που παρουσιάζουν αυτές τις συνυπάρχουσες διαταραχές εξελίσσονται σε εφήβους που εκδηλώνουν παραβατικές ή αντικοινωνικές δραστηριότητες. Τα ποσοστά συνύπαρξης της ΔΕΠ-Υ με αυτά των διαταραχών συμπεριφοράς (Disruptive Behavioral Disorders) είναι υψηλότερα από εκείνα των νοητικών διαταραχών και αυτή η συννοσηρότητα παρατηρείται περισσότερο στις υποκατηγορίες του υπερκινητικού – παρορμητικού τύπου και του συνδυαστικού τύπου.

Ακόμη, η ΔΕΠ-Υ έχει συνδεθεί και με τις αγχώδεις διαταραχές (Anxiety Disorders). Ωστόσο, το άγχος που εμφανίζεται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την αδυναμία τους να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους, παρά με τον ίδιο τον φόβο και τον πανικό. Άλλες σύνοδες διαταραχές που παρατηρούνται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποτελούν οι διαταραχές της διάθεσης (Mood Disorders), οι μαθησιακές δυσκολίες (Learning Disorders) και οι διαταραχές επικοινωνίας (Communication Disorders) (Barkley, 2002).

Σύμφωνα με ερευνητές, από την γέννηση μέχρι και την παιδική ηλικία η ΔΕΠ-Υ συνήθως συνοδεύεται από αυτισμό και διαταραχές ύπνου, κατά την παιδική ως και την εφηβική ηλικία από κάποια ειδική μαθησιακή δυσκολία (π.χ. δυσλεξία, δυσαριθμησία κ.α.), ενώ κατά την εφηβική ως την ενήλικη ζωή από διαταραχές όπως το άγχος, η κατάθλιψη ή διαταραχές συμπεριφοράς και της προσωπικότητας.

Επίσης, η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει και με την δυσλεξία. Όταν ένα παιδί διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, είναι περισσότερο πιθανό να έχει και δυσλεξία, ενώ το αντίστροφο (να διαγνωσθεί δηλαδή με δυσλεξία και να έχει και ΔΕΠ-Υ) είναι λιγότερο συχνό φαινόμενο. Η ομάδα των παιδιών με προεξάρχοντα τον Απρόσεχτο Τύπο παρουσιάζουν πιο συχνά δυσλεξία, σε αντίθεση με την ομάδα των παιδιών με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο.

Επιπρόσθετα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσκολία στην έκφραση της γλώσσας (expressive language) και στην πραγματολογία της γλώσσας, που λειτουργεί ως κοινωνικό εργαλείο για την επικοινωνία με τους άλλους. Ένα ποσοστό 10-54% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν προβλήματα ομιλίας και αυτά τα προβλήματα φαίνεται να είναι περισσότερο αποτέλεσμα κάποιων δυσκολιών στις εκτελεστικές λειτουργίες

και λιγότερο αποτέλεσμα δυσκολιών στην ομιλία και στη γλώσσα (Pavlidis & Giannouli, 2013).

Άλλες έρευνες βρίσκουν συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τη Διπολική διαταραχή (Δ.Δ.) σε ποσοστό 11% των παιδιών, ενώ το ποσοστό ανεβαίνει σε 12% μετά από 4 χρόνια παρακολούθησης. Στα παιδιά αυτά παρατηρείται βαρύτερη ψυχοπαθολογία, περισσότερες νοσηλείες και χαμηλότερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Ως προς την κλινική εικόνα, παιδιά με συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Δ.Δ. παρουσιάζουν κυρίως διεγερτικό φαινότυπο, χρόνια πορεία και έχουν υψηλότερα ποσοστά αντικοινωνικής διαταραχής (Geller, et. al., 2000).

Επιπλέον, το Σύνδρομο Tourette και η ΔΕΠ-Υ φαίνεται να μοιάζουν ως προς τη φύση τους με τη συνύπαρξη Διπολικής Διαταραχής και ΔΕΠ-Υ. Έρευνες αποδεικνύουν ότι η ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ δεν φαίνεται να αποτελεί παράγοντα προδιάθεσης του Συνδρόμου Tourette, ωστόσο κατά μέσο όρο το 48% των ατόμων που παρουσιάζουν Σύνδρομο Tourette είναι πιθανό να εμφανίσουν ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2005).

Τέλος, μία ακόμη διαταραχή που ενδέχεται να συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ είναι και η διαταραχή της κεντρικής ακουστικής επεξεργασίας. Πρόκειται για μία ανεπάρκεια στην επεξεργασία των ακουστικών πληροφοριών από τον εγκέφαλο (Barkley, 2002).

1.8 Νοημοσύνη των ατόμων με ΔΕΠ-Υ

Ένας από τους τομείς ανάπτυξης του παιδιού, ο οποίος επηρεάζεται από την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ, είναι ο τομέας της νοητικής ανάπτυξης. Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει την νοητική ανάπτυξη του παιδιού με δύο τρόπους: Πρώτον, επηρεάζει την απόκτηση των γνωστικών δεξιοτήτων και, δεύτερον, επηρεάζει την ικανοποιητική και αποτελεσματική αξιοποίηση των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί. Από επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης, ο δείκτης νοημοσύνης δείχνει ότι μειονεκτούν κατά 7-15 μονάδες, σε σχέση με τα παιδιά αντίστοιχης ηλικίας.

Σε περιπτώσεις, λοιπόν, παιδιών με χαμηλό Δείκτη Νοημοσύνης (IQ) και δυσκολία συγκέντρωσης, θα πρέπει να εξετάζεται όχι μόνο η πιθανότητα ύπαρξης μαθησιακών δυσκολιών, αλλά και η ύπαρξη ΔΕΠ-Υ. Η άμεση θεραπευτική παρέμβαση είναι πολύ βοηθητική, καθώς παιδιά με περιορισμένες ικανότητες και ελλιπή συγκέντρωση εμφανίζουν, μετά τη θεραπεία, αυξημένες ικανότητες, οι οποίες είχαν επισκιαστεί από τη ΔΕΠ-Υ και από τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.

Ωστόσο, πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι άνω του μέσου όρου έξυπνα. Στο σχολείο η νοημοσύνη τους τα καθιστά ικανά να προσπεράσουν έως ένα σημείο τις δυσκολίες της ΔΕΠ-Υ, ώστε να επιτύχουν μία μέση ακαδημαϊκή επίδοση. Κατά τη διάρκεια του μαθήματος, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τείνουν να εστιάζουν το ενδιαφέρον τους σε θέματα που δεν αφορούν το μάθημα, η διατήρηση της προσοχής τους μπορεί να επηρεάζεται ακόμα και από την συμπάθεια ή αντιπάθεια που τρέφουν για τον δάσκαλο, ενώ αποσυντονίζονται όταν θεωρούν κάτι βαρετό. Συχνά τα πάνε καλά σε τεστ, αλλά δυσκολεύονται να συμμετέχουν σε ομαδικές εργασίες ή οποιεσδήποτε μεγάλης διάρκειας εργασίες. Με τη βοήθεια ενός δομημένου θεραπευτικού προγράμματος, μπορούν να ανταποκριθούν αρκετά ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ωστόσο, σε ένα πιο αυστηρά δομημένο περιβάλλον, όπως είναι η ανώτατη εκπαίδευση, υπάρχει πιθανότητα να πιεστούν περισσότερο.

Πολλά από τα παιδιά είναι συνήθως ενήμερα για τις δυσκολίες τους και τείνουν να έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, προβλήματα με τις κοινωνικές δεξιότητες και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Υπάρχει πιθανότητα να βιώνουν καταθλιπτικά συναισθήματα και άγχος, τα οποία μπορούν να καλύπτουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, η οποία είναι συχνά το τελευταίο πράγμα που σκέφτονται, ειδικά στην εφηβεία.

Συνοψίζοντας, όντως έχουν τεράστιες ικανότητες στο να είναι δημιουργικά και να σκέφτονται πλευρικά και αν χειρίζονται σωστά τον αυθορμητισμό τους, μπορούν να εξελιχθούν σε εξαιρετικά ενεργούς ενήλικες. Ωστόσο, η προσπάθεια που απαιτείται για κάθε κατόρθωμα είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή που θα καταβάλλει κάποιος που δεν συνυπάρχει με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Από την άλλη πλευρά, η ΔΕΠ-Υ έχει συνδεθεί με σπουδαία και μεγάλα επιτεύγματα (Kewley, 2010 ; Κουρκούτας, 2011).

1.9 Επιδημιολογία και ΔΕΠ-Υ

Εξαιτίας των πολλαπλών αλλαγών που έχει υποστεί ο ορισμός της ΔΕΠ-Υ και επειδή δεν υπάρχουν, μέχρι στιγμής, αντικειμενικές μετρήσεις, δεν μπορεί να εκτιμηθεί με ακρίβεια η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής (Davison & Naele, 1993).

Οι περισσότεροι ειδικοί εκτιμούν ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται μεταξύ 3-5% των παιδιών. Ωστόσο, η συχνότητα μεταβάλλεται ανάλογα με τον τρόπο που ορίζεται η ΔΕΠ-Υ κάθε φορά, τον πληθυσμό που εξετάζεται και τις απόψεις της πλειονότητας των ειδικών. Για παράδειγμα, οι επιδημιολογικές μελέτες σε Αμερική και Ευρώπη δίνουν ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 1% και 20%, στη Μ. Βρετανία δίνουν ποσοστό 0.1% και την ίδια στιγμή έρευνες στις Η.Π.Α. αναφέρουν ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 2% και 4% (Χριστοδουλίδου, 2004). Τελευταία έχει υπάρξει μία συμφωνία ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια νευροβιολογική διαταραχή που παρουσιάζει το 3-5% του πληθυσμού των παιδιών σχολικής ηλικίας ή το 2.0-6.3%. Οι εκτιμήσεις των περισσότερων ερευνών δείχνουν ότι ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών, της τάξεως του 5-10%, παρουσιάζουν μεμονωμένα συμπτώματα.

Σχετικά με τις διαφορές επικράτησης της διαταραχής ανάμεσα στα δύο φύλα, φαίνεται ότι αυτή είναι συχνότερη στα αγόρια, με αναλογία 3 ή 4 προς 1. Οι έρευνες δείχνουν ότι το 80% των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ είναι αγόρια. Εξετάζοντας, στα δεδομένα των ερευνών αυτών, τις ποσοτικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η διαφορά συχνότητας μπορεί να έχει τη βάση της σε βιολογικούς παράγοντες, αλλά είναι εξίσου πιθανό να σχετίζεται και με το γεγονός ότι η περιγραφή της κλινικής εικόνας και της συμπτωματολογίας της διαταραχής εστιάζει συνήθως σε αγόρια. Αυτό συμβαίνει επειδή τα αγόρια εκδηλώνουν περισσότερες επιθετικές και αντιδραστικές συμπεριφορές, που διαταράσσουν την ομαλή λειτουργία της εκπαιδευτικής διαδικασίας και την αρμονία

της οικογένειας, με αποτέλεσμα οι γονείς και οι παιδαγωγοί να ανησυχούν περισσότερο για εκείνα.

Από την άλλη πλευρά, τα κορίτσια είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην εστίαση της προσοχής, γι ' αυτό και πολλές φορές διαφεύγουν στη διάγνωση, ακριβώς επειδή τα προβλήματα που εμφανίζουν δε συνοδεύονται από υπερκινητικού τύπου συμπεριφορές (Καλαντζή – Αζιζί, Αγγέλη, Ευσταθίου, 2006).

Συνεπώς, η ακρίβεια των ποσοστών επικράτησης της διαταραχής σε αγόρια και κορίτσια εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από το αν το δείγμα που χρησιμοποιείται στην επιδημιολογική έρευνα προέρχεται από κλινικές παραπομπές ή αν το δείγμα προέρχεται από γενικό πληθυσμό, γιατί ακριβώς τα αγόρια είναι πιθανότερο να παραπεμφθούν για αξιολόγηση, εξαιτίας της επιθετικής συμπεριφοράς που συχνά εκδηλώνουν μέσα στα πλαίσια της συμπτωματολογίας της διαταραχής.

Ωστόσο, κάποιες επιδημιολογικές μελέτες απέτυχαν να βρουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, σε ότι αφορά την επικράτηση. Κάποιοι συγγραφείς σημειώνουν ότι όσον αφορά την παιδική ηλικία τα αγόρια εμφανίζουν, γενικά, υψηλότερα ποσοστά ΔΕΠ-Υ, αλλά ειδικότερα στον τύπο της διαταραχής με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό – Παρορμητικό Τύπο, ποσοστά που επιμένουν να εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας (Kay, 2004).

Η μέχρι πρότινος επικρατούσα αντίληψη ότι στην εφηβεία η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ υποχωρεί ή και εξαφανίζεται, πιθανότατα οφειλόταν στο γεγονός ότι κάποια συμπτώματα της διαταραχής, όπως η υπερκινητικότητα, μειώνονται στην εφηβεία. Ωστόσο, σήμερα είναι γνωστό ότι ένα ποσοστό 50-70% των παιδιών, που εκδήλωσαν τη διαταραχή στην παιδική ηλικία, εκδηλώνουν έντονη συμπτωματολογία και στην εφηβεία. Μάλιστα, η συμπτωματολογία της διαταραχής μπορεί να συνεχίζει να είναι παρούσα ακόμα και στην ενήλικη ζωή του ατόμου. Οι έρευνες, που έχουν εστιάσει σε ενήλικους που παρουσιάζουν την συμπτωματολογία της διαταραχής, αναφέρουν ότι ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 2% και 4% των ενηλίκων εμφανίζουν συμπτώματα της διαταραχής σε βαθμό ικανό, ώστε να δοθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Η επικράτηση της διαταραχής στα παιδιά σχολικής ηλικίας δε φαίνεται να παρουσιάζει καμία διακύμανση σε συνάρτηση με την κοινωνικο-οικονομική τάξη της οικογένειας του παιδιού. Ωστόσο, είναι σαφές ότι τόσο τα παιδιά που παρουσιάζουν

ΔΕΠ-Υ όσο και οι ενήλικες που παρουσιάζουν Διαταραχή Διαγωγής ανήκουν σε δυσαρμονικές οικογένειες, με ψυχοπαθολογία των γονέων ή αλκοολισμό (Kay, 2004).

Τέλος, ανάλογα με το φύλο διαφοροποιούνται και τα συμπτώματα. Τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερο άγχος, διαταραχές ομιλίας, ενούρηση και μαθησιακές δυσκολίες, ενώ τα αγόρια εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

1.10 Αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ

Για να γίνει διάγνωση, οι γονείς των παιδιών ή των εφήβων θα πρέπει να απευθύνονται σε ειδικούς οι οποίοι έχουν εμπειρία στο θέμα, σε ειδικευμένους παιδίατρους, παιδοψυχιάτρους, θεραπευτές για παιδιά και έφηβους και θεραπευτές της συμπεριφοράς. Η διάγνωση απαιτεί χρόνο, διεξοδική συζήτηση και παρατήρηση. Η συμβουλευτική και η θεραπευτική αντιμετώπιση, χωρίς να έχει προηγηθεί ακριβής διάγνωση, εγκυμονούν τον κίνδυνο να μείνουν αγκιστρωμένοι στην πλευρά ενός φαινομένου το οποίο πιθανόν να προέκυψε από κάποια άλλη αιτία.

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνεται μέσα από ακριβή περιγραφή του ιστορικού που δίνουν οι γονείς για τον έφηβο ή το παιδί. Απαραίτητη θεωρείται μια λεπτομερής συλλογή των στοιχείων που αφορούν την εγκυμοσύνη, τη γέννηση, την πορεία του τοκετού και τις πιθανές επιπλοκές που εμφανίστηκαν σε αυτό το διάστημα. Οι κύριες φάσεις της ψυχοκινητικής ανάπτυξης, η κατάσταση της υγείας, τα πιθανά ατυχήματα και οι αρρώστιες, άλλα στοιχεία σχετικά με τον τρόπο που το παιδί κοιμάται, τρώει, κινείται, οι δραστηριότητες με τις οποίες ασχολείται, πρέπει να ερωτηθούν και να περιγραφούν διεξοδικά. Ο ειδικός, ο οποίος υποβάλλει τις ερωτήσεις, πρέπει να συγκεντρώσει επιπλέον πληροφορίες για τα άλλα αδέλφια, τη θέση και τη σειρά γέννησης του παιδιού, τον τρόπο διαπαιδαγώγησης στην οικογένεια, τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της και ενδεχομένως πληροφορίες για άλλα άτομα που βοηθούν στην ανατροφή του παιδιού. Πρέπει, ακόμη, να τεθούν ερωτήσεις αναφορικά με τα βήματα κοινωνικοποίησης του παιδιού, την πορεία και την εξέλιξη του στον παιδικό σταθμό, το νηπιαγωγείο και το σχολείο, και να συνεκτιμηθούν η ενσωμάτωση και η επίδοση σε όλους τους χώρους. Επίσης, πρέπει να δοθεί η ευκαιρία στους γονείς να περιγράψουν το χαρακτήρα του παιδιού τους. Να ακουστεί η δικιά τους άποψη για την ευαισθησία, την αυτάρκεια, την προσοχή, την ανάπτυξη και την φαντασία του παιδιού, την ανεκτικότητα του στη ματαίωση, την ικανότητα του να εκτιμά τον

κίνδυνο. Τα ενδιαφέροντα, τα χόμπι, οι ασχολίες στον ελεύθερο χρόνο είναι εξίσου σημαντικά για την αξιολόγηση.

Χρήσιμη, και σε πολλές περιπτώσεις απαραίτητη, είναι η λήψη του ιστορικού από κάποιον τρίτο όχι γονιό. Οι παρατηρήσεις της συμπεριφοράς του παιδιού από τους εκπαιδευτικούς, οι περιγραφές της συμπεριφοράς και οι επιδόσεις του παιδιού, ιδιαίτερα στην Πρώτη και Δευτέρα δημοτικού, καθώς και οι επιπρόσθετες αξιολογήσεις μέσω ερωτηματολογίων μπορούν τις περισσότερες φορές να διαφωτίσουν τον ειδικό και να συμπληρώσουν την εικόνα που έχει σχηματιστεί.

Η λήψη του ιστορικού πρέπει να διεξάγεται χωρίς την παρουσία του παιδιού/εφήβου. Όταν βρίσκεται «υπό εξέταση», νιώθει εκτεθειμένος, θυμωμένος, αισθάνεται ότι οι άλλοι τον στιγματίζουν με «χαρακτηρισμούς» ή ότι οι περιγραφές του γι' αυτόν είναι άδικες. Αυτό μπορεί να σταθεί εμπόδιο στην επόμενη εξέταση και συνεργασία με το παιδί.

Εν γένει, επιθυμητή θεωρείται μια παιδοψυχιατρική εξέταση. Μια νευρολογική εξέταση με ηλεκτροεγκεφαλογράφημα χρειάζεται όταν το παιδί έχει προβλήματα κινητικού συντονισμού ή όταν υπάρχει υποψία για επιληπτικές προσβολές. Για τη διάγνωση, πρέπει η γενική σωματική κατάσταση του παιδιού να έχει οπωσδήποτε αποσαφηνιστεί με ειδικές ιατρικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων και ειδικών ακουστικών και οφθαλμικών εξετάσεων (Neuhaus, 1998).

Το σπινθηρογράφημα του εγκεφάλου αποτελεί μια ανώδυνη και αβλαβή διαδικασία. Γίνεται μια ενδοφλέβια ένεση και στη συνέχεια μια ειδική συσκευή σχηματίζει εικόνες που μοιάζουν με ακτινογραφία. Οποιαδήποτε ανωμαλία του εγκεφάλου φαίνεται στο σπινθηρογράφημα. Όταν υπάρχει το υπερκινητικό σύνδρομο, είναι πιθανό να φανούν στο σπινθηρογράφημα ανωμαλίες του εγκεφάλου (Davis, 2000).

Ακόμη, στα παιδιά και στους εφήβους πρέπει να διεξάγεται μια ολοκληρωμένη εξέταση με ψυχολογικά τεστ. Η εξέταση αυτή βοηθά να προσδιοριστούν οι βασικές έμφυτες ικανότητες, η ικανότητα συγκέντρωσης, η παρορμητικότητα και ο ιδιαίτερος τρόπος αντίληψης του υπό εξέταση ατόμου. Η ίδια εξέταση συμβάλλει στον εντοπισμό μεμονωμένων νευρολογικών διαταραχών που ενδεχομένως συνυπάρχουν. Κατάλληλα εκπαιδευμένοι ψυχολόγοι έχουν στη διάθεση τους όλα τα απαραίτητα ψυχολογικά μέσα και τεστ (Neuhaus, 1998).

Έτσι, οι πληροφορίες που συλλέγονται μέσω της λήψης ιστορικού από τους γονείς, τους παιδοψυχιάτρους, τους ψυχολόγους, τους παιδίατρους, τους εκπαιδευτικούς και ενδεχομένως τους λογοθεραπευτές (εάν έχει παρακολουθήσει λογοθεραπεία) είναι ένα σημαντικό μέρος της αξιολόγησης. Το σύνολο των πληροφοριών χρησιμοποιείται προκειμένου να τεθεί η διάγνωση με τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (DSM- IV) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ICD- 10) (Κάκουρος, 2001).

Μεγάλη σημασία στην αξιολόγηση έχει η ενημέρωση των γονέων σχετικά με το περιεχόμενο της κάθε εξέτασης. Είναι σωστό η κάθε εξέταση να συνοδεύεται από εξηγήσεις για τις ικανότητες και τις δυσκολίες του παιδιού, καθώς και από σαφή ερμηνεία των διαγνωστικών αποτελεσμάτων. Όλα τα αποτελέσματα πρέπει να παρουσιάζονται και να ερμηνεύονται με κατανοητό τρόπο.

Τέλος, υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τρόποι διάγνωσης. Το θεραπευτικό σχέδιο που βασίζεται στην περιγραφή και την ανάλυση της συμπεριφοράς βλέπει το παιδί στο πλαίσιο μιας συνολικής κατάστασης και δεν στηρίζεται μόνο στις περιγραφές των ασυνήθιστων συμπεριφορών του παιδιού που προέρχονται από εξωτερική παρατήρηση (Neuhaus, 1998).

Πίνακας 1.7.: Ειδικοί που εμπλέκονται στην Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

Ειδικότητα	Μπορούν να διαγνώσουν τη ΔΕΠ-Υ	Μπορούν να συνταγογραφήσουν φαρμακοθεραπεία, αν θεωρηθεί απαραίτητο	Παρέχουν συμβουλευτική εκπαίδευση
Ψυχίατροι	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Ψυχολόγοι	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Παιδίατροι ή Οικογενειακοί Γιατροί	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Νευρολόγοι	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κλινικοί Κοινωνικοί Λειτουργοί	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ

1.11 Πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που πρωτοεμφανίζεται στην παιδική ηλικία και διαρκεί μέχρι και την ενήλικη ζωή. Έρευνες δείχνουν ότι το 31%-71% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εξακολουθούν να εμφανίζουν τις δυσκολίες της διαταραχής και στην εφηβεία. Ωστόσο, το συγκεκριμένο ποσοστό μειώνεται στην ενήλικη ζωή καθώς τα συμπτώματα της διαταραχής γίνονται πιο ήπια.

Ο κίνδυνος συννοσηρότητας είναι έντονος στη συγκεκριμένη διαταραχή, γεγονός που δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την καθημερινότητα των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται συχνή συνύπαρξη με τον αυτισμό, τις διαταραχές προσωπικότητας και τις υπόλοιπες διασπαστικές διαταραχές, ενώ αποκλείονται οι αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές.

Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των παιδιών σε πολλά επίπεδα. Οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις, η αδυναμία ανάπτυξης ομαλών σχέσεων με τους συνομηλίκους και οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις είναι μερικές, μόνο, από τις προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Από την άλλη πλευρά, πολλοί έφηβοι εμφανίζουν παραπτωματική συμπεριφορά, διακατέχονται από αισθήματα αναξιότητας και δεν προσαρμόζονται εύκολα στις ανάγκες του κοινωνικού πλαισίου. Τα χαρακτηριστικά της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας παραμένουν, ενώ και η διάσπαση της προσοχής δυσχεραίνει την προσπάθεια ομαλής κοινωνικής ένταξης του ατόμου.

Τέλος, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης της διαταραχής θεωρούνται το φύλο, η συνύπαρξη μαθησιακών διαταραχών, η οικογενειακή συνοχή και το ιστορικό των γονέων (Τσιάντης, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο «Ψυχοπαθολογία και Αναπτυξιακή Πορεία των Ατόμων με ΔΕΠ-Υ»

Εισαγωγή

Η ΔΕΠ-Υ ανήκει στο φάσμα των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ). Τα συμπτώματά της εμφανίζονται από την βρεφική ηλικία και επιμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Μέχρι στιγμής, δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή που να αναστέλλει τα αίτια της διαταραχής, αλλά πολλοί είναι οι τρόποι ελέγχου των συμπτωμάτων της.

Η κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μεταβάλλεται ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται. Η διαφοροποίηση των συμπτωμάτων είναι υπεύθυνη για την πεποίθηση πολλών γονέων ότι, με το πέρασμα του χρόνου, μειώνονται οι δυσκολίες του παιδιού. Στην πραγματικότητα, οι δυσκολίες δεν εξαλείφονται, απλώς αλλάζει ο τρόπος έκφρασής τους. Ακόμη και αν μερικές διασπαστικές μορφές συμπεριφοράς μειώνονται, κάποιες άλλες, πρωτογενείς, δυσκολίες αποτελούν σταθερά στοιχεία της ΔΕΠ-Υ και διατηρούνται και μετά την ενηλικίωση του ατόμου.

Η γνώση των βασικών χαρακτηριστικών των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο, είναι αξιοσημείωτη τόσο για την έγκυρη διάγνωσή της, όσο και για την ακριβή εκτίμηση των κλινικών σημείων της (Κάκουρος, 2001).

2.1. Βρεφική ηλικία

Τα πρώτα «σημάδια» για την εκδήλωση της διαταραχής γίνονται ορατά στη ζωή του ατόμου από πολύ νωρίς.

Πολλές μητέρες περιγράφουν τα παιδιά τους ως υπερδραστήρια από την εποχή της κύησης. Συνήθως, το κοινό παράπονο στους γυναικολόγους είναι οι έντονες ενοχλήσεις που οφείλονται σε αυξημένη κινητικότητα του εμβρύου. Ακόμη, αναφέρονται σε επώδυνες «κλωτσιές» και εκφράζουν μεγάλη ανησυχία για το γεγονός ότι για τις υπόλοιπες γυναίκες οι δυσκολίες αυτές είναι πιο ήπιες (Παπαγεωργίου, 2005).

Με τη γέννηση των παιδιών γίνονται εμφανή τα πρώτα σημεία της ΔΕΠ-Υ. Αν και οι γονείς δεν υποψιάζονται την παρουσία της διαταραχής από τη βρεφική ηλικία, όταν τεθεί η διάγνωση επισημαίνουν συμπτώματα που μέχρι τότε δεν θεωρούσαν σημαντικά.

Αρχικά, μεγάλο μέρος των βρεφών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει προβλήματα στον ύπνο. Περιγράφονται από τους γονείς τους ως «δύσκολα βρέφη», καθώς δεν έχουν ένα σταθερό ωράριο ύπνου, ο ύπνος τους διακόπτεται συχνά και είναι μικρότερος σε διάρκεια, ενώ παρατηρείται υπερβολική κινητικότητα του βρέφους τις ώρες που κοιμάται.

Τα αίτια της διαταραχής του ύπνου που παρουσιάζουν τα βρέφη παραμένουν αδιευκρίνιστα. Μελέτες αποδίδουν την ευθύνη σε ανωμαλίες που υφίστανται ο μηχανισμός του ύπνου και της εγρήγορσης, καθώς τα βρέφη εμφανίζουν υπο-εγρήγορση σε καταστάσεις που τους είναι γνωστές(επαναλαμβανόμενα έργα) και υπερ-εγρήγορση σε νέα ερεθίσματα. Γι' αυτόν το λόγο, η αυξημένη κινητικότητα θεωρείται μια στρατηγική των βρεφών για να μείνουν ξύπνια και σε εγρήγορση. Ωστόσο, πολλές έρευνες διχάζονται, υποστηρίζοντας, από τη μία πλευρά, την απουσία ανωμαλιών στη NREM (Non-Rem) και στη REM φάση του ύπνου και, από την άλλη πλευρά, την παρουσία αλλαγών στην ακολουθία και την αρχιτεκτονική του ύπνου.

Συμπερασματικά, τα βρέφη με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν διαταραχές ύπνου που δυσκολεύουν ιδιαίτερα τους γονείς και εξαντλούν και τα ίδια. Η υπερβολική κινητικότητα κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι και αυτή χαρακτηριστική. Η έλλειψη ύπνου μπορεί να επιδεινώνει τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ καθώς οδηγεί σε έντονη

εξάντληση, δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα και δυσκολία στον έλεγχο των συναισθημάτων. Επομένως, όταν η διαταραχή του ύπνου γίνει αντιληπτή είναι σημαντικό να αυξηθεί ή να βελτιωθεί η ποιότητά του (Βάρβογλη, 2005).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ στη βρεφική ηλικία είναι το κλάμα. Κλαίνει περισσότερο από τα άλλα βρέφη και το κλάμα τους χαρακτηρίζεται έντονο, οξύ και μεγάλης διάρκειας. Οι γονείς δεν μπορούν να καταλάβουν το λόγο του κλάματος κάθε φορά, με αποτέλεσμα να τους προβληματίζει η καθημερινή περιποίηση των παιδιών τους.

Οι δυσκολίες των βρεφών επεκτείνονται και στη διατροφή τους. Θεωρούνται πεισματάρικα και η μετάβαση από το γάλα στη στερεά τροφή δεν είναι καθόλου εύκολη (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

Τέλος, πολλές είναι οι αναφορές και για συχνούς κωλικούς, αν και από τους ειδικούς περιγράφονται απλώς ως αυξημένη ανησυχία των βρεφών.

Η βρεφική ηλικία θεωρείται η σημαντικότερη για την ανάπτυξη ασφαλούς δεσμού μεταξύ μητέρας- βρέφους. Η ΔΕΠ-Υ δυσχεραίνει τις σχέσεις των γονέων με τα παιδιά τους, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται τόσο η συμπεριφορά των γονέων όσο και των παιδιών. Μερικοί γονείς αισθάνονται ενοχές γιατί δεν μπορούν να ηρεμήσουν το παιδί, ενώ άλλοι αισθάνονται θυμό που οδηγεί στην απόρριψη του παιδιού. Η δεύτερη περίπτωση ελλοχεύει τον κίνδυνο ανάπτυξης μη υγιούς προσωπικότητας του παιδιού και εμφάνισης δυσκολιών που δεν αφορούν μόνο τη διαταραχή. Είναι γνωστό ότι η εξέλιξη κάθε διαταραχής εξαρτάται και από τις εμπειρίες που βιώνει το άτομο στη ζωή του. Η έγκαιρη διάγνωση βοηθά και στην ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ώστε το βρέφος και μετέπειτα το παιδί, να αντιμετωπίσει καλύτερα αναπτυξιακά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα που ενδεχομένως προκύψουν εξαιτίας της διαταραχής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

2.2 Νηπιακή ηλικία

Ένα «δύσκολο» βρέφος με αυξημένη κινητικότητα, συνήθως, εξελίσσεται σε ένα νήπιο με υπερκινητική και αντιδραστική συμπεριφορά.

Τα παιδιά νηπιακής/προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είναι συχνά τολμηρά, παρορμητικά και δεν υπακούν στις υποδείξεις των ενηλίκων. Η ενεργητικότητά τους είναι ανεξάντλητη, ενώ αναπτύσσουν απαιτητική και εκρηκτική συμπεριφορά. Πολλές φορές ξεσπούν σε εκρήξεις θυμού, χωρίς να επηρεάζονται από την απειλή τιμωρίας ή από υποσχέσεις αμοιβής.

Οι σχέσεις τους με παιδιά της ίδιας ηλικίας παρουσιάζουν δυσκολίες, καθώς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν καταφέρνουν να ενσωματωθούν απόλυτα σε ομάδες, είναι επιθετικά και λιγότερο συνεργάσιμα, με αποτέλεσμα να μπλέκουν συνεχώς σε καβγάδες και έτσι να απορρίπτονται από συνομηλίκους (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

Στην προσχολική ηλικία γίνεται αισθητή και η δυσκολία συντονισμού των κινήσεων. Η ΔΕΠ-Υ δημιουργεί εμπόδια σε δραστηριότητες που απαιτούν κίνηση, όπως το κολύμπι και το ποδήλατο. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να προσπαθήσουν περισσότερο από τα άλλα παιδιά για να κατακτήσουν παρόμοιες δεξιότητες. Η έλλειψη αίσθησης του κινδύνου, σε συνδυασμό με την «αδεξιότητα» των κινήσεων, καθιστά τα παιδιά επιρρεπή σε ατυχήματα.

Η αδρή κινητικότητα δεν μένει ανεπηρέαστη, αφού παρουσιάζουν πιο αργές αντιδράσεις, ενώ ορατά είναι και τα προβλήματα στο συντονισμό δραστηριοτήτων που χρειάζονται λεπτή κινητικότητα και αυξημένο έλεγχο κινητικών αντιδράσεων. Ο χειρισμός του μολυβιού, το κούμπωμα, το δέσιμο, το σφίξιμο κορδονιών, η ζωγραφική και ο συντονισμός ματιών- χεριών δεν αποτελούν εύκολες υποθέσεις για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Βάρβογλη, 2005).

Ήδη σε αυτή την ηλικία, γίνεται αντιληπτή από τους γονείς η δύσκολη ιδιοσυγκρασία του παιδιού, ο αδικαιολόγητος εκνευρισμός του και η ακραία έντονη κινητικότητά του. Επιπλέον, οι διαταραχές ύπνου και διατροφής παραμένουν και προσλαμβάνουν πιο έντονες μορφές, όπως αϋπνίες και παράλειψη γευμάτων λόγω διάσπασης της προσοχής από εξωτερικά ερεθίσματα την ώρα του φαγητού (Hillenbrand, 2011).

Σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, παρατηρούνται και τα πρώτα αισθήματα απογοήτευσης για δεξιότητες που ενδεχομένως δεν κατακτιούνται εύκολα, οργής και επιθετικότητας για την πιθανή απόρριψη από συνομηλίκους και αρχίζουν να

κλονίζονται και οι σχέσεις με τους γονείς (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης, Παπαθανασόπουλος, 2012).

2.3 Σχολική ηλικία

Η αναγνώριση και διάγνωση της διαταραχής συμπίπτει, συνήθως, με την είσοδο στο σχολείο, λόγω των έντονων απαιτήσεων για συγκέντρωση της προσοχής και συμμόρφωση στους σχολικούς κανόνες. Επομένως, η ένταξη στο σχολείο σηματοδοτεί νέα συμπτώματα στη συμπεριφορά του παιδιού (Παπαγεωργίου, 2005).

Αρχικά, οι δυσκολίες στη λειτουργία της προσοχής εντείνονται σε κάθε τομέα της. Η προσοχή είναι ένας σύνθετος μηχανισμός νοητικών διεργασιών που αποτελείται από την εστίαση σε έναν στόχο, τη διατήρηση συγκέντρωσης για ένα παρατεταμένο χρονικό διάστημα, την κωδικοποίηση και την ικανότητα εναλλαγής μεταξύ πολλών στόχων.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ελλείμματα στη διατήρηση της προσοχής τους για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. Πιο συγκεκριμένα, σε έργα που απαιτούν συντηρούμενη προσοχή τα παιδιά παρουσιάζουν αυξημένους χρόνους αντίδρασης και λάθη παράλειψης.

Οι ερευνητές διχάζονται εξαιτίας της επιλεκτικής προσοχής. Πολλοί υποστηρίζουν την ύπαρξη δυσκολιών στην οπτική επιλεκτική προσοχή και στην ικανότητα οπτικής και ακουστικής επαγρύπνησης λόγω της κινητικής υπερδραστηριότητας των παιδιών, ενώ μερικοί υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ δεν επηρεάζει την επιλεκτική προσοχή.

Οι αδυναμίες των παιδιών να καταναείμουν και να εναλλάσσουν την προσοχή τους μεταξύ δύο ή περισσότερων έργων φανερώνουν διαταραχές και στη διαμοιρασμένη προσοχή.

Κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας γίνονται περισσότερο αντιληπτά και τα ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες. Οι εκτελεστικές λειτουργίες αφορούν τις ικανότητες για ανασταλτικό έλεγχο, την αναστολή παρορμητικών αντιδράσεων, τη μνήμη εργασίας, τη γνωστική ευελιξία, τον προγραμματισμό και την οργάνωση.

Ο ανασταλτικός έλεγχος αφορά τον εκούσιο έλεγχο των αντιδράσεων κατά τη διάρκεια μιας στοχευόμενης δραστηριότητας και περιλαμβάνει δύο λειτουργίες: την επιλεκτική αναστολή της επεξεργασίας των πληροφοριών που δεν σχετίζονται με τη δραστηριότητα- στόχο και την αναστολή αυτοματοποιημένων αντιδράσεων κατά την εκτέλεση δράσεων που είναι ελεγχόμενες. Η ΔΕΠ-Υ καθιστά τα παιδιά επιρρεπή σε λάθη παρεμβολής και σε γρήγορες, παρορμητικές αντιδράσεις (π.χ. δίνουν βιαστικές απαντήσεις χωρίς σκέψη στους δασκάλους και δεν περιμένουν τη σειρά τους για να μιλήσουν) (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης, Παπαθανασόπουλος, 2012).

Μία άλλη κατηγορία των εκτελεστικών λειτουργιών είναι και η μνήμη εργασίας. Η μνήμη εργασίας αποτελεί ένα γνωστικό σύστημα που συγκρατεί και επεξεργάζεται πληροφορίες για μικρό χρονικό διάστημα. Αποτελείται από τέσσερα υποσυστήματα, καθένα από τα οποία επιτελεί συγκεκριμένες λειτουργίες.

- α) Το φωνολογικό κύκλωμα είναι υπεύθυνο για τη σύντομη συγκράτηση λεκτικών και ακουστικών πληροφοριών,
- β) το οπτικοχωρικό σημειωματάριο για τη συγκράτηση οπτικοχωρικών και κιναισθητικών πληροφοριών,
- γ) ο κεντρικός επεξεργαστής για τον έλεγχο της προσοχής και τον καθορισμό των πληροφοριών που θα υποστούν περαιτέρω επεξεργασία και,
- δ) ο διαχειριστής επεισοδίων για την ενοποίηση των πληροφοριών (Βογινδρούκας, Οκαλίδου, Σταυρακάκη, 2010).

Τα παιδιά με διάσπαση προσοχής- υπερκινητικότητα συναντούν εμπόδια στα δύο πρώτα υποσυστήματα, αλλά και στον κεντρικό επεξεργαστή, ο οποίος επηρεάζεται περισσότερο λόγω της δυσκολίας των έργων και του γνωστικού φορτίου που επωμίζεται και όχι λόγω της ποιότητας των πληροφοριών. Παρόλο που η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει σημαντικά την ορθή λειτουργία της μνήμης εργασίας, η βραχύχρονη μνήμη

παραμένει ανέπαφη. Ωστόσο, δεν αρκεί η ακεραιότητα της βραχύχρονης μνήμης για να βελτιώσει τις σχολικές επιδόσεις των παιδιών.

Τέλος, στις εκτελεστικές λειτουργίες που επηρεάζονται από τη ΔΕΠ-Υ είναι και ο σχεδιασμός/προγραμματισμός δραστηριοτήτων, η μειωμένη ικανότητα γνωστικής ευελιξίας και οι διαταραχές στη λεκτική ροή. Όλα τα παραπάνω ελλείμματα επηρεάζουν όχι μόνο τις σχολικές απαιτήσεις αλλά και καίριες διαστάσεις της καθημερινής ζωής των παιδιών, όπως η αυτο-ρύθμιση της συμπεριφοράς, η αντιμετώπιση προβλημάτων και η στοχοθεσία.

Αλλα γνωστικά ελλείμματα που γίνονται ορατά με την έλευση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο σχετίζονται με την αντίληψη του χρόνου. Οι δυσκολίες αφορούν την υποκειμενική αίσθηση του χρόνου, καθώς υπερεκτιμούν τη διάρκεια μικρών χρονικών διαστημάτων και υποεκτιμούν τα εκτεταμένα διαστήματα. Γι' αυτόν το λόγο, επηρεάζονται πολύ οι ικανότητες σχεδιασμού, αναμονής και οργάνωσης.

Ο μηχανισμός κινήτρων δεν μένει ανεπηρέαστος και αυτό είναι εμφανές από τις δυσλειτουργικές αντιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σχετικά με τις αμοιβές και τις τιμωρίες. Χαρακτηριστική είναι η αποστροφή στην καθυστέρηση των συνεπειών μιας συμπεριφοράς. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ προτιμούν τις άμεσες αμοιβές ή τιμωρίες και εξοργίζονται σε περιπτώσεις αναμονής μιας απόφασης.

Ακόμη, η ανάπτυξη και εφαρμογή στρατηγικών οργάνωσης, η συμμόρφωση σε εντολές περιορισμού, η αυτο-παρακολούθηση, ο έλεγχος των συναισθημάτων και η ικανότητα υιοθέτησης της κοινωνικής προοπτικής ανήκουν στις μεταγνωστικές δεξιότητες που καθορίζονται από την ύπαρξη ή την απουσία της ΔΕΠ-Υ (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης, Παπαθανασόπουλος, 2012).

Εκτός από τις δυσκολίες που αφορούν τις ακαδημαϊκές επιδόσεις τους, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνεχίζουν να παρουσιάζουν, όπως και στην προσχολική ηλικία, υπερβολική κινητικότητα. Οι κινήσεις τους χαρακτηρίζονται από βιασύνη και αδεξιότητα. Εντός της σχολικής τάξης αρνούνται να συμμορφωθούν στους κανόνες που επιβάλλουν την ησυχία και την απαγόρευση των κινήσεων προκειμένου να ολοκληρωθεί η εκπαιδευτική διαδικασία. Αντίθετα, κινούν νευρικά τα άκρα τους, μιλούν αδιάκοπα απαιτώντας την προσοχή των συμμαθητών τους εν ώρα μαθήματος, διακόπτουν τους εκπαιδευτικούς, «πετάγονται» χωρίς να τους έχει δοθεί ο λόγος και

δεν περιμένουν να ολοκληρωθεί μια ερώτηση για να απαντήσουν. Η συμπεριφορά τους εντός της τάξης επηρεάζει την απόδοσή τους με αποτέλεσμα να δημιουργούνται κενά στις σχολικές και ευρύτερες γνώσεις τους. Οι σχολικές εργασίες, που απαιτούν μεγάλη διάρκεια προσοχής και συγκέντρωση, μένουν ανολοκλήρωτες και η επικρατέστερη επιλογή είναι η αποφυγή τους (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους κλονίζονται εξαιτίας της έντονης επιθετικότητας και της έλλειψης ενσυναίσθησης. Οι συμμαθητές απορρίπτουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα γνωριμίας λόγω της έλλειψης συνεργατικής διάθεσης (Βάρβογλη, 2005).

Επίσης, ενεργούν παρορμητικά χωρίς να σκέφτονται τις συνέπειες ή τα συναισθήματα των άλλων και είναι «κακοί» ακροατές, όχι λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος για τον συνομιλητή τους, αλλά λόγω της διάσπασης της προσοχής τους. Επιπρόσθετα, γίνονται οξύθυμα και εκδηλώνουν παραβατική συμπεριφορά ανάλογη του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκονται. Η δυσκολία αναβολής της ικανοποίησης καθιστά τα παιδιά ευάλωτα σε συμπεριφορές που επικρίνονται από τους άλλους και έχει ως αποτέλεσμα να επιρρίπτουν ευθύνες σε όλους εκτός από τον ίδιο τους τον εαυτό. Τα συναισθήματά τους είναι αμφίδρομα λόγω της εσωτερικής σύγκρουσης των κανόνων και των επιθυμιών. Το επίπεδο ματαιώσης είναι χαμηλό, σε αντίθεση με την έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, που γίνονται πιο έντονες στη σχολική ηλικία.

Η σχολική ηλικία σηματοδοτεί την αρχή μιας απαιτητικής περιόδου στη ζωή του παιδιού. Η είσοδος στο σχολείο καθορίζει τις ακαδημαϊκές γνώσεις αλλά και την κοινωνικοποίηση του παιδιού. Είναι, λοιπόν, απαραίτητη η ενημέρωση και η συνεργασία των γονιών και των εκπαιδευτικών, ώστε να εξασφαλίσουν στο παιδί μια ομαλή μετάβαση από την προσχολική στη σχολική ηλικία (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

2.4 Εφηβική ηλικία

Η εφηβική ηλικία είναι εξ ορισμού ένα διάστημα έντονων ψυχολογικών μεταπτώσεων. Οι έφηβοι καλούνται να αντιμετωπίσουν τεράστιες βιοσωματικές

αλλαγές και νέες προκλήσεις τόσο στον τομέα της εκπαίδευσης όσο και στον τομέα των κοινωνικών τους σχέσεων. Τα νέα δεδομένα που εμφανίζονται στη ζωή τους δοκιμάζουν τις ικανότητές των εφήβων σε όλους τους τομείς, αλλά αξιολογούν και την εικόνα που έχουν διαμορφώσει για τον εαυτό τους μέχρι τώρα, ενώ συνεχίζεται και η απαιτητική διαδικασία αναζήτησης της ατομικής τους ταυτότητας (Κάκουρος, 2001).

Τα παιδιά που έχουν λάβει τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ συνεχίζουν να συνυπάρχουν με τα συμπτώματα της διαταραχής και κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, λοιπόν, δεν έχουν μόνο να αντιμετωπίσουν τις ραγδαίες αλλαγές της εφηβείας, αλλά και τις δυσκολίες της ΔΕΠ-Υ με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο η κατάσταση.

Κατά την εφηβεία, τα συμπτώματα διάσπασης της προσοχής διατηρούνται, ενώ η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα φαίνεται να υφίστανται μια μείωση. Ωστόσο, είναι ευρέως γνωστό ότι μια επιτυχημένη μετάβαση από ένα αναπτυξιακό στάδιο σε ένα άλλο προϋποθέτει θετικές εμπειρίες στον κοινωνικό, συναισθηματικό και επαγγελματικό/σχολικό τομέα. Τα παιδιά και μετέπειτα οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες σε όλους τους τομείς, με αποτέλεσμα η μείωση της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας να μη γίνεται τόσο αντιληπτή (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει και στην εφηβεία τις ακαδημαϊκές επιδόσεις σε τέτοιο βαθμό, ώστε πολλές φορές να διακόπτεται και η φοίτηση στο σχολείο. Πολλές είναι οι περιπτώσεις της νεανικής παραβατικότητας και σε αυτό το στάδιο ξεκινούν και τα προβλήματα με την εξουσία. Προκειμένου να συγκαλύψουν τα συμπτώματα της διαταραχής, πολλοί έφηβοι καταφεύγουν σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές (π.χ. κάπνισμα, τροχαία ατυχήματα, παραβιάσεις κανόνων). Επιπλέον, συνηθισμένο φαινόμενο είναι και η ένταξη σε περιθωριακές ομάδες, με απώτερο στόχο την αποφυγή της συναισθηματικής αναξιοτήτας που δημιουργείται λόγω των επαναλαμβανόμενων αποτυχιών στο σχολικό και κοινωνικό τομέα (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης, Παπαθανασόπουλος, 2012).

Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ παρατηρείται και η κατάχρηση ουσιών. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η κατάχρηση ουσιών και η

νεανική παραβατικότητα εμφανίζονται σε περιπτώσεις συνύπαρξης της ΔΕΠ-Υ με την εναντιωτική προκλητική διαταραχή ή τη διαταραχή διαγωγής.

Η χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση δείχνει να απασχολεί λιγότερο τους έφηβους με ΔΕΠ-Υ, καθώς είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο ήδη από τη σχολική τους ηλικία. Το ενδιαφέρον τους στρέφεται στην κοινωνική και συναισθηματική τους προσαρμογή (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

2.5 Ενήλικη Ζωή

Η ενηλικίωση σηματοδοτεί για τους περισσότερους ανθρώπους την αρχή της ανεξαρτησίας, τη λήψη ευθυνών και τη τήρηση υποχρεώσεων. Η ενήλικη ζωή είναι η πιο δύσκολη περίοδος για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, καθώς το ίδιο διάστημα κάνουν την εμφάνισή τους πολλές ψυχικές διαταραχές και ελλοχεύει ο κίνδυνος της λανθασμένης διάγνωσης.

Το αποτέλεσμα μιας «καθυστερημένης» διάγνωσης είναι η πεποίθηση του ενήλικα για αιφνίδια έναρξη των συμπτωμάτων. Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να γίνει αναφορά στην αναπτυξιακή πορεία του και να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη των συμπτωμάτων, έστω και ήπιων, κατά την παιδική και εφηβική ηλικία.

Ένας «ατίθασος» έφηβος, λοιπόν, θα συνεχίζει να δυσκολεύεται σε διάφορους τομείς και ως ενήλικας. Αρχικά, ο τομέας που δέχεται την περισσότερη πίεση εξαιτίας της διαταραχής είναι ο επαγγελματικός τομέας. Η διαταραχή επηρεάζει έντονα την προσωπική οργάνωση του ατόμου με αποτέλεσμα να μην τηρούνται προθεσμίες και ωράρια και να μην ολοκληρώνονται έργα ή δραστηριότητες που είναι απαραίτητα για την επαγγελματική ροή. Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ συνεχίζουν να αποσπώνται εύκολα από οποιαδήποτε δραστηριότητα, δίνοντας έτσι την εντύπωση της ανευθυνότητας. Ακόμη, δεν παίρνουν εύκολα πρωτοβουλίες και σε συνδυασμό με την αυξημένη παρορμητικότητα και την κινητική ανησυχία, χάνουν τη δουλειά τους ή προτιμούν εργασία μερικής απασχόλησης.

Στην προσωπική τους ζωή, αντιμετωπίζουν εμπόδια στην ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, όχι μόνο εξαιτίας της διάσπασης και της αυξημένης κινητικότητας αλλά και λόγω του χαμηλού επιπέδου αυτοεκτίμησης που διαθέτουν.

Σε περιπτώσεις που έχει γίνει έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής, τα συμπτώματα είναι ήπια και δεν βλάπτουν σε τόσο μεγάλο βαθμό τη λειτουργικότητα του ατόμου σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, εφόσον, βέβαια, έχει ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Σε περιπτώσεις, όμως, που δεν έχει τεθεί η διάγνωση, το άτομο δεν είναι σε θέση να κατανοήσει και να διαχειριστεί τη συμπεριφορά του. Επομένως, αξίζει να σημειωθεί πως μια μη έγκαιρη διάγνωση είναι σαφώς προτιμότερη από μια ανύπαρκτη διάγνωση (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

2.6 Ψυχισμός και Συναισθήματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ

Παρόλο που ο ψυχισμός και τα συναισθήματά θεωρούνται δευτερογενή συμπτώματα σε πολλές διαταραχές, είναι σημαντικά για την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου και την εξέλιξη της διαταραχής. Στη ΔΕΠ-Υ υπάρχουν πολλά συναισθήματα που αναπτύσσονται σταδιακά και εξαρτώνται από τα προσφερόμενα ερεθίσματα κάθε φορά.

Πολλά είναι τα ερεθίσματα που διεγείρουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αυξάνοντας την ευερεθιστότητά τους. Σε περίπτωση απόσυρσης της προσφερόμενης ενίσχυσης, τα παιδιά βιώνουν έντονα το συναίσθημα της ματαίωσης και η συμπεριφορά τους γίνεται απρόβλεπτη, μεταπηδώντας από τον πανικό στο κλάμα. Από την μία πλευρά, δεν αντέχουν την απογοήτευση και την αποτυχία και ζητούν άμεση ικανοποίηση των απαιτήσεών τους και, από την άλλη πλευρά, το συναίσθημα της ευχαρίστησης είναι μικρής διάρκειας (Βάρβογλη, 2005).

Χαρακτηριστικές είναι και η συναισθηματική αστάθεια και οι γρήγορες διακυμάνσεις στη ψυχική διάθεση. Όσο γρήγορα συμβαίνει η μετατόπιση της προσοχής από μια δραστηριότητα σε μια άλλη, τόσο γρήγορα εναλλάσσονται το γέλιο και το κλάμα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η συναισθηματική αστάθεια επηρεάζει και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η ενδεχόμενη απόρριψη, λόγω της διάσπασης της προσοχής και της υπερκινητικότητας, προκαλεί επιπλέον συναισθήματα αρνητισμού και έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Τα παιδιά δεν δέχονται συμβουλές και δεν

τηρούν τους κανόνες των ενηλίκων, προβάλλοντας ένα αίσθημα ανωριμότητας στον κοινωνικό περίγυρο (Hillenbrand, 2011).

Η επιμονή είναι μια δύσκολη έννοια για τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Τις περισσότερες φορές, δεν καταβάλλουν την απαιτούμενη προσπάθεια για να κατακτήσουν ένα στόχο ή να υλοποιήσουν ένα πνευματικό έργο (Βάρβογλη, 2005).

Τα συχνά ξεσπάσματα θυμού και οι εκρήξεις επιθετικότητας χρησιμοποιούνται ως μέσο συγκάλυψης της έλλειψης αυτοπεποίθησης που διακρίνει τα παιδιά, λόγω των επανειλημμένων αποτυχιών στο σχολικό και κοινωνικό τομέα. Η μειωμένη εμπιστοσύνη στους εαυτούς τους, η αρνητική εικόνα για τους ίδιους και οι ακαδημαϊκές δυσκολίες οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα άγχους, φόβο και μετέπειτα σε ενδεχόμενη εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης, καθώς δεν γνωρίζουν πώς να διαχειριστούν και να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους (Τσιάντης, 2001).

Το αποτέλεσμα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ είναι η εμφάνιση όλων των παραπάνω δευτερογενών χαρακτηριστικών. Οι επαναλαμβανόμενες εμπειρίες αποτυχίας, στο σχολικό τομέα κυρίως, και η εντύπωση πως ο έλεγχος της συμπεριφοράς είναι εξωτερικός ενισχύουν τις δυσκολίες αντί να τις μετριάζουν. Έτσι, λοιπόν, η χαμηλή αυτοεκτίμηση των παιδιών, η οποία αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για την πορεία τους, είναι συνάρτηση όλων των προαναφερθέντων παραγόντων (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο «Γλωσσικές Διαταραχές στη ΔΕΠ-Υ»

3.1 Καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου

Στην προσχολική ηλικία, η ανάπτυξη του λόγου θεωρείται από τα σημαντικότερα κατορθώματα των παιδιών. Στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, οι γονείς ανησυχούν περισσότερο για την ομιλία του παιδιού παρά για τα υπόλοιπα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Γι' αυτόν το λόγο, η κυριότερη αιτία παραπομπής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στον ειδικό είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου τους (Κάκουρος, 2001).

Αρχικά, λοιπόν, υποστηρίζεται ότι το 6-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αργεί να μιλήσει. Ο λόγος της καθυστέρησης βρίσκεται στην έντονη διάσπαση της προσοχής. Η έλλειψη συγκέντρωσης δεν επιτρέπει στα παιδιά να παρατηρήσουν προσεκτικά τον λόγο του οικείου περιβάλλοντος, ώστε να μιμηθούν συγκεκριμένα πρότυπα ομιλίας.

Συνοψίζοντας, η αργή ανάπτυξη του λόγου δεν αποτελεί τη μοναδική δυσκολία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά θεωρείται και μια σημαντική προϋπόθεση για την εμφάνιση πιο σύνθετων διαταραχών του λόγου. Για ακόμη μία φορά τονίζεται η τεράστια σημασία της έγκαιρης διάγνωσης (Βάρβογλη, 2005).

3.2 Αρθρωτικές Διαταραχές των Παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει και την άρθρωση του λόγου. Τα παιδιά δυσκολεύονται στην άρθρωση φωνημάτων και συμπλεγμάτων όπως /v/, /l/, /δ/, /θ/, /ks/, /ps/, /ts/, /kr/. Ακόμη, παρατηρείται επιρροή στην ακουστική διάκριση, δηλαδή στην πρόσληψη, ανάλυση, οργάνωση και χρήση των πληροφοριών που περιέχονται στα λεκτικά μηνύματα. Επίσης, η σύνταξη του προφορικού λόγου είναι ιδιαίτερα απλή, καθώς παραλείπονται ακόμη και τα ρήματα σε πολλές περιπτώσεις. Επιπλέον, τα παιδιά με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο εκδηλώνουν πολύ ταχύ ρυθμό ομιλίας, παραπέμποντας τους ειδικούς στην ταχυλαλία. Τέλος, η ομιλία είναι συχνά δυσκατάληπτη, ειδικά σε περιπτώσεις που το παιδί χρειάζεται να οργανώσει το λόγο του πριν μιλήσει (π.χ. απαντήσεις σε ερωτήσεις άλλων) (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

3.3 Μαθησιακές Δυσκολίες

Τις περισσότερες φορές, η ΔΕΠ-Υ τείνει να συνυπάρχει με τις Μαθησιακές δυσκολίες. Τα παιδιά μπορούν να διαχειριστούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ με την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση, αλλά η ύπαρξη των Μαθησιακών δυσκολιών δυσχεραίνει την προσπάθεια για ομαλή ένταξη στο σχολικό πλαίσιο.

Αρχικά, οι δυσκολίες στην αριθμητική αποτελούν πιο σπάνιο φαινόμενο για τη ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, όταν υφίστανται περιλαμβάνουν ελλείμματα στην ακρίβεια και στην ταχεία επίλυση αριθμητικών υπολογισμών. Η ευθύνη, για τις δυσκολίες στα μαθηματικά, αποδίδεται στα ελλείμματα προσοχής, εκτελεστικής λειτουργίας και εργαζόμενης μνήμης (ο κεντρικός επεξεργαστής και το φωνολογικό κύκλωμα φαίνεται να φέρουν τη μεγαλύτερη ευθύνη), καθώς τα παραπάνω θεωρούνται βασικά για την επιτέλεση υπολογισμών. Ακόμη, τα παιδιά ενδέχεται να ξεχνούν τις απαραίτητες λεπτομέρειες των υπολογισμών, όπως η θέση των ψηφίων, τα κρατούμενα ή τα μαθηματικά σύμβολα. Επίσης, υπάρχει πιθανότητα οι δυσκολίες τους να αφορούν βασικές αριθμητικές δεξιότητες, όπως η κατανόηση και ο χειρισμός ποσοτήτων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα ελλείμματα απαιτούν πιο περίπλοκη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Ένας άλλος τομέας, που επηρεάζεται από τη συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και Μαθησιακών Δυσκολιών, είναι η γραφή. Η αδυναμία οπτικοκινητικού συντονισμού, η οποία παρατηρείται στο 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αποτελεί την αφετηρία διαταραχών της γραφής. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται φτωχή οργάνωση του γραπτού υλικού στον διαθέσιμο χώρο, ακανόνιστα διαστήματα μεταξύ των λέξεων, αλλά και μεταξύ των γραμμάτων των λέξεων, απροσδιόριστο μέγεθος και μορφή γραμμάτων, φτωχή στοίχιση, συχνό σβήσιμο, παραλείψεις και αντιμεταθέσεις γραμμάτων. Όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενός δυσαναγνωστικού γραφικού χαρακτήρα, ο οποίος δίνει αφορμές για επιπλήξεις από τους δασκάλους και από τους γονείς. Έτσι, τα παιδιά, προκειμένου να καταπολεμήσουν τα αισθήματα απογοήτευσης, επικεντρώνονται περισσότερο στην καλλιγραφία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μετατοπίζεται η προσοχή τους από την ορθογραφία, τη γραμματική και τη σύνταξη περιπλέκοντας ακόμη περισσότερο την μορφή του γραπτού λόγου. Οι διαταραχές της γραφής, λοιπόν, είναι υπεύθυνες για τις χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, τη μειωμένη αυτο-εκτίμηση των παιδιών και για τη συχνή απόρριψη από τους συνομιλήκους για συμμετοχή σε ομαδικές εργασίες (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης, Παπαθανασόπουλος, 2012).

3.3.1 Δυσλεξία

Η Δυσλεξία περιλαμβάνει δυσκολίες στη φωνολογική απόδοση και την κατανόηση μιας λέξης ή ενός κειμένου. Οι δυσκολίες αυτές έχουν αιφνίδια έναρξη και δεν οφείλονται σε νοητικές διαταραχές, ελλιπή εκπαίδευση ή σε αισθητηριακά ελλείμματα.

Το ποσοστό συννοσηρότητας ανάμεσα στη Δυσλεξία και τη ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται γύρω στο 40%. Η αιτιολογία της συγκεκριμένης συννοσηρότητας έχει αναζητηθεί σε πολλά επίπεδα. Σε γενετικό επίπεδο, εντοπίστηκε ομοιότητα των δύο διαταραχών ως προς τα χρωμοσώματα που παρουσιάζουν δυσλειτουργίες. Σε νευρολογικό επίπεδο, φαίνεται ότι και οι δύο αφορούν ασυμμετρία σε συγκεκριμένες δομές του εγκεφάλου, ενώ σε νευροψυχολογικό επίπεδο παρουσιάζουν τα ίδια γλωσσικά ελλείμματα.

Πιο συγκεκριμένα, τα ελλείμματα αφορούν την ικανότητα προσοχής και ελέγχου, την πρόσληψη φωνολογικών πληροφοριών και τη διάκριση φωνημάτων. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή αναπαράσταση των φωνημάτων, τη δυσκολία αντιστοίχισής τους με τα γραφήματα και την ελλιπή ικανότητα διαμόρφωσης φωνημικού λεξικού. Ακόμη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Δυσλεξία δεν μπορούν να διακρίνουν και να εντοπίσουν εύκολα τη θέση των γραμμάτων στη λέξη και να αναπαραστήσουν το πρότυπο γραπτών λέξεων. Επιπρόσθετα, δεν συγκρατούν τις απαραίτητες πληροφορίες ενός κειμένου κατά την ανάγνωση, γεγονός που οδηγεί στην ελλιπή κατανόησή του (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Τέλος, τα παραπάνω χαρακτηριστικά ενδέχεται να επηρεάσουν και άλλους τομείς που αφορούν την εκτέλεση αυτοματοποιημένων κινητικών αλληλουχιών κατά τη διάρκεια της ανάγνωσης. Έτσι, επηρεάζεται και η άρθρωση, η δυνατότητα επεξεργασίας της αισθητηριακής ανατροφοδότησης της ομιλίας και η επεξεργασία της ακουστικής και φωνολογικής δομής των λέξεων, η οποία οδηγεί σε ελλειμματική φωνολογική επίγνωση (Κωνσταντίνου και Κοσμίδου, 2011).

3.4 Διαταραχές στη Πραγματολογία

«Η γλώσσα χρησιμοποιείται πάντα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Το πλαίσιο αυτό επηρεάζει τόσο τη σημασία των λεγομένων όσο και το λεξιλόγιο, τις γραμματικές δομές και τις φωνολογικές μορφές που χρησιμοποιούνται. Η μελέτη της περίπλοκης σχέσης ανάμεσα στη γλώσσα και το περιβάλλον στο οποίο εκφέρεται, είναι έργο της πραγματολογίας» (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Ακόμα και σε παιδιά με ιδιαίτερα ανεπτυγμένες εκφραστικές δεξιότητες, οι πραγματολογικές δυσκολίες είναι από τις πιο σημαντικές. Η δυσκολία, λοιπόν, των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να χρησιμοποιούν σωστά τον λόγο, ανάλογα με τις περιστάσεις, τα περιβάλλοντα και τα άτομα, αφορά την πραγματολογία.

Η πραγματολογία αποτελεί βασικό τομέα της γνωστικής και γλωσσικής ανάπτυξης. Οποιαδήποτε διαταραχή σε αυτήν επιφέρει δυσκολίες στη γενικότερη ανάπτυξη του ατόμου. Ελλείμματα στην προ-λεκτική επικοινωνία δημιουργούν προβλήματα στη λεκτική και στη μη λεκτική επικοινωνία, στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στη συμβολική αφηρημένη σκέψη, η οποία με τη σειρά της

οδηγεί σε έλλειψη συμβολικού παιχνιδιού και φαντασίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να αναπτύσσει στερεοτυπίες, προκειμένου να απασχολείται και να αποφεύγει τα ερεθίσματα που το δυσκολεύουν. Επίσης, τα ελλείμματα στη λεκτική επικοινωνία δημιουργούν προβλήματα στη κοινωνική συνδιαλλαγή, αφού το παιδί δε κατανοεί τις προθέσεις και τις προσδοκίες των άλλων (Βογινδρούκας και συν., 2007).

Χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ που επηρεάζουν την πραγματολογία:

- ❖ Διακόπτουν τους άλλους.
- ❖ Μιλούν για θέματα που δε κινούν το ενδιαφέρον των άλλων.
- ❖ Δε περιμένουν τη σειρά τους σε μια συζήτηση.
- ❖ Αποφεύγουν την βλεμματική επαφή.
- ❖ Εισχωρούν σε πολλές λεπτομέρειες ενός θέματος.
- ❖ Δεν αφήνουν περιθώριο σε κάποιον άλλον να μιλήσει.
- ❖ Δε χρησιμοποιούν εκφράσεις του προσώπου.
- ❖ Κάνουν πολλές ερωτήσεις και μάλιστα εξειδικευμένες.
- ❖ Δεν απευθύνουν κάπου συγκεκριμένα τον λόγο.
- ❖ Δε διατηρούν μια συνοχή στη συζήτηση.
- ❖ Δε ζητούν διευκρινήσεις.
- ❖ Δεν παραδέχονται ότι δε ξέρουν κάτι.
- ❖ Δε καταλαβαίνουν πότε ο ακροατής πλήττει.
- ❖ Δε γνωρίζουν πότε να μιλούν με πληθυντικό ή ενικό αριθμό, ανάλογα με τα πρόσωπα.
- ❖ Εμμένουν να προβάλλουν τις ίδιες πληροφορίες, ακόμη και όταν ο συνομιλητής ζητά κάποιες διευκρινήσεις. Απλώς επαναλαμβάνουν πολλές φορές αυτά που έχουν ήδη πει.

Επιπρόσθετα, στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, τα παιδιά προτιμούν συγκεκριμένες ερωτήσεις και με ένα σκέλος τη φορά, καθώς παρόμοιας δομής ερωτήσεις κάνουν και τα ίδια στους άλλους. Οι ερωτήσεις και οι απαντήσεις αντιμετωπίζονται σαν παιχνίδι, αφού πολλές φορές οι ερωτήσεις δεν έχουν σκοπό την πληροφόρηση, αλλά την εξέταση των γνώσεων του συνομιλητή. Έτσι, μπορεί να ρωτούν πράγματα τα οποία ήδη γνωρίζουν. Ακόμη, ο κυριότερος λόγος προβλημάτων σε μια κοινωνική συνδιαλλαγή είναι ότι το παιδί δεν έχει χρόνο να επεξεργαστεί τα όσα λέγονται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μένει με πολλά κενά και να δουλεύει

μέσα στο μυαλό του πράγματα, που οι άλλοι έχουν ήδη προσπεράσει, εισχωρώντας σε νέα θέματα (Ashley, 2010).

Τέλος, είναι φανερά και τα ελλείμματα στην κατανόηση μιας αφήγησης. Τα παιδιά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατανόηση αιτιωδών σχέσεων, στην αξιοποίηση της δομής μιας αφήγησης προκειμένου να διαμορφώσουν αναπαράσταση μιας ιστορίας και στην εξαγωγή συμπερασμάτων με βάση την αφήγηση (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

3.5 Διαταραχές στη Σημασιολογία

Στον τομέα της σημασιολογίας, το βασικότερο στοιχείο είναι η λέξη. Οι αλλαγές, ακόμη και σε μία λέξη μιας πρότασης, σηματοδοτούν την αλλαγή ολόκληρου του νοήματος. Η σημασιολογία, λοιπόν, αποτελεί απαραίτητο συστατικό μιας επιτυχημένης επικοινωνιακής προσπάθειας.

Αρχικά, οι έρευνες για την ανάπτυξη του λεξιλογίου στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Από την μια πλευρά, ερευνητές ανακάλυψαν ότι παιδιά με ΔΕΠ-Υ σχολικής ηλικίας είχαν τις ίδιες επιδόσεις στην κατανόηση και στην παραγωγή του λεξιλογίου με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά. Ομοίως, διαπίστωσαν ότι, κυρίως τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ σχολικής ηλικίας, δεν παρουσιάζουν διαφορές από τους συνομηλίκους τους στην εύρεση συνώνυμων και αντώνυμων λέξεων, στη ταξινόμηση μίας λέξης στην κατηγορία που αντιστοιχεί και στην εντόπιση ομοιοτήτων και διαφορών μεταξύ δύο εννοιών. Ακόμη, στην Κλίμακα Παραγωγικού Λεξιλογίου της Λεκτικής Νοημοσύνης (κατονομασία αντικειμένων ή ενεργειών που παρουσιάζονται σε ασπρόμαυρες εικόνες), παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σχολικής ηλικίας σημείωσαν παρόμοιες επιδόσεις με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά.

Από την άλλη πλευρά, άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι στην Κλίμακα Λεξιλογίου του WISC-III, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σημείωσαν χαμηλότερες επιδόσεις. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτών οφείλεται στο γεγονός ότι οι δύο αυτές δοκιμασίες αξιολογούν διαφορετικές διαστάσεις της λεξιλογικής ανάπτυξης.

Ιδιαίτερα, στην Κλίμακα Παραγωγικού Λεξιλογίου της Δοκιμασίας της Λεκτικής Νοημοσύνης το παιδί καλείται να ονομάσει μία ενέργεια ή ένα αντικείμενο, αφού προηγουμένως παρουσιαστεί στο παιδί ένα τουλάχιστον οπτικό ερέθισμα. Αντίθετα, η Κλίμακα Λεξιλογίου του WISC-III ζητά από το παιδί να δώσει τον ορισμό μιας λέξης, η οποία παρουσιάζεται με ακουστικό ερέθισμα. Η δεύτερη δοκιμασία εγείρει μεγαλύτερες απαιτήσεις τόσο για την οργάνωση της ομιλίας όσο και για την μακρόχρονη μνήμη, γι' αυτό θεωρείται και πιο δύσκολη (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

3.6 Διαταραχές στη Γραμματική

Η γραμματική περιέχει τη μορφολογία και το συντακτικό. Η μορφολογία μελετά τα μορφήματα, τα οποία αποτελούν τη μικρότερη μονάδα του γλωσσικού συστήματος που φέρει νόημα. Το συντακτικό ασχολείται με τους κανόνες, με βάση τους οποίους συνδυάζονται οι λέξεις.

Η ανάπτυξη της μορφολογίας και του συντακτικού σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ ερευνάται ελάχιστα. Ερευνητές χορήγησαν την κλίμακα «Κατανόησης Οδηγιών», της δοκιμασίας «Αναπτυξιακή Νευροψυχολογική Αξιολόγηση (Developmental NEuroPSYchological Assesment), σε 50 παιδιά με ΔΕΠ-Υ σχολικής ηλικίας (μέσος όρος ηλικίας 8,7 έτη) ώστε να εξετάσουν την ικανότητα κατανόησης περίπλοκων προτάσεων. Στην κλίμακα αυτή τα παιδιά καλούνται να δείξουν συγκεκριμένα αντικείμενα που παρουσιάζονται σε εικόνες, για παράδειγμα ένα σχήμα κίτρινο ή μαύρο, που δεν είναι κύκλος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών διαπιστώθηκε ότι οι επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ήταν αρκετά χαμηλές σε σχέση με τις επιδόσεις των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τόσο τα παιδιά σχολικής ηλικίας όσο και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ κατανοούν περίπλοκες προτάσεις με την ίδια ακρίβεια, όπως και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, αλλά με πιο αργό ρυθμό.

Η μελέτη κατάκτησης του μορφολογικού συστήματος της Ελληνικής Γλώσσας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα διαφώτιζε την εξέλιξη όχι μόνο της γλωσσικής ανάπτυξης του συγκεκριμένου πληθυσμού, αλλά και των τυπικώς αναπτυσσόμενων

3.7 Διαταραχές στη Φωνολογία

Το φώνημα αποτελεί τη θεμελιώδη μονάδα ανάλυσης του φωνολογικού επιπέδου και τη μικρότερη ηχητική μονάδα που διαφοροποιεί τις λέξεις μεταξύ τους. Η φωνολογία είναι η επιστήμη που μελετά τις σχέσεις μεταξύ των φωνημάτων.

Σύμφωνα με έρευνες λογοθεραπευτών και κλινικών ψυχολόγων, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν προβλήματα στην ικανότητα ακουστικής διάκρισης, καθώς και δυσκολίες στην άρθρωση ορισμένων φωνημάτων. Για τον λόγο αυτό, στο ιστορικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αναγράφεται η παρέμβαση λογοθεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως κατά την προσχολική ηλικία. Ιδιαίτερα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κατ' επανάληψη προφέρουν εσφαλμένα ή παραλείπουν φωνήματα (κυρίως διαρκή 'δ', 'θ', 'φ' και άηχα), αντιστρέφουν φωνήματα ή και ολόκληρες συλλαβές κατά την ομιλία, δυσκολεύονται να προφέρουν τις λέξεις με ομαλό ρυθμό και δυσκολεύονται κατά την εκφορά συμφωνικών συμπλεγμάτων και πολυσύλλαβων λέξεων. Επιπρόσθετα, ο ρυθμός της ομιλίας τους είναι ασυνήθιστος, αφού μπορεί να μιλάνε ή πολύ γρήγορα ή πολύ αργά και η ποιότητα της φωνής τους είναι παράδοξη. Μάλιστα ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι τα προβλήματα ομιλίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιπροσωπεύουν σχεδόν το ίδιο ή ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό των προβλημάτων, σε σχέση με αυτό που παρατηρείται σε άλλους τομείς της γλώσσας (μορφολογία, συντακτικό ή σημασιολογία).

Κατά τη σχολική ηλικία, τα προβλήματα άρθρωσης σιγά – σιγά υποχωρούν, ωστόσο οι δυσκολίες ακουστικής διάκρισης παραμένουν και συχνά σχετίζονται με δυσλεξία που συνήθως αντιμετωπίζουν τα παιδιά. Στον τομέα της φωνολογίας παρ' όλο που τα προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά συχνά και έντονα, ο αριθμός των σχετικών μελετών παραμένει περιορισμένος (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

3.8 Διαταραχές Φώνησης

Οι διαταραχές φώνησης αφορούν αποκλίσεις της φωνητικής λειτουργίας κατά την ομιλία, που προκαλούνται από οργανικές ή μη οργανικές βλάβες, κακή φωνητική υγιεινή και άλλες αρνητικές συνήθειες που επηρεάζουν τη φωνητική λειτουργία. Οι αλλοιώσεις στη φωνητική λειτουργία μπορεί να εμφανιστούν από μετακίνηση της θέσης του λάρυγγα, διαφοροποιήσεις στη θέση και την απόσταση των φωνητικών χορδών και στη μάζα των φωνητικών χορδών.

Έτσι, η φωνή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι βραχνή, αχνή, τρικτή ή πεπιεσμένη ανάλογα με τη φθορά που έχει προκληθεί. Τις περισσότερες φορές, οι κραυγές και οι τσιρίδες των παιδιών προκαλούν την εμφάνιση οζιδίων, με αποτέλεσμα η φωνή τους να γίνεται όλο και πιο βραχνή. Επομένως, από τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα είναι περισσότερο υπεύθυνες για τις διαταραχές φώνησης σε σχέση με τη διάσπαση προσοχής. Η διαρκής και μεγάλης έντασης φώνηση προκαλεί υπερλειτουργία της φωνής, προσθέτοντας μία ακόμη δυσκολία που χρήζει έγκαιρης παρέμβασης (Νικολόπουλος, 2008).

3.9 Παιδική Ψυχοπαθολογία και Διαταραχές Λόγου

Οι γλωσσικές δυσκολίες / διαταραχές είναι συχνές σε παιδιά που παραπέμπονται για ψυχιατρική εξέταση. Από έρευνες προέκυψε ότι από το δείγμα των 380 παιδιών ηλικίας 7-14 ετών με παραπομπή για παιδοψυχιατρική εξέταση, το 40% των παιδιών είχε δυσκολίες ή διαταραχές στο λόγο, για τις οποίες δεν υπήρχε κάποια υποψία. Η πιο συχνή ψυχιατρική διάγνωση παιδιών με γλωσσικές διαταραχές είναι η ΔΕΠ-Υ και αυτά τα παιδιά αξιολογούνται από τους γονείς ή τους δασκάλους τους ότι έχουν πιο σοβαρά προβλήματα προσοχής σε σχέση με τα παιδιά χωρίς διαταραχές λόγου. Σε αυτή την έρευνα βρέθηκε ότι το 45% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει και διαταραχές λόγου (Cohen et al., 1998).

Μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχει υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ αναπτυξιακών γλωσσικών διαταραχών και παιδοψυχιατρικών διαταραχών, κατάσταση για την οποία πρέπει να είναι ενήμεροι οι παιδίατροι και οι λογοθεραπευτές. Διαταραχές στη γραμματική, στη σημασιολογία, στη πραγματολογία, αλλά όχι στη φωνολογία συμπίπτουν συχνά με ψυχικές διαταραχές

της παιδικής ηλικίας. Οι αντιληπτικές διαταραχές της γλώσσας είναι παράγοντας υψηλού ψυχιατρικού κινδύνου, καθώς είναι συχνά αδιάγνωστες. Οι ειδικοί θεωρούν ότι οι διαταραχές στην έκφραση και/ή στην αντίληψη της γλώσσας στην πρώιμη παιδική ηλικία αποτελούν δείκτη για σύγχρονα ή μελλοντικά προβλήματα ψυχικής υγείας στα παιδιά, και προβλέπουν, εκτός άλλων, τις διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως τη ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, τα αγόρια και τα κορίτσια με αναπτυξιακή (ειδική) γλωσσική διαταραχή (ΕΓΔ) τείνουν να είναι υπερκινητικά και να έχουν δυσκολίες συμπεριφοράς.

Επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι το 30 ως 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει δυσκολίες στην έκφραση και αντίληψη της γλώσσας, αφήνοντας να εννοηθεί ότι το υπόλοιπο ποσοστό δεν εκδηλώνει προβλήματα γλώσσας ή επικοινωνίας. Αντίθετα, σχεδόν το 60% των παιδιών προσχολικής ηλικίας που εκδηλώνει ειδικές διαταραχές στη γλώσσα και την ομιλία (διαταραχές επικοινωνίας), πληρεί, επίσης, και τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ. Οι γλωσσικές διαταραχές συνδέονται στενότερα με τη ΔΕΠ-Υ και όχι τόσο οι διαταραχές ομιλίας. Τέλος, η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών στη ΔΕΠ-Υ υπολογίζεται σε ποσοστό της τάξης του 20% (Tannock, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο «Θεραπευτική Προσέγγιση στη ΔΕΠ-Υ»

Εισαγωγή

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στις περισσότερες περιπτώσεις είναι συνδυαστική και περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και προγράμματα εκμάθησης συμπεριφορών. Για την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής μεθόδου για το κάθε παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι εξής βασικοί παράγοντες:

1. Τα χαρακτηριστικά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (τύπος ΔΕΠ-Υ, ηλικία, συνοδές ψυχικές διαταραχές).
2. Το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού (ιδιοσυγκρασία γονέων, τύπος κατοικίας).
3. Το σχολικό περιβάλλον του παιδιού (συνθήκες διδασκαλίας, αριθμός μαθητών στη τάξη, γνώσεις του εκπαιδευτικού κλπ.).

Ανεξάρτητα από την θεραπευτική μέθοδο που θα ακολουθηθεί, είναι απαραίτητη η συνεχή διεπιστημονική συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των μελών: γονέων, επιστημόνων ψυχικής υγείας και εκπαιδευτικών (Μαρκοβίτης, Σέμκου, Τζιβινίκου, 2006).

4.1 Πρώιμη Παρέμβαση

Όπως σε όλες τις διαταραχές έτσι και στη ΔΕΠ-Υ, οι ειδικοί τονίζουν τη σπουδαιότητα της πρώιμης παρέμβασης. Από τα παραπάνω κεφάλαια, παρατηρήθηκε η εμφάνιση των συμπτωμάτων ακόμα και από τη βρεφική ηλικία. Βέβαια, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δίνεται συνήθως με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που τα συμπτώματα επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του παιδιού νωρίτερα, οι γονείς έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό.

Όταν, λοιπόν, το παιδί βρίσκεται στην προσχολική ηλικία ο ρόλος της πρώιμης παρέμβασης είναι έμμεσος. Ο ειδικός ενημερώνει πλήρως τους γονείς για τα συμπτώματα της διαταραχής και τους συμβουλεύει για τη σωστή διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού στο σπίτι. Η ένταξη του παιδιού σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα σε τόσο μικρή ηλικία δεν θα είναι εύκολη, αλλά ο ειδικός μπορεί να εφαρμόσει θεραπευτικές προσεγγίσεις που αφορούν την εκμάθηση κανόνων συμπεριφοράς και την κοινωνική ανάπτυξη, ώστε να βοηθήσει το παιδί να μεταβεί από την προσχολική στη σχολική ηλικία ομαλότερα.

4.2 Θεραπευτικές Μέθοδοι Αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ

Οι περισσότεροι ειδικοί θεωρούν τη ΔΕΠ-Υ ένα σύνδρομο οργανικής αιτιολογίας, τα συμπτώματα του οποίου επηρεάζουν έντονα τη συμπεριφορά του ατόμου και έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό την αδυναμία αναστολής των παρορμήσεων. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν λειτουργικές δυσκολίες τόσο στο παιδί όσο και στο οικείο περιβάλλον του. Εξαιτίας, λοιπόν, αυτών των δυσκολιών, οι γονείς απευθύνονται σε ειδικούς για θεραπευτική παρέμβαση.

Σε μερικές περιπτώσεις, η συμβουλευτική των γονέων είναι αρκετή για να περιοριστούν τα συμπτώματα. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις, επιβάλλεται η ένταξη του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο να αφορά όχι μόνο το παιδί και τους γονείς, αλλά και τους δασκάλους. Η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει την ενημέρωση των γονέων και όλων των ανθρώπων που έρχονται σε επαφή με το παιδί, όχι μόνο ως προς τα συμπτώματα της διαταραχής αλλά και ως προς τη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί.

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια διαταραχή που δεν επιδέχεται θεραπεία, καθώς δεν επιτυγχάνεται πλήρη αποκατάσταση λόγω του οργανικού υπόβαθρου της. Επομένως,

ο όρος «θεραπευτική παρέμβαση» είναι ο κατάλληλος για να περιγράψει τους δύο βασικούς στόχους που τίθενται για τη ΔΕΠ-Υ:

- α) ο περιορισμός της εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της και,
- β) η πρόληψη των δευτερογενών συμπτωμάτων (προβλήματα συμπεριφοράς, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλές σχολικές επιδόσεις).

Κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα, υπήρξαν αρκετές θεραπευτικές μέθοδοι για τη ΔΕΠ-Υ. Ένα μέρος των συγκεκριμένων μεθόδων αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές, ενώ άλλες απορρίφθηκαν καθώς δεν βασίζονταν σε αξιόπιστα ερευνητικά δεδομένα. Μερικές από τις παρεμβάσεις που δεν διατήρησαν την ισχύ τους στον χρόνο ήταν η δίαιτα του Feingold(1975), η μέθοδος της βιοανάδρασης μέσω εγκεφαλογραφήματος (1991) και κάποιες μέθοδοι που στοχεύουν στη διέγερση του προθαλάμου, όπως η προσέγγιση του Levinson (1991) (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιούνται πολλές διαφορετικές στρατηγικές που αφορούν τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.

Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιούνται:

- α) οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις,
- β) οι γνωστικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην εκπαίδευση αυτοκαθοδήγησης και στην εκπαίδευση για λύση κοινωνικών προβλημάτων,
- γ) οι συμπτωματικές παρεμβάσεις, οι οποίες στηρίζονται στην αυτο-εποπτεία, στην αυτο-αξιολόγηση, στην αυτο-ενίσχυση και στην άσκηση ανταπόκρισης και
- δ) η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η οποία βασίζεται στην αυτο-διαχείριση συνδυασμένη με άλλες παρεμβάσεις (Neuhaus, 1998).

Πολυεπίπεδη Θεραπευτική Προσέγγιση (Multimodal Treatment)]

Η καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση για παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ είναι συνδυαστική και ονομάζεται πολυεπίπεδη θεραπευτική προσέγγιση (Multimodal Treatment). Στην πολυεπίπεδη θεραπευτική προσέγγιση χρησιμοποιείται τόσο η θεραπεία συμπεριφοράς, όσο και η φαρμακευτική αγωγή, έτσι ώστε να παρουσιάζει σταδιακά πρόοδο το παιδί. Με τον όρο πολυεπίπεδη θεραπευτική προσέγγιση ορίζουμε την εφαρμογή παρέμβασης, η οποία συνδυάζει πολλές

μεθόδους θεραπείας. Σε αυτήν συμπεριλαμβάνονται: εκπαίδευση γονέων, εκμάθηση και υιοθέτηση μεθόδων διαχείρισης συμπεριφορών, φαρμακευτική αγωγή και σχολική παρέμβαση (Μαρκοβίτης, Σέμκου, Τζιβινίκου, 2006).

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση βασίζεται σε δυο παράγοντες: α) στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, οι οποίες υπερβαίνουν τα συμπτώματα της διαταραχής (διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα) και μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπαρκείς ακαδημαϊκές ικανότητες, σε δυσκολίες συμπεριφοράς στο σχολικό πλαίσιο, σε μη διατήρηση φιλικών σχέσεων με τους συνομηλίκους, αλλά και σε διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις. Η αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στους παραπάνω τομείς έχει αποδειχθεί μέσα από: β) τις συμπεριφορικές θεραπείες, που σκοπό έχουν να εκπαιδεύσουν τους γονείς και τους δασκάλους με στρατηγικές διαχείρισης των συμπεριφορών, αλλά και τα ίδια τα παιδιά με στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών τους.

Μετά από έρευνες αποδείχθηκε ότι η πολυδιάστατη θεραπευτική μέθοδος, που συνδυάζει την φαρμακευτική αγωγή, την εκπαίδευση των γονέων αλλά και τη παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο, είναι η πιο αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδος συγκριτικά με όλες τις άλλες που εφαρμόζονται μεμονωμένες. Σε μία άλλη έρευνα χρόνων (γνωστή ως MTA), στην οποία έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων της συμπεριφορικής θεραπείας, της φαρμακευτικής αγωγής και της συνδυαστικής θεραπείας, αποδείχθηκε πως υπήρξε σημαντική βελτίωση στα παιδιά που λάμβαναν φάρμακα αλλά και στα παιδιά που εφαρμοζόταν η θεραπεία συμπεριφοράς σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή.

Επίσης, η συνδυαστική θεραπεία δεν ήταν μόνο αποτελεσματική με την ΔΕΠ-Υ αλλά, παράλληλα, ήταν εξίσου αποτελεσματική με τις εναντιωτικές συμπεριφορές, τις προβληματικές οικογενειακές σχέσεις και τις σχολικές επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Δεν έχει αποσαφηνιστεί αν η παραπάνω μέθοδος ήταν εξίσου βοηθητική στα παιδιά που παρουσίαζαν τον τύπο της ΔΕΠ-Υ, όπου κυριαρχεί η διάσπαση προσοχής, όπως στα παιδιά με τον συνδυασμένο τύπο της ΔΕΠ-Υ (Μαρκοβίτης, Σέμκου, Τζιβινίκου, 2006).

Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις

Στα προγράμματα συμπεριφορικής παρέμβασης, συμμετέχουν ενεργά εκτός από το παιδί, οι ψυχολόγοι, οι ειδικοί παιδαγωγοί, οι γονείς και οι δάσκαλοι ως μια καλά οργανωμένη πολυθεματική ομάδα με τακτική και στενή συνεργασία, έχοντας ως σκοπό την ενίσχυση του όρου της συνέπειας στη συμπεριφορά του παιδιού. Οι παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν το αποτέλεσμα των συμπεριφορικών τεχνικών είναι η διάρκεια, η συχνότητα και οι συνθήκες υπό τις οποίες γίνεται η εφαρμογή τους.

Οι στρατηγικές και οι μέθοδοι που περιλαμβάνουν συνήθως οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις είναι: α) η ενίσχυση-αμοιβή. Το Σύστημα Ανταλλάξιμων Αμοιβών (Token Economy) είναι ένα σύστημα ενίσχυσης που χρησιμοποιεί συμβολικές αμοιβές οι οποίες ανταλλάσσονται με άλλους ατομικούς ενισχυτές. Οι παράγοντες που πρέπει να καθοριστούν από την αρχή, προκειμένου να εφαρμοστεί το συγκεκριμένο σύστημα, είναι ο ορισμός της συμπεριφοράς που θα ενισχυθεί, η επιλογή της συμβολικής αμοιβής (token) που θα χρησιμοποιηθεί και η εύρεση των ενισχυτών (backup reinforcers) που ανταλλάσσονται με τη συμβολική αμοιβή.

β) Μία ακόμη μέθοδος είναι και το συμβόλαιο με το παιδί για τις επιθυμητές συμπεριφορές που θα αναπτυχθούν. Το Συμβόλαιο Συμπεριφοράς είναι ένα σύστημα που βασίζεται στη θετική ενίσχυση και χρησιμοποιείται περισσότερο στο σχολικό περιβάλλον. Πρόκειται για ένα συμβόλαιο, το οποίο συντάσσεται από τον εκπαιδευτικό και περιγράφει ακριβώς τη συμπεριφορά που πρέπει να επιδείξει ο μαθητής για να κερδίσει ένα συγκεκριμένο προνόμιο ή αμοιβή. Είναι προτιμότερο ο μαθητής να συμμετάσχει στη διαδικασία του καθορισμού των συμπεριφορών που πρέπει να ενισχυθούν και των ανταμοιβών που μπορούν να κατακτηθούν. Το ποσοστό επιτυχίας αυτού του συστήματος είναι συνήθως πολύ υψηλό.

Όταν εφαρμόζονται αυτές οι μέθοδοι σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι σημαντικό η ανατροφοδότηση για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους να είναι συχνή, οι αμοιβές να είναι ενδιαφέρουσες και ελκυστικές για το παιδί και οι ενισχυτές να διαφοροποιούνται ώστε να διατηρείται αμείωτο το ενδιαφέρον του παιδιού (Κοσμίδου και Κωνσταντίνου, 2011) .

Γνωστικές Παρεμβάσεις

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην άποψη πως η συμπεριφορά προκύπτει μέσα από έναν συνδυασμό ακούσιων σωματικών, συγκινησιακών, νοητικών, κινητικών λειτουργιών του ατόμου και περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Αυτή η προσέγγιση στηρίζεται στην ακριβή διατύπωση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Αυτά που πρέπει να προσδιοριστούν είναι η συχνότητα εμφάνισης της μη αποδεκτής συμπεριφοράς, η διάρκεια της, αλλά και οι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της. Παράλληλα, μπορεί να διερευνηθεί η αιτιολογία της εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς, λαμβάνοντας υπόψιν το ιστορικό του ασθενή, έτσι ώστε να τεθούν οι θεραπευτικοί στόχοι (Neuhaus, 1998).

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως η συνέχεια των τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς. Για να είναι εφικτό κάτι τέτοιο θα πρέπει να υπάρχει κατανόηση απέναντι στο παιδί και στο οικείο του περιβάλλον και να υπολογίζονται οι πεποιθήσεις και οι αντιδράσεις τους σε διάφορες καταστάσεις.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση στοχεύει στην ανάπτυξη αυτοελέγχου των συναισθημάτων. Αυτή η μέθοδος βασίζεται σε συμπεριφοριστικές θεωρίες και, πιο συγκεκριμένα, σε μαθησιακές θεωρίες. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε αυτή την παρέμβαση είναι τεκμηριωμένες και εφαρμόζονται σε θέματα προσαρμογής παιδιών και εφήβων (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Μια από τις κυρίαρχες τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αλλαγή της συμπεριφοράς είναι η εφαρμογή της ενίσχυσης, καθώς πολλές συμπεριφορές μπορεί να αλλάξουν ανάλογα με το αν το αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς είναι θετικό ή αρνητικό. Η παρέμβαση γίνεται με τη χρήση συγκεκριμένων προγραμμάτων για την τροποποίηση και τη δημιουργία σύνθετων συμπεριφορών.

Ένα σημαντικό κομμάτι αξιολόγησης της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας είναι η εκτίμηση του τρόπου σκέψης του ασθενή, καθώς αυτός ασκεί επιρροή στη συμπεριφορά του. Αναλυτικότερα, ο ασθενής μπορεί να εκφράζει μια πεποίθηση η οποία δεν αντιστοιχεί στην πραγματικότητα, π.χ «ποτέ δεν μπορεί να

ικανοποιήσει τους άλλους με τη συμπεριφορά του». Αρμοδιότητα του ειδικού είναι να επισημάνει, να ερευνήσει και να αξιολογήσει το περιεχόμενο των νοητικών λειτουργιών (πεποιθήσεις). Έπειτα, να συσχετίσει τις σκέψεις του παιδιού με τις ακούσιες σωματικές αντιδράσεις και τη συμπεριφορά του, έτσι ώστε να το βοηθήσει να αποκτήσει έναν διαφορετικό τρόπο αντίληψης των δυσκολιών που αντιμετωπίζει (Neuhaus, 1998).

Ο θεραπευτής παροτρύνει το παιδί να απευθυνθεί στον εαυτό του, έτσι ώστε να μπορεί να συμπεριφερθεί διαφορετικά σε σχέση με την έως τώρα συμπεριφορά που επιδείκνυε σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Έπειτα, το παιδί χρησιμοποιεί ακόμη πιο συχνά αυτές τις τεχνικές προκειμένου να τις εφαρμόσει σε ακόμη πιο δύσκολες περιπτώσεις. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να έχει εδραιώσει, μέσω του αυτοελέγχου και της αυτοενίσχυσης, αυτές τις καινούργιες μεθόδους τροποποίησης της σκέψης, οι οποίες επηρεάζουν και δρουν άμεσα στη συναισθηματική του κατάσταση. Πολύ χρήσιμη είναι, φυσικά, η συμμετοχή του παιδιού αλλά και του οικογενειακού του περιγύρου. Ακόμη, αυτή η θεραπευτική μέθοδος είναι χρήσιμη και επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ που χρειάζονται εκμάθηση δεξιοτήτων αυτοελέγχου.

Παρακάτω, περιγράφεται μία μέθοδος για την πραγματοποίηση ενός θεραπευτικού στόχου, ο οποίος εφαρμόζεται για την αύξηση του χρονικού διαστήματος διατήρησης της προσοχής και για τον αυτοέλεγχο της παρορμητικής αντίληψης. Το παιδί επεξεργάζεται τη δυσκολία με την οποία έρχεται σε επαφή και προσπαθεί να βρει τρόπους έτσι ώστε να την αντιμετωπίσει. Έπειτα, τοποθετεί σε μία σειρά τις κινήσεις που θα πραγματοποιήσει, τις εκτελεί και έπειτα τις ελέγχει ξανά. Τέλος, το παιδί έρχεται σε θέση να αξιολογήσει όλη αυτή τη διαδικασία που πραγματοποίησε, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης του.

Η θεραπευτική αυτή μέθοδος περιλαμβάνει την εξάσκηση της προσεκτικής ακρόασης, αλλά και της κατανόησης των οδηγιών και εντολών από το παιδί. Κατά αυτόν το τρόπο, εξελικτικά, το παιδί μαθαίνει να έχει πάντα υπόψιν του τον θεραπευτικό στόχο, να παρατηρεί την πορεία του και να είναι δεκτικό στην ανατροφοδότηση που προέρχεται από το περιβάλλον του. Η ύπαρξη όλων των

παραπάνω διαδικασιών απαιτείται για την άμεση εφαρμογή του συγκεκριμένου προγράμματος θεραπείας και οδηγεί σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.

Η επίτευξη του στόχου γίνεται με αργή και σταθερή τροποποίηση της συμπεριφοράς, καθώς και με την άμεση πληροφόρηση πιθανών θετικών ή αρνητικών συνεπειών. Το παιδί αποκτά πολύ πιο σύνθετες τεχνικές συμπεριφοράς κι έτσι μπορεί να λύσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει με μεγαλύτερη ευκολία. Οι σύνθετες τεχνικές συμπεριφοράς αποκτούνται και υιοθετούνται από το παιδί με τη μορφή σημάτων. Κατά αυτόν το τρόπο, το παιδί είναι σε θέση να αναμένει την σειρά του σε μία συζήτηση, να αντιμετωπίζει μόνο του προβλήματα που του φαντάζουν δύσκολα και να παραμένει στη θέση του (Neuhaus, 1998).

Η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση χρησιμοποιείται και για την βελτίωση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τεχνικές συμπεριφοράς, που πρέπει να αξιολογηθούν πριν εφαρμοστούν. Το συμβολικό παιχνίδι μπορεί να χρησιμοποιηθεί έτσι ώστε να διερευνηθούν συγκρούσεις που παρουσιάζονται και να αναπτυχθούν αποτελεσματικές τεχνικές για την αντιμετώπισή τους. Κατά την διάρκεια εφαρμογής της μεθόδου, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι επιβαρυντικοί παράγοντες που καθιστούν δύσκολη την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Ένα θεμελιώδες συστατικό της συμπεριφοριστικής παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ είναι η συμβουλευτική γονέων σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Η χρήση παιχνιδιών εκπαιδευτικού χαρακτήρα, το επίπεδο των οποίων είναι προσαρμοσμένο στις δεξιότητες του παιδιού, μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της αυτοεικόνας και της αυτοεκτίμησης του παιδιού.

Τέλος, με την γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση το παιδί αντιλαμβάνεται επαρκώς τις δυσκολίες του, αλλά και τις ικανότητές του να τις αντιμετωπίσει. Η συγκεκριμένη προσέγγιση είναι κατάλληλη και σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ που εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες ήπιας μορφής, εχθρική και απότομη συμπεριφορά, κατάθλιψη, κεφαλαλγίες, στομαχικό άλγος, όπου εκεί απαιτούνται χαλαρωτικές ασκήσεις. Σε περίπτωση που εμφανίζονται συνοδές διαταραχές στον τομέα της αντίληψης, οι οποίες συνδυάζονται με αναπτυξιακή καθυστέρηση ή προσβολή των

αισθητήριων οργάνων, η συγκεκριμένη παρέμβαση καθίσταται πλέον ανεπαρκής και θα πρέπει να εφαρμοστεί μαζί με άλλες τεχνικές παρέμβασης (Neuhaus, 1998).

Αισθητηριακή Παρέμβαση (Θεραπεία Μέσω Παροχής Αισθητήριων Ερεθισμάτων)

Η θεραπεία αυτή προτείνεται σε παιδιά που παρουσιάζουν δυσκολίες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους όσον αφορά τη σωματική, γνωστική ή συναισθηματική τους ανάπτυξη και των οποίων η επιβράδυνση στην εξέλιξη αποδίδεται, σε μεγάλο βαθμό, στη δυσκολία επεξεργασίας των αισθητήριων ερεθισμάτων ή σε βλάβη των αισθητήριων οργάνων.

Η συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος βασίζεται στην εφαρμογή μιας διαφορετικής διάγνωσης που προκύπτει από μια συνολική εξέταση του παιδιού. Στην εξέταση λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο οι δυσκολίες του παιδιού, αλλά εξίσου το δυναμικό και τα θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, τα οποία συμπεριλαμβάνονται στο θεραπευτικό πλάνο.

Στα παιδιά εφαρμόζονται διαφορετικά θεραπευτικά προγράμματα. Ένα από αυτά (επιστημονικά αναγνωρισμένο) είναι η «συνθετική αισθητηριακή θεραπεία» της Jean Ayres. Ο εγκέφαλος δέχεται ερεθίσματα μέσω του κιναισθητικού συστήματος (αισθήσεις οι οποίες καθιστούν δυνατό τον προσανατολισμό του ατόμου στο χώρο) ή μέσω των οπτικών αισθήσεων και των αισθήσεων αντίληψης του κόσμου (όπως η όραση και η ακοή). Αυτά τα ερεθίσματα, που φθάνουν σε διαφορετικά μέρη του εγκεφάλου, φιλτράρονται, οργανώνονται, συγκρίνονται, αποθηκεύονται και τελικά δίνεται κάποια απάντηση. Μόνο όταν οι διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου δικτυώνονται και επικοινωνούν επαρκώς είναι δυνατόν να γίνει ικανοποιητική επεξεργασία των ερεθισμάτων (αισθητηριακή σύνθεση). Το αποτέλεσμα που επιζητούν οι ειδικοί είναι η απόκτηση βασικών, εκτεταμένων, αυτοματοποιημένων δεξιοτήτων, όπως για παράδειγμα μια καλή ρύθμιση της θέσης στο χώρο ή ένας σταθερός και θετικός σωματικός τόνος, καθώς οι συγκεκριμένες βασικές δεξιότητες

αποτελούν και την προϋπόθεση για άλλα, περαιτέρω βήματα ανάπτυξης (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Επομένως, η μέθοδος της αισθητηριακής αγωγής εστιάζει το ενδιαφέρον της από την αρχή στην επεξεργασία των ερεθισμάτων, καθώς τα «προβλήματα φιλτραρίσματος» και τα επακόλουθα προβλήματα δικτύωσης αφορούν τον ελλιπή τρόπο αντίληψης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και του γεννούν ανασφάλεια.

Έτσι, το κέντρο βάρους εναποτίθεται στην αναπαράσταση των «βασικών εμπειριών». Η διαδικασία ξεκινά με την προσφορά και την πρόκληση ερεθισμάτων στο παιδί σχετικά με το χώρο, ιδιοδεκτικά ερεθίσματα για την αντίληψη του βάθους και οπτικά ερεθίσματα για την καλύτερη ολοκλήρωση της δερματοαισθητικής αντίληψης. Στο παιδί δίνεται έτσι η δυνατότητα για μια ακόμη φορά να αποκτήσει εμπειρίες, τις οποίες θα έπρεπε να έχει ήδη αποκτήσει από τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης του, μία ευκαιρία για περαιτέρω νευρολογική ωρίμανση, για καλύτερη δικτύωση και επικοινωνία των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων και των διαφορετικών περιοχών του εγκεφάλου (Neuhaus, 1998).

Ακόμη, ειδικά προγράμματα σχεδιάζονται ώστε να αντιμετωπιστούν οι νευρολογικές ανεπάρκειες, ο περιορισμένος συντονισμός στις λεπτές κινήσεις και η αργή εξέλιξη της δεξιότητας της γραφής. Συγχρόνως, ο ειδικός συμβουλεύει και καθοδηγεί τους γονείς για τη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί και παροτρύνει το παιδί να συμμετέχει σε δραστηριότητες (π.χ. αθλητισμός) που συμβάλλουν στη συνολική θετική πορεία του.

Η παρατηρήσιμη αύξηση της αυτοπεποίθησης, η βελτίωση της επιδεξιότητας στις κινήσεις, καθώς και η διαφοροποιητική λειτουργία της αντίληψης αποτελούν τα κριτήρια για την ολοκλήρωση της θεραπείας. Παρόλο που η συγκεκριμένη μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί στα πλαίσια κάποιου συμπεριφοριστικού θεραπευτικού προγράμματος, συχνά δεν επαρκεί για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και γι' αυτόν το λόγο απαιτείται ο συνδυασμός της με άλλες θεραπείες (Βάρβογλου, 2007).

Ψυχοκινητική Παρέμβαση

Η ψυχοκινητική μέθοδος (εφαρμόζεται από τους κινησιοθεραπευτές) είναι μία διαφορετική μορφή θεραπείας, που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις αδεξιότητας, αναστολών, ελλιπούς συντονισμού ή κινητικής ανησυχίας.

Συνήθως, η συγκεκριμένη μέθοδος έχει ως στόχο τη ρύθμιση των παρορμήσεων και των συναισθημάτων του παιδιού, μέσω των κινητικών συμπεριφορών και την ενεργοποίηση των γνωστικών μηχανισμών επεξεργασίας των πληροφοριών.

Μετά από μία δοκιμαστική φάση και μία φάση προσαρμογής στη θεραπεία, τα παιδιά (συνήθως στα πλαίσια μιας ομάδας) αρχίζουν να κινούν το σώμα τους με ταλαντώσεις. Στόχος είναι η βελτίωση των θεμελιακών αντιλήψεων του χώρου. Τα παιδιά κινούνται πέρα-δώθε, πηδούν, γλιστρούν, τρέχουν με δύναμη και σταματούν απότομα, μαθαίνοντας έτσι να αναγνωρίζουν τις στάσεις του σώματος και να στρέφουν τις επιθετικές τους ενέργειες σε συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Αυτή η μέθοδος προσφέρει τεράστια ευχαρίστηση στα παιδιά, υπό την προϋπόθεση ότι οι θεραπευτές διαθέτουν φαντασία, δημιουργικότητα, τους προσφέρουν κίνητρα για κίνηση και τα αφήνουν ελεύθερα.

Καθώς το θεραπευτικό πρόγραμμα εφαρμόζεται κατάλληλα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν μια εμφανή βελτίωση της αντιληπτικής τους ικανότητας, του χωρικού και χρονικού τους προσανατολισμού και του σωματικού τους ελέγχου, χωρίς, όμως, η κύρια διαταραχή να εξαλείφεται (Βάρβογλου, 2007).

Λογοθεραπεία

Η αργή γλωσσική ανάπτυξη ορισμένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ (υπολογίζεται ένα ποσοστό 30-40%) δεν είναι τόσο σπάνιο φαινόμενο. Τα παιδιά, όταν μιλούν, έχουν την τάση να μιλούν πάρα πολύ, αλλά, όπως αναφέρεται, κάνουν πολλά προφορικά λάθη (σιρηδόδρομος αντί σιδηρόδρομος, τρανίο αντί θρανίο κ.τ.λ.). Η λογοθεραπεία μέσα από ειδικές ασκήσεις είναι απαραίτητη σε περίπτωση που οι δυσκολίες εξακολουθούν να υπάρχουν στην προσχολική ηλικία.

Η αυτόματη εκμάθηση ορισμένων γραμματικών κανόνων χρειάζεται χρόνο για να πραγματοποιηθεί και τα παιδιά δίνουν την εντύπωση ότι δεν προσέχουν, με

αποτέλεσμα μην κάνουν ορθή μίμηση της γραμματικής των ενηλίκων. Ωστόσο, ορισμένα παιδιά εκφράζονται σωστά από γραμματική άποψη, αλλά δυσκολεύονται να επαναλάβουν μεγάλες ή σύνθετες λέξεις ή να τις προφέρουν αυθόρμητα. Έχουν την τάση να ξεχνούν όλο και πιο πολύ τα ονόματα των συμμαθητών τους, ήδη από την προσχολική ηλικία. Αργότερα, στο δημοτικό, είναι σε θέση να περιγράψουν όσα τους συνέβησαν αλλά με επίπονη προσπάθεια και με ασυνάρτητο τρόπο (Βάρβογλου, 2007).

Οι διαταραχές ακουστικής αντιληπτικής ολοκλήρωσης και οι διάφορες μορφές της παρουσιάζονται πιο συχνά απ' ό,τι θα ήταν αναμενόμενο. Το παιδί δυσκολεύεται να αντιληφθεί πλήρως και σωστά αυτά που του λένε. Για παράδειγμα, δεν ακούει τις εκτάσεις των φωνηέντων, δεν μπορεί να διακρίνει το «α» από το «ε», αντί για «βράχος» καταλαβαίνει «κράτος», λέει «ας» αντί για «ως» και «πλάτη» αντί για «πράξη». Δεν μπορεί να βρει αμέσως και να συλλάβει σωστά αυτό που άκουσε με βάση την αντίστοιχη «εσωτερική ακολουθία των λέξεων».

Όλα τα παραπάνω, όπως είναι αναμενόμενο, επιφέρουν στο παιδί με ΔΕΠ-Υ σημαντικά προβλήματα, ιδίως όταν μαθαίνει να διαβάζει και να γράφει ή όταν διδάσκεται μια ξένη γλώσσα.

Το κατάλληλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τις ειδικές ασκήσεις, οι οποίες πρέπει να εφαρμόζονται όσο το δυνατόν πιο νωρίς, μπορεί να αναστείλει τη συνεχή επιβάρυνση της «ακουστικής οδού» του παιδιού και να το βοηθήσει τελικά «να ακούει σωστά» και να καταβάλλει τις ανάλογες προσπάθειες.

Σε πολλά παιδιά μέχρι στιγμής έχει διαπιστωθεί μια αξιοπρόσεκτη μεμονωμένη ακουστική ευαισθησία, παρόλο που τα ίδια φωνάζουν δυνατά, με τη μορφή της υπερακουστικότητας (υπερβολικής μεταφοράς ακουστικών ερεθισμάτων).

Πρόσφατα αναπτύσσονται ειδικές μέθοδοι για να εντοπιστούν τα παιδιά που ακούν σε αυτό το επίπεδο συχνότητων και να «απο-ευαισθητοποιηθούν» από την ιδιαίτερη υπερευαισθησία τους. Γι' αυτό, εκτίθενται σκόπιμα και με τις ανάλογες «δόσεις» σε ορισμένα επίπεδα συχνότητων (προηγουμένως πρέπει να γίνουν οι ανάλογες εξετάσεις), έως ότου τις συνηθίσουν και δεν αντιδρούν πλέον με υπερευαισθησία.

Ο λογοθεραπευτής είναι ο καταλληλότερος ειδικός για την εκμάθηση στρατηγικών, ώστε το παιδί να βρει τρόπους εκτόνωσης της ενεργητικότητάς του και να καταφέρνει να εστιάζει την προσοχή του για περισσότερο χρόνο (Neuhaus, 1998).

Βιοανάδραση

Μια διαδεδομένη μέθοδος του 20^{ου} αιώνα ήταν η βιοανάδραση μέσω εγκεφαλογραφήματος. Η συγκεκριμένη μέθοδος φαίνεται να είχε ανάλογη δράση με τα διεγερτικά φάρμακα και επέφερε μακροχρόνια αποτελέσματα τόσο στη βελτίωση της συμπεριφοράς, όσο και στις σχολικές επιδόσεις.

Βάση της βιοανάδρασης αποτελούσε η θεωρία πως σε ορισμένα σημεία του εγκεφάλου ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται μειωμένη δραστηριότητα. Στόχος της ήταν η σκόπιμη αύξηση της εγκεφαλικής δραστηριότητας στα συγκεκριμένα σημεία, αλλά και η εκμάθηση ελέγχου των σημείων αυτών στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Η διαδικασία της βιοανάδρασης περιελάμβανε την τοποθέτηση ηλεκτρόδιων, που ήταν συνδεδεμένα με ηλεκτροεγκεφαλογράφο, στο κεφάλι του παιδιού έτσι ώστε να εντοπίζονται τα σημεία που εμφανίζουν μειωμένη δραστηριότητα. Έπειτα, το παιδί λάμβανε πληροφορίες σχετικά με το είδος της εγκεφαλικής λειτουργίας μέσω μιας μηχανής ανάδρασης. Κατά αυτόν το τρόπο, το παιδί εφάρμοζε διάφορες μεθόδους χαλάρωσης, έτσι ώστε να τροποποιήσει την εγκεφαλική δραστηριότητα (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Αυτή η μέθοδος φαίνεται να ήταν ορθή θεωρητικά, καθότι σύγχρονες έρευνες έχουν αποδείξει τη μειωμένη εγρήγορση στις προμετωπιαίες εγκεφαλικές περιοχές σε άτομα που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ. Παράλληλα, άλλα ερευνητικά δεδομένα θεωρούν πως ο εγκέφαλος των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παράγει λιγότερα κύματα Β σε σχέση με τον εγκέφαλο των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών.

Από την άλλη πλευρά, η συγκεκριμένη μέθοδος αμφισβητείται σημαντικά για την αποτελεσματικότητά της επειδή οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν είχαν ελάχιστη ποσότητα δείγματος, μη ξεκάθαρες διαγνώσεις και χρήση ποικίλων θεραπευτικών τεχνικών. Συνεπώς, δεν γίνεται ξεκάθαρο αν η βελτίωση των παιδιών

οφειλόταν στη βιοανάδραση ή στη χρήση άλλων θεραπευτικών μεθόδων. Επίσης, δεν υπάρχει ενημέρωση για πιθανή εμφάνιση παρενεργειών, αλλά και για τη γενίκευση της αποτελεσματικότητας μετά το τέλος της θεραπείας. Με βάση όλα τα δεδομένα η βιοανάδραση μέσω εγκεφλογραφήματος είναι μία αμφισβητούμενη μέθοδος θεραπείας (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Παιγνιοθεραπεία

Η παιγνιοθεραπεία θεωρείται κατάλληλη για διαταραχές νευρωσικού τύπου και σε περιπτώσεις μειωμένης εμπιστοσύνης στον εαυτό, φοβίες, συναισθηματικής ανησυχίας, αντικοινωνικής συμπεριφοράς, διαταραχές προσαρμογής. Η οριοθέτηση από τον ειδικό θα πρέπει να γίνεται μόνο όταν κρίνει πως είναι απαραίτητη. Σημαντικό είναι να μην περιορίζει το παιδί και να αποφεύγει την άσκηση επιρροής σε αυτό. Αφήνοντας το παιδί ελεύθερο να παίζει χωρίς περιορισμούς, δημιουργείται μια καλή σχέση θεραπευτή-παιδιού, η οποία ενισχύει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Αυτός ο δεσμός μεταξύ θεραπευτή και παιδιού μπορεί να θεωρηθεί ως η ίδια η θεραπεία. Η παιγνιοθεραπεία στοχεύει στην αναγνώριση και στην κατανόηση των συναισθημάτων του παιδιού από το ίδιο το παιδί έτσι ώστε να μάθει να τα διαχειρίζεται (Neuhaus, 1998).

Η καθοδηγούμενη παιγνιοθεραπεία γνωστή και ως ‘theraplay’ δημιουργήθηκε για τα παιδιά που εμφανίζουν επιθετικότητα. Η συγκεκριμένη θεραπεία πραγματοποιείται άμεσα και το παιχνίδι έχει μία δομημένη μορφή. Με αυτό τον τρόπο καθοδηγούνται και οι γονείς, έχοντας μία σαφή και ξεκάθαρη εικόνα της θεραπευτικής μεθόδου.

Σημαντικό κομμάτι της παιγνιοθεραπείας θεωρείται η ‘αναπλαισίωση’. Ο όρος ‘αναπλαισίωση’ αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να παρατηρεί την επιθετικότητα του παιδιού και να την αποδίδει με έναν εναλλακτικό τρόπο σκέψης. Παραδείγματος χάρη, ο θεραπευτής παρατηρεί πως το παιδί επιθυμεί να κλοτσήσει και έτσι ενισχύει την επιθυμία του παιδιού, επιτρέποντας του να εκτονώσει την επιθυμία του. Έπειτα, ο θεραπευτής παρατηρεί τη δύναμη, την ένταση και την ενέργεια, με την οποία το παιδί πραγματοποίησε την επιθετική αυτή πράξη. Έτσι, η συγκεκριμένη ενέργεια γίνεται αντικείμενο αναπλαισίωσης και αποκτά μια

διαφορετική έννοια ως πράξη. Αυτή η μέθοδος είναι αρκετά αποτελεσματική σε μικρά υπερκινητικά παιδιά που παρουσιάζουν θετική εικόνα (Neuhaus, 1998).

Ατομική Ψυχοθεραπεία

Μία άλλη θεραπευτική προσέγγιση που συνιστάται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία, όμως, δεν υπόσχεται υποχώρηση της συμπτωματολογίας, όταν εφαρμόζεται μόνη της. Η ΔΕΠ-Υ δεν ανήκει στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών, επομένως δεν είναι σκόπιμο να υπάρχει η εντύπωση πως τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν μόνο με την εφαρμογή της ατομικής ψυχοθεραπείας. Παρ' όλα αυτά, η ατομική ψυχοθεραπεία, συνδυαστικά με άλλες θεραπευτικές τεχνικές, θα ενίσχυε σημαντικά την εικόνα του παιδιού, προσδίδοντας του μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Συστημική Ψυχοθεραπεία

Η οικογένεια συνθέτει ένα σύστημα που αποτελείται από όλα τα μέλη της, έτσι σε περίπτωση που ένα μέλος παρουσιάσει κάποια δυσλειτουργία, διαταράσσεται και η λειτουργικότητα όλης της οικογένειας. Η συστημική θεραπεία οικογένειας ερμηνεύει τις δυσκολίες που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ των μελών μιας οικογένειας, εξαιτίας ανεκπλήρωτων επιθυμιών των παιδιών από τους γονείς τους, αλλά και το αντίστροφο. Αν η πραγματοποίηση των προσδοκιών αυτών καθίσταται δύσκολη, τα μέλη της οικογένειας επέρχονται σε ρήξη, αναπτύσσοντας δυσλειτουργικές σχέσεις μεταξύ τους (Neuhaus, 1998).

Η άμεση συνεργασία του θεραπευτή με την οικογένεια ενισχύει την ελευθερία έκφρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας. Όταν κάθε μέλος της οικογένειας εκφράζει την άποψη του γύρω από το θέμα που το απασχολεί και αυτή γίνεται

αντιληπτή από τα άλλα μέλη, μπορεί να αποφευχθεί η οποιαδήποτε πιθανή σύγκρουση. Κατά αυτόν το τρόπο, δημιουργούνται νέες τεχνικές προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα τυχόν προβλήματα που μπορεί να υπάρξουν.

Σημαντική είναι, λοιπόν, η επιτηδευμένη αλλαγή της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας, καθώς αν δεν υπάρξει αυτή δεν είναι εύκολο για τους γονείς να αποδεχτούν το παιδί τους στα πλαίσια της ΔΕΠ-Υ.

Ειδική Διαπαιδαγώγηση

Η ειδική αγωγή θεωρείται ένα «γενικό πρόγραμμα αγωγής», το οποίο χρησιμοποιείται για την εκπαίδευση παιδιών και εφήβων που παρουσιάζουν αναπτυξιακή καθυστέρηση (συναισθηματική, σωματική, νοητική). Μέσω αυτής το παιδί μπορεί να αντιμετωπίσει τα μειονεκτήματά του. Μία βασική αρχή της ειδικής διαπαιδαγώγησης είναι η εντατική και σταθερή συμβουλευτική γονέων. Υπάρχουν διάφορα προγράμματα για την εξέλιξη της ανάπτυξης του παιδιού από τα οποία επιλέγονται πρακτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται εκπαιδευτικά. Ένας ειδικός παιδαγωγός μπορεί να εστιάσει περισσότερο στο κοινωνικό κομμάτι ή το αναπτυξιακό κομμάτι, ανάλογα με την εκπαίδευση και την βαρύτητα της θεραπείας. Επιπλέον, ο ειδικός παιδαγωγός που έχει λάβει πλήρη γνώση γύρω από την ΔΕΠ-Υ, τις διαταραχές κινητικού συντονισμού και τις δυσκολίες που οφείλονται σε νευρολογικά ελλείμματα, οφείλει να χρησιμοποιεί μια συνδυαστική (βασισμένη σε πολλά μοντέλα) εξειδικευμένη σταδιακή θεραπεία. Αυτή η θεραπεία θα πρέπει να βασίζεται σε συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις και να τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού και της διαταραχής που παρουσιάζει (Neuhaus, 1998).

Η ειδική εκπαίδευση βασίζεται στην εξάσκηση της προσοχής, σε συνεργασία με εξειδικευμένα προγράμματα που πραγματοποιούνται σε ατομικό επίπεδο, με σκοπό την κατάκτηση εμπειριών κινητικής και αντιληπτικής μορφής. Θεραπευτικά επίσης, συστήνεται η χρήση μεθόδων, οι οποίες ευθύνονται για την εναλλαγή θεμάτων προς συζήτηση, αλλά και για την εναλλαγή από μία κατάσταση σε μία άλλη, όπως η εντατική εξάσκηση της ροής της γραφής σε καταστάσεις όπου το παιδί παραποιεί τα όσα ακούει. Επιπλέον, υπάρχουν είδη δραστηριοτήτων, οι οποίες

εντάσσονται σε συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις και στοχεύουν στην κοινωνική ενσωμάτωση του ατόμου.

Η ειδική διαπαιδαγώγηση βασίζεται σε συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις και συνιστά, μεταξύ των άλλων, εξάσκηση στο σπίτι με σύντομες ασκήσεις, όταν διακόπτεται προσωρινά η θεραπεία.

Παράλληλα, αν το παιδί παρουσιάζει ταυτόχρονα αναπτυξιακή καθυστέρηση, προβλήματα στα όργανα αίσθησης, διαταραχή προσαρμογής σοβαρού βαθμού ή άλλη σοβαρή ψυχική διαταραχή, η διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος εκτιμάται ανάλογα με την πρόοδο που θα σημειώσει το παιδί, αλλά και το βαθμό συνεργασίας των γονέων με τον εκπαιδευτικό (Neuhaus, 1998).

4.3 Ο Ρόλος του Εκπαιδευτικού

Ο εκπαιδευτικός είναι ο άνθρωπος που διαδραματίζει βασικό ρόλο τόσο στη διάγνωση των διαταραχών, όσο και στη θεραπευτική προσέγγιση. Σε πολλές περιπτώσεις παιδιών, η διάγνωση επήλθε με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο, κατόπιν συστάσεων των εκπαιδευτικών. Γι' αυτόν το λόγο, πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στο θεραπευτικό πρόγραμμα και να συνεργάζονται με τους γονείς και τους λογοθεραπευτές.

Μια από τις τεχνικές που μπορούν να θέσουν σε εφαρμογή οι εκπαιδευτικοί, προκειμένου να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η τεχνική οργάνωσης πληροφοριών. Η συγκεκριμένη τεχνική εξασφαλίζει στα παιδιά ένα καλά δομημένο περιβάλλον για να εργαστούν και να μάθουν. Έτσι, ο εκπαιδευτικός αναλαμβάνει να δομήσει το εξωτερικό περιβάλλον τους, φτιάχνοντας λίστες ή πίνακες που μπορούν να κατευθύνουν τα παιδιά, σε περιπτώσεις διάσπασης κατά τη διάρκεια του μαθήματος. Ακόμη, πρέπει να υπενθυμίζουν και να επαναλαμβάνουν τις οδηγίες που δίνουν για τις λύσεις των ασκήσεων, αλλά και να κατευθύνουν σωστά τα παιδιά ώστε να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το πιο σημαντικό, όμως, είναι τα όρια που είναι απαραίτητο να θέσουν στα παιδιά, για να εξασφαλιστεί η ομαλή διεξαγωγή του μαθήματος. Επίσης, τα οπτικά ερεθίσματα θα βοηθήσουν τα παιδιά να εμπεδώσουν κανόνες της τάξης, αλλά και να κατανοήσουν βασικούς κανόνες των μαθημάτων. Οι

εκπαιδευτικοί οφείλουν να ακολουθούν ένα σαφές και ξεκάθαρο ημερήσιο πρόγραμμα, το οποίο θα έχει τοποθετηθεί στο θρανίο των παιδιών και θα χρησιμοποιείται ως σημείο αναφοράς για να μην αποπροσανατολίζονται (Κοσμίδου και Κωνσταντίνου, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σχήματα και βέλη για να τονιστούν οι κεντρικές ιδέες ενός κειμένου, διαγράμματα με τις απαραίτητες πληροφορίες του κειμένου και εισαγωγικές περιεκτικές δηλώσεις που συμβάλλουν στην κατανόηση των πληροφοριών που θα ακολουθήσουν.

Τα συστήματα μελέτης που, συχνά, εφαρμόζονται σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά και σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες συνοψίζονται ως εξής:

α) READS:

Επαναλάβετε τις επικεφαλίδες και τους υπότιτλους(Review), Εξετάστε τις τονισμένες λέξεις(Examine), Ορίστε το στόχο της μάθησης (Ask), Διαβάστε (Do it), Συνοψίστε χρησιμοποιώντας τις δικές σας λέξεις (Summarize).

β) PQ4R:

Το οποίο βασίζεται σε 6 στρατηγικές, την Προκαταρτική Επισκόπηση (Preview), τις Ερωτήσεις (Question), την Ανάγνωση(Read), τη Σκέψη(Reflect), τις Απαντήσεις (Recite) και την Επανάληψη (Review).

γ) CAPS:

Το σύστημα αυτό αποτελεί στρατηγική για την ανάγνωση κειμένων και αποτελείται από ερωτήσεις που πρέπει να απαντήσουν οι μαθητές σχετικά με τους χαρακτήρες (Characters), το σκοπό της ιστορίας (Aim), το πρόβλημα που τίθεται στο κείμενο (Problem) και τη λύση που δόθηκε στο πρόβλημα (Solved).

δ) KWL:

Το οποίο αποτελεί σύστημα ανάγνωσης ή διερεύνησης σύμφωνα με το οποίο ο μαθητής καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις σχετικά με τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις για το κείμενο που του παρουσιάζεται (Know), τις γνώσεις που επιζητούν από το κείμενο (Want) και τις γνώσεις που αποκτούν στο τέλος της ανάγνωσης (Learned).

Τέλος, όσον αφορά τις τεχνικές οργάνωσης πληροφοριών, πολλοί εκπαιδευτικοί ακολουθούν ατομικά προγράμματα, κατά τα οποία δίνεται σαφή εικόνα για τις εργασίες των μαθητών, το χρόνο που έχουν στη διάθεσή τους για να τις ολοκληρώσουν και τη σειρά που πρέπει να ακολουθήσουν, προκειμένου να αποφευχθεί η διάσπαση(Μπότσας, 2008).

Άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι οι μνημονικές τεχνικές. Τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι έρευνες που υποστηρίζουν την άμεση σύνδεση της ΔΕΠ-Υ με τη λειτουργία του εγκεφάλου και τις επιτελικές λειτουργίες, κυρίως με τη μνήμη εργασίας. Γι' αυτόν το λόγο, όλο και περισσότεροι προτρέπουν τους εκπαιδευτικούς να ακολουθούν σχετικές παρεμβάσεις (Κοσμίδου και Κωνσταντίνου, 2011).

Οι μνημονικές τεχνικές έχουν ως βασικό στόχο τη βελτίωση της μνήμης των παιδιών, μέσω της ταυτόχρονης επεξεργασίας των πληροφοριών που διδάσκονται. Η χρήση τους συμβάλλει στην κωδικοποίηση του μαθησιακού υλικού, καθώς οι μαθητές το συνδέουν με κάποια γνώση που απομνημονεύεται πιο εύκολα.

Μια διαδεδομένη μνημονική τεχνική που βελτιώνει την ορθογραφία, αξιοποιώντας την οπτική αντίληψη των παιδιών, είναι η εικονογραφημένη μέθοδος κατά την οποία το γράμμα της λέξης που διδάσκεται, ζωγραφίζεται με τρόπο ώστε να διευκολύνεται η ανάκλησή του. Η συγκεκριμένη μέθοδος συμβάλλει και στη βελτίωση της αντίληψης του γραπτού λόγου (Αντωνίου, 2008).

Οι μνημονικές τεχνικές περιλαμβάνουν:

α) Μνημονικές Τεχνικές Αλυσίδας :Το κάθε αντικείμενο σε μια σειρά στοιχείων συνδέεται με το επόμενο μέσω οπτικών συνειρμών, ιστορίας ή τραγουδιού.

β) Μέθοδος Λέξη-Κλειδί: Μέθοδος κατά την οποία έννοιες ή λέξεις συνδέονται με ομόηχες λέξεις ή εικόνες.

γ) Ακρωνύμιο ή ακροστοιχίδα: Μέθοδος η οποία συμβάλλει στην ανάκληση λέξεων χρησιμοποιώντας μόνο το αρχικό γράμμα.

δ) Οπτικοποίηση: Μέθοδος η οποία μετατρέπει τις γνώσεις σε οπτικές πληροφορίες (Κοσμίδου και Κωνσταντίνου, 2011).

Μια τελευταία τεχνική είναι και η αυτοκαθοδήγηση κατά την ανάγνωση κειμένων, όπου βασικό στόχο αποτελεί η ανάπτυξη γνωστικών στρατηγικών και μεταγνωστικών στρατηγικών αυτορύθμισης για ενίσχυση της κατανόησης. Η συγκεκριμένη τεχνική προτρέπει τους μαθητές να επικεντρώνουν την προσοχή τους σε βασικά σημεία ενός κειμένου, να οπτικοποιούν και να λεκτικοποιούν το κείμενο που διαβάζουν, να επιστρατεύουν μνημονικά βοηθήματα για να απομνημονεύουν καλύτερα ένα κείμενο και να συνδέουν τις προηγούμενες με τις νέες γνώσεις.

Σχετικά με τις μεταγνωστικές δεξιότητες, πολλές έρευνες θεωρούν πως αποτελούν μέσο αποκατάστασης των μαθησιακών δυσκολιών, αλλά και της ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά που έχουν αναπτύξει μεταγνωστικές ικανότητες τείνουν να κατανοούν

καλύτερα τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις και έχουν τη δυνατότητα να συνδυάζουν αυτές τις γνώσεις, με αποτέλεσμα να οδηγούν τη σκέψη τους στην εκτέλεση ενός έργου που τους έχει ανατεθεί.

Οι γνωστικές και μεταγνωστικές στρατηγικές μπορούν να περιγραφούν ως εξής:

Σχετικά με την επεξεργασία ενός κειμένου:

- **Νοητικές εικόνες:** Κατά τη συγκεκριμένη διαδικασία ο εκπαιδευτικός διακόπτει την ανάγνωση προκειμένου οι μαθητές να φανταστούν τις εικόνες που περιγράφονται στο κείμενο.
- **Οπτικοχωρικοί οργανωτές:** Όπου επιστρατεύονται γραφήματα, πίνακες, σχήματα για να συνδυαστούν οι κεντρικές ιδέες των κειμένων με τις προσωπικές εμπειρίες των μαθητών.
- **Εξωτερικά βοηθήματα:** Τα οποία αποτελούνται από οδηγούς μελέτης και υπογραμμίσεις ώστε να τονιστούν τα βασικά σημεία του κειμένου.

Οι στρατηγικές αυτορύθμισης ή αυτο-ερωτήσεων περιλαμβάνουν:

- **Αμοιβαία Διδασκαλία:** Κατά την οποία διδάσκονται 4 γνωστικές στρατηγικές: Παραγωγή ερωτήσεων, Περίληψη, Διευκρίνιση νοημάτων, Προβλέψεις σχετικές με το κείμενο.
- **SQR3:** Κατά την οποία διδάσκονται 5 στρατηγικές: Επισκόπηση κειμένου, Δημιουργία ερωτήσεων, Ανάγνωση, Παράφραση, Ανασκόπηση.
- **Γραμματική Ιστορίας:** κατά την οποία οι μαθητές απαντούν κατά τη διάρκεια της ανάγνωσης σε 5 βασικές ερωτήσεις, σχετικά με το σκηνικό της ιστορίας (τους χαρακτήρες, τον χρόνο, τον τόπο), με το πρόβλημα που θέτει το κείμενο, τους στόχους, τις ενέργειες και τα συμπεράσματα.
- **«Ντετέκτιβ των κειμένων»:** Κατά την οποία διδάσκονται 4 μέθοδοι κατανόησης πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την ανάγνωση (Αντωνίου, 2008).

Ακόμη, τα βασικά βήματα υποβοήθησης του παιδιού μέσα στη τάξη συνοψίζονται ως εξής:

Δυνατότητα Επιλογής

Ιδιαίτερα βοηθητικό για τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι η δυνατότητα επιλογής. Προτείνοντας δύο ή περισσότερες εργασίες, το ίδιο το παιδί έχει τη δυνατότητα να επιλέξει την περισσότερο ενδιαφέρουσα και ελκυστική για εκείνο εργασία, με αποτέλεσμα να αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο. Με τον τρόπο αυτό, αυξάνονται οι πιθανότητες να παραμείνει συγκεντρωμένο και να προσπαθήσει να τη φέρει εις πέρας, να εμπλακεί ενεργά στη διαδικασία και να περιοριστεί η διασπαστική συμπεριφορά. Προς την ίδια κατεύθυνση λειτουργεί και η τροποποίηση των εργασιών (μείωση του μεγέθους, διαίρεση σε υποενότητες, συχνά διαλείμματα).

Ενίσχυση / Επιβράβευση

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απαιτούν συχνή ενίσχυση, προκειμένου να επιτύχουν την επιθυμητή αλλαγή της συμπεριφοράς. Όταν η παρεχόμενη από τον εκπαιδευτικό ενίσχυση είναι φειδωλή, περιορίζονται οι πιθανότητες αλλαγής της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Συνεπώς, ενδείκνυται η συχνή ενίσχυσή τους σε κάθε ευκαιρία και για κάθε δραστηριότητα. Η ενίσχυση θα μπορούσε να είναι κάποια άμεση ανταμοιβή για την προσπάθεια του παιδιού ή καταγραφή πόντων, που θα αντιστοιχούν σε κάτι που έχει προσυμφωνήσει μεταξύ μαθητή και εκπαιδευτικού (π.χ. δυνατότητα να ασχοληθεί με την αγαπημένη του δραστηριότητα).

Λεκτική Επίπληξη

Αποβαίνει αποτελεσματική, όταν ακολουθεί αμέσως μετά την εκδήλωση της «λανθασμένης» συμπεριφοράς του παιδιού εν είδη αρνητικής ενίσχυσης. Σημαντικό κρίνεται ο εκπαιδευτικός να εξηγήσει στο παιδί τις ανησυχίες του και τους λόγους της επίπληξης, με τρόπο ήρεμο και σύντομο σε προσωπικό επίπεδο και διατηρώντας βλεμματική επαφή με τον μαθητή. Η εν λόγω στρατηγική συμβάλλει στην κατανόηση εκ μέρους του παιδιού των συνεπειών των πράξεών του.

Χρήση Υπολογιστή

Σημαντική βελτίωση στη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαπιστώνεται ότι επέρχεται με τη χρήση υπολογιστή στη διδακτική διαδικασία. Η ένταξη έντονων ερεθισμάτων στα εκπαιδευτικά προγράμματα, που εφαρμόζονται κατά τη διδασκαλία, βελτιώνει τις επιδόσεις των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, τα παιδιά διατηρούν την προσοχή τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για την ολοκλήρωση των εργασιών που τους ανατίθενται. Η χρήση του

αυξάνει τον βαθμό αυτενέργειας του παιδιού, παρέχει άμεση ανατροφοδότηση και ενίσχυση, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η αυτοεκτίμησή του (Κουρκούτας, 2011).

Ενθάρρυνση Κοινωνικών Δεξιοτήτων

Δεδομένων των δυσκολιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, που χαρακτηρίζουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ειδικότερα με τους συνομήλικους, κρίνεται σκόπιμο να ενθαρρυνθεί η συνεργασία με τους συμμαθητές τους. Η ανάθεση ομαδικών εργασιών συμβάλλει ουσιαστικά προς αυτή την κατεύθυνση. Επιπλέον, ο ίδιος ο εκπαιδευτικός θα μπορούσε να λειτουργήσει ως πρότυπο προς μίμηση για τα παιδιά. Τα παιχνίδια ρόλων, κατά τα οποία επιδιώκεται η εύρεση εναλλακτικών προσεγγίσεων ποικίλων κοινωνικών προβλημάτων, βοηθούν το παιδί να πειραματιστεί και να αποκτήσει κοινωνικές δεξιότητες. Τέλος, η ενθάρρυνση του παιδιού να επιλύσει πιθανές συγκρούσεις με συμμαθητές του, συζητώντας μαζί τους και υπό την εποπτεία του εκπαιδευτικού, συμβάλλει στη βελτίωση των σχέσεων με τους συνομήλικους και την αποφυγή των εντάσεων.

Συνεργασία

Η δυνατότητα του μαθητή με ΔΕΠ-Υ να εργαστεί, ως ομάδα, με έναν ή περισσότερους από τους συμμαθητές του, φαίνεται ότι συμβάλλει στην βελτίωση της επίδοσής του και στη διατήρηση της προσοχής του στην δραστηριότητα που του έχει ανατεθεί. Εξίσου σημαντική είναι και η άμεση συνεργασία του μαθητή με τον εκπαιδευτικό ή κάποιο συγκεκριμένο μαθητή, που αναλαμβάνει την ευθύνη να τον βοηθήσει σε ζητήματα, που άπτονται της οργάνωσης, όπως η καταγραφή των εργασιών, που έχουν ανατεθεί για το σπίτι.

Συχνά Διαλείμματα

Είναι σημαντικό να δίνεται χρόνος στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να οργανωθούν και να προετοιμαστούν ψυχολογικά, προτού εμπλακούν σε κάποια σχολική δραστηριότητα. Συχνά διαλείμματα, για την ενασχόληση με σωματικές δραστηριότητες, δίνουν τη δυνατότητα εκτόνωσης και εξωτερίκευσης των αποθεμάτων ενέργειας, τα οποία είναι ιδιαίτερα αυξημένα.

Στρατηγικές Αυτοδιαχείρισης

Οι στρατηγικές αυτές εφαρμόζονται από το ίδιο το παιδί και στοχεύουν στην ενίσχυση του αυτοελέγχου της συμπεριφοράς του. Σε ένα αρχικό στάδιο, απαιτείται συνεργασία με τον εκπαιδευτικό, προκειμένου να οριστούν οι συμπεριφορές, που θα αποτελέσουν στόχο αλλαγής. Στη συνέχεια, αναλαμβάνει ο ίδιος ο μαθητής την παρατήρηση και ενίσχυση του εαυτού του. Αυτού του τύπου οι στρατηγικές συμβάλλουν στη βελτίωση της ακαδημαϊκής τους επίδοσης και των σχέσεων με τους συνομήλικους.

Επικοινωνία Γονέων - Εκπαιδευτικών

Η επικοινωνία θα μπορούσε να διατηρηθεί σε καθημερινό επίπεδο μέσω της χρήσης καρτών αναφοράς. Στόχος είναι να υπάρξει μία κοινή γραμμή, όσον αφορά στην ενίσχυση του μαθητή, ώστε να διατηρούνται οι επιθυμητές αλλαγές, που παρατηρούνται στη συμπεριφορά και να μεταφέρεται ότι έχει κατακτηθεί από το ένα πλαίσιο στο άλλο.

Διαμόρφωση Αίθουσας

Συχνά το παιδί με ΔΕΠ-Υ αποσπάται από τους υπόλοιπους μαθητές ή από ερεθίσματα άσχετα με την εκπαιδευτική δραστηριότητα. Προκειμένου να περιοριστούν οι πιθανότητες διάσπασης της προσοχής του μαθητή είναι σημαντικό να περιοριστούν τα εξωτερικά ερεθίσματα και να οριστεί η θέση του κοντά στον εκπαιδευτικό, ώστε να εποπτεύεται. Εξίσου σημαντική είναι και η χρήση χρωματιστών τετραδίων, φακέλων, μαρκαδόρων για την καταγραφή διαφορετικών υποχρεώσεων του (Γκαραγκούνη-Αραίου, Σολομωνίδου, Ζαφειροπούλου, 2003).

Επιπρόσθετα, με βάση τα χαρακτηριστικά ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ ένα θεραπευτικό πρόγραμμα στο σχολικό πλαίσιο θα μπορούσε να έχει τους παρακάτω στόχους:

- Μείωση της υπερκινητικότητας.
- Αύξηση της χρονικής διάρκειας της προσοχής εντός του μαθήματος.
- Επαρκής ανταπόκριση στις σχολικές απαιτήσεις.
- Ολοκλήρωση δραστηριοτήτων.
- Εκτέλεση οδηγιών και εντολών.
- Διατήρηση και βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων.

- Αναδιαμόρφωση του σχολικού πλαισίου με σκοπό την πρόοδο του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.
- Τέλος, ενισχυτικοί παράγοντες για την ομαλή ένταξη του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο αποτελούν τα παρακάτω:
- Η τάξη στην οποία θα βρίσκεται το παιδί θα πρέπει να είναι άνετη, ευρύχωρη και ασφαλής.
- Οι δραστηριότητες του παιδιού θα πρέπει να οργανώνονται έτσι ώστε το παιδί να μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτές. Ένας καλός τρόπος οργάνωσης των δραστηριοτήτων είναι γραφούν σε μία λίστα, η οποία θα αναρτηθεί σε ένα σημείο που να φαίνεται, έτσι ώστε να τραβάει την προσοχή του παιδιού.
- Συχνή επανάληψη και επαναδιατύπωση των ίδιων πραγμάτων, λόγω του ότι κρίνεται αναγκαίο για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να ακούνε τα ίδια πράγματα αρκετά συχνά.
- Σημαντική η συμπεριφορά του δασκάλου, η οποία συμπεριφορά αν είναι αρνητική δεν θα προάγει σε καμία περίπτωση θετικές συμπεριφορές από το παιδί.
- Η σωστή στοχοθέτηση με βάση τις προτεραιότητες που θέτονται ανάλογα με το τι μπορεί να καταφέρει το παιδί, μπορεί να είναι ενισχυτική, καθώς το παιδί εκδηλώνει θετικές συμπεριφορές.
- Σημαντική είναι η ανάθεση αρμοδιοτήτων στο παιδί με ΔΕΠ-Υ, καθώς με αυτό τον τρόπο δημιουργούνται κίνητρα.
- Η τοποθέτηση ορίων κρίνεται αναγκαία, καθώς με αυτόν το τρόπο τα παιδιά αποβάλλουν το άγχος. Η οριοθέτηση μπορεί να γίνει με εικόνες, οι οποίες να αναφέρουν τους κανόνες συμπεριφοράς.
- Αν η οριοθέτηση γίνεται προφορικά, τότε θα πρέπει να είναι γρήγορη, απλή και λογική. Όσο πιο μικρή είναι η πρόταση που χρησιμοποιείται, τόσο καλύτερα θα συγκρατήσουν τα παιδιά τους κανόνες.
- Ιδανική θέση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην τάξη είναι κοντά στο έδρανο του δασκάλου.
- Απαραίτητη κρίνεται η γυμναστική στο καθημερινό πρόγραμμα του παιδιού, καθώς αποτελεί το μοναδικό τρόπο εκτόνωσης της ενέργειάς του.
- Σημαντική θεωρείται επίσης και η ενημέρωση των παιδιών για την βελτίωση που παρουσιάζουν, διότι έτσι εστιάζουν την προσοχή τους στους στόχους που

θέτουν και αποκτούν αυτογνωσία, αναγνωρίζουν τις αδυναμίες τους, αλλά και τις δυνατότητες τους.

- Χρήσιμο είναι επίσης να γίνονται ερωτήσεις στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και να βιντεοσκοποούνται οι απαντήσεις τους, ώστε να παρατηρήσει το ίδιο το παιδί τις συμπεριφορές του.
- Απαραίτητη η βλεμματική επαφή με το παιδί που παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ, καθώς μέσω αυτής επανέρχεται στην πραγματικότητα και διακόπτει την ονειροπόληση.
- Όταν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επιτυγχάνουν σε κάτι, είναι πολύ σημαντικό να επιβραβεύονται χωρίς, όμως, υπερβολές.
- Είναι σημαντικό να παρατηρούνται οι συμπεριφορές του παιδιού και να ανιχνεύονται τυχόν εκδηλώσεις άγχους, ματαίωσης, απογοήτευσης, καθώς αυτές παρατηρούνται κατά τη διαδικασία της μάθησης και μπορούν να προκαλέσουν μεγαλύτερη ένταση στα παιδιά.
- Θα ήταν πολύ βοηθητικός ο ρόλος ενός συμμαθητή ο οποίος θα λειτουργούσε σαν πρότυπο συμπεριφοράς .
- Λόγω της δυσκολίας που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να συναναστρέφονται με άλλα παιδιά της ηλικίας τους είναι πολύ σημαντική η κοινωνική τους ένταξη. Ένα μεγάλο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας περιλαμβάνει τη διαμόρφωση της σχέσης τους με παιδιά της ηλικίας τους. Έχει αποδειχθεί πως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, που καταφέρνουν να δημιουργήσουν ένα ισχυρό δεσμό φιλίας, εμφανίζουν μεγαλύτερη πρόοδο από τα παιδιά που δεν καταφέρνουν να κάνουν φίλους. Οι ερευνητές πιστεύουν πως η δημιουργία ενός ισχυρού δεσμού φιλίας μπορεί να προστατεύσει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κατά τη διάρκεια της μετάβασης από την παιδική στην εφηβική ηλικία. Η αποκατάσταση των σχέσεων των παιδιών με συνομήλικα παιδιά είναι μια εργώδης διαδικασία για τους ειδικούς που απαιτεί την πλήρη καθοδήγηση, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, εκμάθηση ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων, στενή παρακολούθηση, τιμωρία σε αρνητική συμπεριφορά και επιβράβευση σε θετική συμπεριφορά.
- Σημαντική η επικοινωνία με το παιδί, καθώς αναγνωρίζει τα προβλήματα του και μπορεί να προτείνει την καλύτερη μέθοδο εκμάθησης για το ίδιο .
- Οριοθέτηση και αναζήτηση βοήθειας από άλλους ειδικούς και οργάνωση μιας υποστηρικτικής ομάδας που αποτελείται από ειδικό παιδαγωγό,

παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο και τους γονείς. Η ομάδα θα πρέπει να συνεργάζεται, έτσι ώστε να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα για το παιδί με ΔΕΠ-Υ (Μαρκοβίτης, Σέμκου, Τζιβινίκου, 2006).

4.4 Φαρμακευτική Αγωγή

Η απόφαση για χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται μετά από πολύ προσεκτική εξέταση. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η σοβαρότητα της κατάστασης του παιδιού. Δηλαδή, όταν συνυπάρχει κάποια καθυστέρηση στην ανάπτυξη με νευρολογικές ανεπάρκειες, όταν το παιδί είναι υπερβολικά ανήσυχο, διαταρακτικό ή όταν παρουσιάζει επίμονα δευτερογενή προβλήματα επιθετικότητας ή άρνησης σε τέτοιο βαθμό, που διαταράσσεται η λειτουργικότητα της οικογένειας. Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί επιπλέον, σε συνδυασμό με κάποια άλλη μορφή θεραπείας, και στις περιπτώσεις όπου το παιδί βρίσκεται σε μεγάλη διέγερση, παρουσιάζει σημαντικούς φόβους ή καταθλιπτική διάθεση, έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση και δεν έχει εμπιστοσύνη στην αξία του.

Στην απόφαση για φαρμακοθεραπεία μπορεί να καταλήξει ο ειδικός και στην περίπτωση που οι μέθοδοι οι οποίες έχουν εφαρμοστεί έως τώρα, όπως εκπαίδευση γονέων, συμβουλευτική δασκάλων και θεραπεία παιδιού, δεν αποδείχθηκαν αποτελεσματικές ή όταν η κατάσταση του παιδιού επιδεινώνεται (είτε επειδή περνά μια δύσκολη φάση είτε επειδή το περιβάλλον του έχει αλλάξει δραστικά) (Κουρκούτας, 2011).

Ανεξάρτητα από το είδος του φαρμάκου που θα χορηγηθεί, είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί επακριβώς κατά πόσον οι γονείς είναι σε θέση να δεχθούν ή επιθυμούν ένα τέτοιο γεγονός. Πρώτα από όλα, όμως, ο ειδικός πρέπει απαραιτήτως να ενημερώσει πλήρως γι' αυτό τους γονείς και το παιδί (είναι αυτονόητο ότι η γλώσσα που θα χρησιμοποιήσει ο ειδικός για την ενημέρωση του παιδιού πρέπει να είναι ανάλογη με την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται).

Είναι σημαντική η πλήρης πληροφόρηση των ιδιοτήτων των φαρμάκων που λαμβάνει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Η φαρμακευτική αγωγή έχει δράση στον τομέα της μάθησης, αλλά και της κοινωνικοποίησης του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο. Εκτενέστερα, τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα (stimulants) που συνταγογραφούνται στη ΔΕΠ-Υ είναι η μεθυλφαινυδάτη, η δεξτροαμφεταμίνη και η πεμολίνη. Η επιστήμη έχει εστιάσει τη μελέτη της στην μεθυλφαινυδάτη, η οποία ελαττώνει την παρορμητικότητα και ενισχύει την κινητικότητα και την επίτευξη των στοχοκατευθυνόμενων συμπεριφορών, όπως επίσης και στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των παιδιών με τους ενήλικες και με τους συνομηλίκους τους. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα δρουν στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στο σύστημα των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης. Παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν λόγω της λήψης των φαρμάκων αυτών είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη, η οποία είναι παροδική (τα παιδιά αποκαθιστούν το ύψος και το βάρος τους μέχρι και την εφηβεία) δυσκολίες ύπνου και διατροφής, δυσθυμία κεφαλαλγία ή κοιλιακά άλγη, τικς (Μαρκοβίτης, Σέμκου και Τζιβινίκου, 2006).

Ιδιαίτερες δυσκολίες είναι δυνατόν να αντιμετωπίσει ο ειδικός όταν πρόκειται να χορηγήσει τη φαρμακευτική αγωγή σε εφήβους. Γι' αυτό είναι απαραίτητο αφενός να τους δώσει επαρκείς εξηγήσεις αναφορικά με τα κύρια προβλήματα τους, αφετέρου να τους πληροφορήσει σχετικά με τον τρόπο επίδρασης του φαρμάκου. Ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να αντιδράσει πολύ αρνητικά, καθώς τα συμπτώματα της διαταραχής σε συνδυασμό με τις ψυχικές μεταπτώσεις της εφηβείας δημιουργούν ένα κλίμα το οποίο μπορεί να επιβαρυνθεί ακόμα περισσότερο με το άκουσμα της φαρμακευτικής αγωγής.

Ακόμη, οι ειδικοί, προτού χορηγήσουν κάποιο φάρμακο, πρέπει να ελέγξουν κατά πόσον είναι δυνατόν το παιδί να παίρνει ανελλιπώς το φάρμακο του (Neuhaus, 1998).

Τέλος, πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν πως η ενδεχόμενη θετική επίδραση των κατασταλτικών φαρμάκων στη διάσπαση της προσοχής και στη μείωση της διασπαστικής συμπεριφοράς δεν δικαιολογεί σε καμία περίπτωση την προτίμηση της φαρμακοθεραπείας ως μοναδικής θεραπευτικής μεθόδου παρέμβασης. Οι περισσότεροι ειδικοί στρέφονται κατά της φαρμακοθεραπείας καθώς έχει αποδειχτεί ότι μακροπρόθεσμα δεν επιφέρει την αναμενόμενη βελτίωση των συμπτωμάτων. Ωστόσο, συμφωνούν ότι σε περιπτώσεις που η λήψη φαρμάκων κρίνεται απαραίτητη,

θα πρέπει να συνοδεύεται οπωσδήποτε και από επιπλέον θεραπευτικές παρεμβάσεις (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

4.5 Συμβουλευτική Γονέων

Η φύση και οι συνθήκες της διαταραχής πρέπει να συζητηθούν πλήρως με τους γονείς. Η αναγνώριση - προσδιορισμός των δύσκολων συμπεριφορών θα οδηγήσει στη δημιουργία στρατηγικών συμπεριφοράς στο σπίτι και στο σχολείο, για την καλύτερη αντιμετώπισή τους με σταθερό και συνεπή τρόπο. Όταν οι σκοποί και οι τεχνικές χρησιμοποιούνται από γονείς και δασκάλους, είναι πιο πιθανό το παιδί να μάθει τι αναμένεται από αυτό και να “χτίσει” πάνω στις υπάρχουσες δυνάμεις του.

Οι γονείς θα πρέπει, επίσης, να συμφωνήσουν μεταξύ τους στο πώς θα υιοθετήσουν μια σταθερή προσέγγιση με το παιδί τους, ακόμη και αν έχουν κατανοήσει διαφορετικά τα προβλήματα (για παράδειγμα, ο ένας γονιός βλέπει το παιδί σαν "άτακτο", ενώ ο άλλος εξηγεί την συμπεριφορά του παιδιού ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης, το θεωρεί δηλαδή “διαφορετικό”). Η ρύθμιση συμπεριφοράς θα βοηθήσει στη βελτίωση της συγκέντρωσης, στην πιο κατάλληλη ανταπόκριση στις κοινωνικές περιστάσεις και στη μείωση των ξεσπασμάτων θυμού και των επιθετικών εκρήξεων (Γκαραγκούνη-Αραίου, Σολομωνίδου, Ζαφειροπούλου, 2003).

Όταν έχει κανείς να διαχειριστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να αισθάνεται αδυναμία, ανασφάλεια, απογοήτευση ή θυμό. Σ' αυτή την περίπτωση, οι γονείς θα πρέπει να είναι γεμάτοι με κατανόηση, υποστήριξη, αυτοπεποίθηση και θετική στάση απέναντι στο παιδί τους.

Το πρώτο βήμα για την υποστήριξη ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι η αποδοχή της δυσκολίας του. Καμία μορφή πίεσης ή τιμωρίας απέναντι στο παιδί δεν θα φέρει

θετικά αποτελέσματα. Οι γονείς θα πρέπει να είναι σε θέση να διαμορφώσουν κατανοητική στάση ως προς το “τι δεν μπορεί να κάνει το παιδί τους” και “τι δεν θέλει να κάνει”. Σε περίπτωση που το παιδί καταβάλλει προσπάθεια, οι γονείς θα πρέπει να το στηρίζουν και να ανταμείβουν την προσπάθειά του. Οι τρόποι ανταμοιβής είναι πολλοί.

Καλό είναι να χρησιμοποιούν λεκτικούς και μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας. Για παράδειγμα, να επικροτούν την προσπάθειά του μιλώντας του θετικά, να το φιλούν, να το επιβραβεύουν, να το αγκαλιάζουν κτλ. Να μην αντιμετωπίζουν θετικά μόνο την πολύ μεγάλη προσπάθεια του παιδιού, αλλά να είναι θετικοί απέναντί του, ανεξάρτητα από το βαθμό της προσπάθειας του παιδιού, ώστε να συμβάλλουν στην αύξηση της αυτο-εκτίμησης του.

Μια άλλη τακτική που μπορεί να βοηθήσει είναι να γίνονται ορισμένες δραστηριότητες επαναληπτικά. Για παράδειγμα, να τηρείται ένα σταθερό μοτίβο προγράμματος σχετικά με την ώρα του πρωινού ξυπνήματος και όλη τη διαδικασία που ακολουθεί (πλύσιμο δοντιών, πρωινό, ντύσιμο), έτσι ώστε να μάθει το παιδί να διατηρεί ένα σταθερό πρόγραμμα (Κοσμίδου και Κωνσταντίνου, 2011).

Επίσης, οι γονείς θα πρέπει να δίνουν ξεκάθαρες εντολές στο παιδί. Για παράδειγμα, “βάλε τα πόδια σου στο πάτωμα”, ή “μην ακουμπάς τα πόδια σου πάνω στο τραπέζι”. Αυτές είναι παροτρύνσεις που το παιδί δεν θα τις αγνοήσει, αρκεί βέβαια να μην συνοδεύονται από σαρκασμό, γιατί θα τις εκλαμβάνει ως ένα είδος τιμωρίας.

Επίσης, είναι σημαντικό να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες και να περιμένουν πράγματα από τα παιδιά τους στα οποία αυτά θα μπορούν να αντεπεξέλθουν. Οι γονείς είναι εκείνοι που θα πρέπει να βάζουν τα πράγματα σε μια σωστή σειρά. Ας μην προσπαθούν να αντιμετωπίσουν ταυτόχρονα πολλές και διαφορετικές μορφές συμπεριφοράς του παιδιού.

Τέλος, διάφοροι θεραπευτές ανά τον κόσμο προτείνουν ως βοήθεια των γονιών προς το παιδί με ΔΕΠ-Υ, την μέθοδο “time out”, δηλαδή “δώστε χρόνο στο παιδί σας”. Αυτή η μέθοδος έχει πολύ θετικές επιπτώσεις σε μικρά παιδιά. Σε περίπτωση μιας επιθετικής συμπεριφοράς, το παιδί παραμένει στο δωμάτιο του για 1-10 λεπτά. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην υπάρχουν γύρω του παιχνίδια στα

οποία θα μπορεί να εκτονώσει την επιθετικότητα του. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα είναι αναγκαία η επιβράβευση της προσπάθειάς του.

Όλοι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι ήρεμοι και χωρίς στρες. Η βοήθεια από ειδικούς είναι απαραίτητη. Μόνο έτσι, θα βρίσκονται σε θέση να ξεπεράσουν τις ενοχές και τον φόβο τους και παράλληλα να βοηθήσουν τα παιδιά τους (Αντωνίου, 2008).

4.6 Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στους Ενήλικες

Η θεραπευτική παρέμβαση που χρησιμοποιείται στους ενήλικες ανήκει στην πολυεπίπεδη προσέγγιση. Σε αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να συμμετέχουν τα οικεία πρόσωπα του ασθενή, όπως και ο ίδιος ο ασθενής. Η συνδυαστική – πολυεπίπεδη προσέγγιση συνδυάζει φαρμακευτική αγωγή, ατομική ψυχοθεραπεία αλλά και ψυχοεκπαίδευση.

Η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ μπορεί να υποχωρήσει τόσο στη παιδική ηλικία όσο και στην ενηλικίωση. Η επίδραση που ασκούν τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (μεθυλφαινιδάτη και δεξαμεταμίνη) αλλά και η επίδραση της μη διεγερτικής ατομοξετίνης έχει αποδειχθεί πως είναι θετική στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Μέσα από μελέτες φαίνεται πως η επίδραση των συγκεκριμένων φαρμάκων στους ενήλικες είναι εξίσου θετική. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα του κεντρικού νευρικού συστήματος θεωρούνται αξιόπιστα, καθώς έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά. Επιπλέον, τα παραπάνω φάρμακα σε συνδυασμό με την ατμοεξίνη αποτελούν εξειδικευμένη φαρμακευτική θεραπεία για τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Κάποια άλλα φάρμακα που αναφέρονται ως αποτελεσματικά είναι η βουπροπιόνη, η βενλαφαξίνη, η μοδαφινίλη και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, 2012).

Όταν παρουσιάζεται συννοσηρότητα θα πρέπει να πραγματοποιείται ενδελεχής και ακριβής αξιολόγηση. Όταν συνυπάρχουν σοβαρές διαταραχές της ψυχικής υγείας (οξεία ψύχωση, η μείζων κατάθλιψη, η μανία και η κατάχρηση

αλκοόλ και άλλων ουσιών) απαιτείται η αντιμετώπιση πρώτα των συνοδών διαταραχών και έπειτα της ΔΕΠ-Υ.

Το πιο συχνό διεγερτικό φάρμακο του ΚΝΣ, που χρησιμοποιείται στους ενήλικες είναι η μεθυλφαινιδάτη, η δοσολογία της οποίας είναι 72 mg μία με δύο φορές ημερησίως. Η ατομοξετίνη δρα αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης. Αρχικά, χορηγείται σε δόσεις των 40 mg, ενώ μετά από 14-30 ημέρες μπορεί να χορηγείται σε δόσεις των 120 mg μία με δύο φορές ημερησίως.

Η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ βελτιώνεται με την χορήγηση των διεγερτικών φαρμάκων, όπως επίσης βελτιώνονται και άλλες δυσκολίες που παρουσιάζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ όπως έλλειψη αυτοεκτίμησης, ξεσπάσματα θυμού, συναισθηματικά σκαμπανευάσματα, δυσκολίες κοινωνικές προσαρμογής.

Οι παρενέργειες που εμφανίζονται από τη χορήγηση των διεγερτικών φαρμάκων είναι συνήθως ήπιας μορφής και διαρκούν για κάποιο χρονικό διάστημα. Στις παρενέργειες αυτές ανήκουν: πονοκέφαλος, ανορεξία, ταχυκαρδία, δυσθυμία, νευρικότητα, αίσθηση ξηρότητας στη στοματική κοιλότητα και διαταραχές ύπνου. Η χορήγηση αυτών των φαρμάκων δεν συνιστάται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, όπως επίσης αντενδείκνυται και σε βαριές περιπτώσεις ψυχωτικών ασθενών. Επιπλέον, δεν απαγορεύεται σε περιπτώσεις αρτηριακής υπέρτασης, αρρυθμίες, μυοκαρδιοπάθειες, στηθάγχη, υπερθυρεοειδισμός και γλαύκωμα. Ωστόσο, η χορήγηση τους σε άτομα που εμφανίζουν τικ δεν θεωρείται επιβαρυντική, καθώς δεν ασκούν επίδραση στην αντίληψη τους.

Αυτό που προβληματίζει τους ειδικούς στην χορήγηση των διεγερτικών φαρμάκων είναι ο φόβος κατάχρησης των ουσιών αυτών. Η κατάχρηση των διεγερτικών φαρμάκων εξαρτάται από τον τρόπο χορήγησης τους, αλλά και από το πόσο γρήγορα μπορούν να δράσουν. Χορήγηση των φαρμάκων αυτών μέσω του φλεβικού συστήματος, όπως και μέσω της ρινικής οδού, μπορεί να αυξήσει σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα τη ντοπαμίνη στον εγκέφαλο. Ενώ η χορήγηση των φαρμάκων μέσω της στοματικής κοιλότητας, φαίνεται να εμφανίζει μικρότερες πιθανότητες κατάχρησης.

Ένας ενήλικας με ΔΕΠ-Υ χρήζει διαφορετικής ψυχοκοινωνικής και ψυχολογικής παρέμβασης από ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, λόγω της διαφορετικής φύσης

των δυσκολιών που εμφανίζει. Η βοήθεια που θα λάβει ένας ενήλικας θα πρέπει να είναι ανάλογη τόσο με την ηλικία του όσο και με τη διαταραχή που εμφανίζει. Κάποιες από αυτές τις μεθόδους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αποτελεσματική υποστήριξη ενός ενήλικα είναι η ψυχοεκπαίδευση, η συμπεριφορική προσέγγιση και η βοήθεια στην οργάνωση της καθημερινότητας.

Η βοήθεια ενός ατόμου στην οργάνωση των καθημερινών του δραστηριοτήτων αποτελεί ένα είδος ψυχοθεραπείας που μπορεί να εφαρμοστεί ατομικά ή ομαδικά. Η υποστηρικτική καθοδήγηση στοχεύει στην υιοθέτηση μηχανισμών επίλυσης προβλημάτων πρακτικού περιεχομένου. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στα προβλήματα της καθημερινότητας λόγω της διαταραχής που παρουσιάζουν. Συνεπώς, ακολουθούν τεχνικές οι οποίες δεν είναι κατάλληλες, λόγω της δυσκολίας τους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα. Επίσης στόχος της είναι η αποδοχή της ΔΕΠ-Υ, η σωστή διαχείριση του χρόνου, η εκτέλεση μιας δραστηριότητας κάθε φορά, η εκμάθηση σωστού τρόπου διαχείρισης των οικονομικών και οικιακών προβλημάτων και η κατανόηση των συναισθηματικών εκδηλώσεων που προέρχονται από τη διαταραχή. Το πιο ενδεδειγμένο μοντέλο θεραπείας για ενήλικες με ΔΕΠ-Υ αποτελεί ο συνδυασμός της γνωσιακής προσέγγισης, της φαρμακευτικής αγωγής και της υποστηρικτικής καθοδήγησης (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, 2012).

Η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να βελτιώσει τη συμπτωματολογία της, καθώς επίσης και να επιφέρει την κοινωνική επανένταξη του ατόμου με ΔΕΠ-Υ. Οι στόχοι ενός θεραπευτικού προγράμματος για την αποκατάσταση της ΔΕΠ-Υ είναι η αύξηση της λειτουργικότητας στους παρακάτω τομείς: αυτοεκτίμηση, ψυχολογία, οικογένεια, ακαδημαϊκή εκπαίδευση.

Συμπερασματικά, όταν η ΔΕΠ-Υ παραμένει στην ενήλικη ζωή, μπορεί να επιβαρύνει το άτομο ψυχοκοινωνικά, αλλά και να αποτελέσει πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη συνοδών διαταραχών. Την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ θα μπορούσε να ενισχύσει η εξειδικευμένη εκπαίδευση των θεραπειών, αλλά και η ύπαρξη ειδικών δομών. Κατά αυτόν τον τρόπο η διάγνωση θα γίνεται με ακρίβεια και η θεραπεία με σίγουρα αποτελέσματα (Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου, 2012).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα(ΔΕΠ-Υ) είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας, σύμφωνα με τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς λειτουργικότητας του παιδιού, χαρακτηρίζεται από διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και προκαλεί σοβαρές και επίμονες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον.

Από το 1798, που περιγράφηκε για πρώτη φορά, η ορολογία της διαταραχής έχει μεταβληθεί αρκετές φορές. Αρχικά, ονομάστηκε «εγκεφαλική βλάβη», μετέπειτα πήρε τον χαρακτηρισμό «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία», «Υπερκινητικό Σύνδρομο» και «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία». Από το 1994, όμως, το DSM-IV καθιέρωσε τον όρο «Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα» (ΔΕΠ-Υ) και «Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής » (ΔΕΠ) που διατηρείται μέχρι και σήμερα.

Οι τύποι της ΔΕΠ-Υ είναι τρεις και υπάρχουν ακόμα δύο άλλες κατηγορίες για να ενταχθούν χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ που διαφέρουν από τους τρεις τύπους. Έτσι, διακρίνουμε α)τον συνδυασμένο τύπο, όπου πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα συμπτώματα σε κάθε κατηγορία (προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα) τους τελευταίους έξι μήνες και αποτελεί τον πιο διαδεδομένο σε συχνότητα τύπο, β)

τον τύπο με Προεξάρχοντα την Απροσεξία, όπου πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα κριτήρια Απροσεξίας (αλλά λιγότερα από έξι της Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας) τους τελευταίους έξι μήνες και γ) τον τύπο με Προεξάρχοντα την Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα, όπου πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα κριτήρια της Υπερκινητικότητας (αλλά λιγότερα από έξι της απροσεξίας) τους τελευταίους έξι μήνες. Οι δύο επιπλέον κατηγορίες είναι: α) διαταραχή σε μερική ύφεση, όπου συγκαταλέγονται τα άτομα που δεν εμφανίζουν έντονα τα συμπτώματα της διαταραχής και β) διαταραχή Μη Αλλιώς Καθοριζόμενη (NOS), όπου συγκαταλέγονται διαταραχές με συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ.

Για να λάβει κάποιος τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητο τα συμπτώματα της διαταραχής(διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα) να έχουν κάνει την πρώτη τους εμφάνιση πριν την ηλικία του 7^{ου} έτους, να εμφανίζονται σε περισσότερες από μία καταστάσεις, να είναι διακριτά από άλλες διαταραχές και να εμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε τομείς της ζωής του. Τα κύρια χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, λοιπόν, διακρίνονται σε τρία είδη συμπτωμάτων, τα οποία αναφέρονται στο DSM-V: α) Συμπτώματα που αφορούν την απροσεξία, δηλαδή, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής και παρατεταμένη διατήρηση της προσοχής, β) συμπτώματα που αφορούν την παρορμητικότητα και γ) την υπερκινητικότητα, δηλαδή, ελλειμματική ικανότητα αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων και έντονη κινητική δραστηριότητα. Τα ελλείμματα αυτά αποτελούν τα κυρίαρχα κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ.

Τα τελευταία χρόνια, έχουν αυξηθεί σημαντικά και οι έρευνες που ασχολούνται με τα πιθανά αίτια της ΔΕΠ-Υ. Μέχρι σήμερα, έχουν αναφερθεί αρκετοί αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, παρ' όλα αυτά οι έρευνες δεν έχουν οδηγηθεί σε ακριβή συμπεράσματα, λόγω απουσίας τεκμηριωμένων αποδείξεων. Η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με αρκετούς παράγοντες, αλλά δεν είναι γνωστοί οι κυρίως υπεύθυνοι για τα κλινικά χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής. Ωστόσο, παρ' όλο που τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν την άποψη ότι η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική, τον μεγαλύτερο ρόλο φαίνεται να έχουν τόσο οι γενετικοί όσο και οι νευρολογικοί παράγοντες. Επιπλέον, δίνεται σημαντική βάση και στους βιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι αφορούν την λειτουργία και τη δομή του εγκεφάλου.

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία πολυδιάστατη και περίπλοκη διαταραχή. Για να την προσδιορίσουμε, είμαστε αναγκασμένοι να βασιζόμαστε σε περιγραφές των κλινικών χαρακτηριστικών της. Συχνά, οι περιγραφές εστιάζονται στο ένα ή το άλλο μέρος του συνδρόμου, δίνοντας έτσι μεγαλύτερη έμφαση στη μία ή στην άλλη έκφασή του. Όταν, όμως, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε ένα μόνο μέρος του συνδρόμου, υπάρχει κίνδυνος να αγνοηθεί ένα άλλο. Συγκεκριμένα, αν ο ειδικός εστιάσει μόνο στη διάσπαση της προσοχής, υπάρχει κίνδυνος να εξαιρεθούν αρκετοί άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι μπορεί να είναι υπερκινητικοί και παρορμητικοί. Γι' αυτόν το λόγο, πρέπει να διαχωρίζεται η ΔΕΠ-Υ από την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή, τη Διαταραχή Διαγωγής, τις Διαταραχές της Διάθεσης και τη φυσιολογική ζωηρότητα, η οποία αποτελεί και τη μεγαλύτερη «παγίδα» για τους ειδικούς.

Από την άλλη πλευρά, σπάνια η ΔΕΠ-Υ υφίσταται χωρίς συνυπάρχουσες διαταραχές. Οι δυσκολίες που μπορεί να περιλαμβάνουν αυτές οι διαταραχές είναι αναπτυξιακά, ακαδημαϊκά, κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς. Αρχικά, λοιπόν, η πιο συχνή διαταραχή που συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ είναι η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ.) (Oppositional Defiant Disorder – ODD) σε ποσοστό 40-65%. Ακόμη, η ΔΕΠ-Υ έχει συνδεθεί με τις αγχώδεις διαταραχές, τον αυτισμό, τις διαταραχές ύπνου, τις μαθησιακές δυσκολίες, την κατάθλιψη ή τις διαταραχές συμπεριφοράς και της προσωπικότητας. Επίσης, έρευνες δείχνουν συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τη Διπολική διαταραχή(Δ.Δ.) σε ποσοστό 11% των παιδιών, ενώ μία ακόμη διαταραχή που ενδέχεται να συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ είναι και η διαταραχή της κεντρικής ακουστικής επεξεργασίας.

Ένας από τους τομείς ανάπτυξης του παιδιού, ο οποίος επηρεάζεται από την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ, είναι και ο τομέας της νοητικής ανάπτυξης. Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει την νοητική ανάπτυξη του παιδιού με δύο τρόπους: Πρώτον, επηρεάζει την απόκτηση των γνωστικών δεξιοτήτων και, δεύτερον, επηρεάζει την ικανοποιητική και αποτελεσματική αξιοποίηση των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί. Από επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης, ο δείκτης νοημοσύνης δείχνει ότι μειονεκτούν κατά 7-15 μονάδες, σε σχέση με τα παιδιά αντίστοιχης ηλικίας. Ωστόσο, έχουν τεράστιες ικανότητες στο να είναι δημιουργικά και να σκέφτονται πλευρικά και αν χειρίζονται σωστά τον αυθορμητισμό τους, μπορούν να εξελιχθούν σε εξαιρετικά ενεργούς ενήλικες.

Εξαιτίας των πολλαπλών αλλαγών που έχει υποστεί ο ορισμός της ΔΕΠ-Υ και επειδή δεν υπάρχουν, μέχρι στιγμής, αντικειμενικές μετρήσεις, δεν μπορεί να

εκτιμηθεί με ακρίβεια η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής. Οι περισσότεροι ειδικοί, όμως, εκτιμούν ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται μεταξύ 3%- 5% των παιδιών. Ωστόσο, η συχνότητα μεταβάλλεται ανάλογα με τον τρόπο που ορίζεται η ΔΕΠ-Υ κάθε φορά, τον πληθυσμό που εξετάζεται και τις απόψεις της πλειονότητας των ειδικών.

Εκτός από τα συμπτώματα της διαταραχής, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν και μια έντονη ψυχοπαθολογία ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται. Αρχικά, οι δυσκολίες της διαταραχής που εμφανίζονται στη βρεφική ηλικία αφορούν το έντονο, οξύ και μεγάλης διάρκειας κλάμα του μωρού, την δύσκολη μετάβαση από το γάλα σε στερεά τροφή και τον ανήσυχο ύπνο του.

Δευτερευόντως, στην προσχολική ηλικία διακρίνονται οι τριβές με τους συνομηλίκους, οι δυσχέρειες στην οικογενειακή σταθερότητα, λόγω της υπερδραστηριότητας, η έντονη παρορμητικότητα και η ανεξάντλητη ενεργητικότητα. Σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, παρατηρούνται και τα πρώτα αισθήματα απογοήτευσης για δεξιότητες που ενδεχομένως δεν κατακτιούνται εύκολα, οργής και επιθετικότητας.

Κατόπιν, με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο εμφανίζονται νέες προκλήσεις που σχετίζονται με τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και τη συμμόρφωση σε σχολικούς κανόνες. Ακόμη, στο σχολείο γίνονται περισσότερο αισθητά τα ελλείμματα στη διατήρηση της προσοχής, στις εκτελεστικές λειτουργίες και στη μνήμη εργασίας. Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την έντονη κινητικότητα, δημιουργούν αναστάτωση μέσα στη τάξη.

Κατά την εφηβεία, τα συμπτώματα διάσπασης της προσοχής διατηρούνται, ενώ η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα φαίνεται να υφίστανται μια μείωση. Τα παιδιά και μετέπειτα οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες σε όλους τους τομείς, με αποτέλεσμα η μείωση της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας να μη γίνεται τόσο αντιληπτή. Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει και στην εφηβεία τις ακαδημαϊκές επιδόσεις σε τέτοιο βαθμό, ώστε πολλές φορές να διακόπτεται και η φοίτηση στο σχολείο. Πολλές είναι οι περιπτώσεις της νεανικής παραβατικότητας και σε αυτό το στάδιο ξεκινούν και τα προβλήματα με την εξουσία. Προκειμένου να συγκαλύψουν τα συμπτώματα της διαταραχής, πολλοί έφηβοι καταφεύγουν σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές (π.χ. κάπνισμα, τροχαία ατυχήματα, παραβιάσεις κανόνων). Επιπλέον, συνηθισμένο φαινόμενο είναι και η ένταξη σε περιθωριακές ομάδες, με απώτερο

στόχο την αποφυγή της συναισθηματικής αναξιότητας που δημιουργείται λόγω των επαναλαμβανόμενων αποτυχιών στο σχολικό και κοινωνικό τομέα.

Σε περιπτώσεις που έχει γίνει έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής, στην ενήλικη ζωή τα συμπτώματα είναι ήπια και δεν βλάπτουν σε τόσο μεγάλο βαθμό τη λειτουργικότητα του ατόμου, εφόσον, βέβαια, έχει ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Σε περιπτώσεις, όμως, που δεν έχει τεθεί η διάγνωση, το άτομο δεν είναι σε θέση να κατανοήσει και να διαχειριστεί τη συμπεριφορά του.

Επιπλέον, η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει έντονα και τον λόγο. Υποστηρίζεται ότι το 6-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αργεί να μιλήσει. Ο λόγος της καθυστέρησης βρίσκεται στην έντονη διάσπαση της προσοχής. Η έλλειψη συγκέντρωσης δεν επιτρέπει στα παιδιά να παρατηρήσουν προσεκτικά τον λόγο του οικείου περιβάλλοντος, ώστε να μιμηθούν συγκεκριμένα πρότυπα ομιλίας.

Τα παιδιά δυσκολεύονται και στην άρθρωση ορισμένων φωνημάτων και συμπλεγμάτων όπως /v/, /l/, /δ/, /θ/, /ks/, /ps/, /ts/, /kr/. Ακόμη, παρατηρείται επιρροή στην ακουστική διάκριση, δηλαδή στην πρόσληψη, ανάλυση, οργάνωση και χρήση των πληροφοριών που περιέχονται στα λεκτικά μηνύματα. Επίσης, η σύνταξη του προφορικού λόγου είναι ιδιαίτερα απλή, καθώς παραλείπονται ακόμη και τα ρήματα σε πολλές περιπτώσεις. Επιπλέον, τα παιδιά με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό - Παρορμητικό Τύπο εκδηλώνουν πολύ ταχύ ρυθμό ομιλίας, παραπέμποντας τους ειδικούς στην ταχυλαλία. Τέλος, η ομιλία τους είναι πολλές φορές δυσκατάληπτη.

Τις περισσότερες φορές, η ΔΕΠ-Υ τείνει να συνυπάρχει και με τις Μαθησιακές δυσκολίες. Έρευνες υποστηρίζουν ότι οι δυσκολίες στην αριθμητική αποτελούν πιο σπάνιο φαινόμενο για τη ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, όταν υφίστανται περιλαμβάνουν ελλείμματα στην ακρίβεια και στην ταχεία επίλυση αριθμητικών υπολογισμών. Ένας άλλος τομέας που υφίσταται πλήγμα είναι και η γραφή. Η αδυναμία οπτικοκινητικού συντονισμού, η οποία παρατηρείται στο 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αποτελεί την αφετηρία διαταραχών της γραφής. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται φτωχή οργάνωση του γραπτού υλικού στον διαθέσιμο χώρο, ακανόνιστα διαστήματα μεταξύ των λέξεων, αλλά και μεταξύ των γραμμάτων των λέξεων, απροσδιόριστο μέγεθος και μορφή γραμμάτων, φτωχή στοίχιση, συχνό σβήσιμο, παραλείψεις και αντιμεταθέσεις γραμμάτων

Ακόμη, η Δυσλεξία περιλαμβάνει και αυτή δυσκολίες στη φωνολογική απόδοση και την κατανόηση μιας λέξης ή ενός κειμένου. Οι δυσκολίες αυτές έχουν αιφνίδια έναρξη και δεν οφείλονται σε νοητικές διαταραχές, ελλιπή εκπαίδευση ή σε

αισθητηριακά ελλείμματα. Το ποσοστό συννοσηρότητας ανάμεσα στη Δυσλεξία και τη ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται γύρω στο 40% και τα ελλείμματα αφορούν, κυρίως, την ικανότητα προσοχής και ελέγχου, την πρόσληψη φωνολογικών πληροφοριών και τη διάκριση φωνημάτων.

Η πραγματολογία αποτελεί βασικό τομέα της γνωστικής και γλωσσικής ανάπτυξης. Οποιαδήποτε διαταραχή σε αυτήν επιφέρει δυσκολίες στη γενικότερη ανάπτυξη του ατόμου. Ελλείμματα στη προ-λεκτική επικοινωνία δημιουργούν προβλήματα στη λεκτική και στη μη λεκτική επικοινωνία, στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στη συμβολική αφηρημένη σκέψη, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε έλλειψη συμβολικού παιχνιδιού και φαντασίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να αναπτύσσει στερεοτυπίες, προκειμένου να απασχολείται και να αποφεύγει τα ερεθίσματα που το δυσκολεύουν. Επίσης, τα ελλείμματα στη λεκτική επικοινωνία δημιουργούν προβλήματα στη κοινωνική συνδιαλλαγή, αφού το παιδί δε κατανοεί τις προθέσεις και τις προσδοκίες των άλλων. Επιπρόσθετα, εκτός από την πραγματολογία, η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τη σημασιολογία, τη γραμματική και τη φωνολογία σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό αντίστοιχα.

Ακόμη, η φωνή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι βραχνή, αχνή, τρικτή ή πεπιεσμένη ανάλογα με τη φθορά που έχει προκληθεί. Τις περισσότερες φορές, οι κραυγές και οι τσιρίδες των παιδιών προκαλούν την εμφάνιση οζιδίων, με αποτέλεσμα η φωνή τους να γίνεται όλο και πιο βραχνή. Επομένως, από τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα είναι περισσότερο υπεύθυνες για τις διαταραχές φώνησης σε σχέση με τη διάσπαση προσοχής. Η διαρκής και μεγάλης έντασης φώνηση προκαλεί υπερλειτουργία της φωνής, προσθέτοντας μία ακόμη δυσκολία που χρήζει έγκαιρης παρέμβασης.

Τέλος, η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που επιδέχεται πολλές και διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η πρώιμη παρέμβαση συμβάλλει στην ομαλότερη εξέλιξη της διαταραχής και στον περιορισμό των συνεπειών της. Παρόλο που οι θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι πολλές, η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής είναι η μόνη θεραπευτική μέθοδος που αμφισβητείται. Θεραπευτικές κατευθύνσεις θα πρέπει να λαμβάνουν όχι μόνο οι γονείς των παιδιών αλλά και οι εκπαιδευτικοί, για να εξασφαλιστεί η ομαλή ένταξη των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον.

Η ΔΕΠ-Υ, λοιπόν, είναι μια μακροχρόνια διαταραχή, αλλά με την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση περιορίζεται η επιρροή της στη λειτουργικότητα του

ατόμου. Η συγκεκριμένη εργασία εξασφάλισε σε εμάς βαθύτερη γνώση για τη ΔΕΠ-Υ, βοηθώντας να πετύχουμε τον αρχικό μας στόχο, αλλά μας απέδειξε κιόλας για ακόμη μία φορά τη τεράστια σημασία της έγκαιρης διάγνωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- ❖ Αντωνίου Φ.: Ενίσχυση της αναγνωστικής κατανόησης. Γράφημα, Θεσσαλονίκη, 2008.
- ❖ Βάρβογλη Λ. : Τι συμβαίνει στο παιδί; Καστανιώτη, Αθήνα, 2005.
- ❖ Βάρβογλη Λ. και Γαλάνη Μ. : Η διάγνωση της Διάσπασης της Προσοχής. Καστανιώτη, Αθήνα, 2007.
- ❖ Βάρβογλου Λ.: Η Διάγνωση της Διάσπασης της Προσοχής – Πρακτικός Οδηγός. Καστανιώτη, Αθήνα, 2007.
- ❖ Βλασσοπούλου Μ., Γιαννετοπούλου Α., Διαμαντή Μ., Κιρπότην Λ., Λεβαντή Ε., Λευθήρη Κ., Σακελλαρίου Γ.: Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο Πλαίσιο της Σχολικής Μάθησης. ΓΡΗΓΟΡΗ, Αθήνα ,2007.
- ❖ Βογινδρούκας Ι., Καλομοίρης Γ., Παπαγεωργίου Β.: Αυτισμός, θέσεις και προσεγγίσεις. Ταξιδευτής, Αθήνα, 2007.
- ❖ Βογινδρούκας Ι., Οκαλίδου Α., Σταυρακάκη Σ. :Αναπτυξιακές Γλωσσικές Διαταραχές. Επίκεντρο, Θεσσαλονίκη, 2010.
- ❖ Γκαραγκούνη-Αραίου Φ., Σολομωνίδου Χ., Ζαφειροπούλου Μ.: Απόψεις και στάσεις εκπαιδευτικών για την αντιμετώπιση παιδιών με στοιχεία διάσπασης προσοχής ή/και με υπερκινητικότητα. Παιδαγωγική Επιθεώρηση, Αθήνα, 2003.

- ❖ Δαβάζογλου Α. και Κόκκινος Κ.: Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μία εισαγωγή στην ειδική εκπαίδευση. Τόπος, Αθήνα, 2011.
- ❖ Ζαφειροπούλου Μ.: Το Υπερκινητικό παιδί και τα Προβλήματά του. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
- ❖ Κάκουρος Ε. : Το Υπερκινητικό Παιδί. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001.
- ❖ Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ.: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα. Ελληνικά Γράμματα , Αθήνα, 2005.
- ❖ Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ.: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα. GUTENBERG , Αθήνα, 2012.
- ❖ Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ. : Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006.
- ❖ Καλαντζή-Αζίζι Α. και Ζαφειροπούλου Μ.: Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2004.
- ❖ Καλατζή - Αζίζι Α., Αγγέλη Κ., Ευσταθίου Γ.: Η Στάθμιση της Κλίμακας Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ σε ελληνικό πληθυσμό. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2006.
- ❖ Κουράκης Σ.: "Απρόσεχτος συχνά, αδιάφορος ποτέ!". Πρωτότυπη Παγκόσμια έρευνα Παιδοψυχολογίας, Κρήτη, 2004.
- ❖ Κουρκούτας Η.: Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά – Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου. Τόπος, Αθήνα, 2011.
- ❖ Κωνσταντίνου Μ. και Κοσμίδου Μ. : Νευροψυχολογία των μαθησιακών διαταραχών. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε , Θεσσαλονίκη, 2011.
- ❖ Λιβανίου Ε.: Μαθησιακές Δυσκολίες και Προβλήματα Συμπεριφοράς στην Κανονική Τάξη. ΚΕΔΡΟΣ, Αθήνα, 2004.
- ❖ Μαλεγιαννάκη Α., Μεσσήνης Λ., Παπαθανασόπουλος Π. : Κλινική Παιδονευροψυχολογία. GOTSIS, Αθήνα, 2012.
- ❖ Μαρκοβίτης Μ., Σέμκου Α., Τζιβνίκου Σ.: Προβλήματα Προσχολικής Ηλικίας. Αυτοέκδοση, Θεσσαλονίκη, 2006.
- ❖ Μπεζεβέγκης Η.: Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Guntenberg, Αθήνα, 2007.
- ❖ Μπότσας Γ.: Ενίσχυση των γνωστικών και συναισθηματικών χαρακτηριστικών των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες. Γράφημα, Θεσσαλονίκη, 2008.
- ❖ Νικολόπουλος Δ. : Γλωσσική ανάπτυξη και διαταραχές. Τόπος, Αθήνα, 2008.
- ❖ Ουλής Π. : Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας. Βήτα, Αθήνα, 2012.

- ❖ Παπαγεωργίου Β. : Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων. UNIVERSITY STYDIO PRESS, Θεσσαλονίκη, 2005.
- ❖ Πεχλιβανίδης Α., Σπυροπούλου Α., Γαλανόπουλος Α., Παπαχρήστου Χ.Α.: Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(5), 562 – 576, 2012.
- ❖ Ρούσσου Α.: Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής (επιμέλεια Τσιάντης Γ. & Μανωλόπουλος Σ.). Καστανιώτη, Αθήνα, 1998.
- ❖ Τσιάντης Γ. : Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική. Καστανιώτη, Αθήνα, 2001.
- ❖ Χριστοδουλίδου F.N & Συνεργάτες .: Ψυχιατρική. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2004.

Ξενόγλωση Βιβλιογραφία Μεταφρασμένη στα Ελληνικά

- ❖ Ashley S.: Απαντήσεις για το Σύνδρομο Άσπεργκερ. Μετάφραση: Νικολαέφ Β. Πατάκη, Αθήνα, 2010.
- ❖ Davis R.: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000.
- ❖ Hallowell E. & Ratey J.: Ζώντας με τη Διάσπαση. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ, Αθήνα, 2003.
- ❖ Heward W.: Παιδιά με Ειδικές Ανάγκες. Μετάφραση: Λυμπεροπούλου Χ. Τόπος, Αθήνα, 2011.
- ❖ Hillenbrand C.: Εισαγωγή στην Παιδαγωγική των Διαταραχών Συμπεριφοράς. Μετάφραση: Τσορμπατσούδης Χ. Έλλην, Αθήνα, 2011.
- ❖ Neuhaus C.: Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματα του. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.

Ξενόγλωση Βιβλιογραφία

- ❖ Barkley R. A.: Attention- deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Press, New York, 1998.

- ❖ Barkley R. A.: Major life activity and health outcomes associated with Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder. Journal of Clinical Psychiatry, New York, 2002.
- ❖ Barkley R. A.: The relevance of the Still lectures to attention- deficit/ hyperactivity disorder. Journal of Attention Disorder, New York, 2006.
- ❖ Biederman J., Faraone S.V., Keenan K.g Steingard R., Tsuang M.T.: Family association between attention deficit disorder (ADD) and anxiety disorder. American Journal of Child Neurology, New York, 1991.
- ❖ Cohen N.J., Barwick M.A., Horodesky W.B., Vallance D.D., Im N.: Language, achievement and cognitive processing in psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. Journal of Child Psychology and Psychiatry, New York, 1998.
- ❖ Davinson G.C. & Naele J.M.: Abnormal Psychology. John Willey & Sons Inc., USA, 1993.
- ❖ Geller B., Zimmerman B., Williams M., Bolhofner K., Craney JL., Delbello MP., et. al.: Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorders biotype by gender, puberty and comorbidity attention – deficit hyperactivity disorder of Child Adolence. Psychopharmacology, U.S.A, 2000.
- ❖ Halmey A., Hallenland H., Dramsdahl M., Bergsholm P., Fasmer OB., Haavik J.: Bipolar symptoms in adult attention – deficit / hyperactivity disorder: across - sectional study of 510 clinically diagnosed patients and 417 population based controls. Journal of Clinically Psychiatry, New York, 2010.
- ❖ Kaplan, H.I. & Sadock, B.J.: Synopsis of Psychiatry (6η Έκδοση). Williams and Wilkins, Baltimore, 1991.
- ❖ Kay J., Tasman A., Lieberman J.A.: Psychiatry Behavioral Science and Clinical Essentials. W.B Saunders Company, U.S.A, 2004.
- ❖ Kewly G.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. What can Teachers Do? 2nd Edition. Taylor & Francis, U.S.A, 2010.
- ❖ Pavlidis G. Th. & Giannouli V.: Linking ADHD – Dyslexia and Specific Learning Difficulties. The SAGE Handbook of Emotional and Behavioral Difficulties. Whurr Publishers, London, 2013.

- ❖ Sandberg S., Day R., Trott G. E.: Clinical Aspects. In S. SANDBERG Hyperactivity disorders of childhood. Cambridge University Press, Cambridge, 1996.
- ❖ Tannock R.: Language and mental health disorders: The case of ADHD. In W. Ostreng (Ed.), Convergence: Interdisciplinary Communications. Grafisk Center Groset AS., Oslo, 2005.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Όνομα παιδιού:

Ημερομηνία:

Συμπληρώνεται από:

Θέμα:

Από τις παρακάτω καταστάσεις, εμφανίζει το παιδί κάποια συμπεριφορικά προβλήματα; Αν ναι, σημειώστε πόσο σοβαρές είναι κυκλώνοντας τον κατάλληλο αριθμό.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΝΑΙ/ΟΧΙ				ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΟ ΣΟΒΑΡΑ				
	ΗΠΙΑ				ΣΟΒΑΡΑ				
Όταν παίζει με άλλα παιδιά	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν τρώει	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν ντύνεται	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν πλένεται / κάνει μπάνιο	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Όταν μιλάτε στο τηλέφωνο	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν βλέπετε τηλεόραση	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν έχετε επισκέψεις στο σπίτι σας	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν πηγαίνετε επίσκεψη σε κάποιον	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν πηγαίνει στο κρεβάτι	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν είστε στο αυτοκίνητο	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν είναι σχολείο	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν του ζητείται να κάνει μία εργασία	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν είστε σε δημόσιους χώρους	1	2	3	4	5	6	7	8	9

(Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Όνομα παιδιού:

Ημερομηνία:

Συμπληρώνεται από:

Θέμα:

Από τις παρακάτω καταστάσεις, εμφανίζει το παιδί κάποια συμπεριφορικά προβλήματα; Αν ναι, σημειώστε πόσο σοβαρές είναι κυκλώνοντας τον κατάλληλο αριθμό.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΟ ΣΟΒΑΡΑ								
		ΗΠΙΑ					ΣΟΒΑΡΑ			
Όταν κάνει κάποια σχολική εργασία μόνος του		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Κατά την διάρκεια ομαδικών δραστηριοτήτων		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Κατά την διάρκεια ελεύθερου παιχνιδιού		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Κατά την διάρκεια του μαθήματος		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Κατά την διάρκεια του διαλείμματος		1	2	3	4	5	6	7	8	9

Κατά την διάρκεια του κολατσιού	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν βρίσκεται στους διαδρόμους	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν βρίσκεται στο μπάνιο	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Κατά την διάρκεια σχολικής εκδρομής	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Κατά την διάρκεια ειδικών συνελεύσεων	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Όταν βρίσκεται στο λεωφορείο	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Κάποια περιοχή που τον αναστατώνει	1	2	3	4	5	6	7	8	9

(Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

EL CAMINO PEDIATRICS

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΕΠ-Υ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Όνομα παιδιού:

Ηλικία παιδιού:

Φύλο: Α/Θ

Τάξη:

Συμπληρώνεται από: Μητέρα/ Πατέρα/ Κηδεμόνα/ Παππού/ Γιαγιά

Κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την συμπεριφορά του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον, το διάστημα των τελευταίων 6 μηνών.

	Ποτέ ή Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά	Πολύ Συχνά
1. Αποτυγχάνει να εστιάσει την προσοχή του σε σχολικές εργασίες.	0	1	2	3
2. Παρουσιάζει έντονη κινητικότητα ή στριφογυρνά στο κάθισμα.	0	1	2	3

3. Δυσκολεύεται να εστιάσει την προσοχή του σε κάποια δραστηριότητα.	0	1	2	3
4. Σηκώνεται συνέχεια σε περιστάσεις όπου αναμένεται να μείνει καθιστό.	0	1	2	3
5. Όταν του απευθύνουν τον λόγο, φαίνεται να μην ακούει.	0	1	2	3
6. Σκαρφαλώνει ή τρέχει γύρω γύρω όπου αυτό δεν επιτρέπεται.	0	1	2	3
7. Αποτυγχάνει να ολοκληρώσει μία εργασία και δεν ακολουθεί οδηγίες.	0	1	2	3
8. Δυσκολεύεται να παίξει ήρεμα στον ελεύθερο του χρόνο.	0	1	2	3
9. Δραστηριότητες που απαιτούν πνευματική προσπάθεια, συνήθως τις αποφεύγει.	0	1	2	3
10. Μιλάει ακατάπαυστα	0	1	2	3
11. Χάνει αντικείμενα που είναι απαραίτητα για κάποια δραστηριότητα ή εργασία	0	1	2	3
12. Ξεχνάει καθημερινές δραστηριότητες	0	1	2	3
13. Διακόπτει συνέχεια τους άλλους	0	1	2	3

(Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Κλίμακα Αυτοαναφοράς ΔΕΠ-Υ για Ενήλικες (ASRS-v 1.1)

Πίνακας Ελέγχου Συμπτωμάτων

Όνομα:

Ημερομηνία:

Παρακαλώ, απαντήσεις στις ερωτήσεις παρακάτω και αξιολογήστε τον εαυτό σας χρησιμοποιώντας την κλίμακα δεξιά. Καθώς απαντάτε σε κάθε ερώτηση, βάλτε ένα X στο κουτί που περιγράφει καλύτερα πως έχετε νιώσει τους τελευταίους 6 μήνες. Παρακαλώ, δώστε συμπληρωμένο αυτό τον πίνακα στον κλινικό επαγγελματία για συζήτηση του σημερινού ραντεβού.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές	Συχνά	Πολύ
1. Πόσο συχνά έχετε προβλήματα να τελειώσετε τις τελευταίες λεπτομέρειες μιας εργασίας από τη στιγμή που τα δύσκολα μέρη της έχουν ολοκληρωθεί;					
2. Πόσο συχνά έχετε προβλήματα να βάλετε τα πράγματα σε μία σειρά όταν έχετε να					

κάνετε μία εργασία που απαιτεί οργάνωση;
3. Πόσο συχνά έχετε προβλήματα να θυμάστε ραντεβού ή υποχρεώσεις;
4. Όταν έχετε μία εργασία που απαιτεί συλλογισμό, πόσο συχνά αναβάλλετε ή αποφεύγετε να την ξεκινήσετε;
5. Πόσο συχνά παρατηρείτε έντονη κινητικότητα των χεριών και των ποδιών σας ή στριφογυρνάτε όταν απαιτείται να είστε καθισμένος;
6. Πόσο συχνά είστε υπερβολικά ενεργητικός και αναγκασμένος να κάνετε πράγματα λειτουργώντας σαν «μηχανή»;
7. Πόσο απρόσεχτος είστε όταν έχετε να κάνετε κάποια βαρετή δραστηριότητα;
8. Πόσο συχνά η προσοχή σας διασπάται εύκολα από μια βαρετή ή επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα;
9. Όταν σας απευθύνουν τον λόγο, πόσο συχνά δυσκολεύεστε να επικεντρωθείτε σε αυτά που σας λένε;
10. Πόσο συχνά χάνετε τα αντικείμενα σας;
11. Όταν υπάρχει κάποιος θόρυβος, πόσο εύκολα διασπάται η προσοχή σας ενώ κάνετε μία δραστηριότητα;
12. Πόσο συχνά παρουσιάζετε έντονη κινητικότητα σε μία συνεδρίαση ή σε περιστάσεις όπου αναμένεται να είστε ήρεμος;
13. Πόσο συχνά αισθάνεστε αεικίνητος, κάνοντας νευρικές κινήσεις;
14. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να χαλαρώσετε τον ελεύθερο σας χρόνο;
15. Πόσο συχνά πιάνετε τον εαυτό σας να μιλάει ακατάπαυστα, σε κοινωνικές περιστάσεις;
16. Κατά την διάρκεια μιας συζήτησης, πόσες φορές πιάνετε τον εαυτό σας, να διακόπτει τους άλλους;
17. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να περιμένετε την σειρά σας σε περιπτώσεις όπου είναι προαπαιτούμενο;
18. Όταν οι άλλοι είναι απασχολημένοι, πόσο συχνά τους διακόπτετε;

(Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

SNAP-IV ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΔΑΣΚΑΛΟΥΣ

Όνομα: Φύλο: Α/Θ Ηλικία: Τάξη:
 Συμπληρώνεται από: Τύπος Τάξης: Μέγεθος Τάξης:

Για κάθε στοιχείο σημειώστε τη στήλη που περιγράφει καλύτερα το παιδί.

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
1. Συχνά κάνει λάθη απροσεξίας σε λεπτομέρειες κάποιας σχολικής εργασίας ή υποχρέωσης.				
2. Δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε δραστηριότητες παιχνιδιών ή εργασίες.				
3. Όταν του απευθύνουν τον λόγο, φαίνεται να μην ακούει.				
4. Δεν ακολουθεί οδηγίες, αποτυγχάνοντας να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες ή υποχρεώσεις.				
5. Δυσκολεύεται στην οργάνωση δραστηριοτήτων ή εργασιών.				
6. Απεχθάνεται ή αποφεύγει να συμμετέχει σε				

εργασίες που απαιτούν συνεχή διατήρηση πνευματικής προσπάθειας.
7.Συχνά χάνει αντικείμενα που χρειάζεται.
8.Συχνά η προσοχή του διασπάται από εξωτερικά ερεθίσματα.
9.Συχνά χάνει απαραίτητα αντικείμενα.
10.Συχνά δυσκολεύεται να εκτελέσει οδηγίες ή να υπακούσει σε παρακλήσεις.
11.Συχνά παρουσιάζει έντονη κινητικότητα ή στριφογυρίζει στο κάθισμα.
12.Σε περιστάσεις όπου αναμένεται να μείνει καθιστό, αφήνει τη θέση του.
13. Σε περιστάσεις όπου αυτό δεν επιτρέπεται, τρέχει γύρω γύρω ή σκαρφαλώνει.
14.Συχνά δυσκολεύεται να συμμετέχει σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, ήσυχα.
15. Συχνά είναι σε υπερένταση.
16. Συχνά μιλάει ακατάπαυστα.
17. Συχνά απαντάει παρορμητικά πριν ολοκληρωθεί μία ερώτηση.
18. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του.
19.Διακόπτει συνέχεια τους άλλους.
20.Συχνά δυσκολεύεται να ελέγξει την παρορμητικότητα του στην τάξη ή στο σπίτι.
21. Συχνά θυμώνει.
22. Συχνά μπλέκεται σε καυγάδες με ενήλικους.
23.Συχνά αρνείται ή εναντιώνεται σε παρακλήσεις ή κανόνες ενηλίκων.
24.Συχνά εσκεμμένα κάνει πράγματα που ενοχλούν τους άλλους.
25.Συχνά νιώθει ευερέθιστα ή ενοχλείται εύκολα από τους άλλους.
26.Συχνά κατηγορεί τους άλλους, για λάθη δικά του.
27.Θυμώνει εύκολα.
28.Είναι εκδικητικός ή μνησικάκος.
29.Συχνά προκαλεί καυγάδες.
30.Απέναντι σε μορφές εξουσίας, συχνά είναι ανυπάκουο, αρνητικό, προκλητικό ή εχθρικό.
31.Συχνά κάνει έντονους θορύβους.
32.Συχνά είναι παρορμητικός και ενθουσιώδης.
33.Συχνά δεν είναι συνεργάσιμο.
34.Συχνά «το παίζει» έξυπνο.
35.Συχνά είναι πολύ ενεργητικό ή αεικίνητο.
36.Συχνά διακόπτει άλλα παιδιά.
37.Συχνή εναλλαγή της διάθεσης.
38.Όταν δεν ικανοποιούνται οι στόχοι του, ενοχλείται.
39.Συχνά ανακατεύεται στις δραστηριότητες άλλων

παιδιών.
40.Συχνά είναι επιθετικός με τα παιδιά.
41.Συχνά επιθυμεί πράγματα που αποτελούν ιδιοκτησία άλλων.
42.Συχνά εξαπατά.
43.Συχνά παραβαίνει τον νόμο.
44.Έχει συγκεκριμένο τρόπο να παραβιάζει τα βασικά δικαιώματα των άλλων.
45.Αποτυγχάνει να ελέγξει τις επιθετικές ορμές του.
46.Έχει λεκτικά ή κινητικά τικ.
47.Έχει συνεχή κινητική συμπεριφορά.
48.Έχει εμμονές.
49.Έχει ψυχαναγκαστική συμπεριφορά.
50.Συχνά φαίνεται ανυπόμονο ή εκνευρισμένο.
51.Συχνά κουράζεται εύκολα.
52.Συχνά δυσκολεύεται να εστιάσει την προσοχή του.
53.Συχνά είναι ευερέθιστο.
54.Συχνά οι μύες του είναι τεντωμένοι.
55.Συχνά παρουσιάζει έντονη ανησυχία και άγχος.
56.Συχνά νιώθει υπνηλία.
57.Συχνά αναζητά την προσοχή των άλλων.
58.Συχνά έχει αδικαιολόγητη ανάγκη για θαυμασμό ή έλλειψη συναισθηματικής κατανόησης.
59.Συχνά παρουσιάζει ευερέθιστη συμπεριφορά και αστάθεια στις σχέσεις του με τους άλλους.
60.Μερικές φορές, για διάστημα μιας εβδομάδας τουλάχιστον είναι περισσότερο ομιλητικό από ότι το συνηθισμένο.
61. Μερικές φορές, για διάστημα μιας εβδομάδας τουλάχιστον έχει καταιγισμό ιδεών ή λέει ότι σκέψεις του έρχονται στο μυαλό του.
62.Μερικές φορές, για διάστημα μιας εβδομάδας τουλάχιστον νιώθει υπερβολική ευφορία.
63.Μερικές φορές, για διάστημα 2 εβδομάδων τουλάχιστον ασχολείται υπερβολικά με ευχάριστες αλλά και επικίνδυνες δραστηριότητες.
64.Μερικές φορές, για διάστημα 2 εβδομάδων τουλάχιστον έχει ψυχοκινητική ταραχή.
65.Μερικές φορές, για διάστημα 2 εβδομάδων τουλάχιστον, έχει ψυχοκινητική επιβράδυνση.
66.Μερικές φορές, για διάστημα 2 εβδομάδων τουλάχιστον παρουσιάζει έλλειψη ενέργειας.
67.Μερικές φορές, για διάστημα 2 εβδομάδων τουλάχιστον έχει συναισθήματα απαξίωσης.
68.Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, το λιγότερο για ένα χρόνο.
69.Χρόνια συναισθήματα απελπισίας, για ένα χρόνο.

70.Είναι σε υπερεπαγρύπνηση.
71.Είναι ευερέθιστο και έχει ξεσπάσματα θυμού.
72.Έχει συναισθηματική αντίδραση στην πίεση.
73.Δυσκολεύεται να αρχίσει μία σχολική εργασία.
74.Δυσκολεύεται να ασχοληθεί με μία σχολική εργασία, για αρκετή ώρα.
75.Έχει πρόβλημα στο να είναι τακτικό και επιδέξιο στις γραπτές εργασίες στην τάξη.
76.Δυσκολεύεται να πάρει μέρος σε μία δραστηριότητα.
77.Δυσκολεύεται να μεταβεί από το ένα θέμα στο άλλο ή από τη μια διδακτική ώρα στην άλλη.
78.Έχει πρόβλημα στην αλληλεπίδραση με τους συνομήλικους στην τάξη.
79.Δυσκολεύεται να μείνει ήσυχο σύμφωνα με τους κανόνες της τάξης.
80. Έχει πρόβλημα στην αλληλεπίδραση με το προσωπικό.

(Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

ΤΕΣΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΕΠ-Υ

Σε συσχέτισμό με άλλες διαγνωστικές τεχνικές, ο Daniel G. Amen, M.D. χρησιμοποιεί το παρακάτω τεστ με σκοπό τον περαιτέρω καθορισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής. Κανένας ενήλικας με τη διαταραχή δεν παρουσιάζει όλα τα συμπτώματα, αλλά αν παρατηρήσετε έντονη παρουσία πάνω από 20 συμπτώματα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης της διαταραχής.

Παρακαλώ διαβάστε τη λίστα συμπεριφορών και αξιολογήστε τον εαυτό σας σε κάθε συμπεριφορά ξεχωριστά. Χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα και τοποθετήστε τον κατάλληλο αριθμό δίπλα σε κάθε στοιχείο.

0 = Ποτέ / 1 = Σπάνια / 2 = Περιστασιακά / 3 = Συχνά / 4 = Πολύ Συχνά

Σημαντικό: Αυτό το τεστ δεν είναι ένα εργαλείο για αυτοδιάγνωση. Ο σκοπός του είναι απλά να σας βοηθήσει να καθορίσετε αν η ΔΕΠ-Υ είναι ένας παράγοντας στη συμπεριφορά του ατόμου που αξιολογείται. Μία ολοκληρωμένη και έγκυρη διάγνωση μπορεί να γίνει μόνο από κάποιον έμπειρο ειδικό.

Ιστορικό

1. Ιστορικό συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία όπως παρορμητικότητα ή ανησυχία, μικρής έκτασης προσοχή, αφηρημάδα. Η ΔΕΠ-Υ κάνει την εμφάνιση της στα 30.

2. Ιστορικό χαμηλής απόδοσης στο σχολείο ή στην εργασία.
3. Ιστορικό συμπεριφορικών προβλημάτων στο σχολικό περιβάλλον.
4. Ιστορικό νυχτερινής ενούρησης στο κρεβάτι, μετά την ηλικία των 5 ετών.
5. Οικογενειακό ιστορικό ΔΕΠ-Υ, μαθησιακών δυσκολιών, διαταραχών του συναισθήματος, προβλήματα με κατάχρηση ουσιών.

Μικρή διάρκεια εστίασης της προσοχής / απροσεξία

6. Ελάχιστης διάρκειας εστίαση της προσοχής, εκτός αν υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για κάτι.
7. Αφαιρείστε εύκολα. Ονειροπολείτε.
8. Εξαιτίας της αφηρημάδας, παρουσιάζεται ελλείμματα στην επισήμανση λεπτομερειών.
9. Δυσκολεύεστε να ακούσετε με προσοχή οδηγίες.
10. Συχνά τοποθετείτε τα αντικείμενα σε λάθος μέρος.
11. Κατά την διάρκεια του διαβάσματος, «πετάγεστε» από το ένα σημείο στο άλλο ή πάτε πρώτα στο τέλος, με αποτέλεσμα να έχετε πρόβλημα να ακολουθήσετε μία κανονική ροή.
12. Δεν μπορείτε να μείνετε συγκεντρωμένοι κατά την διάρκεια της εκμάθησης οδηγιών, έχοντας ως αποτέλεσμα να δυσκολεύεστε στην εκμάθηση νέων παιχνιδιών.
13. Φτωχές ακουστικές ικανότητες.
14. Βαριέστε εύκολα.

Ανησυχία

15. Συνεχής κίνηση, ανησυχία, κινητικότητα των ποδιών.
16. Για να μπορέσετε να σκεφτείτε πρέπει να κινείστε.
17. Εσωτερική αίσθηση νευρικότητας ή ανησυχίας.

18. Δυσκολία να μείνετε ακούνητοι, όπως και δυσκολία να καθίσετε στην ίδια θέση για πολύ, να καθίσετε στο γραφείο για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή να καθίσετε ήσυχοι κατά την διάρκεια μιας ταινίας.

Παρορμητικότητα

19. Παρορμητικότητα σε κινήσεις ή στον λόγο.
20. Λέτε ότι σας έρχεται στο μυαλό, χωρίς να το σκεφτείτε.
21. Χαμηλή ανοχή, ανυπομονησία, απογοήτευση.
22. Ένας φυλακισμένος της στιγμής.
23. Συχνές παραβάσεις του κώδικα οδικής κυκλοφορίας.
24. Συχνές αλλαγές των επαγγελματιών.
25. Συνέχεια φέρνετε τους άλλους σε δύσκολη θέση.
26. Κλέβετε ή ψεύδεστε μετά από παρόρμηση.

Φτωχή Οργάνωση

27. Φτωχή οργάνωση και σχεδιασμός, δυσκολία στο να διατηρήσετε οργανωμένο το χώρο της εργασίας ή του σπιτιού.
28. Πάντα βιαστικός ή καθυστερημένος.
29. Συχνά έχετε στοίβες από πράγματα.
30. Κακή διαχείριση των οικονομικών.

Προβλήματα στην έναρξη και στη συνέχιση δραστηριοτήτων.

31. Χρόνια δυσκολία στο ξεκίνημα μίας δραστηριότητας.
32. Εγκατάλειψη εργασιών πριν την ολοκλήρωσή τους.
33. Ενθουσιώδη ξεκινήματα αλλά φτωχή ολοκλήρωση.
34. Ασταθής απόδοση στη δουλειά.

Αρνητικά εσωτερικά συναισθήματα

35. Χρόνια αίσθηση ελλιπούς επιτυχίας.

- 36. Χρόνια προβλήματα με την αυτοεκτίμηση σας.
- 37. Αίσθηση επικείμενης συμφοράς.
- 38. Αρνητικότητα.
- 39. Εναλλαγές συναισθήματος.

Προβλήματα στις Σχέσεις

- 40. Δυσκολία στη διατήρηση φιλικών σχέσεων, επιπόλαιη σεξουαλική ζωή.
- 41. Δυσκολία να νιώσετε οικειότητα.
- 42. Τάση να είστε ανώριμοι, εγωκεντρικοί.
- 43. Προβλήματα με την εξουσία.
- 44. Συχνά υστερικά ξεσπάσματα.
- 45. Αποφεύγετε τις ομαδικές δραστηριότητες.
- 46. Έλλειψη ομιλητικότητας σε μία σχέση.
- 47. Λεκτικώς βίαιοι στους άλλους.

Ελλιπής Ανοχή

- 48. Ξεσπάσματα οργής, ελλιπής ανεκτικότητα.
- 49. Γρήγορα ξεσπάσματα σε προσβολές που είναι φανταστικές ή αληθινές.

Συχνές Αναζητήσεις για Έντονα Ερεθίσματα

- 50. Τάση να φέρνετε αντιρρήσεις, να διαφωνείτε ή να αναζητείτε σύγκρουση.
- 51. Συχνές αναζητήσεις για έντονα ερεθίσματα (τζόγος, jumping, bungee).

Αλλάζετε πράγματα

- 52. Αλλάζετε γράμματα, λέξεις ή αριθμούς.
- 53. Σε συνομιλίες ανακατεύετε τις λέξεις.

- 54. Φτωχές γραφικές δεξιότητες.
- 55. Δυσανάγνωστος γραφικός χαρακτήρας.
- 56. Δυσκολίες συντονισμού.

Όσο περισσότερο προσπαθώ τόσο χειρότερη γίνεται η κατάσταση

- 57. Κάτω από έντονη πίεση, η απόδοση γίνεται χειρότερη.
- 58. Νιώθετε το μυαλό σας να αδειάζει ή έχετε άγχος για τις εξετάσεις.
- 59. Όσο περισσότερο προσπαθείτε τόσο χειροτερεύει η κατάσταση.
- 60. Κατά τη διάρκεια του διαβάσματος σας παίρνει ο ύπνος ή κουράζεστε.
- 61. Οι σχολικές εργασίες ή η δουλειά επιδεινώνονται κάτω από πίεση.
- 62. Τάση να τα χάνετε ή να κολλάτε όταν σας κάνουν κάποια ερώτηση σε κοινωνικές περιστάσεις.

Δυσκολίες στον ύπνο / αφύπνιση

- 63. Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε, ίσως από τις πολλές σκέψεις την νύχτα.
- 64. Δυσκολεύεστε να ξυπνήσετε.

Χαμηλή Ενέργεια

- 65. Συχνά νιώθετε αρκετά κουρασμένοι.
- 66. Περίοδοι χαμηλής ενεργητικότητας, ιδιαίτερα τις πρωινές και τις απογευματινές ώρες.

Ευαίσθητοι στο θόρυβο ή στο άγγιγμα

- 67. Τρομάζετε εύκολα.
- 68. Ευαίσθησία στο άγγιγμα, στα ρούχα, στο θόρυβο και στο φως.

Όταν έχετε συμπληρώσει την παραπάνω κλίμακα, υπολογίστε τα υπόλοιπα:

Συνολικό Σκορ:

1. Συνολικός αριθμός στοιχείων με σκορ τρία ή περισσότερα.
2. Σκορ για το στοιχείο 1:
3. Σκορ για το στοιχείο 6:
4. Σκορ για το στοιχείο 7:

(Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).