



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

«Κλίμακα Αυτοαναφοράς ΔΕΠ-Υ Ενηλίκων: Μια
Πιλοτική Μελέτη»

Ανδρεάκη Αθηνά, Α.Μ.: 16527

Ξενικάκη Καλλιόπη, Α.Μ.: 16549

Επιβλέπων Καθηγητής: Διονύσιος Χρ. Ταφιάδης

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

«Κλίμακα Αυτοαναφοράς ΔΕΠ-Υ Ενηλίκων: Μια
Πιλοτική Μελέτη»

Ανδρεάκη Αθηνά, Α.Μ.: 16527

Ξενικάκη Καλλιόπη, Α.Μ.: 16549

Επιβλέπων Καθηγητής: Διονύσιος Χρ. Ταφιάδης

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017

“The ADHD Self-Report Scale: A Pilot Study in
Greek Typical Population”

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, 2017

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Διονύσιος Ταφιάδης,

Δρ. Λογοπαθολόγος-Λογοθεραπευτής, Πανεπιστημιακός Υπότροφος

2. Μέλος επιτροπής

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

3. Μέλος επιτροπής

Γεώργιος Τάτσης,

PhD. Φυσικός, Πανεπιστημιακός Υπότροφος

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Υπογραφή

© Ανδρεάκη Αθηνά, Ξενικάκη Καλλιόπη, 2017.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved

Δήλωση μη λογοκλοπής

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

Ανδρεάκη Αθηνά

Υπογραφή

Ξενικάκη Καλλιόπη

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την παρούσα πτυχιακή εργασία, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον εισηγητή μας και καθηγητή μας τον Κύριο Ταφιάδη Διονύσιο. Η πολύτιμη βοήθειά του, η άψογη συνεργασία μας καθώς ακόμη και η καθοδήγησή του, καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μας ήταν εξαιρετική. Επίσης, ένα μεγάλο «ευχαριστώ» στα αγαπημένα μας πρόσωπα, στους γονείς μας που αποδέχθηκαν όλες τις επιλογές μας και μας παρείχαν στήριξη όλο αυτό το διάστημα, χωρίς την οποία τίποτα από όσα έχουμε καταφέρει μέχρι σήμερα δε θα ήταν πραγματικότητα.

Τέλος, αυτή η πτυχιακή εργασία αφιερώνεται σε όλα τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εκεί έξω.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται στα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου και εξακολουθεί σε μεγάλο ποσοστό να υπάρχει και μετά την ενηλικίωση του ατόμου. Η διαταραχή αυτή είναι επικρατέστερη στο αρσενικό φύλο και μπορεί να οφείλεται είτε σε έναν συγκεκριμένο παράγοντα είτε σε ένα κράμα από τους ακόλουθους παράγοντες: νευρολογικούς, γενετικούς, βιολογικούς, κληρονομικούς ή περιβαλλοντικούς. Η ΔΕΠ-Υ σε ενήλικους ασθενείς μπορεί να συνυπάρξει με νευροαναπτυξιακά και ψυχικά προβλήματα, καθώς, επίσης, και να προκαλέσει δυσκολίες που αφορούν τον κοινωνικό, ακαδημαϊκό και επαγγελματικό τομέα. Η αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ απαιτεί πλήθος μεθόδων όπως: συνεντεύξεις, χρήση κλιμάκων, εργαστηριακές μετρήσεις, μετρήσεις που αφορούν το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου και τεχνικές άμεσης παρατήρησης της συμπεριφοράς. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν μέσω μιας πιλοτικής μελέτης -σε τυπικό πληθυσμό- να αξιολογηθεί το ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς για ΔΕΠ-Υ σε ενήλικα άτομα.

Μέθοδος: Σε σύνολο 363 τυπικών ενηλίκων (182 άντρες και 181 γυναίκες) ηλικίας 18 έως 85 ετών, χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση ενηλίκων για την ΔΕΠ-Υ. Το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τα ελάχιστα κριτήρια μετάφρασης.

Αποτελέσματα: Οι αναλύσεις των αποτελεσμάτων έδειξαν διαφορές μεταξύ μερικών ηλικιακών υποομάδων της έρευνας. Σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων παρατηρήθηκε στο μέσο όρο των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3,5,7,11,13 και 14. Το ερωτηματολόγιο είχε ικανοποιητικά υψηλό αποδεκτό δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ελληνική μεταφρασμένη του έκδοση, στο σύνολό της.

Συζήτηση: Το ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς για αξιολόγηση ενηλίκων για ΔΕΠ-Υ παρέχει πληροφορίες για την αυτοαντίληψη των ενδεχόμενων δυσκολιών. Το εργαλείο αυτό χρησιμεύει για την αρχική συλλογή πληροφοριών σχετικά με την αυτοαντίληψη ενός ενήλικα με ΔΕΠ-Υ.

Συμπεράσματα: Όπως προκύπτει, το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο προς στάθμιση στην ελληνική πραγματικότητα και έπειτα προς χορήγηση σε παθολογικό πληθυσμό.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, αξιολόγηση, διαταραχή, ελλειμματική προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, ερωτηματολόγιο, αυτοαναφορά, πιλοτική εφαρμογή, τυπικός πληθυσμός.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ(Abstract)

Purpose: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) appears in the first years of a person's life and in a great percentage it might still exist even after adulthood. The disorder is more common with males and it might stem from a specific factor or variety of different factors. ADHD in adults can co-exist with neurodevelopmental and psychological problems. Also, ADHD can lead to difficulties revolving around the social, academic and work areas. Its evaluation requires a variety of methods as: interviews, use of scales, lab tests, tests that refer to the level of mobility and techniques that monitor behavior. The goal of this research, was, through the use of a pilot study on a typical adult population, to evaluate this questionnaire.

Method: In a total of 363 typical adults (182 male and 181 female) age 18-85 was given a translated (abiding by the lower criteria of translations) and modified to Greek questionnaire on self-evaluating ADHD.

Result: Differences between some age sub-groups of the study were pinpointed during the statistical analysis. Likewise, a statistically great difference between the age sub-groups was observed in the average of the answers on questions 3,5,7,11,13 and 14. The questionnaire showed an adequately high point of validity and reliability in its Greek translated edition.

Discussion: The questionnaire can provide information about the self-evaluation of an adult in regards of the potential difficulties from ADHD. As a result, the questionnaire qualifies for introduction to the Greek system and administration to the pathologized population.

Key Words: ADHD, evaluate, disorder, deficit attention, hyperactivity, impulsivity, questionnaire, self-evaluation, pilot application, typical population.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|----|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ | 7 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 8 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ(Abstract) | 10 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ | 11 |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ..... | 13 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ | 14 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο | 16 |
| 1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ/ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ | 16 |
| 1.1.1. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ..... | 21 |
| 1.2. ΤΑ ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ | 22 |
| 1.2.1. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | 23 |
| 1.2.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | 25 |
| 1.2.3. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | 27 |
| 1.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΔΕΠΥ | 30 |
| 1.3.1. Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ..... | 30 |
| 1.3.2. ΟΙ 3 ΤΥΠΟΙ ΔΕΠ-Υ | 31 |
| 1.3.3. Η ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ | 34 |
| 1.3.4. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ | 36 |
| 1.3.5. ΣΥΝΟΔΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ..... | 38 |
| 1.3.6. ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 42 |
| 1.3.7. ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥΡΕΤΤΕ | 42 |
| 1.3.8. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΟΜΕΑ | 42 |
| 1.3.9. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΤΟΜΕΑ..... | 43 |
| 1.3.10. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ | 44 |
| 1.3.11. ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ..... | 45 |
| 1.3.12. ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ | 46 |
| 1.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ | 47 |
| 1.4.1. Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ | 49 |
| 1.4.2. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ | 54 |
| 1.4.3. ΜΕΣΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΕΠ-Υ..... | 55 |
| 1.4.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ..... | 59 |
| 1.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ..... | 61 |
| 1.5.1. ΜΙΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ | 61 |
| 1.5.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ/ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ..... | 63 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο | 64 |

| | |
|---|----|
| 2.1. Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 64 |
| 2.2. Ο ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ..... | 64 |
| 2.3. ΤΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ | 64 |
| 2.3.1. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΔΕΠ-Υ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ (ASRS-v 1.1) | 65 |
| 2.4. Η ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ..... | 66 |
| 2.4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΛΙΜΑΚΑΣ..... | 66 |
| 2.6. ΟΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ | 67 |
| 2.7. ΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ | 67 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο | 68 |
| 3.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ | 68 |
| 3.2 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ | 72 |
| Κεφάλαιο 4 ^ο | 73 |
| 4.1. ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 73 |
| 4.2. Η ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... | 73 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 83 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

| | |
|--|---------|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.2.: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.....σελ.31 | σελ.31 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.3.1.: ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.....σελ.31 | σελ.31 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.4. : ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.....σελ.36 | σελ.36 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.: ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....σελ. 68 | σελ. 68 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2.: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΣΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΕΝΗΛΙΚΩΝ.....σελ.69 | σελ.69 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3.: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΣΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΕΝΗΛΙΚΩΝ.....σελ.70 | σελ.70 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4.: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΣΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....σελ.71 | σελ.71 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5.: ITEM TO ITEM ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ.....σελ.72 | σελ.72 |

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

| | |
|------------|---|
| ΤΕΙ-Η..... | Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου |
| ΔΕΠ-Υ..... | Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής με/ χωρίς Υπερκινητικότητα |
| Ε.Π.Δ..... | Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή |
| Δ.Δ..... | Διαταραχή Διαγωγής |
| Δ.Α..... | Διαταραχές Άγχους |
| Δ.Σ..... | Διαταραχές Συναισθήματος |

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 (ΔΕΠ-Υ) στους ενήλικες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίου, με ομάδα ελέγχου φοιτητές. Απαραίτητη προϋπόθεση για την σωστή εκπόνηση της μελέτης αυτής ήταν να γίνει πρώτα η μετάφραση και η προσαρμογή της κλίμακας αυτό-αναφοράς της ΔΕΠ-Υ στην ελληνική γλώσσα, “ Self -Report scale ADHD”, στην Ελληνική πραγματικότητα.

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε φυσιολογικό πληθυσμό ανδρών και γυναικών ηλικιακής ομάδας από 18 ετών έως 85 ετών. Επίσης, το συνολικό δείγμα ανέρχεται στον αριθμό των 363 ατόμων.

Στα επιμέρους κεφάλαια θα γίνει αναφορά στην φύση της διαταραχής, στην αιτιολογία, στην κλινική εικόνα και στα συμπτώματα της διαταραχής καθώς και στην αξιολόγηση και διάγνωση της.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ/ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Οι πρώτες αναφορές σε περιπτώσεις ατόμων τα οποία παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά που αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται ήδη από την αρχαιότητα. Ο Γαληνός πρότεινε όπιο για τα αεικίνητα, υπερενεργητικά όντα (Goodman & Gilman, 1975). Ο Σαίξπηρ αναφέρεται σε μία «αρρώστια» της προσοχής, σε έναν από τους χαρακτήρες του έργου του 'ο Βασιλιάς Ερρίκος ο Όγδοος' (Barkley, 1996). Μία μεταγενέστερη περιγραφή ενός υπερκινητικού παιδιού δίνεται σε ένα ποίημα του Γερμανού γιατρού Heinrich Hoffman με τον τίτλο Fidgety Phil στα μέσα του δέκατου ενάτου αιώνα (Stewart, 1970). Ο William James (1890) στο σύγγραμμά του 'Αρχές Ψυχολογίας' περιγράφει μια φυσιολογική παραλλαγή του χαρακτήρα που ονομάζει «εκκρηκτική βούληση» (explosive will), η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες παρόμοιες με αυτές που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ.

Ωστόσο, ο γιατρός George Frederick Still (1902) ήταν ο πρώτος που έκανε επιστημονικές αναφορές στα συμπτώματα αυτής της διαταραχής γύρω στις αρχές του εικοστού αιώνα. Ο Κάκουρος και η Μανιαδάκη (2012) αναφέρουν: «...Ο Still περιέγραψε 43 παιδιά τα οποία παρουσίαζαν υπερκινητικότητα, προκλητικότητα, δυσκολίες στη συγκέντρωση προσοχής, παρορμητική συμπεριφορά και αδυναμία στην αναστολή αυθόρμητων αντιδράσεων. Κατά την εκτίμηση του Still, η κυρίαρχη δυσκολία των παιδιών αυτών ήταν το έλλειμμα στην «ηθική βούληση» και στον «ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς», το οποίο είχε οργανικό υπόστρωμα...». Επίσης, πίστευε ότι η βούληση και ο ηθικός έλεγχος της συμπεριφοράς είναι μηχανισμοί, οι οποίοι αναπτύσσονται βαθμιαία στα παιδιά, επομένως είναι μηχανισμοί λιγότερο ανεπτυγμένοι στα μικρά παιδιά. Επομένως, ο Still ήταν ο πρώτος που πρότεινε την εξελικτική προσέγγιση κατά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Λίγο αργότερα, ο Tredgold (1908) και πολύ αργότερα οι Pasamanick, Rogers και Lilienfeld (1956) θα επανέλθουν στις θεωρίες του Still, στηρίζοντας την άποψη ότι οι διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς οφείλονται σε κάποια μορφή ήπιας εγκεφαλικής βλάβης. Ακόμη, την ίδια εποχή επισημάνθηκε η ιδιαίτερη ανάγκη να δημιουργηθεί ένα ειδικό εκπαιδευτικό περιβάλλον για τα παιδιά αυτά.

Το 1947, έγινε πιο συγκεκριμένη η ιδέα της οργανικής φύσης της διαταραχής με την εμφάνιση της θεωρίας της «εγκεφαλικής βλάβης» (Strauss & Lehtinen, 1947). Κατά τη μελέτη κάποιων περιπτώσεων, στις οποίες εμφανίζονταν συμπτώματα ανάλογα με εκείνα

που περιέγραψε ο Still, σε άτομα που είχαν τραυματιστεί στο κεφάλι ή είχαν περάσει εγκεφαλίτιδα, οδήγησε πολλούς ειδικούς στο συμπέρασμα πως στη βάση των συμπτωμάτων αυτών υπάρχει κάποια εγκεφαλική βλάβη, ακόμη και όταν ήταν ανεπαρκείς ή και ανύπαρκτες οι νευρολογικές ενδείξεις για την ύπαρξη μια τέτοιας βλάβης (Dolphin & Cruickshank, 1951). Αργότερα, σύμφωνα με τον Kessler (1980): «...εξαιτίας της έλλειψης αποδείξεων για την ύπαρξη εγκεφαλικής βλάβης σε πολλές περιπτώσεις παιδιών που παρουσίαζαν αυτού του είδους τα συμπτώματα ο όρος «εγκεφαλική βλάβη» έδωσε τη θέση του στον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία...» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ο όρος «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» είναι ο επίσημος ορισμός για τη διαταραχή που δόθηκε εκείνη την περίοδο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό: «ο όρος σύνδρομο ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας αναφέρεται [...] σε παιδιά με γενική νοημοσύνη κοντά στο μέσο όρο ή πάνω από το μέσο όρο, με συγκεκριμένα μαθησιακά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς, που κυμαίνονται από ήπια μέχρι σοβαρά και σχετίζονται με διακυμάνσεις της λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αυτές οι διακυμάνσεις, μπορεί να γίνονται εμφανείς με διάφορους συνδυασμούς ανικανότητας στην αντίληψη, στη γλώσσα, στη μνήμη, και στον έλεγχο της προσοχής, της παρόρμησης ή της κινητικής λειτουργίας. [...] Κατά τη διάρκεια των σχολικών χρόνων μία πληθώρα μαθησιακών δυσκολιών είναι το κατεξοχήν πρόβλημα» (Sandberg, Barton, 2000).

Ωστόσο, κατά τις αρχές της δεκαετίας του '60 έκαναν την εμφάνιση τους, μία σειρά από δημοσιεύσεις που διαμφισβητούσαν την ύπαρξη ενός ομοιογενούς συνδρόμου εγκεφαλικής βλάβης στα παιδιά. Ασκούσαν επίσης, αρνητική κριτική στις απόψεις που έλεγαν ότι η παρουσία παθολογικών συμπτωμάτων στη συμπεριφορά αποδεικνύει, δίχως άλλα στοιχεία, πως υπάρχει κάποια εγκεφαλική βλάβη (Birch, 1964) (Rapin, 1964). Σταδιακά, λοιπόν, ο όρος «Σύνδρομο Ελάχιστης Εγκεφαλικής Δυσλειτουργίας» ξεκίνησε να χρησιμοποιείται όλο και λιγότερο, καθώς κρίθηκε αρκετά ασαφής και χωρίς κάποια ιδιαίτερη σημασία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση (Kirk, 1963). Στη διάρκεια του 1970, ο όρος αυτός εγκαταλείφθηκε οριστικά και αντικαταστάθηκε από κάποιους άλλους, περισσότερο συγκεκριμένους, οι οποίοι έκαναν αναφορά σε πιο ομοιογενείς πληθυσμούς με κάποιο ορισμένο είδος γνωστικής διαταραχής ή διαταραχής της συμπεριφοράς και όχι σε κάποιον νευρολογικό αιτιολογικό μηχανισμό, που δύσκολα μπορούσε να παρατηρηθεί.

Ο πιο επικρατής όρος μετά από εκείνον της «Ελάχιστης Εγκεφαλικής Δυσλειτουργίας» ήταν το «Υπερκινητικό Σύνδρομο». Ο Chess (1960) όρισε την υπερκινητικότητα ως εξής: «...Υπερκινητικό είναι το παιδί το οποίο εκτελεί δραστηριότητες

με ρυθμό ταχύτερο από το “φυσιολογικό” ρυθμό ενός μεσαίου παιδιού ή το παιδί που βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση ή ένας συνδυασμός των δύο...». Ο Chess επίσης ήταν εκείνος που εξέλιξε την επιστημονική έρευνα γνωστοποιώντας τα εξής: (1) θεώρησε πως η κινητική δραστηριότητα είναι το κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής, (2) υπογράμμισε την αναγκαιότητα του να είναι αντικειμενική η αξιολόγηση των συμπτωμάτων πέρα από τις εκτιμήσεις γονέων και εκπαιδευτικών, (3) αφαίρεσε από τους γονείς το βάρος της ενοχής για την εμφάνιση των συμπτωμάτων και (4) ξεχώρισε την εγκεφαλική βλάβη από το υπερκινητικό σύνδρομο.

Την ίδια χρονική περίοδο, στη δεύτερη έκδοση του DSM (DSM-II, American Psychiatric Association, 1968), το σύνδρομο εμφανίζεται με την ονομασία «Υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία» και περιγράφεται ως μία διαταραχή με αεικινησία, αυξημένη κινητική δραστηριότητα, εύκολη διάσπαση της προσοχής και μειωμένη διάρκεια προσοχής, ιδιαίτερα στα πιο μικρά παιδιά και τα συμπτώματα της συνήθως εξασθενούν κατά την εφηβεία.

Οι μελέτες της Douglas οδήγησαν σε σημαντική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι ειδικοί το σύνδρομο (1972,1980). Η Douglas τόνισε ότι το βασικότερο χαρακτηριστικό του συνδρόμου δεν είναι η υπερκινητικότητα αλλά η διάσπαση προσοχής. Οι απόψεις αυτές ίσως προκάλεσαν την αλλαγή της ονομασίας του συνδρόμου σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα» στο DSM-III (1980).

Κατά την ίδια χρονική περίοδο, εξαιτίας του γεγονότος ότι είχαν πραγματοποιηθεί λίγες μόνο έρευνες που να επικυρώνουν τη διαφοροποίηση αυτή σχετικά με την υπερκινητικότητα, έγιναν σημαντικές προσπάθειες προκειμένου να επιλεγθούν παιδιά με ΔΕΠ/Υ για ερευνητικούς σκοπούς, να οριστούν σαφή και κοινώς αποδεκτά κριτήρια (Willcutt et al., 1999). Οι παραπάνω προσπάθειες ανακεφαλαιώθηκαν σε ένα διεθνές συνέδριο για τη ΔΕΠ-Υ, στο οποίο έγιναν ευρέως αποδεκτά τα παρακάτω κριτήρια για την επιλογή παιδιών με ΔΕΠ-Υ για ερευνητικούς σκοπούς:

- Η αναφορά των δυσκολιών σχετικά με την κινητική δραστηριότητα και την προσοχή θα πρέπει να προέρχονται από δύο τουλάχιστον ανεξάρτητες πηγές (π.χ. σπίτι, σχολείο).
- Θα πρέπει να γίνει αναφορά τουλάχιστον τριών ειδικών δυσκολιών σχετικά με την κινητική δραστηριότητα και τριών ειδικών δυσκολιών σχετικά με την προσοχή.
- Η εμφάνιση των δυσκολιών θα πρέπει να έχει παρατηρηθεί πριν την ηλικία των 7

ετών.

- Η συνολική διάρκεια των δυσκολιών θα πρέπει να είναι το λιγότερο δύο χρόνια.
- Θα πρέπει να παρουσιάζει σημαντικά αυξημένη βαθμολογία όσον αφορά στην ύπαρξη αυτών των συμπτωμάτων στις κλίμακες που συμπληρώνονται από γονείς και δασκάλους.
- Θα πρέπει να αποκλειστεί η ύπαρξη αυτισμού και ψύχωσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στο DSM-IV (1994) η υπερκινητικότητα προστέθηκε στην ονομασία της διαταραχής, μιας και οι σύγχρονες έρευνες αφοσιώθηκαν κυρίως στη μελέτη του αυτοελέγχου και της αναστολής των παρορμητικών αντιδράσεων ως κυρίαρχων χαρακτηριστικών του συνδρόμου (Barkley, 1981) (Benninger, 1989). Στο DSM-IV λοιπόν, το σύνδρομο γράφεται πλέον ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας», ενώ διακρίνονται τρεις βασικοί τύποι ανάλογα με τα συμπτώματα που έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα κάθε φορά:

- *ΔΕΠ-Υ, Συνδυασμένος Τύπος* (όταν τα συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας εμφανίζονται με την ίδια βαρύτητα).
- *ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο* (όταν τα συμπτώματα απροσεξίας εμφανίζονται με μεγαλύτερη βαρύτητα).
- *ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο* (όταν τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας εμφανίζονται με μεγαλύτερη βαρύτητα).

Τα τελευταία χρόνια, δεν υποστηρίζεται η άποψη ότι η ΔΕΠ-Υ αφορά μόνο τα παιδιά και πλέον, το ενδιαφέρον μελέτης της και στην ενήλικη ζωή είναι πολύ μεγάλο. Αν και οι έρευνες που αφορούν εφήβους και ενήλικες είναι πολύ λιγότερες σε σχέση με τις έρευνες της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία, εκτιμάται ότι η διαταραχή εμμένει τόσο στην εφηβεία (σε ποσοστό 70%) όσο και στην ενήλικη ζωή (σε ποσοστό 66%) (ΕΨΥΥΠΕ, 2003). Ένα στοιχείο αρκετά σημαντικό, όμως, είναι ότι η διάγνωση της διαταραχής μπορεί να γίνει και σε ενήλικα άτομα που δεν έχουν προηγούμενη επίσημη διάγνωση (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν η Βάρβογλη και Γαλάνη στον πρακτικό οδηγό τους για την διάσπαση της προσοχής: «...Αν κάποιος ενήλικας έχει παρουσιάσει τουλάχιστον δώδεκα από τις παρακάτω συμπεριφορές από την παιδική του ηλικία κι εφόσον αυτά τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με κάποια άλλη παθολογική ή ψυχολογική κατάσταση, τότε κρίνεται απαραίτητη μια περεταίρω αξιολόγηση:

- Μία αίσθηση αποτυχίας όσον αφορά στην πραγματοποίηση των στόχων του.
- Δυσκολία στην οργάνωση.
- Χρόνια αναβλητικότητα ή δυσκολία στο να ξεκινήσει κάτι.
- Ταυτόχρονη ενασχόληση με πολλές εργασίες και δυσκολία στο να ανταπεξέλθει σε αυτές.
- Μία τάση να λέει ότι του έρχεται στο μυαλό χωρίς απαραίτητα να σκέφτεται τη χρονική περίσταση και την καταλληλότητα του σχολίου.
- Συχνή αναζήτηση ερεθισμάτων.
- Μη ανοχή στην ανία.
- Εύκολη διάσπαση της προσοχής του. Δυσκολία στο να εστιάσει την προσοχή του, τάση να αφαιρείται στη μέση μίας σελίδας ή μίας συζήτησης, συχνά μαζί με ανικανότητα να εστιάσει.
- Συχνά δισεισθητικός, δημιουργικός, με υψηλή νοημοσύνη.
- Δυσκολία στο να ακολουθήσει την πεπατημένη και τις «αρμόζουσες» διαδικασίες.
- Ανυπόμονος, χαμηλό επίπεδο ματαίωσης.
- Παρορμητικός, είτε λεκτικά, είτε πρακτικά, όπως και παρορμητική σπατάλη χρημάτων.
- Αλλαγή σχεδίων, ορισμός νέων πλάνων ή επαγγελματικών σχεδίων. Θερμός χαρακτήρας.
- Τάση για αβάσιμη ανησυχία συνεχώς. Τάση για διαρκή αναζήτηση αιτιών να ανησυχεί, είτε δίνοντας προσοχή σε κινδύνους είτε υποτιμώντας τους.
- Αίσθηση ανασφάλειας.
- Εναλλαγές στη διάθεση, ευμετάβλητη συναισθηματική κατάσταση, ειδικά όταν

αποσυνδέεται από ένα πρόσωπο ή ένα σχέδιο.

- Σωματική ή γνωστική ανησυχία.
- Τάση προς συμπεριφορές εθισμού.
- Χρόνια προβλήματα αυτοεκτίμησης.
- Ανεπαρκής προσοχή προς τον εαυτό του.
- Οικογενειακό ιστορικό ΔΕΠ-Υ ή μανιακής- καταθλιπτικής νόσου ή κατάθλιψης ή κατάχρησης ουσιών ή άλλων διαταραχών ελέγχου της παρορμητικότητας ή της διάθεσης (Hallowell, Ratey, 1996)..».

1.1.1. ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ

Υπάρχουν διάφορα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και τα ποσοστά μπορεί να εμφανίζονται διαφορετικά, ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται και τη μεθοδολογία των σχετικών ερευνών. Οι Biederman & Faraone (2005) έχουν επισημάνει τα ακόλουθα: η ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκεται στο 6-12 % του παγκόσμιου πληθυσμού, είναι πιο συνηθισμένη διαταραχή στους άντρες, σχετίζεται με χαμηλότερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα, υπάρχει η τάση να παραγνωρίζεται σε μειονοτικούς πληθυσμούς και καταγράφεται η φθίνουσα πορεία της σοβαρότητας των συμπτωμάτων με το πέρασμα της ηλικίας. Οι Swerby & Tripp (σε Matson: 212) αναφέρουν πως η διαταραχή εμφανίζεται στο 3-7% των παιδιών σχολικής ηλικίας και ότι τα συμπτώματα είναι δυνατόν να παραμένουν και στην ενήλικη ζωή σε ποσοστό μέχρι και 80%. Αναφορικά με την επιδημιολογία των υποτύπων της ΔΕΠ-Υ, καταγράφεται μεγαλύτερη συχνότητα στον Απρόσεκτο Τύπο στο 4,5-9% του γενικού πληθυσμού, στο 1,9-4,8% για τον Συνδυαστικό Τύπο και στο 1,7-3,9% για τον Υπερκινητικό Τύπο. Επίσης, έχει επισημανθεί πως η ΔΕΠ-Υ αφορά κυρίως τα αγόρια παρά τα κορίτσια με εκτιμώμενη αναλογία 3:1. Στην παιδική ηλικία τα αγόρια διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ έως και τέσσερις φορές περισσότερο από τα κορίτσια, ενώ στην ενήλικη ηλικία τα κορίτσια είναι εξίσου πιθανό να διαγνωστούν όσο και τα αγόρια (Ford et al., 2003, Kessler et al., 2006). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα νεαρά αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερη υπερδραστηριότητα από τα κορίτσια και κατά συνέπεια είναι πιο πιθανό να παρατηρηθούν και να υποβληθούν σε αξιολόγηση. Παρομοίως, οι Faraone, Sergeant, Gillberg & Biederman (2003) καταγράφουν ένα ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής της τάξης του 5% ανά την υφήλιο γεγονός που επιβεβαιώνει κλινικά τη

νευροβιολογική βάση της ΔΕΠ-Υ.

1.2. ΤΑ ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Τα τελευταία χρόνια, έχουν αυξηθεί κατά πολύ τα ερευνητικά δεδομένα που αναφέρονται στα πιθανά αίτια της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, δεν έχουν οδηγήσει ακόμη σε ακριβή συμπεράσματα, παρόλο που μέχρι σήμερα έχουν γίνει αναφορές σε διάφορα είδη αιτιολογικών παραγόντων, για αρκετούς από τους οποίους δεν υπάρχουν επαληθευμένα τεκμήρια, ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις τα τεκμήρια απουσιάζουν εντελώς. Είναι γνωστοί βέβαια αρκετοί παράγοντες οι οποίοι έχουν σχέση είτε σε μικρότερο είτε σε μεγαλύτερο βαθμό με την πιθανότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, αλλά δεν γνωρίζουμε με βεβαιότητα εκείνους που είναι υπεύθυνοι για τα συμπτώματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ούτε τις διαδικασίες μέσω των οποίων αυτοί επενεργούν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Οι προσπάθειες να διερευνηθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες στους οποίους οφείλεται η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, έρχονται αντιμέτωπες με πολλές μεθοδολογικές δυσκολίες. Συχνά, προσδιορίζονται και κάποιες ασυμφωνίες στα ευρήματα των διάφορων μελετών. Παρ' όλα αυτά φαίνεται ότι τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν πλέον την άποψη ότι, αν και η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική, τον κύριο λόγο έχουν οι γενετικοί και οι νευρολογικοί παράγοντες. Η πλειονότητα των αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ που έχουν λάβει μεγαλύτερη ερευνητική στήριξη έως τώρα, είναι οι βιολογικοί οι οποίοι αναφέρονται στην ανάπτυξη και στη λειτουργία του εγκεφάλου.

Ο τρόπος με τον οποίο νευρολογικοί και γενετικοί παράγοντες μπορούν να συντελέσουν στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ δεν είναι γνωστός. Τα ερευνητικά δεδομένα που έχουμε στη διάθεση μας συνήθως κάνουν αναφορά σε συνάφειες και για αυτό δεν τεκμηριώνουν άμεσα την πρωταρχική αιτία η οποία είναι υπεύθυνη για τη ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τον Κάκουρο και την Μανιαδάκη (2000) : «...έχει βρεθεί ότι υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, το ίδιο ισχύει και για το αλκοόλ. Αν και έχει βρεθεί ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ καπνίζουν στατιστικά περισσότερο σε σχέση με άλλους γονείς, δεν μπορεί να θεωρηθεί το κάπνισμα ως αιτιολογικός παράγοντας της διαταραχής. Σε αυτό το σημείο υπεισέρχεται ο γενετικός παράγοντας που επηρεάζει τη σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ...».

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επίσης, με τη σειρά τους έχουν απασχολήσει αρκετούς ερευνητές. Κάποια στοιχεία για την επιρροή τέτοιων παραγόντων, όπως η κακή διαπαιδαγώγηση των παιδιών, οικογενειακές συγκρούσεις και ψυχοπαθολογία των γονέων, ερευνώνται ακόμα. Οι παράγοντες αυτοί σε μεγάλο βαθμό έχουν σχέση με την έκβαση της διαταραχής και την ένταση των συμπτωμάτων της, παρ' όλο που ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων σε ότι αφορά τα πρωτογενή αίτια της διαταραχής είναι περιορισμένος.

1.2.1. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στην αρχική περιγραφή συμπτωμάτων όμοιων με εκείνα της ΔΕΠ-Υ από τον Still (1902) διατυπώθηκε η υπόθεση ότι η διαταραχή αυτή είναι αποτέλεσμα επίδρασης κληρονομικών παραγόντων ή κάποιας εγκεφαλικής βλάβης. Με αυτούς τους δύο πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες συνεχίζουν να καταπιάνονται σύγχρονες έρευνες, για τους οποίους μάλιστα έχει συγκεντρωθεί ο μεγαλύτερος αριθμός τεκμηρίων στις έρευνες που πραγματοποιούνται για τη ΔΕΠ-Υ.

Οι ερευνητές, στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα βρήκαν πολλές ομοιότητες ανάμεσα στα συμπτώματα ατόμων με ΔΕΠ-Υ και ατόμων που είχαν πάθει κάποια βλάβη ή τραυματισμό στο μετωπιαίο λοβό και πιο συγκεκριμένα, στον προμετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου (Mattes, 1980) (Benton, 1991) (Heilman et al., 1991). Παρουσίαζαν ελλείμματα στη συντηρούμενη προσοχή, στον αντανακλαστικό έλεγχο, στη ρύθμιση του συναισθήματος και των κινήτρων, καθώς επίσης στην ικανότητα για διαχρονική οργάνωση της συμπεριφοράς τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες που έχουν υποστεί βλάβη στο προμετωπιαίο τμήμα του φλοιού του εγκεφάλου (Stuss & Benson, 1986) (Grattan & Eslinger, 1991).

Υπάρχουν επίσης και πολλά άλλα στοιχεία που υποστηρίζουν τη νευρολογική βάση της ΔΕΠ-Υ. Η σχέση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές λόγου, κινητικές δυσκολίες) καθώς και η πρώιμη εμφάνιση των συμπτωμάτων της αλλά και η σχετική επιμονή τους στο χρόνο, θεωρείται ότι σχετίζονται με νευρολογικές βλάβες. Ακόμα, οι ερευνητές στρέφονται στην αναζήτηση αιτιών που σχετίζονται με νευροαναπτυξιακούς παράγοντες εξαιτίας της σημαντικής βελτίωσης που παρατηρείται συχνά σε άτομα με ΔΕΠ-Υ στα οποία έχουν χορηγηθεί διεγερτικά φάρμακα.

Επιπλέον, σε πολλές μελέτες ερευνήθηκε λεπτομερώς η εγκεφαλική αιμορραγία σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ και σε «φυσιολογικά» παιδιά. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα του Zametkin και των συνεργατών του (1990), οι οποίοι χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) διερεύνησαν τη μεταβολική δραστηριότητα του εγκεφάλου σε 25 ενήλικες που είχαν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι τα άτομα αυτά είχαν σε σημαντικό βαθμό ελαττωμένη μεταβολική δραστηριότητα γλυκόζης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ιδιαίτερα στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου. Αυτά τα αποτελέσματα επαληθεύουν παλαιότερες νευρολογικές έρευνες που έδειχναν ελαττωμένη εγκεφαλική αιματική ροή στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Lou et al., 1984) (Sieg et al., 1995).

Επίσης τα τελευταία χρόνια, η λεπτομερής ανάλυση της δομής του εγκεφάλου με τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) υψηλής ανάλυσης έδειξε ότι υπάρχουν δομικές διαφοροποιήσεις σε κάποιες περιοχές του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (Castellanos et al., 1996). Σε αυτές τις έρευνες διαπιστώθηκε ότι το μέγεθος κάποιων περιοχών των κροταφικών λοβών τόσο στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες όσο και σε αυτά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο μικρό (Hynd et al., 1990).

Είναι φανερό λοιπόν, ότι η ΔΕΠ-Υ έχει σχέση με ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, ιδιαίτερα στις προμετωπιαίες περιοχές, και ότι αυτές οι ανωμαλίες πρέπει να συνέβησαν κατά την εμβρυϊκή περίοδο. Άλλωστε, σύμφωνα με τον Κάκουρο και την Μανιαδάκη (2000): *«...το πρόσθιο τμήμα του εγκεφάλου, είναι το τμήμα εκείνο που πραγματοποιούνται ο σχεδιασμός της ακολουθίας των πράξεων, ο έλεγχος των παρορμήσεων, η εκτίμηση του χρόνου αλλά και πολύπλοκες σύνθετες σκέψεις που ανατρέχουν στα περιεχόμενα της μνήμης πριν την εκτέλεση κάποιας ενέργειας. Αν αυτή η περιοχή έχει υποστεί βλάβη, ο εγκέφαλος δεν μπορεί να σταματήσει τις 'αυθόρμητες' αντιδράσεις στα προσλαμβανόμενα ερεθίσματα (Neuhaus, 1996)....»*. Άρα, τα ευρήματα της νευροψυχολογίας είναι σύμφωνα με τις πρόσφατες απόψεις, που υποστηρίζουν ότι η πραγματική δυσκολία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ εντοπίζεται στη διευθέτηση της συμπεριφοράς βάσει κανόνων και στην προσωρινή διακοπή των παρορμητικών αντιδράσεων.

Οι διαφοροποιήσεις που επισημάνθηκαν σε κάποιες περιπτώσεις αποδίδονται σε ανωμαλίες της ανάπτυξης στις συγκεκριμένες περιοχές. Τα αίτια αυτών των ανωμαλιών δεν είναι σαφώς γνωστά, μοιάζουν ωστόσο να επιδέχονται γενετικό έλεγχο. Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουμε στη διάθεση μας μέχρι σήμερα, διαφαίνεται ότι τα γονίδια ασκούν σε μεγάλο βαθμό έλεγχο στην αναπτυξιακή δομή του εγκεφάλου.

1.2.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μεγάλη συμβολή στην παθογένεση μίας διαταραχής έχουν οι γενετικοί παράγοντες, καθώς φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι «οικογενειακή υπόθεση». Οι μελέτες που έχουν σχεδιαστεί για την έρευνα γενετικών και περιβαλλοντικών επιδράσεων στη ΔΕΠ-Υ επικεντρώνονται σε πληροφορίες από μελέτες σε οικογενειακό επίπεδο, σε υιοθετημένα παιδιά και σε δίδυμα. Οι γενετικές μελέτες άρχισαν βασιζόμενες στη διαπίστευση ότι οι γονείς και άλλοι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας συχνότερα απ' ό,τι οι γονείς «φυσιολογικών» παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, οι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών. Επίσης, οι στενοί συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή σε ποσοστό 10-35%. Τα περισσότερα ερευνητικά ευρήματα τείνουν προς το ότι η ΔΕΠ-Υ έχει σχέση σε μεγάλο βαθμό με κληρονομικούς παράγοντες.

Δεν υφίσταται βέβαια, ένα και μοναδικό γονίδιο το οποίο να εξηγεί την αιτία εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ, αλλά ένα πλήθος γονιδίων με μέτρια έως μικρή επιρροή στην εμφάνιση της. Ωστόσο, δεν έχουν εντοπιστεί ακόμη τεκμηριώσεις για ανωμαλίες στη δομή των χρωμοσωμάτων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των παιδιών με σύνδρομο Down. Όμως, τα παιδιά με χρωμοσωμικές ανωμαλίες, μπορούν να εμφανίσουν πιο πολλά προβλήματα προσοχής συγκριτικά με τα «φυσιολογικά» παιδιά (Zelazo & Stack, 1997). Βέβαια, η λεπτομερής έρευνα της επιρροής των υποψήφιων γονιδίων είναι υψίστης σημασίας, όχι μόνο γιατί συμβάλλει στην σαφέστερη αντίληψη της αιτιοπαθογένεσης της ΔΕΠ-Υ, αλλά και στη φαρμακευτική της αντιμετώπιση.

1.2.2.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κάποιες σύγχρονες έρευνες (Cook et al., 1995) πάντως στράφηκαν στη μελέτη των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη ως ενδεχόμενων «υπόλογων» για τη μετάδοση της διαταραχής. Μάλιστα, η υπόθεση αυτή συνδέει τα νευροανατομικά με τα νευροχημικά ευρήματα που έχουμε στη διάθεση μας έως σήμερα, δεδομένου του ότι αυτοί οι νευροδιαβιβαστές λειτουργούν στις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν θεωρηθεί προβληματικές (Anastopoulos & Barkley, 1988).

Πιο συγκεκριμένα, η ντοπαμίνη που φαίνεται ότι διαδραματίζει πολύ βασικό ρόλο

στη ΔΕΠ-Υ, θεωρείται ο νευροδιαβιβαστής που θέτει σε λειτουργία τις δομές του εγκεφάλου, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την «επιβράβευση» ή την ενδυνάμωση της αποδεκτής από την κοινωνία συμπεριφοράς, όπως και τον καθορισμό της κινητικής δραστηριότητας.

Σύμφωνα με μια πιο εκσυγχρονισμένη εξέταση της θεωρίας της ντοπαμίνης στη ΔΕΠ-Υ, στις περιοχές της ντοπαμίνης μπορούν να υπάρχουν δύο διαφορετικές ανωμαλίες: υπερδραστηριότητα σε μια υποφλοιώδη περιοχή (κερκοφόρος πυρήνας), η οποία οδηγεί σε κινητική υπερδραστηριότητα και υποδραστηριότητα σε μια περιοχή του φλοιού (πρόσθιο τμήμα), η οποία οδηγεί σε γνωστικά ελλείμματα.

1.2.2.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι γενετικές μελέτες είχαν ως βάση τη διαπίστωση ότι οι γονείς και άλλοι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας συχνότερα από ότι οι γονείς «φυσιολογικών» παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, οι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών. Σύγχρονες έρευνες συμπέραναν, ότι στην περίπτωση που ο ένας γονέας εμφανίζει ΔΕΠ-Υ η πιθανότητα να παρουσιάσει το παιδί του την ίδια διαταραχή αγγίζει το 57% (Biederman et al., 1995a).

Έρευνες με υιοθετημένα παιδιά, φαίνεται να επιβεβαιώνουν την επίδραση της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις τα επίπεδα υπερκινητικότητας των παιδιών ομοιάζαν περισσότερο με αυτά των βιολογικών παρά των θετών γονέων τους (Pauls, 1991).

Σε παρόμοιο αποτέλεσμα απέβησαν έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε πληθυσμό διδύμων. Ο Stevenson (1994), συνόψισε τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών και εξακρίβωσε ότι η επιρροή της κληρονομικότητας στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ είναι κατά μέσο όρο 80 %. Ο ίδιος ερευνητής αντιλήφθηκε ότι η κληρονομικότητα ασκεί μεγαλύτερη επιρροή όσο πιο στενή είναι η συγγένεια και όσο πιο σοβαρή είναι η μορφή με την οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Επιπρόσθετα, οι μελέτες σε διδύμους έχουν βοηθήσει αποτελεσματικά στην κατανόηση της επιρροής που ασκεί το περιβάλλον στην εκδήλωση και εξέλιξη της ΔΕΠ-Υ. Οι μελέτες οι οποίες έγιναν έως σήμερα με περιπτώσεις διδύμων έχουν αποδείξει την αρκετά

μικρή έως ανύπαρκτη επιρροή του περιβάλλοντος στην επίδραση της ΔΕΠ-Υ. Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις ατομικές διαφορές σε μία οικογένεια είναι: η κοινωνική τάξη, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα των γονέων, η διατροφή και τα χαρακτηριστικά διαπαιδαγώγησης. Οι διαφορές αυτές σχετίζονται με συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό μόνο 0-6% (Levy et al., 1997) (Sherman et al., 1997).

Παιδιά που μεγαλώνουν στο ίδιο περιβάλλον (στην ίδια οικογένεια) μπορεί να έχουν κοινές εμπειρίες και κοινά ερεθίσματα. Εκτός όμως από αυτά, υπάρχουν και μοναδικές εμπειρίες τις οποίες μπορεί να βιώνει το κάθε παιδί ξεχωριστά. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε διδύμους δείχνουν ότι αυτά τα μοναδικά βιώματα των παιδιών ασκούν επιρροή σε ποσοστό 9-20% περίπου την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Levy et al., 1997) (Silberg et al., 1996) (Sherman et al., 1997). Γι' αυτό, αν οι ερευνητές ενδιαφέρονται να εξετάσουν λεπτομερώς την επιρροή του περιβάλλοντος στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, οι έρευνες διδύμων φανερώνουν ότι το ενδιαφέρον δεν πρέπει να επικεντρωθεί στις κοινές εμπειρίες που μοιράζονται τα παιδιά μέσα στην οικογένεια τους αλλά στις μοναδικές εμπειρίες που ζουν μέσα στο περιβάλλον τους.

1.2.3. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αρκετά δεδομένα τα τελευταία χρόνια, έχουν καταλήξει στην πιθανή απόδειξη ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια «οικογενειακή» διαταραχή». Παρ' όλα αυτά αρκετές διαταραχές κληρονομούνται μέσα στις οικογένειες εξαιτίας περιβαλλοντικών και όχι κληρονομικών παραγόντων. Αν και οι μελέτες που έγιναν σε δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά όπως είδαμε παραπάνω, ενοχοποιούν τον γενετικό παράγοντα ως την αιτία στην πρόκληση της ΔΕΠ-Υ, υφίσταται ωστόσο, ένας αριθμός παιδιών με αυτή τη διαταραχή που κατάγεται από διαλυμένες και ανοργάνωτες οικογένειες και συχνά τουλάχιστον ένας από τους γονείς έχει κάποια ψυχοπαθολογία. Αυτού του τύπου οι οικογένειες μπορεί να δημιουργήσουν παθολόγο περιβάλλον για τα παιδιά. Έρευνες που επικεντρώθηκαν σε οικογενειακούς περιβαλλοντικούς παράγοντες αιτιοπαθογένειας απέβησαν στους εξής έξι παράγοντες κινδύνου: (1) σοβαρή συζυγική διαφωνία, (2) χαμηλή κοινωνική τάξη, (3) πολυμελής οικογένεια, (4) πατρική εγκληματικότητα, (5) μητρική διανοητική διαταραχή και (6) υιοθεσία. Κάθε ένας από αυτούς τους παράγοντες ξεχωριστά δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι οδηγεί σε διαταραχή, αλλά όσο πιο πολλοί συνυπάρχουν τόσο πιο πολλές πιθανότητες

υπάρχουν το παιδί να παρουσιάσει ΔΕΠ-Υ.

Φαίνεται ότι οι παραπάνω παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στη λειτουργία της προσαρμογής των παιδιών όσο και στη συναισθηματική τους υγεία. Άξιο αναφοράς ωστόσο, είναι το γεγονός ότι οι παράγοντες αυτοί μπορούν να ασκήσουν μεγάλη επίδραση τόσο σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ όσο και σε παιδιά που δεν εμφανίζουν τη διαταραχή όσον αφορά στη ψυχοπαθολογία και στην ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία.

Οι προσπάθειες αυτές αν και ήταν ελάχιστες και δεν έτυχαν ιδιαίτερης αποδοχής και στήριξης, εστίασαν αποκλειστικά στην αναζήτηση της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ στο περιβάλλον του παιδιού. Σε πολλές από αυτές τις έρευνες δεν γίνεται χρήση κλινικών κριτηρίων για τη διάγνωση του προβλήματος, αλλά γίνεται χρήση διαφόρων κλιμάκων υπερκινητικότητας (στις οποίες απαντούν οι γονείς) και βάσει των οποίων γίνεται προσπάθεια να κατηγοριοποιηθούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Danforth et al., 1991). Συνήθως, προσεγγίσεις αυτού του είδους μένουν περιορισμένες σε θεωρητικές ερμηνείες της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ.

Οι συγκεκριμένες μελέτες θα μπορούσαν σαφώς να υποστηριχθούν από τα δεδομένα που προκύπτουν από διαχρονικές έρευνες, και στα οποία διαπιστώθηκε άμεση σχέση αφενός στις αρνητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρας και παιδιού κατά την προσχολική ηλικία και αφετέρου στη διατήρηση της υπερκινητικότητας κατά την παιδική (Campbell, 1987) και την εφηβική ηλικία (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990). Βέβαια, αυτή η συνάφεια δεν αποτελεί τεκμήριο της αιτιώδους σχέσης ανάμεσα στις αλληλεπιδράσεις μητέρας και παιδιού και στην παρουσίαση της υπερκινητικότητας, παρά μόνο μία συσχέτιση αυτών των αλληλεπιδράσεων με την επίμονη εμφάνιση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας. Άλλωστε, σύμφωνα με τον Κάκουρο και την Μανιαδάκη: «...θα μπορούσε να αποδειχθεί ότι η επιμονή της υπερκινητικότητας και οι αρνητικές αντιδράσεις της μητέρας σχετίζονται με μία ενδιάμεση μεταβλητή, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας, εφόσον διαχρονικές έρευνες επισημαίνουν ότι ο βαθμός σοβαρότητας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την επιμονή των συμπτωμάτων της (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990) (Campbell & Ewing, 1990)...».

Την εν λόγω εκτίμηση στηρίζουν και έρευνες που μελέτησαν την πορεία που ακολουθούν οι επιδράσεις, οι οποίες εξελίσσονται κατά την επικοινωνία γονέα-παιδιού πριν και μετά από την παροχή διεγερτικών φαρμάκων. Από τις έρευνες αυτές προέκυψε ότι τα υπερκινητικά παιδιά συνεργαζόταν λιγότερο και ήταν πιο αντιδραστικά από ότι άλλα παιδιά

και οι μητέρες τους ήταν πιο αυστηρές και αυταρχικές συγκριτικά με τις μητέρες των άλλων παιδιών. Παρ' όλα αυτά μετά τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων στα παιδιά, η ποιότητα αυτών των συναλλαγών μεταξύ μητέρας και παιδιού παρουσίαζε σημαντική βελτίωση (Humphries et al., 1978). Τα παραπάνω αποτελέσματα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι συχνά τα αρνητικά στοιχεία στη συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ, κατά κάποιο τρόπο συνιστούν απάντηση στη δύσκολη συμπεριφορά του (Barkley & Cunningham, 1979) (Barkley et al., 1985). Επομένως, ο τρόπος που συμπεριφέρονται οι γονείς απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανώς αποτέλεσμα της διαταραχής που εμφανίζει το παιδί και σε καμία περίπτωση δεν φαίνεται να υπάρχουν αποδείξεις ότι αυτή η συμπεριφορά είναι αιτιώδης στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Βέβαια, είναι πιθανό ο τρόπος που αντιδρούν οι γονείς απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ να οδηγεί σε περισσότερες συγκρούσεις, να αυξάνει την ένταση με την οποία παρουσιάζονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ή ακόμη να οδηγεί στην εκδήλωση δευτερογενών προβλημάτων στη βάση της ΔΕΠ-Υ. Επομένως, είναι δυνατόν τουλάχιστον ως ένα βαθμό, η εναντιωματική συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ να είναι απόρροια της αντίδρασης του στη συμπεριφορά των γονέων του.

Ακόμη, ένας παράγοντας που δεν συμπεριλήφθηκε στις παραπάνω θεωρίες είναι το ενδεχόμενο να υπάρχει η ΔΕΠ-Υ και στους γονείς των υπερκινητικών παιδιών, γεγονός που αιτιολογεί τις αρνητικές και απρόσφορες αντιδράσεις τους στις συμπεριφορές των παιδιών τους.

Εν κατακλείδι, δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η σοβαρότητα με την οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, τα δευτερογενή προβλήματα τα οποία συχνά εκδηλώνονται στην πορεία καθώς και η εξέλιξη της επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι ωστόσο δεν φαίνεται να έχουν σχέση με τα αίτια που προκάλεσαν τη διαταραχή. Ακόμη όμως, και στην περίπτωση που κάποιος δεχτεί τη συμβολή των περιβαλλοντικών επιρροών στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, υπάρχει το ενδεχόμενο να δέχονται επιρροές από εγγενείς παράγοντες και πιο συγκεκριμένα από κάποια χαρακτηριστικά των γονέων τα οποία έχουν σχέση με την κληρονομικότητα. Επομένως, σε κάθε περίπτωση η επίδραση της κληρονομικότητας επηρεάζει καθοριστικά τη διαμόρφωση του ανάλογου οικογενειακού περιβάλλοντος, και αυτό δεν πρέπει να αγνοείται από όσους στρέφουν την προσοχή τους στα περιβαλλοντικά αίτια της ΔΕΠ-Υ.

1.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΔΕΠΥ

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει πως περίπου το ένα τρίτο των ατόμων με ΔΕΠ-Υ διατηρούν πλήρως αυτή τη διάγνωση κατά την ενηλικίωση τους (Lie, 1992). Η δυσκολία για συγκέντρωση της προσοχής και η δυσκολία για 'τρενάρισμα' σε παρορμητικές αντιδράσεις είναι εκείνα τα συμπτώματά της ΔΕΠ-Υ, τα οποία αντέχουν περισσότερο στην πάροδο του χρόνου (Barkley, 1990) (Weiss & Hechtman, 1993). Έρευνες έχουν αποδείξει ότι το 23% των ενήλικων ατόμων με ΔΕΠ-Υ έχει εγκαταλείψει το σχολείο και στο 25% έχει παρατηρηθεί η ανάπτυξη χρόνιων μορφών αντικοινωνικής συμπεριφοράς, παραδείγματος χάριν:

- οι δυσκολίες ανάπτυξης θετικών προσωπικών σχέσεων
- η ασταθής επαγγελματική απασχόληση
- η κατάχρηση ουσιών και
- η ανάμειξη σε εγκληματικές ενέργειες

(Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990) (Klein & Mannuzza, 1991).

1.3.1. Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Η εξέλιξη των ατόμων με ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο παρουσιάζει περισσότερο ενδιαφέρον. Σύμφωνα με τον Achenbach και τους συνεργάτες του (1995), η συμπτωματολογία των ατόμων αυτών στην ενηλικίωση δίνει περισσότερο την εικόνα της ανευθυνότητας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ συνήθως εμφανίζουν χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων και αδυνατούν να αναλάβουν πρωτοβουλίες και έτσι απολύονται συχνά από το επάγγελμα τους.

Η πλήρης εκτίμηση των χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες αποτελείται από τα ακόλουθα επιμέρους στοιχεία:

- Αυτοαναφορά παρόντων και παρελθόντων συμπτωμάτων και δυσκολιών.
- Εξέταση του διανοητικού επιπέδου.
- Νευροφυσιολογική εκτίμηση με έμφαση σε τεστ που μετρούν τις πλευρές της προσοχής και της παρορμητικότητας.
- Και το σημαντικότερο είναι η συγκέντρωση πληροφοριών από οποιαδήποτε

διαθέσιμη πηγή (π.χ. σχολικές αναφορές, αναφορές εκπαιδευτικής ψυχολογίας, μαρτυρίες γονέων) που μπορεί να παραθέσουν και πληροφορίες για την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία.

Συμπτώματα που συνήθως παρουσιάζει ένας ενήλικας -φτωχή οργάνωση, ανικανότητα να ολοκληρώσει μια δραστηριότητα, απροσεξία, παρορμητικότητα που μερικές φορές φτάνει και στα όρια της αδεξιότητας, και κινητική ανησυχία που συνήθως είναι λιγότερο εμφανής σε σχέση με τα υπερκινητικά παιδιά- και οι επακόλουθες αδυναμίες και ανεπάρκειες- επαγγελματικές και εκπαιδευτικές αποτυχίες, διαπροσωπικές δυσκολίες- είναι κοινά σε πολλές ψυχικές διαταραχές που κάνουν την εμφάνισή τους για πρώτη φορά κατά την ενήλικη ζωή. Μεγάλο πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη συγκεκριμένων συμπτωμάτων στη σωστή διάγνωση της διαταραχής τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή, καθώς οι διαταραχές που εμφανίζονται μαζί με τη ΔΕΠ-Υ μπορεί είτε να αλληλοκαλύπτουν τα συμπτώματα της είτε να μοιάζουν με αυτά (Toone, 2002).

Πλήθος ερευνητικών εργασιών έχει τεκμηριώσει την μεγάλη συχνότητα εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ στον άνθρωπο, καθώς επίσης και την επιρροή της στον περιορισμό της λειτουργικότητας ενός ατόμου σε διάφορους τομείς (Biederman et al., 2006; DuPaul, 2001). Θα συνεχίσουμε αναλύοντας την πιθανή έκβαση της ΔΕΠ-Υ, τους παραγόντες οι οποίοι μπορεί να την επηρεάζουν και τη βάση των στοιχείων που προκύπτουν κυρίως από διαχρονικές ερευνητικές εργασίες. Θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση : α) στη σταθερότητα της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ και β) στην πιθανή έκβαση των ψυχικών, κοινωνικών, ακαδημαϊκών και επαγγελματικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ.

1.3.2. ΟΙ 3 ΤΥΠΟΙ ΔΕΠ-Υ

Ανάλογα με τα συμπτώματα που κυριαρχούν η ΔΕΠ-Υ έχει τρεις μορφές, οι οποίες είναι οι εξής: ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο, ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερδραστήριο/παρορμητικό τύπο και ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον συνδυασμένο τύπο. Η πρώτη διάκριση στους τύπους της ΔΕΠ-Υ έγινε το 1980, διακρίνοντας δύο τύπους ΔΕΠ-Υ και λίγα χρόνια αργότερα διακρίθηκαν τρεις τύποι. Σύμφωνα με το DSM-V όλες οι περιπτώσεις ελλειμματικής προσοχής διαγιγνώσκονται ως ΔΕΠ-Υ, με ένα από τους τρεις παρακάτω τύπους:

1. Τον Απρόσεκτο

2. Τον Υπερδραστήριο/Παρορμητικό και
3. Τον Συνδυασμένο.

Αυτές οι συμπεριφορές εμφανίζονται συχνά με τους ακόλουθους τρόπους:

- i. Απροσεξία: συχνή απόσπαση προσοχής, κακή συγκέντρωση και ελλειπτικές οργανωτικές δεξιότητες. Τα άτομα αυτά κάνουν λάθη απροσεξίας επειδή έχουν δυσκολία να συγκεντρωθούν σε λεπτομερείς οδηγίες και στην οργάνωση των καθηκόντων και των δραστηριοτήτων τους. Αποσπώνται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα και συχνά χάνουν πράγματα. Παρατηρείται πιο συχνά στους ενήλικες και ιδίως στα κορίτσια.
- ii. Παρορμητικότητα: λήψη απερίσκεπτων αποφάσεων που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και σε κίνδυνο. Τα άτομα αυτά νευριάζουν συχνά, δείχνουν πολύ ανήσυχα και κυριολεκτικά αγωνίζονται να παραμείνουν καθισμένοι σε ένα μέρος για αρκετή ώρα. Φαίνονται να δρουν σαν να είναι υπ' ατμών και κινούνται υπερβολικά και άσκοπα γύρω-γύρω. Συχνά διακόπτουν τους άλλους και δυσκολεύονται να ελέγξουν τον εαυτό τους. Παρατηρείται πιο συχνά στα παιδιά και στους άνδρες.
- iii. Υπερκινητικότητα: αδιάκοπη ενέργεια και κίνηση, συχνή ομιλία με νευρικότητα, δυσκολία να παραμείνει σε μια θέση, 'αεικίνητα όντα'.

Ο κάθε τύπος ΔΕΠ-Υ είναι διαφορετικός για αυτό και δεν είναι ασυνήθιστο δύο άτομα να αντιμετωπίζουν τα ίδια συμπτώματα με διαφορετικούς τρόπους. Για παράδειγμα, οι παραπάνω συμπεριφορές είναι συχνά διαφορετικές σε αγόρια και κορίτσια. Τα αγόρια θεωρείται ότι είναι πιο υπερκινητικά και τα κορίτσια ότι είναι πιο ήσυχα και απρόσεκτα.

Απρόσεκτος τύπος (Predominantly Inattentive Type)

Ένα άτομο για να έχει αυτόν τον τύπο ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να πληροί 6 από τις 9 παρακάτω περιγραφές:

- ❖ Συχνά αποτυγχάνει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει σοβαρά λάθη στον επαγγελματικό χώρο που εργάζεται ή σε διάφορες άλλες δραστηριότητες (π.χ. παραβλέπει ή ξεχνάει λεπτομέρειες, επιστρέφει σε λάθος έργο).
- ❖ Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε εργασίες ή δραστηριότητες

παιχνιδιού (π.χ. δυσκολεύεται να παραμείνει προσηλωμένος κατά τη διάρκεια διαλέξεων, συνομιλιών ή κατά την ανάγνωση μεγάλων παραγράφων).

- ❖ Συχνά φαίνεται ότι δεν ακούει όταν του μιλάνε άμεσα (π.χ. το μυαλό του φαίνεται να είναι αλλού, ακόμη και αν δεν υπάρχει κάποια απτή απόσπαση προσοχής).
- ❖ Συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει δουλειές ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας (π.χ. ξεκινά εργασίες αλλά γρήγορα χάνει την προσοχή του και εύκολα αποπροσανατολίζεται).
- ❖ Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει καθήκοντα και δραστηριότητες (π.χ. δυσκολεύεται: να διαχειριστεί διαδοχικά καθήκοντα, να προσέχει τα υπάρχοντά του, να οργανώσει την εργασία του, να διαχειριστεί το χρόνο και να τηρεί τις προθεσμίες).
- ❖ Συχνά αποφεύγει, δεν του αρέσει ή δεν θέλει να συμμετάσχει σε εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη διανοητική προσπάθεια (π.χ. μαθήματα πανεπιστημίου, την προετοιμασία εκθέσεων, συμπλήρωση φόρμας ή κάποιου εγγράφου, αναθεώρηση χρονοβόρων εργασιών).
- ❖ Συχνά χάνει πράγματα που του είναι απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. σχολικό υλικό, στυλό, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλι, κλειδιά, χαρτιά, γυαλιά, κινητά τηλέφωνα).
- ❖ Συχνά αποσπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα (π.χ. κάνει άσχετες σκέψεις).
- ❖ Είναι συχνά “ξεχασιάρης” στις καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. στις δουλειές, στην επιστροφή τηλεφωνικών κλήσεων, στην πληρωμή λογαριασμών, στα ραντεβού).

Υπερδραστήριος/Παρορμητικός τύπος (Predominantly Hyperactive-Impulsive Type)

Ένα άτομο για να έχει αυτό το τύπο ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να πληροί 6 από τις 9 παρακάτω περιγραφές:

- ❖ Συχνά κινείται νευρικά ή χτυπά ελαφρώς τα χέρια ή τα πόδια του ή στριφογυρίζει στο κάθισμα.
- ❖ Συχνά αφήνει τη θέση του σε περιπτώσεις όπου πρέπει να παραμείνει καθισμένος (π.χ. αφήνει τη θέση του μέσα στο μάθημα, στο χώρο εργασίας ή σε άλλες

καταστάσεις που απαιτούν να παραμένει στη θέση του όπως σε μία συνάντηση).

- ❖ Συχνά περπατάει ή κοιτάει γύρω-γύρω (αίσθημα ανησυχίας).
- ❖ Συχνά αδυνατεί να ασχοληθεί με δραστηριότητες αναψυχής ή σπυχα.
- ❖ Είναι συχνά "εν κινήσει", ενεργώντας σαν να "οδηγείται από έναν κινητήρα" (π.χ. δεν μπορεί να παραμείνει σταθερός σε ένα μέρος - σε εστιατόρια ή συναντήσεις).
- ❖ Συχνά μιλά υπερβολικά.
- ❖ Συχνά τείνει να απαντάει σε μια ερώτηση πριν αυτή ολοκληρωθεί (π.χ. ολοκληρώνει προτάσεις άλλων ανθρώπων).
- ❖ Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του (π.χ. παραμονή στην ουρά μιας τράπεζας ή παραμονή για εναλλαγή σειράς σε συζητήσεις).
- ❖ Συχνά διακόπτει ή επεμβαίνει σε λόγια άλλων (π.χ. συνομιλίες, παιχνίδια ή δραστηριότητες). Επίσης, μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα άλλων ανθρώπων χωρίς να το ζητήσει πρωτίτερα ή μπορεί να παρέμβει σε αυτό που κάνουν οι άλλοι.

Συνδυασμένος τύπος (Combined Type)

- ❖ Ένα άτομο για να έχει συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να πληροί τις κατευθυντήριες γραμμές τόσο του απρόσεκτου όσο και του υπερδραστήριου/παρορμητικού τύπου, δηλαδή, πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον 6 από τα 9 συμπτώματα που αναφέρονται για κάθε τύπο παραπάνω.
- ❖ Ένα άτομο με μεικτό/συνδυασμένο τύπο παρουσιάζει και τα τρία χαρακτηριστικά (απροσεξία, παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα) (Seymour, 2017).

1.3.3. Η ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Παλαιότερα, η ΔΕΠ-Υ αντιλαμβανόταν ως μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας, όπου τα συμπτώματα της υποχωρούσαν σταδιακά με την είσοδο των παιδιών στην εφηβική ηλικία. Όμως, ύστερα από διαχρονικές έρευνες, τα πορίσματα αυτών έδειξαν ότι κάτι τέτοιο δεν ισχύει και τελικά αυτές οι εκτιμήσεις ήταν λανθασμένες (Biederman et al., 2006; Faraone et

al., 2006). Σύμφωνα με σχετικές ανασκοπήσεις, τα ποσοστά τα οποία έχουν διαπιστωθεί για τη σταθερότητα της ΔΕΠ-Υ στο χρόνο διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ ερευνών. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Κάκουρο και την Μανιαδάκη (2012) «...ενώ σε έρευνα του Mannuzza και των συνεργατών του (1998) διαπιστώθηκε ότι η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει σταθερότητα στο 4% των περιπτώσεων μέχρι την ηλικία των 24 περίπου ετών, σε αντίστοιχη έρευνα του Weiss και των συνεργατών του (1985) το αντίστοιχο ποσοστό βρέθηκε πως φτάνει το 66%. Τα ποσοστά αυτά αφορούν σε πληθυσμό αγοριών, καθώς οι αντίστοιχες διαχρονικές έρευνες σε πληθυσμό κοριτσιών είναι ελάχιστες. Από αυτές πάντως προκύπτει το συμπέρασμα ότι η ΔΕΠ-Υ τείνει να είναι πιο σταθερή στα κορίτσια, καθώς τα ποσοστά διατήρησης των συμπτωμάτων που καταγράφονται στη περίπτωση τους είναι γύρω στο 70% (Hinshaw et al., 2006; Mick et al., 2011)...».

Σε ελάχιστες περιπτώσεις, η ΔΕΠ-Υ υποχωρεί αλλά στις περισσότερες τείνει να παραμένει κατά τη πάροδο του χρόνου. Αλλιώς θα ήταν δύσκολο να ερμηνευτεί το γεγονός πως, στις περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες, η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ στα ενήλικα άτομα αυξομειώνεται περίπου στο 5%, ποσοστό αντίστοιχο με αυτό που καταγράφεται στην παιδική ηλικία (Faraone & Biederman, 2005; Fayyad et al., 2007; Kessler et al., 2006).

Παρ' όλα αυτά, τα ευρήματα πολλών σχετικών διαχρονικών ερευνών έγκειται να επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από αυτό που θεωρεί ο εκάστοτε ερευνητής για τον ορισμό της έκβασης της ΔΕΠ-Υ. Έτσι, όταν σε μια διαχρονική έρευνα εκφράζεται μόνο η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, τότε παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά υποχώρησης της διαταραχής, ενώ όταν τονίζεται και η περιορισμένη λειτουργικότητα των ατόμων με αυτή τη διαταραχή, τότε τα ποσοστά υποχώρησης είναι ορατά πολύ μικρότερα (Biederman, et al., 2010).

Η πηγή από την οποία αντλούν πληροφορίες φέρεται να είναι ένας ακόμη παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει τη διαφοροποίηση των ποσοστών σταθερότητας της ΔΕΠ-Υ μεταξύ των ερευνών. Για αυτό το λόγο, όταν στηρίζονται τα ερευνητικά στοιχεία ορισμένων περιπτώσεων σε αυτοαναφορές, τότε έχει διαπιστωθεί μεγαλύτερη υποχώρηση της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ, σε σύγκριση με τις περιπτώσεις εκείνες όπου τα ερευνητικά στοιχεία συλλέχθηκαν από αναφορές των γονέων ή των παιδαγωγών (Barkley, et al., 2002). Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί ότι υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας ενώ αυτά της απροσεξίας τείνουν να μένουν σταθερά στην πάροδο του χρόνου (Biederman, Mick, & Faraone, 2000; Rohde et al., 2001). Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα τους, ο Biederman και οι συνεργάτες του

(2010) τελικά διαπίστωσαν πως μετά την ηλικία των 21 ετών, φαίνεται να υποχωρούν και τα συμπτώματα της απροσεξίας. Αυτή η αστάθεια ως προς τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνονται διαχρονικά, από την μια πλευρά τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας και από την άλλη αυτά της απροσεξίας, συντελεί στην υιοθέτηση της θεωρίας πως οι δύο ομάδες συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιθανό να είναι ετερογενείς.

1.3.4. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Σύμφωνα με τον Mannuzza και τους συνεργάτες του, όταν ένας ενήλικας ανταποκρίνεται τουλάχιστον σε πέντε από τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τότε μπορούμε να πούμε πως η κλινικά σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητά του είναι σχεδόν απόλυτη (Mannuzza et al., 2011). Ωστόσο, ο ειδικός για να μπορεί κάθε φορά να αντιλαμβάνεται την επίδραση των εκάστοτε συμπτωμάτων στη λειτουργικότητα του ατόμου, θα πρέπει η προσέγγισή του να είναι αναπτυξιακή.

Η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ βιώνεται με αρκετά διαφορετικό τρόπο τόσο από τους ενήλικες όσο και από τα παιδιά. Ενώ λοιπόν, τα παιδιά μπορούν να τρέχουν, να σκαρφαλώνουν ασταμάτητα ή να δυσκολεύονται να παίξουν χωρίς πολύ φασαρία στον ελεύθερο τους χρόνο, από την άλλη οι ενήλικες είναι σαν να ζουν μέσα σε ένα αδιάκοπο εσωτερικό αίσθημα ανησυχίας, καθώς αδυνατούν να βρουν ηρεμία και να περιορίσουν την υπερβολική ομιλία. Η απροσεξία παρατηρείται ως μια εύκολη διάσπαση της προσοχής, αποδιοργάνωση, καθυστέρηση σε ραντεβού, ανάγκη για αλλαγές, εύκολο αίσθημα ανίας, ευαισθησία στο άγχος, αδυναμία συνολικής θεώρησης των πραγμάτων και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Η υπερκινητικότητα παρατηρείται όταν υπάρχουν νευρικές κινήσεις, αδυναμία παραμονής για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μια θέση, ακόμη κι αν αυτό είναι απαραίτητο (π.χ. μάθημα, κινηματογράφος, συνέδρια, εκκλησία κ.λπ.) ή με το να είναι συνεχώς «υπ' ατμών». Η παρορμητικότητα εκδηλώνεται με ανυπομονησία, ενέργεια χωρίς σκέψη ή ακολουθώντας κυρίως το συναίσθημα, για παράδειγμα, με το να ξοδεύει χρήματα παρορμητικά, με το ν' αλλάζει συνεχώς εργασίες και ερωτικούς συντρόφους.

Ας σημειωθεί ακόμη, ότι βιώνουν συχνά συναισθηματικές μεταπτώσεις οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, καθώς και σύντομες εκρήξεις θυμού. Έχει διαπιστωθεί ότι περίπου μετά από την ηλικία των 30 ετών τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να κρατήσουν μια σταθερότητα στη ζωή τους τόσο σε επαγγελματικό (π.χ. απολύονται συχνά) όσο και σε συναισθηματικό

επίπεδο (π.χ. χωρίζουν συχνά). Όσες από αυτές τις σχέσεις διατηρούνται, τότε σίγουρα επηρεάζονται από την αδυναμία τους στο να ακούν και να συγκεντρώνονται σε ένα θέμα, από την τάση τους να αφήνουν τα πράγματα ανολοκλήρωτα, να διακόπτουν συνομιλίες, καθώς και τη μικρή χρονική διάρκεια που μπορούν να μένουν εστιασμένοι σε κάτι. Τα τροχαία ατυχήματα είναι συχνά σε νεαρούς ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, εξ' αιτίας της τάσης τους να είναι διασπασμένοι, παρορμητικοί και της ανάγκης τους για ένταση κατά την διάρκεια που οδηγούν. Επίσης, είναι πιθανότερο να συμμετέχουν σε άλλα ατυχήματα όπως φιλονικίες, τραυματισμούς από σκυλιά, καθώς και εγκαύματα. Παράλληλα, τείνουν να ακολουθούν τρόπο ζωής που συμπεριλαμβάνει επικίνδυνη σεξουαλική ζωή, κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος και ναρκωτικών ουσιών, αδυναμία χρονικής ακρίβειας (κυρίως λόγω χρόνιων προβλημάτων ύπνου), έλλειψη συγκρότησης και μειωμένη φροντίδα της υγείας τους. Τα προβλήματα απροσεξίας οδηγούν στην αδυναμία ολοκλήρωσης των ακαδημαϊκών εργασιών, με αποτέλεσμα πτωχές επιδόσεις στο σχολείο, στο διάβασμα και στην εργασία σε σύγκριση με άλλα υγιείς άτομα παρόμοιας νοημοσύνης. Για τους λόγους αυτούς, πολλοί από τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, αισθάνονται απομονωμένοι αντιμετωπίζοντας κοινωνικές δυσκολίες και το αίσθημα ντροπής. Οι αποτυχίες συχνά αφορούν την προσωπική τους εξέλιξη, ενώ έχει παρατηρηθεί ακόμη και μειωμένη ικανότητα στην προβολή των δυνατοτήτων τους σε κοινωνικές περιστάσεις με αποτέλεσμα χαμηλότερη για τα νοητικά και κοινωνικά δεδομένα τους απόδοση. Η συννόσηση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές επιβαρύνει περισσότερο την κατάσταση (Πεχλιβανίδης Α., Σπυροπούλου Α., Γαλανόπουλος Α., Παπαχρήστου Χ.Α. & Παπαδημητρίου Γ.Ν., 2012).

Από την μια πλευρά, το επίπεδο της λειτουργικότητας ενός ατόμου, δεν σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με τις δεξιότητες που διαθέτει, αλλά σχετίζεται ταυτόχρονα και σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό με τις εκάστοτε κοινωνικές προσδοκίες και απαιτήσεις. Έτσι λοιπόν, το επίπεδο της λειτουργικότητας ενός ατόμου μπορεί να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τις πρέπουσες κοινωνικές προσδοκίες και απαιτήσεις που απαιτούνται στον εκάστοτε χρόνο και τόπο, στον οποίο ζει αυτό το άτομο. Από την άλλη πλευρά, η διερεύνηση της έκβασης της ΔΕΠ-Υ συναντά και ορισμένες μεθοδολογικές δυσκολίες, καθώς είναι απαραίτητος ο διαχωρισμός των εγγενών από τα επίκτητα χαρακτηριστικά της διαταραχής, έτσι ώστε να γίνει σαφές ποια από τα συμπτώματα της διαταραχής είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης εγγενών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Ustun, 2007).

1.3.5. ΣΥΝΟΛΑ ΨΥΧΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Με τον όρο συννοσηρότητα (co-morbidity) επιχειρείται να εκφραστεί η ιδέα πως σε μια νοσηρή κατάσταση είναι δυνατόν να συνυπάρχουν πλέον της μιας διαταραχές για αυτό και απαιτείται διαφορική διάγνωση (Punt, De Jong, De Groot and Hudders-Algra, 2010). Έχει υπογραμμιστεί ο Gillbert και συνεργάτες (2004), ότι η συννοσηρότητα στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί πολύ σημαντικό ζήτημα. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ πρέπει να πραγματοποιείται από εξειδικευμένους στο σύνδρομο ειδικούς υγείας, οι οποίοι επίσης θεωρείται απαραίτητο να κατέχουν γνώσεις που ανταποκρίνονται σε ένα υψηλό νευροψυχιατρικό υπόβαθρο καθώς εξαιρετικά υψηλά είναι τα ποσοστά συνεμφάνισης αυτής της διαταραχής και λοιπών ψυχιατρικών νόσων. Ο Paul Wender (1995), είναι ένας από τους πρώτους που ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την έρευνα για την ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες διατυπώνοντας ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά, τα οποία παρατηρούνται στο ιστορικό ενός ασθενούς και όπου η λειτουργία αυτών των χαρακτηριστικών αποτελεί τα πρώτα σημάδια για την μετέπειτα ύπαρξη δυσκολίας στη ρύθμιση της ψυχικής διάθεσης. Έχει διαπιστωθεί πως στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ συχνά παρατηρείται να συνυπάρχει με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αστάθεια διάθεσης είτε στο σπίτι ή στην εργασία (Wolf & Wasserstein, 2001).

Υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ, που φτάνουν περίπου στο 75% έχουν καταγραφεί σε ερευνητικές εργασίες (Faraone & Biederman, 1998). Κυρίως η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ.), η Διαταραχή Διαγωγής (Δ.Δ.), οι Διαταραχές Άγχους (Δ.Α.) και οι Διαταραχές Συναισθήματος (Δ.Σ.) είναι αυτές που συνήθως συνυπάρχουν με την ΔΕΠ-Υ (Greenhill, 1998). Μετά από διαχρονικές έρευνες, έχει διαπιστωθεί πως σε πληθυσμό γυναικών με ΔΕΠ-Υ, στις περιπτώσεις όπου κάποιος από τους γονείς τους αντιμετωπίζει τη Διαταραχή Αντικοινωνικής Προσωπικότητας, αυξάνονταν ραγδαία οι πιθανότητες της πρώιμης εκδήλωσης Δ.Δ. (Διαταραχή Διαγωγής) (Monuteaux, et al., 2007). Επιπρόσθετα, σε έρευνα που εκπονήθηκε με δείγμα γυναικών με ΔΕΠ-Υ, διαπιστώθηκε πως η αυτοεικόνα τους ήταν πολύ περισσότερο αρνητική σε σχέση με την αντίστοιχη των αντρών με ΔΕΠ-Υ (Arcia & Connors, 1998). Επιπλέον, τα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και Δ.Α. (Διαταραχές Άγχους) ή κατάθλιψης είναι σημαντικά υψηλότερα στις γυναίκες με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τους άντρες (Biederman et al., 2008; Rucklidge & Kaplan, 2000). Αυτές οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών δύναται να οφείλονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την μια πλευρά στον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο

οι γυναίκες προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες τους και από την άλλη στην υποδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ στις γυναίκες, γεγονός που έχει ως επακόλουθο την ελλιπέστερη αντιμετώπιση των δυσκολιών τους.

Μολαταύτα, ο Paul Wender είχε ενημερώσει έγκαιρα για το ότι όταν ο καταθλιπτικός ιδεασμός αποτελεί μέρος της μεταβλητότητας της διάθεσης, τότε πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που προκύπτουν από τη διαβίωση με μη διαγνωσθείσα ΔΕΠ-Υ και από μια πλήρη διάγνωση της κατάθλιψης (δυσθυμία ή μείζονα κατάθλιψη). Επίσης, σύμφωνα με τον Wender (1995), αν η ΔΕΠ-Υ είναι η κύρια διάγνωση, τότε είναι πιο πιθανό η κατάθλιψη να αποτελεί μια δευτερεύουσα αστάθεια της διάθεσης και ο καταθλιπτικός ιδεασμός να είναι παροδικός και να βασίζεται στο περιβάλλον, σε σύγκριση με την πιο σταθερή δυσφορία της μείζονος κατάθλιψης ή δυσθυμίας. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί πως οι γυναίκες με ΔΕΠ-Υ, είναι πιο ευπρόσβλητες από το άγχος και την κατάθλιψη εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων του κοινωνικού περιγύρου για αυτοέλεγχο καθώς προσπαθούν έντονα με δυσανάλογα πολύ μεγαλύτερη προσπάθεια να ελέγξουν την παρορμητικότητα τους και να κρύψουν τις δυσκολίες τους (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008). Επιπρόσθετα, η αστάθεια στην διάθεση μπορεί να δυσχεραίνει τη διάκριση της ΔΕΠ-Υ από τις σταθερές και πιο διαχυτικές αλλαγές της διάθεσης στη διπολική διαταραχή. Ωστόσο, σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί πως η διαμήκης διαφορά στην διάγνωση της διπολικής διαταραχής δυσχεραίνεται περαιτέρω γύρω από το γεγονός ότι αρκετοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή, κατά την παιδική ηλικία είχαν επίσης και ΔΕΠ-Υ (Faraone et al., 1997, Wozniak et al., 1995).

Ο Biederman και οι συνεργάτες του (1993), σε κλινικό δείγμα ατόμων με ΔΕΠ-Υ, διαπίστωσαν τη διαχρονική παρουσία των Δ.Α (στο 43% έως 52%), των Δ.Σ. (31%), της Ε.Π.Δ. (29%), της Δ.Δ. (20%), του αλκοολισμού (27%) και της κατάχρησης ουσιών (18%).

Ειδικότερα:

Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder, ODD)

Χαρακτηρίζεται από: εκδηλώσεις θυμού, εμπάθεια, εχθρότητα, μνησικακία, οχληρότητα, προκλητική συμπεριφορά, έλλειψη αυτοκυριαρχίας, άρνηση για συμμόρφωση με κανόνες, ανυπακοή, φαινόμενα παρενόχλησης ή απόδοσης ευθυνών στους άλλους, συγκρούσεις ή φιλονικίες με άλλα άτομα (Barkley, 2006; Fowler, 2002; Millichap, 2010; Silver, 2004; Spencer, 2009).

Διαταραχή της Διαγωγής (Conduct Disorder, CD)

Χαρακτηρίζεται από: στοιχεία έντονης αντικοινωνικής, αντιδραστικής και επιθετικής συμπεριφοράς, που φτάνει στο σημείο να γίνει ακόμα και παραβατική ή επικίνδυνη για το ίδιο το άτομο που εκδηλώνει τη διαταραχή ή τους ανθρώπους γύρω του (Barkley, 2006). Τέτοια στοιχεία είναι: επιθετικότητα απέναντι σε ανθρώπους και ζώα, άσκηση σωματικής ή σεξουαλικής βίας, καταστροφή ξένης περιουσίας, κλοπή, απάτη και τάση για ψεύδη (Fowler, 2002; Millichap, 2010; Silver, 2004; Spencer, 2009). Αυτή η αποκλίνουσα συμπεριφορά υποσκάπτει τη λειτουργικότητα του ατόμου σε κοινωνικό, ακαδημαϊκό, ενδοοικογενειακό και/ ή επαγγελματικό πλαίσιο (Barkley, 2006; Silver, 2004; Spencer, 2009).

Αγχώδεις Διαταραχές (Anxiety Disorders)

Περιλαμβάνουν:

- τη *Διαταραχή Πανικού (Panic Disorder)* που χαρακτηρίζεται από επανειλημμένες επεισοδιακές κρίσεις πανικού και έντονου άγχους (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010).
- τις *Φοβικές Διαταραχές (Phobias)* που χαρακτηρίζονται από δυσανάλογο για τις περιστάσεις φόβο, ο οποίος δεν υποχωρεί με λογικές εξηγήσεις, δεν ελέγχεται με την θέληση του ενεργούντος και καταλήγει σε αποφυγή της κατάστασης που τον προκαλεί (π.χ. αγοραφοβία) (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004).
- την *Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Obsessive- Compulsive Disorder)* που χαρακτηριστικό της γνώρισμα είναι η ύπαρξη επίμονων / ανούσιων ιδεοληψιών και ψυχαναγκασμών, που είναι μέρος της καθημερινής λειτουργικότητας του ατόμου (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004).
- τη *Διαταραχή Στρες μετά από Ψυχοτραυματική Εμπειρία (Post -Traumatic Stress Disorder)* που χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογική αντίδραση, λόγω της επίδρασης μιας αγχογόνου εμπειρίας και συνοδεύεται από συμπτώματα επαναλαμβανόμενης αναβίωσης του τραυματικού γεγονότος, εφιαλτικά όνειρα, αποφυγή των δραστηριοτήτων που υπενθυμίζουν το γεγονός, διαταραχές του ύπνου, ευερεθιστότητα και αδυναμία επικέντρωσης στις καθημερινές ασχολίες (Katona &

Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004).

- τη *Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (Generalized Anxiety Disorder)* της οποίας κύριο χαρακτηριστικό είναι η γενικευμένη, επίμονη, υπερβολική ανησυχία ή το άγχος, σχετικά με ένα αριθμό γεγονότων ή καταστάσεων (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004).

Γενικά, η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με κάποια αγχώδη διαταραχή, επηρεάζει αρνητικά την ακαδημαϊκή πρόοδο, τη σχολική επίδοση και την γενικότερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Spencer, 2009).

Διαταραχές της Διάθεσης / Συναισθήματος (Mood Disorders)

Περιλαμβάνουν:

- το *Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (Depressive Episode)* που αποτελεί πρωτοπαθή διαταραχή του συναισθήματος, με βασικό χαρακτηριστικό τη σταθερή επιδείνωση της διάθεσης, την απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα, την ανηδονία, την ευερεθιστότητα, τις αρνητικές σκέψεις, τις σκέψεις θανάτου, τις διαταραχές ύπνου και όρεξης (Fowler, 2002; Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004; Spencer, 2009).
- το *Μανιακό Επεισόδιο (Manic Episode)* που χαρακτηρίζεται από ευφορική διάθεση, αυξημένη αυτοεκτίμηση, αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, διάσπαση της προσοχής, ταχεία σκέψη και ομιλία, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, αδιαφορία για πιθανά επικίνδυνες επιπτώσεις της συμπεριφοράς (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010), σοβαρά ψυχοκοινωνικά ελλείμματα, αυξημένη ευερεθιστότητα, έντονες εκρήξεις θυμού που συνοδεύονται από βίαιη και διασπαστική συμπεριφορά (Spencer, 2009).
- τη *Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή (Bipolar Disorder)* που εμφανίζει επανειλημμένα επεισόδια μεταβολής της διάθεσης και της δραστηριότητας σε εναλλασσόμενες περιόδους, τόσο με επεισόδια μανίας όσο και με καταθλιπτικά επεισόδια (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004; Spencer, 2009).
- τη *Δυσθυμία (Dysthymia)* που σχετίζεται με επεισόδια κατάθλιψης ή ευερεθιστότητας, χωρίς να υπάρχει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Millichap, 2010; Silver, 2004).

- την *Κυκλοθυμία (Cyclothymia)* που περιλαμβάνει επεισόδια υπομανίας και κατάθλιψης, που όμως δεν είναι μείζονα (Millichap, 2010).

1.3.6. ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η συσχέτιση της ΔΕΠ-Υ με υψηλά ποσοστά νευροαναπτυξιακών δυσκολιών και διαταραχών, όπως είναι οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, η δυσλεξία και η διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, φαίνεται να οφείλονται σε επικαλυπτόμενες γενετικές επιδράσεις. Οι παραπάνω νευροαναπτυξιακές συννοσηρότητες δεν έχουν ερευνηθεί ακόμη αρκετά σε ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, όμως συχνά παρατηρούνται στην κλινική πράξη και δύναται να οδηγήσουν σε συνεχιζόμενες επιπτώσεις, παρά την επιτυχή θεραπεία της ΔΕΠ-Υ με φαρμακευτική αγωγή. Επιπρόσθετα, είναι συνήθης πρακτική στην Ευρώπη, κατά τη διάρκεια αξιολόγησης για ΔΕΠ-Υ, να αναζητούνται ήπια νευρολογικά σημεία, κατ' αναλογία με τη διάγνωση διαταραχών της προσοχής, του συντονισμού των κινήσεων και της αντίληψης στα παιδιά, οι οποίες τείνουν συχνά να συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ.

1.3.7. ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE

Το σύνδρομο Tourette, είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από πολλαπλά κινητικά και τουλάχιστον ένα φωνητικό τικ. Με τη συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής ως προς τη φύση της, φαίνεται να μοιάζει η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και συνδρόμου Tourette. Η ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ έχει παρατηρηθεί πως δεν αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου Tourette, όμως τα άτομα που εμφανίζουν το σύνδρομο Tourette είναι πιθανό κατά μέσο όρο 48% να εμφανίσουν επίσης και ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, μερικοί ερευνητές έχουν τονίσει, πως το υψηλό αυτό ποσοστό συννοσηρότητας μπορεί να είναι το αποτέλεσμα από την συχνότερη προσέλευση στα ιατρικά κέντρα των ατόμων, στα οποία συνυπάρχουν οι δύο διαταραχές.

1.3.8. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στον κοινωνικό τομέα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν

σημαντικό αντίκτυπο στην κοινωνική τους πορεία ως την ενηλικίωση και έπειτα. Σε ενήλικες, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ κατά την παιδική τους ηλικία, διαπιστώθηκε πως οι δυσκολίες που αντιμετώπιζαν στις κοινωνικές τους σχέσεις ήταν πολύ περισσότερες από αυτές που αντιμετώπιζαν ενήλικες χωρίς τη διάγνωση με ΔΕΠ-Υ. Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκε το γεγονός ότι οι ενήλικες με ιστορικό ΔΕΠ-Υ είχαν πολύ λιγότερους φίλους και αντιμετώπιζαν περισσότερες δυσκολίες στην ομαλή διατήρηση των φιλικών τους σχέσεων (Barkley, 2006; Lee, et al., 2008). Διαχρονικές έρευνες έχουν οδηγήσει στο πόρισμα πως οι γυναίκες αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στην κοινωνική τους λειτουργικότητα. Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες με ΔΕΠ-Υ είναι λιγότερο πιθανό να παντρευτούν τόσο σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ιστορικό ΔΕΠ-Υ όσο και σε σχέση με τους άντρες με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 2006). Είναι φανερό, ότι η παρορμητική συμπεριφορά και η δυσκολία στην συγκράτηση των αυθόρμητων αντιδράσεων είναι εντελώς αντίθετα χαρακτηριστικά από την προσδοκώμενη συμπεριφορά που υποδεικνύουν τα κοινωνικά στερεότυπα του φύλου για τις γυναίκες, με αποτέλεσμα να αξιολογούνται, ενδεχομένως, πιο αρνητικά ως προς αυτή τη συμπεριφορά σε σύγκριση με τους άντρες με ΔΕΠ-Υ που εκδηλώνουν ανάλογη συμπεριφορά (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2004).

1.3.9. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΤΟΜΕΑ

Ο ρυθμός με τον οποίο εγκαταλείπουν το σχολικό πλαίσιο οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι γενικότερα υψηλότερος και κατά μέσο όρο σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες της τάξης και κάτω από το μέσο όρο των βαθμών. Είναι λιγότεροι οι μαθητές γυμνασίου με ΔΕΠ-Υ που εισάγονται σε κολέγιο από τους μαθητές που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ. Επιπρόσθετα, στα πλαίσια του κολλεγίου, έχουν πολύ χαμηλότερο ποσοστό αποφοίτησης οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ από τους μη έχοντες ΔΕΠ-Υ συνομηλίκους τους (Barkley, 1998; Barkley et al., 2004). Ο Barkley και άλλοι συγγραφείς έχουν πει κατά καιρούς ότι πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ συχνά προκύπτουν από ανεπαρκή έλεγχο της εκτελεστικής λειτουργίας, η οποία συνδέεται με ελλείμματα στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου (Barkley, 1998). Επίσης, ο Barkley κάποτε τόνισε το γεγονός πως όταν το σύστημα αναστολής μιας συμπεριφοράς λειτουργεί σωστά, τότε παρέχει μια ρύθμιση που επιτρέπει να εκτελεστούν τέσσερις βασικές εκτελεστικές λειτουργίες: η εργαζόμενη μνήμη, η λεκτική εργαζόμενη μνήμη, η αυτό-ρύθμιση του

συναισθήματος/κινήτρου και η ανάλυση και σύνθεση της. Αυτές οι τέσσερις λειτουργίες είναι που ελέγχουν τη συμπεριφορά μέσω εσωτερικευμένων αναπαραστάσεων και επιτρέπουν το σχεδιασμό δράσεων σε σχέση με συγκεκριμένους στόχους ειδικότερα αλλά και για το μέλλον γενικότερα. Επιπλέον, αυτές οι τέσσερις λειτουργίες μαζί με την αναστολή είναι που καθορίζουν τους στόχους του ατόμου, καθώς και την επιμονή του ατόμου σε αυτούς. Ο ασθενής μπορεί να έρθει αντιμέτωπος με δυσκολίες όταν προκύπτουν προβλήματα σε έναν ή σε παραπάνω από έναν από τους τέσσερις τομείς της αναστολής μιας συμπεριφοράς της εκτελεστικής λειτουργίας. Οι δυσκολίες αυτές δυσχεραίνουν την αυτό-ρύθμιση του συναισθήματος και επιπλέον, ερμηνεύουν τις γνωστικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ. Το παραπάνω 'μοντέλο' χαρακτηρίζει μια μεγάλη μερίδα περιστατικών με ΔΕΠ-Υ κυρίως αυτών με Συνδυαστικό Τύπο συμπτωματολογίας. Η περιγραφή αυτή μας βοηθάει να κατανοήσουμε καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο τα συμπτώματα τόσο της απροσεξίας όσο και της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας θα μπορούσαν να προκύψουν από παρόμοια ελλείμματα.

1.3.10. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Εξαιτίας της περιορισμένης λειτουργικότητας τους, τα ενήλικα άτομα με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικές δυσκολίες και στον επαγγελματικό τομέα. Οι νεαροί ενήλικες με ιστορικό ΔΕΠ-Υ τείνουν ευκολότερα να απολύονται από τον εργοδότη τους, να αλλάζουν συχνά επάγγελμα ή εργοδότη και έχουν μειωμένη απόδοση ως εργαζόμενοι σε σχέση με άτομα χωρίς ιστορικό ΔΕΠ-Υ (Barkley et al., 2006). Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνά μια χαμηλή ανεκτικότητα στην απογοήτευση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα όπως τα υψηλά ποσοστά αλλαγής εργασίας και στα λεγόμενα εκρηκτικά ή ευερέθιστα επεισόδια. Επίσης, τα προβλήματα σχετικά με τον εκτελεστικό έλεγχο λειτουργούν συχνά επιβαρυντικά στον επαγγελματικό τομέα και πολλοί ασθενείς με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν προβλήματα στο περιβάλλον εργασίας τους που είτε σχετίζονται με την ολοκλήρωση των καθηκόντων τους είτε με την αρμονική αλληλεπίδρασή με τους συναδέλφους τους. Συμπτώματα που παρατηρούνται στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, όπως αυτό της σημαντικής και δυσάρεστης απροσεξίας, συχνά μπορεί να επιφέρουν συγκεκριμένες εκτελεστικές ελλείψεις, συμπεριλαμβανομένων των δυσκολιών στη χειραγώγηση και στην οργάνωση των πληροφοριών (Achenbach et al., 1998; Barkley, 1997; Millstein et al., 1997;

Wilens, Faraone, & Biederman, 2004).

Έχει διαπιστωθεί ότι στα προβλήματα αυτά συμβάλλουν τα ελλείμματα στις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, όπως οι δυσκολίες στη διαχείριση του χρόνου, η μειωμένη αυτοπειθαρχία, καθώς και η ελλιπής κινητοποίηση που χαρακτηρίζει τα άτομα με ΔΕΠ-Υ (Barkley & Murphy, 2010). Επιπλέον, συνηθίζουν να μην προτιμούν τη δουλειά γραφείου, που πολλές φορές τη βρίσκουν βαρετή και διαλέγουν δουλειές με κίνηση και δράση και ελκύονται από δουλειές που έχουν στοιχεία διέγερσης και κινδύνου, όπως επιχειρηματικές προσπάθειες. Επίσης, συχνά έχουν παρατηρηθεί και προβλήματα όπως η δυσκολία εύρεσης και διατήρησης μιας θέσης εργασίας και υποβαθμισμένες ή χαμηλές θέσεις εργασίας (Wolf & Wasserstein, 2001). Οι παραπάνω δυσκολίες ενδέχεται να οφείλονται και στο γεγονός ότι πολλοί ενήλικες με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να διαχειριστούν εύκολα τις αντιδράσεις τους και αδυνατούν να προβούν στις σωστές για τον εαυτό τους πράξεις όταν προκύπτουν προβλήματα, εν μέρει λόγω της έλλειψης αυτοελέγχου.

1.3.11. ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Θεωρητικές προσεγγίσεις για την ερμηνεία της παραβατικής συμπεριφοράς έχουν υποστηρίξει την άποψη, ότι μερικά από τα πρωτογενή χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ πιθανώς να καθιστούν τα άτομα αυτά πιο ευάλωτα για την εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς, όταν βέβαια έρθουν αντιμέτωποι με ανάλογες ψυχοκοινωνικές συνθήκες. Κύριο χαρακτηριστικό των ατόμων με ΔΕΠ-Υ είναι ο μειωμένος αυτοέλεγχος και έτσι, ενδέχεται να αποτελεί ένα πιθανό σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση της παραβατικής συμπεριφοράς στις περιπτώσεις εκείνες που υπερισχύουν ανάλογες ευνοϊκές συνθήκες. Επιπλέον, τα άτομα με παραβατική συμπεριφορά συχνά επικεντρώνουν την προσπάθειά τους στην άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους, ενώ ταυτόχρονα ενδέχεται να αγνοούν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της συμπεριφοράς τους.

Όταν το οικογενειακό περιβάλλον είναι δυσμενές τότε πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες εκδήλωσης παραβατικής συμπεριφοράς στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, καθώς επίσης, και στις περιπτώσεις εκείνες που προϋπάρχουν εμπειρίες σχολικής αποτυχίας. Αυτή η επιβεβαίωση προέρχεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, στην οποία έχει διαπιστωθεί και τονιστεί πως δυσμενείς ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και το διαζύγιο, η φτώχεια, η ανεργία, η κακοποίηση, το άγχος των γονέων και

η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους γονείς συνδέονται άμεσα με την εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ.

Επιπρόσθετα, η ΔΕΠ-Υ έχει συσχετιστεί με παραβατικότητα στην ενήλικη ζωή, ιδίως όταν υπήρχε συννοσηρή διαταραχή της διαγωγής στην παιδική ηλικία ή κατάχρηση ουσιών και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή. Ακόμη, η ΔΕΠ-Υ παρατηρήθηκε να σχετίζεται με περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς σε φυλακισμένους άνδρες, ανεξάρτητα από την παρουσία αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας. Οι ασθενείς με ΔΕΠ-Υ συλλαμβάνονται, καταδικάζονται και φυλακίζονται πιο συχνά σε σύγκριση με υγιείς ενήλικες, ενώ η διάγνωση της νόσου αυξάνεται στα ψυχιατρικά ιδρύματα των φυλακών. Τέλος, έχει βρεθεί πως οι νεαροί ενήλικες με ιστορικό ΔΕΠ-Υ διαπράττουν συχνότερα παραβάσεις του κώδικα οδικής κυκλοφορίας και εμπλέκονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε τροχαία ατυχήματα.

1.3.12. ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

Η συννόσηση με την κατάχρηση ουσιών χρήζει ιδιαίτερης προσοχής λόγω των υψηλών ποσοστών εκδήλωσης της ΔΕΠΥ σε τέτοιους πληθυσμούς. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες ουσίες είναι το οινόπνευμα και η κάνναβη και ακολουθούν η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες. Σε 10 μελέτες που ερευνήσαν λεπτομερώς την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ σε πληθυσμούς χρηστών, τα ποσοστά που αναφέρθηκαν ήταν 11–54%. Κάποιες φορές, οι ασθενείς περιγράφουν προσπάθειες που έκαναν να θεραπευτούν μόνοι τους με «παράνομα» διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως ακριβώς κάνουν και κάποιοι γονείς με τη χορήγηση των φαρμάκων αυτών στα παιδιά τους, που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, στους ασθενείς με ΔΕΠ-Υ που κάνουν ταυτόχρονα και χρήση ουσιών περιγράφονται περίεργες αντιδράσεις μετά από τη χρήση, όπως αίσθημα ηρεμίας, καλύτερη συγκέντρωση και μικρότερου βαθμού παρορμητικότητα. Παρ' όλο που η κατανάλωση ναρκωτικών με διεγερτική δράση, όπως η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες, μπορεί να έχει τα παραπάνω αποτελέσματα, κάτι τέτοιο συμβαίνει συχνότερα με την κατανάλωση οινοπνεύματος και κάνναβης. Στους χρήστες ουσιών με συνυπάρχουσα ΔΕΠ-Υ οι μορφές της χρήσης είναι πιο σοβαρές και χαρακτηρίζονται από πρόωμη έναρξη και μεγαλύτερη διάρκεια χρήσης, αυξημένες επιπτώσεις και μικρότερο χρονικό διάστημα μετάπτωσης από τη χρήση στην εξάρτηση.

1.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο Achenbach το 1985, ανέφερε πως ο όρος «διάγνωση» χρησιμοποιείται με δύο διαφορετικές έννοιες. Η πρώτη σημασία του όρου είναι αυτή της «κατηγοριοποίησης» ενός συνόλου μορφών προβληματικής συμπεριφοράς και της επίσημης απόδοσης μιας ονομασίας σε αυτό το σύνολο βάσει κάποιου διεθνούς συστήματος ταξινόμησης, όπως το DSM-IV ή το ICD-10. Η δεύτερη σημασία του όρου την οποία ενστερνιζόμαστε και εμείς στη δική μας προσέγγιση, είναι πιο ευρεία και αναφέρεται στη διαδικασία της αναλυτικής συλλογής πληροφοριών με σκοπό τη σαφή αντίληψη της φύσης ενός προβλήματος και της πιθανής του αιτιολογίας, καθώς και τη σχεδίαση της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της. Ωστόσο, η καθυστέρηση στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ έχει ως συνέπεια την επιδείνωση της κλινικής εικόνας του ατόμου (σχέση αναλογίας) δηλαδή αυξάνονται οι τομείς δυσλειτουργίας και μεγαλώνει το ποσοστό δυσλειτουργίας (π.χ. αύξηση στο ποσοστό ασθενειών).

Οι βασικότεροι στόχοι της διάγνωσης συμπεριλαμβάνουν: τον ακριβή προσδιορισμό της φύσης της αιτιολογίας του προβλήματος, την πρόγνωση της εξέλιξης των δυσκολιών, τη σχεδίαση της θεραπευτικής παρέμβασης και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η διάγνωση στηρίζεται στα αποτελέσματα από τη χρήση ποικίλων μέσων όπως είναι οι κλίμακες αξιολόγησης, η συνέντευξη, οι ψυχομετρικές δοκιμασίες, η κλινική παρατήρηση κ.α.. Η επιλογή των μέσων αυτών εξαρτάται από την αιτία για την οποία υλοποιείται η αξιολόγηση, από τη φύση του ίδιου του προβλήματος, από τα χαρακτηριστικά του ατόμου αλλά και του περιβάλλοντος του, καθώς και από τα χαρακτηριστικά των ίδιων των μέσων αξιολόγησης (αξιοπιστία, εγκυρότητα κ.λπ.).

Ο ειδικός, ο οποίος είναι ο κατάλληλος να κάνει την αξιολόγηση και τη διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με/χωρίς Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) μπορεί να είναι Κλινικός ή Εκπαιδευτικός Ψυχολόγος ή Παιδοψυχίατρος. Η διάγνωση πραγματοποιείται βάσει των κριτηρίων που έχουν καθοριστεί από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association).

Ανάλογα με τις κλινικές παρατηρήσεις του ειδικού, το άτομο είναι πιθανό να παραπεμφθεί για ιατρική, λογοπεδική ή κάποιου άλλου είδους εξέταση, με σκοπό να εκτιμηθεί η πιθανότητα ύπαρξης ιατρικών προβλημάτων και να συλλεχθούν πληροφορίες

για τομείς της ανάπτυξης για τους οποίους κατά τη γνώμη του ειδικού, πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου DSM -IV -TR (2000), η ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκεται βάσει των εξής 5 κριτηρίων:

- Κριτήριο Α: Το άτομο πρέπει να έχει επίμονες και χρόνιες εκδηλώσεις απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας, οι οποίες εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα και έχουν σοβαρότερη εικόνα, σχετικά με τις τυπικές εκδηλώσεις που σημειώνονται σε άτομα αντίστοιχης ηλικίας.
- Κριτήριο Β: Κάποια τουλάχιστον από τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών, αν και αρκετές φορές καθυστερούν αρκετά να αναγνωριστούν.
- Κριτήριο Γ: Οι συνέπειες της απροσεξίας, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας θα πρέπει να επεκτείνονται σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα, στα οποία ζει και δρα το άτομο με ΔΕΠ -Υ (π.χ. εργασία και σπίτι).
- Κριτήριο Δ: Πρέπει να υπάρχουν φανερές ενδείξεις ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ προξενούν μεγάλη λειτουργική έκπτωση σε ακαδημαϊκό, κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο.
- Κριτήριο Ε: Η κλινική εικόνα, η λειτουργική έκπτωση και τα συμπτώματα δεν πρέπει να ερμηνεύονται καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή, από την οποία θα πρέπει κυρίως να διαφοροδιαγνωστεί η ΔΕΠ-Υ. (American Psychiatric Association, 2000).

Κατά το ICD-10 (Παγκόσμιος οργανισμός Υγείας- Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων), η κατηγορία F90, «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και εφηβική ηλικία», κωδικοποιεί με βάση 4 τύπους:

F90.0 «Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής»

F90.1 «Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου»

F90.8 «Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου»

F90.9 «Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη»

1.4.1. Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Αρχικά, για να θεμελιωθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δεν αρκεί η χρήση των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM ή του ICD και ούτε κάποια κλίμακα αξιολόγησης μέσω συγκέντρωσης ενός συνόλου βαθμών. Μια τέτοια προσέγγιση θα ήταν υπεραπλουστευμένη και θα μας οδηγούσε ενδεχομένως στην αδυναμία ουσιαστικής κατανόησης των δυσκολιών του ατόμου. Από όλα τα παραπάνω γίνεται φανερό, ότι η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ προϋποθέτει τη χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων. Οι πληροφορίες που χρειάζεται ο ειδικός για να καταλήξει στη διάγνωση αυτής της διαταραχής μπορούν να συγκεντρωθούν μέσα από συνέντευξη με το ίδιο το άτομο, με εργαστηριακές μετρήσεις των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης, με τεχνικές άμεσης παρατήρησης της συμπεριφοράς, καθώς και με μετρήσεις που αφορούν το επίπεδο της λειτουργικότητας.

Η διαδικασία για την πλήρη διαγνωστική αξιολόγηση, στην πραγματικότητα αρχίζει από τη στιγμή που ο ενήλικας ή κάποιο άλλο άτομο από το περιβάλλον του, προβληματίζεται από τη συμπεριφορά και τις δυσκολίες του και αποφασίζει να απευθυνθεί σε κάποιο ειδικό. Η διαδικασία της διαγνωστικής αξιολόγησης περιλαμβάνει τα εξής:

- *Δομημένη κλινική συνέντευξη με τον ενήλικα με ΔΕΠ-Υ.*

Η απευθείας αλληλεπίδραση και συζήτηση του γιατρού με το άτομο, στο οποίο παρατηρούνται τα συμπτώματα της διαταραχής παρέχει δεδομένα που έχουν μεγάλη σημασία (Barkley, 2006). Από τη συνέντευξη με τον ασθενή, είναι δυνατή η αξιολόγηση των γλωσσικών και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, της βλεμματικής επαφής, της εξωτερικής εμφάνισης, της συμπεριφοράς, των αναπτυξιακών χαρακτηριστικών και της ψυχοδιανοητικής κατάστασης του ατόμου με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 2006).

Στη συνέχεια, μέσα από συγκεκριμένες ερωτήσεις, ο ψυχολόγος κυρίως αξιολογεί τα συμπτώματα που υποδείχνουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ ή κάποιας άλλης διαταραχής που έχει παρόμοια συμπτώματα ή συντελεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων που μοιάζουν με εκείνα της ΔΕΠ-Υ. Πάντως, ο κάθε κλινικός θα πρέπει να βρει την δική του “εκδοχή” και να εναρμονίσει την συνέντευξη σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή. Κάποιες από τις ερωτήσεις που μπορεί να κάνει ένας κλινικός στον ασθενή ώστε να αντλήσει πολλές και σημαντικές πληροφορίες είναι: τον λόγο για τον οποίο τον έχει επισκεφθεί ο ασθενής καθώς και οι δυσκολίες που πιθανώς αντιμετωπίζει. Παραδειγματικά αναφέρονται οι ακόλουθες ερωτήσεις:

1) Τι δεν συμβαίνει με τον τρόπο που εσείς θέλετε να συμβεί στην καθημερινότητά σας; Από τα καθήκοντά σας, ποια πιστεύετε ότι είναι αυτά που απαιτούν να καταβάλετε περισσότερη προσπάθεια από ό,τι πραγματικά χρειάζεται;

Μια τέτοια ερώτηση βοηθάει τον κλινικό να εντοπίσει αυτό που προκαλεί στον ασθενή ανησυχία, προσφέροντας επίσης την ευκαιρία να καθοριστούν οι κοινοί στόχοι για να συνεργαστεί ο ασθενής μαζί του αποτελεσματικότερα. Η λέξη "καθήκοντα" επιλέγεται επειδή ο ασθενής είναι πιο πιθανό να μιλήσει για δραστηριότητες που έχει ο ίδιος ενεργό ρόλο σε αυτές (πρακτικές), παρόλο που η ΔΕΠ-Υ μπορεί να επηρεάσει φανερά τον τρόπο σκέψης και επικοινωνίας ενός ατόμου. Επίσης, τέτοιες ερωτήσεις μπορεί να προϋδεάσουν τον κλινικό για πράγματα που έχουν να κάνουν με τις συνέπειες των προσωπικών προκλήσεων, αλλά και την προσπάθεια που κάνει ο ασθενής για να τις διαχειριστεί καθημερινά. Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί ο ασθενής στην καθημερινή του ζωή θα πρέπει να κατανοηθεί λεπτομερώς από τον ειδικό προκειμένου να γίνει διάγνωση για ΔΕΠ-Υ καθώς επίσης και τα σημεία εκείνα που δυσκολεύουν το άτομο, γιατί αυτά πρέπει να υπολογιστούν στα διαγνωστικά κριτήρια για την παρούσα πιθανή διαταραχή.

2) Πώς νιώθατε την περασμένη εβδομάδα; Υποφέρετε συναισθηματικά, αισθάνεστε ανήσυχος, υπεραπασχολούμενος ή νιώθετε ότι σας κυριεύει το άγχος; Θα μπορούσατε να πείτε ότι αυτή η εβδομάδα είναι μια τυπική εβδομάδα για εσάς;

Είτε πρόκειται για μια συνέντευξη για να προσδιοριστεί η ύπαρξη ή μη της ΔΕΠ-Υ ή άλλων μείζονων καταστάσεων, κατά την αξιολόγηση θα πρέπει να προσδιοριστούν όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ευημερία και τη αρμονική λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινότητα του.

Τα προβλήματα που σχετίζονται με την προσοχή, τη μνήμη, την οργάνωση και τον έλεγχο της συμπεριφοράς αποτελούν μέρος πολλών διαταραχών και επίσης, μπορούν να προκληθούν από δυσάρεστες ή αγχωτικές περιστάσεις. Όταν υπάρχουν ακραίες ψυχικές καταστάσεις ή περιστάσεις, μπορεί να καθίσταται αδύνατη η προσεκτική εκτίμηση για το ποια από τα προβλήματα οφείλονται στη ΔΕΠ-Υ σε αντίθεση με εκείνα που οφείλονται σε ανησυχία ή στη 'ταραγμένη' ψυχική υγεία, η οποία υπονομεύει τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος αντιλαμβάνεται και αντιδράει σε όλες τις καταστάσεις. Εάν ο ασθενής μπορεί να ανακαλέσει μια πρόσφατη περίοδο, όταν δεν υπήρχε κάποιος μείζον στρεσογόνος

παράγοντας, τότε η συνέντευξη μπορεί να επικεντρωθεί στον καθορισμό για το εάν αυτά τα κριτήρια πληρούνταν όντως εκείνη την εποχή. Επιπλέον, όταν το κύριο παράπονο του ασθενούς σχετίζεται με το άγχος, τη ψυχική διάθεση ή κάποια άλλη συννοσηρότητα, τότε αξίζει ο κλινικός να του εξηγήσει ότι αυτό που θέλει να μάθει είναι εάν ο ασθενής αντιμετωπίζει από παλιότερα προκλήσεις κατά τις οποίες δεν μπορεί ο ίδιος να ελέγξει την προσοχή και τη συμπεριφορά του, για να δει ο κλινικός αν αυτό είναι που έχει επιφέρει τη δυστυχία του ασθενή. Ωστόσο, στην ιδανική περίπτωση, η καταγραφή των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ μπορεί να συλλεχθεί χρησιμοποιώντας πρόσφατες πληροφορίες. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανιστούν περισσότερο κατά την διάρκεια συγκεκριμένων καταστάσεων ή ενεργειών, κάτι που βοηθά τον κλινικό να καταλάβει τι έχει κάνει ο ασθενής πρόσφατα. Για παράδειγμα, τα συμπτώματα που εμφανίζονται στο σχολείο ή σε προκλήσεις σχετικά με την εργασία είναι καλύτερο να καταγραφούν, ενώ το άτομο βρίσκεται σε αυτές τις συνθήκες.

3) Σκεφτείτε μια πρόσφατη τυπική εβδομάδα. Θέλω να μάθω πόσο συχνά συμβαίνουν αυτά τα πράγματα ή πόση προσπάθεια χρειάζεται για να τα αποφύγετε ή να τα διαχειριστείτε. Επίσης, πώς αυτά τα πράγματα επηρεάζουν την καθημερινή σας ζωή;

Αυτός είναι ένας τρόπος για να προστεθούν στην αξιολόγηση του κλινικού πρόσφατα συμπτώματα, τα οποία βασίζονται σε μια λίστα καταγραφής συμπτωμάτων. Σε αυτή την περίπτωση, αποτελεσματικό μπορεί να είναι να χρησιμοποιήσει ο κλινικός έναν απολογισμό αυτοαναφοράς ή πληροφόρησης. Επίσης, ίσως να είναι αποτελεσματικό να επικεντρωθεί σε μια συνέντευξη σχετικά με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, με στοιχεία που έχουν εγκριθεί από τον ασθενή και πληροφοριακά αποθέματα. Ωστόσο, είναι σημαντικό ο κλινικός να βεβαιωθεί για τον αν οι αξιολογήσεις του αντανακλούν στην σωστή κατανόηση των συμπτωμάτων που έχουν εξεταστεί και θα πρέπει να πάρει συνέντευξη για να προσδιορίσει τον τρόπο με τον οποίο θα μπορέσει να αξιολογήσει καλύτερα αυτά τα συμπτώματα.

4) Καταγραφή παραδειγμάτων και των συνεπειών τους.

Είναι πολύ χρήσιμο να σημειώσει και να συζητήσει ο κλινικός τυπικά παραδείγματα για το πώς κάθε σύμπτωμα επηρεάζει τον ασθενή. Αυτό προσφέρει έναν πιο συγκεκριμένο τρόπο για να μιλήσουν για τον αντίκτυπο της ΔΕΠ-Υ στην καθημερινή ζωή του ασθενή και να παρακολουθήσουν τη σοβαρότητα των εκδηλώσεών της. Για παράδειγμα, αν ένα άτομο ξοδεύει 20 λεπτά την ημέρα ψάχνοντας πράγματα, αυτό μπορεί να σημειωθεί στο χώρο για

τη βαθμολόγηση της σοβαρότητας των πραγμάτων που παραπέφτον και έπειτα χάνονται. Για παράδειγμα, η αναβλητικότητα ενός φοιτητή μπορεί να παρατηρηθεί από το τι ώρα περίπου θα αρχίσει να ασχολείται με την εκπόνηση των εργασιών του για το σπίτι.

- *Δομημένες κλίμακες εκτίμησης που συμπληρώνονται από τον ενήλικα με ΔΕΠ-Υ.*

Συγκαταλέγονται εξειδικευμένες κλίμακες που αναδεικνύουν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά συμπτώματα και τις δυσκολίες ενός ατόμου.

Προσδιορίστε τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων από τη συχνότητα, τις συνέπειες και την επανόρθωσή τους.

Μπορεί να φανεί αποτελεσματικό να ρωτήσει ο κλινικός τον ασθενή αν θεωρεί την επίδραση ενός χαρακτηριστικού/συμπτώματος "ήπια, μέτρια, ή σοβαρή", αλλά αυτός που θα προσδιορίσει εάν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα είναι ο κλινικός γιατρός. Μια κλίμακα αξιολόγησης με βάση τη συχνότητα ενδέχεται να είναι χρήσιμη για τη γρήγορη αυτοαναφορά της εμφάνισης συμπτωμάτων. Όμως, ο καθορισμός της σοβαρότητας της κατάστασης προϋποθέτει την εκτίμηση της επιβάρυνσης και των επιπτώσεων του συμπτώματος. Για αυτό το λόγο, κατά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ είναι χρήσιμο να καταγράφεται η σοβαρότητα των επιπτώσεων που προκύπτουν από αυτά τα συμπτώματα. Ως σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να θεωρηθεί το αποτέλεσμα που προκύπτει από: α) τη συχνότητα, β) τις προσπάθειες που απαιτούνται για την μείωση των επιπτώσεων των συμπτωμάτων και γ) την πραγματική επίπτωση των συμπτωμάτων. Ο κλινικός γιατρός είναι ωφέλιμο να καθορίσει κατευθυντήριες γραμμές για βαθμολόγηση ως ήπια, μέτρια και σοβαρή ώστε να πραγματοποιείται η βαθμολόγηση πιο εύκολα και γρήγορα. Για παράδειγμα, τα κριτήρια συχνότητας ή ποιοτικής λειτουργικότητας που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση κάθε επιπέδου βαρύτητας είναι :

- i. Σοβαρά συμπτώματα: συμβαίνουν πολύ συχνά ή υποβαθμίζουν κατά πολύ τη λειτουργία σε ένα ρόλο της ζωής του ασθενή.
- ii. Μέτρια συμπτώματα: συμβαίνουν συχνά ή θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ικανότητα να ολοκληρωθεί ένας σημαντικός ρόλος της ζωής του ασθενή.
- iii. Ήπια συμπτώματα: Συμβαίνουν μερικές φορές ή δεν είναι πιθανό να επηρεάσουν έναν ρόλο της ζωής του ασθενή.

- *Νευροψυχολογική εξέταση.*

Αποτελείται από μία σειρά σταθμισμένων τεστ και διαδικασιών που στοχεύουν να χαρακτηρίσουν τον τρόπο με το οποίο ένα άτομο με ΔΕΠ-Υ επεξεργάζεται τις πληροφορίες.

1. Αξιολόγηση γνωστικών ικανοτήτων: εκτίμηση νοημοσύνης, νοητικών μειονεκτημάτων και πλεονεκτημάτων, μαθησιακό στυλ, γλωσσικές και επικοινωνιακές ικανότητες, υστέρηση.
2. Αξιολόγηση της μνήμης, της προσοχής, των εκτελεστικών λειτουργιών και άλλων περιοχών που ενεργοποιούνται κατά την νευροψυχολογική επεξεργασία.
3. Εκτίμηση σχολικών ικανοτήτων: αξιολόγηση επιπέδου γραφής, ανάγνωσης, μαθηματικών, δυνατών και αδύναμων σημείων, καθώς και συγκεκριμένων μαθησιακών δυσκολιών.
4. Εκτίμηση των συναισθηματικών/κοινωνικών δεξιοτήτων: αξιολόγηση της συμπεριφοράς, του συναισθήματος και της κοινωνικότητας του ατόμου.
5. Ικανότητες προσαρμογής: εκτίμηση ικανοτήτων, οι οποίες δεν σχετίζονται με σχολικές γνώσεις αλλά με δεξιότητες της πραγματικής ζωής, που καταδεικνύουν κατά πόσο ένα άτομο έχει προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

- *Προσέγγιση από ομάδα ειδικών.*

Η διαδικασία αυτή, προϋποθέτει τη συνεργασία ειδικών στον εντοπισμό συγκεκριμένων δυσκολιών στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Η συνεργασία λογοθεραπευτή και εργοθεραπευτή συχνά δίνει πολύτιμες πληροφορίες σε συγκεκριμένους τομείς των δυσκολιών του ατόμου. Είναι καθοριστικής σημασίας η συνεργασία με ψυχίατρο στην απόφαση φαρμακευτικής αγωγής.

- *Ατομική διαγνωστική συμβουλευτική συνεδρία.*

Ο ψυχολόγος ή η ομάδα ειδικών, μετά την αξιολόγηση δίνει στον ενήλικα με ΔΕΠ-Υ τη διάγνωση, εξηγεί τα ευρήματα των αξιολογήσεων, χαρακτηρίζει τα δυνατά και αδύνατα σημεία του ατόμου με ΔΕΠ-Υ και προτείνει τρόπους παρέμβασης (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

1.4.2. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε έναν ενήλικα δεν είναι εύκολη υπόθεση. Μερικές φορές όταν σε ένα παιδί διαγιγνώσκεται η διαταραχή, ο γονέας διαπιστώνει για πρώτη φορά ότι και ο ίδιος πληροί πολλά από τα συμπτώματα που εμφανίζει το παιδί του. Κάποιοι ενήλικες θα αναζητήσουν τη βοήθεια ειδικού για κατάθλιψη ή άγχος-ανησυχία και θα ανακαλύψουν ότι η αιτία ορισμένων από τα συναισθηματικά τους προβλήματα είναι η ΔΕΠ-Υ. Πολλοί μπορεί να έχουν ιστορικό σχολικής αποτυχίας ή προβλήματα στη δουλειά τους. Ακόμα, συχνά έχουν εμπλακεί σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα.

Για να δοθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε έναν ενήλικα πρέπει: α) να έχει γίνει η έναρξη κατά την παιδική ηλικία και β) τα συμπτώματα να είναι σταθερά και παρόντα. Η εγκυρότητα της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες είναι υψίστης σημασίας, για αυτό το λόγο θα πρέπει να πραγματοποιείται από ειδικούς στον τομέα της δυσλειτουργίας της προσοχής. Η εγκυρότητα της διάγνωσης έγκειται στη λήψη ενός ιστορικού για τη συμπεριφορά του ασθενούς στην παιδική του ηλικία, μαζί με μία συνέντευξη από το/τη σύντροφο του, κάποιο γονιό, κάποιο στενό φίλο ή κάποιο στενό συνεργάτη. Επίσης, γίνεται ιατρική εξέταση και δίνονται ψυχομετρικά τεστ. Επιπρόσθετα, υπάρχει η πιθανότητα συννοσηρότητας (ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, άγχος και διαταραχές συναισθήματος).

Μία έγκυρη διάγνωση μπορεί να προσφέρει πραγματική ανακούφιση. Ο ενήλικας μετέφερε για χρόνια πολλά αρνητικά συναισθήματα, που είναι πιθανό να έχουν ρίξει το επίπεδο της αυτοεκτίμησης του. Με μια σωστή διάγνωση θα κατανοήσει γιατί έχει κάποια από αυτά τα προβλήματα και έτσι θα μπορέσει να τα καταπολεμήσει, όχι μόνο φαρμακευτικά αλλά και με ψυχοθεραπεία (National Institute of Mental Health, 2006).

| ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.2.: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ | | | |
|---|--|---|-----------------|
| ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ | ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ | ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΤΕΣΤ | ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ |
| Ιστορικά, αναφορικά με τη συμπεριφορά της παιδικής ηλικίας. | Από σύντροφο, γονιό, στενό φίλο ή συνεργάτη. | Για αποκλεισμό ή εντοπισμό συννοσηρών καταστάσεων, όπως ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, άγχος και διαταραχές συναισθήματος. | |

1.4.3. ΜΕΣΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΕΠ-Υ.

1.4.3.1. ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι κλίμακες αξιολόγησης συμπληρώνονται είτε από το ίδιο το εξεταζόμενο άτομο είτε από κάποιον άλλο οικείο πρόσωπο. Το πρόσωπο που θα συμπληρώσει την κλίμακα θα πρέπει να εκτιμήσει αν ορισμένες μορφές συμπεριφοράς είναι παρούσες ή όχι στο άτομο που αξιολογείται, όπως ακόμη θα πρέπει να εκτιμήσει και το πόσο συχνά εκδηλώνονται. Για αυτό, υπάρχουν κλίμακες που χρειάζονται απαντήσεις τύπου «ναι» ή «όχι» ή τύπου «ποτέ», «μερικές φορές», «συχνά» κ.λπ.

| ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.3.1.: ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">•Wender Utah Rating Scale•Κλίμακα αυτοαναφοράς ΔΕΠ-Υ για ενήλικους (ASRS)•Dr. Amen’s Attention Scale |

Παρ' όλη τη μεγάλη βοήθεια που προσφέρεται συμπληρωματικά από τις κλίμακες αξιολόγησης στη διάγνωση, η αποσαφήνιση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να πραγματοποιείται με μεγάλη προσοχή και από άτομα που έχουν κλινική εμπειρία. Αυτές οι διαγνωστικές κλίμακες βέβαια δεν αποτελούν μόνες τους μεθόδους διάγνωσης, αλλά χρησιμοποιούνται ενισχυτικά μαζί με τα υπόλοιπα μέσα διάγνωσης. Εκ των πραγμάτων, παρέχουν πιθανές ενδείξεις για την ύπαρξη κάποιας διαταραχής, οι οποίες χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και αξιολόγησης με πιο αντικειμενικά και αξιόπιστα μέσα, καθώς η συμπλήρωση τους χαρακτηρίζεται από την υποκειμενική άποψη του ατόμου που την κάνει (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

1.4.3.2. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Μία στιγμή υψίστης σημασίας στη διαγνωστική διαδικασία είναι η συνάντηση του ειδικού με τον ενήλικα. Ο ειδικός έχει την ευκαιρία να εξαγάγει συμπεράσματα, μέσα από τη συζήτηση μαζί του και την παρατήρηση της συμπεριφοράς του από τον ίδιο τον ενήλικα

πλέον, και μέσω της κλινικής παρατήρησης και της χορήγησης ψυχομετρικών δοκιμασιών και, μαζί με τις πληροφορίες που έχει συλλέξει έως εκείνη τη στιγμή, να σχηματίσει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα.

Η συνέντευξη είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διαγνωστικής διαδικασίας. Ο ειδικός εστιάζει αρκετά στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τις πιθανές δυσκολίες του μέσα σε διάφορα πλαίσια (σπίτι, δουλειά), με διαφορετικούς ανθρώπους (γονείς, φίλους, συναδέλφους) και σε διαφορετικές δραστηριότητες. Το πιο σημαντικό στοιχείο της συνέντευξης αυτής δεν είναι τόσο το περιεχόμενο της, αλλά η ποιότητα των απαντήσεων που δίνει το άτομο, ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίνεται στο διάλογο και η ικανότητα του να αλληλοεπιδρά με τον ειδικό (Erstein & Kollins 2006). Ο ειδικός, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, πρέπει να εστιάσει: α) στην εικόνα που έχει σχηματίσει για τις δυσκολίες του, β) στην αιτιολογική ερμηνεία που τους δίνει, γ) στην ικανότητα να διατηρεί συγκεντρωμένη την προσοχή του και δ) στην άποψη του ίδιου του ατόμου για τις δυσκολίες του και την πιθανότητα παρακολούθησης ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Ο κύριος στόχος του ειδικού είναι να διαμορφώσει μία καλή σχέση με τον ενήλικα, ώστε να τον κάνει να αισθανθεί άνετα και να κερδίσει την εμπιστοσύνη του. Έτσι, αρχίζει τη συνέντευξη ρωτώντας τον ουδέτερα και πιο γενικά θέματα εκ πρώτης όψεως που όμως, μπορούν να δώσουν σπουδαία στοιχεία στον ειδικό για την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου, αλλά και για την ποιότητα των κοινωνικών του δεξιοτήτων. Ακόμη, ο ειδικός συγκεντρώνει πληροφορίες τόσο για την αυτοεικόνα, όσο και για το επίπεδο της αυτοεκτίμησης του ατόμου.

Εν κατακλείδι, θα πρέπει να τονιστεί ότι σε κάθε περίπτωση ο ειδικός έχει ηθική υποχρέωση να είναι προσεκτικός και επιφυλακτικός στις ερμηνείες που δίνει όσον αφορά την παρατηρούμενη συμπεριφορά, αλλά και στις απαντήσεις του ατόμου, γιατί υπάρχει η περίπτωση μία καλή διάθεση για συνεργασία από την πλευρά του ατόμου να έχει ως αποτέλεσμα τόσο την καλή πειθάρχηση της παρορμητικότητας του, όσο και της υπερκινητικότητας και ως εκ τούτου να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000) (Πεχλιβανίδης, 2012).

1.4.3.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Η κλινική παρατήρηση αρχίζει από τη στιγμή που ο ειδικός συναντάει τον ενήλικα στην αίθουσα αναμονής και συνεχίζεται έως τη στιγμή που ο ενήλικας αποχωρεί. Προσφέρει πολύ σημαντικές πληροφορίες στον ειδικό για τη διαφορική διάγνωση. Η ικανότητα του ατόμου για οπτική επαφή, να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις μιας συζήτησης, το επίπεδο ανάπτυξης του λόγου καθώς και η συναισθηματική του ανάπτυξη θα πρέπει να αξιολογούνται με μεγάλη προσοχή.

Το άτομο είναι πιθανότερο να αρχίσει να κινείται με τον συνήθη τρόπο του και να μειώνει τον έλεγχο που ασκεί στη συμπεριφορά του, όσο περισσότερο εξοικειώνεται με το χώρο και τον ειδικό. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν, να διατίθεται πολύς χρόνος στο άτομο και να δοκιμάζεται σε ένα πλήθος καταστάσεων καθώς, είναι πιθανό μία σύντομη συζήτηση μαζί του και μία παρατήρηση περιορισμένης διάρκειας, να μην είναι αρκετά για να φανερώσουν τις πραγματικές του δυσκολίες (Schneider, Tan, 1997).

1.4.3.4. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες αποτελούν ένα αντικειμενικό κριτήριο αξιολόγησης και πολλές φορές αναπόφευκτο μέρος της διάγνωσης, καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι σε κάποια σημεία αντιφατικές ή διφορούμενες οι πληροφορίες που έχουν συγκεντρωθεί από οικεία πρόσωπα αλλά και από τον ίδιο τον ενήλικα (Biederman, Petty, Fried, Black, Faneuil, Doyle & Faraone, 2008).

Για τη διάγνωση των κύριων χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ που είναι η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η ελλειμματική προσοχή υπάρχουν διάφορες ψυχομετρικές δοκιμασίες, όμως δεν έχει αποδειχθεί μέσα από ερευνητικά στοιχεία η ύπαρξη σημαντικής συνάφειας μεταξύ των επιδόσεων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ στις δοκιμασίες αυτές και των επιδόσεων τους σε άλλα μέσα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ (Erhardt, Epstein, Connors, Parker & Sitarenios, 1999).

Ας σημειωθεί ακόμη, πως τέτοιου είδους μετρήσεις εμπεριέχουν και ένα άλλο μειονέκτημα, αυτό είναι ότι δεν παρέχουν στοιχεία για τις περιβαλλοντικές μεταβλητές, οι οποίες ενδέχεται να ασκούν επιρροή στην προσοχή και στο επίπεδο της εγρήγορσης του

ατόμου και κατ'επέκταση και στις επιδόσεις του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

1.4.3.5. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που επιβάλλουν την ιατρική εξέταση, τις περισσότερες φορές μια επίσκεψη στο γιατρό αρκεί. Ακόμη, έχει αποδειχθεί πως τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ δύναται να οφείλονται και στις παρενέργειες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για άλλου είδους διαταραχές. Η ιατρική εξέταση αποτελείται από τρεις πρωταρχικούς τομείς: α) την ιατρική συνέντευξη, β) την ιατρική εξέταση και γ) τα εργαστηριακά τεστ.

Η ιατρική συνέντευξη επιτρέπει στο γιατρό να ελέγξει για την ύπαρξη και άλλων καταστάσεων νοσηρότητας, που ενδέχεται να προσομοιάζουν στη ΔΕΠ-Υ και/ή με διαταραχές που εμφανίζονται ταυτόχρονα με αυτή (συννοσηρότητα). Επιπρόσθετα, αν υπάρχουν ενδείξεις χορήγησης φαρμακοθεραπείας είναι άκρως σημαντικό να αποκλειστεί η πιθανότητα ύπαρξης κάποιων προβλημάτων ιατρικής φύσεως, για παράδειγμα η εγκεφαλίτιδα ή οι συχνές ωτίτιδες, οπότε η φαρμακευτική αγωγή αντενδείκνυται.

Ύστερα από μία αναλυτική κλινική συνέντευξη, σειρά έχει η ιατρική εξέταση. Κύριες πληροφορίες, όπως το βάρος, το ύψος και το μέγεθος της κεφαλής καταγράφονται και έπειτα συγκρίνονται με ομάδες ατόμων της ίδιας ηλικίας. Επιπροσθέτως, πραγματοποιείται ακουστικός και οπτικός έλεγχος. Σε περίπτωση που ο γιατρός υποψιαστεί κάποια διαταραχή στο ακουστικό σύστημα, θα παραπέμψει τον ενήλικα σε έναν ωτορινολαρυγγολόγο- ειδικός, ο οποίος έχει εκπαιδευτεί πάνω στο θέμα της εκτίμησης της ακοής και/ή γιατρός που έχει ειδικευτεί σε διαταραχές των ωτών (αυτιών), του λάρυγγα και τις ρίνας (μύτης). Εάν παρατηρηθούν τυχόν οπτικές δυσκολίες, τότε ο ενήλικας παραπέμπεται σε οφθαλμίατρο- ειδικευμένος επαγγελματίας για τα μάτια. Κατόπιν, θα πραγματοποιηθούν εξετάσεις αίματος και αν προκύψουν προβλήματα θα γίνουν επιπρόσθετες αναλύσεις και εκτιμήσεις.

Για τον έλεγχο της λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος συνιστάται η πραγματοποίηση μίας νευρολογικής εκτίμησης. Αν παρατηρηθούν προβλήματα, τότε ο ειδικός θα πρέπει να διεξαγάγει περαιτέρω εξετάσεις. Κατά τη διάρκεια αυτής της εξέτασης, θα πρέπει να εκτιμήσει τις νοητικές ικανότητες του ενήλικα, το λόγο και τη γλώσσα του, το συντονισμό και άλλες κινητικές του λειτουργίες. Και πάλι, αν εμφανιστούν προβλήματα

ακολουθούν περαιτέρω εξετάσεις.

Επιπλέον, μπορούν να πραγματοποιηθούν κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις. Ωστόσο, πρέπει να υπογραμμιστεί το γεγονός ότι προς το παρόν δεν υπάρχουν συγκεκριμένα τεστ που να διαγιγνώσκουν τη ΔΕΠ-Υ (Hill & Cameron, 1999). Τα εργαστηριακά τεστ, π.χ. το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), η μαγνητική τομογραφία (MRI), η αξονική τομογραφία (CT Scans), οι αναλύσεις αίματος και ούρων και οι χρωμοσωμικές μελέτες δεν συμπεριλαμβάνονται σε μία συνηθισμένη διαγνωστική διαδικασία της ΔΕΠ-Υ. Τέτοιες εξετάσεις όπως οι παραπάνω, πρέπει να πραγματοποιούνται μόνο αν υπάρχουν ενδείξεις για κάποια συγκεκριμένη, αντιμετωπίσιμη ιατρική διαταραχή, όπως η διαταραχή επιληπτικών κρίσεων.

Η ιατρική εκτίμηση αποτελεί ένα σημαντικό και κρίσιμο κομμάτι της πολυδιάστατης εκτίμησης. Δύναται να αποκλείσει την ύπαρξη άλλων ιατρικών καταστάσεων και/ή ψυχικών διαταραχών. Επίσης, ενδέχεται να παράσχει πολύτιμες πληροφορίες για τα άλλα μέλη της διαγνωστικής ομάδας σχετικά με την καταλληλότητα της εν δυνάμει φαρμακευτικής αγωγής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

1.4.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Η οργάνωση των αποτελεσμάτων που συλλέγονται από τη χρήση διαφορετικών μέσων αξιολόγησης, εκτός από την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, έχει ως σκοπό και τη διαφορική της διάγνωση από άλλες διαταραχές.

Οι ασθενείς που έχουν μία σειρά προβλημάτων ψυχιατρικής φύσεως, όταν περιγράφουν στον ειδικό την κατάσταση τους, ενδέχεται να δίνουν έμφαση στη δυσκολία που αντιμετωπίζουν αναφορικά με τη συγκέντρωση, την προσοχή ή τη βραχύχρονη μνήμη. Έχει καίρια σημασία η απόκλιση από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, οι περισσότερες από τις οποίες είναι στην ουσία πιο διαδεδομένες από τη ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες.

Με άλλα λόγια, τη ΔΕΠ-Υ των ενηλίκων συνοδεύει η μείζων κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών (Torrente, López, Lischinsky, Cetkovich-Bakmas & Manes, 2017), (Liao, Chen, Huang, Shao, Lin, Gossop, 2017). Σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημανθεί, ότι οι περισσότεροι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ δεν εμφανίζουν μια «καθαρή» μορφή της ΔΕΠ-Υ. Η συννοσηρότητα τείνει να είναι ο κανόνας παρά η εξαίρεση. Δεν είναι σαφές εάν αυτές οι

συννοσηρές ψυχιατρικές καταστάσεις αποτελούν ψυχολογική συνέπεια προϋπάρχουσας ΔΕΠ-Υ ή αν απλά σχετίζονται με αυτή. Παραδείγματος χάρη, η κατάχρηση ουσιών μπορεί να εμφανιστεί ως ένας τρόπος μείωσης της απογοήτευσης και ματαίωσης που προκύπτει από τον περισπασμό της προσοχής, την αδυναμία συγκέντρωσης και την παρορμητικότητα (Riegler, Vökl-Kernstock, Lesch, Walter, Skala, 2017).

Αν εμφανιστεί μία τέτοιου είδους ψυχιατρική διαταραχή σε κάποιον ασθενή με ΔΕΠ-Υ, τότε θα πρέπει ο ασθενής να πληροφορηθεί σχετικά με τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής, τα οποία θα αντιμετωπιστούν με αγωγή διεγερτικών, ενώ τα συμπτώματα των άλλων ψυχιατρικά καταστάσεων μπορεί να απαιτήσουν επιπρόσθετη θεραπεία.

Σε συνδυασμό με την ιατρική εξέταση και τα εργαστηριακά ευρήματα, άκρως σημαντική για τη διαφορική διάγνωση είναι η λήψη ενός εκτενούς ιστορικού. Ο υπερθυρεοειδισμός, τα ελλείμματα στην ακοή, οι κρίσεις μικρής επιληψίας και μερικές σύνθετες κρίσεις, οι ασθένειες του ήπατος και η δηλητηρίαση από μόλυβδο είναι ορισμένες καταστάσεις ιατρικής φύσεως που μπορεί να ομοιάζουν με τη ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες.

| ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.4. : ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ | | |
|---|---|--|
| ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ | ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΥ ΜΕ ΔΕΠ-Υ | ΔΙΚΑΡΙΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ |
| Μείζων κατάθλιψη | Υποκειμενική αναφορά φτωχής συγκέντρωσης, προσοχής και μνήμης. Δυσκολία στην ολοκλήρωση εργασιών. | Βίωση δυσφορίας ή ανηδονίας. Διαταραχές ύπνου και διατροφής. |
| Διπολική διαταραχή | Υπερκινητικότητα, δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής και της συγκέντρωσης. Εναλλαγές στη διάθεση | Βίωση συναισθημάτων δυσφορίας ή ευφορίας. <i>Αϋπνία</i> , παραισθήσεις. |
| Γενικευμένο άγχος | Νευρικές κινήσεις. Δυσκολία στη συγκέντρωση. | Υπερβολική ανησυχία και άγχος. Σωματικά συμπτώματα άγχους. |
| Κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες | Δυσκολίες σχετικά με την προσοχή, την συγκέντρωση και τη μνήμη. Μεταπτώσεις στη διάθεση. | Παθολογική συμπεριφορά χρήσης ουσιών με αντικοινωνικές συνέπειες. Ψυχολογική και παθολογική ανοχή με απόσυρση. |
| Διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως μεθοριακή ή αντικοινωνική προσωπικότητα | Παρορμητικότητα. Συναισθηματική αστάθεια. | Ιστορικό συλλήψεων (αντικοινωνική προσωπικότητα). Επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά αυτοτραυματισμών ή απόπειρας αυτοκτονίας (μεθοριακή προσωπικότητα). Έλλειψη αναγνώρισης ότι η συμπεριφορά είναι καταστροφική. |

Επιπρόσθετα, η υπνική άπνοια και η αλληλεπίδραση των φαρμάκων πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν ως πιθανές αιτίες της αδυναμίας συγκέντρωσης και της υπερκινητικότητας. Τέλος, ασθενείς με ιστορικό εγκεφαλικής βλάβης ενδέχεται να παρουσιάσουν προβλήματα με την προσοχή, τη συγκέντρωση και τη μνήμη (Searight, Bruke, Rottnek, 2000).

1.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ) και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), η οποία διεθνώς είναι γνωστή ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD), αποτελεί μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες και διαγνωσκόμενες διαταραχές σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Barkley, 1990. The British Psychological Society, 1996). Μετά από ερευνητικές μελέτες επικράτησε η άποψη ότι η ΔΕΠ/ΔΕΠΥ είναι οργανικής προέλευσης, στην οποία εμπλέκονται γενετικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες και εμπεριέχει νοητικές και νευροψυχολογικές δυσλειτουργίες ή ανεπάρκειες (Nigg and Hinshaw 1996), παραμένοντας όμως ακόμη, με πολλά αναπάντητα ερωτήματα.

Η ΔΕΠ/ΔΕΠΥ είναι μία εκ γενετής διαταραχή και διαρκεί εφ' όρου ζωής (Pelham, 1994). Κάποια από τα συμπτώματά της εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 7 ετών και εκδηλώνονται οπωσδήποτε σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα. Η ΔΕΠ/ΔΕΠΥ σύμφωνα με τα Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV (1996) εντάσσεται μαζί με τη Διαταραχή της Διαγωγής και την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή στην κατηγορία «Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς» και συγχρόνως στην ευρύτερη κατηγορία «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία». Η ΔΕΠΥ είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή που έχοντας ως πρωτογενή χαρακτηριστικά τα συμπτώματα της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας επιμένει στο χρόνο και μπορεί να προκαλέσει σημαντικές και ποικίλες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το παιδί, όσο και στο περιβάλλον του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

1.5.1. ΜΙΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Στο σύνδρομο της Ελλειμματικής Προσοχής, ο παράγοντας εκείνος που κατά κύριο λόγο

καταδυναστεύει όσους διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ είναι η έλλειψη αυτό-ελέγχου (παρορμητικότητα). Ο αυτό-έλεγχος ως παράγοντας πρόβλεψης της δια βίου εξέλιξης του ατόμου ήταν το ερευνητικό ζητούμενο μιας πολύ εμπειριστατωμένης διαχρονικής μελέτης (the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study) που διεξήχθη στη Ν. Ζηλανδία υπό την εποπτεία των Moffitt και συνεργατών (2011).

Οι ερευνητές παρακολούθησαν την εξέλιξη 1.00 ατόμων από τη γέννησή τους μέχρι τα τριάντα δύο τους χρόνια. Κατέγραφαν κατά την παιδική ηλικία τις παραμέτρους εκείνες που αναμένεται να επηρεάζουν τη ζωή ενός ανθρώπου δηλαδή την ευφυΐα, την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση και το βαθμό αυτό-ελέγχου (διενεργήθηκε αξιολόγηση στα 3, 5, 7, 9, 11 έτη), στην εφηβεία επιλέχθηκαν οι παράγοντες του πρώιμου καπνίσματος, της σχολικής διαρροής και των ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών (αξιολογήθηκαν κατά τα 13, 15, 18 και 21 έτη), ενώ στην τρίτη δεκαετία της ζωής τους αξιολογήθηκαν στις ηλικίες των 26 και 32 ετών ως προς την υγεία τους (μεταβολικά σύνδρομα, ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, οδοντιατρικές παθήσεις, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φλεγμονές, εξάρτηση από ουσίες), την οικονομική ευημερία τους (κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, αποταμιεύσεις μονογονεϊκής οικογένειας, προβλήματα ρευστότητας) και την εμπλοκή τους σε αξιόποινες πράξεις. Στο ερευνητικό ερώτημα του αν ο ελλιπής αυτό-έλεγχος κατά την παιδική ηλικία οδηγεί σε προβλήματα υγείας και οικονομικής επάρκειας όπως και σε καταδίκες για εγκλήματα στην ενήλικη ζωή, η απάντηση είναι καταφατική.

Πιο αναλυτικά, οι ενήλικες που κατά την παιδική τους ηλικία είχαν φτωχό αυτό-έλεγχο βρέθηκαν να έχουν σε ποσοστό 57% προβλήματα υγείας όπως επίσης και προβλήματα εθισμού και κατάθλιψης ανεξάρτητα από το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας και του δείκτη ευφυΐας τους. Σε ποσοστό 47% ανέρχονταν εκείνοι που είτε ήταν πατέρας- απών από τη ζωή του παιδιού του, είτε μητέρα σε μονογονεϊκή οικογένεια. Επίσης, αναφορικά με την οικονομική τους κατάσταση, καταγράφηκαν περισσότερα προβλήματα στη διαχείριση χρημάτων (προβλήματα ρευστότητας, χαμηλότερες αποταμιεύσεις, λιγότερες επενδύσεις π.χ. αγορά κατοικίας). Το 24% των συμμετεχόντων με χαμηλό αυτό-έλεγχο είχε καταδικαστεί για κάποια εγκληματική πράξη. Αυτά τα ποσοστά αυξάνουν ακόμα περισσότερο όταν συνυπολογίζεται και η εφηβική εικόνα των συμμετεχόντων. Αν κατά την εφηβεία τους καταγράφονταν να καπνίζουν, να παρατούν το σχολείο και να είναι ήδη γονείς, τότε τα ποσοστά αυτής της ομάδας συμμετεχόντων με χαμηλό αυτό-έλεγχο στην παιδική ηλικία και πρώιμα εφηβικά προβλήματα ανέρχονταν στο 32% να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, το 63% να έχουν εξαρτήσεις από ουσίες, το

35% να έχουν φτωχή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, το 29% εισοδηματικά προβλήματα, το 61% να συντηρεί την μονογονεϊκή οικογένεια του, το 35% να έχει προβλήματα με την οικονομική διαχείριση, το 47% να δηλώνει οικονομική δυσχέρεια και το 42% να εμπλέκεται σε εγκλήματα.

Επομένως, εύλογα θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ΔΕΠ-Υ είναι παρούσα από την γέννηση ενός παιδιού και συνήθως το ακολουθεί καθ' όλη την πορεία της ζωής του, επηρεάζοντας σχεδόν όλους τους τομείς της ζωής του (π.χ. σχολικές επιδόσεις, επαγγελματική αποκατάσταση, κοινωνική συμπεριφορά από το ίδιο το άτομο και από την κοινωνία προς αυτό κ.τ.λ.).

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μετάφραση, προσαρμογή και πιλοτική εφαρμογή σε τυπικό πληθυσμό του ερωτηματολογίου Κλίμακα αυτό-αναφοράς ΔΕΠ- Υ για ενήλικους. Αυτό θα αποτελέσει το θεμελιώδες βήμα σε θέματα διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα στις διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας / Παρορμητικότητας σύμφωνα με τις σύγχρονες διεπιστημονικές τάσεις.

1.5.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ/ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Για την τρέχουσα έρευνα απαντήσεις θα δοθούν στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

H1: Ποιες είναι οι κανονιστικές τιμές του ερωτηματολογίου Κλίμακα αυτό-αναφοράς ΔΕΠ-Υ για ενήλικους και των αποκλίσεων της σε ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω;

H2: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές αλλαγές των σκορ του ερωτηματολογίου Κλίμακα αυτό-αναφοράς ΔΕΠ- Υ για ενήλικους σε σχέση με διάφορους παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία;

H3: Να ελεγχθεί πιλοτικά η καταλληλότητα του ερωτηματολογίου Κλίμακα αυτό-αναφοράς ΔΕΠ- Υ για ενήλικους στην ελληνική κλινική πρακτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

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 και καταγραφή δεδομένων, την επεξεργασία των στοιχείων και τη στατιστική ανάλυση. Επίσης, παρουσιάζονται και οι περιορισμοί της έρευνας αυτής.

Η έρευνα χωρίστηκε σε τέσσερα μέρη. Το πρώτο μέρος σχετίζεται με την συλλογή της βιβλιογραφίας. Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε την μετάφραση στην ελληνική γλώσσα της Κλίμακας Αυτό-Αναφοράς ΔΕΠ-Υ για ενήλικους (ASRS-v 1.1). Μετά ακολούθησε μια πιλοτική έρευνα για την ανίχνευση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Το τέταρτο μέρος σχετίζεται με την κωδικοποίηση και την εισαγωγή δεδομένων και την ανάλυση των στοιχείων και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

2.2. Ο ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην παρούσα έρευνα το πρωτόκολλο της κλίμακας χορηγήθηκε μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο συνολικά σε 363 μάρτυρες, για την πιλοτική μας έρευνα. Η επιλογή του δείγματος, αν και είχε μία ηλικιακή ομοιογένεια, έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση αλλά και εκπαιδευτικό επίπεδο. Να σημειωθεί ότι για να επιτευχθεί η χορήγηση της κλίμακας και των μετρήσεων, χρειάστηκε να γίνει διαβεβαίωση σε όλους τους εξεταζόμενους ότι τα προσωπικά στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Στην πιλοτική μας έρευνα, η κλίμακα χορηγήθηκε σε 363 άτομα τυπικής ανάπτυξης, 182 άντρες και 181 γυναίκες.

2.3. ΤΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια της κλίμακας ΔΕΠ-Υ, τα οποία είχαν προεπιλεγεί. Ζητήθηκε από κάθε εξεταζόμενο/η να μας συμπληρώσει 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. Η κλίμακα αυτό-αναφοράς για ΔΕΠ-Υ, χορηγήθηκε σε τυχαίο τυπικό δείγμα πληθυσμού με το χρόνο χορήγησης να κυμαίνεται μεταξύ 5 έως 10 λεπτά.

2.3.1. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΔΕΠ-Υ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ (ASRS-v 1.1)

Η κλίμακα αξιολόγησης αυτό-αναφοράς ΔΕΠ-Υ για ενήλικους (ASRS) είναι μια κλίμακα 18 στοιχείων αυτό-αναφοράς που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση ενηλίκων ή εφήβων για την ΔΕΠ-Υ. Το ASRS περιέχει όλα τα βασικά κριτήρια του DSM-5, απροσεξία και υπερκινητικό-παρορμητικό σύνδρομο που αναδιατυπώθηκαν ώστε να είναι πιο κατάλληλα για εφήβους και ενήλικες. Η κλίμακα προορίζεται να χρησιμοποιηθεί για άτομα που κινδυνεύουν να έχουν ΔΕΠ-Υ, είτε δευτερογενή, είτε παρουσιάζουν συμπτώματα, είτε οικογενειακό ιστορικό είτε συννοσηρότητα.

Το ASRS αναπτύχθηκε σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και έχει επικυρωθεί σε όλα τα φύλα και την ηλικία (μέγεθος δείγματος 154 ενηλίκων και 1.080 φοιτητών κολεγίου). Για να ολοκληρωθεί το ASRS, ένα άτομο υπολογίζει τη συχνότητα κάθε συμπτώματος σε μια κλίμακα όπου: 0 'Ποτέ', 1 'Σπάνια', 2 'Μερικές φορές', 3 'Συχνά' και 4 'Πολύ συχνά' (Likert Scale). Οι απαντήσεις αξιολογούνται είτε θετικά είτε αρνητικά και το κατώτατο όριο που προσδιορίζει τα συμπτώματα είναι διαφορετικό για κάθε ερώτηση ξεχωριστά. Οι απαντήσεις «Ποτέ» και «Σπάνια» πάντα αξιολογούνται ως αρνητικές, δηλαδή τα συμπτώματα θεωρούνται απόντα. Οι απαντήσεις «Συχνά» και «Πολύ Συχνά» πάντα αξιολογούνται ως θετικές, δηλαδή τα συμπτώματα θεωρούνται παρόντα. Τέλος, η απάντηση «Μερικές Φορές», αξιολογείται θετικά μόνο σε επτά από τις δεκαοχτώ ερωτήσεις.

Η κλίμακα αυτό-αναφοράς της ΔΕΠ-Υ χωρίζεται σε δύο μέρη, το Μέρος Α και το Μέρος Β. Οι έξι ερωτήσεις στο Μέρος Α, θεωρούνται οι πιο προγνωστικές από τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας και είναι οι καλύτερες για να χρησιμοποιούνται ως ανιχνευτικό εργαλείο. Το μέρος Β περιέχει τις υπόλοιπες 12 ερωτήσεις, που βασίζονται στα κριτήρια συμπτωμάτων του DSM. Εκτός από το ότι χρησιμοποιείται για τις αρχικές αξιολογήσεις, η κλίμακα αυτό-αναφοράς της ΔΕΠ-Υ μπορεί να χρησιμοποιηθεί συστηματικά για τη λήψη

πληροφοριών που αφορούν συμπτώματα, ώστε να επιβλέπει βελτιώσεις και να δώσει πληροφορίες για αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία. Η κλίμακα αυτό-αναφοράς της ΔΕΠ-Υ μπορεί να συμπληρωθεί σε λιγότερο από 3 λεπτά, κάνοντας τη ιδανική στη γρήγορη περισυλλογή πληροφοριών.

2.4. Η ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Με στόχο την προσαρμογή και την πρώιμη στάθμιση της κλίμακας αυτό-αναφοράς ΔΕΠ-Υ στα ελληνικά δεδομένα η πιλοτική έρευνα μας έγινε σε τυπικό ενήλικο πληθυσμό, ηλικιών από 18-85 ετών.

Η πιλοτική μελέτη χωρίστηκε σε τέσσερα τμήματα: Κατ' αρχήν, έγινε η συλλογή της βιβλιογραφίας και έπειτα ακολούθησε η μετάφραση και η προσαρμογή της κλίμακας αυτό-αναφοράς της ΔΕΠ-Υ στην ελληνική γλώσσα.

Το τρίτο μέρος της μεθοδολογία περιέλαβε την χορήγηση του τα στοιχεία κωδικοποίησης και την εισαγωγή δεδομένων. Το τέταρτο τμήμα σχετίζεται με την ανάλυση των στοιχείων και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

2.4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

Μετά από εκτεταμένη έρευνα στη βιβλιογραφία επιλέχθηκε αυτό το εργαλείο ανίχνευσης της ΔΕΠ-Υ. Ο σκοπός του είναι η ανίχνευση ορισμένων συμπτωμάτων που μας παραπέμπουν στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, ζητάει από τους μάρτυρες να απαντήσουν σύμφωνα με το πώς έχουν αισθανθεί και συμπεριφερθεί στο χρονικό διάστημα των τελευταίων 6 μηνών. Η κλίμακα αυτό-αναφοράς της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με :

- Δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία).
- Διάσπαση προσοχής (εστιάζει σε ελλείμματα σχετικά με την οργάνωση, τη βραχύχρονη μνήμη, τη συγκέντρωση και την ολοκλήρωση ενός έργου)
- Ύπαρξη υπερκινητικότητας (εστιάζει στην ανυπομονησία, το αίσθημα ανησυχίας ή νευρικότητας)
- Ύπαρξη παρορμητικότητας (εστιάζει στην αδυναμία παραμονής σε μία θέση, στη

λήψη βιαστικών αποφάσεων που αποβαίνουν σε λάθη απροσεξίας, στον αυθορμητισμό και στην υπερβολική φλυαρία).

2.4.1.1. ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η διαδικασία μετάφρασης της κλίμακας από τα αγγλικά στα ελληνικά έγινε με την παρακάτω διαδικασία: η αρχική έκδοση μεταφράστηκε, ανεξάρτητα, από τρεις φυσικούς ομιλητές της ελληνικής γλώσσας, οι οποίοι είχαν επάρκεια σε γραπτό και προφορικό επίπεδο της αγγλικής γλώσσας. Στη συνέχεια, δυο λογοθεραπευτές και ο επόπτης μας επιλέχθηκαν για να επιμεληθούν τις αλλαγές σε γλωσσικό και λεξιλογικό επίπεδο, να ελέγξουν αν οι προσαρμογές ήταν επαρκείς αλλά και να μας επιβεβαιώσουν την τελική ελληνική έκδοση.

2.6. ΟΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

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 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 α -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).

2.7. ΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Κατά τη διάρκεια διεκπεραίωσης της έρευνας, αποφεύχθηκε η χορήγηση του ερωτηματολογίου σε παθολογικό πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

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 του δείγματος και ανά ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 3-1. Τα δημογραφικά δεδομένα της μελέτης.

| | Ηλικία | N Αντρες/Γυναίκες | p-level |
|---------------------------|----------------------|-----------------------|---------|
| Ηλικιακή ομάδα 18-30 ετών | 21.50 (\pm 1.86) | 60 | NS |
| Ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών | 34.50 (\pm 2.63) | 58 | NS |
| Ηλικιακή ομάδα 40-50 ετών | 44.95 (\pm 3.11) | 63 | NS |
| Ηλικιακή ομάδα 50-60 ετών | 54.66 (\pm 2.60) | 61 | NS |
| Ηλικιακή ομάδα 60-70 ετών | 64.23 (\pm 2.76) | 57 | NS |
| Ηλικιακή ομάδα 70+ ετών | 77.84 (\pm 5.37) | 64 | NS |
| Σύνολο Δείγματος | 49.86 (\pm 18.99) | 363 182/181 | NS |

Οι τιμές είναι σε μέσους όρους \pm τυπικές αποκλίσεις/ p-level < .05

Το σύνολο του δείγματος είχε μέσο όρο ηλικίας τα 49.86 έτη με τυπική απόκλιση τα 18.99 έτη με εύρος 18 έως 92 ετών. Η ηλικιακή υποομάδα 18 έως 30 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 21.50 έτη με τυπική απόκλιση τα 1.86 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 30 έως 40 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 34.50 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.61 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 40 έως 50 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 44.95 έτη με τυπική απόκλιση τα 3.11 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 50 έως 60 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 54.66 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.60 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 60 έως 70 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 64.23 έτη με τυπική

απόκλιση τα 2.76 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 70+ ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 77.84 έτη με τυπική απόκλιση τα 5.37 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 ικανότητας ανάγνωσης ενηλίκων. Μετά από τον έλεγχο κανονικότητας ένα Mann-Whitney test 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.

| | Αντρες (N=182) | Γυναίκες (N=181) | | |
|---------------|----------------|------------------|----------------|---------|
| | Mean | Range | Mann-Whitney U | P level |
| Σύνολο | 175.91 | 188.13 | 15362.000 | .267 |

*p level at $P < 0.05$

Συγκεκριμένα καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών στο σύνολο του δείγματος $U = 15362.000$, 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 $U = 15919.500$, NS, για την Q2 ($U = 16202.000$, NS), για την Q3 ($U = 14776.500$, NS), για την Q4 ($U = 15581.000$, NS), για την Q5 ($U = 16076.$, NS), Q6 ($U = 16351.500$, NS), για την Q7 ($U = 15499.000$, NS), για την Q8 ($U = 16032.500$, NS), για την Q9 ($U = 15292.000$, NS), για την Q10 ($U = 14228.000$, NS), για την Q11 ($U = 15824.500$, NS), για την Q12 ($U = 15747.500$, NS), για την Q13 ($U = 14561.500$, NS), για την Q14 ($U = 16450.000$, NS), για την Q15 ($U = 16208.000$, NS), για την Q16 ($U = 16090.000$, NS), για την Q17 ($U = 15545.000$, NS) και για την Q18 ($U = 15953.500$, 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.

| | Αντρες (N=210) | Γυναίκες (N=210) | | |
|------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|----------------|
| | Mean | Range | Mann-Whitney U | P level |
| Q1 | 185.03 | 178.95 | 15919.500 | .564 |
| Q2 | 183.48 | 180.51 | 16202.000 | .778 |
| Q3 | 172.69 | 191.36 | 14776.500 | .077 |
| Q4 | 177.11 | 186.92 | 15581.000 | .354 |
| Q5 | 184.17 | 179.82 | 16076.500 | .683 |
| Q6 | 181.34 | 182.66 | 16351.500 | .902 |
| Q7 | 176.66 | 187.37 | 15499.000 | .305 |
| Q8 | 179.59 | 184.42 | 16032.500 | .647 |
| Q9 | 188.48 | 175.49 | 15292.000 | .215 |
| Q10 | 169.68 | 194.39 | 14228.000 | .019 |
| Q11 | 178.45 | 185.57 | 15824.500 | .498 |
| Q12 | 185.98 | 178.00 | 15747.500 | .445 |
| Q13 | 171.51 | 192.55 | 14561.500 | .045 |
| Q14 | 181.88 | 182.12 | 16450.000 | .983 |
| Q15 | 180.55 | 183.45 | 16208.000 | .690 |
| Q16 | 184.09 | 179.90 | 16090.000 | .330 |
| Q17 | 187.09 | 176.88 | 15545.000 | .587 |
| Q18 | 179.16 | 184.86 | 15953.500 | .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-Wallis H test 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 | | |
| Q1 | 150.65 | 179.62 | 191.22 | 162.84 | 216.04 | 192.41 | 15.860 | .007 |
| Q2 | 171.43 | 163.71 | 177.33 | 179.55 | 209.04 | 191.34 | 7.464 | .118 |
| Q3 | 151.01 | 160.07 | 165.02 | 175.58 | 222.94 | 217.30 | 27.857 | .000* |
| Q4 | 176.17 | 179.11 | 189.35 | 164.48 | 189.82 | 192.59 | 3.481 | .626 |
| Q5 | 156.38 | 179.94 | 178.96 | 175.02 | 194.83 | 206.10 | 26.990 | .000* |
| Q6 | 132.64 | 179.91 | 188.67 | 199.38 | 174.40 | 213.81 | 8.698 | .122 |
| Q7 | 174.64 | 179.17 | 172.64 | 176.06 | 191.98 | 197.45 | 22.773 | .000* |
| Q8 | 194.92 | 181.38 | 163.94 | 161.81 | 200.81 | 190.73 | 3.263 | .659 |
| Q9 | 157.78 | 183.59 | 169.12 | 173.57 | 202.11 | 206.07 | 7.967 | .158 |
| Q10 | 169.95 | 144.13 | 182.21 | 194.32 | 178.68 | 218.63 | 11.061 | .050 |
| Q11 | 165.48 | 168.89 | 174.58 | 187.62 | 185.98 | 207.77 | 18.552 | .002* |
| Q12 | 139.29 | 164.11 | 171.79 | 185.29 | 209.61 | 220.58 | 7.501 | .186 |
| Q13 | 132.34 | 168.56 | 193.58 | 182.71 | 201.35 | 211.42 | 27.761 | .000* |
| Q14 | 147.18 | 134.53 | 209.56 | 177.08 | 213.79 | 206.92 | 24.363 | .000* |
| Q15 | 138.01 | 197.74 | 200.68 | 191.97 | 173.99 | 188.22 | 15.972 | .007 |
| Q16 | 168.98 | 167.84 | 200.44 | 174.34 | 182.30 | 195.91 | 5.875 | .319 |
| Q17 | 141.96 | 173.88 | 190.74 | 182.96 | 196.36 | 204.59 | 15.023 | .010 |
| Q18 | 150.60 | 178.60 | 193.02 | 181.47 | 202.58 | 185.85 | 9.270 | .099 |
| Σύνολο | 129.88 | 158.22 | 189.82 | 177.94 | 210.13 | 223.53 | 32.394 | .000* |

*p level at $P < 0.05$

Για το σύνολο του δείγματος για κάθε ερώτηση στατιστικά σημαντικές διαφορές

εντοπίστηκαν στις ερωτήσεις Q3 με $H(5) = 27.857$, $p < .001$, Q5 με $H(5) = 26.990$, $p < .001$, Q7 με $H(5) = 22.773$, $p < .001$, Q11 με $H(5) = 18.552$, $p < .001$, την Q13 με $H(5) = 27.761$, $p < .005$, και την Q14 με $H(5) = 24.363$, $p < .005$. Επίσης, στο συνολικό σκορ της κλίμακας υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά με $H(5) = 32.394$, $p < .001$. Στον αντίποδα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές για τις ερωτήσεις Q1 με $H(5) = 15.860$, NS, την Q2 με $H(5) = 7.464$, NS, την Q4 με $H(5) = 3.481$, NS, την Q6 με $H(5) = 8.698$, NS, την Q8 με $H(5) = 3.263$, NS, την Q9 με $H(5) = 7.967$, NS, την Q10 με $H(5) = 11.061$, NS, την Q12 με $H(5) = 7.501$, NS, την Q15 με $H(5) = 15.972$, NS, την Q16 με $H(5) = 5.875$, NS, την Q17 με $H(5) = 15.023$, NS, και την Q18 με $H(5) = 9.270$, NS (Πίνακας 3.4.).

3.2 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

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 Alpha Cronbach's χρησιμοποιείτε στο σύνολο του, συγκεκριμένα: **Reliability Coefficients 18 items Alpha = .834 Standardized item alpha = .837**

Πίνακας 3.5. Item to Item 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 | .475 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| q3 | .308 | .403 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| q4 | .289 | .274 | .260 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | |
| q5 | .244 | .221 | .034 | .248 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | |
| q6 | .167 | .121 | .012 | .210 | .343 | 1.00 | .190 | | | | | | | | | | | |
| q7 | .262 | .211 | .227 | .315 | .184 | .190 | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| q8 | .291 | .257 | .210 | .347 | .240 | .163 | .439 | 1.00 | | | | | | | | | | |
| q9 | .311 | .325 | .309 | .165 | .145 | .159 | .354 | .395 | 1.00 | | | | | | | | | |
| q10 | .227 | .261 | .264 | .167 | .205 | .182 | .235 | .259 | .211 | 1.00 | | | | | | | | |
| q11 | .316 | .304 | .217 | .195 | .351 | .155 | .262 | .315 | .227 | .284 | 1.00 | | | | | | | |
| q12 | .280 | .271 | .231 | .234 | .362 | .158 | .212 | .223 | .221 | .171 | .260 | 1.00 | | | | | | |
| q13 | .251 | .267 | .146 | .125 | .481 | .351 | .171 | .199 | .191 | .221 | .275 | .279 | 1.00 | | | | | |
| q14 | .139 | .133 | -.007 | .016 | .271 | .278 | .157 | .201 | .169 | .154 | .123 | .233 | .391 | 1.00 | | | | |
| q15 | .101 | .112 | .064 | .129 | .172 | .137 | .113 | .105 | -.039 | .053 | .100 | .141 | .133 | .119 | 1.00 | | | |
| q16 | .216 | .224 | .094 | .151 | .271 | .121 | .161 | .220 | .140 | .078 | .118 | .281 | .083 | .171 | .390 | 1.00 | | |
| q17 | .303 | .324 | .144 | .187 | .334 | .171 | .211 | .270 | .190 | .280 | .297 | .325 | .308 | .175 | .210 | .296 | 1.00 | |
| q18 | .257 | .223 | .318 | .218 | .198 | .116 | .215 | .266 | .229 | .198 | .309 | .267 | .260 | .175 | .261 | .280 | .340 | 1.00 |

Κεφάλαιο 4^ο

4.1. ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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 3, 5, 7, 11, 13 και 14.
6. Το ερωτηματολόγιο είχε ικανοποιητικά υψηλά αποδεκτό δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ελληνική μεταφρασμένη του έκδοση, στο σύνολό της.

4.2. Η ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), ευρέως γνωστή και ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder, είναι μία νευροβιολογική διαταραχή που έχει τις ρίζες της στην παιδική ηλικία και σε ένα μεγάλο ποσοστό συνεχίζεται έως και την ενήλικη ζωή. Η ΔΕΠ-Υ συναντάται σε ποσοστό περίπου 12% του παγκόσμιου πληθυσμού. και είναι πολυπαραγοντική, οφείλεται δηλαδή σε ένα συνονθύλευμα αιτιολογικών παραγόντων (νευρολογικοί, γενετικοί, περιβαλλοντικοί). Επίσης, μπορεί να συνυπάρχει με: ειδικές μαθησιακές διαταραχές, διαταραχές άγχους, διαταραχές συναισθήματος, διαταραχές εναντιωματικής συμπεριφοράς και διαγωγής και διαταραχές με συμπτώματα τικς όπως το

σύνδρομο Tourette. Στην ενήλικη ζωή, η ΔΕΠΥ έχει συσχετιστεί με παραβατικότητα, ιδίως όταν υπάρχει συννοσηρή διαταραχή της διαγωγής στην παιδική ηλικία ή κατάχρηση ουσιών και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή. Οι συνέπειες που έχει η ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή καθιστούν αναγκαία τη διάγνωση της.

Το ερωτηματολόγιο με το οποίο ασχοληθήκαμε στην παρούσα έρευνα είναι η κλίμακα αυτό-αναφοράς ΔΕΠ-Υ ενηλίκων (ADHD Self-Report Scale- ASRS v1.1) και στοχεύει στην ανίχνευση και στην αυτό-αξιολόγηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο ενήλικας με ΔΕΠ-Υ, τους τελευταίους 6 μήνες. Ο χρόνος χορήγησης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά περίπου, πράγμα που την καθιστά γρήγορη στη χρήση και συνεπώς μη-κουραστική. Πρόκειται για ένα εργαλείο που δίνει εύκολα και γρήγορα αποτελέσματα σχετικά με την αυτό-αντίληψη του ασθενή για τα συμπτώματα του.

Τα ερωτηματολόγια και οι κλίμακες αυτό-αξιολόγησης εξοικονομούν χρόνο ως προς την αξιολόγηση των διαταραχών. Έχουν κατασκευαστεί αρκετά ερωτηματολόγια που στόχος τους είναι να ανιχνεύσουν και να αξιολογήσουν ποιοτικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Με την παρούσα πιλοτική μελέτη σε τυπικό πληθυσμό, προσπαθήσαμε να αποδείξουμε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του εργαλείου προκειμένου να σταθμιστεί στην ελληνική πραγματικότητα.

Η κλίμακα ADHD Self-Report Scale- ASRS v1.1 δημιουργήθηκε σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization- WHO) και την ομάδα εργασίας για τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, που περιλάμβαναν τους εξής ψυχιάτρους και ερευνητές: L. Adler, R. Kessler και T. Spencer. Παρουσιάστηκε μερικώς στο ετήσιο συνέδριο της Νέας Κλινικής Μονάδας για την αξιολόγηση φαρμάκων, στη Φλόριντα τον Μάιο του 2003. Παρουσιάστηκε μερικώς στο ετήσιο συνέδριο της Νέας Κλινικής Μονάδας Αξιολόγησης Φαρμάκων, στη Φλόριντα, τον Μάιο του 2003 (Education & Magazines, 2004). Υπάρχουν δύο εκδοχές του ASRS: μία σύντομη ανιχνευτική εκδοχή 6 ερωτήσεων (αναφερόμενες ως Μέρος Α) και μία εκδοχή 18 ερωτήσεων (που συμπεριλαμβάνει τις 6 ερωτήσεις του Μέρους Α και άλλες 12 ερωτήσεις που αναφέρονται ως Μέρος Β). Η εκδοχή των 18 ερωτήσεων (Μέρος Α και Β) συμφωνεί με τα κριτήρια του DSM-IV και προσδιορίζει τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες. Επίσης, η Κλίμακα Αυτό-αναφοράς ΔΕΠ-Υ Ενηλίκων έχει μεταφραστεί στις εξής γλώσσες: Κινέζικα, Δανικά, Ολλανδικά, Αγγλικά, Φιλανδικά, Γαλλικά, Γερμανικά, Γιαπωνέζικα, Κορεάτικα, Εβραϊκά, Νορβηγικά, Πορτογαλικά, Ρωσικά, Ισπανικά, Σουηδικά και Ελληνικά.

Παρακάτω, παρατίθενται έρευνες αναφορικά με την Κλίμακα Αυτό-αναφοράς ΔΕΠ-Υ Ενηλίκων αλλά και άλλες έρευνες και ερωτηματολόγια που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ ενηλίκων.

Σε έρευνα (Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hirpi & Walters, 2005), παρουσιάστηκαν στοιχεία σχετικά με τη ταύτιση της Κλίμακας Αυτό-αναφοράς ΔΕΠ-Υ Ενηλίκων και μίας πιο σύντομης μορφής της παραπάνω κλίμακας (περιλαμβάνει τις 6 πρώτες ερωτήσεις- Μέρος Α), με τυφλές κλινικές διαγνώσεις σε ένα κοινοτικό δείγμα. Οι απαντήσεις της Κλίμακας συγκρίθηκαν με τυφλές κλινικές κατατάξεις της ΔΕΠ-Υ ενηλίκων στο DSM- IV σε ένα δείγμα 154 συμμετεχόντων. Εξαιτίας της ευρείας διακύμανσης στη ταύτιση σε επίπεδο συμπτωμάτων, η αστάθμιστη κλίμακα των 6 ερωτήσεων τα πήγε καλύτερα από την αστάθμιστη κλίμακα των 18 ερωτήσεων, στην ευαισθησία, στην εξειδίκευση και στη συνολική ακρίβεια ταξινόμησης. Κλινικές διαβαθμίσεις σε μεγαλύτερα δείγματα, ίσως αποδείξουν πως μία σταθμισμένη εκδοχή της κλίμακας των 18 ερωτήσεων, θα φέρει καλύτερα αποτελέσματα από την κλίμακα των 6 ερωτήσεων.

Οι Garnier-Dykstra, Pinchevsky, Caldeira, Vincent και Arria (2010), χρησιμοποιώντας ένα κλινικά επικυρωμένο εργαλείο, περιέγραψαν την κατανομή των αυτό-αναφερόμενων συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ ανάμεσα σε ένα δείγμα 1.080 φοιτητών. Υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ -όπως μετρήθηκαν από την κλίμακα ASRS- ήταν παρόντα περίπου στο 10,3% των φοιτητών, που δεν είχαν διαγνωστεί ποτέ με ΔΕΠ-Υ. Ο προσδιορισμός των ατόμων υψηλού κινδύνου για ΔΕΠ-Υ, τα οποία μπορούν να επωφεληθούν από μια περιεκτική κλινική αξιολόγηση, είναι πολύτιμος δεδομένου ότι η θεραπεία της ΔΕΠ-Υ μπορεί να μετριάσει μια ποικιλία αρνητικών αποτελεσμάτων που είναι παρόντα σε νεαρούς ενήλικες, όπως κατάχρηση και εξάρτηση ουσιών, μειωμένη επαγγελματική και ακαδημαϊκή λειτουργικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά.

Έρευνες έγιναν για να αξιολογηθεί η εγκυρότητα της πιλοτικής Κλίμακας Αυτό-αναφοράς ΔΕΠ-Υ ενηλίκων, ώστε να διαγνώσει τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Adler, Spencer, Faraone, Kessler, Howes, Biederman και Secnik, 2006). Μελετήθηκαν 60 ενήλικες εξωτερικοί ασθενείς, που είτε ήταν νέοι ασθενείς και είχαν παραπεμφθεί για αξιολόγηση της ΔΕΠΥ είτε ήταν ήδη ασθενείς που δέχονταν θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές στατιστικές διαφορές στην ηλικία, στο φύλο και τα συνολικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ όπως αξιολογήθηκαν είτε από τον ασθενή είτε από τον ερευνητή. Ακόμη, συμπέραναν πως αυτή η κλίμακα αυτό-αναφοράς, έδειξε υψηλή εσωτερική σταθερότητα και υψηλή ταυτόχρονη εγκυρότητα με την τυπική τιμή της κλίμακας αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ. Τα παραπάνω καθιστούν την κλίμακα αξιόπιστη και έγκυρη για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ ενηλίκων.

Έρευνες έγιναν για να αξιολογηθεί η εγκυρότητα των 6 πρώτων ερωτήσεων (Μέρος Α), κατά τη χρήση τους ως ανιχνευτικές για τη ΔΕΠ-Υ ενηλίκων (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer & Brunt, 2007). Σε ένα δείγμα 668 μαρτύρων, χορηγήθηκε δύο φορές η Κλίμακα για τη ΔΕΠ-Υ ενηλίκων ASRS, με σκοπό να αποτιμηθεί η αξιοπιστία δοκιμής-επανεξέτασης και έπειτα χορηγήθηκε για τρίτη φορά από κοινού με έναν κλινικό ερευνητή. Τα δεδομένα σταθμίστηκαν για να προσαρμοστούν στις διαφορές του δείγματος και του πληθυσμού στα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία και στις προηγούμενες ιατρικές αξιώσεις. Οι Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer και Brunt συμπέραναν ότι η συντομία και η ικανότητα να διακρίνει τις περιπτώσεις που εμπίπτουν στο DSM-IV καθώς και αυτές που δεν εμπίπτουν σε αυτό, καθιστούν την Κλίμακα των 6 πρώτων ερωτήσεων (Μέρος Α) την καθιστούν ικανή για χρήση τόσο σε κοινοτικές επιδημιολογικές έρευνες όσο και σε κλινικές δραστηριότητες αλλά και σε πρωτοβουλίες εύρεσης περιπτώσεων.

Παρακάτω θα παραθέσουμε πληροφορίες και έρευνες για άλλα ερωτηματολόγια και κλίμακες αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ ενηλίκων.

Η Κλίμακα Αξιολόγησης Wender Utah (WURS) αναπτύχθηκε από τους Ward, Wender και Reimherr το 1993. Το WURS ερευνά εκ των υστέρων μια σειρά από συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία, καθώς έχει συνδεθεί συχνά με συμπεριφορικά, ιατρικά και μαθησιακά προβλήματα (Stein et al., 1995). Το WURS αποτελείται από 61 ερωτήσεις. Επίσης, υπάρχει μια σύντομη έκδοσή του, που περιλαμβάνει ένα υποσύνολο 25 ερωτήσεων, τα οποία συνδέονται ρητά με τη ΔΕΠ-Υ (Stein et al., 1995, Ward et al., 1993). Και στις δύο εκδοχές, οι μάρτυρες καλούνται να αξιολογήσουν τη συχνότητα με την οποία ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα ή μια συμπεριφορά τους χαρακτήριζαν ως παιδιά χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert 5 σημείων. Ορισμένες μελέτες εξέτασαν την εσωτερική σταθερότητα του WURS. Οι συγγραφείς της κλίμακας αυτής διαπίστωσαν ότι η εσωτερική σταθερότητα είναι εξαιρετική, σύμφωνα με τους συντελεστές που ‘μετρούν’ την αξιοπιστία (Ward et al., 1993). Ο Stein και οι συνάδελφοί του (1995), διαπίστωσαν ότι η εσωτερική σταθερότητα κυμαίνονταν σε καλό εύρος τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Οι Rossini και O'Connor (1995), διαπίστωσαν ότι έχουν καλή εσωτερική σταθερότητα, τόσο η έκδοση με τις 61 ερωτήσεις, όσο και η έκδοση με τις 25 ερωτήσεις. Περαιτέρω μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εσωτερική σταθερότητα του WURS κυμαίνεται σε καλό έως εξαιρετικό εύρος (Wierzbicki, 2005, McCann et al., 2000). Όσον αφορά, την αξιοπιστία δοκιμής-επανεξέτασης, οι εκδόσεις WURS 61 και 25 στοιχείων κυμαίνονταν από καλό έως εξαιρετικό εύρος (Rossini & O'Connor, 1995, Wierzbicki, 2005). Επιπρόσθετα, η συγκλίνοσα εγκυρότητα βρέθηκε να είναι καλή από τους συντελεστές

συσχέτισης μεταξύ των αποτελεσμάτων του WURS και εκείνων από την Κλίμακα Αξιολόγησης Γονέων (Ward et al., 1993). Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι το WURS συσχετίζεται σημαντικά με λίγες (αν και όχι όλες) κλίμακες, το Τεστ Συνεχούς Απόδοσης (CPT, Continuous Performance Test) του Conners και με την Αξιολόγηση Απολογισμού Προσωπικότητας (Personality Assessment Inventory) (PAI, Hill et al., 2009). Ακόμη, ο McCann και άλλοι (2000), ανέφεραν καλή συνολική ακρίβεια ταξινόμησης αλλά απαράδεκτη ευαισθησία και ειδικότητα. Για παράδειγμα, σε ένα δείγμα ενηλίκων που αναζητούσαν θεραπεία για τα προβλήματα κατάχρησης ουσιών, η ευαισθησία βρέθηκε ότι ήταν πολύ καλή ενώ η εξειδίκευση ήταν καλή (Luty et al., 2009). Η κλίμακα “Wender Utah Rating Scale (WURS)” χωρίζεται σε τρεις παράγοντες, οι οποίοι είναι “η Δυσθυμία”, “η Εναντιωματική/ Προκλητική Συμπεριφορά” και “τα Σχολικά Προβλήματα”.

Σε μια έρευνα τους, οι Oncu, B., Olmez, S., & Senturk, V. (2005), προσπάθησαν να προσδιορίσουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της τούρκικης μορφής της Κλίμακας Αξιολόγησης Wender Utah (WURS) με τις 25 ερωτήσεις, η οποία έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (ADHD) στους ενήλικες. Η κλίμακα χορηγήθηκε σε 59 μάρτυρες με κατάθλιψη, σε 44 μάρτυρες με διπολική διαταραχή σε ύφεση σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV και σε 145 υγιείς μάρτυρες. Το συνολικό σκορ του ανδρικού και γυναικείου φύλου στο WURS ήταν πάρα πολύ κοντά. Το WURS κατάφερε να διακρίνει την ομάδα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ από αυτή των υγιών ατόμων ενώ δεν κατάφερε να την διακρίνει από εκείνη των ατόμων με κατάθλιψη και διπολική διαταραχή. Η τουρκική μορφή του WURS βρέθηκε να έχει εξαιρετική εσωτερική σταθερότητα (Cronbach's alpha = 0,93) και ο συντελεστής για την δοκιμή και έπειτα επανεξέταση για το WURS ήταν 0,81. Η αξιοπιστία για την επανεξέταση ήταν σε επιθυμητό εύρος. Η τουρκική μορφή του WURS είναι αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα ως προς την αξιολόγηση συμπτωμάτων της παιδικής ηλικίας σε ενήλικες για ΔΕΠ-Υ. Ένας από τους περιορισμούς είναι ότι δεν χρησιμοποιήθηκε άλλη κλίμακα προκειμένου να διερευνηθεί η σύγχρονη εγκυρότητα.

Σε μια ακόμη έρευνα, οι McCann, B. S., Scheele, L., Ward, N. και Roy-Byrne, P. (2000), εξέτασαν τη δομή των παραγόντων και την διαφοροποιητική εγκυρότητα της Κλίμακας Αξιολόγησης Wender (WURS-A) σε ενήλικες που χρειάζονται αξιολόγηση για ΔΕΠ-Υ (ADHD). Το δείγμα ελέγχου ήταν εκατόν σαράντα τρεις (143) ενήλικες που παραπέμφθηκαν για μια κλινική εξέταση για ΔΕΠ-Υ ενηλίκων και τους χορηγήθηκε η έκδοση WURS-A με 25 ερωτήματα. Από τους 143 ενήλικες που αξιολογήθηκαν για την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ, οι 45 είχαν σίγουρα εξαρχής ΔΕΠ-Υ, οι 50 εμφάνισαν συμπτώματα συμβατά με αυτά της ΔΕΠ-Υ, αλλά σε αυτό το σημείο δεν ήταν απόλυτα σίγουροι για την

ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ καθώς θα μπορούσε να υπάρχει κάποια συννοσηρότητα ή η απουσία του ιστορικού της παιδικής ηλικίας που θα οδηγούσε σε μια πιο συγκεκριμένη διάγνωση σύμφωνα με το DSM-IV, ενώ οι 48 δεν είχαν ΔΕΠ-Υ. Οι παράγοντες από τους οποίους αποτελείτε το WURS-A εντοπίστηκε να είναι επαρκώς αξιόπιστοι : Εναντιωματική/ Προκλητική Διαταραχή ($\alpha = 0,90$), Δυσθυμία ($\alpha = 0,89$) και Εργασιακά/Σχολικά Προβλήματα ($\alpha = 0,88$). Ο συντελεστής alpha για τη συνολική κλίμακα WURS-A ήταν 0,95. Οι ασθενείς με διαγνωσθείσα ΔΕΠ-Υ έλαβαν υψηλότερες βαθμολογίες από αυτούς που δεν είχαν διαγνωσθεί με ΔΕΠ-Υ. Ταξινομήθηκε σωστά το 64,5% των ασθενών. Μεταξύ αυτών που δεν είχαν διάγνωση ΔΕΠ-Υ υπήρχε χαμηλός δείκτης για την σωστή ταξινόμηση, με μόνο το 57,5% να ταξινομήθηκε σωστά. Μεταξύ των ατόμων που έλαβαν διάγνωση ΔΕΠ-Υ, ο βαθμός ταξινόμησης ήταν καλύτερος, με 72,1% σωστά ταξινομημένα άτομα.

Η κλίμακα αξιολόγησης ενηλίκων για Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής (A-ADDES, Adult Attention Deficit Disorders Evaluation Scale), δημοσιεύθηκε από την Hawthorne Educational Services και αναπτύχθηκε το 1996 από τους McCarney και Anderson. Το A-ADDES (McCarney & Anderson, 1996a, 1996b, 1996c) περιλαμβάνει τρεις ξεχωριστές εκδόσεις : αυτοαναφορά, σπίτι και δουλειά. Η έκδοση για αυτοαναφορά περιλαμβάνει 58 ερωτήσεις, η έκδοση που αφορά το σπίτι έχει 46 ερωτήσεις και η έκδοση για την εργασία έχει 54 ερωτήσεις. Και οι τρεις εκδόσεις χρησιμοποιούν την ίδια μορφή απάντησης, την κλίμακα Likert. Κάθε έκδοση μπορεί να ολοκληρωθεί σε περίπου 15 έως 20 λεπτά. Η έκδοση για αυτοαναφορά του A-ADDES βρέθηκε να έχει εξαιρετική σταθερότητα και αξιοπιστία για δοκιμή και επανεξέταση (έχει εκτιμηθεί σε περίοδο 30 ημερών McCarney & Anderson, 1996b). Η έκδοση για το σπίτι βρέθηκε να έχει εξαιρετική σταθερότητα όπως, επίσης, και η αξιοπιστία για δοκιμή και επανεξέταση κυμαίνεται από καλή σε εξαιρετική (McCarney & Anderson, 1996a). Η έκδοση για εργασία του A-ADDES έχει επίσης εξαιρετική εσωτερική σταθερότητα και αξιοπιστία για δοκιμή-επανεξέταση (όπως εκτιμήθηκε σε μια περίοδο 30 ημερών; McCarney & Anderson, 1996c). Διαγνωστική ευαισθησία, εξειδίκευση και συνολική ακρίβεια για ταξινόμηση δεν έχουν αναφερθεί για το A-ADDES (McCarney & Anderson, 1996a, 1996b, 1996c).

Επίσης, οι Κλίμακες για Ελλειμματική Προσοχή στους Ενήλικες (ADSA, Attention-Deficit Scales for Adults), αναπτύχθηκαν από τους Triolo και Murphy και δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά από τον Brunner / Mazel το 1996. Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν μόνο μια μορφή αυτοαναφοράς που περιέχει 54 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις δίνονται μέσω της κλίμακας Likert. Παρόλου που η συνολική βαθμολογία της ADSA είχε καλή εσωτερική σταθερότητα,

οι συντελεστές alpha του Cronbach κυμαίνονταν από απαράδεκτους μέχρι καλούς, γεγονός που υποδηλώνει ότι ερμηνευτικά απαιτείται κάποια προσοχή για ορισμένες υποκλίμακες (Triolo & Murphy, 1996). Επίσης, έχει αναφερθεί ότι η ADSA είχε εξαιρετική εσωτερική σταθερότητα σε ένα δείγμα ασθενών που έκαναν κατάχρηση ουσιών και βρισκόνταν σε κλινική (West, Mulsow, & Arredondo, 2003).

Επιπρόσθετα, η Κλίμακα Βαθμολόγησης Ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ του Barkley (BAARS-IV, Barkley Adult ADHD Rating Scale), δημοσιεύθηκε από την Guilford Press και αναπτύχθηκε από τον Barkley το 2011. Υπάρχουν δύο εκδόσεις για αυτοαναφορά. Η μία έκδοση αναφέρεται στα τρέχουσα συμπτώματα και την λειτουργικότητα και η άλλη έκδοση στην ανάκληση των συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας κατά την παιδική ηλικία. Η τρέχουσα έκδοχή αυτοαναφοράς των συμπτωμάτων έχει 30 ερωτήματα και η άλλη έκδοση αυτοαναφοράς για τα συμπτώματα παιδικής ηλικίας περιλαμβάνει 20 ερωτήματα. Οι απαντήσεις δίνονται μέσω της κλίμακας Likert. Η εκτενέστερη έκδοση χρειάζεται περίπου πέντε έως επτά λεπτά για να ολοκληρωθεί. Η εσωτερική σταθερότητα για την έκδοχή της τρέχουσας αυτοαναφοράς κυμαίνεται από καλή σε εξαιρετική, καθώς επίσης και η εσωτερική σταθερότητα για το συνολικό σκορ κυμαίνεται σε εξαιρετικό εύρος. Η εσωτερική σταθερότητα της κλίμακας αυτοαναφοράς για την παιδική ηλικία είναι εξαιρετική. Η αξιοπιστία για την δοκιμή-επανελέγχο αξιολογήθηκε με 62 ενήλικες, επαναλαμβάνοντας το BAARS-IV μετά το πέρας δύο με τριών εβδομάδων και κυμαινόταν από καλή σε άριστη τόσο για την κλίμακα των σημερινών συμπτωμάτων όσο και για την κλίμακα των συμπτωμάτων της παιδικής ηλικίας. Επίσης, όσον αφορά τη συγκλίνουσα εγκυρότητα, ο Barkley και οι συνεργάτες του (2008) διαπίστωσαν κάποιους σημαντικούς συσχετισμούς στο σκορ μεταξύ των αποτελεσμάτων του P-BAARS και των αποτελεσμάτων του Conners' Continuous Performance Test (CPT) (Barkley, 2011).

Μια ακόμη κλίμακα για την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής είναι αυτή του Brown (BADDs, Brown Attention-Deficit Disorder Scales), η οποία αναπτύχθηκε από τον Brown το 1996 και δημοσιεύτηκε από την Pearson PsychCorp. Υπάρχει μια μόνο έκδοση για αυτή την κλίμακα και αυτή απευθύνεται τόσο σε έφηβους όσο και σε ενήλικες. Το BADDs για τους ενήλικες αποτελείται από 40 ερωτήσεις αυτοαναφοράς. Ο μάρτυρας δηλώνει κατά πόσο το εκάστοτε σύμπτωμα που καταγράφεται στην κλίμακα, του έχει δημιουργήσει πρόβλημα τους τελευταίους 6 μήνες σε μια κλίμακα Likert με 4 σημεία. Η εσωτερική σταθερότητα για το BADDs είναι εξαιρετική (Brown, 1996), με τον συνολικό συντελεστή

alpha του Cronbach να κυμαίνεται σε ένα εξαιρετικό εύρος για ένα κοινό δείγμα. Η αξιοπιστία του BADDS βρέθηκε να είναι πολύ καλή (Kooij et al., 2008).

Οι κλίμακες αξιολόγησης ενηλίκων για ΔΕΠ-Υ του Conner (CAARS, Conners' Adult ADHD Ratings Scales), αναπτύχθηκαν από τους Conners, Erhardt και Sparrow το 1999 και εκδόθηκε από τα Multi-Health Systems. Το CAARS περιέχει δύο τύπους μορφών: την αυτοαναφορά (CAARS-S) και την βαθμολογία παρατηρητών (CAARS-O). Σε κάθε έναν από τους δύο τύπους ενυπάρχουν τρεις εκδόσεις: η εκτενής, η σύντομη και η ανίχνευση. Οι εκτενείς εκδόσεις (CAARS-S: L και CAARS-O: L) αποτελούνται από 66 ερωτήσεις. Οι σύντομες εκδόσεις (CAARS-S: S και CAARS-O: S) περιέχουν 26 ερωτήματα και κυρίως χρησιμοποιούνται όταν ο χρόνος χορήγησης είναι περιορισμένος ή όταν έχουν υπάρξει πολλαπλές χορηγήσεις με την πάροδο του χρόνου (π.χ. παρακολούθηση της θεραπείας). Τέλος, οι ανιχνευτικές εκδόσεις (CAARS-S: SV και CAARS-O: SV) περιέχουν ένα υποσύνολο 30 ερωτήσεων (Conners et al., 1999). Η εσωτερική σταθερότητα για τις τέσσερις κλίμακες (η απροσεξία, η υπερδραστηριότητα, η παρορμητικότητα και η αυτό-αντίληψη) κυμαινόταν σε καλό με εξαιρετικό εύρος τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες (Erhardt, Epstein, Conners, Parker & Sitarenios, 1999). Άλλοι βρήκαν ότι η εσωτερική σταθερότητα τόσο των αυτό-αξιολογήσεων όσο και των άλλων εκτιμήσεων για τα CAARS κυμαινόταν από καλό έως εξαιρετικό εύρος (Adler et al., 2008, Kooij et al., 2008). Η αξιοπιστία δοκιμής-επανεξέτασης ήταν εξαιρετικές τόσο για τις εκδόσεις αυτοαναφοράς όσο και για τις άλλες εκδόσεις (Conners et al., 1999, Erhardt et al., 1999). Η ευαισθησία του CAARS βρέθηκε ότι ήταν εξαιρετική καθώς και η εξειδίκευση της ήταν πολύ καλή, σε μια μελέτη που περιλάμβανε ένα δείγμα ενηλίκων που αναζητούσαν θεραπεία για τα προβλήματα που είχαν με την κατάχρηση ουσιών (Luty et al., 2009).

Η διαρκώς αυξανόμενη ανάγκη για αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ ενηλίκων καθιστά αναγκαία την έρευνα και την μελέτη ερωτηματολογίων και κλιμάκων για κλινική χρήση. Στα περισσότερα ερωτηματολόγια που έχουν προαναφερθεί εντοπίστηκε αξιοπιστία σε δοκιμή-επανεξέταση και καλή εσωτερική σταθερότητα. Ακόμη, πρόσφατα παρατηρήθηκε ότι το BAARS-IV, CAARS και WURS έχουν τα υψηλότερα ποσοστά ευαισθησίας από τις υπόλοιπες κλίμακες. Απεναντίας, μερικά από αυτά υστερούν στο κομμάτι της διαφοροδιάγνωσης. Παραδείγματος χάριν, η κλίμακα WURS έχει δυσκολία στο διαχωρισμό της ΔΕΠ-Υ από την διπολική διαταραχή και την κατάθλιψη. Ακόμη, στην κλίμακα ASRS παρατηρήθηκε δυσκολία στον διαχωρισμό της ΔΕΠ-Υ από διαταραχές συναισθήματος (κατάθλιψη, μοναξιά) ή αγχώδεις διαταραχές (σύγχυση) ή διαταραχές γνωσιακών εγκεφαλικών

λειτουργιών. Γενικότερα, τα μισά από τα παραπάνω ερωτηματολόγια είναι εκτενή χωρίς να διαθέτουν σύντομη εκδοχή, με αποτέλεσμα να απαιτούν αρκετό χρόνο για συμπλήρωση και ανάλυση. Επίσης, το γεγονός ότι απαιτείται αρκετός χρόνος και μελέτη αλλά και μεγάλη εξειδίκευση από τον ειδικό είναι αναμφισβήτητα ένα ακόμη μειονέκτημα τους. Μια αδυναμία τους είναι σαφέστατα, το ότι κανένα από αυτά δεν περιλαμβάνει στις ερωτήσεις του και τα 18 συμπτώματα που αναγράφονται για την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στα κριτήρια του DSM. Τέλος, δεν θα μπορούσε να παραλειφθεί το κόστος κάθε κλίμακας για να αγοραστεί και να αναλυθεί. Οι μόνες κλίμακες που είναι δωρεάν διαθέσιμες ηλεκτρονικά είναι η ASRS και η WURS.

Το ερωτηματολόγιο που μελετάμε στην παρούσα εργασία είναι το ASRS, το οποίο χορηγήσαμε σε σύνολο 363 τυπικών ενηλίκων (182 άντρες και 181 γυναίκες) ηλικίας 18 έως 85 ετών και χρειάζεται μόλις 5 έως 10 λεπτά για να συμπληρωθεί. Αρχικά, η πιλοτική μας έρευνα χωρίστηκε σε ηλικιακές υποομάδες ανδρών και γυναικών και αξιολόγησε τις διαφορές μεταξύ τους. Ταυτόχρονα, έγινε τμηματοποίηση των δειγμάτων σε ηλικιακές υποομάδες με σκοπό να πραγματοποιηθεί περαιτέρω σύγκριση ομοιοτήτων και διαφορών μεταξύ των δεδομένων. Μέσα από αυτή την διαδικασία αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων. Συγκεκριμένα, παρουσιάστηκαν διαφορές στις ερωτήσεις 3, 5, 7, 11, 13 και 14. Στις ερωτήσεις αυτές, οι ηλικιακές ομάδες από 60 ετών και άνω σημείωσαν το υψηλότερο σκορ. Για παράδειγμα, η ερώτηση 3 αφορά το πόσο συχνά ξεχνάει ο μάρτυρας ραντεβού και υποχρεώσεις. Ένα άτομο, συνήθως άνω των εξήντα ετών είναι εύλογο να υπερψηφίσει αυτή την ερώτηση, όπως και την ερώτηση 7 που αναφέρεται στην δυσκολία για παρατεταμένη συγκέντρωση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ένας ανθρώπινος νους με την πάροδο του χρόνου τείνει να δυσκολεύεται περισσότερο στην ανάκληση πληροφοριών και στην παρατεταμένη συγκέντρωση καθώς μετά από μια ηλικία παρατηρείται αρχικά η σωματική-φυσική και έπειτα η πνευματική φθορά του ανθρώπου. Επιπρόσθετα, οι υπερήλικες υπερψήφισαν τις ερωτήσεις που αφορούσαν στην ύπαρξη εκνευρισμού και νευρικότητας όταν απαιτείται αναμονή ή όταν προσπαθούν να χαλαρώσουν και να ξεκουραστούν. Αυτές οι θετικές απαντήσεις δύναται να οφείλονται σε ένα μεγάλο ποσοστό στη βιολογική γήρανση ή σε διαταραχές που επηρεάζουν την λειτουργικότητα ενός ατόμου, οι οποίες ίσως να υποδιαγιγνώσκονται στην τρίτη ηλικία, όπως είναι οι άνοιες, οι διαταραχές συναισθήματος (κατάθλιψη, μοναξιά) και οι αγχώδεις διαταραχές (σύγχυση). Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στο

σύνολο του δείγματος $U=15362.000$, NS για το συνολικό σκορ της κλίμακας αυτοαντίληψης της ΔΕΠ-Υ. Επιπρόσθετα, το συνολικό σκορ της έρευνας μας του ερωτηματολογίου ASRS στους άντρες ήταν 175.91 ενώ για τις γυναίκες ήταν 188.13.

Το ερωτηματολόγιο που μελετήσαμε δεν θα μπορούσε μόνο του να σταθεί σαν διαγνωστικό εργαλείο. Οποιοδήποτε αποτέλεσμα θετικό στην ύπαρξη ΔΕΠ-Υ, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση και αξιολόγηση. Για να μπορέσει να αποκτήσει διαγνωστική ισχύ ως εργαλείο στην ελληνική πραγματικότητα, θα πρέπει να γίνουν επιπρόσθετες έρευνες τόσο για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων όσο και για την εσωτερική του σταθερότητα. Θα ήταν χρήσιμο ακόμα, οι ερωτήσεις να τροποποιηθούν αναλόγως ώστε να γίνουν πιο ξεκάθαρες για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Έρευνες ψυχομετρικές θα μπορούσαν να αυξήσουν την εγκυρότητα της διαφοροδιάγνωσης από διαταραχές διάθεσης, διαταραχές άγχους καθώς και διαταραχές της νοητική λειτουργικότητας. Ακόμη, πιστεύουμε πως θα έχρηζε ιδιαίτερης σημασίας αν μπορούσαμε να παίρνουμε από την κλίμακα αυτή πληροφορίες που σχετίζονται με τους τομείς της ζωής του ατόμου που επηρεάζονται από τη ΔΕΠ-Υ, ώστε να κατευθυνόμαστε ευκολότερα στη θεραπεία. Για μεγαλύτερη σταθερότητα και εγκυρότητα στη χρήση του κλινικού αυτού εργαλείου, θα πρέπει να σταθμιστεί και σε παθολογικό πληθυσμό.

Ωστόσο, μπορεί να λειτουργήσει άψογα ως ένα γρήγορο και σύντομο ανιχνευτικό εργαλείο, ως μέρος περιεκτικής διαγνωστικής αξιολόγησης ή επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση παρακολούθησης της θεραπείας. Η στάθμιση του στα ελληνικά δεδομένα θα αποδειχθεί πολύ χρήσιμη για έναν ειδικό, ο οποίος θα χρειάζεται ένα σύντομο, περιεκτικό, χωρίς ανάγκη ιδιαίτερης ανάλυσης, εργαλείο το οποίο θα δίνει μία ξεκάθαρη εικόνα για την ύπαρξη ή όχι της ΔΕΠ-Υ. Η κλίμακα αυτό-αναφοράς της ΔΕΠ-Υ είναι τόσο εύχρηστη ώστε ο εκάστοτε πελάτης θα μπορεί να συμπληρώνει την κλίμακα μόνος του (ή σε άλλη περίπτωση θα την συμπληρώνει κάποιος από τους οικείους του), σε διάστημα 5 περίπου λεπτών είτε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (χωρίς να σπαταλάει μεγάλο μέρος του χρόνου συνεδρίας) αλλά και πριν τη συνεδρία, στο χώρο αναμονής. Ο ειδικός λόγω του χρωματισμένου μέρους του ερωτηματολογίου έχει την δυνατότητα με μία ματιά να καταλήγει άμεσα σε συμπεράσματα προ-αξιολογητικά. Βέβαια, μπορεί να μας δώσει και κάποια στοιχεία που θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε για να κατευθύνουμε τη θεραπεία σύμφωνα με τις ανάγκες και τις ελλείψεις του ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Achenbach, T. M. (1985). Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- ADHD Hellas. Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). Ανακτήθηκε στις 5 Ιουλίου 2017 από: <http://www.adhdhellas.org> .
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145-148.
- Agarwal R., Goldenberg M., Perry R., William I.W. (2012). The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9 (2012), pp. 10-21.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM -IV -TR (4th edition, Text Revision, pp.85- 93). Washington D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM -IV (4th edition). Washington D.C.: Author.
- Anastopoulos, A. D., & Barkley, R. A. (1988). Biological factors in attention- deficit hyperactivity disorder. *Behavior Therapist*, 11, 47-53. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Asherson P., Akehurst R., J.J. Kooij, M. Huss, K. Beusterien, R. Sasane, et al (2012). Under diagnosis of adult ADHD: Cultural influences and societal burden. *Journal of Attention Disorders*, 16 (2012).
- Babinski, D. et al. (2011): “Women with Childhood ADHD: Comparisons by Diagnostic Group and Gender”. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*. (2011) 33:420–429.
- Βάρβογλη Α. & Γαλάνη Μ.Μ. (2006). Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ: Πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

- Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.
- Barkley, R.A. (1996). Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp.63-112). New York: Guilford Press. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Barkley, R.A. (1990). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C, S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Barkley, R. A., Karlsson, J., Pollard, S., Murphy, J. V. (1985). Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two dose levels of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 705-719. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Barkley, R.A. (1981b). Hyperactivity. In E. Mash & L. Terdal (Eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Barkley, R. A., & Cunningham, C.E. (1979). The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 36, 201-208. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Benninger, R.J. (1989). Dopamine and learning: Implications for attention deficit disorder and hyperkinetic syndrome. In T. Sagvolden & T. Archer (Eds.), *Attention deficit disorder: Clinical and basic research* (pp. 323-338). Hillsdale, NJ: Erlbaum. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Benton, A. (1991). Prefrontal injury and behavior in children. *Developmental Neuropsychology*, 7, 275-282. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Black, S., Faneuil, A., Doyle, A. E., ... & Faraone, S. V. (2008). Discordance between psychometric testing and questionnaire-based definitions of executive function deficits in individuals with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(1), 92-102.
- Biederman, J. & Faraone, S.V. (2005). Attention - Deficit Hyperactivity Disorder. *The Lancet*, 366(9481), 237 -248. Birch, H. G. (1964). Brain damage in children: The biological and social aspects. Baltimore: Williams & Wilkins. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Biederman, J. et al. (1995). Psychoactive substance use disorder in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiley, K., Guite, J., Ablon, J. S., Reed, E., & Warburton, R. (1995a). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 431-435. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Biederman, J. et. al. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Birchwood, J. & Daley, D. (2012): “Brief report: The impact of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms on academic performance in an adolescent community sample”. *Journal of Adolescence* 35 (2012) 225–231.
- Βλάχος, Φ., Αγαπητού, Π., & Νησιώτου, Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα: Μία προσέγγιση της αιτιολογίας της με βάση σύγχρονα ερευνητικά ευρήματα. *Ελληνική Επιθεώρηση Ειδικής Αγωγής*, 1, 175-193.
- Brown, T. E. (2000). Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington, DC: American Psychiatric Press. *Journal of the American*

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 1287-1293.
- Campbell, S. B. (1987). Parent-referred problem three-year olds: Developmental changes in symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 835-846. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., Sarfatti, S.E., Vauss, Y. C., Snell, J. W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A. L., Ritchie, G. F., Rajapakse, J. C., & Rapoport, J. L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607-616. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Children: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γιωτοπούλου Δ. (2011). Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις και τα μακροπρόθεσμα οφέλη τους στη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητα: Μια μελέτη περίπτωσης. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος, Ελλάδα.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2008): 'Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Πράξης'. Εκδόσεις Μεταίχμιο.
- Conners, C. K., Erhardt, D., Epstein, J. N., Parker, J. D. A., Sitarenios, G., & Sparrow, E. (1999). Self-ratings of ADHD symptoms in adults I: Factor structure and normative data. *Journal of Attention Disorders*, 3(3), 141-151.
- Conners, C. K., Wells, K. C., Parker, J. D., Sitarenios, G., Diamond, J. M., & Powell, J. W. (1997). A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of abnormal child psychology*, 25(6), 487-497.
- Danforth, J. S., Barkley, R. A., Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology*

- Review, 11,703-727. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV. (1996). Επιμ. Κ. Γκοτζαμάνης, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- DIAMOND, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology*, 17(3), 807–825.
- Dolphin, J. E., Cruickshank, W. M. (1951) Pathology of concept formation in children with cerebral palsy. *American Journal of Mental Deficiency*, 56, 386-392. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Dopfner, M., Steinhausen, H.C., Coghil, D., Dalsgaard, S., Poole, L., Ralston, S.J., Rothenberger, A., & The ADORE Study Group (2006). Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the ADHD Rating Scale in a pan-European study. *European Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 15(Supplement 1), i46 -i55.
- DuPaul G. J., McGoey K. E., Eckert T. L., VanBrakle J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 508-515.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1998). ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms and Clinical Interpretations. New York: The Guilford Press.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., McGoey, K.E., Ikeda, M.J., & Anastopoulos, A.D. (1998). Reliability and validity of parent and teacher ratings of Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16, 55-68.
- Edbom, T. (2009): ‘Self-Esteem, Sense of Coherence and ADHD-A Longitudinal Study from Childhood to Adulthood’. Department of Women’s and Children’s Health, Child and Adolescent Psychiatric Unit, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Education, L., & Magazines, T. (2004). Child and Adolescent Program of the 43rd Annual National Institute of Mental Health (NIMH) New Clinical Drug Evaluation Unit (NCDEU) Meeting, Boca Raton, Florida, May 27–30, 2003. *Journal of Child and Adolescent*

- Psychopharmacology, 13(4), 411-424.
- Epstein, J. N., & Kollins, S. H. (2006). Psychometric properties of an adult ADHD diagnostic interview. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 504-514.
- Erhardt, D., Epstein, J. N., Conners, C. K., Parker, J. D. A., & Sitarenios, G. (1999). Self-ratings of ADHD symptoms in adults II: Reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of Attention Disorders*, 3(3), 153-158.
- Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (2003). Τι είναι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας, Αθήνα: ΕΨΥΥΠΕ.
- FARAONE, S., BIEDERMAN, J., & MICK, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159-165.
- Fayyad et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY* (2007), 190, 402-409.
- Fefer, S. (2011): “The Positive Illusory Bias: Do ADHD Symptoms Differ Among Young Adolescents with Accurate Versus Discrepant Self-Perceptions?” University of South Florida Scholar Commons. Graduate School Theses and Dissertations.
- Fredriksen, M., Dahl, A. A., Martinsen, E. W., Klungsoyr, O., Faraone, S. V., & Peleikis, D. E. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(2), 87–99.
- Garnier-Dykstra, L. M., Pinchevsky, G. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., & Arria, A. M. (2010). Self-reported adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms among college students. *Journal of American College Health: J of ACH*, 59(2), 133–136. <http://doi.org/10.1080/07448481.2010.483718>.
- Gittelman, R. & Mannuzza, S. (1985). Diagnosing ADD-H in adolescents. *Psychopharmacology Bulletin* 21, 237–242.
- Goodman, L.S., & Gilman, A. (Eds.) (1975). *The pharmacological basis of therapeutics* (5th ed.). New York: Macmillan. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Grattan, M., & Eslinger, J. (1991) Frontal lobe damage in children and adults: A comparative

- review. *Developmental neuropsychology*, 7, 283-326. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Greenhill L. (1998). Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry*, 7, 31-41.
- Heilman, M., Voeller, S., & Nadeau, E. (1991). A possible pathophysiological substrate of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, 74-79. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Hill, P., & Cameron, M. (1999). Recognising Hyperactivity: A Guide for the Cautious Clinician. *Child Psychology and Psychiatry, Review*, 4 (2), 50-60. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000).
- Humphries, T., Kinsbourne, M., & Swanson, J. (1978). Stimulant effects on cooperation and social interaction between hyperactive children and their mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 13-22. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Hynd, G. W., Semrud- Clickeman, M., Lorys, A. R., Novey, E. S., Eliopoulos, D., & Lyytinen, H. (1990). Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit disorder/ hyperactivity. *Archives of Neurology*, 47, 919-926. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ian Peate, Sonya Chelvanayagam, John Wiley & Sons (2007). *Caring for Adults with Mental Health Problems*. England.
- Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International journal of methods in psychiatric research*, 16(2), 52-65.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Spencer, T. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States:

results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., Ustun, T. B. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(02), 245-256.

Kessler, J. W. (1980) History of minimal brain dysfunction. In H. Rie & E. Rie (Eds.) *Handbook of minimal brain dysfunctions: A critical view* (pp. 18-52). New York: Wiley.
In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Kirk, S. A. (1963). Behavioral diagnoses and remediation of learning disabilities. In *Proceedings of the annual meeting: Conference on exploration into the problems of the perceptually handicapped child* (Vol. 1, pp. 1-7). Evanston, IL. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Klein, R. G., Manuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 383-387. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Larry B. Silver (2004). *Attention-deficit/hyperactivity Disorder: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment for Health and Mental Health Professionals*.

Liao, Y. T., Chen, C. Y., Ng, M. H., Huang, K. Y., Shao, W. C., Lin, T. Y., ... & Gossop, M. (2017). Depression and severity of substance dependence among heroin dependent patients with ADHD symptoms. *The American journal on addictions*, 26(1), 26-33.

Lou, H. C., Henriksen, L., & Bruhn, P. (1996). *Attention Deficit Disorder: Edward M. Hallowell and John J. Ratey*. Fourth Estate.

Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry* 155, 493-498.

Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 50, 565-576.

- Mattes, A. (1980). The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis. *Comprehensive Psychiatry*, 21, 358-369. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- McCann, B. S., Scheele, L., Ward, N., & Roy-Byrne, P. (2000). Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 12(2), 240-245.
- Mehringer, A. M., Downey, K. K., Schuh, L. M., Pomerleau, C. S., Snedecor, S. M., & Schubiner, H. (2001). The Assessment of Hyperactivity and Attention: Development and preliminary validation of a brief self-assessment of adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(4), 223-231.
- Millichap, G.J. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook: A Physician's Guide to ADHD (2nd edition). New York, NY: Springer.
- Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (1997). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2(3), 159-166.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys.
- Murphy, P., & Schachar, R. (2000). Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1156-1159.
- Murphy, K. & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder in adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry* 37, 393-401.
- Neuhaus, C. (1996). Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματα του (μετάφραση: Γ. Μωραΐτου, επιμέλεια: Μ. Ζαφειροπούλου), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1998.
- Nigg, J.T. (2006). What causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why. New York, NY: The Guilford Press.
- Oncu, B., Olmez, S., & Senturk, V. (2005). Validity and reliability of the Turkish version of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 252.
- Owens, J. S., & Hoza, B. (2003). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the

- positive illusory bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 680–691.
- Pasamanick, B., Rogers, M., & Lilienfeld, A.M. (1956) Pregnancy experience and the development of behavior disorder in children. *American Journal of Psychiatry*, 112, 613-617. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Pauls, D. L. (1991). Genetic factors in expression of attention- deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, 353-360. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- PETER S. JENSEN M.D., DAVID MARTIN B. A., DENNIS P., CANTWELL M.D. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for Research, Practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 1065-1079.
- Πεχλιβανίδης, Α. (2012), Η εμπειρία από τη μελέτη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ενηλίκων στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 63.
- Πεχλιβανίδης Α., Σπυροπούλου Α., Γαλανόπουλος Α., Παπαχρήστου Χ.Α. & Παπαδημητρίου Γ.Ν., (2012). Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις, 29(5), 562-567.
- Poulton, R., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (2015). The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study: overview of the first 40 years, with an eye to the future. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 679–693.
- Punt, M., De Jong, M., De Groot, E., & Hadders-Algra, M. (2010). Minor neurological dysfunction in children with dyslexia. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(12), 1127-1132.
- Ralston, S.J., Lorenzo M.J.M., & the ADORE Study Group (2004). ADORE – Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 136 - 142.
- Raphaelson M. (2004). Stimulants and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*. 292(18):2214.
- Rapin, I. (1964). Brain damage in children. In J. Brennemann (Ed.), *Practice of pediatrics* (Vol.4.) Hagerstown, MD: Prior. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή*

- Ελλειμματικής Levy, F. (1994). Neurometrics: Review and comments. The ADHD Report, 2, 1-3. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Riegler, A., Vökl-Kernstock, S., Lesch, O., Walter, H., & Skala, K. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: An investigation in young Austrian males. *Journal of Affective Disorders*, 217, 60-65.
- Ross, Dorothea M., and Sheila A. Ross. "Hyperactivity: Research, theory, and action." (1976).
- Russell A. Barkley (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford.
- Sandberg, S. (2002). Hyperactivity and attention disorders of childhood: Historical development, Cambridge: Child and Adolescent Psychiatry. In Βάρβογλη Λ. & Γαλάνη Μ.Μ. (2006). Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ: Πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Searight, R.H., Bruke, J.M., Rottenfek, F. (2000). «Adult ADHD: Evaluation and Treatment in Family Medicine», American, Family, Physician, 62 (9). In Βάρβογλη Λ. & Γαλάνη Μ.Μ. (2006). Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ: Πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Seymour, T. (2017, June 7). "Three types of ADHD: What are the differences?". Medical News Today. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/317815.php>.
- Sieg, G., Gaffney, R., Preston, F., & Hellings, A. (1995). SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Nuclear Medicine*, 20, 55-60. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Silberg, J., Rutter, M., Meyer, J., Maes, H., Hewitt, J., Simonoff, E., Pickles, A., Loeber, R., & Eaves, I. (1996). Genetic and environmental influences on the covariation between hyperactivity and conduct disturbance in juvenile twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 43-52. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Silver, L.B. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Clinical Guide to Diagnosis

- and Treatment for Health and Mental Health Professionals (3rd edition). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Silverman, S. B. (2012). *Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: A review of rating scales*. Pepperdine University.
- Sherman, K., Iacono, G., & McGue, K. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder dimensions: A twin study of inattention and impulsivity- hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 745-753. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stewart, M. A. (1970). Hyperactive children. *Scientific American*, 222, 94-98. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, I, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Strauss, A.A., & Lehtinen, L. E. (1947) Psychopathology and education of the brain- injured child. New York: Grune & Stratton. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stuss, T., & Benson, F. (1986). The frontal lobes. New York: Raven. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Τόλιου Ε. (2013). Η 'Διάσπαση Προσοχής / Υπερκινητικότητα' (ΔΕΠ-Υ) στο Γενικό Πληθυσμό των Εφήβων: Συσχετίσεις με την Αυτο-εκτίμηση και τη Σχολική Επίδοση. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα.
- Toone, B. (2002). Hyperactivity and attention disorders of childhood: Attention deficit hyperactivity disorder in adults, στο S. Sandberg, Cambridge: Child and Adolescent Psychiatry. In Βάρβογλη Α. & Γαλάνη Μ.Μ. (2006). *Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ*: Πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Torrente, F., López, P., Lischinsky, A., Cetkovich-Bakmas, M., & Manes, F. (2017). Depressive symptoms and the role of affective temperament in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A comparison with bipolar disorder. *Journal of*

Affective Disorders, 221, 304-311.

- Tredgold, A. F. (1908). Mental deficiency (amentia). New York: W. Wood. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Valdovinos, Cecilia. (2014). Diagnostic Issues and Gender Differences of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *UC Merced Undergraduate Research Journal*, 7(1). Retrieved from: <http://escholarship.org/uc/item/58k5s6pr>.
- Weiler, M.D., Bellinger, D., Marmor, J., Rancier, S., & Waber, D. (1999). Mother and teacher reports of ADHD symptoms: DSM-IV questionnaire data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1139-1147.
- Weiss.G., & Hechtman, L. (1993). Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents and adults (2nd ed.). New York: Guilford Press. In Κάκουρος Ε. (2001). Το Υπερκινητικό Παιδί: Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Wender Paul H., Lorraine E. Wolf, Jeanette Wasserstein (2001). Adults with ADHD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1, 1-16.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(11), 1557.
- Wilens, T. E., & Spencer, T. J. (2010). Understanding Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder from Childhood to Adulthood. *Postgraduate Medicine*, 122(5), 97-109.
- Willcutt, E.G., Pennington, B., Chhabildas, N., Friedman, M., Alexander, J. (1999), «Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in nonreferred sample of twins», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (11), 1355-1362. In Βάρβογλη Α. & Γαλάνη Μ.Μ. (2006). Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ: Πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Wills, T. A., & Cleary, S. D. (1997). The validity of self-reports of smoking: analyses by race/ethnicity in a school sample of urban adolescents. *American journal of public health*, 87(1), 56-61.
- Zelazo, P., & Stack, D. (1997). Attention and information processing in infants with Down syndrome. In J. Enns & J. Burack (Eds.), *Attention, Development and Psychopathology*.

New York: Guilford Press. In Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2000). Διαταραχή
Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.