



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ειδική Αγωγή»
Διευθύντρια: Παντελιάδου Σουζάνα

**ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ
ΤΑ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥΣ
ΣΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΜΙΑ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

**ΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ Α.Μ. 0904
ΙΑΤΡΟΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Δ' Εξάμηνο 2011
Βόλος

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Α΄ Επιβλέπων Καθηγητής: Βλάχος Φίλιππος, Αναπληρωτής Καθηγητής
Β΄ Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Διδασκάλου Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παντελιάδου Σουζάνα, Διευθύντρια
Βλάχος Φίλιππος, Αναπληρωτής Καθηγητής
Διδασκάλου Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ, ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΔΕΠ-Υ)
- 2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ
- 2.3 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ
- 2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ
- 2.5 ΝΕΥΡΟΧΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ
- 2.6 ΓΝΩΣΤΙΚΑ, ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΕΠ-Υ
- 2.7 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ Ή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
- 2.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ
 - 2.8.1 Η δράση της μεθυλφαινιδάτης και η συμβολή της στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ
 - 2.8.2 Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της μεθυλφαινιδάτης
 - 2.8.3 Τιτλοποίηση της θεραπευτικής δόσης και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών που μπορεί να προκαλέσει η μεθυλφαινιδάτη
 - 2.8.4 Ο ρόλος της εργοθεραπείας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ
 - 2.8.5 Ειδικά στοχευμένες και πολύπλευρες εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τα άτομα με ΔΕΠ-Υ
- 2.9 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- 3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ
- 3.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ
 - 3.2.1 Φαρμακοδυναμικές και φαρμακοκινητικές ιδιότητες της δραστικής ουσίας “υδροχλωρικής μεθυλφαινιδάτης” που χορηγήθηκε για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ
 - 3.2.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνυπήρχαν μαζί με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα
 - 3.2.3 Εξατομικευμένη εργοθεραπευτική παρέμβαση για το παιδί με ΔΕΠ-Υ στην παρούσα μελέτη περίπτωσης
- 3.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
 - 3.3.1 Ελληνική ADHD Rating Scale-IV: Κλίμακα Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)

3.3.2 Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)

3.3.3 Κλίμακα Διερεύνησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (Diagnostic Rating Scale-Parent and Diagnostic Rating Scale-Teacher)

3.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

4.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ

4.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Περίληψη: Η ΔΕΠ-Υ είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, συχνή σε παιδιά και εφήβους. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπισή της περιλαμβάνουν: χορήγηση φαρμάκων, εφαρμογή συμπεριφορικής θεραπείας, ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία, εφαρμογή εξατομικευμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, συμμετοχή σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής στήριξης ή συνδυασμούς των παραπάνω θεραπευτικών προσεγγίσεων. Στόχος της εργασίας είναι να παρουσιάσει τα αποτελέσματα της παρέμβασης που εφαρμόστηκε σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ και συνυπάρχουσα βαρηκοΐα, στο οποίο συνδυάστηκε η φαρμακοθεραπεία με συνεδρίες εργοθεραπείας. Με βάση την εικόνα του μικρού αγοριού πριν και μετά τη συνδυασμένη θεραπεία, ζητήθηκε από τη μητέρα του παιδιού, τον εργοθεραπευτή και τους δύο ειδικούς παιδαγωγούς του, να συμπληρώσουν σταθμισμένα ερωτηματολόγια συμπεριφορικής αξιολόγησης, ώστε να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης. Τα ερευνητικά στοιχεία ανέδειξαν τη θετική επίδραση της συνδυασμένης θεραπείας, στη συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), θεραπευτικές προσεγγίσεις στη ΔΕΠ-Υ, θεραπεία ΔΕΠ-Υ, μεθυλφαινιδάτη, εργοθεραπεία, ερωτηματολόγια διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, συμπεριφορικές κλίμακες αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) είναι μία χρόνια, αναπτυξιακή διαταραχή που διαγιγνώσκεται κατά την παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα, χαμηλά επίπεδα αντοχής στο άγχος, παρορμητικότητα, ελλειμματική συμπεριφορική ρύθμιση και δυσχέρεια στη διατήρηση ή στην επικέντρωση της προσοχής (Mayes et al., 2008). Επιπρόσθετα, η ΔΕΠ-Υ προκαλεί σημαντικές δυσκολίες σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της ακαδημαϊκής επίδοσης, της κοινωνικοποίησης, της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης και της συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού ή του εφήβου (Mayes et al., 2008).

Η αιτιολογία της διαταραχής δεν είναι η ίδια σε όλες τις περιπτώσεις, καθώς στην παθοφυσιολογία της εμπλέκονται γενετικοί παράγοντες, νευρολογικοί ή βιολογικοί παράγοντες (Mayes et al., 2008; Nigg, 2006). Η ΔΕΠ-Υ είναι η εκτενέστερα μελετημένη παιδιατρική ψυχική διαταραχή και μια από τις συχνότερα διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Mayes et al., 2008). Επίσης, αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες προσφυγής σε φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ανηλίκους (Cormier, 2008) ή φορείς παροχής ειδικής εκπαιδευτικής υποστήριξης (Loe & Feldman, 2007). Στην Ελλάδα, το ποσοστό ανίχνευσης της διαταραχής σε παιδιά 6-12 ετών υπολογίζεται στο 6% (τα αγόρια υπερτερούν αριθμητικά συγκριτικά με τα κορίτσια, με ποσοστά 8% και 3,8% αντιστοίχως) (Skounti et al., 2010).

Ιστορικά, η παιδική υπερκινητικότητα περιγράφηκε για πρώτη φορά ως κλινικό σύμπτωμα το 1902 και η πρώτη αναφερόμενη χορήγηση διεγερτικού φαρμάκου, για την αντιμετώπισή της, έγινε το 1937. Αρχικά, η ΔΕΠ-Υ αποκαλούνταν *Ελάχιστη Εγκεφαλική Δυσλειτουργία*, εξαιτίας των ήπιων νευρολογικών συμπτωμάτων που εμφανίζει. Επειδή όμως η εγκεφαλική βλάβη δεν μπορούσε να επιβεβαιωθεί, η ορολογία της διαταραχής άλλαξε με σκοπό να δοθεί έμφαση στην υπερκινητικότητα, ως το κυρίαρχο συμπεριφορικό χαρακτηριστικό. Αυτό οδήγησε στη μετονομασία της σε *Διαταραχή Υπερκινητικής Αντίδρασης της Παιδικής Ηλικίας*, σύμφωνα με την δεύτερη έκδοση του Διαγνωστικού και

Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II, DSM-II). Το 1980, στην τρίτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-III), η ονομασία της διαταραχής τροποποιήθηκε σε *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής*. Στο DSM-III γινόταν διάκριση ανάμεσα σε δύο υποτύπους της διαταραχής (Ελλειμματική Προσοχή με Υπερκινητικότητα, Ελλειμματική Προσοχή χωρίς Υπερκινητικότητα) και για πρώτη φορά καθορίστηκαν εμπειρικά κριτήρια για τη διάγνωσή της. Μέχρι το 1987, κυρίαρχα συμπτώματα της διαταραχής θεωρούνταν η απροσεξία και η παρορμητικότητα. Μετά το 1987, στην αναθεωρημένη τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου (DSM-III-R) δόθηκε ισάξια έμφαση τόσο στην απροσεξία-παρορμητικότητα, όσο και στην υπερκινητικότητα. Στο DSM-III-R, η διαταραχή πήρε το τελικό της όνομα (*Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*) και για τη διάγνωσή της έπρεπε να είναι παρόντα 8 από τα συνολικά 14 κριτήρια. Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ που χρησιμοποιούμε μέχρι σήμερα και οι τρεις υποτύποι της (βλέπε κεφάλαιο 2.3), παρουσιάζονται στην τέταρτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-IV), το 1994. Στην αναθεωρημένη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου (DSM-IV-TR) του 2000, τα διαγνωστικά κριτήρια ομαδοποιούνται και αποκτούν πιο ολοκληρωμένη μορφή (πίνακας 2.1). (Cormier, 2008)

Τα τελευταία χρόνια, η ΔΕΠ-Υ έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον τόσο του κοινού, όσο και πολλών ειδικών επαγγελματιών (νευρολόγων, παιδοψυχιάτρων, βιολόγων, εργοθεραπευτών, ψυχολόγων, ειδικών παιδαγωγών κ.α.) που δραστηριοποιούνται στον ευρύτερο χώρο της υγείας και της εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην επιρροή που ασκούν τα κεντρικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε διαπροσωπικό-κοινωνικό-μαθησιακό επίπεδο, με προεκτάσεις στην ενήλικη ζωή του ατόμου, αν δεν υπάρξει έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση (Cormier, 2008). Κάθε ένας από τους εμπλεκόμενους επιστήμονες προσεγγίζει τη διαταραχή από άλλο επίπεδο και με άλλη οπτική (π.χ. οι γιατροί στοχεύουν στη θεραπεία των νευρογνωσιακών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, οι ψυχολόγοι εστιάζουν στη συμπεριφορική ρύθμιση του παιδιού/εφήβου, οι βιολόγοι αναζητούν τα υπεύθυνα γονίδια που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της διαταραχής, οι ειδικοί παιδαγωγοί εφαρμόζουν ψυχοπαιδαγωγικές τεχνικές εντός της τάξης για να προσπελάσουν τα μαθησιακά προβλήματα των παιδιών με ελλειμματική προσοχή/υπερκινητικότητα).

Από την άλλη πλευρά, το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη ΔΕΠ-Υ, έχει οδηγήσει σε υπερδιάγνωση της διαταραχής και σε «ετικετοποίηση» όλο και περισσότερων παιδιών προσχολικής/σχολικής ηλικίας με την ετικέτα του «υπερκινητικού-απρόσεκτου παιδιού» (Cormier, 2008; Mayes et al., 2008). Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι περισσότερες διαγνώσεις της ΔΕΠ-Υ προέρχονται από τις παρατηρήσεις δασκάλων και γονέων, δηλαδή είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικές (Mayes et al., 2008). Πολύ λίγα παιδιά εκδηλώνουν τα συμπτώματα της διαταραχής κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στο γιατρό και δεν υπάρχει κάποια αντικειμενική ιατρική εξέταση (π.χ. αίματος, ούρων, ακτινολογική, απεικονιστική) που να επιβεβαιώνει οριστικά και αμετάκλητα τη διάγνωση (Mayes et al., 2008). Επιπλέον, η προσπάθεια θεραπείας της ΔΕΠ-Υ οδήγησε σε υπερσυνταγογράφηση των φαρμάκων που δρουν ως διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (Cormier, 2008; Mayes et al., 2008) και προξένησε την εμφάνιση μιας πληθώρας παρεμβάσεων, κάθε μία από τις οποίες χρησιμοποιούσε διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια και άλλα θεραπευτικά πρωτόκολλα (Cormier, 2008).

Παρόλο που η παραπάνω κατάσταση προκάλεσε (και συνεχίζει ίσως να προκαλεί) έντονη διχογνωμία μεταξύ των εμπλεκόμενων ειδικών, είναι πλέον αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια υπαρκτή, πραγματική και αιτιολογημένη διαταραχή (Mayes et al., 2008). Στόχος της επιστημονικής κοινότητας είναι να καθιερώσει μια ενιαία πολιτική

διάγνωσης και θεραπείας της ΔΕΠ-Υ, μέσα από τη θέσπιση κοινών διαγνωστικών κριτηρίων και κοινών θεραπευτικών κατευθυντήριων γραμμών, που θα είναι αποδεκτές από την πλειοψηφία των εμπλεκόμενων επιστημόνων και θα διαθέτουν ισχυρή εμπειρική τεκμηρίωση (Concannon & Tang, 2005; Mayes et al., 2008).

Οι σύγχρονες θεραπευτικές κατευθύνσεις και οδηγίες αναδεικνύουν την αξία της διεπιστημονικής προσέγγισης, στην επίλυση των ζητημάτων που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ (American Academy of Pediatrics, 2001; Cormier, 2008; Mayes et al., 2008). Μία ομάδα επιστημόνων ή ειδικών επαγγελματιών δεν επαρκεί από μόνη της, ώστε να αντιμετωπίσει τα πολύπλευρα προβλήματα ενός παιδιού ή ενός εφήβου με ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα (Lloyd, 2006). Φαίνεται ότι οι σύνθετες θεραπευτικές παρεμβάσεις, που συνδυάζουν δύο ή περισσότερες διαφορετικές θεραπείες, έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με κάποιες μορφές μονοθεραπείας, διότι αντιμετωπίζουν πιο σφαιρικά και πιο ολοκληρωμένα τα λειτουργικά ελλείμματα (νευρολογικά, γνωστικά, συμπεριφορικά, συναισθηματικά, διαπροσωπικά, κοινωνικά, εκπαιδευτικά) των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Δεν είναι τυχαίο ότι στη σύγχρονη ερευνητική βιβλιογραφία, οι συνδυασμένες μορφές θεραπείας υπερτερούν κλινικά ή στατιστικά σε σχέση με τις μη φαρμακευτικές μονοθεραπείες (Gulley et al., 2003; Heriot et al., 2007; MTA Cooperative Group, 1999; MTA Cooperative Group, 2004; Papavasiliou et al., 2007; Pelham et al., 2005; Svanborg et al., 2009). Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η πρόσφατη έρευνα που έλαβε χώρα στο νευρολογικό τμήμα του νοσοκομείου Πεντέλης από την Papavasiliou και τους συνεργάτες της (2007). Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 16 παιδιά με ΔΕΠ-Υ ηλικίας 7-11 ετών, που παρακολουθούσαν πρόγραμμα εργοθεραπείας, σε συνδυασμό με ειδικό ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα (Papavasiliou et al., 2007). Μετά την πάροδο 6 μηνών, στα μισά από τα παιδιά χορηγήθηκε και φαρμακευτική αγωγή (μεθυλφαινιδάτη) (Papavasiliou et al., 2007). Από τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, προέκυψε ότι οι 8 μαθητές/μαθήτριες με ΔΕΠ-Υ που έλαβαν δμηνη συνδυασμένη θεραπεία (εργοθεραπεία + ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα + φαρμακοθεραπεία) είχαν καλύτερες επιδόσεις στις δοκιμασίες ελέγχου των δεξιοτήτων οπτικής αντιληπτικότητας, συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά (Papavasiliou et al., 2007). Η αποτελεσματικότητα των συνδυασμένων μορφών θεραπείας επιβεβαιώνεται και από τις επισκοπήσεις των τελευταίων ετών, οι οποίες αξιολογούν τις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ (Brown et al., 2005; Daly et al., 2007; Vaughan et al., 2009).

Κάτω από αυτό το πρίσμα, η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να παρουσιάσει τα αποτελέσματα της σύνθετης θεραπευτικής παρέμβασης που εφαρμόστηκε σε ένα 11χρονο αγόρι με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα και βαρηκοΐα. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης είναι να προσφέρει μια κριτική θέαση των μεταβολών που επέφερε η εφαρμογή του συνδυασμού φαρμακοθεραπείας-εργοθεραπείας στη συμπεριφορά του παιδιού και να αναδείξει τα πιθανά πλεονεκτήματα/μειονεκτήματα της συνδυασμένης θεραπευτικής αγωγής.

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ, ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΔΕΠ-Υ)

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα ΔΕΠ-Υ (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, ADHD) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από εμμένοντα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής και/ή συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας. Εμφανίζεται με συχνότητα περίπου 3%-7% σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Τα ποσοστά αυτά ποικίλουν ανάλογα με το δείγμα που μελετάται και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση της ΔΕΠ-Υ στο σχολικό πληθυσμό. Φαίνεται ότι η διαταραχή απαντάται συχνότερα στα αγόρια, σε σχέση με τα κορίτσια, σε αναλογίες που κυμαίνονται από 2:1 έως 9:1. ([American Psychiatric Association, 2000](#))

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου DSM-IV-TR (2000), η ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκεται με βάση 5 κριτήρια (πίνακας 2.1):

- *Κριτήριο Α:* Επίμονες και χρόνιες εκδηλώσεις απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας, οι οποίες εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα και έχουν πιο σοβαρή εικόνα, σε σχέση με τις τυπικές εκδηλώσεις που παρατηρούνται σε άτομα αντίστοιχης ηλικίας.
- *Κριτήριο Β:* Μερικά τουλάχιστον από τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών, αν και πολλές φορές η αναγνώρισή τους καθυστερεί αρκετά.
- *Κριτήριο Γ:* Οι συνέπειες της απροσεξίας, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας θα πρέπει να επεκτείνονται σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα όπου ζει και δρα το άτομο με ΔΕΠ-Υ (π.χ. σπίτι και σχολείο, σπίτι και εργασία).
- *Κριτήριο Δ:* Επιβάλλεται να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ προκαλούν σημαντική λειτουργική έκπτωση σε σχολικό-ακαδημαϊκό, κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο.
- *Κριτήριο Ε:* Η κλινική εικόνα, η λειτουργική έκπτωση και τα συμπτώματα δεν πρέπει να εξηγούνται καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή, από την οποία θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί η ΔΕΠ-Υ. ([American Psychiatric Association, 2000](#))

Η διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας γίνεται με βάση τα παραπάνω κριτήρια, με συμπεριφορικές αναφορές ή συνεντεύξεις που θα προέρχονται από τους γονείς, τους δασκάλους, τους κηδεμόνες, τους εκπαιδευτές και τους θεραπευτές του παιδιού ή του εφήβου, καθώς και μέσα από την εξέταση του ατόμου με ΔΕΠ-Υ από το γιατρό ([American Academy of Pediatrics, 2001](#); [Barkley, 2006](#); [Millichap, 2010](#); [Silver, 2004](#)). Γονείς, εκπαιδευτικοί, θεραπευτές, αλλά και το ίδιο το πρόσωπο με ΔΕΠ-Υ, θα συμπληρώσουν ειδικά ερωτηματολόγια που αξιολογούν τη συμπεριφορά, την προσοχή, την παρορμητικότητα, την υπερκινητικότητα, την ακαδημαϊκή επίδοση και τις κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού/εφήβου ([Barkley, 2006](#); [Millichap, 2010](#); [Silver, 2004](#)). Ο γιατρός θα εξετάσει το παιδί ή τον έφηβο παθολογικά (βάρος σώματος, ύψος, όραση, ακοή, ακρόαση καρδιάς, ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος, αρτηριακή πίεση) και νευρολογικά (π.χ. για την ανεύρεση δυσπραξίας, αγνωσίας, διαταραχών της ανάγνωσης και του λόγου) ([Millichap, 2010](#)). Το ιστορικό του ατόμου με ΔΕΠ-Υ πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία από τη γέννηση και τα πρώτα στάδια της ανάπτυξής του, την ψυχοκινητική εξέλιξη, το οικογενειακό ιστορικό, καθώς και συμπληρωματικές πληροφορίες από ψυχολογικές δοκιμασίες ([Barkley, 2006](#); [Millichap, 2010](#)) ή από οπτικοακουστικά τεστ αξιολόγησης της προσοχής, με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή ([Silver, 2004](#)). Σημαντικά δεδομένα μπορεί να προσφέρει η απευθείας αλληλεπίδραση και συζήτηση του γιατρού με το άτομο που

Πίνακας 2.1: Διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα.

A. Είτε το (1) είτε το (2)

- (1) Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα **απροσεξίας** πρέπει να είναι παρόντα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασύμβατο με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Απροσεξία

- (α) Συχνά το παιδί δεν προσέχει αρκετά τις λεπτομέρειες ή κάνει λάθη από απροσεξία στις σχολικές εργασίες, στα μαθήματα ή σε άλλες δραστηριότητες.
(β) Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού.
(γ) Συχνά μοιάζει να μην ακούει όταν του απευθύνουν άμεσα το λόγο.
(δ) Συχνά δεν ακολουθεί τις οδηγίες και δεν καταφέρνει να τελειώσει τις σχολικές του εργασίες, τις δουλειές ή τα καθήκοντα που του έχουν ανατεθεί (χωρίς αυτό να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή αδυναμία κατανόησης των οδηγιών).
(ε) Συχνά δυσκολεύεται στην οργάνωση δραστηριοτήτων.
(στ) Συχνά αποφεύγει, απεχθάνεται ή δε θέλει να κάνει πράγματα που απαιτούν μεγάλη διανοητική προσπάθεια για μεγάλο χρονικό διάστημα (όπως τα μαθήματα ή τις εργασίες για το σπίτι).
(ζ) Συχνά χάνει πράγματα που χρειάζονται για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, γραπτές οδηγίες για εργασίες, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία).
(η) Συχνά αποσπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα.
(θ) Συχνά είναι αφηρημένο στις καθημερινές δραστηριότητες.

- (2) Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα **υπερκινητικότητας - παρορμητικότητας** πρέπει να είναι παρόντα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασύμβατο με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Υπερκινητικότητα

- (α) Συχνά κάνει νευρικές κινήσεις με τα χέρια ή τα πόδια του ή στριφογυρίζει στο κάθισμά του.
(β) Συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις, όπου πρέπει να μένει καθισμένο.
(γ) Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί ή σκαρφαλώνει υπερβολικά, σε καταστάσεις όπου αυτό είναι απρόσφορο (σε εφήβους ή ενήλικες, μπορεί να υπάρχουν μόνο υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας).
(δ) Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ήσυχα ή να απολαμβάνει ήσυχα ψυχαγωγικές δραστηριότητες.
(ε) Συχνά «δεν έχει ησυχία» ή συμπεριφέρεται «σαν να κάθεται σε αναμμένα κάρβουνα».
(στ) Συχνά μιλάει υπερβολικά.

Παρορμητικότητα

- (α) Συχνά δίνει βιαστικά τις απαντήσεις πριν ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις.
(β) Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει υπομονετικά τη σειρά του.
(γ) Συχνά διακόπτει τους άλλους ή εισβάλλει απρόσκλητο στις δραστηριότητές τους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συνομιλίες ή παιχνίδια).

B. Κάποια από τα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας ή απροσεξίας, που προκάλεσαν λειτουργική έκπτωση, ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

Γ. Κάποια λειτουργική έκπτωση, εξαιτίας των συμπτωμάτων, πρέπει να υπάρχει σε δύο ή περισσότερα περιβάλλοντα (π.χ. στο σχολείο και στο σπίτι, στη δουλειά και στο σπίτι).

Δ. Πρέπει να υπάρχουν σαφείς κλινικές ενδείξεις ότι υπάρχει σημαντική έκπτωση στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή εργασιακή λειτουργικότητα.

Ε. Τα συμπτώματα δεν πρέπει να εκδηλώνονται αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια της πορείας μιας Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, της Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωσικής Διαταραχής και δεν πρέπει να εξηγούνται καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδη Διαταραχή, Διασχιστική Διαταραχή ή Διαταραχή Προσωπικότητας).

Πηγή. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4th edition, Text Revision, pp. 92-93). Washington D.C.: Author.

εμφανίζει τα συμπτώματα της διαταραχής (Barkley, 2006). Από τη συνέντευξη του εξεταζόμενου προσώπου, είναι δυνατή η αξιολόγηση των γλωσσικών δεξιοτήτων, της βλεμματικής επαφής, των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, της εξωτερικής εμφάνισης, της συμπεριφοράς, των αναπτυξιακών χαρακτηριστικών και της ψυχοδιανοητικής κατάστασης του παιδιού ή του εφήβου με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 2006).

Αν κριθεί απαραίτητο, μπορεί να γίνει ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, μαγνητική ή αξονική τομογραφία εγκεφάλου (ειδικά αν υπάρχουν αναφερόμενα επεισόδια επιληπτικών κρίσεων, κεφαλαλγιών, απώλειας αισθήσεων, γλωσσικής καθυστέρησης ή νευρολογικών προβλημάτων) (Barkley, 2006; Millichap, 2010). Οι εξετάσεις αίματος (αιματολογικές, βιοχημικές, ορμονολογικές, μοριακού καρυότυπου) παρέχουν πληροφορίες για τα επίπεδα σιδήρου στο πλάσμα, για την ύπαρξη αναιμίας, για την ηπατική λειτουργία, για την κατάσταση του θυρεοειδή αδένος και για το χρωμοσωμικό προφίλ του ατόμου με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 2006; Millichap, 2010).

2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Οι βασικές εκδηλώσεις της ΔΕΠ-Υ είναι τρεις:

(1) *Απροσεξία*, που αφορά την ικανότητα συγκέντρωσης και διατήρησης της προσοχής (Barkley, 2006; Millichap, 2010; Silver, 2004). Το άτομο με ΔΕΠ-Υ αδυνατεί να εστιάσει την προσοχή του για συνεχές και/ή μεγάλο χρονικό διάστημα, επειδή δυσκολεύεται να απομονώσει τα εξωτερικά οπτικοακουστικά ερεθίσματα που είναι ήσσονος σημασίας, καθώς και τις διασπαστικές εσωτερικές σκέψεις του (Millichap, 2010; Silver, 2004). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα να βιώνουν αισθητηριακή υπερφόρτωση, σε περιβάλλοντα με έντονα και συνεχή οπτικοακουστικά ερεθίσματα (Silver, 2004). Επίσης, έχουν την τάση να μεταπηδούν από το ένα θέμα (ή από αυτό που κάνουν) σε κάτι άλλο (Silver, 2004), ενώ πολλές φορές ξεχνούν δραστηριότητες και εργασίες ή εμφανίζουν αδυναμίες στην οργάνωση και στην ολοκλήρωση ενός δομημένου έργου (Barkley, 2006; Millichap, 2010).

(2) *Υπερκινητικότητα*, που περιγράφει τις αυξημένες ανάγκες των ατόμων με ΔΕΠ-Υ για σωματική δραστηριότητα ή την ανάγκη τους να μιλούν συνεχώς (λογόρροια) (Barkley, 2006; Millichap, 2010; Silver, 2004).

(3) *Παρορμητικότητα*, που αναφέρεται στη δυσκολία του ατόμου με ΔΕΠ-Υ να συλλογιστεί, πριν προβεί σε μια ενέργεια ή πριν εκφράσει μία άποψη, καθώς και στην τάση του να διακόπτει μια συζήτηση ή να μην περιμένει τη σειρά του (Barkley, 2006; Millichap, 2010; Silver, 2004).

2.3 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα διακρίνεται σε τρεις υποκατηγορίες:

(α) *ΔΕΠ-Υ – Συνδυασμένος Τύπος* (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder – Combined Type): όπου τα συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας εμφανίζονται με την ίδια συχνότητα. Η διάγνωση αυτού του τύπου γίνεται όταν υπάρχουν έξι (ή περισσότερα) συμπτώματα απροσεξίας και έξι (ή περισσότερα) συμπτώματα παρορμητικότητας-υπερκινητικότητας που εμμένουν για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Τα περισσότερα παιδιά και οι έφηβοι, που εκδηλώνουν τη ΔΕΠ-Υ, έχουν το Συνδυασμένο Τύπο. Δεν είναι γνωστό αν το ίδιο ισχύει και για τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ.

(β) ΔΕΠ-Υ – με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder – Predominantly Inattentive Type): όπου τα συμπτώματα απροσεξίας εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα. Η διάγνωση αυτού του τύπου γίνεται όταν υπάρχουν έξι (ή περισσότερα) συμπτώματα απροσεξίας (αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας) που εμμένουν για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Σε αρκετές από τις περιπτώσεις, η υπερκινητικότητα μπορεί να παραμένει ένα βασικό κλινικό γνώρισμα του ατόμου, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η απροσεξία μπορεί να αποτελεί το μοναδικό σύμπτωμα.

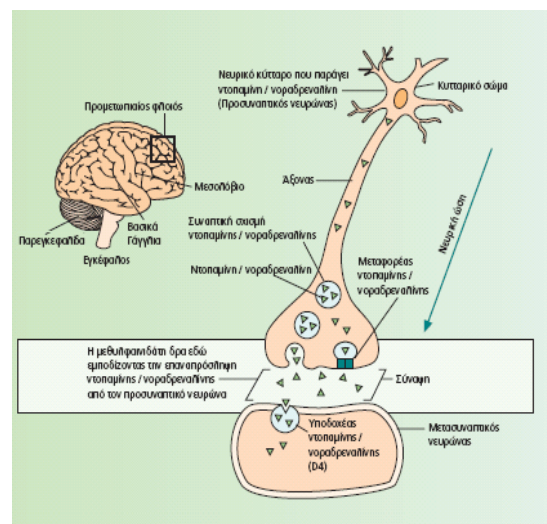
(γ) ΔΕΠ-Υ – με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό/Παρορμητικό Τύπο (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder – Predominantly Hyperactive-Impulsive Type): όπου τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα. Η διάγνωση αυτού του τύπου γίνεται όταν υπάρχουν έξι (ή περισσότερα) συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας (αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα απροσεξίας) που εμμένουν για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Σε αρκετές από τις περιπτώσεις, η απροσεξία μπορεί να παραμένει ένα βασικό κλινικό γνώρισμα του ατόμου. (American Psychiatric Association, 2000; Nigg, 2006; Silver, 2004)

2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι σε μεγάλο βαθμό έχει **γενετική βάση**, καθώς προκαλείται από μεταλλάξεις στα γονίδια που είναι υπεύθυνα για τη σύνθεση των υποδοχέων και τη σύνθεση των μεταφορέων συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών του νευρικού συστήματος. Ως νευροδιαβιβαστές χαρακτηρίζονται οι χημικές ουσίες (π.χ. ντοπαμίνη, νοραδρεναλίνη) που εκλύονται από τους νευρώνες και μεταφέρουν νευρικές ώσεις προς τα κύτταρα-στόχους (Webster, 2001). Οι υποδοχείς είναι μεμβρανικές πρωτεΐνες, απαραίτητες για την είσοδο του νευροδιαβιβαστή εντός του μετασυναπτικού νευρώνα (Webster, 2001). Οι μεταφορείς είναι μεμβρανικές πρωτεΐνες, υπεύθυνες για την επαναπρόσληψη του νευροδιαβιβαστή από τον προσυναπτικό νευρώνα (Webster, 2001).

Ειδικότερα, η εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ έχει συσχετιστεί με μεταλλάξεις στα γονίδια που είναι υπεύθυνα για τη σύνθεση των υποδοχέων (DRD1, DRD2, DRD3, DRD4, DRD5) και του μεταφορέα (DAT) της ντοπαμίνης (Arnsten, 2009; Βλάχος et al., 2008; Li et al., 2006; Millichap, 2010; Prince, 2008; Nigg, 2006), καθώς και μεταλλάξεις στα γονίδια που είναι υπεύθυνα για τη σύνθεση των υποδοχέων ($\alpha 2A$, $\alpha 2B$, $\alpha 2C$) και του μεταφορέα (NAT) της νοραδρεναλίνης (Arnsten, 2009; Prince, 2008). Επιπρόσθετα, στην παθοφυσιολογία της διαταραχής πιθανώς συμμετέχει η σεροτονίνη (Arnsten, 2009; Βλάχος et al., 2008; Prince, 2008) και η πρωτεΐνη SNAP-25 που είναι υπεύθυνη για την απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών προς τη συναπτική σχισμή (Βλάχος et al., 2008; Prince, 2008). Στην εικόνα 2.1 περιγράφεται σχηματικά η απελευθέρωση και η δέσμευση της ντοπαμίνης/νοραδρεναλίνης, από τα εγκεφαλικά νευρικά κύτταρα.

Η γενετική βάση της ΔΕΠ-Υ στηρίζεται στα εξής ευρήματα:



Εικόνα 2.1: Η πορεία της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης, από τον προσυναπτικό προς το μετασυναπτικό νευρώνα.

- ο επιπολασμός της διαταραχής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται και ποικίλει ανάλογα με τα γεωγραφικά, εθνικά και φυλετικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που μελετάται (Millichap, 2010).
- η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα είναι σημαντικά συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς α΄ βαθμού των ατόμων που έχουν ΔΕΠ-Υ, σε σύγκριση με τα ποσοστά της διαταραχής στο γενικό πληθυσμό (American Psychiatric Association, 2000; Βλάχος et al., 2008; Millichap, 2010; Silver, 2004).
- από τις μελέτες περιπτώσεων υιοθεσίας, διαπιστώθηκε ότι οι συγγενείς από υιοθεσία, των υιοθετημένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ, έχουν μικρότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν τη διαταραχή, σε σχέση με τους βιολογικούς συγγενείς του υιοθετημένου παιδιού (Biederman & Faraone, 2005; Βλάχος et al., 2008; Fitzgerald et al., 2007).
- από τις μελέτες διδύμων, φαίνεται ότι υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση της διαταραχής στους μονοζυγωτικούς διδύμους, σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους του ίδιου φύλου (Βλάχος et al., 2008; Millichap, 2010; Fitzgerald et al., 2007). Στους διζυγωτικούς διδύμους το ποσοστό εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ είναι ίδιο με το ποσοστό εκδήλωσης της διαταραχής μεταξύ αμφιθαλών αδερφών (Millichap, 2010).

Επίσης, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να αποδοθεί και σε *εξωγενείς νευρολογικές-βιολογικές αιτίες*, που διακρίνονται ανάλογα με το χρόνο προσβολής σε: (1) προγεννητικές, (2) περιγεννητικές και (3) μεταγεννητικές.

Οι *προγεννητικές αιτίες* περιλαμβάνουν: τις εγκεφαλικές ανωμαλίες του κύηματος, την αναιμία της εγκύου, την προεκλαμψία, τις ενδοκρινικές διαταραχές της μητέρας κατά την κύηση (έλλειψη ιωδίου και υποθυρεοειδισμός) (Millichap, 2010), τις κακές συνθήκες διαβίωσης, την κακή διατροφή και την ηλικία της μητέρας (Biederman & Faraone, 2005), την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ από την έγκυο, το κάπνισμα, την έκθεση της εγκύου σε τοξίνες (π.χ. μόλυβδος, υδράργυρος, οργανοφωσφορικά παρασιτοκτόνα, πολυχρωρωμένα διφαινύλια) και σε ιούς (π.χ. ιός της γρίπης) (Millichap, 2010; Nigg, 2006; Silver, 2004).

Οι *περιγεννητικοί αιτιολογικοί παράγοντες* αφορούν το κύημα και σε αυτούς ανήκουν: η πρόωρη γέννηση, η ισχιακή προβολή, το χαμηλό βάρος γέννησης, η μικρή περίμετρος κεφαλής (Millichap, 2010; Silver, 2004), η υποξαιμική – ισχαιμική – εγκεφαλοπάθεια (= περιγεννητική ασφυξία), η εγκεφαλική αιμορραγία, η μηνιγγίτιδα και η εγκεφαλίτιδα (Millichap, 2010).

Μεταγεννητικά, το βρέφος/παιδί κινδυνεύει να εκδηλώσει ΔΕΠ-Υ μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, πολλαπλά επεισόδια μέσης ωτίτιδας, ιογενείς λοιμώξεις, καρδιακές παθήσεις, επιληψία, αυτοάνοσα νοσήματα, μεταβολικές διαταραχές, ενδοκρινικές (θυρεοειδικές) διαταραχές, αναιμία και υπογλυκαιμία (Millichap, 2010). Επίσης, η χρήση φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του παιδικού άσθματος και της επιληψίας, έχει ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (Millichap, 2010). Άλλα πιθανά μεταγεννητικά αίτια, που αφορούν το παιδί, σχετίζονται με διατροφικούς παράγοντες, όπως η κατανάλωση τροφικών προσθέτων και σουκρόζης, η έλλειψη Ω3 λιπαρών οξέων, η έλλειψη σιδήρου / ψευδαργύρου / ιωδίου, οι τροφικές αλλεργίες, η δυσανεξία στη γλουτένη, η λήψη αυξημένης ποσότητας ποτάσιου (Millichap, 2010; Nigg, 2006).

Πρέπει να σημειωθεί ότι το δυσμενές οικογενειακό περιβάλλον, η γονεϊκή αποστέρηση και τα ψυχολογικά τραύματα κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, δεν μπορούν να αποτελέσουν αιτιολογικούς παράγοντες εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ, παρόλο που επιτείνουν τα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας ενός παιδιού ή εφήβου (Βλάχος et al., 2008; Mayes et al., 2008; Millichap, 2010; Nigg, 2006).

Εξαιτίας των παραπάνω γενετικών, νευρολογικών και βιολογικών παραγόντων, στα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι δυνατό να παρατηρηθεί: (1) μείωση στο συνολικό όγκο του εγκεφάλου, (2) ελάττωση του όγκου και αλλαγές της δομής συγκεκριμένων εγκεφαλικών

περιοχών [των προμετωπιαίων φλοιών (κυρίως του δεξιού προμετωπιαίου φλοιού), των βασικών γαγγλίων (κυρίως του κερκοφόρου πυρήνα), του μεσολόβιου και του σκόληκα της παρεγκεφαλίδας], (3) ανώμαλη νευρωνική ενεργοποίηση των παραπάνω περιοχών, σε επίπεδο νευροδιαβιβαστών (κυρίως σε σχέση με τις κατεχολαμίνες), (4) δυσλειτουργία των ρυθμιστικών κυκλωμάτων που συνδέουν τον προμετωπιαίο φλοιό με τα βασικά γάγγλια και την παρεγκεφαλίδα, (5) προβληματική ενεργοποίηση άλλων εγκεφαλικών περιοχών όπως ο θάλαμος, ο αμυγδαλοειδής πυρήνας και ο ιππόκαμπος, (6) αύξηση των βραδέων εγκεφαλικών κυμάτων, αύξηση των κυμάτων θ και μείωση των κυμάτων β στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (Millichap, 2010; Nigg, 2006).

2.5 ΝΕΥΡΟΧΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Η νευροβιολογία της ΔΕΠ-Υ καθορίζεται, κυρίως, από τη δράση των κατεχολαμινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Prince, 2008; Zachor et al., 2009) [στις κατεχολαμίνες ανήκουν οι νευροδιαβιβαστές: ντοπαμίνη, αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη (Kuhar et al., 2006, p. 211)].

Είναι γνωστό ότι τα πρόσθια υποφλοιώδη και παρεγκεφαλιδικά νευρωνικά κυκλώματα είναι πλούσια σε ντοπαμινεργικές και νοραδρενεργικές συνάψεις, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο διάφορων εκτελεστικών λειτουργιών [όπως η αναστολή της απάντησης-αντίδρασης σε ερεθίσματα που δρουν περισπαστικά ή εμποδίζουν την υλοποίηση ενός έργου/στόχου, ο έλεγχος της εργαζόμενης μνήμης, η εναλλαγή της προσοχής ανάμεσα σε διαφορετικά ερεθίσματα/έργα, η διατήρηση της προσοχής (=εγρήγορση), η ρύθμιση των κινήτρων, η οργάνωση και ο σχεδιασμός των έργων/στόχων] (Arnsten, 2009; Biederman & Faraone, 2005; Zachor et al., 2009). Φαίνεται ότι τα νευροψυχολογικά ελλείμματα, που εμφανίζουν τα άτομα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα, οφείλονται στην απορρύθμιση των παραπάνω εγκεφαλικών νευρωνικών κυκλωμάτων (Biederman & Faraone, 2005; Zachor et al., 2009). Ειδικότερα, τα υπάρχοντα επιστημονικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ προκαλούνται από διαταραχές που αφορούν τους ντοπαμινεργικούς και νοραδρενεργικούς νευρώνες του κεντρικού νευρικού συστήματος (Arnsten, 2009; Biederman & Faraone, 2005; Zachor et al., 2009).

Τα ερευνητικά δεδομένα, που υποστηρίζουν το παραπάνω γεγονός, βασίζονται:

- στην παρατήρηση ότι τα φάρμακα, που αυξάνουν τη διαθεσιμότητα της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης στις νευρικές συνάψεις, επιδρούν θετικά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Arnsten, 2009; Biederman & Faraone, 2005; Zachor et al., 2009).
- σε πειράματα με ζώα, όπου βλάβες στους αδρενεργικούς (Arnsten, 2009) και ντοπαμινεργικούς νευρώνες του εγκεφάλου προκάλεσαν υπερκινητικότητα και ελλειμματική προσοχή (Biederman & Faraone, 2005; Zachor et al., 2009).
- σε δομικές και λειτουργικές νευροαπεικονιστικές μεθόδους, που έδειξαν ότι οι εγκεφαλικές περιοχές, οι οποίες είναι πλούσιες σε ντοπαμινεργικούς και νοραδρενεργικούς νευρώνες, εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της ΔΕΠ-Υ (Arnsten, 2009; Biederman & Faraone, 2005; Zachor et al., 2009).
- στην ανακάλυψη διάφορων γονιδίων, τα οποία σχετίζονται με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ και, επιπλέον, είναι υπεύθυνα για τη σύνθεση πρωτεϊνών που συμμετέχουν στο μηχανισμό των ντοπαμινεργικών και των νοραδρενεργικών συνάψεων (Arnsten, 2009; Zachor et al., 2009).

2.6 ΓΝΩΣΤΙΚΑ, ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΕΠ-Υ

Το νευροβιολογικό υπόβαθρο της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας προκαλεί ελλείμματα στο γνωστικό έλεγχο [δηλαδή στην ικανότητα ελέγχου της επεξεργασίας των πληροφοριών και ελέγχου της συμπεριφοράς, για την επίτευξη ενός στόχου (Carter & Van Veen, 2007)], στην προσοχή, στη μνήμη, στον κινητικό έλεγχο, στην ακαδημαϊκή πρόοδο, στις γλωσσικές λειτουργίες, στη συναισθηματική ισορροπία, στην κοινωνικοποίηση, στη συμπεριφορική ρύθμιση και στην ανάπτυξη των κινήτρων του παιδιού ή του εφήβου (πίνακας 2.2) (Barkley, 2006; Biederman & Faraone, 2005; Nigg, 2006; Racine et al., 2008; Tannock & Martinussen, 2001; Tseng et al., 2004).

Πίνακας 2.2: Οι λειτουργίες και οι εγκεφαλικές περιοχές όπου εντοπίζονται οι βασικές εκτελεστικές και νευρογνωσιακές διαταραχές στη ΔΕΠ-Υ.

1. Προσοχή

- A. Πρόσθιο σύστημα (αφορά το νευρωνικό δίκτυο που συνδέει το βρεγματικού λοβό με το θάλαμο)
 - i. Αντίληψη του χώρου (Πού;)
 - ii. Αντίληψη της ιδιότητας (Τι;)
 - iii. Άλλες διεργασίες επιλογής και διάκρισης
- B. Σύστημα εγρήγορης (αφορά το νευρωνικό δίκτυο που συνδέει τις φλοιώδεις με τις υποφλοιώδεις περιοχές του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου)
 - i. Επαγρύπνηση ή αφύπνιση: ετοιμότητα για νέα ή απρόβλεπτα ερεθίσματα
 - ii. Διατήρηση της προσοχής (=εγρήγορη) σε συνεχιζόμενα ή αναμενόμενα ερεθίσματα

2. Γνωστικός έλεγχος, εργώδης έλεγχος, εκτελεστικές λειτουργίες (νευρωνικά δίκτυα που συνδέουν τον προμετωπιαίο φλοιό με υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου)

- A. Έλεγχος της προσοχής (επιλεκτική και εργαζόμενη μνήμη)
 - i. Εντοπισμός των αντιφάσεων ανάμεσα στις ανταγωνιστικές πληροφορίες, που μπορεί να υπάρχουν ταυτόχρονα σε ένα ερέθισμα (Carter & Van Veen, 2007)
 - ii. Έλεγχος των παρεμβαλλόμενων πληροφοριών και των αντιδράσεων
- B. Έλεγχος της κινητικής αντίδρασης και της συμπεριφοράς
 - i. Καταστολή ή διακοπή μιας προκαθορισμένης αντίδρασης
 - ii. Καθυστερήση κάποιων ή όλων των αντιδράσεων
- Γ. Εργαζόμενη μνήμη
 - i. Ακουστική εργαζόμενη μνήμη
 - ii. Χωρική εργαζόμενη μνήμη
 - iii. Τοπική εργαζόμενη μνήμη
- Δ. Ρύθμιση της κατάστασης
 - i. Ενεργοποίηση (βασικά γάγγλια)

3. Κίνηση

- A. Σύστημα αμοιβών: διέγερση / προσέγγιση του κινήτρου (φλοιός εγκεφάλου – στεφανιαίο σύστημα – σύστημα ντοπαμίνης)
- B. Άγχος / απόθεση συμπεριφοράς: άγχος / αποφυγή επικείμενης απειλής (διαφανές διάφραγμα εγκεφάλου – υπόκαμπος – αμυγδαλοειδής πυρήνας)
- Γ. Μάχη / σύγκρουση: πανικός / πόνος, επείγουσα κατάσταση ή επίθεση (υποθετική ή πραγματική)

4. Κινητικός έλεγχος και συντονισμός

- A. Κινητική συνεργασία και εκτέλεση κινήσεων (μέλαινα ουσία - ραβδωτό σώμα)
- B. Κινητικός συντονισμός και επεξεργασία γενικών χρονικών πληροφοριών (παρεγκεφαλίδα)

5. Γλώσσα

6. Μνήμη

Πηγή: J.T. Nigg (2006). *What causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why* (page 66). New York, NY: The Guilford Press.

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ συχνά παρουσιάζουν ελλείμματα σε συγκεκριμένους τομείς κατά την αξιολόγηση της νοημοσύνης (I.Q. tests) (Holmes et al., 2010; Loe & Feldman, 2007). Επίσης, φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με φτωχή εργαζόμενη μνήμη (Holmes et al., 2010; Martinussen et al., 2005; McInnes et al., 2003; Nigg, 2006), αδυναμία διατήρησης και εναλλαγής της προσοχής (Arnsten, 2009; Barkley, 2006; Nigg, 2006), δυσκολία επικέντρωσης της προσοχής στα στοιχεία που είναι σχετικά με τον προκαθορισμένο έργο/στόχο (Arnsten, 2009; Barkley, 2006), προβληματική επεξεργασία των οπτικοακουστικών ερεθισμάτων με βάση τη μορφή ή την παρουσίασή τους (Arnsten, 2009) και δυσχέρεια αναστολής της απάντησης-αντίδρασης σε ερεθίσματα που δρουν περισπαστικά ή εμποδίζουν την υλοποίηση ενός έργου/στόχου (Arnsten, 2009; Barkley, 2006; Millichap, 2010; Nigg, 2006). Τα προβλήματα εντοπίζονται στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες (οργάνωση δραστηριοτήτων, ρύθμιση του χρόνου, γνωστική ευελιξία, ενδοσκόπηση, κρίση, επίλυση προβλημάτων, αντιμετώπιση δυσάρεστων καταστάσεων, καθορισμός κινήτρων, επιμονή στην υλοποίηση του στόχου, ανατροφοδότηση, αυτοαποτελεσματικότητα, αυτοεπίγνωση, συμπεριφορική ρύθμιση) και προκαλούν δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά σε ακαδημαϊκό και κοινωνικό πλαίσιο (Barkley, 2006; Loe & Feldman, 2007; Nigg, 2006).

Η κινητική ανάπτυξη ενός ατόμου με ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα συχνά είναι επηρεασμένη. Υπάρχουν δυσκολίες στο σχεδιασμό, στην προετοιμασία και στην εκτέλεση μιας κίνησης (Nigg, 2006; Tseng et al., 2004), διαταραχές της οπτικοκινητικής αντίληψης (Iwanaga et al., 2006; Racine et al., 2008; Tseng et al., 2004; Yochman et al., 2006), καθώς και προβλήματα στην ισορροπία και στη διατήρηση των στάσεων του σώματος (Iwanaga et al., 2006; Millichap, 2010). Ειδικότερα, ο έλεγχος της αδρής και λεπτής κινητικότητας (Barkley, 2006; Iwanaga et al., 2006; Nigg, 2006; Yochman et al., 2006), ο σχεδιασμός (Yochman et al., 2006), η μυϊκή συνεργασία και η συγχρονισμένη εκτέλεση σύνθετων διαδοχικών κινήσεων είναι δυσχερείς (Barkley, 2006; Nigg, 2006; Gol & Jarus, 2005). Οι αδρές κινήσεις εκτελούνται χωρίς αρμονικότητα (Barkley, 2006; Nigg, 2006; Tseng et al., 2004). Οι λεπτές κινήσεις και η γραφή είναι προβληματικές (πραγματοποιούνται με αργό ρυθμό και στερούνται ακρίβειας), ενώ συχνά υπολείπονται σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού ή του εφήβου με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 2006; Nigg, 2006; Racine et al., 2008; Tseng et al., 2004).

Αναφορικά με το συναισθηματικό-συμπεριφορικό τομέα, ένα άτομο με ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα χαρακτηρίζεται από φτωχή αυτορρύθμιση του συναισθήματος και αυξημένη εκδήλωση θυμού, θλίψης, άγχους, ευερεθιστότητας, εχθρότητας και επιθετικότητας (American Psychiatric Association, 2000; Barkley, 2006; Nigg, 2006). Επιπρόσθετα, το παιδί (ή ο έφηβος) με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει ελλείμματα στον έλεγχο των παρορμήσεων και της ψυχοκινητικότητας και μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες κατά την διαχείριση στρεσογόνων ή δυσάρεστων καταστάσεων (Barkley, 2006; Loe & Feldman, 2007; Nigg, 2006). Στις περιπτώσεις που υπάρχει μικρή ή μηδενική εξωτερική ενίσχυση, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να καθορίσουν μακροπρόθεσμους στόχους, να οργανώσουν ένα μελλοντικό σχέδιο (Arnsten, 2009; Barkley, 2006; Cordier et al., 2009) και να περατώσουν σύνθετα έργα (Barkley, 2006; Millichap, 2010). Επίσης, τείνουν να εγκαταλείπουν σύντομα την προσπάθεια για ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας και έχουν μειωμένη παραγωγικότητα (Barkley, 2006; Cordier et al., 2009; Millichap, 2010).

Όλα τα παραπάνω δημιουργούν περιορισμούς στα άτομα με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο ακαδημαϊκό, διαπροσωπικό, ενδοοικογενειακό και κοινωνικό (Cormier, 2008; Mayes et al., 2008). Ουσιαστικά, η διαταραχή αποτελεί τροχοπέδη στην ομαλή διαδικασία της μάθησης και στην εφαρμογή της γνώσης, δυσχεραίνει την εκτέλεση των σχολικών δραστηριοτήτων (ανάγνωση, γραφή, κατανόηση κειμένου, μαθηματικά), εμποδίζει το μαθητή να ολοκληρώνει επιτυχώς σύνθετες εργασίες και επιδρά αρνητικά στην κοινωνική του ένταξη εντός και εκτός σχολείου (Barkley, 2006; Clarke et al., 2010; Holmes et al., 2010; Loe & Feldman, 2007;

Racine et al., 2008; Tannock & Martinussen, 2001; Yochman et al., 2006). Σε γλωσσικό επίπεδο παρατηρούνται δυσκολίες στην έκφραση της γλώσσας, στην εσωτερίκευση του λόγου, στη λεκτική ροή και ευχέρεια, στην οργάνωση και διατύπωση ιδεών ή νοημάτων, στην προφορική επίλυση προβλημάτων (Barkley, 2006; Iwanaga et al., 2006), καθώς και στην ακουστική κατανόηση κειμένων (Barkley, 2006; Iwanaga et al., 2006; McInnes et al., 2003). Τελικά, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να υπονομεύσει την εκπαίδευση, τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση και την ομαλή κοινωνικοποίηση ενός παιδιού (American Psychiatric Association, 2000; Barkley, 2006; Cormier, 2008; Loe & Feldman, 2007; Mayes et al., 2008; Millichap, 2010). Το άτομο που εκδηλώνει τη διαταραχή έχει χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, χαμηλή αυτοεικόνα και διαστρεβλωμένη αυτοεπίγνωση (American Psychiatric Association, 2000; Barkley, 2006; Loe & Feldman, 2007; Racine et al., 2008). Ακόμη, μπορεί να αντιμετωπίζει μαθησιακά ελλείμματα, συμπεριφορικά προβλήματα και προβλήματα διαγωγής, ενώ είναι πολύ πιθανό να αποβληθεί ή να επαναλάβει μια τάξη, σε σχέση με τους μαθητές που δεν έχουν ΔΕΠ-Υ (American Psychiatric Association, 2000; Barkley, 2006; Loe & Feldman, 2007).

2.7 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ Ή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γνωστό ότι η ΔΕΠ-Υ συχνά συνυπάρχει με άλλες διαταραχές ή ψυχοσωματικά προβλήματα, όπως τα παρακάτω (συνοπτική παρουσίασή τους γίνεται στον πίνακα 2.3):

Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder, ODD) – Χαρακτηρίζεται από: εκδηλώσεις θυμού, εχθρότητα, εμπάθεια, μνησικακία, ανυπακοή, οχληρότητα, προκλητική συμπεριφορά, έλλειψη αυτοκυριαρχίας, άρνηση για συμμόρφωση με τους κανόνες, φαινόμενα παρενόχλησης ή απόδοσης ευθυνών στους άλλους, συγκρούσεις ή φιλονικίες με τους ενήλικες (Barkley, 2006; Fowler, 2002; Millichap, 2010; Silver, 2004; Spencer, 2009).

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

Αγχώδεις Διαταραχές (Anxiety Disorders) – Περιλαμβάνουν:

- τη Διαταραχή Πανικού (Panic Disorder) που χαρακτηρίζεται από επανειλημμένες επεισοδιακές κρίσεις πανικού και έντονου άγχους (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010).

Πίνακας 2.3: Διαταραχές ή προβλήματα που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ.

Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή
 Διαταραχή της Διαγωγής
 Αγχώδεις Διαταραχές
 Διαταραχές της Διάθεσης
 Αναπτυξιακή Δυσπραξία
 Μαθησιακές Δυσκολίες
 Γλωσσικές Διαταραχές
 Τις
 Σύνδρομο Tourette
 Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή
 Διαταραχές Ύπνου
 Διαταραχές Αντιστικού Φάσματος
 Κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ
 Επιληπτικές Κρίσεις
 Κεφαλαλγίες
 Κακώσεις

- τις Φοβικές Διαταραχές (Phobias) που χαρακτηρίζονται από δυσανάλογο για τις περιστάσεις φόβο, ο οποίος δεν υποχωρεί με λογικές εξηγήσεις, δεν ελέγχεται εκούσια και καταλήγει σε αποφυγή της κατάστασης που τον προκαλεί (π.χ. αγοραφοβία) (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004).
 - την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Obsessive - Compulsive Disorder) που χαρακτηριστικό της γνώρισμα είναι η ύπαρξη επίμονων / ανούσιων ιδεοληψιών και ψυχαναγκασμών, που εμπλέκονται στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004).
 - τη Διαταραχή Στρες μετά από Ψυχοτραυματική Εμπειρία (Post-Traumatic Stress Disorder) που χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογική αντίδραση, λόγω της επίδρασης μιας αγχογόνου εμπειρίας, και συνοδεύεται από συμπτώματα επαναλαμβανόμενης αναβίωσης του τραυματικού γεγονότος, εφιαλτικά όνειρα, αποφυγή των δραστηριοτήτων που υπενθυμίζουν το γεγονός, διαταραχές του ύπνου, ευερεθιστότητα και αδυναμία επικέντρωσης στις καθημερινές ασχολίες (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004).
 - τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (Generalized Anxiety Disorder) της οποίας στοιχείο είναι η γενικευμένη, επίμονη, υπερβολική ανησυχία ή το άγχος, σχετικά με ένα αριθμό γεγονότων ή καταστάσεων (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Silver, 2004).
- Γενικά, η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με κάποια αγχώδη διαταραχή, επηρεάζει αρνητικά την ακαδημαϊκή πρόοδο, τη σχολική επίδοση και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού ή του εφήβου (Spencer, 2009).

Διαταραχές της Διάθεσης (Mood Disorders) – Περιλαμβάνουν:

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

Αναπτυξιακή Δυσπραξία ή Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού των Κινήσεων (Developmental Coordination Disorder, DCD) – Είναι μια νευρολογική διαταραχή που επηρεάζει την ικανότητα σχεδιασμού, οργάνωσης και εκτέλεσης κινήσεων, στοιχείο που επιδρά αρνητικά τόσο στις ακαδημαϊκές επιδόσεις, όσο και στις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού/εφήβου που πάσχει (Millichap, 2010).

Μαθησιακές Δυσκολίες (Learning Disabilities) – Περιλαμβάνουν τη Δυσλεξία (= νευρολογική διαταραχή της ανάγνωσης), τη Δυσγραφία (= νευρολογική διαταραχή της γραφής λέξεων και αριθμών) και την Δυσαριθμησία (= νευρολογική διαταραχή του μαθηματικού υπολογισμού, που σχετίζεται με δυσκολίες στην κατανόηση μαθηματικών

εννοιών) (Fowler, 2002; Millichap, 2010). Τόσο η ΔΕΠ-Υ, όσο και οι μαθησιακές δυσκολίες, επηρεάζουν τη γνωστική και ακαδημαϊκή λειτουργικότητα, με αποτέλεσμα η συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών να προκαλεί σοβαρότερα προβλήματα, συγκριτικά με τις εκπαιδευτικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά ή οι έφηβοι που έχουν μόνο ΔΕΠ-Υ (Spencer, 2009).

Γλωσσικές Διαταραχές (Language Disorders) – Περιλαμβάνουν τη Δυσarthρία (= διαταραχή του νευρομυϊκού ελέγχου της ομιλίας και της άρθρωσης) και την Αφασία ή Δυσφασία (= ανικανότητα ή δυσχέρεια κατά την κατανόηση ή τη χρήση του λόγου, χωρίς να υπάρχει κώφωση ή νοητική υστέρηση) (Millichap, 2010).

Τικ (Tic) – Είναι μια νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από (α) αιφνίδιες, ταχείες, ακούσιες, επαναλαμβανόμενες, μυϊκές συσπάσεις ή κινήσεις (= κινητικά τικ) ή (β) αιφνίδιους, ταχείς, ακούσιους, επαναλαμβανόμενους γογγυσμούς ή λαρυγγισμούς (= φωνητικά τικ) (Barkley, 2006; Millichap, 2010; Silver, 2004).

Σύνδρομο Tourette (Tourette's Syndrome) – Αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από χρόνια κινητικά και φωνητικά τικ, τα οποία εμμένουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους (Barkley, 2006; Millichap, 2010).

Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή (Intermittent Explosive Disorder) – Εκδηλώνεται ως αιφνίδια εκρηκτική συμπεριφορά (θυμός και επιθετικότητα), η οποία πυροδοτείται απρόκλητα ή αναίτια (Silver, 2004).

Διαταραχές Ύπνου (Sleep Disorders) – Τα άτομα με ελλειμματική προσοχή – υπερκινητικότητα μπορεί να πάσχουν από διαταραχές του ύπνου ή αϋπνία (Barkley, 2006). Ειδικότερα, είναι δυνατό να παρατηρηθούν: υπνοβασία, συγχυτικές αφυπνίσεις, νυχτερινοί τρόμοι, Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών (Restless Legs Syndrome), Νυχτερινός Μυόκλονος (Rhythmic Movement Disorder), Διαταραχή Περιοδικής Κίνησης των Άκρων (Periodic Limb Movements Disorder), ναρκοληψία, υπνική άπνοια (Millichap, 2010).

Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Autistic Spectrum Disorders) και κυρίως Σύνδρομο Asperger (Asperger's Disorder) – Αποτελούν διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από ελλείμματα κατά την κοινωνική αλληλεπίδραση (Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010), εκδήλωση επαναλαμβανόμενων και στερεοτυπικών συμπεριφορών / δραστηριοτήτων / ενδιαφερόντων (Millichap, 2010), ανικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων και δυσκολία προσαρμογής στις μεταβολές της ζωής (Katona & Robertson, 2000).

Κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ (Drug and Alcohol Abuse Disorder) – Εμφανίζεται κυρίως στις περιπτώσεις που η ΔΕΠ-Υ παραμένει αδιάγνωστη ή δεν αντιμετωπίζεται επιτυχώς θεραπευτικά (Silver, 2004; Spencer, 2009). Επίσης, επιβαρυντικό παράγοντα αποτελεί η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Spencer, 2009), τη Διαταραχή της Διαγωγής ή τη Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή (Millichap, 2010; Spencer, 2009).

Επιληπτικές Κρίσεις (Seizures) – Συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, κυρίως στις περιπτώσεις όπου υφίσταται ιστορικό σπασμών κατά την πρώιμη παιδική ηλικία ή οικογενειακό ιστορικό επιληψίας (Millichap, 2010). Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι τα αναφερόμενα επεισόδια αφαιρέσεων / συγχυτικής κατάστασης / φόβου / ανεξέλεγκτης οργής, καθώς και τα περιστατικά κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, εγκεφαλίτιδας ή μηνιγγίτιδας (Millichap, 2010).

Κεφαλαλγίες (Headaches) – Εκδηλώνονται συνήθως με τη μορφή ημικρανίας ή κεφαλαλγίας τάσης και φαίνεται ότι προσβάλλουν συχνότερα τα αγόρια, σε σχέση με τα κορίτσια, που έχουν ΔΕΠ-Υ (Millichap, 2010).

Κακώσεις – Τα άτομα που έχουν ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα είναι ιδιαίτερα επιρρεπή σε ατυχήματα, τραυματισμούς, κατάγματα και κακώσεις όλων των μορφών (Barkley, 2006).

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τις παραπάνω διαταραχές ή τα προαναφερθέντα προβλήματα συνεπάγεται δυσμενέστερη πρόγνωση, σε ό,τι αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση και τον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Katona & Robertson, 2000).

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα σε μεγαλύτερη συχνότητα συνοδεύεται από: Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Fowler, 2002; Jensen, 2009; Millichap, 2010; Spencer, 2009), Διαταραχή της Διαγωγής (Fowler, 2002; Jensen, 2009; Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Spencer, 2009), Αγχώδεις Διαταραχές (Jensen, 2009; Millichap, 2010; Spencer, 2009), Διαταραχές της Διάθεσης (Jensen, 2009; Millichap, 2010; Spencer, 2009), Μαθησιακές Δυσκολίες (Fowler, 2002; Jensen, 2009; Millichap, 2010; Spencer, 2009), διαταραχές του ύπνου (Konofal et al., 2010) και κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ (Mayes et al., 2008; Spencer, 2009).

2.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ενός ατόμου με ΔΕΠ-Υ (π.χ. την ηλικία, τη συνύπαρξη συνοδών νοσημάτων, την παρουσία άλλων ανεπαρκειών ή διαταραχών) και του περιβάλλοντός του (π.χ. τις ενδοοικογενειακές και ενδοσχολικές συνθήκες) είναι απαραίτητο η θεραπευτική προσέγγιση ενός παιδιού ή ενός εφήβου να εξατομικεύεται, ώστε να καλύπτει όσο το δυνατόν περισσότερες από τις ανάγκες του. Τα τελευταία χρόνια, οι εξής μορφές θεραπευτικών παρεμβάσεων έχουν κεντρίσει το ενδιαφέρον των ειδικών επαγγελματιών που ασχολούνται με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα:

(α) η *φαρμακοθεραπεία* (όπου χορηγούνται φαρμακευτικές ουσίες στα άτομα με ΔΕΠ-Υ όπως μεθυλφαινιδάτη, ατομοξετίνη, αμφεταμίνες, αντικαταθλιπτικά) (American Academy of Pediatrics, 2001; Jensen, 2009; Loe & Feldman, 2007; Ralston et al., 2004; Zachor et al., 2009).

(β) η *συμπεριφορική θεραπεία* (που βασίζεται στο συμπεριφορισμό και αξιοποιεί τις γνωστές συμπεριφορικές πρακτικές εκπαίδευσης, την ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς του παιδιού και του εφήβου μέσω ενισχυτών/προτροπών, τη μίμηση προτύπου, τη στέρηση προνομίων ή την επιβολή ποινών σε περιπτώσεις εκδήλωσης αρνητικής συμπεριφοράς από το παιδί ή τον έφηβο, τη διακοπή [time out] των θετικών ενισχύσεων κ.α.) (American Academy of Pediatrics, 2001; Jensen, 2009; Loe & Feldman, 2007; Ralston et al., 2004; Zachor et al., 2009).

(γ) οι *εξειδικευμένες παρεμβάσεις*, όπως η εξατομικευμένη εκπαιδευτική παρέμβαση (με στόχο την εκπαίδευση του παιδιού και την αντιμετώπιση των μαθησιακών του προβλημάτων), η εργοθεραπεία (με σκοπό την καλλιέργεια της αισθητηριακής αντιληπτικότητας, τη βελτίωση του μυϊκού συντονισμού και των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου με ΔΕΠ-Υ), η λογοθεραπεία (που συμβάλλει στην αντιμετώπιση των γλωσσικών ελλειμμάτων) και η ψυχοθεραπεία (που στοχεύει στην εκμάθηση στρατηγικών ρύθμισης της συμπεριφοράς από το ίδιο το παιδί με ΔΕΠ-Υ) (Loe & Feldman, 2007; Ralston et al., 2004).

(δ) τα *προγράμματα ψυχοκοινωνικής στήριξης/φροντίδας/εκπαίδευσης*, όπου παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠ-Υ, μαζί με τους γονείς τους, παραπέμπονται σε κέντρα ψυχικής υγείας της κοινότητας (Jensen, 2009; Ralston et al., 2004). Στόχος είναι η τακτική παρακολούθηση από τους παιδοψυχιάτρους και τους ψυχολόγους των κέντρων αυτών, ώστε να παρέχεται σφαιρική ενημέρωση, συμπεριφορική εκπαίδευση (του γονέα και του παιδιού), καθώς και συμβουλευτική πάνω σε θέματα διαχείρισης της συμπεριφοράς του ατόμου με ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα (Jensen, 2009; Ralston et al., 2004; Zachor et al., 2009).

(ε) ο *συνδυασμός των παραπάνω θεραπειών* (American Academy of Pediatrics, 2001; Jensen, 2009; Loe & Feldman, 2007; Ralston et al., 2004).

Από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που προαναφέρθηκαν, θα αναπτυχθεί εκτενέστερα η φαρμακοθεραπεία (και κυρίως η χορήγηση μεθυλφαινιδάτης) σε συνδυασμό με την εργοθεραπεία. Οι δύο αυτές θεραπευτικές μορφές αποτέλεσαν τον κεντρικό άξονα της παρέμβασης που εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας, στην παρούσα μελέτη περίπτωσης (η συνδυασμένη θεραπεία επιλέχθηκε με γνώμονα τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού και τα προβλήματα που αντιμετώπιζε).

2.8.1 Η δράση της μεθυλφαινιδάτης και η συμβολή της στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ

Τα τελευταία χρόνια, η μεθυλφαινιδάτη αποτελεί φάρμακο πρώτης γραμμής για τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΕΠ-Υ, καθώς πλήθος τυχαιοποιημένων-ελεγχόμενων δοκιμασιών έχουν αναδείξει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της, στην αντιμετώπιση των κεντρικών συμπτωμάτων της διαταραχής (Lopez, 2006; Pietrzak et al., 2006; Pliszka et al., 2006; Zachor et al., 2009).

Η μεθυλφαινιδάτη είναι ένας ήπιος διεγέρτης του κεντρικού νευρικού συστήματος, ο οποίος θεωρείται ότι αναστέλλει την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης στον προσυναπτικό νευρώνα και αυξάνει την απελευθέρωση των κατεχολαμινών αυτών προς τη συναπτική σχισμή (Pietrzak et al., 2006; Zachor et al., 2009). Ουσιαστικά, η μεθυλφαινιδάτη εξομαλύνει την εγκεφαλική λειτουργία, μέσα από την ενεργοποίηση των ντοπαμινεργικών και των νοραδρενεργικών νευρώνων σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου (Biederman & Faraone, 2005; Pietrzak et al., 2006; Zachor et al., 2009).

Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ, που λαμβάνουν μεθυλφαινιδάτη:

- εκδηλώνουν σε μικρότερο βαθμό απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (American Academy of Pediatrics, 2001),
- αποδίδουν καλύτερα σε τομείς όπως ο σχεδιασμός των μυοσκελετικών κινήσεων (O'Driscoll et al., 2005), ο σχεδιασμός των γνωστικών έργων/στόχων, η προσοχή, η γνωστική ευελιξία (Pietrzak et al., 2006) και η αναστολή της απάντησης-αντίδρασης σε ερεθίσματα που δρουν περισπαστικά (O'Driscoll et al., 2005; Pietrzak et al., 2006),
- παρουσιάζουν αυξημένη ικανότητα εκτέλεσης σακκαδικών κινήσεων (= εκούσιων και ταχέων κινήσεων των οφθαλμών, οι οποίες πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της οπτικής «σάρωσης» μιας εικόνας) (O'Driscoll et al., 2005; Pietrzak et al., 2006),
- εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εγρήγορης (Papavasiliou et al., 2007; Pietrzak et al., 2006),
- επεξεργάζονται σωστότερα τις πληροφορίες σε επίπεδο εργαζόμενης μνήμης (Bedard et al., 2004; Papavasiliou et al., 2007; Pietrzak et al., 2006),
- εμφανίζουν βελτιωμένη συμπεριφορά και διαγωγή, καλύτερες ακαδημαϊκές επιδόσεις και αυξημένη αυτοεκτίμηση (Lopez, 2006; Zachor et al., 2009),
- αλληλεπιδρούν θετικότερα σε διαπροσωπικό επίπεδο (Lopez, 2006),
- ενώ έχουν μικρότερη πιθανότητα να κάνουν κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ στο μέλλον (Biederman & Faraone, 2005; Lopez, 2006; Pliszka et al., 2006; Spencer, 2009; Zachor et al., 2009).

2.8.2 Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της μεθυλφαινιδάτης

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί η μεθυλφαινιδάτη είναι συνήθως ήπιες και υποχωρούν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα (American Academy of Pediatrics, 2001; Lopez, 2006) ή μετά από τροποποίηση της θεραπευτικής δόσης ή μετά από αλλαγή της δραστικής ουσίας (Zachor et al., 2009). Οι πιο συχνές φαρμακοεξαρτώμενες διαταραχές είναι: κεφαλαλγία, ανορεξία, ναυτία ή/και έμετος, δυσπεψία, κοιλιακό άλγος, αϋπνία, αδυναμία, απώλεια βάρους, ζάλη, υπνηλία, τικ, επιδείνωση της ΔΕΠ-Υ, άγχος, κατάθλιψη, συναισθηματική αστάθεια, νευρική κούραση, εξάνθημα, υπέρταση (Wigal et al., 2010; Zachor et al., 2009).

Οι σωματικές ανεπιθύμητες εκδηλώσεις, που αναφέρονται κατά τις πρώτες μέρες χορήγησης του φαρμάκου, υποχωρούν λίγες εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας (Lopez, 2006; Zachor et al., 2009). Σε σπάνιες περιπτώσεις, η ανορεξία μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια βάρους και καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης (American Academy of Pediatrics, 2001; Lopez, 2006; Wigal, 2009; Zachor et al., 2009). Παρόλα αυτά, οι διαταραχές του βάρους και της ανάπτυξης, που μπορεί να προκληθούν, είναι αναστρέψιμες και δεν είναι ικανές να εγείρουν κλινικές ανησυχίες για την αγωγή με μεθυλφαινιδάτη (American Academy of Pediatrics, 2001; Biederman & Faraone, 2005; Zachor et al., 2009).

Σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να εκδηλωθούν σοβαρότερες παρενέργειες όπως παραισθήσεις, παράνοια, μανία (Wigal, 2009), ψύχωση (με οπτικές και απτικές ψευδαισθήσεις), επιδείνωση προϋπάρχοντων τικ, εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων σε παιδιά/εφήβους με ιστορικό σπασμών (American Academy of Pediatrics, 2001; Zachor et al., 2009) και σοβαρά καρδιαγγειακά συμβάματα (Jensen, 2009; Lopez, 2006; Wigal, 2009; Zachor et al., 2009).

2.8.3 Τιτλοποίηση της θεραπευτικής δόσης και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών που μπορεί να προκαλέσει η μεθυλφαινιδάτη

Η εξατομίκευση της φαρμακοθεραπείας πρέπει να γίνεται πάντα με βάση την ηλικία του παιδιού/εφήβου, την επιθυμητή διάρκεια του θεραπευτικού αποτελέσματος και τη διαθεσιμότητα του φαρμάκου (Zachor et al., 2009). Αρχικά, συστήνεται να χορηγούνται οι πιο χαμηλές διαθέσιμες δόσεις μεθυλφαινιδάτης και στη συνέχεια να γίνεται τιτλοποίηση της δόσης κάθε εβδομάδα, μέχρι να επιτευχθούν θετικά αποτελέσματα (American Academy of Pediatrics, 2001; Pliszka et al., 2006; Zachor et al., 2009). Οι αναφορές των γονέων και των εκπαιδευτικών (είτε προφορικές, είτε μέσα από τη συμπλήρωση συμπεριφορικών κλιμάκων αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ) μπορούν να προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή ανταπόκριση στη θεραπεία (Zachor et al., 2009).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, που έχουν και συμπεριφορικά προβλήματα, ευνοούνται περισσότερο από τη λήψη της μεθυλφαινιδάτης παρατεταμένης αποδέσμευσης, η οποία λαμβάνεται μόνο μία φορά τη μέρα και έχει μακρά δράση (Zachor et al., 2009). Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να συνεχιστεί και σε περιόδους εκτός σχολικών μαθημάτων, ώστε να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του παιδιού στο σπίτι και στις διακοπές (Zachor et al., 2009).

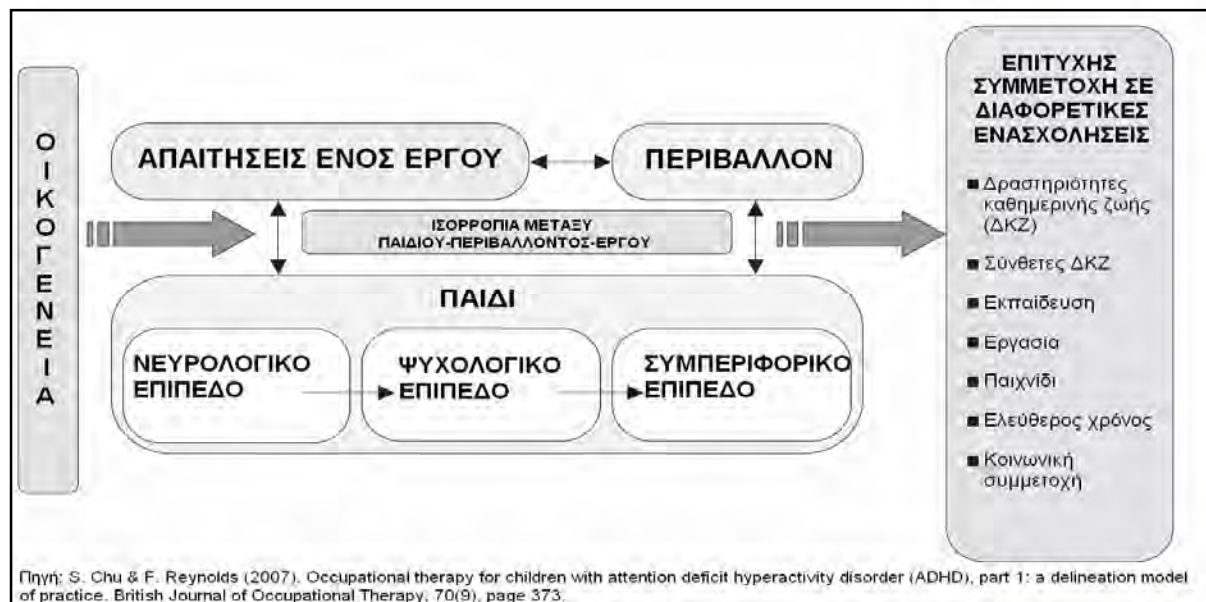
Όσα παιδιά λαμβάνουν μεθυλφαινιδάτη σε χρόνια βάση θα πρέπει να παρακολουθούνται σε σχέση με τη σωματική τους ανάπτυξη (με μέτρηση του βάρους και του ύψους) και τις τιμές της αρτηριακής τους πίεσης κάθε έξι μήνες (ή συχνότερα, αν παρατηρηθεί απώλεια βάρους και ανορεξία) (Lopez, 2006; Zachor et al., 2009). Γενικές αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις είναι απαραίτητες μόνο αν παρουσιαστούν σοβαρά προβλήματα υγείας (π.χ. καθυστέρηση της ανάπτυξης, κοιλιακό άλγος) (Zachor et al., 2009).

Εάν οι παρενέργειες της μεθυλφαινιδάτης συνεχίσουν να υφίστανται, ο θεράπων ιατρός μπορεί να τροποποιήσει τη θεραπευτική δόση, να αλλάξει το χρόνο λήψης του φαρμάκου ή τη φαρμακοτεχνική μορφή (Jensen, 2009; Zachor et al., 2009), να ενισχύσει θερμιδικά το διαιτολόγιο του παιδιού (Zachor et al., 2009) ή να αντικαταστήσει τη δραστική ουσία με κάποια άλλη που θα είναι καλύτερα ανεκτή (American Academy of Pediatrics, 2001; Jensen, 2009; Zachor et al., 2009).

2.8.4 Ο ρόλος της εργοθεραπείας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ

Στόχος μιας ολοκληρωμένης εργοθεραπευτικής παρέμβασης για ένα παιδί (ή ένα έφηβο) με ΔΕΠ-Υ είναι (α) το ίδιο το άτομο που έχει τη διαταραχή, (β) το περιβάλλον του, (γ) τα έργα που επιτελεί ή πρέπει να επιτελέσει, (δ) η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα προαναφερθέντα τρία στοιχεία και (ε) η συμμετοχή του παιδιού/εφήβου σε διαφορετικές ενασχολήσεις (εικόνα 2.2) (Chu & Reynolds, 2007).

Το άτομο που έχει ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει ένα σύνολο προβλημάτων, που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, κατά το σχεδιασμό ενός εργοθεραπευτικού προγράμματος. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η διαταραχή προκαλεί σοβαρά προβλήματα σε ποικίλους τομείς (στο γνωστικό έλεγχο, στην προσοχή, στη μνήμη, στον κινητικό έλεγχο, στις γλωσσικές λειτουργίες, στη συναισθηματική ισορροπία, στη συμπεριφορική ρύθμιση, στην ανάπτυξη των κινήτρων, στον έλεγχο των παρορμήσεων, στην κοινωνικοποίηση) (Barkley, 2006; Biederman & Faraone, 2005; Nigg, 2006; Tannock & Martinussen, 2001). Επομένως, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ χρειάζεται εργοθεραπευτικές στρατηγικές παρέμβασης σε επίπεδο νευρολογικό, ψυχολογικό και συμπεριφορικό, ώστε να προαχθεί η λειτουργικότητά του και η συμμετοχή του σε διάφορες ενασχολήσεις (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006).



Εικόνα 2.2: Σχηματική παρουσίαση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, του περιβάλλοντός του και των απαιτήσεων ενός έργου, σε σχέση με την οικογένεια και τη συμμετοχή του σε διαφορετικές ενασχολήσεις.

Το περιβάλλον συμπεριλαμβάνει όλα τα πλαίσια στα οποία ζει και δρα το άτομο που εκδηλώνει τη διαταραχή. Διακρίνεται στο φυσικό περιβάλλον (π.χ. σπίτι, σχολική τάξη, χώροι ανάπαυσης και μελέτης), στο κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. γονεϊκή συμπεριφορά, οικονομική κατάσταση) και στο πολιτισμικό περιβάλλον (π.χ. πολιτιστικές πεποιθήσεις, ήθη

και έθιμα, δομή της οικογένειας) (Chu & Reynolds, 2007). Κάθε περιβαλλοντικό πλαίσιο έχει τα δικά του ξεχωριστά χαρακτηριστικά που είτε προάγουν, είτε υπονομεύουν τη λειτουργικότητα του προσώπου με ΔΕΠ-Υ (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006). Συγκεκριμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να καταστείλουν ή να υπερτονίσουν τις συμπεριφορικές εκδηλώσεις ενός ατόμου με ΔΕΠ-Υ (Chu & Reynolds, 2007). Δεν είναι τυχαίο ότι τα παιδιά με ελλειμματική προσοχή – υπερκινητικότητα έχουν καλύτερο αυτοέλεγχο, κατάλληλη συμπεριφορά και βελτιωμένη απόδοση σε ένα σχολικό περιβάλλον ήρεμο, με δομημένες δραστηριότητες, όπου υπάρχουν σαφείς εκπαιδευτικές προσδοκίες και παρέχεται θετική ενίσχυση από το δάσκαλο.

Τα έργα αφορούν αλληλουχία πράξεων που αποσκοπούν να εξυπηρετήσουν είτε εξωτερικές κοινωνικές προσταγές, είτε εσωτερικά κίνητρα (Chu & Reynolds, 2007). Οι εργοθεραπευτές διακρίνουν κάθε έργο σε κατηγορίες (αυτοεξυπηρέτησης, σχολικό/εργασιακό, παιχνιδιού, ελεύθερου χρόνου και κοινωνικής συμμετοχής) (Chu & Reynolds, 2007). Τα έργα σχετίζονται με συγκεκριμένες ενασχολήσεις, οι οποίες καθορίζονται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου και το εκάστοτε περιβάλλον (Chu & Reynolds, 2007). Σε ό,τι αφορά τις απαιτήσεις των έργων, αυτές επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες όπως ο στόχος, η πρωτοτυπία, η καταλληλότητα, το επίπεδο της δυσκολίας, η σπουδαιότητα του έργου και τα κίνητρα του ίδιου του παιδιού (Chu & Reynolds, 2007; Cordier et al., 2009). Ο στόχος ενός έργου αποτελεί τον πιο καίριο παράγοντα στο σχεδιασμό μιας επιτυχημένης εργοθεραπευτικής παρέμβασης, γιατί καθορίζεται με βάση τις ανάγκες ή τις επιθυμίες του ατόμου με ΔΕΠ-Υ (Chu & Reynolds, 2007). Στο πλαίσιο αυτό, θεωρείται αναγκαία η νευρολογική/ψυχολογική/συμπεριφορική αξιολόγηση του παιδιού, η εκτίμηση των κινητικών-αισθητηριακών-γνωστικών αντιληπτικών ικανοτήτων του και η ανίχνευση εκείνων των περιβαλλοντικών στοιχείων που συντελούν στην εκδήλωση συγκεκριμένων αρνητικών συμπεριφορών ή προβλημάτων (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006). Μετά την αξιολόγηση των παραπάνω στοιχείων, ακολουθεί η εφαρμογή των εργοθεραπευτικών στρατηγικών σε πολλαπλά επίπεδα (Chu & Reynolds, 2007). Ερευνητικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι η συμμετοχή των ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε κατάλληλα προγράμματα εργοθεραπείας συμβάλλει στη βελτίωση της αισθητηριακής αντιληπτικότητάς τους, του μυϊκού συντονισμού κατά την εκτέλεση σύνθετων κινήσεων και των κοινωνικών δεξιοτήτων τους (Chu & Reynolds, 2007; Gol & Jarus, 2005).

Βασικό στοιχείο για την αποτελεσματικότητα της εργοθεραπευτικής παρέμβασης είναι η υποστήριξη του παιδιού/εφήβου από την οικογένεια. Η εμπλοκή και η ενεργή συμμετοχή των γονιών στην εργοθεραπευτική διαδικασία, σε συνδυασμό με την τακτική ενημέρωσή τους πάνω σε θέματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ, αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις, ώστε να υπάρξει γενίκευση και διατήρηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006; Schaaf & Miller, 2005). Εξάλλου, κάθε οικογένεια είναι μοναδική, έχει ξεχωριστές ανάγκες και αποτελεί μια σταθερή παρουσία στη ζωή του ατόμου με ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς γνωρίζουν καλύτερα από τον καθένα τις ικανότητες ή τις ανάγκες του παιδιού τους. Επομένως, μέσα από τη συνεργασία με τους εργοθεραπευτές, μπορούν να προκύψουν στοχευμένες παρεμβάσεις που να αφορούν τα συμπεριφορικά, συναισθηματικά, νευρολογικά, γνωστικά και εκπαιδευτικά προβλήματα του προσώπου με ελλειμματική προσοχή – υπερκινητικότητα (Chu & Reynolds, 2007; Gol & Jarus, 2005; Lloyd, 2006).

Η επιτυχής εργοθεραπευτική παρέμβαση εξασφαλίζει την ισορροπία στο τρίπτυχο παιδί-περιβάλλον-έργο και βοηθάει το άτομο να συμμετέχει με επιτυχία σε διαφορετικές ενασχολήσεις (Chu & Reynolds, 2007; Gol & Jarus, 2005). Ουσιαστικά, σκοπός της εργοθεραπείας για ένα παιδί/έφηβο με ΔΕΠ-Υ είναι να συσχετιστούν οι δεξιότητες με τις ικανότητες, τους στόχους και τα εσωτερικά του κίνητρα, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τόσο τις

απαιτήσεις των έργων, όσο και τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντός του (Chu & Reynolds, 2007; Cordier et al., 2009).

2.8.5 Ειδικά στοχευμένες και πολύπλευρες εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τα άτομα με ΔΕΠ-Υ

α) Ο εργοθεραπευτής, αρχικά, αξιολογεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί ή ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ και, στη συνέχεια, μοιράζεται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης με τους γονείς και τους δασκάλους του μαθητή ή της μαθήτριας (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006; Schaaf & Miller, 2005). Η πληροφόρηση αυτή μπορεί να γίνει μέσα από ενημερωτικά φυλλάδια, σεμινάρια ή απευθείας διαβούλευση του θεραπευτή με το γονιό και το δάσκαλο (Chu & Reynolds, 2007). Η ενημέρωση παρέχει ανατροφοδότηση σε γονείς και εκπαιδευτικούς, ενώ συγχρόνως τους πληροφορεί εμπειριστατωμένα για τα ελλείμματα του παιδιού-μαθητή (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006; Schaaf & Miller, 2005). Επιπλέον, αποτελεί τη βάση για να καθοριστούν κοινοί θεραπευτικοί στόχοι, που θα είναι αποδεκτοί από όλα τα εμπλεκόμενα πρόσωπα (το θεραπευτή, τους γονείς, τον εκπαιδευτικό και το ίδιο το παιδί με ΔΕΠ-Υ) (Chu & Reynolds, 2007). Η παροχή πληροφοριών, σχετικά με την κατάσταση του ατόμου που έχει ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα, συντελεί στην καλύτερη κατανόηση της διαταραχής από το γονέα και το δάσκαλο (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006). Το στοιχείο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για να επιτευχθούν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα και να υιοθετηθούν κατάλληλες συμπεριφορικές στρατηγικές διαχείρισης του παιδιού/εφήβου (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006).

β) Είναι γνωστό ότι διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τη συμπεριφορά ενός ατόμου με ΔΕΠ-Υ (Chu & Reynolds, 2007). Επομένως, είναι αναγκαίο να τροποποιηθεί το αισθητηριακό και φυσικό περιβάλλον, σε χώρους όπου το παιδί περνά καθημερινά πολλές ώρες (π.χ. στο σπίτι, στη σχολική τάξη, στο χώρο μελέτης, στο θεραπευτήριο), σύμφωνα με τις ανάγκες του (Chu & Reynolds, 2007; Schaaf & Miller, 2005). Τα ήρεμα περιβάλλοντα, που είναι αποστερημένα από έντονα αισθητηριακά ερεθίσματα, όπου κυριαρχούν τα ουδέτερα χρώματα και διαθέτουν απλή αρχιτεκτονική δομή ή διαρρύθμιση, αποτελούν την ιδανική λύση για τα άτομα με ΔΕΠ-Υ, καθώς επιδρούν θετικά στη διατήρηση της προσοχής και προάγουν την λειτουργία της εργαζόμενης μνήμης (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006; Loe & Feldman, 2007). Επίσης, ο θεραπευτής θα πρέπει να προτείνει την εφαρμογή λογικών, σαφών, σταθερών, προβλέψιμων και δομημένων καθημερινών δραστηριοτήτων-ρουτινών (π.χ. για το σπίτι και το σχολείο), ώστε να προαχθεί η ικανότητα αυτορρύθμισης του παιδιού/εφήβου (Chu & Reynolds, 2007; Fowler, 2010; Lloyd, 2006). Οι ρουτίνες αυτές θα είναι καταγεγραμμένες σε προγράμματα ανηρτημένα σε ορατά σημεία (π.χ. στα δωμάτια του σπιτιού, στην τάξη), για να γνωρίζει και το ίδιο το άτομο με ΔΕΠ-Υ τις προκαθορισμένες δραστηριότητες που θα γίνουν μέσα στη μέρα (Chu & Reynolds, 2007; Fowler, 2010; Lloyd, 2006). Όταν το παιδί με ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα αναμένει να συμβούν συγκεκριμένα καθημερινά γεγονότα, τότε υιοθετεί μια συμπεριφορά αυτόνομη και στοχοκατευθυνόμενη (όχι αντιδραστική), στοιχείο που το βοηθάει να διαχειρίζεται πιο αποτελεσματικά τις απρόσμενες αλλαγές που μπορεί να συμβούν στο φυσικό του περιβάλλον (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006). Επιπρόσθετα, ο εργοθεραπευτής επιβάλλεται να προτείνει αλλαγές σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, που σχετίζονται με την εμφάνιση συγκεκριμένων προβλημάτων (Chu & Reynolds, 2007; Ξηρού, 2009). Τέτοιοι παράγοντες είναι οι διαστάσεις του καθίσματος και του τραπέζιου (που επηρεάζουν τη στάση του σώματος ενός παιδιού όταν είναι καθισμένο), η εργονομία της καθιστής θέσης (που επηρεάζει την οφθαλμοκινητικότητα, την ανάγνωση και τη γραφή), η χρήση ειδικών προσαρμοστικών συσκευών ή εργαλείων που θα βοηθήσουν στο σωστό

κράτημα του μολυβιού και στη διαδικασία της γραφής (Chu & Reynolds, 2007; Ξηρού, 2009), η θέση του χαρτιού και ο τρόπος χρήσης των γραφικών μέσων γενικότερα, η υιοθέτηση της πρηνούς ή της όρθιας θέσης ως εναλλακτικές θέσεις μελέτης σε περίπτωση που η καθιστή θέση δε βοηθάει το παιδί κ.α. (Ξηρού, 2009).

γ) Η απροσεξία, η αποδιοργάνωση και η υπερκινητικότητα που εμφανίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ μπορούν να προσεγγιστούν νευρολογικά μέσα από τεχνικές αισθητηριακής ολοκλήρωσης (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006; Schaaf & Miller, 2005). Ειδικότερα, ο εργοθεραπευτής θα εξετάσει την ποσότητα και την ποιότητα των αισθητηριακών ερεθισμάτων (ακουστικών, οπτικών, απτικών, αιθουσαίων, ιδιοδεκτικών) που δέχεται ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ κατά τη διάρκεια της μέρας (Chu & Reynolds, 2007), ώστε να αυξήσει ή να μειώσει τη δυσκολία των αισθητηριακών-κινητικών δοκιμασιών που θα ενσωματωθούν στη θεραπευτική διαδικασία (Schaaf & Miller, 2005). Θεωρείται ότι κάθε άτομο χρειάζεται ένα συγκεκριμένο ποσό αισθητηριακού ερεθισμού, για να βρίσκεται σε εγρήγορση και να μπορεί να προσαρμόζεται ικανοποιητικά στις προσταγές του περιβάλλοντός του (Chu & Reynolds, 2007; Schaaf & Miller, 2005). Στο πλαίσιο αυτό, ο θεραπευτής παρέχει ελεγχόμενα αισθητηριακά ερεθίσματα στο παιδί (π.χ. άσκηση πίεσης στο δέρμα, χρήση μαλακών-λαστιχένιων αντικειμένων που μπορούν να δαγκωθούν ή να μασηθούν, χρησιμοποίηση της θεραπευτικής μπάλας σαν κάθισμα όπου το παιδί κάθεται κατά τη διάρκεια της σχολικής μελέτης, εμπλοκή του παιδιού σε παιχνίδια με δοκιμασίες) με σκοπό να καλλιεργήσει την ικανότητα επεξεργασίας των πληροφοριών που προσλαμβάνονται από τα αισθητήρια όργανα, καθώς και να προάγει την αυτοπραγμάτωση, την αυτονομία και τη συμμετοχή του ατόμου με ΔΕΠ-Υ σε ποικίλες καθημερινές ενασχολήσεις (Chu & Reynolds, 2007; Millichap, 2010; Schaaf & Miller, 2005). Πιστεύεται ότι η παροχή αιθουσαίων, ιδιοδεκτικών και απτικών ερεθισμάτων βελτιώνει την ακουστική επεξεργασία των πληροφοριών και την οπτικοκινητική αντίληψη (Millichap, 2010). Ο ερεθισμός του αιθουσαίου συστήματος επιτυγχάνεται με ασκήσεις αιώρησης, περιστροφής και ταλάντευσης (Millichap, 2010; Schaaf & Miller, 2005). Η ιδιοδεκτική-κινητική ανάπτυξη προάγεται με ασκήσεις ισορροπίας και μυϊκής συνεργασίας (Millichap, 2010; Schaaf & Miller, 2005). Το απτικό σύστημα ερεθίζεται με την επαφή ή την τριβή του δέρματος (Chu & Reynolds, 2007; Millichap, 2010; Schaaf & Miller, 2005). Για την καλύτερη προσέγγιση ενός παιδιού ή εφήβου με ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα, ο εργοθεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει και συμπεριφορικές τεχνικές, που είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές (π.χ. παροχή άμεσων-συχνών-ισχυρών θετικών ενισχύσεων για τη διατήρηση των επιθυμητών συμπεριφορών, καθορισμός σαφών-σταθερών συμπεριφορικών κανόνων, στέρση των θετικών προνομίων σε περίπτωση εκδήλωσης μη επιθυμητών συμπεριφορών) (Chu & Reynolds, 2007; Loe & Feldman, 2007). Οι παραπάνω συμπεριφορικές τεχνικές, μετά από υπόδειξη του θεραπευτή, μπορούν να εφαρμοστούν με επιτυχία και στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού (σπίτι-σχολείο) από το γονιό ή τον εκπαιδευτικό (Lloyd, 2006). Επίσης, κάποια από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι επωφελούνται από εργοθεραπευτικά προγράμματα που στοχεύουν στην ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων, μέσα από τη συμμετοχή σε δημιουργικές ομαδικές ενασχολήσεις (π.χ. παιχνίδια, κατασκευές) που εμπλέκουν σε διαφορετικούς ρόλους-καθήκοντα τους γονείς, τα αδέρφια, τους ομηλικούς και τα ίδια (Chu & Reynolds, 2007; Cordier et al., 2009; Gol & Jarus, 2005; Lloyd, 2006).

δ) Βασικό στοιχείο κάθε εργοθεραπευτικής προσέγγισης αποτελεί η επιλογή των κατάλληλων έργων/δραστηριοτήτων, που θα εισαχθούν στη θεραπεία (Chu & Reynolds, 2007). Ειδικά για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τα έργα που θα επιλεγούν στις συνεδρίες εργοθεραπείας θα πρέπει να έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: να προάγουν την ενεργή συμμετοχή του ατόμου, να διαθέτουν πρωτοτυπία, να εμπεριέχουν μικρής διάρκειας δραστηριότητες, να περιλαμβάνουν μικρό ποσοστό καθιστικής εργασίας και μεγαλύτερο ποσοστό σωματικής άσκησης, να παρέχουν τη δυνατότητα προσαρμογής και

αυτοδιδασκαλίας στο ίδιο το παιδί (Chu & Reynolds, 2007; Loe & Feldman, 2007), να περιέχουν οπτικοποιημένες ή γραπτές οδηγίες εκτέλεσης, να αποτελούνται από ενδιαφέρουσες δραστηριότητες (Loe & Feldman, 2007), να διαθέτουν εναλλαγές ανάμεσα σε έργα μεγαλύτερου και μικρότερου ενδιαφέροντος και ο βαθμός δυσκολίας τους να είναι σύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου (Fowler, 2010). Τα έργα που θα επιλεγούν πρέπει να στοχεύουν στην ανάπτυξη των αντιληπτικών-κινητικών δεξιοτήτων, της αυτοεξυπηρέτησης, της αυτορρύθμισης, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των δεξιοτήτων γραφής του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Chu & Reynolds, 2007; Lloyd, 2006).

2.9 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Από την ανασκόπηση των προηγούμενων ενοτήτων, φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που επηρεάζει όλες τις πλευρές της ζωής του ατόμου. Η υπερκινητικότητα, η ελλειμματική προσοχή και η παρορμητικότητα δεν προκαλούν προβλήματα μόνο εντός της σχολικής τάξης, αλλά επεκτείνονται σε όλες τις δραστηριότητες και τις εκφάνσεις της καθημερινής ζωής. Ειδικότερα, οι παραπάνω συμπεριφορικές εκδηλώσεις υπονομεύουν τη δυνατότητα για ομαλή μάθηση εντός του σχολείου και επιδρούν αρνητικά στη γενικότερη συμπεριφορά του παιδιού ή του εφήβου. Επίσης επηρεάζουν την οικογενειακή ζωή, τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηλίκους, καθώς και την επιτυχή συμμετοχή σε αθλήματα ή ομαδικές δραστηριότητες. Το δεδομένο ότι η ΔΕΠ-Υ δυσχεραίνει την καθημερινή ζωή ενός ατόμου, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης. Αν στόχος είναι μόνο η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής κατά τη διάρκεια των σχολικών ωρών, τότε το άτομο μπορεί να καταφέρει να βελτιώσει τις σχολικές του επιδόσεις, αλλά θα συνεχίσει να αντιμετωπίζει συμπεριφορικά προβλήματα εντός του οικογενειακού και του ευρύτερου κοινωνικού του περιβάλλοντος. Επομένως, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αφορούν όσο το δυνατό περισσότερες εκφάνσεις των καθημερινών δραστηριοτήτων και να εξατομικεύονται ανάλογα με την ηλικιακή φάση του προσώπου που εκδηλώνει τη διαταραχή. (Millichap, 2010; Silver, 2004)

Όπως έχει προαναφερθεί, για να γίνει η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια που έχουν τεθεί σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου DSM-IV-TR (2000) ή τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10 (1992), αναφορικά με τα κεντρικά συμπτώματα, την έναρξη της διαταραχής, τη διάρκειά της και τη λειτουργική έκπτωση που προκαλεί στο άτομο. Μετά την αρχική αξιολόγηση της κατάστασης του παιδιού/εφήβου και τη συλλογή πληροφοριών από το ιστορικό, θα ακολουθήσει αξιολόγηση των κεντρικών συμπτωμάτων, αναζήτηση τυχόν συνυπαρχουσών διαταραχών και καθορισμός του βαθμού δυσλειτουργικότητας που προκαλείται. (Mayes et al., 2008; Zachor et al., 2009)

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν παρατεθεί, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα συχνά συνυπάρχει με άλλες διαταραχές ή ψυχοσωματικά προβλήματα. Ειδικότερα, σε ένα μεγάλο ποσοστό (30% - 40%) υπάρχει πιθανότητα το παιδί ή ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ να αντιμετωπίζει και μαθησιακά προβλήματα. Η ΔΕΠ-Υ και οι μαθησιακές δυσκολίες, αν και αποτελούν αλληλοσχετιζόμενες διαταραχές, δεν είναι ίδιες. Η μαθησιακή δυσκολία επηρεάζει την επεξεργασία και την αξιοποίηση των πληροφοριών και, επομένως, παρεμποδίζει την ικανότητα του ατόμου για μάθηση. Από την άλλη πλευρά, η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με την εκδήλωση συμπεριφορών που εμποδίζουν το μαθητή να παραμείνει συγκεντρωμένος και ήρεμος, κατάσταση που παρεμποδίζει τη δυνατότητα του ατόμου για μάθηση. (Silver, 2004)

Σε ό,τι αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής, η ανάγκη για λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε χρόνια βάση μπορεί να προκαλέσει ανησυχία ή άγχος στους γονείς και στο παιδί με ΔΕΠ-Υ. Για αυτό το λόγο είναι απαραίτητο, πριν την έναρξη της φαρμακοθεραπείας, να παρέχεται πληροφόρηση και συμβουλευτική υποστήριξη σε όλη την οικογένεια του υπό θεραπεία ατόμου. Επιπλέον, ο ιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις προσδοκίες και τις προτιμήσεις της οικογένειας για τη φαρμακευτική αγωγή, ώστε να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση με τις θεραπευτικές οδηγίες και η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. ([American Academy of Pediatrics, 2001](#); [Zachor et al., 2009](#))

Οι κλινικοί θεραπευτές (π.χ. παιδοψυχίατροι, νευρολόγοι, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές) δεν μπορούν να προσεγγίσουν επιτυχώς τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, αν δεν συνεργάζονται με τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς ή τους άλλους ειδικούς επαγγελματίες, που δραστηριοποιούνται στο χώρο του σχολείου και γνωρίζουν το παιδί. Η διεπιστημονική συνεργασία και η συνεργασία των επιστημόνων με το γονέα, αποτελούν εχέγγυα για το σχεδιασμό αποτελεσματικών θεραπευτικών προγραμμάτων. ([American Academy of Pediatrics, 2001](#); [Chu & Reynolds, 2007](#))

Επιπρόσθετα, για τα μισά περίπου από τα παιδιά που έχουν τη διαταραχή, υπάρχει οικογενειακό ιστορικό εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ. Γονείς ή άλλα αμφιθαλή αδέρφια μπορεί να εμφανίζουν επίσης ελλειμματική προσοχή και/ή υπερκινητικότητα. Αν ισχύει κάτι τέτοιο, τότε η θεραπευτική βοήθεια μπορεί να είναι εξίσου απαραίτητη και για αυτά τα συγγενικά πρόσωπα. ([Millichap, 2010](#); [Silver, 2004](#))

Είναι αναγκαίο ο θεράπων ιατρός ή ο θεραπευτής να θέσει εξατομικευμένους θεραπευτικούς στόχους (π.χ. μείωση των διασπαστικών συμπεριφορών, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων με τους γονείς / συνομηλίκους / εκπαιδευτικούς, βελτίωση της αυτοεκτίμησης). Ακόμη, θεωρείται καλύτερο να επιλέγονται μετρήσιμοι θεραπευτικοί στόχοι, που μπορούν να αναδείξουν την πρόοδο που έχει επιτευχθεί σε σχέση με την αρχική γραμμή βάσης. ([American Academy of Pediatrics, 2001](#); [Zachor et al., 2009](#))

Η απουσία θετικών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και η μη ανταπόκριση σε κάποια μορφή μονοθεραπείας (π.χ. φαρμακοθεραπεία, συμπεριφορική θεραπεία, ψυχοθεραπεία κ.α.) μπορεί να οφείλεται: α) στον καθορισμό μη ρεαλιστικών θεραπευτικών στόχων, β) στην έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού που εμφανίζει τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, γ) σε εσφαλμένη διάγνωση, δ) στη συνύπαρξη κάποιας διαταραχής που επηρεάζει τη θεραπεία, ε) σε μη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή ή στ) σε αποτυχία της θεραπείας αυτής καθαυτής ([American Academy of Pediatrics, 2001](#)).

Συμπερασματικά, η ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα σύνθετο, χρόνιο πρόβλημα, που απαιτεί τη συνεχή παρακολούθησή του από το θεράποντα ιατρό. Όλα τα προαναφερθέντα στοιχεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή μιας θεραπείας. Συνυπάρχουσες νευρολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές, συναισθηματικά ή οικογενειακά προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται εξίσου. ([American Academy of Pediatrics, 2001](#); [Silver, 2004](#); [Zachor et al., 2009](#))

Στη παρούσα εργασία μελετάται η περίπτωση ενός αγοριού ηλικίας 11 ετών, με διαγνωσμένη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα και συνυπάρχουσα βαρηκοΐα, όπου συνδυάστηκε θεραπευτικά η φαρμακοθεραπεία με την εργοθεραπεία. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης είναι η κριτική παρουσίαση των αλλαγών που επήλθαν ως αποτέλεσμα της συνδυασμένης παρέμβασης (χορήγηση φαρμάκων + εντατική εργοθεραπεία) στη συμπεριφορά του παιδιού, καθώς και η ανάδειξη των πιθανών πλεονεκτημάτων ή μειονεκτημάτων της θεραπείας. Η παράθεση των στοιχείων και των ευρημάτων διαχωρίζεται στα εξής μέρη: Στη μεθοδολογία, παρουσιάζεται το ιστορικό του βαρήκοου αγοριού με ΔΕΠ-Υ, η σύνθετη θεραπευτική αγωγή που εφαρμόστηκε και τα ειδικά-σταθμισμένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τη συμπεριφορική/συναισθηματική αξιολόγησή του. Στα αποτελέσματα, καταγράφονται και

συγκρίνονται τα στοιχεία που προέκυψαν μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τη μητέρα, τον εργοθεραπευτή και τους δύο ειδικούς παιδαγωγούς του παιδιού (σε σχέση με τη εικόνα του αγοριού πριν και μετά την εφαρμογή της συνδυασμένης θεραπείας). Τέλος, στη συζήτηση παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που εξάγονται από τα δεδομένα.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο Κ.Β. είναι ένα αγόρι 11 ετών, που παρακολουθεί την Δ΄ τάξη του ειδικού δημοτικού σχολείου. Είναι το τέταρτο παιδί της οικογένειάς του, όπως φαίνεται και από το γενεαλογικό του δέντρο, το οποίο παρουσιάζεται στην εικόνα 3.1.

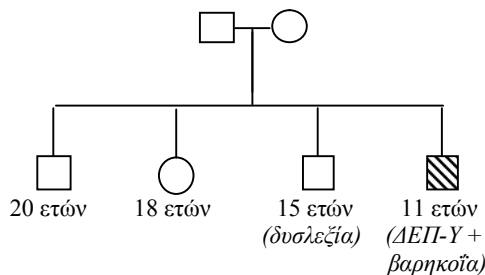
Γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό, μετά από κύηση που διήρκεσε 38 εβδομάδες. Κατά την περιγεννητική περίοδο, ο μαιευτήρας διαπίστωσε ότι υπήρξε περιτύλιξη του ομφαλίου λώρου γύρω από τα κάτω άκρα του παιδιού. Το βάρος του αγοριού κατά τη γέννηση ήταν 2500 gr.

Σε ό,τι αφορά την ψυχοκινητική του ανάπτυξη, ο Κ.Β. μέχρι την ηλικία των 10 μηνών δεν παρήγαγε φωνήματα ή φθόγγους, δεν έστρεφε το βλέμμα όταν τον καλούσαν και δεν αντιδρούσε στους θορύβους ή στα ηχητικά ερεθίσματα. Σε ηλικία 1 έτους, μετά από ακοολογικές δοκιμασίες, διαπιστώθηκε ότι η ουδός ακοής ήταν πάνω από 90 dB άμφω (το παιδί είχε μόνο υπολειμματική ακοή, πρακτικά δηλαδή ήταν κωφό αμφοτερόπλευρα). Ο Κ.Β. βάδισε μόνος του μετά την ηλικία των 18 μηνών, ενώ μέχρι 4 ετών δεν έλεγχε πλήρως τους σφιγκτήρες. Σε ηλικία 5 ετών, το αγόρι άρθρωσε τις πρώτες του λέξεις.

Αναφορικά με το θέμα της κώφωσης, όταν ο Κ.Β. ήταν 2 ετών, ξεκίνησε να φορά ακουστικά βαρηκοΐας αμφοτερόπλευρα, με στόχο να αυξηθεί η ικανότητα επικοινωνίας του. Σε ηλικία 3,5 ετών, έγινε προσπάθεια τοποθέτησης κοχλιακού εμφυτεύματος στο δεξί αυτί. Η απόπειρα αυτή δε στέφτηκε με επιτυχία, καθώς κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης διαπιστώθηκε ότι το παιδί πάσχει από δυσπλασία του κοχλία ή σύνδρομο Mondini. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμού αμφοτερόπλευρη νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από υπολειμματική ακοή στις υψηλές συχνότητες και οφείλεται σε φυλοσύνδετο γονίδιο που προκαλεί δυσπλασία του πρόσθιου οστέινου και υμενώδους λαβύρινθου (Arnold et al., 2010; Song et al., 2010). Σε ηλικία 4,5 ετών, τοποθετήθηκε με επιτυχία κοχλιακό εμφύτευμα στο αριστερό αυτί. Λίγους μήνες μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος, χάρη στην υποβοήθηση της ακοής, βελτιώθηκε η λεκτική και διαπροσωπική επικοινωνία του παιδιού, ενώ παράλληλα παρουσίασε βελτίωση η αντίδρασή του στους περιβαλλοντικούς και στους μουσικούς ήχους.

Σχετικά με την ακαδημαϊκή του εξέλιξη, θα πρέπει να επισημανθεί ότι το παιδί αντιμετώπιζε σοβαρά γλωσσικά προβλήματα, για τα οποία παρακολουθεί εντατικά μαθήματα λογοθεραπείας από 3 ετών. Στο νηπιαγωγείο φοίτησε για δύο χρόνια (στις ηλικίες 6-7 ετών) και ξεκίνησε την Α΄ Δημοτικού του ειδικού σχολείου σε ηλικία 8 ετών. Στην παρούσα φάση παρακολουθεί την Δ΄ Δημοτικού. Οι σύνθετες δυσκολίες του Κ.Β. σε μαθησιακό-γλωσσικό επίπεδο προσεγγίζονται μέσω της “ένας προς έναν” διδασκαλίας από ειδικό παιδαγωγό εντός του ειδικού σχολείου, ενώ εκτός σχολείου λαμβάνει επιπλέον εκπαιδευτική υποστήριξη από ειδική παιδαγωγό μέσα στο χώρο του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου.

Από το συμπεριφορικό ιστορικό του Κ.Β., φαίνεται ότι πολύ νωρίς (ήδη από την ηλικία των 18 μηνών) το παιδί εμφάνισε συμπτώματα απροσεξίας, ανησυχία, υπερκινητικότητα, εκρήξεις θυμού, επιθετικότητα και βιαιότητα που εκδηλώνονταν τόσο στο σπίτι (κυρίως απέναντι στη μητέρα), όσο και στο νηπιαγωγείο ή στο σχολείο (απέναντι σε



Εικόνα 3.1: το γενεαλογικό δέντρο του Κ.Β.

άλλα παιδιά). Σε ηλικία 2 ετών, το αγόρι παρουσίασε διαταραχές του ύπνου (βραδινές αφυπνίσεις), ενώ οι εκδηλώσεις επιθετικότητας επεκτάθηκαν και στις ώρες ανάπαυσης των άλλων μελών της οικογένειάς του. Γονείς και εκπαιδευτικοί συναντούσαν σοβαρές δυσκολίες στον έλεγχο και στην οριοθέτηση της συμπεριφοράς του. Τελικά, σε ηλικία 7 ετών το παιδί εξετάστηκε από παιδοψυχίατρο που διέγνωσε ότι ο Κ.Β. έχει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα.

3.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ

Από την αρχική αξιολόγηση του θεράποντα ιατρού, διαπιστώθηκε ότι ο Κ.Β. σε δύο τουλάχιστον πλαίσια (στο σπίτι και στο σχολείο) ήταν υπερκινητικός και έντονα ανήσυχος, ενώ δεν μπορούσε να παραμείνει πολύ ώρα καθισμένος. Συχνά ήταν απρόσεκτος και δυσκολευόταν να φέρει σε πέρας τις σχολικές εργασίες ή τις δουλειές του σπιτιού που ήταν απαιτητικές. Όταν δεν μπορούσε να διαχειριστεί τις στρεσογόνες καταστάσεις της καθημερινότητας, τότε αντιδραστικά εκδήλωνε θυμό, επιθετικότητα ή βιαιότητα. Επίσης, αδυνατούσε να χρησιμοποιήσει κατάλληλες στρατηγικές ολοκλήρωσης μιας εργασίας ή ενός γνωστικού έργου. Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, από την έναρξη κάποιας σύνθετης ή απαιτητικής δραστηριότητας, ο Κ.Β. εγκατέλειπε την προσπάθεια περάτωσής της και μεταπηδούσε σε δραστηριότητες πιο εύκολες ή δραστηριότητες που γνώριζε ήδη ότι μπορούσε να ολοκληρώσει επιτυχώς. Γενικά, όποτε αντιμετώπιζε δυσκολίες με πολύπλοκα γνωστικά έργα ή με σύνθετες κινητικές λειτουργίες, είτε απέφευγε εντελώς να εμπλακεί με αυτά, είτε διέκοπτε κάθε προσπάθεια ολοκλήρωσής τους. Η κατάσταση επιδεινωνόταν και από τα προβλήματα ακοής του αγοριού. Ειδικά για τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ και φέρουν κοχλιακό εμφύτευμα, η ανάκτηση της ακοής στο κοχλιοεμφυτευμένο αυτί αντιστοιχεί στα επίπεδα της ελαφράς έως μέτριας βαρηκοΐας και η ακοή είναι μονόπλευρη, με αποτέλεσμα να μην αποδίδονται ικανοποιητικά οι ήχοι σε θορυβώδη περιβάλλοντα, ενώ δυσχεραίνεται ο εντοπισμός της πηγής των ήχων στο χώρο (Οκαλίδου, 2010). Επομένως, πέρα από τη λειτουργική έκπτωση που προκαλεί η ΔΕΠ-Υ σε διάφορα επίπεδα, το παιδί που φέρει και κοχλιακό εμφύτευμα αντιμετωπίζει πρόσθετες δυσκολίες κατά την ολοκλήρωση των έργων που απαιτούν αυξημένη διατήρηση της προσοχής, οργάνωση, σχεδιασμό ή αναστολή της απάντησης-αντίδρασης σε ερεθίσματα που δρουν περισπαστικά (Pundir et al., 2007).

Για τη θεραπεία των κεντρικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και των σοβαρών νευρογνωσιακών ελλειμμάτων που αντιμετώπιζε το αγόρι, σε ηλικία 7 ετών χορηγήθηκε υδροχλωρική μεθυλφαινιδάτη 18 mg (CONCERTA®) μία φορά ημερησίως το πρωί. Σύμφωνα με το ιστορικό, τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής και της υπερκινητικότητας έγιναν ηπιότερα περίπου 9 μήνες μετά την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Η μοναδική ανεπιθύμητη ενέργεια που παρουσιάστηκε εξαιτίας της χορήγησης του φαρμάκου ήταν η ανορεξία, η οποία όμως υποχώρησε 6 μήνες μετά την έναρξη της φαρμακοθεραπείας. Η προαναφερθείσα δόση μεθυλφαινιδάτης διατηρήθηκε για διάστημα 12 μηνών και στη συνέχεια αντικαταστάθηκε από υδροχλωρική μεθυλφαινιδάτη 36 mg (CONCERTA®) μία φορά ημερησίως το πρωί. Η δόση αυτή του φαρμάκου συνεχίζεται χωρίς διακοπές της χορήγησης μέχρι και σήμερα.

Με στόχο την αντιμετώπιση των βραδινών αφυπνίσεων που παρουσίασε ο Κ.Β., από την ηλικία των 2 ετών (μέχρι και σήμερα) λαμβάνει υδροξυζίνη (ATARAX®) μία φορά ημερησίως πριν τη βραδινή κατάκλιση. Για την πιο στοχευμένη αντιμετώπιση της διαταραχής του ύπνου του παιδιού, σε ηλικία 10 ετών ξεκίνησε η χορήγηση μελατονίνης 4 mg (CIRCADIN®) μία φορά ημερησίως το βράδυ. Ακόμη, τους τελευταίους 4 μήνες, ως συμπληρωματική αγωγή αντιμετώπισης των εκρήξεων θυμού και επιθετικής συμπεριφοράς

που εμφάνιζε το αγόρι, προστέθηκε στη φαρμακευτική αγωγή ρισπεριδόνη 0,5 mg (RISPERDAL[®]) μία φορά ημερησίως το μεσημέρι.

Τέλος, για την ολοκληρωμένη προσέγγιση όλων των προαναφερθέντων προβλημάτων (που επηρεάζουν την κινητικότητα, την προσοχή και τη γνωστικο-αισθητηριακή λειτουργικότητα), από την ηλικία των 9 ετών, το παιδί παρακολουθεί τακτικές-εβδομαδιαίες συνεδρίες εργοθεραπείας στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου.

3.2.1 Φαρμακοδυναμικές και φαρμακοκινητικές ιδιότητες της δραστικής ουσίας “υδροχλωρικής μεθυλφαινιδάτης” που χορηγήθηκε για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ

Όπως προαναφέρθηκε, η μεθυλφαινιδάτη είναι ένας ήπιος διεγέρτης του κεντρικού νευρικού συστήματος, που αναστέλλει την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα και αυξάνει την απελευθέρωση των κατεχολαμινών αυτών προς τη συναπτική σχισμή (Zachor et al., 2009).

Η υδροχλωρική μεθυλφαινιδάτη παρατεταμένης αποδεύσμευσης (CONCERTA[®]) αποτελεί μια φαρμακοτεχνική μορφή μακράς δράσης, που ισοδυναμεί με τρεις δόσεις δραστικής ουσίας (Zachor et al., 2009). Η επίδραση του φαρμάκου έχει διάρκεια μέχρι 12 ώρες μετά τη χορήγηση, όταν το δισκίο λαμβάνεται μία φορά ημερησίως κατά τις πρωινές ώρες (Wigal, 2009; Wigal et al., 2010; Zachor et al., 2009). Το συγκεκριμένο σκεύασμα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό γιατί:

(1) σε πρώτη φάση απελευθερώνει άμεσα ένα ποσό της δραστικής ουσίας (κατά την από του στόματος χορήγηση, η επικάλυψη του δισκίου, που περιέχει το 22% της δόσης, διαλυτοποιείται και προσφέρει μια αρχική μέγιστη συγκέντρωση της μεθυλφαινιδάτης μέσα σε 1-2 ώρες),

(2) και στη συνέχεια το υπόλοιπο της δόσης (το οποίο περιέχεται στις τρεις εσωτερικές στοιβάδες του δισκίου) αποδεσμεύεται σταδιακά εντός μερικών ωρών, μέσω της ωσμωτικής διαδικασίας (Wigal, 2009; Wigal et al., 2010; Zachor et al., 2009).

Η υδροχλωρική μεθυλφαινιδάτη παρατεταμένης αποδεύσμευσης, με μία μόνο λαμβανόμενη δόση ημερησίως, προσφέρει καλύτερη κάλυψη για το μεγαλύτερο τμήμα της μέρας, αποτρέπει την εκδήλωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών στο χώρο του σχολείου και δίνει τη δυνατότητα στο παιδί ή στον έφηβο να ολοκληρώνει τις σχολικές εργασίες και να συμμετέχει σε εξωσχολικές δραστηριότητες (Lopez, 2006; Pliszka et al., 2006; Zachor et al., 2009).

Επιπρόσθετα, για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που φέρουν και κοχλιακό εμφύτευμα, η χορήγηση μεθυλφαινιδάτης μειώνει τα συμπτώματα απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας, έχει θετική επίδραση στη ικανότητα διατήρησης της προσοχής, βοηθάει στην καλύτερη ακουστική κατανόηση της γλώσσας και των περιβαλλοντικών ήχων (Pundir et al., 2007; Shipgood & Baguley, 2005) και βελτιώνει την κοινωνική/διαπροσωπική συμπεριφορά του παιδιού (Pundir et al., 2007).

3.2.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνυπήρχαν μαζί με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές ή προβλήματα κάνει πιο πολύπλοκη την φαρμακευτική προσέγγιση ενός παιδιού ή ενός εφήβου με ελλειμματική προσοχή - υπερκινητικότητα (American Academy of Pediatrics, 2001; Zachor et al., 2009). Στην παρούσα μελέτη περίπτωσης, το αγόρι εμφάνιζε εκρήξεις θυμού, επιθετικότητα και διαταραγμένο ύπνο, πέρα από τα κεντρικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Οι διαταραχές του ύπνου μπορούν να αντιμετωπιστούν αρχικά με τη χορήγηση αντισταμινικού (π.χ. υδροξυζίνης) σε καθημερινή βάση (Konofal et al., 2010). Πιο στοχευμένη όμως θεωρείται η χορήγηση μελατονίνης (Konofal et al., 2010; Kruisinga, 2006; Tjon Pian Gi et al., 2003). Η μελατονίνη είναι μία ορμόνη που παράγεται από την επίφυση και παίζει ρόλο στη ρύθμιση του κirkάδιου ρυθμού (Kruisinga, 2006; Tjon Pian Gi et al., 2003). Τα επίπεδά της στον οργανισμό αυξάνουν κατά τις νυχτερινές ώρες, ενώ μειώνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας (Tjon Pian Gi et al., 2003). Η φαρμακευτική μελατονίνη αποτελεί μια καλά ανεκτή ουσία, κατάλληλη για την αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου σε παιδιά (και εφήβους) με ΔΕΠ-Υ, τα οποία λαμβάνουν συγχρόνως και διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (Kruisinga, 2006; Tjon Pian Gi et al., 2003).

Για την αντιμετώπιση των εκρήξεων θυμού, της επιθετικότητας και των σποραδικών επεισοδίων απορρύθμισης της συμπεριφοράς που αντιμετώπιζε το παιδί, προστέθηκε στην καθημερινή αγωγή χαμηλή δόση ρισπεριδόνης. Η ρισπεριδόνη ανήκει στα άτυπα αντιψυχωσικά και φαίνεται ότι επιδρά θετικά στον έλεγχο των περιστασιακών επεισοδίων επιθετικότητας και θυμού, κυρίως όταν συνδυάζεται με διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Armenteros et al., 2007; Pliszka et al., 2006). Είναι καλά ανεκτή και σπανίως μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως κοιλιακό άλγος, έμετο (Armenteros et al., 2007), δυσλιπιδαιμία, μεγάλη αύξηση του σωματικού βάρους ή Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II (Pliszka et al., 2006).

3.2.3 Εξατομικευμένη εργοθεραπευτική παρέμβαση για το παιδί με ΔΕΠ-Υ στην παρούσα μελέτη περίπτωσης

Με βάση τη θεωρία που αναπτύχθηκε παραπάνω για το ρόλο της εργοθεραπείας στην αντιμετώπιση των συμπεριφορικών, συναισθηματικών, νευρολογικών, γνωστικών και εκπαιδευτικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένα άτομο με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, ο εργοθεραπευτής ακολούθησε το παρακάτω εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης, για να προσεγγίσει το αγόρι της παρούσας μελέτης περίπτωσης:

- Η αίθουσα, όπου λάμβαναν χώρα οι συνεδρίες εργοθεραπείας, τροποποιήθηκε ώστε να δημιουργεί ένα ήρεμο περιβάλλον για το παιδί με ΔΕΠ-Υ (απομακρύνθηκαν οι πηγές έντονου αισθητηριακού ερεθισμού, στο δωμάτιο κυριαρχούσαν τα ουδέτερα χρώματα και η διαρρύθμιση του χώρου ήταν απλή). Ακόμη, έγιναν αλλαγές στον τρόπο που το αγόρι καθόταν στην καρέκλα (π.χ. υιοθετήθηκε η οκλαδόν καθιστική θέση, γιατί φαίνεται ότι ήταν πιο βολική για το ίδιο το παιδί). Οι παραπάνω τροποποιήσεις προτάθηκε να εφαρμοστούν τόσο στο σπίτι, όσο και στο σχολείο.
- Ο θεραπευτής παρείχε ελεγχόμενα αισθητηριακά ερεθίσματα στο αγόρι (π.χ. άσκηση πίεσης στο δέρμα, χρησιμοποίηση της θεραπευτικής μπάλας σαν κάθισμα, συμμετοχή σε παιχνίδια με δοκιμασίες) με σκοπό να καλλιεργήσει την ικανότητα επεξεργασίας των πληροφοριών που προσλαμβάνονται από τα αισθητήρια όργανα. Στόχος της συγκεκριμένης προσέγγισης ήταν να προαχθεί η αυτοπραγμάτωση, η αυτονομία και η συμμετοχή του παιδιού σε ποικίλες καθημερινές ενασχολήσεις.
- Εξασκήθηκε η μυϊκή συνεργασία, η ισορροπία και ο προσανατολισμός (με ασκήσεις αιώρησης, περιστροφής και ταλάντευσης), η αδρή και λεπτή κινητικότητα (με την εφαρμογή παιχνιδιών στο χώρο ή με παιχνίδια δεξιοτήτων ή με τη δημιουργία μικροκατασκευών).
- Επιλέχθηκαν πρωτότυπα έργα μικρής χρονικής διάρκειας, που ενέπλεκαν το αγόρι σε ενεργητικές σωματικές δραστηριότητες και ήταν σύμφωνα με τα ενδιαφέροντά του (υπήρχε συχνή εναλλαγή ανάμεσα σε έργα μεγαλύτερου και μικρότερου ενδιαφέροντος). Επίσης, ο βαθμός δυσκολίας των επιλεγόμενων δραστηριοτήτων

ήταν σύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και τις ικανότητές του, ενώ ταυτόχρονα υπήρχε η δυνατότητα αυτοδιδασκαλίας ή προσαρμογής των έργων από το ίδιο το αγόρι. Οι δραστηριότητες που δεν ικανοποιούσαν ή δεν κέντριζαν το ενδιαφέρον του καταργήθηκαν ή αντικαταστάθηκαν από άλλες πιο κατάλληλες.

- Αν το παιδί αδυνατούσε να ολοκληρώσει κάποιο έργο, τότε σε δεύτερο χρόνο (εάν και εφόσον το επιθυμούσε) του δινόταν η ευκαιρία να ασχοληθεί και πάλι με την ημιτελή δραστηριότητα, ώστε να τη φέρει σε πέρας. Η διαδικασία ακολουθούταν χωρίς την παροχή προτροπών ή υποδείξεων από τον εργοθεραπευτή.
- Καλλιεργήθηκαν τα εσωτερικά κίνητρα (π.χ. το αίσθημα ικανοποίησης και ευχαρίστησης που απορρέει από την ενασχόληση και την επιτυχή ολοκλήρωση διαφόρων έργων) και τονίστηκαν τα θετικά χαρακτηριστικά στοιχεία του αγοριού, ώστε να βελτιωθεί η αυτοεικόνα και η αυτοεκτίμησή του.
- Αναπτύχθηκε ο αυτοέλεγχος στο παιδί και το υποκείμενο αίσθημα ελέγχου επεκτάθηκε στο επίπεδο των καθημερινών έργων/δραστηριοτήτων και στον έλεγχο του περιβάλλοντός του.
- Ο θεραπευτής πρότεινε την εφαρμογή λογικών, σταθερών, προβλέψιμων και δομημένων ημερήσιων δραστηριοτήτων-ρουτινών για το σπίτι, ώστε να προαχθεί η ικανότητα αυτορρύθμισης του αγοριού.
- Εφαρμόστηκε πρόγραμμα καλλιέργειας των κοινωνικών δεξιοτήτων και κατανόησης των κοινωνικών συμβάσεων, μέσα από το σεβασμό των κανόνων και τη συμμετοχή σε δημιουργικές ομαδικές ενασχολήσεις (π.χ. παιχνίδια, κατασκευές) που ενέπλεκαν το αγόρι σε διαφορετικούς ρόλους ή καθήκοντα.

3.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η χρησιμοποίηση κλιμάκων/ερωτηματολογίων, τόσο στην αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ, όσο και άλλων συμπεριφορικών διαταραχών, είναι ευρέως διαδεδομένη γιατί παρέχει χρήσιμα στοιχεία: (α) στη διάγνωση μιας διαταραχής, (β) στη διαφορική διάγνωση των νευροψυχιατρικών καταστάσεων, (γ) στη συμπεριφορική μελέτη μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων για να υπάρξει πρώιμη παρέμβαση και (δ) στην εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος μετά από την εφαρμογή συγκεκριμένης θεραπείας (Fitzgerald et al., 2007; Volpe & DuPaul, 2001). Τα εργαλεία αυτά αποτυπώνουν τον τρόπο που γίνεται αντιληπτή η παιδική/εφηβική συμπεριφορά από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, αλλά και από το ίδιο το άτομο που εξετάζεται (Volpe & DuPaul, 2001). Οι κλίμακες/ερωτηματολόγια μετρούν ποιοτικές και ποσοτικές αλλαγές (π.χ. μεταβολές στη βαρύτητα ή αλλαγές στη συχνότητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων) και αποτελούν ένα χρήσιμο μέσο για τη σωστή διάγνωση των νευροψυχιατρικών διαταραχών (Barkley, 2006; Fitzgerald et al., 2007; Gimpel & Holland, 2003). Επιπρόσθετα, είναι πρακτικά και εύχρηστα εργαλεία (συμπληρώνονται και βαθμολογούνται ταχέως, χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία) με τα οποία συλλέγονται λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τα συναισθήματα ή τις συμπεριφορές ενός παιδιού/εφήβου, από διαφορετικές πηγές και σε διαφορετικά πλαίσια (Barkley, 2006; Gimpel & Holland, 2003; Rapport et al., 2006; Volpe & DuPaul, 2001).

Η επιλογή της κατάλληλης κλίμακας εξαρτάται από τις νόρμες που έχουν καθοριστεί και από την ψυχομετρική της ισχύ (Fitzgerald et al., 2007; Volpe & DuPaul, 2001). Ειδικότερα, η κλίμακα πρέπει να είναι έγκυρη, να βασίζεται σε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, να καλύπτει ηλικιακά τον πληθυσμό που μελετάται (Fitzgerald et al., 2007; Volpe & DuPaul, 2001) και να διαθέτει αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα (Dowdy et al., 2010; Rapport et al., 2006). Επίσης, η αξιοπιστία μιας κλίμακας ή ενός ερωτηματολογίου αποτελεί

σημαντικό παράγοντα που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, καθώς αντικατροπτίζει την ικανότητα διάκρισης συμπεριφορικών αλλαγών μέσα στο χρόνο (Fitzgerald et al., 2007).

Από μελέτες, φαίνεται ότι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί αποτελούν τους πιο αξιόπιστους παρατηρητές της συμπεριφοράς που εκδηλώνει ένα παιδί (Fitzgerald et al., 2007). Παρόλα αυτά, η παροχή πληροφοριών από διαφορετικές πηγές (εκτός του γονέα και του εκπαιδευτικού) που έχουν έρθει σε επαφή με το υπό μελέτη άτομο και έχουν παρατηρήσει τη συμπεριφορά του για μεγάλα χρονικά διαστήματα, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθή διάγνωση μιας διαταραχής (Barkley, 2006; Cormier, 2008; Fitzgerald et al., 2007).

Οι κλίμακες/ερωτηματολόγια διακρίνονται σε ευρείας ζώνης και περιορισμένης ζώνης (Fitzgerald et al., 2007; Volpe & DuPaul, 2001). Οι κλίμακες ευρείας ζώνης είναι χρήσιμες κατά τη διαφορική διάγνωση μεταξύ διαταραχών, καθώς αποτελούνται από μικρό αριθμό στοιχείων ανά υποκλίμακα (Fitzgerald et al., 2007; Rapport et al., 2006) και μελετούν πολλαπλά σύνδρομα ή ποικίλες συμπεριφορικές εκδηλώσεις (Rapport et al., 2006; Volpe & DuPaul, 2001). Οι κλίμακες αυτές, αν και μπορούν να ανιχνεύσουν μια διαταραχή, δεν είναι κατάλληλες να διαγνώσουν επίσημα αυτή τη διαταραχή (Fitzgerald et al., 2007). Αντίθετα, οι κλίμακες περιορισμένης ζώνης βοηθούν στη διάγνωση μιας νευροψυχιατρικής κατάστασης, καθώς εστιάζουν σε συγκεκριμένες συμπεριφορές που εκδηλώνει ή δεν εκδηλώνει το άτομο που μελετάται (Fitzgerald et al., 2007; Rapport et al., 2006; Volpe & DuPaul, 2001). Επιπλέον, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να εκτιμηθεί η ανταπόκριση του εξεταζόμενου προσώπου στη θεραπευτική αγωγή (Barkley, 2006; Rapport et al., 2006; Volpe & DuPaul, 2001). Κατά τη διάρκεια μιας τυπικής συμπεριφορικής αξιολόγησης, αρχικά δίνονται προς συμπλήρωση οι κλίμακες ευρείας ζώνης, για να εξεταστεί το γενικό πλαίσιο συμπεριφοράς του παιδιού/εφήβου (Barkley, 2006; Rapport et al., 2006; Volpe & DuPaul, 2001). Στη συνέχεια, χρησιμοποιούνται οι κλίμακες περιορισμένης ζώνης, ώστε να συγκεντρωθούν πιο συγκεκριμένες και ειδικές πληροφορίες για το εξεταζόμενο άτομο (Barkley, 2006; Rapport et al., 2006; Volpe & DuPaul, 2001).

Παρόλο που οι συμπεριφορικές κλίμακες είναι απαραίτητες στην εκτίμηση της κατάστασης ενός παιδιού ή ενός εφήβου με ΔΕΠ-Υ, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αυτοτελώς γιατί υπόκεινται σε κάποιους περιορισμούς (Barkley, 2006; Gimpel & Holland, 2003; Rapport et al., 2006). Ειδικότερα, δεν μπορούν να παράσχουν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την έναρξη, τη διάρκεια ή την πορεία των συμπεριφορικών-συναισθηματικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένα άτομο με ελλειμματική προσοχή – υπερκινητικότητα (Rapport et al., 2006). Οι κλίμακες/ερωτηματολόγια αποτυπώνουν τις υποκειμενικές απόψεις γονέων και εκπαιδευτικών για το υπό μελέτη άτομο και, επομένως, επηρεάζονται από τις προσδοκίες, τις παρερμηνείες ή τις προκαταλήψεις των ερωτώμενων (Barkley, 2006; Gimpel & Holland, 2003). Το στοιχείο αυτό περιορίζει, ως ένα βαθμό, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των συμπεριφορικών κλιμάκων (Barkley, 2006), καθώς καταγράφουν τον τρόπο με τον οποίο γίνονται αντιληπτές από τρίτους οι εμφανείς συμπεριφορές του παιδιού ή του εφήβου (Dowdy et al., 2010). Αντίθετα, οι αυτοαναφορές των ίδιων των παιδιών (κυρίως εκείνων που είναι μεγαλύτερης ηλικίας) για τη συναισθηματική τους κατάσταση ή για τον τρόπο που βιώνουν τα συμπτώματα μιας διαταραχής, είναι πιο αξιόπιστες πηγές πληροφοριών, σε σχέση με τις αναφορές των γονέων ή των δασκάλων τους για τα συγκεκριμένα θέματα (Barkley, 2006; Dowdy et al., 2010). Ακόμη, η ποιότητα των πληροφοριών που παρέχουν οι συμπεριφορικές κλίμακες επηρεάζεται από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. το χρόνο συμπλήρωσης της φόρμας, το πλαίσιο όπου παρατηρούνται οι συμπεριφορές), από λάθη κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (π.χ. όταν ο ερωτώμενος εσκεμμένα αποφεύγει να δώσει ακραίες απαντήσεις, όταν επιλέγονται όλες οι αρνητικές ή όλες οι θετικές απαντήσεις της φόρμας, όταν ο ερωτώμενος είναι πολύ επιεικής ή πολύ αυστηρός) και από διαφορές τεχνικής φύσεως που υπάρχουν

μεταξύ των κλιμάκων όταν αξιολογούνται παρόμοιες συμπεριφορές (Gimpel & Holland, 2003).

Στην παρούσα μελέτη περίπτωσης, λαμβάνοντας υπόψη τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν τεθεί για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (πίνακας 2.1), τα συμπτώματα της διαταραχής (ενότητα 2.6) και τη συννοσηρότητά της με άλλες διαταραχές [σε μεγαλύτερο ποσοστό η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Fowler, 2002; Jensen, 2009; Millichap, 2010; Spencer, 2009), τη Διαταραχή της Διαγωγής (Fowler, 2002; Jensen, 2009; Katona & Robertson, 2000; Millichap, 2010; Spencer, 2009), το Άγχος (Fowler, 2002; Katona & Robertson, 2000) και την Κατάθλιψη (Fowler, 2002; Katona & Robertson, 2000)], επιλέχθηκαν οι εξής κλίμακες/ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση και παρακολούθηση του παιδιού:

- *Ελληνική ADHD Rating Scale-IV: Κλίμακα Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)* (DuPaul, Power, Anastopoulos, & Reid, 1998; Στάθμιση στα ελληνικά: Καλαντζή-Αζίζη, Α., Αγγελή, Κ. & Ευσταθίου, Γ.).

- *Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)* (Goodman, 1997; Προσαρμογή στα ελληνικά: Μπίμπου-Νάκου, Ι., Στογιαννίδου, Α., Κιοσέογλου, Γ. & Παπαγεωργίου, Β.).

- *Κλίμακα Διερεύνησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (Diagnostic Rating Scale-Parent and Diagnostic Rating Scale-Teacher)* (Weiler, Bellinger, Marmor, Rancier, & Waber, 1999; Wolraich, Hannah, Baumgaertel, & Feurer, 1998; Μετάφραση στα ελληνικά: Παπαγεωργίου, Β. & Νταφούλης, Β.).

3.3.1 Ελληνική ADHD Rating Scale-IV: Κλίμακα Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)

Η Κλίμακα Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV) αποτελεί ένα εργαλείο διάγνωσης και παρακολούθησης της ΔΕΠ-Υ, σε άτομα ηλικίας 5-18 ετών (Σταλίκας et al., 2002; Volpe & DuPaul, 2001). Οι ερωτήσεις της κλίμακας βασίζονται στα κριτήρια που έχουν τεθεί από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου (1994) και η επιλογή τους έγινε μέσα από διαδικασίες ανάλυσης παραγόντων (factor analysis) (Dopfner et al., 2006; DuPaul et al., 1998; Σταλίκας et al., 2002; Volpe & DuPaul, 2001).

Η φόρμα του ερωτηματολογίου αποτελείται από 18 κλειστές ερωτήσεις-στοιχεία που χωρίζονται σε δύο υποκλίμακες και περιγράφουν τα δύο βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής: 9 ερωτήσεις για την ελλειμματική προσοχή και 9 ερωτήσεις για την υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα (Skounti et al., 2010; Σταλίκας et al., 2002; Volpe & DuPaul, 2001). Ο ερωτών καλείται να δώσει απαντήσεις σχετικά με τη συχνότητα των παρατηρούμενων συμπεριφορών, με βάση μία κλίμακα τεσσάρων-σημείων τύπου Likert (0=σχεδόν ποτέ, 1=σπάνια, 2=αρκετές φορές, 3=πολύ συχνά) (DuPaul et al., 1998; Skounti et al., 2010; Σταλίκας et al., 2002; Volpe & DuPaul, 2001). Η ADHD Rating Scale-IV έχει δύο διαφορετικές εκδοχές: την κλίμακα για γονείς-κηδεμόνες (Home Version), η οποία αναφέρεται στη συμπεριφορά του παιδιού/εφήβου στο σπίτι, και την κλίμακα για εκπαιδευτικούς (School Version), η οποία αναφέρεται στη συμπεριφορά του παιδιού/εφήβου στο σχολείο (Dopfner et al., 2006; Σταλίκας et al., 2002; Volpe & DuPaul, 2001). Από κάθε εκδοχή προκύπτουν τρεις βαθμολογίες, κάθε μία από τις οποίες αντιστοιχεί: στην υποκλίμακα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, στην υποκλίμακα της ελλειμματικής προσοχής και στο συνολικό άθροισμα (Skounti et al., 2010; Σταλίκας et al., 2002; Volpe &

DuPaul, 2001). Οι βαθμολογίες των δύο υποκλιμάκων προκύπτουν από την άθροιση των βαθμών (0-3) σε κάθε ένα από τα 9 στοιχεία της υποκλίμακας (Skounti et al., 2010; Volpe & DuPaul, 2001). Το συνολικό άθροισμα της ADHD Rating Scale-IV προκύπτει από την άθροιση των δύο παραπάνω βαθμολογιών των υποκλιμάκων (Volpe & DuPaul, 2001).

Η στάθμιση της ελληνικής κλίμακας για εκπαιδευτικούς έγινε με δείγμα 1.100 παιδιών και συμμετείχαν εκπαιδευτικοί όλων των τάξεων (από το νηπιαγωγείο μέχρι την Γ' Λυκείου) από 16 νομούς της χώρας (Σταλίκας et al., 2002). Η στάθμιση της ελληνικής κλίμακας για γονείς έγινε μέσω της συμπλήρωσης 4.500 ερωτηματολογίων από γονείς μαθητών όλων των τάξεων (από το νηπιαγωγείο μέχρι την Γ' Λυκείου) από 16 νομούς της χώρας (Σταλίκας et al., 2002).

Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου επιβεβαιώθηκε ότι είναι υψηλή, μέσα από τη συσχέτιση και τη σύγκρισή του με άλλες κλίμακες αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ (Dopfner et al., 2006; Σταλίκας et al., 2002; Volpe & DuPaul, 2001). Ειδικότερα, η εγκυρότητα εξωτερικού κριτηρίου, τόσο για τις δύο υποκλίμακες, όσο και για τη συνολική Ελληνική ADHD Rating Scale-IV για εκπαιδευτικούς, βρέθηκε ότι είναι πολύ υψηλή (Σταλίκας et al., 2002). Η προβλεπτική εγκυρότητα της ADHD Rating Scale-IV για εκπαιδευτικούς φαίνεται ότι είναι ανώτερη, συγκριτικά με την αντίστοιχη κλίμακα για γονείς, και προσφέρει τη δυνατότητα να γίνουν λεπτές διακρίσεις στη διαγνωστική κατάσταση του παιδιού ή του εφήβου που μελετάται (DuPaul et al., 1998; Volpe & DuPaul, 2001). Οι αξιολογήσεις των γονέων προσφέρουν σημαντικά στοιχεία στην πρόβλεψη/διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, όταν χρησιμοποιούνται συνδυαστικά με τις αξιολογήσεις των εκπαιδευτικών (Volpe & DuPaul, 2001). Αν και η συμφωνία μεταξύ γονέων-εκπαιδευτικών δεν είναι υψηλή ($r = 0.40-0.45$), είναι τυπική για τις κλίμακες αυτής της μορφής (Dopfner et al., 2006; DuPaul et al., 1998).

Σε ό,τι αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, φαίνεται ότι οι δύο εκδοχές της ADHD Rating Scale-IV και οι υποκλιμάκες τους εμφανίζουν υψηλό δείκτη αξιοπιστίας και εσωτερικής συνέπειας (Dopfner et al., 2006; DuPaul et al., 1998; Σταλίκας et al., 2002; Volpe & DuPaul, 2001).

Η Κλίμακα Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV) είναι ένα καλά δομημένο και έγκυρο εργαλείο, που προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στην αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ γιατί: α) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να συλλεχθούν αξιόπιστα στοιχεία για την ύπαρξη ή όχι συμπτωμάτων ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας σε διαφορετικά πλαίσια, β) μπορεί να βοηθήσει στη διάκριση μεταξύ παιδιών/εφήβων που έχουν ή δεν έχουν ΔΕΠ-Υ, καθώς και να διακρίνει ποιον από τους τρεις υποτύπους της διαταραχής έχει το παιδί/έφηβος (DuPaul et al., 1998; Volpe & DuPaul, 2001), γ) η φόρμα του ερωτηματολογίου είναι συνοπτική, εύκολη στη συμπλήρωσή της και απλή στη βαθμολόγησή της (Fitzgerald et al., 2007; Skounti et al., 2010; Volpe & DuPaul, 2001) και δ) η συντομία της Κλίμακας Βαθμολόγησης της ΔΕΠ-Υ την καθιστά κατάλληλη για την παρακολούθηση των αλλαγών που συντελέστηκαν στη συμπεριφορά ενός παιδιού/εφήβου, μετά από τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή μετά από την εφαρμογή κάποιας άλλης θεραπευτικής παρέμβασης (Fitzgerald et al., 2007; Volpe & DuPaul, 2001).

3.3.2 Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)

Το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών είναι ένα συνοπτικό, συμπεριφορικό εργαλείο που μελετά δυνατότητες και δυσκολίες ατόμων ηλικίας 3-16 ετών, σε σχέση με την ψυχική τους υγεία (Dowdy et al., 2010; Goodman, 1994; Goodman, 1997; Σταλίκας et al., 2002; Stone et al., 2010). Η συγκεκριμένη φόρμα ερωτήσεων μπορεί να

χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση προβλημάτων ή την παρακολούθηση της συμπεριφοράς ενός παιδιού (Dowdy et al., 2010; Goodman, 1997; Stone et al., 2010). Τα στοιχεία και οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου βασίζονται στα κριτήρια που έχουν τεθεί από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου (1994) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ICD-10 (1992) (Dowdy et al., 2010; Stone et al., 2010). Η επιλογή τους έγινε μέσα από διαδικασίες ανάλυσης παραγόντων (factor analysis) (Dowdy et al., 2010).

Η φόρμα του ερωτηματολογίου αποτελείται από 25 κλειστές ερωτήσεις-στοιχεία (Dowdy et al., 2010; Goodman, 1997; Σταλίκας et al., 2002; Stone et al., 2010), στις οποίες ο ερωτών καλείται να απαντήσει με βάση μία κλίμακα τριών-σημείων τύπου Likert (0=δεν ισχύει, 1=ισχύει κάπως, 2=ισχύει σίγουρα) (Dowdy et al., 2010; Goodman, 1997). Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε 5 υποκλίμακες: οι τέσσερις υποκλίμακες αφορούν δυσκολίες (υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής, διαταραχές διαγωγής, σχέσεις με συνομηλίκους, συναισθηματικές διαταραχές) και η μία αναφέρεται στην επιθυμητή διάσταση της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (Dowdy et al., 2010; Goodman, 1997; Σταλίκας et al., 2002; Stone et al., 2010). Κάθε υποκλίμακα αποτελείται από 5 στοιχεία (Dowdy et al., 2010; Goodman, 1997; Stone et al., 2010). Επιπλέον, οι υποκλίμακες συνοδεύονται από μια κλίμακα υποκειμενικής αξιολόγησης-αντίληψης των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το παιδί (Σταλίκας et al., 2002). Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και το ίδιο το παιδί (αν αυτό είναι ηλικίας 11-16 ετών) (Dowdy et al., 2010; Goodman, 1997; Σταλίκας et al., 2002; Stone et al., 2010).

Το συνολικό άθροισμα του Δείκτη Δυνατοτήτων και Δυσκολιών προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας σε καθεμία από τις τέσσερις υποκλίμακες (χωρίς να υπολογίζεται η βαθμολογία της υποκλίμακας που αναφέρεται στη θετική κοινωνική συμπεριφορά, γιατί η απουσία προκοινωνικών συμπεριφορών διαφέρει εννοιολογικά από την παρουσία κάποιας ψυχολογικής δυσκολίας) (Dowdy et al., 2010; Goodman, 1997; Σταλίκας et al., 2002). Το συνολικό άθροισμα κυμαίνεται από 0 έως 40 (Dowdy et al., 2010; Goodman, 1997) και, με βάση αυτό, το αποτέλεσμα διακρίνεται σε φυσιολογικό, οριακό ή μη φυσιολογικό, ανάλογα με τις νόρμες που έχουν προκαθοριστεί (Dowdy et al., 2010). Ξεχωριστά βαθμολογείται η κλίμακα υποκειμενικής αντίληψης των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το παιδί, αναφορικά με την παρουσία, τη σοβαρότητα και την επιρροή των προβλημάτων (Σταλίκας et al., 2002).

Η στάθμιση του ερωτηματολογίου στην Ελλάδα έγινε με δείγμα παιδιών ηλικίας 11-16 ετών, το οποίο ήταν αντιπροσωπευτικό ως προς τις ελληνικές γεωγραφικές περιοχές και τα σχολεία (Σταλίκας et al., 2002). Οι φόρμες με τις ερωτήσεις συμπληρώθηκαν από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τα παιδιά (Σταλίκας et al., 2002). Οι νόρμες στηρίζονται σε διαφορετικές εκτιμήσεις, ανάλογα με τα πρόσωπα που συμπλήρωσαν τη φόρμα (το ίδιο το παιδί, ο εκπαιδευτικός ή ο γονέας) (Σταλίκας et al., 2002). Οι εκτιμήσεις του Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών διαμορφώνονται με σύνθετο τρόπο και επηρεάζονται τόσο από τα στοιχεία του πλαισίου αξιολόγησης (Goodman, 1997; Σταλίκας et al., 2002; Stone et al., 2010), όσο και από τις αντιλήψεις του προσώπου που συμπληρώνει τη φόρμα των ερωτήσεων (Stone et al., 2010).

Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου επιβεβαιώθηκε ότι είναι επαρκής, μέσα από τη συσχέτιση και τη σύγκρισή του με άλλες κλίμακες συμπεριφορικής αξιολόγησης ή εξέτασης δυσκολιών (Dowdy et al., 2010; Σταλίκας et al., 2002; Stone et al., 2010).

Σε ό,τι αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί εμφανίζουν υψηλότερο δείκτη αξιοπιστίας (0,85 έως 0,95) και εσωτερικής συνέπειας στις απαντήσεις τους, σε σχέση με τους γονείς και τα παιδιά (Σταλίκας et al., 2002; Stone et al., 2010). Επισημαίνεται ότι υπάρχουν αναλυτικοί δείκτες αξιοπιστίας για κάθε πρόσωπο (γονιό, εκπαιδευτικό, παιδί) που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο, για κάθε υποκλίμακα και ως προς τον τελικό δείκτη του ερωτηματολογίου (Σταλίκας et al., 2002). Σε αντίστοιχες μελέτες που

πραγματοποιήθηκαν σε δείγματα πληθυσμών άλλων χωρών, διαπιστώθηκε ότι οι αυτοαξιολογήσεις των παιδιών μεγαλύτερων ηλικιών (11-17 ετών) ήταν εξίσου αξιόπιστες και συνεπείς με τις αξιολογήσεις των γονέων τους (Dowdy et al., 2010).

Επίσης, το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών διαθέτει αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα τόσο στην ανίχνευση συναισθηματικών διαταραχών και συμπεριφορικών προβλημάτων σε παιδιά (Dowdy et al., 2010; Stone et al., 2010), όσο και στην ανίχνευση της ΔΕΠ-Υ, της Διαταραχής της Διαγωγής και της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής (Stone et al., 2010).

3.3.3 Κλίμακα Διερεύνησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (Diagnostic Rating Scale-Parent and Diagnostic Rating Scale-Teacher)

Η Κλίμακα Διερεύνησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας αποτελεί ένα εργαλείο διάγνωσης και παρακολούθησης της ΔΕΠ-Υ (Σταλίκας et al., 2002). Οι 18 ερωτήσεις της κλίμακας βασίζονται στα 18 κριτήρια που έχουν τεθεί από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου (1994) και αφορούν τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και τη Διαταραχή Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας (Σταλίκας et al., 2002; Weiler et al., 1999). Επίσης η φόρμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις για την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, 7 ερωτήσεις για τη Διαταραχή της Διαγωγής και 7 ερωτήσεις διερεύνησης του άγχους και της κατάθλιψης, κατά το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου (1994) (Σταλίκας et al., 2002; Weiler et al., 1999).

Η κλίμακα αποτελείται συνολικά από 40 κλειστές ερωτήσεις-στοιχεία (Weiler et al., 1999), στις οποίες ο ερωτών καλείται να δώσει απαντήσεις για τη συχνότητα των παρατηρούμενων συμπτωμάτων, με βάση μία κλίμακα τεσσάρων-σημείων τύπου Likert (0=ποτέ, 1=περιστασιακά, 2=συχνά, 3=πολύ συχνά) (Σταλίκας et al., 2002; Weiler et al., 1999). Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε 5 υποκλίμακες: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (9 ερωτήσεις), Διαταραχή Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας (9 ερωτήσεις), Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (8 ερωτήσεις), Διαταραχή της Διαγωγής (7 ερωτήσεις), Άγχος-Κατάθλιψη (7 ερωτήσεις) (Weiler et al., 1999). Η Κλίμακα Διερεύνησης της ΔΕΠ-Υ (Diagnostic Rating Scale, DRS) έχει δύο διαφορετικές εκδοχές: την κλίμακα για γονείς-κηδεμόνες (DRS-Parent), η οποία αναφέρεται στη συμπεριφορά του παιδιού/εφήβου στο σπίτι, και την κλίμακα για εκπαιδευτικούς (DRS-Teacher), η οποία αναφέρεται στη συμπεριφορά του παιδιού/εφήβου στο σχολείο (Weiler et al., 1999).

Η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας του ερωτηματολογίου προκύπτει από την άθροιση των βαθμών (0-3) σε κάθε μία από τις ερωτήσεις-στοιχεία που συγκροτούν την υποκλίμακα (Weiler et al., 1999). Το σημείο-ουδός για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι η παρουσία 6 ή περισσότερων συμπτωμάτων που εκδηλώνονται «συχνά» ή «πολύ συχνά», στην υποκλίμακα που αφορά τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και/ή στην υποκλίμακα που αφορά τη Διαταραχή Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας, στις απαντήσεις γονέα και δασκάλου (Σταλίκας et al., 2002; Weiler et al., 1999). Για τη διάγνωση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής πρέπει να είναι παρόντα 4 ή περισσότερα συμπτώματα που εκδηλώνονται «συχνά» ή «πολύ συχνά», στην υποκλίμακα που αφορά τη συγκεκριμένη διαταραχή (American Psychiatric Association, 1994; Wolraich et al., 1998). Επίσης, για τη διάγνωση της Διαταραχής της Διαγωγής είναι απαραίτητη η παρουσία 3 ή περισσότερων συμπτωμάτων που εκδηλώνονται «συχνά» ή «πολύ συχνά», στην υποκλίμακα που αφορά τη διαταραχή αυτή (American Psychiatric Association, 1994; Wolraich et al., 1998). Η ύπαρξη

Άγχους/Κατάθλιψης επιβεβαιώνεται όταν η βαθμολογία της αντίστοιχης υποκλίμακας είναι πάνω από δύο τυπικές αποκλίσεις από το μέσο όρο εκδήλωσης άγχους ή κατάθλιψης στο συνολικό δείγμα που μελετάται (Wolraich et al., 1998).

Η προσαρμογή του ερωτηματολογίου στην Ελλάδα έγινε στο πλαίσιο επιδημιολογικής μελέτης για τη ΔΕΠ-Υ, σε δείγμα 600 παιδιών ηλικίας 6-9 ετών, από σχολεία της Θεσσαλονίκης (Σταλίκας et al., 2002).

Η Κλίμακα Διερεύνησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας αποτελεί ένα έγκυρο εργαλείο διάγνωσης και παρακολούθησης της ΔΕΠ-Υ, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εξέταση των συμπτωμάτων της διαταραχής και τη συγκέντρωση στοιχείων με τρόπο σύντομο, συνεπή και σύμφωνο με τα κριτήρια που έχουν τεθεί από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συνδέσμου (1994) (Weiler et al., 1999).

3.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Η αξιολόγηση του αγοριού με ΔΕΠ-Υ βασίστηκε σε τρία χρονικά σημεία:

(α) τη γραμμή βάσης ή την περίοδο προ της Συνδυασμένης Θεραπείας (ΣΘ), η οποία χρονικά εντοπίζεται πριν από 26 μήνες (εκείνο το διάστημα το παιδί λάμβανε μόνο υδροχλωρική μεθυλφαινιδάτη, για την αντιμετώπιση της ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας),

(β) την 1^η φάση μετά τη Συνδυασμένη Θεραπεία (ΣΘ), που αναφέρεται στο χρονικό σημείο μετά την πάροδο 24 μηνών συνδυασμένης θεραπευτικής αγωγής της ΔΕΠ-Υ και των συνοδών διαταραχών της και

(γ) τη 2^η φάση μετά τη Συνδυασμένη Θεραπεία (ΣΘ), που αναφέρεται στο παρόν και στην πάροδο 26 μηνών συνεχούς συνδυασμένης θεραπευτικής προσέγγισης της ΔΕΠ-Υ και των συνοδών διαταραχών της.

Η ΣΘ (Συνδυασμένη Θεραπεία) περιλαμβάνει: φαρμακοθεραπεία (με χορήγηση υδροχλωρικής μεθυλφαινιδάτης, ρισπεριδόνης, μελατονίνης) και συμμετοχή του παιδιού σε εβδομαδιαίες συνεδρίες εργοθεραπείας.

Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων, συμπληρώθηκαν τρεις κλίμακες/ερωτηματολόγια αξιολόγησης του παιδιού:

- *Ελληνική Κλίμακα Βαθμολόγησης της ΔΕΠ-Υ κατά DSM-IV.*

- *Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών.*

- *Κλίμακα Διερεύνησης της ΔΕΠ-Υ.*

Με βάση την εικόνα του μικρού αγοριού πριν και μετά την εφαρμογή της συνδυασμένης θεραπείας, ζητήθηκε από τη μητέρα του παιδιού, τον εργοθεραπευτή και τους δύο ειδικούς παιδαγωγούς του να συμπληρώσουν τις παραπάνω φόρμες ερωτήσεων, ώστε να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης σε επίπεδο συμπεριφορικό/συναισθηματικό.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Μέσα από τη συμπλήρωση των συμπεριφορικών κλιμάκων/ερωτηματολογίων, αποτυπώνεται το υποκείμενο αίσθημα της μητέρας για τα αποτελέσματα της συνδυασμένης παρέμβασης και καταγράφονται τα πιθανά θεραπευτικά οφέλη που αποκόμισε το παιδί, εντός του οικογενειακού πλαισίου.

Πιο συγκεκριμένα, από τα ευρήματα της *Κλίμακας Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)* για γονείς, σημειώνεται εμφανής βελτίωση στην εκδήλωση των κεντρικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, χάρη στο θεραπευτικό πρόγραμμα (παρατηρείται ελάττωση των βαθμολογιών τόσο στις υποκλίμακες της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, όσο και στη συνολική βαθμολογία). Ειδικότερα, πριν από την εφαρμογή της συνδυασμένης παρέμβασης, το συνολικό άθροισμα της κλίμακας ήταν 47. Αντίθετα, μετά από την 1^η και τη 2^η φάση της ΣΘ, το συνολικό άθροισμα μειώθηκε αισθητά σε 14 και 22 αντιστοίχως. Διαφορά 4 βαθμών, μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} φάσης της ΣΘ, υπάρχει στην υποκλίμακα της απροσεξίας και στην υποκλίμακα της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. Αξιοσημείωτες διαφορές παρατηρούνται στον αριθμό των συμπτωμάτων που εκδηλώνονταν «αρκετές φορές» ή «πολύ συχνά» πριν τη ΣΘ (9 από τα 9 συμπτώματα απροσεξίας, 7 από τα 9 συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας) και μετά τη ΣΘ (1-3 από τα 9 συμπτώματα απροσεξίας και 3-4 από τα 9 συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας).

Στο *Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)* για γονείς, η συμπεριφορά του παιδιού στο περιβάλλον του σπιτιού είναι εμφανώς βελτιωμένη μετά τη ΣΘ, συγκριτικά με τη συμπεριφορά του προ της ΣΘ (το συνολικό άθροισμα του Δείκτη Δυσκολιών από 30 που ήταν πριν τη ΣΘ, μειώνεται σε 19 μετά την 1^η φάση της θεραπευτικής παρέμβασης, ενώ εμφανίζει περαιτέρω μείωση σε 18 μετά τη 2^η φάση της παρέμβασης). Αντίστοιχη μείωση παρατηρείται και στις βαθμολογίες των επιμέρους υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου (υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής, διαταραχές διαγωγής, σχέσεις με συνομηλίκους). Πρακτικά αμετάβλητη, πριν και μετά τη ΣΘ, παραμένει η βαθμολογία της υποκλίμακας που αναφέρεται στις συναισθηματικές διαταραχές. Τα παραπάνω στοιχεία επιβεβαιώνουν τη βελτίωση της συμπεριφοράς του αγοριού με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο συμπτωμάτων, διαγωγής και διαπροσωπικών σχέσεων. Στασιμότητα παρατηρείται στον τομέα των συναισθημάτων. Αντίθετα, η θετική κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού, όπως γίνεται αντιληπτή από το γονέα, παρουσιάζει εμφανή πρόοδο (από το βαθμό 2 προ της ΣΘ, αυξάνεται σε 9 μετά τη ΣΘ). Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το αγόρι στο παρόν, σε σχέση με εκείνες που αντιμετώπιζε στο παρελθόν, έχουν μετριαστεί (η αρχική βαθμολογία 9, μειώνεται σε 1 μετά τη ΣΘ). Εξάλλου από τα σχόλια της μητέρας, φαίνεται ότι πριν τον συνδυασμό των θεραπειών, η ανησυχία, η υπερκινητικότητα και η επιθετικότητα που εκδήλωνε το παιδί τής δημιουργούσαν φόβους για την ασφάλεια και τη σωματική του ακεραιότητα σε καθημερινή βάση. Αντίθετα, η εφαρμογή της συνδυασμένης θεραπευτικής παρέμβασης μετρίασε το βάρος και τις δυσκολίες της καθημερινότητας για την ίδια, γιατί της έδωσε τη δυνατότητα να διαχειριστεί και να οριοθετήσει πιο αποτελεσματικά τη συμπεριφορά του γιου της στο σπίτι.

Η *Κλίμακα Διερεύνησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (Diagnostic Rating Scale, DRS)* για γονείς ισχυροποιεί την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού των θεραπειών για το παιδί με ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τις απαντήσεις της μητέρας, η βαθμολογία στις 4 υποκλίμακες της φόρμας (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, διαταραχή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, εναντιωματική προκλητική διαταραχή,

άγχος-κατάθλιψη) μειώνεται εμφανώς μετά τη ΣΘ. Η βαθμολογία της υποκλίμακας που αντιστοιχεί στη Διαταραχή της Διαγωγής παρουσιάζει αυξομείωση (βαθμός 6 πριν τη ΣΘ, βαθμός 3 μετά από την 24μηνη ΣΘ, βαθμός 6 μετά από την 26μηνη ΣΘ). Τα παραπάνω δεδομένα αναδεικνύουν την πρόοδο που συντελέστηκε –χάρη στην 26μηνη ΣΘ– σε επίπεδο συμπτωμάτων, συναισθημάτων και εναντιωματικής συμπεριφοράς του παιδιού, στο πλαίσιο της οικογένειας. Ειδικά για την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, η μητέρα αναγνώρισε ότι πριν τη ΣΘ εκδηλώνονταν «συχνά» ή «πολύ συχνά» 6 από τα 8 συμπτώματα της διαταραχής, ενώ μετά τη ΣΘ εκδηλώνεται μόνο 1 από τα 8 συμπτώματα. Σχετικά με τη Διαταραχή της Διαγωγής, η μητέρα παρατήρησε τη συχνή (ή πολύ συχνή) εκδήλωση 2 συμπτωμάτων από τα 7 συμπτώματα της διαταραχής πριν τη ΣΘ, ενώ μετά από 26 μήνες συνεχούς θεραπευτικής παρέμβασης εκδηλώνεται μόνο 1 σύμπτωμα «συχνά» ή «πολύ συχνά».

Στον πίνακα 4.1 παρουσιάζονται συνοπτικά οι βαθμολογίες από τα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες που συμπλήρωσε η μητέρα του αγοριού με ΔΕΠ-Υ. Από τη σύγκριση των βαθμών πριν και μετά τη ΣΘ, είναι εμφανής η βελτίωση της συμπεριφοράς του παιδιού στο χώρο του σπιτιού, σε όλα τα επίπεδα.

Πίνακας 4.1: Συγκεντρωτική παρουσίαση των βαθμολογιών στα 3 ερωτηματολόγια που συμπλήρωσε η μητέρα, αναφορικά με τη συμπεριφορά του αγοριού με ΔΕΠ-Υ, πριν και μετά τη Συνδυασμένη Θεραπεία (ΣΘ).

	Βαθμολογίες προ της ΣΘ	Βαθμολογίες μετά την 1^η φάση της ΣΘ (24 μήνες)	Βαθμολογίες μετά τη 2^η φάση της ΣΘ (26 μήνες)
Ελληνική Κλίμακα Βαθμολόγησης της ΔΕΠ-Υ κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)	Απροσεξία: 26 Υπερκινητικότητα: 15 Παρορμητικότητα: 6 } 21 ΣΥΝΟΛΟ: 47	Απροσεξία: 5 Υπερκινητικότητα: 4 Παρορμητικότητα: 5 } 9 ΣΥΝΟΛΟ: 14	Απροσεξία: 9 Υπερκινητικότητα: 8 Παρορμητικότητα: 5 } 13 ΣΥΝΟΛΟ: 22
Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)	ΔΕΠ-Υ: 10 Διαταραχές Διαγωγής: 7 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 8 Συναισθηματικές Διαταραχές: 5 ΣΥΝΟΛΟ: 30 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 2 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 9	ΔΕΠ-Υ: 4 Διαταραχές Διαγωγής: 4 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 7 Συναισθηματικές Διαταραχές: 4 ΣΥΝΟΛΟ: 19 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 9 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 1	ΔΕΠ-Υ: 4 Διαταραχές Διαγωγής: 4 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 5 Συναισθηματικές Διαταραχές: 5 ΣΥΝΟΛΟ: 18 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 9 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 1
Κλίμακα Διερεύνησης της ΔΕΠ-Υ (Diagnostic Rating Scale, DRS)	Ελλειμματική Προσοχή: 26 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 21 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 18 Διαταραχή της Διαγωγής: 6 Άγχος-Κατάθλιψη: 6	Ελλειμματική Προσοχή: 5 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 9 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 7 Διαταραχή της Διαγωγής: 3 Άγχος-Κατάθλιψη: 3	Ελλειμματική Προσοχή: 9 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 13 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 7 Διαταραχή της Διαγωγής: 6 Άγχος-Κατάθλιψη: 5

4.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Ο εργοθεραπευτής συμπλήρωσε τις ίδιες εκδοχές των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων που συμπληρώθηκαν από τους ειδικούς παιδαγωγούς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Οι απαντήσεις του θεραπευτή αντικατοπτρίζουν το υποκείμενο αίσθημά του για τα αποτελέσματα της συνδυασμένης παρέμβασης.

Ειδικότερα, η συμπλήρωση της *Κλίμακας Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)* από τον εργοθεραπευτή έδειξε ότι τα κεντρικά συμπτώματα της διαταραχής εκδηλώνονται πιο ήπια χάρη στη ΣΘ (παρατηρείται μείωση της βαθμολογίας, τόσο στις υποκλίμακες της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, όσο και στο συνολικό άθροισμα της κλίμακας, το οποίο ελαττώνεται από 53 σε 41, μετά το συνδυασμό των θεραπειών). Μικρή διαφορά, μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} φάσης μετά τη ΣΘ, παρατηρείται στην υποκλίμακα της απροσεξίας (μείωση της βαθμολογίας κατά ένα βαθμό) και στην υποκλίμακα της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας (αύξηση της βαθμολογίας κατά ένα βαθμό). Αντιθέτως, δεν παρατηρούνται διαφορές στον αριθμό των συμπτωμάτων που εκδηλώνονται «αρκετές φορές» ή «πολύ συχνά» πριν και μετά τη ΣΘ (9 από τα 9 συμπτώματα απροσεξίας, 9 από τα 9 συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας).

Από το *Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)* προκύπτει ότι η γενική συμπεριφορική εικόνα του παιδιού στο χώρο της εργοθεραπείας μετά τη ΣΘ είναι βελτιωμένη, συγκριτικά με τη συμπεριφορά του προ της ΣΘ (το συνολικό άθροισμα του Δείκτη Δυσκολιών από 36 πριν το συνδυασμό των θεραπειών, μειώνεται σε 32 μετά την 24μηνιαία θεραπευτική παρέμβαση και σε 33 μετά την 26μηνιαία παρέμβαση). Αντίστοιχη μείωση παρατηρείται και στις βαθμολογίες των επιμέρους υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου (υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής, διαταραχές διαγωγής, συναισθηματικές διαταραχές), δεδομένο που επιβεβαιώνει τη βελτίωση της συμπεριφοράς του αγοριού με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο συμπτωμάτων, συναισθημάτων και διαγωγής. Ήπια επιδείνωση υπάρχει στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων, η οποία αποτυπώνεται με την αύξηση της βαθμολογίας στην υποκλίμακα που αφορά τις σχέσεις με τους συνομηλίκους (αρχική βαθμολογία 8 πριν τη ΣΘ και τελική βαθμολογία 9 μετά τη ΣΘ). Επίσης, ελαφρά επιδείνωση σημειώνεται στη θετική κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού (βαθμός 2 πριν από τη ΣΘ, τελικός βαθμός 1 μετά από 26 μήνες ΣΘ). Καμία μεταβολή δεν παρατηρείται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το αγόρι στην παρούσα φάση, σε σχέση με τις δυσκολίες του παρελθόντος (βαθμολογία 6 πριν και μετά τη ΣΘ). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τους ισχυρισμούς του εργοθεραπευτή, τα σύνθετα προβλήματα του παιδιού δε δυσχεραίνουν και δεν επιβαρύνουν την εκτέλεση του εργοθεραπευτικού του προγράμματος.

Η *Κλίμακα Διερεύνησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (Diagnostic Rating Scale, DRS)* παρέχει πρόσθετα στοιχεία που ενισχύουν την αποτελεσματικότητα της ΣΘ για το παιδί με ΔΕΠ-Υ. Από τις απαντήσεις του θεραπευτή, η βαθμολογία σε κάθε μία από τις 5 υποκλίμακες της φόρμας (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, διαταραχή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, εναντιωματική προκλητική διαταραχή, διαταραχή της διαγωγής, άγχος-κατάθλιψη) παρουσιάζει μείωση μετά τις δύο φάσεις της ΣΘ. Το στοιχείο αυτό φανερώνει την πρόοδο που συντελέστηκε στη συμπεριφορά του αγοριού σε επίπεδο συμπτωμάτων, συναισθημάτων, εναντιωματικής συμπεριφοράς και διαγωγής, κατά τη διάρκεια των εργοθεραπευτικών συνεδριών. Σε ό,τι αφορά την *Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή*, πριν τη ΣΘ εκδηλώνονταν «συχνά» ή «πολύ συχνά» όλα τα συμπτώματα της διαταραχής (8 από τα 8 συμπτώματα), ενώ μετά τη ΣΘ εκδηλώνονται 6 από τα 8 συμπτώματα. Επίσης, ο θεραπευτής παρατήρησε τη συχνή (ή πολύ συχνή) εκδήλωση 5 συμπτωμάτων από τα 7 συμπτώματα της Διαταραχής της Διαγωγής πριν τη ΣΘ, συγκριτικά με την παρούσα κατάσταση, όπου 1 σύμπτωμα εκδηλώνεται «συχνά» ή «πολύ συχνά» μετά τη ΣΘ.

Η σύγκριση των βαθμολογιών του πίνακα 4.2, πριν και μετά τη ΣΘ, αποκαλύπτει ότι υπήρξε βελτίωση της συμπεριφοράς του αγοριού στο χώρο της εργοθεραπείας. Η βελτίωση αυτή είναι φανερή τόσο μετά την 24μηνη, όσο και μετά την 26μηνη συνδυασμένη θεραπευτική παρέμβαση.

Πίνακας 4.2: Συγκεντρωτική παρουσίαση των βαθμολογιών στα 3 ερωτηματολόγια που συμπλήρωσε ο εργοθεραπευτής, αναφορικά με τη συμπεριφορά του αγοριού με ΔΕΠ-Υ, πριν και μετά τη Συνδυασμένη Θεραπεία (ΣΘ).

	Βαθμολογίες προ της ΣΘ	Βαθμολογίες μετά την 1^η φάση της ΣΘ (24 μήνες)	Βαθμολογίες μετά τη 2^η φάση της ΣΘ (26 μήνες)
Ελληνική Κλίμακα Βαθμολόγησης της ΔΕΠ-Υ κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)	Απροσεξία: 27 Υπερκινητικότητα: 17 Παρορμητικότητα: 9 } 26 ΣΥΝΟΛΟ: 53	Απροσεξία: 23 Υπερκινητικότητα: 12 Παρορμητικότητα: 6 } 18 ΣΥΝΟΛΟ: 41	Απροσεξία: 22 Υπερκινητικότητα: 12 Παρορμητικότητα: 7 } 19 ΣΥΝΟΛΟ: 41
Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)	ΔΕΠ-Υ: 10 Διαταραχές Διαγωγής: 9 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 8 Συναισθηματικές Διαταραχές: 9 ΣΥΝΟΛΟ: 36 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 2 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 6	ΔΕΠ-Υ: 7 Διαταραχές Διαγωγής: 8 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 9 Συναισθηματικές Διαταραχές: 8 ΣΥΝΟΛΟ: 32 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 2 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 6	ΔΕΠ-Υ: 8 Διαταραχές Διαγωγής: 8 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 9 Συναισθηματικές Διαταραχές: 8 ΣΥΝΟΛΟ: 33 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 1 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 6
Κλίμακα Διερεύνησης της ΔΕΠ-Υ (Diagnostic Rating Scale, DRS)	Ελλειμματική Προσοχή: 27 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 26 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 19 Διαταραχή της Διαγωγής: 13 Άγχος-Κατάθλιψη: 20	Ελλειμματική Προσοχή: 23 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 18 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 14 Διαταραχή της Διαγωγής: 5 Άγχος-Κατάθλιψη: 18	Ελλειμματική Προσοχή: 22 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 19 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 14 Διαταραχή της Διαγωγής: 6 Άγχος-Κατάθλιψη: 18

4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ

Η ειδική παιδαγωγός του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου συμπλήρωσε τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια για δασκάλους. Οι απαντήσεις της αποτυπώνουν τις αντιλήψεις της ίδιας για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της συνδυασμένης παρέμβασης.

Η συμπλήρωση της *Κλίμακας Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)* από την παιδαγωγό έδειξε ότι είναι πολύ ηπιότερη η εκδήλωση των κεντρικών συμπτωμάτων της διαταραχής χάρη στην 26 μηνών ΣΘ (παρατηρείται μείωση της βαθμολογίας, τόσο στις υποκλίμακες της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, όσο και στο συνολικό άθροισμα της κλίμακας, το οποίο μειώνεται σημαντικά από 52 σε 28, μετά το συνδυασμό των θεραπειών). Επίσης, παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές στον αριθμό των συμπτωμάτων που εκδηλώνονταν «αρκετές φορές» ή «πολύ συχνά» πριν τη ΣΘ (9 από τα 9 συμπτώματα απροσεξίας, 9 από τα 9 συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας) και μετά τη ΣΘ (5 από τα 9 συμπτώματα απροσεξίας, 5 από τα 9 συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας).

Από το *Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)* προκύπτει ότι η γενική συμπεριφορική εικόνα του παιδιού κατά τη διάρκεια των εξατομικευμένων μαθημάτων στο χώρο του νοσοκομείου μετά τη ΣΘ είναι βελτιωμένη, συγκριτικά με τη συμπεριφορά του προ της ΣΘ (το συνολικό άθροισμα του Δείκτη Δυσκολιών από 29 πριν το συνδυασμό των θεραπειών, μειώνεται σε 22 μετά την 1^η φάση της θεραπευτικής παρέμβασης, ενώ παρουσιάζει περαιτέρω μείωση σε 21 μετά τη 2^η φάση της παρέμβασης). Αντίστοιχη μείωση παρατηρείται και στις βαθμολογίες των επιμέρους υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου (υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής, διαταραχές διαγωγής, σχέσεις με συνομηλίκους, συναισθηματικές διαταραχές) στοιχείο που επιβεβαιώνει τη βελτίωση της συμπεριφοράς του αγοριού με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο συμπτωμάτων, συναισθημάτων, διαγωγής και διαπροσωπικών σχέσεων, χάρη στην 26 μηνών συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή. Επιπρόσθετα, η θετική κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού, όπως γίνεται αντιληπτή από την ειδική παιδαγωγό, παρουσιάζει ήπια βελτίωση (από το βαθμό 5 προ της ΣΘ, αυξάνεται σε 6 μετά τη ΣΘ). Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το αγόρι στο παρόν, σε σχέση με εκείνες που αντιμετώπιζε στο παρελθόν, έχουν μετριαστεί (η αρχική βαθμολογία 3, μειώνεται σε 0 μετά τη ΣΘ). Σύμφωνα με τα σχόλια της παιδαγωγού, τα παρόντα προβλήματα του παιδιού επιβαρύνουν «μόνο λίγο» την ίδια μέσα στην τάξη, σε σχέση με τα προβλήματα του παρελθόντος, που δυσχέραιναν «αρκετά» την εκπαιδευτική διαδικασία. Επίσης, από τις παρατηρήσεις της ειδικής δασκάλας, φαίνεται ότι η ΣΘ βοήθησε το αγόρι να είναι πιο συνεργάσιμο και να συμμετέχει πιο ενεργά στο μαθησιακό πρόγραμμα.

Η *Κλίμακα Διερεύνησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (Diagnostic Rating Scale, DRS)* παρέχει πρόσθετα στοιχεία που ενισχύουν την αποτελεσματικότητα του 26μηνου θεραπευτικού προγράμματος για το παιδί με ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τις απαντήσεις της ειδικής παιδαγωγού, η βαθμολογία στις 4 υποκλίμακες της φόρμας (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, διαταραχή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, εναντιωματική προκλητική διαταραχή, άγχος-κατάθλιψη) παρουσιάζει μείωση, μετά τη θεραπευτική παρέμβαση. Το συγκεκριμένο στοιχείο επιβεβαιώνει ότι υπήρξε πρόοδος στο επίπεδο των συμπτωμάτων, των συναισθημάτων και της εναντιωματικής συμπεριφοράς, για το αγόρι με ΔΕΠ-Υ. Σχετικά με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, πριν τη ΣΘ εκδηλώνονταν «συχνά» ή «πολύ συχνά» 6 από τα 8 συμπτώματα της διαταραχής, ενώ μετά τη ΣΘ εκδηλώνεται μόνο 1 από τα 8 συμπτώματα. Αν και η βαθμολογία της υποκλίμακας που αφορά τη Διαταραχή της Διαγωγής δεν παρουσιάζει μεταβολές, παρόλα αυτά υπήρχαν αλλαγές στον αριθμό των εκδηλούμενων συμπτωμάτων της διαταραχής (πριν τη ΣΘ, η παιδαγωγός παρατήρησε τη «συχνή» ή «πολύ συχνή»

εκδήλωση 2 συμπτωμάτων από τα 7, ενώ μετά τη ΣΘ, εκδηλώνεται «συχνά» ή «πολύ συχνά» 1 από τα 7 συμπτώματα).

Στον πίνακα 4.3 γίνεται συγκεντρωτική παράθεση των στοιχείων που προέκυψαν από τις κλίμακες και τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσε η ειδική παιδαγωγός. Η σύγκριση των βαθμολογιών πριν και μετά τη συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή, αποκαλύπτει ότι υπήρξε θετική αλλαγή στη συμπεριφορά του αγοριού, κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών μαθημάτων που λάμβαναν χώρα εντός του νοσοκομείου Βόλου.

Πίνακας 4.3: Συγκεντρωτική παρουσίαση των βαθμολογιών στα 3 ερωτηματολόγια που συμπλήρωσε η ειδική παιδαγωγός, αναφορικά με τη συμπεριφορά του αγοριού με ΔΕΠ-Υ, πριν και μετά τη Συνδυασμένη Θεραπεία (ΣΘ).

	Βαθμολογίες προ της ΣΘ	Βαθμολογίες μετά την 1^η φάση της ΣΘ (24 μήνες)	Βαθμολογίες μετά τη 2^η φάση της ΣΘ (26 μήνες)
Ελληνική Κλίμακα Βαθμολόγησης της ΔΕΠ-Υ κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)	Απροσεξία: 26 Υπερκινητικότητα: 17 } 26 Παρορμητικότητα: 9 } ΣΥΝΟΛΟ: 52	Απροσεξία: 14 Υπερκινητικότητα: 8 } 14 Παρορμητικότητα: 6 } ΣΥΝΟΛΟ: 28	Απροσεξία: 14 Υπερκινητικότητα: 8 } 14 Παρορμητικότητα: 6 } ΣΥΝΟΛΟ: 28
Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)	ΔΕΠ-Υ: 9 Διαταραχές Διαγωγής: 6 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 6 Συναισθηματικές Διαταραχές: 8 ΣΥΝΟΛΟ: 29 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 5 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 3	ΔΕΠ-Υ: 7 Διαταραχές Διαγωγής: 4 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 5 Συναισθηματικές Διαταραχές: 6 ΣΥΝΟΛΟ: 22 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 6 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 0	ΔΕΠ-Υ: 6 Διαταραχές Διαγωγής: 4 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 5 Συναισθηματικές Διαταραχές: 6 ΣΥΝΟΛΟ: 21 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 6 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 0
Κλίμακα Διερεύνησης της ΔΕΠ-Υ (Diagnostic Rating Scale, DRS)	Ελλειμματική Προσοχή: 26 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 26 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 12 Διαταραχή της Διαγωγής: 4 Άγχος-Κατάθλιψη: 16	Ελλειμματική Προσοχή: 14 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 14 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 6 Διαταραχή της Διαγωγής: 4 Άγχος-Κατάθλιψη: 8	Ελλειμματική Προσοχή: 14 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 14 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 6 Διαταραχή της Διαγωγής: 4 Άγχος-Κατάθλιψη: 8

4.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Ο ειδικός παιδαγωγός του σχολείου, όπου φοιτούσε το αγόρι με ΔΕΠ-Υ, συμπλήρωσε τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια για δασκάλους. Οι απαντήσεις του παιδαγωγού αποτυπώνουν την υποκειμενική αντίληψη και εκτίμησή του για τα αποτελέσματα της συνδυασμένης παρέμβασης.

Η συμπλήρωση της *Κλίμακας Βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)* από τον ειδικό δάσκαλο αποκάλυψε ότι ένα από τα κεντρικά συμπτώματα της διαταραχής (η απροσεξία) εκδηλώνεται πιο ήπια, χάρη στην 26μηνη ΣΘ. Ειδικότερα, παρατηρείται μείωση της βαθμολογίας τόσο στην υποκλίμακα της απροσεξίας, όσο και στο συνολικό άθροισμα της κλίμακας, το οποίο ελαττώνεται από 32 σε 28 μετά το συνδυασμό των θεραπειών. Καμία μεταβολή της βαθμολογίας δεν υπάρχει στην υποκλίμακα της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. Επίσης, παρατηρούνται διαφορές στον αριθμό των συμπτωμάτων απροσεξίας που εκδηλώνονταν «αρκετές φορές» ή «πολύ συχνά» πριν τη ΣΘ (9 από τα 9 συμπτώματα) και μετά τη ΣΘ (7 από τα 9 συμπτώματα απροσεξίας). Αντιθέτως, δεν παρατηρούνται διαφορές στον αριθμό των συμπτωμάτων υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας που εκδηλώνονται «αρκετές φορές» ή «πολύ συχνά» πριν και μετά τη ΣΘ (2 από τα 9 συμπτώματα).

Από το *Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)* προκύπτει ότι η γενική συμπεριφορική εικόνα του παιδιού στο χώρο του ειδικού σχολείου μετά το 26μηνο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι βελτιωμένη, συγκριτικά με τη συμπεριφορά του στο παρελθόν (το συνολικό άθροισμα του Δείκτη Δυσκολιών από 15 πριν το συνδυασμό των θεραπειών, μειώνεται σε 12 μετά την 26μηνη θεραπευτική παρέμβαση). Αντίστοιχη μείωση παρατηρείται και στις βαθμολογίες των επιμέρους υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου (υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής, διαταραχές διαγωγής, σχέσεις με συνομηλίκους), στοιχείο που επιβεβαιώνει τη βελτίωση της συμπεριφοράς του αγοριού με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο συμπτωμάτων, διαγωγής και διαπροσωπικών σχέσεων με τους ομηλίκους, χάρη στη ΣΘ. Αντίθετα, ήπια επιδείνωση υπάρχει στον τομέα των συναισθημάτων του παιδιού, η οποία αποτυπώνεται με την αύξηση της βαθμολογίας στην υποκλίμακα που αφορά τις συναισθηματικές διαταραχές (αρχική βαθμολογία 1 πριν τη ΣΘ, τελική βαθμολογία 2 μετά τη ΣΘ). Βελτίωση όμως παρουσιάζει η θετική κοινωνική συμπεριφορά του αγοριού, όπως γίνεται αντιληπτή από τον ειδικό παιδαγωγό (από το βαθμό 5 προ της ΣΘ, αυξάνεται σε 7 μετά τη ΣΘ). Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί στο παρόν, σε σχέση με εκείνες που αντιμετώπιζε στο παρελθόν εντός του ειδικού σχολείου, έχουν μετριαστεί (η αρχική βαθμολογία 3, μειώνεται σε 1 μετά τη ΣΘ). Σύμφωνα με το σχολιασμό του ειδικού παιδαγωγού, χάρη στη συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή, τα παρόντα προβλήματα του αγοριού επιβαρύνουν «μόνο λίγο» την εκπαιδευτική διαδικασία εντός της τάξης, σε σχέση με τα προβλήματα του παρελθόντος, που δυσχέραναν «αρκετά» το διδακτικό έργο.

Τα δεδομένα από τη συμπλήρωση της *Κλίμακας Διερεύνησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (Diagnostic Rating Scale, DRS)* δείχνουν ότι η 26μηνη ΣΘ επέδρασε θετικά στην απροσεξία που εμφάνιζε το παιδί εντός της ειδικής τάξης (η βαθμολογία της υποκλίμακας που αντιστοιχεί στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής μειώθηκε μετά το συνδυασμό των θεραπειών). Αμετάβλητη παρέμεινε η βαθμολογία στις υποκλίμακες που αντιστοιχούν στη Διαταραχή Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας και στη Διαταραχή της Διαγωγής, πριν και μετά τη ΣΘ. Ήπια επιδείνωση σημειώθηκε στον τομέα του Άγχους-Κατάθλιψης, με αύξηση κατά 1 βαθμό της βαθμολογίας στην αντίστοιχη υποκλίμακα. Σταθερή παρέμεινε η κατάσταση, σε ό,τι αφορά τη βαθμολογία της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής (βαθμός 8 πριν τη ΣΘ, βαθμός 9 μετά από την

24μηνη ΣΘ, βαθμός 8 μετά από την 26μηνη ΣΘ) και τον αριθμό των εκδηλούμενων συμπτωμάτων της (κανένα σύμπτωμα δεν εκδηλωνόταν «συχνά» ή «πολύ συχνά» από τα 8 συμπτώματα της διαταραχής, πριν και μετά την 26μηνη ΣΘ). Σχετικά με τη Διαταραχή της Διαγωγής, ο ειδικός δάσκαλος δεν παρατήρησε τη συχνή (ή πολύ συχνή) εκδήλωση κανενός από τα συμπτώματά της πριν τη ΣΘ, συγκριτικά με την παρούσα κατάσταση, όπου 1 από τα 7 συμπτώματα εκδηλώνεται «συχνά» ή «πολύ συχνά».

Ο πίνακας 4.4 καταγράφει συγκεντρωτικά τα στοιχεία που προέκυψαν από τις κλίμακες και τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσε ο ειδικός παιδαγωγός. Η σύγκριση των βαθμολογιών πριν και μετά τη ΣΘ, καθιστά εμφανές ότι υπήρξε μικρή βελτίωση της συμπεριφοράς του αγοριού στο χώρο του ειδικού σχολείου (πίνακας 4.4).

Πίνακας 4.4: Συγκεντρωτική παρουσίαση των βαθμολογιών στα 3 ερωτηματολόγια που συμπλήρωσε ο ειδικός παιδαγωγός, αναφορικά με τη συμπεριφορά του αγοριού με ΔΕΠ-Υ, πριν και μετά τη Συνδυασμένη Θεραπεία (ΣΘ).

	Βαθμολογίες προ της ΣΘ	Βαθμολογίες μετά την 1^η φάση της ΣΘ (24 μήνες)	Βαθμολογίες μετά τη 2^η φάση της ΣΘ (26 μήνες)
Ελληνική Κλίμακα Βαθμολόγησης της ΔΕΠ-Υ κατά DSM-IV (ADHD Rating Scale-IV)	Απροσεξία: 21 Υπερκινητικότητα: 8 Παρορμητικότητα: 3 } 11 ΣΥΝΟΛΟ: 32	Απροσεξία: 17 Υπερκινητικότητα: 8 Παρορμητικότητα: 3 } 11 ΣΥΝΟΛΟ: 28	Απροσεξία: 17 Υπερκινητικότητα: 8 Παρορμητικότητα: 3 } 11 ΣΥΝΟΛΟ: 28
Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)	ΔΕΠ-Υ: 5 Διαταραχές Διαγωγής: 3 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 6 Συναισθηματικές Διαταραχές: 1 ΣΥΝΟΛΟ: 15 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 5 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 3	ΔΕΠ-Υ: 3 Διαταραχές Διαγωγής: 2 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 5 Συναισθηματικές Διαταραχές: 2 ΣΥΝΟΛΟ: 12 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 7 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 1	ΔΕΠ-Υ: 3 Διαταραχές Διαγωγής: 2 Σχέσεις με Συνομηλίκους: 5 Συναισθηματικές Διαταραχές: 2 ΣΥΝΟΛΟ: 12 Θετική Κοιν. Συμπεριφορά: 7 Υποκ. Αντίληψη Δυσκολιών: 1
Κλίμακα Διερεύνησης της ΔΕΠ-Υ (Diagnostic Rating Scale, DRS)	Ελλειμματική Προσοχή: 21 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 11 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 8 Διαταραχή της Διαγωγής: 4 Άγχος-Κατάθλιψη: 4	Ελλειμματική Προσοχή: 17 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 11 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 9 Διαταραχή της Διαγωγής: 4 Άγχος-Κατάθλιψη: 5	Ελλειμματική Προσοχή: 17 Υπερκινητικ./Παρορμητικ.: 11 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: 8 Διαταραχή της Διαγωγής: 4 Άγχος-Κατάθλιψη: 5

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Κ.Β. είναι ένα 11χρονο αγόρι με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα και συνυπάρχουσα βαρηκοΐα, το οποίο ανταποκρίθηκε θετικά στην 26μηνη συνδυασμένη θεραπευτική παρέμβαση. Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, προκύπτει ότι ο συνδυασμός της φαρμακοθεραπείας και της εργοθεραπείας επέδρασε ευνοϊκά στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ και στην επίλυση των προβλημάτων που συνυπήρχαν στο παιδί.

Τα πλεονεκτήματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες συνδυάζουν δύο ή περισσότερες διαφορετικές θεραπείες, αναδεικνύονται και από τη σύγχρονη ερευνητική βιβλιογραφία. Οι σύνθετες θεραπευτικές προσεγγίσεις υπερτερούν κλινικά ή στατιστικά, συγκριτικά με τις μη φαρμακευτικές μονοθεραπείες, στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ (Gulley et al., 2003; Heriot et al., 2007; MTA Cooperative Group, 1999; MTA Cooperative Group, 2004; Papavasiliou et al., 2007; Pelham et al., 2005; Svanborg et al., 2009). Οι συνδυασμένες μορφές θεραπείας έχουν καλύτερα αποτελέσματα, διότι μπορούν να αντιμετωπίσουν πιο σφαιρικά και πιο ολοκληρωμένα τα λειτουργικά ελλείμματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε επίπεδο νευρολογικό, γνωστικό, συμπεριφορικό, συναισθηματικό, διαπροσωπικό, κοινωνικό και εκπαιδευτικό.

Στην παρούσα μελέτη περίπτωσης, η βελτίωση της κλινικής εικόνας:

- (α) αφορούσε τα κεντρικά συμπτώματα της διαταραχής, τη συμπεριφορά, τη διαγωγή, τις διαπροσωπικές/κοινωνικές σχέσεις και τη συναισθηματική κατάσταση του αγοριού, ενώ
- (β) ήταν εμφανής και στα τέσσερα υπό μελέτη πλαίσια της εργασίας (σπίτι - χώρος εργοθεραπείας - αίθουσα διδασκαλίας εντός του νοσοκομείου - ειδικό σχολείο).

Ειδικότερα, η πιο έντονη μεταβολή στην εικόνα του παιδιού συντελέστηκε στο χώρο του σπιτιού. Η μητέρα διαπίστωσε σημαντική ύφεση στα συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, μετά το συνδυασμό των θεραπειών. Είναι χαρακτηριστικό ότι πριν την 26μηνη συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή, εκδηλώνονταν «συχνά» ή «πολύ συχνά» περισσότερα από 6 συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής και περισσότερα από 6 συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας στο πλαίσιο του σπιτιού, αριθμός που αποτελεί και το σημείο-ουδό για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Αντίθετα, μετά τη συνδυασμένη προσέγγιση, τα συμπτώματα που εκδηλώνονται «συχνά» ή «πολύ συχνά» είναι λιγότερα από 6. Το δεδομένο αυτό κάνει ακόμα πιο εμφανή την ύφεση των κεντρικών εκδηλώσεων της ΔΕΠ-Υ, η οποία συντελέστηκε χάρη στο εφαρμοζόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα. Επιπρόσθετα, εξαιτίας της θεραπευτικής παρέμβασης, βελτιώθηκε η συναισθηματική κατάσταση του αγοριού, ελαττώθηκαν τα φαινόμενα εναντιωματικής συμπεριφοράς και μειώθηκαν τα προβλήματα διαγωγής στο σπίτι. Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας-εργοθεραπείας βοήθησε το παιδί να συνάψει υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις με τους ομηλικούς και να υιοθετήσει θετικές κοινωνικές συμπεριφορές. Για τη μητέρα, η εφαρμογή της συνδυασμένης θεραπείας μετρίασε το βάρος και τις δυσκολίες της καθημερινότητας στο σπίτι, γιατί τη βοήθησε να διαχειριστεί και να οριοθετήσει πιο αποτελεσματικά τη συμπεριφορά του γιου της.

Η θετική συμπεριφορική αλλαγή του αγοριού έγινε αντιληπτή και από τον εργοθεραπευτή. Τα κεντρικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (ελλειμματική προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα) έγιναν ηπιότερα, μετά την 26μηνη σύνθετη θεραπεία. Επίσης, βελτιώθηκε η συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, μειώθηκαν τα φαινόμενα εναντιωματικής συμπεριφοράς και ελαττώθηκαν τα προβλήματα διαγωγής, κατά τη διάρκεια των εργοθεραπευτικών συνεδριών. Παρόλο που η συνδυασμένη παρέμβαση ήταν επιτυχής, δεν ήταν δυνατό να αποτραπεί μια ήπια επιδείνωση στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων

και των επιθυμητών κοινωνικών συμπεριφορών, σύμφωνα με την αξιολόγηση του θεραπευτή. Το γεγονός αυτό πιθανόν οφείλεται στο πλαίσιο και στη φύση της εργοθεραπείας αυτής καθ' αυτής. Μέσα από τις συνεδρίες, ο εργοθεραπευτής συχνά έπρεπε να χρησιμοποιεί συγκεκριμένες στρατηγικές για να ελέγξει τις αντιδράσεις του αγοριού, έπρεπε να διατηρεί το παιδί σε εγρήγορση, να το οριοθετεί, να το κατευθύνει και να το εμπλέκει σε δραστηριότητες απαιτητικές και όχι πάντοτε ευχάριστες. Ίσως αυτή η επιδείνωση στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων και στην κοινωνική συμπεριφορά του αγοριού να αποτυπώνει τη δυσαρέσκεια του ίδιου του παιδιού για το εντατικό και επίπονο πρόγραμμα εργοθεραπείας που ακολουθήθηκε.

Η ειδική παιδαγωγός του νοσοκομείου διαπίστωσε ότι μετά τη συνδυασμένη θεραπεία μειώθηκαν σημαντικά οι εκδηλώσεις απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών μαθημάτων εξατομικευμένης διδασκαλίας. Πιο συγκεκριμένα, πριν την 26μηνη συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή, εκδηλώνονταν «συχνά» ή «πολύ συχνά» περισσότερα από 6 συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής και περισσότερα από 6 συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας εντός της αίθουσας όπου λάμβανε χώρα η διδασκαλία του παιδιού, αριθμός που αποτελεί και το σημείο-ουδό για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Αντίθετα, μετά το συνδυασμό των θεραπειών υπάρχει εμφανής ελάττωση στον αριθμό των συμπτωμάτων απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας (δηλαδή εκδηλώνονται «συχνά» ή «πολύ συχνά» λιγότερα από 6 συμπτώματα). Το στοιχείο αυτό ισχυροποιεί την αποτελεσματικότητα της συνδυασμένης αγωγής. Ακόμη, μετά την παρέμβαση ελαττώθηκαν τα προβλήματα διαγωγής/εναντιωματικής συμπεριφοράς και βελτιώθηκε η συναισθηματική κατάσταση του αγοριού. Επιπρόσθετα, η παιδαγωγός παρατήρησε σημαντική πρόοδο στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων και στην εκδήλωση των επιθυμητών κοινωνικών συμπεριφορών του παιδιού. Σύμφωνα με την ίδια δασκάλα, η συνδυασμένη θεραπεία συντέλεσε στον περιορισμό των προβλημάτων του αγοριού που υπονόμειαν τη διδακτική και μαθησιακή διαδικασία εντός της αίθουσας διδασκαλίας.

Η θετική μεταβολή στη συμπεριφορά του παιδιού, μέσα στο πλαίσιο της σχολικής τάξης, έγινε αντιληπτή –ως ένα βαθμό– και από τον ειδικό παιδαγωγό που δίδασκε στο ειδικό σχολείο. Σύμφωνα με το δάσκαλο, μετά το συνδυασμό των θεραπειών υπήρξε βελτίωση στον τομέα της ελλειμματικής προσοχής, των διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομηλίκους και των θετικών κοινωνικών συμπεριφορών του αγοριού. Επίσης, η συνδυασμένη θεραπεία βοήθησε στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετώπιζε ο ίδιος ως διδάσκων μέσα στην τάξη, γεγονός που επέδρασε ευνοϊκά στη διδακτική και μαθησιακή διαδικασία. Στάσιμη παρέμεινε η κατάσταση σε ό,τι αφορά την εκδήλωση των συμπτωμάτων υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, τα φαινόμενα εναντιωματικής συμπεριφοράς και τη διαγωγή. Ήπια επιδείνωση παρατηρήθηκε από τον ειδικό παιδαγωγό στη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, μετά την ολοκλήρωση του 26μηνου θεραπευτικού προγράμματος. Αυτή η αρνητική εξέλιξη, η οποία συνοδεύεται από στασιμότητα στον τομέα της διαγωγής, ίσως να είναι αποτέλεσμα των συνθηκών που επικρατούν στο ειδικό σχολείο. Δηλαδή, μπορεί να οφείλεται στη δυσκολία του αγοριού να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις του σχολικού πλαισίου, στον ενδοσχολικό ανταγωνισμό που γίνεται εντονότερος στους μαθητές μεγαλύτερων τάξεων, στο άγχος που προκαλεί το κινήγι των επιδόσεων και στην εργώδη προσπάθεια του παιδιού να ολοκληρώνει επιτυχώς τις σχολικές εργασίες που γίνονται όλο και πιο δύσκολες ή πιο σύνθετες, όσο μεταβαίνει στις επόμενες τάξεις. Επίσης, η αναφερόμενη επιδείνωση της συναισθηματικής κατάστασης του αγοριού στο πλαίσιο του ειδικού σχολείου, πιθανώς να αποτελεί ένδειξη ότι στο παιδί υποβόσκει κάποιας μορφής καταθλιπτική συμπτωματολογία, που οφείλεται στη χορήγηση των φαρμάκων [είναι αποδεδειγμένο ερευνητικά ότι η συναισθηματική αστάθεια, η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν μερικές από τις συχνότερες φαρμακοεξαρτώμενες παρενέργειες που προκαλεί η

χορήγηση της μεθυλφαινιδάτης (Wigal et al., 2010; Zachor et al., 2009)]. Ίσως ο ειδικός δάσκαλος, επειδή περνάει αρκετές ώρες καθημερινά με το συγκεκριμένο μαθητή, να αντιλήφθηκε τα πρώτα συμπτώματα της αρχόμενης κατάθλιψης, τα οποία διέφυγαν από την προσοχή των άλλων παρατηρητών και κυρίως από τη μητέρα. Όμως, επειδή η παραπάνω εκτίμηση του ειδικού παιδαγωγού αποτελεί υποκειμενική άποψη, μπορεί να είναι εσφαλμένη. Το ενδεχόμενο ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο αγόρι αποδυναμώνεται από το γεγονός ότι δε γίνεται αντιληπτή κάποια επιδείνωση στη συναισθηματική κατάστασή του από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες (τη μητέρα, τον εργοθεραπευτή και την ειδική δασκάλα) της παρούσας μελέτης.

Από τα προαναφερθέντα στοιχεία, είναι εμφανής η διαφορά στο αίσθημα ικανοποίησης που εκφράζει ο γονέας, σε σχέση με τους άλλους τρεις παρατηρητές αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης. Ειδικότερα, η μητέρα διατυπώνει έντονα θετική άποψη για τη συνδυασμένη θεραπεία, ο βαθμός της ικανοποίησής της όμως παρουσιάζει μεταβολές με την πάροδο του χρόνου (π.χ. υπάρχει μια αυξομείωση της βαθμολογίας στις υποκλίμακες της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας και της Διαταραχής της Διαγωγής, ανάμεσα στην 1^η και στη 2^η φάση του θεραπευτικού προγράμματος). Το αυξημένο αίσθημα ικανοποίησης των γονέων και το ευμετάβλητο των απόψεών τους, σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, αποτελούν βασικά ευρήματα και άλλων ερευνών (Concannon & Tang, 2005; Heriot et al., 2007; MTA Cooperative Group, 1999; MTA Cooperative Group, 2004). Εξάλλου, το πόσο ικανοποιημένος είναι ένας γονιός από τα αποτελέσματα μιας θεραπευτικής παρέμβασης, είναι μια καθαρά υποκειμενική άποψη, η οποία επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες (π.χ. τις προσδοκίες του γονέα για τους θεραπευτικούς στόχους, τη σχέση των γονιών με το γιατρό ή το θεραπευτή, το επίπεδο των γνώσεων που διαθέτουν οι εμπλεκόμενοι ειδικοί γιατροί ή θεραπευτές, την στάση αποδοχής του γονιού απέναντι στις εφαρμοζόμενες θεραπευτικές πρακτικές και την εκδήλωση ανεπιθύμητων ενεργειών εξαιτίας της θεραπείας) (Concannon & Tang, 2005). Η γονεϊκή ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη στις περιπτώσεις όπου η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ βασίζεται σε δοκιμασμένες επιστημονικές πρακτικές, έχει ορατά αποτελέσματα, ικανοποιεί τις αρχικές προσδοκίες των γονιών ή βοηθάει το παιδί (ή τον έφηβο) σε κάποιο από τα ελλείμματα που εμφανίζει (Concannon & Tang, 2005). Επίσης, η ύπαρξη καλού πνεύματος συνεργασίας μεταξύ γονιού και γιατρού/θεραπευτή, σε συνδυασμό με την καλή επιστημονική κατάρτιση του εμπλεκόμενου ειδικού, αποτελούν βασικά στοιχεία για την καλλιέργεια θετικού κλίματος στη οικογένεια του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Concannon & Tang, 2005; MTA Cooperative Group, 2004). Επομένως, στην παρούσα μελέτη περίπτωσης, όπως και σε άλλες έρευνες, η γονεϊκή ικανοποίηση αποτελεί μια σημαντική παράμετρο, που θα πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη κατά το σχεδιασμό των θεραπευτικών προγραμμάτων για παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ (American Academy of Pediatrics, 2001; Concannon & Tang, 2005; Zachor et al., 2009).

Από την άλλη πλευρά, οι προσωπικές απόψεις του εργοθεραπευτή και των δύο ειδικών παιδαγωγών διαφέρουν μεταξύ τους, σχετικά με την αποτελεσματικότητα της συνδυασμένης θεραπείας. Οι διαφορές αυτές είναι αναμενόμενο να υπάρχουν, γιατί οι ειδικοί επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με ένα άτομο με ΔΕΠ-Υ έχουν τις δικές τους προσωπικές και επιστημονικές πεποιθήσεις, που επηρεάζουν τον βαθμό της ικανοποίησής τους για τα οφέλη της εφαρμοζόμενης θεραπευτικής παρέμβασης (Hazelwood et al., 2002).

Μια άλλη εξήγηση, που αιτιολογεί τη διαφορά απόψεων μεταξύ των γονέων και των άλλων παρατηρητών για τα θεραπευτικά αποτελέσματα, είναι το γεγονός ότι για ένα γονιό οι ερωτήσεις σε μία κλίμακα (ή ένα ερωτηματολόγιο) αποκτούν πολυδιάστατο περιεχόμενο (Stone et al., 2010). Αντίθετα, για τους εκπαιδευτικούς ή για τους άλλους παρατηρητές της συμπεριφοράς ενός παιδιού, οι ερωτήσεις που περιέχει μια φόρμα αξιολόγησης γίνονται αντιληπτές με πιο μονοδιάστατο τρόπο, με συνέπεια ένα σύνολο συμπεριφορών να μπορεί να

επηρεάσει της αντιλήψεις του ερωτώμενου, και κατ' επέκταση τη βαθμολογία του, για άλλες συμπεριφορές που εκδηλώνει το παιδί (Stone et al., 2010). Ακόμη, συμπεριφορικές εκδηλώσεις που είναι δύσκολο να παρατηρηθούν (π.χ. ο τρόπος έκφρασης των συναισθημάτων του εξεταζόμενου προσώπου) μπορεί να γίνουν αντικείμενο παρερμηνείας, ανάλογα με τη σχέση που έχει το υπό μελέτη άτομο με τον παρατηρητή του (Stone et al., 2010). Είναι δεδομένο ότι οι γονείς, λόγω της συγγενικής σχέσης που έχουν με τα παιδιά τους, μπορούν πιο εύκολα να παρερμηνεύσουν (ή να παραβλέψουν) μια συμπεριφορά, σε σχέση με τους δασκάλους ή άλλους τρίτους παρατηρητές που είναι πιο αποστασιοποιημένοι και πιο αντικειμενικοί στην κρίση τους (MTA Cooperative Group, 2004; Stone et al., 2010). Επίσης, χαρακτηριστικό γνώρισμα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας είναι η ποικιλομορφία των συμπτωμάτων της, ανάλογα με τις συνθήκες και το πλαίσιο της παρατήρησης (Cormier, 2008). Γονιός και δάσκαλος παρατηρούν το παιδί σε διαφορετικά πλαίσια ο καθένας και επειδή το κάθε πλαίσιο διαφέρει, διαφέρουν μεταξύ τους και οι συμπεριφορικές εκφάνσεις του ατόμου που παρατηρείται (Cormier, 2008; Stone et al., 2010).

Συμπερασματικά, οι διαφορές που υπάρχουν στις αξιολογήσεις της μητέρας, του εργοθεραπευτή και των ειδικών παιδαγωγών του παιδιού είναι αναμενόμενες, γιατί οι συμπεριφορικές κλίμακες (ή τα ερωτηματολόγια):

(α) αποτυπώνουν τις υποκειμενικές απόψεις των παρατηρητών για το άτομο που εξετάζεται (Barkley, 2006; Cormier, 2008; Gimpel & Holland, 2003).

(β) επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις, τις προσδοκίες, τις παρερμηνείες ή τις προκαταλήψεις των ερωτώμενων (Barkley, 2006; Cormier, 2008; Gimpel & Holland, 2003).

(γ) εντοπίζουν διαφορές στη συμπεριφορική εικόνα του υπό μελέτη προσώπου, ανάλογα με τη δομή του πλαισίου παρατήρησης, το περιβάλλον και/ή τις εφαρμοζόμενες συμπεριφορικές στρατηγικές διαχείρισης του ατόμου με ΔΕΠ-Υ (Cormier, 2008; Stone et al., 2010).

Σύμφωνα με τις απόψεις των τεσσάρων παρατηρητών, ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και εργοθεραπείας βοήθησε στη σφαιρική αντιμετώπιση των ελλειμμάτων που προκαλούνται από τη συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τη βαρνηκοΐα και προσέφερε σημαντικά οφέλη σε επίπεδο συμπτωμάτων, συμπεριφοράς, διαγωγής, διαπροσωπικών/κοινωνικών σχέσεων και συναισθηματικής κατάστασης για το εξεταζόμενο παιδί. Το γεγονός αυτό αποτελεί το βασικότερο πλεονέκτημα της συνδυασμένης θεραπευτικής αγωγής που ακολουθήθηκε. Η βελτίωση στην εικόνα του αγοριού ήταν φανερή τόσο μετά την 24μηνη, όσο και μετά την 26μηνη συνδυασμένη θεραπευτική παρέμβαση, στοιχείο που αποδεικνύει ότι διατηρήθηκαν τα περισσότερα από τα θετικά οφέλη που αποκόμισε το παιδί, εντός των τεσσάρων πλαισίων που μελετήθηκαν.

Αντίθετα, κύριο μειονέκτημα του θεραπευτικού προγράμματος ήταν η μακροχρόνια και χωρίς διακοπές φαρμακοθεραπεία. Η συνεχής χορήγηση υψηλών δόσεων ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων, η οποία διαρκεί μεγάλα χρονικά διαστήματα, αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης απώτερων ανεπιθύμητων ενεργειών (π.χ. καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης του ατόμου) (MTA Cooperative Group, 2004; Pelham et al., 2005). Το στοιχείο αυτό καθιστά απαραίτητη την τακτική παρακολούθηση ενός παιδιού ή ενός εφήβου με ΔΕΠ-Υ από το γιατρό, για να αξιολογείται η πορεία της φαρμακοθεραπείας και να προληφθούν τυχόν παρενέργειές της (Lopez, 2006; Zachor et al., 2009).

Αναφορικά με τις αδυναμίες της παρούσας μελέτης, ένα βασικός περιορισμός της ήταν η σχεδόν αποκλειστική χρήση συμπεριφορικών κλιμάκων και ερωτηματολογίων για τη συλλογή των στοιχείων. Η συγκεκριμένη μέθοδος αξιολόγησης καταγράφει τον τρόπο με τον οποίο γίνονται αντιληπτές από τρίτους οι εμφανείς συμπεριφορές του παιδιού ή του εφήβου που εξετάζεται (Dowdy et al., 2010). Κατ' επέκταση, σύμφωνα με τις υποκειμενικές απόψεις των παρατηρητών και αναλόγως με το πλαίσιο βάσει του οποίου έγινε η κάθε καταγραφή, οι παρατηρούμενες διαφορές στην εικόνα του παιδιού ήταν άλλοτε εντονότερες και άλλοτε

ηπιότερες. Επομένως, οι περιορισμοί που διέπουν τη χρήση των κλιμάκων και των ερωτηματολογίων (οι οποίοι έχουν αναφερθεί παραπάνω), αποτελούν τις αδυναμίες της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης.

Άσχετα με τους περιορισμούς που έχουν οι κλίμακες και τα ερωτηματολόγια συμπεριφορικής/συναισθηματικής αξιολόγησης, τα συγκεκριμένα εργαλεία αποτελούν έγκυρα, αξιόπιστα, πρακτικά και εύχρηστα μέσα συλλογής πληροφοριών, σχετικά με τα συναισθήματα ή τις συμπεριφορές ενός παιδιού/εφήβου με ΔΕΠ-Υ, από διαφορετικές πηγές και σε διαφορετικά πλαίσια (Barkley, 2006; Fitzgerald et al., 2007; Gimpel & Holland, 2003; Rapport et al., 2006; Volpe & DuPaul, 2001).

Στην παρούσα εργασία, για να ισχυροποιηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των συλλεγόμενων στοιχείων, ακολουθήθηκε η διαδικασία της χρονικής τριγωνοποίησης (είναι μέθοδος που βασίζεται σε διαχρονικούς σχεδιασμούς έρευνας, ώστε να συγκεντρωθούν στοιχεία από την ίδια ομάδα σε διαφορετικές στιγμές της χρονικής αλληλουχίας) (Cohen & Manion, 1994). Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια και οι κλίμακες συμπληρώθηκαν με βάση 3 χρονικά σημεία: α) πριν τη συνδυασμένη θεραπεία, β) μετά από 24 μήνες συνδυασμένης θεραπείας και γ) μετά από 26 μήνες συνδυασμένης θεραπείας. Τα στοιχεία που προέκυψαν από τη συμπλήρωση των κλιμάκων και των ερωτηματολογίων παρείχαν χρήσιμες κλινικές και συμπεριφορικές πληροφορίες, που δύσκολα θα μπορούσαν να συγκεντρωθούν σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα και με τόσο απλό τρόπο.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας μπορούν να εφαρμοστούν και να αξιοποιηθούν μελλοντικά για την υλοποίηση συγκεκριμένων στόχων. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα της αξιολόγησης είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν ώστε να εκτιμηθεί η ανταπόκριση του εξεταζόμενου αγοριού στη συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή ή να γίνει τροποποίηση της θεραπείας (Hazelwood et al., 2002). Επιπρόσθετα, τα ερευνητικά δεδομένα που προέκυψαν από τις κλίμακες και τα ερωτηματολόγια αποτελούν «ένα βήμα προς τη δράση», καθώς μπορούν να αξιοποιηθούν για τη χάραξη ενός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος (Cohen & Manion, 1994), σύμφωνα με τις μαθησιακές ανάγκες και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Εξάλλου, τα δεδομένα μιας μελέτης περίπτωσης είναι ρεαλιστικά, «ισχυρά στην πραγματικότητα», εκφράζουν τις ασυμφωνίες ή τις συγκρούσεις ανάμεσα στις απόψεις των παρατηρητών και αποτελούν ένα πλούσιο αρχείο περιγραφικού υλικού, το οποίο μπορεί να αναλυθεί εκ νέου στο μέλλον (Cohen & Manion, 1994).

Σε ό,τι αφορά τις μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις, συστήνεται να γίνουν κάποιες μεθοδολογικές τροποποιήσεις, για να είναι πληρέστερη η μελέτη της περίπτωσης ενός βαρήκουου παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Πιο αναλυτικά, θα μπορούσε να έχει εφαρμοστεί η τεχνική της μεθοδολογικής τριγωνοποίησης (που αποτελεί τεχνική συλλογής των στοιχείων μέσα από διαφορετικές μεθόδους, στο ίδιο αντικείμενο ή στην ίδια μελέτη) (Cohen & Manion, 1994). Σύμφωνα με τη μεθοδολογική τριγωνοποίηση, εκτός των κλιμάκων και των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των πληροφοριών, θα μπορούσαν να συγκεντρωθούν πρόσθετα στοιχεία τόσο μέσα από την άμεση παρατήρηση του υπό μελέτη παιδιού, όσο και μέσα από τη διεξαγωγή συνεντεύξεων με τους τέσσερις συμμετέχοντες (μητέρα, εργοθεραπευτής, δύο ειδικοί παιδαγωγοί) της παρούσας έρευνας. Επίσης, θα μπορούσαν να συλλεχθούν πληροφορίες από πιο πολλά πρόσωπα-παρατηρητές (τα οποία θα προέρχονταν από διαφορετικά πλαίσια του περιβάλλοντος του αγοριού) ή και από το ίδιο το παιδί. Τέλος, η μορφή της χρονικής τριγωνοποίησης που χρησιμοποιήθηκε θα μπορούσε να επεκτείνεται σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (π.χ. θα ήταν ερευνητικά πιο ενδιαφέρον αν μεταξύ των δύο αξιολογήσεων της 1^{ης} και της 2^{ης} φάσης θεραπείας παρεμβάλονταν χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 2 μήνες).

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα σύνθετο, χρόνιο πρόβλημα που επηρεάζει όλες τις δραστηριότητες και τις εκφάνσεις της καθημερινής ζωής του ατόμου (MTA Cooperative

Group, 1999; Silver, 2004). Επομένως, σε αρκετές περιπτώσεις παιδιών και εφήβων με ελλειμματική προσοχή-υπερκινητικότητα είναι αναγκαία η θεραπευτική προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ με κάποια από τις υπάρχουσες μορφές θεραπείας (MTA Cooperative Group, 1999). Στόχος δεν πρέπει να είναι μόνο η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής κατά τη διάρκεια της σχολικής φοίτησης, αλλά και η αντιμετώπιση των συμπεριφορικών προβλημάτων που εκδηλώνει το παιδί ή ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ εντός του οικογενειακού και του ευρύτερου κοινωνικού του περιβάλλοντος (Silver, 2004). Επιπρόσθετα, η ΔΕΠ-Υ προσομοιάζει σε μεγάλο βαθμό με άλλες χρόνιες καταστάσεις (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, άσθμα) που η θετική ή αρνητική εξέλιξή τους επηρεάζεται σημαντικά από εξωγενείς παράγοντες (MTA Cooperative Group, 1999). Επομένως, η ανάγκη να ακολουθηθεί κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα στη ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη, ανάλογα με την παρουσία ή την απουσία συγκεκριμένων εξωτερικών καταστάσεων (MTA Cooperative Group, 1999). Για παράδειγμα, το υπάρχον μαθησιακό ή εργασιακό περιβάλλον σε συνδυασμό με διάφορες στρεσογόνες συνθήκες αποτελούν βασικούς παράγοντες που θα καθορίσουν την ανάγκη λήψης θεραπευτικής αγωγής, τη μορφή της θεραπείας και τη συχνότητα του θεραπευτικού προγράμματος (MTA Cooperative Group, 1999). Όσο ένα άτομο με ΔΕΠ-Υ ωριμάζει ηλικιακά, τόσο μεταβάλλονται και οι θεραπευτικές του ανάγκες (MTA Cooperative Group, 1999). Υπό το πρίσμα αυτό, η θεραπεία που θα επιλεγεί θα πρέπει να αντιμετωπίζει σφαιρικά τα λειτουργικά ελλείμματα που προκαλεί η διαταραχή. Από τη μια πλευρά, η φαρμακοθεραπεία εμφανίζει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των κεντρικών συμπτωμάτων της διαταραχής (Lopez, 2006; Pietrzak et al., 2006; Pliszka et al., 2006; Zachor et al., 2009). Από την άλλη πλευρά, οι μη φαρμακευτικές θεραπείες (π.χ. εργοθεραπεία, συμπεριφορική θεραπεία) μπορούν να βοηθήσουν τόσο το άτομο με ΔΕΠ-Υ, όσο και την οικογένειά του να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες που προκαλεί η διαταραχή, τροποποιώντας κατάλληλα το περιβάλλον διαβίωσής τους (MTA Cooperative Group, 1999). Επομένως, οι μελλοντικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για ένα βαρήκοο παιδί με ΔΕΠ-Υ, όπως αυτό της παρούσας μελέτης, πρέπει να αφορούν όσο το δυνατό περισσότερες εκφάνσεις των καθημερινών του δραστηριοτήτων, να καλύπτουν τις ανάγκες του, να το βοηθούν να είναι λειτουργικό σε ποικίλα πλαίσια και να είναι σύμφωνες με την ηλικιακή φάση στην οποία θα βρίσκεται.

Σημείωση: Τα αρχικά του ονόματος του παιδιού στην παρούσα μελέτη περίπτωσης δεν ανταποκρίνονται στα πραγματικά, ώστε να προστατευτεί η ταυτότητα του αγοριού.

Ευχαριστίες: Η συγγραφέας θα ήθελε να ευχαριστήσει τους επιβλέποντες καθηγητές της, που με τα σχόλιά τους συνέβαλαν στη βελτίωση αυτής της εργασίας. Επίσης, το παιδί με ΔΕΠ-Υ και τη μητέρα του, για την πολύτιμη συνεργασία τους. Τέλος, τον εργοθεραπευτή Γκαγιάννη Δημοκλή, για τις χρήσιμες πληροφορίες που παρείχε σχετικά με το κομμάτι της εργοθεραπείας και για την υποστήριξή του, χωρίς την οποία δε θα ήταν δυνατή η εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Βιβλιογραφία

- American Academy of Pediatrics (2001). Subcommittee on Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 108(4), 1033-1044.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4th edition). Washington D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4th edition, Text Revision, pp. 85-93). Washington D.C.: Author.
- Armenteros, J.L., Lewis, J.E., & Davalos, M. (2007). Risperidone augmentation for treatment-resistant aggression in Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder: A placebo – controlled pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 558-565.
- Arnold, W., Somers, T., & Kiefer, J. (2010). In W. Arnold & U. Ganzer (Series Eds.) & M. Anniko, M. Bernal-Sprekelsen, V. Bonkowsky, P.J. Bradley & S. Iurato (Vol. Eds.), *Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. European Manual of Medicine* (pp. 34, 107). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Arnsten, A.F.T. (2009). The emerging neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The key role of the prefrontal association cortex. *The Journal of Pediatrics*, 154(5, Supplement 1), S22-S31.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention - Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd edition). New York, NY: The Guilford Press.
- Bedard, A.C., Martinussen R., Ickowicz, A., & Tannock, R. (2004). Methylphenidate improves visual-spatial memory in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 260-268.
- Biederman, J. & Faraone, S.V. (2005). Attention - Deficit Hyperactivity Disorder. *The Lancet*, 366(9481), 237-248.
- Βλάχος, Φ., Αγαπητού, Π., & Νησιώτου, Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα: Μία προσέγγιση της αιτιολογίας της με βάση σύγχρονα ερευνητικά ευρήματα. *Ελληνική Επιθεώρηση Ειδικής Αγωγής*, 1, 175-193.
- Brown, R.T., Amler, R.W., Freeman, W.S., Perrin, J.M., Stein, M.T., Feldman, H.M., Pierce, K., Wolraich, M.L., & The Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2005). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the evidence. *Pediatrics*, 115(6), e749-e757.
- Carter, C.S. & Van Veen, V. (2007). Anterior cingulate cortex and conflict detection: An update of theory and data. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7(4), 367-379.
- Chu, S. & Reynolds, F. (2007). Occupational therapy for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), part 1: a delineation model of practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(9), 372-383.
- Clarke, P.J., Henderson, L.M., & Truelove, E. (2010). The poor comprehender profile: Understanding and supporting individuals who have difficulties extracting meaning from text. In J. Holmes (Ed.), *Developmental Disorders and Interventions: Advances in Child Development and Behavior* (Vol. 39, pp. 79-129). London, UK: Academic Press, Elsevier Inc.

- Cohen, L. & Manion, L. (1994). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας* (4^η έκδοση). Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο.
- Concannon, P.E. & Tang, Y.T. (2005). Management of attention deficit hyperactivity disorder : A parental perspective. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41(12), 625-630.
- Cordier, R., Bundy, A., Hocking, C., & Einfeld, S. (2009). A model for play-based intervention for children with ADHD. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(5), 332-340.
- Cormier, E. (2008). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A review and update. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(5), 345-357.
- Daly, B.P., Creed, T., Xanthopoulos, M., & Brown R.T. (2007). Psychosocial treatments for children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology Review*, 17(1), 73-89.
- Dopfner, M., Steinhausen, H.C., Coghill, D., Dalsgaard, S., Poole, L., Ralston, S.J., Rothenberger, A., & The ADORE Study Group (2006). Cross-cultural reliability and validity of ADHD assessed by the ADHD Rating Scale in a pan-European study. *European Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 15(Supplement 1), i46-i55.
- Dowdy, E., Furlong, M., Eklund, K., Saeki, E., & Ritchey, K. (2010). Screening for mental health and wellness. Current school-based practices and emerging possibilities. In B. Doll, W. Pfohl & J. Yoon (Eds.), *Handbook of Youth Prevention Science* (pp. 70-95). New York, NY: Routledge.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms and Clinical Interpretations*. New York: The Guilford Press.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., McGoey, K.E., Ikeda, M.J., & Anastopoulos, A.D. (1998). Reliability and validity of parent and teacher ratings of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16, 55-68.
- Fitzgerald, M., Bellgrove, M., & Gill, M. (Eds.) (2007). *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Fowler, M. (2002). *Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder: NICHCY Briefing Paper* (3rd Edition). Washington, DC: National Dissemination Center for Children with Disabilities.
- Fowler, M. (2010). Increasing on-task performance for students with ADHD. *The Education Digest*, 76(2), 44-50.
- Gimpel, G.A. & Holland, M.L. (2003). *Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years* (pp. 35-41). New York: The Guilford Press.
- Gol, D. & Jarus, T. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit–hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47(8), 539-545.
- Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter Parent Questionnaire including extra items on children’s strengths: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(8), 1483-1494.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Gulley, V., Northup, J., Hupp, S., Spera, S., LeVelle, J., & Ridgway, A. (2003). Sequential evaluation of behavioral treatments and methylphenidate dosage for children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 375-378.

- Hazelwood, E., Bovingdon, T., & Tiemens, K. (2002). The meaning of multimodal approach for children with ADHD: experiences of service professionals. *Child: Care, Health & Development*, 28(4), 301-307.
- Heriot, S.A., Evans, I.M., & Foster, T.M. (2007). Critical influences affecting response to various treatment in young children with ADHD: a case series. *Child: Care, Health and Development*, 34(1), 121-133.
- Holmes, J., Gathercole, S.E., & Dunning, D.L. (2010). Poor working memory: Impact and interventions. In J. Holmes (Ed.), *Developmental Disorders and Interventions: Advances in Child Development and Behavior* (Vol. 39, pp. 1-43). London, UK: Academic Press, Elsevier Inc.
- Iwanaga, R., Ozawa, H., Kawasaki, C., & Tsuchida, R. (2006). Characteristics of the sensory-motor, verbal and cognitive abilities of preschool boys with attention deficit/hyperactivity disorder combined type. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 37-45.
- Jensen, P.S. (2009). Clinical considerations for the diagnosis and treatment of ADHD in the managed care setting. *The American Journal of Managed Care*, 15(5), 129-140.
- Katona, C. & Robertson, M. (2000). *Psychiatry at a Glance* (2nd edition). Oxford, UK: Blackwell Science.
- Konofal, E., Lecendreux, M., & Cortese, S. (2010). Sleep and ADHD. *Sleep Medicine*, 11(7), 652-658.
- Kruisinga, R.J.H. (2006). Combined use of methylphenidate and melatonin for treating Attention - Deficit Hyperactive Disorder. *United States Patent Application 2006/0167050 A1*, 1-4.
- Kuhar, M.J., Minneman, K., & Muly, E.C. (2006). In G.J. Siegel, R.W. Albers, S.T. Brady & D.L. Price (Eds.), *Basic Neurochemistry: Molecular, Cellular and Medical Aspects* (7th edition, p. 211). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Li, D., Sham, P.C., Owen, M.J., & He, L. (2006). Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Human Molecular Genetics*, 15(14), 2276-2284.
- Lloyd, S. (2006). It's like having Tigger in the classroom. In C. Long & J. Cronin-Davis (Eds.), *Occupational Therapy Evidence in Practice for Mental Health* (pp. 12-33). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Loe, I.M. & Feldman, H.M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643-654.
- Lopez F.A. (2006). ADHD: New pharmacological treatments on the horizon. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(5), 410-416.
- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2005). A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(4), 377-384.
- Mayer, R., Bagwell, C., & Erkulwater, J. (2008). ADHD and the rise in stimulant use among children. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(3), 151-166.
- McInnes, A., Humphries, T., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2003). Listening comprehension and working memory are impaired in attention-deficit hyperactivity disorder irrespective of language impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(4), 427-443.
- Millichap, G.J. (2010). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook: A Physician's Guide to ADHD* (2nd edition). New York, NY: Springer.

- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 113(4), 754-761.
- Nigg, J.T. (2006). *What causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why*. New York, NY: The Guilford Press.
- Ξηρού, Π. (2009). Εργονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη γραφή και εργοθεραπευτικές προσαρμογές. *Εργοθεραπεία*, 38, 66-70.
- O'Driscoll, G.A., Depatie, L., Holahan, A.L.V., Savion-Lemieux, T., Barr, R.G., Jolicoeur, C., & Douglas, V.I. (2005). Executive functions and methylphenidate response in subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1452-1460.
- Οκαλίδου, Α. (2010). Μία διαχρονική μελέτη της ανάπτυξης της ομιλίας σε παιδί με κοχλιακό εμφύτευμα. Στο Ι. Βογινδρούκας, Α. Οκαλίδου, Σ. Σταυρακάκη (Επιμ.), *Αναπτυξιακές Γλωσσικές Διαταραχές: Από τη Βασική Έρευνα στην Κλινική Πράξη* (σελ. 348). Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.
- Papavasiliou, A.S., Nikaina, I., Rizou, I., & Alexandrou, S. (2007). Effects of psycho-educational training and stimulant medication on visual perceptual skills in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3(6), 949-954.
- Pelham, W.E., Burrows-MacLean, L., Gnagy, E.M., Fabiano, G.A., Coles, E.K., Trasco, K.E., Chacko, A., Wymbs, B.T., Wienke, A.L., Walker, K.S., & Hoffman, M.T. (2005). Transdermal methylphenidate, behavioral and combined treatment for children with ADHD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13(2), 111-126.
- Pietrzak, R.H., Mollica, C.M., Maruff, P., & Snyder, P.J. (2006). Cognitive effects of immediate-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 30(8), 1225-1245.
- Pliszka, S.R., Crismon, M.L., Hughes, C.W., Conners, C.K., Emslie, G.J., Jensen, P.S., McCracken, J.T., Swanson J.M., & Lopez, M. and The Texas Consensus Conference Panel on Pharmacotherapy of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2006). The Texas Children's Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 642-657.
- Prince, J. (2008). Catecholamine dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An update. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28(3, Supplement 2), 39-45.
- Pundir, M., Nagarkar, A.N., & Panda, N.K. (2007). Intervention strategies in children with cochlear implants having attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71, 985-988.
- Racine, M.B., Majnemer, A., Shevell, M., & Snider, L. (2008). Handwriting performance in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*, 23(4), 399-406.
- Ralston, S.J., Lorenzo M.J.M., & the ADORE Study Group (2004). ADORE – Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 136-142.
- Rappaport, M.D., Timko, T.M., & Wolfe, R. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In M. Hersen (Ed.), *Clinician's Handbook of Child Behavioral Assessment* (pp. 401-428). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.

- Schaaf, R.C. & Miller, L.J. (2005). Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities, 11*(2), 143-148.
- Shipgood, L.E. & Baguley, D.M. (2005). Change in auditory attention in a child with a cochlear implant, with ADHD treated with methylphenidate (Ritalin): a case study. *Cochlear Implants International, 6*(4), 197-201.
- Silver, L.B. (2004). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment for Health and Mental Health Professionals* (3rd edition). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Skounti, M., Giannoukas, S., Dimitriou, E., Nikolopoulou, S., Linardakis, E., & Philalithis, A. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Athens, Greece. Association of ADHD subtypes with social and academic impairment. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 2*(3), 127-132.
- Song, M.H., Lee, H.K., Choi, J.Y., Kim, S., Bok, J., & Kim, U.K. (2010). Clinical evaluation of DFN3 patients with deletions in the POU3F4 locus and detection of carrier female using MLPA. *Clinical Genetics, 78*(6), 524-532.
- Spencer, T.J. (2009). Issues in the management of patients with complex ADHD symptoms. *The Journal of Pediatrics, 154*(5, Supplement 1), S4-S12.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Μια Συλλογή και Παρουσίαση των Ερωτηματολογίων, Δοκιμασιών και Καταλόγων Καταγραφής Χαρακτηριστικών στον Ελληνικό Χώρο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stone, L.L., Otten, R., Engels, R.C.M.E., Vermulst, A.A., & Janssens, J.M.A.M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*(3), 254-274.
- Svanborg, P., Thernlund, G., Gustafsson, P.A., Hagglof, B., Schacht, A., & Kadesjo, B. (2009). Atomoxetine improves patient and family coping in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study to Swedish children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(12), 725-735.
- Tannock, R. & Martinussen, R. (2001). Reconceptualizing ADHD. *Educational Leadership, 59*(3), 20-25.
- Tjon Pian Gi, C.V., Broeren, J.P.A., Starreveld, J.S., & Versteegh, F.G.A. (2003). Melatonin for treatment of sleeping disorders in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: a preliminary open label study. *European Journal of Pediatrics, 162*(7/8), 554-555.
- Tseng, M.H., Henderson, A., Chow, S.M.K., & Yao, G. (2004). Relationship between motor proficiency, attention, impulse, and activity in children with ADHD. *Developmental Medicine & Child Neurology, 46*(6), 381-388.
- Vaughan, B.S., Roberts H.J., & Needelman H. (2009). Current medications for the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools, 46*(9), 846-856.
- Volpe, R.J. & DuPaul, G.J. (2001). Assessment with brief behavior rating scales. In J.J.W. Andrews, D.H. Saklofske & H.L. Janzen (Eds.), *Handbook of Psychoeducational Assessment: Ability, Achievement and Behaviour in Children* (pp. 357-387). San Diego, CA: Academic Press.
- Webster, R.A. (Ed.) (2001). *Neurotransmitters, Drugs and Brain Function*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, LTD.

- Weiler, M.D., Bellinger, D., Marmor, J., Rancier, S., & Waber, D. (1999). Mother and teacher reports of ADHD symptoms: DSM-IV questionnaire data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1139-1147.
- Wigal, S.B. (2009). Efficacy and safety limitations of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Pharmacotherapy in pediatric patients. *The Journal of Pediatrics*, 154(5, Supplement 1), S13-S21.
- Wigal, S.B., Chae, S., Patel, A., & Steinberg-Epstein R. (2010). Advances in the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A guide for pediatric neurologists. *Seminars in Pediatric Neurology*, 17(4), 230-236.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Baumgaertel, A., & Feurer, I.D. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19(3), 162-168.
- World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases: ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorders* (10th edition). Geneva: WHO.
- Yochman, A., Ornoy, A., & Parush, S. (2006). Perceptuomotor functioning in preschool children with symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Perceptual and Motor Skills*, 102(1), 175-186.
- Zachor, D., Hodgens, B., & Patterson, C. (2009). Treatment of Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). In J.L. Matson, F. Andrasik & M.L. Matson (Eds.), *Treating Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities* (pp. 139-181). New York, NY: Springer Science + Business Media, LLC.