



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ

Εθισμός στο διαδίκτυο και ΔΕΠ-Υ

Κουτσονίκα Ανδρονίκη

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Επιβλέπων
Σταμούλης Γεώργιος

Λαμία, 2019



UNIVERSITY OF THESSALY

SCHOOL OF SCIENCE

INFORMATICS AND COMPUTATIONAL BIOMEDICINE

Internet Addiction and ADHD

AndronikiKoutsonika

Master thesis

Georgios Stamoulis(supervisor)

Lamia

2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ

«ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ ΚΑΙ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ (Τ.Π.Ε.) ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ»

Εθισμός στο Διαδίκτυο και ΔΕΠ-Υ

Κουτσονίκα Ανδρονίκη

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Επιβλέπων

Σταμούλης Γεώργιος

Λαμία, 2019

«Υπεύθυνη Δήλωση μη λογοκλοπής και ανάληψης προσωπικής ευθύνης»

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, και γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα και ενυπογράφως ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Αξιολόγηση Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας σε Παιδιά Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης: Μια Έρευνα με Χρήση Διαδικτυακής Εφαρμογής» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές από τις οποίες χρησιμοποίησα δεδομένα, ιδέες, φράσεις, προτάσεις ή λέξεις, είτε επακριβώς (όπως υπάρχουν στο πρωτότυπο ή μεταφρασμένες) είτε με παράφραση, έχουν δηλωθεί κατάλληλα και ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή. Αναλαμβάνω πλήρως, ατομικά και προσωπικά, όλες τις νομικές και διοικητικές συνέπειες που δύναται να προκύψουν στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δεν μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής.

Ο ΔΗΛΩΝ

Ημερομηνία:

Υπογραφή

Εθισμός στο Διαδίκτυο και ΔΕΠ-Υ

Κουτσονίκα Ανδρονίκη

Τριμελής Επιτροπή:

Καθηγητής Σταμούλης Γεώργιος (επιβλέπων)

Καθηγητής Βαβουγιός Διονύσιος

Επίκουρη Καθηγήτρια Κοζύρη Μαρία

Επιστημονικός Σύμβουλος:

Δρ. Ζυγούρης Νικόλαος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
-----------------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΔΕΠ-Υ.....	3
-------------------------------	----------

1. 1 Ιστορική αναδρομή	3
1. 2. Κλινική εικόνα, συμπτώματα και διαγνωστικά κριτήρια	4
1. 3. Αναπτυξιακή πορεία	9
1. 4. Επιδημιολογία.....	11
1. 5. Συννοσηρότητα.....	12
1. 6. Συνοδά προβλήματα	15
1. 7. Διάγνωση	18
1.8. Αιτιολογία.....	23
1. 9. Θεραπευτική αντιμετώπιση	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	36
--	-----------

2. 1 Ιστορική αναδρομή	36
2. 2. Συμπτώματα και διαγνωστικά κριτήρια	38
2. 3. Αξιολόγηση-Εργαλεία μέτρησης του εθισμού στο διαδίκτυο.....	43
2. 4. Επιδημιολογία.....	44
2. 5. Συνέπειες.....	46
2. 6. Αιτιολογία.....	48
2. 7. Θεραπευτική αντιμετώπιση	51
2. 8. Συννοσηρότητα.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	58
3. 1. Σχεδιασμός έρευνας	58
3. 2. Συμμετέχοντες	58
3. 3. Ερευνητικά εργαλεία	58
3. 4. Εφαρμογή ερωτηματολογίου από GoogleForms	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΜΗΝΕΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
Βιβλιογραφία	80

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1. Συμμετέχοντες στην έρευνα ανά φύλο	61
Πίνακας 2. Συμμετέχοντες στην έρευνα ανά ηλικία.....	62
Πίνακας 3. Μέσος όρος ηλικίας συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο	63
Πίνακας 4. Παρουσίαση δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη ή απουσία Μαθησιακών Δυσκολιών	64
Πίνακας 5. Παρουσίαση δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις στο ερωτ. Εθισμός στο διαδίκτυο.....	65
Πίνακας 6. Εθισμός στο διαδίκτυο και φύλο συμμετεχόντων.....	67
Πίνακας 7. Μέσος όρος Εθισμού στο διαδίκτυο ανά φύλο	67
Πίνακας 8. Στατιστική ανάλυση συσχέτισης Μαθησιακών Δυσκολιών και Εθισμού στο διαδίκτυο	68
Πίνακας 9. Διαφορές συμμετεχόντων στις απαντήσεις ΔΕΠΥ	70
Πίνακας 10. Ερωτήσεις στατιστικής σημαντικότητας στο ερωτηματολόγιο ΔΕΠΥ.....	71
Πίνακας 11. Ανάλυση αξιοπιστίας ερωτηματολογίου	73

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1. Παρουσίαση του δείγματος με βάση το φύλο	62
Γράφημα 2. Παρουσίαση του δείγματος με βάση την ηλικία	63
Γράφημα 3. Απεικόνιση δείγματος με βάση την ύπαρξη ή απουσία Μαθησιακών Δυσκολιών	65
Γράφημα 4. Απεικόνιση δείγματος με βάση την ύπαρξη ή απουσία Εθισμού στο διαδίκτυο	66
Γράφημα 5. Παρουσίαση εθισμένων και μη εθισμένων στο διαδίκτυο ανά φύλο	68
Γράφημα 6. Εθισμός στο διαδίκτυο σε συνάρτηση με Μαθησιακές Δυσκολίες.....	69
Γράφημα 7. Απαντήσεις εθισμένων και μη εθισμένων στο ερωτηματολόγιο ΔΕΠ-Υ	72

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει επιφέρει μεγάλες αλλαγές στη ζωή των νέων. Ειδικά η εμφάνιση του διαδικτύου είναι μια καινοτομία που έχει μεταβάλλει ριζικά την καθημερινότητά τους. Ο υπερβολικός χρόνος που αφιερώνουν στο διαδίκτυο αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού, οδηγώντας τους ερευνητές στο να δημιουργήσουν μια νέα διαταραχή, τον Εθισμό στο Διαδίκτυο. Αρκετές μελέτες, δε, τον συνδέουν με την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής & Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), η οποία επίσης φαίνεται πως έχει αυξητικές τάσεις ανάμεσα στους εφήβους.

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή αρχικά παρουσιάζει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των δύο διαταραχών, εστιάζοντας σε ζητήματα όπως η αιτιολογία τους, η επιδημιολογία τους, τα διαγνωστικά κριτήρια και οι τρόποι αντιμετώπισής τους. Ακολούθως παρουσιάζεται η έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε σε ένα Γυμνάσιο της πόλης της Λαμίας. Σκοπός της είναι να διαπιστώσει, μέσω ερωτηματολογίων, την παρουσία εθισμού στο διαδίκτυο και ΔΕΠΥ, την ενδεχόμενη συσχέτισή τους, και παράλληλα να ελέγξει το βαθμό αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων.

Το δείγμα της έρευνας ήταν 69 μαθητές των τριών τάξεων του Γυμνασίου. Το αποτέλεσμα που προέκυψε ήταν η ύπαρξη συμπτωματολογίας ΔΕΠ-Υ και εθισμού στο διαδίκτυο, αλλά και η σύνδεσή τους. Τέλος, ο βαθμός αξιοπιστίας της έρευνας ήταν υψηλός.

Λέξεις-κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, Εθισμός στο Διαδίκτυο, έφηβοι μαθητές

ABSTRACT

The evolution of technology has brought great changes in the life of young people. Notably the emergence of internet is an innovation that has transformed radically their daily life. The amount of time they spent on internet has become a matter of concern, forcing researchers to create a new disorder, the Internet Addiction (IA). Several studies link IA to the Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), which also seems to be on the increase among the adolescents.

This master thesis initially presents a bibliographic review of the disorders focusing on issues such as their etiology, their epidemiology, diagnostic criteria and methods to cope with them. Subsequently the research, which was produced at a high school in the city of Lamia, is presented. The purpose of the study is to ascertain, through the use of questionnaires the presence of IA and ADHD, their potential correlation as well as to monitor the level of reliability of the questionnaires.

The sample of the study was 69 students of the three high school classes. The result which came up was the presence of symptomatology of IA and ADHD and the correlation between them. Lastly, the level of reliability of the study was high.

Keywords: ADHD, IA, adolescent students

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αναμφίλεκτα η εποχή μας χαρακτηρίζεται από την αλματώδη ανάπτυξη της τεχνολογίας. Αυτή έχει βελτιώσει τη ζωή του ανθρώπου σε ποικίλα πεδία, και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητάς του. Εξίσου αδιαμφισβήτητο πάντως είναι το γεγονός πως η ανάπτυξη αυτή έχει και ορισμένες αρνητικές συνέπειες.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το διαδίκτυο. Πέραν της συμβολής του σε διάφορα πεδία, όπως της επικοινωνίας, της γνώσης και της ψυχαγωγίας, η εμφάνισή του έχει συνδεθεί με άκρως ανησυχητικές επιπτώσεις. Μία εξ αυτών είναι η εξάρτηση από το διαδίκτυο. Η τελευταία, δε, συνδέεται και με διάφορες διαταραχές. Ανάμεσά τους ξεχωρίζει η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), η οποία παρουσιάζεται συχνά σε παιδιά και εφήβους.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα εργασία θα εξετάσει την ενδεχόμενη συσχέτιση των δύο διαταραχών σε παιδιά Γυμνασίου (13-15 ετών), βάσει της χρήσης ερωτηματολογίων.

Η εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο θα εξετάσουμε, περιληπτικά, την ΔΕΠ-Υ. Αναλυτικότερα, θα παρουσιάσουμε, ανάμεσα σε άλλα, την ιστορία της διαταραχής, τα μέσα διάγνωσης και τις πιθανές αιτίες εμφάνισής της, τους βασικούς τρόπους αντιμετώπισής της, καθώς και τα προβλήματα που προκαλεί στα παιδιά που τη βιώνουν.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αντιστοίχως, θα εξετάσουμε τον εθισμό στο διαδίκτυο. Θα αναλύσουμε διάφορα πεδία που σχετίζονται με την διαταραχή όπως η επιδημιολογία, οι τρόποι διάγνωσης της, η αντιμετώπισή της, οι επιπτώσεις της στους εθισμένους χρήστες, καθώς και η σύνδεσή της με ψυχοπαθολογικές διαταραχές.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε την ταυτότητα της έρευνας, καθώς και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήσαμε, ενώ ακολούθως θα παραθέσουμε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα υπάρξει η ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, αυτά θα αναλυθούν σε σχέση με αντίστοιχες μελέτες (εντός και εκτός

Ελλάδας), με σκοπό να διαπιστωθεί ο βαθμός σύγκλισης και απόκλισης με αυτές.
Τέλος, θα ακολουθήσουν τα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΔΕΠ-Υ

1.1. Ιστορική αναδρομή

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που έχει απασχολήσει τους ειδικούς από πολύ παλιά. Ήδη από το 1800 υπάρχει αναφορά στη διαταραχή, με διαφορετική ασφαλώς ονομασία (στο Taylor, 2011). Στις αρχές του 20^{ού} αιώνα, ο γιατρός George Still περιέγραψε παιδιά επιθετικά, ανάγωγα, απείθαρχα, συναισθηματικά, αφηρημένα, παρορμητικά που αδυνατούσαν να συγκεντρωθούν στα καθήκοντά τους (στο Smith, Barkley & Shapiro, 2007).

Την περίοδο 1917-18 ξέσπασε στην βόρεια Αμερική επιδημία εγκεφαλίτιδας, κατά την οποία πολλά παιδιά επέζησαν παρουσιάζοντας όμως σημαντικά προβλήματα στην συμπεριφορά και στην γνωσιακή λειτουργία τους. Σε αυτά, συγκεκριμένα, παρατηρούνταν συμπτώματα της σημερινής ΔΕΠ-Υ, όπως παρορμητικότητα, διάσπαση προσοχής, μαθησιακές δυσκολίες κ.ά. Τα συμπτώματα αυτά θεωρήθηκαν αποτέλεσμα εγκεφαλικής βλάβης. Η απουσία, πάντως, εμφανούς ένδειξης εγκεφαλικής βλάβης και σύνδεσής της με τα συμπτώματα, οδήγησε στην μετονομασία της διαταραχής σε «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη», και αργότερα σε «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία». Παρ' όλα αυτά η εκτίμηση που κυριάρχησε για αρκετές δεκαετίες στην επιστημονική κοινότητα συνέδεε την σημερινή ΔΕΠ-Υ με κάποια ανωμαλία της εγκεφαλικής λειτουργίας (Barkley, 2006a).

Η εκτίμηση αυτή άρχισε να ανατρέπεται τη δεκαετία του 1970, περίοδο κατά την οποία εκδηλώνεται μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον για την διαταραχή – ενδεικτικό είναι πως δημοσιεύονται πάνω από 2.000 μελέτες για αυτή (Barkley, 2006a). Ήδη από το 1968 η δεύτερη έκδοση του DSM (DSM-II, APA, 1968) όριζε τη διαταραχή ως «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία», δίνοντας έμφαση σε ένα κύριο σύμπτωμά της και ξεφεύγοντας από τη σύνδεσή της με την εγκεφαλική λειτουργία. Μέχρι το τέλος, δε, της δεκαετίας του 1970, οι ειδικοί, με πρωτοπόρα στο πεδίο αυτό την Virginia Douglas (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000) θα εστίαζαν όχι τόσο στην υπερκινητικότητα, αλλά σε άλλα συμπτώματα της διαταραχής, όπως η παρορμητικότητα και η έλλειψη προσοχής (Barkley, 2006a).

Το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας θα συνεχιζόταν και στη δεκαετία του 1980. Το 1980 πραγματοποιήθηκε, στο DSM-III, η μετονομασία της διαταραχής σε Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (με ή χωρίς Υπερκινητικότητα) (APA, 1980). Πλέον παρουσιάζονται τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων: της διαταραχής προσοχής, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας, με τα συμπτώματα που σημειώνονται στις δύο πρώτες κατηγορίες να περιγράφονται ως τα κυρίαρχα της διαταραχής. Παράλληλα, τα νέα διαγνωστικά κριτήρια παρέχουν οδηγίες για τη διάγνωση με βάση την ηλικία έναρξης και θεωρούν τον αποκλεισμό άλλων ψυχιατρικών διαταραχών απαραίτητο για τη διάγνωση (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000).

Μια νέα αλλαγή πραγματοποιήθηκε το 1987, όταν στο DSM-III-R (APA,1987) η υπερκινητικότητα συμπεριλήφθηκε εκ νέου στην ονομασία της διαταραχής, η οποία πλέον ήταν «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα». Ταυτόχρονα, κατά το δεύτερο μισό της δεκαετίας, άρχισε να αμφισβητείται ο κεντρικός ρόλος της έλλειψης προσοχής ως κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής. Αντιθέτως, οι επιστήμονες άρχισαν να εστιάζουν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και σχετίζονται με τον αυτοέλεγχο και τη ρύθμιση της συμπεριφοράς τους βάσει συγκεκριμένων κανόνων, αλλά και την μειωμένη ευαισθησία τους αναφορικά με τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους (Barkley, 2006a· Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000· Smithetal., 2007).

Τέλος, κατά την τελευταία δεκαετία του 20^{ου} αιώνα και την πρώτη του 21^{ου} το ερευνητικό ενδιαφέρον για την διαταραχή παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Οι τομείς στους οποίους κατά βάση στρέφονται οι ερευνητές είναι η νευρολογική και γενετική βάση της διαταραχής, αλλά και η συνέχιση-ύπαρξή της και στους ενήλικες (Barkley, 2006a).

1.2.Κλινική εικόνα, συμπτώματα και διαγνωστικά κριτήρια

Όπως προκύπτει και από τον ορισμό της διαταραχής, όσοι πάσχουν από ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες που αφορούν την απροσεξία και την υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα σε βαθμό δυσανάλογο της ηλικίας τους. Ιδιαίτερα δυσκολεύονται

να διατηρήσουν την συγκέντρωσή τους σε αυτό που τους έχει ανατεθεί, να αγνοήσουν τους αντιπερισπασμούς και να επιστρέψουν στην δραστηριότητά τους αφ' ης στιγμής αυτή έχει διακοπεί, προτιμώντας να ασχοληθούν με κάτι άλλο (Smith, Barkley&Shapiro, 2006a).

Παράλληλα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ δραστήρια, ενεργητικά, και κινούν νευρικά τα χέρια και τα πόδια τους. Δυσκολεύονται να μείνουν ακίνητα για κάποιο χρονικό διάστημα, προκαλούν συχνά ζημιές και αναστάτωση γενικότερα στο περιβάλλον τους, ενώ άλλο χαρακτηριστικό είναι πως παρουσιάζονται όχι σπάνια αφηρημένα (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2005).

Επιπλέον, είναι ανυπόμονα, έχοντας την τάση να απαντούν στις ερωτήσεις προτού ολοκληρωθεί η διατύπωσή τους ή να μην περιμένουν να έρθει η σειρά τους σε κάποιο παιχνίδι ή σε κάποια ομαδική εργασία. Επιδιώκουν να βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής, αδιαφορώντας για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους. Ακόμα, εμφανίζονται απρόθυμα στο να συμμορφώνονται με τους κανόνες που τίθενται από γονείς ή/και δασκάλους (Barkley, 2006b· Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2005· Smithetal., 2006a).

Γενικά, βέβαια, η εικόνα των ασθενών με ΔΕΠ-Υ ποικίλλει. Όπως είναι λογικό, διάφοροι παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό περιβάλλον, επηρεάζουν την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Αντίστοιχα αυτά μπορεί να εκδηλώνονται κυρίως στο πεδίο της απροσεξίας ή σε αυτό της παρορμητικότητας-υπερκινητικότητας. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η κλινική εικόνα ασθενών με ΔΕΠ-Υ να είναι πολύ διαφορετική. Επίσης, όσον αφορά τα παιδιά, η τάση είναι τα συμπτώματα υπερδραστηριότητας να υποχωρούν σημαντικά κατά την σχολική ηλικία, ενώ αντίθετα τα αντίστοιχα προσοχής να επιμένουν σε σταθερό βαθμό (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2005· Smithetal., 2006a).

Αναφορικά με τα διαγνωστικά κριτήρια, αυτά ορίζονται από το DSM-IV-TR (APA, 2000). Σύμφωνα με αυτά, για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση το άτομο πρέπει να έχει εμφανίσει τα συμπτώματα για τουλάχιστον έξι μήνες, αυτά να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και να έχουν εμφανιστεί μέχρι την ηλικία των 7 ετών έχοντας προκαλέσει έκπτωση στη λειτουργικότητά του (Barkley, 2006b). Ακολούθως παραθέτουμε αναλυτικά τα κριτήρια και τους τύπους της διαταραχής.

A. Είτε το (1) είτε το (2)

1. Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα **απροσεξίας** έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Απροσεξία

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

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

γ. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος

δ. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες ή άλλα καθήκοντα που του ανατίθενται στην τάξη ή στο σπίτι (χωρίς αυτό να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή σε αποτυχία κατανόησης των οδηγιών)

ε. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες

στ. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν σταθερή και διαρκή πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι)

ζ. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, μολύβια, βιβλία κλπ.)

η. Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα

θ. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες

2. Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα **υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας** έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Υπερκινητικότητα

- α. Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του
- β. Συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται να παραμείνει στο ίδιο σημείο
- γ. Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί, σκαρφαλώνει και στριφογυρίζει με τρόπο που δεν ταιριάζει στις περιστάσεις και σε χώρους που δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και στους ενήλικες αυτό μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας)
- δ. Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει ήσυχα σε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο του
- ε. Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή»
- στ. Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυστα

Παρορμητικότητα

- ζ. Συχνά απαντά απερίσκεπτα προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση
- η. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της
- θ. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις ή παιχνίδια)

Β. Ορισμένα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή απροσεξίας που προκαλούν έκπτωση της λειτουργικότητας ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

Γ. Η έκπτωση εξαιτίας των συμπτωμάτων είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια· για παράδειγμα, στο σχολείο (ή στην εργασία) και στο σπίτι.

Δ. Πρέπει να υπάρχει σαφής απόδειξη κλινικά σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

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

Διάθεσης, Αγχώδης Διαταραχή, Αποσυνδεδετική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας).

Η κωδικοποίηση της διαταραχής γίνεται με βάση τους παρακάτω τύπους:

314.01 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα Συνδυασμένος Τύπος: Όταν πληρούνται αμφότερα τα κριτήρια A1 και A2 κατά τους τελευταίους 6 μήνες.

314.00 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο: Όταν πληρούται το Κριτήριο A1, αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο A2 τους τελευταίους 6 μήνες.

314.01 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο: Όταν πληρούται το Κριτήριο A2, αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο A1 τους τελευταίους 6 μήνες.

314. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται διαταραχές με προεξάρχοντα συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (APA, 2000).

Το 2013 η APA τροποποίησε, με το DSM-5, τα κριτήρια στα εξής σημεία: α) για τη διάγνωση της διαταραχής χρειάζεται τα συμπτώματα απλώς να υπάρχουν και όχι να προκαλούν κάποια δυσλειτουργία β) η ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων αλλάζει από τα 7 στα δώδεκα έτη, και γ) για τους ενήλικες αλλά και τους εφήβους ηλικίας 17 ετών και άνω απαιτείται η παρουσία πέντε, και όχι έξι, συμπτωμάτων απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας προκειμένου να πραγματοποιηθεί η διάγνωση (APA, 2013).

1.3 .Αναπτυξιακή πορεία

Η γνώση της εικόνας της διαταραχής στα διάφορα στάδια της ανάπτυξης του παιδιού που εμφανίζει την διαταραχή είναι σημαντική για την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Παρακάτω θα παρουσιάσουμε τα κύρια χαρακτηριστικά σε κάθε ηλικία.

Προσχολική ηλικία

Κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι συχνά υπερδραστήρια, ανυπάκουα, παρορμητικά, και εμφανίζουν ιδιαίτερα αυξημένη κινητικότητα και μεγάλα αποθέματα ενέργειας. Παράλληλα, είναι απαιτητικά, παράτολμα και όχι σπάνια εκδηλώνουν τον θυμό ή και την οργή τους. Η απουσία φόβου που νιώθουν, σε συνδυασμό με την παρορμητικότητα, τα καθιστά ευεπίφορα σε ατυχήματα (Γιαννοπούλου, 2012· Κάκουρος& Μανιαδάκη,2000· Smithetal., 2006a).

Ακόμα, τα νήπια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην ομαλή ενσωμάτωσή τους σε ομάδες με συνομηλίκους. Έτσι, εμφανίζουν επιθετικότητα, δεν είναι υποχωρητικά ή συνεργάσιμα, ενώ εκδηλώνουν και καθυστέρηση σε «ακαδημαϊκές» ικανότητες, όπως η ανάπτυξη λόγου, η δυσκολία στην σύνταξη και στη δομή του λόγου. Τέλος, συχνά εμφανίζουν δυσκολία και στην εκπαίδευση για την τουαλέτα (Κάκουρος& Μανιαδάκη,2000· Smithetal., 2006).

Όλα τα παραπάνω ως αποτέλεσμα έχουν πως ακριβώς την περίοδο αυτή, από τα τρία έως τα 6 χρόνια των παιδιών δηλαδή, οι γονείς τους παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά άγχους και ανησυχίας για την φροντίδα τους (Smithetal., 2007).

Σχολική ηλικία

Οι δυσκολίες που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εντείνονται κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας, γεγονός εύλογο αν αναλογιστούμε τις απαιτήσεις στο στάδια αυτό. Κατ' αρχάς τα παιδιά αυτά αδυνατούν να ολοκληρώσουν τις δραστηριότητες-εργασίες που τους ανατίθενται στο σχολείο, δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και είναι συχνά αφηρημένα και ονειροπολούν την ώρα του μαθήματος. Παράλληλα,

αρκετά εξ αυτών εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες σε τομείς όπως η ανάγνωση, τα μαθηματικά κλπ. Όλα αυτά συγκροτούν μια συνολική εικόνα χαμηλής σχολικής απόδοσης (Κάκουρος& Μανιαδάκη,2000· Smith, Barkley&Shapiro, 2006).

Ταυτόχρονα, προβληματική είναι και η εικόνα που παρουσιάζουν ως προς την συμπεριφορά τους. Έτσι, εξακολουθούν να είναι παρορμητικά, ανήσυχα, υπερδραστήρια, ενώ επιπλέον εμφανίζουν επιθετική συμπεριφορά και μπλέκονται συχνά σε καυγάδες. Ασφαλώς, ένας λόγος που συμβαίνει αυτό είναι και η απόρριψη που νιώθουν από τους συνομηλίκους τους, καθώς η συνολική τους εικόνα (σε επίπεδο ακαδημαϊκό και συμπεριφοράς), οδηγεί στην απομόνωση και περιθωριοποίηση των παιδιών αυτών (Κάκουρος& Μανιαδάκη,2000· Smithetal., 2006a).

Εφηβική ηλικία

Οι ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου αναπτυξιακού σταδίου ασφαλώς επηρεάζουν και τους έφηβους με ΔΕΠ-Υ. Τα προβλήματα στο σχολείο συνεχίζονται, ωστόσο εντείνονται τα αντίστοιχα στην οικογένεια. Η αδυναμία του εφήβου να ανταποκριθεί σε διάφορες υποχρεώσεις του, η απροθυμία του να υπακούσει σε κανόνες και η συχνά σκληρή στάση που υιοθετούν οι γονείς στην προσπάθεια να συνετίσουν τους εφήβους καταλήγουν σε ένα φαύλο κύκλο διαμάχης και σύγκρουσης (Smithetal., 2006a).

Απότοκα των προαναφερθέντων είναι η περιθωριοποίηση και απομόνωση των εφήβων, που με τη σειρά της τους οδηγεί σε αντικοινωνικές συμπεριφορές. Έτσι, οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά, συγκριτικά με τους υγιείς συνομηλίκους τους, στην εξάρτηση από αλκοόλ και ναρκωτικά, σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα, στη μη ολοκλήρωση του σχολείου, σε εφηβική εγκυμοσύνη, καθώς και σε μη σταθερές σχέσεις/διαζύγια στην ενήλικη ζωή τους (Κάκουρος& Μανιαδάκη,2000· Smithetal., 2007).

Ενήλικη ζωή

Τα τελευταία μόλις χρόνια έχει εδραιωθεί η πεποίθηση στην παγκόσμια επιστημονική κοινότητα πως τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ διατηρούνται σε ορισμένες περιπτώσεις

και μετά την εφηβεία. Μάλιστα, σύμφωνα με μελέτες, ένα ποσοστό από 50% έως 80% αυτών εξακολουθεί να παρουσιάζει τα συμπτώματα της διαταραχής και μετά την εφηβεία, σε βαθμό που να επηρεάζουν τη ζωή τους (Murphy&Gordon, 2006).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συμπτωματολογία των ατόμων αυτών. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τα κινητικά προβλήματα, την φυσική υπερδραστηριότητα και γενικά τα εμφανή συμπτώματα, αυτά που προκαλούν την αναστάτωση στον περίγυρο μειώνονται σε μεγάλο βαθμό. Αυτά που επιμένουν είναι αυτά που σχετίζονται με τον κακό σχεδιασμό, την αδυναμία λήψης αποφάσεων, διαχείρισης του χρόνου. Συμπτώματα, δηλαδή, που δίνουν την εικόνα ανευθυνότητας – για τον λόγο αυτό, άλλωστε, συχνά τα άτομα αυτά απολύονται από τη δουλειά τους. Η φύση αυτή των συμπτωμάτων (η υποχώρηση δηλαδή των πιο ενοχλητικών εξ αυτών) αποτελεί και τον κύριο λόγο που θεωρούνταν πως η διαταραχή δεν συνεχιζόταν μετά την εφηβεία (Κάκουρος& Μανιαδάκη,2005· Murphy&Gordon, 2006).

1.4. Επιδημιολογία

Αναντίρρητα η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που εντοπίζεται παγκοσμίως. Βεβαίως ποικίλοι παράγοντες όπως η διαφορετική μεθοδολογία που χρησιμοποιείται σε κάθε έρευνα, η αυστηρή ή μη προσήλωση στα κριτήρια του DSM, αλλά και οι διαφορές στην επιλογή του δείγματος (που αφορούν την ηλικία, το είδος του πληθυσμού, τη χώρα που διεξάγεται η εκάστοτε μελέτη) καθιστούν δύσκολη την ακριβή εκτίμηση της εμφάνισής της (Smithetal., 2006a).

Παρ' όλα αυτά είναι κοινώς αποδεκτό στην επιστημονική κοινότητα πως 3-7% του παιδικού πληθυσμού πάσχει από ΔΕΠ-Υ (APA, 2000). Διάφορες έρευνες, ανάλογα βέβαια και με τα κριτήρια που χρησιμοποιεί η κάθε μία, δίνουν ποσοστά από 2% έως 16% (στο Smithetal., 2006a). Ιδιαίτερη σημασία έχει η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής ανάλογα με το φύλο. Έτσι, γενικά παρατηρείται πως αυτή είναι μεγαλύτερη στα αγόρια, συγκριτικά με τα κορίτσια. Και στο σημείο αυτό, πάντως, τα ποσοστά διαφέρουν ανάλογα με το είδος της έρευνας. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές,

το αγόρια είναι από 3 έως 6 φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν τη διαταραχή από τα κορίτσια (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2005). Αξιοσημείωτο είναι επίσης πως το φύλο συνδέεται με το είδος των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, τα αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερη υπερδραστηριότητα, απροσεξία και γενικότερα ζητήματα συμπεριφοράς και εξωτερικευμένα προβλήματα. Αντιθέτως, τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερο άγχος, εσωτερικευμένα προβλήματα, μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές ομιλίας (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2005· Smithetal., 2007).

Ίσως τα προαναφερθέντα εξηγούν, έστω και εν μέρει, τη (δυσ)αναλογία στην εμφάνιση της διαταραχής ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια. Τα πρώτα παραπέμπονται συχνότερα σε ψυχολογικές υπηρεσίες, καθώς τα συμπτώματά τους είναι πιο εμφανή, ενώ τα αντίστοιχα, εσωτερικευμένα, που αναπτύσσουν τα κορίτσια συνδέονται με άλλες διαταραχές (όπως π.χ. κατάθλιψη), «κρύβοντας» ουσιαστικά τη ΔΕΠ-Υ (Nigg, 2013· Smithetal., 2007).

Τέλος, ένα ακόμα κοινό σημείο των μελετών είναι πως η διαταραχή υποχωρεί προϋπόθετος του χρόνου και στα δύο φύλα. Έτσι, ενδεικτικά, σημειώνουμε πως έρευνες έχουν σημειώσει ότι ενώ στην προσχολική ηλικία το 8% των αγοριών και το 4% των κοριτσιών εμφανίζει τη διαταραχή, κατά την περίοδο 6-12 ετών το αντίστοιχο ποσοστό πέφτει στο 6-9% για τα αγόρια και στο 2-4% για τα κορίτσια, και στο 1-5.6% για τα αγόρια και 0.9-2% για τα κορίτσια (στο Smithetal., 2006a).

1.5. Συννοσηρότητα

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αυτομάτως αυξάνει τις πιθανότητες για ύπαρξη και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Μελέτη μάλιστα σε δείγμα γενικού πληθυσμού φανέρωσε πως το 44% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφάνισε μία ακόμα διαταραχή, το 32% άλλες δύο και το 11% τρεις ακόμα διαταραχές. Τα ποσοστά αυτά είναι ακόμα υψηλότερα σε κλινικό δείγμα, καθώς σύμφωνα με άλλη μελέτη παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας που έπασχαν από ΔΕΠ-Υ το 75% των πρώτων και το 80% των δεύτερων εμφάνιζαν μία ακόμα διαταραχή (Barkley, 2006c). Εν συνεχεία θα εξετάσουμε με ποιες εξ αυτών συνυπάρχει συχνότερα.

ΔΕΠ-Υ και Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγής

Τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν οι Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς, δηλαδή η εναντιωματική προκλητική διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder, ODD) και η διαταραχή της διαγωγής (Conduct Disorder, CD). Μελέτες φανερώνουν πως ένα ποσοστό 45-84% παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ODD ή/και την CD. Ο μέσος όρος συννοσηρότητας στις μελέτες αυτές φτάνει το 55% (στο Barkley, 2006c). Το μεγάλο αυτό ποσοστό είχε κάνει αρχικά τους μελετητές να θεωρήσουν πως επρόκειτο για μια κοινή διαταραχή, ωστόσο νευρολογικές και άλλες διαφορές επιβεβαιώνουν πως πρόκειται για διαφορετικές διαταραχές.

Κάτι άλλο που επίσης προκύπτει από τις έρευνες είναι ότι στις περιπτώσεις συνύπαρξης των προαναφερθεισών διαταραχών, η διάρκεια και η ένταση των συμπτωμάτων είναι σοβαρότερη και μεγαλύτερη. Αποτέλεσμα αυτού είναι, στις περιπτώσεις αυτές, να παρουσιάζονται αυξημένα ποσοστά επιθετικής, αντικοινωνικής συμπεριφοράς, εγκατάλειψης του σχολείου, χρήσης ουσιών, οδικών παραβάσεων κλπ. Αν όμως είναι επιβεβαιωμένο ότι η ΔΕΠ-Υ σε συνδυασμό με την ODD ή/και την CD οδηγεί στην πιο πρόωμη, πιο έντονη και πιο σταθερή εκδήλωση των συμπτωμάτων των διαταραχών, η κατάληξη δεν είναι προκαθορισμένη. Το περιβάλλον εντός του οποίου θα μεγαλώσει το παιδί και η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων διαδραματίζουν καίριο ρόλο όσον αφορά τα απότοκα των διαταραχών του (Barkley, 2006c· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές της Διάθεσης

Αυξημένα ποσοστά εμφανίζει και η καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, και ειδικά σε αυτά που εμφανίζουν και ODD/CD. Γενικά, η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και των διαταραχών της διάθεσης κυμαίνεται από 15-75%, ενώ σε άλλη μελέτη η συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και κατάθλιψης κυμαίνεται στο 25-30% (Barkley, 2006c).

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να κάνουμε και στη σχέση της ΔΕΠ-Υ με την Διπολική Διαταραχή. Σε διαφορετικές μελέτες, τα ποσοστά συνύπαρξης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που είχαν και διπολική διαταραχή κυμαίνονται από 11-27%, ενώ σε μία άλλη μελέτη, επισημάνθηκε πως το 26% των παιδιών προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ και το 18% σχολικής ηλικίας πληρούσαν τα κριτήρια για διάγνωση διπολικής διαταραχής (στο Barkley, 2006c). Μάλιστα ορισμένοι ερευνητές (Faraone, Biederman, Mennin, Wozniak, Spencer, 1997) υποστήριζαν πως η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και διπολικής διαταραχής θα πρέπει να θεωρείται ένας ξεχωριστός τύπος ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο η ύπαρξη κοινών συμπτωμάτων καθιστά επιφυλακτική την επιστημονική κοινότητα στην υιοθέτηση αυτής της άποψης ή στο κατά πόσο συχνά πράγματι οι δύο διαταραχές συνυπάρχουν (Barkley, 2006c).

ΔΕΠ-Υ και Αγχώδεις Διαταραχές

Διάφορες μελέτες έχουν αναδείξει τη σύνδεση της ΔΕΠ-Υ με τις αγχώδεις διαταραχές. Μία εξ αυτών σημείωσε πως το 17% των κοριτσιών και το 21% των αγοριών με ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν κάποια αγχώδη διαταραχή, ενώ τα ποσοστά αυτά αυξήθηκαν στο 24% και 50% για αγόρια και κορίτσια αντίστοιχα την περίοδο της εφηβείας (στο Barkley, 2006c). Γενικά, ο μέσος όρος που προκύπτει είναι πως 25-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει κάποια αγχώδη διαταραχή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των παιδιών με αγχώδη διαταραχή που πιθανόν να αναπτύξει ΔΕΠ-Υ φτάνει το 15-30% (Barkley, 2006c).

Όσον αφορά τα παρελκόμενα της συνύπαρξης των διαταραχών αυτών, έχει επισημανθεί πως σε περίπτωση συνοσηρότητας τα άτομα υπόκεινται πιο συχνά σε αγχογόνες καταστάσεις και έχουν μικρότερη αυτοπεποίθηση συγκριτικά με τα άτομα που πάσχουν μόνο από ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, σε αυτή την περίπτωση είναι τρεις φορές πιο πιθανό οι συγγενείς του πάσχοντος να αναπτύξουν κάποια αγχώδη διαταραχή από ό,τι εάν το παιδί έπασχε μόνο από ΔΕΠ-Υ (Barkley, 2006c).

1.6. Συνοδά προβλήματα

Τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ, πέραν των πρωτογενών συμπτωμάτων, αντιμετωπίζουν και μια σειρά άλλων ζητημάτων που σχετίζονται με ακαδημαϊκές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές, προσαρμοστικές δυσκολίες.

Κατ' αρχάς επηρεάζονται στο πεδίο της νοητικής ανάπτυξης. Ειδικότερα, βάσει συγκεκριμένων τεστ νοημοσύνης προκύπτει πως ο δείκτης νοημοσύνης τους υπολείπεται κατά 7-15 μονάδες από αυτόν των παιδιών ή και των αδερφών τους, που δεν εμφανίζουν την διαταραχή – ο αντίστοιχος αριθμός για τους ενήλικες είναι 6 μονάδες. Στο σημείο αυτό πάντων πρέπει να σημειώσουμε πως ενδεχομένως οι χαμηλές επιδόσεις των παιδιών αυτών να μην είναι πραγματικές και να οφείλονται, εν μέρει τουλάχιστον, στην δυσκολία τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των συγκεκριμένων τεστ, που απαιτούν ικανότητα συγκέντρωσης, την οποία αυτά δεν διαθέτουν. Ακόμα, η χαμηλή βαθμολογία τους πιθανόν να είναι απότοκο και των μαθησιακών δυσκολιών που έχουν, καθώς είναι γνωστό πως τα παιδιά που τις αντιμετωπίζουν δεν αποδίδουν καλά στις νοομετρικές κλίμακες (Barkley, 2006d· Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2005).

Ένα άλλο πεδίο στο οποίο η διαταραχή επηρεάζει τον πάσχοντα είναι αυτό των προσαρμοστικών ικανοτήτων. Με τον όρο αυτό εννοούμε τις ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης (ντύσιμο, πλύσιμο), προσωπικής υπευθυνότητας (μικροδουλειές, αξιοπιστία), καθώς και δεξιότητες κίνησης. Διάφορες μελέτες έχουν φανερώσει την μειωμένη προσαρμοστική ικανότητα των παιδιών και εφήβων με ΔΕΠ-Υ, καθώς διαπιστώθηκε πως λειτουργούν στα κατώτερα όρια του φυσιολογικού μέσου όρου όσον αφορά τις ικανότητές τους αυτές (Barkley, 2006d).

Ιδιαίτερα συχνό στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι και το φαινόμενο των μαθησιακών δυσκολιών. Σχεδόν όλα τα παιδιά έχουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής όπως η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η ανησυχία. Η σύνδεση αυτή επιβεβαιώνεται και από το ότι στις περιπτώσεις που η θεραπευτική αντιμετώπιση με διεγερτικά φάρμακα είχε αποτέλεσμα, οι επιδόσεις των παιδιών στο σχολείο βελτιώθηκαν αισθητά. Γεγονός παραμένει πάντως πως 56% των παιδιών αυτών χρειάζεται τη βοήθεια ειδικού για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες στα μαθήματα, το 30% περίπου ίσως

χρειαστεί να επαναλάβει την τάξη, το 30-40% θα φοιτήσει σε κάποια ειδική τάξη, ενώ το 10-35% θα εγκαταλείψει το σχολείο (Barkley, 2006d).

Αναφορικά με τις συγκεκριμένες μαθησιακές δυσκολίες, μελέτες έχουν φανερώσει πως 21% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει δυσκολίες στην ανάγνωση, 28% στα μαθηματικά, και 12-27% στην ορθογραφία. Παράλληλα, το 20-80% των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες ανταποκρίνεται και στα κριτήρια του DSM-IV για ΔΕΠ-Υ, ενώ τέλος το 33-80% των παιδιών με δυσλεξία παρουσιάζει και συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000).

Επιπλέον, δυσκολίες εμφανίζονται και στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Αν και τα πορίσματα μελετών αναφορικά με καθυστέρηση στην έναρξη της ομιλίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι αντιφατικά (άλλες σημειώνουν ότι αυτά, συγκριτικά με τα υγιή παιδιά, αργούν να μιλήσουν και άλλες πως όχι), ωστόσο προβλήματα στον λόγο και στην ομιλία έχουν εντοπιστεί. Συγκεκριμένα, το 10-54% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες στον προφορικό λόγο, την στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό στον γενικό πληθυσμό είναι 2-25%. Επίσης, ένα ποσοστό έως 64% των παιδιών που παρουσιάζουν διαταραχές στον λόγο και την ομιλία είναι πιθανό να πάσχει από κάποια ψυχιατρική διαταραχή, με την πιο κοινή να είναι η ΔΕΠ-Υ (16-46%). Ακόμα, ενώ τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο ομιλητικά από τα φυσιολογικά όταν υπάρχει ελεύθερη επικοινωνία, εντούτοις όταν θα πρέπει να οργανώσουν εκ των προτέρων το λόγο τους στο πλαίσιο κάποιας δραστηριότητας, αυτός σπάνια έχει κανονική ροή ή είναι καλά οργανωμένος (Barkley, 2006d).

Προβλήματα εντοπίζονται και στην κινητική ανάπτυξη. Ειδικότερα, ενώ δεν προκύπτει κάποια καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη καθαυτή, στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διαπιστώνεται φτωχός συντονισμός των κινήσεων σε ποσοστό 52%, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό στα φυσιολογικά παιδιά είναι 35%. Παράλληλα, τα παιδιά που πάσχουν από την διαταραχή εμφανίζουν πιο αργές αντιδράσεις στην αδρή κινητικότητα, ενώ δυσκολεύονται περισσότερο και σε δραστηριότητες που απαιτούν λεπτή κινητικότητα – η πιθανή εξήγηση και στο γιατί ο γραφικός χαρακτήρας των παιδιών αυτών δεν είναι καλός (Barkley, 2006d).

Ένα ιδιαίτερο πρόβλημα που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η επιρρέπειά τους στα ατυχήματα. Έτσι, το ποσοστό στο πεδίο αυτό αγγίζει το 57%, ενώ το 15% έχει παρουσιάσει 4 ή περισσότερους σοβαρούς τραυματισμούς σε

ατύχημα, όπως σπασμένο κόκαλο, δηλητηρίαση, χαμένα δόντια κλπ. Τα αντίστοιχα ποσοστά στα φυσιολογικά παιδιά είναι 11% και 4.8%. Η αιτία της τάσης αυτής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ οφείλεται βεβαίως στα συμπτώματα της διαταραχής. Η απροσεξία, η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα, ακόμα και οι κινητικές δυσκολίες, σε συνδυασμό ασφαλώς με το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν, συντελούν στα αυξημένα αυτά ποσοστά (Barkley, 2006d).

Μια άλλη συνέπεια της διαταραχής είναι και η ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αυτά εμφανίζουν ευερέθιστη διάθεση, εναντιωματική και επιθετική συχνά συμπεριφορά, αρνητισμό και τάση ανυπακοής στους κανόνες. Όπως είναι λογικό τα παραπάνω δημιουργούν προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον, με συνεχείς συγκρούσεις, και με τους γονείς των παιδιών να καταφεύγουν σε τιμωρητικές συμπεριφορές. Απότοκο αυτών είναι οι γονείς να αναπτύσσουν αυξημένα επίπεδα άγχους – ειδικά οι μητέρες των παιδιών, έχει παρατηρηθεί, εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη. Εξίσου προβληματικές, όμως, είναι οι σχέσεις που αναπτύσσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και με τους συνομήλικους τους. Βιώνοντας την απόρριψη, ειδικά όσα εξ αυτών εμφανίζουν και ODD-CD, τα παιδιά αυτά περιθωριοποιούνται και δεν καλλιεργούν στενές σχέσεις, εμφανίζοντας αρνητικές αντιδράσεις (Smithetal., 2006a).

Ολοκληρώνοντας την ενότητα αυτή, ας σημειώσουμε πως κάποια ακόμα προβλήματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Όσον αφορά τον ύπνο, κοιμούνται λιγότερες ώρες σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά και ξυπνούν δυσκολότερα το πρωί. Επίσης, μειονεκτούν ως προς την ικανότητα ακριβούς εκτίμησης του χρόνου. Ακόμα, ορισμένες φορές αναπτύσσουν μικρές φυσικές ανωμαλίες (τα μάτια είναι πιο απομακρυσμένα από το φυσιολογικό, το τρίτο δάχτυλο του ποδιού είναι μεγαλύτερο από ό,τι το δεύτερο, ο δείκτης είναι μεγαλύτερος από το μεσαίο δάχτυλο), ή είναι πιο μικρόσωμα από παιδιά αντίστοιχης ηλικίας. Τέλος, η ΔΕΠ-Υ έχει συνδεθεί και με γενικότερα προβλήματα υγείας, με άσθμα και αλλεργίες, ωστόσο από τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών δεν προκύπτει κάποιο ασφαλές συμπέρασμα(Barkley, 2006d· Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000· Smithetal., 2007).

1.7. Διάγνωση

Η διαδικασία διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ είναι περίπλοκη, καθώς τα συμπτώματά της παραπέμπουν και σε άλλες διαταραχές, ενώ απαιτείται και ο συνδυασμός ποικίλων διαγνωστικών μεθόδων. Έτσι, οι απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζεται ο ειδικός συγκεντρώνονται, κατά βάση, από συνεντεύξεις με τον ίδιο τον ασθενή, με τους γονείς και τον δάσκαλό του, μέσω κλιμάκων αξιολόγησης, εργαστηριακών μετρήσεων και κλινικής παρατήρησης. Με τον τρόπο αυτό αξιολογούνται τα συμπτώματα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί σε συναισθηματικό, κοινωνικό και ακαδημαϊκό επίπεδο, ενώ εξετάζεται και το περιβάλλον εντός του οποίου ζει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Στόχοι της διαδικασίας διάγνωσης είναι αρκετοί. Κατ' αρχάς, κύριος εξ αυτών είναι η ύπαρξη ή μη της διαταραχής, καθώς και η διαφορική διάγνωση από άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Επίσης, μέσω της διαδικασίας αυτής καθορίζονται οι ενδεδειγμένοι τρόποι παρέμβασης για να αντιμετωπιστούν οι συγκεκριμένες δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο ασθενής σε συναισθηματικό, κοινωνικό και γνωσιακό επίπεδο. Ακόμα, κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εντοπίζονται τα θετικά σημεία και οι αδυναμίες του παιδιού, στοιχεία που επίσης χρησιμοποιούνται κατά τον σχεδιασμό της θεραπείας (Barkley, 2006ε; Smith et al., 2007). Συνοπτικά, τα σημεία κλειδιά στη διαδικασία διάγνωσης είναι (Barkley, 2006ε):

- Εκτίμηση των προβλημάτων και δυσλειτουργιών
- Το ιστορικό αυτών των προβλημάτων
- Πραγματοποίηση διαφορικής διάγνωσης
- Καθορισμός των πεδίων προβλημάτων του παιδιού
- Πιθανή συννοσηρότητα
- Αξιολόγηση της αξιοπιστίας των πληροφοριών
- Εκτίμηση των δυνατών σημείων και των αδυναμιών του παιδιού και των γονέων του

Ακολούθως θα παρουσιάσουμε τις κυριότερες διαγνωστικές μεθόδους

Συνέντευξη με τους γονείς

Η συνέντευξη με τους γονείς (και συνήθως με την μητέρα) είναι μία από τις κυριότερες διαγνωστικές μεθόδους. Αν και ευλόγως υπάρχουν αμφιβολίες σχετικά με την αντικειμενικότητα και την αναξιοπιστία της μεθόδου, η συνέντευξη με τους γονείς παρέχει πλήθος πληροφοριών ειδικά όσον αφορά τη δράση του παιδιού στο σπίτι και στην κοινότητα. Αναφορικά με την αξιοπιστία της μεθόδου, έχει υποστηριχθεί ότι αυτή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο διεξαγωγής της, και από την σαφήνεια και την ακρίβεια της διατύπωσης των ερωτήσεων. Για την καλύτερη και πιο αξιόπιστη άντληση πληροφοριών, δε, προτείνεται η χρήση δομημένων συνεντεύξεων. Ανεξαρτήτως αυτών, πάντως, γεγονός παραμένει πως οι γονείς είναι αυτοί που περνούν τον περισσότερο χρόνο με τα παιδιά, βιώνουν τις διάφορες καταστάσεις και, επιπλέον, οι αντιλήψεις τους για αυτά επηρεάζουν, εντινίμετρο, τη συμπεριφορά του (Barkley, 2006e).

Το κύριο μέρος της συνέντευξης, λοιπόν, εστιάζει στις προβληματικές συμπεριφορές του παιδιού, στη συχνότητα και στην ηλικία έναρξής τους, καθώς και στις συνέπειες που αυτές έχουν, τόσο για το ίδιο όσο και για το περιβάλλον του. Επίσης, έμφαση δίνεται στον τρόπο που οι ίδιοι οι γονείς αντιμετωπίζουν το παιδί και τα μέσα που χρησιμοποιούν για να χειριστούν τις δυσκολίες που βιώνουν.

Η συγκεκριμένη διαγνωστική μέθοδος εξυπηρετεί πολλούς στόχους, καθώς:

- Συμβάλλει στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στους γονείς και τον ειδικό
- Αποτελεί μια σημαντική πηγή πληροφοριών
- Φανερώνει την ύπαρξη προβλημάτων στην οικογένεια, την πιθανή ύπαρξη κάποιας διαταραχής των γονιών και την επίδραση που έχουν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί στο οικογενειακό περιβάλλον
- Επιτρέπει στους γονείς να εστιάσουν στο άμεσο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίσουν, καθώς συχνά στέκονται ή στο παρελθόν (στο τι θα μπορούσαν οι ίδιοι να κάνουν διαφορετικά) ή στο μέλλον (στις μελλοντικές επιπτώσεις της διαταραχής)

- Λειτουργεί καθαρτικά, ψυχοθεραπευτικά, αφ' ης στιγμής οι γονείς μοιράζονται τους φόβους και τις ανησυχίες τους με κάποιον ειδικό (Barkley, 2006e).

Συνέντευξη με το παιδί

Ιδιαίτερα σημαντικό μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η συνέντευξη με το παιδί. Η δομή και η διάρκειά της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία του. Έτσι στα παιδιά προσχολικής ηλικίας η συνέντευξη έχει σύντομη διάρκεια με τον ειδικό να γνωρίζεται με το παιδί και να εξετάζει την εμφάνιση, τη συμπεριφορά και τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά του. Στα παιδιά σχολικής ηλικίας και τους εφήβους η συνέντευξη έχει μεγαλύτερη διάρκεια και σε αυτήν ο ειδικός επικεντρώνεται σε ζητήματα όπως οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί σε διαφορετικά πλαίσια (οικογένεια, σχολείο), η λειτουργικότητα της οικογένειάς του, ο βαθμός αποδοχής από τους συνομηλίκους του κλπ. Γενικά, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης σημαντικό ρόλο παίζει η ποιότητα των απαντήσεων του παιδιού, ο βαθμός στον οποίο ανταποκρίνεται στο διάλογο και επικοινωνεί με τον ειδικό. Ο τελευταίος δίνει ιδιαίτερο βάρος σε ζητήματα όπως η αντίληψη του παιδιού για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, το που τις αποδίδει, η ικανότητα ή μη συγκέντρωσής του και η θέση του απέναντι στο ενδεχόμενο παρακολούθησης ενός θεραπευτικού προγράμματος (Barkley, 2006e· Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000).

Ασφαλώς, όπως αναφέραμε και για τις συνεντεύξεις των γονιών, οι αντίστοιχες με τα ίδια τα παιδιά πρέπει να αντιμετωπίζονται επιφυλακτικά. Είναι γνωστό πως αρκετά εξ αυτών έχουν την τάση να ωραιοποιούν τις απαντήσεις τους, υποβαθμίζοντας τα προβλήματά τους και τη μη αποδοχή τους από τους συμμαθητές τους. Παράλληλα, εξίσου παραπλανητική μπορεί να είναι και η εικόνα που δίνουν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς σπανίως παρεκτρέπονται όσο αυτή πραγματοποιείται. Για τον λόγο αυτό, άλλωστε, και αυτό το διαγνωστικό μέσο χρησιμοποιείται συμπληρωματικά προς το σκοπό σκιαγράφησης της συνολικής εικόνας. Η ιδιαίτερη χρησιμότητά του έγκειται, βέβαια, στο ότι μπορεί να παρέχει πληροφορίες που μόνο το ίδιο το παιδί μπορεί να δώσει, καθώς αυτές αφορούν τον

εσωτερικό του κόσμο (τη διάθεσή του, τα άγχη και τις ανησυχίες του). Προκειμένου, δε, αυτές να είναι όσο το δυνατόν πιο αξιόπιστες, προτείνεται η χρήση συγκεκριμένων ερωτήσεων (Barkley, 2006e).

Συνέντευξη με τον δάσκαλο

Σημαντικό στοιχείο στη διαδικασία διάγνωσης είναι και η συνέντευξη με τον δάσκαλο. Αυτός, άλλωστε, μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες όσον αφορά τη συμπεριφορά του παιδιού στο σχολικό του περιβάλλον. Οι πληροφορίες αυτές ενδέχεται να αφορούν τις επιδόσεις του παιδιού στα μαθήματα, την εικόνα του κατά τη διάρκεια των μαθημάτων (αν είναι αφηρημένο, αν παρακολουθεί τα όσα λέει ο δάσκαλος, αν παίζει με τα μολύβια και τα βιβλία του) και τις σχέσεις με τους συμμαθητές του.

Εξίσου σημαντική είναι η μαρτυρία του δασκάλου για συγκεκριμένα περιστατικά προβληματικής συμπεριφοράς. Για αυτά εξετάζεται η συχνότητα εμφάνισής τους και το πλαίσιο εντός του οποίου εκδηλώνονται, ενώ ιδιαίτερη αξία έχει και η εκτίμησή του για το αίτιο της πιθανής χαμηλής σχολικής επίδοσης του παιδιού (αν οφείλεται δηλαδή σε ΔΕΠ-Υ ή σε άλλες αιτίες που έχουν να κάνουν με το οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον). Ασφαλώς και η συνέντευξης του δασκάλου παρουσιάζει ζητήματα αξιοπιστίας και πρέπει να λειτουργήσει συμπληρωματικά (Barkley, 2006e· Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000).

Ιατρική εξέταση

Η ιατρική εξέταση χρησιμοποιείται για συγκεκριμένους λόγους. Κατ' αρχάς για να αποκλειστεί κάποιο ιατρικό ροβόλημα που ενδεχομένως προκαλεί τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ή για να εντοπιστούν προβλήματα που συνυπάρχουν με την διαταραχή και χρήζουν φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Επίσης, η ιατρική εξέταση πραγματοποιείται για την περίπτωση που κριθεί απαραίτητη η χρήση διεγερτικών φαρμάκων στο παιδί, προκειμένου να αποκλειστεί η ύπαρξη προβλημάτων που θα προκληθούν από τη χορήγησή τους (Barkley, 2006e).

Κλινική παρατήρηση

Η κλινική παρατήρηση επίσης μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες. Η δυνατότητα του παιδιού για ποιοτικό διάλογο και οργανωμένο λόγο, η ικανότητά του για οπτική επαφή, η τάση του να μην ολοκληρώνει τις δραστηριότητες που του ανατίθενται και να μην μπορεί να μείνει συγκεντρωμένο είναι ορισμένα από τα ζητήματα που εξετάζει ο ειδικός κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, και ειδικά το αν εμφανίζει υπερβολικό άγχος, ανησυχία ή δυσθυμία (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000).

Κλίμακες αξιολόγησης

Κλίμακες αξιολόγησης υπάρχουν για γονείς και δασκάλους, αλλά και για τα ίδια τα παιδιά (κλίμακες αυτοαξιολόγησης). Η χρήση τους είναι διαδεδομένη, και τα οφέλη πολλαπλά, καθώς επιτρέπουν τη συλλογή μεγάλου όγκου πληροφοριών από ανθρώπους κοντά στο παιδί, επιτρέπουν τον εντοπισμό μορφών συμπεριφοράς που εκδηλώνονται σπάνια, έχουν μικρό κόστος, επιτρέπουν τη σύγκριση συμπεριφοράς του παιδιού με αντίστοιχες συμπεριφορές ομάδων με ανάλογα χαρακτηριστικά (φύλο-ηλικία), επικεντρώνονται σε διαστάσεις της παιδικής ψυχοπαθολογίας, επιτρέπουν την ποσοτική διαβάθμιση ποιοτικά διαφορετικών πλευρών της συμπεριφοράς του παιδιού και προσφέρουν σημαντικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000). Ασφαλώς, βέβαια, υπάρχουν και περιορισμοί που έχουν να κάνουν με τις προκαταλήψεις και την υποκειμενικότητα των ερωτώμενων – όπως και στις συνεντεύξεις.

Αναφορικά με τους γονείς και τους δασκάλους, αρχικά προτιμότερη είναι η χρήση κλιμάκων που σχετίζονται με ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της παιδικής ηλικίας, όπως η κλίμακα CBCL (Achenbach, 1991). Ακολούθως ενδείκνυται η συμπλήρωση κλιμάκων για ανίχνευση συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ, όπως η κλίμακα του DuPaul (1991). Όσον αφορά τα παιδιά ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι

ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης που σχετίζονται με τα εσωτερικευμένα συμπτώματα, όπως άγχος και κατάθλιψη. Η πιο γνωστή κλίμακα αυτοαξιολόγησης είναι του Achenbach και αποτελεί μια παραλλαγή της κλίμακας CBCL (στο Barkley, 2006e).

1.8. Αιτιολογία

Τα τελευταία χρόνια πολλές είναι οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί και αφορούν τα αίτια εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ. Αν και ακόμα οι επιστήμονες δεν μπορούν με απόλυτη βεβαιότητα να σημειώνουν τα ακριβή αίτια, εντούτοις τα υπάρχοντα στοιχεία τους οδηγούν στην εκτίμηση πως νευρολογικοί και γενετικοί είναι οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της διαταραχής. Τα παλαιότερα χρόνια ιδιαίτερη έμφαση δίνονταν και σε κοινωνικούς-περιβαλλοντικούς παράγοντες, ωστόσο, πλέον, θεωρείται πως αυτοί δεν αποτελούν αίτια της διαταραχής, αλλά παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις παρενέργειές της και στην ένταση των συμπτωμάτων (Barkley, 2006f Smithetal., 2006a).

Νευρολογικοί Παράγοντες

Οι ομοιότητες που παρουσίαζαν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (έλλειψη προσοχής, προβλήματα συμπεριφοράς) με αντίστοιχα που προκαλούνταν από τραυματισμό στην περιοχή των μετωπιαίων λοβών είχαν επισημανθεί καθ' όλη τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα. Η εστίαση της έρευνας στο πεδίο αυτό παρέχει πλήθος στοιχείων που συγκλίνουν στο ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με δομικές και λειτουργικές δυσλειτουργίες και βλάβες στην περιοχή των μετωπιαίων λοβών, των βασικών γαγγλίων, της παρεγκεφαλίδας και πιθανόν της πρόσθιας έλικας του προσαγωγίου.

Στο πεδίο των νευρολογικών ερευνών, μελέτες φανερώνουν χαμηλά επίπεδα διέγερσης σε άτομα με ΔΕΠ-Υ. Χρήση της μεθόδου SPECT (SinglePhotonEmissionTomography), φανέρωσε μειωμένη ροή αίματος στις προμετωπιαίες περιοχές (και ειδικά στην δεξιά μετωπιαία περιοχή) και σε διαδρόμους (pathways) που τις συνδέουν με το μεταιχμιακό σύστημα μέσω του ραβδωτού σώματος και της παρεγκεφαλίδας (cerebellum). Ο βαθμός αιματικής ροής στην δεξιά μετωπιαία περιοχή, άλλωστε, έχει συνδεθεί με τα συμπεριφορικά συμπτώματα της διαταραχής, ενώ ο αντίστοιχος στην παρεγκεφαλίδα με τα κινητικά ελαττώματα. Η

ροή του αίματος στις περιοχές αυτές αυξάνεται με τη χορήγηση μεθυλφενιδάτης, ενός φαρμάκου που, όπως θα δούμε παρακάτω, χρησιμοποιείται κατά κόρον για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ (στο Barkley, 2006f).

Παράλληλα, έρευνες που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) για να ελέγξουν τον εγκεφαλικό μεταβολισμό της γλυκόζης έδειξαν μειωμένη μεταβολική δραστηριότητα ειδικά στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, και ειδικά σε περιοχές των μετωπιαίων λοβών (στο Barkley, 2006f). Ταυτόχρονα, άλλη μελέτη (Ernst, Zametkin, Matochik, Pascualvaca, Jons, & Cohen, 1999) αποκάλυψε αφύσικη δραστηριότητα ντοπαμίνης στη δεξιά περιοχή (midbrainregion) των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Ακόμα, η χρήση MRI φανέρωσε διαφορές στη δομή περιοχών του εγκεφάλου. Συγκεκριμένα, παιδιά που είχαν την διαταραχή παρουσίαζαν μικρότερη πρόσθια μετωπική περιοχή, μικρότερο κερκοφόρο πυρήνα, και μικρότερη ωχρά σφαίρα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Αντιθέτως, το μέγεθος του πυρήνα του εγκεφάλου (putamen) δεν ήταν μικρότερο. Επίσης, προέκυψαν ενδείξεις για μειωμένη νευρομεταβολική δραστηριότητα στη δεξιά μετωπιαία περιοχή, με τον βαθμό αυτής της δραστηριότητας να συνδέεται με τα προβλήματα προσοχής. Αντιστοίχως, το μέγεθος των βασικών γαγγλίων και του δεξιού μετωπιαίου λοβού συνδέεται με προβλήματα αναστολής και προσοχής. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει και μικρότερο όγκο παρεγκεφαλίδας (cerebellarvolume), ειδικά στην κεντρική περιοχή που είναι γνωστή ως vermis στους ασθενείς με ΔΕΠ-Υ. Παράλληλα, μικρότερο μέγεθος έχει παρατηρηθεί και στον κερκοφόρο πυρήνα, με ορισμένες έρευνες να το παρατηρούν στην αριστερή πλευρά του και άλλες στη δεξιά (Barkley, 2006f Smithetal., 2006a.).

Σημαντικές πληροφορίες προέκυψαν και από μελέτες με τη χρήση fMRI. Σε αυτές τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσίασαν διαφορετικά μοτίβα ενεργοποίησης κατά τη διάρκεια καθηκόντων προσοχής και αναστολών (attentionand inhibition tasks), ειδικά στη δεξιά μετωπιαία περιοχή, στα βασικά γάγγλια και στην παρεγκεφαλίτιδα (στο Barkley, 2006f). Ακόμα, άλλη μελέτη (Durstun, Pol, Schnack, Buitelaar, Steenhuis, Minderaa, Kahn, & VanEndeland, 2004) κατέληξε στο συμπέρασμα πως το μειωμένο μέγεθος του εγκεφάλου (κατά 3-5%), και ειδικά της δεξιάς μετωπιαίας περιοχής, που παρατηρείται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ υπάρχει και στα αδέρφια τους, που δεν εμφανίζουν την διαταραχή. Ωστόσο, ο μειωμένος πυρήνας της

παρεγκεφαλίδας παρουσιαζόταν μόνο στα άτομα με ΔΕΠ-Υ (και όχι στα αδέρφια τους), γεγονός που ενδεχομένως συνδέει την περιοχή αυτή άμεσα με την παθοφυσιολογία της διαταραχής

Επιπλέον, πιθανολογείται και νευροδιαβιβαστική δυσλειτουργία ή ανισορροπία που ευθύνεται για την ΔΕΠ-Υ. Αν και αυτή δεν έχει αποδειχθεί απόλυτα στις σχετικές μελέτες, εντούτοις η δράση των αγωνιστών και των αναστολέων επαναπρόσληψης ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης στην αντιμετώπιση της διαταραχής οδηγεί προς την κατεύθυνση αυτή. Προς την ίδια κατεύθυνση, της σύνδεσης της ΔΕΠ-Υ με νευροδιαβιβαστικές δυσλειτουργίες οδηγούν και αποτελέσματα ερευνών σε πειραματόζωα (Barkley, 2006f).

Ταυτόχρονα, στο πεδίο των νευρολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της διαταραχής εντάσσονται και οι νευροψυχολογικές θεωρίες. Η κυρίαρχη εξ αυτών συνδέει τις συμπεριφορικές και γνωσιακές δυσλειτουργίες της ΔΕΠ-Υ με τις εκτελεστικές λειτουργίες (Executive Functions- EF). Αναλυτικότερα, οι εκτελεστικές λειτουργίες αποτελούν τις ανώτερες γνωσιακές λειτουργίες που καθορίζουν τη συμπεριφορά του ατόμου ειδικά στο κομμάτι της λήψης αποφάσεων. Αυτές περιλαμβάνουν ποικίλες δραστηριότητες (tasks) και συνδέονται με τέσσερα, τουλάχιστον, πεδία/παράγοντες (factors):

- Εκτελεστική αναστολή (response inhibition and execution)
- Μνήμη εργασίας και ανανέωση
- Γνωστική ευελιξία/εναλλαγή (set-shifting, task switching)
- Ανασταλτικού ελέγχου (control interference)

Επίσης, πεδία που σχετίζονται με τις εκτελεστικές λειτουργίες είναι ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η επαγρύπνηση (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, & Pennington, 2005).

Βάσει της συγκεκριμένης θεωρίας, λοιπόν, το έλλειμμα στον εκτελεστικό έλεγχο (executive control) ευθύνεται για την εμφάνιση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Το έλλειμμα αυτό προκαλείται από ανωμαλίες στη δομή και τη λειτουργία προμετωπιαίων περιοχών του μετωπιαίου λοβού και από νευροδιαβιβαστικές δυσλειτουργίες, που όπως είδαμε εμφανίζονται στα άτομα που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ (Johnson, Wiersma & Kuntsi, 2009). Έρευνες (έστω και λίγες) φανερώνουν πραγματικά πως όσοι πάσχουν από ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αδυναμία στο

πεδίο των εκτελεστικών λειτουργιών. Αξιοσημείωτο, δε, είναι το γεγονός πως και το υποείδος της διαταραχής συνδέεται με την αδυναμία αυτή. Έτσι, ο υπερδραστήριος-παρορμητικός τύπος δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη εκτελεστική δυσλειτουργία, σε αντίθεση με τον τύπο της ελλειμματικής προσοχής – αν και τα δεδομένα που έχουν στη διάθεσή τους οι ερευνητές είναι πολύ περιορισμένα για οριστικά συμπεράσματα (Willcuttetal., 2005). Ουσιαστικός εισηγητής της θεωρίας υπήρξε ο Barkley (1997), ο οποίος επεσήμανε πως η συμπεριφορική αναστολή (behavioralinhibition) αποτελούσε το κυρίαρχο έλλειμμα (deficit) [ο ελλειμματικός ανασταλτικός έλεγχος] που οδηγούσε σε προβλήματα στην μνήμη εργασίας, στην αυτορρύθμιση συναισθηματος-κινήτρων-διέγερσης, στην εσωτερίκευση του λόγου και στην ανάλυση/ανακατασκευή-σύνθεση της συμπεριφοράς.

Παράλληλα, στο πεδίο των νευροψυχολογικώνθεωριών υπάρχουν και άλλες (που όμως δεν έχουν αναπτυχθεί όσο αυτή των εκτελεστικών δυσλειτουργιών). Έτσι, μία ακόμα θεωρία είναι το γνωσιακό-ενεργητικό μοντέλο, που αναλύει τις συμπεριφορές που εμφανίζονται στη ΔΕΠ-Υ ως αποτέλεσμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των ενεργητικών (bottom-up) συστημάτων που περιλαμβάνουν την διέγερση, την ενεργοποίηση και την προσπάθεια (arousal, activationandeffort) και των γνωσιακών (top-down) συστημάτων εκτελεστικού ελέγχου που περιορίζουν την έκφραση των ενεργητικών drivestates (Mahone&Denckla, 2017).

Τέλος, μια ακόμα θεωρία είναι της αποστροφής αναμονής (delayaversiontheory). Βάσει μελέτης (Sonuga-Barke, Taylor, Sembi, &Smith, 1992) υποστηρίζεται πως τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ επιλέγουν την μικρή και άμεση ανταμοιβή εις βάρος μιας μεγαλύτερης αλλά μακροπρόθεσμης. Βέβαια, το πράττουν μόνο όταν η επιλογή αυτή οδηγεί σε μικρότερη συνολικά καθυστέρηση (shorteroveralldelay) – στην περίπτωση που η συνολική καθυστέρηση (overalldelay) ήταν ίδια, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επέλεξαν, όπως και αυτά της ομάδας ελέγχου, την μεγαλύτερη ανταμοιβή. Το συμπέρασμα που προκύπτει, επομένως, είναι πως τα παιδιά που πάσχουν από την διαταραχή δεν είναι ανίκανα να περιμένουν, απλώς δεν θέλουν να περιμένουν. Έτσι, τα συμπτώματά τους δεν πηγάζουν τόσο από κάποια γνωσιακή δυσλειτουργία, αλλά από το πεδίο των ανταμοιβών και των κινήτρων.

Πρόσφατα η θεωρία αυτή έχει ενσωματωθεί σε μια ευρύτερη, το μοντέλο της διπλής οδού (dual pathway model). Σύμφωνα με αυτή υπάρχουν δύο υποτύποι. Ο πρώτος χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στην αναστολή (inhibitory deficits) και συνδέεται με το μεσοφλοιικό ντοπαμινικό πεδίο/κλαδί (mesocortical dopamine branch). Ο δεύτερος αντιθέτως χαρακτηρίζεται από αποστροφή στην αναμονή, συνδέεται με το μεσομεταιχμιακό/μεσολιμπικόντοπαμινικό πεδίο/κλαδί (mesolimbic dopamine branch) και με διαταραχές στα κέντρα ανταμοιβής (Johnson et al., 2009). Τα τελευταία, δε, χρόνια, στη θεωρία αυτή έχει προστεθεί και μια «τρίτη οδός» (μοντέλο τριπλής οδού) που περιλαμβάνει και την χρονική ελλειμματική επεξεργασία/αντίληψη (temporal processing deficits) και σχετίζεται με δυσκολίες στην αντίληψη του χρόνου (π.χ. για πόσο χρονικό διάστημα ασχολείται το παιδί με κάποια δραστηριότητα) (Sonuga-Barke, Bitsakou, & Thomson, 2010).

Γενετικοί Παράγοντες

Παράλληλα με τους νευρολογικούς και γενετικούς παράγοντες φαίνεται πως διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της διαταραχής, καθώς πολλά είναι τα στοιχεία που συντείνουν προς την κατεύθυνση αυτή. Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από μελέτες οικογένειας, μελέτες υιοθεσίας, μελέτες διδύμων και μελέτες μοριακής γενετικής.

Κατ' αρχάς, όσον αφορά τις πρώτες, αυτές δείχνουν πως ένα ποσοστό 10-35% συγγενών πρώτου βαθμού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να εμφανίσουν τη διαταραχή. Το ποσοστό αυτό για τα αδέρφια των παιδιών αυτών αγγίζει το 32% (στο Barkley, 2006f). Επίσης εντυπωσιακό είναι το αποτέλεσμα έρευνας που φανέρωσε πως εάν ένας γονιός πάσχει από ΔΕΠ-Υ, το ποσοστό να την εμφανίσει και το παιδί του είναι 57% (Biederman, Faraone, Mick, Spencer, Wilens, Kiley, Guite, Ablon, Reed, & Warburton, 1995).

Προς την ίδια κατεύθυνση οδηγούν και οι μελέτες υιοθεσίας. Συγκεκριμένα, αυτές υποδεικνύουν ότι μόλις 6% των συγγενών των υιοθετημένων παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν τη διαταραχή. Αντιθέτως, το αντίστοιχο ποσοστό των συγγενών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που δεν είχαν υιοθετηθεί έφτανε το 18%. Επιπλέον, παλαιότερες

μελέτες είχαν φανερώσει αυξημένα ποσοστά υπερδραστηριότητας για τους βιολογικούς γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, συγκριτικά με θετούς γονείς (στο Barkley, 2006f).

Μελέτες διδύμων επίσης έχουν αναδείξει τη γενετική βάση της διαταραχής. Ο βαθμός κληρονομικότητας της διαταραχής βάσει αυτών των μελετών κυμαίνεται από .75 έως .97 – σχεδόν ο ίδιος βαθμός ισχύει και για το ύψος του ανθρώπου (.80-.91) (Smithetal., 2007). Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα των μελετών, ο Stevenson (1994) διαπίστωσε ότι ο μέσος όρος κληρονομικότητας για τα συμπτώματα της διαταραχής είναι .80.

Κλείνοντας την αναφορά στους γενετικούς παράγοντες, αξίζει να σταθούμε και στο πεδίο της μοριακής γενετικής. Έρευνες στο πεδίο αυτό υποδεικνύουν πως περισσότερα του ενός είναι τα γονίδια που συνδέονται με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Δεδομένου, δε, του ρόλου των αγωνιστών και των αναστολέων επαναπρόσληψης της ντοπαμίνης στην διαταραχή (όπως θα δούμε και παρακάτω), η προσοχή των επιστημόνων έχει επικεντρωθεί στα γονίδια που ρυθμίζουν την παραγωγή της ντοπαμίνης. Τα γονίδια αυτά είναι DRD2, DRD4, DRD5, DAT1, και ο μακρύς πολυμορφισμός του γονιδίου DBH (TaqI) (Barkley, 2006f).

Εγκυμοσύνη και επιπλοκές στη γέννηση

Τα ευρήματα των σχετικών μελετών συνδέουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ με την εγκυμοσύνη και με επιπλοκές στη γέννηση. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης φαίνεται πως σχετίζονται με συμπτώματα διάσπασης προσοχής, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας από το παιδί (Mick, Biederman, Faraone, Sayer, & Kleinman, 2002). Ειδικά όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, έχει βρεθεί πως το 7% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είχε εκτεθεί σε μικρές ποσότητες αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το 10.5% σε μεγάλες (στο Μπιτσάκου, 2012).

Ένας επιπρόσθετος περιγεννητικός παράγοντας που φαίνεται πως συντελεί στην εμφάνιση της διαταραχής είναι το χαμηλό βάρος γέννησης. Σε σχετική μελέτη (Mick, Biederman, Prince, Fischer, & Faraone, 2002) διαπιστώθηκε πως το χαμηλό βάρος γέννησης είναι τρεις φορές πιο συχνό στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από ό,τι στα

παιδιά ελέγχου, με το 14% σχεδόν των παιδιών με ΔΕΠΥ να γεννιέται με χαμηλό βάρος.

Παράλληλα, το άγχος της μητέρας, η μητρική κατάθλιψη, επιπλοκές στη γέννηση αλλά και η πρόωρη γέννηση φαίνεται επίσης να συνδέονται με την διαταραχή, αν και η σύνδεση αυτή δεν προκύπτει πως είναι άμεση (Barkley, 2006f).

Άλλοι παράγοντες

Τέλος, υπάρχουν και ορισμένοι ακόμα παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την εκδήλωση συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, χωρίς όμως τα έως τώρα υπάρχοντα στοιχεία να τεκμηριώνουν επαρκώς τη σύνδεση αυτή. Ενδεικτικά, πάντως, μπορούμε να επισημάνουμε πως οι παράγοντες αυτοί είναι η έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες, και ιδίως στο μόλυβδο, η μόλυνση από τον στρεπτόκοκκο, παρενέργειες από φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της επιληψίας, η κακή ποιότητα της σχέσης των παιδιών με τους γονείς τους και η πολύωρη παρακολούθηση τηλεόρασης από αυτά (Barkley, 2006f).

1.9. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η αυξημένη ενασχόληση με τη ΔΕΠ-Υ έχει, συνακόλουθα, οδηγήσει και στην εστίαση στον τρόπο αντιμετώπισής της. Αν και δεν έχει επιτευχθεί ο στόχος της πλήρους αποκατάστασης, εντούτοις διαφορετικές θεραπευτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται στη μάχη ενάντια στη διαταραχή. Εν συνεχεία θα παραθέσουμε τις κυριότερες εξ αυτών, σημειώνοντας πως ο συνδυασμός τους κρίνεται ως ο αποτελεσματικότερος τρόπος στην αντιμετώπιση της διαταραχής (Smithetal., 2007).

Φαρμακοθεραπεία

Η φαρμακοθεραπεία θεωρείται ως ο βασικός τρόπος αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ. Περιλαμβάνει την χρήση τριών ψυχοτρόπων φαρμάκων: των διεγερτικών, των

αντικαταθλιπτικών και των αντιυπερτασικών. Εξ αυτών τα πρώτα είναι αυτά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά. Ειδικότερα, από το 1987 έως το 1996 η χρήση τους σε νέους κάτω των 17 ετών έχει πολλαπλασιαστεί από 3 έως 7 φορές (Connor, 2006a; Smithetal., 2006a).

Τα συχνότερα συνταγογραφούμενα διεγερτικά είναι η μεθυλφενιδάτη, η δεξτροαμεταμίνη και ένας συνδυασμός αλάτων αμφιταμίνης, με την ονομασία Aderall. Επίσης στην κατηγορία αυτή ανήκουν η πεμολίνη και η ατομοξετίνη (που είναι ένας ιδιαίτερα εκλεκτικός αναστολέας της επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης) Κυκλοφορούν διεγερτικά ταχείας και βραδείας αποδέσμευσης, και ανάλογα με τη διάρκεια δράσης τους χορηγούνται άπαξ ή 2 με 3 φορές ημερησίως. Τα διεγερτικά μεθυλφενιδάτης είναι τα πιο διαδεδομένα (Connor, 2006a; Συρίγου-Παπαβασιλείου, 2012; Smithetal., 2006a).

Τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν τα διεγερτικά είναι πολλά. Αρχικά, είναι ιδιαίτερος αποτελεσματικά, καθώς βάσει μελετών ένα ποσοστό από 73% έως 77% των παιδιών που τα χρησιμοποίησαν παρουσίασαν ύφεση των συμπτωμάτων τους (Connor, 2006a). Επιπλέον, η βελτίωση αυτή αντικατοπτριζόταν σε διαφορετικά πεδία. Ειδικότερα, σε αυτό της συμπεριφοράς, σημειώνεται μείωση της έλλειψης προσοχής, της υπερδραστηριότητας, της επιθετικότητας, της μη συμμόρφωσης στις εντολές γονιών και δασκάλων, και της θορυβώδους και διασπαστικής συμπεριφοράς. Παράλληλα, βελτίωση παρατηρείται και στις σχολικές επιδόσεις των παιδιών, που σχετίζεται με αυξημένη προσοχή και προσήλωση στα καθήκοντα που ανατίθενται σε αυτά, χωρίς όμως να τεκμηριώνεται βελτίωση στη συνολική απόδοσή τους μακροπρόθεσμα. Ακόμα, ένα τελευταίο πεδίο που εντοπίζεται βελτίωση είναι αυτό των διαπροσωπικών, κοινωνικών σχέσεων. Οι ασθενείς με ΔΕΠ-Υ, και ιδίως τα νεαρά παιδιά, έχει παρατηρηθεί πως έχουν λιγότερο εχθρικές και αρνητικές αντιδράσεις, συμμορφώνονται περισσότερο στις υποδείξεις γονιών και δασκάλων και είναι πιο ανοιχτά στην επαφή με τους συνομηλίκους. Όλα αυτά οδηγούν στην καλύτερευση της ποιότητας των σχέσεων τους με τους γονείς, τους δασκάλους και τους συμμαθητές τους (Connor, 2006a; Smithetal., 2006a).

Δυστυχώς, παρά τη διαδεδομένη χρήση των διεγερτικών και το πλήθος των μελετών πάνω σε αυτή, οι ειδικοί δεν μπορούν εκ των προτέρων να γνωρίζουν το είδος του φαρμάκου και τη δοσολογία που πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε κάθε ασθενή.

Κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή, καθώς ορισμένοι ασθενείς σημειώνουν βελτίωση με ένα διεγερτικό και ορισμένοι με κάποιο άλλο. Κάτι αντίστοιχο ισχύει και με την δοσολογία, αφού οι περισσότεροι ασθενείς καλυτερεύουν με μικρή ή μεσαία δοσολογία, ορισμένοι όμως βλέπουν αποτέλεσμα με μεγάλη. Ομοίως, βελτίωση παρατηρείται και σε διαφορετικά πεδία, με άλλους ασθενείς ωφελούνται σε ακαδημαϊκό επίπεδο και άλλους σε αυτό της συμπεριφοράς. Τέλος, αξ σημειώσουμε πως ένα ποσοστό 10-30% δεν ανταποκρίνεται στην φαρμακευτική αγωγή – ορισμένοι δε εξ αυτών εμφανίζουν επιδείνωση των συμπτωμάτων (Connor, 2006a; Smithetal., 2006a).

Όπως ισχύει σε όλες τις αντίστοιχες περιπτώσεις, τα διεγερτικά παρουσιάζουν ορισμένες παρενέργειες, οι οποίες πάντως είναι, σε γενικές γραμμές, ήπιες και εύκολα διαχειρίσιμες (με αλλαγή της δοσολογίας ή του χρόνου πρόσληψης του φαρμάκου). Οι βασικότερες και συχνότερες εξ αυτών των παρενεργειών είναι η μείωση της όρεξης (ειδικά όσον αφορά το βραδινό γεύμα), η αύπνια, το άγχος και η τάση για κλάμα. Δεδομένου πάντως ότι αντίστοιχες παρενέργειες εμφανίστηκαν και κατά τη χορήγηση placebo, ίσως τα χαρακτηριστικά αυτά να συνδέονται με την ίδια τη διαταραχή (Connor, 2006). Επίσης, ένα μικρό ποσοστό των παιδιών παραπονέθηκε για πονοκεφάλους και πόνους στο στομάχι, ενώ σπανιότερες παρενέργειες περιλαμβάνουν φωνητικά και ακουστικά τικ, ψύχωση, ζαλάδα και αναστολή ανάπτυξης (Connor, 2006a; Smithetal., 2006a).

Ένα θέμα που έχει απασχολήσει τους επιστήμονες είναι αυτό της σύνδεσης των διεγερτικών από τα παιδιά με την χρήση ουσιών από αυτά αργότερα στη ζωή τους. Αν και όταν απορροφώνται γρήγορα (π.χ. από τη μύτη) ή σε μεγάλες δόσεις τα διεγερτικά μπορούν να προκαλέσουν ευφορία ή ζητήματα υγείας όπως η κοκαΐνη, εντούτοις αυτή η χρήση δεν είναι συνηθισμένη, και πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχουν καταρρίψει τη σύνδεση αυτή (Smithetal., 2006a).

Τέλος, παρά την αποτελεσματικότητα και τη διάδοσή τους, η χρήση των διεγερτικών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Για τον λόγο αυτό ο ειδικός, προτού τα χορηγήσει, οφείλει να εξετάζει ζητήματα όπως (Smithetal., 2006a):

- Η ηλικία του παιδιού
- Η διάρκεια και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων

- Ο κίνδυνος τραυματισμού του παιδιού (λόγω ατυχήματος ή κακομεταχείρισης) εξαιτίας της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του που δεν αντιμετωπίζονται
- Η επιτυχία προηγούμενων παρεμβάσεων
- Η απουσία ατυπικών επιπέδων άγχους
- Η απουσία ιστορικού κατάχρησης διεγερτικών ουσιών τόσο από το παιδί όσο και από τους γονείς του
- Η ικανότητα των γονέων να χορηγούν με υπευθυνότητα το φάρμακο, ακολουθώντας τις οδηγίες του γιατρού
- Ο τόπος και τρόπος ζωής του παιδιού

Όσον αφορά τα αντικαταθλιπτικά, αυτά χρησιμοποιούνται κατά βάση όταν η χρήση διεγερτικών αποδεικνύεται αναποτελεσματική. Κυρίως χορηγούνται τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ιμιπραμίνη, νοτριπτυλίνη, δεσιπραμίνη) και η βουπροπιόνη. Εικάζεται ότι η χρησιμότητά τους οφείλεται στο ότι επιτρέπουν την επαναπρόσληψηκατεχολαμινών (νορεπινεφρίνη και ντοπαμίνη). Τα πλεονεκτήματα των συγκεκριμένων φαρμάκων, ειδικά των τρικυκλικών, είναι πως έχουν μεγαλύτερη διάρκεια δράσης και επιδρούν θετικά στη διάθεση των ασθενών, και στα ζητήματα άγχους, ύπνου και τικ που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν. Παράλληλα, μειώνεται η επιθετική συμπεριφορά (Smithetal., 2006a` Spencer, 2006).

Στις παρενέργειες αυτών των φαρμάκων συγκαταλέγονται η ξηροστομία, η ανορεξία, η υπνηλία και η δυσκοιλιότητα. Το πιο σημαντικό όμως είναι πως έχουν συνδεθεί με αιφνίδιους θανάτους που οφείλονται σε καρδιακά προβλήματα. Η δράση και η αποτελεσματικότητά τους, πάντως δεν έχει μελετηθεί όσο των διεγερτικών. Η δράση των διεγερτικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων εξετάστηκε συγκριτικά σε 13 μελέτες. 5 εξ αυτών φανέρωσαν πως τα διεγερτικά έφεραν καλύτερα αποτελέσματα, άλλες 5 πως η χορήγηση των φαρμάκων είχε παρόμοια αποτελέσματα και 3 πως τα αντικαταθλιπτικά αποδείχθηκαν πιο αποτελεσματικά. (Spencer, 2006).

Τέλος, τα υπερτασικά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά ή συμπληρωματικά με τα διεγερτικά στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Κυρίαρχη στην κατηγορία αυτή είναι η κλονιδίνη, η οποία βάσει μελετών επιφέρει βελτίωση σε συμπεριφορικά συμπτώματα όπως επιθετικότητα, υπερδραστηριότητα, παρορμητικότητα και διαταραχές ύπνου, αλλά και σε φωνητικά και κινητικά τικ. Αντιθέτως, μικρότερα οφέλη έχουν

παρατηρηθεί στα πεδία της έλλειψης προσοχής και των γνωσιακών δυσλειτουργιών. Συνολικά, πάντως, η κλονιδίνη δεν είναι το ίδιο αποτελεσματική με τα διεγερτικά. Όσον αφορά τις παρενέργειες, αυτές περιλαμβάνουν υπνηλία (που σε ποσοστό αγγίζει το 50% και για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται και σε ασθενείς που έχουν προβλήματα ύπνου) ζαλάδα, καθώς και καρδιακές αρρυθμίες και ταχυκαρδία (Smithetal., 2006a· Connor, 2006b).

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

Όπως σημειώθηκε παραπάνω, υπάρχει ένα ποσοστό ασθενών που δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική θεραπεία. Παράλληλα, ορισμένοι εξ αυτών που ανταποκρίνονται σε αυτή αδυνατούν να τη συνεχίσουν λόγω των παρενεργειών, ενώ αρκετοί δεν επιθυμούν την συνεχή χορήγηση χαπιών. Έτσι, πέραν της φαρμακοθεραπείας, αναπτύχθηκαν και εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης της διαταραχής, που συχνά λειτουργούν και συμπληρωματικά. Αυτοί εστιάζουν στην παρέμβαση στο πεδίο της συμπεριφοράς, στο οποίο άλλωστε παρατηρούνται δυσλειτουργίες στην αυτορρύθμιση (Anastopoulos, Rhoads&Farley, 2006).

Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται η εκπαίδευση των γονέων. Σε αυτήν περιλαμβάνονται διαφορετικά προγράμματα, που ως στόχο όμως έχουν την επιμόρφωσή τους, ώστε να τροποποιηθεί συμπεριφορά των παιδιών. Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός οι γονείς διδάσκονται και χρησιμοποιούν διάφορες τεχνικές, οι οποίες βασίζονται στην έννοια της διαφορικής ενίσχυσης: θετικές, ως ανταμοιβή, για εκδήλωση θετικής συμπεριφοράς του παιδιού και αρνητικές, ως τιμωρία, για εκδήλωση αρνητικής συμπεριφοράς του παιδιού. Οι πρώτες έχουν τη μορφή λεκτικών επαίνων και προνομίων, οι δεύτερες την απουσία θετικών σχολίων ή την απώλεια προνομίων (Anastopoulos, Rhoads&Farley, 2006· Smithetal., 2006a).

Παρ' ότι τα δεδομένα που υπάρχουν στη διάθεση της επιστημονικής κοινότητας δεν είναι ακόμα αρκετά, οι πρώτες ενδείξεις φανερώνουν πως τα προγράμματα αυτά επιφέρουν βελτίωση στο πεδίο της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Παράλληλα βελτίωση παρατηρείται και στο επίπεδο της ποιότητας των ενδοοικογενειακών σχέσεων, ενώ μειωμένα είναι τα ποσοστά άγχους των γονέων (Anastopoulos, Rhoads&Farley, 2006· Smithetal., 2006a).

Αντίστοιχα προγράμματα πραγματοποιούνται και στα σχολεία, με τον δάσκαλο (και όχι πλέον τον γονέα) να είναι αυτός που εκπαιδεύεται προκειμένου να βελτιώσει τη συμπεριφορά του παιδιού. Το γεγονός αυτό είναι απολύτως λογικό, αν αναλογιστούμε την συμπεριφορά που εκδηλώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο σχολικό περιβάλλον. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι οι προαναφερθείσες (επιβράβευσης και τιμωρίας), και τα αποτελέσματα τέτοιων προγραμμάτων είναι ενθαρρυντικά, τουλάχιστον όσον αφορά την βραχυπρόθεσμη βελτίωση στο επίπεδο της συμπεριφοράς (Smithetal., 2006 ` Smithetal., 2007).

Ένας ακόμα τρόπος αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση, η οποία κατ' ουσία είναι μια επέκταση των κλασικών μεθόδων παρέμβασης της συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο της, τα παιδιά λαμβάνουν οδηγίες και χρησιμοποιούν στρατηγικές για να ολοκληρώσουν τα καθήκοντα που τους ανατίθενται. Βασικός στόχος της γνωσιακής-συμπεριφορικής παρέμβασης είναι τα παιδιά να μάθουν να ελέγχουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, προκειμένου με τον τρόπο αυτό να μεταβάλλουν τη συμπεριφορά τους (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000 ` Smithetal., 2006). Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης παρέμβασης, πάντως, δεν είναι ιδιαίτερος ικανοποιητικά (Smithetal., 2006a).

Τέλος, και η ατομική ψυχοθεραπεία έχει προταθεί ως τρόπος αντιμετώπισης της διαταραχής. Με δεδομένο όμως ότι αυτή δεν θεωρείται συναισθηματική διαταραχή, δεν είναι ιδιαίτερα πιθανό τα πρωτογενή συμπτώματά της να αντιμετωπιστούν επιτυχώς μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου – κάτι που επιβεβαιώνουν και τα έως τώρα στοιχεία. Ενδεχομένως, βέβαια, η ψυχοθεραπεία να δρα στην αντιμετώπιση δευτερογενών συμπτωμάτων, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2000).

Κλείνοντας την ενότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, ας σημειώσουμε εκ νέου πως ο συνδυασμός των διαφόρων μεθόδων (φαρμακοθεραπεία, εκπαίδευση γονέων και δασκάλων, ψυχοθεραπεία), αποτελεί, όπως επισημαίνουν οι ειδικοί, τον πλέον ενδεδειγμένο τρόπο αντιμετώπισης της διαταραχής στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Με τον τρόπο αυτό παρατηρείται ουσιαστική βελτίωση στο επίπεδο των συμπτωμάτων όχι μόνο της ΔΕΠ-Υ αλλά και των διαταραχών που συνυπάρχουν με αυτή. Παράλληλα, ο συνδυασμός των μεθόδων οδηγεί σε μείωση της χρήσης ή της δόσης των φαρμάκων, ενώ η χρήση των μη

φαρμακευτικών μεθόδων είναι ιδιαίτερα ευεργετική στις περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν μπορούν να λάβουν φάρμακα ή η δράση τους φθίνει (Smith, Barkley&Shapiro, 2006b).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

2.1. Ιστορική Αναδρομή

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας έφερε επαναστατικές αλλαγές στην ζωή του ανθρώπου, με την εμφάνιση του διαδικτύου να κυριαρχεί στο πεδίο αυτό. Τα οφέλη από την ανάπτυξη αυτή είναι, ασφαλώς, μεγάλα. Αναντίρρητα, όμως, τα απότοκά της δεν είναι μόνο θετικά. Ανάμεσα στις αρνητικές συνέπειες της τεχνολογικής επανάστασης συγκαταλέγεται και ο εθισμός των ανθρώπων στο διαδίκτυο.

Ο εθισμός στο διαδίκτυο είναι ένας συμπεριφορικός εθισμός που αφορά την εκτεταμένη χρήση διαδικτυακών εφαρμογών από τον άνθρωπο και έχει αρνητικές συνέπειες στην ζωή του. Ο εθισμός μπορεί να καλύπτει διάφορα πεδία και ταξινομείται σε πέντε ειδικούς υποτύπους (Young, 2009):

- Εθισμός στο διαδικτυακό σεξ
- Εθισμός στις διαδικτυακές σχέσεις
- Εθισμός στο τζόγο ή στις αγορές
- Υπερβολική αναζήτηση πληροφοριών
- Εθισμός στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, με υπερβολική ενασχόληση στα παιχνίδια

Η επιστημονική έρευνα πάνω στο πεδίο αυτό έχει ξεκινήσει, όπως είναι λογικό, πρόσφατα. Ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «εθισμός στο διαδίκτυο» υπήρξε ο ψυχίατρος I. Goldberg (1996). Την ίδια περίπου περίοδο διεξάγεται και η πρώτη σχετική έρευνα πάνω στο θέμα (Young, 1996). Ο εθισμός στο διαδίκτυο, πάντως, δεν είναι μια αναγνωρισμένη επίσημα διαταραχή. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA, 2013) πρότεινε την εισαγωγή της Διαταραχής Παιχνιδιών στο Διαδίκτυο (InternetGamingDisorder) στο DSM (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών των Ψυχικών Διαταραχών)-5, ως κατάσταση που απαιτεί περαιτέρω εμπειρική και κλινική έρευνα. Σημείωσε μάλιστα και 9 κριτήρια για την διάγνωση της διαταραχής, τα οποία είναι (APA, 2013):

- Ενασχόληση

- Συμπτώματα στέρησης, άγχος, θλίψη, ευερεθιστότητα
- Ανάπτυξη ανοχής
- Αποτυχημένες προσπάθειες ελέγχου (μείωση, διακοπή) της δραστηριότητας
- Απώλεια ενδιαφέροντος για άλλες δραστηριότητες
- Συνέχιση υπερβολικής χρήσης παρά την ύπαρξη διαφόρων προβλημάτων (έλλειψη ύπνου, απώλεια χρημάτων κ.λπ.) που προκαλούνται από αυτή
- Εξαπάτηση του στενού οικογενειακού/φιλικού περιβάλλοντος αναφορικά με το χρόνο που σπαταλούν στο παιχνίδι
- Χρησιμοποίηση της δραστηριότητας προκειμένου να υπάρξει ανακούφιση ή απόδραση από προβλήματα και αρνητικά συναισθήματα
- Διακινδύνευση ή απώλεια μιας σημαντικής σχέσης/ δουλειάς/επαγγελματικής ευκαιρίας εξαιτίας της δραστηριότητας

Για να υπάρξει η διάγνωση πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον πέντε από τα εννιά συμπτώματα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δώδεκα μηνών, καθώς και να υπάρχει στα άτομα κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση επαγγελματικής, κοινωνικής ή άλλων σημαντικών περιοχών λειτουργικότητας (APA, 2013).

Η αναφορά αυτή πάντως στο D.S.M.-5 προκάλεσε σύγχυση, ασάφεια, και αντιδράσεις στην επιστημονική κοινότητα καθώς ο εθισμός στα ηλεκτρονικά παιχνίδια αποτελεί ουσιαστικά μια υποκατηγορία μιας ευρύτερης διαταραχής εθισμού στο διαδίκτυο (Kuss&Griffiths, 2015). Γενικά, πάντως, οι ερευνητές συνδέουν τον τελευταίο με εθιστικά σύνδρομα παρόμοια των διαταραχών ελέγχου παρόρμησης της κλίμακας άξονα I (Axis I Scale) του D.S.M. (APA, 1994).

Αντιστοίχως, και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WorldHealthOrganization - WHO) στο προσχέδιο (draft) της ενδέκατης αναθεώρησης της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (InternationalClassificationofDiseases – ICD-11), που θα παρουσιαστεί προς έγκριση τον Μάιο του 2019, περιλαμβάνει τη διαταραχή Παιχνιδιών στο Διαδίκτυο (WHO, 2016). Ως συμπτώματα της διαταραχής ορίζονται: α) αδυναμία ελέγχου όσον αφορά τα διαδικτυακά παιχνίδια β) η αυξανόμενη προτεραιότητα που δίνεται σε αυτά συγκριτικά με άλλα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, και γ) η συνέχιση της δραστηριότητας παρά την εμφάνιση αρνητικών συνεπειών. Επισημαίνεται, ακόμα, πως η διαταραχή προκαλεί έκπτωση

λειτουργικότητας σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό, ακαδημαϊκό επίπεδο, ενώ, τέλος, σημειώνεται πως συνήθως τα συμπτώματα εμφανίζονται για τουλάχιστον δώδεκα μήνες πριν τη διάγνωση, χρονικό διάστημα, ωστόσο, που μπορεί να μειωθεί εάν πληρούνται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια και τα συμπτώματα είναι έντονα.

Αξιοσημείωτο είναι και το ότι αρκετές είναι οι ονομασίες που έχουν προταθεί και χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τη διαταραχή. Έτσι, εκτός από τον εθισμό στο διαδίκτυο (InternetAddiction, IA) όροι που χρησιμοποιούνται είναι:

- Παθολογική χρήση διαδικτύου (Pathological Internet Use, PIU)
- προβληματική χρήση διαδικτύου (Problematic Internet Use)
- εκτεταμένη χρήση διαδικτύου (Excessive Internet Use, EIU)
- παθολογική χρήση διαδικτύου (Compulsive Internet Use, CIU)
- εξάρτηση από το ίντερνετ (Internet Dependence, ID)

Συνολικά, το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για το θέμα είναι έντονο, με πολλές έρευνες να διερευνούν ποικίλα ζητήματα που συνδέονται με τον διαδικτυακό εθισμό, όπως τα συμπτώματα, η διάγνωση, η αιτιολογία, και οι τρόποι αντιμετώπισής του.

2.2. Συμπτώματα και διαγνωστικά κριτήρια

Δεδομένου ότι ο εθισμός στο διαδίκτυο δεν είναι μια επίσημως αναγνωρισμένη διαταραχή, δεν υπάρχει και το αντίστοιχο, «επίσημο» ή έστω ευρέως αναγνωρισμένο, διαγνωστικό κριτήριο. Παρ' όλα αυτά, αρκετοί είναι οι ειδικοί που έχουν προτείνει τις δικές τους λίστες διαγνωστικών κριτηρίων. Εν συνεχεία θα παραθέσουμε τις κυριότερες εξ αυτών.

Η πρωτοπόρος στον τομέα του εθισμού στο διαδίκτυο Kimberly Young, διαπιστώνοντας την ομοιότητά του με τον παθολογικό τζόγο, στη βάση ότι αποτελούν εθισμό χωρίς τη χρήση ουσιών, επέλεξε, εκ των 10 διαγνωστικών κριτηρίων που παρείχε το D.S.M. για την αναγνωρισμένη αυτή διαταραχή τα 7. Ακολούθως

προσέθεσε ένα ακόμα, προσάρμοσε τα προϋπάρχοντα επτά και έτσι διαμόρφωσε την δική της λίστα οχτώ διαγνωστικών κριτηρίων, η οποία περιλαμβάνει τα εξής (Young, 1998):

- Προσήλωση/εμμονή με το διαδίκτυο
- Ανάγκη για όλο και μεγαλύτερη χρήση του διαδικτύου, προκειμένου να αντληθεί ευχαρίστηση
- Σύνδεση με το διαδίκτυο για περισσότερο χρόνο από ό,τι αρχικά υπολογιζόταν
- Αποτυχία προσπάθειας ελέγχου, μείωσης ή διακοπής της χρήσης του διαδικτύου
- Αλλαγή διάθεσης (ευερεθιστότητα, θλίψη, κακοκεφιά) στις προσπάθειες μείωσης ή διακοπής χρήσης του διαδικτύου
- Το άτομο ψεύδεται αναφορικά με τη χρήση του διαδικτύου
- Το άτομο θέτει σε κίνδυνο σημαντικές σχέσεις, μαθήματα ή επαγγελματικές υποχρεώσεις εξαιτίας του διαδικτύου
- Χρησιμοποιεί το διαδίκτυο ως μέσο διαφυγής προβλημάτων ή ανακούφισης από δυσφορικά συναισθήματα

Για να προκύψει θετική διάγνωση, πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον πέντε από τα οχτώ κριτήρια για ένα διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών.

Τη δική του λίστα διαγνωστικών κριτηρίων συνέταξε και ο IvanGoldberg. Αυτή περιλαμβάνει τα παρακάτω 7 διαγνωστικά κριτήρια (Goldberg, 1996):

- Ανοχή, δηλαδή ανάγκη για όλο και μεγαλύτερη ποσότητα χρόνου στο διαδίκτυο προκειμένου να επιτευχθεί ικανοποίηση, αλλά και μείωση της ικανοποίησης με τη χρήση του διαδικτύου με την ίδια ποσότητα χρόνου
- Απόσυρση, η οποία μπορεί να έχει τη μορφή ψυχοκινητικής αναταραχής, ανησυχίας, έντονης σκέψης για το τι συμβαίνει στο διαδίκτυο, φαντασιώσεων ή ονείρων με το διαδίκτυο, ηθελημένες ή ακούσιες κινήσεις δαχτυλογράφησης. Επίσης, συμπτώματα που προκαλούν έκπτωση λειτουργικότητας σε κοινωνικό, επαγγελματικό επίπεδο ή σε κάποιον άλλο σημαντικό τομέα της ζωής του ατόμου.

Ακόμα, χρήση του διαδικτύου για να αποφευχθούν τα συμπτώματα απόσυρσης

- Αυξημένη χρήση του διαδικτύου σε συχνότητα και διάρκεια
- Έντονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελεγχθεί ή να περιοριστεί η χρήση του διαδικτύου
- Ένα μεγάλο ποσοστό χρόνου της ημέρας καταναλώνεται σε δραστηριότητες που σχετίζονται με το διαδίκτυο (e - mail, αγορές μέσω διαδικτύου, συζήτηση σε forums, οργάνωση δεδομένων, επίσκεψη σε ιστοσελίδες)
- Σημαντικές προσωπικές, επαγγελματικές, κοινωνικές ακόμα και ψυχαγωγικές δραστηριότητες μειώνονται ή εξαφανίζονται εξαιτίας της αυξανόμενης χρήσης του διαδικτύου
- Συνέχιση της χρήσης του διαδικτύου παρά το γεγονός ότι ο χρήστης έχει συνειδητοποιήσει ότι του προκαλεί ή ότι επιδεινώνει σοβαρά προβλήματα κάθε είδους (στέρηση ύπνου, συζυγικές δυσκολίες, καθυστέρηση στις πρωινές υποχρεώσεις, παραμέληση των επαγγελματικών καθηκόντων, ή συναισθήματα εγκατάλειψης)

Οι Beard και Wolf, εγείροντας ζητήματα αξιοπιστίας, επιχείρησαν να τροποποιήσουν τα διαγνωστικά κριτήρια της Young. Η βασική τους διαφωνία εδραζόταν στο υποκειμενικό στοιχείο που εμπεριέχει η αυτοαξιολόγηση των ασθενών, καθώς η κρίση τους δεν είναι αντικειμενική και, ως εκ τούτου, επηρεάζεται η ακρίβεια της έρευνας. Επιπλέον, αμφισβητήθηκε εκ μέρους τους το κατά πόσο παρόμοιες είναι οι διαταραχές του εθισμού στο διαδίκτυο και του παθολογικού τζόγου. Έτσι, δημιούργησαν την κάτωθι λίστα διαγνωστικών κριτηρίων (Beard&Wolf, 2004):

- Είναι προσηλωμένος στο διαδίκτυο (σκέφτεται την τελευταία του ενασχόληση με το διαδίκτυο και ανυπομονεί για την επόμενη)
- Έχει ανάγκη να χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για όλο και περισσότερο χρόνο
- Έχει κάνει ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελέγξει, να μειώσει ή να διακόψει τη χρήση του διαδικτύου

- Είναι ανήσυχος, οξύθυμος και σε άσχημη ψυχική κατάσταση, κατά την προσπάθειά του να περιορίσει ή να σταματήσει τη χρήση του διαδικτύου
- Μένει στο διαδίκτυο για περισσότερο χρόνο απ' όσο αρχικά σκόπευε

Για να διαγνωστεί το άτομο ως εθισμένο στο διαδίκτυο πρέπει να συμβαίνουν και τα 5 παραπάνω κριτήρια και τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

- Έχει θέσει σε κίνδυνο μια σημαντική σχέση, δουλειά, εκπαιδευτική ή εργασιακή ευκαιρία λόγω του διαδικτύου
- Έχει πει ψέματα σε μέλη της οικογένειάς του, σε ειδικούς, σε γιατρούς ή σε άλλους προκειμένου να αποκρύψει την έκταση της πραγματικής ενασχόλησής του με το διαδίκτυο
- Χρησιμοποιεί το διαδίκτυο ως μέσο διαφυγής από τα προβλήματα του ή από άσχημες καταστάσεις (συναισθήματα τύψεων, στεναχώριας, απομόνωσης)

Ο Griffiths (2000) επισήμανε έξι συμπτώματα της διαταραχής, τα οποία συνδέονται με αυτά που χαρακτηρίζουν τους εθισμούς στη χρήση ουσιών και είναι:

- Η προβολή, η οποία εμφανίζεται όταν ο εθιστικός παράγοντας, το διαδίκτυο, γίνεται ένα από τα σημαντικότερα κομμάτια της ζωής του ατόμου. προκαλώντας του ανησυχία μην τον χάσει από τη ζωή του
- Η αλλαγή διάθεσης. Το άτομο νιώθει ενθουσιασμό και ευφορία, που δημιουργείται από την έκλυση ντοπαμίνης, όταν ασχολείται με την εθιστική δραστηριότητα, ενώ, αντιθέτως, όταν σταματάει την ενασχόληση του, βιώνει αρνητικά συναισθήματα
- Η ανοχή, που είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο χρειάζεται να βρίσκεται όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο συνδεδεμένο στο διαδίκτυο προκειμένου να επιτύχει την αλλαγή διάθεσης
- Η απόσυρση, που είναι το δυσάρεστο συναίσθημα που προκαλείται στο άτομο όταν διακόπτεται η σύνδεση ή όταν υπάρχουν τεχνικά προβλήματα και αργεί ή δεν μπορεί να συνδεθεί
- Η σύγκρουση, που είναι το κοινό ενοχικό συναίσθημα και που νιώθουν όλοι οι εθισμένοι μετά το πέρας της δραστηριότητάς τους.

Επίσης, είναι οι συγκρούσεις που προκαλούνται στο στενό περιβάλλον του χρήστη εξαιτίας του εθισμού του

- Η υποτροπή, που είναι η εκ νέου ενασχόληση, και σε εντονότερο μάλιστα βαθμό, με το διαδίκτυο έπειτα από μια περίοδο αποχής

Θεωρώντας ότι ο εθισμός στο διαδίκτυο πρέπει να θεωρείται μια διαταραχή ελέγχου παρορμήσεων, ο Shapira και οι συνεργάτες του (Shapira, Lessig, Goldsmith, Szabo, Lazoritz, Gold, & Stein, 2003) πρότειναν ένα αναθεωρημένο γκρουπ με διαγνωστικά κριτήρια για την προβληματική χρήση του διαδικτύου, βασισμένο στα κριτήρια του D.S.M. για τις διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων, και ειδικότερα αυτή της μανίας με τις αγορές. Έτσι, τα κριτήρια που προτείνουν οι ερευνητές αυτοί είναι:

- Δυσπροσαρμοστική εμμονή με τη χρήση του διαδικτύου, όπως φαίνεται από τα ακόλουθα:
- Προσήλωση στη χρήση του διαδικτύου όπως παρακάτω:
- Προσήλωση σε δραστηριότητες του διαδικτύου που βιώνονται ως ακαταμάχητες
- Υπερβολική χρήση του διαδικτύου για χρονικές περιόδους μεγαλύτερες από ό,τι είχε προγραμματιστεί
- Η χρήση του διαδικτύου ή η εμμονή του ατόμου σε αυτό, προκαλεί σοβαρό κίνδυνο σε επαγγελματικές, κοινωνικές και άλλες σημαντικές σχέσεις του
- Η υπερβολική χρήση του διαδικτύου δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια των περιόδων ειδών μανίας ή υπομανίας και δεν ερμηνεύεται καλύτερα με τη διάγνωση κάποιας άλλης διαταραχής του Άξονα I

Πιο πρόσφατα, ο Tao και οι συνεργάτες του (Tao, Huang, Wang, Zhang, Zhang, & Li, 2010) πρότειναν τη δική τους λίστα διαγνωστικών κριτηρίων, που περιλαμβάνει:

- Προσήλωση στο διαδίκτυο (σκέφτεται την τελευταία του ενασχόληση με το διαδίκτυο και ανυπομονεί για την επόμενη)

- Στερητικό σύνδρομο, όπως προκύπτει από δυσφορική διάθεση, άγχος, ευερεθιστότητα και ανία έπειτα από κάποιες μέρες χωρίς σύνδεση στο διαδίκτυο

Τα ανωτέρω πρέπει να είναι παρόντα για να ισχύει η διάγνωση, όπως και τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

- Ανοχή
- Αυξημένη χρήση του διαδικτύου για να επιτευχθεί ευχαρίστηση
- Ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελέγξει, να μειώσει ή να διακόψει τη χρήση του διαδικτύου
- Συνεχής υπερβολική χρήση του διαδικτύου, παρ' ότι το άτομο γνωρίζει πως παρουσιάζει ένα φυσικό ή ψυχολογικό πρόβλημα το οποίο έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από τη χρήση διαδικτύου
- Απώλεια ενδιαφερόντων, προηγούμενων χόμπι, και διασκέδασης ως άμεσο αποτέλεσμα (και τη εξαιρέσει) της χρήσης του διαδικτύου
- Χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για να αποφύγει ή να ανακουφιστεί από δυσφορικά συναισθήματα

Επίσης, για θετική διάγνωση απαιτείται:

- Έκπτωση λειτουργικότητας σε κοινωνικό, ακαδημαϊκό και επαγγελματικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένης απώλειας σημαντικής σχέσης και επαγγελματικών, εκπαιδευτικών ευκαιριών
- Η διάρκεια του εθισμού στο διαδίκτυο πρέπει να έχει διάρκεια τουλάχιστον τριών μηνών και η καθημερινή χρήση του διαδικτύου να υπερβαίνει τις 6 ώρες (μη συμπεριλαμβανομένων επαγγελματικών ή ακαδημαϊκών λόγων)

2.3. Αξιολόγηση-Εργαλεία μέτρησης του εθισμού στο διαδίκτυο

Αντιστοίχως με τα διαγνωστικά κριτήρια, και στο πεδίο της μέτρησης του εθισμού στο διαδίκτυο, δεν υπάρχει κάποιο εργαλείο που να αποτελεί τον «χρυσό

κανόνα». Υπάρχουν, όμως, ορισμένα, που είναι αρκετά διαδεδομένα και χρησιμοποιούνται από ερευνητές ανά τον κόσμο.

Κατ' αρχάς, η Young (1996) ανέπτυξε την κλίμακα Y.D.C. (Young's Diagnostic Questionnaire) που περιλαμβάνει τα οκτώ διαγνωστικά κριτήρια που είδαμε παραπάνω.

Το I.A.T. (Internet Addiction Test) είναι μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης 20 ερωτήσεων, που αξιολογεί το βαθμό παθολογικής χρήσης του διαδικτύου, της απώλειας ελέγχου, αρνητικών συνεπειών και παραμέλησης της καθημερινότητας. Είναι βασισμένο στην κλίμακα Likert, από 1 («καθόλου») έως 5 («πάντα») και θεωρείται αξιόπιστο, με ικανοποιητική εσωτερική συνοχή – βαθμός Cronbach's alpha .84 (στο Poli, 2017).

Ακόμα, το CIAS (Chen's Internet Addiction Scale) περιέχει 26 ερωτήσεις που αξιολογούν πέντε πεδία: την παθολογική χρήση, την ανοχή, το σύνδρομο στέρησης, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη διαχείριση του χρόνου. Επιπλέον, εξετάζει τις ώρες που εβδομαδιαίως περνάει ο ερωτώμενος στο διαδίκτυο και την προσωπική εμπειρία του από τη χρήση του διαδικτύου. Η εσωτερική συνοχή του CIAS είναι ικανοποιητική, καθώς ο βαθμός Cronbach's alpha κυμαίνεται από .79 έως .93 (Poli, 2017).

2.4. Επιδημιολογία

Τα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνών που μελετούν τον επιπολασμό της διαταραχής ανά τον κόσμο παρουσιάζουν, όπως θα διαπιστώσουμε, μεγάλες αποκλίσεις. Ενδεικτικά, το ποσοστό επιπολασμού κυμαίνεται από 0.7% έως 27% (Poli, 2017). Αυτό δεν έχει να κάνει μόνο με τον διαφορετικό τρόπο ζωής ή τα διαφορετικά πολιτιστικά και κοινωνικά δεδομένα σε κάθε περιοχή του πλανήτη, αλλά, σε μεγάλο βαθμό, και με την χρήση ποικίλων εργαλείων και διαφορετικής μεθοδολογίας κάθε έρευνας. Η απουσία προκαθορισμένων και παγκοσμίως αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων έχει επιπτώσεις και στο πεδίο των επιδημιολογικών δεδομένων

Παρά την προαναφερθείσα ασάφεια υπάρχει πλήθος μελετών για το φαινόμενο του εθισμού στο διαδίκτυο, τόσο στην Ελλάδα όσο και οικουμενικά. Ξεκινώντας από τη χώρα μας, έρευνα της Ελληνικής Εταιρίας Μελέτης της Διαταραχής Εθισμού στο Διαδίκτυο το 2008 υπέδειξε επιπολασμό 11%-16% (Siomos, Dafouli, Braimiotis, Mouzas, Angelopoulos, 2008). Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Χίο το 2009, με δείγμα 308 μαθητές, ηλικίας 12-18 ετών (μαθητές Γυμνασίων και Λυκείων), εμφάνισε το 15% των παιδιών εθισμένα στο διαδίκτυο. Μία ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κω, με δείγμα 1221 ηλικίας 14-19 ετών, ανέδειξε ένα ποσοστό επιπολασμού 11.3% (Floros, Fisoun, & Siomos, 2010). Επίσης, έρευνα πραγματοποιήθηκε και σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην πόλη του Βόλου. Σε δείγμα 100 μαθητών ηλικίας 13 έως 15 ετών με βάση το ερωτηματολόγιο της Young, διαπιστώθηκε πως το ποσοστό των ατόμων που ήταν εθισμένοι στο διαδίκτυο έφτανε το 22% (Καραπέτσας, Φώτης, & Ζυγούρης, 2012).

Παράλληλα, σε έρευνα του Σταυρόπουλου και των συνεργατών του (Stavropoulos, Alexandraki, & Motti-Stefanidi, 2013), σε ένα δείγμα 2.090 εφήβων σε αστικές και αγροτικές περιοχές στην Αθήνα και στην Κορινθία, το ποσοστό επιπολασμού ήταν 3.1%. Άλλη μια έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλία. Σε ένα δείγμα 2.200 μαθητών 85 σχολείων, ηλικίας 12-18 ετών, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των εθισμένων στο διαδίκτυο ήταν 8.2% (Siomos et al., 2008). Αντιθέτως, σε έρευνα που διεξήχθη στην Αθήνα, σε δείγμα 315 εφήβων, με μέσο όρο ηλικίας τα 15 έτη, δεν βρέθηκε εθισμένος στο διαδίκτυο (Tripodaki, Kormas, Konstantoulaki, Andrie, Nassis, Freskou, Sfiri, Georgouli, Tsitsika, & Constantopoulos, 2008). Τέλος, σε μελέτη με δείγμα 131 έφηβους ηλικίας 13-15 ετών στην πόλη της Λαμίας το ποσοστό εθισμού στο διαδίκτυο έφτασε το 15.3% (Yfanti, Zygouris, Chondropoulos, & Stamoulis, 2018).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν ασφαλώς και οι αντίστοιχες μελέτες του εξωτερικού. Ενδεικτικά θα αναφερθούμε σε ορισμένες εξ αυτών. Στην Τουρκία, μελέτη (Ak, Koruklu, & Yilmaz, 2013) σε δείγμα 4.311 ατόμων ηλικίας 15-19 ετών φανέρωσε πως το ποσοστό των εξαρτημένων στο διαδίκτυο ήταν 5%. Στις Η.Π.Α. σε δείγμα 1.302 ατόμων ηλικίας 18-22 ετών το ποσοστό επιπολασμού ήταν 8.2% (Anderson, 2001). Στη Νορβηγία μελέτη που διεξήχθη το 2009 (Bakken, Wenzel, Gotestam, Johansson, & Oren, 2009) σε δείγμα 3.399 ατόμων ηλικίας 16-74 ετών

ανέδειξε πως το ποσοστό των εθισμένων στο διαδίκτυο ήταν 1%. Το αντίστοιχο ποσοστό, σε 2.620 μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου, στην Κίνα ήταν 2.4% (Cao&Su, 2006), ενώ στην Ουγγαρία, το 2008, σε δείγμα 1.037 ενηλίκων, το ποσοστό επιπολασμού ήταν 4.3% (Demetrovics, Szeredi, &Rozsa, 2008). Στη Νότια Κορέα μελέτη του Kim και των συνεργατών του (Kim, Ryu, Chon, Yeun, Choi, Seo, &Nam, 2006) το 2006, είχε ως δείγμα 1.573 μαθητές ηλικίας 15 και 16 ετών, και φανέρωσε πως το 1.6% εξ αυτών ήταν εθισμένοι στο διαδίκτυο. Σε περιοχή της Κίνας, σε μελέτη (Xin, Xing, Pengfei, Houru, Mengcheng, &Hong, 2018) δείγματος 6.468 παιδιών ηλικίας 10-18 ετών το ποσοστό εθισμού στο διαδίκτυο ήταν 26.5%. Στην Ταϊβάν, σε μελέτη του Ko και των συνεργατών του (Ko, Yen, Chen, Yen, &Yen, 2009) το αντίστοιχο ποσοστό άγγιξε το 10.8% σε μαθητές ηλικίας 11 έως 13 ετών (N=2.162). Στην Κίνα σε δείγμα 3557 ατόμων ηλικίας 18-22 ετών, το ποσοστό επιπολασμού ήταν 6.44% (Ni, Yan, Chen, &Liu, 2009). Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη σε 9 διαφορετικές πόλεις της Κίνας, σε δείγμα 10.988 ατόμων ηλικίας 13-23 ετών το ποσοστό επιπολασμού ήταν 7.5% (Wang, Luo, Bai, Kong, Gao, &Sun, 2013), ενώ σε άλλη μελέτη στην Ταϊβάν, το 2009, σε δείγμα 2.793 ατόμων ηλικίας 18-48 ετών το ποσοστό εθισμένων στο διαδίκτυο ήταν 12.9% (Yen, Yen, Chen, Tang, &Ko 2009a). Στην Ταϊβάν επίσης, σε δείγμα 8.941 εφήβων, το ποσοστό εθισμού ανάμεσα στα αγόρια άνω των 15 ετών έφτασε το 26.6% (Yen, Ko, Yen, Chang, &Cheng, 2009b).

Συνολικά έχει επισημανθεί πως στο γενικό ενήλικο πληθυσμό το ποσοστό επιπολασμού είναι 2%, με τις χώρες της Ανατολικής Ασίας, και ειδικά τις Ν. Κορέα, Κίνα, Ταϊβάν να εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ατόμων εθισμένων στο διαδίκτυο (Gresle&Lejoyeux, 2011' Poli, 2017). Όσον αφορά το ηλικιακό πεδίο, οι φοιτητές είναι αυτοί που εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εθισμού στο διαδίκτυο, φτάνοντας το 13-18.4% (Young, Yue, &Ying, 2011).

2.5. Συνέπειες

Οι συνέπειες του εθισμού στο διαδίκτυο είναι ποικίλες και καλύπτουν διάφορα πεδία της ζωής του ασθενή. Κατ' αρχάς, σε σωματικό επίπεδο, ο εθισμός στο διαδίκτυο ισοδυναμεί με πολύωρη παραμονή μπροστά στην οθόνη του

υπολογιστή/τάμπλετ/κινητού. Αυτό συνεπάγεται παράβλεψη άλλων δραστηριοτήτων (όπως της γυμναστικής), καθιστική ζωή και πολύ συχνά έλλειψη ύπνου, καθώς είναι σύνηθες φαινόμενο οι εθισμένοι στο διαδίκτυο να ξενυχτούν μέχρι τις τρεις ή τέσσερις τα ξημερώματα. Έτσι, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις πρωινές υποχρεώσεις τους (οι περισσότεροι εξ αυτών οφείλουν να ξυπνήσουν νωρίς το πρωί για επαγγελματικούς ή εκπαιδευτικούς λόγους) καταφεύγουν ακόμα και στη χρήση χαπιών καφεΐνης. Απότοκο των προαναφερθέντων είναι πως ο οργανισμός και ιδίως το ανοσοποιητικό σύστημα τους εξασθενίζει, ο κίνδυνος παχυσαρκίας αυξάνεται, όπως και η εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων, ενώ συχνή είναι και η ύπαρξη προβλημάτων όρασης (Young, 1999).

Οι επιπτώσεις της διαταραχής επεκτείνονται και στο πεδίο των διαπροσωπικών σχέσεων. Όπως εύκολα μπορεί να γίνει κατανοητό, ειδικά στο πλαίσιο του στενού οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος, ο εθισμός στο διαδίκτυο επιφέρει εντάσεις και συγκρούσεις. Κύριο χαρακτηριστικό του πάσχοντος, άλλωστε, είναι η επιθυμία του να είναι μονίμως συνδεδεμένος, απομονωμένος από τον υπόλοιπο κόσμο, αδιαφορώντας έτσι για τους οικείους του και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Παράλληλα, συχνό είναι και το φαινόμενο δημιουργίας ερωτικής σχέσης μέσω του διαδικτύου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει και στο διαζύγιο – κάτι που μαρτυρούν πολλοί δικηγόροι διαζυγίων. Επίσης, τα παιδιά/έφηβοι που περνούν πολλές ώρες μπροστά στην οθόνη του υπολογιστή δεν αναπτύσσουν φυσιολογικές, «ποιοτικές», φιλικές σχέσεις με συνομηλίκους τους, χάνουν την κοινωνικότητά τους, ενώ δεν έχουν και κάποιο ερωτικό ενδιαφέρον (Young, 1999).

Οι αρνητικές επιπτώσεις του εθισμού στο διαδίκτυο γίνονται εμφανείς και σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Οι μαθητές/φοιτητές παραμελούν τη μελέτη τους, προκειμένου να βρίσκονται όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο συνδεδεμένοι στο διαδίκτυο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αφενός να μην είναι συγκεντρωμένοι κατά τη διάρκεια των μαθημάτων και αφετέρου να παραμελούν τις υποχρεώσεις τους (διάβασμα μαθημάτων, συγγραφή εργασιών). Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η πτώση των επιδόσεών τους (Young, 1999).

Τέλος, η διαταραχή έχει επιπτώσεις και στην επαγγελματική ζωή του εθισμένου, που φτάνουν μέχρι και την απόλυση. Αφενός, ο εθισμός επιφέρει σωματική κόπωση και πνευματική αποχύνωση, γεγονός που ασφαλώς δημιουργεί

προβλήματα απόδοσης στο χώρο της δουλειάς. Αφετέρου, ο εθισμός υπεισέρχεται και πιο άμεσα στο κομμάτι της δουλειάς, καθώς διαπιστώθηκε πως πτώση στη απόδοση του δυναμικού των εταιρειών συνδεόταν με το ότι οι υπάλληλοι ξόδευαν τον περισσότερο χρόνο τους στο διαδίκτυο σε θέματα που δεν σχετίζονταν με τη δουλειά τους. Ενδεικτικό είναι πως αρκετές εταιρείες ελέγχουν, με ειδικά λογισμικά, την περιήγηση των υπαλλήλων τους στο διαδίκτυο (Young, 1999).

2.6. Αιτιολογία

Ο εθισμός στο διαδίκτυο είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή. Τα αίτια της εμφάνισής της είναι ποικίλα και διαφορετικά, περιλαμβάνοντας νευρολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Κατ' αρχάς, υπάρχει το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο. Εισηγητής του είναι ο Davis, ο οποίος υποστηρίζει (2001) ότι η παθολογική χρήση του διαδικτύου (pathological Internet use, PIU) έχει δύο μορφές: την ειδική και τη γενική. Η πρώτη αφορά τον εθισμό του χρήστη σε συγκεκριμένες λειτουργίες του διαδικτύου (παιχνίδια, τζόγος, κλπ.), και ο συγγραφέας εικάζει πως αν δεν υπήρχε το διαδίκτυο η συμπεριφορική διαταραχή θα εκδηλωνόταν με κάποιον άλλο τρόπο· η δεύτερη, αντίθετα, αφορά συνολικά το διαδίκτυο και την εμπειρία του να είσαι συνδεδεμένος.

Συνολικά, βάσει του γνωσιακού-συμπεριφορικού μοντέλου, η ψυχοπαθολογία είναι απαραίτητη αιτία των συμπτωμάτων της διαταραχής. Αυτό σημαίνει ότι είναι παρούσα ή προϋπήρχε της εκδήλωσης των συμπτωμάτων στο άτομο, καθιστώντας το ευάλωτο στην PIU, και πρέπει να μελετηθεί ανεξάρτητα αυτών. Στο μοντέλο αυτό ο αγγχογόνος παράγοντας είναι η εισαγωγή του διαδικτύου ή κάποια νέα τεχνολογία που βρέθηκε σε αυτό (π.χ. η πρώτη φορά που ο χρήστης βρέθηκε σε on-line συνομιλία, σε site δημοπρασιών κλπ.), γεγονός που λειτουργεί ως καταλύτης για την εκδήλωση της PIU.

Σημαντικό ρόλο σε αυτή διαδραματίζει η ενίσχυση που λαμβάνει το άτομο από τη σύνδεση στο διαδίκτυο. Ειδικότερα, όταν αυτό δοκιμάζει ένα νέο χαρακτηριστικό, αυτομάτως ακολουθεί μια αντίδραση. Εάν αυτή είναι θετική, το

άτομο ενισχύεται για να συνεχίσει, όλο και συχνότερα, προκειμένου να επιτευχθεί η ίδια αντίδραση, όπως συνέβη στο αρχικό γεγονός.

Τον κεντρικότερο ρόλο στο γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο, πάντως, καταλαμβάνουν οι δυσλειτουργικές γνώσεις, οι οποίες προκαλούν τα συμπτώματα της διαταραχής. Αυτές χωρίζονται σε δύο υποκατηγορίες: σκέψεις για τον εαυτό και σκέψεις για τον κόσμο. Οι πρώτες περιλαμβάνουν μηρυκασμό, με συνεχείς σκέψεις που συνδέονται με τη χρήση του διαδικτύου (ανάλυση του προβλήματος από τον ίδιο τον χρήστη, μελέτη για τα χαρακτηριστικά της διαταραχής κλπ.), γεγονός που τροφοδοτεί την περαιτέρω ενασχόληση με αυτό, δημιουργώντας ουσιαστικά ένα φαύλο κύκλο, αλλά και γνωστικές στρεβλώσεις όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση ή έλλειψη εμπιστοσύνης.

Οι σκέψεις για τον κόσμο αφορούν γενικεύσεις συγκεκριμένων γεγονότων σε καθολικές αλήθειες. Αυτές οδηγούν στην υιοθέτηση μανιχαϊστικών σκεπτικών («μόνο στο διαδίκτυο με σέβονται», «κανείς δεν με αγαπάει όταν δεν είμαι συνδεδεμένος») που αυτομάτως επιδεινώνουν την εξάρτηση του ατόμου. Οι γνωστικές αυτές στρεβλώσεις, δε, δημιουργούνται τη στιγμή που θα εμφανιστεί κάποιο ερέθισμα που συνδέεται με το διαδίκτυο.

Παράλληλα, μια ακόμα θεωρία που έχει αναπτυχθεί αναφορικά με την εκδήλωση της διαταραχής τη συνδέει με τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στην δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, αλλά και με τις γενικότερες δυσκολίες της ζωής τους. Έτσι, η αδυναμία στη δημιουργία στενών (φιλικών ή ερωτικών) σχέσεων, οι απογοητεύσεις στο μαθητικό ή επαγγελματικό περιβάλλον, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, το αίσθημα κοινωνικής απομόνωσης και κατάθλιψης οδηγούν τους ανθρώπους στον κόσμο του διαδικτύου. Εκεί, κρυμμένοι πίσω από την ασφάλεια της οθόνης, ανήκουν σε μία ομάδα, αποκτούν ταυτότητα, δημιουργούν σχέσεις, δεσμούς χωρίς τον κίνδυνο της έκθεσης (Youngetal., 2011· Young, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, αξίζει να σημειώσουμε ότι έχει σκιαγραφηθεί και το προφίλ του ατόμου που παρουσιάζει αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής. Συγκεκριμένα, είναι νεαρός, κοινωνικά αδέξιος, που δυσκολεύεται στο να δημιουργήσει στενές σχέσεις, με έλλειψη αυτοεκτίμησης και εμπιστοσύνης, καθώς και απουσία στόχων και κινήτρων (Kuss&Griffiths, 2015).

Ταυτόχρονα, υπάρχουν και περιστασιακοί/καταστασιακοί (situational) παράγοντες που ενδεχομένως αποτελούν την αιτία εμφάνισης των συμπτωμάτων της διαταραχής. Αναλυτικότερα, ένα διαζύγιο, ένας χωρισμός, μια απόλυση, ή μεταφορά σε νέο περιβάλλον, μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στο διαδίκτυο, καθώς αυτό θα αποτελέσει και στην περίπτωση αυτή το καταφύγιο, τη διέξοδο από τα προβλήματα της πραγματικής ζωής. Στην περίπτωση, δε, που το άτομο έχει παρελθόν εξάρτησης από ναρκωτικά ή αλκοόλ, αξιολογεί ως προτιμότερο τον εθισμό στο διαδίκτυο, δεδομένου ότι είναι νόμιμος και δεν συνεπάγεται εμφανή προβλήματα υγείας (Youngetal., 2011).

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί και οι νευροβιολογικές έρευνες που μελετούν τον εθισμό στο διαδίκτυο. Αν και σε καμία περίπτωση δεν φτάνουν στο εύρος αντίστοιχων ερευνών των άλλων, αναγνωρισμένων διαταραχών, εντούτοις μπορούμε να σημειώσουμε τα έως τώρα πορίσματά τους. Έτσι, μελέτες με τη χρήση restingstatefMRI φανέρωσαν μειωμένη λειτουργική συνδεσιμότητα μεταξύ πυρήνων της αμυγδαλής και της νησίδας του δεξιού ημισφαιρίου, καθώς και αυξημένη λειτουργική συνδεσιμότητα μεταξύ του ραχιοπλευρικού προμετωπιαίου φλοιού και των κροταφικών λοβών με περιοχές της νησίδας και του ραβδωτού σώματος. Τα ευρήματα αυτά αποδίδονται στις αλλαγές που οδηγούν σε αυξημένη παρορμητικότητα στους εθισμένους στο διαδίκτυο. Παράλληλα, έρευνες με βάση το task-basedfMRI αναδεικνύουν πως οι τελευταίοι έχουν μικρότερο χρόνο αντίδρασης σε σχέση με τα υγιή άτομα, καθώς και μειωμένη ικανότητα αναστολής της αντίδρασης, όπως προκύπτει από την παρεκκλίνουσα συνδεσιμότητα (aberrantconnectivity) στο δίκτυο αναστολής της αντίδρασης(responseinhibitionnetwork). (Sharifat, Rashid, &Suppiah, 2018).

Επιπλέον, έρευνες φανέρωσαν μια διπλή τροποποίηση (modification) στην εγκεφαλική λειτουργία, δηλαδή μειωμένη αποδοτικότητα προμετωπιαίων περιοχών όταν σχετίζονται με γνωστικά καθήκοντα και αυξημένη ενεργοποίηση του συστήματος ανταμοιβής όταν αντιμετωπίζουν ερεθίσματα που σχετίζονται με τον εθισμό. Ουσιαστικά, υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στο υποενεργοποιημένο αντανεκλαστικό σύστημα και στο υπερενεργοποιημένοautomatic-affectivesystem, η οποία δημιουργεί αίσθημα μεγάλης επιθυμίας όταν το άτομο συναντά ερεθίσματα που σχετίζονται με το διαδίκτυο, σε συνδυασμό με τη μειωμένη ικανότητά του να ελέγξει

αυτή την επιθυμία και να αναστείλει την εθιστική συμπεριφορά (D'Hondt&Maurage, 2017).

Παράλληλα, βάσει μελετών έχει διαπιστωθεί πως τα άτομα εθισμένα στο διαδίκτυο, και ειδικά στα ηλεκτρονικά παιχνίδια, έχουν μειωμένο όγκο φαιάς ουσίας σε περιοχές που συνδέονται με τον μηχανισμό προσοχής και αντίληψης. Παράλληλα, στους ίδιους ασθενείς παρατηρήθηκε μικρότερος όγκος λευκής ουσίας σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων, τη ρύθμιση συναισθημάτων και την συμπεριφορική αναστολή (Weinstein, 2017).

Ακόμα, τα αποτελέσματα δομικής νευροαπεικόνισης (structuralneuroimaging) φανέρωσαν ότι ο εθισμός στο διαδίκτυο συνδέεται με δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου, και ειδικότερα ατροφία στον προμετωπιαίο φλοιό (PFC) και στη νησίδα, καθώς και μικρότερος όγκος λευκής ουσίας (GMD, GMV). Επιπλέον, δομικές εγκεφαλικές διαταραχές εντοπίστηκαν και στον θάλαμο, περιοχή που συνδέεται με την ντοπαμίνη, καθώς και σε περιοχές που συνδέονται με την όραση (ινιακή έλικα-occipital/ κατώτερη κροταφική έλικα - inferior temporal,/ γλωσσοειδή έλικα - lingual), τις αισθήσεις και την κίνηση (SMA, precentral/postcentralcortex and παρεγκεφαλίδα - cerebellum) (Lin&Lei, 2015).

Επίσης, στο πλαίσιο άλλης έρευνας, διαπιστώθηκε ότι οι εθισμένοι στο διαδικτυακά παιχνίδια παρουσιάζουν αφύσικο μεταβολισμό γλυκόζης (abnormalrestingstateglucosemetabolism) στον κορχομετωπιαίο φλοιό (orbitofrontalcortex), στο ραβδωτό σώμα και στο φλοιό της νησίδας (inularcortex), περιοχές δηλαδή που σχετίζονται με την παρορμητικότητα και το σύστημα ανταμοιβής. Επιπλέον, οι εθισμένοι στο διαδίκτυο εμφάνισαν δυσλειτουργίες στο ντοπαμινεργικό σύστημα του εγκεφάλου, και ειδικότερα μειωμένη διαθεσιμότητα του υποδοχέα ντοπαμίνηςD2 (bilaterallydecreaseddopamineD2 receptoravailability) στο ραχιαίο ραβδωτό σώμα (dorsalstriatum) (Park&Kim, 2015).

2.7. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της διαταραχής αποτελεί ένα πεδίο που δεν έχει ιδιαίτερα εξερευνηθεί, καθώς περισσότερη προσοχή έχει δοθεί, έως τώρα, σε

πεδία όπως τα διαγνωστικά κριτήρια. Έτσι, υπάρχει έλλειψη ερευνών βάσει των οποίων θα προκύπτουν συγκεκριμένα δεδομένα για τη δράση συγκεκριμένων φαρμάκων. Παρ' όλα αυτά ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του εθισμού στο διαδίκτυο, κυρίως στη βάση της αποτελεσματικότητάς τους στην αντιμετώπιση παρεμφερών διαταραχών/εθισμών (Camardese, Leone, Walstra, Janiri, & Guglielmo, 2015; Mihajlov & Vejmelka, 2017).

Η πρώτη εξ αυτών είναι τα αντικαταθλιπτικά, και ειδικά οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), κυρίως λόγω του ρόλου που διαδραματίζει το αμινεργικό σύστημα στο να καταπιέζει/αντιστέκεται την επιθυμία και να ελέγχει την ψυχαναγκαστική επανάληψη (compulsive repetition). Επίσης, η στενή σχέση σεροτονεργικής απορρύθμισης (dysregulation), παρορμητικότητας και ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων είναι ένας επιπλέον λόγος που η κατηγορία αυτή φαρμάκων προτιμάται για την αντιμετώπιση της διαταραχής (Camardese et al., 2015).

Μία άλλη κατηγορία είναι οι ανταγωνιστές υποδοχείς οπιοειδών (opioid receptor antagonists), οι οποίοι γενικά μειώνουν την έντονη επιθυμία. Τα φάρμακα αυτά έχουν ήπιες παρενέργειες και χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του εθισμού (ειδικά στο αλκοόλ και την ηρωίνη). Τέλος, μία ακόμα κατηγορία φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της διαταραχής είναι τα αντιψυχωσικά, που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία διαταραχών όπως η σχιζοφρένεια ή η διπολική διαταραχή. Και ειδικά η δεύτερη γενιά αντιψυχωσικών, τα ατυπικά αντιψυχωσικά, που ρυθμίζουν (modulate) τόσο το ντοπαμινεργικό όσο και το σεροτονεργικό σύστημα. μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη στην αντιμετώπιση της διαταραχής στο διαδίκτυο. Η αποδεδειγμένη χρησιμότητα αυτών των φαρμάκων σε ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, σε συνδυασμό με τη συνάφεια του εθισμού στο διαδίκτυο με αυτές, οδηγεί του ειδικούς στην χρησιμοποίησή τους ενάντια στην διαταραχή (Camardese et al., 2015).

Μία πρώτη μορφή φαρμακευτικής θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική, η οποία χρησιμοποιείται σε όλες τις αντίστοιχες διαταραχές και διαρκεί περίπου τρεις μήνες ή 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες. Αυτή στηρίζεται στην αντίληψη ότι οι σκέψεις καθορίζουν τα συναισθήματα. Αρχικά, στις πρώτες συνεδρίες, το συγκεκριμένο θεραπευτικό μοντέλο εστιάζει στο κομμάτι της

συμπεριφοράς. Επιχειρείται η αποχή από συγκεκριμένες προβληματικές εφαρμογές, που οδηγούν στον εθισμό, με λελογισμένη χρήση των υπόλοιπων εφαρμογών του διαδικτύου. Παράλληλα, ο ασθενής ωθείται στο να πραγματοποιήσει αλλαγές στην καθημερινή ζωή του, εισάγοντας σε αυτή άλλες δραστηριότητες (κοινωνικές σχέσεις, χόμπι κ.λπ.) (Young, 2007).

Ακολούθως, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο γνωσιακό κομμάτι, καθώς επιχειρείται να ανατραπούν γνωσιακές υποθέσεις και διαστρεβλώσεις. Συγκεκριμένα οι ασθενείς έχουν υιοθετήσει ένα απαισιόδοξο, καταστροφολογικό σκεπτικό, βάσει του οποίου το διαδίκτυο αποτελεί μια οδό διαφυγής από πραγματικά ή θεωρητικά προβλήματα ή ζητήματα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Έτσι, στόχος της θεραπείας είναι ουσιαστικά η γνωσιακή αναδόμηση και η υιοθέτηση ενός πιο ισορροπημένου, αισιόδοξου τρόπου σκέψης. Τα πρώτα αποτελέσματα στο πεδίο της συγκεκριμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι ενθαρρυντικά (Young, 2007).

Όσον αφορά το κομμάτι των τεχνικών που χρησιμοποιούνται στην γνωσιακή-συμπεριφορική αντιμετώπιση της διαταραχής, αυτές είναι (Young, 1999):

- Εφαρμόζοντας το αντίθετο. Η τεχνική αυτό αφορά την αναδιοργάνωση του χρόνου του ασθενή. Ειδικότερα, αφού ο ειδικός ενημερωθεί για το καθημερινό πρόγραμμα του ασθενή στο διαδίκτυο, εν συνεχεία προτείνει την αλλαγή του, δημιουργώντας ένα νέο, σπάζοντας τη ρουτίνα.
- Εξωτερικός αναστολέας. Βάσει της τεχνικής αυτής, οι ασθενείς προτείνεται να χρησιμοποιούν πράγματα ως υποβολείς (π.χ. ξυπνητήρι) για να τους θυμίζουν τις υποχρεώσεις τους και την ώρα διακοπής της σύνδεσής του.
- Καθορισμός στόχων. Ο ασθενής πρέπει να μειώνει σταδιακά τις ώρες που χρησιμοποιεί το διαδίκτυο. Η υιοθέτηση ενός φιλόδοξου στόχου άμεσης διακοπής του διαδικτύου έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική.
- Αποχή. Σε περίπτωση που ο χρήστης είναι εθισμένος κυρίως σε μια εφαρμογή του διαδικτύου (π.χ. chatroom, παιχνίδια) και η προσπάθεια μετρίασης του εθισμού της έχει αποτύχει, προτείνεται η αποχή από αυτήν, χρησιμοποιώντας όμως κανονικά το διαδίκτυο για τις άλλες

εφαρμογές. Η τεχνική αυτή είναι η πιο κατάλληλη για τα άτομα που έχουν ιστορικό εθισμού στο αλκοόλ ή στα ναρκωτικά.

- Κάρτες υπενθύμισης. Η τεχνική αυτή συνίσταται στη δημιουργία λίστας με τα 5 κύρια προβλήματα που προκαλεί στον χρήστη ο εθισμός του στο διαδίκτυο και τα 5 πλεονεκτήματα που θα προκύψουν από την μείωση των ωρών που είναι συνδεδεμένος στο διαδίκτυο ή την αποχή από αυτό. Οι λίστες αυτές θα χρησιμοποιούνται όταν ο ασθενής νιώθει την ανάγκη να συνδεθεί αντί να κάνει κάτι πιο ωφέλιμο και παραγωγικό.
- Προσωπικός κατάλογος. Ο ειδικός προτείνει στον ασθενή να δημιουργήσει έναν κατάλογο με δραστηριότητες που αμέλησε εξαιτίας του εθισμού του στο διαδίκτυο. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να είναι πεζοπορία, ψάρεμα, γυμναστήριο, συνάντηση με φίλους κλπ. Εν συνεχεία ο ασθενής αξιολογεί τις δραστηριότητες («πολύ σημαντική» «σημαντική» «όχι τόσο σημαντική») δίνοντας έμφαση στις πολύ σημαντικές δραστηριότητες που έχει πάψει να πραγματοποιεί. Με τον τρόπο αυτό αναζωπυρώνεται το ενδιαφέρον του για αυτές.
- Ομάδες υποστήριξης. Ασθενείς που δεν παρουσιάζουν έλλειψη κοινωνικότητας ή που έχουν οδηγήσει στο διαδίκτυο, ως καταφύγιο εξαιτίας κάποιου δυσάρεστου γεγονότος στη ζωή τους, προτείνεται να αποτελέσουν μέλη τέτοιων ομάδων. Αυτές, ανάλογα με το περιστατικό που έχει οδηγήσει τον ασθενή στο διαδίκτυο, μπορεί να είναι ομάδες διαζευγμένων, ομάδες απώλειας συγγενικού προσώπου κλπ.
- Οικογενειακή θεραπεία. Η τεχνική αυτή προτείνεται σε περιπτώσεις χρηστών που ο γάμος ή οι οικογενειακές τους σχέσεις έχουν κλονιστεί εξαιτίας του εθισμού. Η αίσθηση υποστήριξης από την οικογένεια μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερος αποτελεσματική στην προσπάθεια απεξάρτησης του χρήστη από το διαδίκτυο.

Άλλες μορφές μη φαρμακευτικής θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία και η κινητοποιητική συνέντευξη. Αυτές αρχικά στοχεύουν στην αναγνώριση του προβλήματος, και έπειτα στην ανακούφιση από τα

συμπτώματα της διαταραχής (D' Abreu&Goes, 2015). Η επισκόπηση των ερευνών αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των διάφορων μορφών θεραπευτικής αντιμετώπισης αναδεικνύει ότι ο συνδυασμός της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας με την φαρμακοθεραπεία έχει τα καλύτερα αποτελέσματα. Βέβαια η ασάφεια που επικρατεί γύρω από τη διαταραχή (διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια, διαφορετική μεθοδολογία), όπως και ο περιορισμένος αριθμός μελετών πάνω στο πεδίο αυτό δεν επιτρέπει την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων (Kuss&Griffiths, 2015· Mihajlov&Vejmelka, 2017).

2.8 Συννοσηρότητα

Ο εθισμός στο διαδίκτυο συνυπάρχει με αρκετές ψυχοπαθολογικές διαταραχές (πέραν της ΔΕΠ-Υ, καθώς η συσχέτιση θα των αυτών διαταραχών θα εξεταστεί παρακάτω). Κατ' αρχάς, εμφανίζεται σύνδεση με την κατάθλιψη. Έτσι, σε έρευνα των Bernardi και Pallanti (2009) διαπιστώθηκε πως το 7% των ενηλίκων με εθισμό στο διαδίκτυο εμφάνιζαν και δυσθιμική διαταραχή. Παρόμοια αποτελέσματα, συνύπαρξης των δύο διαταραχών, εμφανίστηκαν και σε μελέτη 2.114 εφήβων στην Ταϊβάν (Yen, Ko, Yen, Wu, &Yang, 2007), ενώ και σε μελέτη εφηβικού πληθυσμού στην Κορέα, ο Kim και οι συνεργάτες του (Kimetal., 2006) ανέδειξαν τη σύνδεση του εθισμού στο διαδίκτυο με την κατάθλιψη, αλλά και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Παρόμοια αποτελέσματα φανέρωσε και άλλη έρευνα στην Κορέα, στην οποία συμμετείχαν 455 παιδιά και 836 έφηβοι (Ha, Yoo, Cho, Chin, Shin, &Kim, 2006), ενώ η συνεμφάνιση των διαταραχών της κατάθλιψης και του εθισμού στο διαδίκτυο καταγράφηκε και σε έρευνα του Yen και των συνεργατών του στην Ταϊβάν (Yenet al., 2009b). Παράλληλα, σε έρευνα του Ko και των συνεργατών του (Ko, Yen, Chen, Chen, &Yen, 2008a), σε δείγμα 216 φοιτητών και φοιτητριών, επίσης στην Ταϊβάν, αναδείχθηκε η συνύπαρξη κατάθλιψης και εθισμού στο διαδίκτυο, όσον αφορά όμως τους άνδρες της έρευνας. Τέλος, σε μελέτη στην Τουρκία (Bozkurt, Coskun, Ayaydin, Adak, &Zoroglu, 2013) σε δείγμα 60 νέων ηλικίας 10-18 ετών, διαπιστώθηκε πως το ποσοστό συννοσηρότητας των δύο διαταραχών έφτανε το 30%.

Αν και η αιτιώδης σχέση κατάθλιψης και εθισμού στο διαδίκτυο δεν μπορεί να αναδειχθεί, εντούτοις μια εύλογη εξήγηση της συννοσηρότητας των δύο διαταραχών είναι ότι οι άνθρωποι που βιώνουν την κατάθλιψη χρησιμοποιούν τον ψηφιακό κόσμο ως ένα καταφύγιο, ένα μέσο διαφυγής από τα ποικίλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους. παράλληλα, και βιολογικοί παράγοντες εξηγούν τη σχέση των διαταραχών. Ειδικότερα, και στις δύο παρατηρείται σεροτονινική δυσλειτουργία (serotonin dysfunction), μέσω του γονιδίου 5HTTLPR (Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, 2012).

Συννοσηρότητα επισημαίνεται και ανάμεσα στον εθισμό στο διαδίκτυο και στις διαταραχές χρήσης ουσιών. Αναλυτικότερα, ο Bai και οι συνεργάτες του (Bai, Lin, & Chen, 2001) αρχικά επεσήμαναν την ύπαρξη διαταραχών χρήσης ουσιών ανάμεσα στους εθισμένους στο διαδίκτυο, σε μια εικονική (virtual) κλινική. Αντιστοίχως, ο Lam και οι συνεργάτες του (Lam, Peng, Mai, & Jing, 2009) διαπίστωσαν πως έφηβοι που κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν εθισμό στο διαδίκτυο [OR = 1.7, 95% CI = 1.1–2.8]. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και ο Ko με τους συνεργάτες του (Ko, Yen, Yen, Chen, Weng, & Chen, 2008b), επισημαίνοντας μάλιστα πως ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, ύπαρξη μη λειτουργικής οικογένειας, συνδέονται και με τις δύο διαταραχές. Την ύπαρξη κοινών χαρακτηριστικών, σε επίπεδο προσωπικότητας (high behavior activation), ανέδειξε και έρευνα του Yen και των συνεργατών του (Yen, Ko, Yen, Chen, & Chen, 2009c), οι οποίοι επίσης συμπέραναν πως η υπερβολική χρήση αλκοόλ συνδέεται με τον εθισμό στο διαδίκτυο.

Μια ακόμα διαταραχή που συνδέεται με τον εθισμό στο διαδίκτυο είναι αυτή του κοινωνικού άγχους. Ειδικότερα, οι Bernardi και Pallanti (2009) διαπίστωσαν ότι το 15% των ενηλίκων εθισμένων στο διαδίκτυο εμφάνιζε και την συγκεκριμένη διαταραχή, ενώ αντίστοιχη σύνδεση προέκυψε και σε μελέτη στην Ταϊβάν (Yen et al., 2007). Επίσης, συννοσηρότητα ανέδειξε και άλλη μελέτη, που χρησιμοποίησε τη μέθοδο της ψυχιατρικής διαγνωστικής συνέντευξης, σε φοιτητές της Ταϊβάν (Ko et al., 2008a), ενώ και στην Τουρκία το ποσοστό συνύπαρξης των διαταραχών ήταν 35% (Bozkurt et al., 2013). Ο λόγος της σύνδεσης φαίνεται να είναι πως οι πάσχοντες από τη διαταραχή του κοινωνικού άγχους στρέφονται στο διαδίκτυο προκειμένου να αναπτύξουν εκεί προσωπικές σχέσεις που δεν απαιτούν άμεση επαφή. Βρίσκοντας

ανακούφιση σε αυτόν τον τρόπο κοινωνικής επαφής, τον χρησιμοποιούν όλο και περισσότερο, μένοντας έτσι συνδεδεμένοι για όλο και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Koetal., 2012).

Επιπλέον, συνοσηρότητα της διαταραχής του εθισμού στο διαδίκτυο παρατηρήθηκε, όχι σε τόσο υψηλό βαθμό βέβαια, και με άλλες διαταραχές. Έτσι, μελέτες τη συνέδεσαν με εχθρότητα και επιθετική συμπεριφορά (Ko, Yen, Liu, Huang, & Yen, 2009 · Yenetal., 2007 · Yen, Ko, Yen, Chen, Chung, & Chen, 2008), με πιθανό ενδεχόμενο η απεικόνιση της βίας σε πολλά ηλεκτρονικά παιχνίδια να ευθύνεται για τη σύνδεση αυτή. Ακόμα ο εθισμός στο διαδίκτυο φαίνεται να συσχετίζεται με χαμηλές σχολικές επιδόσεις (Mythily, Qiu, & Winslow, 2008 · Xinetal., 2018), αρνητικές σχέσεις με τους δασκάλους-καθηγητές και δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις (Xinetal., 2018), καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση από τη ζωή (Wangetal., 2013). Επίσης, συνυπάρχει με υπομανία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, έμμονη παθολογική διαταραχή της προσωπικότητας (Bernardi&Pallanti 2009), ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (Haetal., 2006), και υπερβολική ημερήσια υπνηλία (Choi, Son, Park, Han, Kim, Lee, & Gwak, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Σχεδιασμός έρευνας

Της διεξαγωγής της έρευνας προηγήθηκε μια ευρεία βιβλιογραφική ανασκόπηση της ΔΕΠ-Υ αλλά και του εθισμού στο διαδίκτυο. Έμφαση δόθηκε σε ζητήματα όπως η συμπτωματολογία, οι επιπτώσεις, τα αίτια και οι τρόποι αντιμετώπισης των φαινομένων, ενώ ιδιαίτερη μνεία έγινε και στην ενδεχόμενη σύνδεσή τους. Η ανασκόπηση αυτή της υπάρχουσας βιβλιογραφίας στο ζήτημα συνέβαλε στην καλύτερη οριοθέτηση του ερευνητικού μας πλαισίου.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να αναδείξει την παρουσία και την έκταση του εθισμού στο διαδίκτυο και της ΔΕΠ-Υ, καθώς και να εξετάσει την πιθανή σχέση ανάμεσά τους. Παράλληλα, στοχεύει στο να παρουσιάσει νέα στοιχεία γύρω από αυτό το ζήτημα αυτό αφενός στην επιστημονική κοινότητα και αφετέρου στο ευρύ κοινό.

3. 2. Συμμετέχοντες

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούνταν από 69 μαθητές των τριών (Α΄, Β΄, Γ΄) τάξεων Γυμνασίου στο αστικό συγκρότημα της Λαμίας, κατανομημένοι ισομερώς. Ειδικότερα, οι 23 ήταν μαθητές της Α΄ γυμνασίου, 23 της Β΄ και 23 της Γ΄. Παράλληλα στην έρευνα συμμετείχαν και καθηγητές, οι οποίοι απάντησαν στο ερωτηματολόγιο που αφορούσε την ανίχνευση ΔΕΠ-Υ στους μαθητές.

3. 3 Ερευνητικά εργαλεία

Y.D.Q – Young’sDiagnosticQuestionnaire

Το Y.D.Q αποτελεί ένα από τα πιο χρησιμοποιημένα εργαλεία για την ανίχνευση εθισμού στο διαδίκτυο. Η κλίμακα αυτή έχει συνταχθεί, όπως αναφέραμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, από την Kimberly Young και περιλαμβάνει οκτώ διαγνωστικά κριτήρια:

- Προσήλωση/εμμονή με το διαδίκτυο
- Ανάγκη για όλο και μεγαλύτερη χρήση του διαδικτύου, προκειμένου να αντληθεί ευχαρίστηση
- Σύνδεση με το διαδίκτυο για περισσότερο χρόνο από ό,τι αρχικά υπολογιζόταν
- Αποτυχία προσπάθειας ελέγχου, μείωσης ή διακοπής της χρήσης του διαδικτύου
- Αλλαγή διάθεσης (ευερεθιστότητα, θλίψη, κακοκεφιά) στις προσπάθειες μείωσης ή διακοπής χρήσης του διαδικτύου
- Το άτομο ψεύδεται αναφορικά με τη χρήση του διαδικτύου
- Το άτομο θέτει σε κίνδυνο σημαντικές σχέσεις, μαθήματα ή επαγγελματικές υποχρεώσεις εξαιτίας του διαδικτύου
- Χρησιμοποιεί το διαδίκτυο ως μέσο διαφυγής προβλημάτων ή ανακούφισης από δυσφορικά συναισθήματα

Σύμφωνα με τη συγγραφέα για να προκύψει θετική αξιολόγηση απαιτείται να ισχύουν τουλάχιστον πέντε από τα οκτώ κριτήρια για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τελευταίων έξι μηνών.

ADHD Rating Scale-IV: Checklist, norms and clinical interpretation (ADHD Rating Scale-IV De Paul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998)

Οι DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid δημιούργησαν ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το οποίο παρέχει έναν άμεσο τρόπο καθορισμού της συχνότητας των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και επιτρέπει τον εντοπισμό της διαταραχής. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιέχει 18 ερωτήσεις και βασίζεται στα κριτήρια του DSM-IV-TR. Για κάθε ερώτηση υπάρχουν τέσσερις πιθανές απαντήσεις, σε μια κλίμακα τύπου Likert τεσσάρων διαβαθμίσεων (0= σχεδόν ποτέ, 1 = σπάνια, 2 = αρκετές φορές, 3= πολύ συχνά). Τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής περιλαμβάνονται στις ερωτήσεις με μονή αρίθμηση (1{δεν μπορεί να εστιάσει την προσοχή του/της σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στα διαγωνίσματα}, 3{δυσκολεύεται να δώσει προσοχή για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα σε σχολικά έργα ή παιχνίδια}, 5{φαίνεται σα να μην ακούει όταν οι άλλοι του/της απευθύνουν τον λόγο}, 7{δεν αποτελείώνει ό,τι του/της ανατεθεί – είτε ως εντολή είτε ως

εργασία}, 9{δυσκολεύεται να; οργανώσει εργασίες ή δραστηριότητες}, 11, 13, 15, 17), ενώ τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας στις ερωτήσεις με ζυγή αρίθμηση (2{χτυπάει χέρια και πόδια ή στριφογυρίζει στο γραφείο}, 4{σηκώνεται όρθιος/α στην τάξη ή σε άλλες περιπτώσεις όπου πρέπει να παραμείνει καθιστός/ή}, 6{τρέχει εδώ κι εκεί ή σκαρφαλώνει, ενώ οι περιστάσεις δεν το επιτρέπουν}, 8{έχει δυσκολίες να παίξει ή να ασχοληθεί με διάφορες δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα}, 10{είναι συνεχώς σε κίνηση ή σαν κουρδισμένος/η}, 12, 14, 16, 18). Δημιουργούνται με τον τρόπο αυτό δύο υποκλίμακες (ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας), με τη συνολική βαθμολογία να προκύπτει από την άθροιση των βαθμολογιών τους. Προκειμένου να υπάρξει διάγνωση της διαταραχής απαιτείται η συνολική βαθμολογία να είναι >/85.

3.4. Εφαρμογή ερωτηματολογίου από GoogleForms

Προκειμένου να εξυπηρετηθεί ο σκοπός της έρευνας, δημιουργήσαμε ένα διαδικτυακό περιβάλλον. Μέσω των GoogleForms έγινε η δημιουργία των ερωτηματολογίων. Στην έναρξη έγινε αναφορά στους κανόνες δεοντολογίας και στη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Στην αρχή των ερωτηματολογίων υπήρχαν οι οδηγίες συμπλήρωσή τους.

Επίσης για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήσαμε μια ιστοσελίδα ώστε να είναι αντιπροσωπευτική της μελέτης μας. Με την πληκτρολόγηση του URL εμφανίζεται η εφαρμογή GoogleForms η οποία έχει επιπροσδεθεί με τον ιστότοπό μας. Ο χρήστης καταχωρεί τις απαντήσεις ενώ τα δεδομένα αποθηκεύονται αυτόματα στην εφαρμογή μας. Η εξαγωγή των δεδομένων επιλέχθηκε να γίνει σε MS Excel.

Αρχικά έγινε μια πρώτη πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου με δείγμα μικρής κλίμακας, το οποίο δεν συμμετείχε στην κύρια έρευνα, ώστε να εξεταστούν και να αναδιαμορφωθούν διάφορα ζητήματα διατύπωσης, μορφοποίησης καθώς και να διαπιστωθεί η επάρκεια λειτουργίας της ιστοσελίδας και της άντλησης των αποτελεσμάτων.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προχωρήσαμε σε περιγραφική στατιστική ανάλυση προκειμένου να διερευνήσουμε τις ανεξάρτητες μεταβλητές του ερευνητικού πρωτοκόλλου (φύλο, ηλικία, ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών και ύπαρξη εθισμού στο διαδίκτυο). Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή μαθησιακές δυσκολίες, καθορίστηκε από την ύπαρξη, στο αρχείο του σχολείου, διάγνωσης από το ΚΕΔΔΥ Λαμίας. Ωστόσο, η ανεξάρτητη μεταβλητή εθισμός στο διαδίκτυο, καθορίστηκε από την απάντηση των μαθητών στο ερωτηματολόγιο της Young (1999) που χορηγήθηκε στους μαθητές στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας.

Πίνακας 1. Συμμετέχοντες στην έρευνα ανά φύλο

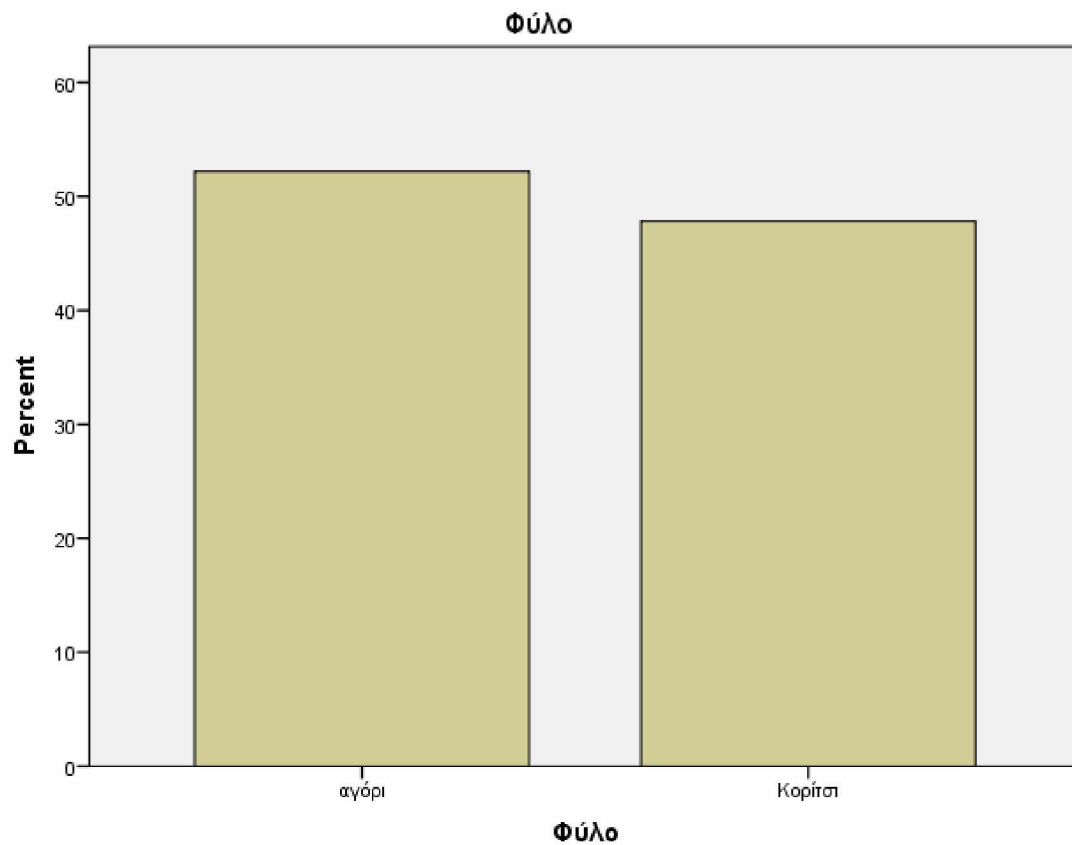
Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Αγόρι	36	52.2
Valid Κορίτσι	33	47.8

Ο πίνακας παρουσιάζει τους συμμετέχοντες της έρευνας ανά φύλο. Ειδικότερο σε σύνολο 69 μαθητών που πήραν μέρος σε αυτήν, οι 36 ήταν αγόρια, ποσοστό 52.2%.

Ο αριθμός των κοριτσιών ήταν 33, ποσοστό 47.8%.

Γράφημα 1. Παρουσίαση του δείγματος με βάση το φύλο

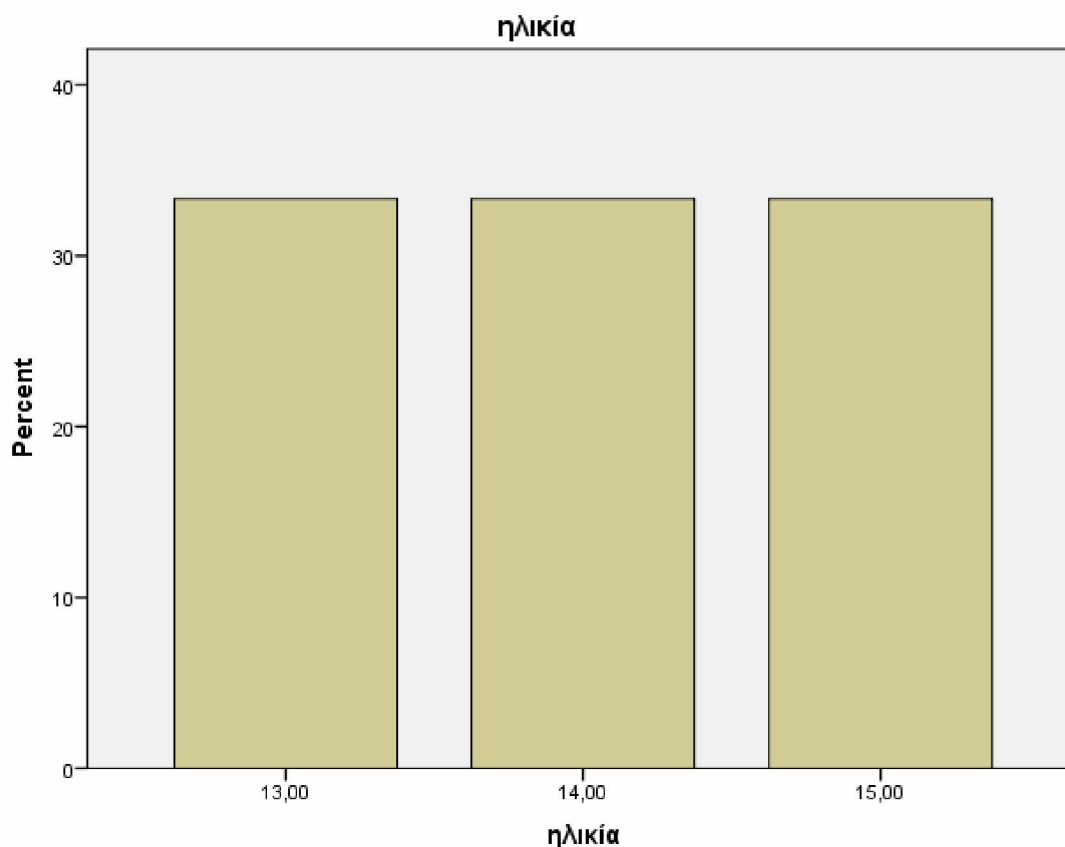


Πίνακας 2. Συμμετέχοντες στην έρευνα ανά ηλικία

Ηλικία			
	Συχνότητα	Ποσοστό %	
Valid	13.00	23	33.3
	14.00	23	33.3
	15.00	23	33.3

Ο πίνακας δείχνει τον μέσο όρο ηλικίας των συμμετεχόντων. Σε σύνολο 69 μαθητών, οι 23 είναι ηλικίας 13 ετών, οι 23 ηλικίας 14 και οι 23 ηλικίας 15. Το ποσοστό δηλαδή ανά ηλικία είναι κοινό, 33.3%.

Γράφημα 2. Παρουσίαση του δείγματος με βάση την ηλικία



Πίνακας 3. Μέσος όρος ηλικίας συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο.

Report

Ηλικία

Φύλο	M.O.	N	T.A.
Αγόρι	13.9167	36	0.87423
Κορίτσι	14.0909	33	0.76500

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, ο μέσος όρος ηλικίας των αγοριών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι 13.91 (Τ. Α. 0.874), ενώ ο αντίστοιχος των κοριτσιών είναι 14.09 (Τ. Α. 0.765).

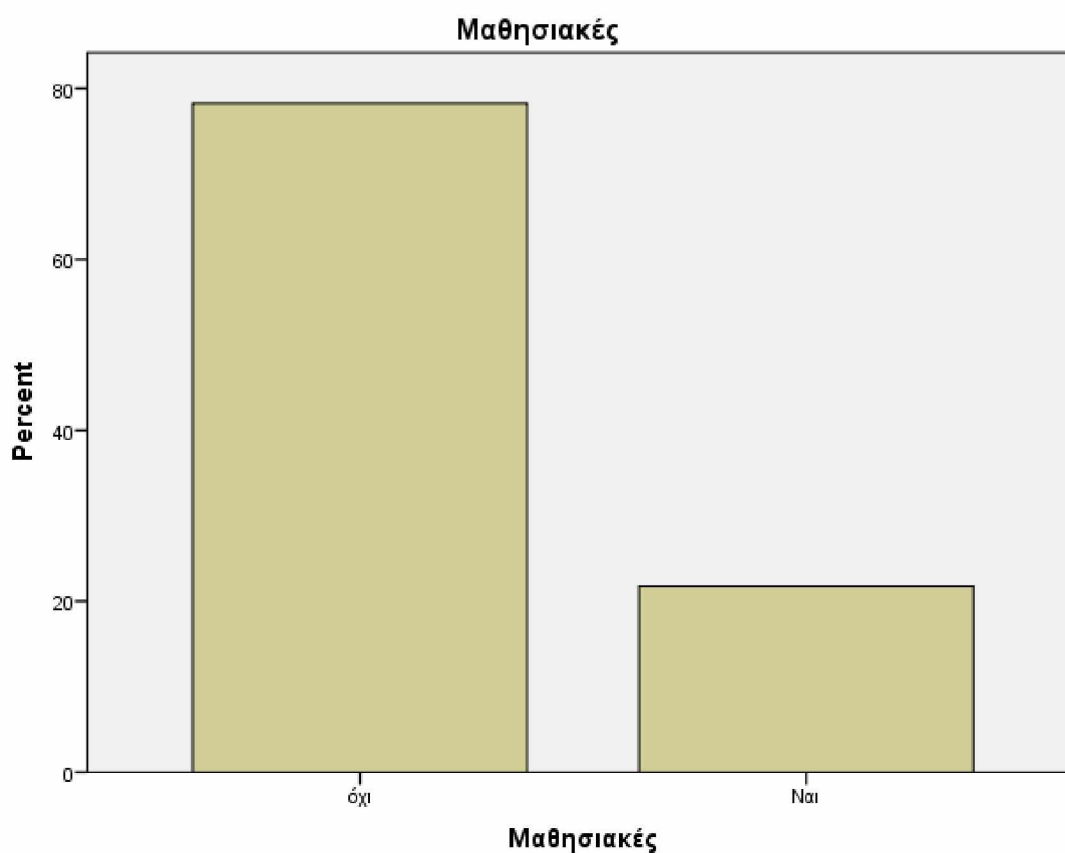
Πίνακας 4. Παρουσίαση δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη ή απουσία Μαθησιακών Δυσκολιών

Μαθησιακές

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid Όχι	54	78.3
Valid Ναι	15	21.7

Ο πίνακας φανερώνει πως σε σύνολο 69 μαθητών, οι 54 δεν παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες. Ο αριθμός αυτός των μαθητών αντιστοιχεί σε ποσοστό 78.3%. Αντιθέτως 15 μαθητές, ποσοστό 21.7%, εμφανίζουν, βάσει των απαντήσεών τους, μαθησιακές δυσκολίες.

Γράφημα 3. Απεικόνιση δείγματος με βάση την ύπαρξη ή απουσία Μαθησιακών Δυσκολιών



Πίνακας 5. Παρουσίαση δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις στο ερωτ. Εθισμός στο διαδίκτυο

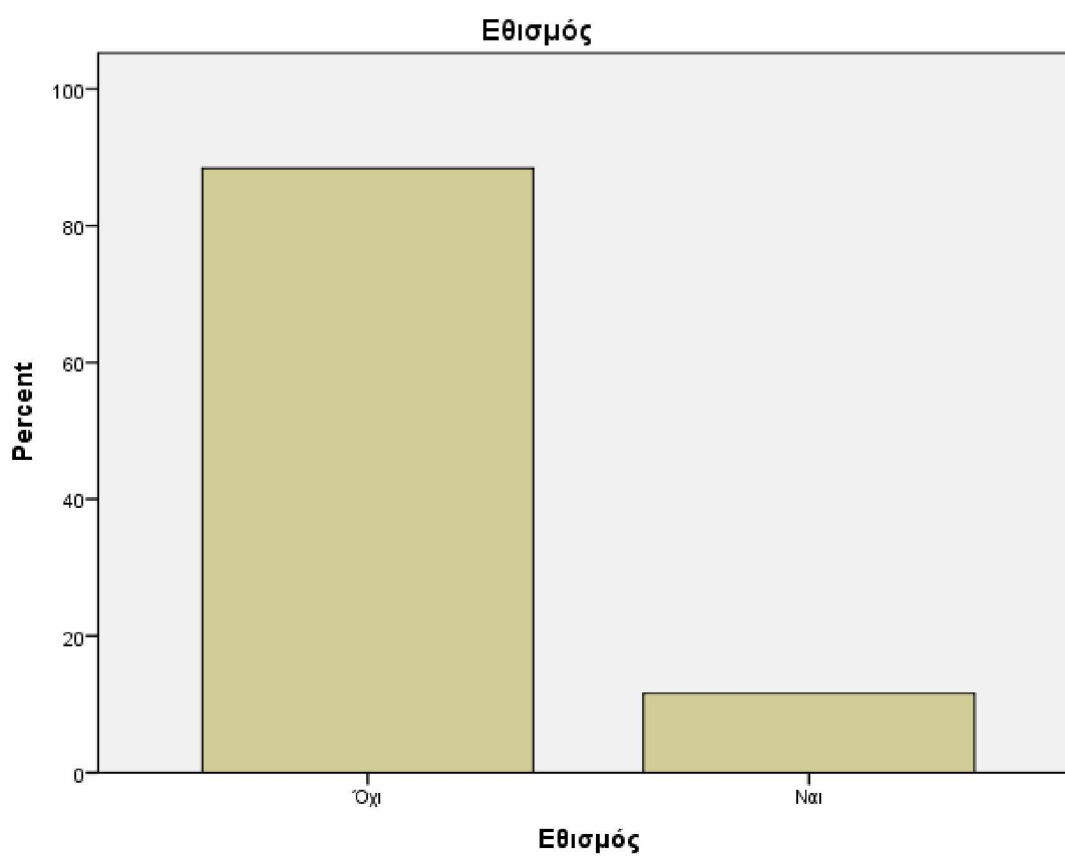
Εθισμός

	Συχνότητα	Ποσοστ ό %
Valid Όχι	61	88.4
Valid Ναι	8	11.6

Περνώντας στο πεδίο του εθισμού στο διαδίκτυο, ο πίνακας αποκαλύπτει ότι με βάση τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο της Young (Y.D.Q – Young’sDiagnosticQuestionnaire), σε σύνολο 69 μαθητών, οι 61, ποσοστό 88.4%,

δεν είναι εθισμένοι στο διαδίκτυο· αντιθέτως 8 μαθητές εμφανίζουν συμπτώματα εθισμού, αριθμός που αντιστοιχεί σε ποσοστό 11.6%.

Γράφημα 4. Απεικόνιση δείγματος με βάση την ύπαρξη ή απουσία Εθισμού στο διαδίκτυο



Στη συνέχεια προχωρήσαμε σε σειρές μονοπαραγοντικών αναλύσεων διακύμανσης (ANOVAs) για να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με βάση τις ανεξάρτητες μεταβλητές που παρουσιάστηκαν παραπάνω.

Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής στατιστικής ανάλυσης διακύμανσης για την εύρεση στατιστικής σημαντικότητας μεταξύ εθισμού στο διαδίκτυο σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων.

Πίνακας 6. Εθισμός στο διαδίκτυο και φύλο συμμετεχόντων

Φύλο

	F	Sig.
BetweenGroups	4.703	0.034
WithinGroups		
Total		

Πίνακας 7. Μέσος όρος Εθισμού στο διαδίκτυο ανά φύλο

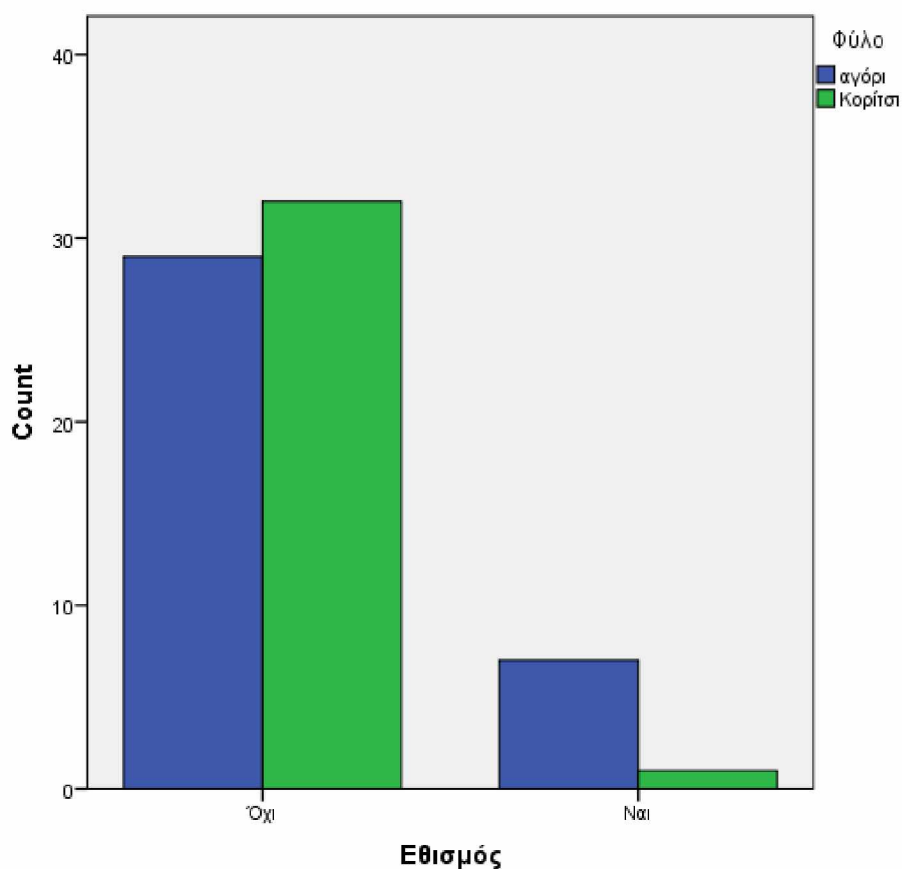
Report

Εθισμός

Φύλο	M.O.	N	T.A.
Αγόρι	1.1944	36	0.40139
Κορίτσι	1.0303	33	0.17408

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει πως ο μέσος όρος των αγοριών που παρουσιάζουν εθισμό στο διαδίκτυο είναι στατιστικά σημαντικά ($p < 0.05$) υψηλότερος από τον αντίστοιχο των κοριτσιών. Συγκεκριμένα για τα αγόρια αυτός είναι 1.19 (T.A. 0.401) και για τα κορίτσια 1.03 (T.A. 0.174).

Γράφημα 5. Παρουσίαση εθισμένων και μη εθισμένων στο διαδίκτυο ανά φύλο



Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής στατιστικής ανάλυσης διακύμανσης για την εύρεση στατιστικής σημαντικότητας μεταξύ εθισμού στο διαδίκτυο σε σχέση με την ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών.

Πίνακας 8. Στατιστική ανάλυση συσχέτισης Μαθησιακών Δυσκολιών και Εθισμού στο διαδίκτυο

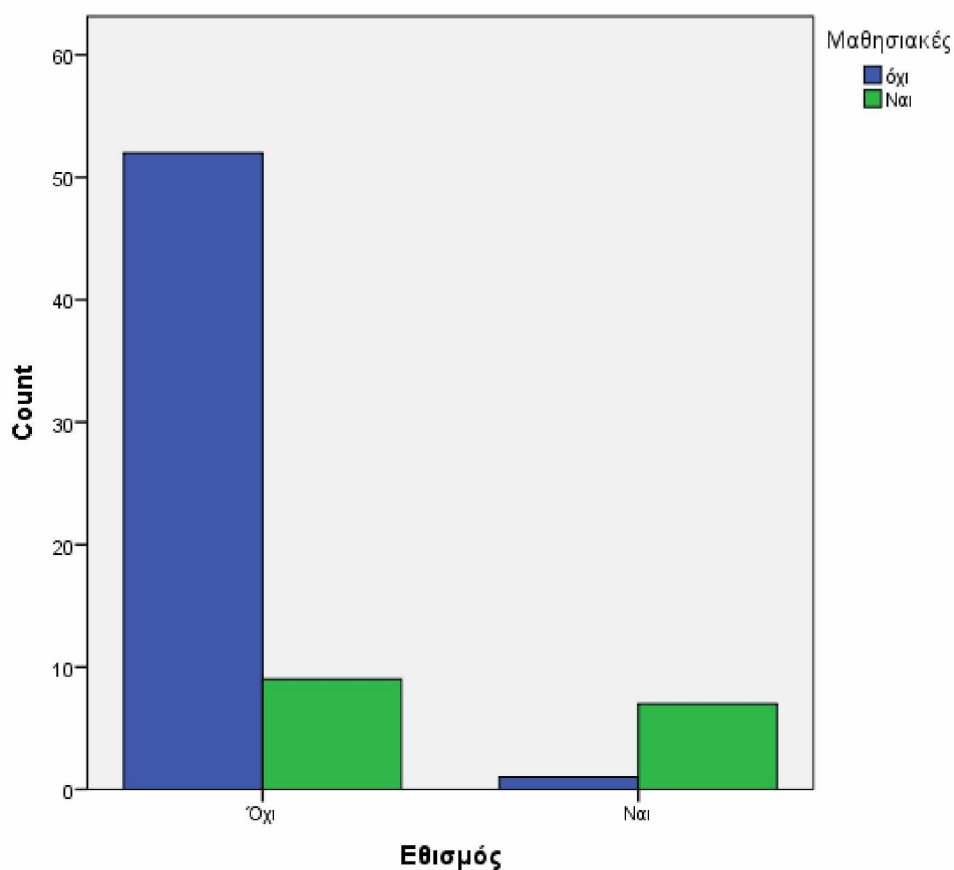
Μαθησιακές

	F	Sig.
BetweenGroups	29.339	0.00
WithinGroups		
Total		

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης καταδεικνύουν ότι τα παιδιά με Μ.Δ. έχουν την τάση να απαντούν στατιστικά σημαντικά ($p < 0.01$) θετικά σε περισσότερες

ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ανάγνωσης εθισμού στο διαδίκτυο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Γράφημα 6. Εθισμός στο διαδίκτυο σε συνάρτηση με Μαθησιακές Δυσκολίες



Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής στατιστικής ανάλυσης διακύμανσης για την εύρεση στατιστικής σημαντικότητας μεταξύ εθισμού στο διαδίκτυο σε σχέση με τις απαντήσεις των παιδιών στο ερωτηματολόγιο DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1998) για την ύπαρξη στοιχείων διάσπασης προσοχής και υπερκινητικότητας.

Πίνακας 9. Διαφορές συμμετεχόντων στις απαντήσεις ΔΕΠΥ

		F	Sig.
	BetweenGroups	1.570	.215
ΔΕΠΥερ1	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	20.278	.000
ΔΕΠΥερ2	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	4.083	.047
ΔΕΠΥερ3	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	15.725	.000
ΔΕΠΥερ4	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	11.904	.001
ΔΕΠΥερ5	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	8.767	.004
ΔΕΠΥερ6	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	.581	.448
ΔΕΠΥερ7	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	10.083	.002
ΔΕΠΥερ8	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	3.476	.067
ΔΕΠΥερ9	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	13.597	.000
ΔΕΠΥερ10	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	4.405	.040
ΔΕΠΥερ11	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	11.411	.001
ΔΕΠΥερ12	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	21.165	.000
ΔΕΠΥερ13	WithinGroups		
	Total		
ΔΕΠΥερ14	BetweenGroups	2.416	.125

	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	2.507	.118
ΔΕΠΥερ15	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	1.625	.207
ΔΕΠΥερ16	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	3.179	.079
ΔΕΠΥερ17	WithinGroups		
	Total		
	BetweenGroups	19.491	.000
ΔΕΠΥερ18	WithinGroups		
	Total		

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε πως παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα οι απαντήσεις στις ερωτήσεις 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, και 18.

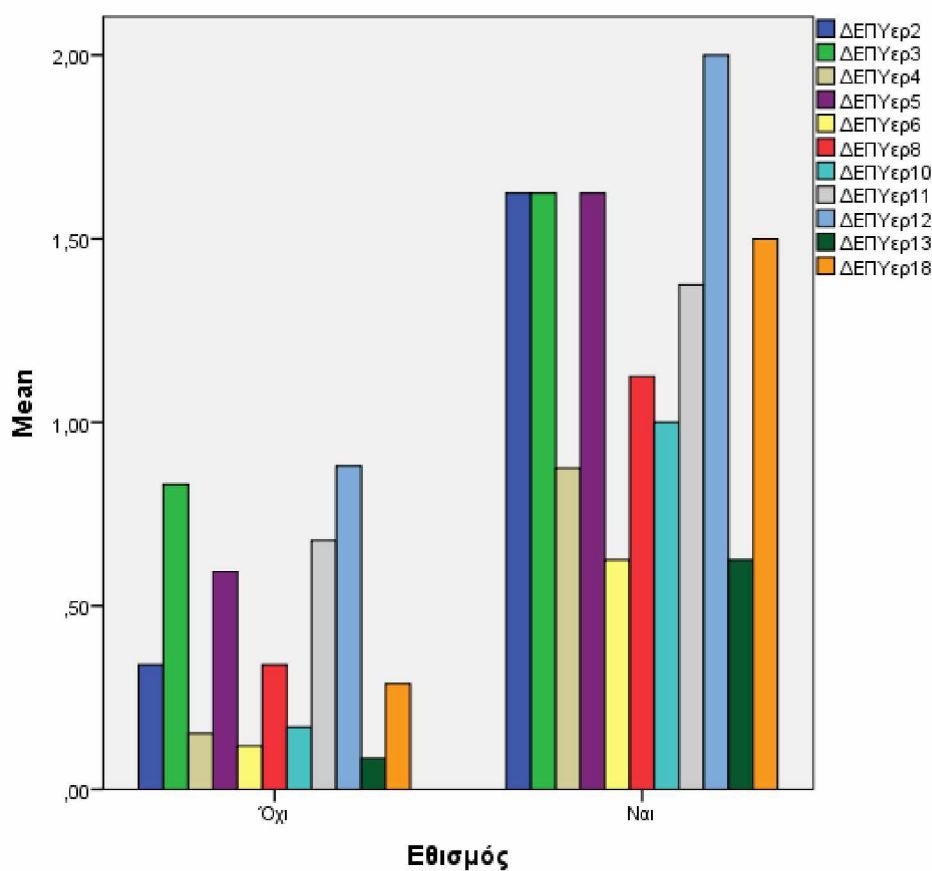
Άρα οι μαθητές με εθισμό στο διαδίκτυο συγκέντρωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα αξιολόγησης ΔΕΠΥ σε σχέση με τους μη εθισμένους στο διαδίκτυο μαθητές.

Πίνακας 10. Ερωτήσεις στατιστικής σημαντικότητας στο ερωτηματολόγιο ΔΕΠΥ

Report												
Εθισμός	ΔΕΠΥε ρ2	ΔΕΠΥερ 3	ΔΕΠΥερ 4	ΔΕΠΥε ρ5	ΔΕΠ Υερ6	ΔΕΠΥε ρ8	ΔΕΠΥε ρ10	ΔΕΠΥερ 11	ΔΕΠΥερ 12	ΔΕΠΥε ρ13	ΔΕΠΥερ 18	
Όχι	M.O.	0.3279	0.8361	0.1639	0.5902	0.11 48	0.3443	0.1639	0.6557	0.9000	0.0833	0.2787
	N	61	61	61	61	61	61	61	61	60	60	61
	T.A.	0.7465 8	1.00300	0.45388	0.7610 7	0.41 224	0.544 22	0.5531 8	0.85411	0.83767	0.2787 2	0.66159
Ναι	M.O.	1.6250	1.6250	0.8750	1.6250	0.62 50	1.1250	1.0000	1.3750	2.0000	0.6250	1.5000
	N	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	T.A.	0.9161 3	1.30247	0.64087	1.0606 6	0.74 402	1.2464 2	0.9258 2	1.30247	1.06904	0.5175 5	1.19523

Οι μαθητές που εντοπίστηκαν εθισμένοι στο Διαδίκτυο σύμφωνα με την κλίμακα της Young εμφάνισαν μεγαλύτερους μέσους όρους στην κλίμακα αξιολόγησης της συμπτωματολογίας ΔΕΠΥ, όπως προκύπτει από τον πίνακα 10 και το γράφημα 6, 7.

Γράφημα 7. Απαντήσεις εθισμένων και μη εθισμένων στο ερωτηματολόγιο ΔΕΠΥ



Βαθμός αξιοπιστίας απαντήσεων στην κλίμακα DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1998) για την ύπαρξη στοιχείων διάσπασης προσοχής και υπερκινητικότητας.

Πίνακας 11. Ανάλυση αξιοπιστίας ερωτηματολογίου

ReliabilityStatistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
0.949	20

Από τον υπολογισμό του Cronbach's α φαίνεται ότι τα αποτελέσματα στο σύνολο των ερωτήσεων των συμμετεχόντων με βάση την ανάλυση αξιοπιστίας είναι ικανοποιητικά, εφόσον $\alpha=0.949$. Στη βιβλιογραφία ως ικανοποιητικό εμφανίζεται ποσοστό $\alpha=0.70$

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΡΜΗΝΕΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναλυθούν τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, σε συνδυασμό με αντίστοιχα άλλων ερευνών.

Εξετάζοντας αρχικά το ποσοστό των μαθητών με ΔΕΠ-Υ, στην μελέτη μας επισημαίνεται πως αυτό είναι αρκετά υψηλό, καθώς φτάνει το 21.7%. Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο η διαταραχή αυτή εμφανίζεται παγκοσμίως. Αν και τα αποτελέσματα των ερευνών ποικίλλουν λόγω των διαφορετικών παραμέτρων (χώρα μελέτης, δείγμα, κριτήρια), έχει διαπιστωθεί (APA, 2000) πως το 3%-7% του παιδικού πληθυσμού νοσεί από τη ΔΕΠ-Υ. Σε σχετικά πρόσφατη μάλιστα μεταανάλυση (Polanzcyk, Lima, Horta&Biederman, 2007) οι συγγραφείς εξέτασαν πάνω από εκατό μελέτες για την ανίχνευση της διαταραχής και διαπίστωσαν πως ο μέσος όρος που προκύπτει από αυτές είναι 5.29%. Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημάνουμε, πάντως, πως όταν οι καθηγητές αξιολογούν τους μαθητές (όπως συνέβη στην παρούσα έρευνα), το ποσοστό των τελευταίων που εμφανίζουν συμπτώματα υπερδραστηριότητας ή/και ελλειμματικής προσοχής παρουσιάζονται ιδιαίτερος αυξημένα – κυμαίνονται μάλιστα από 12%-57% (στο Barkley, 2006b).

Σε άλλες έρευνες οι Goldmanetal. (Goldman, Genel, Bezman, Siantetz, 1998) με βάση ποικίλες μελέτες των ετών 1975-1997 ανέδειξαν ποσοστά επιπολασμού που κυμαίνονταν από 1.7% έως 17.8%. Αντιστοίχως οι Brownetal. (Brown, Freeman, Perrin, Stein, Amier, Feldman, Pierce, & Wolraich, 2001), εξετάζοντας προηγούμενες μελέτες σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών, επισήμαναν πως το ποσοστό επιπολασμού κυμαίνονταν από 4% έως 12%.

Εφαρμόζοντας την ίδια μέθοδο ο Cantwell (1996) εξέτασε μελέτες των τελευταίων δέκα ετών και, με βάση τα κριτήρια του DSM-IV, υπολόγισε τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής στον σχολικό πληθυσμό σε 11%-16%, με τα αγόρια να έχουν τετραπλάσια ποσοστά εμφάνισής της.

Από τις έρευνες στον ελλαδικό χώρο, η Σκουντή και οι συνεργάτες της (Skounti, Philalithis, Mpitzaraki, & Vamvoukas, 2006) πραγματοποίησαν έρευνα στην Κρήτη με δείγμα 1.708 παιδιά ηλικίας 7 έως 9 ετών. Βάσει των αποτελεσμάτων το ποσοστό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ ανήλθε στο 6.5%. Ο επιπολασμός ήταν

υπερδιπλάσιος στα αγόρια (8.8%) σε σχέση με τα κορίτσια (4.2%). Σε άλλη μελέτη τους στην Αθήνα, οι Skounti, Giannoukas, Dimitriou, Nikolopoulou, Linardakis, Philalithis (Skounti, Giannoukas, Dimitriou, Nikolopoulou, Linardakis, Philalithis, 2010) σε δείγμα 603 παιδιών, ηλικίας 6 έως 11 ετών διαπίστωσαν πως το 6% πληρούσε τα κριτήρια εμφάνισης της διαταραχής. Το ποσοστό επιδημιολογίας για τα αγόρια ήταν 8% και για τα κορίτσια 3.8%.

Όσον αφορά το ποσοστό των μαθητών που παρουσιάζονται εξαρτημένοι από το διαδίκτυο, αυτό στην έρευνα μας φτάνει το 11.6%. Αντίστοιχες έρευνες στον ελλαδικό χώρο παρήγαγαν παρεμφερή αποτελέσματα. Ενδεικτικά, έρευνα της Ελληνικής Εταιρίας Μελέτης της Διαταραχής Εθισμού στο Διαδίκτυο υπέδειξε επιπολασμό 11%-16% (Siomosetal., 2008), ενώ σε έρευνες στην Κω το ποσοστό ήταν 11.3% και 15% (Florosetal., 2010). 15.3% ήταν το ποσοστό εξαρτημένων μαθητών στο διαδίκτυο σε μελέτη του 2018 (Yfantietal., 2018), ενώ μεγαλύτερο ποσοστό, 22% ανέδειξε έρευνα του 2012 (Καραπέτσας etal., 2012). Σε μελέτη των Stavropoulosetal. (2013) το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 3.1%. Παράλληλα πλήθος ερευνών για την εξάρτηση στο διαδίκτυο έχουν διεξαχθεί και παγκοσμίως. Τα αποτελέσματά τους αναφέρθηκαν αναλυτικότερα σε προηγούμενο κεφάλαιο, εδώ αξίζει μόνο να σημειώσουμε πως αυτά κυμαίνονται από 0.7 έως 27% (Poli, 2017).

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει και στο πεδίο του φύλου. Στην παρούσα έρευνα σημειώθηκε ότι τα αγόρια παρουσιάζουν συχνότερα συμπτώματα εθισμού από ό,τι τα κορίτσια. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Kuss&Griffiths, 2015), γεγονός που εν πολλοίς αποδίδεται στην ελλιπή κοινωνικοποίησή τους συγκριτικά με τα κορίτσια κατά την εφηβεία. Σε αντίστοιχα συμπεράσματα, δε, κατέληξε και πρόσφατη μελέτη των Karacic&Oreskonovic (2017). Βάσει αυτής, σε δείγμα 1078 εφήβων ηλικίας 11-18 ετών, προέκυψε ότι τα αγόρια κατά την εφηβεία είναι πιθανότερο να εμφανίσουν συμπτώματα εθισμού στο διαδίκτυο σε σχέση με τα κορίτσια.

Περνώντας στο πεδίο της σύνδεσης των δύο διαταραχών, η παρούσα μελέτη ανέδειξε τη συσχέτισή τους. Το γεγονός αυτό, άλλωστε, μαρτυρούν και σχετικές μελέτες, καθώς η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται πολύ συχνά να συνυπάρχει με τον εθισμό στο διαδίκτυο. Ο Yoo και οι συνεργάτες του (Yoo, Cho, Ha, Yune, Kim, Hwang, Chung, Sung, &Lyoo, 2004) ήταν οι πρώτοι που το

επεσήμαναν σε έρευνα που διεξήχθη στη Ν. Κορέα, με τη χρήση της κλίμακας του DuPaul. Σε αυτή πήραν μέρος 535 μαθητές δημοτικού, και κατά τη διάρκειά της επισημάνθηκε η σύνδεση των δύο διαταραχών, καθώς και το ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί παράγοντα που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης του εθισμού στο διαδίκτυο.

Στην δική τους έρευνα, σε δείγμα 50 ενηλίκων, οι Bernardi και Pallanti (2009) ανέδειξαν πως το 14% των εθισμένων στο διαδίκτυο παρουσίαζε και ΔΕΠ-Υ, ποσοστό από τα υψηλότερα συγκριτικά με τις υπόλοιπες διαταραχές που συνεμφανίζονταν με τον εθισμό στο διαδίκτυο. Παρεμφερή αποτελέσματα έδωσε και η έρευνα του Κο και των συνεργατών του (Koetal., 2008a). Με τη μέθοδο της ψυχιατρικής διαγνωστικής συνέντευξης διαπιστώθηκε ότι σε σύνολο 87 φοιτητών/τριών εθισμένων στο διαδίκτυο, οι 39 εξ αυτών (18.1%) εμφάνιζαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, το υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τις υπόλοιπες διαταραχές (όπως κατάθλιψη και κοινωνικό άγχος). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα του Bozkurt και των συνεργατών του (Bozkurtetal.,2013), όπου το ποσοστό συνεμφάνισης του εθισμού στο διαδίκτυο με τη ΔΕΠ-Υ ήταν υψηλότερο από τις άλλες διαταραχές αγγίζοντας το 83.3%.

Παράλληλα, σε μια προοπτική μελέτη 2 ετών που πραγματοποιήθηκε στην Ταϊβάν, σε μαθητές γυμνασίου, από τον Κο και τους συνεργατών του (Koetal., 2009) διαπιστώθηκε ότι η ΔΕΠΥ (μαζί με την εχθρότητα) αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα πρόβλεψης του εθισμού στο διαδίκτυο. Επίσης, στην μελέτη τους, ο Χα και οι συνεργάτες του (Haetal., 2006) επεσήμαναν πως, σε δείγμα 12 παιδιών που εμφάνιζαν εθισμό στο διαδίκτυο, τα 7 εξ αυτών παρουσίαζαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.

Αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας του Yen και των συνεργατών του (Yenetal., 2009a), η οποία σε δείγμα 2.793 φοιτητών/τριών στην Ταϊβάν διαπίστωσαν πως τα άτομα που παρουσίαζαν εθισμό στο διαδίκτυο εμφάνιζαν υψηλότερη συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τα άτομα που δεν ήταν εθισμένα στο διαδίκτυο. Επιπλέον, το κυριότερο σύμπτωμα της ΔΕΠ-Υ που σχετιζόταν με τον εθισμό στο διαδίκτυο ήταν η έλλειψη προσοχής, ενώ ένα ακόμα πόρισμα ήταν πως η σύνδεση των δύο διαταραχών είναι εντονότερη στις φοιτήτριες.

Σε άλλη ερευνά τους, σε δείγμα 2.114 φοιτητών/τριών στην Ταϊβάν, ο Yen και οι συνεργάτες του (Yenetal., 2007) επεσήμαναν εκ νέου τη σύνδεση των δύο διαταραχών, σημειώνοντας πως ο εθισμός στο διαδίκτυο συνεπαγόταν και αυξημένη

συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ και στα δύο φύλα (κάτι ανάλογο ίσχυε και για την καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ αντιθέτως η επιθετικότητα εμφανιζόταν μόνο στους φοιτητές).

Αναφορικά με την αιτία σύνδεσης των δύο διαταραχών, ειδικοί έχουν επισημάνει ορισμένους πιθανούς βιοψυχολογικοκοινωνικούς παράγοντες που ενδέχεται να ευθύνονται για αυτήν. Αρχικά, δύο από τα κυριότερα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι, όπως ήδη σημειώσαμε, το ότι οι πάσχοντες χάνουν εύκολα το ενδιαφέρον τους (βαριούνται εύκολα) και δεν επιθυμούν την μακροπρόθεσμη επιβράβευση. Το διαδίκτυο, με τις άπειρες επιλογές, την ποικιλία των δραστηριοτήτων που παρέχει, καθώς και την άμεση ανταμοιβή/επιβράβευση αποτελεί ένα προφανές καταφύγιο από τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ (Koetal., 2007).

Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί (Koerp, Gunn, Lawrence, Cunningham, Dagher, Jones, Brooks, Bench, 1998) ότι κατά τη διάρκεια της ενασχόλησης του ατόμου με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια απελευθερώνεται striataldopamine, γεγονός που του επιτρέπει να παραμένει, συγκεντρωμένο, για μεγάλο χρονικό διάστημα συνδεδεμένο. Ακόμα, οι ανωμαλίες στην εγκεφαλική λειτουργία των ασθενών με ΔΕΠ-Υ που συνδέονται με το πεδίο των αναστολών φαίνεται πως επίσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον εθισμό στο διαδίκτυο, καθώς, όπως είναι εύληπτο, η έλλειψη αυτοελέγχου μπορεί να οδηγήσει στην πολύωρη, ανεμπόδιστη, ενασχόληση με τον ψηφιακό κόσμο (Koetal., 2007).

Τέλος, έχουμε ήδη αναφέρει πως στα απότοκα της ΔΕΠ-Υ συμπεριλαμβάνονται και οι δυσκολίες στη δημιουργία και διατήρηση στενών προσωπικών σχέσεων. Το διαδίκτυο αποτελεί, και στο κομμάτι αυτό, ένα καταφύγιο για τον χρήστη που πάσχει από ΔΕΠ-Υ, επιτρέποντάς του να ξεφύγει από τα προβλήματα της ζωής και να αναπτύξει απρόσωπες, διαδικτυακές σχέσεις (Koetal., 2007).

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες φαίνεται πως σχετίζονται με τη σύνδεση της ΔΕΠ-Υ με τον εθισμό στο διαδίκτυο. Ασφαλώς, βέβαια, το ζήτημα της σύνδεσης αυτής χρήζει περαιτέρω έρευνας, προκειμένου να εξακριβωθούν οι μηχανισμοί που την προκαλούν.

Περιορισμοί έρευνας και ανάλυση χρησιμότητας

Ασφαλώς η παρούσα μελέτη έχει συγκεκριμένους περιορισμούς. Κατ' αρχάς το δείγμα της είναι σχετικά περιορισμένο, καθώς αποτελείται από μαθητές γενικού πληθυσμού ενός σχολείου, στο οποίο είχαμε πρόσβαση, σε μία πόλη της χώρας. Ως εκ τούτου δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό. Γίνεται επομένως αντιληπτό πως δεν περιλαμβάνονται στην έρευνα παιδιά από διαφορετικές περιοχές (αστικές-ημιαστικές-αγροτικές).

Επίσης, όσον αφορά το πεδίο της συλλογής δεδομένων για τον εθισμό στο διαδίκτυο χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα της Young, ένα εργαλείο αυτοαναφοράς. Όπως, λοιπόν, συμβαίνει γενικά σε περιπτώσεις αντίστοιχων εργαλείων αυτοαναφοράς, ενδέχεται οι ερωτώμενοι (μαθητές) να απάντησαν αναλογιζόμενοι και τον αντίκτυπο που θα είχαν οι όποιες απαντήσεις τους.

Παρ' όλα αυτά, βέβαια, η μελέτη είναι ιδιαίτερα χρήσιμη. Ο ολοένα και μεγαλύτερος ρόλος που διαδραματίζει το διαδίκτυο στη ζωή των εφήβων, καθώς και το εντεινόμενο ενδιαφέρον για την συσχέτισή του με ψυχοπαθολογικές διαταραχές την καθιστούν επίκαιρη. Επιπλέον, τα πορίσματά της μπορούν να αξιοποιηθούν από αρμόδιους φορείς, όπως η οικογένεια, το σχολείο και οι καθηγητές. Άλλωστε, η ενδεχόμενη γρήγορη διάγνωση της εμφάνισης των διαταραχών είναι σημαντική και για την μετέπειτα εξέλιξή τους.

Ταυτόχρονα, η έρευνά μας λειτουργεί συμπληρωματικά στο πλήθος των αντίστοιχων ερευνών που διεξάγονται στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως. Ελπίζουμε, δε, να αποτελέσει το έναυσμα για την έναρξη ενός διαλόγου που θα αφορά τους κινδύνους του διαδικτύου, την ενασχόληση των εφήβων με αυτό, την σύνδεσή του με την ΔΕΠ-Υ αλλά και άλλες διαταραχές, καθώς επίσης και τον ρόλο του σχολείου και των εκπαιδευτικών ενώπιον αυτού του φαινομένου.

Η παρούσα μελέτη εξέτασε την ύπαρξη εθισμού στο διαδίκτυο και την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ σε μαθητές Γυμνασίου, καθώς και την ενδεχόμενη συσχέτισή τους. Αφετηρία της υπήρξε η αυξανόμενη ενασχόληση των μαθητών με τον διαδίκτυο, γεγονός που γίνεται εύκολα αντιληπτό στο σχολικό και όχι μόνο περιβάλλον, και η ενδεχόμενη σύνδεσή της με διαταραχές που επηρεάζουν τις επιδόσεις τους.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύουν την ύπαρξη εθισμού στο διαδίκτυο και ΔΕΠ-Υ στους μαθητές, φανερώνοντας ταυτόχρονα και την σύνδεση μεταξύ των δυο διαταραχών, καθώς οι μαθητές με εθισμό στο διαδίκτυο συμπλήρωσαν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα αξιολόγησης ΔΕΠΥ σε σχέση με τους μη εθισμένους. Η διαπίστωση αυτή συμπίπτει με τα αποτελέσματα διεθνών ερευνών, κάτι που, σε συνδυασμό με τον υψηλό βαθμό αξιοπιστίας της παρούσας μελέτης, υποδεικνύει την επιτυχία της.

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει επιφέρει ραγδαίες μεταβολές στην καθημερινότητα των μαθητών. Οι συνέπειές της, δε, είναι ορατές και στο πλαίσιο του σχολείου. Ευελπιστούμε η μελέτη αυτή να συμβάλλει στην συνειδητοποίηση του φαινομένου της συνύπαρξης και σύνδεσης ΔΕΠ-Υ και εθισμού στο διαδίκτυο. Στο πλαίσιο αυτό τα αποτελέσματά της μπορούν να χρησιμεύσουν στον σχεδιασμό προγραμμάτων που θα αφορούν: α) την ενημέρωση των μαθητών και των γονέων για τους κινδύνους του διαδικτύου και για τη φύση και τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, και β) την επιμόρφωση των καθηγητών για την ανίχνευση και αντιμετώπιση των διαταραχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Achenbach, T. M. (1991). *Intergrative guide for the 1991 CBCL/4-18 YSR and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ak, S., Koruklu, N., & Yilmaz, Y. (2013). A study on Turkish adolescent's Internet use: possible predictors of Internet addiction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16 (3), 205- 209.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (2th Ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3th Ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3th Ed., text rev.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th Ed., text rev.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). Washington DC: Author.
- Anastopoulos, A. D., Rhoads, L. H. & Farley, S. E. (2006). Counseling and Training Parents. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 453–479). New York: Guilford.
- Anderson, K. J. (2001) Internet use among college students: an exploratory study. *J. Am. Coll. Health*, 50 (1), 21-26.
- Bai, Y. M., Lin, C. C., & Chen, J.Y. (2001). Internet addiction disorder among clients of a virtual clinic. *Psychiatr Serv*, 52 (10), 1397.
- Bakken, I. J., Wenzel, H. G., Gotestam, K. G., Johansson, A., & Oren, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(2), 121-127.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Barkley, R. A. (2006a). History. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 3 – 75). New York: Guilford.

Barkley, R. A. (2006b). Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Prevalence, and Gender Differences. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 76-121). New York: Guilford.

Barkley, R. A. (2006c). Comorbid Disorders, Social and Family Adjustment and Subtyping. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 184-218). New York: Guilford.

Barkley, R. A. (2006d). Associated Cognitive, Developmental and Health Problems. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 122-183). New York: Guilford.

Barkley, R. A. (2006e). Interview, Rating Scales, and Medical Examination. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 337-368). New York: Guilford.

Barkley, R. A. (2006f). Etiologies. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 219-240). New York: Guilford.

Beard, K., Wolf E. (2004). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Cyber Psychology & Behavior*, 4 (3), 377-383.

Bernardi S. & Pallanti S. (2009). Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 50 (6), 510–516.

Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiley, K., Guite, J., Ablon, J. S., Reed, E., & Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit

hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 431-435.

Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I., Zoroglu, D. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet Addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 352-359.

Brown, R. T., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Amier, R. W., Feldman, H. M., Pierce, K., & Wolraich, M. L. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*, 107, e43.

Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (8), 978–987.

Cao, F. & Su, L. (2006). Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features. *Child: Care, Health, and Development*, 33 (3), 275-281.

Γιαννοπούλου, Ι. Γ. (2012). ΗΔΕΠ-Υστηνπροσχολική ηλικία. Στο Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (Επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις & θεραπευτική αντιμετώπιση*, (σσ. 75-99). Αθήνα: Gutenberg.

Choi, K., Son, H., Park, M., Han, J., Kim, K., Lee, B., & Gwak, H. (2009). Internet overuse and excessive daytime sleepiness in adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63 (4), 455–462.

Connor, D. F. (2006a). Stimulants. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 608-647). New York: Guilford.

Connor, D. F. (2006b). Other Medications. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 668-677). New York: Guilford.

D' Abreu, C. B. & Goes, D. S. (2011). Psychotherapy for Internet Addiction. In K. S. Young & C. N. De Abreu (Eds.) *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*, (pp. 155-172). New Jersey: Wiley.

- Davies, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17 (2), 187-195.
- Demetrovics, Z., Szeredi, B., & Rozsa, S. (2008). The three-factor model of Internet addiction: the development of the problematic internet use questionnaire. *Behavioral Research Methods*, 40 (2), 563-574.
- D'Hondt, F. & Maurage, P. (2017). Electrophysiological studies in Internet addiction: A review within the dual-process framework. *Addictive Behaviors*, 64, 321-327.
- DuPaul, G. J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 242-253.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.
- Durston, S., Pol, H. E. H., Schnack, H. G., Buitelaar, J. K., Steenhuis, M. P., Minderaa, R. B., Kahn, R. S., & Van Endeland, H. (2004). Magnetic resonance imaging of boys with attention deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 332-340.
- Ernst, M., Zametkin, A. J., Matochik, J. A., Pascualvaca, D., Jons, P. H., & Cohen, R. M. (1999). High midbrain [F-18]DOPA accumulation in children with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1209-1215.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mennin, D., Wozniak, J., & Spencer, T. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familiar subtype? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1378-1387.
- Floros, G., Fisoun, V., & Siomos, K. (2010). Internet addiction in the island of hippokrates: impact of gender and age in teenage use and abuse of the internet. *European Psychiatry*, 25, 414.

- Goldberg, I. (1996). *Internet Addictive disorder (IAD) diagnostic criteria*. Available from: <http://blogs.scientificamerican.com/mind-guest-blog/internet-addiction-real-or-virtual-reality>.
- Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J., & Siantetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of Attention-deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA*, 279, 1100–1107.
- Gresle, C. & Lejoyeux, M. (2011). Phenomenology of Internet Addiction. In H. O. Price (Ed.), *Internet Addiction*, (pp. 85-94), New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Griffiths, M.D. (2000). Does Internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology Behavior* 3 (2), 211–218.
- Ha, J.H., Yoo, H.J., Cho, I.H., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. H. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (5), 821–826.
- Johnson, K. A., Wiersema, J. R., & Kuntsi, J. (2009). What would Carl Popper say? Are current psychological theories of ADHD falsifiable? *Behavioral and Brain Functions*, 5, 15.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση* (4η έκδ.). Αθήνα: τυπωθήτω – Γιώργος Δάρδανος.
- Karacic, S., & Oreskovic, S. (2017). Internet Addiction Through the Phase of Adolescence: A Questionnaire Study. *JMIR Mental Health*, 4(2), e11.
- Καραπέτσας, Α. Β., Φώτης, Α. Ι., & Ζυγούρης, Ν. Χ. 2012 Νέοι και εθισμός στο διαδίκτυο: Ερευνητική προσέγγιση συχνότητας του φαινομένου, *Εγκέφαλος*, 49, 67-72, 2012.
- Kim, K., Ryu, E., Chon, M. Y., Yeun, E. J., Choi, S. Y., Seo, J. S., & Nam, B. W (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (2), 185-192.

- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Chen, C. C. & Yen, C. F. (2008a). Psychiatric comorbidity of Internet addiction in college students: An interview study. *CNS Spectr*, 13 (2), 147–53
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., Weng, C.C., & Chen, C.C. (2008b). The association between Internet addiction and problematic alcohol use in adolescents: the problem behavior model. *Cyberpsychology and Behavior*, 11 (5), 571–576.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Liu, S. C., Huang, C. F., & Yen, C. F. (2009). The associations between aggressive behaviors and Internet Addiction and online activities in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44 (6), 598-605.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Yeh, Y. C., & Yen, C. F. (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for Internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 163(10), 937-943.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., & Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry*, 27, 1-8.
- Koepp, M. J., Gunn, R. N., Lawrence, A.D., Cunningham, V. J., Dagher, A., Jones, T., Brooks, D. J., & Bench, C. J. (1998). Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature*, 393 (6682), 266–268.
- Kuss, D. J. & Griffiths, M. D. (2015). *Internet addiction in psychotherapy*. London: Plagrave Macmillan.
- Lam, L. T., Peng, Z.W., Mai, J.C., & Jing, J. (2009). Factors associated with Internet addiction among adolescents. *Cyberpsychology and Behavior*, 12 (5), 551–555.
- Lin, F. & Lei, H. (2015). Structural Brain Imaging and Internet Addiction. In C. Montag & M. Reuter (Eds.), *Internet Addiction: Neuroscientific Approaches and Therapeutical Interventions*, (pp. 22-42). Springer.
- Mahone, E. M. & Denckla, B. M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23 (9-10), 916-929.

- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 378-385.
- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., & Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 16-22.
- Mihajlov, M. & Vejmelka, L. (2017). Internet Addiction: A review of the first twenty years. *Psychiatria Danubina*, 29 (3), 260-272.
- Μπιτσάκου, Ε. (2012). Η ετερογένεια στη διαδικασία παθογένεσης και εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (Επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις & θεραπευτική αντιμετώπιση*, (σσ. 57-73). Αθήνα: Gutenberg.
- Murphy, K. R. & Gordon, M. (2006). Assessment of Adults with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 425-450). New York: Guilford.
- Mythily, S., Qiu, S., Winslow, M. (2008). Prevalence and correlates of excessive Internet use among youth in Singapore. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 37(1), 9-14.
- Ni, X., Yan, H., Chen, S., & Liu, Z. (2009). Factors influencing internet addiction in a sample of freshmen university students in China. *Cyberpsychology and Behavior*, 12(3), 327-330.
- Nigg, J. (2013). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In T. P. Beauchaine, & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and Adolescent Psychopathology*, 2nd Ed. (pp. 377-409). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Park, H. S. & Kim, S. E. (2015). Internet Addiction and PET. In C. Montag & M. Reuter (Eds.), *Internet Addiction: Neuroscientific Approaches and Therapeutical Interventions*, (pp. 64-76). Springer.

- Polanczyk, V. G., Lima, M. S. D., Horta, B., & Biederman, J. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-8.
- Poli, R. (2017). Internet addiction update. Diagnostic criteria, assessment and prevalence. *Neuropsychiatry*, 7 (1), 4-8.
- Sharifat, H., Rashid, A. A., & Suppiah, S. (2018). Systematic Review of the Utility of Functional MRI to Investigate Internet Addiction Disorder: Recent Updates on Resting State and Task-Based fMRI. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 14 (1), 21-33.
- Siomos, E. K., Dafouli, D. E., Braimiotis, A. D., Mouzas, D. O., & Angelopoulos, V. N. (2008). Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyber Psychology and Behavior*, 11, 653-657.
- Skounti, M., Philalithis, A., Mpitzaraki, K., & Vamvoukas M. (2006). Attention deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren in Crete. *Acta Paediatrica*, 95(6), 658-63.
- 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 with social and academic impairment. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2 (3), 127-132.
- Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2006a). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In E. J. Mars & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders*, 3rd Ed. (pp. 65-136). New York: Guilford.
- Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2006b). Combined Child Therapies. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 678-691). New York: Guilford.
- Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In E. J. Mars & R. A. Barkley (Eds.), *Assessment of Childhood Disorders*, 4th Ed. (pp. 53-131). New York: Guilford.

- Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S., & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion I. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 387-398.
- Sonuga-Barke, E. J., Bitsakou, P., & Thomson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: Evidence for the dissociation of timing, inhibitory and delay-related impairments in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (4), 345-355
- Spencer, T. J. (2006). Antidepressant and Specific Norepinephrine Reuptake Inhibitor Treatments. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd Ed. (pp. 648-657). New York: Guilford.
- Stavropoulos, V., Alexandraki, K., & Motti-Stefanidi, F. (2013). Recognizing internet addiction. Prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural high schools. *Journal of Adolescence*, 35, 565-576.
- Stevenson, J. (1994). *Genetics of ADHD*. Paper presented at the annual meeting of the Professional Group for ADD and Related Disorders, London
- Συρίγου-Παπαβασιλείου, Α. (2012). Νευρολογικά ευρήματα και φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (Επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις & θεραπευτική αντιμετώπιση*, (σσ. 223-241). Αθήνα: Gutenberg.
- Tao, R., Huang, X., Wang J., Zhang, H., Zhang, Y., & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105(3), 556-564.
- Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD: A historical account of diagnostic concepts. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3, 69-75.
- Tripodaki, E., Kormas, G., Konstantoulaki, E., Andrie, E., Nassis, G., Freskou, A., Sfiri, M., Georgouli, H., Tsitsika, A., & Constantopoulos A. (2008). Internet Use and abuse in an adolescent population in Athens. Associations with psychological profile and lifestyle of users. *Pediatrics*, 121, 89-90.
- Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H., Y., & Yang, M. J. (2007). The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity

Disorder (ADHD), Depression, Social Phobia, and Hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41, 93-98.

Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Chen, S. H., Chung, W.L., & Chen, C. C. (2008). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62 (1), 9–16.

Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., Tang, T. C., & Ko, C. H. (2009a). The association between adult ADHD symptoms and Internet addiction among college students: the gender difference. *Cyberpsychology and Behavior* 12(2), 187-191.

Yen, C.F, Ko, CH., Yen, JY., Chang, YP., Cheng, CP. (2009b). Multi-dimensional discriminative factors for Internet Addiction among adolescents regarding gender and age. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(3), 357-64.

Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C.F., Chen, C.S., & Chen, C.C. (2009c). The association between harmful alcohol use and Internet addiction among college students: comparison of personality. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63 (2), 218–224.

Yfanti, T., Zygouris, N. C., Chondropoulos, I. & Stamoulis, G. I. (2018). Internet Addiction and Anxiety Among Greek Adolescents: An Online Survey. 21th International Conference on Interactive Collaborative Learning, 25-28 September 2018, 1331-1341.

Young, K. S. (1996). *Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder*. Poster presented at the 104th Annual Convention of the American Psychological Association in Toronto, Canada, August 16, 1996.

Young, K.S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychology & Behavior*, 1(3), 237-244.

Young, K.S. (1999). Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment. In Vande-Creek, L., and Jackson, T. (eds.), *Innovations in Clinical Practice: A Source Book*, 17, 19–31. Professional Resource Press, Sarasota, FL.

Young, K. S. (2007). Cognitive-behavioral therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *CyberPsychology & Behavior*, 10 (5), 671–679.

Young, K. S., Yue, X. D. & Ying, L. (2011). Prevalence Estimates and Etiologic Models of Internet Addiction. In K. S. Young & C. N. De Abreu (Eds.) *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*, (pp. 3-18). New Jersey: Wiley.

Young, K.S. (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *The American journal of family therapy*, 37, 355-372.

Young, K.S. (2015). The Evolution of Internet Addiction Disorder. In C. Montag & M. Reuter (Eds.), *Internet Addiction: Neuroscientific Approaches and Therapeutical Interventions*, (pp. 3-17). Springer.

Wang, L., Luo, J., Bai, Y., Kong, J., Gao, W., & Sun, X. (2013). Internet Addiction of adolescents in China: Prevalence, predictors, and association with well-being. *Addiction Research & Theory*, 21(1), 62-9.

Weinstein, A. M. (2017). An Update Overview on Brain Imaging Studies of Internet Gaming Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 185.

Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336-1346.

World Health Organization. (2016). Print Versions for the ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics).

Xin, M., Xing, J., Pengfei, W., Houru, L., Mengcheng, W., & Hong, Z. (2018). Online activities, prevalence of Internet Addiction and risk factors related to family and school among adolescents in China. *Addictive Behaviors Reports*, 7, 14-18.