



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

**ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ -
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Πτυχιακή Εργασία

Μαρία Δρίτσα

A.M.: 1013003

Email: madritsa@hotmail.com

Επιβλέποντες καθηγητές: Α. Καραπέτσας, Χ. Καραγιαννίδης

Βόλος, Ιούνιος 2017

Περίληψη

Ο σκοπός της πτυχιακής είναι να βοηθήσει τον αναγνώστη να κατανοήσει έναν αρχικό ορισμό της ΔΕΠ-Υ τόσο όσον αφορά μία αποσαφήνιση του όρου όσο όμως και τις κοινωνικές του προεκτάσεις. Παράλληλα επιχειρείται μία ιστορική αναδρομή με στόχο να περιγράψει το πέρασμα της ΔΕΠ-Υ κατά τις τελευταίες κυρίως δεκαετίες. Έπειτα, αναπτύσσονται τα συμπτώματα αλλά και οι διάφοροι τύποι που εκδηλώνει η ΔΕΠ-Υ και οι δυσκολίες τους. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στους νευροψυχολογικούς παράγοντες που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ καθώς και στη φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για την αντιμετώπιση της. Εξετάζονται ζητήματα των περιγεννητικών προβλημάτων και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Καταδεικνύεται, ακόμη η αιτιολογία και διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης με βάση τις κατεστημένες θεραπείες και αγωγές. Ύστερα, γίνεται μία σημαντική αναφορά σχετικά με την ειδική αγωγή και τη τεχνολογία και πιο συγκεκριμένα τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει η τεχνολογία στις μαθησιακές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Τέλος παρουσιάζονται οι ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και η θέση τους μέσα σε έναν κοινωνικό περίγυρο. Η πτυχιακή αυτή εργασία προβλέπεται να με βοηθήσει και στη δική μου καλύτερη κατανόηση της ΔΕΠ-Υ , ώστε να καταφέρω να γίνω μία ειδική παιδαγωγός με όσο το δυνατόν περισσότερες γνώσεις σε διάφορους ανάλογους τομείς.

Abstract

The aim of this study is to help the reader to conceive a primal definition of ADHD, with respect to clarified the term and also its social implications. At the same time, a historical review is attempted to describe the passage of ADHD over the last decades. Afterwards are forming the symptoms, but also the various types of ADHD and their difficulties. Particular attention is given to the neuropsychological factors related to ADHD and the medication administered to treat it. Issues of perinatal problems and psychosocial factors are being considered also. It also demonstrates the etiology and various ways of dealing with established therapies and treatments. Furthermore, there is an important overview report on specific-needs teaching and technology, and more specifically the benefits of the technology that is used to the learning processes difficulties of children with ADHD . Finally are presented, the needs of children with ADHD and their position within their social environment/circle. This thesis is also intended to help me into my one better understanding of the faculty, so I can become a specialist educator/tutor with as much more knowledge as possible in this but also in a various of similar fields.

Ευχαριστίες

Για τη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία επικεφαλής καθηγητής τέθηκε ο κ. Καραπέτσας Ανάργυρος, καθηγητής Νευροψυχολογίας- Νευρογλωσσολογίας στο Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ο κ. Καραπέτσας είναι ο διευθυντής του Εργαστηρίου Νευροψυχολογίας και διδάσκει σε πολλά μαθήματα του παιδαγωγικού ειδικής αγωγής. Τα περισσότερα από τα μαθήματα του αυτά παρέχουν αμέτρητες και χρήσιμες πληροφορίες για την εργασία μου και γι αυτό του ζήτησα να συνεργαστούμε. Εκτιμώ την βοήθεια και την υποστήριξη που μου προσέφερε σχετικά με το υλικό που περιέχεται στα βιβλία του αλλά και για όποια άλλη πληροφόρηση μου έδωσε για την καλύτερη εκπόνηση της εργασίας. Τον ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο του και για την ουσιαστική βοήθεια του σε όλη τη προσπάθεια μου για τη διεξαγωγή της εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Καραγιαννίδη Χαράλαμπο καθηγητή ΤΠΕ στην εκπαίδευση και την Ειδική Αγωγή, καθώς ένα μεγάλο κομμάτι της εργασίας είναι βασισμένο και εμπνευσμένο από τα μαθήματα του για το πώς η τεχνολογία βοηθάει τους μαθητές με αναπηρία. Πρόθυμος να βοηθήσει και να με καθοδηγήσει σε οτιδήποτε θελήσω. Θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές που συνετέλεσαν στο να ολοκληρωθούν οι σπουδές μου και μετέδωσαν με κάθε τρόπο τις γνώσεις τους ώστε κάθε ένας από εμάς να εξελιχθεί σε έναν ικανό εκπαιδευτικό Ειδικής Αγωγής.

Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή	6
1.1	Στόχος	6
1.2	Σπουδαιότητα	7
1.3	Μεθοδολογία.....	11
2	Ιστορική Αναδρομή	12
3	Συμπτωματολογία και Τύποι	15
3.1	Αδυναμία Συγκέντρωσης	15
3.2	Υπερκινητικότητα.....	17
3.3	Παρορμητικότητα	19
3.4	Πότε ένα παιδί πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής	21
3.5	Τύποι ΔΕΠ-Υ	28
4	Παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση ΔΕΠ-Υ	29
4.1	Νευρολογικοί Παράγοντες.....	29
4.2	Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	31
4.3	Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες.....	33
4.4	Γενετικοί Παράγοντες.....	34
4.5	Παράγοντας Διατροφής	35
5	Νευροψυχολογία και Φαρμακευτική Αγωγή	36
5.1	Νευροψυχολογία.....	36
	Λειτουργική Νευρο-απεικόνιση	37
	Κλινική νευροαξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ.....	38
	Εργαστηριακές εξετάσεις.....	39
5.2	Φαρμακευτική Αγωγή.....	41
	Φάρμακα που χορηγούνται	42
6	Θεραπείες	44
6.1	Η κλασική θεραπεία.....	44
	Αύξηση των θετικών μορφών συμπεριφοράς.....	44
	Μείωση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς	47
	Δεξιότητες αυτοδιαχείρισης.....	48
6.2	Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία.....	50
	Εκπαίδευση στο γνωσιακό μοντέλο:	50
	Εντοπισμός και η τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων:	50
	Ειδικές γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης.....	51
6.3	Ειδική αγωγή και εκπαίδευση.....	54
	Αιτιολογία	54
7	Επιπτώσεις	56
7.1	Στη ζωή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και του περιβάλλοντος τους.....	56
7.2	Στην οικογένεια	56

7.3	Ακαδημαϊκή επίδοση	58
7.4	Ψυχική υγεία	59
7.5	Κοινωνικός τομέας.....	60
8	Τεχνολογία και ΔΕΠ-Υ	61
8.1	Η συμβολή της τεχνολογίας στη ΔΕΠ-Υ.....	61
9	Επίλογος.....	63
9.1	Συμπεράσματα	63
9.2	Περιορισμοί	63
9.3	Συνεισφορά.....	64
9.4	Μελλοντικές Βελτιώσεις.....	64
	Βιβλιογραφία	65

1 Εισαγωγή

1.1 Στόχος

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), η οποία αποτελεί μία από τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία και εκδηλώνεται με συμπτώματα απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας σε βαθμό δυσανάλογο με την ηλικία του παιδιού. Στόχος της εργασίας μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και του διαδικτύου είναι να εισάγει τον αναγνώστη σε μία βαθιά κατανόηση της διαταραχής, των αιτιών της αλλά και των συνεπειών που προκαλεί, καθώς και να προτείνει κάποιες μεθόδους ή θεραπείες για την καλύτερη επιβίωση του ατόμου. Επιπλέον με τη μελέτη αυτής της διαταραχής επιδιώκεται η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, προκειμένου να γίνει έγκαιρα η πρόληψη και να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα.

1.2 Σπουδαιότητα

Η διαταραχή αυτή πολύ συχνά επιμένει στο χρόνο και προκαλεί σημαντική έκπτωση της σχολικής, κοινωνικής και αργότερα επαγγελματικής λειτουργικότητας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ μπορεί να είναι γενετικοί, αλλά και περιβαλλοντικοί. Έρευνες έχουν δείξει ότι η κληρονομικότητα είναι ένα πιθανό αίτιο εκδήλωσης της ΔΕΠΥ, ότι σχετίζεται με δυσλειτουργία των συστημάτων των πολλαπλών νευροδιαβιβαστών, καθώς επίσης ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως οι διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις ή το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ επιτυγχάνεται με φαρμακοθεραπεία, αλλά και μέσω ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, δηλαδή με εκμάθηση κοινωνικών και σχολικών δεξιοτήτων και εκπαίδευση γονέων. Ακόμη, απαραίτητο είναι και το έργο του εκπαιδευτικού, καθώς επιβάλλεται να γνωρίζει συγκεκριμένες στρατηγικές-παρεμβάσεις, ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσει έναν μαθητή με ΔΕΠΥ να βελτιώσει τη σχολική του επίδοση, καθώς και τις σχέσεις του με τον ίδιο και με τους συμμαθητές του.¹

Ωστόσο, δεν υπάρχει έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Τα κύρια (πυρηνικά) συμπτώματα ανήκουν σε δυο κατηγορίες και μπορεί κάποια παιδιά να έχουν προβλήματα μόνο από τη μια κατηγορία συμπτωμάτων:

1. **Απροσεξία:** το παιδί δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, αποσπάται εύκολα από άσχετα ερεθίσματα, δεν δίνει σημασία στις λεπτομέρειες, σπάνια ακολουθεί σωστά τις οδηγίες, ξεχνά ή χάνει τα πράγματά του και είναι γενικά ανοργάνωτο.
2. **Υπερκινητικότητα – Παρορμητικότητα:** το παιδί κινείται συνεχώς άσκοπα και υπερβολικά για την ηλικία του, τρέχει, σκαρφαλώνει, σηκώνεται όταν δεν επιτρέπεται, δεν σκέπτεται πριν αντιδράσει, δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του, δεν ακολουθεί τους κανόνες, μιλά συνεχώς και παρεμβαίνει στους άλλους. Αυτά τα συμπτώματα επηρεάζουν σημαντικά την σχολική επίδραση, την οικογενειακή καθημερινότητα και την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών ενώ προκαλείται και σοβαρή δυσλειτουργία στον γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα. Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνότερα και σοβαρότερα ατυχήματα σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά με μοιραίες πολλές φορές συνέπειες.

¹ <http://eproceedings.epublishing.ekt.gr/index.php/edusc/article/view/408>

Πρόκειται για νευροβιολογική διαταραχή που σχετίζεται κυρίως με τη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία κάποιων περιοχών του εγκεφάλου. Η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και οι σύγχρονες μελέτες χαρακτηρίζουν τα γονίδια ως την κύρια αιτία της. Επιπλέον, η πρόωρη γέννηση, το κάπνισμα, το αλκοόλ, το υπερβολικό στρες της μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ο εγκεφαλικός τραυματισμός μπορεί να σχετίζονται με ανάπτυξη ΔΕΠ-Υ. Είναι μύθος ότι η ελλιπής γονεϊκή φροντίδα προκαλεί τη ΔΕΠ-Υ., καθώς όλο και περισσότερο οι επιστήμονες βρίσκουν αποδείξεις ότι δεν προέρχεται από το οικογενειακό περιβάλλον αλλά από βιολογικές αιτίες. Όμως πληθώρα οικογενειακών χαρακτηριστικών, όπως ασταθής δομή και δυσλειτουργία στην οικογένεια ή έλλειψη γονεϊκού ελέγχου, συμβάλλουν στην επιδείνωση της ΔΕΠ-Υ. ή στην εμφάνιση επιπλοκών στη συναισθηματική κατάσταση και συμπεριφορά. Είναι σημαντικό οι γονείς να μην διστάζουν να απευθύνονται στον ειδικό αν υποψιάζονται ότι το παιδί τους μπορεί να έχει ΔΕΠ-Υ. Με τον τρόπο αυτό, μπορούν να προλάβουν την επιδείνωση της λειτουργικότητας του παιδιού και την αποδιοργάνωση της οικογένειάς τους.

Η διαταραχή συνήθως πρωτοαναγνωρίζεται όταν τα παιδιά πάνε στο σχολείο λόγω των αυξημένων απαιτήσεων για συγκέντρωση και τήρηση κανόνων. Μπορεί όμως να διαγνωστεί και σε άτομα όλων των ηλικιών. Στην πορεία της επιπλέκεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% από άλλα σοβαρά προβλήματα που καθορίζουν την έκβαση της, όπως κακή σχολική επίδοση και ακαδημαϊκή εξέλιξη, συναισθηματικές διαταραχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση, επιθετικότητα, παραπρωματική συμπεριφορά, μειωμένη επαγγελματική παραγωγικότητα, περιορισμένες επαγγελματικές προοπτικές και κοινωνικές σχέσεις.

Χωρίς έγκαιρη αντιμετώπιση, η ΔΕΠ-Υ. οδηγεί σε σημαντικά προβλήματα, καθώς έχει μακροχρόνιες επιδράσεις που εμποδίζουν την προσαρμογή στις απαιτήσεις της ενήλικης ζωής. Όλα αυτά γίνονται ακόμα πιο δύσκολα όταν συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα, αφού στα περισσότερα παιδιά η ΔΕΠ-Υ. εμφανίζεται μαζί με πλήθος άλλων διαταραχών (συννοσηρότητα) που περιπλέκονται με την εξέλιξη και τη θεραπεία της. Τέτοιες συννοσηρές διαταραχές είναι οι ειδικές μαθησιακές διαταραχές (δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσαριθμησία), οι ειδικές αναπτυξιακές δυσκολίες (λόγου, συντονισμού των κινήσεων), οι διαταραχές εναντιωματικής συμπεριφοράς και διαγωγής, οι διαταραχές και συναισθήματος, οι διαταραχές με συμπτώματα τικς κ.ά. Η κοινωνική σημασία των παραπάνω σε γίνεται ακόμη μεγαλύτερη μετά τον πρόσφατο Νόμο 3699/2.10.08, ΦΕΚ 199 όπου για πρώτη φορά αναγνωρίζονται οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ σαν έχοντες «Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες».

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, πρέπει να προηγηθεί εκτεταμένη και πολύπλευρη διαγνωστική αξιολόγηση του παιδιού και της οικογένειάς του από εξειδικευμένη Παιδοψυχιατρική διεπιστημονική ομάδα, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν και άλλα συναισθηματικά ή μαθησιακά προβλήματα ή διαταραχές συμπεριφοράς. Με τον τρόπο αυτό εξατομικεύονται οι στρατηγικές θεραπείας που ταιριάζουν στην κάθε περίπτωση. Το αποτελεσματικότερο πρόγραμμα θεραπείας είναι ο συνδυασμός θεραπευτικών προσεγγίσεων, που δρουν από κοινού υποστηρίζοντας η μια την άλλη. Ένα τέτοιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης γονέων και παιδιών, ειδικές τεχνικές συμπεριφορικής θεραπείας για τη βελτίωση της διασπαστικής συμπεριφοράς και των κοινωνικών δεξιοτήτων, φαρμακευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, συστηματική συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς του παιδιού, παρεμβάσεις αποκατάστασης των δυσκολιών στη σχολική επίδοση και προσαρμογή, οικογενειακή ή/και ατομική ψυχοθεραπεία ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τη συννοσηρότητα της κάθε περίπτωσης.

Όσον αφορά τον κοινωνικό τομέα, θεωρείται πως επηρεάζεται ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, καθώς συχνά δυσκολεύονται να δημιουργήσουν καλές και ομαλές σχέσεις είτε με μεγαλύτερους είτε με συνομηλίκους τους. Τα παιδιά αυτά πολύ συχνά χαρακτηρίζονται ως «ανυπάκουα» ή «πεισματάρικα» διότι αδυνατούν να συγκεντρωθούν και να συγκρατήσουν σημαντικά κομμάτια μίας συζήτησης ή οδηγιών που τους δίνονται. Ένα παιδί που παρουσιάζει συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ συνήθως αισθάνεται ότι το μεταχειρίζονται άδικα, κάτι που σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι γεγονός. Παραδείγματος χάριν, σε μία σχολική τάξη, ο δάσκαλος μπαίνει και βρίσκει τα παιδιά να κάνουν φασαρία, και μόλις τον βλέπουν όλα σταματούν ό,τι κάνουν εκείνη τη στιγμή εκτός από το παιδί με ΔΕΠ-Υ, το οποίο μπορεί να μην τον είδε ή και να τον είδε να μην ήταν σε θέση να σταματήσει εκείνη τη στιγμή την ανάρμοστη συμπεριφορά. Κατά συνέπεια, ο δάσκαλος επιπλήτει μόνο το παιδί με ΔΕΠ-Υ. Η διαταραχή αυτή μπορεί να δυσχαιρένει σημαντικά τις παιδικές φίλιες και σχέσεις και η απόρριψη συμβάλλει στο γεγονός ότι πολλά από τα παιδιά αυτά αισθάνονται μόνα και παρεξηγημένα. Δεν είναι γνωστό ακόμα πώς συμβάλλει η ΔΕΠ-Υ στα κοινωνικά προβλήματα αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις, τα παιδιά αυτά μπορεί επίσης να κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν άγχος, διαταραχές της διάθεσης, κατάχρηση ουσιών και εγκληματικότητα κατά την εφηβεία. Σύμφωνα με μελέτες τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ με αυξημένο τον τύπο ελλειμματικής προσοχής, συχνά θεωρούνται από τους συνομηλίκους τους ντροπαλά ή απόμακρα. Ακόμη τα παιδιά εκείνα με αυξημένο το τύπο παρορμητικότητας /

υπερικινητικότητας που έχουν επιθετική συμπεριφορά , απορρίπτονται από τους συνομιλήκους τους. Τέλος, άλλες αιτίες που πιθανώς το παιδί με ΔΕΠ-Υ να βιώνει απόρριψη από τη κοινωνία είναι η αδυναμία να ελέγξει το παρορμητισμό του, τις παρατηρήσεις του , να περιμένει τη σειρά του, να ακολουθεί οδηγίες ή να ελέγξει τη φλυαρία του.

Αποσαφήνιση του όρου

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή της οποίας τα πρωτογενή συμπτώματα εμφανίζονται κυρίως πριν από την ηλικία των 7 ετών, με μέση ηλικία εκδήλωσης μεταξύ τριών και τεσσάρων ετών, η οποία επιμένει στον χρόνο καθώς και στις διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες. Συγκεκριμένα πρόκειται για μία διαταραχή με μεγάλη ετερογένεια σε αρκετά επίπεδα, ορισμένα εκ των οποίων είναι η διαφορετική ηλικία εκδήλωσης των πρώτων συμπτωμάτων, η διαφοροποίηση του τρόπου εκδήλωσης των συμπτωμάτων της, η υποχώρηση ή επιμονή ορισμένων συμπτωμάτων και η διαφοροποίηση των συννοσηρών διαταραχών και των συνοδών προβλημάτων ανάλογα το αναπτυξιακό επίπεδο. Η ΔΕΠ-Υ προσβάλλει εκατομμύρια παιδιά και ενήλικες και στα αγόρια παρουσιάζεται 3 με 4 φορές συχνότερα απ' ότι στα κορίτσια. Αν δεν υπάρξει η κατάλληλη και πρέπουσα προσοχή στα παιδιά αυτά , τότε η διαταραχή μπορεί να συνεχιστεί σε όλη τη διάρκεια της εφηβείας και ενήλικης ζωής. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων συνήθως μειώνεται στους έφηβους και τους ενήλικες αλλά η άποψη ότι τα παιδιά ξεπερνούν τη διαταραχή μεγαλώνοντας είναι λανθασμένη. Απαιτείται σωστή διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία από την παιδική ηλικία ώστε να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση του παιδιού, να βελτιωθούν οι σχολικές και κοινωνικές του δεξιότητες και κατ'επέκταση να καταφέρνει το παιδί κατά την ενήλικη ζωή να επιλύει τα προβλήματα συμπεριφοράς του και να μειωθούν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της ΔΕΠ-Υ. Παρά το γεγονός της καλύτερης ενημέρωσης και πληροφόρησης σήμερα, όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ, εξακολουθείται να μην αναγνωρίζεται επαρκώς, αφού η διαταραχή δεν διαγιγνώσκεται στις περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις. Ωστόσο, ακόμα και όταν γίνεται σωστή διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, λίγοι είναι οι ασθενείς που δέχονται τη κατάλληλη θεραπεία. Φυσικά όπως και σε άλλες χρόνιες διαταραχές, η ΔΕΠ-Υ δεν περιορίζεται σε μία μόνο θεραπεία που μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τον έλεγχο των συμπτωμάτων της. Είναι αποφασιστικής σημασίας να συνειδητοποιηθεί ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ έχουν φυσιολογική ή αυξημένη νοημοσύνη και πως δεν είναι απαραίτητο η διαταραχή αυτή να σταθεί εμπόδιο για το χτίσιμο

μιας επιτυχημένης ζωής. Όπως προαναφέρθηκε, η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία στη παιδική ηλικία αποτελούν το κλειδί για την αύξηση των θετικών αποτελεσμάτων και τη μείωση των αρνητικών συνεπειών της ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή.

1.3 Μεθοδολογία



Για τη συγκεκριμένη εργασία αξιοποιήθηκαν αρκετές πηγές ώστε να μπορέσει να διεξαχθεί ένα ολοκληρωμένο αποτέλεσμα. Χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες από το διαδίκτυο σχετικά με τις επιπτώσεις της διαταραχής και τα αίτια που την προκαλούν. Ακόμη από διάφορα άρθρα και βιβλία συγκεντρώθηκαν όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία για την ανάλυση της διαταραχής.

2 Ιστορική Αναδρομή

Η ΔΕΠ-Υ (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής –υπερκινητικότητα) είναι μία από τις πιο σύνηθες αναπτυξιακές διαταραχές που εμφανίζονται στη παιδική ηλικία. Με βάση τα στοιχεία που έχουν προκύψει από έρευνες στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται πως περίπου ένα στα τρία παιδιά τα οποία παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας εκδηλώνει τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ είτε μεμονωμένα είτε σε συνύπαρξη με ένα ευρύ φάσμα άλλων προβλημάτων. Η ΔΕΠ-Υ έλαβε την σημερινή αυτή ονομασία με την έκδοση του DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Ωστόσο, η συστηματική μελέτη της και ο εντοπισμός των κυριότερων χαρακτηριστικών, ξεκίνησαν από τις αρχές του περασμένου αιώνα. Με το πέρασμα του χρόνου είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η ονομασία της ΔΕΠ-Υ, ανάλογα με τις επικρατούσες αντιλήψεις της εποχής, άλλαξε αρκετές φορές σε σχέση με την αιτιολογία και τα βασικά χαρακτηριστικά της. Ήδη από την αρχαιότητα εμφανίζονταν στα άτομα κάποια χαρακτηριστικά τα οποία σήμερα αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ. Παραδείγματος χάριν, ο Γαληνός συνιστούσε όπιο για τα αεικίνητα και υπερενεργητικά παιδιά, ενώ ο Σαίξπηρ σε έναν από τους χαρακτήρες του στο έργο του «Βασιλιάς Ερρίκος ο Όγδοος», κάνει αναφορά για μία αρρώστια της προσοχής. Ακόμη, ο Alexander Chrichton το 1978 περιγράφει για πρώτη φορά μία διαταραχή που μοιάζει με της ΔΕΠ-Υ. Ο συγκεκριμένος ήταν ένας Σκωτσέζος γιατρός, ο οποίος εξέδωσε μία σειρά τριών βιβλίων στα οποία μελετούσε «τη φύση και τις ρίζες της ψυχικής διαταραχής». Ειδικότερα, στο δεύτερο βιβλίο του με τίτλο «Σχετικά με τη προσοχή και τις διαταραχές της» εμφανίζει μία σειρά συμπτωμάτων που είναι αρκετά όμοια με τα κριτήρια του DSM-IV στο τομέα της απροσεξίας για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Η εικόνα ενός υπερκινητικού παιδιού, περιγράφεται στα μέσα του 19ου αιώνα σε ένα ποίημα του Γερμανού γιατρού Heinrich Hoffman με τίτλο Fidgety Phil. Στο ποίημα αυτό, παρουσιάζεται μία διαμάχη ανάμεσα στον μικρό γιο μιας οικογένειας με τους υπόλοιπους, εξαιτίας της υπερκινητικής του συμπεριφοράς, καθώς τον βλέπουν να πετάει όλα τα φαγητά από το τραπέζι. Ωστόσο η επιστημονική προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ εμφανίστηκε για πρώτη φορά από τον Βρετανό παιδίατρο George Still, ο οποίος το 1902 αναφέρθηκε σε 3 παιδιά τα οποία εκδήλωναν υπερκινητικότητα, αδυναμία στη συγκέντρωση και τη προσοχή, προκλητικότητα, παρορμητικότητα και ανικανότητα αναστολής αυθόρμητων αντιδράσεων. Μια ιδέα που είχε παρουσιαστεί σχετικά με το υπόστρωμα των προβλημάτων, το οποίο είχε εκτιμηθεί ως

οργανικό, από τον Tredgold το 1908, έγινε περισσότερο αισθητή με την εμφάνιση της θεωρίας περί «εγκεφαλικής βλάβης» (Strauss & Lehtinen, 1947). Αυτό προέκυψε, μετά από εξέταση κάποιων ατόμων τα οποία είχαν υποστεί τραυματισμό στο κεφάλι, ή είχαν νοσήσει από εγκεφαλίτιδα και παρουσίαζαν συμπτώματα ανάλογα με αυτά που περιέγραψε ο Still. Η θεωρία αυτή, ωστόσο, μετά από λίγο χρονικό διάστημα, υπέστη έντονη κριτική καθώς υποστηρίχτηκε ότι δεν είναι δυνατόν να αποδίδεται η αποκλίνουσα συμπεριφορά ορισμένων παιδιών σε εγκεφαλική βλάβη, εφόσον αυτό δεν μπορεί να αποδειχτεί με νευρολογικές εξετάσεις. Ο όρος της «εγκεφαλικής βλάβης» παραχώρησε τη θέση του στον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία», ο οποίος έγινε ευρύτερα γνωστός και επικράτησε μέχρι τη δεκαετία του 1960. Επειδή όμως η ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, θεωρήθηκε ως ένας πολύ γενικός όρος, ο οποίος μπορεί να χαρακτηρίζει μία ετερογενή ομάδα περιστατικών, η προσοχή των ειδικών μετατοπίστηκε από την αναζήτηση της αιτιολογίας στη συμπεριφορική περιγραφή των συμπτωμάτων του συνδρόμου. Έτσι, με την μετατόπιση αυτή ο όρος «Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» αντικαταστάθηκε με τον όρο «Υπερικινητική αντίδραση στη παιδική ηλικία», ο οποίος παρουσιάστηκε στο DSM-II (American Psychiatric Association, 1968). Το 1980 η Virginia Douglas, ισχυρίστηκε ότι το κύριο χαρακτηριστικό των ατόμων με αυτό το σύνδρομο είναι η ελλειμματική προσοχή και όχι η υπερκινητικότητα. Πιθανότατα με την αφορμή των συγκεκριμένων απόψεων, να πραγματοποιήθηκε αλλαγή της ονομασίας του συνδρόμου σε « Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερικινητικότητα» στο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) σύμφωνα με το οποίο η υπερκινητικότητα δεν θεωρούνταν απαραίτητο στοιχείο για τη διάγνωση της διαταραχής. Η τέταρτη έκδοση του DSM (American Psychiatric Association, 1994) τοποθέτησε ξανά την υπερκινητικότητα στην ονομασία της διαταραχής. Το σύνδρομο καταγράφεται πλέον ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερικινητικότητα», ενώ διακρίνονται τρεις τύποι, ανάλογα με τα συμπτώματα που φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα σε κάθε περίπτωση:

- α)** ΔΕΠ-Υ Συνδυασμένος τύπος (όταν τα συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας εμφανίζονται με την ίδια βαρύτητα)
- β)** ΔΕΠ-Υ με προεξάχοντα τον Απρόσκετο Τύπο (όταν τα συμπτώματα απροσεξίας εμφανίζονται με μεγαλύτερη βαρύτητα)
- γ)** ΔΕΠ-Υ με προεξάχοντα τον Υπερικινητικό- Παρορμητικό τύπο (όταν τα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας εμφανίζονται με μεγαλύτερη βαρύτητα)

Το Μάιο του 2013, στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, κυκλοφόρησε, μετά από μακρόχρονη δημόσια διαβούλευση, η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5). Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας είναι παρόμοια με εκείνα του προηγούμενου εγχειριδίου (DSM-IV). Ωστόσο, προκύπτουν κάποιες αλλαγές σχετικά με τον αριθμό κριτηρίων και την ηλικία εμφάνισης της διαταραχής:

- για τους μεγαλύτερους εφήβους, ηλικίας πάνω από 17 ετών, και τους ενήλικες απαιτείται η παρουσία τεσσάρων συμπτωμάτων, είτε απροσεξίας είτε υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας, από τα έξι που είναι σήμερα.
- Η ηλικία εμφάνισης συμπτωμάτων απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας αλλάζει από τα 7 έτη στα 12 έτη



3 Συμπτωματολογία και Τύποι

3.1 Αδυναμία Συγκέντρωσης

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν όταν πρόκειται να εκτελέσουν μια δραστηριότητα, ιδιαίτερα αν απαιτεί πνευματική προσπάθεια και δεν παρουσιάζει γι' αυτά μεγάλο ενδιαφέρον (Douglas, 1972). Σε τέτοιες περιπτώσεις η προσοχή τους διασπάται εύκολα όχι μόνο από τα εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και από τις ίδιες τους τις σκέψεις. Πολλές φορές, όταν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μελετούν τα μαθήματα τους, μπορεί να αρχίσουν να σκέφτονται το παιχνίδι με τους συμμαθητές τους ή να αφαιρεθούν κοιτάζοντας έξω από το παράθυρο.

Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται συνήθως να ακολουθήσουν οδηγίες. Αυτός είναι και ο λόγος που συχνά αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν μια σχολική άσκηση ή κάποια δραστηριότητα η οποία διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες, δεδομένου ότι δεν καταφέρνουν να παρακολουθήσουν μέχρι τέλους τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσουν για την εκτέλεση της. Άλλωστε, βαριούνται συνήθως εύκολα, με αποτέλεσμα να εναλλάσσουν δραστηριότητες με μεγάλη συχνότητα, καθώς το ενδιαφέρον τους γι' αυτό με το οποίο ασχολούνται μειώνεται πολύ γρήγορα. Αυτή η τάση της συνεχούς εναλλαγής δραστηριοτήτων αυξάνεται δραματικά όταν η δραστηριότητα παρουσιάζει δυσκολίες. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απογοητεύονται εύκολα και εγκαταλείπουν γρήγορα την προσπάθεια, καθώς διακρίνονται από έλλειψη υπομονής και επιμονής.

Οι δυσκολίες αυτές είναι συνήθως πιο εμφανείς στο σχολικό πλαίσιο. Οι εργασίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι συχνά ακατάστατες, ημιτελείς και γεμάτες λάθη «απροσεξίας», όπως συνηθίζουν να λένε οι παιδαγωγοί. Ένα κοινό παράπονο γονέων και παιδαγωγών είναι ότι, παρόλο που το παιδί γνωρίζει τους κανόνες, για παράδειγμα στη γραμματική ή στα μαθηματικά, δεν τους ακολουθεί ή τους εφαρμόζει μόνο περιστασιακά. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι, μέσα στην ίδια εργασία, το παιδί μπορεί να γράψει με σωστή ορθογραφία μία λέξη στην πρώτη σειρά και να την επαναλάβει με λανθασμένη στην επόμενη. Τέτοιου είδους λάθη ερμηνεύονται συνήθως ως τεμπελιά και αδιαφορία, ενώ στην πραγματικότητα είναι απόρροια της διάσπασης προσοχής που αντιμετωπίζει το παιδί με ΔΕΠ-Υ.



ΔΕΠ-Υ στο σχολείο

Μια άλλη δυσκολία, εξίσου σχετική με τη διάσπαση της προσοχής, είναι η έλλειψη οργάνωσης αυτών των παιδιών (Hall et al., 1997). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χάνουν συχνά πράγματα και δίνουν την εντύπωση ότι ξεχνούν πολύ εύκολα. Πολλές φορές μπορεί να πηγαίνουν στο σχολείο έχοντας μαζί τους τα μισά τετράδια από όσα θα έπρεπε, να λύνουν τις ασκήσεις των μαθηματικών στο τετράδιο της ορθογραφίας, να μη σημειώνουν τις εργασίες με τις οποίες πρέπει να ασχοληθούν, να μη θυμούνται τις υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει. Αυτή η έλλειψη οργάνωσης αντικατοπτρίζεται και στον προσωπικό τους χώρο, ο οποίος συχνά είναι ακατάστατος.

Σε κάποιες περιπτώσεις η διάσπαση της προσοχής μπορεί να αποτελεί το κυρίαρχο πρόβλημα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (σε αντίθεση με την υπερκινητικότητα, που μπορεί να μην εμφανίζεται σε μεγάλο βαθμό). Έτσι το παιδί ίσως δίνει την εντύπωση του αφηρημένου. Συχνά μάλιστα η εικόνα του μέσα στην τάξη είναι αυτή του ονειροπόλου, του μαθητή που βρίσκεται βυθισμένος στις δικές του σκέψεις και είναι αποκομμένος από τη ροή του μαθήματος. Οι γονείς του μπορεί να παραπονιούνται ότι μοιάζει να μην ακούει αυτά που του λένε. Ξαφνιάζονται μάλιστα όταν καμιά φορά το παιδί τους ρωτά κάτι για το οποίο συζητούσαν μαζί λίγη ώρα πριν.

Αναμφίβολα η διάσπαση της προσοχής αποτελεί μια βασική δυσκολία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Επηρεάζει άμεσα τη διαδικασία της μάθησης και βρίσκεται στη βάση των μαθησιακών του δυσκολιών που πολύ συχνά αντιμετωπίζει. Πολλές φορές οι γονείς και οι παιδαγωγοί παραπονιούνται ότι το παιδί «δεν θυμάται», Στην πραγματικότητα όμως, δεν πρόκειται για δυσκολία στην ανάκληση των πληροφοριών, αλλά για έλλειμμα της προσοχής, μιας βασικής γνωστικής λειτουργίας κατά τη διαδικασία πρόσληψης των πληροφοριών.

3.2 Υπερκινητικότητα

Η υπερκινητικότητα είναι το πιο εμφανές χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ, αυτό που ενοχλεί περισσότερο το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού με τη συγκεκριμένη διαταραχή και προκαλεί τις περισσότερες παρατηρήσεις σε βάρος του. Ταυτόχρονα, το συγκεκριμένο στοιχείο του συνδρόμου είναι αυτό που αλλάζει περισσότερο (ως προς τη μορφή που λαμβάνει) κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του παιδιού. Με άλλα λόγια, το νήπιο, το παιδί και ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν διαφορετική εικόνα ως προς την κινητική τους δραστηριότητα, παρότι αντιμετωπίζουν την ίδια διαταραχή.

Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν αυξημένες ανάγκες κινητικής δραστηριότητας, τις οποίες ικανοποιούν τρέχοντας, σκαρφαλώνοντας και πηδώντας, όχι μόνο κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού σε ανοιχτό χώρο αλλά και μέσα στο σπίτι ή σε άλλους χώρους, όπου αυτή η συμπεριφορά θεωρείται εντελώς ακατάλληλη. Επειδή μάλιστα η συμπεριφορά τους αυτή είναι αρκετά παράτολμη, πολλές φορές τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πέφτουν, χτυπούν και παθαίνουν διάφορα μικροατυχήματα συχνότερα απ' ό,τι τα άλλα παιδιά.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ασχολούνται συνεχώς με διάφορα αντικείμενα, πειράζουν πράγματα και είναι ιδιαίτερα θορυβώδη. Αν λάβουμε επίσης υπόψη την αδεξιότητα τους, η οποία συνήθως συνυπάρχει με την υπερκινητικότητα, είναι εύκολο να αντιληφθούμε τις υλικές ζημιές και την αναστάτωση που μπορεί να προκαλέσουν στο περιβάλλον στο οποίο κινούνται.

Αν και ενδείξεις υπερκινητικότητας υπάρχουν ήδη από τη βρεφική ηλικία, αυτή η μορφή συμπεριφοράς προβληματίζει συνήθως πιο έντονα τους γονείς με την έναρξη της σχολικής ζωής. Ασφαλώς ο προβληματισμός τους δεν έχει σχέση με την αύξηση της υπερκινητικής συμπεριφοράς του παιδιού, αλλά με τις μεγαλύτερες απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος για έλεγχο της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, κατά την προσχολική ηλικία τα όρια μεταξύ ζωηρής και υπερκινητικής συμπεριφοράς είναι συνήθως δυσδιάκριτα, ιδιαίτερα για τους γονείς. Εκτός αυτού στην προσχολική ηλικία τα όρια της ανοχής των γονέων είναι συνήθως ευρύτερα, επειδή προσδοκούν ότι η συμπεριφορά του παιδιού τους θα βελτιωθεί με το πέρασμα του χρόνου. Άλλωστε, ακόμα και στο πλαίσιο του νηπιαγωγείου η αυξημένη κινητική δραστηριότητα είναι γενικά ανεκτή, καθότι δεν απαιτείται η συστηματική καθήλωση του παιδιού σε μια καρέκλα.

Από τη στιγμή όμως που το παιδί πηγαίνει στην πρώτη τάξη του δημοτικού σχολείου, οι απαιτήσεις για έλεγχο και περιορισμό της αυθόρμητης κινητικής του δραστηριότητας αυξάνουν απότομα. Τότε ακριβώς γίνεται ιδιαίτερα εμφανής η δυσκολία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ να παραμείνει καθιστό για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πολλές φορές οι δάσκαλοι παραπονιούνται ότι το παιδί σηκώνεται από τη θέση του την ώρα του μαθήματος και περιφέρεται χωρίς λόγο μέσα στην τάξη πειράζοντας και ενοχλώντας τους συμμαθητές του. Άλλες φορές αναζητά με κάθε τρόπο κάποια αφορμή για να σηκωθεί ή απλώς να κινηθεί για παράδειγμα, ζητά να ξύσει το μολύβι του, ή πάει στην τουαλέτα ή σηκώνεται να πιάσει τη γόμα που κατά λάθος (ή επίτηδες) έριξε κάτω.

Άλλωστε, ακόμη και την ώρα που κάθεται και προσπαθεί να συγκεντρωθεί, το παιδί με ΔΕΠ-Υ στριφογυρίζει στο κάθισμα του, κινεί νευρικά τα χέρια και τα πόδια, κάνει απότομες κινήσεις και φαίνεται ότι πρέπει να καταβάλει πολύ μεγάλη προσπάθεια για να παραμείνει ήσυχο και να μην κάνει φασαρία. Αυτή η συμπεριφορά του προκαλεί σημαντικές δυσκολίες ακόμη και σε απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως για παράδειγμα την ώρα του φαγητού.

3.3 Παρορμητικότητα

Η παρορμητικότητα είναι το στοιχείο του συνδρόμου το οποίο συνδέεται στενότερα με τα προβλήματα συμπεριφοράς που συχνά αναπτύσσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αφορά την τάση τους να μιλούν και να ενεργούν πολύ αυθόρμητα, προτού καν προλάβουν να σκεφτούν τα λόγια και τις πράξεις τους. Η παρορμητικότητα αναφέρεται επίσης στη δυσκολία τους να περιμένουν και στην ανάγκη τους να ικανοποιούν άμεσα τις επιθυμίες τους.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιάζονται να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους γίνονται, ενώ πολλές φορές ξεκινούν την απάντηση προτού καν ολοκληρωθεί η ερώτηση. Όπως είναι ευνόητο λοιπόν, συχνά κάνουν λάθη· παρερμηνεύουν τις ερωτήσεις, αφού δεν έχουν την υπομονή να ακούσουν την πλήρη διατύπωση τους. Στο σχολικό πλαίσιο αυτή η συμπεριφορά ενδέχεται να δημιουργήσει στον παιδαγωγό εσφαλμένη εικόνα για τις γνώσεις του παιδιού, καθώς πολλές λανθασμένες απαντήσεις δεν οφείλονται σε έλλειψη γνώσεων αλλά σε έλλειψη υπομονής. Αυτή η συμπεριφορά όμως παραξενεύει και τους ανθρώπους που βρίσκονται στο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού, καθώς διαπιστώνουν ότι οι απαντήσεις που δίνει δεν ανταποκρίνονται στις ερωτήσεις τους. Επιπλέον, εξαιτίας της παρορμητικής του συμπεριφοράς μπορεί να σχηματίσουν λανθασμένες εντυπώσεις για τη νοημοσύνη του.

Λόγω της δυσκολίας τους να περιμένουν τη σειρά τους, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να γίνουν ενοχλητικά, δεδομένου ότι παρεμβαίνουν στις συζητήσεις των άλλων και τους διακόπτουν. Επειδή μάλιστα οι παρεμβολές τους συχνά είναι άσχετες με το θέμα, τείνουν να δημιουργούν αρνητικές εντυπώσεις. Το γεγονός αυτό επηρεάζει δυσμενώς και τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους τους. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τους κανόνες των παιχνιδιών, ενεργούν χωρίς να σέβονται τη σειρά των υπολοίπων, ενώ όταν χάνουν έχουν έντονα ξεσπάσματα θυμού.

Η παρορμητική συμπεριφορά προκαλεί και άλλες δυσκολίες. Πολλές φορές τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενεργούν βιαστικά, με αποτέλεσμα να παραβιάζουν ορισμένους κανόνες συμπεριφοράς και να αντιμετωπίζουν τις παρατηρήσεις και τις τιμωρίες των ενηλίκων. Αυτό δε που παραξενεύει ιδιαίτερα όσους ασχολούνται μαζί τους είναι ότι, ενώ δείχνουν να ξέρουν πολύ καλά τι πρέπει να κάνουν και τι όχι, συχνά ενεργούν με τον ακριβώς αντίθετο τρόπο. Μολονότι αυτή η συμπεριφορά μπορεί να είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας τους να προσελκύσουν την προσοχή, απορρέει κατά βάση από την αδυναμία τους να αναστείλουν τις ακατάλληλες αντιδράσεις τους, αφού «η πράξη προ-τρέχει της σκέψης». Η κορύφωση αυτής

της αδυναμίας τους συνίσταται στη συστηματική επανάληψη πράξεων οι οποίες είχαν αρνητικές συνέπειες γι' αυτά. Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μοιάζουν να μη διδάσκονται από τα λάθη τους (Ingersoll & Goldstein, 1993).



ΔΕΠ-Υ στο σχολείο

Τέλος, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απαιτούν την άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών τους, δεδομένου ότι χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση (Douglas & Parry, 1994). Αυτό σημαίνει ότι η έλλειψη αυτοελέγχου που τα διακρίνει στο επίπεδο των λόγων και των πράξεων επεκτείνεται και στο συναισθηματικό τομέα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι οξύθυμα, ευερέθιστα και έχουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, συχνά δυσανάλογες προς την αιτία που τις προκάλεσε. Απαιτούν να «γίνεται το δικό τους» τη στιγμή που το θέλουν και συνήθως εκδηλώνουν την απαίτηση τους με μεγάλη επιμονή. Προκειμένου να απαλλαγούν από την γκρίνια τους, οι ενήλικοι ικανοποιούν τις επιθυμίες τους. Έτσι εδραιώνεται μια μορφή αλληλεπίδρασης κατά την οποία τα παιδιά «μαθαίνουν» ότι με αυτό τον τρόπο μπορούν να επιτύχουν ευκολότερα την ικανοποίηση των επιθυμιών τους.

3.4 Πότε ένα παιδί πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή της οποίας τα συμπτώματα επιμένουν στο χρόνο. Μέχρι στιγμής δεν υφίσταται θεραπεία, με την κλασική έννοια. Δεν υπάρχει δηλαδή κάποια θεραπευτική αγωγή με τη βοήθεια της οποίας να αναστέλλονται τα γενεσιουργά αίτια της διαταραχής. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν τρόποι ελέγχου και περιορισμού των συμπτωμάτων της. Άλλωστε, κατά την πορεία ανάπτυξης η κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συνήθως διαφοροποιείται. Πολλά από τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αλλάζουν μορφή ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί. Το γεγονός αυτό μπορεί να παραπλανήσει τους γονείς, οι οποίοι ίσως θεωρήσουν ότι με το πέρασμα του χρόνου βελτιώνεται αυτόματα η εικόνα του παιδιού και μειώνονται οι δυσκολίες του. Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει αυτόματη βελτίωση, αλλά μόνο διαφοροποίηση του τρόπου έκφρασης ορισμένων συμπτωμάτων της διαταραχής. Οφείλουμε επίσης να υπογραμμίσουμε ότι ακόμη και αν παρατηρηθεί μείωση ορισμένων διασπαστικών μορφών συμπεριφοράς, για παράδειγμα της υπερκινητικότητας η οποία ενοχλεί κυρίως το κοινωνικό περιβάλλον, κάποιες άλλες πρωτογενείς δυσκολίες, οι οποίες προσελκύουν δυσκολότερα την προσοχή, αποτελούν συνήθως σταθερά στοιχεία του συνδρόμου και μετά την ενηλικίωση του ατόμου με ΔΕΠ-Υ.

Η γνώση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ, όπως αυτά εμφανίζονται σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για την έγκυρη διάγνωση της διαταραχής όσο και για την ακριβή εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της.

α. Βρεφική ηλικία

Κατά τη βρεφική ηλικία δεν υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του παιδιού που να παραπέμπουν ευθέως στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ. Υπάρχουν όμως κάποιες μορφές συμπεριφοράς οι οποίες καθιστούν ορισμένα βρέφη πιο «δύσκολα» στη φροντίδα τους συγκριτικά με κάποια άλλα (Thomas & Chess, 1977). Αυτά τα «δύσκολα» βρέφη έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν μελλοντικά ευρύ φάσμα δυσκολιών, όπως προβλήματα λόγου και ομιλίας, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και,

ενδεχομένως, ΔΕΠ-Υ (Ross & Ross, 1982). Επομένως, σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να μιλάμε για χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη βρεφική ηλικία, αλλά μόνο για πιθανές ενδείξεις.

Ορισμένα από τα παιδιά που λαμβάνουν αργότερα τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ μπορεί κατά τη βρεφική ηλικία να παρουσιάζουν δυσκολίες στον ύπνο και στη λήψη τροφής. Ως βρέφη κοιμούνται με δυσκολία και κάνουν ανήσυχο ύπνο, ξυπνούν σε άτακτα χρονικά διαστήματα και δυσκολεύονται να ακολουθήσουν ένα σταθερό πρόγραμμα ύπνου (Nichamin, 1972). Παρόμοιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν συχνά και στη διατροφή. Η συχνότητα των γευμάτων τους δεν είναι σταθερή και δυσκολεύουν αρκετά τις μητέρες τους προκειμένου να καταναλώσουν την απαραίτητη ποσότητα φαγητού. Η μεγαλύτερη δυσκολία παρατηρείται συνήθως κατά την περίοδο που επιχειρούνται αλλαγές στη διατροφή τους, ειδικά όταν από το γάλα πρέπει να περάσουν στη στερεά τροφή (Ross & Ross, 1982). Οι μητέρες τέτοιων «δύσκολων» βρεφών συχνά παραπονιούνται ότι το παιδί τους κλαίει χωρίς προφανή λόγο και ότι πολλές φορές ακόμη και οι ίδιες δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα αίτια της ανησυχίας του και να το καθησυχάσουν. Αναφέρουν μάλιστα ότι το κλάμα του είναι συνήθως οξύ, έντονο και παρατεταμένο (Wolff, 1969). Στη βιβλιογραφία αναφέρεται επίσης ότι τα βρέφη αυτά παθαίνουν συχνά κωλικούς (Goldstein & Goldstein, 1998), παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας (ακόμη και μέσα στην κούνια τους) και δυσκολεύονται να ηρεμήσουν (Wolff, 1969).

β. Νηπιακή ηλικία

Κατά τη νηπιακή ηλικία τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που παραπέμπουν στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ αυξάνονται και είναι περισσότερο συγκεκριμένα. Παρόλο που η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δεν δίνεται πριν την ηλικία των 7 ετών, η ανίχνευση των δυσκολιών που σχετίζονται με αυτήν είναι δυνατή ήδη από τη νηπιακή ηλικία (Barkley, 1981). Επιπλέον, αν και στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ανησυχία των γονέων εντείνεται συνήθως με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, τόσο αυτοί όσο και οι παιδαγωγοί είναι συνήθως σε θέση να εντοπίσουν νωρίτερα μορφές συμπεριφοράς που φαίνεται να αποκλίνουν από τα πλαίσια του φυσιολογικού.

Σε μια έρευνα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000β), που πραγματοποιήθηκε σε επαρχιακή πόλη της Πελοποννήσου προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσον είναι δυνατός ο έγκαιρος εντοπισμός των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο νηπιαγωγείο από τις παιδαγωγούς, βρέθηκε ότι η

πλειονότητα (66,7%) των παιδιών που εντοπίστηκαν με πιθανότητα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ ανταποκρινόταν πλήρως στα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής δύο χρόνια αργότερα, όταν τα παιδιά ήταν μαθητές της Β' Δημοτικού. Επιπλέον, τα συγκεκριμένα παιδιά αντιμετώπιζαν μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς. Επομένως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η ανίχνευση της διαταραχής είναι δυνατή ήδη από την προσχολική ηλικία, γεγονός που συμβάλλει στην έγκαιρη παρέμβαση και την πρόληψη της εμφάνισης δευτερογενών συμπτωμάτων.

Αν στις αυξημένες ανάγκες κάθε παιδιού προσχολικής ηλικίας για κίνηση και δράση προσθέσουμε την έντονη κινητική δραστηριότητα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, θα έχουμε ένα νήπιο το οποίο κινείται ακατάπαυστα και αδυνατεί να παραμείνει ήσυχο για περισσότερα από λίγα λεπτά. Οι ενήλικοι συνήθως κουράζονται να βλέπουν ένα παιδί να βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση και να ασχολείται μόνιμως με διάφορα πράγματα· το ίδιο το παιδί όμως δεν φαίνεται να κουράζεται από την αδιάκοπη δραστηριοποίησή του. Κάποιοι γονείς περιγράφουν το παιδί τους σαν «σβούρα» ή λένε χαρακτηριστικά ότι «μοιάζει να έχει μέσα του ένα μοτεράκι που δεν σταματά ποτέ». Ένα παιδί που κινείται διαρκώς, και που συν τοις άλλοις είναι αρκετά αδέξιο στις κινήσεις του, είναι φυσικό και αναμενόμενο να πέφτει και να χτυπά συχνότερα, να προκαλεί περισσότερες ζημιές και να αντιμετωπίζει σε μεγαλύτερο βαθμό τον κίνδυνο τραυματισμού. Ο κίνδυνος αυτός επαυξάνεται από τη δυσκολία του νηπίου με ΔΕΠ-Υ να συντονίσει τις κινήσεις του, από την παρορμητική του συμπεριφορά και από την τάση του να αψηφά τους κινδύνους και να συμπεριφέρεται παράτολμα. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει αυτό το συμπέρασμα, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι τα νήπια με ΔΕΠ-Υ είναι πράγματι πιο επιρρεπή στα ατυχήματα (Stewart et al., 1970).

Παρά ταύτα, η αδεξιότητα και οι αυξημένες ανάγκες κινητικής δραστηριοποίησης δεν είναι συνήθως τα χαρακτηριστικά που προβληματίζουν περισσότερο τους γονείς. Αντίθετα, ένας από τους κυριότερους λόγους παραπομπής νηπίων με ΔΕΠ-Υ στον ειδικό είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και οι δυσκολίες τους στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου (Baker & Cantwell, 1987). Κατά την προσχολική ηλικία η ομαλή γλωσσική ανάπτυξη αποτελεί ένα από τα κυρίαρχα αναπτυξιακά επιτεύγματα του νηπίου. Οι δυσκολίες στην ομαλή πορεία της γλωσσικής ανάπτυξης ανησυχούν ιδιαίτερα τους γονείς. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα δυσκολίες στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς (Cohen et al., 1989). Η ανάγκη για αυτονομία και ανάληψη πρωτοβουλιών αποτελούν φυσιολογικά αναπτυξιακά χαρακτηριστικά του νηπίου.

Μάλιστα, στην προσπάθεια του να εξερευνήσει το φυσικό και το κοινωνικό του περιβάλλον και να καταστήσει εμφανή την παρουσία του, το νήπιο πολλές φορές εκδηλώνει προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά (Campbell, 1985). Στις περιπτώσεις όμως των νηπίων με ΔΕΠ-Υ αυτή η αντιδραστική συμπεριφορά είναι πολύ πιο έντονη. Συχνά το παιδί με ΔΕΠ-Υ συμπεριφέρεται με προκλητικό τρόπο προκειμένου να προσελκύσει την προσοχή. Άλλοτε πάλι η αδυναμία αναστολής των ακατάλληλων αντιδράσεων του και η έλλειψη αυτοελέγχου το ωθούν στην παραβίαση των κανόνων που θέτουν οι γονείς, με αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκρούσεων και την κορύφωση της έντασης στο οικογενειακό περιβάλλον (Barkley, 1990). Σε αρκετές περιπτώσεις η αντιδραστική συμπεριφορά των νηπίων με ΔΕΠ-Υ είναι απόρροια της μη κατανόησης της εντολής των γονέων με την οποία πρέπει να συμμορφωθούν. Λόγω της διάσπασης της προσοχής, το νήπιο με ΔΕΠ-Υ μπορεί να δυσκολευτεί να παρακολουθήσει και να καταλάβει μια μακροσκελή πρόταση, μια πολύπλοκη εντολή ή μια οδηγία που του δόθηκε με γρήγορο ρυθμό ομιλίας. Γι' αυτό και είναι πολύ σημαντικό ο γονέας ή ο παιδαγωγός να είναι σε θέση να διακρίνει κατά πόσον η έλλειψη υπακοή του νηπίου με ΔΕΠ-Υ οφείλεται στην ανάγκη του να το προσέξουν, στη δυσκολία του να συγκρατήσει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του, στο γεγονός ότι δεν κατανόησε πλήρως τι του ζητήθηκε ή σε διάθεση σκόπιμης πρόκλησης.

Η παρορμητική συμπεριφορά του νηπίου με ΔΕΠ-Υ το καθιστά πολλές φορές επιθετικό απέναντι στα άλλα παιδιά, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει συχνά προβλήματα προσαρμογής στον παιδικό σταθμό ή στο νηπιαγωγείο και να δυσκολεύεται να ενταχθεί ομαλά στην ομάδα των συνομηλίκων του (Campbell & Cluss, 1982). Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού με ΔΕΠ-Υ δεν είναι και τόσο έντονες κατά την προσχολική ηλικία.

γ. Σχολική ηλικία

Με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, οι προσδοκίες ορισμένων γονέων για υποχώρηση των δυσκολιών του (ως αποτέλεσμα της «ωρίμανσης») συνήθως μειώνονται, καθώς οι αυξημένες απαιτήσεις του σχολικού πλαισίου ενδέχεται να καταστήσουν πιο εμφανή και δυσλειτουργικά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Το παιδί με την αυξημένη κινητική δραστηριότητα αναμένεται πλέον να είναι ήσυχος και να παραμένει καθηλωμένο σε μια καρέκλα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το παιδί με τη διάσπαση της προσοχής αναμένεται να παρακολουθεί με συνέπεια το μάθημα και να ολοκληρώνει δομημένες δραστηριότητες, οι οποίες απαιτούν συγκέντρωση, επιμονή και

διατήρηση του ενδιαφέροντος στην εκάστοτε καταβαλλόμενη προσπάθεια. Το παιδί με τις δυσκολίες στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου αναμένεται να περάσει πλέον στο γραπτό λόγο και να μάθει το μηχανισμό της ανάγνωσης. Το παιδί με την παρορμητική συμπεριφορά αναμένεται να συμμετέχει σε ομαδικά παιχνίδια που βασίζονται στην οργάνωση και έχουν συγκεκριμένους κανόνες.

Η απότομη αύξηση των απαιτήσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος από το παιδί με ΔΕΠ-Υ, απαιτήσεις οι οποίες σχετίζονται με τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής του αποτελεί πολλές φορές τη βάση για την εμφάνιση δευτερογενών συμπτωμάτων, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και τα προβλήματα συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000α). Στις πρώτες τάξεις του δημοτικού το παιδί με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να σηκώνεται από τη θέση του και να περιφέρεται μέσα στην τάξη. Ο προσωπικός του χώρος μπορεί να είναι πολύ ακατάστατος: άσχετα αντικείμενα βρίσκονται πάνω στο θρανίο, ενώ πολλά σχετικά με το μάθημα βρίσκονται στο πάτωμα, στη σχολική τσάντα ή έχουν ξεχαστεί στο σπίτι. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ συχνά αφαιρείται μέσα στην τάξη και χάνει τον ειρμό του μαθήματος, ιδιαίτερα όταν το μαθησιακό αντικείμενο παρουσιάζει δυσκολίες ή δεν προσελκύει το ενδιαφέρον του (Douglas, 1972). Γι' αυτό και πολλές φορές δεν γνωρίζει το μάθημα που παραδίδεται, δεν μπορεί να συνεχίσει την ανάγνωση από το σημείο όπου σταμάτησε ο συμμαθητής του ή δεν απαντά σε μια ερώτηση διότι δεν άκουσε ολόκληρη την εκφώνηση της. Ακόμη και όταν κινητοποιείται από το δάσκαλο και αρχίζει να ασχολείται με τη δραστηριότητα που του ανατέθηκε, δεν είναι βέβαιο ότι θα την ολοκληρώσει εάν δεν δέχεται διαρκή επιτήρηση και παρότρυνση. Ανάλογη είναι και η κατάσταση στο σπίτι, όπου η έλλειψη οργάνωσης, η τάση της εύκολης παραίτησης και η ανάγκη συνεχούς στήριξης καθιστούν πολλές φορές τη σχολική μελέτη αντικείμενο συγκρούσεων και πεδίο σφοδρής διαμάχης ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς του.

Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι η εικόνα που περιγράφηκε δεν είναι απόλυτη, δεν αφορά όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ούτε και εμφανίζεται με την ίδια μορφή και ένταση σε όλες τις περιπτώσεις. Υπάρχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία δεν αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες και ανταποκρίνονται σε ικανοποιητικό βαθμό στις απαιτήσεις του σχολείου. Η συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι είναι συνήθως θορυβώδης και ενίοτε προκλητική και διασπαστική. Τα συχνά ξεσπάσματα θυμού, η έλλειψη συμμόρφωσης σε κανόνες και η ελλιπής ανταπόκριση στις απαιτήσεις των ενηλίκων είναι ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία. Ο τρόπος χειρισμού αυτών των αντιδράσεων από τους άλλους, η στήριξη που θα λάβει το παιδί από το κοινωνικό του περιβάλλον και τα βιώματα επιτυχίας ή

αποτυχίας που θα συσσωρεύσει θα επηρεάσουν το επίπεδο της αυτοεκτίμησης του. Συχνά πάντως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, καθώς οι δυσκολίες τους και η αλληλεπίδραση των δυσκολιών αυτών με τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος ενδέχεται να τα οδηγήσουν στη διαμόρφωση λανθασμένων αντιλήψεων για τις πραγματικές τους δυνατότητες.

Ορισμένες φορές στη χαμηλή τους αυτοεκτίμηση συμβάλλει και η απορριπτική συμπεριφορά των συνομηλίκων τους απέναντί τους. Σε πολλές περιπτώσεις τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ γίνονται στόχος πειραγμάτων, ακριβώς επειδή, λόγω των ελλειπών κοινωνικών δεξιοτήτων τους, δεν καταφέρνουν να ενταχθούν με επιτυχία στην ομάδα των άλλων παιδιών και να ακολουθήσουν ικανοποιητικά τους δικούς τους ρυθμούς. Από κάποιο σημείο και μετά μάλιστα είναι πιθανό τα ίδια τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να προκαλούν αυτά τα πειράγματα με τη συμπεριφορά τους, προκειμένου να αποφύγουν την πλήρη αδιαφορία των συνομηλίκων τους. Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η σχολική ηλικία είναι η περίοδος κατά την οποία προδιαγράφεται η πορεία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην υπόλοιπη ζωή του. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου το παιδί καλείται να μάθει να ελέγχει τις δυσκολίες του, προκειμένου να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στο σχολικό πλαίσιο, να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της σχολικής μάθησης, να διαμορφώσει ρεαλιστική εικόνα για τις δυνατότητες του και να δημιουργήσει θετικές διαπροσωπικές σχέσεις. Αν έχει την κατάλληλη στήριξη και βοήθεια, τότε η πορεία του προς την εφηβεία και την ενηλικίωση μπορεί να είναι ομαλή. Εάν όμως δεν συμβεί κάτι τέτοιο και το παιδί βιώσει έντονη αποτυχία στους παραπάνω τομείς, τότε η κατάσταση είναι πολύ πιθανό να επιδεινωθεί και το παιδί στην εφηβεία του να αντιμετωπίσει νέες δυσκολίες και μεγαλύτερους κινδύνους.

δ. Εφηβική ηλικία και ενηλικίωση

Η εφηβική ηλικία είναι εξ ορισμού μια περίοδος έντονων ψυχολογικών αλλαγών. Οι έφηβοι έρχονται αντιμέτωποι με ραγδαίες βιοσωματικές αλλαγές και νέες αυξημένες απαιτήσεις τόσο στον τομέα της σχολικής μάθησης όσο και στον κοινωνικό τομέα. Η εικόνα που έχουν διαμορφώσει για τον εαυτό τους και τις ικανότητες τους δοκιμάζεται υπό το πρίσμα των νέων δεδομένων, ενώ η οδυνηρή διαδικασία αναζήτησης της ατομικής ταυτότητας βρίσκεται πλέον σε πλήρη εξέλιξη.

Όπως προαναφέραμε, η εικόνα του εφήβου με ΔΕΠ-Υ είναι στενά συνυφασμένη με την πορεία που έχει ήδη διανύσει. Σε γενικές γραμμές, η διάσπαση της προσοχής φαίνεται να αποτελεί από τα πιο σταθερά και επίμονα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Αντίθετα, τα

συμπτώματα της υπερκινητικότητας συνήθως υποχωρούν κατά την εφηβεία και αντικαθίστανται από αυξημένη ανησυχία και νευρικότητα (Hart et al., 1995). Έχει εντούτοις διαπιστωθεί ότι στις περιπτώσεις όπου η υπερκινητικότητα επιμένει αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών διαγωγής. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον ελλαδικό χώρο (Κάκουρος, 1998), και σε δείγμα 41 εφήβων με διάγνωση ΔΕΠ-Υ κατά τη σχολική ηλικία, τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας υποχώρησαν μεν σε ποσοστό 80,5%, αλλά εκεί όπου η υπερκινητικότητα παρέμεινε παρουσιάστηκαν διαταραχές διαγωγής σε πολύ μεγάλο ποσοστό (στο 75% των περιπτώσεων).

Η εμφάνιση αυτού του είδους των διαταραχών συνδέεται επίσης με τη μειωμένη εμπιστοσύνη που τρέφουν συνήθως για τον εαυτό τους οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι έχουν γνωρίσει έντονα την αποτυχία τόσο στο σχολικό πλαίσιο όσο και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η μειωμένη αυτοεκτίμηση καθιστά πολλές φορές τον έφηβο με ΔΕΠ-Υ ευάλωτο και επιρρεπή στις αρνητικές επιρροές ορισμένων ομάδων συνομηλίκων του. Εξαιτίας της μεγάλης του ανάγκης για αποδοχή, ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρασυρθεί ευκολότερα από ό,τι άλλοι συνομήλικοι του ακόμη και σε συμμετοχή ή και διάπραξη παραπτωματικών ενεργειών. Όπως διαπιστώνεται, οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι παρουσιάζουν διαταραχές διαγωγής, έχουν αυξημένες πιθανότητες εγκατάλειψης του σχολείου, κατάχρησης ουσιών και παραβίασης των νόμων (Hart et al., 1995 Κάκουρος, 1998).

Ανάλογες δυσκολίες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ και ως ενήλικοι. Τα τελευταία χρόνια έχει εγκαταλειφθεί η άποψη ότι η ΔΕΠ-Υ αφορά μόνο τα παιδιά. Αντίθετα, έχει διαπιστωθεί ότι το ένα τρίτο των ατόμων με ΔΕΠ-Υ εξακολουθεί να πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής κατά την ενηλικίωση τους (Lie, 1992). Οι ενήλικοι με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά ασταθή συμπεριφορά στην επαγγελματική τους ζωή και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ορισμένοι μάλιστα ενδέχεται να εμπλακούν και σε αντικοινωνικές ενέργειες (Klein & Manuzza, 1991).

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ κατά την πορεία ανάπτυξης, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι η πορεία αυτή αφενός δεν είναι προδιαγεγραμμένη και αφετέρου διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο, καθώς βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το είδος των αλληλεπιδράσεων που εγκαθίστανται ανάμεσα στο άτομο με ΔΕΠ-Υ και στα σημαντικά πρόσωπα του οικογενειακού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Τέλος, η εικόνα του ατόμου με ΔΕΠ-Υ σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο εξαρτάται από το βαθμό επίτευξης των αναπτυξιακών στόχων των προηγούμενων σταδίων.

3.5 Τύποι ΔΕΠ-Υ

Με βάση την επικράτηση ενός ή περισσότερων από τα κύρια συμπτώματα, π.χ. υπερκινητικότητα - παρορμητικότητα, έχουν προσδιοριστεί τρεις τύποι Δ.Ε.Π.-Υ. :

- Δ.Ε.Π.-Υ. πρωταρχικά τύπου ελλειμματικής προσοχής: αν έξι ή περισσότερα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής (αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας) παραμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτό το είδος είναι γνωστό και ως Δ.Ε.Π. ή Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής. Συνήθως διαπιστώνεται αργοπορημένα και οδηγεί το παιδί σε προβλήματα ενδοπροσωπικής προσαρμογής.
- Δ.Ε.Π.-Υ. πρωταρχικά υπερκινητικού - παρορμητικού τύπου : αν έξι ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας (αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής) παραμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Συνήθως διαπιστώνεται εγκαίρως και πριν το παιδί πάει σχολείο και οδηγεί το παιδί σε προβλήματα προσαρμογής.
- Μικτός τύπος ή Δ.Ε.Π.-Υ. συνδυασμένος τύπος: αν έξι ή περισσότερα συμπτώματα μειωμένης προσοχής και έξι ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας παραμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτό είναι το συχνότερο είδος Δ.Ε.Π.-Υ στα παιδιά και τους εφήβους.

4 Παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση ΔΕΠ-Υ

4.1 Νευρολογικοί Παράγοντες

Στην πρώτη περιγραφή συμπτωμάτων παρόμοιων με εκείνα της ΔΕΠ-Υ από τον Still (1902) διατυπώθηκε η υπόθεση ότι η διαταραχή αυτή είναι αποτέλεσμα της επίδρασης κληρονομικών παραγόντων ή κάποιας εγκεφαλικής βλάβης. Οι σύγχρονες έρευνες εξακολουθούν να ασχολούνται με αυτούς τους δύο πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, για τους οποίους μάλιστα έχει συγκεντρωθεί ο μεγαλύτερος αριθμός αποδείξεων στις έρευνες που διεξάγονται για τη ΔΕΠ-Υ. Στη διάρκεια του 20ού αιώνα οι ερευνητές εντόπισαν πολλές ομοιότητες ανάμεσα στα συμπτώματα ατόμων με ΔΕΠ-Υ και ατόμων που είχαν υποστεί κάποια βλάβη ή τραυματισμό στο μετωπιαίο λοβό και, ειδικότερα, στον προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου (Mattes, 1980' Benton, 1991 Heilman et al., 1991). Τόσο τα παιδιά, όσο και οι ενήλικες που έχουν υποστεί βλάβη στο προμετωπιαίο τμήμα του φλοιού του εγκεφάλου παρουσιάζουν ελλείμματα στη συντηρούμενη προσοχή, τον ανασταλτικό έλεγχο, τη ρύθμιση του συναισθήματος και των κινήτρων, καθώς επίσης στην ικανότητα για διαχρονική οργάνωση της συμπεριφοράς (Stuss & Benson, 1986' Grattan & Eslinger, 1991). Η νευρολογική βάση της ΔΕΠ-Υ υποστηρίζεται και από πολλές άλλες ενδείξεις. Η πρώιμη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και η σχετική επιμονή τους στο χρόνο, καθώς και η σχέση τους με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές λόγου, κινητικές δυσκολίες) πιστεύεται ότι σχετίζονται με νευρολογικές βλάβες. Επίσης, η σημαντική βελτίωση που διαπιστώνεται συχνά σε άτομα με ΔΕΠ-Υ στα οποία έχουν χορηγηθεί διεγερτικά φάρμακα έχει στρέψει τους ερευνητές στην αναζήτηση αιτιών που σχετίζονται με νευροαναπτυξιακούς παράγοντες. Τα τελευταία χρόνια έχουν συγκεντρωθεί ερευνητικά δεδομένα τα οποία στηρίζουν πιο άμεσα τις εκτιμήσεις για τη νευροαναπτυξιακή βάση αυτής της διαταραχής. Μελέτες οι οποίες βασίζονται σε νευροφυσιολογικές μετρήσεις έχουν δείξει χαμηλότερα επίπεδα διέγερσης σε άτομα με ΔΕΠ-Υ (Ross & Ross, 1982), ενώ από τη χρήση δοκιμασιών επαγρύπνησης (vigilance tests) διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερες επιδόσεις. Παράλληλα, βρέθηκε ότι οι επιδόσεις των ατόμων με ΔΕΠ-Υ στα τεστ επαγρύπνησης βελτιώνονται μετά τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων

(Frank et al., 1992 Kuperman et al., 1996). Φαίνεται λοιπόν ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται πράγματι με ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, κυρίως στις προμετωπιαίες περιοχές, και ότι αυτές οι ανωμαλίες πρέπει να προέκυψαν κατά την εμβρυϊκή περίοδο.

Άλλωστε, το πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου είναι το τμήμα εκείνο όπου «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). Επομένως, τα ευρήματα της νευροψυχολογίας συμφωνούν με τις σύγχρονες απόψεις ότι η ουσιαστική δυσκολία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ βρίσκεται στη ρύθμιση της συμπεριφοράς με βάση κανόνες και στην αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων.

4.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, μελετήθηκε πιο διεξοδικά η επίδραση των διεγερτικών φαρμάκων στα υπερκινητικά παιδιά σχολικής ηλικίας και η χρήση τους εξαπλώθηκε με ραγδαίους ρυθμούς. Ωστόσο, η κακή ή υπερβολική χρήση των φαρμάκων αυτών σε κάποιες περιπτώσεις προσέδρασε την προσοχή των μέσων μαζικής ενημέρωσης στις Η.Π.Α., με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ολόκληρο σκάνδαλο γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή της ΔΕΠ-Υ. Διατυπώθηκε μάλιστα η άποψη ότι η υπερκινητικότητα ήταν ένας «μύθος», ο οποίος δημιουργήθηκε από μη ανεκτικούς δασκάλους και γονείς και από ένα ακατάλληλο εκπαιδευτικό σύστημα (Conrad, 1975 Schrag & Divokey, 1975). Την ίδια εποχή στην Αμερική άρχισε να αναπτύσσεται μια τάση υπερβολικής ενασχόλησης με την υγιεινή διατροφή και τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης μέσα από αλλαγές στο περιβάλλον. Σε αυτό το πλαίσιο και κλίμα εμφανίστηκε μια θεωρία για τη ΔΕΠ-Υ η οποία υποστήριζε ότι η υπερκινητική συμπεριφορά ήταν αποτέλεσμα αλλεργικής ή τοξικής αντίδρασης σε ορισμένα συστατικά της διατροφής, όπως οι τεχνητές χρωστικές ουσίες ή τα συντηρητικά (Feingold, 1975). Υποστηρίχτηκε ότι η προβληματική συμπεριφορά περίπου των μισών υπερκινητικών παιδιών ήταν απόρροια της κακής τους διατροφής. Η άποψη αυτή γνώρισε τόσο ευρεία διάδοση ώστε δημιουργήθηκαν ομάδες γονέων με σκοπό την προώθηση και διάδοση της δίαιτας που πρότεινε ο Feingold. Στην Καλιφόρνια μάλιστα προτάθηκε νόμος για την απομάκρυνση των «επιβλαβών» τροφών από τα κυλικεία των σχολείων. Η άποψη αυτή μελετήθηκε από πολλούς ερευνητές και τελικά η Εθνική Επιτροπή που συστήθηκε γι' αυτό το θέμα (National Advisory Committee on Hyperkinesis and Food Additives, 1980) αποφάνθηκε ότι δεν υπήρχαν στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την άποψη του Feingold. Παρά ταύτα, πέρασαν τουλάχιστον δέκα χρόνια προτού αυτή η θεωρία χάσει έδαφος στην αντίληψη της κοινής γνώμης. Ένα άλλο πεδίο έρευνας που αναπτύχθηκε εκείνη την εποχή ήταν ο ρόλος του περιβάλλοντος στην εμφάνιση υπερκινητικής συμπεριφοράς στα παιδιά. Ο ρόλος αυτός μελετήθηκε πολλαπλά.

Ο Block (1977) πρότεινε μια θεωρία σύμφωνα με την οποία η τεχνολογική ανάπτυξη και ο γρήγορος ρυθμός των πολιτισμικών αλλαγών δημιουργούν αυξημένη νευρική δραστηριότητα και υπερδιέγερση• αυτή αλληλεπιδρά με μια προϋπάρχουσα τάση σε ορισμένα παιδιά για

υπερκινητικότητα και προκαλεί την εκδήλωση της. Ο Block θεώρησε ότι η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της υπέρ κινητικότητας στις αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες ενισχύει την εγκυρότητα της θεωρίας του. Στην άποψη αυτή του Block ασκήθηκε έντονη κριτική (Ross & Ross, 1982) καθώς δεν στηριζόταν σε ερευνητικά δεδομένα που να την επιβεβαιώνουν. Ασφαλώς, είναι αλήθεια ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται άμεσα με κοινωνικές και πολιτιστικές παραμέτρους όχι σε επίπεδο αιτιολογίας αλλά σε σχέση με την επίδραση της στην ομαλή κοινωνικοποίηση του ατόμου. Σε μια κοινωνία και σε μια εποχή όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αυτοκυριαρχία, την ολοκλήρωση των καθηκόντων και την πειθαρχία, τα παιδιά που δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε αυτές τις απαιτήσεις βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση από τα υπόλοιπα όσον αφορά την προσαρμογή τους στο εκπαιδευτικό και κοινωνικό σύστημα. Σε κάποια άλλη κοινωνία όμως, ή σε κάποια άλλη εποχή με διαφορετικού είδους απαιτήσεις, τα άτομα με αυτή τη διαταραχή ίσως να μην αντιμετώπιζαν τόσο σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής (Goldstein & Goldstein, 1998).

4.3 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Οι προσπάθειες οι οποίες επικεντρώθηκαν αποκλειστικά στην αναζήτηση της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ στο περιβάλλον του παιδιού ήταν ελάχιστες και μάλιστα δεν έτυχαν ιδιαίτερης αποδοχής και στήριξης. Οι Willis και Lovaas (1977) υποστήριξαν ότι για την υπερκινητικότητα των παιδιών ευθύνονται οι ίδιοι οι γονείς, οι οποίοι δεν μπορούν να χειριστούν ή να ελέγξουν σωστά τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Ωστόσο, η άποψη αυτή δεν απαντά σε βασικά ερωτήματα τα οποία αφορούν τα συμπτώματα, τις συγκεκριμένες δυσκολίες και τα ελλείμματα όπως αυτά περιγράφονται στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επίσης, στις περισσότερες μελέτες δεν χρησιμοποιούνται κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του προβλήματος αλλά διάφορες κλίμακες υπερκινητικότητας (όπου απαντούν οι γονείς) με βάση τις οποίες επιχειρείται η κατηγοριοποίηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Danforth et al., 1991). Συνήθως, προσεγγίσεις τέτοιου είδους περιορίζονται σε θεωρητικές ερμηνείες της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ. Οι εν λόγω μελέτες θα μπορούσαν βεβαίως να επιβεβαιωθούν από τα ευρήματα διαχρονικών ερευνών, τα οποία διαπίστωσαν συνάφεια ανάμεσα στις αρνητικές αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού κατά την προσχολική ηλικία και στη διατήρηση της υπερκινητικότητας κατά την παιδική (Campbell, 1987) και την εφηβική ηλικία (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990). Ωστόσο, η συνάφεια αυτή δεν αποδεικνύει αιτιώδη σχέση ανάμεσα στις αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού και στην εμφάνιση της συγκινητικότητας παρά μόνο μία συσχέτιση των αλληλεπιδράσεων αυτών με την επίμονη εκδήλωση των συμπτωμάτων της συγκινητικότητας. Άλλωστε, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η επίμονη της συγκινητικότητας και οι αρνητικές αντιδράσεις της μητέρας σχετίζονται με μία ενδιάμεση μεταβλητή, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της συγκινητικότητας, εφόσον διαχρονικές έρευνες επισημαίνουν ότι ο βαθμός σοβαρότητας της υπερκινητικότητας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την επίμονη των συμπτωμάτων της (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990' Campbell & Ewing, 1990).

4.4 Γενετικοί Παράγοντες

Οι περισσότερες ερευνητικές μαρτυρίες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ΔΕΠ-Υ έχει ιδιαίτερα σημαντική σχέση με κληρονομικούς παράγοντες. Ωστόσο, δεν έχουν βρεθεί ακόμη αποδείξεις για ανωμαλίες στη δομή των χρωμοσωμάτων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των παιδιών με σύνδρομο Down. Τα παιδιά με χρωμοσωμικές ανωμαλίες όμως μπορεί να παρουσιάσουν περισσότερα προβλήματα προσοχής σε σύγκριση μετά «φυσιολογικά» παιδιά (Zelazo & Stack, 1997). Οι γενετικές μελέτες ξεκίνησαν όταν διαπιστώθηκε ότι οι γονείς και άλλοι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας πιο συχνά από ό,τι οι γονείς «φυσιολογικών» παιδιών. Ειδικότερα, οι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών. Ακόμη, οι στενοί συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή σε ποσοστό 10- 35% (Pauls, 1991 Biederman et al., 1990). Πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι στην περίπτωση που ο ένας γονέας παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ η πιθανότητα να παρουσιάσει το παιδί του την ίδια διαταραχή αυξάνεται στο 57% (Biederman et al., 1995a). Οι γενετικές έρευνες που εστιάζουν στην ανάλυση του DNA των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των βιολογικών συγγενών τους δεν έχουν καταλήξει ακόμη σε ικανοποιητικά αποτελέσματα (Blum et al., 1996' Cook et al., 1995' Lahoste et al., 1996), φαίνεται ωστόσο ότι είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρες. Κάποιες σύγχρονες έρευνες (Cook et al., 1995) πάντως στράφηκαν στη μελέτη των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη ως πιθανών υπεύθυνων για τη μετάδοση της διαταραχής. Μάλιστα, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένοι νευροδιαβιβαστές λειτουργούν στις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν θεωρηθεί προβληματικές, η υπόθεση αυτή συνδέει τα νευροανατομικά με τα νευροχημικά ευρήματα που έχουμε στη διάθεση μας μέχρι σήμερα (Anastopoulos & Barkley, 1988). Ένα μοντέλο σύνθεσης των νευροχημικών και νευροανατομικών ερευνών προτείνεται από την Patricia Quinn (1995), η οποία υποστηρίζει ότι στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται πως οι νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη δρουν ανασταλτικά στην παραγωγή, την κατανάλωση και τη ρύθμιση άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων στον εγκέφαλο, όπως επίσης στη λειτουργία και ωρίμανση συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών του πρόσθιου εγκεφάλου.

Η επίδραση της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στις έρευνες με υιοθετημένα παιδιά. Στις περιπτώσεις αυτές τα επίπεδα

υπερκινητικότητας των παιδιών έμοιαζαν περισσότερο με αυτά των βιολογικών παρά των θετών γονέων τους (Pauls, 1991).

4.5 Παράγοντας Διατροφής

Το 1980, οι Συμβουλευτικές Επιτροπές στην Αμερική κατέληξαν στο συμπέρασμα έπειτα από επίπονες έρευνες, ότι δεν υπήρχε απόδειξη για κάποια σχέση μεταξύ τεχνητών προσθέτων και υπερκινητικότητας ή ικανότητας μάθησης των παιδιών. Έτσι λοιπόν συμπέραναν πως ο περιορισμός του διαιτολογίου ήταν ευεργετικός εξαιτίας της ψυχολογικής επίδρασης που είχε στα άτομα η συγκεκριμένη θεραπεία. Άλλα στοιχεία των τροφών των οποίων έχει κριθεί ότι προκαλούν υπερκινητικότητα είναι τα τεχνητά γλυκαντικά με ή χωρίς θερμιδική αξία. Πολλοί γονείς για παράδειγμα υποστηρίζουν ότι τα παιδιά τους «βγάζουν» μια ανεξέλεγκτη συμπεριφορά μετά την κατανάλωση τροφών που περιέχουν ζάχαρη. Σύμφωνα με την Cordula Neuhaus (1996), πολλά παιδιά και ενήλικες αναφέρουν ότι η κατάσταση τους βελτιώνεται όταν η διατροφή τους περιέχει λιγότερα συντηρητικά και τεχνητά χρώματα. Η Krause (1995), στο συμβουλευτικό της οδηγό αναφέρει τα πιο συνηθισμένα γλυκά που γίνονται μανία για τα υπερκινητικά παιδιά καθώς και τις επιπτώσεις τους στο επίπεδο σεροτονίνης. Σύμφωνα με την Krause, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μια κλινική στο Mannheim, παρατηρήθηκε βελτίωση των κύριων συμπτωμάτων μόνο στο 10% των παιδιών που ακολούθησαν μια ολιγοαντιγονική δίαιτα. Η ίδια επισημαίνει ότι υπάρχει ανεπαρκής έρευνα όσον αφορά την επίδραση της διατροφής στη ΔΕΠ-Υ.

5 Νευροψυχολογία και Φαρμακευτική Αγωγή

5.1 Νευροψυχολογία

Αρχικά είναι σημαντικό να γίνει μία αναφορά γύρω από τον όρο της νευροψυχολογίας για τη καλύτερη κατανόηση. Η νευροψυχολογία είναι η επιστήμη η οποία μελετά τους νευρικούς εγκεφαλικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για τη συμπεριφορά. Η Ανθρώπινη Νευροψυχολογία διαιρείται στη Νευροψυχολογία του Ενήλικα και στην Αναπτυξιακή Νευροψυχολογία. Η πρώτη μελετά τις διαταραχές των ήδη καθιερωμένων προτύπων και η δεύτερη εξετάζει τις διαταραχές της απόκτησης των γνωστικών λειτουργιών μετά από βλάβες που γίνονται πριν ή μετά την καθιέρωση μιας συγκεκριμένης γνωστικής λειτουργίας. Η Νευροψυχολογία είναι ένας από τους πιο εκλεκτούς κλάδους στο χώρο των Νευροεπιστημών. Αποτελεί μία αυτοδύναμη και δυναμική επιστήμη, η οποία συνεργάζεται με τις άλλες Νευροεπιστήμες όπως η Νευρολογία, Νευροανατομία, Νευροφυσιολογία, Νευροχημεία, Νευροφαρμακολογία κ.λπ, αλλά και με τις επιστήμες της Συμπεριφοράς, όπως η Φυσιολογική Ψυχολογία, Εξελικτική Ψυχολογία, Γνωστική Ψυχολογία, Ψυχολογία κ.λπ. Η δουλειά του νευροψυχολόγου είναι να παρατηρεί ατομικά τη κάθε περίπτωση και να προσπαθεί κλινικά να διαγνώσει, να ερμηνεύσει και να θεραπεύσει έναν ασθενή με διαταραχή στη συμπεριφορά μετά από εγκεφαλικές βλάβες ή δυσλειτουργίες (Α. Καραπέτσας, 1988). Ο σκοπός επομένως, του νευροψυχολόγου είναι να κατανοήσει τους εγκεφαλικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για μία διαταραχή στη συμπεριφορά ενός ανθρώπου. Στη περίπτωση αυτή για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερικινητικότητας.

Το νευροβιολογικό υπόστρωμα της ΔΕΠ-Υ έχει διερευνηθεί τις τελευταίες δεκαετίες με δύο βασικούς στόχους:

- α) την ανίχνευση του φυσιολογικού μηχανισμού της διαταραχής
- β) την προοπτική ανάπτυξη κλινικών μεθόδων διάγνωσης και παρακολούθησης των ασθενών

Σύμφωνα με νευροχημικές μελέτες τόσο ανατομικές όσο και βιοχημικές των νευροδιαβιβαστών και των μεταβολιτών τους στο αίμα, στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο

υγρά των πασχόντων συγκριτικά με ομάδα ελέγχου χωρίς τη διαταραχή, προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- A) Στη ΔΕΠ-Υ λειτουργούν ποικίλα νευροδιαβιβαστικά συστήματα, όπως της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης. Η κλινική εμφάνιση της διαταραχής εξηγείται όχι μόνο από τη δυσλειτουργία ενός μόνο νευροδιαβιβαστικού συστήματος ή μιας μόνο εγκεφαλικής περιοχής, αλλά συμμετέχουν διάφορες εγκεφαλικές περιοχές και αρκετοί νευροδιαβιβαστές (Harris, 1995).
- B) Οι μετρήσεις των νευροδιαβιβαστών και των μεταβολιτών τους σε βιολογικά υγρά δεν έχουν κλινική χρησιμότητα, καθώς δεν έχουν βρεθεί σταθερές μεταβολές στα πάσχοντα άτομα σε σχέση με τα άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ (Zametkin & Rapoport, 1987).
- Γ) Τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα για την ΔΕΠ-Υ είναι αυτά που προωθούν τη χρησιμοποίηση των κατεχολαμινών στις συνάψεις είτε μέσω διευκόλυνσης της σύνθεσης και απελευθέρωσης των κατεχολαμινών είτε μέσω αναστολής της επαναπρόσληψής τους (Castellanos & Rapoport, 1992).

Λειτουργική Νευρο-απεικόνιση

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες, ο Pliszka και οι συνεργάτες του (2006) με τη χρήση Λειτουργικής Μαγνητικής Τομογραφίας του Εγκεφάλου και ενός κατάλληλου πειράματος (Event-related Functional Magnetic Resonance Imaging), φανέρωσαν ιδιαίτερα σημαντικές διαφορές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, που υποδεικνύουν διαταραχή στην ικανότητα επεξεργασίας των σφαλμάτων. Αναλυτικότερα, υπήρχε η τάση της ενεργοποίησης της έλικας του προσαγωγίου σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ που έλαβαν διεγερτικά, σε αντίθεση με αυτά που δεν έλαβαν. Ο προμετωπιαίος λοβός και η έλικα του προσαγωγίου είναι οι περιοχές εκείνες του εγκεφάλου που ασκούν ανασταλτικό έλεγχο στη συμπεριφορά. Η έλικα του προσαγωγίου έχει βρεθεί από την ίδια ερευνητική ομάδα να έχει τάση αύξησης του μεγέθους της σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ που έλαβαν διεγερτικά (μεθυλφενιδάτη) για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, σε αντίθεση με αυτά που δεν έλαβαν. Οι διαφορές αυτές είναι πιθανόν να εξηγούν τη λειτουργική βελτίωση που δημιουργούν τα διεγερτικά. Επιπλέον, η ανακάλυψη αυτή πιθανόν να υποδεικνύει την πλαστικότητα της πρόσθιας έλικας του προσαγωγίου όταν το παιδί γίνεται ικανό να κάνει συνδέσεις ανάμεσα στους κανόνες και στη συμπεριφορά. Το 2008 ο Bush και οι συνεργάτες του είχαν ανάλογες ανακαλύψεις με τη χρήση της Λειτουργικής Μαγνητικής Τομογραφίας (Event-related Functional Magnetic Resonance Imaging) σε συγκριτική μελέτη παιδιών με ΔΕΠ-Υ και ομάδας ελέγχου. Τα

αποτελέσματα φανέρωσαν ότι η μεθυλφενιδάτη αύξησε την ενεργοποίηση της έλικας του προσαγωγίου κατά την εκτέλεση της δοκιμασίας «Multi-Source Interference Task» και συμπέραναν πως η πρόσθια έλικα του προσαγωγίου επιδρά στην ανίχνευση σφαλμάτων και στη διόρθωσή τους. Θεωρείται ότι είναι η κοινή οδός για τη ρύθμιση της συμπεριφοράς σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο. Συμπερασματικά, είναι δυνατόν η δομή αυτή να επηρεάζεται ανατομικά με την εκπαίδευση του παιδιού στη χρήση κανόνων για τη ρύθμιση της συμπεριφοράς. Οι παραπάνω παρατηρήσεις έχουν χρησιμοποιηθεί για ερευνητικούς σκοπούς και όχι για την κλινική μελέτη ασθενών.

Κλινική νευροαξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρειάζεται να εξετάζονται νευρολογικά αρχικά από τον παιδίατρο τους. Κατά την παιδονευρολογική αξιολόγηση δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αναζήτηση δυσμορφικών στιγμάτων, ενώ η νευρολογική εξέταση επεκτείνεται και στην αξιολόγηση της αισθητικότητας εκτός από το σύνηθες σχήμα της εξέτασης των κρανιακών νεύρων, πυραμιδικών, εξωπυραμιδικών, παρεγκεφαλιδικών σημείων. Η αναζήτηση δυσμορφικών στιγμάτων έχει αναδείξει αυξημένη επίπτωση ελασσόνων φυσικών ανωμαλιών και γενικά δυσμορφικών σημείων που συχνά συνοδεύουν ανωμαλίες ή υποδηλώνουν ανωριμότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος (Kinsbourne & Caplan, 1979). Αν η τυπική νευρολογική εξέταση αποδεικνύει σαφή παθολογικά ευρήματα στα προαναφερθέντα συστήματα, τότε χωρίς αμφιβολία το συγκεκριμένο παιδί πάσχει από κάποια νευρολογική διαταραχή. Τα παθολογικά ευρήματα που προκύπτουν από την εξέταση των συστημάτων αυτών θεωρείται πως υποδεικνύουν νευρολογική βλάβη σε οποιαδήποτε ηλικία. Παραδείγματα τέτοιων παθολογικών ευρημάτων είναι η πάρεση κρανιακού νεύρου ή ενός ή περισσότερων μελών, οι ανώμαλες ακούσιες κινήσεις, όπως η χορεία, κ.α. Η νευρολογική εξέταση παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να καταδείξει την παρουσία νευρολογικών σημείων τα οποία θα ήταν αποδεκτά και εντός φυσιολογικών ορίων για ένα παιδί μικρότερης ηλικίας, όμως όχι για ένα παιδί μεγαλύτερο που κανονικά θα έπρεπε να έχει ωριμάσει. Παραδείγματος χάριν, ένα παιδί προσχολικής ηλικίας μπορεί να εμφανίζει «συγκινησίες». Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πως όταν του ζητηθεί να κάνει μία συγκεκριμένη επαναληπτική κίνηση με το ένα χέρι, η κίνηση αυτή φαίνεται να παρασύρει και την άλλη πλευρά, ενώ κανονικά θα όφειλε να μείνει ακίνητη. Ένα παιδί σχολικής ηλικίας εκτελεί τη κίνηση μόνο με το ζητούμενο μέλος, ενώ το «ανώριμο» παιδί δεν καταφέρνει να διατηρήσει τη κίνηση στο ένα μέλος και έτσι παρουσιάζει συγκινησίες στην άλλη πλευρά. Σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ η νευρολογική εξέταση

συχνά περιλαμβάνει και την αναζήτηση ανάλογων «ήπιων» παθολογικών σημείων, τα οποία δεν ανισχνεύουν βλάβη, όπως τα κλασικά παθολογικά νευρολογικά σημεία, αλλά ανιχνεύουν ανωριμότητα ή διαταραχή στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος. Τα σημεία αυτά αναφέρονται ως «μαλακά» (soft) στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία, σε αντίθεση προς τα σκληρά (hard) σημεία, στα οποία αναφερθήκαμε προηγουμένως (π.χ πάρεση, χορεία κ.α) , και ταξινομούνται ως εξής:

- Κινητικά «μαλακά» νευρολογικά σημεία
- Αισθητικά «μαλακά» σημεία
- Γνωστικά «μαλακά» σημεία
- «Μαλακά» σημεία απ τα κρανιακά νεύρα
- Πλευρίωση (Η μη επικράτηση της δεξιάς πλευράς στο χέρι, το πόδι, τον οφθαλμό και το αυτί εκτιμάται ως μία ύποπτη «ασυμμετρία». Περίπου το 10% των ανθρώπων χρησιμοποιεί το αριστερό χέρι για μερικές ή όλες τις κινητικές δραστηριότητες που προϋποθέτουν την επικράτηση της μίας πλευράς.)

Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι πιο συχνές εξετάσεις που πιθανόν να ζητηθούν για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) και η νευροαπεικόνιση. Υπάρχουν δύο περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί το ΗΕΓ, όπως αυτή της γενικής αξιολόγησης της εγκεφαλικής λειτουργίας και αυτή της ανίχνευσης επιληπτογόνου δραστηριότητας. Στην πρώτη περίπτωση, αναμένεται πιθανή επικράτηση βραδέων συχνοτήτων, η οποία δύσκολα αξιολογείται σε κλινικό επίπεδο στα συγκεκριμένα παιδιά. Πιο σημαντική ένδειξη είναι η δεύτερη διότι η επιληψία και η ΔΕΠ-Υ έχουν μία σχέση που αξίζει να σχολιαστεί. (Rosenberg, 1991). Οι βσικότερες ενδείξεις για την εκτέλεση ΗΕΓ είναι η συνύπαρξη επιληψίας ή η υποψία για επιληπτογενή δραστηριότητα με υποκλινικές εκδηλώσεις. Δευτερεύουσες ενδείξεις είναι η ύπαρξη ασυμμετρίας καθώς και η ανεύρεση ψυχομετρικών ευρημάτων που υποδεικνύουν εστιακή ή ετερόπλευρο εγκεφαλική βλάβη. Σχετικά με την νευροαπεικόνιση, ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζουν πρόσφατες μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν τη δυσλειτουργία μετωπιαίων λοβών και βασικών γαγγλίων στη ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με αναλύσεις που έγιναν στα αποτελέσματα 200 μαγνητικών τομογραφιών, έγινε διαπίστωση πως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συγκεκριμένες μεταβολές οι οποίες δεν εμφανίζονται στα παιδιά χωρίς αυτή τη διαταραχή. Πιο αναλυτικά, τα πρόσθια τμήματα των μετωπιαίων λοβών σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ ήταν μικρότερα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, και

γενικά οι εγκεφαλοί τους, είχαν μικρότερο όγκο από αυτόν των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Επιπλέον, ενώ στα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά η ωχρά σφαίρα και ο κερκοφόρος πυρήνας εμφανίζονται μεγαλύτεροι σε μέγεθος δεξιά απ'ότι αριστερά, η φυσιολογική αυτή ασυμμετρία δεν παρουσιάζεται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αυτές οι ανωμαλίες, θεωρήθηκε ότι συμβαίνουν νωρίς κατά την εγκεφαλική ανάπτυξη και ότι πιθανώς συνδέονται με την άρση αναστολών που παρατηρείται σε αυτούς τους ασθενείς. Η διασυνδετική οδός βασικών γαγγλίων και μετωπιαίων λοβών φαίνεται ότι έχει άμεση σχέση με την ικανότητα του ατόμου να εκτιμά την ορθότητα των αντιδράσεων του, το σχεδιασμό και τον έλεγχο τους. (Teeter, 1998).

Στη κλινική πράξη δεν αναζητούνται αυτά τα ευρήματα, ενώ γενικά η εκτέλεση της μαγνητικής τομογραφίας του εγκεφάλου έχει παρόμοιες ενδείξεις με αυτές του ΗΕΓ. Συνεπώς, απαιτείται νευροαπεικόνιση όταν τα ευρήματα από το ιστορικό, τη νευρολογική εξέταση και την ψυχομετρική αξιολόγηση είναι τέτοια, που καθιστούν πιθανή την ανεύρεση δομικής βλάβης του εγκεφάλου.

5.2 Φαρμακευτική Αγωγή

Η απόφαση για χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται μετά από πολύ προσεκτική εξέταση. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η σοβαρότητα της κατάστασης του παιδιού. Δηλαδή, όταν συνυπάρχει κάποια καθυστέρηση στην ανάπτυξη με νευρολογικές ανεπάρκειες, όταν το παιδί είναι υπερβολικά ανήσυχο, διαταρακτικό ή όταν παρουσιάζει επίμονα δευτερογενή προβλήματα επιθετικότητας ή άρνησης σε τέτοιο βαθμό που η οικογένεια «πλέον δεν αντέχει». Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί επιπλέον, σε συνδυασμό με κάποια άλλη μορφή θεραπείας, και στις περιπτώσεις όπου το παιδί βρίσκεται σε μεγάλη διέγερση, παρουσιάζει σημαντικούς φόβους ή καταθλιπτική διάθεση, έχει χαμηλή αυτοεικόνα και αυτοπεποίθηση και δεν έχει εμπιστοσύνη στην αξία του. (Corbula Neuhaus, 1999, σελ. 61)

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

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

Ιδιαίτερες δυσκολίες είναι δυνατόν να αντιμετωπίσει ο ειδικός όταν πρόκειται να χορηγήσει τη φαρμακευτική αγωγή σε εφήβους. Γι' αυτό είναι απαραίτητο αφενός να τους δώσει επαρκείς εξηγήσεις αναφορικά με τα κύρια προβλήματα τους, αφετέρου να τους πληροφορήσει σχετικά με τον τρόπο επίδρασης του, φαρμάκου. Ο έφηβος με ΔΕΠ δεν θέλει να διαφέρει από τους συνομηλίκους του. Και επειδή χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα και υπερβολή, μπορεί να γίνει εξαιρετικά αρνητικός και ξεροκέφαλος.

Τέλος, οι ειδικοί, προτού χορηγήσουν κάποιο φάρμακο, πρέπει να ελέγξουν κατά πόσον είναι δυνατόν το παιδί να παίρνει ανελλιπώς το φάρμακο του.

Φάρμακα που χορηγούνται

Οι γιατροί και ειδικοί που ασχολούνται με τη ΔΕΠ-Υ δοκιμάζουν και χορηγούν επιλεκτικά συγκεκριμένα φάρμακα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της όπως της ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Τα φάρμακα τα οποία είναι πιο συνηθέστερα στη ΔΕΠ-Υ είναι τα ψυχοδιεγερτικά, και πιο συγκεκριμένα η μεθυλφενιδάτη, η δεξτροαμφεταμίνη, η πεμολίνη και η ατομεξίνη. Για την χορήγηση των παραπάνω φαρμάκων απαιτείται συνταγή διπλής γραμμής. Αφού χορηγηθεί η ανάλογη για το βάρος του παιδιού δοσολογία, παρατηρείται αύξηση του εύρους της προσοχής, μείωση της παρορμητικότητας και δραστηριότητας, καλύτερη συνεργασία και περισσότερη εστίαση στις σχολικές εργασίες. Η δράση του Retalin (μεθυλφενιδάτη) διατηρείται φθίνουσα για περίπου 4 ώρες από τη στιγμή που χορηγείται, έτσι μπορεί να παρατηρηθεί έντονη υπερκινητικότητα και αποδιοργάνωση του παιδιού. Τα φάρμακα αυτά είναι ιδιαίτερα ασφαλή για τα παιδιά. Ωστόσο, στις παρενέργειες τους εντάσσονται η ανορεξία, μείωση του βάρους του παιδιού, ταχυκαρδία, υπνηλία, ζάλη και αϋπνία. Με τη παρατεταμένη χορήγηση ενός φαρμάκου από αυτά μπορεί να παρατηρηθεί μεταβολή στον ρυθμό ανάπτυξης του παιδιού, γεγονός μη αναστρέψιμο. Είναι ακόμη πιθανό να προκαλέσει την εμφάνιση κάποιου τικ σε άτομα που έχουν τέτοια προδιάθεση. Τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εθισμό και μπορούν ανά πάσα στιγμή να διακοπούν χωρίς να προκύψει κάποιο πρόβλημα. Φυσικά, όταν δεν χορηγούνται, τα συμπτώματα επανέρχονται, αλλά τα οφέλη του παιδιού από αυτή τη παρέμβαση είναι φανερά, καθώς το παιδί εντάσσεται στη κατηγορία αυτών που ανταποκρίνονται επαρκώς στη χορήγηση του φαρμάκου. Όσον αφορά το θέμα του εθισμού στα φάρμακα, έχει αποτελέσει αιτία φόβου από τους γονείς. Ωστόσο, δεν υπάρχει επιστημονική βάση η οποία να υποστηρίζει κάτι τέτοιο, αφού έπειτα από παρατηρήσεις χρόνων, φαίνεται πως ακόμα και οι αμφεταμίνες, ως κατηγορία ψυχοδιεγερτικών, χρησιμοποιούνται ως ναρκωτικά πολύ λιγότερο από άλλα, και μάλιστα με σταθερή συχνότητα εδώ και 20 χρόνια. Το παιδί δεν αισθάνεται «δίψα» για την επόμενη δόση, αλλά αν δεν την χορηγηθεί γίνεται και πάλι υπερκινητικό και απρόσεχτο, όπως ακριβώς το παιδί που έχει άσθμα, εμφανίζει και πάλι δυσκολίες αναπνευστικές μόλις περάσει η δόση του βρογχοδιασταλτικού. Παρόλο που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά και ασφαλή, τα ψυχοδιεγερτικά, δεν είναι τόσο ευρεία η χρήση τους όσο θα ήταν το αναμενόμενο. Μια άλλη κατηγορία φαρμάκων για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι αυτή των αντικαταθλιπτικών, τα οποία είναι κάπως βοηθητικά σε κάποιες περιπτώσεις αλλά δεν έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα με τα ψυχοδιεγερτικά. Τα φάρμακα αυτά συνήθως χορηγούνται όταν τα ψυχοδιεγερτικά δεν φέρουν τα αναμενόμενα

αποτελέσματα , και απευθύνονται κυρίως σε άτομα με ΔΕΠ-Υ και παράλληλη νοσηρότητα. Συμπερασματικά, φαίνεται πως η φαρμακοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Ιδιαίτερα η χρήση των ψυχοδιεγερτικών έχει αυξηθεί πάρα πολύ τα τελευταία χρόνια. Σήμερα, όλο και περισσότεροι έφηβοι αλλά και ενήλικες, ακολουθούν αγωγή η οποία είναι αποτελεσματική και έτσι καταρρίπτονται οι μύθοι σχετικά με τον εθισμό των ατόμων με ΔΕΠ-Υ στα ψυχοδιεγερτικά. Είναι φανερό πως η εν λόγω διαταραχή αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα, συνήθως χρόνια, του οποίου η αντιμετώπιση αν δεν είναι έγκαιρη, έχει κακή πρόγνωση. Ακόμη, οφείλεται να τονιστεί πως η φαρμακοθεραπεία δεν καταργεί τις άλλες παρεμβάσεις, αλλά τις βοηθάει να εφαρμοστούν και να είναι περισσότερο αποτελεσματικές. Στις περιπτώσεις που ο βαθμός σοβαρότητας της διαταραχής δεν είναι αυξημένος ή το παιδί δείχνει να ανταποκρίνεται σε άλλους τρόπους αντιμετώπισης, η χρήση των φαρμάκων αναβάλλεται, καθώς επίσης και όταν υπάρχει κίνδυνος ανεπιθύμητων παρενεργειών στο συγκεκριμένο παιδί, λόγω υπέρτασης, καρδιαγγειακού προβλήματος, κ.α.

6 Θεραπείες

6.1 Η κλασική θεραπεία

Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει οπωσδήποτε να συνυπολογίζεται η πολυπαραγοντική φύση της διαταραχής αλλά και το γνωστικό επίπεδο και οι αναπτυξιακές ανάγκες κάθε παιδιού. Οι παρεμβάσεις που έχουν προταθεί δεν στοχεύουν στην εξάλειψη της διαταραχής, γεγονός αδύνατο, αλλά στο περιορισμό της πρωτογενούς συμπτωματολογίας της διαταραχής και στη μείωση ή πρόληψη των δευτερογενών προβλημάτων τα οποία συνήθως απορρέουν από αυτήν. Σύμφωνα με τον Καλατζή- Αζίζι (2005) η θεραπευτική παρέμβαση στη περίπτωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι βασισμένη σε τρεις βασικές αρχές : α) να είναι προσαρμοσμένη στις συγκεκριμένες ανάγκες του παιδιού υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες β) να υπάρχει μακροχρόνια πολιτική παρέμβασης με συνδυασμό πολλών στοιχείων , και γ) να υπάρχει μέριμνα για τη βελτίωση της χαμηλής αυτοεκτίμησης που συχνά παρουσιάζουν αυτά τα παιδιά.

Οι κυριότερες συμπεριφορικές τεχνικές έχουν στόχο:

1. την αύξηση των θετικών μορφών συμπεριφοράς του παιδιού και στην ανάπτυξη των συμπεριφορών που δεν υπάρχουν στο ρεπερτόριο του,
2. στη μείωση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς και
3. στην εκμάθηση δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης.

Αύξηση των θετικών μορφών συμπεριφοράς

Α) Θετική ενίσχυση: Αφορά οποιοδήποτε γεγονός ή ερέθισμα, η επίδραση του οποίου αυξάνει τη πιθανότητα επανεμφάνισης της συμπεριφοράς της οποίας έπεται (Kazdin,2001). Στην αρχή κάθε προγράμματος παρέμβασης, ο μαθητής είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αμοίβεται για κάθε θετική ή έστω μη αρνητική συμπεριφορά του. Παραδείγματος χάριν, οι γονείς ή οι δασκάλοι είναι καλό ανά τακτά χρονικά διαστήματα να ενισχύουν το παιδί με ένα «μπράβο» ή ακουμπώντας το φιλικά, όταν εκείνο είναι ήσυχο αυτή την ώρα, παίζει ήρεμα με τα αδέρφια του ή τους συμμαθητές του, ή απασχολείται ήσυχα σε μία δραστηριότητα. Οι ενισχυτές διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τους πρωτογενείς (τροφή, νερό κλπ) και τους δευτερογενείς (έπαινος, βαθμοί, χρήματα, δώρα, αγαπημένες δραστηριότητες, αυτοκόλλητα)

(Γενά,2002, Kazdin 2001, Σοφianoπούλου,2011) Οι ενισχυτές/αμοιβές μπορεί να είναι: α)υλικά αντικείμενα(π.χ παιχνίδια, σφραγίδες, αυτοκόλλητα, αγαπημένες τροφές), β)δραστηριότητες οι οποίες είναι ευχάριστες για το παιδί(π.χ να πάει στο λούνα παρκ, σε ένα πάρτι, σε έναν φίλο του), γ)πληροφόρηση, δηλαδή παροχή ανατροφοδότησης σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών του παιδιού(π.χ εκφράσεις, κινήσεις που δηλώνουν αναγνώριση , επιβεβαίωση και είναι ευχάριστες για το παιδί) (Καλατζή-Αζίζι, 1992).

Ωστόσο δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί και να προβλεφεί απόλυτα, ποιες δραστηριότητες ή πράγματα αποτελούν ενισχυτές της συμπεριφοράς. Αυτό συμβαίνει διότι το κάθε παιδί είναι διαφορετικό και έχει τις δικές του προτιμήσεις , και σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα να έλκεται και να κινητοποιείται από διαφορετικά ερεθίσματα.

Η αποτελεσματικότητα των ενισχυτών εξαρτάται από κάποιους παράγοντες:

- Την αμεσότητα, δηλαδή το πόσο γρήγορα ενισχυθεί το παιδί αμέσως μετά την επιθυμητή συμπεριφορά. Σε περίπτωση που η αμοιβή καθυστερήσει είναι πιθανό να προκύψουν άλλοι παράγοντες μεταξύ της συμπεριφοράς – στόχου και της ενίσχυσης , οπότε μπορεί να περιοριστεί η επίδραση της.
- Την ποσότητα της ενίσχυσης, η οποία θα πρέπει να είναι αρκετά μεγάλη ,για να είναι πραγματικά ενισχυτική, αλλά όχι τόσο μεγάλη ώστε να προκαλέσει κορεσμό.(Favell, 1997)
- Την αποστέρηση της ενίσχυσης η οποία έχει την αντίθετη επίδραση σε σχέση με τον κορεσμό. Αυτό αυξάνει την αποτελεσματικότητα του ενισχυτή επειδή το παιδί δεν έχει ενισχυθεί πρόσφατα.(Morgan & Jenson, 1998)
- Τη σταθερότητα με την οποία δίνεται ένας ενισχυτής κάθε φορά που εμφανίζεται η επιθυμητή συμπεριφορά.

Β) Αρνητική ενίσχυση: Αφορά την πιθανότητα να αυξηθεί η εμφάνιση μίας επιθυμητής συμπεριφοράς λόγω της μείωσης ή απομάκρυνσης ενός αρνητικού ερεθίσματος αμέσως μόλις εμφανιστεί η συμπεριφορά.(Kazdin, 2001). Στη περίπτωση αυτή επίσης η αμεσότητα η ένταση και η συχνότητα είναι παράγοντες που είναι σημαντικοί για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

Γ) Σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών: Στη περίπτωση αυτή ο ειδικός εκτός από την εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς , μπορεί να προκαλέσει και την μείωση της ανεπιθύμητης, μέσω της στέρησης προνομίων. Συγκεκριμένα το σύστημα ανταλλάξιμων

αμοιβών αφορά ένα σύστημα συμβολικής ενίσχυσης στο οποίο αντί για την άμεση ενίσχυση, υπάρχουν τα κουπόνια, τα αυτοκόλλητα ή σφραγίδες, τα οποία το παιδί συγκεντρώνει και μπορεί να ανταλλάξει στη συνέχεια με κάποιον ενισχυτή. Ένας διαφορετικός τρόπος εφαρμογής του συστήματος ανταλλάξιμων αμοιβών, θα μπορούσε να είναι η παροχή στο παιδί κάποιων αυτοκολλητών ή προνομίων στην αρχή κάθε συνεδρίας και η αφαίρεση ενός από αυτά όποτε το παιδί παραβιάζει κάποιον κανόνα από αυτούς που έχει τεθεί.

Δ) Σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς: Η τεχνική αυτή, όπως και οι επόμενες που θα ακολουθήσουν αφορούν την εκμάθηση συμπεριφορών οι οποίες δεν υπάρχουν στο ρεπερτόριο του παιδιού. Στο πλαίσιο αυτό ενισχύεται κάθε συμπεριφορά που μοιάζει με τη τελική συμπεριφορά-στόχο (Gelfand & Hartmann, 1984) ή κάθε βήμα προς αυτή (Gena & Taylor, 1993). Αν κάποιος στόχος είναι δύσκολο να επιτευχθεί, τον διαιρούμε εκ νέου σε επιμέρους στόχους. Η τεχνική σταδιακής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς αποτελείται από τα ακόλουθα στάδια (Ferguson, 2003):

- Επιλογή συμπεριφοράς –στόχου (π.χ το παιδί δεν πρέπει να σηκώνεται από τη καρέκλα του κατά τη διάρκεια του μαθήματος, πρέπει να συγκεντρώνεται για 15 συνεχή λεπτά, κ.λπ.)
- Αξιολόγηση του παρόντος επιπέδου του παιδιού ως προς τη συμπεριφορά-στόχο, προσδιορισμός της «γραμμής βάσης» σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της επιθυμητής συμπεριφοράς και τη διάρκεια της.
- Επιλογή πρώτης συμπεριφοράς-στόχου.
- Επιλογή κατάλληλων ενισχυτών
- Εφαρμογή προγράμματος συνεχούς ενίσχυσης, δηλαδή να ενισχύεται η προσπάθεια κάθε φορά που επιτυγχάνεται και πλησιάζει τη συμπεριφορά στόχο.
- Μετατροπή παρεχόμενης ενίσχυσης από συνεχή σε μεταβαλλόμενη (αφού έχει κατακτηθεί η επιθυμητή συμπεριφορά). Στη συνέχεια ορίζεται η επόμενη συμπεριφορά στόχος, που είναι δυσκολότερη σε σχέση με τη συμπεριφορά που έχει κατακτηθεί. Οι συμπεριφορές-στόχοι πρέπει να είναι διαβαθμιζόμενης δυσκολίας.

Ε) Παροχή τμηματικής βοήθειας: Η τμηματική βοήθεια προηγείται της συμπεριφοράς-στόχου και βοηθάει τη πιθανότητα εμφάνισης της (Gena & Taylor, 1993). Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, αποσύρεται σταδιακά ώστε το παιδί να μάθει να εκδηλώνει την επιθυμητή συμπεριφορά ως αποτέλεσμα των φυσικών ερεθισμάτων που προηγούνται αυτής και να μην μάθει την εξάρτηση από την τμηματική βοήθεια (Gena & Taylor, 1993). Στην τεχνική αυτή ο

ειδικός μπορεί να καθοδηγήσει το μαθητή για την εκτέλεση μίας δραστηριότητας, να τον κατευθύνει με ερωτήσεις για την επίλυση προβλημάτων και να λειτουργήσει ως πρότυπο για το παιδί παρουσιάζοντας του λύσεις, μέχρι εκείνο να ανεξαρτητοποιηθεί και να προσανατολιστεί (Lauth, 2000).

ΣΤ) Μίμηση προτύπου: Στη τεχνική αυτή το παιδί παρακολουθεί αρχικά ένα πρότυπο, είτε τον γονέα, είτε τον θεραπευτή ή κάποιον συμμαθητή του, και στη συνέχεια καλείται να μιμηθεί τη συμπεριφορά του προτύπου (Bandura, 1973).

Μείωση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς

A) Απόσβεση: Αφορά τη διακοπή της ενίσχυσης μιας συμπεριφορά, με σκοπό να μειωθεί η πιθανότητα να ξαναεμφανιστεί αργότερα (Kazdin, 2001 – Martin & Pear, 2003). Όταν σταματήσει η ενίσχυση μίας συμπεριφοράς που συνεχώς στο παρελθόν ενισχυόταν, τότε αναμένεται η σταδιακή εξάλειψη της. Παραδείγματος χάριν, όταν ένα παιδί κάνει συνεχώς άσχετες ερωτήσεις την ώρα της μελέτης για να αποφύγει τη προσπάθεια που απαιτείται, τότε ο δάσκαλος ή ο γονέας που είναι μαζί του οφείλει να αγνοήσει τη διασπαστική συμπεριφορά χωρίς να απαντήσει και να συνεχίσει τη διαδικασία της μελέτης. Αυτή η τεχνική δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις έντονα επιθετικών μορφών συμπεριφοράς διότι μπορεί να κινδυνεύει η σωματική ακεραιότητα του παιδιού ή κάποιου άλλου εξαιτίας της προβληματικής συμπεριφοράς. Στις περιπτώσεις αυτές συνιστάται η διακοπή των θετικών ενισχύσεων (Αγγελή, 2011).

B) Τιμωρία: Η τιμωρία εφαρμόζεται αμέσως μετά από μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά με σκοπό να μειωθεί η πιθανότητα επανεμφάνισής της. Επισημαίνεται πως πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε περιπτώσεις που τα προγράμματα ενίσχυσης και απόσβεσης δεν είχαν την αναμενόμενη επιτυχία. Περιλαμβάνει την αφαίρεση προνομίων, την διακοπή θετικών ενισχύσεων (time-out) και την υπερδιόρθωση. Η αφαίρεση προνομίων είναι μία μορφή τιμωρίας που μπορεί να οδηγήσει στον περιορισμό των ακατάλληλων μορφών συμπεριφοράς, και εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όπου τα παιδιά έχουν κερδίσει ορισμένα προνόμια ή ανταμοιβές για κάποιες μορφές συμπεριφοράς που θεωρήθηκαν επιθυμητές και κατάλληλες. (Iwata & Bailey, 1974). Η διακοπή των θετικών ενισχύσεων είναι μία προσωρινή απομάκρυνση του παιδιού από τις θετικές ενισχύσεις που του παρέχονταν. Σε αντίθεση με την απόσβεση, στοχεύει στην ενεργητική απομάκρυνση του παιδιού από ο,τιδήποτε αποτελεί για το ίδιο πηγή ενίσχυσης. Τέλος, η υπερδιόρθωση επιτυγχάνεται με

δύο τρόπους: με τον πρώτο τρόπο πραγματοποιείται προσπάθεια επαναφοράς στην αρχική κατάσταση, η οποία αντράπηκε λόγω κάποιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς από το παιδί. Παραδείγματος χάριν, εάν ένα παιδί φέρει αναστάτωση στο δωμάτιό του με τα παιχνίδια του, θα πρέπει στη συνέχεια να τα τοποθετήσει στη θέση τους και να καθαρίσει το δωμάτιό του. Με τον δεύτερο τρόπο επιχειρείται επανάληψη της επιθυμητής συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, όταν ένα παιδί συνηθίζει να παρατάει το παλτό του σε όλα τα σημεία του σπιτιού, θα μπορούσε να του ζητηθεί να το κρεμάσει τέσσερις συνεχόμενες φορές στην κρεμάστρα, με την προϋπόθεση να του εξηγηθεί ο λόγος που του ζητήθηκε να το κάνει (Αγγελή, 2001 – Αγγελή & Βλάχου, 2004)

Δεξιότητες αυτοδιαχείρισης

Οι προσπάθειες που γίνονται για να αναπτυχθούν οι δεξιότητες αυτοδιαχείρισης στο παιδί επικεντρώνονται στον έλεγχο που ασκεί το παιδί στη συμπεριφορά του μέσω της εφαρμογής συμπεριφορικών τεχνικών. Το σημαντικότερο σε αυτή τη προσπάθεια είναι να επιτευχθεί η σταδιακή μεταφορά του ελέγχου από τα άτομα που εμπλέκονται στη θεραπεία, στο ίδιο το παιδί. Η άσκηση των παιδιών στον έλεγχο και τη διαχείριση της συμπεριφοράς τους επιτυγχάνεται με την υλοποίηση μίας σειράς στρατηγικών όπως π.χ της αυτοπαρατήρησης, της αυτοκαθοδήγησης, της αυτοαξιολόγησης, της αυτοαπόδοσης της ενίσχυσης και της αυτοριμωρίας.

A) Η αυτοπαρατήρηση: Στα πλαίσια της διαδικασίας της αυτοπαρατήρησης το παιδί μαθαίνει να παρατηρεί ορισμένες πλευρές της δικής του συμπεριφοράς και στη συνέχεια να τις καταγράφει με τρόπο αντικειμενικό. Το παιδί είναι σε θέση, για παράδειγμα, να σημειώνει σε μία σελίδα αν μέχρι την ώρα που ακούστηκε ο ήχος από το μαγνητόφωνο (που θα χρησιμοποιεί για τη καταγραφή) διασπάστηκε η προσοχή του ή ήταν συγκεντρωμένος στην εργασία του. Επίσης, το παιδί μπορεί να βαθμολογήσει τον εαυτό του με συν(+) και πλην (-). Η διαδικασία αυτή βοηθάει το παιδί να παραμένει ενημερωμένο για την εμφάνιση ή μη των συμπεριφορών-στόχων, γεγονός το οποίο αυξάνει την αυτορρυθμιστική του ικανότητα.

B) Η αυτοενίσχυση: Με τη βοήθεια της τεχνικής αυτής το παιδί καλείται να αξιολογήσει το ίδιο τον εαυτό του και στη συνέχεια να ενισχύσει ανάλογα τη σωστή συμπεριφορά του. Ο σκοπός της τεχνικής αυτής είναι να καταφέρει το παιδί να πάρει την ευθύνη για την παρακολούθηση της συμπεριφοράς του από τους σημαντικούς άλλους ή τον θεραπευτή(

Shapiro & Cole, 1994). Οι Rhode et al. (1983) εφάρμοσαν μία μέθοδο στα πλαίσια του σχολείου, στην οποία δάσκαλος και μαθητής αξιολογούν από κοινού τη συμπεριφορά του τελευταίου, με βάση τα κριτήρια που έχουν καθοριστεί. Υπάρχει μία κλίμακα όπου βαθμολογείται η συμπεριφορά του μαθητή από το 0 έως το 5, στην οποία καταγράφεται ο βαθμός καταλληλότητας της συμπεριφοράς. Ο μαθητής κερδίζει βαθμούς όταν η συμπεριφορά του είναι η κατάλληλη και όταν η αξιολόγηση ταιριάζει με εκείνη του δασκάλου.

Γ) Η αυτοκαθοδήγηση: Η αυτοκαθοδήγηση αναφέρεται στη διαδικασία των *«λεκτικών δηλώσεων που κάνει το άτομο στον εαυτό του, προκειμένου να καθοδηγήσει, να κατευθύνει και να συμβάλει στη διατήρηση της συμπεριφοράς του»* (O' Leary & Dubey, 1979, σ.450). Το πρόγραμμα της αυτοκαθοδήγησης ακολουθεί τα παρακάτω στάδια (Meichenbaum & Goodman, 1971) :

- Ο θεραπευτής ή ο γονέας παρουσιάζει προφορικά τις οδηγίες προς τον εαυτό του λειτουργώντας ως μοντέλο
- Το παιδί εφαρμόζει την ίδια δραστηριότητα με τη καθοδήγηση του συντονιστή.
- Το παιδί εκτελεί τη δραστηριότητα εκφέροντας δυνατά τις οδηγίες στον εαυτό του.
- Το παιδί υλοποιεί τη δραστηριότητα εκφέροντας ψιθυριστά τις οδηγίες
- Το παιδί επιχειρεί τη δραστηριότητα ενώ καθοδηγεί τον εαυτό του με εσωτερικευμένο λόγο.

6.2 Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία

Οι γνωσιακές τεχνικές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στα προγράμματα παρέμβασης για παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς τα τελευταία παρουσιάζουν ιδιαίτερες ελλείψεις στο γνωστικό τομέα, όπως για παράδειγμα, δυσκολίες στον προγραμματισμό ή και στην επίλυση προβλημάτων. Ακόμη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν πολλά δευτερογενή προβλήματα τα οποία έχουν άμεση σχέση με τις εμπειρίες από το χώρο του σχολείου και της οικογένειας, που συνήθως είναι αρνητικές (όπως π.χ άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα μειονεξίας). Τα προβλήματα αυτά συχνά συνδέονται με αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό («δεν θα τα καταφέρω ποτέ», «δεν αξίζω», «πάντα θα με κοροϊδεύουν», «οι άλλοι είναι καλύτεροι»), τους άλλους («οι άλλοι θα με κρίνουν»), και το μέλλον («θα αποτύχω», «δεν θα κάνω φίλους»). Οι γνωσιακές παρεμβάσεις είναι πολύ σημαντικές για την περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Εκπαίδευση στο γνωσιακό μοντέλο:

Είναι πολύ σημαντικό για τους γονείς, τα παιδιά αλλά και τους σημαντικούς άλλους να εισέρχονται στο πνεύμα της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας και να ενημερώνονται συνεχώς για τη περίπτωση του εκάστοτε παιδιού. Η παροχή πληροφοριών οφείλει να γίνεται με ευέλικτο και ενδιαφέροντα τρόπο καθώς και να είναι σχετική με τα δεδομένα που υπάρχουν στη συγκεκριμένη περίπτωση. Για την υλοποίηση και επίτευξη των στόχων του προγράμματος, ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει παιχνίδια, ήρωες από κινούμενα σχέδια, ιστορίες, μεταφορές, παραδείγματα (Herbert, 1998;2004; Piacentini & Bergman, 2001). Για τα συγκεκριμένα προβλήματα υπάρχουν πολλά διαθέσιμα βιβλία, ταινίες και ιστοσελίδες που σχετίζονται με την ψυχοεκπαίδευση γονέων και παιδιών για (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009). Μία συγκεκριμένη ιστορία ή ταινία είναι δυνατό να κάνει ευκολότερη τη κατανόηση της φύσης του προβλήματος, καθώς και των ενδεικνυόμενων τρόπων αντιμετώπισης.

Εντοπισμός και η τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων:

Το επόμενο βήμα είναι ο εντοπισμός και η τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων, στα πλαίσια του οποίου μπορεί να αξιοποιηθούν παραλλαγές ημερολογίων με τρεις ανάλογες στήλες. Για παράδειγμα στη μία στήλη θα επισημαίνεται η κατάσταση που έχει προκαλέσει

το αρνητικό συναίσθημα, στην άλλη το συναίσθημα και στη τρίτη οι σκέψεις που το συνοδεύουν.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται παράδειγμα καταγραφής δυσλειτουργικών σκέψεων:

Κατάσταση	Πως ένιωσα;	Πόσο δυνατό ήταν το συναίσθημα; (0-10)	Η καταγίδα μέσα στο μυαλό μου
Η μαμά με μάλωσε που έσπασα το βάζο.	Λύπη	8	Δεν με αγαπάει, φταίω, δεν είμαι καλό παιδί γι' αυτό μου φώναξε

Ειδικές γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης

Α. Έλεγχος των ερεθισμάτων: Στόχος της τεχνικής αυτής είναι ο εντοπισμός των συνθηκών και των γεγονότων που προηγούνται της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Αφού γίνει αυτό, σκοπός είναι να τις αλλάξουμε ή να τις αποφύγουμε προκειμένου να μην εμφανιστεί η διασπαστική συμπεριφορά. (Αγγελή, 2001). Για παράδειγμα αν ένα παιδί δεν μπορεί να συγκεντρωθεί στο διάβασμα του και εκδηλώνει διασπαστική συμπεριφορά την ώρα της μελέτης, καλό θα ήταν οι γονείς να διαμορφώσουν το χώρο κατάλληλα, ώστε το παιδί να μην περιτριγυρίζεται από αντικείμενα τα οποία θα μπορούσαν να του αποσπάσουν τη προσοχή.

Β. Σταδιακή αύξηση του εύρους της προσοχής: Στόχος της τεχνικής αυτής είναι η διατήρηση της προσοχής του παιδιού για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κατά τη πραγματοποίηση ενός έργου, μίας δραστηριότητας (Φατούρου, 1977). Σημαντικό είναι στην αρχή το παιδί να ξεκινά με εύκολες δραστηριότητες για να αποκτήσει θετική στάση απέναντι στην ικανότητα του να αποδίδει αποτελεσματικά, και στην συνέχεια να ενασχοληθεί με πιο δύσκολες δραστηριότητες που έχουν σχέση με τη καθημερινότητά του, όπως για παράδειγμα τις σχολικές του εργασίες. Ενδείκνυται η χρήση ρολογιού ή χρονομέτρου, για να εξοικειωθεί το παιδί στην κατανόηση της έννοιας του χρόνου καθώς επίσης και στη διατήρηση της προσοχής του σε κάθε δραστηριότητα. Παραδείγματα δραστηριοτήτων που θα μπορούσε το παιδί να εκτελέσει είναι η τακτοποίηση ή συμπλήρωση εικόνων, οι ασκήσεις μνήμης, σειριοθέτηση, και ασκήσεις οπτικοκινητικού συντονισμού όπως επίλυση λαβίρυνθου.

Γ. Εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες: Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η δυσκολία δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών σχέσεων με τους συνομηλικούς (Morgan & Jenson, 1998). Αυτό συμβαίνει λόγω της παρορμητικότητας

τους με την οποία μπορεί να χαλάσουν το παιχνίδι των άλλων παιδιών, να παραβαίνουν κανόνες και να διακόπτουν στο μάθημα. Ακόμη, οι μαθησιακές δυσκολίες που μπορεί να παρουσιάζουν αλλά και οι ενέργειες που κάνουν για να τραβήξουν τη προσοχή των συμμαθητών τους και του δασκάλου, τους οδηγεί στο περιθώριο από τους συνομιλήκους τους. Για το λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντική και ωφέλιμη η εκπαίδευση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στις κοινωνικές δεξιότητες. Πιο συγκεκριμένα η εκπαίδευση αφορά την εκμάθηση στη διαχείριση του θυμού τους και της επιθετικότητας, τη διατύπωση και αποδοχή θετικών σχολίων, την αναζήτηση βοήθειας και εύρεση υποστήριξης, τη συμμόρφωση κανόνων, την έκφραση άρνησης κ.α.

Δ. Εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων: Στόχος είναι η εκμάθηση του παιδιού στην αξιολόγηση των καταστάσεων από το ίδιο και η αντιμετώπιση των δυσκολιών και των προβλημάτων τους με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο (Ψύλλου & Ζαφειροπούλου,2009).

Ε. Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής της συναισθηματικής δυσφορίας: Στόχος είναι η εκμάθηση του παιδιού στη διαχείριση της συναισθηματικής του δυσφορίας η οποία μπορεί να προέρχεται από τον θυμό, την αδικία, την απογοήτευση και τη στεναχώρια. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να μάθουν να ελέγχουν τις παρορμητικές τους αντιδράσεις. Το παιδί μαθαίνει να ανακαλύπτει τα πρώτα σημάδια που προκαλούν συναισθηματική δυσφορία και να εκδηλώνει συμπεριφορές αντίθετες με αυτή όπως για παράδειγμα να ακούει χαλαρωτική μουσική, να κάνει μασάζ στον εαυτό του, να χαϊδέψει το κατοικίδιο του και γενικά να παρουσιάσει συμπεριφορές διεγερτικές και χαλαρωτικές (Αγγελή,2011; Friedberg et al., 2009).

ΣΤ. Εκπαίδευση στη διαχείριση του θυμού: Η διαχείριση του θυμού σύμφωνα με τον Eisert (1999) περιλαμβάνει:

- Την αναγνώριση του συναισθήματος και του θυμού και την αξιολόγηση της έντασής του
- Τον εντοπισμό των καταστάσεων όπου το παιδί είναι πιθανότερο να θυμώσει
- Την εκπαίδευση μέσω μίμησης προτύπου και λεκτικής αυτοκαθοδήγησης σε εναλλακτικές αντιδράσεις
- Τη χρήση γνωσιακών τεχνικών με τις οποίες το παιδί μαθαίνει να ερμηνεύει τα συναισθήματα του θυμού που προκαλούν την επιθετική συμπεριφορά, διαφορετικά

- Την εκπαίδευση σε εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης των δυσκολιών με τη μίμηση προτύπου
- Την εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης

Z. Τεχνικές χαλάρωσης – Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση: Στην τεχνική αυτή το παιδί εξασκείται στη σύφιξη ομάδων μυών για κάποια δευτερόλεπτα , ενώ στη συνέχεια χαλαρώνει τους μύες του, έτσι ώστε να εντοπίσει τη διαφορά ανάμεσα στη μυϊκή ένταση και τη χαλάρωση (Friedberg, McClure,& Hillwig Garcia,2009q Merell,2008).

6.3 Ειδική αγωγή και εκπαίδευση

Η ειδική εκπαίδευση είναι ένα «γενικό πρόγραμμα αγωγής» που εφαρμόζεται σε παιδιά και εφήβους με συναισθηματική, σωματική ή νοητική στέρση. Συμβάλλει στον περιορισμό και την αντιμετώπιση του μεγέθους των μειονεξιών τους και τους παρέχει τις απαραίτητες ευκαιρίες για την ενσωμάτωσή τους. Ουσιώδες συστατικό στοιχείο αυτής της θεραπείας αποτελεί η ολοκληρωμένη συμβουλευτική στους γονείς αλλά και τα άλλα πρόσωπα που μοιράζονται τη φροντίδα του εκάστοτε παιδιού. Στο πρόγραμμα αυτό εφαρμόζονται τεκμηριωμένες πρακτικές μέθοδοι με εκπαιδευτικό χαρακτήρα με σκοπό την αποκατάσταση της ομαλής ανάπτυξης του παιδιού. Ανάλογα με την εκπαίδευση και το κέντρο βάρους της θεραπείας, ο ένας ειδικός παιδαγωγός μπορεί να ασχολείται περισσότερο με την κοινωνική πλευρά ενώ ο άλλος με την προώθηση της ανάπτυξης. Ο ειδικός που κατέχει βαθιά γνώση για το σύνδρομο ΔΕΠ-Υ και τα χαρακτηριστικά του, αλλά και για τις διαταραχές κινητικού συντονισμού και νευρολογικές ανεπάρκειες, οφείλει να εφαρμόζει μία συνθετική ειδική παιδαγωγική εξελικτική θεραπεία, με συμπεριφοριστικές θεραπευτικές βάσεις, η οποία κάθε φορά θα ενσωματώνεται στις ανάγκες του κάθε ατόμου ανάλογα με τη διαταραχή του. Το επίκεντρο της θεραπείας αυτής είναι η άσκηση της προσοχής, η οποία σε συνδυασμό με ατομικά προγράμματα εστιάζει στην απόκτηση κινητικών και αντιληπτικών εμπειριών.

Αιτιολογία

Η αιτιολογία της ΔΕΠΥ συμπεριλαμβάνει την αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων, τόσο γενετικών, όσο και περιβαλλοντικών. Η ΔΕΠΥ αντιμετωπίζεται σαν μία ετερογενής διαταραχή με διαφορετικούς υποτύπους που προέρχονται από διαφορετικούς συνδυασμούς των παραγόντων κινδύνου που δρουν από κοινού. Αναλυτικότερα, αναφορικά με τους γενετικούς παράγοντες έχει παρατηρηθεί ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ παρουσιάζουν μεγάλες γενετικές επιρροές. Μελέτες καταδεικνύουν ότι το 75% της διακύμανσης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ στον πληθυσμό οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες και στην κληρονομικότητα (Faraone et al., 2005 στο National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2009). Ωστόσο, δεν έχει ταυτοποιηθεί κάποιο μεμονωμένο γονίδιο ως υπεύθυνο για τη ΔΕΠΥ, αλλά διάφορες παραλλαγές του DNA έχουν συσχετιστεί ως πιθανώς υπεύθυνες για την παρουσία της προδιάθεσης του ατόμου για εμφάνιση ΔΕΠΥ. Από τη άλλη πλευρά, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορεί να επιδράσουν ως προς την εμφάνιση της ΔΕΠΥ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε βιολογικούς, διατροφικούς και ψυχολογικούς. Σχετικά με

την πρώτη κατηγορία που αναφέρθηκε εντάσσονται μια σειρά από παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου και της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Οι παράγοντες αυτοί δε λειτουργούν μεμονωμένα, αλλά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η κατηγορία των διατροφικών παραγόντων έχει προσελκύσει μεγάλη δημόσια προσοχή. Συχνά θεωρούνται ως αιτίες της ΔΕΠΥ η κατανάλωση ζάχαρης, τα πρόσθετα και οι χρωστικές των τροφίμων. Παρόλα αυτά η επιδημιολογική έρευνα δείχνει μια σύνδεση ανάμεσα στο πρόσθετα και τα συντηρητικά των τροφίμων και τα επίπεδα της υπερκινητικότητας και σε ένα μικρό ποσοστό παιδιών ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις (McCann et al., 2007 στο National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2009). Στην τελευταία κατηγορία των ψυχολογικών παραγόντων, έχει παρατηρηθεί ότι διαταραγμένες και ασύμφωνες σχέσεις είναι πιο συχνές σε οικογένειες νεαρών ατόμων με ΔΕΠΥ (Biederman et al., 1992 στο National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2009). Ωστόσο, οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις μπορεί να είναι συνέπεια της συμβίωσης με ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ.

7 Επιπτώσεις

7.1 Στη ζωή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και του περιβάλλοντος τους

Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει την ακαδημαϊκή, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα του ασθενή, οδηγώντας τον σε φτώχη ακαδημαϊκή επίδοση και χαμηλή επαγγελματική αποκατάσταση. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ, και κυρίως εκείνα με συνυπάρχουσα διαταραχή διαγωγής, έρχονται συχνά σε σύγκρουση με το νόμο και έχουν αυξημένο κίνδυνο για παραπτωματικότητα και κατάχρηση ουσιών. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και τα συνοδά συμπτώματά τους, μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς αλλά και όλων εκείνων που έρχονται σε επαφή μαζί του. Η διασπαστική συμπεριφορά στο σχολείο και το πανεπιστήμιο, συνήθως οδηγεί σε χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση, που μειώνει τις προοπτικές εργασίας και την επαγγελματική αποκατάσταση στην ενήλικη ζωή. Ακόμη, οι διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις των ασθενών με ΔΕΠ-Υ, συνήθως επιβαρύνουν τη λειτουργικότητα της οικογένειας και εμποδίζουν τη σύναψη ώριμων σχέσεων στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, οι συνέπειες της ΔΕΠ-Υ στη ζωή του παιδιού μπορεί να αποβούν μακροχρόνιες, ιδιαίτερα αν δεν αντιμετωπιστούν με τον κατάλληλο τρόπο. Αν και κάποιες επιπτώσεις αποτελούν τις άμεσες συνέπειες της ίδιας της διαταραχής, οι περισσότερες σχετίζονται με τα επακόλουθα προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις, στην ακαδημαϊκή επίδοση και την συναισθηματική ανάπτυξη.

7.2 Στην οικογένεια

Όσον αφορά την οικογένεια, οι επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ σε αυτήν μπορεί να είναι δραματικές. Σύμφωνα με μελέτες οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, αυτομομφής, κοινωνικής απομόνωσης, κατάθλιψης και ενδοσυζυγικής σύγκρουσης. Ακόμη, είναι πιθανό να υπάρχει και οικονομική επιβάρυνση λόγω της απουσίας των γονέων από τη δουλειά ή της παραίτησης από αυτή προκειμένου να καλυφθούν οι ιδιαίτερες απαιτήσεις και ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι γονείς πως η ΔΕΠ-Υ δεν είναι αποτέλεσμα «κακής γονικής φροντίδας» και ότι υπάρχει ένα ευρύ φάσμα θεραπειών που βοηθούν στον έλεγχο συμπτωμάτων. Η ανάγκη για διαρκή και στενή επίβλεψη από πλευράς των γονιών μπορεί να προκαλέσει τεράστια πίεση στη ζωή της οικογένειας. Σε αρκετές οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ οι γονείς βιώνουν αυξημένα συναισθήματα

αποτυχίας και απογοήτευσης, έχουν συχνότερες συγκρούσεις με τον/τη σύζυγο και μεγαλύτερες πιθανότητες να καταλήξουν σε διαζύγιο. Η συμβίωση με ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλεί ταραχή και σύγχυση και στα άλλα παιδιά της οικογένειας. Ορισμένα από τα παιδιά αυτά μπορεί να μαλώνουν και να γίνονται ανυπάκουα επειδή εξηγούνται απέναντι στη κατάσταση που επικρατεί στην οικογένεια. Είναι σημαντικό τα άτομα με ΔΕΠ-Υ να έχουν μία οργάνωση και σταθερότητα στη ζωή τους. Οι γονείς θα πρέπει να αποσπών τη προσοχή του παιδιού όταν εκείνο αναστατώνεται υπερβολικά. Τέλος, οι συγκρούσεις με πρόσωπα εξουσίας και η απόρριψη των συνομιλικών επιβαρύνει ακόμη περισσότερο τη σχολική επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.



ΔΕΠ-Υ και οικογένεια

7.3 Ακαδημαϊκή επίδοση

Οι αρνητικές επιδράσεις της ΔΕΠ-Υ στη μάθηση γενικότερα είναι συνήθως εμφανείς από τη περίοδο της προσχολικής ηλικίας και φαίνεται να επιμένουν στο χρόνο (Κακουρος, et al., 1996; Loe & Feldman, 2007). Μόλις βρεθούν στην εφηβεία, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως εξακολουθούν να παρουσιάζουν δυσκολίες ανταπόκρισης στις απαιτήσεις του σχολείου και γι' αυτό η πιθανότητα να επαναλάβουν κάποια τάξη ή και να εγκαταλείψουν το σχολείο αυξάνεται. Σύμφωνα με έρευνα (Κάκουρος, 1998), διερευνήθηκε η έκβαση της ΔΕΠ-Υ σε 41 εφήβους, οι οποίοι έχουν λάβει αυτή τη διάγνωση κατά τη περίοδο της σχολικής τους ηλικίας. Τα παιδιά αυτά αναζητήθηκαν 7 έως 9 χρόνια μετά την αρχική τους διάγνωση, όταν βρίσκονταν πια στην εφηβεία. Από το σύνολο των εφήβων αυτών, το 19,5 % εξακολουθούσε να εμφανίζει τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, ενώ στους υπόλοιπους, τα συμπτώματα αυτά φαίνεται πως είχαν υποχωρήσει. Εξετάζοντας τα προβλήματα που αντιμετώπιζε η ομάδα αυτή των εφήβων στους οποίους τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ εξακολουθούσαν να υφίστανται, διαπιστώθηκε ότι το 63,4% είχε κακές ή πολύ κακές σχολικές επιδόσεις. Οι συγκεκριμένες επιδόσεις μάλιστα ήταν αρκετά χαμηλότερες στην ομάδα των εφήβων οι οποίοι παρουσίαζαν ταυτόχρονα και Διαταραχή Διαγωγής. Λόγω των σοβαρών μαθησιακών δυσκολιών που παρουσίαζαν, το 56,1% των παιδιών επανέλαβε τουλάχιστον μία φορά την ίδια τάξη. Το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 72,8 % στην ομάδα των παιδιών τα οποία παρουσίαζαν επιπλέον Διαταραχή Διαγωγής. Η σχολική αποτυχία οδήγησε το 43,9% των παιδιών αυτών, στη διακοπή της φοίτησής τους από το σχολείο. Σύμφωνα με τα παραπάνω φαίνεται πως στις περιπτώσεις όπου η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με τη Διαταραχή Διαγωγής, παρατηρείται επιδείνωση ως προς την έκβαση των ακαδημαϊκών δυσκολιών. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί πως στις περιπτώσεις όπου τα προβλήματα συμπεριφοράς περιορίζονται, δεν υπάρχει σημαντική βελτίωση ως προς την έκβαση των μαθησιακών δυσκολιών (Barkley et al., 1990). Η έκβαση των μαθησιακών δυσκολιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι καλύτερη στις περιπτώσεις όπου υπάρχει η δυνατότητα θεραπευτικής παρέμβασης. Φυσικά, μέσα από τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, αποδεικνύεται πως κανένα είδος θεραπευτικής παρέμβασης δεν μπορεί να συμβάλει στην πλήρη εξάλειψη των μαθησιακών δυσκολιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Loe & Feldman, 2007).

7.4 Ψυχική υγεία

Η συννοσηρότητα στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ έχει καταγραφεί ως ένα εξαιρετικά συνηθισμένο φαινόμενο. Σύμφωνα με υπολογισμούς, περίπου στα δύο τρίτα των περιπτώσεων των παιδιών σχολικής ηλικίας τα οποία εκδηλώνουν ΔΕΠ-Υ, παράλληλα διαπιστώνεται και η ύπαρξη μιας ακόμη διαταραχής (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991). Με τη ΔΕΠ-Υ συνυπάρχουν συνήθως η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ), η Διαταραχή Διαγωγής (Δ.Δ), οι Διαταραχές Άγχους (Δ.Α) και οι Διαταραχές Συναισθήματος (Δ.Σ) (Greenhill, 1998). Σε εργασίες οι οποίες επικεντρώνονται στη διερεύνηση της έκβασης της ΔΕΠ-Υ, έχει καταγραφεί η διαπίστωση πως η παρουσία της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά αποτελεί πολύ σοβαρό παράγοντα κινδύνου για την κατοπινή εκδήλωση κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής (Barkley, 2006), η οποία σε μεγάλο βαθμό είναι πιθανό να αποτελεί το αποτέλεσμα της επιγένεσης των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. 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%).

7.5 Κοινωνικός τομέας

Οι δυσκολίες στον κοινωνικό τομέα αφορούν τόσο την απόρριψη ή την παραμέληση από τους συνομιλήκους όσο και στην αδυναμία σύναψης σταθερών φιλικών σχέσεων. Σε σχετική έρευνα (Hoza, et al., 2005), διαπιστώθηκε πως το 52% των παιδιών ηλικίας 7 έως 9 ετών με ΔΕΠ-Υ είχε βιώσει την απόρριψη από τους συνομιλήκους του, ενώ μόνο το 1% των παιδιών της ομάδας αυτής είχε εκτιμηθεί ως δημοφιλές από τα υπόλοιπα παιδιά. Ακόμη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως εκδηλώνουν πιο συχνά επιθετικές μορφές συμπεριφοράς και, με βάση τις εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών, έχουν ελλείψεις κοινωνικές δεξιότητες, σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά (Lee & Hinshaw, 2004). Έχοντας βιώσει τις δυσκολίες αυτές κατά την παιδική ηλικία, όταν φτάσουν στην εφηβεία, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά αδυνατούν να συνάψουν και να διατηρήσουν φιλικές σχέσεις με τους συνομιλήκους τους. Αυτή η αδυναμία στα άτομα με ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι παρουσιάζει διαχρονικά αρκετά μεγάλη σταθερότητα. Σε ενήλικους στους οποίους είχε διαγνωστεί ΔΕΠ-Υ κατά τη παιδική τους ηλικία, βεβαιώθηκε πως οι δυσκολίες στις κοινωνικές τους σχέσεις ήταν πολύ περισσότερες από αυτές που αντιμετώπιζαν ενήλικες οι οποίοι συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου. Ειδικότερα, οι ενήλικες με ιστορικό ΔΕΠ-Υ είχαν πολύ λιγότερους φίλους και αντιμετώπιζαν περισσότερες δυσκολίες στη συντήρηση των φιλικών τους σχέσεων (Barkley, 2006; Lee, et al., 2008). Λόγω της περιορισμένης λειτουργικότητας τους, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικές δυσκολίες ως ενήλικες και στον επαγγελματικό τομέα. Πιο αναλυτικά οι νέοι ενήλικες με ιστορικό ΔΕΠ-Υ απολύονται με μεγαλύτερη ευκολία από τον εργοδότη τους, αλλάζουν συχνά επάγγελμα ή εργοδότη και έχουν μειωμένη απόδοση ως εργαζόμενοι σε σχέση με άτομα χωρίς ιστορικό ΔΕΠ-Υ (Barkley et al., 2006). Στα προβλήματα αυτά έχει διαπιστωθεί πως συμβάλλουν τα ελλείματα 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).

8 Τεχνολογία και ΔΕΠ-Υ

8.1 Η συμβολή της τεχνολογίας στη ΔΕΠ-Υ

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, η χορήγηση της οποίας έχει περιορισμούς, κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη αποτελεσματικών εναλλακτικών θεραπειών για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Η υποστηρικτική τεχνολογία είναι κάθε τύπου εξοπλισμός, προϊόν ή σύστημα που χρησιμοποιείται για να αυξήσει, διατηρήσει ή βελτιώσει τις λειτουργικές ικανότητες ατόμων με αναπηρίες (Χ. Καραγιαννίδης). Μία μορφή θεραπείας, η οποία έχει λάβει ιδιαίτερη προσοχή από τους ερευνητές είναι η εξάσκηση της προσοχής με ασκήσεις στον υπολογιστή (computer based attention training). Κάποια από αυτά τα συστήματα στηρίζονται στη Νευροανάδραση για την ανίχνευση και την ενίσχυση συμπεριφορών που συνδέονται με την αυξημένη προσοχή, όπως αποδεικνύεται από συγκεκριμένα μοτίβα εγκεφαλικών κυμάτων (Steiner et al., 2011). Ενώ άλλα συστήματα, διαθέτουν ένα τυποποιημένο υπολογιστικό πρόγραμμα (standard computer format- SCF), το οποίο αποτελεί μία γνωστική προσέγγιση επανεκπαίδευσης για τη βελτίωση της προσοχής και της συγκέντρωσης των ατόμων μέσα από μία σειρά προκλήσεων (Steiner et al., 2011).

Εξάσκηση μέσω υπολογιστή

Σύμφωνα με μελέτες νευροαπεικόνισης, φαίνεται πως η εξάσκηση έχει σημαντική επίδραση στη νευρωνική δραστηριότητα, στη μέση μετωπιαία έλικα και στους βρεγματικούς λοβούς, δηλαδή σε περιοχές του εγκεφάλου που έχουν σχέση με τη μνήμη εργασίας (Olesen, Westerberg, & Klingberg, 2004; Westerberg & Klingberg, 2007; McNab, Varrone, Farde, Jucaite, Bystritsky, & Klingberg, 2009 στο Holmes et al., 2010). Συστήματα εξάσκησης της προσοχής τα οποία χρησιμοποιούν έναν τυπικό υπολογιστή, πληκτρολόγιο και ποντίκι είναι διαθέσιμα στο εμπόριο. Με τη βοήθεια λοιπόν των συστημάτων αυτών, το παιδί μπορεί να παίξει μία σειρά από διαδραστικές ασκήσεις στον υπολογιστή, που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της προσοχής, την επίλυση προβλημάτων και τη μνήμη εργασίας. Καθώς τα παιδιά προχωρούν παίζοντας, έχουν τη δυνατότητα να ολοκληρώσουν τις εργασίες με μεγαλύτερη ευκολία και ταχύτητα, ενώ παράλληλα με περιορισμένη παρορμητικότητα, συγκεντρώνοντας υψηλότερη βαθμολογία και προχωρώντας σε δυσκολότερα επίπεδα (Steiner et al., 2011).

Βιντεοπαιχνίδια και Εκπαίδευση

Σύμφωνα με τον Browman (Browman, 1982, στο Squire, 2003) τα βιντεοπαιχνίδια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τους εκπαιδευτικούς για τη βελτίωση των περιβαλλόντων μάθησης, καθώς παρέχουν σαφείς στόχους, προκαλούν τον μαθητή, διευκολύνουν την επικοινωνία, προσφέρουν στο μαθητή έλεγχο πάνω στη διαδικασία της μάθησης και ενσωματώνουν καινοτομία στο περιβάλλον. Τα τελευταία χρόνια τα βιντεοπαιχνίδια παρέχουν «πλούσιους ψηφιακούς κόσμους» με βελτιωμένο ήχο και γραφικά. Ακόμη, περιλαμβάνουν παιχνίδια δράσης, στρατηγικής, παιχνίδια ρόλων, με αθλήματα, γρίφους και περιπέτειες. Ένας καλός σχεδιασμός βιντεοπαιχνιδιών σε αυτά τα είδη, μπορεί να εισάγει το χρήστη σε έναν πλούσιο ψηφιακό μικρόκοσμο (Squire, 2003). Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι τα βιντεοπαιχνίδια μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Το πρώτο θεραπευτικό βιντεοπαιχνίδι για παιδιά με ΔΕΠ-Υ δημιουργήθηκε από τους Pope & Bogart (1996), με τίτλο «Extended Attention Span Training (EAST)». Το σύστημα αυτό αποτελούσε μία τροποποίηση ενός προγράμματος της NASA για την αξιολόγηση της δέσμευσης των πιλότων κατά τη διάρκεια της χρήσης αυτοματοποιημένων συστημάτων διαχείρισης πτήσης (Wi-

lkinson et al., 2008). Πρωτοπόροι ερευνητές σήμερα έχουν αξιοποιήσει το εγγενές κίνητρο που δημιουργούν τα παιχνίδια αυτά για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ, του άγχους και άλλων ψυχιατρικών παθήσεων (Wilkinson et al., 2008).

9 Επίλογος

9.1 Συμπεράσματα

Σχετικά με το πρόσφατο παρελθόν, η ΔΕΠΥ είναι πολύ περισσότερο διαδεδομένη στη σύγχρονη εποχή, με την έννοια ότι αναγνωρίζεται ως οντότητα από την επιστημονική κοινότητα και έχει ήδη «παγκοσμιοποιηθεί» (Conrad & Bergey, 2014). Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από τη συνεχή αυξανόμενη ζήτηση φαρμάκων (ετήσια αύξηση 20%) για ΔΕΠ-Υ στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (Scheffler et al. 2007). Το πρόβλημα της ΔΕΠ-Υ δεν μπορεί να θεωρηθεί αμελητέο σε καμία περίπτωση, όπως πιθανότατα θεωρείται από το μεγαλύτερο μέρος της κοινής γνώμης στην Ελλάδα. Χρειάζεται μια πολύ οργανωμένη συνολική θεώρηση του προβλήματός της ΔΕΠ-Υ κατά τη παιδική ηλικία και συντεταγμένες προσπάθειες για την αντιμετώπιση της, προκειμένου να μη προκαλεί προβλήματα και δυσκολίες στην ενήλικη ζωή, γεγονός το οποίο οπωσδήποτε προϋποθέτει μεγάλη και μακροχρόνια συνέπεια στην υποστήριξη αυτών των ασθενών (Ahlstrom et al. 2014).

9.2 Περιορισμοί

Οφείλεται να επισημανθεί στο σημείο αυτό ότι η εν λόγω έρευνα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης ώστε να επιβεβαιωθεί η εγκυρότητα της. Ο λόγος που καθιστά σημαντική την επέκτασή της είναι τόσο ο περιορισμένος αριθμός πηγών που εξετάστηκαν αλλά και το γεγονός πως τα περισσότερα άρθρα που μελετήθηκαν ήταν μέχρι το 2010 οπότε πολλά μπορεί να έχουν αλλάξει και βελτιωθεί. Επομένως, προτείνεται, προκειμένου να εδραιωθεί η αξιοπιστία της μελέτης, να πραγματοποιηθεί μία έρευνα με τα νέα δεδομένα ή να μελετηθούν οι πιο πρόσφατες έρευνες για μεγαλύτερη εγκυρότητα. Με αυτόν τον τρόπο τα πορίσματα της έρευνας θα είναι δυνατό να απαντήσουν με μεγαλύτερη αξιοπιστία σε διάφορα ερωτήματα.

9.3 Συνεισφορά

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα και απευθύνεται σε φοιτητές που ενδιαφέρονται για τη διάσπαση και τα χαρακτηριστικά της, σε εκπαιδευτικούς και σε οικογένειες που τους αφορά το θέμα αυτό. Με την μελέτη της συγκεκριμένης εργασίας μπορεί κάποιος να κατανοήσει αρχικά τον όρο ΔΕΠ-Υ, να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά της, να εξακριβώσει το τρόπο που προκαλείται και τέλος να βρει κάποιες πιθανές προτάσεις αντιμετώπισης.

9.4 Μελλοντικές Βελτιώσεις

Είναι πολύ λυπηρό το γεγονός ότι ακόμα και στην εποχή μας τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δέχονται τόσο λίγη βοήθεια τη στιγμή που συμπεριφέρονται άστοχα ή μένουν πίσω στο σχολείο. Ευτυχώς τελευταία έχει αρχίσει να αλλάζει κατά πολύ η γενικότερη στάση μας απέναντι τους, έτσι ώστε να μπορέσουν όσο το δυνατόν πιο νωρίς να ξεκινήσουν μια εκπαίδευση που θα βοηθήσει στη βελτίωση τους. Οι σύγχρονες απαιτήσεις του περιβάλλοντος γι' αυτά τα παιδιά τους κάνουν τη ζωή δύσκολη. Ο ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα πράγματα παραμένει άγνωστος και συχνά βιώνουν την ίδια τους τη ζωή ως μια σειρά αποτυχημένων εμπειριών και αισθημάτων ενοχής. Είναι απολύτως απαραίτητο να διευρυνθούν οι γνώσεις μας σχετικά με το σύνδρομο και τη σωστή σχέση των παιδιών αυτών από τους παιδαγωγούς, τους δασκάλους και τους άλλους ειδικούς, μπορεί να βοηθήσει η συμμετοχή των γονιών ή ομάδες με τους κοινωνικούς λειτουργούς τους γιατρούς και τους ειδικούς θεραπευτές. Τα παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας δικαιούνται ευτυχισμένα παιδικά χρόνια. Ωστόσο εκτιμάται πως η πρόοδος που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στο θέμα της μελέτης της ΔΕΠ-Υ θα συνεχιστεί με ταχείς ρυθμούς και στο μέλλον επιτρέποντας σε ειδικούς ψυχικής υγείας, παιδαγωγούς και γονείς να διευρύνουν ακόμα περισσότερο τους ορίζοντες της γνώσης τους.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.rev.). Washington, DC: Author.
- Bandura, A.(1973) Aggression: A social learning analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Biederman et al., 1992 στο National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2009
- Browman, 1982, στο Squire, 2003
- Castellanos, E.X., & Rapoport, J.L.(1992). Etiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 373-384.
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 259-282.
- Eisert, H. (1999). Jyperkinetische Stoerungen. In H.-C. Seinhausen & M. von Aster (eds.), *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen* (pp.131-159). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Favell, J.E. (1977). *The power of positive reinforcement: A handbook of behavior modification*. Springfield, IL: Charles C.Thomas.
- Ferguson, K.E. (2003). Shaping. In W. O' Donohue, J.E. Fisher & S.C. Hayes (eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 374-383). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Gelfand, D.M., & Hartmann, D.P. (1984). *Child behavior analysis and therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press
- Gena, A., & Taylor, B. (1993). *Alpine Learning Group: Staff training manual*. Alpine Learning Group.

- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyper-activity Disorder in Children*. (2nd ed.). John Wiley & Sons, Inc
- Hall, S. J., Halperin, J. M., Schwartz, S. T., & Newcorn, J. H. (1997). Behavioral and executive functions in children with attention-deficit
- Harris, J.C. (1995). *Developmental Neuropsychiatry*, vol. II. New York: Oxford University Press.
- Iwata, B.A., & Bailey, J.S. (1974). Reward versus cost token systems: An analysis of the effects on students and teachers. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 7, 567-576.
- Kazdin, A.E. (2001). *Behavior modification in applied settings* (6th ed.). Belmont, US: Wadsworth/Thomson Learning
- Kinsbourne, M., & Caplan, P.J. (1979). *Children's learning and attention problems*. Boston: Little Brown and Co.
- Lauth, G., W. (2000). Konzentrations-/ Aufmerksamkeitstraining. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie Manual*, (4. Aufl.) (SS. 247-252). Berlin: Springer
- McCann et al., 2007 στο National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2009
- Meichenbaum, D.H., & Goodman, J. (1973). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Morgan, D.P., & Jenson, W.R. (1998). *Teaching Behaviorally Disordered Students*. New Jersey: Prentice – Hall Inc.
- O' Leary, S.G., & Dubey, D.R. (1979). Applications of self- control procedures by children: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 449-465.
- Olesen, Westerberg, & Klingberg, 2004. Westerberg & Klingberg, 2007; McNab, Varrone, Farde, Jucaite, Bystritsky, & Klingberg, 2009 στο Holmes et al., 2010
- Rhode, G., Morgan, D.P., & Young, K.R. (1983). Generalisation and maintenance of treatment gains of behaviorally handicapped students from resource rooms to regular

- classrooms using self-evaluation procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16, 171-188.
- Rosenberg, P.B. (1991). Attention Deficit. *Pediatric Neurology*, 7, 397-405.
- Shapiro, E.S., & Cole, C.L. (1994). *Behaviour change in the classroom: Self- management interventions*. New York: Guilford Press.
- Teeter, P.A. (1998). *Interventions for ADHD*. London: The Guilford Press.
- Zemetkin, A.J., & Rapoport, J.L. (1987). Neurobiology of ADHD: Where have we come in 50 years? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 676-686.
- A.B. Καραπέτσας (2009). *Κλινική Νευροψυχολογία του παιδιού: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*.
- Αγγελή, Κ. (2011). *Μέθοδοι / Τεχνικές της γνωσιακής- συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους*.
- Αγγελή, Κ., & Βλάχου, Μ. (2004). Τεχνικές και μέθοδοι αντιμετώπισης προβλημάτων στη τάξη. Στο Α. Καλατζή – Αζίζι & Μ. Ζαφειροπούλου (επιμ.), *Προσαρμογή στο Σχολείο : πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών* (σελ. 77-131). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γενά, Α. (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Καλατζή – Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2005). *Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλατζή – Αζίζι, Α. (1992). *Θέματα Κλινικής Ψυχολογίας: Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο του σχολείου – Παρεμβάσεις βασισμένες στις θεωρίες της μάθησης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Φατούρου, Μ. (1977). Άσκηση στην προσοχή. Ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας. *Materia Medica Greca*, 5 (3), 50-56.
- Χ. Καραγιαννίδης. ΠΘ – ΠΤΕΑ. *Εισαγωγή στις Εφαρμογές ΤΠΕ*.

Ψύλλου, Ρ., & Ζαφειροπούλου, Μ. (2009). Τα Φιλαράκια: Πως να αντιμετωπίσουμε τα αρνητικά συναισθήματα μας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.