



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

«Πιλοτικός Έλεγχος Ερωτηματολογίου Διαταραχή  
Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας  
Ενηλίκων»

*Καλαπανίδα Αλεξάνδρα ΑΜ:16611*

*Ξανθοπούλου Νικολέτα ΑΜ:16553*

*Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος*

*ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ2017*



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

«Πιλοτικός Έλεγχος Ερωτηματολογίου Διαταραχή  
Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας  
Ενηλίκων»

*Καλαπανίδα Αλεξάνδρα ΑΜ:16611*

*Ξανθοπούλου Νικολέτα ΑΜ:16553*

*Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος*

*ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ2017*

“Validation and Adaptation of Questionnaire for  
Adults ADHD: A Pilot Study in Typical Greek  
Population”

## **Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή**

Ιωάννινα, 2017

### **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

#### **1. Επιβλέπων καθηγητής**

Διονύσιος Ταφιάδης,

Δρ. Λογοπαθολόγος-Λογοθεραπευτής, Πανεπιστημιακό Υπότροφος

#### **2. Μέλος επιτροπής**

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

#### **3. Μέλος επιτροπής**

Άγγελος Παπαδόπουλος,

MSc. Λογοθεραπευτής, Εργαστηριακός Συνεργάτης

#### **Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος**

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Υπογραφή

© Καλαπανίδα, Ξανθοπούλου, 2017.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved

## **Δήλωση ηθολογικής κλοπής**

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

Καλαπανίδα Αλεξάνδρα

Υπογραφή

Ξανθοπούλου Νικολέτα

Υπογραφή

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ σε αρκετούς ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μας και μας βοήθησαν στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας. Οφείλουμε ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη στον επιβλέπων καθηγητή μας τον Κύριο Διονύση Ταφιάδη για την ενθάρρυνση ,την καθοδήγηση καθώς και την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη του στη συλλογή των δεδομένων.

Επίσης η καθεμιά από εμάς θα ήθελε να ευχαριστήσει ξεχωριστά την οικογένεια της για την εμπιστοσύνη καθώς και την στήριξη τους σε κάθε μας βήμα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι ένα νευροβιολογικό σύνδρομο της παιδικής ηλικίας, το οποίο, κατά ένα μεγάλο ποσοστό συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή. Τα βασικά της συμπτώματα είναι τρία , η υπερκινητικότητα , η έλλειψη προσοχής και η παρορμητικότητα. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν μέσω μιας πιλοτικής μελέτης σε τυπικό πληθυσμό να αξιολογηθεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για τη ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες.

Το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στα ελληνικά σύμφωνα με τα ελάχιστα κριτήρια μετάφρασης και χορηγήθηκε σε φυσιολογικό πληθυσμό ανδρών και γυναικών ηλικιακής ομάδας από 18 ετών έως 70 ετών και άνω. Το συνολικό δείγμα ανέρχεται στον αριθμό των 360 ατόμων

Οι αναλύσεις έδειξαν διαφορές μεταξύ μερικών ηλικιακών υποομάδων της έρευνας για το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων των απαντήσεων σε ορισμένες ερωτήσεις. Ακόμα εντοπιστήκαν διαφορές στις απαντήσεις των δύο φύλων σημειώνοντας υψηλότερο μέσο όρο υπέρ των ανδρών.

Το ερωτηματολόγιο Self-referencingscaleADHD δίνει δεδομένα ως προς την αυτοαντίληψη της έλλειψης προσοχής, της παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο της πρωτοβάθμιας αξιολόγησης για τη ΔΕΠ-Υ.

Διαφαίνεται πως το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο προς στάθμιση στην ελληνική πραγματικότητα.

**Λέξεις Κλειδιά:** ΔΕΠ-Υ , ερωτηματολόγιο , αξιολόγηση , τυπικός πληθυσμός , ενήλικες , πιλοτική εφαρμογή



## **ABSTRACT**

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobiological syndrome occurring primarily in children, which by a large percentage accompanies the individual through his/her adult life. Its main symptoms are three: hyperactivity, inattention and impulsivity. The aim of the present study is to perform a pilot study, using typical sampling, in order to assess an adult ADHD Self-Report Scale.

The questionnaire was adjusted to the Greek language according to the minimum translation criteria and was delivered to the participants who were men and women above the age of 18. The overall sample included 360 participants.

Results revealed differences in the overall score of the questionnaire among the different age groups of the sample. There was a statistically significant difference in the average score of the answers in certain questions. Furthermore, differences were identified in the participants' answers depending on the gender, where the group of men reached a higher average in comparison to that of women.

The adult ADHD Self-Report Scale can provide useful information regarding the individuals' perception of their inattention, impulsivity and hyperactivity. The questionnaire can be used as a tool for the primary assessment of ADHD.

There are significant indications that the questionnaire has potential validation in the Greek setting.

**Keywords:** ADHD, questionnaire, assessment, typical sampling, adults, pilot study

## Περιεχόμενα

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ .....	i
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	i
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ .....	i
Πτυχιακή Εργασία.....	i
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ .....	ii
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	ii
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ .....	ii
Πτυχιακή Εργασία.....	ii
<b>Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή .....</b>	<b>iv</b>
Ιωάννινα, 2017 .....	iv
<b>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ .....</b>	<b>iv</b>
<b>1. Επιβλέπων καθηγητής.....</b>	<b>iv</b>
<b>2. Μέλος επιτροπής.....</b>	<b>iv</b>
<b>3. Μέλος επιτροπής.....</b>	<b>iv</b>
<b>Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος .....</b>	<b>iv</b>
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
ABSTRACT .....	iii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	vii
1.ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	viii
1.1 Ορισμός διαταραχής.....	viii
1.2 Αίτια Διαταραχής .....	ix
1.2.1 Κληρονομικότητα.....	ix
1.3 Χαρακτηριστικά Διαταραχής .....	x
1.4 Αξιολόγηση Διαταραχής .....	xiii
1.4.1 Παραπομπή περεταίρω αξιολόγησης .....	xv
1.4.2 ΔΕΠ-Υ και Συννοσηρότητα .....	xvi
1.5 ΔΕΠ-Υ και Βρεφική Ηλικία.....	xvii
1.5.1 ΔΕΠ-Υ και Προσχολική Ηλικία.....	xvii
1.5.2 ΔΕΠ-Υ και Σχολική Ηλικία.....	xviii
1.5.3 ΔΕΠ-Υ και Εφηβεία .....	xviii
1.6Θεραπεία Διαταραχής.....	xix
1.6.1 Ψηφιακές Τεχνολογίες - ΔΕΠΥ και Μνήμη Εργασίας.....	xxii
1.6.2 Εξάσκηση μέσω Υπολογιστή (ComputerTraining).....	xxiii

1.6.3 Βιντεοπαιχνίδια και Εκπαίδευση.....	xxiii
1.7 Διατροφή .....	xxv
1.8 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ .....	xxvi
1.8.1 Τακτικές αντιμετώπισης στο σπίτι .....	xxxι
1.8.2 Οργάνωση περιβάλλοντος τάξης.....	xxxiii
1.9 Περαιτέρω προβλήματα που συνοδεύονται με τη ΔΕΠ-Υ.....	xxxiv
1.10 Η προβληματική της πτυχιακής.....	xxxviii
2. Κεφάλαιο 2 .....	xl
2.1 Σχεδιασμός έρευνας.....	xl
2.2 Καθορισμός πληθυσμού και Μέγεθος δείγματος.....	xl
2.3 Μέσα και Τρόπος συλλογής δεδομένων .....	xl
2.4 Πιλοτική μελέτη .....	xli
2.4.1 Μετάφραση και Προσαρμογή κλίμακας .....	xli
2.4.2 Περιγραφή ερωτηματολογίου.....	xli
2.5 Στατιστικές αναλύσεις.....	xlii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> Αποτελέσματα της Έρευνας.....	xliii
3.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ.....	xliii
3.2 Αναλύσεις Αξιοπιστίας.....	xlvi
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> Συμπεράσματα – Συζήτηση.....	xlvi
4.1. Τα Συμπεράσματα .....	xlvi
4.2. Η Συζήτηση .....	xlix
Βιβλιογραφικές Αναφορές .....	liv
Ιστοσελίδες.....	lv

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3-1. Τα δημογραφικά δεδομένα της μελέτης. ....	xliii
Πίνακας 3.2. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για το Συνολικό Σκορ του Ερωτηματολογίου Αυτοαντίληψης της ΔΕΠ/Υ Ενηλίκων. ....	xliv
Πίνακας 3.3. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για τις Ερωτήσεις της Κλίμακας Αυτοαντίληψης της ΔΕΠ/Υ Ενηλίκων. ....	xlv
Πίνακας 3.4. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Όλων των Ηλικιακών Ομάδων για τις Ερωτήσεις και το Συνολικό Σκορ της Κλίμακας Αυτοαντίληψης της ΔΕΠ/Υ. ....	xlvi
Πίνακας 3.5. ItemtoItem Ανάλυση της Κλίμακας σε σχέση με τις ερωτήσεις του. ....	xlvii

---

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στο τμήμα λογοθεραπείας του Τεχνολογικού Ιδρύματος Ηπείρου, και το θέμα της είναι η πιλοτική μελέτη των συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίου, με ομάδα ελέγχου φοιτητές. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή διενέργεια της μελέτης αυτής ήταν να γίνει πρώτα η μετάφραση του ερωτηματολογίου “Self-referencingscaleADHD” στην Ελληνική γλώσσα.

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε φυσιολογικό πληθυσμό ανδρών και γυναικών ηλικιακής ομάδας από 18 ετών έως 70 ετών και άνω. Επίσης, το συνολικό δείγμα ανέρχεται στον αριθμό των 360 ατόμων.

Στα επιμέρους κεφάλαια θα γίνει αναφορά στην αιτιολογία , την αξιολόγηση , τα χαρακτηριστικά , τα συμπτώματα καθώς και στην αντιμετώπιση της διαταραχής.

Επιπλέον θα γίνει αναλυτική αναφορά στον τρόπο με τον οποίο έγινε η μετάφραση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα. Θα υπάρχουν γενικές και ειδικές στατιστικές αναλύσεις των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων. Τέλος η εργασία ολοκληρώνεται με την σύνοψη των αποτελεσμάτων και την συζήτηση τους.

# 1.ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 Ορισμός διαταραχής

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι ένα νευροβιολογικό σύνδρομο της παιδικής ηλικίας, το οποίο, κατά ένα μεγάλο ποσοστό συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή. Εμφανίζεται στο 5-7% του μαθητικού πληθυσμού με σχέση συνήθως 3:1 υπέρ των αγοριών. Αρκετοί επιστήμονες, ωστόσο, πιστεύουν ότι η συχνότητα εμφάνισης είναι περίπου η ίδια και στα δυο φύλα, με τη διαφορά ότι τα κορίτσια συχνά δεν είναι υπερκινητικά και διαχειρίζονται καλύτερα τη διαταραχή τους, γι αυτό και η διάγνωση μπορεί να διαλάθει ή να γίνει αργότερα. Παρόλο που πρόκειται για μια τόσο συχνή κατάσταση, η ΔΕΠΥ συνεχίζει να είναι ελάχιστα κατανοητή στην κοινότητα και να μην είναι αποδεκτή από όλες τις επιστημονικές και κοινωνικές ομάδες. Βέβαια, την τελευταία 5ετία έχουν ενταθεί οι προσπάθειες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινωνίας, αναφορικά με τη διαταραχή, από διάφορες επιστημονικές ομάδες και φορείς. Αν και είναι, η ΔΕΠΥ μια από τις πιο μελετημένες και τεκμηριωμένες παιδοψυχιατρικές διαταραχές παγκοσμίως, έχει συγχρόνως προκαλέσει τις περισσότερες συζητήσεις και εξακολουθεί να υποδιαγιγνώσκεται σε πολλές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα(Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), χ.χ.).

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζονται στους ειδικούς συνήθως, μεταξύ 3 και 7 χρόνων. Η αναγνώριση του προβλήματος συμπίπτει, στις περισσότερες περιπτώσεις, με την ένταξη στο σχολείο, εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων για συγκέντρωση της προσοχής, οργάνωση και συμμόρφωση στους κανόνες. Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες με την προσήλωση της προσοχής τους σε μία δραστηριότητα ενώ ενδέχεται, παράλληλα, να εμφανίζουν σωματική υπερδραστηριότητα. Ειδικότερα τα άτομα με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται από απροσεξία, αδεξιότητα, δυσκολίες στην αφοσίωση στις σχολικές υποχρεώσεις ή τη συμμόρφωση σε υποδείξεις. Η διαταραχή μεταφράζεται ως ανικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς. Συχνά, σχετίζεται με αρνητικές επιδόσεις στο σχολείο, καθυστέρηση (ελλείμματα) στη μάθηση και στην επικοινωνία. Παλαιότερα το

σύνδρομο αναφέρονταν ως "Υπερκινητική Διαταραχή" ενώ σήμερα αναφέρεται επίσης με τον παραπλήσιο όρο "Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας". Το όνομα με το οποίο παρουσιάζεται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι ADHD και προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων Attention-DeficitHyperactivityDisorder (μεταφράζεται "Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας")(Βοστάνης., 2012)

## **1.2 Αίτια Διαταραχής**

Η ΔΕΠ-Υ προσβάλλει 1 στα 100 παιδιά κάτω των 11 ετών. Δυστυχώς δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τις ακριβείς αιτίες που προκαλούν την διαταραχή όμως οι γενετικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν μεγάλο ρόλο. Η ΔΕΠ-Υ είναι κυρίως οικογενής νόσος. Εάν υπάρχουν άλλα οικογενειακά προβλήματα, δεν είναι ξεκάθαρο αν αυτά συνεισφέρουν στην διαταραχή ή αν η οικογένεια αντιμετωπίζει αυτά τα προβλήματα επειδή είναι δύσκολο να συμβιώνεις με παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Το γεγονός ότι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, μέρη του εγκεφάλου (μετωπιαίος και βρεγματικός λοβός, και μέρος του μεσεγκεφάλου) δυσλειτουργούν, δεν μπορεί να θεωρηθεί απαραίτητα και ως αιτιολογικός παράγοντας της νόσου((Βοστάνης., 2012)

Η αιτιολογία της ΔΕΠΥ είναι πολυπαραγοντική .Νευροβιολογικές βλάβες, νευροχημικές διαταραχές, γενετικοί παράγοντες, περιγεννητικές και προγεννητικές επιπλοκές εμπλέκονται στην αιτιολογία της, άγνωστο ακόμα με ποιο τρόπο. Η ΔΕΠ-Υ δεν παρουσιάζεται συνήθως ως μεμονωμένη διαταραχή. Η διαταραχή διαγωγής, η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης και μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν τις πιο συνήθεις συνυπάρχουσες διαταραχές με τη ΔΕΠΥ. Πολλά μάλιστα από τα συμπτώματα που συμπεριλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, συμπίπτουν με εκείνα των συνυπαρχουσών διαταραχών και αποτελούν τροχοπέδη στην διαγνωστική διαδικασία(Σκουντή, χ.χ)

### **1.2.1 Κληρονομικότητα**

Πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος της κληρονομικότητας στην εκδήλωση ΔΕΠΥ. Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι η κληρονομικότητα ευθύνεται για το 76% των περιπτώσεων. 76% των παιδιών με ΔΕΠΥ έχουν τουλάχιστον έναν συγγενή που

εμφανίζει τη διαταραχή(Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), χ.χ.). Όταν ο ένας γονέας πάσχει από τη διαταραχή έχει πιθανότητα 57% να την κληρονομήσει στο παιδί του. Εντυπωσιακές ήταν και οι έρευνες σε διδύμους. Σε σχετική μελέτη, χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα από 1938 οικογένειες διδύμων και αδερφών με ΔΕΠΥ. Τα αποτελέσματα ενίσχυσαν τις θεωρίες για τον καθοριστικό ρόλο της κληρονομικότητας. Οι μονογενείς δίδυμοι εμφάνισαν ομοιότητα στην εκδήλωση της ΔΕΠΥ σε ποσοστό 91%, ενώ οι διζυγωτικοί δίδυμοι σε ποσοστό 38%. Τέλος, έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης της διαταραχής σε υιοθετημένα παιδιά, επιβαρυσμένα κληρονομικά. Εντούτοις, δεν υπάρχουν ευρήματα που να ενοχοποιούν χρωμοσωμικές ανωμαλίες στην εκδήλωση της ΔΕΠΥ(Παπακωνσταντίνου, 2011)

### 1.3 Χαρακτηριστικά Διαταραχής

Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής είναι τα εξής:

- Απροσεξία
- Διάσπαστης προσοχής
- Υπερκινητικότητα
- Παρορμητικότητα

#### ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

1. Συχνά αποτυγχάνει να συγκεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας σε σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.

2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε έργα ή δραστηριότητες παιχνιδιού.

3. Συχνά φαίνεται ότι δεν ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος.

4. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες ή άλλα καθήκοντα που του ανατίθενται στην τάξη ή στο σπίτι



(χωρίς αυτό να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή σε αποτυχία κατανόησης των οδηγιών).

5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.

6. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν σταθερή και διαρκή πνευματική προσπάθεια.

7. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες.

8. Συχνά διασπάται πολύ εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.

9. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

## ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

1. Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του.

2. Συχνά σηκώνεται από τη θέση του μέσα στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες επιβάλλεται να παραμείνει καθισμένο.

3. Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει με τρόπο που δεν ταιριάζει σε χώρους ή περιστάσεις.

4. Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει ήσυχα σε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο του.

5. Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή».

6. Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυστα.

7. Δεν μένουν για πολύ στο ίδιο μέρος ή κάνουν την ίδια δραστηριότητα. Στριφογυρίζουν νευρικά, μιλούν ασταμάτητα και διακόπτουν τους άλλους όταν μιλούν.

## ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

1. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.

2. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της.

3. Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει σε συζητήσεις-δράσεις άλλων.

4. Ξαφνικά κάνουν πράγματα χωρίς να τα σκεφτούν.

5. Αδυνατούν να περιμένουν τη σειρά τους στην τάξη, σε παιχνίδια, στη συζήτηση ή σε άλλη κοινωνική κατάσταση.

Τα παραπάνω μεταφράζονται ως ανικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς. Τα παιδιά μπορεί να έχουν δυσκολία αφοσίωσης στην σχολική εργασία ή να συμμορφώνονται με υποδείξεις (στο σχολείο ή το σπίτι). Τα συμπτώματα ή οι αιτιάσεις συνήθως ξεκινούν στην προσχολική ηλικία. Τα παιδιά αυτά έχουν επίσης συχνά γλωσσικές δυσκολίες ή ειδικές μαθησιακές ανάγκες. Καθώς η σωματική υπερκινητικότητα βελτιώνεται με την ηλικία, λίγα είναι ακόμη γνωστά για την φύση αυτών των προβλημάτων στην εφηβεία και την μετέπειτα ζωή. Είναι πιθανό, οι υπολειπόμενες δυσκολίες να συνδέονται κυρίως με την ικανότητα συγκέντρωσης του νεαρού ατόμου ή την κοινωνική ωριμότητα, παρόλο που η τελευταία δεν αποτελεί διαγνωστικό χαρακτηριστικό. Μεταξύ του 30% και του 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν επίσης προβλήματα συμπεριφοράς (εναντιωματική συμπεριφορά) και αυτός ο συνδυασμός είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως έχουν φυσιολογική διανοητική ικανότητα. Μερικά παιδιά όμως με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί επίσης να έχουν ΔΕΠ-Υ. Μπορεί ακόμη να έχουν και άλλες δυσκολίες, οι οποίες δεν είναι τυπικές (διαγνωστικές) της κατάστασης, αλλά μάλλον δευτερογενείς λόγω της επίδρασης των προαναφερθέντων προβλημάτων:

- Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχουν καθυστερημένη ανάπτυξη λόγου.
- Έχουν δυσκολίες στην ανάγνωση.
- Μένουν πίσω στις σχολικές εργασίες. Αυτό μπορεί επίσης να συνδεθεί με την αδυναμία τους να συγκεντρωθούν και να μάθουν νέες πληροφορίες, ιδιαίτερα σε μεγαλύτερες τάξεις.
- Είναι κοινωνικά ανώριμα και δυσκολεύονται να αναπτύξουν και να διατηρούν φιλίες.
- Έχουν χαμηλή εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, αισθάνονται ότι είναι ανόητοι, συνήθως γιατί δεν μαθαίνουν τόσο γρήγορα όσο τα άλλα παιδιά.

- Έχουν συνυπάρχοντα εναντιωματικά προβλήματα, όπως επιθετικότητα, δεν ανταποκρίνονται στην πειθαρχία και έχουν ξεσπάσματα θυμού. Έχουν ανήσυχο ύπνο, αργούν να κοιμηθούν και ξυπνούν πολύ νωρίς το πρωί. Αυτό είναι εξαντλητικό για την υπόλοιπη οικογένεια (Σκουντή, χ.χ.). Όλα αυτά τα σημεία θα πρέπει να συγκεντρωθούν μέσα σε μεγάλη χρονική περίοδο και μέσω διαφορετικών καταστάσεων στο σπίτι και στο σχολείο. Η χρονολογική ηλικία του παιδιού θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν για την ερμηνεία της συμπεριφοράς του.

## 1.4 Αξιολόγηση Διαταραχής

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ αποτελεί δύσκολο εγχείρημα για τον κλινικό, παρόλο που υπάρχουν σχετικά σαφείς οδηγίες και διαγνωστικά κριτήρια. Μάλιστα, λόγω της ετερογένειας των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, των συνοδών προβλημάτων και των μεγάλων ποσοστών συννοσηρότητας της διαταραχής, η διάγνωση της δεν μπορεί να στηρίζεται αποκλειστικά στη χρήση των υφιστάμενων διαγνωστικών κριτηρίων, ούτε στην συγκέντρωση ενός συνόλου βαθμών σε κάποια κλίμακα συμπεριφοράς. Εξαιτίας αυτής ακριβώς της ετερογένειας των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, η διάγνωση της πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα και μόνον από εξειδικευμένη παιδοψυχιατρική διεπιστημονική ομάδα σε συνεργασία με την οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς για να συνεκτιμηθούν όλες οι παράμετροι συμπεριφοράς του παιδιού, οι ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος του και οι συνυπάρχουσες καταστάσεις που μπορεί να σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ ή να είναι αποτέλεσμα (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), χ.χ.). Η διάγνωση της ΔΕΠΥ είναι κλινική και προϋποθέτει τη χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων, όπως των συνεντεύξεων με γονείς και εκπαιδευτικούς, της κλινικής παρατήρησης και εξέτασης του παιδιού από παιδοψυχίατρο, των ψυχομετρικών δοκιμασιών και των κλιμάκων αξιολόγησης της συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του παιδιού. Η διάγνωση της ΔΕΠΥ δεν στιγματίζει το παιδί. Η βαρύτητα άλλωστε μιας διαταραχής δεν προσδιορίζεται από το διαγνωστικό χαρακτηρισμό της αλλά από την ίδια τη διαταραχή. Ας μην ξεχνάμε ότι η ΔΕΠΥ δεν ήταν και δεν είναι ποτέ πρόβλημα του ενός ατόμου. Μια αδιάγνωστη ΔΕΠΥ επηρεάζει ολόκληρες οικογένειες, ολόκληρες σχολικές τάξεις και πάνω απ' όλα το

ίδιο το παιδί που δεν διάλεξε τη διαταραχή και είναι αυτή η ποιότητα της αλληλεπίδρασης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ με την οικογένεια του παιδιού, το σχολείο και τους συνομηλικούς τους που θα καθορίσει και την εξέλιξη της διαταραχής(Σκουντή, χ.χ).

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ ποικίλλει ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου. Η προσχολική ηλικία (3–5 ετών) χαρακτηρίζεται από υπερβολική σωματική δραστηριότητα, δυσκολία στη συνεργασία με τα συνομήλικα παιδιά και μη συμμόρφωση στις υποδείξεις των ενηλίκων. Στη σχολική ηλικία (6–12 ετών), εκτός από τα πυρηνικά συμπτώματα της διαταραχής, δηλαδή απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, συχνά εμφανίζονται εναντιωματική συμπεριφορά, συγκρούσεις με συνομηλικούς και προβλήματα στο σχολείο. Στην εφηβεία μειώνεται η υπερδραστηριότητα, συνεχίζουν οι συγκρούσεις στο σπίτι και στο σχολείο και εμφανίζονται συχνά συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Στους ενήλικες συνήθως μειώνεται σημαντικά η έντονη σωματική κινητικότητα, αλλά παραμένουν η απροσεξία και η παρορμητικότητα και γενικά οι επιπτώσεις και η δυσλειτουργία που προκαλεί η διαταραχή.

Σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, για να γίνει διάγνωση της ΔΕΠΥ σε παιδιά ή εφήβους θα πρέπει 6 τουλάχιστον από τα πυρηνικά συμπτώματα της διαταραχής, που περιγράφονται στα ταξινομικά συστήματα, να έχουν εμφανιστεί πριν το 7ο έτος και να έχουν διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών, να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και να προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του σε δύο ή περισσότερα πλαίσια, όπως το σχολείο και το σπίτι. Η διάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενήλικους είναι αρκετά πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί εξειδικευμένη μεθοδολογία και, δυστυχώς, η εμπειρία στην Ψυχιατρική στον τομέα αυτόν καθώς και στις θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπισή της είναι ακόμη περιορισμένη. Η τεκμηρίωση ότι η διαταραχή άρχισε στην παιδική ηλικία και η κατά κανόνα συνύπαρξη πολλών συννοσηρών καταστάσεων της παιδικής και της ενήλικης ζωής, αποτελούν τα ισχυρότερα εμπόδια για τη σωστή κλινική διάγνωση της διαταραχής (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), χ.χ.). Στην ιστορία της διαταραχής, υπάρχει μια μεγάλη λίστα ανθρώπων με ΔΕΠΥ που διέπρεψαν στην ενήλικη τους ζωή, έχοντας σημειώσει ως παιδιά-έφηβοι τρομερά χαμηλές επιδόσεις στο σχολείο. Υπάρχει όμως μια πολύ μεγαλύτερη λίστα ανθρώπων, το πνεύμα των οποίων καταρρακώθηκε στην

παιδική-εφηβική τους ηλικία και οι οποιοιδήποτε είχαν την ευκαιρία ν' αξιοποιήσουν τις πραγματικές τους ικανότητες (Σκουντή, χ.χ).

#### **1.4.1 Παραπομπή περαιτέρω αξιολόγησης**

Εάν υπάρχουν ανησυχίες για ύπαρξη κάποιας από τις πιο κάτω δυσκολίες, ο ειδικός ίσως χρειαστεί να παραπέμψει το παιδί σας για περαιτέρω αξιολόγηση από κάποιο πιο εξειδικευμένο άτομο.

-Νοητική Υστέρηση

-Αναπτυξιακή Διαταραχή, όπως προβλήματα λόγου, κινητικές δυσκολίες ή κάποια μαθησιακή διαταραχή

- Χρόνια ασθένεια που αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή η οποία μπορεί να επηρεάζει τη μάθηση.

-Δυσκολίες όρασης ή/και ακοής

-Ιστορικό κακοποίησης

-Διαταραχή μείζονος κατάθλιψης ή άγχους

-Σοβαρής μορφής αντιδραστική συμπεριφορά

-Πιθανές κρίσεις επιληψίας

Μολονότι σήμερα υπάρχει πολύ καλύτερη πληροφόρηση, η ΔΕΠΥ εξακολουθεί να μην αναγνωρίζεται επαρκώς, αφού η διαταραχή δεν διαγιγνώσκεται σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις. Αλλά, ακόμα και όταν γίνεται διάγνωση της ΔΕΠΥ, λίγοι μόνο ασθενείς τελικά λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία (Παπακωνσταντίνου, 2011).

### 1.4.2 ΔΕΠ-Υ και Συννοσηρότητα

Η ΔΕΠΥ δεν εμφανίζεται συνήθως ως μεμονωμένη διαταραχή. Πολλά παιδιά με ΔΕΠΥ (65%) παρουσιάζουν μία ή και περισσότερες συνυπάρχουσες ψυχικές και αναπτυξιακές διαταραχές που συχνά περιπλέκονται με την εξέλιξη και τη θεραπεία της ίδιας της ΔΕΠΥ. Η επίπτωση της συννοσηρότητας στον ενήλικα είναι μεγαλύτερη (75%).

Σύμφωνα με μελέτες, οι ενήλικες με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν, κατά μέσον όρων, τρεις συννοσηρότητες.

Οι συχνότερες συννοσηρές καταστάσεις είναι οι εξής:

- ειδικές μαθησιακές διαταραχές (δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσαριθμησία)
- ειδικές αναπτυξιακές δυσκολίες (λόγου, συντονισμού των κινήσεων)
- διαταραχές εναντιωματικής συμπεριφοράς και διαγωγής
- διαταραχές άγχους
- διαταραχές συναισθήματος
- διαταραχές με συμπτώματα τικ (σ. Tourette), κ.α.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ, ιδιαίτερα εκείνα στα οποία η διαταραχή δεν έχει διαγνωσθεί και αντιμετωπισθεί, έχουν αρκετές δυσκολίες που εκδηλώνονται στο σχολικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και συχνά οδηγούν στα εξής:

- χαμηλές επιδόσεις σε σχέση με το επίπεδο των γνωστικών ικανοτήτων και ακαδημαϊκή αποτυχία
- αυξημένο στρες, συναισθηματικές δυσκολίες και χαμηλή αυτοεκτίμηση
- επιθετική και διασπαστική συμπεριφορά ή προβλήματα διαγωγής
- περιορισμένη επαγγελματική παραγωγικότητα και προοπτικές
- απόρριψη από τους άλλους - δυσλειτουργικές κοινωνικές σχέσεις

Η ΔΕΠΥ έχει συσχετιστεί με παραβατικότητα στην ενήλικη ζωή, ιδίως όταν υπάρχει συννοσηρή διαταραχή της διαγωγής στην παιδική ηλικία

ή κατάχρηση ουσιών και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), χ.χ.).

## 1.5 ΔΕΠ-Υ και Βρεφική Ηλικία

Η διαταραχή αυτή μπορεί να εκδηλωθεί από βρεφική ηλικία αλλά είναι πολύ δύσκολο να σκεφτεί κανείς τη διάγνωση αυτή τόσο νωρίς. Τα συμπτώματα που συνήθως έχουν τα βρέφη είναι τα ακόλουθα, χωρίς να σημαίνει πως κάθε παιδί που έχει ένα ή περισσότερα από τα συμπτώματα αυτά έχει και ΔΕΠ-Υ :(Παπακωνσταντίνου, 2011).

- Έντονο κλάμα
- Λιγιστός Ύπνος
- Ανησυχία
- Αυτοτραυματισμός ,κτυπώντας το κεφάλι συνήθως στο κρεβάτι
- Δυσκολίες σίτισης
- Έντονη δίψα

### 1.5.1 ΔΕΠ-Υ και Προσχολική Ηλικία

Περίπου το 3-7% των παιδιών προσχολικής ηλικίας εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ. Τα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται είναι τα εξής:

- Δυσκολίες με δραστηριότητες που απαιτούν προσοχή
- Δυσκολίες συνεργασίας με τα άλλα παιδιά
- Εμπλέκονται λιγότερο στο παιχνίδι σε σχέση με τους συνομηλίκους τους
- Τάση να μη συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις των ενηλίκων
- Λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τους συνομηλίκους τους

Οι εκπαιδευτικοί είναι οι πρώτοι που παρατηρούν το πρόβλημα. Η μετάβαση από τον παιδικό σταθμό στο νηπιαγωγείο φανερώνει τη δυσλειτουργική υπερκινητικότητα, πρέπει να αποκλείονται άλλες καταστάσεις που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τη συμπεριφορά:

- Ψυχοκοινωνικά προβλήματα (διαζύγιοκλπ)
- Αυτισμός, Νοητική Υστέρηση
- Αγχώδεις ή συναισθηματικές διαταραχές
- Νευρολογικές/ιατρικές καταστάσεις

Ο κλινικός πρέπει να είναι σίγουρος ότι η απροσεξία και η υπερκινητικότητα προκαλούν δυσλειτουργία (Κόρπα, 2015).

### 1.5.2 ΔΕΠ-Υ και Σχολική Ηλικία

Τα διαγνωστικά κριτήρια έχουν βασιστεί σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα. Τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα.

Συνοδά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ στην σχολική ηλικία είναι τα εξής: (Κόρπα, 2015)

Συγκρούσεις με τους συνομηλίκους

- Δυσκολίες στην οργάνωση των σχολικών εργασιών
- Μειωμένη σχολική επίδοση (ακόμα και με φυσιολογικό νοητικό επίπεδο)
- Δυσκολίες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής
- Τάση να έχουν άσχημο γραφικό χαρακτήρα
- Δυσκολίες με τον ύπνο
- Εναντιωματική συμπεριφορά
- Αυξημένος κίνδυνος ατυχημάτων
- Ενούρηση

### 1.5.3 ΔΕΠ-Υ και Εφηβεία

Το 80% των παιδιών με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να έχουν τα συμπτώματα στην εφηβεία και αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες. Μπορούν να τα καταφέρουν αλλά πρέπει να εργασθούν πολύ πιο σκληρά και τα αποτελέσματα είναι συνήθως πιο φτωχά σε



σύγκριση με τους συνομηλίκους. Ακόμα πολλοί έφηβοι με ΔΕΠΥ έχουν χρόνια προβλήματα, δυσκολίες ολοκλήρωσης των σχολικών εργασιών και μειωμένη επίδοση. Οι συγκρούσεις με τους γονείς είναι πολλές και οι κοινωνικές δεξιότητες φτωχές. Εμπλέκονται συχνά σε δραστηριότητες υψηλού κινδύνου (ριψοκίνδυνη οδήγηση, κάπνισμα, σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις, χρήση μαριχουάνας)(Κόρπα, 2015).

## **1.6 Θεραπεία Διαταραχής**

Η ζωή μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη για ένα άτομο με το νευρικό σύστημα της ΔΕΠΥ. Τις περισσότερες φορές βρίσκεται σε υπερδιέγερση και αποδιοργάνωση και παρόλα αυτά πρέπει να συμβιώνει και να απολαύσει στιγμές καθημερινότητας με νευροτυπικούς ανθρώπους, σε έναν νευροτυπικό κόσμο. Δεν είναι καθόλου εύκολο και το καλύτερο που έχει να κάνει κανείς είναι να ξεκινήσει να το αντιμετωπίζει νωρίς, προτού οι κακές συνήθειες και η χαμηλή αυτοεκτίμηση εδραιωθούν για τα καλά.

Κατά τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξής του, κανένα παιδί με ή χωρίς ΔΕΠΥ, δεν έχει τη δυνατότητα ή τη διορατικότητα να συμμετέχει στη θεραπευτική διαδικασία και να ζητήσει από μόνο του βοήθεια. Ωστόσο, δεν πρέπει να περιμένουμε προτού παρέμβουμε και υποστηρίξουμε τα παιδιά με ΔΕΠΥ. Όσο νωρίτερα αναγνωρίσουμε την παρουσία της διαταραχής και ανταποκριθούμε κατάλληλα σε αυτή, τόσο το καλύτερο για όλους. Τα κατάλληλα θεραπευτικά εργαλεία για τα άτομα με ΔΕΠΥ είναι σχετικά εύκολο να αποκτηθούν.

Για την θεραπεία της διαταραχής υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί θεραπευτικοί μέθοδοι. Αυτοί είναι οι εξής:

### **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Στην Ελλάδα είναι εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ δύο είδη φαρμάκων για τη ΔΕΠΥ: η μεθυλφαινιδάτη και η ατομοξετίνη. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν στη βελτίωση των συμπτωμάτων και δρουν συνεργικά με τη ψυχοθεραπεία. Βελτιώνουν τα πυρηνικά

συμπτώματα της ΔΕΠΥ και βοηθούν σε άλλα δευτερογενή προβλήματα, όπως είναι η παρορμητικότητα, οι εκρήξεις θυμού, οι συναισθηματικές διακυμάνσεις. Οι επιδράσεις της στοχευόμενης θεραπείας επεκτείνονται και στην έμμεση βελτίωση της αυτοεκτίμησης και των σχολικών επιδόσεων οδηγώντας έτσι στη βελτίωση των σχέσεων στο σχολείο και στο σπίτι.

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

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

Οι θετικές επιδράσεις όλων των σκευασμάτων έχουν τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες σε παιδιά, ενώ ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών αναδεικνύει παρόμοια αποτελέσματα και στους ενήλικες. Συνήθως η θεραπεία αρχίζει με μικρές δόσεις στην αρχή, οι οποίες στη συνέχεια αυξάνονται σταδιακά, σύμφωνα με τις υποδείξεις του παιδοψυχιάτρου που παρακολουθεί το παιδί ή του ψυχιάτρου γιατρού για τον ενήλικα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής είναι συνήθως ήπιες και παροδικές και περιλαμβάνουν κεφαλαλγία, μειωμένη όρεξη, αίσθημα παλμών, εκνευρισμό, ξηροστομία καθώς και δυσκολία στον ύπνο, κλπ. Συνήθως διαρκούν μια εβδομάδα και αποφεύγονται όταν ακολουθούνται οι οδηγίες των γιατρών για σταδιακή αύξηση της δοσολογίας. Πάντα υπάρχει αιματολογικός, βιοχημικός και καρδιολογικός έλεγχος πριν την έναρξη χορήγησης αγωγής σε παιδιά και ενήλικες.

Όπως συμβαίνει με όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, τα άτομα με ΔΕΠΥ θα πρέπει να είναι σε παρακολούθηση από το γιατρό τους. Έχει αποδειχθεί από μελέτες ότι τα οφέλη της φαρμακοθεραπείας είναι πολλαπλάσια όταν συνδυάζεται με ψυχοθεραπευτική υποστήριξη των παιδιών και των γονιών. Έχουν αναπτυχθεί πολλά και διαφορετικά μοντέλα παρεμβάσεων ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες (Αρμενάκα, χ.χ.) .

## ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν διαφόρων ειδών ψυχοθεραπείες, θεωρίες και μέθοδοι. Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία είναι μια από τις πιο διαδεδομένες για τη ΔΕΠΥ. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα μιας ψυχοθεραπείας, ανεξαρτήτως μοντέλου, εξαρτάται από τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο, και φυσικά από την εμπειρία του θεραπευτή πάνω στη ΔΕΠΥ. Η ψυχοθεραπεία λειτουργεί επουλωτικά, και βοηθάει το άτομο να δει τον εαυτό του υπό το πρίσμα της ΔΕΠΥ και όχι, όπως πριν, ως ένοχο (τεμπέλη/ εγωκεντρικό/ κακομαθημένο/ χαζό) για όλα όσα του συνέβαιναν. Με γνώμονα πια την κατανόηση της πηγής των προβλημάτων του μειώνονται οι άμυνες του. Οι δικαιολογίες, η άρνηση και η αναβλητικότητα μετατρέπονται σε εξηγήσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών του. Η αυτοπεποίθησή του ενισχύεται, καθώς αρχίζει να βάζει και συχνά να κατακτά ρεαλιστικούς στόχους. Βλέπει πιο καθαρά και αποδέχεται τα ελλείμματα και τις αδυναμίες του. Δουλεύει τις πιθανές εξαρτήσεις (αλκοόλ, ναρκωτικά, τζόγος, σεξ), που συχνά συνοδεύουν τη ΔΕΠΥ, καθώς και τις σχέσεις του με την/τον σύντροφο και την οικογένεια.

Η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία είναι ένα είδος ψυχοθεραπείας, που στοχεύει στο να βοηθήσει το άτομο με ΔΕΠΥ να αναπτύξει δικούς του τρόπους επίλυσης προβλημάτων και να αποκτήσει αυτοέλεγχο. Έχει ένα συμβουλευτικό και συνεργατικό χαρακτήρα και διευκολύνει το θεραπευόμενο να εκπαιδευθεί στην αυτοκαθοδήγηση, στη βελτίωση των δεξιοτήτων διαχείρισης προβλημάτων, στην αντιμετώπιση του άγχους, κλπ (Μιχαλοπούλου, χ.χ.).

## ΝΕΥΡΟΑΝΑΔΡΑΣΗ

Η νευροανάδραση είναι μια μέθοδος εγκεφαλικής εκγύμνασης και νευροφυσιολογικού αυτοελέγχου, με την βοήθεια οργάνων μέτρησης της εγκεφαλικής δραστηριότητας. Χρησιμοποιεί το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα για να παρακολουθεί την λειτουργία του εγκεφαλικού φλοιού σε πραγματικό χρόνο, και να παρέχει την πληροφορία αυτή στον (στην) εκγυμναζόμενο, προκειμένου αυτός να την ελέγχει και να μαθαίνει από τις αλλαγές που προκαλεί η προσπάθεια εκγύμνασης στον εγκέφαλό του. Μπορούμε να παρομοιάσουμε την νευροανάδραση με το ποδήλατο, όπου πρώτα πρέπει κάποιος να μάθει ισορροπία στις δύο ρόδες και στην συνέχεια να εξασκηθεί στο να το κάνει καλύτερα και πιο εύκολα. Η νευροανάδραση δεν είναι μια παρεμβατική μέθοδος, δηλαδή δεν εκπέμπει ηλεκτρισμό ή κάποια άλλη ενέργεια στον εγκέφαλο. Δεν είναι μια μέθοδος παθητικής εκγύμνασης. Απαιτεί προσπάθεια και κόπο, όπως η γυμναστική, ή όπως η εκμάθηση κάποιου μουσικού οργάνου

Η νευροανάδραση εφαρμόζεται ιδιαίτερα στην βελτίωση συγκέντρωσης προσοχής και στην μείωση της παρορμητικότητας σε παιδιά και ενήλικους με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ). Η παροχή υπηρεσιών νευροανάδρασης χρειάζεται επαγγελματίες με ειδική και πιστοποιημένη μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην χρήση του εξοπλισμού, την καταγραφή και ερμηνεία του ΗΕΓ, την επιλογή και αναπροσαρμογή εκπαιδευτικών πρωτοκόλλων κατά περίπτωση, καθώς και γνώσεις στην νευροφυσιολογία, νευροψυχολογία, και στην κλινική παθολογία των διαταραχών. Επίσης, χρειάζεται συνεργασία του εκπαιδευτή με τους ιατρούς που τυχόν παρακολουθούν τον(την) εκπαιδευόμενο, προκειμένου να συνδυάζουν τις παρεμβάσεις για να μεγιστοποιηθούν τα οφέλη. Η παροχή υπηρεσιών μπορεί να γίνεται και από κάποιον εκπαιδευόμενο που δεν έχει ακόμα όλες τις παραπάνω γνώσεις, αρκεί να είναι σε συνεχή και στενή εποπτεία από πιστοποιημένο επαγγελματία (Αγγελάκης, 2006)

### **1.6.1 Ψηφιακές Τεχνολογίες - ΔΕΠΥ και Μνήμη Εργασίας**

Λόγω των περιορισμών της φαρμακευτικής αγωγής κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη αποτελεσματικών εναλλακτικών θεραπειών για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Μια μορφή θεραπείας που έχει λάβει μεγάλη προσοχή από τους

ερευνητές είναι η εξάσκηση της προσοχής μέσω ασκήσεων στον υπολογιστή (computer-based attention training). Ορισμένα τέτοια συστήματα βασίζονται στη Νευροανάδραση (Neurofeedback) για την ανίχνευση και την ενίσχυση συμπεριφορών που συνδέονται με την αυξημένη προσοχή, όπως αποδεικνύεται από συγκεκριμένα μοτίβα εγκεφαλικών κυμάτων (Steiner et al., 2011).

Άλλα συστήματα, χρησιμοποιούν ένα τυποποιημένο υπολογιστικό πρόγραμμα (standard computer format - SCF), το οποίο αποτελεί μια γνωστική προσέγγιση επανεκπαίδευσης για τη βελτίωση της προσοχής και της συγκέντρωσης των ατόμων μέσα από μια σειρά προκλήσεων (Steiner et al., 2011).

### **1.6.2 Εξάσκηση μέσω Υπολογιστή (Computer Training)**

Μελέτες νευροαπεικόνισης καταδεικνύουν ότι η εξάσκηση έχει σημαντικό αντίκτυπο στη νευρωνική δραστηριότητα στη μέση μετωπιαία έλικα και στους βρεγματικούς λοβούς, δηλαδή σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη μνήμη εργασίας ((Olesen, Westerberg, Klingberg, 2004, 2007, 2009). Στο εμπόριο υπάρχουν διαθέσιμα αρκετά συστήματα εξάσκησης της προσοχής τα οποία χρησιμοποιούν έναν τυπικό υπολογιστή, ποντίκι και πληκτρολόγιο. Το παιδί παίζει μια σειρά από διαδραστικές ασκήσεις στον υπολογιστή, που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της προσοχής, την επίλυση προβλημάτων και τη μνήμη εργασίας. Καθώς τα παιδιά προχωρούν παίζοντας είναι σε θέση να ολοκληρώσουν τις εργασίες με μεγαλύτερη ευκολία και ταχύτητα και παράλληλα με μειωμένη παρορμητικότητα, συσσωρεύοντας υψηλότερη βαθμολογία και προχωρώντας σε δυσκολότερα επίπεδα (Steiner et al., 2011).

### **1.6.3 Βιντεοπαιχνίδια και Εκπαίδευση**

Τα βιντεοπαιχνίδια παιχνίδια είναι ένα μέσο που ωριμάζει διαρκώς και έχουν κεντρίσει το ενδιαφέρον των εκπαιδευτικών σε ένα μεγάλο εύρος επιστημονικών κλάδων. Σε γενικές γραμμές τα βιντεοπαιχνίδια έχουν αγνοηθεί από τους εκπαιδευτικούς, αλλά ακόμα κι όταν έχουν αναφερθεί σε αυτά έχουν επικεντρωθεί στις κοινωνικές συνέπειές τους, αγνοώντας τις εκπαιδευτικές τους προεκτάσεις και

δυνατότητες (Squire, 2003). Σύμφωνα με τον Browman(Browman, 1982)οι εκπαιδευτικοί θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν τα βιντεοπαιχνίδια σαν πρότυπο για τη βελτίωση των περιβαλλόντων μάθησης, καθώς παρέχουν σαφείς στόχους, προκαλούν τους μαθητές, διευκολύνουν την επικοινωνία, παρέχουν στους μαθητές έλεγχο πάνω στη διαδικασία της μάθησης και ενσωματώνουν καινοτομία στο περιβάλλον. Τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη των βιντεοπαιχνιδιών έχει επιτρέψει στους σχεδιαστές να δημιουργήσουν «πλούσιους» ψηφιακούς κόσμους με βελτιωμένο ήχο και γραφικά. Τα βιντεοπαιχνίδια ακόμα περιλαμβάνουν παιχνίδια δράσεις, αλλά ακόμα και προσομοιώσεις, παιχνίδια στρατηγικής, παιχνίδια ρόλων, με αθλήματα, με γρίφους και περιπέτειας. Ο σχεδιασμός καλών βιντεοπαιχνιδιών σε αυτά τα είδη εισάγει τους χρήστες σε πλούσιους, διαδραστικούς ψηφιακούς μικροκόσμους (Squire, 2003).

Τα διαδικτυακά παιχνίδια προσφέρουν στους εκπαιδευτικούς τεχνολόγου ευκαιρίες να κατανοήσουμε πώς τα διαδικτυακά περιβάλλοντα έχουν σχεδιαστεί για να υποστηρίξουν την ανάπτυξη κοινότητας (Squire, 2003). Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι τα βιντεοπαιχνίδια μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Το πρώτο θεραπευτικό βιντεοπαιχνίδι για παιδιά με ΔΕΠΥ υλοποιήθηκε από τους Pope και Bogart (1996), με τίτλο «ExtendedAttentionSpanTraining (EAST)». Το σύστημα αυτό αποτελούσε μια τροποποίηση ενός προγράμματος της NASA για την αξιολόγηση της δέσμευσης των πιλότων κατά τη διάρκεια της χρήσης αυτοματοποιημένων συστημάτων διαχείρισης.πτήσης ((Wilkinson et al., 2008). Ενώ η τεράστια απήχηση των βιντεοπαιχνιδιών πήγε στην αρχή να προκαλέσει αντιδράσεις μεταξύ των μελετητών που είδαν αρνητική επιρροή πάνω στους παίκτες, πρωτοπόροι ερευνητές σήμερα έχουν αξιοποιήσει το εγγενές κίνητρο που δημιουργούν τα παιχνίδια αυτά για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ, του άγχους και άλλων ψυχιατρικών παθήσεων (Wilkinson et al., 2008).

## 1.7 Διατροφή

Στη δεκαετία του 70 επικρατούσε η πεποίθηση ότι η ΔΕΠΥ είναι αποτέλεσμα αλλεργίας ή ευαισθησίας σε συγκεκριμένες ουσίες που βρίσκονται στις τροφές. Οι έρευνες, ωστόσο, των τελευταίων ετών δεν φαίνεται να υποστηρίζουν αυτήν την άποψη. Μέχρι στιγμής, δεν υπάρχει εκτεταμένη μελέτη σε βάθος χρόνου που να τεκμηριώνει την ευεργετική επίδραση της διατροφής στην κλινική έκφραση της ΔΕΠΥ. Πάντως, ουδείς αμφισβητεί την ωφελιμότητα της σωστής ισορροπημένης διατροφής σε οποιοδήποτε άτομο με ή χωρίς ΔΕΠΥ. Με επιφύλαξη παρατίθενται δίαιτες που έχουν προταθεί, αλλά δεν έχουν τεκμηριωθεί ερευνητικά σε μεγάλο δείγμα ατόμων με ΔΕΠΥ.

### A) Δίαιτα του Feingold

Προτείνει την αποφυγή χρωστικών ουσιών και συντηρητικών από την διατροφή, καθώς θεωρεί ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ αποτελούν αλλεργική ή τοξική αντίδραση στα συστατικά αυτά. Οι έρευνες ωστόσο των τελευταίων ετών δεν φαίνεται να υποστηρίζουν αυτή την άποψη.

### B) Η αποφυγή της ζάχαρης

Η ζάχαρη θεωρήθηκε από πολλούς ερευνητές ως υπεύθυνη για την εμφάνιση υπερκινητικών συμπτωμάτων. Έτσι προτάθηκε στα παιδιά με ΔΕΠΥ διατροφή απαλλαγμένη από σάκχαρο. Η θεωρία δεν αποδείχθηκε ερευνητικά.

### Γ) Χορήγηση βιταμινών

Στηρίχτηκε στη θεωρία ότι η ΔΕΠΥ είναι αποτέλεσμα μιας γενετικής ανωμαλίας που ευθύνεται για τις αυξημένες ανάγκες του οργανισμού σε βιταμίνες. Η θεωρία στερείται επιστημονικής στήριξης και εγκυμονεί κινδύνους από την υπερβολική ποσότητα βιταμινών. Η υπερβιταμίνωση είναι παθολογική κατάσταση, όπως και η υποβιταμίνωση.

Παρόλα αυτά, κάποιες μητέρες παιδιών με ΔΕΠΥ και ενήλικες με ΔΕΠΥ ισχυρίζονται ότι είχαν ευεργετικά αποτελέσματα με την αλλαγή στη διατροφή τους (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), χ.χ.).

## **1.8 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ**

Στην διαταραχή της ΔΕΠ-Υ σημαντικό ρόλο στην βελτίωση των πυρηνικών συμπτωμάτων του ατόμου διαδραματίζουν όλοι οι όσοι έρχονται σε καθημερινή επαφή με το άτομο. Ειδικά όσων αφορά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι αναγκαία η συνεργασία των εκπαιδευτικών, των γονέων και των ειδικών.

### **ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ**

Η σταθερή- κοινή πορεία αντιμετώπισης και συμπεριφοράς και από τους δυο γονείς είναι καθοριστική. Για αυτόν τον λόγο χρειάζονται τα εξής (Σκουντή, χ.χ.).

- Σαφή όρια και κανόνες (το παιδί έχει ανάγκη να γνωρίζει μέχρι που μπορεί να φτάσει και ποια θα είναι τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς του)
- Συνέπεια και σταθερότητα από μέρους τους στους κανόνες
- Συγκεκριμένος, μεγάλος και αφαιρετικός χώρος μελέτης
- Τοποθέτηση στο γραφείο μόνο ενός μαθήματος τη φορά και μόνο τα απαραίτητα αντικείμενα
- Οργανωμένη και γεμάτη διαλείμματα μελέτη
- Έναρξη μελέτης με μαθήματα που απαιτούν απομνημόνευση
- Συχνή και άμεση ανατροφοδότηση του παιδιού
- Συχνός και άμεσος έπαινος της συγκεκριμένης λειτουργικής συμπεριφοράς
- Διατύπωση τιμωριών σε ήρεμο τόνο, ώστε να είναι άμεσες και κατανοητές στο παιδί
- Οι σωματικές τιμωρίες δεν έχουν καμία αποτελεσματικότητα.
- Επικέντρωση στην επιθυμητή συμπεριφορά, όχι σε αυτή που χρειάζεται να σταματήσει



- Προσαρμογή απαιτήσεων στις δυνατότητες του παιδιού
- Ακριβείς και όχι πολύπλοκες οδηγίες στο παιδί. Στα μικρότερα παιδιά μια δίνεται μια εντολή τη φορά
- Προσοχή στη διατύπωση των οδηγιών- εντολών. Ποτέ με ερωτηματικό τρόπο και ποτέ με την τηλεόραση- υπολογιστή ανοιχτό
- Διάσπαση του παιδιού πριν από μια δύσκολη δραστηριότητα. Αν δεν γίνει από τους γονείς, θα το κάνει μόνο του
- Οι εξωσχολικές δραστηριότητές του πρέπει να είναι όσο τον δυνατόν πιο ομαδικές
- Εκτόνωση του παιδιού φυσικά (κολύμπι, στάδιο,..)
- Το ωράριο του ύπνου και της διατροφής να είναι σταθερό
- Πάζλ, σκάκι, και γενικότερα παιχνίδια και δραστηριότητες που ασκούν την συγκέντρωση της προσοχής
- Ανάθεση δουλειών του σπιτιού (καθάρισμα δωματίου, πλύσιμο πιάτων,..)
- Οργάνωση δωματίου με συγκεκριμένες θέσεις για τα αντικείμενα
- Ύπαρξη πίνακα ανακοινώσεων μέσα στο δωμάτιο, όπου τοποθετούνται σημαντικά χαρτιά ή υπενθυμίσεις δραστηριοτήτων είναι βοηθητική για την οργάνωση του παιδιού.
- Καθημερινές ασκήσεις υπευθυνότητας και οργάνωσης
- Ασκήσεις προσανατολισμού και κατευθύνσεων στο χώρο όπου δραστηριοποιείται το παιδί και γενίκευση των ασκήσεων σε άγνωστα περιβάλλοντα ε για τη βελτίωση της οπτιχωρικής του αντίληψης
- Θεατρική – μουσική έκφραση και χορός για τη βελτίωση της αυτοέκφρασης και του οπτικό-κινητικού συντονισμού
- Ύπαρξη κάρτας αυτοδιαχείρισης συμπεριφοράς (σχολείο-σπίτι) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική
- Συχνή επικοινωνία με τον εκπαιδευτικό ( συνέχεια προγράμματος στο σχολείο και αντίθετα)
- Χωρισμός μαθημάτων σε μικρές ενότητες
- Γραφή των προβληματικών περιοχών με χαρτί και μολύβι
- Επινόηση συγκεκριμένων διορθωτικών κινήσεων για κάθε προβληματική περιοχή

- Χρησιμοποίηση απτών, χρηστικών μέσων όπως λίστες καθηκόντων, χρονοδιαγράμματα, ξυπνητήρια
- Παροχή κινήτρων
- Συχνή αναδραστική πληροφόρηση
- Ανάθεση υπευθυνότητας όποτε είναι δυνατόν
- Υπεράφθονη χρήση επαίνων και θετικής αναπληροφόρησης
- Ανάθεση δασκάλου για μελέτη στο σπίτι
- Εξασφάλιση στο παιδί όποια μέσα υποδεικνύει το ίδιο ότι μπορούν να το βοηθήσουν
- Διαπραγματέυση

## ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ

Οι εκπαιδευτικοί κάθε βαθμίδας οφείλουν να διευκολύνουν την μάθηση, ακόμα περισσότερο, όταν στην τάξη έχουν μαθητές που αντιμετωπίζουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Η ανάγκη ανακάλυψης νέων τρόπων και στρατηγικών μάθησης, που θα διευκολύνουν όχι μόνο το μαθητή με ΔΕΠ-Υ , αλλά και όλους τους υπόλοιπους μαθητές, είναι αδήριτη. Έτσι λοιπόν, για να στεφθεί με επιτυχία η μαθησιακή διαδικασία και να υλοποιηθούν οι μαθησιακοί στόχοι, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να έχει στο νου του ότι ένα επιτυχημένο πρόγραμμα διαχείρισης μαθητών με ΔΕΠΥ πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής: (Σκουντή, χ.χ). Τοποθέτηση του παιδιού μακριά από παράθυρα, σώματα θέρμανσης και την πόρτα και κοντά στον εκπαιδευτικό ή με παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα συμπεριφοράς

- Κλειστή πόρτα της τάξης κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας
- Απομάκρυνση παιχνιδιών, βιβλίων, πόστερ και γενικότερα αντικειμένων από το άμεσο οπτικό πεδίο του μαθητή, που μπορούν να διασπάσουν την προσοχή του
- Επαρκής ζωτικός χώρος του μαθητή
- Άρτια δομημένη τάξη και προβλεψίμο πρόγραμμα δραστηριοτήτων
- Συγκεκριμένες θέσεις για τα υλικά, παιχνίδια και βιβλία μέσα στην τάξη
- Οργάνωση γωνιών χαλάρωσης, όπου ο μαθητής θα μπορεί να πηγαίνει όταν σηκώνεται από τη θέση του

- Δίνονται συχνά διαλείμματα στο παιδί και ευκαιρίες για να σηκωθεί στα πλαίσια των δραστηριοτήτων, έτσι ώστε να εκτονώνει την ενέργεια του
- Αναγκαία η διάσπαση για ένα λεπτό πριν ξεκινήσει μια δύσκολη δραστηριότητα
- Να επιτρέπεται στο παιδί να παραμένει όρθιο ή να κινείται σε προκαθορισμένες περιοχές μέσα στην τάξη. Διαπραγμάτευση της ελευθερίας με το παιδί και με την υπόλοιπη τάξη. Οι κανόνες πρέπει να είναι κοινοί και αποδεκτοί από όλη την τάξη.
- Αποφυγή δημιουργίας κλίματος αγωνίας πριν γίνει οποιαδήποτε ερώτηση
- Βεβαίωση ότι το παιδί κατάλαβε τι πρέπει να κάνει πριν ξεκινήσει οποιαδήποτε δραστηριότητα
- Επανάληψη σε ήρεμο τόνο, αν χρειαστεί, τις οδηγίες διατηρώντας όσο γίνεται περισσότερη βλεμματική επαφή με το παιδί
- Βεβαίωση ότι το παιδί αισθάνεται άνετα, ώστε να μην διστάζει να ζητάει βοήθεια
- Ανάθεση δραστηριοτήτων στο παιδί ανάλογες με τις δυνατότητες του. Οι δραστηριότητες αυτές δεν πρέπει να είναι σύνθετες
- Χρησιμοποίηση του ονόματος του παιδιού σε ερωτήσεις
- Ο εκπαιδευτικός να βρίσκεται κοντά στο παιδί και να το ακουμπάει περιστασιακά στον ώμο καθώς διδάσκει ή εκτελεί με την υπόλοιπη τάξη δραστηριότητες
- Αφιέρωση κάποιου χρόνου καθημερινά για κατευθυνόμενη ονειροπόληση
- Επανάληψη των ερωτήσεων από το παιδί πριν απαντήσει
- Καθιέρωση στην τάξη την παύση μερικών δευτερολέπτων για σκέψη προτού απαντηθούν οι ερωτήσεις
- Άμεση επιλογή του μαθητή όταν σηκώνει το χέρι
- Ανάθεση υπεύθυνης θέσης του μαθητή στην ομάδα
- Ενίσχυση της εργασίας στην ομάδα
- Εξατομίκευση της διδασκαλίας, όποτε οι περιστάσεις το απαιτούν
- Οι φωτοτυπίες (και τα τεστ) να μην ασφυκτικά γεμάτες
- Χρησιμοποίηση μεγάλων γραμματοσειρών στις φωτοτυπίες, κενά ανάμεσα στις ασκήσεις
- Οι ερωτήσεις δεν θα πρέπει να είναι σύνθετες

- Ερωτήσεις κλειστού τύπου, σύντομης απάντησης ενδείκνυνται για τα διαγωνίσματα
- Να δίδεται ένα υπόδειγμα λύσης της άσκηση ή του τρόπου που πρέπει να δουλέψει το παιδί
- Στα τεστ, αλλά και στην έκθεση να χρησιμοποιείται χρονόμετρο για κάθε άσκηση, με δυνατότητα μικρής χρονικής παράτασης
- Τα μαθήματα (ιδίως τα θεωρητικά) να παρουσιάζονται σε σχεδιαγράμματα και να συνοδεύονται από περίληψη όπου είναι δυνατόν
- Τα σημαντικά σημεία ενός κεφαλαίου ή μιας φωτοτυπίας να είναι ευδιάκριτα (μέσα σε πλαίσια, μαυρισμένα,...)
- Στο βιβλίο του μαθητή να φωτοτυπείται τις σελίδες των μαθημάτων που είναι ασφυκτικά γεμάτες και να τις σπάστε σε μικρότερες, χωρίς να μειώνεται η ύλη, εκτός κι αν συνυπάρχουν μαθησιακές δυσκολίες
- Στα μαθηματικά προβλήματα να τονίζονται-χρωματίζονται οι λέξεις που υποδεικνύουν ποια πράξη πρέπει να κάνει ο μαθητής
- Να χρησιμοποιούνται πίνακες με τα δεδομένα του προβλήματος
- Τα σύνθετα προβλήματα να απλοποιούνται
- Η διδασκαλία όποτε είναι δυνατό να εμπλουτίζεται με οπτικό-ακουστικά μέσα
- Μείωση της αντιγραφής από τον πίνακα
- Το διδακτικό στυλ να είναι ζωντανό, αινιγματικό, ευχάριστο. Η καθ'έδραν διδασκαλία και η αυταρχικότητα είναι ακατάλληλη για παιδιά με ΔΕΠΥ
- Επικοινωνία με σαφείς όρους. Ακριβής και ξεκάθαρη αναφορά για το τι ζητείται από το παιδί
- Καθορισμός σαφών κανόνων συμπεριφοράς μέσα στην τάξη
- Αφιέρωση χρόνου για την εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες
- Εκμάθηση τεχνικών αυτοδιαχείρισης συμπεριφοράς
- Εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβληματικών καταστάσεων
- Υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης στην ενσυναίσθηση και στον τρόπο σκέψης των άλλων
- Συχνή ενίσχυση του παιδιού. Ενίσχυση επίσης των συμμαθητών του όταν αγνοούν τη διασπαστική του συμπεριφορά
- Έπαινος σε κάθε μικρό βήμα του παιδιού και συγκεκριμένος

Όταν μια συμπεριφορά δεν ενισχύεται εξαφανίζεται ή μειώνεται η συχνότητα της εμφάνισής της, για το λόγο αυτό ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να:(Σκουντή, χ.χ).

Είναι συνεπής, έχοντας τις ίδιες προσδοκίες και τα ίδια όρια όλη την μέρα

- Τιμωρεί για να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης μιας αρνητικής συμπεριφοράς και όχι για να μειώσει το παιδί
- Μην θίγει ποτέ πάνω στα νεύρα του την προσωπικότητα του μαθητή. Οι παρατηρήσεις πρέπει ν' αφορούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και να διατυπώνονται με ηρεμία
- Είναι ήρεμος και σταθερός όταν δίνει την τιμωρία για να είναι αποτελεσματική, σύντομη, εξατομικευμένη και κατανοητή σε κάθε παιδί
- Αναπτύξει θετική διαπροσωπική σχέση. Ένα παιδί με ΔΕΠΥ, όπως και κάθε παιδί, συμπεριφέρεται καλύτερα όταν νιώθει ότι ο εκπαιδευτικός ενδιαφέρεται προσωπικά

### **1.8.1 Τακτικές αντιμετώπισης στο σπίτι**

Είναι σημαντικό το σπιτικό περιβάλλον του παιδιού με διαταραχή ελλειμματικής

προσοχής υπερκινητικότητας να αποκτά μια σταθερή, ήρεμη μορφή (Παπακωνσταντίνου, 2011).

Ο χώρος:

- Οι χώροι του σπιτιού να είναι οργανωμένοι και τακτοποιημένοι
- Η επίπλωση και τα χρώματα του σπιτιού να εκπέμπουν ηρεμία
- Τα έπιπλα να έχουν αντοχή
- Το παιδί να έχει μια γωνιά στο σπίτι όπου μπορεί να βρίσκεται χωρίς να το ενοχλούν
- Να μην μπαινοβγαίνουν άνθρωποι συνέχεια

Η θέση:

- Τα πράγματα (παιχνίδια, ρούχα, πιάτα, κλπ) να έχουν σταθερή θέση στο σπίτι
- Το παιδί να έχει την δική του θέση στο τραπέζι

- Να υπάρχει η δυνατότητα να ηρεμήσει το παιδί σε ένα ήσυχο μέρος του σπιτιού
- Να υπάρχει ένα σταθερό μέρος για να γράφει τα μαθήματα του
- Να κυλάει η ημέρα όσο το δυνατόν με ένα σταθερό πρόγραμμα

#### Αξίες:

- Να ενθαρρύνεται η θετική συμπεριφορά (με επαίνους και επιβραβεύσεις)
- Να είναι ξεκάθαρα τα όρια
- Σε περίπτωση αταξίας ή διαμάχης να λέγεται με λίγα λόγια και ξεκάθαρα γιατί δεν επιτρέπεται αυτό
- Να περιοριστούν οι τιμωρίες και να μην διαρκούν πολλή ώρα
- Η τιμωρία να είναι ελαφριά, αλλά συνεπής

#### Κανόνες και συμφωνίες:

- Οι κανόνες να είναι απλοί και σαφείς
- Να γίνονται συμφωνίες για διάφορα θέματα (το μάζεμα των παιχνιδιών, δουλειές στο σπίτι)
- Να υπάρχει πρόγραμμα
- Να μην δίνονται πολλές εντολές ή εργασίες ταυτόχρονα, αλλά μόνο μια
- Να μην δίνονται πολλές πληροφορίες μαζεμένες

#### Σχέση-στοργή:

- Να υποστηρίζεται το παιδί πάντα
- Έμπρακτη απόδειξη αγάπης
- Να υπάρχει ενδιαφέρον πάντα για ότι κάνει το παιδί
- Να δίνεται σημασία στο παιδί, ειδικά όταν συμπεριφέρεται καλά

#### Ερεθίσματα:

- Να προσφέρεται στο παιδί αρκετές δυνατότητες για παιχνίδι
- Να προσφέρεται αρκετές δραστηριότητες έξω από το σπίτι
- Να προσφέρεται η δυνατότητα να φέρει έναν φίλο μαζί του στο σπίτι
- Να δημιουργούνται ευκαιρίες εκτόνωσης

- Να υποστηρίζεται το παιδί όταν του συμβαίνουν απογοητεύσεις και αποτυχίες και να του δίνεται η αίσθηση ότι αξίζει

Έλεγχος:

- Να ελέγχονται οι ρόλοι
- Να υπάρχει συνέπεια και από τις δύο πλευρές
- Να παίρνονται ξεκάθαρες και μελετημένες αποφάσεις, αλλά γρήγορες

### **1.8.2 Οργάνωση περιβάλλοντος τάξης**

- Δημιουργία μαζί με τους υπόλοιπους μαθητές τους «ΚΑΝΟΝΕΣ ΤΗΣ ΤΑΞΗΣ»
- Ανάρτηση Μηνιαίου Ημερολογίου, με σημειωμένες τις προγραμματισμένες εκδρομές, εκδηλώσεις του σχολείου, διαγωνίσματα κ.α.
- Συζήτηση με όλους τους μαθητές για την οργάνωση και την καθαριότητα της τάξης. Παράδειγμα, οι σχολικές τσάντες είναι επιθυμητό να είναι κρεμασμένες στο θρανίο και όχι πεταμένες στο έδαφος ή πάνω στο θρανίο. Με αυτόν τον τρόπο, ο μαθητής με ΔΕΠΥ μαθαίνει να οργανώνεται, να οριοθετείται ενώ παράλληλα αφαιρούνται οι «επικίνδυνες» αφορμές για διάσπαση προσοχής

#### Μαθησιακό υλικό

- Σύνοψη του προηγούμενου μαθήματος, υπενθύμιση του χθεσινού κεφαλαίου ή ερωτήσεις κατανόησης πριν την παράδοση της νέας ενότητας
- Χωρισμός σε κομμάτια της διδασκαλίας νέων γνώσεων
- Παρουσίαση του μαθησιακού υλικού με διαφορετικό, όσο τον δυνατόν, τρόπο. Για παράδειγμα να μοιράσετε φυλλάδια με συνοπτικά σχεδιαγράμματα, μαθησιακό υλικό μέσω φύλλων εργασίας, οπτικό υλικό, δραστηριότητες με στόχο τη μάθηση
- Χρησιμοποίηση εννοιολογικών χαρτών για την εκμάθηση των θεωρητικών κομματιών. Συγκεκριμένα, για τη διδασκαλία της παραγωγής λόγου, μπορεί να γίνει χρήση της τεχνικής του καταγισμού ιδεών

- Δημιουργία λιστών δραστηριοτήτων της σχολικής ώρας/μέρας. Τοποθετήστε στον πίνακα ή κολλήστε την σε κάποιον πίνακα σημειώσεων της τάξης. Αυτό έχει ως συνέπεια να γίνει το πρόγραμμα προβλέψιμο και να μειώνεται το άγχος του μαθητή με ΔΕΠΥ

- Εγκαθίδρυση καλής οπτικής επαφής με το μαθητή

- Συχνός έλεγχος για το αν ο μαθητής κατανοεί επαρκώς τη νέα μαθησιακή γνώση

- Παρουσίαση του υλικού με ζωντανό τρόπο χρησιμοποιώντας κόμικς, εικονογραφημένες ιστορίες, έτσι ώστε να κρατιέται αμείωτο το ενδιαφέρον του μαθητή. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ τείνουν να προσέχουν οτιδήποτε τους διεγείρει τις αισθήσεις εκείνη τη στιγμή, ησιακό υλικό

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το παιδί με ΔΕΠΥ επεξεργάζεται συνήθως μόνο το 30% αυτών που ακούει, άρα η διδασκαλία που εμπειρεύει πολυαισθητηριακές μεθόδους, όπως εικόνες, οπτικό υλικό, σχέδια, ομαδικές εργασίες, κινητικές δραστηριότητες, θεατρικό παιχνίδι, εναλλαγή ρόλων ακόμα και τραγούδι, είναι άκρως κερδοφόρες για το μαθητή με ΔΕΠΥ, ο οποίος θα κατορθώσει να συμμετέχει ενεργά στη μαθησιακή διαδικασία, χωρίς να χάνει το ενδιαφέρον του εύκολα (Σκουντή, χ.χ).

## **1.9 Περαιτέρω προβλήματα που συνοδεύονται με τη ΔΕΠ-Υ**

### **Νοητική ανάπτυξη**

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ αντιπροσωπεύουν όλο το φάσμα της νοητικής ανάπτυξης. Κάποιες έρευνες υποστηρίζουν πως η επίδοσή των παιδιών αυτών στα σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης υστερεί κατά 7-10 μονάδες. Ωστόσο, η έλλειψη αυτή δεν είναι σίγουρο ότι οφείλεται στις πραγματικές διαφορές της νοημοσύνης των παιδιών με ΔΕΠΥ και αυτών χωρίς. Οι σταθμισμένες κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης που χρησιμοποιούνται στις μέρες μας απαιτούν μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης και αξιολογούν το επίπεδο ακαδημαϊκών γνώσεων του παιδιού. Έτσι, οι παρατηρούμενες διαφορές είναι δυνατόν να οφείλονται στην αδυναμία των παιδιών με ΔΕΠΥ να



εστιάσουν την προσοχή τους όπως και στις σχολικές ελλείψεις των παιδιών αυτών (Περβανίδου, 2009)

### **Κινητική ανάπτυξη**

Μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠΥ φαίνεται να αντιμετωπίζει δυσκολία συντονισμού των κινήσεων. Ως εκ τούτου, τα παιδιά αυτά συχνά υστερούν στις αθλητικές δραστηριότητες, είναι άγαρμπα ή σκοντάφτουν όταν περπατούν. Ο φτωχός συντονισμός καθιστά πολλά από αυτά τα παιδιά ευάλωτα σε ατυχήματα. Προβλήματα παρουσιάζονται, επίσης, στη λεπτή κινητικότητα. Έτσι είναι πιθανόν να δυσκολεύονται στη ζωγραφική, στη γραφή, στο δέσιμο των παπουτσιών ή στο κούμπωμα των ρούχων (Περβανίδου, 2009)

### **Λόγος – Ομιλία**

Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει καθυστέρηση στην έναρξη του λόγου σε παιδιά με ΔΕΠΥ σε ποσοστό 6-35% ενώ 10-54% των παιδιών αυτών αντιμετωπίζει δυσκολία στον προφορικό λόγο. Φαίνεται να υπάρχει βελτίωση στην ομιλία των παιδιών αυτών με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και στα μεγαλύτερα παιδιά όμως, εμμένει μία δυσκολία στη ροή και στην ποιότητα της ομιλίας στις περιπτώσεις που τους ζητείται να οργανώσουν προηγουμένως το λόγο τους. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η δυσκολία στην οργάνωση του προφορικού λόγου αντικατοπτρίζει ελλείψεις στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες (Morgan R., Garavan H., Smith E., Driscoll L., Levitsky D., Strupp B., 2001).

### **Προσαρμοστικές ικανότητες**

Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ υστερούν όσον αφορά στις προσαρμοστικές ικανότητες σε σχέση με τους συμμαθητές τους. Συγκεκριμένα τα παιδιά αυτά βρίσκονται στο κατώτερο επίπεδο του φυσιολογικού (Frankel F., Feinberg D., 2002).

## **Αίσθηση του χρόνου**

Προβλήματα παρατηρούνται και αναφορικά με την αίσθηση του χρόνου μιας και αυτή συνδέεται άμεσα με τη μη λεκτική μνήμη εργασίας.

## **Μαθησιακές δυσκολίες/προβλήματα στο σχολείο**

Το σχολείο ίσως να αποτελεί τον τομέα στον οποίο τα παιδιά με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν τη μεγαλύτερη δυσκολία. Σχεδόν όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ που παραπέμπονται για διάγνωση, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο σχολείο. Ένα ποσοστό 30-50% μπορεί να μείνει στην ίδια τάξη ενώ το 1/3 περίπου κινδυνεύει να μην τελειώσει το σχολείο. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ, υστερούν σε σχέση με τους συμμαθητές τους αναφορικά με την ποσότητα δουλειάς που ολοκληρώνουν. Επιπρόσθετα, 20-40% των μαθητών αυτών παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, 8-39% διαγιγνώσκεται με δυσλεξία, 12-26% με δυσορθογραφία, 12-33% με δυσαριθμησία και πάνω από 60% με δυσγραφία. Τέλος οι μισοί μαθητές με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται στην παραγωγή γραπτού λόγου (Gaub M., Carlson C. L., 1997).

## **Συναισθηματικές αντιδράσεις**

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν, δευτερογενώς, έντονο αίσθημα κατωτερότητας, αποτυχίας και ανεπάρκειας. Δεν ανέχονται την απόρριψη ή την απογοήτευση. Η συμπεριφορά τους είναι απρόβλεπτη. Το συναίσθημά τους είναι ευμετάβλητο και παρουσιάζει ακραίες εναλλαγές. Χαρακτηριστικά, επίσης, των παιδιών με ΔΕΠΥ αποτελούν η ευερεθιστότητα και οι έντονες συναισθηματικές (Biederman J., Newcorn J., Sprich S., 1991).

## **Σχέσεις με τους συνομήλικους και προβλήματα συμπεριφοράς**

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα στη συμπεριφορά όπως και δυσλειτουργία στις κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τους συνομήλικους τους. Τείνουν να παίζουν λιγότερο με τους συμμαθητές τους και να είναι λιγότερο συνεργατικά. Συχνά η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠΥ τείνει

να απομακρύνει τους άλλους. Έτσι, πολλές φορές, κατατάσσονται στα λιγότερο συμπαθητικά παιδιά και είναι πιο πιθανόν να απορριφθούν από τους συμμαθητές τους. Σχετικές μελέτες έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά, εμφανίζουν 2-10 φορές περισσότερο αρνητική συμπεριφορά απέναντι στους συνομήλικους τους συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά. Είναι περισσότερο ευάλωτα στις επιθέσεις των συμμαθητών τους, λιγότερο φιλικά απέναντί τους και δυσκολεύονται να βρουν αποτελεσματικές λύσεις στα προβλήματα που προκύπτουν. Συχνά αδυνατούν να προσαρμόσουν τη συμπεριφορά τους σύμφωνα με τις εκάστοτε κοινωνικές επιταγές. Τα προβλήματα στις κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών, με ΔΕΠΥ εμμένουν ως την εφηβεία και την ενήλικη ζωή (S. M. Alessandri, 2002).

### **Προβλήματα στον ύπνο**

Οι ασθενείς με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα στον ύπνο. Ο ύπνος τους είναι ανεπαρκής και χαμηλής ποιότητας. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται να κοιμηθούν το βράδυ και να ξυπνήσουν το πρωί, αυτές οι δυσκολίες παρατηρούνται από τη βρεφική ηλικία. Επίσης, κοιμούνται λιγότερο και εμφανίζουν περισσότερες ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου σε σχέση με τους συμμαθητές τους. Ως εκ τούτου, ασθενείς με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (Owens J.A., Maxim R., Nobile C., McGuinn M., Msall M., 2002).

### **Προβλήματα στη νοδήγηση**

Η διάσπαση ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα έχει συνδεθεί με δυσλειτουργία στην οδήγηση. Έρευνες έχουν δείξει ότι ασθενείς με ΔΕΠΥ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσουν ατύχημα στο δρόμο σε σχέση με άτομα χωρίς ΔΕΠΥ. Συγκεκριμένα, έφηβοι ή νεαροί ενήλικες με ΔΕΠΥ έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να προκαλέσουν ατύχημα σε σχέση με τους συνομηλικούς τους. Επιπλέον, το ποσοστό των νέων με ΔΕΠΥ, που έχει ήδη εμπλακεί σε δυο ή και περισσότερα ατυχήματα είναι επταπλάσιο από αυτό των νέων χωρίς ΔΕΠΥ. Το 48% των νέων με ΔΕΠΥ φαίνεται να φέρει την ευθύνη του ατυχήματος ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους νέους χωρίς ΔΕΠΥ είναι 11%. Συχνά οι έφηβοι με ΔΕΠΥ έχουν επιθετική συμπεριφορά καθώς οδηγούν και οδηγούν πιο επικίνδυνα από τους

συνομηλικουςτους. Τέλος, τέσσερις φορές περισσότεροι έφηβοι με ΔΕΠΥ δέχονται κλήσεις στα δύο πρώτα χρόνια οδήγησής τους η πλειονότητα των οποίων αφορά υπερβολική ταχύτητα και παράβαση των σημάτων «stop»(Richards T.L., Deffenbacher J.L., Rosen L.A., 2002).

## **1.10 Ηπροβληματικήτηςπτυχιακής**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας υπολογίζεται ότι προσβάλλει ποσοστό 3-7% περίπου του σχολικού πληθυσμού. Στα αγόρια παρουσιάζεται 3-4 φορές συχνότερα από ότι στα κορίτσια. Αν δεν δοθεί η πρέπουσα προσοχή, η ΔΕΠΥ μπορεί να συνεχιστεί σε όλη τη διάρκεια της εφηβείας και στην ενήλικη ζωή. Οι έρευνες δείχνουν ότι παρουσιάζεται σε ποσοστό 2-4% των ενηλίκων. Η αναλογία ανάμεσα στα φύλα είναι περίπου 2 προς 1, με τους άνδρες να έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΔΕΠΥ από ότι οι γυναίκες. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων συχνά μειώνεται στους εφήβους και τους ενήλικες.

Ανάμεσα στα συμπτώματα βρίσκονται η διάσπαση προσοχής, η υπερκινητικότητα, η νευρικότητα, η μνήμη καθώς και η παρορμητικότητα. Έχει καταγραφεί αρνητική επίδραση στην καθημερινότητα των ατόμων λόγω αυτών των συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα πολλά παιδιά νιώθουν το αίσθημα της απόρριψης και της μοναξιάς λόγω δυσκολίας συμμετοχής σε δραστηριότητες με συνομηλικούς τους και διατήρησης φιλικών σχέσεων. Επίσης εξαιτίας της χαμηλής αυτοπεποίθησης τους συχνά έχουν καταστροφικές τάσεις με αποτέλεσμα να εμφανίζουν αντικοινωνική συμπεριφορά και ίσως αργότερα εγκληματικότητα (Παπακωνσταντίνου, 2011).

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγράψει τα συμπτώματα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Στο πλαίσιο αυτό θα γίνει η μετάφραση και προσαρμογή του ερωτηματολογίου “Self-referencing scale ADHD” στην Ελληνική γλώσσα. Στη συνέχεια θα χορηγηθεί σε άτομα φυσιολογικού πληθυσμού ηλικιακών ομάδων από 18 ετών έως 70 κι άνω.

Η έρευνα αποσκοπεί στην ανακάλυψη της αποτελεσματικότητας και καταλληλότητας του ερωτηματολογίου όσον αφορά την χορήγηση του για την αξιολόγηση της διαταραχής. Αυτό θα αποτελέσει το θεμελιώδες βήμα σε θέματα διαγνωστικού και

θεραπευτικού χαρακτήρα στη ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τις σύγχρονες διεπιστημονικές τάσεις.

Ειδικότερα:

- Να ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου “ Self-referencingscale ADHD” στην ελληνική κλινική πρακτική.

## **2.Κεφάλαιο 2**

### **2.1 Σχεδιασμός έρευνας**

Αυτό το κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία, το ερευνητικό σχέδιο, τον προσδιορισμό των μεταβλητών, την επιλογή των συμμετεχόντων, και την οργάνωση της έρευνας, την διαδικασία συλλογής δεδομένων, τη συλλογή δεδομένων και καταγραφής, την επεξεργασία των στοιχείων και τη στατιστική ανάλυση, επίσης παρουσιάζονται και οι περιορισμοί της έρευνας αυτής.

Η έρευνα χωρίστηκε σε πέντε μέρη. Το πρώτο μέρος σχετίζεται με την συλλογή της βιβλιογραφίας. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε την μετάφραση στην ελληνική γλώσσα του ερωτηματολογίου Self-referencingscale ADHD. Μετά ακολούθησε η πιλοτική έρευνα για τον καθορισμό των ερεθισμάτων προ της έρευνας στάθμισης. Το τρίτο μέρος της έρευνας περιέλαβε την πρώιμη στάθμιση της κλίμακας Self-referencingscale ADHD. Το τέταρτο μέρος σχετίζεται με την χορήγηση του Self-referencingscale ADHD σε φυσιολογικό πληθυσμό. Το πέμπτο μέρος σχετίζεται με την κωδικοποίηση και την εισαγωγή δεδομένων και την ανάλυση των στοιχείων και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

### **2.2 Καθορισμός πληθυσμού και Μέγεθος δείγματος**

Στην παρούσα έρευνα το πρωτόκολλο του ερωτηματολογίου χορηγήθηκε συνολικά σε 420 άτομα. Η επιλογή του δείγματος, έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικοοικονομική κατάσταση και ηλικία. Να σημειωθεί ότι για να επιτευχθεί η χορήγηση του ερωτηματολογίου χρειάστηκε να γίνει διαβεβαίωση σε όλους τους εξεταζόμενους ότι τα προσωπικά στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Στην πιλοτική μελέτη το μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο Self-referencingscale ADHD χορηγήθηκε σε 420φυσιολογικού πληθυσμού ενήλικες (210 άντρες και 210 γυναίκες) εκάστη.

### **2.3 Μέσα και Τρόπος συλλογής δεδομένων**

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα φυλλάδια απαντήσεων. Ζητήθηκε από κάθε εξεταζόμενο/νη να μας δηλώσει την απάντηση εκείνη η οποία τον/την

αντιπροσωπεύει καλύτερα. Όλα τα φυλλάδια απαντήσεων ήταν ανώνυμα όσον αφορά στα δημογραφικά στοιχεία που ζητήθηκαν και όλες οι ερωτήσεις χορήγησης των τεστ είχαν απρόσωπο χαρακτήρα. Όλα τα ερωτηματολόγια διάγνωσης, χορηγήθηκαν σε ξεχωριστές συνεδρίες αξιολόγησης για το κάθε άτομο συνολικού χρόνου δέκα λεπτών για τον κάθε εξεταζόμενο κατά μέσο όρο. Η διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων έγινε τις περισσότερες φορές στην οικεία του εξεταζόμενου.

## **2.4 Πιλοτική μελέτη**

Η πιλοτική μελέτη χωρίστηκε σε τρία τμήματα: Κατ' αρχήν, έγινε η μετάφραση και η προσαρμογή της κλίμακας Self-referencingscale ADHD στην ελληνική γλώσσα. Ένα πιλοτικό τεστ διεξήχθη για να ελέγξει την εγκυρότητα τους και άλλα χαρακτηριστικά. Το δεύτερο μέρος της μεθοδολογίας περιέλαβε στην χορήγηση του τα στοιχεία κωδικοποίησης και την εισαγωγή δεδομένων. Το τρίτο τμήμα σχετίζεται με την ανάλυση των στοιχείων και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

### **2.4.1 Μετάφραση και Προσαρμογή κλίμακας**

Η διαδικασία μετάφρασης της κλίμακας από τα αγγλικά στα ελληνικά έγινε με την παρακάτω διαδικασία: η αρχική έκδοση μεταφράστηκε, από ομάδα φοιτητών οι οποίοι ήταν φυσικοίμιλητές της ελληνικής γλώσσας και είχαν επάρκεια σε γραπτό και προφορικό επίπεδο της αγγλικής γλώσσας. Στην συνέχεια δόθηκε στον υπεύθυνο καθηγητή για έλεγχο και διόρθωση ενδεχομένων λαθών όσων αφορά την διατύπωση των ερωτήσεων.

### **2.4.2 Περιγραφή ερωτηματολογίου**

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δεκαοκτώ ερωτήσεις τις οποίες το άτομο απαντά σύμφωνα με τις εμπειρίες τις καθημερινότητας του το τελευταίο διάστημα των έξη μηνών αλλά και με την προσωπικότητα του. Οι απαντήσεις βασίζονται σε μια αυξανόμενη κλίμακα από το μηδέν έως το τέσσερα, όπου μηδέν είναι το ποτέ, ένα το σπάνια, δύο μερικές φορές, τρία συχνά και τέσσερα πολύ συχνά. Οι ερωτήσεις αυτές βασίζονται στα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ τα οποία είναι η

προσοχή, η μνήμη, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται σε προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τις εργασίες δηλαδή πόσο συχνά τις αποφεύγουν ή δυσκολεύονται να τις ολοκληρώσουν όταν αυτές είναι βαρετές. Επίσης στο πόσο συχνά ξεχνούν ραντεβού ή δυσκολεύονται να βρουν πράγματα. Ένας ακόμα παράγοντας που αξιολογείται είναι πόσο συχνά νιώθουν ανησυχία και εκνευρισμό με αποτέλεσμα να λειτουργούν σαν μηχανή και να μην μπορούν να συγκεντρωθούν όταν αυτό απαιτείται. Τέλος γίνεται αναφορά στις περιπτώσεις όπου χρειάζεται η εναλλαγή σειράς και η υπομονή να αφήνουν τους υπόλοιπους να ολοκληρώσουν είτε τα λεγόμενα τους είτε αυτό με το οποίο ασχολούνται εκείνη τη στιγμή.

## **2.5 Στατιστικές αναλύσεις**

Ο έλεγχος της κανονικότητας του δείγματος έγινε με Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ. Οι μεταβλητές που ακολουθούσαν κανονική κατανομή εκφράζονται σε μέσους όρους (Means) και τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviations = SD). Οι μεταβλητές οι οποίες που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή εκφράστηκαν σε μέση τιμή (Median) και σε διατεταρτημοριακό εύρος (IQR). Οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Για τη σύγκριση των αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το chi-square τεστ και students t-test. Ο έλεγχος Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των συνεχών μεταβλητών μεταξύ των δύο ομάδων μελέτης. Επίσης, ο έλεγχος Kruskal-Wallis H χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των συνεχών μεταβλητών μεταξύ όλων των ομάδων μελέτης. Για τον έλεγχο εσωτερικής συνοχής (συνάφειας) και για την αξιοπιστία της κλίμακας ο δείκτης a-Cronbach υπολογίστηκε. Όλες οι αναφερόμενες p values ήταν δικατάληκτες (two-tailed). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αναλύσεων καθορίστηκε στο  $p < 0.05$ . οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS (version 19.0, Armonk, NY, USA).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> Αποτελέσματα της Έρευνας

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα της μελέτης κοινώς περιλαμβάνονται τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν μέσω της συλλογής του δείγματος της έρευνας και της κωδικοποίησης των δεδομένων που καταγράφηκαν.

### 3.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

Σε αυτό το υποκεφάλαιο αναφέρονται τα δημογραφικά και συγκριτικά δεδομένα που προέκυψαν από την χορήγηση της κλίμακας αυτοαντίληψης της ΔΕΠ/Υ ενηλίκων. Στον πίνακα 3-1, ο οποίος ακολουθεί, περιέχει συγκεντρωτικά δημογραφικά δεδομένα τον αριθμό αντρών και γυναικών στο σύνολο το υ δείγματος και ανά ηλικιακή ομάδα.

**Πίνακας 3-1. Τα δημογραφικά δεδομένα της μελέτης.**

	Ηλικία	N Αντρες/Γυναίκες	p-level
Ηλικιακή ομάδα 18-30 ετών	22.08 (±2.41)	71	NS
Ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών	34.00 (±2.89)	70	NS
Ηλικιακή ομάδα 40-50 ετών	45.25 (±2.86)	69	NS
Ηλικιακή ομάδα 50-60 ετών	54.40 (±2.62)	70	NS
Ηλικιακή ομάδα 60-70 ετών	64.26 (±2.86)	70	NS
Ηλικιακή ομάδα 70+ ετών	75.39 (±4.87)	70	NS
Σύνολο Δείγματος	49.17 (±18.24)	420 210/210	NS

**Οι τιμές είναι σε μέσους όρους ± τυπικές αποκλίσεις/ p-level< .05**

Το σύνολο του δείγματος είχε μέσο όρο ηλικίας τα 49.17 έτη με τυπική απόκλιση τα εύρος 19 έως 86 ετών. Η ηλικιακή υποομάδα 18 έως 30 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 22.08 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.41 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 30 έως 40 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 34.00 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.89 έτη. Η ηλικιακή

υποομάδα 40 έως 50 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 45.25 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.86 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 50 έως 60 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 54.40 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.62 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 60 έως 70 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 64.26 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.86 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 70+ ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 75.29 έτη με τυπική απόκλιση τα 4.87 έτη.

Στους πίνακες 3.2. και 3.3 παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των μέσων τιμών με βάση το φύλο, για το συνολικό σκορ και των ερωτήσεων της κλίμακας αυτοαντίληψης της ΔΕΠ/Υ. Μετά από τον έλεγχο κανονικότητας ένα Mann-Whitneytest πραγματοποιήθηκε για το συνολικό σκορ και για τα ερωτήματα της κλίμακας αυτοαντίληψης της ικανότητας ανάγνωσης ενηλίκων.

**Πίνακας 3.2. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για το Συνολικό Σκορ του Ερωτηματολογίου Αυτοαντίληψης της ΔΕΠ/Υ Ενηλίκων.**

	Άντρες (N=210)	Γυναίκες (N=210)	Mann-Whitney U	P level
<b>Σύνολο</b>	214.93	206.07	21119.500	.454

\*p level at  $P < 0.05$

Συγκεκριμένα καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών στο σύνολο του δείγματος  $U = 21119.500$ , NS για το συνολικό σκορ της κλίμακας αυτοαντίληψης της ΔΕΠ/Υ (Πίνακας 3.2).

Επίσης καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών σε όλες τις ερωτήσεις κλίμακας για το σύνολο του δείγματος. Συγκεκριμένα για την Q1 ερώτηση της κλίμακας αυτοαντίληψης της ικανότητα κατάποσης ήταν  $U = 21070.500$ , NS, για την Q2 ( $U = 21376.500$ , NS), για την Q3 ( $U = 18999.000$ , NS), για την Q4 ( $U = 22036.000$ , NS), για την Q5 ( $U = 21775.500$ , NS), Q6 ( $U = 20589.000$ , NS), για την Q7 ( $U = 19499.000$ , NS), για την Q8 ( $U = 21339.500$ , NS), για την Q9 ( $U = 20375.000$ , NS), για την Q10 ( $U = 18445.000$ , NS), για την Q11 ( $U = 21653.5000$ , NS), για την Q12 ( $U = 20176.000$ , NS), για την Q13 ( $U = 21342.500$ , NS), για την Q14 ( $U = 20482.500$ , NS), για την Q15 ( $U = 21664.000$ , NS), για την Q16 ( $U = 20850.000$ , NS), για την Q17 ( $U = 21460.000$ , NS) και για την Q18 ( $U = 20991.000$ , NS). Σε όλες σχεδόν τις συγκρίσεις οι γυναίκες είχαν κατά πλειοψηφία χαμηλότερο σκορ ως προς τους άντρες (Πίνακας 3.3).

**Πίνακας 3.3. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για τις Ερωτήσεις της Κλίμακας Αυτοαντίληψης της ΔΕΠ/Υ Ενηλίκων.**

	<b>Άντρες (N=210)</b>	<b>Γυναίκες (N=210)</b>		
	<b>Mean</b>	<b>Range</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>P level</b>
<b>Q1</b>	205.84	215.16	21070.500	.409
<b>Q2</b>	207.29	213.71	21376.500	.568
<b>Q3</b>	225.03	195.97	18999.000	.010
<b>Q4</b>	210.43	210.57	22036.000	.991
<b>Q5</b>	211.81	209.19	21775.500	.820
<b>Q6</b>	203.54	217.46	20589.000	.226
<b>Q7</b>	198.35	222.65	19499.000	.030
<b>Q8</b>	207.12	213.88	21339.500	.547
<b>Q9</b>	218.48	202.52	20375.000	.156
<b>Q10</b>	227.67	193.33	18445.000	.007
<b>Q11</b>	208.61	212.39	21653.500	.738
<b>Q12</b>	219.42	201.58	20176.000	.111
<b>Q13</b>	207.13	213.87	21342.500	.553
<b>Q14</b>	217.96	203.04	20482.500	.189
<b>Q15</b>	208.66	212.34	21664.000	.747
<b>Q16</b>	204.79	216.21	20850.000	.311
<b>Q17</b>	213.31	207.69	21460.000	.622
<b>Q18</b>	205.46	215.54	20991.000	.366

\*p level at  $P < 0.05$

Στην προσπάθεια ελέγχου της ύπαρξης στατιστικά σημαντικά διαφορών μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων για τις ερωτήσεις κάθε τομέα του ερωτηματολογίου της ερευνάς Kruskal-WallisHtest πραγματοποιήθηκε για το σύνολο του δείγματος (Πίνακας 3.4.).

**Πίνακας 3.4. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Όλων των Ηλικιακών Ομάδων για τις Ερωτήσεις και το Συνολικό Σκορ της Κλίμακας Αυτοαντίληψης της ΔΕΠ/Υ.**

Ερωτ ήσεις	Ηλικιακές Υποομάδες						Kruskal- Wallis <i>H</i>	<i>P</i> level
	18-30 ετών	30-40 ετών	40-50 ετών	50-60 ετών	60-70 ετών	70+ ετών		
<b>Q1</b>	147.77	215.13	197.80	193.80	247.57	261.64	44.104	.000*
<b>Q2</b>	158.89	182.82	193.77	209.27	256.69	262.06	45.059	.000*
<b>Q3</b>	169.00	173.10	167.64	228.67	248.50	276.07	57.493	.000*
<b>Q4</b>	198.48	204.91	164.67	234.20	208.69	251.56	23.294	.000*
<b>Q5</b>	191.36	215.40	236.12	218.70	194.16	207.90	6.990	.221
<b>Q6</b>	162.32	241.32	223.26	217.72	197.61	221.64	19.224	.002*
<b>Q7</b>	190.27	185.84	186.96	218.65	241.59	239.64	18.329	.003*
<b>Q8</b>	211.46	192.03	172.73	234.91	235.24	216.09	15.775	.008
<b>Q9</b>	149.22	201.16	172.28	217.87	256.34	266.45	56.026	.000*
<b>Q10</b>	185.49	178.58	202.17	226.14	226.37	244.49	17.135	.004*
<b>Q11</b>	183.17	218.45	198.78	216.37	211.39	235.07	8.362	.137
<b>Q12</b>	134.39	191.18	223.48	222.01	238.53	254.69	49.365	.000*
<b>Q13</b>	208.04	217.91	230.49	226.49	194.68	185.71	8.136	.149
<b>Q14</b>	174.18	205.74	259.07	226.08	208.61	190.54	22.390	.000*
<b>Q15</b>	203.11	219.90	222.07	207.02	206.41	204.77	1.733	.885
<b>Q16</b>	210.73	213.84	189.49	214.04	221.64	212.96	3.086	.687
<b>Q17</b>	163.81	208.50	231.05	223.73	218.44	218.43	15.087	.010
<b>Q18</b>	188.96	195.75	187.88	222.57	233.34	234.49	13.021	.023
<b>Σύνολο</b>	151.06	191.95	196.54	235.27	234.76	254.06	34.346	.000*

\* $p_{level} < 0.05$

Για το σύνολο του δείγματος για κάθε ερώτηση στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στις ερωτήσεις Q1 με  $H(5) = 44.104$ ,  $p < .001$ , Q2 με  $H(5) = 45.059$ ,  $p < .001$ , Q3 με  $H(5) = 57.493$ ,  $p < .001$ , Q4 με  $H(5) = 23.294$ ,  $p < .001$ , την Q6 με  $H(5) = 19.224$ ,  $p < .005$ , Q7 με  $H(5) = 18.329$ ,  $p < .005$ , Q9 με  $H(5) = 56.026$ ,  $p < .001$ , Q10 με  $H(5) = 17.135$ ,  $p < .005$ , Q12 με  $H(5) = 49.365$ ,  $p < .001$ , και την Q14 με  $H(5) = 22.390$ ,  $p < .001$ . Επίσης, στο συνολικό σκορ της κλίμακας υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά με  $H(5) = 34.346$ ,  $p < .001$ . Στον αντίποδα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές για τις ερωτήσεις Q5 με  $H(5) = 6.990$ , NS, την Q8 με  $H(5) = 15.775$ , NS, την Q11 με  $H(5) = 8.362$ , NS, την Q13 με  $H(5) = 8.136$ , NS, την Q15 με  $H(5) = 1.733$ , NS, την Q16 με  $H(5) = 3.086$ , NS, την Q17 με  $H(5) = 13.021$ , NS, και την Q18 με  $H(5) = 13.021$ , NS (Πίνακας 3.4.).

### 3.2 Αναλύσεις Αξιοπιστίας

Με την χορήγηση της κλίμακας θέλαμε να αξιολογήσουμε κατά πόσο είναι αξιόπιστη και έγκυρη ως προς αυτό που θέλουμε να εξετάσουμε, δηλαδή την αυτοαντίληψη της αντίληψης του ΔΕΠ/Υ. Όσον αφορά τον έλεγχο της εσωτερικής συνάφεια ή την ομοιογένεια για τα ερεθίσματα – εικόνες του τεστ ο συντελεστής AlphaCronbach's χρησιμοποιείτε στο σύνολο του, συγκεκριμένα: **ReliabilityCoefficients 18itemsAlpha = .811Standardizeditemalpha = .814**

Πίνακας 3.5. Itemtoitem Ανάλυση της Κλίμακας σε σχέση με τις ερωτήσεις του.

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18
q1	1.00																	
q2	.534	1.00																
q3	.335	.305	1.00															
q4	.223	.219	.272	1.00														
q5	.184	.095	.217	.198	1.00													
q6	.158	.013	.131	.144	.304	1.00												
q7	.287	.289	.277	.224	.219	.143	1.00											
q8	.210	.207	.184	.285	.240	.066	.355	1.00										
q9	.331	.255	.405	.182	.184	.111	.248	.258	1.00									
q10	.183	.231	.240	.158	.011	-.040	.271	.209	.249	1.00								
q11	.123	.185	.184	.187	.214	.096	.322	.268	.230	.307	1.00							
q12	.362	.285	.332	.129	.228	.134	.195	.120	.383	.140	.224	1.00						
q13	.176	.115	.086	.145	.286	.186	.183	.187	.098	.197	.237	.127	1.00					
q14	.151	.016	.082	.074	.275	.204	.129	.185	.118	.136	.183	.234	.374	1.00				
q15	.098	.103	.018	.124	.108	.222	.116	.144	.121	.110	.144	.088	.268	.186	1.00			
q16	.223	.169	.026	.120	.136	.171	.099	.196	.141	.084	.095	.191	.145	.084	.410	1.00		
q17	.140	.105	.169	.236	.333	.227	.193	.203	.185	.115	.262	.253	.228	.299	.237	.253	1.00	
q18	.180	.143	.172	.239	.190	.181	.222	.261	.123	.133	.227	.183	.262	.238	.227	.319	.477	1.00

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Συμπεράσματα – Συζήτηση**

### **4.1. Τα Συμπεράσματα**

Σε αυτό το υποκεφάλαιο συνοψίζονται τα αποτελέσματα της έρευνας της πτυχιακής για την εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε τυπικό πληθυσμό και των περαιτέρω αναλύσεων οι οποίες έγιναν. Συγκεκριμένα:

1. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο υψηλό μέσο όρο απαντήσεων για το συνολικό σκορ της κλίμακας.
2. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο υψηλό μέσο όρο απαντήσεων στις πιο πολλές ερωτήσεις της κλίμακας.
3. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των αντρών και γυναικών σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.
4. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων για το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου.
5. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων για τις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12 και 14.
6. Το ερωτηματολόγιο είχε ικανοποιητικά υψηλά αποδεκτό δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ελληνική μεταφρασμένη του έκδοση, στο σύνολό της.

## 4.2. Η Συζήτηση

Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ανήκουν στο είδος της ποσοτικής έρευνας. Τα ποσοτικά δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για στατιστικές αναλύσεις οδηγώντας σε αξιόπιστα αποτελέσματα, αλλά για να συμβεί αυτό χρειάζεται το δείγμα που θα επιλεγεί να είναι αντιπροσωπευτικό. Η ποσοτική έρευνα βασίζεται στο σχεδιασμό ενός ερωτηματολογίου, δηλαδή μιας ομάδας τυποποιημένων ερωτήσεων για τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών. Αυτά μπορούν να χορηγηθούν με τέσσερις μεθόδους την προσωπική , τηλεφωνική , ταχυδρομική και έρευνα μέσω διαδικτύου(Σιώμος Γεώργιος Ι., Μαύρος Δημήτρης Α, 2008). Τα πλεονεκτήματα που διαθέτουν αυτά τα ερωτηματολόγια είναι σημαντικά, καθώς προσφέρονται για την επίλυση όλων των προβλημάτων, το κόστος τους είναι μικρό και τα αποτελέσματα άμεσα. Επιπλέον αποτελούν την πιο συχνή μέθοδο συλλογής πρωτογενών δεδομένων. Ωστόσο υπάρχουν και μειονεκτήματα που έχουν να κάνουν με την αναπόφευκτη επιρροή από εξωτερικούς παράγοντες όπως και η πιθανότητα άρνησης ή αδυναμίας να δώσουν μια απάντηση (Σταθακόπουλος Β. , 2005).

Το Self-referencing scale ADHD είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την αυτοαντίληψη της αντίληψης της ΔΕΠ/Υ. Στην έρευνα συμμετείχαν 360 άτομα φυσιολογικού πληθυσμού, εκ των οποίων οι 180 ήταν άνδρες και οι 180 ήταν γυναίκες , ηλικιακής ομάδας 18 έως 70 ετών. Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα που προέκυψαν από τη χρήση του SPSS καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο σύνολο του δείγματος για το συνολικό σκορ, αν και οι γυναίκες σε όλες σχεδόν τις συγκρίσεις είχαν κατά πλειοψηφία χαμηλότερο σκορ ως προς τους άντρες.

Γενικά οι άντρες τείνουν να εκδηλώνουν πιο έντονα και άμεσα παρατηρήσιμα συμπτώματα σε σχέση με τις γυναίκες (Παπαναστασίου, 2014). Οι γυναίκες αντιθέτως έχουν την τάση να ξεφεύγουν πολλές φορές της διάγνωσης εξαιτίας της προσπάθειας αντιστάθμισης των προβλημάτων που τους προκαλεί η ΔΕΠ-Υ. Ακόμα προκύπτει το συμπέρασμα πως η κλίμακα επηρεάζεται και από την ηλικία. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή υποομάδα παρατηρείται μείωση σε κάποιους από τους τομείς που μελετά το ερωτηματολόγιο και συγκεκριμένα στους τομείς της προσοχής και της υπερκινητικότητας.

Αντίθετα , στην έρευνα των Kooij et al 2008 συμμετείχαν 120 ενήλικα άτομα με ΔΕΠΥ, οι συνεργάτες τους (N=100) και οι γονείς τους ( N=110).Η μέση ηλικία ήταν 36.6 χρόνια , 66 άτομα με ΔΕΠ-Υ (55%) ήταν άνδρες και 54 (45%) γυναίκες. Τα 115 άτομα είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ συνδυασμένου τύπου , δύο με ΔΕΠ-Υ απρόσεκτου τύπου και τρία με ΔΕΠ-Υ υπερκινητικού / παρορμητικού τύπου (Kooij et al, 2008).Τα εργαλεία μέτρησης της ΔΕΠ-Υ που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα ADHDRatingScale , το CAARS , τοBAADSκαι η δομημένη συνέντευξη DIS-L.

ΤοADHDRatingScaleφτιάχτηκε χρησιμοποιώντας 18 κριτήρια του DSM-IV. Τα κριτήρια αυτά βαθμολογήθηκαν με 0= σπάνια ή ποτέ , 1=μερικές φορές , 2=συχνά , 3-πολύ συχνά, βασισμένοι στη συμπεριφορά των τελευταίων έξι μηνών . Το σύμπτωμα θεωρούνταν ότι υπάρχει αν η απάντηση ήταν 2 (συχνά) ή 3 (πολύ συχνά) ,(Kooij et al, 2008).

Το CAARSαποτελείται από 66 στοιχεία τα οποία περιλαμβάνουν: έλλειψη προσοχής, υπερκινητικότητα , παρορμητικότητα , συναισθηματική αστάθεια και προβλήματα στη αυτοαντίληψη. Τα άτομα απαντούν με κλίμακα από 0 έως 3 (0=καθόλου/ποτέ,1=μόλις λίγο/κάποια στιγμή, 2= συχνά/ μέτρια , 3=πολύ συχνά / πολύ). Υπάρχουν 8 ομάδες: α= απροσεξία , προβλήματα μνήμης , β= υπερκινητικότητα , ανησυχία , γ= παρορμητικότητα, συναισθηματική αστάθεια , δ= προβλήματα αυτοαντίληψης, ε= DSM-IV συμπτώματα απροσεξίας , η= δείκτης ΔΕΠ-Υ. Ένα σκορ μεγαλύτερο από 65 θεωρείται σημαντικό σε κλινικές ομάδες(Kooij et al, 2008).

Το BAADSείναι μια κλίμακα με 40 κριτήρια για εφήβους και ενήλικους και μετρά μια σειρά από συμπτώματα πέρα από την απροσεξία . Επίσης η υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα δεν συμπεριλαμβάνεται σε αυτή την κλίμακα. Τα στοιχεία της κλίμακας βαθμολογούνται από 0 έως 3 ( 0= ποτέ , 1= μία φορά τη εβδομάδα ή λιγότερο , 2= δύο φορές την εβδομάδα , 3= σχεδόν καθημερινά ) και ομαδοποιούνται ως εξής : Οργάνωση και ενεργοποίηση στην εργασία , διατήρηση προσοχής και συγκέντρωσης , διατήρηση ενέργειας και προσπάθειας, διαχείριση συναισθήματος, μνήμη εργασίας και ανάκληση. Σκορ μεγαλύτερο των 50 θεωρείται κλινικά σημαντικά (Kooij et al, 2008).

Το DIS-Lείναι μια πλήρες δομημένη συνέντευξη η οποία αξιολογεί εκ των υστέρων τα κριτήρια DSM-IVγια την παιδική ηλικία σε ενήλικους. Το DIS-L αποτελείται από



33 ερωτήσεις σχετικά με συμπτώματα, έναρξη , διάρκεια και λειτουργικότητα. Σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV για τη ΔΕΠ-Υ διακρίνονται 2 παράγοντες : Απροσεξίας και υπερκινητικότητα; -παρορμητικότητας . Ελέγχεται αν αυτά τα συμπτώματα εξακολουθούν να υφίστανται και στην ενήλικη ζωή (Kooij et al, 2008).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλες οι παραπάνω κλίμακες μπορούν χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ σε κλινικά δείγματα των ενηλίκων. Οι ενήλικοι με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να είναι οι καλύτεροι πληροφοριοδότες για τα συμπτώματα τους αλλά φαίνεται να υποτιμούν τη σοβαρότητα (Kooij et al, 2008).

Οι De Quiros et al, το 2001 διεξήγαγαν έρευνα που συμμετείχαν 48 ενήλικοι οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ, στην παιδική ηλικία και δεν είχαν κάποια άλλη διαταραχή. Τα άτομα αυτά συμπλήρωσαν το Adult Problem Questionnaire (APQ) και το Conners Hyperactive Index (CHI). Επίσης στην έρευνα συμμετείχαν 40 άτομα τα οποία αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου.

Το Conners Hyperactive Index (CHI) αποτελείται από 10 ερωτήματα τα οποία βαθμολογούνται από το 0-3 (0=καθόλου, 1=λίγο, 2=αρκετά, 3=πολύ).

Το Adult Problem Questionnaire (APQ) αποτελείται από 43 κριτήρια τα οποία επιλέχθηκαν από ένα σύνολο κοινών περιγραφών για τα συμπτώματα των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ . Η βαθμολογική κλίμακα είναι και εδώ ίδια με το (CHI) (0-3). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το σκορ των APQ και CHI συσχετίστηκαν σημαντικά.

Οι πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και της ομάδας ελέγχου δείχνουν ότι οι ενήλικοι με ΔΕΠ-Υ μπορούν να εντοπίσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς τους στα ερωτηματολόγια. Η διακριτική ανάλυση έδειξε ότι τα ερωτηματολόγια μπορούν να κατανεύουν σωστά την πλειοψηφία των ατόμων στις κατηγορίες τους (De Quiros et al, 2001).

Στη έρευνα των Norvilitis et al, το 2008 συμμετείχαν 626 ενήλικα άτομα, 283 (45%) από ΗΠΑ και 343 (55%) από Κίνα τα οποία συμπλήρωσαν το Wender Utah Rating Scale (WURS) και το Current Symptom Scale (CSS).

Το WURS είναι μια κλίμακα με 60 στοιχεία σχεδιασμένη να αξιολογεί συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ της παιδικής ηλικίας στους ενήλικους. Οι συμμετέχοντες έδιναν απαντήσεις από το 1-5 (καθόλου έως πάρα πού αντίστοιχα) (Norvilitis et al, 2008).

Το CSS αποτελείται από 18 συμπτώματα και 10 στοιχεία τα οποία βαθμολογούν τον βαθμό της διαταραχής. Όλα τα στοιχεία βαθμολογούνται από μια κλίμακα από το 1(ποτέ ή σπάνια) έως το 4(πολύ συχνά). Και οι δυο κλίμακες για την ΔΕΠ-Υ φάνηκε να είναι αξιόπιστες και έγκυρες και με καλή εσωτερική συνέπεια (Norvilitis et al, 2008).

Οι Murphy et Schachar το 2000 διεξήγαγαν δυο έρευνες στην πρώτη 50 ενήλικοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο ώστε να αξιολογήσουν τα συμπτώματα της παιδικής ηλικίας, το οποίο περιείχε τα κριτήρια του DSM-IV και οι συμμετέχοντες βαθμολογούσαν τον εαυτό τους από το 0-3 (0=σπάνια, 1=μερικές φορές, 2=συχνά, 3=συνήθως). Το ίδιο έκανε και ο ένας από τους γονείς τους (πατέρας ή μητέρα).

Στη δεύτερη έρευνα έκαναν το ίδιο 100 ενήλικοι με την διαφορά ότι βαθμολογούσαν τα τωρινά τους συμπτώματα. Επίσης συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο και ο/η σύντροφος- σύζυγος (Murphy et Schachar, 2000). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι βρέθηκαν καλές συσχετίσεις μεταξύ ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ και γονέων ή συζύγων- συντρόφων. Άρα τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι ενήλικοι με ΔΕΠ-Υ μπορούν να αξιολογήσουν τόσο τα συμπτώματα της παιδικής τους ηλικίας όσο και τα τρέχοντα, δίνοντας μια ακριβή εικόνα της κατάστασής τους (Murphy et Schachar, 2000).

Παρόλο που στην δική μας έρευνα το ερωτηματολόγιο (Self-referencing scale ADHD) χορηγήθηκε σε τυπικό πληθυσμό, σε αντίθεση με τα ερωτηματολόγια που αναφέρθηκαν παραπάνω τα οποία στην πλειοψηφία τους χορηγήθηκαν σε παθολογικό πληθυσμό οδηγούμαστε σε κοινό συμπέρασμα. Οι ενήλικες είτε ανήκουν σε τυπικό είτε σε παθολογικό πληθυσμό (άτομα με ΔΕΠ-Υ) είναι ικανοί να αξιολογήσουν τα συμπτώματα τους. Μια ακόμα διαφορά που παρατηρείται ανάμεσα στο δικό μας ερωτηματολόγιο και σε όλα τα παραπάνω είναι πως δεν διαχωρίζουν τον πληθυσμό χορήγησης σε φύλλα και ηλικιακές ομάδες, κάτι που θεωρούμε σημαντικό καθώς εμείς διαπιστώσαμε κάποιες μικρές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων.

Συνοψίζοντας, και λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως το ερωτηματολόγιο μας αποτελεί ένα αξιόλογο και πρακτικό εργαλείο για την αυτοαντίληψη της αντίληψης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και πως πρέπει να χορηγηθεί και σε παθολογικό πληθυσμό. Σύμφωνα και με τα στατιστικά στοιχεία του κεφαλαίου 3 φαίνεται πως το δείγμα είναι ενδεικτικό για μία μελλοντική

στάθμιση του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό. Ανακεφαλαιώνοντας, πρόκειται για ένα αξιόπιστο ανιχνευτικό εργαλείο, χρήσιμο και απαραίτητο.

## Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Biederman J., Newcorn J., Sprich S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*: Volume 148, pp 564–577. χ.τ.
- Bowman. (1982). A Pac-Man theory of motivation. Tactical implications for classroom instruction. *Educational Technology*, 22(9), 14–17. . χ.τ.
- De Quiros et al. (2001). Analysis of Self-Ratings on a Behavior Questionnaire. 140-147. New York.
- Frankel F., Feinberg D. (2002). Social Problems Associated with ADHD vs. ODD in Children Referred for Friendship Problems. *Child Psychiatry and Human Development*: Volume 33, No 2, pp 125–146. χ.τ.
- Gaub M., Carlson C. L. (1997). Behavioral Characteristics of DSM-IV ADHD Subtypes in a School-Based Population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 25, No. 2, pp. 103–111. χ.τ.
- Kooij et al. (2008). Reliability, Validity, and Utility of Instruments for Self-Report and Informant Report Concerning Symptoms of ADHD in Adult Patients. *Journal of Attention Disorders*. 11(4), 445-458. χ.τ.
- McNab, V. F. (2009).
- Morgan R., Garavan H., Smith E., Driscoll L., Levitsky D., Strupp B. (2001). Early lead exposure produces lasting changes in sustained attention, response initiation, and reactivity to errors. χ.τ.
- Murphy et Schachar. (2000). Use of Self-Ratings in the Assessments of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. *American Journal of Psychiatry*. 157, 1156-1159. χ.τ.
- Norvilitis et al. (2008). Self-Reported Symptoms of ADHD Among College Students in China and the United States. *Journal of Attention Disorders*. 11(5), 558-567. χ.τ.
- Olesen, Westerberg, Klingberg. (2004, 2007, 2009). χ.τ.
- Owens J.A., Maxim R., Nobile C., McGuinn M., Msall M. (2002). Parental and Self-report of Sleep in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*: Volume 154, No 6, pp 549–555. χ.τ.
- Richards T.L., Deffenbacher J.L., Rosen L.A. (2002). Driving Anger and other Driving Related Behaviors in High and Low ADHD Symptom College Students. *Journal of Attention Disorders*: Volume 6, No 1, pp 25–38. χ.τ.
- S. M. Alessandri. (2002). Attention, Play, and Social Behavior in ADHD Preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*: Volume 20, No. 3, pp 289–302. χ.τ.
- Squire. (2003). Video games in education. *International Journal of Intelligent Simulations and Gaming*, 2(1), XX–XX. χ.τ.

Steiner et al. (2011). Neurofeedback and Cognitive Attention Training for Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Schools. χ.τ.

Wilkinson et al. (2008). Video Games and Health. χ.τ.

Αγγελάκης, Ε. (2006). EEG neurofeedback: A brief overview and an example of peak alpha frequency training for cognitive enhancement in the elderly. The Clinical Neuropsychologist, 21(1):110-29. Αγία Παρασκευή.

Αρμενάκα, Μ. (χ.χ.). ΔΕΠ-Υ. Θεραπείες.Φαρμακευτική Αγωγή. Αθήνα.

Βοστάνης, Π. (2012). ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας). χ.τ.

Κόρπα, Τ. (2015). ΔΕΠ-Υ. Ανίχνευση,αξιολόγηση,αντιμετώπιση. χ.τ.

Μιχαλοπούλου, Ν. (χ.χ.). Ψυχοθεραπεία και ΔΕΠ-Υ. αθήνα.

Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). (χ.χ.). Τι είναι η ΔΕΠΥ. Αθήνα.

Παπακωνσταντίνου, Ε. (2011, Ιουνιος 1). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). καβαλα.

Παπαναστασίου, Φ. (2014). ΔΕΠ-Υ. χ.τ.

Περβανίδου. (2009). Γενετικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες κινδύνου στην ανάπτυξη ΔΕΠΥ. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). χ.τ.

Σιώμος Γεώργιος Ι, Μαύρος Δημήτρης Α. (2008). Έρευνα Αγοράς. Αθήνα.

Σκουντή, Δ. Μ. (χ.χ). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα. χ.τ.

Σταθακόπουλος Β. . (2005). Μέθοδοι Έρευνας Αγοράς, εκδόσεις Σταμούλη. αθήνα.

## Ιστοσελίδες

Βοστάνης Π. ,ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας),ανακτήθηκε το 2017 από <https://www.noesi.gr/book/syndrome/adhd>

Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), ανακτήθηκε το 2017 από <http://www.adhdhellas.org/2013-09-13-13-14-13/ti-einai>

Δρ. Σκουντή Μ.,Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα, ανακτήθηκε το 2017 από <https://ilektra.weebly.com/deltaepsilonpiupsilon.html>

Λαγουμίδα Μ., Η Διάσπαση Προσοχής μέσα από τα μάτια του παιδιού, ανακτήθηκε το 2017 από <http://i-paidi.gr/2015/07/i-diaspasi-prosochis-mesa-apo-ta-matia-tou-pediou/>

Βικιπαίδεια, ανακτήθηκε το 2017 από [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE\\_%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%87%CE%AE\\_%CE%A5%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%87%CE%AE_%CE%A5%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1)

Κόρπα Τ., ΔΕΠ-Υ, ανακτήθηκε το 2017 από <http://docplayer.gr/1493411-Depy-diatarahi-elleimmatikis-prosochis-yperkinitikotitas-anihneysi-axiologisi-antimetopisi.html>

Κώνα Β., Σύγκριση διαγνωστικής αξιοπιστίας-ακρίβειας μεταξύ των κριτηρίων Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) του DSM-IV, ICD-10 και των κριτηρίων Παυλίδη σε ενήλικους, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, ανακτήθηκε το 2017 από <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/16249/5/KonaVasilikiMsc2014.pdf>

Σμυρναίου Ζ., Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), ανακτήθηκε το 2017 από <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP263/%CE%94%CE%95%CE%A0%CE%A5.pdf>

Squire, Video-Game Literacy, ανακτήθηκε το 2017 από <https://website.education.wisc.edu/kdsquire/tenure-files/04-video-game%20literacy.pdf>

Βικιπαίδεια, ανακτήθηκε το 2017 από [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD\\_%CE%B1\\_%CE%B1%CE%B3%CE%BF%CF%81%CE%AC%CF%82](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD_%CE%B1_%CE%B1%CE%B3%CE%BF%CF%81%CE%AC%CF%82)

Παπαναστασίου Φ., ΔΕΠ-Υ, ανακτήθηκε το 2017 από <http://eidikospaidagogos.gr/category/blog/c34-depy/>